

南 華 大 學
生 死 學 系
碩 士 論 文

自殺防治關懷訪視員替代性創傷與因應之研究—
以嘉義縣、市為例

The Research of Vicarious Traumatization and Coping Styles
For helpers in Suicide Prevention in Chiayi, Taiwan

指導教授：曾嫻瑾 博士

研 究 生：邱麟閔

中 華 民 國 104 年 06 月 26 日

南華大學博碩士論文電子全文檔案延後公開申請書

本論文為本人 邱麟閔 (姓名) 於 生死學 系所

103 學年度第 2 學期取得 碩士 博士學位之論文

論文題目：自殺防治關懷諮視員替代性創傷與因應之研究—以嘉義縣市為例

指導教授：曾文嬰 王瑾

因本人以上列論文向經濟部智慧財產局申請專利

專利申請案號：_____

保密簽署案號：_____

請於_____年_____月_____日後再將上列論文電子全文檔案公開。

其他 (請詳細說明原因)

原因：因涉及工作業務

請於 109 年 7 月 31 日後再將上列論文電子全文檔案公開。

※粗框內必填

「紙本論文」請勾選開始提供借閱服務之時間 (二選一)：

立即上架提供借閱服務

至電子全文檔案公開日期才上架提供借閱服務

※註：此處之上架借閱服務指南華大學圖書館及國家圖書館而言，若選擇不立即提供借閱，會降低論文之被引用率及其學術價值，請審慎選擇。

※上述三選項，依據教育部 100 年 7 月 1 日臺高(二)字第 1000108377 號函文，若延後公開需訂定合理期限，其期限至多為 5 年，以「上傳日期」加 5 年計算。

研究生：邱麟閔 (親筆簽名)

指導教授：曾文嬰 王瑾 (親筆簽名)

申請日期：中華民國 104 年 7 月 9 日

說明：

1. 有論文延後公開需求者，請於論文上傳至系統前，將申請書送至圖書館借還書櫃台。
2. 委託上傳者，以申請日期為計算依據。
3. 紙本論文不立即上架提供借閱者，需檢附本申請書影本，裝訂於封面頁後，口試合格證明書之前，且不編頁碼。

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

自殺防治關懷訪視員替代性創傷與因應之研究—

以嘉義縣、市為例

The Research of Vicarious Traumatization and Coping Styles

For helpers in Suicide Prevention in Chiayi ,Taiwan

研究生： 邱麟閱

經考試合格特此證明

口試委員： 黃敏偉 Mh-wei Huang
魏善
曾學瑾

指導教授： 曾學瑾

系主任(所長)： 蔡昌雄

口試日期：中華民國 104 年 06 月 26 日

謝 誌

在撰寫論文過程中，自己一直期盼此篇論文內容能為國內自殺防治工作做出一些貢獻，造成自己在目標的設定下過於「浮誇」與「無法執行」，而自己的想法也一直在跳躍、互相糾結、打架，所幸在指導教授適時提醒「邏輯」、「脈絡」跟「架構」下，讓不受拘束的思緒得以重整、收縮化為文字，呈現在眾人眼前。

雖說整個碩士學程的學習及論文撰寫時間，看似說長不長、說短不短，但轉眼間也將告一段落，回首來時，當初在黃副院長的鼓勵下踏入研究所就讀，很幸運的陸續遇見何老師、陳老師、游老師及指導教授曾老師，在許多老師盡心的教導下，讓自己在十多年來的社會工作生涯中，重新學習新知、認識自我，充實了許多不足的實務技巧，也更要感謝自殺防治的所有伙伴，因為有大家的參與分享，才能讓這篇論文誕生。但是在平日需要工作，假日或夜間又要到學校就讀的現實狀況下，家庭一直是自己所忽略的部份，直到結婚後，也還是屬於在「拋家棄子」的狀況下，所幸在家人的包容跟支持下，自己才得以完成學業。

在人生學習歷程隨著畢業即將展開新頁的此時，還是再次獻上由衷滿滿的感謝，祝福曾經與我生命同在或未來將邁入我生命的各位，願神護佑大家每天健康、幸福、充滿喜樂。

邱麟閔謹致

2015 年書於桃城

自殺防治關懷訪視員替代性創傷與因應之研究-以嘉義縣市為例

摘要

本研究探討自殺防治關懷訪視員在面對輔導自殺意圖者、自殺未遂者及自殺者遺族時，所面對之多元化負向工作壓力及情緒時，產生之替代性創傷壓力症候群成因及類型為何？是否也受個人背景及生態支持系統間影響，而產生不同之替代性創傷症狀、程度及因應模式，並進而歸納出自殺防治關懷訪視員因應替代性創傷壓力症候群之因應方式。

本研究採用質化研究，以詮釋學為研究概念，於訪談前針對國內自殺防治議題、自殺防治關懷訪視員的替代性創傷及生態支持系統之內涵進行探究，並利用半開放式問卷，採取立意抽樣，進行深入瞭解自殺防治工作型態之訪談調查，藉此蒐集嘉義縣市自殺防治關懷訪視員文本資料，以形成研究者對自殺防治關懷訪視員所屬生態系統如何影響替代性創傷事件基模，亦即形塑個人面對替代性創傷之潛在因應規則之前理解，進而探索在面對自殺防治工作中之特殊個案案件是否產生自殺防治關懷訪視員對自我替代性創傷經驗之覺察與轉化，產生個人特有因應替代性創傷之因應模式，以作為自殺防治關懷訪視員面對工作所帶來之替代性創傷因應方式之參考。

關鍵字：自殺、自殺防治、關懷訪視員、替代性創傷、因應行為

Abstract

This study explored the causes and types of vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder experienced by suicide prevention workers when facing suicide attempters, survivors of suicide, and the survivors of suicide victims and undergoing diverse negative work pressures and emotions. The research question asked whether suicide prevention workers are influenced by their personal backgrounds and ecological support systems and thus experience various symptoms of vicarious trauma to varying degrees. Furthermore, in this study, various response patterns developed by suicide prevention workers for handling vicarious trauma were summarized.

This study was a qualitative research project based on hermeneutics. Before conducting the interview, we explored topics pertaining to suicide prevention, suicide prevention workers' vicarious trauma experience, and their ecological support systems. In addition, we used semi-open-ended questionnaires in this study and adopted a purposive sampling method for thoroughly understanding types of suicide prevention worker. We collected textual information about suicide prevention workers in Chiayi to understand the different ecological system which suicide prevention workers belonged influenced his or her vicarious trauma and the underlying rules used to respond to vicarious trauma. Furthermore, we explored whether suicide prevention workers are aware of their vicarious trauma experience and transform that experience when they encounter certain cases in their suicide prevention work. In other words, we investigated whether suicide prevention workers developed their individually specific methods for handling vicarious trauma. The results of this study can serve as a reference for suicide prevention workers in handling vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder induced by suicide prevention work.

Keywords: suicide , suicide prevention , helpers in suicide prevention , vicarious traumatization, coping behaviors

目 錄

謝誌	I
中文摘要.....	II
英文摘要.....	III
目錄.....	IV
表目錄.....	VI
圖目錄.....	VI
第一章、緒論	
第一節、研究背景與動機	1
第二節、研究目的與問題	5
第三節、名詞界定	5
第二章、文獻探討	
第一節、自殺與自殺防治	8
第二節、替代性創傷	15
第三節、替代性創傷之因應	18
第四節、生態支持系統	21
第五節、督導機制	24
第三章、研究方法	
第一節、研究方法的選擇	28
第二節、研究程序	28
第三節、研究對象與資料蒐集	28
第四節、研究設計與研究方法	29
第五節、研究倫理	30
第四章、研究資料分析結果	
第一節、研究參與者與研究分析層次	31
第二節、從事自殺防治工作事由	32
第三節、替代性創傷成因	37

第四節、替代性創傷症狀	45
第五節、替代性創傷因應方法	60

第五章、研究結果與建議

第一節、研究結果與發現	71
第二節、替代性創傷因應策略與建議	80
第三節、未來研究建議	82

參考書目

一、中文部份	83
二、外文部份	85

附錄

附錄一 研究參與訪談同意書	87
附錄二 訪談大綱	88

表 目 錄

表 1 自殺成因歸納表	9
表 2 自殺防治策略類型	12
表 3 研究參與者基本資料表	31
表 4 國內替代性創傷研究歸納表	71

圖 目 錄

圖 1 全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率	2
圖 2 歷年蓄意自我傷害（自殺）死亡率—按年齡分	10
圖 3 歷年蓄意自我傷害（自殺）死亡率—按性別分	11
圖 4 歷年蓄意自我傷害（自殺）死亡率—按年齡分	11
圖 5 替代性創傷成因面向圖（研究者自製）	18
圖 6 訪視員替代性創傷成因與因應研究架構概念圖（研究者自製）	30
圖 7 訪視員替代性創傷成因與因應研究架構概念補充說明圖（研究者自製）	75
圖 8 訪視員工作負荷與替代性創傷成因交錯圖（研究者自製）	76
圖 9 訪視員創傷因應成效圖（研究者自製）	77
圖 10 工作型態與創傷因應模式圖（研究者自製）	78
圖 11 督導角色功能成效圖（研究者自製）	79

第一章、緒論

第一節 研究背景與動機

壹、自殺趨勢的增加

因社會環境的變化、生活壓力、工作壓力、人際壓力的增加，致使人們在面對困境的因應能力減少，導致自殺案件層出不窮，如：

「新北市林姓男子涉嫌在蘆洲區信義路公寓樓梯間縱火，又企圖開瓦斯桶自殺、搶轎車，遭縱火、公共危險、搶奪傷害等罪嫌移送。」(中央社，2014.9.13)

「全球每 40 秒一人自殺，世界衛生組織提出報告，全球每年約 80 萬人死於自殺，超過 70 歲長者最容易自我瞭解，15 至 29 歲年輕族群居次，超過 4 分之 3 發生在低收入或中收入國家，富裕國家男性自殺率是女性 3 倍；另外，有效管制槍枝與有毒化學藥品，可以有效降低自殺率。」(台灣新生報，2014.9.8)

根據衛福部統計處之國內死因統計分析，自1993年起國人自殺粗死亡率逐年上升，2005-2006年更為自殺粗死亡率大幅攀升的2年，因此，2001年在行政院院會指示成立跨部會「自殺防治專案小組」，成為台灣公共衛生重要議題，而在2006年國人自殺粗死亡率每十萬人中有 19.3 人，達到近20年來之最高峰後，國內陸續進行之自殺防治公共衛生政策開始發揮成效，至 2007年開始出現下降趨勢。(衛福部統計處，2014)

但是，雖然在政府與民間團體積極推動自殺防治下，根據衛福部統計室資料顯示，近十幾年來，我國自殺死亡率仍然呈現居高不下之趨勢，在 2011 年自殺死亡人數為 3,507 人，較 2000 年 3,889 人減少 382 人，相較下降 10.89%，而在 2012 年起，自殺死亡人數又開始攀升至 3,766 人，每 10 萬人口粗死亡率為 16.2 人，續居國人死因第 11 順位(衛福部統計處，2014)，係屬 WHO (World Health Organization) 分類下高盛行率之國家。

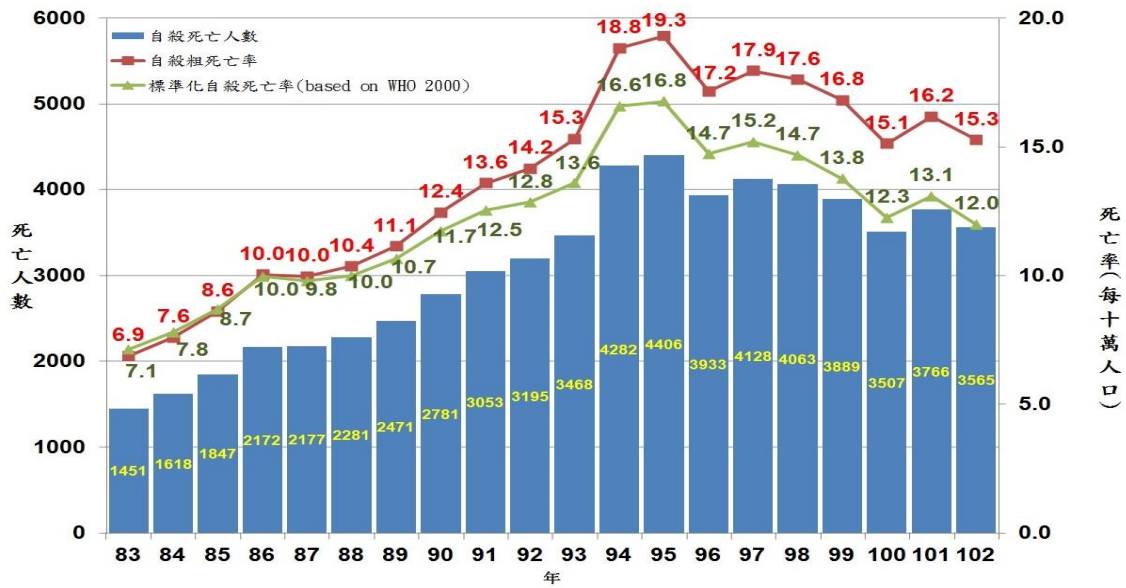


圖 1：全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

(資料來源：摘自全國自殺防治中心全國自殺死亡趨勢分析，2014)

究其導致自殺者之自殺因素，究竟是自殺者外部環境或個人心理造成？從近代之精神疾病造成神經心理功能缺損（葉品陽、林秀珍、吳景寬、陳韋任、余佩綦，2013）、心理層面之無望感（許文耀、陳明輝，2006）、氣候壓力變化（鄧博仁、陳秀熙、鄭泰安，2006）、流行性疾病（劉慧俐，2009）、空間群聚模仿（周孟嫻、紀玉臨、謝雨生，2010）等等不同成因歸析，至今仍是無法定調。然而有自殺之虞或付之自殺行動的社會人口仍是明顯增加的，正因為這樣的因素，自殺防治工作越趨重要。

然而有自殺之虞或付之自殺行動的社會人口仍是明顯增加的，正因為這樣的因素，自殺防治工作越趨重要，而國內各地方政府為有效輔導所屬轄區自殺企圖或未遂者，2008年間開始推動「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」，聘用具備社工、心理諮商或護理等專業知識人員，深入社區具自殺風險個案家庭中，提供面對面之關懷訪視服務，以便有效管控社區內之高度自殺風險人口群，而研究者也在因緣際會下，有幸擔任三年的自殺防治關懷訪視員（以下簡稱訪視員），在從事自殺防治工作過程中，除深切感受自殺企圖或未遂者在面對困難無解生活問題的心理壓力外，更感受到提供服務過程中，遭遇協助自殺企圖或未遂者解決自殺成因的專業知識及技巧不足，以及面對重覆自殺之自殺企圖或未遂者，不知何時會死亡之心理壓力等困境，

故開始進修、自我充實生死教育與諮商輔導技巧，也希望能將服務過程中的困境加以深入研究探討。

貳、自殺防治現況及重要性

1963 年，澳洲雪梨一位傳教士 (Rev.Alan Walker) 創設了世界第一個生命線服務中心，主要針對孤單、失望、煩惱和痛苦的人，提供心理輔導服務，後來澳洲各地及美國等國家紛紛設立生命線中心，而臺灣馬偕醫院於 1969 年設立『自殺防治中心』，以輔導自殺急診之病患，於同年 7 月 1 日擴充為『生命線』，正式對外開線輔導協談，肇始我國電話輔導及自殺防治的服務工作，但在民間團體推動自殺防治工作之餘，隨著逐年攀升之自殺率，政府為有效抑制國人之自殺率，針對自殺高風險群之精神疾病患者修改精神衛生法，提升精神病人社區照顧品質及降低自殺企圖，行政院衛生署更積極建立心理衛生保健、精神醫療與精神復健三者並重之整體性精神醫療服務網絡，推動全國社區精神病患及自殺未遂者(含已遂者家屬)追蹤照護計劃，並於 1997 年起建構由鄉鎮市衛生所公共衛生護士負責所轄社區精神病患分為一至五級之追蹤照顧。爰此，行政院衛生署又針對一般國人之自殺防治議題；2001 年在行政院院會指示加強自殺防治問題之後，成立跨部會「自殺防治專案小組」；2005 年委託台灣憂鬱症防治協會成立「全國自殺防治中心」，進行全臺自殺防治策略之整合；2006 年起推行「精神病社區關懷照顧」，透過精神科專業人員提供社區關懷訪視，確實掌握個案就醫、就學、就養、就業等情形，提供全方位之服務，以使病人回歸社區後能持續的關懷追蹤及定期規則就醫，並減少精神病在社區干擾行為及社會問題的發生；但是從統計資料及臨床案例觀察，明顯可見通報、危機處理及防治的腳步，卻跟不上整個自殺問題的嚴重化、年輕化，故又陸續於各縣市政府成立心理衛生中心，並於 2008 年間開始由各地方政府委外或自行辦理「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」，以便有效抑制國內各地之自殺率；最後於 2011 年邀集內政部、教育部、勞工委員會及新聞局成立自殺防治專案小組，並制定以各縣市衛生局為個案資料轉介彙整中心的處遇模型，以茲形成緊密之資源連結網絡。在政府部門

針對自殺防治的機制與公私部門資源整合關係加以定位後，順著一脈從醫療體系為主導所發展出來的台灣自殺防治策略及機制，並以訪視員執行具有自殺意念者、自殺未遂者及自殺者遺族之心理諮商輔導與社區資源連結，增益自殺防治的功能，減少自殺案件的產生。

參、自殺防治關懷訪視員的危機

研究者在擔任「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」訪視員工作過程中，卻發現自己與其他訪視員，不僅需面對不同年齡層、多樣化社會階層及急迫性之自殺個案及遺族追蹤輔導之工作壓力外，其次更需承受政府對自殺防治效能提昇，要求與社會期待之壓力，但是，訪視員除面對職場主管單位要求之工作壓力外，自身更需獨自面對自殺未遂者隨時自殺身亡，甚至需 24 小時支援輪值至自殺現場處理各類自殺危機事件，而在面對自殺者大量負向情緒、死亡創傷等深層之心理層面衝擊時，除缺乏宣洩情緒管道外，在離開職場返回家中後，有時除仍繼續忙碌工作事務外，亦需處理家庭事務，因此，若長期處於工作、心理及家庭等巨大壓力下，若壓力因應不當，輕則可能會讓自殺防治關懷員造成替代性心理創傷、嚴重挫折、退出自殺防治工作，重則可能會讓自殺防治關懷員亦走向憂鬱或自殺一途。

肆、訪視員之創傷與因應

目前國內針對助人工作之心理創傷問題，可推至自 921 大地震以來，政府及民間單位大量投入災區，針對如此大規模的天然災害造成喪親、財物損失外，災民更出現恐慌、目睹死亡、喪親及自我存在價值等創傷情緒，而參與救災的助人工作者也隨之陸續出現與災民相似之創傷情緒，因此，經過國內專家學者的投入發現，助人工作者在大量、快速接觸具創傷情緒之受助者後，亦容易會因同理過程中，接收其負向情緒而產生替代性創傷效應。與研究者從自身的經驗發現其替代性創傷現象相似，故因而想深入探究訪視員的替代性創傷狀況。

第二節 研究目的與問題

壹、研究目的

訪視員是國內自殺防治的最後一道防線，但是應該如何加強、鞏固此道防線，本文希冀從此質性研究中，深入了解訪視員創傷面向及因應面向，故其研究目的如下：

- 一、訪視員面對的工作內涵所引發的替代性創傷反應？
- 二、個人專業及經驗背景如何影響其因應替代性創傷？
- 三、了解訪視員所屬生態系統間的互動，如何影響其創傷與因應？

貳、研究問題

基於本研究之研究目的與問題意識，開展出研究問題如下：

- 一、訪視員專業及經驗背景，對其面對自殺個案所帶來替代性創傷的影響為何？
- 二、訪視員提供服務過程中，自覺哪些事件有較大影響？影響為何？
- 三、訪視員所呈現出的替代性創傷反應及類型為何？
- 四、訪視員自身家庭及生活環境如何協助其因應替代性創傷？

第三節 名詞界定

壹、自殺 (Suicide)

對於「自殺 (suicide)」一詞，國內外許多的學者都曾經對自殺一詞下過定義，如「自殺成功—有意的以自我傷害或威脅的行為以達到死亡的目的。(Pokorny, 1974)」、「個人有意自我的摧殘，以行動(action)或不動(inaction)來結束自己的生命。(社會工作辭典，1990)」、「個人因利己、利他或脫序等因素而自我結束生命之行為。(摘自自殺論，1897)」、「自殺行為是指一個人有清楚意圖要以某種方式結束自己的生命(非意外事件)，而該行為成功的達到目的 (Hipple ; Cimboic,1979)。」。

故可歸納出本文之自殺是「一種人類受生理、心理、家庭、社會關係及精神等各種因素影響，依個人目的與手段，結束自我生命行動。」

貳、自殺防治關懷訪視員（衛生福利部，2014）

一、工作內容

- （一）透過通報系統或其他風險評估機制，發現自殺高危險群，並由相關心理衛生或社會福利機構介入提供服務，以確實掌握自殺個案就醫、就學、就養、就業之情形。
- （二）透過定期關懷訪視，減少自殺高危險群重覆發生自殺或自傷等行為，並提供家屬自殺危機相關知能，以降低其自殺危險度。
- （三）及早評估、發現生活遭遇困難或有社服需求之高風險家庭或個案，轉介社政單位，並主動提供預防性服務方案。

二、專業背景

- （一）大專以上醫事相關科系(社工、護理、心理)畢業且具備精神醫療或心理諮商或心理輔導等相關工作經驗一年以上。
- （二）精神病社區關懷訪視員及自殺通報個案關懷訪視員均受過相關業務專業訓練至少 12 小時。

三、隸屬單位

各地方政府主管機關（衛生局）多以委外案件發包民間單位承辦。

本研究所提及之訪視員，係由各地方政府自聘或受雇於政府委外發包民間單位，負責執行指標性政策，也就是直接提供自殺高風險、自殺未遂者及自殺身亡遺族等具有高度自殺風險人口之介入措施、輔導，以防止其再度試圖自殺之直接助人工作者。

參、替代性創傷（Vicarious Traumatization）

創傷治療常被助人工作者所重視，但隨著助人工作者同理的投入，許多國內外學者經過研究發現，助人者易因同理個案過程而產生替代性創傷，Saakvitne & Pearlman 認為替代性創傷是「一種助人者的內在經驗的轉變（transformation），是同理投入（empathic engagement）於案主的創傷題材所產生的結果（Saakvitne；

Pearlman,1996)。」，因為同理個案的生命經驗，而使自己的生命經驗或生活信念出現負面轉變，甚至出現挫折、沮喪、失望等情緒。(鍾思佳，2000；鄭淑靖，2012)」。

所以替代性創傷指的是「助人工作者在助人的同時，可能因同理、投入個案創傷題材，因而陷入另一種危險之中，不僅影響個人身心健康、產生負向經驗、情緒，也同時會干擾到工作的品質。」。

肆、創傷因應 (Vicarious Traumatization and Coping Styles)

創傷因應指的是「一種設法消除或隔離對個體造成困擾問題情境的歷程。

(Folkman；Lazarus,1984)」，洪玉娟研究指出自身能力無法勝任工作條件、環境及執行工作要求時，造成個人認知及心理失衡，當個人面對上述壓力刺激時，所用來緩解或解決個人認知及心理失衡的方法(洪鈺娟，2005)，這個過程是藉由覺察自己內在不平衡狀態，並改變這種不平衡讓自己的生活步調平穩，聯繫自己、別人和外在世界良好的溝通管道(Saakvitne；Pearlman,1995)。

歸納上述學者論述，創傷因應係指「個人覺察因無法應付外在環境的要求，平衡生、心理創傷反應及維持與他人聯繫溝通管道之歷程。」

第二章 文獻探討

第一節 自殺與自殺防治

壹、何謂自殺：

一、自殺定義

「自殺」(suicide)，是由拉丁文字根 sui 及 cidere 兩字共同組成的，兩個字組成的字義為「自己殺害自己」(killing of oneself)之意，是一種自我傷害、自動結束自己生命之行為。早期法國社會學家涂爾幹(Durkheim)在其 1897 年著作「自殺論」一書中，定義自殺是因受害者身身的一個消極或積極行動，所造成之死亡。Pokorny 在 1974 年指出「自殺成功—有意的以自我傷害或威脅的行為以達到死亡的目的。」Hipple；Cimboic 亦於 1979 年提出的定義為：自殺行為是指一個人有清楚意圖要以某種方式結束自己的生命(非意外事件)，而該行為成功的達到目的。國內 1990 年的社會工作辭典對自殺提出的定義為：個人有意自我的摧殘，以行動(action)或不動(inaction)來結束自己的生命。近年學者李明濱等人於 2005 年更針對自殺一詞提出以下觀點—「自殺是人們受心理、生理、社會結構及物質濫用等多重因素影響，產生有目地的結束自我生命行動。」

綜合上述，可歸納出自殺是一種人類受心理、生理、社會結構及物質濫用等多重因素影響而產生的偏差社會行為，它是一個人依個人目的與手段，結束自我生命的行動。

二、自殺成因

蘇格拉底在西元前 399 年服毒自盡時，曾說道：「分手的時候到了，我將死，他們活下來，是誰的選擇好，只有天知道。」，從互古以來，誘發人類放棄求生本能，走向結束自我生命一途的原因，一直是眾說紛云，而在國內、外專家學者的探究下，自殺不外乎受個人與社會互動、天氣環境、精神疾病及國家經濟等因素影響，其相

關論述，經筆者彙整如下表（表1）：

表1：自殺成因歸納表〈研究者自行整理〉

層面	論述內容
個人內在	<p>1.利己式自殺：過份的個人主義而無法認同社會或群體利益。 （摘自自殺論，1897）</p> <p>2.精神疾病誘發：精神疾病明顯造成神經心理功能缺損，可能直接或間接地促使自殺行為發生。（葉品陽等，2013）</p> <p>3. 天氣可能是自殺行為的生物環境危險因子之一，天氣變化可能影響腦內血清素的活性，也可能增加人際衝突的機會，它有可能導致自殺。（鄧博仁等，2006）</p> <p>4.因生理機能隨年齡退化，導致老年人口有較高之自殺率。（劉慧俐，2009）</p> <p>5.從自殺流行病理學來看，自殺議題需涵蓋個案特質、心理因素、社會經濟及文化因素影響。（蘇宗偉、邱震寰、郭千哲、陳喬琪、李明濱，2005）</p> <p>6. 通過檢查該生物的角度來看，這認為是神經遞質血清素的水平和基因可能與自殺有關（Fan-Ko Sun，2007）。</p>
個人外在環境	<p>1.老人高自殺率與離婚、喪偶或經濟壓力皆有高度相關。（劉慧俐，2009）</p> <p>2.台灣自殺率受結構效應影響而產生具顯著性空間群聚效應。（周孟嫻等，2010）</p> <p>3.高自殺率與工作壓力的問題和失業不斷增加，政府要高度嚴重重視這個問題。（Yu-Ruey Liu¹；Chi-Wen Juan²；Chia-Yui Huang³,2011）</p>
社會文化、政策	<p>1.利他主義式的自殺：社會集體意識造就個人有自殺的義務。 （摘自自殺論，1897）</p> <p>2. 脫序性自殺：社會狀況無法滿足個人欲望。（摘自自殺論，1897）</p>

	<p>3.自殺受國家經濟影響，當經濟處於擴張期時，自殺率便呈現下降趨勢，但實際所得與預期所得有落差時，自殺率便會上升。(余麗華、陳文意、譚利光、林玉惠，2012)</p> <p>4.從自殺流行病理學來看，自殺議題需涵蓋個案特質、心理因素、社會經濟及文化因素影響。(蘇宗偉等，2005)</p>
--	--

三、國內自殺現況（衛生福利部統計處，2014）

（一）自殺人數及標準化死亡率均較去年下降

102年國人自殺死亡人數為3,565人，較去年減少201人，主要係45至64歲自殺死亡人數減幅明顯所致，居國人主要死因之第11順位。標準化死亡率為每十萬人口12.0人，較92年下降6.4%。

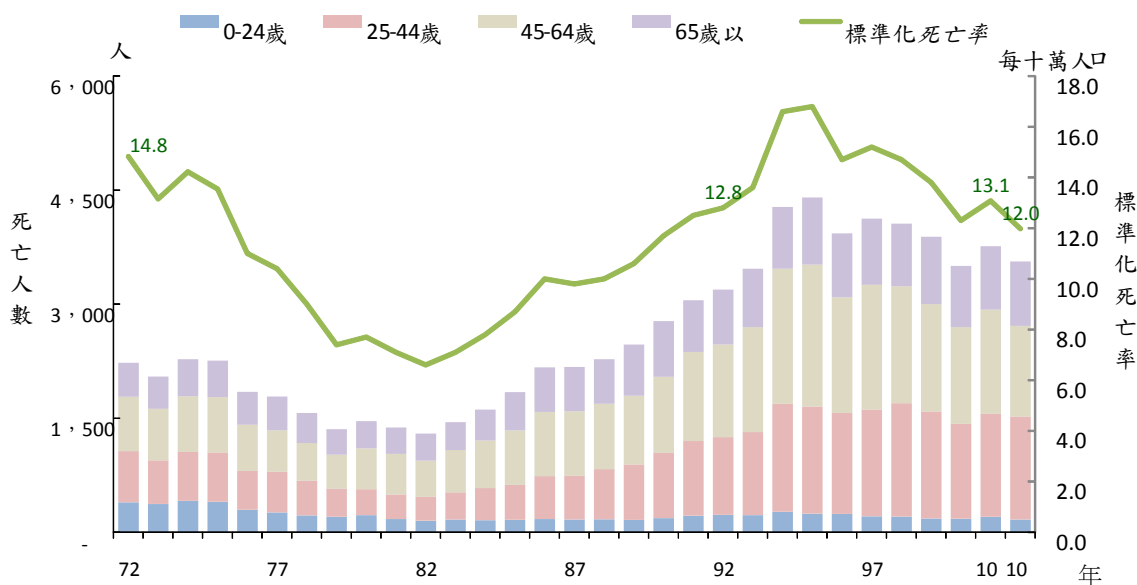


圖 2：歷年蓄意自我傷害（自殺）死亡率—按年齡分

（資料來源：摘自衛福部統計處死因分析報告書，2014）

（二）歷年自殺死亡率男性高於女性

102年國人自殺人數中男性占6成7，女性占3成3，居男性自殺死因第10順位、女性之第12順位，男/女性死亡率倍數比為2.0倍。按標準化死亡率觀察，男性每十萬人口16.3人，女性7.8人，皆較92年下降，且女性降幅大於男性。

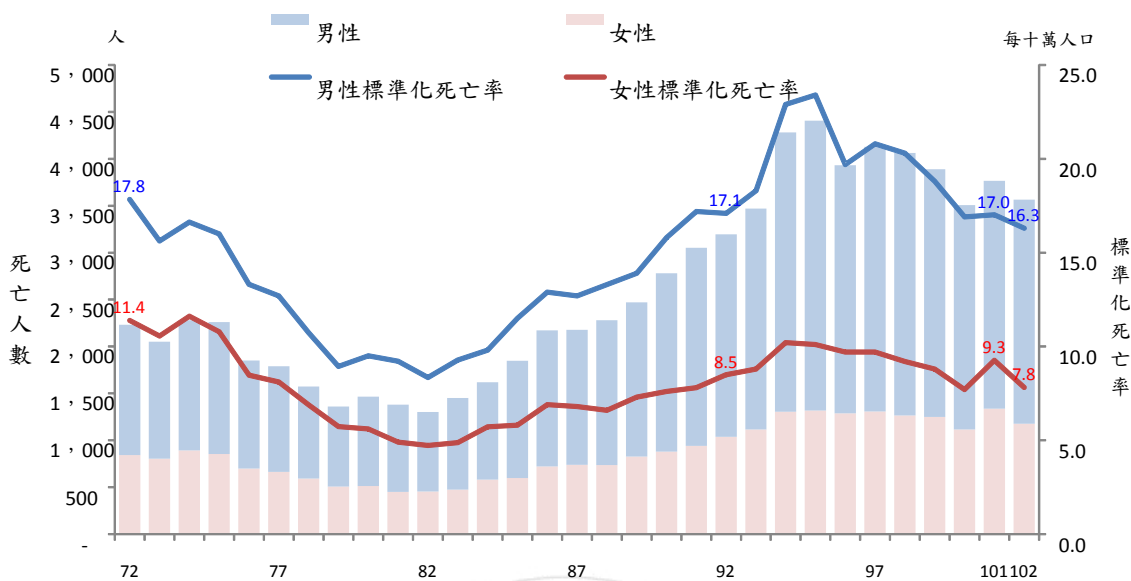


圖 3：歷年蓄意自我傷害（自殺）死亡率—按性別分

（資料來源：摘自衛福部統計處死因分析報告書，2014）

（三）自殺死亡率隨年齡之增加而升高

歷年來自殺死亡率均隨年齡之增加而升高。102 年各年齡層自殺死亡率，以 65 歲以上者之每十萬人口 32.1 人最高，最低為未滿 25 歲者 2.6 人。若與 92 年比較，各年齡組自殺死亡率均呈下降，尤以 65 歲以上者之 8.8% 降幅最大。

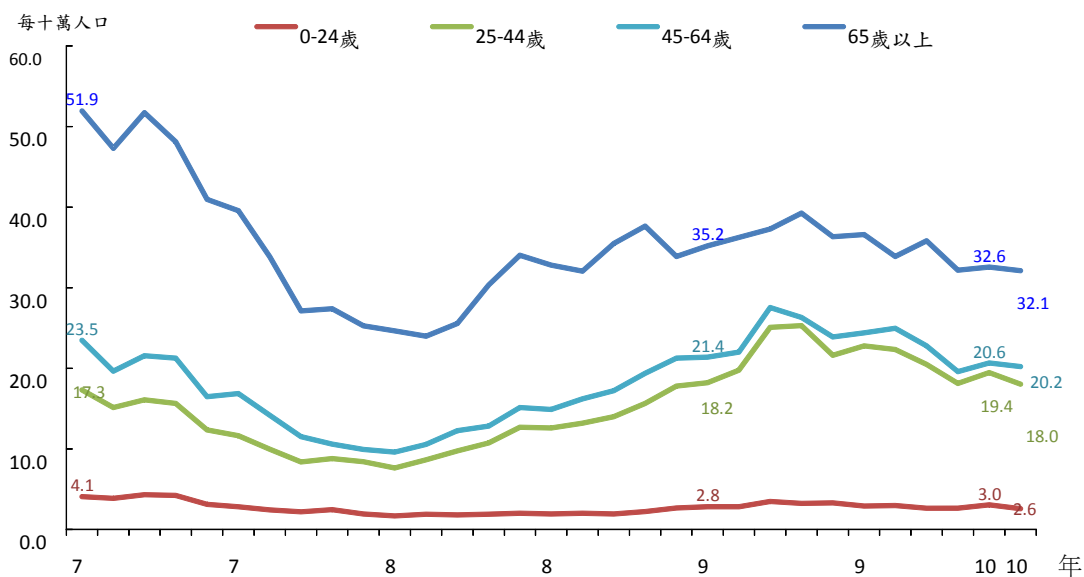


圖 4：歷年蓄意自我傷害（自殺）死亡率—按年齡分

(資料來源：摘自衛福部統計處死因分析報告書，2014)

貳、國內自殺防治業務

一、自殺防治工作源起及歷史

自1993年起國人自殺粗死亡率逐年上升，爰此行政院衛生署針對自殺高風險族群-精神疾病者，於1997年起建構由鄉鎮市衛生所公共衛生護士負責所轄社區精神病患分為一至五級之追蹤照顧，並於2001年在行政院院會指示成立跨部會「自殺防治專案小組」，整合中央及地方政府之公共衛生政策，於2006年分別推行「精神病社區關懷照顧」，透過精神科專業人員提供社區關懷訪視，確實掌握個案就醫、就學、就養、就業等情形，提供全方位之服務，減少精神病在社區干擾行為及社會問題的發生；以及建置「自殺通報關懷系統」，藉以深入分析自殺個案特性，作為自殺防治策略研擬參考，並對通報個案提供關懷訪視服務，而在精神衛生法修法後，而國內各地方政府為有效輔導所屬轄區自殺企圖或未遂者，又於2008年7月起，由各地方政府委外或自行辦理「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」，聘用具備社工、心理諮商或護理等專業知識人員，深入社區具自殺風險個案家庭中，提供面對面之關懷訪視服務，以便有效管控社區內之高度自殺風險人口群。屆此自殺防治業務已成為國內各縣市政府衛生局之重點工作，並將相關自殺防治業務歸於心理健康中心管理執行，其規劃理念是要落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之整合型社區健康照護體系。(李明濱、廖士程，2006；衛生福利統計處，2014)

二、自殺防治工作實施方式

有鑑於自殺絕非單一因素所造成，而對照當代國家自殺防治策略，其重要關鍵在於防治工作之整合性與一貫性、積極及完善的追蹤與介入、更有賴於跨部會及機構間之協調整合，結合政府與民間資源相互配合。然我國自殺防治策略，係依三個主要層面擬定方案，分別為全面性、選擇性與指標性策略(Mrazek；Haggerty,1994；Bertolote, 2004；李明濱、廖士程，2006) (表2)：

表2：自殺防治策略類型〈研究者自行整理〉

策略類型	實施方式	防治對象	執行者
全面性 (universal)	藉由訂定公共政策及媒體宣導，例如，設立「1995 安心專線」並透由各類媒體向全國民眾進行宣導，將所有想自殺、曾自殺、正在自殺的民眾全部納進服務網絡，更廣義的說法是所有情緒困擾者均可運用此一專線，來減緩自殺的意圖。	全體國民	衛生福利部
選擇性 (selective)	針對第一線密集接觸高自殺風險族群服務人員辦理「自殺防治守門人訓練」，以利辨識自殺意念者，防止危機發生。	村里幹事、醫護人員、社工人員及員警等服務人員	地方政府
指標性 (indicative)	至社區追蹤自殺企圖者，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止其再度試圖自殺	高度自殺風險族群	公衛護士、訪視員

三、自殺防治關懷訪視員與防治成效

依 2014 年各地方政府辦理「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」之規定，訪視員之聘用，需具備大專以上醫事相關科系(社工、護理、心理)畢業或具備精神醫療或心理諮商或心理輔導等相關工作經驗一年以上，任職後依規定需參與機構內外之自殺防治專業人員教育訓練，時數達 30 小時以上。而訪視員在接獲所屬衛生局派案後，需於七天內完成初訪，並於 1-2 週以家、電訪等形式，密集提供情緒舒解、藥物諮詢、衛生教育、協助就醫、危機處理及連結社會資源等服務，而在 2013 年自殺高風險個案，在嘉義縣訪視員服務下，30 天再自殺率為 2.4%、180 天再自殺率為 8.5%；嘉義市訪視員服務下，30 天再自殺率為 3.5%、180 天再自殺率為 4.2%)，皆有效低於全國之自殺高風險個案 30 天再自殺率之 4.7%及 180 天再自殺率之 9%。

四、自殺防治的困境

雖然說自殺行動出現之前，會展現出任一形式的線索或警訊，包含口語的、行為的、處境的(Miller, 1978; Osgood, 1985)，也就是從「自殺意念」到「自殺行動」是經過一連串漸進式之行為所演進的，因此自殺防治是可以加以預防的，不過國內在推動自殺防治過程中仍遭遇以下許多困境：

- (一) 在面對罹患致命疾病且無法治癒之自殺企圖者，往往因無法承受身體病痛而產生強烈求死之欲望，也容易在一時衝動或規劃許久下而產生自殺行為（林憲，2006）。
- (二) 自殺是否為個人權力？發生自殺事件時誰來負責？誰有權力阻止自殺者？而訪視員在介入自殺防治行動時，常被社會質疑其身份的合法性或是常需為其服務個案之自殺行為負責（林綺雲，2010）。
- (三) 國內仍有許多人存在著不可討論自殺一事，深怕與自殺企圖者因為討論自殺而加強或誘發其自殺動機，自殺防治觀念的錯誤，導致無法適時評估自殺企圖者的自殺風險性及提供正確或完整的自殺防治知能（呂欣芹，2005）。
- (四) 「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」所聘用之訪視員，不論政府自聘或委外發包者，其經費皆由中央依每年度總籌款分配規定辦理，換言之，若年度預算緊縮或遭擱置，便會直接影響工作職缺，造成訪視員無法得知隔年度是否仍可繼續工作之壓力，間接影響訪視員流動率及自殺防治經驗、輔導技巧之傳承。

參、小結：

本研究所提及之訪視員，指得是由各地方政府自聘或受雇於政府委外發包民間單位，負責執行指標性政策，也就是直接提供自殺高風險、自殺未遂者及自殺身亡遺族等具有高度自殺風險人口之介入措施、輔導，以防止其再度試圖自殺之直接助人工作者。

第二節 替代性創傷

壹、何謂創傷後壓力心理障礙症

一、創傷後壓力心理障礙症定義

根據精神疾病診斷與統計手冊（DSM-IV-TR）衡鑑準則，創傷後壓力心理障礙症或稱創傷後壓力症候群（PTSD：Posttraumatic Stress Disorder）指人在遭遇或對抗重大壓力後，其心理狀態產生失調之後遺症。這些經驗包括生命遭到威脅、嚴重物理性傷害、身體或心靈上的脅迫，而非病患心理狀態之原本問題時，往往會有極度害怕、恐懼或無助感(小孩比較容易出現混亂與激動的行為)，倘使個人之創傷後反應持續有診斷準則之症狀，且持續超過一個月以上；PTSD 一般持續時間少於三個月稱為急性，超過三個月稱為慢性，若是症狀出現在創傷後六個月後才出現稱為 Delayed onset(晚發型的 PTSD)；如果持續時間不足一個月則診斷為 Acute stress disorder(急性壓力症)。

二、創傷成因

根據國外學者 Mason；Alison（1997）的研究分類，造成創傷後壓力症狀的經驗包括：

- （一）個體在幼年生命中經歷創傷經驗：當造成創傷事件又再度體驗，即現實事件勾起受創者的反覆回憶，造成將瞬間重返過去經驗或感受，而在不斷接觸誘發類似的創傷事件時，受創者會不自覺的出現心理或生理創傷症狀反應。
- （二）受個體人格特質影響：部份個體內在的認知與思考邏輯容易回溯、連結或沉浸在過往記憶，也因此當類似人格特質的個體接觸到創傷事件時，容易產生過度連結、沉浸在過往創傷感受中，甚至會有一些非理性想法，將一些與過往創傷經驗類似的小事件災難化，而產生過度的焦慮反應。
- （三）個體不佳的社會支持系統，造成個體在面對類似過往發生的創傷事件時，需自己直接面對壓力，而無他人可提供心理支持、實際協助等緩衝效果。

- (四) 因遺傳性精神疾患影響個體對壓力的承受力不佳：部份精神醫學主張當腦內神經或傳導物質異常時，容易造成個體情緒不穩或抗壓力不足，故精神疾患在面對創傷事件時，容易較常人造成其精神不穩定或情緒異常變化。
- (五) 當個體平常生活壓力大時，亦即長期處在壓力源下時，其身心狀況皆持續維持在緊繃狀況時，若近期壓力源又急劇改變或增加時，則易造成個體無法承受突發之壓力。
- (六) 個體若有過強之外控想法與知覺時，為讓自身產生安全感，會希望週遭事物皆在自己的掌控中，最後當無法控制身邊事物時，容易把自己遇到的一切困難都歸咎於命運和別人的錯誤，並且對外在環境所帶來之壓力容易產生過度情緒反應。
- (七) 個體在創傷發生前若有過度飲酒現象，可能受長期喝酒而影響腦部功能，使記憶力退化、注意力受影響、連帶容易產生心情低落，進而影響身心反應機能，造成對日常生活所處之壓力有較低之正向反應。

三、創傷反應

早期美國從退役軍人中發現參與戰爭之軍人易出現心跳不穩現象，後期經學者 Kaplan、Sadock 及 Grebb 等人在 1994 年建構出初步之創傷後壓力的症狀，而創傷後壓力主要症狀包括惡夢、性格大變、情感解離、麻木感(情感上的禁慾或疏離感)、失眠、逃避會引發創傷回憶的事物、易怒、過度警覺、失憶和易受驚嚇(徐畢卿，1999)。

另外在《精神疾病診斷與統計手冊》中也指出，個體也有可能在經驗創傷後並沒有出現全部創傷後壓力症候群的症狀。大部份人對創傷事件的情感會在幾個月後淡去。如果其持續過長的時間，就有可能導致精神上的失調。

貳、何謂替代性創傷

一、替代性創傷定義

「替代性創傷」一詞最早是由 McCann and Pearlman (1990)所提出之「建構主義自

體發展理論」(constructivist self-development theory, CSDT)為基礎，說明替代性創傷是與兩者有關，其一為受助者展現出寫實和痛楚之題材，另一為助人者的獨特認知基模、信念。相關學派之研究者進一步將替代性創傷定義為：「和創傷個案工作的心理師因同理投入個案的創傷題材或經驗中，而導致其內在經驗有負面轉變的歷程，心理師內在經驗的轉變包含經歷到個案的症狀、自我保護信念崩解、對個案行為感到無助、助人者憤世嫉俗和自我放棄等，另外，替代性創傷的影響可能持續好幾個月，或是和創傷個案工作後的好幾年，甚至永久(Saakvitne ; Pearlman,1996 ; Sabin-Farrell ; Turpin, 2003)。」

「一種助人者內在經驗的轉變，是經由同理投入於案主的創傷題材所產生的結果。起因於助人者與創傷事件之遭遇者一起在面對處理誘發創傷事件復原過程中所累積的改變，並且非是創傷事件之遭遇者加諸於助人者，而是助人者深度同理而感同身受。(Saakvitne ; Pearlman,1996)」

二、替代性創傷成因

引發助人者替代性創傷成因非常多元及複雜，但歸納其影響互動歷程中，不外是每個人在生命發展歷程中，不斷受外在環境影響，進而內化為每個人面對環境刺激時之反應基模 (Germain, 1999 ; Hepworth ; Rooney ; Larsen, 1999)，故經研究者彙整後，依個人內在、外在環境及社會文化等三個向度，自製如圖 5(周煌智, 2006 ; 汪淑媛, 2008 ; 陳若璋, 2012 ; 張詩吟, 2012 ; 鄭淑靖, 2012 ; 鍾燕宜, 2013)。

三、替代性創傷反應

助人者經由同理投入於個案的創傷題材後，易產生類似個案之創傷壓力後之症候群如作惡夢、性格大變、情感解離、麻木感（情感上的禁慾或疏離感）、失眠、逃避會引發創傷回憶的事物、易怒、過度警覺、失憶和易受驚嚇（徐畢卿，1999）

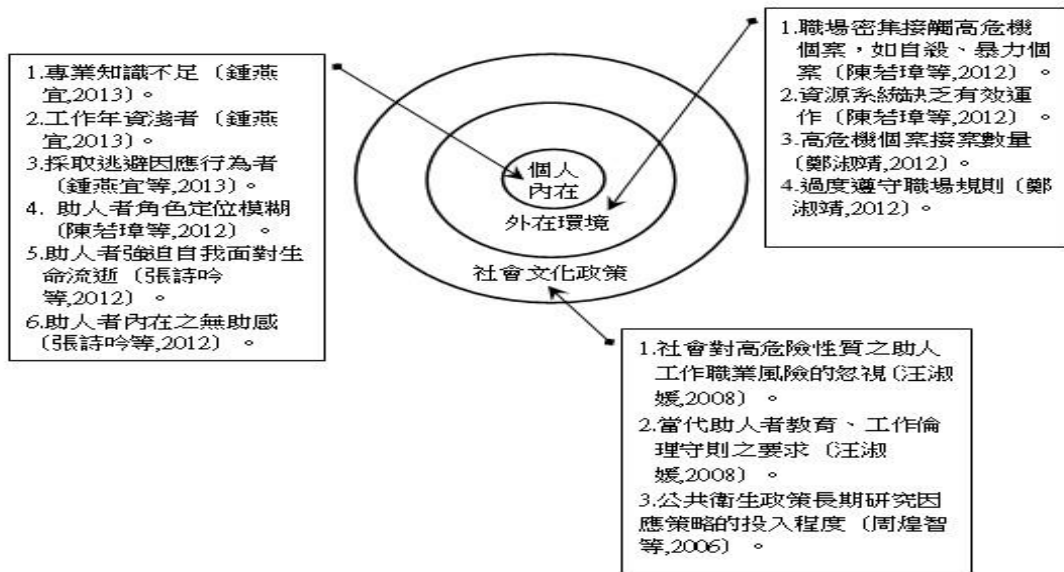


圖 5：替代性創傷成因面向圖 (研究者自製)

參、小結

而本研究所提及之替代性創傷，根據 DSM-IV-TR 所描述之創傷性事件 (traumatic events) 是指個人在遭遇或對抗重大壓力後，其心理狀態產生失調之後遺症。這些經驗包括生命遭到威脅、嚴重物理性傷害、身體或心靈上的脅迫，而當事人的反應會包含強烈的害怕、無助感或恐怖感受。訪視員在從事社區內自殺高風險、自殺未遂者及自殺身亡遺族時，面對大量死亡威脅、害怕、無助或恐怖感受，產生符合上述 DSM-IV-TR 所定義的創傷事件反應者。

第三節 替代性創傷之因應

壹、何謂因應

Folkman認為因應是個體處在壓力情境中，為了緩解內在及外在需求及衝突，個體會經由內在認知或尋求外在資源，以滿足個人需求或解決外在問題，以減輕個體負向情緒或不適之生理反應 (Folkman&Lazarus, 1988)，包含同儕與家庭關係。而訪視員對替代性創傷的因應，也會隨著助人者人格特質、工作價值觀、抗壓性及支持系統，

而有不同的影響及因應方式。

貳、因應類型

研究者依個體之內、外在需求及資源，茲將其因應類型區分如下：

一、個人內在面向（Saakvitne；Pearlman，1996；邱琇琳，2005；林耀盛，2012；鄭淑靖，2012；鍾燕宜，2013）：

- 1.增進統整個體生命的重要事件及自我疏解、維持內在平衡的能力，也就是助人者必需了解個人過往的創傷經驗，處理此經驗對個人的影響，並加以預防先前經驗造成替代性創傷產生的可能性，尤其在接案時，必需適時體察自身是否出現過度之移情或反移情之情緒變化，最後形成替代性創傷。
- 2.助人者可以透過寫日記、整理服務紀錄、錄音或與其他同儕、督導或親友討論內心對相關事件感受，學習自我覺察替代性創傷的影響，進而瞭解自我內在需求、專業限制與尋求資源自助。
- 3.建立尋求适合自己之正向因應策略，在助人的服務工作與個人生活之間，要保持一定之界限，進而培養正向、健康，足以放鬆個人壓力情緒之興趣或嗜好，例如：運動、旅遊、冥想等活動，以便有需要時，可以適時轉移注意力，避免陷入情緒低潮。
- 4.提升個體積極因應及擴展因應模式之向度，每個個體要先能瞭解自己的身心特性，才能尋找最適合自己抒解壓力的方法，而這過程需不斷的往內進行自我探索，認知自己平日對個類事件的主、客觀反應，才能積極及擴展因應替代性創傷的因應模式。
- 5.針對已形成或瀕臨替代性創傷之助人者，應能主動尋找專業心理諮詢協助，藉由心理諮詢的協助，跨越替代性創傷的影響，進而增強自身面對替代性創傷的因應能力。

二、個人外在環境面向（Pearlman；&Saakvitne，1995；胡峯鳳，2007；鄭淑靖，2012）：

- 1.主動參與督導，尋求專業知識協助解決造成替代性創傷來源，以及尋求同儕的

支持，藉此降低工作上孤獨感，並可提供情感與經驗交流的機會，進而降低替代性創傷所帶來之衝擊。

2.改善職場勞動條件，例如升遷機會、提高待遇、合理的個案量、特定休假及在職訓練等，以便讓助人者在面對替代性創傷時，能獲得職場上的保護及支持機制，進而成為面對、處理替代性創傷之立基。

3.職場應定期辦理與創傷因應之相關研習與研討會等在職教育訓練，使助人者能更加認識替代性創傷影響與成因，並學習相關因應策略。

三、社會文化/專業制度面向（周焯智等，2006；蕭美君，2010；陳若璋等，2012）：

1.相關支持性之政府或執行業務單位部門資源投入，例如：執行業務單位將助人者可能因工作遭受替代性創傷視為正常且可能的情緒反應，並在專業制度面提供心理諮商或情緒抒解方式，鼓勵助人者在同儕與督導面前敘述自己對個案創傷事件的身心感受與影響，藉以調節助人者的身心壓力。

2.除一般為助人者辦理之教育訓練或個案研討外，機構可以成立教育性團體或組織，定期的辦理支持或成長性質團體，讓助人者瞭解、接納當地自殺企圖、未遂者之文化特性、思維邏輯與精神狀態，甚至如何面對職場壓力、可能遭受之替代性創傷為何，讓助人者可以事先做好相關因應策略工作者有心理準備。

3.為因應自殺成因的多元及複雜化，靠著單一助人者進行自殺防治，成效必然受到局限，故應配合相關法令規定，建置互為支援機構，讓助人者隨時可以取得社會資源加以運用，以減緩工作挫折與壓力的產生。

參、因應方法

在過去國內、外學者透由實務研究與經驗發現，替代性創傷因應方法，大致可以藉由學習自我覺察身心變化、連結他人支持，進而達到個人的認知和行為的改變，進而調整、抒解創傷症狀，而其操作方法可區分為個人內在部份之生理與心理兩種層面，以及外在環境支持部份（徐畢卿，1999；鍾燕宜等，2013；陳若璋等，2012；鄭淑靖，2012）：

一、個人內在部份

(一) 生理層面：

經由覺知身體肌肉鬆緊、呼吸、心跳快慢，以及思考反應狀況，得知生理狀況在與個案會談當下及結束之後，其生理變化狀況，進而自我控制其創傷症狀的發生，其訓練方法包含靜坐、律動練習、聆聽音樂及特定儀式等（如將感受具體書寫紙上再丟棄）。

(二) 心理層面：

可藉由個人對創傷事件認知的適應或改變，減緩替代性創傷所帶來之心理創傷壓力症狀，其訓練方法包含敘說創傷經驗、重組創傷經驗感受、自我提醒及接納等。

二、外在環境部份

定期召開職場督導會議，提供專業知能、輔導技巧與心理支持，並針對專業知識或技巧不足處，積極參與短期在職進修訓練、成長團體與不同專業的學位進修。

肆、小結

而本研究所提及之替代性創傷因應，即根據上述文獻所歸納出，個人在面對大量死亡威脅、害怕、無助或恐怖感受等反應時，自我面對改善此替代性創傷症狀反應之方法。

第四節 生態支持系統

壹、生態系統定義

從生態學理論（Ecological Theory）來看，它將人們和環境視為各自單一卻又相互作用的系統，在這個系統內它們彼此不斷影響，著重於個體與外在環境的交互影響（Germain, 1999），依其空間與社會距離，分成微系統（個體內在及家庭）、中介系統（微系統與外系統交錯影響處）、外系統（個體易接觸之生活環境）、鉅視系統（個

體所處社會文化政策)，而在各系統間又具備幾個特性：

- 一、系統是由相關聯的部份組成；
- 二、系統以各部份間相互連結的模式進行；
- 三、各部份藉由訊息交換而形成連結；
- 四、任何一個開放系統的起始與終止是隨意而武斷的；
- 五、利用在組成的部份之間傳遞訊息來維持自身的平衡；
- 六、系統無法單獨被觀察等特質（Eddy Street，1999）。

貳、生態系統類型（Germain，1999）

一、個體內在微系統(microsystem)：

微系統是指個體可直接接觸，對其有直接影響的系統。例如 自出生起及很密切的家庭以及之後的學校、同儕關係。

二、個體外在環境系統(exosystem)：

外在系統是由個體的外圍體制所構成，包括工作場所、社區組織與服務、家族親戚、大眾傳播媒體、法律服務等，個體居於其中，雖非扮演主導的角色，但此系統卻間接影響個體的適應。

三、社會文化/專業制度鉅視系統(macrosystem)：

鉅視系統包含廣泛層面的意識型態、文化等，鉅視系統為個體設立了行為標準，大致政策法令之制定，小至日常生活的態度言行，其背後都隱含這社會或個體的意識型態。

參、訪視員的生態系統類型與個體創傷反應（Germain, 1999；Hepworth & Rooney & Larsen, 1999；江亮演、洪德旋、林顯宗、孫碧霞，2009）

訪視員在從事自殺防治過程中，經常要獨自接觸、同理情緒低落之個案，甚至需要處理正在以各類工具進行自殺行為之個案，訪視員不僅在處遇個案當下容易受到心理的創傷，更可能因為阻止或遭到個案無意、有意的人身傷害，加上事後在面

對專業制度進行相關自殺個案研討時，專業制度對自殺防治成效與訪視員專業角色的期待，讓訪視員因這樣的過程，在其生態系統的不同層面，顯現替代性創傷對訪視員這個個體產生的衝擊，其關聯可能性如下：

一、助人者內在微系統(microsystem) 與創傷：

助人者受本身信念、價值、態度、心思、自我形象、人格特質及過往生命經驗等內在微系統因素影響，導致助人者在面對個案創傷問題時，可能產生做惡夢、情感解離、麻木感、失眠、逃避會引發創傷回憶的事物、易怒、過度警覺、失憶和易受驚嚇等替代性創傷症狀，另外，也影響到助人者在自我覺察替代行創傷影響的敏銳度及採取積極或消極的因應策略。

二、助人者外在環境系統(exosystem) 與創傷：

助人者與外在環境、同儕、家庭成員及朋友等容易接觸到重要他人，容易彼此在觀念及情感間互相影響，進而形成一套互動模式的潛規則，規定成員角色結構、權力結構、溝通方式與妥協和解決問題方式的獨特外在環境系統，其中外在環境的個案數量、個案自殺成因、督導機制及職場規定，若是不利訪視員者，可能成為訪視員替代性創傷的成因，但相反的，若是外在環境可以提供訪視員支持時，又可能轉換成訪視員因應替代性創傷的資源。

三、社會文化/專業制度鉅視系統(macrosystem) 與創傷：

許多鉅視系統包含廣泛層面的意識型態、文化等，對訪視員的影響都是容易被忽略的，例如對助人者人格特質、專業程度、錯誤容許度及期待多方位專業角色等概念，從學校體系的專業信念、倫理養成到專業制度設計都可見一斑，但是，正因為許多社會文化制度對訪視員的工作要求已被是為理所當然，造成訪視員本身及研究過程中容易被忽略鉅視系統對訪視原替代性創傷的相關影響。

肆、小結

本文之生態系統係指，影響訪視員在面對自殺防治工作替代性創傷影響之潛在規則與因應基模，包含個體內在之生理、認知/知覺及情緒功能；家庭成員之角色結構、

權力結構、溝通方式與妥協和解決問題方式的獨特功能性系統；社會/政策/文化環境所隱含之社會大眾期待、組織架構、經費、人力管理等不同層面。

第五節 督導機制

壹、何謂督導

「督導」(supervision)意指由有經驗、專業知識且曾受過督導訓練的人員，為其他從事有相近工作人員所進行的提升專業知識或技能的工作歷程(施香如,2000)。它是一種透過定期會議或至工作現場，運用口語、書面、示範、訓練、諮詢和評鑑等各種方法，來監督、指導、穩定和提升工作服務品質的專業輔導工作過程。

換言之，通常擔任督導職務者，大多為多年從事相關工作實務經驗者，具備豐富的督導知識、能力、經驗與適當的專業特質人員，或是長年從事相關工作研究之專家學者，其督導目的為協助工作人員解決工作上所遭遇之問題、提升專業知識成長，以確保工作所服務對象，可以獲得固定水平之服務品質。

貳、督導模式與功能

督導是一種督導與被督導者定期的彼此知識、經驗學習歷程，依其參與人數與專業性質，督導模式可區分為個別督導、團體督導、同儕督導及跨專業團隊模式，換言之，它是兩人以上、以人為中心的知識、經驗相互交流活動，進而讓被督導者有效的執行被機構賦予之工作，其功能具備促進督導關係、個人感受與個人發展等目標，而依近代國內外學者分類及其功能說明如下(Hughes&Wearing, 2007；黃源協, 2008)：

一、專業知能發展功能

督導教育角色功能之一，在於將自身現有專業知識與實務經驗，協助受督導者能對服務對象有更深入瞭解，覺察自己與服務對象符號互動過程之訊息接放差異，

以便受督導者能獲得特殊專業知識、技巧，不斷學習成長，以便有效處理服務對象問題及機構賦予之行政庶務。

二、個別諮詢功能

部份機構在團體式督導外，會提供個別式督導，主要是因為服務對象問題的特殊性、問題涉及機構運作或同儕時，並不是所有的議題適合在團體討論中進行，因此，提供特定或不特定時段，讓被督導者可以適時、受保護的深入探討，也在近代成為主要的督導功能之一。

三、行政作業/績效監控功能

部份組織將督導者之行政作業功能，幾乎等同於績效管理功能，主要是因為督導者本身需對服務方案或機構人力配給何類型方案，以及該方案需達到何種計畫目標，都需要有明確之認知，方能定時檢核服務方案執行進度，以及提醒員工完成任務之執行進度，間接從行政作業管理層面進入被督導者之服務品質管控層面，以便確保被督導者與服務方案皆在運作中。

四、心理支持功能

儘管專業知識的學習與績效管理是督導機制中的主軸，但隨著員工是機構資本財的觀念影響，許多的被督導者可能需面對服務對象與機構要求之壓力，造成員工情緒壓力與困擾，故部份督導者也被授予需提振被督導者工作士氣、成就感及個人能力發展等功能。

五、衝突調解功能

一個團體或成員間在執行任務時，多少會因為各自專業背景、文化價值、成果期待等不同，產生在服務認知與提供過程的意見分歧，當然這些衝突可能為個人或團體帶來正向或負向之影響，但是督導者需在互動過程中，讓問題的各個面向得以被討論，並進而引導問題的解決，化解衝突事件的產生。

參、督導者與被督導者

一般而言，督導者與被督導者必需透過規律、定期的正式非正式會議來進行，而

在彼此互動形式與影響類型程度，可以依互動目的區分關係如下：

一、管理階級關係

就機構而言，大多會區分為決策、管理及執行等三大層級，而被督導者大多為執行層面之第一線人員，而督導者大多為機構內部之管理階層，並且督導者除了需要提供被督導者專業指導外，間接也多被機構賦予考評、督促被督導者落實執行該業務之實質意含，因此，督導者與被督導者因機構管理機制考量，通常都會蒙上一層管理階級關係。

二、教育學習關係

庫伯在其學習圈理論（Kolb's Learning Cycle）中提及任何學習過程的起點或知識的獲取來源，首先都是來自人們的經驗傳承，因為人不可能隨時都可以體驗到生命週期內的每一個生命事件，因此，透由他人的經驗進行清理、整合、歸類、條理和拷貝，可以快速取得近似欲取得之經驗事件，反觀在助人工作的專業知識養成過程中，除了來自學術研究及教育體系的學科基礎理論原理的訓練外，有更多專業知識的累積，來自實務工作者長年工作經驗的累積，之後再透由各種形式分享給新進的實務工作者，以便新進實務工作者可以快速融入工作情境中。

三、復原療癒關係

助人者在工作中經常需要為個案進行悲傷輔導，但是在看見、傾聽他的痛苦經驗時，許多的助人者無可避免地被影響其生活或生命的信念，甚至出現挫折、沮喪、失望等情緒，而目前國內的助人工作相關研究中，部份督導也開始採取支持性心理治療理論，也就是督導者合理的以勸導、啟發、鼓勵、同情、支持、評理、說服、消除疑慮和提供保證等交談方法，幫助受督導者認識問題、改善心境、發揮其潛在能力，提高應付危機的技巧、適應困難的能力，達到抒緩精神壓力，幫助走出心理困境，避免精神發生崩潰。（周立修等譯，2005）

肆、小結

本文所指之督導機制係指，訪視員接受機構所指派之督導者，定期以個別或團體型式，針對自殺防治工作所面臨到之個案事件、行政作業及心理壓力等不同問題層面，以口頭、書面或示範等方式，協助工作人員解決自殺防治工作上所遭遇之問題、進而提升專業知識成長，以確保工作所服務對象，可以獲得固定水平之服務品質。



第三章 研究方法

第一節 研究方法的選擇

由於「質性研究」(qualitative inquiry)可以深入探索個體的主觀想法、感受、意義等，加上可以取得主、客觀描述複雜的現象，故近年來在深入研究人類社會科學中日益受重視與應用。但在質性研究典範內，有著廣泛多元化之類型，不過T. A. Schwandt 曾提到質性研究的三個知識論立場：詮釋論(interpretivism)、詮釋學，與社會建構論。而德國社會學家及心理學家狄爾泰(Dilthey)更認為哲學的中心問題是生命，通過個人「生活的體驗」(Erlebnis)和對生命同情的「理解」(Verstehen)，就可認識到文化或歷史即生命的體現。社會學家韋伯(Weber)也直言「社會學是一門科學，其意圖在於對社會行動進行詮釋性的理解，並從而對社會行動的過程及其結果予以因果性的解釋。」。故本文採用詮釋學(Hermeneutics)研究概念，透由深度訪談、互動符號，理解訪視員所在之生活世界所帶來替代性創傷之真實感受，進而深描、再次建構訪視員在面對自殺未遂、自殺意圖及自殺遺族之死亡意圖與悲傷情緒時，所帶來之替代性創傷反應與因應經驗的真實反應，同時也透過研究者自身的經驗，與其形成詮釋的基礎對話平台。

第二節 研究程序

本研究之研究程序為：文獻探討形成前理解、確定研究問題、選擇合適的研究方法、前導性研究、邀約研究參與者、正式訪談、謄寫逐字稿、資料分析與編碼、撰寫研究內容並完成論文。

第三節 研究對象與資料蒐集

壹、研究參與者

研究者自身因從事自殺防治工作而曾產生替代性創傷症狀，而觀察同工作場域之

其他訪視員亦有出現替代性創傷症狀，故採立意抽樣，邀請本身工作所在之嘉義縣市自殺防治場域現職或離職一年內之4~6位訪視員，個人願意參與本研究並分享從事自殺防治工作之心路歷程者，進而探究替代性創傷症狀是否為該場域之共同現象。

貳、資料蒐集

本研究採取質性研究中，最常運用在蒐集資料方法之深度訪談法（in-depth interview），是研究者與參與研究者藉由言語、肢體等符號進行面對面的互動，進而發現出研究參與者內在之動機、想法、態度及信念，並根據研究問題與目的設計半結構化訪談大綱作為訪談指引。

第四節 研究設計與研究方法

壹、研究設計

研究者於訪談前針對國內自殺防治議題、助人者的替代性創傷及生態支持系統之內涵進行探究，以形成研究者個人之前理解，即研究參與者會與其生態系統產生對個人在面對替代性創傷事件之影響，亦即形塑個人面對替代性創傷之潛在因應規則，而在面對自殺防治工作中之特殊個案案件是否產生個人對自我替代性創傷經驗之覺察與轉化，進而產生個人特有因應替代性創傷之因應模式。故本研究依生態系統互動模式為架構，進行研究設計概念如下圖：

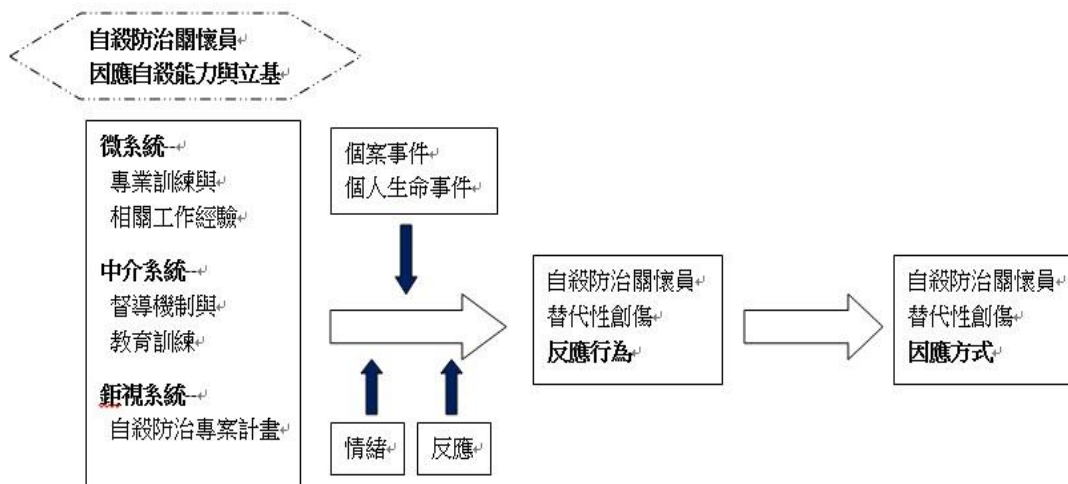


圖6：訪視員替代性創傷成因與因應研究架構概念圖（研究者自製）

貳、資料分析

由於替代性創傷因應模式的塑造，涉及個人生命經驗、專業訓練及工作事件所在世界影響，故藉由蒐集研究議題相關文獻資料及研究者自身的經驗，形成研究者對訪視員替代性創傷可能來自過度同理創傷事件遭遇者，或因工作誘發個人過往原創傷事件之前理解，但是每位訪視員所引發之替代性創傷症狀程度，卻又會隨著個人內在之專業知識與工作經驗、外在家庭與職場支持及社會文化、政策對自殺防治的認同等立基點不同，形成訪視員會有不同替代性創傷症狀程度之影響。因此，研究者透由深度訪談方法，由研究參與者依照其經驗展開（unfolding）敘說，再由研究者將其轉騰為文本，瞭解研究參與者面對所在世界對其「自殺」、「替代性創傷」等研究議題之創傷反應基模。最後，研究者將接近真實客觀的「自殺」、「替代性創傷」等研究議題的客體，進行完整經驗結構描述，也就是研究者以主觀的認知並加以重新建構為接近真實客觀的存有，也就是把「自殺」、「替代性創傷」等研究議題的客體性呈現為如此這般之事物的脈絡面向突現出來（陳榮華，2011）。

第五節 研究倫理

本研究人員除已接受「人體試驗倫理訓練」外，亦將於研究參與者參與訪談前，在遵守誠信原則下，告知研究參與者研究計畫內容，且在尊重個人意願下、取得當事人的同意，而當事人在參與研究過程中亦可隨時終止參與，並在確保個人隱私下，以代碼替代每一筆資料的身份，以避免有任何危害研究參與者身心事件之產生。

第四章 研究資料分析結果

第一節 研究參與者與研究分析層次

壹、研究參與者基本資料

本計畫研究參與者共計六名，其基本資料簡述如下表〈表3〉：

表3：研究參與者基本資料表〈研究者自行整理〉

代號	性別	年齡	畢業科系	自殺防治工作年資	自殺防治訓練	訪談地點	訪談次數	訪談總時數
A	男	29	社工系	半年	40小時以上	便利商店	2	3小時
B	女	29	心理/諮商系	半年	40小時以上	醫院	1	1.5小時
C	女	25	心理/諮商系	半年	40小時以上	醫院	1	1.5小時
D	女	26	心理/諮商系	半年	40小時以上	醫院	1	1.5小時
E	女	27	護理系	半年	40小時以上	醫院	1	1小時
F	女	32	護理系	二年	80小時以上	醫院	1	1.5小時

貳、研究參與者專業背景說明

本計畫研究者為40歲上下之男性社會工作背景畢業，從事社會工作相關服務年資為15年左右，而參與計畫之受訪者，以女性居多〈女性5位，男性1位。〉平均年齡約28歲上下，其中僅有1位受訪者是社會工作背景畢業，3位受訪者為心理諮商背景畢業，2位受訪者為護理背景畢業的，因此，6位受訪者的原大學專業科系訓練背景是有所不同的，目前3位心理諮商背景畢業之受訪者，有2位正利用工作之餘研讀社會工作學位；另外，2位護理背景畢業之受訪者，有1位利用工作之餘，已研讀完畢社會工作學位，現正持續研讀心理諮商學位；而此6位受訪者在從事此份自殺防治工作

前，僅有1位曾從事社會工作，其餘5位則未接觸過社會工作相關工作。

參、研究資料分析層次

訪視員從事自殺防治工作事由、專業背景訓練及相關工作經驗，是否與訪視員替代性創傷成因及症狀有關？以及該事由、專業背景訓練及相關工作經驗是否亦與訪視員因應替代性創傷因應能力相關？本研究分析層次先初步從訪談過程中，瞭解訪視員之從事自殺防治工作事由、專業背景訓練及相關工作經驗，其次從投入自殺防治工作後，訪視員是否產生與替代性創傷相似症狀，以及訪視員本身如何因應處理替代性創傷症狀，最後從訪談文本中歸納、分析訪視員之替代性創傷共同成因、症狀類型與因應成效，以及進一步詮釋替代性創傷、成因與因應成效，如何在個人內在、外在環境與社會文化政策中，彼此交錯影響。

第二節 從事自殺防治工作事由

自殺議題是經過國內新聞媒體報導後，才陸續被國人所慢慢被重視，但是，國人對自殺防治工作的投入並不多，根據2012年全國自殺防治中心訪查臺灣地區年滿15歲以上民眾結果指出「感受到自殺問題嚴重及自殺問題惡化的民眾比往年少，但仍有半數以上持悲觀看法，約有五成六民眾認為自己對自殺防治幫得上忙，其中，民眾認為對自殺防治工作能幫的上忙以「關懷陪伴」居多。」(2012，全國自殺防治中心計畫成果摘要)，也就是將近有一半的國人認為自己並無法協助自殺防治工作的推動，而對於從事自殺防治工作的訪視員更是前所未聞。

連接受訪談的大部份訪視員，雖然來自社工、諮商及護理等三大專業背景，但是當初加入自殺防治工作行列時，對於國內現行自殺防治工作的現況也所知不多，許多是受到就讀科系影響，讓訪視員會想從事與科系相關之工作，可是自殺防治工作的專業工作背景，究竟隸屬於社工？諮商或護理？或者這三者的專業知識都被需要？

不過在專業科系所賦予的「助人信念」與「直接服務經驗」，形成訪視員投入自殺

防治工作的基礎動力，而對於未來美好工作憧憬與期待挽救邁向死亡生命的文化意識及透由信仰面對、探索死亡帶來的生命意義等多重個人認知、宗教、社會文化交織而成，處處存在的潛在生命文化教育概念，讓訪視員投入自殺防治工作前，產生自殺防治工作是否能符合自己的價值感，亦即是否為自己喜歡的、是否為自己可以勝任的、是否為自己帶來存在感，並在參考、學習曾經從事自殺防治工作的他人經驗或建議，作為是否加入自殺防治工作行列的參考建議，以確定自己未來是否可以勝任自殺防治工作，最後決定投入自殺防治工作中：

壹、受就讀科系影響

大專院校以上科系專業知識教育養成訓練，可以說是形成訪視員對於自殺防治工作基本服務技巧及工作理念的搖籃。此次研究參與者的大學畢業科系分別為社工、諮商和護理系，而「助人工作者」的社會正面形象，向來是社工、諮商及護理等三大科系在大專院校所塑造而成之社會觀感，以及教育者所賦予學習者的基本認知，這種正面的形象的塑造，當然也讓「助人工作者」的信念深植訪視員心中，對他們而言，「助人」是他們投身於訪視員工作的原因之一，而這份信念，正來自於他們大學的學習。其次，便是專業科系課程規劃中的實務實習或志工服務等直接服務過程中，讓訪視員認為在實習或是直接服務的過程，對於所學的專業知識與技巧，是可以運用在自殺防治工作內容及所需專業輔導技巧中，這份工作是可以善用自己在大學所學的，而自己也有能力可以去做這份助人服務工作，也因此專業科系所賦予「助人信念」之價值感與「直接服務經驗」之能力感下，形成訪視員投入自殺防治工作的動力，也認為自己是有專業能力幫助他人的助人工作者。

而此次訪談中，社工背景或是諮商背景的助人者，都不約而同地提到大專院校中的會談、同理技巧的學習和助人觀念，對於自己選擇投身於訪視員的工作是有影響的；

「其實我覺得這只是算社工裡面的一環，甚至是助人服務的一環，而且自殺防治屬於較第一線的工作，跟所謂間接服務是有所不同的……他自己會產生怎樣的反

應及會談技巧，及真正學習到同理心的地方。」(A1-002)

「剛好我的工作想要休息，因為時間性太長了，然後想說換個，回到原本的跑道，因為我是唸心理系，心理學系，所以我想要說去試看看。」(B1-004)

「從事這個工作主要有幾個原因……第二個部份是在大學所學的，因為在大學讀輔導諮商科系，在未來我就一直想要怎麼樣去幫助其他的人……那第三個是跟我的經歷相關……所以我才選擇這份工作。」(D1-002)

但是雖然在大專院校中的護理教育也賦予助人概念，但是訪視員中具備護理背景的助人者並未提及「助人」及「直接服務」等內容，而是著重在探討醫療責任問題，這可能與護理系之教育訓練及畢業投入醫療工作後，大多是以配合執行醫囑、照護業務模式為主有關，因此，造成在投入自殺防治工作動機中，似乎不同於具備社工與諮商背景的助人者之處，另外，也未提及受到大專院校以上科系專業知識教育養成訓練影響而投入自殺防治工作：

「臨床上不外乎就是照顧病人，根據病人的狀況，就跟主治醫師討論治療的狀況，就是很固定的，除非就是病情變化。」(E1-003)

「之前有的工作要輪三班，會有生命上的堪憂，或者是需要急救，或三更半夜要被叫出來值班。」(F1-004)

貳、對原工作環境感到倦怠

從事第一線的服務工作人員，時常容易因為競爭激烈的社會環境氣氛、不同機構間的生存競爭、員工彼此的績效競爭、僵化、枯燥及高壓的工作環境、個人成就感下降、薪資所得不符合期待等等多元因素，而形成對原工作環境的倦怠，而此現象在一般職場是經常發生的。

而在訪視員中，也有二位的助人者對原有工作環境產生倦怠，助人者嘗試著投入和自己專長領域相關，卻又不全然相同的自殺防治工作，期盼轉換工作環境後，能有不同的工作未來，這種假設讓訪視員投入自殺防治工作時，產生許多美好工作憧憬與期待。

「剛好我的工作想要休息，因為時間性太長了，然後想說換個，回到原本的跑道，因為我是唸心理系，心理學系，所以我想要說去試看看。」(B1-004)

「簡單來說就是剛好有這個機會啦，那因為我之前是護理人員，我從事臨床工作，我也想要跳出常規，跟有固定的上班時間，換一個工作的性質，也是讓自己去嘗試不一樣的工作。」(E1-002)

參、受個人生命經驗及信仰影響

「救人一命，勝造七級浮屠。」是國內常見的傳統文化意識之一，甚至施人點滴泉水亦為宗教所鼓勵之行善積德之法，尤其當身邊重要他人死亡後，更加強了人對生命無常的感知，形成逃避死亡所帶來的失落或轉而透由宗教信仰探索死亡對生命的意義，所以除了受專業教育訓練及舊有工作倦怠影響訪視員選擇這項工作之外，挽救邁向死亡生命的文化意識，以及透由信仰面對、探索死亡帶來的生命意義…等，這之中交織著多重個人認知、宗教、社會文化，處處存在的潛在生命文化教育概念，亦成為訪視員從事自殺防治工作的事由之一。

承襲家庭及社會而來的宗教概念促使了二位訪視員想去投入這項直接助人的工作，給予工作正面的肯定。而在與「死亡」交手的經驗，也震撼了當事人，讓他想去探索、了解這個議題：

「之前是在做一般門市的服務業，這樣，然後會接觸這個工作，應該是大學同學，他自己在其他的縣市有在服務，然後我也覺得就是說，就是可以做這一塊，就是像我媽說就是很像在積陰德，積功德，那我也很想嘗試看看。」(B1-003)

「主要是經歷過相關的工作經驗，身邊的朋友有自殺成功的，所以才會想要來。」(C1-002)

肆、工作價值觀

「工作價值觀」代表的是一個人人在選擇、從事工作時，想從工作中取得何種自我期待之有形、無形事物，進而形成引導個人對特定工作行業的偏好認知與意向，訪視員

在選擇從事自殺防治工作時，亦會考量自殺防治工作是否能符合自己的價值感，亦即是否是自己喜歡的、是否是自己勝任的、是否為自己帶來存在感。

對其中二位助人者而言，不約而同地期待認可自己的工作是有價值的，是可以助人的，並在這之中建立個人的價值與存在感，並能從這份助人工作中，能與他人正向互動、關懷他人，並從自殺防治的這份工作中，帶給接受服務者正面、樂觀的價值觀，這也支撐著助人者持續投入這份工作中：

「對，會找到一些價值感與存在感。」(A1-047)

「從事這個工作主要有幾個原因，第一個跟我的個性比較相關……第二個部份是在大學所學的……那第三個是跟我的經歷相關，因為我大學每一年的暑假，我都會去花蓮的可樂部落，都是原住民，四年裡面，我每年都會去待二個月，跟那邊的青年或是跟那邊的小朋友做互動，做輔導關心，那另外一部份也會於週末去家裡訪視……所以我才選擇這份工作。」(D1-002)

伍、朋友介紹

Banduray在社會學習理論（Social Learning Theory）中，認為人的多數行為是通過觀察別人的行為和行為的結果而學得的，也就是依靠觀察學習可以迅速掌握大量的符合社會或個人期待的行為模式，因此，在投入自殺防治工作前，參考、學習曾經從事自殺防治工作的他人經驗，作為是否加入自殺防治工作行列的參考建議，以確定自己未來是否可以勝任自殺防治工作，便成為二位訪視員投入自殺防治工作的方法之一。

但相較於廚師、教師、工程師…等等，訪視員這份工作對社會大眾而言，是陌生的，不是普遍可獲得的工作資訊，相較之下，對於自殺防治這份工作就比較不瞭解，因此，部份訪視員只能透由他人的親身經驗作為媒介，得以全面接觸及了解自殺防治工作的全貌：

「是大學同學，他自己在其他的縣市有在服務，然後我也覺得就是說，就是可以做這一塊。」(B1-003)

「因為當初有前同事有先進去工作，他有跟我說工作內容大概是去家裡訪視，也蠻有趣的，就是也蠻有挑戰的，跟之前的工作不太一樣，就想說進來試試看。」

(F1-003)

第三節 替代性創傷成因

壹、個人內在層面：

在從事自殺防治工作時，訪視員處理自殺防治工作權限為何，訪視員僅能以進行柔性諮商輔導或社會資源連結為主，隨著無強制性公權力的介入，加上也不知該以何種角色介入服務時，隨著服務時間越久，訪視員究竟是「誰」？究竟可以「做什麼」？反而成為存在訪視員心中的疑惑，因為單從規定來看，訪視員似乎只是單純的各類社會資源連結者及使能者，可是現實服務過程並非如此，自殺個案可能還有法律、精神、疾病跟心理問題，訪視員至少必需擁有社工、諮商跟護理等三大專業知識，而隨著每個自殺個案的問題不同，訪視員介入提供的專業知識便不同，因此，訪視員究竟是社工人員？或是心理諮商人員？抑是醫療護理人員？沒有訪視員可以明確的說明自己的身份角色，最後自殺個案的問題並未被解決，訪視員僅能採取陪同策略，伴隨自殺個案一起面對走過所有問題，雖然無助、不知道該如何是好，只能儘量不斷進修，補充所有基本專業知識，服務過程中所帶來的恐慌、負荷不了的問題重量及不知道自殺個案說詞的真實性，這一切都讓訪視員想要逃避，不想再面對這一切，可是這是工作，也是一份專業責任的倫理道德，找不出可以讓訪視員可以逃避的理由，只能一而再、再而三的告訴自己，需要勇敢的面對這一切，讓訪視員的內心充滿矛盾與衝突：

一、難以掌控、介入感

雖然依據《精神衛生法》第 32 條規定「有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即

護送前往就近適當醫療機構就醫。」，賦予訪視員在從事自殺防治工作有法令上之依據，但是在近期人權的保障之下，根據《提審法》第1條規定「人民被法院以外之任何機關逮捕、拘禁時，其本人或他人得向逮捕、拘禁地之地方法院聲請提審。」，因此，造成訪視員在判讀危機事件時，是否能以政府公權力介入處理，或是以政府委外執行單位而言，就行政法效力來看，訪視員處理自殺防治工作權限為何，都無法得知，造成訪視員僅能以進行柔性諮商輔導或社會資源連結為主，隨著無強制性公權力的介入，加上自殺個案的問題並未被解決，訪視員僅能採取陪同策略，伴隨自殺個案一起面對走過所有問題。

生命的掌控權不是在個案自己身上嗎？但隨著訪視工作的介入，個案的生死大權彷彿移轉到訪視員身上，但是在現實層面，個案生命的掌控權卻不是訪視員可以介入處理的，但是這份自殺防治工作的基本要求，卻需要強行介入個案的自殺意圖或行為，一股到底誰才是生命的掌控者的疑問，充斥著訪視員腦海中：

「酒癮的個案是比較不受控制的……他是屬於較不受控制的個案，那相對的不受控制的個案，就會產生自傷自殘的行為的時候，我們就無法去阻止或無法去給予個設限。」(A1-057)

「她先生的狀態我沒有辦法去改變，然後請她離開這種小村莊，以前她就沒有離開過小村莊，要她踏出這一塊，我也知道這很難，且她又有一定的年紀了，那我只能覺得說在旁邊陪伴她。」(B1-071)

「因為我們的訪視頻率沒有算很高，平均一個月二次，3-4次就算多了，所以才幾天前看過他，後來又去看他，而之前存在的人，之後連空氣都不是了。」(C1-020)

「當然是人都會有情緒變化，我覺得那人的情緒要分析起來是很多種，有時候是說不聽的個案，會讓你有無力感，有時候是看到這個個案的時候，那麼多無奈的情境的時候，你不知道要怎麼去幫助他們。」(D1-007)

「面對面比用電話談可以談的比較多，主要是因為在家裡面可以讓他們感到比較舒適，然後他們也願意講的比較多，而我們也曾約在外面，他們會覺得在外面談，可能比較不好意思談，也講得沒那麼多，甚至個案想提前結束訪談。」(E1-017)

「個案的生死大權是掌握在他們自己的手上，並不會因為你叫他不要去死，他就不會去死，只是說我們在他面對不能這樣講。」(F1-019)

二、不確定的專業角色

訪視員究竟可以以何種身份為自殺個案帶來何種服務，在服務初期，依照政府自殺防治服務計劃規定，訪視員需透過定期關懷訪視，結合社政、勞政、衛政、教育行政等資源，瞭解自殺個案、精神病患及家屬需求，及早評估、發現生活遭遇困難，或有社服需求之高風險家庭或個案，結合並轉介相關資源單位，並主動提供預防性服務方案，建構資源轉銜體系，並增進個案及家屬之疾病知識與問題解決能力，以減少自殺高危險群重覆發生自殺或自傷等行為。但是隨著服務時間越久，訪視員究竟是「誰」？究竟可以「做什麼」？反而成為存在訪視員心中的疑惑，因為單從規定來看，訪視員似乎只是單純的各類社會資源連結者及使能者，可是現實服務過程並非如此，自殺個案可能還有法律、精神、疾病跟心理問題，訪視員至少必需擁有社工、諮商跟護理等三大專業知識，而隨著每個自殺個案的問題不同，訪視員介入提供的專業知識便不同，因此，訪視員究竟是社工人員？或是心理諮商人員？抑是醫療護理人員？沒有訪視員可以明確的說明自己的身份角色，只能儘量不斷進修，補充所有基本專業知識。

相關主管單位在設定訪視員的專業角色背景時，認為護理、心理諮商及社工相關科系背景人員，便足以因應自殺防治工作，但是訪視員在接觸這份工作時，原先的專業背景並不見得就能幫助他們完成工作，有時候不知道該如何做時，也沒有 SOP 流程供其參考，大學更沒有教導如何成為「訪視員」，而且究竟該為這份工作需藥何種專業及訓練呢？不斷浮出的疑問圍繞著訪視員，護理背景的訪視員發現自己需要獨立作業、會談技巧及社會資源連結能力；心理諮商背景的訪視員發現自己需要個案生態需求評估與社會資源轉介能力；社工背景的訪視員發現自己需要接觸個案內心的諮商技巧：

「相對的酒癮個案是比較難處理，但是之前的紀錄我有提到，那相對的處理這方面的個案，我們沒辦法照一定的既定流程在走，是因為他也搞不清楚，我們到底給他什麼樣的服務。」(A1-057)

「那時候應徵是寫說要社工跟心理學相關的科系，但是我覺得在跟個案的訪談的過

程當中，可能用到心理的部份會比較多，然後社工的部份，其實就是資源轉介的部份。」(B1-061)

「對，因為個案的類型不同，可能訪員針對他們的需求服務也不同。」(C1-042)

「可能很大的部份都是他們自己的轉變，其實訪員不能說幫助多多，因為訪員最主要的是一個關心或鼓勵的部份而已。」(D1-019)

「當我面對到這些處境時，我也會想要怎麼去面對，其實他們就像是我反思的問題，然後我會想像成，如果我是他們的家人，我要怎麼去幫助他們，會比較好。」(E1-004)

「我是護理背景，之前不需要訪談個案的內心世界，若他若哭了，我們只能聽他講，也不能給他什麼，我們都會害怕這個區塊，我們也只能聽聽，就很無助，我就跑去唸社工，對於社會資源連結轉介這大構面來說，就真的有比較瞭解。」(F1-021)

貳、外在環境層面：

一、服務案量、工作時間與個案問題類型：

為了搭配個案的生活或工作時間，訪視員需要彈性調整工作時間，形成沒有正常上下班時間，甚至利用個人休息時間，完成個案的訪視工作，下班後也需要輪流值班，以因應隨時都可能發生的自殺案件；另外服務個案的人數並無上限，其問題類型也都屬於未知因子，讓訪視員有無法預測未來會面對多少案量及何種類型個案之壓力。

因此，責任制的工作，讓訪視員除了要面對每月服務已開案的服務對象，維持一定關懷訪視服務品質外，許多訪視員無法掌控的變數如案量、工作時間及個案問題類型等外在因素，宛若形成一道無形的壓力枷鎖，讓訪視員在執行自殺防治工作時，不斷的被束縛與掌控著：

「我們應算是彈性班啦，因為我們還是算所謂的責任制。」(A2-005)、「有時候會因應案主的時間，而排定我們的行程。」(A2-006)、「我們也算是會有 ON CALL 啊……大概 2-3 個月會出現一次。」(A2-007)、「從我到職以來四個月來說，平

均大概個案數量維持在 21-22 個左右。」(A2-021)、「當然算多啊，因為我們平均一個個案要訪 2 次，所以我一天起碼要看到二個到三個。」(A2-022)

「我很怕……一個月要有二次訪案記錄……然後疏忽了其他個案。」(B1-028)、「我算過最少 20 個……其實這個工作量蠻重的……當你要訪到 25 個案，一個月二次，一個月等於要 50 次。」(B1-031)、「我們都有可能再接到新案啊，我們會一直心裡都會有一點壓力，就是會覺得隨時可能都會丟案出來……那一次可能 2~3 個。」(B1-035)

「最多接到三十案……最少都有十來個。」(C1-304)、「有時候可能一整天都在外面訪案……一天最多可以到 7-8 個，但若要深度會談，了不起一天就只能 3-4 個。」

(C1-035)、「但是個案的情況若比較危急一個月可能要比較多次。」(C1-037)

「每個月的訪視，至少要有二次，基本上我們依個案的狀況來增加，目前的狀況……每個人平均案量都蠻多的，40 幾案。」(D1-028)

「每個月其實是由個管員那邊派的案量，我們曾經一個人一天接到三到四案，我們也要再服務舊案，時間真的很難去掌控。」(E1-026)、「其實我也會蠻擔心的，因為若突然個案有狀況，又接新案的話，會有較大的壓力。」(E1-027)

「我們案量會限三十案，不然在上去，壓力會比較大，而我們訪視一個月要二次的家電訪。」(F1-013)、「一個月至少訪二次，個案有什麼狀況，你就儘快去處理，去連結其他的資源。」(F1-016)

二、在職專業訓練及督導機制之運作：

訪視員每年除了參與政府規定總計 40 小時訪視員的初、進階教育訓練外，在機構內所提供的專業訓練，主要是以機構所指派的內部督導機制中所帶來的專業知識與討論為主，也因此隨著內部督導專業背景的不同，訪視員也可以學習到個案心理風險評估與自殺成因分析等不同專業知識，但是因為內部督導功能著重於結案評估與個案研討會議，在外部督導機制部份，則著重在召開個案研討暨網路協調會議，以協調跨局處單位共同解決自殺企圖者或未遂者之問題，所以雖然解決了部份個案服務問題，但是在內、外督導過程中，因為需不斷協調督導與受督導者想法，以及磨合個案結案問

題、達成個案處遇模式共識，反而造成訪視員在面對內、外督導會議的沉重心理壓力，雖然解決部份自殺企圖者或未遂者問題外，並未解決訪視員的替代性創傷問題，卻僅能靠著訪視員間彼此給予原有之專業知識建議與心理支持，作為心理與實務的主要支持力量來源：

(一) 機構內部督導的專業背景影響訪視員學習自殺風險評估方向不同：

職場除了提供穩定的工作場所及基本辦公設施設備外，在內部督導人員的挑選上，主要是以心理師或精神科醫師為主，而從內部督導的專業知識來給予訪視員建議時，心理師與醫師著重的層面是明顯的有所不同，心理師著重評估心理狀況是否會造成自殺風險，而醫師則是評估在造成自殺的成因上，但是隨之而來的是，雖然訪視員可以學習不同角度的評估方式，但是單一專業領域的素質養成，並非一朝一夕可以完成，可是訪視員卻需要立即轉換或是提升自己的專業知識，以便讓自己可以與內部督導進行個案研討或達到督導要求之標準：

「這督導是屬於醫院派出來的，是屬於內督的部份，大部份由心理師跟精神科醫師去一個承接。」(A2-026)

「因為前一個督導是心理師，因為會站在在個案的心理，去評估他是否有風險，但新的督導是醫師，他是站在醫師的專業角度去看個案的問題，所以在結案方面，與前一位督導不太一樣。」(C1-051)

「可以讓我在工作層面上有更多的思考，不足的部份，因為督導只有一位，他的專業領域只有在精神科領域裡，如果有更多專業領域的督導，可能會有更多幫助。」(D1-026)

「我們之前的督導是心理師的部份，而有些個案在情感上無法走出來時，也需要給予個案心理諮商的部份，那在這部份，我們督導會給予我們做協助，在督導不同專長或領域的部份，則又有不一樣的學習，而個案藉由心理諮商可以讓個案心理獲得抒解。」(E1-019)

「我的督導心理師或醫師會給我指導……但他們可能是短暫的幫你解決那個問題……因為他是督導，所以個案會聽他的，但我講了，他們不一定能接受。」

(F1-027)

(二) 內、外部督導功能著重於結案評估與個案研討會議：

不論內部督導的專業背景為何，或是外部督導會議（即每月主管單位召開之個案研討會議），從訪視員所論述的資料中，其主要功能在於討論自殺未遂或高風險個案的結案與否，其次則為探討特殊個案的問題成因評估、輔導方向與解決策略，最後為協調跨局處單位共同處理個案問題，但是可能隨著訪視員與內、外部督導評估個案自殺風險是否降低、是否可以結案之標準及看法不同，加上不確定未來還會承接多少新案，造成訪視員在面對督導機制時，較無法感受到自己被協助解決或增強因應替代性創傷症狀，反而在未知案量與如何與內、外部督導達成結案、個案處遇模式共識與否的層面上，產生極大之心理壓力及困惑，間接加重、甚至成為訪視員替代性創傷成因之一：

「內督的部份……是屬於醫院派出來的……大部份由心理師跟精神科醫師去做一個承接，那相對的，我們外督的部份，當然是所謂的主要承辦的相關單位……瞭解你們執行績效，你們的狀況有沒有碰到困境。」(A2-026)

「要開督導會議的時候，就是我們都很焦慮……在想要怎麼樣去說服督導讓我把這個個案結案。」(B1-043)

「可能到月底了，就很不想動手打結案，可能會很焦慮，打不出來，可能打出來了，報告結果是不是督導要的，就是我提出七個個案要結案，可能結不到三個。」

(C1-052)

「我們每個月會做二次的內督會議來討論有問題的個案。」(D1-022)

「我們若遇到個案的問題我們能力無法解決的話，我們就會在督導會議上提出來討論，看督導能不能給我們更好的建議。」(E1-018)

參、社會文化政策層面的專業光環傷害：

「哪個角落能療傷，誰有溫暖的肩膀，為什麼愛上你會這麼的恐慌，負荷不了的重量，沉的像你說的謊，已經說的自然我也全盲，停在錯的方向，親愛的逃避沒

有不好。」這是歌手 A-Lin 的一首歌-「逃避沒有什麼不好」，雖然歌詞原先的用意是在談述男女情愛問題，可是卻也娓娓道出訪視員的心聲，服務過程中所帶來的恐慌、負荷不了的問題重量及不知道自殺個案說詞的真實性，這一切都讓訪視員想要逃避，不想再面對這一切，可是這是工作，也是一份專業責任的倫理道德，找不出可以讓訪視員可以逃避的理由，只能一而再、再而三的告訴自己，需要勇敢的面對這一切。

從另一個角度反思，專業的代名詞不外是理性、科學及一套理論系統，相對而言，訪視員必需做到理性、無自我情感、無認不認同個案的問題，個人的負向情緒表現是與「非專業」劃上等號的，訪視員之專業教育背景，是以來自國內社工、心理及護理科系為主，而規範此三科系之工作教育倫理守則中，皆要求訪視員應以同理、堅毅、理性、客觀及尊重的態度幫助當事人，維護當事人的基本權益，並盡力促進其福利，但在面對個案多元且複雜性問題時，如物質濫用、爭取社會資源補助、情感性問題及婚姻暴力等等，致使對於個案即使有懷疑或其他想法，仍得強迫自己去面對處理，但是訪視員也是「人」，這是一個不變的根本，成為專業的科學產物，遭受專業光環籠罩的訪視員，反而間接導致訪視員無法宣洩自我正、負向情緒，形成一種執行專業業務行為的職業傷害：

「生氣當然是多少會有，但是不是代表說，嗯～他只要用這種（自殺）當手段，我們就不去服務，我覺得這個是跟社工的本質相違背的。」(A1-006)

「因為完全沒有接觸過這個部份，而且對社工這個部份是很，完全是空白的，所以會想說，我幫不上個案的忙，所以還是會害怕丫，怕說我很怕說我講錯話，或是哪個點不能接觸。」(B1-007)、「然後又很怕不懂他們的狀況，然後之後我又得要自己去啊。」(B1-016)

「會對這種，會有一種，是一種情緒，會伴隨著去訪下一個個案，這種負面的情緒會累積，那可能那陣子我的情緒就會很低落，那我就要去調適一陣子之後，才會回到自己的軌道，才能再訪案，但是在下一個個案又這樣子的時候，可能又會再重覆一次。」(C1-020)

「在對爸爸的角色有很大的期待，有時候看到個案的時候，有移情，但是他們在扮演的時候，不是很符合社會角色的時候，可能會勾我一些生氣或失望的感覺。」

(D1-038)

「我會去留意去調整，我即便我沒有很熟的人，他們跟我談話的時候，我就會開始緊張，但我就會想說，我會不會讓他們發現我在緊張，我就想說我幹嘛要緊張阿。」

(E1-024)

「其實還蠻恐怖的，若是自己一個人去處理就真的很害怕了，像我有同事會陪，就是等於說二個人去處理就還好一點點，但有時候同事不在，就得自己一個人去訪，有時候那種莫名的恐懼感就會增加一倍。」(F1-010)

第四節 替代性創傷症狀

一般勞動市場中常見工作為勞工所帶來對身心直接影響，可區分外在長時間、密集、重覆性動作或姿勢不良，所帶來之神經系統、分泌系統、循環系統、消化系統、骨骼系統、呼吸系統、生殖系統、泌尿系統及皮膚系統等外顯身體結構損傷；除了身體結構傷害外，另一部份，便是心理的創傷，包含工作壓力、職場氣氛、人格特質、人際互動等因素，為勞工帶來身體不適、工作倦怠及心理創傷等潛在心理傷害，而身體與心理傷害的形成、影響，更容易彼此交錯、互為影響。

工作所帶來之潛在心理創傷，正因為其傷害不外顯、逐漸累積及受人格特質影響等特性，形成國內工作職場對工作所造成的心理創傷多所忽視。訪視員每天面對自殺未遂或企圖者之負向情緒及難解問題，更加容易影響從事自殺防治工作訪視員，形成助人工作這一行業特定產生之替代性創傷，包含身、心理的傷害。

面對自殺防治層出不窮的緊急工作事件，參與研究的訪視員中，持續、有頻率的產生助人工作行業中，常見的替代性創傷症狀的生理及心理反應，其影響向度分別為個人內在及對個案服務態度層面，其內容分述如下：

壹、個人內在影響層面：

一、生理症狀部份：

訪視員在提供服務過程中，每天從一上班便需要維持高度警覺到下班，也並不會因為下班後，便立即放鬆警覺，因為即使不在服務現場時，訪視員仍會時時想到這些死亡議題，思索著是否有一把開啟死亡議題的鑰匙，以解開自殺企圖或未遂者所遭遇的生命事件。另外，難以避免的，曾經發生在訪視員過往的自身生命事件，便會不自覺的也被勾引出來，並在每次的訪談過程中，訪視員便必需讓自己一而再、再而三的，重覆再經歷那一次內心深處的過程與感受。此外，訪視員在投入自殺防治工作後，因為同理自殺未遂或企圖者，而讓訪視員在服務當下及離開服務現場後，持續產生頭痛、胃痛、坐立難安、壓迫感、失眠及無法思考等替代性創傷之身體不適症狀—

(一) 身體不適現象：

自殺防治工作究竟會不會造成訪視員出現如同國內專家學者研究助人工作者之替代性創傷症狀？從訪談六名訪視員過程中，已經有五名訪視員在投入自殺防治工作後，出現頭痛、胃痛、坐立難安、壓迫感、失眠及無法思考等，過度同理、無法跳脫、不去思考個案問題之替代性創傷之身體不適症狀，而且這些身體不適的症狀，是密集、持續且長時間的重覆發生在訪視員身上，也並不會因為訪視員下班後，這些替代性創傷症狀便消失，反而像幽魂般纏繞著訪視員，隨時為其帶來身體不適之症狀：

「會有胃酸ㄚ、頭暈ㄚ、會有感覺到壓迫感，有時候會覺得說，腦袋完全無法記憶。」(A1-036)

「我自己本身就是壓力大會頭痛、胃痛，就是壓力大時會偏頭痛，然後胃痛。」
(B1-048)

「我生理上會感到胃痛，胃會很密集的抽筋，然後我原本就有腸躁症，而在這段期間就會很嚴重。」(C1-022)

「我之前會有一點坐立難安，手會一直搓阿的一個狀態，然後別人會說你會很緊張

嗎?會告訴我的目前狀況。」(E1-022)

「身體或心理多少都會有影響，就有點像回到醫院輪三班的樣子，光輪班白班小夜大夜，你就睡不好了。」(F1-011)

(二) 維持高度警覺現象：

在面對生死攸關事件或環境時，維持身心功能的高度警覺，是人類賴以生存的基本法則，而訪視員在服務自殺未遂或企圖者時，讓身心功能維持在高度警覺狀況，亦是基本生理反應，但是隨著服務案量提升、訪視行程增量及自殺企圖或未遂者等多元情況的工作特性，對於每天從一上班便維持高度警覺到下班的訪視員而言，並不會因為下班後，便立即放鬆警覺，因為放鬆警覺度是需要靠環境及時間來達到成效，尤其是每天皆需安排定量的自殺防治訪視行程，導致高度警覺的現象，是不分上下班時間，出現在生命中的分分秒秒。

主要原因是訪視員服務的對象不僅僅是陌生人，而且是意圖狀況不明的陌生人，加上工作的場域又不固定，常需深入案家，這些陌生、未知的人、事、物及環境對訪視員而言，都足以激起自我防衛機制，使他們精神隨時處於高度警覺狀況，以便應付所有突發狀況：

「若他說他有自殺意念狀況，那相對的你要發現到他手肘上有沒有一些傷痕或是他附近有沒有農藥，還有刀械，那這會給我們警覺性，這些就是我們在處於高壓的情況下，我們警覺性及敏感性會提高的原因。」(A1-037)

「他們家是開農藥行的，所以風險性又相對高，他可能隨手拿了農藥就可以喝了，就是我擔心的部份。」(B1-071)

「因為現在負面的新聞太多了，所以會怕，所以一進門，當然你要有很仔細的觀察能力，這個人他的眼神，肢體動作，挑釁的動作，所以觀察能力本身就很重，我從案家的外觀我就會觀察，這個觀察其實是對自己的安全很重要，也是在對案家的瞭解。」(D1-015)

「其實在不熟個案之前，多少都要有所警覺性，而警覺性是一定要有的，剛開始我會約在公共地方，譬如說約在門診的地方，幾次談話下來，我比較熟悉他本身或

家裡面的狀況，我才會敢踏入家裡面，我會在外面先熟悉了，才會進去家訪，或找衛生所護士陪同家訪，因為人多一些，不較不會有不安全感。」(E1-029)

「我都要一直維持一種警戒感，其實當我們去訪視的時候，我們都會坐在家門口，但有時候他們會請我們坐到裡面，可是就是真的會覺得蠻可怕的。」(F1-008)

(三) 無法放鬆現象：

隨著人體結構功能的特性，在維持高度警覺後，需要靠著身心放鬆功能，人才得以不造成身心機能失衡，達到生存下來的法則，可是隨著死亡議題帶來的衝擊震撼，以及死亡問題的無解跟重覆發生，訪視員即使不在服務現場時，仍會時時想到這些死亡議題，思索著是否有一把開啟死亡議題的鑰匙，甚至只要一看見新聞媒體報導社會自殺事件時，便會開始留意自殺事件發生的地點、發生者及發生事由等，這些不自主的反應，都在在地反應了訪視員無法放鬆現象。

或許一般人會認為訪視員的工作不就是到社區跟自殺未遂者或是自殺意圖者聊聊天而已，但是訪視員面對的就是生死問題、無常問題，當他人生死成為自己的責任時，這都讓訪視員不得放鬆；擔心自己的成效、自己的表現、擔心漏接「生命」，也會將工作情境與生活情境相連結，造成情緒的延宕不散，緊繃就無法消除：

「有時候會覺得說，腦袋完全無法記憶。」(A1-036)、「你又回到職場上時，這些問題會反覆的產生。」(A1-039)

「我就是想要去訪之前，我會先看看之前他們有聊過什麼樣的內容，大概去記。」

(B1-014)、「我覺得我去訪一次，我得收到一些資料，我不能浪費那半小時，我得要收集到一些我應該有的訊息，然後我再由那些訊息，比如說我可以幫他轉介其他資源或是我可以下次再用什麼樣的方法，再跟他怎麼聊天。」(B1-018)

「嗯，有時候訪完個案，回去之後，就是沒有原因的會陷入莫名的情緒憂鬱及低落狀態，可是我知道自己可能沒有發生什麼事，但是那個情緒就會莫名的低落很久，有時候3-4天，有時候1-2個禮拜。」(C1-021)

「有時候疲乏的感覺，就像橡皮筋拉久了會有疲乏的感覺，像個案沒有在你預期內的改善，或沒有在你預期內的一個轉變的時候，有時候也會對自己的能力感到懷

疑的，這或多或少都會有的。」(D1-011)

「我離開服務現場，還是會一直去想，也不一定會想多久，我會去想我朋友有遇到這個問題，我的個案也遇到這個問題，那好像是大家都會遇到的問題。」(E1-005)

「若是你值機的那個禮拜，你就要隨時去看手機，看有沒有漏接的，或是馬上回撥電話，若有漏接的話，對工作效率或工作效能就不好，所以就會一直去看手機。」
(F1-017)

二、心理症狀部份：

訪視員在面對可能有暴力、經濟、家庭、情感、精神等不可知問題的服務對象時，這些對象包含了危險的異性、暴力犯者、未知的案量或個案時，訪視員總會很想為自殺企圖者或未遂者做一件事情，不論甚麼事情都好，只要能讓對方心情好轉就好，但是訪視員無法照著單一服務流程，提供超乎自己所學之專業知識或社會資源，滿足所有自殺企圖或未遂者之個別化特定需求，每當看著個案，發現自己卻又做不到成功的自殺防治成效，也不能去多做些什麼時，如此的狀況讓訪視員只能無奈的眼睜睜看著個案再一次自殺或自傷來找尋情緒出口的宣洩時，都會讓訪視員開始對自己可以提供的服務內容產生不確定感，當訪視員遭遇到無法解決、害怕個案或家屬而產生負向情緒時，卻只能自我壓抑、克服、控制及宣洩自我情緒變化，無法冷靜下來思索問題解決之道，甚至會讓自己持續停留在焦躁/慮的負向情緒中，自殺防治工作所帶來之挫折感，包括自覺服務無效、懷疑自我能力及回想類似負向經驗等感受，而這些挫折感有時雖也間接讓部份訪視員開始正向追求、學習不同專業知識、積極面對負向經驗，但是，也有部份訪員開始規避相關引發挫折感事件的可能，甚至產生離開自殺防治工作的想法—

(一) 回想個人生命相似經驗：

人群間的情感轉移與投射，經常在有意識或無意識下，便自然而然的發生，所以自殺企圖或未遂者所遭遇的生命事件，難以避免的，曾經發生在訪視員過往的自身生命事件，便會不自覺的也被勾引出來，在這過程中，訪視員在每次的訪談過程中，便必需讓自己一而再、再而三的，重覆再經歷一次那內心深處過程與感受，造成訪

視員的情緒跟想法勢必會隨著個案的生命事件而波動。

雖說生命是點點滴滴積累而成，因為這些積累，訪視員的生命經歷與認知有了厚度，可以去幫助他人走過自殺風險、承接悲傷情緒，但也因為這些生命厚度，潛入生命最深層的情緒容易一而再、再而三的被引發，成為自己身心的地雷：

「像有個個案就會說，類似他說他有被排擠的狀況，然後就換工作，也離開那个工作，那我就跟他說，我會跟他分享啦，我會用分享的方式，我會覺得，不會讓他覺得他是特例，讓他覺得為什麼會是這樣，然後我會跟他說，其實我高中的時候也曾被排擠過。」(B1-094)

「其實在個案自殺成功，或是死亡這個事實發生時，會讓我想到督導死亡的事情，所以只要有個案死亡，我那陣子的情緒會低潮會拉很長，可能調適我對個案的負面情緒，也有可能是因為督導去世的這件事又被翻出來。」(C1-062)

「另外一點也是你看到各種家庭的背景脈絡，當你碰到跟你的家庭類似情境時，也會勾起你的情緒，所以那種心情講起來還蠻多的。」(D1-007)

「我會去留意去調整，我即便我沒有很熟的人，他們跟我談話的時候，我就會開始緊張，但我就會想說，我會不會讓他們發現我在緊張，我就想說我幹嘛要緊張阿，我都會去擔心這個問題，所以我就會去留意調整。」(E1-024)

「就像我現在突然想到以前的個案，他若死掉，因為我會害怕責任，因為會有刑責，因為社會壓力是給我們很多的責任，我也很怕哪一天，我每次都照常去訪視，但是一旦有事情發生，第一個檢討的就是你自己。」(F1-011)

(二) 對服務內容的不確定感：

自殺行為的成因相當複雜，涉及生物、心理、文化及環境等多元化因素，加上社會環境因素中的社會脫序現象，如暴力、犯罪、毒品、離婚、失業等，以及個人家庭問題，如婚變、失落、遷移、失業、身體疾病、其他自殺事件的影響與暗示等，都是影響自殺的成因，但是在面對自殺防治工作所賦預防範、阻止自殺行為發生的要求，訪視員無法照著單一服務流程，提供超乎自己所學之專業知識或社會資源，滿足所有自殺企圖或未遂者之個別化特定需求，也正因為無法滿足自殺企圖或未遂

者的需求，訪視員開始對自己可以提供的服務內容產生不確定感。

因為訪視員面對的是人，而且是背景變化最大的一群人，但在工作上卻無法找到一套有標準的作法和固定成效的評估工具，連「自己都無法具體說出來自己在做什麼？」時，這對於個人的工作成就與認知是個嚴重打擊，形成另一股壓力的來源：

「我們沒辦法照一定的既定流程在走，是因為他也搞不清楚，我們到底給他什麼樣的服務，再來的比較麻煩，因為你說有沒有確實給他關懷，而我們人也都有到。」

(A2-030)

「像申請低收，中低收的補助這一塊，申請這樣的補助，並不是每個人都可以去申請，像這一塊我就沒有碰過。」(B1-058)

「因為個案的類型不同，可能訪員針對他們的需求服務也不同。」(C1-042)

「很多人會說輔導諮商沒有什麼用，而要深入的去探討，而我們的訪視服務是短期三到六個月的部份，而比較需要的是資源連結的部份，而資源連結比較相近的專業領域是社工的部份。」(D1-027)

「我真的是整個人開始重新學習，畢竟是沒有接觸過的領域。」(E1-024)

「若他哭了，我們只能聽他講，也不能給他什麼，我們都會害怕這個區塊，我們也只能聽聽，就很無助。」(F1-021)

(三) 壓抑自我情緒變化：

人是存在情境中的生物，個人情緒會隨著情境中的所有事物，隨時產生喜怒哀樂等各種不同情緒，但在訪視員的專業教育倫理規章中，明確規範訪員必需秉持著客觀、公正的態度去服務所有個案，但是當在服務過程中，訪視員遭遇到無法解決、害怕個案或家屬產生負向情緒時，卻只能自我壓抑、克服、控制及宣洩自我情緒變化等問題，因為當訪視員若有過大的情緒起伏時，便容易被他人質疑為不夠專業之行為。

滿足人群需求的服務工作是變動性質最大，也最有挑戰性的工作，尤其是訪視員的工作，所面對的人群都帶著嚴重負面想法與悲傷、低落情緒時，受其影響而而起的情緒變化更不在話下，但因為這是在工作，所以選擇壓抑，但這壓抑的過程，

不但不會解決情緒，反而更促其發酵：

「清官難斷家務事，我們只能儘量去開導個案，除此之外，我們好像沒有其他方法可以去支持情感性問題去介入這一塊。」(A2-031)

「就是先生那一塊我也沒有辦法去接觸，因為他說他先生很不喜歡我們介入，他怕他先生又會暴怒這樣子。」(B1-071)

「在他吐血身亡之前，他好像是有打電話到公務機來，但是沒有接到，覺得還蠻遺憾的。」(C1-018)

「當你碰到跟你的家庭類似情境時，也會勾起你的情緒，所以那種心情講起來還蠻多的，對。」(D1-007)

「我對談話會有點難度，但我會練習再練習，對，因為我只要到案家我就會感到很恐懼。」(E1-023)

(四) 負向壓力情緒反應，如焦躁/慮、挫折、恐懼/害怕、無奈及無力感等：

每當訪視員在面對不可知的服務對象，這些對象包含了危險的異性、暴力犯者、未知的案量或個案時，訪視員總會很想為自殺企圖者或未遂者做一件事情，不論甚麼事情都好，只要能讓對方心情好轉就好，但是迫於個案自殺成因的多元複雜，訪視員會焦慮的急尋解決之道，甚至下班後，也無法放鬆的一直思索這些問題，但是每當看著個案，發現自己卻又做不到成功的自殺防治成效，也不能去多做些什麼，如此的狀況讓訪視員只能無奈的眼睜睜看著個案再一次自殺或自傷來找尋情緒出口的宣洩時，都會讓訪視員無法冷靜下來思索問題解決之道，甚至會讓自己持續停留在焦躁/慮的負向情緒中的自殺防治工作所帶來之挫折感，包括自覺服務無效、懷疑自我能力及回想類似負向經驗等感受，而這些挫折感有時雖也間接讓部份訪視員開始正向追求、學習不同專業知識、積極面對負向經驗，但是，也有部份訪員開始規避相關引發挫折感事件的可能，甚至產生離開自殺防治工作的想法。

1. 壓力：

壓力是個人無法應付個人存在環境中的各類人事物時，所產生的各類情緒感覺，當然壓力是一體兩面，從正向的角度來論述時，壓力趨使人們產生解決生存事

件的動力，若從負向角度來看待時，長期處於壓力的生活中，也容易造成個人身心疾病問題，但不論壓力事件所帶來之結果是好或壞，卻都持續存在訪視員的心理而無法消除。

生命在醫院之中，約略僅存在照護與死亡兩個面向，但是訪視員在社區服務中，卻是要面對形成圍困生命存在的許多不同面向壓力，包含個案的數量、接案的機動性、多重問題狀況同時發生，這逐漸積累的重擔，造成訪視員的心理壓力越來越大：

「無法去忘卻，忘卻說個案處遇的過程，個案所造成給你的壓力。」(A1-058)

「我們會一直心裡都會有一點壓力，就是會覺得隨時可能都會丟案出來。」

(B1-035)

「個案就會一直累積一直累積，那是否可以結案，則還要評估，所以這就是我們的壓力。」(C1-049)

「壓力倒是還好，可能心理會比較累一點，可能累對我來講沒有到壓力。」(D1-028)

「其實我也會蠻擔心的，因為若突然個案有狀況，又接新案的話，會有較大的壓力。」(E1-027)

「剛開始的時候，你會覺得說要是他死了，你會不會受到法律的制裁，若你是醫護人員的話，因為你有一張執照，你要在規定的時間內，三天或七天內把紀錄寫完，全部都完整的把它交給衛生單位，其實這是一種莫名的壓力。」(F1-009)

2.焦躁/慮：

焦躁/慮的成因，大多來自生活環境所賦予之壓力，而壓力又來自無法解決或是不想面對的問題，卻一直出現在生活環境中，而其持續的時間與症狀，皆已影響個人處理生活事件的準則，相對應至訪視員因為工作所產生之焦躁/慮感，讓訪視員無法冷靜下來思索問題解決之道，甚至會讓自己持續停留在焦躁/慮的負向情緒中。

面對個案的無力感，讓訪視員越急著想提供更好的服務時，卻反而讓心中的焦慮指數直線上升，間接影響訪視員自身的思緒、睡眠，甚至是工作，造成訪視員自身與工作能量的耗損：

「你當然會盡全力去幫助他，但是如果你有些沒辦法協助的地方，你當然會覺得有點焦躁，也是會不安啊。」(A1-012)

「然後讓自己很焦慮，沒有辦法讓自己冷靜下來好好工作。」(B1-086)

「剛開始接到個案再次被通報，會很焦慮，會急著想前輩去詢問如何處理。」
(C1-046)

「我練習的時候會緊張，也是盡可能的去練習，有時候會找家人去練習，我會問家人我今天遇到什麼狀況，如果你是他的話，你會講什麼話，就這樣練習，當然還是會緊張的。」(E1-010)

「剛開始會讓你一直想，在夢裡也會夢到。」(F1-027)

3. 挫折：

當人在從事有目的活動時，可能因外在環境或內在能力不足，造成無法完成原先設定之活動目的時，產生主觀的心理感受，接受訪談的全體訪視員，都遭到自殺防治工作所帶來之挫折感，包括自覺服務無效、懷疑自我能力及回想類似負向經驗等感受，而這些挫折感也間接讓部份訪視員開始正向追求、學習不同專業知識、積極面對負向經驗，但是，也有部份訪員開始規避相關引發挫折感事件的可能，甚至產生離開自殺防治工作的想法。

工作是建立個人自信、成就感的來源之一，一旦工作表現或成果不如預期，個人便容易有挫折感產生，加上訪員面對的是生死交關問題，不僅需面對挫折感的發生，更無法忽視自己內心對另一個生命消逝的愧疚感：

「我們所去花時間，所去運用心力去關懷他，協助他，都是屬於一個較無效，較沒有意義的行為的時候，相對的我們訪員的心裡面是受挫的。」(A1-058)

「我覺得碰壁這件事情也會給一個人很多的挫折。」(B1-059)

「我之前在遇到挫折或遇到讓我糾結的時候，我習慣一個人去面對，我比較少遇到有人陪。」(C1-066)

「個案沒有在你預期內的改善，或沒有在你預期內的一個轉變的時候，有時候也會對自己的能力感到懷疑的，這或多或少都會有的。」(D1-011)

「我對談話會有點難度，但我會練習再練習，對，因為我只要到案家我就會感到很恐懼。」(E1-023)

「有點像回到醫院輪三班的樣子，光輪班白班小夜大夜，你就睡不好了，然後再想到你要再去上班，如果他突然緊急要急救或突然死掉，你的心情都會不好，就會先把壞的想在最前面。」(F1-011)

4.恐懼/害怕：

人在現實生活中，都會有令自己感到危險或是害怕、厭惡的人事物，而在面對這些人事物時，會產生許多想像中的怖慄，甚至只要走進相同空間或是接觸相似的人事物，都會讓自己感到驚慌失措，而訪視員常需要面對不可知的服務對象，這些對象包含了危險的異性、暴力犯者、未知的案量或個案，以及個案不知何時會有自殺死亡的可能，諸如此類不可知、不可測的人或事件，讓訪視員經常在工作時處於恐懼/害怕中，有時在下班後也會處於這種情緒而不能自拔。

訪視員的工作環境相較於其它工作環境而言，充滿變動與不可知的變數，甚至帶來許多的危險/不安全感，相對於 Maslow (1970) 所提及之人的第二層基本需求而言，長期處在無法滿足安全感的工作環境中，對於訪視員而言，無疑是一種身、心、靈的傷害：

「當然我們男性訪員也要保護自己的人身安全，不然，如果說單獨一個人在家訪，只有一個人時，發生什麼事，你也沒有辦法去證明些什麼。」(A2-019)

「因為完全沒有接觸過這個部份，而且對社工這個部份是很，完全是空白的，所以會想說，我幫不上個案的忙，所以還是會害怕阿。」(B1-007)

「有遇到情殺的，就是家暴被害人被家暴相對人刺殺，然後有時候會很疑惑會接到家暴加害人想自殺，幾乎比家暴被害人想自殺還多，然後，就是可能女孩子訪案，對這種個案是比較危險。」(C1-017)

「對，因為現在負面的新聞太多了，所以會怕，所以一進門，當然你要有很仔細的觀察能力。」(D1-015)

「其實我也會蠻擔心的，因為若突然個案有狀況，又接新案的話，會有較大的壓力。」

(E1-027)

「他若死掉，因為我會害怕責任，因為會有刑責，因為社會壓力是給我們很多的責任，我也很怕哪一天，我每次都照常去訪視，但是一旦有事情發生，第一個檢討的就是你自己。」(F1-011)

5.無奈：

在自殺防治的服務過程中，訪視員經常會想協助自殺企圖或未遂者解決造成自殺的成因，但令訪員感到無奈的是，不論自己是否喜歡這個服務對象，助人工作者的本質，會趨使著訪視員很想為自殺企圖者或未遂者做一件事情，不論甚麼事情都好，只要能讓對方心情好轉就好，但是卻又做不到，甚至也不能去多做些什麼，如此的狀況讓訪視員只能無奈的眼睜睜看著一切事情重覆發生。

助人工作者目的在於幫助他人，但是訪視員的工作卻因工作本身的複雜性、困難度及環境變數，常常發生「幫助不到人」的窘境，另外，面對不同問題類型的個案，不論個案接不接受訪視，訪視員本身並無選擇權，只能基於讓生命繼續存有的堅持，強迫自我面對一切，這對於投入助人工作的訪視員而言，除了是一種無力感與無奈外，更是對工作的根本目的產生否定：

「他們是無法受（控制），因為酒太平常、太容易取得到源頭了，那相對的我們沒有辦法去幫助到些什麼。」(A1-057)

「我沒有辦法幫個案稍微稍微走出來那一塊，因為她一直在家裡，一直瘋狂的幫他老公賺錢，我會覺得就是看他那樣子也很辛苦……而我也沒辦法幫他什麼忙。」

(B1-072)

「其實還蠻，個案…我們在訪的時候，我們還是會分哪個比較喜歡跟他聊，或不喜歡跟他聊，但是不管個案怎樣，在你聽到他死亡的那刻，也是生命的一種沉重，不管他是自殺死的還是是生命死的，畢竟就是一條生命。」(C1-020)

「有時候是看到這個個案的時候，那麼多無奈的情境的時候，你不知道要怎麼去幫助他們。」(D1-007)

6.無力感：

在服務自殺未遂或企圖者的過程中，訪視員總會充滿期待的希望個案在接受訪視服務後，個案會降低或消除自殺意念或行為，可是通常事與願違，畢竟個案不容易跳脫自殺成因的束縛，不論是個案不願接受輔導，或是個案已經承諾不再自殺，但是當個案再度遇見問題事件時，個案總會再一次自殺或自傷來找尋情緒出口的宣洩時，訪視員心中總會湧起不知該如何協助個案停止自殺行為的無力感。

不論個案的年紀或職業為何，在生命的生死議題上，訪視員所面對的個案，在生死議題的變動性都很大，今日的安然存在，不代表明日生命仍然的延續，讓人無法預知、手足無措的複雜變動，訪視員該如何出手「助人」，而受助者又是否願意接受幫助，這都是形成訪視員無力感的來源：

「我們去訪視他的時候，會發現隔天突然有自殺或自傷的時候，這又會給訪員一些無力感。」(A1-058)

「無力感是還好，最主要的是，你不知道你該怎麼樣去做下一步的去協助他。」(B1-079)

「不管個案怎樣，在你聽到他死亡的那刻，也是生命的一種沉重，不管他是自殺死的還是生病死的，畢竟就是一條生命。」(C1-020)

「有時候是說不聽的個案，會讓你有無力感，有時候是看到這個個案的時候，那麼多無奈的情境的時候，你不知道要怎麼去幫助他們，也是一種無力感。」(D1-007)

「若他若哭了，我們只能聽他講，也不能給他什麼，我們都會害怕這個區塊，我們也只能聽聽，就很無助。」(F1-021)

(五) 自我壓抑情緒，暫時不希望有人打擾，讓自己調整持續面對個案：

訪視員的工作時常會接收或產生許多負向情緒，但工作卻從不因為負向情緒的稍做停歇，家庭與同儕的支持並不是萬能，也無法讓這些負向情緒瞬間消失，當訪視員在下班後，需要時間與空間來褪除負向情緒時，需仰賴家人的包容與體恤來給予消除的空間。

「我們當然壓力還是會再繼續上來，因為這是一種關係的，讓我們反覆回想，對，

那我們，我們基於同理心的方式，我們當然會持續的去做這些紀錄及訪談」

(A1-010)

「因為我覺得像說，假設你早上去訪案，然後你中午讓自己休息一下，稍微沈殿一下，因為畢竟有些個案的一些故事，你說沒有影響是不可能的，因為你還是會想個案怎麼會，就是偶爾你會在那個世界裡面。」(B1-010)

「那時候我有跟家人溝通過，如果我比較憂鬱的時候，儘可能的別打擾我，我可能會自己調適好，我就會主動的跟他們講。」(C1-023)

「因為我會覺得自己是助人者的角色，我如果好像情緒這樣低落的話，這樣就沒辦法去服務個案，我會提醒自己不要這樣低落，以免影響個案。」(E1-032)

「家人感受到我臉部沒有表情，跟家人講話語氣比較冷淡的，當我心情還沒有抒發掉時，因為我的脾氣比較不好，我對家人的語氣就會比較重一點。」(E1-012)

「其實還蠻恐怖的，若是自己一個人去處理就真的很害怕了，像我有同事會陪，就是等於說二個人去處理就還好一點點，但有時候同事不在，就得自己一個人去訪，有時候那種莫名的恐懼感就會增加一倍。」(F1-010)

貳、對個案服務態度影響層面：

訪視員每天在職場中不斷接觸自殺個案，雖然專業訓練會自我要求服務品質不受壓力影響，但是在隨著密集的訪視行程，服務每一個個案的情緒或思考邏輯，並無法如此快速消除，甚至訪視員在離開服務現場後，也仍然會思考上一個個案面對的問題與態度，仍不免受到案家相距太遠、無法預知案量跟突發事件的發生，導致難以避免的影響其他服務個案之歷程—

一、受到個案行為或情緒影響專業判斷：

不受個案的情緒或問題影響自己，是每位專業助人工作者對自我的基本要求，尤其是在專業訓練中，更會要求不能把服務A個案的情緒或思考邏輯，轉移到另一個B個案身上，但隨著密集的訪視行程，服務每一個個案的情緒或思考邏輯，並無法如此快速消除，甚至訪視員在離開服務現場後，也仍然會思考上一個個案面對的問題

與態度，雖然訪視員在理智與專業訓練的提醒下，會盡量保持客觀態度，可是仍無法避免受到影響。

訪視期間，受到個案情緒渲染的訪視員，雖然在專業訓練的提醒下，避免受個案情緒引發個人過往生命經驗與過度同理，但是在不斷累積的情緒能量下，如何自我淨化、轉化自我情緒，維持專業「冷靜」，避免失去專業判準，成為訪視員極大的專業課題：

「處理一個個案狀況，會不會影響到下一個個案的狀況，我是覺得說不會，因為我是覺得說這是一個工作上方面的一個專業態度。」(A2-032)、「影響到你服務到個案的品質，跟服務他的時候，看的態度，我想多少會。」(A2-032)

「我可能還會去調節說，我儘力就好了，個案的事情不是我們一天二天就有辦法解決的，那其實說，如果個案的心情會好轉，或者是他自己有比較想的開一點點都好……不用去把自己設限太高。」(B1-075)

「會對這種，會有一種，是一種情緒，會伴隨著去訪下一個個案，這種負面的情緒會累積，那可能那陣子我的情緒就會很低落……但是在下一個個案又這樣子的時候，可能又會再重覆一次。」(C1-020)

「都是比較像是大哥型的，對我來說比較無力感的是，他有想要改變，他們完全沒有動力，就是他可以跟你說他想做什麼，他可以說很多，但他都沒有行動，對我來說是感到最無力感的。」(D1-012)

「因為我會覺得自己是助人者的角色，我如果好像情緒這樣低落的話，這樣就沒辦法去服務個案，我會提醒自己不要這樣低落，以免影響個案。」(E1-032)

「可能個案在跟我討論他的過程，他人生中不幸的遭遇阿，或許他在講述的過程，或許他有跟你有一點點一樣，你會有點移情了，我會適時的把自己拉回來。」(F1-028)

二、影響訪視員服務其他個案：

自殺企圖或未遂者經常會因為無法面對生活上突發事件，而臨時產生衝動型的自殺行為，在面對緊急、無預警的自殺事件時，常常會打亂訪視員原有行程，進而

影響到服務其他個案，甚至過多的案量跟案家間的距離相差太遠，即使訪視員已經將鄰近個案全部排入單一行程，但是仍會無法克服距離、案量跟突發事件的發生，導致難以避免的影響到其他個案的服務。

除了訪視員個人專業判斷受到影響外，如何消除上一個服務個案的想法、情緒，公平的面對另一名個案，雖然訪視員不斷的自我提醒著，但是相同問題類型的個案的身影，卻不斷的彼此重疊纏繞在一起，無止盡的案量與車程，讓訪視員更難以分辨誰是誰：

「個案偶爾都會出事情，那個案只要一出事情，那就必須要把其他要做的，……該去訪案的問題先放在一邊，先去處理手頭比較急的問題。」(A1-026)

「案家很遠，然後我們辦公室在嘉義市區，然後那個月大概跑布袋有五趟，因為一趟路其實也蠻遠，因為嘉義到布袋大概要四十分鐘，然後你訪談最快最快也大概要三十分到一個小時，然後再回來一趟路又四十分鐘。」(B1-027)、「然後疏忽了其他個案，那我沒辦法去 hold 住他。」(B1-029)

「我們在訪的時候，我們還是會分哪個比較喜歡跟他聊，或不喜歡跟他聊。」

(C1-020)、「到月底，個案你可能還沒有訪完，但是你明知道個案有這個需求，但你就是沒有時間可以去訪。」(C1-037)

「他們就不希望你的服務，因為男人他們有自尊，所以我會想盡辦法讓他們跟他們建立關係，觀察他們用什麼樣的口氣跟你講話，你就用什麼樣的方式回應他，藉此你跟他的頻調比較相近一點，你就可以接近他。」(D1-016)

「就只有當下或可能前幾次會有恐懼的感受，大部份是男性個案會讓我有這樣的感覺，如果他的狀況若比較激烈的，如果是女性個案的話就還好。」(F1-025)

第五節 替代性創傷因應方法

壹、個人內在層面

訪視員在舒解替代性創傷症狀方式，可區分成短暫、外在方式：如透由睡覺、運動、沖洗身體/按摩、飲食跟音樂等方式，透由外在刺激緩解身體緊繃及放鬆情緒；另外，亦可藉由長期、內在思考方式：如沉思後的自我對話、宗教信仰、看見個案的成長、進修或是工作經驗等方式，來因應相關問題，但是不論採取短暫、外在方式或是長期、內在思考方式，因為訪視員工作特性關係，也就是每天需面對不同且大量的個案，因此訪視員並沒太多時間，可以藉由長期、內在思考方式去探索替代性創傷為自己帶來何種影響，僅能透由短暫、外在方式，先以舒解壓力為主，造成替代性創傷症狀未被真正面對與處理：

一、睡覺

睡覺是少數訪視員採取因應替代性創傷症狀反應的方法之一，雖然睡覺可以解除身心壓力緊繃的狀況，但是因為許多訪視員在面對替代性創傷時，皆會有緊繃失眠的狀況，故一般人採取之睡覺減壓方式，反而訪視員並不常用，且其功能不佳，反而變成只是暫時的逃避壓力狀況而已：

「在家裡就是不太想去說話，或想直接去睡覺。」(A1-039)

二、運動

運動是訪視員提出自己因應替代性創傷症狀方法之一，國內外也有相當多研究指出，運動有效幫助人們提昇正面的情緒、同時能緩解憂鬱症狀。Dietrich 與 McDaniel(2004)發現，中等強度（最高心率的 70 至 80%）耐力性運動（50-分鐘跑步機和單車測試）顯著有提高血液內 endocannabinoids 的濃度。由於這類物質也有減少痛楚、使血管與氣管擴張、和令人感到安寧的作用，可是礙於工作採取責任制，也需要輪值班，大部份的訪視員反而不傾向過度運動，而改採靜態的因應方式：

「會想出去運動，因為藉由運動去短暫的讓自己去忘掉一些事情。」(A1-039)

「再來就是調節... 下班之後就會安排去運動丫」(B1-076)

三、沖洗身體/按摩

訪視員在產生負向情緒時，身體肌肉也會隨之緊繃僵硬，透過適度的按摩身體，可以讓緊繃的身體肌肉解除緊繃狀況，但是由於身體的緊繃是由負向情緒所引

起，所以當訪視員心中的壓力未去除時，雖然按摩暫時緩解身體緊繃狀況，但是放鬆的效果並無法持續太久：

「那平時也會去做一些像給人家洗頭，或是做一些運動，來達到舒壓的效果。」

(A1-018)

「我會用泡澡或沖澡或是自己唱唱歌或跟朋友去唱歌，讓自己心情比較舒解。」

(F1-027)

四、沉思/沉默

遇見問題卻什麼都不說，是部份訪視員會採取的問題因應方式，但是什麼都不說，什麼都不聽，什麼都不做，卻有兩種可能，第一是單純的不想面對所有的問題事件，第二是暫時阻斷自己與外界的交流，讓自己專注於體會內心面對問題時，所產生的各種變化，而訪視員在沉默的過程中，較偏向介於兩者之中，也就是讓自己面對問題時，讓自我情緒先沉澱下來，但是卻未延伸到探索內心面對問題時，為何身心會產生種種變化：

「在家裡就是不太想去說話。」(A1-039)

「有時候我會跟他說我想要靜一靜，所以我的房間也不會讓他進來，然後，那一段時間就沒有什麼事情。」(C1-022)

五、自我對話

部份的訪視員在很多情況下，會對自己說些話語，不論是開心的、難過的、質疑自己的，甚至只是單純的發出吼叫聲，都能讓自己己的情緒舒發出來，而除了宣洩情緒外，自我對話也讓訪視員從自己的話語中，開始發現自己為何在那當下，會有如此的說法或想法：

「而我自己紓解負面情緒的方式，我很會自言自語，我自己跟自己講話，因為我是基督徒，所以我機車發動時，我會加一句，奉主耶穌聖名禱告，然後我就開始一方面跟自己講話，一方面跟神講話，那我自言自語當中我就會講我自己的想法。」

(D1-009)

「後來我覺得我就像個案一樣，把事情說出來，總比放在心裡面還好很多。」

(E1-015)

六、不去想太多

人生不可能凡事都隨心所欲、心想事成，而陷在一個問題之中、無法前進，或是不去想太多、凡事按部就班完成，這樣的兩難情境是重覆發生在訪視員的心中，只是在面對人的服務過程中，當不再去想太多的問題時，對助人者本身或是服務對象而言，是否真的是好的因應方式，是否又會讓訪視員成為一部公事公辦的機器呢？

「我覺得慢慢調整就ok，我真的能做到這真的是公事，那我公事公辦，那我其他的
不關我的事的時候，當我能這麼想的時候，那我想我就解脫了吧。」(A2-042)

七、看見個案成長帶來之感動

我為何投入助人行列中，為何在自己在身心受創時，仍要堅持從事助人工作而不放棄，許多助人者都會異口同聲的回答，看見受助者的成長，看見受助者能勇敢面對生命苦痛事件，訪視員也是相同，尤其是自殺未遂或企圖者能面對生命的苦痛，而不再以自殺為解決出口時：

「他就是一直捉著我的手，一直跟我說謝謝，然後我就是很感動耶。」(B1-071)、

「就是你會覺得至少你幫到他一點點，就是一點點都好，就是哪怕只有一點點進步，至少他不會在框框裡面一直踏步。」(B1-080)、「因為那一天我也快哭了，因為他說他很謝謝我，然後一直捉著我的手那個樣子。」(B1-081)

「每次我回去看他們，他們就會很感動及感謝，雖然我們是專業關係，但他們覺得說你有幫助到他，也謝謝你陪他走過這一段，其實這是一個蠻感人的過程，其實我覺得這樣的感覺感受是蠻好的。」(F1-022)

八、宗教信仰

宗教信仰的功能，是帶給人們一份平安或安定感、尋求精神寄託、追求真理、尋求救贖或懺悔或是了解生命意義的智慧，部份的訪視員因為自己的宗教信仰關係，讓自己在面對人的生、老、病、死、苦等生命現象，所帶來之愛、恨、憎、別離等情緒問題，能以較客觀、心情平穩的態度，去看待工作所帶來的替代性創傷問題：

「你知道他們有宗教信仰，他們就是給我一些放在身上感覺比較安心的。」

(B1-131)、「然後自己也帶著，覺得好像有比較安心一點。」(B1-132)

「而我自己紓解負面情緒的方式，我很會自言自語，我自己跟自己講話，因為我是基督徒，所以我機車發動時，我會加一句，奉主耶穌聖名禱告，然後我就開始一方面跟自己講話，一方面跟神講話。」(D1-009)

九、飲食

進食是人們賴以生存的基石，甚至傳統的中醫學說也論述著如何藉由各種不同飲食習慣，改變人體的身心狀況，而訪視員也會透由進食來舒緩自我情緒壓力：

「透過一個休息，還是可以讓自己放鬆，然後比如說去吃吃飯丫，或去吃好吃的東西，或是去走一走，都會讓你去把這個情緒去抽離，讓我可以再有更好的服務，可以再去服務下一個個案。」(B1-010)

十、音樂

透由特定的音樂節奏和旋律，讓自己的頭腦暫時停止運作，進而放鬆身體肌肉及神經系統，是訪視員在訪視過程中或訪視後，短暫運用的有效舒壓方式：

「開車有時候就會放自己喜歡的音樂，比較舒服的音樂。」(B1-076)

「下班後，我會關在房間裡聽音樂，看書，看小說。」(C1-022)

「我都做自己喜歡的事情，來調整我的情緒，像我平常喜歡用畫畫或聽音樂的方式來抒壓。」(E1-014)

「我會用泡澡或沖澡或是自己唱歌或跟朋友去唱歌，讓自己心情比較舒解。」

(F1-027)

十一、自我療癒SOP流程

每位訪視員皆有不同的自我舒壓方式，但是這些舒壓方式通常是零散且不規律，可是其中的一位訪視員有一套自我療癒 SOP 流程，類似一種宗教性質的淨化儀式，先利用清理環境當成掃除心理負向情緒儀軌，然後再洗澡、看電影及吃東西，放鬆身體、緩和自我情緒，最後寫出未來規劃與期待，給予自己希望：

「我心情不好的時候會有一個 SOP 的流程，我心情不好時，我會整理房間，因為房

間你用不到的，或是有些東西會勾起你負面的情緒，我會把它埋在最底層，我整理房間的時候，會把用不到的東西丟掉，就像是丟掉負面情緒，而整理房間的時候會很熱，所以第二件事情是去洗熱水澡，或冷水澡，洗澡的時候會把你的汗水沖掉，之後你會比較舒服，那洗完澡之後，我會去買咖啡和蛋糕，我會去看電影，當我這些動作都結束後，我會拿筆記本，寫我未來的規劃，當你知道自己的未來規劃是什麼的時候，你就會知道未來怎麼做，不會茫然。」(D1-042)

十二、進修

透過學習，取得專業技巧、知識，以解決問題：

「從我一踏進來這個職場我就開始在進修。」(F1-027)

十三、經驗的能量累積

認知學習過程中，越來越多的重覆事件，是讓人們在面對相同問題時，可以一而再、再而三的重覆修正個人因應方式，以取得成功經驗的過程，而幾乎所有的訪視員也認為，工作的越久似乎便能因應所有工作上為自己帶來的各種問題，但是當我們再深入探索時，確實年資跟工作經驗會讓訪視員可以較多的方式來面對替代性創傷帶來的各種症狀，但是也有一部份是產生面對替代性創傷時的感知麻痺，而非真正解決了身心問題：

「我想慢慢調整，我覺得是心態，態度問題，我覺得慢慢調整就 ok。」(A2-042)

「我覺得多多少少有幫助啦。」(B1-055)

「我覺得是事情發生的那個時間，我覺得時間可以治癒，但是也有可能是重覆經歷這樣的事情，我的感知會麻痺。」(C1-046)

「我真的是整個人開始重新學習，畢竟是沒有接觸過的領域。」(E1-025)

「但我發現到其實我跟以前做的事沒有什麼不一樣，但是就是自己心境上的轉換。」(F1-021)

貳、外在環境層面

訪視員在面對替代性創傷壓力症狀時，其外在環境層面影響部份，主要是以重要他

人、同儕及督導為主，重要他人及同儕能提供訪視員在面對替代性創傷時的心理支持力量，並緩解其情緒壓力，另外，同儕及督導則提供訪視員在面對個案難解問題或結案與否，給予專業知識及輔導技巧之協助，但是從訪視員的訪談內容中，可以看出與重要他人或同儕討論、並尋求協助，而雖然訪視員只是獲得心理支持，但是對於替代性創傷的緩解卻比起在個人內在所使用的舒解方式或是督導機制給予之專業知識或輔導技巧而言，其成效與持續性卻相對來的較久：

一、重要他人陪伴：

每位訪視員皆有自己現在在生活情境中的重要他人，這些人包含了父母、男女朋友及手足，而訪視員在與重要他人談論自己的工作壓力與替代性創傷壓力症狀時，訪視員較能正視自己的情緒問題，也能與重要他人討論、並尋求協助，而雖然訪視員只是獲得重要他人的心理支持，但是對於替代性創傷的緩解卻比起在個人內在所使用的舒解方式，其成效與持續性卻相對來的較久：

「我就會跟我媽分享，然後我媽就會跟我說，就是我爸是做義消……其實爸爸那邊有那個資源可以使用……你可以轉介過去，他們那邊可以去服務。」(B1-124)

「那有時候我跟男朋友會講到，但也是久久一次的紓發，可能在講的時候會痛苦沒有辦法承受，但一次性的紓發後，我又能再撐很久。」(C1-027)

「因為我跟我的男朋友是基督徒，所以我出發之前會禱告，除了心理上的安定外，其實也是對我們有一定的幫助在的。」(D1-034)

「家人感受到我臉部沒有表情，跟家人講話語氣比較冷淡的，當我心情還沒有抒發掉時，因為我的脾氣比較不好，我對家人的語氣就會比較重一點。」(E1-012)、

「對是那是候臨床的工作，步調比較快一些，目前我都做自己喜歡的事情，來調整我的情緒，像我平常喜歡用畫畫或聽音樂的方式來抒壓，我自己也想說把自己變成個案，去找個案就是去找朋友一樣，做為抒發的管道。」(E1-014)

二、同儕給予專業建議與心理支持：

同儕之間的互相支持，不論是情感上的支持，或是在工作上的陪同訪視，以及工作經驗、專業知識的交流，對於訪視人員來說都是極為重要的，雖然有可能因為

陪同其他訪視員家訪個案或是彼此經驗交流，導致工作期程的延後，但是對於提升個案服務品質與思考廣度，心情低落時互相給予情感支持，卻是有極大的正向影響與幫忙。

因此藉由每位訪視員間的不同專業背景，加上各自特有的工作經歷與處理工作的思考方式，訪視員之間多能彼此交流專業知識、輔導技巧與社會資源連結方法，甚至會私下針對特定問題討論，集思廣益解決之道，因此，也建立了彼此情感的連結與支持，以共同面對自殺防治工作所帶來之挑戰與替代性創傷：

「嗯～會啦，同事之間也都會給予情感上的支持。」(A1-029)、「一個人去訪的服務品質跟二個人去訪的時候會不一樣，會集思廣義，或是每個訪員所擅長的東西會不一樣的時候，那二個出去訪，那相對的案主所得到的相對利益是比較高的。」(A2-019)

「那我就會問他，比如說我遇到什麼樣的狀況，那我要怎麼樣去形容那樣子的狀況，或者這個案要怎麼去寫，才會讓人家去理解，他現在是什麼樣子的狀況，是個案沒有問題的。」(B1-050)

「因為伙伴們之間的感情還不錯，當我因為個案的事情，心情低落的時候會給我支持及鼓勵，所以應該也要伸出手去協助他們，我覺得這樣工作才能長久。」(C1-056)

「若我們有碰到什麼樣的問題，我們不僅是我們的伙伴，我們自殺與精神都會一起。」(D1-021)

「討論因為之前帶我的伙伴，他們對這一區塊他們會比較瞭解，有時候我也會問他們有什麼方法可以讓我在與個案會談中，個案話很多的話，如何快速的去得到個案的重點，或去整理他所說的話，也是藉由同事去教導。」(E1-022)

「我們工作形態不一定是一個人或二個人……因為你陪他去訪的話，你的時間都被卡死了，相對的會比較安全，你們可能可以會互相討論，檢視訪視缺失或好的表示，他會跟你分享，你也會跟他分享，那如果一個人去訪的時候，你就要一個人去做決策，那就是下下去之後就不能再改了。」(F1-012)

三、督導機制給予專業知識與評估技能

訪視員的督導機制分為內、外督，內部督導的專業背景多由醫院指派醫師或心理師擔任，而隨著內部督導專業背景的不同，醫師在面對訪視員所提出的個案問題時，討論重點會在於導致個案的自殺成因析及是否去除，另外心理師在面對訪視員所提出的個案問題時，討論重點則在於個案的心理壓力緩解程度，但是不論是醫師或心理師，在進行內部督導時，會議討論重點在於輔導個案技巧與結案與否之探討；而外部督導則多由業務主管單位擔任，主要督導重點則在於行政文書及每月之個案研討會議上：

「這督導是屬於醫院派出來的，是屬於內督的部份，大部份由心理師跟精神科醫師去做一個承接，那相對的，我們外督的部份，當然是所謂的主要承辦的相關單位。」(A2-026)、「我們的內督……比較注重在服務的過程面，服務的狀況，服務的行為，他就是你服務的項目，相對的我們結案也會通過內督。」(A2-027)

「開督導會議的時候，就是我們都很焦慮……我又在想要怎麼樣去說服督導讓我把這個個案結案，變成是我要讓督導讓我結案，因為其實那個個案已經沒有自殺意念了。」(B1-043)、「他也要我們自己保護自己，他其實是要我們自己再把東西做的更完整一點，對，可是相對之下，這對我們來說是一種壓力。」(B1-044)

「督導的用處好像是專業的評估，給予一些服務的方針，結案的討論，好像除了這樣之外，督導就沒有給予額外的心理支持。」(C1-031)、「前一個督導是心理師，因為會站在在個案的心理，去評估他是否有風險，但新的督導是醫師，他是站在醫師的專業角度去看個案的問題。」(C1-051)

「我們的督導是精神科醫師，所以他們去根據個案的精神病相關去做較詳細的分析。」(D1-024)、「因為督導只有一位，他的專業領域只有在精神科領域裡，如果有更多專業領域的督導，可能會有更多幫助。」(D1-026)

「我們之前的督導是心理師的部份，而有些個案在情感上無法走出來時，也需要給予個案心理諮商的部份，那在這部份，我們督導會給予我們做協助，在督導不同專長或領域的部份，則又有不一樣的學習。」(E1-019)

「剛開始的一年半是由臨床心理師擔任我們的督導，那後面的時間是由醫師來擔任我們的督導，在心理方面，督導會從心理上來做一些處理，那醫師會給予一些技巧，他本身又唸法律，也會給予一些法律的協助，他本身又是精神科醫師，所以會針對一些疾病或症狀，他會很在意，因為他會時時提醒我們一些刑責，因為他會很在意，就是要想到一些刑責的問題。」(F1-015)

參、社會文化/專業制度層面

在訪談六名訪視員過程中，有關社會文化或專業制度所給予之面對替代性創傷的因應策略中，很特別的是沒有任何訪視員談到社會文化或專業制度層面如何給予支持因應替代性創傷這個區塊，大部份的訪視員在談述到社會文化或專業制度層面，都著重在社會文化或專業制度對自殺企圖或未遂者之自殺成因及如何防範進行探討，或是社會大眾對自殺企圖或未遂者身份為酒癮、男性等等之社會文化刻板印象，可能會阻礙自殺防治的不易介入與推動；不過，許多社會文化或專業制度所加諸在訪視員身上而不自知的文化意涵，例如：習慣傾聽他人訴苦，但是自己卻不擅長表露想法或情感，需要保持冷靜；又或是情緒不可以低落，否則會影響到個案等等，都形成一種對訪視員的壓力，意識或潛意識地影響著訪視員對文化意涵或專業要求的接受度，都已深入到訪視員心中而不自知，形塑出訪視員對於自身與體制間較難以理解可能的連結性，更容易忽略鉅視系統對訪視員在替代性創傷的相關影響。

「現在的社會，我覺得無法容忍這個個案在這個社會上，最主要是因為他在社區是一個麻煩人物，他在醫院是一個麻煩人物，他在工作上也是一個麻煩人物，畢竟你有喝酒就不能工作。」(A1-055)

「去就服站問了某些問題，結果被人家就服站洗臉洗了半個小時……但我不想被其他單位的人認為你們單位的人怎麼那麼遜，就是怎麼那麼糟，連一點專業知識都沒有。」(B1-056)

「畢竟我們本身是助人者，我們習慣傾聽別人去說，但不習慣自己去說。」(C1-024)

「因為男人他們有自尊，所以我會想盡辦法讓他們跟他們建立關係，觀察他們用什

麼樣的口氣跟你講話，你就用什麼樣的方式回應他。」(D1-016)

「因為我會覺得自己是助人者的角色，我如果好像情緒這樣低落的話，這樣就沒辦法去服務個案，我會提醒自己不要這樣低落，以免影響個案。」(E1-032)

「這是一份助人的工作，也是一份有意義的工作，這份工作也算是我十幾年來做最久的工作，雖然它也是一份挺有壓力的工作。」(F1-028)



第五章 研究結果與建議

第一節 研究結果與發現

壹、與國內研究發現之異同處：

一、訪視員替代性創傷成因、症狀及因應策略，與其他助人者有著極大的差異：

與國內研究助人者之替代性創傷最大的差異處在於，國內替代性創傷的研究始於九二一大地震之天然災害救災者，也就是面對無預警、大量、不可知之單一死亡或重大災害事件，其研究對象性質是偏重於單一事件之緊急災難救助者，之後，雖然仍有學者陸續探究助人工作者之替代性創傷研究，而其研究對象則以從事急診護理人員、學校心理諮商人員，以及從事家庭暴力處理之社會工作人員，而此三種類型人員在面對個案死亡的替代性創傷之研究，與本研究訪視人員在面對個案死亡的替代性創傷之研究，其差異處，可約略從個案數量、接案頻率、問題成因、處遇期程、死亡迫切及處遇方式等面向加以探討（如表 4）：

表 4：國內替代性創傷研究歸納表〈研究者自行整理〉

研究對象	個案數量	接案頻率	問題成因	處遇期程	死亡迫切	處遇模式	專業背景
急診護理人員	不固定	高接案率	疾病問題	不固定	高	醫療團隊模式介入	護理相關科系
學校諮商人員	固定	低接案率	心理問題	固定	低	個別會談模式介入	諮商相關科系
家暴社工人員	不固定	高接案率	家暴問題	不固定	中	個別家庭模式介入	社工相關科系
自殺防治人員	不固定	高接案率	多重問題	不固定	高	個別但無特定模式介入	護理、諮商及社工相關科系

因此，由上表可以得知自殺防治工作人員在服務自殺未遂或企圖者過程中，自殺防治工作因為個案問題多重性、高度死亡迫切性，以及訪員需個別介入但卻無特定處遇模式等三大特性，與過往研究發現在天然救災人員、急診護理人員、學校諮商人員及家暴防治社工人員之替代性創傷成因及症狀的顯現層面，有著極大的差異，以及一

般可用來因應在助人工作者面對替代性創傷的策略，也不盡然可以適用在訪視員身上。

而研究者依文獻探討與整理中，個體替代性創傷之內、外在成因及因應資源類型，加以比對至訪談文本資料中，發現其關聯性之異同主題如下：

(一) 從事自殺防治工作事由是否與訪視員替代性創傷成因、症狀及因應能力相關：

在過往研究文獻資料中，並無明顯資料證明從事工作事由是否與助人者之替代性創傷成因及症狀相關，但從本研究之六名訪視員訪談資料中，訪視員從事自殺防治工作事由分別為受大學就讀科系、對原工作環境感到倦怠、受個人生命經驗及信仰影響、工作價值觀及朋友介紹等事由影響，而在歸納許多對談資料中，卻發現有部份訪視員從事自殺防治工作事由與替代性創傷成因及症狀，是有明顯相關，而其關聯說明如下：

1. 大學就讀科系部份：

訪視員受大學就讀科系所影響的層面，在於「助人工作者」的社會正面形象，向來是社工、諮商及護理等三大科系在大專院校所塑造而成之社會觀感，以及教育者所賦予學習者的基本認知，這種正面的形象的塑造，當然也讓「助人工作者」的信念深植訪視員心中，對他們而言，「助人」是他們投身於訪視員工作的原因之一，可是在投入自殺防治工作後，因為訪視員必需做到職場與專業要求之理性、客觀面對個案問題、不可帶入個人情感等工作倫理規範，造成個人的負向情緒表現是與「非專業」劃上等號的，但是訪視員也是「人」，這是一個不變的根本，成為專業的科學產物，反而間接導致訪視員無法宣洩自我正、負向情緒，形成替代性創傷中之專業光環的傷害。

2. 個人生命經驗及信仰部份：

在探索生活中死亡事件帶來的生命意義中，交織著個人對死亡認知、宗教、社會文化等不同生命文化教育概念，訪視員也因為個人生命經驗投入自殺防治工作，但是在服務自殺企圖或未遂者過程中，自殺企圖或未遂者的苦痛生命經驗，卻勾起曾經發生在訪視員過往的自身生命事件，雖然促使訪視員產生從事自殺防治工作的動力，但訪視過程中，受著過往生命事件卻也會不自覺的也被勾引出來的衝擊故程中，因此，訪視員在每次的訪談過程中，便必需讓自己一而再、再而三的，重覆再

經歷一次那內心深處過程與感受。

但是在因應替代性創傷因應能力部份，除了一名訪視員受工作動機之大學就讀科系及信仰影響，利用與上帝的對話技巧（類似文獻中的自我對話、冥想）長期舒緩替代性創傷影響外，在其餘五名訪視員則從訪談資料中，未明顯見到工作動機影響因應替代性創傷能力。

（二）訪視員之替代性創傷成因、症狀類型與因應成效，如何在個人內在、外在環境與社會文化政策中，彼此交錯影響：

1.個人內在影響層面

（1）成因：與其他助人者有著極大的不同，訪視員受個案自殺成因的難以掌控、介入感，以及不確定的專業角色影響，讓訪視員僅能採取陪同策略，伴隨自殺個案一起面對走過所有問題，但是因為無助、不知道該如何是好，卻又需要面對自殺個案不知何時會再發生再自殺事件，這份沉重的壓力讓訪視員產生替代性創傷的種種症狀，並往外擴散影響對個案的服務及專業判斷。

（2）症狀產生類型：

a.生理症狀部份：產生身體不適現象、維持高度警覺現象及無法放鬆現象。

b.心理症狀部份：容易回想個人生命相似經驗、對服務內容的不確定感、壓抑自我情緒變化、負向壓力情緒反應，如焦躁/慮、挫折、恐懼/害怕、無奈及無力感等、自我壓抑情緒，暫時不希望有人打擾及讓自己調整持續面對個案等情緒。

（3）因應方式：雖然文獻探討中所提供之舒緩替代性創傷成因與症狀之策略，訪視員也採取了一般研究中所提及之睡覺、運動、沖洗身體/按摩、沉思/沉默、自我對話、不去想太多、看見個案成長帶來之感動、宗教信仰、飲食、音樂、自我療癒SOP流程、進修及年資等等不同因應方式，但成效不佳。

2.外在環境層面

（1）成因：易因服務案量、工作時間與個案問題類型、在職專業訓練及督導機制之運作影響替代性創傷發生。

（2）症狀產生類型：受到個案行為或情緒影響專業判斷，甚至影響訪視員服務其他

個案的時間跟頻率。

(3) 因應方式：雖然重要他人陪伴、同儕支持及督導機制都會決定因應方式的成效；但是，訪視員在外在環境的督導機制中，督導方式反而成為造成訪視員替代性創傷成因而非因應方式。

3. 社會文化政策層面

(1) 成因：受到專業光環的期待，需重覆面對替代性創傷的發生。

(2) 症狀類型：其症狀類型未明顯反應到社會文化政策層面，卻壓抑內化至個人內在替代性創傷症狀。

(3) 因應成效：隨著從社會文化政策層面內化至個人內在心理層面，導致訪視員並未思考如何在社會文化政策層面因應替代性創傷。

由上述從個人內在、外在環境與社會文化政策等三個層面加以分析後，可以發現造成訪視員替代性創傷成因，雖然交互影響且會來自個人內在、外在環境與社會文化政策等三個層面，但是訪視員在因應替代性創傷能力部份，主要集中在個人內在層面，其次再尋求外在環境支持，但是針對社會文化政策層面，卻無具體之因應方式。

另外，在本研究亦發現訪視員因應自殺能力與立基、工作創傷與替代性創傷成因差異、外在環境支持與個人內在舒壓功能性、工作型態影響替代性創傷的因應模式選擇及效能、督導角色功能多樣性與替代性創傷因應能力、以及社會文化政策期待下的專業助人者等六大層面，在自殺防治工作中所造成的特殊現象，茲說明如下：

貳、不同於國內研究的發現：

一、訪視員因應自殺能力與立基，受外在支持、內在身心反應影響替代性創傷反應行為：

研究者在原有研究設計概念圖中，將訪視員因應能力與立基，分別由生態系統中的微系統（專業訓練與相關工作經驗）、中介系統（督導機制與教育訓練）及鉅視系統（自殺防治專案計畫）所構成，但在研究過程中，依據訪視員會談文本，將

生態系統中的中介系統與鉅視系統之論述與探討層次，更加聚焦於「重要他人與同儕心理與專業支持」與「助人者之專業制度意涵」上，而督導機制卻是在從事自殺防治工作中後期，才具體影響訪視員在面對替代性創傷的因應方式；另外，原研究架構設計假設訪視員本身之情緒與反應，在面對個案事件或是個人生命事件時，會影響訪視員之替代性創傷反應行為，但在進行研究後發現，除了訪視員本身之情緒與反應因素外，外在支持因素亦會影響訪視員之替代性創傷反應行為，故將訪視員本身之情緒與反應因素，擴大修正為外在支持與內在身心反應因素會影響訪視員之替代性創傷反應行為。

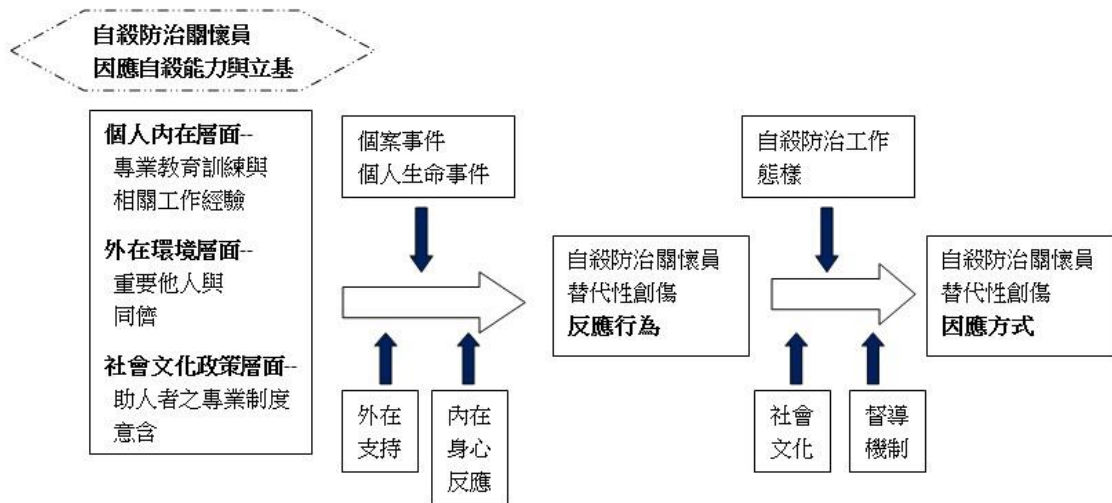


圖 7：訪視員替代性創傷成因與因應研究架構概念補充說明圖（研究者自製）

二、工作負荷影響替代性創傷成因：

從訪視員的替代性創傷成因來看，在個人內在成因部份，包含了訪視員處理自殺防治工作權限為何，訪視員究竟是社工人員？或是心理諮商人員？抑是醫療護理人員？沒有訪視員可以明確的說明自己的身份角色，最後當面臨到自殺個案的問題並未被解決，訪視員僅能採取陪同策略，伴隨自殺個案一起面對走過所有問題，雖然無助、不知道該如何是好，只能盡量不斷進修，補充所有基本專業知識，服務過程中服務個案的人數並無上限，其問題類型也都屬於未知因子，讓訪視員有無法預測未來會面對多少案量及何種類型個案之壓力，以及所帶來的恐慌、負荷不了的工

作問題重量及不知道自殺個案說詞的真實性，卻受到一份專業責任的倫理道德箝制，找不出可以讓訪視員可以逃避的理由，只能一而再、再而三的告訴自己，需要勇敢的面對這一切，讓訪視員的內心充滿矛盾與衝突，另外職場上所提供之進修及督導機制，偏向於不斷提升訪視員對個案之輔導知識與技巧，似乎間接形成訪視員的工作壓力外，亦無法減緩訪視員面對工作所帶來之創傷反應。

因此，除了同理個案困境及相似生命經驗所帶來之替代性創傷外，服務個案時所面對之不可知或超越本身專業知識之挑戰，亦形成另一道沉重的工作負荷，並與替代性創傷密不可分、交錯影響。

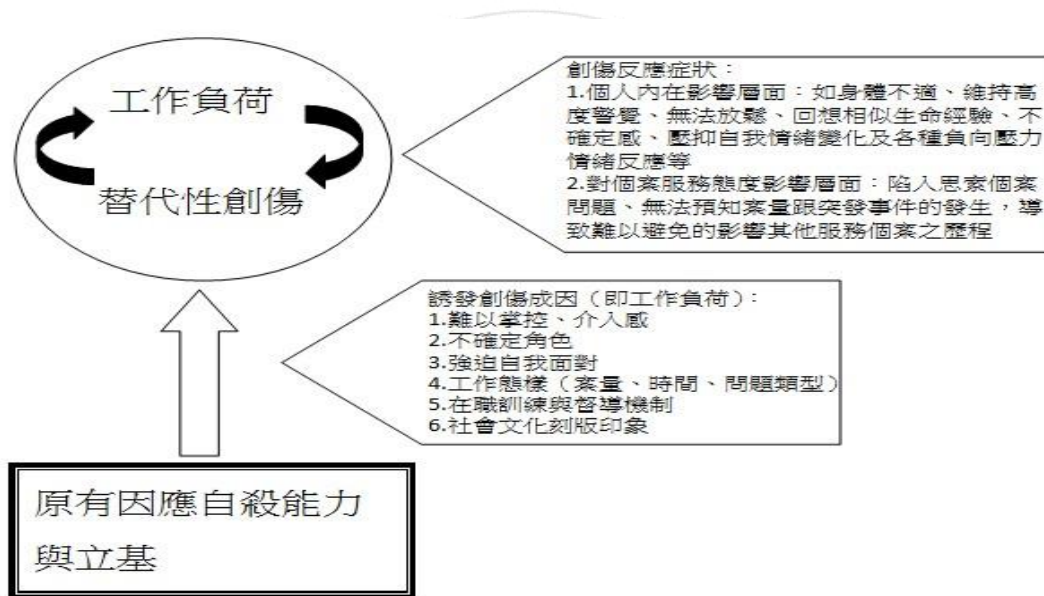


圖 8：訪視員工作負荷與替代性創傷成因交錯圖（研究者自製）

三、外在環境支持功能高於個人內在舒壓方法：

訪視員在個人內在舒解創傷症狀方式，依其成效可以區分成為以下兩類：

- 一、短暫、外在方式：如透由睡覺、運動、沖洗身體/按摩、飲食跟音樂等方式，透由外在刺激緩解身體緊繃及放鬆情緒。
- 二、長期、內在思考方式：如沉思後的自我對話、宗教信仰、看見個案的成長、進修或是工作經驗等方式，來因應相關問題。

但是受限於每天需面對不同且大量的個案，因此訪視員並沒太多時間，可以採

用長期、內在思考方式去探索替代性創傷為自己帶來何種影響，僅能透由短暫、外在方式，先以舒解壓力為主。另外，值得注意的是，外在環境支持的同儕及督導，雖然提供訪視員在面對個案難解問題或結案與否，給予專業知識及輔導技巧之協助，但是從訪視員的訪談內容中，可以看出與重要他人或同儕討論、並尋求協助，而雖然訪視員只是獲得心理支持，但是對於創傷症狀的緩解卻比起在個人內在所使用的舒解方式或是督導機制給予之專業知識或輔導技巧而言，其成效與持續性卻相對來的較久。

而在社會文化或專業制度層面所帶給訪視員的「助人者」社會意識態樣中，從文獻到訪談過程中，看似並未影響到助人者的替代性創傷，但實際上卻是深植在機構及訪視員對自身專業表現的期待中，因此，雖然社會文化或專業制度層面在從事自殺防治工作初期，賦予訪視員對於從事自殺防治工作的動力與憧憬，但是，如同雙面刃一般，「助人者」若未獲得合宜的鉅視層面支持，將如同社會大眾所認知之助人工作行業是高流動性工作，更遑論這些直接面對自殺個案的訪視員。

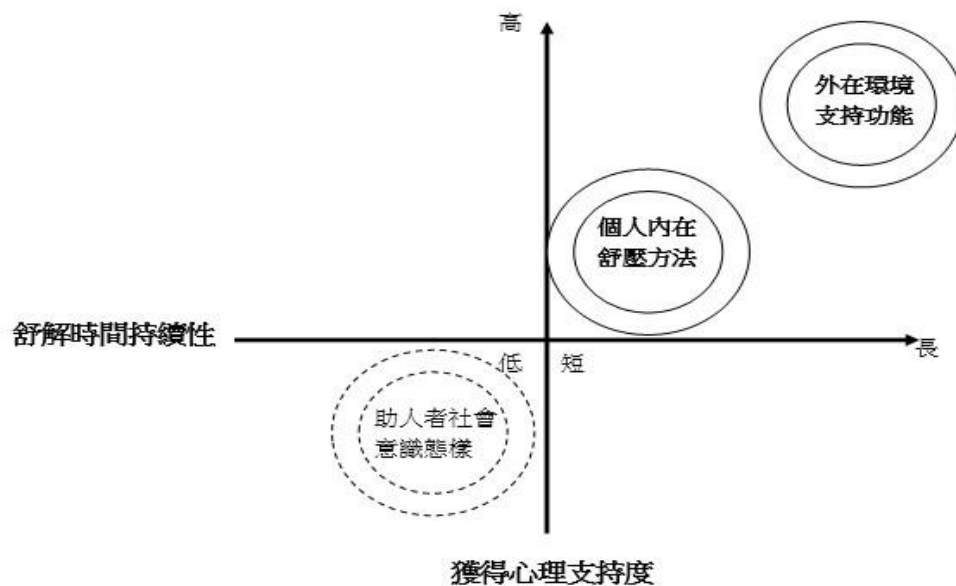


圖 9：訪視員創傷因應成效圖（研究者自製）

四、工作型態影響替代性創傷的因應模式選擇及效能：

如同上文所述，受限於服務個案的過程是以責任制為主，故當個案有任何問題或再自殺行為發生時，訪視員本身需為此負起全責，故工作責任制的型態，讓訪視員並

沒有可以放鬆的感覺，而陷入隨時都得面對自殺事件發生的備戰狀態，甚至有時從媒體獲知有人自殺時，都會緊張焦慮是否為自己正在服務或已服務的個案，即使並非自己的個案，只要發生地點是在自己轄區內，便會開始設想不知何時會派案出來，另外，加上無上限的案量，有可能一天之內沒有任何新案，也可能一天之內接到 3~5 名新個案，而在新個案未知的自殺成因、舊個案重覆循環自殺成因，訪視員並無法讓自己能夠沉澱下來，面對自殺企圖或未遂者帶給自己的壓力創傷，也沒有時間去思考自己的身心如何受替代性創傷的影響，通常訪視員會因而採取快速、短暫的問題未知的每天需面對不同且大量的個案，因此訪視員並沒太多時間，可以採用長期、內在思考方式去探索替代性創傷為自己帶來何種影響，僅能透由短暫、外在方式如透由睡覺、運動、沖洗身體/按摩、飲食跟音樂等方式，先讓外在刺激緩解身體緊繃及放鬆情緒、壓力為主。

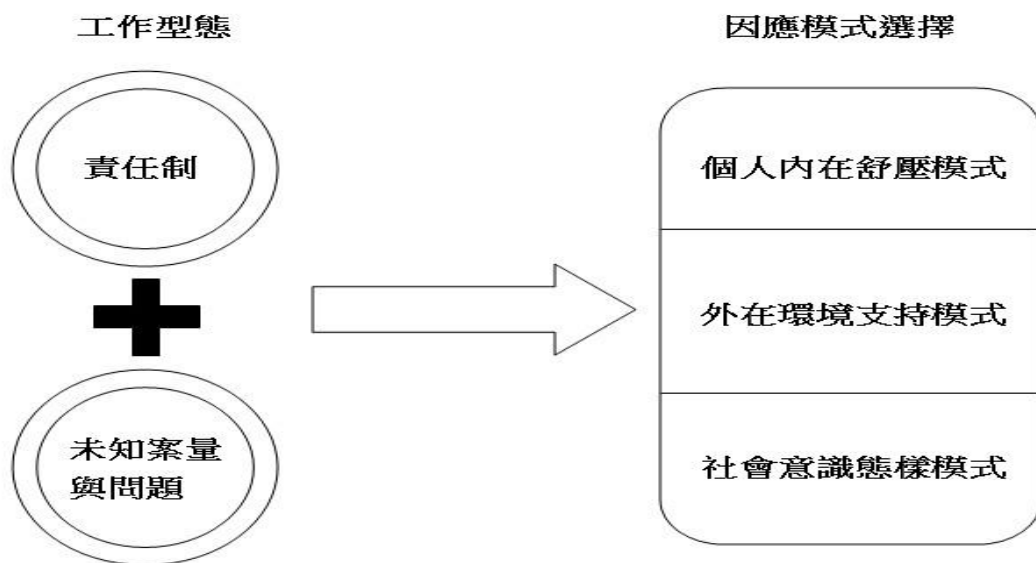


圖 10：工作型態與創傷因應模式圖（研究者自製）

五、督導角色功能多樣性相對應於替代性創傷因應能力：

在督導機制與功能中，在內部督導部份，大致是由專業背景為醫師或心理師人員來擔任督導角色，而在外部督導部份，則由主管單位來擔任督導角色；內外部督導形式皆以召開會議之團體督導為主，而在督導功能部份，雖然根據文獻探討有專業知能發展、個別諮詢、行政作業、心理支持、衝突調解及績效監控等功能，但是自殺防治工作

督導的功能則以解決個案或工作問題為主軸，亦即專業知能發展與專業諮詢等兩大功能，但正因為督導功能為個案自殺問題解決為導向，訪視員在從事自殺防治工作過程中，所產生之工作創傷與替代性創傷，並非督導機制中所要解決的問題，導致於督導機制並未成為訪視員因應工作創傷或替代性創傷的對策之一，反而因為著重在加強自殺防治專業知識與技巧，以及解決個案自殺成因為主，造成訪視員在參與督導會議時，產生工作壓力及被擔心質疑專業能力不足。

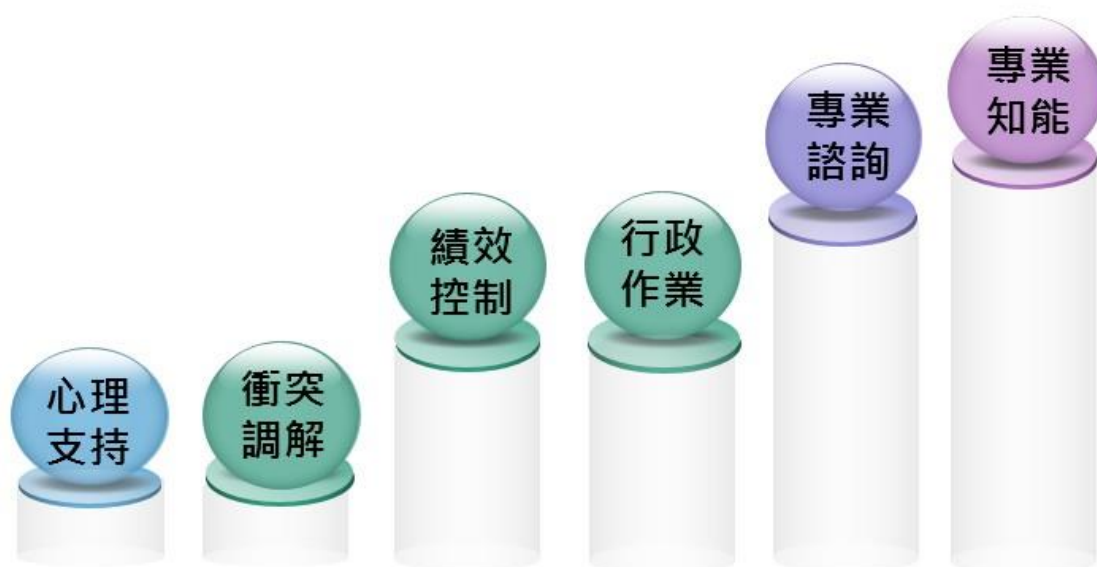


圖 11：督導角色功能成效圖（研究者自製）

六、專業制度下的「助人者」包袱：

自殺防治工作專業制度的推動與建置，從 1969 年民間馬偕醫院生命線設置、1997 年政府公共衛生護士負責精神病患追蹤照顧、2001 年整合中央及地方政府之公共衛生政策、2005 年委託台灣憂鬱症防治協會成立「全國自殺防治中心」，直到 2008 年 7 月起，由各地方政府委外或自行辦理「自殺通報個案社區關懷訪視計劃」，這一系列專業制度都是從精神醫療角度所建立起來，但是在醫療專業團隊（督導機制）的期待，卻是希望一個單一專業訓練背景的助人者能具備多重專業助人知能與技巧，可是在現實環境中，單一專業背景的培养已經相當不容易的同時，間接形成了對訪視員的壓力與創傷起源，加上對於助人者在這個自殺防治服務過程中，過份被強調的

專業，也導致較易忽略助人者內在的情緒變化，也容易形成內在的創傷。

第二節 替代性創傷因應策略與建議

壹、增強訪視員因應自殺能力與立基：

由於訪視員因應自殺能力與立基，與遭受替代性創傷影響程度高低有高度相關聯性，尤其是在接觸自殺防治工作初期時，主要是受微系統中之個人內在專業教育訓練與相關工作經驗影響，故在助人者尚未有相關工作經驗時，其因應自殺能力與立基可以說是直接受專業教育訓練影響為主，故在訪視員如何增強因應自殺能力與立基，以因應替代性創傷，可區分成投入自殺防治工作初期與投入自殺防治工作初期過後兩個層面來看：

一、投入自殺防治工作初期（到職後 6 個月內）：

本文所指之投入自殺防治工作初期，指的是訪視員到職後 6 個月內，開始執行自殺未遂或企圖者防治工作期間，而此期間可透由舊有自殺防治職場工作者或是有相關專業經驗之實務工作者，以一對一或小組形式，帶領新進訪視員從事相關自殺防治工作業務之執行，執行期間可以藉由舊有自殺防治職場工作者或是有相關專業經驗之實務工作者經由示範、演練、討論及陪同執行等方式，逐步引導新進訪視員操作會談技巧、悲傷輔導及緊急事件處理等工作內容，並訓練新進訪視人員自我覺察每次從事個案服務工作後之感受、想法，以及在面對無法解決之工作事件或情緒低落時，學習如何適時向他人尋得協助。

二、投入自殺防治工作初期過後（到職 6 個月後）：

在訪視員從事自殺防治工作一段時間後，一般而言，機構多會針對訪視員的問題需求，進行教育訓練需求調查，但受到自殺防治計畫的實施，訪視員皆為一年一期之人力聘用，造成機構容易忽略訪視員長期之人力發展培養，因此，除了調查訪視員的教育訓練需求外，機構應著重在如何搭配訪視員的相關工作年資、經驗，以

及自殺防治專業知識、技巧、自我覺察、創傷因應等不同學習主軸，分別以授課、團體及活動等不同形式進行培力訓練，另外，舊有訪視員如何檢視自己從事自殺防治工作的經驗，與如何回饋這些服務經驗給予機構、新進人員的部份，則有賴激勵及分級訓練的實施。

貳、個人替代性創傷內在因應方式與外在環境支持的重組：

從本研究中發現訪視員藉由外在環境因素支持以因應替代性創傷的能力，遠高於個人之內在因應方式，但當我們再深入探究訪談資料中，可以發現內在因應方式有效因應替代性創傷的成果不佳，其中主要受訪視員想快速處理替代性創傷症狀、因應方式多為短期成效、以及未正視面對工作所帶來之創傷反應，故未來訪視員除了可以持續加強或建立自己的外在環境支持系統如家人、朋友及同儕外，亦應回歸到訪視員如何學習覺察替代性創傷如何影響自己的身、心狀況，並透由充份的時間練習，找到符合自我特質、有結構性且完整的自我療癒替代性創傷的因應模式。

參、提升督導模式的多重功能：

由於自殺防治工作督導的功能是以解決個案或工作問題為主軸，亦即具備專業知能發展與個別諮詢等兩大功能，但是針對訪視員在因應替代性創傷而言，其督導模式所給予之除專業知能發展與個別諮詢功能，並不足以因應其替代性創傷所帶來之症狀反應，反而訪視員在面對替代性創傷時，更需要督導模式發揮心理支持與衝突調解功能，亦即督導模式應兼具專業知能發展、個別諮詢、心理支持與衝突調解等多重功能性質。

肆、正視助人者的專業界線與支持、陪伴：

助人者是與個案一起工作的，不論是提供個案情緒的支持與穩定、協助個案學習能從不同角度進行決定、讓個案發揮自我效能解決問題或是重建個案的生態支持系統，雖然助人者是擁有特定專業知識與技巧者，但在面對多重問題個案時，專業團隊也需接納助人者也有專業知能與技巧不足之時，這時候反而應該接納並協助助

人者重新看待專業不足處，鼓勵住人者適時向外求助，讓助人者無需擔心在面對社會文化或職場文化之標籤化價值判斷，唯有正視且協助助人者超越專業限制外，方能重新賦予助人者新意。

第三節 未來研究建議

本研究為研究者自身因從事自殺防治工作而曾產生替代性創傷症狀，而觀察同工作場域之其他訪視員亦有出現替代性創傷症狀，故採取立意抽樣，邀請本身工作所在之嘉義縣市自殺防治場域現職 6 位訪視員共同參與此研究，故研究對象僅為全台從事自殺防治服務單一場域之訪視員，故僅能反應自殺防治服務單一場域訪視員之替代性創傷症狀、成因與因應方式，關於未來研究方向，研究者建議如下：

- 一、國內針對訪視員的替代性創傷與因應相關研究仍算少數，建議能增加訪談區域及人數，以便取得更多共通性相關探究議題。
- 二、有關探究訪視員替代性創傷與因應方式外，未來亦需瞭解其因應替代性創傷方法之共同成效為何？是否足以提供長期及有效解除其個人之替代性創傷症狀與成因？
- 三、對於訪視員替代性創傷症狀、成因及因應方式加以分類，以量化研究擴大資料搜集，進而形成維護長期投入自殺防治工作者身心健康機制。
- 四、訪視員之替代性創傷症狀與成因多來自個案與職場，故可嘗試進行訪視員替代性創傷療癒模式研究，進而推廣至其他從事易因工作而導致替代性創傷之助人工作者。

參考文獻

一、中文部份

- 臺灣精神醫學會編譯（2014）。**精神疾病診斷與統計手冊**。合記。
- 汪文聖（2001）。現象學方法與理論之反思：一個質性方法介紹。**應用心理研究**，**12**，49-76。
- 李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基（2006）。自殺防治策略推動現況與展望。**護理雜誌**，**53：6**，5-13。
- 汪淑媛（2008）。論台灣社工教育對社會工作職業風險之忽視。**臺大社會工作學刊**，**17**，1-42。
- 余麗華、陳文意、譚利光、林玉惠（2012）。台灣地區自殺死亡率相關因子探討。**澄清醫護管理雜誌**，**8：1**，26-35。
- 沈雅雯（2014）。失智症患者 自殺率增 1 到 2 成。中央廣播電台，10 月 13 日。<http://tw.news.yahoo.com/失智症患者-自殺率增1到2成-072800325.html>
- 邱震寰、郭千哲、陳映燁、陳喬琪、李明濱、林俊宏、林純綺（2006），初次自殺企圖者與重複自殺企圖者流行病學特徵之比較。**北市醫學雜誌**，**3：10**，1000-1007。
- 吳建昌、陳映燁、李明濱（2007）。自殺與自殺防治之倫理分析。**醫學教育**，**11：2**，1-9。
- 林綺雲（2010），自殺防治守門人的困境與自我照顧。**諮商與輔導**，**295**，49-55。
- 周孟嫻、紀玉臨、謝雨生（2010）。臺灣自殺率具空間群聚嗎？模仿效應或結構效應。**人口學刊**，**41**，49-77。
- 周煌智、蔡冠逸、吳泓機、蘇東平、周碧瑟（2006），災難與創傷後壓力症候群，**台灣精神醫學**，**20:2**，85-103。
- 許臨高編（1999）。**社會工作直接服務－理論與技巧**（Dean H. Hepworth， Ronald H. Rooney & Jo Ann Larsen 原著）。洪葉。
- 許文耀、陳明輝（2004）。社區自殺企圖者的預測因子。**臨床心理學刊**。**1:1**。40-48。
- 陳柏妤、游舒涵、黃鈞蔚、陳映燁、陳喬琪、李明濱（2005）：從生理、心理與社會層

- 面檢視自殺行為的理論。北市醫學雜誌，2:6，686-696。
- 陳秀卿 梁瑞珊 呂嘉寧譯（2006）。自殺衡鑑實務。五南。
- 陳榮華（2011）。高達美詮釋學：《真理與方法》導讀。三民。
- 陳敬哲（2014）。全球每 40 秒 1 人自殺。台灣新生電子報，9 月 8 日。[https://tw.news.yahoo.com/全球每 40 秒 1 人自殺-160000403.html](https://tw.news.yahoo.com/全球每40秒1人自殺-160000403.html)
- 黃源協（2008）。社會工作管理。雙葉。
- 黃旭昇（2014）。縱火自殺搶劫 蘆洲男連犯案。中央社電子報，9 月 13 日。
<http://www.nownews.com/n/2014/09/13/1411547>
- 張旺山（1986）。狄爾泰。東大。
- 徐畢卿、黎士鳴（1999），認識創傷後壓力症候群，護理雜誌，46:6，13-19。
- 馮韻文譯（2013）。自殺論。五南。
- 葉品陽、林秀珍、吳景寬、陳韋任、余佩綦（2013）。從大腦神經科學看精障者的自殺防治工作:以憂鬱症與精神分裂症患者為例。身心障礙研究。11:1。58-68。
- 楊嘉芬、王香蘋、楊靜利（2008）。台灣鄉鎮市區別自殺死亡率之分析。教育與社會研究，15，1-22。
- 蔡漢賢編（2000）。社會工作辭典。內政部社區發展雜誌社。
- 鄧博仁、陳秀熙、鄭泰安（2006）。天氣與自殺。台灣精神醫學，20:4，254-263。
- 劉慧俐、黃旭明（2011）。臺灣地區自殺死亡變動趨勢分析與政策建議。社區發展季刊，134，548-566。
- 鄭淑靖（2012）。與創傷個案的危機：心理師的替代性創傷。諮商與輔導，322，21-24。
- 鍾思嘉（2000）。專業助人者之替代性創傷與因應策略。取自：http://921.heart.net.tw_921symposia14.shtml
- 鍾燕宜、邱吉志（2013），消防人員創傷後壓力症候群及其因應行為之探討，Journal of Crisis Management，10:2，69-78。
- 蘇宗偉、邱震寰、郭千哲、陳喬琪、李明濱（2005）。自殺之流行病學研究。北市醫學雜誌，2:1，93-116。

衛生福利部統計處專區資訊網 (2014)。死因統計年報。http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312

二、外文部份

Bertolote JM , Fleischmann A (2002) , *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective* , World Psychiatry , **1** (3) , 181–185 。

Brent , DA& Melhem , N (2008) , *Familial transmission of suicidal behavior* , The Psychiatric clinics of North America , **31** (2) , 157–177 。

Folkman , S.& Lazarus , R.S(1984) , *Stress , appraisal , and coping* , New York:Springer Publishing Company 。

Fan-Ko Sun , Ann Long , Xuan-Yi Huang , & Hui-Man Huang (2007) , *Theoretical Perspectives on Suicide* , Chang Gung Nursing , **18**(1) , 526-541 。

Germain , C. B. & Gitterman , A. (1995) , *Ecological perspective. In Encyclopedia of Social Work(19th ed.)* , National Association of Social Workers Press , 816-824 。

Hipple , J&Cimboic , P (1979) , *The Counselor and the Suicidal Crisis* , Springfield , Thomas 。

Mrazek , P.J. & Haggerty , R.J.(1994) 。 *Reducing Risks for Mental Disorder* , Washington , National Academy Press 。

Mason , S.&Alison , R. (1997) , Post-traumatic stress disorder 。 Journal of Accident & Emergency Medicine , **14**(6) , 387-391 。

Miller , M& Azrael , D& Barber , C (2012) , *Suicide mortality in the United States: the importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide* , Annual review of public health , **33** , 393–408 。

Osgood , Nancy J(1985) , *Suicide in the elderly: a practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention* , Rockville , MD 。

Pokorny , A.D (1974) , *A scheme for classifying suicide behaviors* , The Prediction of Suicide , 29-44 。

Pokorny , A.D (1983) , *Prediction of suicide in psychiatric patients : Repost of a prospective study* , Arch Gen Psychiatry , 40 , 249-257 ◦

Pearlman , L. A. , & Saakvitne , K. W. (1995) , *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors* , New York: Norton ◦

Sidney S. Chang , M.D. (2007) , *The Role of ECT in Suicide Management* , Taiwanese J Psychiatry , 21(1) , 4-16 ◦

Yu-Ruey Liu , Chi-Wen Juan , & Chia-Yui Huang (2011) , *Suicide Survey and Trend Analysis in the Emergency Department* , Show – Chwan Med J , 10(1 , 2) , 1-7 ◦



研究參與訪談同意書

您好：

我是南華大學生死學研究所碩二學生，目前在曾嫻瑾教授的指導下，著手進行畢業論文的研究，研究主題為「自殺防治關懷訪視員替代性創傷與因應之研究」。

本研究主要目的是為了探討自殺防治關懷訪視員是否會因自殺防治工作遭遇替代性創傷及如何因應之歷程，由於您獨特的生命與工作經歷，以及面對自殺事件累積而成的獨到智慧，足以作為其他關懷訪視員參考與學習的依據，因此，誠摯地邀請您參與這次研究，分享您的生命與工作故事。

本研究採深度訪談法，藉由面對面的訪談以了解您進入自殺防治工作的緣由、對自殺事件的感受以及相關因應方法，訪談次數約需1~4次，每次約30~60分鐘。此外，為避免讓您的談話內容有所遺漏，訪談將會全程錄音，以便研究者進行資料謄錄及分析之用。倘若過程中有些討論引發您的情緒，您隨時都可以喊停，也可以重新考量是否願意繼續接受訪談。

我會嚴格遵守研究倫理，您的基本資料於論文中一律隱匿，而以編碼取代之，本研究的訪談內容及所呈現的資料僅供學術之用。若您對本研究有任何意見，歡迎隨時提供給研究者，您的參與對我以及本研究而言意義非凡，衷心感謝您的協助和指正！

南華大學生死學研究所

指導教授：曾嫻瑾 博士

研究生：邱麟閔

中國民國_____年_____月_____日

本人願意接受訪問，並同意邱麟閔同學在論文中以匿名的方式，呈現本人訪談內容所提供的相關資訊。

受訪者簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

附錄 二

訪談大綱

主題：自殺防治關懷訪視員替代性創傷與因應之研究

訪談對象：自殺防治關懷訪視員

受訪者基本資料：1. 性別：男 女
2. 年齡：_____歲
3. 學歷：大專/學 研究所以上
4. 科系：社工 心理/諮商 護理 其他_____

訪談流程：1. 工作環境簡介
2. 自殺防治運作模式
3. 問題訪談

訪談問題：1. 當初為何會開始接觸及投入自殺防治關懷訪視工作?之前是
否有相關工作經驗?
2. 您目前的工作型態為何?(如工作時間、工作場所、個別/
團體作業、督導機制)
3. 在這些工作經驗中,是否曾經發生讓您覺得印象深刻的事
件?而這些類似的工作經驗是否會經常發生?
4. 這些事件對您來說是否造成了一些生理/心理影響?(如焦
慮、胃痛、心情低落、失眠、連想到個人生命經驗…)這些
影響大約會持續多久?您是如何解決此問題?
5. 您是否曾向身旁的工作夥伴或家人分享這些事件嗎?他們
又是如何回應這些事件?您又如何看待這些回應?
6. 若是現在的您再次遇到類似事件時會如何處理呢?