

兒虐致死危險因子與防治策略之研究

國立台灣師範大學社會工作研究所教授 彭淑華

目次

- 壹、前言
- 貳、兒童虐待之成因與防治
 - 一、兒童虐待之成因
 - 二、兒童虐待的防治策略
- 參、研究設計
 - 一、資料蒐集與樣本選擇
 - 二、資料分析
 - 三、研究限制
- 肆、研究發現—兒虐致死個案分析
 - 一、兒虐致死個案之基本屬性概況
 - 二、施虐者之基本屬性概況
 - 三、兒虐致死個案之家庭基本屬性概況
 - 四、兒虐致死個案之社區或社會特質
- 伍、研究結論與建議
 - 一、研究結論：兒虐致死危險因子
 - 二、研究建議

摘要

兒童虐待形成因素往往是多元且複雜的，兒虐致死案例亦然。本研究採用世界衛生組織（World Health Organization）及國際防止兒童受虐及受疏忽協會（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、社區及社會等層面探討台灣兒虐致死之成因，並希望藉由成因之檢視，建構更完整之防治策略。

為達上述目的，本研究以個案評估調查與深度訪談法為主。個案評估調查係函請各縣市政府社會局針對所轄地區 95 年度以來之兒虐致死個案逐案填寫檢核表，共計回收 27 份有效問卷。深度訪談主要以兒虐致死個案之主責社工或督導為主，共計完成 16 人次、13 個兒虐致死案例之訪談，相關資料主要用來補足問卷調查難以呈現之質性豐富資訊與社工同仁之主觀詮釋觀點。

研究發現，兒虐致死案例之成因較多集中在個人因子與關係因子部分，個人因子包括：（一）與父母親或主要照顧者有關的因子：如個人屬性、托育、暴力、經濟、情緒管控或障礙、個人特殊習性、或犯罪行為等；（二）與兒童本身有關的危險因子：如非期望的兒童、持續哭鬧、需高度關注、身處暴力或犯罪情境、未進入正式體系、年齡等。關係因子則包括與親子依附或情感連結、婚姻或情感、案父母之原生家庭、社區環境、支持系統等。社區或社會因子主要為社區缺乏相關服務以支持家庭。

根據上述研究發現，本研究分從個人與關係層面、社區與社會層面及兒虐成因之檢視等方面提出具體建議，供社工實務工作者、兒童專業保護網絡成員及相關政策規劃之參照。

壹、前言

兒童虐待主題直到十九世紀後期因媒體的報導方受到重視。1860年，巴黎法律醫學教授Ambroise Tardieu首次報告32例兒童身體傷害病例，其中19例死亡；1874年，美國Mary Ellen Wilson受虐事件係藉由「動物保護協會」(Society of the Prevention of Cruelty to Animal)的協助，以「動物虐待」案，才將施虐者判刑入獄。其後，學者如John Caffey於1946年提出Caffey症候群，敘述兒童發生多次硬腦膜下血腫塊合併長骨骨折，1953年F. Silverman才提出Caffey症候群可能是因為外傷引起。1955年，Wooley及Evans則認為這一類症候群可能是父母親對兒童身體處罰造成的。直到1961年，Henry Kempe提出「Battered Child Syndrome」之後，兒童虐待個案陸續被發表，美國聯邦政府則於1974年通過中央立法—兒童虐待防治法案(The Child Abuse Prevention and Treatment Act)，進一步鼓勵各州建立完備的通報系統及後續的保護服務，並於中央設置了「全美兒童虐待疏忽防治中心」(National Center on Child Abuse and Neglect)，專門處理全國兒童之保護業務。兒童保護工作開始進入較為主動、積極的階段(江季勛，1993；余漢儀，1993；朱美珍，1990；彭淑華，1998)。

余漢儀(2002)於回顧美國歷史上之兒童保護工作發展，指出兒童保護歷經傳統觀點(traditional view)、保護觀點(protective view)至解放觀點(liberationist view)，亦即自父母為孩童的自然保護者演變至國家對兒童的保護角色、終至主張兒童應被賦予獨立個別之法定權利。Harding(1997)則自政府對於兒童照顧的發展取向，探討政府與家庭分工觀念的改變，並認為目前已朝向以家庭為基礎或以家庭為核心之兒童福利實務工作，支持家庭之政策理念仍持續被執行，而尊重兒童之權利與自由觀亦相繼被倡導(彭淑華，1995、2008)。

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、社會與教育措施防止兒童在其父母、法定監護人或其他照顧兒童之人照顧時遭受身心脅迫、傷害或虐待、遺棄或疏忽之對待以及包括性強暴的不當待遇或剝削。」(內政部兒童局網站，2008/9/25)雖然各先進國家紛紛從法律和制度來保障兒童的權利，然而兒童虐待及疏忽的案例仍時有所聞，兒虐致死之案例亦引起關切。

以兒虐致死案例來看，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。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。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, 簡稱WHO)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。

至於在台灣地區的兒虐致死現況為何呢？由內政部兒童局資料顯示，2004年至2007年總計有47個兒少因受虐待而死亡，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%(劉淑瓊、彭淑華，2008)。這些都只是初估數據，且明顯低估，然在有限資料中，是否仍能呈現台灣地區兒虐致死之可能危

險因子？從危險因子的辨識，如何建構防治兒虐致死之防治策略？這些是本研究亟待瞭解之焦點。

貳、兒童虐待之成因與防治

一、兒童虐待之成因

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）－

1. 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。

2. 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，父母的負擔沈重；
- （8）家中有與受虐兒童年齡相近之兄弟姐妹，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：

1. 缺少親子間的依附及情感連結；
2. 家庭成員帶有身體、發展或心理健康上的問題；
3. 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；
4. 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；
5. 性別角色或親密關係間的角色在家庭內不被尊重；
6. 在社區內被隔離；
7. 缺乏支持網絡以協助關係中之壓力或困難情境；
8. 缺乏來自延伸家庭提供的教養支持；
9. 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；
10. 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：

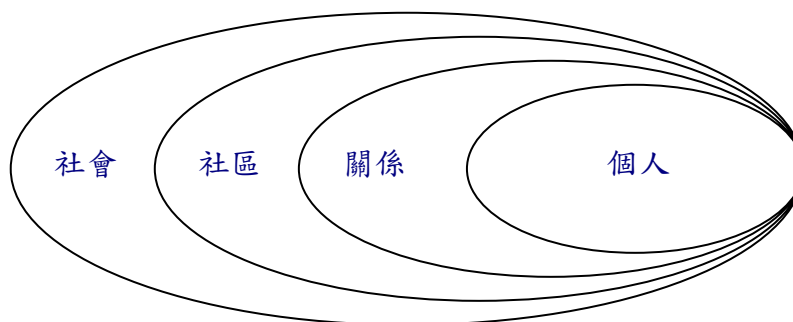
1. 對暴力的容忍；
2. 社區中的性別與社會不平等；
3. 房舍缺乏或不適當；
4. 缺乏相關服務以支持家庭或社區機構之特殊需求；
5. 高失業率；
6. 貧窮；
7. 環境中充斥鉛或其他有害毒素；
8. 流動型的鄰里社區；
9. 酒精飲料易於取得；
10. 在地存在毒品交易；
11. 機構之政策或方案不適當，致使兒童受虐之發生率增加。

(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：

1. 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；
2. 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；
3. 社會及文化的規範強化刻板的性別角色；
4. 社會及文化的規範貶抑親子關係中之兒童地位；
5. 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

二、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 (HIPPI), 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。

參、研究設計

一、資料蒐集與樣本選擇

（一）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，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」，函請各縣市政府社會局針對所轄地區 95 年度以來之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：

1. 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：不被期待而生下、未能滿足父母之期待或願望（如：性別、外觀）、持續哭鬧且很難安撫等。
- （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

- 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。
- 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情形等。

2. 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。

3. 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。

4. 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：酒精易於取得、社區失業率高、社區居民經濟貧窮等。

(二) 半結構式深度訪談¹

深度訪談對象主要以兒虐致死個案之主責社工或督導為主。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。訪談對象中主管人員共計 7 人次，社工員則為 9 人次。深度訪談資料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。

二、資料分析

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）。深度訪談所獲得的質性資料事先徵得受訪者同意，採全程錄音。訪談資料的蒐集與分析採同步進行方式，每場訪談結束後，由研究助理負責整理逐字稿，之後研究者詳細閱讀逐字稿，從中萃取出具特殊意義的內容，加以歸類並予以類名化。

¹ 受限於本文篇幅，本文僅呈現質性訪談之主要歸類項目，無法呈現受訪者之訪談對話。

三、研究限制

本研究蒐集案例資料主要以 95 年度之後為主，主要原因為內政部兒童局在 95 年度開始要求各縣市提報重大兒虐個案檢討評估報告，因此在資料的掌握上較為完整，然因屬回溯性研究，部分受限於主責社工之記憶與個案記錄之完整性，且社工記錄相關內容與本研究由兒虐生態模式觀點切入，原有個案資料有限，因此在部分選項上「不詳」的比例較高。

另一方面，兒虐致死案例倘非屬原先社會福利系統個案，在案發且兒童已死亡時，施虐者通常已進入司法體系，對於施虐者及其他相關重要關係人的資料難以掌握。若家中未有其他未成年子女，則社工介入處遇幾乎為零，因此對於案家所處社區或社會相關危險因子更無法掌握。因此，在危險因子的呈現上，較以個人及關係層面為主，社區及社會層面則較難獲得。

肆、研究發現—兒虐致死個案分析

經由問卷調查與深度訪談，相關研究結果整理分析如下：

一、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 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 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	1(3.7)
--生母+外婆	5(18.5)
--生母+繼父	1(3.7)
--生母+同居人	
--生母+同居人+同居人親戚	1(3.7)
(3)與生父一方同住	1(3.7)
--生父+手足	1(3.7)
--生父+祖父	2(7.4)
(4)與其他親戚同住	
--外公外婆+手足+親戚	2(7.4)
--親戚+親戚小孩	2(7.4)
(5)與其他非親戚同住	1(3.7)
--生母同居人	
--保母+保母家人	
--寄養家庭	
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

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 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。

(二) 兒虐致死事件發生之背景資料

1. 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 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 3)。

表 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	5(18.5)
3.公共場所	4(14.8)
4.其他	1(3.7)

表 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。

2. 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)。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 5)。

表 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 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 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。

(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 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。

(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？與施虐者的關係及虐待類型為何？。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8）。

表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 (複選) (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/母同居人		7(50.0)
(二) 父親		5(35.7)
(三) 母親		2(14.3)
(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。至於社工員未處理的原因事後檢討，包括下列幾種原因：(1) 歷經社工員的轉換；(2) 新案接不完、舊案被壓縮或忽略；(3) 非專職兒保社工，區域社工業務多元；(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。

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。

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」。

(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：

1.兒虐致死案之處遇

由表 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 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)

2.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 10、表 11）。

表 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 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	
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	3(30.0)
4. 弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助	2(20.0)
5. 特境婦女經濟扶助	1(10.0)
6. 不詳	1(10.0)

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，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。

二、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 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 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 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	
(2)20 歲 (含) — 未滿 25 歲	1(3.3)
(3)25 歲 (含) — 未滿 30 歲	2(6.7)
(4)30 歲 (含) — 未滿 35 歲	11(36.7)
(5)35 歲 (含) — 未滿 40 歲	8(26.7)
(6)40 歲 (含) 以上	2(6.7)
(7)不詳	4(13.3)
	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)
	1(3.3)

(5)其他	
9.犯罪紀錄	
(1)不詳	
(2)無犯罪紀錄	12(40.0)
(3)有犯罪紀錄	12(40.0)
—犯罪紀錄項目(複選)—	6(20.0)
有犯罪紀錄：傷害前科	
有犯罪紀錄：吸毒前科	2(6.7)
有犯罪紀錄：其他	4(13.3)
-妨害性自主	6(20.0)
-性侵幼童	1
-偷竊、竊盜	1
	4
10.家暴記錄	
(1)不詳	
(2)無家暴記錄	11(36.7)
(3)有家暴記錄	13(43.3)
—家暴記錄項目(複選)—	6(20.0)
有家暴記錄：對配偶施暴	5
有家暴紀錄：對子女施暴	3

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。

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：

- 1.案母或施虐者曾有前科：如案母吸毒、案父妨害性自主罪等。
- 2.主要照顧者情緒管理不佳，或帶有精神疾病、躁鬱症等症狀。
- 3.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。
- 4.施虐者失業或工作不穩定、照顧壓力大、缺乏支持系統。
- 5.施虐者脾氣不佳、愛喝酒。

(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 13）。

表 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) 是	29(96.7)
(2) 否	1(3.3)
2.與個案關係	
(1)父	10(33.3)
(2)父/母同居人	8(26.7)
(3)母	7(23.3)
(4)親戚	2(6.7)
(5)保母或其家人	2(6.7)
(6)繼父/母	1(3.3)
3.案發前，與個案的互動頻率	
(1)互動頻率高，偏向負向	12(40.0)
(2)互動頻率高，偏向正向	7(23.3)
(3)不詳	6(20.0)
(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，與案母同居或因案母入獄服刑中，案主委由同居人照顧，因所託非人，而致兒童受虐致死；另外一種狀況是施虐者為案主之繼父或案主家庭之其他親友。

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。

(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 14）。

表 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)

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：(1) 施虐者為同居人；(2) 主要照顧者或施虐者情緒管理不佳；(3) 施虐者年輕、教育程度不高、無業；(4) 施虐者喝酒後肇事；(5) 施虐者與案主之情感連結較淺；(6) 施虐者有犯罪前科；(7) 施虐者有傳統重男輕女觀念；(8) 不良習性（如簽賭），家中經濟狀況欠佳、壓力大；(9) 施虐者精神狀況異常；(10) 施虐者管教不當、缺乏教養經驗等。

三、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 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 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)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	
(2)本國籍，原住民	24(88.9)
—阿美族	2(7.4)
—太魯閣	1
(3)本國籍，新住民	1
—高棉柬埔寨	1(3.7)
	1
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)
(4)自己擁有	3(11.1)
(5)借住親戚家	2(7.4)
(6)居住保母家	2(7.4)
	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「死囤仔」、「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，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。

(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16)。另從研究者深度訪談主責社工亦可得知同樣的結論，兒虐致死家庭之親友支持網絡是有限的，若再遭逢照顧壓力或其他生活事件，易在情緒管控不佳下造成悲劇。

表 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)

(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 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，25.9%）。

表 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	7(25.9)
5.家庭成員帶有身體、發展或心理健康上的問題	6(22.2)
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	5(18.5)
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	4(14.8)
9.在社區內被隔離	3(11.1)
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)

另從研究者深度訪談主責社工歸納得知，兒虐致死個案之家庭特質包括：

- 1.案母曾有吸毒前科。
- 2.案母入獄服刑。
- 3.案父犯案被羈押，經濟來源中斷。
- 4.年輕爸爸或媽媽，小孩子帶小小孩。
- 5.孩子非屬同一位生父，均為同居關係，孩子分由不同人照顧。
- 6.來來去去的案家，無從著力。
- 7.案家為暴力家庭--案母為受暴婦女、童年受虐。
- 8.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。
- 9.施虐者失業、案母從事酒店、按摩業。

10. 父母與案主的關係淡薄、態度冷漠。
11. 案父異地工作，對案母及小孩不聞問。

四、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 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 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)

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：(1) 地處偏僻，環境孤立；(2) 住居環境不佳，不適合年幼子女等。

伍、研究結論與建議

一、研究結論：兒虐致死危險因子

在兒虐致死之危險因子方面，本研究依據 WHO 及 ISPCAN 之生態模式架構，將本研究之主要發現依個人、關係、社區及社會等層面摘要相關結果如下：

(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。

1. 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：
 - a. 父或母親年輕生子
 - b. 教育程度主要為國中或高中/職。
- (2) 與托育議題有關：

- a.主要照顧者不適當。
- (3) 與暴力議題有關：
 - a.童年受虐或為兒少保護個案（如安置）。
 - b.婚姻暴力施虐者、受害者。
 - c.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：
 - a.失業、工作或收入不穩定。
 - b.面臨財務困難（如欠賭債）。
 - c.從事特種行業（如茶室、酒店等），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：
 - a.遇到心情沮喪或憤怒時，缺少自我控制能力
 - b.有精神或心理情緒之障礙
- (6) 與個人特殊習性有關：
 - a.濫用酒精或藥物，致使照顧兒童能力受影響」此部分。
- (7) 與犯罪行為有關的：
 - a.過去個人曾參與犯罪行動，有前科紀錄
 - b.主要照顧者或重要他人入獄服刑中

2.與兒童本身有關的危險因子：

- (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，包括未進入托育系統。
- (6) 年幼，無法自我保護。

(二) 關係因子(relationship factors)：

- 1.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。
- 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。
- 4.與社區環境關係
 - (1) 社會孤立位置，與社區不往來
 - (2) 新遷入戶或流動戶。
- 5.與支持系統有關
 - (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：

1.社區缺乏相關服務以支持家庭。

二、研究建議

根據上述研究結果，研究者分從個人與關係層面、社區與社會層面及兒虐成因之檢視等方面提出具體建議如下：

(一) 針對個人與關係層面

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）針對社區或社會層面

社區或社會支持系統對於兒童保護工作扮演積極預防與消極防治之重要角色。由於兒童及少年保護業務為跨專業、跨機構之專業服務，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，疏於對未成女子女安全之規劃等，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（彭淑華，2006；Campbell，2002）。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) 兒虐成因之檢視

1.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。

2.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，建議未來能廣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。

參考書目

- 內政部兒童局（2008，9月25日）。*兒童權利公約—文字版*。2008年10月16日取自 <http://www.cbi.gov.tw/CBI%5F2/>
- 江季勛（1993）。兒童虐待--小兒科醫師所扮演的角色。*中兒醫誌*，34卷，頁9-19。
- 朱美珍（1990）。由社會福利論兒童虐待問題。*復興崗學報*，44期，頁461-479。
- 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（2002）。*兒童福利服務*。呂寶靜主編，*社會工作與台灣社會*（89-129頁）。台北：巨流圖書公司。
- 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（1995）。我國兒童福利法政策取向之評析。*社區發展季刊*72期，頁25-40。
- 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*。內政部兒童局委託。

- 彭淑華 (2008)。兒童福利政策脈絡。於彭淑華等著，*兒童福利：理論與實務* (頁 65-80)。台北：偉華書局。
- 劉淑瓊、彭淑華 (2008)。兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研究。內政部兒童局委託研究。
- Campbell, L. (2002). Interagency practice in intensive family preservation services. *Children and Youth Services Review*, 24(9/10): 710-718.
- Harding, L. F. (1997). *Perspectives in child care policy*. London: Longman.
- 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)
- 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.