



行政院衛生署補助計畫成果報告

計畫名稱：100 年度「醫院試辦老人自殺防治品質促進計畫」

補助起迄：100 年 12 月 29 日～101 年 12 月 29 日

申請機構：台北榮民總醫院

主持 人：蔡佳芬

填表日期：102 年 01 月 24 日

目 錄

頁 碼

封面

目錄.....	i
圖目錄.....	iii
表目錄.....	v
一、預定完成工作項目及執行情形.....	1
二、執行成果(含各項指標達成情形).....	2
第一章 緒論	3
第一節 前言.....	3
第二節 計畫目標.....	6
第三節 計畫內容及辦理方式	7
第二章 住院老人個案憂鬱與自殺意念的篩檢與追蹤.....	8
第一節 篩檢方法與步驟.....	8
第二節 接受篩檢的住院老人特徵	11
第三節 高危險族群與對照組之比較.....	13
第四節 簡式健康量表與自殺意念追蹤關懷	14
第三章 訂定醫院自殺防治教材與工作手冊.....	16
第一節 建立院內自殺防治篩檢工作手冊	16
第二節 建立老年憂鬱與自殺防治教材	21
第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導.....	24
第一節 院內宣導本專案.....	24
第二節 辦理院內人員教育訓練.....	25

第三節 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導	32
第四節 與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作.....	38
第五節 辦理自殺個案討論.....	39
第五章 討論與建議.....	40
第一節 重要研究結果摘要.....	40
第二節 針對研究結果之討論.....	41
第三節 研究限制與未來研究方向.....	42
第四節 未來推廣試辦之模式建議.....	43
三、 執行過程中所遭遇之問題與困難	45
四、 經費使用狀況	46
五、 相關附件	47
附錄一 台灣版 EQ-5D	48
附錄二 台北榮總篩檢量表.....	50
附錄三 人體試驗委員會同意臨床試驗證明書.....	51
附錄四 台北榮總出院準備服務單.....	52
附錄五 台北榮總老人憂鬱自殺防治學習課程教材	53
附錄六 自殺防治學會海報投稿-痛不欲生	68

圖 目 錄

圖 1. 台北榮總院內老人自殺防治整合服務流程	10
圖 2. 關懷前後 BSRS 總分以及自殺分項分數變化圖	14
圖 3. 關懷前後 GDS-15 總分與 EQ-5D index 分數比較圖.....	15
圖 4. 關懷前後 EQ-5D index 生活品質量表分項比較.....	15
圖 5. 「台北榮總住院老年病患憂鬱症與自殺篩檢流程」宣導單(正反面) ...	21
圖 6. 醫病也醫心海報	22
圖 7. 探病也探心海報	22
圖 8. 關心銀髮老寶貝-憂鬱，你不知道的老年殺手	23
圖 9. 關心銀髮老寶貝-鬱卒怎麼說出口	23
圖 10. 關心銀髮老寶貝-憂鬱，該怎麼辦？	23
圖 11. 門診區海報宣導	24
圖 12. 員工餐廳美食街宣導	24
圖 13. 院內人員教育訓練課程海報	25
圖 14. 院內同仁踴躍參與專業人員教育宣導活動	26
圖 15. 護理部陳玉枝主任主持專業人員教育宣導活動(蔡佳芬醫師主講)....	26
圖 16. 精神部楊誠弘主任主持專業人員教育宣導活動(陸瑞玲護理師主講) ..	27
圖 17. 當日會議現場	27
圖 18. 高風險單位護理同仁踴躍參與專業人員教育宣導活動.....	28
圖 19. 同仁認真聆聽專業人員教育宣導活動	28
圖 20. 11/2 舉辦的專業人員教育宣導活動報到現場	29
圖 21. 由全國自殺防治中心李明濱教授主講	30
圖 22. 由李明濱教授、北榮精神部陳映雪部主任、北榮精神部楊誠弘主任頒獎予防治績優單位	30
圖 23. 計畫主持人蔡佳芬醫師主講北榮院內老人自殺防治成果分享.....	31

圖 24. 慢性腎臟病友自殺防治教育宣導_個管師共同參與.....	32
圖 25. 慢性腎臟病友及家屬自殺防治教育宣導	32
圖 26. 慢性疼痛病患及家屬自殺防治教育宣導	33
圖 27. 慢性疼痛病患自殺防治教育宣導	33
圖 28. 慢性疼痛病患自殺防治教育宣導	33
圖 29. 乳癌病友會會長一般外科曾令民醫師、乳癌個管師與蔡佳芬講師合影..	34
圖 30. 對癌症病友與家屬進行簡式健康量表宣導	34
圖 31. 於高齡門診進行自殺防治活動說明	35
圖 32. 並對老年多重慢性疾病的病友與其家屬進行簡式健康量表宣導.....	35
圖 33. 蔡佳芬醫師亦對老年多重慢性疾病的病友再次詳細說明宣導事宜.....	36
圖 34. 蔡佳芬醫師透過日前新聞報導神經退化疾病個案自殺為例宣導防治...	37
圖 35. 許多院內同仁也同時是家屬照顧者，對長照個案自殺防治主題參與熱烈.	37
圖 36. 於北投活動中心社區民眾進行活動說明	38
圖 37. 高齡長者及其家屬接受憂鬱症與自殺防治之宣導.....	38

表 目 錄

表 1. 第一階段篩檢的住院老人特徵	11
表 2. BSRS-5 總分與各分項之相關	12
表 3. 關懷前後各項指標分數比較表	14
表 4. 老年憂鬱自殺個案討論會摘要	39

一、預定完成工作項目及執行情形

預定完成工作項目 (請依計畫書內容逐項說明)	實際執行情形
(一) 院內宣導本專案計畫	已完成宣導海報設計張貼，BBS 站公告宣導，院內護理系統線上下載宣導。
(二) 辦理院內人員教育訓練	已完成 3 場院內人員教育訓練，參與者包括護理師、心理師、社工師等。
(三) 擇定自殺風險評估工具	已選定自殺風險評估工具
(四) 訂定整合服務流程	已訂定整合服務流程
(五) 招募專案管理師	已完成三名個案管理師招募
(六) 進行個案收案管理	已進行個案收案管理
(七) 辦理個案討論	已辦理 6 場個案討論會
(八) 衛教教材開發	已與台灣老年精神醫學會、憂鬱症防治協會，組成老年憂鬱與自殺防治衛教教材開發小組，完成衛教教材開發。
(九) 建立工作手冊	逐步建立工作手冊
(十) 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導	針對高危險群家屬與病友進行自殺防治教育宣導，已完成 5 場。
(十一) 與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作	於北投區健康活動進行老年憂鬱與自殺防治宣導。
(十二) 提出本案未來推廣試辦之模式建議	於結案報告中提出建議

二、執行成果(含各項指標達成情形)

除了第一章緒論外，我們將以上十二項工作項目分做三章來說明，包括：

1. 第二章 住院老人憂鬱情緒與自殺意念的篩檢、與追蹤關懷，包含以上項目三、四、五、六。
2. 第三章 訂定醫院憂鬱與自殺防治篩檢工作手冊與教材，包含以上項目八、九。
3. 第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導，包含以上項目一、二、七、十、十一。
4. 最後，將第十二項放在第五章 討論與建議之中。

第一章 緒論

第一節 前言

我國歷年老人自殺死亡率均高於其他年齡層，並從 1995 年每 10 萬人口 25 人，
上

升到 2006 年 39.3 人高峰，至 2010 年為 35.8 人。同年，全人口自殺粗死亡率為 16.8 人，

且國人自殺死亡率於 2009 及 2010 年已連續 2 年下降，唯 65 歲以上老年族群為 2010 年

唯一自殺死亡率上升之年齡族群，且年齡愈高、死亡率愈高；又自殺身亡的老人有 90% 以上是身心障礙、久病或老衰。要能有效防治老人自殺，必須先瞭解老人自殺行為的特點。衛生署自殺防治中心資

料指出，老年人自殺的高危險因子為：1. 喪偶、獨居或離異，2. 慢性身體疾病，3. 重大 疾病末期（例如癌症），4. 憂鬱症，5. 過去有意志堅定的自傷行為，6. 缺乏生活、社交 的支持網路。身體疾病也是老人憂鬱症的重要危險因子之一。舉例來說，50%的中風病 患，50%的慢性疼痛與頸關節病變個案，45%的心臟病患，45%得癌症病患，40%的巴 金森氏症病患，30%的風濕性關節炎病患，以及 20%的糖尿病患被報告有憂鬱症狀

（Montano1999）。由基隆長庚醫院發表的研究顯示，慢性腎衰竭並接受血液透析治療病患中，有 35%

出現憂鬱症狀，並且有 21.5%曾在接受調查的前一個月出現自殺意念。其憂鬱與身體質量指數以及罹患其他身體疾患的共病有關（Chen et al, 2010）。加拿大的研究指出，老年自殺與低社會地位、憂鬱、使用鎮靜劑、使用麻醉性止痛劑、利尿劑，以及罹患精神 疾病、中風、癌症、肝病變等因素相關（Voaklander et al, 2008）。在癌症精神醫學的研究報告中，癌症病患報告有死亡意念以及高自殺危險因子被認為與女性性別、過去有精神科診斷、人際困難、疼痛有關（Madeira et al, 2011）。而新近刊登在美國老年精神醫 學期刊的文獻則指出，罹患後期癌症的病患其自殺想法與出現恐慌症，自覺身體不適， 缺乏靈性與信仰支持者，有較多的自殺意念（Spencer et al, 2011）。

但根據全國自殺防治中心分析死亡登記及全民健康保險就醫資料的結果發現，2007

年自殺死亡者中在死亡前 30 天內就醫比例達 62.3%，其中老年自殺身亡者中，有近九成（89.2%）在自殺死亡前一個月內，曾至醫院或診所就診。另根據台灣病人安全通報系統（TPR）資料，自 2005 年至 2009 年通報事件為 83,881 件，傷害行為事件 6,894 件，

佔 8.2%，自殺/企圖自殺事件在 13 類通報事件中排名第 4 位，共 734 件，通報頻率雖

不高，但事件發生造成死亡的件數為 51 件，佔自殺事件的 6.9%，極重度及重度事件亦有 113 件，造成病人、家屬及醫療團隊很大的衝擊，顯示醫療機構如能扮演「自殺防治 守門人」的關鍵性角色，擴大進行老人病患全面性篩檢，辨識老人自殺高風險個案，建立照會及轉介機制，加強醫療環境安全措施，建立自殺危險評估機制，及早提供轉介、關懷，發展全院性自殺防治策略及處遇模式，將能有效預防老人發生自殺行為。

綜上所述，在醫院內推動老人自殺防治，須具備兩大特點。一為老年精神醫學之專業團隊，第二點則是要成立跨領域、跨科別之團隊，以團隊合作的模式，進行全面篩檢與防治。台北榮民總醫院為醫學中心級教學綜合醫院，設置許多醫療部科，尤其是急重症醫療服務俱全，約有 3000 張病床。台北榮總就診病患的平均年齡比起台大醫院與林口長庚醫院整體高出十歲，老年病患佔所有門住診病患的比例達五成以上，這些數字都凸顯了台北榮總在治療老年病患的經驗。其中精神部的編制有老年精神科，並設有台灣首創的老年精神科病房，在台灣算是較早投入此領域的醫院之一。此次，台北榮總將由副院長召集，以整合性的團隊服務模式，針對院內老年病患，進行普遍性的自殺憂鬱篩檢，並成立轉介服務的專責窗口，設立院內轉介服務流程，結合個醫學會、病友團體、以及與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作，加強院內院外自殺防治宣傳，加強專業與非專業人士教育宣導。希望能達到增加老人憂鬱與自殺意念的篩檢率，早期介入，持續關懷，下降自殺行為與企圖，最終能提出一個未來推廣試辦醫院內老人憂鬱與自殺防治模式之建議。

第二節 計畫目標

- (一) 鼓勵醫院成立整合性服務團隊，訂定標準化照護流程，建立老人自殺風險個案管理模式，以提升醫療照護品質。
- (二) 早期篩檢具有自殺風險之老人，結合出院準備計畫，進行個案管理，提供所需協助，以減少自殺行為的發生。
- (三) 透過醫院內教育及宣導，強化相關醫療團隊人員自殺高危險族群之辨識、照護、轉介等知能，積極參與自殺防治工作，建立全人之共同照護團隊。

第三節 計畫內容及辦理方式

- (一) 院內宣導本專案計畫：在各病房宣導老人自殺防治教育訓練，並舉辦全院性自殺防治研討會，促進醫療人員對老人自殺高危險群的辨識、處理、轉介。
- (二) 辦理院內人員教育訓練：於各病房與不同單位醫療同仁、住院醫師、實習醫師、護理部在職教育訓練，都加上自殺防治守門人課程，以學習一問、二應、三轉介的技巧。
- (三) 擇定自殺風險評估工具：以簡式健康量表 BSRS-5 加上自殺意念一題，並加上疼痛評估量表做篩檢。若 $BSRS-5 \geq 6$ 或自殺意念 ≥ 1 者進行風險個案管理。並於出院後以 BSRS-5 及生活品質量表進行持續追蹤關懷。預定進行 2000 名住院老人篩檢。
- (四) 訂定整合服務流程：設計醫院憂鬱與自殺防治篩檢原則與做法，建立老年個案關懷團隊、加強環境安全、正確評估與處理病人自殺風險、提供自殺高危個案個別化照護、溝通與支持。
- (五) 招募專案管理師：新聘三位個案管理師，進行住院老人自殺風險篩檢、評估與追蹤關懷。原已招募三位專案管理師，分別為陳星辰、邱立興、劉純伶。而後劉純伶個管師因高中研究所碩士班、將攻讀心理碩士學位，於九月開始改由涂宇慧小姐接續之前業務。
- (六) 進行個案收案管理：三位個案管理師將合作對於 $BSRS \geq 6$ 分以上，或自殺意念 ≥ 1 分老人自殺風險個案進行個案追蹤關懷。預定追蹤 300 位住院老人。
- (七) 辦理個案討論：辦理自殺個案討論會，討論改進方法。
- (八) 衛教教材開發：開發老人憂鬱與自殺防治教材。
- (九) 建立工作手冊：建立本院住院病患憂鬱與自殺防治篩檢工作手冊。
- (十) 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導：對病患及家屬進行衛教。
- (十一) 與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作。
- (十二) 提出本案未來推廣試辦之模式建議。

第二章 住院老人個案憂鬱與自殺意念的篩檢與追蹤

第一節 篩檢方法與步驟

一、篩檢對象

本計畫於2012年1月至2012年12月止，以台北榮民總醫院65歲以上的住院老人為對象，排除瞻妄、聽力或溝通能力障礙及住院時身體病況不穩或具有傳染性之個案，納入可能收案對象。進行憂鬱焦慮症狀篩檢與自殺意念篩檢。並針對合併之身體疼痛與家庭社會支持等相關臨床因素進行探討。期能瞭解導致老年住院病患憂鬱與自殺意念的相關因子。

二、研究工具

本研究採結構式問卷及病歷查閱進行資料收集，第一階段篩檢資料包含基本資料、過去精神病史、簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5）、疼痛評估量表。

第二階段追蹤關懷再次以BSRS-5與自殺意念，以及老年憂鬱量表(Geriatric Depression Scale)進行評估，同時測量EQ-5D之生活品質量表，以追蹤關懷成效。

(一) 基本資料

包含性別、年齡、出生年月日、病歷號碼、教育程度、住院狀況、居住狀態、過去精神病史、榮民身分。

(二) 簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)

由李明濱教授等人所發展，又名「心情溫度計」，主要在做為精神疾患之篩檢表，目的在於能迅速瞭解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務，目前廣泛地使用於自殺防治工作中。使用於不同族群之患者均獲得良好之內在信度，顯見其適用之廣泛性。內在一致性(Cronbach's $\alpha = 0.77-0.90$)，再測信度為0.82。與 Mini-International Neuropsychological Interview Schedule 精神疾患診斷結果做比較，以六分做為量表切分點可得78.9%之敏感度、74.3%之特異性，同時有76.3%之正確診斷率。同時可以區分精神病患者之臨床症狀整體評量嚴重程度，使用於電話訪談亦具有良好之信效度。BSRS-5原設計為一自填量表，但也可使用面談或電話訪談進行。適用於認識中文字或聽懂中文發音者。題數少、填寫時間短、解釋容易，在使用者上限制少為其主要之優點。同時其未包含有關身體症狀之問句，可避免生理症狀對試

測結果之影響。

(三) 數字評價疼痛評估量表(Numerical Rating Scale, NRS) 評估個案一週以來身體疼痛的有無，用 0-10 代表不同程度的疼痛。應該詢問患者疼痛的程度，作出標記，或者讓患者自己畫出一個最能代表自身疼痛程度的數字。此方法在臨牀上較為常用。0 無痛 1-3 輕度疼痛（疼痛不影響睡眠）4-6 中度疼痛 7-9 重度疼痛（不能入睡或者睡眠中痛醒）10 劇痛。

(四) 老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale, GDS-15) 該量表是專為老人編製，採二分法(是/否)做答，簡單易答，更適合老人作答。簡短版 共有題目 15 題，內容包含與情感、認知及行為有關的症狀，排除有關於身體症狀的題目，減少身體症狀影響從而減弱了量表對老年憂鬱症的區辨能力；可自填或結構式詢問，施測容易，適合臨床或研究個案之篩檢。分數越高表示憂鬱症狀越嚴重，門診醫師應警覺病人有憂鬱狀態，需進一步診療或轉介精神科。切分點因各研究對象不同而有差異。

(五) 健康生活品質測量問卷(EuroQol instrument, EQ-5D)(如附錄一)

EQ-5D 是以個人喜好(preference-based)為基礎的一種健康生活品質測量工具(11)，包含了 5 個面向的自我分類題(self-classifier)，以及 0-100 分的目前健康狀況自我評量尺度等兩部份。有別於 SF-36 眾多的題數，EQ-5D 精簡的內容以及能夠產生單一的健康指標，早期常用於評估與政策研擬的研究中，近幾年來也廣泛使用在一般門診病人與臨床評估研究。目前已發展出包含台灣在內的 53 種語言版本，以及針對 15 個不同國家所制定出的族群標準參考值。EQ-5D 由兩個部份所構成。第一個部份受訪者需回答訪試當天的健康狀況，包含行動、自我照顧、日常活動、疼痛/不舒服、及焦慮/沮喪等五個面向題，每題有「沒有問題」、「有些問題/有中度問題」、「無法自理/有極度問題」等三個選項，五個題目能得到 243 種不同的健康狀態，並藉由利用時間交換法(time trade-off, TTO)所建立的族群標準參考值，加權後可得到一個單一的 EQ-5D 分數(EQ-index)。第二個部份為 EQ-VAS，由一個垂直的總長 20 公分量尺所構成的視覺類比量表(visual analog scale)，分數由 0 分至 100 分，0 分代表想像中最差的健康狀況，100 分則是想像中最佳的健康狀況，由受訪者直接在量尺上劃一條線，所對應之分數即代表面訪當天受訪者的健康狀況。

三、篩檢步驟與流程

本研究在住院老人的自殺高風險篩檢、評估與追蹤關懷，共分兩階段進行(如圖 1)

(一) 第一階段篩檢：所有符合收案條件的住院病患，經由權責護理師使用簡式健康

量表(BSRS-5)加自殺意念、及疼痛評估量表。當 BSRS-5 \geq 6 或自殺意念 \geq 1 分者，定義為自殺高危險群，並於出院後，由本院老年關懷小組提供個案追蹤關懷服務。

(二) 後續關懷：出院後納入個案管理並持續評估 BSRS-5 與自殺意念。 結案標準：BSRS-5 下降，或 GDS 總分下降，及自殺意念=0 分者，予以結案。 關懷追蹤均由本中心專案管理師負責執行，三位專案管理師在評估前經過將近一 個月密集的訓練與討論，建立共識及對於量表評估的一致性。

台北榮總院內老人自殺防治整合服務流程圖

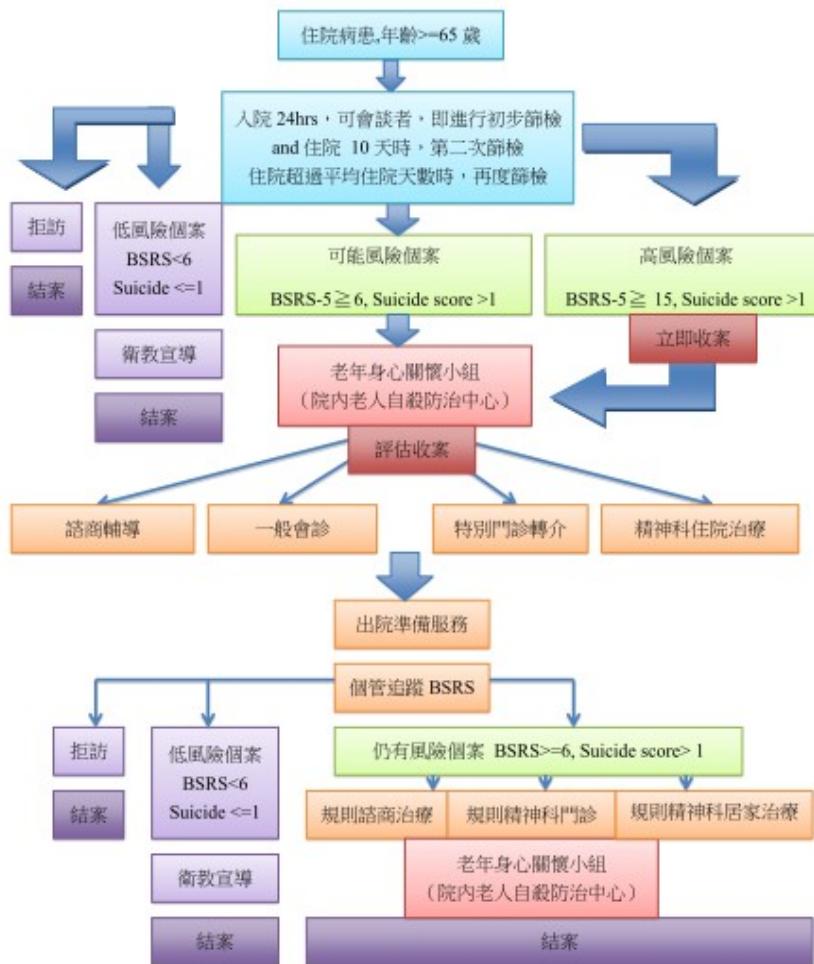


圖 1. 台北榮總院內老人自殺防治整合服務流程

第二節 接受篩檢的住院老人特徵

(一) 完成第一階段篩檢的住院老人特徵 (N=2,004)

全部共有 2,004 人完成第一階段篩檢，無人拒訪。平均年齡 77.6 ± 7.7 歲，平均受教育年數 8.2 ± 5.2 年，BSRS-5 平均分數 4.1 ± 4.1 分，自殺分項平均分數為 0.3 ± 0.7 ，疼痛評分之平均分數為 1.9 ± 2.4 (見表 1)。

男性佔個案數的 56.8%，女性則佔 43.2%。其中 44.5% 具有榮民身分。32.1% 過去曾有精神病史，74.3% 住院中家屬有探視。67.4% 住院中由家屬陪伴，而 27.5% 住院中由看護陪伴。

失眠分項平均分數 1.1 ± 1.2 ，焦慮分項平均分數 0.9 ± 1.1 ，覺得容易苦惱或動怒分項平均分數 0.8 ± 1.1 ，覺得心情憂鬱分項平均分數 0.9 ± 1.1 ，覺得比不上別人(無價值感)分項平均分數 0.4 ± 0.9 。

其中符合高風險直接收案個案共 25 名 (BSRS>=15 and Suicide>1)，符合高風險評估後收案之個案共 90 名 (BSRS>=6 and Suicide>1)，另加上中高風險個案 114 名 (BSRS>=6, Suicide>1)，再加上可能風險個案 82 名 (BSRS<6, but Suicide>=1)，總共 311 名進行後續醫療轉介與電話追蹤。

表 1. 第一階段篩檢的住院老人特徵

	Total(N=2,004)	High risk group(N=311)	Control group(N=1,693)	P value
年齡	77.6 ± 7.7	78.6 ± 7.4	77.4 ± 7.8	0.01
性別(男性)	56.8%	51.4%	57.8%	0.04
教育程度(年)	8.2 ± 5.2	7.7 ± 5.2	8.3 ± 5.1	0.10
BSRS-1(Sleep)	1.1 ± 1.2	1.7 ± 1.3	1.0 ± 1.1	<.001
BSRS-2(Anxiety)	0.9 ± 1.1	1.7 ± 1.2	0.7 ± 1.0	<.001
BSRS-3(Irritability)	0.8 ± 1.1	1.9 ± 1.2	0.6 ± 0.9	<.001
BSRS-4(Depression)	0.9 ± 1.1	2.1 ± 1.2	0.7 ± 0.9	<.001
BSRS-5(Worthless)	0.4 ± 0.9	1.3 ± 1.2	0.3 ± 0.7	<.001
BSRS-總分	4.1 ± 4.1	8.7 ± 4.4	3.3 ± 3.4	<.001
自殺分項分數	0.3 ± 0.7	1.7 ± 0.9	0.0 ± 0.0	<.001
疼痛分數(NRS)	1.9 ± 2.4	3.0 ± 2.9	1.8 ± 2.3	<.001
榮民身分	44.5%	49.6%	43.7%	0.21
精神病史	32.1%	63.3%	26.4%	<.001
住院中家屬探視	74.3%	61.1%	75.6%	0.002
住院中家屬陪伴	67.4%	57.5%	68.5%	0.03
住院中看護陪伴	27.5%	28.5%	27.4%	0.84

(二) 量表各分項之關聯分析

結果顯示住院老年病患之 BSRS-5 總分與其自殺分項分數、疼痛分述、女性性別、過去有精神病史、及低教育程度相關。而自殺風險則與(由憂鬱指數及自殺想法進行分組)與其 年齡老化、性別、疼痛分數、精神科病史、住院中家人是否探視、住院中家人是否陪 伴有關 (見表 2)。

表 2. BSRS-5 總分與各分項之相關

	自殺分項 分數	疼痛分數	家人探視	家人陪伴	看護陪伴	Age 年齡	男性	精神科 病史	教育年數
簡式健康 量表 (BPRS)總	0.44***	0.32***	-0.04	-0.04	0.07**	-0.03	-0.13***	0.28***	-0.01**
分 數									
自殺分項	-	0.15***	-0.10***	-0.07*	0.01	0.06*	-0.05*	0.29***	-0.04

By Pearson correlation analysis; ***:P<.001; **:P<.1; *: P<.05

第三節 高危險族群與對照組之比較

(一) 住院老人高危險族群之基本資料 (n=311) 共有 311 人被列入高危險族群，平均年齡 78.6 ± 7.4 歲，平均受教育 7.7 ± 5.2 年。其中男性佔 51.4%，女性佔 48.6%。63.3%過去曾有精神病史。其中 44.5%具有榮民身分。74.3%住院中家屬有探視。67.4%住院中由家屬陪伴，而 27.5%住院中由看護陪伴。

BSRS-5 平均分數為 8.7 ± 4.4 分， ≥ 6 分者佔 28.9%。自殺分項平均分數 1.7 ± 0.9 。疼痛評分之平均分數為 3.0 ± 2.9 。失眠分項平均分數 1.7 ± 1.3 ，焦慮分項平均分數 1.7 ± 1.2 ，覺得容易苦惱或動怒分項平均分數 1.9 ± 1.2 ，覺得心情憂鬱分項平均分數 2.1 ± 1.2 ，覺得比不上別人(無價值感)分項平均分數 1.3 ± 1.2 。生活品質 EQ-5D index 總分平均為 2.6 ± 1.9 。老年憂鬱量表 GDS 總分平均為 5.8 ± 3.8 。

(二) 住院老人高危險族群與對照組之比較 與住院老人之對照組相比較，高危險族群個案年齡較大，女性比例稍高，BSRS 總分，各項 BSRS 分項平均分數均較高，自殺分項分數亦較高，並且有比較高的疼痛分數(all P<0.001)。除此之外高危險族群亦與住院中家屬是否探視、住院中家屬陪伴有關。高危險族群過去有較多人報告有精神疾病史。但與教育程度及是否為榮民身分、住院中是否有看護陪伴無關。

第四節 簡式健康量表與自殺意念追蹤關懷

共有 311 位住院老人接受出院後的追蹤關懷，300 位完成結案，結案率達 96%。11 位個案 拒絕後續追蹤關懷。

比較這些個案在各種評量的開案與結案分數，包括 BSRS-5 總分，自殺分項分數，EQ-5D 等。全部都達顯著差異。BSRS-5，GDS-15，Suicide ideation，老年憂鬱量表分數均顯著降低，生活品質量表分數都顯著提高(見表 3)。(如圖 2、3、4.) 呈現這些分數的改變。

表 3. 關懷前後各項指標分數比較表

<i>N=300</i>	<i>BSRS-total</i>	<i>Suicide score</i>	<i>GDS-15</i>	<i>EQ-5D index</i>
Baseline	5.8 ± 4.6	0.8 ± 1.1	5.8 ± 3.8	2.6 ± 1.9
Follow up	4.0 ± 3.8	0.3 ± 0.7	3.6 ± 2.3	4.3 ± 1.7
P value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

圖 2. 關懷前後 BSRS 總分以及自殺分項分數變化圖

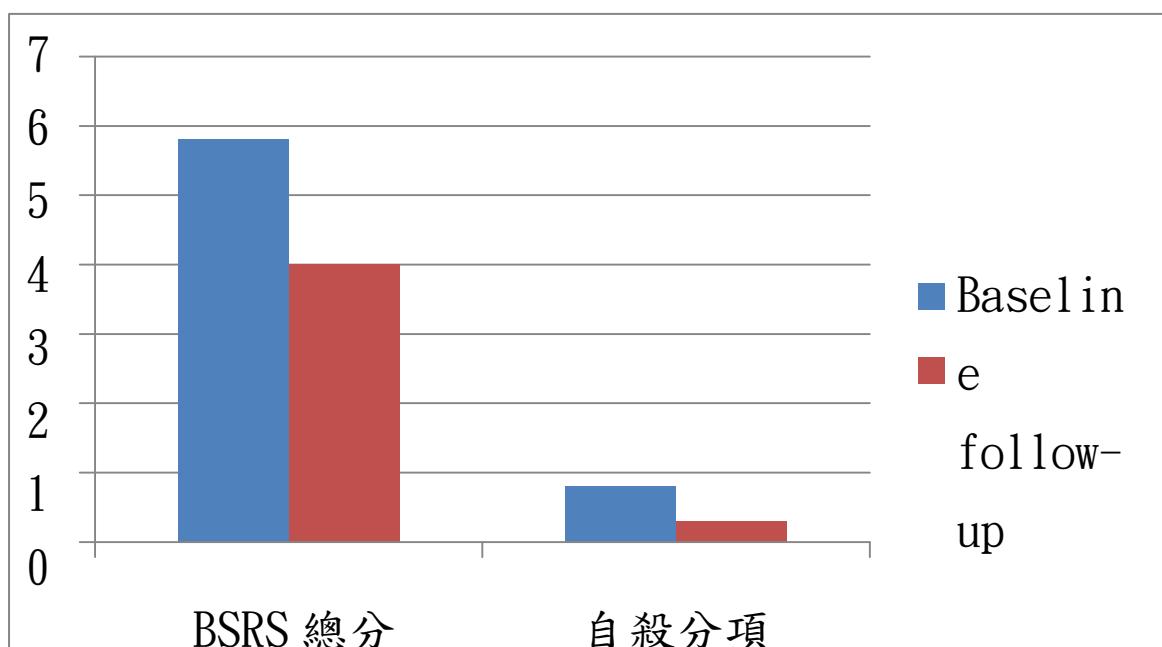


圖 3. 關懷前後 GDS-15 總分與 EQ-5D index 分數比較圖

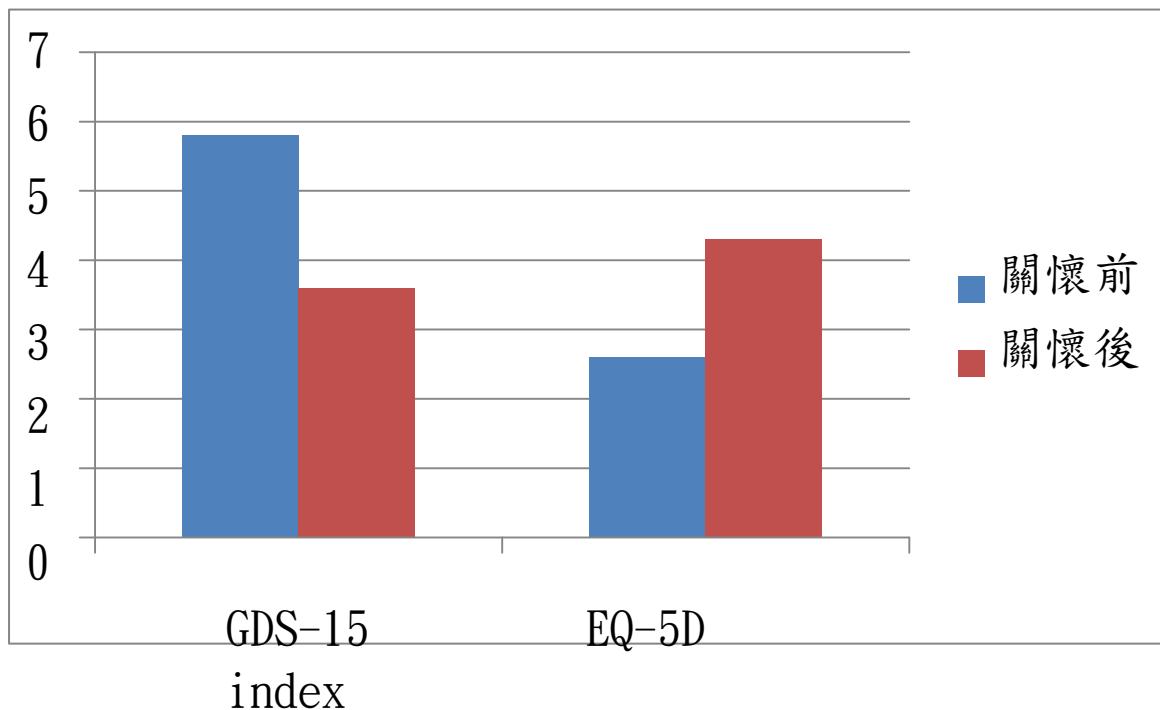
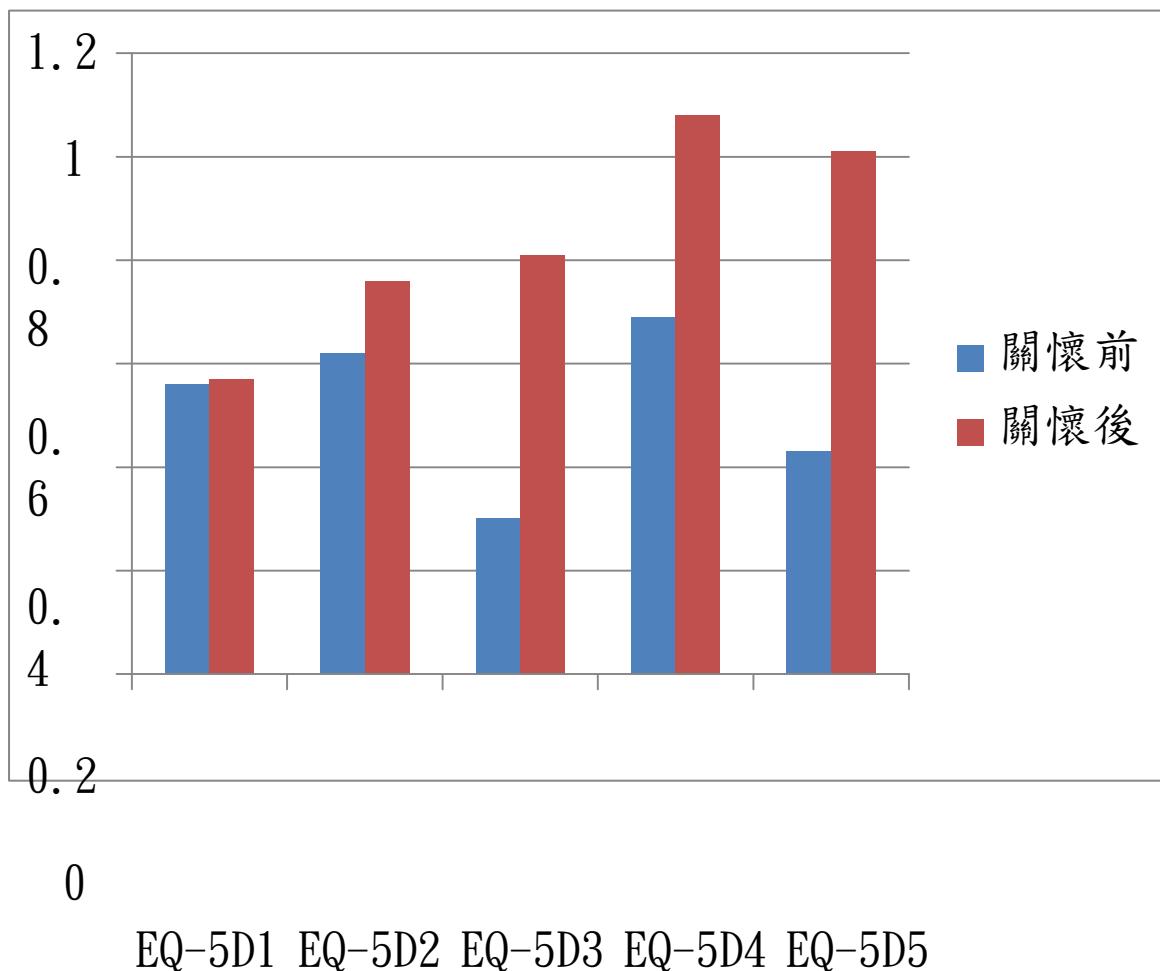


圖 4. 關懷前後 EQ-5D index 生活品質量表分項比較



第三章 訂定醫院自殺防治教材與工作手冊

第一節 建立院內自殺防治篩檢工作手冊

我國自殺防治中心報告指出，根據分析，我國老人自殺死亡率為各年齡之冠；老人隨著年齡增加，自殺死亡率也升高。就國內老人自殺現象的特性而言，男性老人自殺死亡率遠高於女性。自殺方式前三名為吊死、勒死及窒息、固體或液體之自殺及由高處跳下；以風險因子來看，歷年來自殺身亡的老人有 90%以上是殘障、久病或老衰；超過 30%的自殺老人的配偶已經去世，且比例有逐年升高趨勢。雖然我國老人自殺的研究不多，但是與憂鬱症相關的文獻不少，並且指出憂鬱老人的特性以及與自殺有關。

自殺個案生前多曾求助就醫，且求助於一般科醫師的多過於精神科醫師，70%是到醫院就醫而非診所。所以強化住院中非精神科同仁能夠早期辨識與處理潛在自殺個案的動機與能力，是建立自殺防治網絡的重要工作。特別是加強醫療人員對辨識診斷老年憂鬱症的訓練，可使合併有身體症狀的老年憂鬱症患者，能及早被診斷且接受適當的治療，同時必須留意其家庭功能，例如，透過評估家庭的關懷度，來觀察憂鬱狀態的預後，都是被推廣的方向。希望透過此次試辦院內老人自殺防治篩檢計畫，讓全院同仁熟悉篩檢流程及轉介流程，提升辨識度，達成早期發現，早期預防，積極關懷的成效。

住院病患憂鬱與自殺防治評估流程：

1. 篩檢人：專業工作人員（醫師/護理師/社工師/心理師/職能治療師/物理治療師等）人人都可是自殺防治守門人。
2. 篩檢工具取得：可於院內線上學習系統下載空白篩檢工具。或是上網搜尋簡式健康量表（BSRS-5）逕行下載使用。另外於台灣憂鬱症防治協會網站亦提供有線上自動計分的版本（<http://www.depression.org.tw/health/health.asp>）
3. 篩檢過程注意事項：
(1)自我介紹 (2)簡介篩檢流程 (3)進行BSRS-5 篩檢
(4)進行 NRS-pain score 疼痛評估 (5)給予相關醫療資源取得之方法介紹
4. 篩檢記載注意事項：
 - 1) 病患貼條：務必在篩檢單上貼上病患貼條，以助建檔與追蹤。
 - 2) 高風險病患之電話號碼：倘若病患為高危險群，於病患同意後，儘量取得病患或其家屬之聯絡方式，以利協助轉介或日後追蹤。
 - 3) 榮民身分有無：本院為退輔會所屬醫院，單身獨居或是有困難之榮民個案，可另循榮民支持系統協助，增加支持網絡。
 - 4) 過去/現在之精神疾病史：過去/現在精神病史為憂鬱與自殺之重要危險因子。也有助於防治小組與原治療醫師聯繫，針對病患提供可能協助。
 - 5) 家庭互動及主要照顧者：老年病患要比年輕患者更需要家人照顧，故患者和家人互動的情形、家庭氣氛、和那些家人住一起，誰是患者的主要照顧者，對病患之自殺防治策略有重要參考價值。
 - 6) 居住狀態：病患是否獨居，是否白日或特定時段一人在家，均可能會影響到後續治療與自殺防治計畫之設立。

- 7) 住院狀態：住院期間是否乏人照顧，高危險個案是否無人整日陪伴，是否需要啟動義務陪伴資源之支持，均有賴於基本資料之了解。
5. 加強環境安全，加強家屬衛教：加強各線單位之防護，適當移除危險物品，以避免成為自殺危險的工具，並增加同仁的警覺性，增加訪視次數。進一步對家屬或照護者進行自殺防治衛教，告知自殺危險，教育自殺徵兆之特色，避免讓病患獨處，協助管理可能之危險物品。
6. 高危險個案會診與急會診：針對個案需求，高危險個案將直接收案，需要時應立即會診精神科。可能風險個案主動提出需求時，亦應會診精神科，提供相關諮商輔導或是醫療服務。有緊急風險時，更須考慮是否須進行急會診之申請，進一步將病患轉入精神科急性病房治療。
7. 未達收案標準之可能風險個案轉介老年身心關懷小組再評估：未達收案標準之可能風險個案，可與小組連繫，安排於住院期間再評估，或是出院後電話關懷再評估。
8. 出院準備服務：原主治醫療團隊設定出院日期時，即進行高風險個案出院準備服務。並填寫出院準備服務記錄表(如附件)
9. 電話關懷追蹤：腳本如下
- (一) 病人自行接聽時
1. 先自我介紹
例如：你好！我是台北榮總個案管理師（或護理師），我姓 X，請問 X 先生（女士）在家嗎？
 2. 說明打電話動機 例如：您剛從我們醫院出院，我們藉這通電話來關心您出院的情形，出院後好嗎？
 3. 詢問藥物方面的問題 例如：您在服藥方面有任何問題嗎？是否有按時服藥？是否曾有忘記吃藥的情形？服藥後是否有不舒服的情形出現？有哪些不舒服的情形？
※適當地給予藥物護理指導
 4. 詢問生活作息方面及飲食問題 例如：回家以後吃的如何？睡的如何？晚上需要吃安眠藥才能入睡嗎？

5. 詢問支持系統 例如：跟家人相處的情形如何？有哪些人來看您呢？ 您有參加哪些活動嗎？
6. 詢問情緒症狀，並進行BSRS評估： 例如：最近心情如何？有什麼煩惱呢？還會不會有負向的想法？ 有沒有心情不好或容易發脾氣的情形？

※適當地提供相關疾病護理指導

7. 詢問是否有其他問題

例如：出院後在疾病的自我照顧方面有沒有什麼問題？

(二) 由家屬接聽時

1. 先自我介紹

例如：你好！我是台北榮總個案管理師（或護理師），我姓 X，請問 X 先生（女士）在家嗎？請問您是他的什麼人？

2. 說明打電話動機

例如：X 先生（女士）剛從我們醫院出院，我們藉這通電話來關心他出院的情形，他出院後好嗎？

3. 詢問藥物方面的問題 例如：他在服藥方面有任何問題嗎？是否有按時服藥？是否曾有忘記吃藥的情形？ 服藥後是否有不舒服的情形出現？有哪些不舒服的情形？是否有按時服藥？

※適當地給予藥物衛教

4. 詢問生活作息方面及飲食問題 例如：他回家以後吃的如何？睡的如何？晚上需要吃安眠藥才能入睡嗎？ 在家如何安排生活？

5. 詳問支持系統 例如：他回家以後吃的如何？睡的如何？晚上需要吃安眠藥才能入睡嗎？ 他有參加哪些活動嗎？

6. 詳問情緒症狀，並進行BSRS評估： 例如：最近心情如何？有什麼煩惱呢？還會不會有負向的想法？ 有沒有心情不好或容易發脾氣的情形？

7. 詳問是否有其他問題

例如：他出院後在疾病的自我照顧方面有沒有什麼問題？

※提醒返診時間、診間並提供相關資訊。

10. 操作性定義

(一) 無人接聽→電話鈴聲響起後第 10 聲仍無人接聽。

(二) 無法聯絡→第一次電訪無人接聽則需連續二天再打，若仍無人接聽則屬之。

(三) 結案→第二次電訪結束後，無繼續追蹤之必要性即予結案，並將紀錄單置於『結案』的檔案中。

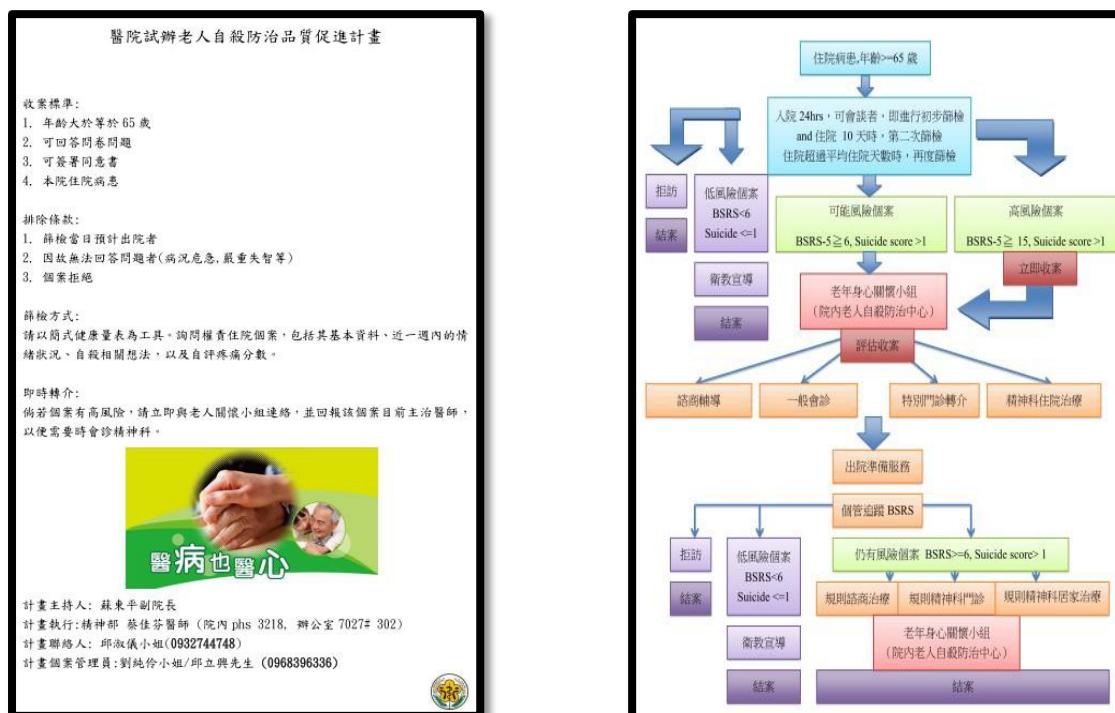
11. 每月統計相關資料並檢討改進。

第二節 建立老年憂鬱與自殺防治教材

藉由此次計畫，本院精神部與台灣老年精神醫學會及憂鬱症防治協會合作，共同撰寫一套針對非精神科醫護同仁的老年憂鬱與自殺防治教材。另外並製作一系列與自殺防治相關的衛教單張與宣導海報。宣導海報分別張貼在院內的門診大樓佈告欄、高危險族群為主的特別門診、相關病房、繼續教育活動現場以及公共區域等，提供院內同仁與來院民眾自殺防治及憂鬱相關衛教資訊；衛教宣導海報除了張貼院內單位外，另製作成小卡形式在各病房放置，並由護理師發放給病患與家屬。在本次篩檢任務院內成果發表時，亦製作成回饋小卡，增強一線同仁成為自殺防治守門人的正向回饋。針對院內同仁製作「台北榮總住院老年病患憂鬱症與自殺篩檢流程」之宣導單（如

圖 5），透過病房為單位發放，作為醫護人員在臨牀上能正確使用 BSRS-5 評估與處理 病人自殺風險，熟悉本院篩檢流程、了解自殺高危險群的轉介時機與相關資源，及院 內住院高危險個案的自殺危險防範原則。

圖 5. 「台北榮總住院老年病患憂鬱症與自殺篩檢流程」宣導單(正反面)



針對院內同仁與來院民眾製作「醫病也醫心」（如圖 6）、「探病更探心」（如 圖 7）等二類海報與衛教單張。帶入此次篩檢關懷的主軸，強調全人醫療的概念，除了 身體疾病的照顧，更是需要心理健康的關懷，提供老年憂鬱與自殺的危險因子，同時提 醒一線照護的臨床工作同仁與前來探病的親友，了解到病患的照護是所有人共 同努力的 成果。海報另一個重點是將本院老年身心關懷小組標示出來，讓院內同仁與 病患親友都 可以知道尋求協助的管道。



圖 6. 醫病也醫心海報



圖 7. 探病也探心海報

在老年憂鬱症的症狀方面，藉由「關心銀髮老寶貝-憂鬱，你不知道的老年殺手」

「關心銀髮老寶貝-鬱卒怎麼說出口」「關心銀髮老寶貝-憂鬱，該怎麼辦？」（如圖 8、9、

10）單張介紹老年憂鬱症的特色，尤其是與一般成人憂鬱不同的部分。另外也介紹其可能的發生原因、症狀、宣導簡單的 BSRS-5 自我檢測評估、簡述如何治療，更提供緊急求助管道之相關資源。並將此衛教單張放置各單位發放，達到廣泛宣傳的目的。



圖 8. 關心銀髮老寶貝-憂鬱，你不知道的老年殺手



圖 9. 關心銀髮老寶貝-鬱卒怎麼說出口



圖 10. 關心銀髮老寶貝-憂鬱，該怎麼辦？

第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導

第一節 院內宣導本專案

在院內門診區、檢查室外、一樓大廳志工室外等區域，張貼宣導海報。並於院內 BBS 系統上宣導全院正進行自殺防治篩檢計畫，邀請全院同仁共同參與。並透過全院護理線上公告與電子學習系統，進行相關作業宣導，並提供包含 BSRS-5 在內的篩檢單張之電子檔供院內同仁隨時下載，需要時可即時進行篩檢評估(如圖 11、12)。



圖 11. 門診區海報宣導



圖 12. 員工餐廳美食街宣導

第二節 辦理院內人員教育訓練

我們共辦理了 2 場院內人員教育訓練大型研討會，及 1 場高風險科別人員教育訓練。另辦理了一場全院大型研討會，總共有 530 人與會。詳細時間地點分述如下：

101 年 4 月 17 日於台北榮總致德樓會議室辦理大型院內專業人員教育訓練課程，宣傳海報(如圖 13-16)邀請到護理部主任與精神部老年精神科主任楊誠弘醫師擔任主持人，由本計畫主持人蔡佳芬醫師以及老年精神病房陸瑞玲護理長主講。初步針對第一線之護理人員、社工師、心理師、專科護理師、研究助理等，進行教育訓練與宣導，特別是針對本次選用的篩檢工具進行介紹，也同時讓與會同仁了解轉介相關服務的流程。參與人員踴躍，共有 261 名同仁參加。



圖 13. 院內人員教育訓練課程海報



圖 14. 院內同仁踴躍參與專業人員教育宣導活動



圖 15. 護理部陳玉枝主任主持專業人員教育宣導活動(蔡佳芬醫師主講)



圖 16. 精神部楊誠弘主任主持專業人員教育宣導活動(陸瑞玲護理師主講)

另於 101 年 5 月 15 日在本院中正樓十八樓會議室辦理小型院內人員教育訓練課程，針對高風險科別之第一線工作護理人員進行教育訓練與宣導。共有 41 名人員參與。



圖 17. 當日會議現場



圖 18. 高風險單位護理同仁踴躍參與專業人員教育宣導活動



圖 19. 同仁認真聆聽專業人員教育宣導活動

本院於 101 年 11 月 2 日邀請到全國自殺防治中心主任、醫師公會全聯會理事長李明濱教授蒞院進行專業人員演講，主題為「從自殺防治看全人醫療」。李教授也是簡式健康量表的發明人，親自前來本院宣導住院病患之憂鬱與自殺防治，同時也關心本院醫事同仁的身心健康，並與本院副院長蘇東平教授，本院精神部陳映雪主任共同對績優篩檢單位進行表揚，肯定第一線護理同仁之辛苦投入。第二段演講則由本計畫主持人蔡佳芬醫師針對院內實施成果進行分析與分享，將篩檢的資訊讓所有同仁瞭解，也點出在院內老人病患之憂鬱、自殺、疼痛與家庭支持之間的關係。本次專業人員教育活動，參與熱烈，共有 228 人出席與會。



圖 20.11/2 舉辦的專業人員教育宣導活動報到現場



圖 21. 由全國自殺防治中心李明濱教授主講



圖 22. 由李明濱教授、北榮精神部陳映雪部主任、北榮精神部楊誠弘主任頒獎予防治績優單位



圖 23. 計畫主持人蔡佳芬醫師主講北榮院內老人自殺防治成果分享

本次院內教育訓練計畫是以護理人員為主軸，因院內接觸病患的第一線工作人員為辛苦的護理同仁，讓護理同仁瞭解老年憂鬱與自殺之重要與危險度確有助於推動全院自殺防治篩檢計畫。感謝本院護理部陳玉枝主任、周幸生副主任全力支持，將相關訊息列入全院護理督導長會議並鼓勵同仁參與。課程設計須考量各領域同仁上班時段之方便性，以中午時段為佳，可使較多同仁可排班參與訓練，感謝同仁犧牲午休前來聽講。其次則為常接觸高風險病患者之社工師與心理師。這些專業同仁對相關教育宣導非常有興趣，也關注於更方便有效的評估工具，同仁反應成立關懷小組有專案團隊可供諮詢與轉介，也讓他們覺得非常有幫助。

第三節 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導

本院為三級醫學中心，平日住院病患以急或重症病患居多。故於本院內針對高風險族群之家屬或病友進行一系列的自殺防治教育宣導。內容包括老年憂鬱與自殺之常見症狀與警訊，如何使用 BSRS-5 進行簡易自我篩檢或協助家人，如何尋求相關醫療或社會資源之幫助等。並搭配該族群的特性，增加失眠或疼痛與憂鬱及自殺的相關聯性加以強調，效果較佳。本次共辦理 5 場宣導活動，分述如下：

(一)慢性腎臟病病友宣導：結合本院腎臟科，針對慢性腎臟病衛教活動，針對來院之慢性腎臟病之病友進行自殺防治教育宣導。感謝本院腎臟科楊五常主任及三位慢性腎臟病專案護理師之協助，於門診內的專屬衛教室舉行此活動，過程順利圓滿(如圖 24、25)。



圖 24. 慢性腎臟病友自殺防治教育宣導_個管師共同參與



圖 25. 慢性腎臟病友及家屬自殺防治教育宣導

(二)慢性神經痛病友宣導：結合本院神經醫學中心，針對偏頭痛，慢性神經痛等病友進行自殺防治教育宣導。感謝本院神經內科王署君主任支持，神經內科五位研究助理之協助，於院內神經心理室進行相關宣導活動。主任並建議可結合無痛醫院之評估，深入關心慢性疼痛病患之憂鬱，自殺與止痛藥物成癮問題，或可作為後續宣導之方向（如圖 26、27、28）。



圖 26. 慢性疼痛病患及家屬自殺防治教育宣導



圖 27. 慢性疼痛病患自殺防治教育宣導



圖 28. 慢性疼痛病患自殺防治教育宣導

(三)乳癌病友宣導：乳癌為女性重要惡性疾病之一。近年來癌症治療效果日益進展，病友生命延長，但治療過程的痛苦，擔心復發的心理壓力，反而使得此族群的憂鬱與自殺風險居高不下。本次結合本院外科、腫瘤科與安寧共照團隊及病友會(如圖 29、30)。共同舉辦整日之乳癌病友宣導會。由本次計畫主持人蔡佳芬醫師針對癌症失眠、憂鬱與心靈痛苦進行專題演講，宣導自殺防治觀念。希望將來繼續推廣到其餘癌症病友。



圖 29. 乳癌病友會會長一般外科曾令民醫師、乳癌個管師與蔡佳芬講師合影



圖 30. 對癌症病友與家屬進行簡式健康量表宣導

(四)高齡醫學中心病友宣導：高齡化社會已成為未來不得不面對的重大挑戰。本院老年 精神科與高齡醫學中心設有整合門診，處理多重身心抱怨的個案。此類個案多伴隨有情緒問題，除了多重用藥外，更是自殺的高危險群。此次結合憂鬱與自殺防治的活動，於高齡醫學中心門診區針對老年多重慢性疾病的病友與其家屬進行憂鬱與自殺防治宣導活動(如圖 31-33)。病患與家屬反應熱烈。



圖 31. 於高齡門診進行自殺防治活動說明



圖 32. 並對老年多重慢性疾病的病友與其家屬進行簡式健康量表宣導



圖 33. 蔡佳芬醫師亦對老年多重慢性疾病的病友再次詳細說明宣導事宜

(五)神經退化性疾患與失智症病友及其家屬宣導：巴金森氏症及阿茲海默氏症等神經退化性疾病，至今只能控制病情，無法治癒，常造成病患本身以及家屬照顧者的身心壓力。每每都有久病自殺的悲劇被報導，實是需要被關懷的高危險族群。本計畫主持人亦為台灣臨床失智症學會秘書長，結合此次老年憂鬱與自殺防治之活動，將教材導入神經退化性疾患的病友宣導(如圖 34、35)。會後許多家屬照護者都覺內容與他們的遭遇相符合，表示非常需要此類的協助。



圖 34. 蔡佳芬醫師透過日前新聞報導神經退化疾病個案自殺為例宣導防治



圖 35. 許多院內同仁也同時是家屬照顧者，對長照個案自殺防治主題參與熱烈

第四節 與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作

已於 11 月 16 日與本院所在地之台北市衛生局北投區健康中心合作，於北投活動中心結合社區健康活動進行社區宣導與篩檢，當日現場有許多高齡長者及其家屬接受憂鬱症與自殺防治之宣導。



圖 36. 於北投活動中心社區民眾進行活動說明



圖 37. 高齡長者及其家屬接受憂鬱症與自殺防治之宣導

第五節 辦理自殺個案討論

本計畫執行小組，每兩月定期舉行自殺個案討論會，邀請相關醫師、心理師、社工 師、與護理師，針對特殊個案所遭遇的困難提出討論。由各專業人員互相討論 個案的情況，並思考可能的作法與改進的方向，共舉辦 6 場次（如表 4.）

時間	主題	出席人員
101/5/9 (三)	Dementia Care	精神科醫師：蔡佳芬 專案管理師：沈珮瑤、吳佳芳 高齡醫學中心資深研究醫師：彭莉寧、劉建良 專案護理師：鄭慧娟、薩文儀
101/6/27 (三)	Depression	精神科醫師：蔡佳芬 專案管理師：胡曼文、謝宛玲 高齡醫學中心資深研究醫師：林明憲、劉建良 專案護理師：鄭慧娟、薩文儀
101/7/25 (三)	Family care Issue in dementia	精神科醫師：蔡佳芬 專案管理師：胡曼文、謝宛玲 高齡醫學中心資深研究醫師：林明憲、劉建良 專案護理師：鄭慧娟、薩文儀
101/8/8 (三)	老人用藥指導	精神科醫師：蔡佳芬 藥師：李佩甄 高齡醫學中心資深研究醫師：林明憲、彭莉寧 專案護理師：鄭慧娟、薩文儀
101/8/22 (三)	Dementia Care	精神科醫師：蔡佳芬 專案管理師：邱郁馨、吳佳芳 高齡醫學中心資深研究醫師：林明憲、彭莉寧 專案護理師：鄭慧娟、薩文儀
101/9/19 (三)	團隊會議	精神科醫師：蔡佳芬 專案管理師：沈珮瑤、吳佳芳、邱郁馨 高齡醫學中心資深研究醫師：劉建良、陳亮宇 專案護理師：鄭慧娟、薩文儀

表 4. 老年憂鬱自殺個案討論會摘要

第五章 討論與建議

第一節 重要研究結果摘要

本研究在 2012 年針對台北榮民總醫院大於 65 歲以上的住院老人，以 BSRS-5 加上疼痛量表 做第一階段篩檢。當 BSRS-5 總分大於等於 6 分或自殺意念大於等於 1 分者，以 GDS, SF-12、MMSE 做第二階段收案，以個案管理師追蹤關懷，比較關懷前後症狀嚴重性以檢驗成效。全部 2,004 位住院老人接受第一階段的篩檢。

第二階段有 311 位接受追蹤關懷服務。出院後追蹤關懷顯著 可下降自殺意念、BSRS-5 總分，並提升生活品質。

我們在醫院舉辦全院性自殺防治研討會與多場病房教育宣導 、自殺個案討論會，並建立院內老年憂鬱與自殺防治篩檢工作手冊，及提供給臨床同仁的老年憂鬱與自殺防治的學習教材。最重要的是，透過此次承辦的計畫，讓全院一線臨床照護同仁，包括護理師與社工師等，均已熟悉 BSRS-5 量表的使用方式，以及嚴重個案轉介精神科的流程，為日後常規評估住院病患憂鬱情緒、自殺意念及落實院內自殺防治，打下良好的基礎。

第二節 針對研究結果之討論

就住院老人 BSRS-5 與自殺意念篩檢、評估與追蹤上，本研究發現 28.9%的個案 $BSRS \geq 6$ 。比較全國自殺防治中心過去的電話民調約 6.7%一般民眾一週內有輕度情緒困擾。可見住院老人的 BSRS-5 的嚴重比例是較一般人來的高的。

而住院老人近一週有自殺意念的比例為 15.5%，也較全國自殺防治中心一般電話民調 2.7%的比例來得高，顯示住院老人自殺意念的比例是較高的。本研究也發現這些較嚴重 BSRS-5 且有自殺意念的住院老人患者，憂鬱分數較高，生活品質也較差，還有這些問題也與疼痛嚴重性有關。疼痛會增加老人自殺意念、憂鬱，也惡化生活品質。但住院中若有家屬探視或陪伴則可減少此類症狀。我們建議醫療同仁對於慢性疼痛或是重大疾患的高危險群多加關心，像是慢性病、癌症的患者。同時也多鼓勵病患親友抽空前來探視。

第三節 研究限制與未來研究方向

本研究的限制有幾項。

第一項：本院為位於大城市中的三級醫學中心，亦是一家大型綜合醫院，所得出的結果並不一定可完全反映台灣的現況。本院急重症個案較多，可能導致許多病重個案無法納入篩檢中。

第二項：追蹤關懷的成效，缺乏對照組，無法確認介入處理的效果。第三項：本次後續關懷是由三名專案管理師負責，付出相當的心力關懷追蹤個案。日後推廣時，衡量臨床工作人員工作量負荷重，若無個案管理師協助時，是否會影響追蹤成效，無法得知。

第四節 未來推廣試辦之模式建議

1. 全面篩檢：篩檢的基本精神就是要擴大關懷涵蓋面與對象。本次試辦院內老人病患篩檢起始目標，是全院所有老人住院病患。執行時發現重症插管病患失語症、病患意識不清病患無法執行。除此類病況不穩之個案外，其餘老人住院患者均納入篩檢範圍。推廣過程中，拒訪率為零，這可能是因為本院是透過第一線權責護理師來進行此篩檢。由此經驗可推論，經由住院時原照顧的護理師來進行篩檢，確可達到最佳的初步篩檢廣度。
2. 工具選定與切分點分數設定：此次篩檢試辦，本院選擇以簡式健康量表配合簡易的疼痛自評量表(Pain-NRS scale)來進行，另收集基本資料。整體資料約為一個 A4 版面。根據執行的第一線護理師表示，量表內容簡易好用，問題的長度與分量適中，不會造成病患或是執行人員太大的負擔。但起始設定的高風險族群為 BSRS 總分大於等於 15 分且合併自殺分項分數大於 1 分，此分數設定太高，導致原設定關懷追蹤的人數太少。可能風險族群設定為 BSRS 總分大於等於 6 分，且合併自殺分項分數大於 1 分，此分數亦設定太嚴格。臨床實作發現，老人病患不常自我揭露憂鬱情緒，故 BSRS 分數總分不高。但對自殺議題敏感，若自殺分項問題回答有，多有相關心理壓力，甚至因護理師詢問而落淚。經由本院研究，最合適的標準應為 BSRS 總分大於等於 6 分且自殺分項分數大於等於 1 分。如此，在 2000 人的篩檢量中，約有近 300 人會標定成高風險族群。最後，為完成計畫，本院修正成凡是自殺分項分數大於等於 1 分者，均列入關懷名單，故追蹤 311 人。
3. 方便取得：此次選用「簡式健康量表」，其原文於官方網路上方便取得。本院資訊室協助將篩檢量表上傳於護理資訊系統，方便第一線護理師隨時取用隨時下載。目前本院更進一步研擬欲將此量表納入電子化生命徵象(vital sign)系統中，將病患的心情視為其第六生命徵象。
4. 有效辨識：本次試辦人員回饋，相對於簡式健康量表總分，自殺分項分數更能協助他們辨識可能的高危險個案。這可能反映出量表總分偏低於設定值對篩檢人員造成的誤導，同時也不可否認自殺意念的出現比起只是回應憂鬱情緒，更能引起非精神科專業人員的注意。日後在醫院情境下推動憂鬱與自殺防治時，多數接觸病患的人員均為非精神科專業人員，此特點做為未來政策擬定的參考。

5. 流暢轉介：本院長年以來均設有精神部會診小組。由於本院住院病患以老年人居多，更於2002年即專門設有「老年精神科會診小組」，搭配急會診輪值的醫師來服務需要轉介的老人住院個案。加上本院原本就有老年精神科急性住院病房，因此在接受轉介時，不論是需要會診服務、社工訪視、心理諮詢、甚至是立即轉科住院治療，均能有效因應。第一線篩檢人員均對此表示肯定。
6. 及時關懷：本次篩檢設有老年身心關懷小組，並配備個案管理師手機門號，在篩檢用的表單上亦清楚標明老年身心關懷小組聯絡方式。執行期間一但篩出高危險族群時，由權責護理師通知關懷小組，在當日內即行前往探視。其餘篩檢資料均於24小時內送回精神部工作信箱，再經個案管理師快速檢視後，針對可能風險族群進行評估，再納入關懷追蹤名單。第一線篩檢人員對於關懷小組能提供及時關懷並進行風險評估表示肯定，也更增加第一線人員進行篩檢的動力。
7. 風險管理：在非精神科病房中，一旦發現有高自殺風險，即進行風險管理。除有家人看護或其餘人員在床邊陪伴，否則需避免個案獨處，移除可能危險物品，請家人或護理站代為保管。最困難點在於，非精神科病房多為開放式病房，病患可自由進出、不受限制。倘若團隊評估該名老人病患具有極高自殺風險，或已出現自殺企圖，則建議轉入本院精神部老年精神科病房進行合併治療，以減少自殺風險。
8. 持續關心：針對高危險及可能風險族群進行追蹤關懷，成效顯著。在自殺意念方面約有87%自殺意念高於2分的追蹤個案，經過電話關懷、主動邀請就診之後，其自殺意念降低為2分以下。至精神科門診就醫的個案與家屬均有回饋說接到關心的電話，非常窩心。但也有家屬一度懷疑是詐騙集團打來，故此特向醫師求證。未來若要持續進行電話關懷活動，應給予固定來電號碼，以供病患或家屬查詢，減少此類疑慮。
9. 定期繼續教育：透過此次機會，加強了醫院臨床工作同仁對於憂鬱與自殺防治的各種瞭解。但一線護理人員仍會流動，且自殺防治的觀念與時俱進，也需時時提醒。建議納入新進人員訓練的範圍內。平時可將教材放入線上學習的系統，並定期舉辦全院性憂鬱與自殺防治之課程，落實全人照護的理念。

三、執行過程中所遭遇之問題與困難

進度超前

V 符合進度

落後 ()月

◎所遭遇之問題與困難：

1. 一線篩檢人員的確定：

本研究首先遇到的困難，是如何在期限內篩檢 2,000 人。經與本院護理部開會討論，最後決議由一線權責護理師進行初篩。並由護理部於全院督導及護理長會議中先行宣導，順利達成此目標。並也是本院初篩拒訪率為零的可能原因。

2. 篩檢與追蹤目標個案數的進度與修正：

原本衛生署的規格需求預定是希望篩檢 2,000 位住院老人病患，並針對 BSRS-5 大於 15 且自殺意念大於等於兩分的個案 300 位進行後續追蹤關心，以評量之後的憂鬱及自殺風險是否下降。但是在第二階段高危險群個案管理部分，經過多次評估與討論，發現若以 $BSRS >= 15$ 這樣的標準，僅有少部分的個案會進入第二階段。經調整標準後可以順利進行。

四、經費使用狀況

- (一) 補助經費金額：1,781,690 元
- (二) 經費執行數：1,781,690 元
- (三) 執行率：100% 說明：2,000 名個案篩檢之間卷費為 200,000 元已送出。

五、相關附件：

附錄一 台灣版 EQ-5D 附錄

二 台北榮總篩檢量表

附錄三 人體試驗委員會同意臨床試驗證明書 附錄

四 台北榮總出院準備服務單

附錄五 台北榮總老人憂鬱自殺防治學習課程教材

附錄六 自殺防治學會海報投稿-痛不欲生

行動

我可以四處走動，沒有任何問題。

我行動有些不便。

我臥病在床。

自我照顧

我能照顧自己，沒有任何問題。

我在盥洗、洗澡或穿衣方面有些問題。

我無法自己盥洗、洗澡或穿衣。

平常活動（如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動）

我能從事平常活動，沒有任何問題。

我在從事平常活動方面有些問題。

我無法從事平常活動。

疼痛/不舒服

我沒有任何疼痛或不舒服。

我覺得中度疼痛或不舒服。

我覺得極度疼痛或不舒服。

焦慮/沮喪

我不覺得焦慮或沮喪。

我覺得中度焦慮或沮喪。

我覺得極度焦慮或沮喪。

想像中最好的
健康狀況

為了幫助一般人陳述健康狀況的好壞，我們畫了一個刻度尺（有點像溫度計），在這刻度尺上，**100**代表您想像中最好的狀況，**0**代表您想像中最差的狀況。

我們希望就您的看法，在這個刻度尺上標出您今天健康狀況的好壞。請從下面方格中畫出一條線，連到刻度尺上最能代表您今天健康狀況好壞的那一點。

您今天
的
健康狀況



想像中最差
的健康狀況

行政院衛生署委託台北榮總辦理 醫
院試辦老人自殺防治品質促進計畫問卷

附錄二

病例貼條黏貼處

(請貼有條碼之貼條)

病患連絡電話：_____。是否為榮民：是/否。是否有精神科病史：是/否。

身高：____公分/體重：____公斤。

教育程度：(請圈選)無或非正式教育/國小畢/國中畢/高中畢/大學以上。居住狀態：(請圈選，可複選)獨居，與配偶/子女/室友/看護同住。

住院狀況：(請圈選)家人陪伴：是/否。家人每天探視：是/否。看護陪伴：是/否。

疼痛評估

(目前是否有疼痛，請病患以0-10分自評，最嚴重為10分)：____分

簡式健康量表(BSRS)評估：

請詢問並圈選，近一個星期(含今天)，病患是否有下列困擾及其嚴重程度(主觀感受)

	不會	輕微	中等程度		非常嚴重
			嚴重		
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張或不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★有自殺的想法	0	1	2	3	4

請填寫檢測結果：1-5題總分：____分，★自殺想法：____分

填寫人：_____；時間：101年__月__日；地點__病房
(請務必填寫，以便給予問卷費) 填

寫完畢後，請交由各病房leader或行政助理以公文傳遞方式，隔日送回精神部老年精神科蔡佳芬醫師收。篩檢過程中，若發現高危險或是亟需關懷個案，可以下列方式直接與我們連繫，將儘速前往探視個案。或是以會診精神科方式聯繫，由醫師前往會診。BSRS總分 \geq 15且自殺想法>1分者為高危險個案，將直接收案。BSRS總分 \geq 6且自殺想法>1分者為中高危險個案，將訪視評估是否收案。

台北榮總老年身心關懷小組聯絡方式：個案管理師/專任助理：邱立興/劉純伶(0968396336)

台北榮總精神部老年精神科蔡佳芬醫師(院內phs：3218)/緊急聯絡人：邱淑儀小姐(手機：0932744748)

副本

分類號：
保存年限：
總頁數：

行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院 書函

地址：台北市石牌路二段 201 號
聯絡人：黃淑芬
聯絡電話：(02) 28757384 分機 255
傳真：(02) 28713241

受文者：人體試驗委員會

發文日期：中華民國 101 年 7 月 26 日

發文字號：北總教字第 1010019128 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：同意臨床試驗證明書、受試者同意書審定本、原送審文件乙份

主旨：檢送台端所提研究計畫「身體疾病患者之老年憂鬱與自殺想法之盛行率研究」(本會編號：2012-03-015AC)之同意臨床試驗證明書如附件，請查照。

說明：

一、本案業經本院人體試驗委員會審查通過。

二、計畫主持人應辦及注意事項如下：

- (一) 案內《人體試驗委員會受試者同意書審定本》已加蓋騎縫章如附件，請複印以進行知情同意程序。
- (二) 依人體試驗管理辦法第 15 條規定「醫療機構於人體試驗期間，不得對外發表成果或為宣傳」。已核准之廣告紙本須經本院人體試驗委員會蓋戳印方可張貼。
- (三) 請計畫主持人於計畫案獲得通過後，收到同意臨床試驗證明書後 3 個月繳交期中報告；若未於 6 個月內繳交者，人體試驗委員會將派請委員實地訪查。
- (四) 若需展延同意臨床試驗證明書期限，請於有效日到期前 6 星期檢送計畫展延申請書至本院人體試驗委員會審查，以利試驗繼續進行。
- (五) 試驗若須變更、暫停執行、中途中止或結束時，應向人體試驗委員會提出審查申請並經同意後，始得實施。
- (六) 試驗完成 3 個月內，請依規定向人體試驗委員會辦理結案，繳交結案報告。

三、若未於同意臨床試驗證明書之有效日後 3 個月內提出展延或結案申請者，此計畫將於同意臨床試驗證明書之有效日之截止日後 6 個月內逕行結案。凡未依規定繳交報告或前述逕行結案之計畫主持人，本院人體試驗委員會將於爾後 6 個月內不受理其新計畫之申請。

正本：本院精神部蔡佳芬醫師

副本：本院人體試驗委員會（以上含同意臨床試驗證明書及受試者同意書審定本影本）

行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院

病房病人出院準備服務記錄

床號/姓名	診斷	入院日期	
病歷號	主要照顧者	出院日期	
項目	指導日期	執行者簽名	備註
1. 服藥指導			
2. 疾病衛教(含症狀處理與BSRS量表使用)			
3. 因應能力指導			
4. 人際相處技巧			
5. 個別生活指導			
6. 門診追蹤（含精神科門診追蹤）			
出 院 安 置	7-1. 返家與家人同住 7-2. 獨居 7-3. 轉銜服務—地區醫療院所 7-4. 轉銜服務—慢性療養機構		
8. 轉介社區資源			
9. 轉介醫療資源(含緊急醫療)			
10. 建議轉介日間病房或復健機構			
11. 建議轉介精神科居家治療			
12. 心理諮詢服務建議			
13. 其他出院準備相關事宜：			

備註：不適用項目請註明 “N/A”

憂鬱症比想像中嚴重

簡介老年憂鬱症

蔡佳芬 葉怡君 陳正生

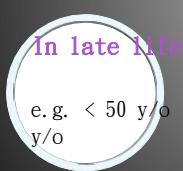
WHO 2020 年全世界有**三大疾病**：心血管疾病、憂鬱症與愛滋病

WHO 2020 年時，憂鬱症所造成的疾病負擔，將僅次於癌症，成為人類第二危險殺手
造成**自殺**

- 15%憂鬱症患者是死於自殺(確認一下憂鬱症的定義？重鬱？反覆發作？)
- 造成**失能**、加重家屬負擔
- 加重**身體與精神疾病**

什麼是老人憂鬱症？

年輕時就有憂鬱症病史，進入老年期又發作。



Early onset

中老年期第一次出現憂鬱症



Late onset

老年憂鬱症比想像中的多

國外

社區居民中

- 2%是重度憂鬱症
- 10%是輕度憂鬱症
- 14%的人出現憂鬱症狀

社區<門診病患<住院病患<護理之家住民

國內

社區居民中：約有 12-25% 有憂鬱症

- 重度憂鬱症為 3-6%
- 輕度憂鬱症為 8-15%

老人憂鬱症常常被低估/忽視

國外研究

Reported depressive symptoms

10-30%

- 10-30% 曾有憂鬱症狀的抱怨
- 卻只有 1-5% 被診斷有憂鬱症

1-5%

Get Diagnosis

老人憂鬱症常常被低估/忽視

老人本身：

- 可能認知功能障礙，導致無法清楚描述憂鬱症狀
- 視憂鬱為軟弱象徵，不願意承認
- 不認為憂鬱是一種病

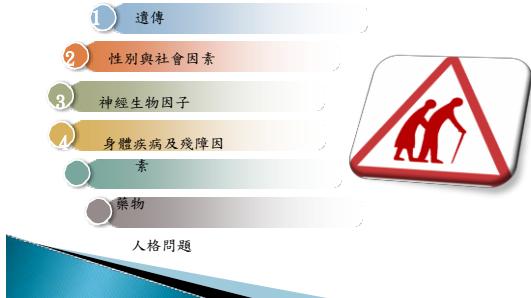
社會親友：

- 合理化憂鬱為老化的一個自然現象
- 有意無意地降低對於老人的期待

醫師或照護者：

- 許多身體症狀需要注意，忽略憂鬱情緒
- 憂鬱症可能以模糊不清的疼痛和身體症狀來表現

老年憂鬱症病因



病因

遺傳因子：

- 家族史(相對於年輕憂鬱症患者，老年憂鬱的遺傳性較低)

性別：

- 女性>男性(多一倍)

社會因素：

- 鳏寡及離婚、社會階層低、獨居、少參與社交活動，及缺乏社會支持

失落

失去健康與自主能力

失去親人(喪偶在7-12個月內為高危險，達24%，兩年約9%，三年約3%)

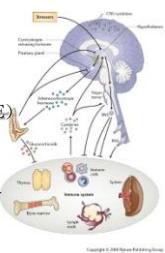
失去工作(退休)

孤獨(家庭結構改變、獨居、居住環境改變、親友支持減少、身體問題造成行動限制)

病因

神經生物危險因子：

- 老化造成的下視丘-腦下垂體-腎上腺軸的改變
- 增加血中皮質脂酮素降低腦部血清素(5-HT)、多巴胺及正腎上腺素(NE)的濃度
- Beta-NE及5-HT₂受器發生增加結果(up-regulation)的改變使細胞內的cAMP、PKA、CREB及BDNF活性下降
- 造成海馬迴及前額皮質細胞退化性喪失形成腦萎縮，出現憂鬱症狀



病因

藥物：

- 作用於CNS的藥物，會誘發或常存(precipitating or perpetuating)老年憂鬱症

- 有抗高血壓藥、類固醇藥、止痛藥、抗巴金森氏病藥、毛地黃類藥等

人格問題：

- 容易憤怒、敵意、衝動控制差，抗壓性低
- 依賴性人格

- 強迫性人格**(要求完美、缺乏變通、過度控制、較不擅表達情感)的人容易得到憂鬱症。

病因

身體疾病及殘障因素

- 身體疾病引起憂鬱症
- 憂鬱症增加身體疾病之殘障程度
- e.g. 营養狀態：老年憂鬱症合併認知功能障礙可能和血中低維他命濃度有關，特別是維他命B，經給與此維他命後其憂鬱症及認知功能之分數有重大改善之情形。但這也許是由於憂鬱症病患食慾差，及自我照顧疏忽造成次發性之營養不良導致維他命缺乏所致。



身體疾病合併憂鬱症

身體疾病有憂鬱症狀的比例

中風	40-50%
心臟病	45%
癌症	45%
巴金森氏症	40%
風濕性關節炎	25-30%
糖尿病	20%
慢性疼痛及體關節病變	50%

憂鬱症的症狀：生理方面

- 睡眠（**失眠**或嗜睡）
- 食慾**減退**或增加、體重減輕或增加
- 疲勞與缺乏能量
- 激躁或反應遲滯
 - 其他身體症狀：頭痛、頭昏、眼睛疲勞、眼角酸痛、口渴、頸部酸痛、胸悶、呼吸不暢、腹脹、頻尿、身體酸痛、腰酸痛、盜汗與便祕感或一天數次大便等

憂鬱症的症狀：心理方面

- 憂鬱、悲傷、易流淚、快樂不起來
- 激動易怒
- 情感淡漠
- 焦慮害怕與恐懼、怕孤單
- 悲觀、無望感
 - 對自己不滿意（無價值感）、滿足感減少
 - 自我譴責（罪惡感）
 - 社交退縮
 - 時常健忘、思考、注意、決斷力減退或猶豫不決
 - 強迫回想舊事等
 - 自殺的念頭

憂鬱症的症狀：行為方面

- 興趣減退
 - 「再也提不起勁」、「對以往的娛樂不再感覺愉快」、「什麼都不想做」
- 無法安靜坐著、踏步
- 絞扭雙手
- 語言、思考及身體動作變緩慢
- 語言的音量、抑揚起伏、話量、內容多變性等皆減少，甚至緘默不語

憂鬱症的症狀：精神病症狀

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 妄想 ◦ 無用妄想 ◦ 罪惡妄想 ◦ 懲罰妄想 ◦ 疾病妄想 ◦ 貧窮妄想 | <ul style="list-style-type: none"> 幻聽 ◦ 聽幻覺 ◦ 視幻覺 ◦ |
|--|---|

老人憂鬱症的症狀特徵

- 憂鬱情緒較少**，常表示沒有感覺或沒有情緒反應
- 容易激動
- 經常伴隨**身體不適**；嚴重疼痛
- 過度擔心身體健康問題；求醫行為
- 社交退縮
- 喪失興趣與娛樂活動
- 常抱怨記憶問題
- 難以解釋的功能退化

怎麼和失智症區別？

憂鬱和失智的關係

- 患者本身是憂鬱症，有認知障礙抱怨
 - 沒有認知障礙，憂鬱症患者自己低估嚴重化
 - 可逆的認知障礙（假性癡呆）
 - 部分可逆的認知障礙：憂鬱好了，仍殘存認知障礙
- 患者本身為失智症，合併憂鬱症狀
 - 有某一原因（如中風）同時造成失智與憂鬱

若確定有認知障礙，建議轉介專科門診

老人憂鬱量表 (GDS-short form 15)

請依據您最近一星期内的情況回答下列問題	是	否
您對生活基本上滿意嗎？	0	1
您是否減少很多原本的活動和有興趣的事？	1	0
您是否覺得您的生活很空虛？	1	0
您是否常常感到很累？	1	0
您是否大部分時間精神都很好？	0	1
您是否常常害怕將有不幸的事情發生在您身上？	1	0
您是否大部分時間都感到快樂？	0	1
您是否常常感到無論做什麼事都沒有用？	1	0
您是否比較喜歡待在家裡，而不喜歡外出和做新的事？	1	0
您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	1	0
您是否覺得活著是一件很快活的事？	0	1
您是否覺得您現在活得沒價值？	1	0
您是否覺得精力充沛？	0	1
您是否覺得您的情況是沒希望的？	1	0
您是否覺得大部分的人都比您幸福？	1	0

老人憂鬱量表 (GDS-short form 15)

5 分以下為正常

5-10 分可能有憂鬱症

10 分以上則憂鬱症可能性更高 建議轉介醫療協助

老人自殺死亡率高於其他年齡

老人自殺死亡率均高於其他年齡層

從 1995 年：25 人/每 10 萬人口；2006 年高峰：39.3 人；2010 年：35.8 人

年齡愈高，死亡率愈高；又自殺身亡的老人有 90% 是身心障礙、久病或老衰。



21

老年自殺不降反升

2010 年，自殺首度退出十大死因之列，但老人 自殺率反升

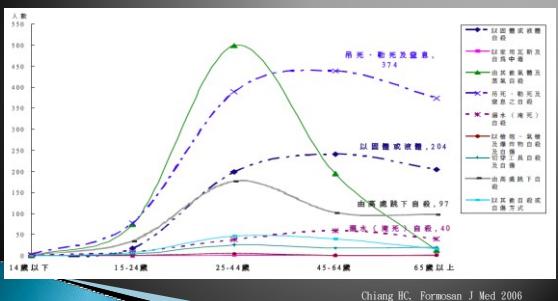
65 歲以上老人自殺率 = 10 萬分之 35

- 年齡越高，自殺死亡率越高
- 超過 80 歲者，自殺死亡率 = 10 萬分之 41.2
- 南台灣 65 歲以上老人，16.7% 老人有自殺意念
- 企圖自殺與自殺死亡，年輕人是 1:200，老 年人是 1:4 (張家銘 2005)

22

22

Suicide methods of the elderly in Taiwan



Chiang HC. Formosan J Med 2006

老人自殺行為的危險因子

喪偶、獨居或離異

慢性身體疾病

重大疾病末期 (例如癌症)

憂鬱症

過去有意志堅定的自傷行為

缺乏生活、社交的支持網路。



24

自殺的危險因子

- 國內外的研究一致發現，成人自殺死亡的主要危險因子有：
- 精神疾病** (80~100%) (Taiwan: 98%)。
 - 失落的生活事件** (80~90%) (Taiwan: 84%)。
 - 衝動性的性格障礙** (15~40%) (Taiwan: 40%)。
 - 自殺行為家族史 (4~30%) (Taiwan: 14%)。
 - 既往自殺企圖史 (20~40%) (台灣: 25%)。

-引用鄭泰安教授上課內容

老年自殺問題的特徵

1. 通常採用劇烈而致死性較高的方法
2. 易焦慮或內向特質、應變技巧欠佳、不願意汲取經驗、較難相處或不願承擔責任
3. 身體健康與心理健康狀態欠佳
4. 憂鬱症是主要因素
5. 重大生活事件、失落(喪偶)、連續打擊、沉重的經濟負擔、缺乏社會支持、社會隔離或寂寞(例如獨居)

-Formosan J Med 2006 10(3): 352~360

台灣老人自殺問題的特性

1. 年齡越大自殺死亡率越高，兩性差距拉大（男生 > 女生：民國 93 年，85 歲以上男性：69.2/10 萬人，女性：29.0/10 萬人）。
2. 自殺方法：民國 93 年，最多為吊死、勒死及窒息；居次為以固體或液體，第三位是由高處跳下。
3. 殘障、久病或老衰者居多，配偶死亡者所佔比例有升高趨勢。

-Formosan J Med 2006 10(3): 352~360

自殺防治介入的目標



請您一起來當自殺守門人

全國自殺防治中心分析
死 亡 登 記 及 全 民 健 康 保
險 就 醫 資 料

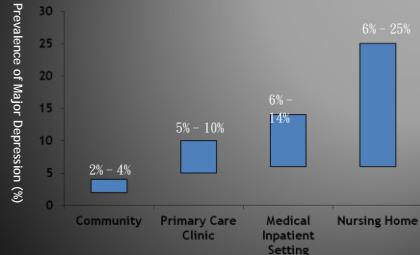
- 2007 年自殺死亡者中在**死亡前 30 天內**就醫比例達 62.3 %
- 其中**老年自殺身亡者**中，有**近九成** (89.2%) 在自殺死亡前一個月內，曾至醫院或診所就診



基層醫療如何篩檢提高老年憂鬱症辨識與自殺危險評估

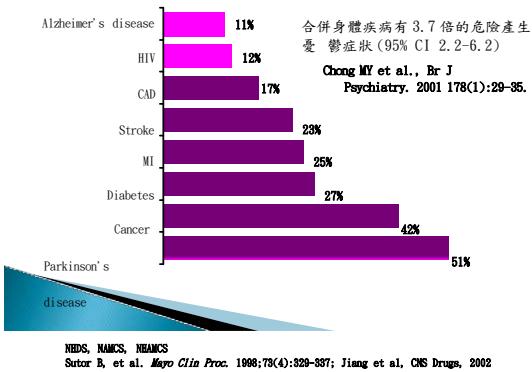


Major Depression Is Associated with Chronic Medical Illness



Eaton W, Schulberg H. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992;14:237-247.
Koren J, Matisant BH, Pollock BG. *Nursing Home Med*. 1997;5:156-165.

罹患身體疾病常有憂鬱症



加重身體疾病

重鬱症患者有 4 倍的機率有慢性疼痛

Ohayon et al., Arch Gen Psychiatry 2003;
60:39-47

較多慮病及疼痛，降低疼痛門檻，使患者較不能忍受疼痛

Baldwin, Psychiatry in the elderly 2002;627-676

更多的身體抱怨、較不與臨床醫療合作

Dimatteo et al., Arch Intern Med 2000;160:2101-2107

較多不健康行為影響疾病

憂鬱的心肌梗塞病患無法維持運動治療

憂鬱的抽煙者較無法成功戒除吸煙

憂鬱的心臟病患較無法遵照醫師指示服用 Aspirin

Blumenthal JA, et al. Psychosom Med. 1982;44:519-27
Anda RF, et al. JAMA. 1990;264:1541-5
Carney RM et al. Health Psychol. 1995;14:88-90

死亡率增加

憂鬱症為接受心導管檢查後一年內罹患心肌梗塞或 死亡的最強預測因子

Carney RM. Psychosom Med 1988

憂鬱症有 3.4 倍的危險會在中風後 10 年死亡

Morris PL, AM J Psychiatry 1993



老年憂鬱症常被忽略

美國的社區研究顯示：百分之四的老人有重度憂鬱症。但只有約三分之二的老年重度憂鬱症患者

獲得抗憂鬱藥物治療，少部份有服用鎮定安眠藥物，大部分則是沒有發現罹患憂鬱症或是有發現卻完全沒治療。

-台灣老年醫學暨老年學雜誌 2008; 3(2): 182-190

老年住院病人中，也有超過 1/2 的憂鬱個案未被診斷。

-J Psychiatr Pract 2006; 12:160-167

是憂鬱還是身體不好？

早期的流行病學調查：憂鬱症在老年人的盛行率比中壯年齡層的人低。那時傾向把疲勞倦怠、動

作遲緩或狀況造成的症狀。校正此因素後盛行率跟一般成年人差不多。重度憂鬱症的終生盛行率 (life-time prevalence) 在女性約為 20.4%，男性約為 9.6%。

-台灣老年醫學暨老年學雜誌 2008; 3(2): 182-190

Barriers in Primary Care to the Recognition and Diagnosis of Late-life Depression-1/2

Many physicians and patients believe that depression is a normal part of aging.

Insufficient training: especially for medical conditions that mask the presence of depression, or overlapping symptoms of dementia.

Time constraints, inadequate reimbursement, and lack of support staff

Charney et al., Arch Gen Psychiatry. 2003;60(7):664-672.

Barriers in Primary Care to the Recognition and Diagnosis of Late-life Depression-2/2

Patient barriers are also important, and stigma about a psychiatric diagnosis and refusal to acknowledge depressive symptoms often thwart diagnostic attempts.

Diagnosis of late-life mood disorders can be difficult, in part, because patients often present with vague somatic symptoms or overlapping symptoms of medical illness.

Charney et al., Arch Gen Psychiatry. 2003;60(7):664-672.

Depression should be Suspected When the Patient With Following Conditions

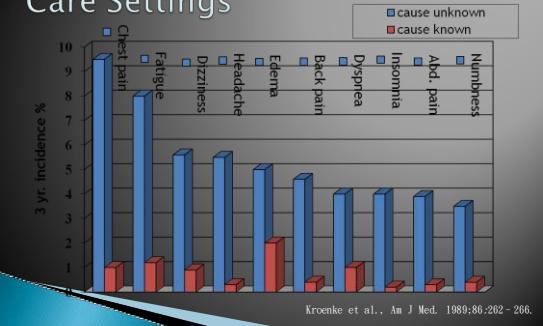
Elderly persons with anhedonia, hopelessness, anxiety, psychomotor retardation, and unexplained fatigue and weight loss.

High users of health care services or those who have persistent but unexplained pain, headache, fatigue, insomnia, loss of appetite, or gastrointestinal symptoms.

Patients who are apathetic, withdrawn, or agitated or who exhibit increased dependency, functional decline, or delayed rehabilitation.

Charney et al., Arch Gen Psychiatry. 2003;60(7):664-672.

Three Year incidence of Most Common Complaints in Primary Care Settings



Depression and Service Utilization in Elderly Primary Care Patients

Depressed patients had increased outpatient resource utilization, including frequency of appointments, number of laboratory tests, X-rays and scans, and consultations. (controlling comorbidity: +) On average, patients who were depressed had two more appointments per year.

No difference in total cost of hospitalization was observed between the two groups.

Luber et al., American Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;9:169 - 176.

Screening Tools for Late Life Depression 1/3

- The most commonly evaluated 3 ones
- Geriatric Depression Scale(GDS):** has both a 30- and 15-item version and was designed in a yes/no format for self- or caregiver administration, making it easy to use. It minimizes questions about somatic and vegetative symptoms. Cutpoint of 3 to 5 (15-item version).

Watson et al., J Fam Pract 2003; 52:956 - 964.

Screening Tools for Late Life Depression 3/3

Differences in the performance of these 3 instruments were minimal; sensitivities ranged from 74% to 100% and specificities ranged from 53% to 98%.

More research is needed to determine the accuracy of depression screening instruments for demented individuals, and for those with subthreshold depressive disorders.

Watson et al., J Fam Pract 2003; 52:956 - 964.

Mental Health Problems Increased Medical Cost

	Annual Cost - those without MH condition	Annual Cost - those with MH condition
All Adults	\$1,913	\$3,545
Heart Condition	\$4,697	\$6,919
High Blood Pressure	\$3,481	\$5,492
Asthma	\$2,908	\$4,028
Diabetes	\$4,172	\$5,559

Original source data is the U.S. Dept of HHS the 2002 and 2003 Medical Expenditures Panel Survey.
AMHQ as cited in Petterson et al. "Why there must be room for mental health in the medical home (Graham Center One-Pager)"

Screening Tools for Late Life Depression 2/3

Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D): can be self-administered. It lists 20 statements addressing depressive symptoms over the last week, asking the participant to rank the frequency of these feelings from "rarely" to "most of the time." SelfCARE(D): a self-administered instrument that requests responses to 12 items on a Likert scale, reflecting depressive symptoms over the last month.

老人憂鬱量表 (GDS)

請依據您最近一星期內的情況回答下列問題	是	否
您對生活基本上滿意嗎？	0	1
您是否減少很多原本的活動和有興趣的事？	1	0
您是否覺得您的生活很空虛？	1	0
您是否常常感到很煩？	1	0
您是否大部分時間精神都很好？	0	1
您是否常常害怕有不幸的事情發生在您身上？	1	0
您是否大部分時間都感到快樂？	0	1
您是否常常感到無論做什麼事都沒有用？	1	0
您是否比較喜歡待在家裡，而不喜歡外出和做新的事？	1	0
您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	1	0
您是否覺得活著是一件很快活的事？	0	1
您是否覺得您現在活得沒價值？	1	0
您是否覺得精力充沛？	0	1
您是否覺得您的情況是沒希望的？	1	0
您是否覺得大部分時間都比您幸福？	1	0

The Value of GDS for Diagnosing Depression in Primary Care

Both the GDS30 and GDS15 was “poor” for **case-finding**. However the GDS15 was rated as “good” for **screening** better than GDS30.

At a prevalence of 15%, GDS15 helped identify an additional 4 cases per 100 primary care potential gain of 8% over unassisted clinical detection

Cost: **3 - 4 minutes** of extra time per appointment.

Mitchell et al., Journal of Affective Disorders 2010; 125:10 - 17.

As Simple as Two-item Questionnaire for Late Life Depression Screening 1/2

One-item question for caregiver “Do you believe the resident is often sad or depressed?”

Patient Health Questionnaire, 2-item version (PHQ-2): During the previous 2 weeks.....

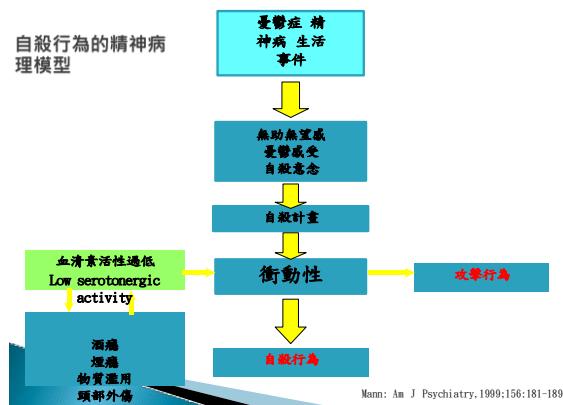
1. Have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?
2. Have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?

(“Yes” answer to either is considered positive) Watson et al., American Journal of Geriatric Psychiatry. 2009;17:556 - 564.

As Simple as Two-item Questionnaire for Late Life Depression Screening 1/2

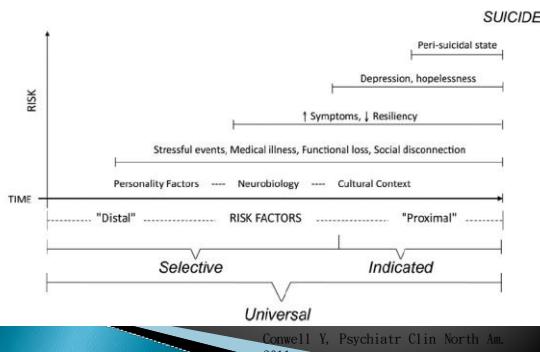
- For older adults residing in residential care/assisted living:
One-item screen completed by caregivers failed to significantly discriminate depressed cases.
PHQ-2: sensitivity of 0.80 and specificity of 0.71
GDS-15: sensitivity of 0.60 and specificity of 0.75

Watson et al., American Journal of Geriatric Psychiatry. 2009;17:556 - 564.



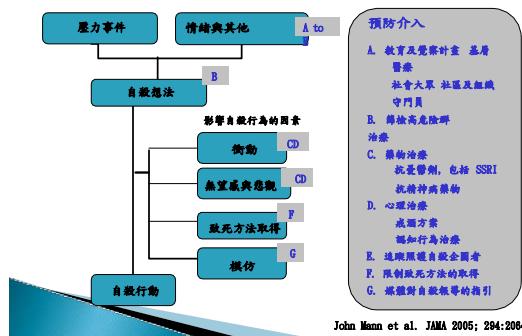
Mann: Am J Psychiatry, 1999;156:181-189

Development model of late-life suicide



Conwell Y. Psychiatr Clin North Am. 2011

自殺防治介入的目標



John Mann et al. JAMA 2005; 294:2064-74.

Risk factors & help-seeking in Taiwan

多種影響因素

- 疾病因素 (39.3%)
- 家人間情感因素(19.9%)
- 家庭失和
 - 失去配偶 (particularly for men)
- 自殺身亡前就醫行為
- 89.2%在自殺死亡前一個月內曾就診
- 內科(56.1%)、家醫科(27.3%)、不分科 (19.4%)

-李明濱 2010

想要自殺的人多半會求救的

In Taiwan, 自殺前三個月內看過醫生的高達 60%

- 多數是看其他內外各科醫生(45%)，只有 15% 看過精神科
- 在西方社會，自殺死亡者就診於精神科的比例是我們的兩倍以上

- 其他科醫生發現當事人可能有憂鬱症狀與自殺念頭能力比較不足，以致錯失了可以救助的機會

-引用鄭泰安教授上課內容

Suicide Prevention

- Physician education in depression recognition and treatment
- Restricting access to lethal methods

John Mann et al., JAMA 2005; 293(24):2664-74.

Table 3. Postintervention Decrease in Total Suicide Rates

Intervention	Suicides, % Decline in Annual Rate
Education	Not available
Public	22-73 ^{6,47,55}
Primary care physician	
Gatekeeper	
US Air Force	40 ⁵⁰
Norwegian Army	33 ⁶⁷
Increasing antidepressant prescriptions*	3.2 ⁹¹
Chain of care	Not available
Restricting lethal means	
Guns	1.5-9.5 ^{78,147}
Domestic gas	19-33 ^{9,80}
Barbiturates	23 ¹⁰⁵
Vehicle emissions	Not available
Analgesics	Not available
Media blackouts	Not available

*There was a 414% increase in antidepressant prescriptions 1987-1999.

Barriers for Exploring Suicidality

Presuicidal patients seldom alert physicians to their plans

Low rates of inquiry :

- Broaching the topic might heighten patients' suicidal feelings
- Concerns about offending their patients
- Fears that they had insufficient expertise to intervene appropriately if screened positive
- Insufficient time in a busy practice.

Feldman et al., Ann Fam Med 2007; 5:412-418.

GDS could be A Tool of Suicide Screen

- The GDS does not include an item directly assessing presence of suicide ideation.
- GDS total scores and a 5-item subscale can effectively differentiate older adults with higher versus lower levels of suicide ideation.
- More subtle approaches: can assess the presence of suicide ideation among older adults.

Heisel et al., J Am Board Fam Med. 2010; 23(2): 260-269.

Just Do it!

Low rates of direct inquiry are unfortunate because the single question “Are you feeling suicidal?” is 83.3% sensitive and 97.7% specific in an adult primary care population relative to a more structured clinical interview administered before the medical interview.

Schulberg et al., General Hospital Psychiatry. 2004; 26(5): 337-345.

課程大綱

- 老年憂鬱症治療與處理原則
- 老年憂鬱症建議之處置分期與治療
- 抗憂鬱劑種類
- 抗憂鬱劑治療劑量
- 抗憂鬱劑副作用
- 抗憂鬱劑之藥物交互作用
- 合併老年憂鬱症之特殊族群
- 心理治療
- 預防復發

老年憂鬱症處置與治療



處置原則

緩解所有憂鬱症之症狀

- 痘瘍症狀可能增加慢性化及身體疾病之危險
- 降低危險因子
 - 如忽略、傷害、自殺等
- 身體及社會活動上達到最適當的功能
 - 維持社區及居家生活能力，延緩轉介養護機構
- 全人治療
 - 包括身體狀態、營養狀態、行動力及家庭或社會支持等

避免惡化及復發



如何達到處理原則

仔細評估危險因子

衛教憂鬱症患者及家人(照護者)

減少可能的失能

- 如慢性疾病、五官感覺失能、行動力等

與社會福利/支援結合

回顧用藥史及目前用藥

- 坊間成藥、傳統中草藥、民間偏方等，必要時簡化藥物

適當使用抗憂鬱劑及心理治療與社會支援



何時需要轉介精神科

自殺危險

因自我忽略造成之傷害（如躺床無進食）

診斷不明確

診斷可能合併躁症(bipolar)（過去或現在）

複雜個案（合併多種精神科診斷）

存在精神病狀態 (psychotic symptoms)

在使用一種適當劑量及治療時間(六週以上)之抗憂鬱劑後，療效不足或不佳者



擬定照護計畫前

須取得病患及家屬(照護者)的同意

討論哪些人將參與醫療決策及照護計畫

衛教病患及家屬(照護者)需要提供哪些相關資料（如過去病史、生活史、醫療期待等）

討論擬定照護計畫之方向（包括轉介精神科）

提出目前可能治療/照護形式



老年憂鬱症處置分期

1. 急性治療期 (Acute treatment phase)
復原或憂鬱症狀緩解 (週) 2. 繼續治療期 (Continuation phase) 避免同一憂鬱病程症狀復發 (月)
3. 維持期 (Maintenance/prophylaxis phase)
預防下次再發 (年)

急性治療期 快速區分憂鬱型態 (evidence levels Ia-IIa)

Type of depression	Treatment modality
Psychotic depression	→ Urgent referral indicated
Severe (non-psychotic depression)	→ Urgent referral indicated
Moderate depressive episode	Antidepressant and/or psychological therapy
Dysthymia	Antidepressant
Recent-onset subthreshold (minor) depression	Watchful waiting
Persistent subthreshold (minor) depression	Antidepressant
Grief/bereavement	Antidepressant and/or psychological therapy

Strategies for the acute treatment phase

- If no or little response (<25% 症狀改善) by 4 weeks
 - increase the dose
 - change to another antidepressant (switch class) if the dosage is optimal
- If partial response by 4 weeks (25-50% 症狀改善)
 - continue the same antidepressant and optimize dose
- If little further improvement by 8 weeks
 - consider combining antidepressants
 - consider augmentation, Lithium, ECTetc.
 - referred to specialists

Baldwin RC. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18: 829 - 838.

Strategies for resistant depression

- Optimization
 - Substitution
 - Combination
 - Augmentation
 - Other strategies
- } Refer to specialists

抗憂鬱劑種類

- TCAs: Tricyclic antidepressant
- MAOI: Monoamine oxidase inhibitor
- SSRI: Serotonin selective reuptake inhibitor
- SNRI: Serotonin norepinephrine RI
- NaSSA: Norenergic and specific serotonergic antidepressant
- SARI: Serotonin antagonist reuptake inhibitor
- NDRI: Norepinephrine dopamine RI

抗憂鬱劑的選擇

- All antidepressants show the equal efficacy
- Factors in consideration
 - Safety, Tolerability, Side effect profiles, Drug-drug Interactions
 - History of the past effective medications
 - Starts low, goes slow?
 - Prolonged dose titration for older TCAs, usually unnecessary with newer antidepressants

Oxford textbook of old age psychiatry 2008

Drug	Starting dosage (mg)	Average daily dose (mg)
SSRIs		
Citalopram	20	20-40
Sertraline	50	50-150
Fluoxetine	20	20
Paroxetine	20	20
Fluvoxamine	50-100	100-200
Escitalopram	5	10
SNRIs		
Venlafaxine	75	150
Duloxetine	30	60
NaSSA		
Mirtazapine	30	30
MAOI		
Moclobemide	300	300-400
SARI		
Trazodone	100	300
TCA		
Amitriptyline	25-50	75-100
Imipramine	25	75-100
Nortriptyline	10	75-100

Oxford textbook of old age psychiatry 2008

急性治療期間

At least six weeks of treatment is recommended to achieve optimal therapeutic effect. Older patients seem to take longer to recover from depression.

Lebowitz, 1997; Wilson, 2001

Side effects (I)

TCAs

- Anticholinergic; delirium, esp. frail elderly patients
- Cardiotoxicity, ECG
- Adrenergic blockade, postural hypotension
- Antihistamic, sedation and weight gain

SSRIs safer than TCAs

- Nausea, diarrhea, insomnia, anxiety, agitation, headache, sexual dysfunction, weight loss occasionally
- SIADH, Na< 130 mmol/l lethargy, fatigue, sleep disturbance, muscle cramps, headache
- Fluoxetine, active metabolite for more than a week
- Discontinuation symptoms, antidepressant with short-half



Side effects (III)

Venlafaxine

- well tolerated by older people while the doses increased slowly
- Hypertension, blood pressure monitoring
- elderly patients with arrhythmia, not recommended

Bupropion

- Seizure

Trazodone

- sedative properties, good safety
- occasional priapism



Side effects (II)

Moclobemide

- well tolerated by older people
- drug interactions with painkillers and other antidepressants
- combination of moclobemide with TGAs or SSRIs should be avoided
- transferring from a TCA or SSRI to moclobemide wash-out period of around five half-lives



Noticeable side-effects of antidepressants

SSRI might increase risk of Hip Bone Loss

Diem SJ et al: Arch Intern Med 2007; 167: 1240 - 45

SSRI and SNRI might Increase Risk of UGI Bleeding with Synergetic Interaction with NSAID; Protected by PPI/H2 blocker

De Abajo FJ et al: Arch Gen Psych 2008; 65: 795-803



Table 8-4. Newer antidepressants and P450 enzyme inhibitory potential

Drug	CYP1A2	CYP2C	CYP2D6	CYP3A4
Fluvoxamine	+++	++	0	+++
Fluoxetine (metabolite)	0	++	++++	++
Sertraline (metabolite)	0	++	+	++
Paroxetine	0	0	++++	0
Citalopram	0	0	0	0
Nefazodone	0	0	0	++++
Venlafaxine (metabolite)	0	0	0	0
Bupropion	0	0	0	0
Mirtazapine	0	0	0	0

Note. 0 = unknown or insignificant; + = mild and usually insignificant; ++ = moderate and possibly significant; +++ = moderate and usually significant; ++++ = potent.

Source. In vivo and in vitro results: Crewe et al. 1992; Nemeroff et al. 1996; von Moltke et al. 1994, 1995.

Drugs interaction

CYP2D6 inhibitors-paroxetine, fluoxetine

- Captopril, Labetalol, Metoprolol, Propranolol, Venlafaxine, some TCAs

CYP2C9 inhibitors-fluoxetine

- Warfarin, Phenytoin, Diclofenac, Ibuprofen, Mefenamic acid, Naproxen

CYP1A2 inhibitors-fluvoxamine

- Propranolol, Warfarin, Theophylline, Clozapine, some TCAs

CYP3A4 inhibitors-fluvoxamine, Nefazodone

- Diltiazem, Lidocaine, Nifedipine, Quinidine, Verapamil, Warfarin, Carbamazepine, Dextromethorphan, Erythromycin, Venlafaxine, some BZDs and TCAs

Specific groups

Depression in dementia patients

Depression in association with general systemic disease

Depression in residential and nursing home

- The evidence for efficacy is not clear

Depression in association with general systemic disease (I)

Mixed physical conditions SSRI s/ SNRIs vs. placebo

- More severe the physical condition, more effective (Evans 1997; Sheikh 2004; Wise 2007)

post-stroke depression SSRI s

- Effective, spontaneous recovery in the first 6 months (Panathaman and Baldwin, 2006)

Parkinson's disease

- insufficient evidence of trial data to recommend

Depression in dementia patients

許多臨床試驗支持抗憂鬱劑對沒有失智表現的老年憂鬱症的療效。然而，這些結果並不能直接推論到阿茲海默失智症合併有重鬱症的治療。從證據醫學的角度，就目前可得的證據，療效部分並無法得到一致的結論，主要的原因是各個研究病人診斷準則、篩選的標準和使用的評估工具不同。但細部探究可發現，研究對憂鬱症狀採越嚴格的標準，即越符合臨床重鬱症診斷，所得結論越支持抗憂鬱劑療效。雖然療效的證據不一，但整體而言，臨床的專家共識仍支持抗憂鬱劑對阿茲海默失智症合併重鬱症的治療。SSRIs 應優先考慮，因和其他抗憂鬱劑相比，其有較好的耐受性。其他可選擇的抗憂鬱劑包括，但不僅限於 venlafaxine, mirtazapine, and bupropion. TCAs 因有造成心臟血管和抗膽鹼副作用的危險，對老年病患影響較大不建議使用。在老年病患開立抗憂鬱劑時，藥物選擇應依據個別化與副作用做考量；和大部分其他藥物相同，開藥原則應從低起始劑量開始，緩慢增加劑量並拉長調整劑量所需時間。

APA 2007;台灣老年精神醫學會失智症精神行為症狀治療準則小組 2011

Depression in association with general systemic disease (II)

Cardiovascular/ Coronary heart disease Sertraline vs. placebo

- Marginal benefits, notably for patients with more severe depression
- extrapolation from studies of mixed-aged patients, not older patients only (Glassman, 2002)
- Cardiac outcomes were not improved (SADHART, ENRICHD)
- older tricyclics should be avoided due to significant adverse cardiac events compared to SSRIs (Roose et al., 1998)

Impact of medical comorbidities on antidepressant response

In an 8-week study with sertraline vs. placebo, older patients had similar responses whether they had a comorbid medical illness or not. (Sheikh, 2004)

In a 6-week study with fluoxetine vs. placebo (45), geriatric patients with major depression and with none, 1, 2, 3, 4 or ≥ 5 chronic physical illnesses were treated. The analyses showed that the number of chronic illnesses did not have an influence on treatment outcomes. (Small, 1996)

- patients with a greater number of illnesses had a greater response to fluoxetine, whereas the opposite was found with the placebo group.

The duloxetine vs. placebo treatment effect was not largely affected by the presence or absence of one or more of the three medical comorbidities (vascular disease, diabetes and arthritis). (Wise, 2007)

心理治療

NIH 共識

- 心理治療是老人憂鬱症的重要治療項目，但是單獨心理治療是不足夠的 (Schneiderl1994, 1995; Lebowitz1997)

藥物與心理治療合併治療對重鬱症的急性期治療與復發的預防非常有效 (Reynolds 1999)

資料來源：歐陽文貞醫師 心靈園地

可選擇之心理治療/介入

- 認知行為治療 (Cognitive-behavior therapy; CBT)
- 人際關係治療 (Interpersonal therapy; IPT)：
是節省時間的門診治療，針對人際 4 大問題—人際缺乏、親友過世、角色轉變、人際間不舒服
- 問題解決治療 (Problem-solving therapy)
- 懷舊治療或人生經驗回顧等
- 情緒支持

預防復發之建議

治療急性期之憂鬱症狀達到緩解

- 初發個案治療期至少一年，復發個案需一年以上
- 衛教及提供可能危險因子之預防
- 提供藥物及心理治療
- 定期追蹤
- 適時轉介精神科

再次提醒~何時需要轉介精神科

自殺危險

因自我忽略造成之傷害 (如躺床無進食)

診斷不明確

診斷可能合併躁症(bipolar) (過去或現在)

複雜個案 (合併多種精神科診斷)

存在精神病狀態 (psychotic symptoms)

在使用一種適當劑量及治療時間(六週以上)之抗憂鬱劑後，療效不足或不佳者

任何需要精神科協助之情況

謝謝



2012

Pain, Depression and Suicide: The Screen of Depression and Suicidal Ideas for The Aged Non-psychiatry Inpatients In a Medical Center in Taipei

痛不欲生：台北某醫學中心老年非精神科住院病患憂鬱情緒與自殺意念篩檢研究

Chia-Fen Tsai^{1*}, Mei-bih Chen³, Ying-Jay Liou^{1,2}, Jen-Ping Hwang^{1,2}, Cheng-Hung Yang^{1,2}, Tung-Ping Su^{1,2}, Ying-Sheue Chen^{1,2}

蔡佳芬^{1,2*}、陳美碧³、劉英杰^{1,2}、黃正平^{1,2}、楊誠弘^{1,2}、蘇東平^{1,2}、陳映雪¹

¹Department of Psychiatry, Taipei Veterans General Hospital, ²Division of Psychiatry, Faculty of Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan, ³Department of Nursing, Taipei Veterans General Hospital
1.台北榮總精神部、2.國立陽明大學醫學院、3.台北榮總護理部

目的：本研究針對台灣都會區之醫學中心病患，年齡高於65歲、非精神科住院病患，進行憂鬱焦慮症狀篩檢與自殺意念篩檢。並針對合併之身體疼痛與家庭社會支持等相關臨床因素進行探討。期能了解導致老年住院病患憂鬱與自殺意念的相關因子。

方法：本研究樣本收集2012年1月1日至2012年10月31日住入台北市某醫學中心1478名老年病患，其中男性887名，女性591名。個案經由權責護理師進行一般資料詢問、簡氏健康量表(BSRS-5)、以及疼痛自評量表評估(VAS score)。統計方法除描述性分析外，多變量部分採多重複迴歸模式，檢驗各因素對於老年住院病患憂鬱分數與自殺想法之影響力。

結果：本研究族群之平均年齡 77.4 ± 7.9 歲，平均教育程度 8.2 ± 5.1 年，簡式健康量表平均分數為 3.4 ± 3.5 分，自殺分項平均分數為 0.1 ± 0.5 ，疼痛評分之平均分數為 1.9 ± 2.4 。老年非精神科住院個案之自殺意念分數與簡式健康量表總分，疼痛自評量表分數，過去有精神科病史，以及獨居呈現正相關，與住院時家人時常陪伴、住院時家人時常探視等因素呈現負相關。而與其年齡、教育程度、性別、榮民身分、是否有看護陪伴無關。再者，老年非精神科住院個案之簡式健康量表總分則與自殺意念分數、疼痛分數、過去有精神科病史、平日獨居，女性，低教育程度、有看護陪伴呈正相關。

經迴歸分析顯示，簡式健康量表總分較高與住院時家人無時常探視為高自殺意念之獨立預測因子。而疼痛分數較高，過去有精神病史，高自殺意念分數與女性，則為簡式健康量表總分較高之獨立預測因子。

	自殺 分數	簡式 健康 量表	疼痛 分數	精神 病史	家人 陪伴	家人 探視	看護 陪伴	女性	獨居
簡式健 康量表 分數	0.45	-	0.32	0.18	-	-0.05	0.08	0.10	0.09
自殺 分數	-	0.45	0.18	0.11	-0.07	-	-	-	0.06

By Pearson correlation analysis; all P < .05

討論：本研究顯示老年住院個案以簡式健康量表的篩檢平均分數偏低，日後採用此方法進行篩檢時，應注意高風險族群的分數設定。研究結果支持過去對於自殺、憂鬱，與痛之間的關聯性，這關係可能是雙向的。疼痛與過去精神病史對於憂鬱與自殺意念之相關性。其中聘請看護不但未能減少憂鬱與自殺，甚至與高憂鬱分數相關，推測病患可能與其他有家屬陪伴的病患相比較，出現自己不如人的想法，家庭支持是此類族群重要的影響因素之一。可提供日後於類似規模之機構進行住院老年病患憂鬱與自殺防治策略擬定之參考。

文獻：

- Van Orden K, Conwell Y. Suicides in late life. Curr Psychiatry Rep. 2011 Jun;13(3):234-41.
Bahk WM, Park S, Jon DI, Yoon BH, Min KJ, Hong JP. Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality. Psychiatry Res. 2011 Oct; 200(3):357-61.

