

國立台中教育大學諮商與應用心理學系

碩士論文

指導教授：鄭婉敏博士

自殺未遂老人家庭之適應研究

研究生：陳瑞金

中 華 民 國 九 十 八 年 六 月

摘要

本研究旨在探討老人自殺的相關因素，以及自殺事件發生後，自殺未遂老人與其家人所面臨的壓力與適應方式。研究方法採用質性取向，以半結構訪談大綱，對自殺未遂當事人與其家人進行深度訪談，並蒐集當事人就醫資料。這些資料經整理、分析、歸納後形成的研究結果如下：

當事人長期罹患高血壓、糖尿病、慢性腎衰竭與其併發症。自殺前二個月，因血壓升高、頭痛、失眠而多次急診。家人合力勸導規律服藥與限制當事人飲食未果，引發家庭爭執，當事人因此被孤立，而轉向鄰居與嫁出的女兒尋求慰藉。當事人就醫時得知她日後可能要洗腎，而對未來過度悲觀，擔心拖累家人，於是利用農村地緣之便，喝農藥自殺。

當事人自殺未遂後被診斷罹患憂鬱症，住院時家庭最大壓力是能否挽回當事人的生命，出院後則是擔心當事人再次自殺。對此家人採用的適應方式為盡力配合醫療，並先告知不用洗腎讓當事人安心，再持續勸解當事人接納洗腎，隨時留意當事人的動向，並請她考量自殺對子孫產生的社會壓力，以及照顧當事人的心情。當事人出院後飲食仍未能控制，紛爭再度持續，子女們也因照護當事人的方式引發爭執。最後適應方式是子女們協議放棄當事人的飲食限制。

當事人自殺後曾遭鄰居污名化為軟弱；子女們除了擔心當事人社會孤立與被污名化的不良影響，還需承受不斷詢問與不孝的質疑。適應方式為勸導當事人與鄰里互動，發展與教導各種說法因應持續的詢問與不孝的質疑，並遵循內在價值，以及尋求家人與人際網絡的支持。

針對研究結果，本研究建議一般非精神科的醫療單位應加強老人憂鬱症的有效篩檢，對自殺危險相關疾病的告知應更為謹慎與仔細，政府

主管機關應對服農藥自殺有更妥適的對策，並對自殺未遂者與其家庭提供心理醫療的協助，以及儘快落實以社區為導向的長照保險計畫。

關鍵詞：自殺、自殺未遂、老人、家庭系統、適應



The Adjustment of a Family With an Elderly Suicide Attempter

Jui-Chin Chen

Abstract

The purpose of this study was to understand the related factors of the elderly's suicide, the stress that the suicide attempter's family encountered, and their corresponding adjustment. Based on qualitative research orientation, the researcher interviewed the attempter's family with semi-structure outline of interview. Collected data included interview records, medical records and field notes, and the researcher analyzed them and constructed integrated results as following:

The suicide attempter suffered from hypertension, diabetes, and chronic renal failure. Two months before committing suicide, she was sent to the emergency room several times due to poor blood pressure control, headache and sleeplessness. Her family persuaded her to take medicine regularly and to have dietary restrictions, but it failed. It caused quarrels with the family living together and brought isolation to the suicide attempter. So she turned to her daughters and neighbors for consolation. The suicide attempter knew she might need dialysis when she saw a doctor; she was over-pessimistic about the future and did not want to be a burden of her family. Then she drank pesticide which was available in countryside to commit suicide.

When the index suicide attempt occurred, the most stressful for the family was to save the suicide attempter's life. After she was discharged from hospital and was diagnosed dysthymic disorder, the family worried that

she might commit suicide again. The family adjusted to the mentioned pressure by cooperating with doctors, telling her dialysis was unnecessary to comfort her, persuading her to accept dialysis, asking her to consider her offspring suffering the suicide stigma, keeping her under surveillance and taking care of her mood. However, she did not diet and evoked family arguments again, and her children wrangled about how to take care of her. The family gave up restraining the suicide attempter's diet after six months wrangles.

The suicide attempter was stigmatized weak by the neighbor. In addition to worrying the harmful effect of stigmatization and social isolation to her, her descendants had to endure continuous query about the suicide event and they were strongly suspected of their filial piety. Their adjustment included advising the suicide attempter to interact with neighbors, developing kinds of statements for the suicide event, following the inner value of the individual, and seeking support from family and friends.

Also, some suggestions are made based on the findings of this study.

Keywords: suicide, attempted suicide, the elderly, family systems, adjustment

內容目次

摘要	I
Abstract	III
內容目次	V
表目次	VII
圖目次	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
一、老年人口自殺問題的嚴重化	1
二、老年人口自殺研究的必要性	2
三、以自殺未遂家庭為研究合作對象的助益	4
四、研究自殺未遂老人家庭適應的必要性	5
第二節 研究目的與問題	6
一、研究目的	6
二、研究問題	7
第三節 名詞解釋	7
一、自殺、自殺未遂	7
二、老人	7
三、家庭系統	8
四、適應	8
第二章 文獻探討	9
第一節 自殺未遂老人的流行病學特徵	9
一、自殺未遂者研究的特點	9
二、老人自殺方式的特徵	11
三、老人自殺與年齡、性別、婚姻狀態的關係	12
第二節 老人自殺的相關因素	14
一、老人自殺的生理因素	14
二、老人自殺的心理因素	17
三、老人自殺的社會因素	20

四、老人自殺的家庭因素	21
第三節 老人自殺未遂後家庭的適應.....	25
一、引發老人自殺的可能憂慮、信念與徵兆	26
二、自殺未遂事件後，家人的壓力與適應	27
三、從家庭系統理論探究具自殺危機的家庭	31
第四節 相關的論文研究.....	41
一、國內自殺相關的論文研究	41
二、國外與自殺未遂者以及其家庭相關的論文研究	44
第三章 研究方法	48
第一節 研究取向與設計	48
第二節 研究合作對象.....	49
第三節 研究者的背景、角色與研究倫理	52
一、研究者的背景	52
二、研究者的角色.....	54
三、研究倫理.....	55
第四節 資料蒐集的方式.....	57
一、深度訪談.....	57
二、書寫實地札記.....	58
三、蒐集相關的文件.....	59
第五節 資料的處理與分析	60
一、資料分析的工具.....	60
二、資料處理與分析的方法	61
三、研究的可信性	62
第四章 研究結果與討論.....	65
第一節 當事人自殺的相關因素	65
一、當事人自殺的生理因素	65
二、當事人自殺的心理因素	66
三、當事人自殺的社會與家庭因素	70
第二節 當事人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度	73
一、當事人自殺的引發事件與徵兆	73

二、當事人對於自己倖存的態度	74
第三節 當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應	76
一、照護當事人的壓力與適應	76
二、社會壓力與適應	86
三、家庭成員面對自殺事件的壓力與適應	92
四、家庭成員互動的壓力與適應	96
第四節 綜合討論	107
一、當事人自殺引發事件、徵兆與倖存態度	107
二、當事人自殺的相關因素	108
三、當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應	110
第五章 結論與建議	125
第一節 結論	125
一、當事人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度	125
二、當事人自殺的相關因素	126
三、當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應	128
第二節 研究限制	132
第三節 研究建議	134
一、自殺防治的相關建議	134
二、對未來研究的建議	137
參考書目	141
一、中文部分	141
二、英文部分	147
附錄	157
附錄一：研究參與同意書	157
附錄二：訪談大綱	158

表目次

表 1 受訪者個人資料表	51
表 2 訪談與文件編號清單	62

圖目次

圖 1 研究合作家庭的家庭圖 51



第一章 緒論

本章內容敘述本研究的研究背景與動機、研究目的與問題，並對本研究的重要名詞進行釋義。詳細內容如下。

第一節 研究背景與動機

本節分為四大主題：一、老年人口自殺問題的嚴重化，二、老年人口自殺問題研究的必要性，三、自殺未遂老人與其家人納入研究的助益，以及四、研究自殺未遂老人家庭適應的必要性等，以說明本論文的研究背景與動機。詳述如下：

一、老年人口自殺問題的嚴重化

內政部（民 96）資料顯示，民國 95 年我國戶籍登記現住人口的 65 歲以上老人計有 228 萬 7,029 人，占總人口之 10.00%。依據行政院經建會（民 96）的推估，至民國 105 年，老年人口將達 302 萬人，佔總人口的 13.0%，至民國 115 年，老年人口估計會有 475 萬人，佔總人口的 20.6%，亦即每五人中就有一位是老年長者。從以上資料顯示國內人口結構高齡化之快速變遷，將引發與老年人口相關問題的產生，例如：老年人口的醫療、居家照顧、老年福利政策、心理狀態的評估、老年憂鬱與自殺問題等等，需要政府機構及民間團體投以更多的關注與研究。

行政院衛生署（民 96a）所發佈的歷年統計資料顯示，自民國八十六年以來，台灣地區的自殺問題一直在十大死因的排名之內，並且在近十年來呈現增勢，例如：自殺的標準化死亡率由民國八十二年的 5.26/十萬人，增加到民國九十五年的 19.3/十萬人，後者接近前者的四倍。民

國九十五年自殺死亡人數共 4,406 人，其中六十五歲以上老人共有 884 人，占總自殺死亡人數之 20.06%（行政院衛生署，民 96b），此比例遠高於老人人口數佔總人口數比例的 10.00%（內政部，民 96），與其他年齡層比較，老人自殺率居各年齡層人口之冠。以民國九十五年為例，六十五歲以上老人人口的自殺率 39.3/十萬人，是十五到二十四歲年輕人（6.9/十萬人）的五倍以上（行政院衛生署，民 96c）。

實際上，老年自殺人口的確切數字不得而知，而且官方的統計數據是被低估的。World Health Organization (2000) 的研究指出，老年人的自殺率被低估了 20%~25%，其他年齡的自殺率被低估了 6%~12%。自殺人口被低估的原因包括社會因素、政治因素、污名化(stigma)，以及為顧慮保險規定而將自殺身亡偽報為意外事故，或不明原因造成死亡等等。國內傳統「家醜不可外揚」的觀念，加上當親人自殺逝世，遺族需要面對他人對自殺原因的質疑，以及社會對自殺的其他污名化影響（鄭淑惠，民 93），都可能讓國內自殺調查的數據被低估，故國內實際自殺的人數應該比資料上呈現的數字更多。這些自殺統計數據所代表的意義是，每一個自殺死亡案例的產生，不僅是一個寶貴生命的喪失，更意味著一個家庭與親人需要面對社會對自殺者的害怕，甚至對自殺者親人的污名與唾棄，他們所承受的哀傷與失落更甚於一般喪親家庭（李開敏、林方浩、章玉仕、葛書倫譯，民 93），而直接承受自殺事件衝擊的人數也比統計資料多上好幾倍。

二、老年人口自殺研究的必要性

國內、外的資料都顯示，老人自殺死亡的比例比任何其他年齡層還要高（行政院衛生署，民 96b；Conwell, Duberstein, & Caine, 2002）。

由老年人口增長的現象，以及自殺死亡人數的趨勢來看，老人自殺的情況的確日益嚴重。但是老人自殺的嚴重問題卻很少得到公共衛生、醫學研究與媒體的關注（O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004）。

若與青少年自殺死亡率相較，民國 93 年國內的老人自殺死亡率平均每十萬人口為 36.2 人，為該年 15-24 歲年輕人口自殺死亡率的 6 倍。再以國內老人自殺死亡率、以及老人/青少年自殺死亡率的差異與國際相較，這兩個比率均遠高於該年度美國、德國、英國、義大利、日本、澳洲、新加坡等國的數據。歐美各國老年人口與年輕人口的自殺率並沒有如此懸殊的差距，英國老人與青少年的自殺死亡率相去不遠，澳洲老年人口的自殺率甚至比年輕人還低（行政院衛生署，民 94）。

胡幼慧（民 85b）認為用自殺率做為社會福利制度、各個年齡群族心理安適、社會處境優劣等的指標，比平均壽命更準確。亦即國內老人自殺死亡率偏高，以及老人/青少年自殺死亡率懸殊的差距，顯示國內老人的社會福利制度、心理調適、以及所處的社會環境是不理想的。王順民（民 95）也針對內政部（民 95）所做的民國 94 年老人狀況調查結果提出了強烈的呼籲，期望社會與政府正視貧、病、孤、老、閒與缺錢的高齡人口的生活情況。此兩篇文章相互呼應，顯示國內老年人的生活、心理與福利現狀亟需要關注與改善。衡諸上列資料，顯現國內老人現實生活處境的艱難與自殺問題的嚴重性遠超過國外，故除了不同於其他年齡群自殺者特有的老化問題之外，國內的外在社會環境對老人自殺的影響，也可能有不同於其他國家的獨特因素，需要本土研究深入了解。

老人自殺並未得到與其問題的嚴重性對等的關注（Cattell, 2000；O'Connell et al., 2004）。國內學界對於老人自殺的研究則更為稀少，自殺的研究普遍以校園自殺為焦點，多年來碩博士學位論文僅有一篇碩士論

文以老人自殺為主題（見張立安，民 83）。故學界實在需要對此議題投注更多的心力，從事更多的基礎研究，以深入了解老人自殺問題的各種面向，並對老人自殺的現象提出更具體描述，並進一步呼籲政府與社會重視此問題，共謀改善之道。

三、以自殺未遂家庭為研究合作對象的助益

對自殺進行科學研究一般認為是由 Schneidman 與 Farberow 在 1957 年出版有關自殺遺書的研究開始（李淑珺譯，民 95），此二人透過自殺死亡者相關的正式紀錄與自殺者親友的描述等資料，以心理解剖（psychological autopsy）的方式來研究自殺者的心理狀態與自殺原因。然而，此法蒐集的資料多非來自自殺當事人，提供資料的親友其記憶可能因時空因素而扭曲或偏差，加上無法獲取某些寶貴的資訊，特別是自殺者較私人的資料或內在的訊息，即是此研究方法的限制（Eagles, Carson, Begg, & Naji, 2003；Hawton, 2001）。

相對的，若是直接以自殺未遂者作為研究合作對象，則能直接深入探索其自殺歷程、心理特徵、自殺引發事件與更廣泛的危險因素等，對於累積與瞭解自殺歷程的知識深具意義，也有助於治療與防範策略的發展，是研究自殺的一種重要策略（Hawton, 2001）。而且，自殺未遂者與自殺身亡者的自殺危險因素非常相似（鄭泰安，民 97），加上自殺未遂者是再次自殺的高危險群（Beautrais, 2002；Beck & Steer, 1989；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a；Sakinofsky, 2000），直接邀請他們參與研究，有機會呈現其自殺未遂後對自己倖存的態度與心理狀態，瞭解其內心的想法與外在行為的關聯，有助於預測自殺未遂者後續是否再次自殺的可能性（Beautrais, 2004；Henriques, Wenzel, Brown, & Beck, 2005）。

而且當老人自殺未遂者與家人同住時，除了對老人自殺未遂者的直接訪談之外，若進一步詢問這些家庭成員或親友，運用他們對於自殺未遂者的觀察，描述自殺未遂者自殺前、後的行為、心理狀態與人際互動情形，更能瞭解自殺未遂者長期外顯的表現，同時也可以探索自殺未遂者家庭環境與自殺行為之間的關聯，拓展自殺研究的基礎，對自殺衡鑑與防治將助益匪淺（Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b；Richman, 1986, 1993）。

故對自殺未遂者與其家人進行研究，不僅是自殺研究的有效途徑，也能增進對自殺行為與家庭環境兩者關係的瞭解，藉此獲取更多防範此高危險群再次自殺的知識。

四、研究自殺未遂老人家庭適應的必要性

社會支持的多寡可能成為老人自殺的保護因素或危險因素，遺憾的是，具有自殺行為的老人其社會支持網絡大多較為脆弱（Beautrais, 2002；O'Connell et al., 2004）。在社會支持網絡中，自殺當事人與家人之間的互動比他人的互動更直接且頻繁，影響力也更大。所以，一旦自殺未遂的事件發生，家人可以是自殺未遂者度過危機階段的重要資源，臨床上也主張將家屬納入醫療照護的一環（國立編譯館主譯，民 95；盧淑芬、熊道芬，民 92；Eagles et al., 2003），然而，家庭關係不和諧卻也是自殺的危險因素之一（Richman, 1997；Rubenowitz, Waern, Wihelmsen, & Allebeck, 2001）。故自殺未遂老人與家庭成員之間的互動可能決定自殺未遂者的未來，瞭解家庭脈絡對自殺未遂者的影響，有助於自殺未遂者的照護決策與拓廣預防再次自殺的知識，而家庭系統理論（family systems theory）提供了個人內在與家庭人際互動的清楚概念（Godenberg

& Godenberg, 2004)，更可以協助釐清家庭成員間複雜糾結的關係。

自殺事件對家庭是極大的衝擊，自殺未遂後自殺者與其家人都必須面臨自殺者存活後心理狀態的改變，以及彼此調整生活的互動。自殺事件與事後照顧自殺未遂者，形成家人沈重的心理與生理負擔，自殺事件後家屬亟需要他人的支持與專業人士的協助（Kjellin & Östman, 2005；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b）。然而，自殺未遂者家人的困境與需求卻鮮少獲得足夠的關注與支援。尤其是社會汙名化、照護上的負擔與擔憂自殺事件再次發生等的壓力，可能對他們的社會互動網絡與身心健康狀況產生負向的影響（林綺雲，民 91；Tzeng & Lipson, 2004；Ulla, 1999）。故瞭解自殺未遂老人家庭承受的壓力與心理適應歷程，才能提供符合他們需要的心理專業服務，進而讓家庭成為自殺防治的資源而非自殺的危險因素。

綜而言之，自殺未遂老人高齡與自殺未遂的經驗，沒有得到社會足夠的關心與重視，使其成為弱勢的一群，其家人也因此受苦，承擔內外交迫的壓力。故需要探索老人自殺的相關因素與家庭於自殺事件後所承受的衝擊，對於其家庭產生的壓力與適應歷程。本研究探討這些內涵，以作為心理衛生工作者與老人照護者協助自殺未遂老人與其家人心理適應的參考，同時提供預防老人自殺事件的相關訊息，並喚起對此議題的重視。

第二節 研究目的與問題

一、研究目的

根據上述之研究背景與動機，本研究主要的研究目的如下：

- (一) 瞭解老人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度。
- (二) 瞭解老人自殺的相關因素。
- (三) 瞭解老人自殺未遂後，其與家人所面臨的壓力與適應方式。

二、研究問題

- (一) 老人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度為何？
- (二) 老人自殺的相關因素為何？
- (三) 老人自殺未遂後，其與家人所面臨的壓力與因應方式為何？

第三節 名詞解釋

一、自殺、自殺未遂

O'Carroll、Berman、Maris 與 Moscicki (1996) 對於自殺死亡 (completed suicide)，或譯為自殺完成，定義為：一種透過傷害、下毒或窒息等方式的死亡，有證據（明確或隱微的）顯示此傷害是自己造成的，而且死者有殺害自己的意圖。至於自殺未遂 (attempted suicide)，或譯為自殺企圖，定義為：一種潛在的自我傷害行為而導致非致命性的結果，有證據（明確或隱微的）顯示此個體具有某種程度（非無意）殺害自己的意圖。

本研究對於自殺未遂的定義為：一種有意的自我傷害歷程，以結束自己生命為目的，但未達到死亡的結果。

二、老人

依據我國老人福利法（內政部社會司，民 91），所謂的老人係指年滿六十五歲以上的人。本研究亦採取此定義。

三、家庭系統

家庭系統（family systems）是指將家庭視為一個進行中的系統，家庭成員分別為系統中的一份子，個別家庭成員的任何改變，會影響到其他成員之間的關係（Goldenberg & Goldenberg, 2004）。本研究所指的家庭系統是依據家庭結構學派的理論，其中包括：家庭結構（family structure）、次系統（subsystems）、界限（boundaries）、權力（power）以及互動模式（transactional patterns）等概念。

四、適應

張春興（民 91）對於適應（adjustment）的定義為個體為了與其生活的環境（包含社會環境與自然環境）保持和諧狀態或滿足其需求，所表現的各種反應。本研究的適應主要指自殺未遂老人家庭於自殺事件衝擊後，面對的諸多壓力與因應方式。

第二章 文獻探討

本章以四項議題：一、自殺未遂老人的流行病學特徵；二、老人自殺的相關因素；三、老人自殺未遂後家庭的適應；以及四、相關的論文研究，作為本研究的文獻架構。詳述如下：

第一節 自殺未遂老人的流行病學特徵

本節從三個部分：自殺未遂者研究的特點、老人自殺方式的特徵、老人自殺與年齡、性別、婚姻狀態的關係，以呈現自殺未遂老人於流行病學研究上不同於其他族群之處。分別說明如下：

一、自殺未遂者研究的特點

Sakinofsky (2000) 整合自殺的前瞻性研究指出：自殺未遂事件之後的五年內，自殺未遂的老人再次自殺未遂的比率可能超過 20%，自殺身亡的比率為 5.1%~9.1%。亦即自殺未遂的老人五年內再次出現自殺行為的比率超過 25% 以上。顯示自殺未遂的老人是再次自殺的高度危險群，應該是自殺防治的重要對象。

雖然 Beck、Steer、Kovacs 與 Garrison (1985) 對具有自殺意念而無自殺未遂經驗的 207 位住院病人進行研究，發現「無望感」(hopelessness) 是最有效預測自殺的因子之一；然而，Beck 與 Steer (1989) 另一篇對 413 位自殺未遂者進行長達九年的前瞻性研究 (prospective study)，發現有 20 位個案 (4.8%) 因為再次自殺而死亡，而且他們主張「無望感」未能有效預測這些人會自殺身亡。Beck 與 Steer 探討兩次研究的差異，認為無望感在自殺未遂之後測量，其預測自殺的效度會因為受試者自殺

未遂所經歷的心理衝擊而被遮蔽，導致無法如前一研究，有效預測受試者再次自殺身亡的可能性。亦即無望感要能有效預測自殺，其對象需侷限於未曾有自殺未遂經驗者。故對於這群具有高度再次自殺危險的自殺未遂者而言，需要更多深入的研究，以尋求有效評估他們再次自殺可能性的方法。

Beautrais (2004) 的研究中，自殺未遂者再次出現自殺行為的比率較 Sakinofsky 的研究結果更高。她在紐西蘭對 302 位嚴重的自殺未遂者追蹤長達 5 年後發現，其中 6.7% 的人最後還是死於自殺，37% 的人又進行了至少一次的自殺嘗試，合計所有研究合作對象在該次自殺未遂事件後 5 年內，共有 43.7% 的人曾經再次自殺未遂或自殺死亡。Beautrais 對自殺未遂者的自殺行為分析發現，自殺未遂者對於自己存活的看法會影響他（她）是否再次出現自殺的行為。亦即，如果想死的意念甚為堅強者，其自殺危險性明顯高於慶幸存活者或對自殺具有矛盾想法的人。此研究指出，自殺未遂者對於自殺後生還的看法，可以用來預測自殺未遂者最終自殺身亡的可能性，其預測力屬於中等程度。Henriques 等人 (2005) 亦有相同的發現，他們認為堅持想死者最終自殺身亡的危險性為慶幸存活或矛盾者的 2.5 倍之高。

這些研究清楚地顯示自殺未遂者是再次自殺的高危險群，自殺未遂者對於自殺後生還的看法，比無望感更能有效預測他們是否會再次自殺而身亡。由於再次自殺可能性的高低，將牽動自殺防治的對策與照護自殺未遂者家庭的負荷，這些因素又將影響自殺未遂者是否再次自殺，彼此形成相互影響。故若能更準確的判斷自殺危險性，將可增加及時介入處置的機會，避免自殺防治資源的錯置，而更有效防止此一高危險群再次自殺，降低最後自殺身亡的人數。

二、老人自殺方式的特徵

自殺未遂者與自殺身亡者的比例在青少年為 200:1，而在老年人的比例則約為 4:1；後者之所以高於前者的可能原因包括，老人的身體復原力降低，較為孤立以致更少有獲救的機會，以及較弱的求生意志等(Conwell et al., 1998；Goldsmith, Pellmar, Klainman, & Bunney, 2002)。而且老人自殺前較少透露警訊，有更周詳的自殺計畫與強烈的自殺決心，會使用較激烈、易致死的自殺方式，以致於不易獲救，就更容易導致自殺身亡的結果(Conwell et al., 2002；Pearson, Conwell, Lindesay, Takahashi, & Caine, 1997)。

本土的研究（殷建智、許森彥、施清發、李添成，民 91；楊文山、張立安，民 86）也有類似的發現。殷建智等人（民 91）在 280 位 15-34 歲的自殺未遂被送醫者當中，有 71%（198 位）採取較不致命的服用藥物過量的自殺方式，因衝動原因而自殺者有 77%（216 位），而達到嚴重致命程度者有 17%（48 位）。但在 58 位 60 歲以上的自殺未遂被送醫者當中，只有 48%（28 位）採取較不致命的服用藥物過量的自殺方式，以非常容易致命的強酸強鹼或農藥的自殺方式者有 45%（26 位），而自殺原因中有 47%（27 位）不是因為一時衝動行事者，遠高於 15-34 歲非衝動型自殺未遂者的比例 23%。另外，自殺未遂老人達到嚴重致命程度者有 41%（24 位），也遠高於前述年輕者的 17%。顯示自殺老人想死的意念非常強，自殺之前已經有較詳細的計畫，且多採取非常容易致命的自殺方式。

另外兩篇利用國內的官方資料做分析的研究也有類似的結果。在李燕鳴、傅振宗與張慈桂（民 91）利用行政院衛生署民國 87-89 年的死亡

個案資料，發現這段期間共有 1,844 位老人自殺身亡，自殺方法以「吊死、勒死及窒息方式」最多，共有 990 人 (53.7%)，其次是「固體或液體物質中毒」(即服毒) 者有 508 人 (27.5%)，再其次為從「高處跳下」有 181 人 (9.8%)。而自殺防治中心利用行政院衛生署民國 93 年的死亡個案資料，所得到 768 位老人自殺死亡方式的分析，仍是以上述三種高致命方式的比率最高，依次是 374 人 (48.7%)、204 人 (26.6%) 以及 97 人 (12.6%) (江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺，民 95)；行政院衛生署民國 96 年自殺死亡統計資料亦是如此 (民 97a)。由此可以看到年長者都使用強烈、易致命而且不易獲救的自殺方式。

總結上述的研究報告，殷建智等人 (民 91) 的研究由於地緣關係 (位於台南縣)，以強酸強鹼或農藥自殺的老人的比率有 45%，明顯高於後兩篇以全國性資料分析的研究中 (李燕鳴等，民 91；江弘基等，民 95)，以「固體或液體物質中毒」(即服毒) 自殺者的比率各為 27.5% 與 26.6%；而且，以固體或液體物質自殺的死亡率的明顯差距，也出現在其他農業縣與都會區之中 (行政院衛生署，民 97b)，可見自殺工具易得性對自殺的影響不容忽視。另外，相較於年輕人，老年人的自殺較少是一時的衝動行事，他們在自殺前已對自殺做了周詳的自殺計劃，自殺的決心甚為堅強，採取的自殺方式也容易導致死亡的結果，故要對老人進行自殺防治，可說難度甚高。然而，他們進行自殺計劃的期間，正是自殺防治介入的時間與機會，如能瞭解他們的自殺徵候與自殺相關因素，方能提早發現，並採用對應有效的介入方式。

三、老人自殺與年齡、性別、婚姻狀態的關係

隨著老人年齡的增加，老人自殺死亡的比率隨之增加，80 歲以上老

人的自殺死亡率明顯高於 70 歲至 79 歲者，而 70 歲至 79 歲者的自殺死亡率又高於 60 歲至 69 歲者（行政院衛生署，民 95；Cattell, 2000）。

至於自殺年長者的性別差異，在國內李燕鳴等人（民 91）、Liu、Wang 與 Yang (2006)、以及江弘基等人（民 95）都發現，自殺死亡年長者的比率，男性約為女性的兩倍。江弘基等人的研究更發現隨著年齡的增加，自殺死亡老人的男女比率差距更大。部分國外的研究 (De Leo, Conforti, & Carollo, 1997) 也有類似的發現，甚至在自殺死亡年長者的性別比率差異比國內更大，男性約為女性的三倍。

李燕鳴等人指出（民 91），就婚姻狀況而言，自殺死亡的男性老人喪偶的有 22.8%，未婚的有 16.0%，離婚的有 3.1%。自殺死亡的女性老人喪偶的有 50.5%，未婚的有 1.0%，離婚的有 0.8%。自殺死亡的老人中，未婚者具有明顯的性別差異，男性的比例遠高於女性，每年由 4 倍到 20 倍不等（李燕鳴等人，民 91；Liu et al., 2006）。國外的研究顯示 (Duberstein, Conwell, & Cox, 1998；Guohua, 1995)，喪偶的第一年是最脆弱的時候；喪夫的年長女性與有偶的女性老人自殺死亡的危險性相近，但老年喪妻者自殺死亡的危險性是有偶男性老人的 3.3 倍(Guohua, 1995)。國內研究也發現，喪夫與有偶的女性老人兩者自殺死亡的比率接近，與國外的研究結果類似。但國內的研究資料顯示，老年喪妻者自殺死亡的危險性是有偶男性老人的 2 倍左右，明顯低於國外 3.3 倍的比率。而國內單身男性老人的自殺死亡率則是有偶男性老人的 3 倍左右，則是另一個高自殺危險性的群族（行政院主計處，民 90；李燕鳴等，民 91）。

由上述國內、外研究可知，隨著老人年齡的增加，自殺死亡率也隨之增加；男性長者，尤其是老年喪妻者與單身男性老人，他們自殺死亡的危險性特別高，需要列為老人自殺防治中優先關注的目標對象。

第二節 老人自殺的相關因素

本節從四個部分來探討老人自殺的相關因素，一、老人自殺的生理因素；二、老人自殺的心理因素；三、老人自殺的社會因素；以及四、老人自殺的家庭因素，詳述如下。

一、老人自殺的生理因素

生理疾病對老年人自殺行為的影響比其他年齡更大（De Leo et al., 1999）。依據 Harris 與 Barraclough (1994) 的研究，身體疾病與自殺危險性的增加有關。這些疾病包括愛滋病、亨丁頓舞蹈症、多重動脈硬化、消化性潰瘍、腎臟疾病、脊髓損傷、全身紅斑性狼瘡等等。其他研究 (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp, & Redelmeier, 2004 ; Purcell, Thrush, & Blanchette, 1999) 則指出心臟充血失能、慢性肺堵塞、癲癇 (seizure disorder)、大小便失禁等生理疾病都與老人自殺的危險有關。至於癌症與自殺之間的關係，各研究的結果並不一致 (Cattell, 2000)，部分研究的結果支持兩者具有相關，部分則否 (Juurlink et al., 2004)。

但對於疼痛症狀的主觀陳述與自殺關係的研究，則呈現相當一致的結果，支持兩者之間具有關聯性 (Juurlink et al., 2004 ; Purcell et al., 1999)。Purcell 等人 (1999) 對 96 位老年自殺身亡者的回溯分析研究發現，42% 的個案曾有疼痛的抱怨，將近 20% 的個案提及這是其自殺前最關注的問題。當痛楚無法有效減輕，擔心失能，喪失尊嚴或成為家人負擔時，自殺可能是逃避上述擔憂的一種方式 (Juurlink et al., 2004)。所以，對疼痛現象與自殺之間的關聯，需要特別予以重視。Goldsmith 等人 (2002) 則結合生理疾病與其心理影響的觀點認為，未接受治療或治療中的疼痛、或對生理疾病的預期焦慮、或對依賴的害怕以及擔憂成為

家庭的負擔，都是影響罹患生理疾病的老人他們自殺的主要因素。

Chochinov 等人（1995）發現，患有嚴重生理疾病者常伴隨心理疾病的干擾。而且，當罹患生理或心理疾病的類型數量增加時，自殺的危險也隨著增高（Juurlink et al., 2004）。但 Conwell 等人（2002）卻對生理疾病與自殺的關連性提出質疑，他們認為老年生理疾病具有高盛行率，而且生理疾病對老人心理健康具有重大影響，但是早期的研究並未進行控制研究（controlled study），排除不同心理健康程度對自殺影響力的差異，就直接認為生理健康因素是造成自殺的決定因素，這樣的研究結果其實是有爭議的。Conwell 等人（2000）以 60 歲以上的老人進行控制研究，其中有 42 位就醫後 60 天內自殺身亡者與 196 位一般內科或家醫科的就醫者，自殺身亡者這一組比另一組的其他成員有更嚴重的憂鬱症狀、生理疾病負擔與功能限制，而且更多人服用抗憂鬱或焦慮藥物；然而，若以此二組中的憂鬱症患者（ $n=32$ vs. $n=31$ ）做比較時，不同組別者的生理健康、整體功能與所接受的醫療處遇並沒有明顯的差異；亦即無法以研究合作對象的生理健康與整體功能為指標，來區分出自殺者與非自殺者。但是，當以憂鬱症狀與情感失功能的嚴重程度來做比較時，自殺身亡者生前情感性疾患的嚴重程度則顯著高於另一組。亦即老人的生理疾病、功能損傷兩者與自殺之間關係的強弱，受到其情感疾患嚴重程度的影響。所以，憂鬱症很可能是老人生理疾病與自殺關係的調節因素（Conwell et al., 2002），這也凸顯對於罹患生理疾病的老人患者，進行精神病學衡鑑的重要。

然而，Juurlink 等人（2004）的研究結論卻有些差異。他們以加拿大 Ontario 省的健保資料，檢視 1992~2000 年，1,329 位 66 歲以上的自殺死亡的老人與 5,315 位出生日期與收入相近的對照組，透過條件邏輯

迴歸的方式排除疾病之間對自殺危險的影響，發現與自殺相關的特定疾病分別為嚴重疼痛、憂鬱症、雙極性疾患、焦慮與睡眠疾患、精神疾患（psychotic disorder）、心臟充血失能、慢性肺堵塞、癲癇（seizure disorder）、大小便失禁以及中度疼痛等，這些疾病與狀況都是增加老年自殺危險的獨立預測因素，尤其以嚴重疼痛、憂鬱症、雙極性疾患這三者的關聯性最高。亦即排除其他疾病的影響後，這些疾病（包含上述的生理疾病與功能損傷）與老人自殺危險性的相關是達到顯著水準的，此與 Conwell 等人的研究發現略有不同。Waern、Rubenowitz 與 Wilhelmson (2003) 的研究則更進一步將老人分為 65 歲至 74 歲，以及 75 歲以上兩組進行分析，結果發現前者的嚴重生理疾病與自殺危險的相關性未達到顯著水準，而後者的嚴重生理疾病與自殺的危險性則達到顯著相關。此結果似乎顯示老人的年齡越大，嚴重生理疾病與自殺危險的相關性就越高。

比對 Conwell 等人 (2000) 與 Juurlink 等人 (2004) 的研究方法，Conwell 等人透過心理解剖的方式蒐集資料，分析的資料人數較少，而且其研究也未能針對特定生理疾病作分析，可能錯失特定生理疾病與老人自殺危險性的相關性，是此研究的限制；Juurlink 等人研究的資料人數較多，但以醫師的處方藥物作為標定疾病的方式，在某些藥物可用於治療多種疾病的現實狀況下，會是其研究效度最大的疑慮。而且，老人的生理疾病與自殺危險性之間的關係，摻雜著心理疾病、生活事件與其他相關因素的影響，或許需要更多文獻資料或研究才能更清楚的呈現兩者之間的關聯。

雖然老人生理疾病與自殺危險性之間的關係尚待釐清，但相關的研究 (Conwell et al., 2000; Juurlink et al., 2004; Suominen et al., 2004) 顯

示，老人自殺者於自殺前一週或前一個月至內科或家醫科就診的比率高達 50% 或以上，Juurlink 等人（2004）更指出自殺身亡者中，就醫者有 75% 在自殺前一個月曾有三次或三次以上的就醫紀錄。前述這些就醫者的生理狀況，很可能某種程度上造成他們的心理壓力；而且這些發現也顯示如果醫師、護士或其他照護人員對於老年病人的疼痛、具自殺危險的疾病、以及多重疾病等狀況能特別留意與介入，將可以更有效地預防老人自殺的危險。

二、老人自殺的心理因素

相較於其他年齡，老年人有更高的比例患有心理疾病，尤其是憂鬱症。以 1,500 位臺灣社區老人為對象的研究，發現社區中老人的精神疾病盛行率為 37.7%，憂鬱症為 15.3%，重鬱症則為 5.9% (Chong, Tsang, Chen, & Tang, 2001)。另一篇研究則指出老人憂鬱症盛行率有增加的趨勢，老年人口男性有 0.4%，女性有 14% 左右罹患重鬱症，而約有 2% 的老人罹患輕鬱症，4% 的老人為憂鬱症狀的適應障礙患者（謝佳容、劉淑娟、張玗，民 92）。鄭泰安（民 93）的研究發現，98% 的自殺死亡者在自殺之前罹患了一種或多種心理疾患，而最常見的是重鬱症（87%），酒癮與藥癮（44%）以及情緒不穩定的人格障礙。

在國外的研究部分，美國社區老人精神疾病的盛行率為 15% ~25% (林歐貴英、郭鐘隆譯，民 92)，比率亦相當高。以社區老人為對象的自殺研究 (Ross, Bernstein, Trent, Henderson, & Paganini-Hill, 1990)，在追蹤 11,884 位退休社區居民後發現，有 19 人 (0.16%) 因自殺身亡，其自評憂鬱症狀的嚴重程度是自殺危險因素的有效預測因子之一，自評憂鬱症狀分數最高者其自殺的可能性為自評分數最低者的 23 倍之多。

Waern 等人(2002)由 85 位自殺身亡老人的心理解剖研究發現，其中 97%的老人患有符合 DSM-IV 第一軸向診斷的疾病，亦即罹患有精神疾患，其中以罹患情感性疾患的比率最高(82.4%)；相較於 153 位對照組的老人符合第一軸向診斷的比率為 18%，兩組具有顯著的差異。其他以醫院病人為對象的研究也強調，情感性疾患是老年自殺危險最重要的預測因素(Beautrais, 2002; Cattell, 2000; Conwell & Brent, 1996; Conwell et al., 1998; Conwell et al., 2000; Waern et al., 2003)。Conwell 等人(2002)回顧 10 個研究報告後指出，有 54%~87% 自殺死亡的老人患有情感性疾患，其中，患有情感性疾患的老人以憂鬱症患者最多。Conwell 等人(1996)的研究也發現患有憂鬱症的長者有 83% 最終死於自殺。

上述資料顯示，情感性疾患是影響老人自殺最常見且重要的危險因素。但由於憂鬱症容易與其他老年疾病混淆，例如憂鬱症造成的假性癡呆(pseudodementia)，可能會誤以為是老年癡呆的症狀，故許多老年憂鬱症患者常未被診斷出來。在 Suominen、Isometsä 與 Lönnqvist (2004)對於 81 位老年自殺未遂者的研究中，老年自殺未遂者於自殺前一年有 49 位(60%)曾到非精神科的一般醫療單位就診，其中卻僅有少數 4% (2 位)被診斷出情感性疾患，但自殺未遂後前述曾就診者卻有超過一半 57% (28 位)被診斷罹患情感性疾患，可見有效篩檢情感性疾患對老人自殺防治的重要性。尤其憂鬱症如果未被治療，更可能會有共病性與致命性的嚴重後果(張慧芝譯，民 91；Pearson, Conwell, & Lyness, 1997)，實需要特別留意。

至於其他心理疾患雖然也是老人自殺的危險因素，但其影響則沒有情感性疾患那麼明顯。研究顯示(Beautrais, 2002; Conwell et al., 2000; Waern et al., 2002)，自殺死亡的老人患有酒精或其他物質依賴/濫用的比

率約在 14%~27% 之間，顯然遠低於 Conwell 等人 (2002) 研究結果，也就是有 54%~87% 自殺死亡的老人患有情感性疾患的比率。

雖然老年人心理疾病的盛行率與嚴重程度相當的高，但老人自殺者面臨重大危機時，尋求心理治療專業協助的比率卻相當的低。Conwell 等人 (2000) 研究 42 位 60 歲以上自殺身亡者發現，這些人曾接受過心理疾病治療的比率高達 92.9%，相較於到一般內科與家醫科就醫的控制組老年病人，曾接受過心理疾病治療的比率為 26.5%，前者顯然高出很多；雖然老人自殺者罹患心理疾病的比率這麼高，但只有 6 位 (14.6%) 在自殺死亡前的那段期間，仍在接受精神醫師或其他心理健康專業人員的服務。Juurlink 等人 (2004) 的研究則發現，自殺身亡的老人於自殺身亡的前一週看精神科醫師的比率有 6%，雖然較對照組的 0.2% 為高，但相對的，也表示有 94% 的自殺身亡的老人在自殺前一週並未接受精神科醫師的治療。這兩個研究顯示絕大多數自殺身亡的老人在決定結束生命的最後那段期間，不會尋求專業心理健康服務者的協助。而 Juurlink 等人的研究中有 10 位 (0.75%) 自殺身亡的老人於自殺當天曾接受精神科醫師的診療，更突顯自殺預防工作的困難，以及有效評估個案自殺危險程度的重要性。

而且若對照其他年齡層，更可以凸顯老年精神照護受到忽略的程度。Suominen 等人 (2004) 的研究發現，60 歲以上自殺未遂老人自殺前一年有 33% 曾接受精神醫療，60 歲以下的自殺未遂者則有 52% 曾接受精神醫療，兩者比率具有顯著的差異；但自殺後一年 60 歲以上自殺未遂老人有 69% 曾接受精神醫療，60 歲以下的自殺未遂者則有 70% 曾接受精神醫療，兩者的比率幾乎一樣，顯見老年精神疾病篩檢與治療需要更多的關注與更有效的心理衛生政策。

總而言之，老年人心理疾病的盛行率與嚴重程度相當的高，尤其情感性疾患中的憂鬱症更是老年自殺的最重要預測因素，但由於憂鬱症容易與其他老年疾病混淆，故憂鬱症的有效診斷與治療，以及如何協助他們持續接受心理疾病治療的服務，應是老人自殺預防工作的重點。

三、老人自殺的社會因素

涂爾幹（Emile Durkheim）率先由社會學的角度來研究自殺率。涂爾幹認為自殺與由個人組成的社會團體之整合程度成反比（黃丘隆譯，民 79）。現代的研究也發現，社會結合（social embeddedness）與社會支持程度低者，其自殺的機率也相對增加，此反比關係不論在年輕或年長族群皆是一樣的（Compton, Thompson, & Kaslow, 2005；Lester & Yang, 1992）。

經濟因素與自殺之間又有何關連呢？Yang 於 1990 年分析美國在 1940 年到 1984 年社會經濟變數與不同年齡自殺率的關係，發現經濟好轉時（GNP 增加），65 歲以上的老人的自殺率降低，15 到 44 歲者的自殺率則升高；失業率與自殺率的關係在 54 歲以下的年齡組中會出現顯著相關，55 歲以上者則沒有明顯關聯。Yang 也觀察到 65 歲以上的女性的自殺率比同年齡的男性更易受到勞動參與率以及離婚率的影響（引自 Lester & Yang, 1992）。

至於生活事件、社會互動與自殺之間的關聯，Heikkinen 與 Lönnquisy (1996) 的研究指出，在最近三個月的壓力事件中，較年輕的自殺者自殺的原因與家庭失和、失落、經濟困擾、工作問題、失業與遷徙的事件關聯較為顯著；60 歲以上的自殺長者則與身體疾病比較有關，尤其是男性，因身體因素而自殺的比率較女性更高；另外，與家人同住

的自殺長者較獨居者更常抱怨身體的疾病。而抱怨寂寞的自殺長者更常經歷人際失落，亦即分離或死亡；至於寂寞感則在年輕的與年長的自殺者之中皆常出現。Waern 等人（2003）的研究結果進一步澄清，獨居不是老年人自殺的預測因子，是否感到寂寞才是老人自殺有關的危險因素。但也有其他研究（Rubenowitz et al., 2001；Waern et al., 2003）指出，除了身體疾病之外，家庭失和、經濟困擾也是老人自殺的重要危險因子之一。此研究結論呼籲，若老人能參與社區活動與擁有嗜好，則可能減低他們自殺的危險性。Beautrais（2002）也認為最近嚴重的人際關係問題與缺乏社會互動、支持，是老人自殺的有關因素。另一研究（Duberstein et al., 2004）利用統計調整情感性疾患與失業對自殺的影響後，發現婚姻狀態、社會互動和參與宗教活動等因素，與 50 歲以上的老人的自殺有顯著關聯，而且，包含前述因素所形成的社會整合（social integration）狀態不良時，往往使研究合作對象伴隨著出現精神疾病。

綜而言之，社會結合與社會支持程度低者、具嚴重身體疾病的男性、家庭失和、經濟困頓等因素，是老人自殺的危險因子之一，故針對此類高自殺危險群的老人，給予社會支持、提供經濟協助與疾病治療，應該能降低老人自殺的危機。

四、老人自殺的家庭因素

雖然許多研究將家庭因素與自殺的關係置於社會因素之中，但本研究特別單獨討論家庭因素，以凸顯家庭因素與老人自殺之間的關連，詳述如下。

如前文曾經提到，家庭失和是老人自殺的重要危險因子之一（Rubenowitz et al., 2001；Waern et al., 2003）。其實，早在涂爾幹研究自

殺的相關因素時，就將家庭因素與前述的社會因素併陳，認為家庭強度，亦即家庭的聚合程度是影響自殺的原因（黃丘隆譯，民 79）；Compton 等人（2005）最近的研究也提到家庭適應力與家庭凝聚程度低者，家庭成員自殺的機率相對增加。可見雖然時代更迭，但家庭因素一直是自殺的重要相關因素。

Keitner 等人（1987）持續研究家庭功能與自殺之間的關係，這個團隊發現雖然有憂鬱症病人的家庭，其家庭功能會比沒有憂鬱症病人的家庭功能為差；但家庭中有自殺未遂或有自殺意念的憂鬱症病人，其家庭功能與沒有自殺意念的憂鬱症病人的家庭並無明顯差異。Keitner 等人認為自殺行為與其家庭功能的良窳並無顯著相關，而是病人與其家人對於家庭功能知覺的差異關聯更大。自殺未遂的憂鬱症病人常認為自己深陷在不良的家庭互動模式中，而且視自殺是一種解脫家庭痛苦的方法，或是他們自認為缺乏家庭的支持，而使他們無法脫離憂鬱的狀態。不幸的是，他們的自殺未遂行為引發了家庭的危機，導致原本不良的家庭功能更加惡化。

Keitner 等人（1990）接續上述的研究，追蹤研究合作對象由醫院返家 10-42 個月後，發現自殺未遂或具自殺意念的憂鬱症病人比沒有自殺意念的憂鬱病人，對其家庭的功能更有負向的知覺，尤其在麥氏家庭評估量表（McMaster Family Assessment Device）中，家庭的整體功能與問題解決分量表的分數具有更明顯的差異。他們認為家庭是否具有整體功能是區分病人有無自殺危險的最佳因素，研究結果支持家庭功能與自殺行為是否再次復發具有相關性；家庭持續缺乏問題解決的能力，以及病人認為家庭缺乏支持與接納，與他們的連續自殺行為是有關的。

McDermut、Miller、Solomon、Ryan 與 Keitner（2001）深入研究家

庭功能與自殺之間的關係，將 121 位憂鬱症病人分為自殺未遂者、僅有自殺意念者與沒有自殺意念者三組，研究結果發現憂鬱初發的年紀越早、因精神疾患住院的天數越多、較差的家庭溝通等因素與之前的自殺未遂事件有關；其次，自殺未遂者這一組比起僅具自殺意念者與沒有自殺意念者這兩組，對於家庭功能的自評結果更差，客觀的評分者也在自殺未遂者的家庭觀察到較多的失功能現象；而且，自殺未遂者這一組當事人與其家人，對於家庭功能的評分之間的差異，顯著大於其他兩組。顯示同樣是憂鬱症病人，自殺未遂者的家庭功能，尤其是溝通與情感交流的部分，顯然比僅有自殺意念者與沒有自殺意念者更差。McDermut 等人認為，雖然有較多證據支持是自殺行為導致家庭失功能的現象增加，而非家庭失功能現象導致家庭成員自殺行為的產生，但此兩者的關係是否為單純的線性因果關係，值得進一步探究。

Bille-Brahe 等人（1999）針對自殺未遂者的社會支持的知覺，在歐洲多個國家的自殺研究中心進行大規模的研究。針對家庭支持的部分，研究結果發現，超過 50% 的自殺未遂者很需要家庭的情感支持，需要家庭實質支持的則略多於 1/3。但出乎 Bille-Brahe 等人意料之外的是，超過 3/4 的自殺未遂者能夠得到所要求的情感支持；能得到實質支持的更多，各中心的比率由 65% 到 94% 不等。研究顯示對於自殺未遂者而言，情感支持比實質的支持更重要，對情感支持的需求較高，不滿足感也較大；研究中大部分的自殺未遂者其實都能得到家庭的情感與實質支持，也能獲得滿足，同時他們大部分覺得是被需要的，也能給予別人所需要的，但是矛盾的是他們依然選擇自殺行為。然而，該研究並未呈現此一矛盾現象的內涵，也沒有對照組以顯示社會支持的知覺在自殺未遂者與非自殺未遂者之間的差異，而且，此一大規模的研究與前文 Keitner 等

人 (1987, 1990) 的研究結果，自殺未遂者缺乏家庭支持，以及 Randell、Wang、Herting 與 Eggert (2006) 的研究結果，預測自殺危險行為最有效的家庭因素是家庭成員罹患憂鬱症、知覺到的家庭衝突、家庭支持的滿足 (family support satisfaction)、以及家庭支持的獲得 (availability of family support)，明顯的不一致，這也凸顯有必要深入研究家庭與自殺行為之間的明確關係。

許多研究 (Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000；Qin, Agerbo, & Martensen, 2003；Roy, 2000) 都認為家族中如果有親人自殺身亡，自殺者的遺屬有較高比率發生自殺未遂與自殺死亡的行為。Rubenowitz 等人 (2001) 以 85 位自殺身亡的老人為對象的個案控制研究 (case-control study) 也發現，親人自殺是老人自殺的重要危險因素之一；如果老年人有一等親的親人自殺，其自殺的危險性更增加將近 4 倍之多。

Waern (2005) 的研究也呼應前述發現。她研究 85 位自殺身亡的老人，其中，13 位有親人自殺身亡，72 位沒有親人自殺。研究結果顯示有一等親自殺的自殺身亡老人，他們生前全部都出現有自殺的意念或自殺未遂的經驗；沒有一等親自殺的自殺身亡老人中，有 65% 生前有自殺的意念或自殺未遂經驗。可見前者出現自殺的意念或自殺未遂的經驗的比率比後者更高。自殺身亡老人中的 6 人生前有子女或孫子女自殺身亡，他們也全部都有物質濫用的情形，明顯高於自殺前沒有子女或孫子女自殺身亡的老人有 25% 物質濫用的比率。Cheng 等人 (2000) 在東臺灣的個案控制研究也有類似的研究結果，有一等親自殺的自殺身亡者，生前常有酒精或其他物質濫用的情形。因為家族中有親人自殺身亡的老人，尤其死者是其子嗣時，會認為這是對自身的批判，為人父母者容易有強烈的失落、愧疚、憤怒、責怪等情緒 (李開敏等譯，民 93)，可能

因此引發上述物質濫用與自殺的傾向；其中，物質濫用所導致的生理病理現象又容易加重自殺的傾向（國立編譯館主譯，民 95；Osgood, 1992）。故對親人自殺身亡的老人進行自殺防治時，需要特別留意親人自殺、物質濫用與自殺傾向之間的關連。

在 Waern (2005) 的研究中也指出，自殺長者的親友認為其子女或孫子女自殺身亡事件是影響老人自殺的核心因素；父母或手足的自殺並非促成研究對象自殺的主要因素，因為事件發生的年代已經久遠。另外，Waern 等人(2003)研究發現，對於 75 歲以上自殺身亡的老人而言，沒有子女是預測此一族群的自殺因子之一。故有無子女、有無發生子嗣自殺身亡都可能是影響老人自殺的因素。

由上述研究報告可知，自涂爾幹開始研究自殺以來，許多研究者一直認為家庭因素是自殺相關的重要因素之一，其中危險因素的內涵包括家庭適應力與家庭凝聚力低者、對家庭功能有較負向的知覺等等。而家庭失和、曾經歷親人自殺（尤其是子嗣自殺）、沒有子女等因素，也同樣是老人自殺的危險因子。故強化家庭功能，增加家人的情感支持，提升老人對家人支持的感受程度，都是預防老人自殺的保護因子。

第三節 老人自殺未遂後家庭的適應

因為自殺未遂者是再次自殺的高危險群（Beautrais, 2004；Beck & Steer, 1989；Sakinofsky, 2000），故自殺未遂者返家後其個人與整個家庭的適應狀況，更可能關係著自殺未遂者是否會再次自殺。然而，自殺未遂事件前後家庭可能面臨什麼危機與壓力？具有自殺危機的家庭又有什麼特徵？實需要深入探討，以辨識與瞭解這些壓力與特徵，而能提供

協助之道。故本節嘗試由家庭系統的觀點檢視自殺未遂者家庭適應狀況的內涵。

本節分成三個部分，一、引發老人自殺的可能憂慮、信念與徵兆；二、自殺未遂事件後，家人的壓力與適應，以及三、從家庭系統理論探究具自殺危機的家庭，詳述如下。

一、引發老人自殺的可能憂慮、信念與徵兆

任何自殺事件都有著多重複雜的原因，且彼此相互影響（李淑珺譯，民 95；易之新譯，民 89；國立編譯館主譯，民 95；鄭泰安，民 97）。前面章節所描述的諸多因素都是老人自殺的因素之一，其中的許多因素屬於長期既存的，但既存的因素不一定導致自殺行為，是否成為引發致命的導火線，在於當事人對壓力源的主觀感受與解釋（國立編譯館主譯，民 95；鄭泰安，民 97），而這些想法可能在日常生活互動中表現出來，故對自殺防治工作而言，這些徵兆的警覺與辨識非常重要。

老化問題是老人不同於其他年齡群自殺者的特有因素。有的老人可能不懼怕死亡，卻害怕生病受苦，擔心需依賴別人維持剩餘的生命；來日不多的無望感摧毀了老人的理智、甚至喪失了改變的動機。另外，他們可能比年輕人更常面臨失落的痛苦，例如失去健康、失去行動力、失去認知功能、失去自我照顧的能力、失去家庭或社會中的角色、失去技能、失去工作或工作機會、失去自我支持的方法、失去家園或珍愛的財產、失去或預期失去摯愛，包括親人、寵物（國立編譯館主譯，民 95）。這些失落，特別對於老年人而言，可能是引發自殺行為的警訊。在失落的心情下，他們也可能表達出類似下列的想法，人老了沒有用、我不值得活著（盧淑芬、熊道芬，民 92）；少了我和我所引發的問題，人們會

過得比較好；或者我的疾病危及家庭的經濟與家人，如果我消失了，家人就不用過得這麼辛苦了等等；或是企圖以「生命的尊嚴比無意義的活著更重要」之類的信念，希望讓自殺在道德上能夠合理化（國立編譯館主譯，民 95）。

他們也可能藉著類似下列的訊息來傳遞自殺的意圖，這是你最後一次看到我；或者我不會再看到你等等的談話內容。而自殺最重要的訊號則是直接表達出自殺的意念。其他可能的訊息還包括，對通常有樂趣的事務或活動失去興趣；切斷社會互動、忽略自我照料與打扮；中斷醫療，例如中斷進行中的特殊飲食或處方；感到絕望或無價值感；將事物整理妥當、將物品送人、更改遺囑；累積藥物或取得其他致命方法；關注死亡或不關心個人安全（American Association for Marriage and Family Therapy, 2007）。

總之，上述內容都是老年人可能引發自殺的憂慮與信念，或是可能透露出來的自殺訊息，需要我們特別的關心與留意，而家人有最多機會獲得這些資訊。如果醫療或心理健康服務人員可以透過家人協助，從而獲取相關訊息，及早辨識與介入，表達對老年人的善意關懷，使之抒發並化解可能引發自殺的憂慮與信念，降低老人自殺的意圖，當能防範憾事的發生。

二、自殺未遂事件後，家人的壓力與適應

本文分成兩部分，先說明適應的定義與適應情境的種類，再探討自殺未遂事件後，家人的壓力與適應。

（一）適應的定義與適應情境的種類

White (1974) 認為所有關於處理壓力的字彙中，以「適應」

(adjustment) 一詞為最佳，其他的字彙，例如調適 (accommodation)、自我防衛 (ego defense) 以及因應 (coping) 等，都包含在適應的內涵中。至於適應是什麼呢？Hartmann (1964) 認為「適應」是個人終生維護心理平衡的持續過程，以毋須付出太高代價的方式，去因應一個具有一般性與可預期性的環境（引自俞筱鈞譯，民 89）。張春興（民 91）則認為適應是指個體為了與其生活的環境（包含社會環境與自然環境）保持和諧狀態或滿足其需求，所表現的各種反應。張氏認為 adjustment 比 adaption 含有更多的主動性。

Powell 將人的一生可能需要適應的情境分成四大類，包括常態適應、暫時性過度壓力的適應、危機情境下的適應與行為違常的適應（俞筱鈞譯，民 89）。Powell 認為自殺是屬於行為違常的一種，自殺未遂者的家人所面對的情境是一種危機情境。依 Powell 對適應情境的分類，自殺未遂者與家人共同面臨了行為違常適應與危機情境適應兩種。面對行為違常適應情境時，會出現的主要特質為，生活的愉快感減少、問題原因不明顯、過份與歪曲的行為。而面對危機反應時會對工作、愛與遊戲感覺痛苦；出現較低層次的自我保護方式，包括否認、合理化等自我防衛方式、人格型態變化等特點。危機反應的次要特點包括，感受到嚴重及難以接受的環境壓力；身體健康惡化；組織力顯著減退；不能預測的情緒反應；以及強烈多變的人際關係。上述特質都可能在家人自殺未遂後的家庭中出現，值得關心與留意。

（二）自殺未遂事件後，家人的壓力與適應

自殺未遂事件發生之後，目光的焦點通常都集中在自殺未遂者身上，往往忽略其家人所遭遇的壓力與危機。Jamison、Christopher 與 Seiden 認為自殺不僅是一種當事人否定自我的行為，同時會對周遭的其他人產

生巨大的衝擊（易之新譯，民 89；楊淑智譯，民 90）。自殺未遂事件後，家人除了要為照顧自殺未遂者而犧牲社交生活，支付龐大的生活與醫療費用，隨時忍受自殺未遂者易怒與令人窒息的陰鬱情緒之外，最困難的是還要嚴密陪伴，防範隨時可能再次發生自殺的不幸事件，並且面臨不知何時會失去他（她）的危機情境壓力（李欣容譯，民 87；Kjellin & Östman, 2005；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b；Nosek, 2003）。老人自殺未遂後，再次自殺的可能性相當高，所以，對這些家人而言，他們的擔心其實是很可能發生的（Beautrais, 2004；Beck & Steer, 1989；Sakinofsky, 2000）。為了因應如此強大的壓力，有的家人在遭遇第一次自殺未遂事件之後，會認定自殺未遂者已經死了，亦即把那個他們原以為了解、不知道自殺念頭的親人視為已經死了（楊淑智譯，民 90）；Richman (1986) 則指出不少家人會在自殺未遂事件發生後不久，對自殺未遂者表達強烈的攻擊，希望對方死去的願望，例如「下一次找高一點的地方跳」、「你死了對大家都比較好」等氣話，其實反映出家人極度的挫折、惱怒、無助與在意。不管這些是有意識或潛意識的行為，或許這樣對他們而言，就不需要隨時承受親人再次自殺的焦慮、擔心與害怕。

家人與自殺未遂者相處的時候，常常如履薄冰，擔心說錯什麼話傷害到自殺未遂者；當照顧的壓力過大，又加上面臨生計的苦惱，家人很容易就失去耐心，可能對自殺未遂者的同情或憐憫之心都會變得勉強、做作，關係出現隔閡（楊淑智譯，民 91）。Magne-Ingvar 與 Öjehagen(1999a) 的研究指出，接近一半的受訪家人並未與自殺未遂者直接談及自殺未遂事件，他們不知道如何啟齒，希望能有人可以協助對話。而且有高達 93% 的受訪家人抱怨自殺未遂者住院期間，家人並未得到足夠的相關訊息，他們對於如何照料自殺未遂者以及如何與自殺未遂者相處，常會感到困

難與困惑；接近一半的受訪家人希望接受專業的諮商協助，特別是事件發生後不久。尤其大部分自殺未遂者仍有精神疾病與其他的問題，遺憾的是超過 2/3 的病人因為認為精神疾病方面的處遇沒有效果而結束治療；然而，結束專業協助導致病人需要家庭付出更多的照護與情感支持，如果家人無法提供，這些過早退出治療的病人可能對家人形成更多的壓力。故 Magne-Ingvar 與 Öjehagen 兩位研究者建議，以家庭為中心的整合式服務可以增加病人參與復原治療的機會，並減輕家人的焦慮。

自殺未遂者的家人除了與自殺未遂者相處面臨了很大的困難，自殺者的家人對於自殺事件也常感到羞恥、愧疚、憤怒、以及被自殺者遺棄（楊淑智譯，民 90；Barlow & Morrison, 2002；Farberow, 1998；Nosek, 2003）。家人們在經歷此災難事件後面臨最主要的挑戰是，如何重新恢復個人原本平靜的生活。在面對社會對自殺的污名化影響下，自殺事件會使家人對於如何重新修補自我形象產生懷疑，並且產生無力感，動搖他們對生命的控制感，被後悔的情緒所糾纏，認為如果當初可以多（少）做什麼，自殺事件就不會發生。責怪自己疏忽的想法不斷折磨著他們，並且持續的追問「為什麼？」卻偏偏對於偶而得到的答案感到不滿意。自殺者的家人在自殺事件後的適應過程顯得複雜而艱辛，家人對自殺事件得不到答案而籠罩在困惑的情緒之中（Barlow & Coleman, 2003）。此外，他們很可能出現倦怠、偏頭痛、結腸炎、酗酒、睡眠問題、焦慮、容易哭泣、心臟問題、常服用鎮定劑、比較容易罹患潰瘍、憂鬱症與害怕獨處等症狀。他們可能無法與人談及自殺事件、無法與他人建立長久的關係（楊淑智譯，民 90）。許多自殺未遂者的家人在事件後都曾有精神疾病的問題(Kjellin & Östman, 2005；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b)，而且更悲慘的是，如前文「老人自殺的家庭因素」中所提過的，

自殺者的家人自殺的可能性比一般人更高(楊淑智譯,民90;Cheng et al., 2000; Qin et al., 2003; Roy, 2000; Waern, 2005)。

然而，自殺未遂者的家人不僅需要承受照顧自殺未遂者的壓力；處理外界對自殺事件歧視或質疑的眼光；各自努力想理解自殺事件的原因與發展個人對此事件結果的解釋，以及調適個人的內在身心狀況之外；同時還需要重新調整家人之間的關係，瞭解並尊重家庭的個別成員面對自殺事件的反應與處理模式。如果成員間彼此適應的步調不一致，還可能引發家人相處的壓力或婚姻的不和諧，對家庭的情感與凝聚力產生衝擊，對家人之間的關係與家庭功能也有不良的影響(Barlow & Coleman, 2003)。可見自殺未遂家庭所面臨的壓力與挑戰，是相當複雜與困難的。

綜而言之，自殺未遂事件帶給家庭巨大的衝擊，自殺未遂者家屬除了要面對事件所帶來的複雜與負面的情緒，以及外界可能的污名化眼光之外，還需要於困惑中摸索如何與自殺未遂者以及其他家人相處，重新調整彼此的互動模式，如此多重的壓力可能引發他們的生理與心理損傷。專業的健康服務人員如果能適時伸出援手，主動提供家屬所需的資訊，增加家屬對於自殺未遂者病情特徵與所需治療的認識，以及與自殺未遂者相處、照護之道，並對長期受到忽略的他們給予關懷與支持，或可減輕家屬在孤立無援的困境下可能面臨的負擔與焦慮，不至於因為此衝擊而使得個人與家庭功能嚴重受損，而對自殺未遂者的家庭生活產生負面影響，增添自殺未遂者再次自殺的風險。

三、從家庭系統理論探究具自殺危機的家庭

許多研究者相信自殺行為受到多重因素的影響，其中，家庭中的壓力、家庭功能的瓦解、以及家庭中互動的模式等都扮演著重要的因素

(Bongar, Goldberg, Cleary, & Brown, 2000；Pfeffer, Normandin, & Kakuma, 1998；Richman, 1986, 1993)。McLean 與 Taylor (1994) 指出，家庭對於自殺危機這件事具有重大的影響力，不只是因為家庭可能長期提昇或削減個人的希望感與自尊，同時家庭成員還能辨識與回應自殺危機的訊息。

然而，自殺行為雖然是心理健康服務人員最常遇到的緊急事件，卻鮮少家庭系統或婚姻治療的領域對此提出看法 (Bongar et al., 2000)，縱使關注此議題，也多偏重在兒童與青少年的自殺事件上。固然，家庭因素在兒童與青少年的自殺事件上的影響力最為明顯，但許多研究 (Richman, 1997；Rubenowitz et al., 2001；Waern et al., 2003) 都指出，如同兒童與青少年自殺一樣，老人自殺與其家庭關係不和諧具有顯著的關聯。Richman (2005) 也主張家庭脈絡與社會脈絡是自殺情境的一部份，並且可能決定自殺危險者的未來。故自殺者的家庭脈絡或社會脈絡都需要關注，因為在現實裡，人就是活在這些脈絡與關係之中。

家庭系統理論持續關注家庭脈絡與社會脈絡下，個人與家庭以及社會之間的複雜影響，並提供了個人內在與家庭人際互動的清楚概念 (Godenberg & Godenberg, 2004)。所以，欲瞭解老人自殺未遂前、後家庭互動的轉變，以及事件發生後自殺未遂老人與家庭的適應歷程，實需要引入家庭系統的觀點，以增加研究的廣度與深度。故以下介紹家庭系統的理論，並呈現在家庭系統觀點下，具有自殺危機家庭 (suicidal family) 可能出現的特徵。

家庭系統是指將家庭視為一個進行中的系統，家庭成員分別為系統中的一份子，個別家庭成員的任何改變，會影響到其他成員之間的關係 (Godenberg & Godenberg, 2004)。Minuchin 認為所有家庭都會承受一些

內、外在壓力，內在壓力主要來自家庭成員的發展階段的變化與家庭組成成員的改變，例如孩子進入青春期；外在壓力可能是某一成員與家庭外力接觸時所產生的壓力，例如丈夫的工作壓力；或者是外在環境對家庭所形成的壓力，例如經濟不景氣或搬家對家庭系統的影響；還有特殊問題所產生的壓力，例如某一家庭成員的智力障礙或罹患重病（劉瓊瑛譯，民 85）。自殺未遂事件對家庭的壓力應可歸類於特殊問題，但其成因卻可能包含上述多重的因素。

在眾多家族治療的派別中，Minuchin 與其同事所提出的結構取向，符合中國的文化特色，非常適合處理中國家庭的問題（劉瓊瑛譯，民 85；Jung, 1984，引自賈浩妃、陳秉華，民 88）。研究者認為結構取向所描述的概念，有助於清楚呈現自殺未遂者家庭中，成員內在的心理現象與彼此互動的相互影響，故本研究採用結構取向作為分析自殺未遂者家庭的理論依據。所以，本研究所指的家庭系統是依據家庭結構學派的理論，其中包括家庭結構（family structure）、次系統（subsystems）、界限（boundaries）、權力（power）以及互動模式（transactional patterns）等概念，詳述其內涵如下。

（一）家庭結構

家庭結構指的是一組無形的功能需求，家庭成員藉此建立他們的互動方式。這些重複出現的互動模式建立了如何、什麼時候、跟誰相連結，也奠定了系統的基礎（劉瓊瑛譯，民 85）。本質上，家庭結構代表家庭在執行它的重要功能時，相關的家庭運作規則的總和；家庭結構提供一種架構，來瞭解特定家庭如何組織以維持家庭的穩定，以及在變動的環境下尋求適應方式的重複、一致和持續的模式（Godenberg & Godenberg, 2004）。家庭結構具有動態的特質，亦即主動地將一些行為組織為可預

期的常規（楊連謙、董秀珠，民 86）。家庭結構的概念包含家庭生活的某些共通性，例如歸屬感、忠誠度、親密度、排斥性、遺棄和權力運作等議題，以及出現在次系統裡的攻擊，界限之間的滲透性、連結、以及聯盟等（劉瓊瑛、黃漢耀譯，民 92）。所以，家庭結構是一種瞭解家庭運作的構念，以呈現特定家庭如何透過重複、一致和持續的互動模式，滿足家庭功能的需求，維持家庭的穩定。

以家庭系統的觀點而言，具自殺危機的家庭會顯現混亂的家庭結構，家庭系統呈現封閉的特性，將家庭成員與外人的密切來往視為對家庭的不忠誠與威脅，禁止其家庭成員擁有家庭外的親密，對外在世界呈現敵意並且不接受他人幫助 (Richman, 1986, 1993)。此類家庭通常欠缺家庭凝聚力，而且，當自殺成為家庭的危機事件時，家庭成員傾向以敵意的態度互動，結果導致夫妻離婚、死亡、分居、家庭失和、孩童受虐，以及/或者包含導致自殺行為的精神違常家庭病史 (Bongar et al., 2000)。所以，欠缺家庭凝聚力，封閉、混亂的家庭結構，是具自殺危機家庭的可能特徵之一。

（二）次系統

家庭系統由次系統來分化及執行功能。次系統可藉由代別、性別、興趣或功能而形成。每一個次系統都有其特定功能且對其成員有特定的需求(劉瓊瑛譯，民 85)。次系統由家庭成員之間的人際界限與規則所定義，它們會規範與其他次系統接觸的數量，這樣的界限決定誰參與以及用什麼角色參與系統內外的互動 (Godenberg & Godenberg, 2004)。

每一個家庭都包含幾個不同的次系統，家庭中的個人可能因各自屬性的差異而分屬不同的次系統（劉瓊瑛、黃漢耀譯，民 92）。個人在每一種次系統中擁有不同程度的權力，且從中學習不同的技能。次系統提

供有意義的訓練機會，讓個人能同時保持分化自我，又能練習不同層次的人際技巧，其關鍵則在於「角色的互補性」，孩子與爸爸相處時各自扮演兒子與父親的角色，但當這個孩子和弟弟相處時，則可以表現得像個哥哥(劉瓊瑛譯，民 85)。故當個人屬於某個次系統時會去維持其認同，而學會與其他次系統的人不同的生活方式(楊連謙、董秀珠，民 86)。所以，家庭裡不同的代別、性別、興趣或功能會形成特定人際界限與規則的次系統，不同情境下的不同次系統可以協助家庭成員學習自我分化與角色所需的功能。

從次系統的觀點來看，具自殺危機的家庭可能出現角色與家人關係間的衝突、失敗與固著，導致家庭角色的責任與功能失敗或扭曲；他們無法接受必要的改變，包括因改變而分離的關係、因發展而分離的關係、因死亡而分離的關係、無法忍受分離、以傷害某位家人的方式緊抓早期的依附對象、以及無法哀悼失落等 (Richman, 1986, 1993)。其中，常見無法接受必要的改變，例如喪偶，即是引發老人自殺的危險因素 (Duberstein et al., 1998 ; Guohua, 1995 ; Waern, 2005)。Richman (1993) 認為失落的反應不只是個人的議題，當其他家庭成員無法處理失落，尤其是哀悼被禁止時，常會引發自殺行為。

Koopmans (1995) 則主張自殺行為是一種對於家庭角色與責任混亂的反應。以盧淑芬、熊道芬 (民 92) 所研究的自殺未遂的老年病患個案為例，研究中的老人認為年紀大了不中用，心情不好時跟太太說只會引發兩人的爭吵，多次向大女兒表示：後悔沒能提供八位子女良好的經濟與求學環境，加上其他因素而引發自殺未遂事件。此事件呈現家庭成員發展的危機，包括夫妻次系統缺乏彼此的情感支持而轉向子女尋求情感的滿足，以及父子次系統中對於家庭角色的責任與功能要求的不一致。

除此之外，具自殺危機的老人通常極力避免分離，但其他家庭成員卻努力要離他遠一些；老人覺得成為家人的負擔，而家人也認為老人是其負擔，這些都顯示在壓力下出現不良的親子或夫妻次系統內，相互影響所產生的循環反應（Richman, 1993）。如果自殺事件與自殺未遂老人一再受到家中的子執輩指摘或不尊重時，即呈現親子系統角色與責任的錯置，以及此錯置關係對於老人的自我價值與自我角色的挑戰。

所以，上述這些特性顯示出，家庭若無法處理有關次系統的危機，包含關係改變導致的失落與成員發展的變化，以及對於次系統中成員所扮演的角色與自我認同的否定，都是老人自殺危險的家庭特徵。

（三）界限

次系統的界限指的是界定誰能加入與如何加入的規則，其功用在於保護系統的分化(劉瓊瑛譯，民 85)。構成家庭生活內涵的日常生活事件，促成了次系統間不同程度的關係界限，而使得各個次系統間有不同程度的滲透可能性（劉瓊瑛、黃漢耀譯，民 92），並保障家庭與其次系統間的分離與自主。如果沒有界限，很多繁複的家庭發展過程將無法產生，家庭中的成員與次系統將無法有進展性的分化或分工，而影響家庭對外在環境的適應（楊連謙、董秀珠，民 86）。

家庭內界限的清楚程度是評估家庭功能的一個有效變數。有些家庭發展出過度僵化的界限，次系統之間的溝通困難，家庭的保護功能也受到阻礙，此稱之為疏離（disengagement）；有些家庭追求自己的小世界，增加了家庭成員之間的溝通與關懷，結果造成了彼此間距離縮短、界限模糊，家庭系統的分化顯得鬆散，此種界限稱之為糾結（enmeshment）（劉瓊瑛譯，民 85）。界限規定了誰能加入以及如何加入次系統，界限清楚而有彈性的家庭通常較能面對環境的壓力與挑戰，而功能不良的家庭

則會呈現不當的僵化或鬆散的界限。

故在家庭界限的部分，具自殺危機的家庭會顯現缺乏表達、較多的衝突、缺乏組織、穩定性低、嚴格、缺乏彈性、家庭成員的角色與界限不清楚等特徵 (Bongar et al., 2000)。此家庭的界限可能過於糾結，過份強調對家庭的忠誠感和歸屬感，不鼓勵獨立，對於家庭成員的自主需求常常表現急速、激烈且侵犯個人隱私的過度反應。Keitner 等人 (1987) 發現，自殺未遂者會覺得自己深陷在不良的家庭互動模式中，企圖藉由自殺而從家庭痛苦中解脫。Koopmans (1995) 則明確指出，自殺未遂行為同時呈現祈求家庭幫助與自我獨立的矛盾心結。除了界限糾結外，部分的自殺未遂者常感到缺乏家庭的支持與接納 (Keitner et al., 1990；Randell et al., 2006)，他們的家庭界限可能過於疏離與僵化，家庭規則缺乏彈性，成員對家庭缺乏忠誠感和歸屬感，欠缺溝通與情感交流，且沒有相互依賴的能力，或在需要時找不到支持與接納的力量，個人承受過大的壓力卻難以獲得家人的回應。然而，家人與自殺未遂者相處時也常會感到困難與疏離 (楊淑智譯，民 91；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a)，顯示自殺未遂者的整個家庭都在受苦卻無力解決此一困境。所以，具自殺危機家庭的界限常是不清楚，過於糾結或疏離的。

(四) 權力

家庭中的權力與權威（誰是決策者）和責任（誰執行決策）有關。權力會呈現每位家庭成員對於運作結果的相對影響力。權力很少是絕對的，它與脈絡或情境有關，也和家庭成員主動或被動結合力量的方式有關。它可能以同盟 (alignment) 或聯盟 (coalitions) 的方式呈現於家庭成員的互動過程，同盟是指家庭成員在從事家庭活動時共同參與或彼此反對的方式，聯盟則指特定家庭成員們對抗第三者的聯合關係。在

Minuchin 所謂的三角化 (triangulation) 關係中，父母分別要求子女與他或她聯合以對抗對方，這種同盟方式被結構主義者認為是失功能的 (Godenberg & Godenberg, 2004)。

一個家庭日常生活事件的協商會顯現家庭內部的運作模式，以及這個家庭如何使用權力。階層 (hierarchy) 關係也被視為是家庭權力結構的一部份。在面對家庭衝突時，適當的階層權力運用有其必要性與實用性。不過，如果一味將權力視為解決問題的良方，則這也會成為家庭適應不良的原因（劉瓊瑛、黃漢耀譯，民 92）。

Minuchin 主張當家庭發生短暫性的特殊問題時，可能使家庭的因應機轉負擔過重。某位成員發生特殊狀況的期間，他的某些功能與權力必須由其他家人承擔，家庭需要適應這個重新分配的工作。當事過境遷，又需面對重新適應的歷程，包括協助他回到原來的地位或接受系統中的新地位，都是重要的協助事項，同時也是一種功能與權力轉移的過程（劉瓊瑛譯，民 85）。所以，家庭中的權力是一種相對的影響力，顯示家庭成員在特定的情境或脈絡下如何彼此合作或對抗，以達成所欲運作的結果，權力會因成員的發展歷程或外在壓力而產生重新分配或移轉。

由家庭權力的觀點來看，具自殺危機的家庭可能出現代罪羔羊、雙縛溝通、施虐/受虐關係以及矛盾關係等不平衡的家庭內關係 (intrafamilial relationships)；或者聯合其他家庭成員孤立家中可能的自殺者、以及脆弱的家庭關鍵成員 (Richman, 1986, 1993)，而使得原本處於家庭權力邊緣的成員更形退縮與抑鬱，覺得被家人孤立，或是利用自殺的方式報復或懲罰自己無力對抗或反擊的家人（蔣秀容，民 92）。故不良的家庭權力關係，可能潛藏家庭成員自殺的危機，需要心理健康服務人員辨識與介入，以防範自殺事件的發生；而當家庭發生自殺未遂事

件，家庭的權力也會產生變化，亦需關注權力轉移對於家庭適應與家庭功能運作的影響。

(五) 互動模式

互動模式規範了家庭成員的行為。這些模式有兩套約束系統，第一套是一般性的，指的是決定家庭組織的通則。例如家庭中一定有一套權力的階層分配制度，父母與子女各自擁有不同的權威程度。家庭中也具有功能的互補性 (complementarity)，夫妻之間相互依賴且通力合作(劉瓊瑛譯，民 85)。所以，家庭角色的互補性或交互性提供家庭結構的一般限制，而能讓家庭執行任務時維持家庭的平衡 (Godenberg & Godenberg, 2004)。

第二套約束系統則是特殊性的，包括對特定家庭成員之間的相互期待，這些期待會維持相互之間的適應與功能的運作，雖然彼此的期待可能不再被提起，但是已經固定的模式卻能繼續自動出現，以維持相互之間的效應和有效的功能運作(劉瓊瑛譯，民 85)。特定家庭互動的相關規則和後續的行為模式會成為家庭結構的一部份，以確保系統的維持。因此，家庭會儘量嘗試維持其偏好的模式，亦即它目前的結構 (Godenberg & Godenberg, 2004)。

McLean 與 Taylor (1994) 指出具有自殺危機家庭的特徵是成員間不良的溝通，常常會誤解彼此的行為與意圖，而且較常會出現相互懲罰的行為，缺少彼此酬賞的互動；另一個特徵則是持續重複出現的家庭衝突 (蔣秀容，民 92；Randell et al., 2006)。其他研究者則發現自殺未遂者的家庭通常具有下述的特徵，溝通時容易出現代罪羔羊 (scapegoating)、雙縛 (double binded) 溝通、言詞混亂、過度隱匿與阻礙親密的現象，所傳遞的內容經常帶有迂迴、欺詐、選擇性的與破壞性的訊息 (Bongar

et al., 2000；Richman, 1986, 1993)；或者出現家人不知道如何與自殺未遂者進行溝通與情感交流的現象（楊淑智譯，民 91；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a）。所以，自殺未遂者的家庭成員重複互動模式與形成此模式背後的家庭規則，可以呈現自殺未遂者的家庭互動型態與隨之而來的壓力，以及其生活中重複出現的家庭情境，而能據此評估自殺未遂者的家庭對他的心理健康的影響程度。

上述的家庭特徵都是具有自殺危機的家庭可能呈現的危險訊號。Richman (1996) 強調情境脈絡常會決定自殺行為發生的時間，心理健康服務工作者需要重視家庭脈絡並能夠熟悉與辨識這些訊息，以篩檢可能的自殺個案，提供對應的介入方法。

總而言之，從家庭系統觀點來看，具有自殺危機的家庭常呈現較多負向的溝通與互動模式，敵意的態度與負面的情緒反應，家庭成員之間的角色衝突、界限僵化或糾結，以及各種不健康的家庭特徵。很明顯的，部分特徵長期存在於家庭中，例如長期的依附與界限不良的問題；部分特徵可能是自殺未遂事件之前既存或事件發生之後才被引發，例如溝通與互動困難等，這些特徵需要針對個別案例進行詳細的探索，才能揭露不同的家庭中各自的家庭特徵與自殺未遂事件之間的關係。相較於前文所述 McDermut 等人 (2001) 對於家庭功能與自殺關係的研究，可以發現透過家庭系統所提供的架構與觀點，能得到不同於一般量化研究的結果，呈現家庭脈絡下豐富且複雜的個人內在與人際互動的訊息，而得以清楚描述具有自殺危機家庭的特徵，或自殺未遂後的家庭所面臨的壓力與反應。可見家庭系統的觀點確實有助於瞭解自殺未遂事件前後家庭適應的歷程，以及家庭對於老人自殺危機可能產生的正負向影響。

由本節的文獻可以發現，老人所面臨的老化與失落等議題，可能引

發當事人厭世的想法，並合理化其自殺的信念，而透過明顯或隱微的不同方式傳達給身旁的人，其中，家人是最有機會接收訊息的人。所以，家人不僅能夠對心理健康服務工作者提供自殺危機者所未透露的寶貴訊息，而且，自殺危機家庭的特徵也是判斷老人自殺危險的訊號，對心理健康服務工作者而言，辨識與解讀這些訊息所代表的危險程度是深具意義的。

家庭中一旦發生自殺未遂事件，自殺未遂者家人的心理與生理都會遭遇重大的衝擊。自殺未遂者與其家人不僅需要處理外界與個人內在對自殺事件的解讀，調適個人的內在身心狀態之外，還需要面對照護自殺未遂者與彼此相處的壓力，重新協調家人之間的關係等諸多重大的挑戰。這些壓力往往會對家庭的運作與功能造成損傷，使家庭難以提供自殺未遂者良好的長期照護。故老人自殺防治工作，實需要同時蒐集老人與其家庭可能存在的自殺危機相關訊息，適時給予老人與其家庭必要的協助，除了增加具有自殺危機的老人復原、治療的機會，也可以減輕家人的焦慮與壓力，進而形成良好的居家照護環境，而讓家庭成為自殺防治的最大助力。

第四節 相關的論文研究

本節分為兩個部分，第一部份是國內自殺相關的論文研究，第二部分則是國外與自殺未遂者、以及自殺未遂者家庭相關的論文研究。詳細內容如下。

一、國內自殺相關的論文研究

研究者於九十五年一月在國家圖書館的論文資料庫裡，以「自殺」

作為關鍵詞檢索相關文獻，蒐集到國內的學位論文約有一百四十篇是與自殺議題有關的，扣除相關性不大者及文學相關的論文之後，大約有一百十篇左右，其中全部都是碩士論文而無博士論文，且大多數主題以校園自殺為相關的研究議題，又以量化的研究方法分析自殺意念及自殺行為相關因素居多；以深度訪談蒐集自殺經驗的論文仍是少數，其中又只有少部分是以自殺遺族的適應或復原歷程為研究主題（見蔡松芬，民 91；鄭淑惠，民 93）。可見針對特定個案來深度剖析自殺心理經驗的論文是稀少的。

直接以自殺未遂者為研究合作對象者僅有兩篇，一為吳惠慈（民 92）的碩士論文「一個多次自殺未遂者的自殺經驗敘說」，這篇論文以多重方法，解釋性現象學分析、現象學方法、以及生命史法來解讀自殺現象，其研究結果發現，生命缺乏意義感以及情緒低落會形成自殺的氛圍，情緒的起伏則易觸發自殺的行為，而多次自殺者和單次自殺者具有不同的脈絡情境，多次自殺者隨著自殺經驗的增加，對於其自殺相關情緒和想法的瞭解越來越多越深入和複雜化，進行自殺防治時應考量其中的差異。吳惠慈於研究中還發現，其受訪者於參與訪談之後自殺的頻率大為減少，受訪者自己認為，可能與接受訪談過程中重新整理自己的生命經驗有些關係。由此可知質性訪談研究提供當事人敘說的機會，可能有助於當事人抒發情緒並重新釐清過去的經驗，進而正面改變了當事人對生命的看法。

另一篇則是蔣秀容（民 92）的論文「轉換受苦經驗：成年自殺未遂者之歷程分析」。其研究合作對象為七名自殺未遂而求治的患者，其中，衝動型自殺類型有兩位，計畫型自殺類型有五位。衝動型自殺的引發事件為家人拒絕與先生行為脫軌，計畫型自殺的引發事件為失落、疾病、

經濟與司法事件；計畫型的未遂者安排自殺的時間由數日到數個月不等，期間可分為醞釀期、動機期與行動期。七位中僅有一位是首次自殺未遂，其餘者連同本次自殺未遂，共有二到五次的自殺未遂經驗。自殺的危險因素多為想要立即解脫，每位自殺未遂者都有包含憂鬱、焦慮、痛苦、討厭自己等強烈的負面情緒，而保護因素則多為難捨親情。研究結果發現了不同的自殺想法、情緒危險因素以及保護因素，而且隨著自殺類型不同，對應的自殺危險因素與保護因素也不同。該研究者呼籲臨床工作人員能早期評估自殺行為的重要警訊，以及透過自殺保護因素以消緩自殺的衝動。

而以老人自殺為研究題目的僅有張立安（民 83）的一篇「臺灣地區老年自殺問題之研究」，內容針對年齡層、性別、自殺方法、婚姻狀況、省籍及居住地區等因素探討老人自殺問題，結果發現高年齡層、男性、離婚者、外省籍的老人自殺比率較高，而不同居住地區的老人自殺則無顯著差異。此研究並進行時間序列分析，發現隨著接受中等教育程度以上的人口比率愈多，以及平均每人國民生產毛額愈多，則老人自殺率也會愈低；而離婚率愈高，老人自殺率則愈高。

由國內的自殺研究來看，絕大部分以校園自殺為研究主題，研究方法以量化研究為主，僅有的一篇老人自殺的學位論文也是十幾年前的研究了，反映出老人自殺問題並未受到國內學界足夠的重視。老人族群是弱勢的一群，占總人口超過 10%。其自殺的比率約為青少年自殺的六倍，占總自殺死亡人數約 20%（行政院衛生署，民 96b），其實需要更多針對老人為對象的本土研究，以瞭解老人自殺的基礎現象，作為老人自殺防治的參考，以扭轉這種人口比例與自殺死亡人數比的失衡狀態。而且，質性訪談的過程，研究者的真誠與專注聆聽提供了受訪者述說其

個人經驗的機會，對受訪者整理自身經驗，與了解其心理狀態是有所助益的。

二、國外與自殺未遂者以及其家庭相關的論文研究

在國家圖書館的論文資料庫裡，並未查到國內與自殺未遂者家庭有關的碩博士論文研究，故此主題僅能針對國外論文進行說明。不過，在國外論文的部分，相關的論文亦相當少。

Tzeng (2002) 於加州大學的護理博士論文「自殺未遂之後：在臺灣的俗民誌研究」(After a suicide in Taiwan: An ethnographic study)，其研究合作對象雖然為台北某地區醫院的自殺未遂者，但因本篇研究乃屬國外大學的學位論文，故將它歸類為國外論文。這篇研究描繪一位自殺未遂者在自殺未遂事件之後的經驗，自殺未遂者與其家人在經歷此事件之後，其實只有一個最卑微的願望，那就是恢復原來的生活。但在住院期間，醫護人員特意的將病人隔離的方式與態度，令當事人認為別人是否視之為瘋子，其實，當事人期望醫護人員能照護他而非評斷他、支持他而非控制他，以人與人之間真誠的方式與他相處。當事人離開醫院返家後，仍然擔心別人會不會因為他住過精神病院而被看低，親人也會因此感覺沒面子。當事人覺得壓力很大，一方面是期待有人可以訴說，另一方面卻又害怕與人互動。有時朋友來訪，對方好心的探究與不信任的態度讓當事人心煩，覺得被遺棄而躲藏起來，自己加諸在身上很多負面的評價，更擔心是否又生病了。當事人最終療癒的方式是利用在醫院教導的方式，以及書寫日記來幫助自己走出來。

該研究也發現，自殺未遂者與其家人會因為不孝、自殺導致靈魂不能轉世、自殺會遺傳、自殺是不定時炸彈等這類文化上的汙名而受苦。

而病人、其家人與其同事處理因自殺而被汙名化的方法，是藉由將自殺解釋為運氣不好、堅持不是真的自殺、我們沒問題、肝火的問題或者病人很煩的概念來轉述自殺事件。此與醫院的精神病理團隊用來理解自殺現象的用語是不同的，例如精神疾患的症狀、智商、教育程度或自殺方法的致命性等，可見一般民眾與醫院兩者對自殺的描述有很大的差異。

此研究詳細描述當事人於自殺未遂後住院期間與出院後的經驗，提供了一窺自殺未遂者內在心理世界的藍圖。自殺未遂者在住院期間的適應良好與否，和醫護人員與自殺未遂者互動時的用詞與方式有關。自殺未遂者出院後仍掙扎於社會文化與個人內在對於自殺汙名化的許多壓力，對此自殺未遂當事人與其親友便以否認自殺的方式來回應。自殺未遂者渴望醫護人員以真誠的方式對待，自殺未遂當事人與其親友都需要協助，如何才能以健康的方式坦然面對自殺未遂的事件。

Nosek (2003) 在「於家中照護憂鬱/具自殺危險成員對家庭的衝擊」(Examining the impact on family managing a depressed/ suicidal member at home) 的博士論文研究中，利用紮根理論分析 13 個家庭因家庭成員憂鬱且具自殺危險性而住院，病人返家接受家庭照護之後對家庭所產生的衝擊與負擔，以及家人們的需求。研究發現在自殺危險的影響部分，這些病人的家人普遍承受各樣的壓力，出現明顯的負面情緒反應，包括憤怒、驚慌、經常性的關心與擔憂、罪惡感與自我責備、覺得被拒絕或被遺棄、覺得有負擔等等；其他的壓力則包括家庭功能降低，社交生活喪失或品質降低，每日的家庭生活與長遠的生活規劃受到限制，家人之間的關係變差，經濟壓力等等。影響壓力的大小則與家人是否共同居住、相處時間的長短以及是否有親近的接觸有關。

即使是病人住院時，大部分的家人也覺得很艱辛。家人很擔心自殺未遂傷害的復原情形，而且他們必須決定是否讓病人住院，尤其缺乏專業人員提供意見以做決定時、病人不願意住院時、照顧病人住院、看著病人因醫療的需要所遭受的行動限制、病人要求回家等等，都讓家人覺得為難、沮喪與難過。而大部分的家人們所需要的是，對病人後續可能發展狀況的了解，可以協助的電話，或是有類似病人的家屬們之間資訊的流通與相互支持。

研究中同時提出了協助這些家屬照顧病人的基本社會歷程模式，稱為「經由照護保持警覺」(maintaining vigilance through managing)。家人們從一開始的「不知道」(not knowing)，變成「辨識」(identifying)、「覺知」(gaining awareness)，到「知道」或「了解」(knowing or understanding)，這使他們能採取「行動」(action)，然後「觀察」/「等待」(watching/waiting)反應，然後再回到「覺知」(gaining awareness)，以致於獲得「了解」或/與「知識」(understanding or/and knowledge)而形成循環。然而，這些家屬在歷程中可能遭遇許多壓力，他們可能會遇到負面的結果、自身的需求或限制而退回前面的階段，甚至放棄而回到「不知道」或不想知道(not wanting to know)的狀態。而且，縱使這些病人經過治療後憂鬱症狀消除，許多家屬仍常常擔心憂鬱症復發而不時的「觀察」病人的狀況。有些家屬則從經驗中獲得「了解」或/與「知識」，但面臨一些醫療決策時，還是感到懷疑而希望能獲得協助以幫助他們及時做出決定。

由此研究可以得知，不論是自殺未遂者住院期間或回家之後，自殺未遂者的家屬皆承受許多壓力與情緒。家人們非常需要專業的健康服務人員提供他們照顧病人與家庭關係的相關資訊，而得以減少摸索的時間，盡快由茫然無知的階段進入覺知與瞭解，而能夠採取較為有效的行

動並累積經驗，讓家人照顧病人的社會歷程形成正向的循環，這對於減低家屬的壓力與建立良好的返家照護環境，以增進病人與其家屬的福祉，都是很有幫助的。

綜觀研究者所蒐集到的國內、外論文，多集中在校園自殺事件的相關研究，雖然有少數論文探討自殺遺屬的困境、自殺未遂者自殺前、後的心理歷程、或者是自殺未遂者家屬照護病人的社會歷程，但對於自殺未遂事件如何衝擊家庭成員的關係與互動模式，以及家庭成員如何因應事件對個人與家庭的影響，很少看到文獻進行深入的探討。然而，老年人口與自殺未遂者都是自殺的高危險群，家庭是其最重要的生活環境與支持來源，所以，研究與瞭解老人自殺未遂事件對老人與其家庭的衝擊與適應方式，才能據此思索改善他們的互動模式與適應的方法，以期能減低自殺未遂老人與其家庭在適應歷程中的焦慮與壓力，而讓家庭成為自殺防治的資源，減少老人自殺事件的發生。

第三章 研究方法

本章共分為五節，以說明本研究之實施方式與程序，依次為研究取向與設計、研究合作對象、研究者的背景、角色與研究倫理、資料蒐集的方式，以及資料的處理與分析。以下分別說明之。

第一節 研究取向與設計

本研究以自殺未遂老人的家庭為研究合作對象，主要目的在探討老人自殺的相關因素，以及家庭在自殺未遂事件衝擊後所面臨的壓力與適應的過程。由於每位自殺未遂的老人都有獨特的生命經歷與自殺行為的特殊思維，不同的家庭對自殺未遂事件也有不同的壓力、解讀與因應的方式。要瞭解這些主觀經驗，需要進入研究合作對象的生活場域，與他們培養融洽的合作關係，進行多次的訪談，才得以觀察其家庭互動模式，深入瞭解他們面對自殺未遂事件的方式與看待的觀點。質性研究強調直接的個人接觸，而於自然發生的情境中，對於受訪者的外在可觀察行為，與其內在狀態，包括世界觀、價值、態度等等個人觀點與經驗，進行深度的探究而對其主觀世界有詳實、豐富的描述（吳芝儀、李奉儒，民 84）。故本研究採取質性研究，以瞭解研究合作對象在其家庭社會環境下的個人主觀知覺、心理感受、困擾，以及適應的過程。

另外，自殺未遂事件對家庭成員的衝擊，不僅來自於事件本身所引發的個人內在衝突，也和家庭成員之間對事件的態度與調適步調的差異程度有關，而且，家庭裡長期既存的互動或關係模式，會在事件發生前、後的過程裡持續產生作用。這些複雜、長期、相互影響的心理歷程都發生在研究合作對象的家庭系統裡，唯有從他們所處的家庭脈絡與環境脈

絡觀點，追蹤自殺未遂後家庭適應的歷程，探索個人與家庭、環境的互動對他們的影響與意義，方能獲得自殺未遂老人與其家庭在適應自殺未遂事件心理歷程的整體輪廓。質性研究致力於探討現象的全貌，它主張要全面性理解研究合作對象，必須描述和了解個人置身的脈絡，因為研究對象相關的資料唯有在其脈絡中才有意義，才能被解讀（劉仲冬，民 84）；而且，質性研究強調以整體的觀點（holistic perspective）描繪諸多特殊情境的社會動力，匯聚成一個綜合性的統整圖像（吳芝儀、李奉儒，民 88）。故本研究採取系統觀點探索家庭的互動與適應歷程，以呈現研究現象的整體性樣貌。

再則，自殺行為與適應歷程均受多重因素的影響，同時也是長期演變的過程，本研究探索在自殺未遂事件發展與適應歷程中，隨著時空的推移，個人與家庭彼此關係的變化，此亦與陳向明（民 91）指出的質性研究注重瞭解事件發展的動態過程相符合。

綜而言之，質性研究符合本研究目的的特點與要求，故本研究採用質性研究的取向，利用半結構深度訪談的方式，訪問受訪者，探索其個人與家人主觀的生活經驗世界，期能以整體的觀點呈現此家庭的互動，深入而細緻地描述和分析自殺未遂家庭的適應歷程。

第二節 研究合作對象

本研究以年滿 65 歲以上自殺未遂者的家庭為研究合作對象，包含的家庭成員為自殺未遂當事人（以下簡稱當事人）、其同住的家人、照顧者與互動頻繁的三等親為訪談對象，且以具有正常的口語表達能力者為限。本研究採取立意取樣的方式，訪談符合上述條件的研究合作家

庭，呈現此家庭於自殺未遂事件前、後，家庭互動與成員個別生活經驗的訊息。

由於研究合作對象設定的年齡與經驗條件相當特殊，以致研究合作對象不易尋得。雖透過學校發文各種醫療、安養、助人、相關衛生機構等尋求協助，同時也利用各種私人管道協尋，但皆因沒有回應、沒有適合的研究合作對象或適合的對象不願意參與研究等因素，以致研究停擺多時。後來偶然得知研究者親戚所熟識的鄰居，於民國 97 年 9 月間服用農藥（殺草劑）自殺，經送醫急救住院後生還。研究者與親戚共同前往醫院探視，並待當事人出院後徵得她的同意後進行訪談，隨後其他家庭成員也同意參與本研究，本研究即以此家庭為唯一的研究合作對象。

研究合作家庭為閩南家庭，家庭內的對話操持台語。當事人為女性，自殺未遂當時為七十歲。當事人出嫁後居住於中部地區某鄉村已逾五十年，當地許多居民務農為生，村落的年輕人口外移嚴重，街坊鄰居許多是居住當地多年的老人，彼此熟識。目前的住家為三十多年前整批建造連棟的二樓透天樓房，家人三十多年來一直住在這裡。

當事人的家庭型態為三代同堂，與丈夫、兒子、媳婦、孫子與孫女同住。兩位女兒均嫁在同一村落，大女兒與女婿住家距娘家約一百公尺，二女兒住家約距娘家七百公尺，皆與當事人等往來非常密切，故也邀請他們接受訪談。茲將參與研究家庭成員的個人基本資料，呈現於次頁表 1。為了保護受訪家庭的隱私，所有受訪者均不出現姓名，而是以他們與當事人的關係作為呈現。除了受訪者個人資料之外，為求更清楚呈現此家庭與其代間的關係，謹提供研究合作家庭的家庭圖，如次頁圖 1 所示。

表 1 受訪者個人資料表

與當事人的關係	年齡	婚姻狀況	教育程度	職業	與當事人同住
當事人	71	已婚	無	退休	本人
丈夫	74	已婚	國小	退休	是
兒子	48	已婚	國中	攤販	是
媳婦	47	已婚	國中	攤販	是
孫子	21	未婚	大學	學生	是
孫女	20	未婚	大學	學生	是
大女兒	50	已婚	國中	自營商	否
大女婿	53	已婚	國中	自營商	否
二女兒	46	已婚	國中	家管	否

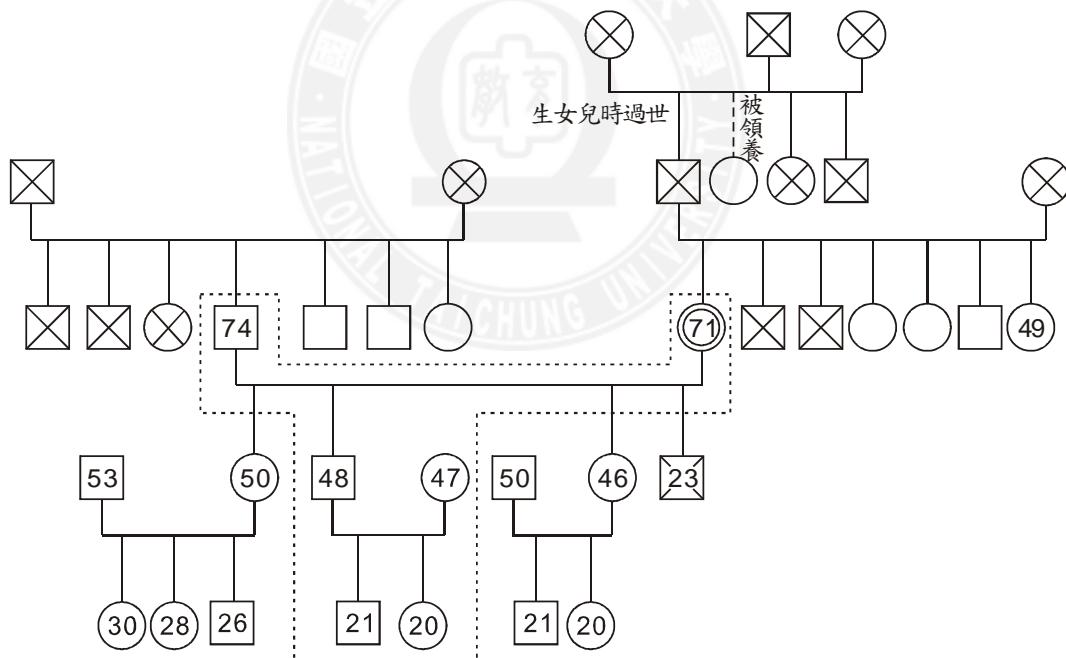


圖 1 研究合作家庭的家庭圖

註： □：代表男性 ○：代表女性 (71)：代表 71 歲女性當事人
：代表死亡男性 ：代表 20 歲女性

第三節 研究者的背景、角色與研究倫理

本節首先說明研究者的背景與角色，之後再陳述本研究相關的倫理議題，詳述如下。

一、研究者的背景

Patton 認為研究者應對於研究現象採取中立（neutrality）的態度，不預設立場以證明某項特殊觀點，也不操控資料以獲得預設的結果（吳芝儀、李奉儒譯，民 84）。故研究者進入研究場域時，也致力於維持中立的角色。但因為研究者本身即是質性研究的工具，不可避免的研究結果會包含研究者的某些觀點，而受訪者對研究者的反應與彼此的互動，也必然會影響研究者的觀點；是以研究者需覺察到個人觀點如何影響其實地工作，並詳實記錄所有程序，讓讀者能自行判斷研究的方法與偏見（吳芝儀、李奉儒譯，民 84）。所以，下文將說明研究者的學習背景、修課內容、相關領域受訓情形，以及研究過程的態度。

研究者於大學時就讀工業設計系，畢業、服完兵役後，曾擔任過工業設計師、機構助理工程師、專案管理專員、專案經理與市場部協理等職位，而於職場十年後辭去工作，就讀台中教育大學諮商與應用心理學系研究所。

在研究所期間修讀兩門研究法相關的課程包括，行為科學研究法與質的研究。另修讀其它相關的課程包括，發展心理學研究、心理衛生研究、諮商理論與技術研究、團體諮商研究、生涯輔導研究、婚姻與家族諮商、諮商實習（一）（二）、專業諮商實習，以及心理測驗與衡鑑等課程；在大學部修讀的課程包括，諮商理論與技術、個別諮商、人格心理學與變態心理學等四門課程；旁聽的相關課程有，研究所的人際歷程心

理治療、多元文化諮商，以及大學部的婚姻與家庭諮商。

研究者曾參加的相關研習或訓練包括質性研究方法研習、台北義務張老師培訓三期約八個月、焦點解決短期諮商初階、進階與督導、敘事治療長期養成班、「校園憂鬱及自殺防治之輔導人員自我督導的理念與實務」工作坊、「危機個案處理個案研討」工作坊、「創傷受害者治療—女性主義觀點」、「憂鬱與自我傷害三級防治計畫—高關懷群建檔追蹤與輔導知能種子研習」，以及「李維榕家庭治療訓練」等，研究者長期努力培養憂鬱、自殺與家庭相關的諮商能力與質性研究的素養，準備本研究所需的基礎技能。

研究者於研究所一年級下學期曾進行「老人生涯諮商之初探」、「老人自殺問題之研究」等報告；質的研究課程中也以老人為對象，進行「老人個案對其生活與老人自殺看法之初探」的質性訪談研究。此研究原本的計畫是進行自殺未遂老人與一般老人生活經驗與思想的對照，包含健康、家庭、經濟、人際網絡、死亡與自殺議題、老化、人生意義與價值感等的比較，但因自殺未遂老人受訪者無法尋獲，而僅訪談未有自殺經驗的一般老人。研究結果關於自殺的部分，老人個案都認為，自殺的老人不應該放棄生命，但對於老人自殺者的處境則有不同看法，有的受訪者主張逆境堅持後必會好轉，有的則憐憫老人自殺者所遭遇的困境；受訪者也認為自殺老人可能是自己想不開，但其家屬仍不免遭受不孝或照顧不周等質疑，顯見自殺污名化與隨之而來的社會壓力是普遍存在且不易消除的。另一個重要的研究發現是，受訪者都認為養育子女長大成人是他們一生中最有意義與價值的事，反映老人受訪者價值觀的一致性與家庭的重要性，呈現發展階段、共同的時代經驗，以及對於教育與家族的價值觀念等社會文化因素的影響，可能超越個別差異，例如：學歷、

性別、居住地、宗教信仰、職業等等，以致他們有相似的看法。這一方面引發研究者對於家庭與社會文化等環境影響力的重視，另一方面也凸顯個體日常的生活經驗才是真正個別差異的所在；故啟發研究者意識到，研究關注的焦點應從個人因素，放大到家庭與社會文化於自殺事件中所扮演的角色，訪談問題的重點也應由抽象的人生意義等，轉向具體的個人與家庭生活經驗。

研究者進行專業諮詢實習時，曾在有專業督導的情況下，對兩位具有自殺意念的個案進行諮詢，也曾於患憂鬱症的朋友意圖自殺而求救時予以協助，故研究者也有與具自殺意念者實際互動的經驗。而此一協助朋友的經驗也是促使研究者選擇本研究題目的原因之一，加上前述研究的啟發，與考量自己主修諮詢可以從家庭系統的角度進行研究，有機會呈現不同於其他科系研究生對自殺研究的觀點，故轉向本研究的題目。

由上文的敘述可知，研究者於質性研究方法、老人的心理發展、老人可能遭遇的歧視、心理疾患、自殺議題與心理諮詢都有基礎的學習與瞭解；另外，研究者還蒐集與閱讀老人學以及自殺議題相關的文獻，以培養對研究議題更深入的知識背景，為進行本研究預作準備。

二、研究者的角色

本研究中，研究者除了是訪談者，還同時擔任文字轉譯校正、資料整理與分析、以及研究撰寫者。為了避免不同訪談者對訪談結果造成偏誤，所有的訪談皆由研究者擔任訪談者。研究者本身雖主修諮詢，但由於本研究為學術研究，並非對老年自殺未遂者與其家人進行輔導或治療，所以對於訪談過程中所引發或催化出來的議題或困擾，研究者當下並不主動積極介入或處理，而是對於受訪者所敘述內容抱持「存而不論」

的態度，以真誠、同理的態度聆聽受訪者表達的感受及經驗，並給予情緒上的支持。

訪談過程中，研究者抱持學習與感激的態度與研究合作家庭互動。對每位受訪者展開正式訪談前，研究者皆說明此研究的緣由，並感謝對方參與研究，以及提供研究者了解與學習其經驗的機會。同時為了讓受訪者與研究者能同時由研究過程受益，研究者在訪談過程中營造安全與溫暖的氣氛，讓受訪者在訪談歷程中感受到自己的重要性，而在參與研究的過程中得到有益的回饋與感受，找到受訪者認為願意合作的部分，以期形成 Patton 所謂的互惠模式（reciprocity model）（吳芝儀、李奉儒譯，民 84）。

此外，Patton 主張研究者提供所觀察到的描述性訊息給研究合作對象，也是實地工作互惠性的部分，而且研究者適當地給予受訪者回饋，可以增進彼此的關係（吳芝儀、李奉儒譯，民 84）。由於當事人的家人，最擔心的是當事人再次自殺，為了因應其家人的要求，贏取他們的信任與形成合作關係，並了解受訪者的反應，研究者在徵得當事人同意之後，視訪談的狀況於訪談當下或訪談結束後，提供當事人所述的部分內容與研究者的觀察，以及自殺相關的專業訊息給予受訪的家人。而這些回饋都記錄在實地札記中，以檢視與反思此對受訪者與訪談內容的影響，並做為撰寫研究論文的參考。

三、研究倫理

Neuman 強調研究者個人的道德信念是防範非倫理行為的最好防線（王佳煌、潘中道、郭俊賢、黃瑋瑩譯，民 91）。因此，在進入研究場域之前，研究者對自己的道德信念加以澄清，以助於防範非倫理的行

為。而在研究進行過程中，本研究透過以下的方式，確保本研究的倫理。

(一) 取得受訪者的同意

社會研究的基本倫理之一是絕不勉強任何人參與研究，受訪者的參與必須是自願的，且已經充分瞭解研究的內容後，做出決定（王佳煌等，民 91）。所以，本研究擬了「研究參與同意書」（如附錄一），事先與受訪者溝通研究的主題與進行的方式，讓研究合作對象清楚其權利與將參與的活動，再決定是否參與本研究，以保障研究合作對象的自主權。

(二) 尊重隱私並保密

隱私權涉及的對象是人，而保密指涉的是資料。隱私權指的是個人可以控制別人獲得有關他個人資料的權利；保密則指研究者如何處理資料以控制其他人獲得研究合作對象訊息的機會（余漢儀、畢恆達、嚴祥鸞、周雅容、胡幼慧，民 89）。故研究者完成蒐集資料後，以匿名方式處理對象姓名，並且對於研究合作對象個人身份、基本資料及相關資料採取保密措施，以保護其隱私權，防止研究合作對象的個人資料外洩。

(三) 留意心理傷害和觸法風險

Neuman 認為社會科學研究可能對受試者造成的傷害，包括生理傷害、心理虐待和法律上的風險（王佳煌等譯，民 91）。本研究的資料蒐集方式以訪談為主，不至於對受訪者造成生理傷害。至於心理傷害的部分，研究者在「研究參與同意書」中清楚告知受訪者，受訪者有權在訪談過程的任何時候要求停止錄音或退出本研究，故受訪者可以考量自己的身心狀態，決定是否繼續參與研究，以保護自己。同時，研究者仍避免於訪談過程引發受訪者過大的壓力或焦慮，留意並適時詢問受訪者的身心狀態，以保護受訪者。

至於法律上的風險，則是源自於研究者在蒐集資料時發現了非法的

活動，例如老人受虐。美國醫療協會（American Medical Association）對老人受虐的定義為：一種行為或疏失，對老人健康或福利導致傷害或構成傷害的威脅，虐待包括由具有照顧、監護或責任者，故意施予生理或精神的傷害、性侵害、或對老人生理或心理健康需求必須的食物、衣物予以保留（引自 Schwiebert, Myers, & Dice, 2000）。在社會科學研究行動中，所有的研究者均需考慮維護研究者與受訪者（或其家人、機構）的關係，以維護將來其他研究者繼續與受訪者（或其家人、機構）合作的權益；或是阻止無辜人士受到傷害（王佳煌等，民 91）。研究者於研究過程中，時時提醒自己謹記要守法並保護無辜人士免於受到傷害。

第四節 資料蒐集的方式

本研究以質性方法的深度訪談、書寫實地札記與蒐集相關的文件等方式進行資料蒐集，其詳細的方法與步驟說明如下。

一、深度訪談

深度訪談（in-depth interview）是質性研究蒐集資料的方法之一，是指一種有特定目的的對話與社會互動，以取得訪談對象對其真實世界的看法、態度與感受（王仕圖、吳慧敏，民 94）。本研究採取深度訪談法，以半結構的方式，透過訪談大綱（見附錄二），規範研究主題的架構與範圍，研究者即利用它進行如 Patton 所指出的發展問題、賦予問題順序，並決定何種資訊需要深入探求，藉以探索或闡述研究合作對象與研究主題相關的主觀經驗（吳芝儀、李奉儒譯，民 84）。訪談大綱為研究者利用研一下學期進行質性研究時訪談老人的經驗，參考所蒐集與閱讀的國內、外自殺與適應相關的文獻所擬定，並與指導教授討論後修改而成。

為了避免遺忘訪談的內容，研究者在訪談進行時，皆以錄音的方式記錄談話過程，並於訪談錄音前徵得受訪者的同意。訪談結束後，研究者將訪談內容轉譯為逐字稿，並反覆重聽錄音檔，確保轉譯的逐字稿和錄音檔的內容一致，以作為後續資料分析的文本。

雖然談論自殺是一種禁忌，但 Hahn 與 Marks (1996) 指出，97% 的自殺未遂者可以接受並自然地談論自己的自殺意念。研究者前往當事人家中進行訪談時，當事人也對她的自殺意念與自殺過程都進行詳盡的描述，其他家庭成員也都願意回答研究者提問的問題。由於當事人家庭位於鄉村，鄰居多為熟識，附近也無咖啡館或其它適合訪談的場所，且順應受訪者要求，除了兒子與媳婦的訪談是在其店裡進行，其它所有訪談的地點皆為受訪者家裡的客廳。訪談過程中難免有其他家人在場或經過，有時會主動加入對話，而讓受訪者的敘述獲得證實或修正，並引發更多家庭成員間的對話，而呈現他們日常互動的過程。訪談的日期距離自殺未遂事件約一個月至七個多月，受訪者接受訪談的次數最少為一次，受訪次數最多為當事人受訪四次，每次訪談時間從約 30 分鐘到 100 分鐘不等，詳細情形見下節之表 2。

二、書寫實地札記

除了利用深度訪談法蒐集資料之外，研究者還會於訪談之後，書寫實地札記 (fieldnote)。實地札記的內容涵括訪談過程中錄音筆無法記錄的視覺效果、研究者感受的主觀印象，和訪談前後受訪者或其周圍人士的其他意見，以及在實地發生的事件對於研究者的重要性與意義的思考 (李奉儒等譯，民 90)。這些與受訪者相關的重要訊息，都是言語互動的訪談所無法呈現的。另外，為了增進與受訪家庭的關係以及陪伴當事

人，研究者也會不定期到受訪家庭中閒話家常。拜訪過程並未錄音，但事後研究者會將重要事件或對話記錄於實地札記中，作為補充資料。

研究者的實地札記除了描繪研究場域中的人物、動作與對話，以捕捉其生活的各個片段之外，同時，研究者還摘錄觀察過程中與訪談期間家庭成員所說的內容，以呈現他們對於現實的觀點，亦即顯示「內視關照」(emic perspective) 的內涵（吳芝儀、李奉儒譯，民 84）。除了上述描述式的實地札記 (descriptive fieldnotes) 之外，研究者也書寫對資料分析的省思、研究方法的省思、道德兩難及利害衝突的省思、研究者心境的省思與待澄清的重點，以形成省思式的實地札記 (reflective fieldnotes) (李奉儒等譯，民 90)。利用這種類型的實地札記，研究者得以捕捉在研究場域裡的個人心理層面、想法、關切的重點，並呈現研究者與受訪者互動的感受與回應，作為反思與深入瞭解受訪者的素材。

故為求深入受訪者豐富的主觀世界，以及研究者受實地研究歷程影響而引發的複雜體會，而能更清楚地建構出受訪者在實地脈絡下經驗的樣貌，研究者於整個研究過程持續書寫這兩種類型的實地札記，以作為訪談之外的補充資料，以及後續訪談與分析資料的參考。

三、蒐集相關的文件

研究過程中研究者所蒐集的資料，除了訪談記錄、實地札記之外，還包括相關的文件。一般而言，文件可分為個人文件、官方文件以及流行文化文件共三種 (李奉儒等譯，民 90)。由於當事人未接受正式教育無法書寫，其他家人也無書信來往與書寫日記的習慣，故本研究所蒐集的文件為當事人相關的官方文件，亦即透過當事人向醫院申請所獲得的醫療記錄，包含 97 年自殺未遂前至 98 年 4 月間受訪者的住院記錄、醫

師診斷與處方簽等資料。這些資料可以顯示資料撰寫者對當事人的身心狀態或病情的診斷，以及當事人所罹患的疾病與所接受的診療，可作為當事人身心狀態與自殺事件兩者關係的可能佐證。研究者取得上述文件之後，還參酌與當事人或其家人的訪談，瞭解與印證對應的訊息之後，用以描繪當事人的身心健康情形，並藉此探索當事人與其家庭對這些病理狀態與求醫過程的看法與感受，以及他們因此承受的心理與經濟壓力與影響。

綜而言之，研究者利用訪談大綱與上述的文件作為觸發的媒材，與受訪者進行深度訪談而使受訪者陳述其主觀經驗，並以描述式的實地札記，呈現受訪者對於現實觀點的內涵；而省思式的實地札記則以研究者為研究工具，反映研究者於實地研究歷程的複雜體驗，而成為反思與深入瞭解受訪者環境脈絡的素材。在這些多樣的資料蒐集方式之下，蒐集到受訪者多面向的資料，而逐漸拼湊出受訪者與研究主題相關的樣貌。

第五節 資料的處理與分析

依循上述方式蒐集資料之後，本研究使用下列的分析工具與方法進行資料處理與分析，並檢視本研究的可信性，詳述如下。

一、資料分析的工具

所謂「工欲善其事，必先利其器」，為了有效而迅速分析處理研究者謄寫的逐字稿與所蒐集的相關資料，本研究利用 Thomas Muhr 所開發的 ATLAS.ti 第 5.2 版學生版質性分析軟體，作為資料分析的工具。它可以處理的資料包括逐字稿的文字檔、照片檔、聲音檔與影片檔。使用者可以對上述資料直接進行編碼；它的主要功能包括編碼、搜尋特定編碼

對應的段落、建立與聚攏更高層概念、寫筆記、寫評論、建立概念之間的關係網絡圖、以及段落與段落間的超連結等（林本炫，民 95；林本炫、何明修，民 93）。故可見此軟體處理質性研究資料的功能相當成熟與完整，得以協助研究者進行資料分析的工作。

二、資料處理與分析的方法

資料分析（data analysis）是指有系統的搜尋與組織訪談逐字稿、實地札記以及其他所蒐集的資料，以增加研究者對資料的理解，而能呈現研究的發現。研究者在每次完成資料蒐集，就把訪談資料轉譯為逐字稿，並再次聆聽錄音以確認逐字稿記錄無誤後，將逐字稿載入 ATLAS.ti 軟體中，進行資料編碼、分析與概念連結的工作。

其中訪談記錄的編號方式，是以逐字稿載入質性分析軟體 ATLAS.ti 的編號模式，亦即以（文稿編號：對話編號）的方式呈現。例如：(p1:001) 即代表載入質性分析軟體的第一篇逐字稿（p1）的第一段對話（001）。訪談記錄的文稿編號、訪談對象與加入對話者等相關資料，詳見表 2。實地札記的編號方式則以（實地札記年月日）的方式呈現，例如（實地札記 980310）代表民國 98 年 3 月 10 日訪談後所書寫的實地札記。而官方文件則依文件的標題與日期編號，例如（腎臟內科門診處方明細 970918）代表民國 97 年 9 月 18 日腎臟內科門診所開立的處方簽。

至於資料分析與概念連結的方式，研究者遵循 Bogdan 與 Biklen 揭示的原則（李奉儒等譯，民 90），重複閱讀所蒐集的受訪者相關資料與研究文獻，增加對於研究合作對象的行為組型、範疇和主題以及理論概念的感知，組織資料後，把資料中與研究主題相關或重複出現的字詞、短語、行為組型、研究合作對象的思考方式和事件、以及資料所呈現的

主題等進行編碼，分解成容易處理的單位，再加以綜合、尋求組型與概念連結，以發現重要與值得學習的內涵，並撰寫研究發現的內容。

表 2 訪談與文稿編號清單

文稿編號	訪談對象	訪談地點	訪談日期	加入對話者	其他在場或經過人員
p1	當事人	當事人家中	97/10/24	丈夫、媳婦	無
p2	當事人	當事人家中	97/11/7	丈夫	媳婦
p3	丈夫、當事人	當事人家中	97/12/18	媳婦	無
p4	當事人	當事人家中	98/03/10	丈夫、媳婦	無
p5	大女兒	大女兒家中	98/03/25	當事人、大女婿	無
p6	大女兒、大女婿	大女兒家中	98/03/27	無	無
p7	二女兒	二女兒家中	98/04/02	無	無
p8	孫女	當事人家中	98/05/03	兒子、當事人	丈夫、媳婦、孫子
p9	孫子	當事人家中	98/05/05	無	當事人、丈夫、媳婦、孫女
p10	兒子、媳婦	兒子店裡	98/05/06	無	孫子、孫女

由於質性研究資料分析是一種持續的過程（吳芝儀、李奉儒譯，民 84），研究者在每次蒐集資料後，都盡可能隨即進行分析的工作。資料分析過程中，研究者發現訪談的提問內容或方式需要修正，或者訪談結果有疏漏時，則增修訪談大綱或書寫於實地札記中，而於下次訪談或面對下一位訪談對象時，針對這些事項調整提問方法或補充詢問的內容，讓蒐集的資料能更為完整。經過上述資料蒐集與分析工作的反覆循環進行，同時核對整理出來的概念與原始資料符合的程度，並進行修正，以確保研究發現是立基於所蒐集的資料。

三、研究的可信性

判斷研究的品質與所依據的準則（criteria）有關（吳芝儀、李奉儒譯，民 97）。效度與信度是傳統實證主義量化研究的判定標準（胡幼慧、姚美華，民 85），Patton 主張質性研究的品質與可信性緊密相連，而可信性取決於三項相關卻不同的元素（吳芝儀、李奉儒譯，民 97）：

1. 研究者的信譽：取決於訓練、經驗、背景、地位和自我的表徵。
2. 對質性研究價值的哲學信念：亦即對於自然式探索、質性方法、歸納分析、立意取樣和完形思考具有基本的認識。
3. 嚴謹的方法：透過嚴謹的方法進行實地工作，以蒐集高品質的資料，加上系統化的分析，與密切注意可信性的問題。

故研究者依循這些面向檢視本研究的可信性，以提供讀者判斷本研究品質的相關訊息，敘述如下。

首先，關於研究者所受的訓練與背景等內容，已於前文描述，在此不再重複，研究者對於質性研究方法以及本研究的主題，均在一定程度的認識與經驗。

在促進蒐集資料品質的部分，研究者在進入研究之前，除了先請親戚陪同至醫院探視當事人，並於當事人出院後與親戚一起到當事人家裡徵詢其受訪意願之外，也透過當事人引介，或於訪談或拜訪受訪家庭時，邀請其他家人接受訪談，有時則是他們主動加入對話，而讓訪談主題能有多元資料的來源；而且在正式訪談之前，研究者會先說明此研究的緣由，感謝受訪者願意分享經驗，並適時略述他們的分享對於自殺防治與其他類似家庭的可能貢獻，以邀請受訪者盡量述說。此外，在訪談的過程中，研究者盡量減少不必要的引導與解釋，以減低受訪者的防衛，避免受訪者陳述時隱瞞或扭曲其經驗或想法。加上訪談多在受訪者家中，研究者有機會與其他家人先行認識，而且研究者還會不定期到受訪家庭中閒話家常，增進與受訪者的關係，並增加了解受訪家庭成員實際互動的機會。

至於促進分析品質的方法，首先研究者於訪談完成轉錄逐字稿時，會重複聆聽錄音，以確認逐字稿與受訪者所述一致；如果對於受訪者所

述有疑義，研究者均會與受訪者確認所述內容；當資料分析過程中發現受訪者未述及的現象，研究者也會詢問受訪者此發現是否與受訪者想法一致，以增進資料的正確性。

其次，研究者除了透過訪談、書寫實地札記、申請當事人病歷等多元方式蒐集資料，以確保研究的可靠性之外，還透過比較不同受訪者的敘述與實地札記、病歷等資料以檢驗受訪者所述事件與內容差異，並據以詢問其他受訪者的看法或經驗，以進行資料來源的三角檢證；之後再分析差異內涵的來源是個人觀點、感受的差異，或是記憶失真、隱瞞等其他因素所致，以決定這些差異在研究結果呈現的方式。研究者並於論文完成初稿時，致送論文請受訪者檢核研究結果，以確認研究結果不會曲解受訪者的生活經驗或想法。同時研究者不斷地在所蒐集的受訪者相關資料與研究文獻之間，來回閱讀與省思，也利用多元視框詮釋研究資料，並與指導教授討論，以減少研究偏見，確認研究者引用的訪談等資料可以支持呈現的研究結果。而研究者在研究進行中所遭遇的限制，則於第五章的研究限制中揭示。

綜言之，研究者透過上述這些多元的方法，並於前文詳細描述研究進行的過程與方式，以增進本研究的可信性。

第四章 研究結果與討論

自殺的相關因素錯綜複雜，不只與前面文獻中所偏重的危險因素（risk factors）有關，還與保護因素（protective factors）等正向因素（Suicide Prevention Resource Center, 2001），以及當事人成長經驗、家庭與生活環境等脈絡因素有關（Richman, 2005）；而自殺未遂者的家庭面對自殺相關因素與徵候的方式，以及自殺未遂後當事人的倖存態度、身心與環境的狀況，都與此家庭所承受的壓力以及適應方式密切關聯。故為求能整體呈現受訪家庭經歷自殺未遂事件的經驗，需要一併列出以完整呈現當事人自殺的樣貌。

本研究的結果共分為三節，依據事件發生的時間順序，依次敘述當事人自殺的相關因素、當事人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度，以及當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應；最後並於第四節進行綜合討論，以陳述研究結果與文獻內容的異同，以及研究者對研究結果的看法。

第一節 當事人自殺的相關因素

為了方便說明與當事人自殺行為相關的多重複雜因素，以下延續前文文獻的觀點，將它們依生理、心理、社會與家庭的面向分別描述。

一、當事人自殺的生理因素

當事人長期從事勞動工作，身體硬朗，行動自如，年已七十仍然可以獨自騎機車訪友。但由於飲食習慣與老化等因素，依據訪談的內容與當事人的病歷顯示，當事人長期罹患本態性高血壓、第二型或未明示型糖尿病（非胰島素依賴型，成年型）、慢性腎衰竭等疾病（腎臟內科門

診處方明細 970918)，也因糖尿病併發視網膜病變，視力模糊，進行兩次眼睛雷射手術，導致視力更加惡化；而且每天注射胰島素，時而造成腹部紅腫，吃不下飯。

在自殺之前二個月，當事人多次血壓升高、頭痛、無法入睡而半夜求醫，當事人描述說：「那三天沒睡，血壓升到兩百多，兩百多無法睡，半夜頭殼痛，我想說我兒子晚上晚回來，我不要叫他。XX，XX（其夫）你起來載我到 XX（醫院），我頭很痛」(p2:126)，而急診的頻率據二女兒表示「都三兩天，有時候隔天就又去了，…早上回來，晚上又去了」(p7:096)，病歷中也記錄著「抗高血壓藥少遵醫囑服用，導致血壓控制不良，多次急診」（出院病歷摘要 971010）。

上述資料顯示當事人罹患多重生理疾病，自殺之前因血壓升高、頭痛、失眠而多次急診更增添當事人壓力。

二、當事人自殺的心理因素

當事人自殺前的心理狀況，描述如下列各點。

1.難以接受、適應身體的疾病與老化。當事人自幼身體相當健康，訪談時數次提到年輕時都不曾服藥，對於身體的疾病與老化似乎難以接受，「也不曾生病啦，要吃藥啦做什麼的，都不曾，啊現在怎麼這樣？…有人說年紀到了都嘛會，（但是）啊有的年紀比我大的，人家身體都還很好」(p2:076~p2:078)。而且，當事人罹患糖尿病、高血壓與腎臟病等慢性病，需要每天服藥並節制飲食以控制病情，但當事人自殺前未依醫師建議方式服藥，自認為藥物無效或對胃不好，就會出現就醫但不服藥、常自行停藥、刪減用藥或忘記服藥的情形，「我回來（藥）吃不好就不吃它了…啊吃一頓胃悶悶的，後面我就不願吃它」(p2:086)；「我很久沒吃控制血壓的，只

吃安眠藥」(p2:297)；「啊吃那個藥會腫，我不跟它吃，他（醫師）哪會知道」(p3:201)，雖然家人也勸告當事人「你吃了怎樣你就要跟醫生講，她就會跟你改藥，...啊她就不要」(p6: 039)；加上飲食也未作適當的控制，「啊我就嘴饞又餓得很，沒吃忍受不了」(p2: 080)。當事人無法接受、適應自己目前身體的狀況，不願配合慢性病所需的服藥並節制飲食，也就讓病情日益惡化。

2.身體疾病讓當事人備感壓力，也產生無望感。自殺事件前二個月，數次血壓過高無法入眠而多次由家人載送到醫院急診，當事人提到其中的痛苦：「那三天沒睡，血壓升到兩百多，兩百多無法睡，半夜頭殼痛」(p2:126)，就與家人待在醫院服藥控制與觀察至中午才返家「（血壓）四點去壓到快到中午十二點，也還沒有降下來」(p2:128)，讓當事人形成很大壓力，二女兒則說明了急診的時間與頻率，有時「半夜就去急診...整個月在那，三、二天去急診一次」(p7:020)；而且注射胰島素造成腹部紅腫與副作用也讓當事人困擾，當事人說：「注（射）到整個肚皮，...注的一個痕跡這樣圓圓的，紅通通的這樣啦，飯也吃不下這樣」(p2:128)。諸多病痛，加上對疾病的錯誤認知，誤以為慢性病能服用偏方而快速治癒，大女婿提到所觀察到當事人的狀況，「（鄰居）報東報西，她就試試看，都會吃，吃若無效就會說：啊壞了，我的身體都不會好」(p5:205)，但卻無法協助她化解困境。大女婿說：「那時就是她感覺去看醫生都沒效，啊那個病可能就不會好啦，她一直鑽牛角尖一直想，我們都有跟她說：不會啦，我就跟她比喻說：啊就人家誰，人家誰，去給醫生看，到現在人家也是控制的好好的，啊現在她，你跟她說她聽不進去」(p6:032)。當事人認為身體狀況無法改善，除了自責之外，失去健康的失落也產生無望感，「那一箱兩千多元也拿來在吃啦，拿來吃還吃不太下，...氣起來就，唉！咱們全身都是病，吃吃給它死，這樣啦！」(p3:177)。

3.身體疾病與對疾病預期的影響，讓當事人心生畏懼並否定自我價值。當事人看重飲食與勞動能力，要「能吃能做，不然這樣也沒用，全身還都是病」(p2:180)，而疾病與控制病情所要求的飲食控制，造成此兩者的失落，「我就是想說我若洗腰子下去，唉呀，沒能跟人家煮，死一死較快活」(p2:169)；除此之外，當事人預期可能需要洗腎之後，相當害怕洗腎的影響，「像XX洗腰子洗到瘦骨如柴，看到會怕...洗腰子就艱苦啦！...死一死較快活」(p1:022~p1:024)，「對面那個，...她跟我說：人家XX洗二三十年了，洗二三十年了人家還在洗，也都自己騎摩托車去，那個，妳在煩惱什麼？啊我姪女，說她姪女喔，也洗了很多年，也照常在做工。我說夭壽，我嚇得要死」，似乎是畏懼餘生都要洗腎。而且當事人也對未來產生許多推測，「我洗腰子後，怕不能買菜煮飯這樣子」(p1:090)，當事人對此的詮釋負向且極端，不能勞動即否定自我價值，進而萌生死意，「只會吃，這樣沒用，吃（農）藥死一死」(p2:068)。

4.擔心拖累家人。當事人認為洗腎後將對家人的時間與經濟造成很大的負擔，當事人說：「像我那個親家，有三個兒子啦，好出錢請一個外勞在照顧，啊我女婿一個禮拜載三下午（去洗腰子），...啊咱只有一個兒子，洗腰子咱就煩惱（哽咽）」(p4:089)；二女兒也轉述當事人的說法，「這樣洗腰子，啊要是說中風還躺在床上這樣，...孩子、孫子會可憐啦」(p7:066)。而且當事人本身的信念似乎就認為家人的權益較重病者的存活更重要，她提到某人「就中風了，不會好了，...快一點死掉，XXX(中風者妻子)快一點快活」(p4:258~260)，故當事人希望藉由自殺以避免成為家人的負擔。

5.疑似依賴安眠藥。當事人服用安眠藥 15 年，而且只有特定藥局拿的安眠藥才有效，「沒有那個就睡不著，...吃別處的睡不著」(p4:057)。雖然當事人也想停用安眠藥，但出現可能是耐受性與戒斷的狀態，當事人仍

表示不服用無法入眠，「若睡得著就好，結果睡不著...吃習慣都吃兩顆半，才睡得著」(p2:140)，而恢復服用安眠藥，「安眠藥，拿一個月，(住院)回來第一晚剛好睡十一鐘頭才醒，很好睡。現在沒有啦，現在都睡八、九鐘頭，快十個鐘頭這樣」(p4:061)，似乎有依賴安眠藥的傾向。當事人兒子認為她自殺是服用安眠藥所致，「她會喝殺草劑就是吃安眠藥來，吃到最後，要做什麼，自己都不知道」(p10:080)。

6.過度擔憂家人與親戚。當事人自幼家庭環境困苦，家裡七個兄弟姊妹，當事人身為老大，從小跟著父母辛苦工作，照顧弟妹，與排行較後面的弟妹年齡差距更大，最多差 22 歲，幺妹還較當事人大女兒小一歲，大女兒描述說：「她最大，她也是最艱苦的，父母艱苦時，她也都是，...我大舅跟最小的那個舅舅，...不知道多我幾歲而已，我小阿姨還少我一歲咧」(p6:145)。當事人多年來照顧弟妹，長姊如母，自殺事件發生之前，弟妹們雖居遠地，也已年老，仍常打電話訴苦，當事人也會長途前往協助處理，對於娘家的子姪輩也有許多擔憂，雖然他們也早已成年。大女兒描述說「以前我三舅，嚇，怎麼樣就電話來，(她)就要去 XX(三舅家)」(p6:143)。所以，當事人不僅擔心自己的子女、孫子女，也擔心娘家的親人，大女兒描述當事人「一直煩惱說這些孩子啦，她那些弟弟啦，她妹妹啦」(p6: 016)，二女兒也表示「周遭的人只要是...親戚，或是說弟弟的兒子或是妹妹的兒子，在附近她看得到的，她就煩惱」(p7: 002)。媳婦則認為當事人「她身體，是操伊那口灶（弟弟家）操到壞掉了，那我們這口灶，說實在沒有什麼可以讓她操煩」(p10: 032)，故當事人自殺是過度操心弟弟家，與同住家人無關。

綜而言之，當事人自殺前生理的狀況，對她的心理產生很大的負面影響。當事人難以接受、適應身體的疾病與老化，不配合身體狀況所需的服藥並節制飲食，導致病情惡化，讓當事人備感壓力，也對疾病進行

過度負面的想像與詮釋，讓當事人產生無望感並否定自我價值。當事人對未來悲觀的預期，以及不希望自己成為家人的重擔，形成當事人自殺前思緒關注的焦點。

三、當事人自殺的社會與家庭因素

當事人自殺前的社會與家庭狀況，敘述如下。

1.偏好獨立做決定，但後果不佳，形成家庭紛爭。當事人做決定時常會擔心家人反對，而不與家人討論，私自進行，產生不良後果與家庭紛爭。例如兒子帶當事人進行眼睛雷射手術以改善視力，並告知短期不可再進行眼睛雷射手術。當事人卻聽從鄰居建議，私下又做了一次眼睛雷射手術，對此兒子氣急敗壞地說：「只有聽隔壁一些老人家在說，…那個雷射很好用，也沒跟我們問，偷偷去做，做到眼睛快瞎掉，回來才在說…妳真的都說不聽，什麼事情都不用商量，那我要怎麼辦？她現在在說，她眼睛看不到，眼睛不是只有看沒有而已啦，以後妳要是瞎了，就天天躺在床上哭，完全沒有聽晚輩的話啦，這樣就好了」(p10:021)。兒子還提到「那些在賣藥，醫藥蟑螂那些啊，她沒有跟我們說，沒有帶錢，帶到家裡去領錢，跟他買了一缸酒，一缸藥酒」(p10:019)，大女婿也表示「外面的人跟她說的，她就相信，…家裡的人跟她溝通，她反而會排斥」(p5: 195)，家人多對此感到相當氣憤或無力。大女兒提到「之前有在念啦，我弟弟有在念說：她那個有秀（逗？），有那個，不然我是要帶她去精神科。後來又沒說」(p6:014)，顯示家人覺得當事人有些行為似乎不合常理，而興起帶當事人到精神科就醫的念頭，後來並未成行。

2.飲食無法控制，引發家庭爭執。當事人罹患糖尿病與高血壓，需要控制飲食，然而當事人無法控制飲食，「我兒子會唸我，應該不能吃就甭吃，身體較好再吃，我就很想吃，很想吃就趕緊買來吃」(p2:080)，雖然家人理解當事人的需要，卻沒辦法認同或接納，大女婿表示：「我小舅子曾經說

給我聽，說（她）以前作孩子時多艱苦，都沒得吃，現在有得吃，要吃補（償）的...我說現在問題就不是這樣...」(p6:045)，兒子也說：「以前她那個時代，現在 70 多歲，以前時代，哪一個吃得有多好，又不是只有她而已，要吃來補喔，說不聽」(p10:100)。然而當事人也覺得委屈，大女兒轉述說：「（她）又是說：是喔，連要吃都不給她吃」(p6:049)。家人為照顧當事人屢次勸告，大女婿表示「現在年歲大了，...大家都會比較忌口，啊你不是，你都一直，人家跟你說你都不聽」(p6: 045)，家人一方面擔心當事人身體，也氣她沒有改變飲食習慣，孫子表示「我是好心的跟他講，她不聽呀，...因為我們也有脾氣嘛，受不了之後就可能會比較大聲，然後（她）以為我們在欺負她」(p9: 020)。當事人也因此生氣，孫子轉述當事人的情緒性回應：「你是要把我餓死唷」(p9: 054)，對此家人也有很深的無力感，孫女表示：「就是要照顧她，可是她自己又不聽的話，就會覺得不知道怎麼辦」(p8: 036)。雖然當事人也了解家人的用心，「我兒子是要我好，要我的病快點好，啊我就嘴饞又餓得很，沒吃忍受不了」，卻難以抗拒食物的誘惑，「我就是因為這個帶糖份（糖尿病），從我作小孩時，很愛吃冰，老了還愛吃冰，啊被罵罵不聽」(p2: 078)。衝突次數一多，似乎家人也因此產生對立，媳婦認為當事人「吃的東西都不配合，吃的太鹹太甜了，跟我們唱反調」(p3: 257)。

3.進出醫院頻繁，增加家庭壓力。當事人飲食控制不良，導致病情惡化。自殺未遂事件前一、兩個月，當事人數次血壓過高無法入眠而多次由兒子、二女兒等人載送到醫院急診，「要將血壓降下來，（凌晨）四點去壓到快到中午十二點，也還沒有降下來，...我女兒也愛睏，就趴在病床上睡」(p2:128~p2:132)，二女兒除了疲憊，飽受驚嚇，也忍不住抱怨，「半夜就去急診這樣，這樣高血壓，高到兩百多，高到那個血壓計量不出來，我說這樣有夠恐怖的，我說如果你要是控制不好，你吃也沒好好那個喔，真的會控制不住，你每

天就來掛急診」(p7:020)。當事人飲食一直無法控制，加上當事人又未按時服藥，大女婿提到「(當事人)都說叫誰去跟她載，…現在載去拿藥回來，啊她就說那個藥吃了會怎樣，她不要吃，那個藥就吃了心臟蹦蹦跳啦，吃了胃就難過啦，啊就不吃。我說這樣你、你看醫生拿(藥)有什麼用？」(p6: 036)，家人覺得是白費心力，抱怨也就越來越多，丈夫表示「(當事人)光是一個腳…去撞到而已，每天都去XX醫院，昨天也去，今天也去」(p1:079)。

4.在家裡似乎有些孤單。就如前述的狀況，當事人在家裡似乎無形中變得孤單。當事人長期與老公較為疏離，大女兒形容他們「個人走個人的路…我爸說：啊又沒話說」(p6:097)。兒子媳婦外出工作時間又長，孫子女白天上班上學，晚上也常去店裡陪伴父母。家人互動機會本來就不多，之前為了飲食控制的問題，當事人與同住的子媳、孫子女互動也不愉快。當事人反而與鄰居、嫁出的兩位女兒互動較為緊密，當事人表示「我就厝邊閑坐，厝邊閑聊天」(p3: 140)，「愛去我(大)女兒那裏坐」(p4: 071)，「我若沒地方去，都走到這裡(大女兒家)來」(p5:136)。

綜而言之，當事人自殺未遂前的社會與家庭狀況，因當事人未能控制飲食並按時服藥，多次病情嚴重而半夜到醫院急診，對當事人與家人形成很大的心理壓力。家人擔心當事人病情惡化，勸告與控制當事人飲食卻是白費心力與無奈，令家人又氣又急，同時當事人也覺得基本需求受到阻礙，家庭產生壓力與爭執，對家人關係產生負面影響，當事人在家中也較為孤立。故轉向鄰居、嫁出的女兒尋求情感支援。

由本節前述的當事人自殺的相關因素可以發現，自殺不僅牽涉諸多因素，而且這些因素彼此關聯、長期相互影響。當事人的生理疾病（慢性腎衰竭與高血壓急診等）所導致的壓力，似乎引發此次的自殺未遂事件，但這些慢性病的迅速惡化，卻可能導因於當事人早年生活困苦的補

償心理，加上多年來身體強健，難以接受、適應身體的疾病與老化，而未能控制飲食與規律服藥所致。家人面對當事人的病情持續惡化、多次急診的壓力，自然想合力勸導與協助當事人控制飲食，然而當事人未能改變飲食與服藥習慣，家人很容易就對當事人產生厭煩與不諒解，讓家庭的張力升高，損傷家庭的親密，當事人家裡就顯得孤單。

第二節 當事人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度

本節分成兩部分，一、當事人自殺的引發事件與徵兆，以及二、當事人對於自己倖存的態度，詳述如下。

一、當事人自殺的引發事件與徵兆

當事人自殺最主要的觸發事件是，就醫照超音波檢查時她詢問醫護人員，「(照)超音波，她跟我說，...阿桑你腰子喔，都沒有癟下去這樣，有壞掉二分之一啦，(我)說要洗腰子嗎？她說不知道喔，她說不一定，夭壽，不一定大概要洗了，我自己就受驚了，...洗腰子我就怕死了」(p3:128)，當事人在醫護人員告知其病情後，心生畏懼並決定喝農藥，「洗腰子就艱苦啦！…買（農）藥吃一吃較快活，死一死較快活」(p1:024)當事人擔心洗腎的痛苦以及洗腎所需的照護會拖累家人，「吃藥吃給伊死，不然以後若洗腰子喔，咱一個兒子而已喔，都要花那個錢喔，...洗腰子咱就煩惱（哽咽）」(p4:089)。然而，當事人與家人、鄰居討論洗腎事宜時，得到的回應都強調洗腎的人數眾多，「洗腰子沒什麼...，別人洗腰子也很多人」(p5:223)，要她不用擔心。這樣的回應，並不能抒解當事人的壓力，當事人心裡的想法就是，他們「說沒關係這樣啦，我說，哼，...我想了很不好」(p4:089)；當事人並未直接透露自殺的訊息，僅是在與家人、鄰居對話中提到「我不要留到洗腰子」(p2:046)、「我

最喜歡像 X X 那樣，洗腰子就死掉了」(p1:088)，「我隔壁再隔壁，她說她婆婆也洗腰子，洗沒起來，我跟她（回）應說：我最愛說洗腰子像你婆婆這樣，洗沒起來馬上死掉這樣，我還跟她（回）應這樣。啊再隔兩暝，吃藥吃給它死」(p4:089)，然而聽者並未意識到當事人已萌生自殺意圖，並開始計畫自殺，「再兩晚我就去想，我來買（農）藥吃，不然洗腰子很痛苦」(p1:088)。

當事人對於洗腎痛苦與拖累家人的擔憂揮之不去，自殺變成解除這些壓力的方法。當事人計畫利用農村地緣關係之便，採用喝農藥的方式自殺，就診七天之後，當事人走路到距家裡約 150 公尺的農藥肥料行購買殺草劑，謊稱是種花需要，二女兒轉述說：「她就在轉角那裡，我們要出門那裡，那間農藥行跟他買（農）藥這樣啦，啊那個人是問她說：你又沒有在做（農）事，她說她要噴花的啦。那人聽說她是要噴花的，他也不敢拿那個較毒的東西賣她」(p7:002)，當事人購買後隨即飲用自殺。服毒後嘔吐的生理反應，以及口腔與食道燒灼的痛苦，似乎激發了當事人的求生本能，轉而向路人主動求救，代為通知家人呼叫救護車迅速送醫，當事人描述服毒後的經過，「舌頭都熟了，很難過，本來想死，後來舌頭很難過，喔，吐出來，有夠難過，喔，對面那兒，一個人騎鐵馬從那裡經過，（我）說趕快，去叫救護車來救我，我兒子，我兒子趕快去叫救護車來救我」(p1:052)。當事人被送醫住院 16 天之後出院返家休養。

二、當事人對於自己倖存的態度

當事人面對自己存活的態度有些複雜，但主要是感到慶幸，「好佳在（幸好）還醫得好」(p1:034)。

當事人喝農藥後，「舌頭都熟了，很難過，本來想死，後來舌頭很難過，喔，吐出來，有夠難過，…（我）說趕快，去叫救護車來救我」(p1:052)，生理的痛苦讓當事人轉而向路人求救。住院後當事人具有求生意念，「會好（痊癒）

比較好，若死，我比較不要。」(p1:056)，也慶幸自己能存活，「幸好我運氣好，有被救起來」(p1:050)，並對自殺行為感到懊悔，「我怎麼那麼傻去吃那個，很難過」(p3:295)，也向家人保證，「我不會胡亂想啦，…傻一次不會傻雙次」(p1:058)；住院期間親友多次探訪，讓當事人感受到親人的關懷，也對造成他們的困擾心生愧疚，「讓我那些女兒、外甥女、女婿、弟弟那樣，從XX跑來三趟，XX那些外甥女、外甥女婿都跑來，想來也很艱苦。白天弟弟要做工…」(p1:026)，並表示懊悔，「他們也對我不錯，我想說（自己）怎麼那麼傻」(p1:028)。

不過，當事人對自己存活也夾雜負面的看法，似乎個人是否存活不是那麼重要，最在意的還是擔心拖累家人，「不然那時候想說不要醫，如果醫不好，看（該）要怎麼辦？」(p1:034)；二女兒也轉述當事人的說法，「這樣洗腰子，啊或是說中風還躺在床上這樣，…孩子、孫子會可憐啦」(p7:066)；而且，當事人住院時曾被告知她的腎臟狀況還不用洗腎，大女兒提到當事人那時候也表示「不用洗腰子就好啦，不然把我救起來要做什麼？」(p6:093)。亦即當事人認為不要拖累家人比自己的生命更重要。

綜合上述內容可知，生理疾病、疾病的影響與對此的憂慮引發當事人的自殺行為，當事人認為她的犧牲可以讓家人免除照護她的負擔。當事人與親友討論她的擔憂時，其親友否定當事人的感受而勸告她不用擔心，並對於當事人自殺前透露的少許警訊，未能辨識並有效詢問與處理。當事人喝農藥自殺後，生理的痛苦促使當事人主動求救，並賴急救醫療系統迅速有效，而得以倖存。當事人的倖存態度複雜，雖慶幸自己能夠存活，並對自殺行為感到後悔，卻也夾雜不要拖累家人比自己生命更重要的想法。

第三節 當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應

本節從三個部分來探討當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應，分別為，一、照護當事人的壓力與適應；二、社會壓力與適應；三、家庭成員面對自殺未遂事件的壓力與適應；以及四、家庭成員互動的壓力與適應，詳述如下。

一、照護當事人的壓力與適應

當事人自殺未遂後，家庭關注的焦點都在如何照護當事人之上，隨之而生的壓力與適應也是此家庭感受最明顯的。故以下針對住院期間的壓力與適應；出院之後防範當事人再次自殺的壓力與適應；就醫與服藥的壓力與適應；以及當事人飲食控制與要求做家事的壓力與適應，依序呈現之。

(一) 住院期間的壓力與適應

當事人自殺未遂後，家庭首先面對的最大壓力就是當事人住院後能否挽回生命。依據當事人的病歷顯示，當事人除了原有前述的慢性病之外，服用農藥（殺草劑）導致有機磷中毒（Organophosphate intoxication），農藥毒性造成分泌物增加，出現急性上呼吸道感染、吸入食物或嘔吐物所致之肺炎、水腫、嚥下困難、喉嚨痛、喉嚨沙啞、貧血、肌肉無力、暈眩等症狀（出院病歷摘要 971010）。二女兒提到住院時的狀況，「那個醫生也說，…那情況不太好，那是後來照顧，後來才又那個，醫生也才講這樣沒關係，要不然醫生也說這樣滿嚴重的，…我們也都很怕耶！在那十幾天，那心情也都很痛苦，一開始四、五天，啊！」(p7:022)。由此可以想像家人聽到醫生的訊息後，心情多麼沉重；丈夫也說他最大的壓力是，「壓力就想說會好最好了，花錢沒關係，會好就好了」(p2:224)。而且不僅是家人，當事人也感受

到生存的壓力，「有一晚發燒，有聽到電話在跟那個（看護）小姐說，有感染，...我心裡就想：我會不會好不起來？怕感染我有聽到，...會好（痊癒）比較好，若死，我比較不要。」(p1:056)，幸而仰賴醫院的救治，以及親友持續的探視與鼓勵，讓當事人感受到關懷與重視，以及對自殺行為的後悔，當事人說：「讓我那些女兒、姪女、女婿、弟弟那樣，從 XX 跑來三趟，XX 那些姪女、姪女婿都跑來...他們也對我不錯，我想說（自己）怎麼那麼傻」(p1:028)，「啊衿仔（弟媳）、妹妹與孫婿（姪女婿）都有來，我們阿 X（侄子）...，也來好幾次，連我們阿 X（侄媳）也問有沒有較好，（我）說有較好了啦！我妹妹也來，我就兩三個妹妹，一個在東部，我說那個那麼遠，不要告訴她，她又在做生意，這樣啦，另外兩個都有來啦，沒什麼事，傻傻的」(p1:062)當事人最後順利出院。

當事人住院期間也無法適應醫院環境，受訪時數次提到隔壁病床的病人對她的干擾，二女兒提到那個人「一直唉（叫），她突然就唉（叫）了，一直踢一直踢，不然就說那裏有鬼」(p7: 008)，當事人說：「我被她嚇到，很大力，一兩天就去收驚，一直收驚…收好幾次，隔壁床在那裏，（我）都不用睡覺」(p1: 135~139)，故數次收驚以減低所受驚嚇。而另一個當事人感受到的壓力則是住院時的花費，她說「讓我兒子不知道花了多少錢。一天請人（看護）一千八，啊住那裏一晚不知道是兩百還是一百八，還有醫生的(費用)呢，還看醫生，不知道花了他幾萬」(p4:013)，兒子則表示健保幫了大忙：「現在有健保，那花沒多少」(p10:109)。

除此之外，到醫院探視、照護當事人也給家人帶來壓力。雖然請了看護幫忙，但二女兒提到「我們三姊妹兄妹這樣，…有時候我們都到，就一人開一台，…三個三台車」(p7: 142)，「我哥一天醫院跑四趟、五趟這樣，一大早過去，早上，晚上，我哥都煮東西去給她吃，啊就是沒時間去顧她，我哥請一個看護顧她，像是晚上店收了，十一、十二、一點我哥也照常還去看說情形怎樣了，他也會怕了」(p7: 064)，「他的壓力就比較重，都這樣跑來跑去，我看他就快要倒

下去了」(p7: 140)。孫子更具體說明當事人住院期間，家人生活所受的影響與因應方式：「我們的作息都已經亂掉了，…因為像我爸爸本來下午要顧店嘛，然後因為阿嬤住院嘛，換我爸爸要去照顧我奶奶，然後換我媽媽本來就是下午要休息的，可是現在就是硬撐，就是整天都要上(班)…就是整天都要在那邊顧店，對呀，然後我們就是也是要幫忙顧店呀，然後就是最後要抽一點時間就是去看奶奶這樣，對呀多少都會有點衝突呀，把原來的時間都抽一點、抽一點掉」(p9:002~004)。然而面對這樣每天奔波，也只能想辦法擠出時間、硬撐，直到當事人出院返家。

所以，當事人住院後家庭最大的壓力就是當事人的生命能否挽回，其它壓力還包括，住院環境的干擾、經濟壓力、往來探視照護的奔波，此家庭的因應之道為配合醫院的醫療、親友持續的探視與關懷、收驚、健保協助與硬撐。

(二) 防範當事人再次自殺的壓力與適應

當事人出院後，家人對她健康的擔憂較為降低，但隨之而來的壓力是擔心當事人再次自殺。二女兒轉述住院時醫生的提醒：「如果你回去，你跟她說話，要比較小心點，不要跟她講到給她聽感覺怪怪的」(p7:020)，並提到自己的憂慮：「我是比較怕我媽，…剛回來她就心情不好坐在那裡鬱卒鬱卒，你知道嗎，我們也是怕她又一次想不開，…不然因為，兩極化，她想好的就好，想不好的你就慘」(p7:112)，大女兒也擔心的表示「有一次過的，說有去想這個的人，她以後會再那個」(p6:085)。而且，當事人較會朝向負面思考，有時對於事情的反應偏離常態，例如大女兒轉述母親的抱怨「她要煮菜不給她煮，(她)說怕她手有毒」(p6: 065)，女兒需要不斷想辦法扭轉母親負向的想法，形成心理的負擔，大女兒描述「看護有跟她說，…醫生有說妳不用洗腰子了啦，她就說：啊不用洗腰子就好啦，不然把我救起來要做什麼？…我們現在是

慢慢跟她勸解，…（我說）妳不要一直往壞的想，要想說：若要洗也沒關係，洗腰子幾個鐘頭而已。她說：要讓妳們忙，載來載去。…（我說）三個都在 XX（居住地地名），妳又不是大家都住很遠，不然隨便請也請有人可以幫妳載，煩惱那麼多？…不然光是煩惱我弟弟他們夫妻，她如果怎樣，那兩個是否忙得過來？…（我說）他們若沒空，妳叫我，（她說）哼你要顧店。…（我說）人若在艱苦或怎樣，妳電話打來，若有人在家，我們一定會有一個先過去，妳不用擔心店裡的事情，我把門先拉上，…光煩惱她不知道會不會胡亂想（語調低沈緩慢）」(p6:093)，家人似乎是處在不知何時會失去她的危機情境壓力下。再則，當事人當初自殺的引發事件就是可能洗腎，然而，這個陰影不僅持續存在，服毒更讓當事人的腎臟功能雪上加霜，二女兒解釋說：「吃那（農）藥就是有不好的一點，醫生也有跟我們說，她…腎臟功能本來就不好了，啊她現在去驗，…一定會比較不好，如果在持續下降，就要去洗腰子了」(p7:010)。對上述重重壓力，家人採用的因應方式如下。

1.先告知不用洗腎讓當事人安心。由於當事人自殺的引發事件是擔心洗腎，告知不需要洗腎對當事人甚有助益，當事人受訪時多次轉述看護安撫她，讓她安心的對話：「你現在不用洗腰子了，醫生說你吃藥就好了」(p1:108)；「阿嬤你不用洗腰子啦，醫生有說。(我)說：不用喔，不用（洗腰子就）沒關係」(p5:043)。

2.持續勸解當事人接納洗腎。雖然上述方法可收短期之效，但釜底抽薪之計，還是要讓當事人不再畏懼洗腎以及洗腎的影響。大女兒對當事人提到「我公公也在洗腰子啊，真的人剛洗回來時會很累，那個疲勞而已，那沒關係…那個 X X 那麼多歲，人家自那個洗到現在，…洗三十多年了呢，…人家那個又不是一兩個在洗，多少人洗腰子你知道嗎？」(p5:044~052)。除了淡化洗腎的辛苦之外，大女兒也努力化解當事人擔心洗腎後只有一個兒子負擔太重的問題，表示女兒們也會一起幫忙，以紓解當事人的擔憂，「人怎樣

你就沒關係，我們三個都住在同庄，啊你就人怎樣，你就跟我們說一下，我若沒空，XX（妹妹的名字）我們那個小的，那個算是她的時間比較好挪，她若有事，我弟弟都在家啊，只有顧XX攤而已，較容易跟他那個，…我的時間也很好挪，不然門拉下來一下，才多久的時間，那都沒關係」(p5:050)，當事人也回應說：「應該洗就要洗了。…不會煩惱洗腰子了，管他的」(p5:049~051)，似乎有些助益。

3.向當事人訴諸親情。當事人擔心拖累子女而自殺，故大女兒從這個角度請求母親好好照顧身體，「你自己身體照顧好，不要胡亂跟它想，看開一點，就好了，我們這些晚輩也比較快（活）…，你若快活，我們就跟著快活，啊她就說：好啦，我們跟她說都跟你回說：好啦，我知道」(p6:137)；而二女兒則用自殺對子女的社會壓力，以及照護的負擔，請母親考量子孫的處境來勸阻母親，「如果妳吃了（農藥）後死了，妳給它想，妳這些孩子跟孫子出門，人家會說就是不孝，妳才會這樣。妳怎樣給這些孩子走出去？」(p7: 020)「這次還好有治好，要是沒有治好，這樣是不是躺在那裡拖，那就難過了…不然妳說不要害他（兒子），卻害他更多」(p7: 118)，而請求母親千萬別再做傻事。

4.照顧當事人的心情。二女兒提到要避免當事人再想不開，要照顧她的心情，「回來都不可以一直給她責備，啊一直開導給她聽，說那個沒關係、沒關係、沒關係怎樣的，不然她會更想不開」(p7:020)；而且常陪伴她，「一開始我媽剛開始（出院）回來，我們幾乎一天回去很多次，每天回去跟她說話」(p7:064)；也要提醒親戚們特別注意，「給那些親戚交代，你來要說好的，不要說不好的，說不好的她又要開始煩惱了」(p7:108)；還有「大家都跟她說，…把之前吃（農）藥的事忘記」(p7:064)，孫女也說「盡量不要講到她發生的那件事啊，然後就是不要去刺激她」(p8:060)，似乎這是家裡的共識。大女兒則提到「我們現在跟她講話，算是要再考慮她的心情」(p6:131)，並妥協、順應當事人的意願，大女兒說：「隨便她啦，就不要太跟她（扞）格，若順她，讓她心情放輕鬆一點，

就看會不會慢慢這樣，不然我們也很害怕，怕人家說那個有的都會，有一次就有，後來會再想啊。我們就，現在就儘量說不要讓她胡亂想」(p6:083)。

5.留意當事人的言行。除了上述方式之外，因為家人工作與生活型態之故，無法遵照醫囑 24 小時陪伴當事人，二女兒說：「因為我們也沒辦法二十四小時在她身旁，醫生是說最好都是旁邊都有人，怕她還會去吃，我說那是她要自己想得開，不然你放空幾分鐘她就在旁邊，你怎麼會知道？啊現在如果這樣，那個店就不敢賣她，不敢賣（農）藥了」(p7:066)。但為了預防萬一，大女兒提到他們的變通方法：「現在她（當事人）若有出來，差不多多少的時間，他（我爸）都會打電話來問說：啊有來你這裡坐，我說有。…你若知道她要來我這裡，你就差不多多少的時間沒回去，你就打電話問我，或是她剛來，出來你就打電話說要來我這兒，啊我若多久的時間，…她若沒來，我就可以出來外面看看她走到哪裡去」(p6:093)，大女兒也叮嚀當事人散步不要走遠，以防意外，「你就那條巷子，走走走，走到我這邊，或你那條巷子走走，啊這樣就那個」(p5:238)。

當事人出院後，家人很擔心她再次自殺，預防的方式是先告知當事人不用洗腎讓她安心，再逐漸化解她對此的擔心，努力排解當事人的負向想法，並隨時留意當事人的動向。

(三) 就醫與服藥的壓力與適應

當事人除了長期的疾病，包括糖尿病、高血壓、慢性腎衰竭等疾病，與視網膜病變等併發症之外，還出現水腫（出院病歷摘要 971010），以及被診斷出精神官能性憂鬱症（精神科門診處方明細 971015）等病症，仍然需要定期回診與長期服藥，對受訪家庭就形成經濟、時間、心理與照護等等的壓力，例如二女兒就提到，當事人的腳水腫，「腫成這樣，腫成真的我看到會煩惱，那鞋子都買很大雙，還是穿不太下」(p7:016)。而這些都仰賴服藥來控制，但當事人有思考力與記憶力減退的情形，媳婦表示「她

現在頭腦比較退化」(p4:114),「臨時叫她做甚麼都不記得」(p4:207),當事人容易忘記服藥,「控制血壓的我早上又忘記了,昨天吃一顆,今天又忘記」(p2:294);加上當事人以前服藥的習慣不佳,「我如果吃一頓不太好,我這一項就把它撿起來,沒繼續吃了」(p2:116),頗令家人困擾,例如大女婿表示「她要去給醫生看,但是開的藥她不吃,我就不知道她到底是什麼想法」(p6:038),大女兒也「不知道要怎麼跟她溝通」(p6:043),兒子也擔心當事人不是只吃醫院的藥,「還補上別的診所的藥在吃,病情愈壞啦」(p10:015)。

就醫部分的適應方式主要是分工合作。其中,二女兒的工作是有案子才出去工作的型態,她主動承攬大部分就醫的接送,「我說哥你在忙沒關係我載就好了,…那如果我忙,有時候我晚上我會去排場,我說那你要自己載,啊他就說沒關係啊,他再載就好了」(p7:064),兒子初期陪同前往就醫,當事人狀況穩定後,即與大女兒、大女婿分攤二女兒不能接送時的工作。

至於服藥部分的適應方式,則分為下列幾點說明。

1.堅持只接受一家醫院的診療。當事人習慣偏方且會自行安排用藥,例如當事人說:「這個的(B醫院藥效)比較慢,我們A(醫院)的利尿(劑)有啦,他又去B(醫院)拿,我兒子說吃一處的(藥)就好,不要胡亂吃,吃到中毒」(p1:152),兒子堅持只接受一家醫院的診療;然而,當事人還是會服用鄰居建議的偏方,大女兒無奈之餘也只能提醒醫院拿的藥別忘了吃,「不要說,喔,人家跟妳報(建議)這一項,妳就一直吃這一項,妳(醫院的)藥還是要繼續配合著吃」(p5:206)。

2.妥適安排用藥。當事人提到兒子如何幫她安排服藥:「他都會問,藥會準備好給我吃,怕我不知道要吃什麼什麼啦,都用那個盒子幫我裝著,一餐吃什麼什麼,我兒子都裝的好好的。怕我胡亂拿胡亂吃,上午的(藥)怕混到下午去,都是他用給我吃,現在就用盒子裝著,叫他爸弄給我吃」(p1:160)。兒子除了簡

化多種藥品服用的複雜性，二女兒也提到哥哥對當事人用藥的關心，「回來都會看說藥有吃沒吃就知道，啊沒吃他就會叫她」(p7:036)，故當事人的服藥正常規律，高血壓等病情也漸趨穩定。

3.當事人服藥心態轉變。當事人在自殺未遂事件後，服藥心態有所轉變，「啊咱也是想腰子的問題要在那裡將它醫好」(p3: 185)，加上家人將每餐用藥安排好，當事人說：「現在都人家檢好，照這樣吃」(p5: 093)，醫師調整用藥減輕藥物副作用令當事人放心，「醫生用這個藥吃又不傷胃，腰子又會好，啊我才沒煩惱」(p1: 110)，加上自殺未遂事件引發當事人的愧疚感與感受親情的關懷，驅使當事人能正常與按時服藥。

綜而言之，當事人住院期間，醫師對於個案糖尿病與相關併發症用藥的調整，出院後兒子將藥物按照服藥順序逐次裝盒並追蹤服藥狀況，丈夫於服藥時提醒，子女們分工載送當事人複診追蹤與拿藥，加上自殺未遂事件令當事人感念親情而對自己的行為心生愧疚，願意配合按時服藥，讓當事人慢性病的病情不致迅速惡化。

（四）當事人飲食控制與要求做家事的壓力與適應

以下先呈現當事人飲食控制的部份，之後再描述當事人要求做家事的壓力與適應。

1.飲食控制的部份

當事人長期飲食習慣導致諸多慢性病，「愛吃甜，蒼蠅貪甜，一直吃甜一直吃甜，吃到糖分（糖尿病）說變成三百六十幾」(p3:123)，當事人也知道這些慢性病需要控制飲食，但是「從我作小孩時，很愛吃冰，老了還愛吃冰，啊被罵罵不聽…我叫我先生，你去買一碗什麼，豆花給我吃，我一碗也只吃半碗而已…我兒子是要我好，要我的病快點好，啊我就嘴饞又餓得很，沒吃忍受不了」(p2:078)當事人清楚家人限制其飲食的目的，卻又無法做到。而當事人丈夫則與

當事人同盟，協助提供當事人甜食或安眠藥，當事人提到「我頭家說，我偷拿安眠藥給你吃」(p2:140)，當事人丈夫在此事的立場與其他家人不同。

孫女提到當事人「她有糖尿病嘛，然後叫她不要吃什麼，她都說吃一塊也沒關係嘛」(p8:046)；兒子與當事人也因此起爭執，「跟她說，吃少一點，(她)跟你說…要給我餓死啊，說吃沒有吃多少啦，沒有吃到你錢啦…(我說)吃比較多餐咧，吃比較少一點咧，(她)一餐就給她撐到，這樣在撐那，啊胰島素人家如果比喻給她轉 10，她要打，就給你啪啪啪(多)轉二三下，啊再打，說這樣吃比較多啦，那跟她說，(她)就說以前我打到 40 多，我說啊你就是胡亂打，才會愈打糖份(糖尿病)愈多啦」(p10:059)；媳婦清楚說明他們感受的壓力：「因為我都在關心她，她都沒有在聽，我就，我會生氣，我怎麼不會生氣，我關心你，你沒有給我接受，啊你還弄壞(身體)，結果操是誰，是誰在操煩」(p10:048)，媳婦認為當事人不能體會他們的苦心，不照顧自己的身體，最後奉養與照護的責任，仍落在他們身上。

經過數個月的紛擾，為了避免家庭爭議持續升高，讓當事人感受過大壓力，採取的適應方式為不再限制當事人飲食。大女兒提到：「不然你就順她一點，不要給她再胡亂想就好了。不然就像人家說的，就那麼多歲了，六七十，七十有了啦」(p6:079)。子執輩溝通協調，「現在發生這種事情以後，我們就，啊(嘆氣)，沒關係啦，若這樣，我(大女婿)跟我小舅說：沒關係啦，你順其自然啦，你要跟她控制，你也控制不住，你乾脆就，她高興就好」(p6:045)，故形成不再限制當事人飲食的共識，同住的子媳、孫子女也改變與當事人於飲食上的互動方式，媳婦說：「她已經都七十多歲了，由在她怎麼吃」(p10:010)，孫子也提到：「反正就我們有講就好，至少都要講，然後有講她聽不聽就是妳的事情了」(p9:026)。

2.要求做家事的部分

兒子提到擔心當事人視力模糊，萬一燙傷容易感染而不讓她做煮

菜，「眼睛就是沒有看到啊，啊說要煮，…你媳婦說啊，你就沒有看到不要煮，她也是說不聽，就沒有看到，倒油，油倒非常多，她用感覺啊，…她又看沒有啊，重點是，要煮一碗粿仔湯或煮米粉，煮得整鍋都是油啊，說也說不聽，說要吃來去買一碗啊，30塊，不肯啦，自己要煮啦」(p10: 103)，二女兒轉述當事人的抱怨：「我煮的就不好吃，他才不給我煮，我就沒用了」(p7: 004)，二女兒趕緊予以開導：「怕說你的眼睛以後看不到呢，你眼睛會霧，你又靠近熱的，是不是更看不到？…人家是說你身體不那個，…前一陣子常在掛急診，啊常會暈，人家不敢給你出門，不敢給你做」(p7: 004)。當事人誤將家人善意視為輕視或排斥，也向大女兒抱怨，大女兒轉述說：「她要煮菜不給她煮，(她)說怕她手有毒，我說：妳不要這樣想，人家是擔心妳若做了身體不舒服，他不給妳做，人家是要妳顧身體，妳再把它想往那裡去就不對了」(p6: 065)。這也顯示家人需要不斷承受當事人抱怨與轉換當事人的負面想法。

兒子也提到「我姐夫也有跟她說，這個冬瓜醬很鹹，不要吃，要吃沒關係，要吃放個一塊二塊下去就好，吃那個氣味就好，她不是，跟我姐夫一直說，那個冬瓜醬不會鹹啦，很甜，很甘很甜的啦，ㄚ你要怎麼辦，你能叫她不要吃嗎？你，她不是我們煮給她吃吶，她想到，是她自己去買一堆，來煮一堆這樣，就給人說不聽」(p10: 011)，由此也可以顯示限制煮菜與飲食的關聯，隨著不再限制當事人飲食，故後來也妥協不再限制當事人煮菜，也就一併化解因為做家事而引起的紛爭。

由於飲食控制直接影響當事人諸多慢性病的病情，這是家人在照護當事人時感受壓力最大的部分，然而卻因此引發家庭紛爭。考量當事人年事已大，並避免再次發生自殺事件，家人無奈妥協不再限制當事人飲食與煮菜。

整體而言，當事人自殺未遂經過治療後，雖然生活可以自理，減低

此事件的不良影響，服藥習慣也有改善，但照護當事人對家人而言，仍然是一件艱辛的工作，尤其是住院期間與預防當事人再次自殺，更是耗費心力。然而，出院後擔心當事人未控制飲食而病情惡化，卻因此產生家庭紛爭，也傷害彼此的關係，備感挫折，最後是考量當事人年紀與避免再次自殺，家人妥協不再限制當事人飲食與煮菜。

二、社會壓力與適應

當事人自殺未遂後，鄰里關注也形成社會壓力。由於居住在鄉下，當事人自殺未遂事件附近的村落都知道，當事人光是想像就已經非常擔心，「啊我吃藥不就整庄都知道？」(p2:266)，大女兒也轉述當事人的擔心，「喔，我這樣出去人家不知道會不會笑我？」(p6:006)。然而，這樣的擔心並非想像，確實有一些人的關切方式，讓當事人形成很大的壓力，「嬸仔妳是怎麼...啊 XX 大聲兇我，啊就有藥可以吃，光是煩惱這個，妳都不說，(當事人的反應是) 啊我要怎麼說？」(p2:173)，「有的會說：可憐喔，吃藥吃得臉腫這樣」(p4:069)，都讓當事人不知如何回應並感到羞愧。而且某些人的反應更具有惡意，二女兒氣憤的描述「那個人(回)應她說，那就是喝沒下去才沒死啦！」(p7:020)，「(當事人) 昨晚說，說到哭，這樣(回)應她說她沒吃下去，她說那喝下去這裡（嘴巴、喉嚨）都是熱的，多痛苦，吐吐出來，喝三口她才吐出來，這樣還說她沒喝下去」(p7:088)，不僅讓當事人非常傷心，也讓家人擔心會有不良影響，增加當事人家庭的困擾。

除了當事人之外，家人也感受到許多的社會壓力，尤其是與當事人同住的兒子，在傳統父系社會文化對兒子的期許下，壓力更大。大女兒提到「剛那個的時候，大家就說：你媽這樣是，你們晚輩是，人家都這樣說：是你弟弟對她怎樣嗎？不會啦，我弟弟對她也沒有怎樣啊！啊她自己那天就不知道怎麼樣啊…鄉下地方就稍微怎樣就人家都知道，有的不知道的講：啊她是與你爸吵架嗎，

不然怎會這樣？」(p5:025~027)，大女婿也常被詢問「你媽是說怎樣嗎？是你小舅子把她怎樣嗎？」(p6:135)。當事人的兒子所承受的壓力可以由二女兒描述略窺一二，「我哥真的很累，連睡午覺都不敢，說一個媽媽在醫院，又回去睡午覺，難道就不會被講？實在是很累，早上就起來，去醫院四、五趟，都到晚上了，十二點多、一點還再去，才睡幾個小時，他連中午也不敢睡，我說你這麼累你不回去睡一下，他說我哪敢回去睡，我回去被鄰居說，我就昏了，說我們媽媽在急診還在醫院這麼嚴重，你還回去睡」(p7:138)。

面對鄰居不斷的質疑，不僅同住的兒子壓力很大，連嫁出去的女兒都承受不住。有些人關注的方式就像在指責，大女兒提到與鄰居的對話，「(妳) 起初不知道，不然她若要幫妳清裡面，妳讓她去做，好像有個工作給她做。我說：我哪知，就一直想說，噢，我一個母親的家就，我們不曾回去幫她整理了，還給她幫我整理裡面？」(鄰居) 說妳不知道她有那個情形，妳若知道，妳就給她去做，給她去找工作就不會胡亂想了。(我) 說哼，我哪知道，我若知我就，早知道就不會這樣了」(p6:101)。雖然大女兒對此輕描淡寫表示，「要花時間去解釋啊。光看一個一個跟妳問，妳就一個一個，是這個困擾而已，不然也是，我是沒什麼，不會說很那個啦」(p6:135)，然而接二連三夾雜成見與汙名化的質疑，這樣的壓力實在難以擺脫，二女兒就說：「我姐出去常常就有人問，啊妳是都對她不好嗎？不然她（怎麼會自殺？），我姐在跟我說，我姐就說到哭了」(p7:088)。

鄉里對於自殺者子女不孝的質疑，似乎與子女身分、是否同住有關，二女兒說：「我說那如果是我，我說不用煩惱這麼多啦，…我哥就不敢呀，跟我想的就不一樣了，我理你唷，我累的要死了不用回來躺一下，要累給他死唷，…他的壓力比較重，我比較不會啦，因為他住在家裡，他是兒子啊，我只是女兒而已呀」(p7:138)，顯示嫁出的女兒遭受質疑的機會相對較小，而承受社會壓力的程度則受個人想法而影響；另外，大女兒表示「人家都不敢直接問我

弟都問我，他是，人家比較不認識我弟，我是算做生意，人家都比較認識我們」(p6:135)，故遭到質疑的機會也與人際網絡的廣度，以及是否為預設的質疑對象有關。

面對這些不斷的質疑與詢問，家人不得不發展下列各種說法因應，以保護或支持家庭成員。

1.當事人自己也不知道自殺的原因。大女兒表示當事人「她自己頭殼也不知道，…她自己也不知道在想什麼？」(p5：218)，所以，理所當然，家人更不會知道事件的原因。家人也以同樣方式，幫當事人想好應付外界詢問的說詞，例如大女兒告訴當事人，當被問到自殺的事時可以說：「我突然為什麼會這樣做我也不知道啊！好像怎麼說，好像昏了一樣」(p6:008)；「我現在想想那時為何會這樣做，我也不知道，是啊，為何要做這樣，現在想一想也不知道怎麼說」(p6：010)，以應付不斷探問的壓力。

2.不知道當事人自殺的原因。特別澄清發生自殺事件，不是因為其他家人的緣故，也不了解當事人為什麼要這樣做。例如大女兒表示「對她也沒有怎樣啊！啊她自己那天就不知道怎麼樣啊」(p5:025)；「不知道為什麼會想這樣？」(p5:027)，同樣是隱瞞所有相關的訊息。

3.當事人自己因病想不開。同樣是澄清自殺事件與其他家人無關，不過，是當事人自己的緣故，同時也較前述方法多透露了一些訊息。例如二女兒說：「我們全家不曾吵架或怎樣，我們兄弟姊妹都很好，是我媽她自己說她不要洗腰子，所以她才會想不開。」(p7:002)；大女兒說：「她就身體不好胡亂想，去想不開的啦」(p6:133)。

4.疾病或藥物引起的。家人告知對方自殺事件是受到疾病或藥物的影響。例如大女兒說：「她是說有憂鬱啦，可能是憂鬱症一直鬱卒，想不開」(p6:014)，媳婦說：「根本就沒有什麼事情，我們不知道什麼事情，就是一定吃那

個（安眠藥）才這樣，秀逗啊啦，做什麼事情，自己都不知道啦，突然看到就，嘆，拿（農藥）來喝」(p10:081)，所以是憂鬱症與吃安眠藥導致當事人想不開或精神錯亂才會自殺。

5.當事人自己太傻。家人利用別人更差的處境，顯示當事人自殺行為是自己不理智，也反襯家人並未疏於照顧當事人。例如大女兒說：「像鄰居那個，…她自己講的，說你媽實在有夠傻，她又不用煩惱三餐，也不是讓她做很多，她說她這樣就這樣，實在有夠傻的，你若說像我這樣，還煩惱三餐，還要做得要壞了，腳又在不能走，又碰到兒子那樣，我也是想說人艱苦要去拿藥把伊吃好，她這樣還把伊弄這樣，啊她有夠傻的」(p5:218)。

6.引述權威說法。家人以醫生的說法，破除其他可能傷害家人的猜測。例如二女兒說：「去（醫院）醫生就問她了呀，是人家跟妳吵架唷，（她說）沒有，（醫生說）是怎樣？（她說）我就不想洗腎，醫生說：笑破肚皮，人家都是吵架才來的，妳不是。她就說我不想拖累後輩啦，你不要救我啦。醫生才跟她說一百個才妳一個，人家都沒有人這樣」(p7:138)。

7.想不開是一種自然的現象。二女兒表示想不開是常見的正常反應，「難怪有些人年紀大了會想不開，因為我們年紀沒這麼大的，有時候想到都覺得恐怖，尤其是到晚上，晚上很奇怪，你早上想的和晚上想的，我不知道你的想法怎麼樣，那以我現在這樣，早上想的想的開，晚上就想不開了」(p7:106)，暗示年長者很容易想不開。

8.自殺不是做壞事。家人強調自殺事件並未傷害他人，可以坦然面對，以支持當事人。當事人丈夫說：「我們又不是做賊，你去管它」(p2:227)，當事人似乎就更有勇氣去面對外界的詢問，「我們又不是做賊或不是做壞事，我不會怕人家知道、人家問我」(p2:228)

9.替特定家庭成員澄清。自殺事件發生後，同住的家人最易遭受質疑，其他家人盡力為他們澄清。例如當事人表示：「我兒子就土性啦，心肝

不錯，像今天還載我去拿藥，也都把你牽緊緊的，你要走好什麼的」(p1:142)；「（兒子）個性講話比較土啦，…心肝很好啦，也很軟心啦，他不會啦」(p3:189)；「晚上我也跟我媳婦說：我衣服都幫你晾好了，你不用回來晾，冷得要死還騎車回家」(p5:143)；「我那些孫子都會捧衣去洗，洗好若回來都會捧去晾」(p5:145)；大女兒也說：「我爸媽他們兩個也是，都那麼多歲了，會啦，夫妻多少都會鬥嘴，也不可能會就這樣就那個」(p5:027)，都表示自殺事件與同住的家人無關，以保護他們。

上述這些繁複的應對方式，所透露的訊息多寡不一，雖然反映家人對當事人自殺原因的納悶與不確定，但也是持續面對旁人的詢問，逐漸發展出來的，例如大女兒教導當事人如何應付外界的詢問，「人家如果問妳為何會那樣，妳就說，妳說當初我突然為什麼會這樣做我也不知道啊！」(p6:008)。而且家人對這些應對方式似乎已經習以為常，研究者訪談時都可感受到因社會壓力而啟動的因應模式，雖然研究者訪談前都會說明訪談的目的並保證保密，但研究者「訪問女兒所承受的壓力，她認為是鄰里的詢問，但對於當事人自殺的理由，女兒先兩次回答，不知道為何她自己會這樣，並提到家人對當事人都很好，直到身旁的當事人接著說，是因為不想洗腰子之故，女兒才轉而討論洗腎的事」（實地札記 980325），顯示因應社會眼光對此家庭形成的沉重壓力與負擔。

上述說法或許可以應付當下互動的情境，然而心中因此留下的傷口，只能留待事後家人之間的相互傾訴壓力，尋求慰藉。二女兒說：「我姐在跟我說，我姐就說到哭了」(p7:088)，「所以她（當事人）到昨天晚上才跟我說，眼淚就掉下來了」(p7:138)。二女兒也告訴當事人調整心態的因應方式，「重點是你都不要理它，好的聽，不好的都不要聽」(p7:138)，家人就透過如此彼此支持，共同面對外界的眼光。再則，釐清自己所重視的，相信自

己，也是他們的適應方式，二女兒說：「剛開始會啦，人家跟我們說話我們也會怕人家亂猜、亂猜的，啊重點啦！那個都無所謂，自己人比較要緊啦！」(p7:088)，「我都會想說回去看媽媽，看她的反應怎麼樣、跟她講話這樣，外人對我，我比較無所謂啦，我是比較怕我媽，…別人說的我都沒那個，我是無所謂」(p7:112)，「他要講你有辦法唷，他要怎麼說那他家的事啦，我就做我的啦，我覺得對就好了啦」(p7:146)，這些都顯示面對社會壓力時，由起初擔心外在看法，到後來轉換為遵循內在價值的適應過程。再加上尋求人際網絡的支持，「有時候朋友也是會來找我們聊天呀，嘻嘻哈哈，換我們的壓力也會紓解啦」(p7:150)，這些都有助於受訪者面對外界指指點點的壓力。

除了上述適應方式之外，當事人自殺未遂後鄰里關懷也形成支持力量，有助於當事人適應外在環境。當事人自殺未遂後一些鄰居前往醫院探視，「XX 他們夫妻，那晚跟他們姪子都有去看我，大家鄰居都不會啦，都會關心啦」(p2:271)；當事人也提到鄰居為其互動與共同活動的對象，「閒時四處去聊天，去厝邊隨便坐」(p4:027)，部分鄰居會特意照顧與協助，「有時候厝邊相邀，隔壁找我去運動」(p3:297)；二女兒也說：「最感謝的就是我們這些鄰居的歐巴桑，都會找她去散步走路，人家又不會嫌她慢，又會等她」(p7:150)，都讓當事人有較多機會走出去與人群互動與對話，對當事人身心皆有助益，也減輕家人照護的壓力，幫助受訪家庭的適應，這也顯示鄰居不是只帶來壓力。

當事人與鄰居互動頻繁良好，形成當事人在自殺未遂後的支持力量，有助於她出院後重新適應社會環境。然而部分鄰居對自殺未遂事件的不當關注，也形成社會壓力，增加當事人家庭的困擾，尤其對當事人子女，特別是針對同住的兒子，不孝的質疑更令他們難以承受。這也迫使他們發展各種說法，以因應各種的質疑與詢問，加上家人與朋友的支

持，以及釐清個人價值後堅定的自信，都有助於當事人家庭適應這些壓力的情境。

三、家庭成員面對自殺事件的壓力與適應

自殺事件發生後，家庭成員對於該事件往往會有各自不同解釋、壓力感受與調適的方式，以下分別描述之。

1.當事人的部份。當事人面對自殺未遂事件的態度，已於前文「當事人對於自己倖存的態度」中描述，研究者拜訪當事人的過程中，「當事人提到去收驚時，主事者說她那個月的氣運較差」（實地札記 980327），似乎當事人覺得自己的自殺行為與傳統觀念中的運勢有關，「氣運」較差即易生事端，需透過收驚以求改善。

2.大女兒的部份。由於當事人在自殺前透露的訊息稀少，家人對事件充滿疑問與困惑，大女兒描述其心情，並提到自殺前數分鐘以及事後和母親對自殺事件的互動，「多少都會想說我媽這樣，這麼想不開，她到底是為了什麼事情這樣？問她啊，我也有問她：是怎樣？噢！突然去那裡找到她，噢！啊媽妳是在怎樣？說妳這樣，我念她，妳這樣弄這一齣，妳是在，妳這樣大家多，多，妳給我們是要怎麼辦啦？（她）說這樣我比較好走。（我說）噢，怎樣算是較好走？啊她就靜靜的。我爸跟她說：沒辦法啦，光說她要走出來，我哪知道她要來這裡？我說，我跟她問，她說要運動要買菜，我想說現在八點半，快九點了，這個時間她跟我說她要買菜是有可能啦，啊我又沒想到她去運動，妳要運動妳就走這裡過去就走很遠了，怎麼還要走這樣過去？我那時也沒想到，想那麼遠…沒辦法啦，這就，母親我們又不能說，也不能罵她，也不能跟她那個」（p6:127）。

其中的敘述，顯示大女兒面對自殺未遂事件的情緒相當複雜，除了困惑，尤其對於母親經過家門口去自殺卻未能阻止，感到相當愧疚與後悔，也夾雜許多氣憤與無奈，然而這些怒氣卻在傳統孝道的規範下，深

深埋藏，轉化為無力感。大女兒因為需要看店，提到「我也很少回去，我說我住最近，最少回去」(p6:137)，似乎也隱含著事前未能疏導預防，以及事後未能多盡心力照顧的愧疚感。大女兒認為當事人自殺的原因包含「她就想不開，...自己胡亂想」(p5:040)；「可能是憂鬱症一直鬱卒，想不開」(p6:014)；「很體貼他們（子媳）做到沒日沒夜的，很會替他們想，太會替人想，自己才會想不開，沒辦法」(p6:139)。至於大女兒的適應方式，她似乎不知如何說明或不想說明，「我們現在也說的是，是這樣而已，要怎麼說，一樣這樣啦」(p6:131)。

3.當事人丈夫的部份。當事人的丈夫在上面的敘述中，與大女兒各自為自己辯護，傳遞出面對自殺事件的無奈與無辜。當事人的丈夫在自殺事件中著重的是當事人的健康，「想說如果有事，想說會好就好，借（錢）也要借來花」(p2:253)，故當事人出院返家，他也就放心了，「回來這樣我看，啊就好好的了，沒關係了」(p2:259)。當事人的丈夫在訪談過程中，表達的內容較少，也會以「這我就不會說了」(p2:224；p3:031)來回答，他受到事件的衝擊，只能從家人的敘述中看出來。孫女提到：「就有一次她（當事人）還在住院的時候，就看到阿公在哭」(p8:112)；當事人則轉述鄰居所言：「她說我們歐力桑走一走，走到這個摩托車旁，說摔在那邊轉啊轉，她先生跟 XX 來把他拉起來，他這個腳，整個...也痛到這幾天才好」(p2:248~249)。

4.當事人大女婿的部份。大女婿認為當事人當事人自殺是因為「自己要胡亂想」(p5:191)；他提到鄰居「報東報西，她就試試看，都會吃，吃若無效就會說：啊壞了，我的身體都不會好，...其實不是這樣，這種慢性病就需要長期」(p5:205)，認為是當事人誤解慢性病可以快速醫好，期望落空時產生無望感，而且又過度擔心洗腎的影響所致，「洗腰子沒什麼，我爸洗腰子，別人洗腰子也很多人」(p5:223)。大女婿對自殺事件感到無能為力，因為勸不動當事人，「你也對她沒辦法，你若跟她規勸或說一些事情給她聽，她也是聽不進

去，她會跟你爭」(p6:030)。

5.當事人兒子的部份。自殺事件讓兒子認為當事人只照顧娘家卻不顧慮他們，他雖然予以包容並努力想照顧當事人，但當事人不能節制飲食，又喝農藥自殺，是故意「唱反調」(p10:065)，找麻煩，兒子說：「她都挺娘家那邊啦，她弟弟啦，她妹妹那些啦，我們不是說妳都不能顧，妳顧娘家，我們是要顧妳，妳根本就沒有在聽，啊妳管娘家的事情，管一管，管完了，家分了，什麼都好了，妳再來給我弄這齣，妳去喝農藥來自殺，妳真正是在煩死人喔！難道說，我們家晚輩，兒子媳婦不孝，孫子孫女都不孝，不是吧，明明就是做一些有沒有，給人...」(p10:027~029)，顯示外界眼光對他的困擾與不公平，以及孝心被辜負的滿腹委屈與怨氣。面對這些內、外交織的壓力，兒子的適應方式是問題解決導向，「啊就事情走到這個地步啊咩，不然你要怎樣？遇到一項解一項而已」(p10:115)，似乎相當務實，但也很無奈。

6.當事人媳婦的部份。媳婦提到當事人自殺是因為「啊就人家之前告訴她的比較厲害，比較恐怖，她會怕啦！之前知識比較瞭解不夠，就好像說光用嚇得就嚇得她心理上，心理的問題，啊她就是怕怕怕，怕到了，怕到一直想這個，說洗腰子，喊說她不要活了，問題就出在這裡」(p1:121~129)。媳婦似乎認為當事人自殺是因對洗腎知識不足，被鄰居描述的洗腎情形嚇到，陷入恐懼所致。此外，媳婦也同意丈夫的看法：「她都算是，她身體，是操伊那口灶（娘家親戚）操到壞掉了」(p10:032)，認為是自殺過度操心娘家親戚所致，似乎也暗指不是因為家裡的緣故。

7.當事人二女兒的部份。二女兒對於自殺事件的感受則是充滿難過與困惑，「我看了也很難過，怎麼會想不開，也不會講啦，傷腦筋，唉～。孫子去也都這樣，不會講啦！好像說，我都想不到說我們的長輩會去走那一條路，這樣你知道嗎？」(p7:020)。二女兒對當事人自殺感到訝異，似乎尚未釐清對此的思緒，不知從何說起，也對於自己的適應較未留意，「我是比較沒有在

感覺這個耶…其實我就還好耶，我都會想說回去看長輩，看她的反應怎麼樣、跟她講話這樣」(p7:108)，她的關注都放在當事人身上。

8.當事人孫子的部份。孫子認為死亡是人生必然的結果，他已經盡力，自殺行為是當事人想太多之後自己的選擇。「我對這種事情已經看開了啦，因為這是人的必經之路，這是她自己找的啊，我沒有強迫她怎樣怎樣，就是她好像自己想太多吧，然後可能選那條路，然後我們，怎麼講，我們能做的都做啦，可是她要找上這條路我們也沒辦法」(p9:006)。孫子認為自殺未遂事件對自己「應該是沒什麼影響吧…只是（住院期間）作息有些變動這樣」(p9:006)，產生的改變就是協助照護當事人，「就是會幫她看（注射胰島素的量）啦，然後，就是，怎麼講，因為她眼睛好像不太好吧，然後她有時候上廁所連燈都沒有開，所以我們就是，我們要睡覺的時候把廁所的燈都是開著，都沒有在關」(p9:016)，並沒有適應的問題。

9.當事人孫女的部份。孫女則對自殺事件感到「錯愕…怎麼會這樣，很誇張…沒事幹嘛找事做，就是她也沒有怎樣啊，可能自己想太多吧。就醫生好像說，不知道怎樣啦，好像是說可能要洗腎，就她可能還沒到那個程度，她自己在那邊想，然後就那樣…，然後可能有一些憂鬱症吧」(p8:006~014)。孫女認為是憂鬱症導致當事人想太多而誇大洗腎的影響，以致發生這件離譜的事情。孫女個人感到壓力的部分是「剛開始，然後就是要去看她，剛開始自己覺得…就覺得她的人就散了，很散」(p8:034)，也「怕她不知道又在想什麼啊，就看她有沒有打針、有沒有吃藥，還是亂吃東西」(p8:190)，但當事人身體較為恢復後，「就是好像有比較好了嘛，然後就覺得跟之前差不多了」(p8:192)，孫女的生活就回復從前，不需要改變。

從上文可以看到家庭成員面對自殺事件的壓力與看法差異很大，但關注的焦點幾乎都在當事人身上，對個人適應的問題著墨很少。當事人

提到當時「氣運不好」；丈夫雖然表達較少，但實際所受衝擊巨大。兩個女兒都對事件感到難過與困惑，大女兒則更多了未能阻止當事人自殺的愧疚感。兒子與媳婦都認為當事人過分操心娘家的事務而損害身體，兒子認為自殺事件是找麻煩，讓他們背負不孝的罪名，媳婦主張事件是當事人受鄰居對洗腎的描述驚嚇所致。孫子認為自殺行為是當事人想太多之後自己的選擇，孫女則認為是憂鬱症所致。這些對自殺事件看法與壓力的差異，也表現在家庭生活中與當事人及其它家庭成員的互動上。

四、家庭成員互動的壓力與適應

為了因應自殺事件產生的巨大的衝擊壓力，家庭成員間的互動更為緊密，卻也因此衍生許多壓力。以下分別說明家庭成員互動的壓力與適應，依序為家庭成員與當事人之間互動的壓力與適應，以及其他家庭成員間互動的壓力與適應。

(一) 家庭成員與當事人之間互動的壓力與適應

以前當事人身體一向硬朗，家人並不會干涉她的行為，「以前他（兒子）也沒在跟我管什麼」(p3:189)。當事人多次急診，尤其是自殺未遂後，隨著時間的推移，當事人與家人的互動有一些轉變，描述如下。

1.住院期間與剛出院。自殺事件前，當事人與同住家人迭有紛爭。當事人服毒後住院期間身體相當虛弱，家人盡量照顧當事人，二女兒轉述當事人兒子與當事人的互動，「在醫院我哥輕聲細語地一直跟她鼓勵」(p7:024)，「妳就是太閒啦，…等到XX（孫子）若畢業，我再叫他趕快娶一娶，孩子生一生喔，曾孫再給妳帶，妳要給我帶喔這樣啦！我媽她就笑了」(p7:004)，彼此互動相當融洽。而且當事人也提到，「我不會胡亂想啦，…傻一次不會傻雙次，…我跟兒子這麼說，我兒子比較不會煩惱！」(p1:058)，當事人也安撫家

人，讓他們安心。大女兒提到家人的轉變，「大家比較順她啦，給她精神壓力的，不要說，光一直胡亂想。我爹也較有去關心她，…她的藥我弟幫她撿好好的，…我爹看她是吃飯或吃飯前要吃藥，我爹都會叫她吃藥，不然以前都沒有，個人走個人的路，個人做個人的工作，也不曾在，也沒什麼話講，也不太那個，哈哈，現在就有啦」(p6:097)。顯示自殺事件後家人的關係改善。

2.出院一段時間。當事人出院一段期間後，當事人服藥習慣改善，病情變得較為穩定，但由於飲食控制等問題，再次引發家庭的爭執。兒子說明當事人飲食的不節制與母子為此爭執的過程，「我說你腰子這樣，那個茶湯喝，吃比較少一點…她跟你說，茶她沒有什麼在喝啦。(她)湯一直灌啦，排水排不太出來，腳腫歪歪啊；聽那個歐巴桑給她說，…喝一些青草茶不錯，…(我說)啊你不正常身體不能吃。啊她吃那個什麼葡萄汁，不錯，很貪心，一次去就一箱，一次去要買什麼東西，一次就一箱，她可以吃嗎？」(p10:047)而質疑當事人不照顧身體。當事人則認為兒子獨斷獨行，「我兒子就想這樣，就(要)這樣」(p1:158)，也與兒子賭氣，故意讓他擔心、生氣，「以前我眼睛一陣子像這樣會霧，…拿那個藥有較好，但還是很霧，如果沒點他會唸，啊有在點啦，我先生說：你有在點就好了，(為何)跟他說太冷不要點」(p2:082)。然而，當事人表示她能體會兒子的用心，她說：「人家是要我們好，我兒子是要我好，要我的病快點好，啊我就嘴饞又餓得很，沒吃忍受不了」(p2:080)，孫子則認為當事人對外的說法與實際家人互動的狀況有差異，「如果你跟她相處之後又會覺得她在家一個樣，在外面一個樣，就是在外面都說我們怎麼樣怎樣，可是我們在家裡的時候叫她改進什麼啊，就是像我們在欺負她一樣，就是她自己對，我們就是錯」(p9:028)，似乎不認為當事人真能體會他們的苦心。

兒子表示：「有時候我們跟長輩說，是為她好，說到最後怎麼會生氣，…我老母跟我(回)應這樣：…你都不要跟我說話。我給她(回)應：好啊，好啊，不說話…比較省得在那裡氣心魯命(生氣操心)啊」(p10:051)，顯示兒子對於當

事人不控制飲食，感到相當挫折與無奈，他也說：「不是說都不要理她，那是嘴上說不理她，啊你就，說，說不理她，你哪有說她在難過，你不會跟著她難過」(p10:103)，反映出他內心其實關心當事人，但在爭執氣憤的當下，口頭上說出來的卻是相互攻擊的言語。媳婦說明他們所承受的壓力與生氣的緣由：「你哪有她的辦法，我跟你說啦，她只有這個兒子而已啦，我一操還要操兩個老的，你會不會煩？我們要做生意，這兩個（孫子、孫女）我要養他們啊，啊還要煩惱你們兩個老的，那沒有脾氣，也會有脾氣」(p10:058~060)。

不僅子媳，孫子女也加入協助控制當事人的飲食。孫子提到他所受的影響，「因為我們再怎麼大聲都沒有用，因為你用罵的跟好好講，她還是一樣不會改進，…脾氣就是會變滿糟的，然後平常在學校或跟朋友就不會這樣，然後有時候跟她相處會覺得，哇怎麼這麼煩，對呀，就是講不聽這樣」(p9:038~040)，可見當時同住的家庭成員關係相當緊繃，家庭生活都受到不良影響。孫女也提到她的為難，「就是要照顧她，可是她自己又不聽的話，就會覺得不知道怎麼辦」(p8:036)，「…很甜的飲料，她就說加茶水還是加什麼，就不會甜了啊，講了也沒用」(p8:048)。雖然當事人能體會家人協助控制飲食的好意，但她實際面對此家庭情境的感受，可以從孫子的敘述看到端倪，「因為我們也有脾氣嘛，受不了之後就可能會比較大聲，然後以為我們在欺負她（指當事人），…她以為就是我們嫌棄她什麼」(p9:020~022)，顯示當事人似乎也感到相當生氣、委屈與難過。當其他同住家人因限制飲食而動氣時，當事人的丈夫則在飲食的部分支持當事人，當事人描述她身體衰弱時如何獲取甜食，以及她對飲食的節制「我叫我先生，你去買一碗什麼，豆花給我吃，我一碗也只吃半碗而已」(p2:080)。

同住的家庭成員間爭執持續升高時，女兒們趕緊介入疏導。大女兒協助弟弟規勸母親，「我弟會告狀說我媽怎樣怎樣，（我）說沒關係啦。我們是

跟她規勸說，啊她就，人家是要妳好，你都不聽人家講，妳自己也要忌口一點，人家不是叫妳不要吃，人家是叫妳吃頻繁一點」(p6:055)。大女婿提到關係的緊張與勸說對象的差異，「那個接觸就是這樣，你自己兒子與女婿在講又不一樣」(p6:056)，他認為勸說者身分的不同，會影響當事人對勸導內容的接受度，以及彼此感受到的壓力，故他們規勸當事人較不會感到壓力，「(壓力)我們是比較不會啦！因為她來這裡，總是女兒嫁出了在說的，稍微較會，較不會，現在兒子跟她說太多，她的心理上就，說兒子跟她說話都大小聲」(p6:054)。二女兒也持續勸解紛爭，「啊他講話，我說他做妳的孩子四、五十年了，還不知道？(她)說她知道啦，…她就說：對啊，他就天生講話這樣，不要理他就好了，啊馬上她就又好了。…我說對啊，妳就知道他的想法就好了，對吧！要不然要怎麼辦？她說：可以跟他輸贏嗎？(我說)輸贏下去就慘了ㄟ，真的ㄟ，輸贏下去就慘了」(p7:064~066)，顯示當事人對此的氣憤，甚至想跟兒子拼了（跟他輸贏）。

兒子其實也相當無奈，「說不聽啦，沒有辦法」(p10:056)；「每樣都跟你唱反調啦，沒有辦法啦」(p10:065)，媳婦也表示感到無能為力，「她就沒有在聽啊，啊你叫我們這些晚輩，該怎樣？」(p10:044)；孫女提到照護當事人的困難，「因為不管誰講她都一樣啦，我們家人就是我哥、我爸、我媽都一樣啦，就是這樣，她都講她自己的」(p8:081)，顯然家人在照護當事人時，都無法與當事人溝通；孫子則表達希望得到協助，「比較想找一個，就是她能聽，就是比較容易聽進，聽他的話的人的那個講，就是，就目前來講我們這邊並沒有」(p9:090)。

面對上述壓力的適應方式，在當事人的部分，孫子觀察到的是，「姑姑呀什麼什麼也都有跟她講呀，有時候她如果不喜歡聽的話，就當做她沒聽到，就類似怎麼講，像是去姑姑那邊吧，她好像聽我姑丈這樣講，她好像聽到不喜歡聽的話，就直接走了」(p9:064)，亦即當事人以充耳不聞或離開現場來避免壓

力；當事人其他的適應方式主要是找鄰居聊天，以及找兩個女兒抱怨紓解情緒，「我有告狀給我女兒聽啦，說他不要給我做，他要做，我女兒說人家不用妳做，妳要做？…不要我們就不要，啊我就人家若在煮飯煮菜，我就厝邊閭坐，厝邊閭聊天」(p3:138~140)，大女兒觀察到「自從這樣以後，她如果腳力較好，較快活就走來我這裡坐，傍晚…四點半、五點她就來這裡坐，啊白天平常她就都在鄰居那裡坐，…（以前）沒這麼頻繁」(p6:115~117)；當事人的適應方式還包括接受女兒們的建議，接納兒子的說話方式，「他也很關心啦，…（只是）他那個說話比較土啦」(p6:058)。

至於其他家人與當事人互動的適應方式，主要是子女、女婿會討論如何照護當事人，溝通彼此的作法。孫子觀察到「自從那件事情發生之後…爸爸、媽媽跟姑丈、姑姑那邊就是，聊到奶奶的那個頻，就是頻率比較多，…姑丈有的時候會到我們店裡那邊，…講一下她可能剛剛在那邊呀，可能聊了什麼或是剛剛那邊又…聽不進去什麼」(p9:070)。當事人出院約五、六個月後，子女們討論後獲得共識，不再限制當事人飲食以解決爭端。子女們除了共同規勸母親，也彼此傾訴紓解壓力，大女兒說：「我弟弟他也，我媽怎樣，他也來抱怨，啊我妹也來抱怨」(p6:159)。

兒子與當事人互動的適應方式還會請其家人幫忙勸說，「有時候啊，我是跟她說，啊有時候啊，是媳婦跟她說啊，孫子（女）說啊，有時候啊叫我們大姐啊、小妹啊跟她說，啊她就沒有在給你聽…啊不然只有我一個，早就被她折騰，比她還快走（死）」(p10:119~121)。當兒子勸說無效時就看開一點，自我調適，「看開就沒有什麼壓力啦」(p10:123)，或是透過與老婆對話，紓解情緒，「就跟我老婆啊，話說說出來，就心情不會憋著啊，你跟她氣沒有效啦，她那個性就這樣，你再氣也是這樣，氣死自己這樣而已」(p10:129)。媳婦認為當事人「給我們的困擾就是吃的東西，這樣子，其他的還好」(p3:263)，後來她的適應

方式是不要理會當事人的飲食，以避免爭執，「所以現在的問題就是不要理她，隨便她怎麼吃就好，這樣在家裡就不會不爽快，我就這樣隨便她，說難聽一點，她已經都 70 多歲了，由在她怎麼吃」(p10:010)，故維繫家庭和諧與當事人的年事已大是她不限制當事人飲食的理由。

至於孫子與當事人相處的調適方法是不要想太多，自己調整與當事人對話的音量與方式，盡力即可，「不要想太多，就這樣而已呀，對呀，就剛之前講的，跟她講不聽，生氣也沒用，所以就只好講過就好了，…不要讓自己生氣吧，因為生氣心情也不好呀，然後怎樣怎樣怎樣，可能跟她相處之後心情也不好，然後心情不好又影響到別人這樣，對，就是盡量去講過就好了…可能一開始就是會煞不住車，所以就會很大聲的講，然後後來漸漸的，漸漸的那個次數就變少了，所以還是要自己去適應啦」(p9:076~078)。孫女後來與當事人相處，也遵從父母的建議，調整為「就是盡量不要起衝突」(p8:065)。

大女兒與當事人相處的調適方法是，考量當事人的心情，表達時不要操之過急，「我們現在跟她講話，算是要再考慮她的心情，這樣而已啦，也是一樣這樣在過，沒說什麼較特別」(p6:131)，而且，「要慢慢說啦，不然你一次都跟她說一說，她會說我們這裡也很會唸」(p6:065)。大女兒還與當事人談論她的興趣，讓當事人開心，「她都有在算，簽大家樂…她若來，我都拿那個（大家樂）單子給她，說今天有開喔，妳拿去研究明牌…跟她說這些，她（的心情）就會開了。…我弟弟說：嚇！真厲害，沒唸書還會算明牌…我說：是啊，喔媽妳這樣好厲害，那個籤詩妳會算幾號，那我不會算」(p6:101)，由此姊弟與母親對話方式的不同，也可略窺大女兒、兒子兩人與當事人相處的差異。

二女兒則提到尊重當事人的陳述，留意措詞，正向引導，「開導給她聽，凡事都要想到好的地方去，…那你如果要怎樣怎樣你一直跟她爭喔，很快的，你什麼事情還要跟她爭，…，她就不講了，就想不開了，啊你都不能說別人都對，…相對的也有對的時候，也有不對的時候，…這樣她才能去接受，…說什麼事都要很小

心，...你覺得她不對你也不可以說你不對，要開導給她聽，不能一下就直接跟她說「你不對」(p7:128)。

然而，家人的善意關心與勸解，有時卻無意中否定當事人的能力與自尊而不自知。在訪談過程中，要當事人「自己身體顧好就好」(p4:100；p5:097；p5:105；p6:016；p6:065；p7:096；p10:032；p10:075)的聲音不斷由不同家人的口中出現，似乎當事人只能從弟弟妹妹身上尋求肯定，而透過下列方式向家人表達抗議，「現在人家都沒給我煮飯，沒給我煮菜，啊我念說：啊不然我去跟我弟弟做小工啦」(p5:102)，卻引來更多對當事人無能化與限制當事人的回應，當事人轉述丈夫的說法，「說我做工會昏去，說我會昏去，不然我去幫人家拔草，去跟我妹妹種菜幫忙拔草，...她爸說：妳拔草曬太陽妳就昏了」(p5:106)；大女兒也說：「妳光是說人家不讓妳煮，人家是擔心妳做一做人昏倒或是，妳就身體就在不好哩，人家就不是，妳若做了昏倒，人家多那個，多忙的」(p6:065)，彷彿當事人在找麻煩一樣。其他說法還包括媳婦說：「她們這種年紀，吃食都一樣啦，...說要她們改過來，很難」(p3:271)，「她都不會改進」(p3:259)，「自己該吃甚麼藥都沒記得。都記得以前的事情。...重要的不記，記記以前的事做甚麼？」(p4:210~212)，丈夫說：「你若問她的歷史，再多她都知道...從她出世到現在的歷史，她都知道啦」(p4:238~241)，而一再矮化當事人的能力、權力與自尊。雖然實際上家人表達時是關心與擔心當事人的身體，並非特意要否定當事人，但以家人限制當事人做家事為例，卻是忽略勞動對當事人的意義與價值，當事人表示她「作孩子時就做得要死，做習慣，沒做感覺怪怪的」(p3:159)；「沒做工沒得吃，都去做工呢」(p4:198)；「我就想說如果沒做習慣，以後更懶惰，更不會做」(p3:143)；「我若不會煮飯，只會吃這樣沒效（沒用），吃藥死一死」(p2:068)，而家人卻似乎未能理解當事人抱怨的涵意，認為這樣是讓她享清福，二女兒說：「人家要

給妳好命，妳一直說人家不好、人家不要妳、人家看不起妳，人家就不是看不起妳」(p7:042)，由此也可以看到家人限制當事人做家事的互動過程中，帶給她的感受是被嫌棄與被看輕。

總之，在住院期間，當事人與家人的互動似乎較為和諧，出院一段時間之後，飲食控制的問題又再度引發家庭的衝突。雖然，當事人能體會兒子的用心，家人也一心想要照護當事人，但晚輩照護時的挫折加上生活的壓力，引發與當事人之間的爭執，後來經過女兒們與女婿協助勸解，並共同協調放棄對當事人的飲食控制，以解決爭端。此顯示自殺前家庭的困擾僅在當事人住院時短暫平息，事後仍未解決，家人對於如何與自殺未遂者相處，感到困難與困惑，尤其同住的家人更身陷與當事人的紛擾中。幸而其他家人居住的距離很近，連結密切，共同協商解決方法，以緩和家庭關係的緊張；其中，表達方式的差異，以及勸說者身分的不同，或者是同住與否，影響了當事人對勸導內容的接受度，以及彼此感受到的壓力。但家人善意的勸解卻無意中忽略當事人所重視的意義與價值，而讓當事人感到被嫌棄與被看輕而不自知。

(二) 其他家庭成員間互動的壓力與適應

當事人自殺未遂之後，為了因應這個特殊問題所引發的內、外在壓力，家庭的關係與互動更為緊密，卻也相對帶來壓力。孫子觀察到「自從那件事情發生之後…爸爸、媽媽跟姑丈、姑姑那邊就是，聊到奶奶的…頻率比較多」(p9:070)，大女兒說：「我弟弟他也，我媽怎樣，他也來抱怨，啊我妹也來抱怨」(p6:159)。例如為了因應照護當事人的壓力，女婿介入當事人的夫妻系統，以尋求岳父支援，也給岳父帶來壓力，大女兒表示「不然以前都沒有，個人走個人的路，…也沒什麼話講，…我先生曾經跟兩個爸媽說：兩個喔，人家說老伴老伴，有伴你就要互相，你若要做什麼你要跟她說，她要做什麼，

她跟你叫，你也要那個，不要兩個這樣，你走你的，她走她的，個人走個人的路，這樣哪有像是夫妻？哈哈。後來我爸說：啊又沒話說」(p6:097)。順應情境的需要與子女的要求，當事人丈夫調整與當事人的互動，大女兒形容說：「現在她若有出來，差不多多少的時間，他都會打電話來問說：啊有來妳這裡坐，我說有。不然(以前)光是念：出去就不知道回來！...現在...我爸都會叫她吃藥，不然以前都沒有」(p6:096~097)。至於孫子女則遵從父母的意思，調整與當事人互動，「是爸爸媽媽提議這樣子的」(p9:038)，「我爸媽的意思是說盡量不要跟她唱反調」(p8:063)。

為求減輕當事人壓力，子女也介入當事人的手足次系統。當事人與最小的弟、妹差距逾二十歲，最小的妹妹還較大女兒小一歲，當事人自幼照顧他們至今，大女兒描述當事人手足間的關係模式與互動的頻繁，「以前我三舅，嚇，怎麼樣就電話來，(當事人)就要去XX(隔三個縣的三舅家)」(p6:143)；「她(當事人)就說什麼沖犯到，帶下來問神明，我先生...他說：嚇，又在忙那些，啊問神明就會好喔？妳跟他帶下來問幾次了，啊會好嗎？」(p6:153)。自殺事件後，子女私下與當事人弟弟連絡，二女兒說：「我小舅舅，他跟她(當事人)很那個(親近)...我就跟我舅舅偷講，說她就是有憂鬱症，你要，你都不要跟他說，說外甥哪一個比較不如意的，你不要說，你說好的那一個就好了，因為她在那裏她也看不到，啊你現在跟她說，她會煩惱而已」(p7:016)。大女兒提到當事人兒子似乎也進行干涉，介入後的轉變是舅舅們即不再聯絡，「最近之後，事件結束之後，他們就不曾打電話來說他們怎樣，身體怎樣，人怎麼了。我弟好像曾經跟他們說的樣子：我媽人也在不舒服，看要怎樣，你打電話來跟我說沒關係，啊你不要找我媽說，你跟我說，我可以的範圍我會幫你那個，若我沒辦法的範圍，我也會那個，你不要，若要做什麼每樣都找我媽，我媽一個人是要操(心)幾個啦！」(p6:149)。對於當事人手足間的關係，子、媳並不贊同，兒子認為「我們這口灶姓X啦，X啦，她都挺娘家那邊啦，她弟弟啦，她妹妹那些啦」

(p10:027)，媳婦也說：「她的思想算都顧娘家房頭外的，都顧外頭就對了啦」(p10:028)，並認為當事人病情惡化與當事人娘家的親戚們有關，「她都算是，她身體，是操伊那口灶（娘家親戚）操到壞掉了」(p10:032)。

女兒們雖然與兒子同盟以規勸母親控制飲食，但似乎因為照護母親的方式等因素，夾在母親與手足之間，左右為難，手足之間似乎也因此有些爭執，彼此都感受到壓力。例如大女兒提到：「最近看我弟弟他這樣，…也一樣很土啦，是說，有改啦，…他的回話本來就這樣，沒有惡意，不要把他想到他那裡去，不要把他想到壞的地方去，你就想啊就他有把你這樣回話，也是真的啊，啊就沒惡意就好，你光是講他怎樣，哎（嘆氣），我們當晚輩的也很難說。啊我們是嫁出了，啊我們要去太念他，他要是說，妳就嫁出了，妳作女兒就嫁出了，妳是管家裡的做什麼？等一下到時候又被念。啊惡人難做。不會啦」(p6: 097)；二女兒也說：「糖份（糖尿病）要控制好，應當是要吃少點，較常吃一點，啊她就不要，啊不要我哥就比較會發牢騷，你知道嗎？都比較會跟她說，妳都不要吃那麼多，要常吃，啊她就說她吃給她飽，怕吃不飽很痛苦，啊她還說她吃不多，我媽還說她都只是一點點而已，啊我哥都說她吃很多（笑），嚇！這我不知道要怎麼說」(p7:016)，似乎女兒們夾在兩者之間，面對這種情境都不知如何是好？

女兒們似乎也熟悉兒子的強勢風格，多年彼此也有習慣的溝通模式，「我哥對我們這些兄弟姐妹也都不錯啊！他講話就比較土我們也知，他土我也是大聲的（回）應回去，啊也是好好的啊！」(p7:066)，但似乎都是女兒們退讓的居多，「因為我哥比較土，我也不好意思再跟他說什麼，不敢再跟他說」(p7:054)。

然而，家人雖然彼此關心，但表達卻常帶情緒而不直接溝通。大女兒描述家人的互動如下：「我弟是比較土，（他說）啊妳（當事人）人在難過喔？她說：沒啦。他現在去店裡就打來：說人在難過也不說啦，等一下跟她問，說沒啦，說光看她人在那裡坐也知道她人在難過。啊換我就打去跟她問，（她說）是啊，他就

在忙，不好意思，（我說）你不用想不好意思啦，不然妳人在難過，你是要怎樣？妳是要叫誰載妳？哼，不然我去載妳？（她說）妳就在忙，妳要來載我？不用啦，那個去都那麼久。去醫院沒時間都很久，她也知道。免啦，那個去都那麼久。我說不然怎麼辦？不會啦，沒說很難過。不然我叫 XX（二女兒名）去載妳？好嗎？就跟她請求。（她說）好啦。我說：好啦，我叫她趕快過去載妳啦，妳準備準備。她就（說）：好啦，不然妳跟她講。我就打電話跟我弟說，你打電話跟妹妹 XX 說，載她去看醫生，看有空嗎？啊她若沒空，你就直接回去載她」（p6:159）。可見家人之間溝通過程的曲折。

為了因應自殺未遂事件的衝擊，子女形成緊密的同盟，請求當事人丈夫協助照護，也要求當事人手足改變互動方式，當事人丈夫與手足亦感受壓力並做出對應的改變。然而互動過程中，女兒們夾在兒子與母親之間，也引發子女之間的爭議。由於兒子與當事人同住承擔最重的照護責任，以及其強勢作風，手足們維持習慣的互動模式，女兒們最後皆退讓。但如前文所述，子女們也協調出尊重當事人飲食喜好的決定，降低家庭紛爭。

綜合本節內容所述，當事人自殺未遂後，家庭關注的焦點都在照護當事人上。住院期間最大壓力就是當事人能否挽回生命；出院後則是擔心當事人再次自殺。自殺未遂事件讓家人緊密合作，除了分工協助當事人的就醫、服藥與照顧當事人的身體之外，也共同討論照護當事人的心理，並相互傾訴以紓解彼此的壓力。家人先告知當事人不用洗腎讓她安心，再持續勸解接納洗腎，訴諸親情要求當事人不可再自殺，並努力扭轉當事人的負面想法。為求化解家庭持續為當事人飲食控制而起的紛爭，子女們協商後決定不再限制當事人的飲食與做家事。

第四節 綜合討論

本節依據先前的文獻探討與本研究的研究結果，進行綜合討論，以下針對當事人自殺引發事件、徵兆與倖存態度、當事人自殺相關因素、，以及當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應，依序進行討論。

一、當事人自殺引發事件、徵兆與倖存態度

任何自殺事件都有著多重複雜的原因，這些因素隨著時空演變後，經由某些事件引發自殺行為（李淑珺譯，民 95；易之新譯，民 89；國立編譯館主譯，民 95）。當事人自殺的相關因素多為長期發展而來，可謂遠因，而自殺的引發事件則是近因。在本研究中，當事人自殺的觸發事件是先前就醫時，醫護人員回應她可能洗腎，當事人擔心洗腎的痛苦以及洗腎所需的照護會拖累家人。此研究結果和 Harris 與 Barraclough (1994)、Suicide Prevention Resource Center (2001) 的主張一致，特定的身體疾病，包括腎臟疾病與老人自殺危險性的增加有關。而當事人的自殺動機則可歸類到 Blackburn 十二種不同類型自殺中，逃避可怕或令人擔心的疾病所造成的影響此一類型（孫宇斌譯，民 88）；也與 Shea 所描述的情形呼應，不懼怕死亡，卻害怕生病受苦，因擔心疾病危及家庭的經濟與家人而自殺（國立編譯館主譯，民 95）。

當事人自殺前甚少透露自殺訊息，僅提到「我不要留著洗腰子」之類的說詞，隨後利用農村地緣關係之便，採用喝農藥的方式自殺。當事人的自殺特徵與下列眾多研究的發現一致，老人自殺前較少透露警訊，會使用較激烈、易致死的自殺方式（殷建智等，民 91；楊文山、張立安，民 86；Conwell et al., 2002；Pearson et al., 1997）。當事人選擇喝農藥的自殺方式，則與自殺防治資源中心（Suicide Prevention Resource Center,

2001) 所揭示的環境危險因素，容易取得致死的工具相符。

自殺者得以倖存時，他們對於自己存活的看法，將影響自殺行為是否再次出現 (Beautrais, 2004；Henriques et al., 2005)。當事人住院時感受到親人的關懷而對自殺行為感到懊悔，與盧淑芬、熊道芬(民 92)以及蔣秀容(民 92)的案例類似，顯示親情的關懷是重要的自殺保護因子。然而，當事人抱持自殺可以免除拖累家人的信念，一旦無法避免洗腎時，如何破除此信念，加強親情關懷等力量，將是防治當事人自殺的重要因素。再則，因為當事人住家方圓 200 公尺內即有五家農藥行，自殺工具易取得的問題，也是需要特別防範之處。

二、當事人自殺的相關因素

當事人長期從事勞動工作，身體硬朗，行動自如，但因為罹患高血壓、糖尿病、腎臟病等慢性病與併發症，需每天注射胰島素，節制飲食與服藥控制病情，但當事人對飲食與服藥的要求並未確實遵守。自殺未遂之前二個月，當事人多次血壓升高、頭痛、無法入睡而半夜多次急診，身體疾病讓當事人備感壓力，也產生無望感。對疾病預期的影響，讓當事人心生畏懼並否定自我價值，當事人過度擔憂家人與親戚，擔心因洗腎拖累家人，並於自殺未遂住院後被診斷罹患憂鬱症。

上述描述相當符合 Goldsmith 等人 (2002) 的主張，未接受治療或治療中的疼痛、或對生理疾病的預期焦慮、或對依賴的害怕以及擔憂成為家庭的負擔，都是影響罹患生理疾病老人自殺的主要因素。而當事人疼痛的症狀與自殺關係的關聯性，則與 Juurink 等人 (2004) 與 Purcell 等人 (1999) 的描述一致。當事人的無望感以及對未來悲觀的預期與 Beck 等人 (1985) 的發現相符，顯見無望感是自殺防治時需要別留意的

重要警訊。情感性疾患是老年自殺危險最重要的預測因素（Beautrais, 2002; Cattell, 2000; Conwell & Brent, 1996; Conwell et al., 1998; Conwell et al., 2000; Waern et al., 2003），當事人卻在住院後才確診罹患憂鬱症，這也凸顯對於罹患生理疾病的老人患者，進行精神病學衡鑑的重要。

自殺事件前一、兩個月，當事人多次由子女載送醫院急診，飲食無法控制，服藥又不規律，引發家庭爭執。此與 Heikkinen 與 Lönnquisy (1996) 的研究中，在最近三個月的壓力事件中，60 歲以上的自殺長者與身體疾病比較有關相符；也與 Beautrais (2002)、Rubenowitz 等人 (2001) 與 Waern 等人 (2003) 的研究發現一致，除了身體疾病之外，家庭失和或嚴重人際關係問題也是老人自殺的重要危險因子之一。但本研究與 Keitner 等人 (1987) 研究的結果並不一致，依據當事人受訪時提到家人的敘述，似乎在當事人的主觀感受中，並未認為自己深陷在不良的家庭互動模式中；至於當事人的敘述是否因為社會壓力、保護家人而如此表達，則難以確認。但由訪談資料來看，當事人與同住家人的互動，常常誤解彼此的行為與意圖，出現相互懲罰的行為與不良的溝通，符合 McLean 與 Taylor (1994) 所指出具有自殺危機家庭的特徵。另外，Beautrais (2002) 認為缺乏社會互動、支持，是老人自殺的有關因素，在本研究中，由於子女與孫子女對於當事人的飲食控制形成同盟，在規勸當事人限制飲食的過程中似乎也讓當事人感受到壓力與孤立，但當事人的兩個女兒嫁在附近，與當事人常有互動，鄰居同住數十年，彼此互動亦頻繁良好，當事人會轉向他們尋求支持，故當事人的社會狀況並非全然符合 Beautrais 的主張；對此 Bille-Brahe 等人的研究 (1999) 可以為此提供部分說明，他們指出家庭與朋友對自殺未遂者的社會支持，並無法相互取代；至於同住的子、媳、孫子女與嫁出的女兒之間對當事人

的支持，當事人的主觀感受差異或影響有多大，則不得而知。而就家庭權力的觀點而言，當事人在家中被孤立的情形，則符合 Richman (1986, 1993) 所指出的，具自殺危機的家庭可能出現聯合其他家庭成員孤立家中可能的自殺者、以及脆弱的家庭關鍵成員。

當事人自殺未遂之前二個月曾多次急診與就醫，與 Conwell 等人 (2000) 與 Juurlink 等人 (2004) 老人自殺者於自殺前一週或前一個月多有就醫紀錄的狀況一致；而且當事人未尋求心理專業人員的協助，與 Juurlink 等人 (2004) 研究的多數人狀況相符。老人自殺前就醫顯示其生理狀況很可能造成他們的心理壓力，而本土的狀況更可能如張珣 (民 93) 的研究發現，憂鬱病人找內科或一般科醫生進行憂鬱的生理性伴生症狀，例如失眠、體重減輕、口乾、便秘、無精打采等的醫治，而非尋求尋求心理健康專業人員的協助，當事人失眠與依賴安眠藥即可能為憂鬱症的生理反應；DSM-IV 也指出在華人與亞洲文化中，憂鬱經驗多以身體化的名詞表達，身體衰弱、身體疲累或失調(孔繁鐘編譯，民 88)。再則以當事人為例，就醫時她詢問醫護人員，被告知她的病情有可能需要洗腎，當事人得知後心生畏懼，並決定喝農藥。故醫師、護士或其他專業人員於老人就醫時，如果能注意老年患者是否藉由身體疾病表示心理的問題，適時而有效地進行憂鬱症篩檢，並且多考慮特定生理疾病與老年人自殺行為的關聯，對老年患者病情的告知與說明能更仔細，並顧慮其感受，特別留意與介入被告知病情後有特殊反應者，將可以更有效地預防老人自殺的危險。

三、當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應

對於當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應，以下分成照護當事人的

壓力與適應、社會壓力與適應、家庭成員面對自殺未遂事件壓力與適應、家庭成員互動的壓力與適應，以及食物對當事人的特殊意涵與研究視框五個部分，依次進行討論。

（一）照護當事人的壓力與適應

在自殺未遂後住院期間，當事人家庭的互動有正向的轉變，此與陳怡婷（民 92）的研究發現相呼應，由於文化中病者為大的心態，因此不管家庭成員原本與生病者如何互動，家庭成員在親人重病階段，與病者的關係都會有正向的轉變。

當事人住院初期，家人最大壓力就是能否挽回當事人的生命，而出院後家人最擔心當事人再次自殺，就如許多研究所提到的，家人需防範隨時可能再次發生自殺的不幸事件，並且面臨不知何時會失去他的危機情境壓力（李欣容譯，民 87；Kjellin & Östman, 2005；Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b；Nosek, 2003）。所以，女兒們與當事人相處時，講話需特別留心她的感受與反應，就如 Christopher 與 Seiden 所描述的，常常如履薄冰，擔心說錯什麼話傷害到自殺未遂者（楊淑智譯，民 91）。二女兒與孫女提到請當事人忘記自殺事件，或家人不要討論此事件以免刺激當事人，都代表家人將自殺事件視為一種忌諱，就如同 Cvinar(2005) 所主張的，現代社會與個人已經將組成自殺禁忌的態度、價值觀與道德感內化，寧可隱藏自己的感受也不願談論自殺事件；或者這也可能是一種迷思，就如 Shea 指出有些人誤解，討論自殺可能引發更多自殺的計畫或想法而引發悲劇，實際上這只是一種毫無根據的擔心。Magne-Ingvar 與 Öjehagen (1999a) 也指出家人對於如何照料自殺未遂者常會感到困難與困惑，接近一半的受訪家人希望接受專業的諮商協助。正如當事人的家人不知如何照護當事人的飲食，而與當事人爭執數月之久，也表達

期望獲得協助的需求一樣，顯示受訪家庭因此產生許多爭議與困擾，也難以解決延續於自殺前、後爭執的困境，以及專業助人工作者介入自殺未遂者家庭的需要。

Christopher 與 Seiden 認為當照顧的壓力過大，又加上面臨生計的苦惱，家人很容易就失去耐心，可能對自殺未遂者的同情或憐憫之心都會變得勉強、做作，關係出現隔閡（楊淑智譯，民 91），而媳婦所言，要養育老小的壓力，還要煩惱當事人，讓她容易有脾氣，兩者可說相當類似。這也如胡幼慧（民 84）研究發現，強調三代同堂、以家庭取代老人福利的本土社會，由於社區化照護系統的缺乏，當老人照顧的重大社會責任「私化」成家庭問題的結果，使得老人的存在變成一種家庭的「累贅」。故不僅老人處境艱難，扛著上下兩代養護責任的中青代也備感壓力。依據公共電視（民 98）對政府長照保險計畫的相關報導，「少子化影響，照顧者負擔也變大，導致被照顧年長者不想拖累孩子，因而產生輕生念頭。家庭照顧者關懷總會希望政府能夠盡快落實長照保險計畫，以社區長照計畫為導向，減少照顧者和被照顧者的心理和生理負擔」，正呼應胡幼慧 14 年前的研究，顯見這太慢推出的政策對自殺防治的負面影響，本研究的受訪家庭僅是眾多類似受苦家庭中的一例。

Nosek (2003) 的研究發現家人普遍承受各樣的壓力，出現明顯的負面情緒反應，包括憤怒、驚慌、經常性的關心與擔憂、罪惡感與自我責備、覺得有負擔等等；其他的壓力則包括家人之間的關係變差等。影響壓力的大小則與家人是否共同居住、相處時間的長短以及是否有親近的接觸有關；Nosek 提到家人的壓力與情緒反應皆與本研究家庭成員的狀況相當吻合，本研究中與當事人同住、最多直接生活接觸的子媳、孫子女，也明顯較未同住的女兒、女婿有更大的壓力與情緒反彈。

由於當事人與丈夫長期疏離，當事人明顯轉向子女尋求情感的滿足，也增加了彼此的糾結。就子女的觀點而言，當他們為當事人做那麼多，接送就醫、住院、請看護、安排用藥、改變飲食、轉換口氣，尤其自殺未遂事件帶來許多社會壓力，但當事人卻不能控制口腹之慾，還惡言相向，子媳難免覺得善意受到辜負與白費力的挫折，而心生怨懟。然而就當事人而言，大半輩子貧困，為孩子勞碌一生，但在年老該享福的時候，卻「連要吃都不給她吃」，當事人在理智上知道家人「是要我好」，但在情感上對於這樣的期望落差卻是難以接受的。所以，雖然彼此都關懷對方，但在對方不符期待時，表達關懷的方式夾雜越來越多的情緒，聽者覺得受到被指責，予以反擊，導致彼此爭執，積怨越來越深。這正如余德慧對於「怨」的陳述，清楚描述類似本研究的受訪家庭中，本土親子間常見的情緒、「親情與黏結」的成因：

「怨」是中國人對待最親密的人時最容易產生的神經質情緒。「怨」並不是來自個人內心的心理失常，而是文化的設計使然。依附是「怨」最重要的成因，由於我們在最親密的狀態之下，總是願意為對方犧牲，因而會有「為對方做太多事」的感覺，而在這種「做過頭」的暗底裏，強烈地潛存著對方相對應的期待，希望對方也一樣的為自己「做過頭」或犧牲，可是這種期待往往在溝通不良或者不符合自己想像之下，產生了怨尤。(引自余德慧，民 76，P9)

當事人與子女兩邊其實都感到委屈與怨懟，就如同翁樹澍（民 92）所指出的，為對方而活的一家人，每一個人都盡力為對方付出的同時，也就都喪失自主性。而陳淑惠（2004）所提到的憂鬱症家庭互動中，憂鬱者抱怨或控訴家人無法或不願滿足其需求，而家人也出現對憂鬱者的抱怨或控訴，以致形成雙方的對立與阻隔，憂鬱者本身也因此更加感受到可憐與孤單，憂鬱者的人際關係模式出現一種負向的循環性型態（引

自余德慧等人，民 93），則正好可用來闡述了當事人家庭的互動機制。

再則，在訪談過程中，要當事人「自己身體顧好就好」的聲音不斷由不同家人的口中出現，家人應該是想表達對當事人身體的關心，卻同時傳達了當事人能力不足以做其他事、別惹麻煩，以及限制當事人行為等等的暗示，而讓當事人覺得被嫌棄與被看輕。家人其他說法還包括一般對老人常見的成見，無形中也矮化當事人的能力、權力與自尊。雖然這不是家人的本意，但如 Richardson 與 Shelton (2006) 所主張的，這種污名化會透過一般人對老人的刻板印象，例如老人的心理、認知、人際互動上能力較差，而直接啟動，無須意識的覺察，歧視者對老人不再像對待中年人一樣平等溝通。對老人負面的刻板印象與態度可能以自驗預言的方式，形成老人對自己負面自我認同的方式，而對老人的心理與生理健康產生危害。對年長者這樣的汙名化普遍存在社會文化與家庭生活中，多數人也都未覺察到類似言詞或行為對老人的危害，實需要政府、民間機構進行宣導示範避免對老人汙名化的做法，並透過教育進行根本的改善。在家庭次系統的觀點中，Richman (1993) 認為在壓力下的不良親子或夫妻互動裡，老人會覺得成為家人的負擔，而家人也認為老人是其負擔，而產生相互影響的循環反應，此也與受訪家庭的現象類似。

固然當事人住院與出院後的期間中，原本當事人煮飯與洗衣等工作轉移給媳婦，後來當事人又恢復部分工作的歷程，恰如 Minuchin 所主張的（劉瓊瑛譯，民 85），當家庭發生短暫性的特殊問題時，可能使家庭的因應機轉負擔過重，發生特殊狀況成員的某些功能與權力必須由其他家人承擔，家庭需要適應這個重新分配的工作；當事過境遷，又需面對重新適應的歷程，包括協助他回到原來的地位或接受系統中的新地位，都是重要的協助事項，同時也是一種功能與權力轉移的過程。但如

果從 Koopmans (1995) 的觀點而言，自殺行為是一種對於家庭角色與責任混亂的反應。當事人因為飲食控制或做家事等事宜一再受到家中晚輩的指摘或不尊重時，即呈現親子次系統角色與責任的錯置，以及此錯置關係對於老人的自我價值與自我角色的挑戰，而在某種程度上，當事人的自殺行為似乎反映著對此的抗議。

最重要的是，當事人自殺的主要原因之一是擔心洗腎，除了服藥之外，控制她所罹患的諸多慢性病與延遲洗腎的有效方式就是飲食控制，家庭也曾因此引發紛爭，而當事人自殺未遂住院後，家人，尤其同住的兒子奔波勞累照顧，壓力更大，但與當事人的關係已較和緩，然而，出院後卻又重複之前因飲食控制而起的紛爭，甚至紛爭加劇。這種回復的情形符合 Minuchin 所主張的，家庭系統具有維護它原貌的功能（劉瓊瑛譯，民 85），也顯示此家庭於新增自殺事件衝擊的壓力後，更不易擺脫舊有的不良互動模式。實際上，以當事人與同住家人，尤其是與兒子之間積怨之深，以及彼此已成習慣的情緒性互動模式，要透過家庭內部的力量化解非常困難；雖然在未同住的大女婿提議下，不再限制當事人飲食而讓家庭紛爭稍獲紓解，但由訪談兒子與媳婦的內容可以得知，就算後來已經不再限制當事人飲食，子媳對當事人的氣憤仍難消褪。當事人自殺的相關因素多重而複雜，但若將家庭爭執比喻為自殺危險的炸彈之一，則不再限制當事人飲食僅是拆除引信，之前爭執所遺留的關係裂痕與互動模式的問題，亦即炸彈本身並未處理，而自殺未遂家庭難以獨力解決自殺前未能處理的爭端，凸顯自殺未遂事件後專業助人者協助的重要。固然在家醜不可外揚的本土文化下，受自殺事件衝擊的家庭是否願意接受協助對自殺防治而言是個問題，但夠資格協助此類家庭的專業資源之可及性與是否充足，可能是更大且需長期的問題。就研究者所

知，受訪家庭若要尋求專業的家庭諮詢或家庭治療協助，至少要跨縣市以上的距離才可能獲得，而那裡僅有的資源與附近幾個縣市實際發生的自殺事件的數量相較，差距是非常懸殊的。

整體而言，家人照護當事人的過程中，最容易也引起最多爭端的是飲食控制。在權衡家庭爭端與影響當事人病情惡化的兩難下，家人對當事人的飲食控制全面棄守，應該是個痛苦而艱難的決定，而長期過程中的紛爭，更凸顯專業協助的需要。若能有專業的介入，或許可以縮短與減輕家庭摸索與當事人相處的辛苦，而在舒緩爭端與彼此的壓力、當事人病情與其需求、自主性中，找到另一個可行平衡點，也有機會打破家庭難以自行解決的不良互動模式，降低再次發生自殺事件的可能性。

（二）社會壓力與適應

當事人擔心鄉里都知道自殺事件而不敢出門，正如同 Seguin、Lesage 與 Kiely (1995) 所主張的，自殺事件發生後，限制自殺者家庭成員人際關係的主要因素是羞愧感，他們可能因此而形成社會孤立；至於鄰居指稱當事人自殺未死亡是因為農藥未吞下去，則符合 Pompili、Mancinelli 與 Tatarelli (2003) 的研究發現，自殺未遂者會被汙名化為軟弱、可恥、自私、邪惡或不道德的，或是 Sudak、Maxim 與 Carpenter (2008) 所提到「做個樣子要人家注意」的這種誤解。而大女兒面臨對自殺未遂事件接二連三的質疑詢問，應有部分狀況是屬於 Clark 與 Goldney (2000) 所指出的，向朋友說明自殺事件的原因與本質，以及如何與他們相處，會是事件後家人的負擔。

由於自殺常被誤視為不道德或危害社會風俗的行為，或者不名譽或羞恥之事，而忽略了自殺未遂者或照顧者的感受（林綺雲，民 91），導致對他們形成龐大的社會壓力。尤其事件發生後不久，他們常面對不斷

的質疑與詢問，正如 Tzeng (2002) 的研究發現，自殺未遂者與其家人會因為不孝等這類文化上的汙名而受苦。另外，鄉里對於自殺者子女不孝的質疑，似乎與子女身分、是否同住有關，同住的兒子比嫁出的女兒更容易遭受不孝的質疑；遭到詢問自殺事件的機會則與人際網絡的廣度，以及是否為預設的質疑對象有關，常外出做生意、熟人較多的大女兒夫婦就比守著店的兒子更常被詢問；至於承受社會壓力的程度則受個人想法而影響，當關注焦點由擔心外在看法轉換為遵循內在價值時，亦即照護當事人為重以及相信自己的作為，對社會壓力重視與感受的程度都會減輕。再則，家庭成員在承受社會壓力為家人辯護時，替當事人的兒子辯護最多，應與傳統社會文化中，兒子奉養、孝順父母被視為基本義務與道德基礎有關 (Hu, 1995)。故父母自殺時，兒子就容易被質疑不孝，以致父母未獲得妥善照顧而尋短，而蒙受自殺汙名化之害。而且這些汙名化的質疑，也反映張榮珍、李朝雄與鄭泰安（民 91）所指出，一般民眾對於自殺行為的認知與實證研究上的落差，一般民眾常將之歸因於自殺行為前發生的生活事件，但實證研究卻發現心理疾病在其中扮演必要的角色。

為適應社會壓力，家庭成員發展許多因應方法並習以為常，研究者訪談時也可以感受到因社會壓力而啟動的因應模式。以訪談大女兒為例，大女兒的回應是先隱瞞自殺原因，後來再跟著當事人吐露的內容而透露更多訊息。此與蔡佩娟（民 96）的研究發現類似，自殺者家屬面對社會壓力的應對模式，會以隱瞞或部分揭露，也就是選擇性告知，為主要因應策略；也與 Tzeng (2002) 的研究發現雷同，藉由將自殺解釋為運氣不好、或我們沒問題等的概念來轉述自殺事件。但本研究的受訪者並未如 Tzeng (2002) 的研究中，當事人與其親友會用否認自殺的方式

來回應社會壓力，這可能是因為研究家庭願意坦承以對或與研究者確知此事有關。

(三) 家庭成員面對自殺未遂事件壓力與適應

家庭成員面對自殺事件的看法與感受有很大的差異，各自面對的壓力與適應方式也不同。

當事人自殺未遂住院期間多次收驚，原因與余安邦（民 91）的研究發現類似，台灣社會許多心理疾病患者仍普遍地尋求非西醫療法，包含收驚，這是其他療法無法處理或治癒人身體的不適或疼痛時的必要選擇。另外，由於大女兒在當事人自殺前還與她互動，大女兒對自殺事件的反應與 Barlow 與 Coleman (2003) 的研究發現類似，被後悔的情緒所糾纏，認為如果當初可以多做什麼，自殺事件就不會發生。被責怪自己疏忽的想法不斷折磨，並且持續的追問「為什麼？」而籠罩在困惑的情緒之中。兒子則認為自殺事件帶來不孝的不實指控，此符合 Tzeng (2002) 的研究發現，家人會因不孝等這類文化上的汙名而受苦。

(四) 家庭成員互動的壓力與適應

自殺事件造成的改變帶來壓力，因應這些壓力的方法也帶來壓力，故適應帶來壓力，適應本身即是一種改變，適應即壓力。這些現象在家庭成員互動的變化，顯現得特別清楚，這是家庭在因應自殺事件這個特殊問題時，要求家庭成員改變而讓家庭成員需要承受新的壓力。

當事人與丈夫長期疏離，各行其事。在面對醫師建議 24 小時要有人陪伴當事人時，當事人丈夫身為配偶又退休在家，理應是最佳人選，可以分攤許多照護當事人的責任，然而，就算女兒擔心當事人外出散步可能因身體狀況引發安全的問題或再次尋短，但所做的也只能是叮嚀當事人在附近走走就好，或者與父親約定當事人離家時以電話追蹤當事人

行蹤，似乎家庭中有條隱形的規則，當事人夫妻間的互動是子女不能置喙的。訪談中唯一聽到請求當事人丈夫協助的，卻是由女婿，這個後來才加入的家庭成員，開口尋求岳父支援，這是相當特別的現象。就所有訪談內容來看，似乎當事人丈夫在照護的決策過程中是被子女排除在外的，是否是因為當事人丈夫在飲食與安眠藥的控制與當事人同盟，當事人丈夫明顯違反子女之前的決定所致，或與當事人、孫子女一樣權力較低，或其他原因，則不得而知，但這樣的同盟，似乎也讓原本疏離的當事人夫妻，互動變得較緊密。

當事人不僅與子女的關係糾結，與弟妹的關係亦是如此。當事人與弟妹關係糾結的成因，就如翁樹澍（民92）的研究所主張的，過去本土家庭的子女眾多，長子女親職化是一個常見的現象，傳統社會文化脈絡下「長姊如母」受到肯定甚至是提倡，這是階段性維持系統平衡的歷程，但當事人與弟妹卻持續維持糾結的界限至彼此年老。當事人最小的弟、妹與她的子女年紀相仿，當事人持續為弟妹及其子女操心與付出，似乎讓當事人子女與最小的三舅等形成手足般的競爭，也形成當事人子女對當事人與舅舅等娘家親戚的抱怨。而當事人住院後子女要求三舅改變或減少與當事人之間的互動，可說是子女介入母親的手足次系統，似乎也可以說是當事人子女在與舅舅之間的「手足競爭」取得優勢。另一種可能是兒子與當事人有紛爭時，視當事人弟妹為她的聯盟，而產生對抗。

另外，家庭成員對「家人」的定義似乎是不一致，子女對「家人」的定義，尤其是子媳的觀點中，是與他們同姓的直系血親，不包含母親的手足與手足的子女，明顯將母親的手足劃為親戚而非家人。固然其中有避免當事人過度擔心的因素，以及訪談中未呈現的過往情結，然而，這樣的劃分也顯示父系社會對於家庭成員責任規範的影響，當事人這個

嫁出者對娘家的照顧是可能受到約束的（胡幼慧，民 85a）。但若考量當事人過去與弟妹相處的經驗與情感，對當事人而言這是多年來很深的情感連結，弟妹對大姊的依賴也提供當事人很大的肯定與價值感，這是當事人在目前居住的家中所缺乏的，然而子女們雖然有心照顧母親，卻似乎未意識到當事人這部分的需求，而隔離當事人的手足關係以避免她操心。這似乎也與 Richman (1986, 1993) 對具自殺危機家庭的部分描述類似，家庭系統呈現封閉的特性，將家庭成員與外人的密切來往視為對家庭的不忠誠與威脅，禁止其家庭成員擁有家庭外的親密關係。

當事人兒子與女兒們為了如何照顧當事人似乎起了衝突。從大女兒與二女兒陳述的手足互動情形，顯示手足間甚至家庭中，兒子是權力最大的人，由他決定照顧當事人的方式。而且不僅是手足在衝突過後，回復舊有的互動模式，家庭因當事人飲食控制的紛爭，在自殺未遂事件後，也回復舊有的互動模式，顯示家庭系統具有 Goldenberg 與 Goldenberg 所謂的尋求穩定的傾向（翁樹澍、王大維，民 88）。前述手足的互動也符合胡幼慧（民 85a）的研究發現，貼近的母女關係在父系社會對於照顧責任的規範下，是備受限制的。嫁出的女兒不僅可能在想要照顧母親時，受到婆家的約束，在娘家也可能被視為外人，而被限制照顧母親或參與照顧母親的決策，但通常最了解母親、與母親最親近的卻是女兒，而非兒子或媳婦；故可以想見此時受訪女兒們的焦急與使不上力的無奈，這也顯示在受訪家庭的例子中，此類父系社會文化的規範限制出嫁女兒此有力資源的協助，對於自殺防治的成效具有負面影響。

受訪家庭中，兒子習慣問題解決為導向的思考模式，較不能貼近當事人的心理需求，也容易引發母子衝突，女兒們適時提供母子雙方情緒緩衝與支持的功能，但兒子行事強勢的背後，卻也透露出社會規範對男

人堅強與責任要求下的孤單與壓力。面對撫養一家老小與自殺事件的衝擊，賴以營生的攤子偏逢經濟風暴，兒子曾戲稱若非家人支援而獨力面對當事人，他將比當事人更早死，由此可以窺見其壓力之大，又如何能保持對當事人和顏悅色？也只能向姊妹、配偶抱怨一下當事人的狀況而尋求支援或紓壓；就兒子的觀點而言，卻似乎因此引來權力的挑戰，他將姐妹對於他與當事人間不良互動的建議，視為是權力的挑戰而挺身捍衛，或是以權力捍衛的方式來處理他無力改善與當事人互動的壓力，這也讓手足關係緊張，彼此於面對自殺事件衝擊時更為辛苦。當自殺未遂者的家庭壓力過大時，對自殺防治是個警訊，這也是前文「照護當事人的壓力與適應」的討論中所強調，自殺未遂者的家庭需要專業助人者協助的另一例證，這正如 Barlow 與 Coleman (2003) 所指出的，面對自殺事件時，如果成員間彼此適應的步調或處理模式不一致時，對家人之間的關係與家庭功能也有不良的影響。

最後，研究者要特別提出的是，在前文照護當事人的壓力與適應的討論中，探討了受訪家庭中飲食爭議的成因與互動機制，研究者認為當事人母子雙方這樣的「怨」，其實還呈現一種價值體系衝突導致彼此受苦的型態。表面上似乎飲食控制的爭端是源自口腹之慾與身體照護的對立，因為雙方都關懷對方以致於陷入困境，故只要有一方放棄在意對方的想法，或一方接受對方的要求，不管是子女或當事人漠視對方，或者子女放棄限制飲食，或是當事人做到飲食控制，都不會有這樣的糾結與紛爭產生。

但以家庭系統的角度來看，當事人未節制飲食，除了口腹之慾外，食物對當事人其實具有特殊的意涵包括：

1. 正向的心理補償感受。彌補當事人困苦成長經驗中對食物的渴望。

- 2.自主的意涵。能自主滿足自己的需求，不受限於晚輩的飲食限制。
- 3.自主與依附的矛盾。當事人一方面希望能自主決定自己的需求，但另一方面也了解兒子其實是「要我好」，以及因此引發的家庭紛爭對關係的危害，而呈現矛盾的心理。
- 4.被關懷的經驗。當事人持續不節制飲食，即會持續引發家人的責備，家人的責備仍是關懷的表現，優於疏離孤單的感受。故當事人雖然向女兒們抱怨兒子對待她的方式，卻仍未節制飲食。

雖然透過家庭系統視框的分析，更清楚呈現了飲食控制的紛爭在家庭結構中成員間的動力關係，以及食物對當事人可能的特殊意涵，而當事人子女協議選擇放棄限制當事人的飲食，似乎正足以打斷當事人以不節制飲食以獲取關懷的方式（不管是有意或無意），甚至紛爭越激烈表示子女越在意她的不良循環。然而，這些描述卻仍只是凸顯家族治療觀點中，獨立自主與親密依附兩者之間的衝突與矛盾（Teyber, 2006），以及爭執持續的原因。若僅止於這樣的探索，並未指出飲食爭議中雙方所抱持的更深層理由，忽略了本土社會文化中，孝道或倫理在事件背後的影響。

余德慧等人（民 93）主張本土研究應重視華人「生活世界」的倫理。就此視框來看，研究者認為限制當事人飲食的行為，其實反映西方醫療價值的判準對當事人子女的束縛。限制當事人飲食可能延長當事人壽命的想法，雖然與孝道中「養體」的規範部分契合（楊國樞，民 77），卻也是源自西方醫療價值中，延續生命存活至上的觀念。子女篤信這樣的醫療觀念，加上當事人若病情惡化時需承擔照護的憂心，在這些壓力下，子女以其強勢的權力規範當事人的飲食，而忽略了老人們弱勢的聲音（包含反對限制當事人飲食，而在相關決策中被忽視的當事人丈夫的

主張），然而，此觀念的衝突中所指涉的主體卻是被壓抑聲音者其中之一的身體，顯示當事人並不擁有自己身體的主權，當事人也認為這樣是為她好。此現象除了反映本土的家族主義下，家庭重於個人的觀念之外（齊力，民 92；鄭伯壠，民 80），子女堅持主流醫療的觀念，也讓飲食控制的爭議落入照護當事人的健康與口腹之慾爭執的框架中。

但是否放棄飲食限制的議題，不僅是活得開心卻早死或活得久，孰者為重，或醫療要求與口腹之慾的爭議而已。實際上，爭議背後的原因，亦即照護當事人健康的孝心或病情惡化需要承擔照護的憂心，都隱藏了孝順的倫理規範對子女堅持飲食控制的影響；而當事人的補償心理，多少也反映出“少時辛勞，老來享福”的倫理觀念。然而，子女與當事人雙方所堅持的倫理觀念，亦即余德慧等人（民 93）所謂「倫理之應然」，兩者之間的落差，卻形成了家庭的爭端。姑且不論當事人子女後來決定放棄限制當事人飲食的優缺點，由大女兒與媳婦所提到的，放棄限制當事人飲食的考量，除了擔心當事人再次自殺之外，另一個因素是當事人年事已高。這顯示了子女們對策的考量，除了關心當事人安危與畏懼社會對於孝順規範的壓力之外，也透露了讓當事人安養天年的倫理觀念。這或許可說是由一套原先束縛子女觀念的孝順倫理規範，轉換到另一套可以銜接當事人觀念的倫理，而彌補了「倫理之應然」之間所出現的「倫理的不及處」的缺口，而讓原先不接受當事人飲食補償心理的子女們，轉換到另一個觀點，接受不限制當事人飲食的決議。

故透過這樣的「生活世界」倫理研究視框的轉換，當事人與其子女在飲食控制爭議的身份有了不同的詮釋。當事人不再是主流醫療觀念中，無法控制口腹之慾的不遵醫囑者，也不再是心理治療中為求關懷而故意引發爭議的人；子女也不再是主流醫療觀念中，醫囑的執行者這種

非家庭關係內的身份；雙方其實都是特殊生活情境下，因遵循社會文化倫理規範以致受困其中而受苦的人，而研究關注的焦點也從自殺未遂者本身或其家庭的因素，拓展到更大與更深層社會文化的影響。所以，透過「生活世界」倫理研究的視框來看，當事人擔心洗腎的痛苦，不再僅是畏懼辛苦洗腎過程的呈現而已，也有了年輕操勞大半生，不要連年老都歹命的意涵；當事人不願拖累家人的考量，也從顧慮子女辛勞的觀點，放大到家族主義忽略個人感受，重視家族群體發展這種社會文化可能的影響，當事人也得以去除病理的標籤，回復社會家庭中遵循文化倫理長者應有的符合人性的位置。

雖然家族主義的倫理觀點對個人的影響，就如鄭伯塙（民 80）所主張，是屬於核心文化的層次，一般人視為理所當然，並未意識到它的存在，故在訪談過程中也不容易獲得很具體的直接證據來支持這樣的論述，但這不表示它的影響力並不存在。Rosenblatt (2001) 指出中國人對自殺的看法與自殺行為深受社會文化的規範或價值觀的影響（引自林綺雲，民 91）。而本研究中當事人不願拖累家人或給家人添麻煩的這種自殺動機，在本土的老人自殺案例中也非單一事件（盧淑芬、熊道芬，民 92），顯示此一論述的可能性，而且更重要的是，這樣的論述對於研究結果可能解釋的拓展，提醒自殺研究對於社會文化的重視，也符應 DSM-IV 與 Carson、Butcher 與 Mineka 所強調的種族文化因素與心理疾患之間的關聯（孔繁鐘譯，民 88；陳美君、陳美如、陳秀卿、林宜美譯，民 92）。

第五章 結論與建議

本研究以自殺未遂老人的家庭為研究對象，探討自殺未遂老人自殺的特徵與相關因素，以及自殺事件後，此家庭所面臨的壓力與適應方式。研究者採用質性研究取向，藉由半結構式的訪談大綱進行深度訪談，佐以申請當事人的醫療文件與書寫實地札記，做為蒐集研究資料的方式。再將資料整理、分析、歸納後，依據研究結果與討論，提出下述的研究結論與建議。

第一節 結論

本節依據前述研究結果與討論歸納成研究結論，內容共分為三部分，一、當事人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度；二、當事人自殺的相關因素；以及三、當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應，分述如下。

一、當事人自殺的引發事件、徵兆與倖存態度

當事人自殺最主要的觸發事件是，就醫時醫師回應她未來可能洗腎，當事人擔心洗腎的痛苦以及洗腎所需的照護會拖累家人，而開始計畫自殺。當事人並未直接透露自殺的訊息，僅偶而在與家人、鄰居對話中提及，而聽者並未留意。幾天後當事人利用農村地緣關係之便，採用喝農藥的方式自殺。

自殺獲救後，當事人的倖存態度複雜，主要是感到慶幸，也包含懊悔、愧疚等，但仍認為不要拖累家人比她的生命更重要。故能否破除當事人自我犧牲的信念，以及當事人洗腎與否，將成為預防當事人再次自殺最大的變數與挑戰。

二、當事人自殺的相關因素

當事人自殺的相關因素錯綜複雜，彼此相互影響，但為求清楚呈現，以下延續前文研究結果的方式，將它們依生理、心理、社會與家庭的分類分別說明。

(一) 當事人自殺前的生理因素

當事人長期罹患高血壓、糖尿病、慢性腎衰竭等疾病，也因糖尿病併發視網膜病變，視力模糊；而且每天注射胰島素，自殺之前二個月，時而因此造成腹部紅腫，吃不下飯，又因血壓升高、頭痛、失眠而多次急診。此顯示當事人罹患多重生理疾病，自殺之前多次急診更增添當事人壓力。

(二) 當事人自殺前的心理因素

與當事人自殺相關的心理狀況，如下列各點所述。

1.難以接受、適應身體的疾病與老化。當事人自幼身體健康，成長歷程甚少服藥，對於身體的疾病與老化似乎難以接受、適應，不願配合前述的慢性病所需的服藥並節制飲食，以致病情日益惡化。

2.身體疾病讓當事人備感壓力，也產生無望感。當事人誤以為罹患的慢性病能服用偏方而快速治癒，嘗試後無效，加上未規律服藥並節制飲食引發自殺之前的多次急診，而備感壓力，當事人認為身體狀況無法改善，身體健康的失落也產生無望感。

3.身體疾病與對疾病預期的影響，讓當事人心生畏懼並否定自我價值。當事人窮困的成長經驗讓她相當注重勞動能力與飲食，但疾病與控制病情所要求的飲食控制，造成此兩者的失落，當事人對此過度負面詮釋而否定自我價值。加上當事人對洗腎的預期感到害怕，進而萌生死意。

4.擔心拖累家人。當事人認為洗腎後將對家人的時間與經濟造成很大的負荷，希望藉由自殺以避免成為家人的負擔。

5.疑似依賴安眠藥。當事人服用安眠藥 15 年，而且只有特定藥局拿的安眠藥才有效，曾停藥出現類似耐受性與戒斷的狀態而恢復服藥，似乎有依賴安眠藥的傾向。

6.過度擔憂家人與親戚。當事人不僅擔心自己的子女、孫子女，也擔心弟妹與其子女，但實際上他們的生活並無特殊需擔心的狀況，顯示當事人不僅對自己、也對家人與親戚的未來過度悲觀與擔憂。

(三) 當事人自殺前的社會與家庭因素

當事人自殺前相關的社會與家庭因素，如下列各點所述。

1.偏好獨立做決定，但後果不佳，形成家庭紛爭。當事人兒子曾帶當事人進行眼睛雷射手術以改善視力，當事人卻聽從鄰居建議，私下又做了一次眼睛雷射手術，導致視力更為模糊，而且，未規律服用醫師處方藥，反而購買藥酒、採用鄰居建議的偏方，多起類似事件，形成家庭紛爭。

2.飲食無法控制，引發家庭爭執。當事人罹患糖尿病與高血壓，家人限制其飲食，當事人早年生活困苦的補償心理，不願改變飲食習慣也引發家庭爭執。

3.進出醫院頻繁，增加家庭壓力。當事人無法控制飲食，未能規律服藥並採用偏方，導致病情惡化，進出醫院頻繁，增加家庭壓力，家人擔心之餘更努力聯合限制其飲食，當事人情緒反彈，互動張力循環升高，產生對立。

4.在家裡似乎有些孤單。當事人因前述狀況與同住家人形成對立後，在家中變得孤單，轉向互動良好的鄰居、嫁出的兩位女兒尋求情感

支援。

三、當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應

當事人自殺未遂後家庭的壓力與適應，分成照護當事人的壓力與適應；社會壓力與適應；家庭成員面對自殺未遂事件的壓力與適應；以及家庭成員互動的壓力與適應，共四部分描述如下。

(一) 照護當事人的壓力與適應

當事人自殺未遂後，家庭關注的焦點都在如何照護當事人上，其中的壓力與適應，分述如下列各點。整體而言，當事人的子媳直接擔負家計與整個家庭的責任，為承受壓力最大者。

1.住院期間的壓力與適應。當事人服用農藥經急救後，仍產生許多有機磷中毒的症狀，當事人與家人最大壓力就是能否挽回當事人生命。到醫院探視、請看護照護當事人也給家人帶來時間、工作與經濟的壓力，而隔床病人的干擾則讓當事人驚恐與無法休息。家庭適應的方法是配合醫院的醫療、親友持續探視與關懷當事人、調整生活步調與硬撐、利用健保協助與收驚。

2.防範當事人再次自殺的壓力與適應。當事人負面思考的傾向，偏離常態的情緒反應，讓家人處在擔心當事人再次自殺的危機情境下，不僅需要不斷設法扭轉當事人負向的想法，還要面對服毒讓當事人腎臟功能惡化，可能需要的洗腎陰影，形成沉重的心理與照護負擔。面對這些壓力，家庭適應的方法是先告知不用洗腎讓當事人安心，再持續勸解當事人接納洗腎，向當事人訴諸親情與考量自殺對子女產生的社會壓力，並隨時留意當事人的動向，照顧當事人的心情。

3.就醫與服藥的壓力與適應。當事人除了糖尿病、高血壓與慢性腎

衰竭等慢性病與其併發症之外，還被診斷出精神官能性憂鬱症以及出現水腫等病症，仍然需要定期回診與長期服藥，對受訪家庭就形成經濟、時間、心理與照護等等的壓力。家庭適應的方法是子女分工合作接送當事人就醫，堅持單一醫院的診療與用藥，利用藥盒妥適安排用藥並提醒與檢查。

4.當事人飲食控制與要求做家事的壓力與適應。當事人出院後，飲食仍然無法控制，由於飲食未控制與服毒的後遺症，當事人諸多慢性病的病情逐漸惡化，家人認為當事人不能體諒他們的付出與辛勞，對當事人產生厭煩與不諒解，家庭紛爭再次上演且更形激烈，當事人在家裡顯得孤單。經過數個月的爭執，為了避免家庭紛爭持續升高，導致當事人過多壓力，採取的適應方式為不再限制當事人飲食。

當事人也要求做煮菜等家事，由於當事人視力模糊，擔心當事人燙傷與飲食控制等原因，家人不願讓她做家事，也引發紛爭。採取的適應方式為隨著不再限制當事人飲食，也不再限制當事人煮菜。

(二) 社會壓力與適應

當事人自殺未遂後，鄰居的關注形成家庭的壓力。當事人擔心外界眼光而不敢出門，出門後則曾遭受汙名化為軟弱；子女們則承受不斷詢問與不孝的質疑，同時還擔心當事人社會孤立以及被汙名化誤解的不良影響。家庭的適應方式如下列各點所述。

1.勸解當事人外出與鄰居互動，並教導應對社會壓力的說法與調整面對被汙名化的方式。

2.發展各種說法因應持續的詢問與不孝的質疑。例如當事人自己也不知道自殺的原因、不知道當事人自殺的原因、自殺是當事人自己因病想不開、自殺是憂鬱症或服用安眠藥所致、當事人自己太傻、引述權威

說法破除可能傷害家人的猜測、面對特定情境時想不開是一種自然的現象、自殺不是做壞事，以及替特定家庭成員澄清以保護家人。上述因應方式所透露的訊息多寡不一，家人面對詢問實際的回應則可能會先隱瞞，再視狀況決定透露內容的多寡，並綜合上述各種方式。

3.家人相互傾訴壓力，尋求慰藉，並彼此支持。

4.遵循內在價值，放下對外在看法的擔心。

5.尋求人際網絡的支持。

另外，鄰居雖然是社會壓力的來源，但同時也是當事人適應外在環境、人際互動以及減輕家人照護負擔的資源，協助當事人家庭更順利的適應自殺未遂後的生活。

鄰居對於自殺者子女不孝的質疑，與子女身分、是否同住有關。因為父系社會文化的緣故，同住的兒子的壓力最大，嫁出的女兒相對壓力較小；然而，遭到詢問的機會與人際網絡的廣度，以及是否為預設的質疑對象有關。大女兒與大女婿認識與互動的人較多，且不是預設質疑的對象，相對較兒子遭到更多的探問。承受社會壓力的程度則受個人想法而影響，當關注焦點由擔心外在看法轉換為遵循內在價值時，對社會壓力重視與感受的程度都會減輕。

（三）家庭成員面對自殺未遂事件的壓力與適應

家庭成員面對自殺未遂事件所陳述的壓力與看法差異很大，但關注的焦點幾乎都在當事人身上，較忽略個人自己適應的問題。當事人提到當時「氣運」較差，認為自己太傻，也感受親情壓力，而以收驚、安撫家人因應。丈夫表達較少，只提到會好就好了，花錢沒關係。兩個女兒都對事件感到難過與困惑，也對當事人持續的負面想法感到壓力，並持續設法轉換當事人負面想法；大女兒則更多了未能阻止當事人自殺的愧

疚感。大女婿認為自殺事件是當事人誤解慢性病以致產生絕望。兒子與媳婦都認為自殺原因是當事人服用安眠藥導致精神異常而臨時起意，兒子認為當事人自殺是找麻煩，讓他們背負不孝的罪名，其適應方式是想遇到一件解決一件，以及向妻子訴說來紓解壓力；媳婦還主張事件是當事人受鄰居對洗腎的描述驚嚇所致。孫子認為自殺行為是當事人想太多之後自己的選擇，孫女則認為是憂鬱症所致，兩人都認為無適應問題。

（四）家庭成員互動的壓力與適應

自殺未遂事件後家庭成員互動的壓力與適應，區分為家庭成員與當事人互動的壓力與適應，以及其他家庭成員間互動的壓力與適應，描述如下。

1. 家庭成員與當事人互動的壓力與適應

當事人自殺後住院期間，家人與當事人的互動明顯改善。但飲食控制等問題，再次引發家庭的爭執，顯示家庭系統維持既有模式的傾向。子媳孫子女為避免當事人病情惡化，聯合限制當事人飲食，同住的家庭成員間張力持續升高，女兒們趕緊介入疏導。子女們共同討論如何照護當事人，溝通彼此的作法並一起勸說當事人，卻不見成效。同住的子媳孫子女直接照顧當事人的生活起居，互動最頻繁，且須承受當事人病情惡化後的照護，壓力最大；未同住的女兒、女婿與不限制當事人飲食的丈夫，則與當事人互動的壓力相對較小。

在家庭因飲食控制而紛擾數月後，考量當事人年事已高，持續限制飲食引發家庭紛爭可能對當事人形成過大壓力，家庭採納大女婿的提議，不再限制當事人飲食以解決因之而起的爭端。

家人與當事人互動時善意的關心與勸解，有時卻無意中否定當事人的能力與自尊而不自知，顯見社會文化中對於老人汙名化的不良影響，

也滲透到家庭成員的互動中。

2.其他家庭成員互動的壓力與適應

當事人自殺未遂之後，為了因應這個特殊問題所引發的內、外在壓力，家庭的關係與互動更為緊密，卻也相對帶來壓力。女婿介入當事人的夫妻系統，以尋求岳父支援照護當事人；子女也介入當事人的手足次系統，要求舅舅不要向當事人訴說煩憂。當事人丈夫調整與當事人的互動，關照當事人服藥，並與大女兒聯繫追蹤當事人行蹤；當事人弟弟則變得很少與當事人連絡。女兒們雖然與兒子同盟以規勸母親控制飲食，但似乎因為照護母親的方式等因素，夾在母親與手足之間而為難，手足也因此有些爭執。在父系社會對於照顧責任的規範與當事人實際生活照顧的影響下，手足維持習慣的互動模式，由兒子決定照護當事人的方式。

第二節 研究限制

本研究由於研究者個人因素、受訪對象等原因，導致研究結果受到侷限，詳述如下。

一、受限於老人自殺未遂家庭多數不願意接受研究訪談，以及許多衛生或醫療等單位不願協助本研究，本研究資料僅來自此單一受訪家庭面對自殺未遂事件的生活適應經驗，且受訪的自殺未遂者為有偶女性，對於老年喪妻自殺未遂者等其他年長高自殺危險者家庭的相關經驗，本研究並未能涵蓋。而且家庭成員組成與家庭成員的工作、成長經驗、環境與資源不同，自殺未遂事件對家庭成員的影響即有差異，家庭會發展出不一樣的適應經驗。例如在本研究中，當事人的身體狀況受到農藥的傷害較為輕微，目前行動自如，生活仍能自理，子女們住處很近且互動

密切，故其他家庭成員需要承擔照護當事人的負荷相對較輕，而家庭中的主要爭議事件是當事人的飲食控制；其他身體受自殺事件傷害程度或其他相關狀況不同者，家庭成員所需面臨的壓力與壓力強度，即可能有較大的差異，所以，本研究的研究結果不能代表多數自殺未遂年長者家庭的適應狀況。

二、研究者此研究的資料來源皆依據此家庭成員對其家庭互動的描述，由於此家庭感受到社會壓力，而研究者是透過親友，也是此家庭的多年鄰居，介紹而邀請他們加入此研究，難免有所顧忌。受訪者接受訪談時所陳述的部分內容，似乎會以保護家人的方式來表達，部分受訪者對於個人感受的壓力與適應的歷程，因有所保留或不善表達，述說的內容相當有限，雖然這正可以呈現受訪者因應社會壓力的方式，但所蒐集的資料或許不夠充分顯示此家庭面對自殺未遂事件的適應歷程。

三、訪談的地點都在受訪者家中或店裡，多數訪談都同時有兩位或兩位以上的家庭成員進行訪談或在場。這種情況的優點是，一方面在場成員可以就所聽聞的訪談內容進行思考，有利於下次受訪時能夠更清楚回答研究者的提問；另一方面，在訪談過程中在場的成員有機會主動加入對話，提出不同的見解或補充相關訊息，而得以引發不同家庭成員們的不同想法；而且，家庭成員之間的真實互動，讓研究者得以更了解研究合作家庭的互動情形。然而，受訪者所陳述的內容可能受其他在場的成員影響，心存顧忌或受干擾，而有所保留或陳述不同的內容。

四、本研究進行訪談的時間約是自殺未遂事件發生後一至七個月，由於是事後回溯，自殺的相關因素可能因為記憶失真或受自殺未遂事件發生後的相關訊息干擾，而與當初的狀況有所出入。另外，相較於Sakinofsky (2000) 與 Beautrais (2004) 的研究中，對自殺未遂者再次

出現自殺行為的可能性都進行長達五年的追蹤，本研究涵蓋的時間較短，故僅能得知這段短期間受訪家庭所覺知的壓力與適應過程，自殺未遂事件對於家庭長期影響的資訊無法完整蒐集。

五、研究者雖成長於閩南家庭，但求學過程均使用國語，本研究多數的訪談所使用的語言卻為閩南語，由於研究訪談與聊天本質上的差異，研究者以前又無以閩南語訪談的經驗，當進行研究訪談需表達較細微想法時，研究者即需要語言轉換的歷程，加上個人閩南語表達僅止於日常對話，訪談結果就受到限制。再則，訪談錄音要轉譯為逐字稿時，閩南語的辭彙要轉成文字也有轉譯的限制，例如「艱苦」在國語是困難與辛苦的意思，但「艱苦」在閩南語的意思則具有辛苦、痛苦與難過的不同涵意，加上受訪的家庭成員表達時多表達具體事件，對於心理情緒與個人想法的描述相對較少，這些對於研究結果與其呈現都會形成不同程度的限制。

第三節 研究建議

本節依據本研究的發現，提出有關自殺防治與未來研究的建議，詳述如下。

一、自殺防治的相關建議

(一) 對於醫護人員病情告知的建議

Conwell 等人（2000）與 Juurink 等人（2004）的研究發現，老人自殺者於自殺前一週或前一個月多曾到家醫科或內科等非精神科的醫療單位就醫，顯示老人自殺前就醫顯示其生理狀況很可能造成他們的心理壓力，甚至引發就醫者產生對病情的無望感。以本研究中當事人為

例，由於醫護人員在回答當事人是否需要洗腎時表示：不一定，但似乎未處理當事人聽到後的驚嚇反應，當事人過度擔憂引發後續的自殺行為。故醫護人員對老年患者的病情，尤其是重大疾病以及與自殺危險相關疾病的告知，要更清楚仔細說明疾病的病情與後續治療對患者的影响，避免以誇大病情的嚴重性或威嚇患者做為達成讓患者遵循醫囑的手段，並特別留意被告知病情後有特殊反應者，適時介入或轉介，以預防老人自殺的危險。

（二）對於老人憂鬱症早期篩檢與治療的建議

情感性疾患是影響老人自殺最常見且重要的危險因素。老人自殺前多曾到非精神科的醫療單位就醫（Conwell et al., 2000；Juurink et al., 2004；Suominen et al., 2004），但曾就醫的老年自殺未遂者僅有少數（4%）於自殺未遂前被診斷出情感性疾患，其中半數以上（57%）的情感性疾患都是在自殺未遂後才被診斷出來（Suominen et al., 2004）。本研究中當事人自殺前也曾多次就醫與急診，卻是自殺住院後才確診罹患憂鬱症，故醫療單位或其中的非心理健康工作人員，如果能注意老年患者是否藉由身體疾病表示心理的問題，適時而有效地進行或轉介憂鬱症等情感性疾患的篩檢；並加強一般民眾對於老年憂鬱症的心理衛生推廣工作，於家中長者有憂鬱相關症狀時協助就醫，以減少發生老年憂鬱症相關的自殺事件。

（三）對於農藥販賣與自殺防治的建議

自殺防治資源中心（Suicide Prevention Resource Center, 2001）揭示，容易取得致死的方法是自殺的環境危險因素，鄭泰安（民 97）也主張台灣的自殺防治策略應包含致命性方法的管控，尤其是燒炭和農藥，而且行政院衛生署（民 97b）的統計資料中，農業縣老人以固體或液體

物質自殺的死亡率明顯高出其他都會區的比率，本研究中居住於農村的當事人亦利用農藥自殺。Gunnell、Eddleston、Phillips 與 Konradsen (2007) 從流行病學與毒物學的觀點，提出對利用農藥自殺的防治建議：1. 對人體具有嚴重毒性農藥的使用應予限制；2. 農村的農藥需安全地保管；3. 中毒後醫護的可及性與品質需加強。除此之外，研究者還建議農藥包裝應加註警語，並宣導提醒販賣農藥的商家留意購買農藥者的心理狀態，適時詢問與關心，以防範服用農藥自殺。

（四）對於自殺未遂者與其家庭支持的建議

Magne-Ingvar 與 Öjehagen (1999a) 的研究指出，多數的家人對於如何照料自殺未遂者以及如何與自殺未遂者相處，常會感到困難與困惑，希望接受專業的協助，本研究中的受訪家庭也有類似的情形，而且還出現自殺前的自殺危險因素，家庭爭執，到自殺未遂後仍然持續甚至加劇的現象，正如 Minuchin 所主張的，家庭系統具有維護它原貌的功能（劉瓊瑛譯，民 85），舊有的不良互動模式如果未獲有效的處理，家庭再增加自殺事件衝擊的壓力後，更不易獨力解決自殺前未能處理的爭端。由於自殺未遂者是再次自殺的高危險群，而家庭又可能是最大自殺防治資源或自殺危險因素，直接影響自殺未遂者出院後的適應與是否再次自殺，故建議政府與醫療等單位加強對於自殺未遂者與其家庭的支持，增加專業資源與專業資源的便於取得性，強化心理衛生推廣工作，讓遭遇困境者、自殺未遂者與其家庭願意尋求並得以取得專業心理衛生人員的協助，同時也建議對自殺危險者、自殺未遂者與自殺未遂者家庭的諮詢或心理治療，可以納入健保部分給付，並給予足夠消滅其自殺危機的健保給付次數，以有效防治高自殺危險群的自殺。

另外，胡幼慧（民 84）研究發現，由於社區化照護系統的缺乏，當

老人照顧的重大社會責任「私化」成家庭問題的結果，使得老人的存在變成家庭的「累贅」。公共電視（民98）也報導家庭照顧者關懷總會的呼籲，少子化導致被照顧的年長者不想拖累孩子，因而產生輕生念頭，希望政府能夠盡快落實長照保險計畫，以社區長照計畫為導向，減少照顧者和被照顧者的心理和生理負擔。本研究中的自殺事件亦導因於年長者擔心拖累孩子所致，顯見此因素對自殺防治的影響，故建議政府盡快落實以社區長照計畫為導向的長照保險計畫，以減少因照護壓力衍生的自殺事件。

二、對未來研究的建議

本研究進行過程中，看到一些研究的限制，也發現許多值得深入研究重要主題，臚列如下。

（一）增加對老人自殺議題的重視與研究

老人自殺的相關因素與其他年齡層的自殺因素有很大差異，但本土對於老人自殺問題的研究相當稀少，以老人人口的比率以及老人自殺死亡的比率而言，顯然老人自殺這個嚴重問題並未得到學界對等的關注。研究者於尋找老人自殺未遂受訪家庭的過程中，曾委請學校發文與私下接觸許多衛生與醫療等單位尋求協助，但多數均未回應或不願提供協助，由於老人自殺相關議題受訪者資訊的獲取管道有其侷限性，故建議醫界、學界與政府相關單位應增加對老人自殺議題的重視與研究。

（二）長期追蹤自殺未遂老人的家庭

老人自殺未遂的家庭所面臨的壓力與適應問題，會因不同的家庭組成、自殺原因、自殺未遂後自殺未遂者的身心狀況、此家庭的社會環境與支援系統等相關因素，而有很大的差異。而且，老人自殺未遂家庭壓

力與適應的顯現或被覺察，以及家庭對自殺未遂老人再次自殺的影響，未必能在短時間內完成，家庭成員因社會壓力等因素而對研究者的心防也需要時間化解。除了前文研究限制中所提到的之外，以本研究而言，醫師告知當事人可能洗腎是當事人自殺的觸發事件，而本研究訪談的時間距自殺事件約是一至七個月，但距離事件發生約八個月時，當事人家屬被告知要有讓當事人洗腎的心理準備，這些後續重要的衝擊與適應，本研究即無法涵蓋。故建議長期追蹤多個不同類型自殺未遂老人的家庭，例如老年喪妻自殺未遂者家庭、都會區高社經家庭等，以對老人自殺未遂家庭的壓力與適應有更完整的了解。

（三）對其他年齡層自殺未遂者家庭適應的研究

許多研究都指出（Bongar et al., 2000；；Pfeffer, Normandin et al., 1998；Richman, 1986, 1993, 1997；Rubenowitz et al., 2001；Waern et al., 2003）自殺與家庭關係不和諧具有顯著的關聯，Richman（2005）以及 McLean 與 Taylor（1994）也主張家庭脈絡是自殺情境的一部份，並且可能決定自殺危險者的未來。但研究者於蒐集文獻時發現，深入自殺與家庭脈絡關係的研究多偏重在兒童與青少年的自殺事件上，而且針對自殺未遂後家庭適應的研究更是稀少。家庭可能是自殺未遂者的保護資源或再次自殺的危險因素，而且不同家庭發展階段所面臨的發展議題不同，家庭在面對其他年齡層，例如青少年、成年的自殺未遂者，所遭遇的壓力與適應方式就會有很大的差異，需要分別探索不同年齡自殺未遂者的家庭，所遭遇的獨特壓力與對應的適應方式，以作為協助不同年齡自殺未遂者與其家庭，以及自殺預防決策的參考。

（四）疾病與自殺危險的關聯性研究

由於台灣實施全民健保制度，除了自費醫療之外，所有健保給付的

醫療都有紀錄，這是從事自殺等研究的珍貴資源，建議可以參酌 Juurlink 等人（2004）以及 Waern 等人（2003）的研究，釐清本土的老人與其他年齡者生理疾病、精神疾患與自殺危險的關聯性，以及自殺未遂或死亡者自殺前的就醫歷程等與自殺相關的研究。

（五）對於自殺污名化的研究

不管是自殺未遂或死亡，社會壓力對自殺者家庭均造成巨大壓力，社會壓力的根源主要來自自殺的污名化。自殺的污名化不僅妨礙自殺遺屬從自殺事件中復原，也會增添自殺未遂家庭的壓力，增加自殺未遂者再次自殺的風險，還會阻擋有自殺意圖者求援，對上述提到的自殺者家庭與自殺意圖者等的心理健康危害甚大（Bhatia, 2002；Tadros & Jolley, 2001）。然而，國外研究對於消除污名化有不同的見解，部分研究者提到（Sudak et al., 2008）自殺污名化有助於防範自殺行為，不宜消除；加上國外的自殺污名化與宗教思想、教會力量有關（Bhatia, 2002），但本土自殺污名化的根源、影響程度與範圍，以及消除污名化對自殺預防工作的影響，資訊非常欠缺，需要更多深入研究來釐清。

（六）對於老人自殺與社會文化關係的研究

Hu (1995) 的研究指出女性的自殺率隨著社會變遷，女性年長者在家庭權力由婆婆反轉到媳婦身上之後，年輕女性與年長女性自殺率的高低亦出現反轉的現象；李燕鳴等人（民 91）指出，就婚姻狀況而言，自殺死亡的男性老人喪偶的有 22.8%，自殺死亡的女性老人喪偶的有 50.5%，兩者差異懸殊，在消除隨著老人年齡增加，老人自殺死亡的比率隨之增加而女性較長壽的年齡因素後，是否有本土的社會文化因素在其中呢？以本研究為例，研究視框在透過倫理的觀點詮釋之後，當事人的自殺事件呈現了更寬廣且合理的家族主義文化脈絡因素，雖然如鄭伯

壠（民 80）所主張，家族主義的倫理觀點是屬於核心文化的層次，一般人並未意識到它的存在，本研究也無法獲得非常具體的直接證據來支持這樣的論述，但由 Rosenblatt 於 2001 年指出中國人的自殺行為深受社會文化規範的影響（引自林綺雲，民 91），與盧淑芬、熊道芬（民 92）的研究中，自殺未遂老人不想給子女添麻煩，以及家庭照顧者關懷總會（公共電視，民 98）對老年自殺現象的描述：少子化影響，導致被照顧年長者不想拖累孩子，因而產生輕生念頭，都顯示老人自殺與社會文化可能具有某種關係，需要更深入的研究來釐清。Richman (2005) 主張家庭脈絡與社會脈絡是自殺情境的一部份，並且可能決定自殺危險者的未來。在本研究中，出嫁女兒此一有力資源於照護決策的受限，以及當事人與弟妹的感情連繫被切斷，部分原因皆源自父系社會文化對出嫁女性的責任規範，這些對於自殺防治具有負面影響，也顯示自殺研究不應忽略社會文化此一重要面向。

參考書目

一、中文部分

公共電視（民 98 年 6 月 17 日）。生命線求助電話增 1 成有輕生念頭（影音）。民 98 年 6 月 23 日，取自 <http://tw.news.yahoo.com/article/url/d/a/090617/51/1lgeb.html>

內政部（民 95）。民國 94 年老人狀況調查結果摘要分析。民 95 年 10 月 30 日，取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/94old.doc>

內政部（民 96）。人口年齡分配。民 96 年 8 月 28 日，取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/year/y02-01.xls>

內政部社會司（民 91 年 6 月 26 日）。老人福利法。民 95 年 3 月 10 日，取自 http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02_1.htm。

王仕圖、吳慧敏（民 94）。深度訪談與案例演練。載於齊力、林本炫（主編），**質性研究方法與資料分析**。嘉義：南華大學教社所。

王佳煌、潘中道、郭俊賢與黃瑋瑩（民 91）。**當代社會研究法——質化與量化途徑**（原作者：L. W. Neuman）。台北市：學富。（原著出版年：2000）

王順民（民 95）。正視貧、病、孤、老、閒與缺錢的高齡生活景況——關於老人生活狀況調查的人文解讀。民 95 年 10 月 30 日，取自 <http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/095/SS-C-095-093.htm>

孔繁鐘（譯）（民 88）。**DSM-IV 精神疾病診斷與統計**。台北市：合記。

行政院主計處（民 90）。台閩地區十五歲以上人口之婚姻狀況。民 95 年 11 月 20 日，取自 <http://www.stat.gov.tw/public/Attachment/>

53114371271.pdf

行政院經建會（民 96）。中華民國臺灣 95 年至 140 年人口推計簡報。

民 96 年 8 月 28 日，取自 <http://www.cepd.gov.tw/dn.aspx?uid=1397>
行政院衛生署（民 94）。自殺死亡率國際比較。民 95 年 3 月 10 日，取
自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/93 年/表 46.xls>

行政院衛生署（民 95）。臺灣地區歷年自殺及自傷死亡率按年齡別分。

民 95 年 3 月 10 日，取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94 年/表 35.xls>

行政院衛生署（民 96a）。死因統計類。民 96 年 8 月 28 日，取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計重要指標/95/8.xls>

行政院衛生署（民 96b）。自殺死亡人數及其死亡率按性別、年齡分。

民 96 年 8 月 28 日，取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書 2/95/下冊/表 9.xls>

行政院衛生署（民 96c）。95 年主要死因統計結果專區統計表。民 96
年 8 月 28 日，取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書 2/95/專區/統計表.xls>

行政院衛生署（民 97a）。表 58 自殺及自傷死亡人數、死亡率一按 5 歲
年齡組、死因分類及性別分。民 98 年 5 月 20 日，取自 <http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=69050>

行政院衛生署（民 97b）。表 59 自殺及自傷死亡人數、死亡率一按縣
市、死因分類分。民 98 年 5 月 20 日，取自 <http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=69051>

江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺（民 95）。老人自
殺問題。**臺灣醫學**，10，353-361。

- 李欣容（譯）（民 87）。躁鬱之心（原作者： K. R. Jamison）。台北市：心理。（原著出版年：1995）
- 李奉儒、高淑清、鄭瑞隆、林麗菊、吳芝儀、洪志成等（譯）（民 90）。
質性教育研究——理論與方法（原作者：R. C. Bogdan & S. K. Biklen）。嘉義市：濤石文化。（原著出版年：1998）
- 李淑珺（譯）（民 95）。解剖自殺心靈（原作者：E. S. Shneidman）。台北市：張老師文化。（原著出版年：2004）
- 李開敏、林方浩、章玉仕、葛書倫（譯）（民 93）。悲傷輔導與悲傷治療（2 版）（原作者：J. W. Worden）。台北市：心理。（原著出版年：2001）
- 李燕鳴、傅振宗、張慈桂（民 91）。臺灣地區老年人自殺及自傷死亡率之變化趨勢。臺灣家醫誌，12，9-17。
- 吳芝儀、李奉儒（譯）（民 84）。質的研究與評鑑（原作者：M. Q. Patton）。台北市：桂冠。（原著出版年：1990）
- 吳芝儀、李奉儒（譯）（民 97）。質性研究與評鑑（原作者：M. Q. Patton）。嘉義市：濤石文化。（原著出版年：2002）
- 吳惠慈（民 92）。一個多次自殺未遂者的自殺經驗敘說。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 余安邦（民 91 年 10 月）。台灣漢人的人觀、疾病觀與民俗療法：以收驚為例。發表於醫療與文化學術研討會，中央研究院。
- 余德慧（民 76）。現代中國人孝養之道。台北：張老師。
- 余德慧、李維倫、林耀盛、余安邦、陳淑惠、許敏桃等人（民 93）。倫理療癒作為建構臨床心理學本土化的起點。本土心理學研究，22，253-325。

余漢儀、畢恆達、嚴祥鸞、周雅容與胡幼慧（民 89）。危險與祕密——研究倫理。台北：三民。

林本炫（民 95）。質性研究方法與電腦軟體應用。嘉義：南華大學。

林本炫、何明修（民 93）。質性研究方法及其超越。嘉義：南華教社所。

林綺雲（民 91）。從社會建構論談國人憂鬱與自殺現象的隱憂。新世紀宗教研究，1 (2) , 109-128。

林歐貴英、郭鐘隆（譯）（民 92）。社會老人學（原作者：N. R. Hooyman & H. A. Kiyak）。台北市：五南。（原著出版年：2002）

易之新（譯）（民 89）。夜，驟然而降——了解自殺（原作者：K. R. Jamison）。台北市：天下文化。（原著出版年：1999）

胡幼慧（主編）（民 84）。三代同堂-迷思與陷阱。台北市：巨流。

胡幼慧（民 85a）。父系社會下的母女關係探討。載於胡幼慧（主編），質性研究：理論、方法及本土女性研究實例（355-362 頁）。台北市：巨流。

胡幼慧（民 85b）。台灣老年人口的依賴結構初探：以老年婦女為例。人口學刊，17 , 83-112。

胡幼慧、姚美華（民 85）。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何蒐集資料、登錄與分析？載於胡幼慧（主編），質性研究：理論、方法及本土女性研究實例（141-158 頁）。台北市：巨流。

俞筱鈞（譯）（民 89）。適應與心理衛生：人生週期之常態適應（原作者：D. H. Powell）。台北市：揚智。（原著出版年：1983）

殷建智、許森彥、施清發、李添成（民 91）。企圖自殺者之臨床特徵。台灣精神醫學，16 , 193-200。

- 孫宇斌（譯）（民 88）。啊！自殺？！。（原作者：Blackburn, B.）。
- 台北市：宇宙光。（原著出版年：1999）
- 翁樹澍（民 92）。厭食症患者觀點中家庭系統運作之探討。國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士論文，未出版，彰化。
- 翁樹澍、王大為（民 88）。家族治療理論與技術。（原作者：Goldenberg, I. & Goldenberg, H.）。
- 台北市：揚智。（原著出版年：1999）
- 張立安（民 83）。臺灣地區老年自殺問題之研究。國立政治大學社會學系碩士論文，未出版，台北市。
- 張春興（民 91）。張氏心理學辭典。台北市：東華。
- 張珣（民 93）。疾病與文化（2 版）。
- 台北縣：稻鄉。
- 張榮珍、李朝雄、鄭泰安（民 91 年 9 月）。台灣民眾對吸毒與自殺行為的認知。發表於台灣社會問題研究學術研討會，中央研究院。
- 張慧芝（譯）（民 91）。人類發展——成人心理學（原作者：D. E. Papalia, S. W. Olds, & R. D. Feldman）。
- 台北市：桂冠。（原著出版年：2001）
- 陳向明（民 91）。社會科學——質的研究。台北市：五南。
- 陳美君、陳美如、陳秀卿、林宜美（譯）（民 92）。變態心理學。（原作者：Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S.）
- 台北市：五南。（原著出版年：2000）
- 國立編譯館（主譯），陳秀卿、梁瑞珊與呂嘉寧（譯）（民 95）。自殺衡鑑實務（原作者：S. C. Shea）。
- 台北市：五南。（原著出版年：2002）
- 黃丘隆（譯）（民 79）。自殺論（原作者：E. Durkheim）。
- 台北市：結構群。
- 楊文山、張立安（民 86）。台灣地區老人自殺趨勢之研究，1981-1991：

多重遞減生命表之分析。載於孫得雄、齊力與李美玲（主編），**人口老化與老年照護**（89-116 頁），台北市：中華民國人口學會。

楊淑智（譯）（民 90）。**難以承受的告別**（原作者：L. Christopher & H. M. Seiden）。台北市：心靈工坊。（原著出版年：1997）

楊淑智（譯）（民 91）。**向自殺 Say No !**（原作者：R. B. Susan）。台北市：張老師文化。（原著出版年：2002）

楊國樞（民 77）。中國人之孝道分析。載於楊國樞（主編），**中國人的蛻變**（39-40 頁）。臺北市：桂冠。

楊連謙、董秀珠（民 86）。**結構——策略取向家庭治療**。台北市：心理。

賈浩妃、陳秉華（民 88）。祖父母協助托育孫子女的決定過程——運用家族治療中結構學派的分析。**教育心理學報**，31，1，109-137。

齊力（民 92）。個人主義、集體主義與家族主義：三角關係的概念格局。**市師社教學報**，2，115-145

蔡松芬（民 91）。**自殺遺族復原歷程探討：以一個經歷多重親人自殺個案為例**。東海大學社會工作學系碩士論文，未出版，台中市。

蔡佩娟（民 95）。**自殺與烙印—自殺遺族生活經驗之探究**。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義縣。

劉仲冬（民 84）。量與質社會研究的爭議及社會研究未來的走向及出路。載於胡幼慧（主編），**質性研究：理論、方法及本土女性研究實例**（121-139 頁）。台北市：巨流。

劉瓊瑛（譯）（民 85）。**結構派家族治療入門**（原作者：S. Minuchin）。台北市：心理。（原著出版年：1974）。

劉瓊瑛、黃漢耀（譯）（民 92）。**學習家族治療**（原作者：S. Minuchin, W. Lee, & G. M. Simon）。台北市：心靈工坊。（原著出版年：1996）

鄭伯壠（民 80）。家族主義與領導行為。載於楊中芳、高尚仁（主編），
中國人・中國心—人格與社會篇（365-408 頁）。台北市：巨流。

鄭泰安（民 93）。台灣的自殺流行病學研究對於自殺防治的意涵。行政
院衛生署編，自殺防制工作人員手冊。台北市：編者。

鄭泰安（民 97）。媒體與自殺：自殺可以預防嗎？台北市：台灣商務。

鄭淑惠（民 93）。自殺遺族適應之研究。高雄醫學大學行為科學研究所
碩士論文，未出版，高雄市。

盧淑芬、熊道芬（民 92）。一位有機磷自殺老年病患之加護護理經驗。
榮總護理，20，19-27

謝佳容、劉淑娟、張玆（民 92）。從 WHO 心理衛生報告——探討台
灣社區老人的心理衛生問題和政策。護理雜誌，50，56-61。

蔣秀容（民 92）。轉換受苦經驗：成年自殺未遂者之歷程分析。成功大
學醫學院護理學系碩士論文，未出版，臺南市。

二、英文部分

- American Association for Marriage and Family Therapy (2007). *Suicide in the elderly*. Retrieved July 2, 2007, from http://www.aamft.org/Families/Consumer_Updates/SuicideintheElderly.asp.
- Barlow, C., & Morrison, H. (2002). Those who are left behind: Strategies to help survivors of suicide. *Journal of Psychosocial Nursing*, 40(1), 29-38.
- Barlow, C. A., & Coleman, H. (2003). Suicide and families: Considerations for therapy. *Guidance and Counseling*, 18, 67-73.
- Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1),

1-9.

- Beautrais, A. L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(1), 1-11.
- Beck, A. T., & Steer R. A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: A five to ten year prospective study of suicide attempter. *Journal of Affective Disorder*, 17(3), 203-209.
- Beck, A. T., Steer R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopeless and eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 42, 559-563.
- Bhatia, M. S. (2002). Stigma, suicide and religion. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 188-189.
- Bille-Brahe, U., Egebo, H., Crepet, P., De Leo, D., Hjelmeland, H., Kerkhof, A. et al. (1999). Social support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 5, 215–231.
- Bongar, B., Goldberg, L., Cleary K., & Brown, K. (2000). Marriage, family, family therapy, and suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (pp. 222-239). New York: The Guilford Press.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 102-108.
- Cheng, A. T., Chen, T. 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.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M. et al. (1995). Desire for death in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1185–1191.

- Chong, M. Y., Tsang, H. Y., Chen, C. S., & Tang T. C. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan: Prevalence, life events and socio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 29-35.
- Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In K. Hawton & K. Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 467-484). New York: John Wiley & Sons.
- Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 175–185.
- Conwell, Y., & Brent, D. (1996). Suicide and aging I: Patterns of psychiatric diagnosis. In J. L. Pearson & Y. Conwell (Eds.), *Suicide and aging: International perspectives* (pp. 15-30). New York: Springer.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox C., Herrmann, J., Forbes N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 122–126.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., & DiGiorgio, A. et al. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 23–29.
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21.

- De Leo D., Conforti, D., & Carollo, G. (1997). A century of suicide in Italy: A comparison between the old and the young. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 27(3), 239-250.
- De Leo D., Scocco, P., Marietta, P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof A. J. et al. (1999). Physical illness and parasuicide: Evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 149-163.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., Evinger, J. S., & Caine, E. D. (2004). Poor social integration and suicide: Fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*, 34, 1331-1337.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Cox, C. (1998). Suicide in widowed persons: A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 328-334.
- Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Naji, S. A., (2003). Suicide prevention: A study of patients' views. *British Journal of Psychiatry*, 182, 261-265.
- Farberow, N. L. (1998). Shame and guilt in suicide and survivors. In D. De Leo, A. Schmidtke, & R. F. W .Diekstra (Eds.), *Suicide prevention* (pp.157-161). Netherlands: Kluwer Academic.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: An overview* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Klainman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: National Academies Press.
- Gunnell, D., Eddleston, M., Phillips, M. R., & Konradsen, F. (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review.

BMC Public Health, 7, 357.

- Guohua, L. (1995). The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: An historical cohort study. *Social Science and Medicine*, 40, 825–828.
- Hahn, W. K., & Marks, I. L. (1996). Client respectiveness to the routine assessment of past suicide attempts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 592-594.
- Harris, E. C., & Barraclough B. M. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73, 281-296.
- Hawton, K. (2001). Studying survivors of nearly lethal suicide attempts: An important strategy in suicide research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 76-84.
- Heikkinen, M. E., & Lönnquisy, J. K. (1996). Recent life events in the elderly suicide: A nationwide study in Finland. In J. L. Pearson & Y. Conwell (Eds.), *Suicide and aging: International perspectives* (pp. 155-168). New York: Springer.
- Henriques, G., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2180-2182.
- Hu YH. (1995). Elderly suicide risk in family context: a critique of the Asian family care model. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 10, 199 – 217.
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archive of International Medicine*, 164, 1179-1184.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Fruzzetti, A. E., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Norman, W. H. (1987). Family functioning and suicidal behavior in

- psychiatry inpatient with major depression. *Psychiatry*, 50, 242-255.
- Keitner, G. I., Ryan, C., Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Norman, W. H. (1990). Family functioning, social adjustment, and recurrence of suicidality. *Psychiatry*, 53, 17-30.
- Kjellin, L., & Östman, M. (2005). Relatives of psychiatric inpatients: Do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 7-11.
- Koopmans, M. (1995). A case of family dysfunction and teenage suicide attempt: Applicability of a family systems paradigm. *Adolescence*, 30(117), 87-94.
- Lester, D., & Yang, B. (1992). Social and economic correlates of the elderly suicide rate. In A. A. Leenaars, R. Maris, J. L. McIntosh, & J. Richman (Eds.), *Suicide and the older adult* (pp. 36-47). New York: Guilford.
- Liu, H., Wang, H., & Yang, M. (2006). Factors associated with an unusual increase in the elderly suicide rate in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1219-1221.
- Magne-Ingvar, U., & Öjehagen, A. (1999a). One year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 470-476.
- Magne-Ingvar, U., & Öjehagen, A. (1999b). Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 73-79.
- McDermut ,W., Miller, I. W., Solomon, D., Ryan, C. E., & Keitner, G. I. (2001). Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 96-104.
- McLean, P., & Taylor, S. (1994). Family therapy for suicidal people. In A. A.

- Leenaars & R. A. Maltsberger (Eds.), *Treatment of suicidal people* (pp. 75-88). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Nosek, C. L. (2003). *Examining the impact on family managing a depressed/suicidal member at home*. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York, Buffalo.
- O'Carroll, P. W., Berman, A., Maris, R. W., & Moscicki, E. K. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*, 329, 895-899.
- Osgood, N. J. (1992). *Suicide in later life*. New York: Lexington.
- Pearson, J. L., Conwell, Y., Lindesay, J., Takahashi, Y., & Caine, E. D. (1997). Elderly suicide: A multi-national view. *Aging and Mental Health*, 1, 107-111.
- Pearson, J. L., Conwell, Y., & Lyness, J. M. (1997). Late-life suicide and depression in the primary care setting. *New Directions for Mental Health Services*, 76, 13-38.
- Pfeffer, C.R., Normandin, L., & Kakuma, T. (1998). Suicidal children grow up: Relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 269-275.
- Pompili, M., Mancinelli, I., & Tatarelli, R. (2003). Stigma as a cause of suicide . *The British Journal of Psychiatry*. 183, 173-174.
- Purcell, D., Thrush, C. R., & Blanchette, P. L. (1999). Suicide among the elderly in Honolulu County: a multiethnic comparative study (1987-1992). *International psychogeriatrics*, 11(1), 57-66.

- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry, 160*, 765-772.
- Randell, B. P., Wang, W. Herting, J. R., & Eggert L. L. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 255–270.
- Richardson, J. A., & Shelton, J. N. (2006). A social psychological perspective on the stigmatization of older adults. In L. C. Laura & R. H. Christine (Eds.), *When I'm 64* (pp. 174-208). Washington, DC: National Academies Press.
- Richman, J. (1986). *Family therapy for suicidal people*. New York: Springer.
- Richman, J. (1993). *Preventing elderly suicide: Overcoming personal despair, professional neglect, and social bias*. New York: Springer.
- Richman, J. (1996). Psychotherapeutic approaches to the depressed and suicidal older person and family. In G. J.Kennedy (Ed.), *Suicide and depression in late life: Critical issues in treatment, research, and public policy* (pp. 103-117). New York: John Wiley & Sons.
- Richman, J. (1997). Being suicidal and elderly in changing times: A case history. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*(1), 34-40
- Richman, J. (2005). The widening scope of family therapy for the elderly. In R. I. Yufit & D. Lester (Eds.), *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior* (pp. 291-311). New York: John Wiley & Sons.
- Ross, R. K., Bernstein, L., Trent, L., Henderson, B. E., & Paganini-Hill, A. (1990). A prospective study of risk factors for traumatic death in the retirement community. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 323–334.

- Roy, A. (2000). Relation of family history of suicide to suicide attempts in alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2050-2051.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wihelmsen, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides: A case-control study. *Psychological Medicine*, 31, 1193-1202.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behavior. In K. Hawton & K. Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 385-404). New York: John Wiley & Sons.
- Schwiebert, V. L., Myers J. E., & Dice, C. (2000). Ethical guidelines for counselors working with older adults. *Journal of Counseling and Development*, 78(2), 123-129.
- Seguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25(4), 489-498.
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*, 32, 136–142.
- Suicide Prevention Resource Center (2001). *Risk and protective factors for suicide*. Retrieved March 10, from <http://www.sprc.org/library/srisk.pdf>
- Suominen, K., Isometsä, E., & Lönnqvist, J. (2004). Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 35-40.
- Tadros, G., & Jolley, D. (2001). The stigma of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 178.
- Tzeng, W. (2002). *After a suicide in Taiwan: An ethnographic study*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San

Francisco.

- Teyber, E. (2006). *Interpersonal process in therapy: An Integrative model* (5th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Tzeng, W., & Lipson, J. G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research, 14*, 345-358.
- Ulla, M. I. (1999). *Persons who attempt suicide: Social characteristics, social network and significant others*. Unpublished doctoral Dissertation, Lunds Universitet, Sweden.
- Waern, M. (2005). Suicides among family members of elderly suicide victims: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(3), 356-364.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology, 49*, 328–334.
- Waern, M., Runeson, B. S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., & Skoog, I. et al. (2002). Mental disorder in elderly suicides: A case-control study. *American Journal of Psychiatry, 159*, 450-455.
- World Health Organization (2000). *Preventing suicide: A resource for media professions*. Retrieved March 10, 2006, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.2.pdf

附錄

附錄一：研究參與同意書 研究參與同意書

您好：

我是台中教育大學諮商與應用心理學系碩士班的學生，想邀請您參加「老人自殺未遂後其家庭適應之研究」，研究目的是希望瞭解老年自殺未遂者與其家人，在自殺未遂事件前後所知覺的家庭互動經驗、心理感受、以及所面臨的壓力與適應的過程，以作為日後助人工作者協助自殺未遂老人與其家庭，以及預防老人自殺的參考。懇請您的參與，藉由深入了解您的感受及想法，相信能幫助更多人。因為您的參與，才能使本研究的發現更為豐富、更有價值。

在訪談的過程中，我將請問您的基本背景資料、過去的經歷、自殺未遂事件發生至今的生活狀況、以及您對此事件的想法與感受等等，過程中如果您覺得不舒服，隨時可以決定停止。

訪談過程將會錄音以確保您的寶貴看法不會被遺失或誤解。您的談話錄音與記錄資料都會保密，這些內容僅供本研究使用。所有您的個人身份資料，將以匿名方式處理，不會出現在任何公開的資料中，請放心。您有權在訪談過程的任何時候要求停止錄音或退出本研究。

本研究於研究完成後，將提供一份研究論文給您，這是您共同參與所獲得的成果。若您願意接受訪談，請在下面的受訪者欄位上簽名。非常感謝您參與本研究。

您的簽名表示您已經充分了解本研究的目的及自己的權益，同意接受訪談與錄音，並同意本研究報告可以用學位論文的形式呈現。研究者將對訪談內容保密，不在任何公開資料中，揭露您的身份相關資料。

受訪者簽名：_____

研究者簽名：_____

中華民國 年 月 日

附錄二：訪談大綱

訪談大綱

* 自殺未遂者的訪談大綱

1. 自殺事件前，您的身體狀況如何？都如何照顧身體？家人提供什麼協助？
2. 自殺事件對您身體有什麼影響？被家人照顧或互動，最大的困難或負擔是什麼？其他家人有說什麼或做什麼嗎？
3. 自殺事件前，您或家裡曾遭遇什麼困難或壓力嗎？當時如何因應？
4. 自殺前您曾向家人透露自殺的訊息嗎？是甚麼讓您決定透露或不透露的？
5. 自殺事件後，您或家裡曾成受到最大的困難或壓力是什麼嗎？當時如何因應？如果可以的話，您希望得到什麼協助？
6. 自殺事件家裡誰受到影響的最大？有什麼轉變？其他人如何面對這樣的轉變？那時候家裡誰和誰最親近？誰和誰互動比較少？
7. 在自殺事件前、後，您的生活有何不同？家人相處，有什麼不同？
8. 您情緒不好時，會找誰或做什麼？引發情緒不好的因素是什麼？您的家人有什麼反應？您如何回應？這在自殺事件前、後有何不同？
9. 有什麼人或事情對您適應自殺事件是有幫助的？在經歷自殺事件之後，您自己與家裡有何改變？如果有人家裡發生自殺事件，您有什麼經驗可以分享給他們的？

* 自殺未遂者家人的訪談大綱

1. 自殺事件前，自殺未遂者的身體狀況如何？都如何照顧身體？家人提供什麼協助？
2. 自殺事件對自殺未遂者身體有什麼影響？照顧自殺未遂者或與她互動，最大的困難或負擔是什麼？其他家人有說什麼或做什麼嗎？
3. 自殺事件前，自殺未遂者或家裡曾遭遇什麼困難或壓力嗎？當時如何因應？
4. 自殺未遂者自殺前曾向家人透露自殺的訊息嗎？您認為是甚麼讓她決定透露或不透露的？
5. 自殺事件後，您或家裡曾成受到最大的困難或壓力是什麼嗎？當時如何因應？如果可以的話，您希望得到什麼協助？
6. 自殺未遂事件家裡誰受到影響的最大？有什麼轉變？其他人如何面對這樣的轉變？那時候家裡誰和誰最親近？誰和誰互動比較少？
7. 在自殺事件前、後，您的生活有何不同？家人相處，有什麼不同？
8. 您情緒不好時，會找誰或做什麼？引發情緒不好的因素是什麼？您的家人有什麼反應？您如何回應？這在自殺事件前、後有何不同？
9. 有什麼人或事情對您適應自殺事件是有幫助的？在經歷自殺事件之後，您自己與家裡有何改變？如果有人家裡發生自殺事件，您有什麼經驗可以分享給他們的？