

第一章 研究緣起、主旨與預期目標

兒童是人類最珍貴的資產，也是國家社會明日的希望。聯合國於1989年的「兒童權利公約」(Convention on the Right of the Child)即指出：「簽約國應採取一切立法、行政、社會與教育等措施來防止兒童在其父母、法定監護人或其他照顧兒童之人，對兒童的身心脅迫、傷害或虐待、遺棄或疏忽，以及包括性強暴的種種不當待遇或剝削。」(內政部兒童局，2005)。在兒童各種死亡原因當中，被家庭成員或主要照顧者殺害的事件(或稱殺害子女，filicide)，不僅因其加害於無自我防禦能力之兒童而受到道德非難，也因嚴重地衝擊到人類社會普存的價值而受到高度關注。研究顯示，各種殺害子女事件當中有極高比例是嚴重的兒虐致死(fatal child abuse)與殺害子女後自殺(filicide-suicide)¹，更加凸顯研究這兩個議題並有效加以防治以保障兒童人權的迫切性。

聯合國兒童基金會(The United Nations Children's Fund, 2003)針對27個工業國家所做的調查研究顯示(以五年為週期計算)，平均每年有3,500位15歲以下兒童受虐致死。其中以美國案例最多，約1,416位；墨西哥其次，約995位；法國則有153位。如以兒童人口數來看，葡萄牙的兒虐致死比例最高，每100,000位兒童中，受虐致死的兒童有3.7位；墨西哥其次，有3位；美國則為2.4位。這些數據反映出的事實是兒虐致死問題是存在且值得關切，同時相關國際性組織，如聯合國兒童基金會、世界衛生組織(World Health Organization)等皆已將兒虐致死或受傷害致死列為重要指標之一，需要特別加以重視與防治。

相較於兒虐致死事件的普及性與意外性²，所謂的「攜子自殺」³則可說是具有相當的社會文化意涵的兒童死亡事件，僅是從文字的使用，即已反映了以某種

¹「殺子後自殺」(filicide-suicide)較寬鬆的定義是指父母(含繼父母)或家內照顧者(含祖父母)殺害兒少後自殺。但也有學者採較嚴格的界定：「父母殺死其18歲以下親生子女後在24小時內自殺者。」(如：Friedman et al., 2005)。

²所謂的「普及性」是指中西方皆有類似樣貌與成因的事件。而「意外性」則是取自Resnick(1969)的分類，他認為犯下兒虐致死的加害人雖其行可誅，但行為初始多無致之死地之犯意，因此將它歸類於「意外型殺子」(accidental filicide)。

特定文化為基底的意識型態。在西方社會中這類事件發生的頻繁相對於亞洲地區來得低，且多發生在移民家庭。1985年日裔母親Fumiko帶兩名稚子在美國加州Santa Monica投河自盡，這種以「攜子自殺」表現對婚姻的失望與對子女的深愛，引發向來強調「獨立人格權」的美國社會熱烈議論（Iga, 1996）。近年來受到亞洲整體經濟衰退的衝擊，不僅台灣，韓國、日本、印度及香港等地「攜子自殺」事件都有顯著的攀升。西方文獻傾向將亞洲文化所稱的「攜子自殺」歸為利子型的殺子事件（altruistic filicide），是個人自殺的延伸，是一種為人父母者對子女「悲劇性的拯救」（tragic “rescue”）（Stanton et al., 2000; Adinkrah, 2001），或是「慈悲謀殺」（“mercy killing”）。然而，隨著兒童人權的抬頭，亞洲學者開始反思這種思維邏輯在人權普世價值下的適當性，並且把它重新定調為一種扭曲的或錯覺的「利子主義」（distorted or delusional “altruism”）（Beh et al., 2005）。

在台灣，兒童保護工作的發展相對較遲，兼以深受社會文化「不打不成器」、「天下無不是的父母」、「父母是唯一照顧者」及「兒童是父母財產」⁴等傳統觀念影響，即使不當管教或剝奪兒童生命權的案例層出不窮，但卻都相當程度地被合理化與憐憫包容，而未受到應有的重視。儘管相關國際性組織，如聯合國兒童基金會、世界衛生組織等皆已將兒虐致死或受傷害致死列為重要指標之一，需要特別加以重視與防治。那麼台灣的實況又是如何？近些年，有關兒虐致死與攜子自殺的報導相繼成為社會關注的焦點，邱小妹妹受虐致死案呈現醫療轉診上的問題，黎姓男童致死案凸顯受刑人子女的保護工作，而一件件攜子自殺案件的背後又隱藏著失業、欠債、精神疾病等糾纏家庭與個人的嚴重問題。

內政部兒童局資料顯示，在兒虐致死方面，2004年發生11案，有13個兒少死亡，2005年發生11案，有11個兒少死亡，2006年發生13案，有13個兒少死亡，2007

³ 這是台灣目前通用的用語，本研究團隊雖不認同，但為便於溝通，本研究報告乃遷就一般人慣用語詞，正確用語應是「殺子後自殺」。

⁴ 財團法人台灣兒童暨家庭扶助基金會於2004年11月18日發表一項「2004年家長照顧兒童觀念調查」指出，目前台灣社會大眾在兒童照顧上仍存有「父母是唯一的照顧者」、「父債子還」、「孩子不打不成器」、「兒童是報復對方的最佳工具」及「兒童是父母的財產」等五大迷思，與造成兒童虐待與攜子自殺事件有相當密切的關聯性。

年發生10案，有10個兒少死亡，四年來總計有47個兒少被照顧者虐待而死亡，平均一年有11個兒少受虐致死。在死亡兒少中以0-3歲組最多，四年總計高達34位，佔72.3%，其次是6-9歲（小一到小三）組，四年總計有10位，約佔兩成。施虐者有將近一半是母親（16件，45.7%），其次是父親（12件，34.3%），施虐者為同居人的有9件，佔25.7%。在攜子自殺方面，2004年有12個家庭攜子自殺，造成21個兒少喪生；2005年略降為11個家庭，16個兒少犧牲，到2006年又飆升到22案，共有31個兒少因此失去生命；2007年情況好轉，有13個家庭攜子自殺，造成17個兒少喪生，四年來總計有58個家庭因各種因素，導致父母攜子女走上絕路，共有85個幼兒和青少年因此死亡⁵，平均一年有21個兒少死在最摯愛的父（或母）手中，這個數字令人觸目驚心。在死亡兒少中以6-9歲（小一到小三）組最多，四年高達40位，其次是0-3歲組，共計30位，15-18歲依一般學齡雖已屆高中階段，但仍有六位因父（或母）的自殺事件而陪葬（請參表1-1）。

行政院衛生署自殺防治中心2006年以報紙檢索方式所做的研究顯示，在1992年到2005年14年之間總計有198例攜子自殺的事件，其中以母攜子自殺最多達101件（51%），其次為父攜子自殺（75件，37.9%），舉家自殺則有22件，佔11.1%。發生案件數從1992年的4件飆升至2005年的32件，其上升比例甚至超過台灣整體自殺率的上升曲線⁶。根據兒童福利聯盟統計媒體報導兒童少年受虐致死及攜子自殺案例指出，從2006年1月1日至2006年9月27日止，共有62起事件登上新聞版面，總計有50名兒童少年因此死亡，其中33位死於攜子自殺，17位因嚴重受虐致死，平均每星期就有一個孩子死亡⁷。

以上不論是官方或是民間的兒虐致死和攜子自殺統計數字雖已足以讓人觸目驚心，但事實上還有為數不詳的事件在醫療單位或警政系統被當做「意外死亡」

⁵ 參（1）中國時報。2006年12月27日。

（http://city.udn.com/54543/2010746?tpno=0&cate_no=63075）；（2）兒童局所提供之資料，此數據之來源為警察接獲攜子自殺案件皆會通報各地方政府，再由地方政府通報兒童局。

⁶ 行政院衛生署自殺防治中心（2006）。台灣母攜子自殺事件特徵分析，2002-2005。請參<http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/documents/950509.pdf>。

⁷ 標題為「攜子自殺及重大兒虐事致死個案解析報告」。

或因病死亡而結案，未通報到兒保體系、未納入官方的統計數字當中，也沒有上報，受到輿論的關注，換句話說，目前的統計數字仍屬低估。當一件件兒童少年受虐致死及攜子自殺案例被報導，當兒少在非自由意志之下被成人剝奪生存權利的人數在逐年攀升，究竟導致兒童少年受虐致死及攜子自殺的成因為何？西方文獻所探討的兒童受虐(或受疏忽)以及殺害子女後自殺之成因或高危險因子，是否適用於解釋目前台灣日益嚴重的受虐致死及攜子自殺？這部分有待更進一步釐清。而在目前兒童受虐或受疏忽的防治工作中，專業服務網絡，包括警政、社政、教育、醫療衛生、司法檢察體系等組成之保護網絡體系，已在台灣運作多年，然而面對重大兒虐致死及攜子自殺案件，究竟現有之保護服務網絡是否足以因應？又或者我們需針對兒虐致死及攜子自殺案件之特殊性，在專業服務團體之整合與服務協調中應有更特定之服務與合作模式？此部分亦有待更多資料的檢證。

綜上述，本研究的主要探討主軸如下：

- 一、探究國內外導致兒虐致死及攜子自殺的個體與總體之高風險因子。
- 二、蒐集並探討國外兒虐致死及攜子自殺相關防治策略及兒保服務網絡。
- 三、藉由上述資訊，建構防治兒虐致死及攜子自殺之專業團隊合作模式，並研提政策及實務兼具之可行建議。

本研究之預期目標如下：

- 一、整體呈現台灣兒虐致死與攜子自殺的圖像，辨識出風險因子，並提出降低或排除風險因子之建議。
- 二、瞭解兒虐致死與攜子自殺加害人之生命史、家庭特質、求助歷程，進而檢討現有社會福利資源與兒童保護服務網絡，並在政策面與實務面提出具體改善建議。

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

表 1-1 93-96 年致死案統計表

	類型	件數	兒少死亡人數							
			小計	0-未 3歲	3-未 6歲	6-未 9歲	9-未 12歲	12-未 15歲	15-未 18歲	12-未 18歲
歷年總計	合計	103 100%	132 100%	64 37%	5 3%	50 29%	2 1%	4 2%	7 4%	40 23%
	虐待	45 44%	47 36%	34 64%	2 4%	10 19%	0 0%	0 0%	1 2%	6 11%
	攜子自殺	58 56%	85 64%	30 38%	3 4%	40 51%	2 3%	4 5%		
96年	合計	23 100%	27 100%	9 33%	5 19%	7 26%	2 7%	4 15%		
	虐待	10 43%	10 37%	7 70%	2 20%	1 10%				
	攜子自殺	13 57%	17 63%	2 12%	3 18%	6 35%	2 12%	4 24%		
95年	合計	35 100%	44 100%	21 35%		17			6	16 27%
	虐待	13 37%	13 30%	10 71%		2 14%			1 7%	1 7%
	攜子自殺	22 63%	31 70%	11 24%		15 33%			5 11%	15 33%
94年	合計	22 100%	27 100%	16 42%		11 29%				11 29%
	虐待	11 50%	11 41%	8 62%		3 23%				2 15%
	攜子自殺	11 50%	16 59%	8 32%		8 32%				9 36%
93年	合計	23 100%	34 100%	18 38%		15 32%			1 2%	13 28%
	虐待	11 48%	13 38%	9 56%		4 25%				3 19%
	攜子自殺	12 52%	21 62%	9 29%		11			1	10 32%

表 1-1 93-96 年致死案統計表(續)

	類型	施虐者				
		父	母	同居人	保母	其他
歷年總計	合計	37 35%	50 48%	9 9%	4 4%	5 5%
	虐待	12 27%	16 36%	9 20%	4 9%	4 9%
	攜子自殺	25 42%	34 57%	0 0%	0 0%	1 2%
96 年	合計	9 33%	9 33%	3 11%	1 4%	1 4%
	虐待	3 30%	2 20%	3 30%	1 10%	1 10%
	攜子自殺	6 46%	7 54%	0 0%	0 0%	0 0%
95 年	合計	12 34%	15 43%	3 9%	2 6%	3 9%
	虐待	2 15%	4 31%	3 23%	2 15%	2 15%
	攜子自殺	10 45%	11 50%			1 5%
94 年	合計	7 32%	10 45%	3 14%	1 5%	1 5%
	虐待	2 18%	4 36%	3 27%	1 9%	1 9%
	攜子自殺	5 45%	6 55%			
93 年	合計	9 36%	16 54%			
	虐待	5 45%	6 55%			
	攜子自殺	4 29%	10 71%			

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

表 1-1 93-96 年致死案統計表(續)

	類型	虐待及攜子自殺原因分析							通報情形	
		經濟 壓力	婚姻 問題	藥酒 癮	精神 疾病	不當 管教	照顧 壓力	其他	已 通報	未 通報
歷年 總計	合計	25 17%	20 14%	15 10%	35 24%	30 21%	11 8%	9 6%		
	虐待	6 9%	7 11%	10 16%	8 13%	20 31%	9 14%	4 6%		
	攜子自殺	19 23.5%	13 16.0%	5 6.2%	27 33.3%	10 12.3%	2 2.5%	5 6%		
96 年	合計	12 44%	16 59%	5 19%	3 11%	7 26%	5 19%	0 0%	3	20
	虐待	3 11%	6 22%	5 19%	2 7%	7 26%	4 15%	0 0%	1	9
	攜子自殺	9 43%	10 47%	0 0%	1 5%	0 0%	1 5%	0 0%	2	11
95 年	合計			6 16%	16 42%	12 32%	2 5%	2 5%		
	虐待			4 14%	1 14%	3 43%	1 14%	1 14%		
	攜子自殺			5 16%	15 48%	9 29%	1 3%	1 3%		
94 年	合計				11 41%	5 19%	4 15%	7 26%		
	虐待				2 15%	4 31%	4 31%	3 23%		
	攜子自殺				9 64%	1 7%		4 29%		
93 年	合計	13 45%	4 14%	1 3%	5 17%	6 21%				
	虐待	3 21%	1 7%	1 7%	3 21%	6 43%				
	攜子自殺	10 67%	3 20%		2 13%					

第二章 研究主題背景及有關研究之檢討

傳統以來，儘管「兒虐致死」與「攜子自殺」都是最終造成兒童喪失生命的家庭悲劇，但一般社會大眾卻似乎存有「狠心失職的父母」與「絕望無助的父母」之不同認知。事實上，抽離台灣文化脈絡，不討論加害者的動機為何，就結果來說，所謂「攜子自殺」本質上是「殺子後自殺」⁸事件，也可以說是極端的兒童虐待之一種樣貌。惟為便於分析討論，以下仍將分就兒虐致死與攜子自殺的成因與防治加以探討。

第一節 兒虐致死的成因與防治

壹、兒虐致死的發生率

目前有關兒虐致死議題，已正式進入國際有關兒童保護工作之重要評估指標中，聯合國兒童基金會（The United Nations Children's Fund, UNICEF, 2003）引用世界衛生組織統計資料，在其「富裕國家中的兒虐致死議題」(Child maltreatment deaths in rich nations)之分析報告中指出：

- 一、在工業化國家（27 國）中，每年 15 歲以下兒童死於兒虐（身體虐待及疏忽）的案例約 3,500 位，平均而言，德國及英國每週有 2 位兒童死於虐待或疏忽，法國每週有 3 位，日本每週有 4 位，美國則是每週 27 位。
- 二、如以受虐致死之兒童年齡來看，1 歲以下幼兒受虐致死的數目是 1 至 4 歲年齡層的 3 倍，是 5 至 14 歲年齡層的 6 倍，亦即年齡愈低，受虐致死的機率愈高。
- 三、貧窮及壓力，伴隨著藥物及酒精濫用與兒童虐待及疏忽有相當密切的關係。

⁸ 為方便敘述符合社會一般的語詞使用習慣，仍稱之為「攜子自殺」。

紐西蘭採用聯合國兒童基金會之計算方式，亦以五年為週期，計算 1998-2003 年之兒虐致死個案，相關數據指出 (Ministry of Health, 2006)：

- 一、在五年中，15 歲以下兒童死於受虐的案例為 38 位，平均每年約 7.6 位；如以每 100,000 位兒童計，受虐致死的兒童有 0.9 位。
- 二、如以受虐致死之兒童年齡來看，5 歲以下幼兒受虐致死的數目高於 5 至 14 歲年齡層，而 1 歲以下受虐致死率最高。
- 三、受虐致死成因與貧窮、心理壓力及有限的支持有關；然若是有意殺害兒童之謀殺者則可能跨越社會經濟地位，包括高所得者。

上述這些資料的呈現，也在提醒我們，台灣是需要針對兒虐致死個案有系統的資料蒐集與分析。聯合國兒童基金會採用之分析基準或許可作為我們分析之參據，台灣亦可透過相關資料之整理，與聯合國兒童基金會或世界衛生組織各國資料相比較，進而參酌與台灣兒虐致死比例較為接近之國家的防治策略。

另外一個較新的兒虐致死數據為美國疾病管制及預防中心 (Center for Disease Control and Prevention, 2007) 以及衛生及人群服務部 (Department of Health and Human Services, 2007) 之統計資料，上述二單位針對 2005 年美國「兒童惡待」(child maltreatment) 相關統計指出：

- 一、在 2005 年，美國共有 360 萬兒童被通報受虐或受疏忽；同年，有 1,460 位 0 至 17 歲兒童受虐致死 (每 10 萬位兒童的比例為 1.96)。
- 二、如以受虐致死之兒童年齡來看，4 歲以下兒童死亡約佔 77%；4-7 歲佔 13%；8-11 歲佔 4%；12-17 歲佔 6%。年齡愈小，受虐致死的機率愈高。
- 三、如以受虐致死兒童之種族背景來看，44% 的兒童屬於非西班牙裔白人，26% 為非裔美國人，19% 為西班牙裔兒童。

- 四、如以施虐者與受害者之關係來看，約有四分之三比例（76.6%）的致死個案，其施虐者包括父親或母親。父母親均為施虐者約佔致死個案之 20.4%，母親一方為施虐者佔 28.5%，父親一方為施虐者佔 15.8%，母親與他人共同為施虐者佔 10.3%。顯見兒虐致死案例中，父或母至少一方為施虐者仍為多數。
- 五、如以虐待的類型來看，主要的兒虐致死個案受虐類型為疏忽（佔 42.2%），其他為多重混合型虐待（佔 27.3%），身體虐待則佔 24.1%。

上述兒虐致死的相關數據可提供我們對於受虐致死個案暨其相關背景有更多掌握。惟許多研究者及實務工作者認為目前顯現之數據資料仍是被低估的，美國 Gate Welfare Information Gateway（2006）引用相關研究資料指出，科羅拉多州及北卡羅來那州之研究發現大約有 50%-60% 的兒虐致死案是未被列入正式記錄內，至於影響兒童死亡資料之正確性與一致性與下列一些因素有關：

- 一、通報必要性以及兒童虐待與疏忽等名詞之定義有差異；
- 二、兒童死亡之調查體系與調查員之訓練有差異；
- 三、各州兒童死亡之回顧程序有差異；
- 四、兒虐致死個案的調查時間有差異；
- 五、對於死亡方式及原因錯誤認定，導致死亡證書上的資訊錯誤，例如以意外事故、嬰兒猝死症（Sudden Infant Death Syndrome, SIDS）為死亡原因而結案，但若有更完整之調查，或許背後真實原因為受虐致死。
- 六、兒童死亡的分類項目有限，尤其是疏忽的案例，使得兒虐致死個案無法自死亡證書上之資料得以呈現。
- 七、許多兒虐致死案之情境是很容易被掩蓋；
- 八、不同機構及司法系統間缺乏整合或合作，使得相關資料難以呈現。

以美國的例子來看，若真要真實反應受虐致死的數值，許多相關報告來源是需要參酌的，如死亡證明書、犯罪報告書、兒童保護服務報告書及兒童死亡回顧記錄等皆是。

貳、兒童虐待之成因

從上述兒虐致死的相關數據中顯示，貧窮、壓力、藥物或酒精濫用、社會支持有限等因素為主要成因。如同兒童虐待與疏忽成因般，兒虐致死的成因相當多元，且常常無法用單一因素來加以解釋。由於特別針對兒虐致死成因的探討有限，加以很多討論係將兒虐致死置入重大兒虐或疏忽的議題內，故有關兒虐致死成因之討論，研究者擬借用生態模式的觀點，從個人層次、關係層次、社區層次及社會層次四個面向探討兒童虐待之危險因子，以及各因子之間的關係（參見圖一），研究結果可再與此模式相對照。以下說明之（World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006：13-16）：

一、個人因子（individual factors）一

（一）與父母親或主要照顧者有關的危險因子，包括：

1. 與新生嬰兒情感連結有困難—例如懷孕過程不順遂、生產併發症或對嬰兒失望等；
2. 對於兒童欠缺關懷之特質；
3. 童年受虐；
4. 對於兒童發展缺乏認知，或充滿不切實際的期望，以致於阻礙了對於兒童需求及行為的瞭解；
5. 對於兒童之不當行為採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為；
6. 贊成用體罰來管教子女，或確信體罰之有效性；
7. 採用體罰來管教子女；

8. 本身有身體或心理問題、認知障礙，使得親職能力受影響；
9. 遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力；
10. 濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響；
11. 參與犯罪行動，間接損害親子關係；
12. 處於社會孤立；
13. 呈現憂鬱、低自尊或其他不適當地情感表達；
14. 面臨財務困難。

(二) 與兒童本身有關的危險因子

與兒童本身有關危險因子並不是指兒童必須為其受虐負責，而是由於兒童某些特質，使得父母或主要照顧者在照顧難度上增加，這些可能的危險因子包括：

1. 不被期待生下的兒童或未能滿足父母之期待或願望，如性別、外觀等；
2. 高度需求的嬰兒，如早產、經常哭鬧、身體障礙或有慢性疾病等；
3. 持續哭鬧且很難安撫；
4. 具有某些外觀上的症狀，如臉部畸形等；
5. 顯示心智不健康的症狀；
6. 呈現某些人格或氣質的特性，且被父母親視為有問題的，如過動兒；
7. 家裡小孩眾多，父母的負擔沉重；
8. 家中有與受虐兒童年齡相近之兄弟姊妹，且需要父母高度關注；
9. 帶有危險行為問題或暴露於危險環境內，如配偶暴力、犯罪行為等。

二、關係因子(relationship factors)：

兒童受虐的危險因子與家人間、朋友間、親密伴侶間及同輩團體間的關係有關，包括：

- (一) 缺少親子間的依附及情感連結；
- (二) 家庭成員帶有身體、發展或心理健康上的問題；

- (三) 家庭解組導致兒童或成人之心理疾病、不快樂、孤獨、緊張、或爭奪監護權；
- (四) 家庭成員之間的暴力，包括雙親間、兄弟姊妹間、親子間之暴力；
- (五) 性別角色或親密關係間的角色在家庭內不被尊重；
- (六) 在社區內被隔離；
- (七) 缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境；
- (八) 缺乏來自延伸家庭提供的教養支持；
- (九) 家庭可能因為種族、國籍、宗教、性別、年齡、性傾向、身心障礙或生活型態受到歧視；
- (十) 參與社區中之犯罪或暴力行為。

三、社區因子(community factors)：

指某些社區環境特質會增加兒童受虐之風險，包括：

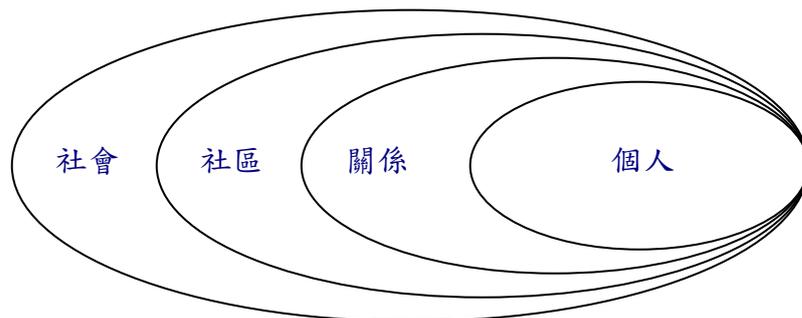
- (一) 對暴力的容忍；
- (二) 社區中的性別與社會不平等；
- (三) 房舍缺乏或不適當；
- (四) 缺乏相關服務以支持家庭或社區機構之特殊需求；
- (五) 高失業率；
- (六) 貧窮；
- (七) 環境中充斥鉛或其他有害毒素；
- (八) 流動型的鄰里社區；
- (九) 酒精飲料易於取得；
- (十) 在地存在毒品交易；
- (十一) 機構之政策或方案不適當，致使兒童受虐之發生率增加。

四、社會因子(Societal factors)：

指存在社會的某些因子也會增加兒童受虐之風險，包括：

- (一) 社會、經濟、健康及教育政策，導致生活水準降低，或造成社經地位不平等或不平穩；
- (二) 社會及文化的規範增長暴力的發生，如媒體出現暴力或身體懲罰等；
- (三) 社會及文化的規範強化刻板的性別角色；
- (四) 社會及文化的規範貶抑親子關係中之兒童地位；
- (五) 兒童色情刊物，兒童賣淫及童工的存在。

圖一 兒童受虐危險因子之生態模式



資料來源：World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006:13

參、兒童虐待的防治策略

有關兒虐致死成因往往非單一因素，因此在防治策略上亦需從多元管道介入。從生態模式來看，兒童受虐或受疏忽與個人、關係、社區或社會層次有關，而這四種層次之間又相互影響，雖然目前有關台灣地區兒虐致死成因尚待進一步釐清，然而從生態模式的四種層次危險因子角度，在防治策略上亦有此四種層次之防治策略，說明如下（World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006:34-41）：

一、個人層次的策略(individual strategies)

防治策略的設計主要是以個人層次為基礎，主要目的在直接改變個人之態度、信念及行為，並影響個人之其他生活層面。幾種具體策略包括：降低未預期的懷孕、增加產前及產後服務之可近性、訓練兒童避免遭受潛在之受虐情境等。茲以訓練兒童相關技巧之服務方案為例，目前美國推展一些相關方案，如 Talk About Touching, Safe Child, Good/Bad Touch, 及 Kids on the Block 等皆是（Thomas, Leicht, Hughes, Madigan & Dowell, 2003）。

二、關係層次的策略(relationship strategies)

防治策略的設計主要在促進早期且穩定的親子依附關係、非暴力的教養方式、創造有利於兒童正向身心發展之家庭環境等，因此服務方案重點在增強與支持主要照顧者之親職能力。幾種具體策略包括：設計家庭訪視之服務方案、訓練父母親職能力之服務方案。在家庭訪視服務方案方面，目前美國較著名的方案包括 Nurse Family Partnership, Healthy Families America (HFA), Early Head Start, Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY), Parent Child Home Program (PCHP), Healthy Start Program, 及 Project 12-Ways 等皆是。親職教育及家長支持團體方案方面較著名的方案包括 Parents as Teachers, National Parent Aide Network, Meld,

Effective Parenting Information for Children (EPIC), Parents and Children Together (P.A.C.T.), 及 the Nurturing Program 等皆是 (Thomas, Leicht, Hughes, Madigan & Dowell, 2003) 。

三、社會及社區層次的策略 (societal and community strategies)

防治策略的設計主要針對社會關係發生的場域，如社區鄰里、學校、工作場所及其他機構存在的一些危險因子，如貧窮集中化、高居住流動率、失業、過度擁擠、低社會資本等。而建構於社區層次的防治策略可延伸且連結其他社區之相關防治策略，進而針對高危機群體有更多整合且全面性服務，如酒精與藥物戒癮服務、身心障礙兒童之方案或心理衛生服務等。幾種具體策略包括：促進法律改革及人權之維護、提供有實質助益的社會及經濟政策、改變不合時宜的社會及文化規範、降低經濟上的不平等、降低環境中之危險因子（如高居住密度、不安全娛樂場所、有害化學物質、毒品或酒精取得等）、設立庇護機構及危機處理中心、訓練健康照護人員（如辨識潛在施虐者、轉介適當之治療服務等）。一些服務方案，如喘息及危機照顧方案 (Respite and Crisis Care Program)、以社區為基礎之家庭(資源)中心 (Family Resource Centers, 或有時稱 Family Centers) 等皆是。

第二節 攜子自殺的成因與防治

壹、攜子自殺的成因

一、西方社會有關攜子自殺的研究與論述

(一) 殺害子女 (filicide)

家內的兇殺事件 (domestic homicide) 包括：(1) 殺害子女；(2) 殺害性伴侶；(3) 殺害性伴侶併同殺子女；(4) 殺害性伴侶後自殺 (5) 殺害子女後自殺 (filicide-suicide) 及 (6) 殺害全家後自殺 (familicide)⁹等各種態樣。美國司法部的統計資料指出，五歲以下幼童的死亡事件有六成以上是父母所為(引自 Friedman et al., 2005: 496)，親子天性，中外皆然，但為什麼「虎毒食子」呢？此一具高度衝擊性的案件近年來隨著發生頻率的提高，越來越受到重視。

殺害子女的事件樣貌多元歧異，學者普遍認為加以適當的分類將有助於尋找成因與動機，可對開立精準的死亡證明提供必要之資訊，有助於解釋較複雜的個案，最重要的是保護兒少免於被殺害 (Guileyarod et al., 1999)。美國法庭精神病理學家 Philip Resnick (1969) 可以說是西方文獻中最早對殺子行為加以分類的學者，其後也廣為學界與實務界所引用，或在此原型之上略做修正。他分析 1751 年至 1967 年的 131 個案例，依殺子動機將殺子行為區分為五類：

1. 「利子型」殺子 (altruistic filicide)：

此類型殺子行為的出發點在於愛子女，目的在解救子女，使他免於留在「殘酷的世界」，獨自承受真實要面對的或是加害人自己想像出來的痛苦，這類型的殺子通常伴隨著加害人在殺子之後的自殺。

2. 「急性精神病型」殺子 (acutely psychotic filicide)：

⁹ 有學者用“familicide”描述殺害子女及其母親後，父親/丈夫再成功或企圖自殺的事件，是一種 family murder (Harris et al., 2007)。

加害人患有嚴重的精神疾病，當幻覺狀態（command hallucinations）出現時，就會難以自我控制或令人無法理解地傷害他人，包括子女。

3. 「意外型」殺子（accidental filicide）：

又稱致命的惡待型（fatal maltreatment），常是兒童虐待、疏忽，或是代理性佯病症（Munchausen Syndrome by Proxy）¹⁰的結果，加害人雖無殺害子女的犯意，但卻讓兒童生命備受威脅。

4. 「非期望的孩子型」殺子（unwanted child filicide）：

非婚生子女、父不詳或是不在父母期望當中誕生的孩子，是這類殺子行為的高風險群，因為這些孩子的存在被加害人及周遭的人認定是無法承受的困擾。

5. 「配偶報復型」殺子（spouse revenge filicide）

犯案的用意是懲罰或報復配偶—藉由殺害對對方而言非常重要的骨肉，讓他(她)因此承受一輩子的痛苦與煎熬。這類型的殺子行為極有可能演變成殺害全家後自殺的案件，澈底摧毀整個家庭。

在 Resnick 之後，相關的研究也持續找尋更適切的分類。例如：Stanton(2000)將母親殺子行為區分為三大類：殺新生兒（neonaticide）、意外殺子（accidental filicide）與精神疾病。Drban（1979）區分為毆打型、精神病型、殺新生兒型、報復型、非期望之子型及慈悲型（mercy killing）（引自吳雨潔，2006）。Guileyardo et al.（1999）透過詳細地呈現一個極少見的姐妹同時意圖殺害各自的小孩之個案，從成因的角度將殺子行為細分為 16 類：利他型、安樂死型、急性精神病型、產後心理失調型、不被期待而出生的兒童、不被期待的懷孕、憤怒衝動型、對配偶的報復型、性虐待型、代理性佯病症型、施暴型、疏忽型、虐待狂與體罰型、藥物與酒精濫用型、佔有慾型及無辜的旁觀者型。Lambie(2001)依被害者的年齡區分為：殺新生兒、殺嬰

¹⁰又稱「代理孟喬森症候群」，是兒童的父母或照顧者，杜撰或製造兒童的病症，讓孩子接受種種醫學檢查，甚至侵襲性的治療，例如開刀。之所以以孟喬森命名，乃是 18 世紀一位作家魯道夫（Rudolph Eric Raspe）因為急需錢，所以杜撰了一本名為「拜倫·孟喬森驚奇歷險記」的遊記，取其憑想像杜撰之意，由於兒童的病症是父母或照顧者代理杜撰，因此稱代理孟喬森症候群，也是兒童虐待的一種型態（請參 http://blog.sina.com.tw/prozac_wisdom/article.php?pbgid=19654&entryid=513688）。

(infanticide) 及殺子 (filicide) 等三類。

晚近 Oberman (2003) 分析印度、斐濟和匈牙利的母親殺害子女文獻，發現與英語系國家的資料有顯著的對比性。一項印度的研究發現，新生女嬰被殺害的人數是新生男嬰的三倍之多，在 600 名被殺的女嬰中有 570 位是在出生當天即遭殺害，而且有高達 80% 是被親生母親所殺。不同於美國殺害新生兒的母親多半受到精神疾病的影響，印度的女嬰則是因為經濟及家庭因素而被母親選擇性的殺害。他將母親殺子區分為：殺嬰型、疏忽型、虐待型、協助型或被迫型及另有隱情型等五種 (引自吳雨潔，2006)。McKee (2006: 30-33) 則在前述文獻的基礎之上加入以下幾個新的分類：疏離的母親 (detached mothers)、虐待的/疏忽的母親 (abusive/neglected mothers)¹¹、精神病的/憂鬱的母親 (psychotic/depressed mothers)、報復的母親 (retaliatory mothers)，以及先前的系統中不曾提及的精神病的母親 (psychopathic mothers)。

以上不同的研究就其所蒐集到的個案進行有系統的分類，McKee (2006: 22) 認為此一努力將有助於促進相近領域的臨床和學術專業人員間的溝通，彼此可以用共同的、描述性的語言來區辨、分析這類案件，最重要的是有效地預防此類悲劇的再次發生。系統性的分類同時也可改善臨床醫師對殺害子女的父母之診斷以及治療，而這最終可能增進詮釋體系的信度與效度 (McKee, 2006: 22)。

Harris et al. (2007) 運用全美暴力犯罪資料庫 ViCLAS¹² 找出 12 歲以下的犯罪被害人，以生態學的「選擇觀點」(selectionist perspective) 探討親生父母與繼父母殺害子女行為之模式差異。結果發現 378 個案中，有 111 名兒童 (29.4%) 被生母所殺、86 名被生父所殺、16 名被繼母、62 名被繼父，而有 103 名 (27.2%) 兒童被非親屬所殺。整體而言，犯罪動機以憤怒或報復最多 (佔 40%)，其次分別為嚴重精神失常 (36%)、藥物濫用 (25%)、貧窮或其他缺乏資源情形 (21%) 或某種婚姻失和 (21%)。殺害方式以被毆致死最多，達 38%，其餘分別為刺 (砍) 殺 (28%)、槍殺 (22%)、

¹¹ 被歸類為「虐待的/疏忽的」母親可能已與子女建立關係，但其關係的本質及品質是侵略性的或怠慢的。

¹² ViCLAS (the Violent Crime Linkage Analysis System)，此系統設計目的在於協助警察區辨相似的案件，以利進行調查。

窒息 (20%)、淹死 (15%)、火燒 (13%)、勒斃 (12%) 與下毒 (7%)。研究指出個案中許多最後選擇自殺的母親，其殺害子女的念頭是來自於拯救子女；相對來說，生母加害人較少出現虐待或疏忽子女的行為，但較常出現嚴重精神問題，這與母親的社會資源與支持網絡嚴重不足有相當的關連性。生父則最常因憤怒或報復而行動，通常涉及婚姻衝突，這類案件經常伴隨著加害人的自殺行動，在 86 件生父所犯下的案件中，有近兩成 (16 案) 的生母也為其所殺害。與先前研究一致，繼父母較生父母犯下殺子女事件的盛行率較高，且較多出現毆打致死而非使用武器或其他工具，這類由繼父所犯之案多與反社會及與性有關的動機相關連，且所判之刑責最重；由繼母所犯之案件有較嚴重的虐待疏忽行為。

究竟殺害子女的案件有多少？除了披露在報上的新聞事件之外，還有多少隱藏的個案？問題有多嚴重？要回答這類案件的普及率 (prevalence rates) 至少要面對以下三個問題：一是兒童的屍體要被尋獲，並且可以驗屍；二是必須檢視每一宗死亡案件的真確死因；三是必須要確切判定兒童是意外死亡或是蓄意謀殺，而且必須確認是父母所犯下的罪行 (McKee, 2006: 10)。台灣在 2008 年 2 月發生於基隆的四歲女童遭虐殺水泥封屍命案，若非檢察官鍥而不捨指示警方追查，恐怕就此人間蒸發永不見天日，就是一個明顯的例證。

西方過去有關殺害子女的研究文獻較多集中在母親殺子的研究，歸納這些個案加害人的「人口統計變項」的主要發現包括 (McKee, 2006: 12-21)：

1. 在年齡方面：除殺害新生兒的案例外，大多數殺害子女的母親多在二十歲左右。
2. 在智力方面：在人口統計學上，殺害子女的母親較多為普通以下程度智能。
3. 在教育程度方面：殺害子女的母親教育程度通常略低，有學者認為缺乏教育(高中畢業以下)是殺害新生兒的風險因素之一。
4. 在婚姻狀況方面：幾乎所有的研究都發現，大多數殺害子女的母親在兒童死亡時都是已婚狀態或是處於伴侶關係中。在部分研究中，將未婚狀態列為殺害新

生兒的風險因子之一。

- 5.在社會經濟地位方面：大多數的研究指出殺害子女的母親在殺害子女的時候都處於貧窮的狀態。

在「歷史特徵」方面，經常出現的資訊是殺害子女的母親自己的雙親離異、在童年多半有受虐經驗、在下手殺害子女的時候本身也多處在受虐的暴力關係中，一般而言，殺害子女的母親在被因殺害子女而逮捕前並無任何被逮捕的前科記錄。在「臨床特徵」方面，在事件發生之前曾有精神病史，以及曾使用過精神健康服務是這類案件中常見的資訊；此外，有家族精神病史（一個或多個家族成員曾接受過精神科治療）者也較一般人口有較高的發生率；心理測驗顯示相較於其他犯罪類型的加害人，殺子的母親有較可能表現出嚴重心理疾病的症狀特徵¹³；這類案件加害人多有憂鬱症、精神官能症、精神分裂症、自殺意圖、藥物或酒精濫用／依賴等精神異常的臨床診斷。

在「受害者特徵」方面，殺害新生兒的研究特別關注嬰兒出生的環境，出生在非醫療場所經常是一個顯著的高危險因子；母親獨自分娩則嬰兒被直接殺害或被動疏忽（如棄置於荒郊野外）而未被發現的可能性大為提高。一般而言，大部分的殺子事件多只有一個被害人，主要因為多數的殺嬰事件的加害人多為初犯，但過去研究顯示也有約一成五到近四成的加害人殺害一個以上的子女。被害兒童的死亡年齡多在六歲以下，甚至以月計算多於以年計算。相關研究中兒童被母親殺害的死亡年齡數據大約從28個月到41個月之間，換算約兩歲多、四歲不到，只有極少數的例子顯示被害兒童的年齡到13歲以上。有些研究認為兒童兇殺事件中被害兒童的年齡與性別之間存在某種關聯性，九歲以下男童與女童被殺害的數字相當，但從10到18歲，男生在家庭爭執事件中被父親殺害的人數是女生的五倍之多。母親為加害人時，兒子和女兒成為被害人的可能性差不多，但也有研究顯示大多數的被害者為男孩。

¹³使用 Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2nd edition(MMPI-2)(McKee et al, 2001,引自 McKee, 2006: 16)。但 McKee 也強調不宜一概而論，因為這類案件的異質性非常高，人格與症狀特徵都很顯示很大的變異性。

在「犯罪手法及是否認罪」方面，多數研究發現犯罪手法與兒童的年齡及脆弱程度有關。由於嬰幼兒不致對加害的母親造成身體上的威脅，因此多使用就地取材的勒斃、窒息或溺水方式；但也有以用力搖晃、毆打及丟擲等身體虐待的方式致死。母親殺子案件極少使用槍刀等做為攻擊武器，五歲以上者則有被射殺或刺殺的案例。有精神病史的母親明顯地較多使用刀或槍械殺害其子女；但是年齡稍長的被害兒童較可能被繼父或母親的男朋友施虐，從而造成頭部創傷致死。在一些案例中，縱火也是可能被採用的方式，有部分發生在蓄意謀害類別，在孩子熟睡時動手，也有發生在疏忽類別中。在事件發生後，約有七成的加害人會在被逮捕後承認自己的犯行，但也有研究顯示只有不到四成會在警察訊問時承認殺子。有關犯案時的心理狀態，研究顯示母親殺子案件被法庭認定犯罪當下加害人心神喪失者較其他類型案件為多，不同研究得到的比例從 15.4% 到 65% 不等。綜合以上相關文獻與研究結果，McKee (2006) 編列出「母親殺子行為的風險因子與保護因子檢核表」(參表 2-1)，該表涵括個人、原生家庭及情境等三個面向。

被害人的性別、年齡、出生狀況、與加害人的關係；加害人的性別、社會經濟地位、事件發生時的經濟狀況、精神狀況、家庭與婚姻關係等都是具有預測意義的重要危險因子。例如：女孩較男孩相對容易被父母殺害，十歲以下的孩子風險較高 (Moskowitz et al., 2005)；父親較常因憤怒或報復而有殺子行動，殺子的母親則最常出現嚴重精神問題，而年輕母親的犯行通常與貧窮與社會壓力相關聯 (Harris et al., 2007)；低社經地位的父母承受更多的就業、財務與貧窮壓力，犯下殺子罪的可能性較大 (Adinkrah, 2003)；繼父母犯下殺害子女事件的比率較高，且多出現徒手毆打致死 (Harris et al., 2007)；家庭親密關係下降時容易發生殺害子女事件，加害父母通常有人格違常與精神疾病 (Palermo, 2002)。

(二) 殺害子女後自殺 (filicide-suicide)

由於過去多數殺子研究的資料來自於監獄或精神科，是以事件發生後仍存活著的

父母做為研究對象，因此多半沒有把「殺害子女後自殺」案件納入研究範圍，因此相關文獻也就較為有限 (Lewis & Bunce, 2003)。殺害子女與加害人的自殺行為可以視為兩個獨立事件，它們未必在時間序列上前後發生。Resnick (1969) 提出「緊張緩解」("relief of tension") 的概念來解釋在「利子型」與「急性精神病型」殺子事件中，兒童死亡後，原本蓄積的高能量洩除後，加害的父母最後並未完成計劃中的自殺行為的原因。相反地，也有一些加害人在殺害子女後驚覺事態嚴重而畏罪自殺，即使先前也許沒有這個計畫 (Friedman et al., 2005: 496)。

晚近開始有一些研究以死因法庭記錄 (coroner's records) 為基礎，探討殺子後自殺事件：Nock and Marzuk (1999) 的研究顯示，有 16%-29% 的母親與 40%-60% 的父親在犯下殺子的罪行後，隨後結束自己的生命；芬蘭的研究也指出父親殺子後自殺的案量是母親殺子後自殺的兩倍 (引自 Friedman et al., 2005)¹⁴。有學者認為父親的比例較高與一般人口中男性自殺率原本就較高有關，但是也有研究指出女性在殺死子女後自殺的可能性較高 (殺新生兒除外) (Haapasalo and Petaja, 1999, 引自 Messing and Heeren, 2004: 129)。由此看來，既有相關研究仍未有定論，可能還需要與其他變項，如殺子情境與動機，一起考量才能看到真實狀況。澳洲研究指出當家庭面臨關係解組時，25% 的兒童謀殺 (0-14 歲) 的加害人會在憤怒或憂鬱的強烈情緒下伴隨自殺行為 (Mouzos, 2000)。一項知名的加拿大魁北克研究指出，27 個殺害子女的母親中有 17 個伴隨自殺行為；瑞典的研究顯示 65 個殺害子女的母親中有 43 個伴隨自殺行為 (引自 Friedman et al., 2005: 497)。

Friedman et al. (2005: 497) 歸納整理殺子後自殺的相關研究與文獻指出，加害人多具有以下共同特徵：嚴重的心理失調、曾看過心理衛生專業人員、患有重度的憂鬱症、過去曾有自殺意圖、表現出精神症狀、社會支持度不足、與兒童有不正常的關係，以及有幻覺等等。他們認為這些資訊將有助於前線臨床醫師進行風險評估。

一項針對南太平洋國家 Fiji 所進行的研究指出母親的殺子行為未必是母親和子

¹⁴學者推斷男性殺子後自殺的比例較高可能與男性整體自殺率原本就較高有關 (Collins et al., 2001, 引自 Friedman et al., 2005)

女間的敵對 (antagonism)，而是犯案的母親認為殺子女再自殺為一種「悲劇性的拯救」(tragic 'rescue') 子女的行動，因此情緒上是痛苦而不是憤怒的；相對地，父親殺子事件雖然也經常會伴隨自殺行動，但卻往往出自於「報復性的憤怒」(vengeful anger)，通常同時並存著性妒嫉 (sexual jealousy)、婚姻失和、強制性掌控、分居及殺妻等事實 (Adinkrah, 2001, 2003)。除了單純的殺害子女外，也有研究用「殺害全家後自殺」(familicide) 一詞指稱殺害子女及其母親後，父親／丈夫再完成自殺或企圖自殺的事件，但幾乎沒有母親犯下此種案件。整體而言，這類毀滅性案件中加害的父親 (尤其是繼父) 相較於一般男性群體有較嚴重的犯罪、反社會及藥物濫用之行為史 (Harris et al., 2007)。

Friedman et al. (2005) 以「殺害 18 歲以下親生子女¹⁵後在 24 小時內自殺者」為研究對象，運用現象學方法論，以描述性統計回溯性地檢視美國 Ohio 州從 1958 年至 2002 年死因法庭報告¹⁶，試圖找出共同成因 (commonly occurring factors)，以期防範於未然。來自 Cuyahoga County 死因法庭的資料顯示，平均一年約有 160 件兇殺案，被認定為殺子後自殺的個案約有 30 件，其中 20 件 (67%) 為父親所為，10 件 (33%) 為母親所為。該研究依據研究文獻，設計出一包括八個面向因素的過錄表 (參表 2-2)。研究發現高達 70% 的案子被認定為出自於利子動機，也就是有 90% 的母親與 60% 的父親出自為子女免於受苦的動機而採取殺子行動。這和傳統引發暴力行為的危險因子有很大的差異，這類父母殺害子女是出自於利他而不是失控，因此較少見到年輕父母及藥物濫用等情況。

研究團隊特別將「利子」動機區隔成「非精神病式的利子」(non-psychotic altruistic) 與「精神病式的利子」兩種型態：前者是殺子行為是出自於對真實狀況具有良好把握能力的父母 (約佔整體樣本的 53%)，不忍子女受苦 (如：嚴重病痛的折磨) 而下手；後者則是出自於父母的想像，或在精神疾病影響下的妄想 (delusional

¹⁵ 研究者考量潛在的危險因子迥異，因此本研究不包括繼父母。

¹⁶ 其他輔助性的資料還包括：警方偵訊相關人士的筆錄、驗屍報告、毒物檢測報告、病患醫院病歷、剪報及遺書等。

belief)，堅認孩子正處在多乖命運的緊急危難當中（約佔 16%）。在該研究中有 43% 犯下殺子自殺案件的父母曾經使用過心理衛生服務，即使沒有接受過這類服務，家人或倖存者也指出他們有明顯的心理疾病症狀，Friedman et al. (2005) 因而強調不論是哪一種類型，可以肯定的是這些父母當中有極高比率當下正受苦於心理疾病。這和 Alder & Polk (2001) 的研究發現十分接近。由此看來，利子動機、心理及精神疾病、報復心態、反社會行為及藥物濫用，都可能單一或合併地導致加害人選擇殺害子女後自殺的絕決行動。

此外，他們的研究提出一項極有意義的結論：殺子行為也有可能不是兇殺，本質上是具有憂鬱症傾向的父母採取自殺行動時的一種延伸 (extended suicide)。傳統以來，婚姻家庭與親職的責任在自殺防治中被認為是重要保護因子之一，但在殺子後自殺事件中卻極可能轉變成為危險因子，這是前線工作者要特別警覺之處。

二、亞洲地區有關攜子自殺的研究與論述

如前所述攜子自殺，尤其是利子型的殺子後自殺，是鑲嵌在社會文化中的一種社會現象，因此不同國家、地區、族群在不同的脈絡下各有其不同風貌，有鑑於過度統整可能不當地模糊其特質，故將亞洲各國相關的研究與論述分述如下：

(一) 日本：一個具有獨特自殺文化的社會

大和民族向來以獨特的自殺理念與文化受到社會學者的關注 (Ueno, 2005)。在日語中，“shinju” 主要分為兩類：一是情侶相約殉情，稱之為“johshi”；另一是「親子自殺」(“oyako-shinju”)。「親子自殺」意指「一個家庭成員（通常是父或母）殺害其一個或多個子女或其他家庭成員後自殺」，可再分為母攜子自殺(“boshi-shinju”)、父攜子自殺(“fushi-shinju”)與舉家自殺(“ikka-shinju”)三類。情侶相約殉情的事件在一九五〇年代極為盛行，近三十年來有下降的趨勢，親子自殺案件雖然也有減少，但在日本仍然是一個嚴重的社會問題 (Takahashi & Berger, 1996)。

Curtin (2004) 分析指出日本絕大多數的父母是在極其絕望的心情下，抱持著「孩

子一起帶走，好過留下來獨自面對」的想法，選擇剝奪子女存活下來的機會。從媒體的報導觀之，「經濟因素」可說是父母帶子女走上絕路的主因，其中尤以單親母親受到離婚的衝擊，加上日本近年因經濟泡沫化，連帶政府政策對福利給付緊縮，使得這些單親媽媽的經濟更形困窘。Curtin 除強烈要求檢討日本現行的社會福利政策外，也主張在用語上應以“muri-shinju”用詞取代“ikka-shinju”，因為“muri”在日文的意義中帶有「強迫」的意涵，較接近「謀殺後自殺」—子女非自由意志的本質；後者雖傾向「舉家自殺」的意思，但仍容易給人全家人共同「選擇」自殺之路的誤解。Curtin 這樣帶有反思與批判意味的主張，多少也反映了社會學者對傳統日本文化的挑戰與建言。

從前述美國加州 Santa Monica 案以來，日本文化脈絡下不同於西方認知的「攜子自殺」現象，一直是社會學者研究的課題之一。社會學者及精神醫學者多同意日本社會攜子自殺的現象和日本文化有著密切的關聯性，特別是母攜子自殺，可說是一種「文化現象」。為什麼西方所認知的「兒童謀殺案」(child murder)，在日本卻被定位成「家庭自殺」(family suicide)呢？歸納其原因有以下數端 (Takahashi & Berger, 1996)：

1. 互賴性 (mutual dependancy)：

整體而言，不同於西方社會的個別獨立性，日本人在社會化的歷程中特別強調家人，尤其是父母與子女之間的互賴性，也因此有意無意間家人間的界線也就較西方社會來得模糊。在日本，父母 kill/abandon 孩子的可能性遠大於 keep/abuse，這點可以從日本兒虐率低看出。

2. 母子連結 (mother-child bond)：

Inamura (1993) 指出母攜子自殺與父攜子自殺意義大不相同。母攜子自殺的個案多是母親年紀很輕，約在 20~30 歲之間，孩子則多為學齡前幼童，攜子自殺的原因是精神異常與家庭衝突。相對地，攜子自殺的父親多是年紀較長，孩子也較大，攜子自殺多是為財務問題和身體疾病所苦。日本文化相當強調媽媽和子女之間的連結，以

及母親對子女的完全奉獻，孩子是媽媽生命中不可或缺的一部分（essential part），彼此有緊密的共生關係。因此，當她面對嚴重的家庭衝突，自認無法再提供給子女和諧美好的家庭生活（“amae”）時，也許是深度的絕望，也或許是要懲罰報復，她都會選擇先終結孩子的生命，確定孩子已死亡再自殺。攜子自殺的媽媽一方面認為世上再也沒有人可以像她一樣地照顧自己的孩子，帶走孩子是一種慈愛的表現；另一方面她也清楚知道獨留子女在人間，不僅會因為有個自殺的母親而受苦、被嘲笑，自己本身也會受到世人的批評和責難，這是日本自殺文化下的特有社會態度。

3. 「家庭就是母親的全部世界」：

女性在日本社會的兩性分工中擔負主內與照顧者的角色，幾乎 24 小時都專注在家庭事務上，「母子連結」會因為母親沒有在外工作，缺乏外在的情緒與社會的支持而更加緊密，尤其是母親與學齡前兒童的連結更是強烈。

4. 同情 vs. 責難：

由於家與幼子是母親的全世界，因此日本社會對母攜子自殺事件中，「一個走投無路的媽媽」多賦予高度的同情。

5. 非殺人是殺己：

在日本文化中，孩子是“mono”，是父母的延伸，加上在日本或亞洲的儒家文化中，個人與重要他人（significant others）之間的連結是相當緊密而重要的，終結自己子女的生命，與其說是殺人事件，不如說是一種「自殺的延伸」（“extended suicide”），是一個人結束掉自己身體的一部分，而不是殺掉另外一個獨立的個體。是故，日本人對於母殺子事件傾向表現出「不忍苛責」的集體社會態度。

在特殊的文化底蘊下，日本社會對「攜子自殺」事件發展出寬容而同情的社會態度，完全迥異於西方社會「凶殺後自殺」（“murder-suicide”）的認知。孩子，在西方文化脈絡中被認為是一個獨立於父母之外的個體，擁有完整的生存權與人格權，父母選擇終結自己的生命，不管多麼摯愛、不捨或擔憂，都不表示他有任何的權利剝奪孩子活下去的機會。因此他們認為所謂的「攜子自殺」是基於一種自私的動機，父母

要負起謀殺的法律責任。

(二) 印度：面臨快速社會與經濟變遷下的衝擊

印度南部的喀拉拉省 (Kerala, India) 向來擁有全印度最高的自殺率，每十萬人當中即有 27 人自殺，Praveenlal (2001) 認為這和臨床上的憂鬱症、移民、債務陷阱 (“debt trap”) 等社會經濟因素，以及傳統支持體系的崩解、整體資源分配不均等社會文化因素有關。近年該省的殺害全家後自殺事件戲劇性地攀升，對於此一新現象，精神科醫師 John (2001) 歸因於快速的社會變遷與經濟變革所致。該省具有高人口密度、低平均所得、高識字率 (91% vs. 全印度的 52%)、低出生率，以及低嬰兒死亡率、預期壽命提高、兒童免疫等不遜於已開發國家的健康指標；在此同時，該省也存在離婚率升高，以及酒類消耗量居全印度之冠、酒精消費年齡下降造成酒癮等身心問題。在社會面，主要變遷特徵包括：消費主義高張、冷酷無情的競爭型態營造出人們易於尋求自殺的氛圍、道德價值與傳統支持體系崩解、家庭結構轉趨核心家庭為主幹。在經濟面，該省的技術與非技術工人紛紛外流至波斯灣國家工作，再將工作所得匯回，高現金流量改變了當地的消費行為，創造出新的消費文化，造成留在當地靠固定所得維生者，無法應付新的花費需求，加上傳媒不斷鼓動當地的消費風氣，入不敷出的結果，使得人們步步陷入債務陷阱，這樣的生活環境帶給當地民眾相當高的壓力，整體心理健康狀況每下愈況。

John 將殺害全家後自殺 (或殺子後自殺) 事件分為兩種模式：第一類型是由一家之主 (通常是父親) 提出，與妻子達成自殺協議 (suicide pact) 後發生，夫妻先殺害子女再自殺。第二類型沒有自殺協議，多半是由媽媽發動殺子後自殺行動。這兩種類型不僅形式不同，背後的原因也迥然不同。第一類型通常因為家庭突然陷入財務困境或破產，夫妻都深陷無助感，才商議決定選擇舉家自殺。在印度的文化脈絡中認為此舉是一種慈悲的表現 (compassionate gesture)，可讓孩子免於在父母亡故後受苦；然而，這也讓兒童成為自殺事件中的被動受害者 (passive victims)。在第二類型中先生是太太的主要壓力源，酒癮或迫害妄想傾向使得先生經常性地懷疑妻子不忠，

深陷於憂鬱中的妻子因此產生自殺意念，最後決定帶著子女共赴黃泉；此外，在印度嫁妝引發的家庭爭執也經常是造成母親帶子女自殺的原因之一。在第一類型的父母與第二類型中的母親都是為子女的未來著想而決定帶孩子一起走，相當接近於前述的「利子型」殺子行為。

John 依其臨床經驗指出這些父母根本上扭曲了摯愛父母 (loving parent) 的角色，以一種自以為子女最佳利益的強迫式渴望 (obsessive desire) 帶著子女一起去自殺。他分析這類家庭通常孤立自絕於社區之外，「家」像一個封閉的城堡，家庭成員在家庭的內團體中持續不斷地蘊釀著負面的、自殺的氛圍，在相互激盪與增強之下，最後決定以集體自殺 (group suicide) 的方式了結。喀拉拉省採取殺子後自殺的家庭，父母約在 35 至 55 歲之間，使用的尋死手段包括下毒、上吊、自焚、跳河等。他認為媒體醜色猩式的新聞處理手法是造成舉家自殺或攜子自殺風潮的主因之一，媒體甚至在報導中將自殺事件描繪成「最後解脫的路徑」 ("final escape route")，暗示著舉家自殺是這一家在經歷各種心理與社會的折磨之後的解脫，彷彿為此行為找到合理的解釋，具有某種傳染效應，實不可取。

(三) 香港：利子式的殺子後自殺比例較西方國家高

為了解兇殺後自殺 (hdsomicide-suicide, HS)¹⁷ 案件在香港的普及率與趨勢，確認相關的風險因子，研擬預防及處遇策略建議，並加強介入策略以打擊致命的家庭暴力問題，香港社會福利署委託香港大學犯罪研究中心進行一項為期兩年的「香港兇殺後自殺之研究」(Homicide Followed by Suicide in Hong Kong, 1989-2001)¹⁸。該研究統計 1989 至 2001 年間，香港總計有 73 件兇殺後自殺案件 (77 名加害人、98 名被害人)，造成 174 人死亡。在所有兇殺後自殺的案件中，19% 有一個以上的被害人，

¹⁷ 殺人後自殺 (Homicide-suicide, 簡稱 HS) 指的是個人殺害其他人後，在一週間也隨之自殺的一種致命事件 (Marzuk et al., 1994)，被逮捕後自殺的加害人則不包括在內。

¹⁸ 該研究兼採質化與量化方法，個案資料來源為香港警務處刑事記錄科 (Hong Kong Police Criminal Records Bureau, CRB) 的記錄以及香港死因裁判法庭 (Coroner's Court in Hong Kong) 的死亡案件記錄。研究蒐集到的文件包括：死亡報告、調查報告、驗屍報告、自殺遺書、陪審團裁決、心理診斷報告等。研究團隊由這些資料中取得非常廣泛的資訊，例如：被害人與加害人的人口分布特徵、死亡的方式與手段、被害人與加害人的心理狀態等。

在研究調查期間的年平均值顯示，香港每十萬人中有 0.12 人死於兇殺後自殺，而絕大多數的這類案件發生在家庭之內，多少反映出此類悲劇的「家庭本質」(domestic nature)。進一步分析被害人的特徵發現受害者以性伴侶最多，其次為 18 歲以下兒童少年（佔 37%），殺害子女案件的比例比其他西方國家、地區的研究報告都來得高出許多。

在加害人特徵的分析方面，性別和婚姻狀況有顯著差異。所有的女性加害人至少都有一次婚姻或者同居關係，也較可能有離婚的情況。可能因為已婚女性相對承受較大壓力，且多數人曾經歷婚姻不和導致離婚，大部分的女性加害人同時也是受害人的母親。兇殺後自殺案件中有四分之一導因於經濟相關因素，三分之一的加害人面臨緊急的財務危機（男性財務困難的比例較高），有三分之一的家庭有負債，只有 39% 的加害人有工作，遠低於一般大眾 15 歲以上有工作者的比率（61.4%）；其教育程度較低，相較於一般大眾的 15%，這類案件的加害人只有 6.4% 的人完成大學教育，此外，有 14.5% 的加害人曾有犯罪記錄，有較不穩定及較不成功的生活方式。女性有較穩定的生活方式並且較少有前科，平均而言，女性也有較高的教育背景，其就業率較低，這可能與她們擔任家務勞動者以及幼兒照顧者的角色有關。四分之一的加害人有精神疾病，其中有 63% 被診斷為憂鬱症，其中又以女性加害人精神疾病比例較高，尤其是憂鬱症（女性 28.6；男性 10.7%）。大約四分之一的加害人有使用暴力的記錄，六分之一的加害人曾經企圖自殺，雖然有 20% 的女性加害人曾有過使用暴力的記錄，女性還是較可能表現內向性的侵略行為(自戕)。研究發現大多數的加害人受苦於無助感、從未向外求助，而且問題多已持續存在相當的一段時間 (chronic)。

研究歸納此類案件的加害手段包括勒斃、砍殺、毆打、高處推下、燒炭、引廢氣自殺...等。在加害動機方面，感情或性的因素(忌妒、佔有慾等)佔了大多數(34.2%)，其次為爭執(27.4%)以及利子式的動機等因素。研究報告中特別指出香港相較於其他西方各國的研究報告，利子式的兇殺後自殺比例高出甚多。這些加害於子女的父母認定這對孩子是最好的安排，「如果我不能給我的孩子什麼，那就再也沒有人可以給

他更好的了」。在財務上備受壓力的父母出自扭曲的（或錯覺的）利子動機而殺害子女後自殺，可以說是香港這類案件中十分普遍的特徵，該報告特別指出此一現象需要更進一步的研究。

（四）台灣：絕望的攜子自殺事件攀升

近年攜子自殺或舉家自殺事件頻傳，在台灣社會引發相當的震撼與討論。兒童福利聯盟統計報紙報導案例指出 2006 年一整年登上新聞版面的攜子自殺事件共有 34 起，死亡兒少 33 人，受傷兒少 13 人，較 2005 年的數據高。政府部門與關心兒少福祉的民間團體分別對此一現象進行研究並提出建議，茲統整如下：

1. 在被害人特徵方面：

兒童福利聯盟的分析（2006）發現「父母帶著學齡孩子自殺」的比例激增。2005 年的報導案例以五歲以下的幼兒最多（佔 57%），但 2006 年被害兒少的年齡結構有極大的變化，6 至 12 歲的學齡兒童從 2005 年的 38 佔 57% 跳增到 46 %。

行政院衛生署自殺防治中心（2006）以國內六大平面媒體 2002 年至 2005 年的報導為本，針對 68 個母攜子自殺事件進行分析，發現 68 個案例中被害兒少總計 84 人，被害人數為 1 人的有 54 件（佔 79.4%）；2 人的有 12 件（佔 17.6%）；3 人的有 2 件（佔 2.9%）。被害者年齡從 0 歲到 50 歲不等，平均 8.6 歲，其中有 6 件是 0 歲的新生兒。被害的幼童中有 5 位智能障礙，1 位腦性麻痺，3 位有合併身體的疾病。

陳全信與林金定（2004）檢視國內三個電子報資料庫，針對 1990 年至 2004 年之間曾發生的 18 個加害智能障礙者的個案以歸納法進行分析。其中被害者年齡最小的是 7 個月，最大的 59 歲，20 歲以下最多；被害的智能障礙者以男性佔絕大多數（18 案中的 14 案），有描述障礙等級的 9 個個案中，中重度者有 6 個。

2. 在加害人特徵方面：

兒童福利聯盟的研究(2006)發現有47%的加害人維持已婚狀態，53%則處於分居、離婚、未婚或再婚的狀態。相較於2005年新聞報導的攜子自殺事件以母親為加害人為主(44%)的狀況，2006年則以雙親共同攜子自殺為最多(37%)，這使的孩子幾乎沒有存活可能，頗值關注。再者，2006年的事件顯示加害者生子年齡在24歲以下者高達62%，其中又以20至24歲年齡組比例最高(48%)，新手父母面對的壓力與相應的情緒控制可能是威脅兒童生存權的危險因子。

行政院衛生署自殺防治中心(2006)的研究發現加害的母親以已婚者居多(61.8%)，普遍受苦於經濟、生病、失業、支持系統不佳及求助管道受限等問題。有合併精神疾病者20案，佔29.4%；有憂鬱症者17案，佔15%；合併使用酒精者3案，佔4.4%；合併使用藥物者6案，佔8.8%；有留下遺書者23案，佔33.8%；曾有自殺記錄者3案，佔4.4%。平均年齡為34.7歲。陳全信與林金定(2004)的研究發現以父子關係居多(8案)，其次為母子關係(5案)。居住地區以住中部者、非都會區為多。

3. 加害手段：

兒童福利聯盟的研究(2006)指出2006年案例顯示加害手法以燒炭最多，高達76%，其餘24%則如持刀殺害、開瓦斯、自焚、投海及上吊等較激烈而痛苦的手段。行政院衛生署自殺防治中心(2006)的研究統計68個個案中有一半(35案，佔51.5%)燒炭自殺，其次是服用藥物(6案，佔8.8%)，其他分別為跳樓、刀殺、跳河、服用農藥、開煤氣、上吊等。陳全信與林金定(2004)的研究整理加害手段包括：喝農藥、吃安眠藥、割腕、燒炭、引汽車廢氣、自焚、勒斃及合併方式等，其中以前兩項最多，其次為燒炭自殺。

4. 加害動機與危險因子：

兒童局有關兒童死亡事件原因分析統計顯示從2004年到2007年7月，在攜子自殺的51案當中，以精神疾病比例最高(26案，38.2%)，其次是經濟壓力(14案，

20.6%)，第三是不當管教(10案，14.7%)，再次為婚姻問題(6案，8.8%)¹⁹。

兒童福利聯盟的研究(2006)發現有高達七成的報導個案因經濟困難而攜子自殺，包括欠債、失業、被倒會、經商失敗，其中尤以突如其來的財務危機最為嚴重；其次為健康問題，如：藥酒癮、精神疾病、慢性疾病等；第三為婚姻衝突或失調，如離婚、分居、吵架、離家等。

行政院衛生署自殺防治中心(2006)的研究指出促發因素以疾病與經濟問題為主，各有15案(各佔22.1%)，其次為感情及家庭問題，各有10案(各佔10%)。從加害者的動機分析，可看出利子型(不忍孩子變孤兒)高達29案(42.6%)，急性精神病居次(7案，佔10.3%)，不要小孩有4案，佔5.9%；意外有2案，佔2.9%；配偶報復有3案，佔4.4%；另有23案無法分類(佔33.8%)。

陳全信與林金定(2004)的研究歸納智能障礙者家庭攜子自殺的主因有三：一是擔心本身亡故後智障子女無人照顧；二是欠債、失業等經濟因素；三是生活上的挫折，如：離婚、長期照顧身心俱疲等。

貳、攜子自殺的防治

台灣社會攜子自殺事件的高發生頻率無疑地是令人震驚惋惜的家庭悲劇，當它們經由媒體成篇累牘地披露，加上不當的新聞處理(林育卉等，2006；呂婉萍與邱莞慧，2006)，不僅引發社會大眾與政府官員的高度關注，更有可能因此產生所謂的「叢聚效應」²⁰，誘發處境相近者起而模仿，短時間內發生數攀高，進而造成社會民心的不安。

儘管有些攜子自殺事件，尤其是嚴重的精神疾病患者所犯下的殺子自殺事件未必能事先防範，而且截至目前為止，對於如何預防這類事件可說所知有限(Friedman, 2005)，然國內外學者專家仍試圖提出若干防治策略，以期降低此類事件的發生率與

¹⁹ 請參兒童局 93-96 致死案件統計表。

²⁰ 參張家銘。中止攜子自殺傳染效應大人媒體社會醫療皆有責任。

(http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/home/Controller.jsp?doAction=paper_show&toURL=/portal/paper/data.jsp&type=article&sno=30)

因而引發的社會衝擊，茲整理截至目前曾被提出的防治之道如次；

一、在個人層面：

(一) 分享與傾聽：

高風險家庭所面對的各種現實問題雖然未必能在短期內一舉解決，但如果能有傾訴的管道，不論是鄰居親友之間的守望或是對專業人員的傾吐，能被不帶判斷地接納與傾聽，都可有效疏緩個人壓力，以較平和的心情尋求解套 (John, 2001; Beh, 2005; 兒童福利聯盟, 2006)。

(二) 積極就診、敏銳辨識、對症診治：

研究顯示多數的加害人受苦於程度輕重不一的精神疾病，因此普設社區心理衛生機構，鼓勵當事人就醫、及早診治是第一步 (Guileyard et al., 1999)。此外，精神科醫生、小兒科醫師及諮商專業人員在臨床上也應更加敏銳地察知、辨識與評估憂鬱症與精神疾病父母犯下殺子罪行的可能性，更縝密地篩檢為人父母者的精神症狀，甚至直接詢問憂鬱症與自殺未遂個案，孩子在他們自殺事件中的可能命運。再者，對於家中生計的主要負擔者面對失業或被降職等生活壓力事件而顯出憂鬱傾向時，也應格外關注。在此同時，政府也應教育社會大眾對憂鬱症、精神分裂症等精神疾病之症狀有更多的了解，以避免悲劇事件的發生 (Friedman, 2005)。

(三) 教導兒童自我保護：

灌輸兒童生命自主的觀念，敏感辨識危急狀況，並及時求助或求救 (兒童福利聯盟, 2006)。

(四) 社會機構應敏感而即時地接手不被期待而出生的嬰兒，以降低被殺害的風險 (Guileyard et al., 1999)。

(五) 殺子和自殺事件一樣難以預防，不宜隨意指責任何人未善盡預防的努力，或咎責於那些被認為應該預防此悲劇發生的人，各種不負責任的評論都可能造成不必要的罪惡感 (Guileyard et al., 1999)。

(六) 編印手冊協助自殺未遂者的家屬知道如何自處與照料：

家庭成員有自殺意念或行動，對其他知情的親屬而言，不論是否共居，都是很大的心理煎熬，這類的手冊相當有助益²¹。

二、在社會層面：

(一) 加強社會宣導打破兒童照顧迷思：

財團法人兒童與家庭扶助基金會 2004 年針對學童家長的問卷調查結果顯示，國人兒童照顧觀念的生命權部分不及格，社會大眾仍普遍存有「父母是唯一的照顧者」、「父債子還」、「孩子不打不成器」、「兒童是報復對方的最佳工具」及「兒童是父母的財產」等五大迷思，這些錯誤過時的觀念極可能是造成兒虐致死與攜子自殺等嚴重剝奪兒少生存權的元兇，使父母成為兒童人權的摧毀者。因此該基金會乃呼籲應透過各種媒介再教育為人父母者尊重與維持兒童獨立的人格權，讓他們以積極正向的觀念扮演起兒童人權的捍衛者的角色。

(二) 加強法律教育，了解攜子自殺等於犯下殺人罪：

攜子自殺從社會文化的角度來看雖屬「其情可憫」，但回歸法律層面，則是「其行可誅」的犯罪行為。根據民法，父母對子女有保護與教養的權利與義務（一千零

²¹ 美國的衛生與人群服務部下的藥品濫用與心理衛生服務局心理衛生中心委託民間非營利組織編印 National Suicide Prevention Lifeline: After an Attempt. A Guide for Taking Care of Your Family Member After Treatment in the Emergency Department (2006) (請參 <http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/SVP-0159/SVP-0159.pdf>)。又如紐西蘭的 Suicide Prevention Information New Zealand 提供簡潔的指引 (請參 <http://www.spinz.org.nz/page.php?p=41#138>)。在該網頁上也有超連結可以看到澳洲、美國、加拿大等國相類似的指引資訊。

八十四條第二項)，沒有任何一條法條允許父母擁有「必要時可以剝奪未成年子女的生命」之特權。因此為人父母者若攜子自殺，不問動機為何都將依情節被判以殺人罪、殺人未遂罪等，受到刑法的制裁，甚至因被害人為兒少而夠加重刑罰²²。

(三) 導正媒體的新聞處理，善盡社會職責：

面對此類人命關天、極具聳動性的社會問題，各類傳播媒體應依循世界衛生組織規範建構新聞製播準則；媒體工作者更應本諸專業責任與專業倫理，秉持專業合宜報導並提供相關資訊，協助潛在需求者求助管道(張家銘, 2004; 林育卉等, 2006)。

(四) 加強政府與民間各項福利與照顧措施之宣導：

由於多數兒童虐待與攜子自殺的高風險家庭在事件發生之前多處於自我封閉的狀態，甚少求助或錯誤求助(如地下錢莊、江湖術士)，使問題益加嚴重終至不可收拾，因此財團法人兒童與家庭扶助基金會也在前項研究報告發表記者會中指出，應多宣導可提供高風險家庭協助的資訊與資源。

(五) 木炭下架及加註警語：

有鑑於極高比例的個人自殺與攜子自殺者是以燒炭方式結束生命，中央研究院鄭泰安研究員建議仿照香港做法除了促請木炭業者在包裝上加註警語(如「珍愛生命，希望無限」及安心專線電話號碼)外，也以木炭非生活必需品為由促業者主動下架，提高木炭取得的難度，降低民眾採取氣體自殺的發生率，此外，他也建議研議修訂法規，要求旅館等公共場所加裝一氧化碳偵測系統，減少悲劇發生²³。此外衛生署長也表示將與農委會研議在農藥上加註防治自殺警語標示的可能性。

²² 葉雪鵬。父母怎可剝奪兒女生命？請參 <http://geo.tycg.gov.tw/files/download/44fe284f.doc>。

²³ 請參中國時報。2007年6月29日(<http://health.chinatimes.com/sick.asp?sid=58&aid=3204>)。

三、在政策層面：

(一) 檢討現行社會福利政策：

日本對單親家庭的經濟支持因整體大環境經濟不景氣而削減，被認為要對攜子自殺事件發生數攀升負起責任 (Curtin, 2004)，因此有必要重新檢視各種有助於陷入困境的高風險家庭脫貧脫困的政策與措施。

(二) 重新檢視服務輸送內涵與深度：

評估研究顯示台灣目前針對高風險家庭所提供的服務內容仍多處於初期階段，與個人或家庭重建仍有一段距離，服務的廣度與深度均有待加強，社會資源網絡之間的協同合作仍有努力空間 (宋麗玉, 2006)

(三) 成立「家庭暴力嚴重受傷或死亡檢討委員會」

香港在水圍事件後家庭內兇殺後自殺案件引發社會重視，香港社會福利署家庭及兒童福利科在各界強力要求下從 2005 年開始研議，並於 2007 年 7 月正式提出「兒童死亡個案檢討機制先導計畫」。該機制將由不同領域的中立、公正、獨立之專業人士所組成，對所有 18 歲以下，死於非自然因素的兒童做整體的檢討，並對引起公眾關注與社會福利服務有關的個案做深入的檢討。

預期達成的目標有三：

1. 檢討服務過程、制度、跨專業合作，提出有待改善之處；
2. 辨識共通點、影響服務的趨勢或特徵，提出預防性的策略；
3. 為預防兒童死亡促進跨專業、跨機構合作²⁴。然而，香港服務家庭與兒少的民間團體與社會服務聯會 (社聯) 對此有不同的看法，它們基於兒童與家庭的不可切割性，積極向當局主張應以「家庭暴力嚴重受傷或死亡檢討委員會」

²⁴請在香港立法會網頁蒐尋立法會福利事務委員會 2007 年 5 月 14 日會議紀要中「擬議的致命虐兒個案檢討機制及保護兒童」(第 9 頁到第 15 頁)。

取代官方研提的「兒童死亡個案檢討機制」。

(四) 設立針對處境困難家庭的特別照顧小組：

香港大學犯罪研究中心在 2005 年提出的「兇殺後自殺個案研究」報告中，建議政府應比照醫院加護病房的概念設立專責單位 “special intensive care unit team”，對高風險家庭提供密集服務。

(五) 蒐集所有謀殺後自殺的個案資料，建構中央資料庫，以精確掌握這類案件的風險因子：

前述委託研究雖被允許使用官方資料庫，但仍受限於資料不完整以致未能精確分析，因此建議香港政府應建構中央資料庫。

表 2-1 母親殺子行為的風險因子與保護因子檢核表

要素	風險	保護性
個人(Individual)		
年齡(Age)	小於 16 歲*; 青少年*	超過 21 歲; 25 歲以上*
智力(Intelligence)	低智商*; 智能遲緩 (Mental retardation)*	平均或超過平均
教育(Education)	小於 10 年級*; 小於 12 年級*	大學畢業*
醫療狀況(Medical Status)	無產前護理*; HIV/AIDS*	產前護理(Prenatal Care)*
情緒狀況(Emotional Status)	產後情緒失調* 精神病(Psychosis)* 藥物濫用* 企圖自殺的記錄*	無精神失調的診斷
創傷歷史(Trauma History)	身體或性虐待* 童年喪母*	先前無創傷記錄*
母親的態度(Maternal Attitudes)	否認懷孕* 對懷孕持負面態度* 自理分娩(Unassisted birth)* 非醫院分娩 (Nonhospital delivery)* 虐待或疏忽其他孩子* 計畫棄嬰於醫院* 愛丁堡產後憂鬱量表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale) 得分小於 10 分* 生產困難(Difficult birth)*	計畫懷孕* 對懷孕持正面態度* 產前及產後護理* 醫院分娩(Hospital Delivery)* 愛丁堡產後憂鬱量表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale) 得分大於 10 分*
原生家庭(Family of Origin)		
以母親為戶長的單親家庭	與兒童的聯繫薄弱* 精神疾病史* 藥物濫用* 兒童虐待加害者* 缺席或遺棄家庭*	計畫懷孕* 與兒童有正面的聯繫*
以父親為戶長的單親家庭	兒童虐待, 配偶虐待, 亂倫加害者* 精神疾病* 藥物濫用*	無暴力的親職 有充分能力的供應者 與兒童有正面的聯繫

	缺席或遺棄家庭*	
婚姻的/家庭 (Marital/family)	雙親頻繁分離* 婚姻暴力* 離婚* 財務不穩定, 搬家	無暴力的關係 培育整個家庭
處境(Situational)		
婚姻的/伴侶 (Marital/Partner)	單親*; 施虐的配偶* 配偶藥物濫用* 非生物上的父親親職 (Nonbiological father as parent*)	不對母親及嬰兒施暴 無藥物濫用 支持母親及嬰兒
財務狀況(Financial Status)	失業/貧窮* 低社經地位*	足夠的收入, 資源
兒童照顧狀況 (Child-care status)	有兩個或以上年齡未滿 17 歲的孩子* 單一照顧者* 手足虐待* 母親照顧許多孩子 (Many children in mother's care)* Baby youngest of many in care*	支持並提供幫助的伴侶 支持並提供幫助的雙親 支持並提供幫助的親戚
嬰兒的性格 (Infant's temperament)	不易照顧的兒童* 母親睡眠不足* 先前曾有嬰兒或兒童虐待*	和嬰兒有正向且有安全感的依附 健康的兒童 行為沉著安靜的兒童

備註：* = 曾在實證研究中被引用的因素

表 2-2 殺子後自殺因素之過錄表

因素	指標
人口變項	父母的性別
	父母的年齡
	婚姻狀態
	就業狀況
	種族
前科	是否曾被控告
	入監服刑記錄
	少年犯罪史
藥酒癮史	酒精濫用史
	藥物濫用史
	是否在犯案前喝酒
	是否在犯案前嗜藥
	是否在酒醉狀況下犯案
加害人特徵	殺害的子女數
	兒童年齡
	兒童性別
	對殺子動機的描述
	對殺子行為的描述
	其他被害人
	有無共犯
	殺子與自殺手段
	先前的殺子意圖
	考慮時間有多久
疾病特徵	精神疾病史

	診斷
	開始被診斷或出現症狀的年齡
	第一次因此住院的年齡
	精神疾病治療的時間長短
	精神疾病住院史
	最近一次接受精神科／心理衛生服務
	自殺意圖與方式史
	聽幻覺
	命令式幻覺
	視幻覺
	妄想
	憂鬱症
	燥症
家庭特徵	家庭暴力
	兒童虐待
加害人的發展性／社會心理特徵	社會支持
	兒童照顧
	生父的參與／繼父
	兒童保護服務的介入
	收入來源
	監護權爭執
	求學問題
加害人醫療史	產後憂鬱或精神病史
	產後或懷孕狀況
	醫療問題

資料來源：Friedman et al., 2005: 498

第三章 研究方法與過程

第一節 過去相關研究之檢討

兒虐致死與攜子自殺可說是引發社會高度關注與爭議的議題，不論是學術研究工作者、政府主管機關與決策者，乃至於第一線的實務工作者莫不期望精準地掌握成因，從而對症下藥減緩或解決，以善盡國家社會保護弱小公民的天職。然而，受限於問題本質之案情複雜性、情緒高漲性與社會價值糾葛性，以及統計資料（hard statistics）取得的困難性，檢閱過去相關的論述，尤其是台灣本土的討論，絕大多數都還是立基在事件回應式的意見表述，符合科學研究法則與規範的嚴謹研究可說少之又少。

第二章提及的國內有關兒虐致死與攜子自殺（尤其是後者）的論述，多以新聞分析做為主要的研究方法，研究者（單位）選定平面媒體的電子新聞資料庫（如：聯合知識庫），以關鍵字蒐尋的方式找出相關報導，並依研究者所選定的變項編碼，再根據統計結果加以分析論述。以新聞資料庫為主要的實證資料來源有以下幾項缺陷：

- 一、上全國新聞版面者未必是整體相關事件的全貌：非都會、偏遠地區地方性事件，或是當日有全國性重大事件發生產生排擠效應，都有可能遺漏個案。
- 二、以關鍵字蒐羅案件難以做到窮盡周延：部分相關新聞報導內容未必有研究單位所設定的關鍵字字眼，尤其是在社會慣用字眼，如「攜子自殺」出現之前者極可能遺漏。
- 三、新聞報導資訊不全與偏誤：由於這類研究是以新聞報導做為關於案情

的唯一資訊來源，難免出現記者框架角度不同、在搶時間下未經必要查證，或是聚焦特定報導點見樹不見林，而有所偏誤。研究者進行更深入的個案研究，與相關當事人進行深度訪談後經常發現報導偏離事實甚遠（李淑容，2007）。

香港社會福利署委託香港大學犯罪研究中心所進行的「兇殺後自殺個案研究」應是近年亞洲地區資料蒐集最齊全、最具官方公信力的一項研究²⁵。但是研究報告仍檢討出以下幾項研究限制：一、資料來源大多數為次級資料（secondary sources），不甚齊全，也不容易找尋證人或者加害人與被害人的聯絡者。兇殺後自殺案件面臨更大的阻礙是多數資訊都來自不直接相關的第三人之描述。二、警察對於此類案件的調查著重於蒐集犯罪證據以利起訴審理，而非聚焦於危機評估或其他分析相關的資訊。例如：在兇殺後自殺的案件中，主嫌已死亡的事實通常減低了強力蒐集涉案人員資訊或案件可能影響及動機的需要。三、起訴的重點可能導致某些偏見或扭曲兇殺後自殺案件的結果描述；此外，證人的描述也可能受到兇殺後自殺案件的污名影響而有偏頗，然而因為證人誓言以及警察對偏見的覺察，該研究仍肯定可用記錄的可信度。四、研究團隊認為儘管該研究中所使用的官方檔案都是重要的知識來源，但並非毫無疑問的事實（truth）來源。

由此觀之，要深入了解台灣兒虐致死與攜子自殺的成因與防治之道，亟需以下幾個條件到位：（一）公部門資訊的釋出：包括全國性的刑案統計數據、相關個案的起訴書與判決書等官方文書；（二）各種研究方法多管齊下：有鑑於每一種資料取得方式與內容都有其限制，為拼貼出事實的真相，需採取多元資料蒐集的策略。

²⁵ 該研究的實證資料主要有兩大來源：一是香港警務處刑事記錄局的記錄（HK Police Criminal Records Bureau, CRB）；二是死因裁判庭的死亡案件記錄（Coroner's Court in HK），針對包括：死亡報告、調查報告、驗屍報告、自殺遺書、陪審團判決、心理診斷報告等資料做出綜合研判。

第二節 本研究之研究設計

有鑑於上述研究方法上的檢討，並回應本研究所設定的研究主軸並達成預期目標，本研究計劃以多元研究方法從總體面與個體面蒐集兒虐致死與攜子自殺案件之資料，以期對問題有更精確的掌握，從而提出更具理論說服力與問題解決能力的成因分析與防治策略建議。

壹、在總體面

一、文獻與制度面資料蒐集

有鑑於現今台灣在兒虐致死與攜子自殺兩議題的研究與論述仍相當有限，本研究多元地蒐集各國相關學術的與實務的文獻與文件，進行研讀與分析，以豐富知識深度與廣度。本研究也廣泛蒐尋各先進國家有關兒童保護的相關經驗，對照台灣制度現況與文化社會背景加以轉化演譯，針對防治策略與兒保網絡提出具體可行建議。

二、焦點團體

為了解整體現行社會政策與服務輸送面的問題，以及針對兒虐致死與攜子自殺案件的兒童保護防治網絡之現況和改進建議，本研究擬運用焦點團體法（focus group）邀請包括警政、勞政、社政、精神醫療、自殺防治、藥酒癮戒治等公部門網絡成員、民間議題倡導與提供直接服務的非營利組織，以及學術界的關鍵知情者（key informants），就現況與問題相互激盪、深入討論，俾據以提出政策研擬或實務運作之具體建議。

本研究採用焦點團體法主要在透過團體互動方式，使得參與成員的意見與經驗經由腦力激盪方式呈現個別訪談所難以呈現的深度訊息與對議題激盪出的

省思，Fern (1982) 比較個別訪談與焦點團體指出，在人數相當的情況下，焦點團體法雖未能明顯孕育出較多的理念，但二場 8 人左右的焦點團體產生的資料相當於 10 次個別訪談，故焦點團體法在資料的蒐集與時間效率的掌握上有其優勢。

本研究規劃每場焦點團體人數以 6 人為原則。研究者過去操作焦點團體的經驗顯示，在有限的三個鐘頭中，這樣的人數安排有助於成員密集互動、充分發言與溝通，是研究者可以得到最豐富資訊的適當焦點團體規模。焦點團體之成員將包含學術界、行政人員與民間社福機構團體專業工作者、管理者與決策者，採同質性組合與混合編組兩種方式，就前兩種研究方式所取得的資訊就教於受邀人士，經過相互激盪、詮釋與討論，期待獲得更高層次的理解。在本研究中，主要由計畫主持人或共同主持人擔任焦點團體的帶領人(moderator)，兩位主持人均曾接受質性研究的相關學術訓練並具有執行相關質性研究之成熟經驗。每一場焦點團體至少有一位研究助理負責現場的觀察記錄以及擔任後勤支援工作，焦點團體進行前，都將徵得參與者同意採全程錄音方式，但可以應與會者之要求只聽不錄 (off-the-record)，以期獲得更豐富、更關鍵的資訊。

總計本研究在兒虐致死之焦點團體部分，共計辦理 2 場次，參與者共計 12 位，其中學者 4 位，實務工作者 8 位（公部門 5 位、民間部門 3 位），主要針對本研究經由深度訪談與問卷調查所得相關兒虐致死危險因子，探討具體之防治策略（討論大綱詳見附件一）。另外，並針對案家於兒虐致死事件發生前，是否曾經進入社會福利體系之議題，探討現行網絡合作與實施障礙，並研擬未來可能之防治策略。在攜子自殺部分，共舉辦 3 場焦點團體，共有 12 位實務工作者（公部門 8 位、民間部門 4 位）參與，針對攜子自殺的成因，目前自殺防治體系的功能、社政部門的作為、網絡的合作關係及防治的策略等議題進行深入的互動性討論（討論大綱詳見附件二）。此外，本研究也針對身心障礙者的攜子自殺與兒童疏忽和虐待召開一次焦點團體，邀請 3 位國內具有指標性的身障團體執行長進行焦點團體，以了解目前身障兒童受虐、疏忽狀況，評估服務的可及性、網絡合作

的問題及解決之道。以上焦點團體所得資訊納入本報告第四、五章，以及作為第六章建構兒虐致死與攜子自殺服務網絡及提出相關防治策略建議之參據。

貳、在個體面：個案研究

不論是兒虐致死或是攜子自殺案件都可說是千殊百異，每一類別，乃至每一個個案都有其獨特而多維複雜的生命故事與轉折，前述整體面的資料蒐集方式固然可讓我們看見此一社會問題的全貌，但卻失之抽象且缺乏生命力。因此，本研究計劃從 2006 至 2007 年當中歷次各縣市提到內政部兒童及少年保護與家庭暴力防治小組的「重大兒虐個案評估檢討機制」之個案檔，以及從新聞事件當中挑選典型兒虐致死與攜子自殺個案，選定 6-10 個個案進行深入的個案研究。並針對每一個案進行以下的資料蒐集。採行之主要研究方法如下：

一、次級資料分析

此部分主要針對 2006 年至 2007 年中，各縣市提報內政部兒童及少年保護與家庭暴力防治小組的「重大兒虐個案評估檢討機制」之個案檔加以分析。根據內政部兒童局提供之「重大兒虐個案評估檢討報告」資料，2006 年共 22 案，2007 年共 10 案，總計 32 案。為確實掌握兒虐致死及攜子自殺之成因、個案求助行為及目前網絡合作的問題，本研究除蒐集並閱讀分析「重大兒虐個案評估檢討機制」之個案檔、相關媒體報導之外，也透過兒童局發文從警政部門與社政部門獲取選定個案的檔案記錄。研究團隊將同一個案的媒體報導、移送書、起訴書、判決書及個案記錄等檔案資料歸戶成檔後，仔細閱讀、分析、比對不同來源資料，做成研究札記。研究團隊再以前述文獻探討所獲得的知識做為分析架構，拼湊與描繪各個案件的整體圖像，並據以擬定深度訪談的主題。

二、半結構式深度訪談

在閱讀過所有的個案檔後，研究團隊決談專業人員的訪談對象，並進行連

絡。由於事涉個人隱私，為保障研究對象之權益，本研究於研究過程中嚴格控管個案的相關資料，訪談對象以社政主責社工或督導為主，衛生行政人員、警政人員為輔，人數則以「資訊飽和度」為取樣及樣本數決定原則，並視情況及依訪談對象意願決定是否錄音。在兒虐致死的深度訪談部分，截至 97 年 8 月 15 日止，本研究共計完成 13 場次，16 人次、13 個兒虐致死案例之深度訪談，訪談題綱請參閱附件三。訪問對象主要以曾與案家有接觸經驗之社政體系人員為主，其中主管人員共計 7 人次，社工員則為 9 人次。在攜子自殺的深度訪談部分，截至 97 年 8 月 15 日止，本研究共計完成 12 人次，7 個攜子自殺案例之深度訪談，訪談題綱請參閱附件四。深度訪談所得案例資料整理分析於第四、五章，主要用來補足問卷調查所難以呈現之質性豐富資訊與社工同仁之主觀詮釋觀點。

三、個案評估調查

為掌握兒虐致死相關危險因子，本研究參考世界衛生組織（World Health Organization）及國際防止兒童受虐與疏忽協會（International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect）所提出之兒虐生態模式觀點，並根據期中報告前實際訪視兒虐致死個案之主責社工所獲得之相關危險因子，加以調整修訂，分自個人、關係、社區及社會等層面編製「兒虐致死個案評估檢核表」（參閱附件五），函請各縣市政府社會局針對所轄地區近兩年兒虐致死個案逐案填寫檢核表，並由研究單位彙整後分析，藉此更進一步瞭解目前兒虐致死之相關基本資料，以及可能之危險因子。

本研究於民國 97 年 4 月 28 日至 5 月 10 日聯絡各縣市主責社工協助填寫問卷，民國 97 年 5 月 10 日至 6 月 16 日回收檢核表並進行資料的確認工作。截至民國 97 年 8 月 28 日止，本研究共計收到 37 份檢核表，其中有效問卷數為 27 份，問卷填寫者為 26 位。在 27 份有效問卷中，包含 16 個縣市之兒虐致死案例；26 位填答者以女性工作者居多（23 位，佔 88.5%）；填答者之職位以社工員（師）

居多（22位，佔84.6%），4位具主管職（督導、組長）；工作年資以2年（含）以內最多（13位，佔50%），其次為5年以上（7位，佔26.9%）。

在施測工具方面，實際進行施測之「兒虐致死個案評估檢核表」之設計包含下列各項：

（一）個案基本資料

1. 基本資料：性別、出生/死亡日期、死亡年齡、同住家人、戶籍資料、國籍族群身份、身心狀況、醫療病史及就學狀況等。
2. 兒虐致死相關訊息：事發地區及地點，個案致死的類型、方式、及原因
3. 個案特質：瞭解個案是否具備何種特質，使得案父母或主要照顧者在照顧上難度增加，因而造成兒童受虐致死。個案特質項目採複選方式勾選，包括：
 - (1) 不被期待而生下
 - (2) 未能滿足父母之期待或願望（如：性別、外觀）
 - (3) 持續哭鬧且很難安撫
 - (4) 具有某些外觀上的症狀
 - (5) 顯示心智不健康的症狀
 - (6) 家裡小孩眾多，父母或主要照顧者負擔沉重
 - (7) 帶有危險行為問題（如：犯罪行為）
 - (8) 暴露於危險環境內（如：配偶暴力）
 - (9) 高度需求的孩子（如：經常哭鬧、早產、障礙疾病）
 - (10) 呈現某些人格或氣質的特性，且被視為有問題的（如：過動兒）
 - (11) 家中有與受虐兒童年齡相近（表/堂）兄弟姊妹，且需父母高度關注
4. 過去受虐歷史：瞭解個案在本案發生前是否曾遭受暴力虐待？開案狀況？與施虐者的關係？虐待類型等。

5. 社會福利系統介入協助：包含

- (1) 兒虐致死案件之處理：如通報時間、社工員第一次通報時間、及完成調查報告時間等。
- (2) 兒虐致死案件發生前之處理：如兒童少年保護及高風險家庭通報、開案及結案情形；接受其他社會福利系統之介入協助，含高風險家庭關懷處遇服務、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助、低收入戶生活扶助、中低收入戶兒童及少年生活扶助、身心障礙生活補助、中低收入戶幼兒托教補助、特境婦女經濟扶助等。

(二) 施虐者基本資料

1. 基本資料：性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、國籍族群身份、健康狀況、就業情形及犯罪、家暴記錄等。
2. 與個案的關係：瞭解施虐者與個案關係、同住狀況，及互動頻率等。
3. 施虐者特質：瞭解施虐者是否具備何種特質，因而造成兒童受虐致死。施虐者特質項目採複選方式勾選，包括：童年受虐、性格粗暴、婚姻失調、控制慾望高、改變動機低、相剋迷信、重男輕女的觀念、處於社會孤立、面臨財務困難、多疑猜忌心重等。

(三) 家庭相關背景的瞭解

1. 基本資料：父母婚姻狀況、收入來源、住宅擁有情形、居住環境、教養態度與方式等。
2. 社會支持系統：瞭解家庭親友網絡、求助管道等。
3. 家庭特質：瞭解個案的家庭是否具備何種特質，可能影響兒虐致死事件的發生。家庭特質項目採複選方式勾選，包括：婚姻衝突、婆媳關係不佳、在社區內被隔離、不適當的居住環境、參與社區中的犯罪

或暴力行為、缺乏來自延伸家庭提供的教養支持、缺少親子間的依附及情感連結等。

(四) 社區或社會特質

瞭解個案所居住地區之社區或社會特質狀況，以瞭解是否會增加個案受虐的風險？社區或社會特質項目採複選方式勾選，包括：

1. 酒精易於取得
2. 社區失業率高
3. 社區居民經濟貧窮
4. 鄰里社區遷移頻繁
5. 媒體出現暴力的頻率高
6. 社區房舍缺乏或不適當
7. 社區環境對暴力的容忍度高
8. 社區中的性別與社會不平等
9. 社區缺乏相關服務以支持家庭
10. 社區有毒品交易或容易取得毒品
11. 社會及文化的規範強化刻板的性別角色
12. 兒童色情刊物、兒童賣淫及童工之存在
13. 社區環境充斥著有害毒素／威脅(如：高壓電)
14. 社會及文化的規範貶抑親子關係中兒童的地位
15. 相關政策不適當，造成社經地位差距大或不穩定
16. 社福機構政策或方案不適當，致使兒童受虐率增加

問卷資料回收後，本研究使用統計套裝軟體（SPSS for Windows 15.0）中文版進行資料分析，由於實際有效問卷數為 27 份，故本研究僅進行描述性統計分析，呈現各變項之次數分配（含百分比）。相關之資料分析結果參見第四章第二節。

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

第一節 重大兒虐個案評估檢討報告之案例分析

此部分主要針對 2006 年至 2007 年，各縣市提報內政部兒童及少年保護與家庭暴力防治小組「重大兒虐個案評估檢討機制」之案例加以分析，目前研究小組已完成兒虐致死案例共 14 件個案檔，相關資料整理歸類如下（參閱表 4-1）：

壹、介入日期

有 10 件個案（71.43%）會於通報後同一天受案並至個案家家訪，其餘 4 件（28.57%）則沒有同一天通報、受案及家訪，其中兩件主責社工會於三天內完成三項流程（通報、受理及家訪），另外兩件個案則分別為四天和十一天內完成。

貳、個案性別

受虐致死兒童的性別部分，以女性居多，共有 11 位（78.57%），男性則為 3 件（21.43%）。

參、死亡年齡

受虐致死兒童的年齡狀況，最小的個案為出生三個月，最大的則為十五歲；整體而言，未滿一歲者有 2 位（14.29%），滿一歲至未滿三歲者有 6 位（42.85%），滿三歲至未滿五歲者有 3 位（21.43%），滿五歲至未滿七歲者有 2 位（14.29%），及 1 位十五歲（7.14%）。

肆、兒虐成因

在兒虐成因方面，14 件個案中有 3 件難以自評估表中判斷，而就現有資料顯示，缺乏親職能力及子女照顧壓力仍是主要兒虐成因，11 件案例中約有四成

左右均提及此二因素，其次依序為管教問題（3件）、照顧者年紀輕及工作壓力大（各2件），其餘出現之成因尚包括主要照顧者為精神疾患、酗酒、家庭支持系統缺乏及收養爭議等。

伍、致死方式

有5件個案沒有說明其致死的方式，只能得知其致死的關鍵傷害（如：顱內出血），其餘個案致死方式分別有營養不足、撞擊致死、水果刀刺傷、重擊個案頭部及臉部，及以藤條、衣架或不求人等外物抽打個案身體。上述虐待類型顯示致死案例仍以身體虐待為主，只有少部分個案為照顧者疏忽而致死。

陸、施虐者

施虐者部分，在此14件個案中共計有18位施虐者，其中14件個案中，有4件個案（28.57%）非單一施虐者，其餘10件個案（71.43%）則為單一施虐者。

施虐者與個案的關係分別有案母、案父、案繼父、案母同居人、親戚及其他；案母有6位（33.33%），案父2位（11.11%），案繼父1位（5.56%），案母同居人5位（27.78%），親戚2位（11.11%），其他-案外祖父的夫妻朋友2位（11.11%）。

如以施虐者性別來看，其中男性共10位（55.67%），女性共8位（44.44%）。男性施虐者年齡介於19至42歲間，平均年齡為29.8歲，70%的男性施虐者年齡為30歲以下；女性施虐者年齡介於17至39歲之間，平均年齡為25.3歲，87.5%的女性施虐者年齡為30歲（含）以下。

柒、施虐者特質

有4件個案的施虐者有多項刑案紀錄，藥酒癮的行為特質則有6件個案，其餘尚有從事色情行業、精神疾病、管教嚴格、童年受虐、情緒壓力失調、失業、婚姻失調、缺乏親職知能與親屬資源、情緒管理能力差等特質。另從資料顯示，

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

施虐者身份有 1 位為大陸籍配偶，有 2 案例屬於原住民家庭。

捌、社福系統介入

其中有 5 件個案或其家人曾進入社福系統，由社福系統的工作者提供服務，另外有 2 件個案分別為家訪後經評估無受虐之虞而結案，及曾至醫院就醫而無察覺有受虐事件。

表 4-1 2006—2007 年重大兒虐致死個案評估檢討報告總表

	01	02	03
個案編號	950001	950002	950005
介入日期	通報/受案/家訪日 為 950430	通報/受案/家訪日為 950501	通報日為 950703； 受案/家訪日為 0713
兒童性別	女	女	女
死亡年齡 (出生日—死亡日)	5 歲 4 個月	2 歲 5 個月	1 歲
兒虐成因	嚴重疏忽(照顧者年 紀輕，缺乏親職能 力)。	身體虐待。	案母缺乏親職能力； 案母同居人工作壓 力大，無適當抒發管 道，缺乏適當休息與 睡眠，且缺乏教養觀 念。
致死方式	疑發育併重度營養 不足致死。		撞擊致死(同居人將 案主從車上丟摔到 馬路，並用棒球棍推 案主胸口)。
施虐者	案母(23) 案小舅(19)	母親同居人(23)	案母(21) 母親同居人(39)
施虐者特質	案母從事色情行業 並有吸毒前科，剛勒 戒出所。	有多項刑案紀錄。	有多項刑案紀錄。
社福系統介入	931214 曾由社區通 報，經家訪調查評估 無受虐之虞，故於 940505 結案。	四月初曾至**就 醫，並無通報。	(案發前，未曾有社 福系統介入)

表 4-1 2006—2007 年重大兒虐致死個案評估檢討報告總表（續）

	04	05
個案編號	950006	950008
介入日期	通報日為 950715； 受案/家訪日為 0717	通報/受案/家訪日為 950729
兒童性別	男	女
死亡年齡 (出生日—死亡日)	15 歲	1 歲
兒虐成因	因案母管教態度嚴格，對於案主暑假打工晚歸而發生口角，疑似溝通不良及精神疾患發作。	案母年輕且原生家庭受照顧經驗不佳且缺乏親職知能；案家子女照顧壓力過大(案姐 2 歲，案妹未足月)；親屬資源缺乏(同住但疏離的案祖母擔任 24 小時看護；案父忙於工作；案家親屬多居住南部)
致死方式	以水果刀刺傷案主腹部。	無法確認顱內出血部分原因。 平日會用手握拳敲打案主頭部、用手捏案主腿部，無法解釋案主頭部受傷原因，但陳述案主平日會從床上掉下來。
施虐者	案母(39)	案母(23)
施虐者特質	案母有精神疾病	
社福系統介入	(案發前，未曾有社福系統介入)	950329 由案母同事通報，初步評估案母缺乏親職知能且身心壓力過大、缺乏親友支援，故後續處遇以支持案母、協助案母增進親職知能為主。◎◎社工 6 月初接案，進行家庭維繫方案，共進行家訪 6 次(1 次未遇)，電訪 8 次。

表 4-1 2006—2007 年重大兒虐致死個案評估檢討報告總表（續）

	06	07
個案編號	950017	950018
介入日期	通報 / 受案 / 家訪日為 950922	通報 / 受案日為 941003 ; 941004 則為家訪
兒童性別	女	女
死亡年齡 (出生日－死亡日)	4 歲 7 個月	1 歲 7 個月 (950927 死亡)
兒虐成因	920 案主不聽話不寫功課，案繼父以藤條抽打，晚上案主不肯吃飯，案繼父又以藤條抽打；921-922 案主呻吟表示痛苦；922 早上已全身冰冷	案家最後決議不出養案主給予○姓夫婦而產生爭執。
致死方式	腹部內出血腫脹，無法得知何為致命點。	肝臟破裂、前後腹腔出血、腎臟出血 (致死方式無詳細說明)。
施虐者	案繼父 (27)	案外祖父之○姓友人夫(42)婦(30)
施虐者特質	管教態度嚴格，多以體罰方式。 案繼父與案母吸毒。	
社福系統介入	(案發前，未曾有社福系統介入)	941003◎市家暴中心來電通報，案母有意申請自費安置；950209 由◎市 家暴中心 進行緊急安置三個月 (950212-0512)；0315 轉由◎◎縣**中心進行家庭重整服務，因案母行蹤不明，再延長安置 (950512-0812)；0523 案母入監，0811 案外祖父接回照顧，後續由**負責追蹤輔導；0906**表示正協助處理案主出養事宜；0915 案父出獄表示不願將案主出養，0926 和案外祖父至友人家並無發現異狀。

表 4-1 2006—2007 年重大兒虐致死個案評估檢討報告總表（續）

	08	09
個案編號	950019	960002
介入日期	通報/受案/家訪日為 951104	通報/受案/家訪日為 960113
兒童性別	女	男
死亡年齡 (出生日—死亡日)	3 個月 (951104 死亡)	3 歲 (960113 死亡)
兒虐成因	案主係早產，故照顧不易，易哭鬧。	施虐者照顧負荷壓力大(施虐者之子需早療復健)，施虐者與案母對於扶養費用之糾紛。
致死方式	數天未進食、頭部瘀血，肺部發炎。	皮下組織失血致休克(致死方式無詳細說明)。
施虐者	案父 (22) 案母 (17)	親戚 (25)
施虐者特質	案父為○○族，案母為◎◎族。 施虐者童年受虐、缺乏親職知能與親屬資源。	情緒壓力失調
社福系統介入	(案發前，未曾有社福系統介入)	941114 通報 (## 醫院通報)，1115 家暴中心受案，1116 開案。951130-1201 至醫院與醫務社工會談，評估案親戚照顧負荷壓力大，提出安置建議，但被拒絕。

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

表 4-1 2006—2007 年重大兒虐致死個案評估檢討報告總表（續）

	10	11
個案編號	960003	960004
介入日期	通報/受案/家訪日為 960414	960112 通報及受案；960115 訪視
兒童性別	女	女
死亡年齡 (出生日—死亡日)	2 歲 11 個月 (960917 死亡)	6 歲 (960112 死亡)
兒虐成因	案父有喝酒，略有酒意，案主哭鬧不停，案父管教案主且以不求人責打案主。先前案父會打幾下就收手，自從被通報後開始嚴厲地責打。	
致死方式	以不求人責打案主身體及會陰部。缺氧缺血性腦變併蜘蛛膜下出血情形，多重器官衰竭，及多處瘀青、疤痕。	
施虐者	案父 (42)	案母同居人 (26)
施虐者特質	欠債、酒癮、工作機會減少致收入銳減 (案母為△△籍)。	
社福系統介入	951024-27 分別接獲鄰居通報，1026 協請警方訪視，1103 社工至案家訪視，社工評估案主有早療介入及進一步核對案母照顧能力之需求；1204 轉介至早療中心，960116 早療中心進行訪查評估，後續聯繫不上案家，案母表示不需早療鑑定評估；3 月轉介家庭維繫方案追蹤輔導。960414 房東通報，案主疑遭案父責打；0414 至醫院訪談。	(案發前，未曾有社福系統介入)

表 4-1 2006—2007 年重大兒虐致死個案評估檢討報告總表 (續)

	12	13	14
個案編號	960008	960009	960011
介入日期	通報 / 受案 / 訪視日為 960921	通報 / 受案日為 960928	通報 / 受案 / 訪視 日為 961023
兒童性別	女	男	女
死亡年齡 (出生日—死亡日)	2 歲 6 個月 (960925 死亡)	4 歲 (960928 死亡)	未滿 7 個月 (961023 死亡)
兒虐成因	因哭鬧被案母同居人毆打 至昏迷不醒。		案母飲酒，幫案主 餵牛奶時，案主一 直哭鬧不停，不喝 牛奶。
致死方式	案母同居人以衣架、拳頭毆 打屁股、大腿及頭部。 顱內出血有腦水腫。	腸膜破裂、腹腔出 血、腦水腫。	酒後出手忘了輕 重，手掌重擊幼童 頭部及臉部。
施虐者	案母同居人 (26)	案母同居人 (32)	案母 (24)
施虐者特質	失業、人格違常、衝動控制 差、吸毒及竊盜等前科。	藥癮、婚姻失調及 多項犯罪前科(重 傷害、竊盜、毒 品、家暴前科)。	父母皆為○○族。 酗酒、精神疾患、 婚姻失調、及失 業。
社福系統介入	案母曾接受特殊境遇婦女 經濟協助 (○市)，9604 申 請緊急生活扶助、子女生活 津貼；9604○市曾安置案主 及案母於◎◎區社區資源 交流中心，提供工作，不久 因案主生病住院，病癒後便 難以追蹤。	(案發前，未曾有 社福系統介入)	(案發前，未曾有 社福系統介入)

第二節 兒虐致死個案分析

本節主要呈現研究小組經由問卷調查與深度訪談兒虐致死個案承辦同仁，並將相關研究結果整理分析如下。

壹、兒虐致死個案之基本屬性概況

一、個案基本資料

依據主責社工填答之 27 份案例資料，整理兒虐致死個案之基本概況情形如下：

27 份案例之基本資料詳見表 4-2-1。在受虐致死兒童之性別方面，以女性居多，共有 16 位（59.3%），男性則為 11 位（40.7%）。在死亡年齡方面，可發現兒童年齡愈小，死亡案例相對較多，以年齡之分佈來看，1 歲以下兒童之死亡率為 22.2%，3 歲以下兒童為 59.3%，6 歲以下為 85.2%。在同住家人方面，在案發當時與生父母同住的案例較多，共 9 位（33.3%）；其次為與生母一方同住，共 8 位（29.6%）；如以同住者包括生母同居人或繼父之案例來看，則有 9 位（33.3%），其中有 2 個案例，僅有生母同居人與個案同住，且同居人即為施虐者。

在個案的戶籍方面，27 個案例中有 23 位（85.2%）是已登記戶口，4 位未登記。在個案的國籍身份方面，全部個案均為本國籍兒童少年。81.5%的個案並無生理或心理缺陷或限制，其中有 2 位為疑似/確定為發展遲緩兒童。在個案醫療病史方面，大部分受訪者對此訊息是不清楚的（21 位，77.8%）。個案之就學狀況以未就學比率偏高（23 位，85.2%），此部分與受虐致死個案之年齡偏向 6 歲以下兒童大致能相呼應。

表 4-2-1 兒虐致死個案之基本資料 (N=27)

變項名稱	次數(%)
1.個案性別	
(1)男性	11(40.7)
(2)女性	16(59.3)
2.死亡年齡	
(1)0-未滿1歲	6(22.2)
(2)1歲(含)-未滿2歲	5(18.5)
(3)2歲(含)-未滿3歲	5(18.5)
(4)3歲(含)-未滿4歲	3(11.1)
(5)4歲(含)-未滿5歲	2(7.4)
(6)5歲(含)-未滿6歲	2(7.4)
(7)6歲(含)-未滿7歲	1(3.7)
(8)7歲(含)以上	3(11.1)
3.同住家人	
(1)與生父生母二方同住	
--生父生母	2(7.4)
--生父生母+手足	5(18.5)
--生父生母+其他親戚	1(3.7)
--生父生母+手足+其他非親戚	1(3.7)
(2)與生母一方同住	
--生母+外婆	1(3.7)
--生母+繼父	1(3.7)
--生母+同居人	5(18.5)
--生母+同居人+同居人親戚	1(3.7)
(3)與生父一方同住	
--生父+手足	1(3.7)
--生父+祖父	1(3.7)
(4)與其他親戚同住	
--外公外婆+手足+親戚	1(3.7)
--親戚+親戚小孩	2(7.4)
(5)與其他非親戚同住	
--生母同居人	2(7.4)
--保母+保母家人	2(7.4)
--寄養家庭	1(3.7)

4.個案的戶籍	
(1)已登記戶口	23(85.2)
(2)尚未登記戶口	4(14.8)
5.個案國籍身份	
(1)本國籍	27(100.0)
(2)外國籍	0(0.0)
6.個案身心狀況	
(1)無生理或心理缺陷或限制	22(81.5)
(2)疑似/確定為發展遲緩	2(7.4)
(3)已鑑定為身心障礙	0(0.0)
(4)不詳	3(11.1)
7.個案醫療病史	
(1)不詳	21(77.8)
(2)正常	5(18.5)
(3)早產兒	1(3.7)
(4)慢性疾病	0(0.0)
(5)重大疾病	0(0.0)
8.就學狀況	
(1)未就學	23(85.2)
(2)幼稚園/托兒所	1(3.7)
(3)國小	1(3.7)
(4)國中	2(7.4)
(5)高中	0(0.0)

延續表 4-2-1 個案之就學狀況以未就學比率偏高之現象，研究者另深度訪談主責社工之案例中亦可得知，如果案家並未使用正式系統，如托育或就學，則個案之實際生活狀況不容易被發現，主責社工提到：

「這個部分後來我有個思考點，我覺得這樣的孩子他有出來上學幼稚園，OK！一定會被發現！老師會去注意嘛！...義務教育的部分。如果這些孩子如果有出來，OK！就會被注意到！但因為他都在家裡面，就比較不會被注意到！所以，我覺得慢慢看，有些現在被虐待或是被嚴重虐待都是因為沒有出來，如果有出來上幼稚園或是其他地方，可能有些

人就會注意到！...跟外界的連結沒有連結到。...也有可能沒有被通報出來！」(9604A, P.6-7)

二、兒虐致死事件發生之背景資料

(一) 兒虐致死個案之發生地點與發生地區之居住時間

在兒虐致死個案之發生地點方面，17 個案例(63.0%)是發生在個案的家中，包括案母與同居人共同居住地點，5 個案例(18.5%)是發生在受託照顧者家中，如保母家中或案母入獄服刑，受託照顧之同居人家中等。公共場所則包括旅社、馬路邊、溪邊等地(詳見表 4-2-2)。

如進一步瞭解個案在事件發生地區之居住時間，可發現個案居住於發生地區的時間，滿 2 年以上僅 3 位(11.1%)，23 位(佔 85.2%)在 2 年以下，此固然與受虐致死兒童之年齡較年幼有關，然若比較兒童死亡年齡，仍可得知兒虐致死個案在發生地區之居住時間有限，例如兒童滿 1 歲以下死亡者共 6 位(22.2%)，然在發生地區之居住時間在 1 年以下的即有 19 位(70.4%)，社區新遷入戶的兒虐議題值得關注(詳見表 4-2-3)。

表 4-2-2 兒虐致死個案之發生地點 (N=27)

事件發生地點	次數(%)
1.自己家中	17(63.0)
2.受託照顧者家中)
3.公共場所	5(18.5)
4.其他	4(14.8)
	1(3.7)

表 4-2-3 兒虐致死個案發生地區之居住時間（N=27）

居住時間	次數(%)
1.未滿 1 週	4(14.8)
2.滿 1 週-未滿 1 月	2(7.4)
3.滿 1 月-未滿 2 月	4(14.8)
4.滿 2 月-未滿 4 月	6(22.2)
5.滿 4 月-未滿 6 月	2(7.4)
6.滿 6 月-未滿 1 年	1(3.7)
7.滿 1 年-未滿 2 年	4(14.8)
8.滿 2 年以上	3(11.1)
9.不詳	1(3.7)

另從研究者深度訪談主責社工之案例亦發現，部分兒虐致死個案在發生地區之居住時間不長，如案家居無定所，且案主曾被強制安置；案家為外移人口，因工作而搬遷新環境；遷居另一縣市幾天後，發生兒虐致死，惟在原居地曾因意外就醫，但未通報等，社工員之說法如下：

--案家居無定所，案主曾強制安置

「其實是往強制安置沒有錯。她是TW-R市的個案，然後剛好媽媽帶著她在TW-G市遊蕩尋求資源，然後這時候我們TW-G市這邊就做強制安置，可是我們這邊安置了半年之後就回歸TW-R市，所以她嚴格說來不在我主責的期間發生兒虐致死，不過剛好就是也離開我主責大概一個多月，她回了TW-R市之後...就發生意外！」（9518A，P.1-2）

--外移人口，因工作搬遷至新環境

「因為他們案家喔！戶籍都不在這邊！那只是到TW-P* *廠那邊工作！所以才居住在那邊！」（9604B，P.2）

「9604C：那因為之前他們的戶籍都不在這邊，孩子也都沒有在這邊上學，所以所有的系統譬如說會通報的啊！像是教育系統等等，這些他們完全沒有使用到。...他們來這裡工作也是不長的時間。

9604B：一個多月而已！」（9604，P.5）

--案發前曾因意外受傷就醫，未通報

「就醫過後的一個月左右，他們就搬到TW-F/O市去了！搬到TW-F/O市去沒幾天，同居人就把他兒虐致死了！她們是過了一段時間之後，才搬到TW-F/O市的！而且搬到TW-F/O市之後沒幾天就發生這種事情！」（9502A，P.15）

（二）兒虐致死個案之致死類型與原因

在兒虐致死個案的致死類型方面，27 個案例中有 24 件（88.9%）是屬於身體虐待、疏忽有 5 件（佔 18.5%）（詳見表 4-2-4）。進一步針對身體虐待之使用工具情形加以分析，可發現於 24 件案例中，施虐者若使用工具，則可能採用一般性工具，如衣架，或有幾件案例是採用特殊性工具，如起重機吊起、球棒、結冰礦泉水敲打頭部等；若未使用工具，則以用手打/推/丟等方式較多（詳見表 4-2-5）。

表 4-2-4 兒虐致死個案之致死類型與原因（複選）（N=27）

致死類型	次數(%)
1.疏忽	5(18.5)
2.身體虐待	24(88.9)
3.意外事故	2(7.4)
4.精神虐待	0(0.0)
5.性虐待	0(0.0)
6.遺棄	0(0.0)

表 4-2-5 身體虐待之工具使用情形(複選)(N=24)

工具使用情形	次數(%)
1.使用工具	
--一般性工具(如:衣架、藤條)	5(20.8)
--傷害性工具(如:刀、槍)	1(4.2)
--醫療性工具(如:食用/注射藥物)	1(4.2)
--特殊性工具(如:起重機吊起、球棒、結冰礦泉水敲打頭部、燒炭等)	6(25.0)
2.無使用工具	
--用手打/推/丟	10(41.7)
--用腳踢/踹	7(29.2)
--用身體碰撞	2(8.3)

在兒虐致死事件發生之案由方面,由於這些事件大部分均是案件發生後才追溯相關原因,是否能真正代表實際成因仍需再瞭解,惟社工員事後的瞭解仍能協助研究者初步掌握事件發生之案由,其中以小孩哭鬧比例最高(12件,佔44.4%),其次為管教致死、隨機發生等。

表 4-2-6 兒虐致死事件發生案由(N=27)

變項名稱	次數(%)
1.小孩哭鬧	12(44.4)
2.管教致死	6(22.2)
3.隨機發生	4(14.8)
4.報復另一方	3(11.1)
5.餵食障礙	2(7.4)
6.意見爭執(如收養、金錢糾紛)	3(11.1)
7.疏忽	2(7.4)
8.婚姻關係失和	1(3.7)
9.親密伴侶發生暴力	1(3.7)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，小孩哭鬧、報復另一方及餵食障礙等，都為兒虐致死事件發生之可能原因。

--小孩哭鬧

小孩哭鬧其實是年幼子女表達需求的方式之一，然在父母面臨缺乏其他照顧支持者、缺乏對年幼子女教養與子女發展的認知、面臨經濟壓力等，在衝動之下造成兒虐致死，可以說小孩哭鬧只是表面原因，但潛藏之背後因素是成人照顧者的挫折與生活失利交錯形成。相關之說明如下：

「當天爸爸有經過警方偵訊，有問一些狀況吧！也有一些柔情攻勢，爸爸就哭著坦承是他打弟弟，但他是說因為孩子哭鬧不休，所以情緒起來，就徒手打頭部，那時爸爸有承認。」
(96SbC, P1)

「其實這個孩子從以前，從出生爸爸就是很討厭孩子吵、孩子吵，所以他三不五時就會...對...如果說小孩子有哭鬧的行為，因為本來孩子哭鬧是一個正常的嘛，這孩子一有哭鬧他就會打他的頭，打頭、打臉，都是這樣，所以其實他本來都...他過去都有一些傷，過去就是有一些傷，只是沒有被發現，沒有被通報。」(97JaA, P11)

「那時媽媽開始工作了，在酒店，回到家看到爸爸沒工作，爸爸可能承受媽媽這部份的情緒之後要去照顧孩子，那三個月大的孩子又最會哭鬧、最需要照顧，在這樣雙重壓力下，讓他對弟弟有這樣負面情緒，對姐姐因為比較沒感受到那種經濟壓力。」(96SbC, P8)

「如果媽媽有事外出，那就是這個小孩跟同居人待在家，然後，媽媽是說平常同居人不見得會對孩子很兇，可是孩子哭鬧他會找媽媽，沒有安全感會找媽媽，如果哭鬧的時候他就會動手，她說之前有動手過兩次，媽媽沒有...她只是覺得怎麼這樣打小孩，可是並沒有要求同居人搬出去，所以這一次是很嚴重了，打到媽媽，我覺得媽媽好像也沒有認知到他會把他打得那麼嚴重到死亡。」(9608B, P4)

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

「就把他往地上摔，那摔了之後呢，孩子當然就是繼續哭啊！那哭、哭、哭...爸爸越來越煩，媽媽就聽到孩子的，聽孩子的哭聲，就嗯！也想要去保護孩子，可是她又不敢，她又不敢，所以後來就是、她就聽到她先生跟他講說，叫她去煮熱水，...然後就用熱水去燙他的孩子，...然後小孩又哇哇大叫啦！...爸爸又叫媽媽拿那個礦泉水倒在那個臉盆裡面，又變冷水，就是冷熱交替，冷熱交替這樣子，然後後來小孩子就越哭越大聲啊！然後爸爸、他爸爸就說你是不是肚子餓餓，就叫媽媽泡一罐奶要給他喝，那孩子當然會吐，因為他已經、那一段時間他已經備受折磨，就吐、就不喝，然後後來爸爸就更生氣，就從冰箱拿那個結冰水，礦泉水拿去結冰，一般都很熱，就拿去結冰嘛！那就拿那個結冰水去敲他的頭，那敲他的頭，孩子大概敲了之後就差不多也奄奄一息了。」（97JaA，p6-7）

--報復另一方

「是有跟○○瞭解了，那其實○○是說，裡面是有講說，怎麼她都有打孩子，讓孩子哭給媽媽聽之類的，○○的解釋是說那是故意的，要讓媽媽出來。我覺得他們可能也是要跟媽媽要錢或怎樣的，這部分我不敢確定！他只是說故意，讓孩子哭給媽媽聽，○○是這樣講！沒有故意要把孩子打死怎樣的，是沒有！」（9602，P.13）

--餵食障礙

「當天的發生是因為孩子，餵孩子吃飯，那這個孩子本身比較喜歡吃零食，所以可能在餵飯的時候，又不吃且又吐！○○說**可能是餵得蠻急的，孩子一口還沒吞進去的時候，就接著餵下一口！孩子可能就卡到怎樣的，最後就吐了！那**就很生氣就打！可能打的就比較嚴重！○○是說那天**打給他的時候，他回家時孩子就已經好像就...他是說就還是滿口的飯啦！」（9602，P.13）

三、個案特質

此部分主要瞭解個案是否具備何種特質，使得案父母或主要照顧者在照顧上難度增加，因而造成兒童受虐致死。個案特質項目採複選方式勾選，由受訪者填答資料整理得知，「不被期待而生下」及「持續哭鬧且很難安撫」的個案特質較高（各 8 件，各佔 29.6%）；其次依序為「暴露於危險環境內（如：配偶暴力）」（7 件，佔 25.9%）。「家裡小孩眾多，父母或主要照顧者負擔沈重」（4 件，佔 14.8%）。

表 4-2-7 兒虐致死個案之特質（複選）（N=27）

個案特質	次數(%)
1.不被期待而生下	8(29.6)
2.持續哭鬧且很難安撫	8(29.6)
3.暴露於危險環境內(如：配偶暴力)	7(25.9)
4.家裡小孩眾多，父母或主要照顧者負擔沈重	4(14.8)
5.不詳	4(14.8)
6.呈現某些人格或氣質的特性，且被視為有問題的(如：過動兒)	3(11.1)
7.未能滿足父母之期待或願望(如：性別、外觀)	2(7.4)
8.顯示心智不健康的症狀	2(7.4)
9.高度需求的孩子(如：經常哭鬧、早產、障礙疾病)	2(7.4)
10.家中有與受虐兒童年齡相近(表/堂)兄弟姊妹，需父母高度關注	1(3.7)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，照顧者若缺乏對於兒童教養之認知，並對兒童習性難以掌握、情緒控管不佳者，當兒童持續哭鬧且很難安撫時，兒童虐待即因此發生。主責社工的說法如下：

「說實在那個孩子不好照顧，那孩子剛到寄養家庭非常非常愛哭，而且都要人家抱，所以寄養媽媽在頭兩個月非常辛苦，...有時候鄰居會來關心說『是怎樣，孩子怎麼哭成這樣（台語）？』有時候就是剛換一個環境或是她要表達訴求不滿，孩子就會用哭鬧的方式，可是大概幾個月以後，孩子的生活就比較規律穩定。」（9518A，P.2-3）

「那這孩子真的也不是那麼好帶啦！她就是比較愛哭！對於陌生環境或者是說還不瞭解她的習性、她的性格，就沒有辦法安撫她、滿足她的時候，真的會哭的比較久，可能是受不了了！這個孩子你要懂得怎麼去照顧這個孩子，如果你不瞭解這個孩子的性格，這個孩子一直哭、一直哭，你沒有辦法去安撫的話，真的會讓人家以為是不是被苦毒了，這個孩子是不是被苦毒了，這個孩子怎麼哭地這麼淒厲、這個可憐，有時候真的是孩子的性格啦！孩子氣質就是比較愛哭！沒有想到這個孩子是比較愛哭的！可能他們就受不了，就下毒手！」（9518A，P.9）

四、過去受虐歷史

此部分主要在瞭解個案在本案發生前是否曾遭受暴力虐待？如曾遭受暴力虐待，通報、開案，與結案情形如何？與施虐者的關係？虐待類型等。由受訪者填答資料整理得知，有超過半數的個案在本案發生前，曾遭受暴力虐待；14件曾受虐案例中，僅有4件曾經通報且開案，而在本案發生時，仍有3件為兒少保護個案。在虐待類型上，仍以身體虐待居多（12件，佔85.7%），施虐者與個案關係以父或母同居人為最多，其次為父親、母親（詳見表4-2-8）。

表 4-2-8 個案過去受虐歷史之背景資料

一、受虐歷史與處遇過程	次數（%）	
	是	否
（一）受虐史（N=27）	14(51.9)	13(48.1)
（二）通報（N=14）	4(28.6)	10(71.4)
（三）開案（N=4）	4(100.0)	0(0.0)
（四）結案（N=4）	1(25.0)	3(75.0)
二、受虐類型（N=14）	次數（%）	
（一）身體虐待	12(85.7)	
（二）疏忽	3(21.4)	
（三）遺漏	1(7.1)	

三、本案發生之前的施虐者 與個案關係(複選)(N=14)	次數(%)
(一) 父親	5(35.7)
(二) 母親	2(14.3)
(三) 父/母同居人	7(50.0)
(四) 保母或其家人	1(7.1)
(五) 親戚一案表姑	1(7.1)

在個案過去受虐歷史方面，研究者另深度訪談主責社工之案例中亦可得知，兒虐致死案例中曾有兒少保護個案，但並未積極處理，社工員的說法如下：

--兒保個案，未結案，但亦未積極介入協助

「因為後來再去看一次，那時候通報的時候是 94 年底，95 年初的時候，她又去看一次，她覺得不屬於兒虐案件，其實她是想結的，但她沒有結掉...當初他去看的時候是覺得 OK 的，她看他們的互動狀況她覺得是 OK，不是兒虐案件，所以就掛著，我們最大的。就是因為這樣，我們最重要被詬病的地方就是在這個地方...她是要結的，但是沒有結，在這同年的 10 月的時候，**又跟社工員聯繫，才又有紀錄。我看到記錄的時候也在想這中間怎麼間隔這麼...原來要結的，但忘了，因為社工的手上都有很多案！...她去看了！她就是想要去結案，因為認為是意外事件。」(9602, P.2-3)

社工員未處理的原因事後檢討，包括下列幾種：

1. 歷經社工員的轉換

「對！因為後來這個社工就轉了，換了另一個社工。」(9602, P.2)

2. 新案接不完、舊案被壓縮或忽略

「有些因為新案已經進來了，那舊案就會一直往下壓，除非那舊案有比較緊急的狀況才會趕快去處理完後，穩定後就會放著，有空的時候才會再抽出來再去訪一下。通常他們的

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

狀況會是這個樣子，因為真的沒有那麼多時間，因為新案很多，像這種保護案件，非保護案件都很多，非常多案子，所以他們新案就一直一直接不完，那舊案就會被壓縮了。」

（9602，P.3）

「全部都在我們社工員身上，所以他們實際新的案件就是很多啦！所以就很容易忽略掉舊案...其實就保護案件及非保護案件加一加，我覺得每個人身上大概有一百個案件，跑不掉的耶！連那種經濟案件全部啊！加一加，一百個跑不掉。」（9602，P.5）

3. 非專職兒保社工，區域社工業務多元

「也都是保護案件及非保護案件都有...那保護案件就是像兒少保安置嘛！那非保護案件就有經濟類型的，像低收、還有中低的啊！或是兒少啊！高風險啊！全部都是在...我們是按區域。...所以那個低收、中低收入家庭，整個家庭的社會救助都是由我們這邊做，像現在那個監獄的受刑人案件也會送到這邊來嘛！然後法院的，現在大家都覺得社工很好用，它只要一張公文來就是要叫我們去看，那現在大家都怕啊！所以我們會接到各個單位來的，要我們去訪個案。」（9602，P.3-5）

4. 案發時間適逢其他交辦業務忙碌時（如低收入戶清查、弱勢兒少補助等）

「低收入戶清查，因為說真的，那個時間點正好是我們在低收入戶清查的時間，...當時他的狀況也正好在低收調查。每個鄉鎮的低收入戶又好多啊！有七、八十案啊！一個人有七、八十案。」（9602，P.4-5）

「當時我們就是年底年初在做低收入戶調查！然後那段時間有很多弱勢兒少的每個月3000塊補助，當時TW-K市案比較多！每個人有四、五十件的案在跑。她當時的直覺覺得..~！我前不久才看過孩子，照顧的也很OK，而沒有敏感到媽媽和**已經有爭執！可能我們的疏失比較是在這邊。」（9602，P.12）

除了在原有兒少保護系統的個案外，實際案例亦看到案家雖非屬於兒少保護系統，但卻是由婦女保護系統接案，關注重心在婦女受暴議題，當婦女受暴原因消失，如離婚即結案，卻未注意婦女因急於擺脫婚姻，而放棄孩子的監護權，衍生出之後孩子被生父虐待致死的悲劇。另外，因婦女保護案件而開案，但在個案相關紀錄上不一定會留下小孩資料，而忽略及早啟動保護兒童之機制。另有一例為案母亦為婦女保護的個案，但案母帶著幼兒居無定所，在不同縣市流竄，婦保社工提供庇護，但幼兒部分卻難以進一步處理。此也看到社工體系在橫向聯繫如婦保與兒少保、跨縣市資源之連結等仍有待努力。此位婦女的狀況誠如社工員所述：

---來來去去的案家，無從著力

「他後來我們有一段時間是找不到的，因為媽媽是居無定所...就還在 TW-G 市遊蕩，然後我們有一段是和媽媽失聯。...通報進來，可是通報進來的隔天，孩子就不在！媽媽跟孩子就不在那個飯店！就是常會讓人找不到人，然後就有一段時間是失聯的，那失聯的這段時間就找不到。...因為那時候是另外一個社工出勤，所以其實在我們 TW-G 市經手兩個社工，一個是用婦保提供庇護，後來，庇護完一個晚上之後就離開了，離開後我們就找不到人。...因為媽媽其實 TW-G 市、TW-R 市來來去去。」（9518A，P.1-2）

另外，在受虐歷史上，亦發現疑似受虐，但未通報情事，也因此喪失掉事前防範之可能。相關之案例經驗包括「案發前曾因意外受傷就醫，未通報」、「過去曾有施暴、疏忽情形，但未通報」，以下即就主責社工的說明整理如下：

--案發前曾因意外受傷就醫，未通報

「這個案子當初是SW-F【按：指機構】收到醫院的...接到這個案子的時候是因為家屬說他在浴室滑倒，他意外受傷，所以送到醫院治療，但是醫生不疑有他啦！他們就看完之後，醫生還跟他說，你跌倒之後大概幾天後還要回來觀察，家屬也都很配合且有回去觀察！

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

所以他們就覺得家屬不是不在乎的！所以，他們也不會想到說真的有同居人施暴的情形啊！然後沒想到這個就醫過後的一個月左右，他們就搬到TW-F/O市去了！搬到TW-F/O市去沒幾天同居人就把他兒虐致死了！」（9502A，P.15）

--過去曾有施暴、疏忽情形，但未通報

「其實弟弟身上已經有一些深、淺傷痕，所以我們評估這不是第一次遭受暴力，只是這次比較嚴重，嚴重到送醫我們發現。」（96SbC，P1）

「其實這個孩子從以前，...他過去都有一些傷，過去就是有一些傷，只是沒有被發現、沒有被通報。」（97JaA，P11）

「我們那時候，後來到警察局去，我看到那個，就是警方作的那個，拍的那個照片啊！其實我覺得我們不是醫生，都知道那不是正常的那種，不是就是意外的事故，那一定是惡意的施虐這樣。因為我本身、我有看到孩子那時候的照片，就是已經往生之後的照片，那全身幾乎是、就是都傷痕累累啊！大小不一的傷痕，然後不同形狀的傷痕。就我們看到孩子身上的傷，我們會覺得說，大小不一，然後新舊不一啊！覺得他應該是長時間有受到虐待，不僅僅是、就是意外發生那當下的那個傷痕而已。」（96Sa，P2）

「其實這孩子被打死時媽媽是在家的，沒有提供保護，沒有阻止繼父對孩子的施暴狀況，所以一起被起訴，那好像有，那時候法院有傳同住的老闆，老闆跟他們比較多生活接觸，有証實說這媽媽也曾對這孩子有施暴這樣子。」（9517C，P7）

五、社會福利系統介入

此部分主要在瞭解二部分：1.兒虐致死案發生時，社工員之相關處遇時程；
2.兒虐致死案發生前，案主是否接受社會福利系統之介入協助。以下說明之：

（一）兒虐致死案之處遇

由表 4-2-9 得知，兒虐致死案發生時，社工員之相關處遇時程中，扣除例假

日，通報時間至第一次社工員處理時間以「一天之內」為多（19 件，70.4%），通報至完成調查報告時間以「4 天（含）以內」為最多（17 件，63.0%）。

表 4-2-9 兒虐致死案之處遇時間 (N=27)

變項名稱	次數(%)
1.通報時間至第一次社工員處理的時間	
(1)1 天以內	19(70.4)
(2)1-2 天	4(14.8)
(3)2-3 天	2(7.4)
(4)無家訪	2(7.4)
2.通報至完成調查報告的時間	
(1)4 天（含）以內	17(63.0)
(2)5 天（含）以上	8(29.6)
(3)無通報	1(3.7)
(4)遺漏值	1(3.7)

(二) 兒虐致死案發生前，案家接受社會福利系統之介入協助

依據 26 位受訪者之統計資料得知，所有 27 案並未接受高風險家庭通報，但有 10 案（佔 38.5%）曾進入社會福利系統接受協助，包括身心障礙生活補助（3 案，佔 30.0%）、家暴服務（3 案，佔 30.0%）、中低收入戶兒童及少年生活服務（2 案，佔 20.0%）、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助（1 案，佔 10.0%）及特境婦女經濟扶助（1 案，佔 10.0%）。對於曾經進入社會福利系統個案，但卻發生兒虐致死案件，有待進一步對於社會福利系統之檢視（詳見表 4-2-10，表 4-2-11）。

表 4-2-10 兒虐致死案件發生前，案家接受社會福利系統之介入協助情形

	次數（%）	
	是	否
一、高風險家庭通報 (N=27)	0(0.0)	27(100.0)
二、社會福利系統 (N=26)	10(38.5)	16(61.5)

表 4-2-11 兒虐致死案件發生前，案家接受社會服務項目（複選）(N=10)

變項名稱	次數（%）
1. 家暴服務	3(30.0)
2. 身心障礙生活補助	3(30.0)
3. 中低收入戶兒童及少年生活扶助	2(20.0)
4. 弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助	1(10.0)
5. 特境婦女經濟扶助	1(10.0)
6. 不詳	3(33.3)

另從研究者深度訪談主責社工之案例中亦可得知，在兒虐致死案件發生前，曾有案家接受社會福利系統之介入協助，包括案母童年為兒少保護個案或因家庭變故，曾被安置於兒少安置機構。同時亦有案例因單親媽媽的身份，而接受單親家庭之服務，惟上述服務仍未能協助這些案母避免兒虐致死案件發生，而童年安置經驗反而造成受助個案對於社會福利單位的不信任，究竟社會福利系統介入對於案家的影響及介入的適當性是有待評估的。以下是主責社工分享案母接觸社會福利系統經驗，經整理如下：

--案母童年為兒少保護個案

「他是算就是縣市之間不斷遷移的個案，然後我們接到案子的時候已經發生孩子已經住院了。那後來才知道這個媽媽本來是* *市那邊協助的個案，她不斷遷居，到##、○○、◎◎，最後才到☆☆，所以* *那邊的社工也一直找不到她，對，一直到☆☆這邊孩子

被打住院重傷，我們才接受，所以她21號通報嘛！21號住院，25號孩子就走了，就很短的時間，所以我們是處理後半段。...本身她是個受暴的孩子長大的，曾經她好像被安置到國中返家，返家之後狀況也不好，好像都離家外宿，認識網友等等，狀況都一直不穩定。那這個孩子在**應該是沒有被通報過是媽媽，這個死亡的小朋友啦！目前我們的個案他沒有被通報過。」（9608，P1-3）

「這個媽媽原生家庭也是結構不完整，因為他媽媽是重度智能障礙，他爸爸很早就和媽媽離婚、遺棄他們，是阿嬤帶大的，他有個姐姐，姐姐國中就離開家，所以他有一度被安置在兒少機構，所以他對安置、社會處、福利機構有很嚴重的排斥，所以我剛開始跟他談的時候，他說我是個兇手，不願意跟我談，因為他自己也曾經被社會處強制安置在我們的機構，所以他會覺得我們不理解他的心情，是在拆散他們的家庭。」（96SbC，P2）

--單親家庭服務個案

「**那邊好像是因為她單親，然後給她單親的輔助或是特殊境遇婦女的補助，然後，後來因為&&有介入，然後□□也有介入，因為她單親的身份。..單親身份，未婚生子的部分。」（9608B，P2）

貳、施虐者之基本屬性概況

一、施虐者基本資料

依據主責社工填答之 27 份案例資料，共有 30 位施虐者，這些施虐者之基本屬性概況情形如下：

30 位施虐者之基本資料詳如表 4-2-12。在施虐者的性別方面，以男性居多，共有 19 位（63.3%），女性則為 11 位（36.7%）。在年齡方面，以 25 歲（含）至未滿 30 歲之年齡層為最多（11 位，佔 36.7%），其次為 30 歲至未滿 35 歲（8

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

位，26.7%）。在教育程度方面，以國中（肄）為最多（10位，佔33.3%），高中/職（肄）其次（9位，佔30.0%）。在婚姻狀況方面，施虐者之婚姻狀況以已婚者居多，共12位（佔40.0%）；同居者有7位（23.3%）。在施虐者國籍族群身份方面，主要仍以本國籍，非原住民/新住民為主，共26位（86.7%）；本國籍之原住民身份有3位（10.0%）。

在健康狀況方面，僅有3位有特殊疾病，如肝硬化、精神障礙，但其中有13位之健康狀況為不詳。在身心障礙者手冊方面，在已知的23位施虐者中，僅有2位領有身心障礙者手冊，21位未領有手冊。在就業情形方面，30位施虐者中僅有7位（23.3%）有固定工作，如自營自助洗衣店、店員、砂石車司機、酒店經營者、碼頭工人、從事服務業等。其次為不詳、打零工（如建築工人等）及失業（各6位，各20.0%），家庭主婦（3位，10.0%）。在犯罪紀錄方面，12位（40.0%）為不詳，12位（40.0%）無犯罪紀錄，6位（20.0%）有犯罪紀錄，如傷害、吸毒、妨害性自主、偷竊等。在家暴記錄方面，有11位（36.7%）施虐者之資料不詳，13位（43.3%）施虐者過去並無家暴記錄，6位（20.0%）曾有家暴紀錄，且其中有5位的紀錄為對配偶施暴，3位曾有對子女施暴的紀錄。

表 4-2-12 施虐者基本資料(N=30)

變項名稱	次數(%)
1.性別	
(1)男性	19(63.3)
(2)女性	11(36.7)
2.年齡	
(1)未滿 20 歲	1(3.3)
(2)20 歲 (含) – 未滿 25 歲	2(6.7)
(3)25 歲 (含) – 未滿 30 歲	11(36.7)
(4)30 歲 (含) – 未滿 35 歲	8(26.7)
(5)35 歲 (含) – 未滿 40 歲	2(6.7)
(6)40 歲 (含) 以上	4(13.3)
(7)不詳	2(6.7)
3.教育程度	
(1)不詳	10(33.3)
(2)不識字	0(0.0)
(3)國小(肆)	1(3.3)
(4)國中(肆)	10(33.3)
(5)高中/職(肆)	9(30.0)
4.婚姻狀況	
(1)已婚	12(40.0)
(2)同居	7(23.3)
(3)離婚	5(16.7)
(4)未婚	5(16.7)
(5)其他	1(3.3)
5.施虐者國籍族群身份	
(1)不詳	1(3.3)
(2)本國籍，非原住民/新住民	26(86.7)
(3)本國籍，原住民—阿美族	3(10.0)
(4)本國籍，新住民	0(0.0)
(5)外國籍	0(0.0)
6.健康狀況	
(1)不詳	14(46.7)
(2)無特殊疾病	13(43.3)
(3)有特殊疾病	3(10.0)
肝硬化	1
精神障礙	2

7.身心障礙者手冊	
(1)不詳	7(23.3)
(2)否	21(70.0)
(3)是	2(6.7)
智障輕度	1
8.就業情形	
(1)有固定工作	7(23.3)
(2)不詳	6(20.0)
(3)打零工	6(20.0)
(4)失業	6(20.0)
(5)家庭主婦	3(10.0)
(6)無工作	1(3.3)
(5)其他	1(3.3)
9.犯罪紀錄	
(1)不詳	12(40.0)
(2)無犯罪紀錄	12(40.0)
(3)有犯罪紀錄	6(20.0)
—犯罪紀錄項目(複選)—	
有犯罪紀錄：傷害前科	2(6.7)
有犯罪紀錄：吸毒前科	4(13.3)
有犯罪紀錄：其他	6(20.0)
-妨害性自主	1
-性侵幼童	1
-偷竊、竊盜	4
10.家暴記錄	
(1)不詳	11(36.7)
(2)無家暴記錄	13(43.3)
(3)有家暴記錄	6(20.0)
—家暴記錄項目(複選)—	
有家暴記錄：對配偶施暴	5(16.7)
有家暴紀錄：對子女施暴	3(10.0)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，部分案例之真實樣貌難以還原，主要原因在案件發生後，施虐者即被收押，因此社工員常難以從施虐者部分瞭解真正案發經過，此點也是目前要判斷兒虐致死成因的其中一個主要障礙。社工員的說法如下：

--真實樣貌難以還原：施虐者已收押，成因難以確實掌握

「因為後來社工員就沒有去接觸到**！因為**被收押了！」（9602，P.12）

「所以發生的原因，嗯...這個同居人我沒有辦法見到他，因為他當場就被收押了。」（9608B，P4）

雖然社工員未必真正有機會瞭解造成兒虐致死之成因，但從一些案例還是可幫助我們更深入瞭解施虐者或案家之一些特質，如

（一）案母或施虐者曾有前科：如案母吸毒、案父妨害性自主罪等

「當時他被收押了，是之後他被放出來，他之所以被收押是因為有一個違反性自主性案子，在九十○年◎◎月被判刑，知道要服刑半年，但他沒去，是這個案子去警方那做偵訊，才查出來他有這個案子要服刑，所以先送他去**監獄服刑，之後是他服刑完，到九十○年◎月份才出獄。」（96SbC，P2）

（二）主要照顧者情緒管理不佳，或帶有精神疾病、躁鬱症等症狀

「97A：爸爸是一直沒工作，就是在家裡照顧？」

96SbC：一直沒有，一直都是媽媽在工作，媽媽在**是在酒店上班，回到家裡面到先生、孩子這樣子，所以他之後也有精神疾病，也有在○○◎◎醫院就醫。...兩個人都是國中畢業，且因為他們的原生家庭背景有些生理方面的疾病，因為經濟，也沒有社福機構及早介入，我想他們多多少少有精神疾病或身心狀況沒被發現，然後等到經濟壓力、孩子壓力出來之後，就越嚴重，所以導致這樣的情形發生。」（96Sb，P5）

（三）案家為暴力家庭，案母為受暴婦女，施暴者亦是兒虐致死案之加害者

「就是案母被先生施暴，那就是因為常因為婆媳關係不和，對，所以那又因為先生酗酒，

第四章 研究發現（一）：兒虐致死案例檢視

那可能就是酒後就會夫妻發生口角，那先生就會動手打她，那...我們這邊接到通報是...先生用鑰匙打她的額頭那樣子，那後來他們就分居了，太太就帶著小孩回到娘家住。」

(9503C, P2)

「所以那時候我有問過媽媽說，媽媽本身就是一個家暴婦女，那我說你有沒有求助過，她說沒有，也沒有求助過，她不願去求助，是因問她相信她先生會好，會改過，她先生可能打她、罵她之後，就對她溫柔，使出這種方式，都是這樣子的，所以我覺得這是很難，所以她從來也沒有對外求助過。」(97JaA, P11)

「她的婚暴的狀況的話，就我印象比較深刻的是，她有跟我談到就是說，她生完弟弟的，就是生完老三的時候，還在坐月子當中的時候，那個，她的先生就曾經因為情緒失控，然後打她，然後她那時候就是還在坐月子，可能剛生產完沒幾天吧！據她口述啦！她是說生產完沒幾天，然後就，曾經把她打倒，然後騎到她的頭上，對她的頭猛打，...就是她可能已經被撲倒在地了，還這樣撲上去打她的頭這樣子，可見這個父親他的，情緒管理能力是很差的，...他之前應該是沒有婚暴的通報紀錄，應該是沒有，印象中是沒有。」

(96SaB, P4-5)

(四) 施虐者失業或工作不穩定、照顧壓力大、缺乏支持系統

「可能在照顧弟弟時，是經濟最匱乏的時候，也是媽媽在工作這部份，回來會跟爸爸激烈爭吵的時候，因為那時媽媽開始工作了，在酒店，回到家看到爸爸沒工作，爸爸可能承受媽媽這部份的情緒之後要去照顧孩子，那三個月大的孩子又最會哭鬧、最需要照顧，在這樣雙重壓力下，讓他對弟弟有這樣負面情緒，對姐姐因為比較沒感受到那種經濟壓力。」(96SbC, P8)

「他們工作比較不穩定，媽媽本來在做特種行業類似這樣的工作，他那時候懷孕，還在懷孕當中，懷孕末期就不適合那份工作，所以才沒繼續工作，跟著繼父一起住。」(9517, P1)

「爸爸一直工作不順，不是很穩定，那媽媽都是在家裡照顧孩子，就是爸爸工作不穩定...

其實我覺得，我感覺這個案件的的引爆點應該是因為、應該是經濟因素，因為工作不穩定，經濟來源不穩定，所以造成，嗯！夫妻間就有一些衝突，而且因為剛好三個月大，他不是餵母乳，他是餵、他是餵一般普通的牛奶，所以都要花錢，尿布什麼的都要花錢，所以等於就是說，他可能一下工回來之後，他太太就跟他說啊你奶粉沒有了要買，或是什麼沒有了要買，就變成是這樣，他那個租的房子也是很小的，小小的一個、小小的，也是空間很小。」（97JaA，P4-5）

（五）施虐者脾氣不佳、愛喝酒

「這個媽媽，我覺得這個媽媽是一直是很，可能因為爸爸脾氣不好，所以她一直很順從這個、這個男人，所以而且因為這個男生本身，媽媽就是瘦瘦小小的，本來在體態上面、體態上面本來就比較弱勢，瘦瘦小小的厚，然後爸爸的部份就是脾氣很火爆，可能是、可能是又愛喝酒，又愛喝酒、脾氣又很火爆。」（97JaA，P4）

二、施虐者與個案的關係

此部分主要在瞭解施虐者與個案關係、同住狀況，及互動頻率等。由主責社工填答之 30 位施虐者資料中得知，兒虐致死案發時，有 96.7% 的施虐者是與案主同住。施虐者與個案的關係方面，約三成是個案的父親（10 位，33.3%），其次則為父/母的同居人（8 位，佔 26.7%）、個案的母親（7 位，佔 23.3%）。就施虐者與個案的互動頻率來看，主責社工的評估以「互動頻率高，偏向負向」（12 位，佔 40.0%）居多，而「互動頻率高，偏向正向」有 7 位，佔 23.3%（詳見表 4-2-13）。

表 4-2-13 施虐者與個案的關係 (N=30)

變項名稱	次數(%)
1.案發時，是否與個案同住	
(1)否	1(3.3)
(2)是	29(96.7)
2.與個案關係	
(1)父	10(33.3)
(2)母	7(23.3)
(3)繼父/母	1(3.3)
(4)父/母同居人	8(26.7)
(5)保母或其家人	2(6.7)
(6)親戚	2(6.7)
—親戚的稱呼—	
表姑	1
嬸婆	1
3.案發前，與個案的互動頻率	
(1)不詳	6(20.0)
(2)互動頻率高，偏向正向	7(23.3)
(3)互動頻率高，偏向負向	12(40.0)
(4)互動頻率不高	3(10.0)
(5)其他	2(6.7)
—其他的項目—	
初期正向，後期負向	1

另從研究者深度訪談主責社工之案例中亦可得知，施虐者與個案的關係中，有為案主之父親，由於與案母婚姻關係結束，在心情難以抒解，又為了要報復女方，故以傷害孩子來打擊對方。施虐者亦可能為案主母親之同居人或其他親友，社工員提到：

--施虐者為案主之父親

「可能那天就是酗酒，心情又不好，call 媽媽又 call 不到，就是非常情緒就低落下，很衝動喝酒就造成這樣的行為，想說要做出，而且那天還選在母親節那天，嘿！就是要讓媽

媽後悔一輩子這樣子。」(9503C, P6-7)

--施虐者為案主母親之同居人，案母同住

「整個通聯中發現是同居人施虐！等於是案主的媽媽的同居人還有表兄弟，他們兩個就這樣子把孩子活活吊起來玩弄，虐待到死！」(9604B, P.2)

「沒有，她從來沒有結過婚，她就是未婚，先跟這個孩子的爸爸生下他之後，後來才認識，後來到○○才認識這個同居人【按：即施虐者、非案主親生父親】，所以她到○○的時間也不長，大概一兩個月，那這個同居人剛住進去他們家也不長，時間也不長，所以她的關係是很短暫的，很混亂的關係。」(9608B, P2)

--施虐者為案主母親之同居人，案母入獄服刑中，案主委由同居人照顧

「對，這個媽媽喔！這個案子很特別，就是，這個案子其實很特別，...當初是，因為媽媽她、她因為使用偽鈔吧，所以就被那個通緝中，那一般如果說你只是犯罪，然後被判刑，他們會給你一段時間，去預備說，安排你的那個，他會有入獄時間嘛！所以可以去安排，但是如果你通緝啊，就沒有辦法，通緝一抓到就馬上入獄，所以這個媽媽他被抓到的時候啊，就馬上就進到我們這邊的監獄了，然後那個時候他就把那個小孩，就委託給他的同居人。」(9703 A, P1)

--施虐者為案主之繼父

「9517C：其實孩子的媽媽婚姻較複雜，因為這孩子並不是婚姻中的子女，等於是這媽媽跟前任男友所生的孩子，後來爸爸入獄的時候，媽媽才跟這個所謂的繼父同居共同生活，共同生活之後，在照顧上因為孩子是被繼父施暴致死。...原本是同居，因為孩子的原生父親即將出獄，那媽媽跟當時還沒有結婚的繼父擔心會有影響他們的一些狀況，所以就辦結婚，所以比較短的時間就辦結婚，就是孩子比較大了。」(9517, P1)

--施虐者為案主家庭之其他親友

「因為其實跟我們安置的相對人跟兒虐致死的嫌疑人是不同的，因為一般來講會強制安置是擔心說怕照顧者會有什麼兒虐的行為，為了讓她們能夠先學會一點親職的或讓孩子先穩定，才讓孩子回去！但沒想到回去之後是由不同的人施虐！」（9518A，P.9）

而在施虐者與個案於案發前之互動關係上，雖然問卷調查結果得知，「互動頻率高，偏向負向」佔多數，但 30 位施虐者中，主責社工認為仍有 7 位為「互動頻率高，偏向正向」。在深度訪談資料中，也的確發現一些施虐者與個案關係正向的案例，是否兒虐致死為一突發事件、一時情緒失控造成，仍有待未來更多資料佐證。

「其實這個爸爸是疼愛這個孩子的，跟孩子的互動關係也很好，對！就是說平常是不會去，他們畢竟第一個孩子是流掉的，就是夭折的，所以對這個孩子還算疼愛啦！」（9503C，P6-7）

「後來我們這部分，從繼父的父母親，就是繼祖父母也有些訊息透露 其實他們曾經住過一段時間，繼祖父母說，其實他兒子很疼這孩子，他們不了解，孩子竟然被爸爸打死了，那他也表示說，其實這個繼父對這小女生蠻疼愛的，也一直說你去問鄰居都知道，整天都帶出去散步，到公園走走，平常那個爸爸也很照顧她的，只是搬出去沒多久之後就發生這種事，其實會蠻突兀、會蠻驚訝！那從他的訊息告訴我們說，他過去的相處模式似乎還不錯的樣子。」（9517C，P2）

三、施虐者特質

此部分主要在瞭解施虐者是否具備何種特質，因而造成兒童受虐致死。由主責社工填答之 30 位施虐者資料中得知，主責社工認為施虐者之個人特質以「遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力」為最多，共 20 位（66.7%），其次依序為「因應壓力或衝突能力不足」（17 位，56.7%），「對於兒童不當行為採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為」（15 位，50.0%），「面臨財務困難」（12

位，40.0%），「婚姻失調」（10位，33.3%）及「對於兒童發展缺乏認知」（10位，33.3%）（詳見表 4-2-14）。

表 4-2-14 施虐者具備的特質（複選）（N=30）

施虐者特質	次數(%)
1.遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力	20(66.7)
2.因應壓力或衝突能力不足	17(56.7)
3.對於兒童不當行為採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為	15(50.0)
4.面臨財務困難	12(40.0)
5.婚姻失調	10(33.3)
6.對於兒童發展缺乏認知	10(33.3)
7.本身有身體或心理問題、認知障礙，使得親職能力受影響	8(26.7)
8.對於兒童欠缺關懷之特質	7(23.3)
9.呈現憂鬱、低自尊或其他不適當地情感表達	7(23.3)
10.採用體罰來管教子女	7(23.3)
11.自我概念不佳，自我形象低落	6(20.0)
12.控制慾望高	6(20.0)
13.性格粗暴	6(20.0)
14.濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響	5(16.7)
15.對於兒童發展充滿不切實際的期望，阻礙了對於兒童需求及行為的瞭解	4(13.3)
16.處於社會孤立	3(10.0)
17.多疑、猜忌心重	3(10.0)
18.不詳	2(6.7)
19.童年受虐	2(6.7)
20.童年未受適當照顧	2(6.7)
21.贊成用體罰來管教子女	2(6.7)
22.改變動機低	1(3.3)
23.重男輕女的觀念	1(3.3)
24.與新生嬰兒情感連結有困難(如：懷孕過程不順遂、對嬰兒失望)	1(3.3)
25.個人疏忽造成意外	1(3.3)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，施虐者的特質包括：

（一）施虐者為同居人

「去網咖之後就慢慢認識了這個同居人，那這個同居人跟她結識之後，後來就搬進去她們家跟她住了。所以，時間不長，她就讓他進去她們家住，那如果媽媽有事外出，那就是這個小孩跟同居人待在家，然後，媽媽是說平常同居人不見得會對孩子很兇，可是孩子哭鬧他會找媽媽，沒有安全感會找媽媽，如果哭鬧的時候他就會動手，她說之前有動手過兩次，媽媽沒有...她只是覺得怎麼這樣打小孩，可是並沒有要求同居人搬出去，所以這一次是很嚴重了，打到媽媽，我覺得媽媽好像也沒有認知到會把他打得那麼嚴重到死亡，她其實並沒有太大的準備。」（9608B，P4）

（二）主要照顧者或施虐者情緒管理不佳

「這個父親他的情緒管理能力是很差的，甚至他的太太都，才剛生產完，還這樣子打。」（96SaB，P4）

「這個媽媽對孩子比較有一些操控的心態，...這次她就是希望孩子早點回家，她就是答應孩子去打工，他特地買那個就是凶器，其實就是買給孩子切日本料理生魚片的刀，其實他是很支持孩子去工作，她其實都有在幫孩子規劃一些，所以...對，那次可能他已經跟孩子約定好一打工到10點就要趕快回家，可能孩子一些事情耽誤就晚一點回家，他一回來就說，啊！你怎麼沒遵守我們的約定啊？孩子可能就是回她，我就是晚了一點啊！然後就越來越大聲，媽媽就覺得我這麼辛苦，這麼支持你，還買刀給你，可能就拿刀在哪邊起口角之後，不小心就情緒失控，就傷害到孩子了。」（9506B，P5-6）

「他也有坦承這是他自己情緒不穩，且因為案父、案母自己的原生家庭背景，就是一個結構不完整的家庭，案父早年就有被爸爸施暴、遺棄的情形，所以我有建議他就醫，他也被診斷出有極度憂鬱症跟躁鬱症，他是有精神疾病的。...爸爸比較多談是在對於孩子施暴是情緒失控，他自己也有提到之前在家裡很苦悶，孩子又哭鬧，他會稍微動手，但他真的不是故意致他於死地。」（96SbC，P1-4）

(三) 施虐者年輕、教育程度不高、無業

「96SbC：一直都是媽媽在工作，媽媽在* *是在酒店上班，...

97A：看起來他們又這麼年輕，爸爸沒工作，媽媽又在酒店、按摩業，可能他沒有其他謀生能力，只有國中畢業，那爸爸程度也不是太高，所以要找工作不是那麼容易。

96SbC：兩個人都是國中畢業，且因為他們的原生家庭背景有些生理方面的疾病，因為經濟、也沒有社福機構及早介入，我想他們多多少少有精神疾病、或身心狀況沒被發現，然後等到經濟壓力、孩子壓力出來之後，就越嚴重，所以導致這樣的情形發生。」(96Sb, P5)

(四) 施虐者喝酒後肇事

「那天就是酗酒，心情又不好，call媽媽又call不到，就是非常情緒就低落下，很衝動喝酒就造成這樣的行為。」(9503C, P6-7)

「她是原住民◎◎族，他們在當地的社區，那天早上她有去喝酒，就在他們鄰居那邊喝酒，下午就是這個孩子餵奶，這個孩子六個多月、還沒有滿七個月，還沒有餵奶，這個孩子就是不曉得什麼原因就是一直哭、一直哭，她突然覺得很生氣還是怎麼樣子，當時是沒有人看到。...喝酒是我有去求證，我有去社區求證看她喝酒的人...所以我確定她早上是有喝酒的，但也沒有喝很多啦！」(9611A, P3)

(五) 施虐者與案主之情感連結較淺

「媽媽的話，他們兩個對姐姐部分情感很連結，尤其弟弟發現意外之後，但是爸爸聽他講弟弟部份，情感狀況好像沒那麼深，他會覺得弟弟生出來，好像有點被媽媽遺忘，他生出來沒三個月，就失手把弟弟致死，他對弟弟比較多虧欠的部份，但在情感連結比較沒那麼深，但是媽媽對致死的兒子情感連結還蠻深的，畢竟她懷孕這樣生下來。」(96SbC, P3)

（六）施虐者有犯罪前科

「她【按：案母入獄服刑】要托給他同居人，然後她對他的同居人非常的信任，那不過我們也是事後一直在想說，後來我們看到同居人的前科累累啊！前科累累！...因為大家在檢討的時候就會發現說，這個同居人他甚至還有，好像還有猥褻或者性侵小朋友的那種，所以如果說當初知道的話，其實依我們來講，我們應該都不敢把孩子委託出去。」
(9703A, P1-2)

（七）施虐者有傳統重男輕女觀念

「哥哥不會，就母親所述啦！除了說這個孩子他，他應該是有性別上的，就是爸爸有性別上的那種歧視，他比較喜歡兒子，所以一開始媽媽有跟我們提到是說，他本來生老大的時候，都是他們自己在帶，然後後來生老二的時候，可能也是因為兩個，他們沒有辦法帶，再來就是他是女兒，所以爸爸就說，那就交給保母去帶，...後來是因為經濟狀況不好，然後再加上媽媽生產，所以才帶回來自己帶，然後才出事情這樣子。」(96SaB, P2-3)

（八）不良習性（如簽賭），家中經濟狀況欠佳、壓力大

「為什麼他們家裡的經濟狀況會不好？其實有牽涉到說，他爸爸有那個，好像有職棒簽賭的問題，就是後來有被那個，好像是那種，那叫什麼組頭，好像有類似，逼他還錢，對，他好像欠了，一、兩百萬吧！一、兩萬的那個彩金啊，那叫怎麼講，反正就是欠債啦！就因為是簽那個，美國那種職棒那種的，所以他們家的經濟狀況就越來越不好，不好之後，他爸可能也，就是那個案主的父親也無心工作，所以他的○○廠【按：案家原自營工廠】那時候是停擺，停擺當中，然後經濟狀況就雪上加霜，更不好，所以，交相影響之下，造成他，那個案主的父親情緒失控。」(96SaB, P3)

（九）施虐者精神狀況異常

「因為之前這個媽媽她是有重度憂鬱症啦！所以之前她在○○有就醫，其實在醫療體系他有一些紀錄。...那是後來去跟案家接觸之後得到的一些訊息。」(9506B, P5)

「當時我們就在偵察隊裡面，在偵查筆錄開始之前，先跟這個加害人，就是她的案母有做一個筆錄，她的母親跟一般的人看起來反應是不太一樣的，...就是完全靜靜地坐在那邊，也沒有什麼多話會問孩子怎麼了？因為我先測，問問看孩子現在狀況怎麼樣？其實我也知道，但是我還是這樣問她說孩子現在目前狀況怎麼樣？她說，蓋著被子睡著了，她並沒有承認孩子死了，其實她知道，但是她並沒有...還是沒有面對這個事實啦！她說他已經睡著了，用被子蓋著，也沒有生氣，也沒有悲傷，都沒有任何情緒上的搏鬥，都沒有、都沒有。所以她就是異常人了，我認為她的狀況是已經很不尋常了。」（9611A，P2-3）

（十）施虐者管教不當、缺乏教養經驗

「媽媽是有提到她跟這個孩子...她說跟這孩子感覺很好，然後都是相依為命的階段，後來碰到這個繼父才共同生活，媽媽也認為繼父是照顧他的，只是方式上是比較激烈的，他給我回應是這樣。...他媽媽是說其實繼父都還蠻照顧他的，可是比方說他的一些生活細節的部分比較要求比較...比方說這年紀的孩子，有時候他不是那麼清楚，這年紀的孩子不會乖乖吃飯的，可能會耍脾氣，可能會哭鬧，他的應對方式不是那麼恰當。...對爸爸而言，他是沒有教養經驗的，然後接觸到這孩子的時候已經比較大了，是幼童，不是嬰幼兒階段，不是從那種剛出生一直養到就是一個教養的過程教育的過程，他可能接觸到孩子的時候，詳細年紀我沒有去推算，不過大概也是2、3歲的階段，是那種好動、會跑會跳，所以面對這樣的照顧的壓力，不是那種從嬰兒一路熟悉、習慣起來的，所以大家要看的是第一段婚姻，第一個孩子，第一個生活在一起照顧的孩子，那種的經驗親子的計較方式，可能都不夠時間讓他去比較、適應及比較學習適當的方法，這樣子都是一些原因，像這樣一些生活事件或個人壓力。」（9517，P4）

參、兒虐致死個案之家庭基本屬性概況

一、家庭基本資料

依據主責社工填答之 27 份案例資料，整理兒虐致死個案之家庭基本屬性概況如下（詳見表 4-2-15）：

在父親之國籍族群身份方面，以本國籍為最多，共 25 位（92.6%），其中具原住民身份有 3 位。在母親之國籍族群身份方面，全部案例之母親均為本國籍，惟其中具原住民身份有 2 位，具新住民身份有 1 位。在父母婚姻狀況方面，已婚者共 6 位（22.2%），其餘則為離婚（10 位，37.0%）、同居（6 位，22.2%）、未婚（5 位，18.5%）。在住宅方面，27 個家庭擁有自有住宅的比例偏低，僅有 2 個家庭（7.4%），租屋為最普遍的方式，共有 13 個家庭（48.1%）為租用房舍，借住朋友、親戚、保母家有 6 個家庭（22.2%）。家庭收入來源中，有 4 位源自社福系統，另有 9 位源自施虐者，9 位源自非施虐者，如個案的母親、父親、同住家人、叔公、祖父母等。

在個案家庭之生活環境方面，8 個案家為不詳，此可能與致死案發生後，社工與案家在警察或醫療單位接觸，對於案家實際生活環境並不瞭解。在其他已知之生活環境中，7 個案家是屬於「家中整潔且無危害安全及健康之物品或設施」，5 個案家是屬於「家中衛生環境不佳，垃圾未處理且有異味」。在教養態度與方式方面，以「持續用不符合受虐者年齡的嚴苛期待與要求來管教」為最多，共 9 位，佔 33.3%；其次為「不詳」，此可能與大部分個案原先並非社會福利系統之個案有關。

表 4-2-15 兒虐致死個案之家庭基本資料 (N=27)

變項名稱	次數(%)
1.父親國籍族群身份	
(1)本國籍，非原住民/新住民	22(81.5)
(2)本國籍，原住民	3(11.1)
—阿美族	2
—阿美族平地原住民	1
(3)本國籍，新住民	0(0.0)
(4)外國籍	0(0.0)
(5)不詳	2(7.4)
2.母親國籍族群身份	
(1)本國籍，非原住民/新住民	24(88.9)
(2)本國籍，原住民	2(7.4)
—阿美族	1
—太魯閣	1
(3)本國籍，新住民	1(3.7)
—高棉柬埔寨	1
(4)外國籍	0(0.0)
(5)不詳	0(0.0)
3.父母婚姻狀況	
(1)離婚	10(37.0)
(2)已婚	6(22.2)
(3)同居	6(22.2)
(4)未婚	5(18.5)
4.住宅	
(1)不詳	6(22.2)
(2)租屋	13(48.1)
(3)借住朋友家	3(11.1)
(4)自己擁有	2(7.4)
(5)借住親戚家	2(7.4)
(6)居住保母家	1(3.7)

5.家庭收入來源(複選)

(1)不詳	8(29.6)
(2)施虐者	9(33.3)
(3)非施虐者	9(33.3)
(4)社福系統	4(14.8)
(5)其他	1(3.7)

6.個案家庭之生活環境(複選)

(1)不詳	8(29.6)
(2)家中整潔且無危害安全及健康之物品或設施	7(25.9)
(3)家中衛生環境不佳，垃圾未處理且有異味	5(18.5)
(4)無固定住所	3(11.1)
(5)居住於環境惡劣或危險之處所	2(7.4)
(6)其他—旅社	1(3.7)
(7)居住條件不良，危害健康，如違章建築、貨櫃屋等	0(0.0)

7.個案家庭之教養態度與方式(複選)

(1)持續用不符合受虐者年齡的嚴苛期待與要求來管教	9(33.3)
(2)不詳	7(25.9)
(3)其他	5(18.5)
(4)適當的照顧或管教	4(14.8)
(5)常讓受虐者目睹暴力行為，如毆打配偶或其他家人等	3(11.1)
(6)對為人父母/主要照顧者應負的責任認識不清且感到矛盾	2(7.4)
(7)將受虐者視為禁臠或財產	1(3.7)
(8)認為受虐者是「壞的」、「魔鬼」、「不詳的」、「相剋的」、「討債的」	1(3.7)
(9)經常以羞辱、負向的字眼稱呼、貶損受虐者如「死囡仔」、「沒人要的」	1(3.7)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，有關案家的教養態度與方式，社工員能掌握到的資訊其實不多，社工員提到：

「連高風險的一個通報制度都沒有在案裡面，所以讓我們束手無策，也沒有通報，也沒有讓我們可以做預警的，預防的工作，都沒有任何的提醒，這是一個很遺憾的地方。」

(9611A, P6)

「我這個個案，他比較遺憾的就是，我們接到通報的時候，其實孩子已經死亡了，他就是父親施暴嘛！然後母親發現不對勁之後，一起跟爸爸把孩子送醫，然後他送醫的時候，應該已經，就是生命跡象其實是微弱的，後來他就是，應該就是直接宣告死亡...當然兒虐的部分，警方那邊也會比較慎重，所以跟我們做通報，那我們再去瞭解說，確實研判，他是，就是虐童致死的狀況，所以那時候我們就趕緊把他家裡其他的孩子，先另外做安置這樣子，所以很遺憾的是，這個孩子他在案發之前，並沒有對他們家庭資料有什麼掌握。」(96SaB, P1)

在有限的資訊中得知，有一些兒虐致死個案家庭之教養態度與方式在案發前即有狀況。如其中一個案例，爸爸為兒虐致死案之施虐者，但在照顧孩子過程中，媽媽與爸爸是持續用不符合受虐者年齡的嚴苛期待與要求來管教，媽媽其實亦是有施虐的歷史，如主責社工所述：

「其實媽媽，媽媽跟爸爸喔！在孩子，在這個帶小孩的階段，他們其實對孩子都有一些施虐的部分，所以媽媽，媽媽好像對孩子的部分，其實在管教上面是比較過當啦！不曉得是管教過當還是怎樣，所以她也是有被認定，她也是一個施虐的情形。」(9703A, P3)

二、社會支持系統

此部分主要在瞭解兒虐致死個案家庭之親友網絡與求助管道等。依據 27 位主責社工之資料統計得知，兒虐致死家庭之親友支持網絡是有限的，如有 8 個案例為「親友僅能提供有限的協助」，6 個案例為「有親友願意協助，但能力有限」、
「與親友不相往來或關係交惡」。而若家庭遇到困難時，第一時間有較多案家會選擇「自己想辦法解決，無求助他人」(8 位，29.6%)，向親戚及向朋友求助則為其次(詳見表 4-2-16)。

表 4-2-16 兒虐致死個案家庭之社會支持系統 (N=27)

變項名稱	次數(%)
1.親友網絡	
(1)親友僅能提供有限的協助	8(29.6)
(2)有親友願意協助，但能力有限	6(22.2)
(3)與親友不相往來或關係交惡	6(22.2)
(4)不詳	4(14.8)
(5)親友關係佳，且能充分提供協助	2(7.4)
(6)其他—親友關係雖不緊密，可以提供照顧協助，但 案母托同居人帶給其親友過程中，被同居人失虐致死	1(3.7)
2.當家庭遇到困難時，第一時間會...	
(1)自己想辦法解決，無求助他人	8(29.6)
(2)不詳	7(25.9)
(3)向親戚求助	7(25.9)
(4)向朋友求助	5(18.5)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，兒虐致死家庭之親友支持網絡是有限的，社工人員提及其中案例，說明如下：

「如果是遇到重大的困難，她才會找她的原生家庭，因為原生家庭對她很感冒，所以她也盡量不找，聽起來是這樣，跟她比較好的好像只有一個妹妹，那其他姊姊、弟弟，弟弟年紀還很小，才國小，爸爸、媽媽好像都對她搖頭啦！」（9608B，P5-6）

「如果說像他們這樣獨立在外都不靠親友的，因為關係也不是很好，她也知道她的家人能給她的幫忙是有限的，因為當初阿公非常生氣這個媽媽，小孩子的外祖父，非常生氣媽媽交一些壞朋友，有時候還會帶回家，那阿公就很生氣且說那你乾脆都不要回來了！回來只會製造麻煩，讓他很傷腦筋！所以她曾經提到她是被她爸爸趕出來的！可是她要回去那個家庭，那個阿公也不會說不讓她進門，所以她後來跑到 TW-G 市，她也會說，她曾經也提到她被她爸爸趕出來！但她又提到她會回 TW-R 市，會回家，回她爸爸那邊，但是她就是

不會長住在那邊，她回去也只是過個水，回去看一看，變成她的親屬資源幾乎是沒的！那她之前的資源就是靠同居人，就是孩子的生父！可是一旦生父離開去入監服刑之後，她就變成要自己承擔一切的照顧責任及經濟的責任。」（9518A，P.10）

三、家庭特質

此部分主要在瞭解個案的家庭是否具備何種特質，可能影響兒虐致死事件的發生。由表 4-2-17 得知，這些兒虐致死案例之家庭特質以「缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境」為最多，共 13 位，佔 48.1%；其次依序為「因金錢問題而爭吵」（10 位，37.0%）、「婚姻衝突」（8 位，29.6%）及「缺乏來自延伸家庭提供的教養支持」（8 位，29.6%）、「家庭成員帶有身體、發展或心理健康上的問題」（7 位，23.3%）。

表 4-2-17 兒虐致死個案之家庭特質（複選）（N=27）

家庭特質	次數(%)
1.缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境	13(48.1)
2.因金錢問題(債務、收入不固定、失業、財物等危機事件)而爭吵	10(37.0)
3.婚姻衝突	8(29.6)
4.缺乏來自延伸家庭提供的教養支持	8(29.6)
5.家庭成員帶有身體、發展或心理健康上的問題	7(25.9)
6.家庭成員之間的暴力，包括雙親間、兄弟姊妹間、親子間之暴力	6(22.2)
7.缺少親子間的依附及情感連結	6(22.2)
8.家庭解組導致兒童或成人之心理疾病、不快樂、孤獨、緊張或爭奪監護權	5(18.5)
9.在社區內被隔離	4(14.8)
10.因工作時間影響家庭作息或關係疏離	3(11.1)
11.不適當的居住環境	3(11.1)
12.婆媳關係不佳	3(11.1)
13.家庭可能因種族、國籍、宗教、性別、年齡、性傾向、身心障礙或生活形態受到歧視	2(7.4)
14.不詳	2(7.4)
15.意外造成，純屬照顧疏忽	1(3.7)
16.性別角色或親密關係間的角色在家庭內不被尊重	1(3.7)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，兒虐致死個案之家庭特質包括：

（一）案母曾有吸毒前科

「那媽媽之前是有吸毒的，是有被勒戒過！」（9518A，P.4）

（二）案母入獄服刑

「不過安置這半年多，前面媽媽曾經來過一次，但接下來就入監服刑。...大概兩、三個月之後，媽媽就入監服刑了。」（9518A，P.7）

(三) 案父犯案被羈押，經濟來源中斷

「那她之前的資源就是靠同居人，就是孩子的生父！可是一旦生父離開去入監服刑之後，她就變成要自己承擔一切的照顧責任及經濟的責任。」(9518A, P.10)

(四) 年輕爸爸或媽媽，小孩子帶小小孩

「媽媽現在才二十幾歲耶！可是已經生了四個孩子！」(9518A, P.4)

「應該是20歲生這個小朋友，所以她大概22、23歲的時候，小朋友過世了。」(9608, P3)

「他那個媽媽，她可能很年輕就結婚，可能19、20歲就懷孕生子。」(96SaB, P3-4)

「爸爸二十幾歲而已啊！...媽媽...我記得好像是**年次，所以兩個差十八歲，還是差二十歲，兩個差蠻多的，兩個應該是老婦少夫。」(97Ja, P5)

97A：我看到他們年齡都是二十三歲，七十〇年次，所以小朋友差不多二十歲左右懷孕生小孩。

96SbC：差不多，九十〇年生的。

97A：以現在的平均年齡來講算年輕的。

96SbC：嗯！很年輕，兩個人看起來是小孩子帶小小孩。」(P2)

(五) 孩子非屬同一位生父，均為同居關係，孩子分由不同人照顧

「都沒有婚姻關係...老大、老二、案主，是同個生父，老大在 TW-A/H 市！老二給案外婆！那案外公跟案外婆是離婚的，但是老二好像也是有些身體上的問題！可是媽媽跟外婆的關係也不好，所以她也就是失聯的狀態，她也知道她老二目前怎麼樣，她只知道她老二有問題，那由她媽媽帶去。那老三呢？是跟本來要結婚的未婚夫生下的，可是後來又沒有辦結婚，當孩子生下來之後，孩子就歸男方那邊去了，所以也不在她身邊，所以就只有這個老么！還是跟她原來的老大、老二的那個男友！就是最後自己帶在身邊，從出生就一直帶在身邊！」(9518A, P.8-9)

（六）來來去去的案家，無從著力

「他後來我們有一段時間是找不到的，因為媽媽是居無定所...就還在 TW-G 市遊蕩，然後我們有一段是和媽媽失聯。...通報進來，可是通報進來的隔天，孩子就不在！媽媽跟孩子就不在那個飯店！就是常會讓人找不到人，然後就有一段時間是失聯的，那失聯的這段時間就找不到。...因為那時候是另外一個社工出勤，所以其實在我們 TW-G 市經手兩個社工，一個是用婦保提供庇護，後來，庇護完一個晚上之後就離開了，離開後，我們就找不到人。...因為媽媽其實 TW-G 市、TW-R 市來來去去。」（9518A，P.1-2）

（七）案家為暴力家庭--案母為受暴婦女、童年受虐

「案母被先生施暴，那就是因為常因為婆媳關係不和，對，所以那又因為先生酗酒，那可能就是酒後就會夫妻發生口角，那先生就會動手打她。」（9503C，P2）

「她的婚暴的狀況的話，就我印象比較深刻的是，她有跟我談到就是說，她生完弟弟的，就是生完老三的時候，還在坐月子當中的時候，那個，她的先生就曾經因為情緒失控，然後打她，然後她那時候就是還在坐月子，可能剛生產完沒幾天吧，據她口述啦，她是說生產完沒幾天，然後就，曾經把她打倒，然後騎到她的頭上，對她的頭猛打。」（96SaB，P4-5）

「我覺得她是在情感上，她是比較，就是說，愛她先生比較多的那種，她怕失去她先生，所以她可能就變成說，她不想去違逆她先生的意思，然後，所以才會造成這樣子，...在情感上，她不敢違逆他先生，然後在實際上，她也不敢違逆他，因為她會被打，會被打。」（96Sa，P7-8）

「那時候我有問過媽媽說，媽媽本身就是一個家暴婦女，那我說你有沒有求助過，她說沒有，也沒有求助過，她不願去求助，是因問她相信她先生會好，會改過，她先生可能打她罵他之後，就對她溫柔，使出這種方式，都是這樣子的，所以我覺得這是很難，所以她從來也沒有對外求助過。」（97JaA，P11）

(八) 案父、案母之原生家庭問題多--如曾被父親施暴、遺棄；案母之父母離異、
祖母帶大

「因為案父案母自己的原生家庭背景，就是一個結構不完整的家庭，案父早年就有被爸爸施暴、遺棄的情形。...這個媽媽原生家庭也是結構不完整，因為他媽媽是重度智能障礙，他爸爸很早就和媽媽離婚、遺棄他們，是阿嬤帶大的，他有個姐姐，姐姐國中就離開家。」
(96SbC, P2)

(九) 施虐者失業、案母從事酒店、按摩業

「那時媽媽開始工作了，在酒店，回到家看到爸爸沒工作，爸爸可能承受媽媽這部份的情緒之後要去照顧孩子。」(96SbC, P8)

「媽媽部份，因為她是從事按摩業，所以他會一直抨擊爸爸，他覺得爸爸沒有盡心盡力找工作，都是她在負擔，有點像是之前照顧弟弟的環境，爸爸在家裡面，媽媽在外面工作，回到家吵架，為了孩子、經濟的部份。」(96SbC, P4)

(十) 父母與案主的關係淡薄、態度冷漠

「父母親都不常去看孩子，...阿公阿嬤曾經去看的時間還比較多，大過於這兩個父母這樣子...他們幾乎都不常把孩子帶走。」(96SaB, P6-7)

(十一) 案父異地工作，對案母及小孩不聞問 (9611)

「帶回來住後這個半年來，這個案父到台北去工作，第一個不聯絡，第二個也沒有寄錢回來，這個案母在家裡照顧這兩個小孩，但是吃喝拉撒睡買牛奶...等於都是阿嬤在提供資源，她心裡覺得這樣也不太好，心裡也難過，婚姻又不能結合，這個爸爸叫案父就是沒有責任，婚姻不幸福然後又沒有責任，經濟上又全部依賴這個母親，支付所有兩個孩子的牛奶尿片費用，這是前面我們提到的一個成因的部份。」(9611A, P6)

肆、兒虐致死個案之社區或社會特質

此部分主要在瞭解個案所居住地區之社區或社會特質狀況，以瞭解是否會增加個案受虐的風險？社區或社會特質項目採複選方式勾選。由表 4-2-18 得知，主責社工對於案家所處之社區或社會特質不瞭解的居多，在有限的訊息中，大概仍可得知「社區缺乏相關服務以支持家庭」為最多，共 10 位，佔 37.0%；其次依序為「社區居民經濟貧窮」（6 位，22.2%）及「社會及文化的規範貶抑親子關係中兒童的地位」（5 位，18.5%），「酒精易於取得」（4 位，14.8%）及「社區失業率高」（4 位，14.8%）。

表 4-2-18 兒虐致死個案之社區或社會特質（複選）（N=27）

社區或社會特質	次數(%)
1.社區缺乏相關服務以支持家庭	10(37.0)
2.不詳	9(33.3)
3.社區居民經濟貧窮	6(22.2)
4.社會及文化的規範貶抑親子關係中兒童的地位	5(18.5)
5.酒精易於取得	4(14.8)
6.社區失業率高	4(14.8)
7.社區關係疏離	3(11.1)
8.社區房舍缺乏或不適當	3(11.1)
9.鄰里社區遷移頻繁	3(11.1)
10.媒體出現暴力的頻率高	3(11.1)
11.社區環境對暴力的容忍度高	3(11.1)
12.社會及文化的規範強化刻板的性別角色	2(7.4)
13.社福機構政策或方案不適當，致使兒童受虐率增加	2(7.4)
14.相關政策不適當，造成社經地位差距大或不穩定	1(3.7)
15.社區中的性別與社會不平等	1(3.7)

另從研究者深度訪談主責社工亦可得知，兒虐致死個案之社區特質方面，有關與社區環境隔離及新遷入社區是主要出現之議題，包括：

一、地處偏僻，環境孤立

「居住的環境喔！是那種貨櫃屋，組合式的貨櫃屋！沒有門牌的那種，然後又因為地處偏僻，也沒有鄰居！」（9604B，P.2）

9604A：他又在TW-P◎◎比較偏僻。

9604B：那個地方是一個，就是那邊都是TW-P□□廠，大部分都是外地人，...基本上那就是外來人口很多，可能大家都是外地人，所以也不會去管其他人怎樣，就是也不會去關心其他...

9604A：人際關係...

9604C：就是很疏離的啦！

9604B：那邊的人際關係就比較封閉！

9604B：應該是沒有鄰居的啊！

9604C：那邊沒有鄰居。」（9604，P.6-7）

二、住居環境不佳，不適合年幼子女

「那邊是算是那邊工頭介紹他去的。...所以他們工作的地方就是他們住的地方，就是他們那邊就是工廠運作的地方，就是他們住的地方。...那邊那個看起來就像是堆貨的地方，不像是人會去住的地方，就是堆貨的感覺，不像是有人去住！」（9604，P.7）

第五章 研究發現（二）：攜子自殺案例檢視

第一節 攜子自殺個案評估檢討報告之案例分析

此部分主要針對 2006 年至 2007 年，各縣市提報內政部兒童及少年保護與家庭暴力防治小組「重大兒虐個案評估檢討機制」之 14 件案例加以分析，區分為父攜子自殺、母攜子自殺及舉家自殺三大類（參閱表 4-2，表 4-3，表 4-4）。

壹、介入日期

社政部門處理攜子自殺案件，多半是在事發當天被通報，因此除 1 案未註明外，第一次家訪日期都在事發當天或第二天，有一案為第三天。

貳、通報縣市

受理通報的縣市分別有台北縣、高雄市、桃園縣、基隆市、新竹市、台中縣、台中市、苗栗縣。其中台北縣佔有 3 件（21.42%），高雄市、桃園縣、台中市、苗栗縣各 2 件（14.29%），其餘縣市則為 1 件。

參、個案性別

這 14 案中 共有 20 名兒童為父母所傷害，其中死亡的 17 名兒童中女性有 8 位（47.05%），男性則為 9 位（52.94%）。

肆、死亡年齡

在攜子事件中 20 位傷亡兒童的年齡狀況，最小的個案為一歲，最大的則為十八歲。整體而言，滿一歲至未滿三歲者有 3 位（15%），滿三歲至未滿五歲者有 1 位（5%），滿五歲至未滿七歲者有 2 位（10%），滿七歲至未滿九歲者有 3

位（15%），滿九歲至未滿十一歲者有 2 位（10%），滿十一歲至未滿十三歲者有 5 位（25%），滿十三歲至未滿十五歲者有 0 位，滿十五歲至未滿十七歲者有 3 位（15%），以及一位十八歲（5%）。簡言之，學齡前的攜子自殺被害兒少有 6 位，佔三成，其餘七成，高達 14 位的兒少被害人都在學齡階段。這個年齡分佈提醒我們關注各級學校若能強化對學生家庭生活處境與個人身心狀況的關懷與掌握，或是增加兒少「生命教育」與「自我保護」之宣導教育，或許可以減少悲劇的發生。

表 5-1-1 攜子自殺被害兒少年齡分佈（2006-2007 年）

年齡組	父攜子	母攜子	舉家	總計	百分比
1-3	1	0	2	3	15%
3-5	0	1	0	1	5%
5-7	1	1	0	2	10%
7-9	3	0	0	3	15%
9-11	1	1	0	2	10%
11-13	2	2	1	5	25%
13-15	0	0	0	0	0%
15-17	0	1	2	3	15%
18	0	0	1	1	5%
總計	8	6	6	20	100%

伍、攜子自殺成因

在成因方面，14 件個案中除 1 件案母罹患精神疾病，且處於發病狀態，未能及時就醫治療，控制病情之外，就現有資料顯示，這些個案多同時兼有失業、債務經濟壓力、夫妻感情失和、婚姻失調等多重問題；其餘為身心障礙子女的照

顧壓力、親人死亡、本身身體狀況不佳、長期酗酒、缺乏資源及支持等問題。14 案中有 3 案為舉家自殺，均為經濟壓力所致。下一節將有更詳細的分析與討論。

陸、致死方式

14 案中以服用藥物再燒炭自殺者最多，有 7 案（50%），投海溺斃、持刀砍殺者各有 2 案，引爆瓦斯、自焚者各 1 案，合併服用藥物、割腕與燒炭者 1 案。

柒、加害人身分與年齡

在此 14 件個案中因有 3 件為舉家自殺，因此共計有 17 位加害人。

在這 14 案中加害人與個案的關係均為親生父母。扣除 3 件舉家自殺，其餘 11 件個案中有 4 件（36.36%）加害人是案母（即母攜子自殺事件），其餘 7 案的加害人為案父（63.64%）（即父攜子自殺事件）。由此看來，進入重大兒虐事件檢討評估機制的個案，父攜子自殺事件明顯較多。

男性加害人年齡介於 30 至 45 歲間（一位加害父親年齡不詳），平均年齡為 38 歲，三分之二的男性加害人年齡為 35 歲以上；女性加害人年齡介於 24 至 43 歲之間，平均年齡為 33.4 歲，57.1% 的女性加害人年齡在 35 歲（含）以下。

捌、加害人特質

14 案中有 10 案（71.43%）的加害人背負債務壓力，有 6 案（42.86%）曾有輕生意念或自殺未遂的記錄，情感不睦或婚姻失調者有 7 案（50%），有 6 案（42.86%）有憂鬱症（傾向）、焦慮症、躁鬱症等精神症狀，有 4 案（28.57%）失業，3 案親屬關係與支持系統不佳，2 案有家暴問題，2 案健康狀況不佳，其餘問題包括酗酒、離婚、未婚懷孕、情緒管理能力差等。

玖、社福系統介入

其中有件個案或其家人曾進入社福系統。有 2 案曾通報家暴，其中 1 案未申請保護令，另 1 案曾獲安置進入婦保系統。有 1 案舉家自殺的個案曾向社政部門主動求助，希望安置子女，惟社工與衛生所人員多次連繫不上。有 1 案為列冊第三款低收入戶。

表 5-1-2 「父攜子自殺」個案總表 (2006-2007 年)

	01	02	05
個案編號	950003	950007	950015
介入日期	通報/受案/家訪日 為 950514	通報/受案/電訪日為 950724 家訪日為 950727	通報 / 受案日為 950810 家訪日為 950811
兒童性別	女	女	男
死亡年齡 (出生日-死亡日)	1 歲 9 個月	6 歲 4 個月	7 歲 (未死亡)
攜子自殺成因	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 案父酗酒，長期對案母施以身體及精神暴力，致案母無法忍受而要求離婚 ➢ 協議離婚距事發一個月 ➢ 離婚後案父仍不斷騷擾案母 ➢ 當日案父亟欲聯絡案母未果，情緒無法處理，疑似拿案主當人質酒後攜女一起投海 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 婚姻關係失調：案父認為案母有外遇且拋家棄子 ➢ 案父母常因經濟問題有所爭執 ➢ 經濟狀況不佳(債務金額已達 400 多萬) ➢ 案父長期為糖尿病所苦 ➢ 案父寫好離婚協議書，因不忍案主孤苦無依而攜案主自焚 ➢ 屬自殺高危險群： 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 經濟問題(卡債、欠薪、為父親承受債務) ➢ 案父疼愛案主，假日常帶案主出遊，父子感情融洽 ➢ 夫妻離婚近一年，目前有同居人 ➢ 案父生前積欠卡債並為案祖父作保，案祖父所居住房子已因無法繳納貸款而遭法

	<p>➤ 加害人向警方表示「想靠女兒挽回前妻的感情」、「報復前妻」</p>	<p>先前已有自殺2次之送醫獲救記錄，顯示案父於自身情緒之抒解面臨極大之困難，對外在情境亦無處理問題之能力，致欲以激烈之方式表達自身之憤怒，而造成傷亡之事件</p>	<p>院查封。案母亦為案父背負債務，財務亦十分困難</p>
致死方式	<p>案父攜案主投海自殺</p>	<p>案父攜案主點燃汽油自焚，案主全身多處燒燙傷而死</p>	<p>➤ 案父引起瓦斯氣爆，造成案主全身30-35%為2-3度灼傷，燒傷處紅腫脫皮</p> <p>➤ 起火時不忍孩子枉死，將孩子從二樓拋下獲救</p>
施虐者	<p>案父(30)</p>	<p>案父(43)</p>	<p>案父(33)</p>
施虐者特質	<p>案父長期酗酒、對案母家暴，離婚後持續騷擾案母</p>	<p>案父為糖尿病患者，負債沉重，疑妻外遇、感情不睦，有兩次自殺記錄。</p>	<p>債務壓力(卡債、房貸、欠薪、作保)</p>

<p>社福系統介入</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 案 母 曾 於 95.02.06 通報家 暴 ➤ 後 案 母 回 娘 家 居住，無申請保 護令 ➤ 案 主 由 案 乾 阿 姨 24 小時照顧 ➤ 加 害 人：當 時 並 不 知 且 無 任 何 協 助 或 支 持 管 道，如 傾 訴 情 緒 或 可 請 113 協 助 找 案 母 等 		
---------------	--	--	--

表 5-1-2 「父攜子自殺」個案總表 (2006—2007 年) (續)

	07	11
個案編號	950020	960005
介入日期	通報 / 受案 / 電訪日為 951005	通報/受案日為 960911
兒童性別	男	男
死亡年齡 (出生日—死亡日)	9 歲 6 個月	12 歲
攜子自殺成因	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 債務問題：廠商積欠貨款約 100 萬無法收回，工廠訂單銳減致週轉不靈，導致向銀行貸款約 40 萬元無法償還 ➢ 同住兄長於半年前生病死亡，案父心情沮喪、工作意願低落，對人生較悲觀 ➢ 元配於兩年前因病過世，再婚（泰國籍女子）情感不睦：婚後一年多分居，曾協議要辦理離婚但手續未完成，案繼母也未領到台灣身分證 ➢ 身障子女之照顧負荷： 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 情緒不穩定、情緒管理不佳 ➢ 人格不成熟：多次以「自殺」、「帶案主尋死」等相關言詞及行動表達其不滿，或做為要脅 ➢ 婚姻關係失調：對婚姻權力關係認知扭曲，長期嚴重施暴，離婚 4 個月；另結女友，感情疑似出現問題，有金錢糾葛，遺書表達對女友的怨恨 ➢ 以案主做為要案母返家的籌碼 ➢ 控制權力慾高 ➢ 案父子情感連結強，依附

	<p>獨力扶養罹患先天性「顏面神經損傷」的孩子，經多次開刀治療導致腦部發展較慢及一眼視力較差，長期帶著案主就醫門診追蹤，深感疲憊</p>	<p>關係佳，案主不會畏懼案父的權威，上下課皆由案父接送，評估案父有照顧能力</p> <p>➤ 家族有自殺史（母親與弟弟都是自殺身亡）</p>
致死方式	案父攜案子投海自殺	案父攜案主服用藥物、割手腕及燒炭吸入一氧化炭中毒死亡。
施虐者	案父（45）	案父（42）
施虐者特質	債務壓力、照顧負荷沉重、婚姻失調、手足喪亡、與家人情感疏離、不願求助或傾訴、支持系統薄弱	長期對案母施暴、以威脅方式（自殺、不讓孩子到校唸書、嚴重施暴）脅迫案母返家或復合、婚姻失調、情緒控管能力不佳、控制權力慾高、有自傷自殺之記錄
社福系統介入	<p>➤ 曾於 94 年申領身心障礙生活補助，95 年未辦理</p>	<p>➤ 94 年 11 月，案母因遭案父家暴而向家暴中心求助，並接受庇護安置。</p> <p>➤ 一個星期後，案父便帶案子離家尋找案母，案主缺課多日違法兒少福利法之規定，941218 警方尋獲父子兩人後強制介入處遇，</p>

		<p>並緊急安置案主。</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 95 年 3 月份完成強制性親職教育基礎課程。➤ 以「優勢觀點」輔導案父。➤ 950123 結束安置，由苗栗家扶持續追蹤輔導一年，於 960131 結案。
--	--	---

表 5-1-2 「父攜子自殺」個案總表(2006—2007年)(續)

	12	14
個案編號	960006	960010
介入日期	通報 / 受案 / 家訪日為 960918	通報日為 961216 受案 / 家訪日為 961217
兒童性別	女	男 1 名 女 1 名
死亡年齡 (出生日—死亡日)	7 歲	12 歲、8 歲 (未死亡)
攜子自殺成因	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 婚姻關係不佳，事發兩週前離婚，無法接受太太離去的事實 ➢ 雙方互認對方有外遇，離婚後仍經常騷擾太太 ➢ 事發前 12 天曾自殺未遂 ➢ 疑似患有精神疾病 ➢ 失業與經濟壓力 ➢ 年幼曾燒燙傷，領有輕度身障手冊 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 婚姻失調：離婚九個月，情緒調適不佳 ➢ 法院將監護權判給前妻，表示很愛子女，爭回監護權，拒絕讓案母探視案主及案妹 ➢ 罹患憂鬱症，有家人在旁協助並督促服藥，數次向家人表達輕生意念 ➢ 經濟壓力：經營不善，收支無法平衡、經濟壓力甚大、暴瘦 ➢ 離婚後性情大變，逢人抱怨前妻，鄰居多迴避之。 ➢ 事發前曾向倖存的兒子表

		示愛他們、不忍他們受苦
致死方式	案父讓案姊及案主服用藥物後，燒炭自殺，案姊因吸入過多一氧化碳中毒死亡。	案父持刀刺殺案妹後自刎，再刺傷案主。案妹傷重不治，案主左胸、左手手指及右手虎口皆受刀傷。
施虐者	案父（31）	案父（35）
施虐者特質	婚姻失調、疑似精神疾患、曾有自殺記錄、操控性強、傳簡訊騷擾前妻家人、常以威脅的方式得到想要的東西、家人經常幫他善後（還債等）	精神疾患（憂鬱症）、債務壓力、曾有自殺意圖、婚姻失調
社福系統介入		

表 5-1-3 「母攜子自殺」個案總表(2006—2007 年)

	03	08
個案編號	950013	950021
介入日期	通報 / 受案 / 家訪日為 950717	通報/受案日為 951013 家訪日為 951014
兒童性別	女	女 1 名 男 1 名
死亡年齡 (出生日—死亡日)	5 歲 5 個月	11 歲 4 個月 10 歲 1 個月 (未死亡)
攜子自殺成因	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 婚姻關係失調：2 年前離婚，與同居人時有爭執，一週前吵架後同居人離家 ➤ 同居人工作不穩，因案遭通緝中，兩人決定分手 ➤ 情緒起伏較大 ➤ 個性較為孤僻且情緒壓抑，事發後經醫生診斷為憂鬱症 ➤ 在事發前曾表示感到失落沮喪 ➤ 無固定工作，積欠卡債、向地下錢莊借款 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 產後憂鬱，83 年起固定就診且按時服藥 ➤ 案母罹患躁鬱症，且處於發病狀態，醫院曾要求案母住院，但案母不願意，未能及時就醫治療，控制病情 ➤ 婚姻關係失調，丈夫不常回家睡覺、睡在工廠，被懷疑有外遇 ➤ 兩年前曾發生過要帶孩子跳樓自殺的事件。 ➤ 一週前曾有威脅帶案主們跳樓，欲同歸於盡 ➤ 案發當晚夫妻因家中失竊金錢(30 萬)而爭吵，丈夫

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 原生家庭支持系統不足，與家人少有往來、社交孤立 	<p>離家外出</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 報載，倖存的孩子說：「媽媽向他們說，爸爸在外面不回家，可能在外面有女人，所以她要教訓他們讓爸爸看」
致死方式	案母攜案主燒炭自殺	案母持刀砍殺案姊及案主，造成案姊死亡，案主頭部、雙腿及關節多處切割傷，右手臂遭砍斷、左手臂骨折。案母後上吊身亡。
施虐者	案母（28）	案母（32）
施虐者特質	婚姻失調，憂鬱傾向、社交孤立，失業、欠債，缺乏親屬資源及支持	精神疾患（躁鬱症）、事發前一週有自殺記錄、多以自殺威脅案父或瘋狂購物、家人包容並忍讓、與鄰居少有互動
社福系統介入	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 領取「中低收入戶兒童及少年生活扶助」 	

表 5-1-3 「母攜子自殺」個案總表(2006—2007年)(續)

	09	13
個案編號	950022	960007
介入日期	通報/受案/家訪日為 951003	通報/受案/電訪日為 960926
兒童性別	男	男 1 名 女 1 名
死亡年齡 (出生日—死亡日)	11 歲	15 歲、3 歲
攜子自殺成因	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 經濟問題：積欠龐大債務，無力償還，案母於筆錄中表示「因家庭貧困，且不知將如何安置案主，才想攜子一起自殺」 ➤ 精神疾病：兩年前診斷罹患憂鬱症，人生感到悲觀與失望，曾對妹妹及友人透露輕生念頭 ➤ 案母長期服用安眠藥，疑似有妄想與幻聽之情形 ➤ 缺乏支持：單親未婚生子，獨自扶養案主，愛孩子、相依為命 ➤ 多次轉學：案主兩個月前 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 經濟壓力：案父經濟收入不穩定，經常性透支、有卡債，且因時常撥打 0204 電話，導致電話費用相當昂貴 ➤ 夫妻感情不睦：時常因經濟問題口角，不滿生活費不夠 ➤ 子女習慣與母親同房睡 ➤ 身體狀況不佳：案母因心臟疾病，去年曾進行心導管手術及墮胎手術 ➤ 曾透露想燒炭自殺 ➤ 案母之親友多能給予情感支持，然此次事發全無跡象可循，可能不忍身後案主兄妹無人照顧，故而攜子自

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

	從嘉義轉學過來	殺，且死意甚堅
致死方式	案母餵食案主安眠藥後燒炭自殺	案母攜兩名案主燒炭自殺。
施虐者	案母（43）	案母（37）
施虐者特質	未婚生子、債務壓力、疑似精神疾患（躁鬱症）	貧困、健康情況不佳（心血管疾患）、婚姻失調
社福系統介入		案家為縣政府列冊第三款低收入戶

表 5-1-4 「舉家自殺」個案總表 (2006-2007 年)

	04	06	10
個案編號	950014	950016	960001
介入日期	不清楚通報日期 受案 / 家訪日為 950807	不清楚通報 / 受案 / 家 訪日期	通報 / 受案日為 961207 家訪日為 961208
兒童性別	女 1 名 男 2 名	男	女 1 名 男 1 名
死亡年齡 (出生日-死亡日)	18 歲、15 歲、15 歲	11 歲	2 歲、1 歲
攜子自殺成因	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 經濟問題：生意因經濟不景氣關閉，夫妻均失業，生活面臨壓力。 ➤ 向銀行及地下錢莊借貸，無力償還，遭地下錢莊逼債，全家走投無路 ➤ 討債集團知道案主們就讀的學校，並有騷擾行動 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 中盤商，生意周轉不靈，無法負荷卡債與貸款等經濟壓力 ➤ 與已離婚的妻子一起攜子自殺 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 積欠巨額債務及經濟壓力大：案父母生意失敗、賣房仍無力償還貸款與地下錢莊欠債，曾與銀行簽下卡債協商契約仍因債務過大，無法履約 ➤ 案父母精神狀況不穩及情緒低落：案父母患有焦慮症、憂鬱症等精神疾患，雖

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 案家人際互動 內向性和救助 封閉性 ➤ 未告訴家人親 友，以免他們受 到討債集團牽 連 ➤ 家庭文化因 素：父母認為孩 子是自己所有 物，不忍自己自 殺後，讓孩子變 成孤兒，留在人 間受苦 		<p>定期去醫院門診 治療，但情緒低 落及想法消極， 向社工表達自殺 意圖，亦曾有自 殺未遂記錄</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 案家親屬關係薄 弱：因經濟不佳 及精神狀況不 穩，與案家屬關 係交惡，彼此關 係薄弱。社交封 閉，少與外人互 動連繫 ➤ 四個月前入住新 厝（免頭期款、 全額貸款） ➤ 夫妻曾辦理假離 婚，以便貸款， 並避免連累子女 ➤ 事發前曾去縣府 求助，要申請寄 養安置兩名子 女，遺書也表達 希望親友代為照
--	--	--	---

第五章 研究發現 (二): 攜子自殺案例檢視

			顧兩名子女，顯見原本無意攜子自殺
致死方式	疑似燒炭自殺	案父母攜案子燒炭自殺	燒炭窒息死亡
施虐者	案父 (44) 案母 (39)	案父 (39) 案母 (31)	案父 (不詳) 案母 (24)
施虐者特質	失業、債務壓力 (卡債、地下錢莊)	疑似債務壓力	失業、債務壓力、精神疾患 (焦慮症)、曾有自殺記錄、親屬關係不佳
社福系統介入			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 951207 案父母主動至縣政府求助，欲安置兩名案主，通報北縣自殺防制專線並申請弱勢家庭脫困計畫。 ➤ 社工員及衛生所人員自 1208 起多次電訪，1204 社工家訪未遇，1221、22 里長家訪未遇，至 1226

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

			案家屬與警方共同家訪才發現案主全家已燒炭身亡多日。
--	--	--	---------------------------

第二節 攜子自殺個案成因分析

由於攜子自殺個案的加害人或被害兒少多已過世，基於研究倫理也不宜打擾倖存者，因此本研究乃藉由以下三項資訊來源分析攜子自殺的成因，一是各縣市政府提交到內政部兒保小組重大兒虐事件檢討評估機制的報告；二是就個案向各地方政承辦人或督導進行面對面深度訪談或電話訪談所獲資訊；最後再以媒體於第一時間得自相關親屬或檢警人員的資訊做為相互查對補充之用，以力求接近事件的真實。統整這 14 個個案的案情，可歸納出以下幾個共相：第一，婚姻失調、經濟困難、健康欠佳（含憂鬱症）及缺乏外部支持系統，可說是採取攜子自殺手段最主要的原因；舉家自殺者全數為經濟因素所致。第二，離婚一年內是父攜子自殺的高風險期。第三，依附關係強或許是避免兒童虐待的保護因子，但卻也極可能是攜子自殺的危險因子。第四，這些攜子自殺的父母與其他的自殺者一樣，在事發之前都曾透露輕生意念，甚至都有過自殺未遂的記錄。第五，多數攜子自殺者雖然符合高風險家庭的指標，卻極少向專業機構或政府部門求助（請參表 5-2-1，表 5-2-2，表 5-2-3）。

壹、婚姻關係失調

在這 14 個攜子自殺的個案中，除了三個舉家自殺的個案，以及一個未婚生子的單親母親外，其餘 10 個個案在事發之前，都與伴侶處在相當緊張的關係之中，而且這樣的婚姻衝突狀態已持續相當長的一段時間。

「處理這麼多的案子裡面，我覺得有一半其實歸因到父母親的婚姻，不一定是父母親或是父親，就是雙方...當然雙方面的感情的問題」（9503C）

「我覺得他的婚姻關係導致他這個狀況，對他來講是比較嚴重的」（9606C）

一、離婚：

「離婚」是成年已婚男女的最大生活危機事件之一。值得關注的是，從這些個案中可以觀察到，夫妻雙方離婚確定後的一年內，可說是男士攜子自殺的「高

危險期」，他的情緒若未被適當地紓解，極可能會有自傷及傷人的行為。在進入檢討評估機制的 7 個父攜子自殺的個案中，有 3 個個案是在離婚半年之內出事，分別是在兩週、一個月、四個月，另外則有 2 個個案是在離婚後九個月與近一年發生攜子自殺事件，還有 2 個已寫好離婚協議書，或正在辦理離婚手續當中，顯見「離婚事件」與「攜子自殺事件」兩者之間的時間接近性與因果關連性。此外，這些加害人在離婚後，對於離婚的妻子或其娘家親人多有騷擾、糾纏與恐嚇的行為。此一事實反映出，剛離婚或處在離婚程序中的男士確實需要更多的心理支持與諮商輔導資源，以協助其調適，並度過這個心理難關。

「自殺的原因主要就是因為他在 9 月 3 號的時候跟妻子離婚」(9606C)

「自殺前一個禮拜跟同居人吵架，同居人說要分手，案母非常地生氣、沮喪。自殺前一天同居人跟她說要回來拿東西，準備搬出去，可能是因此絕望而決定要燒炭自殺」(9513A)

二、家庭暴力：

一個帶著孩子去自殺的爸爸，也可能是在婚姻關係中對配偶施暴的丈夫。在父攜子自殺的 7 個個案中，有 2 個過去有婚暴的記錄，而這兩位傾向「權力控制型」的男士本身都有情緒管理與控制的問題，曾在婚姻存續當中對配偶施暴，即便在分居後或離婚後也經常到配偶的娘家威脅騷擾、恐嚇、砸門，或是以電話（「半夜奪命連環 call」）、簡訊指責或辱罵配偶及其家人，使其受到相當程度的精神虐待。與先生處在嚴重婚姻糾葛當中的女性，尤其是已被通報婚暴的個案，若是受到前夫的惡意糾纏與騷擾而去警察局求助時，警察不應以家務事輕忽看待，或以男女情事等閒視之，代表公權力的警察應以保護人身安全為由，對非理性的行為有所嚇阻，並加以轉介到適當的社會服務機構，否則不僅可能殃及婦女的人身安全，更可能使兒少因父母情關難過而無辜喪失寶貴的性命。

「好像這兩個案件比較雷同的地方就是父母情感方面的問題，那孩子就因為父母想不開，孩子就當作陪葬品這樣子」(9503B)

「因為他之前就是因為婚暴的關係，所以他帶著孩子到處去流浪」（9605B）

「他會一直很抗拒你講的東西，然後他就是他其實他的重點都一直在於跟我們談條件要我們把他的老婆交出來之類的」（9605B）

三、經濟與外遇問題

如同世間的夫妻，除舉家自殺與單親個案之外的 10 個攜子自殺個案，從現有資料看來，引發夫妻關係不睦、爭吵不休的問題不外乎金錢與外遇兩項。經濟維持與婚姻忠誠度不只是婚姻安定的基石，也是雙方對婚姻關係的付出與承諾之重要表現指標，因此當夫妻對此有所不滿或懷疑時，一個自認被親愛的婚姻伴侶背叛的人不容易理性看待情感，也會失去面對生活難題的勇氣。

「爸爸在外面有外遇，那媽媽其實平常是看不出來的，鄰居都無法看出來」（9503B）

「後來得到的訊息是他交了女朋友，然後感情不好，那個女朋友把他錢都騙掉了」（9605B）

「他跟案母的婚姻關係就是彼此都懷疑對方有外遇，婚姻狀況處得比較不好，離婚過後個案對於案母的限制也比較多，不希望她再接觸這兩個孩子」（9606C）

「這個爸爸自己有外遇，他老婆跟他談這個事情的時候就說，『如果你離不開那個女的，我就跟你離婚』，是他堅持要離的，大約出事前一個禮拜的時候」（9606B）

貳、財務困境

「經濟問題」經常是原本應該扮演保護與養育角色的父母卻反過來終結生命，帶著孩子一起走上絕路的主因之一。在這 14 個個案中，只有 3 個個案資訊未提及遭遇到嚴重的經濟問題，舉家自殺的 3 個個案則全數與經濟問題有直接相關。讓攜子自殺者走投無路的經濟問題包括：失業、生意失敗、房屋貸款、卡債、地下錢莊的欠款等等。當債務的規模，或是卡債協商後所需繳交的月費超過當事人能力所能負荷就已經是極為沉重的心理負擔，若再加上討債公司的各種施壓暴行（如：黑道上門討債、前去子女就學學校騷擾），案家恐懼與絕望之情可

以想像。

「主要照顧者可能面對一些生活事件的壓力...譬如說經濟上的一些...或者是欠債，譬如說失業啦，甚至說孩子比較多，然後他如果又是一個負擔家計者的話，那他本身可能有一些情緒比較沒有辦法去排解他的一個情緒壓力的話，就很容易攜子自殺了」(9503B)

參、健康狀況不佳

健康是活力的來源，有健康的身體多少可以提高生活挫折的容受度，增加解決問題的動力。但是當個人身體狀況不佳，尤其是罹患憂慮症或躁鬱症，相對而言更容易產生輕生意念，甚至採取自傷行動。在這 14 個個案中，有超過一半有較嚴重的健康問題，其中有 5 個是憂鬱症患者。在母攜子自殺的 4 個個案中，有 3 個加害母親都有被醫生診斷為憂鬱症或躁鬱症患者的就醫記錄，另外 1 個個案則身體狀況不佳，一年內進行過心臟的重大手術。

「媽媽本身的精神狀況不行（憂鬱），啊她其實不忍心孩子跟著一起受苦，所以就帶著走」(9503B)

「這個媽媽先前有在**醫院精神科看病，醫生說她常常足不出戶，早就有憂鬱症的傾向，只是自己沒有病識感」(9513A)

「還有發現是那種主要照顧者可能...譬如說單親媽媽，媽媽又憂鬱症，那又沒有達到那個強迫就醫的標準，所以她是可以帶小孩的，可是她憂鬱症，有時候好有時候不好，那有時候就會打小孩啊或是鬧自殺」(9503A)

肆、有輕生意念與自殺未遂記錄

在這 14 個攜子自殺的個案中，有高達 11 個在事發之前都有向周遭的親友透露過要去自殺的訊息，其中又有 6 個已付諸行動、自殺未遂，尤其是母攜子自殺的 4 個個案都表達過輕生意念。這種狀況和一般的自殺個案極為相似，但周遭的親友，甚至專業工作者都經常難以判斷真正行動的可能性，究竟是死意甚堅，

或者他們並不是真的想要結束自己的生命，只是要引起關注

(attention-calling)、要藉由「自殺」的行為或企圖來對外在世界表示一種「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息，通常也都愛莫能助。

「協議離婚確定的前三天，加害人到受暴婦女的娘家要求跟孩子一起睡，然後就打手機給個案，說在客廳割腕自殺，一跑去看真的用美工刀割腕，血流不止，才趕緊叫救護車」(9503A)

「6號的時候就先有第一次的自殺，開車衝撞去跳海。那後來就醫也有通報自殺防治中心，這是第一次的自殺，18日是第二次的自殺」(9606C)

「他的自殺事件行為已經不是第一次，知道的狀況就已經有好幾次了，他家裡的人都沒有人有這個能力來阻止他」(9605A)

伍、內部依附關係強、外部支持系統弱

兒保專業工作者多會認為當父母與子女之間的依附關係強時，兒少的人身安全似乎就得到了保障。依附關係、婚姻與對他人的責任在自殺事件中是保護因子，但卻是攜子自殺事件的危險因子。從本研究所蒐集的資料顯示，依附關係強或許是避免兒童虐待的保護因子，但卻也極可能是攜子自殺的危險因子。尤其是當家庭內親子依附關係強、內聚力強，對外卻自我封閉、孤立，在密閉空間內家庭成員相互渲染增強絕望無助的心情，再加上因缺乏外在的支持系統、親友連結薄弱而坐困愁城，那麼在面臨前述種種危機事件的衝擊下，攜子自殺的可能性就更高。在這14個個案中一半以上有這樣的狀況，尤其是母攜子自殺的4個個案中就有3個既缺乏娘家的奧援，本身也少有社交往來，等於要獨自面對生活中的各種橫逆，其孤獨無助感可想而知。

「會面的時間他都會很準時、甚至很期待的，很早就到了，他會表現出就是那種很很想趕快把他帶回去的那種感覺。那另外婚暴媽媽那邊也曾經提到，其實爸爸對這個小的兒子是不會有那種像對大兒子嚴厲的管教」(9605B)

「整個家裡面的氣氛，尤其是親子關係的部份其實都是很 OK 的，她（受託的民間團體社工）才結束這個個案」（9503B）

「當初有協調孩子都由爸爸這邊照顧，爸爸也希望媽媽不要來探視這兩個孩子，他們的離婚協議主要由爸爸來照顧」（9606C）

「帶著孩子燒炭自殺因為他想要跟孩子一起，不想要讓孩子孤單留下」（9606C）

「因為先生（大陸台商）有外遇，然後她一個人帶兩個小孩，那兩個孩子其實是有在幼托裡面去上學的，其實平常的互動都是好的，可是她就帶著他們一起走了」（9503B）

「她的情緒沒有得到支持，她的支持是很薄弱的，支持系統是沒有的」（9503B）

「眾叛親離，對，可能就是媽媽本身年輕的時候不學好，十幾歲就跑出去了，平常也不回來、也不聯絡，那現在有事情就要我們幫忙...所以那個親友的支持和資源，目前在連結上會越來越困難」（9503B）

陸、拿孩子當籌碼

一、情緒穩定度不足

在西方社會文化脈絡下，一個健康的家庭是父母與子女之間不管多麼地親密摯愛，仍有一條清楚的界線（boundary），孩子是一個獨立的個體，既不是父母的延伸，也不為父母所有。如前面的文獻所探討，這樣的認知在東方文化中似乎歷經幾百年都尚未深植人心，尤其是為人父母者若人格扭曲、權控性強、情緒穩定度不夠，都極可能讓孩子成為婚姻衝突下的祭品。

為人父母者被期待有一定的心理情緒成熟度，可以面對生活的不如意，大多數的時候可以理性對人、對事，適度地控制自己的憤怒。一般人對「攜子自殺」的個案多半存有「悲苦」、「慈愛」的刻板印象，但是在本研究的個案中，除診斷躁鬱症持刀砍殺子女的案件之外，有 2 個父攜子自殺的個案，不論從書面資料或是從深度訪談中，都清楚看到加害父親的情緒管理和成熟穩定度不足，權力控制慾強，不僅毀了自己的婚姻，也剝奪了孩子長大成人的機會。

「當場就舉起茶筒作勢要自傷，想那時候還好在警察局，如果不是，他應該就是砸我」
(9605B)

「伯父形容那個爸爸個性有點偏激啦！他說因為他小時候有燒燙傷，是身心障礙，所以比較自卑，一些想法比較多是屬於負面的，其實講白一點，那個個案應該有一點 personality 的問題」(9606C)

「威脅性比較高」(9606C)

「我一剛開始對於他情緒暴動、很暴躁的那個部分，其實印象還滿深的，好像是黑道是討債公司的，讓人感受到害怕」(9605A)

「他有愛護小孩的那一面，我是真的很深的看到啦！但是他的情緒的部份也確實是一個很不能控制的...我真的不相信他會自殺」(9605A)

「(報上)說經濟多麼困窘阿，這一句我倒是覺得是一個對外的藉口。還可以養小老婆會困窘到哪裡去？這個爸爸的操控非常強」(9606B)

「雖然他很大聲的咆嘯，他只是要壯聲勢，我覺得這跟他個人的發展也有點關係，就覺得靠這種方法好像可以得到別人的注意啊，關心啊，覺得自己是有 power，可以控制這些事情，他只有靠這種方法」(9605A)

二、要脅與報復：以孩子為籌碼

在深度訪談中專業社工經常提及，某些攜子自殺的加害人經常性地將「把孩子一起帶走」、「妳這樣是逼我去死」、「我不曉得今晚會發生什麼事，一切後果妳要負責」掛在嘴上，以達到要脅相對一方就範的目的。前文曾提及，有些父攜子自殺的個案無法接受離婚的事實，有的因此意志消沉，但也有的是以騷擾前妻及其家人的方式試圖挽回，這種時候加害父親多會以孩子做為要脅、報復或精神虐待對方的工具，而這正是這類加害人一貫的操控行為模式，若追溯到先前的家暴事件階段，發現加害人也是以孩子為籌碼，要脅太太從庇護中心出來見面、返家或復合；或是以死要脅家人為其處理殘局。

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

「攜子自殺當天，他打電話給離婚的太太說『我和孩子跳到海裡...小孩子死了，要讓妳後悔一輩子』」（9503A）

「他對警方說『要靠女兒挽回前妻的感情』、『要報復前妻』」（9503A）。

「他給我感覺是他希望用孩子達到要他太太回來這個目的」（9605B）

「從他老婆被安置以後，就不斷的，幾乎天天都會打 N 通電話來我們社會局」（9605B）

「我覺得是『威脅』耶！他知道他的家人這麼愛他的孩子，我覺得他越帶越多籌碼，不斷加碼，最後就玩完了」（9606B）

「家人對他也是束手無策，因為他也是動輒用死啊，暴力啊或者精神虐待的方式操控他家人。所以據他哥哥表示說，案祖父光為他做一些還債或是擦屁股的事情，就已經花了數百萬了。然後，每次只要他闖了禍，他們不願意善後，他就動輒以死來威脅這樣子。這個已經成為一種習慣性的操控模式，他家人可能也看多了，知道就是這樣子，後來也不太把這個當一回事，所以這次他索性把孩子拿起來一起加做籌碼這樣子」（9606B）

「家人說，爸爸不管是來硬的或是來軟的，他們都會屈服，依照慣例他們不可能不照爸爸的暗示去做...（家人）對於這個爸爸是很無奈的」（9606B）

「這件事發生以後，我覺得更糟糕的是他實在是太太懂得玩弄這一些了。事件發生後，他就立刻去找***（某社會服務機構）。然後召開記者會說他願意當終生志工，他已經痛改前非。***（某社會服務機構）」的人就被他唬弄得一蹋糊塗。打電話跟我說，他們經過兩個小時的諮商，爸爸已經 OK 了，完全承認自己的錯誤，也答應以後不會再這樣，希望我們把孩子還給他。對我來說這是不可能的啦！我說長久以來的扭曲，是不可能那兩個鐘頭可以解決的」（9606B）

「我覺得他純粹是把這些當成是他在玩他的 game」（9606B）

「媽媽在醫院的時候就表明不想要來照顧這兩個孩子，原因主要是因為她害怕爸爸的報復。說爸爸都會傳簡訊或者是打電話騷擾恐嚇她娘家...簡訊就說，他會造成這樣都是你們害的」（9606C）

柒、未向專業機構求助

有關華人的求助行為研究指出，在面對各種生活困難時，華人傾向向周圍的親戚朋友求助，較少直接找專業機構或政府部門求助（趙雨龍，2003）。從這 14 個攜子自殺個案的求助模式也可看出，儘管這些家庭都符合「高風險家庭」的標準，但是除其中 1 個曾在事發之前向社政部門提出安置孩子的要求之外，只有 2 個個案數年前曾因婚姻暴力問題通報社政部門之外，另有 2 個曾申請過身心障礙生活補助及中低收入戶兒童及少年生活扶助，除此之外的 9 個個案全數未在社政部門的社福系統有過求助記錄，顯示目前高風險家庭的通報網仍有努力的空間。如前所述，14 個個案中有 5 個個案曾有自殺未遂的記錄，依衛生署自殺防治標準作業流程規定，醫院及公共衛生護士都應該提供進一步的專業協助，但從結果來看似乎仍有所不足。

「出事之前他尋求的協助都是家族。因為他的家族資源很足」(9606B)

特別值得關注的是，當攜子自殺的個案已有求助的動作，但公部門人員卻因無法進一步與對方取得連繫，以致錯失救援的時機問題。在這 14 案中有一個舉家自殺的個案曾在事發前 20 天主動向地方政府社政部門求助，希望能申請寄養安置兩名子女，社政部門雖隨即通報自殺防治專責部門，並協助申請弱勢家庭脫困計畫之急難救助及聯繫寄養家庭床位，然而最後這個家庭仍選擇全家燒炭自殺。該地方政府的資料顯示：社工員這期間長達兩週無法與案家取得連絡，兩度家訪亦未能見到面，俟會同個案家屬及警方共同家訪時，發現案家全家自殺身亡多日。衛生行政部門在接獲社政部門的通報後也立即將個案列入自殺防治系統，並指派某衛生所列管追蹤。衛生所依其平常的流程與工作模式多次電訪個案，隨後也寄出關懷信，都未能連絡上個案。衛生所轉請在地里長前去關心，里長回報兩度訪視個案均未果。

捌、身障子女的照顧問題

在這 14 個個案中有一個父攜子自殺個案的被害兒少領有身心障礙手冊，雖然從資料上看來身障兒少的照顧壓力未必是發生悲劇的主因，但是身為照顧者所承受的壓力以及為人父母者不忍獨留身障兒在人世受苦而決定攜子自殺的困境，仍應該被高度關注。統整本研究所舉辦的焦點團體及中華民國智障者家長總會和罕見疾病基金會所提供的資料，可以看到身心障礙兒少的家庭照顧者長期擔心子女的健康問題、面對疾病的不確定性，獨力承受全年無休的照顧重擔、親友的排斥與外人異樣的眼光，他們自身的健康、情緒、生涯規劃、經濟收入、應有的社交生活卻都被嚴重的忽略與剝奪，還經常處在緊張、焦慮、疲憊與罪惡感之中，可說是「用青春和健康換取家人生命的完整與延續，『照顧』彷彿是一個『生命交換』的歷程」。若是外部支持體系再不能提供實質的協助，極可能在其他生活危機事件的衝擊下，發生攜子自殺的憾事。家有身心障礙兒少的家庭需要周遭的親友更多的支持和關懷，提供支持性、喘息性的協助，讓照顧者可以調整一下身心步調再出發²⁶。此外，政府應提升社會福利服務之可近性與可及性，對身障者及照顧者提供更多、更近便、更體貼的協助，以減輕這類家庭之經濟與子女照顧壓力。具體的主張包括：建構完善的長期照顧體系，建立支持家庭照顧者體系，包括足夠的臨托、短托及日托等喘息服務，以及建立穩健長期照顧財務制度等。再者，身障團體也應更敏銳覺知照顧者的需求，開發新的服務來因應，並透過各種宣導活動讓社會大眾更了解、體諒照顧者的處境，進而更接納周遭類似處境的親友並且願意主動伸出援手。

「越來越惡化的時候，那爸爸再堅強，他也是沒辦法。媽媽撐著是因為那是她的骨肉她沒有辦法」(H-1)

「活著的那個最痛苦，反而不是生病的人」(H-1)

²⁶ 聯合勸募協會、家庭照顧者關懷總會、智障者家長總會、殘障聯盟、康復之友聯盟等社福團體於 95 年 11 月共同發起「支持家庭照顧者，讓愛喘口氣」宣導運動，呼籲國人關懷家庭照顧者。該活動訂定每年 11 月為「家庭照顧者月」，該月的第 4 個星期日為「家庭照顧者日」，希望在這一天，每個人都能協助周遭的家庭照顧親屬或朋友，替手照顧一天，體驗家庭照顧者的壓力，也讓他們喘息一天。

「我們常常都是悲劇已經發生了，才碰觸到這些家庭，那我覺得那很可惜」（H-3）

「社會的價值觀覺得說，這是你的家務事，那你都要自己去面對自己去解決，那你自己解決不來是你自己的問題，導致這樣的事情一直不被解決」（H-3）

「即便我們現在設了那麼多的中心，我覺得說這些正式化的服務，其實距離都還是滿遙遠的，因為你都有條件的，就是說你服務一定要有條件一定要有門檻，有的家庭他已經覺得他很苦了，他還要再經過這樣的一個程序，所以我會覺得說服務的一個路徑，接觸到服務的程序能不能更體貼」（H-3）

「『反正我有一天要走了，我就會順便也把他帶走』。就是我覺得很多家庭就是...習得無助，很多求助的經驗是不可能的事情...聽這種話很心酸啦，然後你如果從當事人來看你覺得他們被疏忽了，但是你從照顧者角度你又覺得他好像真無能為力」（H-2）

「我要讓一個社會福利的資源進到我家，我是要付出力氣的。我們家裡面的人已經維持了某種程度的平衡，然後那個平衡在你們外人看起來可能不完美，可是對我們來說，comfortable，這就是很 stable 的狀態，那你覺得這個人怎麼這子被照顧，要不然你想怎麼樣，你要該他照顧的更好一點，那照顧者就累啦...就開始 defense 了」（H-2）

玖、時間叢聚效應

如第二章所述，自殺行為有所謂的「時間叢聚效應」，也就是媒體報導與事件發生率成交互作用關係，形成惡性循環。近年燒炭自殺等社會事件往往被媒體大篇幅報導，以致有類似遭遇之民眾很容易受到影響。當媒體報導較多、較仔細時，有類似處境的閱聽眾自憐與輕生念頭被啟動，短時間內發生自殺事件的頻率就隨之拉高；媒體就會更加注意此類事件，有案必報，自殺事件的上報率因而更為提高，報導內容也更加鉅細彌遺，更容易讓原本就處在邊緣的潛在自殺者學習到自殺的手法，付諸行動的念頭更加強烈。在深度訪談中，專業社工對此一再提出警語，呼籲傳播工作者應善盡社會責任，去除羶色腥的渲染報導手法，減少對自殺原因與手法報導的篇幅，多提供可資協助的社會福利資源。

「其實我老是會覺得媒體要負一半的責任，可是不曉得要怎麼樣呼籲才有辦法去（遏止）」
(9503B)

「因為我覺得媒體都會把燒炭致死...頭版，非常的大、醒目，然後把那個手法、過程，非常的清楚」(9503C)

「因為我們沒有想要這樣做，所以我們不會去學，可是一定會有很多人這麼去學，所以你說我們非常努力去檢討成因、去檢討幹嘛，都不及於他們一個頭版報導，就沒了，我們的努力就沒有了」(9503B)

「我發現說自殺（身障家庭攜子自殺）的案件，那個情緒會擴延，你只要報紙上出現個攜子自殺，那你就會接二連三開始會有好多的案例會跑出來」(H-3)

表 5-2-1 「父攜子自殺」個案成因分析(2006-2007 年)

	01	02	05	07	11	12	14
年齡	30	43	33	45	42	31	35
婚姻關係失調	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
離婚	一個 月	協議 書	近一 年	手續 中	四個 月	兩週	九個 月
通報家暴	☆				☆		
財務困境		☆	☆	☆		☆	☆
健康不佳		☆				☆※	☆◎
輕生意念	☆☆	☆☆		☆	☆☆	☆	☆☆
依附關係強		☆	☆	☆	☆		☆
支持系統不足			☆	☆			☆
孩子當籌碼(報復)	☆				☆	☆	
未向專業求助	☆*	☆	☆	☆	☆*	☆	☆
身障子照顧負擔				☆			
自殺家族史					☆		

※ 身障手冊／疑似患有精神疾病 ◎ 診斷憂鬱症(或躁鬱症)

★ 有自殺未遂記錄

* 舊案，但事發前未求助

表 5-2-2 「母攜子自殺」個案成因分析（2006—2007 年）

	03	08	09	13
年齡	28	32	43	37
婚姻關係失調	☆▲	☆	(長期單親)	☆
離婚	☆			
通報家暴				
財務困境	☆		☆	☆
健康不佳	☆◎	☆◎	☆◎	☆
輕生意念	☆	☆★	☆	☆
依附關係強		☆	☆	☆
支持系統不足	☆	☆	☆	
孩子當籌碼(報復)		☆		
未向專業求助	☆	☆	☆	☆
不忍身後無人照顧			☆	☆

◎ 診斷憂鬱症（或躁鬱症）

▲ 同居人

★ 有自殺未遂記錄

表 5-2-3 「舉家自殺」個案成因分析(2006-2007 年)

	04	06	10
年齡	44/39	39/31	31/24
婚姻關係失調			
離婚			
通報家暴			
財務困境	☆	☆	☆
(討債集團)逼債	☆		☆
健康不佳			☆◎
輕生意念			☆★
依附關係強	☆	☆	☆
支持系統不足	☆		☆
孩子當籌碼(報復)			
未向專業求助	☆	☆	***
不忍身後無人照顧	☆	☆	☆

◎ 診斷憂鬱症(或躁鬱症)

*** 曾為此事向社政求助

★ 有自殺未遂記錄

第三節 社政處理攜子自殺個案的挑戰

壹、人力資源管理

一、社工的警覺性

敏感度、經驗與人生歷鍊在兒保與家暴社工的實務運作中扮演很重要的角色，尤其是處理有自殺可能性的高危機個案。前文曾提及多數的攜子自殺個案在案發前都曾經透露過輕生的意念，或甚至已經有自殺未遂的記錄，因此，當再度採取自殺行動並奪走兒少的性命時，社工經常被質疑「警覺性不夠」、「當時為什麼不安置小孩？」。雖然透過專業教育、督導制度與在職訓練多少可以提升敏感度，然而，高度的警覺性與精準的判斷還是有賴豐富的實務經驗累積，而這常常是目前高度年輕化的社工人力所不能及。由於社工缺乏處理個案的敏感度造成誤判，以致輕忽案家可能存在的危機風險，例如：未提高警覺提高訪視的密度，或是當無法連絡上案家時，未能在第一時間採取更積極的手段堅持親見到小孩，確定兒少的安全。

「有一個個案一直說要燒炭怎樣怎樣，我們社工員其實可以聽聽就算了，可是我發覺她的警覺性很高，她覺得這個媽媽以前比較沒那麼講，而且那次情緒是還蠻激動的，所以她就一直很不放心，後來下班之後還是過去去找這個媽媽，找了很久沒找到，她不死心再去找她，她已經買炭回來了，所以就是成功地阻止它的發生」(9503B)

「每個人都承受很大的別人生命安全的壓力，都不知道自己的個案什麼時候會發生什麼事情」(9605A)

「如果是新的案子，我們的社工員就先進去，把資源給他，那也要讓他承諾，承諾他不可以做這樣的事情（自殺），還有也跟孩子說」(9503C)

二、前線社工人力不足、年輕化

「誰在第一線為台灣的兒童與少年的福祉把關？」

若說整個台灣兒保社工人力的圖像是「年輕化、未婚化或是未生子化」，或許並不為過。根據第一線資深兒保社工的觀察，由於目前的兒保體系不論在人才的配置、工作條件、社福資源網絡等方面都未設計出理想的制度來善待這個需要精銳人力的「重案組」，因此新人的熱情大概只能維持半年，為了個人的生涯發展，新進社工選擇離職，兒保社工於是成為新生訓練班、人力流動快速的「消耗品」。而留下來的社工在這樣的體制下，還能不能保持充沛的熱情與動力，則與個人信念有很大的關聯性。

「社工人力的問題，很多社工都是新進的，大概一半一半」(9503A)

「就我的觀察，我們那一批新人剛開始的六到八個月之間都是充滿著熱忱跟幹勁的，但是差不多一年的時候，就快要不行了，因為那時候妳該遇到的體系的問題，對案件的無力感，其實就差不多都出來了」(SW-1)

「說真的，從我進中心到到現在七年，還沒有看過在我們這一組的社工員願意生小孩的」
(SW-1)

三、前線社工裝備與訓練不足

搶救兒童生命、捍衛兒童權益需要精銳的「幹員」，但是在前面人力不足、工作壓力大、兒保體系問題多等因素的交互作用下所造成的高流動率，確實不容易留住一批訓練精良、經驗豐富的專業社工，累積對兒保工作的組織記憶。因此，台灣的兒保工作經常性地在招募新血，一出進之間雖然維持整體人力的帳面數字，但是「戰力」就是受到影響。新手社工在人力不足的窘境下，稍加訓練就必須披掛上陣，不論在年齡上或在資歷上都屬「生嫩」，面對挑戰嚴苛的兒保工作不免左支右絀、力有未逮，不僅受到社會輿論的責難，自己也心力交瘁而選擇離職，形成一個惡性循環。

「我覺得可能有些社工對一些譬如說監護的法令並不是很了解，不知如何去運用這個法，像是可以幫孩子聲請保護令或什麼之類的」(9503C)

「我們現在的困難就是新人進來沒時間好好的教他。一進來大概最慢應該一個月啦，一個月之後她就要上線了...時間太短了」(9605A)

「逼她上手馬上陣亡得快！因為還沒有準備好哇！」(SW-3)

「那是我第一個兒保個案，其實我對於兒保的流程，甚至是相關法規都還不清楚」(SW-8)

「從幾個事件裡面，我真的也看到我們社工員的培訓是蠻重要的啦！特別是流動率這麼高...我很期待中央能夠採行較長期間的集體訓練」(9605A)

四、督導人力、能力與訓練不足

建立一套完善的督導制度，是一個社會服務機構確保服務品質與人力素質非常重要的關鍵。歸納目前在兒保體系中的督導制度上至少有兩個問題：一是督導與社工的比例；二是督導的能力與素質。在整體兒保人力不足之下，督導人力同樣不夠，沒有配備足夠數量的督導，使得一個督導必須帶十幾個社工，督導的深度與效果自然受到限制，尤其社工人力又資淺化，使得督導的壓力更大。由於督導的負荷過重、責任過大，也造成資深社工年資與經驗都夠卻不願意擔任督導的奇特現象。其次最為人詬病的是督導的能力問題，從訪談中發現不少縣市升任兒保督導的多是因為「資深」，而未必是在兒保工作上的豐富經驗與學識裝備。她們在社政部門中的其他業務累積一定的年資而被「升遷」過來擔任兒保督導的職務，其實這些督導未必缺乏社工與行政經驗，但對於兒保工作的了解與熱情可能有落差，讓前線社工覺得對當下的判斷與個人的專業成長沒有實質的助益。

「妳根本沒有實務的個案工作經驗，然後去當一個督導，要去教妳的社工員怎麼處理個案，我覺得那個是很奇怪的東西啊」(SW-5)

「該怎麼弄真的都不知道，然後打電話給督導，她也說不知道，還叫我自己去問...督導他可能只是去醫院說『那你辛苦了』。這樣真的很沒幫助，既然我不知道問你也不知道，那你為什

麼不能來幫我打電話問誰，或是你陪著我做這件事情」（SW-6）

「督導最多只能做行政督導，很多還是要透過『同儕督導』啦」（SW-1）

「不只是社工留不住，我們連督導都留不住呀」（SW-1）

「沒有人願意當督導，pay 其實很少，卻要承擔非常多的風險和責任，會覺得是被懲罰耶」（SW-1）

「督導那一塊也是很需要被訓練。因為會做，可是不知道怎麼樣去教人，也不太知道督導到底這樣做對還是不對。常常會猶豫要不要直接的去告訴她、直接點出她的缺點，可是那會被排斥、被排擠，她們會猶豫啦」（9605A）

「訓練資源也很少，找不到這個行業的人來訓練，因為光靠我們又要顧現場的工作，又要去訓練培訓這一群這個新進的員工，其實沒有太多的時間分給這些新進的員工，現實面上是有困難，要是那種比較好的培訓團應該是會好一點啦」（9605A）

五、社工壓力

自殺事件最困難的莫過於真假難判，可能連當事人都難以確定自己的輕生意念是不是會在下一分鐘付諸行動，而採取行動是不是會終結性命。誠如前文所述人在處於長期的或巨大的生命逆境時，難免會消極失志、表達出輕生意念，聽到這樣訊息的專業工作者究竟要以怎麼樣的態度來面對，是要下立即處理的專業判斷，或是可以暫時按兵不動再加觀察，這對社工來說是極大的挑戰，也形成相當的壓力，前線社工在相當長的一段時間內都必須與這樣的擔心共處。萬一個案最後選擇自殺，就此生命消逝，對於曾經與他一起工作、也聽過他表達輕生意念的社工來說，更難免自責。社工的工作負荷量極大，但是她們還要花不少的心理能量來焦慮、擔心、煎熬，這樣的身心失衡極可能影響專業判斷的準確度，當這樣的創傷與壓力變成長期的、慢性的、如影隨形的，無法承受的社工可能就會選擇離職；還留在職位上的社工也會經常自問「有必要把一份工作做到這個樣子嗎？」。

兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究

「我們社工員她時時刻刻提心吊膽就是家長還是會用尋死啦、燒炭的方式來訴求，希望能夠達到他要的東西，可是我覺得我們社工員，我覺得即使你是一個非常資深的社工員，你都不一定能判斷準確說他講的到底是真的還假的，我覺得這個壓力其實給社工員很大」(9503C)

「有的時候像自殺這種東西也是會碰到就是那種假戲真做，對就是那一線之隔，壓力比較大」(9503B)

「那聽到這樣的事件(攜子自殺)，我覺得啦，她(受託的民間團體社工)應該護覺得說『如果那時候他是還有再做些什麼的話也許就不會發生這樣的事情』」(9605B)

「案件發生，社工員要去承擔很大的職責的壓力，很像那個孩子是社工員殺死的那種壓力」(SW-5)

「通常一有兒保案件的時候，那個晚上其實都就蠻容易失眠的...有時候真的也會有疏漏，就會變成比較緊張焦慮」(9605A)

「自殺防治中心的資源連結不上來，她就失眠啊，沒有人可以分擔她的焦慮呀」(SW-1)

「督導再怎麼跟她討論，案子就是擱在她的肩上...後來一組轉二組，換另外一個社工員揹啊」(SW-1)

「如果我花很多時間在解決我的焦慮，那我怎麼去做判斷。我跟我的焦慮共處太久，(焦慮)會不會被放大，會不為做所謂的『過當處置』，或是誤判」(SW-1)

「我自己的經驗會覺得...不曉得明天見報的會不會是我？」(SW-2)

「一旦檢討疏漏，就是直接指向某個人要承擔所有責任」(SW-3)

貳、公私部門社會福利資源不足

「個案有需求、資源沒著落」是台灣各人口群社工普遍面對的一個困境，但對於「人命關天」的兒保社工來說，這樣的問題可能造成的後果更嚴重。每當發生攜子自殺事件，尤其是曾經向社政體系求助過的個案，輿論多會質疑「社工當時為什麼不安置孩子？」、「當時決定結案的根據是什麼？這樣怎麼可以結案？」、「不是已經增加那麼多社工了嗎？人力為什麼還是不夠？」。事實上，對

兒保社工來說，缺乏後送的資源，即便有正確的專業判斷，還是只能把個案留在手上，再加上社會輿論在發生事件後習慣性的、找替罪羔羊式的指責，更使得社工不敢輕易結案，這也是社工個案量居高不下的主因之一，不僅增加社工的工作壓力，最重要的是過多的個案分散社工的能量，使她無法專注在緊急個案上提供密集服務。因此，公部門進行有系統的資源盤點，積極建制、開發及結合相關資源，例如：可加強與民政系統宗教團體資源之聯結，即時提供社交孤立之家庭及求助無門之民眾相關福利資源；加強結合熱心公司、團體及慈善單位介入協助提供急難救助，並結合專業理債管道，輔導案家疏解債務壓力等都是因應經濟困難而攜子自殺個案所必要的。

「政府不扛也不行，但是扛起來也有壓力呀！在處理上那個後面配置的資源如果不足的話，無形中就會造成社工的壓力」(9503A)

「安置機構嚴重的不足」(9503B)

「只有**醫院是有那個戒癮，可是那費用很貴」(9503C)

「那我覺得其實到後來就會變成說，有很多個案只要有一點點不穩定其實我也不太敢結案...你會期待有一個另一個單位可以接手，可是問題是沒有人來接手，你到底要不要結案」

(SW-5)

參、民代關說、介入

兒保社工經過專業判斷代表公權力要執行「剝奪親權」等必要的處遇，如：安置時，經常會受到民意代表的干擾，不僅打擊前線社工的士氣，更嚴重的是此舉極可能兒少的生命安全造成相當的威脅。地方政府經常要面對民意代表以「選民服務」名義介入兒保的處遇，不論地方政府社政部門的立場為何，都會設法「買議員的帳」，謹慎小心地回應。訪談中擔任主管的受訪者多表示會儘量和議員溝通通常讓他了解這個案子的來龍去脈，社工專業決定的考量點，以及議員的建議可

能為兒少安全帶來的風險。但是同樣的問題請教前線社工，不論是公部門或是民間部門，她們的反應就比較負面反彈，通常議員的關說會從首長辦公室或府會連絡人那邊直接下達，壓力就直接落在主責社工身上，若有將服務委外，那麼這個壓力就會被轉嫁到民間受委託的社會服務機構社工，要求她們配合改寫評估報告。前線社工之所以如此反彈是因為這些被議員介入施壓的兒少個案依專業判斷多半還不適合返家，或者依規定還不可以和加害父母會面，冒然返家或見面都有其風險，而這些風險又要由前線社工來承擔。換句話說，前線社工在意的是專業不受尊重與被迫承擔個案出事的壓力。

「隔天就接到議員的關心電話，其實議員那邊的壓力是還蠻大的」(9605B)

「課長那邊也協助溝通，那最後就是妥協，先讓他來(與安置中的孩子)會面，那天議員也有來...是打破我們平常的規定，因為我們平常規定是安置一個月後才能會面。其實這是一個原則性的問題啦」(9605B)

「案父找議員，議員都會直接找督導，督導跟我說爸爸有請議員來說要取消安置，說爸爸在**治療兼當志工，已經相當穩定啦等等之類的話。」(9606C)

「甚至出動議員，*** (某民間社服機構)的老大是議員嘛！我懷疑那個控告狀還是議員那邊幫他寫的...不過我們還是沒辦法給議員面子，因為還是要依法行事...其實法官這邊會支持我們的」(9606B)

「孩子安置了就是我們評估了孩子不適合返家，可是縣府就說就是要讓他返家，因為爸爸去找議員，然後議員來施壓，然後就回去不到一個禮拜就燒炭自殺，所以我們就很生氣，為什麼社工的專業評估你們不採信，那我就覺得說，如果我們說不要回去你強制要回去，那就不要轉我們(民間受託單位)做追蹤輔導，因為那個壓力源又回到我們身上，因為我們評估的功能沒有好到可以回去，那你們要回去，你們可不可以自己回去做追蹤輔導」(SW-7)

「明明是他們想結案，又叫我們要提供評估報告，然後我們就說你們要結就來個公告告訴我們這個案子不給我們做就好了啊，又要我們配合演出，我們很生氣，所以個案評估就寫說不適

合返家，我們就是提供這樣子的評估報告，那出事你負責，因為我們已經建議過不適合返家了」
(SW-7)

肆、經營媒體關係

兒保新聞，不論是攜子自殺或是兒虐致死都完全符合媒體「扒糞」與「嗜血性」的兩大要件，因此當發生重大兒虐事件時，媒體的關注自然不在話下。基於新聞學的訓練，記者在事發第一時間無不盡其所能深入挖掘個案的各種詳盡資料，這種新聞工作者的職業需求可說直接對上社工專業最強調的「保密原則」，衝突已經存在。加上在輿情嘩然下媒體急於找到「罪魁禍首」，此時「公部門兒保社工」就經常成為媒體鎖定的首選咎責對象。記者一方面試圖將故事情節引導到「官僚殺人」；另一方面也意圖製造社工「慈善」與「怠惰」、「傲慢」兩種形象之間的反差，營造出衝突性的新聞效果，提高新聞的可看性。這樣的傳媒文化可說對前線兒保社工帶來極大的困擾，因為長官與各級民代都會在見報的第一時間責難社工並要求前線社工提出說明，社會大眾也會因此歸咎於社工處理疏失，社工士氣可說備受打擊。社政部門當下不僅要準備各種資料給長官以便回答媒體，並應付民代的質詢，還要爭取時間做個案的後續處理，確實很難為。

「他也是知道你這個專業有辦法給他們他們想要的東西，所以在媒體這個層級，我是可以去因應他們這個是沒有問題的，可是也是一個挑戰，到底哪個部分適當的，可以向他們來說明、去導正。可能媒體聽到的消息是錯誤的，所以跟媒體的工作其實壓力是非常大的。再來，跟媒體工作壓力非常大的一個是長官對於你這樣子的因應到底支持或不支持，對我這個層級來講，我也覺得壓力是蠻大的。沒有人幫你啊，你要自己去就這樣處理啊」(9605A)

「我當下必須不斷的寫那些報告和不斷的處理他們家後續的事情...我還是得自己處理那些後續的事情，還是要一個人去面對那些質疑的聲音，被記者追著跑」(SW-7)

第四節 處理攜子自殺個案的網絡合作

兒童的成長歷程暴露在各種不同的風險之下，家庭暴力可以說是其中最普遍、最複雜卻也是相當程度可避免的犯罪行為。面對這樣一個多面向的社會問題，幾乎沒有一個個人或組織擁有足夠而必要的知識、技術或資源可以服務兒童及其家庭的所有需求，因此特別需要打破不同的組織與不同專業的既有疆界，挑戰傳統服務輸送的思維與方法致力於跨界合作，才能集各專業之智慧與各組織之資源，以個案為中心、以家庭為中心提供兒童及其家庭最具效能的無接縫服務。從本研究的檔案文件檢閱、深度訪談與焦點團體可歸納出以下兒保體系在處理攜子自殺事件時所面臨的網絡合作問題。

壹、與衛政部門的網絡合作

在社政部門的認知當中，「攜子自殺」基本上是自殺課題，況且權責、編制與預算都在衛政單位，只因為受害者多為兒少，就要社政來主導這個問題的解決，似乎相當不合理（「為什麼會落到兒保體系？感覺無解的議題其實最後都會到兒保體系，因為我們就有一個最大的負擔就是孩子...最後的承擔就是我們啊」（SW-1）。「精神衛生法」第七條也規範，「直轄市、縣（市）主管機關應由社區心理衛生中心，辦理心理衛生宣導、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源網絡聯結、自殺、物質濫用防治及其他心理衛生等事項。前項社區心理衛生中心，應由心理衛生相關專業人員提供服務」，依法自殺事件由衛政來主責應無疑義。但是從衛政部門的角度來看，雖然自殺防治、社區心理衛生與精神醫療都是衛政部門的權責，但絕大多數攜子自殺的家庭符合「高風險家庭」標準，多伴隨著經濟、情感等多重問題，資源與專業都在社政部門，理應由社政主責，衛政部門配合。由此看來，現階段在衛政部門的自殺防治機制與社政部門之間就分工上的切割，行動上的協力合作以及橫向資源的連結，仍存在相當多的問題有待解決。

一、社政的觀點

(一) 人力不足、功能不彰

當社工在察知個案有攜子自殺的意念時，多會依權責立即通報「自殺防治中心」(或社區心理衛生中心)，希望能藉由自殺防治專業人力的介入，阻止悲劇的發生。儘管目前自殺案件還不是法定通報項目，部分自殺個案也會因為保險給付或其他因素考量而拒絕醫療院所通報，阻斷其進入心理衛生防護網絡中，然而整個地方自殺防治體系還是存在不少問題。受限於人力的嚴重不足，多數的公共衛生護士只能以電訪或信函等消極方式連繫自殺未遂者，個案求助需求最高的星期假日又不上班，在社工看來是徒具形式、缺乏功能的自殺防治體系。除人力不足、工作模式無效之外，社工也在訪視中發現個案曾有自殺記錄屬高危險群，但查地方政府衛政體系的「自殺列管個案系統」卻無記錄，對於社區中精神疾病及憂鬱症病患也沒有明確的管理機制，可追蹤此類病患，在在都反映出地方自殺防治體系的鬆散。一個功能不彰的自殺防治體系，最後個案有自傷之虞的重擔與壓力又落到社工的身上，是前線社工經常反映的問題(「這就變的是我們社政自己在孤軍奮戰，那種感覺很差」(9606B))。

「他們人力編制上是不夠的...不是只有公衛護士去電話關心一下，那好，一次電話拒絕，她就馬上關案、就是馬上不做了，她根本沒有做什麼...那社工本來抱著很大的期待說我轉過去可能會有後續的一些服務，可是完全沒有。(你們希望轉過去他可以怎麼樣的後續?)有人去做家訪啊!然後或許也可以讓我們知道一下說他們做了些什麼樣的服務」(9503B)

「我們會幫他媒合一些心理諮商，可是那一塊其實就回到公衛那邊，我們通常很多那樣的家長他其實是假日才有空的，可是公衛護士假日是休假的，其實是沒有辦法(幫得上忙)」(9605B)

「(第一次自殺)醫院通報，然後他們(社區心理衛生中)就打個電話去，然後他爸爸就說『不需要協助』就掛電話了，就沒有了」(9606B)

「她們的心態是，本來就是規定這樣，我不能強迫對他(自殺未遂者)做服務，我只能打

個電話去，他可以拒絕我的服務」(9606B)

「醫院通報之後，我們就派案給**市的地段公衛嘛。那就有去訪視，就是電訪，可是就可能沒有問清楚他的相關的資料，不知道說有兩個女兒」(9605C)

「(衛生局)跟我們社政的分工，就是說如果是自殺已遂的或者是說有實際行動的話，他們才處理，那如果自殺未遂或自殺在嚷嚷而已的，那個就是不處理。但是那個變成會落到社工員身上，就是覺得說這樣的他一直在嚷嚷自殺，OK，那到底哪一天真的萬一成真的話，那就變成是社工員的責任」(9503B)

「真的是有點給他不合理，就是已遂的才轉給他們，那未遂如果只是嚷嚷或者是有言語表達那個部份，請你們社工自己留著做」(9503C)

(二) 改變工作模式

對於衛生局若是受限於人力編制不足以及公務員上班時間，無法對有輕生意念及自殺未遂個案提供更具積極意義的服務，社政部門受訪者建議衛政部門可以引進民間專業團體，以委外方式由這些機構的專業人員來提供後續的資源連結和諮商輔導服務。

「衛生局那個系統如果要做自殺防治，不妨改變工作模式。與其用目前公衛護士電話訪問的方式，還不如用委外的方式找一些心理諮商的團體類似** (民間專業團體) 來做應該是比較有效」(9605B)

「我覺得是比起單純的只有公衛護士的方式來得有效多了，因為個案需要的可能是一個人陪他走過那樣的一個心理過程，其實過了就OK了」(9605B)

(三) 不為與不能

儘管如前所述，衛政部門不論是理念上不認為應該扮演主責個管角色、在現行法令下對個案缺乏強制力，或是工作時間不符個案需求，但是從實證訪談中

也發現「事在人為」，當地方衛政單位受到中央的關注，或是主事者有理念、願意多做一些努力，社政與衛政之間的資源網絡就可以連結起來，拆除雙方的壁壘與心防，還是可以發展令人滿意的合作關係。

「上次兒保小組開會的時候，因為這件事情，衛生署的代表當場打來**縣衛生局問這個案子，衛生局才開始當一回事，他們其實在那一天之前都還不認為自己有什麼問題。他們現在有進步很多了！只要有人通報那個媽媽疑似有自殺傾向，公衛護士一天到晚去訪視、關心，其實是做得到的啦」（9606B）

「而且還可以幫他連結資源，你想自殺的原因如果是少錢，她們也會去幫他連結」（9606B）

「現在他們不會只做電訪，會去做家訪，而且對於狀況比較嚴重的還會常常去，會去的很頻繁，然後做資源連結喔」（9606B）

「南部鄉下公衛護士其實還滿願意幫忙的，她們對家庭的狀況、預防接種的情況都還滿了解的」（SW-3）

二、衛政的觀點

（一）對分工的認知：對攜子自殺個案著力點有限

「分工」及對分工的共識是網絡協力合作當中的重大課題。兩個機構之間若是不能對於工作流程中的交界線與責任歸屬有一共同的認知，那麼就很難做到所謂的「無接縫的服務」、「整合的服務」。在提報重大兒虐事件檢討評估小組的攜子自殺個案中，有不少是社政部門認為已經通報地方政府的自殺防治中心，後續的追蹤與輔導應該由衛政單位來主責。社政的理由是衛生局的職掌包括醫院管理、精神醫療、社區心理衛生，乃至於藥酒癮的戒治，在資源連結上有其近便性與專業性。但是由於這些職掌在衛政部門長期以來就相當邊緣化，被配置的人力與預算都相當有限，因此如前所述其功能不盡人意。在地方層級衛政人員的觀點認為依據「精神衛生法」，當個案沒有自殺或自傷之事件發生，他們也沒有權責

拘束病人身體或強制送醫。衛政部門只負責醫療行為的部分，例如個案自殺未遂被送到醫院就診，在急診室或後續住院進行外傷或疾病的診治，若是個案有意願，他們也可以安排精神科或心理諮商的門診。至於個案其他的經濟性或社會性的問題，如：失業、卡債、子女管教、家庭關係等，不是他們的權責，也非專長所在，著力點有限，應由其他政府部門來承擔。簡言之，衛政部門不認為他們應該擔任自殺個案主責個管的工作。

「多重問題的個案應該是歸社會局；如果是比較醫療的部份，比較單純的話，那就是衛生局這個部分」(9605C)

「我們也一直在摸索，我們也搞不清楚說社會局到底...因為我們會覺得說這個個案我們好像能夠著力的有限，因為如果他沒有立即的自殺傷人之虞，你也不能強制送醫，或道德勸說可不可以請您去就醫啊，或是怎麼樣，這部份會比較困難」(9605C)

「上個月我們有請老師來上課，就是有關『高風險家庭』的部份。看了**縣的格式嘛，那看了之後大家就更具體、更清楚。他是有寫很清楚，就是說如果只有就業問題那就是勞工區就業輔導處；那如果是醫療的問題，那就是我們；那如果是社會福利相關問題、是多重因素，那就是社會局」(9605C)

「很多東西我們會覺得說好像變成主責單位，如果全部都是我們的事，我們又覺得說『可是這個明明沒辦法處理，那到底是怎樣』。現實上在處理會發現說其實真的蠻多是處於那種社會邊緣，就是說有點快要到低收入戶的，失業然後債務，然後人際關係，情感，那是蠻多的問題」(9605C)

「(問：社會局那邊也有這樣的共同的認知嗎?)好像不是那麼的好，社會局那邊我覺得可能需要再花多一些時間來做溝通。主要是我們的著力點有限，我們現在就會比較清楚看哪些個案它有哪些著力點，可以轉介給其他單位的」(9605C)

「(問：對你們來說哪一些問題是你們認為是你們可以著力的?)像諮商的部份，那就是精神醫療的部份，如果他願意的話，前提是願意，這個部分是我們比較 weak 的地方」(9605C)

「醫院的個管師有提到現在很多自殺個案都有小孩，可是評估起來他並沒有『攜子自殺』的一個危險，我說可是你怎麼知道沒有那樣子的危險，所以我建議可以轉介給社會局，由他們去評估評估看看是不是有進一步的危險」（9605C）

（二）衛生行政的困難

1. 缺乏強制力

在目前的認知與現行體制下，地方衛政單位面對自殺個案最大的困難在於，他們不像社政有法令依據，或是有福利救助資源可以做為與個案工作的「敲門磚」，即便是「非志願案主」，至少也可以一起工作。但是在保障人權的前提下，現有法令並未賦予衛政部門足夠的公權力或籌碼來約制「輕生意念」或「自殺未遂」者，要求被通報自殺的個案一定要接受精神醫療的診治或是社區心理衛生中心的協助。在實務工作上，地段公共衛生護士不論是電訪或直接去家訪，通常都不容易接近個案，沒法真正展開服務；再者，個案的其他實質造成自殺的問題也常常不是他們能夠解決的。

「兒虐、兒童福利或是家庭暴力這個部分，是有一些法令的 back up；但是在自殺防治的部分，我們要做這樣的 service 的時候，只有『精神衛生法』裡面就很簡單的『自傷傷人之虞』。但是如果說他沒有立即自傷傷人之虞呢？民眾有就醫的權利，你好像也很難去說動他，那他不願意接受諮商、不願意接受精神醫療的時候，我們只能說偶爾再打個電話關懷，持續保持一個關心。好像想再繼續，對方就會很直接擋下來講，『我就是缺錢，我就是怎麼樣，我不需要諮商不需要那個』」（9605C）

「拒絕率蠻高的，特別是自殺未遂的個案，他們會覺得說 it's a shame，或是說這件事情發生過，然後處理完了，就當作沒這件事情一樣，那所以他們會覺得事情都過去了，不需要再提了」（9605C）

2. 提供服務時間不符個案需求

目前社區心理衛生中心的工作模式仍是以上班時間打關懷電話或進行訪視為主，這對個案來說諸多不便，因此服務和需求無法連結，拒絕率也就居高不下。換句話說，除非能夠改變工作模式、讓時間更有彈性，否則衛政的自殺防治服務恐怕不容易達到實效。

「我們長官也一直要求我們要做家訪，可是我們就是實際上有困難的。因為很多的個案，除了年紀比較大的，或是說現在他是失業在家，不然一般來講的話，大部分都在上班。因為我們是上班時間工作，我們上班時間要去找人，可能對方不方便」(9605C)

「在上班時間你打電話去的時候，他可能在上班時間，或他根本不是在家裡，所以要家訪之前，還是要必須做一些先電話聯絡」(9605C)

(三) 衛政部門改善的新策略

1. 自殺防治中心與守門員

有鑒於憂鬱症已經成為世界衛生組織所列舉的世紀三大疾病，而台灣地區自殺死亡率也逐年提高，自殺已經連續八年列入國人十大死因之列，行政院衛生署乃成立國家級自殺防治中心，從 94 年度到 97 年度共計投入 1 億 7300 萬，透過協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程，以提升心理衛生與精神醫療，活絡社區支持網絡，有效對自殺企圖者進行妥善照顧；啟動自殺防治通報系統，以建立有效的社區通報、關懷與專業介入，最終目標期待能有效降低自殺死亡率，維護國人心理健康。自殺防治中心計劃將連結縣市社區醫療群，試行自殺防治先導計畫，推動憂鬱症共同照護系統，並分析各方案之成本效益，做為日後全面推動之依據。該中心也將對相關人員提供持續性之教育訓練以及認證，以強化醫療體系處理與轉介自殺企圖與憂鬱症個案之能力。地方政府也在中央的導引之下成立行動委員會，以個案為中心逐步連結整合相關

的公部門，建立合作模式。

此外，自殺防治中心也推動「守門員」(gatekeeper)²⁷的概念。有鑑於自殺身亡者幾乎在自殺的一年之前都有去過基層醫療診所，大概有三成曾看過精神科，因此基層醫師若能提高警覺，扮演「關懷、支持」的角色，就可能成為一個可以守住、阻止當事人尋短的「守門員」。其他像是老師、醫護人員、農藥商、長期照顧服務員等都是，若能適時地、敏感地掌握到潛在自殺者所發出的訊息，陪伴、鼓勵並提供資源協助，也許就能改變故事。

「去年十月份開始我們有成立心理衛生跟自殺防治的行動委員會，十一月也有開個案討論會，這樣子聯繫下來的話會發現其實大家慢慢有共識，經由一些個案的處理、往返，大概會覺得說都有幫助到個案，那也其實是正向的加強」(9605C)

「目前行政院有個自殺防治中心，他們是有先幫我們做一些平台的工作；地方層級大概是跨局式的，像說衛生局、民政、消防、警政、社會教育等等相關機構，甚至就業輔導站啊...網絡的東西好像比較清楚啦」(9605C)

2. 置醫院駐點個管師

部分地方政府衛生局在既有的公共衛生護士之外，已開始在醫院設置個案管理師，來專責處理自殺個案的後續追蹤輔導事宜，例如利用自殺者還在急診室階段、留院觀察時或轉到病房住院的期間進行第一時間的探訪，提供必要的資訊與資源轉介。在醫院內將自殺未遂的病患轉介給精神科醫師，似乎是一個很合理的後續安排，但需要該醫院精神科有足夠的人力來應付這些轉介的數量，或是運用在有住院的自殺病患比較適當，不過這樣的模式與原先醫院既有的照會精神科流程相較，似乎並無太進展，看不出特別設置個管師的功能所在。倒是個管師與公

²⁷廣義的自殺防治守門人是指「當個人接受訓練後懂得如何辯認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」(請參 <http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/theme/index.jsp>)。

衛護士間的分工合作，先由對在地較為熟悉的公衛護士做第一次的初訪，再轉給較為專業、專精的個管師做跟進，可能是目前發展出來比較可行、較能解決問題的新工作模式。

「我們是有跟**醫院講，那是不是可以做精神科的轉介。可是示範一個禮拜後發現說沒有辦法，因為幾乎每天會來一兩個，那如果說每個自殺個案都轉介，值班醫師要從另外一個院區再趕過來，他們說人力調配會有困難...住院的話那就一定會照會」(9605C)

「後來經過實際上的運作，他們覺得說最好的方法可能還是，如果是住院的話再轉介，如果說非住院的話，像門診時間或是說他離開(醫院)的時候是白天，那如果願意的話，可以在門診做一些 talking 或 interview」(9605C)

「我們還是讓公衛護士去訪，而且公衛護士是在地人對地段也比較清楚...」(9605C)

「(公衛護士)出訪的記錄能夠做一些登錄，我們在電腦上再派案給個管師，再由個管師 follow up」(9605C)

「公衛護士跟個管師之間會有一些落差。因為公衛護士說實在是『包山包海』，個管師會好一點」(9605C)

3. 醫院在自殺防治上的難處與做法

從前述案例的分析，我們可以看到有不少攜子自殺的個案在事發之前都曾因憂鬱症者長期看門診用藥，自殺未遂者也都有送醫診治的記錄，因此，有沒有可能讓醫院有更積極的作為，成為自殺防治的重要「守門員」呢？從深度訪談中可了解，雖然醫院的主管機關衛生局也希望醫院能多負起一些責任，但醫院本身也有若干的限制。第一是醫院在營運政策上未必願意投資照顧自殺病患的人力。二是自殺未遂的病患未必留院治療，也未必在返家後會繼續來回診。第三是自殺未遂病患及其家屬都較關心看得到的傷口與病情，對於看精神科或身心科的態度不積極。但是，在目前健保體制下各醫院普遍都有經營的壓力之現實下，醫院若可

以積極與病患連繫，鼓勵返院診治，降低病患回診的成本負擔，雖是是本身財務的考量，但說不定也可以因此阻止一些悲劇的發生。

「醫院的話主要是人力啦。在衛生局有衛生局的政策立場，但是醫院方面他們有人力的考量」（9605C）

「像有些醫院在急診之後會打電話 follow up，問說『您有來急診，那您是不是回診了？傷口的情形怎麼樣？』。醫院可以運用這樣的機會，可是我們的角色不是勸他來回診，我們是勸他回來看精神科或是做諮商」（9605C）

「可是這個部分有時候醫院在執行上會比較困難，就是說他來傷口處理，或是甚至他不一定要回醫院，他可能在其他地方的小診所拆線，如果是小傷口，那甚至洗完胃還好，沒有特別的問題，因為這個狀況比較多，可能就不會住院，所以小問題的話可能這些會 miss 掉」（9605C）

「就我知道是精神科如果能夠規則返診的話，會比較好。但是在內外科的部份除非醫院很在乎，因為其實病人能夠返診對他們來講，其實也是個利多。其實我一直有意無意的會跟醫院提到這部份。但是變成說，你必須有一些所謂的『健康個案管理師』，有專人在做這些個案追蹤返診的服務，而且要有特別的電腦系統，你才知道說能不能幫他線上掛號。所以我想這個跟醫院的行政也有關係，我們只能說某醫院有類似的作法，成效也不錯，您是不是可以考慮這樣子做。可是不同醫院他們有他們政策或是說一些營運上的考量」（9605C）

貳、與教育部門的網絡合作

在本研究所分析的攜子自殺個案中有高達七成的被害兒少在學齡階段，這個數字讓我們不禁質疑，難道學校老師在事發之前對於孩子的家庭狀況都沒有任何掌握嗎？當孩子有不尋常的請假或特殊狀況時，學校沒有更積極、更快速的處理作為嗎？由於學齡兒少在學校的活動時間甚長，除家人之外的主要社會關係網絡也都在學校，因此教育部門是兒保保護網絡中的重要成員，也是社政預防攜子自殺事件發生、兒少無辜被殺害的重要夥伴。如果地方教育行政部門可以承諾對

保護性案件的重視，持續加強教師相關的專業訓練，更了解保護性案件的特殊需求，適時適度做第一線的處理及通報，將可以大大提升兒保體系的效能。

一、過猶不及：推卸責任式的過度通報

目前在社政部門與教育部門合作的實務經驗中，可說面對「過」與「不及」的兩難困境。在過去學校為了所謂的「校譽」、對通報程序不了解、擔心被加害人騷擾恐嚇等因素，經常在防治網絡中被檢討通報不力。但是自從「高風險家庭通報」推出後，加上在兒保事件發生後每每被責難敏感度不夠，未即時通報，現在教育部門已從「隱匿不報」轉變成「過度通報」，為社政帶來相當的困擾。這種「卸責式的過度通報」不僅是一種夥伴間不友善的表現，對社工有過多不合理的期待；更嚴重的是此舉大幅增加社政部門社工評估個案風險程度的工作量，排擠原有的工作，社工人力再怎麼增加仍是不足以應付。社政部門希望學校在沒有設置學校社工之前，至少可以發揮學校「教、訓、輔」三位一體的精神，擔負起應有的責任，提供學童陪伴、關懷與初級輔導的服務。校方應主動關心孩子的特殊狀況，當孩子有轉學次數頻繁、多次或不正常的請假、常在校精神不濟或在「學生輔導資料記錄表」中家庭狀況欄第11~16等項分數高的，或是「輔導內容要點」出現異常記錄，導師都應在第一時間進行家庭訪視，做成正式記錄，請輔導室提供專業輔導。

「看學校，有些學校還是會滿隱瞞的，甚至到校長那邊就把它壓下來！那也有蠻熱心的，會主動跟我們聯絡」(9503B)

「很高的比例都是因為來自學校通報高風險...通報了就比较沒有責任哪！甚至她比較期待是社工能夠進去，譬如說孩子不按時上下學，那個部份她期待社工去幫她做處理」(9503B)

「高風險都有點...偏了，或者是孩子幾天沒有來學校，他們希望社工員去家訪...對社工有不合理的期待」(9503C)

「高風險的他們從來不手軟的，他們現在知道呀，幹嘛把燙手山芋放在自己手上，社工要我們通報，就給你呀！很輕率，所以現在我們接到一大堆，怎麼辦？」（SW-6）

「甚至很多他們也很關心孩子，如果發現這個家庭的照顧功能不是那麼理想的話，馬上就拋出來一個問題就是說希望社工把孩子做安置」（9503C）

「連那種不喜歡來唸書的都要學校的社工員去找，我想說你們學校的老師也應該要去找呀」（SW-7）

「我就想說為什麼你不去他們家看看，做個家訪，學校應該先處理，真的你們學校處理不了，那你再找我們（社政）或是一起處理嘛」（SW-5）

二、強化教師的「高風險」認知與危機應變能力

隨著快速社會變遷，社會問題越來越多元而複雜，學童來自的家庭面對的生活困境可能也更糾葛難解，孩子的生活環境中風險因子越來越多，而學校老師不只是知識的傳授者，也是生活的輔導員，因此，老師們有必要加強自我裝備，在職教育訓練應特別安排這類相關課程，像是：「高風險家庭兒童」的意義與指標、如何提高老師的觀察敏感度、兒童危機狀況的辨識與應變、加強兒童自我保護的相關課程，以及社會福利資源的相關知識與訊息等等均是。

三、加強學童生命教育

如前所述，台灣的攜子自殺個案中有為數不少的被害兒少已是擁有一定能力的學齡孩子，而加害父母決定舉家自殺或攜子自殺也不都是第一次說會第一次做，換句話說，孩子已長期處在「大人說要一起去死」的氛圍當中。因此，社政建議教育單位可做以下幾件事：一是編製宣導單張、教材等，深入國中小學進行宣導，於課堂上實際灌輸中小學生正確之自我生命安全觀念及求救方式。二是透過學校班導師在課堂的教學，讓學生了解自己擁有生命權，了解當父母發生自殺或危及生命安全時，要發出求救行為，救父母也是救自己。第三是舉辦自殺防治

課題或憂鬱症病患照顧議題的演講與座談會。

參、與戶政／民政的網絡合作

一、提供初離婚者相關諮商資源

戶政系統是民眾辦理結婚與離婚手續的法定機關，本研究發現在離婚的一年內是父攜子自殺的高峰危險期，因此各地方政府可以比照台北市政府在民眾完成離婚手續後致送心理諮商資源等相關資料，以協助剛結束婚姻關係者在心情低落難以調適的關鍵時刻，可以得到適當的支持與專業的幫忙。

二、強化村里長的角色與責任

村里長與村里幹事在台灣的基層地方自治中扮演極為重要的角色，「在地性」讓他們對地方鄰里上的人與事都有一定的熟悉程度，也最接近民眾。因此若能與社政通力合作，將可結合雙方的草根性與專業性，追蹤輔導高風險及危機家庭，適時結合資源提供服務，避免悲劇的發生。但是目前由於行政體制上村里幹事隸屬民政單位，社工則隸屬於社政體系，加上相關法令並未明確規範村里長與村里幹事負有社會福利服務之職責，因此地方政府社會局經常反映很難有效結合村里幹事，例如就近代為訪視或了解狀況等。此外，社政也希望能提供村里長與村里幹事必要的指導與訓練，提高他們對社區內高風險家庭的敏感度、辨識能力，讓他們在服務民眾的過程中發現有需要的個人或家庭時，都能主動通報轉介或結合資源，為里民解決問題。

「如果說是里長對這戶是很熟悉的，那麼他也會是我們的資源，比如說這戶人家被通報或什麼事比較不好的，那麼會請里長跟我們一起去，或者是請里長先去幫我們瞭解狀況，那有些里長他是 ok 的」(9503B)

「就請里長先過去看一下或是陪同這樣」（9503C）

三、與警政的網絡合作

警察是執法人員，在第一線執勤，對加害人具有一定的嚇阻力，可說是社工執行保護性業務的最重要夥伴。通常地方政府社政都會與警政保持密切的合作關係，在必要時會請警察先就近察查，確定兒少的安全。但是執行保護性業務的社工對於警察仍有以下幾項期待：一是在面對較具安全威脅性的狀況時，警察可以陪同，以維護安全。二是謹守保密原則，不要侵犯兒少的隱私權，造成二度傷害。三是更具敏感度地評估兒少的危險性，並在通報單上加以註明，以避免社政因案量過大而延誤個案的訪視處遇。

「我們定期每年都會跟五個分局的家防官、性侵害（防治）的這群工作人員一起聯誼啊、受訓這樣子」（9605A）

「員警在協助我們的過程，我覺得其實是還算是蠻配合的...我們都會請當地的派出所幫我們先去看一下，只要一通電話，當然我們不是完全依賴他，但至少安全的部份先給我們回報一下。我們可能會安排當下兩個小時以後到場，或是第二天才到場，我覺得員警這部份的協助蠻好的啦」（9605A）

「警察會講說人力不足，沒人可以去陪你去（家裡瞭解狀況），那個危險、風險到底是誰要去承擔」（SW-5）

「警察好像也是要放適度的一些消息給媒體」（SW-6）

「我們會去那邊上課，清楚地告訴他們怎麼樣的種況要怎麼做，這也是一種大家建立良好關係的機制」（9605A）

「我們曾經為了這件事情一直跟婦幼隊抱怨，說我給你們錢（辦訓練），可是他們都在睡覺耶！所以有幾種作法曾經做過，上完課之後就考試，成績不錯的發獎品。還有一次去年我們跟婦幼隊合作是分小組討論...我們5、6個 worker 分5、6組大家討論，讓他們知道說喔原來法上規

定有一些東西是要怎麼樣做的」(9605A)

四、與民間團體的合作

在民營化的風潮下，地方政府大量將公共服務的供應委託給民間來做。台灣民間部門在兒童福利與兒童保護工作上具有相當的歷史，與政府分別扮演一二線角色，已發展出一定的合作模式。在攜子自殺個案方面，社政部門與民間的夥伴合作包括觀念宣導、金錢濟助、關懷訪視、庇護安置服務與後續追蹤輔導等方面。除長期以來政府的委託條件不理想，影響民間承接的意願外，公私部門的合作還存在以下幾項問題：一是公部門希望民間受託單位在成本效益的考量之外，能更注意服務品質與績效的提升。二是有一套理想的人力資源管理策略，降低流動率、留住優秀的兒保社工。三是雙方相互尊重、具體解決問題。主管機關與民間受託單位都應該以兒少福祉為最優先的考量，表現專業、謹守崗位，才能得到對方的尊重，也才有信任的合作關係。四是保持暢通頻繁的連繫管道，從個案處得到重要資訊時，應該第一時間完成個案記錄並互通訊息，以適時評估案情的危機程度並提供適當之處遇。五、民間受託單位社工員至案家追蹤訪視時，社會局研判有必要時，應協調警政單位陪同及配合。

「我們在『高關懷家庭』裡面也會出現很多類似這樣子有攜子自殺念頭的狀況，那**（民間受託單位）提供的那些關懷訪視，甚至說是更多的一些支持，我覺得是比較可以讓那個家庭走過來的啦」(9605B)

「委外那麼多年了，我們都希望他的呈現那個效能的部分要再提升。一個個案到底你要把目標訂在哪裡，到底有沒有達到這個目標等等」(9605A)

「我會覺得他們很注重這個帶來的新聞，日後的捐款和後續帶來的東西，所以他們對於『上報率』很注重，可是我覺得有些東西沒有辦法用那樣的方式」(SW-5)

「他們現在也面臨跟我們同樣的問題就是新進的 worker 太多」(9605A)

第五章 研究發現（二）：攜子自殺案例檢視

「（委託與受託）兩個單位一起去現場看，雖然感覺上好像浪費人力，但至少不同的人在切入事情的觀點的時候會不太一樣，剛好有一個媒合的地方。而且**（受託的民間機構）的社工員直接到現場去看，以後要接手做後續追輔，會對現場的情境很了解，也讓家人很清楚的認識，就不必說我第一次接到縣府社工之後，又轉給民間社工，又還要再跟家長做很多的溝通」（9605A）

「我們的社工員和他們的社工員意見不合，彼此講話就不會很客氣，他們就會跟長官說我們怎麼樣怎麼樣，他們的長官就直接在會議上面跟我們主任說聽說你們社工怎樣怎樣，然後我們主任就覺得莫名其妙，就會覺得有被羞辱的感覺，啊你們為什麼不檢討自己」（SW-5）

「開協調會都是假象，沒有辦法解決問題，所以後來他就很賭氣說，那乾脆不要做了」（SW-5）

「（民間機構）出去警察跟本不理我們啊，我們要去調資料他們會說你是誰啊...為什麼要給你們資料，個管給我們也沒有用，我們沒有辦法調到財稅資料」（SW-5）

第六章 結論與建議

第一節 研究結論

壹、兒虐致死成因探討

本研究綜合整理第四章第一節、第二節案例分析及研究小組經由深度訪談兒虐致死個案承辦同仁所得結果，整理出與兒虐致死個案相關之危險因子。在架構上，研究者參考世界衛生組織（World Health Organization）及國際防止兒童受虐與疏忽協會（International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect）所提出之兒虐生態模式觀點，分從個人、關係、社區與社會三層次整理如下（參見表 6-1）：

一、個人因子（individual factors）

主要包括二部分，一為與父母親或主要照顧者有關的危險因子，另一則為與兒童本身有關的危險因子。

（一）與父母親或主要照顧者有關的危險因子，包括：

1. 與個人基本屬性有關：主要指：「父或母親年輕生子」及「教育程度中等」

此二部分，說明如下：

- (1) 父或母親年輕生子：雖然自問卷調查資料得知，施虐者年齡以「25 歲（含）至 30 歲以下」居多，但進一步比對兒童年齡發現，案家兒童出生時，尤其是家有長子或長女出生時，施虐者或配偶之年齡以二十歲左右居多，就現有育兒平均年齡為 29.53 歲，且生母年齡主要分佈在

25-34 歲間來看（內政部統計通報，2008 年）²⁸，現有案例之父或母親屬於年輕生子之族群。

(2) 教育程度中等：與父或母親屬於年輕生子之族群有關，就問卷資料得知，已知之施虐者的教育程度主要為國中或高中/職，雖然施虐者部分已完成國民義務教育，但現有資料大抵仍呈現高中職或以下之教育程度。

2. 與托育議題有關：主要指：「主要照顧者不適當」此部分。在現有兒虐致死案例中，施虐者男、女性皆有，比較特別的案例是母親入獄服刑，個案則委由同居人（非生父）或親戚、朋友照顧，所託非人造成兒虐致死事件。另外，父親或同居人失業而在家中照顧幼兒，由於是失業而在家成為主要照顧者，經濟壓力，若再遇上孩子哭鬧，幾個致死案例即因此發生，也是主要照顧者不適當的另一個明顯案例。

3. 與暴力議題有關：主要指：「童年受虐或為兒少保護個案（如安置）」、「婚姻暴力施虐者、受害者」及「對於兒童教養採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為」此三部分，說明如下：

(1) 童年受虐或為兒少保護個案（如安置）：在問卷中，如果施虐者或主要照顧者不是原有社會福利系統接觸的個案，其實很難瞭解是否為童年受虐或兒少保護個案，不過在訪談的案例中發現幾個案例父或母親曾為童年受虐或為兒少保護安置個案，在與原生家庭的疏離關係下，施虐者或主要照顧者很快尋求新的感情依附，但關係不穩定，常轉換新的感情依附對象，間接影響與子女的依附，並產生暴力代間循環之行為。

(2) 婚姻暴力施虐者、受害者：從問卷調查的資料可得知，兒虐致死個案的施虐者有一些亦是婚姻暴力的施虐者，另從深度訪談的案例中亦有

²⁸ 參見內政部統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat/>內政統計通報 2008 年第 21 週（參考日期：2008/8/17）

類似的發現，尤其是部分案家因婚姻暴力而進入社福系統，成為婦女保護工作的服務對象，然在現有婦保與兒少保護工作隸屬不同單位或分工之下，婦女保護工作者若未能敏感覺察案家兒少可能受虐的現象，則兒虐事件極易被淡化或忽視，未來實應加強婚暴防治工作者之兒童保護覺察。

- (3) 對於兒童教養採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為：由本研究相關資料發現，主責社工認為在 30 位施虐者中，有 15 位（50.0%）對於兒童不當行為採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為。由於不適當的管教或暴力的懲罰可能是缺乏親職教養知能，或是對兒童少年發展缺乏正確認知所致，但亦可能因童年受虐或為婚姻暴力施虐者，在長期暴力的學習或運用暴力控制下，習於以暴力解決問題，兒童的不當教養亦是其暴力行為展現的一部份。

4. 與經濟議題有關：主要指：「失業、工作或收入不穩定」、「面臨財務困難（如欠賭債）及「從事特種行業（如茶室、酒店等）」此三部分，說明如下：

- (1) 失業、工作或收入不穩定：問卷調查資料顯示，30 位施虐者僅有 7 位有固定工作，失業或工作不穩定若再加上情緒管控不佳、小孩哭鬧等，則小孩往往成為大人宣洩情緒的出口。
- (2) 面臨財務困難（如欠賭債）：問卷調查資料顯示，30 位施虐者有 12 位（40.0%）面臨財務困難，此與這些施虐者未有固定工作有關，但即使有固定工作，因學歷不高，較多屬於低薪資、高勞力性工作，因此家庭財務負擔大。研究者於訪談過程中，亦發現施虐者或其家中成員有簽賭職棒、酗酒等行為，此亦加重家中之財務壓力。
- (3) 從事特種行業（如茶室、酒店等）：問卷調查顯示，案家之收入來源中，有 9 個案家源自施虐者，9 個案家源自非施虐者。由於問卷調查

並未針對非施虐者，故非施虐者之職業與相關資訊未能獲得，然而自深度訪談中得知，部分案家非施虐者之工作場域為特種行業，如茶室、酒店等，而其同居對象常也經由這些場域認識進而同居。女性在這些職場工作可能是帶著小孩，不易找到適合工作，而同居對象無業在家，成為非親生子女的照顧者，間接形成兒虐致死的可能危險因子。

5. 與情緒管控或障礙議題有關：主要指：「遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力」及「有精神或心理情緒之障礙」此二部分。由問卷調查資料顯示，30位施虐者中，主責社工認為有高達66.7%的施虐者在「遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力」，56.7%的施虐者為「因應壓力或衝突能力不足」，26.7%的施虐者為「本身有身體或心理問題、認知障礙，使得親職能力受影響」。若將這些施虐者個人特質與兒虐致死事件案由以「小孩哭鬧」為最多相對照，可知施虐者之情緒管控或障礙，特別面對小孩哭鬧時，是值得關注之其中一項可能危險因子。
6. 與個人特殊習性有關：主要指：「濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響」此部分。由問卷調查資料顯示，30位施虐者中，主責社工認為施虐者「濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響」之比例將近一成七，比例雖不高，但在深度訪談的案例中，一些重大兒虐事件與酗酒有些關連，而案家亦曾被查獲擁有毒品，或生父/生母因吸食毒品入獄，孩子所託非人而受虐致死等，故有關施虐者或其家人之酗酒或藥物濫用仍為持續需關心之議題。
7. 與犯罪行為有關的：主要指：「過去個人曾參與犯罪行動，有前科紀錄」及「主要照顧者或重要他人入獄服刑中」此二部分。由問卷調查資料顯示，30位施虐者中，主責社工對於施虐者犯罪資料並不能完全掌握，有12位為不詳（40.0%），在已知的18位施虐者中，有6位具犯罪紀錄。由於社工員之職責難以得知施虐者過去犯罪紀錄，故難以斷定此資

料是否有低估情事。而在研究者深度訪談相關案例中，發現因為主要照顧者入獄服刑，兒童所託非人（如託親戚、同居人、家中成員朋友等）而致兒虐致死，或是家中重要關係人入獄，如同居人入獄，案母攜子與他人同居而產生悲劇，故施虐者的犯罪紀錄或案家重要他人入獄服刑而衍生出的照顧問題有待處理。

（二）與兒童本身有關的危險因子：主要指：1.「不被期待生下的兒童或未能滿足父母之期待或願望」、2.「持續哭鬧且很難安撫」、3.「家中有需要父母高度關注的孩子」、4.「身處於暴力或犯罪環境內，如家庭暴力、犯罪行為」、5.「兒童未進入正式體系」及6.「年幼，無法自我保護」六部分，說明如下：

1. 不被期待生下的兒童或未能滿足父母之期待或願望：由問卷調查資料顯示，27 件兒虐致死案例中，主責社工認為個案具備「不被期待而生下」的約佔 29.6%，「未能滿足父母之期待或願望」（如性別、外觀）的約 7.4%。而在研究者深度訪談相關案例中，發現有關施虐者重男輕女的現象依然存在，如家中有二男一女，但惟獨女童受虐即是。
2. 持續哭鬧且很難安撫：由問卷調查資料顯示，27 件兒虐致死案例中，主責社工認為個案具備「持續哭鬧且很難安撫」特質的約佔 29.6%；而在兒虐致死事件發生案由中，「小孩哭鬧」是一個重要指標，約有 12 件（44.4%）是與「小孩哭鬧」相關。由於兒虐致死個案之年齡以 6 歲以下幼童為主（佔 85.1%），若照顧者未能敏感察覺幼童發展需求，則「小孩哭鬧」常只是表面誘發因素，真正防治工作仍要回到照顧者對於兒童發展需求之認識，以及照顧者親職功能之提昇上。
3. 家中有需要父母高度關注的孩子：由問卷調查資料顯示，27 件兒虐致死案例中，主責社工認為個案家庭具備「家裡小孩眾多，父母或主要照

顧者負擔沈重」特質有 4 件，約佔 14.8%；具備「高度需求的孩子」特質的 2 件，約佔 7.4%。而在研究者深度訪談相關案例中，發現家中另有早產兒、疑似發展遲緩兒、新生兒及擁有年齡層相近之兄弟姐妹等，容易對照顧者形成照顧壓力。

4. 身處於暴力或犯罪環境內，如家庭暴力、犯罪行為：如前述，由問卷調查資料顯示，施虐者之犯罪或家暴紀錄難以真正掌握，惟仍可初步得知一些施虐者有犯罪前科，包括傷害、吸毒、妨害性自主、性侵幼童等，家暴紀錄則包括對配偶或對子女的施暴。而在研究者深度訪談相關案例中，發現家中原主要照顧者（如生母）或重要關係人（如生父）入獄服刑、家中有配偶受虐而從未通報、持續虐童但未通報等現象，雖然家中有曾經或目前犯罪者並不一定與兒虐劃上等號，但這些資訊，包括因入獄而致所託非人事件，可做為未來防治策略之參考，另有關兒童身處暴力環境，增加兒童受虐的可能性是需要面對的課題。
5. 兒童未進入正式體系：由問卷調查資料顯示，27 件兒虐致死案例中，6 歲以下之案例為 23 位 (85.2%)；個案之就學狀況以未就學比率偏高 (23 位，85.2%)，此部分與受虐致死個案之年齡偏向 6 歲以下兒童大致能相呼應。另從兒虐致死個案之發生地點來看，17 個案例 (63.0%) 是發生在個案的家中，包括案母與同居人共同居住地點，5 個案例 (18.5%) 是發生在受託照顧者家中，其中包括案母入獄服刑，受託照顧之同居人或親戚家中等。由上述資料可得知，這些兒虐致死案例之兒童大部分並未進入正式體制，如托育體制，故未能及早發現受虐現象。對於這些未就學、未進入托育系統之兒虐事件的防治策略，需要積極因應。
6. 年幼，無法自我保護：由問卷調查資料顯示，27 件兒虐致死案例中之死亡年齡方面，可發現兒童年齡愈小，死亡案例相對較多，以年齡之分佈來看，1 歲以下兒童之死亡率為 22.2%，3 歲以下兒童為 59.3%，6 歲

以下為 85.2%。這些幼童之自我保護能力本來就不足，復加上前述，個案之就學狀況以未就學比率偏高（23 位，85.2%），6 歲以下僅 1 位進入托兒所或幼稚園，因此現有對於兒童保護觀念的宣導是不及於這些年幼、未進入正式體系者，相關之防治策略必需考量這些年幼，無法自我保護者而有適當之因應。

二、關係因子(relationship factors)：主要指與兒童受虐相關之家人間、朋友間、親密伴侶間及同輩團體間的危險因子，包括：

(一) 與親子依附或情感連結有關

主要指「與兒童情感連結有困難」、「缺少親子間的依附及情感連結」此二部分。由問卷調查資料顯示，30 位施虐者中，有將近 26.7% 的施虐者為個案之父或母親的同居人，此部分是否因非親生子女，致使與兒童情感連結有困難有待持續觀察。另外，主責社工亦認為其中 7 位施虐者（23.3%）之特質是屬於「對於兒童欠缺關懷之特質」。而在研究者深度訪談相關案例中，亦發現部分親生父母親對於親生子女欠缺關懷，如放置保母家，很少探視；漠視兒童需求等，故施虐者與個案間之親子依附或情感連結關係是需要重視的。

(二) 與婚姻或情感有關

主要指「婚姻關係不穩定，經歷不同同居人」或「家庭解組」此二部分。由問卷調查資料顯示，27 位兒虐致死案例家庭中，父母婚姻狀況方面，已婚者共 6 位（22.2%），其餘則為離婚（10 位，37.0%）、同居（6 位，22.2%）、未婚（5 位，18.5%）。家庭解組或未有正式婚姻關係的比例偏高。而在研究者深度訪談相關案例中，亦發現案母攜子歷經不同之同居人，也有家中孩子之父親分屬於不同同居人，在婚姻或情感關係上，可看到案家之不穩定或解組現象。

(三) 與案父母之原生家庭有關

主要指「案父母原生家庭之家庭關係解組或功能不彰」或「案父母原生家庭

為暴力家庭」此二部分。由問卷調查資料顯示，30位施虐者中，「童年受虐」或「童年未受適當照顧」的比例不高，然而在研究者深度訪談相關案例中，由社工員分享之案例發現，部分案父母之原生家庭關係解組或功能不彰，使得案父母童年成長於隔代教養家庭或單親家庭，案父母原生家庭施暴的現象亦在深度訪談之案例呈現。

（四）與社區環境關係

主要指「社會孤立位置，與社區不往來」、「新遷入戶或流動戶」此二部分。由問卷調查資料顯示，27位兒虐致死案例家庭中，個案在事件發生地區之居住時間，滿2年以上僅3位（11.1%），23位（佔85.2%）在2年以下，此固然與受虐致死兒童之年齡較年幼有關，然若比較兒童死亡年齡，仍可得知兒虐致死個案在發生地區之居住時間有限，尤其部分案例發生於案家遷入新的環境一個月內，有關社區新遷入戶的兒虐議題值得關注。另在研究者深度訪談相關案例中發現，社區新遷入戶其實是居無定所，隨工作而流動，因此與整體社區的關係是疏離的，與社區往來互動十分有限。

（五）與支持系統有關的

主要指「缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境」、「缺乏來自家族成員提供的教養支持」此二部分。由問卷調查資料顯示，27位兒虐致死案例家庭中，兒虐致死家庭之親友支持網絡是有限的，如有8個案例為「親友僅能提供有限的協助」，6個案例為「有親友願意協助，但能力有限」，6個案例為「與親友不相往來或關係交惡」。而若家庭遇到困難時，第一時間有較多案家會選擇「自己想辦法解決，無求助他人」，向親戚及向朋友求助則為其次。而在這些兒虐致死個案之家庭特質方面，「缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境」為最明顯之特質（13件，48.1%），「缺乏來自家族成員提供的教養支持」則有8件，顯見案家之支持系統是有限的，甚至不足。

三、社區或社會因子：主要指「社區缺乏相關服務以支持家庭」此部分。

由問卷調查資料顯示，27位兒虐致死案例家庭中，主責社工對於社區或社會因子的瞭解有限，主要原因為兒虐致死案例發生後，社工員與案家接觸的地點以警局居多，除非案家有其他未成年子女需協助，否則施虐者收押或進入司法程序後，社工的協助機制也就結束，因此對於案家所處社區或社會危險因子較難掌握。在有限的資訊中，社工員指出約有三成七的案家處在「社區缺乏相關服務以支持家庭」，此與上述案家支持系統有限相互對照，可發現這些案家之家庭或朋友支持有限，若社區支持家庭之服務亦是缺乏時，則兒虐事件是極易發生的。增加社區對於家庭之支持服務應是未來需積極建置的。

表 6-1 兒虐致死個案危險因子

一、個人因子一

(一) 與父母親或主要照顧者有關的危險因子，包括：

1. 與個人基本屬性有關：

- (1) 父或母親年輕生子
- (2) 教育程度中等

2. 與托育議題有關：

- (1) 主要照顧者不適當

3. 與暴力議題有關：

- (1) 童年受虐或為兒少保護個案（如安置）；
- (2) 婚姻暴力施虐者、受害者
- (3) 對於兒童教養採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為；

4. 與經濟議題有關：

- (1) 失業、工作或收入不穩定
- (2) 面臨財務困難（如欠賭債）
- (3) 從事特種行業（如茶室、酒店等）

5. 與情緒管控或障礙議題有關：

- (1) 遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力；
- (2) 有精神或心理情緒之障礙

6. 與個人特殊習性有關：

- (1) 濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響；

7. 與犯罪行為有關的

- (1) 過去個人曾參與犯罪行動，有前科紀錄
- (2) 主要照顧者或重要他人入獄服刑中

(二) 與兒童本身有關的危險因子：主要指兒童某些特質增加父母或主要照顧者之照顧難度，並非指兒童必須為其受虐負責。

1. 不被期待生下的兒童或未能滿足父母之期待或願望，如性別（重男輕女）等；

2. 持續哭鬧且很難安撫；

3. 家中有需要父母高度關注的孩子；

4. 身處暴力或犯罪環境內，如家庭暴力、犯罪行為等。

5. 兒童未進入正式體系（如未就學、未托育）

6. 年幼，無法自我保護

二、關係因子：兒童受虐的危險因子與家人間、朋友間、親密伴侶間及同輩團體間的關係有關，包括：

(一) 與親子依附或情感連結有關：

1. 與兒童情感連結有困難；
2. 缺少親子間的依附及情感連結。

(二) 與婚姻或情感有關：

1. 婚姻關係不穩定，經歷不同同居人
2. 家庭解組；

(三) 與案父母之原生家庭有關：

1. 案父母原生家庭之家庭關係解組或功能不彰；
2. 案父母原生家庭為暴力家庭

(四) 與社區環境關係

1. 社會孤立位置，與社區不往來
2. 新遷戶或流動戶

(五) 與支持系統有關的

1. 缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境；
2. 缺乏來自家族成員提供的教養支持；

三、社區或社會因子：

(一) 社區缺乏相關服務以支持家庭

貳、攜子自殺成因探討與網絡合作問題

一、攜子自殺的成因探討

本研究從內政部兒保小組重大兒虐事件檢討評估機制的報告、深度訪談與媒體報導綜合研判分析 14 個攜子自殺個案的成因，歸納出九個主要的危險因子，這些因子有部分與 Friedman et al. (2005) 所歸納統整的西方研究結果十分類似，像是患有重度憂鬱症、曾有自殺意圖、社會支持度不足等。本研究發現台灣某些攜子自殺案例和 Adinkrah (2001, 2003) 所做的研究結論指出：母攜子自殺傾向一種「悲劇性的拯救」；父攜子自殺多出自於與性妒嫉、婚姻失調、強制性掌控等事實相關的「報復性的憤怒」十分接近。與東西方研究一樣地，「利子動機」在本研究所探討的 14 個攜子自殺個案中出現頻繁，不論加害人最終是否存活下來，不論是否為行為當下的真正初衷，或是事發後的說詞，本研究從可得的資訊中都可以發現加害人表達這樣的念頭。本研究也發現部分個案的情節與 Friedman et al. (2005) 研究所提出的結論之一：「殺子行為本質上是具有憂鬱症傾向的父母採取自殺行動時的一種延伸」十分接近。與西方「殺子後自殺」研究結果較不一樣的是，在本研究的個案中並未發現有藥物濫用的記錄，但過量喝酒者則有之。以下進一步說明本研究檢視台灣 2005~2006 年 14 個進入重大兒虐事件檢討評估機制的攜子自殺個案所歸納出的危險因子（參見表 6-2）。

（一）婚姻關係失調

有七成的個案在事發之前已經與伴侶處在緊張的婚姻情感關係之中很長一段時間，主要的爭執集中在經濟問題與情感忠誠度的疑慮。本研究發現離婚確定後的一年內是男士攜子自殺的「高危險期」，在這個關鍵的時候當事人失落、悲傷與憤怒的情緒若沒有適當地紓解，極可能會採取自傷及傷人的行為，因此非常需要心理支持與諮商輔導資源的介入，不論是婚暴或是兒保的防治網絡都應提高

警覺。攜子自殺事件可能與婚姻暴力事件合併發生，「權力控制型」的男士傾向以攜子自殺做為向配偶或前妻要脅、報復的手段，因此婚暴與兒保社工應保持緊密合作關係。處理婚暴的社工要在關注受暴婦女的安全之外，也要特別注意評估相對人的身心狀態與自傷傷人、攜子自殺的危險程度。受暴婦女被前夫惡意糾纏與騷擾前去警政部門求助時，代表公權力的警察若能積極提供維護安全的協助，對相對人的惡行有所約制，則可對兒少的人身安全提供更具體的保障。

（二）財務困境

三分之二的攜子自殺個案在事發之時都面臨嚴重的經濟困境，舉家自殺的 3 個個案則全數與經濟問題有直接相關。經濟困境包括：失業、生意失敗、房屋貸款、卡債、地下錢莊的欠款等等。當事人不僅因欠下無法處理的鉅額債務致生活陷入困境、心情低落，更因地下錢莊或銀行的種種惡性追債手段，讓當事人感到恐懼與絕望因而採取攜子自殺的極端手段。

（三）健康狀況不佳

國外研究顯示有八成六的自殺者患有憂鬱症，本研究個案中有超過一半的加害人本身有較嚴重的健康問題，約有三分之一是經醫師診斷的憂鬱症患者，應該還有本身無病識感或未就醫診治者。在母攜子自殺的 4 個個案中，每一位加害的母親若不是已被醫生診斷為憂鬱症或躁鬱症患者，就是罹患重大疾病。

（四）輕生意念

七成的個案在事發之前都有向周遭的親友透露過輕生意念，又有三之一強曾有自殺未遂的記錄，母攜子自殺的 4 個個案則都向周遭親友表達過要帶孩子一起走的念頭。「輕生意念」雖不容易判斷真正發生事件的可能性，但至少是當事人的一種「求助訊號」，不論是親朋好友、主責的社工或是自殺防治專責機構

人員都應有更高的敏感度與因應機制，以避免悲劇的發生。尤其是針對已有自殺未遂記錄的個案，如何採取更具效率和效能的介入，提供及時的協助，而不只是消極的電話關懷，這是衛政部門自殺防治面對的重大挑戰。

（五）內部依附關係強、外部支持系統弱

本研究發現「依附關係強」或許是避免兒童虐待的保護因子，但卻也極可能是攜子自殺的危險因子；若再加上本身性格的偏執、外部支持系統不足、親友連結薄弱，處境堪慮，專業社工介入時要特別提高警覺。尤其是母攜子自殺的4個個案中就有3個既缺乏娘家的奧援，本身也少有社交往來，等於要獨自面對生活中的各種橫逆，其孤獨無助感可想而知。

（六）情緒穩定度不足、以孩子為籌碼

加害父親的情緒管理和成熟穩定度不足，權力控制慾強，讓孩子成為婚姻衝突下的祭品，不僅毀了自己的婚姻與人生，也剝奪了孩子長大成人的機會。某些攜子自殺個案加害人經常慣性地以「攜子去死」逼迫配偶或前妻復合，將孩子牽扯到夫妻的婚姻衝突之中，以孩子做為雙方鬥法的籌碼。這類個案可說打破了社會普遍對「攜子自殺」的個案存有的「悲苦」、「慈愛」刻板印象，實務工作者心理上多難以苟同，也不易判斷其真偽，但還是應該要提高警覺，做好危險評估。

（七）未向專業機構求助

從社政部門的相關記錄看來，絕大多數攜子自殺的個案雖然很長一段時間身處在婚姻失調、健康欠佳、經濟困頓交錯的深淵中，卻幾乎從來沒有向專業機構發出求助的訊息。此一事實除了反映社會福利服務的宣導不足外，也顯示目前高風險家庭的通報網還有改善的空間。儘管多數的個案未曾向專業機構求助，但本研究也發現曾有明白表達輕生意念或已有自殺未遂記錄的個案，社政部門或醫

療單位雖已經依程序向社區心理衛生中心進行通報，但當事人最後卻還是走上攜子自殺的絕路，顯示有必要嚴肅檢討現有的自殺防治機制的落實度，以及網絡之間協力合作的緊密度。

（八）身障子女的照顧問題

身心障礙兒少的家庭照顧者自身的健康、情緒、生涯規劃、經濟收入、應有的社交生活都被嚴重的忽略與剝奪，需要政府應提升社會福利服務之可近性與可及性，對身障者及照顧者提供更多、更近便、更體貼的協助，以減輕這類家庭之經濟與子女照顧壓力。

（九）叢聚效應

媒體報導與攜子自殺事件發生率之間似乎存在某種交互作用的關係，實務工作者的觀察發現有類似處境的閱聽眾很容易被這類新聞啟動自身的自憐與輕生念頭，形成一種惡性循環。傳播媒體鉅細彌遺的報導內容，更容易讓原本就處在邊緣的潛在自殺者學習到自殺的手法，付諸行動的念頭更加強烈。

表 6-2 攜子自殺個案危險因子

一、父攜子自殺的危險因子—

- (一) 婚姻關係失調：離婚確定後的一年內是男士攜子自殺的「高危險期」
- (二) 在離婚後，對於離婚的妻子或其娘家親人多有騷擾、糾纏與恐嚇的行為
- (三) 加害人情緒穩定度不足
- (四) 親子依附關係強
- (五) 「權力控制型」加害人以孩子為籌碼
- (六) 曾透露輕生意念，或有自殺未遂記錄
- (七) 家有身心障礙兒少，支持系統不足

二、母攜子自殺的危險因子—

- (一) 憂鬱症病史，或健康狀況不佳
- (二) 嚴重的財務困境，超過當事人能力負荷
- (三) 親子依附關係強
- (四) 外部支持系統薄弱
- (五) 曾透露輕生意念，或有自殺未遂記錄
- (六) 符合高風險家庭的指標
- (七) 未向專業機構或政府部門求助

三、舉家自殺的危險因子—

- (一) 嚴重的財務困境，超過當事人能力負荷
- (二) 討債公司施壓暴行
- (三) 親子依附關係強
- (四) 外部支持系統薄弱
- (五) 曾透露輕生意念，或有自殺未遂記錄
- (六) 符合高風險家庭的指標
- (七) 未向專業機構或政府部門求助

二、社政處理攜子自殺個案的挑戰

本研究認為「人力資源管理」可說是社政部門在處理攜子自殺案件中最核心的課題。要在案家錯綜複雜的家庭情感糾纏與多重生活危機下，確保兒少的人身安全與福祉，就需要有一批精銳的兒保社工。但是在目前公部門的人力配置、雇用條件、工作環境與提供的教育訓練和督導品質來說，確實不容易留住優秀精銳的工作人員，在高流動率下造成前線社工的年輕化、訓練裝備不足、警覺性不夠、判斷失準等問題。再者，兒保社工代表公權力捍衛兒童權益，原本就是高壓力、高風險的工作，但在目前體制下卻缺乏合理的工作量、分工明確的網絡關係、制度化的輪調、足夠的安全裝備、尊重專業的長官，使得有承諾、有使命的兒保社工備極辛苦，這是我們再討論防治之道之前，首先要處理的課題。

其次，「巧婦難為無米之炊」，台灣的兒保社工面對兒少福利服務資源的嚴重不足，即便有正確的專業判斷，還是只能把個案留在手上，再加上社會輿論在發生事件後習慣性的、找替罪羔羊式的指責，更使得社工不敢輕易結案，這也是社工個案量居高不下的主因之一，不僅增加社工的工作壓力，最重要的是過多的個案分散社工的能量，使她無法專注在緊急個案上提供密集服務。

第三，民意代表以「選民服務」名義介入兒保案的處遇，前線社工的專業不受尊重，而且被迫承擔個案出事的壓力。

第四，在台灣專業社工不只要處理專業問題，還要善處媒體關係，由於媒體經常鎖定「公部門兒保社工」做為咎責對象，對前線兒保社工帶來極大的困擾與壓力，因此各級政府除平日與媒體建立良好的公共關係之外，有必要發展出一套於事件發生當下與媒體良性互動的機制，以保護個案隱私、保障個案安全、教育社會大眾，並維護社會工作專業的公眾形象與社會信賴。

三、處理攜子自殺個案的網絡合作

本研究從檔案文件檢閱、深度訪談與焦點團體歸納出以下兒保體系在處理攜子自殺事件時所面臨的網絡合作問題。首先，在與衛政部門的網絡合作方面，「攜子自殺」本質上是自殺課題，但因為絕大多數攜子自殺的家庭都符合「高風險家庭」標準，多伴隨著經濟、情感等多重問題，資源與專業都在社政部門，因此兩部門間的網絡合作有其必要，目前的問題關鍵在於主從關係。從社政的角度來看，目前的自殺防治機制人力不足、功能不彰，僅靠公共衛生護士的電話關懷，無法對有輕生意念及自殺未遂個案提供具積極意義的服務，而一個功能不彰的自殺防治體系，最後個案有自傷之虞的重擔與壓力又落到社工的身上。衛政部門的困難是對無自傷傷人之虞者缺乏就醫的強制力，自認只負責自殺個案醫療行為的部分，至於個案其他的經濟性或社會性的問題，如：失業、卡債、子女管教、家庭關係等，衛政部門的著力點有限，應由其他政府部門來承擔。簡言之，衛政部門不認為他們應該擔任自殺個案主責個管的工作。惟近年中央衛政體系成立國家級自殺防治中心，推動「自殺防治守門人」概念；地方衛政體系也在醫院設置醫院駐點個管師，與公共衛生護士分工合作，先由對在地較為熟悉的公衛護士做第一次的初訪，再轉給較為專業、專精的個管師做跟進，可能是目前發展出來比較可行、較能解決問題的新工作模式。

其次，在與教育部門的網絡合作方面，正面對「過」與「不及」的兩難困境—教育部門從過去的「隱匿不報」轉變成「卸責式的過度通報」，將社工人力嚴重消耗在評估學校所轉來的個案之風險程度上，是目前亟待處理的問題。此外，老師們有必要加強自我裝備，在職教育訓練應特別安排「高風險家庭兒童」的意義與指標、如何提高老師的觀察敏感度、兒童危機狀況的辨識與應變、加強兒童自我保護的相關課程，以及社會福利資源的相關知識與訊息等課程。其次，

社政也期待學校要加強學童生命教育，學習自我保護。第三，學校應發揮「教、訓、輔」三位一體的精神，擔負起應有的責任，提供學童陪伴、關懷與初級輔導的服務，必要時導師應在第一時間進行家庭訪視。

第三，在與戶政及民政的網絡合作方面，本研究發現在離婚的一年內是父攜子自殺的高峰危險期，因此戶政部門應在民眾剛完成離婚手續時提供初離婚者相關諮商資源。社政也希望能提供村里長與村里幹事必要的指導與訓練，提高他們對社區內高風險家庭的敏感度、辨識能力，強化村里長的角色與責任，結合其草根性與社工的專業性，應可更進一步協助弱勢家庭家庭，避免悲劇的發生。

第四，在與警政的網絡合作方面，執行保護性業務的社工對於警察有以下幾項期待：一是在面對較具安全威脅性的狀況時，警察可以陪同，以維護安全。二是謹守保密原則，不要侵犯兒少的隱私權，造成二度傷害。三是更具敏感度地評估兒少的危險性，並在通報單上加以註明，以避免社政因案量過大而延誤個案的訪視處遇。

第五，在與民間團體的合作方面，社政部門與民間在攜子自殺問題的夥伴合作包括觀念宣導、金錢濟助、關懷訪視、庇護安置服務與後續追蹤輔導等方面。民間部門認為政府應提供合理的委託條件向民間購買專業的服務、應扛起主管機關應有的責任。政府部門期盼民間受託單位在成本效益的考量之外，能更注意人力資源的管理，以及服務品質與績效的提升。

第二節 研究建議

壹、兒虐致死防治策略

根據研究結果，提出立即可行建議及中長期建議如下：

一、立即可行建議

(一) 針對施虐者或主要照顧者部分

1. 親職教育往下紮根（主辦機關：教育部、各地方政府）

研究發現，兒虐致死父或母親之育兒年齡較平均年齡為低，且因其教育程度主要為國中或高中/職，針對這些相對年輕的父母親，現有親職教育與相關親職技巧應往下紮根，從國中階段即應有相關課程，特別是針對幼兒發展階段之認識與家有幼兒之親職技巧能力提升方面，能有初階課程協助年輕的父母親在成為父母親之前，對幼兒照顧能有基本瞭解。

2. 新手爸爸媽媽的協助（主辦機關：衛生署、各地方政府）

親職教育往下紮根固然可以協助新手父母，尤其是年輕父母預作準備，然真正成為新手父母面對照顧之壓力，仍須予以持續關注，尤其是 20 歲左右的新手爸爸媽媽，在遇到孩子哭鬧時，如果情緒管控欠佳，兒虐事件極可能產生。對於新手爸爸媽媽的協助部分可藉由地區公共衛生體系提供到宅協助。特別是對於家中主要工作者失業、有酗酒或藥物使用紀錄、非親生子女等，可特別提供照顧協助，必要時，轉介相關資源以協助這些新手爸爸媽媽。

3. 提供喘息服務或安置照顧服務（主辦機關：內政部、各地方政府）

研究發現，兒虐致死個案之施虐者常面臨失業、工作不穩定，若再加上孩子哭鬧，或感情受挫等，則小孩往往成為大人宣洩情緒的出口。為避免主要照顧者因壓力而導致兒虐事件再度發生，應建立喘息照顧機制，協助處於壓力情境之主要照顧者，暫時跳脫育兒之壓力，另由於這些案家經濟狀況通常不佳，故喘息服務應考慮由各地主管機關經評估有需要者，由社政單位補貼替代照顧者之托育費用，替代主要照顧者之照顧工作。然若評估暫時的喘息服務難以滿足案家之需求，則可考慮較為中長期之安置照顧服務，積極協助案家暫時舒緩育兒壓力，有充分能量面對家中危機事件，如失業、婚姻解組等。

4. 增加學齡前幼兒托育服務的可及性（主辦機關：內政部、教育部、各地方政府）

本研究問卷調查 27 個案例資料顯示，以年齡之分佈來看，1 歲以下兒童之死亡率為 22.2%，3 歲以下兒童為 59.3%，6 歲以下為 85.2%，兒童年齡愈小，死亡案例相對較多，由於施虐者主要為家中成員（含母親同居人），顯示外在托育協助機制的重要性。由於案家經濟弱勢，故協助案家能獲取外在托育服務資源相當重要。在經濟層面的可及性方面，可經由案家申請或社區主動訪視調查後，按案家經濟狀況補助案家托育費用或提供托育券，由托育服務提供者持托育券向當地主管機關申請托育費用。

在服務供給面的可及性方面，目前內政部兒童局已積極推動社區保母支持系統，並已在 24 縣市政府成立 54 個保母系統，對於家庭式托育的質與量，已產生相當程度的提昇效果。有鑑於兒虐致死個案之家庭往往原有家庭支持系統不足，3 歲以下幼兒主要為保母照顧且兒虐致死案例佔目前已知案例之一半以上，故未來應廣續推廣社區保母支持系統，普及保母資源，協助有需求家庭能就近獲得幼兒照顧與支持，另針對 3 歲以上之學齡前兒童，應協助案家就近獲得托兒所

或幼稚園之托育照顧，以抒解主要照顧者之壓力，同時避免這些未就學、未進入托育系統之幼兒成為目前防治網絡的漏網之魚。

5. 加強父母之兒童保護觀念與作法（主辦機關：衛生署、內政部、各地方政府）

對於家有幼兒之家庭，特別是這些未進入正式服務系統之家庭而言，幼兒之年齡正是易受傷害且難以自我保護之一群，故兒童保護觀念與作法其實應放在成人身上，應加強主要照顧者及其家人之兒童保護教育工作。在方式上，從懷孕開始，在孕婦接受產檢時，即應搭配產婦衛教、新生嬰兒之照顧工作將兒童保護觀念帶入。至戶政機關完成嬰兒出生登記時，搭配兒童保護宣導單張，同時在預防接種、地區護理師到宅協助等過程，持續加強家庭之兒童保護觀念與作法。特別是未就學、未進入托育系統之幼兒的防治工作，有賴相關系統持續不斷的加強重要關係人之觀念倡導、提昇照顧能量。

（二）針對兒童保護網絡部分

在兒童保護網絡服務方面，資源的連結與專業整合的多元化模式已是兒童保護體系的趨勢，但此模式的推動實有賴各個專業體系，站在案主的最佳利益為考量。兒童及少年保護業務為跨專業、跨機構之專業服務，根據「兒童及少年福利法」的規劃，相關的服務網絡包括了社政單位、教育單位、警政單位、衛生醫療單位、民政單位、司法單位等，僅就與本研究較為相關之防治網絡，如社政、教育、衛生醫療、司法、職訓就業輔導、民政等單位說明如下：

1. 社政單位（主辦機關：內政部、各地方政府）

由研究顯示，原屬於社會福利系統個案，如為兒少保護個案，但卻因社工員

負荷大、業務多元而未能敏感覺察案家育兒狀況應有具體防治措施。另針對原為社會福利系統個案，如進入婦女保護系統，但處遇以婦女安全為關切重點，疏於對未成年子女安全之規劃等，或對於案母童年曾為兒少安置保護個案，但離院後之協助支持有限，致後續繼續成為服務系統個案，並陷入暴力代間循環或依附不同之同居人，而忽視幼兒之安全需求等，應有積極作為，一些具體措施包括：

- (1)加強兒童少年保護工作人員之專業敏感度。
- (2)檢視評估兒童少年保護工作人員之工作負荷量與服務性質，並適時調整。
- (3)加強婦女保護工作者及其他福利系統成員對於案家未成年子女保護之敏感度與覺察力。
- (4)針對童年受虐與曾安置協助之個案，應提供必要之支持協助，避免落入暴力代間循環。
- (5)提供可及性之托育服務資源，包括社區保母到宅育兒、喘息服務。必要時，提供中長期之安置服務，以抒解育兒壓力。
- (6)跨縣市個案之追蹤輔導應建立轉銜機制，設立縣市負責兒少保護業務之窗口。另外，兒少保護個案或曾被通報之個案的相關資料登錄應確實，以方便跨縣市間之個案查核比對，避免案家遊走各縣市或遷至外地而造成防治網絡的漏洞。
- (7)結合鄰里工作者，如鄰里長、村里幹事等，加強社區內之家庭支持服務，尤其對於孩子未就學、未有外在托育系統協助，且案家經濟弱勢、新遷入戶、家有入獄服刑者、照顧者非有血緣關係、照顧者情緒管控差、有不良習性（如酗酒）等能適時予以支持協助或轉介相關資源，如高風險家庭服務方案。
- (8)結合社區資源，加強成人之兒童保護工作宣導。經由社區鄰里互助，形成社區防治兒童受虐之保護網，以避免兒虐致死案件之發生。

2. 教育單位（主辦機關：教育部、各地方政府；協辦機關：內政部）

由研究顯示，兒虐致死父或母親之育兒年齡較平均年齡為低，且施虐者教育程度以國中或高中/職為主，針對這些相對年輕且教育程度中下的父母親，如前述，現有親職教育與相關親職技巧應往下紮根，故在親職教育部分，教育單位可多著力。另外，雖然個案死亡年齡在 6 歲以下佔全部案例之 85.1%，但實際進入幼稚園/托兒所僅 1 位（佔 3.7%），對於需求家庭的資源使用，讓這些孤立的家庭能有機會與外界環境互動，從而降低兒虐風險是可以持續努力的。故對於教育單位有如下相關建議：

- (1)親職教育向下紮根，從國中階段即應有相關課程，特別是針對幼兒發展階段之認識與家有幼兒之親職技巧能力提升方面，能有初階親職教育課程之安排。
- (2)對於已經成為父母者，除持續辦理相關親職教育與技巧之課程外，於各地建立親職教育諮詢或資源協助體系，協助新手爸爸媽媽或養育不同階段兒童少年之父母的親職諮詢需求。
- (3)加強托育服務或學前教育之可及性，提昇有照顧需求或壓力之幼兒家庭與正式支持體系之互動機會，避免因支持系統缺乏，環境封閉孤立、情緒難以抒解而產生兒虐事件。

3. 衛生醫療單位（主辦機關：衛生署、各地方政府）

由研究顯示，對於新手爸爸媽媽的支持協助、家有學齡前幼兒之家庭，地區性之衛生醫療單位扮演重要角色。另外，有關案家之酗酒、藥物濫用、主要照顧者面對壓力而有之情緒管控不佳等皆為兒虐致死之可能危險因子之一，因此，對於衛生醫療單位之具體建議如下：

- (1)加強新生嬰兒之預防注射與追蹤，尤其是未依預定時間前來預防注射之案家，應建立追蹤與協助機制。
- (2)培養衛生醫療單位之兒童保護敏感度與覺察，尤其是對於前述案家經濟弱勢、新遷入戶、家有入獄服刑者、照顧者非有血緣關係、照顧者情緒管控差、有不良習性（如酗酒）等之可能危險因子，能敏感覺察幼兒受照顧之情形或轉介相關資源。
- (3)協助藥酒癮患者之戒治工作，增加案家使用資源之可及性，包括戒治費用之補助、戒治機構之近便性等。
- (4)協助需求者之情緒管控與壓力調適，尤其是家有幼兒者之家庭，以避免因照顧者情緒失控，而讓幼兒身陷危機。
- (5)加強兒童少年保護工作之宣導與通報，對於醫療專業人員之兒童少年保護觀念與辨識應持續，且主動通報疑似受虐案例。

4. 司法單位（主辦機關：法務部、各地方政府）

由研究顯示，部分兒虐致死案例與主要照顧者入獄，所託非人有關。雖然法務部目前已針對入獄服刑者主動瞭解未成年子女之照顧情形，但從現有案例仍可得知，入獄者對於受託者是否適宜並無法有效掌握，且若受託者為同居人，與案主未有血緣關係，加上對於受託者是否曾有犯罪紀錄，如妨害性自主罪、傷害罪等未必真正瞭解，實有需要積極面對處理。另外，社政單位對於有關施虐者進入司法程序之偵察、判決及出獄等相關訊息難以掌握，在後續與案家之協助或施虐者返家、家中未成年子女之協助等仍有實質服務障礙，故對於司法系統之具體建議如下：

- (1)確保入獄服刑個案之未成年子女獲得適當照顧或安置。
- (2)針對受託照顧入獄服刑個案之未成年子女者，提供該受託照顧者的犯罪紀錄，以供研判照顧者適當性之參考。

(3)提供社政單位施虐者相關訊息，特別是出獄資訊，以建立後續防止家中其他未成年子女受虐之保護機制。

5. 職訓、就業輔導單位（主辦機關：勞委會、各地方政府）

研究資料顯示，施虐者失業或工作不穩定亦是兒虐致死之其中危險因子。針對這些教育程度主要為國中或高中/職背景，年齡主要集中在 25-35 歲間之施虐者，相關之職業訓練與輔導仍需積極介入。

6. 民政單位（主辦機關：內政部、各地方政府）

在兒童少年保護網絡中，民政單位主要協助提供戶籍資料、辦理無戶籍兒童及少年之出生登記或其他戶籍事項登記等，由於兒虐致死案例之死亡兒童年齡集中在 6 歲以下，且 3 歲以下佔半數以上，故民政單位在面對父母有關初生嬰兒之戶籍登記時，能協助發放兒童保護之宣導單張，或告知照顧障礙時之協助單位或相關資訊等，使得兒少保護工作深入每一個家有新生兒之家庭，以減少後續兒虐事件之發生。

另外，鄰里工作者應納入兒童少年之保護防治體系，未來對於民政系統之鄰里長、村里幹事等，應加強社區內之家庭支持服務，針對孩子未就學、未有外在托育系統協助，且案家經濟弱勢、新遷入戶、家有入獄服刑者、照顧者非有血緣關係、照顧者情緒管控差、有不良習性（如酗酒）等能適時予以支持協助或轉介相關資源。

7. 強化兒童保護服務網絡之整合功能（主辦機關：內政部、教育部、衛生署、勞委會、法務部、各地方政府）

有效的兒童受虐防治服務常需結合不同的資源體系，對服務的生態(service ecology)有所掌握，才能確保兒童及其家庭獲得整合式的、而非支離破碎式的服務。兒童保護工作為一跨專業、跨機構的專業服務，相關的服務網絡包括社政單

位、教育單位、警政單位、衛生醫療單位、民政單位、職訓及就業輔導單位、司法單位等，前述各點已針對個別專業服務網絡提供未來可供改進建議，然而實務運作面仍有賴各體系積極協調溝通，建立一套整合式服務網絡。研究資料顯示，兒童受虐致死成因多元且複雜，涉及個人、關係及社區層次，非社政單位所能獨立協助處置，故未來仍須持續透過相關會議，如聯繫會報、個案研討，或其他正式、非正式活動增進專業間的服務共識，建立專業間之協同合作。

(三) 針對兒虐致死成因部分

--調整現行重大兒虐個案評估檢討機制、列管追蹤防治策略之執行（主辦機關：內政部、各地方政府）

由研究過程與結果得知，受訪者對於兒虐致死成因的掌握有實質上的困難，尤其是案家原先並非社福系統的個案，在接獲通報後，如個案已死亡，施虐者可能即留置在警方接受偵查、製作筆錄等，主責社工要接觸施虐者不容易，而要面對案家，因親人之驟逝，在接觸之時機點與後續之支持是有限的。由於每一個兒虐致死案例都是一個寶貴的經驗，對於後續防治工作之檢視與調整深具意義，實應重視每一個個案之評估工作。然現行重大兒虐個案評估檢討報告由各縣市自行召開，在檢討的面向與跨專業檢視，各縣市作法不一，且由內部自行評估常難以得窺案件之全貌，特別是在防治網絡之檢視評估有一些落差，故建議未來兒虐致死成因之檢視報告應涵括不同專業體系，由內政部兒童局主責，視案件屬性邀集相關專業體系成員，包括法務部檢察體系、社政、教育、醫療衛生、警政等，且由外部學者專家 2-3 位組成訪視評估小組，進行實地訪視評估，做成個案之完整檢討報告，報告中並對現有防治體系問題一方面建議提供資源以利問題之改善，另一方面則加強列管追蹤，方有助於鑑往知來，避免下一個悲劇的發生。

二、中長期建議

--建立兒虐致死個案之長期資料庫（主辦機關：內政部）

台灣地區自民國 95 年開始建立重大兒虐個案評估檢討報告，對於更深入瞭解兒虐致死成因有相當大的幫助，本研究嘗試多元管道蒐集近兩年兒虐致死案例，從中得知與兒虐致死相關之個人、關係、社區與社會面向之危險因子，並提出防治策略，然缺乏長期、有系統的個案資料一直是目前在防治策略上的主要問題，是否兒虐致死個案與一般兒虐案件之成因有所不同？在防治策略有何不同？本土兒虐致死案例與國外之個案資料有何差異？一些問題仍有待回答。經由本研究相關資料之呈現，已初步掌握兒虐致死之可能成因，建議未來能賡續本研究之檢核資料，研訂更適切之重要指標，繼續追蹤瞭解每一件個案，建立本土兒虐致死個案之長期資料庫，如此對於日後防治網絡之建構將有更具體妥適之實證資料供參據。

貳、攜子自殺防治策略

綜合前述的研究發現，本研究就防治攜子自殺提出以下立即可行建議及中長期建議。

一、立即可行建議

(一) 針對社政體系對攜子自殺案件的回應

1. 補強高風險家庭方案（主辦機關：內政部兒童局）

a. 增列高風險家庭指標：

有鑑於攜子自殺個案，尤其是舉家自殺個案多與經濟困境有關，而父攜子自殺個案又多發生在離婚一年之內，因此建議加入：(a) 負債和地下錢莊（或銀行）逼債；及 (b) 婚暴被害人因受暴而離婚或分居初期等兩項指標，並對於處在該狀況之兒童少年列為高風險家庭，提供後續追蹤輔導。

b. 增訂校方通報「高風險家庭評估表」專用版本：

為提高教師及早、準確通報，建議以「國民小學學生輔導資料記錄表」中第二項家庭狀況第 11~16 等款（分為父母關係、家庭氣氛、父母管教方式、居住環境、本人住宿、經濟狀況）分數指標為基準，研訂應通報的標準（達到幾款、幾分以上），並配合高風險家庭評估表之內容，以協助教師評估是否須通報為高風險家庭。

c. 務實並正確評估個案需求，調整人力與資源之配置，增加追蹤高風險及高度危機家庭的家訪密度。

d. 檢討評估現有高風險家庭等預防性措施，找出目前無法及早介入案家，提供實質協助的主因，並投入必要資源改善之。

2. 利用低收入戶清查評估家庭其他問題（主辦機關：各地方政府）

- a. 於低收入戶清查時，加強評估低收入戶家庭其他問題及需求，並即時轉介兒少保護處遇、家暴處遇、高風險家庭處遇或其他民間單位之協助。
- b. 對於領有經濟補助之高風險或危機家庭，應密切追蹤訪視，以家訪或面試了解兒童被照顧狀況為原則，若案家失聯則暫停補助。

3. 開發男士專業服務（主辦機關：內政部兒童局、內政部家庭暴力及性侵害防治委員會、各地方政府）

- a. 應重點加強前線社工對父權文化下男士社會處境與壓力之了解，並針對其需求研發新的專業服務以因應之（“working with men”）。
- b. 開發並補助以未進入「加害人處遇系統」的婚暴相對人為服務對象之協助方案。
- c. 檢視現有全國性「男性關懷專線」之可及性、知名度與接線品質，考量加強宣導及延長服務時間，並全線以專業人力取代志工人力。
- d. 強化與加害人（相對人）、被害人（含兒少）工作之各專業人員間的連繫與合作，提供「以家庭為中心」的服務。
- e. 重點補助民間專業服務團體開發專為男士設計的社會適應、兩性關係、婚姻家庭及情緒管理等課程。

4. 建立有效的「強制性親職教育輔導」（主辦機關：內政部兒童局、各地方政府）

- a. 建立「強制性親職教育輔導」的客觀診斷指標。
- b. 全面評估各地方政府現行「強制性親職教育輔導」的執行成效。

- c. 建立「強制性親職教育輔導」在完成時數之外的、有意義的「結案指標」。
- d. 找出目前各地方政府執行的「強制性親職教育輔導」之「最佳範例」(best practice)，研發更具效果的做法，召開觀摩討論會。

5. 降低個案量（主辦機關：內政部兒童局、各地方政府）

「降低個案量」不僅可以針對危機個案提供密集深度服務、提高服務品質，也可降低社工的流動率，留住有經驗的社工。本研究認為兒保體系應擬定在目前人力規模之下，有效降低個案負荷量的策略。本研究提出以下建議：

a. 建立結案標準與程序

有鑑於社工多擔心萬一舊案出事被追究「為何結案」，以致多傾向暫不結案，以致手上個案量甚高。本研究建議由中央兒童局邀集地方政府代表就現有各地方政府已在使用的成文或不成文「結案標準」進行討論，研訂一參考指標供各地方政府參採，各地方政府可依其本身規模、服務能量、外部民間專業服務資源的多寡再微調成該地方政府適用的結案指標。其次，地方政府可考慮將目前由個別社工「自由心證式」的結案模式，比照監獄假釋作業採用「小組決策」方式，定期集體檢視社工所提出的結案案件，藉此降低個別社工的壓力，也可以更周延地考量結案的適當性。

b. 建立個案危險分級制度

建議可參照家暴防治已行之有年的危險分級制度，以兒少個案的人身安全程度、家庭經濟困難程度、親屬支持系統等面向，制定危險分級量表，並根據此分級結果，調配人力與資源，將有限的人力資源集中高危機個案上，確保兒少的安全，整合現有各項兒少保福利服務，提供個案量身訂做之服務。

c. 地方後送資源盤點

為改善「全部個案擠在急診室」的現況，本研究建議內政部應會同地方政府全盤檢視目前各類兒童服務之需求與供給，針對嚴重不足的後送資源，如：寄養家庭、安置機構、藥酒癮戒治等，應策略性以較優厚之委外條件吸引、鼓勵民間專業團體生產該類服務。

d. 成立「重案組」

地方政府比照醫院「加護病房」(Intensive Care Unit, ICU) 的設計理念，成立「重案組」，以更精銳的資深兒保社工人力來處理最複雜、最嚴重、處在最危機狀態的家庭，如此一方面可以提供高危機家庭優質的服務，也可有效紓解一般保護性業務社工的工作量與工作壓力。為鼓勵資深社工加入，重案組的薪級應優於一般社工；為維護重案組成員的身心健康，本單位應有定期輪調制度。

6. 提高保護性業務督導的質與量(主辦機關：內政部兒童局、各地方政府)

- a. 應指派有兒保經驗的資深社工擔任督導工作。
- b. 應重新檢討督導與社工的比例，以期確實達到督導的功能。
- c. 中央應系統性設計督導的教育訓練課程，針對實務上的需求提供教育訓練課程，並且有計劃地培植儲備督導。

7. 提高幼托機構的敏感度(主辦機關：內政部兒童局、各地方政府)

- a. 內政部兒童局應針對各公私立幼托機構有關「兒童多日不明原因未到校」情事之處理原則，研擬具體通報辦法及制度。
- b. 規定各公立幼托機構在園童多日未到校時應進行家庭訪視；私立幼托機構部分可採宣導鼓勵措施。
- c. 加強公立幼托機構負責人之訓練，強調幼托機構之責任，以提高對

於兒童保護案件之敏感度。

8. 身障家庭照顧者的身心照顧（主辦機關：內政部社會司、各地方政府）

- a. 提供資源與協助宣導，與民間團體共同推動「家庭照顧者日」，以期每個人都能協助周遭的家庭照顧親屬或朋友，替手照顧一天，體驗家庭照顧者的壓力，也讓他們喘息一天。
- b. 重新檢視目前提供給身障者及其家庭的社會福利服務，如：臨托、短托及日托等之可近性與可及性，以減輕這類家庭之經濟與子女照顧壓力。
- c. 補助民間團體開發更多回應照顧者需求的新服務。

（二）針對兒童保護網絡部分

1. 衛生醫療單位（主辦機關：行政院衛生署、各地方政府）

- a. 建議研議將自殺列為法定通報項目，以利心理衛生防護網絡進行列管追蹤，並提供必要之服務，降低兒少無辜受害的風險。
- b. 建議訂定「自殺獲救者後續處遇之標準作業流程」，要求公共衛生護士應進行家訪，了解自殺原因，以及案家中是否有未成年子女。評估有必要時應即轉介或通報相關單位。
- c. 建請加強自殺防治初級預防工作。
- d. 強化社區精神衛生資源網絡，就近協助具有潛藏危機之家庭，加強宣導精神疾病訊息，落實病友家屬照顧知能及病患確實服藥。
- e. 應落實精神衛生法精神，促請各精神醫療機構在病患受診治或病患需住院治療時，應向其本人及家屬說明病情治療情形、預後等事項，特別是在病患拒絕住院治療時，應提供家屬足夠之衛教資訊及相關協

- 助，以提高家屬之危機意識及因應方式，促使病患能順利住院治療。
- f. 建請對於醫師建議住院治療但病患或家屬拒絕配合之個案，應納入精神病患社區醫療之通報系統，使各地衛生主管機關得以列管追蹤。
 - g. 透過精神醫療專科醫學會、家醫科醫學會等提醒臨床醫師加強為人父母者心理疾病之辨識與診治，要警覺憂鬱症及精神病患攜子自殺的可能性。臨床醫師要有能力判斷有輕生意念的病人是否超乎尋常地過度疼愛或佔有孩子，要直接詢問憂鬱症及有輕生意念的病患，孩子在他們自殺事件中可能會有什麼樣的命運，藉以評估孩子的安全性。
 - h. 持續宣導「子女非父母之所有，有其獨立生命權」、「兒童為國家資產，尊重兒童人權」之社會觀念。
 - i. 會同行政院新聞局教育社會大眾與新聞媒體工作者「兒童生命自主權」的概念，邀集各傳播媒體訂定報導攜子自殺事件之規範，並比照香港等華人社區，將過去「攜子自殺」的慣用語詞正名為「殺子後自殺」，以破除一般大眾「慈悲殺人」的謬誤認知，也避免加害父母錯誤理念與作為被正當化，以確保兒少人權，保障其人身安全。
 - j. 可結合報章媒體，在報導類似攜子自殺事件，報導事件同時加上宣導可求助的資源，並且標示發生事件的所在地可尋求的資源，增近資源可近性。

2. 教育單位（主辦機關：教育部、各地方政府）

- a. 與社政部分共同研商通報高風險的準則與兩部門分工的界限，以減少學校「卸責式的過度通報」。
- b. 當學童有轉學次數頻繁、多次或不正常的請假、常在校精神不濟或在「學生輔導資料記錄表」中家庭狀況欄第11~16等項分數高的，或是輔導內容要點出現異常記錄，都應在第一時間進行家庭訪視，

做成正式記錄，或請學校輔導室提供專業輔導。

- c. 儘量以家庭訪視方式，取代現行電話聯絡進行瞭解。
- d. 於教師的在職教育訓練中安排「高風險家庭兒童」的意義與指標、如何提高老師的觀察敏感度、兒童危機狀況的辨識與應變、加強兒童自我保護等相關課程，以強化教師的「高風險」認知與危機應變能力。
- e. 加強學童生命教育，灌輸中小學生正確之自我生命安全觀念，教導求救與自救方式，並舉辦自殺防治課題或憂鬱症病患照顧議題的演講與座談會。

3. 戶政與民政單位（主辦機關：內政部戶政司、內政部民政司、各地方政府）

- a. 提供初離婚者諮商輔導資訊：各戶政事務所可在民眾完成離婚手續後致送心理諮商資源等相關資料，以協助剛結束婚姻關係者在心情低落難以調適的關鍵時刻，可以得到適當的支持與專業的幫忙，避免悲劇的發生。
- b. 強化村里長的角色與責任：提供村里長與村里幹事必要的指導與訓練，提高他們對社區內高風險家庭的敏感度、辨識能力，讓他們在服務民眾的過程中發現有需要的個人或家庭時，都能主動向社政部門、衛政部門通報轉介或結合資源，為里民解決問題。

4. 警政單位（主辦機關：內政部警政署、各地方政府）

- a. 信任社工的判斷，在必要時勻派警力陪同社工執行任務。
- b. 謹守保密原則，不要不當透露兒少相關資訊給傳媒，侵犯兒少的隱私權，造成二度傷害。

- c. 更具敏感度地評估兒少的危險性，並在通報單上加以註明，以避免社政因案量過大而延誤個案的訪視處遇。

5. 民間受託單位（主辦機關：內政部兒童局、各地方政府）

- a. 合理的委託條件、依約準時支付委託費用。
- b. 保持暢通頻繁的連繫管道，從個案處得到重要資訊時，應該第一時間完成個案記錄並互通訊息，以適時評估案情的危機程度並提供適當之處遇。
- c. 主動為民間受託單位連結公部門的網絡，以收事半功倍之效。民間受託單位社工員至案家追蹤訪視時，社會局研判有必要時，應協調警政單位陪同及配合。

6. 司法單位（主辦機關：司法院）

- a. 法官裁判交保之考量：法官裁定加害人是否交保宜考量司法正義、案母與兒少的人身安全，以及加害人是否再次自殺。
- b. 修訂民法第 1055 條：家暴案件協議離婚之子女監護權歸屬，應經社工員訪視評估以兒童最佳利益考量並送法院裁判。

二、中長程建議

（一）保護性業務的人力資源策略規劃與管理（主辦機關：內政部兒童局、各地方政府）

「保障兒童人權」是一個普世價值，但不可否認，兒童保護工作是勞力密集、專業密集的「高成本」服務，政府承諾要提供有效能、高品質的兒童保護服務，沒有選擇一定要進行人力資源的投資。本研究建議政府應投入資源進行保護性業務的人力資源策略規劃與管理，從兒保社工的工作內容、學經歷要求、薪資條件、升遷機會、職前與在職訓練、督導制度、人身安全保障、輪調制度等，做

一全盤的檢視與規劃。目前公部門「不同工同酬」的齊頭點式薪給制度，完全不適合保護性社工的業務性質，若是不能做整體制度的變革，台灣永遠不可能有一支精銳的隊伍來撐起一個有能力救援兒少、捍衛兒少安全的兒保體系！

(二) 普遍建立「學校社工制度」(主辦機關：教育部、各地方政府；協辦單位：內政部兒童局)

學齡兒少的主要活動空間在學校，事實顯示目前中小學校內的級任導師與輔導老師制度並不足以應付複雜多重問題家庭兒少之需求，無法在第一時間掌握兒童與少年的面對的家庭問題，並提供適當的服務、資源連結與轉介。有鑑於少數設有學校社工的地方政府在這方面的因應能力較佳，可為兒少提供更周延的保護網絡，故建議應研議普設學校社工。

(三) 建立攜子自殺個案檔案庫(主辦機關：行政院衛生署、各地方政府；協辦單位：內政部警政署、法務部、內政部兒童局、司法院)

攜子自殺事件在各地方政府由不同的部門來處理，有的定位為兒少保護案件，由兒少課或家暴中心處理；有的則著眼於當事人及被害兒少亡故後的喪葬補助與經濟安全問題，由社會救助課處理；有的個案甚至被檢警以「意外事件」結案，未進入社政系統。兼以目前尚未建構出系統化的通報制度，各地方政府未必將每一個攜子自殺的案件通報給內政部兒童局，因此，截至目前我們仍只能以上全國性新聞版面的個別事件檔案，配合各地方政府提報到內政部重大兒虐事件檢討評估小組的個案及深度訪談資料來做定質的分析，終究無法掌握全國攜子自殺事件的全貌。未更科學而周延地確定攜子自殺的風險因子，以訂定有效的防治策略，本研究建議行政院衛生署應規劃建構「攜子自殺個案檔案庫」，制定表格要求各地方政府陳報，並橫向匯集自殺遺書影本、筆錄、警方之移送書、法醫之驗屍報告與解剖結果、心理衡鑑報告、毒物報告、檢方之起訴書與法院判決書、相

關剪報等各項資料於歸戶檔案中，以利進行定質與定量分析，並在足夠案量的基礎上，實證為本地探討此一具有高度文化意涵的兒少死亡事件之真正風險因子。

(四) 建立「兒童非預期死亡檢討機制」(主辦機關：行政院衛生署、各地方政府；協辦單位：內政部警政署、法務部、內政部兒童局、司法院)

不論是要更加了解兒童死亡、更有效掌握兒虐死或是攜子自殺事件的危險因子並有效防治之，都不是「斷簡殘篇」、「散落各處」或是「各自為政」、「堅持保密」的資訊體系可以做到的。在國外很早就發展出「兒童死亡的檢討機制」(如：美國的 Child Death Review²⁹, Child Fatality Review，以及英國的 Confidential Enquiry into Stillbirth and Death in Infancy 等 (Sidebotham & Fleming, 2007)。此一制度的目的不在於調查兒童如何死亡，以及應歸咎於何人，它的目的在探討兒童保護網絡可以從兒童重大死亡事件中獲得的學習點 (learning points) 以及制度上與策略上可以採取的行動點 (action points)，希望藉此改變既有的政策與流程、改善機構間的協力合作，降低兒童非預期傷亡的可能性，以有效保護兒童。職是之故，一個能發揮功能的「兒童死亡的檢討機制」應有以下幾個要素：1.營造可讓參與者坦白表達安全環境。2.針對事件的每一環節進行詳細說明與分析。3.找出防治網絡中任一體系應再加強之處。4.檢視每個對兒少負有責任的機構之角色。5.找出應該在此事件中學到的教訓。6. 後續對家庭及社區應提供適當的支持。「兒童死亡的檢討機制」的組成成員應包括：病理學家、小兒科醫師、家庭醫師、學校老師、警察、法醫等。除了個案的檢視(即所謂的「低階檢討」, "low level" review) 之外，還應每隔一段時間進行全面的檢視(即所謂的「高階檢討」, "high level" review)，目的在掌握共同性(common themes)。檢視團隊的成員包括：衛生醫療部門、消防與救護系統、警察、社會福利服務、教育部門等。

²⁹ 請參 <http://www.childdeathreview.org> 以及 T. Covington et al.(2005). *A Program Manual for Child Death Review*. The National Center for Child Death Review.

(五) 建立兒虐與疏忽致死案例監控系統 (主辦機關：行政院衛生署、各地方政府；協辦單位：內政部警政署、法務部、內政部兒童局、司法院)

在進行本研究的過程中，研究團隊發現目前台灣公部門有關於兒虐致死和攜子自殺事件的統計數字可說相當歧異，統計數字的品質令人質疑，潛藏相當的統計黑數，以至於除了內政部兒童局來自各地方政府的志願性通報之外，幾乎沒有可資信賴並據以研判和支援決策的統計資料。美國加州在「藉由更多的資訊來發展更具效能的政策和介入策略」的理念引導下，由健康照護服務處

(Department of Health Care Services, DHCS) 下的「傷害控制之流行病學與預防部門」³⁰，依法³¹發展出一套「兒虐與疏忽致死案例監控系統」(Fatal Child Abuse and Neglect Surveillance, FCANS)。從 2000 年 7 月開始設計一套標準作業流程，訓練並責成各郡的「兒童死亡檢視小組」(Child Death Review Team, CDRTs) 依一定的表格蒐集、登錄和繳交兒虐與疏忽致死案例，在州層級的兒童死亡檢視委員會³²的監督下對於兒童死亡個案進行深度的檢視、協助機構進行調查，並蒐集個案的資料，集合各郡的資料成為州的整體資料庫。FCANS 方案的目的有六：一是建構更精確的加州兒虐與疏忽致死的統計資料庫。二是長期監控兒虐與疏忽致死的趨勢。三是改善兒虐與疏忽致死的辨識、調查與預防機制。四是強化地方「兒童死亡檢視小組」包括資料蒐集在內的功能發揮。五是藉此提出造成兒虐與疏忽致死的病原學 (etiology) 假設。六是在州與地方的層級促進各種防治兒虐與疏忽致死的努力。這套有系統蒐集統計數字的制度有幾項值得我們效法的關鍵：一是有明確的法令可據以編列預算和員額來執行；二、這個工作

³⁰ 該單位之英文名稱為 Epidemiology and Prevention for Injury Control, EPIC。

³¹ 美國加州健康照護服務處下的「傷害控制之流行病學與預防部門」(EPIC) 依據 Penal Code 11169.9(Chapter #1012, SB 525, Polanco, 1999)，執行 FCANS。法裡規定州政府的健康照護服務處「應設計、檢測和執行一個全州的兒虐與疏忽致死追蹤系統，統整蒐集自各地方兒童死亡檢視小組的資料」，自 2000 年 7 月 1 日起開始運作 (請參 http://www.dhs.ca.gov/epic/cms/cms_fcans.htm)。

³² 該組織的英文名稱為 State Child Death Review Council。

是在公共衛生理念的指引下，由衛政部門來執行；三是編印手冊(Standards and Protocols)，並舉辦一系列的教育訓練，務求各郡都能齊一個案檢視的準則與填寫數據的標準，因此雖然表格長達九頁，卻仍可達到蒐集高品質統計數據的要求。

<附件一>

兒虐致死個案之成因及防治策略³³ (焦點團體訪談題綱)

主持人：彭淑華教授

- 一、由兒虐致死案例潛藏的危險因子（參看下表），如何建立相關防治網絡？現行網絡合作的優勢與障礙為何？
- 二、對於案家曾經進入社會福利系統但卻發生兒虐致死的個案，可能因素為何？未來如何在既有機制避免兒虐的發生？
- 三、對於案家未曾進入社會福利系統，事件發生後，社會福利系統能做些什麼？其他系統能做什麼？如何加強各網絡之間的合作？

兒虐致死個案危險因子	防治策略
<p>一、個人因子 (individual factors) —</p> <p>(一) 與父母親或主要照顧者有關的危險因子，包括：</p> <ol style="list-style-type: none">1.與個人基本屬性有關：<ol style="list-style-type: none">(1) 父或母親年輕生子(2) 教育程度中等2.與托育議題有關：<ol style="list-style-type: none">(1) 主要照顧者為受刑人，所託非人(2) 保母敏感度低（如案父酗酒、半夜帶走小孩）3.與暴力議題有關：<ol style="list-style-type: none">(1) 童年受虐或為兒少保護個案（如安置）；(2) 婚姻暴力施虐者、受害者(3) 對於兒童教養採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為；	

³³計畫名稱：「兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究」 委託單位：內政部兒童局
計畫主持人：劉淑瓊副教授（國立台灣大學社會工作學系）
共同主持人：彭淑華教授（國立台灣師範大學社會工作學研究所）（02-23560221*172）
研究助理：石哲綺（02-23560221*172）

<p>4.與經濟議題有關：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 失業、工作或收入不穩定 (2) 面臨財務困難（如欠賭債） (3) 從事特種行業（如茶室、酒店等） <p>5.與情緒障礙議題有關：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力； (2) 有精神或心理情緒之障礙 <p>6.與個人特殊習性有關：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響； <p>7.與社會關係有關：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 社會孤立位置，與社區不往來 (2) 新遷戶或流動戶 <p>8.與犯罪行為有關的</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 過去個人曾參與犯罪行動，有前科記錄 (2) 主要照顧者或重要他人入獄服刑中 	
<p>(二) 與兒童本身有關的危險因子</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.不被期待生下的兒童或未能滿足父母之期待或願望，如性別（重男輕女）等； 2.持續哭鬧且很難安撫； 3.家中有與受虐兒童年齡相近之兄弟姊妹，且需要父母高度關注（如發展遲緩）； 4.身處於危險環境內，如成人暴力、犯罪行為等。 5.兒童未進入正式體系（如未就學、未托育） 6.年幼，無法自我保護 	
<p>二、關係因子(relationship factors)：兒童受虐的危險因子與家</p>	

人間、朋友間、親密伴侶間及同輩團體間的關係有關，包括：

1.與親子依附或情感連結有關：

- (1) 與兒童情感連結有困難—例如非親生子女等；
- (2) 缺少親子間的依附及情感連結—對於兒童欠缺關懷，如放置保母家，很少探視；漠視兒童需求等。

2.與婚姻或情感有關：

- (1) 婚姻關係不穩定，經歷不同同居人
- (2) 家庭解組；

3.與原生家庭有關：

- (1) 原生家庭之家庭關係解組或功能不彰；
- (2) 原生家庭為暴力家庭

4.與社區環境關係

- (1) 社會孤立位置，與社區不往來
- (2) 新遷戶或流動戶

5.與支持系統有關的

- (1) 缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境；
- (2) 缺乏來自家族成員提供的教養支持；

<附件二>

台灣攜子自殺事件的成因與防治

<焦點團體討論大綱>

主持人：劉淑瓊副教授

- 一、 您在工作上處理過印象最深刻的攜子自殺案例為何？為什麼？
- 二、 請描述這類個案的成因，依您的觀察這些年在質與量上面有什麼樣的變化？
- 三、 攜子自殺個案的求助動機與求助模式為何？
- 四、 請依您的實務經驗分析一下協助攜子自殺個案的最大障礙在哪？
- 五、 目前在社政、警政、衛政、教育、精神醫療等各領域分別有哪些資源可以來幫助攜子自殺個案？
- 六、 請您評估一下現有協助攜子自殺家庭的資源之充足性、適切性、可及性與可近性。
- 七、 您在處理攜子自殺個案時遇到的最大困難是什麼？
- 八、 目前兒童保護防治網絡的協同合作機制運轉如何？有哪些需要改進的地方？
- 九、 請問您對於攜子自殺防治有哪些建議？

<附件三>

深度訪談討論大綱

深度訪談討論大綱（兒虐致死案）

主持人：彭淑華教授

- 一、 依社工的角度來討論兒虐致死個案之成因與事件發生的樣貌。
- 二、 案家求助歷程的討論。
- 三、 社工介入處遇的優勢及劣勢（如社福體系、網絡連結等）。
- 四、 兒虐致死個案對於社福系統或社工的啟示與因應策略。

<附件四>

台灣攜子自殺事件的成因與防治

<深度訪談大綱>

主持人：劉淑瓊副教授

- 一、您在工作上處理過印象最深刻的攜子自殺案例為何？為什麼？
- 二、請描述那個個案的成因和處理過程。
- 三、請描述那個攜子自殺個案的求助行為。
- 四、請問當時處理那個個案時最大的困難與障礙是什麼？
- 五、目前在社政、警政、衛政、教育、精神醫療等各領域分別有哪些資源可以來幫助攜子自殺個案？
- 六、請描述一下在處理那個個案時，與網絡成員合作的經過。
- 七、請問您對於攜子自殺防治有哪些建議？

<附件五>

兒虐致死個案評估檢核表

案例編號：_____

一、個案基本資料			
1.出生日期	年 月 日	2.死亡日期	年 月 日
3.死亡年齡	歲 月 日	4.性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
5.事件發生地區	_____ 縣/市 _____ 鄉(鎮、市)	7.通報時間	年 月 日
6.事件發生地點及居住時間	<input type="checkbox"/> 自己家中 <input type="checkbox"/> 受託照顧者家中 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 公共場所_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	8.社工員第一次家訪時間	年 月 日 (或至案發現場/警局/醫院/處理時間)
	個案在此地點居住時間約_____年_____月	9.社工完成調查報告時間	年 月 日
10.同住家人	<input type="checkbox"/> 生父 <input type="checkbox"/> 生母 <input type="checkbox"/> 繼父 <input type="checkbox"/> 繼母 <input type="checkbox"/> 父/母同居人 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 外公外婆 <input type="checkbox"/> 家人的朋友 <input type="checkbox"/> 自己一個人住 <input type="checkbox"/> 保母及其家人 <input type="checkbox"/> 安置在教養機構 <input type="checkbox"/> 安置在寄養家庭(<input type="checkbox"/> 一般寄養 <input type="checkbox"/> 親屬寄養) <input type="checkbox"/> 手足(_____人 _____歲) <input type="checkbox"/> 與其他親戚同住(稱呼_____) 是否有與親戚的小孩同住 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (____人 _____歲) <input type="checkbox"/> 其他_____		
11.個案的戶籍	<input type="checkbox"/> 已登記戶口 <input type="checkbox"/> 尚未登記戶口	12.個案身心狀況	<input type="checkbox"/> 無生理或心理缺陷或限制 <input type="checkbox"/> 疑似/確定為發展遲緩 <input type="checkbox"/> 已鑑定為身心障礙 (障礙類別：_____)
13.個案醫療病史	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 早產兒 <input type="checkbox"/> 慢性疾病(說明：_____) <input type="checkbox"/> 重大疾病(說明：_____) <input type="checkbox"/> 其他_____		

14.就學狀況	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 幼稚園／托兒所 <input type="checkbox"/> 國小，是否中輟？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國中，是否中輟？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 高中，是否中輟？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15.個案身份	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 父— <input type="checkbox"/> 本國籍，非原住民，非新住民 <input type="checkbox"/> 本國籍，原住民(族別：_____) <input type="checkbox"/> 本國籍，新住民(原籍名：_____) <input type="checkbox"/> 外國籍(國籍名：_____) <input type="checkbox"/> 母— <input type="checkbox"/> 本國籍，非原住民，非新住民 <input type="checkbox"/> 本國籍，原住民(族別：_____) <input type="checkbox"/> 本國籍，新住民(原籍名：_____) <input type="checkbox"/> 外國籍(國籍名：_____) <input type="checkbox"/> 外國籍(國籍名：_____)
16.致死類型	<input type="checkbox"/> 疏忽 <input type="checkbox"/> 身體虐待 <input type="checkbox"/> 使用工具 <input type="checkbox"/> 一般性工具(如：衣架、藤條) <input type="checkbox"/> 傷害性工具(如：刀、槍) <input type="checkbox"/> 醫療性工具(如：食用／注射藥物) <input type="checkbox"/> 特殊性工具(如：_____) <input type="checkbox"/> 無使用工具 <input type="checkbox"/> 用手打／推／丟 <input type="checkbox"/> 用腳踢／踹 <input type="checkbox"/> 用身體碰撞 <input type="checkbox"/> 精神虐待 <input type="checkbox"/> 性虐待 <input type="checkbox"/> 意外事故 <input type="checkbox"/> 遺棄
17.致死方式	<input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 燙傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 毆打 <input type="checkbox"/> 丟／推 <input type="checkbox"/> 其他_____
18.致死案由	<input type="checkbox"/> 小孩哭鬧 <input type="checkbox"/> 管教致死 <input type="checkbox"/> 餵食障礙 <input type="checkbox"/> 如廁訓練 <input type="checkbox"/> 使用毒品 <input type="checkbox"/> 隨機發生 <input type="checkbox"/> 報復另一方 <input type="checkbox"/> 與幫派有關 <input type="checkbox"/> 從事犯罪行為時 <input type="checkbox"/> 親密伴侶發生暴力 <input type="checkbox"/> 其他_____

<p>19.個案特質</p>	<p>整體而言，您覺得本案個案具備下列何種特質，使得父母或主要照顧者在照顧上難度增加，因而造成兒童受虐致死：</p> <p><input type="checkbox"/>不被期待而生下 <input type="checkbox"/>未能滿足父母之期待或願望(如：性別、外觀)</p> <p><input type="checkbox"/>持續哭鬧且很難安撫 <input type="checkbox"/>具有某些外觀上的症狀</p> <p><input type="checkbox"/>顯示心智不健康的症狀 <input type="checkbox"/>家裡小孩眾多，父母或主要照顧者負擔沉重</p> <p><input type="checkbox"/>帶有危險行為問題(如：犯罪行為)</p> <p><input type="checkbox"/>暴露於危險環境內(如：配偶暴力)</p> <p><input type="checkbox"/>高度需求的孩子(如：經常哭鬧、早產、障礙疾病)</p> <p><input type="checkbox"/>呈現某些人格或氣質的特性，且被視為有問題的(如：過動兒)</p> <p><input type="checkbox"/>家中有與受虐兒童年齡相近(表／堂)兄弟姊妹，且需父母高度關注</p>
<p>20.個案受暴史</p>	<p>20-1 在本案發生前，個案是否曾遭受暴力虐待 <input type="checkbox"/>否(請跳答 21 題) <input type="checkbox"/>是(請續答 20-2)</p> <p>20-2 是否通報？ <input type="checkbox"/>否(請跳答 20-5) <input type="checkbox"/>是(請續答 20-3)</p> <p>20-3 通報之後是否開案？ <input type="checkbox"/>否(請跳答 20-5) <input type="checkbox"/>是(請續答 20-4)</p> <p>20-4 本案發生時，是否已經結案？ <input type="checkbox"/>否(請跳答 20-5) <input type="checkbox"/>是(請續答 20-5)</p> <p>20-5 施虐者與個案之關係為： <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>繼父／母 <input type="checkbox"/>養父／母 <input type="checkbox"/>祖父母 <input type="checkbox"/>外公／婆 <input type="checkbox"/>手足 <input type="checkbox"/>父／母之同居人 <input type="checkbox"/>保母或其家人 <input type="checkbox"/>家人的朋友 <input type="checkbox"/>安置機構工作人員 <input type="checkbox"/>寄養家庭父母或其家人 <input type="checkbox"/>親戚(稱呼：_____) <input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>20-6 虐待類型： <input type="checkbox"/>身體虐待 <input type="checkbox"/>精神虐待 <input type="checkbox"/>性虐待 <input type="checkbox"/>疏忽 <input type="checkbox"/>遺棄 <input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>21.高風險家庭通報</p>	<p>21-1 在本案發生前，個案家庭是否曾接受高風險家庭通報？ <input type="checkbox"/>否(請跳答 22 題) <input type="checkbox"/>是(請續答 21-2)</p> <p>21-2 是否為高風險家庭開案服務個案？ <input type="checkbox"/>否(請跳答 22 題) <input type="checkbox"/>是(請續答 21-3)</p> <p>21-3 是否已經結案？ <input type="checkbox"/>否(請跳答 22 題) <input type="checkbox"/>是</p>
<p>22 社會福利系統個案</p>	<p>本案發生前，個案家庭是否曾進入社會福利系統接受協助？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，接受協助項目 <input type="checkbox"/>高風險家庭關懷處遇服務 <input type="checkbox"/>弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助 <input type="checkbox"/>低收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/>中低收入戶兒童及少年生活扶助 <input type="checkbox"/>身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/>中低收入戶幼兒托教補助 <input type="checkbox"/>特境婦女經濟扶助(<input type="checkbox"/>緊急生活扶助<input type="checkbox"/>傷病醫療補助 <input type="checkbox"/>法律訴訟補助<input type="checkbox"/>子女生活津貼 <input type="checkbox"/>兒童托育津貼) <input type="checkbox"/>其他_____</p>

二、施虐者基本資料

1.性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	2.年齡	_____歲
3.案發時，是否與個案同住？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	4.教育程度	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小(肆) <input type="checkbox"/> 國中(肆) <input type="checkbox"/> 高中／職(肆) <input type="checkbox"/> 大學／專(肆) <input type="checkbox"/> 碩士(肆) <input type="checkbox"/> 博士(肆) <input type="checkbox"/> 其他 _____
5.婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____	6.身份別	<input type="checkbox"/> 本國籍，非原住民，非新住民 <input type="checkbox"/> 本國籍，具原住民身份 (族別：_____) <input type="checkbox"/> 本國籍，具新住民身份 (原籍名：_____) <input type="checkbox"/> 外籍身份(國籍名：_____) <input type="checkbox"/> 不詳
7.犯罪紀錄	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請續答)： <input type="checkbox"/> 傷害前科 <input type="checkbox"/> 吸毒前科 <input type="checkbox"/> 其他 _____	8.家暴記錄	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請續答)： <input type="checkbox"/> 對配偶施暴 <input type="checkbox"/> 對子女施暴 <input type="checkbox"/> 其他 _____
9.健康狀況	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無特殊疾病 <input type="checkbox"/> 有特殊疾病 _____	10.持有身心障礙者手冊	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(障別：_____； 等級：_____)
11.就業情形	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 有固定的工作(職稱：_____；薪資：_____元) <input type="checkbox"/> 兼職(職稱：_____；薪資：_____元) <input type="checkbox"/> 打零工(職稱：_____；薪資：_____元) <input type="checkbox"/> 失業(上份工作離職日為____年____月____日) <input type="checkbox"/> 其他		
12.與個案關係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 繼父／母 <input type="checkbox"/> 養父／母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 外公／婆 <input type="checkbox"/> 父／母之同居人 <input type="checkbox"/> 家人的朋友 <input type="checkbox"/> 保母或其家人 <input type="checkbox"/> 安置機構工作人員 <input type="checkbox"/> 寄養家庭父母或其家人 <input type="checkbox"/> 親戚(稱呼：_____) <input type="checkbox"/> 其他 _____		
13.互動頻率	案發前，與個案的互動頻率？ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 互動頻率高，偏向正向 <input type="checkbox"/> 互動頻率高，偏向負向 <input type="checkbox"/> 互動頻率不高 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
14.施虐者個人特質(可複選)	整體而言，您覺得本案之施虐者具備下列何種特質，使得兒虐致死事件發生？ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 童年受虐 <input type="checkbox"/> 性格粗暴 <input type="checkbox"/> 婚姻失調 <input type="checkbox"/> 控制慾望高 <input type="checkbox"/> 改變動機低 <input type="checkbox"/> 相剋、迷信 <input type="checkbox"/> 重男輕女的觀念 <input type="checkbox"/> 處於社會孤立 <input type="checkbox"/> 面臨財務困難 <input type="checkbox"/> 多疑、猜忌心重 <input type="checkbox"/> 童年未受適當照顧 <input type="checkbox"/> 採用體罰來管教子女 <input type="checkbox"/> 贊成用體罰來管教子女 <input type="checkbox"/> 因應壓力或衝突能力不足 <input type="checkbox"/> 自我概念不佳，自我形象低落 <input type="checkbox"/> 對於兒童發展缺乏認知 <input type="checkbox"/> 對於兒童欠缺關懷之特質 <input type="checkbox"/> 賭博 <input type="checkbox"/> 濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響 <input type="checkbox"/> 遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力		

	<input type="checkbox"/> 呈現憂鬱、低自尊或其他不適當地情感表達 <input type="checkbox"/> 目前／曾經參與犯罪行動，間接損害親子關係 <input type="checkbox"/> 本身有身體或心理問題、認知障礙，使得親職能力受影響 <input type="checkbox"/> 對於兒童不當行為採用不適當、過度或暴力的懲罰或行為 <input type="checkbox"/> 與新生嬰兒情感連結有困難（如：懷孕過程不順遂、對嬰兒失望） <input type="checkbox"/> 對於兒童發展充滿不切實際的期望，阻礙了對於兒童需求及行為的瞭解 <input type="checkbox"/> 其他		
三、家庭相關背景的瞭解			
1. 父母婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他_____	2. 家庭收入來源	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 施虐者 <input type="checkbox"/> 非施虐者(與個案關係：_____) <input type="checkbox"/> 社福系統 <input type="checkbox"/> 其他_____
3. 住宅	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 自己擁有 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住親戚家 <input type="checkbox"/> 借住朋友家 <input type="checkbox"/> 其他_____		
4. 生活環境	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無固定住所 <input type="checkbox"/> 家中整潔且無危害安全及健康之物品或設施 <input type="checkbox"/> 居住條件不良，危害健康，如違章建築、貨櫃屋等 <input type="checkbox"/> 家中衛生環境不佳，垃圾未處理且有異味 <input type="checkbox"/> 居住於環境惡劣或危險之處所 <input type="checkbox"/> 其他_____		
5. 教養態度與方式	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 適當的照顧或管教 <input type="checkbox"/> 經常對受虐者漠不關心 <input type="checkbox"/> 將受虐者視為禁臠或財產 <input type="checkbox"/> 藉受虐者取得生理方面的滿足 <input type="checkbox"/> 時常威脅不再愛受虐者或威脅帶其一起自殺 <input type="checkbox"/> 持續用不符合受虐者年齡的嚴苛期待與要求來管教 <input type="checkbox"/> 常讓受虐者目睹暴力行為，如毆打配偶或其他家人等 <input type="checkbox"/> 對為人父母／主要照顧者應負的責任認識不清且感到矛盾 <input type="checkbox"/> 認為受虐者是「壞的」、「魔鬼」、「不詳的」、「相剋的」、「討債的」 <input type="checkbox"/> 經常以羞辱、負向的字眼稱呼、貶損受虐者如「死囡仔」、「沒人要的」 <input type="checkbox"/> 其他_____		
6. 親友網絡	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 親友關係佳，且能充分提供協助 <input type="checkbox"/> 有親友願意協助，但能力有限 <input type="checkbox"/> 親友僅能提供有限的協助 <input type="checkbox"/> 與親友不相往來或關係交惡 <input type="checkbox"/> 其他_____		
7. 當家庭遇到困難時，第一時間會...	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 向親戚求助 <input type="checkbox"/> 向朋友求助 <input type="checkbox"/> 向鄰居求助 <input type="checkbox"/> 求助於社會福利資源系統 <input type="checkbox"/> 自己想辦法解決，無求助他人 <input type="checkbox"/> 其他_____		
8. 家庭特質(可複選)	整體而言，您覺得本案兒童受虐致死，其家庭存在何種特質？ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 婚姻衝突 <input type="checkbox"/> 婆媳關係不佳 <input type="checkbox"/> 在社區內被隔離 <input type="checkbox"/> 不適當的居住環境 <input type="checkbox"/> 參與社區中之犯罪或暴力行為 <input type="checkbox"/> 缺乏來自延伸家庭提供的教養支持 <input type="checkbox"/> 缺少親子間的依附及情感連結 <input type="checkbox"/> 因工作時間影響家庭作息或關係疏離 <input type="checkbox"/> 缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境 <input type="checkbox"/> 家庭成員帶有身體、發展或心理健康上的問題 <input type="checkbox"/> 性別角色或親密關係間的角色在家庭內不被尊重 <input type="checkbox"/> 因金錢問題(債務、收入不固定、失業、財務等危機事件)而爭吵		

	<input type="checkbox"/> 家庭成員之間的暴力，包括雙親間、兄弟姐妹間、親子間之暴力 <input type="checkbox"/> 家庭解組導致兒童或成人之心理疾病、不快樂、孤獨、緊張或爭奪監護權 <input type="checkbox"/> 家庭可能因為種族、國籍、宗教、性別、年齡、性傾向、身心障礙或生活型態受到歧視 <input type="checkbox"/> 其他
--	--

四、社區特質

社區特質 (可複選)	整體而言，您覺得本案兒童受虐致死，其社區或社會具有哪些特質？ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 酒精易於取得 <input type="checkbox"/> 社區失業率高 <input type="checkbox"/> 社區居民經濟貧窮 <input type="checkbox"/> 鄰里社區遷移頻繁 <input type="checkbox"/> 媒體出現暴力的頻率高 <input type="checkbox"/> 社區房舍缺乏或不適當 <input type="checkbox"/> 社區環境對暴力的容忍度高 <input type="checkbox"/> 社區中的性別與社會不平等 <input type="checkbox"/> 社區缺乏相關服務以支持家庭 <input type="checkbox"/> 社區有毒品交易或容易取得毒品 <input type="checkbox"/> 社會及文化的規範強化刻板的性別角色 <input type="checkbox"/> 兒童色情刊物、兒童賣淫及童工之存在 <input type="checkbox"/> 社區環境充斥著有害毒素／威脅(如：高壓電) <input type="checkbox"/> 社會及文化的規範貶抑親子關係中兒童的地位 <input type="checkbox"/> 相關政策不適當，造成社經地位差距大或不穩定 <input type="checkbox"/> 社福機構政策或方案不適當，致使兒童受虐率增加 <input type="checkbox"/> 其他
---------------	--

五、填寫者基本資料

感謝您的配合與協助，讓本研究能夠蒐集完善的資料，以提供兒少保護服務更明確的服務。此資料僅供研究團隊內部參閱，敬請放心填寫!!!

聯絡姓名、地址及電話部分，懇請您務必填寫，以利聯繫並致送填寫問卷紀念品!!

非常感謝您～

1.填寫日期	年 月 日	2.職稱	
3.性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	4.此工作年資	年 月
5.填寫者姓名		6.聯絡電話	
7.聯絡地址			

感謝您的協助～

國立台灣師範大學社工所 彭淑華教授 暨 研究團隊敬上

請於 5 月 31 日之前，將此檢核表回寄至 10610 台北市和平東路一段 162 號台灣師範大學社工所彭淑華教授收或傳真至 02-23560232

<相關參考資料>

兒童局 (2005)。兒童權利公約－文字版。http://www.cbi.gov.tw/text_version。

行政院衛生署 (2005)。全國自殺防治策略行動方案。

行政院衛生署自殺防治中心 (2006)。台灣母攜子自殺事件特徵分析。

社會工作人員專業協會 (2005)。兒童及少年保護工作指南。內政部兒童局指導補助。

余漢儀 (1993)。兒童受虐及其因應之道。研考雙月刊，17 卷 3 期，頁 23-30。

余漢儀 (1996)。兒童虐待－現象檢視與問題反思。台北：巨流圖書公司。

吳雨潔 (2006)。女性殺子行為之犯案情境分析。嘉義：國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。

李淑容 (2007)。高風險家庭就業服務方案建議書研究案。行政院勞委會職訓局委託研究 (期中報告)。

呂婉萍與邱莞慧 (2006)。暗夜悲歌－從美國母親攜子自殺新聞看媒體報導的迷思。Radio & TV Library News, vol.3, no. 18. 台北：財團法人廣播電視事業發展基金。

宋麗玉 (2006)。高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫評估。台中。內政部兒童局委託研究報告。

林育卉等 (2006)。平面媒體攜子自殺新聞之分析與探討。Radio & TV Library News, vol.3, no. 16. 台北：財團法人廣播電視事業發展基金。

香港社會福利署 (2001)。處理虐待兒童個案程序指引。香港社會福利署。

張家銘。中止攜子自殺傳染效應大人媒體社會醫療皆有責任。

(http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/home/Controller.jsp?doAction=paper_show&toURL=/portal/paper/data.jsp&type=article&sno=30)

- 彭淑華 (1998)。 台灣受虐兒童專業整合服務之研究。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。計畫編號：NSC86-2412-H- 034-003。
- 彭淑華 (2006)。 發展兒童及少年保護個案家庭處遇服務模式之研究。內政部委託研究。
- 葉雪鵬。 父母怎可剝奪兒女生命？
(<http://geo.tycg.gov.tw/files/download/44fe284f.doc>)。
- 陳全信與林金定 (2004)。加害智能障礙親人之自殺個案初探：以台灣電子新聞媒體報導資料分析。 身心障礙研究，2 卷 3 期，頁 185-192。
- 劉淑瓊 (2007)。教恐龍跳芭蕾舞？論兒童保護服務之網絡協同合作。 兒童與少年福利，第 11 期，頁 1-28。
- Adinkrah, M. (2001). 'When Parents Kill: An analysis of filicides in Fiji', International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 45: 144-158.
- Adinkrah, M. (2003). 'Men Who Kill Their Own Children: Paternal filicide incidents in contemporary Fiji', Child Abuse and Neglect, 27, 557-568.
- Alder C. and K. Polk (2001). Child Victims of Homicide. Cambridge: Cambridge University Press.
- Australian Institute of Health and Welfare (2006). Child Protection: Australia 2004-05. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare
- Beh S. L. et al.(2005). Homicide Followed by Suicide in Hong Kong, 1989-2001: A report for the Hong Kong Lotteries Fund Advisory Committee. Centre for Criminology, The University of Hong Kong.
- Collins, P.L et al. (2001). 'Filicide-suicide: in Search of Meaning', North American Journal of Psychology, 3:2, 77-92.
- Craig, M. (2004). 'Perinatal Risk Factors for Neonaticide and Infant Homicide:

Can we identify those at risk?', Journal of the Royal Society of Medicine, 97, 57-61.

Curtin, J.S. (2004). Suicide in Japan: An introduction to "muri-shinju" or murder-suicide.
(http://www.glocom.org/special_topics/social_trends/20040107_trends_s65/index.html)

Department of Human Services. (1999). Evaluation of the Statewide Implementation of Family Group Conferencing. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

Department of Health and Human Services (2007). Child Maltreatment 2005. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

Friedman, S. H. et al. (2005). 'Filicide-Suicide: Common factors in parents who kill their children and themselves', The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 33: 496-504.

Goldman, J., Salus, M.K, Wolcott, D., & Kennedy, K.Y. (2003). A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The foundation for practice. U.S. Department of Health and Human Services.

Guileyardo, J. M. et al. (1999). 'Familial Filicide and Filicide Classification', The American Journal of Forensic Medicine, 20(3): 286-292.

Harris, G. T. et al. (2007). 'Children Killed by Genetic Parents versus Stepparents', Evolution and Human Behavior, 28, 85-95.

Iga, M.(1996). 'The Cultural Aspects of Suicide: The case of Japanese oyako shinju(parent-child suicide)'. Archives of Suicide Research, 2(2): 87-102.

Jacquelyn, C. C (ed.)(2007). Assessing Dangerousness: Violence by Batterers and Child Abusers. (2nd edition). New York: Springer Publishing Company.

- John, C. J. (2001). Family Murder Suicides in Kerala.
 (<http://www.maithrikochi.org/Articles/Family%20Murder%20Suicides%20in%20Kerala.doc>)
- Koziol-McLain, J. et al. (2007). 'Risk Factors for Femicide-Suicide in Abusive Relationships: Case Control Study', in Jacquelyn, C. C (ed.)(2007). Assessing Dangerousness: Violence by Batterers and Child Abusers. (2nd edition). New York: Springer Publishing Company.
- Krugman, S. D. and R. D. Krugman (2007). 'Evaluating Risk Factors for Fatal Child Abuse', in Jacquelyn, C. C (ed.)(2007). Assessing Dangerousness: Violence by Batterers and Child Abusers. (2nd edition). New York: Springer Publishing Company.
- Lewis C. F. and S. C. Bunce (2003) . 'Filicidal Mothers and the Impact of Psychosocial on Maternal Filicide', The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 31: 459-470.
- McKee, G. R. (2006). Why Mothers Kill: A forensic psychologist's casebook. Oxford: Oxford Univ. Press, Inc..
- Ministry of Health (2006). Child Death from Maltreatment: A review of incidence in New Zealand. New Zealand: Ministry of Health, New Zealand Health Information Service.
- Messing, J. T. and J. W. Heeren (2004). 'Another Side of Multiple Murder: Women killers in the domestic context', Homicide Studies, 8(2), 123-158.
- Moskowitz, H., D. Laraque, and J. T. Doucette (2005). 'Relationships of US Youth Homicide Victims and Their Offenders, 1997-1999', Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 159: 356-361.
- Mouzos, K. (2000). Homicide Encounters: A study of homicide in Australia

- 1989-1999. Australian Institute of Criminology Research and Public Policy Serious, no. 28, Australian Institute of Criminology.
- New South Wales Department of Community Services (2005). Interagency Guidelines for Child Protection Intervention. Australia: NSW Government.
- Office for Children (1994). Protecting Children: Practice manual -Volume 1: Standards and procedures for protective workers. Victoria: Department of Human Services.(目前重新修訂中)
- Palermo, G. B. (2002). 'Murderous Parents', International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 46(2), 123-143.
- Palermo, M. T. (2003). 'Preventing Filicide in Families with Autistic Children', International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47(1), 47-57.
- Praveenlal, K. (2001). Family Suicide in Kerala : An explorative study into pattern , determinants and consequences.
(<http://krpcds.org/report/praveenlal.pdf>)
- Resnick, P. J. (1969). 'Child Murder by Parents: A psychiatric review of filicide', American Journal of Psychiatry, 126:73-82.
- Stanton, J., A. Simpson, and T. Wouldes (2000). 'A Qualitative Study of Filicide by Mentally Ill Mothers', Child Abuse & Neglect, 24(11), 1451-1460.
- Stevenson, O. (1999). 'Child in Need and Abused: Interprofessional and interagency responded', O. Stevenson (Ed). Child Welfare in the UK. (pp.100-120). London: Blackwell Science.
- Sidebotham, P. & P. Fleming (2007). Unexpected Death in Childhood: A handbook for practitioners. England: John Wiley & Sons Ltd..

Takahashi, Y. & D. Berger (1996). 'Cultural Dynamics and the Unconscious in Suicide in Japan', in A. Leenaara & D. Lester (eds.), Suicide and the Unconscious.(請參考

<http://www.japanpsychiatrist.com/Abstracts/Shinju.html>)

The United Nations Children's Fund (2003). A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. Innocenti Report Card, No.5. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Center.

Thomas, D., Leicht, C., Hughes, C., Madigan, A., & Dowell, K. (2003). Emerging Practices: In the prevention of child abuse and neglect.

Children's Bureau's Office on Child Abuse and Neglect.

(www.childwelfare.gov/preventing/programs/whatworks/report/report.pdf)

Ueno, Kayoko (2005). Suicide as Japan's Major Export? A note on Japanese suicide culture.

(http://www.espacoacademico.com.br/044/44eueno_ing.htm)

Willumsen, E. & Skivenes, M. (2005). 'Collaboration between Service Users and Professionals: Legitimate decisions in child protection- a Norwegian model', Children and Family Social Work,10:197-206.

World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. France: World Health Organization Press.

