



行政院衛生署補助計畫成果報告

計畫名稱：補助 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：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫

院主持人：張家銘

填表日期：101 年 12 月 11 日

目錄

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).....	4
第一章 緒論.....	5
第一節 前言	5
第二節 研究目的	6
第三節 工作項目	7
第二章 住院老人BSRS-5 與自殺意念的篩選、評估與追蹤.....	9
第一節 研究方法與步驟.....	9
第二節 第一階段BSRS-5 與自殺意念的篩檢	14
第三節 第二階段 憂鬱與生活品質評估	27
第四節 第三階段 BSRS-5 與自殺意念追蹤關懷	42
第三章 訂定醫院自殺防治標準流程、教材與工作手冊	44
第一節 訂定醫院自殺防治標準原則與做法	44
第二節 衛教教材開發	47
第三節 建立工作手冊	53
第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導	55
第一節 院內自殺防治教育宣導	55
第二節 辦理院內人員教育訓練	70
第五節 辦理自殺個案討論	84
第三節 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導	87
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	88
第五章 討論與建議	93
第一節 重要研究結果摘要	93
第二節 針對研究結果之討論	93
第三節 研究限制與未來研究方向	94

第四節 對於管理實務與政策上的建議.....	95
三、執行過程中所遭遇之問題與困難，並請自評是否符合進度.....	97
四、經費使用狀況.....	99
五、相關附件：.....	100
附錄一人體試驗倫理委員會同意臨床試驗證明書	101
附錄二 第一階段篩檢量表	1023
附錄三 第二階段評估量表	105
附錄四 受訪同意書	1049
附錄五 關懷記錄單	112
附錄六 「林口長庚紀念醫院 自殺防治暨生命關懷中心宣導」海報.....	113
附錄七 「住院自殺防治標準原則與做法」海報.....	114
附錄八 「認識老年憂鬱症」海報	115
附錄九 「憂鬱了，怎麼辦？」海報	116
附錄十 「生命會有希望」海報.....	117
附錄十一 「你我都是自殺防治守門人」衛教單張	118
附錄十二 「認識老年憂鬱症」衛教單張	120
附錄十三 「憂鬱」衛教單張.....	122
附錄十四 「生命會有希望」衛教單張	124
附錄十五 「生命關懷卡-病人版、家屬版」	126
附錄十六 林口長庚醫院自殺防制工作手冊	128
附錄十七 林口院區教育訓練海報.....	140
附錄十八 桃園院區教育訓練海報.....	141
附錄十九 線上學習課程-教材	142
附錄二十 101 年度自殺防治研討會 講義	147
附錄二十一 林口院區教育訓練 講義	176
附錄二十二 桃園院區教育訓練 講義	190
附錄二十三 內科部教育訓練 講義	207
附錄二十四 護理部教育訓練 講義	222
附錄二十五 長庚醫院投稿-預防銀髮除的自殺問題	257

共 (257) 頁

圖目錄

圖1. 住院老人自殺風險篩檢、評估與追蹤關懷預定流程.....	13
圖2. 住院老人自殺風險篩檢、評估與追蹤關懷實際結果.....	16
圖3. 比較住院老人接受後續關懷在開案與結案症狀分數的差異.....	43
圖4. 住院病人自殺防治標準原則與做法.....	46
圖5.「住院自殺防治標準原則與做法」宣導海報.....	48
圖6.「憂鬱了，怎麼辦？」宣導海報.....	48
圖7.「生命會有希望」宣導海報.....	48
圖8.「認識老年憂鬱症」宣導海報.....	48
圖9.「住院自殺防治標準原則與做法」衛教單.....	49
圖10.「憂鬱」衛教單.....	50
圖11.「認識老年憂鬱症」衛教單.....	51
圖12.「生命會有希望」衛教單.....	52
圖13. 重點病房宣導活動剪影-7月13日於胸腔及心臟外科系教學病房	57
圖14. 重點病房宣導活動剪影-7月24日於一般外科病房	58
圖15. 重點病房宣導活動剪影-7月27日於腫瘤科(一)病房	59
圖16. 重點病房宣導活動剪影-7月30日於腎臟科病房	60
圖17. 重點病房宣導活動剪影-7月31日於精神科病房	61
圖18. 重點病房宣導活動剪影-8月15日於心臟內科病房	62
圖19. 重點病房宣導活動剪影-8月16日於婦癌科病房	63
圖20. 重點病房宣導活動剪影-8月16日於腫瘤科(三)病房	64
圖21. 重點病房宣導活動剪影-8月20日於腸胃科病房	65
圖22. 重點病房宣導活動剪影-8月30日於腫瘤科(四)病房	66
圖23. 重點病房宣導活動剪影-9月25日於胃腸肝膽科病房	67
圖24. 重點病房宣導活動剪影-10月5日於胸腔外科病房	68
圖25. 重點病房宣導活動剪影-12月11日於急診中心.....	69
圖26. 101年度自殺防治研討會.....	70
圖27. 101年度自殺防治研討會 翁文能院長與衛生局康清雲副局長親臨致詞.....	72
圖28. 101年度自殺防治研討會 講師.....	73
圖29. 101年度自殺防治研討會 與會人員	74
圖30. 內科部101年10月份MEDICAL ACTIVITIES	77

圖31. 院內人員在職教育訓練活動剪影-內科部R1 在職訓練.....	78
圖32. 院內人員在職教育訓練活動剪影-台北長庚場	79
圖33. 院內人員在職教育訓練活動剪影-精神科在職教育	80
圖34. 院內人員在職教育訓練活動剪影-林口院區	81
圖35. 院內人員在職教育訓練活動剪影-桃園長庚場	82
圖36. 院內人員在職教育訓練活動剪影-桃園長庚場	83
圖37. 個案討論會活動剪影	85
圖38. 個案討論會活動剪影	86
圖39. 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導	87
圖40. 院外憂鬱與自殺防治活動剪影-6月8日台中澄清醫院自殺防治宣導	90
圖41. 院外憂鬱與自殺防治活動剪影-7月5日桃園療養院台灣自殺防治概況與防治策略	91
圖42. 院外憂鬱與自殺防治活動剪影-10月11日臺南市衛生局自殺防治宣導.....	92

表目錄

表1. 住院老人第一階段篩檢 接受篩檢與拒絕篩檢之比較.....	15
表2. 住院老人完成第一階段篩檢之基本資料.....	17
表3. 比較BSRS-5<6 與BSRS-5≥6 住院老人特徵差異 (N=2,076)	20
表4. 比較住院老人有無自殺意念的特徵 (N=2,076)	23
表5. 接受與未接受第二階段評估個案性別與年齡差異 (N=390)	27
表6. 接受高風險追蹤關懷之基本資料 (N=319)	29
表7. 比較GDS-15<5 與GDS-15≥5 住院老人特徵差異 (N=319)	33
表8. 比較住院老人第二階段SF-12 與其他特徵 (N=318)	38
表9. 比較住院老人基本資料、BSRS-5 各項目、GDS-15、SF-12 及MMSE 的相關	41
表10. 住院老人接受追蹤關懷，在開案與結案的分數差異	42
表11. 專科病房自殺防治教育宣導.....	56
表12. 101 年自殺防治研討會課程內容.....	71
表13. 在職教育訓練表.....	76
表14. 自殺個案討論會 會議清單.....	84
表15. 院外憂鬱與自殺防治演講清單.....	89
表16. BSRS-5 的人數與百分比、累積百分比分布	95

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	針對自殺高危險病房如腫瘤科、胸腔科、腎臟科、精神科等重點病房進行病房宣導，共計舉辦14場，參與人數361人。
(二) 辦理院內人員教育訓練	1. 針對護理人員舉辦三梯次課程，「自殺評估與預防」、「關懷照護與傾聽技巧」、「壓力調適方法與實務應用」課程，參與人數337人。 2. 針對內科部住院醫師與精神科見習醫師舉辦「醫院內自殺防治」課程，參與人數150人。 3. 針對林口、台北、桃園院區全院同仁舉辦四場大型研討會與各病房教育訓練，參與人數超過800人。 4. 製作相關課程提供院內線上學習課程，共有7,764人完成線上學習。
(三) 擇定自殺風險評估工具	第一階段：使用簡式健康量表(BSRS-5)加上一題自殺意念、身體疾病檢核表及疼痛評估量表，做住院老人的篩檢。當BSRS-5分數 ≥ 6 分或自殺意念>1分者，定義為自殺高危險群。 第二階段：使用老人憂鬱量表(GDS-15)、簡易智能狀態測驗(MMSE)、健康生活品質問卷(SF-12)評估。 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。

(四) 訂定整合服務流程	<p>配合本院自殺防治中心，結合精神科醫師與社工加上三位個管師，訂定門診、急診、住院自殺防治標準作業原則與處理流程。以住院自殺防治標準流程為例：</p> <p>第一線醫療人員首先需要能辨識住院病人自殺高危險因子與徵兆，符合高危險群病人則進入「一問、二應、三轉介」的處理流程。</p> <p>【一問】以 BSRS-5 及自殺意念篩檢，主動關懷、積極傾聽；【二應】適當回應、支持陪伴，確認問題並提供資源與希望；【三轉介】照會轉介中心團隊，提供進一步的處遇與持續關懷。</p>
(五) 招募專案管理師	<p>新聘兩位個案管理師，加上本中心原本的一位專任個案管理師，經過一個月密集訓練與討論，建立共識默契及對於量表評估的一致性。</p>
(六) 進行個案收案管理	<p>共拜訪住院老人 2,218 人，拒絕篩檢 142 人(6.4%)，完成第一階段篩檢 2,076 人(93.6%)。</p> <p>其中符合第二階段高風險個案管理 390 人(18.8%)。</p> <p>最後，接受個管 337 人(86.4%)，拒絕個管 53 人(13.6%)。</p>
(七) 辦理個案討論	<p>針對特殊自殺個案，邀請精神科醫師、急診/家醫代訓醫師、社工與個管師進行個案討論，共舉辦 27 場。</p>
(八) 衛教教材開發	<p>製作 5 類宣導與衛教海報，4 類三折式衛教單張，2 類病人版與家屬版之生命關懷卡。</p>
(九) 建立工作手冊	<p>建立「醫院自殺工作手冊」。</p>

(十) 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導	<p>篩檢同時，針對家屬與病人進行自殺防治教育宣導，提供衛教單張。 對民眾舉辦「憂活與樂活 繽紛過生活」課程。</p>
(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	<p>與桃園縣衛生局、桃園縣心理衛生中心、桃園縣自殺防治中心、生命線、張老師合作自殺個案轉介關懷、授課與討論，並擔任桃園縣心理衛生及自殺防治委員。</p>
(十二) 提出本案未來推廣試辦之模式建議	<p>醫療人員應定期參與自殺防治教育訓練，熟悉評估工具與標準作業流程，增加對自殺個案的敏感度與處理能力。</p>

二、執行成果(含各項指標達成情形)

為了完整陳述，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 BSRS-5 與自殺意念的篩選、評估與追蹤，包含以上項目三、五、六。
2. 第三章 訂定醫院自殺防治標準流程、教材與工作手冊，包含以上項目四、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

自殺多年來一直是國人十大死因的第九位，也是青年、壯年、中年死因的第二、第三與第七位。老人自殺雖是第十四名死因，老人的自殺率卻是全人口的兩倍，居所有年齡層之冠。儘管在 2010 年台灣自殺死亡率首次退至十大死因第十一位，其中各年齡層皆下降，但是老人的自殺死亡率仍上升(死因統計，衛生署 2011)。並且台灣老人自殺死亡率遠高於美國、德國、義大利，在亞洲國家亦高於日本、新加坡及澳洲，僅低於韓國(Chiang et al., 2006)。隨著臺灣老人佔人口的比例越來越高，這個問題需要更多的重視。

相較於年輕人而言，老人有較多的身體疾病。就醫的比例較高，但是相對被診斷出憂鬱的比例較低。老年期憂鬱症診斷的困難在於，老人常陳述身體症狀而忽略情緒症狀，即使有情緒症狀也常以緊張焦慮、易怒表現。且老人常有多種疾病或服用多種藥物，因而與憂鬱症的身體表現難以區分。再加上憂鬱症表現的認知障礙容易被誤認為失智症，而未接受到適當的治療(Chiang et al., 2006)。過去有研究甚至指出老人的憂鬱常在自殺企圖後才被診斷出來(Suominen et al., 2004)，也有研究顯示情感性疾病是老人自殺的高危險因子(Conwell et al., 2002)。老人的身體較脆弱，復原力較低，但意志力較堅定。以自殺企圖到自殺死亡而言，一般人的比約為 1 : 10~20，也就是每 10-20 人的自殺企圖，才有一人自殺死亡成功；而年輕人可能為 1 : 200，但老人可能是 1 : 4。臺灣老人的自殺死亡者最多用的方法是上吊，但年輕自殺死亡者則以燒炭最多(死因統計，衛生署 2011)。這些數據，可以說明為何老人的自殺死亡率高於年輕人。

過去研究指出，身體的病痛是最常引發老人自殺之生活事件(Heikkinen et al., 1995)，且有自殺企圖的老人同時罹患生理疾病的比率很高，既然疾病因素在老人自殺是常見的，而老人生前常有就醫，醫療人員對於自殺防治的認識就很重要。因此相較於精神科病房，一般內外科病房可能潛在了更多深受疾病困擾而有自殺意念，但未接受精神照護的老人。國外的研究顯示，加強基層醫師對於憂鬱症與自殺防治的認識，可以有效下降自殺的發生(Rhimer et al., 1995)。但是張家銘醫師利用自殺死亡檔案連台灣的健保就醫檔案的分析發現，自殺死亡者生前接觸醫院非精神科醫師的比

例，高於基層醫師。顯示在台灣醫院非精神科的醫療人員，是更重要的自殺防治守門人(Chang et al., 2009)。

因此，醫院是自殺防治重要的場域。除了自殺企圖者常會送來醫院急診，未來他們再次自殺風險仍高，需要後續關懷照護。全國自殺防治中心分析全國通報資料顯示，後續關懷照護能下降再次自殺圖與自殺死亡的發生。除此之外，預防醫院住院病人自殺的發生，也是病人安全的重要目標(醫策會，2012)。

總結以上，老人自殺死亡比例比其他年齡高，身體疾病常是自殺的重要原因。老人自殺者生前就醫比率高，但多是非精神科。林口長庚醫院自殺防治中心在醫院支持下在 2007 年成立，本次擬藉由行政院衛生署補助 100 年度「醫院試辦老人自殺防治品質促進計畫」的計畫，建立跨專科團隊服務，針對 65 歲以上罹患慢性疾病、癌症、憂鬱症或重大傷病之住院老人，主動提供簡式健康量表 (BSRS-5) 篩檢服務，早期發現憂鬱症或有自殺風險之老人，並收案管理追蹤關懷，以提升老人自殺風險個案之照護品質，並從試辦經驗中檢討改進，發展未來醫院老人自殺防治的全面推廣模式。

第二節 研究目的

本研究的目的有三：

1. 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，提升醫療照護品質。
2. 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。
3. 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 工作項目

本研究的工作項目可分為12項，包括：

1. 院內宣導本專案計畫：在林口長庚、台北長庚、桃園長庚各專科病房宣導老人自殺防治教育訓練，並在林口長庚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。
2. 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。
3. 老人憂鬱與自殺風險評估工具：以簡式健康量表 BSRS-5 加上自殺意念一題做第一階段篩檢，並加上身體疾病檢核表、疼痛量表評估。若 $BSRS-5 \geq 6$ 或自殺意念 ≥ 1 者，以老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS-15)，健康生活品質量表(SF-12)，及簡易智能狀態量表(MMSE)進行第二階段評估。並於出院後以 BSRS-5 及自殺意念進行持續追蹤關懷。預定進行 2000 為住院老人篩檢。
4. 訂定整合服務流程：設計醫院自殺防治標準原則與做法，建立自殺防治團隊、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。
5. 招募專案管理師：新聘兩位個案管理師，加上本中心原本的一位專任個案管理師，合作進行住院老人自殺風險篩檢、評估與追蹤關懷。
6. 進行個案收案管理：3 位個案管理師將合作對於 $BSRS \geq 6$ 分以上，且自殺意念 ≥ 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。
7. 辦理自殺個案討論：固定辦理自殺個案討論會，督導檢討。

8. 衛教教材開發：開發老人憂鬱與自殺評估教材與線上學習教材。
9. 建立工作手冊：建立「醫院自殺防治工作手冊」，說明門診、急診、住院針對自殺意念者、自殺未遂者、自殺企圖者的逼準處理流程。提供第一線醫療同仁有所依循。
- 10.針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導：篩選同時對病患及家屬進行衛教。
- 11.與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作。
12. 提出本案未來推廣試辦之模式建議。

以上12項目將在下面分章詳細說明，包括：

第二章 住院老人BSRS-5 與自殺意念的篩選、評估與追蹤，包含以上項目3、5、6。

第三章 訂定醫院自殺防治標準流程、教材與工作手冊，包含以上項目4、8、9。

第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導，包含以上項目1、2、7、10、11。最後，將第12項放在第五章討論與建議之中。

第二章住院老人BSRS-5與自殺意念的篩選、評估與追蹤

第一節 研究方法與步驟

一、研究對象

本計畫於2012年3月至2012年12月止，以林口長庚紀念醫院50個病房65歲以上的住院老人為對象，收案前事先詢問醫療單位照護成員與家屬意見，排除瞻妄、聽力或溝通能力障礙、及篩檢當下因身體疾病不適或具有傳染性之老人，納入可能收案對象。

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、身體疾病檢核表、簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5）、疼痛評估量表。

第二階段評估資料包含老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS-15)、健康生活品質調查問卷(Short form-12 items health survey, SF-12)、簡易智能狀態測驗(Mini-Mental State Examination, MMSE)。

追蹤關懷再次以BSRS-5與自殺意念進行評估，同時測量GDS-15及SF-12，以確認關懷成效。

除了基本資料由病歷資料取得外，身體疾病檢核表經由病人/家屬口述及病歷資料取得，其餘資料皆由問卷訪談收集。

（一）基本資料

包含性別、年齡、出生年月日、病歷號碼、教育程度、婚姻狀況、工作狀態、過去精神病史。

(二) 身體疾病檢核表

包含癲癇、慢性肺病、心臟病、高血壓、癌症、失智症、腦血管疾病、巴金森氏症、糖尿病、甲狀腺疾病、慢性腎病、慢性風濕免疫疾患、慢性關節疾患、高血脂、骨質疏鬆症，等15個老人常見疾病的有無。

(三) 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。

(四) 身體疼痛評估量表

評估個案三個月以來身體疼痛的有無與頻率，包含肩頸痠痛、下背痛及腰痛、坐骨神經痛、頭痛及偏頭痛、全身關節疼痛與僵硬、四肢疼痛。此量表為參考「2005年國民健康訪問暨藥物濫用調查」之問卷調查而來。

(五) 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。題目內容只包含與情感、認知及行為有關的症狀，排除有關於身體症狀的題目，以增強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。

GDS-15 信、效度檢驗時的施測樣本為家醫科門診病人，其憂鬱組的性別分佈女性為男性的三倍，且鰥寡孤獨者的比率顯著較多，此與憂鬱症在一般人口之流行病學分布相似，因此可以被推薦作為基層醫療臨床篩檢老年憂鬱症之用，建議選用切分點為 15 分；個案總得分在 15 分或 15 以上者，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。但若要使用於其他人口群，例如社區篩檢用，則其切分點須經其他社區研究後進一步調整。

（六）健康生活品質量表(Short form-12 items health survey，SF-12)

本研究評估健康狀態調查所使用的量表，乃採取 SF-12 做為測量工具，SF-12 量表主要是由 Ware 等(1996)為了縮短施測時間，減少答題者的負荷，將 SF-36 題數減至 12 題而發展，曾施測在美國和英國不同族群的研究調查，其 Cronbach's α 值均大於 .70， SF-12 與 SF-36 具有高度的相關係數，身體和心智範疇的相關係數各為 0.95，0.97 (Ware, Kosinski, & Keller, 1998)，問卷內容包括身體(physical component summary, PCS-12)及心智(mental component summary, MCS-12)二大範疇。問卷調查各單項之量尺不同，計分方式亦不同，但需轉成 0~100 分之序位方式，100 分表示為最佳狀況。國內已有多項研究將 SF-12 量表應用於測量健康狀態，研究對象包含肌無力患者、癌末病患主要家屬照顧者、都市老人(吳、蔡，2006；洪、陳，2007；洪、張、林、謝，2009)。

（七）簡易心智狀態測驗（Mini-Mental State Examination，MMSE）

自 1975 年 Folstein & Folstein 設計簡易心智狀態測驗 (Mini-Mental State Examination，MMSE) 將患者智能減損之狀況以量化方式呈現以後，MMSE 即成為臨床上與流行病學研究中最常應用之智能受損之篩檢工具。

中文版保留五大項認知功能之評量，包括：定向力、訊息登錄、注意力及計算、短期記憶以及語言能力。

三、研究步驟與流程

本研究在住院老人的自殺高風險篩檢、評估與追蹤關懷，共分三階段進行(如圖1)：

(一) 第一階段篩檢：使用簡式健康量表(BSRS-5)加自殺意念、身體疾病檢核表及疼痛評估量表。

當 BSRS-5 \geq 6 或自殺意念>1 分者，定義為自殺高危險群，加做第二階段評估，並於出院後，提供個案追蹤關懷服務。

(二) 第二階段評估：使用老人憂鬱量表(GDS-15)、健康生活品質問卷(SF-12)、簡易智能狀態測驗(MMSE)評估。

(三) 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 下降至一個分數類別及自殺意念=0 分者，予以結案。

所有量表評估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，建立共識默契及對於量表評估的一致性。

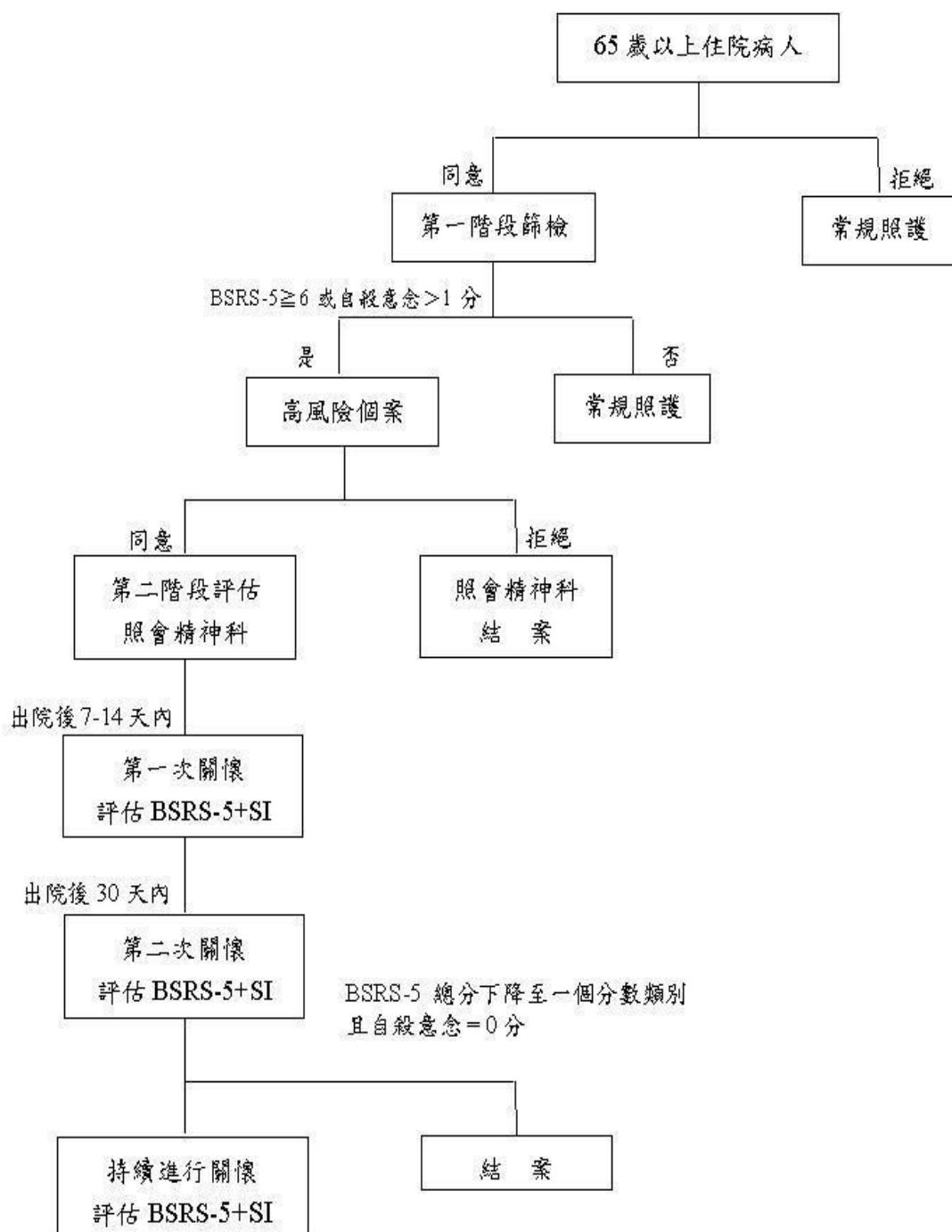


圖1. 住院老人自殺風險篩檢、評估與追蹤關懷預定流程

第二節 第一階段BSRS-5 與自殺意念的篩檢

(一) 接受第一階段篩檢與拒絕篩檢個案的特徵差異

本研究於2012年3月至2012年12月在林口長庚紀念醫院50個病房(包含復健科、胃腸肝膽科、心臟血管科、泌尿外科、癌症、外科、胸腔科、腦神經內外科、整外直肛科、外傷科、腎臟科、一般內科、骨科、人工關節康復暨資源中心、婦癌科、新陳代謝科、洗腎中心、精神科)之65歲以上住院老人進行第一階段篩檢。

共拜訪住院老人2,218人，接受第一階段篩檢2,076人，拒絕篩檢142人(病人拒絕n=80(56.3%)、家屬拒絕n=54(38%)與拒簽同意書n=8(5.6%))，整體受訪率為93.6%。(見圖2)

表1 呈現住院老人接受第一階段篩檢之樣本特徵，並比較接受與拒絕篩檢之特徵差異。

全部接受第一階段篩檢2,076人中，男性多於女性(53.7%：46.3%)，年齡以65-74歲居最多(49.7%)，其次為75-84歲(38.5%)與85歲以上(11.8%)，平均年齡 75.4 ± 7.0 歲。在病房種類方面，以腦神經內外科(14.4%)最多，其次為胃腸肝膽科(13.3%)與心臟血管科(13.0%)。

比較2,076位接受與42位拒絕的個案特徵，在性別、年齡別上無顯著差異。(見表1)

表1. 住院老人第一階段篩檢 接受篩檢與拒絕篩檢之比較

	全部拜訪個案		接受篩檢		拒絕篩檢		chi-square	p-value
	n=2,218	%	n=2,076	%	n=142	%		
性別							0.21	0.648
男	1,193	53.8	1,114	53.7	79	55.6		
女	1,025	46.2	962	46.3	63	44.4		
年齡層							1.60	0.450
65-74 歲	1,099	49.5	1,031	49.7	68	47.9		
75-84 歲	860	38.8	799	38.5	61	43.0		
85 歲以上	259	11.7	246	11.8	13	9.2		
病房								
胃腸肝膽科	308	13.9	276	13.3	32	22.5		
心臟血管科	284	12.8	269	13.0	15	10.6		
癌症	153	6.9	139	6.7	14	9.9		
精神科	52	2.3	52	2.5	0	0.0		
外科	85	3.8	79	3.8	6	4.2		
胸腔科	229	10.3	216	10.4	13	9.2		
腦神經內外	319	14.4	298	14.4	21	14.8		
科								
整外與直肛	154	6.9	140	6.7	14	9.9		
科								
外傷科	132	6.0	127	6.1	5	3.5		
一般內科	67	3.0	58	2.8	9	6.3		
婦癌科	70	3.2	68	3.3	2	1.4		
洗腎中心	34	1.5	32	1.5	2	1.4		
新陳代謝科	41	1.8	39	1.9	2	1.4		
腎臟科	127	5.7	126	6.1	1	0.7		
骨科	163	7.3	157	7.6	6	4.2		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	t	p-value
Age	75.4	7.0	75.4	7.0	75.6	6.7	0.25	0.806

備註：

1. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

2. 各科病房數，胃腸肝膽科 6 個，心臟血管科 4 個，癌症 6 個，外科 3 個，胸腔科 4 個，腦神經內外科 7 個，整外與直肛科 4 個，外傷科 2 個，婦癌科 5 個，腎臟科 2 個，骨科 4 個。

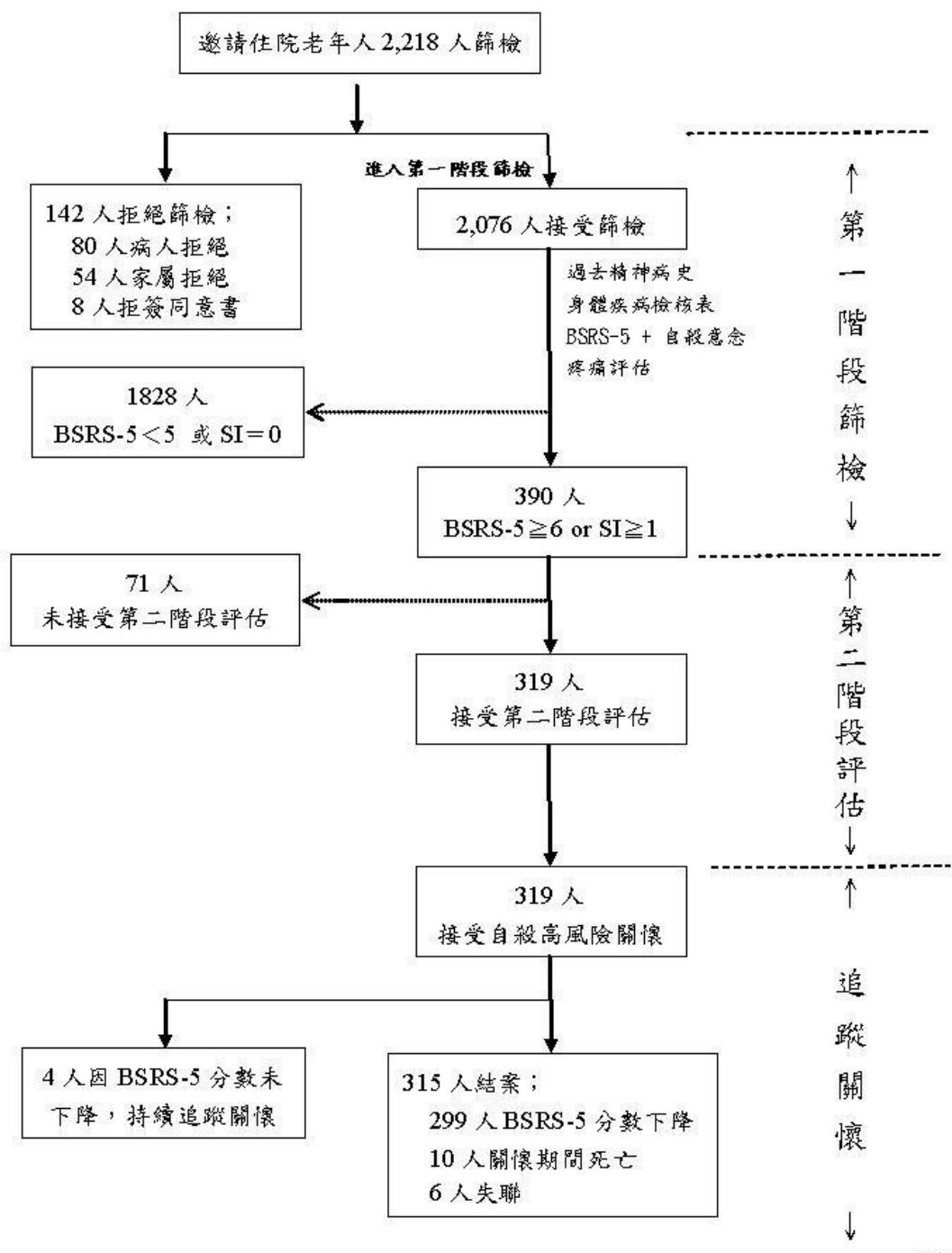


圖2. 住院老人自殺風險篩檢、評估與追蹤關懷實際結果

(二) 完成第一階段篩檢的住院老人特徵 (N=2,076)

全部共有 2,076 人完成第一階段篩檢，平均年齡 75.4 ± 7.0 歲，平均受教育年 5.5 ± 4.6 年，BSRS-5 平均分數 4.5 ± 3.7 分（見表2）。

男性佔個案數的 53.7%，女性則佔 46.3%。年齡層以 65-74 歲最多(49.7%)；75-84 歲居次 (38.5%)；再來 85 歲以上(11.8%)。多數為已婚(68.1%)，其次為鰥寡 (29.6%)。教育程度以國小最多(45.7%)，其次為未受教育(29.9%)，再者為國中以上 (24.4%)。大多數為無業者(93.3%)。9.8%過去曾有精神病史。在 15 種慢性身體疾病上，最多前五名依序為高血壓(59.3%)、糖尿病(31.9%)、癌症(31.4%)、心臟病 (27.1%)、腦血管疾病(15.7%)。

BSRS-5 總分 < 6 分者佔 66.6%， ≥ 6 分者佔 33.4%。其中最近一周 49.0% 有焦慮者，54.4% 覺得容易苦惱或動怒，54.4% 覺得心情憂鬱，25.0% 覺得比不上別人，69.1% 有失眠狀況。最後 6.6% 在最近一週曾有自殺意念。

在疼痛評估上，四肢痛(46.1%)最多，下背部疼痛、腰痛(43.8%)次之，再來為肩頸痠痛(31.4%)。

表2. 住院老人完成第一階段篩檢之基本資料

	n=2,076	%
Sex		
Male	1,114	53.7
Female	962	46.3
Age level		
65-74	1,031	49.7
75-84	799	38.5
≥ 85	246	11.8
Marital status		
Married	1,414	68.1
Widowed	614	29.6
Others ¹	48	2.3
Education		
None	620	29.9

Elementary School	949	45.7
Junior high school and above	507	24.4
Employment ²		
No	1,936	93.3
Yes	140	6.7
History of psychiatric disorder		
No	1,897	90.2
Yes	203	9.8
Physical disease		
Epilepsy	15	0.7
COPD	88	4.2
Heart disease	563	27.1
Hypertension	1231	59.3
Cancer	651	31.4
Dementia	62	3.0
Cerebral vascular accident	326	15.7
Parkinson's disease	59	2.8
Diabetes Mellitus	662	31.9
Thyroid disease	44	2.1
Chronic renal disease	282	13.6
Chronic rheumatologic disease	21	1.0
Chronic articular disease	95	4.6
Hyperlipidemia	122	5.9
Osteoporosis	35	1.7
BSRS-5 total score		
<6	1,383	66.6
≥6	693	33.4
Anxiety		
No	1,058	51.0
Yes	1,018	49.0
Hostility		
No	875	42.1
Yes	1,201	57.9
Depression		
No	947	45.6

Yes	1,129	54.4
Inferiority		
No	1,558	75.0
Yes	518	25.0
Insomnia		
No	641	30.9
Yes	1,435	69.1
Suicide ideation		
No	1,939	93.4
Yes	137	6.6
Pain (n=1,878)		
Neck and shoulder pain		
No	1288	68.6
Yes	590	31.4
Lower back and waist pain		
No	1056	56.2
Yes	822	43.8
Sciatica		
No	1498	79.8
Yes	380	20.2
Headache or migraine		
No	1490	79.3
Yes	388	20.7
Arthralgia or rigidity		
No	1511	80.5
Yes	367	19.5
Limbs pain		
No	996	53.9
Yes	852	46.1
	Mean	SD
Age (yrs)	75.4	7.0
Education (yrs)	5.5	4.6
BSRS-5 total score	4.5	3.7

¹ Others include single, divorce, separated, cohabit.

² No include unemployment and housewives. Yes include full-time and part-time.

(三) 比較BSRS-5<6 與BSRS-5≥6 住院老人特徵差異 (N=2,076)

將 BSRS-5 總分以六分為切點，BSRS-5 總分<6 分者佔 66.6%，≥6 分者佔 33.4% (如表 3)。比較 BSRS-5<6 與 BSRS-5≥6 住院老人特徵差異上，發現性別、年齡、教育程度、工作與否未達顯著。但是 BSRS-5≥6 者顯著比較容易是其他婚姻狀態，有精神疾病史，與心臟病、巴金森氏症、甲狀腺、慢性腎病及骨質疏鬆等身體疾病，及所有疼痛評量。

表3. 比較BSRS-5<6 與BSRS-5≥6 住院老人特徵差異 (N=2,076)

	BSRS-5<6		BSRS-5≥6		chi-square	p-value
	n=1,383	ROW%	n=693	ROW%		
Sex					1.926	0.165
Male	757	68.0	357	32.0		
Female	626	65.1	336	34.9		
Age level 65-					3.594	0.166
74	669	64.9	362	35.1		
75-84	540	67.6	259	32.4		
≥85	174	70.7	72	29.3		
Marital status					6.414	0.040*
Married	953	67.4	461	32.6		
Widowed	406	66.1	208	33.9		
Others	24	50.0	24	50.0		
Education					2.314	0.314
None	415	66.9	205	33.1		
Elementary School	618	65.1	331	34.9		
Junior high and above	350	69.0	157	31.0		
Employment					2.627	0.105
No	1,281	66.2	655	33.8		
Yes	102	72.9	38	27.1		
History of psychiatric disorder					43.797	0.000***
No	1,290	68.9	583	31.1		
Yes	93	45.8	110	54.2		

Physical disease					0.306	0.580
Epilepsy						
No	1,372	66.6	689	33.4		
Yes	11	73.3	4	26.7		
COPD					2.342	0.126
No	1,331	67.0	657	33.0		
Yes	52	59.1	36	40.9		
Heart disease					5.334	0.021*
No	1,030	68.1	483	31.9		
Yes	353	62.7	210	37.3		
Hypertension					1.778	0.182
No	577	68.3	268	31.7		
Yes	806	65.5	425	34.5		
Cancer					0.221	0.638
No	954	66.9	471	33.1		
Yes	429	65.9	222	34.1		
Dementia					1.385	0.239
No	1,346	66.8	668	33.2		
Yes	37	59.7	25	40.3		
Cerebral vascular accident					0.624	0.429
No	1,172	67.0	578	33.0		
Yes	211	64.7	115	35.3		
Parkinson's disease					6.792	0.009**
No	1,353	67.1	664	32.9		
Yes	30	50.8	29	49.2		
Diabetes Mellitus					3.595	0.058
No	923	65.3	491	34.7		
Yes	460	69.5	202	30.5		
Thyroid disease					4.160	0.041*
No	1,360	66.9	672	33.1		
Yes	23	52.3	21	47.7		
Chronic renal disease					14.327	0.000***
No	1,223	68.2	571	31.8		

Yes	160	56.7	122	43.3		
Chronic rheumatological disease					0.874	0.350
No	1,367	66.5	688	33.5		
Yes	16	76.2	5	23.8		
Chronic articular disease					1.961	0.161
No	1,326	66.9	655	33.1		
Yes	57	60.0	38	40.0		
Hyperlipemia					0.291	0.590
No	1,299	66.5	655	33.5		
Yes	84	68.9	38	31.1		
Osteoporosis					6.996	0.008**
No	1,367	67.0	674	33.0		
Yes	16	45.7	19	54.3		
Pain (n=1,878)						
Neck and shoulder pain					42.741	0.000***
No	920	71.4	368	28.6		
Yes	331	56.1	259	43.9		
Lower back and waist pain					61.580	0.000***
No	783	74.1	273	25.9		
Yes	468	56.9	354	43.1		
Sciatica					57.264	0.000***
No	1060	70.8	438	29.2		
Yes	191	50.3	189	49.7		
Headache or migraine					30.186	0.000***
No	1039	69.7	452	30.3		
Yes	212	54.9	175	45.1		
Arthralgia or rigidity					106.098	0.000***
No	1090	72.1	421	27.9		
Yes	161	43.9	206	56.1		
Limbs pain					31.373	0.000***
No	718	72.1	278	27.9		
Yes	509	59.7	343	40.3		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

(四) 比較住院老人有無自殺意念的特徵差異 (N=2,076)

用 BSRS-5 的第六題來探詢住院老人的自殺意念，整體而言有自殺意念者佔接受第一階段住院老人的6.6% (如表4)。

有自殺意念者同時最近一週，84.7%有焦慮者、94.9%覺得容易苦惱或動怒、97.8%覺得心情憂鬱、75.2%覺得比不上別人、87.6%有失眠狀況。

比較住院老人有無自殺意念的特徵差異上，發現性別、年齡、工作與否未達顯著。但是住院老人有自殺意念相較於無自殺意念者，顯著比較容易為其他婚姻狀態、國小教育程度、有精神疾病史、慢性肺病及失智症、肩頸痠痛、下背部痠痛或腰痛、坐骨神經痛、全身關節痠痛或僵硬。也顯著容易最近一週有焦慮、容易苦惱或動怒、心情憂鬱、覺得比不上別人、失眠。

表4. 比較住院老人有無自殺意念的特徵 (N=2,076)

	Non-Suicide ideation		Suicide ideation		chi-square	p -value
	n = 1,939	%	n = 137	%		
Sex					0.63	0.427
Male	1036	93.0	78	7.0		
Female	903	93.9	59	6.1		
Age level					4.46	0.108
65-74	955	92.6	76	7.4		
75-84	747	93.5	52	6.5		
≥85	237	96.3	9	3.7		
Marital status					14.47	0.001*
Married	1316	93.1	98	6.9		
Widowed	584	95.1	30	4.9		
Other	39	81.3	9	18.8		
Education					10.16	0.006*
None	592	95.5	28	4.5		
Elementary School	869	91.6	80	8.4		
Junior high and above	478	94.3	29	5.7		
Employment					0.39	0.535

No	1810	93.5	126	6.5		
Yes	129	92.1	11	7.9		
History of psychiatric disorder					0.000*	
No	1780	95.0	93	5.0		
Yes	159	78.3	44	21.7		
Physical disease						
Epilepsy					0.00	0.992
No	1925	93.4	136	6.6		
Yes	14	93.3	1	6.7		
COPD					7.38	0.007*
No	1863	93.7	125	6.3		
Yes	76	86.4	12	13.6		
Heart disease					1.85	0.173
No	1420	93.9	93	6.1		
Yes	519	92.2	44	7.8		
Hypertension					0.00	0.966
No	789	93.4	56	6.6		
Yes	1150	93.4	81	6.6		
Cancer					0.04	0.843
No	1332	93.5	93	6.5		
Yes	607	93.2	44	6.8		
Dementia					6.50	0.011*
No	1886	93.6	128	6.4		
Yes	53	85.5	9	14.5		
Cerebral vascular accident						0.18
No	1629	93.1	121	6.9		
Yes	310	95.1	16	4.9		
Parkinson's disease					2.73	0.098
No	1887	93.6	130	6.4		
Yes	52	88.1	7	11.9		
Diabetes Mellitus					0.10	0.749
No	1319	93.3	95	6.7		
Yes	620	93.7	42	6.3		

Thyroid disease					0.31	0.597
No	1897	93.4	135	6.6		
Yes	42	95.5	2	4.5		
Chronic renal disease					3.64	0.057
No	1683	93.8	111	6.2		
Yes	256	90.8	26	9.2		
Chronic rheumatologic disease					1.50	0.221
No	1918	93.3	137	6.7		
Yes	21	100.0	0	.0		
Chronic articular disease					2.49	0.115
No	1854	93.6	127	6.4		
Yes	85	89.5	10	10.5		
Hyperlipidemia					0.16	0.693
No	1824	93.3	130	6.7		
Yes	115	94.3	7	5.7		
Osteoporosis					0.23	0.636
No	1907	93.4	134	6.6		
Yes	32	91.4	3	8.6		
Pain (n=1,878)						
Neck and shoulder pain					4.69	0.030*
No	1217	94.5	71	5.5		
Yes	542	91.9	48	8.1		
Lower back and waist pain					20.85	0.000***
No	1013	95.9	43	4.1		
Yes	746	90.8	76	9.2		
Sciatica					5.47	0.019**
No	1413	94.3	85	5.7		
Yes	346	91.1	34	8.9		
Headache or migraine					2.25	0.133
No	1402	94.1	88	5.9		
Yes	357	92.0	31	8.0		
Arthralgia or rigidity					34.94	0.000***
No	1440	95.3	71	4.7		

Yes	319	86.9	48	13.1		
Limbs pain (n =1,848)					2.39	0.123
No	941	94.5	55	5.5		
Yes	790	92.7	62	7.3		
BSRS-5					223.603	0.000***
<6	1372	99.2	11	.8		
≥6	567	81.8	126	18.2		
Anxiety					73.013	0.000***
No	1037	98.0	21	2.0		
Yes	902	88.6	116	11.4		
Hostility					80.907	0.000***
No	868	99.2	7	.8		
Yes	1071	89.2	130	10.8		
Depression					106.639	0.000***
No	944	99.7	3	.3		
Yes	995	88.1	134	11.9		
Inferiority					194774	0.000***
No	1524	97.8	34	2.2		
Yes	415	80.1	103	19.9		
Insomnia					22.522	0.000***
No	624	97.3	17	2.7		
Yes	1315	91.6	120	8.4		

* p <.05, ** p <.01, *** p <.001.

第三節 第二階段 憂鬱與生活品質評估

第一階段篩檢結果 BSRS-5 \geq 6 或自殺意念>1 者，進入第二階段評估。第二階段進一步評估住院老人的憂鬱狀態、生活品質與智能狀態。評估工具以老人憂鬱量表(GDS-15)、健康生活品質量表(SF-12)與簡易心智狀態(MMSE)進行評估。

(一) 接受第二階段與拒絕者的特徵差異

由表 5 可知，第一階段篩檢 BSRS-5 \geq 6 或自殺意念>1 者有 390 人，有接受第二階段評估 319 人，未接受第二階段評估 71 人，整體接受第二階段評估比率為 81.8%。未接受評估原因包括身體太過虛弱、評估過程中身體突然不適，及病人拒絕等。比較接受與未接受第二階段評估者，在性別與年齡上無顯著差別。

接受第二階段評估者，男性多於女性(52.7%：47.3%)。年齡層以 65-74 歲最多(55.2%)；75-84 歲居次(34.2%)；再來 85 歲以上(10.7%)。

有部分住院老人未完成所有第二階段評估，包括完成 GDS-15 評估 319 人，完成 SF-12 評估 318 人，完成 MMSE 評估 303 人。

表5. 接受與未接受第二階段評估個案性別與年齡差異 (N=390)

性別	Total		接受第二階段評估		未接受第二階段評估		chi-square	p-value
	n=390	%	n=319	%	n=71	%		
男	202	51.8	168	52.7	34	47.9	0.531	0.466
女	188	48.2	151	47.3	37	52.1		
年齡層							1.008	0.604
65-74 歲	215	55.1	176	55.2	39	54.9		
75-84 歲	136	34.9	109	34.2	27	38.0		
85 歲以上	39	10.0	34	10.7	5	7.0		

(二) 接受第二階段評估住院老人之基本資料 (n=319)

共有319人完成第二階段評估，平均年齡 74.9 ± 6.9 歲，平均受教育 5.3 ± 4.4 年。其中男性佔52.7%，女性佔47.3%。年齡層65-74歲最多(55.2%)，其次為75-84歲(34.2%)，再者為85歲以上(10.7%)。多數為已婚(67.4%)，其次為鰥寡(29.2%)，再者為其他婚姻狀態(3.4%)。教育程度以國小最多(50.8%)，其次為未受教育(29.2%)，再者為國中以上(20.1%)。大多數為無業者(92.8%)。17.6%過去曾有精神病史。在15種慢性身體疾病上，最多前五名為高血壓(62.4%)、糖尿病(29.2%)、心臟病(28.8%)、癌症(28.5%)、腦血管疾病(16.6%)。

BSRS-5平均分數為 9.5 ± 3.1 分，總分 <6 分者佔1.3%， ≥ 6 分者佔98.7%。其中最近一周83.4%有焦慮者、97.5%覺得容易苦惱或動怒、95.9%覺得心情憂鬱、59.6%覺得比不上別人、92.2%有失眠狀況，最後25.4%在最近一周曾有自殺意念。

在疼痛評估上，下背部疼痛、腰痛(57.1%)最多，四肢痛(56.1%)次之，再來為肩頸痠痛(35.3%)。GDS-15平均分數為 7.5 ± 3.6 分，總分 <5 分者佔21.0%， ≥ 5 分者佔79.0%。SF-12平均分數為 65.0 ± 12.3 ，其中PCS平均分數為 27.6 ± 6.0 分，MCS為 37.4 ± 10.5 分。MMSE平均分數為 23.2 ± 4.7 分，其中總分 ≥ 24 分者佔49.8% (見表6)。

表6. 接受高風險追蹤關懷之基本資料 (N=319)

	n=319	%
Sex		
Male	168	52.7
Female	151	47.3
Age level		
65-74	176	55.2
75-84	109	34.2
≥ 85	34	10.7
Marital status		
Married	215	67.4
Widowed	93	29.2
Others	11	3.4
Education		
None	93	29.2
Elementary School	162	50.8
Junior high and above	64	20.1
Employment		
No	296	92.8
Yes	23	7.2
History of psychiatric disorder		
No	263	82.4
Yes	56	17.6
Physical disease		
Epilepsy		
No	317	99.4
Yes	2	0.6
COPD		
No	300	94.0
Yes	19	6.0
Heart disease		
No	227	71.2
Yes	92	28.8

Hypertension			
No	120	37.6	
Yes	199	62.4	
Cancer			
No	228	71.5	
Yes	91	28.5	
Dementia			
No	306	95.9	
Yes	13	4.1	
Cerebral vascular accident			
No	266	83.4	
Yes	53	16.6	
Parkinson's disease			
No	305	95.6	
Yes	14	4.4	
Diabetes Mellitus			
No	226	70.8	
Yes	93	29.2	
Thyroid disease			
No	310	97.2	
Yes	9	2.8	
Chronic renal disease			
No	267	83.7	
Yes	52	16.3	
Chronic rheumatological disease			
No	318	99.7	
Yes	1	0.3	
Chronic articular disease			
No	304	95.3	
Yes	15	4.7	
Hyperlipemia			
No	300	94.0	
Yes	19	6.0	

Osteoporosis			
No	310	97.2	
Yes	9	2.8	
BSRS-5 total score			
<6	4	1.3	
≥ 6	315	98.7	
Anxiety			
No	53	16.6	
Yes	266	83.4	
Hostility			
No	8	2.5	
Yes	311	97.5	
Depression			
No	13	4.1	
Yes	306	95.9	
Inferiority			
No	129	40.4	
Yes	190	59.6	
Insomnia			
No	25	7.8	
Yes	294	92.2	
Suicide ideation			
No	238	74.6	
Yes	81	25.4	
Pain			
Neck and shoulder pain			
No	187	64.7	
Yes	102	35.3	
Lower back and waist pain			
No	124	42.9	
Yes	165	57.1	
Sciatica			
No	196	67.8	

Yes	93	32.2
Headache, Migraine		
No	218	75.4
Yes	71	24.6
Arthralgia or rigidity		
No	202	69.9
Yes	87	30.1
Limbs pain		
No	127	43.9
Yes	162	56.1
GDS-15		
<5	67	21.0
≥ 5	252	79.0
MMSE (n= 303)		
Severe	35	11.6
Mild to Moderate	117	38.6
Normal	151	49.8
	Mean	SD
Age (yrs)	74.9	6.9
Education (yrs)	5.3	4.4
BSRS-5 score	9.5	3.1
GDS-15	7.5	3.6
SF-12 total score	65.0	12.3
PCS	27.6	6.0
MCS	37.4	10.5
MMSE	23.2	4.7

(四) 比較GDS-15<5 與GDS-15≥5 住院老人特徵差異 (n=319)

將 GDS-15 總分以五分作為切點，GDS-15 總分<5 分者佔 21.0%，≥5 分者佔 79.0% (如表 7)。比較 GDS-15<5 與 GDS-15≥5 住院老人特徵差異上，發現性別、年齡層、婚姻狀態、教育程度、工作與否未達顯著。

但是GDS-15≥5 者顯著比較容易是過去曾有精神疾病史，癌症，最近一周覺得容易苦惱或動怒、覺得心情憂鬱，最近一周曾有過自殺意念、有下背部疼痛或腰痛及坐骨神經痛，及有輕度或中度的認知障礙的問題。

表7. 比較GDS-15<5 與GDS-15≥5 住院老人特徵差異 (N=319)

	GDS-15<5		GDS-15≥5		chi-square	p-value
	n=67	ROW%	n=252	ROW %		
Sex					1.68	0.194
Male	40	23.8	128	76.2		
Female	27	17.9	124	82.1		
Age level					2.82	0.245
65-74	42	23.9	134	76.1		
75-84	21	19.3	88	80.7		
≥85	4	11.8	30	88.2		
Marital status					1.05	0.590
Married	47	21.9	168	78.1		
Widowed	19	20.4	74	79.6		
Other	1	9.1	10	90.9		
Education					4.28	0.118
None	15	16.1	78	83.9		
Elementary School	33	20.4	129	79.6		
Junior high and above	19	29.7	45	70.3		
Employment					0.39	0.534
No	61	20.6	235	79.4		
Yes	6	26.1	17	73.9		
History of psychiatric disorder					10.02	0.002*
No	64	24.3	199	75.7		

Yes	3	5.4	53	94.6		
Physical disease						
Epilepsy					0.54	0.464
No	67	21.1	250	78.9		
Yes	0	.0	2	100.0		
COPD					3.02	0.082
No	66	22.0	234	78.0		
Yes	1	5.3	18	94.7		
Heart disease					0.16	0.688
No	49	21.6	178	78.4		
Yes	18	19.6	74	80.4		
Hypertension					2.18	0.140
No	20	16.7	100	83.3		
Yes	47	23.6	152	76.4		
Cancer					9.48	0.002*
No	58	25.4	170	74.6		
Yes	9	9.9	82	90.1		
Dementia					0.04	0.851
No	64	20.9	242	79.1		
Yes	3	23.1	10	76.9		
Cerebral vascular accident					1.34	0.247
No	59	22.2	207	77.8		
Yes	8	15.1	45	84.9		
Parkinson's disease					0.40	0.528
No	65	21.3	240	78.7		
Yes	2	14.3	12	85.7		
Diabetes Mellitus					2.80	0.094
No	53	23.5	173	76.5		
Yes	14	15.1	79	84.9		
Thyroid disease					0.55	0.460
No	66	21.3	244	78.7		
Yes	1	11.1	8	88.9		

Chronic renal disease				2.13	0.144
No	60	22.5	207	77.5	
Yes	7	13.5	45	86.5	
Chronic rheumatological disease				0.27	0.606
No	67	21.1	251	78.9	
Yes	0	.0	1	100.0	
Chronic articular disease				1.95	0.163
No	66	21.7	238	78.3	
Yes	1	6.7	14	93.3	
Hyperlipidemia				0.34	0.558
No	62	20.7	238	79.3	
Yes	5	26.3	14	73.7	
Osteoporosis				0.85	0.357
No	64	20.6	246	79.4	
Yes	3	33.3	6	66.7	
BSRS-5 total score				1.08	0.299
<6	0	.0	4	100.0	
≥6	67	21.3	248	78.7	
Anxiety				3.23	0.072
No	16	30.2	37	69.8	
Yes	51	19.2	215	80.8	
Hostility				14.42	0.000***
No	6	75.0	2	25.0	
Yes	61	19.6	250	80.4	
Depression				5.17	0.023*
No	6	46.2	7	53.8	
Yes	61	19.9	245	80.1	
Inferiority				1.20	0.274
No	31	24.0	98	76.0	
Yes	36	18.9	154	81.1	
Insomnia				2.76	0.096
No	2	8.0	23	92.0	
Yes	65	22.1	229	77.9	

Suicide ideation					19.58	0.000***
No	64	26.9	174	73.1		
Yes	3	3.7	78	96.3		
Pain						
Neck and shoulder pain	45	24.1	142	75.9	4.89	0.087
No	20	19.6	82	80.4		
Yes					8.14	0.017*
Lower back and waist pain	21	16.9	103	83.1		
No	44	26.7	121	73.3		
Yes					6.57	0.037*
Sciatica	39	19.9	157	80.1		
No	26	28.0	67	72.0		
Yes					5.09	0.078
Headache, Migraine	52	23.9	166	76.1		
No	13	18.3	58	81.7		
Yes					4.12	0.127
Arthralgia or rigidity	45	22.3	157	77.7		
No	20	23.0	67	77.0		
Yes					0.03	0.873
Limbs pain	28	22.0	99	78.0		
No	37	22.8	125	77.2		
MMSE					27.26	0.000***
Normal	4	6.2	31	13.0		
Mild to Moderate	10	15.4	107	45.0		
Severe	51	78.5	100	42.0		

* p <0.05, ** P <0.01, *** P < 0.001.

(五) 比較住院老人的健康生活品質 (SF-12) 特徵差異 (N=318)

SF-12 由 PCS 與 MCS 兩個構面組成。表 8 呈現比較住院老人健康生活品質特徵差異上，整體而言發現性別、年齡層、婚姻狀態、教育程度、工作與否未達顯著。但過去無精神病史、過去一週不容易苦惱或動怒、過去一週沒有自殺意念者、GDS-15<5 分及認知功能正常者，生活品質較好。

發現在 PCS 中，性別、年齡層、婚姻狀態、教育程度、過去有無精神病史未達顯著。但生理方面健康者顯著比較容易是有工作者、過去一週不容易苦惱或動怒、GDS-15 \geq 5 分及認知功能正常者。

發現在 MCS 中，性別、年齡層、教育程度、工作有無均未達顯著。但心理方面健康者顯著比較容易是鰥寡、過去無精神病史、過去一週不容易苦惱或動怒、過去一週沒有自殺意念者、GDS-15<5 分及認知功能正常者。

(六) 比較住院老人基本資料、BSRS-5 各項目、自殺意念、GDS-15、SF-12 及 MMSE 的相關

比較住院老人基本資料、BSRS-5 各項目、自殺意念、GDS-15、SF-12 及 MMSE 的相關 (如表 9)，發現自殺意念與過去精神病史、BSRS-5 分數、BSRS-5 各項目的分數及 GDS-15 分數呈顯著正相關；與年齡、SF-12 及 MCS 呈顯著負相關。

表8. 比較住院老人第二階段SF-12 與其他特徵 (n=318)

	n	PCS			MCS			SF-12 total score					
		Mean	SD	t / F	p-value	Mean	SD	t / F	p-value	Mean	SD	t / F	p-value
Sex				1.86	0.064			-0.06	0.954			0.85	0.397
Male	167	28.2	6.7			37.3	11.1			65.5	13.2		
Female	151	27.0	5.1			37.4	9.9			64.4	11.2		
Age				2.47	0.086			0.34	0.713			0.72	0.490
65-74	176	28.2	6.5			37.2	11.1			65.4	12.8		
75-84	109	26.6	5.1			37.2	9.8			63.9	11.3		
≥ 85	33	27.3	5.7			38.8	9.4			66.1	13.0		
Marital status				0.44	0.647			3.52	0.031*			1.63	0.197
Married	214	27.5	6.2			37.5	10.5			65.0	12.6		
Widowed	93	27.5	5.3			38.1	10.4			65.7	11.9		
Other	11	29.3	8.8			29.3	8.1			58.6	8.3		
Education				2.52	0.082			0.17	0.845			1.01	0.364
None	93	27.1	5.7			37.6	11.1			64.7	12.6		
Elementary School	161	27.3	5.6			37.0	10.1			64.3	11.4		
Junior high and above	64	29.1	7.2			37.8	10.7			66.9	14.1		
Employment				-2.38	0.018*			-0.72	0.861			-1.31	0.193
No	295	27.4	5.8			37.3	10.3			64.7	12.1		
Yes	23	30.4	8.2			37.7	13.2			68.2	15.0		

History of psychiatric disorder				1.67	0.095		3.63	0.000***		3.95	0.000***
No	262	27.9	6.0			38.3	10.9		66.2	12.6	
Yes	56	26.4	6.0			32.8	6.6		59.2	8.5	
BSRS-5 score				0.21	0.834		-0.67	0.503		-1.31	0.267
<6	4	28.2	4.4			33.9	2.2		62.1	4.2	
≥6	314	27.6	6.0			37.4	10.6		65.0	12.4	
Anxiety				-0.37	0.715		0.45	0.654		0.21	0.838
No	53	27.3	5.2			38.0	10.2		65.3	12.0	
Yes	265	27.7	6.2			37.3	10.6		64.9	12.4	
Hostility				2.72	0.007**		2.15	0.033*		3.19	0.002**
No	8	33.3	8.4			45.2	10.7		78.5	11.9	
Yes	310	27.5	5.9			37.2	10.4		64.6	12.1	
Depression				1.33	0.207		0.98	0.329		1.43	0.177
No	13	30.9	9.3			40.2	10.1		71.1	15.8	
Yes	305	27.5	5.8			37.3	10.5		64.7	12.1	
Inferiority				0.39	0.700		-0.65	0.519		-0.37	0.712
No	128	27.8	5.4			36.9	9.7		64.7	11.9	
Yes	190	27.5	6.4			37.7	11.0		65.2	12.6	
Insomnia				0.12	0.904		-0.48	0.633		-0.35	0.727
No	25	27.7	6.4			36.4	10.9		64.1	10.2	
Yes	293	27.6	6.0			37.5	10.5		65.0	12.5	
Suicide ideation				0.01	0.994		7.33	0.000***		6.20	0.000***

No	237	27.6	5.9		39.4	10.6		67.0	12.6	
Yes	81	27.6	6.4		31.4	7.6		59.0	9.0	
GDS-15				3.02	0.003**		16.21	0.000***		15.51 0.000***
<5	67	29.5	6.5		51.0	8.7		80.6	10.4	
≥5	251	27.1	5.8		33.7	7.5		60.8	9.0	
MMSE				6.677	0.001***		6.965	0.001***		12.866 0.000***
Severe	35	26.1	5.2		34.8	8.8		60.9	10.7	
Mild to Moderate	117	26.4	5.5		35.6	8.8		61.9	10.3	
Normal	151	28.8	6.3		39.8	11.7		68.6	13.2	

* $p < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$.

表9. 比較住院老人基本資料、BSRS-5 各項目、GDS-15、SF-12 及MMSE 的相關

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
(2)	0.047*																
(3)	-0.354***	-0.125***															
(4)	0.271***	0.204***	-0.163***														
(5)	-0.142***	-0.137***	0.066**	-0.081***													
(6)	0.094***	-0.015	0.023	0.036	-0.011												
(7)	0.062**	-0.030	-0.032	0.037	-0.018	0.186***											
(8)	0.094***	-0.007	-0.003	0.021	-0.001	0.131***	0.729***										
(9)	0.020	-0.034	-0.019	0.030	-0.019	0.163***	0.830***	0.522***									
(10)	0.048**	0.000	-0.034	0.047*	-0.038	0.136***	0.842***	0.517***	0.730***								
(11)	0.047**	-0.021	-0.034	0.024	-0.013	0.155***	0.667***	0.430***	0.482***	0.501***							
(12)	0.027	-0.046*	-0.028	0.015	0.005	0.109***	0.606***	0.271***	0.295***	0.323***	0.210***						
(13)	-0.014	-0.055*	0.029	0.008	0.030	0.198***	0.443***	0.311***	0.355***	0.385***	0.462***	0.170***					
(14)	0.051	0.020	-0.028	0.048	0.062	0.305***	0.443***	0.238***	0.359***	0.353***	0.324***	0.132*	0.481***				
(15)	-0.097	-0.093	0.108*	0.031	0.128*	-0.105*	-0.076	0.016	-0.086	-0.103	0.049	-0.131*	0.001	-0.219***			
(16)	-0.004	0.038	-0.015	-0.057	0.005	-0.206***	-0.274***	-0.125*	-0.293***	-0.258***	-0.072	-0.146**	-0.358***	-0.701***	0.043		
(17)	-0.050	-0.013	0.040	-0.034	0.066	-0.227***	-0.271***	-0.099	-0.292***	-0.270***	-0.038	-0.188***	-0.306***	-0.705***	0.520***	0.876***	
(18)	-0.232***	-0.248***	0.396***	-0.138*	-0.031	-0.071	-0.134*	-0.133*	-0.122*	-0.120*	-0.056	-0.021	-0.106	-0.356***	0.230***	0.268***	0.340***

*(1) means sex, 1=male, 2=female; (2) means age; (3) means marital status, 1=married, 2=widowed, 3=others; (4) means education years; (5) means employment, 1=no, 2=yes; (6) means history of psychiatric disorder, 1=no, 2=yes; (7) means BSRS-5 total scores; (8) means anxiety of BSRS-5 scores; (9) means hostility of BSRS-5 scores; (10) means depression of BSRS-5 scores; (11) means inferiority of BSRS-5 scores; (12) means insomnia of BSRS-5 scores; (13) means suicide ideation (SI) of BSRS-5 scores; (14) means GDS-15 total scores; (15) means PCS of SF-12 scores; (16) means MCS of SF-12 scores; (17) means SF-12 total scores; (18) means MMSE total scores.

第四節 第三階段 BSRS-5 與自殺意念追蹤關懷

共有 319 位住院老人接受出院後的追蹤關懷，315 位完成結案(299 人 BSRS-5 分數下降，10 人關懷期間死亡，6 人失聯)，結案率達 98.8%。4 位未結案者持續追蹤關懷。

比較這些個案在各種評量的開案與結案分數，包括 BSRS-5，GDS 15，SF-12。全部都達顯著差異。BSRS-5，GDS-15，Suicide ideation 顯著降低，而所有的生活品質都顯著提高 (如表10)。

圖3 呈現這些分數的改變。

表10. 住院老人接受追蹤關懷，在開案與結案的分數差異

	開案		結案		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	mean	SD	mean	SD		
BSRS-5	9.5	3.1	4.0	2.4	31.537	0.000***
Suicide ideation	0.40	0.79	0.01	0.11	8.620	0.000***
GDS-15	7.4	3.6	3.5	2.7	21.571	0.000***
SF12_total	65.3	12.4	85.2	14.9	-25.675	0.000***
SF12_PCS	27.7	6.0	35.3	9.5	-15.334	0.000***
SF12_MCS	37.6	10.7	49.9	8.2	-21.192	0.000***

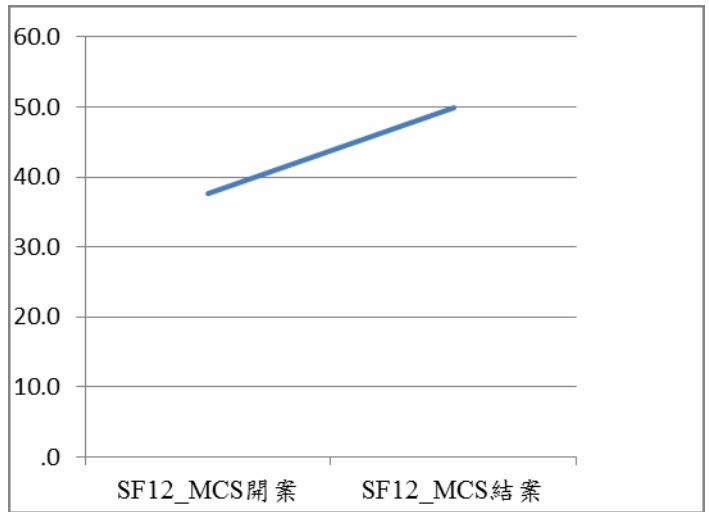
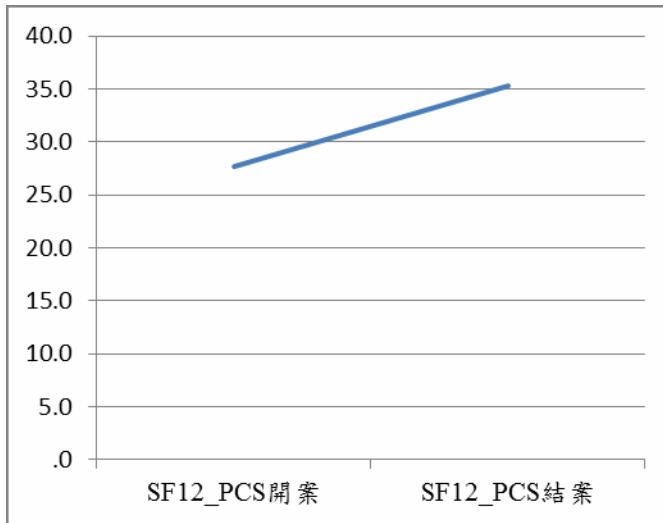
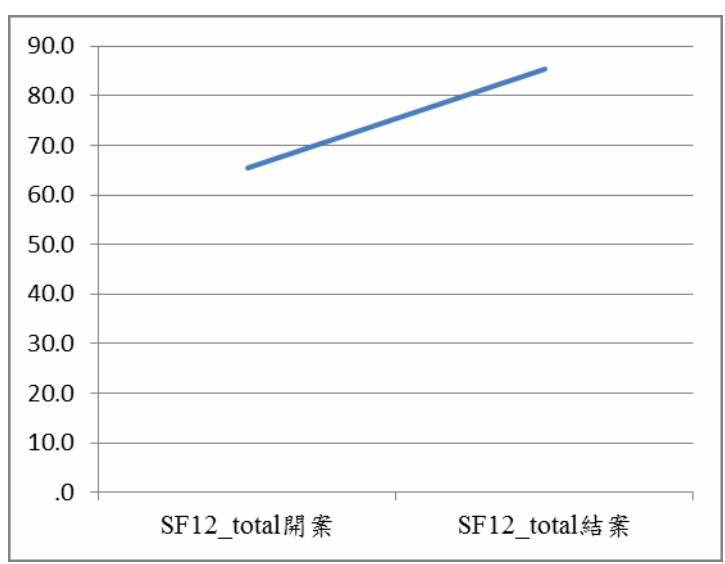
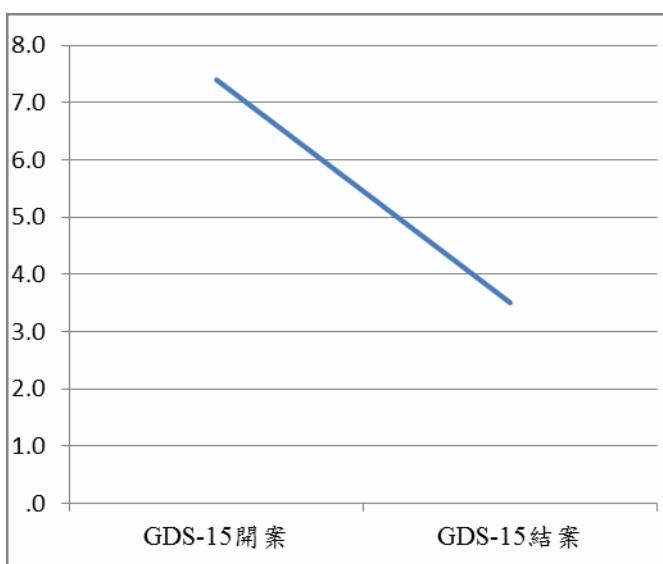
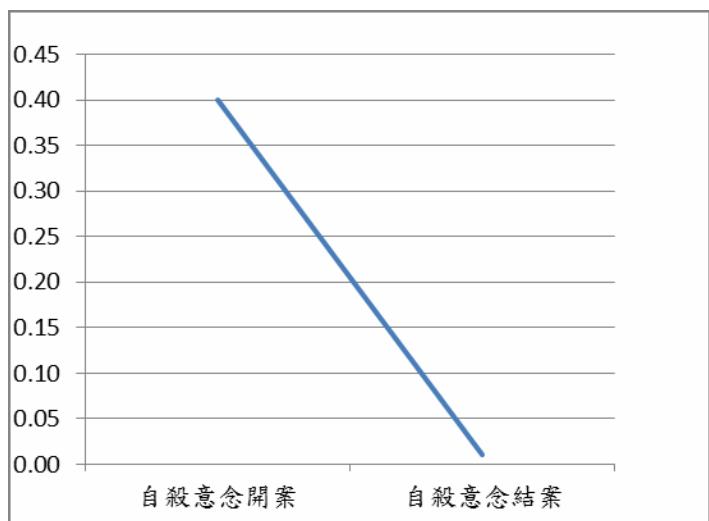
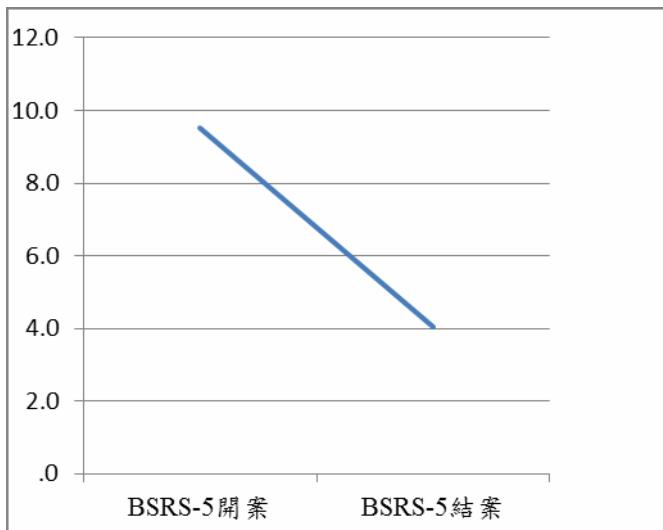


圖3. 比較住院老人接受後續關懷在開案與結案症狀分數的差異

第三章 訂定醫院自殺防治標準流程、教材與工作手冊

第一節 訂定醫院自殺防治標準原則與做法

利用執行本次計畫的機會，同時配合醫策會十大病人安全目標，我們訂定林口長庚醫院的「醫院自殺防治標準原則與做法」（如圖 4）。我們建議醫院第一線的醫療同仁可參考此原則與做法，進行醫院住院病人的自殺防治工作。

首先應對所有的住院病人，辨識是否有高危險徵兆。這些高危險病人特徵 徵兆包含：

1. SADPERSONS* 危險因子三項或以上。
2. 有「自殺徵兆」或「透露自殺訊息」。
3. 曾有自殺企圖史。
4. 曾有精神疾病就醫史。
5. 重大疾病，如癌症、慢性肺病、洗腎患者。
6. 醫療人員懷疑有自殺危險者。

* SADPERSONS :

增加風險	
<u>Sex</u> 性別	男性
<u>Age</u> 年齡	年輕、年長
<u>Depression</u> 憂鬱	有憂鬱
<u>Previous attempt</u> 過去企圖	自殺企圖史
<u>Ethanol abuse</u> 酒精使用	酒精使用
<u>Rational thinking</u> 合理化	重大失落
<u>Social support</u> 社會支持	支持不佳
<u>Organized plan</u> 具體計畫	具體計畫
<u>No spouse</u> 沒有配偶	沒有配偶
<u>Sickness</u> 疾病	疾病

其中「自殺徵兆」包含憂鬱、喪失興趣，明顯失眠、食慾及體重下降，悲觀、負面想法，無望、無助、無價值感，言語及文字透露訊息，生活重大事件刺激，交代遺書與遺物，失能嚴重，自責擔心成為負擔，及身體狀況惡化等。

病人符合自殺高風險族群特徵，應啟動「簡式健康量表（BSRS-5）及自殺意念篩檢機制（一問）」，以作自殺意念的澄清與再確認。「一問」的重點在主動關懷與積極傾聽，利用 BSRS-5 來評估病人的心身狀況，並以自殺意念來篩選與澄清、確認病人自殺風險。

建議先問 BSRS-5 再問自殺意念，以平靜、開放、關心且不批判的態度建立信任關係。不必擔心談論自殺會增加個案自殺風險或自殺行為。自殺意念的詢問可以：

- (1) 間接問：「你是否曾覺得活著沒意義？」、「沒人在乎？」
- (2) 直接問：「你是否有想到要自殺？」、「想不開的念頭？」
- (3) 反過來問：「你該不會想要自殺吧？！」

若「 $BSRS-5 \geq 6$ 或自殺意念 ≥ 2 」者，則應進行「二應」。二應的重點在適當回應與陪伴。與個案討論自殺的可能原因，澄清確認進一步的自殺風險。同理個案感覺而非批評否定，並給予支持希望，增加活下來的理由。

避免讓病人獨處，醫療團隊宜增加探視頻率，或將床位調整至較靠近護理站。並告知家人或陪伴者需注意病人的狀況，提供自殺防治衛教，若病人無人陪伴，可聯絡社工、志工協助。醫療團隊人員應對於相關的防範措施，做具體明確的紀錄。

建議以下列語句進一步評估其自殺風險：

「你有自殺意念多久了？」（時間、頻率）

「你只是想自殺還是有可能會去做？」（嚴重性）

「你有計畫用甚麼自殺方法嗎？」（方法）

「支持你自殺的理由是甚麼？」（自殺理由）

「除了自殺以外有沒有其他的路走？」(提供其他選擇)

「我們一起來幫忙你」(減少無助)

「我知道有方法可以幫忙你」(給予希望)

「妳若自殺孩子就沒有媽媽了」(增加活下來的理由)

針對高自殺風險個案，應照會自殺防治團隊，通報及資源轉介(三轉介)。由精神科醫師評估精神狀態與後續治療，社工師協助社會心理評估，並通報院外自殺防治中心（縣市衛生局社區心理衛生中心），做出院後的後續關懷與資源轉介。

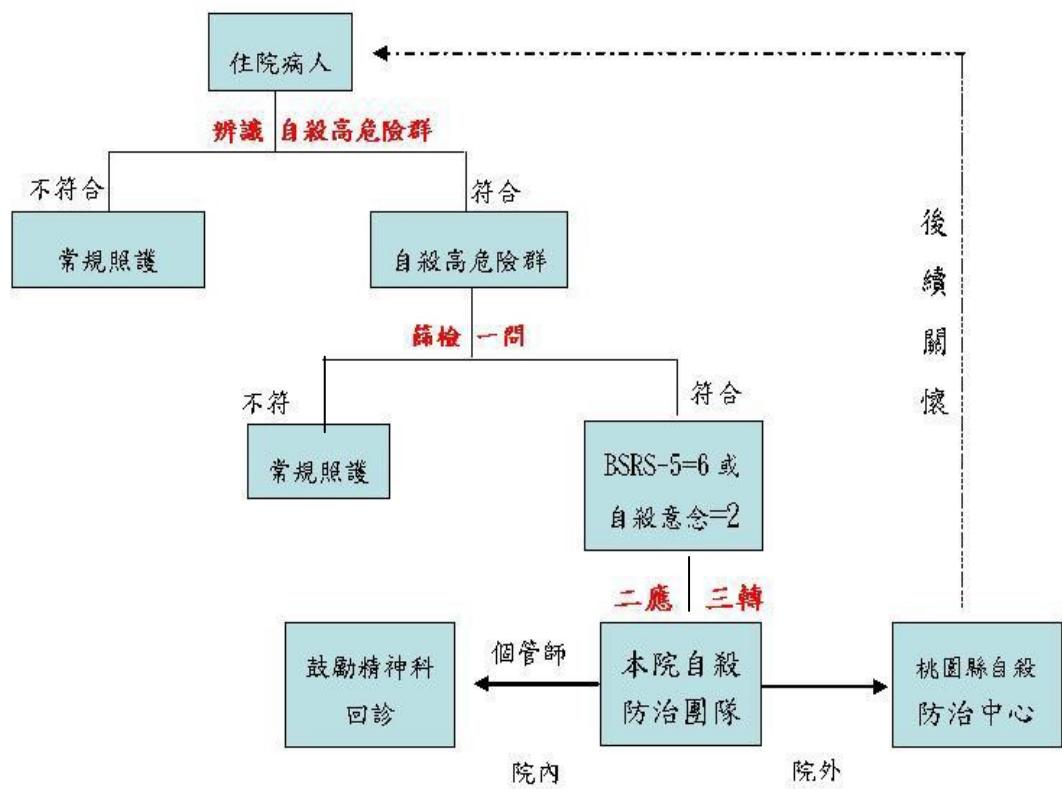


圖4. 住院病人自殺防治標準原則與做法

第二節 衛教教材開發

藉由此次計畫，本中心製作一系列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張貼於院內布告欄、病房、活動現場以及地下街，提供院內同仁與來院民眾自殺防治及憂鬱相關衛教資訊；衛教單張除了放置院內各單位外，更在邀請住院老人進行第一階段篩檢時發放給病人與家屬，同時進行自殺防治相關衛教。

針對醫護人員製作「住院自殺防治標準原則與做法」之海報與衛教單（如圖 5、圖 9），作為醫護人員在臨牀上能正確評估與處理病人自殺風險，正確辨識自殺高危險群之特徵，瞭解評估工具的使用、自殺意念詢問技巧、自殺高危險群的轉介時機與相關資源，及院內住院自殺防治標準原則與做法。

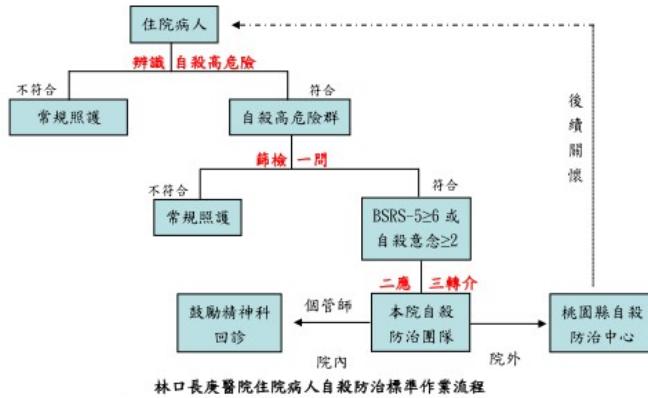
針對院內同仁與來院民眾製作「憂鬱了，怎麼辦」（如圖 6、圖 10）、「認識老年憂鬱症」（如圖 7、圖 11）、「生命會有希望」（如圖 8、圖 12）等三類海報與衛教單張。

憂鬱症是目前常見的情緒困擾之一，藉由「憂鬱了，怎麼辦」（如圖 6）海報介紹憂鬱症疾病發生原因、症狀、簡單的自我檢測評估、治療與預防，更提供緊急求助管道之相關資源。並將「憂鬱」衛教單張放置各單位，供民眾帶走參考。

老年憂鬱症的症狀表現與一般憂鬱症不同，故容易被人忽略或誤以為「老頑童」、「愛抱怨」的老人，藉由「認識老年憂鬱症」（如圖 7）海報及衛教單介紹老年憂鬱症的盛行率、症狀、特點、治療與自我檢測量表及求助資源等。

自殺多年來一直是國人十大死因的第九位，也是青年、壯年、中年死因的第二、第三與第七位。藉由「生命會有希望」之海報及衛教單，提供民眾了解自殺當事人的徵兆、如何幫助當事人及預防。

另外圖4 說明住院病人自殺防治標準原則與做法，圖6 及圖7 分別為生命關懷卡病人版及家屬版，以提供民眾如何辨別及關懷陪伴身旁有自殺意念的人，並且可即時從卡片中得到求助資訊。



[三轉介：照會轉介與持續關懷]

照會本院自殺團隊，由精神科醫師評估精神狀態與後續治療，社工師協助社會心理評估，並通報院外自殺防治中心，做出院後的後續關懷與資源轉介。

四、提供自殺高危個案個別化照護與支持

- 維持治療關係及適當的情緒支持
- 移除或保管危險物品，如尖銳物品、電線等...，勿讓病人單獨使用。
- 告知家人或陪伴者風險，盡可能密切陪伴
- 避免刺激或衝突，提供適當安全的情緒紓解
- 為確保患者安全，必要時保護隔離甚至約束。

求助資源

- 院外
 - 衛生署 24 小時安心專線 0800-788-995
 - 生命線 1995 張老師 1980

院內

- 長庚自殺防治中心院內電話: 03-3281200 輔 3839
- 林口長庚自殺防治中心 24 小時專線 0966-970-515

林口長庚紀念醫院自殺防治暨生命關懷中心

編製: 林口長庚醫院自殺防治暨生命關懷中心
2012.07.01

版權所有 翻印必究

你我都是自殺防治守門人



林口長庚紀念醫院

住院自殺防治 標準原則與做法

行政院衛生署補助印製

[篩檢- BSRS-5 及自殺意念]

[一問：主動關懷與積極傾聽] BSRS-5 及自殺意念
最近一週以來，您是否有...

嚴重性	完全 沒有				
	輕 微	中等 程度	厲 害	非常 厲害	
1. 睡眠困難	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 感覺容易苦惱或動怒	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
6. 有過自殺的念頭	0	1	2	3	4

BSRS-5 滿分3分，可排除自殺危險

可先詢問症狀的有無，有者再確定嚴重性

重要：自殺意念的澄清與確認

- * 先問 BSRS-5 再問自殺意念，以態度建立信任關係。
- * 可直接詢問自殺意念，不必擔心增加自殺風險。
- * 間接問：「你是否曾覺得活著沒意義？」、「沒人在乎？」
- * 直接問：「你是否有想到要自殺？」、「想不開的念頭？」
- * 反過來問：「你該不會想要自殺吧？」。

[二應：適當回應與支持陪伴]

- * 有自殺意念者適當回應討論，同理而非批評否定，並給予支持希望，增加活下來的理由。
- * 「你有自殺意念多久了？」(時間、頻率)
- * 「你只是想自殺還是有可能會去做？」(嚴重性)
- * 「你有計畫用甚麼自殺方法嗎？」(方法)
- * 「支持你自殺的理由是甚麼？」(自殺理由)
- * 「除了自殺以外有沒有其他的路走？」(提供其他選擇)
- * 「我們一起來幫忙你」(減少無助)
- * 「我知道有方法可以幫忙你」(給予希望)
- * 「你若自殺孩子就沒有媽媽了」(增加活下來的理由)

圖 9.「住院自殺防治標準原則與做法」衛教單

憂鬱症如何預防？

- ★不要定太難的目標或承擔很多責任。
- ★把大的任務分成數個小的，做你能做的。
- ★不要過度的期望，因為這只會增加失敗的感覺。
- ★與其他人一起努力，比獨自一人辛苦來的好。
- ★參加可以使你心情放鬆的活動。去看電影、參加宗教、球賽或社會活動。
- ★你可以多運動鍛鍊身體，可以達到心情放鬆的效果。
- ★不要急著或太想改變自己。
- ★不要作生命重大的決定，例如改變工作、結婚、離婚，卻沒有諮詢非常了解你的人。這些人經常能給你更客觀的意見。無論如何，延遲重要決定是明智的。
- ★盡你所能的幫助自己，並且不責備自己沒有達到標準。
- ★不要接受你的負面思想。因它是憂鬱的一部分。

您需要幫忙嗎？

桃園縣精神醫療院所有以下 14 家，如有需要可洽詢各院所

機構名稱	地址	電話
行政院衛生署桃園療養院	桃園縣桃園市龍壽街 71 號	3698553
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	桃園縣龜山鄉復興街 5 號	3281200
行政院衛生署桃園醫院	桃園縣桃園市中山路 1492 號	3699721
臺北榮民總醫院桃園分院	桃園縣桃園市成功路 三段 100 號	2617001
國軍桃園總醫院	桃園縣龍潭鄉中興路 168 號	4799595
壢新醫院	桃園縣平鎮市廣泰路 77 號	4941234
居善醫院	桃園縣大園鄉南港村 大觀路 910 號	3866511
敏盛綜合醫院	桃園縣桃園市經國路 168 號	3179599
財團法人聖保祿修女會醫院	桃園縣桃園市建新街 123 號	3613141
全新精神專科診所	桃園縣桃園市春日路 1311 號	3586944
迎旭診所	桃園縣中壢市中山路 38 號	4277126
陳炯旭診所	桃園縣中壢市六和路 8 號 1 樓	2805285
楊延壽診所	桃園縣龍潭鄉中正路 298 號	4899242
心寧診所	桃園縣桃園市中山路 1080 號	3920522

行政院衛生署補助



憂 鬱

林口長庚紀念醫院
自殺防治暨生命關懷中心

憂鬱了，怎麼辦？

「他將自己封閉起來，不知道還可為這苟延殘喘的人生做什麼。好羨慕歡樂的人們，但卻認為沒有資格得到。好無力，什麼事都不想去做，好想逃避這一切。想找人講話，別人卻認為是無病呻吟。必須獨自承受這痛苦的感覺，也曾有自殺的念頭。需要別人聽他說出痛苦，不想聽到別人說你想開一點就好了。」

為什麼會得到憂鬱症？

- 生物因素：生理或遺傳因素。
- 社會因素：承受太大的生活壓力或工作挫折，又無人可以理解，日積月累，久了以後就生病了。
- 心理人格因素：一個人外表活潑，但以逃避或選擇遺忘的方式處理壓力事件；過度地壓抑情緒；事事要求完美的個性。

如果你發現自己被以下情形困擾時，請及早接受治療

情緒面 過去感興趣的事，現在都提不起勁，心情幾乎天天都很低落。	生理面 失眠或睡臥不起、吃不下或猛吃、短時間體重明顯變胖或變瘦。
行為面 說話或做事速度比以前緩慢或變得急躁、只想獨處、什麼事都不想做，出現自我傷害行為。	心理面 不容易集中注意力、失去自信、對未來絕望、甚至有自殺念頭或行為。

如果持續超過兩個星期出現情緒、生理、行為及心理的憂鬱現象，且影響到人際關係、職業或課業學習，就可能得了憂鬱症，一定要尋求醫療專家的協助。



憂鬱症如何治療？

藥物：使用抗憂鬱藥的治療一般在二至三週內見效，六至八週左右憂鬱症狀可改善，症狀消除後最好持續服藥三到六個月預防復發，之後由醫師慢慢減低藥量至停藥，只有少數病患需要長期治療。

心理治療：協助重新思考並分析問題，提供情緒紓解管道及方法，並進一步改善適應不良的性格。支持性心理治療是給予情感上的支持、勸勉和輔導。

陽光、運動及規律生活

運動對於憂鬱病患的效果很好，如慢跑、體操等，多活動活動身體，可使心情得到意想不到的放鬆作用。

規律生活也是憂鬱症患者最需要的，早睡早起，不要陷入自設的心理陷阱中，隨時保持愉快心情。

陽光可改變一個人的心情，對凡事可有「光明面」的看法。

圖10.「憂鬱」衛教單

量表自我檢測

想想最近一星期，您是否有下列感受，如果「有」請答「是」，若「沒有」請答「否」。

	是	否
1. 基本上，您對您的生活滿意嗎？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 您是否減少很多的嗜好活動？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您是否覺得生活很空虛？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否常常感到厭煩？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您是否大部份的時間精神都很好？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. 您是否害怕有壞事情會發生在您身上嗎？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您是否大部份的時間都感到快樂？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. 您是否常常感到很無助？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您是否覺得您比別人有較多記憶的問題？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您是否覺得您「現在還能活著」是很好的事？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. 您是否覺得活的很沒有價值？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您是否覺得很有活力？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. 您是否覺得現在的情況是沒有希望的？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 您是否覺得大部份的人都比您幸福？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

※在圈圈處「○」勾選者予以 1 分。

※提醒您！大於 5 分表示有憂鬱症狀；大於 10 分表示已達憂鬱之診斷。

總分：_____

廣告

哪裡可以幫您

桃園縣精神醫療院所有以下 14 家，如有需要可洽詢各院所

認識老年憂鬱症



當邁向年老，離開打拼多年的職場工作，兒女各自組織家庭，同儕朋友們逐漸凋零，社交、經濟及自主能力降低，再加上身體老化造成的機能衰退、疾病纏身，種種的改變讓人感覺孤單、寂寞，且少了生活上的目標，對自己的信心不如以往，綜合種種的因素罹患憂鬱症的可能也就大大的增加了

林口長庚紀念醫院
自殺防治暨生命關懷中心

機構名稱	地址	電話
行政院衛生署	桃園縣桃園市龍壽街 71 號	3698553
桃園療養院	桃園縣龜山鄉復興街 5 號	3281200
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	桃園縣桃園市中山路 1492 號	3699721
行政院衛生署	桃園縣桃園市中山路 1492 號	3699721
桃園醫院	桃園縣桃園市成功路二段 100 號	2617001
臺北榮民總醫院桃園分院	桃園縣桃園市中興路 168 號	4799595
國軍桃園總醫院	桃園縣龍潭鄉中興路 168 號	4799595
迴新醫院	桃園縣平鎮市廣泰路 77 號	4941234
居善醫院	桃園縣大園鄉南港村大樹路 910 號	3866511
敏盛綜合醫院	桃園縣桃園市經國路 168 號	3179599
財團法人聖保祿修女會醫院	桃園縣桃園市建新街 123 號	3613141
全新精神專科診所	桃園縣桃園市春日路 1311 號	3586944
迎旭診所	桃園縣中壢市中山路 38 號	4277126
陳炯旭診所	桃園縣中壢市六和路 8 號 1 樓	2805285
楊延壽診所	桃園縣龍潭鄉中正路 298 號	4899242
心寧診所	桃園縣桃園市中山路 1080 號	3920522

行政院衛生署補助

您不能不知道的事

- ※ 到院看診的老年人，每六人就有一人與憂鬱症有關。
- ※ 憂鬱症不是老化過程中正常的一部分，而是一種疾病。
- ※ 多數老年憂鬱症患者求助內科，而非求助精神醫治療。
- ※ 憂鬱症篩檢有助於找出需要專業協助的人。
- ※ 憂鬱症未被診斷出來或治療，會造成生活上的困擾。
- ※ 年長者自殺機率是其他年齡層的五倍。老年憂鬱症患者常有自殺的企圖，甚至自殺成功。
- ※ 憂鬱症可以有效且安全的治療，但要確保症狀不再出現，長期治療是不可或缺。

憂鬱症的症狀

- ※ 時間持續兩周以上。
- ※ 心情憂鬱或無法在生活中獲得樂趣。
- ※ 以下七項至少出現四項：
- * 睡眠習慣改變(比較長或短)
- * 注意力難以集中
- * 活動力降低或經常感到疲倦
- * 覺得一無是處、過度自責愧疚
- * 特別煩躁或行動速度緩慢
- * 會想到死亡或自殺
- * 飲食習慣改變或體重改變

關於老年憂鬱症的治療

- ※ **基本治療原則**
 - * 藥物治療：選擇副作用少的藥物，緩慢加藥，足夠劑量持續治療至少 6 週
 - * 合併心理治療：提供老年人心理建設、支持、陪伴及享受快樂時光
 - * 避免酒精依賴及鎮靜類藥物
 - * 必要時加上情緒平穩藥的使用、或電療(ECT)與必要的近一步檢查
- ※ **藥物治療前的考慮有**
 - * 老年人情感性疾病的種類
 - * 治療的急迫性
 - * 先前對治療的反應
 - * 同時的內科問題
 - * 同時期的其他治療用藥

老年憂鬱症的特徵

- * 抱怨生理的症狀多過心理的症狀
- * 注意不集中、記憶及認知功能障礙
- * 否認憂傷的感受 * 較少出現罪惡感
- * 低自尊的感受明顯 * 表現淡漠及退縮

圖11.「認識老年憂鬱症」衛教單

如何預防

- ★ 多數自殺當事人都曾直接或間接提過想死的事，因此要注意自殺的警訊，**不可認為宣稱要自殺的人絕不會自殺**。
- ★ 密切觀察當事人的行為，發現有自殺的預兆，應隨時陪伴，給予關心和支持，鼓勵說出心中仇恨、憤怒和哀傷，並鼓勵或協助當事人就醫。
- ★ 安置於安全、溫暖的環境，除去周圍的危險物品，**清晨或深夜**時需特別注意。
- ★ 耐心傾聽當事人心聲，讓他感覺到有人關心他，了解他，願意幫助他。
- ★ 不要否定、嘲笑或爭論當事人所說的話。
- ★ 情緒改善後，**至少三個月內**仍須注意和提防當事人有再度自殺的可能性。



如有需要請洽詢

林口長庚紀念醫院自殺防治暨生命關懷中心
電話：(03)3281200轉3839
24小時電話：0966-970-515
桃園縣生命關懷中心
服務時間：每周一到五 8:00-17:00
電話：(03)3799590
張老師基金會
電話：1980
生命線24小時專線
電話：1995
董氏基金會—心理衛生組
電話：(02)27766133轉2

行政院衛生署輔助

生命會有希望



林口長庚紀念醫院
自殺防治暨生命關懷中心

自殺當事人有哪些徵兆

心理

- ◊ 嚴重的憂鬱心情
- ◊ 悲觀消極、自責、孤獨、無助、無望、無價值感
- ◊ 強烈而無法宣洩之憤怒或仇恨

行為

- ◊ 出現反常的語言或行為，例如本來鬱悶的症狀突然消失
- ◊ 清理自己所有的東西，或將心愛的物品分送他人，這是準備了結生命的警訊
- ◊ 經由文字或語言透露出厭世的念頭
- ◊ 立遺囑、交代後事



如何幫助他？

- **與當事人建立良好的關係**：真誠的陪伴與關心、同理而包容，協同度過困難。
- **直接探詢自殺意念**：直接探詢可使本來想自殺的人，說出想法，有宣洩作用，旁人也可更警覺而適度防範。對於沒有自殺意圖的人，也不會因為這樣而產生自殺念頭。不要擔心直接探詢會出現自殺意念。



圖12.「生命會有希望」衛教單

第三節 建立工作手冊

自殺與醫療關係密切。自殺企圖者常會送醫，這些個案有些未來會再次自殺企圖或死於自殺。自殺死亡者生前近九成已達重度憂鬱症，但真正接受診斷者僅有一成。醫院住院的患者，也是自殺的高危險群。所以，「預防住院病人的自殺」被列為醫策會病人安全的十大目標之一。台灣的研究更發現，自殺死亡者最後一次門診七成是就診於醫院，而非基層診所。

由此可知，醫院是自殺防治重要的場域，合併疾病因素會增加自殺危險的發生。醫療人員是重要的自殺防治守門人，尤其是非精神科醫療單位。只要用對原則與方法，及早發現、及時介入，可以避免自殺事件的發生。我們藉由本次的機會，建立「林口長庚醫院自殺防治工作手冊」，提供醫院同仁在門診、急診、住院不同情境第一線醫療人員，能夠提早覺察自殺意念，應對與處理自殺威脅，避免自殺企圖發生，並有效轉介與通報。藉由院內全體同仁的投入並確實落實於常規照護，以有效減少院內自殺事件的發生。

工作手冊規劃成六個部分，以下針對六個部分簡單說明。

1. 本院自殺防治策略

說明本院以三大策略推動醫院自殺防治工作，包括(1)全面性：目標在減少「自殺意念者」，提早覺察。(2)選擇性：目標在降低「自殺威脅者」危險性，提早轉介。(3)指標性：目標在降低「自殺未遂者」再自殺率，追蹤關懷。

2. 建立自殺防治中心

說明本院自殺防治中心分工，由精神科醫師評估精神診斷與治療，社工師

評估社會資源與通報，個案管理師負責出院後追蹤關懷。並定期分析檢討、教育宣導，建置平台與資源，協助第一線醫療人員早期發現、早期介入，預防自殺危險的發生。

3. 本院自殺個案標準化評估、處理及自殺通報流程

說明本院在門診、急診、住院不同情境，針對自殺意念者、自殺威脅者與自殺未遂者的標準流程，減少同仁面對高自殺風險或自殺企圖者的焦慮與恐慌。教導如何辨識住院自殺高危險病人的特徵，增加同仁的敏感度與處理能力。當病人出現自殺風險徵兆時，藉由「一問」、「二應」、「三轉介」，對自殺意念再次澄清與確認，適當回應與陪伴個案，適時照會自殺防治團隊，進行自殺通報與資源轉介，做到全面性的預防與處遇。

4. 加強環境安全

說明如何加強單位防護，適當移除監測，以避免成為自殺危險的工具，並增加同仁的警覺性。

5. 提供自殺高危險個案個別化照護與支持

介紹自殺高危個案個別照護的準則，醫療團隊人員除了維持治療關係及適當情緒支持外，需進一步對家屬或陪伴者進行自殺防治衛教，告知自殺風險，避免讓個案獨處，了解危險物品，進而管控個案單獨使用。

6. 求助資源

提供院內外相關資源，可供同仁使用或提供相關訊息給個案及家屬。

第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導

第一節 院內自殺防治教育宣導

我們一整年內依據不同單位對象設計不同院內教育宣導課程，其中包括：

(一) 重點病房教育宣導

依據篩檢結果顯示，自殺高風險群病患集中在部分的專科病房內，為了加強第一線人員辨識自殺高風險群的敏銳度，特別針對自殺高危險病房，如腫瘤科、胸腔科、腎臟科、精神科等重點病房，進行「住院病人自殺防治標準原則與作法」病房宣導。

除了再次強調如何辨識自殺高風險群的特徵與因素外，透過宣導使醫療照護團隊成員了解單位內可能被運用於自殺的設備並執行預防措施，學習如何評估自殺高危險群的技巧、應對方式與關懷處遇，了解自殺高危險群的轉介時機與相關資源。

我們自七月至十二月以林口院區為主，針對重點病房共計舉辦 15 場自殺防治教育宣導。參與人員包括各病房醫師、護理師、社工師、個管師、研究助理、醫學實習生及護理實習生，總參與人數為 361 人。時間、地點與場次詳如表 11。

表11. 專科病房自殺防治教育宣導

日期	地點	參與人數
7月13日	胸腔及心臟外科系教學病房	19人
7月24日	一般外科病房	13人
7月27日	腫瘤科病房	23人
7月30日	腎臟科教學病房	16人
7月31日	精神科教學病房	42人
8月1日	復健科病房	39人
8月7日	腫瘤科病房	33人
8月15日	心臟內科病房	23人
8月16日	婦癌科病房	26人
8月16日	腫瘤科病房	20人
8月20日	腸胃科病房	10人
8月30日	腫瘤科病房	14人
9月25日	胃腸肝膽科病房	27人
10月5日	胸腔外科病房	32人
12月11日	急診	24人
	小計	361人



圖13. 重點病房宣導活動剪影-7月13日於胸腔及心臟外科系教學病房



圖14. 重點病房宣導活動剪影-7月24日於一般外科病房



圖15. 重點病房宣導活動剪影-7月27日於腫瘤科(一)病房



圖16. 重點病房宣導活動剪影-7月30日於腎臟科病房



圖17. 重點病房宣導活動剪影-7月31日於精神科病房

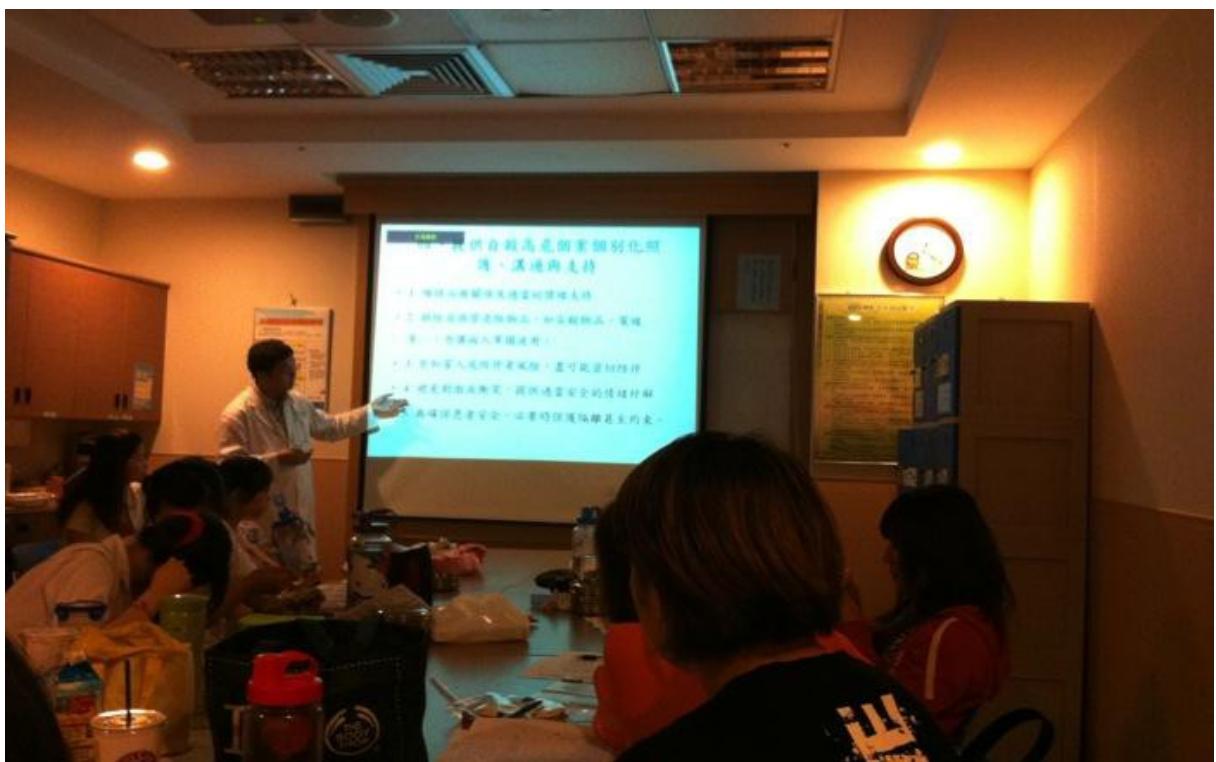


圖18. 重點病房宣導活動剪影-8月15日於心臟內科病房



圖19. 重點病房宣導活動剪影-8月16日於婦癌科病房



圖20. 重點病房宣導活動剪影-8月16日於腫瘤科(三)病房



圖21. 重點病房宣導活動剪影-8月20日於腸胃科病房



圖22. 重點病房宣導活動剪影-8月30日於腫瘤科(四)病房



圖23. 重點病房宣導活動剪影-9月25日於胃腸肝膽科病房



圖24. 重點病房宣導活動剪影-10月5日於胸腔外科病房



圖25. 重點病房宣導活動剪影-12月11日於急診中心

第二節 辦理院內人員教育訓練

為落實推廣自殺防治與老人自殺防治觀念，除了重點專科病房自殺防治教育宣導以外，我們並安排全院性大型自殺防治研討會與線上學習課程，場次超過 10 場，外加 1 場全院性自殺防治線上學習課程，院內人員教育訓練總參與人數超過 8,000 人。

本中心於七月六日上午，在林口長庚醫院復健大樓一樓第一會議廳舉辦全院自殺防治研討會，主題為「病人安全與自殺危機談判」。主講人包括有本中心主任 張家銘醫師，主講「病人安全-預防院內自殺事件的發生」；台北市政府警察局外事科 張文瑞科長，主講「自殺危機處理與談判溝通技巧」、「自殺危機談判個案演練與角色扮演」；以及本院社會服務處 林嫩芳社工員，主講「自殺個案社工評估與處遇」，與會對象多數為全院同仁，參與人數有 284 人，並有院外自殺防治相關同仁超過50人一同參與講習（如圖25）。

101年自殺防治研討會		
時間	課題	主講人
08:30-08:50	報到時間	
08:50-09:00	致詞	
09:00-09:30	病人安全-預防院內自殺事件的發生	張家銘醫師 林口長庚醫院 自殺防治中心主任
09:30-10:30	自殺危機處理與談判溝通技巧	張文瑞科長 台北市政府警察局 外事科科長
10:30-10:40	休息時間	
10:40-12:10	自殺危機談判個案演練與角色扮演	張文瑞科長 台北市政府警察局 外事科科長
12:10-12:40	自殺個案社工評估與處遇	林嫩芳社工員 林口長庚醫院 社會服務課
12:40	賦歸	



圖26. 101 年度自殺防治研討會

表12. 101年自殺防治研討會課程內容

日期：2012年7月6日

時間：08：30-12：40

地點：林口長庚醫院復健大樓1樓 第一會議廳 參與人數：284

人

時間	主題	主講人	主持人
8:30-8:50	報到時間		
8:50-9:00	致詞	貴賓致詞	張家銘醫師 林口長庚自 殺防治中心
9:00-9:30	病人安全- 預防院內自殺事件的 發生	張家銘醫師 林口長庚醫院自殺防 治中心主任	劉嘉逸主任 林口長庚 精神科
9:30-10:30	自殺危機處理與談判 溝通技巧	張文瑞科長 台北市政府警察局外 事科科長	張家銘醫師 林口長庚 自殺防治中心
10:30-10:40		休息時間	
10:40-12:10	自殺危機談判個案演 練與角色扮演	張文瑞科長 台北市政府警察局外 事科科長	張家銘醫師 林口長庚 自殺防治中心
12:10-12:40	自殺個案社工評估與 處遇	林嫩芳社工員 林口長庚醫院 社會服務處	張家銘醫師 林口長庚 自殺防治中心



圖27. 101 年度自殺防治研討會 翁文能院長與衛生局康清雲副局長親臨致詞



圖28. 101 年度自殺防治研討會 講師



圖29. 101 年度自殺防治研討會與會人員

為落實院內醫療同仁對於住院病患及老人之自殺防治觀念之推廣，我們與護理部合作，針對新進護理人員舉辦「自殺評估與預防」課程，藉由舉辦「關懷照護與傾聽技巧」課程來加強護理人員在臨床照護病人的心理知能。另外，有研究顯示醫療人員的憂鬱症的傾向高於其他產業，而憂鬱症亦是預測自殺的高危險因子之一，藉由舉辦「壓力調適方法與實務應用」課程來增進護理人員因應壓力的調適方法與技巧，三梯次課程有共計337人參與。

也是因為張家銘醫師之前研究指出自殺死亡者生前接觸醫院非精神科醫師的比例，高於基層醫師，顯示醫院非精神科的醫療人員是更重要的自殺防治守門人，我們與內科部合作，針對內科部所有第一年住院醫師舉辦「住院病人憂鬱與自殺評估」課程，增進內科部醫師對於院內自殺防治的了解。

針對全院同仁我們也分別在不同時間點於三大院區（林口院區、桃園院區及台北院區）藉由「自殺防治守門人」及「老人憂鬱及自殺防治」相關的教育訓練課程來了解高危險群自殺病人之人格特質與因素，了解在醫療環境該採取哪些預防措施，總計參加人數為307人。

最後，由於本院同仁人數眾多，許多課程同仁可能無法前往參加，因此製作「住院病人自殺防治標準原則與做法」的線上學習課程，所有林口、桃園與台北三大院區中同仁皆需上網學習，並參與課後測驗以了解學習成效。全部參與對象包括院內行政人員、醫技人員、護理師、醫師、各科個管師、研究助理、社工、心理師等等，總計參加人數達7,794人（如表13）。

表13. 在職教育訓練表

日期	主題	主講人	地點	參與人數
3 月 19 日 ~20 日	101 年度護理部二年期 護理師(護士)訓練/九個 月在職教育課程(第一梯 次)	護理部 督導	林口長庚兒童大樓 J 棟護理部 B1 階梯教室	153 人
7 月 9 日 ~10 日	101 年度護理部二年期 護理師(護士)訓練/九個 月在職教育課程(第二梯 次)	護理部督 導	林口長庚兒童大樓 J 棟護理部 B1 階梯教室	111 人
7 月 25 日	住院病人自殺防治標準 原則與作法	張家銘 醫 師	台北長庚中醫暨早療 中心B1 會議室	89 人
7 月 31 日	醫院內自殺防治	張家銘 醫 師	台北長庚中醫暨早療 中心B1 會議室	82 人
10 月 3 日	醫院內自殺防治(住院醫 師第一年教育訓練)	張家銘 醫 師	林口長庚第二會議室	71 人
10 月 15 日 ~16 日	101 年度護理部二年期 護理師(護士)訓練/九個 月在職教育課程(第三梯 次)	護理部督 導	林口長庚兒童大樓 J 棟護理部 B1 階梯教室	73 人
11 月 3 日	自殺防治的醫療面向	廖士程 醫 師	林口長庚第二會議室	20 人
11 月 8 日	「憂」活變樂活 繽紛過 生活	余男文 醫 師	林口長庚精神科大討 論室	15 人
11 月 29 日	醫院內自殺防治	張家銘 醫 師	桃園長庚國際會議廳	30 人
7 月 25 日 ~8 月 31 日	院內自殺防治標準原則 與做法線上學習	張家銘 醫 師	林口與桃園院區 台北院區	6,906 人 888 人
				小計 8,438 人

內科部

101年10月份Medical Activities

地點：第二會議廳

日期	星期	時間	主題	主講人	主持人
10/2	二	07:30-08:00	Orientation: CBC的判讀	洪玉馨 醫師	郭漢彬 部長
10/3	三	07:30-08:00	Orientation: 醫院內自殺防治 (憂鬱與自殺)	張家銘 醫師	郭漢彬 部長
10/4	四	07:30-08:30	R1/PGY Image教學 (醫學五樓內科會議室)	王訓華副教授	
10/9	二	07:30-08:30	Orientation: 如何正確使用抗生素	許博昌 醫師	郭漢彬 部長
10/11	四	07:30-08:30	R1/PGY Image教學 (醫學五樓內科會議室)	王訓華副教授	
10/12	五	07:30-08:30 08:30-09:00	Orientation: 健康照護矩陣 health care matrix X光教學	廖國臣 醫師 蒲秀瑾 醫師 謝孟哲 醫師	郭漢彬 部長
10/17	三	07:30-08:30	Orientation: ECMO 介紹	武孟鈞 醫師	郭漢彬 部長
10/18	四	07:30-08:30	Grand Round Treatment of chronic hepatitis C: an individualization approach	林俊彥 醫師	邱正堂 主任
10/23	二	07:30-08:30	Mortality Morbidity and Improvement	R3李佳欣 R4王劭瑜	郭漢彬 部長
10/24	三	07:30-08:30	Orientation: 血品成分運用及輸血併發症	孫建峰 教授	郭漢彬 部長
10/25	四	07:30-08:30	R1/PGY Image教學 (醫學五樓內科會議室)	王訓華 副教授	
10/26	五	07:30-08:30 08:30-09:00	教育暢談解答 EBM X光教學	盧柏文 醫師 林志明 醫師 謝孟哲 醫師	王宏銘 副部長
10/30	二	07:30-08:30	Orientation: 常見內分泌疾病診斷與處置	李顏麟 醫師	郭漢彬 部長
10/31	三	07:30-08:30	R1/PGY Image教學 (醫學五樓內科會議室)	林鴻鉅 副教授	

其他時間為各專科 Morning Meeting

製作單位：_____ 負責人：_____ 聯絡電話：_____

圖30. 內科部101年10月份Medical Activities



圖31. 院內人員在職教育訓練活動剪影-內科部R1 在職訓練



圖32. 院內人員在職教育訓練活動剪影-台北長庚場



圖33. 院內人員在職教育訓練活動剪影-精神科在職教育



圖34. 院內人員在職教育訓練活動剪影-林口院區



圖35. 院內人員在職教育訓練活動剪影-桃園長庚場



圖36. 院內人員在職教育訓練活動剪影-桃園長庚場

第五節 辦理自殺個案討論

本中心每月定期舉行自殺個案討論會，邀請各科住院醫師針對特殊自殺個案提出處置說明以及相關論文閱讀討論，社工師針對個案的社會資源提供說明，針對住院老人憂鬱自殺意念篩檢，提出較高危的個案說明及後續關懷處置計畫，共舉辦27場次（如表10）。

表14. 自殺個案討論會會議清單

日期	主題	主持人	主講人
1月31日	使用砒霜自殺之個案討論	張家銘	方文嵩
2月29日	重複自殺個案討論	張家銘	林劭勳
	海洛因成癮自殺個案討論	張家銘	洪子文
3月28日	因感情因素自殺之個案討論	張家銘	李晉邦
3月29日	住院老人個案討論 (1) BSRS-5 分數14分	張家銘	黃怡靜
	住院老人個案討論 (2) BSRS-5 分數17分	張家銘	黃怡靜
4月05日	住院老人個案討論 (3) BSRS-5 分數16分	張家銘	陳雅姍
	住院老人個案討論 (4) BSRS-5 分數15分	張家銘	陳雅姍
4月16日	住院老人個案討論 (5) BSRS-5 分數12分	張家銘	黃怡靜
4月26日	精神病患者自殺行為討論	張家銘	簡振宇
	因長期身體疾病導致憂鬱之老人自殺個案討論	張家銘	高寶舜
4月30日	住院老人個案討論 (6) BSRS-5 分數15分	張家銘	陳雅姍
5月21日	住院老人個案討論 (7) BSRS-5 分數15分	張家銘	黃怡靜
5月25日	農藥中毒產生瞻妄症狀之自殺個案討論	張家銘	劉梵慧
6月4日	住院老人個案討論 (8) BSRS-5 分數16分	張家銘	陳雅姍
6月18日	住院老人個案討論 (9) BSRS-5 分數8分	張家銘	黃怡靜
6月25日	住院老人個案討論 (10) BSRS-5 分數11分	張家銘	陳雅姍
6月28日	C型肝炎干擾素治療後自殺行為增加之個案討論	張家銘	黃渝琇
7月2日	住院老人個案討論 (11) BSRS-5 分數9分	張家銘	黃怡靜
7月23日	住院老人個案討論 (12) BSRS-5 分數12分	張家銘	陳雅姍
7月26日	精神官能症病患自殺個案討論	張家銘	王國政
8月6日	住院老人個案討論 (13) BSRS-5 分數10分	張家銘	黃怡靜
8月13日	住院老人個案討論 (14) BSRS-5 分數11分	張家銘	陳雅姍
8月20日	喪偶女性自殺個案討論	張家銘	葉維中
8月27日	住院老人個案討論 (15) BSRS-5 分數8分	張家銘	陳雅姍

9月10日	住院老人個案討論 (16) BSRS-5 分數11分	張家銘	陳雅姍
9月20日	住院老人個案討論 (17) BSRS-5 分數9分	張家銘	黃怡靜
9月24日	住院老人個案討論 (18) BSRS-5 分數16分	張家銘	陳雅姍
10月25日	止痛藥自殺個案討論	張家銘	趙筱昀 林劭勳
11月29日	BZD overdose 重複自殺個案討論會	張家銘	黃建維
12月11日	探討急診精神病患自殺異常事件	張家銘	馬真德



圖37. 個案討論會活動剪影



圖38. 個案討論會活動剪影

第三節針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導

配合本計畫住院老人自殺風險篩檢的機會，三位個案管理師在邀請進入第一階段篩檢同時，也對家屬與病人進行自殺防治相關教育與宣導，主動提供衛教單張，並做說明。

我們也對民眾舉辦「憂活與樂活 繽紛過生活」課程，一併宣導自殺防治的重要性。

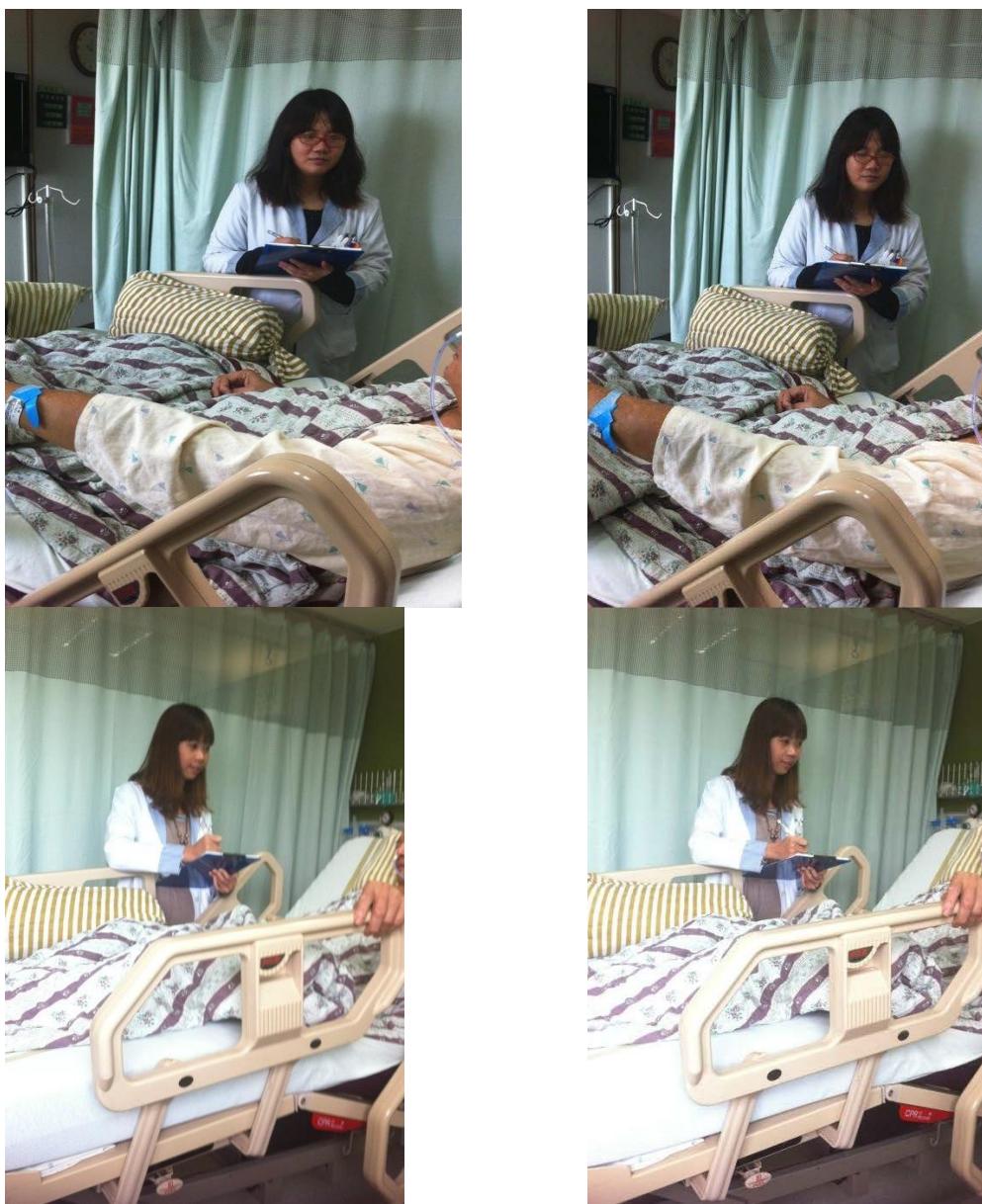


圖39. 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導

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

本中心張家銘主任同時擔任全國自殺防治中心副執行長及台灣自殺防治學會副秘書長，並擔任桃園縣心理衛生及自殺防治委員。長期與桃園縣衛生局、桃園縣心理衛生中心、桃園縣自殺防治中心、生命線、張老師有相當的合作關係，常常擔任自殺個案轉介關懷、授課與討論。為加強落實各階層人員及民眾自殺防治暨心理衛生之觀念及實踐，張家銘醫師受邀至各地方單位進行「憂鬱及自殺防治」相關議題之演講，表15 為本年度（2012 年）演講清單。

表15. 院外憂鬱與自殺防治演講清單

日期	主題	地點
6月8日	醫院自殺防治	澄清醫院
6月21日	自殺概況與防治策略	桃園療養院
6月22日	老人自殺防治	嘉南療養院
7月5日	台灣自殺防治概況與防治策略	桃園療養院
7月12日	桃園自殺防治討論會	桃園縣衛生局
7月14日	自殺防治守門人	新店慈濟醫院
7月15日	自殺防治	台北市立療養院
8月18日	台灣自殺防治概況與防治策略	淡水福容飯店
8月23日	情緒管理與自殺防治1	台北市警察局
8月24日	情緒管理與自殺防治2	台北市警察局
9月3日	自殺防治報告	澳門塔
9月6日	醫院自殺防治	臺大醫院
9月16日	臺北市憂鬱症共同照護網	北市立聯合醫院松德院區
9月22日	基層醫療自殺防治	桃園張老師
9月27日	預防病人院內自殺防治	台中中山醫院
9月28日	自殺防治守門人	國軍英雄館
10月1日	住院病人自殺防治	為恭醫院
10月9日	醫院自殺防治	花蓮門諾醫院
10月11日	醫療院所自殺防治	臺南市衛生局
10月11日	自殺防治宣導	台中裕元酒店
10月18日	自殺防治宣導	高雄榮總醫院
10月20日	自殺研討會	台中慈濟醫院



圖40. 院外憂鬱與自殺防治活動剪影-6月8日台中澄清醫院自殺防治宣導



圖 41. 院外憂鬱與自殺防治活動剪影-7 月 5 日桃園療養院台灣自殺防治概況與防治策略



圖42. 院外憂鬱與自殺防治活動剪影-10月11日臺南市衛生局自殺防治宣導

第五章 討論與建議

第一節 重要研究結果摘要

本研究在2012年針對林口長庚醫院大於65歲以上的住院老人，以BSRS-5加上自殺意念與疾病檢核表、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做第二階段評估。最後出院後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2,076位住院老人接受第一階段的篩檢。其中33.4%的個案BSRS \geq 6，6.6%的個案最近一週有自殺意念。住院老人有自殺意念者較容易為其他婚姻、國小、精神疾病史、慢性肺病及失智症、所有疼痛及BSRS-5五個症狀。第二階段有319位接受評估，其中GDS-15 \geq 5者達79.0%。自殺意念與BSRS-5、GDS，身體疾病與疼痛達顯著正相關，與生活品質達顯著負相關。出院後追蹤關懷顯著可下降自殺意念、BSRS-5與GDS，並提升生活品質。

而一整年內，我們也在醫院舉辦自殺防治研討會與多場病房教育宣導、自殺個案討論會，並建立門診、急診、住院自殺防治標準服務流程、工作手冊，及醫院自殺防治的學習教材、線上學習課程。

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33.4%的個案BSRS \geq 6。在一般社區調查同樣以BSRS-5的6分為切點判定輕型情緒困擾的話，發現24.7%符合標準。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有 6.6%，也較一般電話民調 2.7% 的比例來的高，一樣顯示住院老人自殺意念的比例是較為嚴重的。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，還有這些問題也與疾病的種類及疼痛嚴重性有關，這些都顯示住院老人確實是值得關心的。

當然自殺意念未必等於自殺行為，我們也發現有許多老人雖然有疾病的痛苦，能抱持希望獲有活下來的理由。所以增加保護因子提更希望與活下來的理由是重要的。第一線人員對此能適當與病人及家屬討論是重要的。

疾病與疼痛會增加老人自殺意念、憂鬱，也惡化生活品質。我們建議醫療同仁對於疾病種類與嚴重性高，像是慢性病、癌症的患者，還有嚴重慢性疼痛的患者，也要優先關心。

第三節 研究限制與未來研究方向

本研究的限制可能主要是所有的工作都是針對在林口長庚醫院執行，未必完全適用於其他醫院。林口長庚醫院為大型醫學中心級綜合醫院，我們自 2007 年成立醫院自殺防治中心，自殺防治中心主任張家銘醫師本身也擔任全國自殺防治中心的副執行長，及台灣自殺防治學會的副秘書長，對於國家及地方的防治政策與關係都有很深的基礎與經驗。而在老人住院個案的自殺評估與追蹤處理，還有相關教育推廣、教材、手冊與標準流程的建立，醫院各單位的支持協助，也是計畫能夠順利推行的原因。

即使本研究發現對於住院老人的自殺篩檢評估是可行的，而追蹤關懷也是有效的。因為缺乏對照組，無法確認比較是否不介入或其他介入處理是否有一樣的效果。未來可能要跨醫院以同樣的標準進行資料收集，加上不同的對照組作比較，甚至隨機的比較有追蹤關懷與沒有追蹤關懷的效果差別，可以提供更足夠的

證據。

第四節 對於管理實務與政策上的建議

醫院自殺防治是自殺防治重要的一環，特別是老人自殺的部分。台灣在這幾年政府政策的重視及全國自殺防治中心的推動，多數的醫院對於自殺企圖者的標準都能配合。也由醫策會病人安全目標加入預防住院病人的自殺，更將防治焦點由可能的急診自殺企圖者，進一步到住院的病患。這些病人可能在醫院中自殺，更可能是出院後的自殺。早期發現、早期介入就很重要。

本研究原配合計畫規格，以 BSRS-5 與自殺意念做第一步的 2000 位住院老人篩檢，當 $BSRS-5 >= 15$ 分作切點，再依此追蹤 300 人。但是我們很快地發現，這樣的切點是太高了。由下表的分布來看，只有 0.9% 的住院老人達到這樣的標準。

表16. BSRS-5 的人數與百分比、累積百分比分布

BSRS-5 分數	人數	百分比	累積百分比
0	256	12.3	12.3
1	242	11.7	24.0
2	261	12.6	36.6
3	226	10.9	47.4
4	196	9.4	56.9
5	202	9.7	66.6
6	150	7.2	73.8
7	129	6.2	80.1
8	113	5.4	85.5
9	101	4.9	90.4
10	53	2.6	92.9
11	37	1.8	94.7
12	31	1.5	96.2
13	24	1.2	97.4
14	22	1.1	98.4
15	14	.7	99.1
16	6	.3	99.4
17	6	.3	99.7
18	4	.2	99.9
19	1	.0	99.9
20	2	.1	100.0
總和	2076	100.0	

但是，放寬標準到 6 分又可能太低了，因為有 1/3 的住院老人個案可能達到這個標準。這是重要的問題，必須加問自殺意念以作澄清與確認。不過我們在臨床實際上發現，第一線人員對於詢問自殺意念有相當的不安與抗拒。這需要適當的說明與訓練。所以我們非常強調不能只依靠 BSRS-5 作篩檢，而第一線人員在使用前應該受過訓練，懂得詢問自殺意念，也應懂得守門人技巧一問二應三轉介。

適當的使用工具當然能夠提供早期發現的幫助。但是目前所有的工具對於自殺的預測都有很大的偽陽性與偽陰性的部份，沒有一個工具可以絕對準確的預防自殺。偽陽性過大，不會自殺的被找到，可能會投入過多的資源人力，也打擾到不會自殺的個案。偽陰性過高，可能會放過會自殺的個案。當然第一線醫療人員篩選到太多個案而全部轉介，即便本院有自殺防治中心團隊，也會讓中心的工作量超過負荷。這是我們考慮是否應該常規性的作住院病人自殺風險篩檢的主要考量。

所以我們會建議在住院自殺防治標準流程的設計上，以辨識 => 一問 => 二應 >三轉介為處理的流程。因為我們認為認識自殺風險懂得辨識，是第一線醫療人員該有的基本能力。所以第一步並非以工具(BSRS-5 與自殺意念)直接篩檢，而是辨識高危險群。不符合任何高危險群特徵的個案，一般是不會自殺的。符合高危險群的才需要進行第二步的一問(BSRS-5 與自殺意念的篩檢)。正確適當的詢問當然也是第一線人員必要的訓練，所以我們也會教導如何詢問的技巧。符合條件的才要做第三步的二應，與第四步的轉介。我們認為第一線醫療同仁懂得並能正確的操作這四步，是必要的自殺防治守門人基本技巧。而非直接使用工具，達到切點以上便直接轉介，只會造成第一線過多的擔心恐慌，或第二線的過量負擔，並不能解決問題。

終結以上的討論，本研究建議醫療人員應定期參與自殺防治教育訓練，熟悉評估工具與標準作業流程，增加對自殺個案的敏感度與處理能力，成為自殺防治守門人。

三、執行過程中所遭遇之問題與困難，並請自評 是否符合進度

進度超前

符合進度

落後 ()月

◎所遭遇之問題與困難：

1. 醫療單位對於自殺風險篩檢的疑慮：

本研究首先遇到的困難，是病房同仁對於本計畫在篩檢住院老人自殺危險的疑慮。經過討論後請護理部督導協助對於全院護理長宣導，並在個案管理師於各病房拜訪時做禮貌的說明。如此可以在每次篩檢前可以先了解病房護理同仁對於當時住院病患的觀察建，也在篩檢後反映較高危險的患者給病房同仁，加強溝通後不但化解疑慮，也讓單位覺得不打擾也對於同仁照護上有幫助。

2. 住院老人患者與家屬的拒訪與拒訪率：

綜合醫院老人住院病患的住院，多半是為了治療身體疾病。對於精神心理上的問題，並非他們就醫的目的。由於本研究要簽屬研究同意書，也會詢問到自殺意念的有無，所以有時患者或家屬就會拒絕參與，表示不需要這方面的關心、不希望患者被詢問類似的問題，或是不願意簽署研究同意書。

經過工作會議討論後，改善溝通與說明技巧，並搭配適當的禮卷做誘因感謝，也降低了拒訪率，最後整體的拒訪率在6.4%。

3. 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 2000 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 $BSRS \geq 15$ 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) 補助經費經額：1,860,000 元

(二) 經費執行數：1,805,619 元

(三) 執行率：98.08% 說明：

因調查訪問實支實付，訪問2,076人，部分受訪者不願取問卷。

五、相關附件：

- 附錄一 人體試驗倫理委員會同意臨床試驗證明書 附錄
- 二 第一階段篩檢量表
- 附錄三 第二階段評估量表 附
- 錄四 受訪同意書
- 附錄五 關懷記錄單
- 附錄六 「林口長庚紀念醫院 自殺防治暨生命關懷中心宣導」海報 附錄七
「住院自殺防治標準原則與做法」海報
- 附錄八 「認識老年憂鬱症」海報 附錄
- 九 「憂鬱了，怎麼辦？」海報 附錄十
「生命會有希望」海報
- 附錄十一 「你我都是自殺防治守門人」衛教單張 附錄
- 十二 「認識老年憂鬱症」衛教單張
- 附錄十三 「憂鬱」衛教單張
- 附錄十四 「生命會有希望」衛教單張 附錄
- 十五 「生命關懷卡-病人版、家屬版」 附錄
- 十六 林口長庚醫院自殺防制工作手冊 附錄
- 十七 林口院區教育訓練海報
- 附錄十八 桃園院區教育訓練海報 附錄
- 十九 線上學習課程-教材
- 附錄二十 101 年度自殺防治研討會 講義 附
- 錄二十一 林口院區教育訓練 講義 附錄二十
二 桃園院區教育訓練講義 附錄二十三 內科
部教育訓練講義 附錄二十四 護理部教育訓
練講義
- 附錄二十五 長庚醫院投稿-預防銀髮除的自殺問題

附錄一人體試驗倫理委員會同意臨床試驗證明書

附錄二 第一階段篩檢量表

附錄三 第二階段評估量表

附錄四 受訪同意書

附錄五 關懷記錄單

附錄六 「林口長庚紀念醫院自殺防治暨生命關懷中心宣導」

海報

附錄七 「住院自殺防治標準原則與做法」海報

附錄八 「認識老年憂鬱症」海報

附錄九 「憂鬱了，怎麼辦？」海報

附錄十 「生命會有希望」海報

附錄十一「你我都是自殺防治守門人」衛教單張

附錄十二「認識老年憂鬱症」衛教單張

附錄十三 「憂鬱」衛教單張

附錄十四 「生命會有希望」衛教單張

附錄十五「生命關懷卡-病人版、家屬版」

附錄十六 林口長庚醫院自殺防制工作手冊

附錄十七 林口院區教育訓練海報

附錄十八桃園院區教育訓練海報

附錄十九線上學習課程-教材

附錄二十 101 年度自殺防治研討會 講義

附錄二十一 林口院區教育訓練講義

附錄二十二桃園院區教育訓練講義

附錄二十三 內科部教育訓練講義

附錄二十四 護理部教育訓練講義

附錄二十五長庚醫院投稿-預防銀髮除的自殺問題