

自殺防治人員工作手冊

-政府機關網絡

(修訂版)

指導單位：衛生福利部

編製單位：全國自殺防治中心

中華民國 100 年 5 月

目錄

	頁碼
前言	2
目的	2
壹、自殺防治的重要性	3
貳、臺灣自殺問題概況	3
參、全國自殺防治策略	4
肆、高危險族群的辨識及相關影響因素	5
伍、珍愛生命守門人與心情溫度計	7
一、守門人三步驟:一問二應三轉介	7
二、善用心情溫度計	10
陸、自殺防治網絡轉介自殺風險個案處遇	11
一、自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程	11
二、衛生主責機關-衛生局	16
三、政府機關各相關網絡注意事項	19
柒、工作人員的心理健康—壓力與情緒管理	20
捌、常見自殺防治問題 Q&A	22
玖、資源連結	26
附錄：	
一、醫院急診處理自殺未遂個案流程	28
二、安心專線轉介處理流程	29
<u>圖表清單</u>	
圖一:1994-2009 台灣自殺死亡人數/率	3
圖二:自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程	12
圖三:自殺防治通報系統通報後關懷作業流程	18
表 1:高風險個案轉介單	14
表 2:自殺高風險個案轉介處理回覆單	15
表 3:自殺防治通報關懷單	17

前言

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，然而自殺之危險因子，包含之範圍廣布於個案之精神病理、性格特質、社會心理以及經濟文化等多重因素，具有快速變動與不易測度的特質，致使自殺防範成為複雜而艱鉅的任務。依據世界衛生組織的報告預測，在西元 2020 年時，全球十大死因當中，自殺將排名第九位。根據行政院衛生署所公布歷年死亡原因統計資料，自西元 1997 年起，自殺已連續 13 年進入國人十大死因之列，自殺死亡率則每年均維持在每十萬人口 10 人以上。自西元 1993 年至 2006 年，自殺死亡率逐年上升，並於西元 2006 年達到高峰，每十萬人口自殺死亡率達 19.3 人，自殺死亡人數為西元 1993 年 1,301 人的三倍之多，全國性之自殺防治工作刻不容緩。

為有效降低國人自殺死亡率，我國自殺防治策略之擬定方向為：全面性、選擇性與指標性三大向度作為主軸，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，持續推廣「珍愛生命、希望無限」之基本信念，藉由正確的自殺防治觀念宣導，以提升國人對自殺問題的重視與關懷，並促進社會大眾的心理健康。

自殺防治工作絕非單一專業或是單一部會可以獨力完成，面對新世紀的自殺防治議題，除了心理衛生與精神醫療專業團體外，更應積極結合政府與民間社會福利與社會安全相關資源與機構，落實「自殺防治、人人有責」的概念，推動民眾與專業團隊的教育訓練，共同提昇國民心理健康的品質。自殺防治工作需要政府與民間的共同參與，策略的制定與宣導應涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將有利於政策的推行，期望藉由全國民眾的共同努力，結合不同專業力量的積極投入，落實「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標。展望未來，期待能由過去以問題解決為出發點之論述，提升至正向而光明，不分彼此，促進社會和諧及身心健康之人道關懷精神之落實，逐步化解本位主義之藩籬，達成「人人都是珍愛生命守門人」的境界。

目的

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，行政院衛生署爰訂定「自殺風險個案危機處理注意事項」（於 2010 年 10 月 14 日頒訂），中心據以編製成本政府機關網絡之自殺防治工作人員手冊，供各縣市衛生局與各領域政府機關參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

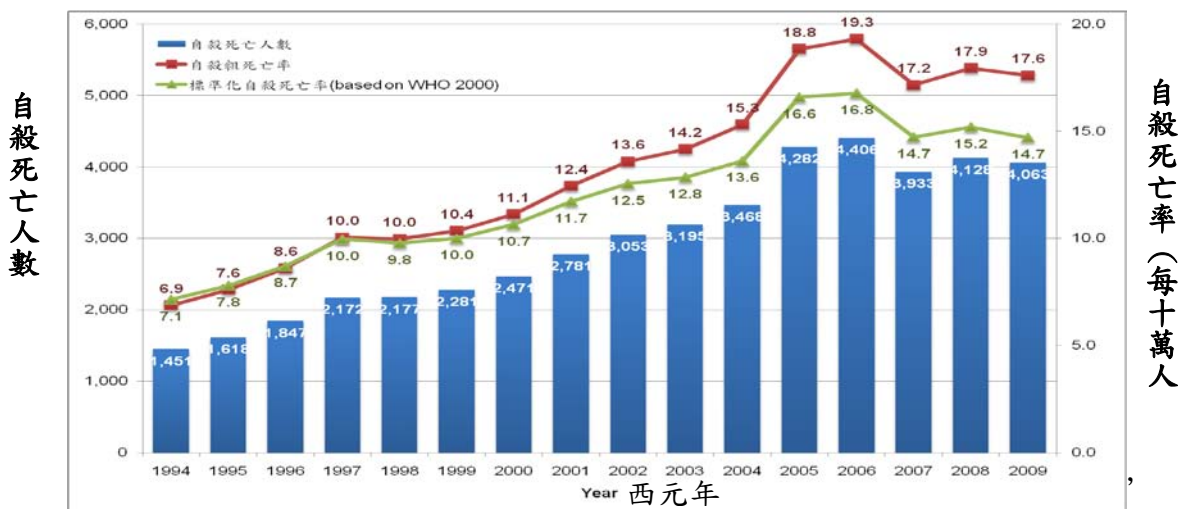
壹、自殺防治的重要性

自殺是世界性的公共衛生問題，在 2000 年，全球有一百萬人可能自殺身亡。每 40 秒就有一人在地球的某處自殺身亡。每 3 秒就有一人試圖結束自己的生命。而每一個自殺事件至少為週遭六個人帶來嚴重的影響。自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是無法估計的。在臺灣，全國平均每年 4,000 人自殺身亡，平均每 2.2 小時有 1 人自殺身亡。

自殺行為往往伴隨有生物、心理、社會、經濟與文化之複雜成因與背景，絕非由單一危險因子可以解釋其發生的原因，因而防治工作必須以多層面介入，結合各領域協同一致的方式實施。整體而言，自殺的危險因子可分為遠端因子以及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾患、身體疾患、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。當前，自殺在所有國家中都是一個重要的公共衛生議題。讓各網絡工作人員有能力去辨識、關懷、評估、處理和轉介社區中具有自殺風險個案，是在自殺防治工作中重要的一環。

貳、臺灣自殺問題概況

從 1997 年至 2009 年為止自殺已連續十三年名列國人十大死因，且臺灣的自殺死亡率，自 1994 年起持續呈現上升趨勢，2005 年為自殺死亡率大幅增加的一年，該年的自殺粗死亡率較 2004 年增加 23%，2006 年國人自殺粗死亡率每十萬人 19.3 人，該年度有 4,406 人自殺身亡，是為近 30 年來之最高峰。其後於各界的努力之下，國人自殺粗死亡率由民國 2006 年每十萬人口 19.3 人之高峰，降至民國 2007 年之 17.2 人，兩者相較減少約 11%，為過去十三年來首度下降。2008 年及 2009 年雖稍有起伏，仍處於持平的狀態。若以三年平均死亡率來看，2007 年至 2009 年平均標準化死亡率較 2005 年至 2007 年下降 6.9%。自殺死亡率 2009 年較 2008 年再次微幅降低 1.7%。(參見下圖一)



圖一：1994-2009 台灣自殺死亡人數/率

自殺死亡率愈高。自殺死亡方法具有年齡、地域、及臨床特性之差異，都會區青壯年以燒炭方式為眾，鄉村及老年人口以上吊及農藥為主。墜樓身亡與重大精神疾病相關。且自 2002 年起燒炭自殺比例陡增，部分學者認為可能與媒體網路報導相關。整體而言，2009 年臺灣自殺死亡方法 32% 為上吊，31% 為燒炭，12% 為農藥，10% 為墜樓，5% 為溺斃。

自 2008 年 9 月以來，世界性金融危機以及經濟衰退蔓延，臺灣在全球化浪潮下亦難置身風暴之外。相對應於巨觀經濟環境變遷，經濟成長率、消費者物價指數、以及失業率等勢必朝經濟衰退之方向變動，而過去有諸多國內外文獻指出失業率升高、經濟成長率降低、消費者物價指數升高，與自殺死亡率之升高呈現相當程度之相關。觀察 2002 年第一季至 2010 年第二季國人失業率與自殺死亡之趨勢，國人自殺死亡人數於 2005 年 Q2 陡增，而自 2008Q3 開始因世界性金融危機失業率亦大幅上升，然而自殺死亡人數並未隨之大幅成長，以三季移動平均趨勢觀之，目前在失業率趨緩後，自殺死亡人數亦同時呈現下降趨勢。由以上觀察，並考量過去 30 多年來之資料分析呈現臺灣地區自殺死亡與失業率之高度相關，政府對於因應金融危機以及經濟衰退之相關作為，以及長期推動之自殺防治策略，可能對於短期自殺死亡率未隨失業率上升甚至下降有關，然而自殺死亡率變動之長期趨勢以及經濟危機可能造成之延遲性不利影響，亦需持續密切注意。

自殺防治工作之成敗影響因素眾多，自殺死亡率之變動除與社會經濟大環境之連動外，心理衛生體系以及社會安全網絡之效能亦可能有所關連。由於自殺相關危險因子眾多，於倫理及實務上難藉由隨機雙盲試驗檢測因果之關聯性，各項系統整合以及服務介入之成效評估指標於短時間容易呈現不穩定之狀態，長時間之變化趨勢亦可能由於更多變因之引入，而導致趨勢預測不易。除制式衛生統計呈現的標準化自殺死亡率以及標準化自殺死亡率變化趨勢外，與自殺防治相關環環相扣之各種階段要素，為更重要之評估參考。比較三年內再企圖自殺率，有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者減少 32.3%；比較兩者三年內的再自殺死亡率，有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者降低 48.2%。足見過去推動之防治工作已初具成效。

參、全國自殺防治策略

臺灣自 1993 年起自殺死亡率逐年攀升，至 2006 年國人自殺死亡率達到近 30 年之高峰，有鑑於臺灣自殺問題形勢嚴峻，行政院於 2005 年 5 月核定「全國自殺防治策略行動方案」第一期計畫，實施期程至 2008 年底，委託「臺灣憂鬱症防治協會」辦理全國自殺防治中心，其間並開辦安心專線，建置自殺通報關懷系統，實施特殊自殺防治專案，擇定 11 個縣市試辦先導區及推廣區計畫，並廣泛推動自殺防治守門人訓練等重點工作。自 2009 年起配合行政院「建置社會安全網絡」五大政策方向，「全國自殺防治策略行動方案」第二期計畫全國自殺防治中心之設置委由「台灣自殺防治學會」辦理，除釐定之自殺防治策略面向以及議題推動外，並配合修正後精神衛生法，將自殺防治業務業與各縣市政府衛生局社區心理衛生中心業務項目

結合，落實推動第一期計畫先導及推廣區之試辦經驗於全國。

我國自殺防治策略，主要分為三個層面擬定方案，分別為指標性(indicative)、選擇性(selective)與全面性(universal)策略，概述如下：

一、指標性策略：對象為高自殺風險個人

1. 建立自殺防治通報系統，提供自殺未遂者即時關懷與介入服務。
2. 自殺遺族關懷。

二、選擇性策略：對象為高風險族群，強化心理健康篩選及高風險群之辨識。

1. 推展守門人概念，擔任早期發現、早期干預、早期協助之角色-心情溫度計之推廣，發展義工組織及全面推動「珍愛生命守門人」教育訓練。
2. 加強憂鬱症、酒癮與物質濫用的防治。
3. 針對特定的自殺高風險群，譬如身心受創的災難倖存者(包含救難與醫療員)，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢以及轉介。
4. 建立社會關懷網絡，結合民間力量(含志工團體)，協助辨識與轉介有傾向個案，同時提供緊急物質救援與心理關懷輔導。

三、全面性策略：對象為全體民眾

1. 監測自殺相關資訊，導正媒體報導。
2. 減少致命性自殺方法的可得性。
3. 透過活動，加強心理衛生教育，增進社會大眾心理健康。
4. 推動精神疾病與自殺的去污名化。
5. 製作宣導教材，建立數位學習網站，連結教育訓練資源。
6. 安心專線之建立與推廣。

整體而言，自殺防治工作之推行，與心理衛生體系，甚至社會安全體系功能之充分發揮有密切的相關。臺灣地區目前已有相當程度之心理衛生、醫療照護以及其他社會安全系統網絡，然而，欲進一步達成有效之自殺防治工作，還必須能促進各種網絡間「網網相連」之有效功能性連結，以提供完整而持續之關懷服務。

肆、高危險族群的辨識及相關影響因素

一、精神疾病

1. 憂鬱症

其常見症狀有：

- 1) 在一天中的大部分時間都感到難過。
- 2) 對日常生活喪失興趣。
- 3) 體重大幅減輕(在非節食時)或大幅增加。
- 4) 睡得太多或太少，或是過早醒來。
- 5) 總覺得疲累和虛弱。
- 6) 無自我價值感、罪惡感或無望感。
- 7) 總覺得易怒和坐立不安。
- 8) 在集中注意力，做決定或記事物方面有困難。
- 9) 反覆出現死亡和自殺的想法。

2. 人格疾患

有容易衝動、攻擊性和經常情緒變化傾向的反社會及邊緣性人格。

3. 酗酒

有飲酒問題且自殺的人，可能有如下的特徵：

- 1) 在很年輕的時候便開始飲酒。
- 2) 長期且大量飲酒。
- 3) 身體健康不佳。
- 4) 覺得心情低落。
- 5) 個人生活混亂失序。
- 6) 於近期內遭遇身邊重要人士的離去，如：配偶或家庭成員的分離、離婚或親友過世。
- 7) 工作表現差。

4. 思覺失調症

當思覺失調患者有以下特徵時，會有較高的自殺風險：

- 1) 年輕、單身、無業男性。
- 2) 疾病初期。
- 3) 心情憂鬱。
- 4) 時常復發。
- 5) 高教育程度。
- 6) 妄想(多疑)。

二、身體疾病

1. 神經系統疾病

- 1) 癲癇：癲癇病人常伴隨較高的衝動性、攻擊性和長期殘障，這些是導致其自殺行為增加的可能原因。酒精和藥物的濫用亦與之有關。
- 2) 脊髓或頭部損傷和中風：當損傷愈嚴重時，自殺的風險愈高。

2. 癌症

罹患絕症（如癌症）與較高的自殺率有關。下列情況自殺風險更高：男性、診斷後的短時間內（前五年）、當病人正接受化學治療時。

3. 愛滋病毒帶原／後天免疫不全症候群

由於被污名化、預後不佳和疾病本身的病程皆會導致愛滋病毒帶原者有較高的自殺風險。病人在被診斷之後，而尚未接受諮詢之前，自殺的風險性較高。

4. 慢性疾病

- 1) 糖尿病
- 2) 多發性硬化症
- 3) 慢性腎病、慢性肝病或其他慢性腸胃道疾病
- 4) 伴隨長期疼痛的骨關節疾病
- 5) 心血管和神經血管疾病
- 6) 性功能障礙

此外，在行動、視力、聽力方面有障礙的人也有較高的自殺風險。

三、人口統計資料

1. 性別—男性自殺身亡者多於女性，而女性企圖自殺者多於男性。

2. 年齡—自殺率最高前二名：壯年人(25~44 歲)、老年人(65 歲以上)。
3. 婚姻狀態—離婚、鰥寡及單身相較於已婚的人自殺風險較高。獨居及分居的人也是比較危險。
4. 失業—失去工作比無工作的人與自殺更有關聯。
5. 遷移—從鄉村遷移到城市、遷移到不同區域或國家的人自殺風險較高。

四、生活壓力

大部分自殺身亡的人在自殺前三個月內會遭遇一些帶來壓力的生活事件，例如：

1. 人際關係問題：例如和配偶、家人、朋友或情人吵架。
2. 被排斥：例如和家人或朋友分離。
3. 失去：例如錢財損失、喪親。
4. 工作及經濟的問題：例如失去工作、退休、經濟困難。
5. 社會的改變：例如政治及經濟上的快速改變。
6. 其他壓力源：像是羞辱、等待判決擔心自己被判有罪

伍、珍愛生命守門人與心情溫度計

一、守門人三步驟：一問二應三轉介

1. 何謂守門人

過去研究指出對整體自殺率有影響的防治方法包括：自殺防治相關之教育訓練、藥物治療、企圖自殺者之關懷照護、限制使用致命物品以及媒體管制等，其中實施「自殺防治守門人」教育方案，合併多層面之網絡連結以及心理衛生促進等作為，自殺死亡率之降幅較為明顯。美國空軍及挪威陸軍引入守門人教育後，全年自殺率也分別降低 40% 及 33%，而前者之研究也發現在守門人計畫實施同時期，嚴重的家庭暴力事件發生率，甚至謀殺率也相對減少。

自殺防治守門人可分為狹義及廣義的界定，狹義的定義是指「定期(固定地)接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」；而廣義的自殺防治守門人的定義為「當個人接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺危險者作適當的回應或轉介者」，因此廣義的定義認為只要透過適當的學習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」。換句話說，守門人能夠看到對方所發出的求救訊息，也能夠在對方最需要的時候給予鼓勵並提供資源協助，陪伴他度過想要尋求死亡的低潮期，而「自殺防治守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色。

我們相信一部份選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」的行為或企圖來對外在世界表示一種「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息；但也可能有些人是生理的因素，像是憂鬱症、久病不癒等，也會讓人試圖以自殺的方法來尋求解脫。守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發生的訊息，也能適時的給予

鼓勵並提供資源協助，陪伴其走過死蔭的幽谷，走向光明的未來。

2. 守門人三步驟

1) 一問：「主動關心，詢問對方的狀況」

自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程。在自殺行為出現之前，個案會透露某一形式的線索或警訊，可能以口語或行為的方式表現，也可由其所處狀態進行判斷。因此，當我們發現有自殺風險時，請認真嚴肅地看待警訊，並主動運用簡式健康量表，評估他情緒困擾的程度，用心傾聽他所遭遇的困境，一旦確認個案具有自殺意圖，立即深入了解自殺危險度高低。要詢問一個人的自殺意念並不容易，循序漸進的討論主題是有幫助的，一感到懷疑便立即詢問，要了解「這可能是唯一一次幫助的機會」。

(1) 關於「詢問」的部分注意事項如下：

- ◆ 一感到懷疑個案仍有自殺意念，需立即詢問。
- ◆ 要有這可能是唯一一次介入幫助的機會的認知。
- ◆ 在隱密的地方談。
- ◆ 讓個案放心自在的說，不要打斷他。
- ◆ 如果個案不願接受幫助或不願談論，請堅持下去。
- ◆ 如何問是其次，重點是「你問了」。

(2) 如何「詢問」？

建議本部份可與簡式健康量表共同使用，融入在與個案的談話中，瞭解個案目前情緒狀態及自殺意念程度。

A. 間接問法

- 你是否曾經希望睡一覺並且不要再醒來？
- 你是否覺得活著沒意義，沒價值，也沒有人在乎？

B. 直接問法

- 你會不會有想不開的念頭？
- 你是否有想到要自殺呢？

C. 不要這樣做

- 不要這樣問：「你該不會想要自殺吧？」「不要跟我說你想自殺喔！」
- 不要太急著提供問題的解決方法。
- 不要發誓保守秘密。
- 不要爭辯自殺是對或錯。
- 不要使自殺者增加罪惡感。

2) 二應：「聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴」

經詢問確定個案有自殺意圖後，守門人的任務即轉為說服個案積極延續生命。此時，適當回應與提供陪伴，能減少個案被遺棄的感覺，也是勸說成功的關鍵。同時，在回應的過程中，亦可評估個案的自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求協助。

當人們說『對生活厭倦』、『沒有活下去的意義』時，這些說法常常會被聽的人否決，或甚至告訴他們其他更悲慘的例子。事實上，最重要的一步是

要有效的聆聽他們的想法。因為伸出援手或傾聽本身就能減少自殺者的絕望感。

(1) 如何勸說個案繼續活下去並且接受幫助

- ◆ 平靜、開放、關心、接納且不批判的態度將有助於與個案的溝通。
- ◆ 開放地討論失落、孤獨與無價值的感覺，使個案情緒起伏的程度減緩。
- ◆ 積極、專注傾聽個案遭遇的問題，嘗試了解他們的感受，提供情緒支持。
- ◆ 不要急著評斷個案的遭遇、處境或想法，你的傾聽與協助能夠重燃希望，並產生改變。
- ◆ 「自殺」本身並不是問題，而是個案用來解決他所遭遇困境的方法，因此可試著找出自殺以外的處理方式。

提供個案任何形式的「希望」，並將焦點放在個人正面的力量。人的生存仰賴許多牽絆以及精神支柱（家人、朋友、人生目標、身心健康等），一旦失去會令人感到相當痛苦。因此，我們可以思考「這個人在過去的人生當中是為什麼而生，現在活著的理由是什麼？」「他的生活重心與目標為何？有沒有可以令他積極的人、事、物。」

再接著詢問他：「是否願意尋求協助？」「你是否願意答應在找到任何協助之前，不要結束你的生命？」

(2) 不適當的回應方式

- ◆ 太常打斷他們說話。
- ◆ 顯露震驚或情緒激動。
- ◆ 表達自己很忙。
- ◆ 擺出恩賜的態度。
- ◆ 做出突兀或含糊不清的評論。
- ◆ 問大量的問題。

3) 三轉介：「針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷」

面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫個案找出適當的資源，進行資源連結的時候，就如同當我們的家人有生理疾病時（如心臟病），我們立即的反應是尋求專業醫師的協助，而非自己試圖治療。因此，好的守門人不只被動的阻止自殺，也會主動積極的協助轉介處理。且轉介後需持續的關懷個案，並再次評估個案的自殺風險，直至結案為止。

(1) 若有以下的情形就可嘗試進行轉介

- ◆ BSRs 分數偏高者，高於 10 分者建議尋求心理諮商，高於 15 分者建議諮詢專業醫師。
- ◆ 懷疑可能具有潛在的精神疾病者。
- ◆ 有自殺或自傷的身心問題。
- ◆ 問題超乎助人者的能力。
- ◆ 社會資源或支持不足夠。

(2) 在協助個案進行轉介時，有以下的建議

- ◆ 向個案保證隱私之安全與尊重個案的意願。
- ◆ 向個案保證並非轉介後即不再理他。
- ◆ 提供個案適切的資源或協助其轉介。
- ◆ 自殺者通常認為自己無法得到任何的幫助，因此你必須要做得更多。
- ◆ 提供資源時可依個案特性提供，如為轉介至醫療院所，可評估個案平時就醫習慣，詢問是否有較習慣的就診醫療院所與固定的主治醫師。若原本已在精神科就醫，則建議繼續在原醫院治療。
- ◆ 轉介個案就醫時，建議守門人可先以電話或其他方式告知被轉介的醫師有關個案的特殊情況，以加速個案的轉介與處理過程並於事後向個案或受轉介對象瞭解處理情況。
- ◆ 最佳轉介方式：直接帶領著個案去得到幫助（機構、醫療院所、任何專業的協助）。
- ◆ 次佳的轉介方式：得到個案的承諾—願意接受幫助，並協助安排或預約專業的協助。
- ◆ 再其次的轉介方式：提供關於諮詢或專業協助的資訊（機構名稱、電話……等），並試著得到個案的承諾-不會企圖自殺，並在未來的某個時候尋求協助。

3. 危機處理

當個案有明顯自殺企圖或自殺行為正在發生，有明顯傷害自己之虞，生命有立即性危險時，應即刻通知警察、消防單位前往救援，並告知警消人員個案地址及電話等聯絡方式，並切記自身安全為第一，勿冒然自行單獨前往處理。



二、善用心情溫度計(BSRS-5)

心情溫度計為簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱 BSRS-5)的俗稱，主要在作為精神症狀之篩檢表，目的在於能夠迅速了解個人的心理照護需求，進而提供所需之心理衛生服務。與其他篩檢量表相比，心情溫度計具備有簡短、使用容易之特性，研究結果更顯示心情溫度計在社區大規模調查中仍具有良好之信效度。

在我們關心他人的過程中，常常遇到對方有情緒的困擾，卻不知他們困擾的程度，心情溫度計可幫助我們具體地了解對方的心情，同時也可幫助對方釐清他們情緒困擾的程度，並且可以根據得分結果做適當的處理。心情溫度計為一自填量表，每個人都可以藉由此量表了解自己的心情狀態，也可以用來關懷週遭的人。

心情溫度計(簡式健康量表)內容如下: 請個案仔細回想在「最近一星期中(包括今天)」，這些問題讓他感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個他認為最能代表感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
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

1-5 題總分為 0~20 分，依據得分可分為幾個等級：

- ◆ 5 分以下-為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好；
- ◆ 6 到 9 分-為輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒；
- ◆ 10 到 14 分-為中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢；
- ◆ 15 分以上-為重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療，如各縣市精神醫療院所或心理衛生中心等。

第六題為單項評分之附加題，若評分為 2 分以上(中等程度)時，宜考慮轉介至精神科治療或接受專業諮詢。

心情溫度計可作為自我檢測及大規模對象施測之用，其評分結果僅供個人或專業醫療團隊之參考，並非作為診斷之用，更重要的是應避免不必要之標籤化或污名化效應。

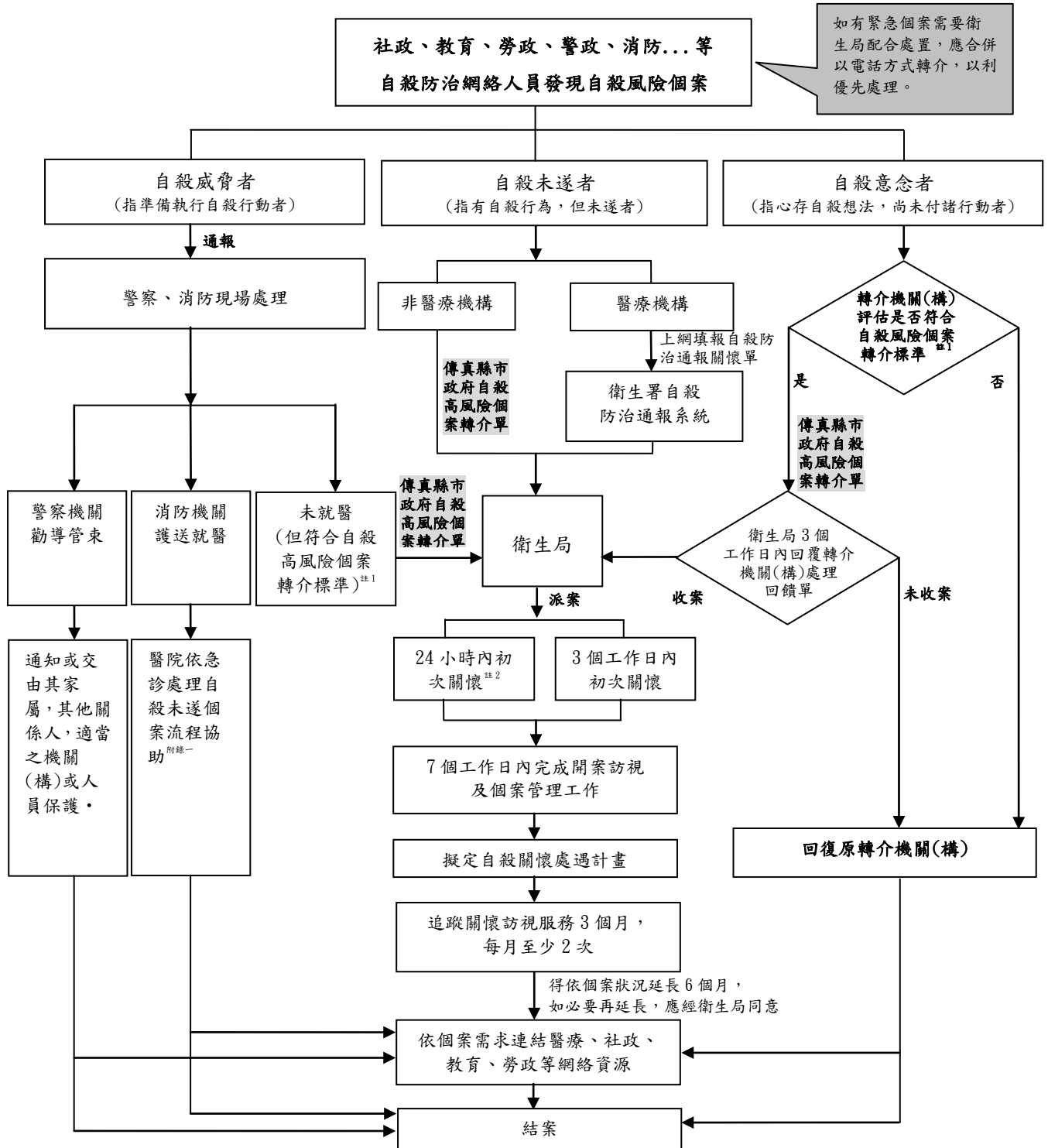
心情溫度計可以幫助我們了解自己的心情狀態，也可以用此量表主動關懷週遭的人，建立起自我健康管理的習慣。只要對方的回應可以回覆原本的問題，便可將心情溫度計之敘述方式，換成自己的話來詢問，例如詢問『睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒』的問題時，可以先問對方『最近睡眠的狀況好不好』，再根據對方回答的狀況判斷分數。雖然心情溫度計原設計為一自填量表，但也可經由電話訪談，因此對於認識中文字或聽懂中文發音者均能適用。

陸、自殺防治網絡轉介自殺風險個案處遇

一、自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程(參見下列圖二)

1. 企圖自殺未遂者是自殺身亡的高風險族群之一

自殺防治網絡自殺風險個案處理流程



註1：符合自殺高風險個案轉介標準：個案需同時達到以下標3項標準，包括：(1)簡式健康量表(BSRS)總分達15分以上；(2)簡式健康量表自殺想法達2分以上；(3)高自殺風險個案條件任何1項。
 註2：若通報個案為再自殺及本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或農藥者，應於24小時內進行初次關懷。

圖二：自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程

過去文獻指出「企圖自殺未遂者」是日後自殺身亡的高危險族群之一，過去針對各種情緒行為障礙者自殺風險的研究也顯示：曾經有過自殺企圖的個案，要比精神疾病患者本身，日後有更高的自殺死亡風險。因此針對自殺未遂者的後續關懷服務，是自殺防治工作一個重要部分，也是自殺防治指標性國家策略標的。

然而針對企圖自殺未遂者各種特定心理學介入研究的統整分析指出：目前並無足夠的證據支持以單純的人際互動治療、辯證行為治療或認知行為治療等方式，能夠顯著地預防再次自殺企圖或自殺身亡。由精神疾患或心理學脆弱性出發，以醫療內涵作為主體的自殺防治措施固然十分重要，然而從公共衛生觀點，自殺的危險因子複雜而多變，以純粹典型的心理治療介入，未必能完全涵蓋企圖自殺者的關鍵脆弱性。有鑑於此，推動自殺未遂者系統性後續關懷服務有其必要。自殺未遂者通報關懷系統設立的重要目的，在於強化個案與「網網相連」的支持系統更密切的連結，使具有生物心理脆弱性的個案接受持續而有效的專業照護，使遭逢社會經濟剝奪個案接受更優質的扶助與支援。

2. 個案定義及簡要說明：

- 1) 定義:自殺未遂者：係指已發生自殺行為，但未遂者。自殺威脅者：係指準備執行自殺行動者。自殺意念者：係指心存自殺想法，尚未付諸行動者。
- 2) 當發現自殺威脅者時，須通報警消單位，依嚴重程度，勸導並協同家屬或關係人，陪伴保護，若需就醫，則護送就醫，進入醫院之自殺個案處置流程，並通報衛生局。
- 3) 發現自殺未遂者，均須轉介或通報衛生局，由衛生局評估，依據嚴重程度，進入通報關懷訪視流程，進行相關之處遇計畫。
- 4) 當各網絡成員發現自殺意念者，得先進行風險評估，符合轉介標準者，則可轉介至衛生局(個案轉介單如表 1)，未符合轉介標準者，應持續提供支持與關懷。
- 5) 衛生局接到各網絡之轉介，將再進行評估並於三天內回覆是否收案(回覆單如表 2)，若是收案，則進關懷訪視流程，若是未收案，則回復原轉介機關，由其繼續發揮守門人之人文關懷與支持。

3. 自殺防治通報系統

通報系統的目的與功能，不僅是自殺個案的通報而已。衛生署基於下列原因，在「衛生局所網路便民服務計畫」，於 2006 年 11 月中旬更名為衛生資訊通報服務入口網中建置「自殺防治通報系統」，以為協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程，多方面提升我國心理衛生與精神醫療，並活絡社區支持網絡，落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療、有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖。

綜言之，通報系統的三項主要目的為：

- 1) 落實自殺行為者之通報系統。
- 2) 建立個案輔導轉介關懷網絡。
- 3) 促進相關服務資源之整合。

4. 通報單位的範圍

全國各縣市醫院及衛生局可直接上網進行通報外，亦鼓勵警察、消防、民

傳真電話：○○○○-○○○○

聯絡電話：○○○○-○○○○
夜間及假日緊急聯絡電話：○○○○-○○○○

○○縣(市)政府自殺高風險個案轉介單

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

- (一) 簡式健康量表 (BSRS) 總分達 15 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)
- (二) 簡式健康量表 (BSRS) 自殺想法檢測結果達 2 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)
- (三) 達高自殺風險個案條件任何 1 項者。(請先檢視本表第 29 項所訂條件)

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

三、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

(一)*本次轉介對象屬： <input type="checkbox"/> 自殺威脅者 (係指準備自殺執行自殺行動者) <input type="checkbox"/> 自殺未遂者 (係指有自殺行為，但未遂者) <input type="checkbox"/> 自殺意念者 (係指心存自殺想法，尚未付諸行動者)			
(二)基本資料：			
1、*個案姓名：	2、*身分證統一編號(或居留證號碼)：		
3、*性別：	4、是否為原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
5、*電話(日)：	6、*電話(夜)：		
7、手機：_____	8、*年齡： (出生： 年 月 日)		
9、婚姻狀況：_____	10、教育程度：_____		
11、就業情況： <input type="checkbox"/> 有，目前從事_____ <input type="checkbox"/> 無，失業多久_____			
12、戶籍住址：_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里			
13、*居住住址：_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里			
14、聯絡人姓名：_____	15、關係：_____		
16、聯絡人電話：_____	17、聯絡人手機：_____		
18、*自殺日期：20 年 月 日	19、*轉介日期：20 年 月 日		
20、*有無實際自殺行為： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(勾選本項者，下題為勾選計畫自殺方式)			
21、*自殺方式：(可複選， <input type="checkbox"/> 最多勾選三種)			
<input type="checkbox"/> 自縊、勒死及窒息	<input type="checkbox"/> 自焚	<input type="checkbox"/> 汽車廢氣	<input type="checkbox"/> 家用瓦斯
<input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑	<input type="checkbox"/> 溺水(淹死)；跳水	<input type="checkbox"/> 燒炭	<input type="checkbox"/> 其他化學物品
<input type="checkbox"/> 高處跳下	<input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣	<input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑	<input type="checkbox"/> 切穿工具
<input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物	<input type="checkbox"/> 其他藥物	<input type="checkbox"/> 割腕	<input type="checkbox"/> 撞擊
<input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量	<input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑	<input type="checkbox"/> 以其他方式：_____	
22、*自殺原因：(可複選，本題 <input type="checkbox"/> 最多勾選三個)			
(1) 情感/人際關係			
<input type="checkbox"/> 家人間情感因素	<input type="checkbox"/> 夫妻問題	<input type="checkbox"/> 感情因素	<input type="checkbox"/> 重大失落因素：_____
<input type="checkbox"/> 同儕關係因素	<input type="checkbox"/> 職場人際關係因素	<input type="checkbox"/> 其他人際關係因素	
(2) 精神健康/物質濫用			
<input type="checkbox"/> 憂鬱傾向	<input type="checkbox"/> 非憂鬱傾向精神心理健康問題	<input type="checkbox"/> 物質濫用(酒、藥)	
<input type="checkbox"/> 過去或現在罹患憂鬱症	<input type="checkbox"/> 非憂鬱症精神疾病：_____		
(3) 工作/經濟			
<input type="checkbox"/> 非人際關係職場因素	<input type="checkbox"/> 失業經濟因素	<input type="checkbox"/> 債務經濟因素	<input type="checkbox"/> 非失業及債務經濟因素
(4) 生理疾病			
<input type="checkbox"/> 久病不癒	<input type="checkbox"/> 非久病不癒疾病因素		
(5) 校園學生問題			
<input type="checkbox"/> 非人際關係學校適應問題	<input type="checkbox"/> 校園學生的生涯規劃因素		
(6) 兵役問題 (7) 其他 (8) 不詳			
<input type="checkbox"/> 兵役因素	<input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 不詳	
(9) 不願說明或無法說明			
<input type="checkbox"/> 個案(家屬)不願說明	<input type="checkbox"/> 個案因身體狀況無法說明		
23、*有無其他人一起自殺： <input type="checkbox"/> 有 (關係：) <input type="checkbox"/> 無			
24、*自殺後身體狀況： <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 垂危			
25、*過去精神疾病史： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，診斷病名： <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥(毒)癮			
26、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
27、*轉介機關(構)個案處置情形：			
◎是否已開案？ <input type="checkbox"/> 是，已提供_____服務 <input type="checkbox"/> 否_____			
◎轉介後，是否繼續服務個案？ <input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否_____			

希望衛生機關對個案提供何種服務？ 轉介精神醫療服務 轉介心理輔導 收案關懷及追蹤 其他_____

檢附相關評估表供參 有 _____ 無 _____

28、*測量簡式健康量表 (BSRS) 結果：
 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

說明：

1.1 至 5 題之總分：

(1) 得分0~5分：身心適應狀況良好。

(2) 得分6~9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分10~14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分>15分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2.★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上時，建議轉介至精神科。

29.*高自殺風險個案條件：(可複選)

1.再自殺個案

2.本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者

3.個案陳述有具體自殺計畫 (包含明確的時間與自殺方式)

4.65 歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人

30.其他相關資訊：

轉介機關 (構)：_____ 轉介人員：_____ 單位主管：_____

電 話：_____ 傳 真：_____ 轉介日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

表 1:高風險個案轉介單

自殺高風險個案轉介處理回覆單

說明：應於接受轉介單後 3 個工作天內回覆轉介機關 (構) 評估收案與否。

個案姓名	身分證統一編號 (或居留證號碼)	受理日期	回覆日期
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
回覆處理情形	1、評估結果： <input type="checkbox"/> 收案： (1) 開案日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 (2) 協助事項：(可複選) <input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 轉介心理輔導 <input type="checkbox"/> 收案關懷及追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 未收案：(可複選) <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。 <input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 <input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關 (構) 持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要訴求非衛生機關 (構) 之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關 (構) 繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____ 2、其他建議處置或補充說明：_____		
	評估人員：_____	單位主管：_____	
	電 話：_____	傳 真：_____	

表 2:自殺高風險個案轉介處理回覆單

政、教育、社政、勞政等相關單位，透過當地衛生局進行通報；醫院及衛生局通報時需填寫「自殺防治通報關懷單」(如表 3)。

5. 通報個案的分案與關懷服務的提供

當通報資料進入衛生署主機後，系統會以個案居住地為依據，將資料送往當地衛生局。若個案居住地相關資訊完整，系統將自動分案至當地衛生所或社區心理衛生中心，進行後續追蹤關懷服務。分案後，訪視人員必須進行電話訪視或家訪。過程中，訪視人員使用「簡式健康量表 (BSRS-5)」，判斷個案情緒困擾的嚴重程度，並填寫「自殺個案訪視記錄回覆表」作為深入關懷或後續轉介服務的依據。以上過程，均需通報並記錄於系統中。

二、衛生主責機關-衛生局

1. 強化自殺風險個案及時處置機制及提供關懷服務

- 1) 衛生局受理自殺風險個案通報後，如發現個案有危及生命之緊急情況，應立即通報警察機關 110 或消防機關 119 派員前往現場處理；倘個案符合「精神衛生法」第 32 條第 1 項之規定，應請警察及消防機關立即護送前往就近適當之醫療機構就醫。
- 2) 針對自殺未遂個案，醫療機構應至衛生署自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報關懷單，其他網絡機關(構)，則以紙本方式，傳真通報衛生局，由衛生局將通報資料鍵入該系統。
- 3) 衛生局受理通報後，應依衛生署自殺防治通報系統通報後關懷作業流程(見下列圖三)辦理，於接獲個案通報 3 個工作日內初次關懷，7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。
- 4) 若通報個案為再自殺個案且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，應於受理通報後 24 小時內進行初次關懷，又個案如有特殊狀況(例如：家庭暴力、兒童虐待、計畫殺子後自殺.....等)，並應立即通報相關業務主管機關予以處置。
- 5) 如遇自殺風險個案具危險及急迫性，需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整，不受第 3) 項之限制。有關個案追蹤關懷訪視工作內容應包括：
 - (1) 主動與通報機關(構)電話聯繫。
 - (2) 掌握個案行蹤資料(聯絡電話、現居住址)。
 - (3) 掌握個案家屬、親友聯絡方式(聯絡電話、現居住址)，並告知個案的自殺風險及相關處置建議。
 - (4) 評估會同相關機關(構)共同處置之必要性。
 - (5) 立即電話訪問並安排家庭訪問時間。
 - (6) 回覆轉介機關(構)評估及訪視結果。
 - (7) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS-5)分數及進行再自殺風險、心理需求評估，並擬訂自殺關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，原則每 1 個案關懷訪視服務為 3 個月，每月至少 2 次，得依個案狀況延長至 6 個月，如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。
 - (8) 訪視方式得依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或辦公室訪視等方式進

自殺防治通報關懷單

製表日期： 年 月 日

編號

--	--	--	--	--	--	--	--

自殺死亡

通報單位： _____

自殺未遂

通報人姓名： _____ 通報人電話： _____ 修改人員： _____

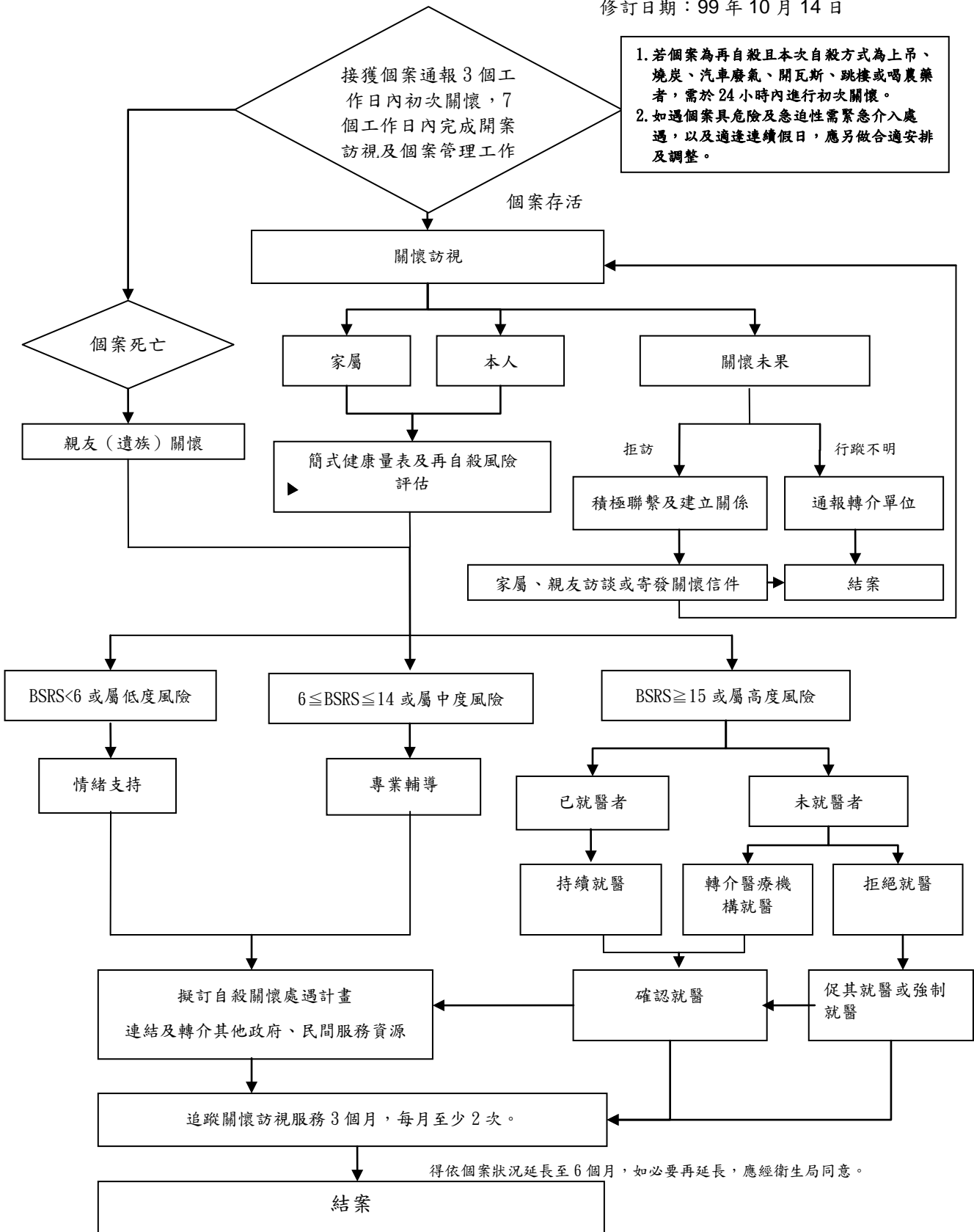
1、*個案姓名： _____ 3、*性別： _____ 5、*電話(日)： _____ 7、手機： _____ 9、婚姻狀況： _____ 11、就業情況： <input type="checkbox"/> 有，目前從事 _____ <input type="checkbox"/> 無，失業多久 _____ 12、戶籍住址： _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____ 13、*居住住址： _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____ 14、聯絡人姓名： _____ 16、聯絡人電話： _____ 18、*自殺日期：20__年__月__日	2、*身份證字號： _____ 4、是為原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6、*電話(夜)： _____ 8、年齡：__(出生：__年__月__日) 10、教育程度： _____ 15、關係： _____ 17、聯絡人手機： _____ 19、*通報日期：20__年__月__日
20、*有無實際自殺行為： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
21、*自殺方式：(複選，最多三種)	
<input type="checkbox"/> 自縊,勒死及窒息 <input type="checkbox"/> 自焚 <input type="checkbox"/> 汽車廢氣 <input type="checkbox"/> 家用瓦斯 <input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑 <input type="checkbox"/> 溺水(淹死);跳水 <input type="checkbox"/> 燒炭 <input type="checkbox"/> 其他化學物品 <input type="checkbox"/> 高處跳下 <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣 <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑 <input type="checkbox"/> 切穿工具 <input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物 <input type="checkbox"/> 其他藥物 <input type="checkbox"/> 割腕 <input type="checkbox"/> 撞擊 <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量 <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑 <input type="checkbox"/> 以其他方式： _____	
22、*自殺原因：(複選，最多三種)	
情感/人際關係 <input type="checkbox"/> 家人間情感因素 <input type="checkbox"/> 夫妻問題 <input type="checkbox"/> 感情因素 <input type="checkbox"/> 重大失落因素： <input type="checkbox"/> 同儕關係因素 <input type="checkbox"/> 職場人際關係因素 <input type="checkbox"/> 其他人際關係因素 _____	
精神健康/物質濫用 <input type="checkbox"/> 憂鬱傾向 <input type="checkbox"/> 非憂鬱傾向精神心理健康問題 <input type="checkbox"/> 物質濫用(酒、藥) <input type="checkbox"/> 過去或現在罹患憂鬱症 <input type="checkbox"/> 非憂鬱症精神疾病： _____	
工作/經濟 <input type="checkbox"/> 非人際關係職場因素 <input type="checkbox"/> 失業經濟因素 <input type="checkbox"/> 債務經濟因素 <input type="checkbox"/> 非失業及債務經濟因素	
生理疾病 <input type="checkbox"/> 久病不癒 <input type="checkbox"/> 非久病不癒疾病因素	
校園學生問題 <input type="checkbox"/> 非人際關係學校適應問題 <input type="checkbox"/> 校園學生的生涯規劃因素	
兵役問題 <input type="checkbox"/> 兵役因素 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="checkbox"/> 不詳	
不願說明或無法說明 <input type="checkbox"/> 個案(家屬)不願說明 <input type="checkbox"/> 個案因身體狀況無法說明	
23、有無其他人一起自殺： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
24、*自殺後身體狀況： <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 垂危 <input type="checkbox"/> 死亡	
25、*過去精神疾病史： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，診斷病名： _____	
26、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
27、*處置情形：	
<input type="checkbox"/> 經由 _____ (單位/人員)護送前往 _____ <input type="checkbox"/> 病情需要，轉往 _____ 診治 <input type="checkbox"/> 個案辦理自動出院 <input type="checkbox"/> 醫師允許出院 <input type="checkbox"/> 留觀檢查 <input type="checkbox"/> 其他 補述： _____	
28、注意事項：	

表 3: 自殺防治通報關懷單

行政院衛生署自殺防治通報系統通報後關懷作業流程

修訂日期：99 年 10 月 14 日

1. 若個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，需於 24 小時內進行初次關懷。
2. 如遇個案具危險及急迫性需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整。



傳真電話：○○○○-○○○○

聯絡：

圖三：自殺防治通報系統通報後關懷作業流程

行，如遇個案拒訪，仍應採積極聯繫及建立關係等方式，和個案、家屬或親友進行相關訪視（談）或寄送關懷信（內容表達關懷之意及提供所轄資源服務），以落實追蹤輔導機制。

- (9) 衛生局應加強督導醫院提供自殺未遂個案評估及進行通報，尤其針對不符強制住院或無住院意願者，應向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。
- (10) 有關醫院急診處理自殺未遂個案流程(見附錄一)，衛生局宜納入所轄醫院年度督導考核事項。

2. 加強教育訓練

- 1) 自殺關懷訪視員應參加衛生署主辦之自殺關懷訪視研習課程，及精神醫療網核心醫院之專業訓練與督導等，並由執行關懷訪視計畫之機構提供定期在職教育訓練，以強化其服務品質。
- 2) 執行機構需遴聘具臨床精神醫療或心理諮商輔導資歷人員，定期督導自殺關懷訪視員。
- 3) 執行機構需定期召開個案討論會，必要時並邀請相關網絡人員參加，共同討論個案處置。
- 4) 有關自殺防治課程及師資，得由衛生署全國自殺防治中心協助提供。

3. 加強預防宣導

- 1) 針對兒童青少年、婦女、男性及老人等族群特性，辦理心理健康衛生教育宣導活動，強化初級預防工作。
- 2) 持續宣導民眾求助管道，包括：衛生署安心專線（0800-788-995 請幫幫救救我）提供民眾 24 小時自殺防治諮詢服務；所轄社區心理衛生中心定點心理諮詢服務資訊。安心專線轉介處理流程參見附錄二。
- 3) 持續推廣「自殺防治守門人 123 訓練」概念及運用簡式健康量表 (BSRS-5) 為工具，發揮人人都是自殺防治守門人的精神。
- 4) 加強民眾及自殺防治網絡人員自殺警訊及救援管道的認知。

三、政府機關各相關網絡注意事項

各網絡人員除應接受守門人及相關自殺防治訓練外，仍需注意下列事項：

1. 警察機關

遇有自殺風險個案通報事件，應依據報案人陳述與現場狀況，進行專業分析研判，立即派遣員警到場處理，協助護送前往就近適當之醫療機構就醫，以確保民眾生命安全。

如遇自殺風險個案行蹤不明或不願意提供正確地址，請求透過警政系統協尋失聯個案時，應啟用「e化勤務指揮管理系統」追蹤偵測電話發話號碼、位置，並即時派遣警員抵達現場協助救援。

針對非管束不能救護其生命者，得依「警察職權行使法」第 19 條規定辦理，其管束應於危險或危害結束時終止，管束時間最長不得逾 24 小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬、其他關係人、適當之機關(構)或人員保護。

2. 消防機關

受理自殺風險個案通報，依據報案人陳述與現場狀況，進行專業分析研判，依照案件的類型需求作調度，立即派遣人員及所需出動的工具、車輛進行現場救援。

依權責進行防護與搶救個案工作，必要時協助護送前往就近適當之醫療機構就醫。

3. 社政機關

如有緊急個案需衛生機關配合處置，除以書面轉介個案資料外，應以言詞、電話通訊方式通報，以利優先處理該個案問題，並避免轉介個案之資訊漏接及服務中斷。

針對通報高風險家庭之自殺風險個案，應依據「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，繼續提供專業人員關懷訪視，以個案管理員角色模式，為個案家庭做需求評估、尋求資源、安排轉介、督導服務、追蹤評估等，提供支持性、補充性服務，增權家庭，建立完整家庭功能服務。

增加追蹤高風險家庭的訪視密度，提供實質協助，並投入必要資源，以改善問題。

4. 教育機關

依據教育部頒訂之「各級學校及幼稚園通報兒童及少年保護、家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」辦理，並落實校園三級預防輔導措施辦理。

5. 勞政機關

適時提供就業諮詢、職訓諮詢、安排就業促進研習等服務，以協助個案排除就業障礙、職業適應與穩定就業。

柒、工作人員的心理健康—壓力與情緒管理

網絡工作人員比一般人更有機會受到壓力事件衝擊，特別是面對自殺個案時，不僅要積極傾聽個案的抱怨及苦水，同時也必須承受個案的情緒反應。因此，自我的心理調適及壓力抒解是很重要的，適時地與相關工作人員或督導者分享工作心得、討論個案及目前遭遇之困難，都有助於保持工作的活力及熱忱，並增強助人的專業知能。

1. 如何因應壓力

通常在同一件壓力事件下可能同時採用多種壓力因應策略，並且在不同的壓力時刻會需要不同的策略來因應。這些因應策略可分為兩大類：

1) 針對壓力源尋求解決之道的因應策略

- (1) 直接行動：特別去做什麼事或直接採取行動去處理壓力源。
- (2) 尋求訊息：找尋有關壓力情境的訊息。
- (3) 尋求社會支持：請他人提供直接的行動幫忙或提供資訊。

2) 針對壓力所帶來之情緒的因應策略

- (1) 認命接受：接受壓力所帶來的結果，使得情緒平靜下來。
- (2) 抒解情緒：做某些行為以表達自己的情緒或降低緊張狀態。

- (3) 防衛機轉：用否認、壓抑、或理智化等方法，暫時不去「看到」或「想到」壓力。
- (4) 重新界定問題：重新去思考與整理問題，或嘗試看到壓力的不同層面，以進一步使情緒轉向。

2. 如何舒緩壓力

人的生活難免會處於壓力之下，但只要對壓力作適當的處理，我們都能平安地度過危機。因此在幫助別人之前，專業助人者平時就應該培養自我調適之能力，即便遇到緊急情況或困難，亦能「化阻力為助力，化危機為契機」。在面對壓力時，我們可把握下列原則：(1)睡眠充足；(2)營養均衡；(3)規律運動；(4)適當的休閒活動；(5)身心放鬆。

3. 自我情緒管理小祕訣

- 1) 了解自己的資源與限制。
- 2) 清楚自己與個案的界限。
- 3) 建立個人支持系統。
- 4) 適時放鬆自己與舒緩工作壓力。
- 5) 練習自我內心觀察，以進一步做好情緒管理。
- 6) 做一個快樂的助人者。

捌、常見自殺防治問題 Q&A

Q1: 人為什麼會想自殺？

A1: 我們相信一部分選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」的行為或企圖來對外界表示「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息；例如像是憂鬱症、久病不癒、或是無法忍受心理上痛苦的人，可能視自殺為唯一的出口，試圖以自殺來尋求解脫。

Q2: 憂鬱症與自殺的關係？

A2: 憂鬱症在一般社區的盛行率頗高，有一半以上的憂鬱症患者曾出現過自殺念頭，且其自殺意念與憂鬱症的嚴重度有很大的關係。自殺也是憂鬱症致死的最大原因，幾乎所有的精神疾病都比一般正常人有更高的自殺傾向，但是罹患憂鬱症的病人的影響尤其大，據統計大約是一般民眾的 20 倍。在死後回顧死者生前的情緒狀態顯示有三成到九成的個案處於憂鬱狀態，曾經有過自殺企圖的族群中有三分之二的人罹患憂鬱症，以上的數據顯示憂鬱症與自殺的確有很密切的關係，所以罹患憂鬱症必須積極治療，以免嚴重導致自殺。

Q3: 企圖自殺的人都有心理疾病？

A3: 自殺是多重原因造成的，並非患有心理疾病者都會想要自殺，自殺者也並非都患有心理疾病，生活壓力事件也可能導致個人的自殺行為。精神疾病也是影響自殺的危險因子之一。約有 84%~100% 的自殺死亡個案，生前曾就醫且具有精神科診斷，主要為憂鬱症，其他尚包括藥物濫用、酗酒、思覺失調症等，有些嚴重的精神疾病甚至會導致大腦功能失常，讓人在思考、情緒跟行為上產生極大的痛苦，進而導致自殺。

Q4: 如何跟想自殺的個案互動？

A4: (1) 不要不敢直接探問他有關自殺的想法、企圖、計畫等問題。
(2) 要與企圖自殺者建立良好的關係，先排除自己主觀的價值判斷及道德感去接觸個案；真誠的去幫助他，是相當重要的。
(3) 不要企圖說服個案自殺是錯誤的行為，而是要以支持、關懷的態度去了解他的感受與困難，給予他心理上的支持。
(4) 選擇安靜及有隱私的環境來討論各種問題，個案會較願意說出自己的心事。

Q5: 關於老年人的自殺，有沒有性別上的差異？

A5: 就性別上的差異而言，老年族群與年輕族群的狀況相類似。一般而言，不論年輕或年老，女性較男性常有自殺意念與較高的自殺企圖（約 70%），但是老年男性則有較高的自殺死亡率（約 60%）。流行病學的研究也顯示，隨著年紀增加，男性自殺率增加的狀況也比女性

來的高的多，就兩性自殺所使用的方式，老年男性也遠較老年女性強烈。根據研究，女性最易以服用過量藥物的方式自殺，而男性則較常用上吊、跳樓等致死性較高的方式自殺。

Q6: 哪些精神疾病比較容易出現自殺行為？

A6: 所謂精神疾病是指一個非常大的範圍，包括精神病、精神官能症。精神病指比較嚴重的精神病態，例如出現聽幻覺、妄想等；而精神官能症則是出現焦慮、憂鬱、失眠等症狀，但沒有嚴重的行為或思考障礙。

自殺是一種想要結束生命以達到某些目的的行為。因為自殺意念或行為本來就是憂鬱症的症狀之一，所以只要憂鬱達到某一程度，尤其是出現明顯的無助無望感，就容易有自殺行為。自殺的個案當中有七成以上罹患憂鬱症，而思覺失調症也約有一成會出現自殺行為，人格疾患中以反社會人格與邊緣性人格違常比較容易出現自殺行為，而一般嚴重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症也會有自殺傾向。

Q7: 發現有精神疾病該如何處置，以防止自殺事件的發生？

A7: 一發現有任何精神疾病，千萬不要諱疾忌醫，而去求助民俗療法，以致被騙又延誤病情，而導致發生不幸的自殺事件。對於精神科的治療去污名化是很重要的，不管中外對於看精神科都覺得不名譽，會躲躲藏藏；其實，及時尋找適當的醫師診治對症下藥，不管憂鬱症、思覺失調症、焦慮性疾患、人格違常疾患等都可以有效的得到治療，如此方可預防自殺事件的發生。

Q8: 如果出現強烈的自殺意念該如何求助？

A8: 人在一輩子當中免不了有低潮，因而蒙發自殺意念。若只是一閃即逝的想法，不是很嚴重則可以再觀察；但若自殺意念不斷的湧現，並且無法打斷者，那就必須尋求他人的協助。其實最可以幫助我們的就是身邊的親朋好友，試著跟他們打一通電話聊一聊，或許就是一個關鍵的救命電話，也可以打電話給生命線或安心專線 0800-788995 (0800-請幫幫救救我)。有時跟信任的醫師討論自己的困境，以度過生命的低潮。若門診治療沒有很大的進展時，也可以接受住院療養一段時間，記住：「留得青山在，不怕沒柴燒！」

Q9: 除提供持續關懷訪視外，對於憂鬱症或已出現精神疾病症狀之個案可有哪些實質改變作為？

- A9:
1. 提供情感支持灌注希望，增強其病識感及服藥順從性，以期穩定其疾病之病發。
 2. 和該縣市之精神關訪員聯絡，一起服務此類精神病患。
 3. 評估個案目前之自殺風險，必要時和其重要他人聯繫提供相關協助資源；以及和原就診之醫療單位保持聯繫，告知目前個案之變化。

Q10: 經由醫師評估後，若個案不需住院後續需要做的危機處置為何？

- A10:
1. 仍會依個案之問題進行需求評估，擬訂個別諮商輔導服務計畫或轉介適當服務資源，並在服務過程中，加強自殺危險評估，必要時再次轉介至醫院危機處置。
 2. 和其重要他人聯繫提供相關協助資源，並和當地相關網絡單位合作，一起從事自殺危機處置

Q11: 為何醫師總不將病人強制住院？

A11: 在臨床實務上有部分之自殺風險個案可能未符合強制住院之條件，如病人用自殺企圖來得到更多的社會資源（如政府補助或保險金等），並不符合嚴重精神病人的定義即使有自殺之危險，於法並沒有辦法將其強制住院。

Q12: 案主曾有三次自殺未遂，定期就醫服用躁鬱症藥物。後再度因病及感情因素，極度沮喪、有厭世念頭，案主可接受訪視，但不願到門診心理諮商。

A12: 依個案問題進行需求評估，擬訂個別諮商輔導服務計畫或轉介適當服務資源（例如：醫療、社會、勞政、就學資源、緊急狀況處理、家人情緒支持）

1. 提供個案情緒支持。
2. 自殺計畫：了解案主是否有詳細自殺計畫及工具。
3. 家庭部份：了解案主及案家的互動狀況，試著連結家庭網絡。
4. 社區部份：(1)結合當地公共衛生護士做在地化的關懷訪視服務。(2)連結當地鄰里長協助關懷。
5. 資源連結：
 - (1)就醫資源：了解案主就醫的情形及用藥是否規律等狀況，並鼓勵持續就醫並穩定服藥。
 - (2)病友團體：個案因病而覺沮喪，故可鼓勵參與相關病友團體，從中得到相互支持與鼓勵。
 - (3)若為 65 歲以上老人：A. 可轉介長青綜合服務中心的社區關懷據點，做關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等服務。B. 若個案因疾病所致，需要被照顧者，可轉介長期照顧管理中心。
6. 提供 24 小時免費安心專線。
7. 持續關懷訪視服務。

Q13: 案主因酗酒及失業因素揚言欲攜子自殺。經轉介至心理衛生中心，承辦人員表示確實因礙於法令未有強制力之拘束，針對無意願求助之個案，較未能提供適切服務。

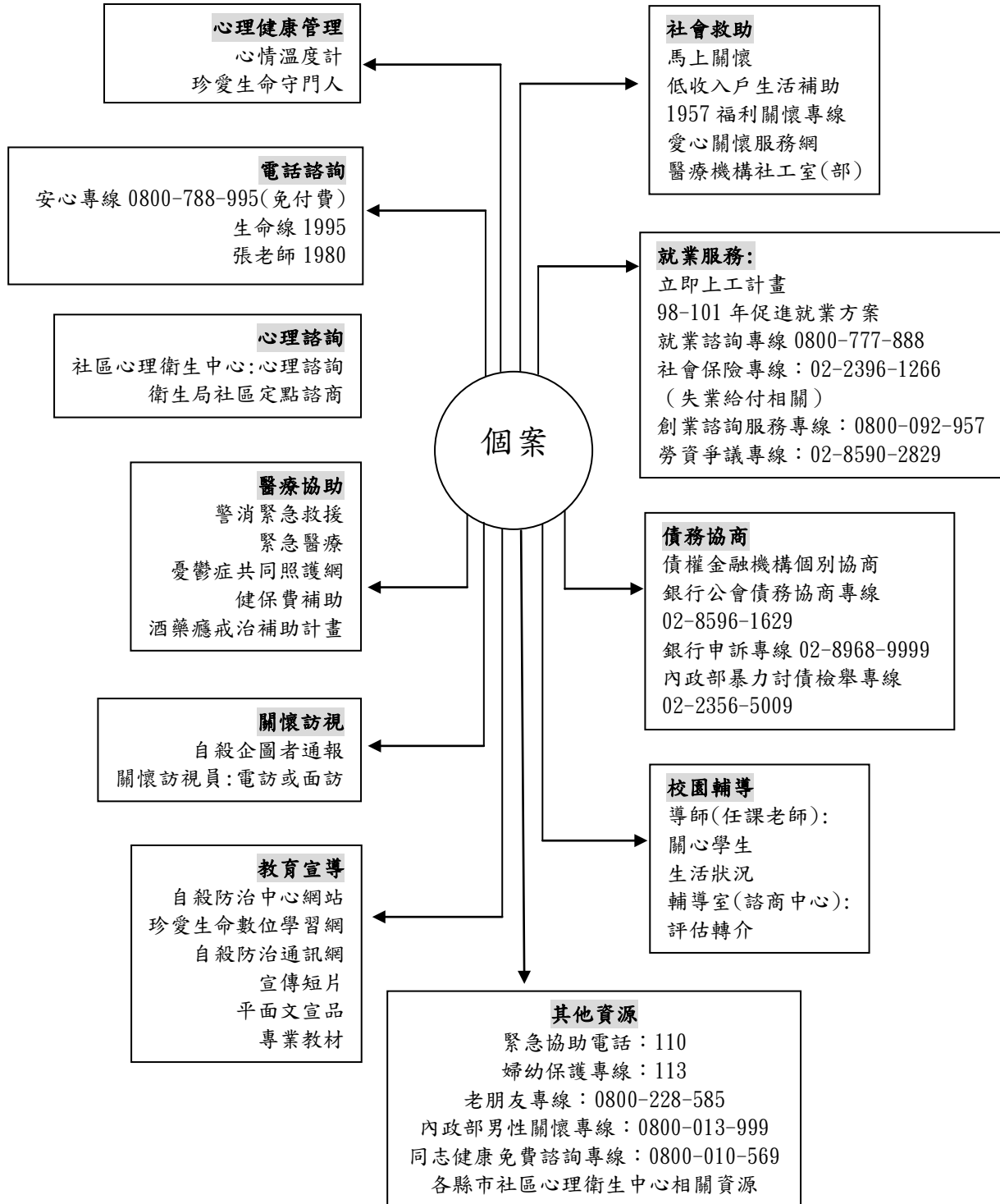
- A13:
1. 因案主揚言欲攜子自殺，涉及保護案件，故需向社政確認案子人身安全。
 2. 服務過程依下列三層面來進行：
 - (1)個人部份：與案主建立關係，提供個案情緒支持、澄清案主主訴，以利後續問題評估及處遇。
 - A. 評估案主酗酒問題及酗酒所造成之影響。
 - B. 評估案主失業情形及失業所造成之影響。
 - C. 評估案主是否有立即自殺危險性：包括過去自殺史、精神病史、衝動性及是否有詳細自殺計畫及工具。
 - (2)家庭部份：了解案主及案家的互動狀況，試著連結家庭網絡。
 - (3)社區部份：A. 結合當地公共衛生護士做在地化的關懷訪視服務。B. 連結當地鄰里長協助關懷。
 3. 資源連結：
 - (1)鼓勵個案就醫。
 - (2)連結社政資源：A. 提供物資援助。B. 協助相關社會福利補助申請。
 - (3)連結勞政資源：A. 提供就業輔導及媒合就業，協助個案找工作，維持案家經濟。B. 提供個案參與勞工職業訓練課程，亦可申請職業訓練生活補助。
 4. 提供 24 小時免費安心專線。
 5. 持續關懷訪視服務。

Q14: 案主 30 歲，育有一名就讀小二之案子，案夫於電子公司擔任主管。惟案主患有精神疾病，並領有身心障礙生活補助，但因不當的金錢使用，導致案主及案夫信用卡積欠龐大債務，並常以自殺手段及陳情信函盼能獲取更多經濟協助。

- A14:
1. 召開跨局處個案討論會，研擬處理策略。
 2. 連結社政資源：提供物資援助及協助福利申請。
 3. 連結勞政資源：提供就業輔導及媒合就業。
 4. 鼓勵規律醫療及服藥。
 5. 安排心理諮商服務。
 6. 穩固家庭網絡：提供案夫情緒支持及教導溝通技巧，並請社會局家庭福利服務中心針對高風險家庭提供相關服務。
 7. 提供卡債諮詢專線及安心專線服務。
 8. 隨時與相關單位人員（社會局、兒福聯盟）保持聯繫。
 9. 持續電話關懷訪視服務。

玖、資源連結

一、自殺防治網絡資源連結



*全國自殺防治中心 <http://www.tspc.doh.gov.tw/>

*珍愛生命數位學習網 <http://www.tsos.org.tw/home>

二、各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300195	台南市	(新營區)06-6357156
台北市	02-33936779 轉 18		(東區) 06-3352982
新北市	02-22572623	高雄市	07-3874649
桃園縣	03-3325880		07-3874650
新竹縣	03-6567138	屏東縣	08-7370123
新竹市	03-5234647	台東縣	089-336575
苗栗縣	037-332621	花蓮縣	03-8351885
台中市	04-25155148	宜蘭縣	03-9367885
彰化縣	04-7127839	南投縣	049-2205885
雲林縣	05-5370885	澎湖縣	06-9272162 轉 228
嘉義縣	05-3621150	金門縣	082-337885
嘉義市	05-2328177	連江縣	0836-22095

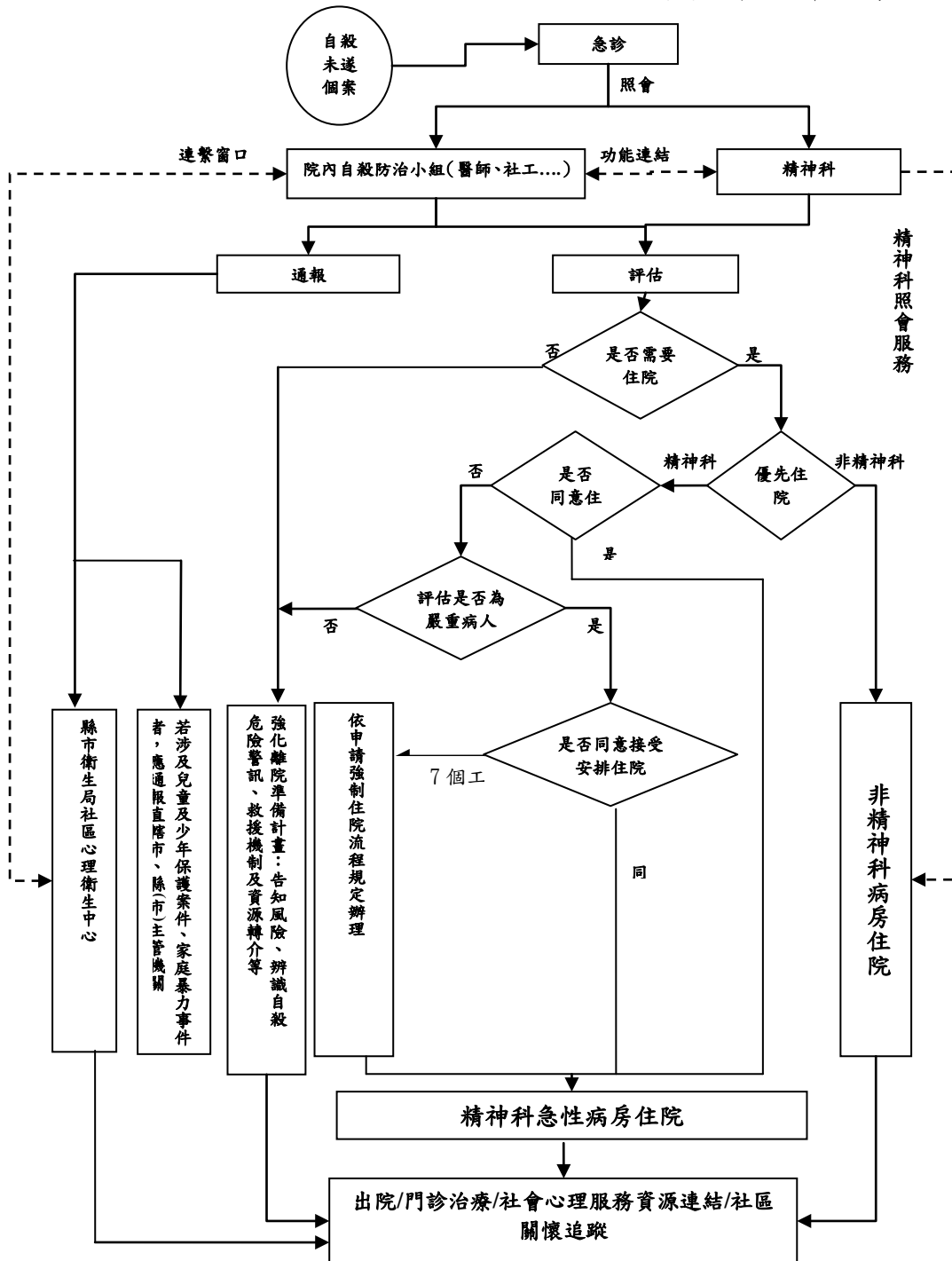
註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

*各縣市衛生局電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24230181	台南市	(新營區)06-6357716
台北市	1999 轉 8858		(東區) 06-2679751
新北市	02-22577155	高雄市	07-7134000
桃園縣	03-3340935	屏東縣	08-7370002
新竹縣	03-5518160	台東縣	089-331171
新竹市	03-5226133	花蓮縣	03-8227141
苗栗縣	037-332565	宜蘭縣	03-9322634
台中市	04-25265394	南投縣	049-2222473
彰化縣	04-7115141	澎湖縣	06-9272162
雲林縣	05-5328427	金門縣	082-337521
嘉義縣	05-3620600	連江縣	0836-22095
嘉義市	05-2338066		

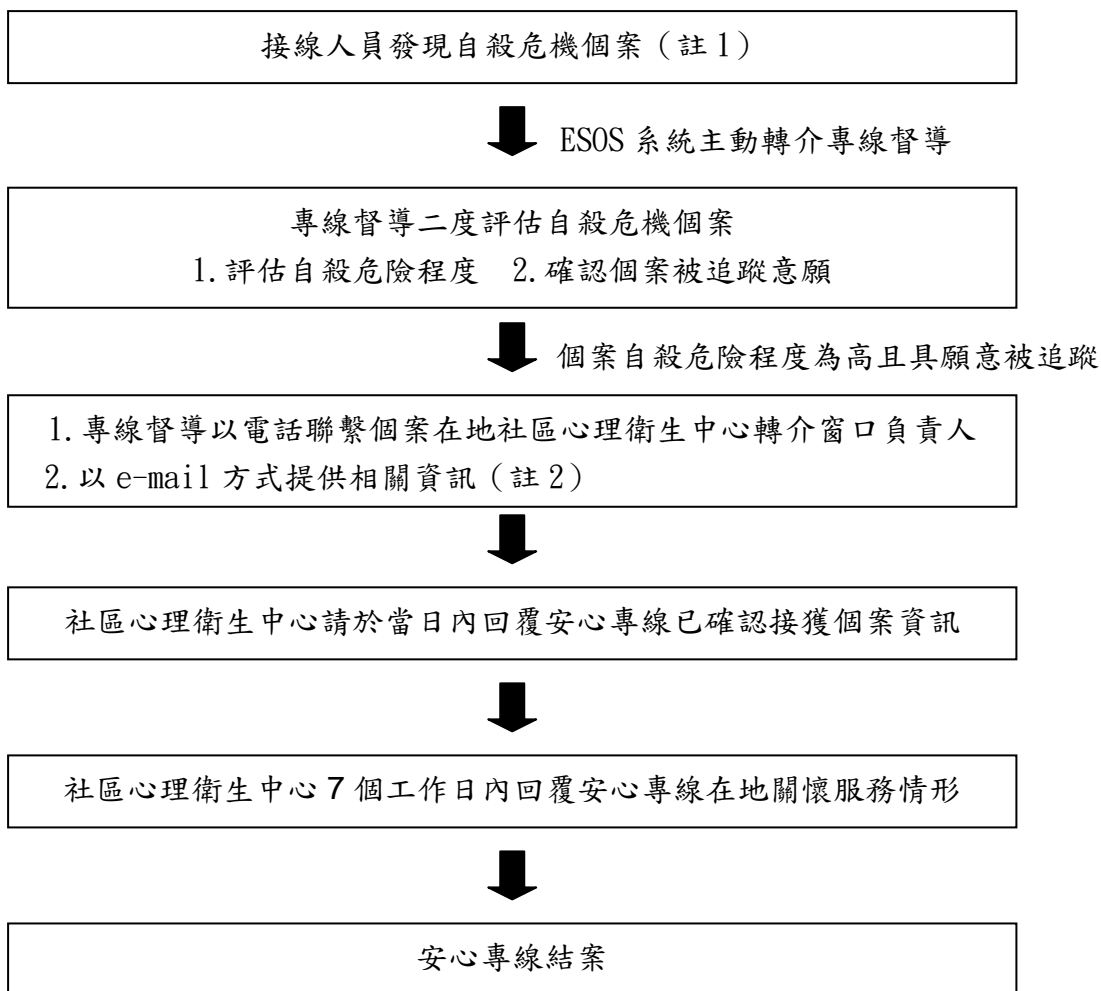
醫院急診處理自殺未遂個案流程

訂定日期：99年10月14日



附錄二：

安心專線轉介處理流程



註 1：自殺危機個案包括已送醫之自殺企圖、高危險之自殺企圖者以及具強烈自殺意念者等 3 類。

註 2：相關資訊包括：自殺危機轉介單、簡式健康量表 (BSRS)、自殺危險程度評量表與生活功能評估表。

說明：

1. 當安心專線接線人員於電話晤談中發現來電者有高自殺危機時，除了以專業諮商務談技巧外，並了解個案是否同意接受追蹤關懷服務。
2. 安心專線督導再度以簡式健康量表 (BSRS)、自殺危險程度量表與生活功能評估表了解個案自殺危機程度以及相關訊息。
3. 確定個案自殺危險程度為高且具追蹤意願後，專線督導電洽在地社區心理衛生中心，並利用 email 傳送個案之自殺危機轉介單、簡式健康量表 (BSRS)、自殺危險程度評量表與生活功能評估表。
4. 在地社區心理衛生中心請於當日內正式回覆安心專線，告知已經接獲轉介個案資訊。
5. 在地社區心理衛生中心接到安心專線轉介後，煩請於 7 個工作日內回覆安心專線是否開案提供個案服務，以利結案。