



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：臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院

計畫主持人：周兆平

共同主持人：廖素絨

協同主持人：王迺燕、陳俊賢、王美莉

申請日期：100 年 12 月 12 日

中華民國 100 年 12 月 20 日

目 錄

第一章 緒論	(1)
第一節 前言	(1)
第二節 文獻查證	(3)
一、國內文獻對老人自殺之相關研究列表	(3)
二、國外文獻對老人自殺之相關研究列表	(7)
第三節 研究問題之嚴重性	(10)
一、老人自殺死亡率居高不下	(10)
二、老人自殺前就醫行為	(10)
三、老人自殺高危險因子	(10)
四、老人自殺方式	(10)
五、花蓮地區老人自殺率高	(10)
第四節 研究問題之分析	(11)
一、老人自殺防治實施現況	(11)
二、老人自殺防治現況實施困境	(11)
第五節 計畫目標	(12)
第六節 計畫內容及辦理方式	(12)
第七節 進度達成	(15)
第二章 研究方法	(17)
第一節 研究設計	(17)
一、研究對象	(17)
二、研究工具及信效度檢定	(17)
(一)基本資料 (附錄三)	(17)
(二)簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale , BSRS-5) (附錄三)	(17)
(三) MMSE簡易智能評估量表(附錄三)	(18)
(四)生活品質量表(附錄三)	(18)
(五)簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform) (附錄四)	(19)
(六)貝克自殺概念形成量表 (Beck Scale for Suicide Ideation ; BSS) 中文版 (附錄)	(19)

三、成員的權益考量.....	(20)
四、研究步驟與流程.....	(20)
(一) 第一階.....	(20)
(二) 第二階段.....	(20)
(三) 第三階段.....	(21)
五、進度達成內容.....	(21)
六、指標達成表.....	(23)
第三章 訂定醫院自殺防治標準流程、教材與工作手冊.....	(24)
第一節 訂定醫院自殺防治標準原則與做法.....	(24)
第二節 衛教教材開發.....	(25)
第三節 建立工作手冊.....	(25)
第四章 醫院自殺防治教育訓練與宣導.....	(26)
第一節 院內自殺防治教育宣導.....	(26)
第二節 辦理院內人員教育訓練.....	(29)
第三節 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導.....	(34)
第四節 針對日間病房及社區老人進行自殺防治教育宣導.....	(36)
第五節 與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作進行老人自殺防治宣導.....	(44)
第六節 不定期由心理師提供高危險群自殺老人個別關懷服務.....	(45)
第七節 執行過程中所遭遇之問題與困難，評是否符合進度	(46)
第五章 研究結果.....	(48)
第一節 第一階段篩檢老人基本屬性.....	(48)
第二節 第一階段篩檢量表統計分析.....	(49)
一、簡式健康量表(BSRS-5)統計分析.....	(49)
二、生活品質量表統計分析.....	(51)
第三節 第二階段篩檢量表統計分析.....	(57)
一、老人憂鬱量表統計分析.....	(57)
二、自殺量表描述性統計分析.....	(59)

第四節 老人特性、BSRS-5、MMSE 與生活品質量表之差異與相關性.....	(60)
第五節 第二階段個案管理追蹤.....	(63)
一、個案管理追蹤結果.....	(63)
第六節 經費使用狀況.....	(63)
第六章 討論與建議.....	(63)
第一節 研究結果摘要.....	(63)
一、第一階段篩檢老人基本屬性.....	(63)
二、第二階段簡式健康量表 BSRS-5 \geq 6 或自殺意念>1 分者).....	(63)
三、第二階段個案管理追蹤.....	(64)
(一)個案管理追蹤結果.....	(64)
第二節 針對研究結果之討論.....	(64)
第三節 研究限制與未來研究方向.....	(64)
第四節 對於管理實務與政策上的建議.....	(65)
第七章 參考文獻.....	(67)
第一節 中文部分.....	(67)
第二節 英文部分.....	(68)
相關附錄：	
附錄一 人體試驗倫理委員會同意臨床試驗證明書.....	(70)
附錄二 受訪同意書.....	(71)
附錄三 第一階段篩檢量表.....	(76)
附錄四 第二階段評估量表.....	(81)
附錄五 個案接案記錄單.....	(84)
附錄六 個案電話追蹤表.....	(86)
附錄七 自殺防治宣導海報.....	(88)

附錄八 憂鬱症及自殺防治衛教單張.....	(90)
附錄九 自殺防制工作手冊.....	(98)
附錄十 服務結案紀錄單.....	(99)
附錄十一 教育課程講義.....	(100)

(共 153 頁)

第一章 緒論

第一節 前言

根據行政院經濟建設委員會表示，將我國資料和聯合國與美國人口統計局的數據比較後發現，2010 年台灣人口老化程度與聯合國 193 個國家及美國相較，排名世界第 48。而目前台灣人口「老化指數」僅為百分之 69（所謂老化指數是指 65 歲以上老人人口占 0~14 歲人口的比例，即老人人口是幼年人口的零點六九倍）(余，2012)。但台灣生育率太低，導致老化速度增加。行政院經濟建設委員發布的數據顯示，在 2033 年台灣將超越日本，成為全球最「老」的國家，屆時台灣的人口老化指數高達百分之 251，也就是老人人口將是幼年人口的 2.51 倍(行政院經濟建設委員會，2011)。隨著醫學科技及醫療保健的進步，人類壽命不斷延長，銀髮族的增加不但是全球普遍的趨勢，更是未來舉世共同面臨而急待解決的重要課題之一。台灣自 1993 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所佔的比例持續攀升，2010 年抵已達 10.7% (內政部統計處，2010)。行政院經濟建設委員會推估至 2017 年 65 歲以上老人所佔的比例將增加為 14.0%，2025 年再增加為 20.1%，將入所謂的超高齡社會 (super-aged society) (行政院經濟建設委員會，2008)。台灣人口結構已由幼年人口較多的金字塔型轉為以青壯年為主的燈籠型，估計 2050 年將轉為以高齡人口為主的倒金鐘型 (中華民國統計資訊網，2007)。

自殺在台灣從 1997 年即已進入十大死因之列，更於 1999 年躍昇至第九名，且排名一直維持。自殺是一個全球性的公共衛生議題，台灣也不例外 (行政院衛生署，2011)。自殺之相關研究，不同學者會採用不同的方式。其中，自殺死亡率趨勢分析，是流行病學研究假說與公共衛生計畫決策的重要參考，也是各先進國家相當重視的議題 (林，2006)。而老年人由於生理機能衰退，喪偶或至親離世等因素，容易產生情緒變化，再加上經濟、社交、認知及行為能力的改變、環境及心理調適層面適應困難，較易產生自殺動機 (李、廖，2006)。人口老化所帶來的自殺問題，在經濟合作發展國家 (OECD) 已經得到廣泛的討論 (DeLeo,Hickey,&Neulinger,2001)。老人自殺問題對社會的衝擊相當龐大，不僅影響個人的健康，家庭也需付出極大的成本，其對社會影響包括：人口數與人口素質的減

損；遺留多重問題給予家庭及社區，自殺的問題有多重面向，這些問題不但不會在自殺者亡故後而消失，反而會在其家人朋友間留下不可抹滅的傷痛與難以釋懷的遺憾和內疚，甚至可能會影響整個社區的發展；對社會大眾產生負面的效應，自殺除了直接影響自殺本人與家人、朋友外，亦會間接影響到整體社會大眾，特別是在當今媒體大肆報導下，更容易引起社會大眾同情、不安、生氣、焦慮等情緒反應，甚至產生模仿及學習自殺的行為（行政院衛生署，2007）。

以經濟合作發展國家（OECD）為研究對象，發現老人自殺的人數將逐年攀升，這是由於老年人口及平均餘命增加以及世代效應影響；目前的預測並不預期平均餘命對自殺死亡率的影響，無論有無失能，在未來數年自殺率可能仍維持在目前水準，特別是老人及那些更老的（75 歲以上）老人及更老的老人，使得自殺發生率隨之上升，並指出人口老化將帶來老人自殺問題（DeLeo et al., 2001）。在台灣老人自殺死亡率一直高於全人口平均自殺死亡率，且六十五歲以上老人自殺死亡率同樣也是逐年攀高。老人自殺是複雜且多面向的問題，而自殺死亡率更是高居各年齡層之冠，但老年人自殺問題不如年輕或中年人自殺受到社會的重視，更缺乏有實証的自殺防治策略。雖然於近幾年已經開始注重老人自殺問題而進行相關之研究，但過去相關的研究大多重於人口老化與自殺死亡率之間的關聯性。行政院衛生署現有的死亡與人口登記資料進行次級資料的分析，針對台灣地區老年人自殺及自傷的長期趨勢進行分析，發現老人自殺死亡風險較高（林、蔡，2004）。研究發現老年人（65 歲以上）的自殺率則為一般人口平均值的二至三倍，自殺防治之基本原則應當在於如何早期發現及妥當治療或照顧有自殺傾向的高風險群，針對自殺企圖者面臨的社會心理事件給予有效的介入與支持，同時透過教育訓練健全民眾心理健康（李、廖，2006）。

於跨國性的研究，來探討年齡與自殺死亡率之間的關係，結果發現，有些國家其自殺死亡率會隨著年齡的增長有顯著成長，部分國家則無顯著的影響（Ajit Shah,2007）。此外針對台灣地區 1985-2006 年老人自殺情況進行分析發現，男性自殺率高於女性，約 1.69 倍；以年齡來看，75 歲以上高於 65-74 歲自殺死亡率，約 1.45 倍。就婚姻狀況來看，未婚之男性自殺死亡率較高，女生則是喪偶者自殺死亡率較高，台灣老年人自殺確有日

愈嚴重的趨勢（劉，2009）。探討台灣地區 1986-2007 年自殺死亡率在性別、年齡、方式別、月份及縣市的分布及長期趨勢，結果發現台灣地區 22 年合計有 47,148 人死於「自殺」，死亡率為每十萬人 9.96，其中男性有 31,426 人（66.65%），女性 15,722 人（33.35%）。「吊死、勒死及窒息」為死亡人數及死亡率最高的自殺類型，且多為老年族群（張等，2009）。在自殺身亡率概況方面，台灣地區 1997 年至 2003 年每十萬人口自殺身亡人數及自殺身亡率有隨年代增加而增加的線性趨勢。在與自殺身亡相關因素方面，於控制其他變項後，發現年齡、性別、婚姻狀況別、季節、假日別、地區別、都市化層級別與研究對象是否自殺身亡有統計上的顯著相關自殺身亡率隨年齡層增加而增加（陳等，2010）。

自殺是世界性的問題，自殺防治一直是許多國家包括台灣在內重要的公共衛生與社會議題。隨著時間的變化，我國老人自殺人數與日俱增，自殺行為帶給個人、家庭及社會極為重大的衝擊，此已成為我國重大的社會問題。綜合以上的實證結果，再再都顯示出老人自殺的嚴重度，隨著人口結構的逐漸老化所帶來的老人自殺問題，已經逐漸呈現。是故，研究者想要更進一步探討老人自殺死亡率節節高升，其背後所蘊含的種種因素。

第二節 文獻查證

一、國內文獻對老人自殺之相關研究列表

作者/標題/目的	材料方法	結果
<u>作者</u> ：劉慧俐、楊明仁、葉雅玲（2006） <u>標題</u> ：台灣地區各鄉鎮市區剝奪狀況與老人死亡及自殺之研究 <u>目的</u> ：討論隨著人口老化、家庭功能結構變遷，台灣各鄉鎮市區的剝奪狀況與地區老人死亡與自殺死亡率之間是否有關。	引用 2001 年林慧淳、江東亮發展的「台灣地區剝奪指數」，以「初級行業人口比」與「15~17 歲不在學率」兩個指數，測量台灣的剝奪程。並 1985-2003 年衛生署的死亡個案資料登記檔，進行區位研究，並以 Spearman 等級相關檢視變化情形。	結果顯示低剝奪地區其老人總死因、自然死因、外因性死因及可避免死亡疾病之死因死亡率皆低於中高剝奪地區，即地區剝奪程度愈高，其死亡率愈高，但老人自殺率呈負相關且相關最低。在地區剝奪程度與老人死亡率變化的關係中，從 1985 年至 1995

		年地區剝奪程度愈高死亡率減少愈慢，1995 年後則沒有明顯規則。
<p><u>作者</u>：江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樟（2006）</p> <p><u>標題</u>：老人自殺問題</p> <p><u>目的</u>：鑑於國內老人自殺率持續偏高，本文以文獻探討方式，整理老人自殺行為的流行病學特徵，並透過行政院衛生署「死亡登記檔」的資料分析，呈現我國老人自殺現象的特性，期望對此問題的改善提出政策的參考。</p>	行政院衛生署「死亡登記檔」的資料分析。	就國內老人自殺現象特性而言，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；在性別的分布上略有不同。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。
<p><u>作者</u>：林進嘉（2006）</p> <p><u>標題</u>：台灣地區方法別自殺死亡率分析，1971-2003</p> <p><u>目的</u>：全球自殺死亡率的趨勢，1950-2000 年，男性呈逐年上升，女性則微幅增加，年齡有年輕化的傾向。方法別自殺死亡率在不同國家與時代也有差異，且致死性自殺方法的可獲性，常是該方法自殺死亡率高低的重要因子。</p>	以 1976 世界標準人口為基準，計算年齡標準化死亡率。比較性別、年齡別與方法別自殺死亡率，從 1971 至 2003 年之趨勢變化。並以皮爾森相關係數，探討縣市（鄉鎮）方法別自殺死亡率與自殺方法可獲性的相關性。	台灣 1971-2003 年自殺死亡率，男高於女，男女比從 1971 年的 1.5 倍，增到 2003 年的 2 倍。自殺死亡率隨年齡而增加，65 歲以上遠高過其他年齡群。
<p><u>作者</u>：李春香(2007)</p> <p><u>標題</u>：社區老人日常生活功能、自覺健康狀態、憂鬱狀態與自殺意念之相關性探討</p> <p><u>目的</u>：探討社區老人自殺意念之狀</p>	本研究為橫斷面、描述相關性研究設計，係以台灣南部地區 60 歲以上社區老人為研究對象，採方便取樣方式，以結構式問卷調查表，例如巴氏量表、工具性日常生活功能量表	結果發現老人自殺意念相關之社會人口特質包括子女數、有無疾病及疾病數，與老人的自殺意念有顯著相關；亦即說社區老人的自殺意念會因

<p>況，其社會人口特質、日常生活功能狀態、自覺健康狀態、憂鬱症狀與自殺意念之相關性，以及其對社區老人自殺意念的預測狀況。</p>	<p>(ADL scale)、自覺健康評量表、簡短老人憂鬱量表、自殺意念量表等為研究工具，以一對一之個別訪談方式進行資料蒐集。</p>	<p>其子女數、有無患病及疾病數之多寡而有明顯的增減。</p>
<p><u>作者</u>：劉慧俐（2009） <u>標題</u>：台灣地區老人自殺之流行病學分析：1985-2006 年 <u>目的</u>：近十幾年來老年人自殺死亡 逐年增加，本研究旨在描述自 1985 至 2006 年間老人自殺死亡率的長期趨勢，並分析其年代、年齡及世代效應。</p>	<p>利用行政院衛生 1985-2006 年之死因統計資料，透過整理自殺老人(ICD9：E950-959)在性別、年齡、婚姻狀況、和縣市別及所使用之自殺方式與自殺月份的差異，並以 Spearman's correlation coefficient 及 Wilcoxon matched-pairsigned-rank test 檢定。</p>	<p>2006 年台灣地區 65 歲以上老人自殺死亡率為每十萬人口 38.84 人(其中男性 50.78，女性 27.18)。針對 1985-2006 年台灣地區老人自殺死亡率分析，男性自殺率高於女性，約 1.69 倍；以年齡來看，75 歲以上高於 65-74 歲自殺死亡率，約 1.45 倍。就婚姻狀況來看，未婚之男性自殺死亡率較高，女生則是喪偶者自殺死亡率較高。</p>
<p><u>作者</u>：吳書儀、劉珣瑛、葉炳強（2009） <u>標題</u>：老人自殺現況暨老人自殺防治的探討 <u>目的</u>：由老人自殺的流行病學研究，探討老人自殺的危險因素與保護因素，進而分析有效的老人自殺防治策略，提出未來整合公共衛生及以病人導向的治療。</p>	<p>採用的文獻回顧方法為資料庫檢索，搜尋的資料庫為 MEDLINE(從 1966 至 2008 年七月)及 CEPS 思博網中文電子期刊服務資料庫，搜尋的英文關鍵字為 geriatric, senior, elderly, aged, or older adult; suicide or self-destruction；中文資料庫所搜尋之關鍵字為老人、老年、高齡、年老、自殺或自傷。將 MEDLINE 之納入條件限制為英文、人體、65 歲以上，包含觀察性研究、相關性研究、綜說、及病例對照研究，排除</p>	<p>應積極針對老人自殺問題發展預防、危險性篩檢、及治療方案並評估防治成效。最重要的是會接觸自殺高風險群的家屬及醫療人員，需針對同時罹患身體疾病及社交孤立老人，早期發現憂鬱症個案，且積極進行或轉介憂鬱症與自殺想法的治療。</p>

	無關老人或僅為個案報告、或方法學之研究。	
<p><u>作者</u>：張瑋庭、朱基銘、白璐、賴建丞、劉淳羽、林佳欣、洪宇箴、簡戊鑑（2009）</p> <p><u>標題</u>：臺灣 1986-2007 年自殺死亡趨勢</p> <p><u>目的</u>：為探討台灣地區 1986-2007 年自殺死亡率在性別、年齡、方式別、月份及縣市的分布及長期趨勢，並進一步探討不同變項間的關係</p>	本研究以 1986-2007 年衛生署公佈的「死因統計」資料，計算每年自殺死亡率，並以「性別」、「年齡」、「方式別」、「月份」及「縣市別」個別探討自殺的長期趨勢。	台灣地區 22 年合計有 47,148 人死於「自殺」，死亡率為每十萬人 9.96，其中男性有 31,426 人（66.65%），女性 15,722 人（33.35%）。「吊死、勒死及窒息」為死亡人數及死亡率最高的自殺類型，且多為老年族群。然而，「以其他氣體與蒸汽自殺」的死亡率則是在青壯年族群（25-49 歲）最高。以月份別而言，不論男女，五到九月自殺死亡率較其他月份高。在縣市別部份，台東縣是 22 年來自殺死亡率最高的縣市，但是，南投縣、高雄市及基隆市則呈現上升的趨勢。
<p><u>作者</u>：陳楚杰、葉瑞垣、李中一、陳靖宜、洪湘雯（2010）</p> <p><u>標題</u>：台灣地區自殺身亡率及其相關因素之研究：1997-2009</p> <p><u>目的</u>：本研究擬以死因登記檔，探討台灣地區自殺身亡率及其相關因素。</p>	本研究利用衛生署「死因登記檔」，選取 1997 年至 2003 年死亡原因為國際疾病分類第九版臨床修正版 (ICD-9-CM) 代碼 E950 至 E959 者（自殺身亡），其次，隨機選取非自殺身亡者（排除死亡原因為精神疾患者）72,209 人為對照組。	台灣地區 1997 年至 2003 年每十萬人口自殺身亡人數及自殺身亡率有隨年齡增加而增加的線性趨勢。在與自殺身亡相關因素方面，於控制其他變項後，發現年齡、性別、婚姻狀況別、季節、假日別、地區別、都市化層級別與研究對象是否自殺身亡有統計上的顯著相關。
<p><u>作者</u>：李宏剛(2010)</p> <p><u>標題</u>：自殺死亡率之經濟分析</p> <p><u>目的</u>：由於自殺成因的錯縱複雜，自殺之不理性行為更是無法預期風險，故自殺不再僅止於公共</p>	本研究將據以民國 73-96 年台灣地區 23 縣市整合性資料，考量時間趨勢與地區異質性下，以長期追縱之固定效果模型，探討社會經濟變	整體自殺死亡率與經濟變數間之影響並非直接效果，惟在男性青年與中壯年齡層相對經濟變數的影響則相對

	數相對標準化與各性別年齡層自殺率的影響。	顯著，老年人口自殺率則存在社會經濟因素的外部性與親屬情感的邊際效果，因而增加可能的自殺機會成本。另外，地區性差異與自殺人口密度集中化等，將使自殺率隨年齡層遞增之彈性變小、地區中存在自殺僵固性與隱藏性經濟成本難以估計，因而使自殺防治必須存在差異性。
<p><u>作者</u>：梁瀠芳、林玉惠、陳文意、徐昌俊（2011）</p> <p><u>標題</u>：老化與自殺死亡率之探討</p> <p><u>目的</u>：本研究以年齡-年代-世代模型，針對年齡、年代以及世代等三種與自殺死亡趨勢相關的時間效果進行估計。</p>	主要的實證模型為年齡、年代與世代模型(age-period-cohort)，簡稱APC模型)。	研究結果：年齡、年代、世代效果確立了老化與自殺死亡率的正向關聯趨勢。政府相關單位應即早因應未來台灣地區超高齡社會所帶來的老人自殺問題。
<p><u>作者</u>：余麗華（2012）</p> <p><u>標題</u>：老人自殺死亡率影響因素之探討</p> <p><u>目的</u>：探討家庭結構(如：戶內人口)、社會結構(如：勞動參與率)、經濟因素(如：人均及醫療科技(如：平均餘命)對兩性、男性及女性老人自殺死亡率的影響程度。</p>	由行政院衛生署公佈1979-2010年的生命統計以及內政部戶政司所公佈1979-2010年人口統計估算之資料。利用向量誤差修正模型進行老人自殺死亡率的時間序列分析。	研究的結果，政府對於降低老人自殺的防治，應著重於穩定國內的經社環境，及維持勞力市場的供需平衡，並提供完整的老人照護政策。

二、國外文獻對老人自殺之相關研究列表

作者/標題/目的	材料方法	結果
<p><u>作者</u>：Berk,Michael, Dodd, Seetal., & Henry, Margaret, (2006)</p> <p><u>標題</u>：自殺的宏觀經濟變數影響</p> <p><u>目的</u>：自殺有許多因素，多數研究認為自殺與經濟有著因果關係，所以想探究</p>	利用澳洲統計局1968年12002年8月的自殺率，解釋變數為總體經濟數據，分男性、女性及5個年齡範圍。	發現其結果為住宅貸款利率與自殺率是成顯著的正相關。失業率對男性成顯著正相關，女性則是相反的，也就是說女性自殺率與失業率成負相關。國內生產毛額與自殺率在各年齡上

		的影響是顯著的(35-49 歲是正相關，但男性超過 50 歲與女性超過 65 歲時，則國內生產毛額與自殺率是呈現顯著的負相關)。
<p>作者：Ajit,Shah(2007)</p> <p>標題：自殺率和年齡的關係：來自世界衛生組織跨國性的資料分析。</p> <p>目的：進行跨國性的研究來探討年齡與自殺死亡率之間的關係。</p>	<p>利用世界衛生組織的跨國性資料，做資料分析研究。</p>	<p>結果發現，在其中 25 及 27 個國家自殺率會隨著年齡的增長有顯著增加，在 31 和 29 個國家則無顯著的情況，自殺死亡率以最年長與最年輕年齡組別進行比較，部分國家沒有顯著增加，少數國家自殺率隨著年齡增加而下降。建議，自殺死亡率與年齡之間的關係需視區域和跨國家的變化做進一步的研究。</p>
<p>作者: Wu, Ruo-Ning., Cheng, Ya-Wen. (2008)</p> <p>標題：台灣自殺死亡率趨勢：1959-2006</p> <p>目的：本研究旨在描述台灣自 1959 至 2006 年間自殺死亡率的長期趨勢，並分析其年代、年齡及世代效應。</p>	<p>利用台灣自 1959 至 2006 年間自殺死亡率的長期趨勢，以圖表與 Poisson 回歸模型分析年代、年齡及世代對自殺死亡率之影響。</p>	<p>所有男女年齡層族群皆呈現一致的年代效應。在年齡效應方面，台灣自殺死亡率隨著年齡上升而增加，發現有年齡與年代之交互作用，特別是在最近十年來中壯年男性自殺死亡率的上升趨勢高於其他年齡層與女性族群。不同世代在自殺風險的差異則與年代、年齡相關的社會環境因素較有關在所有男女年齡層族群皆呈現一致的年代效應。在年齡效應方面，台灣自殺死亡率隨著年齡上升而增加，進一步分析則發現有年齡與年代之交互作用，特別是在最近十年來中壯年男性自殺死亡率的上升趨勢高於其他年齡層與女性族群。不同世</p>

		代在自殺風險的差異則與年代、年齡相關的社會環境因素較有關在所有男女年齡層族群皆呈現一致的年代效應。在年齡效應方面，台灣自殺死亡率隨著年齡上升而增加，進一步分析則發現有年齡與年代之交互作用，特別是在最近十年來中壯年男性自殺死亡率的上升趨勢高於其他年齡層與女性族群。不同世代在自殺風險的差異則與年代、年齡相關的社會環境因素較有關。
<u>作者</u> : Shah,A. (2009) <u>標題</u> : 老人自殺率，家庭規模和家庭結構之間的關係：一個跨國研究。 <u>目的</u> : 推論老人自殺率和家庭平均人數與家庭結構的關係。	WHO 及 IADB 的網站查到老人自殺率與平均家庭人數與結構資料，用邏輯猜測單向的假設，平均家庭人數較多者和大部份的大家庭，意味著人多可能是有益的，家庭提供支持、尊重長者並給予崇高的尊敬，因而導致老人自殺率的降低。	結果發現：老人自殺率和平均家庭人數、大家庭的比率不顯著（除了 65-74 歲男性接近顯著外），但與單人家庭的比率（positive）是有顯著相關的。亦及說明了戶內人口數（如獨居）將會影響老人的自殺死亡率。
<u>作者</u> : Prabhu,S.,Molinari, V., Bowers, T.,&Lomax,J. (2010) <u>標題</u> : 家庭在自殺預防的功用：家庭及附屬關係 <u>目的</u> : 探討家庭與自殺的關係。	文獻探討	從文獻的結果顯示，作者概述了三個新的觀念在家庭預防自殺：家庭凝聚力，家庭的附着力及治療師應該善用每個家族資源。
<u>作者</u> : Lapierre, Erlangsen, A., Waem, M., DeLeo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnnett, P.(2010) <u>標題</u> : 預防老人自殺系統性回顧 <u>目的</u> : 以系統性的回顧研究方法，回顧文獻找出預防老年自殺的介入措施，成功	搜尋各種電子數據資料庫，產生了 19 個研究，以綜合分析方法實證評估 60 歲以上的成年人自殺預防和介入方案的設計。	結果顯示：以基層醫療介入、社區為本的外展照護、提供電話諮詢、提高其復原力、提供臨床治療等為有效之介入方式。

的策略以及需要進一步探索的領域。		
------------------	--	--

老人自殺是複雜而多面向的問題，且自殺死亡率居各年齡層之冠，但老年人自殺問題不如年輕或中年人自殺受到社會的重視，更缺乏有實証的自殺防治策略。因此應積極針對老人自殺問題發展預防、危險性篩檢、治療方案、心理衛生居家服務、電話諮詢等介入措施，並評估防治成效。

第三節 研究問題之嚴重性

一、老人自殺死亡率居高不下：

根據內政部統計處的資料，至 2010 年全台人數 2315 萬人口，老年人口數為 248 萬，占整體人口 10.72%（內政部戶政司，2010）。2009 年 65 歲以上老人自殺死亡率每十萬人口 33.9 人，2010 年每十萬人口 35.8 人，各年齡層自殺死亡率都明確降低，65 歲以上老人去年卻仍增加 7%（行政院衛生署，2011）。

二、老人自殺前就醫行為：

研究發現 65 歲以上的老年自殺身亡者中，在其自殺身亡前曾有就醫行為，其中有近九成(89.2%)在自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診，就診科別以內科為主(56.1%)，其次為家醫科(27.3%)及不分科(19.4%)（李、廖，2006）。**三、老人自殺高危險因子：**

老人自殺存在多種影響因素，生理、心理、社會、環境等，如罹患憂鬱症、喪偶、獨居、身體病痛等皆是引發老人自殺的危險因子（李、廖，2006）。

四、老人自殺方式：

有 49.6%的老年自殺死亡者以上吊方式自殺，是老年自殺方法的首位。近三成的老年自殺身亡者採用農藥自殺，甚至在部分縣市為該年齡層自殺死亡方式之首位。皆是劇烈且致死性較高的自殺方法（李、廖，2006；江等，2006）。**五、花蓮地區老人自殺率高：**

花蓮縣社會局統計至 2009 年，65 歲以上的老年人口比例高達 13.11%，遠高於全台灣平均(11.31%)，民國 98 年花蓮地區老人自殺死亡率每十萬人口 45.4 人，99 年高達每十萬人口 56.7 人，增加 11.3%。花蓮地區老人自殺方式以採用農藥自殺為主要方式、上吊其次(花蓮縣政府，2012)，由上述資料分析，花蓮地區的老人自殺地點主要在家中，非在醫院住院中。

第四節 研究問題之分析

花蓮地區地形狹長，境內山川交錯。全縣總轄區面積為 4,628.57 平方公里，是臺灣面積最大的縣份，約佔全省總面積約八分之一。醫療資源分配不均，集中於花蓮市。而其他花蓮地區老人可運用的醫療資源是非常有限。目前由衛生署推廣醫院及診所進行老人憂鬱症篩檢，老人自殺防治之預防措施。

一、老人自殺防治實施現況

(一) 老人健康促進方案-由衛生署推廣醫院及診所進行老人憂鬱症篩檢，老人自殺防治預防措施。

(二) 憂鬱症及自殺個案管理-僅於醫院精神科病房出院個案。

(三) 社區關懷訪視員-由各縣市衛生局執行。以上現行方案已實施多年，老人自殺率並未降低，對於老人自殺防治成效有限。

二、老人自殺防治現況實施困境

(一) 自殺防治方案的因花蓮地區的地理環境、人口組成以及文化之不同，執行上缺乏可及性、可近性、可負擔的問題。

(二) 花蓮地區因年輕人口外移，導致獨居老人、隔代教養問題日益增加，老人的問題不僅有慢性疾病、還有孤獨無依，以及要負責教養孫子等。

(三) 自殺防治方案適合人口密集的都市。但花蓮地區縣境狹長及醫療分配不均對現有的方案執行成效不彰。

第五節 計畫目標

一、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，建立醫療安全環境，降低院內自殺/企圖自殺事件數，積極參與自殺防治工作，建立全人之共同照護團隊。

第六節 計畫內容及辦理方式

一、成立整合性服務團隊：於院內成立任務編組，進行跨科別團隊合作，執行本專案計畫，負責老人自殺高風

險個案之關懷追蹤相關業務，並釐訂各成員職責及分工(詳見人力配置)。二、工作任務，包括：

(一) 院內宣導本專案計畫。

(二) 招募專案管理師。

(三) 辦理院內人員-醫師、護理人員、社工師、心理師、職能治療師、專案管理員等教育訓練。

三、選定自殺風險評估工具：

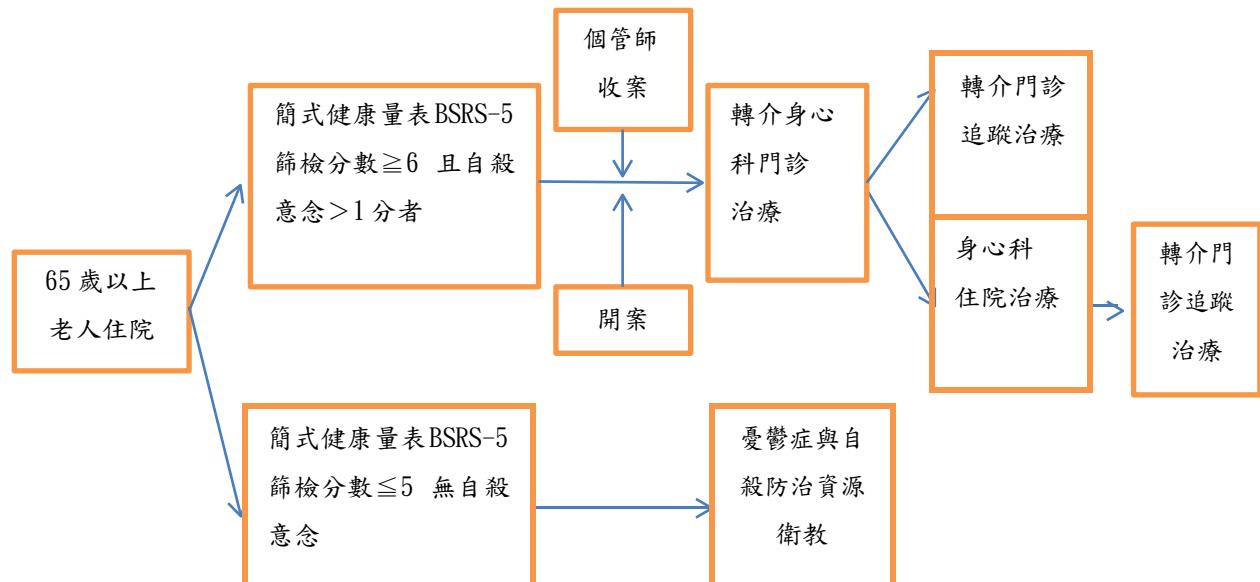
以簡式健康量表 BSRS-5(附錄三)為基礎，以及 MMSE 簡易智能評估量表(附錄三)、簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform)(附錄三)、貝克自殺評估量表(附錄四)、生活品質量表(附錄四)為評估工具。四、訂定整合服務流程：設計服務流程、建立轉介窗口、訂定開結案標準及紀錄格式等。

65 歲以上老人住院以簡式健康量表 BSRS-5(附件 1)，以及 MMSE 簡易智能評估量表、

簡易老年憂鬱量表、生活品質量表篩檢，若簡式健康量表 BSRS-5 篩檢分數 ≥ 6 且自殺意

念>1分者，再以貝克自殺評估量表篩檢，並轉介精神科門診。五、進行個案收案管理。

六、辦理個案討論-每二月一次個案討論會，由計畫主持人或共同主持人主持。



七、衛教教材開發。八、建立工作手冊。

九、針對家屬、病友或社區進行自殺防治教育宣導。十、與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作。十一、提出本案未來推廣試辦之模式建議。

針對 65 歲以上併有慢性疾病、癌症、憂鬱症或重大傷病等之住院病人，提供下列服務：

(一). 以簡式健康量表 BSRS-5 進行評估篩檢：

1. 癌症、長期洗腎、慢性疼痛、自體免疫疾病、中樞神經系統傷病…等病人為老人憂鬱症之高危險者，建議可擇相關專科病房先行試辦，針對 65 歲以上住院病人進行全面性篩檢。
2. 精神科則針對 65 歲以上病人進行全面性篩檢。

3. 將 BSRS-5 納入住院期間護理常規評估項目，針對 65 歲以上住院病人加強篩檢。
 4. 醫師診療時，如發現病人情緒異常，即可進行 BSRS-5 篩檢，以了解其情緒困擾程度，給予適當處置。
- (二). 轉介高風險個案：
- 65 歲以上一般科或精神科病人，其簡式健康量表 BSRS-5 篩檢分數 ≥ 6 或自殺意念 >1 分者，轉介院內自殺防治管理中心（名稱可自訂），並照會精神科，視其照會結果，予以收案管理；如簡式健康量表 BSRS-5 篩檢分數 ≥ 15 且自殺意念 >1 分者，除照會精神科外，應立即收案管理，提供個案追蹤關懷服務。（附錄五 個案接案記錄單）
- (三). 進行個案管理：
1. 定期追蹤簡式健康量表 BSRS-5 篩檢結果。
 2. 收集個案基本資料並訂定個別化服務計畫。
 3. 實施電話關懷追蹤與個案管理，依個案之需求轉介身心科門診與社區資源連結合作。
 4. 針對院內住院病人提供立即性服務，由個案管理師接觸自殺高風險個案，協助自殺風險評估，並建立關係。並請病人所屬病房落實自殺防治預防措施，包括：加強環境安全、心理衛生問題的評估、情緒支持等，並協助會診身心科，必要時協助轉至身心科住院治療。
 5. 提供個案離院（出院）準備計畫，提醒回診時間，協助預約掛號，強化病人自我心理健康管理，教育病人或家屬使用簡式健康量表 BSRS-5 作為自我評估之工具，並提供院內及社區相關求助資源。
 6. 出院後續持續電訪追蹤。
 7. 結案時評估個案簡式健康量表 BSRS-5 評分是否有下降，另精神症狀變化及生活品質滿意度等量表之評估。結案標準如下：

7-1 個案或家屬拒絕電訪或訪視。

7-2 轉介門診追蹤連續三個月以上，皆有規則返診、按時服藥者。

7-3 轉介其他醫院、衛生所、長照中心、護理之家，已入住上述機構或穩定接受服務者。

7-4 已轉入精神科慢性病房、日間病房或急性病房者。

7-5 轉介居家照護且接受第一次居家訪視者。

7-6 已進住榮民之家，生活持續穩定達 1 個月。

7-7 死亡，並已完成相關家屬聯繫。

7-8 因不抗拒因素持續無法聯繫達 3 次以上。

第七節 進度達成

項目 月次	備註												
	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	第7月	第8月	第9月	第10月	第11月	第12月	第13月
計畫執行評估	V												
計畫審核競標	V												
成立整合性服務團隊		V											
招募專案管理師		V											
院內宣導本專案計畫		VV											
辦理教育訓練			V		V		V	V-	V	V			
選定評估工具		V											
訂定整合服務流程			V	V									
進行個案收案管理			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
衛教教材開發					V	V	V						
個案檢討會		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
自殺防治教育宣導								V	V	V	V	V	V
建立工作手冊		V	V										
計畫執行成效檢討				V			V			V			
社區資源連結與合作		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
辦理推廣試辦之模式										----			

成果發表暨研討會									-			
撰寫成果報告									V	V		

第二章 研究方法

第一節 研究設計

本研究採橫斷式相關性調查研究法。依結構性問卷進行面對面訪談收集資料。本研究之樣本，選擇東部區域教學醫院及地區精神科專科醫院，六十五歲(含)以上之住院患者為共 2199 名研究對象，有關選樣條件及樣本數之估算分別敘述如下。

一、研究對象

納入條件: (1) 六十五歲(含)以上之住院患者，(2) 意識清楚、注意力可持續力 30 分鐘、憂鬱症狀不至於干擾訪談與收集資料，視力、聽力與口語表達不妨礙溝通，(3) 無酒精或藥物依賴現象，(4) 願意參與本研究之樣本等條件

排除條件: (1) 認知功能障礙、中重度失智或智能障礙者，(2) 精神分裂症或兩極性情感性精神疾患有躁症發作之個案，(3) 有物質成癮之患者，(4) 無法會談，(5) 注意力無法持續 30 分鐘者。

二、研究工具及信效度檢定

本研究採結構式問卷、訪談以及病歷查閱進行資料收集，第一階段:以簡式健康量表 BSRS-5(附錄三)，以及 MMSE 簡易智能評估量表(附錄三)、生活品質量表(附錄三)為基礎。第二階段:其簡式健康量表 BSRS-5 篩檢分數 ≥ 6 或自殺意念>1 分者，再以貝克自殺評估量表(附錄四)、簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform)(附錄四)為評估工具。

(一) 基本資料 (附錄三)

包含性別、出生年月日、教育程度、自覺經濟狀況、婚姻狀況、經濟來源、居住情形、自覺健康狀況。

(二) 簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale , BSRS-5) (附錄三)

BSRS-5 是由臺大李明濱教授等人所發展，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。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信效度良好、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。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，使用於電話訪談亦具有良好之信效度，同時可以區分精神病患者之臨床症狀 整體評量嚴重程度。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間句，可避免 生理症狀對試測結果之影響。分數說明 <6 分：正常範圍；6-9 分：輕度，宜做壓力管理，情緒紓解；10-14 分：中度，宜做專業諮詢；15 分以上：重度，由精神科診療；第六題（有無自殺意念）單項評分，本題為附加題，本題評分為 2 分以上（中等程度）時，即建議 尋求專業輔導或精神科治療（李，2009），目前臨床上最常使用 BSRS-5 來評估個案的憂鬱嚴重程度以及自殺意念。

（三）MMSE 簡易智能評估量表(附錄三)

由 Folstein、Folstein 與 Mchugh (1975) 提出，是目前臨床上最常使用的認知功能評估工具。MMSE 共有 11 個評估項目，所涵蓋的領域可分成定向力、語言、注意力及記憶四部份，內容包括對時間與地方的定向力、訊息登錄、注意力及算術能力、立即記憶與短期記憶、語言(讀、寫、命名、理解等)能力的評估，共十一個問題，最高得分 30 分。施測時間約為 5-10 分鐘，使用方便。由於歷史文化背景，在台灣，劉景寬、戴志遠及林瑞泰醫師根據多年的臨床經驗與研究經驗，提供判定標準為：不識字且年齡 50-69 歲非失智與失智分數分別為 17/16，不識字且年齡大於和等於 70 歲非失智與失智分數分別為 15/14；小學識字且年齡 50-69 歲非失智與失智分數分別為 21/20，小學識字且年齡大於 70 歲非失智與失智分數分別為 20/19；中學畢業且年齡 50-69 歲非失智與失智分數分別為 25/24，中學畢業且年齡大於 70 歲非失智與失智分數分別為 24/23 (劉，2000)。在信度方面再測信度 .89~.98，而評量者間的信度為 .83(郭等，1998)。在本研究 Cronbach's $\alpha = .77$ 。

（四）生活品質量表(附錄三)

健康相關生活品質採用世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版(World Health

Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF)，共有 28 題(姚，2000)。其中有 2 題是評估 整體生活品質，7 題評估生理範疇，包括疼痛、醫療依賴、活力、活動能力、睡眠、日常活動能力、工作能力；6 題評估心理範疇，包括正面感覺、個人信念、思考、身體意像、自尊、負面感覺；4 題評估社會範疇，包括個人關係、性生活、社會支持、被尊重； 以及 9 題評估環境範疇，包括身體安全、物理環境、財務資源、資訊技能、娛樂 休閒、家居環境、社會照護、交通、飲食。每一題皆採用五點量尺來計分，量尺的形式 分為：能力、頻率、強度、以及評估四類型。經過題數的加權後，WHOQOL-BREF 每一個範疇的分數範圍是 4-20 分，分數越高表示生活品質越好。各範疇再測信度範圍介於 0.75 至 0.91。

(五) 簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform)(附錄四)

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 5 分；個案總得分在 5 分或 5 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) 貝克自殺概念形成量表 (Beck Scale for Suicide Ideation；BSS) 中文版(附錄四)

用以察覺和測量十七歲以上之成年人自殺意念之嚴重程度，作為自殺風險的評估依據。本量表包含 21 組題目，所測量內容包括自殺的欲望、態度和計畫等各層面，前 5 組 是用以篩選受試者對生與死的態度，只有評定具有主動或被動自殺意圖時，受試者才需 填答第 6 至第 19 組，第 20 與 21 組主要是提供先前試圖自殺的次數與前次自殺的嚴重性等 資料，以供參考。信度 (國外資料) 內部一致性 (α 值)： $.87\sim.90$ ，重測信度 (時距為 1 週)： $.54$ ；效度 (國外資料)：與 SSI 之相關：住院 $.90$ ；門診 $.94$ ，與 BDI 第 9 題 (自殺

意

念)之相關：住院.58；門診.69，與 BHS 之相關：住院.53；門診.62，與 BDI (第 9 題未計列)之相關：住院.64；門診.75，與先前自殺企圖之相關：住院.36；門診.18；預測效度

(國外資料)：Beck 等對 207 位自殺意念者做縱貫式研究發現 BHS 可以預測最終自殺。施測時間約 5~10 分鐘，施測方式採團體或個別施測，評量者視受試者情況決定施測方式。

三、成員的權益考量

(一)研究者將遵循研究計畫方案落實執行，不會進行超越本研究之活動。

(二)本研究針對六十五歲(含)以上之住院患者進行簡式健康量表 BSRS-5(附錄三)、MMSE 簡易智能評估量表(附錄三)、簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform)(附錄三)、貝克自殺評估量表(附錄四)、生活品質量表(附錄四)問卷填寫，個案可經自由意志考量參與之可能性，簽署同意後書填寫問卷(附錄二)。

(三)同意書內容載明權益，參與的成員可以拒絕參加研究，也可以在研究進行中要求退出，不會影響個案接受醫療照護的權利。

(四)對於成員所提供的資料絕對保密，研究資料以研究代碼取代受試者身份辨識，除了研究者及提供經費之衛生署主管機關可接觸個案資料及研究資料外，不會對外公開，書面資料保存於研究室中上鎖，電腦資料不存放於主機，而存於隨身硬碟。

(五)收案二家區域教學、地區專科醫院六十五歲以上之住院個案，須徵得該病患專責主治醫師同意才可收案。

(六)本研究結果僅用於學術論文發表，發表時論文資料內不呈現資料收集單位、對象或任何病歷內相關資料。

(七)本研究謹守 IRB 規定，將受試者傷害減到最低，並以受試者最大利益為考量。

四、研究步驟與流程

(一)第一階段：

針對 65 歲以上一般科或精神科住院病人進行全面性篩檢，以簡式健康量表 BSRS-5(附錄三)，以及 MMSE 簡易智能評估量表(附錄三)、生活品質量表(附錄三)為評

估工具。

(二) 第二階段：

針對 65 歲以上一般科或精神科病人，其簡式健康量表 BSRS-5 篩檢分數 ≥ 6 或自殺意念 >1 分者，再以貝克自殺評估量表(附錄四)、簡易老年憂鬱量表 GDS-shortform)(附錄四)為評估工具。經參考文獻以及十大死因別的分析，將 65 歲以上精神科病人納入第二階段 的篩檢條件，轉介院內自殺防治個案管理中心，並照會精神科，視其照會結果，予以收案管理；如簡式健康量表 BSRS-5 篩檢分數 ≥ 15 且自殺意念 >1 分者，除照會精神科外，應立即收案管理，並建議轉介壽豐分院精神科病房住院治療，積極提供個案追蹤關懷服務。

(三) 第三階段：出院後納入個案管理 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：

1. 個案或家屬拒絕電訪或訪視
2. 轉介門診追蹤連續三個月以上，皆有規則返診、按時服藥者。
3. 轉介其他醫院、衛生所、長照中心、護理之家，已入住上述機構或穩定接受服務者。
4. 已轉入精神科慢性病房、日間病房或急性病房者。
5. 轉介居家照護且接受第一次居家訪視者。
6. 已進住榮民之家，生活持續穩定達 1 個月。
7. 死亡，並已完成相關家屬聯繫。

五、進度達成內容

項目 月次	
計畫執行評估	已完成。
計畫審核競標	已完成。
成立整合性服務團隊	團隊成員包含醫師二位、護理師五位、社工師二位、心理師一位
招募專案管理師	招募三位專案管理師
院內宣導本專案計畫	於各病房月例會、主治醫師會議宣導、醫院門診區辦理老人自殺宣導

辦理教育訓練	完成 10 場次在職教育，內容如下： 照顧服務員：門諾醫院*2、壽豐分院、第二照顧合作社*2、壽豐鄉照顧服務員 醫護人員：門諾醫院*2、壽豐分院*2 (*2：上半年與下半年各一次)。
選定評估工具	簡式健康量表 BSRS-5(附錄三)、MMSE 簡易智能評估量表(附錄三)、生活品質量表(附錄三)、簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform)(附錄四)、貝克自殺評估量表(附錄四)。
訂定整合服務流程	如圖一。
進行個案收案管理	共評估 2201 人，個管收案 309(含精神科)人，成果如附件。
衛教教材開發	共開發二件衛教單張，沿用花蓮衛生局衛教單張五份如。
個案檢討會	每二個月召開個案討論會，並於晨會報告。
自殺防治教育宣導	完成專業與非專業在職教育，內容如下：(10 場次) 照顧服務員：門諾醫院*2、壽豐分院、第二照顧合作社*2、壽豐鄉照顧服務員 醫護人員：門諾醫院*2、壽豐分院*2 以講座方式與以下單位連結：(40 場次) 花蓮市：民德里、主農里、國風里、主學里、國魂里、國富里 壽豐鄉：共和村、光榮村、平和村、志學村、月眉村、米棧村、豐裡村、豐坪村、溪口村 吉安鄉：吉安鄉、干城里、仁安里、仁里里、仁和里 新城鄉：新城村、順安村、康樂村、大漢村、北埔村、嘉里村 日托站：博愛浸信會*2、美崙浸信會*2、仁里里日托站*2、主農里日托站*2、壽豐分院 安養院：東區老人之家(美崙)*2、東區老人之家(花師大)、榮民之家(花蓮市)、志學安養自費中心*2 與健保局、衛生局辦理關懷老人、門諾醫院門診區—自殺防治宣導活動(二場次) (*2：上半年與下半年各一次)。)
建立工作手冊	完成。
計畫執行成效檢討	如成果報告
社區資源連結與合作	以講座方式與以下單位連結：(共 40 場次) 花蓮市：民德里、主農里、國風里、主學里、國魂里、國富里 壽豐鄉：共和村、光榮村、平和村、志學村、月眉村、米棧村、豐裡村、豐坪村、溪口村

	吉安鄉:吉安鄉、千城里、仁安里、仁里里、仁和里 新城鄉:新城村、順安村、康樂村、大漢村、北埔村、嘉里村 日托站:博愛浸信會*2、美崙浸信會*2、仁里里日托站*2、主農里 日托站*2、壽豐分院 安養院:東區老人之家(美崙) *2、東區老人之家(花師大)、榮民 之家(花蓮市)、志學安養自費中心*2 (*2:上半年與下半年各一次)
辦理推廣試辦之模式 成果發表暨研討會	12月24日辦理推廣試辦之模式成果發表會
撰寫成果報告	依結案報告格式書寫完成。

六、指標達成表

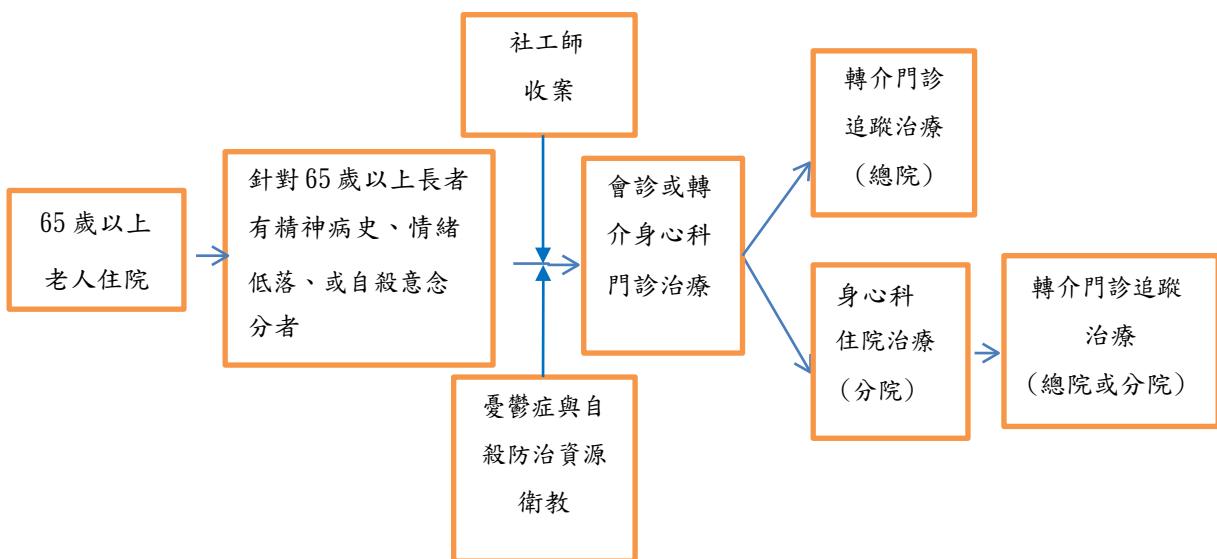
指標	欲達成 年度量化目標	期中達成 量化目標	期末實際達 成量化目標	說明
1. 簡式健康量表 BSRS-5 篩檢	2,100人	1000人	2,201	
2. MMSE 簡易心智狀態測驗	2,100人	1000人	2,201	
3. 生活品質量表	2,100人	1000人	2,201	
4. 簡易老人憂鬱量表	100%	50%	100%	BSRS-5 篩檢出 ≥6分再 篩此量 表
5. 自殺評估量表	100%	50%	100%	
6. 個案管理人數	300人	250人	307	會診、轉 介或住院 身心科，即收 為個案 管理並 追蹤治療。
7. 收案病人簡式健康量 BSRS-5 評分結案時下降 之比率	90%	45%	--	如成果 報告

8. 較前一年度院內自殺/企圖自殺事件數降低	10%	5%	--	如成果報告
------------------------	-----	----	----	-------

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

依照自殺防治計畫、花蓮地區屬性以及醫院執行的原則，訂出總院與分院於自殺防治的流程如下：



圖二 門諾醫院自殺防治流程

訂出標準書如下：總院：急診處理疑似自殺病患之作業規

範

「自我傷害者個案」社工處遇之作業標準 家庭
暴力、性侵害暨自殺委員會章程 精神科日間照
護中心病患自傷、自殺行為之護理

分院：急診處理疑似自殺病患之作業規範 處理疑似自殺

未遂個案作業流程

急診自我傷害個案社工處遇

精神科急性病房住院病患自殺防範作業 精神科慢性病

房自殺、自傷防範作業 自我傷害及自殺個案管理辦法

第二節 衛教教材開發

依地區屬性我們自行開發-照顧失智症老人、活著就有希望衛教單張及海報，經本院發展部設計圖案即同意張貼於各門診及病房。經花蓮衛生局同意，使用-認識憂鬱症、憂鬱症治療、憂鬱症親友須知、遠離憂鬱輕鬆減壓、生命難以承受之重等衛教單張，花蓮縣狹長，我們以到社區、部落、甚至山上無醫村辦理講座、廣發衛教單張，期待自殺防治的觀念能逐漸深根社區及部落。

第三節 建立工作手冊

經團隊討論後採用行政院衛生署發行的-以醫院為基礎之自殺防治手冊，並配合醫院制定之自殺防治 SOP 標準書執行自殺防治工作。

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

針對 65 歲以上併有慢性疾病、癌症、憂鬱症或重大傷病等之住院病人，於本院內外科病房-7A、6A、6B、5A、5B，安寧病房、腫瘤病房，精神科病房-2A、2B、2C、2E、日間病房等病房執行老人自殺評估、收案。於院內動員月會時針對全院做"老人自殺防治之重要性"的宣導，並且利用護理部督導、護理長行政會議時間，請院長強調"老人自殺防治之重要性"，並由個案管理師於各病房月例會時間宣導老人自殺防治執行，請各單位協助執行， 2011 年 5 月完成全院及各單位的宣導，共計十一場。

日期	地點	參與人數
1/19	護理部	23
2/10	7A 內科病房	15
2/23	5A 外科病房	13
2/25	6B 外科病房	14
3/2	2A、2B 精神科病房	21
3/10	薄柔蘭禮拜堂(全院)	267
3/14	老人日間病房	8
3/17	施桂蘭禮拜堂(護理人員)	89
3/25	5B 外科病房	12
4/7	2E 2C 精神科病房	33
4/21	6A 內科病房	15
5/15	安寧病房、腫瘤病房	18
總計		528



1/19 護理部



3/2 2A、2B 精神科病房



3/10 薄柔蘭禮拜堂(全院)



3/17 施桂蘭禮拜堂(醫護人員)



4/7 2E 2C 精神科病房

第二節 辦理院內人員教育訓練

因應花蓮地區人口老化的問題，落實推廣自殺防治與老人自殺防治觀念，我們除了辦理醫護人員的教育訓練外，更加強臨床一線照顧老人的照顧服務員做自殺防治教育訓練，總共辦理十一場。

日期	題 目	對 象	主講者
2/25	老人常見精神疾病(含憂鬱症及自殺)	醫護專業人員	洪曜 主治醫師
3/29	憂鬱症照護暨自殺防治	照顧服務員-總院	蘇筱雯 護理長
4/19	憂鬱症照護暨自殺防治	照顧服務員-分院	蘇筱雯 護理長
5/17	憂鬱症照護暨自殺防治	照顧服務員-總院	王美莉 護理長
6/21	憂鬱症	全院	王迺燕主治醫師
7/22	老人周全性評估(憂鬱症)	醫護專業人員	劉澤宗主治醫師
8/24	談癌末病人預防自殺	腫瘤病房人員	楊格心理師
9/21	老人常見精神疾病(含憂鬱症及自殺)	全院	洪曜 主治醫師
10/8	醫院為基礎的自殺防治-預防憂鬱與自殺	全院醫師	張家銘主治醫師
11/22	憂鬱症照護暨自殺防治	照顧服務員-分院	廖素綾 主任
11/27	自殺防治能降低社區老人自殺發生率?	全院醫師	廖素綾 主任 林秀蓉 護理長 曾雯婷護理長



2/25 老人常見精神疾病(含憂鬱症及自殺)-洪曜 主治醫師



3/29 憂鬱症照護暨自殺防治-蘇筱雯 護理長



6/21 憂鬱症-王迺燕主治醫師



7/22 老人周全性評估(憂鬱症)-劉澤宗主治醫師



8/24 談癌末病人預防自殺-楊格正心理師

The slide features three logos at the top: 1) Chang Gung Memorial Hospital logo (green cross inside a circle). 2) Taiwan Mood Disorders防治協會 logo (orange and yellow design with the acronym TMD). 3) A pink heart-shaped logo with hands holding a blue heart.

醫院為基礎的自殺防治 -- 預防憂鬱與自殺

張家銘醫師 MD, PhD
林口長庚醫院精神科助理教授級主治醫師
林口長庚醫院自殺防治中心主任
臺灣憂鬱症防治協會理事
全國自殺防治中心暨台灣自殺學會副執行長

10/8 醫院為基礎的自殺防治-預防憂鬱與自殺-張家銘主治醫師

自殺防治能降低 社區老人自殺發生率？

曾雯婷、林秀蓉、廖素綱

臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院 護理部



背景

隨著國人平均壽命的延長，老年人口快速增加，根據內政部統計處的資料，至2010年全台人數2315萬人口，老年人口數為248萬，占整體人口10.72%。2009年65歲以上老人自殺死亡率每十萬人口33.9人，2010年每十萬人口35.8人，國內自殺防治方案實施後，各年齡層自殺死亡率明顯降低，而65歲以上老人自殺率並未降低且仍增加7%，所以想以實證護理方式探討自殺防治介入是否可以降低社區老人自殺率？

方法

本文搜集資料庫以PubMed及EBSCOhost檢索系統為主，以關鍵字suicide prevention program and community elderly作交集進行搜索，於PubMed搜索結果共八十二篇，依納入及排除條件篩選，其中六篇符合條件，再以EBSCOhost搜索全文，以系統性回顧進行分析探討。

P(Patient)：社區老人

I(Intervention)：自殺防治

C(Comparision)：無

O(Outcome)：自殺發生率

結果

綜合文獻結果顯示：系統性回顧研究一篇：搜索19個研究與實證評價自殺防治的介入措施，大多數研究都集中在減少風險因素（憂鬱症的篩檢和治療，減少隔離-如獨居），研究證實參加自殺防治介入措施，能減少患者的自殺意念及自殺率，最重要是在於提高預防自殺保護因子。實驗性研究一篇：自殺防治的介入能降低日本老年人自殺風險發生率男性60%，女性51%自殺率，參與自殺防治介入者之自殺風險發生率比全國男性低。類實驗性研究四篇：於日本、韓國及香港自殺防治的介入可以有效降低社區老人自殺率。

結論

統整證實於日本、韓國及香港自殺防治介入可以明顯降低老人自殺率，而國內的預防老人自殺成效不佳，應再深入探討原因，且建議發展全面性老人自殺風險個案管理模式及有效之介入方案如建構優質老人可運用自殺防治網絡，進而降低老人自殺發生及死亡率。



11/27 自殺防治能降低社區老人自殺發生率？- 廖素綱 主任、林秀蓉、曾雯婷護理長

第三節 針對家屬或病友進行自殺防治教育宣導

為了落實推廣自殺防治與老人自殺防治觀念，我們除了辦理醫護人員的教育訓練外，也辦理家屬及精神科病友自殺防治宣導，總共辦理三場。

日期	題 目	對 象	主講者
3/26	憂鬱症暨自殺防治	家屬及病友	王迺燕 主治醫師
7/11	失智老人照護暨自殺防治(憂鬱症)	家屬	曾雯婷 護理長
9/10	老人照護暨自殺防治(憂鬱症)	家屬	蘇筱雯 護理長



3/26 憂鬱症暨自殺防治-王迺燕 主治醫師



7/11 失智老人照護暨自殺防治(憂鬱症)- 曾雯婷 護理長

第四節 針對日間病房及社區老人進行自殺防治教育宣導

由文獻查證及花蓮衛生局的統機資料顯示，花蓮地區老人自殺多是在社區中，較一般都市型的老人有所區別，所以本計畫落實老人的自殺防治，除了加強醫護人員對自殺老人的評估與預防教育訓練外，著手落實社區老人宣導，共四十場。 題目:談樂活

主講者	場次	地點
王美莉 護理長	5場	花蓮市:民德里、主農里、國風里、主學里、國魂里、國富里
林淑樺 護理長	9場	壽豐鄉:共和村、光榮村、平和村、志學村、月眉村、米棧村、豐裡村、豐坪村、溪口村
曾雯婷 護理長	5場	吉安鄉:吉安鄉、干城里、仁安里、仁里里、仁和里
蘇筱雯 護理長	6場	新城鄉:新城村、順安村、康樂村、大漢村、北埔村、嘉里村
廖素綉 主任	9場	日托站:博愛浸信會*2、美崙浸信會*2、仁里里日托站*2、主農里日托站*2、壽豐分院日間照護中心
林秀蓉 護理長	6場	安養院:東區老人之家(美崙)*2、東區老人之家(花師大)、榮民之家(花蓮市)、志學安養自費中心*2















第五節 與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作進行老人自殺防治宣導



與所轄衛生、醫療及社政機關進行社區資源連結與合作

第六節 不定期由心理師提供高危險群自殺老人個別關懷服務



心理師提供個別性個案關懷服務



心理師提供個別性個案關懷服務

第七節 執行過程中所遭遇之問題與困難，評是否符合進度

(一)期中進度

進度超前

符合進度:以 2012 年 6 月 30 日為期中評值則收案個案數達目標 1000 人，因

2012 年 5 月 30 日前要繳交期中報告所以人數累計 793 人，符合目標進度，並已

完成收案統計資料之建檔。(採去連結建檔)個案管理人數:依評估篩選 條件進入個

案管理-高風險自殺追蹤，目前持續進行，無自殺個案。

落後 ()月

◎所遭遇之問題與困難：

1.每天拿到名單，因未含床號，到護理站查床號時偶出現已轉床，但病人診斷卡未同步處理，以致找不到病人，向護理人員查詢，但她們只知自己病人情形，不知其他病人動態。

解決方法:因有”不公告”(病人隱私權益)系統，仍建議詢問護理人員，並且得病人及家屬 同意後進行訪談。

2.65 歲以上病人常合併其他內科慢性疾病，家屬平日已疲於照料，就不願被打擾而拒絕訪談或填寫問卷。

解決方法:尊重病患及家屬的權益，須接受病患及家屬拒絕訪談或填寫問卷的選擇。

3.65 歲以上病人多有聽力退化情形，常需重複、多次問話並提高音量，靠近耳旁溝通，費時不少。

解決方法:老人的感官知覺退化，所以訪談或填寫問卷的時間增加，只要老人個案體力可以接受訪談或填寫問卷，研究員亦應可以接受訪談或填寫問卷耗費時間增加問題。

4.原住民病患比例高，年長者多不諳國語，需透過翻譯，亦較費時。有時病房找不到可翻譯的人，就須再次造訪。

解決方法:院內有多位原住民護理人員，可以請她們協助。五、對於高風險自殺個案拒絕接受轉介身心科或是社區關懷員。

解決方法:1.建議告知該個案的醫護人員，由主治醫師說明並轉介身心科會診。

2.給予個案及家屬憂鬱情緒及自殺相關衛教。

3.提供可協助個案及家屬的資源。

4.仍會以關懷專線電訪個案及家屬。

第五章 研究結果

第一節 第一階段篩檢老人基本屬性

第一階段收案期間從 2012 年 2 月 7 日至 2012 年 12 月 24 日，共收案 2201 位，其中二位問卷大部分回答不完全，故視為遺漏值，將其資料刪除(N=2199)。第一階段篩檢老人特性如表一，男性 55.9% 居多，平均年齡 77.4 歲，年齡範圍介於 65~102 歲，以 71-80 歲(44.4%)最多、81-90 歲(30.0%)次之，教育程度以識字最多(36.0%)，再者為國/初中(30.8%)。多數老人與子女同住(28.4%)或與配偶同住(25.7%)，且自覺經濟狀態為「尚可」佔 76.5%，然而有 55% 自覺健康狀態「不好」(表一)。

表一、老人特性描述性統計 (N=2199)

項目	n	%
性別		
男	1229	55.9
女	970	44.1
年齡		
65-70	463	21.1
71-80	976	44.4
81-90	660	30.0
91-100	97	4.4
>100	3	0.1
教育程度		
識字(含國小識字班)	791	36.0
國小(含補校)	380	20.0
國/初中(含補校)	677	30.8
高中職	157	7.1
大專以上	131	6.0
其他	62	2.8
居住狀態		
獨居	277	12.6
配偶	565	25.7
朋友	12	0.5
子女	625	28.4
親戚	36	1.6
其他	154	7.0
子女配偶同住	530	24.1
經濟狀況		

	充裕	191	8.7
	尚可	1682	76.5
	不足	325	14.8
婚姻狀態			
	未婚	79	3.6
	已婚(喪偶)	832	37.9
	曾結婚(分居或離婚)	126	5.7
	未婚同居	4	0.2
	已婚同居	1157	52.6
自覺健康			
	很不好	38	1.7
	不好	1210	55.0
	好	930	42.3
	很好	20	0.9
BSRS-5			
	<6 分	1642	74.4
	≥6 分	557	25.3

第二節 第一階段篩檢量表統計分析 一、簡式健康量表(BSRS-5)統計分析

檢測 BSRS-5 平均得分 3.6(SD:2.97)，<6 分者共佔 74.4%、≥6 分者為 25.3%，得分範圍:0~17 (表一)。統計各題項(表二):34.2%有中等程度以上的「睡眠困難」，43.2%感到輕微至嚴重程度「緊張不安」，感覺憂鬱心情低落者佔 54.5%。在自殺想法部分，有輕微自殺想法者 1.5%、中等程度至嚴重程度共 21 人(0.1%)。比較 BSRS-5(前測)<6 分、≥6 分與老人特性的差異，結果(表三):性別、教育程度、經濟狀態、居住狀況與健康狀態皆達到顯著差異。

表二、簡式健康量表(BSRS-5)各題項統計 (N=2199)

項目	1.睡眠困難		2.緊張不安		3.苦惱動怒		4.憂鬱		5.比不上別人		自殺想法	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
不會	781	35.5	1250	56.8	1296	58.9	1001	45.5	1871	85.1	2146	97.6
輕微	501	22.8	465	21.1	469	21.3	536	24.4	186	8.5	32	1.5
中等程度	695	31.6	397	18.1	349	15.9	526	23.9	111	5.0	12	0.5
嚴重	215	9.8	80	3.6	82	3.7	128	5.8	26	1.2	8	0.4
非常嚴重	7	0.3	7	0.3	3	0.1	8	0.4	5	0.2	1	0.0

表三、比較 BSRS-5(前測)<6 分、 ≥ 6 分與老人特性的差異(N=2199)

項目	BSRS 總分				F	
	<6		≥ 6			
	n	%	n	%		
性別 男性	941	57.3	288	51.7	5.3*	
女性 年	701	42.7	269	48.3		
齡 <60	0	0.0	0	0.0	1.7	
61-70	339	20.6	124	22.3		
71-80	731	44.5	245	44.0		
81-90	496	30.2	164	29.4		
91-100	73	4.4	24	4.3		
>100	3	0.2	0	0.0		
教育 識字(含國小識字班)	549	33.4	241	43.3	27.3***	
程度 國小(含補校)	279	17.0	101	18.1		
國/初中(含補校)	548	33.4	129	23.2		
高中職	121	7.4	36	6.5		
大專以上	95	5.8	36	6.5		
其他	48	2.9	14	2.5		
經濟 充裕	149	9.1	42	7.5	38.1***	
狀態 尚可	1294	78.9	388	69.7		
不足	198	12.1	127	22.8		
婚姻 未婚	63	3.8	16	2.9	8.1	
狀況 已婚(喪偶)	608	37.1	221	39.7		
曾結婚(分居或離婚)	88	5.4	37	6.6		
未婚同居	4	0.2	0	0.0		
已婚同居	876	53.4	281	50.4		
居住 獨居	211	12.9	66	11.8	15.9*	
狀況 配偶	439	26.7	126	22.6		
朋友	10	0.6	2	0.4		
子女	456	27.8	169	30.3		
親戚	30	1.8	6	1.1		
其他	98	6.0	56	10.1		
子女配偶同住	398	24.2	132	23.7		
健康 很不好	13	.8	25	4.5	55.6***	
狀態 不好	865	52.7	345	61.9		
好	746	45.5	184	33.0		
很好	17	1.0	3	0.5		

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

二、生活品質量表統計分析

統計生活品質量表總分平均 87.0(SD:11.9)，分析各項範疇得分以「心理範疇」得分最低，「生理健康範疇」得分次低(表三)，以「環境範疇」得分最高。統計得分最低前五題依序為：第 2 題「整體滿意健康」、第 26 題「負向感受(傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)」、第 5 題「享受生活」、第 3 題「身體疼痛」、第 10 題「足夠精力」。得分最高前五題依序為第 9 題「環境健康」、第 23 題「住所狀況」、第 24 題「就醫便利性」、第 22 題「朋友支持」、第 25 題「交通運輸方式」。表六呈現各題項之描述性統計分析，其中代表整體性健康狀況的滿意程度則有 46.5% 的老人表示不滿意。將生活品質範疇與老人特性進行比較，生活品質量表所有範疇皆與老人特性有顯著差異(表七)。

表四、生活品質量表暨各範疇得分統計

生理健康範疇		心理範疇		環境範疇		社會範疇		生活品質總分	
Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
12.6	1.8	12.3	1.8	13.6	1.9	13.5	2.2	87.0	11.9
範圍	7-18		6-17		6-19		6-20		52-132

表五、生活品質各範疇項目描述性統計 (N=2199)

範疇項目	Mean	SD	範疇項目	Mean	SD
生活品質	3.1	0.7	行動能力	3.1	1.2
滿意健康	2.4	0.8	睡眠狀況	3.1	0.9
身體疼痛	2.9	0.8	活動能力	3.3	1.0
醫療幫助	3.2	0.8	工作能力	3.4	0.7
享受生活	2.8	0.8	對自己滿意	3.4	0.7
生命意義	3.1	0.9	人際關係	3.5	0.6
精神能力	3.2	0.8	性生活	3.1	0.8

感到安全	3.3	0.8	朋友支持	3.5	0.7
環境健康	3.7	0.7	住所狀況	3.7	0.6
足夠精力	3.0	0.8	醫療保健方便性	3.5	0.7
接受外表	3.4	0.8	交通運輸	3.5	0.7
足夠金錢	3.0	0.9	負面感受	2.7	0.7
生活資訊	3.3	1.0	被尊重	3.4	0.7
休閒活動	3.0	1.0	食物都能吃	3.7	0.6

表六、生活品質量表各題項之描述性統計分析 (N=2199)

生活品質			滿意健康			身體疼痛			醫療幫助		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
極不好	6	.3	極不滿意	36	1.6	極妨礙	10	.5	極需要	33	1.5
不好	305	13.9	不滿意	1022	46.5	很妨礙	731	33.2	很需要	371	16.9
中等程度	1315	59.8	中等程度	723	32.9	中等程度妨礙	862	39.2	中等程度需要	1022	46.5
好			滿意								
好	547	24.9	滿意	413	18.8	有一點妨礙	587	26.7	有一點需要	752	34.2
極好	26	1.2	極滿意	5	.2	完全沒有妨礙	9	.4	完全沒有需要	21	1.0

享受生活			生命意義			精神能力			感到安全		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
完全沒有享受	108	4.9	完全沒有	41	1.9	完全不好	43	2.0	完全不安全	23	1.0
有一點享受	646	29.4	有一點	606	27.6	有一好	370	16.8	有一安全	362	16.5
中等程度享受	1021	46.4	中等程度	787	35.8	中等程度好	877	39.9	中等程度安全	865	39.3
很享受	410	18.6	很有	734	33.4	很好	851	38.7	很安全	934	42.5
極享受	14	.6	極有	31	1.4	極好	58	2.6	極安全	15	.7

環境健康			足夠精力			接受外表			足夠金錢		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
完全不健康	4	.2	完全沒有不足夠	60	2.7	完全不能夠	4	.2	完全不足夠	138	6.3
有一點健康	102	4.6	少許足夠	595	27.1	少許能夠	390	17.7	少許足夠	443	20.1
中等程度健康	561	25.5	中等程度足夠	977	44.4	中等程度能夠	656	29.8	中等程度足夠	1014	46.1
很健康	1396	63.5	很足夠	538	24.5	很能夠	1091	49.6	很足夠	554	25.2
極健康	136	6.2	完全足夠	29	1.3	完全能夠	58	2.6	完全足夠	50	2.3

生活資訊			休閒活動			行動能力			睡眠狀況		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
完全不方便	79	3.6	完全沒有機會	109	5.0	完全不好	223	10.1	極不滿意	48	2.2
少許方便	478	21.7	少許機會	688	31.3	有一好	524	23.8	不滿意	506	23.0
中等程度方便	483	22.0	中等程度機會	700	31.8	中等程度好	470	21.4	中等程度滿意	824	37.5
很方便	967	44.0	很有機會	603	27.4	很好	723	32.9	滿意	770	35.0
完全方便	192	8.7	完全有機會	99	4.5	極好	259	11.8	極滿意	51	2.3

活動能力			工作能力			對自己滿意			人際關係		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
極不滿意	50	2.3	極不滿意	11	.5	極不滿意	4	.2	極不滿意	1	.0
不滿意	492	22.4	不滿意	239	10.9	不滿意	258	11.7	不滿意	121	5.5

中等程度 滿意	595	27.1	中等程度 滿意	821	37.3	中等程度滿 意	818	37.2	中等程度 滿意	881	40.1
滿意	888	40.4	滿意	1055	48.0	滿意	1074	48.8	滿意	1146	52.1
極滿意	174	7.9	極滿意	63	2.9	極滿意	45	2.0	極滿意	50	2.3

性生活			朋友支持			住所狀況			醫療保健方便性		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
極不滿意	15	.7	極不滿意	0	0	極不滿意	1	.0	極不滿意	1	.0
不滿意	566	25.7	不滿意	168	7.6	不滿意	51	2.3	不滿意	249	11.3
中等程度 滿意	771	35.1	中等程度 滿意	839	38.2	中等程度滿 意	549	25.0	中等程度 滿意	608	27.6
滿意	810	36.8	滿意	1163	52.9	滿意	1518	69.0	滿意	1318	59.9
極滿意	23	1.0	極滿意	29	1.3	極滿意	80	3.6	極滿意	23	1.0

交通運輸			負面感受			被尊重			食物都能吃		
項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%	項目	n	%
極不滿意	3	.1	一直都有	10	.5	完全沒有	11	.5	從來沒有	5	.2
不滿意	200	9.1	很常有	1047	47.6	有一點	257	11.7	不常有	76	3.5
中等程度 滿意	759	34.5	一半有一 半沒有	841	38.2	中等程度	763	34.7	一半有一 半沒有	649	29.5
滿意	1211	55.1	不常有	294	13.4	很有	1129	51.3	很常有	1371	62.3
極滿意	26	1.2	從來沒有	7	.3	極有	39	1.8	一直都有	95	4.3

表七、生活品質範疇與老人特性比較之差異(N=2199)

		生理健康範疇			心理範疇			環境範疇			社會範疇			生活品質總分		
		Mean	SD	F	Mean	SD	F	Mean	SD	F	Mean	SD	F	Mean	SD	F
教育	識字(含國小識字班)	12	2	9.6***	12	2	12.3***	13	2	17.0***	13	2	7.2***	84	12	14.4***
	國小(含補校)	13	2		12	2		14	2		13	2		87	11	
	國/初中(含補校)	13	2		12	2		14	2		14	2		88	12	
	高中職	13	2		13	2		14	2		14	2		90	12	
	大專以上	13	2		13	2		14	2		14	2		91	12	
	其他	14	2		13	2		15	2		14	3		95	13	
經濟狀況	充裕	13	2	7.2**	13	2	50.4***	15	2	87.2***	14	2	8.2***	94	12	70.1***
	尚可	13	2		12	2		14	2		13	2		87	12	
	不足	12	2		12	2		13	2		13	2		82	11	
婚姻狀態	未婚	12	2	9.4***	12	2	2.4*	13	2	7.8***	12	2	18.9***	83	12	6.1***
	已婚(喪偶)	12	2		12	2		13	2		13	2		86	12	
	曾結婚(分居或離婚)	13	2		12	2		13	2		12	2		83	12	
	未婚同居	11	3		13	1		12	1		12	2		83	11	
	已婚同居	13	2		12	2		14	2		14	2		88	12	
居住狀況	獨居	12	2	10.5***	12	2	2.7*	13	2	7.9***	13	2	14.7***	85	13	5.6***
	配偶	13	2		12	2		14	2		14	2		89	12	
	朋友	12	2		12	2		14	2		13	2		85	12	
	子女	12	2		12	2		13	2		13	2		86	12	
	親戚	13	2		13	1		14	2		13	2		88	10	
	其他	12	2		12	2		13	2		13	2		84	12	
	子女配偶同住	13	2		12	2		14	2		14	2		88	12	
健康狀態	很不好	11	2	58.0***	11	2	66.3***	12	2	59.1***	13	2	31.9***	74	12	226.8***
	不好	12	2		12	2		13	2		13	2		82	10	
	很好	14	2		14	2		15	2		15	2		100	12	

*p<0.05, **<0.01, ***<0.001

第三節 第二階段篩檢量表統計分析 一、老人憂鬱量表統計分析

老人憂鬱量表平均得分 8.2(SD3.0)，以五分作為切點，11.8 小於 5 分佔 (n=32)、88.2 大於等於 5 分(n=240)。將老人憂鬱量表分組和老人特性進行比較發現，老人健康狀態不同與憂鬱得分有顯著差異 ($p<0.001$)，其他特性則未達顯著差異(表八)。進一步將自殺想法和老人憂鬱量表進行比較發現，有無自殺想法和老人憂鬱量表平均得分沒有顯著不同(表九)。本量表以五分做為切點來分組，並與各量表平均得分檢測其間的差異，如表十呈現：老人憂鬱與 MMSE、生活品質各範疇及生活品質有顯著差異。

表八、比較老人憂鬱量表 <5 分及 ≥ 5 分與老人特性之差異(N=272)

項目	GDS 分組				Chi-Square	
	<5		≥ 5			
	n	n	n			
性別	女性	15	46.9	116	48.5	0.03
	男性	17	53.1	123	51.5	
年齡分組	<60	0	0.0	0	0.0	0.3
	>100	0	0.0	0	0.0	
教育程度	91-100	1	3.1	5	2.1	4.6
	61-70	7	21.9	58	24.3	
	81-90	9	28.1	60	25.1	
	71-80	15	46.9	116	48.5	
	大專以上	1	3.1	12	5.0	
經濟狀況	高中職	5	15.6	21	8.8	0.7
	國小(含補校)	5	15.6	70	29.3	
	國/初中(含補校)	8	25.0	44	18.4	
	識字(含國小識字班)	13	40.6	89	37.2	
	充裕	3	9.7	14	5.9	
婚姻狀況	不足	8	25.8	63	26.4	3.9
	尚可	20	64.5	162	67.8	
	未婚同居	0	0.0	0	0.0	
	未婚	2	6.3	6	2.5	
	曾結婚(分居或離婚)	0	0.0	17	7.1	
	已婚(喪偶)	14	43.8	94	39.3	

	已婚同居	16	50.0	121	50.6	
居住狀態	朋友	0	0.0	1	.4	2.8
	親戚	0	0.0	5	2.1	
	其他	1	3.1	22	9.2	
	獨居	6	18.8	31	13.0	
	子女配偶同住	8	25.0	55	23.0	
	配偶	8	25.0	58	24.3	
	子女	9	28.1	67	28.0	
健康狀態	很好	2	6.3	0	0.0	19.4***
	很不好	1	3.1	12	5.0	
	好	11	34.4	47	19.7	
	不好	18	56.3	180	75.3	

*** $p<0.001$

表九、有無自殺想法與老人憂鬱量表之比較(N=252)

	自殺想法	N	Mean	SD	t
老人憂鬱量表	有	25	7.84	3.815	-0.4
	無	227	8.19	2.916	

備註：自殺想法遺漏值共 20 位，故實際獲得 N=252。

表十、比較老人憂鬱量表與各項量表平均得分的差異

	GDS 分組	N	Mean	SD	t
自殺量表	<5	32	72.1	43.7	-1.7
	≥5	240	83.5	34.8	
MMSE score	<5	32	23.1	6.1	2.1*
	≥5	239	20.7	6.0	
生理健康範疇	<5	32	12.9	1.7	2.4*
	≥5	239	12.2	1.7	
心理範疇	<5	32	13.0	1.6	3.0**
	≥5	239	12.0	1.8	
環境範疇	<5	32	14.2	1.7	2.7**
	≥5	239	13.2	1.9	
社會範疇	<5	32	14.7	1.6	4.6***
	≥5	239	12.9	2.1	
生活品質總分	<5	32	89.7	10.2	3.5**
	≥5	239	82.4	11.3	
BSRS 總分後測	<5	32	1.6	0.5	-1.4
	≥5	240	1.7	0.4	
BSRS 總分前測	<5	32	1.6	0.5	0.6
	≥5	239	1.5	0.5	

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

二、自殺量表描述性統計分析

針對 BSRS 大於等於 6 分者進行自殺量表篩檢，共有 272 位老人接受評量。統計自殺量表平均得分 82.2(SD36.0)。檢測自殺量表得分與老人特性之間的差異，發現教育程度、經濟、婚姻、居住與健康狀態不同與自殺量表得分有顯著不同(表十一)。

表十一、自殺量表與老人特性比較之差異(N=272)

項目	自殺量表			F
	Mean	SD		
性別	male	85	33	2.0
	female	79	39	
年齡	<60	0	0	1.6
	61-70	82	36	
	71-80	86	32	
	81-90	74	42	
	91-100	84	37	
	>100	0	0	
教育程度	識字(含國小識字班)	80	38	6.6***
	國小(含補校)	93	23	
	國/初中(含補校)	77	41	
	高中職	95	19	
	大專以上	44	46	
	其他	44	49	
經濟狀態	充裕	93	24	3.7*
	尚可	85	34	
	不足	73	42	
婚姻狀況	未婚	78	39	2.8*
	已婚(喪偶)	76	40	
	曾結婚(分居或離婚)	66	46	
	未婚同居	.	.	
居住狀況	已婚同居	89	30	3.3**
	獨居	81	38	
	配偶	89	29	
	朋友	99	.	
	子女	77	40	
	親戚	64	48	
健康狀態	其他	59	46	5.1**
	子女配偶同住	91	26	
	很不好	48	50	
	不好	83	35	

好	87	31
很好	51	69

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

第四節 老人特性、BSRS-5、MMSE 與生活品質量表之差異與相關性

BSRS-5 以 6 分做為切點，與其他量表進行平均數之檢測，在 BSRS-5 前測部分結果發現與自殺量表、MMSE、生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、社會範疇、生活品質總分達統計上顯著差異，然而與老人憂鬱量表並沒有顯著不同(表十二)。然而，在 BSRS-5 後測與各項量表得分均未達顯著差異(表十三)。將老人特性、BSRS-5、MMSE 與生活品質量表進行 Pearson 相關檢測，如表十四呈現：BSRS-5 與自覺健康狀態、自殺量表、生活品質(含各範疇)有顯著相關，自殺量表得分亦與教育、經濟、婚姻狀態有相關。

表十二、比較 BSRS-5(前測)與各項量表平均得分的差異

	BSRS-5 前測	N	Mean	SD	t
自殺量表	<6	124	90.7	26.9	3.6***
	≥ 6	147	75.0	41.0	
老人憂鬱量表	<6	124	8.4	3.0	.905
	≥ 6	147	8.1	3.0	
mmse score	<6	1633	21.1	6.4	2.1*
	≥ 6	553	20.5	6.0	
生理健康範疇	<6	1642	12.7	1.8	7.3***
	≥ 6	557	12.1	1.7	
心理範疇	<6	1642	12.5	1.8	6.1***
	≥ 6	557	11.9	1.8	
環境範疇	<6	1642	13.8	1.9	9.1***
	≥ 6	557	13.0	1.9	
社會範疇	<6	1642	13.7	2.1	5.6***
	≥ 6	557	13.1	2.2	
生活品質總分	<6	1642	88.8	11.6	12.4***
	≥ 6	557	81.8	11.3	

* $p<0.05$, *** <0.001

表十三、比較 BSRS-5(後測)與各項量表平均得分的差異

	BSRS-5 後測	N	Mean	SD	t
自殺量表	<6	74	81.3	37.0	-0.3
	≥ 6	198	82.5	35.7	

老人憂鬱量表	<6	74	8.1	3.3	-0.3
	>=6	198	8.3	2.9	
MMSE score	<6	74	21.8	5.6	1.4
	>=6	197	20.7	6.2	
生理健康範疇	<6	74	12.4	1.8	0.8
	>=6	197	12.2	1.6	
心理範疇	<6	74	12.2	1.8	0.7
	>=6	197	12.0	1.8	
環境範疇	<6	74	13.5	2.0	1.2
	>=6	197	13.2	1.9	
社會範疇	<6	74	13.0	2.0	-0.8
	>=6	197	13.2	2.1	
生活品質總分	<6	74	84.8	11.9	1.4
	>=6	197	82.6	11.2	

表十四、老人特性、BSRS-5(第一階段)、MMSE 與生活品質量表之相關性

	教育 性別	經濟 程度	婚姻 狀況	經濟 來源	居住 狀況	自覺健 康狀態	BSRS-5 (前測)	自殺 量表	MMSE	年齡	生理健 康範疇	心理 範疇	環境 範疇	社會 範疇
性別	1													
教育程度		-.321**												
經濟狀況		.019	-.163**											
婚姻狀態		-.303**	.217**	-.103**										
經濟來源		.190**	-.359**	.316**	-.252**									
居住狀況		-.048*	.024	-.037	.185**	.008								
自覺健康狀態		-.018	.105**	-.116**	.064**	-.054*	-.032							
BSRS-5 (前測)		.087**	-.074**	.156**	-.045*	.085**	.023	-.189**						
自殺量表		.028	.051*	.106**	-.046*	.020	.003	-.076**	.229**					
MMSE		-.133**	.311**	-.038	.158**	-.145**	-.026	.155**	-.053*	.033				
年齡		.002	-.125**	-.086**	-.235**	.023	-.035	-.018	-.043*	-.023	-.253**			
生理健康範疇		-.054*	.158**	-.079**	.145**	-.096**	-.013	.271**	-.217**	-.079**	.473**	-.217**		
心理範疇		-.002	.183**	-.206**	.061**	-.110**	.002	.286**	-.162**	-.086**	.459**	-.089**	.572**	
環境範疇		-.052*	.204**	-.271**	.127**	-.206**	.040	.271**	-.246**	-.117**	.462**	-.051*	.599**	.710**
社會範疇		.058**	.138**	-.062**	.155**	-.065**	.073**	.197**	-.127**	-.038	.347**	-.067**	.437**	.531**
生活品質總分		-.016	.204**	-.244**	.102**	-.142**	.017	.485**	-.320**	-.116**	.427**	-.053*	.642**	.790**
														.574**

*p<0.05, **<0.01, ***<0.001

第五節 第二階段個案管理追蹤 一、個案管理追蹤結果

於第二階段完成接受電訪及家訪共 160 位，其中 59 位再入院(36.9%)、3 位死亡(1.9%)(非自殺身亡)、5 位身心科門診追蹤(3.1%)，共 93 人完成第二階段 BSRS-5 評量，依照結按標準結案。比較個案管理前後簡式健康量表(BSRS-5)之差異，結果發現有顯著差異(表十五)，亦即經過個案管理及居家訪視後，BSRS-5 有顯著降低。

表十五受個案管理前後之 BSRS 之差異(N=93)

第一階段 BSRS-5		第二階段 BSRS-5		Paired-t	p
Mean	SD	Mean	SD		
7.3	2.2	3.7	2.8	13.5***	.000

*** $p < 0.001$

第六節 經費使用狀況

項目	核定經費	期中 使用經費	期末使 用經費	使用 總經費	說明
人事費	1,206,513	511,854	694659	1,206,513	
業務費	485,941	150,358	338783	485,941	
管理費	167,546	50,264	117282	167546	
總計	1,860,000	712,476	1147,524		

第六章 討論與建議

第一節 研究結果摘要

一、第一階段篩檢老人基本屬性

第一階段篩檢老人特性(N=2199)，男性 55.9% 居多，以 71-80 歲(44.4%)最多、81-90 歲(30.0%)次之，教育程度以識字最多(36.0%)，再者為國/初中(30.8%)。多數老人與子女同住(28.4%)或與配偶同住(25.7%)，且自覺經濟狀態為「尚可」佔 76.5%，然而有 55% 自覺健康狀態「不好」。

檢測 BSRS-5 平均得分 3.6(SD:2.97)， ≥ 6 分者為 25.3%，34.2% 有中等程度以上的「睡眠困難」，43.2% 感到輕微至嚴重程度「緊張不安」，感覺憂鬱心情低落者佔 54.5%。在自殺想法部分，有輕微自殺想法者 1.5%、中等程度至嚴重程度共 21 人(0.1%)。比較 BSRS-5(前測) < 6 分、 ≥ 6 分與老人特性的差異，結果：性別、教育程度、經濟狀態、居住狀況與健康狀態皆達到顯著差異。

統計生活品質量表總分平均 87.0(SD:11.9)，分析各項範疇得分以「心理範疇」得分最低，「生理健康範疇」得分次低，以「環境範疇」得分最高。統計得分最低前五題依序為：第 2 題「整體滿意健康」、第 26 題「負向感受(傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)」、第 5 題「享受生活」、第 3 題「身體疼痛」、第 10 題「足夠精力」。得分最高前五題依序為第 9 題「環境健康」、第 23 題「住所狀況」、第 24 題「就醫便利性」、第 22 題「朋友支持」、第 25 題「交通運輸方式」。其中代表整體性健康狀況的滿意程度則有 46.5% 的老人表示不滿意。將生活品質範疇與老人特性進行比較，生活品質量表所有範疇皆與老人特性有顯著差異。

二、第二階段簡式健康量表 BSRS-5 ≥ 6 或自殺意念 > 1 分者

老人憂鬱量表平均得分 8.2(SD3.0)，以五分作為切點，88.2% 大於等於 5 分(n=240)。將老人憂鬱量表分組和老人特性進行比較發現，老人健康狀態不同與憂鬱得分有顯著差異($p<0.001$)。進一步將自殺想法和老人憂鬱量表進行比較發現，有無自殺想法和老人憂鬱量表平均得分沒有顯著不同。本量表以五分做為切點來分組，並與各量表平均得分檢測其間的差異，分析結果呈現：老人憂鬱與 MMSE、生活品質各範疇及生活品質有顯著差異。

針對 BSRS 大於等於 6 分者進行自殺量表篩檢，及第二階段個案共有 272 位一般科老人接受評量。統計自殺量表平均得分 82.2(SD36.0)。檢測自殺量表得分與老人特性之間的差異，發現教育程度、經濟、婚姻、居住與健康狀態不同與自殺量表得分有顯著不同。

BSRS-5 以六分做為切點，與其他量表進行平均數之檢測，在 BSRS-5 前測部分結果發現與自殺量表、MMSE、生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、社會範疇、生活品質總分達統計上顯著差異。將老人特性、BSRS-5、MMSE 與生活品質量表進行 Pearson 相關檢測，結果呈現：BSRS-5 與自覺健康狀態、自殺量表、生活品質(含各範疇)有顯著相關，自殺量表得分亦與教育、經濟、婚姻狀態有相關。**三、第二階段個案管理追蹤**

(一)個案管理追蹤結果

於第二階段完成接受電訪及家訪共 160 位，其中 59 位再入院(36.9%)、3 位死亡(1.9%)(非自殺身亡)、5 位身心科門診追蹤(3.1%)，共 93 人完成第二階段 BSRS-5 評量。比較個案管理前後簡式健康量表(BSRS-5)之差異，結果發現有顯著差異(表十五)，亦即經過個案管理及居家訪視後，BSRS-5 有顯著降低。

第二節 針對研究結果之討論

由本研究結果得知性別、教育程度、經濟狀態、居住狀況與健康狀態與 BSRS-5 達到 顯著差異。老人憂鬱與 MMSE、生活品質各範疇及生活品質也有顯著差異。BSRS-5 與自 覺健康狀態、自殺量表、生活品質(含各範疇)有顯著相關，自殺量表得分亦與教育、經 濟、婚姻狀態有相關。比較個案管理前後簡式健康量表(BSRS-5)之差異，結果發現有顯 著差異，亦即經過個案管理及居家訪視後，BSRS-5 有顯著降低。本研究結果可提供臨床 醫療照護人員於臨床照護之參考，未來應可以應用於臨床實務中進行老人自殺意念之篩 檢。

第三節 研究限制與未來研究方向

本研究結果也發現，自覺健康狀態、自殺意念、生活品質等是社區老人自殺意念的重要預測因子，表示社區老人的自殺意念會受其自覺健康狀態、自殺意念、生活品質的影響，故可供未來的研究者作為深入探討其如何影響老人的自殺意念之依據，並能提供

未來以質性研究方法，深入探討老人自殺意念相關的影響因素；同時，未來研究方向應能著重於擴大樣本收案的區域，以能收集更確切、更具代表性之資料，同時可以廣為調查不同種族文化與其自殺意念之相關性，以及疾病種類(自覺健康有關)與老人自殺意念之相關性探討，以其能收集更多與老人自殺意念相關的訊息，提供臨床醫療照護人員於臨床照護之參考，早期發現不同族群老人的自殺意念，以能達成預防老人自殺之目標。此外，亦能透過本研究結果，設計健康促進或提升老人生活效能等介入措施之研究方案，例如銀髮族養生法、銀髮族健身運動、銀髮族產業、人際支持、社交活動等，以了解何種介入措施可以促進社區老人的身心健康狀態、降低其自殺意念，進而降低老人自殺發生及其死亡率。

第四節 對於管理實務與政策上的建議

隨著台灣人口結構快速高齡化，老人自殺是複雜而多面向的問題，且自殺死亡率居各年齡層之冠，但老年人自殺問題未被重視，不如年輕或中年人自殺受到社會的重視，更缺乏有實証的自殺防治策略。因此應積極針對老人自殺問題發展預防、危險性篩檢、及治療方案，並評估防治成效。而最重要的是會接觸自殺高危險群的家屬及醫療人員，需針對同時罹患身體疾病及社交孤立老人，早期發現憂鬱症或是自殺傾向個案，且積極進行轉介與自殺預防措施的介入。而衛生、社政主管機關以及社區需積極重視老人自殺防治議題、強化研究自殺死亡趨勢的重要性及擬出適用於台灣文化的老人自殺防治相關配套措施，才是自殺防治的根本之道。因此，政府相關單位應即早因應未來台灣地區特定族群之自殺現況，並做為自殺防治介入措施之參考。

參考文獻

一、中文部分

中華民國統計資訊網（2011，4 月）・2007 年社會指標統計表及歷年專題探討・
<http://www.stat.gov.tw/>

行政院經濟建設委員會（2011，11月）・中華民國臺灣100年至165年人口推計報告・

取自於 <http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx>

內政部統計處（2011年4月）・2010年人口統計年報・15日取自於

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>

行政院經濟建設委員會（2008）・中華民國臺灣97年至145年人口推計報告・取自於

<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx>

行政院衛生署（2011）・十大死因統計・取自於 <http://www.doh.gov.tw>

行政院衛生署（2007）・自殺事件對社會的影響・台北：行政院衛生署自殺防治中心。取
自於 <http://www.doh.gov.tw>

林佳瑩、蔡毓智（2004）・台灣地區自殺死亡人口結構分析：1991-2001 年・台灣人口學會
九十三年度年會論文，台北：國立政治大學。

林進嘉（2006）・臺北市1971-2004年方法別自殺死亡率變化趨勢・北市醫學雜誌，3
(10)，21-26。江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺（2006）・老人
自殺問題・台灣衛

誌，10 (3)，352-360。李宏剛（2010）・自殺死亡率之經濟分析・未發表的碩士論文，
桃園：國立中央大學產業

經濟研究所。李明濱、廖士程（2006）・自殺原因與防治策略・臺灣醫學，10 (3)，
366。李春香（2007）・社區老人日常生活功能、自覺健康狀態、憂鬱狀態與自殺意念之
相關

性探討・未發表的碩士論文，高雄：輔英科技大學護理研究所。余麗華（2011）・
老人自殺死亡率影響因素之探討・未發表的碩士論文，桃園：南開科技
大學福祉科技與服務管理研究所。

吳書儀、劉珣瑛、葉炳強（2009）・老人自殺現況暨老人自殺防治的探討・臺灣醫學，
13 (4)，416-424

花蓮縣政府 (2012)・全球資訊網站・取自於 <http://www.hl.gov.tw/bin/home.php>

姚開平(2000)・簡介與評論常用一般性健康相關生活品質量表兼談對未來的研究建議・

中國測驗學會測驗年刊，47 (2)，111-138

梁瀞芳、林玉惠、陳文意、徐昌俊 (2011)・老化與自殺死亡率之探討・南開學報，8(1)，9-17。

陳楚杰、葉瑞垣、李中、陳靖宜、洪湘雯 (2010)・台灣地區自殺身亡率及其相關因素之研究：1997-2003・台灣衛誌，29 (3)，201-217。

張瑋庭、朱基銘、白璐、賴建丞、劉淳羽、林佳欣、洪宇箴、簡戊鑑(2009)・台灣 1986-2007 年自殺死亡趨勢・北市醫學雜誌，(4)，269-280。 劉慧俐 (2009)・台灣地區老人自殺之流行病學分析：1985-2006・台灣衛誌，28 (2)，103-111。

劉慧俐、楊明仁、葉雅玲 (2006)・台灣地區各鄉鎮市區剝奪狀況與老人死亡及自殺之研究・2006 台灣社會福利學會年會暨國際學術研討會年會論文・嘉義：中正大學。

二、英文部分

Ajit Shah.(2007).*The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization, 2007 International sychogeriatric Association West London Mental Health NHS Trust and Imperial College School of Medicine, London,U.K.*

Berk, Michael., Dodd, Seetal., & Henry, Margaret. (2006).The Effect of Macroeconomic Variables on Suicide. *Psychological Medicine*,36(2),181-89.

DeLeo,D.,Hickey,P.A.,Neulinger,K.,&Cantor,C.H.(2001).*Ageing and suicide*. Australia Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra.

Lapierre, Erlangsen, A., Waern, M., DeLeo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J.,Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*32(2) 88-98.

Prabhu, S., Molinari, V., Bowers, T., & Lomax, J. (2010). Role of the Family in suicide prevention: An attachment and family systems perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(4), 301-327.

Shah,A.(2009).The relationship between elderly suicides rates, household size and family

- structure: A cross-national study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(4), 259-264.
- Wu, Ruo-Ning., Cheng, Ya-Wen. (2008) Trends in suicide mortality in Taiwan, 1959-2006. *Taiwan J Public Health*, 27(2), 110-120.
21. Powell LE, Myers AM: The Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale. *J Gerontol Ned Sci* 1995;50:M28-34.
22. The WHOQOL group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
23. The WHOQOL-Taiwan Group: Introduction to the Development of the WHOQOL-Taiwan Version. *Chinese J of Public Health* 2000;19(4) :315-324.

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



國泰綜合醫院
Cathay General Hospital

國泰公益集團

國泰醫療財團法人國泰綜合醫院人體試驗審查委員會 Institutional Review Board of the Cathay General Hospital
10630 臺北市仁愛路四段 280 號 No. 280, Sec. 4, Jen-Ai Rd., Taipei, Taiwan 10630 R.O.C.
連絡人及電話：
傳真：
Tel :
E-mail :

同意臨床研究證明書

查花蓮門諾醫院周兆平醫師等人主持之「老人自殺防治品質促進計畫」研究案（本院編號：CGH-OP101001），已於民國 101 年 8 月 22 日經本院人體試驗審查委員會審查通過，同意進行臨床研究，有效期限至民國 102 年 12 月 31 日止，本會組織與執行皆遵循 ICH-GCP 規範，特此證明。

- 期中報告：本臨床試驗每屆滿半年本會將進行追蹤審查，請於有效期限前二個月，繳交期中報告以利本會審查，如尚未通過期中報告與有效期展延審查者，試驗不得繼續執行。
- 追蹤報告：應依本委員會審查通過時之決議，定期繳交報告至本委員會審查。
- 結案報告：試驗完成後，應將執行結果依結案報告表送至本委員會審查。試驗結束後三個月仍未繳交者，不得申請新試驗之審查。
- 嚴重不良事件(SAE)報告：試驗主持人應根據衛生署「藥品優良臨床試驗準則」和「嚴重藥品不良反應通報辦法」規定，辦理相關事宜。

國泰醫療財團法人國泰綜合醫院人體試驗審查委員會

主任委員 黃政華

中華民國一〇一年八月二日



To Whom It May Concern :

To improvement the quality of preventing elderly suicides

The above study, including the following information

Trial Site: Mennonite Christian Hospital (花蓮門諾醫院)

Protocol Version/Date: Version 1.0 ; 17-May-2012

Questionnaire Version/Date: Version 1.0 ; 17-May-2012

Informed Consent Form Version/Date: Version 1.0 ; 17-May-2012

Principal Investigator: Dr. Chao-Ping Chou

CGHIRB No.: CGH-LP101003

Study Approval Period: December 31, 2012

, was approved by the Institutional Review Board of the Cathay General Hospital on August 22, 2012. This review board is organized and operated according to ICH-GCP and the applicable laws and regulations.

※ We will proceed continue review semiannually, therefore, please send us your Midterm Report two month before the period date.

Yours sincerely,
Cheng-Hua Huang, M.D.
Chairman
Institutional Review Board,
Cathay General Hospital, Taiwan, R.O.C.

Chenghua Huang

附錄二 受訪同意書

國泰醫療財團法人國泰綜合醫院 臨床研究受訪者同意書

本試驗已通過國泰綜合醫院人體試驗審查委員會審查，計畫編號
CGH-OP101001

計劃名稱：老人自殺防治品質促進計畫

計劃執行單位：臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院

計劃贊助或委託單位：行政院衛生署

計劃主持人姓名：周兆平 職稱：主治醫師

協同主持人姓名：廖素綫 職稱：分院護理部主任

通訊地址：花蓮市民權路44號 身心科

受試者姓名：

性別： 出生日期： 年 月 日 病歷號碼：

通信地址：

聯絡電話：

法定代理人／有同意權人姓名：

性別： 出生日期： 年 月 日 身分證字號：

通信地址：

聯絡電話：

- 受試者為無行為能力人者，由法定代理人代為之；受試者為限制行為能力人者，應得法定代理人之同意；受試者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因無意識或精神錯亂無法自行為之時，由有同意權之人為之。有同意權人限配偶及同居之親屬。

見證人姓名：

性別： 出生日期： 年 月 日 身分證字號：

通信地址：

聯絡電話：

受試者同意書版本編號：Version 1.0 17-MAY-2012

請依核准版本執行



第1頁，共5頁

啟啟者：

為增進醫學新知及提高醫療照護技術，進而服務社會人群，計畫主持人（周兆平、廖素綏）正在針對老人自殺防治促進展開一項研究。所以我們邀請您同意接受（或法定代理人同意）為本研究計畫之主要受試對象，這是一項經由問卷訪問調查研究，只有同意參加者才需要接受問卷調查，請您花一點時間看完下列說明再決定是否參加。若您詳讀本研究的目的及進行方法與步驟及權益後，在填答問卷時仍有任何問題，我們願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。若您填答問卷時有任何一項題目讓您感到不舒服，您可以選擇拒絕回答。

本契約書以下各點敘述經由：

口述 筆述

一、本研究計畫背景：

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個案，主動提供篩檢服務，早期發現憂鬱症或有自殺風險之老人予以收案管理，依個案之需求轉介身心科門診、住院治療以及連結社區資源關懷老人，以降低老人自殺發生率及身亡，並提升老人自殺風險群個案之照護品質，期望從試辦經驗中檢討改進，發展老人自殺防治品質促進模式，未來能全面推廣於各機構及社區。研究成果可以幫助未來推動老人自殺防治之參考，因此您的參與對於本研究是非常重要的。

二、本臨床試驗目的：

本研究目的主要在探討及建立老人自殺風險個案管理模式，以提升醫療照護品質；預計收案人數為 1200 人，研究工具是以問卷調查為主，透過此問卷調查表我們可以進一步了解老人自殺風險個案管理模式，您提供的資訊在未來將給我們機會改善早期篩檢具有自殺風險之老人，並提供所需協助，減少老人自殺行為的發生；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，降低老人自殺率。

三、本臨床試驗主要納入與排除條件：

納入條件：(1) 六十五歲(含)以上之住院患者，(2) 意識清楚、注意力可持續力 30 分鐘、憂鬱症狀不至於干擾訪談與收集資料，視力、聽力與口語表達不妨礙溝通，(3) 無酒精或藥物依賴現象，(4) 願意參與本研究之樣本等條件。

排除條件：(1) 認知功能障礙、中重度失智或智能障礙者，(2) 精神分裂症或兩極性情感性精神疾患有躁症發作之個案，(3) 有物質成癮之患者，(4) 無法會談，(5) 注意力無法持續 30 分鐘者。

受試者同意書版本編號：Version 1.0 17-MAY-2012

請依核准版本執行



第2頁，共5頁

四、問卷內容說明：

本問卷內容主要包含六大部分，第一部分為基本資料、第二部分簡式健康量表共六題、第三部分簡短智力量表共十二題，第四部分生活品質量表共二十八題，以上四份問卷調查我們特別想了解您情緒、智能等的資訊，填答時間大約會花費您三十分。若您有情緒問題則需再填寫第五部分簡易老年憂鬱量表共十五題，及第六部分自殺評估量表共二十一題(問卷詳細內容如附件)，填答時間大約會花費您三十分。請選擇最適合您(過去一週狀況)的答案。後請您檢查是否每一題都已經作答，以讓本研究能更完整的進行分析與整理。

五、參與本臨床試驗可能發生之副作用、發生率及處理方法：

本研究僅為問卷調查，沒有任何侵入性措施，填答期間應該不會引發您的不適或任何副作用，但在填答問卷或因會談或詢問時間冗長，讓您身心感到不適，請隨時與主持人或研究人員聯絡、尋求說明或協助。您也可自由決定退出，我們將會尊重您的意願。

六、試驗進行中受試者之禁忌、限制與應配合之事項：

請您依照研究人員的說明進行回答或填寫，您的回答不會對您的權益產生任何影響也不需要特別準備或配合任何其他事項，所以填答過程中請您盡量放輕鬆，不要有任何壓力。

七、其他替代療法及說明：

本研究不涉及臨床醫療處置。

八、參與本試驗之預期效益：

藉由這個研究能夠了解，與您相同狀況患者的之身、心、行為問題，幫助醫療人員提供進一步必要的協助。

九、機密性

- 研究所獲得資料之使用或發表，將對受試者之隱私（例如：姓名、得以辨識受試者身分之照片等資料）絕對保密。
- 您提供的原始資料，僅限在(周兆平、廖素綉)資料庫中保管使用，不會連結到其他單位。如果別的單位或與社會大眾福祉有關的其它研究計畫需要使用您的資料，我們會再次徵詢您的同意，否則我們絕不會提供給他們。您的個人資料及隱私，會依我國相關法令獲得保障。

十、損害(補償)賠償與保險：

受試者同意書版本編號：Version 1.0 17-MAY-2012

請依核准版本執行



第3頁，共5頁

四、問卷內容說明：

本問卷內容主要包含六大部分，第一部分為基本資料、第二部分簡式健康量表共六題、第三部分簡短智力量表共十二題，第四部分生活品質量表共二十八題，以上四份問卷調查我們特別想了解您情緒、智能等的資訊，填答時間大約會花費您三十分。若您有情緒問題則需再填寫第五部分簡易老年憂鬱量表共十五題，及第六部分自殺評估量表共二十一題(問卷詳細內容如附件)，填答時間大約會花費您三十分。請選擇最適合您(過去一週狀況)的答案。後請您檢查是否每一題都已經作答，以讓本研究能更完整的進行分析與整理。

五、參與本臨床試驗可能發生之副作用、發生率及處理方法：

本研究僅為問卷調查，沒有任何侵入性措施，填答期間應該不會引發您的不適或任何副作用，但在填答問卷或因會談或詢問時間冗長，讓您身心感到不適，請隨時與主持人或研究人員聯絡、尋求說明或協助。您也可自由決定退出，我們將會尊重您的意願。

六、試驗進行中受試者之禁忌、限制與應配合之事項：

請您依照研究人員的說明進行回答或填寫，您的回答不會對您的權益產生任何影響也不需要特別準備或配合任何其他事項，所以填答過程中請您盡量放輕鬆，不要有任何壓力。

七、其他替代療法及說明：

本研究不涉及臨床醫療處置。

八、參與本試驗之預期效益：

藉由這個研究能夠了解，與您相同狀況患者的之身、心、行為問題，幫助醫療人員提供進一步必要的協助。

九、機密性

- 研究所獲得資料之使用或發表，將對受試者之隱私（例如：姓名、得以辨識受試者身分之照片等資料）絕對保密。
- 您提供的原始資料，僅限在(周兆平、廖素綉)資料庫中保管使用，不會連結到其他單位。如果別的單位或與社會大眾福祉有關的其它研究計畫需要使用您的資料，我們會再次徵詢您的同意，否則我們絕不會提供給他們。您的個人資料及隱私，會依我國相關法令獲得保障。

十、損害(補償)賠償與保險：

受試者同意書版本編號：Version 1.0 17-MAY-2012

請依核准版本執行



第3頁，共5頁

十三、簽名頁

本人（即試驗主持人周兆平、廖素綯）已詳細解釋有關本臨床試驗中研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益，並且已回答受試者針對本臨床試驗所提出的問題。

受試者同意書解說人簽名：_____

日期：_____年____月____日

試驗主持人／協同主持人簽名：_____

日期：_____年____月____日

受試者已詳細瞭解本臨床試驗的研究方法，以及其所可能產生的危險與利益；此外，針對本臨床試驗所提出的問題，試驗研究人員已經詳細予以解釋。

本人同意接受成為本臨床試驗計畫的自願受試者。

受試者簽名：_____

日期：_____年____月____日

法定代理人簽名：_____

日期：_____年____月____日

有同意權人簽名：_____

日期：_____年____月____日

見證人簽名：_____

日期：_____年____月____日



附錄三 第一階段篩檢量表

基本資料

1. 性別： (1)男性 (2)女性

2. 出生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 教育程度：

(1)自修識字（含國小成人識字班） (2)國小（含補校）

(3)初中（含國中及國中補校） (4)高中（含高職）

(5)大專以上

4. 您自覺目前的經濟狀況是？

(1)充裕 (2)尚可 (3)不足

5. 您目前的婚姻狀況是？

(1)從未結過婚 (2)已婚（喪偶） (3)曾經結婚（目前分居或離婚）

(4)未婚同居 (5)已婚同居

6. 您目前的經濟來源是？

(1)退休金 (2)儲蓄利息 (3)目前工作所得

(4)兒女奉養 (5)外人接濟（朋友、政府、慈善機構）

(6)其他（請說明）：_____

7. 您目前

(1)獨自一人 (2)配偶 (3)朋友 (4)子女 (5)親戚

(6)其他（請說明）：_____

8. 您自己認為過去一個月來您的健康狀況是？

(1)很不好 (2)不好 (3)好 (4)很好

謝謝您的撥冗配合

敬祝平安、健康！

㊣請確認問卷內容有無漏填或跳答之處

版本編號： Version 1.0 17-MAY-2012

請依核准版本執行



簡式健康量表 (BSRS)

請圈選最近一個星期（含今天），個案對下列各項目

造成困擾的嚴重程度（個案感受）

	不會	輕微	中等 程度	嚴重	非常 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

建議說明：

1. 1 至 5 題總分大於 6 分且「有無自殺想法」單項評分大於 1 分者，請轉介院內自殺防治管理中心（名稱可另訂），並照會精神科，視其照會結果，予以收案管理。
分以上時，建議轉介至精神科。
2. 1 至 5 題總分大於 15 分且「有無自殺想法」單項評分大於 1 分者，除照會精神科外，應立即收案管理，提供個案追蹤關懷服務。



財團法人臺灣基督教門諾會醫院

Mini-Mental Status Examination (MMSE)

病歷號：_____ 年齡：_____
姓 名：_____ 性別：□男 □女
床 號：_____ 保險：□自 □健

施測日期：____年____月____日 施測者：_____

總 分：_____

得分分數

測 驗 內 容

_____ 5 現在是民國____年____月____日，星期____，季節：__春、__夏、__秋、__冬

_____ 5 我們現在在____省____市____區____醫院____病房____樓____床

_____ 3 跟我唸下面的三樣東西，把它們記起來：□香蕉、□綠色、□腳踏車

_____ 5 計算題 100-7 系列：□93 □86 □79 □72 □65

_____ 3 你還記得剛剛唸的三樣東西嗎？(□香蕉、□綠色、□腳踏車)

_____ 2 拿出 □手錶 和□筆給病人看，請病人說出它們的名字

_____ 1 請跟著我唸：學生找老師、杯子放桌上、水倒掉了、無上下左右之分

台語：□紅茶烏龍茶都好喝 國語：□紅茶烏龍茶都好喝

_____ 3 下面三個步驟請在我說完後做一次

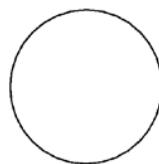
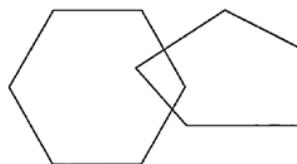
□用你的左手來拿這張紙 □再把紙放在地上 □把紙對摺一次

_____ 1 請你唸一次，並且跟著做一次：

閉上眼睛

_____ 1 請你隨便寫出一句話_____

_____ 1 請你照著下面的圖形，盡可能在旁邊畫一個一樣的圖形



_____ 請說明病人有否下列狀況：

1、不合作

5、意識不清楚

2、方言鄉音

6、其他，請說明_____

3、聽力不足

7、合作

4、視力不良



生活品質量表

生活品質量表

這份量表是要了解您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，如果您不滿意自己的健康，就在「不滿意」前的□內打「√」。請仔細閱讀每個題目，並評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。謝謝您的協助！

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？

極不好 不好 中等程度好 好 極好

2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？

完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要

5. 您享受生活嗎？

完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受

6. 您覺得自己的生命有意義嗎？

完全沒有 有一點 中等程度有 很有 極有

7. 您集中精神的能力有多好？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好有 極好

8. 在日常生活中，您感到安全嗎？

完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全

9. 您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）

完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？

完全沒有不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎？

完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

版本編號： Version 1.0 17-MAY-20120

請依核准版本執行



完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎?

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎?

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您滿意自己從事日常活動的能力嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您滿意醫療保健服務的方便程度嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎?

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎? (如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎?

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的飲食通常都能吃到嗎?

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有



附錄四 第二階段評估量表

簡易老年憂鬱量表(GDS-shortform) 總分: _____ 分

題目	得分	
	1	0
1. 您對目前的生活滿意嗎？	否	是
2. 您對日常生活或活動是否已不感興趣？	是	否
3. 您是否覺得生活空虛？	是	否
4. 您是否常感到無聊？	是	否
5. 您大部分時間都覺得精神很好？	否	是
6. 您是否會害怕不好的事情會發生在您的身上？	是	否
7. 您大部分的時間都會覺得很快樂嗎？	否	是
8. 您是否經常會感覺到很無助？	是	否
9. 您是否比較喜歡待在家裡而不願外出嘗試一些新的事物？	是	否
10. 您是否覺得記性比別人差？	是	否
11. 您是否認為活著是一件美好的事？	否	是
12. 您是否覺得自己很沒有價值？	是	否
13. 您是否覺得自己充滿活力？	否	是
14. 您是否覺得自己處境沒有希望？	是	否
15. 您是否覺得大部分的人都過得比你好？	是	否
計分：回答與下列答案相同者給一分		
1. 否 2. 是 3. 是 4. 是 5. 否 6. 是 7. 否 8. 是 9. 是 10. 是 11. 否 12. 是 13. 否 14. 是 15. 是		
結果：0-5 分是正常 5-9 分輕度憂鬱症 10-15 分重度憂鬱症		





中文版

測驗日期：_____

姓名：_____ 婚姻狀況：_____ 年齡：_____ 性別：_____
職業：_____ 教育程度：_____

作答說明：

請細心閱讀下列各組的句子。圈選各組中一句最能描述你過去一週，包括今天在內的感受。在做決定之前，要確實讀完所有題意。

第一部分：

1.0 我頗有強烈的求生意願。

- 1 我有薄弱的求生意願。
- 2 我沒有求生意願。

2.0 我沒有求死意願。

- 1 我有薄弱的求死意願。
- 2 我頗有強烈的求死意願。

3.0 我求生的理由勝過求死。

- 1 我求生或求死的理由約略相等。
- 2 我求死的理由強過求生。

4.0 我沒有自殺的欲望。

- 1 我有點想要自殺。
- 2 我頗有強烈的自殺欲望。

5.0 假如我發現自己生命受威脅，我會試圖求生。

- 1 假如我發現自己生命受威脅，我會讓生死聽天由命。
- 2 假如我發現自己生命受威脅，我不會採取避免死亡的必要步驟。

假如你在上面第 4 組和第 5 組都圈 0，就請跳過第二部分（第 6 組至 19 組的句子）直接圈選第 20 組。假如你在第 4 組或是第 5 組圈選的是 1 或 2，就請繼續選答第 6 組。

第一部分小計 _____

第二部分：

6.0 我有短暫自殺念頭，不過很快就過去了。

- 1 我有一段相當持續的時間想要自殺。
- 2 我長時間想要自殺。

7.0 我很少或祇偶爾想到自殺。

- 1 我時常想要自殺。
- 2 我持續地想要自殺。

8.0 我不接受自殺的觀念。

- 1 我既不接受亦不拒絕自殺的觀念。
- 2 我接受自殺的觀念。

9.0 我不會自殺。

- 1 我不確定自己不會自殺。
- 2 我無法不自殺。

10.0 因為我的家人、朋友、宗教，及自殺不成功可能帶來的傷害等等理由，我不會自殺。

- 1 因為我的家人、朋友、宗教，及自殺不成功可能帶來的傷害等等理由，自殺時，我有顧慮。
- 2 即使為了我的家人、朋友、宗教，及自殺不成功可能帶來的傷害等等理由，我仍不在乎自殺。

背面繼續作答

<p>11. 0 我想自殺的理由，主要在於影響他人，比如與人扯平、使人快樂些、使人注意到我等。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我想自殺的理由，不僅是針對影響他人，亦是表示解決我自己的問題。 2 我想要自殺的理由，主要在於逃避我自己的問題。 	<p>15. 0 我不想嘗試自殺。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我不確定會嘗試自殺。 2 我確定會嘗試自殺。
<p>12. 0 我沒有特定的自殺計畫。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我已考慮種種自殺的方法，但還沒有擬訂細節。 2 我有一套特殊的計劃，來殺死我自己。 	<p>16. 0 我沒有自殺的準備。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我做了些自殺的準備。 2 我即將結束或完成自殺的準備。
<p>13. 0 我沒有接觸自殺的方法或機會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我要使用的自殺方法很費時，實在沒有使用的良機。 2 我有接觸或預期接觸選用來自殺的方法。祇要有機會，我會使用它。 	<p>17. 0 我沒有寫下自殺的遺書。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我想過要寫下自殺的遺書或已著手去寫，但還沒有完成。 2 我已寫完自殺的遺書。
<p>14. 0 我沒有勇氣或能力自殺。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我不確定我有勇氣或能力自殺。 2 我有勇氣和能力自殺。 	<p>18. 0 我沒有做自殺事後的安排。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我想過做些自殺事後的安排。 2 我做了明確的自殺事後的安排。
	<p>19. 0 我沒有對人隱瞞想自殺的意向。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我對人隱瞞自殺的意向。 2 我曾試圖隱瞞、掩遮或撒謊自殺的意圖。

翻到第 20 組



<p>20. 0 我從未企圖自殺。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 我企圖自殺過一次。 2 我企圖自殺過二次或多次。 	<p>第二部分小計 _____ 總 分 _____</p>
<p>假如你曾經企圖自殺，請繼續做下一組題目。</p>	
<p>21. 0 上次企圖自殺，我想死的意願低。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 上次企圖自殺，我想死的意願中等。 2 上次企圖自殺，我想死的意願高。 	



中國行為科學社在台灣發行



THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company

本測驗由美國 The Psychological Corporation 授權中國行為科學社在台灣翻譯出版。

Copyright ©1991 by Aaron T. Beck. All rights reserved. 中文版 Copyright © 2000 by TPC, USA

版權所有・翻印必究 此份出版品的任一部分，若未取得出版者之書面同意，則均不可藉任何形式或方法（如電子的或機械的）加以重製或傳遞（包括影印、錄音或各種電腦資料儲存及提取系統）。

注意：本題本是以紫色與黑色雙色印刷，若您使用的題本不是雙色印刷，而是翻印的，則已違反著作權法。

附錄五 個案接案記錄單

<h3>個案工作接案紀錄</h3>		病歷號：出生年月日：
		姓 名：身分證字號：
		性 別：床號：
共 2 頁		
壹、基本資料		
入住時診斷：	入院日期：	_____ 年 _____ 月 _____ 日
開案日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日	結案日期：	_____ 年 _____ 月 _____ 日
主要聯絡者：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____		
聯絡地址：_____		
個案來源： <input type="checkbox"/> 社會局提供 <input type="checkbox"/> 社會福利機構轉介 _____	<input type="checkbox"/> 個案/家屬自行就醫	
<input type="checkbox"/> 醫療院所轉介 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
身份別： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民(_____)	<input type="checkbox"/> 中低收入戶(金額：_____)	<input type="checkbox"/> 低收入戶(金額：_____)
<input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 外國籍(國別：_____)	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
費用來源： <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 自給自足 <input type="checkbox"/> 退休俸或積蓄 <input type="checkbox"/> 政府補助 _____	<input type="checkbox"/> 本院社服醫療補助	
<input type="checkbox"/> 其他 _____		
貳、臨床評估及生活重大事件		
一、疾病史(含生活重大事件)		
參、家庭功能評估		
一、家系圖(描述三代、排行、年齡、職業、互動關係、有無重大生理疾病、共同居住關係與居住地)		

二、社會心理綜合評估

家庭成員對個案的照顧意願：佳 普通 不佳 無法評估

家庭對於醫療關係的合作程度：佳 普通 不佳 無法評估

家屬對於治療的期待：症狀改善 長期安置 日常功能復健治療 轉介長照單位

喘息服務 其他 _____

自我照顧能力評估：可自理 需外勞協助 需部份工時照服員協助 需全時照服員協助

家屬陪伴照護 其他 _____

社會互動關係：鄰居 社區團體 宗教團體 社區組織 公部門組織 醫療院所

部落團體 其他 _____

肆、社會支持系統評估

健保卡：有 無 其他：_____

重大傷病卡：有 _____ 無 本次入院協助辦理

身心障礙手冊：有 (程度：輕度中度重度極重度) 障別：_____ 無 本次入院協助辦理

愛心手鍊：有 無 本次入院協助辦理

社會保險：勞保 福保 農保 軍公教保 國保 商業保險 其他 _____

經濟狀況：無虞 需再評估 需協助

其他：_____

伍、處遇計畫

家屬態度問題：_____

醫療合作問題：_____

家庭經濟問題：_____

出院安置問題：_____

生活照顧問題：_____

社會資源問題：_____

社會工作團體：_____

家屬座談會：_____

出院準備服務：_____

其他：_____

個案管理師：_____ 填寫日期：____年____月____日

附錄六 個案電話追蹤表

個案電話追蹤表

診斷：_____

出院日期：____年____月____日

主要照顧者姓名：本人 其他 關係：_____

聯絡電話或手機：_____

出院單位： 7A 6A 6B 5A 5B

2A 急性病房 慢性病房 日間照護中心 精神護理之家

出院動態：

病歷號:_____	年齡:_____
姓 名:_____	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
床 號:_____	保險: <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 健

電訪 日期	受訪者/ 關係	其他	時間
內容： <input type="checkbox"/> 未接電話			
處遇建議：			
預計下次連絡日期：		紀錄人：	
電訪 日期	受訪者/ 關係	其他	時間
內容： <input type="checkbox"/> 未接電話			
處遇建議：			
預計下次連絡日期：		紀錄人：	
電訪 日期	受訪者/ 關係	其他	時間
內容： <input type="checkbox"/> 未接電話			
處遇建議：			
預計下次連絡日期：		紀錄人：	

第 頁

個案電話追蹤表(續)

電訪 日期	受訪者/ 關係	其他	時間
內容： <input type="checkbox"/> 未接電話			
處遇建議：			
預計下次連絡日期：		紀錄人：	
電訪 日期	受訪者/ 關係	其他	時間
內容： <input type="checkbox"/> 未接電話			
處遇建議：			
預計下次連絡日期：		紀錄人：	
電訪 日期	受訪者/ 關係	其他	時間
內容： <input type="checkbox"/> 未接電話			
處遇建議：			
預計下次連絡日期：		紀錄人：	

第 頁

醫療品質及病人安全

廣告

101-102 年度工作目標 HOSPITAL



1 提升用藥安全

- 提升病人及照護者安全用藥的能力
- 加強慢性疾病病人用藥安全
- 落實用藥過敏及不良反應史的傳遞
- 運用資訊提升用藥安全
- 加強高警訊藥品的使用安全

2 落實感染管制

- 落實手部衛生遵循性及正確性
- 落實抗生素使用管理機制
- 落實組合式照護(bundle care)的概念，降低醫療照護相關感染

3 提升手術安全

- 落實手術辨識流程及安全查核作業
- 避免手術過程中造成的傷害
- 提升麻醉照護品質
- 建立適當機制，檢討不必要之手術
- 落實手術儀器設備檢測作業

4 預防病人跌倒及降低傷害程度

- 落實執行跌倒風險評估及防範措施，尤其是特定族群如兒童、老人…等
- 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度
- 跌倒後檢視及調整照護計畫

5 落實病人安全異常事件管理

- 營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統
- 對異常事件進行分析
- 營造正向病安文化，建立異常事件相關人員支持系統

6 提升醫療照護人員間的有效溝通

- 落實交接班資訊傳遞之完整與及時性
- 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序
- 落實醫療照護人員間醫囑或訊息傳遞的正確性
- 落實檢驗、檢查、病理報告之危急值或其他重要結果及時通知與處理
- 加強團隊溝通技能

7 鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

- 鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係
- 提供民眾多元參與管道
- 鼓勵民眾通報所關心的病人安全問題
- 主動提供病人醫療安全相關資訊

8 提升管路安全

- 落實管路使用之評估及照護
- 提升管路置放安全及減少相關傷害
- 加強團隊合作，提供整合性照護

9 強化醫院火災預防與應變

- 加強防火設施(備)及管理
- 制訂全院及各單位之火災緊急應變計畫
- 落實人員防火教育及火警應變訓練

10 加強住院病人自殺防治

- 加強環境安全
- 建立住院病人自殺風險評估機制
- 提供自殺高風險個案之個別化照護、溝通與支持
- 建立照護及轉介機制



行政院衛生署 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會



活著就有希望～

讓我們一起伸出希望之手，協助身旁的親友...

情感問題、經濟問題、債務問題
有時候發現活著真的好累～
對於生命似乎感覺不到希望...
如果是我，我該怎麼做？！
如果是我的親友，我可以如何協助他？！
請問，有誰可以幫助我們？？？

諮詢服務專線請洽

門諾醫院壽豐分院精神科社工組

電話：03-8664600轉2109、2110、2115、2116

想要自殺的人可能有哪些行為表現：

- 1、常常用明示或暗示的方式表達自殺之想法。
- 2、說話的時候常常出現絕望感或認為自己沒有存在的價值。
- 3、將自己喜歡的東西送人，或交代重要的事情。
- 4、對於以前認為有興趣的事物失去了興趣。
- 5、個性突然轉變。（原本活潑突然轉變為沉默不語）
- 6、情緒轉變很大，一下開心，一下悲傷難過。
- 7、睡眠及飲食習慣開始有所改變。



我可以如何幫助自己？？？

- 1、尋求幫助：找專業人員或家人朋友傾訴，嘗試說出來。
- 2、嘗試用不同的角度看問題：轉個念或許結果會不一樣。



自殺求助專線

- 1、安心專線：0800-788-995
- 2、生命線：1995（請救救我）
- 3、心理衛生中心：038351885
- 4、學生諮商輔導中心：038532774



我可以如何協助有自殺意念的親友～

- 1、判斷自殺的危險程度：是否有立即自殺的危險。
- 2、傾聽他的煩惱與問題，試著了解想自殺的原因。
- 3、保持冷靜、以自然的態度，給予正向的回應及情緒支持。
- 4、尊重及接納他的感受及想法。
- 5、肯定他是有價值的，陪他一起找到希望。
- 6、不要協助隱瞞他的自殺意念。
- 7、不公開討論事件的內容。
- 8、鼓勵他尋求專業人員的協助。

小叮嚀：

- 1、不要輕忽一個人想要自殺的想法，應抱持著謹慎的態度面對。
- 2、自殺不是突然發生的，仔細觀察是可以預防的。
- 3、情緒困擾、睡眠障礙、自殺意念...等，皆可至身心科諮詢。

附錄八 憂鬱症及自殺防治衛教單張



活著就有希望～*

讓我們一起伸出希望之手，協助身旁的親友……

情感問題、經濟問題、債務問題

有時候發現活著真的好累~

對於生命似乎感覺不到希望……

如果是我，我該怎麼做？！

如果是我的親友，我可以如何協助他？！

請問，有誰可以幫助我們？？？

諮詢服務專線

請洽本院身心科社工組

電話：03-8664600 轉 2109、2110、2115、2116

想要自殺的人可能有哪些行為表現：

- 1、常常用明示或暗示的方式表達自殺之想法。
- 2、說話的時候常常出現絕望感或認為自己沒有存在的價值。
- 3、將自己喜歡的東西送人，或交代重要的事情。
- 4、對於以前認為有興趣的事物失去了興趣。
- 5、個性突然轉變。(原本活潑突然轉變為沉默不語)
- 6、情緒轉變很大，一下開心，一下悲傷難過。
- 7、睡眠及飲食習慣開始有所改變。
- 8、開始出現危險的行為及動作。(站在高處往下看、買木炭)

我可以如何幫助自己？？？

- 1、尋求幫助：找專業人員或家人朋友傾訴，嘗試說出來。
- 2、嘗試用不同的角度看問題：轉個念或許結果會不一樣。
- 3、找到適合的情緒紓壓方法：運動、散心、聽音樂……等。
- 4、以正向的態度面對生活：嘗試保持樂觀及輕鬆的心情。

自殺求助專線

- 1、安心專線：0800-788-995
- 2、生命線：1995(請救救我)
- 3、心理衛生中心：038351885
- 4、學生諮商輔導中心：038532774
- 5、各大醫療院所身心科

我可以如何協助有自殺意念的親友～

- 1、判斷自殺的危險程度：是否有立即自殺的危險。
- 2、傾聽他的煩惱與問題，試著了解想自殺的原因。
- 3、保持冷靜、以自然的態度，給予正向的回應及情緒支持。
- 4、尊重及接納他的感受及想法。
- 5、肯定他是有價值的，陪他一起找到希望。
- 6、不要協助隱瞞他的自殺意念。
- 7、不公開討論事件的內容。
- 8、鼓勵他尋求專業人員的協助。(身心科、輔導室……等)

小叮嚀：

- 1、不要輕忽一個人想要自殺的想法，應抱持著謹慎的態度面對。
- 2、自殺不是突然發生的，仔細觀察是可以預防的。
- 3、情緒困擾、睡眠障礙、自殺意念……等，皆可至身心科諮詢。



臺灣基督教門諾會醫療財團法人
～門諾醫院身心科 關心您～

關懷處於自殺危機的人

關懷與鼓勵
關心並與他保持密切的聯繫，鼓勵當事人多與他人建立關係，並將自己所面臨的問題與他人討論，積極且正面地鼓勵當事人喜樂地面對人生。

聯繫與支持
與當事人家屬、同事、或較為親近的他人，保持良好的聯繫，以組成一個關心與支持的網絡。

安全的環境
留意當事人生活週遭之危險物品，例如：刀子、安眠藥...等，儘量安排他居住在一個安全的環境。

專業輔導的協助
可請當事人至專業的輔導單位，例如：生命線、張老師、心理衛生中心等尋求協助。

醫療藥物的治療
由於有一些自殺者是具有精神疾病困擾，如憂鬱症、躁鬱症，因此若當事人自我控制不好時，可建議他及早就醫治療。

■ 自殺危險程度之評估
我們除了要瞭解上述的自殺警訊之外，我們也應該具備評估自殺危險程度高低的能力，以免因錯誤的判斷而引發難以彌補的遺憾。

判斷項目	危險程度 低	中	高
自殺計劃	模糊、無特別的計劃	有特定計劃	有完整的計劃並清楚的訂出時間地點
自殺方式的致命性	較低 如：服藥丸、割腕	中度：如藥物、酒精、一氧化碳、撞車	方法較具致命性，如：手槍、上吊、跳樓
是否表達自殺意圖	直接表達	直接表達並闡述其自殺的目的	不直接或根本不表達
環境的壓力	低	中	大
情緒	輕度憂鬱現象	中度情緒低落 活動量低、常感到孤獨	感到悲傷 無希望
生活型態	尚有穩定的人際關係，仍可維持一般的正常生活	飲食睡眠受到影響、有藥物濫用及衝突性的自殘行為	人際關係淡漠，日常生活廣泛地受到影響
健康狀態	無特別的健康問題	有突發或短暫的生理或精神疾病	急性的大病、慢性或衰退性的疾病

生死難以承受之重

壽豐分院 03-8664653
花蓮縣衛生局 關心您
社區心理衛生中心
諮詢電話：03-8351885
24小時安心專線：0800-788995
臺灣基督教門諾會暨全財團法人門諾醫院壽豐分院

行為
以經由週遭人士的協助而避免的
研究大部分的自殺個案均有自殺念頭的暗
示此自殺行為是可以預防的，若週遭的親朋
能及早發現，而給予適當的關懷與照顧，即
致地降低自殺成功的機率。

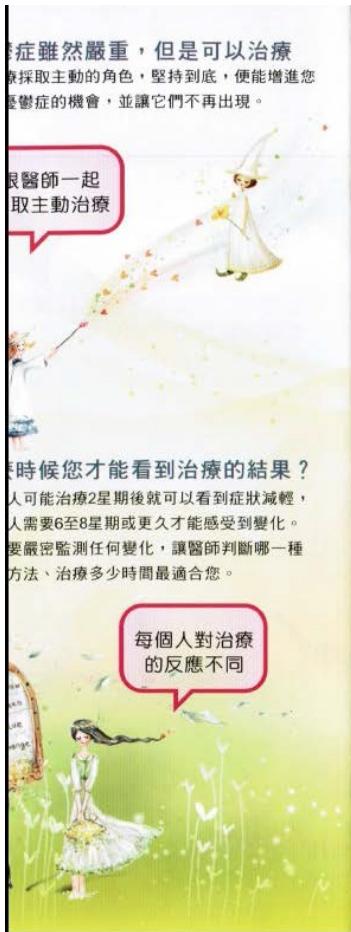
絕大 多數的自殺者在自殺之前或多或少會表現出一些線索，當週遭的人有下列的現象時，可能正處於危機當中，我們可以加以關懷與注意並適時地轉介至專業的相關機構。

■ 語言上的線索
藉由語言、文章、日記...等，表現出想死的念頭，談話的內容常以死亡為主要話題。

■ 行為上的線索
突然的、明顯的行為改變，如：由開朗變成退縮；突然增加藥品或酒精的濫用；放棄個人的財產，或做事先的分配；如：立遺囑、將心愛的東西分送他人。

■ 環境上的線索
重要人際關係的結束，或從社交圈中退縮下來。如：親人死亡、與好朋友吵架、分手...等；生活發生重大的變動，如：財務困難、工作不順，而產生對環境的適應不良。

■ 外表上的線索
睡眠與飲食狀況變得紊亂；表情淡漠、注意力不集中、情緒不穩定及有憂鬱的徵兆。



■ 副作用會持續多久？

副作用在治療初期就會逐漸消失，抗憂鬱藥物通常需服用幾星期後才開始發揮作用，同時您的情緒和行為將有些正面的反應。

抗憂鬱藥物治療的結果會因人而異，但是能讓您重新找回原來自己的感覺，最好方法就是依照醫師的指示每天服藥。

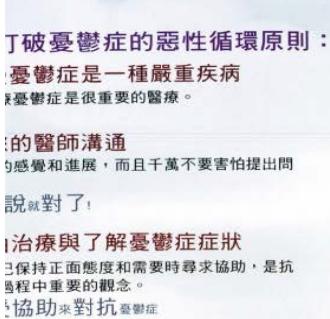
■ 不要讓副作用成為您成功的絆腳石

- * 將您可能出現的任何副作用都記錄下來。
- * 將您的副作用告知您的醫師，他可能有辦法幫助您處理副作用。
- * 有些副作用可能會隨著身體對藥物的適應而逐漸減輕。
- * 停藥或減藥前都必須先和您的醫師討論。

本縣設有身心專科之醫療院所諮詢電話：

- | |
|---|
| 1.佛教慈濟綜合醫院精神醫學部：
03-856-1825 分機3153（精神科門診）
03-856-1825 分機3354（精神健康諮詢專線） |
| 2.行政院衛生署花蓮醫院：03-835-8141 |
| 3.國軍花蓮總醫院：03-826-3151 |
| 4.鳳林榮民醫院：03-876-3331 |
| 5.玉里榮民醫院：03-888-3141 |
| 6.行政院衛生署玉里醫院：03-888-6141 |
| 7.門諾醫院：03-824-1234、門諾醫院壽豐分院：03-866-4648 |
| 8.同心診所：03-856-7803 |
| 9.中山身心診所：03-831-5589 |
| 10.福田耳鼻喉科診所：03-857-7823 |

{憂鬱症治療}



憂鬱症、抗憂鬱藥物治療有關的訊息

- 憂鬱症可能是化學不平衡所造成
腦內化學物質不平衡可能造成憂鬱症
血清素和正腎上腺素能幫助調節情緒
- 每個人對治療的反應不同
有些人治療幾星期就開始有改善，有些人會有副作用。
- 如果治療不正確，憂鬱症還會再出現
要達到症狀完全消失的目標，才能確保憂鬱症不會再復發。
- 沟通是關鍵
和您的醫師及親友敞開心胸溝通，一起擺開憂鬱症陰影，讓醫師及親友成為支持您的力量。

■ 不就診「自行服藥」，自欺欺人
逃避或喝酒消愁，甚至不就診而自行服藥都只會讓您更無法達到您預期的目標。

■ 治療
與醫師並肩作戰，遵照處方服用抗憂鬱藥物打敗憂鬱症。

■ 您可以打破憂鬱症的惡性循環，
並重新找回自己的感覺
與醫師並肩作戰，保持正面迎擊的態度，您便有可能停止憂鬱症狀，重拾您的生活。



良好的睡眠習慣

時間增加或減少只是憂鬱症的一種症狀，幾個簡單步驟就能養成良好的睡眠習慣。

律的就寢與起床時間
完全排除咖啡因的攝取量
樂、咖啡或茶中的咖啡因含量。
的房間中睡覺
床上閱讀、看電視或工作
避免進行激烈運動

進入深層睡眠前可使用深呼吸節奏
深度緩慢地呼吸，幫助入睡

整呼吸節奏

3-8-6數字，用3秒鐘吸氣，然後閉氣8秒再用、用此法循環6次後，就能逐漸感受到平靜。

3秒鐘吸氣
閉氣8秒
3秒鐘吐氣
循環6次

深度肌肉放鬆法

採取舒適的坐姿或臥姿

肌肉收縮運動 收緊 摧住 放鬆

重複做肌肉收縮運動，閉上眼睛做緩慢深呼吸持續10次，在心中檢查自己身體，若發現任何地方緊繃，可以故意收緊該部位肌肉，維持緊繃幾秒鐘後再放鬆，重複3次。

想像每一時肌肉都非常溫暖，想像自己在做日光浴，愈溫暖就愈能消除緊張，與達到肌肉放鬆。

※輕鬆減壓後還需要配合心理醫療與藥物治療

諮詢服務專線

單位名稱	電話
行政院衛生署24小時安心專線	0800-788-995(0800-諮詢熱-救熱)
花蓮縣衛生局	03-8233251
花蓮縣社區心理衛生中心	03-8351885
花蓮縣生命線協會	1995 (要救救我)

臺灣社會救濟基金會花蓮分會
壽豐分院 03-8664653

遠離憂鬱

輕鬆減壓

花蓮縣衛生局 關心您
社區心理衛生中心
諮詢電話：03-8351885
24小時安心專線：0800-788995

時刻刻輕鬆減壓

身體作息方面

- 出去曬曬太陽，陽光是不可或缺的
- 一些事情做，轉移注意力，例如散步、棋、騎腳踏車及閱讀等
- 養個小寵物（小貓、小狗）
- 塗鴉、寫字或畫畫來抒發感受
- 遠離百貨公司，避免不理性的購物
- 運動有助於克服憂鬱症
- 用音樂來放鬆
- 找朋友傾訴

飲食方面習慣

- 避免以吃東西來抵抗憂鬱
- 營養能控制情緒，維他命B群可以幫助抵抗憂鬱
- 均衡飲食，不當減肥容易引起憂鬱症
- 多吃蔬果、多吃魚不要暴飲暴食
- 花茶、熱牛奶可以安定神經、紓解壓力
- 攝取正確的碳水化合物（如穀類、全麥食品）
- 泡澡及適當的按摩，讓循環暢通身心放鬆

思想心靈方面

- 建立正面思考模式
(改變認知，凡事往好的方面去想)
- 直接問清楚懷疑的事情，不要放在心裡面
- 面對過去的創傷，從記憶中尋找快樂
- 憂鬱時避免做重大決定，以免決策錯誤使憂鬱更嚴重
- 大哭一場，盡情流淚與放聲大笑，讓心情愉快
- 做馬上有成就感的事
- 放鬆自己，慢下脚步

壓力的傷害

情緒產生壓力荷爾蒙，引起血壓上升、心跳加速，並直接傷害到的器官包括大腦及心臟，能引起頭痛、頭暈、心悸、胃痛、腹瀉、便秘、頻尿、過敏、倦怠、失眠等症狀。

的重要性
治療是控制及治療疾病，能病情明顯好轉，並恢復正常日常生活。

去除憂鬱情緒 讓病情好轉

症的復原過程並不一定非常順
症狀減輕之後，仍可能出現時好時壞的現象

治療計劃會因人而異 與醫師合作不要著急！

患者每天進行記錄或家庭成員幫忙
因身心狀況無法檢視自己的症狀時，請親錄。

一個你能夠放心和他進行討論的
討論敏感問題，如家庭瑣事甚至配偶的性。

- 看診前，先寫下要討論的事
看診時，要做筆記。**
- 治療過程須知**
每天記錄患者情緒狀況，或在就診及預約掛號前將問題先寫下來，幫助進行討論。
- 家人要為憂鬱症患者營造一個充滿關心與支持的環境**
希望患者的症狀能夠立即解除是很自然的心態，但要瞭解患者有自己的進展速度。
- 不要掉入憂鬱情緒中**
設法不要讓自己或家中的憂鬱症患者陷入失望負面的情緒中。
- 嘗試治療的過程可能要花一點時間**
如果數週後症狀未改變或出現惡化，應和醫師深入的討論。有些患者需嘗試一種以上的治療方式。
- 憂鬱症中的絕望感會使患者認為看醫師或服藥是沒用的**
您應該盡力協助憂鬱症患者遵循醫師的指示。
- 盡量以正常的方式對待患者**
不要裝沒事的樣子，患者不要你否定他(她)得憂鬱症。
- 治療的過程要與患者堅持下去**
治療過程需要時間，但卻能帶來更健康、快樂的生活。
- 諮詢專線**
用心語醫 伸出援手-如果您覺得壓力無法形容或憂鬱症讓您打下列服務專線：
1.行政院衛生署安心專線：0800-788-995
(24小時免付費電話)
2.生命線：1995(要救救我-24小時全台簡接)
3.張老師：1980(依舊幫你-24小時全台簡接)
4.花蓮縣社區心理衛生中心：03-835-1885

憂鬱症 親友須知

豐分院 03-8664653
臺灣基層精神衛生服務團法人門諾醫院壽豐分院
花蓮縣衛生局 關心您
社區心理衛生中心
諮詢電話：03-8351885
24小時安心專線：0800-788995

必須要做的事

這個人已罹患疾病，而且治療為首要之務。

憂鬱症的症狀會改變一個人的

患者可能無法控制自己的行為

患者常會出現負面的想法
凡事都看不順眼或感覺沒希望，隨時有挫折

怎樣都不順

瑣事必須調整

務標準，讓子女多分擔家務瑣事。

簡單三餐讓自己減輕工作

家人將度過一段緊張的時間

壓力升高，有人疲倦或容易短暫地發脾氣並外，記得多花點時間關心自己。

有建設性的因應方法

多花一點時間陪您所愛的人一起活動
增加正面接觸的方式也不錯

輕拍或輕鬆的擁抱，表達真誠的關心多陪陪家人。

注意改善聆聽的技巧
整理對方說的重點，確定彼此都瞭解討論的內容。
聆聽是溝通的開始

盡量一起共同設法解決所有問題

養成對家人表達關心與感激的習慣
隨時對家人表示讚美，並注意他(她)們的「優點」

家庭成員對患者應該避免做的事

不要排擠患者

請不要將憂鬱症患者自家庭的事務或討論活動中排除

請不要挑剔或責怪患者的行為

請不要老是叫憂鬱症患者「重新振作起來」

請不要幫憂鬱症患者做每一件事情
不要否定患者。應該試著讓他完成自己的工作。

- 請不要害怕提出問題尋求協助
- 請不要讓患者在罹患憂鬱症時做出任何重大的生活決定
(如離婚或結婚、換工作或是搬新家)，能避免就儘量避免
- 請不要在憂鬱症的恢復過程中繼續維持患者的壞習慣
患者對生活中的改變感到滿意時，或許會認為是戒除其他不健康習慣的好機會。

如何面對小孩？

兒童對父母間互動狀況極為敏感
兒童可能會把事情想像的比實際還嚴重，甚至認為是他的錯
孩子會擔心父母

向小孩解釋到底發生了什麼事
直接和小孩討論此疾病，或讓好友或家屬來告訴小孩。

如果小孩年紀夠大，請幫助他(她)認識憂鬱症
讓小孩表達他的想法，並提出和憂鬱症有關的問題。
親友一起攜手共渡難關讓親情更緊密。



治療的自我照護

藥物治療的初期，部分人會感到些許不適。請下列方法，即可獲得初步改善：

1、嘔吐、腹瀉
後服藥可降低腸胃方面之不適，喝溫開水或吃蘇打也有所幫助。

2、清水漱口，口含冰塊或嚼口香糖的方法減少口乾，並使用護唇膏以保持嘴唇濕潤。

3、喝水6-8杯，並保持每天運動，多攝取綠色蔬菜、豆、麥麩等高纖食物，必要時依醫師處方服用軟便劑。

4、慢漸進方式改變姿勢，起床時可先坐於床緣，雙腳五分鐘後再站起來。

5、調整至睡前服用，駕駛汽車或其他交通工具須特別留意，增加休息時間。

6、適的狀況，可於下次就診時提出，並與醫師討論。

家人的協助非常重要

常可觀察到病人社交退縮的表現或放棄平日喜愛活動。某些患者對性生活的興趣或慾望明顯減少，代表病人懶惰或感情出現變化，可能是症狀發作。

憂鬱症的正確觀念

症是一種普遍的疾病，應給予親人正常的尊重。建立良好的溝通，就診時，正確的描述親人生活作息及提出問題。病人持續接受治療。

親人按時服藥及按時就診，並給予支持及鼓勵。

治療憂鬱症的小常識

Q 要治療多久才會好？

A 通常憂鬱症的治療在數星期內就可得到一定的改善，如果有持續與醫師配合治療及定期回診，並按時服藥，半年內應可達到最佳治療效果。但由於憂鬱症停藥後可能會復發，故一般建議至少要持續治療一年。

Q 我覺得好多了，可不可以自己減藥停藥？

A 如果想減藥停藥，請務必先與你的醫師討論：如果停藥後有復發跡象，就應趕快回去就診。

Q 治療中可以吃中藥嗎？

A 中藥種類很多，為避免藥物互相影響，如果治療中要合併服用中藥，務必與您的醫師討論。

Q 聽說吃西藥都會傷肝傷腎，有沒有這回事？

A 西藥在上市之前都有做過安全性的試驗，如果擔心影響健康，請就自己的實際身體狀況與您的醫師討論。

壽豐分院 03-8664653

臺灣基督教門徒會醫療財團法人臺灣基督長老教會

更多資訊，請參考以下網站

台灣憂鬱症防治協會 <http://www.depression.org.tw>

鬱挫愈勇—解開心中千千結 <http://health.chinatimes.com/blog/blue>

內容諮詢：



Lilly

20-11-004 Feb

鬱挫愈勇

解開心中千千結

認識憂鬱症

憂鬱症，是「一種被陰霾般的低潮情緒籠罩的生理疾病，宛如織網般地難以揮去，而不是一種短暫可消失的情緒低沈」。

可能嚴重擾亂您的生活，影響您的胃口、睡眠、工作及人際關係。

憂鬱症的情緒症狀



憂鬱症常見的焦慮症狀



憂鬱症的身體症狀

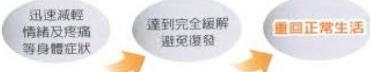


憂鬱症常見的疼痛症狀



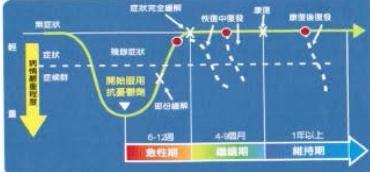
有上述的症狀，且持續兩週以上，請向醫師諮詢；若腦中出現自殺意願，請立即就醫！

憂鬱症的治療目標¹



1. U.S. Agency for Health Care Policy and Research. Depression in Primary Care. Vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville, MD: 1993.

憂鬱症的治療期



急性期 急性期是最初的治療階段，這一時期的治療目標是要減輕症狀，並嘗試達到緩解。

緩解期 在繼續期症狀已經緩解，但是病患還沒完全康復。這一時期主要的治療目標是維持症狀緩解，次要目標是預防復發，如果復發則加以處理。

維持期 維持期適用於有高度復發風險高的病患。對這些病患來說，主要的治療目標就是預防復發。

照顧失智症老人

“有撇步”

作者：文/韋淑玲（門諾醫院副院長）

您是否在照顧家中失智的老人時，感到內外煎熬卻無處發洩？是否在無語問蒼天一陣混亂後，卻得依舊牽著他（她）的手輕聲細語？是否其他親屬皆不甚了解何為「老人失智症」時，您早已肩挑了太多負擔卻無人支持與體諒？



失智症不會影響一個人感受愛或歡愉的能力。不論患者的記憶變得多差，行為多奇怪，他仍然是獨一無二的一個「人」，我們也有能力繼續愛這個人。雖然到目前為止還沒有方法可以治好所有的失智症，但重要的是，有許多的方法能使患者以及家人的生活輕鬆愉快些。

建立患者原有的生活方式

不要隨意更換其生活環境，保持熟悉的擺設及生活常規，以避免患者因記憶衰退產生混亂不安，或隨之帶來的挫折。

協助患者發揮最佳的現存能力

儘量提供其有興趣的活動或簡單的工作，如此可加強患者的尊嚴，且可避免認知及社交能力的退化。

注意安全的重要

患者因記憶、認知、體能的退化或精神症狀的干擾，常有誤食、跌倒、走失或暴力言語及行為出現。所以在環境上要有清楚的標示或圖示，浴廁要有扶手及止滑墊，夜裡留一盞小燈，藥品要安全置放，若外出要讓患者配戴有家屬聯絡資料的卡片。當患者因精神症狀不安時，不要與其爭執，適時轉移是很有效的。



維持良好的溝通

因為疾病的進展，照護者與患者之間有愈來愈難以溝通的情形。建議經常確定患者聽覺及視覺狀況並調整溝通的方式，注意患者的非身體語言。當您與患者談話時，速度要放慢且面對面，避免其因看不到你的臉而有妄想出現。另外如果你與失智老人已建立關係，輕拍或擁抱都會使他們有被愛的感覺，若關係未建立則不建議，以免引起不當的連想產生問題行為。

日常生活之提醒

吃飯：

患者常會忘了是否進食或如何使用餐具，也可能因症狀而逐漸喪失冷、熱的感覺，或出現吞嚥問題；有些患者會因被害妄想而拒食。建議儘量於固定時間給患者用餐，並由其熟悉的家人提供協助。若有吞嚥困難要將食物切成小塊，固體及流質勿混著吃避免嗆到，必要時需以管路灌食。

穿衣：

患者常會忘了如何穿脫或隨天氣調整衣服，最好的方式是先替他搭配好衣服，再讓他一件件穿上，避免鈕扣多的衣服以黏貼式較佳，並選擇止滑、塑膠鞋底的鞋子。

如廁：

患者可能會不知道何時上廁所及廁所在哪裡，而有隨處大、小便的情形。所以設計一個上廁所的時間表來提醒，並在廁所門上以大字體、圖示及以顯著顏色的門來標示是很重要的，另晚上睡覺前限制飲水量及在床旁準備便盆及尿壺也可幫助患者建立如廁的規律性。

睡眠：

許多患者都有睡眠困擾的問題，晚上更顯焦躁不安。建議白天讓患者多走路或活動，睡前可以幫他的腳泡泡溫水，放其喜歡的音樂；避免環境的吵雜等，都可以幫助他入睡。

常見行為問題之處理

重複問話或行為：

將患者經常發問的問題，想出一個較好的回答方式，當其有重複行為時，引導其看、聽或作其它事，一般很容易分散患者注意力。

依賴行為：

患者會出現緊跟照護者不放的依賴行為，甚至影響照護者的隱私。所以當你必需離開時可以提供一些簡單的事給他作，分散注意力，或臨時請人看護。

指控偷竊：

主要是因患者記憶力不好或沒有安全感造成，不必與其爭辯。建議到患者最喜歡藏東西之處或垃圾桶找找看，記得要將重要東西置成備份。

暴力或攻擊行為：

主要是因患者的精神症狀所引起。此時除了以溫和、冷靜的態度面對外可以嘗試找出不適當行為的原因，必要時需求助精神科醫師。

幻覺及妄想：

退化性失智症患者經常會產生，所以患者因害怕會自我保護躲起來，也有哭泣或罵人的情形。建議握住他的手用輕柔的語調安慰他或並嘗試帶開情境或轉移注意力。必要時需求助精神科醫師。

以上都是一些有關照護失智患者重點，在這裡也要特別提醒照顧者，您也是需要被關心的，有時也許因為自己的疲憊對患者口氣不好，說句「對不起」往往就雨過天晴了，由於患者健忘，往往會比您早忘了這件事。當您覺得孤單、困惑、憤怒或哀傷時，請找親友或專家分享您的問題，了解自己的極限，留一些時間給自己，沒有人應該是孤獨的，記住您是很重要的。

附錄九 自殺防制工作手冊



附錄十 服務結案紀錄單

財團法人臺灣基督教門諾會醫院 服務結案紀錄單

病歷號: _____	年齡: _____
姓 名: _____	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
床 號: _____	保險: <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 健

年齡: _____ 歲
診斷: _____
住院天數: _____ 天
主要照顧者: 本人 其他 關係: _____

結案原由:

- 已持續規則門診 3 次以上
轉相關機構持續長期照顧
再次入院
無法聯繫 3 次以上
死亡 原因: _____
其他: _____

補充說明:

電訪次數: 次		電訪時間統計:
其 他 服 務		
社會資源轉介	其他事項	
<input type="checkbox"/> 資源連結	<input type="checkbox"/> e-mail 來往	封
<input type="checkbox"/> 服務諮詢	<input type="checkbox"/> 傳真來往	通
<input type="checkbox"/> 個案轉介	<input type="checkbox"/> 郵寄信件來往	封
<input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 其他通訊來往	共 次
說明	說明:	
總次數:	總次數:	

結案日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

個案管理師: _____

附錄十一 教育課程講義(99)