

高齡化社會談偏鄉老人自殺

林幼喻¹ 顏文娟^{2*}

1. 衛生福利部草屯療養院 2.*中山醫學大學護理學系

摘要

偏鄉地區青壯人口外移，使得老人獨居產生社會隔離、孤單、寂寞、無助等，根據統計 2004~2019 年，65 歲自殺粗死亡率皆高於其他年齡層，高齡化社會獨居長輩人口增加，再加上偏鄉地區資源短缺，人口逐漸外移下，偏鄉地區長輩的心理適應更需要重視，本文透過微觀及巨觀的角度分析偏鄉老人自殺原因，並提出在地人照顧在地人之社區互助共好的照顧理念，發揮社區發展協會功能重建偏鄉老人的社交網絡以發揮偏鄉老人自殺防治之功能。

關鍵詞:老人自殺、偏鄉

前言

醫療進步導致人類平均餘命延長，根據內政部統計直至 2020 年 8 月國人的平均壽命為 80.9 歲，男性 77.7 歲、女性 84.2 歲，相較全球平均壽命，我國男、女性皆高於全球平均水準；依據國家發展委員會「中華民國人口推估 2020 至 2070 年台灣總扶養比人口由 2012 年 34.7 人至 2020 年增加為 40.1 人，預估 2070 年將增至 102 人，約增加 2.5 倍(國家發展委員會，2020)，人口老化，世代間供需的不平衡，不僅影響社會經濟發展也增加年輕人的照顧負擔，小家庭或雙薪家庭的比列越來越高，甚至許多年輕人必須離鄉背井

接受刊登：109 年 07 月 23 日
*通訊作者地址：顏文娟 40201 台中市南區建國北路一段 110 號
連絡電話：04-24730022 ext.12325
E-mail: wyen@csmu.edu.tw

打拼，導致獨居長輩人數增加。

偏鄉地區青壯人口由於工作的關係，人口聚集城鎮或大都會區，使得老人問題特別突顯(盧、林 & 王，2009)，獨居讓長者產生社會隔離、孤單、寂寞、無助等感受(曾、馬 & 王，2016)。再加上老人角色的轉變，從生產者退居消費者的角色，子女離家造成長輩心理上會有失落、被遺棄、缺乏安全感、自尊降低的心理問題。根據社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心 (2020) 公告全國自殺死亡資料統計 2004~2019 年，65 歲自殺粗死亡率皆高於其他年齡層，2006 年粗死亡率最高，之後緩降直到 2018 年降為 28.4(每 10 萬人口)，2019 年至 6 月粗死亡率為 27.2(每 10 萬人口)，仍高於其他年齡層，顯見高齡自殺是一項不可忽視的社會議題；隨著高齡化社會的到來，獨居長輩人口增加，再加上偏鄉地區資源短缺，人口逐漸外移下，偏鄉地區長輩的心理適應更需要重視，因此本文將針對偏鄉老人自殺及相關因素之探討，以做為未來在偏鄉長照政策推動之參考。

偏鄉地區老人問題

台灣雖然面積不大，各鄉鎮發展已達一定的水準，光世代的發展、高速鐵路的興起使得一日生活圈的理想實現，然而在快速的城市發展下，仍有許多鄉鎮被忙碌的我們給遺忘，截至 2018 年 7 月共有 88 個地區被歸類為偏鄉 (表 1) 以台灣本島而言，北部以新北(烏來、石碇等五區)、南部則是花蓮(13 原民區)、台東(15 原民區)、屏東(9 原民區)、高雄(3 原民+3 偏遠)、中部則以南投(3 個原民 2 個偏遠)。偏遠地區的定義依據電信普及服務管理辦法第 2 條第 12 款對偏鄉的定義，人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉(鎮、市)，或距離直轄市、縣(市)政府所在地七、五公里以上之離島就稱為「偏遠地區」。若以內政部戶政司的定義台灣地區人口密度為 651 人/平方公里，爰

以各鄉(鎮、市、區)人口密度 130 人/平方公里
($651 \times 1/5 = 130$) 以下則列為偏遠地區(亦稱偏鄉)。

表 1 台灣偏鄉列表

縣市別	區域別	鄉鎮市區	數量
新北市	原住民族地區	烏來區	1
	其他偏遠地區	石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區	4
桃園市	原住民族地區	復興區	1
新竹縣	原住民族地區	五峰鄉、尖石鄉、關西鎮	3
苗栗縣	原住民族地區	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉	3
臺中市	原住民族地區	和平區	1
南投縣	原住民族地區	仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉	3
	其他偏遠地區	中寮鄉、國姓鄉	2
嘉義縣	原住民族地區	阿里山鄉	1
	其他偏遠地區	番路鄉、大埔鄉	2
台南市	其他偏遠地區	楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區	4
高雄市	原住民族地區	那瑪夏區、桃源區、茂林區	3
	其他偏遠地區	田寮區、六龜區、甲仙區	3
屏東縣	原住民族地區	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉	9
	離島地區	琉球鄉	1
宜蘭縣	原住民族地區	大同鄉、南澳鄉	2
花蓮縣	原住民族地區	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉	13
臺東縣	原住民族地區	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉	15
	離島地區	綠島鄉	1
澎湖縣	離島地區	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	6
金門縣	離島地區	金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	6
連江縣	離島地區	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	4
總計			88

原住民族地區總計 35 處，離島地區總計 18 處，其他偏遠地區 15 處

偏鄉地區不僅資源可及性及可近性取得不易，因先天地理環境及交通因素，使得就醫困難，都市地區半小時即可抵達醫院，但在偏鄉到醫院就診路途遙遠，來回就耗費一天，再加上地處偏遠、醫護薪資不如都市豐厚，醫院人力常常異動，醫療資源的不穩定，也影響在地居民就醫選擇與意願。偏鄉地區青壯人口外流，留在村落的不是老人就是小孩，政府近幾年推動的長照 2.0 政策，也因為偏遠地區資源不足導致推動上窒礙難行，在偏遠地區常因老人持有保留地資源或因子女戶籍未遷出而無法申請中低收入戶補助，使得看得到卻用不到的資源讓偏遠地區長輩成為弱勢中的弱勢。

偏鄉老人憂鬱與自殺

人口老化、人力外流再加上資源不足，偏鄉地區

面臨著產業經濟、社會文化、醫療照顧及勞動人口等層面的困境，政府在過往扮演社會福利政策制定的主動角色，但隨著全球環境複雜、經濟變遷及公民意識抬頭，社會問題的解決根本已不再是單方面由政府政策制定，必須透過跨部門整合、運用企業與非營利組織資源，善盡社會責任以投入社會福利之妥善運用(劉，2017)。

老人憂鬱是一個複雜且涵蓋著個人、家庭、心理與社會等多元變項的議題，老人憂鬱不僅引起失能、干擾慢性疾病治療、增加醫療花費，也是老人自殺的危險因子之一(鄭、黃、李 & 廖，2016)，其臨床表徵除了一般憂鬱症狀外，常伴隨有焦慮、易怒、多重身體抱怨等，老人憂鬱雖可治療但卻常被忽略，一般會認為是老人不適應老年生活，只要過一段時間就好了；老人的適應已普遍受到重視及探討，但偏鄉老人的健康議題可能因為收案不便較少獲得探究，健康問題會依地區或文化的不同而有所差異，蘇(2015)曾針對東部偏鄉住院老人個人特質、精神健康狀況、生活品質及憂鬱情緒對自殺意念之影響，結果發現住院老人 89.5% 具有憂鬱傾向，有 26.3% 有自殺意念，憂鬱症是老人常見的情緒問題，影響生活品質，更甚者會引起失能(Katon，2003)，同時憂鬱症也是造成老人自殺的重要因子(鄭、黃、李 & 廖，2016)，台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心(2020)公布一個數據：台灣老人「自殺企圖」與「自殺死亡」的比例約 3:1，遠低於一般人的「自殺企圖」與「自殺死亡」人數的 7:1~8:1 比例，意即一般人 8 個有自殺企圖的人會有 1 個人死亡，但台灣老人 3 個有自殺企圖者會有 1 個死亡，這個數據顯示台灣老人自殺死亡意志甚堅。

台灣自殺防治學會於 2018 年自殺防治年報的公告，台灣自殺前 5 名的縣市為花蓮縣(每十萬人口 24.3 人)、臺東縣 (23.3 人)、基隆市 (22.7 人)、南投縣 (21.4 人)、嘉義縣 (21.4 人)，這五個縣市皆為自殺粗死亡率每十萬人口高於 20 人的縣市，這些縣市除了基隆外，其他四個縣市都屬於偏遠地區，再依據內政部統計通報，各鄉鎮老化指數(「老化指數」係指六十五歲以上老年人口對十四歲以下幼年人口的比率)以嘉義縣 213.1 最高、南投縣 166.2 次之、雲林縣 164.3 第

三，從這些資料顯示偏鄉地區人口老化與自殺問題的關聯性絕不能忽視。

以南投縣為例，南投縣曾經過 921 地震，震後的重建倍受關注，在 921 地震後，行政院衛生署為了災後心理重建工作委託草屯療養院以專款專用方式在南投縣成立「南投區災難心理衛生服務中心」，隨後更名為「南投區心理衛生服務中心」，隨著災區重建進入穩定期，將災難心理重建轉為常態性社區心理衛生工作，其中重點項目之一為『降低自殺死亡率及發生率』(楊、李、吳、魯、陳 & 吳，2004)，根據資料統計發現南投縣歷年自殺死亡率在 921 地震前已逐漸升高，在 2000 年至 2002 年居 1、2 位，直至 2003 年趨緩後又再度升高，男性人數較女性多；其中 65 歲以上者為多(表 2)。

表 2 南投地區自殺死亡率

年	全縣	男性	女性	14 歲以下	15-24 歲	25-44 歲	45-64 歲	65 歲以上
2008*	40	25	15	0	3	7	18	12
2009	114	79	35	0	1	44	44	25
2010	100	74	26	0	1	32	42	25
2011	115	78	37	0	4	29	46	36
2012	101	62	39	0	2	27	37	35
2013*	99	66	33	0	2	24	47	26
2014*	73	56	17	0	2	13	27	31

資料來源：南投縣衛生局。

江弘基曾運用自殺資料庫分析南投縣自殺死亡及企圖行為的高風險族群，發現南投縣自殺影響因子包括男性、通報時年齡高、戶籍在國姓鄉、信義鄉、久病或疾病、夫妻或家人感情因素、未曾就醫、企圖前(含企圖後 7 天內)曾就醫、曾住院但無後續門診治療、曾經被診斷為 ICD：2963(躁症、復發、中度)、3054(轉化症)及 401(細菌學或組織學檢查未知(至今)之骨骼及關節結核)，自殺的方式採用上吊、燒炭、溺水、高處墜落、服農藥及自焚等。

偏鄉老人自殺原因微巨觀

自殺是公共衛生及心理衛生所重視的議題，自殺的因素極為複雜，包含了心理、社會、生理、文化和環境多個層面，且自殺與社會文化有極錯綜複雜的關係，所以自殺防治應該考量當地文化特殊性(鄭、

黃、李 & 廖，2016)，自殺議題錯縱複雜，目前學界對自殺議題的討論大致皆是從巨觀及微觀兩個方面進行探討，巨觀係指大環境的影響，包括整個社會結構、經濟等相關因素；微觀則為個人直接的生活環境包括家庭、工作等環境。

一、巨觀影響因素 (macro determinants)

過去大多以涂爾幹的「自殺論」來解釋大環境對自殺的影響，目前已成為自殺議題的探討典範，他將自殺分為四型，自我本位型、失序型、利他型及宿命型，筆者試著以此四種型態的自殺來詮釋偏鄉地區長輩自殺的原因：

(一) 自我本位型(egoistic):

人是群居動物，人類從小到大就不可避免的與他人互動，馬斯洛(Maslow)的人類五大需求:生理需求、安全需求、愛及歸屬及自尊自重前四大需求都是建立在與人互動過程中達成，所以人是無法離群索居。然而當人被孤立，減少與外界互動時，生活變得無意義且空虛，個體處於孤立環境，會退縮到自我的幻想世界，甚至將問題放大(周、紀 & 謝，2010)，產生的孤獨感及寂寞感所造成的精神負荷使得自殺比率增高。偏鄉因為工作機會少，年輕人口外移，造成獨居長者人數增加，再加上偏鄉的生活單純，刺激較少，人與人互動減少下，人際關係的缺乏所產生的負向情緒即被稱為孤獨感或寂寞感，寂寞感會造成老人負向的情緒影響，甚至與藥物濫用及自殺有關連(謝 & 林，2018)。

(二)失序型 (anomic)

偏鄉地區原本有其特定的生活運作模式，但因資本主義興起，原來的社會結構發生改變，再加上偏鄉地區的經濟及工作機會無法滿足個人或家庭需求，當個人無法與社會規則協調時，如:經濟不景氣、失業人口上升等問題，可能造成自殺的可能性增高。再加上現今資訊與通訊技術發達，訊息的傳播超越空間的限制，自殺訊息透過媒體傳播，群聚模仿的可能性也會增高(周、紀 & 謝，2010)。

(三)利他型 (altruistic)

此類自殺導因於個人與社會的聯繫過強，日本有名的影片『楢山節考』講述棄老村的故事，因物資缺乏，年滿七十歲的老人必須被帶到楢山挨餓受凍，故事主角阿齡婆婆為了讓家人有足夠存糧，決意要求兒子帶他上山，影片中旁白寫道『當衰老變成一種原罪，犧牲成了唯一宿命』犧牲個人成全家人，這種利他式自殺在台灣偏鄉可能發生在長期生病的老人，依據江弘基的資料分析曾經被診斷為 ICD：2963(躁症、復發、中度)、3054(轉化症)及 401(細菌學或組織學檢查未知(至今)之骨骼及關節結核)等是導致自殺的可能因子，偏鄉地區就醫資源不足，再加上生病而無法分擔家中經濟為了不想拖累家人而出現的自殺行為。

(四)宿命型(fatalistic)

當個人即使付出努力但仍無法控制自己的生命時，老人自認老了、沒用，加上身體病痛、憂鬱，老人心理脆弱，是老人容易尋短原因。

二、微觀因素 (micro determinants)

巨觀的大環境是促發自殺的可能因素，自殺行為是『從有意念產生到採取行動的一連串過程』，因此微觀的個人因素，可能是導致或抑制自殺的可能因素。

性別本是文化議題中很重要的因子，男女思維及對壓力的耐受性都不同，其中又以男女對於團體及朋友互動支持的差異更加明顯，政府近年來積極推動據點延緩失能活動，高齡者社區有助於老年人適應快速變遷的社會，豐富其社會支持與人際網絡，對於增進生活品質與延長壽命有相當重要關係(劉、吳 & 吳, 2012)。依據何、林、戴 & 何 (2016)針對屏東地區關懷據點的參與程度結果發現，男女參加據點活動的比率是女性(206位)多於男性(88位)，女生幾乎是男生的2倍，這也顯現男性老年生活的適應需要我們的關注。

江弘基的分析中自殺企圖前(含企圖後7天內)曾就醫，此發現提供我們了解在自殺者執行自殺行為前曾嘗試就醫，Lee (2008)也曾針對19,426名自殺死亡者的回溯世代研究指出，有83.1%的個案在自殺身

亡前1年內曾利用過非精神科的醫療服務，而僅有22.2%的個案曾利用過精神科醫療服務；換言之，自殺者在執行自殺企圖前會嘗試求醫解決，可謂為一種尋求協助的信號，但若就醫後的狀況沒有改變，則所產生的挫敗感尤勝於未求醫前，當個體感到再沒有任何選擇而產生「無助感」時，自殺行為便會產生(Williams, 1997)。另外，Hawton (2000)也提到12%~30%以上的自殺死亡者，在生前至少曾企圖自殺過一次；而第一次自殺企圖(即便使用的工具致死性不高)，對於後續自殺身亡的可能性卻有顯著提升的影響，所以在心理健康從業人員必須對於個案自殺保有高度敏感度，個人或家族自殺史，以及遭逢生活重大壓力事件也都是導致自殺的可能因素。

偏鄉互助共好 V.S.老人自殺防治

因應人口老化，政府於2008年開始推動「長期照顧十年計畫(2008-2017年)」(簡稱長照1.0)，繼而又再提出「長期照顧十年計畫2.0版(2017-2026年)」，不僅檢視了長照1.0之推動限制，更期望提供創新、整合及具延伸性的照護，將服務對象擴大納入50歲以上失智症患者、55歲以上平地原住民、49歲以下失能身心障礙者、65歲以上IADL失能之衰弱(frailty)老人更積極推動符合民眾照顧需求，增加了失智症照顧服務、原住民族地區社區整合型服務、小規模多機能服務、家庭照顧者支持服務據點、推動社區整體照顧模式、社區預防性照顧、預防失能或延緩失能之服務、延伸至出院準備服務、居家醫療等9項服務(衛生福利部, 2019)。長照2.0的推動社區整體照顧模式以達在地老化的目標。

然而偏鄉地區因為資源不足，交通不便，再加上年輕人口外流，老人憂鬱自殺比率偏高，政府雖然致力推動長照2.0，偏鄉地區因人力、物力的不足導致推動受到阻礙。關懷據點的推動，可以鼓勵長輩參與社交互動，但是因為資源不足，導致活動無法延續，活動與支援人力都有限制。老人憂鬱與自殺防治首重於社會化關係的重建，很多長輩因為老化造成身體的衰退而逐漸減少社交互動，另一方面，長照服務中居服

員雖然扮演很重要的角色，但偏鄉地區幅員遼闊，居服員們需要花更多的時間和精力在「交通」上，實際花在個案照顧上只有幾小時，而居服員薪資是依據服務對象失能程度、服務項目以「時薪」計算，以成本效益而言，偏鄉居服員的收入與付出不符合成本導致投入人力不符合所需。

長照 2.0 在偏鄉的推動確實必須因應地緣性、人口結構性、需求性及資源整合性做考量。根據吳 & 趙(2010)調查社區獨居老人需求在生理需求以「協助家事服務(如清潔房間、洗衣物)」為主，心理與靈性需求以「期望鄰居朋友(或他人)主動關心、陪伴」得分最高，社會需求則以「當您生病需要照顧時，是不是需要有人來幫忙」。老人的需求不多，只希望有人陪伴，有人傾聽，在需要協助時有人可以依靠。

行政院 2005 年 5 月 18 日核定通過「建立社區照顧關懷據點實施計畫」期望由當地民眾擔任志工，發揮社區自助、互助功能，並落實在地老化及社區營造精神，建立社區自主運作模式(衛福，2020)。孫(2017)建議偏鄉地區應組成志工團隊，建構互助共好的服務模式，避免跨區造成居民感情疏離；陳(2016)提出讓社區關懷據點持續維持服務成為培力重點，更指出提升服務品質、深耕在地社區的重要性；培訓具長照熱情的專業照顧管理專員，包括深化核心價值、個案管理能力、溝通技巧訓練等；最重要的是提供管理與支持系統，包含成立偏遠地區照顧管理專員聯繫網絡平台，提升對偏遠地區照顧管理專員的支持。

偏鄉地區因人力及資源限制必須透過『在地人照顧在地人』的模式，互助共好精神的建立透過社區發展協會來整合照顧在地社區長者的責任，由社區在地民眾擔負起照顧探望的責任，老人可以透過探望得以延續社交互動，減少孤寂感，進而防治老人憂鬱與自殺。

結語

老化是人生必經之路，面對多重的失落與角色改變，對於個人會造成生理、心理、社會甚至靈性的衝擊。偏鄉地區因為地處偏僻，人口外流，偏鄉老人常

面臨獨居、孤單與失落的感受，更甚至導致自殺問題，老人自殺不僅是心理問題，也反映了整個社會結構的失能，政府雖然積極推動長照 2.0 計畫，但偏鄉的特殊環境使得政策推動困難，因此若能發揮在地社區發展協會力量，推動『在地人照顧在地人』的模式，以互助共好的精神，運用在地資源形成偏鄉照顧網絡方能解決長照資源不足的困境。

致謝

感謝江弘基博士於 104004 研究計畫之統計分析。承蒙衛生福利部草屯療養院提供經費，(編號:104004「南投縣自殺防治策略規劃實證基礎研究 - 1999-2013 趨勢分析」)，在此表達誠摯感謝。

參考資料

- 全國自殺防治中心.(2020). 全國自殺死亡資料統計.台北: 衛生福利部. Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/dl-63204-a0824d10-c723-4014-8a3c53d0de-251fc6.html>
- 何華欽、林宏陽、戴品芳 & 何華倫.(2016). 高齡者社區參與對心理福祉的影響：以屏東縣社區關懷據點為例,台灣社區工作與社區研究學刊, 6(3), P45 – 80.
- 吳芸蓁 & 趙淑貞.(2010). 探討偏鄉住院老人個人特質，精神健康狀況，生活品質及憂鬱情緒對自殺意念之影響，弘光學報，63，p.44-64.
- 周孟嫻、紀玉臨、謝雨生(2010)。台灣自殺率具空間群聚嗎？模仿效應或結構效應。人口學刊，41，1-65.
- 孫智辰.(2017). 社區照顧關懷據點轉型設置巷弄長照站的可能與限制 - 以臺南市資源不足區為例. 台灣社區工作與社區研究學刊, 7(2). 97-148.
- 陳柔謙.(2016). 運用服務缺口模式探討偏遠長照服務據點之服務傳遞缺口與挑戰—以南部偏遠鄉鎮為例. 未發表之碩/博論文: 成

- 功大學老年學研究所。
- 曾誰我、馬永川 & 王彥儒.(2016). 高齡獨居者生活社交需求之調查. 福祉科技與服務管理學刊. 4(4). P.505-520.
- 郭憲文, 吳淑貞 & 邱明珠.(2003). 台灣中部地區九二一地震與特定疾病死亡率之相關性研究. 中台灣醫學科學雜誌, 8(3), 157-164.
- 國家發展委員會.(2020). 扶養比趨勢, Retrieve from: <https://pop-proj.ndc.gov.tw/chart.aspx?c=11&uid=67&pid=60>
- 劉麗娟.(2017). 偏遠地區老人照顧跨部門治理研究 - 以臺東縣池上鄉為例. 國家與社會. 19, 161-212.
- 鄭偉仲, 黃宗正, 李明濱 & 廖士程.(2016).老人憂鬱症與自殺防治.台灣老年醫學暨老年學雜誌,11(1),16-30.
- 盧俊吉、林如森 &王春熙.(2009). 高齡者社會支持、休閒活動與心理健康關係之研究·農業推廣文彙·56·p.101-110.
- 謝欣潔 & 林鴻洲 (2018). 高齡者社會互動與寂寞感之研究：社會行銷觀點, 未發表之碩/博論文. 國立臺灣師範大學.
- 劉宏鈺、吳明儒、吳曉君(2012). 社區高齡者學習與健康關係之評析:以嘉義縣長青活力站為例.台灣社區工作與社區研究學刊, 2(2), 123-162.
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳諶 & 吳文正 (2004). 臺中與南投社區心理衛生中心運作型態之比較研究. 北市醫學雜誌, 1(4), 468-479.
- 蘇筱雯(2015). 探討偏鄉住院老人個人特質、精神健康狀況、生活品質及憂鬱情緒對自殺意念之影響. 未發表之碩/博論文. 國立台北護理健康大學.
- 衛生福利部.(2019). 長期照顧的整體政策藍圖. Retrieved December, 2020, from <https://1966.gov.tw/LTC/cp-3635-42393-201.html>
- 衛福. 社區照顧關懷據點 世界一級棒 Retrieved December 18, 2020, from <http://www2.mohwpaper.tw/inside.php?offset=1&cid=322&type=history>
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2000). The international handbook of suicide and attempted suicide. New York: John Wiley & Sons.
- Katon, W. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), p.216-226.
- Lee, H. C., Lin, H. C., Liu, T. C., & Lin, S. Y. (2008). Contact of mental and nonmental health care providers prior to suicide in Taiwan: a population-based study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 377-383.
- Williams, J. M. G (1997). *Cry of pain. Understanding suicide and self-harm.* London: Penguin Press

An aging society: the elderly suicide in the rural area

Yao-Yu Lin¹ 、Wen-Jiuan Yen^{2*}

1. RN, MSN, Head Nurse Tsaotun Psychiatric Center
2. * Professor, RN, Ph. D. Department of Nursing, Chung Shan Medical University

Abstract

Most of the young population in rural areas leave their hometown for work resulting in the increased of the elderly population live alone. They suffer from social isolation, lonely, and helpless without family care. According to 2004~2019 estimate, the crude death rate of 65 years was higher than any age group. The increasing of solitary elderly population in addition to the shortage of resources in rural areas and migrant out of manpower; the psychological adjustment of elderly in rural areas should not be ignored. The purpose of this manuscript is to discuss the elderly suicide issue in terms of micro and macro view. The authors advanced proposed the concept of good sharing and mutual assistance in the community to construct the social network for the rural elderly in order to reach the goal of suicide prevention for elderly in rural areas.

Key words: elderly suicide 、rural area

Accepted for publication July 23, 2020

* Address correspondence to: Wen-Jiuan Yen, No.110, Sec 1, Jianguo N. Rd., Taichung, Taiwan, R.O.C.

Tel: 04-24730022 ext. 12325

E-mail: wyen@csmu.edu.tw