

自殺防治人員工作手冊
- 醫療機構
(初版)

指導單位：行政院衛生署

編著單位：全國自殺防治中心

中華民國 100 年 4 月

目錄

	頁碼
前言	2
目的	2
壹、自殺問題的嚴重性及影響自殺風險之相關因素	2
貳、以醫院為基礎之自殺防治	6
一、醫院內部作業流程之規劃	6
二、建立醫院標準化評估、處理及自殺通報流程	6
三、建立自殺個案通報、自殺企圖個案登錄及管理系統	7
四、落實自殺風險個案涉及特殊情況（兒虐、家暴、性侵）之責任通報	8
五、自殺者遺族關懷照護服務	9
六、自殺防治訓練課程及社區資源連結	9
七、醫院管理機制之監控與評估	9
參、醫院內的自殺防治指引	10
肆、醫院自殺防治守門人	12
一、珍愛生命守門人-一問二應三轉介	12
二、如何辨識一個有自殺意念的人	15
三、如何評估自殺風險	16
四、如何處理一位有自殺意念的人	17
伍、醫療機構老人自殺防治	18
陸、自殺防治問題 Q&A	20
柒、相關資源	23
附錄：	
「行政院衛生署重大家庭暴力、性侵害、兒童及少年虐待事件個案檢討報告」格式	

前言

自殺為全球性的議題，自殺防治人人有責，需要你我及各個網絡，政府機關及民間團體，網網相連群策群力，俾使人人都是珍愛生命守門人，以達到自殺防治之功效。

依據自殺通報關懷系統發現國內自殺通報單位九成來自醫療院所，醫院內自殺案件雖未有大規模調查數據，但根據綜合醫院自我傷害者的長期追蹤調查，國內自 1978-1997 年共有 11,583 名醫院自傷者，若追蹤到 2000 年其中有 300 人最後自殺死亡。雖然，最終自殺場所不一定是在醫院內，但醫院是重要的最後一道防線是無庸置疑的。

而自殺者生前曾就醫比例也很高，據國內調查自殺身亡者在自殺前 7 天內就醫的比例在 60% 左右，前 90 天更高達到 80%，顯示醫院非常容易接觸自殺高風險群。又根據自殺身亡者生前最後就醫調查，最後一次門診為非精神科者佔八成 (82.7%)，最後一次就診處以在醫院門診為最多，達 68.2%，基層診所約為二成 (21.1%)，更突顯出醫院自殺防治的重要性，尤其是一般科別的照護團隊，因此以醫院為基礎進行自殺事件的預防，是自殺防治網絡中極重要的一環。

目的

編寫本手冊的主要目的是提供一般性通則，各機構宜發展各自適用之院內的自殺防治手冊或指引，以增強醫護人員對於自殺高風險個案敏感度及處理能力，找出醫院內高風險群的防治介入點擬訂有效防治策略，規劃醫院自殺防治內部作業流程，監控與評估醫院自殺防治個案管理機制；並藉由主管暨全體員工的投入並確實落實於常規業務之中，方能有效減少自殺事件的發生。

壹、自殺問題的嚴重性及影響自殺風險之相關因素

一、自殺問題的嚴重性

自殺是世界性的公共衛生問題，根據 WHO，在 2000 年全球有 1 百萬可能自殺身亡，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，預估 2020 年將高達 150 萬人。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。

在台灣，全國每年 4,000 多人自殺身亡，平均 2.2 小時有 1 人自殺身亡。近 10 年來，自殺死亡居十大死因之第九位。

自殺是一個複雜的問題，並不是只有單一原因。自殺是肇因於生物學、基因、心理、社會、文化和環境等種種因素複雜的交互作用。很難解釋為什麼有人在某些處境下會選擇自殺，而其他人在相似甚至是更糟的處境下

卻不會這麼做。然而，絕大多數的自殺是可以預防的。

二、影響自殺風險之相關因素

1. 自殺和精神疾病

許多國家的研究都指出兩件事：第一，絕大多數的自殺個案皆有精神障礙之診斷；第二，精神疾病患者有較高自傷和自殺行為之風險。

與自殺有關的精神疾病，以風險由高至低依序為憂鬱症（所有類型）、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）、酗酒（在青少年則為物質濫用和／或酗酒）、精神分裂症、器質性精神疾患及其他精神疾患。

儘管許多自殺個案罹患精神疾病，然而大多數並沒有向精神衛生相關的專業人員尋求協助，即便是在已開發國家亦是如此。所以第一線醫療人員所扮演的角色是非常重要的。以下就常見疾病加以說明：

1) 憂鬱症

在自殺身亡的個案中，憂鬱症是最常見的診斷。每個人總會有感到憂鬱、難過、孤獨和情緒不穩的時候，但這些感覺通常都會過去。只是若這些感覺持續存在並影響了個人的正常生活時，就不再只是憂鬱的感覺，而是憂鬱的疾病狀態。

憂鬱症的常見症狀如下：

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

雖然針對憂鬱症目前已經有相當多的治療方式，但常常是沒有被診斷出來，原因可能是民眾雖然為憂鬱所苦，但可能視憂鬱症狀為「軟弱」的象徵而羞於承認，或對於伴隨憂鬱症發生的相關感覺並不陌生，因此並不視為疾病；或亦可能當個人同時有其他身體疾病時，憂鬱症變得較不容易被診斷出來，或憂鬱症患者也可能僅以各種廣泛性的酸痛和疼痛來表現。

2) 人格疾患

人格疾患中以反社會人格與邊緣性人格疾患比較容易出現自殺行為。這些人格疾患者的抗壓性低，常容易發生焦躁不安、情緒低落，甚至出現自傷與自殺的行為。

3) 酗酒

約三分之一的自殺個案有酒精依賴的問題。5~10%的酒精成癮者最終以自殺結束自己的生命。

在許多自殺行為的當下是受到了酒精作用的影響。有飲酒問題且自殺的人，可能有下列特徵：

- ◆在很年輕時便開始飲酒。
- ◆長期且大量飲酒。
- ◆身體健康不佳。
- ◆覺得心情低落。
- ◆個人生活混亂失序。
- ◆於近期內遭逢身邊重要人士的離去，如：配偶和以及／或家庭成員的分離、離婚或親友過世。
- ◆工作表現差。

自殺的酗酒者不但從年紀輕時開始喝酒且喝得非常多，也可能是來自一個酗酒的家庭。研究也發現愈來愈多自殺行為的青少年併有物質濫用的情形。

4) 精神分裂症

約有 10% 的精神分裂症患者最終自殺身亡。精神分裂症的特徵是造成一個人在言語、思想、聽覺或視覺、個人衛生和社交行為上的混亂。

當精神分裂症患者具以下特徵時，有較高的自殺風險：年輕、單身、無業男性、疾病早期、心情憂鬱、時常復發、高教育程度、妄想（多疑）。

精神分裂症患者在以下之時期，會有較高自殺身亡的可能性：

- ◆在疾病初期，當病人處於混亂和／或困惑時。
- ◆在恢復初期，當外在看起來症狀有所進步但病人內心仍感到容易受傷害時。
- ◆在復發初期，當病人認為他們已經克服了疾病但症狀卻又再度復發時。
- ◆剛出院後的短時間內。

2. 自殺和身體疾病

某些身體疾病會導致較高的自殺率。

1) 神經系統疾病

-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有相關。

-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。而以男性、診斷後的短時間內（前五年）、當病人正接受化學治療時，其自殺風險更高。

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，但尚未接受諮詢之前，自殺的風

險性較高。

4) 慢性疾病

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

此外，在行動、視力、聽力方面有障礙失能的人也有較高的自殺風險。

3. 人口統計資料特性

- 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: 自殺率最高前二名為壯年人(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。獨居及分居的人風險也比較高。
- 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。

4. 環境因素

1) 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：

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

2) 自殺工具的易取得性

由 1994 年到 2009 年的自殺死亡統計資料顯示，自殺方法前三名為上吊、農藥及燒炭，近年來，燒炭自殺有上升趨勢，佔第二位，尤其在青壯年(14-44 歲)之族群，已躍升為自殺死亡方法佔率之第一位。

自殺容不容易完成，往往與自殺方法的致死性有關。許多自殺企圖者能夠被救回，因為選了較不會致死的方法。激烈的方法像是槍枝自殺不易救治，同樣是藥物過量，鎮定安眠藥物與農藥的致死性差異就很大。

自殺工具的易取得性對於自殺是很重要的影響因素，故減少自殺工具的可近性是一個有效的自殺防治策略。

3) 接觸自殺事件

少部分比較脆弱的人，尤其青少年接觸到現實中或媒體報導的自殺事件時，易受到影響，引發自殺行為。

4) 其他:

- (1) 過去自殺企圖: 歐洲的跨國調查發現有一半以上的自殺企圖者可能

會再次自殺企圖，重複自殺企圖增加自殺死亡的機率。

- (2) 另有許多的蓄意自我傷害者，也常出現在醫院。即便他們常強調沒有自殺意圖，但長期追蹤的結果這些蓄意自我傷害者仍是自殺死亡的高危險群。
- (3) 家族自殺史：家族有自殺史，對於親人後代可能有遺傳或是模仿效應。

貳、以醫院為基礎之自殺防治

一、醫院內部作業流程之規劃

1. 組織整合性服務團隊

建議設有專責單位(如自殺防治中心)或者成立「自殺防治業務」專案小組，跨部門團隊合作，成員職責分：行政、關懷、訪視、醫院工作人員宣導、評價等；醫院自殺防治單位必須與社區之醫療機構或資源維持有效率之合作關係。

若是無設立精神科者，可與轄內之精神醫療網合作，進行相關之照會及轉介，建立全人之共同照護團隊。

- 1) 工作內容：規劃流程，工作人員教育訓練，自殺個案回顧研討(召開『死亡案例研討會』)，評估並改善措施，促進團隊間之良好溝通…等。
- 2) 成員及職責：
 - (1) 召集人：由副院長級或主任級以上主管擔任，負責推動及督導業務
 - (2) 社服科(室)：社會心理資源評估。
 - (3) 精神科(部)：精神診斷、再自殺風險評估、建議處置。
 - (4) 急診醫學科：協助計畫執行。
 - (5) 護理部：協助計畫執行。
 - (6) 個案管理師：小組內主要協調者。自殺未遂之通報、追蹤、登錄、關懷轉介。

2. 發展全院性的自殺防治策略及醫療處置模式(三級預防)全院性的自殺防治策略，包含：自殺潛在風險辨識，環境與作業程序安全防範措施，溝通聯絡系統與應有的態度等自殺防治指引。例如：

- 1) 全面性策略：環境安全及心理社會層面之例行評估等。
- 2) 選擇性策略：自殺風險評估及結構性防範措施等。
- 3) 指標性策略：高風險個案之照會轉介及個案管理等。

二、建立醫院標準化評估、處理及自殺通報流程

1. 門診個案處理流程

- 1) 發現有自殺行為者，直接送至急診，依急診處理自殺個案流程辦理(見圖一：醫院急診處理自殺未遂個案流程圖)。
- 2) 若是發現一般門診個案有自殺意念，但無行為，視嚴重程度，可照會

精神科，進行轉診（門診高風險個案是否進入院內通報及個管，依各醫院擬定之流程，針對老人高風險個案建議納入）。

2. 住院個案處理流程

- 1) 發現有自殺行為者，立即進行院內外自殺個案通報並照會精神科。
- 2) 若是發現個案有自殺意念，先加以評估，視嚴重程度，照會精神科，進行共同照護（門診高風險個案是否進入院內通報及個管，依各醫院擬定之流程，針對老人高風險個案建議納入）。
- 3) 自殺企圖史者，依照標準作業流程，應該照會自殺防治團隊，工作人員與家屬應該要密切注意與陪伴，移除危險工具，避免情緒刺激，預防住院過程中在醫院再次發生自殺行為。

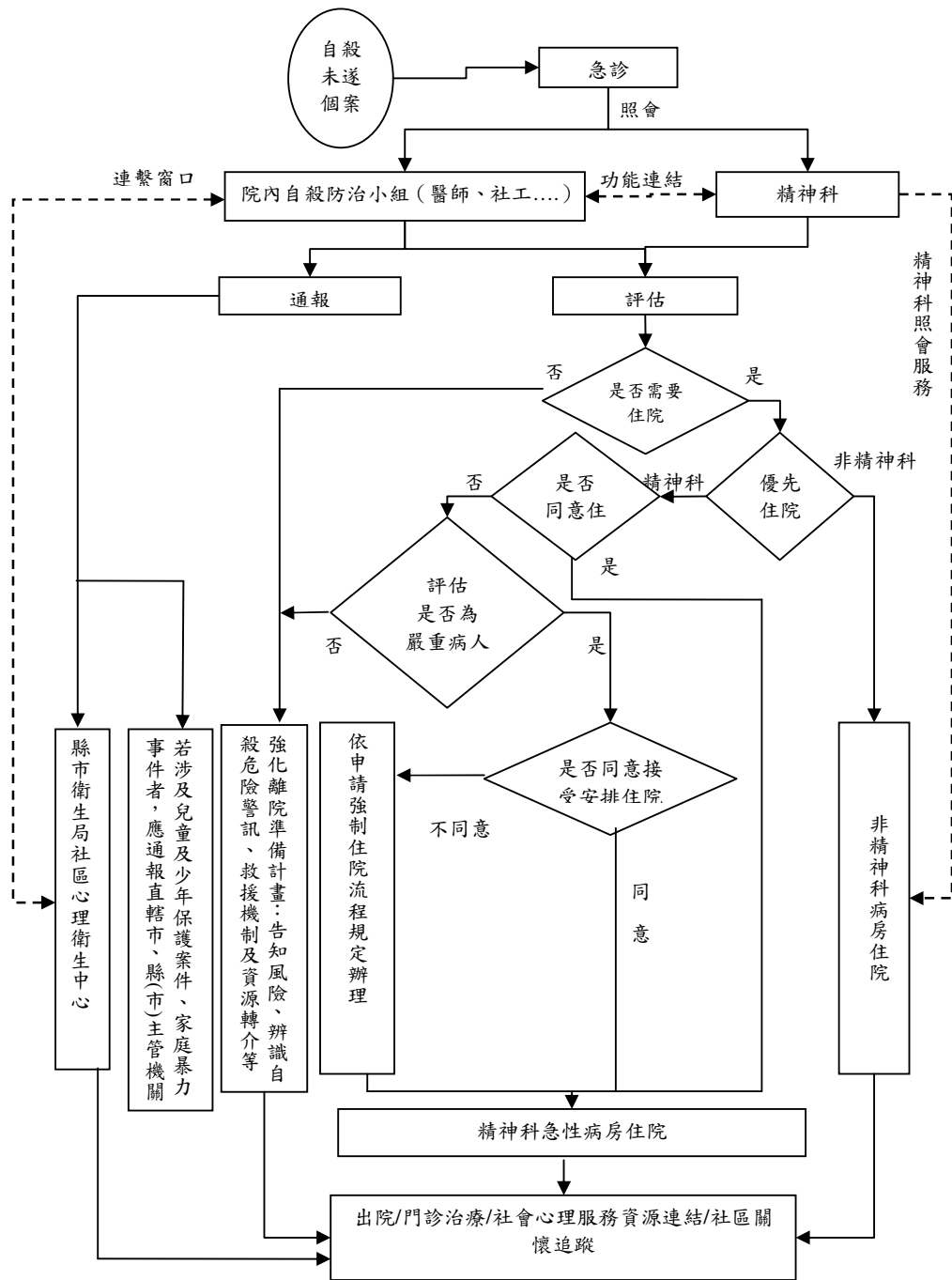
3. 急診個案處理流程：參見醫院急診處理自殺未遂個案流程圖（見下圖一）

重點說明如下：

- 1) 當自殺未遂個案來到急診，必須要照會精神科及院內自殺防治小組；於急診評估狀況，並通報縣市心衛中心。若涉及兒童保護、家暴等則必須依法進行通報。
 - 2) 若個案需要住院，於非精神科病房時一定要照會精神科共同照護，若是個案不同意住院，評估確認其嚴重度，視需要強制其住院。
 - 3) 若不需住院或堅持離院，則強化離院計畫及相關注意事項等，預約回診或與轉介社區資源，以利後續關懷。
- ## 4. 建立標準化評估流程，建議「自殺通報個案評估單」內容應包含個案基本資料、過去病史（生理及精神）、支持系統、自殺方式、自殺原因、過去自殺史、是否接受門診/訪視、BSRS 評分及建議處置…等。

三、建立自殺個案通報、自殺企圖個案登錄及管理系統

1. 建立暢通之自殺個案通報系統，以便迅速正確掌握訊息，及時處理，並有工作手冊或指引。
 - 1) 院內通報：接觸的醫療人員立即向院內個案管理人通報，管理人負責建檔及追蹤。
 - 2) 院外通報：依照衛生署規定向各縣市政府衛生局做自殺通報。
 - 3) 個案管理師執行自殺未遂個案通報、追蹤、登錄、關懷轉介。
 - 4) 自殺未遂與自殺傾向高風險群個案追蹤輔導服務
2. 自殺高風險群之個案管理：
 - 1) 每日晨會，檢討值班急診照會個案
 - 2) 每週照會討論會，檢討病房照會個案
 - 3) 追蹤關懷自殺企圖者
 - 4) 自殺企圖者監測分析
 - 5) 生命關懷特別門診：（視醫院相關精神專科資源，參酌辦理）
 - 6) 電話熱線業務：（視醫院相關精神專科資源，參酌辦理）



圖一：醫院急診處理自殺未遂個案流程圖（衛生署訂定日期：99年10月14日）

3. 針對院內病友提供立即性服務。如：

- 1) 個案管理師接觸自殺企圖個案，協助自殺風險評估，並建立關係。
- 2) 自殺防治專線由個管師與精神科團隊負責接聽，提供 24 小時諮商服務。
- 3) 實施電話關懷追蹤與個案管理，轉介特殊門診與相關資源。

四、落實自殺風險個案涉及特殊情況(兒虐、家暴、性侵)之責任通報

1. 如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件時，應依據「兒童少年福利法」第 34 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。
2. 如發現通報案件已涉家庭暴力事件，應依據「家庭暴力防治法」第 50 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。
3. 當衛生局接獲符合內政部「重大兒童及少年虐待事件」或「重大家庭暴力及性侵害事件個案」所範定個案時，應依衛生署頒訂「重大家庭暴力、性侵害、兒童及少年虐待事件個案檢討報告」格式（如附錄一）填報檢討報告，除需填報被害人就醫、預防接種（6 歲以下幼童）等紀錄摘要，必要時並應提供相對人暴力行為通報、藥酒癮或精神疾病就醫、訪視、家暴處遇計畫執行等相關紀錄，提報縣（市）政府及衛生署檢討。

五、提供自殺者遺族關懷照護服務

自殺親屬容易有複雜的悲傷、自責、憤怒情緒，自殺機率也較一般人高，自殺個案被通報時開始，主動關心遺族需求，提供遺族資源手冊（自殺防治系列手冊 9-10）、社服資源、辦理遺族支持團體等。

六、自殺防治訓練課程及社區資源連結

1. 每年除了針對院內相關人員，如專業人員、行政人員及志工等，辦理守門人訓練，設計基礎與進階之自殺防治訓練課程，給予認證外，可舉辦自殺防治研討會，並積極進行自殺防治研究討論及改善，例如：急診的危機處理及再自殺風險評估、自殺企圖者監測檢討。
2. 積極與相關單位聯繫及合作，針對家屬或病友做自殺防治的教育宣導，教導「自殺防治守門人」123 步驟。與各地衛生局及心理衛生中心保持密切聯繫，除通報個案也可互相支援。或與民間單位協調合作，使自殺未遂者離開醫院後仍可獲得持續的關懷。
3. 視需要與精神醫療網等進行合作並取得相關支援。

七、醫院管理機制之監控與評估

1. 自殺防治相關單位，體制完備及運作順暢，有專人執行業務，具有相關文件及作業規範，溝通聯繫，各司其職、分工合作；並確實依相關規定執行通報。
2. 持續提升自殺企圖者通報內容之準確性和時效性。自殺企圖者監測的檢討，定期召開檢討會議，統計分析年度通報資料，並與院內自殺死亡個案比對，檢討監測成效。將住院病患自傷或自殺未遂行為視為跡近失誤 (near missing) 之病人安全事件，在非責難性的氛圍下，藉由通報及根本原因分析，精進合理的保護措施
3. 施行「自殺企圖者個案管理」，加強追蹤關懷，醫院須有針對自殺企圖者之「個案管理流程」及「個案管理員制度」。由個案管理員整合院內資源，立案列管長期追蹤關懷，並定期報告個案狀況。
4. 連結並強化專業角色功能。落實「個案管理員制度」，由個案管理員負責統整各單位之工作，針對特殊案例舉行不定期「個案討論會」，加強專業人員的溝通與配合。
5. 提供特別門診照護自殺高風險群：由有經驗的精神科醫師負責開設特別門

診，讓高自殺風險個案不需面對漫長候診及不斷轉介後，重複述說病情的煎熬。

6. 提升員工對自殺高風險的敏感度與處理能力：落實院內自殺防治教育，新進人員必須接受一定時數「自殺防治守門人」基礎訓練。並辦理守門人進階訓練及自殺防治相關之研討會。

叁、醫院內的自殺防治指引

一、及早發現，立即介入

醫療照護人員是自殺防治網絡中重要且具關鍵性的成員，須掌握並運用各種自殺防治資源，及早發現，即時介入，進而建構持續性與支持性的自殺防治網絡，落實珍愛生命守門人的精神。

1. 辨識自殺高風險因子與評估自殺高風險群

落實「自殺防治守門人」之宣導與推行，在防治工作中，扮演貫穿全面性、選擇性與指標性策略的關鍵角色。透過教育訓練，使醫療團隊成員能夠辨識常見的自殺高危險因子、熟悉評估方法及工具，瞭解處置與轉介機制。

對於前述之高風險相關疾病之照護單位、急重症單位與末期照護單位人員應接受憂鬱症照護知能與自殺防治相關教育訓練。

2. 訂定適合機構特性之自殺評估及再評估標準作業流程，並訂定流程啟動時機。

可設計適合單位特性之自殺高危險評估工具或使用已開發之評估工具。如：住院過程中發生其他生活事件而引發之情緒障礙（如憂鬱、絕望、沮喪、憤怒）或適應障礙（如失業、經濟壓力、離婚、感情困擾、重要事物喪失…等）時，或被告知疾病診斷或疾病變化（如癌症、HIV…）而引發憂鬱情緒或適應障礙時，亦為適合進行自殺評估的時機。

- 1) 心身問題篩檢工具：要能使醫療專業人員及一般民眾迅速了解個案的心理照護需求，使用信效度良好之篩檢工具，提升臨床評估之敏感度，是十分重要的。由李明濱教授所研發之簡式健康量表(BSRS-5)，又名「心情溫度計」(詳見肆之守門人三步驟)，是為探尋心理衛生需求的篩檢工具，目前廣泛地使用於自殺防治工作中。此量表包括五題症狀之題組，以測量自殺意念之獨立項目，以高於或等於六分作為常見精神疾患（如失眠症、焦慮症與憂鬱症等）篩檢之切割點，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。藉由此一工具之使用期望能提升醫療及照護品質，並加強篩檢有憂鬱或自殺傾向的病患，以利醫護人員清楚地掌握病人的心理狀態及其照護需求。
- 2) 轉介或照會精神醫療的時機，包含：病人有重鬱症病史、抗憂鬱藥物療效不彰時、伴隨幻覺、妄想等症狀時、強烈自殺衝動或已有自殺行為、要求協助自殺或安樂死、病人缺乏家庭支持…等。
3. 透過通報機制並運用通報資料，定期檢視單位自殺防治流程是否符合需求，

並查核執行情形。如巡房探視方式與頻率，自殺評估/再評估作業流程規範之適用性

4. 發現具自殺潛在風險者之後續處理

- 1) 傾聽、同理了解其自殺想法，持續評估其自殺意念的頻率與嚴重度，轉介(或會診)精神科醫師、諮商心理師、社工師提供相關資源，並將相關評估納入病人之出院計畫，加強個案追蹤，視需要與社區資源連結。
- 2) 避免讓有自殺高風險的病人獨處，提醒陪伴者如需離開，應通知照護團隊人員，如病人無人陪伴，可聯絡社工、志工協助。
- 3) 配合病人其心理狀況及情緒調整治療計畫，必要時依病情需要調整處方。

5. 預防出院後的自殺：

更多的自殺死亡是發生在醫院外而非醫院內，研究發現許多的自殺死亡常發生在出院後的短期內。所以對於急診自殺企圖者、自殺行為住院者，及精神科病房住院者，適當的出院準備、預約回診及追蹤關懷，讓這些自殺高危險群連結社區相關資源，還有對於家屬的風險告知及衛教說明處理原則，都是很重要的。

二、定期檢視環境設備及動線安全

定期檢視環境設備，移除或更換可能被用於自殺的物品，並確認環境安全防護機制效能正常。

1. 頂樓、陽台等高處場所出入口有安全防護設計及管理方案。門窗、高樓頂樓、陽台等之出入應有安全防護設計及管理，例如頂樓天台防火門開啟之警報裝置；空房間上鎖，定時巡查並監視院區死角。
2. 透過環境介紹與在職教育，使醫療照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備，如窗簾拉繩、可吊掛支撐的門、掛架、櫃子、可供繩子穿越處、蓮蓬頭架、廁所馬桶的水箱蓋、橫桿…等，定期檢視其使用狀況，危險性較高者，經評估可行性後，予以移除或改用有安全建築設計的設備。
3. 護理車、UD車、清潔工作車等，於單位擺放位置宜在醫療照護團隊成員可見處或病人/陪伴者不易接觸的地點，以避免其中的尖銳器具、藥品、清潔劑等物被取用於不當用途。
4. 對於有自殺(傷)風險之住院病人，工作人員定期及定時執行安全檢查其具有自傷傷人堪慮之個人物品，加以安全保管；需使用有危險性但非違禁品的物品(如水果刀、吹風機、電源線…等)時，宜避免其獨處或建議其在護理站附近使用，以降低病人發生危險之可能性。
5. 自殺初步防範措施可由護理人員執行，但必須與醫療團隊共同深入處理潛在的問題。所有的防範措施皆須具體明確的記錄，以預防醫療糾紛。
6. 若邀請家屬共同防範有困難，可請醫療團隊協助說明，但護理人員仍需提供至少每班、1小時或30分鐘密切觀察病人之行為、情緒及行蹤，並建議書寫自殺防範密切觀察之相關記錄單。
7. 於執行安全檢查時，透過危險物品安全檢查查核表之機制，達到一致性安全檢查之標準作業流程。
8. 於入院時即針對所有住院病人及親友說明危險物品之種類、執行安全檢查

之目的、時機、範圍、方式及處置，並於病人單位公告欄張貼危險物品管理規則。依情況執行安檢，及早發覺及處理不明的危險物品。

三、自殺高危險個案之照護、溝通與支持

醫護人員介入自殺的目標在於保護病人人身安全，讓病人保有希望。

建議如下：

1. 以謹慎、尊重的態度與自殺傾向者交談，提供情緒支持，避免批判其想法。因為當醫護人員對自殺行為有負面態度時，會使自殺者情況更加惡化。了解自殺傾向原因，利用社會資源，探尋除自殺外的其他選擇與解決方式。
2. 如需轉介，需耐心解釋轉介原因，讓當事人瞭解轉介與資源提供是為了幫助他而非擺脫他。
3. 應有的安檢、限制外出、轉病床位置、提高探視頻率等自殺防治機制，以同理態度詳細溝通，避免引起阻抗。密切觀察並留下觀察記錄，以掌握病人情緒狀況。
4. 聯繫親友或陪伴者，提供自殺防治衛教，包含：危險環境及物品認知，鼓勵親友多陪伴，提供支持與正向力量，同時亦需注意他們的需求與情緒，避免責難或使他們感到內疚。

四、建立支持性的醫病關係與醫療照護團隊合作

1. 由人文關懷角度出發，落實以病人為中心的醫療，體察個案因疾病衍生之社會心理負擔及衝擊，建立支持性之治療同盟關係。鼓勵病人表達、抒發負面情緒。
2. 鼓勵照護團隊成員互相支援協助，主動關心病人及家屬，建立互信、具支持性的醫病關係。
3. 院內自殺事件不幸發生後，對當事人、親友乃至於照護團隊均為很大的衝擊，也可能造成法律問題，提供當事人、親友、鄰近病友的輔導與支持，亦需密切關照團隊同仁所面臨的情緒或法律問題，並可由機構提供諮商輔導相關資源與管道。

醫療機構內的自殺防治是十分困難但極度重要的任務，全美每年約30000件自殺身亡案件，其中有5%-6%發生在醫療機構內，而過去針對加拿大蒙特婁地區3079件住院病患自殺案件的回溯性研究指出，大部分住院病患的自殺難以有效地事前預測。即使在安全維護規格最高的精神科急性病房，一項針對英國精神科病房內自殺事件研究指出，12位不幸自殺身亡的精神科住院病患中，有5位病患自殺身亡前，是醫護人員以全天24小時視線所及方式觀察個案，在如此高規格的防範下，自殺行為仍不幸發生。

邁向合理可行且定義清楚的院內自殺防治策略，不僅是醫療院所人道服務精神的極致發揮，也是阻卻不幸事件發生時的重要關鍵。

肆、醫院自殺防治守門人

一、珍愛生命守門人 - 一問二應三轉介

在醫療機構中，除了醫療人員外，一般行政人員及志工們，都可以在工作崗位上，提高敏感度，關心支持周遭遇見的病人或家屬，隨時發揮守門人精神。

1. 守門人的由來

有關守門人研究的起源，最早可以追溯到 1947 年著名的社會心理學家 Lewin 的研究。Lewin 在其一篇名為「團體動力學：團體生活的管道」中以食物為例，描述食物如何從生產管道經銷售管道，最後送到每個家庭的飯桌上；Lewin (1951) 深信，這些概念架構是可以類推到一般的現象和情境（轉引自林東泰，1999）。根據 Lewin 對守門行為的定義，守門人意指能藉著一道又一道的關卡，來進行過濾和控制過程的人。守門人 (gatekeeper) 其實是一個相當簡單的概念。維基百科 (Wiktionary) 對守門人一詞的解釋就是某人對某件事做守衛、監視或防守的動作，因此守門人有監控、管制、保護的意思存在。

2. 守門人的定義

許多自殺防治方案都會提到守門人對自殺防治的重要性，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」（QPR Gatekeeper Training For Suicide Prevention 2002）。廣義的自殺防治守門人是指「當個人接受訓練後懂得如何辯認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」（Maine Youth Suicide Prevention Program, 2005）。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」。

3. 守門人的角色與功能

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。換言之，「珍愛生命守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色；在接受過守門人訓練課程後，對自殺高風險因素有較高的敏銳度，並有能力協助他人獲得適當的幫忙，有效阻止自殺意念者浮出海平面，降低自殺率。相信這個方法你我都做得到。

4. 守門人三步驟：

一問：「主動關心，詢問對方的狀況」

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，若是感到懷疑便立即詢問，要瞭解「這可能是唯一一次幫助的機會」。

善用心情溫度計 (BSRS-5)

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。

心情溫度計是受試者回想最近一星期內(含測試當天)，感到困擾或苦惱的程度，然後圈選最能代表感覺的答案。0-4 代表分數，題目內容如下：

	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

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。

心情溫度計評分結果可供個人或專業醫療團隊之參考，並非作為診斷之用；不僅可作為自我檢測亦可用於大規模對象施測。

心情溫度計可以幫助我們了解自己的心情狀態，也可以用此量表來關懷週遭的人，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。

二應：「聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴」

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

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，就是你幫當事人找出適當的資源，進行資源連結的時候。轉介之後仍需要持續加以關懷。

二、如何辨識出一個有自殺意念的人

1. 由個人行為的改變或過去病史中可得到一些警訊：

- ◆ 退縮的行為，無法和家人及朋友相處。
- ◆ 表現出易怒、悲觀、憂鬱或無感情的人格改變。
- ◆ 飲食或睡眠的改變。
- ◆ 自我憎恨，感到內疚、無價值或羞愧
- ◆ 突然想要收拾個人事物或立遺囑等
- ◆ 孤獨、無助或無望的感覺
- ◆ 焦慮或恐慌。
- ◆ 反覆提到死亡或自殺
- ◆ 留下遺書
- ◆ 酗酒。
- ◆ 精神疾病。
- ◆ 先前曾經企圖自殺過。
- ◆ 近期內發生重大的失落-死亡、離婚、分離等等
- ◆ 自殺的家族史
- ◆ 生理疾病

2. 自殺者的心理狀態

自殺者的心理狀態有三大特色：

- 1) 矛盾：大部分的人對於自殺的感覺很複雜，想活及想死的念頭一直在拉鋸。他們會有想要逃離生活上痛苦的衝動，但又有一種想要繼續活著的渴望。許多自殺的人並不是真的想要死去，只是他們對生活感到不快樂；所以如果給予支持，會讓想活著的念頭增強，自殺的風險就會降低。
- 2) 衝動：自殺也是一種衝動的行為。就像其他的衝動一樣，自殺的衝動是暫時的，只會持續數分鐘到數小時，常會被每天負面的事件所引發。藉危機處理及拖延時間，可以幫忙他們減少自殺的念頭。
- 3) 僵化：當個人有自殺意念時，他的感覺和行為就會變得很狹隘。他們會一直想著自殺而無法察覺其他可解決問題的辦法，想法都很極端。

大部分自殺的人會傳遞他們自殺的想法和意圖。他們會發出種種表示他們想要死、覺得自己沒用等等的訊息，千萬不能忽略這些求救的訊息。

無論遇到的問題是什麼，想自殺的人的感覺和想法常常是一樣的。

感覺	想法
悲傷、難過	我希望能死掉
孤獨	我無法作任何事
無助	我再也無法忍受

沒有希望 沒有價值	我是個輸家、是個負擔 沒有我，其他人會過得更快樂
--------------	-----------------------------

3. 如何向自殺者伸出援手

當有人訴說『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。然而這些反應對自殺意念的人不會有所幫助。

與自殺意念者的初次接觸是很重要的。

- 1) 首先要找一個不受打擾並可保護隱私的合適地點進行談話。
- 2) 接下來要分配足夠的時間。想自殺的人常常需要更多的時間去吐露自己的事情，所以傾聽者必須準備足夠的時間和做好傾聽的心理準備。
- 3) 最重要的一步是要有效的聆聽他們的想法。伸出援手或傾聽本身就能減少自殺者的絕望感。目標是要跨過不信任、絕望和無助的鴻溝，給他們希望，讓他們相信事情會好轉。

4. 如何溝通

想要增進溝通，需要用平靜、開放、關心、接納且不批判的接觸態度。譬如：專注的傾聽，保持平靜、了解他們的感受（同理心）、給予非言語的訊息，來表達對他們的接納和尊重；尊重他們的意見和價值觀、誠實且真誠地談話、表達自己的關心和溫暖、專注於他們的感受等。

5. 怎麼樣會破壞溝通

太常打斷他們說話、顯露震驚或情緒激動、表達自己很忙、擺出恩賜態度、作出突兀或含糊不清的評論或問大量的問題等，容易造成溝通不良。

三、如何評估自殺風險

當懷疑其有自殺行為的可能性時，需要評估下列危險因子，如當下的精神狀態以及對死亡或自殺的想法、當前的自殺計畫（個案準備到什麼程度、多快的時間內會採取行動）及個案的支持系統（家庭、朋友等）等。

發現個人是否有自殺想法的最好方法就是詢問他，談論自殺並不會將自殺意念植入個人的腦海中。能夠開放地和他們談論這些讓他們正在苦苦掙扎的議題和疑問，他們會覺得安心而且非常感謝。

1. 如何詢問？

要詢問關於他或她的自殺意念是不容易的。循序漸近地導入主題是有幫助的。一些有用的問句如：

- ◆ 你覺得悲傷嗎？
- ◆ 你是不是覺得沒有人關心你？
- ◆ 你是不是覺得已經不值得再活下去了？
- ◆ 你想要自殺嗎？

2. 何時詢問？

- 1) 當個案感覺到被了解時。
- 2) 當個案覺得談論他或她自己的感受是自在的。
- 3) 當個案正在談論如孤獨、無助等負面的感受。

3. 詢問什麼？

1) 詢問是否有明確的自殺計畫：

(1) 你有任何結束自己生命的計畫嗎？

(2) 你有想過如何進行自殺的想法嗎？

2) 詢問個案是否持有執行自殺的工具：

(1) 你有藥物、殺蟲劑、農藥、刀子或其它可以用來自殺的工具嗎？

(2) 你是否可以立即取得這些工具？

3) 詢問個案是否有確定的時間表：

(1) 你是否已決定在什麼時候結束你的生命？

(2) 你計畫什麼時候去做？

四、如何處理一位有自殺意念的人

1. 對於「自殺」的迷思與事實，參見下表：

誤解	事實
會提到自殺的人並不會真的去自殺	大部份自殺的人會發出明確的警訊
會自殺的人絕對是想要死	大部份的人對自殺都很矛盾
自殺發生之前不會有警訊	自殺的人常會發出大量的暗示
情況開始改善後就沒有自殺的風險了	情況開始改善後病人的體力會變好，會將絕望的想法付諸毀滅性的行動
不是所有自殺都可以避免的	這是真的。但是大部份的自殺，其實是可以避免的
只要一個人只要曾想過自殺，那他／她一輩子都會有想自殺的念頭	自殺的想法可能會再出現，但並不是一直存在的；而且有些人的自殺想法可能不會再出現了

2. 不同風險程度之處置：

1) 低度風險

個案已經有一些自殺的想法，例如『我無法繼續下去了』、『我希望可以死掉』，但還沒有做任何計畫。需要的行動，建議如下：

- ◆ 提供情緒支持。
- ◆ 處理想自殺的感覺。一個人愈是能夠開放地談論失落、孤獨和無價值的感覺，他或她的情緒混亂程度愈輕微。當情緒起伏緩和後，個案才比較可以反思。反思的過程很重要，因為除了他本身以外，沒有其他人可以取消自殺的決定並決定活下去。
- ◆ 談論過去如何不採取自殺而能解決問題的經驗，將焦點放在個人正面的力量。
- ◆ 定期會談，維持聯繫。

2) 中度風險

個案有自殺的想法和計畫，但不會馬上執行計畫。需要的行動，建

議如下：

- ◆ 提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量。繼續進行以下的步驟
- ◆ 利用矛盾心理。照護人員應該集中焦點在想自殺的人的矛盾心理，以逐漸增加想要活下去的力量。
- ◆ 探尋除自殺外的其它選擇。照護人員應該試著發覺自殺以外的各種替代方式，即使它們可能不是最理想的解決方式，希望個案至少可以考慮其中一個選擇。
- ◆ 訂定約定。設法讓想自殺的人承諾他或她將不會在下列情況下自殺，
 - 在沒有和照護人員聯繫的時候。
 - 在某特殊時段。
- ◆ 轉介或照會給精神科醫師、諮商師或醫師並儘快預約會談時間。
- ◆ 聯絡家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。

3) 高度風險

個案有明確的計畫，有執行計畫的工具，並且打算立即進行計畫。需要的行動，建議如下：

- ◆ 陪伴個案。絕對不能讓他獨處。
- ◆ 溫和地和個案談話，並且移除藥物、刀子等，遠離可用來自殺的工具
- ◆ 訂定約定。
- ◆ 立刻聯絡心理衛生專業人員或精神科醫師。
- ◆ 告知家人並且獲得其支持。

3. 該如何轉介

- 1) 醫療人員必須好好花時間對個案解釋轉介的原因。
- 2) 安排預約或照會。
- 3) 傳遞訊息給個案，表示轉介並非表示醫療人員要擺脫他的問題。
- 4) 在照會後要探視個案並持續關懷。

伍、醫療機構老人之自殺防治

一、老人自殺防治之重要性

台灣人口老化成程度日益加劇，65歲以上老年人口佔率逐年上升，且歷年65歲以上年齡層自殺死亡率均高於其他年齡層。在老年自殺死亡者(65歲以上)生前有重大傷病診斷之比例高達七成五，且於自殺死亡前30天就醫比例高達89.2%。更甚是老人照顧者容易忽略憂鬱症的相關症狀與自殺前兆的特性。因此如何提升照護人員，對於老人自殺防治的認識與投入的熱忱，以提高憂鬱症及自殺高風險群的辨識率，乃當務之急。

二、相關危險因子

老人自殺存在多種影響因素，研究發現，老人自殺問題與慢性疾病因素及社會網絡連結問題有關：

1. 精神疾患：研究發現，此類個案較一般族群有較高的精神疾患共病率；其中以重度憂鬱症、老年期妄想症、器質性腦病變（特別是腦額葉疾患患者）、衝動性控制異常、酒精與物質濫用相關疾患等精神疾病，較易出現蓄意自傷的狀況。而老人憂鬱症為自殺的重要危險因子。
2. 身體疾病：自殺身亡者生前合併有重大傷病診斷的比例隨年齡的增長而增加。
3. 社會性因素：「家人間情感因素」也是值得注意的危險因子，包括家庭失和、失去配偶等皆是老人自殺的危險因子，對男性老年人來說尤其明顯。而在自殺身亡的男性老年人中，其未婚、離婚或喪偶的比例，顯著高於自然死亡或意外死亡的男性老年人。另外孤立的社交關係、未適當處理的悲慟反應、將被送入安養院的預期想法等也是可能的危險因子之一。

三、高風險老人之防治措施

1. 自殺未遂個案：有立即自殺/自傷危險者，或過去有自殺未遂紀錄之個案，應立即以「醫院急診處裡自殺未遂個案流程」處理，進行個案關懷追蹤。
2. 併有慢性疾病、憂鬱症及重大傷病等高危險群，建議以 BSRS-5 全面進行評估篩檢，依其結果進行關懷、轉介及持續性照顧。

1) 門診病人：

- (1) 可使用 BSRS-5 量表進行臨床篩檢，如發現病人有嚴重情緒困擾，可轉介精神科門診共同照顧；如有自殺/自傷危險者，請通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷，如經評估無住院需求，可結合衛政及社政單位提供老人持續性照顧，並於後續回診時持續關懷。
- (2) 強化病人自我心理衛生健康管理，可教育病人或家屬使用 BSRS-5 量表作為自我照顧之工具，並提供院內及社區相關求助資源。
- (3) 可設立生命關懷特別門診，評估門診病人需求而轉介。
- (4) 可設立電話熱線業務。

2) 住院病人：

將 BSRS-5 納入住院期間護理常規評估項目，加強篩檢有憂鬱或自殺傾向的病人，以利醫護人員清楚地掌握病人的心理狀態及評估照護需求，如發現病人有嚴重情緒困擾，可照會/轉介精神科共同照顧；如有自殺/自傷危險者，請通報院內自殺防治小組列案追蹤關懷。

- (1) **自殺高風險群個案管理**：依院內常規流程處理，安排個案討論，擬訂相關照護計畫，進行追蹤關懷。
- (2) **離院準備**：醫療機構應有出院計畫並提供各項相關資源，如病人有自殺未遂紀錄，須通報縣市衛生局社區心理衛生中心進行追蹤關懷，並結合各單位提供持續性照顧，另須確認門診回診時間，以利維護持續性照顧。若醫院已有出院後續電訪追蹤常規，可加入個案情緒評估，加以關懷。

3. 自殺防治守門人訓練課程：針對老人照顧者依不同對象，辦理自殺防治守門人訓練課程，提高其對自殺徵兆之敏感度，並強化對於自殺高危險群處遇態度與轉介，以落實「自殺防治守門人1問2應3轉介」之宣導與推行。

陸、自殺防治問題 Q&A

- Q:** 急診室中自殺企圖者的臨床特徵為何？
- A:** 在某大醫院的急診室中，自殺企圖者男女比例為1：2。相對於女性，男性中單身的較多，過去曾罹患有身體重大疾病、以喝農藥自殺的比率及自殺引發身體的致命度也相對增加。自殺企圖者的年齡方面，對照於年輕組，年老組中酒精濫用、以喝農藥自殺及自殺引發身體的致命度，皆相對增加；自殺的原因中，年輕組多數為衝動型，自殺意圖較不嚴重。
- Q:** 有人說當憂鬱症好轉時是最危險的時候，這是真的嗎？
- A:** 當憂鬱症經治療逐漸好轉時，是最容易自殺的關鍵時刻，因為此時身體已經可以活動，但是內心卻仍然灰色、悲觀；這時照顧者往往更容易疏忽，而讓病人單獨活動，以致發生自殺的悲劇，所以家人朋友此時千萬不要放心疏忽病人的行蹤，反而要更注意關心病人的一舉一動。照顧者可以去瞭解病人的想法中，是否有無助無望感。通常無助感的呈現會是：「沒有人可以幫忙解決這個難題！即使是醫護人員也無解！」，無望感是：「我沒有明天，對未來不存期待、希望」，若上述的想感覺很強烈，就要特別小心病人的安全。
- Q:** 聽說服用抗憂鬱劑容易出現自殺行為，已經服用好一陣子，是否該停止服用？
- A:** 憂鬱症跟腦部缺乏血清素、正腎上腺素或多巴胺等激素相關，以上這三種激素通稱為快樂激素，他們可以讓人心情愉快充滿精力。而現在上市的抗憂鬱劑也都可以補充上述激素的不足，藉此治療憂鬱症。若在剛開始服用抗憂鬱劑的時候，醫師沒有注意從低劑量逐漸加藥，可能會讓病人出現某些不舒服的藥物副作用，例如：噁心、嘔吐、腹瀉、頭痛、眩暈、坐立不安、手抖、失眠或嗜眠等；這些副作用可能會讓憂鬱症病人感到更加的不舒服，以致更想自殺，但是研究顯示只有在兒童青少年的初診病人比較容易出現。剛開始服用抗憂鬱劑的病人要緩慢自低量加藥，若出現不能忍受的副作用時，一定要跟主治醫師討論藥物的調整；如果已經長時間服用抗憂鬱劑，並且有一定的療效，就不必擔心它會讓你產生自殺意念，因為抗憂鬱劑就是專門治療憂鬱症的藥物，規則服用就可減少自殺的可能性。千萬不要斷然停藥，如此反而會出現抗憂鬱劑的戒斷症狀，包括：激躁不安、失眠、心悸等。也有可能惡化心情，更加重自殺的意念。
- Q:** 老年人的蓄意自傷或是自殺行為，是可以預防的嗎？
- A:** 雖然直到最近大家才開始警覺自殺對社會與國家的影響，但是精神醫學界對於各年齡層自殺的問題，已經或多或少地有所研究。根據既有的研究資料顯示，老年人的蓄意自傷或是自殺行為其實在事前或多或少都有脈絡可尋，絕對是稍加注意就可以防範於未然的！
- Q:** 曾經有過試圖自殺的老年人，再次自殺或是自殺身亡的機率會不會比較高？

A: 依據不同地區的研究，約有 25%~50%左右試圖自殺的老年人，一年內會再次出現自殺企圖。更細部的探索發現，若在試圖自殺後予以適當的精神醫療介入，較未接受精神醫療介入者可減少 20%~30%的再次自殺發生率。這也顯示了適時與適當處理的重要性。

Q: 老年人接受抗憂鬱劑治療憂鬱症時，自殺率會不會較高？

A: 依據統計，自殺的老年人中，超過70%有精神疾病。然而，在基層醫療體系內，有憂鬱情緒的病患中，只有11%的人有接受足夠的抗憂鬱劑治療、有34%的人接受的劑量或療程不足，而有55%的人從未接受任何相關治療。如何發現老年人罹患憂鬱症並正確診斷，因而成為一大挑戰。

有些研究顯示，抗憂鬱劑在治療青少年族群的憂鬱症時，自殺的比率會略有增加；也因此，許多藥廠也在藥單上加註抗憂鬱劑在治療憂鬱症時，需注意患者的自殺意圖。不過，由於相關的研究在老年族群相當缺乏，且就老年精神醫學界同儕間的臨床經驗也未有類似的發現，而本議題的相關研究，也正由各國的專家積極研討當中。但至少就目前的科學證據顯示，抗憂鬱劑於老年族群的使用仍是相當安全、有效。

Q: 若是老年人已經出現試圖自殺的行為，相關的家人該怎麼辦？要如何求助？

A: 對於已出現試圖自殺的老年人，家人應多瞭解自殺行為背後的意涵。首先，切勿責備或是避談老年人的自殺行為；相反地，應以包容、同理的態度與方式，傾聽、探索老年人這些行為的目的與原因。有時家人也因為某些實際的困難而無法協助曾試圖自殺之老人，所以尋求專業人士的協助反而容易介入與瞭解老年人的想法。

老年人的自殺行為，絕對不是家醜，也不是一種禁忌，自殺行為的出現常常是一種失衡狀態的表現，也是一種求救行為，傾聽他們、關心他們、同理他們，才是找出其他出口的根本之道。

Q: 預防老年人自殺，整合性的基層醫療照護非常重要，國外有可以參考的例子嗎？

A: 根據一項發表於 JAMA 的隨機試驗結果顯示，基層照護介入以及個案管理員的設置能降低年老憂鬱症病患自殺的意圖。年老的美國人占了美國人口的 13%，也占了所有自殺死亡人數的 18%。大多數因自殺死亡的老年人在幾個月前看過基層照護醫師。憂鬱症是晚年自殺及自殺的前兆，也是自殺意圖的最有力風險因子。從 1999 年 5 月到 2001 年 8 月試驗，基層照護老年人以預防自殺的合作性試驗在紐約市、費城和匹茲堡區的 20 所基層照護院所進行。在將隨機取樣病患篩選為二階段，年齡分層之 60 到 74 年歲或 75 歲以上的憂鬱症病患後，調查人員登記被篩檢為陽性的病患和隨機取樣陰性的病患，這項報告包含總數為 598 位被診為憂鬱症的病患。這項介入包含基層照護機構治療老年人憂鬱症的臨床程序，其建議選擇性血清素再吸收抑制劑為試驗的首要方法，它也包含了憂鬱症照護管理者的治療管理。與接受一般照護病患相比，接受介入的病患其自殺意圖的比率有快速下跌 ($P = .01$)，在四個月內，介入組自殺意圖的比例減少了 12.9% 點，從 29.4% 到 16.5%，而一般性照護組則減少 3.0% 點，從 20.1% 到 17.1% ($P = .01$)。表現出有自殺意圖的病患，在經由介入性治療後，比起一般性照護治療更能快速解除自殺意圖的症狀 ($P = .03$)。在八個月內，介入組解

除了 70.7% 病患的自殺意圖，一般性照護組則為 43.9% ($P = .005$)，與一般性照護組相比，症狀的程度和速率的減少在介入組表現較佳。可能的研究限制是研究一開始介入治療的自殺意圖高於一般性照護，而研究人員無法解釋這點差異。由於憂鬱症治療是免費提供給參與者，這項研究發現無法概括其他機構。研究人員表示，由碩士程度的臨床醫師所管理的準則治療方法介入對於顯著降低基層照護中受憂鬱症之苦的老年病患的自殺意圖是可實行且有效地。他並提到這項介入也能降低嚴重憂鬱症病患的抑鬱症狀，及當自殺意圖出現時病患的輕度憂鬱症。研究人員並做出以下結論，這些發現指出改善老年基層照護病患的憂鬱症治療品質能著重於有自殺意圖，或嚴重憂鬱症的病患，並期待適當的管理將減低憂鬱症狀、自殺意圖和晚年自殺的風險。

柒、相關資源

資源連結

- 全國自殺防治中心 <http://www.tspsc.doh.gov.tw/>
- 珍愛生命數位學習網 <http://www.tsos.org.tw/home>

相關諮詢專線

- 行政院衛生署安心專線 0800-788-995 (24小時免付費)
- 同志健康免費諮詢專線：0800-010-569
- 各縣市生命線 當地直撥1995
- 各縣市張老師 當地直撥1980
- 「自殺者親友」四師整合性服務諮詢專線02-2381-9500(由醫師、律師、會計師、建築師提供免費諮詢)
- 各縣市心理衛生中心，電話如下：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300195	嘉義市	05-2328177
台北市	02-33936779 轉 18	台南市	(新營區)06-6357156 (東區) 06-3352982
新北市	02-22572623	高雄市	07-3874649 /07-3874650
桃園縣	03-3325880	屏東縣	08-7370123
新竹縣	03-6567138	台東縣	089-336575
新竹市	03-5234647	花蓮縣	03-8351885
苗栗縣	037-332621	宜蘭縣	03-9367885
台中市	04-25155148	南投縣	049-2205885
彰化縣	04-7127839	澎湖縣	06-9272162 轉 228
雲林縣	05-5370885	金門縣	082-337885
嘉義縣	05-3621150	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	嘉義市	05-2338066
台北市	1999 轉 8858	台南市	(新營區)06-6357716 (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

附錄

行政院衛生署

重大家庭暴力、性侵害、兒童及少年虐待事件個案檢討報告

報告單位：000 衛生局
月 00 日

填報日期及時間：00 年 00

相對人姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與被害人關係	
發生時間	00 年 00 月 00 日 00 時		發生地點		
案情摘要					
相對人通報、就醫、處遇相關資料	相對人因疑似暴力事件被通報記錄	<input type="checkbox"/> 有，通報類型： <input type="checkbox"/> 家暴案件 <input type="checkbox"/> 性侵害案件 <input type="checkbox"/> 兒童及少年虐待案件 通報次數： <input type="checkbox"/> 次，通報機構： <input type="checkbox"/>			
	相對人精神疾病診斷別	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，診斷別： <input type="checkbox"/> ，就醫機構： <input type="checkbox"/> 照護等級： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 <input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 5 級 領証情形： <input type="checkbox"/> 精神疾病重大傷病證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊，障礙類別： <input type="checkbox"/> 等級： <input type="checkbox"/>			
	相對人藥酒癮、精神疾病相關就醫、訪視紀錄（無上述情況者免填）				
	處遇計畫執行紀錄	執行記錄： <input type="checkbox"/> 未曾被裁定執行 <input type="checkbox"/> 尚未執行 <input type="checkbox"/> 執行中 <input type="checkbox"/> 已完成執行 執行處遇項目： <input type="checkbox"/> 認知教育輔導 <input type="checkbox"/> 心理輔導 <input type="checkbox"/> 精神治療 <input type="checkbox"/> 戒癮治療 <input type="checkbox"/> 其他輔導、治療 執行處遇內容： <input type="checkbox"/> 執行處遇機構： <input type="checkbox"/> 處遇執行狀況（ <input type="checkbox"/> 檢附完成報告書）： <input type="checkbox"/>			

被害人通報、預防接種、就醫相關資料	被害人因疑似暴力事件被通報記錄	<input type="checkbox"/> 有，通報類型： <input type="checkbox"/> 家暴案件 <input type="checkbox"/> 性侵害案件 <input type="checkbox"/> 兒童及少年虐待案件 通報次數： 次，通報機構： <input type="checkbox"/> 無
	被害人預防接種紀錄（6歲以上者免填）	<input type="checkbox"/> 均依規定接種 <input type="checkbox"/> 未依規定接種疫苗種類： 原訂接種日期： 追蹤催種紀錄：
	被害人就醫、訪視紀錄（被害人若有精神病史、自殺、酒藥癮行為，亦請填報）	
事件評估檢討		
填表人簽章		單位主管簽章

（如篇幅不足，請自行調整頁面）