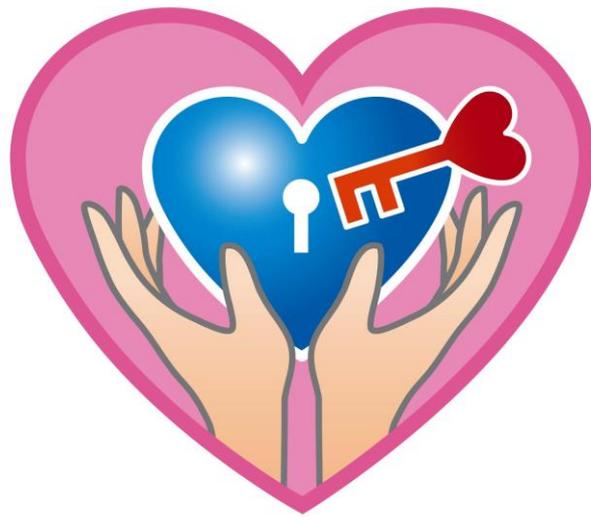


衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理

「全國自殺防治中心計畫」案 104 年度期末成果報告 (修訂版)



珍愛生命，希望無限
Saving Lives, Restoring Hope

受委託單位： 社團法人台灣自殺防治學會

計畫主持人： 李明濱

地 址： 台北市中正區博愛路 80 號 13 樓

中華民國一〇四年十二月十五日

目 錄

計畫執行成果檢核表.....	i
104 年度「全國自殺防治中心計畫」期末報告綜合審查意見回覆.....	iv
摘要.....	1
前言.....	15
一、全國自殺防治中心組織.....	19
二、自殺防治相關統計分析資料	
1. 2014 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告.....	20
2. 各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指 標,及因應策略.....	57
三、自殺防治之實證研究	
1. 2012 至 2014 年全國自殺防治守門人辦理成效.....	79
2. 自殺未遂者之通報與關懷追蹤.....	305
四、強化自殺防治策略	
1. 青少年自殺防治策略及具體實施方案.....	318
2. 2015 年度縣市自殺防治策略及具體實施方案.....	357
3. 召開「新聞媒體聯繫會議」.....	402
4. 社群網站 facebook 之運用與推廣	
1) 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁.....	419
2) facebook 公司合作案.....	429
5. 與媒體互動、新聞監測及因應.....	439
6. 教唆自殺網站之監測與處置.....	445
7. 教育文宣之發行與推廣.....	449
8. 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣.....	456
9. 「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣.....	461
10. 珍愛生命義工之推動.....	467
11. 心情溫度計應用程式(APP)之推廣.....	473
12. 網路成癮者之評估與轉介.....	478
13. 自殺防治網通訊之發行與推廣.....	485
五、研修自殺防治相關工作規範	
1. 研訂「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項.....	490
2. 研訂「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項.....	513
六、教育訓練及宣導規劃	
1. 大型宣導活動-世界自殺防治日系列活動、其他活動.....	561
2. 自殺防治中心網站之維護及宣導.....	566
3. 雲端數位學習平臺之維護與推廣.....	570

七、創新專案	
1. 「簡明心理健康篩檢表」(Concise Mental Health Checklist, CMHC) 自殺風險簡短評估之量表發展與信效度研究.....	583
八、其他規劃辦理事項	
1. 學術研討會.....	592
2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查.....	605
九、全國自殺防治中心重要工作要覽及紀實.....	620

計畫執行成果檢核表

(期間：2015 年 1 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日)

<p>工作項目 (依照 104 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p>執行結果</p>
<p>一、 設置全國自殺防治中心組織： 聘請專責人力 9 人，辦理本案所訂各項工作，並依實際業務需求，分配適當人力，聘用人员以具有自殺防治實務工作經驗者為佳。</p>	<p>已按規定執行完成。 詳見一、全國自殺防治中心組織章節(P.19)。</p>
<p>二、 提供自殺防治相關統計分析資料：</p>	
<p>1. 定期向本部資訊處撈取自殺防治通報系統資料，並做相關統計分析，按月份寄發自殺通報關懷月報表，以供本部及各縣市衛生局運用。</p>	<p>依規定時程辦理，並持續執行中。 詳見三之 2、自殺未遂者之通報與關懷追蹤章節(P.303)。 詳見四之 13、自殺防治通訊之發行與推廣章節(P.483)。</p>
<p>2. 配合本部要求，進行自殺通報檔、自殺死亡檔及跨部會資料比對、串連等統計分析作業，並提供分析結果報告及相關因應策略，如涉及運用本部統計處「健康資料加值應用協作中心」之資料，需按其規定辦理。</p>	<p>依規定辦理並持續執行中。</p>
<p>3. 配合本部發布 103 年度國人死因統計結果，於 104 年 10 月底前分析完成 103 年度各縣市自殺死亡及通報相關資料，並提報「103 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告」乙份，以作為趨勢分析及規劃次年度工作計畫之參考。</p>	<p>已按規定執行完成。 詳見二之 1、2014 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告章節(P.20)。</p>
<p>4. 比對前一年度通報個案之再自殺死亡率及自殺死亡個案生前有被通報之分析報告，並分析其個案資料、自殺原因等，及分析各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標，擬定因應策略。</p>	<p>已按規定執行完成。 詳見二之 2、各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標，及因應策略章節(P.55)。</p>
<p>三、 辦理自殺防治之實證研究：</p>	
<p>1. 分析 101 至 103 年全國自殺防治守門人辦理成效，並提出報告及建議。</p>	<p>已按規定執行完成。 詳見三之 1、2012 至 2014 年全國自殺防治守門人辦理成效章節(P.77)。</p>

四、 強化自殺防治策略：	
1. 以青少年為重點對象，規劃自殺防治策略及具體實施方案。	已按規定執行完成。 詳見四之 1、青少年自殺防治策略及具體實施方案章節(P.316)。
2. 根據 103 年度自殺死亡統計結果，辦理 104 年度縣市自殺防治業務至少 6 縣市之輔導訪查，辦理內容如下:分析該縣市自殺通報及自殺死亡統計數據，並提出分析報告、聯繫衛生局、聘請出席專家學者、並於會議結束 1 個月內完成會議紀錄等。	已按規定執行完成。 詳見四之 2、2015 年度縣市自殺防治策略及具體實施方案章節(P.355)。
3. 召開新聞媒體聯繫會議或研討會 1 場次，透過提供宣導及教育，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。	已按規定執行完成。 詳見四之 3、召開「新聞媒體聯繫會議」章節(P.400)。
4. 進行媒體監測(網路及報紙)，監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守世界衛生組織所建議的六不、六要原則，若有違反情形，則發函至新聞媒體，請其自律，並召開記者會向社會大眾澄清，避模仿效應；若網路上有教唆自殺及教導使用自殺工具進行自殺等內容，則需向「IWIN 網路內容防護機構」(https://www.win.org.tw/)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。	依規定辦理，並持續執行中。 詳見四之 6、教唆自殺網站之監測與處置章節(P.443)。
五、 研修自殺防治相關工作規範：	
1. 研訂「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項	已按規定執行完成。 詳見五之 1、研訂「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項章節(P.488)。
2. 研訂「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項，並擇定 2 個縣市進行試辦。	已按規定執行完成。 詳見五之 2、研訂「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項章節(P.516)。
六、 教育訓練及宣導規劃：	
1. 維護全國自殺防治中心網站資料，定期更新及提供自殺防治相關統計數據及配合本部各單位辦理展覽，提供民眾所需之自殺防治宣導、教育訓練等資料。	依規定辦理，符合進度且持續執行中。 詳見六之 2、自殺防治中心網站之維護及宣導章節(P.569)。 詳見六之 3、雲端數位學習平台之維護與推廣章節(P.573)。

七、 除以上指定工作外，請自提 1 項創新工作：	
1. 「簡明心理健康篩檢表」〔 Concise Mental Health Checklist, CMHC 〕用於心理健康及自殺風險簡短評估之量表發展與信效度研究	已按規定執行完成。 詳見七之 1、「簡明心理健康篩檢表」(Concise Mental Health Checklist, CMHC)自殺風險簡短評估之量表發展與信效度研究章節(P.586)。
八、 其他規劃辦理事項：	
1. 學術研討會	已按規定執行完成。 詳見八之 1、學術研討會章節(P.595)。
2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查	已按規定執行完成。 詳見八之 2、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查章節(P.608)。

104 年度「全國自殺防治中心計畫」期末報告

綜合審查意見回覆

一. 建議請針對青少年、成年人、老年人三種不同族群提出相對應的政策建議及具體作為。

針對青少年、成年人、老年人三種族群自殺防治政策建議，過去 10 年來全國自殺防治中心已依據衛生署或衛生福利部長官指示以及各審查委員意見多次研擬對策說帖，亦曾主辦或協辦相關工作，相關對策說帖以及工作成果已過去多年之期末報告呈現。舉例而言，近期相關內容包括「青少年自殺防治策略及具體實施方案」，相關內容於本年度期末報告第 315-354 頁，「老人養護機構自殺防治專案」於 103 年期末報告 85-87 頁。此外於 103 年亦已完成針對不同生命週期，包括學齡期(5~14 歲)、青年期(15~24 歲)、壯年期(25~44 歲)、中年期(45~64 歲)、老年期(65 歲以上)等各年齡層，分別編製心理健康促進衛教手冊計 5 冊。整體而言，即使全國自殺防治中心於 104 年依據當年招標規格以及管理互動型態，逐漸成為衛福部自殺防治事務性工作幕僚單位角色，然而論及青少年、成年人、老年人三種不同族群之自殺防治政策建議，全國自殺防治中心累積過去 10 年來論述以及規畫已經漸趨完備，具體作為有賴中央政府跨部會，地方政府跨局處，網網相連之整合協調，方能見其執行之成效。

二. 我國年齡結構老化速度快，65 歲以上年齡層之再自殺死亡之比例為各年齡最高，請補充說明因應策略，並於下年度計畫納入執行。

依據國發會推估的 113 年與 114 年全國各年齡層人數，計算 114 年的年中人口數並遵照先前所假定的各年齡層的自殺死亡率維持不變的前提下進行計算得出 114 年國人的自殺粗死亡率為 17.39 若與 103 年度相比增幅為 14.6%。而就自殺未遂老年個案日後自殺死亡風險較高之問題，將於 105 年新年度計畫中規格內容，資料分析，針對自殺死亡資料、自殺通報及關懷訪視資料與健保就醫資料及健保資料庫，進行資料串連與分析。分析老年人自傷與自殺前，是否曾接受醫療服務。並分析其醫療服務之科別、種類、層級，以及醫療人員是否提供精神疾病之評估與診斷，或開立相關藥物，其藥物是否適合，以提供自殺防治可能之方向。分析曾經有自傷或自殺未遂之老年人，其後續再次自傷或是自殺的危險因子。其中將針對納入通報系統後、是否接受訪視關懷與相關評估、是否成功轉介精神醫療、是否接受完整的治

療。期望透過實證資料之分析，精進既有服務體系，以因應高齡化社會於自殺防治工作之挑戰。

三. 自殺親友(遺族)及高自殺意念之關懷、訪視流程及注意事項應將縣市反應意見及文字說明部分納入報告。另請補正高自殺意念個案之關懷、訪視流程及注意事項於 2 縣市試辦之成果。

高自殺意念關懷訪視流程及注意事項，縣市反應意見與試辦成果於期末報告之 547 頁至 553 頁。自殺親友(遺族)關懷「訪視流程及注意事項相關內容於期末報告之 488 頁至 515 頁。25 縣市針對該試辦工作，其意見回饋內容，多數縣市均認為訪視大致流程可行，以簡明心理健康篩檢表(CMHC)作為篩檢工具，分類自殺意念個案，銜接後續評估處置。唯依據當代自殺學相關研究證據，自殺企圖未遂者之後續關懷訪視，具有較明確之實證資料支持，而就針對意念者之後續關懷追蹤訪視，考量社區當中潛在個案數較多，異質性更高，成效評估不易，實證資料相對缺乏，由中央政府訂定服務規格時，需要更加著重因時因地制宜，充分考量各地資源可得性與既有服務體系之特質而實施。

執行結果摘要

自殺有其生物、心理、社會、經濟與文化等複雜成因與背景，絕非單一因素可以解釋其發生率之變異，本學會秉持防治作為基本概念，即依據公共衛生三段五級架構之全面性、選擇性與指標性三大策略為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，承接衛生福利部之「自殺防治中心計畫」。2015年主要工作結果摘要如下：

一、自殺防治相關統計分析資料

1. 2014年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含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、胎兒時期及周產期因素、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病、身體疾病、心理社會危機、致命工具的可得性以及媒體所引發的模仿效應等。本計畫持續配合衛生福利部心理及口腔健康司，作為全國自殺防治工作平台，辦理自殺防治之統計分析、實證研究、策略擬訂等工作。

2014年自殺死亡人數3,546人(男性2,364人、女性1,182人)，自殺粗死亡率每十萬人口15.2人(男性20.2人、女性10.1人)。自殺死亡總人數及自殺粗死亡率皆較2013年(自殺死亡人數：男性2,388人、女性1,177人／自殺粗死亡率15.3：男性每十萬人口20.4人、女性每十萬人口10.1人)減少。青少年族群(15-24歲)自殺粗死亡率為每十萬人口5.2人，較2013年相同，老年族群(65歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口31.3人，較2013年下降2.49%。死因為「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為19.2%，較2013年增加3.4%。以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡之占率為31.1%，較2013年下降4.1%。以「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡之占率為26.1%，較2013年增加9.3%。

2014年女性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(26.2%)、「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(21.7%)以及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(21.6%)。男性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(33.5%)、「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(28.4%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.0%)。

2. 各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標，及因應策略

針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略，而本章節藉由自殺企圖通報資料及自殺死亡檔之勾稽分析，確認自殺通報及關懷訪視作業落實情形。通報個案再自殺死亡率分析，2014年自殺企圖通報個案計 25,286 人，其中 7.03% 為首次通報時即死亡個案，1.04% 為再自殺死亡個案，91.9% 無死亡紀錄。自殺死亡個案生前通報分析，2014 年自殺死亡個案 3,546 人，其中 23.2% 個案於自殺死亡前曾經被通報過，39.5% 的個案為自殺死亡後才被通報，另有 37.3% 的個案沒有通報紀錄。

2014 年自殺企圖通報個案中有填寫年齡的總計 25,273 人，年齡為不詳的共 13 人。年齡層 24 歲以下，2014 年自殺企圖通報的個案共 3,909 人，有 2.0% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日的有 1.8%，另有 0.2% 的人死亡於指標通報日後七天內；0.4% 為再自殺死亡個案，97.6% 無死亡紀錄。年齡層 25-44 歲，自殺企圖通報的個案共 11,878 人，有 4.6% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 4.1%，另有 0.6% 的人死亡於指標通報日後七天內；0.9% 為再自殺死亡個案，94.5% 無死亡紀錄。年齡層 45-64 歲，自殺企圖通報的個案共 6,850 人，有 9.7% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 7.7%，另有 2.0% 的人死亡於指標通報日後七天內；1.3% 為再自殺死亡個案，89.0% 無死亡紀錄。就 65 歲以上的年齡層而言，自殺企圖通報的個案一共 2,623 人，有 18.6% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 14.2%，另有 4.3% 的人死亡於指標通報日後七天內；1.9% 為再自殺死亡個案，79.6% 無死亡紀錄。

針對各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡者分析結果，發現各年齡層性別為男性；居住地於農業為主的縣市；自殺原因為生理疾病；自殺身亡者的自殺方式以固體或液體物質、以家用瓦斯及其他氣體或蒸氣等。

二、自殺防治之實證研究

1. 2012 至 2014 年全國自殺防治守門人辦理成效

自殺涉及多重因素，就個人而言，從心理壓力、精神障礙的發生，到自殺意念的產生、自殺計劃的擬訂、行為的發生及送治、精神醫療體系的功能等系列因素都會影響自殺的歷程與結果。因此，在降低危險因子及增

進保護因子的公共衛生概念下建構的國家防治策略及體系中，守門人的概念與實踐是重要的基礎工程，其實施涵蓋於三大策略之中。

除個人發展的縱向因素環環相扣外，推動守門人的計畫要能達到早期偵測、轉介與處置功能，而有效防止自殺，更重要的是要透過網網相連的模式，達到自殺防治工作面面俱到的總目標。

全國自殺防治中心自成立後，除建立最緊密的自殺企圖者之追蹤關懷體系外，更積極推動「守門人」的概念與具體實施方案。本報告僅就中心實務相關，及各地衛生局辦理之教育訓練，進行整合分析。為讓有興趣者能更清楚地了解實施內涵，故部份描述較細膩。本文之成效評估涵蓋課程訓練本身，及全國性自殺相關資料之分析。

就課程評估與電話民調資料顯示，守門人訓練值得繼續推動。未來的發展方向將繼續運用活動、課程、實務操作與媒體報導；更應持續利用視訊、網路及雲端數位化技術，讓「守門人」訓練計劃能更加普及。而專業部份，針對課程設計與評估應朝向數位化，亦進一步建立透過網路學習的成效指標。

而針對守門人的訓練，更可累積過去之經驗所得，研發更有效益的模組化數位課程。更重要的是能透過政府相關單位的密切合作，從學校教育、職場、宗教及各生活場域或社群等區塊，特別是未來的網咖業者，進行有系統的合作規劃，結合政府部門、企業及民間團體的資源，通力合作，定期評估檢討，以達成「人人都是守門人」的理想目標。目前就自殺企圖者的通報關懷追蹤及自殺死亡率的變化及民調資料，可間接推測守門人訓練是值得推動的政策。

2. 自殺未遂者之通報與關懷追蹤

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，曾經自殺未遂者，其危險性更是不容忽視。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。

2015 年 1-10 月全國自殺通報共 25,459 人次，其中女性通報 16,142 人次占 63.4%，男性通報 9,317 人次占 36.6%，女性為男性 1.7 倍。2015

年 1-10 月初步通報比為 8.4，自 2006 年至 2014 年全國通報比由 4.3 逐年上升至 8.2，可見自殺通報網絡已逐步落實。分案率及分案關懷率亦逐年上升，自 2009 年起已達到 99% 以上，2014 年分案率達到 100%，分案關懷率為 99.9%，2015 年 1-10 月分案率亦為 100%，分案關懷率為 99.6% (在撈取資料時尚有個案未關懷之縣市包含：台北市、新北市、新竹市，新竹縣、台中市、雲林縣、嘉義縣及屏東縣)。以男女個案之年齡層結構分析，男性及女性族群的年齡層分配與整體十分相似，但男性 75 歲以上占率為女性的 1.9 倍(7.6%:3.9%)、男性 55-64 歲占率為女性的 1.4 倍(11.2%:8.2%)、男性 65-74 歲占率為女性的 1.6 倍(5.5%:3.5%)。自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(54.2%) 仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.0%) 次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 15.1%、家暴被害人占 4.4%、家暴加害人占 3.5%、嚴重病人占 1.2%、兒少加害人占 0.9%、家暴高危及加害人及家暴高危及加害人占 0.7%、兒少被害人占 0.3%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(23.1%)、宜蘭縣(22.9%)、花蓮縣(22.2%)。家暴被害人占率最高的為花蓮縣(12.2%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(5.9%)。

三、強化自殺防治策略

1. 青少年自殺防治策略及具體實施方案

青少年的自殺行為背後有著錯綜複雜的因素，但是，自殺行為非常有可能是青少年採取的一種無奈的溝通與表達想法的方式，藉由這樣激烈的做法，讓外界知道他需要幫助。

其防治之實施方案需因地制宜，結合學校既有資源，與各縣市政府其他單位一同合作；針對有自殺史的青少年，則應提供「指標性」的預防，及早辨認其自殺意念、發揮自殺防治守門人的精神，做到一問二應三轉介，適時伸出援手，並提供當事者後續專業協助。而針對自殺的高風險族群，如自傷行為者、精神病患者等，則提供「選擇性」預防策略，如善用學校輔導團體、校外輔導資源、網路自殺預防資訊、線上諮詢等。對於社會大眾，則提供「全面性」的預防，透過校園、醫院、衛生單位等攜手合作，預防青少年的自殺。

青少年自殺行為是不容忽視的。也唯有透過家庭、學校與社會共同努力，在日常生活中多關心青少年的需求、傾聽他們的心聲，才能達到降低

青少年自殺的目的。然而相關之政府主管單位應密切合作，才能強化其防治成效。

2. 2015 年度縣市自殺防治策略及具體實施方案

自殺防治工作必須「思維全球化、策略國家化、行動在地化」，為協助地方持續推動自殺防治工作，中心於 2014 年 8 月 5 日至 8 月 31 日，由衛生福利部長官及計畫主持人李明濱教授帶領團隊至自殺死亡率前六名之六縣市辦理強化自殺防治策略討論會，會議中除追蹤該縣市過去自殺防治業務之辦理情形，亦加強該縣市之自殺防治策略和技巧。會後將彙整相關建議摘要供六縣市及中央參考，以利縣市推動自殺防治相關業務。

3. 召開「新聞媒體聯繫會議」

在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，所引發自殺模仿效應確實存在，但適當的媒體報導有助於自殺防治工作的推展。

此次新聞媒體聯繫會議藉由與新聞傳播實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導。以增多正面報導的方式，逐漸取代負面訊息的傳播。期盼未來新聞媒體在報導時，能透依照六不六要準則自我檢視，且不論文字敘述或新聞報導的方式均能導向正向的層面，達到自殺新聞零頭版之終極目標。

而為提供媒體更多資源與醫療諮詢，自殺防治學會除了媒體因應小組外，亦建立了自殺防治專家諮詢人力庫，鼓勵媒體於報導自殺相關新聞時，能先與媒體小組聯繫，透過跨界合作，詢問專業意見，並在報導時遵循六不六要之原則，共同提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。

4. 社群網站 facebook 之運用與推廣

1) 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁

因應網路社群型態的興起，各社群網絡中尤其以 facebook(臉書)為青少年與上班族群最常使用的社群網站，中心成立 facebook「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。2010 年 10 月成立至 2015 年 11 月 30 日止，粉絲人數共 5,884 人，超越一般專頁粉絲人數之平均水準。今年截

至 11 月 30 日，共發布 522 則貼文、獲得 8,136 個讚、382 則留言及 1372 次公開轉載、瀏覽人次共有 173,853 人。

2) facebook 公司合作案

根據 facebook 的統計，2015 年臺灣有將近 1600 萬人使用 facebook 來關心周圍的人事物，也是青少年與上班族最常使用得社群網站之一。因此，有鑑於網際網絡之發達，且為了將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，全國自殺防治中心於 2015 年與 facebook、兒童福利聯盟、臺灣展翅協會及婦女救援基金會合作，針對網路霸凌與自殺防治推出教育指南與建議，協助臺灣民眾打造相互尊重與安全的網路空間。

而為了讓社會大眾更容易瞭解，facebook 亦邀請知名插畫家 Duncan 與 Nikumon 創作，繪製臉書貼文指南及社群媒體內容，建議大眾「如何協助需要幫忙的朋友」(Help A Friend in Need)以及「想想再分享」(Think Before You Share)。

此外，更由青少年表演藝術聯盟與幸福 in 快閃擔綱舉辦街頭快閃表演，期盼藉此活動，能讓更多民眾知道此次活動的真正意義，並呼籲使用 facebook 的網友們共同擔任網路守門人，於 facebook 上也能發揮 1 問 2 應 3 轉介的守門人精神，建立更加綿密的自殺防治網絡。

5. 與媒體互動、新聞監測及因應

中心每日蒐集網路四大報自殺相關新聞，依據 WHO 公佈之自殺新聞報導「六不六要」原則，進行媒體監測、針對重大新聞事件適時提出回應，並不定期召開記者會、主動建構正向議題。截至 11 月 30 日止，媒體監測業務統計共製作 915 篇自殺新聞摘要。分析媒體六不六要原則遵守情形部分，共蒐集及統計 329 則自殺新聞報導，其中以「六不」原則中以「不要將自殺光榮化或聳動化」及「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」之遵循比例最高，有高達九成八的遵循比例(分別為 99.0%及 98.8%)，而「不要簡化自殺原因」及「不要刊登出照片或自殺遺書」則是較易被忽略的原則(遵循比例分別為 29.6%及 31.3%)。

另於「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」及「刊登在內頁而非頭版」兩項原則的遵循比例最高，也有高達九成以上的遵循比例(分別為 99.2%及 84.0%)，然而「與醫療衛生專家密切討論」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆。」則是比較容易被忽略的原則(遵循比例分別為 14.3%及 27.3%)。記者會及新聞發布部分，共計發佈 5 篇新聞

稿，總計共 52 則媒體露出相關報導。

6. 教唆自殺網站之監測與處置

有鑑於網路教唆自殺訊息影響之嚴重性，及抑制網路上不當之訊息傳播，本中心自 2014 年起，依衛生福利部保護服務司，所訂定「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則」，建立網站監測及舉報流程，各單位或民眾發現後，可立即向 iWIN 網路內容防護機構進行線上舉報；除使用 iWIN 舉報方式，中心也主動透過該網站系統平台進行檢舉，無檢舉功能者，則尋找網站官方聯絡方式，以電子郵件方式向該網站反應，要求下架；或善用該國舉報平台網站，多方進行檢舉，以提升網頁下架之時效性。以上步驟，更透過發函周知及自殺防治網通訊專文介紹的方式，發佈監測及舉報流程，呼籲大家重視網路自殺防治，全民一起投入，人人皆是網路自殺防治守門人

截至 2015 年 11 月底，整體檢舉網頁累計共 136 則，其中網站 IP 位於國內有 62 則，已下架為 58 則(下架率 93.5%)。而網站 IP 位於境外有 74 則，但因受限於國際法規以及國對國公權力的限制，國外網站部分不易有效移除，但透過各種管道舉報後，已有 46 則被下架(下架率 62.2%)。自殺防治工作需要你我的投入，期待未來透過政府及全民的共同參與，能消弭網路上不當訊息的傳播，預防更多不幸事件的發生。

7. 教育文宣之發行與推廣

持續推廣國人對自身及他人心理健康的覺察，宣導「自殺防治守門人」的概念。手冊方面，修正心理健康促進系列手冊，內容包括：基礎篇、學齡期、青年期、壯年期、中年期、老年期、原住民及新住民、慢性病患者及其家屬及多元性別者，共 10 冊以及自殺防治系列手冊，共 32 冊。而自殺防治系列手冊 27、28 閱讀回饋活動，共計 25 份回饋。持續推廣電子書，置於中心網站自殺防治圖書館及合作之平台，供民眾隨時線上瀏覽，達不受時間地域限制廣泛流通，並提供最新資訊版本之效。相關宣導品之授權部分，共計 23 個政府部門及民間機構單位。

8. 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

截至 11 月 16 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 33 場，擬定辦理的場次為 3 場，參與訓練的學員共 1117 人，單位包含：國小、高中、大專院校、醫療院所、養護機構及政府單位，對象包含：各級學校師

生、醫療人員、居家照顧服務員等。依據回收之課後講座問卷分析結果，顯示多數學員皆相當肯定珍愛生命守門人課程，認為受益良多；近九成的學員對於整體守門人課程內容表示滿意。

主辦單位回饋多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格分別有幽默、風趣、活潑和輕鬆等，且講師的授課方式淺顯易懂，以實際例子及搭配圖片或照片讓學員容易理解，邀請台下學員分享，課程中與學員互動頻繁。

9. 「畢業後一般醫學訓練」－自殺防治之推廣

2011年「自殺防治」被列為PGY社區醫學訓練必修課程，又依自殺死亡前之就醫情形之分析，臨床醫師的重要性不可言喻。本年度中心仍持續辦理PGY-社區醫學訓練之「自殺防治」課程，截至11月16日共辦理11場次，243位醫師參與，而透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，並認同珍愛生命守門人的理念，對於課程之滿意度為98.8%，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為100%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達100%。

10. 珍愛生命義工之推動

中心持續招募對自殺防治工作有興趣之社會大眾加入珍愛生命義工行列，並期盼每位義工能於平日推廣心情溫度計及發揮守門人精神，主動關心身邊的親友。截至11月16日前，今年義工新增18人，目前義工人數為2192人，其中積極參與活動之義工共692人。電郵訊息寄發23則。義工服務部分，中心行政庶務服務總計28人次；支援講座、研討會、宣導活動計28人次。今年度推動義工線上學習。

11. 心情溫度計應用程式(APP)之推廣

為使心情溫度計運用的更加廣泛，本會發展心情溫度計應用程式(APP)，以智慧型裝置作為媒介，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。IOS系統心情溫度計APP已於2014年8月28日正式上架，Android系統心情溫度計APP於104年3月正式上架。上架後進行多方推廣，除Facebook粉絲專頁、通訊軟體、中心電子報及相關合作單位繼續加強外，另外將自殺防治系列手冊電子書、文宣品等附上QR code之下載連結，並製作宣傳海報運用於活動推廣；今年6月全面推廣APP，行文衛福部，由衛福部發函，周知教育部和縣市政府之各級單位，於校園進

行全面性的推廣，由大專院校起始，進而推動至高中各級學校，成效顯著。11月更設計自動轉址程式碼，無論 Android 或 iOS 系統，只要透過掃描同一 QR code，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。累計至 11 月 30 日，IOS 版本已註冊 1223 個會員帳號，累計已有 1475 筆檢測記錄。而 Android 版本則累計 809 次下載。

12. 網路成癮者之評估與轉介

隨著資訊時代的來臨，智慧型手機、平板、電腦的普及，網路已是現代人生活不可或缺的一環。網路如水，可載舟亦可覆舟；網路過度使用所造成的身心健康問題層出不窮，網路成癮即為其中一項問題。故為了瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，以進行相關防治策略之規劃，本案延續進行「網路沉迷與心情檢測」問卷推廣，並於首頁設置連結圖標及珍愛生命打氣網上增加網路成癮檢測站宣導頁面進行擴大宣導，以吸引更多進行線上檢測。

截至 11 月 16 日共有 1571 人，寄出問卷結果之郵件 635 封，並針對「網路成癮量表」(CIAS-R)64 分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)5 分以上之施測對象以電子郵件進行關懷，結至目前為止共寄出 204 封關懷電子郵件，於 11 月更針對網路成癮者再次寄發關懷郵件，關心其網路使用近況。

13. 自殺防治網通訊之發行與推廣

集合國內外各個領域專家學者之專業，持續向大眾推廣自殺防治守相關概念。今年度出版自殺防治網通訊第 10 卷，共四期，主題文章共計 3 篇、自殺防治新視野共 3 篇、自殺防治經驗分享及服務心得共 6 篇，其內容淺顯易讀，以藉此宣導及教育民眾有關自殺防治之資訊。每期發行量電子 8,169 份、紙本 500 份，未來為因應智慧行動裝置更加普及，且為響應環保及減少印製資源，將朝向電子報型式發行，邁向智慧雲端概念。

四、研修自殺防治相關工作規範

1. 研訂「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項

關懷訪視是自殺防治中非常重要的一環，期待藉由訪視，更加落實「一問、二應、三轉介」，提供自殺者親友所需資源，建立互助網絡，並鼓勵隨時測量心情溫度、主動求助。

政府方面，可由有接觸自殺者親友之相關機關提供遺族相關資訊與服

務；譬如，自殺者親友需辦理相關自殺者身後事情，可能接觸到戶政機關、保險或殯葬業者等，可針對這些高接觸之同仁，施予相關資訊與教育，讓他們在接觸到自殺者親友能給予關懷。自殺者親友團體也相當重要，其作用能藉由互相陪伴，同理自殺者親友的心情。而且這些接受訓練來幫助別人的親友們對其自身也會產生被需求的意義感，反過來撫慰、豐富自己的心靈。

而針對專業人員(包括關訪員、心理師、社工師、醫師、護理人員等)進行悲傷輔導及訓練，可透過相關的訓練或工作坊讓專業人員體驗及學習如何處理悲傷。關訪員的盡力關懷，將陪伴自殺者親友在未來的日子，活出新的希望。

2. 研訂「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項

自殺的成因與防治涉及生物、心理、社會、文化等層面，必須應用專業知識、實證資料以及關懷同理的技巧，來擬定防治策略與方案，並且以科學的研究方法客觀評估其成效(Mann et al, 2005)。

根據統計，自殺未遂個案中有接受過關訪員關懷者，未來重複企圖自殺(自傷)的比率顯著低於未接受關訪員介入者，顯示關懷訪視在自殺防治上具有實證成效。在不同的場域，針對不同的族群，由受過訓練的專業人員進行篩選、辨認及危機處理，適時轉介自殺個案就醫或接受專業輔導，對於個案之自殺防治甚具助益。

文獻證明 BSRS-5R 能有效評估自殺意念，而 CMHC 結合了 BSRS-5R 及 CSPA 量表，有效的評估高風險個案之自殺危險性及介入成效，提供相關專業人士用以篩選與辨認高自殺意念個案之用。

五、教育訓練及宣導規劃

1. 大型宣導活動-世界自殺防治日系列活動、其他活動

國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(WHO) 從 2003 年開始便共同推動，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性。

今年舉行「伸出援手 拯救生命」世界自殺防治日記者會，公佈最新自殺統計數據，共約 200 人到場，此外，今年度也參與萬華老人活動中心-

陸上龍舟慶端午及「社團法人台灣快樂列車協會舉辦之「熱愛生命·讓愛飛揚」愛心園遊會」共兩場推廣活動，藉由設立心情檢測站向民眾推廣珍愛生命理念。相關問題或重要性。

2. 自殺防治中心網站之維護及宣導

本中心希望藉由網際網路無國界的特性，透過網站宣導推廣之功效、順利的將珍愛生命的觀念，深植於人們的心中。而今年度網站維護作業，除定期更新網站消息及宣導品資訊；並善用網路資源進行自殺防治之宣導及推廣。引用 issuu 提升線上資料閱讀之便利性，供民眾線上閱讀；使用「google 文件-表單功能」收集資料之活動；及使用 Google Analytics 了解網站訪客流量情形。網站流量統計至 2015 年 11 月 30 日，全年度訪客總數為 37,277 人次，網頁總瀏覽數為 52,750 頁。2013 年 7 月至 2015 年 11 月累計總參觀次數為 87,968 人次。；而網站電子報目前累積訂閱人數為 8,198 人；今年度處理的求助信件共 50 件。透過 google 文件收集資料之活動共 9 場，總計收集 4,817 筆資料。

3. 雲端數位學習平台之維護與推廣

近年網際網路使用逐漸普及，加上雲端時代之來臨，各領域決策已脫離傳統經驗與直覺，進化為資料、分析及解剖之大數據模式，大數據帶來的數位學習科技快速發展，逐漸影響教學觀念認知及資訊科技素養，傳統面對面授課之學習模式面臨新潮流改變契機。有鑑於此，為提升珍愛生命守門人自殺防治教育訓練之方便性、自由性及廣泛性，社團法人台灣自殺防治學會自 2009 年起建構「珍愛生命數位學習網」，提供一般民眾與醫療相關專業人員於雲端學習自殺防治相關知識。目標以建構優質網路學習環境，激發一般民眾及專業人員之學習動機，進而傳達自殺防治、人人有責及自殺防治守門人 1 問 2 應 3 轉介之概念。

六、創新專案

1. 「簡明心理健康篩檢表」(Concise Mental Health Checklist, CMHC)自殺風險簡短評估之量表發展與信效度研究

當前針對高危險群的評估與追蹤是有難度存在的。就評估而言，高危險群可能來自臨床與社區等多種情境，當前許多第一線人員缺乏溝通、評估的工具或技巧，故難以瞭解高危險群的心理需求。倘若前線的醫療工作人員沒有簡明的工具做引導，僅能靠自身經驗值處置個案，便可能錯失第

一線介入的良機，更遑論依個別的需求提供評估處置，可見簡明評估工具的重要性。

簡明心理健康篩檢表 (CMHC)內容是由簡式健康量表修改版 (BSRS-5R)以及中文版悲傷的人(The Chinese SAD PERSONS Scale, CSPS)兩個量表所組成，總計共 16 題，BSRS-5R 的部分共 6 題，改以是非題篩檢五大症狀的嚴重程度是否造成重大困擾；悲傷的人(CSPS)原始量表為 10 題，經本中心之效度研究檢驗後改為 9 題(基於可行性與信效度考量，刪除一題詢問個案是否曾經驗到幻覺、妄想等非理性思考與感受)。中心研究初步發現 CMHC 於社區及臨床情境皆具備一定的適用性與可行性，除面談方式外，亦可由受訪者自行填答，因此可用在門診、住院、急診等不同情境之病患評估。

目前 CMHC 採兩個量表分開計分、分別評值的方式提供醫護人員判斷個案是否存在精神病理問題與自殺風險的依據，也就是說，中文版悲傷的人(CSPS)大於或等於 5 分或簡式健康量表修改版(BSRS-5R)大於或等於 4 分，均可視為自殺高危險群，中心的臨床前驅研究結果指出一般求醫者中，大約有 20%屬於該族群，宜轉介精神專科醫師評估患者的身心健康問題是否需進一步處置。若兩分量表均超過切分點，表示個案為相對高危險族群；若任一量表大於切分點，亦符合需進一步由專業醫療評估的標準。兩個量表的高危險群在意義的解讀上有所差異，由於 CSPS 主要評估內容是整體的個人經驗與常態性的行為表現或感受，分數過高可解讀為個案的整體自殺風險越高、越可能出現(再)自殺或自傷行為；而 BSRS-5R 因關注個案近期(七天)內的精神症狀，分數過高的個案可解讀為常見精神疾病及自殺意念的高危險群。

有關 CMHC 之信、效度，結果發現無論是由今年民調結果、精神科門診收案的 700 位個案及急診的 400 位個案，都發現量表之信、效度除原本悲傷的人量表(CSPS)的部分外，其餘均有良好的信、效度。因「悲傷的人」量表中每個題目所代表的都是獨立的自殺危險因子，故可瞭解為何其內部一致性之統計結果並不是太好。

七、其他規劃辦理事項

1. 學術研討會

自殺是世界性的公共衛生議題，自殺行為也絕非單一因素所能造成，在現今新型態之全球性經濟萎縮、社會變動等不利因素之多重影響下，是

否會增加國人自殺之風險，仍需密切注意。為因應未來之不確定因素，本學會將繼續落實既定之國家自殺防治策略，以因應金融風暴下高失業率可能帶來的效應。目前沒有研究顯示何種自殺防治策略有效，因此須透過各種交流與分享管道諸如國內外參訪、參與國際研討會以及舉辦專題演講，除了瞭解各國的自殺防治背景、策略及相關實證資料之外，也有助於臺灣自殺防治策略的擬定與自殺問題的解決。

本年度參與國際學術研討會 3 場，辦理國內學術研討會 2 場。

1) 國際學術研討會

(1) 2015/6/15-2015/6/21 28th World Congress of The International

Association for Suicide Prevention，會議由加拿大自殺防治協會(CASP)和魁北克自殺防治協會(AQPS)協同辦理，國際衛生組織贊助，於加拿大的蒙特婁舉辦，共有 590 位個人發表及超過 820 位的參與者。台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、廖士程執行長和吳佳儀副執行長共參與兩場壁報發表會及三場會議。

(2) 2015/9/21-2015/9/23 Atlanta Zero Suicide，會議由 13 個不同國家的各領域領導人、政府政策制定人員和健康照護提供人員集結於亞特蘭大召開，全國自殺防治中心李明濱計畫主持人與執行長廖士程醫師共同受邀參與。

(3) 2015/11/18-2015/11/22 WPAIC 2015 World Psychiatric Association International Congress 會議由世界精神醫學會(World Psychiatry Association, WPA)與臺灣精神醫學會合辦，全國自殺防治中心李明濱計畫主持人獲邀主持 4 場研討會，廖士程執行長、吳佳儀副執行長及張書森副執行長皆出席分享研討會相關議題。

2) 國內學術研討會

(1) 2015/9/6 辦理「自殺防治：伸出援手 拯救生命學術研討會」。

(2) 2015/12/6 與臺灣憂鬱症防治協會共同合辦「2015 年臺灣憂鬱症防治協會年會暨學術研討會」。

2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

為瞭解全國民眾對自殺防治認知及檢測國人情緒困擾問題概況，每年規劃執行「民眾對自殺防治認知調查」，用以做為自殺防治策略規劃之依據。今年度於 7 月 14 日至 7 月 23 日間，訪查 2,120 位臺灣地區年滿 15 歲以上民眾。調查結果重點如下：

心情溫度計(BSRS-5 量表)檢測出有情緒困擾的民眾有高達 54.7%曾

認真想自殺，20.4%近一年曾認真想自殺，10.5%近一月曾認真想自殺，12.3%現在會想著未來要自殺；13.2%曾有自殺行為，3.7%近一年曾有自殺行為。年度比較顯示，今年調查表示一生中、近一年及近一個月是否曾認真想過自殺比率皆與去年調查結果差不多；在一生中是否有過自殺行為的比率，歷年均落在 2.0%~3.5%間，而近一年是否有過自殺行為的比率，歷年均低於 0.5%。

民眾認為自殺問題的嚴重性、自己的生活經濟壓力及親友向自己透露自殺念頭等情況，均有逐年降低的趨勢。加上自殺已經連續五年退出國人十大死因，種種資訊顯示近幾年的自殺防治工作有些成效。只是目前整個大環境不好、上班族薪資停滯、GDP 又破 2 為六年來新低，民眾生活經濟壓力未來可能增加的情況下，自殺率可能再度上升。自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因目前有些成效而掉以輕心。

在本年度的調查中，發現約有六成民眾認為自己對自殺防治能幫得上忙，遇到求助者的可能性也不低，可惜仍有不少民眾並不瞭解政府相關的自殺防治機構或措施，無法善加利用這些資源。政府宜善用電視或網路媒體宣傳相關的機構與措施，以及宣導「自殺防治守門人」等相關資訊，讓民眾對自殺防治有正確的認知，進而協助週遭需要幫助的親友。

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，危險因子包涵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、胎兒時期及周產期因素、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病、身體疾病、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等，其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。自 1997 年起，自殺已連續 13 年進入國人十大死因之列，自 2003 年至 2006 年，自殺死亡率逐年上升，並於 2006 年達到高峰，每十萬人口自殺粗死亡率達 19.3 人，當年度共有 4406 位國人不幸自殺身亡，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，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，計畫期程為 2005 年至 2008 年，計畫期間完成全國自殺防治中心之設立，開辦安心專線，建置自殺通報關懷系統，擇定 11 個縣市試辦先導區及推廣區計畫，推動自殺防治守門人訓練等重點工作，推動「自殺防治、人人有責；網網相連、繼往開來」之理念。第二期計畫期程為 2009 年至 2012 年，經檢討評估第一期計畫執行成效，計畫重點包括：配合修正後精神衛生法於 2008 年 7 月正式施行後，自殺防治業務業已列為各縣市政府衛生局社區心理衛生中心之業務項目，故將強化各縣市社區心理衛生中心功能，以落實推動第一期計畫於先導區及推廣區之試辦經驗。

國內自殺防治工作，在民間單位與跨部會通力合作下，持續擴大社會救助與關懷，國人自殺粗死亡率已由 2006 年每十萬人口 19.3 人之高峰，降至 2007 年之 17.2 人，為過去十三年來首度下降；2010 年則為自 1997 年以來首度脫離國人十大死因之外，居第 11 位。2011 年更持續下降至 15.1 人，標準化死亡率每十萬人口 12.3 人，與 2006 年相比下降 21.7%。2012 年及 2013 年雖有些許波動，整體仍呈現下降趨勢。2014 年持續退出國人十大死因，居第 11 位，粗死亡率為 15.2，標準化死亡率為 11.8(圖 1)。根據世界衛生組織標準，臺灣已從標準化自殺死亡率在每十萬人口 13 人以上的自殺高度盛行率區域，再次降為中度盛行率區域。若是以性別來看，男性與女性之自殺死亡率均呈現下降趨勢，但男性仍為女性之 2 倍(圖 2)。自殺防治是永續之重要工作，仍須持續努力，並積極因應。

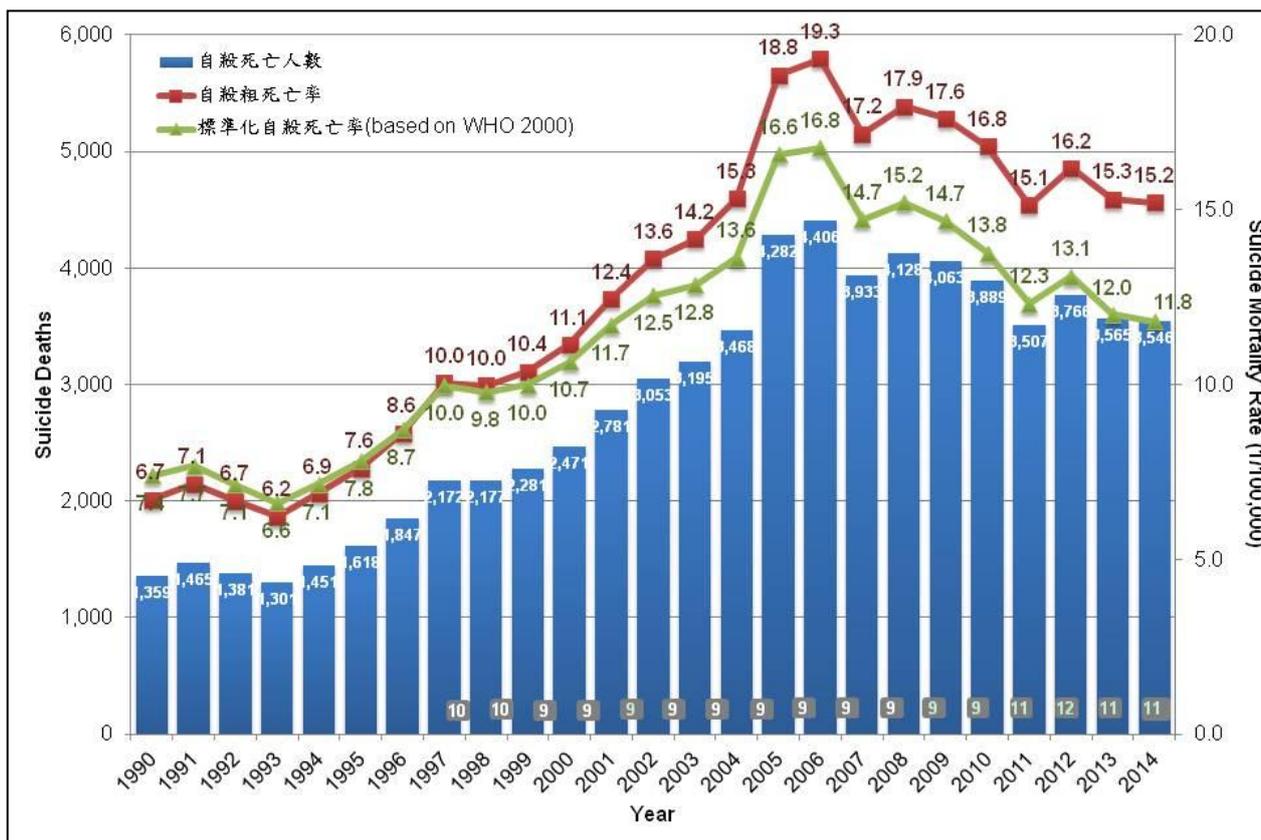


圖 1、全國 1990-2014 年自殺死亡率

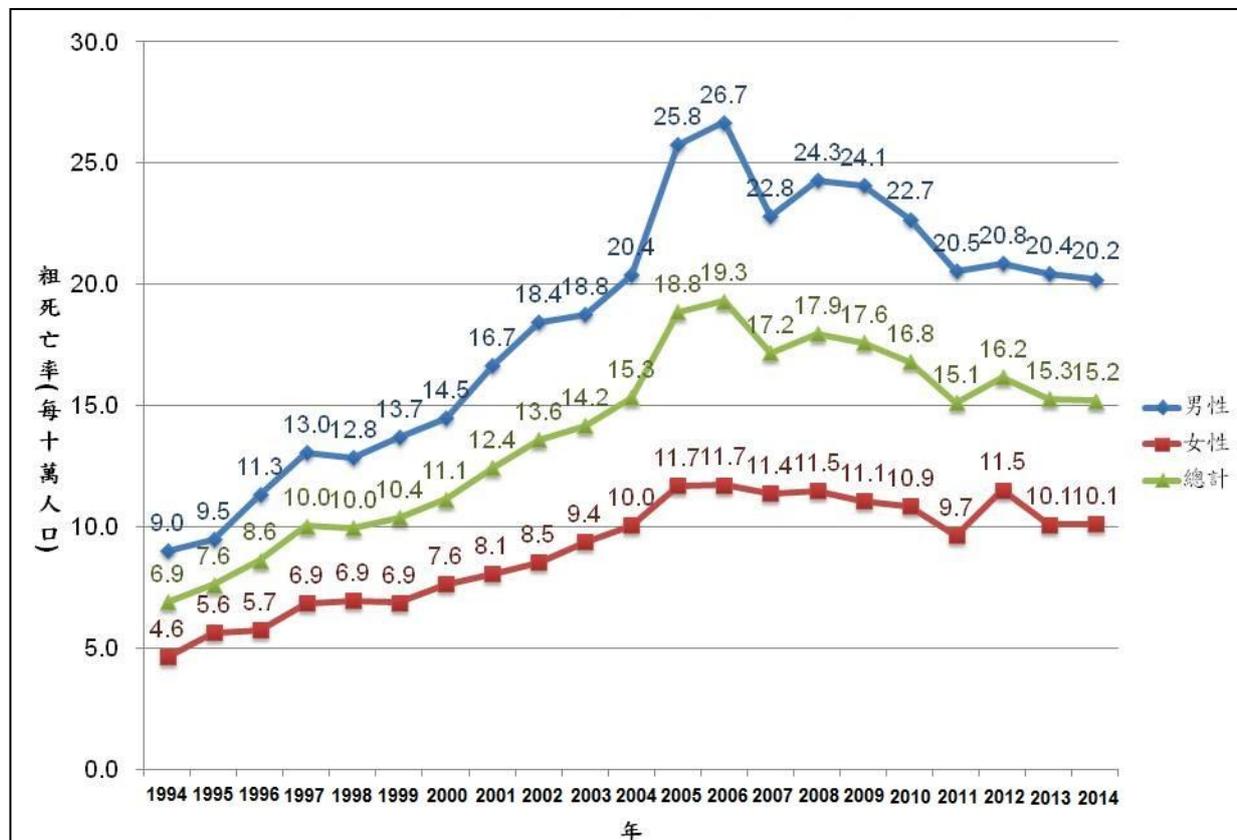


圖 2、全國 1994-2014 年性別自殺死亡率

2015年臺灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，以作為全國自殺防治工作平臺，結合醫事專業、心理學、衛生教育、社會工作、流行病學、統計資訊、健康傳播等專業人員及該領域之意見領袖，並與其他自殺防治相關專業學協會共同合作，並秉持著「思維全球化」，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據。

而依據自殺防治三大策略中的「指標性策略」所建置的關懷通報系統，自2006年至2012年的數據顯示自殺通報比呈現持續上升，並且資料分析發現有接受關懷訪視者三年內再企圖自殺率較未接受者減少32%，有接受關懷訪視者三年內的再自殺死亡率較未接受過關懷訪視者降低48%，足見防治工作之成效。此外由歷年全國之大樣本電話調查顯示：社會大眾對於投入自殺防治工作的意願逐年升高、也有越來越多的機會接觸到自殺防治相關訊息，而藉由「心情溫度計」之推廣與使用，以及積極拓展「自殺防治守門人」之教育訓練，逐步落實自殺防治、人人有責、全民參與之理念。

本年工作重點依當今自殺防治重要議題，在「策略國家化」的前提下，探討2012年至2014年全國自殺防治守門人之辦理成效，並針對青少年(校園)之自殺防治提出策略極具體實施方案。此外，亦針對新聞媒體從業人員辦理聯繫會議，強化媒體的正向功能，及對自殺親友(遺族)及高自殺意念之關懷，制訂訪視流程及注意事項。

自殺防治之統計分析、實證研究、心情溫度計應用程式(APP)之推廣、教唆自殺網路之監測和強化縣市自殺防治策略討論等，也是持續進行的重點工作之一。藉由這些自殺防治之推動，真正達到「行動在地化」之目標。

2015年期末報告撰寫乃依照規格書工作項目之次序編排，期能清晰表達需求項目之執行進度和成果。重要工作內容包含：(一)設置全國自殺防治中心組織。(二)提供自殺防治相關統計分析資料：內容包含自殺防治月報以及出版自殺防治通訊等。(三)辦理自殺防治之實證研究：內容為分析101至103年全國自殺防治守門人辦理成效之報告。(四)強化自殺防治策略：包括青少年自殺防治策略及方案之規劃、六縣市自殺防治業務輔導訪查、新聞媒體聯繫會議之舉行及網路教唆自殺之監測等。(五)研修自殺防治相關工作規範：針對「自殺親友(遺族)關懷」及「高自殺意念」之關懷，訂定訪視流程及注意事項。(六)教育訓練及宣導規劃：配合世界自殺防治日辦理記者會，各式宣導活動等。(七)創新專案：研發「簡明心理健康篩檢表」

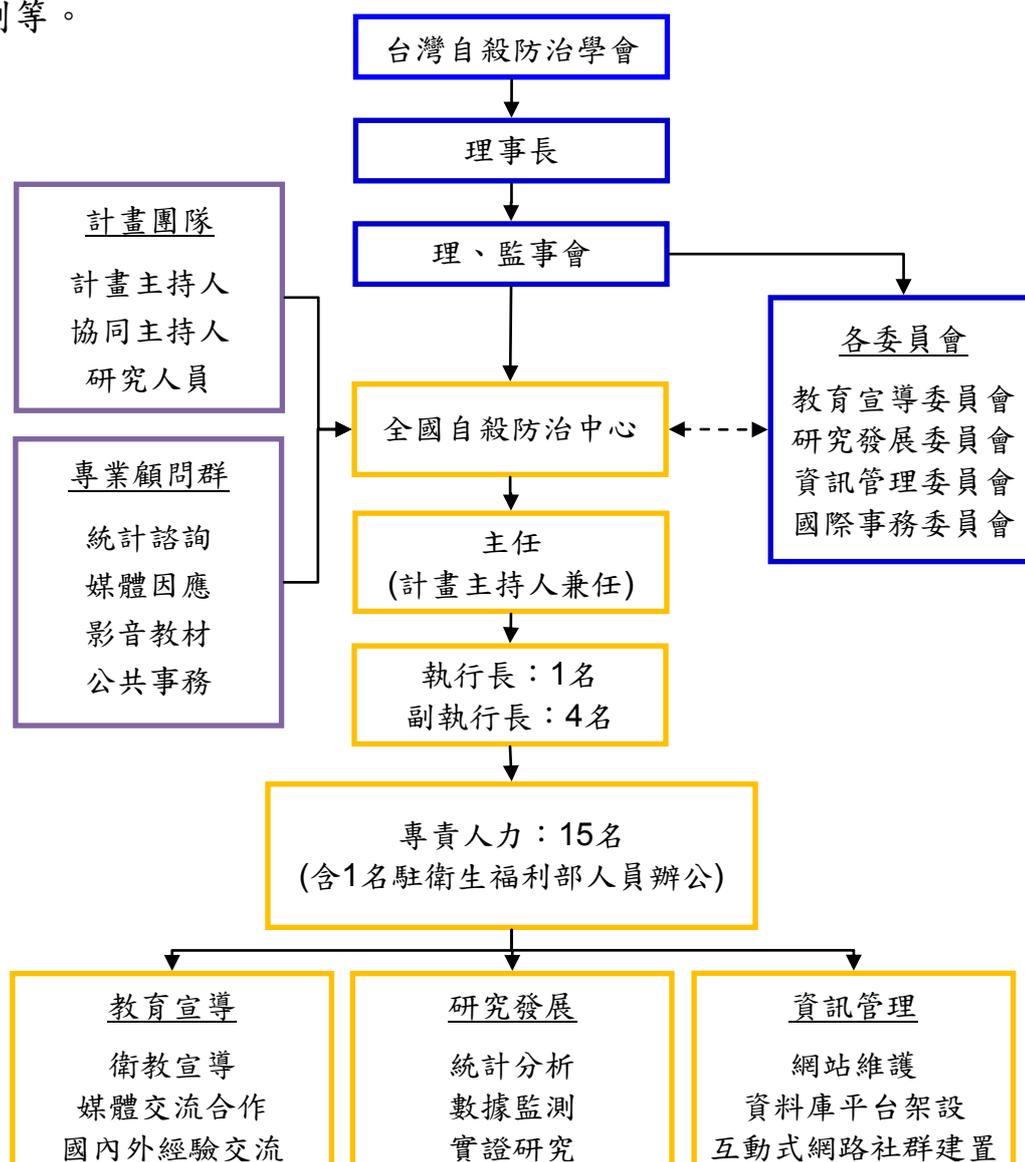
(Common Mental Health Checklist, CMHC)，作為心理健康及自殺風險之篩檢工具；並進行簡量表信效度研究。(八)其他規劃辦理事項：持續籌辦以自殺防治為主軸之國際會議，並針對民眾進行心理健康及自殺防治認知與行為之調查等。

整體而言，自殺防治工作可謂人人有責，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，將更有利於政策的推行。展望未來，臺灣與其他國家相同，不可避免地遭逢社會變遷，意外公安層出不窮，以及景氣循環衝擊，使得自殺防治工作之挑戰更為艱鉅。有國外文獻指出：擲節政策可能伴隨失業率與自殺率升高，而經濟衰退可能深化社會不均衡及心理衛生問題，凡此皆為臺灣自殺防治工作之借鏡與警惕。面對此一局勢，未來除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，各級長官發揮優質領導力以化解本位主義藩籬，並挹注足夠之經費，藉由實證資料引領不同專業力量的投入與增能，透過立法將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，促進全國民眾的共同努力迎接挑戰，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，共同達成、「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

全國自殺防治中心組織

本學會承接全國自殺防治中心計畫，工作團隊包括學會理、監事及相關研究人員，並依據貴部規定以及業務實際需求，聘請具有自殺防治實務工作經驗之專責人力 9 人，設置全國自殺防治中心組織(詳見組織圖如下)，辦理本案各項工作，並由本學會各委員會及顧問群協助督導，以促進專案業務之推動。(「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件 1.1)

承接過去自殺防治工作之理念與實務工作，2015 年全國自殺防治中心之角色包括：協助衛生福利部加強整合心理衛生與自殺防治業務及資源、針對各種特定族群探討自殺之可能原因，研擬具體防治策略，預防自殺死亡率增加；藉由 2014 年度國內發生多起重大自殺死亡事件，積極檢討瞭解現有防治體制、處理流程之問題；協助各縣市衛生局，提出因地制宜自殺防治措施；處理高自殺風險個案之關懷、跨網絡合作等需求並給予支援；強化和其他非政府組織溝通聯繫，以達資源共享之效；研修、訂定自殺防治相關工作規範、評估工具與運作流程；製作課程、教材、訓練及宣導等規劃等。



2014 年度自殺防治統計分析及策略實施結果報告

一、背景 (Context)

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，危險因子包含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、胎兒時期及周產期因素、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病、身體疾病、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等，其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。

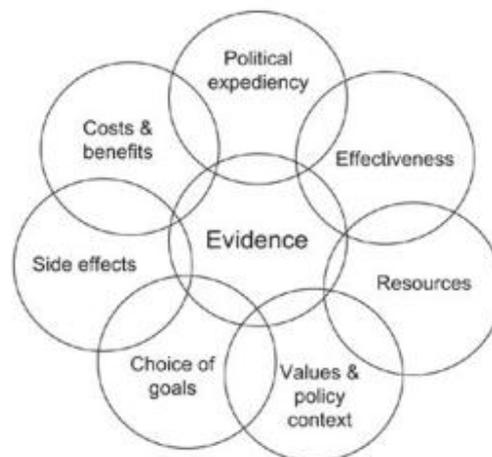
為有效防治國人自殺問題，衛生福利部於 2005 年底開始推動「全國自殺防治行動策略第一期計畫」(期程：2005 年至 2008 年)，委託辦理「全國自殺防治中心計畫」，成立國家級自殺防治中心，做為全國性自殺防治工作之整合平臺，工作內容包括：(一)協助擬訂全國自殺防治中長程計畫；(二)依據全體民眾、高風險群及自殺未遂者不同對象，推動全面性、選擇性及指標性自殺防治策略；(三)試辦先導區及推廣區計畫，並將其自殺防治個案關懷模式經驗，推展至各縣市；(四)辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，做為政策研擬之參考；(五)自殺危險性評估工具發展；(六)自殺遺族及志工組織建立；(七)資源及衛教手冊編訂；(八)專業人員教育訓練；(九)辦理社區心理衛生中心輔導及協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；(十)促成國際交流合作等。

第一期計畫在各級政府、相關部會局處及民間團體之協力合作下，近年來臺灣自殺死亡率已出現下降趨勢，衛生福利部於 2009 年持續推動「全國自殺防治行動策略第二期計畫」(期程：2009 年至 2012 年)，持續以全面性、選擇性及指標性之策略，配合行政院建置社會安全網絡，推動「關懷生命、防治自殺」網，委託辦理「全國自殺防治中心計畫」，根據 2014 年度國人死因統計結果，自殺死亡人數計 3,546 人，與最高峰 2006 年自殺死亡人數 4,406 人，減少 860 人(降低 19.5%)；並自 1997 年起，連續 13 年名列 10 大死因後，於 2010 年首度退出 10 大死因，現已連續 5 年退出十大死因。

2014 年持續配合衛生福利部心理及口腔健康司，以本中心做為全國自殺防治工作之平台，辦理包括自殺防治相關之統計分析、實證研究、草擬自殺防治法、推動法律草擬階段之資料蒐集及召開相關聯繫會議等重點工作。在「思維全球化」的前提之下，以當代世界自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防

治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，俾利有效降低國人自殺死亡率。另外，為協助地方持續推動自殺防治工作，辦理強化自殺防治策略討論會，持續協助縣市自殺防治之推動，以達「行動在地化」之目標。

全國自殺防治中心自 2005 年 12 月 9 日成立以來，即定位為擬定行動方針，立即以實際行動，參與解決國家重要公共衛生問題之積極角色，而非單純學術研究單位，近年因為經費調整，執行實證研究之能量更加受到限制。雖實務上有困難，本中心為因應推動實際自殺防治工作之需要，亦曾針對部分重要議題，以結合外部資源之方式，進行相關研究。若以實證研究對於政策具體建議之連結，需要考量許多面向問題，以近期 Cartwright N, Hardie J. Evidence-based policy: a practical guide to doing it better. New York: Oxford University Press; 2012.之論述為例，如圖 2.1.1 七種向度需要考慮：

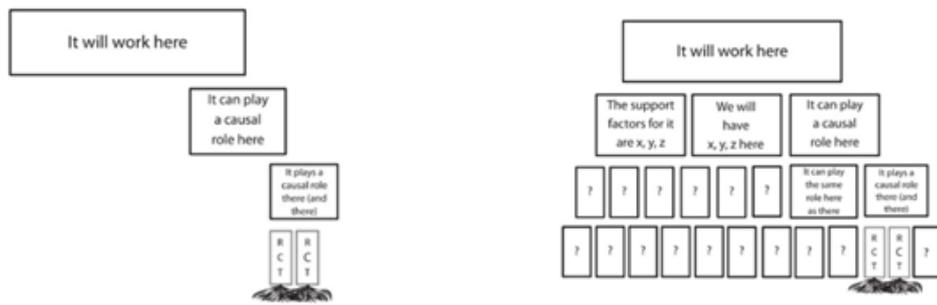


Factors influencing policy making

Cartwright, Nancy; Hardie, Jeremy. Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better (p. 12). Oxford University Press. Kindle Edition.

圖 2-1-1、Cartwright N, Hardie J 所提出之七種需考慮向度

要能夠以一國之政府及民間力量，獨立完成如此多面向之政策制定之實證研究需求並不容易，實務上仍須歸拂世界各國相關研究與理論精華，並參照國內實際需求與既有資源，於實施過程中，逐步檢討，與調整方向。(如圖 2.1.2)



Effectiveness prediction with only RCT support

Carwright, Nancy; Hardie, Jeremy. Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better (p. 133). Oxford University Press. Kindle Edition.

The argument pyramid for effectiveness predictions

Carwright, Nancy; Hardie, Jeremy. Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better (p. 133). Oxford University Press. Kindle Edition.

圖 2-1-2、實施過程中之方向調整

若參照 2014 年世界衛生組織發表之世界自殺報告 (World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. In: Organization WH, ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.) 我國長期推動之國家自殺防治策略，與相對應之危險因子分佈，均有相對應之作為。

Figure 7. Key risk factors for suicide aligned with relevant interventions (Lines reflect the relative importance of interventions at different levels for different areas of risk factors)

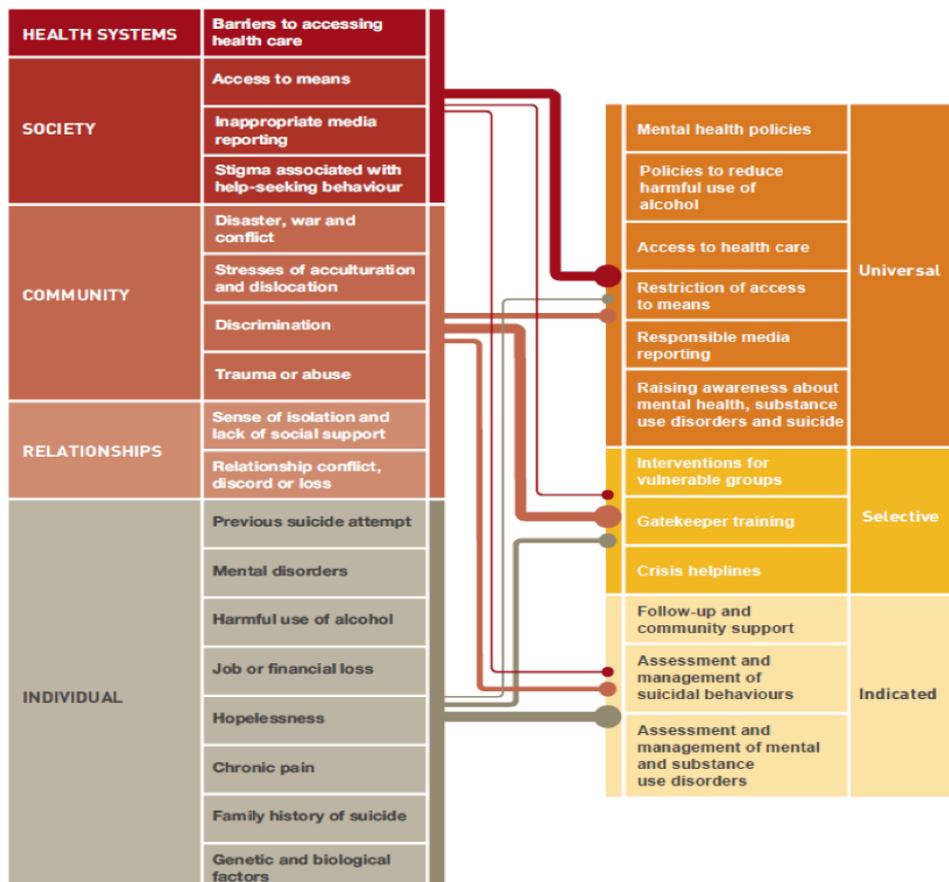


圖 2-1-3、國家自殺防治策略中，危險因子與其相對應之作為

自殺防治工作為全球性之重大公共衛生問題，亞洲將是全球自殺死亡人數最多的區域，參考美國國家自殺防治行動聯盟之優先研究工作小組之建議 (National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force www.suicide-research-agenda.org). 未來與自殺防治相關之各個領域之實證研究應回答下列問題：

1. 人們為甚麼會想自殺
2. 如何精進能夠發掘與預測自殺風險的方法
3. 那些介入方式可以有效的預防自殺行為
4. 那些機構或服務體系對於預防及處理自殺行為是有效的
5. 在健康照護系統之外有何種預防性介入可降低自殺風險
6. 自殺防治研究需要哪一些現有的和新的基礎架構(infrastructure)。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

1) 組織建立：研究發展組。

2) 資料蒐集：

(1) 自殺死亡資料檔

a. 資料來源：衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心。

b. 資料說明：自殺個案死亡情形之簡要資料。

c. 資料內容：包含性別、年齡層、縣市、死因。

(2) 自殺未遂通報資料檔

a. 資料來源：公共衛生資訊入口網自殺通報系統。

b. 資料說明：自殺未遂通報個案之相關資料。

c. 資料內容：主要包含個案性別、年齡層、通報日期、自殺日期、自殺方式、自殺原因、居住所在地、訪視情形、訪視方式等。

3) 資料清檔：進行資料清檔與串聯彙整。

4) 統計分析：

建立評估指標及分析企圖者特性，包含自殺粗死亡率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺死因占率(全國、各縣市、性別、年齡層)、自殺通報比(全國、各縣市)、自殺通報占率(性別、年齡層、自殺方式、自殺原因)、分案率、分案關懷率、結案率、通報單位類型分布、關懷方式類型比例、全國及各縣市個案關懷次數(平均值、標準差、中位數、最大值、最小值)、關懷後處遇計畫比例等。監測全國自殺死亡及自殺通報概況，並對全國自殺防治策略進行評估，藉以作為修正的參考。

2. 資源連結合作：

- 1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：提供分析報表及數據、系統使用回饋問題蒐集、縣市訪查等。

三、過程 (Process)

1. 組織建立

延續籌組研究小組的規劃，由李明濱計畫主持人親自督導，小組成員專長涵蓋精神醫學、心理學、社會學、流行病學、生物統計、衛生政策及醫療保健等領域，持續進行老人相關議題、疾病與自殺、燒炭自殺、自殺風險評估量表工具及巨觀的自殺防治等研究；並定期召開會議討論，由本案協同主持人陳珍信教授及政大統計所江振東老師共同協助指導自殺防治中心研究發展組，以不同的統計方式整合中心現有的資訊，找出自殺高風險防範的介入點，並評估目前施行策略之成效性。

2. 資料蒐集

1) 死因登記檔

- (1) 資料期間：2006 年至 2014 年。
- (2) 說明：目前取得死亡資料為衛生福利部資料所釋出之資料。自 2010 年衛生福利部「衛生福利資料科學中心」成立後，改由中心每兩年向衛生福利部統計處進行使用資料申請，並於繳費後得以使用。

2) 自殺未遂通報資料檔

- (1) 資料期間：2006 年至 2014 年 10 月。
- (2) 說明：研究發展組每月定期填寫「衛生福利部全國醫療資訊網服務中心系統資源申請表」透過駐部人員，向衛生福利部申請自殺未遂通報相關資料，包含自殺通報單、派遣資料表、個案基本資料表、訪視單、結案單、轉介單等資料。(詳見「3.2 自殺未遂者之通報與關懷追蹤」章節)

3. 研究分析

- 1) 自殺死亡特性分析
- 2) 自殺未遂個案特性分析

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺死亡資料分析：詳見附件 2.1.1

臺灣的自殺死亡情況在1994年自殺死亡人數為1,451人(男性977人、女性474人)，自殺粗死亡率每十萬人口6.9人(男性9.0人、女性4.6人)，性別比2.1。其後逐年攀升，自殺死亡人數於2005年大幅躍升至4,282人(男性2,977人、女性1,305人)，自殺粗死亡率每十萬人口18.8人(男性25.8人、女性11.7人)，性別比2.3。2006年持續上升，自殺死亡人數達到4,406人(男性3,088人、女性1,318人)，自殺粗死亡率每十萬人口19.3人(男性26.7人、女性11.7人)，性別比2.3。其後則呈現下降趨勢至2014年。(如圖2.1.4)

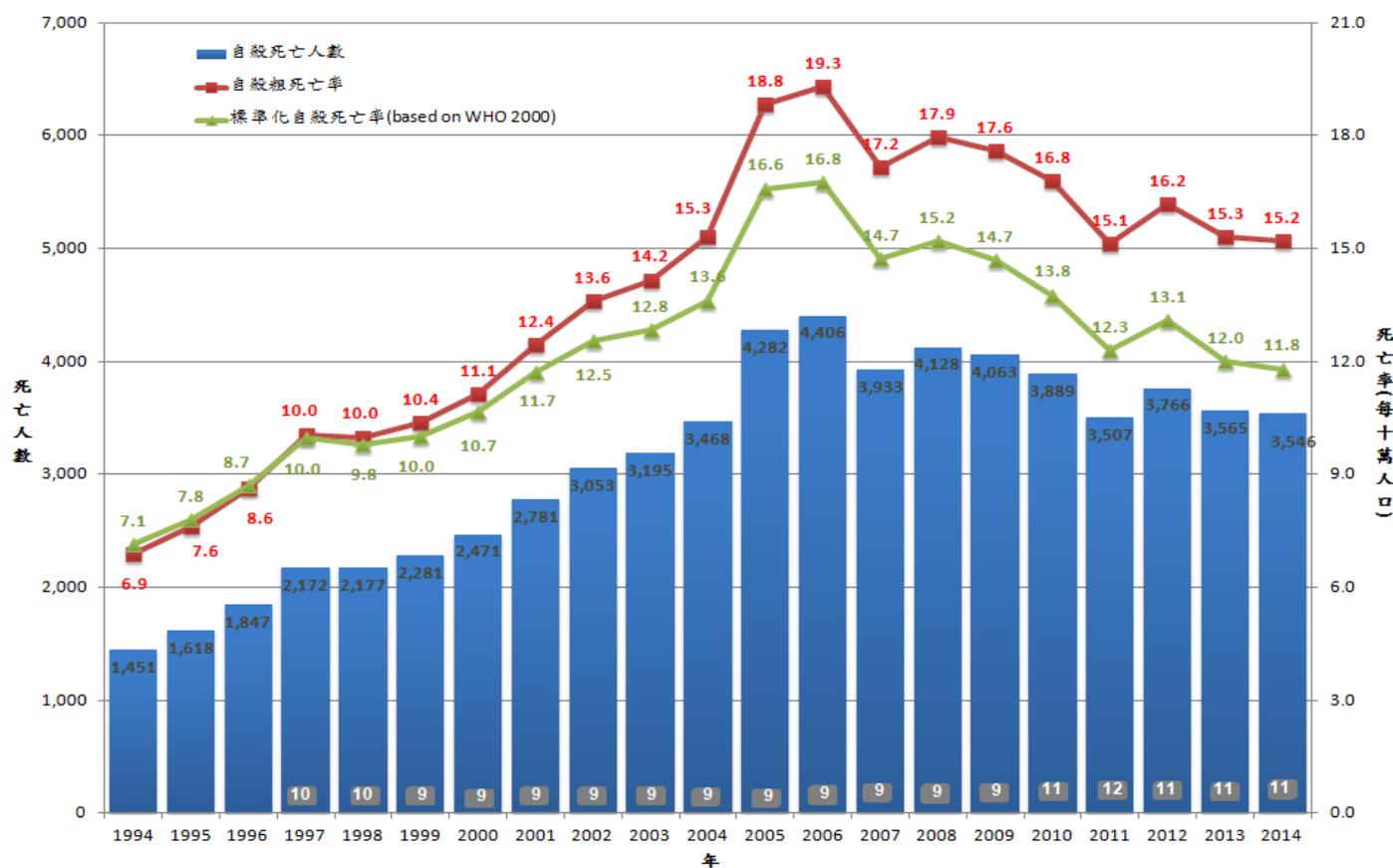


圖 2-1-4、1994-2014 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

2014年自殺死亡人數3,546人(男性2,364人、女性1,182人)，自殺粗死亡率每十萬人口15.2人(男性20.2人、女性10.1人)，性別比為2，與最高峰2006年相比，自殺粗死亡率下降21.3%，若與2013年相比則下降0.5%。觀察三年移動平均，近年來呈現下降趨勢。在自殺粗死亡率的部分，2014年自殺粗死亡率排名前六的縣市分別為嘉義縣(每十萬人口23.3人)、基隆市(每十萬人口21.9人)、雲林縣(每十萬人口20.0人)、花蓮縣(每十萬人口18.9人)、宜蘭縣(每十萬人口18.3人)及臺東縣(每十萬人口

18.3 人)。在自殺人數的部分，2014 年自殺死亡人數排名前六的縣市分別為新北市(560 人)、高雄市 (448 人)、臺中縣 (382 人)、桃園市(313 人)、臺北市(311 人)及臺南市 (285 人)。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率自 1994 年起逐年增加，於 2005 年大幅上升(粗死亡率為每十萬人口 25.8 人)，至 2006 年達高峰(每十萬人口 26.7 人)，其後皆呈現下降趨勢，2014 年男性自殺粗死亡率每十萬人口 20.2 人，與最高峰 2006 年相比降幅達到 24.3%。女性自殺粗死亡率自 1994 年起逐年攀升，於 2006 年達到最高峰每十萬人口 11.7 人，其後呈現小幅向下之趨勢，至 2014 年每十萬人口 10.1 人，與最高峰 2006 年相比降幅為 13.8%(如圖 2.1.5)。以縣市分析，男性 2014 年自殺粗死亡率上升較明顯的是澎湖縣(增幅 162.2%)、花蓮縣(增幅 37.8%)、雲林縣(增幅 14.4%)、新北市(增幅 4.8%)；男性 2014 年自殺死亡人數上升較明顯的縣市排名前六分別為臺中市(增加 40 人)、新北市 (增加 18 人)、臺北市 (增加 15 人)、花蓮縣(增加 13 人)以及雲林縣(增加 12 人)。女性 2014 年自殺粗死亡率上升較明顯的為屏東縣(增幅 53.8%)、新竹市(增幅 36.9%)、臺北市(增幅 35.9%)、宜蘭縣(增幅 19.2%)；女性 2014 年自殺死亡人數上升較明顯的縣市排名前六的縣市分別為臺北市(增加 35 人)、屏東縣 (增加 18 人)、高雄市 (增加 14 人)、新竹市(增加 8 人)以及宜蘭縣(增加 6 人)。另外自殺粗死亡率男女皆上升的縣市為嘉義市(男性增幅 0.3%、女性增幅 27.1%)、基隆市(男性增幅 21.4%、女性增幅 8.2%)、臺北市(男性增幅 8.6%、女性增幅 35.9%)及臺中市(男性增幅 18.7%、女性增幅 0.7%)。自殺死亡人數男女皆上升的縣市為臺中市(男性增加 40 人、女性增加 2 人)、臺北市(男性增加 15 人、女性增加 35 人)及基隆市(男性增加 1 人、女性增加 2 人)。

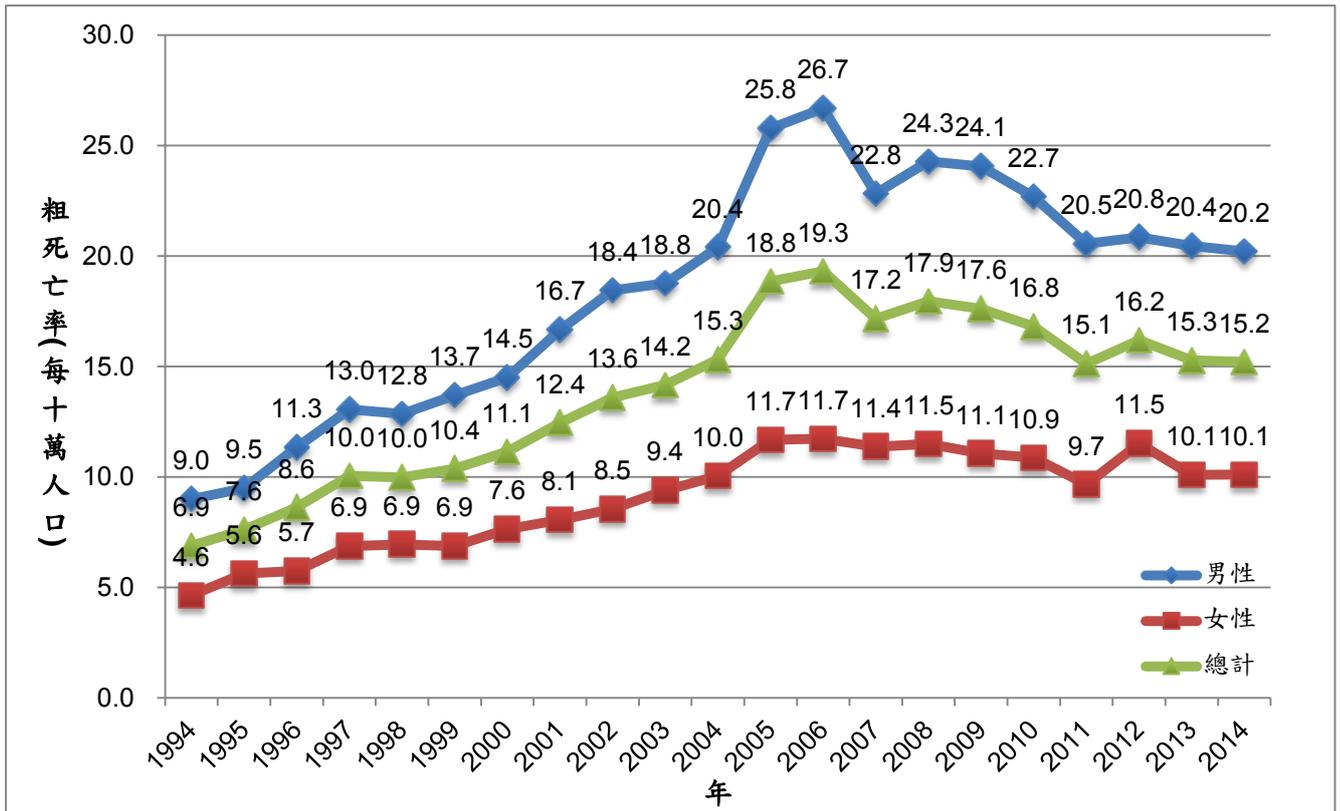


圖 2-1-5、1994-2014 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層來看，1994 年以來各年自殺粗死亡率皆隨著年齡老化而上升，且由標準化自殺死亡率自 1998 年後逐年低於粗死亡率可得知臺灣年齡層人口分佈趨向高齡化，突顯針對老年人口自殺防治策略的重要性。以縣市來看 2014 年自殺死亡人口老化現象最明顯的為嘉義縣、基隆市、雲林縣、臺東縣。以性別分析全國年齡層死亡率，男性「14 歲以下」2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 0 人，歷年變化不大約在 0~0.2 之間。男性「15-24 歲」自殺粗死亡率逐年上升，於 2005 年達到最高點每十萬人口 9.2 人，並於 2007 年後呈現逐年下降趨勢直至 2013 年每十萬人口 6.0 人，2014 年略為上升至每十萬人口 6.8 人，2014 年與 2005 年的自殺粗死亡率相比，降幅 26.4%。男性「25-44 歲」於 2005 年大幅增加(每十萬人口 32.7 人)，與 2004 年相比增幅達到 30.8%，至 2006 年(每十萬人口 35.3 人)為最高峰，其後呈現下降趨勢至 2014 年每十萬人口 20.5 人，與 2006 年相比降幅為 41.9%，與 2013 年相比減少 5.0%。

男性「45-64 歲」於 2005 年大幅上升至每十萬人口 39.3 人(與 2004 年相比增幅達到 29.3%)。2006 年起呈現下降趨勢，2014 年每十萬人口 28.0 人，較 2013 年降幅 1.4%。男性「65 歲以上」亦於 2006 年達到高點，每十萬人口 51.1 人，其後呈現下降之趨勢，2014 年自殺粗死亡率每十萬人

口 43.2 人，與 2006 年相比下降 15.4%，較 2013 年減少 1.5%。(如圖 2.1.6)

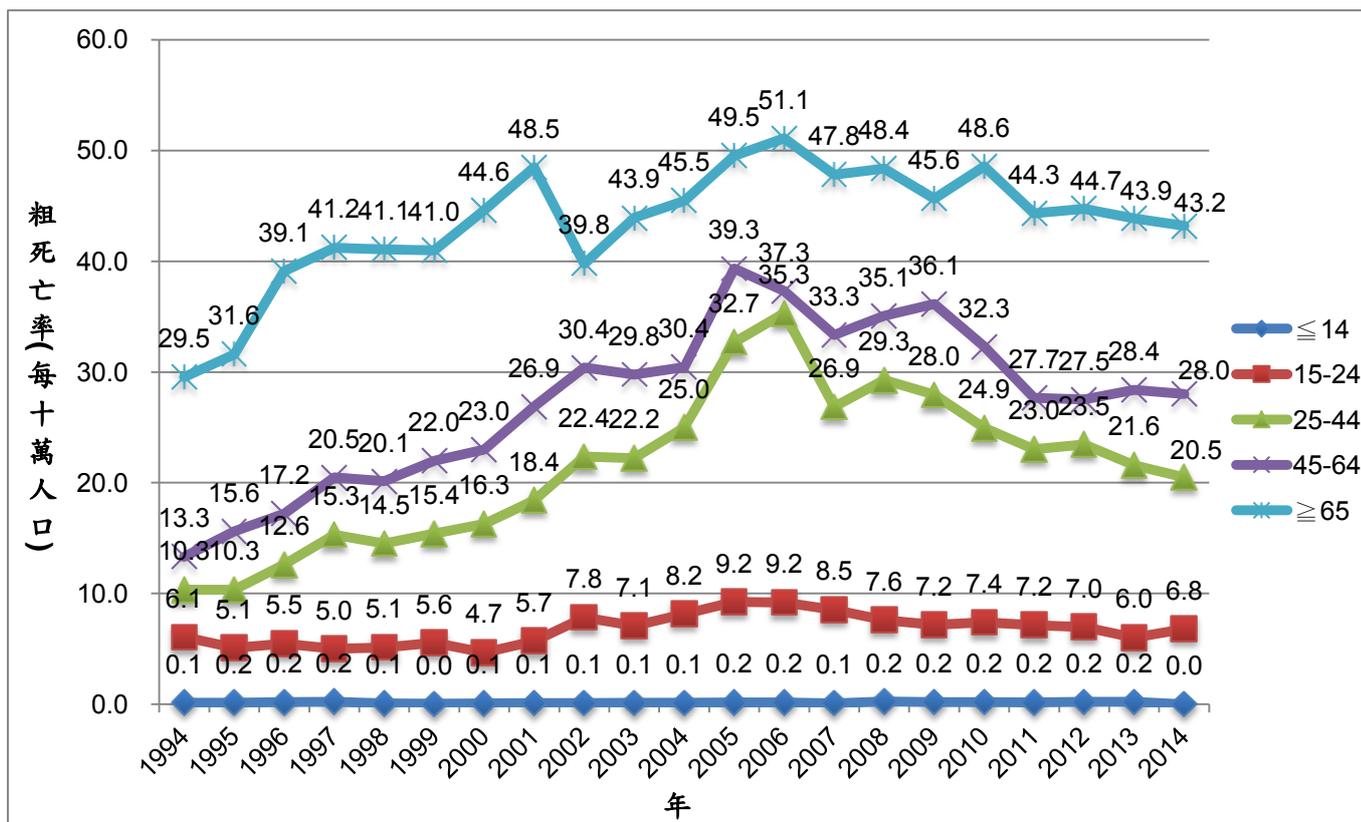


圖 2-1-6、1994-2014 男性各年齡層自殺粗死亡率

女性「14 歲以下」2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 0.1 人，歷年變化不大，均在 0~0.3 之間。女性「15-24 歲」於 2003 年至 2013 年間上下起伏，其中在 2005 年達到最高點(每十萬人口 5.8 人)，2010 年大幅下降(每十萬人口 3.4 人)，較 2009 年減少 35.5%，2014 年降至近年來的低點每十萬人口 3.3 人較 2013 年減少 23.3%，以三年移動平均來看，近年來「15-24 歲」的女性之自殺粗死亡率有下降的趨勢。女性「25-44 歲」自殺粗死亡率至 2005 年為最高點每十萬人口 13.9 人，2006 年至 2011 年間呈現下降趨勢，於 2012 年上升至每十萬人口 13.3 人，2013 年下降至每十萬人口 10.5 人，2014 年又上升至每十萬人口 11.1 人，與 2013 年相比升幅為 5.7%。女性「45-64 歲」自殺粗死亡率逐年上升，至 2005 年達到最高點每十萬人口 15.8 人，之後逐年下降至 2011 年(每十萬人口 11.7 人)，2012 年上升至每十萬人口 13.9 人，後於 2014 下降至每十萬人口 12.0 人，較 2013 年減少 2.1%。女性「65 歲以上」自殺粗死亡率逐年上升，2006 年達到最高點每十萬人口 27.6 人之後逐年下降，2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 20.9 人，較 2013 年減少 3.7%。(如圖 2.1.7)

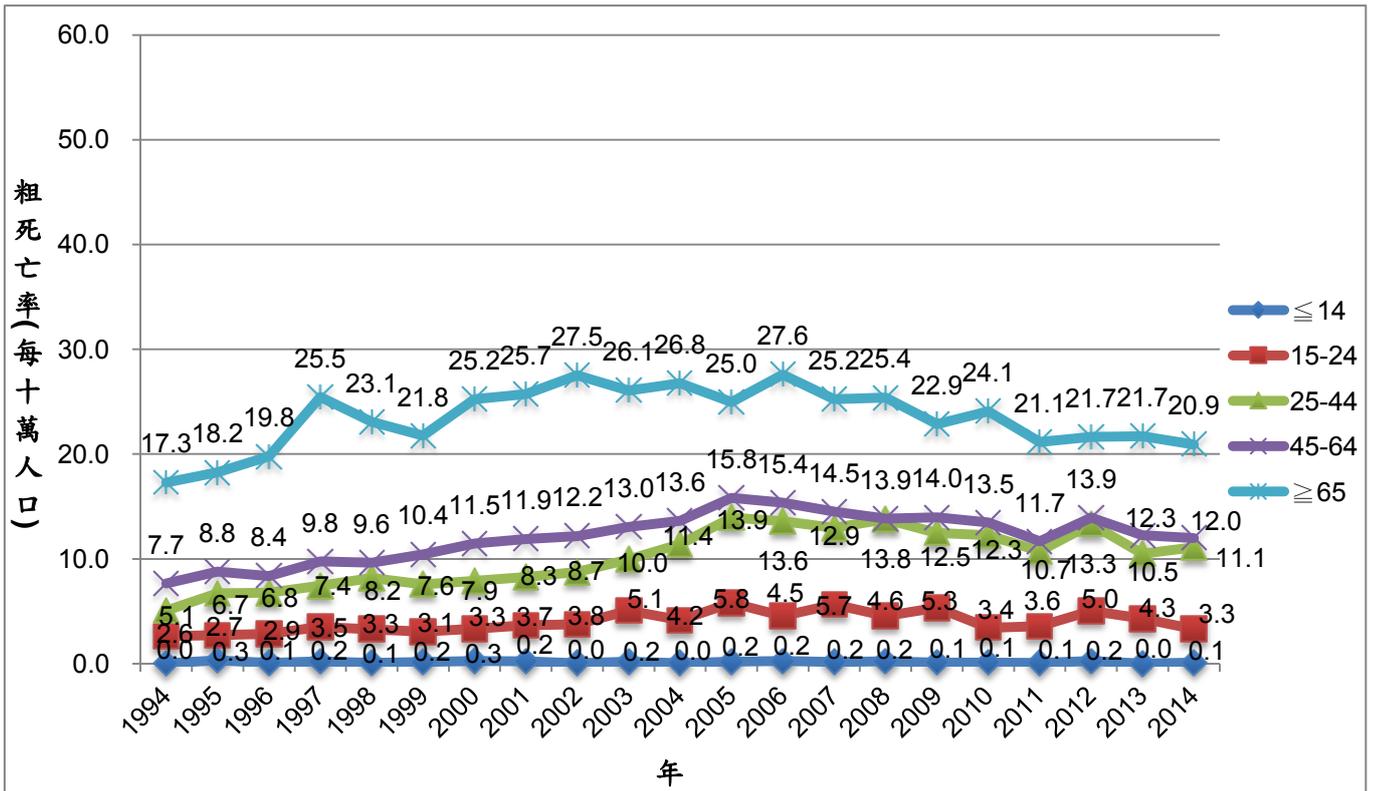


圖 2-1-7、1994-2014 女性各年齡層自殺粗死亡率

2014 年全國自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(1103 人，占率 31.1%)、「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(853 人，占率 26.1%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(662 人，占率 19.2%)。其中「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」2014 年占率 31.1%(1103 人)較 2013 年(1156 人)之下降 4.1%(如圖 2.1.8)。分析縣市 2014 年「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」較 2013 年上升較為明顯的是新竹市(增幅 67.5%)、澎湖縣(增幅 36.4%)及南投縣(增幅 34.4%);2014 年較 2013 年使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」人數上升較明顯的縣市分為臺北市(增加 27 人)、臺中市(增加 24 人)、新北市(增加 12 人)以及新竹市(增加 9 人)。

「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」2014 年之占率為 26.1%，與 2013 年的 23.9%相比，升幅為 9.3%。分析縣市 2014 年「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」較 2013 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 81.8%)、嘉義縣(增幅 79.7%)、新竹縣(增幅 45.4%)、宜蘭縣(增幅 44.4%)以及臺東縣(43.1%)。2014 年較 2013 年使用「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」人數上升較明顯的縣市分為臺中市(增加 22 人)、新北市(增加 22 人)、臺北市(增加 21 人)、嘉義縣(增加 11 人)以及宜蘭縣(增加 6 人)。

「固體或液體物質自殺及自為中毒」2014 年之占率為 2005 年以來之

最高，占 19.2%，與 2013 年的占率(18.6%)相比增幅為 3.4%。分析縣市 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2013 年上升較為明顯的是基隆市(增幅 285.4%)、雲林縣(增幅 27.7%)、彰化縣(增幅 23.2%)、宜蘭縣(增幅 20.8%)、新竹縣(增幅 14.8%)及花蓮縣(增幅 14.3%)。2014 年較 2013 年使用「固體或液體物質自殺及自為中毒」人數上升較明顯的縣市分為雲林縣(增加 16 人)、基隆市(增加 12 人)、彰化縣(增加 6 人)以及花蓮縣(增加 5 人)。

另外「溺水(淹死)自殺及自傷」於 2005 年至 2009 年間上升幅度較小，自 2010 年至 2013 年逐年呈現明顯上升趨勢，在中心提出建議後可看到占率由 2013 年 7.5%下降至 2014 年 6.9%(降幅 7.7%)。占率未降反升並且上升較明顯之縣市為為雲林縣(增幅 87.2%)、屏東縣(增幅 59.1%)、臺中市(增幅 44.6%)、桃園市(增幅 35.5%)及宜蘭縣(增幅 27.0%)。2014 年較 2013 年使用「溺水(淹死)自殺及自傷」人數上升較明顯的縣市分為桃園市(增加 6 人)、臺中市(增加 5 人)、臺北市(增加 4 人)、宜蘭縣(增加 2 人)、雲林縣(增加 2 人)以及屏東縣(增加 2 人)。

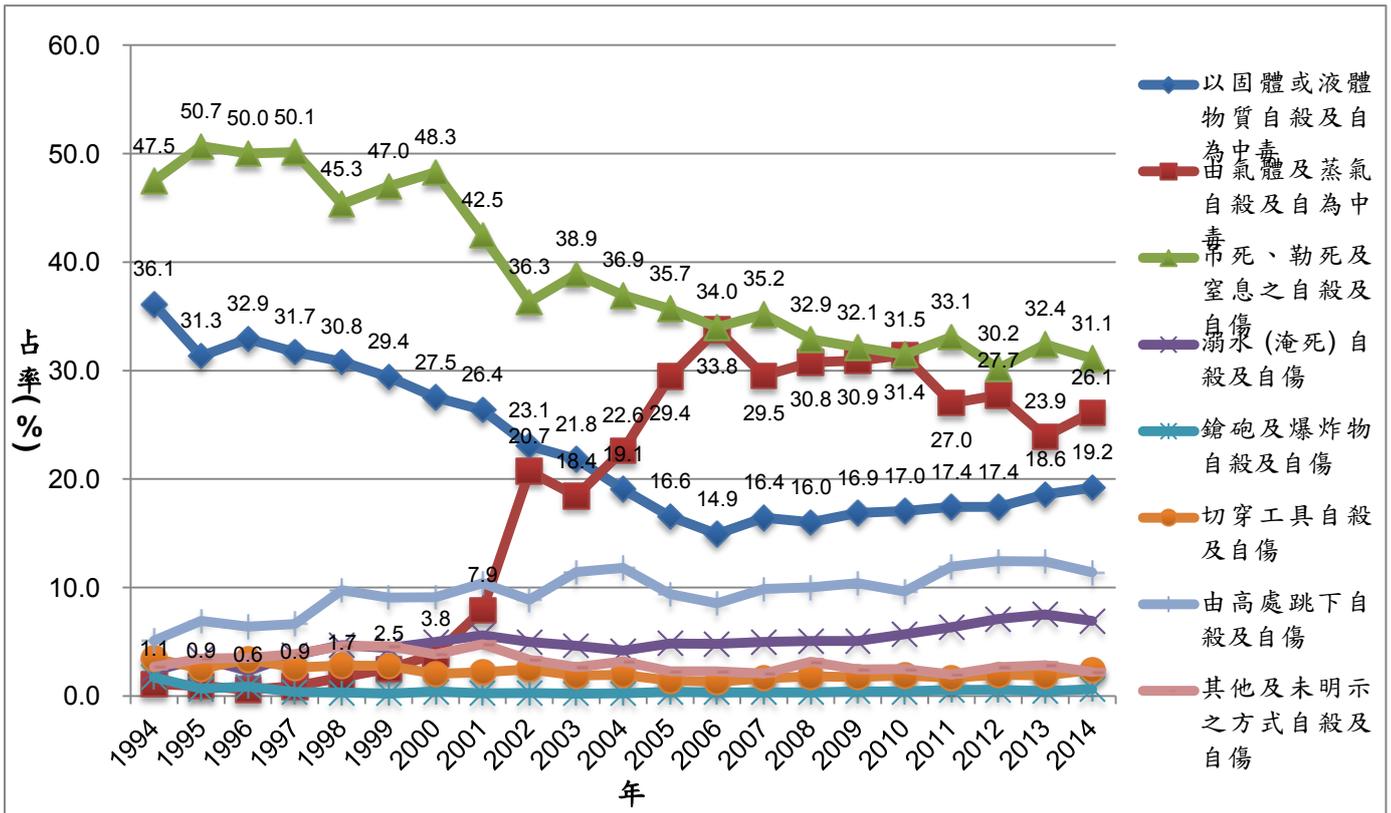


圖 2-1-8、1994-2014 全國自殺死亡方式占率

以性別來看全國自殺方式，2014 年女性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(310 人，26.2%)、「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(256 人，21.6%)以及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(255 人，21.6%)。其中「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」之占率有明顯上升的趨勢，其占率較 2013 年升幅為 18.6%。「固體或液體物質自殺及自為中毒」占率近四年呈現逐年上升趨勢，但升幅有逐漸趨緩，今年較去年占率多了 2.4%。另外以「由高處跳下自殺及自傷」(17.3%)方式自殺死亡之占率在在今年有明顯下降之趨勢，占率較 2013 年減少 14.3%。而自殺方式為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率為近四年最低，較 2013 年減少 0.4%之占率。(如圖 2.1.9)

2014 年男性自殺死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(793 人，33.5%)、「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(671 人，28.4%)及「固體或液體物質自殺及自為中毒」(426 人，18.0%)；其中「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」之占率整體趨勢有逐年往下降，本年度較 2013 年減少 5.3%。「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自殺死亡之占率自 2006 年高峰後與女性同樣呈現逐年下降之趨勢，但 2014 年有微幅增加，較 2013 年上升 6.2%。「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率自 2006

年至 2014 年呈現逐年微幅上升趨勢，2014 年的占率為近幾年來最多，較 2013 年增加 3.9%。(如圖 2.1.10)

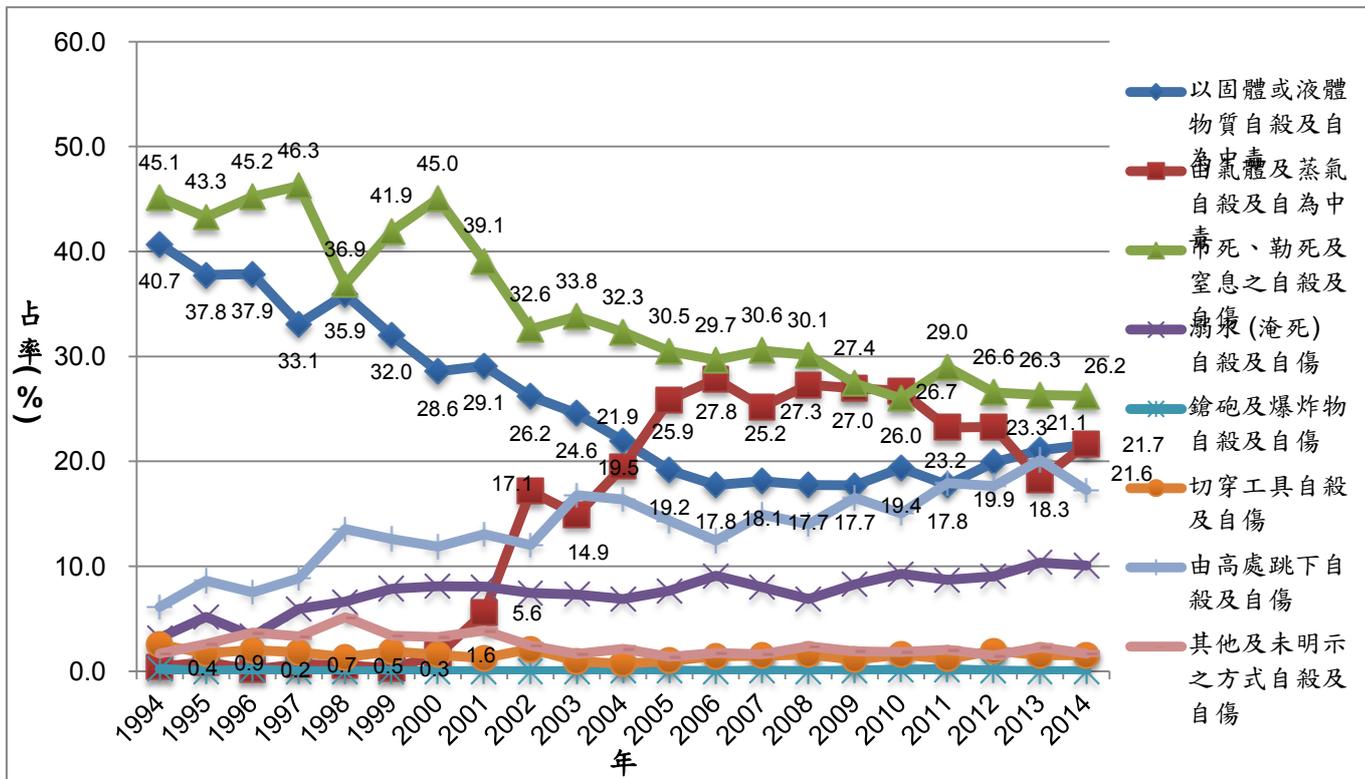


圖 2-1-9、1994-2014 女性自殺死亡方式占率

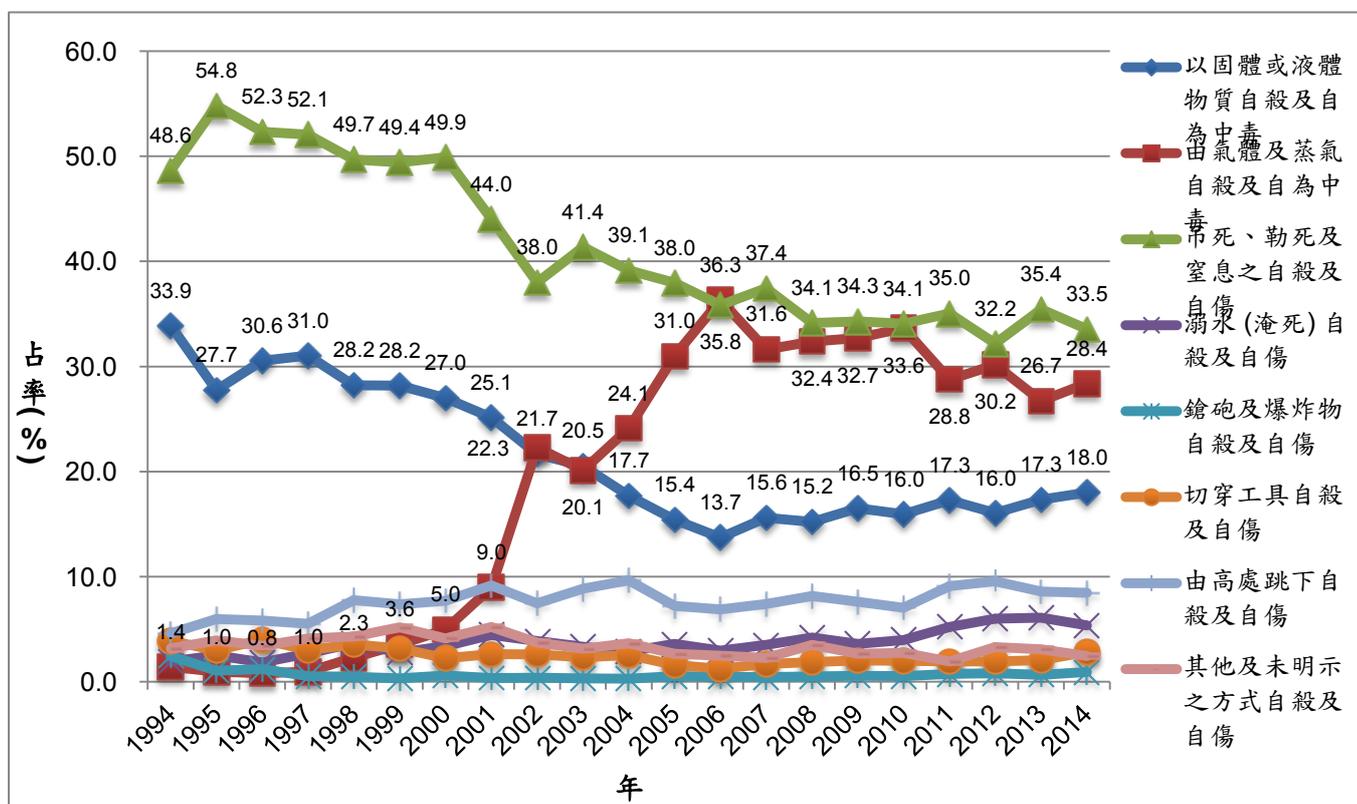


圖 2-1-10、1994-2014 男性自殺死亡方式占率

2) 自殺通報資料分析：詳見附件 2.1.2

臺灣的自殺通報情況在 2006 年自殺通報人次為 19,162 人次(男性 6,392 人次、女性 12,769 人次)，自殺通報比為 4.3(男性 2.1、女性 9.7)，女性為男性的 2.0 倍。其後逐年攀升，至 2014 年自殺通報人次躍升至 29,047 人次(男性 10,530 人次、女性 18,517 人次)，自殺通報比為 8.2(男性 4.5、女性 15.7)，女性為男性之 1.8 倍，2014 年自殺通報人次較 2006 年增加 51.6%、若與 2013 年相比則增幅為 3.4%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，2014 年自殺通報比與 2006 年相比增加 88.4%、較 2013 年相比則增幅為 4.0%。分析 2014 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為新北市(10.1)、宜蘭縣 (9.8)、新竹縣 (9.7)、花蓮縣 (9.4)及桃園市(9.4)。(如圖 2.1.11)

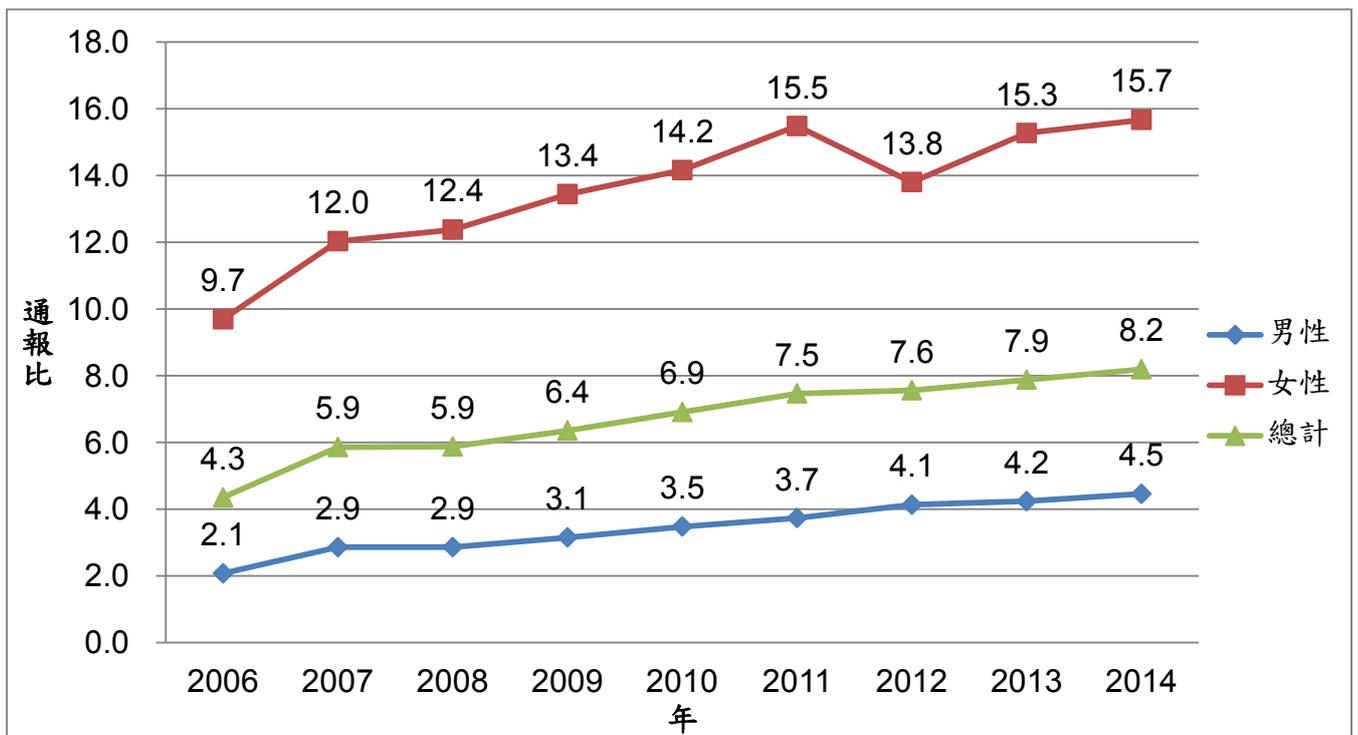


圖 2-1-11、2006-2014 全國自殺通報比

以性別分析，歷年女性通報人次皆高於男性，男性自殺通報人次 2006 年為 6,392 人次，逐年增加至 2014 年達到 10,530 人次，與 2006 年相比增幅為 64.7%，與 2013 年相比增幅為 4.2%，觀察三年移動平均曲線亦呈現上升趨勢。女性自殺通報人次 95 為 12,769 人次，逐年增加至 2014 年達到 18,517 人次，與 2006 年相較增幅為 45.0%，與 2013 年相較增幅為 3.0%，觀察三年移動平均亦呈現上升趨勢。此外，歷年女性通報比皆高於男性，男性自殺通報比 2006 年為 2.1，自 2006 年起逐年持續增加，至 2014

年為 4.5，與 2006 年相較增幅為 115.2%，與 2013 年相較增幅為 5.2%。女性自殺通報比 2006 年為 9.7，逐年增加至 2014 年為 15.7，與 2006 年相較增幅為 61.7%，與 2013 年相較增幅為 2.6%(如圖 2.1.11)。三年移動平均呈現上升趨勢。

以縣市分析兩性之自殺通報人次 2014 年與 2013 年相比男性增幅較明顯的是澎湖縣(增幅 100.0%)、嘉義市(增幅 28.6%)、臺東縣(增幅 24.6%)、臺中市(增幅 21.6%)及雲林縣(增幅 21.2%);女性上升較明顯的為南投縣(增幅 15.5%)、臺中市(增幅 11.2%)、宜蘭縣(增幅 10.3%)、彰化縣(增幅 9.5%)及嘉義市(增幅 9.5%)。再分析兩性自殺通報比之增減率，男性上升較明顯的是南投縣(增幅 35.1%)、嘉義市(增幅 28.6%)、屏東縣(增幅 23.8%)、苗栗縣(增幅 22.7%)及臺東縣(增幅 20.8%);女性上升較明顯則為南投縣(增幅 163.0%)、澎湖縣(增幅 103.6%)、金門縣(增幅 65.7%)、臺東縣(增幅 29.7%)、嘉義縣(增幅 27.1%)。

以年齡層分析，2006 年以來各年自殺通報占率皆以「25-44 歲」最高，占率自 2006 年(52.7%)占率逐年下降至 2014 年(48.5%)，2014 年與 2013 年(50.1%)相比降幅為 3.0%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。2006 年以來各年自殺通報占率「45-64 歲」幾乎皆為第二高，占率自 2006 年(19.1%)以來逐年上升，2014 年(26.7%)與 2013 年相比(26.0%)增幅為 2.7%。而「15-24 歲」自殺通報占率自 2006 年(20.0%)以來各年幾乎皆為第三高，2014 年占率 13.9%與 2013 年相比增幅為 1.7%雖有些微增加，但以三年移動平均分析仍呈現下降趨勢。「65 歲以上」自殺通報人次占率排名第四，自 2006 年(7.3%)逐年上升至 2014 年(9.5%)，占率與 2013 年(9.3%)相比增幅 2.7%。「14 歲以下」自殺通報占率為最低，自 2006 年(0.7%)至 2014 年(1.2%)變動不大，歷年變化約在 0~0.5 之間，2014 年較 2013 年(0.9%)增加 34.0%。(如圖 2.1.12)

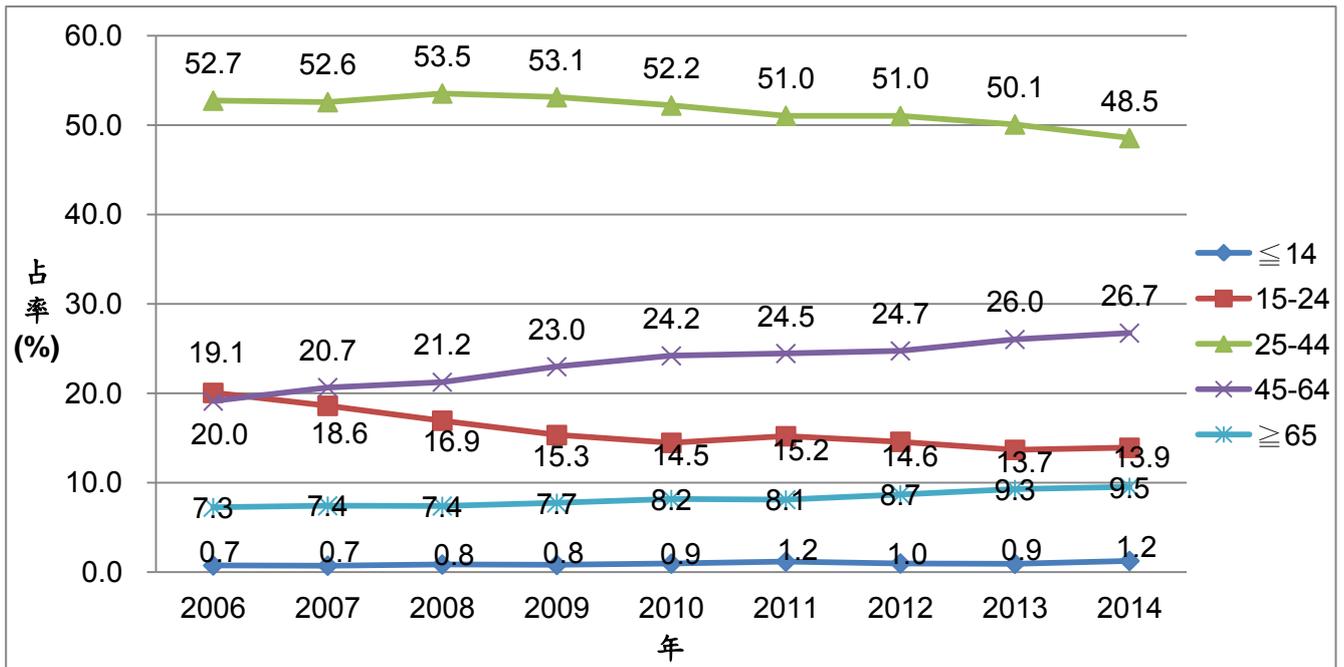


圖 2-1-12、2006-2014 各年齡層通報占率

以性別分析全國各年齡層通報占率，男性「14歲以下」2014年自殺通報占率1.3%，歷年變化不大約在0~0.6之間。男性「15-24歲」2014年自殺通報占率為13.3%與2013年(12.8%)相比，增幅4.0%。男性「25-44歲」2014年自殺通報占率為42.5%與2013年(44.1%)相比，降幅3.8%，觀察三年移動平均，可現下降之趨勢。男性「45-64歲」2014年自殺通報占率為29.6%與2013年(29.1%)相比，增幅為1.6%，觀察三年移動平均則呈現上升之趨勢。男性「65歲以上」2014年自殺通報占率為13.3%與2013年(13.0%)相比，增幅為2.1%，觀察三年移動平均，稍呈現上升趨勢。(如圖 2.1.13)

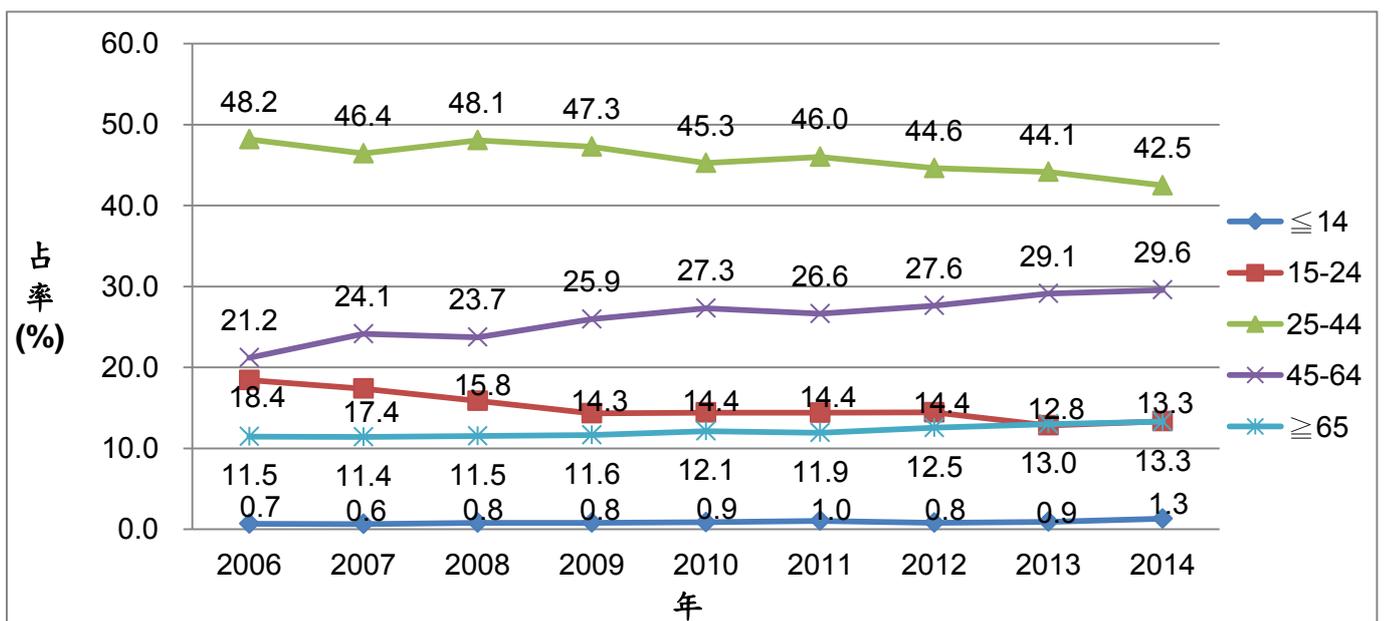


圖 2-1-13、2006-2014 男性各年齡層通報占率

女性「14歲以下」2014年自殺通報占率1.2%，歷年變化不大約在0~0.4之間。女性「15-24歲」自殺通報占率逐年呈下降趨勢，於2011年(15.6%)稍有上升，並於2012年(14.7%)下降至2014年(14.2%)。2014年與2006年(20.9%)的自殺通報占率相比，降幅31.8%。2014年與2013年(14.2%)的自殺通報占率相比，增幅0.5%。女性「25-44歲」自2006年至2012年持續上下波動，後逐年下降至2014年(52.0%)，與2006年(55.0%)相比降幅達到5.5%，與2013年(53.4%)的自殺通報占率相比，降幅2.6%。以三年移動平均來看，呈現先稍上升後下降趨勢。女性「45-64歲」自2006年逐年上升至2014年(25.1%)，與2006年(18.1%)相比增幅達到38.8%，與2013年(24.3%)的自殺通報占率相比，增幅為3.4%。女性「65歲以上」自2006年至2009年持續上下波動，後逐年上升至2014年(7.4%)，與2006年(5.2%)相比增幅達到42.9%，與2013年(7.2%)的自殺通報占率相比，增幅為3.0%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。(如圖2.1.14)

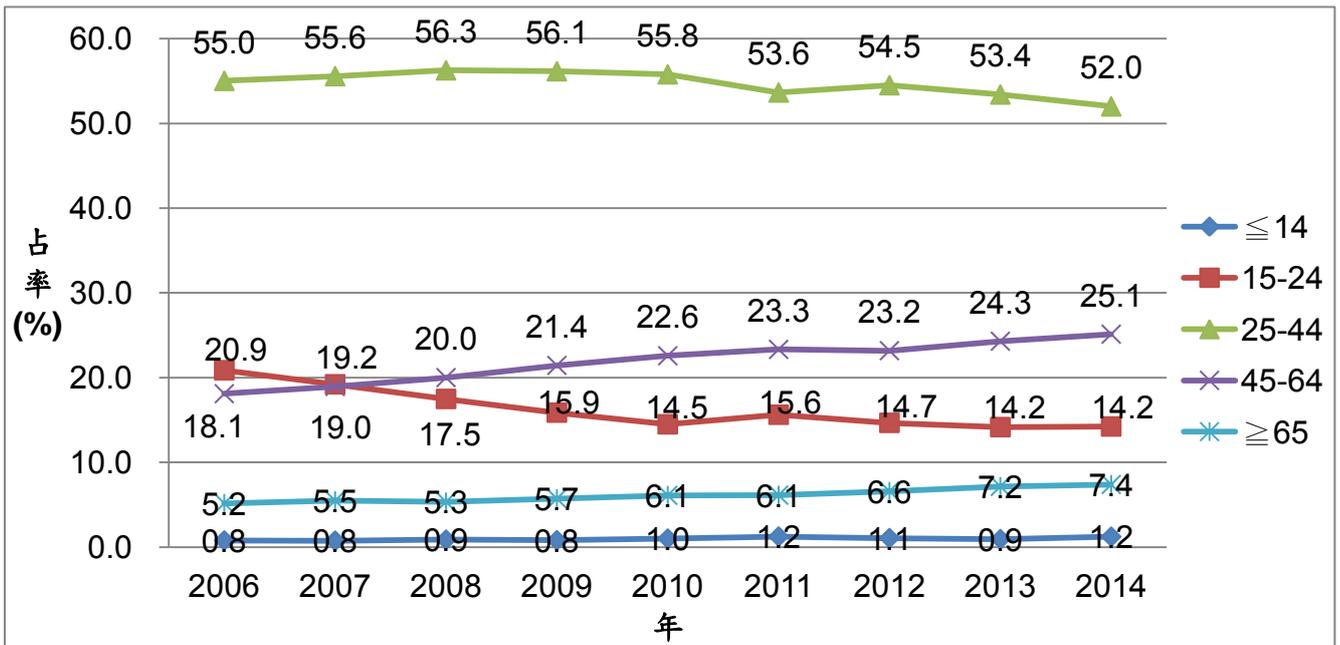


圖 2-1-14、2006-2014 女性各年齡層通報占率

其中男性「65以上」(2014年全國通報1,398人次，占率13.3%)相較女性(1,366人次，占率7.4%)占率高，男性「45-64歲」(2014年全國通報3,113人次，占率29.6%)相較女性(4,652人次，占率25.1%)占率稍高，男性「25-44歲」(2014年全國通報4,473人次，占率42.5%)則相較女性(9,629人次，占率52.0%)為低。

以縣市分析，「14歲以下」自殺通報占率以2014年與2013年比較，增幅較大的是嘉義縣(增幅135.0%)、基隆市(增幅105.9%)、新北市(增幅

97.8%)、花蓮縣(增幅 81.8%)及苗栗縣(增幅 56.5%)。「15-24 歲」自殺通報占率上升較明顯的是嘉義市(增幅 20.2%)、屏東縣(增幅 18.5%)、臺東縣(增幅 13.6%)、桃園市(增幅 10.0%)及高雄市(增幅 9.4%)。「25-44 歲」自殺通報占率上升較明顯的是新竹縣(增幅 11.7%)、澎湖縣(增幅 3.4%)、嘉義縣(增幅 2.7%)、新竹市(增幅 2.4%)及臺南市(增幅 2.1%)。「45-64 歲」自殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 25.6%)、臺東縣(增幅 25.2%)、嘉義市(增幅 14.6%)、嘉義縣(增幅 14.0%)及屏東縣(增幅 7.9%)。「65 歲以上」自殺通報占率上升較明顯的是金門縣(增幅 151.2%)、花蓮縣(增幅 45.4%)、臺東縣(增幅 39.9%)、新竹市(增幅 30.5%)及基隆市(增幅 29.6%)。

歷年自殺通報個案無論男女，自殺方式前三位依序皆為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2014 年全國通報 15,863 人次，占率 54.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(2014 年全國通報 7,821 人次，占率 26.9%)及「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(2014 年全國通報 2,179 人次，占率 7.5%)。其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(58.7%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年降幅為 6.9%，較 2013 年(56.0%)降幅為 2.5%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。以縣市來看 2014 年「固體或液體物質自殺及自為中毒」較 2013 年上升較為明顯的是嘉義市(增幅 6.6%)、基隆市(增幅 5.0%)、臺南市(增幅 4.5%)、嘉義縣(增幅 1.8%)及澎湖縣(增幅 1.5%)。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(24.2%)逐年呈上升趨勢至 2014 年(26.9%)，2014 年較 2006 年增幅為 11.4%，與 2013 年(27.4%)相比降幅為 1.7%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。以縣市來看 2014 年「切穿工具自殺及自傷」較 2013 年上升較為明顯的是臺東縣(增幅 17.3%)、新竹市(增幅 8.7%)、花蓮縣(增幅 7.1%)、新竹縣(增幅 6.9%)及臺中市(增幅 3.9%)。另外「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自 2006 年(8.1%)持續上下波動到 2014 年(7.5%)，2014 年較 2006 年降幅為 7.7%，與 2013 年(7.0%)相比增幅為 6.9%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。以縣市來看 2014 年「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」上升較明顯的縣市為新竹縣(增幅 111.1%)、澎湖縣(增幅 88.6%)、苗栗縣(增幅 60.9%)、臺東縣(增幅 39.2%)及雲林縣(增幅 38.6%)。(如圖 2.1.15)

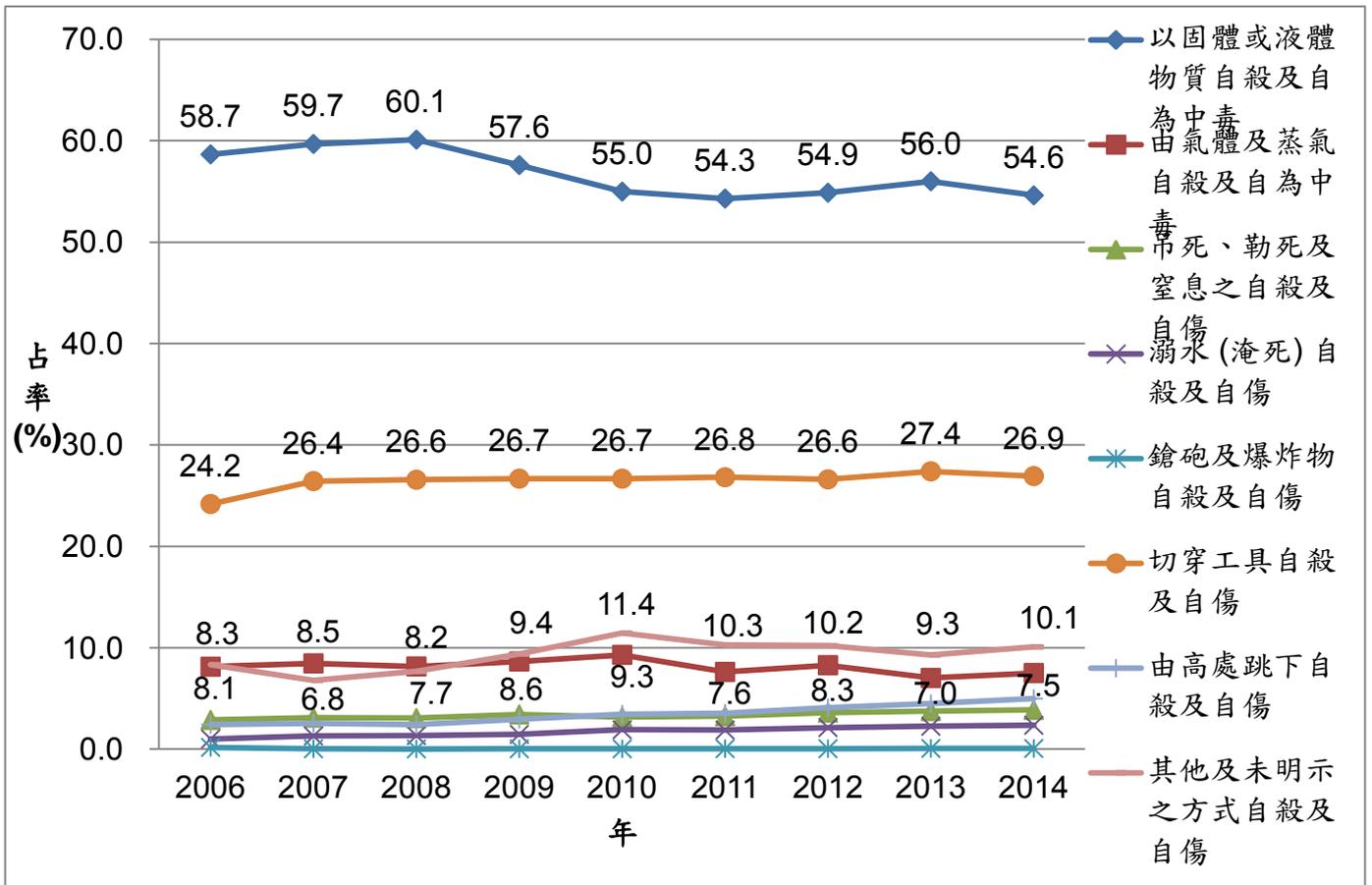


圖 2-1-15、2006-2014 全國通報自殺方式占率

以性別來看全國通報個案自殺方式，2014 年男性通報個案自殺死亡方式前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(47.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(21.9%)及「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(11.6%)；其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(53.5%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年降幅為 12.2%，較 2013 年(49.4%)降幅為 4.9%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(19.4%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年升幅為 12.9%，較 2013 年(20.6%)升幅為 5.9%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自 2006 年(13.5%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年降幅為 13.7%，較 2013 年(11.8%)降幅為 1.7%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。(如圖 2.1.16)

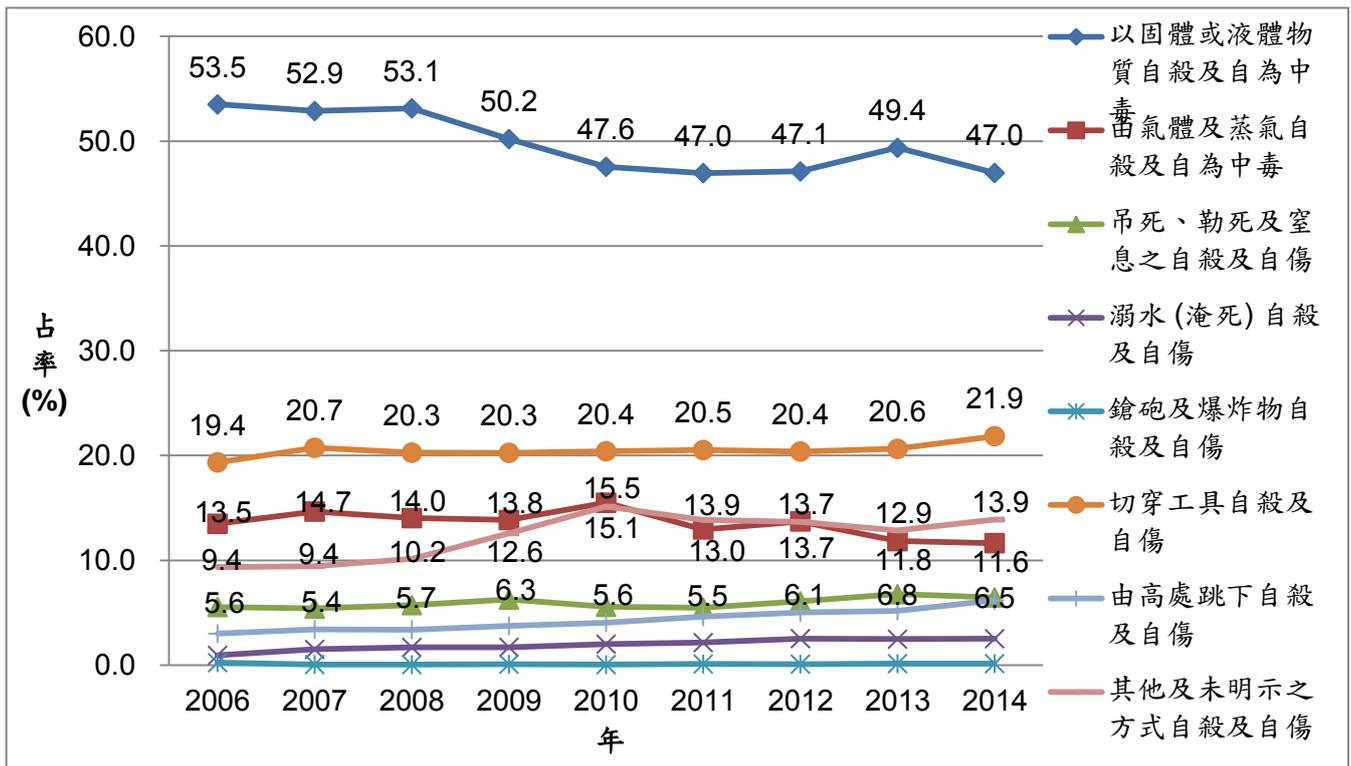


圖 2-1-16、2006-2014 男性通報自殺方式占率

2014 年女性通報個案自殺方式前三位依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(59.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(29.8%)及「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(5.1%)；其中「固體或液體物質自殺及自為中毒」自 2006 年(61.2%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年降幅為 3.7%，較 2013 年(59.7%)降幅為 1.3%。以三年移動平均來看，呈現下降趨勢。「切穿工具自殺及自傷」自 2006 年(26.6%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年升幅為 2.1%，較 2013 年(31.2%)降幅為 4.4%。以三年移動平均來看，稍呈現上升趨勢。「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」自 2006 年(5.4%)持續上下波動至 2014 年，2014 年較 2006 年降幅為 5.4%，較 2013 年(4.3%)升幅為 19.5%。以三年移動平均來看，稍呈現下降趨勢。(如圖 2.1.17)

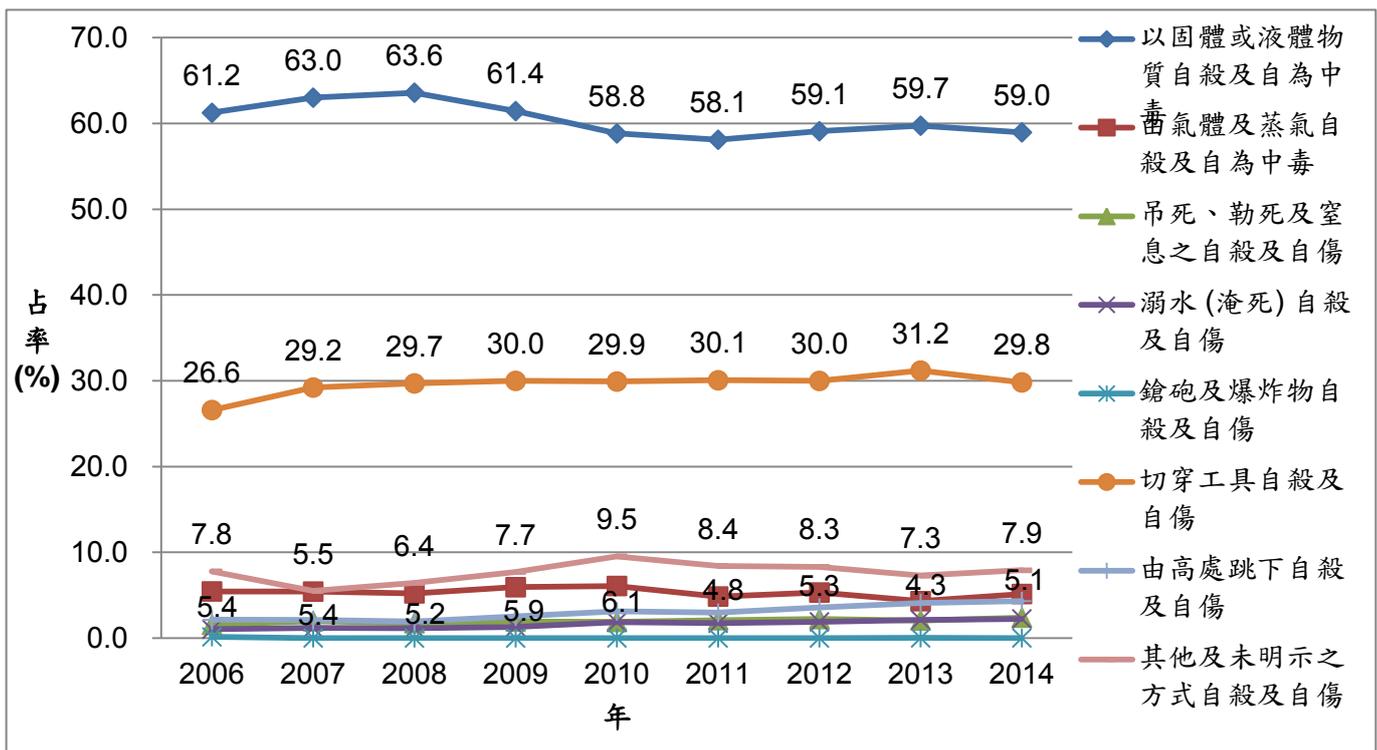


圖 2-1-17、2006-2014 女性通報自殺方式占率

其中男性以「氣體及蒸氣自殺或自為中毒」(2014 年全國通報 1,226 人次, 占率 11.6%)相較女性(953 人次, 占率 5.1%)占率較高, 男性「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2014 年全國通報 681 人次, 占率 6.5%)相較女性(442 人次, 占率 2.4%)占率為高, 男性「由高處跳下」(2014 年全國通報 650 人次, 占率 6.2%)相較女性(798 人次, 占率 4.3%)占率為高, 男性「固體或液體物質自殺及自為中毒」(2014 年全國通報 4,945 人次, 占率 47.0%)則相較女性(10,918 人次, 占率 59.0%)為低, 男性「切穿工具自殺及自傷」(2014 年全國通報 2,301 人次, 占率 21.9%)相較女性(5,520 人次, 占率 29.8%)為低。

歷年自殺通報個案無論男女，自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2014 年全國通報 14,505 人次，占率 49.9%)、「精神健康／物質濫用」(7,910 人次，27.2%)及「工作／經濟」(3,326 人次，占率 11.5%)，其中「情感／人際關係」占率較 2013 年(51.3%)下降 2.7%。以縣市來看 2014 年「情感／人際關係」較 2013 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 14.6%)、臺南市(增幅 1.3%)、嘉義縣(增幅 1.0%)。「精神健康／物質濫用」2014 年占率較 2013 年(34.2%)下降 20.5%。以縣市來看 2014 年「精神健康／物質濫用」較 2013 年上升較為明顯的是新北市(增幅 2.5%)。「工作／經濟」占率較 2013 年(12.2%)下降 5.7%。以縣市來看 2014 年「工作／經濟」較 2013 年上升較為明顯的是澎湖縣(增幅 93.3%)、臺東縣(增幅 64.3%)、新竹縣(增幅 29.6%)、金門縣(增幅 27.0%)及嘉義市(增幅 19.5%)。(如圖 2.1.18)

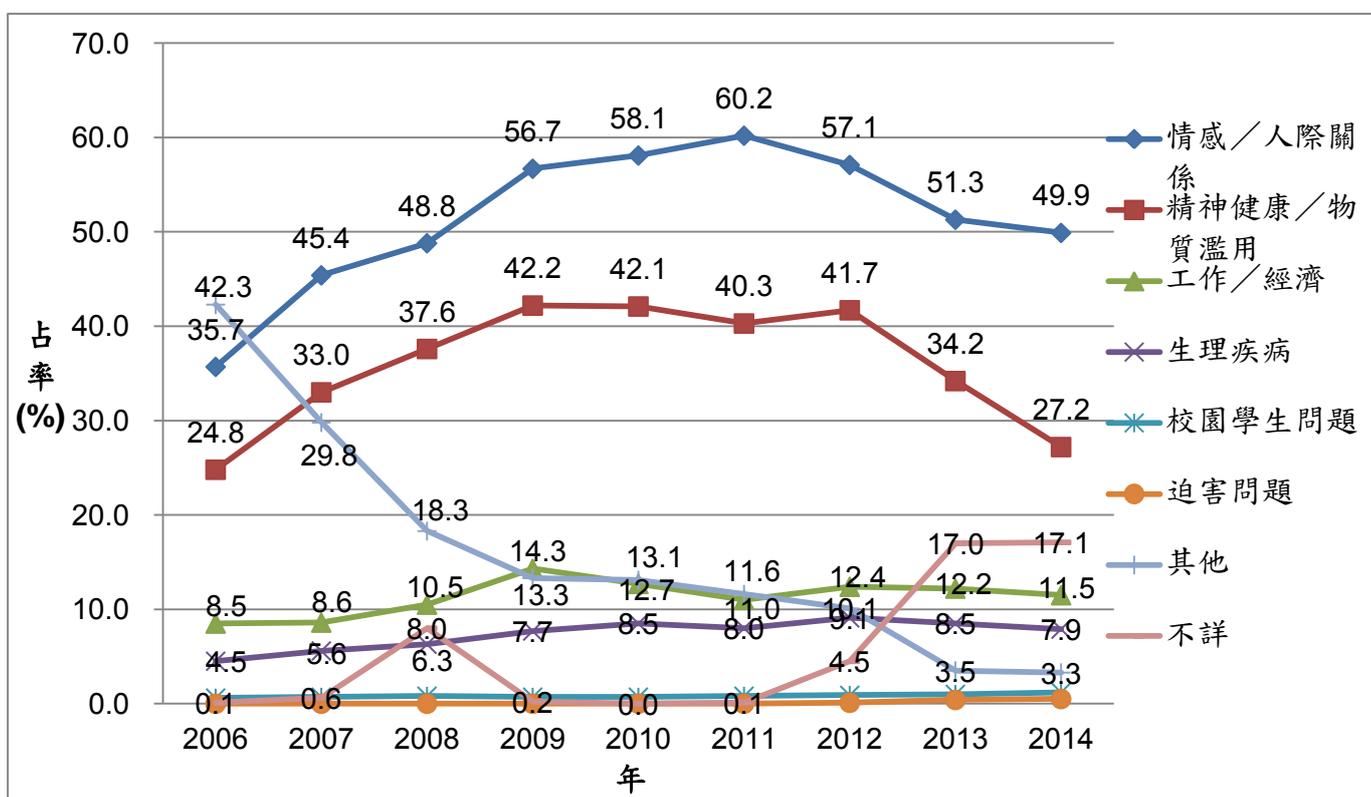


圖 2-1-18、2006-2014 全國通報自殺原因占率

以性別分析全國通報個案自殺原因，2014 年男性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2014 年通報 4,161 人次，占率 39.5%)、「精神健康／物質濫用」(2,908 人次，27.6%)及「工作／經濟」(1,624 人次，占率 15.4%)，其中「情感／人際關係」2014 年占率與 2013 年相同。「精神健康／物質濫用」較 2013 年(33.4%)下降 17.4%。「工作／經濟」較 2013 年(16.9%)下降 8.9%。(如圖 2.1.19)

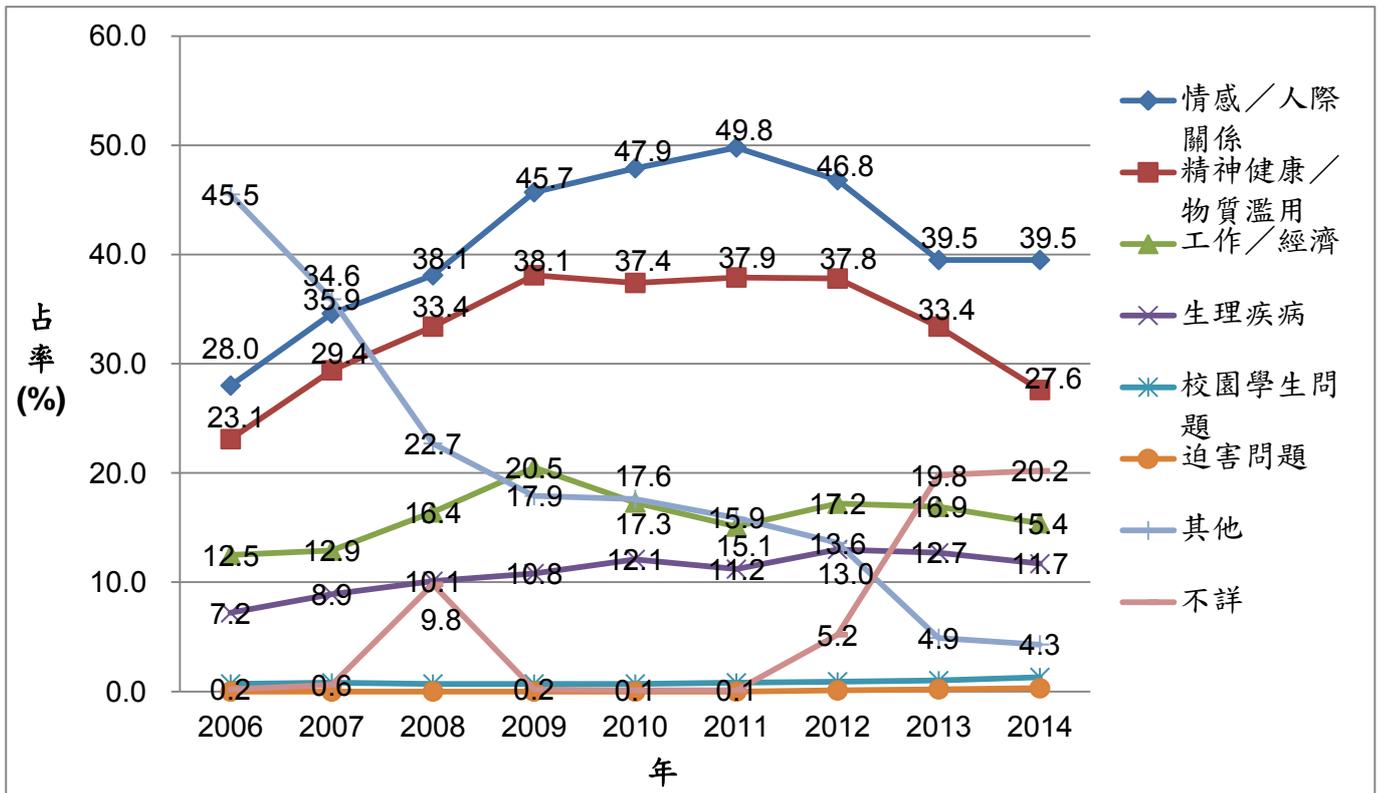


圖 2-1-19、2006-2014 男性通報自殺原因占率

2014 年女性通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(2014 年通報 10,344 人次，占率 55.9%)、「精神健康／物質濫用」(5,002 人次，27.0%)及「工作／經濟」(1,702 人次，占率 9.2%)，其中「情感／人際關係」較 2013 年(57.9%)下降 3.5%。「精神健康／物質濫用」較 2013 年(34.7%)下降 22.2%。「工作／經濟」較 2013 年(9.5%)下降 3.2%。(如圖 2.1.20)

其中男性「工作／經濟」(2014 年全國通報 1,624 人次，占率 15.4%)相較女性(1,702 人次，占率 9.2%)占率高，男性「生理疾病」(2014 年全國通報 1,227 人次，占率 11.7%)相較女性(1,078 人次，占率 5.8%)占率高，「情感／人際關係」(2014 年全國通報 4,161 人次，占率 39.5%)則相較女性(10,344 人次，占率 55.9%)為低。

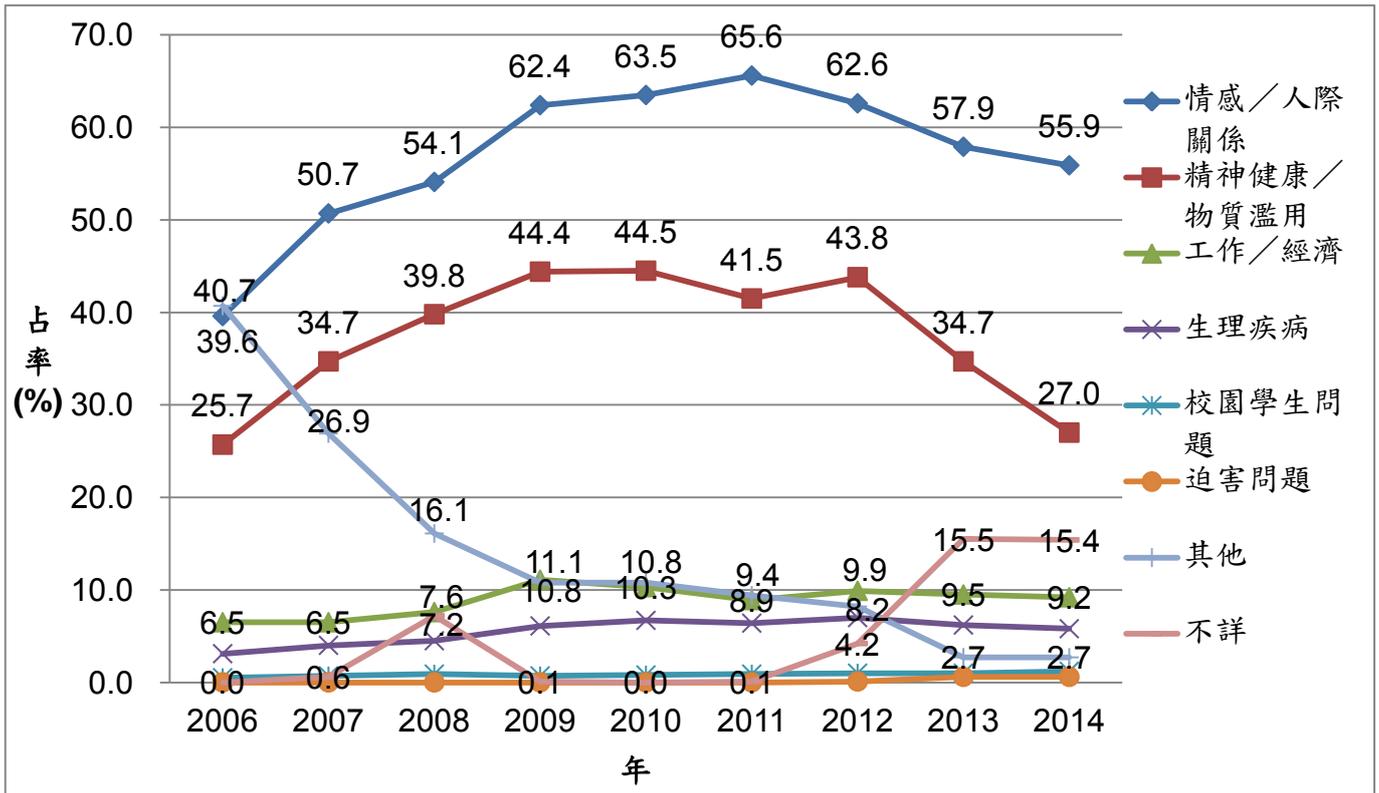


圖 2-1-20、2006-2014 女性通報自殺原因占率

以年齡層來看全國通報個案自殺原因，2014 年「14 歲以下」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感/人際關係」(2014 年通報 223 人次，占率 61.4%)、「校園學生問題」(94 人次，占率 25.9%)及「精神健康/物質濫用」(65 人次，占率 17.9%)，其中「情感/人際關係」較 2013 年(67.2%)下降 8.6%。「校園學生問題」較 2013 年(22.9%)上升 13.1%。「精神健康/物質濫用」較 2013 年(17.9%)下降 2.2%。

2014 年「15-24 歲」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感/人際關係」(2014 年通報 2,417 人次，占率 59.8%)、「精神健康/物質濫用」(755 人次，18.7%)及「工作/經濟」(375 人次，9.3%)，其中「情感/人際關係」較 2013 年(63.1%)下降 5.2%。「精神健康/物質濫用」較 2013 年(24.5%)下降 23.7%。「工作/經濟」較 2013 年(7.6%)上升 22.4%。

2014 年「25-44 歲」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感/人際關係」(2014 年通報 7,642 人次，占率 54.2%)、「精神健康/物質濫用」(4,025 人次，28.5%)及「工作/經濟」(1,883 人次，占率 13.4%)，其中「情感/人際關係」較 2013 年(55.6%)下降 2.5%。「精神健康/物質濫用」較 2013 年(35.6%)下降 19.9%。「工作/經濟」較 2013 年(14.1%)下降 5.0%。

2014 年「45-64 歲」通報個案自殺原因前三位依序皆為「情感/人際

關係」(3,452 人次，占率 44.5%)、「精神健康／物質濫用」(2,466 人次，31.8%)及「工作／經濟」(1,002 人次，占率 12.9%)，其中「情感／人際關係」占率與 2013 年相同。「精神健康／物質濫用」較 2013 年(39.5%)下降 19.5%。「工作／經濟」較 2013 年(14.5%)下降 11.0%。

2014 年「65 歲以上」通報個案自殺原因前三位依序皆為「生理疾病」(2014 年通報 1,061 人次，占率 38.4%)、「情感／人際關係」(768 人次，占率 27.8%)及「精神健康／物質濫用」(597 人次，21.6%)，其中「生理疾病」較 2013 年(43.4%)下降 11.5%，「情感／人際關係」較 2013 年(27.8%)升降幅度為 0。「精神健康／物質濫用」較 2013 年(27.7%)下降 22.0%。

3) 實施結果摘要：

(1) 2013 年建議之重點縣市執行結果

2013 年提出針對自殺死亡率上升而自殺通報比較低之縣市應強化通報網絡、加強通報單位通報人員教育訓練以降低自殺通報中自殺原因及自殺方式不詳之占率、重視老人族群自殺防治工作、農業縣市持續強化農藥自殺防治、「高處跳下自殺及自傷」及「溺水(淹死)自殺及自傷」之占率有上升趨勢應加以重視等建議。針對以上建議之各縣市執行結果如下：

a. 自殺死亡率上升而自殺通報比較低之縣市應強化通報網絡

- a) 嘉義縣 2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 24.6 人(較 2012 年上升 40.6%)，但自殺通報比僅 4.6(全國 7.9)。2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 23.3 人(較 2013 年下降 5.3%)，自殺通報比微幅上升至 5.2(全國 8.2)。
- b) 南投縣 2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 24.5 人(較 2012 年上升 20.7%)，自殺通報比僅 5。2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 16.3 人(較 2013 年下降 33.5%)，自殺通報比提升至 8.3，高於全國。
- c) 基隆市 2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 21 人(較 2012 年上升 16.7%)，自殺通報比為 7.9。2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 21.9(較 2013 年上升 4.3%)，自殺通報比下降至 7.4。
- d) 臺東縣 2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 19.5 人(較 2012 年上升 13.4%)，自殺通報比為 7.5。2014 年自殺粗死亡率下降至每十萬人口 18.3 人(較 2013 年下 6.2 降%)，自殺通報比上升至 8.1。
- e) 彰化縣 2013 年自殺粗死亡率每十萬人口 17.6 人(較 2012 年上升 8.0%)，自殺通報比 6.9。2014 年自殺粗死亡率每十萬人口 15.7 人(較 2013 年下降 10.8%)，自殺通報比上升至 8.3，高於全國。

b. 降低自殺通報中自殺方式及原因不詳之占率

- a) 2013 年自殺通報中自殺方式不詳占率排名前 6 名的縣市為連江縣(20.0%)、嘉義縣(11.6%)、花蓮縣(11.5%)、臺東縣(11.2%)、苗栗縣(10.9%)、臺南市(10.9%)，以上縣市 2014 年度之占率皆未下降。
- b) 2013 年自殺通報中自殺方式不詳占率排名前 6 名的縣市為連江縣(40.0%)、南投縣(22.6%)、臺中市(22.4%)、新北市(20.8%)、新竹市(19.3%)、澎湖縣(18.2%)，以上縣市 2014 年度之占率有改善的為連江縣(降至 0%)、南投縣(降至 15.9%)、新竹市(降至 17.5%)、澎湖縣(降至 14.3%)。

c. 老人族群自殺防治工作

- a) 金門縣 2013 年「65 歲以上」自殺死亡人數 5 人、自殺粗死亡率每十萬人口 37.8 人，2014 年死亡人數不變、自殺粗死亡率下降至每十萬人口 35.9 人。
- b) 嘉義縣 2013 年「65 歲以上」自殺死亡人數 56 人、自殺粗死亡率每十萬人口 64.9 人，2014 年死亡人數降至 36 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 41.1 人。
- c) 新竹縣 2013 年「65 歲以上」自殺死亡人數 23 人、自殺粗死亡率每十萬人口 39.4 人，2014 年死亡人數降至 11 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 18.5 人。
- d) 新竹市 2013 年「65 歲以上」自殺死亡人數 11 人、自殺粗死亡率每十萬人口 26.6 人，2014 年死亡人數上升至 14 人、自殺粗死亡率上升至每十萬人口 32.7 人。
- e) 南投縣 2013 年「65 歲以上」自殺死亡人數 33 人、自殺粗死亡率每十萬人口 45.1 人，2014 年死亡人數降至 26 人、自殺粗死亡率降至每十萬人口 34.8 人。
- f) 臺東縣 2013 年「65 歲以上」自殺死亡人數 13 人、自殺粗死亡率每十萬人口 42.4，2014 年死亡人數維持不變、自殺粗死亡率降至每十萬人口 41.7 人。

d. 農業縣市持續強化農藥自殺防治

- a) 新竹市 2013 年以固體或液體物質自殺及自為中毒占率 19.2%(10 人)，2014 年占率降至 15.3%(9 人)。
- b) 金門縣 2013 年以固體或液體物質自殺及自為中毒占率 18.8%(3 人)，2014 年占率降至 10.0%(1 人)。
- c) 臺中市 2013 年以固體或液體物質自殺及自為中毒占率 19.1%(65 人)，

- 2014 年占率降至 18.1%(69 人)。
- d) 桃園市 2013 年以固體或液體物質自殺及自為中毒占率 12.3%(39 人)，2014 年占率上升至 13.7%(43 人)。
 - e) 雲林縣 2013 年以固體或液體物質自殺及自為中毒占率 33.3%(44 人)，2014 年占率降至 42.6%(60 人)。
- e. 「由高處跳下自殺及自傷」占率上升之縣市
- a) 新竹市 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 23.1%(12 人)，2014 年占率降至 18.6%(11 人)。
 - b) 新竹縣 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 8.6%(6 人)，2014 年占率降至 4.9%(3 人)。
 - c) 臺中市 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 17.9%(61 人)，2014 年占率降至 11.8%(45 人)。
 - d) 臺北市 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 25.7%(67 人)，2014 年占率降至 22.5%(70 人)。
 - e) 花蓮縣 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 5.6%(3 人)，2014 年占率降至 4.8%(3 人)。
 - f) 澎湖縣 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 10.0%(1 人)，2014 年占率上升至 18.2%(2 人)。
 - g) 宜蘭縣 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 12.0%(10 人)，2014 年占率降至 3.6%(3 人)。
 - h) 高雄市 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 13.5%(61 人)，2014 年占率降至 13.2%(59 人)。
 - i) 基隆市 2013 年「由高處跳下自殺及自傷」占率 17.7%(14 人)，2014 年占率降至 7.3%(6 人)。
- f. 「溺水(淹死)自殺及自傷」占率上升之縣市
- a) 基隆市 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 12.7%(10 人)，2014 年占率降至 11.0%(9 人)。
 - b) 宜蘭縣 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 8.4%(7 人)，2014 年占率上升至 10.7%(9 人)。
 - c) 南投縣 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 4.7%(6 人)，2014 年占率上升至 4.8%(4 人)。
 - d) 屏東縣 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 2.5%(4 人)，2014 年占率上升至 4.0%(6 人)。
 - e) 澎湖縣 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 30.0%(3 人)，2014 年

占率降至 0%(0 人)。

- f) 嘉義縣 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 8.6%(3 人)，2014 年占率降至 2.6%(1 人)。
- g) 臺中市 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 2.4%(8 人)，2014 年占率降至 3.4%(13 人)。
- h) 桃園市 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 5.7%(18 人)，2014 年占率上升至 7.7%(24 人)。
- i) 高雄市 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 11.5%(52 人)，2014 年占率降至 10.7%(48 人)。
- j) 新北市 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 8.8%(49 人)，2014 年占率降至 5.4%(30 人)。
- k) 臺北市 2013 年「溺水(淹死)自殺及自傷」占率 10.7%(28 人)，2014 年占率降至 10.3%(32 人)。

(2) 2014 年度自殺防治統計分析摘要

a. 自殺死亡個案性別分析摘要

2014 年自殺死亡人數 3,546 人(男性 2,364 人、女性 1,182 人)，自殺粗死亡率每十萬人口 15.2 人(男性每十萬人口 20.2 人、女性每十萬人口 10.1 人)。在性別上，男性的自殺死亡人數及自殺粗死亡率相較於 2013 年(自殺死亡人數 2,388 人，自殺粗死亡率每十萬人口 20.4 人)均減少；女性的自殺死亡人數較 2013 年高(1,177 人)，自殺粗死亡率則與 2013 年相同。自殺粗死亡率下降較為明顯的縣市為金門縣(下降 41.2%)、南投縣(下降 33.5%)、新竹縣(下降 14.0%)、彰化縣(下降 11.1%)、臺南市(下降 9.9%)。自殺死亡人數減少最多的縣市分別為南投縣(減少 43 人)、臺南市(減少 31 人)、彰化縣(減少 26 人)、屏東縣(減少 9 人)以及新竹縣(減少 9 人)。

男性與女性 2014 年自殺粗死亡率皆增加之縣市為嘉義市(總體增幅為 8.6%，男性增幅 0.3%，女性增幅 27.1%)、基隆市(總體增幅為 4.4%，男性增幅 21.4%，女性增幅 8.2%)、臺北市(總體增幅為 18.5%，男性增幅 8.6%，女性增幅 35.9%)及臺中市(總體增幅為 11.6%，男性增幅 18.7%，女性增幅 0.7%)。自殺死亡人數男女皆上升的縣市為臺中市(男性增加 40 人、女性增加 2 人)、臺北市(男性增加 15 人、女性增加 35 人)及基隆市(男性增加 1 人、女性增加 2 人)。

男性 2014 年自殺粗死亡率上升較明顯的是澎湖縣(增幅 162.2%)、花蓮縣(增幅 37.8%)、雲林縣(增幅 14.4%)、新北市(增幅 4.8%)；男性 2014

年自殺死亡人數上升較明顯的縣市排名前六的縣市分別為臺中市(增加 40 人)、新北市(增加 18 人)、臺北市(增加 15 人)、花蓮縣(增加 13 人)以及雲林縣(增加 12 人)。女性 2014 年自殺粗死亡率上升較明顯的為屏東縣(增幅 53.8%)、新竹市(增幅 36.9%)、臺北市(增幅 35.9%)、宜蘭縣(增幅 19.2%); 女性 2014 年自殺死亡人數上升較明顯的縣市排名前六的縣市分別為臺北市(增加 35 人)、屏東縣(增加 18 人)、高雄市(增加 14 人)、新竹市(增加 8 人)以及宜蘭縣(增加 6 人)。

b. 自殺死亡個案年齡層分析摘要

a) 2014 年青少年族群(15-24 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 5.2 人，與 2013 年相同。此族群與 2013 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為雲林縣(增幅 202.3%)、高雄市(增幅 131.5%)及臺北市(增幅 34.1%)。相較於 2013 年青少年族群自殺死亡人數增加較多的縣市分別為高雄市(增加 14 人)、臺北市(增加 6 人)及雲林縣(增加 4 人)。

b) 老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 31.3 人，較 2013 年下降 2.4%，此族群與 2013 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為基隆市(增幅 51.6%)、新竹市(增幅 22.9%)、雲林縣(增幅 18.2%)、臺北市(增幅 14.1%)、花蓮縣(增幅 13.0%)及臺中市(增幅 12.9%)。相較於 2013 年老年族群自殺死亡人數增加較多的縣市分別為臺北市(增加 14 人)、臺中市(增加 12 人)、雲林縣(增加 8 人)、基隆市(增加 8 人)及高雄市(增加 7 人)。

c. 自殺死亡個案自殺方式分析摘要

a) 全國 2014 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡之占率 19.2%，較 2013 年增幅 3.4%。以縣市來看，增幅較明顯之縣市為基隆市(增幅 285.4%)、雲林縣(增幅 27.7%)、彰化縣(增幅 23.2%)、宜蘭縣(增幅 20.8%)及新竹縣(增幅 14.8%)。2014 年較 2013 年使用「固體或液體物質自殺及自為中毒」人數上升較明顯的縣市分為雲林縣(增加 16 人)、基隆市(增加 12 人)、彰化縣(增加 6 人)以及花蓮縣(增加 5 人)。

b) 全國 2014 年以「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」自殺死亡之占率 26.1%，較 2013 年增幅 9.3%。以縣市來看較 2013 年增幅明顯的為澎湖縣(增幅 81.8%)、嘉義縣(增幅 79.7%)、金門縣(增幅 60%)、新竹縣(增幅 45.4%)、宜蘭縣(增幅 44.4%)以及臺東縣(43.1%)。2014 年較 2013 年使用「由氣體及蒸氣自殺及自為中毒」人數上升較明顯的縣市分為臺中市(增加 22 人)、新北市(增加 22 人)、臺北市(增加 21 人)、

嘉義縣(增加 11 人)以及宜蘭縣(增加 6 人)。

- c) 全國 2014 年以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」自殺死亡之占率 31.1%，較 2013 年減少 4.1%。以縣市來看較 2013 年增幅明顯的為新竹市(增幅 67.5%)、澎湖縣(增幅 36.4%)及南投縣(增幅 34.4%)。
- d) 2014 年較 2013 年使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」人數上升較明顯的縣市分為臺北市(增加 27 人)、臺中市(增加 24 人)、新北市(增加 12 人)以及新竹市(增加 9 人)。
- e) 全國 2014 年以「切穿工具自殺及自傷」自殺死亡之占率 2.4%，較 2013 年增幅 27.6%。以縣市來看較 2013 年增幅明顯的為高雄市(增幅 168.5%)、花蓮縣(增幅 157.1%)、臺中市(增幅 144.8%)、基隆市(增幅 92.7%)、臺北市(增幅 67.9%)及雲林縣(增幅 40.4%)。2014 年較 2013 年使用「切穿工具自殺及自傷」人數上升較明顯的縣市分為高雄市(增加 10 人)、臺中市(增加 7 人)、桃園市(增加 3 人)以及臺北市(增加 3 人)。
- f) 全國 2014 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡之占率 11.4%，較 2013 年減少 8.1%。以縣市來看，與 2013 年相比增幅明顯的為彰化縣(增幅 88.0%)、嘉義市(增幅 84.2%)、澎湖縣(增幅 81.8%)、雲林縣(增幅 49.8%)及桃園市(增幅 21.9%)。2014 年較 2013 年使用「高處跳下自殺及自傷」人數上升較明顯的縣市分為彰化縣(增加 8 人)、桃園市(增加 7 人)、臺北市(增加 3 人)以及雲林縣(增加 3 人)。
- g) 全國 2014 年以「溺水(淹死)自殺及自傷」自殺死亡之占率 6.9%，較 2013 年減少 7.7%。以縣市來看，與 2013 年相比增幅明顯的為雲林縣(增幅 87.2%)、屏東縣(增幅 59.1%)、臺中市(增幅 44.6%)、桃園市(增幅 35.5%)及宜蘭縣(增幅 27.0%)。2014 年較 2013 年使用「溺水(淹死)自殺及自傷」人數上升較明顯的縣市分為桃園市(增加 6 人)、臺中市(增加 5 人)、臺北市(增加 4 人)、宜蘭縣(增加 2 人)、雲林縣(增加 2 人)以及屏東縣(增加 2 人)。

d. 自殺通報個案自殺原因分析摘要

2014 年自殺通報個案無論男女，自殺原因前三位依序皆為「情感／人際關係」(49.9%)、「精神健康／物質濫用」(27.2%)及「工作／經濟」(11.5%)。

- a) 「情感／人際關係」2014 年較 2013 年增幅明顯的縣市為澎湖縣(增幅 14.6%)、臺南市(增幅 1.3%)、嘉義縣(增幅 1.0%)。

- b) 「精神健康／物質濫用」2014 年較 2013 年增幅明顯的縣市為新北市(增幅 2.5%)。
- c) 「工作／經濟」2014 年較 2013 年增幅明顯的縣市為澎湖縣(增幅 93.3%)、臺東縣(增幅 64.3%)、新竹縣(增幅 29.6%)、金門縣(增幅 27.0%)及嘉義市(增幅 19.5%)。

4) 策略及建議：

推動自殺防治重點為 CPR，C 為 Collaboration，強調醫療團隊的協調合作；P 為 Proactive，創新、積極來協助政府改進政策；最後一個是 Reach out，尋求外界的資源。因此除了全國之自殺防治工作以全面性策略進行國家整體分析，擬定防治方針外，需依各縣市之地區性、人口特性等因素，結合中央與地方資源，針對自殺粗死亡率較高之縣市擬定因地制宜之個別化自殺防治措施與具體方案，並期與跨部會充分合作，配合轄內資源，發揮協調統合之力，除網網相連之外，更該確立各網絡之通路是否暢通及徹底落實。

- (1) 針對自殺未遂者須將其納入系統進行關懷與適當之處遇。故通報比較低之縣市，應持續強化自殺未遂者之通報關懷作業，包含在地資源盤點與整合、轉介管道之暢通以及落實後續追蹤部分都需加強。其中後續追蹤階段，則需建立起 SOP 流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。轉介管道建議關懷訪視員建立資源轉介口袋名單，提供個案必要的資源和轉介，以達到轉介之實質效用，進而降低再自殺之比例，甚至再自殺死亡之風險。另外本學會網站(ww.tsos.org.tw)設有關懷訪視專區，關訪員若遇到任何問題，均可利用此專區進行線上發問。
- (2) 分析自殺通報個案之自殺原因，其中「不詳及不願說明或無法說明」於 2013 年大幅增加(2012 年占率 4.5%增加至 2013 年占率 17.0%)，當時已提出建議，但至 2014 年(17.1%)仍未見改善，顯示仍需加強各單位之通報人員訓練，以期通報資料完善並具分析價值。其中 2014 年與 2013 年相比增幅最高的六個縣市分別為嘉義縣(2014 年占率 11.5%、增幅 71.6%)、彰化縣(2014 年占率 25.8%、增幅 42.5%)、雲林縣(2014 年占率 17.4%、增幅 18.4%)、苗栗縣(2014 年占率 16.7%、增幅 14.4%)及臺中市(2014 年占率 23.2%、增幅 3.6%)，亦建議加強通報人員之教育訓練。
- (3) 自殺粗死亡率 2014 年較 2013 年增幅最高的六個縣市分別為：臺北市(增幅為 18.6%)、花蓮縣(增幅為 17.4%)、新竹市(增幅為 12.3%)、臺中市(增

幅為 11.9%)、嘉義市(增幅為 8.5%)及雲林縣(增幅為 7.5%)。其中花蓮縣及雲林縣由於 2014 年自殺粗死亡率為全國排名前六，本中心今年 8 月份由衛福部長官帶隊至當地進行「強化縣市自殺防治策略討論會」，並針對該縣市提供因地置宜之自殺防治工作策略建議，其餘縣市政府亦應根據當地之現況加強防治策略。

- (4) 2014 年女性自殺粗死亡率每十萬人口 10.1 人與 2013 年相同，但死亡人數較 2013 年上升 5 人。再以年齡層分析，25-44 歲粗死亡率上升 5.7%，人數增加 18 人；65 歲以上粗死亡率下降 3.7%，人數增加 2 人。各縣市自殺粗死亡率與 2013 年相比增加較明顯的為屏東縣(增加 18 人，粗死亡率增幅 53.7%)、新竹市(增加 8 人，粗死亡率增幅 36.9%)、臺北市(增加 35 人，粗死亡率增幅 35.9%)、嘉義市(增加 3 人，粗死亡率增幅 27.1%)。死亡人數較多之縣市為新北市(181 人)、高雄市(147 人)、臺中市(135 人)、臺北市(130 人)、臺南市(98 人)、桃園市(93 人)。由於年輕女性對於針對女性年輕族群建議推動婚前教育課程、社區家庭講座及親子教育活動，並加入憂鬱、自殺、家暴等相關議題，以促進未來進入婚姻生活後能維持家庭良好互動與支持。另外，針對中壯年之婦女應落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、精神疾病、經濟困窘等婦女，並協助其找尋適當資源。加強婦女(含家庭暴力或性侵害者)自殺防治救援服務，並加強對失婚者、失業者和家庭生活陷入困境者提供急難救助協助。另外老年婦女在自殺通報中占率最高之自殺原因與男性同為慢性化疾病問題，主要是由於老年人本身的失能狀態、老伴生病的失落感、照顧重病親人均是重要的自殺影響因素，建議家人除關心個案之身體疾病外，也應注意到情緒問題，但也許老人家不易表達其情緒困擾所以家人應細心觀察，察覺其憂鬱傾向，發現其情緒不定，不可輕忽，宜及早陪伴就醫。若家中長輩出現無望感，有自殺意念及自殺計畫(購買自殺工具)時，除關懷回應外，更應立即陪伴尋求專業精神科醫師治療，以及早預防悲劇的發生。
- (5) 2014 年青少年族群(15-24 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 5.2 人，與 2013 年相同(人數由 166 人降為 162 人)。此族群與 2013 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為雲林縣(增加 6 人，增幅 202.3%)、高雄市(增加 14 人，增幅 131.5%)及臺北市(增加 6 人，增幅 34.1%)。死亡人數較多之縣市為新北市(28 人)、臺北市(25 人)、高雄市(25 人)、桃園市(18 人)、臺中市(18 人)、臺南市(10 人)。關於青少年相關策略實施方案之規劃請參閱「強化自殺防治策略青少年自殺防治策略及實施方案」

- (6) 2014 年中壯年(45-64 歲)自殺粗死亡率為每十萬人口 19.9 人，較 2013 年下降 1.6%，但人數卻較 2013 年增加 3 人。此族群與 2013 年相比死亡人數增加較明顯的縣市為新北市(增加 38 人)、彰化縣(增加 19 人)、臺中市(增加 17 人)。死亡人數最多的縣市為新北市(242 人)、高雄市(169 人)、臺中市(156 人)、臺南市(117 人)、臺北市(103 人)、桃園市(96 人)。根據自殺通報系統資料顯示此族群之自殺通報人次也為最多數，而此族群亦為主要就業人口，故，針對企業職場之自殺防治建議加強內部文宣及教育推廣、將壓力管理及情緒調適納入在職教育訓練課程、配合定期「勞工健康檢查」，鼓勵員工下載心情溫度計 APP 並定期自我測量，另外可與醫療專業人員(精神科醫師、心理師)合作，提供清楚明確的管道，讓有心理困擾的員工可以前往尋求協助；特別是當企業發現有嚴重憂鬱或自殺傾向之員工，可轉介至醫療單位。建立自殺與企圖自殺的危機處理小組、善後與安置的標準作業流程。另外針對失業或待業族群，可能由於經濟困苦，在艱困的處境下，易引起個案的哀怨、無助及無望感，有了「不想再拖累親人」的想法，引起個案的無助及無望感，易導致有自殺的想法，需要介入以協助其學習第二專長、求職、債務相關之協調與孩子的生活或教育問題。因此各社會福利單位，除補助個案津貼外，更應進一步評估個案家庭狀況，針對高風險家庭，特別提高警覺，提供額外的協助，以挽救個人甚至孩子的寶貴生命。
- (7) 2014 年老年族群(65 歲以上)自殺粗死亡率為每十萬人口 31.3 人，較 2013 年下降 2.4%，此族群與 2013 年相比自殺粗死亡率增加較明顯的縣市為基隆市(增幅 51.6%)、新竹市(增幅 22.9%)、雲林縣(增幅 18.2%)、臺北市(增幅 14.1%)、花蓮縣(增幅 13.0%)及臺中市(增幅 12.9%)。身體疾病是老人自殺之重要危險因子之一，身體不便同時妨礙到自主性，以至於心情低落鬱悶等情緒的問題。對於老人而言，老年失智症早期的病徵並非是顯而易見的，一般常見的早期特徵有：記憶力漸失、喪失定向感、判斷力降低、語言表達困難、情緒或人格改變、認知及日常功能逐漸退化、疑心病等。事實上發現老人行為有所改變或異常時，不宜輕忽，可能是失智或腦功能退化之相關疾病的影響，不要以為老人就是這樣，而忽略就醫的重要。若能夠及早發現老人家有準備訃聞、遺照的舉動，或有自殺意念及憂鬱傾向，除給予關懷外，應尋求精神專科的協助，並陪同進行復健，讓他看到進步與希望，或能緩解情緒，避免憾事發生。上吊為臺灣男性老年人最常用之自殺方法之一，因為此工具隨手可得，除注重環境安全，移除可能的危險物品外，最重要的是需要家人注意觀察，

用心聆聽，陪伴關懷，並適時陪伴就醫，或連結適當資源，協助老人重拾信心與希望。在自殺方法上，上吊為老人常用之自殺方法，由於工具取得容易，故防治仍首重於對自殺風險及徵兆的及早辨識，即時處置。另外喝農藥自殺是農家常見自殺方式之一，亦為老年人常用的自殺方法之一，因農家隨手可得，故應善加保管，放置保管箱中並上鎖，以增加取得之難度，或可降低自殺當下之衝動，挽救寶貴生命。除草劑(農藥)是農業鄉鎮居家隨手可得之工具，在防範上，加以上鎖，以降低可得性是重要的防治策略之一。因此老人自殺防治需要家庭、社區、鄰里等各個網絡共同關懷。期許人人從自身做起，發揮珍愛生命「一問二應三轉介」之守門人的精神，關懷家中及獨居之長者，提高敏感度，切勿忽略身體疾病伴隨的情緒困擾，適時的關懷與問候，即能減低許多憾事的發生。若老人出現情緒困擾，親屬無法時時照顧，也千萬記得轉介的重要性，轉介專業醫療資源並尋求鄰居及里長之照護與協助。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

(8) 2014 年以「固體或液體物質自殺及自為中毒」自殺死亡(681 人，19.2%) 之占率較 2013 年上升 3.4%(19 人)，上升明顯之縣市為基隆市(增加 12 人，占率增幅 285.4%)、雲林縣(增加 16 人，占率增幅 27.7%)、彰化縣(增加 6 人，占率增幅 23.2%)、宜蘭縣(增加 4 人，占率增幅 20.8%)、新竹縣(增加 0 人，占率增幅 14.8%)及花蓮縣(20 人，占率增幅 14.3%)。另外死亡人數較多的縣市為彰化縣(71 人)、臺中市(69 人)、高雄市(60 人)、雲林縣(60 人)、臺南市(59 人)、屏東縣(57 人)、新北市(51 人)、桃園市(43 人)。因此除農業縣市外，六都亦應強化以農藥自殺之相關策略。有關農藥之自殺防治策略 2013 年報告書中已羅列，由於其重要性，故再次提供參考如下：

- a. 與農業局、植物保護公會及農會合作，針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員，辦理「珍愛生命守門人」課程，將「珍愛生命 希望無限」之自殺防治概念納入農藥安全使用宣導內容。
- b. 推動「落實」販賣業者販售劇毒性農藥管理之登記。依據農藥管理法第 32 條規定，販賣劇毒性成品農藥，應遵守下列事項：
 - a) 備置簿冊，登記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式及購買數量，並保存三年。
 - b) 不得販賣予未滿十八歲之兒童及少年或未符合依前條第一項規定所公告資格規定之購買者。

- c) 詢問購買者之用途，非為核准登記之使用方法或範圍者，不得販賣。
 - d) 以專櫥加鎖貯存於安全地點。
 - c. 安全存放：除於民眾購買劇毒性農藥時，詢問其用途並提醒民眾剩餘農藥應妥善保存，勿放在隨意取得之處，以避免誤食等。並透過農會系統共同宣導在家中儲存時應妥善保管(安全存放農藥，例如上鎖等)。
 - d. 剩餘農藥回收機制研擬：可與相關單位針對家中未使用之剩餘農藥或尚未開封之農藥回收處理，以家中長期儲備隨手可取之方便性。
 - e. 宣導資訊：
 - a) 於農會及農藥販售等據點，張貼或放置自殺防治相關宣導資料。
 - b) 於農藥商品外包裝，加印關懷警語、求助資訊，或貼上相關資訊貼紙等。
 - c) 透過媒體宣導安全存放農藥(如巴拉刈)及誤食之中毒症狀和後遺症等。
 - d) 透過農會、農改場及農藥販售通路，向農民宣導壓力管理及珍愛生命守門人之概念，呼籲人人互相關懷，並推廣簡式健康量表(心情溫度計)，促進農民進行自我心理健康管理。
 - e) 強化緊急醫療救護，加強急診對於常見農藥中毒之處理及急救。
 - f) 透過農會、四健會系統，關懷探視區內孤獨老農民。
- (9) 2014 年以「切穿工具自殺及自傷死亡」(85 人，2.4%)之占率雖排名第六，但其自殺死亡人數為自 2002 年以來最高，增幅較高之縣市為高雄市(增加 10 人，占率增幅 168.5%)、花蓮縣(增加 2 人，占率增幅 157.1%)、臺中市(增加 7 人，占率增幅 144.8%)、基隆市(增加 1 人，占率增幅 92.7%)、臺北市(增加 3 人，占率增幅 67.9%)及雲林縣(增加 1 人，占率增幅 40.4%)。死亡人數較多的縣市為高雄市(16 人)、新北市(13 人)、桃園市(12 人)、臺中市(11 人)、臺北市(6 人)、嘉義縣(4 人)、屏東縣(4 人)。以上縣市皆應持續加強相關措施。有關切穿工具自殺之相關自殺防治策略如下供參：於各大賣場、五金行等容易購買刀具之地點貼出關心警語與求助資源，請店員擔任自殺防治守門員的角色，給與簡單的關懷問話。
- (10) 2014 年以「高處跳下自殺及自傷」自殺死亡(404 人，11.4%)之占率較 2013 年(12.4%)減少 8.1%。以縣市分析與 2013 年相比占率增幅明顯的為彰化縣(增加 8 人，占率增幅 88.0%)、嘉義市(增加 2 人，占率增幅 84.2%)、澎湖縣(增加 1 人，占率增幅 81.8%)、雲林縣(增加 3 人，占率增幅 49.8%)及桃園市(增加 7 人，占率增幅 21.9%)。死亡人數較多的縣市為新北市(88 人)、臺北市(70 人)、高雄市(59 人)、臺中市(45 人)、桃

園市(42人)、彰化縣(20人)。有關高處跳下之相關自殺防治策略如下供參：

- a. 硬體安全裝置及監測：
 - a) 頂樓標示：於高樓頂樓以張貼海報或噴漆方式，標示關懷警語、求助資訊等。
 - b) 安全裝置：加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置等。
 - c) 巡守防治：由住宅大廈保全人員或社區巡守隊，加強頂樓監視器監測及巡視。
 - d) 對自殺熱點(常發生自殺行為)建築物，建議管委會加強監視系統管理，及盡量避免無關人員出入頂樓安全門。
 - e) 建築管理處於建築物之停車場設置三樓以上(含三樓)及建築物之頂樓為商業用途者，未來使用執照核發時，副知衛生局相關負責單位，以提供相關宣導訊息。
- b. 珍愛生命守門人推廣：將「珍愛生命、希望無限」之自殺防治概念導入社區
 - a) 推行「珍愛生命守門人」訓練，提升對自殺防治的認識：
 - (a) 與公寓大廈科教育訓練合作辦理，對象可為社區管委會、區公所公寓大廈業務承辦人。
 - (b) 與社區區分所有人權大會或講座合作辦理，對象可為社區居民及物業管理保全人員。
 - b) 社區活動宣導：社區舉辦大型聯誼活動，可派人或義工參與設置宣導攤位或發放宣導資料。
 - c) 宣導資訊：於社區布告欄或電梯內，張貼自殺防治相關文宣，管理櫃臺放置防治資料或訊息，例如社區守門人海報、心情溫度計等。
 - d) 社區內建立通報關懷流程：
 - (a) 依據現有之通報關懷流程，社區依其內部實務運作制訂在地化自殺防治措施，包含轉介資源及流程等。
 - (b) 建議可招募社區內關懷義工，針對高風險族群(如獨居老人、高風險家庭等)問候協助。
 - e) 擇定熱點進行試辦，參考都市化高樓居多及自殺死亡相關數據，擇重點防治區。
 - (a) 透過主管科室發布公文，周知各社區管理委員會相關資訊。
 - (b) 主管機關如建築管理處內各科室亦可印製各類文宣，建議於明顯處加

列自殺防治相關訊息。

- (c) 衛生局設有專責人員，因應相關問題之處理。
- (d) 建議衛生局可製作社區版守門人海報並發放。
- (e) 建議結合縣市社區營造評鑑/督考活動，將自殺防治推廣/訓練納入評分項目，如優良公寓大廈評選活動。
- (f) 建議縣市政府警察局，將珍愛生命守門人概念納入保全人員之職前訓練。

2014 年全國自殺死亡率雖然下降，但各縣市之自殺防治工作仍需依據自殺防治之全面性、選擇性及指標性三大策略持續落實。各縣市針對自殺死亡人數較多或上升的重點項目，可根據中心擬訂之策略依照地方之實際情況進行應地置宜之防治工作措施，並持續進行推動，更應結合各部會整合資源並有效運作，以促進自殺防治之最大成效。

五、附件

附件 2.1.1 全國自殺死亡統計資料

附件 2.1.2 全國自殺通報資料統計

各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標，擬定因應策略

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高，而最後死於自殺者也高出一般人達 40 倍之多。因此，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。本章節藉由自殺企圖通報資料及自殺死亡檔之串聯分析，評估自殺通報及關懷訪視作業之落實現況。

2. 業務或方案的目的與目標

針對各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案進行分析，並加以針對其自殺通報死亡原因，以及相關危險指標進行分析與討論，並擬定因應策略，達自殺防治之功效。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

1) 資料蒐集

- (1) 2014 年自殺死亡檔。
- (2) 2006 年至 2014 年自殺企圖通報檔。

2) 資料分析

- (1) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算自殺企圖通報個案再自殺死亡率。並以自殺死亡檔串聯自殺企圖通報檔，計算自殺死亡個案生前曾被通報之比例。
- (2) 以自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔，計算各年齡層自殺企圖通報個案再自殺死亡率。並以自殺死亡檔串聯自殺企圖通報檔，計算各年齡層自殺死亡個案生前曾被通報之比例。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部統計處、衛生福利部資訊處、新陽電腦。
- 2) 資源連結內容及形式：提供資料及專家諮詢等。

三、過程 (Process)

1. 6月17日衛生福利部統計處召開記者會公布2014年國人十大死因。
2. 8月12日衛生福利部健康資料增值應用協作中心進行資料申請表單修正，始開放2014年死因統計檔申請。
3. 8月7日寄送便更申請案表單、特殊需求申請書及IRB審核通過公文，向衛生福利部健康資料增值應用協作中心進行資料變更申請。
4. 8月10日健康資料增值應用協作中心回覆資料填寫修正。
5. 8月19日取得健康資料增值應用協作中心申請審核通過信件，並寄送繳費通知。
6. 8月21日完成繳費並傳真收據證明。
7. 8月25日健康資料增值應用協作中心通知提供攜入資料。
8. 9月7日健康資料增值應用協作中心通知死因統計檔整備完成。當日預約分析時間，由於承辦人休假，預約未果。
9. 9月15日預約10月份分析時間。
10. 10月5、6日進行資料分析，並進行分析結果攜出申請。
11. 10月8日統計處來電，表示10月5、6日所攜出之資料，因細格仍可以回推故無法攜出資料。
12. 10月12日進行資料分析，並進行分析結果攜出申請。
13. 10月13日進統計處來電，表示10月12日所攜出之資料細格仍可以回推，請示長官後表示會將資料直接傳給心口司，再由心口司回傳給中心。
14. 10月16日取得資料分析結果。

四、成果 (Product)

1. 執行結果(報告詳如附件 2.2.1)

1) 自殺企圖通報個案之再自殺死亡率

以2014年自殺企圖通報資料串聯自殺死亡檔，分析各年齡層自殺死亡原因及危險指標。定義自殺死亡日期於企圖日期後7天內之個案為自殺死亡個案；若自殺死亡日期於企圖日期7天後則為再自殺個案，其當次自殺死亡為再自殺死亡個案。依此定義，計算通報個案之再自殺死亡率。

2014年自殺企圖通報個案計25,286人，其中7.0%為首次通報時即死亡個案，1.0%為再自殺死亡個案，91.9%無死亡紀錄。就性別而言，男性首次通報即死亡(12.5%)及再自殺死亡的比例(1.6%)均高於女性(3.8%及0.7%)。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡層越高之族群，首次通報即死亡及再自殺死亡率也越高，「65歲以上」族群首次通報即死亡占其年齡層首次通報人口的 18.6%，再自殺死亡率 1.9%。

以通報中的死亡個案之自殺死亡方法別進行分析，發現使用「切穿工具自殺及自傷」之個案，首次通報即死亡所占的比例最高，占使用此方法之死亡總人數的 91.8%，其次為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占 89.4%；再自殺死亡所占比例相對較高方法為使用「溺水(淹水)之自殺及自傷」(16.1%)、「以固體或液體之自殺及自傷」(15.7%)及「由高處跳下」(14.8%)。若由自殺通報中的方法別進行分析，在各種方法中使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(56.9%)與「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」(66.7%)者有超過半數的個案第一次通報即死亡；對再自殺死亡的個案而言，使用「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(2.3%)以及「以家用瓦斯及其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(1.6%)之比例相對較高。

分析自殺原因，因「不詳(含不願說明及無法說明)」以及「生理疾病」自殺者，其首次通報即死亡的比例較高，分別占 19.3%及 16.4%；通報後再自殺死亡比例相對較高的自殺原因為「生理疾病」(2.4%)及「工作／經濟」(1.4%)。

居住地方面，首次通報即死亡比例相對較高的縣市為彰化縣(11.8%)、雲林縣(10.6%)及南投縣(10.0%)；而屏東縣(1.7%)及臺中市(1.4%)為通報後再自殺死亡的比例相對較高的縣市。(如表 2.2.1)

表 2-2-1、2014 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		總和 N
	死亡日於指標通 報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		
	n	%	n	%	n	%	
性別							
男性	1171	12.5	8055	85.5	146	1.6	9372
女性	606	3.8	15190	95.5	118	0.7	15914
總和	1777	7.0	23245	91.9	264	1.0	25286
年齡							
0-24 歲	80	2.1	3815	97.6	14	0.4	3909
25-44 歲	546	4.60	11221	94.5	111	0.9	11878
45-64 歲	662	9.7	6099	89.0	89	1.3	6850
65 歲以上	489	18.6	2097	79.6	50	1.9	2636
不詳	0	0.0	13	100.0	0	0.0	13
死亡者自殺死亡方法別 ^{註1}							
以固體或液體	414	84.3			77	15.7	491
以家用瓦斯或其他氣體及蒸氣 ^{註2}	428	88.4			56	11.6	484
吊死、勒死及窒息	532	89.4			63	10.6	595
溺水(淹死)	104	83.9			20	16.1	124
切穿工具	45	91.8			4	8.2	49
由高處跳下	213	85.2			37	14.8	250
其他(含鎗砲及其他及未明示) ^{註2}	41	85.4			7	14.6	48
自殺通報方法別 ^{註3}							
切穿工具自殺及自傷	53	10.0	5424	98.5	31	0.6	5508
以固體或液體	441	3.2	13189	95.7	159	1.2	13789
以家用瓦斯或其他氣體及蒸氣 ^{註2}	395	26.2	1088	72.2	24	1.6	1507
由高處跳下	203	18.9	867	80.5	7	0.7	1077
吊死、勒死及窒息	522	56.9	374	40.8	21	2.3	917
其他及未明示之方式	56	2.9	1885	96.3	16	0.8	1957
溺水(淹死)自殺及自傷	94	18.5	408	80.3	6	1.2	508
鎗砲及爆炸物自殺及自傷 ^{註2}	10	66.7	5	33.3	0	0.0	15

註1 本欄針對通報中死亡者的死亡方法別進行分析，總數為 2041 人，故無死亡紀錄者沒有此欄。

註2 由於衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定：資料欄位≤2 或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

註3 於自殺通報系統中未填寫自殺方法的民眾共有 8 位，於此總數為 25,278 人。

表 2-2-1、2014 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形(續)

自殺原因	通報後無再自殺死亡				通報後再自殺死亡		總和 N
	死亡日於指標通 報日 7 天內		無死亡記錄		死亡日於指標通報日 7 天後		
	n	%	n	%	n	%	
情感／人際關係	253	2.2	11397	97.2	71	0.6	11721
精神健康／物質濫用	297	5.9	4641	92.8	62	1.2	5000
工作／經濟	118	6.0	1838	92.6	28	1.4	1984
生理疾病	306	16.4	1517	81.3	44	2.4	1867
其他(含校園學生問題與迫害) ^{註2}	41	5.4	712	93.6	8	1.1	761
不詳(含不願說明及無法說明) ^{註2}	762	19.3	3140	79.4	51	1.3	3953
居住地							
臺北市	69	4.6	1404	94.2	17	1.1	1490
臺中市	112	4.1	2564	94.4	39	1.4	2715
臺南市	176	7.7	2086	91.5	17	0.8	2279
高雄市	148	5.0	2752	93.8	35	1.2	2935
基隆市	28	5.5	477	93.4	6	1.2	511
新竹市	14	3.3	411	96.0	3	0.7	428
新竹縣	13	2.5	512	96.6	5	0.9	530
新北市	393	8.0	4464	91.1	43	0.9	4900
桃園市	237	9.2	2317	90.1	18	0.7	2572
宜蘭縣	59	8.5	628	90.4	8	1.2	695
苗栗縣	41	5.7	677	93.4	7	1.0	725
彰化縣	174	11.8	1277	86.9	19	1.3	1470
南投縣	63	10.0	566	89.4	4	0.6	633
雲林縣	90	10.6	749	88.2	10	1.2	849
嘉義市 ^{註2}	62	7.3	293	91.5	11	1.3	308
嘉義縣			489				547
屏東縣	59	7.2	752	91.2	14	1.7	825
花蓮縣 ^{註2}			465				493
臺東縣	39	4.5	259	94.6	8	0.9	273
離島			103				108

^{註2} 由於衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定：資料欄位≤2 或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

^{註3} 於自殺通報系統中未填寫自殺方法的民眾共有 8 位，於此總數為 25,278 人。

2) 自殺死亡個案生前曾被通報之比例

2014 年自殺死亡個案 3,546 人，其中 23.2% 個案於自殺死亡前曾經被通報過，39.5% 的個案為自殺死亡後才被通報，另有 37.3% 的個案沒有通報紀錄。以性別分析，男性自殺身亡前有通報的比例為 19.0%，相較於女性自殺身亡前有被通報的比例 31.6% 來的低。若依照不同的年齡層進行分析，發現各年齡層皆有近 20% 以上的自殺身亡個案生前曾被通報過，其中以「25-44 歲」自殺身亡前曾被通報的比例最高，占率為 24.9%；「45-64 歲」次之，占率為 24.5%。

就自殺方法別而言，使用「固體或液體物質自殺及自為中毒」(38.0%)、「溺水(淹水)之自殺及自傷」(27.2%)及「由高處跳下自殺及自傷」(24.5%) 的自殺身亡者在生前曾被通報的比例相對較高。若依戶籍地進行分析，發現除花蓮縣(15.9%)、桃園市(18.5%)、新竹市(18.6%)及臺中市(19.9%)外，其餘縣市的自殺身亡者在生前有被通報的比例均有二成以上，其中又以彰化縣(35.5%)、宜蘭縣(34.5%)及嘉義市(31.6%)自殺身亡者生前曾被通報的比例相對較高。(見表 2.2.2)

表 2-2-2、2014 年自殺死亡個案生前通報情形

	自殺死亡前無通報				自殺死亡前有通報		總和 N
	死亡日 ≤		無通報記錄		死亡日 >		
	指標通報日				指標通報日		
	n	%	N	%	n	%	
性別							
男性	953	40.3	962	40.7	449	19.0	2364
女性	447	37.8	361	30.5	374	31.6	1182
總和	1400	39.5	1323	37.3	823	23.2	3546
年齡層							
0-24 歲	67	40.9	61	37.2	36	22.0	164
25-44 歲	438	37.7	435	37.4	289	24.9	1162
45-64 歲	504	37.1	521	38.4	333	24.5	1358
65 歲以上	391	45.4	306	35.5	165	19.1	862
自殺死亡方法別							
以固體或液體物質	259	38.0	163	23.9	259	38.0	681
由家用瓦斯及其他氣體及蒸氣 ^{註1}	359	38.7	384	41.4	184	19.9	927
吊死、勒死及窒息	456	41.3	466	42.3	181	16.4	1103
溺水(淹死)	83	33.7	96	39.0	67	27.2	246
切穿工具	38	44.7	33	38.8	14	16.5	85
由高處跳下	173	42.8	132	32.7	99	24.5	404
其他(含鎗砲及其他及未明示) ^{註1}	32	32.0	49	49.0	19	19.0	100
戶籍地							
臺北市	72	23.2	167	53.7	72	23.2	311
臺中市	94	24.6	212	55.5	76	19.9	382
臺南市	137	48.1	85	29.8	63	22.1	285
高雄市	107	23.9	238	53.1	103	23.0	448
基隆市	20	24.4	45	54.9	17	20.7	82
新竹市	10	17.0	38	64.4	11	18.6	59
嘉義市	8	21.1	18	47.4	12	31.6	38
新北市	310	55.4	127	22.7	123	22.0	560
桃園市	198	63.3	57	18.2	58	18.5	313
新竹縣	9	14.8	38	62.3	14	23.0	61
宜蘭縣	44	52.4	11	13.1	29	34.5	84
苗栗縣	31	32.3	44	45.8	21	21.9	96
彰化縣	127	62.6	4	2.0	72	35.5	203

^{註1}由於衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定：資料欄位 ≤ 2 或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

表 2-2-2、2014 年自殺死亡個案生前通報情形(續)

	自殺死亡前無通報				自殺死亡前有通報		總和 N
	死亡日 ≤ 指標通報日		無通報記錄		死亡日 > 指標通報日		
	n	%	n	%	n	%	
南投縣	51	60.7	15	17.9	18	21.4	84
雲林縣	70	49.7	32	22.7	39	27.7	141
嘉義縣	34	27.6	57	46.3	32	26.0	123
屏東縣	45	30.2	68	45.6	36	24.2	149
花蓮縣	22	34.9	31	49.2	10	15.9	63
臺東縣	6	14.6	24	58.5	11	26.8	41
離島	5	21.7	12	52.2	6	26.1	23

^{註1} 由於衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定：資料欄位 ≤2 或可推出同一列 中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

3) 各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡個案之自殺通報死亡原因、危險指標

2014 年自殺企圖通報個案計 25,286 人，年齡不詳的共有 13 人，故將這 13 人視為遺漏值，不納入分析，扣除年齡不詳的個案後，實際分析人數一共 25,273 人。

就 24 歲以下的年齡層而言，2014 年自殺企圖通報的個案共 3,909 人，有 2.0% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日的有 1.8%，另有 0.2% 的人死亡於指標通報日後七天內；0.4% 為再自殺死亡個案，97.6% 無死亡紀錄。年齡層 25-44 歲，自殺企圖通報的個案共 11,878 人，有 4.6% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 4.1%，另有 0.6% 的人死亡於指標通報日後七天內；0.9% 為再自殺死亡個案，94.5% 無死亡紀錄。年齡層 45-64 歲，自殺企圖通報的個案共 6,850 人，有 9.7% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 7.7%，另有 2.0% 的人死亡於指標通報日後七天內；1.3% 為再自殺死亡個案，89.0% 無死亡紀錄。就 65 歲以上的年齡層而言，自殺企圖通報的個案一共 2,623 人，有 18.6% 為首次通報即死亡個案，其中死亡於指標通報日當日的有 14.2%，另有 4.3% 的人死亡於指標通報日後七天內；1.9% 為再自殺死亡個案，79.6% 無死亡紀錄。(見表 2.2.3)

表 2-2-3、2014 年自殺企圖通報個案之再自殺死亡情形

	首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日		首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 日內		再自殺死亡個案		無死亡紀錄		總計 n
	n	%	n	%	n	%	n	%	
24 歲以下	72	1.8	8	0.2	14	0.4	3815	97.6	3909
25-44 歲	481	4.1	65	0.6	111	0.9	11221	94.5	11878
45-64 歲	524	7.7	138	2.0	89	1.3	6099	89.0	6850
65 歲以上	375	14.2	114	4.3	50	1.9	2097	79.6	2636
總計	1452	5.8	325	1.3	264	1.0	23232	91.9	25273

(1) 各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日

針對「各年齡層首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日」的個案進行分析。就性別而言，24 歲以下男性首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日之個案，占有 24 歲以下男性通報總人數的 3.5%，相對於女性的 0.9%

來得高；年齡層 25 到 44 歲同樣以男性所占的比例較高，占該年齡層所有男性通報總人數的 8.1%，女性占該年齡層所有女性通報總人數的 2.1%；45 到 64 歲、65 歲以上亦均為男性所占比例較高，分別占該年齡層通報總人數中的 13.2%以及 17.7%。總體而言，跨年齡層分析之結果均顯示男性在首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的比例較女性來的高。

若以居住地進行分析，看首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案。24 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，占 24 歲以下該縣市通報總人數比例相對較高的縣市分別為宜蘭縣(3.8%)及臺北市(3.6%)。25-44 歲首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日之個案，在 25-44 歲該縣市所屬縣市通報總人數占率相對較高的分別為桃園市(7.4%)、彰化縣(5.4%)以及南投縣(5.0%)。45-66 歲占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的縣市分別為彰化縣(14.3%)、南投縣(11.6%)以及桃園市(10.8%)。65 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的個案，占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的分別為南投縣(25.0%)、嘉義縣(19.4%)以及彰化縣(18.7%)。綜合各年齡層之分析結果發現，25 歲以上首次通報即死亡並且死亡於指標通報日當日的個案，占該縣市其年齡層通報總人數相對較高的分別為南投縣及彰化縣。

分析各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺原因，24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占 24 歲以下因該種自殺原因自殺比例相對較高為「不詳(含不願說明及無法說明)」及「精神健康／物質濫用」，分別占 6.0%及 2.7%。就 25-44 歲這個年齡層來看，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳(含不願說明及無法說明)」及「生理疾病」，分別占 25-44 歲該種自殺原因中的 12.4%及 10.5%。45-64 歲首次通報即死亡並於指標通報日當日者，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳(含不願說明及無法說明)」(23.9%)及「生理疾病」(11.4%)。就 65 歲以上年齡層而言，在該年齡層因該種自殺原因自殺者中占率相對較高為「不詳(含不願說明及無法說明)」及「生理疾病」，分別占 33.9%及 14.2%。總體而言，在各種自殺原因中，除了「不詳(含不願說明及無法說明)」外，因「生理疾病」自殺之自殺者在 25 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者的自殺方法別進行分析，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為

「高處跳下」、「其他(含鎗砲及其他及未明示)」及「以家用瓦斯及其他氣體及蒸氣」，占率分別為 8.4%、6.3%以及 5.4%。25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占有所有使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「以家用瓦斯及其他氣體及蒸氣」(42.8%)、「由高處跳下」(32.8%)及「吊死、勒死及窒息」(20.8%)。在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「切穿工具」、「以家用瓦斯及其他氣體及蒸氣」及「吊死、勒死及窒息」，占率分別為 32.7%、32.2% 以及 31.4%。65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日當日者，占有所有使用該種自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的前三種方法分別為「吊死、勒死及窒息」(26.9%)、「以固體或液體物質」(23.0%)及「溺水(淹死)」(22.6%)。綜括各年齡層之結果來看，在各種自殺方法中，64 歲以下使用「以家用瓦斯及其他氣體及蒸氣」自殺之自殺者在 64 歲以下首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高；45 歲以上使用「吊死、勒死及窒息」自殺之自殺者在 45 歲以上首次通報即死亡並於指標通報日當日死亡者占率相對較高。(見表 2.2.4)

表 2-2-4、各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日當日

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
性別										
男性	50	3.5	313	8.1	366	13.2	236	17.7	965	10.3
女性	22	0.9	168	2.1	158	3.9	139	10.6	487	3.1
總和	72	1.8	481	4.1	524	7.7	375	14.2	1452	5.8
居住地										
臺北市	9	3.6	17	2.6	18	4.2	14	8.6	58	3.9
新北市	17	2.2	110	4.8	148	10.7	73	16.0	348	7.1
臺中市	5	1.3	30	2.2	26	3.8	26	10.2	87	3.2
臺南市	8	2.1	41	3.8	56	9.5	45	18.2	150	6.6
高雄市	8	1.7	51	3.6	29	3.6	20	8.3	108	3.7
基隆市	8		2.8%	6	3.7	7	11.1	21	4.1	
桃園市	12	2.8	96	7.4	65	10.8	44	19.0	217	8.4
新竹縣、市 ^{註1}	9		1.3%	9	4.6	4	4.6	22	2.3	
宜蘭縣	4	3.8	11	3.7	16	8.1	15	16.3	46	6.6
苗栗縣	0	0.0	12	3.5	9	5.1	10	12.5	31	4.3
彰化縣	4	1.9	34	5.4	62	14.3	37	18.7	137	9.3
南投縣	0	0.0	14	5.0	20	11.6	23	25.0	57	9.0
雲林縣	20		4.1%	17	7.3	21	16.5	58	6.8	
嘉義市	10		2.1%	7	6.9	0	0.0	17	5.5	
嘉義縣				13	7.1	14	19.4	27	4.9	
屏東縣	0	0.0	13	3.4	17	7.1	12	11.9	42	5.1
花、東、離島 ^{註1}	0	0.0	10	2.7	6	2.3	10	10.0	26	3.0
自殺原因										
情感／人際關係	16	0.7	85	1.4	40	1.4	35	5.4	176	1.5
精神健康／物質濫用	15	2.7	83	3.4	91	5.8	37	8.1	226	4.5
工作／經濟	4	1.4	45	4.0	46	8.4	3	10.3	98	4.9
生理疾病			25	10.5	73	11.4	135	14.2		
其他(含迫害問題及校園學生問題) ^{註1}	5	1.6	18	6.6	7	5.0	5	6.5		
不詳(含不願說明及無法說明) ^{註1}	32	6.0	225	12.4	267	23.9	160	33.9	684	17.3
死亡者自殺死亡方法別										
以固體或液體物質	27		5.5%	71	14.5	113	23.0	211	43.0	
以家用瓦斯及其他氣體及蒸氣 ^{註1}	26	5.4	207	42.8	156	32.2	18	3.7	407	84.1
吊死、勒死及窒息	16	2.7	124	20.8	187	31.4	160	26.9	487	81.9
溺水(淹死)	3	2.4	21	16.9	34	27.4	28	22.6	86	69.4
切穿工具	13		26.5%	16	32.7	8	16.3	37	75.5	
由高處跳下	21	8.4	82	32.8	48	19.2	42	16.8	193	77.2
其他(含鎗砲及其他及未明示) ^{註1}	3	6.3	10	20.8	12	25.0	6	12.5	31	64.6

註1由於衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定：資料欄位≤2 或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

註2總計的部分，因易於進行資料回推故並未攜出，自行加總若與有合併表格之情況時，即無法計算總和。

(2) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 日內

針對「各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 日內」的個案進行分析，但因此部分的人數較少，若進行各基本變項的分析，則表格內會有許多細格之數值將會小於或等於 2，依照衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」之規定無法攜出 ≤ 2 的資料，故於此部分將會做跨年齡層別之合併，以利資料攜出。

就性別而言，44 歲以下男性首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 日內之人數，占有 44 歲以下男性通報總人數的 0.8%，相對於女性的 0.3% 來得高；年齡層 45 到 64 歲、65 歲以上也都是男性所占比例較高，分別占該年齡層男性所有通報總人數中的 3.5% 以及 5.0%。值得注意的是 65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內之女性，其占有 65 歲以上女性通報總人數的 3.7%，相較於其他年齡層之占率，老年女性在這一塊的占率高出許多。

若以居住地來看，44 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 日內之個案，占該縣市 44 歲以下所有通報人數相對較高比例的縣市分別為雲林縣、宜蘭縣以及彰化縣，占率分別為 1.6%、1.2% 以及 1.1%。44 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內之個案，在其所屬縣市 44 歲以上所有通報人數占率相對較高的分別為雲林縣(6.7%)及彰化縣(4.4%)。總體而言，跨年齡層之首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 日內之個案，在雲林縣及彰化縣占率相對較高。

分析各年齡層首次通報即死亡，並且死亡於指標通報日後 7 日內之死亡者的自殺原因，44 歲以下首次通報即死亡並且死亡於指標通報日後 7 日內，在 44 歲以下因該種自殺原因自殺的所有通報人數中占率相對較高為「精神健康／物質濫用」及「工作／經濟」，分別占 0.7% 及 0.5%。45-64 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內者，在 45-64 歲因該種自殺原因被通報的總人數中占率相對較高為「生理疾病」(3.9%)、「不詳(含不願說明及無法說明)」(2.9%) 以及「工作／經濟」(2.4%)。就 65 歲以上年齡層而言，在該年齡層的該種自殺原因中占率相對較高為「不詳(含不願說明及無法說明)」、「生理疾病」及「精神健康／物質濫用」，分別占 5.1%、4.8% 及 4.2%。總體而言，在各種自殺原因中，因「生理疾病」自殺之自殺者在 45 歲以上首次通報即死亡並於死亡於指標通報日後 7 日內之死亡者占率相對較高。

針對各年齡層首次通報即死亡，並死亡於指標通報日後 7 日內之個案的自殺方法別進行分析，發現在 24 歲以下首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「以固體或液體物質」，占率為 0.6%。25-44 歲首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法分別為「以固體或液體物質」，占率為 7.1%。在 45-64 歲，首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「以固體或液體物質」，占率為 14.7%。65 歲以上首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「以固體或液體物質」，占率為 18.9%。總體而言，無論何種年齡層在首次通報即死亡並死亡於指標通報日後 7 日內者，其自殺方法占率最高的均為一以固體或液體物質自殺及自傷。(如表 2.2.5)

表 2-2-5、各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 日內

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
性別										
男性	44		0.8%		96	3.5%	66	5.0%	206	2.2%
女性	29		0.3%		42	1.0%	48	3.7%	119	0.8%
總和	8	0.2%	65	0.6%	138	2.0%	114	4.3%	325	1.3%
居住地										
臺北市			11				0.7%		11	0.7%
新北市	13		0.4%		32		1.7%		45	0.9%
臺中市	5		0.3%		20		2.1%		25	0.9%
臺南市	4		0.3%		22		2.6%		26	1.1%
高雄市	8		0.4%		32		3.1%		40	1.4%
基隆市	0		0.0%		7		3.1%		7	1.4%
桃園市	6		0.4%		14		1.7%		20	0.8%
新竹縣、市 ^{註1}			5				0.5%		5	0.5%
宜蘭縣	5		1.2%		8		2.8%		13	1.9%
苗栗縣	4		0.9%		6		2.3%		10	1.4%
彰化縣	9		1.1%		28		4.4%		37	2.5%
南投縣			6				10.0%		6	1.0%
雲林縣	8		1.6%		24		6.7%		32	3.8%
嘉義市 ^{註1}	4		0.9%		14		3.7%		18	5.8%
嘉義縣										0.0%
屏東縣			17				2.1%		17	2.1%
花、東、離島			13				1.5%		13	1.5%
自殺原因										
情感／人際關係	20		0.2%		35	1.2%	22	3.4%	77	0.7%
精神健康／物質濫用	22		0.7%		30	1.9%	19	4.2%	71	1.4%
工作／經濟	7		0.5%		13	2.4%	0	0.0%	20	1.0%
生理疾病					25	3.9%	46	4.8%		
其他(含迫害問題及校園學生問題) ^{註1}	24		0.8%		3	2.1%	3	3.9%		— ^{註2}
不詳(含不願說明及無法說明) ^{註1}					32	2.9%	24	5.1%		
死亡者自殺死亡方法別										
以固體或液體物質	3	0.6%	35	7.1%	72	14.7%	93	18.9%	203	41.3%
以家用瓦斯或其他氣體及蒸氣 ^{註1}	3	0.1%	9	1.9%	9		1.9%		21	4.3%
吊死、勒死及窒息	11		1.9%		21	3.5%	13	2.2%	45	7.6%
溺水(淹死)	0	0.0%	14		11.3%		4	3.2%	18	14.5%
切穿工具	3		6.1%		5		10.2%		8	16.3%
由高處跳下	0	0.0%	5	2.0%	15		6.0%		20	8.0%
鎗砲及爆炸物及其他及未明示之方式 ^{註1}			10				20.8%		10	20.8%

^{註1}由於衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定：資料欄位≤2 或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

^{註2}總計的部分，因易於進行資料回推故並未攜出，自行加總若與有合併表格之情況時，即無法計算總和。

(3) 各年齡層通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)

針對「各年齡層通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)」的個案進行分析，但因此部分的人數較少，若進行各基本變項的分析，則表格內會有許多細格之數值將會小於或等於 2，依照衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」之規定無法攜出 ≤ 2 的資料，故於此部分將會做跨年齡層別之合併，以利資料攜出。

就性別而言，24 歲以下男性通報後再自殺死亡之人數，占所有 24 歲以下男性通報總人數的 0.6%，相對於女性的 0.2% 來得高；25-44 歲之男性通報後再自殺死亡之人數，占該年齡層所有男性通報總人數的 1.5%，相對於女性的 0.7% 來得高。年齡層 45 到 64 歲、65 歲以上也都是男性所占比例較高，分別占該年齡層所有男性通報總人數中的 1.7% 及 2.4%。由結果可知，各年齡層男性通報後再自殺死亡的人數比例均較女性來的高，值得注意的是 65 歲以上男性再自殺死亡的比例為所有年齡層中最多。

若以居住地來看，44 歲以下通報後再自殺死亡之個案占其該縣市 44 歲以下所有通報人數，占率相對較高的縣市分別為屏東縣、宜蘭縣以及臺北市，分別占 1.2%、1.2% 以及 1.2%。44 歲以上通報後再自殺死亡之個案，在其所屬縣市 44 歲以上所有通報總人數中占率相對較高縣市分別為臺中市(2.4%)、屏東縣(2.4%)及彰化縣(1.9%)。總體而言，跨年齡層之通報後再自殺死亡之個案分別占該年齡層所有男性通報總人數，以屏東縣占率相對較高。

分析各年齡層通報後再自殺死亡個案的自殺原因，44 歲以下通報後再自殺死亡的個案，在因該種自殺原因被通報的所有 44 歲以下民眾中，占率相對較高為「生理疾病」及「不詳(含不願說明及無法說明)」，分別占 1.8% 及 1.2%。45 歲以上通報後再自殺死亡個案之自殺原因，在因該種自殺原因被通報的所有 45 歲以上民眾中，占率相對較高為「生理疾病」(2.5%)、「工作／經濟」(2.4%) 以及「其他(含迫害問題及校園學生問題)」(2.3%)。總體而言，在各種自殺原因中，因「生理疾病」自殺之自殺者，在各年齡層中通報後再自殺死亡占率相對較高。

針對各年齡層通報後再自殺死亡個案者的自殺方法別進行分析，發現 24 歲以下通報後再自殺死亡者，在所有使用該種自殺方法之自殺死亡個案中，占率相對較高的方法為「由高處跳下」以及「吊死、勒死及窒息」，占率分別為 1.6% 以及 0.7%。25-44 歲的通報後再自殺死亡者，在所有使用

該種自殺方法之自殺死亡者中，占率相對較高的方法分別為「淹水(溺死)」以及「以家用瓦斯或其他氣體及蒸氣」，占率分別為 10.5% 以及 7.0%。在 45-64 歲通報後再自殺死亡者，其占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「以固體或液體物質」以及「吊死、勒死及窒息」，占率分別為 5.5% 以及 4.5%。65 歲以上的通報後再自殺死亡者，占有所有使用該自殺方法之自殺死亡個案的比例，占率相對較高的方法為「以固體或液體物質」以及「由高處跳下」，占率分別為 4.5% 以及 3.6%。總體而言，45 歲以上的通報後再自殺死亡者，占率較高的自殺方法為一以固體或液體物質。(如表 2.2.6)

表 2-2-6、各年齡層通報後再自殺死亡(死亡日於指標通報日 7 天後)

	24 歲以下		25-44 歲		45-64 歲		65 歲以上		總計	
性別										
男性	8	0.6%	58	1.5%	48	1.7%	32	2.4%	146	1.6%
女性	6	0.2%	53	0.7%	41	1.0%	18	1.4%	118	0.7%
總和	14	0.4%	111	0.9%	89	1.3%	50	1.9%	264	1.0%
居住地^{註1}										
臺北市	11			1.2%	6			1.0%	17	1.1%
新北市	23			0.8%	20			1.1%	43	0.9%
臺中市	16			0.9%	23			2.4%	39	1.4%
臺南市	7			0.5%	10			1.2%	17	0.8%
高雄市	17			0.9%	18			1.7%	35	1.2%
基隆市			6				0.0%		6	1.2%
桃園市	10			0.6%	8			10.0%	18	0.7%
新竹縣、市 ^{註1}	5			0.7%	3			1.1%	8	0.8%
宜蘭縣	5			1.2%	3			1.0%	8	1.2%
苗栗縣			7				0.0%		7	10.0%
彰化縣	7			0.8%	12			1.9%	19	1.3%
南投縣			4				0.0%		4	0.6%
雲林縣	5			1.0%	5			1.4%	10	1.2%
嘉義市									11	3.6%
嘉義縣	5			1.1%	6			1.6%	0	0.0%
屏東縣	6			1.2%	8			2.4%	14	1.7%
花、東、離島 ^{註1}			8				0.0%		8	0.9%
自殺原因^{註1}										
情感／人際關係	41			0.5%	30			0.9%	71	0.6%
精神健康／物質濫用	33			1.1%	29			1.4%	62	1.2%
工作／經濟	14			1.0%	14			2.4%	28	1.4%
生理疾病	5			1.8%	39			2.5%	44	2.4%
其他(含迫害問題及校園學生問題) ^{註1}	3			0.6%	5			2.3%	8	1.1%
不詳(含不願說明及無法說明) ^{註1}	29			1.2%	22			1.4%	51	1.3%
死亡者自殺死亡方法別										
以固體或液體物質	3	0.6%	25	5.1%	27	5.5%	22	4.5%	77	15.7%
以家用瓦斯或其他氣體及蒸氣 ^{註1}	3	0.6%	34	7.0%	19	3.9%	0	0.0%	56	11.6%
吊死、勒死及窒息	4	0.7%	21	3.5%	27	4.5%	11	1.9%	63	10.6%
溺水(淹死)	0	0.0%	13	10.5%	4	3.2%	3	2.4%	20	16.1%
切穿工具			4				0.1%		4	8.2%
由高處跳下	4	1.6%	16	6.4%	8	3.2%	9	3.6%	37	14.8%
鎗砲及爆炸物及其他及未明示之方式 ^{註1}			7				0.2%		7	14.6%

^{註1}由於衛生福利部統計處「健康資料加值應用協作中心」規定：資料欄位≤2 或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料，故將部分資料合併計算。

4) 研擬之策略與建議

因衛生福利部統計處「衛生福利資料科學中心」規定若資料欄位 ≤ 2 ，或可推出同一列中相鄰欄位值者不得攜出該筆資料。針對本次各年齡層首次自殺即死亡及再自殺死亡者的分析中，通報後七日內死亡以及通報後再自殺死亡者的總人數分別只有 325 人及 264 人。若再進行各變項的分析，則會有很多細格內之數值小於或等於 2，故需採合併方式方能將資料攜出，但資料合併後將無法呈現該族群或該年齡層之特性與問題。

針對各年齡層首次通報即死亡及再自殺死亡者分析結果，發現各年齡層性別為男性；居住地於農業為主的縣市；自殺原因為生理疾病；自殺身亡者的自殺方式以固體或液體物質、以家用瓦斯及其他氣體或蒸氣等值得特別注意。針對這些危險因子擬訂之策略如下：

(1) 針對自殺方式為使用以家用瓦斯及其他氣體或蒸氣

可執行非開架方式販售木炭之策略，請店家配合以「非開放式陳列」方式販售木炭，例如：需向服務人員洽購、上鎖等方式。當消費者購買木炭時，店家主動表達關心，必要時提供轉介或諮詢管道。請各店家配合宣導單張之張貼。

但除政策方向需建立完整的執行及稽查制度，以徹底落實木炭非開放陳列外，亦需針對販售商和零售商等給予守門人訓練，並進行自殺防治宣導，在政策下持續管理和宣導雙管齊下，才能達到其降低自殺率之目的。

(2) 針對自殺方式為使用固體或液體物質

可以提供自殺未遂者或死亡者家屬後續關懷輔導服務，並強化緊急醫療救護，加強急診對於常見農藥中毒之處理及急救。

另外也可針對自殺風險高危險群（例如：高齡者、久病者、生活困頓之者...），進行關懷通報，予以持續性關懷，並提供資源轉介，以降低自殺風險。也可針對農藥輸入業者、販賣業者、專任管理人及各區農會、農改場推廣人員及村里長，辦理「自殺防治守門人」訓練課程，以提升對自殺危險因子的敏感度，發揮一問二應三轉介之技巧，成為守門人。並提供「珍愛生命數位學習網」，便於網路線上學習自殺防治相關知識。

同時限制致命性工具之取得乃是最有效之自殺防治策略，但在相關措施尚未擬定前，各單位亦可參照下列建議推動農藥自殺防治。此外，各部

會間亦需互相合作及配合，共同針對誤食農藥或使用農藥自殺之防治努力，以減少因為農藥自殺而造成之醫療成本。

推動「落實」販賣業者販售劇毒性農藥管理之登記。依據農藥管理法第 32 條規定，販賣劇毒性成品農藥，應遵守下列事項：

- a. 備置簿冊，登記購買者姓名、住址、年齡、聯絡方式及購買數量，並保存三年。
- b. 不得販賣予未滿十八歲之兒童及少年或未符合依前條第一項規定所公告資格規定之購買者。
- c. 詢問購買者之用途，非為核准登記之使用方法或範圍者，不得販賣。並以專櫥加鎖貯存於安全地點。
- d. 安全存放：除於民眾購買劇毒性農藥時，詢問其用途並提醒民眾剩餘農藥應妥善保存，勿放在隨意取得之處，以避免誤食等。並透過農會系統共同宣導在家中儲存時應妥善保管(安全存放農藥，例如上鎖等)。

建議將「珍愛生命 希望無限」之自殺防治概念納入農藥安全使用宣導內容。宣導資訊包含於農會及農藥販售等據點，張貼或放置自殺防治相關宣導資料；於農藥商品外包裝，加印關懷警語、求助資訊，或貼上相關資訊貼紙等；或是透過媒體宣導安全存放農藥(如巴拉刈)及誤食之中毒症狀和後遺症等；並且透過農會及農藥販售通路，關懷社區大眾，並推廣簡式健康量表(心情溫度計)，促進民眾進行自我心理健康管理，甚至可透過農會、四健會系統，關懷探視區內孤獨老農民。

(3) 自殺原因為生理疾病

生理疾病是重要危險因子之一，身體不便同時妨礙到自主性，以至於心情低落鬱悶等情緒的問題。

生理疾病不但容易出現憂鬱症狀，也與老年自殺有較高的相關性。慢性疾病如肺部疾患、失能性疾患等等，同時引起憂鬱與後續自殺行為的比率也不低。生理疾病所引起的疼痛、難過或不舒服，以及疾病引起的失能等，均可能是造成自殺企圖與死亡的最重要因素。

好比就老人而言，老年失智症早期的病徵並非是顯而易見的，一般常見的早期特徵有：記憶力漸失、喪失定向感、判斷力降低、語言表達困難、情緒或人格改變、認知及日常功能逐漸退化、疑心病等。事實上發現老人

行為有所改變或異常時，不宜輕忽，可能是失智或腦功能退化之相關疾病的影響，不要以為老人就是這樣，而忽略就醫的重要。

家人除關心個案之生理疾病外，也應注意到他的情緒問題，也許他們不易表達其情緒困擾，可藉由細心觀察，察覺其憂鬱傾向，發現其情緒不定，即應早日陪伴就醫，也許就可避免憾事發生。若出現情緒困擾，親屬無法時時照顧，也千萬記得轉介的重要性，轉介專業醫療資源並尋求鄰居及里長之照護與協助。唯有網網相連，方能預防悲劇的發生。

(4) 自殺者性別為男性

可以全面性的加強推廣「男性關懷專線」、「老朋友專線」，或是仿照澳洲之 MensLine，設置專為男性服務之安心專線，以利男性使用。強化現有安心專線對於男性求助者服務之知識技能。同時著手降低自殺工具之可近性，如安眠藥、木炭及農藥(農業縣市)乃最常使用之自殺工具之一，較常接觸這些工具之相關部會，因擬定策略以管制工具之取得，而針對跳樓自殺方式之上升，顯示針對都會區之高樓大廈防治相形重要。

除此之外可以針對自殺高風族群做特定的辨識，例如強化醫療院所之自殺防治，尤其久病不癒、長期慢性疾病等男性患者；落實「高風險家庭預警系統」，以早期發現有憂鬱、自殺企圖、精神疾病、經濟困窘等男性，並協助其找尋適當資源。加強男性(含家庭暴力或性侵害之加害者)自殺防治救援服務，並加強對失婚者、失業者和家庭生活陷入困境者提供急難救助協助；同時可針對自殺者之親友亦為自殺之高危險群，建議應針對自殺死亡個案之親友提供關懷服務。

此外，也可推廣企業職場之自殺防治。根據自殺通報系統資料顯示中壯年人口(25-64歲)之自殺通報人次也為最多數，而此族群亦為主要就業人口，故，針對企業職場之自殺防治建議可加強文宣及教育推廣；將壓力管理及情緒調適納入在職教育訓練課程；配合定期「勞工健康檢查」，增加「BSRS-5」的測量；與醫療專業人員(精神科醫師、心理師)合作，提供清楚明確的管道，讓有心理困擾的員工可以前往尋求協助；當企業發現有嚴重憂鬱或自殺傾向之員工，可轉介至醫療單位。公司甚至可建立自殺與企圖自殺的危機處理小組、善後與安置的標準作業流程。

有關守門人(1問2應3轉介)訓練及心情溫度計之使用也應多加推廣，好比有接觸到男性為主之相關網絡(如勞動部之勞工就業輔導等)應強化其守門人訓練，以期早期辨識及轉介，以利發現高風險個案，儘快協助求助

或就醫。

在整體政策面而言，衛生福利部可透過跨部會或跨局處委員會之方式，加強各網絡間之連結、溝通與合作，一同強化及落實自殺防治策略，達到「自殺防治，人人有責，網網相連，繼往開來」之目標。

2012 至 2014 年全國自殺防治守門人辦理成效

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

以守門人概念作為多層面自殺防治策略之設計，已被證明可行而有成效，而服務需求之篩檢與轉銜是其重要之作為之一。我國自殺防治中心在自殺風險的篩檢策略方面，採用「心情溫度計」(Five-item Brief Symptoms Rating Scale, BSRS-5)作為簡短便利的心理健康篩檢工具，藉此各縣市得以早期辨識通報自殺企圖者的近期心理健康狀態，拜網路普及化之賜，民眾亦可藉由 BSRS 網路版自我施測以發現常見的心理疾病症狀(如明顯的睡眠問題、心情低落、焦慮不安、易怒情緒、自認不如人等)，強化個人自我求助的可能性。此外，為評估自殺企圖者是否具有較高的再自殺風險，國內文獻指出可利用一簡明量表-「悲傷的人」(The Chinese SAD PERSONS Scale, CSPS)評估十個與自殺危險因子有關的項目，以早期介入措施以提升個案心理健康、增強保護因子、降低再自殺或自殺身亡的風險。未來在國家自殺防治的發展策略方面，理想上宜結合上述兩個方便有效的工具，提供民眾與醫療人員一個具有完整性、簡便性的自殺風險篩檢工具，同時掌握冰山一角之下未見於醫療場域的自殺高危險群(如已自傷/自殺但不求醫者)之心理健康與自殺風險，進一步落實早期防範、早期治療的自殺防治理念。

「自殺防治守門人」的訓練方案是目前世界公認經濟有效的防治策略。守門人的研究最早可以追溯到 1947 年 Lewin 得研究。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，意思即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。自殺從意念、計畫、行動到身亡是一系列的過程，因此如何藉由守門人概念，及早防治是最完整的步驟。

國外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；廣義的定義是指「當個人接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，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。」

守門人第一個立即目標即是希望改變受教育者對自殺的知識、能力及

態度，也就是能了解自殺防治的重要性及自殺防治守門人的概念；亦即發揮一問二應三轉介的口訣；懂得辨認自殺高風險的指標及徵兆；能實際應用有效的篩選表，如簡式健康量表(BSRS-5，俗稱心情溫度計)；能對自殺高危險群做適當回應，並懂得尋求適當資源協助或做轉介。

而在接受訓練課程後，期盼受教育者能瞭解自殺行為的相關知識(如自殺的危險因子、自殺議題的現況等)；瞭解自殺防治的重要性及自殺防治守門人的概念；使用簡式健康量表；瞭解自殺行為之介入技巧及具體的回應能力及瞭解轉介資源及運用的能力。期待透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」。

自殺死亡之原因複雜而多變，牽涉之因素亦十分廣泛，各項系統整合以及服務介入之成效評估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。基於變異之不確定性，除制式衛生統計當中必然會呈現的標準化自殺死亡率以及標準化自殺死亡率成長趨勢外，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。

綜觀世界先進國家之指標評估時程，如日本、英國以及芬蘭等，多以前瞻性之 10 年為期訂定努力之標的，以作為政府以及民間共同勉勵之方向。關於各階段之要素，有如下之評估向度可資參考：政府及民間對於自殺防治相關工作之資源投入；系統整合及服務網路連結效能；守門人訓練之成效；精神醫療及心理衛生體系之服務效能；自殺企圖者接受通報及關懷服務之趨勢。

目前探討自殺防治守門人成效的研究有限，不過，近年來已經有學者開始注意到自殺防治守門人訓練對受教育者的影響及幫助，這也表示有越來越多人重視到自殺防治守門人訓練的重要性。J. John Mann(2005)等人彙整 1966 年至 2005 年間發表的 5 千多篇文獻，發現影響整體自殺率的防治方法包括教育、增加抗憂鬱處方、關懷照護、限制致命工具的取得以及媒體管制等，其中，守門人教育方案之成效最大。以美國空軍及挪威陸軍為例，引入守門人教育後，全年自殺率分別降低 40% 及 33%，而同時美軍研究也發現家暴、凶殺等案件的發生率也相對減少，更顯示自殺防治守門人訓練的重要性。

全國自殺防治中心自 2006 年底開始推廣自殺防治守門人訓練課程，並將 2007 年訂為「自殺防治守門人年」。於辦理之初，優先針對較有機會接

觸到自殺高風險群的生命線志工、農藥販售商、老人居家服務員等進行訓練，期望能在例行服務的過程中，關心服務對象的情緒健康，於需要時提供適當的協助與轉介。之後拓展授課對象，針對各領域人員包含醫事、衛政、教育、國軍、警政、社政、勞政、宗教等相關體系辦理守門人課程，從中央至地方的相關工作人員，乃至於一般民眾經常接觸到的村里長、賣場店員等皆是守門人。

有鑑於課程辦理需要特定的場地設備，上課對象也多为相關領域工作人員及團體，中心於 2009 年籌畫建構「珍愛生命數位學習網」，讓一般民眾及專業人員可自由學習相關知識；2010 年底於 facebook 社群網站成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，藉此強化對青少年與上班族群提供正確之心理衛生觀念，並加強宣導自殺防治新知及自殺防治守門人概念，期望藉此傳達自殺防治、人人有責之理念，使每一個人都可以擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色，提高辨識自殺危險因子之敏感度，透過「一問、二應、三轉介」並持續關懷周遭親友，使其獲得適當之協助與資源。

除此之外，對於站在自殺防治第一線之關懷訪視員，中心亦藉由電話會議、教育訓練課程、共識營、線上自殺關懷訪視員分享園地等方式，與關懷訪視員進行溝通，藉此瞭解和協助關訪員在處理自殺防治相關個案時，所面臨的困境和問題，並提升關懷訪視員守門人之技巧及知識。

只要透過適當的學習，人人皆可成為自殺防治守門人，也因此中心除了針對較容易遇到高風險自殺個案之族群，如醫療體系、關訪員、諮商體系等推廣和宣導守門人概念外，亦針對一般大眾積極推廣守門人概念，如將自殺防治手冊電子化並置於網路平台，供大眾閱覽；舉辦中心參訪，直接推廣自殺防治守門人概念；定期召開記者會及發佈新聞稿，教導大家成為守門人。此外，持續招募珍愛生命義工，從生活周遭開始，主動關心身邊的親友，推廣心情溫度計及發揮守門人精神，讓珍愛生命的理念延伸到各個鄉鎮里鄰、社區和家庭之中。

2. 業務或方案的目的與目標

為解釋全國推動自殺防治守門人的成效，本文擬以專案成效評估常用的 CIPP 模式，就 Context(背景)、Input(輸入方法)、Process(方案進行過程)與 Product(執行程果)為架構，收集相關資料，就訓練即時性的數據，包括參與人數和課程評估，就現有學習者的知識、能力與態度，相關資料彙整，提出報告與建議。其資料來源涵蓋下列三大方面：

- 1) 根據中心主辦之守門人訓練課程、數位學習課程、義工參與、自殺未遂通報個案之關懷訪視、珍愛生命打氣團 facebook 粉絲人數及每年度全國電話調查之數據趨勢等項目做為成效評估指標之一。
- 2) 根據各縣市衛生局回報之「自殺防治守門人辦理成效調查表」結果，作為描述性之綜合性評估指標。
- 3) 收集其他機構，如國防部及教育部所推動之相關守門人計畫，簡述其計畫推動之特點，並根據其工作執行成效作為評估指標之一。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 彙整中心過去針對守門人之相關策略和建議。
- 2) 彙整國內政府各單位相關策略及數據資料。
- 3) 針對守門人辦理成效提出報告。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心口司、各縣市衛生局、教育部、國軍等。
- 2) 資源連結內容及形式：意見交流、會議討論等。

三、過程(Process)

1. 5 月 14 日函文至各縣市衛生局，調查各局 2012 年至 2014 年度守門人之辦理成效。
2. 5 月 15 日召開「101 至 103 年全國自殺防治守門人辦理成效專家會議」，規劃全國守門人辦理成效之資料收集和分析方針。
3. 5 月中開始，進行資料彙整、分析及撰寫。
4. 5 月底進行增修與校正，於 5 月 29 日函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 執行結果

全國自殺防治守門人之實施範圍廣泛，經彙整中心、國軍及各縣市衛生局及其他守門人辦理情形之相關資料，提出 2012 年至 2014 年全國自殺防治守門人辦理成效報告如後。

1) 各項目報告之目錄

壹、 中心主辦之守門人訓練	
1. 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治教育推廣：以醫師為例	第 頁

2. 自殺危險性評估訓練之成效：以護理師為例	第	頁
3. 運用雲端數位學習推展守門人概念與實踐：專業人員與民眾	第	頁
4. 「珍愛生命」服務學習課程之推廣與評估：以大學生為例	第	頁
5. 「關懷訪視」守門人教育訓練	第	頁
6. 運用社群網站(臉書)推廣守門人理念	第	頁
7. 「珍愛生命」守門人之教育與推廣：以學校及民間單位為例	第	頁
8. 善用網路守門人：以網路成癮之評估與轉介為例	第	頁
9. 推動珍愛生命義工訓練與推廣	第	頁
10. 發展心情溫度計 APP，推廣「人人都是守門人」	第	頁
11. 活動推廣		
1) 發行文宣推廣守門人理念與實務操作	第	頁
2) 舉辦守門人教育宣導活動	第	頁
3) 世界自殺防治日系列活動	第	頁
貳、 中心協辦或合辦之守門人訓練		
1. 藉由機構交流，推展守門人訓練	第	頁
2. 善用媒體守門人：主動與媒體互動，進行新聞監測與回應	第	頁
3. 國軍心理衛生(輔導)工作之推廣與成效	第	頁
參、 其他單位之守門人訓練		
1. 教育部「校園心理健康促進與自我傷害防治」教育訓練	第	頁
2. 各縣市衛生局辦理守門人訓練成效	第	頁
肆、 守門人辦理成效：全國資料分析		
1. 民眾心理健康及自殺防治認知與行為調查	第	頁
2. 自殺未遂者之通報率與關懷訪視追蹤轉介成效	第	頁
3. 自殺死亡率變化	第	頁

2)各項目報告之具體內容如下頁。

「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治教育推廣： 以醫師為例

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

因應新世紀的社會健康需求，訓練內容除了重視專科醫療技術之外，也必須強調執行一般性、整體性、人性化醫療的能力，發展有效的溝通，衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。而其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而獲得照護社區之醫療相關體系有完整的概念、具備社區醫療健康照護的技能及具備社區健康計畫之基本規劃與執行能力等基本能力(key competence)。而於2011年「畢業後一般醫學訓練(PGY)」之社區醫學訓練已將「自殺防治」列為特殊照護之必修課程，在自殺行動出現之前，會在口語或行為上透露出想要自殺的線索或警訊。自殺行為的發生是漸進式，一個人有自殺意念並不一定會馬上付諸行動，從意念產生到行動的期間，即是守門人介入防範的最佳時刻。

又根據研究顯示，自殺死亡者在自殺身亡前7天內就醫的比例皆在60%左右，自殺身亡前90天更可達80%，此一數據更凸顯醫師在自殺防治的重要性。因此，全國自殺防治中心特別規劃「自殺防治」課程，秉持著推廣「自殺防治，人人有責」之理想，加強受訓醫師之落實全人照顧理念，了解社區健康議題，具備社區醫療健康照顧技能，並強化臨床醫師守門人的重要。

2. 業務或方案的目的與目標

希望藉由此課程推廣，透過課程的內容，不僅促進臨床醫師對於自殺防治之認識，並期待能體認守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候，查覺到她所發出來求救訊息，也能在最需要的時間點給予鼓勵並提供資源協助，進而落實於臨床工作上，從人文關懷的角度出發，落實網網相連，以建立綿密牢固之自殺防治網絡。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 鑒於畢業後一般醫學訓練將自殺防治改為必修課程，中心於2012年起每年規劃製作教學DVD，內容包含國際及台灣自殺現況、全國自殺防治策略

與實務以及珍愛生命守門人課程，函送至全臺社區訓練醫院，並提供雲端下載，作為辦理 PGY 自殺防治課程時運用，以增進可近性、便利性、基本訓練之一致性及守門人宣導。

2) 中心持續推廣辦理自殺防治參訪訓練課程：

- (1) 與有合作訓練醫院之承辦人保持聯繫，並確認辦理日期。
- (2) 確認辦理日期，醫院承辦人會提供課程參加學員人數及聯絡電話。
- (3) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程相關資訊供預覽。
- (4) 課後統整課程評值及課後測驗結果。
- (5) 依各醫院提供之學員考評表進行評估，並將結果寄送回醫院。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院中興、忠孝、陽明、和平院區、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院及 2014 年衛生福利部公告之社區醫學訓練醫院。
- 2) 資源連結內容及形式：資訊傳遞、連繫溝通、參訪訓練、網址連結。

三、過程(Process)

1. 2012 年與 2014 年辦理自殺防治參訪與守門人訓練課程，由中心林素如主任擔任講師，辦理場次如下表。

表 1、2012 年至 2014 年 PGY 辦理參訪訓練課程場次清單

年度	日期	合作醫院	學員人數
2012	1 月 19 日	臺北市立聯合醫院 (中興、忠孝、和平、陽明院區)、新北市立聯合醫院(三重、板橋院區)	11
	2 月 23 日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平、陽明院區)、新北市立聯合醫院(三重、板橋院區)	25
	3 月 29 日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平、陽明院區)、新北市立聯合醫院(三重、板橋院區)	26
	4 月 24 日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平、陽明院區)、新北市立聯合醫院(三重、板橋院區)、三軍總醫院	19
	4 月 26 日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平、陽明院區)、新北市立聯合醫院(三重、板橋院區)	15
	5 月 10 日	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)、宏恩醫院	14
	5 月 15 日	臺北市立聯合醫院(中興、和平、永耕院區)	14

	6月26日	臺北市立聯合醫院(中興院區)	14
	6月28日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明、和平、永耕院區)	22
	7月6日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明、忠孝院區)	23
	8月16日	臺北市立聯合醫院(中興、和平、永耕院區)	9
	9月21日	臺北市立聯合醫院(和平、忠孝、永耕院區)	12
	9月25日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)、中心診所、臺安醫院	18
	10月26日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、宏恩醫院	21
	11月9日	臺北市立聯合醫院(陽明、和平、永耕院區)、宏恩醫院學員、中心診所	23
	11月27日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)	16
2013	1月18日	臺北市立聯合醫院(忠孝、和平、陽明院區)、新北市立聯合醫院(三重、板橋院區)、中心診所	19
	2月26日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、博仁綜合醫院	21
	3月12日	臺北市立聯合醫院(中興、和平、陽明、永耕院區)	19
	3月28日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、臺安醫院、中心診所、宏恩醫院	26
	4月23日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)	17
	5月21日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、中心診所	21
	6月14日	臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝、中興院區)	25
	7月26日	臺北市立聯合醫院(忠孝、和平、陽明院區)、宏恩醫院、博仁綜合醫院	18
	8月29日	臺北市立聯合醫院 (陽明、永耕院區)	8
	9月12日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明、永耕院區)、新北市立聯合醫院	18
	10月25日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明、和平、永耕院區)、臺安醫院、博仁綜合醫院	22
	11月8日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明、和平、永耕院區)、宏恩醫院	29
2014	1月3日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、新北	27

	市立聯合醫院、中心診所	
2月7日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、宏恩醫院	23
3月4日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、和平院區)、永和耕莘醫院	21
3月28日	新北市立聯合醫院、臺安醫院、博仁綜合醫院	9
4月25日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)、永和耕莘醫院、恩主公醫院、中心診所、博仁綜合醫院	23
5月9日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明、和平)、永和耕莘醫院、宏恩醫院	30
6月3日	臺北市立聯合醫院忠孝院區	12
6月13日	臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)、宏恩醫院、博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、恩主公醫院	21
7月4日	臺北市立聯合醫院(和平、陽明院區)	11
7月11日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)	17
8月20日	博仁綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩醫院	6
9月1日	臺北市立聯合醫院忠孝院區	10
9月2日	臺安醫院	3
9月12日	臺北市立聯合醫院中興院區、新北市立聯合醫院、永和耕莘醫院、中心診所	20
10月8日	臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)	13
10月9日	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)、新北市立聯合醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、宏恩醫院	23
11月6日	臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、宏恩醫院	21
12月12日	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)、博仁綜合醫院、宏恩醫院、新北市立聯合醫院	20
12月23日	臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)及中心診所	19

2. 每年度針對課後評估問卷之測驗題進行部分修正，以強化學員瞭解與運用，並落實自殺防治策略之理念。
3. PGY 自殺防治課程光碟製作：
 - 1) 為討論自殺防治守門人之推廣事宜，每年度召開「一年期醫師畢業後一般

醫學訓練自殺防治課程推廣會議」

- 2) 錄製現場教學課程，內容包含核心課程：國際及臺灣自殺現況、全國自殺防治策略與實務，珍愛生命守門人。
- 3) 除核心課程外，製作相關影片及參考資料：
 - (1) 為使學員了解 PGY 課程之重要性，另錄製並剪輯相關影片，內容包括：談 PGY 自殺防治課程的重要性、認識全國自殺防治中心、PGY 學員課後心得分享、長官代表的認同與期勉。
 - (2) 配合課程所需，提供相關參考資料電子檔以供參考，包括：全國自殺防治策略手冊、臨床醫師使用須知手冊、基層醫療人員與自殺防治手冊、心情溫度計—綠版、心情溫度計—粉紅版、課後評估問卷(範本)、光碟使用說明電子檔等。
- 4) 將上述相關資料燒錄成光碟，並製作使用說明，隨函文寄送至衛生署公告之社區醫學訓練醫院。
4. 每年度針對課後評估問卷之測驗題進行部分修正，以強化學員瞭解與運用，並落實自殺防治策略之理念。
5. 2014 年 5 月 28 日臺安醫院召開「103 年度 PGY 社區課程聯繫會議」，邀請中心與會，會中臺安醫院羅佳琳主任表示自殺防治守門人課程除了學員反應良好，亦可增加與其他醫院醫師交流之機會。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 2012 年執行結果

- (1) 辦理 16 場次，共 299 人，合作單位為臺安醫院、臺北市立聯合醫院中興、忠孝、陽明、和平院區、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、恩主公醫院、永和耕莘醫院、署立基隆醫院及 2011 年公告之 PGY 社區醫學訓練。
- (2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，願意加入義工行列的人數為 28 人。
- (3) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，對於課程之滿意度為 94.2%。

程度	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
N(%)	105(47.3)	104(46.9)	11(0.1)	1(0.0)	1(0.0)

- (4) 未來在臨床上會推廣心情溫度計的學員為 277 人(97.9%)，並有 277 人(97.9%)的學員願意運用守門人的技巧協助需要的病人。
- (5) 辦理 1 場推廣討論會議。

(6) 寄送 79 片教學光碟給社區訓練醫院。

2) 2013 年執行結果

(1) 辦理 12 場次，共 275 人，合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院中興、忠孝、陽明、和平院區、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院

(2) 課程之滿意度評估結果，滿意以上為 87.2%，普通為 7.3%。

程度	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
N(%)	95(34.5)	145(52.7)	20(7.3)	0(0.0)	0(0.0)

(3) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 99.57%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

3) 2014 年執行結果

(1) 辦理 19 場次，328 人參與，合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院中興、忠孝、陽明、和平院區、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院及 2014 年衛生福利部公告之社區醫學訓練醫院。

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估結果，滿意以上為 90.2%，普通為 3.7%。

程度	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
n (%)	131 (39.9)	165 (50.3)	12 (3.7)	0 (0)	0 (0)

(3) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 100%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 99.6%。

(4) 錄製核心課程 3 堂，編製教學光碟乙份。

(5) 寄送 79 片教學光碟給社區訓練醫院。

4) 2012 年至 2014 年執行結果

中心於 2009 年開始辦理「畢業後一般醫學訓練」自殺防治課程，截至 2015 年 4 月共 56 場次，共 1111 人參與，透過訓練課程不僅促進臨床醫師對於自殺防治之認識，並期待醫師們除能自己熟稔運用守門人技巧之外，亦能推廣珍愛生命守門人概念，此次針對 2012 年至 2014 年間共 914 位醫師進行守門人成效評估，蒐集方式是使用電子郵件寄發問卷填答通知，內附 google 表單連結，請曾經參與「畢業後一般醫學訓練」自殺防治課程且有留 email 的醫師直接在線上協助填寫問卷。一共寄出 657 份填答通知，總計回收 69 份，回收率為 10.5%。

5) 追蹤調查結果

在守門人成效評估問卷中，詢問在 2012 到 2014 年間參與課程的醫師們認為所舉辦之自殺防治守門人相關課程對自殺防治的成效如何，以及由醫師自我評估來看整體的成效如何。由回收問卷中可得自殺防治守門人相關課程對於自殺防治之成效，經統計分析結果，如表 2，茲將內容簡述如下。

在你自己是否認同自己是一位「自殺防治守門人」的題目上，有 97.1% 的人認同自己是一位自殺防治守門人，不認同的人有 2.9%。在主動詢問或關心疑似自殺意念的就診者的題目上，有 97.1% 的人表示自己曾主動詢問或關心疑似自殺意念的就診者，不認同的人有 2.9%。在我會使用或參考「簡式健康評量表(BSRS-5)，別稱：心情溫度計」來關心有自殺意念就診者的心理健康的題目中認同的人有 85.5%，不認同的人有 14.5%。

在發現患者自殺意念後，我將其轉介至精神科或心理衛生相關人員的題目上，有 98.5% 的人，不認同的人有 1.4%。在上完自殺防治的課程後，我遇過自殺想法的就診者的題目上，有 39.1% 的人曾遇過自殺想法的就診者，有 60.9% 的人沒有遇過。

表 2、守門人成效評估問卷統計資料

題目	同意	有點同意	普通	有點不同意	不同意
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. 在臨床服務或一般生活中，我認同我是一位「自殺防治守門人」。	31 (44.9)	18 (26.1)	18 (26.1)	2 (2.9)	0 (0)
2. 我會主動詢問或關心疑似有自殺意念的就診者。	31 (44.9)	18 (26.1)	18 (26.1)	2 (2.9)	0 (0)
3. 我會使用或參考「簡式健康評量表(BSRS-5)，別稱：心情溫度計」來關心有自殺意念就診者的心理健康。	22 (31.9)	17 (24.6)	20 (29)	6 (8.7)	4 (5.8)
4. 在發現患者有自殺意念後，我有將其轉介至精神科或心理衛生相關人員。	51 (73.9)	11 (15.9)	6 (8.7)	0 (0)	1 (1.4)

6) 結論

藉由臨床醫師填寫回傳之守門人成效評估問卷中可得知，高達 9 成 7 的

醫師願意於臨床服務及一般生活中擔任「自殺防治守門人」，且於臨床工作中遭遇疑似自殺意念的就診者亦有 9 成 7 的醫師會主動詢問及關心就診者，並且有 8 成五的醫師會使用心情溫度計來關心就診者的心理健康，而在發現患者有自殺意念後有 98.5% 的醫師會將其轉介至精神科或心理相關人員，符合自殺防治守門人「一問、二應、三轉介」之概念，中心辦理之 PGY 自殺防治課程協助醫師們由人文關懷角度切入，協助自殺風險病患獲得適當的幫助，此為短期之成效，亦期待藉由中心 PGY 自殺防治守門人訓練，與醫師共同合作達到降低自殺率之長期目標。

自殺危險性評估訓練之成效：以護理師為例

一、 前言

本文是截至目前為止，國內第一篇針對自殺防治守門人教育訓練，利用隨機控制設計之第一篇研究(Wu et al., 2014a)。自傷者是自殺的高危險群，其盛行率為自殺身亡者的 10-30 倍(Goldney, 2000)，若能早期辨識自殺危險性，介入完整的評估與治療或適當的後續照護與支持，將有可能可以預防自殺事件的發生。臨床醫療工作者是病人健康的第一線把關者，更是能夠早期辨識病人自殺危險性的預警者，尤其是長時間接觸病患的醫院護理師，更是重要的守門人。然而護理師於專業養成過程中，僅有少數機會接觸到自殺防治教育課程，對自殺個案的危險性認知也很有限。因此本研究旨在建立醫院護理師之自殺防治教材，藉由一種互動式討論團體介入措施，提升護理師的自殺防治概念與評估能力，並以實證研究方式驗證此措施之成效。研究結果顯示接受團體討論的實驗組比控制組有更正確的自殺危險性認知，證實互動式討論團體介入的短期效果顯著。

二、 研究目的

1. 建立醫院護理師自殺防治教材內容及病患自殺危險性評估流程；
2. 以互動式討論團體方式提升護理師對住院病人自殺危險性之辨識及評估能力；
3. 提供以實證為基礎之護理教育策略—做為醫院全面實施護理師自殺危險性辨識及評估能力訓練之參考。

三、 研究方法

本研究採隨機控制 (Randomized controlled trial, RCT)(Banerjee, 2003) 及雙組前後測設計，案經研究所在醫院倫理審查委員會審核通過後，透過「互動式討論團體」(Interactive Discussion Group, IDG) 教學策略(Ulrich & Glendon, 2005)，授與某教學醫院中隨機抽樣之內外科護理師自殺危險性辨識與評估概念。研究者依醫院內科系/外科系/急診加護科系分層隨機抽樣病房單位，再隨機抽出 202 位護理師隨機分派至實驗組或對照組(詳圖 1)，實驗組接受互動式討論團體訓練課程及自殺守門人課程(一小時)，而對照組僅參與自殺守門人課程。雙組於研究介入前後施以前測及一週、一個月與三個月的後測，以評估研究措施之成效。IDG 之團體討論內容設計為一小時自殺防治概念課程討論及一小時虛擬案例討論(case vignette discussions)，其中自殺防治課程內容包含臺灣自殺現況統計、自殺危險因子及保護因子、自殺危險性評估(包括

「悲傷的人」SAD PERSONS 量表)、自殺迷思討論及醫院自殺防治策略等介紹;而虛擬案例則由研究團隊草擬並經跨領域專家討論,適合用於團體討論。研究者透過前驅研究,以三個焦點團體建立護理師對兩個評估量表的認知(說明如下),經量表討論與形成共識後,納入正式研究之前後測中,雙組人數分布與收案情形詳圖 2。

前趨研究(Pilot study)

藉由三次焦點團體聚焦臨床護理師於自殺危險性辨識/評估能力之教學需求,瞭解其對研究團隊發展匯整的教材內容之看法,並藉團體討論之建議增加“互動式討論團體”教學策略之可行性。焦點團體成員每次自研究樣本中隨機抽出 6-8 人,排除前一次參加過焦點團體之護理師為對象進行獨立隨機抽樣,地點將在醫院之獨立討論室進行。同時,接受過焦點團體之護理師將被排除在後續隨機抽樣之研究樣本中(即不納入實驗組或對照組)。

基測(Baseline measurements)

實驗組與對照組將同時進行基測,測量內容包括自殺行為態度與認知以及自殺危險性辨識/評估能力(以研究團隊設計之案例分析題目及「悲傷的人」自殺危險性評估檢核表評值)。基測的目的在於了解兩組研究樣本在研究措施介入前之基本特質或認知態度上是否有統計上差異,以確保實驗組與對照組之可比較性。

結果評量(Outcome measure)

本研究以團體授課內容中的「悲傷的人」自殺危險性評估檢核表做為措施介入之成效評值,原因:該量表為一簡便篩檢自殺危險性之工具,經研究證實具可接受的信效度,適合臨床護理人員在短時間內完成學習及評量。該量表最初由美國急診醫學部發展出用以快速篩檢急診內自殺個案的住院需求,該量表共有十個題目(分別為十個評估項目的英文字首拼湊而成):a.性別(Sex:是否為男性)、b.年齡(Age:<19 或>45)、c.憂鬱/躁鬱症等情感疾病、d.過去曾自殺、自傷或看過精神科門診/住院(Previous suicide attempt/psychiatric OPD treatment/hospitalization)、e.藥酒問題(Ethanol/drug use/dependence)、f.器質性腦病變或精神病狀態(Rational thinking loss:嚴重明顯的精神症狀如妄想、幻聽)、g.分居/離婚/喪偶等婚姻狀態(Separated/divorce/widowed)、h.曾有具體且嚴重的自我傷害行為(Organised or serious attempt)、i.缺乏來自家人/朋友/工作或宗教等社會支持來源(No social support)、j.目前或未來有自殺計畫(Stated future intent:明確方法、時間或地點)(Hockberger, 1988)。每題以一

分計但有四個題目加權為兩分(c/d/h/j)，切分點在五分以上者建議接受住院治療(Kripalani et al., 2010)。參圖 1。

四、 結果與討論

1. 研究實際進行情形

1) 前驅研究-焦點團體

共計舉辦內科系、外科系與急診加護科系三場焦點團體會議，時間分別為 2011 年 10 月 7 日、10 月 14 日、10 月 21 日，每場次歷時約兩小時，每組分別由 5-7 名護理師所組成(詳圖 2)。

2) 守門人課程訓練(所有受試者均須參加)

共舉辦三場自殺守門人訓練課程，每次時間約為一小時。為使無法接受上述三次課程訓練的護理師能補足訓練時數。

3) 實驗組互動團體訓練

實驗組互動團體共分為 6 組，每組舉辦 2 次會議，每次兩小時，依本研究團隊研發之標準教材進行訓練。

2. 研究結果

研究者於一年研究期間，收案流程如圖一所示。經焦點團體測試研究工具後(結果如表 1)，我們隨機抽出 202 位護理師隨機分派至實驗組(N=54)或對照組(N=57)(詳表 2)，兩組收案率分別為 79.4%(54/68)及 91.9%(57/62)。實驗組(CS)及對照組(CN)護理師之組成均為女性，其年齡及工作年資均無顯著差異，兩組平均年齡分別為 29.5±6.9(CS)及 27.5±5.2(CN)歲($t=1.7, p=0.09$)，年資則分別為 5.8±5.3(CS)及 4.3±5.2(CN)年($t=1.4, p=0.15$)。

研究結果顯示，雙組前後測之“悲傷的人”平均得分呈現顯著的差異(詳圖 3)，實驗組經互動討論團體訓練及討論後之結果，於標準案例之評估上有顯著較高且較正確的自殺危險性認知，其分數於介入措施結束後一週、一個月及三個月均比對照組有較高的分數，意即透過互動團體與護理師討論自殺防治與守門人相關議題，對護理師以一致的量表與評估方式評值病患的自殺危險因子，相較於僅提供講授式的守門人訓練來得有顯著效益。

3. 討論

本研究結果指出：以互動團體討論方式提升醫院護理師對自殺防治的重視與評估能力，是一有效且值得推廣的方法，雖然需克服護理師班別不一致、工作忙碌難以評估等因素，本研究指出利用簡短工具篩檢住院病患憂鬱症狀等自殺危險性，不失為一個提升護理師對自殺防治之敏感度以及主動辨識高風險群

的可行之道。然而需注意的是，一團體討論的成效於三個月後可能有成效降低的趨勢，因此建議以此團體方式進行之自殺防治概念指導，大約三個月即需補強一次學員之概念以加強學習效果。未來研究建議以本研究中之篩檢工具(心情溫度計及悲傷的人量表)實際應用於住院病人，並檢視其成效與成本效益，以作為推廣住院病患全面自殺篩檢時之參考。

4. 總結說明

除上述之護理師守門人實證研究，全國自殺防治中心的發表資料庫中另一個有關守門人的研究是藉由焦點團體訪談，了解護理師在守門人自殺防治策略上的需求與期待(Wu et al., 2014b)。另一方面，本中心也積極建立有關守門人訓練的網路學習資料庫，藉由護理繼續教育管道，提供全國護理師守門人線上自學教材，於2013.6~2014.12之間已有12,966人點閱20個線上課程，超過九成護理師於完成課程後表示滿意(Wu et al., 2015)，並願意擔任守門人貢獻於臨床之中，足見線上課程對護理師守門人的影響力。守門人訓練是重要的社區自殺防治策略基礎，未來中心除了將持續辦理各縣市訓練課程，亦將充實社區各個守門人背景之實證基礎，提供滿意度及其他實證資料，供政策發展之參考。

5. 參考文獻:

Chia-Yi Wu*, Yi-Yin Lin, Mei Yeh Chang, Lian-Hua Huang, Shaw-Ji Chen, Shih-Chen Liao, Ming-Been Lee. (2014a). Effectiveness of interactive discussion group in suicide risk assessment among general nurses in Taiwan: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 34, 1388-1394.

Chia-Yi Wu*, Wei-Hsiang Lin, Ming-Been Lee, Ju-Yu Lin, Chiao-Wen Huang, Shih-Chen Liao. (2014b). Integrating suicide prevention program into clinical nursing education: A focus group study. *Journal of Medical Education*, 18, 2, 81-91.

Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee*, Shih-Cheng Liao, Heng-Shuen Chen, For-Way Lung. (2015). A nationwide E-learning program in suicide prevention for the nurses in Taiwan. *Journal of Medical Education*, 19, 1, 31-41.

項目	提醒語	分數	
		否	是
1 性別	病患是否為男性?	0	1
2 年齡	病患是否為中老年人(>45)?	0	1
3 感情	病患是否失戀或處於不利的婚姻狀態(分居/離婚/喪偶)?	0	1
4 幻覺妄想	病患是否有幻視、幻聽或妄想症狀?(無論其導因為何)	0	1
5 入院原因	此次病患是否因自殺/自傷入院且需醫療介入?	0	1
6 傾吐對象	你會覺得周遭沒有一個值得信任的人傾吐心聲嗎?	0	1
		否	是
7 憂鬱無望	病患是否為末期、慢病、或有憂鬱症病史、看過精神科? (是否對未來無望/無助感? 是否透露自殺線索?)	0	2
8 自傷史	你有傷害過自己嗎?(無論原因及其方式為何)	0	2
9 藥酒問題	你曾經自己用過任何藥物(如安眠藥或非處方藥)或酒精以至於生活受到影響嗎(如工作及家庭照顧)?	0	2
10 未來意圖	你未來有想過會(再)傷害自己或(再)自殺嗎?	0	2

總分: ____ (1-3 題為不可改變之危險因子, 扣除三題分數後仍高於六分則為高度自殺危險者)

≤ 5 分: 建議病房持續追蹤個案之自殺危險性, 懷疑個案為高風險可轉介至精神科門診;

≥ 6 分: 建議照會精神科, 除於住院期間持續評估外建議出院後持續追蹤與照護。

Reference: Kripalani et al. (2010). Emergency Medical Journal, 27, 544-6. <本量表需經訓練後方可使用>

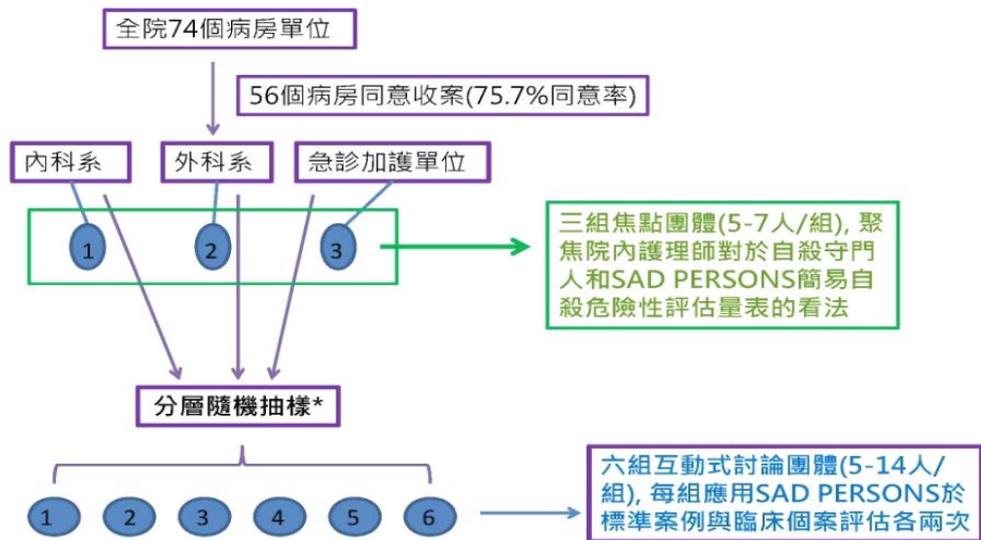
圖 1、「悲傷的人」中文版量表

表 1、焦點團體針對研究工具內容與評估流程之修訂

討論面向	研究結果
工具內容修訂	<p>1. 婚姻狀態:維持原分居/離婚/喪偶三者,加入近期“失戀”經驗並以“感情狀態”統稱;</p> <p>2. 社會支持:依據文獻、研究者臨床經驗及護理師建議,將原中文定義“缺乏家人、朋友、工作或宗教等社會支持”修訂為“傾吐對象”,了解病患是否有任何主觀上的心理或社會支持來源,詢問其周遭是否有一個值得信任的人傾吐心聲。</p> <p>3. 憂鬱症等精神疾病:原始量表定義包括憂鬱症、躁鬱症或過去精神科就醫史,經修訂後,本題延伸之定義中涵蓋內外科末期或慢病狀態之病患,若其合併出現對未來無望感、透露言語或非言語自殺線索,則需評為 2 分。</p> <p>4. 酒精/藥物濫用或依賴:為建立非精神專科人員間評估的一致性,本題定義為“平時未按依囑指示的服藥習慣或是習慣性的飲酒行為,導致個案在生活功能上有所障礙或導致嚴重影響”。例如無法找工作、無法維持持家功能(如煮飯打掃照顧小孩等工作)、因用藥或喝酒長期出現人際障礙或社會問題(如酒駕或與他人之衝突)等。</p>

**工具
流程**

內外科護理師由於單位特性及病人住院平均日數不一,對於幾日內完成評估無定論,然而大多數內科護理師認同定於十日內完成可行性較高,建議納入住院評估及電腦系統以利執行。



*以病房為單位分三大科系各抽4個病房,其次隨機抽取每單位護理人員各10人(實驗/對照組各5人)

圖 2、研究收案流程

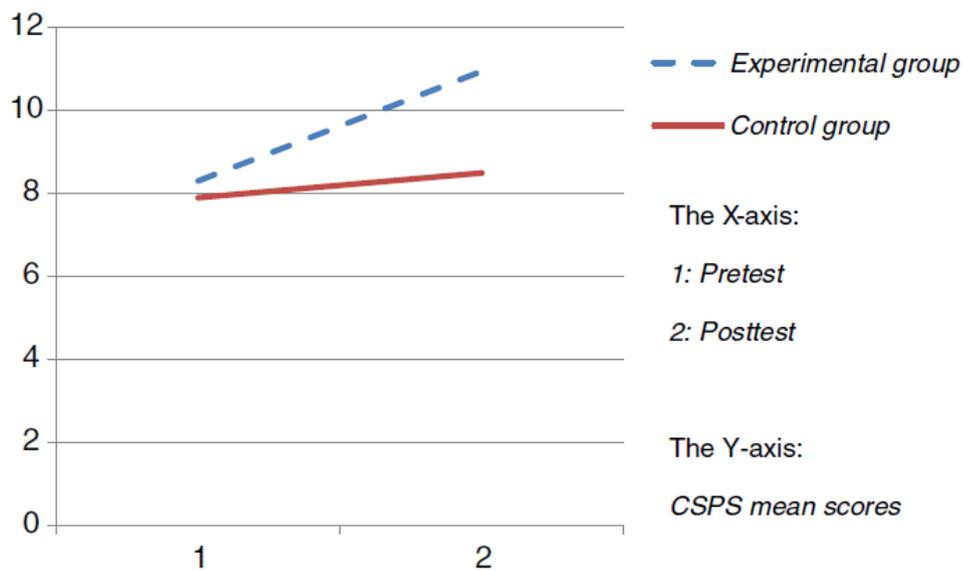


圖 3、雙組前後測成效差異趨勢圖

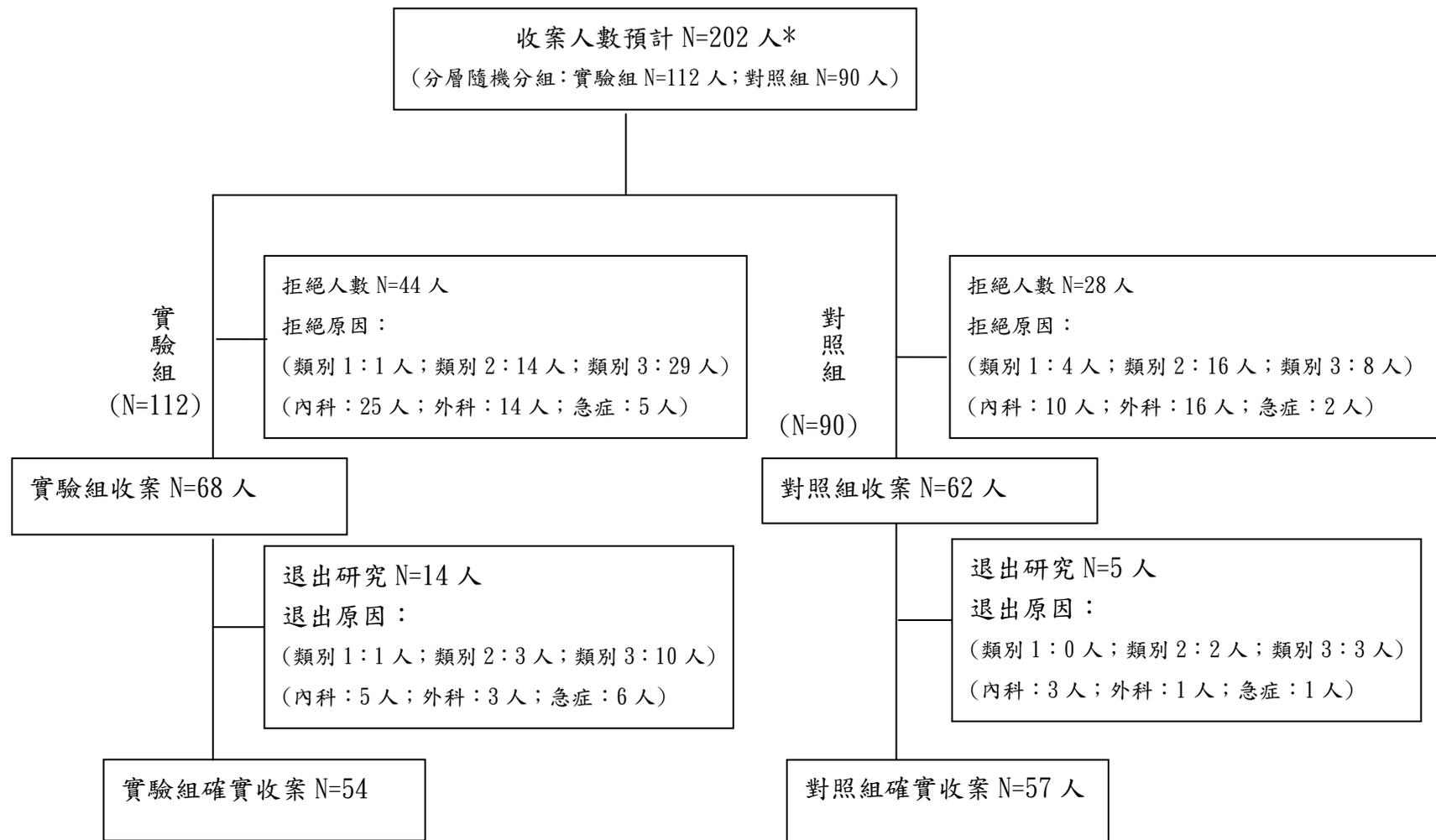


表 2、研究分組情形

註：類別(1):行政因素(調院支援,ICU training,資深人數短缺)

運用雲端數位學習推展守門人概念與實踐： 專業人員與民眾

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

近年因網際網路使用率逐漸普及，加上雲端時代的來臨，數位學習科技之快速發展，逐漸影響教學的觀念認知及資訊科技的素養，現今的學習模式將面臨新一波改變的契機。有鑑於此，為提升珍愛生命教育訓練之方便性、自由性及廣泛性，本學會自 2009 年起籌畫建構「珍愛生命數位學習網」，提供民眾免費上網學習自殺防治相關課程，更進一步結合專業人員(如護理人員、藥師、醫師、家醫科醫師及諮商心理師)認證機制，完整修習自殺防治課程，即可取得認證之積分。

2012 年底首度與全國醫師公會全聯會及富邦集團所屬「凱擘大寬頻」跨業結盟，結合醫療衛生保健知識與數位匯流，及服務全國百萬家庭用戶基礎，讓所有民眾只要輕鬆利用電腦、平板及智慧型手機或安裝在家中電視隨選隨看。2013 年更積極整合本學會過去針對各年齡層、不同的族群及議題錄製之影音課程，挑選合適影片放置於「珍愛生命專區」，除了充實影音課程外，亦提供更多元化的學習內容，供民眾隨時查詢並選看自殺防治最新影音，將守門人之概念傳播到各個角落，落實自殺防治人人有責之精神。

此外，由於網際網路影音平台技術漸趨成熟，出現了許多可供全民上傳影片及視頻分享的網站，其中以「YouTube」網站最為大眾歡迎，影響力最為廣泛；中心持續活化此通路，供民眾觀賞並分享，提升守門人概念的能見度。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 以中心宣導珍愛生命觀念為主軸，透過雲端行動數位科技的管道，提升數位學習資訊的多元化及豐富度，期望社會大眾在自殺防治的議題上，能更深入了解。
- 2) 透過網網相連，針對政府單位及民間團體等等不同對象，進行數位資源共享，對外延伸出更完善的雲端學習網絡，發展出創新及多元化學習。
- 3) 提升數位影音的質與量，透過影片錄製品質的改進及拍攝技術的提升，期望引起民眾的興趣，讓守門人概念更活潑易懂，達到潛移默化的效果。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 雲端數位服務平台：自 2011 年 5 月珍愛生命數位學習網轉移至中華電信 HiCloud 雲端服務後，2013 年 9 月全國自殺防治中心之官網亦正式納入雲端服務之一員，除了網站的穩定性和安全性的提升，在擴充性上也更有彈性。再加上凱擘大寬頻的結盟，與 YouTube 頻道的成立，整體雲端學習系統將更加便利。

2) 影音課程之製作與評估流程：



3) 凱擘大寬頻合作：2013 年 4 月起，使用數位攝影機將現場影像，除錄製 powercam 格式外，同時以 HD 高畫質格式錄製，在剪輯後提供凱擘大寬頻進行上架事宜。

4) 數位學習網守門人概念推廣：

(1) 持續上傳與建立珍愛生命守門人課程及媒體影音。

(2) 透過 XMS 平台管理專業人員認證課程的修習情況與推展成效。

(3) 多元管道之連結與推廣：

a. 主動與相關專業人員公會單位合作，提供線上學習與積分認證之服務。

b. 結合其他機構內數位學習平台，進行守門人課程授權，提供機構人員網內學習。

c. 校園合作：選擇適合課程，供校園老師修課認證，並提供修課通過清單。

d. 手冊電子化，推廣至雲端平台：將過去出版刊物電子化，與其他電子書平台合作雲端連結。

5) YouTube 雲端推廣：

(1) 透過 YouTube 品牌頻道功能，建立「珍愛生命影音頻道」之平台網站。

(2) 中心影音進行剪輯後，依據影片類型上傳至不同播放清單。

(3) 運用 YouTube 影片內宣傳規劃：於影片播放時新增品牌浮水印及精選影片推薦。

(4) 運用 YouTube 頻道推廣工具：依其規定剪輯廣告後上傳，YouTube 將挑選適合用戶進行廣告推播。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：臺灣數位科技、凱擘股份有限公司、公務人員終身學習入口網、衛生福利部繼續教育積分管理系統、中華電信、中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣家庭醫學醫學會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、內政

部網路大學、中華郵政 e 大學、臺北 e 大、行政院人事行政總處公務人力發展中心-e 等公務園學習網、嘉義縣政府-C.C.S 人事服務平台、臺南市政府公務人力發展中心-e 學補給站、高雄港都 e 學院；臺南市立佳里國民中學、臺南市立善化國民中學；YouTube 影音平台。

- 2) 資源連結內容及行式：技術之支援、專業人員教育積分認證、學習平台之推展、Hicloud 雲端伺服器服務等。

三、過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

1) 數位學習網守門人課程規劃及推展：

(1) 為提升課程之閱讀品質及可讀性，進行下列規劃：

- a. 為提升課程的質與量，由中心顧問指導拍攝技巧，如拍攝前置準備時先行測試現場環境；並將錄製課程流程數位化，製作課程錄製 SOP 教學影片，以利業務之傳承及品質之確保。
- b. 持續針對每堂數位課程內容，設計課程簡介(preview)，期待透過圖文的介紹，提升學員學習之動機與效益。
- c. 為加強數位學習課程閱覽之方便性，持續定期更新首頁「新課上架跑馬燈」及「網站導覽」；其中網站導覽以頁籤方式呈現「課程介紹」、「認證課程」、「使用流程」、「網站地圖」及「認識義工」。課程介紹部份，特別根據課程之內容，以樹狀主題式之架構進行歸類，期待學員更能有系統的學習。

(2) 多元管道之連結與推廣：

- a. 持續強化專業人員守門人的理念與增進學習之可近性：除了護理人員、藥師、醫師、家醫科醫師之外，於近期新增諮商心理師之認證課程。
- b. 增加認證課程：進行學分認證課程之擴充，提供多元的修課方向。
- c. 為提供珍愛生命義工自我學習的管道，設立「義工基礎訓練課程」，包含「珍愛生命守門人」及「善用心情溫度計 助己又助人」。
- d. 「珍愛生命數位學習網」與其它機構內部數位學習平台連結，提供守門人課程內容之授權，授權課程清單如表 1。2013 年已與中華郵政 e 大學、內政部網路大學、臺北 e 大合作，2014 年持續新增合作平台如下：1 月為高雄港都 e 學院、臺南市政府公務人力發展中心-e 學補給站；2 月為行政院人事行政總處公務人力發展中心-e 等公務園學習網、嘉義縣政府-C.C.S 人事服務平台。

表 1、授權課程清單

課程名稱	講師	長度
珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	李明濱醫師	60 分鐘
壓力管理與自殺防治	李明濱醫師	106 分鐘
珍愛生命、樂活職場	劉惠玲護理師	57 分鐘
珍愛生命守門人-校園	劉昀玲心理師	50 分鐘
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計	朱柏全醫師 及李明濱醫師	62 分鐘
自殺者親友之後續支持	蕭雪雯社工師	33 分鐘
自殺者親友之關懷與溝通技巧	蕭雪雯社工師	49 分鐘

e. 各個合作學習平台之學員修課相關回饋數據如表 2。

表 2、各個合作學習平台之學員修課相關回饋數據

	課程名稱	珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	壓力管理自殺防治	珍愛生命樂活職場	珍愛生命守門人-校園	自殺防治憂鬱症及心情溫度計
e 學補給站	選課數	6272	6458	6421	6235	6293
	完修數	4424	4572	4446	4085	4134
e 等公務園學習網	選課數	1208	1605	2399	1638	1748
	完修數	1059	1360	2025	1419	1494
臺北 e 大	選課數	2261	6031	2146	1849	2331
	完修數	1470	4131	1369	1212	1505
中華郵政 e 大學	選課數	42	42	44	39	43
	完修數	42	41	44	39	43
內政部網路大學	完修數	3	4	4	3	6
C.C.S 人事服務平台	點閱次數	97	70	39	54	62

f. 高雄港都 e 學苑之學員修課相關回饋數據如表 3。

表 3、高雄港都 e 學苑之學員修課相關回饋數據

課程名稱	選課人數	完修人數
珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	287	214
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計-朱柏全、李明濱醫師	590	388
珍愛生命、樂活職場-劉惠玲護理師	630	437
珍愛生命守門人-校園-劉昀玲心理師	333	239
自殺者親友之後續支持-蕭雪雯社工師	188	151
自殺者親友之關懷與溝通技巧-蕭雪雯社工師	219	169

g. 校園合作：於 2013 年 9 月開始與臺南市立佳里國中(至 10/10)及善化國中(至 11/11)合作，針對校園教師，提供相關課程，並協助提供修課通過之名單。

h. 文宣手冊電子化，推廣至雲端平台：於 2013 年 10 月，決議文宣手冊以電子形式發行，由中心授權無償推廣至電子書露出平台。合作平台包括國家圖書館-電子書刊送存閱覽服務系統、國立公共資訊圖書館電子書平台、凌網科技公司、遠通科技股份有限公司之電子書平台。另外，可自行上傳之平台有亞米多雲端圖書館與 Pubu 電子書城。2014 年 1 月與華藝數位股份有限公司簽約合作、7 月與漢珍數位圖書股份有限公司合作。

2) YouTube 影音平台之應用及推展：

- (1) 上傳至 YouTube 的影片，持續以連結的方式嵌入至中心數位學習網中，分擔學習網主機之流量負擔。
- (2) 使用 YouTube 影片內宣傳規劃，於影片播放時之頁面(右上角)新增全國自殺防治中心 Logo 及精選影片推薦。
- (3) 使用 YouTube 頻道推廣工具，上傳頻道宣傳影片 2 則，分別為全國自殺防治中心簡介(6 分鐘)及守門人精神 1 問 2 應 3 轉介(30 秒)，宣傳影片於 2014 年 5 月份正式上線。

3) 凱擘大寬頻之合作：

- (1) SuperMOD 節目共分「名醫相隨」、「健康照護」、「珍愛生命」、「宣導短片」四類，內容包含訪談醫師專家探討疾病與健康議題、專門病症淺談(多國語言版本)、全國自殺防治中心記者會實況以及中心宣導短片。
- (2) 目前凱擘大寬頻有線電視估計共 112 萬收視戶，而透過其 SuperMOD 數位平台約 30 萬收視戶。
- (3) 中心提供之影片可於不同平台觀賞收看，各平台收看的方式如表 4。

表 4、可觀賞中心影片之平台列表

播出平台	四大傳播平台			
	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 有線電視	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 數位有線電視	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 Super MOD	凱擘大寬頻及 醫師公會全聯會 官方網站
頻道/ 館別	公用頻道	臺灣 HD 綜合 台 Win TV	醫師公會 全聯會	醫師公會 全聯會
播出 時間	固定時段 播放	固定時段 播放	隨選隨看	隨選隨看
收看 裝置	電視	電視	電視	電腦/平板/ 智慧型手機
服務 收看 方式	裝有凱擘大 寬頻有線電 視之民眾	裝有凱擘大寬 頻數位電視之 民眾	家中裝有凱擘大 寬頻光纖上網及 SuperMOD 之民 眾	家中有寬頻網路 或行動上網之民 眾(不限業者)

四、成果(Product)

1. 執行成果

1) 珍愛生命數位學習網：

(1)專業人員認證學分/繼續教育積分課程，通過認證之條件為閱讀時間超過該堂課程長度的九成時間，並完整填寫課後評估表，才算修課通過。通過認證積分人次如表 5。

表 5、2012-2014 年度各專業人員通過認證課程人次

	護理人員	醫師	公務人員	藥師	家醫科醫師	諮商心理師
人次	133,833	1,445	3,886	666	118	450

(2)2012-2014 年度總點閱次數為 654,895 次，每年各月份之點閱次數如圖 1。修課人次累計至今，總計 845,497 人次參與學習，其中一般民眾課程點閱累計共 119,452 人次(110 堂)，專業人員課程點閱累計共 587,744 人次(85 堂)，其它數位影音點閱累計共 138,301 人次(39 則)。

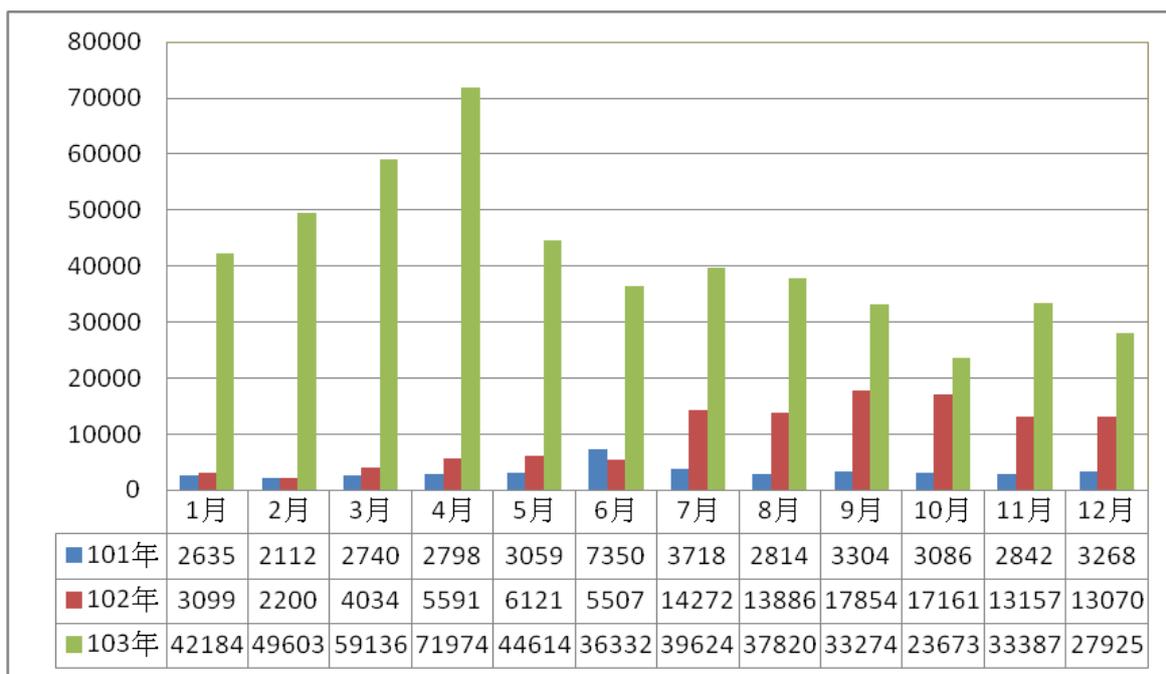


圖 1、2012-2014 年度各月份之點閱次數

(3)2012-2014 年度所有認證課程(對象為專業人員)課後評估表回收共 144,079 份，回收結果總結如下：

a.針對此次課程，您是否感到獲益良多。此題滿意度 97.5%。結果詳見表 6。

表 6、「針對此次課程，您是否感到獲益良多」之回收結果

選項	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
專業人員	59%	38.5%	2.4%	0.04%	0.06%

b.整體而言，您對本課程之滿意程度為。此題滿意度 97%。結果詳見表 7。

表 7、「整體而言，您對本課程之滿意程度為」之回收結果

選項	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
專業人員	57.5%	39.5%	2.9%	0.04%	0.06%

c.未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？結果詳見表 8。

表 8、「未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？」之回收結果

選項	願意	不願意	課程中沒提到
專業人員	91.1%	3.5%	5.4%

d. 未來若需要時，您願意運用守門人技巧協助身邊親友嗎？結果詳見表 9。
表 9、「未來若需要時，您願意運用守門人技巧協助身邊親友嗎？」之回收結果

選項	會	不會	課程中沒提到
專業人員	93.9%	2.5%	3.6%

e. 誠摯邀請您加入自殺防治行列，成為珍愛生命義工。結果詳見表 10。
表 10、「誠摯邀請您加入自殺防治行列，成為珍愛生命義工」之回收結果

選項	願意	僅願意收到 相關訊息	已加入義工
專業人員	53.4%	43%	3.6%

(4)2012-2014 年度所有非認證課程(對象為一般民眾)課後評估表回收共
4,538 份，回收結果總結如下

a. 針對此次課程，您是否感到獲益良多。此題滿意度 97.6%。結果見表 11。
表 11、「針對此次課程，您是否感到獲益良多」之回收結果

選項	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
一般民眾	55.8%	41.8%	2.2%	0.1%	0.1%

b. 整體而言，您對本課程之滿意程度為。此題滿意度 96.9%。結果見表 12。
表 12、「整體而言，您對本課程之滿意程度為」之回收結果

選項	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
一般民眾	50.8%	46.1%	2.9%	0.1%	0.1%

c. 未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？結果詳見表 13。
表 13、「未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？」之回收結果

選項	願意	不願意	課程中沒提到
一般民眾	96.4%	2.2%	1.4%

d. 未來若需要時，您願意運用守門人技巧協助身邊親友嗎？結果詳見表 14。
表 14、「未來若需要時，您願意運用守門人技巧協助身邊親友嗎？」之回收結果

選項	會	不會	課程中沒提到
一般民眾	98.3%	1%	0.7%

e. 誠摯邀請您加入自殺防治行列，成為珍愛生命義工。結果詳見表 15。
表 15、「誠摯邀請您加入自殺防治行列，成為珍愛生命義工」之回收結果

選項	願意	僅願意收到 相關訊息	已加入義工
一般民眾	23.2%	70.7%	6.1%

(5) 2012 年至 2014 年自殺防治守門人課程成效評估：

- a. 數位學習網自 2012 到 2014 年，總計 654,895 人次參與學習。此次進行守門人成效評估，蒐集方式是使用電子郵件寄發問卷填答通知，內附 google 表單連結，邀請曾經完整修過珍愛生命數位學習網-守門人相關課程且有留 email 的學員，直接在線上協助填寫問卷。本次一共寄出 12,039 份填答通知，總計回收 577 份，回收率為 4.7%，由回收問卷中可得在課程對於自殺防治之成效，經統計分析結果，如下表 16。
- b. 在守門人成效評估問卷中，詢問是否認同自己是一位「自殺防治守門人」的題目上，有 81.3% 的人(包含有點同意以及同意的人)認同自己是一位自殺防治守門人，不認同的人有 1.0%，有 17.7% 的人沒有表示意見(勾選普通)。
- c. 在守門人成效評估問卷中，詢問「你是否會主動關心疑似有自殺意念的人」的題目上，有 93.4% 的人表示自己會主動關心疑似有自殺自念的人，僅有 0.6% 的人表示自己不會主動關心有自殺自念的人，有 5.9% 的人沒有表示意見(勾選普通)。
- d. 在守門人成效評估問卷中，詢問「你曾使用心情溫度計來關心他人情緒或自殺意念」的題目上，有 63.1% 的人表示曾經使用過，有 11.9% 的人表示沒有使用過心情溫度計來關心他人，有 25.0% 的人沒有表示意見(勾選普通)。
- e. 在守門人成效評估問卷中，詢問「你是否會將有自殺意念的人轉介至精神科或心理相關人員」的題目上，有 82.5% 的人表示自己會將自殺意念的人轉介給相關單位，4.2% 的人表示不會，13.3% 的人在這個問題上沒

有表示意見(勾選普通)。

- f. 另外，在詢問「您上完自殺防治課程後是否曾在生活周遭遇到有自殺意念的人」，有 31.9%(184 人)表示曾經有遇過，沒有遇過的人為 68.1%(393 人)。

表 16、2012 年至 2014 年自殺防治守門人課程成效評估分析結果

	不同意	有點 不同意	普通	有點 同意	同意
我認同我是一位「自殺防治守門人」	.3% (2)	.7% (4)	17.7% (102)	22.7% (131)	58.6% (338)
我會主動關心疑似有自殺意念的人。	.3% (2)	.3% (2)	5.9% (34)	26.0% (150)	67.4% (389)
我曾使用或參考「簡式健康評量表(BSRS-5)，別稱：心情溫度計」來關心他人是否有情緒困擾或自殺意念	5.7% (33)	6.2% (36)	25.0% (144)	20.5% (118)	42.6% (246)
在發現他人有自殺意念後，我有將其轉介至精神科或心理衛生相關人員。	1.6% (9)	2.6% (15)	13.3% (77)	24.1% (139)	58.4% (337)

(6)「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平台，進行課程連結，共與 7 家平台合作，總計點閱次數共 57,674 人次，至少有 40,532 人次完修課程。

(7)校園合作，供 2 間國中，提供 98 位教師修課證明。

(8)與台大通識課程合作，提供守門人相關課程，以利台大學生進行修課前之預先閱讀，總計有 3197 人次進行課程閱讀。

2) Youtube 影音頻道：

(1) 2009 年 3 月 4 日至 2011 年 7 月(上傳完整影音前)累計共 157 則分段影音，累計總點閱次數為 21,741 次。

(2) 2011 年 YouTube 取消片長 10 分鐘的限制，影片無須分段，7 月重新上傳影片，累計至 2014 年 12 月，總點閱次數為 43,967 次。

(3) 目前之影音共分享了 97 部完整影片。

3) 凱擘大寬頻：提供記者會實況及自殺防治課程共 14 堂。

2. 檢討與建議

1) 珍愛生命數位學習網：

(1) 針對數位課程，除提升質與量，在守門人課程呈現部份，持續進行課程簡介(preview)、也透過 E-net 大力推廣課程學習，以及結合各專業人員學分認證課程，持續不斷推出的全新認證課程，加上護理人員換照時間

為六月中，更帶動了大量護理人員到網學習並取得學分。而這些均可作為未來新課推出時間點的考量。

- (2) 為響應數位資源連結共享及延伸學習之概念，主動和政府及民間數位學習平台接洽，提供守門人相關課程，藉由外部它網平台之管道，透過課程之共享宣導，除提升珍愛生命數位學習網之能見度，引導更多民眾回流至中心學習網，了解更多守門人的概念。
- 2) Youtube 影音頻道：結合更多網路影音資源，如 facebook 宣導管道及 YouTube 頻道功能等，透過網路平台間的相互支援及整合，向外連結出更完善的雲端學習網絡，發展出創新及多元化學習。
- 3) 凱擘大寬頻：目前雲端學習、珍愛生命數位學習網及 YouTube 平台，我們可掌控安排上架之時間，但與凱擘股份有限公司之合作，唯上傳時間仍需配合該公司時程安排。
- 4) 影音錄製及製作：中心現階段影音的內容多為記者會實錄、數位課程及宣導短片等制式影音，為加強豐富度，後製時於影片右上角置入中心品牌 Logo 並在片尾插入「守門人一問二應三轉介」宣導短片，豐富的影像畫面可提高民眾觀賞意願，同時達到宣傳的效果。
- 5) 建議與改善：
 - (1) 未來繼續擴展雲端合作範圍，與其它有線寬頻電視業者或其它網路學習平台連結，持續透過雲端學習，推廣珍愛生命守門人理念。
 - (2) 未來影音規劃面向可更加多元化，例如透過微電影、電視台節目合作、自製宣導短片等等方式，引起社會大眾正面關注，認識自殺防治議題等。

「珍愛生命」服務學習課程之推廣與評估： 以大學生為例

一、 背景(Context)

服務學習是將社會資源轉變為學生學習場域的教學方法與過程，它豐富學生學習的對象、深度與廣度，也使得學生學習成效從單純的理論知識提升到全人發展。教育部於 96 年函頒「大專校院服務學習方案」推動大專校院服務學習，鼓勵大專校院辦理服務學習相關業務及課程實施，至 2009 學年度，全國已有 125 所大專校院設置服務學習專責單位於各校內推展服務學習，120 所大專校院將服務學習課程納入正式課程學分。(資料來源：教育部公告之大專院校服務學習方案)

針對國內校園自殺、自傷問題，依 2014 年衛生福利部公布資料，「自殺」居 15~24 年齡層十大死因之第二位。另分析 2014 年自殺通報關懷相關數據，發現 15~24 歲年齡層之通報人次佔全國通報人次 13.9%(4,039 人次)。雖然 15~24 歲年齡層並非自殺死亡率最高的族群，但是青少年是國家發展的根基，心理困擾與自殺危險若沒有適時獲得紓解，或及早正視心理健康管理之重要性，其影響恐將延續至離開校園後的生活與適應。

「服務學習」，就是「服務」與「學習」的相互結合，也就是在「服務」過程中獲得「學習」的效果，同美國教育家杜威(Dewey)所提的「從做中學」(learning by doing)。服務學習是將社會資源轉變為學生學習場域的教學方法與過程，它豐富學生學習的對象、深度與廣度，也使得學生學習成效從單純的理論知識提升到全人發展。服務學習的目的，除在提供學生獲得實際經驗的機會，達到真正的學以致用，藉實際服務與知識技能的融合，得以促進自我的成長外，更經由服務社區，滿足社區之潛在需求，使得學校與社區的關係更加密切，彼此得以分享資源，共享進步；透過服務者與接受者雙方的共榮共享的互動過程，最終得以改善共享的環境與營造正義和諧的社會。

全國自殺防治中心致力推動校園自殺防治守門人訓練課程，並推廣線上學習，更與教育部相關教育學習網相互連結。有鑑於體認到將觀念結合實務操作，學生將更容易接觸到自殺防治相關心理衛生資訊，並欲強調關懷的情操與實際的行動，期使生命感動生命，生命帶動生命，藉由服務與學習結合，透過具體的學習目標，以及服務的實際經驗，深化珍愛生命守門人的概念。故全國自殺防治中心於民國 2010 年 12 月，進一步與台灣大學醫學系試辦合作珍愛生命服務學習課程，並於 2011 年，推廣至台大各學系，提供不同時數的認證

課程。

珍愛生命服務學習課程與守門人精神環環相扣，期透過參與自殺防治業務，增進對自殺防治之相關知識及現況的了解；亦納入服務學習之架構，藉由服務學習的過程中，體認自殺防治之重要性，進而重視自己的心理健康管理；透過參與相關活動，培養人文關懷之精神，培育學生成為自殺防治守門人，能夠秉持友善和熱忱的態度，並具同理心、感同身受地去了解對方的需求，發揮一問二應三轉介，將珍愛生命、關懷他人的態度融入日常生活。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 於 2010 年度開始，與台大醫學系合作，辦理珍愛生命服務學習課程，並於 2011 年度上學期，推廣至台灣大學全校，提供不同時數的認證課程。課程資訊公布於台大服務學習網頁，學生自行與中心聯繫。課程教授方式可依學生報名狀況，進行單一學習或是小團體學習。課程內容可彈性選擇，可為自我學習、影片學習及帶領學習，依據學生狀況而定。自我學習發生在學生課程時間上實無法配合，則郵寄「自殺防治策略推動現況與展望」論文檔案及課程需求供學生自修學習，並以回復資料核定實作內容；影片學習為觀看中心專業講師錄製之課程錄影帶，配合中心工作人員之帶領學習，講解課程內容及達成目標。
- 2) 發文至台北市、新北市 20 所大專院校，推廣告知本中心有提供珍愛生命服務學習課程。
- 3) 追蹤函文之校園處理情形。
- 4) 針對課程服務項目規劃及實際辦理方式進行修正。
- 5) 推廣中南試辦：先行瞭解中部中山醫學大學、高雄醫學大學之校園服務學習辦理情形，再與台中市衛生局及高雄自殺防治中心聯繫，協助兩方之合作事宜。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：台灣大學、國立臺灣師範大學、東吳大學、國立政治大學、中國文化大學、大同大學、國立陽明大學、國立臺北教育大學、臺北市立教育大學、銘傳大學、世新大學、實踐大學、臺北市立體育學院、臺北醫學大學、淡江大學、輔仁大學、華梵大學、國立台灣藝術大學、真理大學、國立臺北大學、馬偕醫學院、台中市衛生局、中山醫學大學、高雄市自殺防治中心、高雄應用大學、高雄師範大學。
- 2) 資源連結內容及形式：網址連結、訊息傳遞、辦理服務學習課程。

三、 過程(Process)

1. 中心辦理程序：

- 1) 學生如欲修習珍愛生命社會服務課程，主動洽詢中心並安排前來中心服務時間。
- 2) 學生依約定時間前來中心進行服務學習，先進行中心簡介，並詳述服務內容及時數分配，課程內容包涵媒體監測(自殺新聞編碼)、自殺文獻閱讀及整理、瞭解中心網站、推廣心情溫度計等(請詳見表 1)。
- 3) 其中心情溫度計之推廣部份，學生可就周遭親友進行檢測推廣，如同儕醫師、護理師、病人或一般大學生等，完成後繳回，再行統計分析及討論。
- 4) 服務學習課程結束之時，與學生進行討論，學生可回饋相關建議，並邀請學生加入珍愛生命義工行列。
- 5) 課程結束後學生須繳交心得一篇，會擇期刊登在中心專區或學會季刊《自殺防治網通訊》，以利推廣交流。

表 1、珍愛生命服務學習統整課程規劃重點與實施內容

階段	課程名稱	課程重點	內容
準備	中心及守門人概念簡介	引起動機 課程介紹 認識機構 實務介紹	課程簡介 台灣自殺現況、自殺防治策略、珍愛生命守門人概念及心情溫度計講解 中心實務介紹 媒體監測之必要性(自殺新聞六不六要編碼)
服務	協助自殺防治相關業務 推廣心情溫度計	實際服務操作	媒體監測、自殺防治相關宣導活動參與、豐富珍愛生命打氣網內容、瀏覽中心網站、留言板與珍愛生命學習網，並提供建議 實際推廣心情溫度計
反思	珍愛生命知識研讀 心得報告	理念學習 總結服務學習歷程	自殺防治相關文獻收集，並思考如何運用在國內自殺防治 分享服務感想與建議
慶賀	成為珍愛生命守門人 作品刊登	總結經驗	邀請成為珍愛生命義工 擇內容於中心之《自殺防治網通訊》刊出。

2. 中南區試辦：

- 1) 中區：協助台中衛生局與中山醫學大學合作辦理服務學習事宜。
- 2) 南區：協助高雄自殺防治中心與高雄醫學大學、高雄應用大學、高雄師範大學合作辦理服務學習。

四、 成果(Product)

1. 執行成果

自 2010 年度下學期截至 2015 年年 4 月，共有 30 人參與珍愛生命服務學習課程，共計 464 小時；並將心情溫度計和守門人 1 問 2 應 3 轉介之概念，落實在生活中。心情溫度計共檢測 268 份，其中共 14 位願意加入義工，33 位願意接收到相關訊息，且從學生心得報告均可見到參加此服務學習後，均表示受益良多，不僅對自殺防治更瞭解、更關心社會的自殺新聞，並學會如何擔任一個守門人。(詳見表 2 及表 3)

表 2、學生來源

學校學系	性別(人次)	
	男	女
台大醫學系	8	5
台大獸醫系	7	2
台大國企系	1	1
台大醫技系	0	4
台大歷史系	1	0
台大哲學系	0	1
台北市立大學視覺藝術系	0	1
新竹教育大學心諮系	0	1

來源	人數	百分比
助教得知	17	56.7%
服務學習網	9	30%
同學介紹	3	10%
通訊	1	3.3%

表 3、學生修習課程內容比率

課程內容項目	人數	百分比
中心簡介	30	100%
媒體監測(自殺新聞編碼)	25	83.3%
瞭解中心三大網站	30	100%
推廣心情溫度計	20	66.7%
自殺文獻閱讀及整理	9	30%
刊登於通訊	11	36.7%

2. 課程實施成果分析與討論

1) 學生服務學習歷程的改變與成長

(1) 媒體新聞

有鑑於媒體報導具有左右社會輿論思潮的潛在影響力，監測自殺事件報導的適切性是自殺防治全面性策略中最重要也最基本的項目之一。自殺新聞的蒐集主要以台灣四大報社出版內容為主，請學生用筆標示整篇自殺事件報導，並加註刊載報紙名稱、所屬版面、刊載日期。除了將蒐集而來新聞掃描存檔外，也請學生依據世界衛生組織公佈之「六不六要」報導原則，逐條檢核每一篇新聞，進行線上登錄編碼的工作，以利後續統計分析。學生們在實務操作的過程中，大多數覺察自己對此類新聞報導的敏感度提升，也能以更理性、全盤思考的角度看待整起事件：

開始在中心服務之後，我才開始正視關於自殺報導帶來的影響，一則報導有沒有符合“六不六要”、標題有沒有被強調、有沒有可能會引起自殺的風氣...等，我開始注意報紙內所有有關自殺的新聞，並且一則一則去分析，每當看到新聞報導出很詳細的自殺方法，我就會覺得膽戰心驚，擔心這樣不當的新聞報導會對一些人造成影響，甚至引起模仿的風氣，導致令人遺憾的事情發生。(20120327 淳)

國人自殺方法排名也打破了我的迷思，我一直以為吞安眠藥及跳樓是最多的，但其實則不然，而會有這像的迷思是因為媒體的炒作下而有的，藉由大篇幅的驚悚標題吸引注意，在不知不覺中提高自殺身亡率，由此可知，監控媒體是很重要的，我藉由看一篇篇的自殺新聞後，才猛然發現原來自殺案件是如此的多，而媒體影響是如何的重大，簡化的自殺原

因，聳動的成功字眼，都可能引導讀者走入錯誤的迷思。(20120518 鈞)

也有學生注意到台灣每天自殺新聞的報導量：

在接下來進行報紙媒體的監測時，才發現真的每一、兩天就會在報紙上看到自殺的新聞，有時甚至一天有兩、三則，遠比我原本以為的多。比較不平的是，報紙常常會把自殺新聞放在頭條，還將自殺的流程清楚交代，有些甚至最後再附上模擬照片，如同當代版的「完全自殺手冊」，讓人無法苟同報紙編輯的想法。而這也只能靠不斷地和報社媒體溝通協調，期望他們能負起社會責任，將社會大眾導向正面的思維。(20120703 威)

其中感覺最特別的是新聞剪報，以前看報紙很少會去注意自殺新聞，直到在中心整理報紙，一回頭看到剪報堆成了一大箱才發現：原來在台灣自殺新聞多到這種地步！媒體在自殺防治中扮演了相當重要的角色，正確而不揭露過多細節的報導能夠避免高危險族群產生學習效應(如香港婦人引起的燒炭風潮)，宣導社會資源和求助管道則可以提供潛在自殺者求助的機會。(20120209 葳)

有學生開始關心媒體是否遵循適當報導原則，並能主動提出申訴：

在監測新聞六不六要時，發現平時不會特別注意到的自殺新聞，原來一個小篇幅的自殺新聞也有這麼大的學問隱藏在其中，由於現在媒體報導內容很自由，很多新聞為了吸引民眾都會寫的非常聳動，導致部分新聞會忽略了某些自殺傾向的人可能因此而決定也走上不歸路。經由這一個月的服務，我想我之後會更加關心自殺相關的新聞報導，同時在媒體有不當的言論時也會經由管道申訴。(20120327 婷)

有的學生觀察到，在某種程度下自殺事件的報導其實也透漏出當前社會尚待探討的一些問題：

隨著時代變遷，大眾傳播的力量深入社會中每一個角落，今天我們看到選擇提早結束生命的人，是與你我沒有不同的小人物，讓人意識到背後的原因會不會是也許我們一起在面臨的問題，於是自殺從故事變成必須正視的社會問題。(20120308 翰)

(2) 心情溫度計推廣

心情溫度計是適合個人在不同場境下進行自我檢測的工具，除可迅速了解自我心理的照護需求，也可以用來初步篩檢自殺風險。該量表具備簡短、使用容易的特性，非常適合普及推廣。在服務學習課程的教育宣導項目當中，學生們除了認識量表設計特性、自我評量之餘，課程目標是請學生需運用量表主動關懷周遭至少 30 名親朋好友，並回報推廣過程中的收獲與反思。從學生的自述中，表示透過邀請填寫量表與口頭關懷探詢，反而因為貼近對方的近況，大幅增進彼此的心理距離。

心情溫度計的推廣是另一個校外課題，我選擇的對象是台大合唱團的社員們，雖說團內人不少，30 份問卷的取得不會有太大問題，但要拿出這份問卷請他們填寫還是需要一些勇氣，因為這些問題感覺比較涉及個人隱私，如果沒有一定熟識程度，我不會想讓對方知道。等到真的發問卷時，結果有點出乎我意料，大家都很真誠的填寫問卷，而且大部分人的分數比我預期的高！此時才體會到，就算大家處在相同學習環境下，所面臨的壓力和心態狀況還是有很大的不同，是時候要多多關心身邊的人了。發問卷的過程中，讓我理所當然的和朋友們聊聊近況，是個非常棒的經驗和機會！（20120327 慧）

有的學生也體認到即使外表看起來一切正常的人，內心仍隱藏著程度不一的壓力與負向情緒：

我請我的親朋好友填寫心情溫度計時，大部份人的填答結果很高興的都非常正向！不過，也意外發現到有幾位朋友是有一點自殺念頭的，甚至他們都是高學歷，也有良好的人際關係。很慶幸的是指數並不高，也讓我早點發現這件事，有時間可以慢慢了解造成他們有一點自殺念頭的原因為何，試著成為他們的守門人！（20120703 威）

其中我也藉由將心情溫度計發送給一些好友填寫，才發現原來有那麼多人活在負面壓力下，一直以為大家都是台大人了，應該會自視高人一等，可是卻發現很多好友都覺得跟不上別人，易緊張，從他們平日的表現根本看不出來，也藉由填寫這張量表讓我更了解好友，並以談天形式希望能抒發他的壓力，希望能做到 1 問 2 應 3 轉介。（20120518 鈞）

(3) 守門人

一個人在接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介，即可稱為自殺防治守門人。服務學習的學生皆參與了守門人教育訓練講座，認識該角色的定位與功能、打破對自殺意念者負面的刻板印象，學習可運用的轉介資源和技巧(1問2應3轉介)。大多數的學生們在接觸了守門人概念後，對於自殺議題的態度有了正向的轉變，並且願意落實關懷技巧於生活當中。

這次服務中，我最大的快樂是自己接觸到了一個全新的領域，並且修正了自己的某些觀念。過去我總認為，自殺本來就是自然的社會現象，反正一定會有人日子過不下去了，決定死一死，一了百了，那既然他們想死就讓他們去吧，但這次來這邊服務了兩天，我認識到的確有些方法可以有效降低自殺率，適度的關心、適當的轉介都是很好的方法，希望未來這個領域能有更多人參與，一起為自殺防治盡一份心力。(20110210 哲)

(4) 台灣自殺防治現況

服務學習的準備階段即會介紹中心實務，以及台灣自殺現況，讓服務學習的學生縱覽台灣地區自殺議題的嚴重性、制定防治策略的多元性，以及開展防治網絡的必要性。學生從各類型因地制宜的策略中，接受自殺其實是由多重因素催生而成，藉由探究這些危險因子，發展並落實因應對策，預防憾事一再發生。

對我來說，這次的服務課程讓我認識了一個新的機構，和醫學相關，卻又並不完全是從醫學的角度去切入，更多的還有社工的角度、心理師的角度、媒體的角度、以及一般社會大眾的角度等等。因為自殺的因素是多重的，因此防治的方法也是多元的。在一個 project 裡，每個領域的專業人員、研究方法，都有它的益處和必要性，都可以對自殺防治盡一份心。這是我心目中，這次院外服務課最有意義的地方。(20110125 旻)

這次服務的經驗讓我瞭解了防治自殺的業務概要，也讓我稍微改變了過去看待自殺的態度，世界上肯定有出於自主意識純然理性的自殺，但大多數自殺的人都是基於事後會懊悔的衝動而決定結束生命。對於這樣缺乏決定能力、貿然做出選擇的人，限制自殺行為並不只是強行介入或干涉個人自由，而是讓他們能有第二次自我抉擇的機會。(20120209 葳)

有學生注意到自殺與污名化的社會現象：

自殺並不能視作單純的精神病理所造成的，背後還有更多複雜的因素，需要被看見和檢討。首先，自殺真正的原因應該要從整個社會的動態和現象去做解釋，我所蒐集的這些新聞，都是對於某個事件經過媒體詮釋之後所帶給閱聽人的，也因此經常犯下過度簡化原因、強調事件結果(死因、方法)而不重視當事人之真實生命脈絡，僅僅用「久病厭世」此類的言語簡單帶過。這或許反映了社會大眾普遍對於這類事件的感受，將自殺本身視作異常，對於原因的要求也隨隨便便，能夠應付自己的好奇心和即可，問太多了反而讓自己操心。(20120120 甫)

(5) 反思

除了以上四點的學習目標，許多學生在回饋心得當中，表達出自己對自殺議題態度的轉變，此外也顯示出學生們的學習不僅止於課程知識的吸取、對媒體報導資訊的合理批判，更升起了對自殺已遂者或意念者的同理與理解。

記得在以前小時候，看新聞總會有那麼幾則有關於自殺的報導，那時總會覺得在這世界上還有許多人，在為了明天而努力地想活下去，有多少身患絕症的人，每天總在跟病魔搏鬥，只為了爭取那短短的生存時間，而這世界上卻也有人絲毫不在意自己生命的價值，動不動就想了結，讓那些為了生存而搏鬥的人情何以堪？但是直到現在才知道，會讓人走向自殺這條路，總是在退無可退，走投無路時才會做的最後選擇。媒體總是只挑一個最大的問題來報導，讓人以為自殺者只是個無法承受任何壓力的草莓族，而沒有更深入的探討事情為何會發生。(20111223 羽)

過程中除了可以讓自己更堅定的把自殺這個選項從生活中剷除，也了解到許多貧苦的人，對於這個不公平的社會實在沒有辦法翻身而感到痛苦。(20111028 育)

有學生經過自殺相關文獻的探討後，提出了對於自殺和臨床醫療的觀察與收穫：

另一項收穫是看了很多與自殺相關的文獻，我特別挑了一些與臨床相關的 paper 來閱讀，比方像「Mental disorder in cancer suicides」、「脊髓損傷患者的自殺」、「縮胃手術患者的自殺」、「變性手術患者的自殺」……等，這才知道原來臨床上有很多情況是會顯著提高自殺率，但臨床醫師

卻很少注意到這一部份。另外像是討論「有留遺書和沒有留遺書的自殺者有什麼不一樣的特徵」也是我覺得很別出心裁的研究主題。(20120619 伶)

對於網路上交流園地(留言板)的存在，有的學生認為確實可帶來幫助：

我覺得「我有話要說，自殺防治討論版」是一個很好的抒發空間，有自殺傾向或是較悲觀的人可以藉由這樣的空間彼此互相打氣，也可以從鼓勵他人中了解到自己存在的價值、減少負面想法，因此降低有自殺傾向的自殺意念及衝動。網路的好處是，這些人可能會逃避就醫尋求協助，避免自己的病情被外人知道，他們比較願意在電腦的一端和他人訴說，或許這樣無法達到真正解決問題的方式，但至少能讓更多人關心他們。(20120327 婷)

2) 分析與展望

(1) 服務學習課程有助於學生利他行為之開展

整體而言，學生們大都能從學習歷程中反思自殺防治工作的目的、意義與價值。從課堂上的經驗分享、回饋心得中可知，學生們不僅能以理性的態度看待自殺事件報導、對於自殺行為/意念者的心理歷程也多了一份同理，更從服務實踐中學習主動關懷自己與他人的情緒變化，重視心理照護的需求應和追求生理健康同等重要。這些改變，印證黃春枝(民 95)研究結果，服務學習有助於同理心的開展。也呼應教育部(民 96a、96b)及徐明(民 98)指出服務學習的功能可協助個人解決問題、培養人際關係；也如顏妙桂(民 98)指出，有助於培養學生尊重他人的生命態度。學生從服務學習中發展利他行為，同時也奠定尊重生命的良好態度。

(2) 開拓多樣化服務學習課程類型，以利發展學生多元潛能

服務學習課程類型一般而言有三種：(1)獨立式服務學習課程，是一個有學分數的學習課程方案，學習內容多數為了解服務的內涵與技巧；(2)第四學分的選修，課程設計規劃是沒有考慮服務要素，而是學生可以自行規劃一個社區服務計劃，經由授課教師的同意，完成後可以獲得一個學分(第四學分)；(3)融入式服務學習課程，課程設計是已將服務統整並融入課程內，服務是課程的重要作業或規定之一。本課程屬於融入式服務學習課程，課程內容綜合了自殺防治重要概念、媒體監測實務、以及教育推廣實踐，由於知識與實作並重，學生們「從做中學」的過程中，觀念上的轉變彌足珍貴，不僅打破錯誤印象和自殺

迷思，更能體認生命的寶貴，以及心理健康的重要。

(3) 遵循服務學習課程模式建立教育訓練課程，推廣至學生以外之各族群

現階段之守門人教育訓練多半偏向由講師傳授重要概念與知識，學員僅單方面接收資訊，實作機會不高。然而在考量場地、時間、人數、目標等諸多因素後，未來可首先針對義工族群或是對自殺防治含有強烈動機之民眾，辦理課程與實務並重之教育訓練，相信更能加深訓練成效，不失為進一步落實自殺防治的全面性策略之參考。

3. 檢討與建議

- 1) 就北區 20 家大專院校推廣後發現，多數大專院校服務課程僅有校園內部打掃服務，其中少數由導師與特定外部機構合作，或是請學生上內政部志願服務網尋找服務機構等，中心並非登記在案之志工團體。由於上述情況，故在推廣上實有困難。
- 2) 藉由學生回饋顯示，即使在校園公告網頁上有公佈珍愛生命服務學習課程，然而此類網頁瀏覽率不高。校園服務學習仍多由系上導師、社團老師帶領居多，或是需要機構在學校規定之時間內進行課程說明，招攬學生，故欲擴大宣導此服務課程執行上不易。
- 3) 建議由教育部推動珍愛生命服務課程至各校，由導師、社團老師或各校種子教師開課帶領，進行珍愛生命課程教學或專題教案。
- 4) 建議各地衛生局將珍愛生命服務學習之內容納入志工服務中，與承辦學生志工服務業務之夥伴合作，納入珍愛生命理念，推廣自殺防治概念，方能有效落實各地推廣的遠景。

「關懷訪視」守門人教育訓練

一、 背景(Context)

在自殺防治策略中，自殺未遂者為公認的再自殺最高危險群，指標性防治策略即針對自殺企圖者，提供追蹤與關懷。衛生福利部自 2009 年起補助各縣市政府衛生局辦理「自殺通報個案關懷訪視計畫」，透過定期訪視關懷，落實自殺企圖者之個案管理、危機處理機制，以協助自殺企圖者。

關懷訪視員扮演非常重要之守門人角色，根據中心自殺通報資料分析發現，有接受關懷者與未接受關懷之群組相比較，其再自殺企圖或自殺死亡率均有明顯下降，足見關懷訪視之重要。中心持續進行關懷訪視系統與相關作業之改善，並協助自殺關懷訪視員之訓練，期個案得到適合之關懷照護，能有效降低自殺死亡率。

自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱及毅力，而個案拒絕訪視為訪視過程中影響重大的問題，全國自殺防治中心自成立後每年均提供訪視員之教育訓練，同時也特別針對拒訪個案議題進行課程及研討。自殺關懷訪視員需信念一致，以人文關懷為出發點，並基於珍愛生命之理念，發揮守門人一問二應三轉介之精神，依不同情況背景之個案採取最適切之介入作為，期能透過協助訪視員，持續提升關懷品質及專業知能，協助每位個案，提升關懷訪視率及改善拒訪現象，進而提升轉介相關心理衛生資源之比率；期透過關懷訪視及個案管理，能降低再自殺風險。

二、 2012 年

1. 輸入(Input)

1) 執行步驟與方法

- (1) 培訓關懷訪視人力
- (2) 檢討現行自殺通報關懷系統，進行系統功能增修
- (3) 擴大轉介資源

2) 資源連結與合作

- (1) 合作單位：自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局所、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、新陽電腦科技股份有限公司。
- (2) 資源連結內容及形式：提供分析報表及資料、系統維護及專家諮詢等。

2. 過程(Process)

協助通報後續進行關懷訪視服務之人員做教育訓練，規劃自殺關懷訪視員進階培訓制度，蒐集各縣市關懷訪視員名單，建立聯絡網，並召開關懷訪視員電話會議，瞭解及協助解決訪員於實務工作遭遇之困難及問題。

3. 成果(Product)

- 1) 於 3 月份協助辦理三梯次關懷訪視員之教育訓練課程。
- 2) 為提升訪員專業知識及服務品質，並強化追蹤照護技巧及資源之連結與運用。參考 3 月份之訪員教育訓練課程，規劃自殺關懷訪視員進階培訓制度，包含教育訓練課程及訓練機制，並於 4 月份交付。
- 3) 為瞭解各縣市自殺關懷訪視員執行工作上之困難，協助後續訪視業務進行等，召開關懷訪視員電話會議，會議由李主任主持，除關訪員外並邀請縣市衛生局承辦人、關訪員計畫承接單位督導等共同與會，於 8 月 29 日優先針對前年自殺死亡率前五名之縣市召開，後又於 11 月 5 日、11 月 13 日及 11 月 14 日針對其他縣市自殺關訪員召開會議，總計共召開 4 梯次關訪員會議。
- 4) 除電話會議外，為讓自殺關訪員也能運用網路進行分享及交流，中心特於學會網站上建立了【自殺關懷訪視員分享園地】，提供網路平台供訪員留言，若有任何問題(例如：訪視相關、個案相關等)皆可隨時提出，中心會予以回覆，並歡迎訪員分享心情故事，未來將增加常見 Q&A 以供訪員參考。

三、 2013 年

1. 輸入(Input)

1) 執行步驟與方法

- (1) 草擬關懷訪視作業問卷及績效評估指標。
- (2) 蒐集並整理問卷回收結果、整理相關數據。
- (3) 文獻回顧。
- (4) 召開關懷訪視員焦點團體會議。

2) 資源連結與合作

- (1) 合作單位：基隆市衛生局社區心衛中心、基隆維德醫院、臺北市政府自殺防治中心、亞東醫院、張老師基金會臺北分事務所、衛生福利部雙和醫院、桃園療養院社區精神科健康中心、國軍新竹醫院精神科、臺大醫院竹東分院精神科、苗栗縣生命線協會自殺防治組、臺中市政府衛生局心理健康科、臺中慈濟醫院、彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院、社團法人南投縣生命線協會、信安醫療社團法人信安醫院、嘉義縣衛生

局醫政科、臺南市政府衛生局心理健康科、衛生福利部嘉南療養院、高雄市政府衛生局社區心衛中心、高雄凱旋醫院、屏東縣迦樂醫院、臺北榮民總醫院員山分院、花蓮縣衛生局、卑南衛生所、臺東縣成功衛生所及金門縣衛生局社區心衛中心。

(2) 資源連結內容及形式：問卷蒐集、電話連繫、焦點團體會議等。

2. 過程(Process)

- 1) 5 月業務會議提案討論，確立相關作業內容，6 至 7 月擬定關懷訪視單位及關訪員之調查問卷，另同時進行績效評估指標之草擬。7 至 8 月寄發問卷予各縣市關懷訪視單位及關訪員並完成回收問卷結果，共 10 單位、19 位關訪員回覆。
- 2) 9 月於業務會議提出結果討論，確立焦點團體會議事宜，並再次寄送信件予未回覆之縣市，致電再次請託，月底完成二次問卷結果彙整，共 15 單位、21 位關訪員回覆。10 月針對近三年(98-2012 年)自殺通報系統之再自殺個案進行人口學等相關統計分析，並召開關懷訪視員之焦點團體會議，並將相關結果整合入報告中。

3. 成果(Product)

- 1) 關懷訪視員調查問卷結果彙整，共 15 單位、21 位關訪員回覆。
- 2) 召開關懷訪視員之焦點團體會議。
- 3) 完成「自殺防治通報關懷作業現況及改善建議」報告乙份，以行政面、專業品質面及成效面三面向，檢視現行自殺防治關懷作業之相關情形及提出改善建議。

四、 2014 年

1. 輸入(Input)

1) 執行步驟與方法

- (1) 彙整分析通報體系拒訪相關資料。
- (2) 蒐集各縣市訪視員拒訪相關實務經驗。
- (3) 擬訂「關懷訪視經驗問卷」—內含各項拒絕訪視情境，寄發予所有訪視員。
- (4) 整理回收問卷結果及數據。
- (5) 探討問卷調查之結果，並召開拒訪個案介入處置措施焦點團體會議。
- (6) 彙整會議結果並依專家建議增修後，列入共識營主要議題之一。
- (7) 辦理「自殺通報個案關懷訪視員共識營」。
- (8) 針對拒訪個案處置措施提供課程及資料，並製作相關教材予各縣市訪視員。

- (9) 彙整並討論訪員回饋意見，並考量拒訪個案介入處置、再自殺之議題，規劃辦理進階課程並討論相關主題。
- (10) 辦理「自殺通報個案關懷訪視研討會」。
- (11) 設計拒訪個案介入處置調查表進行調查並分析拒訪資料，進行討論，以評估成效。

2) 資源連結與合作

- (1) 合作單位：基隆市政府衛生局、基隆市政府衛生局社區心衛中心、臺北市政府自殺防治中心、臺北市立聯合醫院松德院區、馬偕紀念醫院淡水院區、衛生福利部臺北醫院、三重張老師、佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院、亞東醫院、衛生福利部桃園療養院、桃園自殺防治中心、國軍新竹地區醫院、新竹市政府衛生局醫政科、臺大醫院竹東分院、社團法人苗栗縣生命線協會、臺中榮民總醫院、臺中慈濟醫院、彰化縣衛生局、彰化鹿東基督教醫院、社團法人南投縣生命線協會、埔里鎮衛生所、信安醫療社團法人信安醫院、衛生福利部朴子醫院、臺中榮總嘉義分院、衛生福利部嘉南療養院、高雄市政府衛生局、高雄市政府衛生局社區心衛中心、宜蘭縣政府衛生局、臺北榮總員山分院、臺北榮總蘇澳分院、花蓮縣衛生局、卑南鄉衛生所、屏安醫院、連江縣衛生局、各縣市關懷訪視單位等。
- (2) 資源連結內容及形式：問卷蒐集、電話及電子郵件連繫、焦點團體會議、共識營、研討會等。

2. 過程(Process)

- 1) 3月業務會議提案討論，確立焦點團體會議、共識營事宜及相關作業內容，彙整關懷訪視拒訪相關資料，草擬自關員之經驗調查問卷並寄發問卷予各縣市關懷訪視單位及訪視員。4月完成回收問卷結果，共91位訪視員回覆，占全國訪員比例約7成，於業務會議提出結果討論，召開拒訪介入措施焦點團體會議，並將相關結果整合入後續活動中。
- 2) 5月辦理自殺個案關懷訪視員共識營，共識營課程於珍愛生命數位學習網上架，並周知訪視員。月底以電子寄送常見問題與解答予訪視員，並上傳至關懷訪視員專區供參。6月製作光碟，內容包含共識營課程及延伸閱讀資料、常見問題與解答等，並寄送課程光碟給各關訪單位中每位訪視員。
- 3) 7至8月陸續回收光碟閱後意見回覆表。9月業務會議，為強化訪員拒訪介入處置之實務技能，提案討論決議辦理進階研討會，並將拒訪個案介入處置措施列為三大主題之一，加以演講及討論，加強訪員相關認知及促進縣市間之實務處置交流討論，於10月底辦理自殺通報個案關懷訪視研討

會。

- 4) 11 月針對 2014 年 1 至 10 月通報拒訪資料進行分析及討論，並寄送「拒訪介入處置調查表」及拒訪介入處置討論摘要與綜合建議予各縣市關懷訪視單位及訪視員，並上傳至關懷訪視員專區供參。研討會課程也上傳至珍愛生命數位學習網，方便線上學習。回收問卷因回覆率極低，再次以電郵提醒，截至 11 月底共 51 位訪視員回覆。
- 5) 12 月初於業務會議報告結果，決議再次請託(電話)以提升回收率。最終回收問卷結果，共 109 份回覆，進行分析及討論，並就拒訪資料再次討論並進行比較分析。

3. 成果(Product)

- 1) 彙整關懷訪視經驗調查問卷結果，回收共 91 份，約占 7 成，摘要如下：
 - (1) 電訪個案經驗中，常常發生之情況比例最高為「個案曾表達拒絕訪視，但為符合訪視規定再度去電，造成個案不悅」，其次是「因身體心理狀況不願接受訪視」、「表示自己沒事且無再自殺行為，掛掉電話」及「與個案約定好下次電訪時間卻在約定時間無人接聽」。
 - (2) 訪視個案家屬及重要關係人經驗中，最常發生的情況為「找不到個案，家屬朋友拒絕回答個案聯絡資訊及情況」，其次是「電話打通，但家屬朋友拒絕讓個案與關懷訪視員交談。」
- 2) 召開拒訪個案介入處置措施焦點團體會議，並彙整成自殺關懷訪視員常見問題與解答，包含不同拒訪情境、校園個案、精神科個案及家暴個案等，其原則共包含十七項，摘錄如下：
 - (1) 拒絕訪視：若遇到個案拒絕訪視，如何因應？

拒訪個案的再自殺率特別高，建議採取家訪，以鍥而不捨態度持續訪視，並視情況調整與個案接觸的頻率和方式，如改以書信關懷、寄送關懷卡等，讓個案感受到關心，並於督導會議討論。

可介紹自身專業背景(心理諮商、護理、社工等)，提高個案接受度，進而達成訪視。也可用簡訊通知個案，表示衛生局要進行健康促進，請與我們連絡。不直接使用自殺等字眼，個案也許會主動聯繫訪員。
 - (2) 拒接個案：若遇到完全斷絕外界聯繫之個案，如何因應？

對於不接電話、把訪員電話設定成拒接、到家中面訪結果不出來開門之個案，可送上關懷信、手工小卡片等，表示關心。並可善用通報單上的聯絡人，了解個案動態，建立聯繫方法，或尋求警方跟村里協助。
 - (3) 情緒激動個案：若遇到謾罵、情緒激烈之個案，如何因應？

建議採取低姿態訪視，並運用衛生所健康促進角度介入降低個案戒心

(如：先問最近有沒有做乳攝?)，定時定量訪視，但若情況十分嚴重，先停止訪視，與督導討論後，擇日再訪。

- (4) 否認為自殺個案：個案否認自己是自殺者本人，偽裝成家屬等。家屬也可能會否認個案自殺或拒絕透露真正的原因。

否認自殺是人之常情。對於此類型個案，關訪員可先表示沒關係，之後再聯絡，慢慢進入訪視階段，個案較容易接受，衛生所助理也可協同訪視。

- (5) 個案認為訪視幫助有限：很多重複自殺、年紀稍長或背景複雜之個案，較容易拒絕訪視，認為訪員無法了解、同理到自身困境。

訪視員在面對個案時，要對自己有自信，縱使面對的是年紀較長或是背景較複雜的個案。須強調關懷訪視的專業，建立專業形象和自尊心，才能有辦法達到關懷目的。也可視情況調整，根據個案特性更改關訪員之安排。

- (6) 精神病患個案：若遇到精神病患個案之訪視過程有問題，如何處置？

可請專業督導心理師會陪同家訪，觀察訪視過程中哪部分需加強，配合醫師之協助，進行修正。可請衛生局召開個案研討會，邀集心理師和醫師一同出席，針對個案討論因應策略。

在訪視員訓練中，可結合社區與居家治療，讓新進同仁到居家治療進行訓練，並由資深同仁陪同，到精神科門診、社區復健中心、急性病房進行課程訓練，讓訪員了解個案可能發生的狀況，做好心理準備，以便從容應對。

- (7) 服藥就醫問題：若個案有服藥及就醫問題，該如何因應？

可用轉知單告知醫師，個案具有服藥問題，或是和社工聯繫，當個案回診時，社工或護理師會較能掌握個案狀況。個案若有精神方面問題，可結合居家社區治療團隊，及醫師到站訪視，針對疾病提供更進一步協助。病人常常以為症狀好了就不回診，但精神疾病不能馬上停藥。訪視員須以關懷角度提醒。以人為中心，家庭為單位，社區為基礎，來幫助這個人。像是了解個案上班情況，個案就會覺得這個人是真的關心我，不是只關心我要不要自殺、身體問題而已。

病人若有精神疾病，會產生很多情緒反應，也易厭於看診，可以多花點時間聆聽個案到處看診的痛苦，運用同理心關懷，並建立關訪員和醫師之間的關係。

- (8) 家暴相對人(施暴者)個案：家暴相對人個案可能面臨訴請離婚、保護令等情形，無法接受現況而開始產生自殺意念及行為，通常都屬於情緒激動、

個性操控型個案，如果不能滿足其需求就會拒訪。

此族群為最高危險群，例如：先生的權威、面子受損，針對家暴相對人個案要發揮同理心、態度從容，可以留下電話，或許在你離開後，個案會與你聯繫，以全人照護、以人為中心的方向來進行訪視。

若個案因見不到小孩而威脅自殺，可與受害者及社工建立關係，並與社會局協商，讓個案在穩定情況下，每個月在社會局安排的地點與小孩見面，使個案壓力稍微降低。若情形嚴重，可建請衛生局召開個案研討會，討論訪員及社會局之合作，並和社工一起訪視個案。

(9) 校園個案：

- a. 學生：住校之個案，曾嘗試透過輔導室聯繫個案，但個案拒絕。
- b. 家長：家長或監護人可能擔心因通報，發生之案件被公開，所以不允許訪員介入處置。
- c. 訪視時間問題：學校可能會將個案轉介給關訪員，扣除學生在校的時間，僅剩放學後時間可訪視，不僅犧牲訪員的休息也犧牲了學生的時間。針對學生個案，關懷訪視人力調配及與學校如何整合值得討論。學校可直接關懷個案，不一定特意轉介至關訪員；訪視目的在於提供個案最佳的照護，並可與精神醫療資源連結。

自殺防治與醫療須以人文關懷當作基礎，這與每個人的價值觀、尊嚴有關，一定要表達是來幫忙，以對方為尊，兒童被通報後，要保護孩子的安全，把家長也當作個案，與家長建立關係後再進行下一步，先聽家長的意見及想法，了解他的處境，並保證個資不外洩。

訪視學生個案可由校園輔導室、家屬著手，可藉由班導師建議家屬進行親子教育，並同理輔導老師的焦慮感，若個案因自殺拒學，可直接到學校訪視，或連結至家扶中心，針對個案與學校溝通。

(10) 自殺意念個案：自殺意念之轉介方法及與其他團隊如何共同合作？

與高風險個案相比，自殺意念的個案轉介就醫較為困難，建議由關懷個案日常生活做起，像是睡眠、飲食等，提高個案的接受度。

合作方面，以社會處為例，由於高自殺意念個案開案率非常低，可請前端社工先訪視，若需轉到關懷訪視階段，再由訪員支援。

(11) 電訪時間過長：曾遇過電訪一個半小時仍未結束的個案，由於案主本身擅於表達，很難中斷，尤其是老人個案中更常見此情形。

訪視最難掌控的就是時間，有多少時間可以利用，是已經決定好的。須因地制宜、因人而異，透過技巧來掌控時間，並學會針對不同類型的個案，該採取何種訪視技巧。

- (12) 個案資料有誤：常發生個案資料錯誤或不全，而無法訪視。
各網絡於填報個案資料時務必盡量填寫詳盡，以確保資料之正確性，若發現聯絡資料不正確，可與其他單位，如醫院、戶政或警政等合作，協助查詢。
有縣市之心衛中心會先行協助確認個案之連絡資料，再由承辦單位進行關懷，建議其他縣市可考量評估此作法，以降低聯繫困難，提升後續關懷訪員之效益。
- (13) 個資法問題：曾因詢問醫院個案是否住院等事，因牽涉到個資，皆要行文至醫院。
若個案有自殺傷人之虞，不應受個資法影響。可請衛生局召開各醫院負責人會議，建置醫院聯繫窗口，於出院前約定時間到院訪視，以利後續之關懷。
個資法對於通報及訪視影響甚鉅，將來自殺防治法通過可更加推行因地制宜之策略。
- (14) 醫院告知問題：醫院應告知個案，會有訪員會進行後續關懷，但由於醫院第一線非常忙碌，會發生未告知病人之情形。
宜強化醫院端之通報，以人文關懷為出發點，使個案了解出院後將有訪視員進行關懷，勿使個案有被追蹤監督之感，衛生局於督考時須注意是否落實。
- (15) 家訪：進行家訪時需注意之處？
家訪較能建立關係，但為了安全上考量，盡量採兩人結伴出訪，訪視時以同理方式溝通，深入個案內心。若訪視對象為家屬，可先由居家安全、藥品使用等層面切入，不直接講自殺，降低訪視情況中可能產生的衝突。可視情況請護理人員支援，提供不同資訊供個案參考。
- (16) 聯絡名單：需協助時，是否有聯絡口袋名單？
關懷訪視員要掌握轉介資源，建立與自己熟稔的醫師口袋名單，一問二應三轉介中，固定將個案轉介給特定幾名醫師，也會跟醫師較熟，雙方合作。轉介時，方向、理由要清楚，並明示病人醫院及醫師姓名。如果經過判斷，此個案和某位醫師合不來，可依照醫師口袋名單，協助轉至另一位醫師。
遇到緊急情況時，也可聯繫長官或專家支援，或是聯繫警消。
- (17) 自關員角色：關懷訪視單位主要進行資源的轉介，但其他單位可能認為，關懷訪視員須全盤負責使個案不要自殺。
關懷訪視員對自己職位描述及角色認知十分重要，希望在 1 問 2 應 3 轉介的

步驟上，能徹底落實轉介，成為團隊的樞紐。自殺防治絕對不只是關訪員的責任，而是人人有責。

- 3) 舉辦自殺通報個案關懷訪視員共識營 1 場次，滿意度問卷發出 55 份，回收 54 份，回收率達 9 成，結果摘要如下：
 - (1) 課程之滿意度約占 8 成(83.3%)
 - (2) 課程應用於實務之滿意度約占 8 成(83.3%)
 - (3) 師資之滿意度約為 9 成(92.6%)
 - (4) 場地之滿意度約 8 成(79.6%)
 - (5) 課程時間之安排滿意約占 9 成(87%)
 - (6) 訪員認為有幫助的前 3 堂課程為關懷訪視之溝通技巧(81.5%)、訪視員之壓力與管理(55.6%)及關懷訪視之緊急情況及危機處理(48.2%)。
- 4) 舉辦自殺通報關懷訪視研討會，會中特針對拒訪個案之處置主題，進行專題演講及討論，各縣市訪員互相交流、討論相當熱絡，新進訪員表示獲益良多。拒訪個案之處置相關經驗整理如下：
 - (1) 與個案建立關係時，可根據個案的生活環境、個性、家庭狀況等，進而調整與個案的互動方式(如語氣等)。
 - (2) 若遇個案拒絕於家中訪視，另選地點須注重個案的隱私權，可選擇衛生所、心衛中心等，而吵雜地點，如：咖啡廳、速食店等為不建議之訪視場所。
 - (3) 訪員可忽略個案拒訪，透過持續不斷的關心，讓個案了解關訪員是真心想幫助他，卸下心防接受訪視，可多次面訪，與個案建立關係，以化解拒訪之情形。
 - (4) 電訪不容易與個案建立關係，所以容易被個案拒絕，家訪可以降低被拒絕的機會。
 - (5) 遇到強烈拒訪對象，提供各種衛教單張及可利用資源訊息給個案及家屬，日後個案有需求時，可主動聯繫訪員。
 - (6) 可提供實質幫助，例如帶物資送給個案，讓個案接受訪視。
 - (7) 如個案拒絕面訪，可與個案達成共識，以定期電訪為主，與個案保持聯繫，如曾有位自殺未遂的衛生所護士，僅接受通報但拒絕訪視，訪員因而向其他護士了解個案狀況，確保個案安全。
 - (8) 訪員可於了解家庭結構後，透過對不同個案背景的了解及分析來判斷，由重要關係人(家屬、朋友)著手。
 - (9) 合併健康議題(如：小孩打預防針、睡眠調查)切入，了解個案情形。
 - (10) 若訪員有護理師身分，也可以在幫忙健檢時對個案進行訪視關懷，藉由

衛生所推廣的事務來接近個案。

(11) 不同類型之個案處置：

a. 個案注重隱私、覺得家醜不可外揚、有個資外洩的疑慮：

訪員可於訪視時先表示訪視資料皆為保密。

b. 情緒激動、以死要脅訪員別再訪視之個案：

訪員須耐心的持續關懷個案，建立信任後，評估個案需要並給予協助。

c. 個案透過家屬拒絕訪視：

個案不願出面，可能是因為受過重大創傷，若家屬願意受訪，可先透過家屬了解個案狀況並給予協助。

d. 年長個案：

經常發生年長個案接受訪視，但事後批評訪視沒有幫助。需長期建立關係，訪員可用晚輩姿態傾聽的方式給予關心，較容易被個案接受。

e. 家暴個案：

若個案屬於特殊案例-家暴加害人，訪員可從個案過去人生中的成功經驗開始談起，較容易在一開始建立關係。

f. 精神疾病患者個案：

部份精神疾病患者的拒訪程度可能會隨著個案用藥程度而有所改變，可在個案回診時安排面訪。

g. 個案資料錯誤、失聯：

可向當地衛生局及鄰里長詢問相關訊息，或查詢個案有無列管紀錄、領過補助...等。

(12) 其他單位之連結與協助：

a. 通報單位須詳實紀錄正確的個案聯絡資訊，並務必先向個案表示日後將有訪視員進行訪視，說明關懷訪視的立意，減少拒訪發生。

b. 校園個案，若學校填寫之通報單資料不全，或以個資法為由拒絕提供個案資料，可委請衛生局了解並協調提供，必要時召開協調討論會議。

c. 若電訪數次被個案強烈拒絕，新北市的作法為轉介至公衛護士，轉介後即經督導討論後可結案，建議可將重心放在有意願接受幫助的個案。而衛生所公衛護士可利用「預防保健」系統查詢資料，提供個案健康檢查相關資訊，同時進行關心，亦藉由地緣之便，讓個案較容易願意接受關懷及協助。

5) 完成關懷訪視員影音教材 8 堂課。

6) 自殺通報個案關懷訪視員訓練課程光碟乙份：

為了讓未參加之訪視員也能參與此次研習課程，特編製光碟並提供，內容

除含研習會課程外，另加入延伸閱讀資料(關懷訪視常見問題及解答、自殺防治系列手冊 12—心情溫度計、自殺防治系列手冊 15—關懷訪視指引、自殺防治系列手冊 24—重複自殺個案之關懷管理)，供訪視員自我學習與參考，以便隨時反覆瀏覽。

7) 建立關懷訪視員專區：

持續運用關訪員專區平台，放置關懷訪視問題及解答、研習會課程等，並開放討論，利於訪員間互動交流、回饋意見及分享經驗，中心隨時提供協助。

8) 成效評估：

(1) 拒訪個案介入處置調查結果：

a.說明：本調查表針對關懷訪視員主觀感受所設計，回收共 109 份。問卷結果以是否參與共識營及是否閱覽課程光碟分四組進行分析對照。(詳如表 1)

b.結果摘要如下：

- (a) 整體而言，「參加共識營並閱覽課程光碟」者，及「僅閱覽課程光碟」者感到改善之成效明顯可見，其程度相較於「僅參加共識營」者及「未參加共識營也未閱覽光碟」者高出許多，尤以「訪視整體作業之改善」及「溝通能力之提升」2 項，感受到有改善者更接近九成或以上。
- (b) 訪視整體作業之順暢度：感受到有改善在「參加共識營並閱覽課程光碟」者共為 87.5%，「僅閱覽課程光碟」者共 87.1%。
- (c) 溝通能力之提升：感受到有提升在「參加共識營並閱覽課程光碟」者共為 91.7%，「僅閱覽課程光碟」者共為 90.4%。
- (d) 整體拒訪情形之改善：感受到有改善在「參加共識營並閱覽課程光碟」者共為 62.5%，「僅閱覽課程光碟」者共為 72.6%。
- (e) 面對拒訪個案信心度之提升：感受到有提升在「參加共識營及閱覽課程光碟」者共為 79.2%，「僅閱覽課程光碟」者共為 82.3%。
- (f) 訪員挫折感之降低：感受到有降低在「參加共識營及閱覽課程光碟」者共為 75%，「僅閱覽課程光碟」者共為 58.1%。
- (g) 原本拒絕訪視個案在經過處置原則關懷後接受訪視：感受到有改善在「參加共識營及閱覽課程光碟」者共為 79.2%，「僅閱覽課程光碟」者共為 69.4%。

表 1、拒訪個案介入處置調查結果

題目		組別	一	二	三	四
		N(%)	參加共識營 並閱覽光碟 N=24	僅參加 共識營 N=11	僅閱覽光碟 N=62	皆無 N=8
1. 訪視整體作業	更加順暢		1 (4.17)	0 (0.00)	3 (4.84)	0 (0.00)
	變得順暢		9 (37.50)	0 (0.00)	22 (35.48)	2 (25.00)
	稍微順暢		11 (45.83)	1 (9.09)	29 (46.77)	3 (37.50)
	不變		3 (12.50)	9 (81.82)	7 (11.29)	0 (0.00)
	未填		0 (0.00)	1 (9.09)	1 (1.61)	3 (37.50)
2. 溝通能力	提升許多		12 (50.00)	0 (0.00)	15 (24.19)	1 (12.50)
	稍微提升		10 (41.67)	3 (27.27)	41 (66.13)	4 (50.00)
	不變		2 (8.33)	7 (63.64)	6 (9.68)	0 (0.00)
	未填		0 (0.00)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)
3. 整體拒訪情形改善	改善許多		5 (20.83)	0 (0.00)	6 (9.68)	1 (12.50)
	稍微改善		10 (41.67)	2 (18.18)	39 (62.90)	2 (25.00)
	不變		9 (37.50)	8 (72.73)	16 (25.81)	2 (25.00)
	未填		0 (0.00)	1 (9.09)	1 (1.61)	3 (37.50)
4. 信心度	提升許多		6 (25.00)	0 (0.00)	9 (14.52)	0 (0.00)
	稍微提升		13 (54.17)	2 (18.18)	42 (67.74)	4 (50.00)
	不變		4 (16.67)	8 (72.73)	11 (17.74)	1 (12.50)
	未填		1 (4.17)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)
5. 挫折感降低	有		18 (75.00)	2 (18.18)	36 (58.06)	3 (37.50)
	不變		6 (25.00)	8 (72.73)	25 (40.32)	2 (25.00)
	未填		0 (0.00)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)
6. 原本拒絕個案接受訪視	是		5 (20.83)	0 (0.00)	6 (9.68)	1 (12.50)
	稍微		14 (58.33)	1 (9.09)	37 (59.68)	4 (50.00)
	不變		5 (20.83)	9 (81.82)	19 (30.65)	0 (0.00)
	未填		0 (0.00)	1 (9.09)	0 (0.00)	3 (37.50)

運用社群網站(臉書)推廣守門人理念

一、背景(Context)

為將珍愛生命守門人之理念多面向推廣至各地方與各族群，又鑑於網際網路之發達，而各社群網絡中尤其以臉書(facebook)為青少年與上班族群最常使用的社群網站之一，中心期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。因此中心於民國 2010 年底在 facebook 成立了「珍愛生命打氣網」粉絲專頁(<http://www.facebook.com/tspc520>)，讓自殺防治不分你我，不分地區。

粉絲專頁上除宣導珍愛生命外，更加强傳播守門人之理念及自殺防治新知，並推動簡式健康量表之運用(BSRS-5，又稱心情溫度計)，促進民眾關心自身心理健康，進行自我健康管理，讓自殺防治能夠達到人人參與、網網相連、面面俱到之理想。

透過與 facebook 公司專案合作，建立自殺意念者之轉介機制，推動網路自殺防治，更呼籲使用 facebook 的網友們共同擔任網路守門人，於 facebook 上也能發揮 1 問 2 應 3 轉介的守門人精神，建立更加綿密的自殺防治網絡。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁

- (1) 持續經營「珍愛生命打氣網」。每日定期於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，內容包含「自殺防治」、「打氣小語」、「溫馨小品」、「紓壓小撇步」、「資訊分享」、「活動預告」、「衛教宣導」、「人物故事」、「討論時間」。
- (2) 即時發布中心相關活動訊息，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關「中心訊息」。
- (3) 依年度月份主題貼文規劃並於月初的業務會議中進行提案討論，必要時修正。
- (4) 每週業務會議皆針對上週粉絲人數與貼文類型進行檢討。
- (5) Facebook 網頁宣傳：運用中心各種宣傳管道，如電子書，PGY 課程，文宣品，YouTube 頻道，活動海報等。

2) 持續與 facebook 公司合作：若想自殺(自傷)之言論被人檢舉，facebook 團隊經確認內容屬實後，將以訊息方式向被檢舉人發出關懷訊息，並提供全球各地合作之求助資源，被檢舉人可依所在地區進行選擇及查看。關於

facebook 舉報個案之臺灣自殺防治資源，提供信息包括中心網站網址、安心專線 0800-788-995(請幫幫、救救我)及聯絡信箱等中英文資訊情況。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：facebook 公司、家樂福、大潤發、愛買、頂好、全家便利商店、萊爾富，另在 88 家粉絲專頁上露出。
- 2) 資源連結內容及形式：建立合作、網路連結、舉報關懷。

三、過程(Process)

1. 自 99 年 10 月「珍愛生命打氣網」成立以來，定期於粉絲專頁塗鴉牆發布「自殺防治」、「衛教宣導」、「打氣小語」、「溫馨小品」、「紓壓小撇步」、「資訊分享」、「活動預告」、「保健訊息」等貼文，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關「中心訊息」。
2. 於業務會議針對月份數據進行檢討，並分析各類型貼文的瀏覽次數。
3. 每月月底於業務會議針對下月主題貼文規劃，提案討論。
4. 有關 facebook 之推廣方案，決議後續文宣品製作可加入 facebook QR code。
5. 為促進 facebook 參與度，決議週二張貼溫馨小品、週四張貼開放式討論貼文，主題定為「上週自殺新聞相關之討論」，並請中心同仁加入留言。
6. 若收到網友舉報自殺意念個案，將與檢舉人及被檢舉人聯絡，進行了解和關懷。

四、成果(Product)

1. 2012 年執行結果

1) 珍愛生命打氣網

- (1) 自 99 年 10 月成立以來，至 2012 年 12 月 6 日，粉絲總人數為 3,786 人。
- (2) 本年度，發布 64 則溫馨小品、60 則打氣小語、39 則歡迎新粉絲、36 則關懷問候、35 則紓壓小撇步、23 則活動訊息、15 則健康資訊、11 則宣導、11 則資訊分享、6 則活動照片，共發布 301 則貼文。回應情形估算，共獲 5,254 個讚、122 則留言及 836 則公開轉載。

2) 持續與 facebook 公司合作

- (1) 自 2012 年 5 月起改善點閱機制後，寄出 657 封關懷訊息，點閱 12 人次。
- (2) 自合作以來，截至 2012 年 11 月 30 日(約 2 年)，總個案轉介共 911 人次(如圖 1)，總點閱 27 人次。

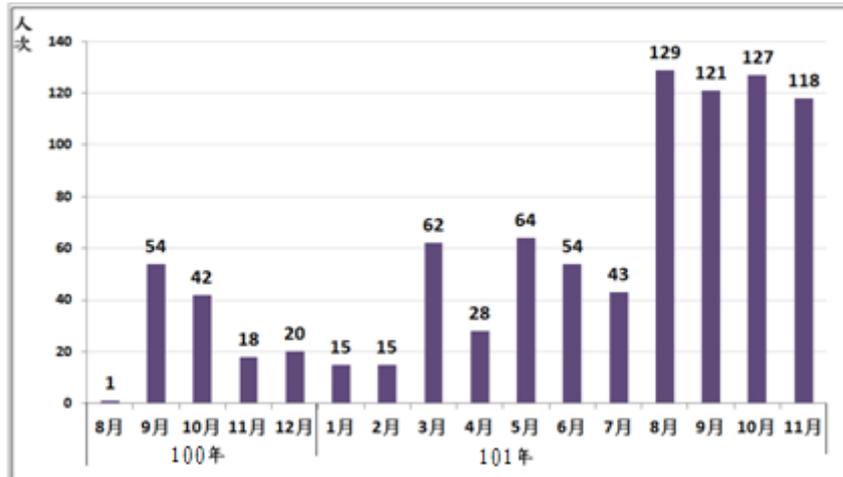


圖 1、各月份轉介人次

(3) 本年度網友於 facebook 上發現有人透露輕生念頭，直接向中心舉報之件數共有 11 件；另於透過其他網站(如：知識家、各人部落格及其他留言板)舉報之件數為 16 件。

2. 2013 年執行結果

1) 珍愛生命打氣網截至 11 月 12 日之統計如下：

(1) 各月份貼文主題如表 1。

(2) 截至 2013 年 11 月 30 日，粉絲人數共有 4,840 人，本年度共增加新粉絲 1,069 人，粉絲持續攀升中，各月粉絲人數變化如圖 2。

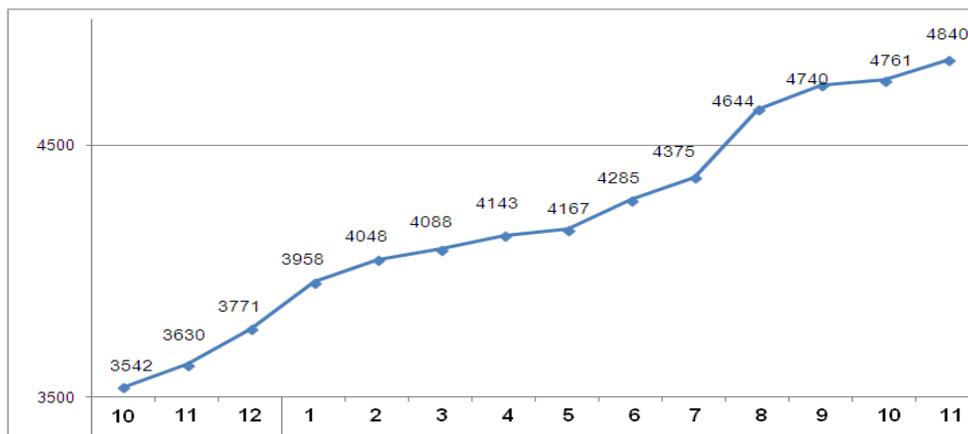


圖 2、粉絲成長曲線

(3) 本年度共發布 527 則貼文，共獲得 18,611 個讚、561 則留言及 2,793 次公開轉載、瀏覽人次為 396,403。

表 1、各項指數一覽表

月份	月主題	貼文篇數	讚數	分享人數	留言篇數	瀏覽人次	平均每篇				粉絲增加人數
							讚數	分享人數	留言篇數	瀏覽人次	
1	-	35	741	168	11	11,102	21.17	4.80	0.31	317.20	90
2	-	34	651	86	43	10,213	19.15	2.53	1.26	300.38	40
3	女性自殺防治	41	856	109	42	20,863	20.88	2.66	1.02	508.85	55
4	童樂月	37	995	294	33	34,606	26.89	7.95	0.89	935.30	61
5	校園壓力	57	1,865	365	55	52,286	32.72	6.40	0.96	917.30	118
6	青少年	59	2,367	467	88	54,783	40.12	7.92	1.49	928.53	90
7	身心保健	55	2,410	345	78	53,161	43.81	6.27	1.42	966.56	269(北台灣生技展)
8	男性自殺防治	54	2,288	135	66	48,386	42.37	2.50	1.22	896.04	45
9	銀髮天地	48	1,834	195	29	35,243	38.00	4.06	0.60	734.23	47
10	反暴力	57	2,394	325	87	39,703	42.00	5.70	1.53	696.54	24
11	有愛無礙	50	2,210	304	29	36,057	44.2↑	6.08↑	0.58	721.14↑	79↑ (南台灣生技展前2天)

(4) 與去年相比，整體互動增加，數據如下：

- a. 貼文數成長 1.32 倍
- b. 讚數成長 3.35 倍
- c. 留言成長 3.05 倍
- d. 公開轉載成長 4.81 倍

3. 2014 年執行結果

1) 珍愛生命打氣網截至 12 月 5 日之統計如表 2：

(1) 各月份貼文主題：

表 2、本年度各月份貼文主題列表

月份	主題	月份	主題
一月	校園自殺防治	七月	網路使用
二月	職場自殺防治	八月	兩性關係
三月	憂鬱的好發時節	九月	人人都是珍愛生命守門人
四月	遺族的關懷	十月	過去創傷的處理
五月	親子關係	十一月	生理疾病
六月	財務問題	十二月	健康促進

(2) 截至 2014 年 12 月 5 日，粉絲人數共有 5,874 人，今年共增加 931 人，粉絲持續攀升中，粉絲人數變化如圖 3。

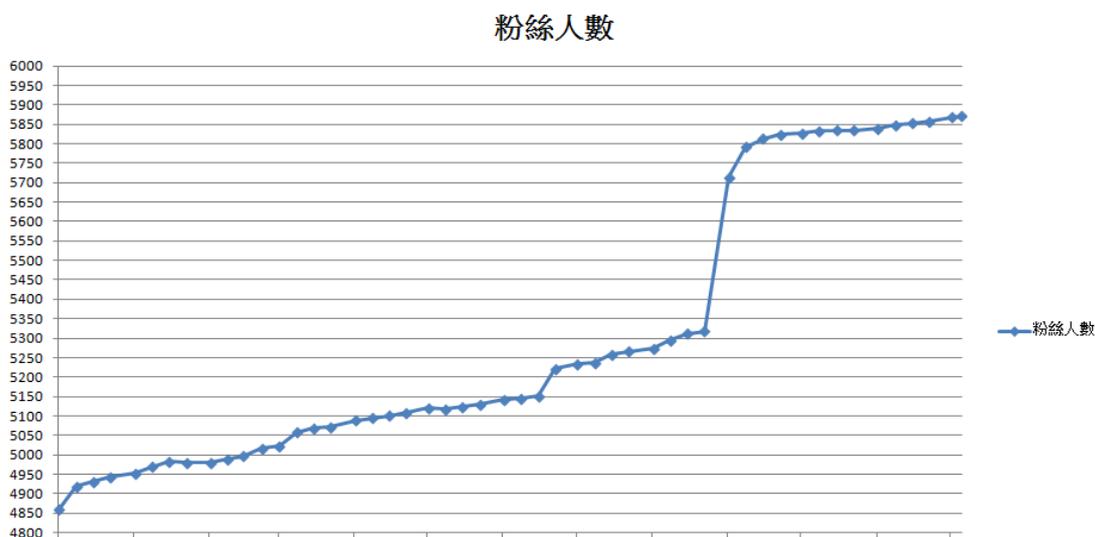


圖 3 粉絲人數變化圖

(3) 本年度共發布 529 則貼文，共獲得 15,390 個讚、530 則留言及 1376 次公開轉載、瀏覽人次為 192,712(表 3)。

表 3、本年度各月份 Facebook 貼文數據一覽表

月份	貼文篇數	讚數	分享人數	留言人數	瀏覽人數	平均每篇				粉絲增加人數
						讚數	分享人數	留言人數	瀏覽人數	
1	50	1969	297	46	29930	39.4	6.1	1.8	598.6	37
2	43	1627	190	19	22447	37.8	5.0	1.3	522.0	47
3	44	1690	123	20	20624	38.4	3.1	1.5	468.7	61
4	41	1336	116	31	15765	32.6	3.7	1.8	384.5	33
5	53	1532	135	51	22370	28.9	3.8	1.8	422.1	24
6	41	1106	100	68	12437	27.0	2.4	1.7	303.3	82
7	56	1204	76	100	12237	21.5	1.4	1.8	218.5	47
8	43	987	48	50	12747	23.0	1.1	1.2	296.4	46
9	51	1349	63	46	17321	26.5	1.2	0.9	339.6	509
10	51	1246	94	46	13144	24.4	1.8	0.9	257.7	12
11	46	1170	102	45	11543	25.4	2.2	1.0	250.9	27
12	10	174	32	8	2147	17.4	3.2	0.8	214.7	9
共	529	15390	1376	530	192712	29.1	2.6	1.0	364.3	934

(4) Facebook 網友舉報個案 2 件。

4. 檢討與建議

- 1) 根據國外研究機構報告(Sysomos, 2009), facebook 平均粉絲人數約 4,600 人(安寧照顧基金會：3602 人/家扶中心：1779 人), 只有 4%的粉絲團人數超過一萬人, 與一般社團相較, 珍愛生命打氣網已超越平均水準(5,874 人)。
- 2) 在數位化的現代, 智慧型手機及行動通訊設備十分普及, 網路著實為極重要的行銷通路之一, 但目前粉絲人數達到平均水準, 若欲再大幅提高, 的確有其困難及瓶頸。
- 3) Facebook 於 2013 年年底開始粉絲專頁收費制度, 未付費之專頁曝光度受到大幅影響, 瀏覽人次也因此下降。中心仍會持續強化與粉絲之互動, 並於必要時, 邀請相關專家顧問指導, 以擴大推廣珍愛生命理念。
- 4) 有關貼文類型, 最受歡迎的有打氣小語、關懷問候及勵志故事, 而自殺防治相關之貼文, 粉絲反應相對不盡理想, 雖粉絲的回響可做為評估指標, 但中心仍應一本初衷, 持續推動自殺防治之理念, 並於必要時與專家研商。
- 5) 每週固定貼文增加自殺相關新聞時事討論, 增進民眾自殺防治相關知識, 並與粉絲互動, 提升觸及率, 進而達到宣導「人人都是珍愛生命守門人」之目的。

「珍愛生命」守門人之教育與推廣： 以學校及民間單位為例

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

在貫穿全國三個層面的防治策略中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命守門人意指當接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做適當的回應或轉介，因此只要透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」，關懷與協助週遭的親友，預防憾事之發生。

透過自殺防治守門人訓練課程，期使受訓人員可掌握「1 問、2 應、3 轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及學習基礎的自殺干預技巧，給予關懷並懂得尋求適當資源協助有自殺意念者，對於自殺防治工作的成果會有很大的幫助，正是符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，你我都扮演重要的角色。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣守門人教育訓練，達到「自殺防治，人人有責」之理想。
- 2) 藉由不同的訓練對象，期待落實「網網相連，面面俱到」。
- 3) 為使更多專業人員及一般民眾隨時隨地方便的取得珍愛生命守門人的概念及實用知識。中心建立珍愛生命數位學習網，將課程講座錄製成影音並上傳，增進民眾學習的方便性。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 講座安排與講師推薦

- (1) 外部單位有意辦理守門人講座，主動洽詢中心協助推薦授課講師。
- (2) 依守門人講座安排標準作業流程協助推薦當地講師，並提供講師課程綱要與該場次守門人課程相關注意事項。
- (3) 若主辦單位同意，中心將招募珍愛生命義工於現場服務，協助該講座之現場拍照、問卷回收或文宣發放。
- (4) 視講座對象、內容以及講師，中心派員前往現場錄影。
- (5) 為了解學員對此次守門人課程的了解與滿意度，於課程結束後，請受訓學員填寫講座課程評估問卷，回收後再行統計分析，以作為日後改進之

參考。

- (6) 課程結束後，聯繫講座承辦人與現場服務義工，關心課程進行情況、講師與學員互動情形以及參與人數，並請針對課程填寫回饋表，同時提醒將回收之講座課程評估問卷寄回中心，以進行後續之統計分析。
- (7) 寄送感謝函予參與現場服務的義工朋友，並請將意見回饋給中心，以做為日後改進之參考。

2) 講座課程數位化

- (1) 專責人員錄製課程，剪輯製作數位影音教材，完成後將上傳至珍愛生命數位學習網。並視課程內容，申請公務人員學分認證，以鼓勵專業人員及民眾在吸收珍愛生命守門人的知識同時，亦能取得學分認證及獲得成就感。
- (2) 講座課程數位影音推廣，讓學習可隨時隨地不設限，故於中心網站、自殺防治網通訊及中心辦理各種活動皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：新北高工、健行科技大學、南榮科技大學、民生國小、建國中學、弘大醫院、東海大學、恩主公醫院、衛生福利部草屯療養院、黎明技術學院、德明財經科技大學、仁群老人養護所、經國管理暨健康學院、天主教永和耕莘醫院、新竹市衛生局、國立臺灣師範大學、財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心、法務部矯正署、法務部人事處、世新大學、佛光大學、臺中榮總醫院嘉義分院、宏恩綜合醫院、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院以及中心講師資料庫之講師。
- 2) 資源連結內容及形式：使用調查表進行調查、辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。

三、 過程(Process)

1. 2012 年與 2014 年辦理守門人講座彙整如下：

1) 2012

- (1) 2 月 7 日協助漳和國中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校老師，講師為劉惠玲顧問，人數約 50 人。
- (2) 2 月 23 日協助經國管理暨健康學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校導師，講師為劉惠玲顧問，人數約 70 人。
- (3) 2 月 23 日協助新竹市榮民之家辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為機構工作人員，講師為蔡昇諭醫師，人數約 30 人。

- (4) 3月1日協助中強光電股份有限公司辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為公司同仁，講師為蘇柏文醫師，人數約15人。
- (5) 3月2日協助中強光電股份有限公司辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為公司同仁，講師為蘇柏文醫師，人數為22人。
- (6) 3月6日協助中強光電股份有限公司辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為公司同仁，講師為歐陽文貞醫師，人數約30人。
- (7) 5月16日協助臺中市政府衛生局辦理自殺工具防範工作協調會之自殺防治現況課程，對象為賣場商家、農藥業者等，講師為張清棊醫師，人數約22人。
- (8) 5月17日協助信誼企業股份有限公司辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為信誼大樓各承租公司代表，講師為劉惠玲顧問，人數約40人。
- (9) 5月24日協助中心診所醫療財團法人中心綜合醫院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為醫護人員，講師為劉惠玲顧問，人數40人。
- (10) 5月31日協助國軍高雄總醫院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為醫護人員，講師為江允志醫師，人數100人。
- (11) 6月1日上傳至珍愛生命數位學習網之珍愛生命守門人課程，向中華民國藥師公會全國聯合會與中華民國護理師護士公會全國聯合會申請網路繼續教育積分，並通過審查。
- (12) 6月28日協助國防部資電作戰指揮部辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為一般官兵，講師為劉惠玲顧問，人數200人。
- (13) 7月14日協助臺北慈濟醫院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為志工，講師為張家銘醫師，人數500人。
- (14) 7月15日辦理「以社區為基礎之自殺防治—基層精神科醫療之展望與守門人之教育推廣」，人數約178人，主持人為李明濱主任、龍佛衛院長、陳炯鳴理事長，由廖士程執行長、張家銘副執行長、劉惠玲顧問、蘇柏文醫師、盧美凡心理師、王志中醫師以及葉佐偉醫師擔任講師。
- (15) 7月27日協助市立聯合醫院中興院區辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為醫護人員，人數約30人，由劉惠玲顧問擔任講師。
- (16) 8月1日協助臺中市政府衛生局辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為臺中市醫院、護理機構及老人養護機構相關人員，講師為張清棊醫師，人數約120人。
- (17) 8月28日協助國立板橋高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全體教職員工，人數約180人，由劉惠玲顧問擔任講師。

- (18) 9月5日協助銘傳大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全體教職員工，人數約500人，由楊聰財醫師擔任講師。
- (19) 9月6日協助國立臺北護理健康大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全體教職員工，人數約80人，由劉惠玲顧問擔任講師。
- (20) 9月12日協助南台科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生(各班輔導股長)，人數約150人，由杜家興顧問擔任講師。
- (21) 9月12日協助屏榮高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師及行政人員，人數約100人，由孫鳳卿主任擔任講師。
- (22) 9月13日協助稻江科技暨管理學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校導師，人數約100人，由林叡鴻醫師擔任講師。
- (23) 9月13日與基隆市衛生局合作辦理「基隆市醫療專業人員自殺防治守門人教育訓練」，對象為一般科醫師、精神科醫師及護理人員，人數約50人，由廖士程執行長擔任講師，課程為「全球VS.臺灣自殺防治策略與現況分享」及「人人都是自殺守門人」，內容談醫療機構自殺防治策略。
- (24) 9月19日協助經國管理暨健康學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生，人數約80人，由詹佳真醫師擔任講師。
- (25) 9月23日與臺北市立聯合醫院(松德院區)及宜蘭縣衛生局合作辦理「宜蘭地區基層醫事專業人員自殺防治教育訓練」，對象為各醫療院所醫事相關人員(醫師、藥師、護理師、心理師、社工師員)及各基層醫療診所(醫師、藥師、護理人員)，由廖士程執行長擔任講師，課程為「從自殺通報系統探討兩性自殺」及「自殺防治守門人」。
- (26) 9月27日協助國立臺灣體育運動大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生，人數80人，由卓翠玲心理師擔任講師。
- (27) 9月27日與中區精神醫療網合作辦理「2012年度中區醫療機構人員自殺防治教育訓練」，對象為中區精神醫療機構醫師及與心理衛生相關工作人員，人數120人，由張家銘醫師擔任講師。
- (28) 9月28日協助國防部北部心衛中心辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為心輔官等相關人員，人數120人，由張家銘醫師擔任講師。
- (29) 10月2日協助國軍桃園總醫院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為護理人員，人數共140人，由廖士程醫師擔任講師。
- (30) 10月4日及5日兩天協助國立苗栗特殊教育學校辦理「2012年度自殺防治守門人計畫-種子教師培訓課程」，對象為教師，人數約60人，由

蘇柏文主任、蔡昇諭醫師、蘇泓洸醫師、江佑倫關訪員、吳宏仁實務工作者、林加雯關訪員、陳泰尹關訪員、張根榮關訪員擔任講師。

- (31) 10月11日協助國立岡山農工辦理「自殺防治守門人種子教師研習課程」，對象為導師，人數約50人，由潘威富主任、郭彥麟醫師、張志華醫師、蘇俊賢心理師擔任講師。
- (32) 10月14日協助國立暨南國際大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生，人數約50人，由陳志誠心理師擔任講師。
- (33) 10月16日協助臺中僑泰高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全體教師，人數250人，由薛凱仁心理師擔任講師。
- (34) 10月16日協助臺北聯勤第三支部辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為基層營連級輔導長，人數40人，由劉惠玲顧問擔任講師。
- (35) 10月17日協助臺南南科國際實驗高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數100人，由林進嘉醫師擔任講師。
- (36) 10月17日協助臺北護理健康大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為輔導股長及學輔志工，人數60人，由蔡富傑心理師擔任講師。
- (37) 10月18日協勵新竹元培科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數150人，由蘇柏文主任擔任講師。
- (38) 10月21日協助空中大學臺中學習指導中心辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生及面授老師，人數120人，由朱柏全醫師擔任講師。
- (39) 10月22日協助臺北臺灣大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數80人，由張維揚心理師擔任講師。
- (40) 10月22日協助苗栗建台高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數60人，由劉令恬心理師及張根榮訪員擔任講師。
- (41) 10月24日協助新竹後備司令部北部地區指揮部辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為營連輔導長，人數100人，由蘇柏文主任擔任講師。
- (42) 10月24日協助花蓮慈濟技術學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生，人數300人，由孔繁錦醫師擔任講師。
- (43) 10月25日協助基隆市學生輔導諮商中心辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為國中教師，人數50人，由蔡富傑心理師擔任講師。
- (44) 10月25日協助宜蘭聖母醫護管理專科學校辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：師生，人數約60人，講師由陳佩茹社工師擔任。

- (45) 10月26日協助臺北長庚科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：學生，人數約250人，講師由劉惠玲顧問擔任。
- (46) 10月31日協助臺北護理健康大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：學期輔導股長及學輔志工，人數37人，講師由鄭宇明醫師擔任。
- (47) 10月31日協助桃園內壢高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：教師，人數107人，講師由鍾世明心理師擔任。
- (48) 1月1日協助桃園健行科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：導師、輔導人員，人數95人，講師由方愛珍主任擔任。
- (49) 11月3日協助國立臺南大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：社區人員與學生，人數50人，講師由李國睿心理師擔任。
- (50) 11月5日協助國立臺灣體育運動大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：教師，人數約80人，講師由張清基醫師擔任。
- (51) 11月7日協助臺南崑山科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：學生，人數約130人，講師由吳秀琴股長擔任。
- (52) 1月7日協助國立臺南女中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：臺南市高中職導師，人數約60人，講師由杜家興主任及李昆樺心理師擔任。
- (53) 11月7日協助花蓮慈濟技術學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：教師，人數約65人，講師由胡宗明醫師擔任。
- (54) 11月8日協助國立臺南藝術大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象：教師，人數約50人，講師由杜家興主任擔任。
- (55) 11月12日協助苗栗建台高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數約60人，講師由張根榮訪員、劉令恬心理師擔任。
- (56) 11月13日協助崇右技術學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數約50人，講師由蔡富傑心理師、張絮喬護理師擔任。
- (57) 11月13日協助蘭陽技術學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數約44人，講師由傅振輝副院長擔任。
- (58) 11月14日協助臺東國立專科學校辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師及學生，人數80人，講師由王鈺淵主任、朱芳嫻心理師擔任。
- (59) 11月15日協助經國管理暨健康學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師及學生，人數53人，講師由張絮喬護理師擔任。
- (60) 11月16日協助花蓮慈濟技術學院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課

程，對象為學生，人數 45 人，講師由林俊宏心理師擔任。

- (61) 11 月 21 日協助長榮大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校教、職員，人數 40 人，講師由鍾明勳主任擔任。
- (62) 11 月 21 日協助國立新竹女中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為桃園、新竹縣市之高中職教師及行政人員，每校 3 名，人數共 100 人，講師由蘇柏文主任擔任。
- (63) 11 月 21 日協助華梵大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為學生，人數 92 人，講師由許惠淳心理師擔任。
- (64) 11 月 27 日協助輔仁大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數 100 人，講師由陳恩誠心理師擔任。
- (65) 11 月 29 日協助文華高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校教、職員，人數 60 人，講師由徐宏銘醫師擔任。
- (66) 12 月 5 日協助萬能科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為新生，人數 100 人，講師由盧美凡秘書長擔任。
- (67) 12 月 8 日協助清華高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教師，人數 60 人，講師由張美茹主任擔任。

2) 2013

- (1) 1 月 16 日協助恩主公醫院辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為院內人員，講師為潘怡如醫師，人數 156 人。
- (2) 1 月 24 日協助義峰高中辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校教職員，講師為廖寶全醫師，人數 60 人。
- (3) 1 月 29 日協助輔仁大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校教職員，講師為劉惠玲顧問，人數 400 人。
- (4) 3 月 14 日協助龍華科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為大一至大四輔導股長，講師為劉昀玲臨床心理師，人數 100 人。
- (5) 3 月 15 日召開「自殺遺族關懷人員教育訓練」會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為方俊凱醫師、林綺雲教授、學會廖士程秘書長及中心林素如主任。
- (6) 3 月 18 日協助聖約翰科技大學辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為教官，講師為劉惠玲顧問，人數為 8 人。
- (7) 3 月 27 日協助高美醫專辦理「珍愛生命守門人教育訓練」課程，對象為全校教職員，講師為江明澤醫師，人數 70 人。
- (8) 4 月 10 日協助中山醫院辦理「如何因應及預防自殺事件」課程，對象為醫護人員，講師為劉惠玲顧問，人數 70 人。

- (9) 4 月 11 日協助亞威機電股份有限公司辦理「珍愛生命守門人—強化男性職場心理衛生」課程，對象為男性主管，講師為陳泰尹關訪員，人數約 60 人。
- (10) 4 月 24 日協助康寧護專辦理「珍愛生命守門人—自殺個案關懷管理」課程，對象為全校教職員，講師為劉惠玲顧問及詹佳真醫師，人數 80 人。
- (11) 4 月 25 日協助弘光科技大學銀髮族全人健康照顧管理中心辦理「初級預防~預防老人自殺 促進老人心理衛生」課程，對象為臺中市長照人員，講師為朱柏全醫師，人數 50 人。
- (12) 4 月 26 日辦理「自殺者親友關懷人員訓練課程」，主持人為李明濱計畫主持人，對象為各縣市衛生局代表及從事自殺者親友相關之相關人員，人數共 31 人，由臺大醫院精神醫學部心身醫學科曾美智主任、馬偕紀念醫院自殺防治中心蕭雪雯社工師、臺南市衛生局心理與精神科吳秀琴股長擔任講師。
- (13) 5 月 1 日協助聖約翰科技大學辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為全校輔導股長，講師為張宛如老師，人數 50 人。
- (14) 5 月 8 日協助長安國小辦理「珍愛生命守門人」課程，對象為全校教職員，講師為陳恩誠臨床心理師，人數 74 人。
- (15) 5 月 16 日協助醒吾科技大學辦理「珍愛生命守門人」課程，對象為學生，講師為張維揚臨床心理師，人數 200 人。
- (16) 5 月 16 日協助國立空中大學—新北分部辦理「珍愛生命守門人—2013 年度自殺防治守門人培訓」講座，對象為學生，講師為段永章醫師，人數 50 人。
- (17) 5 月 17 日協助大林慈濟醫院辦理「珍愛生命守門人—老人自殺防治」訓練，對象為院內職員，講師為歐陽文貞主任，人數 200 人。
- (18) 6 月 9 日宜蘭縣醫師公會辦理「醫師繼續教育課程」，對象為醫師，其中「憂鬱症與自殺防治」課程，由學會廖士程秘書長擔任講師。
- (19) 7 月 3 日協助中國科技大學辦理「珍愛生命守門人—校園自殺防治」課程，對象為全校教職員，講師為蘇偉碩醫師，人數 250 人。
- (20) 7 月 15 日協助中國文化大學推廣教育部辦理「自殺防治」訓練，對象為學輔中心輔導老師，講師為蔡富傑心理師，人數 10 人。
- (21) 7 月 26 日華嚴學會召開「佛教守門人培訓開學日」活動，與會人員為大華嚴寺常住法師及各分會會長等 30 人，中心由李明濱計畫主持人擔任活動主持人，其中「臺灣自殺防治策略與現況」、「1 問 2 應 3 轉介」課程分別由廖士程醫師及劉惠玲顧問擔任講師。

- (22) 8 月 6 日協助基隆港務分公司辦理「珍愛生命•樂活職場」講座，對象為公司職員，由張絮喬護理師擔任講師，人數 100 人。
- (23) 8 月 13 日協助憲兵 202 指揮部辦理「自殺防治」訓練第一梯次，對象為基層士官幹部，由劉惠玲顧問擔任講師，人數 100 人。
- (24) 8 月 14 日協助憲兵 202 指揮部辦理「自殺防治」訓練第二梯次，對象為基層士官幹部，由劉惠玲顧問擔任講師，人數 100 人。
- (25) 8 月 28 日協助中臺科技大學辦理「友善關懷—快樂人生」，對象為全校導師，講師為朱柏全醫師、莊子怡臨床心理師，人數 50 人。
- (26) 8 月 28 日協助美和科技大學辦理「珍愛生命守門人」講座，對象為新生導師，由孫鳳卿主任擔任講師，人數 39 人。
- (27) 9 月 3 日協助臺南應用科技大學辦理「珍愛生命守門人」講座，對象為導師、軍訓教官、學務工作人員，由杜家興主任擔任講師，人數 264 人。
- (28) 9 月 5 日協助實踐科技大學辦理「自殺防治守門人培訓計畫」，對象為全校教職員，講師為劉惠玲顧問，人數 100 人。
- (29) 9 月 12 日協助環球科技大學辦理「自殺高風險群之辨識與評估、輔導處遇」，對象為教師，由廖寶全醫師擔任講師，人數 80 人。
- (30) 9 月 13 日協助高雄市立新興高中辦理「自殺自傷防治」講座，對象為國二學生，由孫讚福擔任講師，人數 210 人。
- (31) 9 月 17 日協助聖約翰科技大學辦理「自殺防治守門人」培訓，對象為各社團社長，由蔡富傑心理師擔任講師，人數 50 人。
- (32) 9 月 24 日協助國防部心理衛生中心辦理「國軍 2013 年下半年心輔人員在職訓練—中區」，對象為中區在職心輔人員，講師為朱柏全醫師，人數 42 人。
- (33) 9 月 25 日協助國防部心理衛生中心辦理「國軍 2013 年下半年心輔人員在職訓練—東區」，對象為東區在職心輔人員，講師為趙建剛副院長及胡宗明主任，人數 62 人。
- (34) 9 月 25 日協助中臺科技大學辦理「守門員自我照顧與調適」課程，對象為全校導師，講師為黃湘雄醫師，人數 50 人。
- (35) 9 月 25 日協助南榮科技大學辦理「守著生命守著你—辨認自殺高風險的指標與徵兆」課程，對象為全校教師，講師為杜家興臨床心理師，人數 100 人。
- (36) 9 月 25 日協助南榮科技大學辦理「我會關心你陪伴你守護你」—自殺行為干預回應技巧與轉介」課程，對象為學生，講師為杜家興臨床心理師，

人數 100 人。

- (37) 9 月 25 日協助環球科技大學辦理「同學想自殺，我該怎辦—談自殺防治的同儕輔導」，對象為學生，由廖寶全醫師擔任講師，人數 70 人。
- (38) 9 月 26 日協助國防部心理衛生中心辦理「國軍 2013 年下半年心輔人員在職訓練—北區」，對象為北區在職心輔人員，講師為張家銘副秘書長及楊聰財院長，人數 92 人。
- (39) 9 月 26 日協助臺南應用科技大學辦理「珍愛生命守門人」課程，對象為學生，講師為杜家興臨床心理師，人數 70 人。
- (40) 9 月 26 日協助基隆市立醫院辦理「自殺防治」訓練，對象為醫療照護人員，由張絮喬護理師擔任講師，人數 50 人。
- (41) 9 月 26 日協助黎明技術學院辦理「認識自殺防治」講座，對象為學生，由黃麗碧護理長擔任講師，人數 50 人。
- (42) 9 月 27 日協助國防部心理衛生中心辦理「國軍 2013 年下半年心輔人員在職訓練—南區」，對象為南區在職心輔人員，講師為戴傳文顧問及孫鳳卿主任，人數 86 人。
- (43) 10 月 1 日協助衛生福利部彰化醫院辦理「自殺防治守門人培訓」，對象為全院醫護及行政人員，人數 150 人。
- (44) 10 月 3 日協助黎明技術學院辦理「成為自殺防治守門人」訓練，對象為學生，由黃麗碧護理長擔任講師，人數 50 人。
- (45) 10 月 4 日協助國立臺灣體育運動大學辦理「自殺防治守門人」訓練，對象為學生，由徐宏銘醫師擔任講師，人數 73 人。
- (46) 10 月 7 日協助國立臺灣體育運動大學辦理「自殺防治守門人」訓練，對象為學生，由徐宏銘醫師擔任講師，人數 73 人。
- (47) 10 月 15 日協助臺北護理健康大學辦理「生命守護天使」課程，對象為學生，由羅昭瑛心理師擔任講師，人數 80 人。
- (48) 10 月 16 日協助崑山科技大學辦理「自殺防治守門人培訓—哭吧！我的朋友 I」課程，對象為學生，由簡崇暉醫師擔任講師，人數 45 人。
- (49) 10 月 17 日協助崑山科技大學辦理「自殺防治守門人培訓—哭吧！我的朋友 II」課程，對象為學生，由杜家興主任擔任講師，人數 45 人。
- (50) 10 月 17 日協助聖約翰科技大學辦理「自殺防治守門人」培訓，對象為學校職員，由蔡富傑心理師擔任講師，人數 36 人。
- (51) 10 月 17 日協助中華小腦萎縮症病友協會—中部辦公室辦理「珍愛生命守門人」講座，對象為小腦萎縮症病友、志工及家屬，由張清棋醫師擔任講師，人數 20 人。

- (52) 10月19日協助雲林科技大學辦理「自殺防治相關知能」課程，對象為學生，由廖寶全醫師擔任講師，人數50人。
- (53) 10月25日協助國防部自殺防治中心辦理「2013年自殺防治講師培訓」，對象為自殺防治相關人員，由張家銘醫師、楊聰財醫師擔任講師，人數110人。
- (54) 10月27日協助國立空中大學—臺中分部辦理「壓力調適與情緒管理」課程，對象為教職員工、學生、面授教師，由黃湘雄醫師擔任講師，人數120人。
- (55) 10月29日協助臺北市立大學辦理「校園自殺守門員培訓計畫」，對象為學校教職員，由蘇聖傑醫師擔任講師，人數60人。
- (56) 10月30日協助康寧大學辦理「自殺防治守門人計畫—走出生命的幽谷」講座，對象為學生，由陳碧霞顧問擔任講師，人數83人。
- (57) 11月8日協助國立臺灣體育運動大學辦理「自殺防治守門人」講座，對象為學校老師，由莊子怡心理師擔任講師，人數42人。
- (58) 11月19日協助臺北護理健康大學辦理「自殺防治守門人」訓練，對象為學生，由陳恩誠心理師擔任講師，人數53人。
- (59) 11月22日協助屏東縣政府社會處辦理「老人福利機構自殺防治」訓練，對象為老人福利機構照顧服務員，由孫鳳卿主任擔任講師，人數41人。
- (60) 11月27日協助僑光科技大學辦理「自殺防治守門人培訓計畫」，對象為學校教職員及學生，由莊子怡心理師擔任講師，人數150人。
- (61) 11月29日協助原住民委員會辦理「促進原住民心理健康暨藥物濫用防制守門人培訓訓練」，對象為原住民種子教師，由戴傳文顧問擔任講師，人數55人。
- (62) 11月29日協助大葉大學辦理「自殺防治守門人123種子師資培訓課程」，對象為學校教職員，由俞凱程個管師擔任講師，人數177人。
- (63) 11月30日協助美和科技大學辦理「珍愛生命-自殺防治守門員」訓練，對象為學校學生，由戴傳文顧問擔任講師，人數46人。

3) 103

- (1) 1月03日協助新北高工辦理「找到你的全「心」能量!」課程，對象為憂鬱指數高分學生，講師為黃麗碧護理長，人數120人。
- (2) 2月14日協助健行科技大學辦理「自殺防治守門人」課程，對象為大學導師，講師為劉昀玲心理師，人數100人。
- (3) 2月19日協助南榮科技大學「珍愛生命--校園學生自我傷害三級預防」課程，對象為全校教職員，講師為陳碧霞顧問，人數160人。

- (4) 3月14日協助民生國小辦理「自殺防治」課程，對象為教師，講師為黃雅芬醫師，人數53人。
- (5) 3月17日協助建國中學辦理「用心守護生命-自殺防治守門人」課程，對象為教師，講師為蘇聖傑醫師及林立人醫師，人數35人。
- (6) 3月19日協助弘大醫院辦理「自殺防治守門人訓練」課程，對象為醫護人員及行政人員，講師為馬大元醫師，人數為50人。
- (7) 4月21日協助東海大學辦理「自殺防治守門員訓練」課程，對象為學生，講師為張清棋醫師，人數100人。
- (8) 4月22日協助東海大學辦理「自殺防治守門員訓練」課程，對象為學生，講師為張清棋醫師，人數100人。
- (9) 4月30日協助東海大學辦理「自殺防治守門員訓練」課程，對象為學生，講師為張清棋醫師，人數100人。
- (10) 5月21日協助恩主公醫院辦理「自殺防制相關議題」課程，對象為院內PGY學員為主，院內同仁皆可來上課，講師為楊聰財醫師，人數約50人。
- (11) 5月22日協助衛生福利部草屯療養院辦理「電話諮商之實務技巧」課程，對象為院內同仁與中區醫療網，講師為黃湘雄醫師，人數100人。
- (12) 5月22日協助黎明技術學院辦理「情緒管理與壓力調適」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數100人。
- (13) 5月28日協助德明財經科技大學辦理「校園自殺防治守門人訓練」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數45人。
- (14) 5月29日協助黎明技術學院辦理「憂鬱與自殺防治」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數100人。
- (15) 6月18日協助黎明技術學院辦理「大專校院校園危機處遇及實務」講座，對象為全校輔導老師及各系老師代表，講師為張立人醫師，人數40人。
- (16) 6月18日協助黎明技術學院辦理「學生危機事件處理」講座，對象為全校導師，講師為張立人醫師，人數150人。
- (17) 6月30日協助經國管理暨健康學院辦理「珍愛生命守門人」訓練，對象為全校職員，講師為劉貞柏醫師，人數80人。
- (18) 6月30日協助臺北市私立仁群老人養護所辦理「高齡者心理關懷與溝通技巧」訓練，對象為居家照顧服務員，講師為陳碧霞顧問，人數25人。
- (19) 7月17日協助天主教永和耕莘醫院辦理「自殺防治課程」，對象為全院

工作人員，講師為劉惠玲顧問，人數 60 人。

- (20) 7 月 25 日協助新竹市衛生局辦理「木炭販售業者自殺防治守門人教育訓練」，對象為木炭販售業者，講師為楊錚宜醫師，人數 30 人。
- (21) 8 月 13 日協助國立臺灣師範大學辦理「自殺防治守門人計畫—陽光校園守護人」課程，對象為師大專責導師〈教官、系導師、碩士畢業生〉、學輔中心專任心理師及兼職全職實習諮商心理師，講師為劉惠玲顧問，人數 50 人。
- (22) 9 月 3 日協助財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心辦理「淺談老人福利機構工作人員及住民自殺防治」，對象為護理人員、照服員、社工員、行政人員，講師為黃鈞蔚醫師，人數 30 人。
- (23) 9 月 10 日協助法務部警政署辦理「自殺高風險個案篩選及防治實務」課程，對象為各矯正機關戒護科長，講師為鄭宇明醫師，人數 60 人。
- (24) 9 月 12 日協助法務部人事處辦理「人人都是珍愛生命守門人」課程，對象為法務部同仁，講師為廖士程醫師，人數 150 人。
- (25) 9 月 12 日協助臺中榮總嘉義分院辦理「自殺防治與社區處遇實務」、「自殺相關統計分析與各縣市自殺防治策略」課程，對象為精神/自殺社區關懷訪視員、公衛、醫院護士、醫師、社會處與社福機構社工，講師為林進嘉醫師，人數 30 人。
- (26) 10 月 1 日協助國立臺灣師範大學林口校區僑生先修部辦理「自殺防治守門人計畫—陽光校園守護人」課程，對象為師大僑先部各班導師、學務&教務行政人員、校安人員，講師為陳震宇醫師，人數 50 人。
- (27) 10 月 25 日協助世新大學辦理「辨識技巧與危機處理技巧」課程，對象為諮商中心義工團，講師為鄭宇明醫師，人數 35 人。
- (28) 10 月 25 日協助世新大學辦理「守門人自我照顧與調適」課程，對象為諮商中心義工團，講師為劉惠玲顧問，人數 35 人。
- (29) 10 月 29 日協助世新大學辦理「關愛生命：照顧自己，也關心別人！」課程，對象為諮商中心義工團，講師為鄭宇明醫師，人數 100 人。
- (30) 10 月 29 日協助佛光大學辦理「學務與輔導工作人員專業與管理知識講座」課程，對象為學務處工作人員、其他系、所、處室行政人員，講師為黃鈞蔚醫師，人數 30 人。
- (31) 11 月 19 日協助佛光大學辦理「為生命打氣-高關懷學生的辨識與輔導策略」課程，對象為學務處工作人員、其他系、所、處室行政人員，講師為傅振輝心理師，人數 50 人。
- (32) 11 月 25 日協助宏恩綜合醫院辦理「自殺防治與守門人實務教育訓練-

「珍愛生命守門人」課程，對象為院內同仁，講師為段永章醫師，人數 40 人。

- (33) 擬定 12 月 24 日協助中心診所醫療財團法人中心綜合醫院心辦理「珍愛生命守門人」課程，對象護理人員、醫院各科室行政人員，講師為鄭宇明醫師，預計人數 60 人。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座安排

- (1) 2012 年度共辦理 67 場次守門人相關課程，其中有 2 場大型種子教師培訓研習課程，共計約 6,786 位學員接受訓練；單位包含：國中、高中、大專院校、衛生局、醫療院所、勞工局、國軍、老人機構、公司行號，對象包含：各級學校(導師、教官、心輔老師、教職員、學生幹部、學生)、醫護人員、社工人員、企業職場(主管、員工)、農藥業者、賣場商家、志工及國防部一般官兵等。
- (2) 2013 年度共辦理珍愛生命守門人相關課程 63 場次，共有 5,359 人接受訓練，單位包含：國小、高中、大專院校、衛生單位、醫療院所、長照機構、企業機關、國軍及宗教團體，對象包含：各級學校(導師、教官、心輔老師、教職員、學生幹部、學生)、醫護及行政人員、長照人員、企業職場(主管、員工)及國防部(心輔人員、基層幹部)、住持法師等。
- (3) 2014 年度中心共辦理珍愛生命守門人相關課程 33 場，參與訓練的學員共 2,318 人；單位包含：國小、高中、大專院校、醫療院所、養護機構及政府單位，對象包含：各級學校(導師、教職員、學生幹部、學生)、醫療人員、居家照顧服務員、木炭販售業者、各矯正機關戒護科長、法務部行政人員、社工員等。

2) 講師推薦

主辦單位多數回饋表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格分別有幽默、風趣、活潑和輕鬆等，且講師的授課方式淺顯易懂，以實際例子及搭配圖片或照片讓學員容易理解，講師會邀請台下學員分享，課程中與學員互動頻繁。

3) 守門人課程問卷分析

各年度所回收之課後回饋問卷，2012 年度總計回收 1165 份，回收率為 17.2%；2013 年度回收 1049 份，回收率為 19.6%；2014 年度回收 781 份，回收率為 33.7%。

(1) 歷年度守門人課程內容滿意度

縱觀 2012 到 2014 年學員對課程內容之滿意度，由統計結果(表 2)可知每個年度均超過 80%以上的人對課程內容感到滿意。2012 年度有 92.6%的人對課程內容覺得滿意；2013 年度有 88.8%的人對課程內容覺得滿意；2014 年度有 87.1%的人對課程內容覺得滿意。

表 2、2012 到 2014 年學員對課程內容之滿意度(n=2823)

	n	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
2012	1085	406(37.4%)	599(55.2%)	77(7.1%)	2(.2%)	1(.1%)
2013	980	357(36.4%)	514(52.4%)	107(10.9%)	1(.1%)	1(.1%)
2014	758	275(36.3%)	385(50.8%)	98(12.9%)	0(.0%)	0(.0%)

(2) 自殺防治概念的建構

在課後問卷中除了有詢問學員對課程的滿意度外，另有詢問學員在上完課程後是否對自殺防治的概念有較清楚的了解。問卷題目包含自殺守門人的概念、自殺的危險徵兆、哪些人的自殺風險比較高、是否有接觸過有自殺行為者以及是否願意使用心情溫度計等等。詳細分析可見表 3。

結合三年度的課後問卷得知，每個年度中都有百分之七十以上的學員認為在上完課程後他們能夠了解自殺防治守門人的概念，2012 年度有 73.2%的學員表示了解，2013 年度有 74.1%，2014 年度有 76.5%。在自殺的危險徵兆上，跨年度也都有七成五的人在課後表示了解。有關您是否曾經有接觸過自殺行為者方面，曾經有接觸過的比例 2012 年有 41.5%的人、2014 年有 37.6%的人、2014 年有 39.7%的人。在知不知道有哪些人的自殺風險比較高的題目上，跨年度也都有七成左右的人表示了解(2012 年為 73.6%、2013 年為 69.8%、2014 年為 70.2%)。

您是否了解如何主動關懷具有自殺傾向的朋友，在 2012 年有 64.4%的人表示了解，2013 年有 65.7%的人，2014 年有 66.7%的人能夠了解。在上完課程後您是否知道如何回應有自殺想法的人，跨年度也都有二分之一以上的人表示自己在上完課程後會知道如何回應有自殺想法的人。在轉介資源的方面，各年度分別都有六成以上的人在上完課程後能夠了解有哪些轉介資源可使用(2012 年為 64.4%、2013 年為 65.7%、2014 年為 66.7%)。至於是否會使用守門人

123 技巧來幫助想要自殺的人，三個年度均有百分之八十以上的學員表示以後在遇到有自殺意念的人時會使用此技巧來助人(2012 年為 88.0%；2013 年為 86.3%；2014 年為 82.6%)。

在課程結束後您是否會知道如何使用心情溫度計，2012 年度有 75.5%的人表示了解，2013 年度有 70.1%的人，2014 年度有 65.4%的人。至於在您是否會推薦他人使用心情溫度計的回應上，跨三個年度均有八成以上的人會推薦他人使用心情溫度計(2012 年為 85.0%、2013 年為 82.5%、2014 年為 79.1%)。

表 3、2012 年至 2014 年課後問卷分析表-自殺防治相關問題

	2012			2013			2014		
	了解/ 會	尚可/ 不清楚	不了解 /不會	了解/ 會	尚可/ 不清楚	不了解 /不會	了解/ 會	尚可/ 不清楚	不了解 /不會
自殺防治守門人的概念？	73.2% (809)	26.0% (287)	.8% (9)	74.1% (745)	25.1% (252)	.8% (8)	76.5% (587)	22.8% (175)	.7% (5)
自殺的危險徵兆？	76.6% (848)	22.9% (253)	.5% (6)	75.1% (749)	24.3% (243)	.6% (6)	74.2% (571)	25.5% (196)	.4% (3)
您是否曾接觸過有自殺行為者？	41.5% (460)	58.5% (648)	.0% (0)	37.6% (376)	62.4% (623)	.0% (0)	39.7% (307)	59.2% (458)	1.2% (9)
哪些人自殺的風險比較高？	73.6% (813)	25.7% (284)	.6% (7)	69.8% (695)	28.3% (282)	1.9% (19)	70.2% (539)	28.8% (221)	1.0% (8)
如何主動關懷具有自殺傾向的朋友？	64.4% (714)	34.4% (382)	1.2% (13)	65.7% (657)	33.3% (333)	1.0% (10)	66.7% (515)	32.0% (247)	1.3% (10)
如何回應有自殺想法的人？	55.6% (616)	42.5% (470)	1.9% (21)	60.0% (602)	38.0% (381)	2.0% (20)	56.6% (436)	41.4% (319)	1.9% (15)
有哪些轉介資源可使用？	64.4% (710)	34.6% (381)	1.0% (11)	64.2% (641)	34.1% (340)	1.7% (17)	60.8% (469)	37.4% (289)	1.8% (14)
將來如果遇到身邊有想要自殺的朋友會運用守門人 123 的技巧去幫助他？	88.0% (973)	11.0% (122)	1.0% (11)	86.3% (859)	12.8% (127)	.9% (9)	82.6% (633)	16.4% (126)	.9% (7)
如何使用心情溫度計(簡式健康量表)？	75.5% (836)	23.6% (261)	1.0% (11)	70.1% (700)	28.1% (281)	1.8% (18)	65.4% (502)	34.4% (264)	0.3% (2)
會推薦親友運用「心情溫度計」量測自己或他人的情緒？	85.0% (944)	13.4% (149)	1.6% (18)	82.5% (819)	15.3% (152)	2.2% (22)	79.1% (610)	19.6% (151)	1.3% (10)

註：人數百分比(人數)

(3) 後續推廣

在課後詢問是否願意成為義工，三個年度皆有 10%以上的人表示願意成為珍愛生命義工。在 2012 年度，願義成為義工的佔了全部學元的 14.7%；2013 年度有 11.4%的人願意；2014 年度有 10%的人表示願意成為義工。在之後是否願意收到自殺防治訊息的電子信件上，2012 年度有 44%的人表示願意收到電子信件，2013 年度有 29.6%的學員表示願意收到，2014 年度有 16.4%的學員願意收到訊息(表 4)。

表 4、2012 年至 2014 年課後推廣分析

	2012		2013		2014	
	否	是	否	是	否	是
我願意成為珍愛生命義工。	85.3%	14.7%	88.6%	11.4%	90.0%	10.0%
	(994)	(171)	(929)	(120)	(703)	(78)
我願自收到自殺防治之相關訊息。	56.0%	44.0%	70.4%	29.6%	83.6%	16.4%
	(652)	(513)	(738)	(311)	(653)	(128)

註：人數百分比(人數)

善用網路守門人： 以網路成癮之評估與轉介為例

一、 背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

隨著資訊時代的來臨，智慧型手機、平板、電腦的普及，網路已是現代人生活不可或缺的一環。而自殺防治的重點便是藉由提供及時的協助與預防措施，透過守護民眾使其不因網路過度使用，而造成的身心健康問題，如網路成癮，這也是配合科技的進步衍生出新的守門人的概念。

網路成癮，是一種病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致學業、人際關係、身心健康、家庭、職業等方面的功能損害，是全球重大的精神健康與公共衛生問題。

近年來，網路成癮(internet addiction)已經成為全球性的公共衛生問題。網路成癮的定義，泛指病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致功能損害，包括：學業成績、人際關係、身心健康、家庭互動、職業表現...等方面。網路成癮的型態，包含線上遊戲、社交軟體、線上賭博、線上購物、虛擬性愛和資訊超載。網路因為它的匿名性、虛擬性、方便性、逃避性...等特質，吸引當事者耽溺其中。美國心理學家 David Greenfield 形容：「網路媒介是一種心理針筒，將內容(令人愉悅的遊戲、賭博、購物、性)打進我們的神經系統中。」

臺灣兒童福利聯盟文教基金會於 2013 年針對臺灣國小五、六年級及國中七、八年級學生進行抽樣調查，發現 3 成 9 青少年擁有智慧型手機；當中有 3 成 6 不到半小時就會看一次手機，1 成每五分鐘就看一次；8 成 5 孩子會拿智慧型手機聽音樂，7 成 8 用以玩遊戲，6 成 8 則使用社群網絡(臉書)。

智慧型手機由於網路可近性高、且難以管控，可能增加青少年網路成癮風險，成為臺灣亟待關切的精神健康與公共衛生議題，制訂網路使用法律以保護未成年者(如網路內容分級管制)等，實需要國家成立專責機構來擔任網路自殺防治守門人來進行推動。目前南韓已經成立超過 140 個網路成癮預防中心、100 家網路成癮治療醫院，臺灣已於 2012 年成立中亞聯大網路成癮防治中心，並開立網路成癮門診。

網路成癮特好發於青少年與成年早期。國內外研究報告均已顯示網路成癮合併極高比率之精神疾患與自殺意念及企圖，為了瞭解現代人網路使用行為與

自殺之間的關係，以進行自殺防治守門人策略之規劃，本次初步研究規劃進行「網路沉迷與心理健康」調查。又鑑於近年網際網路的使用普及，除了對青少年族群造成影響外，更是所有人共同面臨的問題，因而擴大施測對象為所有網路使用者。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 擴大宣導邀請各合作單位擔任珍愛生命守門人推廣「網路成癮檢測站」，使廣大民眾能用網路自我檢測，以了解自我身心健康及網路使用習慣。
- 2) 針對高風險族群進行關懷。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 收集並回顧國內、外網路成癮與自殺防治相關研究文獻，並進行彙整及分析。
- 2) 召開專家會議，進行文獻回顧結果之意見交流，再修正完成初稿。
- 3) 編製「網路使用與身心健康」調查問卷，並採線上填寫方式。
- 4) 藉由網路推廣進行問卷施測。
- 5) 回收問卷並分析及彙整結果。
- 6) 針對有留電子信箱之施測對象回傳結果。
- 7) 針對有留電子信箱之高風險施測對象進行關懷。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位: 義工、FB 珍愛生命打氣網、臺大 BBS、生命教育網、健康醫學網、1111 人力銀行、象藝創意粉絲團、社團法人華人心理治療研究發展基金會、曾經合作守門人課程之學校及各大專院校學生會。
- 2) 資源連結內容及形式: 電子傳遞、發佈訊息、信件關懷、網頁製作。

三、 過程 (Process)

1. 2014 年 1 月業務會議針對施測對象的後續關懷方式與結果頁呈現方式，提出討論。決議以網路守門人的模式，以電子郵件(e-mail)型式進行後續關懷，並將問卷結果連結至中心網頁。
2. 2014 年 2 月在中心網站上建立「網路使用調查」專區，提供問卷得分結果解釋及健康網路使用指引，協助民眾了解自我檢測結果及提供網路成癮之守門人技巧以幫助親朋好友。
3. 將結果給留有電子信箱之施測對象，並定期針對新的施測對象以電子郵件(e-mail)形式個別通知其問卷結果。

4. 針對「網路成癮量表」(CIAS-R)68 分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)15 分以上之施測對象以電子郵件 (e-mail)型式進行持續關懷與提供建議，並在中心網站建立相關建議頁面及連結。
5. 2014 年 4 月擴大實施，針對「網路成癮量表」(CIAS-R)64 分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)15 分以上之施測對象以電子郵件形式進行關懷，並編製「健康使用網路簡要指引」並於上傳專區，宣導健康上網概念。
6. 2014 年 5 月底達到 1100 位施測對象，整理問卷並進行初步統計分析，並簡化問卷且將專區更名為「網路成癮檢測站」，並將量表名稱變更為「網路成癮與心情檢測」，以宣導檢測為主，以吸引更多人可線上檢測。
7. 2014 年 10 月中於珍愛生命打氣網上增加網路成癮檢測站宣導頁面，以吸引更多人進行線上檢測。
8. 2014 年 11 月針對問卷高風險施測者再次寄發關懷郵件，關心其網路使用近況。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

1)為使問卷能更便於民眾填答，使守門人成效擴大，中心於 2014 年 5 月底進行問卷簡化，刪除簡式性格量表，截至 12 月共有 1222 人，六月後施測者為 89 人，且因電子信箱欄位為非必填之選項，故寄出問卷結果之郵件只有 427 封，占總人數的 35%，並擴大關懷對象進行後續關懷，共寄出 32 封關懷電子郵件。

2)敘述性統計：

1222 位施測對象中，男性 191 位(15.6%)；女性 1031 位(84.4%)。年齡層分布以 25-44 歲為最多，有 804 位(65.8%)，其次為 45 歲以上，有 205 位(16.8%)，最少的是 15-24 歲，有 213 位(17.4%)。以教育程度區分，大學有 655 位(53.6%)，其次為專科，有 270 位(22.1%)，接著是研究所及以上 203 位(16.6%)，高中職 76 位(6.2%)，國中 13 位(1.1%)，最少的是國小以下有 5 位(0.4%)。婚姻狀況分析，未婚者人數最多，有 617 位(50.5%)，其次為已婚 562 位(46.0%)，接著是離婚 30 位(2.5%)，喪偶 9 位(0.7%)，最少的是同居有 4 位(0.3%)。以執業區分，就業中的民眾共 934 位(76.4%)，其次為學生 165 位(13.5%)，接著是家管 61 位(5.0%)，無業 48 位(3.9%)，最少的是退休有 14 位(1.1%)。

針對網路成癮量表(CISA-R)與基本資料進行交叉分析(表 1)，可知道男性平均分數大於女性，年齡層以年輕族群(15-24 歲)分數較高，教育程度則是國

小以下平均分數最高，婚姻狀況以未婚之平均分數高於其他，職業以學生族群平均分數最高，而常玩線上遊戲及利用網路做其他事情(如：購物、賭博、看電影...等)的族群平均分數高於其他族群。經過本調查之初步分析結果顯示男性、年齡 15-24 歲、學生、常玩網路遊戲，都是網路成癮的高危險群，經統計分析也發現性格、神經質、精神症狀嚴重度、上網時間過長、上網造成生活功能障礙都是影響成癮嚴重度的重要預測因子。未來中心將持續以「網路」為守門人推動網路成癮之自殺與防治。

表 1、基本資料與網路成癮分數(CIAS-R)交叉表(N=1222，M=50.28，標準差=14.7)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差
性別				
男	191	15.6%	53.0	16.2
女	1031	84.4%	49.8	14.3
年齡				
15-24 歲	213	17.4%	56.3	14.6
25-44 歲	804	65.8%	50.3	14.1
45 歲以上	205	16.8%	43.9	14.4
教育程度				
國小以下	5	0.4%	58.0	20.7
國中	13	1.1%	55.7	17.2
高中職	76	6.2%	48.5	15.8
專科	270	22.1%	48.0	14.3
大學	655	53.6%	51.7	14.2
研究所以上	203	16.6%	48.9	15.5
婚姻狀況				
未婚	617	50.5%	53.9	14.2
已婚	562	46.0%	46.8	14.3
離婚	30	2.5%	43.9	14.0
同居	4	0.3%	30.8	4.6
喪偶	9	0.7%	49.3	10.7
職業				
學生	165	13.5%	57.8	13.4
家管	61	5.0%	50.5	14.9
就業中	934	76.4%	48.8	14.5

表 1、基本資料與網路成癮分數(CIAS-R)交叉表(續)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差
無業(失業/待業)	48	3.9%	54.2	15.4
退休	14	1.1%	49.7	10.4
上網最常做哪些活動(複選)				
遊戲	50	4.1%	54.2	15.6
互動通訊	555	45.4%	48.6	14.8
其他	106	8.7	49.4	15.0
遊戲及互動通訊	89	7.3	54.1	14.4
遊戲及其他	16	1.3%	54.5	20.3
互動通訊及其他	267	21.8%	50.3	13.6
遊戲、互動通訊及其他	139	11.4%	53.5	13.9
上網最常做哪些活動(複選)				
遊戲	294	15.7%	53.9	14.7
互動通訊	1050	56.1%	50.1	14.5
其他	528	28.2%	51.1	14.2

*上網最常做哪些活動中之選項「其他」包含購物、賭博、看影片等

針對網路成癮量表(CISA-R)與情緒困擾度及自殺想法進行交叉分析(表 2), 可知道網路成癮量表(CISA-R)的平均分數越高, 則簡式健康量表(BSRS-5)所測出之情緒困擾度也隨之升高, 過去一星期中有自殺想法的 CIAS-R 分數也高於無自殺想法者。

表 2、情緒困擾度、自殺想法與網路成癮分數(CISA-R)交叉表(N-1222)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差
BSRS-5				
0-5 分	770	63.0%	47.0	13.4
6-9 分	252	20.6%	52.9	13.1
10-14 分	130	10.6%	57.5	15.4
15-20 分	70	5.7%	64.1	17.5
自殺想法				
無	908	74.4%	48.4	13.8
有	312	25.6%	55.8	15.8

推動珍愛生命義工訓練與推廣

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，就理論及實務層面來說，自殺防治人人有責，自殺防治的工作是需要全民的投入，透過訓練，懂得如何辨別自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介，且結合社會相關資源網絡，在既有體系裡持續強化各地之自殺防治守門人的功能，配合政府的策略制定與宣導，建立民眾對於自殺防治的認識與參與感，發揮全民的力量，具體落實人人都是自殺防治守門人的理念。藉由全國民眾的共同努力，並結合不同專業力量的積極投入，共同達成「珍愛生命，你我都是自殺防治守門人」。

聯合國訂定 2001 年為「國際志工年」，定義志願服務者是一種有組織、有目的、有方法，在調整與增進個人對環境的適應，其志趣相近、不計酬勞的人。聯合國的提倡，引發了世界各國政府對志願服務的支持與推動 (Kenn, A., 2001)。臺灣的志願服務法(2001)定義志願服務為：「民眾出於自由意志，非基於個人義務或法律責任，秉誠心以知識、體能、勞力、經驗、技術、時間等貢獻社會，不以獲取報酬為目的，以提高公共事務效能及增進社會公益所為之各項輔助性服務。」由此可知，志願服務之意義為透過個人的自由意願，主動參與無償的服務，且不求任何利益或酬賞。至今，透過參與社會事務等志願服務工作，發揮奉獻與助人精神的民眾日漸增加，顯示志願服務者對於社會事務推動的重要性。

全世界有兩千多個自殺防治中心由志願服務者所組成，台灣地區各縣市譬如生命線、張老師基金會或是相關電話協談輔導等單位，都需要志願服務者的支持與貢獻，自殺防治工作更是亟需志願服務者的協助。因此，本中心基於「自殺防治，人人有責」和「網網相連、面面俱到」的核心理念，於 2009 年擴大招募珍愛生命義工，廣招對自殺防治工作有興趣之社會大眾加入義工行列，再接受守門人訓練課程或學習守門人三步驟「一問、二應、三轉介」後，義工們將對自殺危險警訊有較高的敏銳度，並有能力協助他人獲得適當的幫助，期盼每位義工能從生活周遭開始，主動關心身邊的親友，推廣心情溫度計及發揮守門人精神，爾後，再進一步以自身的專業能力進行志願服務。目前中心義工遍布全臺，並朝著「在地化」及「社區化」之目標前進，讓珍愛生命的理念散播在各鄉鎮里鄰、社區和家庭之中。

本中心推動珍愛生命義工方案之意義詳述如下：

- 1) 自殺防治，人人有責：自殺防治工作為全民共同努力的永續工程，透過義工參與宣導自殺防治的行動，提醒更多人珍惜、守護生命，預防自殺憾事的發生。藉由全民攜手防自殺，將珍愛生命理念深植於心中，以達成「自殺防治、人人有責」的終極目標。
- 2) 發揮守門人精神：義工藉由瞭解心情溫度計及守門人的任務，不僅能幫助自己調適身心狀況，也能對周遭親朋好友發揮守門人的精神，陪伴他人度過生命的低潮，以達到「在地化」與「社區化」之目標。
- 3) 珍愛生命服務：義工服務內容主要為傳遞「珍愛生命」的信念和推廣自殺防治的工作。此外，也鼓勵義工多加運用自己的專業能力與長才，為自殺防治工作盡一份力量。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣「人人都是珍愛生命守門人」的概念，讓自殺防治工作進展到「網網相連，面面俱到」，並達到服務「在地化」及「社區化」之目標。
- 2) 推廣珍愛生命守門人的基本訓練，讓每位義工能推廣「珍愛生命、人人有責」的理念及發揮守門人的精神與任務。
- 3) 強化義工「在地化」和「社區化」的行動策略，並運用義工多元的專業能力、興趣與特長，為自殺防治業務盡一份心力。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 持續招募義工及進行後續資料庫建檔，並依標準作業流程辦理。
- 2) 透過活化義工規劃方案，活絡義工參與自殺防治工作，落實守門人及在地服務精神，如：義工在地動起來提醒與回覆、訊息交流、新訊、電子賀卡等。
- 3) 辦理義工相關活動及訓練，包括活動及講座支援、珍愛生命數位學習網、網路通訊及義工互動、參訪訓練...等。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、義工、協助辦理講座單位。
- 2) 資源連結內容與形式：網站宣導、心情檢測站 BSRS-5 宣導、守門人講座等。

三、 過程(Process)

1. 義工招募

- 1) 主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站和 facebook 珍愛生命打氣網等。義工基本資料表亦修改相關欄位，以方便作業。義工招募後依標準作業流程辦理相關作業。
- 2) 民眾報名義工方式，分為網路報名與現場報名，義工伙伴加入後將收到中心的歡迎信及中心各相關訊息。

2. 義工資料庫維護

- 1) 目前義工資料已全面採用電子化的方式建檔並定時備份。藉由電子化的方式有效地歸類相關欄位與特性等，以利管理與運用。
- 2) 1 月份為推動珍愛生命義工活化，對全體義工進行電話聯繫，確認義工主動參與之意願。

3. 義工新訊

- 1) 內容包含活動邀請、守門人課程資訊、活動花絮、網路新課程上架消息...等，藉以傳遞中心的最新消息與相關資訊給義工們。
- 2) 運用生動的圖片連結，讓義工新訊更加豐富。
- 3) 每月寄發一次為原則，但可依當月活動和消息作彈性調整。

4. 「義工在地動起來」方案

- 1) 原「在地服務動起來」於 2010 年 7 月啟動，目的在於活化義工參與自殺防治工作。
- 2) 為使義工對服務理念更加貼切，更名為「義工在地動起來」後重新啟動。目的為再次活化義工，闡述在地化之意涵及重要性，讓義工們清楚了解珍愛生命及守門人理念，再次燃起義工們在地服務的熱誠。
- 3) 每月月初發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得，以及對於中心的建議、鼓勵與想說的話。
- 4) 七月份響應義工意見，簡化回覆電郵，不需填寫推廣數量，使義工於在地化服務時，能更簡便的回覆推廣結果。

5. 義工支援活動

- 1) 協助中心行政庶務：藉由直接參與中心業務，讓義工更加了解中心的業務及自殺防治工作，也藉此增進彼此的感情與交流，每週平均約 3~5 位義工至中心服務，強化義工自殺防治的核心價值，落實義工在地化服務理念，不定期邀請義工參與並支援各地自殺防治守門人相關活動。
- 2) 支援講座：中心訂有義工支援講座須知，讓義工預先了解服務內容，讓義工於行前了解服務內容，並於講座結束後，主動連絡義工詢問講座情形及

講師授課方式。另有其他自殺防治守門人相關活動，以網路報名方式，邀請義工共同響應。

3) 2012 年至 2014 年支援活動(表 1)

表 1、活動一覽表

年度	活動內容	
2012	7 月份生技展活動	於台北世貿中心生技展設置心情檢測站，並請義工協助推廣心情溫度計和自殺防治守門人理念，並同時招募更多民眾加入義工行列。
	9 月份木炭包裝標示訪查	每年皆會邀請義工朋友們至各大賣場，協助中心調查木炭外包裝上的警示標語和安心專線。有 40 位義工報名，結果共 11 位義工朋友實際執行回報。
	11 月份醫療展活動	在台北國際會議中心舉行，中心前往設置了心情檢測站，並請義工協助推廣自殺防制守門人和心情溫度計的使用，並同時邀請更多民眾加入義工行列。
2013	7 月份生技展活動	於台北世貿中心生技展設置心情檢測站，並請義工協助推廣心情溫度計和推廣自殺防治守門人，活動中不只教導民眾運用心情溫度計(BSRS-5)自我檢測，更招募更多民眾加入珍愛生命義工的行列。
	11 月份醫療展活動	在國際會議中心舉行，中心依往例設置心情檢測站，並請義工協助推廣心情溫度計，同時推廣守門人概念，邀請民眾共同運用一問二應三轉介關心且幫助周遭親朋好友。
	11 月份南臺灣生技展活動	在高雄巨蛋展覽中心舉行，中心和高雄市立凱旋醫院合作設置心情檢測站，並和當地義工一同邀請民眾擔任自殺防治守門人。
	12 月份愛心園遊會活動	參與臺灣快樂列車協會於臺中豐樂公園舉辦之「熱愛生命讓愛飛揚」關懷婦幼弱勢暨身心障礙社會宣導愛心園遊會，設置心情檢測站，並邀請在地義工共襄盛舉，一同推廣心情溫度計和宣導自殺防治守門人理念。
2014	6 月份銀髮族暨健康照護產業展活動	今年銀髮族暨健康照護產業展在世貿一館舉行，中心依往例設置心情檢測站，並請義工協助推廣心情溫度計和自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。
	7 月份貢寮海洋音樂祭活動	參與臺北市政府於福隆海水浴場舉辦之「貢寮海洋音樂祭」活動，中心前往設置珍愛生命列車，並與義工一同參與推廣自殺防治守門人。

9 月份失智症主題展活動	今年參與衛生福利部於臺北火車站一樓大廳舉辦之「憶起愛相隨 失智症主題展」，中心前往設置心情檢測站攤位，並請義工協助推廣心情溫度計與珍愛生命守門人，同時邀請參展者加入義工行列。
10 月份南臺灣生技展活動	今年南臺灣生技展在高雄展覽館舉行，中心與高雄市立凱旋醫院合作設置心情檢測站，並請當地義工一同參與推廣自殺防治守門人。

6. 義工相關訓練

- 1) 在地講座：協辦各地講座時商請主辦單位開放供義工參與，提供義工服務與學習的機會。
- 2) 線上義工基礎課程：於「珍愛生命數位學習網」設置義工基礎課程，課程內容為「珍愛生命守門人」及「善用心情溫度計 助己又助人」，透過網路課程遠距教學，進行自我學習，提高對自殺危險警訊的敏銳度，並強化協助他人的能力。

7. 義工互動

- 1) 寄送歡迎電子郵件給新加入之義工，表達中心對義工朋友的歡迎之意。歡迎電子郵件內容為歡迎義工加入的話語、中心理念、義工服務內容...等。
- 2) 為感謝義工協助支援活動，於活動結束後，除將活動照片上傳至 facebook 珍愛生命打氣網外，還會寄送感謝函及活動照片，也會發佈最新消息於中心網站公開致謝，回饋義工朋友付出的心力及支持，建立雙方良好的互動。
- 3) 中心自 2012 年 4 月份開始，每月持續設計電子生日賀卡寄送給當月壽星。
- 4) 遇特定節日，如農曆新年、端午節等，中心會設計電子賀卡並寄送給所有義工朋友，祝福義工們佳節愉快。
- 5) 珍愛生命義工園地網頁包含線上義工基礎課程、中心簡介、活動花絮，使義工夥伴們能夠更方便進行自我學習以及認識義工使命及內涵。
- 6) 因中心訊息主要以電子郵件方式寄送訊息，且運用目前便利使用之應用程式(APP)，設置 Line 群組，邀請無 Email，但有手機號碼的義工夥伴加入，亦歡迎有 Email 之義工加入。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 截至 2014 年 12 月目前義工人數總共 651 人，基本資料分布如表 2。

表 2、義工基本資料

人數 651 人(截至 2014 年 12 月 5 日)						
電子信箱	有			無		
	553(82%)			118(18%)		
性別	男			女		
	230 (35%)			417 (65%)		
分區	北區	中區	南區	東區	外島	不詳
	330 (51%)	98 (15%)	151 (23%)	26 (4%)	1 (0%)	45 (7%)
	基隆市 (18) 臺北市 (128) 新北市 (122) 桃園縣 (27) 新竹縣市 (18) 苗栗縣 (17)	臺中市 (92) 南投縣 (6)	彰化縣 (31) 雲林縣 (4) 嘉義縣市 (15) 臺南市 (46) 屏東縣 (19) 高雄市 (36)	宜蘭縣 (22) 花蓮縣 (3) 臺東縣 (1)	金門縣 (1)	
教育程度	小學以下	國中	高中	大專或大學	研究所以上	不詳
	16 (2%)	4 (1%)	102 (16%)	289 (44%)	82 (13%)	158 (24%)
年齡(歲)	14 以下	15~24	25~44	45~64	64 以上	不詳
	2 (0%)	45 (7%)	272 (42%)	264 (41%)	24 (4%)	44 (6%)

- 2) 訊息交流(以電子郵件方式寄送)：包含義工新訊、在地化服務、活動訊息、生日祝福共 124 則
- 3) 活動支援：講座、研討會、宣導活動計 168 人次。
- 4) 中心行政庶務服務：服務次數總計 321 人次、服務時數總計 855.5 小時。
- 5) 除一般珍愛生命數位學習網之宣傳外，已規劃基礎訓練課程「珍愛生命守門人」及「善用心情溫度計 助己又助人」兩門課，推動義工線上學習。

2. 結論

從中心義工制度建置以來，從各式活動中回收義工報名表及主動來信表示願意擔任義工者，經彙整基本資料後，義工人數總共有 2059 人，於 2014 年 1 月對全體義工進行電話普查詢問是否繼續主動參與的意願，截至 2015 年 5

月共有近 700 位義工願意配合並支援中心舉辦之自殺防治守門人宣導活動，並落實在地化服務之理念，運用守門人「一問、二應、三轉介」之概念關懷周遭親朋好友，統計 2012 年至 2014 年推廣心情溫度計 1407 人次，發揮守門人精神 820 人次，2015 年積極推廣義工數位學習課程，除過去已受訓之義工外，亦提供新進義工守門人數位學習課程連結，以強化自殺防治守門人訓練。

發展心情溫度計 APP，推廣「人人都是守門人」

一、 背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

在數位化的現代，全球正處於智慧型裝置的快速成長階段，網路著實為極重要的行銷通路之一。臺灣 12 歲以上持有智慧型裝置的人口約占 61.5%，並且正持續快速成長，其中以 Google Android 系統為最大宗，市佔率全球約 75%，其次為 IOS 系統占 17.3%，而在臺灣不分系統約 70.6% 的使用者曾經下載過 APP，Google Android 的 APP 以年輕、收入較低、學生族群為主，IOS 系統的 APP 則以壯年、教育程度較高、中高收入的專業人士族群為主。APP 下載次數的分析指出，臺灣每位用戶平均會安裝下載 30 個 APP，此數量高於美國(29)、英國(25)和中國(19)。2012 年的資料更顯示，App Store (IOS) 全球的總下載次數已超過 300 億，而 Google Play (Android) 已超過 200 億，由此可見 APP 應用程式市場的重要性與普遍性。

心情溫度計為簡式健康量表(BSRS-5)的俗稱，是由臺大李明濱教授等人所發展之自評量表，為簡易心理健康檢測工具，主要在作為精神症狀篩檢表，目的在於能夠迅速瞭解個人的心理照護需求，進而提供所需之心理衛生服務。心情溫度計簡短、使用容易、具有良好之信效度，且適用於大部份的民眾。另外，此量表除了可以用於瞭解自身的心情狀態，也可以扮演自殺防治守門人的角色，用來關懷週遭的親朋好友，因此，心情溫度計的推廣，將有助於促進民眾的心理健康。

由於目前雲端服務的推出以及智慧型裝置的普及，加上行動裝置 APP 程式的運用已深入大眾的日常生活，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，本會發展心情溫度計應用程式(APP)，以智慧型裝置作為媒介，並兼顧 IOS 系統與 Google Android 系統用戶，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。

2. 業務或方案的目的與目標

心情溫度計應用程式(APP)製作目的在於幫助民眾迅速瞭解個人之心理困擾度，提供查詢所需之心理衛生服務的功能，並且鼓勵運用在日常生活心理健康的自我檢測，以落實全面性自殺防治守門人策略中之心理健康促進。

二、 輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 系統功能、版面設計與流程。
- 2) 持續討論並修正。
- 3) 程式測試並上線。
- 4) 後續推廣。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：工業技術研究院(工研院)健康服務組、程式設計及美編專家。
- 2) 資源連結內容及形式：資料提供、會議討論、程式設計、版面設計、溝通聯繫。

三、 過程 (Process)

1. IOS 系統之心情溫度計應用程式

鑑於工研院已有建立成熟的健康平台，而其模式為 IOS 系統，期將心情溫度計納入其中，以提供民眾完整身心之照顧，因此與工研院進行合作開發。再持續進行功能測試、回饋與修正後，心情溫度計 1.0 版於 2014 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載

2. Android 系統之心情溫度計應用程式

為了達到期程規劃，同步尋求此領域之專業志工一同開發，2014 年 7 月完成程式設計初版，並於 8 月 2 日開始進行各項功能測試。在持續測試及來回討論後，於 2015 年 3 月 Android 版心情溫度計 APP 正式上架，並持續測試前台及後台之功能。

3. 心情溫度計應用程式 APP 之宣導及推展

在 IOS 及 Android 系統之 APP 上架後，針對民眾使用情形，進行多方連結及推廣。

四、 成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 在 IOS 及 Android 上架後持續觀察民眾使用情形，已進行多方推廣，除 Facebook 粉絲專頁、通訊軟體、中心電子報及相關合作單位繼續加強外，另外將自殺防治系列手冊電子書、文宣品等附上 QR code 之下載連結，並製作宣傳海報運用於未來任何活動推廣。

- 2) 於 2015 年 5 月 APP 推廣方案中，預計於校園進行全面性的推廣，由大專院校起始，進而推動至高中等各級學校。未來亦將針對其它族群規劃可行之推廣方案，如記者會或其它活動。
- 3) IOS 系統心情溫度計應用程式(APP)相關圖標如下表 1。累計至今，共登錄 501 個會員帳號，比 474 筆檢測記錄。
- 4) Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之程式及頁面設計，如下表 1。上架後，累計至今共 159 次下載。

表 1、IOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面

	IOS 系統	Android 系統
(1) 下載圖標		
(2) 歡迎頁		
(3) 首頁選單		

<p>(4) 心情溫度計： 使用者可透過 APP 隨時隨地做心情困擾程度測量</p>		
<p>(5) 測驗記錄： 每筆測驗結果依時間順序，越近期的記錄排列越上面，讓使用者了解自己的心情起伏。</p>		
<p>(6) 電子書： 提供使用者連結各心理健康及自殺防治系列手冊。在 Android 系統另稱為「心理健康秘笈」。</p>		
<p>(7) 心衛資源： 可依照使用者所點選之地區，提供就近心衛資源服務。</p>		

2. 總結

- 1) 在初推階段，心情溫度計應用程式(APP)之功能與版面設計皆以為簡易為原則，將來可配合各項美編或動畫功能，並正式對外公開宣導心情溫度計 APP。目前也與 facebook 總部合作，將此 APP 程式置入 facebook 網頁，拓展其作用之普遍性。
- 2) 建議與改善：
 - (1) 除目前持續進行全面推廣外，未來將配合各項重要守門人議題，發佈新

聞稿或舉辦記者會加以宣導。

- (2) 為擴大推廣心情溫度計之運用，期能在後續改版開發更多的功能，以吸引更多使用者下載，特別是針對校園青少年自殺防治，透過相關政府的行政措施，讓心情溫度計更為普及化。
- (3) 透過資訊網絡，建立有效的心理健康篩選工具是世界潮流，期能編列出相關預算，強化 APP 之功能及吸引力，擴大後續推廣，以促進開發心情溫度計 APP 之更高效益。

發行文宣推廣守門人理念與實務操作

一、 背景(Context)

教育宣導是全國自殺防治策略中很重要的一環，為持續推廣國人對自身及他人心理健康的覺察，在配合推動「自殺防治守門人」的教育訓練講座及相關宣導活動上，中心製作自殺防治系列相關宣導品，提供相關資料及訊息，藉以喚醒更多國人重視及認知，以達到「你我都是守門人」的目標。

根據本中心對臺灣地區 15 歲以上民眾進行自殺防治的認知調查顯示，對於自殺防治的工作，目前已有超過六成的民眾認為自己幫得上忙，顯示自殺防治的教育宣導已略有成效，但仍需持續努力，期使民眾瞭解自殺防治之重視性外，也提昇其對於自殺防治守門人之認知，共同達成「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治，人人有責」的理想境界。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 宣導品製作

- (1) 依據宣導品的發送通路及用途作規劃，並擬案討論其架構與內容。
- (2) 蒐集製作之相關資料並彙整。
- (3) 委外廠商設計，並進行校稿。另，目前手冊改以電子化，採自行設計。
- (4) 製作完成後函送或電子傳送周知相關單位進行宣導。

2) 宣導品推廣(含授權與實體宣導品之提供)

- (1) 因資源有限，目前宣導品之推廣多以授權印製為主，申請授權需來函或電子信件洽商，說明其用途、宣導對象或刊登網址等。經中心評估後授權，會以回函告知同意並附上宣導品之印刷檔，並同時感謝該單位對自殺防治推動上的支持與努力，鼓勵回饋推廣結果。
- (2) 於辦理各項相關講座、參訪活動及宣導活動時發送實體宣導品，以發揮宣導之效果。
- (3) 數位宣導部份則與中華民國醫師公會全國聯合會及凱擘股份有限公司合作，提供相關教學或宣導影片，並由於多媒體傳輸平台 MOD 上播放。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院、高雄市政府衛生局、新竹市衛生局、新竹縣政府衛生局、新北市生命線協會、苗栗縣生命線協會、經國管理暨健康學院、中強光電股份有限公司、大漢技術學院、成美醫院、高雄市政府衛生局、臺南市政府教育局、基隆市立醫院、

臺灣憂鬱症防治協會、董氏基金會、中華郵政股份有限公司、跨越創新國際股份有限公司、行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院、國立臺灣師範大學圖文傳播學系、國防部參謀本部資電作戰指揮部、澄清綜合醫院、國防部政治作戰局、惠德醫院、勞工保險局、行政院部會、屏東縣政府衛生局、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院、國際護理榮譽學會中華民國分會、國立臺中科技大學老人服務事業管理系、大仁科技大學環境管理所、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、臺北榮總護理研發組、馬偕紀念醫院新竹分院、朝陽科大銀髮產業管理系、苗栗縣政府衛生局、財團法人臺灣省私立孝愛仁愛之家、大同大學、彰化縣生命線協會、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、涵美賞社區管理委員會、社團法人臺灣健康生產力管理學會、國立嘉義大學、玄奘大學、義守大學護理系、遠東科技大學、國立臺北商業大學、日創社文化事業有限公司、國家中山科學研究院、臺北榮民總醫院桃園分院、成功大學護理研究所、臺南市政府衛生局、各縣市衛生局暨社區心理衛生中心、各縣市生命線協會、評鑑合格醫療院所 490 處及立案之養護之家 824 處等。

2) 資源連結內容及形式：提供實體宣導品及授權、宣導品製作、數位課程。

三、 過程(Process)

【宣導品製作】

1. 自殺防治系列手冊

- 1) 製作自殺防治系列手冊，編製完成後，以紙本或電子書形式發行，並於中心網站同步上線更新。
- 2) 為擴大宣導，視需要配合相關活動及隨文推廣。
- 3) 與電子書平台合作，並廣為周知。

2. 自殺防治四格漫畫徵件活動紀念提袋

- 1) 2014 年 7 月完成中心宣導品項及剩餘數量盤點，其中環保提袋具高實用性與高推廣效益，但數量所剩不多，經提案討論評估後，決議配合自殺防治四格漫畫徵件活動之得獎作品進行製作。
- 2) 8 月確認將印製為提袋之得獎作品及排版，委請廠商製作。8 月底請廠商先送 400 個提袋，用於學術研討會及世界自殺防治日記者會，9 月進行剩餘提袋進行盤點及驗收。
- 3) 視各類活動需求配合發給予貴賓或民眾。

【電子化發行】

1. 更新手冊 3 至 24：

- (1) 因應衛福部改制，更新手冊 3 至 24 封面，並就數據進行更新(至 2013 年)及全面性校正。
- (2) 完成後於中心網站同步上線更新，提供最新版檔案予合作之電子書平台。
2. 中心網站設立電子書專區，名為「自殺防治圖書館」，並將圖標連結置於首頁以利推廣及宣導。
3. 配合衛生福利部改制，修正宣導品之電子檔之組織名稱，含海報 3 式、摺頁 2 式、小卡、貼紙等共 5 項，供日後授權及印製使用。

【宣導品推廣】

1. 中心宣導品推廣活動：
 - 1) 自殺防治系列手冊 27、28 閱後意見回饋活動：為擴大推廣中心手冊，鼓勵大眾閱讀，於 2014 年 10 月至 12 月辦理「珍愛生命 感動延續」意見回饋活動，活動共兩場次，線上回覆閱後感想及回饋意見，此活動並提供獎品進行抽獎。
2. 出版刊物電子書化
 - 1) 為因應網際網路數位出版品以及智慧型裝置的普及，並響應環保減少紙張印刷，評估將中心過去出版刊物陸續轉變成電子書格式，以達數位流通之便捷，也更方便編輯和保存。
 - 2) 有關中心手冊電子書化之公益宣導合作，2013 年 12 月與凌網科技股份有限公司、遠通科技股份有限公司簽約合作。2014 年 1 月與華藝數位股份有限公司簽約合作。2014 年 7 月與漢珍數位圖書股份有限公司簽約合作。
 - 3) 持續與各電子書平台合作推廣自殺防治知識性資源，合作平台簡介如下：
 - (1) 電子科技廠商
 - a. 凌網科技股份有限公司：成立於 1998 年 7 月，並於 2003 年 3 月上櫃，2009 年凌網科技創立 HyRead 電子書品牌，並於 2011 年第 19 屆臺北國際書展中正式發表，除有自家電子書平台，亦提供全國 260 間學校、20 餘家公私立企業電子圖書館服務。
 - b. 遠通科技股份有限公司：為遠流出版社自 2005 年發展 Koobe 閱讀系統，並於 2008 年創立遠通科技股份有限公司，開始發展電子書業務，提供書籍轉檔、加密管理，行動閱讀等技術與服務。目前客戶有 80 多家企業廠商、近 300 間學校、120 間醫院，並和金石堂、誠品、三民書局、遠流等網路書店簽約合作。
 - (2) 國家圖書館—電子書刊送存閱覽服務系統及國立公共資訊圖書館電子書平台，持續提供日後出版之電子書以合作推廣。

(3) 亞米多雲端圖書館與 Pubu 電子書城，採自行上傳方式，皆上傳中心電子書並更新至最新版本。

(4) 華藝數位股份有限公司：

華藝(airiti)成立於 2000 年，2008 年推出電子書服務，陸續建構期刊、論文、電子書等產品；為臺灣首次且唯一躋身國際資料庫的平台。華藝數位具有華藝中文電子書、華藝線上圖書館 2 平台。華藝中文電子書服務以圖書館需求為規劃重點，收錄各式優質中文電子書，供學校(研究機關)或團體單位使用，主要客群為大專院校圖書館。華藝線上圖書館是唯一整合台灣、中國大陸兩岸學術資源之檢索平台，收錄內容涵蓋期刊論文、學位論文、會議論文集等全文內容。平台之有效會員數約 90 萬人，合作學校有臺大、清大、政大、臺科大等約 165 所學校。

(5) 漢珍數位圖書股份有限公司：

漢珍成立於 1981 年，於 80 年代開始提供電子出版品、資料庫建置等數位內容服務，並於 2000 年從事華文數位內容的開發。合作對象為國內外學術機構、企業集團及公共圖書館等上千家客戶，例如：臺大圖書館、銘傳大學、臺灣經濟研究院、天下雜誌等。

3. 持續與各單位合作，進行簡式健康量表(BSRS-5)及文宣品之授權。

四、 成果(Product)

教育文宣及教材雲端數位化是本中心目前極力推動的重要工程，除網路利用，並透過與知名廠商合作，出版「自殺防治」系列電子書與「心理健康促進」手冊，進行宣導及推廣。

1. 101 年執行結果

- 1) 本年度完成「自殺防治系列手冊 17-以醫院為基礎之自殺防治」及「自殺防治系列手冊 23-社會福利工作人員與自殺防治」之印製，另「重覆自殺個案管理手冊」目前內容修飾中，擬於年底前印製。
- 2) 宣導品發送通路包括中心活動、記者會與會貴賓、政府部門、校園、大眾媒體、醫療院所等，數量總計 7,003 份。
- 3) 綜合宣導品共授權予 36 個單位。

2. 2013 年執行結果

- 1) 完成「自殺防治系列手冊 24-重複自殺個案之關懷管理」之出版印製，旨在協助第一線人員面對重複自殺個案之運用參考。
- 2) 完成「老人自殺防治：老人自殺新聞事件的省思」手冊之編製，目前著手電子書形式出版及推廣事宜。

- 3) 手冊 24 發送通路包括中心宣導活動、政府衛生部門、社福機構、醫療院所等，數量總計 790 份。
- 4) 手冊 24 閱讀回饋活動：共計 12 份回饋。
- 5) 世界自殺者親友關懷日心情溫度計單張擺放活動，共計發出單張約 57,000 張，全國超過 1,500 處通路可免費取得。
- 6) 宣導品共授權予 20 個單位。
- 7) 12 月底完成電子書平台簽約，共 2 家。

3. 2014 年執行結果

- 1) 完成「自殺防治系列手冊 25 老人自殺防治—自殺新聞事件的省思」、「自殺防治系列手冊 26—殺子後自殺事件之防治」、「自殺防治系列手冊 27—雨過天晴心希望」、自殺防治系列手冊 28—擁抱生命逆轉勝」電子書之出版，共 4 冊。
- 2) 手冊 27、28 閱讀回饋活動：截至 12 月 5 日，共計 25 份回饋，讀者提出閱後感想及意見，並撰寫自身心路歷程，回饋之文章皆經過作者同意，將於中心網站、通訊、粉絲專頁等進行分享，傳達珍愛生命理念。
- 3) 新增 2 家電子書平台簽約，共 5 家簽約平台。
- 4) 再版手冊 3 至 24 之電子書，共 22 冊。
- 5) 各式宣導品共授權予 27 個單位，而申請簡氏健康量表(BSRS-5)之授權今年多達 18 件，較去年(10 件)增加，心情溫度計運用之推廣持續提升，使用更為普遍。

4. 2015 年執行結果(截至 4 月)

- 1) 待出版心理健康促進系列手冊，共 10 本。
- 2) 各式宣導品共授權予 6 個單位。

舉辦守門人教育宣導活動

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

自殺行為絕非單一因素所造成，而是源自於生物、心理、社會、文化及環境層面等因素彼此的交互作用，因此，自殺被視為是一個多面向的疾病。然而在新型態之全球性經濟萎縮、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺之風險，仍需密切注意。有鑑於此，為結合社會各界資源，擴大教育宣導功能，強化國人對「自殺防治，人人有責」的認知，推動自殺防治守門人概念，守門人就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色，因此結合相關民間團體，辦理大型自殺防治宣導活動，推廣自殺防治守門人三步驟「一問、二應、三轉介」及心情溫度計(BSRS-5)。

根據本中心 2014 年對臺灣地區 15 歲以上民眾進行自殺防治的認知調查顯示，有情緒困擾的民眾達 6.6%，推估臺灣約有 133 萬人；然而令人欣慰的是，民眾近一年看過或聽過自殺防治相關資訊的比例也逐年上升，有 61.2% 的民眾表達自己對自殺防治工作可以貢獻心力，89.3% 表示會以關懷陪伴的方式協助對方，為歷年調查結果最高的一次，符合珍愛生命守門人理念當中關懷探詢、支持陪伴的精神。

自殺防治守門人最大的力量來自於大眾，由政府主動宣導、協助只是自殺防治工作中的一環，更重要的是，要民眾的齊力配合才能真正得到自殺防治之效果，故建立雙向的自殺防治管道刻不容緩，因此對於一般民眾進行自殺防治宣導的確有其重要性與必需性。

所以，本中心透過系列的教育宣導活動與民眾面對面，藉由活動進行及媒體報導，更增加民眾對自殺防治的意義與實踐。辦理大型活動之目標也在於補足未參與守門人相關課程之民眾，期透過活動的舉辦，除了讓民眾瞭解自殺防治之重要性外，也能提昇其對於自殺防治守門人之認知，進而達到國人做到「自殺防治，人人有責」之目標。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣「心情溫度計」，協助民眾於日常生活中，建立「自我心理健康管理」之習慣，並進一步協助他人進行情緒困擾量測、關心情緒困擾議題，喚起民眾對於自殺防治工作的關注，藉此為自殺議題去污名化。
- 2) 建立一般民眾「珍愛生命守門人」的認知，並了解守門人的重要性，增進

社會大眾對自殺防治的認識。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 與合作單位溝通活動事宜，規劃進行方式。
- 2) 研擬辦理活動之作業流程與內容，提請討論。
- 3) 著手活動前置作業及準備。
- 4) 透過中心網站及珍愛生命打氣網 facebook 傳遞活動訊息，並以義工新訊招募支援義工。
- 5) 辦理宣導活動，並依現場狀況機動性調整活動進行方式。
- 6) 於活動結束後，統計並評估活動結果。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、珍愛生命義工、世貿展覽場，吉興印刷品事業有限公司，財團法人臺灣快樂列車協會。
- 2) 資源連結內容及形式：設置心情檢測站、宣導品發放、推廣心情溫度計、活動支援。

三、 過程(Process)

1. 2012 年至 2014 年各年度活動如表 1，透過運用自殺防治守門人「一問、二應、三轉介」概念結合各大宣傳活動，招募珍愛生命義工共同為自殺防治工作努力，每年度亦會配合國際自殺防治學會(IASP)當年度主題舉辦研討會，會中除邀請國內外學者專家呈現自殺防治工作成果及經驗想外，蒞臨會場的媒體朋友們也是重要的自殺防治守門人，透過全球串聯，網網相連，將「珍愛生命 希望無限」之信念向下扎根。

表 1、2012 年至 2014 年各年度活動表

年度	活動內容
2012	2012 年「臺灣生技月」展覽 於現場設置心情檢測站，更特別新增規劃「加入珍愛生命打氣網 FACEBOOK 按讚」活動，讓民眾透過活動認識珍愛生命打氣網並加入為粉絲，一同加入自殺防治的守門人行列，一同推廣守門人三步驟「一問、二應、三轉介」及教導民眾隨時測量自己的心情溫度，瞭解自己的身心適應狀況，並進行「珍愛生命義工」招募設置。
	2012 年臺北國際醫療展 於現場設置心情檢測站，教導民眾隨時測量自己的心情溫度，瞭解自己的身心適應狀況，並進行「珍愛生命義工」

		招募設置。
	「強化保護因子，注入新希望」國際學術研討會	為響應世界自殺防治日，並以今年度宣導主題「強化保護因子，注入新希望」為主軸辦理本次研討會，邀請日本、韓國和愛爾蘭的學者前來演講，另同時邀請國內專家學者擔任主持人或主講人分享國內自殺防治情形，過程串聯自殺防治守門人概念與研討會自殺防治相關議題發佈新聞稿。
2013	2013年「臺灣生技月」展覽	於現場設置心情檢測站，更特別新增規劃「寄出你的愛 打氣明信片」活動，運用自殺防治守門人「一問、二應、三轉介」概念，讓民眾在特製明信片上寫下鼓勵的話語為自己或親朋好友加油打氣，並隨機抽出40張明信片寄出，其餘隨機挑選公佈於facebook 珍愛生命打氣網。
	「污名化：自殺防治的重大阻礙」國際學術研討會	為響應世界自殺防治日，並以今年度宣導主題「污名化：自殺防治的重大阻礙」為主軸辦理本次研討會，邀請韓國、日本和美國專家學者參與研討會暨記者會發表演講，另同時邀請國內專家學者擔任主持人或主講人分享國內自殺防治情形，並宣導自殺防治守門人概念，會場同時展出研討會學術性壁報22篇。
	2013年「臺灣醫學會醫療展示會」	於現場設置心情檢測站，教導民眾隨時測量自己的心情溫度，瞭解自己的身心適應狀況，並進行「珍愛生命義工」招募設置。
	2013年「南臺灣生物技術展」	與高雄市立凱旋醫院合作，規劃中心參展內容，重新編輯中心簡介宣導影片展示中心八年來的成果及現況外，並於現場設置心情檢測站，同時推廣自殺防治守門人「一問、二應、三轉介」結合心情溫度計，教導民眾隨時測量自己的心情溫度，瞭解自己的身心適應狀況外，也要關心自己身邊的親朋好友，並進行「珍愛生命義工」招募。
	第八屆全球「熱愛生命 讓愛飛揚」關懷婦幼弱勢身心障礙社會宣導愛心園遊會	以「心情檢測站」宣導攤位，透過宣導品、設計互動遊戲，與中部義工一同宣導珍愛生命守門人理念，教導民眾隨時運用心情溫度計測量自己的心情溫度，或是用以幫助身邊親友。並於活動結束後，分析現場發放問卷與新加入義工之建檔。

2014	2014年「臺灣國際銀髮族暨健康照護產業展」展覽	設置「心情檢測站」宣導攤位，宣導珍愛生命理念及自殺防治守門人，並教導民眾隨時測量自己的心情溫度，了解自身身心適應狀況，活動結束後，彙整檢測之BSRS-5量表與新加入義工資料，進行建檔及統計。
	2014「心所愛的文夏YUAN原音再獻」致敬演唱會	演唱會入口宣導珍愛生命理念及守門人三步驟「一問、二應、三轉介」，邀請民眾隨時測量自己的心情溫度，並善用心情溫度計做為守門人概念中詢問的重要工具。
	2014年「貢寮海洋音樂祭」活動	於貢寮海灘上設置「珍愛生命列車」宣導攤位，宣揚珍愛生命守門人概念，歡迎民眾於珍愛生命打氣網打氣按讚，擴大宣導珍愛生命理念。
	「網路與自殺防治：挑戰與機會」國際學術研討會	響應世界自殺防治日今年主題「自殺防治：全球串聯」，研討會特別以「網路與自殺防治：挑戰與機會」為宣導主軸，邀請日本、韓國專家學者參與研討會並發表演講，另同時邀請國內專家學者擔任主持人或主講人分享國內自殺防治情形，會場亦有研討會學術性壁報18篇。研討會過程中除邀請各大媒體記者擔任守門人，亦於會後有新聞稿露出。
	2014年「失智症主題展」展覽	設置「心情檢測站」宣導攤位，以四格漫畫徵件活動的參加作品做為攤位佈置，與義工一同邀請現場民眾擔任自殺防治守門人，且運用心情問度計隨時自我檢測自己的心情溫度，了解自身身心狀況，並進行「珍愛生命義工」招募。
	2014年「南臺灣生物技術展」展覽	高雄市立凱旋醫院合作，設置「心情檢測站」宣導攤位，並加入心情溫度計APP於展示海報中，與義工一同宣揚珍愛生命守門人理念，且邀請民眾透過心情溫度計了解身心狀況，並進行「珍愛生命義工」招募。
	2014第九屆「熱愛生命 讓愛飛揚」愛心義賣暨社會宣導園遊會	以「心情檢測站」宣導攤位，宣導珍愛生命理念，邀請民眾自我測量心情溫度，同時推廣珍愛生命守門人概念及心情溫度計APP，並於現場招募義工。並於活動結束後，進行問卷建檔及統計。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 2012年執行結果

- (1) 共辦理宣傳活動2場次，總計有54名義工支援現場活動，心情溫度計推廣回收共1,371份，文宣品共計發出950份love life雜誌，通訊600份，

守門人摺頁 1300 張，扇子 800 支、謝謝夾 550 份。

- (2) 辦理「強化保護因子，注入新希望」國際學術研討會，當日參與學員約 250 名，發放文宣品：「強化保護因子，注入新希望研討會」、世界自殺防治日記者會手冊、青少年心理衛生與自殺防治手冊、老人心理衛生與自殺防治手冊、基層醫療人員與自殺防治手冊、BSRS-5 筆記本、老人自殺防治宣傳單張各 250 份。

2) 2013 年執行結果

- (1) 共辦理宣傳活動 4 場次，總計有 29 名義工支援現場活動，心情溫度計推廣回收共 1,804 份，文宣品共計發出 850 份 love life 雜誌，通訊 1900 份，守門人摺頁 1600 張，扇子 1050 支、謝謝夾 550 份、擦擦布 900 個、L 夾 50 份、自殺防治宣導海報 40 張、心情溫度計捲筆 400 枝。
- (2) 舉辦「污名化：自殺防治的重大阻礙」國際學術研討會一場次，當日參與學員約 180 名，壁報論文發表共 16 篇，發放文宣品：「污名化：自殺防治的重大阻礙年會暨學術研討會」手冊、自殺防治系列手冊 11(珍愛生命守門人)與自殺防治系列手冊 24(重複自殺個案之關懷管理)、通訊 8-3、BSRS 摺頁粉綠版各 250 份。

3) 2014 年執行結果

- (1) 共辦理宣傳活動 6 場次，總計有 30 名義工支援現場活動心情溫度計推廣回收共 1516 份，文宣品共計發出通訊 455 份，守門人摺頁 215 張，扇子 2715 支、謝謝夾 74 份、擦擦布 850 個、L 夾 200 份、老人自殺防治單張 374 張、心情溫度計捲筆 384 枝、BSRS 摺頁 815 份。
 - (2) 舉辦「污名化：自殺防治的重大阻礙」國際學術研討會，當日參與人員 352 名、壁報論文共 18 篇，發放文宣品：「網路與自殺防治：挑戰與機會年會暨學術研討會」手冊 338 本、通訊 316 份、心情溫度計捲筆 328 支、環保袋 311 個、心情溫度計單 365 張。
- 4) 2012 年至 2014 年 12 月共辦理宣傳活動 12 場次，累計有 113 名義工支援活動，並辦理 2 場國際學術研討會，參與人員共 782 名，壁報論文共 34 篇。

世界自殺防治日系列活動

一、 背景(Context)

1. 相關問題與重要性

國際自殺防治協會 (International Association for Suicide Prevention, IASP) 和世界衛生組織 (WHO) 自 2003 年開始共同推動，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，呼籲世界各國來共同重視自殺問題的嚴重性，為自殺去污名化，並且宣導「自殺是可以預防的」的觀念。

本中心與國際接軌，歷年皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，攜手推廣珍愛生命理念。今年持續規劃一系列宣導活動，呼籲社會大眾重視自殺防治的議題，推廣珍愛生命理念，喚起大家對於自殺防治議題的關心，並呼應今年度世界自殺防治日主題「自殺防治 全球串連」，期盼社會大眾發揮愛與關懷的守門人精神，與身邊的親友緊密連結，一起用愛網住寶貴的生命，呼籲大眾平時多關懷周遭的人們，在對方需要關心時伸出溫暖的雙手，陪伴他們渡過人生的低潮，看見生命的亮光。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 藉由舉辦世界自殺防治日系列活動，邀請民眾成為自殺防治守門人，期待於活動參與中，認識世界自殺防治日之意義，並體認自殺防治的重要性，進而身體力行投入於自殺防治工作，達到「自殺防治，全民參與」的目標。
- 2) 結合政府單位及各民間團體，辦理各式自殺防治宣導活動，促進民眾心理衛生之觀念，呼籲社會大眾重視自殺防治議題。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 召開會議規劃及討論世界自殺防治日系列活動。
- 2) 依規劃期程辦理活動，透過各種管道發布消息活動資訊。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：1111 人力銀行、倫彥國際有限公司、中華民國自行車騎士協會、中心專家群、平面媒體、網路媒體及刊登訊息平台、廣播電台等。
- 2) 資源連結內容與形式：發布消息、新聞消息報導、活動支援、電話聯繫、公益託播、公益平面廣告、雜誌贈送、拜會及討論。

三、 過程(Process)

1. 2012 年度

- 1) 召開內部會議商討及規畫世界自殺防治日活動方向及內容，含世界自殺防治日徵文活動專案、2012 世界自殺防治日記者會等系列活動，並於業務會議上提出討論，並於通過後執行。

表 1、內部會議商討及規畫世界自殺防治日活動方向及內容

	活動模式	內容概要	期程
1	徵文稿活動	以珍愛生命-逆境向上經驗為主題徵求短文	6 月中至 8 月
2	各縣市活動彙整	將各縣市針對世界自殺防治日所舉辦的活動彙整資料，並提供至 IASP 網站	9 月-10 月
3	記者會暨徵件活動頒獎	1.中心成果簡報並發表重要電話調查數據 2.邀請得獎作品作者出席並現場頒獎	9 月 10 日
4	facebook 行銷	在海報上寫下一句正向的話(與主題相關)，並與海報合照後上傳至「珍愛生命打氣網」	6 月中至 8 月

- 2) 召開三次討論會議，邀請專家顧問共同參與，主要討論記者會活動主題、議程及活動當天主持人，記者會地點於臺大國際會議中心辦理，1111 人力銀行可配合宣傳、凱擘大寬頻於當天協助攝影記錄，彙整討論會議之討論，世界自殺防治日系列活動如下表：

表 2、世界自殺防治日系列活動

時間	項目	地點
6 月 22 日至 8 月 31 日	「珍愛生命 希望無限」自殺防治徵文活動	全國及網路活動
8 月 13 日至 9 月 10 日	facebook 手牽手·心連心活動 	網路活動
9 月 10 日	世界自殺防治日記者會	台大國際會議中心 101 室

- 3) 「珍愛生命、希望無限」2012 年自殺防治徵文活動活動簡章於中心網站，發布活動訊於多個宣傳管道。

- (1) 網路露出部分：運用新聞稿、公文、張貼訊息等方式，包括學校網站公告、網路新聞、各地教育處及衛生局、部落格及討論區、廣告平台、

facebook 專頁、教育廣播電台則、刊登比賽訊息網站、及其他網站等。

(2) 寄發電子郵件：對象為義工、及中心網站訂閱電子報者。

(3) 於生技展時在自殺防治通訊夾帶宣傳單張。

(4) 公布得獎名單(含各組人氣獎)，並邀請得獎者參加 9 月 10 日記者會於臺大國際會議中心 101 室，舉辦頒獎典禮(2011 世界自殺防治日記者會中)，並於大會手冊收錄各組得獎作品，2012 世界自殺防治日記者會大會手冊(詳見附件 4.6.1.2)，且於通訊 7-3 刊載世界自殺防治日系列活動訊息、及部份優秀徵文活動作品。

4) 國際連結：每年 IASP 網站設置專區提供各國上傳世界自殺防治日相活動之資訊，中心彙整各縣市辦理之世界自殺防治日系列活動，並將其翻譯後上傳。除了與國際同步辦理世界自殺防治日活動，更讓其他國家看見臺灣於自殺防治的重視及努力。

5) 於 facebook 珍愛生命打氣網舉辦「手牽手·心連心」活動，邀請大家共同響應 9 月 10 日世界自殺防治日，呼籲大家對自殺防治議題之關心，認同珍愛生命理念。

(1) 響應 <手牽手>：請粉絲朋友於活動期間邀請至少兩位朋友加入「珍愛生命打氣網」粉絲行列。

(2) 進行 <心連心>：於「珍愛生命打氣網」留言，呼籲大家重視自殺防治及激勵朋友、賦予希望的字語。

6) 9 月 10 日世界自殺防治日記者會：為響應世界自殺防治日主題「強化保護因子注入新希望」，邀請關心自殺防治議題之各界代表及義工共襄盛舉。記者會當日吳副總統副總統也與各界代表進行「讓愛萌芽 活出希望」儀式，並與在場參與佳賓一同呼口號，希望呼籲民眾自殺防治除了著重降低危險因子外，還需要強化生活的保護因子，如心理、社會文化及生活型態等層面之各種保護因素，譬如有效的因應技巧，宗教信仰、社會連結及親友間凝聚的力量等，以降低自殺風險，並從「愛與關懷」出發，投入自殺防治的行列，做到「人人都是珍愛生命守門人」，人人用心關懷、社會溫暖祥和。

2. 2013 年度

1) 召開內部會議商討及規劃世界自殺防治日系列活動方向及內容，含世界自殺防治日徵文活動專案、2013 年世界自殺防治日記者會等系列活動，於業務會議上提出討論，並於通過後執行。

表 2、內部會議商討及規劃世界自殺防治日系列活動方向及內容

	活動模式	內容概要	期程
1	徵文活動	以破除污名、突破逆境、珍愛生命之正向經驗為主題徵求短文	5 月至 8 月
2	自殺防治概念推廣與宣傳	1. 於捷運站張貼宣導海報及提供宣導摺頁索取 2. 邀請社區藥局愛心站張貼宣導海報	6 到 9 月
3	電話調查	調查民眾對於自殺防治的認知與行為，以及對自殺污名化的觀感。	7 月
4	國際研討會暨記者會	1. 邀請美日韓學者專題演講 2. 中心成果簡報並發表重要電話調查數據 3. 徵文活動頒獎典禮	9 月 8 日
5	各縣市活動彙整	將各縣市針對世界自殺防治日所舉辦的活動彙整資料，並提供至 IASP 網站	9 月
6	心情溫度計運用推廣心得分享活動	以『心情溫度計與我』為主題徵求使用心得或是推廣經驗分享。	9 月至 10 月

- 2) 召開討論會議，邀請顧問專家共同參與討論記者會活動、議程及活動當天主持人，記者會地點於臺灣大學公共衛生學院 101 講堂辦理，1111 人力銀行可配合宣傳、貴賓接待及攝影，聚焦儀式討論會議，規劃簡潔有力的儀式畫面，表達出「破除」和「求助」此兩大主題。
- 3) 「珍愛生命、希望無限」2013 年自殺防治徵文活動
 - (1) 5 月公告「珍愛生命、希望無限」2013 年自殺防治徵文活動簡章於中心網站，並發布活動訊於多元宣傳管道，截至 7 月收件後，彙整所有作品，寄送給 6 位評審評分，並於 8 月 24 日評審審查作業結束，得出社會組、學生組優秀作品共 16 篇，並於 facebook 珍愛生命打氣網舉行人氣作品票選，得出社會組及學生組人氣獎各一篇。
 - a. 網路露出部分：運用新聞稿、公文、張貼訊息等方式，包括學校網站公告、網路新聞、各地教育處及衛生局、部落格及討論區、廣告平台、facebook 專頁、刊登比賽訊息網站、延請中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師公會全國聯合會、1111 人力銀行、凱擘媒體有限公司協助於其官方網站公告訊息。
 - b. 寄發電子郵件：對象為珍愛生命義工、及中心網站訂閱電子報者。

- (2) 9月於中心網站及珍愛生命打氣網公布得獎名單(含各組人氣獎)，並邀請得獎者出席9月8日年會頒獎典禮，地點為臺灣大學公共衛生學院101講堂，頒獎典禮安排於2013世界自殺防治日會員大會，並將各組得獎作品收錄於2013年世界自殺防治日年會暨國際學術研討會大會手冊，及通訊8-3刊載世界自殺防治日系列活動訊息及優選徵文活動作品。
- 4) 國際連結：每年IASP網站設置專區提供各國上傳世界自殺防治日相關活動之資訊，中心於9月份彙整各縣市辦理之世界自殺防治日系列活動，並將其翻譯後上傳。除了與國際同步辦理世界自殺防治日活動，更讓其他國家看見臺灣於自殺防治的重視及努力。
- 5) 自殺防治守門人概念推廣與宣傳：6月經業務會議討論宣導海報運用提案，邀請全臺120間愛心藥局支持自殺防治工作，寄送心情溫度計海報以供張貼於藥局內，並配合世界自殺防治日在9月1日至10日期間於臺北20處捷運站處放置宣導單張，供一般乘客自由取閱。
- 6) 電話調查：委託坊間市場調查公司執行臺灣地區年滿15歲以上民眾電話訪問，目的在於了解普遍對於自殺議題、自殺想法與行為、自殺資訊接觸概況等方面進行調查，今年度(2013年)特別針對自殺認知與態度的部分新增調查題目，以探討社會上存在的一些偏見和誤解，是否明顯影響當事者求助的意願。
- 7) 國際學術研討會暨記者會：為響應世界自殺防治日主題「污名化：自殺防治的重大阻礙」，特邀請美日韓三國學者出席國際研討會進行專題演講，分享該國最新策略方針及實行經驗，中心亦發表電話調查資料，分析國人對自殺的認知與對污名的觀感，對臺灣自殺防治工作帶來的挑戰。「破除偏見勇於求助」記者會則邀請各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表共襄盛舉。吳副總統已連續3年親臨訓勉，並和與會嘉賓共同完成聚焦儀式。除了鼓勵當事人「求助並不可恥」、「勇於求助」之外，更期盼各界積極伸出援手「勇於幫助」，期望全民共同努力，保住一條生命如同保住國家根基穩固的力量。
- 8) 各縣市活動彙整：9月份蒐集並匯集全臺各地響應世界自殺防治日辦理之大型活動，並於9月6日將翻譯之英文版本上傳至IASP網站。
- 9) 心情溫度計運用推廣心得分享活動：修正原規劃，改為搭配11月23日世界自殺者親友關懷日發布新聞稿，公告全國各地萊爾富、松青門市及火車站、臺北捷運站等管道合作，在其門市或交通據點放置心情溫度計摺頁共民眾自由取閱，宣導心理健康的重要，更希望民眾知悉世界自殺者親友關懷日的意義，平時關心周遭親友之餘，對於自殺者親友的困境有更多的理

解和同理。

3. 2014 年度

1) 草擬世界自殺防治日系列活動方向及內容，並經業務會議討論通過後執行。世界自殺防治日之相關系列活動包含：自殺防治四格漫畫徵件活動、電台專訪與廣播、國際性活動-單車繞世界、世界自殺防治日記者會、心情溫度計推廣與宣傳。

2) 依時序辦理各項活動：

(1) 「珍愛生命、希望無限」2014 年自殺防治四格漫畫徵件活動：

a. 5 月 1 日活動簡章、報名表、著作財產權授權同意書完稿。將活動訊息以電子郵件發新聞稿致各家平面媒體，協助宣傳及推廣。

b. 發布活動訊息於多元宣傳管道，運用新聞稿、公文、張貼訊息、中心網站訂閱電子報者、中心義工等，包括學校網站公告、網路新聞、各地教育處及衛生局、部落格及討論區、廣告平台、facebook 專頁、刊登比賽訊息網站、及其他網站，並延請 1111 人力銀行協助於其官方網站公告訊息。寄發電子郵件請青少年團體、婦女團體、身障團體及珍愛生命守門人推廣之合作單位協助轉發及刊登網站公告。等。

c. 截止收件後，彙整所有投稿作品，完成評審審查作業，選出特優 1 名、優選 2 名及佳作 5 名，並於 8 月 4 日公布得獎名單，邀請得獎者出席年會暨記者會接受頒獎，且經評審審查前 10 名之作品，公開在 facebook 珍愛生命打氣網進行人氣作品票選。

(2) 與廣播電台合作：

a. 5 月發文至 23 家廣播電台，邀請廣播電台公益合作自殺防治專訪。有興趣者包括警察廣播電台、下港之聲放送頭股份有限公司及高雄廣播電台。

b. 8 月由計畫主持人李明濱教授錄製自殺防治公益宣導錄音，以國語、台語錄製了守門人宣導內容，以及臺大醫院協助錄製客語，共 3 種語言、4 種版本的公益宣導錄音，文稿如下：

版 1：三不五時，我們就要關心身邊的人，問他好不好，聽他說心裡的話，如果看他真的想不開，快點轉介紹給專家，做好一問、二應、三轉介，我們都是自殺防治守門人，有問題請撥安心專線：0800-788-995，請幫幫、救救我，全國自殺防治中心關心您。

版 2：全世界，每 40 秒就有一个人自殺，自殺防治，需要你我的力量，用心聆聽，伸出援手，其實，你我都能成為自殺防治守門人。聆聽、陪伴，善用心理衛生資源，0800-788-995，請幫幫、救救我，全國自殺防治中心關心您。

版 3：自殺防治需要你我的參與，用心聆聽、伸出援手，做好一問、二應、三轉介，你我都是自殺防治守門人，請善用安心專線 0800-788-995，請幫幫、救救我，全國自殺防治中心關心您。

版 4：生命，是不能倒走重來，當痛苦、煩惱無法解決時，不壓抑，不放棄，讓關心你的人，知道你此刻的心情，陪你走出陰霾，重新回到陽光，珍愛生命、希望無限，全國自殺防治中心關心您。

- c. 8 月函文 23 家廣播電台，邀請協助自殺防治公益託播，並安排吳佳儀助理教授接受肯愛協會快樂電台專訪，與民眾進行分享自殺防治守門人的概念，也介紹心情溫度計的使用及自殺危險因子評估量表。
- d. 9 月推薦臺灣自殺防治學會張家銘醫師接受高雄廣播電台專訪，談論自殺防治相關議題。且大臺北電台「臺北好幸福」節目邀請李明濱教授進行專訪，主題為「網路成癮與自殺防治之關連」。
- e. 9 月份微笑廣播網 9 家電台、飛碟聯播網 9 家電台、臺北廣播電台、內政部警政署警察廣播電台、臺中廣播股份有限公司、國立教育廣播電台、大千廣播電台股份有限公司、漢聲廣播電台、大眾廣播股份有限公司，共同響應自殺防治公益廣播，並寄送感謝函予合作電台。

(3) 國際性活動-單車繞世界

- a. 7 月開始宣傳國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」活動，針對腳踏車騎士族群於中心網站、輪彥國際有限公司「單車誌」、YouBike 微笑單車網站刊登消息，也與臺灣憂鬱症協會、文藝走廊聯系、1111 人力銀行刊載活動消息，並發函至衛生福利部、各縣市教育局與衛生局，及發新聞稿於各網路媒體，同時以中心電子報及 facebook 珍愛生命打氣網進行宣傳。
- b. 拜會中華民國自行車騎士協會，與協會何麗卿秘書長洽談合作事宜，決議與中華民國自行車騎士協會共同舉辦「單車繞世界」單車活動兩場次，分別為 8 月 24 日(日)北海岸鐵馬騎跡深度遊與 8 月 30 日(六)燕子湖探訪水源鐵馬自然遊，現場亦邀請參加民眾一同擔任自殺防治守門人，共同為自殺防治工作努力，民眾反應熱烈。

(4) 世界自殺防治日記者會：

- a. 響應世界自殺防治日主題「自殺防治 全球串聯」，決議以「攜手關懷“網”救生命 傳遞希望」為主題，並於當日宣導心情溫度計 APP 及邀請現場來賓擔任自殺防治守門人，記者會地點於台大醫院國際會議中心 301 演藝廳。
- b. 8 月 31 日辦理「世界自殺防治日」記者會，於當日發布會後新聞稿、活

動照片給媒體記者及寄發當日活動訊息給會員、中心義工、電子報訂閱者，並寄送感謝函予出席貴賓。

(5) 心情溫度計推廣與宣傳：

a.6 月於業務會議討論與臺北捷運站公司合作，申請擺放宣導摺頁共 22 站供民眾自行取閱：台北車站紅線及藍線出口、善導寺站、忠孝新生站、忠孝復興站、忠孝敦化站、國父紀念館站、市政府站、永春站、後山埤站、昆陽站、新埔站、江子翠站、西門站、小南門站、中正紀念堂站、台大醫院站、劍潭站、士林站、石牌站、北投站、淡水站 (如圖 1)。



圖 1、心情溫度計宣導單張正、反面

b.8 月初開始蒐集各地響應世界自殺防治日辦理之活動資料，包括基隆市、臺北市、新北市、桃園縣、彰化縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、花蓮縣及社團法人國際生命線台灣總會和財團法人法鼓山人文社會基金會，8 月底翻譯成英文，於 8 月 28 日上傳至國際自殺防治協會(IASP)活動網站。

四、 成果(Product)

1. 2012 年執行結果

1)世界自殺防治日系列活動會議

- (1) 內部會議：共計 4 場次。
- (2) 討論會議：共計 3 場次。

2)世界自殺防治日記者會

- (1) 2012 世界自殺防治日記者會：出席人數共約 250 位，請參見「與媒體互動、報導監測及因應」章節。
- (2) 宣導文宣發出：守門人摺頁、自殺防治系列手冊、自殺防治網通訊及心情溫度計記事本各 200 份。

3) facebook 珍愛生命打氣網「手牽手·心連心」活動，共有 171 位粉絲參與。

4) 世界自殺防治日徵文活動宣傳管道

- (1) 網路露出部分：總計 24 則。

- (2) 寄發電子郵件：總計約 8735 封。
- (3) 自殺防治通訊夾帶單張：總計 500 張。
- 5) 徵文收件作品，收到投稿作品共 148 件(社會組 84 件、學生組 51 件、心理衛生組 13 件)。

2. 2013 年執行結果

- 1) 世界自殺防治日系列活動會議
 - (1) 內部會議：共計 8 場次。
 - (2) 專家會議：共計 5 場次。
- 2) 世界自殺防治日徵文活動宣傳管道
 - (1) 網路露出部分：總計 55 則。
 - (2) 寄發電子郵件：總計約 8834 封。
- 3) 徵文收件作品，線上報名 272 人，共收到 268 件書面作品。
- 4) 世界自殺防治日國際研討會暨記者會：
 - (1) 2013 年治日國際研討會暨記者會：出席人數共約 250 人
 - (2) 宣導文宣發出：心情溫度計摺頁(粉綠版)、大會手冊、系列手冊 11、系列手冊 24、通訊 8-3 各 250 份。
- 5) 自殺防治概念推廣與宣傳：
 - (1) 邀請參與海報張貼活動之愛心藥局共 120 間，寄出醫療版海報 240 張。
 - (2) 放置宣導單張於臺北捷運站 20 處，配合人工發送，共計發出 2,651 張。
- 6) 電話調查：共完成 2,158 份有效樣本。
- 7) 各縣市活動彙整：共計 4 縣市(臺北、桃園、嘉義、臺南)和 1 民間學會(華嚴學會)各自辦理世界自殺防治日之相關大型活動。
- 8) 心情溫度計運用推廣心得分享活動：
 - (1) 合作管道 4 處：松青超市、萊爾富超商、臺灣鐵路局及臺北捷運局
 - (2) 文宣品發出：心情溫度計單張發出 53,600 張，心情溫度計宣導摺頁(粉綠版)共發出 2,920 張。

3. 2014 年執行結果

- 1) 「珍愛生命、希望無限」2014 年自殺防治四格漫畫徵件活動
 - (1) 活動執行於業務會議討論 3 次及專家會議 1 次。
 - (2) 徵件活動宣傳露出：網路露出總計 182 則、平面媒體 1 則以及寄發電子郵件給各個民間團體及義工總計約 17,210 封。
 - (3) 作品收件截止後，共有 161 人投稿，其中共 154 件作品符合報名資格，得獎作品共 8 件。
 - (4) 自殺防治四格漫畫 facebook 人氣票選活動，10 張參賽作品共有 545 個

按讚數，其中第一名票數為 338 票。

- (5) 得獎作品均刊載於世界自殺防治日大會手冊，中心亦從得獎作品中選擇一篇自殺防治守門人概念明確，且色彩明亮之作品，並印製於環保提袋作為自殺防治宣導使用，未來各獲獎作品將用於各項宣導。(如圖 2)



圖 2、大會手冊頁面及環保提袋

2) 與廣播電臺合作：

- (1) 共有 25 家電臺共同響應自殺防治公益宣導播出，另外飛碟聯播網為要求更錄音高音質，依文稿自行錄音播出。
- (2) 自殺防治相關主題專訪共 3 場，分別由李明濱教授、台灣自殺防治學會張家銘醫師、吳佳儀助理教授接受訪問。

3) 國際性活動-單車繞世界

- (1) 單車繞世界宣傳露出結果：網路露出 66 則、平面媒體 1 則以及寄發電子郵件總計約 1,268 封。
- (2) 單車繞世界活動，中心與自行車騎士協會合作舉辦 2 場活動：
 - a. 8 月 24 日「北海岸鐵馬騎跡深度遊」，於淡水捷運站後方廣場設置活動場地，由李明濱教授擔任開場致詞，宣揚珍愛生命理念並邀請此次挑戰 55 公里路程的熱血車友們擔任珍愛生命守門人，與中華民國自行車騎士協會何麗卿秘書長，共同鳴笛象徵活動啟動。此活動共有 735 人參與，而騎完全程後，有 130 位民眾現場主動至中心活動攤位上傳活動里程資料。
 - b. 8 月 30 日「燕子湖探訪水源自然遊」，由林素如主任帶領中心同仁至碧潭

東岸廣場設立宣傳攤位，並宣揚珍愛生命理念，也邀請現場民眾擔任珍愛生命守門人，現場民眾反應熱烈。此次活動除各縣市單車社團外，也有全家人及小學生群組一同參與，而中心督導陳恆順醫師也不落人後，一家四口也到場挑戰此次 20 公里路程，共有 624 人參加，騎完全程後有 182 位民眾現場至活動攤位上傳活動里程資料。

(3) 另有 139 位民眾是透過平日上下班騎單車或是朋友們一起騎單車來響應活動，並將其里程數上傳至中心活動網站。

(4) 單車繞世界活動共計有 1,498 人參加，總里程數共 66,074 公里，近乎繞地球一圈半，經國際自殺防治協會(IASP)統計此次單車繞世界活動全球總計里程數為 196,282 公里，參與活動的國家前三名各為台灣 66,074 公里、墨西哥 63,591 公里、加拿大 20,193 公里。

4) 世界自殺防治日記者會

當天有來自各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表共襄盛舉，吳副總統已連續 4 年親臨訓勉，和與會嘉賓共同完成聚焦儀式；當中也進行四格漫畫頒獎儀式，並發送印有得獎作品之環保提袋給與會嘉賓，以利宣傳，也於會中宣傳心情溫度計應用程式(APP)。

(1) 召開內部及專家會議：共計 8 場。

(2) 當天出席人數：共約 300 人。

(3) 發布會前消息稿及會後新聞稿，詳見「與媒體互動、新聞監測及因應」章節。

(4) 宣導文宣發出：提袋、心情溫度計摺頁(綠版)、世界自殺防治日大會手冊、通訊 9-5 各 300 份。

(5) 媒體露出：新聞露出網路共 33 則，平面媒體共 1 則。

(6) 活動影片可至 Youtube 的 TaiwanSOS 珍愛生命打氣頻道及 1111 人力銀行頻道中收看。

5) 心情溫度計推廣與宣傳：

放置宣導摺頁於臺北捷運站 22 處，共計發出 2,332 張。

6) 上傳訊息至國際自殺防治協會(IASP)網站：單車繞世界活動結果里程數以及世界各地自殺防治日系列活動資料。

每年透過年中的世界自殺防治日系列活動與當日記者宣導自殺防治的重要意義，並公佈重要數據結合政府、民間及專業力量共同呼籲守門人的重要性，為年度自殺防治守門人活動的高峰。

藉由機構交流，推展守門人訓練

一、 背景(Context)

1. 相關問題及重要性

自殺成因相當複雜，各服務體系都有可能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此整合各單位的防治工作，以及跨部會及不同單位間之協調與合作，是自殺防治極為重要的一環。由政府主動宣導及協助自殺防治工作，再由全民一同齊心投入，如此一來，才能真正得到自殺防治之效果。為此，透過與政府及民間團體之合作，積極推廣守門人概念，連結各領域的資源並合作，運用不同領域的獨特性與多元化，將自殺防治之概念融入各個領域，建立更綿密的守門人網絡，達到自殺防治策略之目的，使人人都是自殺防治守門人。

2. 業務或方案的目的與目標

為達到自殺防治「人人有責 網網相連」，落實資源與經驗分享，本中心持續與各單位建立連結關係，期透過與政府及民間團體之連結合作，強化自殺防治網絡，宣導自殺防治守門人之概念，促進對守門人之重要性的了解，以落實「自殺防治 網網相連」。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 舉辦中心參訪
- 2) 透過參訪進行自殺防治經驗分享及交流。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：國軍後備動員管理學校、國防部心衛中心、淡水後備管理學校、國防部憲兵司令部、國軍後備動員幹部訓練中心、國立台北教育大學。
- 2) 資源連結內容及形式：參訪會議、討論交流、文宣品推廣等。

三、 過程(Process)

- 1) 與參訪單位先進行溝通討論，了解參訪需求、目的及其他相關資訊等。
- 2) 因應不同參訪單位制訂不同參訪內容，但主要內容包含：中心簡介、國際及台灣自殺現況、全國自殺防治策略及實務、珍愛生命守門人(含心情溫度計)等。
- 3) 會中相互交流自殺防治經驗，並針對對方推廣之困境或需求提出建議。

四、 成果(Product)

自 2009 年至 2015 年，共辦理 7 場中心參訪，參訪單位包含國軍後備動員幹部訓練中心、國防部心衛中心、淡水後備管理學校、國防部憲兵司令部、八里療養院及國立台北教育大學。

1. 國軍相關單位：

1) 2009 年 10 月 01 日國軍後備動員管理學校「心輔士官基礎班」參訪

當日前來參訪共 73 人，會中中心針對自殺防治中心業務進行詳盡的介紹，獲得國軍心輔幹部熱烈的迴響。活動結束後，參訪者亦有索取中心相關宣導品，期望可以將自殺防治訊息帶回部隊中進行推廣與宣導，藉以達到網網相連、事半功倍之功效。

2) 2010 年 04 月 21 日國防部心衛中心參訪

由國防部心理衛生中心陳俊伶心輔官帶領國軍心理輔導幹部共 72 位參訪中心。本次參訪活動，雙方除在自殺防治業務上進行交流，亦藉此機會提升心輔幹部們自殺防治之概念，期盼對未來在部隊中能有所益處，並將守門人的精神發揮到日常生活及工作中，提昇國軍士官兵們的敏感度，共同為自殺防治盡一份心力。

3) 2010 年 05 月 06 日淡水後備管理學校參訪

當日參訪人數共 82 位，會中除介紹中心推動實務現況及網站及宣導品外，更進一步介紹心情溫度計及珍愛生命守門人，期待幹部能將心情溫度計相關概念及技巧帶回部隊中推廣，善用心情溫度計來關懷部隊弟兄們的情緒，進而運用守門人 123 技巧給予協助。

4) 2011 年 4 月 20 日國防部心衛中心參訪

國防部心理衛生中心朱中平心輔官帶領 35 位國軍心理輔導幹部中心參訪交流。會中除介紹中心及推廣業務，亦針對幹部們介紹守門人概念。未來將透過合作計畫，期許國軍各幹部能將未守門人的精神發揮到軍中及日常生活，提昇對眾國軍士官兵對自殺防治的敏感度，共同為自殺防治盡心力。

5) 2012 年 01 月 06 日國防部憲兵司令部參訪

本日由國防部憲兵司令部通信資訊隊心輔志工及心輔幹部共 9 位至中心參訪交流。藉由此次參訪活動，雙方在自殺防治業務上進行了充份的交流，期

望對於心輔志工及幹部們未來在部隊中觀念的推廣能有所益處，將守門人的精神發揮到軍中及日常生活，共同為自殺防治盡一份心力。

6) 2014 年 11 月 05 日國軍後備動員幹部訓練中心參訪

本日共有 45 位國軍心輔幹部至中心參訪交流。會中交談熱烈，中心亦針對各位參訪員介紹守門人概念與技巧，藉由此次參訪活動，未來持續合作，以提升國軍幹部自殺防治概念，並將守門人運用在軍中及日常生活，一同為自殺防治盡力。

2. 學校相關單位：

1) 2015 年 03 月 25 日國立台北教育大學參訪

國立台北教育大學生命教育研究所陳錫琦教授，於 4 月 8 日帶領 10 位研究所學生至中心，與學會鄭宇明秘書長一起針對台灣自殺防治現況、自殺防治守門人策略及推廣等議題進行討論。會中討論熱烈，期盼透過此次參訪，未來兩單位能更密切合作，建立自殺防治守門人的模組，期能提升大家對於自殺防治的敏感度，將自殺防治守門人實踐於日常生活，一起為自殺防治盡一份心力。

善用媒體守門人：主動與媒體互動、新聞監測及回應

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

成為守門人的條件之一，就是能夠發現有潛在自殺風險的人，因此認識自殺高危險群的徵兆是成為珍愛生命守門人的首要步驟，媒體是個自殺防治的重要守門人。中心自 2006 年起每日閱讀自殺相關新聞報導，瞭解每日自殺新聞，並從中延伸出媒體監測之業務除執行相關媒體監測，並針對蒐集之新聞進行資料分析及資料整理，並因應重大新聞事件適時回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員處理自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連面面俱到」之理念。

另外，在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，所引發自殺模仿效應確實存在，但適當的媒體報導有助於自殺防治工作的推展，根據 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197: 234-243)登載一篇奧地利的研究發現：針對平面媒體報導而言，自殺死亡媒體報導的數量，與其後短時間內自殺死亡率增加相關。而針對個體處於逆境但有正向因應行為的報導數量，與之後自殺死亡率下降呈現有意義的相關。專家意見以及流行病學事實資料之揭露，其影響力不如處於逆境正向的因應行為報導大。

因此，本中心致力於推廣 WHO 所公佈的自殺新聞報導「六不六要」原則，如遇重大新聞事件時適時回應，並不定期召開記者會，主動建構正向議題，或透過與媒體合作等方式，與媒體進行溝通互動，期待能促進媒體自殺事件新聞報導方式的轉變，防止自殺模仿效應的產生，並進一步藉由媒體之影響力，將自殺防治「珍愛生命 希望無限」之理念深植人心。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 與新聞傳播實務工作者溝通，呼籲媒體為重要的自殺防治守門人，邀請共同建構健康的自殺新聞報導。以增多正面報導的方式，逐漸取代負面訊息的傳播，藉以導正民眾對於自殺事件的認知。
- 2) 瞭解臺灣自殺新聞事件報導的報導方式與現況，導正自殺新聞事件媒體報導方式，提升國內媒體自殺新聞報導內容品質。
- 3) 針對重大事件進行媒體因應或與相關單位研商自殺防治策略。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 依中心標準作業流程，配合時事建構議題發佈相關新聞稿，並期望以主動出擊方式，邀請媒體擔任自殺防治守門人，提供報導素材，藉以更準確的推廣自殺防治概念，期使記者能做出正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因素有所了解且適時防範。也促進新聞報導由原先著重於新聞事件深入探討，轉變為理性數據描述。
- 2) 不定期與不同媒體合作，或接受媒體專訪，於不同主題之間散佈自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」之概念傳達至社會各角落，達到「自殺防治，人人有責」之目標。
- 3) 將最新專訪及新聞稿均更新於中心網站最新消息及珍愛生命數位學習專區，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。
- 4) 持續收集自殺新聞相關資料，並進行編碼及資料分析，了解每日重大自殺新聞。於每週業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論。
- 5) 今年強化校園自殺防治，針對相關自殺案件，視需要向該單位表達中心關切及協助之意。
- 6) 因應重大新聞事件適時進行因應，如在不隨媒體起舞之情況下，因應事件主動發布新聞稿，提供媒體其相關專業人員參考，或召開檢討會議與相關單位研商自殺防治策略，辦理原則如下：
 - (1) 透過網路，蒐集四大報每日自殺新聞，製作新聞摘要，並提供給自殺防治相關長官、專家、顧問等。
 - (2) 重大自殺新聞事件辨識：
 - a. 媒體大量報導：
 - (a) 於當日四報中兩報(含)以上刊載於頭版頭條
 - (b) 於當日四報中兩報(含)以上內頁半版(含)以上刊載
 - (c) 事件連續被報導達3日(含)以上
 - b. 長官、顧問、專家之建議。
 - c. 多方反映、關切之事件。
 - (3) 蒐集新聞事件資訊：
 - a. 發生縣市。
 - b. 事件相關單位。
 - c. 相關新聞資料蒐集及中心現有參考資料彙整。
 - d. 需要時，與當地心理衛生中心聯繫了解。

(4) 呈報主管，經討論後，必要時可採取下列因應方式：

- a. 與相關縣市召開個案討論會。
- b. 研擬專案，供相關單位參考。(如安養機構老人等)
- c. 發布新聞稿。
- d. 報紙投書。
- e. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
- f. 其他適當措施。

(5) 執行因應方案。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、衛生福利部心口司、衛生福利部社會及家庭署、各縣市衛生局所、824 家養護機構、PChome 新聞、yam 蕃新聞、Yahoo 雅虎新聞、臺灣新生報、三立新聞網、青年日報、太平洋電子報、澳門日報、國語日報、大紀元、關鍵評論、東森新聞雲、中央日報網路報、新頭殼、新網新聞網、健康醫療網、大成報、新浪新聞、中華日報、蘋果日報、中國時報、聯合報、聯合晚報、自由時報、公視新聞、華視、原住民電視台、警察廣播電台、肯愛協會快樂電台及高雄廣播電台。
- 2) 資源連結內容及形式：蒐集自殺新聞摘要、周知自殺新聞摘要、媒體採訪、發佈新聞稿等。

三、 過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

- 1) 2012 年 2 月 4 日發布「關心孕產婦心理健康 勿讓喜悅變遺憾」新聞稿，呼籲民眾在孕產期間家人與親友適時的支持與關懷是非常重要的，可利用心情溫度計協助孕產婦進行檢測，並發揮一問二應三轉介的守門人精神，促進孕產婦心理健康，減少憾事發生。
- 2) 2012 年 4 月 12 日發布「嚴肅看待自殺警訊 預防憾事發生 網路防治一起來」新聞稿，呼籲民眾，若發現周遭親友有自殺意念或透露出自殺訊息時，應嚴肅以對，主動關懷積極聆聽，給予支持，並協助尋求心理衛生的諮詢，並成為 facebook 社交網路自殺防治守門人。
- 3) 2012 年 5 月 25 日出席衛生署舉辦「十大死因記者會」。
- 4) 2012 年 6 月 25 日發布「珍愛生命 希望無限」自殺防治徵文活動新聞稿，為中心 2012 世界自殺防治日系列活動之徵文啟事，邀請民眾踴躍參與。
- 5) 2012 年 9 月 10 日辦理「2012 世界自殺防治日」記者會，主題為「強化保護因子注入心希望」，本次記者會邀請到吳敦義副總統帶領現場 200 多位

- 各界守門人代表，呼籲人人加入珍愛生命守門人的行列，並於記者會中進行「珍愛生命 希望無限」自殺防治徵文比賽頒獎，公開表揚得獎者。
- 6) 2012 年 10 月 23 日發布重陽節「重陽佳節多關愛 銀髮健康少煩惱」新聞稿，呼籲呼籲民眾除了陪伴、關懷家中長輩，應發揮老吾老以及人之老之精神，多關懷鄰里間需要幫助的長者。
 - 7) 2013 年 2 月 8 日發布「團圓佳節多關懷 闔家攜手防自殺」新聞稿，呼籲民眾於假期前後容易心情低落，需要他人的關心問候，若發現周遭的親人或朋友可能因為工作或其他因素無法返家過節，而感到落寞時，可投注多一絲的關懷。也提醒民眾多利用春節連續假期，回鄉陪伴家中長輩；若家中有長輩患有慢性疾病，或是有情緒困擾問題的親友，過年期間也需要以耐心持續正確用藥。
 - 8) 2013 年 5 月 3 日發布「珍愛生命 希望無限」2013 年自殺防治徵文活動消息稿，為 2013 世界自殺防治日系列活動之一，邀請民眾踴躍參與。
 - 9) 2013 年 5 月 8 日發布母親節「守護女性身心健康 陪伴媽咪歡度佳節」新聞稿，提醒民眾隨時對身邊女性長輩生心理層面表達關心與支持，同時推廣珍愛生命的理念與求助管道。
 - 10) 2013 年 6 月 6 日出席衛生福利部舉辦之「2012 年國人主要死因統計公佈」記者會。
 - 11) 2013 年 6 月 11 日發布端午節「端午團聚繫真愛 重重心結用心解」新聞稿，提醒民眾每逢重大團聚節日應多關心周遭親友的身心健康，多一份關懷多一句問候，為對方的生命注入溫暖與光明，如有必要，可尋求專業醫療資源提供協助。另公佈自殺目前位於國人死因第 11 位，顯示自殺防治工作不容停歇，仍需各方不斷努力。
 - 12) 2013 年 9 月 8 日辦理「2013 世界自殺防治日」記者會，主題為「破除偏見 勇於求助」，本次記者會邀請到吳敦義副總統帶領現場 200 多位政府、地方及民間企業各界代表，呼籲人人加入珍愛生命守門人的行列，不僅勇於求助更要勇於幫助他人走出危機。廖執行長並於記者會中報告電話調查結果及臺灣自殺防治工作現況，中心也藉此機會加強宣導「求助並不可恥」、「輕生不是唯一途徑」的觀念，鼓勵當事人願意先主動對外敞開心門，另闢一條希望之路，也呼籲大眾伸出援手，持續發揮守門人精神。長官訓勉、重要統計數據及報告重點皆收錄於會後新聞稿。
 - 13) 2013 年 11 月 22 日發布「陪伴自殺者親友 建立社會關懷文化」新聞稿，並在全國各地萊爾富、松青門市及火車站、臺北捷運站可自由取閱心情溫度計宣導單張，更希望民眾知悉世界自殺者親友關懷日的意義，對於自殺

者親友的困境有更多的理解和同理，並給予更多的關懷與支持。

- 14) 2013年11月26日發布「守護憂鬱少年 靠你我的關懷」新聞稿，探討青少年憂鬱、就業壓力及網路媒介與自殺的關聯，期望大眾多加關懷並陪伴年輕的一輩，走出無望與失落，綻放生命的光彩。
- 15) 2014年1月29日發布「愛與關懷暖迎春 珍愛生命年年好」新聞稿，呼籲民眾在佳節期間可多陪伴家中長者或周遭親友，若家中長輩患有慢性疾病或有情緒困擾的親友，在過年期間切勿自行停藥。另更不可忽略年輕朋友的身心狀況，在與家人團聚、好友相聚的時後，多給予關心與支持就可避免憾事的發生。
- 16) 2014年4月29日發布「攜手相連“網”救生命」2014年自殺防治四格漫畫徵件活動消息稿，為中心2014世界自殺防治日系列活動之徵件啟事，邀請民眾踴躍參與。
- 17) 2014年5月9日發布母親節「陪伴母親度佳節 社區串聯齊關懷」新聞稿，提醒民眾除了感謝母親的辛勞外，更不忘關懷社區鄰里間需要幫助的高風險媽媽們。
- 18) 2014年8月31日辦理「2014世界自殺防治日」記者會，主題為「攜手關懷“網”救生命 傳遞希望」，本次記者會邀請到吳敦義副總統帶領現場近300位政府、地方及民間企業各界代表，現今手機與網路的普及化，在許多的社群網站、通訊軟體中都能看到個人的生活瑣事或心情訊息，這些訊息可能是他們的求救訊號，因此我們更應發揮守門人的精神，藉由網路給予即時的關懷與協助。廖士程秘書長於記者會中報告電話調查結果及臺灣自殺防治工作現況，及長官訓勉、重要統計數據及報告重點皆收錄於會後新聞稿。
- 19) 2014年9月4日因應中秋節發布「中秋團圓傳關懷 攜手相助防自殺」新聞稿，在充滿團圓氣氛之下，更不能忽略高風險族群，呼籲民眾此時更應該發揮守門人的精神，給予需要的人關懷與幫助。
- 20) 2014年11月22日響應美國自殺防治基金會(AFSP)提倡之「世界自殺者親友關懷日」，發布「陪伴自殺者親友度過傷痛 需要你我一起伸出援手」新聞稿，自殺者親友是自殺的高危險群，更要勇於求助，藉此呼籲大家不忘關懷這群需要被關懷的人。

2. 媒體合作

- 1) 2012年4月6日，大愛電視台新聞專題訪問，主題為「毀傷身體髮膚 自殺者雙親最苦」。
- 2) 2012年4月17日，大愛電視台「覺醒年代」節目專題訪問，主題為「尊

- 重生命--別讓康乃馨凋謝」。
- 3) 2012年4月17日，臺灣醒報專題訪問，主題為「經濟自殺潮到 對周遭人敏感多關懷」。
 - 4) 2012年4月17日，中廣新聞網電話專題訪問，主題為「自殺防治策略」。
 - 5) 2012年4月18日，大愛電視台新聞專題訪問，主題為「伸出溫暖的手，重燃溫暖與希望-燒炭自殺防治之策略探討」。
 - 6) 2012年4月20日，大愛電視台「大愛全紀錄」節目專題訪問，主題為「自殺防治現況與策略」。
 - 7) 2012年4月20日，臺北廣播電台「台北你當家」電話專題訪問，主題為「兒童與青少年自殺防治」。
 - 8) 2012年5月9日，衛生署「衛生報導季刊」採訪，主題為「生命永遠有出口，自殺防治不打烊」。
 - 9) 2012年5月14日，中廣新聞網電話專題訪問，主題為「媒體報導與自殺遺族關懷」。
 - 10) 2012年5月15日，大愛電視台「菩提心要」節目專題訪問，主題為「自殺防治現況與策略」。
 - 11) 2012年6月1日，中心李明濱主任接受商業周刊專題訪問，主題為「男性自殺」。
 - 12) 2012年6月2日，中心李明濱主任接受大愛台電視台「今夜說新聞」節目專題訪問，主題為「心身症」。
 - 13) 2012年6月22日，中心楊聰財理監事接受年代電視台「真情台灣」節目專題訪問，主題為「青少年自殺防治」。
 - 14) 2012年6月29日，中心李明濱主任接受今週刊專題訪問，主題為「憂鬱症現況」。
 - 15) 2012年7月16日，中心廖士程執行長接受聯合晚報專題訪問，主題為「2至3成高中職學生 有過自殘行為」。
 - 16) 2012年7月23日，中心李明濱主任與緯來電視網電影台製作組及導演許珮珊，至中心洽談合作事宜。
 - 17) 2012年8月10日，中心林素如副主任接受TVBS新聞台專題訪問，主題為「全國自殺防治中心與臉書合作自殺通報機制」。
 - 18) 2012年9月10日，中心林素如副主任接受年代新聞台專題訪問，主題為「全國自殺防治中心與臉書合作自殺通報機制」。
 - 19) 2012年10月4日，中心李明濱主任接受中廣四神湯節目專題訪問，主題為「強化保護因子 注入新希望」。

- 20) 2012年10月5日，中心張家銘副執行長接受公視新聞專題訪問，主題為「新北管制木炭 燒炭自殺通報數減半」。
- 21) 2012年10月13日，中心張家銘副執行長接受蘋果日報專題訪問，主題為「首例工作壓力大自殺 盼職災給付」。
- 22) 2012年10月17日，中心李明濱主任接受軍聞社專題訪問，主題為「關懷與守護-國軍自殺防治中心專題報導」。
- 23) 2012年10月24日，中心李明濱主任接受公視新聞專題訪問，主題為「重陽佳節多關愛 銀髮健康少煩惱」。
- 24) 2012年11月5日，中心張家銘副執行長接受聯合報專題訪問，主題為「青壯年女性 自殺手段趨激烈」。
- 25) 2012年11月5日，中心李明濱主任接受台灣醒報專題訪問，主題為「職場女性自殺嚴重 應適度關懷」。
- 26) 2013年1月17日學會張家銘副執行長接受世界新聞網專題訪問，主題為「網上等讚，等出憂鬱症」。
- 27) 2013年2月4日計畫主持人李明濱教授接受源映製作公司邀請，參與拍攝歌手林俊傑與五月天主唱阿信共同製作之主打歌曲「黑暗騎士」的微電影「黑蝕」。電影內容描述具自殺意念的主角獲救後，化身為穿梭黑暗心靈間的黑暗騎士，拯救其他具有自殺意念的瀕臨自殺者，並為之帶來正向及光明。
- 28) 2013年4月5日學會張家銘副執行長接受蘋果日報專題訪問，主題為「英研究：中階主管壓力最大」。
- 29) 2013年4月13日學會張家銘副執行長接受華視新聞網專題訪問，主題為「緩解輕微憂鬱症 醫師：深綠色香蕉皮才有效」。
- 30) 2013年4月24日計畫主持人李明濱教授接受臺灣醒報專題訪問，主題為「運動是良藥！ 百大名人分享經驗」。
- 31) 2013年4月24日計畫主持人李明濱教授接受優活健康網專題訪問，主題為「心情不好嗎？八成透過運動可改善」。
- 32) 2013年4月24日計畫主持人李明濱教授接受健康醫療網專題訪問，主題為「趕走職業倦怠 有氣運動有助減壓」。
- 33) 2013年4月24日計畫主持人李明濱教授接受國立教育廣播電臺專題訪問，主題為「董氏推出運動紓壓影片 鼓勵民眾再忙也要動」。
- 34) 2013年4月24日計畫主持人李明濱教授接受臺灣新生報專題訪問，主題為「有氣運動 可減輕工作壓力」。
- 35) 2013年4月24日計畫主持人李明濱教授接受中時電子報專題訪問，主題

- 為「有健康才有本錢 大老闆鼓吹運動」。
- 36) 2013 年 5 月 3 日學會廖士程執行長接受中國時報專題訪問，主題為「美經濟衰退 中年自殺率增近三成」。
 - 37) 2013 年 5 月 3 日學會廖士程執行長接受聯合報專題訪問，主題為「臺灣近十年自殺率狀況」。
 - 38) 2013 年 5 月 14 日學會張家銘副執行長接受苗栗縣衛生局與吉元有線電視台合作之專題報導，主題為「自殺防治與心理衛生」。
 - 39) 2013 年 6 月 12 日計畫主持人李明濱教授接受中央通訊社專題訪問，主題為「防自殺少遺憾 關懷傾聽多問候」。
 - 40) 2013 年 6 月 12 日計畫主持人李明濱教授接受健康醫療網專題訪問，主題為「憂鬱傾向易自殺 女性自殺比率大幅增加」。
 - 41) 2013 年 6 月 12 日計畫主持人李明濱教授接受中時電子報專題訪問，主題為「去年 3766 人自殺身亡 防治破功」。
 - 42) 2013 年 9 月 9 日計畫主持人李明濱教授接受行政院與臺南古都電臺合作之專題報導，主題為「瞭解自殺防治相關資訊」。
 - 43) 2013 年 9 月 25 日計畫主持人李明濱教授接受與菊子有限公司團隊討論旗下藝人唐從聖之新創作歌曲合作事宜，內容和自殺防治有關。
 - 44) 2013 年 10 月 4 日計畫主持人李明濱教授接受聯合報專題訪問，主題為「特殊醫療貢獻獎」獲獎感言。
 - 45) 2013 年 10 月 11 日計畫主持人李明濱教授接受 TVBS 專題訪問，主題為「特殊醫療貢獻獎」獲獎感言。
 - 46) 2013 年 11 月 28 日計畫主持人李明濱教授接受中國廣播公司專題訪問，主題為「青少年鬱卒求助 安心專線四年倍增」。
 - 47) 2014 年 11 月 5 日，中心李明濱主任接受聯合報專題訪問，主題為「情關難過 北市女性自殺率升高」。
 - 48) 2014 年 5 月 15 日計畫主持人李明濱教授接受警察廣播電臺專題訪問，主題為「自殺防治」。
 - 49) 2014 年 5 月 17 日學會張家銘副秘書長接受自由時報專題訪問，主題為「失眠 憂鬱症主症狀 逾 2 周速就醫」。
 - 50) 2014 年 8 月 31 日安排吳佳儀助理教授接受肯愛協會快樂電台專訪，與民眾進行分享自殺防治守門人的概念，也介紹心情溫度計的使用及自殺危險因子評估量表。
 - 51) 2014 年 9 月份公益託播，共有 25 家電台共同響應自殺防治公益廣告播出，包含微微笑廣播網 9 家電台、飛碟聯播網 9 家電台、臺北廣播電臺、

- 內政部警政署警察廣播電臺、臺中廣播股份有限公司、國立教育廣播電台、大千廣播電台股份有限公司、漢聲廣播電台、大眾廣播股份有限公司。
- 52) 2014 年 9 月 9 日李明濱計畫主持人接受臺北廣播電台「臺北好幸福」節目專題訪問，主題為「網路成癮與自殺防治」。
- 53) 2014 年 9 月 9 日學會張家銘副秘書長接受高雄廣播電台專訪，與民眾分享自殺防治相關議題。

3. 媒體監測

- 1) 每日製作網路四大報自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予長官及各衛生局相關人員參考。
- 2) 持續進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體監測作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治策略。
- 3) 持續蒐集四大報(中國時報、自由時報、聯合報、蘋果日報)自殺新聞報導。
- 4) 重大/特殊新聞因應：推動老人養護機構自殺防治。
- 5) 4 月報導老人於養護機構跳樓自殺身亡事件，各家媒體大量刊登相關新聞，引發各界關切。中心特成立專案，蒐集老人安養機構相關資料，撰擬策略及建議方案，並函送各地之養護機構供參。

四、 成果(Product)

1. 執行結果

1) 2012 年執行結果

- (1) 記者會／新聞發布：共發布 5 篇新聞稿，總計共 78 家(次)媒體刊載相關新聞，含 68 家(次)電子媒體、37 家(次)平面／網路媒體、電視台 9 家、廣播電台 7 家，累計共刊出 112 則相關新聞。
- (2) 媒體合作：共辦理 25 場次媒體合作，含 4 場廣播專訪、10 則網路／平面媒體專訪，11 場電視節目專訪。
- (3) 重大新聞因應：
 - a. 透過中心網站、媒體發佈新聞稿，做為媒體報導相關新聞之參考資料，今年度共發佈 4 則，此外，媒體於新聞事件發生時，也會主動邀請中心回應。
 - b. 結合地方，辦理跨部會自殺個案討論會 2 場次。
- (4) 媒體監測：統計 1 月至 10 月四大報共 879 則自殺新聞報導，並進行媒體六不六要原則遵守情形分析，結果簡述如下：
 - a. 符合程度較高的報導原則為「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用

- 宗教或文化的刻板印象來解讀」、「不要過度責備」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」及「刊登在內頁而非頭版」，已高達八-九成。
- b.符合程度偏低，比較需要改善的報導原則為「不要刊登出照片或自殺遺書」、「不要簡化自殺的原因」、「當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」。

2) 2013 年執行結果

- (1) 記者會/新聞發布：共發布 6 篇新聞稿、活動消息稿 1 篇，總計共 26 家(次)媒體刊載相關新聞，含 19 家(次)電子媒體、4 家(次)平面/網路媒體、電視台 1 家、廣播電臺 2 家，累計共刊出 75 則相關新聞。
- (2) 媒體合作：共辦理 21 場次媒體合作，含 14 場平面媒體專訪、2 場電視節目專訪、3 場廣播電臺專訪及 2 場歌手 MV 合作。
- (3) 重大新聞因應：
- a.新聞事件發生時，媒體主動訪問中心發言人共有 4 則。
- b.辦理跨部會重大/特殊自殺事件檢討會議 2 場次。
- (4) 媒體監測：
- a.網路四大報自殺新聞摘要，1 至 11 月共製作 889 篇自殺新聞摘要(截至 11 月 30 日)，分析結果如下：
- (a) 報導個案自殺結果：已遂個案共 430 位、未遂個案 388 位、自殺意念共 51 位、不詳共 20 位。(表 1)

表 1、報導個案自殺類型統計表

自殺結果	個人 自殺	相約 自殺	殺人後 自殺	殺家人後 自殺	不詳
已遂(430)	347(80.7%)	47(10.9%)	8(1.8%)	19(4.4%)	9(2.0%)
未遂(388)	302(77.8%)	26(6.7%)	18(4.6%)	26(6.7%)	15(3.9%)

- (b) 報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因除其他外，排行前三名如下表 2。

表 2、新聞報導個案自殺原因前三名排序(不含其他)

自殺結果	自殺原因前三項		
	第一項	第二項	第三項
已遂 (430)	憂鬱症病史 (75)(17.4%)	久病不癒 (61)(14.1%)	男女感情因素 (45)(10.4%)

未遂 (388)	男女感情因素 (80)(20.6%)	夫妻問題 (54)(13.9%)	家人情感因素 (48)(12.3%)
-------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

(c) 報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，排行前三名如下表 3。

表 3、新聞報導個案自殺方式(除其他外)前三項

自殺結果	自殺方式前三項		
	第一項	第二項	第三項
已遂 (430)	高處墜落 (110)(25.5%)	燒炭自殺 (92)(21.3%)	上吊 (77)(17.9%)
未遂 (388)	燒炭自殺 (75)(19.3%)	利器自戕 (72)(18.5%)	高處墜落 (71)(18.2%)

(5) 統計 1 月至 12 月四大報共 672 則自殺新聞報導，並進行媒體六不六要原則遵守情形分析，結果簡述如下：

- a. 整體而言，相較於去年除在「不要刊登出照片或自殺遺書」極微下降外，其他報導原則均有改善。
- b. 持續有進步之報導原則為「不要報導自殺方式的細節」、「不要簡化自殺的原因」、「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」、「凸顯不用自殺的其他解決方法」及「提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源」。
- c. 符合程度較高的報導原則為「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」、「不要過度責備」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」及「刊登在內頁而非頭版」，已高達八-九成。
- d. 符合程度偏低，比較需要改善的報導原則為「不要刊登出照片或自殺遺書」、「不要簡化自殺的原因」、「當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」。

3) 2014 年執行結果

- (1) 記者會／新聞發布：共發布 5 篇新聞稿、活動消息稿 1 篇，總計共 50 則媒體露出相關報導。
- (2) 媒體合作：共辦理 5 場次媒體合作，含 1 場平面媒體專訪及 4 家廣播電台專訪。共有 25 家廣播電台共同響應自殺防治宣導，協助播出自殺防治公益廣播。
- (3) 重大新聞因應：推動老人養護機構之自殺防治。

(4) 媒體監測：

(5) 網路四大報自殺新聞統計，1月至12月5日共製作884篇自殺新聞摘要，已遂個案共471位、未遂個案392位、自殺意念共19位、不詳共2位。以下就已遂及未遂個案統計分析相關結果：

a. 報導個案統計(如表4)：以個人自殺為大宗。

表4、報導個案統計表

自殺結果	個人自殺	相約自殺	殺人後自殺	殺家人後自殺	其他
已遂 471	407 (86.4%)	40 (8.5%)	6 (1.3%)	18 (3.8%)	0 (0.0%)
未遂 392	347 (88.5%)	14 (3.6%)	11 (2.8%)	19 (4.8%)	1 (0.3%)

b. 報導個案之自殺原因(如表5)：新聞報導個案自殺原因除其他外，已遂自殺原因排行前三項為憂鬱症病史、久病不癒及男女感情因素，未遂自殺原因排行前三項為男女感情因素、家人情感因素及夫妻問題。

表5、新聞報導個案自殺原因前三項排序

自殺原因	第一項	第二項	第三項
已遂	憂鬱症病史 75 (15.9%)	久病不癒 71 (15.1%)	男女感情因素 61 (13.0%)
未遂	男女感情因素 81 (20.7%)	家人情感因素 69 (17.6%)	夫妻問題 39 (9.9%)

c. 報導個案之自殺方式(如表6)：新聞報導個案自殺方式除其他外，已遂自殺方式排行前三項為燒炭、高處墜落及上吊，未遂自殺方式排行前三項為高處墜落、利器自戕及投水溺水。

表6、新聞報導個案自殺方式前三項排序

自殺方式	第一項	第二項	第三項
已遂	燒炭 122 (25.9%)	高處墜落 100 (21.2%)	上吊 82 (17.4%)
未遂	高處墜落 97 (24.7%)	利器自戕 74 (18.9%)	投水溺水 66 (16.8%)

(6) 統計1月至12月四大報共563則自殺新聞報導，並進行媒體六不六要原

則遵守情形分析，結果簡述如下：

- a. 整體而言，相較於去年除在「不要刊登出照片或自殺遺書」、「不要過度責備」、「刊登在內頁而非頭版」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」極微下降外，其他報導原則均有改善。
- b. 近三年持續有進步之報導原則為「不要報導自殺方式的細節」、「不要簡化自殺的原因」、「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」、「凸顯不用自殺的其他解決方法」及「提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源」。
- c. 符合程度較高的報導原則為「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」、「不要過度責備」、「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」及「刊登在內頁而非頭版」，已高達八-九成。
- d. 符合程度偏低，比較需要改善的報導原則為「不要刊登出照片或自殺遺書」、「不要簡化自殺的原因」、「當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」。

4) 截至 2014 年 12 月之執行結果

- (1) 記者會／新聞發布：共發布 18 篇新聞稿、活動消息稿 2 篇，總計有 259 則相關新聞。
- (2) 媒體合作：共辦理 51 場次媒體合作。共有 25 家廣播電台共同響應自殺防治宣導，協助播出自殺防治公益廣播。
- (3) 重大新聞因應：
 - a. 新聞事件發生時，媒體主動訪問中心發言人共有 8 則。
 - b. 辦理跨部會重大/特殊自殺事件檢討會議 4 場次。
 - c. 推動老人養護機構之自殺防治。
- (4) 媒體監測：
 - a. 近年來四大報自殺新聞報導皆有明顯的下降趨勢，「六不」原則(圖 1)中以「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」及「不要將自殺光榮化或聳動化」之遵循比例最高，有高達九成八的遵循比例(分別為 98.9%及 98.1%)，而「不要簡化自殺原因」及「不要刊登出照片或自殺遺書」則是較易被忽略的原則(遵循比例分別為 28.24%及 30.55%)。

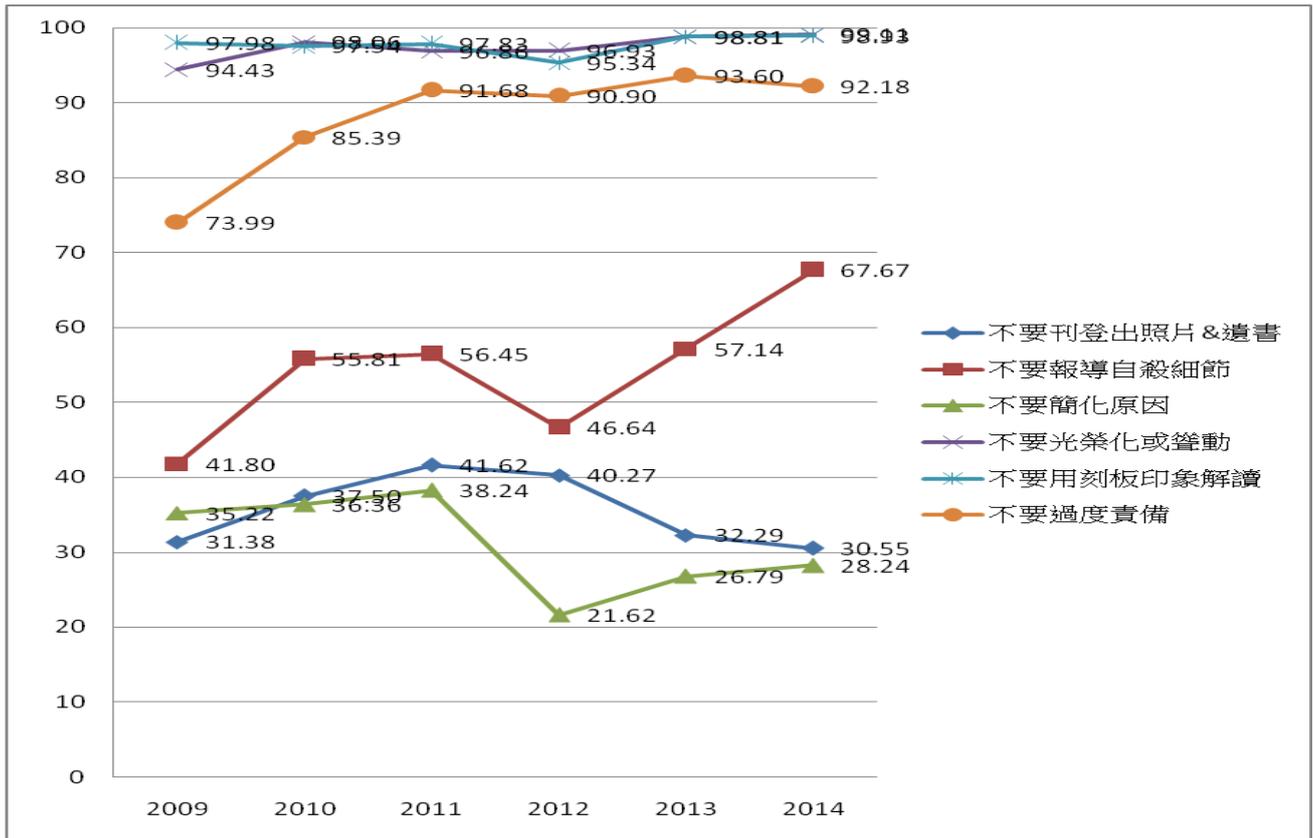


圖 1、WHO 六不六要準則-六不原則遵守比率

b. 另於「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」及「刊登在內頁而非頭版」兩項原則的遵循比例最高，也有高達九成以上的遵循比例(分別為 98.9%及 84.7%)，然而「與醫療衛生專家密切討論」、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆。」則是比較容易被忽略的原則(遵循比例分別為 13.9%及 27.9%)，觀察此二項原則，部分原則的遵循比例有成長的趨勢，顯見透過媒體自律，媒體已逐漸掌握「六不六要」之報導原則，因此，媒體自律的部分(六不六要原則)雖已有明顯改善及提升，唯自殺新聞的報導仍需與其他專業單位密切合作，才能提升報導的品質，故本中心已成立「媒體因應」的專家小組，並建立專加人力庫名單，期待能與媒體相互合作，共同提升自殺新聞報導的品質(圖 2)。

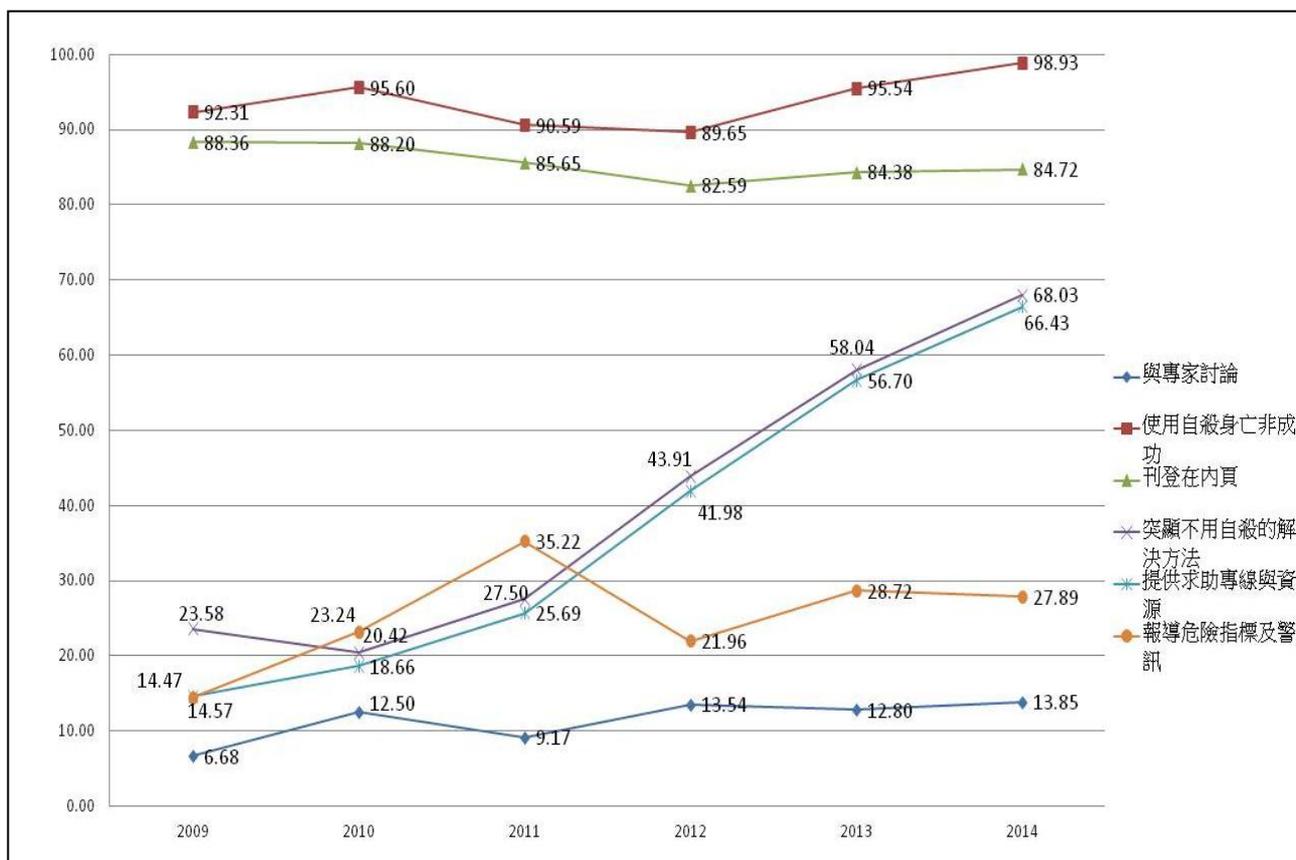


圖 2、WHO 六不六要準則-六要原則遵守比率

國軍心理衛生(輔導)工作之推廣與成效

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

近年來，由於社會生活型態漸趨優渥，導致年輕一代在入伍後，在強調絕對服從與任務達成的軍隊生活型態下，與入伍前自由自在的生活習慣有著強烈的反差，因此官士兵們容易產生許多適應上的困難，承受著許多大小不一的壓力，甚至容易萌生自我傷害的意念。

國軍體系是密閉的系統，國外已有文獻指出，在軍中推動「守門人」策略實施，可有效防止自殺。國防部為因應社會潮流與各級協處官兵心理問題實際需要，自 1993 年 7 月起，依序於各級部隊、學校、機關等單位，區分 2 年 4 階段設置「心理衛生中心」及「心理輔導官」，並制定工作職掌、角色任務及人員選訓用等規定，國軍心理輔導組織架構漸具雛型。

1999 年 7 月配合「精實案」，成立北、中、南、花東及金門、馬祖、澎湖等 7 處「地區心理衛生中心」，完成國軍心理輔導「三級防處體系」及「區域輔導網絡」之建構，全力推展官兵諮商輔導、心理健康教育推廣、心理測驗、自殺防治等心理輔導工作，無一不是希望可以提供國軍弟兄們一個完善的服役環境，確保國軍弟兄們身心健康。本文僅收集部分資料，以彰顯政府對國軍心理健康促進及自殺防治的重視，由於涉及軍中隱私，本報告不做細部之成效分析

2. 業務或方案的目的與目標

國軍自我傷害防治工作以建構「發掘預防、協力輔導、轉介治療」之三級防處系統為核心，並訂頒「國軍官兵『自我傷害防治』實施規定」，置重點於「高風險群人員危機發掘掌握」、「心理健康宣導暨自傷防治教育」、「落實輔導管制與研究發展」等作為，全力防治自我傷害。以明確律定工作職掌，有效分工原則，發揮「初級預防處置」、「二級輔導處置」、「三級醫療處置」之功效，建立環環相扣、層層管制之協力輔導轉化機制。

1) 初級預防處置：

由基層營、連級輔導長為第一線輔導人員，運用「約詢輔導」、「親考親教」等方式，主動掌握身心狀況不佳，協助適應環境暨紓解疑惑困擾，發揮早期發現、迅速疏導及轉介治療等功能。

2) 二級輔導處置：

由具專業素養與技巧之心輔官(員)擔任，協助處理經基層連隊輔導無明顯改善之轉介個案，依其疑難屬性實施輔導與評估；另定期至所屬單位實施心理衛生宣教，發揮教化、導正功能。

3) 三級醫療處置：

各「地區心理衛生中心」對經各部隊轉介之個案實施諮商輔導，經評估呈現較嚴重之心理症狀官兵，即轉介精神科專業醫師實施會診，醫療資源與社會輔導網絡，發揮矯治、醫療與心理重建等功能。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 針對士官兵給予心理衛生教育宣導。
- 2) 排訂輔導教育相關課程，提升各級幹部輔導知能。
- 3) 辦理心輔人員專業知能訓練，提升心輔人員輔導專業知能。

三、 成果(Product)

1. 2012 年

1) 心輔教育推廣：

(1) 儲備幹部研習：

為培育國軍心輔專業人才，本局於 2012 年 4 月 30 日至 6 月 1 日辦理「國軍心理輔導幹部儲訓研習班第 22 期」研習，邀請實踐大學社工系嚴祥鸞教授等專家學者授課，經評核受訓成績達合格標準學員共計 59 員，已由本局頒發結業證書及合格名冊，供各級心輔幹部派職參據。

(2) 心輔在職訓練：

為精進心輔人員諮商實務知能，分由北、中、南等地區心理衛生中心召集轄區內各級心輔人員辦理「在職專業訓練」，內容採「種子教育」、「實務研討」、「專題講座」及「綜合座談」等方式實施，計辦理 6 場次，共 588 員與會，有效提昇輔導服務品質，紓解官兵不適心緒，防範危安案件肇生。

(3) 國軍「心輔專業督導人力」種子教官培訓：

為培育國軍心輔專業督導人力，本局策頒「國軍『心輔專業督導人力』種子教官培訓實施作法」，遴選具諮商輔導專業及實務經驗豐富之資深心輔官、員計 31 員，委請台灣諮商心理協會，自 2012 年 5 月至 11 月止，區分「團體督導」、「個別督導」及「專業實務統整」等三階段實施專業課程訓練，期間經本部及台灣諮商心理協會評鑑，並預於 2013 年全面推行國軍「心輔專業督導」制度，期使心輔工作朝專業化、制度化方向發展，以

提升輔導服務品質。

(4) 國軍 2012 年基層幹部初級防處工作講習：

為全面強化基層幹部自傷防處知能，本部於 2012 年 5 月 15 日令頒「國軍 2012 年基層幹部初級防處工作講習具體作法」，要求各司令部全面針對營、連、排、班級等領導幹部策辦「初級防處工作講習」，共區分營、連級輔導長(含派代幹部、兼任或士官輔導長)場次，計辦理 39 場次，1,888 人次參加；連、排、班級幹部場次，計辦理 186 場次，2 萬 3,019 人次參加，全軍共計辦理 225 場次，2 萬 4,907 人次參加，置重點於初級防處工作要領、敏感度與同理心訓練、行為觀察與晤談技巧等內容，使其瞭解自傷徵候及輔導轉介作為，強化初級防處效能。

(5) 國軍 2012 年高階軍官輔導知能研習：

為照護高階軍官心理健康，學習情緒管理與壓力調適技巧，並深化國軍心輔與精神醫療雙軌執行自傷防治之正確觀念與作法，本部於 2012 年 7 月 3 日假國防大學復興崗校區策辦「高階軍官輔導知能研習」，計各司令部政戰主任、軍團(軍)級指揮官、參謀長與政戰主任、聯兵旅級及國軍各機關、學校、醫院、監所等單位中、少將及上校編階主官(管)計 208 員參加，經課程回饋問卷分析，參訓長官對本次研習課程、心輔工作陳展內容及學習成果評量等項，滿意度介於 92.2%至 99.4%，均表高度正向評價；為擴大研習教育效果，本局已請軍聞社將研習影片製成教育光碟撥發各級心衛中心納入課程宣教運用。

(6) 撥發「性別教育影片」及「心輔推廣宣導品」：

為積極推廣性別教育，協助官兵建立正確性別態度及認知，發展健康性別關係，本部規劃結合第 2、3 季性別教育宣教主題，採購「兩性交往：建立安全和健康的關係」195 套及「對換冤家」195 片等 2 部性別教育影片；另製作「磁鐵留言版」2,000 份、「迷你書包」1,300 份及「線圈 memo 本」5,000 份等 3 項心輔推廣宣導品，均已撥發至各單位心衛中心，結合性別教育時機運用。

(7) 心輔專輯製拍：

為教育各級幹部暨官兵正向面對壓力及挑戰，即時發掘轉介專業心輔人員協助，本部已於 2012 年 1 月 6 日令頒 2012 年度「心理衛生(輔導)教育」系列影片攝製計畫，律定每季以「情緒壓力調適」、「情感關係經營」、「自我傷害防治」及「心理健康促進」等主題製拍心輔專輯，年度共計完成「氣球」、「擁抱分合」、「陪你」及「尋找心方向」等 4 部單元劇製作，並於 3 月 15 日、6 月 14 日、9 月 13 日及 12 月 13 日「莒光園地

電視教學」節目中播出，深獲官兵好評。

(8) 文宣專欄推廣教育：

為強化國軍官兵心輔知能，建構自我調適能力，本部已於 2011 年 12 月 13 日國政綜合字第 1000018341 令頒「國軍 2012 年心理衛生(輔導)文宣專欄教育推廣具體作法」，規劃「啟動心靈能量，展開樂活人生」、「重視壓力管理，揮別自我傷害」、「善解包容溝通，共創和諧關係」及「擁抱喜樂生命，永保身心安康」等 4 項主題，運用國軍文宣刊物開設「心輔專欄」刊載宣導，年度於青年日報每週五第 8 版「心輔萬花筒」、奮鬥月刊「心輔 DIY」刊登專文 79 篇、海報 108 幅、漫畫 57 篇等心輔教育資訊，有效促進官兵心理健康，建立正向思考與積極人生觀。

(9) 製作國軍 2012 年「精神戰力週」能量補給站—紓壓放鬆操單元：

為增進漢光演習參演部官兵壓力紓解能力，2012 年 3 月 8 日製拍國軍 2012 年「精神戰力週」專案教育「能量補給站—紓壓放鬆 DIY」電視教學課程，節目中邀請中華民國物理治療學會理事長簡文仁先生授課，並配合軍事場景於棚外拍攝，安排演員錢君仲、林道遠及陸軍專科學校 10 位學生著野戰迷彩服擔任示範人員，紓壓操內容區分 8 個動作，共計 15 分鐘，課程設計以達教育效果為前題，朝活潑化、寓教於樂、展現國軍戰力與朝氣等方向規劃，強化官兵印象，相關課程內容已於 4 月 6 日上午播出，頗受官兵好評。

(10) 印製「自傷風險評估卡」：

本局前已委請專家學者完成「自傷防治隨身卡」研發，區分「國軍幹部『自殺防治停看聽』關懷卡」(5 萬,000 張)及「國軍官兵『自殺防治停看聽』自助助人卡」(30 萬,000 張)等 2 種版本，內容均係官兵常見自傷徵候與重要行為觀察指標，已於 2012 年 6 月 15 日前轉發全軍官、士、兵、員(生)及聘雇人員隨身攜帶運用，迄今發掘自傷傾向官兵轉介心衛中心計 1110 員、轉介國軍精神醫療計 324 員(自 2012 年 6 月 15 日至 12 月 31 日止)，請各單位持續宣導，鼓勵官兵發揮自助助人精神，主動發掘輔導轉介，發揮危安預警功效。

(11) 各級辦理心輔知能研習：

年度本部、各司令部及各地區心衛中心計辦理「上下半年心輔人員在職訓練」、「心輔人員專業督導培訓」等 5 項專業研習課程，計辦理 55 場次、1,360 人次參加(如表 1)；另各級心衛中心辦理「基層、中階及高階幹部初級防處講習」、「基層部隊巡迴宣教」、「心輔知能研討會」及「心理評量工具重複檢核講習」等 9 項初級防處研習課程，計辦理 1 萬 1,696

場次、62 萬 4544 人次參訓。

表 1、專業研習課程統計

類別	班次	參訓對象	場次	人數	合計
專業研習	上下半年在職專業訓練	各級心輔人員	6	588	55 場次 1360 員
	心輔人員專業督導培訓	資深心輔人員	9	155	
	國軍心理輔導幹部儲訓研習	預劃派任心輔官	1	59	
	國軍心輔士官儲備訓練 (含陸軍及後備司令部班 隊)	預劃派任心輔士	7	209	
	地區心衛中心工作座談	各級心輔人員	32	349	
初級防處	基層幹部初級防處工作講 習	營、連、排、班級 領導幹部	225	24907	1 萬 1696 場次 62 萬 4544 員
	中階主官管心輔知能研習	群、營級主官、管	159	3107	
	高階軍官輔導知能研習	中、少將及上校階 主官、政戰主任	1	208	
	基層部隊(每季)巡迴宣教	基層官士兵	5249	213647	
	心輔專題講座(含軍士官 團教育)	基層官士兵	531	126805	
	新進人員心理衛生教育 (含外離島暨艱苦單位新 進官兵輔導講習、新訓中 心、二階段專長及學校單 位)	新進人員	2620	181624	
	心理評量工具重複檢核講 習	實際執行重複檢核 領導幹部	288	10947	
	心輔知能研討會	營、連級主官(管)	2596	60868	
	其他		27	2431	

2) 國軍 2012 年自我傷害防治研討會：

為強化各級自傷防治作為，本部於 2012 年 7 月 31 日召集各司令部、各聯參、本部直屬單位及各地區心衛中心等單位業務主管暨心輔官(員)計 49 員，辦理「國軍 2012 年自我傷害防治研討會」，深切檢討近期重大自傷案例，並針對「心輔人力運用檢討」、「三級防處機制檢討」及「肇生自傷案件其他因素探討」等 3 項題綱實施專題研討，會中「與會人員建議事項」、「代局長工作指導」及「主席指(裁)示事項」納入下半年心輔工作重點持續管制辦理。

3) 生命教育推廣：

為教育官兵「珍惜生命」之正確觀念，本部自 2012 年 5 月起，運用莒光園地密集製播「向自殺 say No(5 月 10 日)」、「跟沮喪 say bye-bye(5 月 17 日)」、「擁抱生命 3L 行動(5 月 24 日)」、「你我成為自傷防治守門人—1 問、2 應、3 轉介(5 月 31 日)」、「擁抱分合(6 月 14 日)」及「生命鬥士系列--Love-Life 癌症病童奮鬥紀錄(6 月 7 日)」、「陪你(9 月 13 日)」、「樂活人生、塞翁失馬，焉知禍福(9 月 13 日)」、「心輔座談—樂動 ing，激發新活力(10 月 4 日)」等國軍自傷防治動畫、心輔單元劇、莒光日電視演講會及生命教育影片；另為持續推廣生命教育及樂觀生活態度，本部自 7 月份起，邀請周大觀文教基金會「2012 年第 15 屆熱愛生命獎章」計多障鋼琴王子蔡哲沅、全盲勇士朱禹豪等 8 位得主，製播「莒光園地—生命教育系列節目」，每月播出 1 集，迄今已播出「漸凍博士陳銀雪小姐(7 月 12 日)」及「全盲勇士朱禹豪(8 月 9 日)」、「鋼釘天使汪家伶(10 月 4 日)」、「罕病天使邱瀟盈(11 月 15 日)」等 4 輯，期透過全面教育方式，教育官兵正向思考及建立珍惜生命正確態度，推廣「人人都是珍愛生命守門人」作法，杜絕自傷案件。

4) 心輔宣教資料：

為協助各級強化農曆春節假期官兵心緒狀況掌握，提昇輔導協處作為，於 2012 年 1 月 18 日、4 月 19 日、11 月 22 日策頒「國軍 2012 年春節期間自傷防治心輔工作重點」、「近期重大案例檢討暨夏令期間自我傷害防治工作要求重點」及「近期重大案例檢討暨自傷防治工作要求重點」等 3 份心理衛生宣教通報，分發連級(含)以上單位主官(管)研閱，並要求各級幹部加強宣導，貫徹執行，嚴防危安事件。

5) 國軍 2012 年心理健康宣教專案活動

為全力促進全軍官兵心理健康概念和心理保健行動，防範自傷危安事件，本部特別結合「9 月 10 日世界自殺防治日」及「10 月 10 日心理健康日」，自 2012 年 10 月 1 日至 31 日止，以「樂動 ing . 激發新活力」為題，採「樂動紓壓」教學方式，納編各地區心衛中心心輔人員組成「樂動心輔服務團隊」，辦理「全軍巡迴宣教(35 場次，參與官兵 4,759 人次)」、「心理健檢 on line，e 起好康來網路推廣活動(9 萬 3,022 人次)」、「莒光日電視座談有獎徵答(1,711 人次)」、「文宣媒體推廣教育(青年日報及奮鬥月刊刊載計 5 篇心輔文章)」、「漢聲電台製播『心靈診療室』廣播節目(77 人次電話傳真諮詢及回復)」等系列宣教專案活動，另配合「心理健檢 on line，e 起好康來」網路推廣，採購「魔術頭巾」、「雙功能計步器」、「小豆苗按摩器」及「三寶舒活枕」等 4 項獎品，有效提昇官兵參與意願；全案執行成果具體協助國軍人員

培養正向轉念之健康心理，建立軍中健康活力之愉悅環境。

2. 2013 年

1) 心輔教育推廣：

(1) 儲備幹部研習：

a. 軍心理輔導幹部儲訓研習班：

為培育國軍心輔專業人才，本部於 2013 年 2 月 25 日至 3 月 29 日辦理「國軍心理輔導幹部儲訓研習班第 23 期」研習，邀請淡江大學教育心理與諮商系郭瓏灑助理教授等專家學者授課，經評核受訓成績達合格標準學員共計 64 員，已由本部頒發結業證書及合格名冊，供各級心輔幹部派職參據。

b. 國軍心理輔導士官儲訓研習班第 1 期：

為培育國軍心輔專業人才，本部於 2013 年 9 月 2 日至 9 月 14 日(共計 2 週)辦理「國軍心理輔導士官儲訓研習班第 1 期」研習，邀請政訓中心教官、資深心輔人員及國內各相關領域專家學者實施授課，經評核受訓成績達合格標準學員共計 30 員，已由本部頒發結業證書及合格名冊，供各級心輔幹部派職參據。

(2) 心輔在職訓練：

為精進心輔人員諮商實務知能，分由北、中、南等地區心理衛生中心召集轄區內各級心輔人員辦理「上、下半年在職專業訓練」，內容採「種子教育」、「實務研討」、「專題講座」及「綜合座談」等方式實施，計辦理 9 場次，共 558 員與會，有效提昇輔導服務品質，紓解官兵不適心緒，防範危安案件肇生。

(3) 國軍「心輔專業督導人力」種子教官培訓及專業督導：

為建立國軍心輔專業督導制度，培育心輔專業人力，已於 2013 年 1 月 11 日令頒國軍「心輔人員專業督導」具體作法，針對 2012 年完訓之心輔專業督導人員 30 員，每月實施專督人員持續教育專業培訓，並依駐地區分 29 個專業督導團體，自 2 月起(至 12 月 31 日)由專督人員每月進行專業督導，2013 年度計辦理專督人員持續教育計 66 場次，372 人次；專業督導計 344 場次，共督導 2,325 人次，協助各級心輔人員提升專業能力，發揮心輔專業能量。

(4) 心輔專輯(電視節目)製拍：

為教育各級幹部暨官兵正向面對壓力及挑戰，即時發掘轉介專業心輔人員協助，已於 2013 年 5 月 3 日修頒原 2013 年 1 月 22 日令頒 2013 年度「心理衛生(輔導)教育」系列影片攝製具體作法，律定為每 3、6、9、12 月份

以微電影方式製播「建立服役目標，提昇工作動力」、「做好情緒管理，防範自我傷害」、「維繫婚姻親情，促進家庭和諧」及「增進良性互動，妥善經營愛情」等4項主題心輔單元劇，並配合於「莒光園地」電視教學節目播出，迄今於3月21日播出「羽毛」、6月13日「悟」、9月12日「愛重來」、12月12日「增進良性互動，妥善經營愛情」及10月24日「從效率到笑率」電視演講共五輯節目，均深獲官兵好評。

(5) 生命教育推廣：

為教育官兵「珍惜生命」之正確觀念，本部自2012年7月份起，邀請周大觀文教基金會「2012年第15屆熱愛生命獎章」得主，製播「莒光園地—生命教育系列節目」，每月播出1集，2013年度播出「單腳鐵人阮錦源(2月7日)」、「巴掌仙子黃鈺婷(3月7日)」、「多障鋼琴王子蔡哲沅(4月11日)」、「癱瘓博士張易嘉(5月9日)」、「多障藝人許育璋(7月11日)」及「黏多醣天使李子婕(11月7日)」等6輯，期透過全面教育方式，教育官兵正向思考及建立珍惜生命正確態度，推廣「人人都是珍愛生命守門人」作法，杜絕自傷案件。

(6) 「自傷風險評估卡」推廣：

a. 增印撥發「自傷風險評估卡」：

本部增印及撥發「國軍幹部『自殺防治停看聽』關懷卡」(5萬5,000張)及「國軍官兵『自殺防治停看聽』自助助人卡」(16萬張)等2種版本，已於2013年5月27日前轉發全軍官、士、兵、員(生)及聘雇人員隨身攜帶運用，提供人員發掘自殺警訊，防範危安事件。

(7) 撥發「性別教育影片」及「性別推廣宣導品」：

為積極推廣性別教育，協助官兵建立正確性別態度及認知，發展健康性別關係，本部規劃結合第2、3季性別教育宣教主題，採購「愛情有沒友」195套及「聽不到的聲音」195片等2部性別教育影片；另製作「口袋飛盤扇」3,300份及「造型筆(讚及勝利手指)」9,800份等2項心輔推廣宣導品，均已撥發至各單位心衛中心，結合性別教育時機運用。

(8) 撥發年度心輔書籍、教育光碟及心輔推廣宣導品：

本部採購心輔專業叢書「如何與非自願個案工作」、「災難後安心服務(圖解版)」、「一個社工師的喃喃自語」、「解決問題的諮商架構」、「療傷對話」等諮商心理學書籍、「幸福的魔法：更快樂的101個選擇」、「漢娜的遺言」等自傷防治專業書籍，共計1,880本、「如何幫助憂鬱或是想自殺的朋友」DVD光碟194組、印製「用心聆聽，伸出援手」海報10,000張、文件夾6,000個、滑鼠墊5,200個及「心輔求助電話」貼紙130,000張等各

項宣導品，已於 2013 年 6 月 27 日陸續撥發各級心衛中心，請各單位確實轉發，並要求將海報及貼紙張貼於單位明顯處所與公布欄，文件夾及滑鼠墊亦應發送主官(管)。

2) 心輔宣教資料(通報)：

(1) 心輔宣教通報：

為協助各級強化官兵心緒狀況掌握，本部於 2013 年 1 月 16 日、4 月 11 日、5 月 15 日及 7 月 9 日策頒「國軍 2013 年春節期間自傷防治心輔工作重點」、「連續假期及重大演訓期間官兵心輔暨自傷防治工作要求重點」、「國防部 2013 年心理衛生工作宣教通報—國軍近期自傷案例分析暨夏令期間自傷防治工作要求重點」及「國防部 2013 年心理衛生工作宣教通報 004 號—國軍 2013 年上半年自傷案件分析暨近期案例宣教」等 4 份心理衛生宣教通報，分發連級(含)以上單位主官(管)研閱，並要求各級幹部加強宣導執行，俾嚴防危安事件。

(2) 美軍心理衛生(輔導)工作譯文資料：

奉部長指示，針對美當前新聞早起者刊載心輔議題相關報導，經研譯後電令各級研閱參考運用，2013 年計轉發 15 篇。

3) 各地區心衛中心工作簡報作法：

為協助作戰區各部隊主官瞭解「地區心理衛生中心」任務職掌與支援能量，有效支援單位自傷防治工作遂行，本部藉各單位主官履新期間，率各地區心衛中心心輔官(員)對聯兵旅(含戰鬥、戰鬥支援、軍備局各廠及醫院等上校主官編階單位)及軍團(軍)級單位新任主官實施任務簡報，使其瞭解國軍心輔三級防處及自傷防治作法與地區心理衛生中心功能及支援能量，完善心輔資源網絡，本部將持續辦理，貫徹執行，全力防範自傷案件。

4) 「國軍心輔諮詢」及「性暴力求助」服務專線：

為提供國軍官兵多元輔導諮詢管道，分別於 2008 年 7 月及 2010 年 4 月設立「國軍心輔諮詢(0800-536180)」及「性暴力求助服務(0800-885113)」專線，編組本部及各地區心衛中心心輔人員 24 小時專人、專值接聽。

5) 「國軍心輔專業倫理研討會」：

為精進國軍心輔人員工作紀律，本部於 2013 年 1 月 29 日 1400 時配合「國防部各幕僚、直屬勤訓單位 2012 年第 4 季政戰工作會議」，召集各司令部政綜組長、心輔官、地區心衛中心政戰主任及本部直屬單位心輔官計 51 員，辦理「國軍心輔專業倫理研討會」，深切檢討遭媒體披露「憲兵某單位心輔官違反專業倫理及工作紀律」案例，並針對「國軍心理輔導專業倫理守則草案」實施研討，會中「副局長工作指導」及「主席指(裁)示事項」納入

心輔工作重點持續管制辦理。

6) 國軍「心理健康服務網」啟用：

為提供官兵多元心輔服務管道，本部於國軍網路設置「心理健康服務」網站，並自 2013 年 4 月 1 日正式啟用，網站內容包含網路心理諮詢服務、心輔協助資源、四大生活主題館及三大心理活動區等四大服務項目，並函文各司令部暨中央直屬單位於網站首頁建立相關入口連結，並加強宣導所屬周知與善加運用；經統計(自 2013 年 4 月 1 日至 12 月 31 日止)，網站瀏覽人數共計 99,651 人次、心理諮商留言回復計 169 人次及線上量表檢測人數計 22,770 人次，期以協助國軍人員建立心理健康之觀念及提供正確心理衛生資訊。

7) 心理測驗答案紙採購：

為有效執行國軍心輔工作，本部於 3 月 18 日印製「國軍身心狀況評量表」(士官兵版)、「人際、思考、情緒、行為量表」等 2 類「心理評量工具」計 11 項資料，合計 30 萬 6,400 份；另採購「賴氏人格測驗」題本 2,100 本、答案紙 1 萬 5,000 張及「大學生心理健康量表—篩選性評估」題本 6,750 本及指導手冊 100 本，均已函發國軍各級心理衛生中心暨軍事院校單位運用。

8) 國軍常備兵役軍事訓練大專程度以上役男心理輔導管制作法

為使國軍常備兵役軍事訓練如期、如質推動，協助大專程度以上役男適應部隊生活，藉與教育部合作鏈結，執行「入營前先期掌握」、「進訓中輔導協助」及「結訓後轉介銜接」等三階段作為，並與教育部共同會銜於 2013 年 11 月 12 日(國政綜合字第 10200014527 號令頒)頒布「國軍二階段常備兵役軍事訓練役男轉銜輔導實施規定」，以建構完善心理輔導及個案追蹤協處機制。

9) 計畫修(訂)頒：

(1) 訂頒國軍 2013 年重大演訓期間心理衛生工作指導要點：

為協助各級重大演訓期間掌握官兵身心狀況，本部於 2013 年 1 月 22 日國政綜合字第 1020000812 號令頒「國軍 2013 年重大演訓期間心理衛生工作指導要點」，區分整備、演練及復原三階段，明確律訂各階段輔導具體作法，並要求各級參演部隊於漢光演習期間首重人員安全，尤以實兵演練階段，幹部需全面、全程掌握官兵心理徵候，激勵參演官兵士氣，增強心理強度，如發掘明顯身心異常、行為偏差、自傷傾向等特別個案，應即停止渠等參加演訓任務，轉介心衛中心輔導協處，預防危安事件發生，俾利有效掌握部隊安全，弭患未然。

(2) 修頒國軍心理評量工具運用作業要點：

為落實心理輔導三級防處體系，協助官兵適應部隊生活、發展健全心理功能，本部於 2013 年 6 月 7 日國政綜合字第 1020007228 號令頒「國軍心理評量工具運用作業要點」，並於 2013 年 6 月 18 日假國防大學復興崗校區辦理教育訓練，召訓各司令(指揮)部、二階段常備兵役軍事訓練接訓單位(含入伍和專長訓練)暨其上一級單位及各軍事院校等心輔人員，計 65 員，期透過建立官兵精神心緒及心理健康狀態之篩選評估機制，促進心輔人員正確運用各項量表工具，以達預防機先的功效。

10) 心輔專題研究：

(1) 國軍 2013 年「心理衛生(輔導)工作」專題研究：

為整合教育學術與軍中輔導實務，建構國軍心輔工作理論基礎，本部委請國防大學政戰學院心理暨社會工作學系副教授邱發忠博士及助理教授丁華博士等 2 位老師，針對「國軍志願役軍、士官身心狀況評量表之研發」及「國軍三級防處效能評估與精神醫療整合策略之研析」等 2 項研究議題，進行 2 篇專題研究，均採 2 年 2 階段方式進行，第 1 階段已於 11 月 30 日完成研究，全案預於 2014 年 11 月 30 日完成研究，其所得結論及建議將納入國軍心輔政策制訂及實務工作推展運用。

(2) 國防工業發展基金會「飛行壓力輔導與飛安風險評估」專案研究計畫：

為建構國軍飛行壓力輔導機制，強化心理輔導工作效能，自 2009 年 9 月 1 日起委請國防大學李文進博士研提「提昇國軍飛安風險管理效率之電腦化飛行壓力評量工具與壓力調適訓練課程之研發」研究計畫(共計四個子計畫)，本案已全案完成，並於 2014 年 5 月 7 日起辦理研究成果講習，將廣續推廣至國軍各飛行部隊，以確保飛行員身心健康及維護國軍飛航安全。

11) 重大災害(意外)事件心輔工作：

(1) 蘇力颱風案救災心輔作為：

為有效照護救災官兵身心健康，本部於一級災害應變中心成立前，7 月 12 日即指導各級心衛中心依救災前、中、後完成各項救災心輔整備，並要求心輔人員必須隨主力救災部隊行動，輔導掌握救災官兵心緒，自 7 月 12 日至 7 月 15 日止，計派遣國軍心輔人力計 88 人次，實施團體輔導 42 場次，1,564 人次；心衛宣教 93 場次，3,200 人次，其他 160 場次，323 人次，合計執行救災官兵輔導 5,087 人次。

(2) 潭美颱風案救災心輔作為：

為有效照護救災官兵身心健康，本部於一級災害應變中心成立前，8 月

20日即指導各級心衛中心依救災前、中、後完成各項救災心輔整備，並要求心輔人員必須隨主力救災部隊行動，輔導掌握救災官兵心緒，自8月20日至8月22止，計派遣國軍心輔人力計325人次；心衛宣教68場次，1,703人次，其他125場次，125人次，合計執行救災官兵輔導1,828人次。

(3) 康芮颱風案救災心輔作為：

為有效照護救災官兵身心健康，本部於一級災害應變中心成立前，8月26日即指導各級心衛中心依救災前、中、後完成各項救災心輔整備，並要求心輔人員必須隨主力救災部隊行動，輔導掌握救災官兵心緒，自8月27日至8月30止，計派遣國軍心輔人力計26人次；心衛宣教15場次，453人次，其他58場次，58人次，合計執行救災官兵輔導511人次。

(4) 天兔颱風案救災心輔作為：

為有效照護救災官兵身心健康，本部於一級災害應變中心成立前，9月18日即指導各級心衛中心依救災前、中、後完成各項救災心輔整備，並要求心輔人員必須隨主力救災部隊行動，輔導掌握救災官兵心緒，自9月18日至9月22止，計派遣國軍心輔人力計92人次；心衛宣教14場次，1,237人次，其他189場次，198人次，合計執行救災官兵輔導1,435人次。

(5) 菲特颱風案救災心輔作為：

為有效照護救災官兵身心健康，本部於一級災害應變中心成立前，10月4日即指導各級心衛中心依救災前、中、後完成各項救災心輔整備，並要求心輔人員必須隨主力救災部隊行動，輔導掌握救災官兵心緒，自10月4日至10月8止，計派遣國軍心輔人力計2人次；心衛宣教6場次，99人次，其他2場次，44人次，合計執行救災官兵輔導143人次。

12) 國軍2013年心理健康宣教專案活動：

為全力促進全軍官兵心理健康概念和心理保健行動，防範自傷危安事件，本部特別結合「10月10日心理健康日」，自2013年10月1日至31日止，以「改變，為了幸福」為題，邀請吳若權及林萃芬老師進行「『從效率到笑率』幸福對談」講座(5場次，參與官兵2,752人次)，並納編各地區心衛中心心輔人員實施「勇敢改變，分享幸福」幸福列車服務團隊之全軍巡迴宣教(32場次，參與官兵6,621人次)；另配合「幸福方程式123」網路推廣(6萬8,178人次瀏覽)、莒光日電視教學有獎徵答(1890件)及漢聲電台「幸福聊天室」(192人次)等系列活動，採購「太陽能幸福晴天娃娃」、「精選六合一修容組」、「時尚摺疊環保袋」、「竹炭運動毛巾」、「不鏽鋼玲瓏隨手杯」

「幸福魔法」及「兩用休閒包」等 7 項獎品，有效提昇官兵參與意願；全案執行成果具體協助以培養勇敢改變、營造包容關懷、創造幸福能量之生活氛圍。

13) 本部 2013 年「自傷防治守門人」巡迴宣教具體作法：

為提昇官兵自傷防治輔導知能，本部於 2013 年 4 月 30 日策頒「2013 年『自傷防治守門人』巡迴宣教具體作法」，規劃自 2013 年 5 月 13 日至 6 月 5 日期間納編軍醫局、國軍自殺防治中心及地區心衛中心等人員，前往中央暨直屬單位實施 16 場次宣教，7,908 人次參加(自 2013 年 5 月 13 日至 5 月 27 日止)，並要求各司令部(指揮部)指導所屬自行策辦研習，全軍共計辦理 366 場次，64,114 人次參加，置重點於發掘中高度關懷群、轉介輔導與醫療協處之初級防處工作重點及自傷防治守門人訓練等內容，期達根植危安防處於基層之目的，防範自傷案件。

14) 基層政戰幹部心輔相關課程：

基層政戰幹部心輔相關課程計有「政院正期班學生畢業前暑期訓練」、「基層政戰實務工作講習」、「專業軍官班分科教育」、「營、連輔導長講習」及「基層政戰實務工作輔導訓練講習」等，課程內容及時數均已完備，惟授課教官多數以政訓中心教官為主，本部將檢討部分課程由現任資深心輔官(員)或委由民間專家學者授課，以提升心輔相關專業學識。(表 2)

表 2、基層政戰幹部心輔相關課程一覽表

項次	對象	開訓班次	週期	受訓時間	心輔相關課程時數	授課教官	備考
一	政院 正期班學生	暑期訓練課程	每年 一梯次	4 天	2 小時	國防部 心衛中心	
二	政院 正期班(分發部隊後)	基層政戰實務工作講習	每年 一梯次	4 週	24 小時	政訓中心 教官	
三	專業 軍官班(分發部隊前)	分科教育	每年 二~三梯次	39 週	111 小時	政訓中心 教官	
四	全軍營、 連輔導長	營、連輔導長講習	每年 一梯次	2 天	3 小時	軍團 心輔官	
五	全軍營、 連輔導長	基層政戰實務工作輔導訓練講習	每年 三梯次	3 天	3 小時	政訓中心 教官	

3. 2014

1) 諮商輔導情形：

全軍各級心衛中心自 2014 年 1 月 1 日迄 2014 年 12 月 31 日止，計實施個案輔導：10,423 人次；團體輔導：60,194 人次/1,511 場次；心理衛生教育：225,845 人次/2,531 場次；心理測驗：72,246 人次/1,282 場次。

2) 心輔教育推廣：

(1) 儲備幹部研習：

a. 國軍心理輔導幹部儲訓研習班：

為培育國軍心輔專業人才，本局於 2014 年 2 月 17 日至 3 月 21 日辦理「國軍心理輔導幹部儲訓研習班第 24 期」研習，邀請淡江大學教育心理與諮商系郭瓏灑助理教授等專家學者授課，經評核受訓成績達合格標準學員共計 48 員(男 40 人、女 8 人)，已由本局頒發結業證書及合格名冊，供各級心輔幹部派職參據。

b. 「國軍心理輔導士官儲訓研習班第 2 期」：

為培育國軍心輔專業人才，本局於 2014 年 8 月 11 日至 8 月 22 日(共計 2 週)辦理「國軍心理輔導士官儲訓研習班第 2 期」研習，邀請政訓中心教官、資深心輔人員及國內各相關領域專家學者實施授課，經評核受訓成績達合格標準學員共計 30 員(男 24 人、女 6 人)，已由本局頒發結業證書及合格名冊，供各級心輔幹部派職參據。

(2) 心輔在職訓練：

為強化國軍心輔人員專業知能，分別於 5 月 14 日至 30 日、9 月 24 日至 9 月 27 日區分北、中、南、東 4 區，辦理上、下半年教育訓練課程，上半年課程包括「正向心理學」、「安心講座」、「助人工作者的自我照顧」與「情感問題輔導」；下半年研習課程計「危機處理與創傷輔導」、「正向心理學」、「成癮問題輔導」、「法治教育」與「性別主流化」等專業科目，藉由課程講授、案例研討、實務演練等方式，增進整體心輔工作實務能力；總計辦理 8 場次，637 員(男 502、女 135)與會，藉此有效提升人員輔導工作執行，強化心理衛生推廣理念。

(3) 國軍「心輔專業督導人力」種子教官培訓及專業督導：

為建立國軍心輔專業督導制度，培育心輔專業人力，已於 2014 年 1 月 10 日令頒國軍「心輔人員專業督導」具體作法，針對 2012 年完訓之心輔專業督導人員 30 員，每月實施專督人員持續教育專業培訓，並依駐地區分 39 個專業督導團體(北部 16 組、中部 8 組、南部 14 組、東部 1 組)，自 2 月起由專督人員每月進行專業督導，2014 年度(至 12 月 31 日)計辦理專督人員持續教育計 66 場次，361 人次；專業督導計 419 場次，共督導 2,719 人次，協助各級心輔人員提升專業能力，發揮心輔專業能量。

(4) 心輔專輯(電視節目)製拍：

a. 為教育各級幹部暨官兵正向面對壓力及挑戰，即時發掘轉介專業心輔人員協助，已於 2014 年 1 月 10 日令頒 2014 年度「心理衛生(輔導)教育」系列影片攝製具體作法，律定為每 3、6、12 月份製播「做好情緒管理，防範自我傷害」、「面對救災挑戰，調適心理壓力」及「增進良性互動，理性經營感情」等 3 項主題心輔單元劇，並配合於「莒光園地」電視教學節目播出，迄今於 3 月 27 日已播出「彩虹」、8 月 7 日已播出「天使之翼」及 12 月 11 日已播出「幸福的約定」等 3 輯節目，均深獲官兵好評。

b. 「柳營這一班」短輯，以每兩週定期播出 1 集，計 4 集，內容採情境劇及輕鬆對談方式，透過知名專家吳若權先生講解啟發和官兵同仁互動討

論，導引思考軍中生活各類適應問題及因應方法，已於 11 月 13 日「部隊環境適應」、11 月 27 日「工作壓力調適」、12 月 11 日「生活時間管理」及 12 月 25 日「軍旅生涯發展」等，鼓勵全軍官兵培養正確的服役認知和積極的人生態度，以突破個人所遇挫折困境。

(5) 生命教育推廣：

為教育官兵「珍惜生命」之正確觀念，本部 2013 年 7 月份起延續 2012 年與周大觀文教基金會合作，持續製播「莒光園地—生命教育系列節目」之「生命鬥士故事」系列，並專訪「2013 年第 16 屆全球熱愛生命獎章」計原民史懷哲徐超斌醫師、黏多醣天使李子婕、多障藝人許育璋、極速勇士唐峰正、罕病天使鄭唐薇、硬頸勇士林永晏、多障鋼琴天使王亭潔、呼吸英雄張守德、巴掌勇士陳碇堡及原住民腦麻英雄許正明等 10 位得主，分享個人生命故事，導引官兵生命價值與意義，勇於面對人生挑戰，2013 年播出「多障藝人許育璋(7 月 11 日)」、「黏多醣天使李子婕(11 月 7 日)」；2014 年播出「呼吸英雄張守德(1 月 2 日)」、「原住民腦麻英雄許正明(2 月 20 日)」、「多障鋼琴天使王亭潔(3 月 6 日)」、「原民史懷哲徐超斌醫師(4 月 3 日)」、「硬頸勇士林永晏(5 月 22 日)」、「罕病天使鄭唐薇(6 月 5 日)」、「巴掌勇士陳碇堡(10 月 9 日)」。

3) 心輔宣教資料(通報)：

(1) 心輔宣教通報：

為協助各級強化官兵心緒狀況掌握，本部於 2014 年 1 月 7 日策頒「國防部心理衛生工作宣教通報—農曆春節期間自傷防處工作重點」、3 月 19 日策頒「國防部心理衛生工作宣教通報—連續假期及重大演訓期間官兵心輔暨自傷防治工作要求重點」、5 月 23 日策頒「國防部心理衛生工作宣教通報—夏令期間自傷防治工作要求重點」，以及鑑於日前肇生鄭姓大學生無故於捷運上隨機殺人案件，引發社會恐慌及影響人與人間的信任感；為免軍中肇生類案，於 6 月 9 日策頒「國防部心理衛生工作宣教通報—近期重大危安案件重要指示事項」、7 月 1 日策頒「對『南韓林姓士官槍殺同袍案件』之殷鑑與省思」、8 月 19 日策頒「國防部心理衛生工作宣教通報—近期重大災難(意外)事件重要指示事項」、11 月 17 日策頒「國防部心理衛生工作宣教通報—近期重大案件心輔工作要求事項」等計 7 份心理衛生宣教通報，分發連級(含)以上單位主官(管)研閱，並要求各級幹部加強宣導。

4) 各地區心衛中心工作簡報作法：

為協助作戰區各部隊主官瞭解「地區心理衛生中心」任務職掌與支援能量，

有效支援單位自傷防治工作遂行，本局藉各單位主官履新期間，率各地區心衛中心心輔官(員)對聯兵旅(含戰鬥、戰鬥支援、軍備局各廠及醫院等上校主官編階單位)及軍團(軍)級單位新任主官實施任務簡報，使其瞭解國軍心輔三級防處及自傷防治作法與地區心理衛生中心功能及支援能量，完善心輔資源網絡，2014 年度迄今執行 1 個單位場次(空作部)，本局將持續辦理，貫徹執行，全力防範自傷案件。

5) 「國軍心輔諮詢」及「性暴力求助」服務專線：

為提供國軍官兵多元輔導諮詢管道，分別於 2008 年 7 月及 2010 年 4 月設立「國軍心輔諮詢(0800-536180)」及「性暴力求助服務(0800-885113)」專線，編組本局及各地區心衛中心心輔人員 24 小時專人、專值接聽，已由各單位賡續管制輔導協助。

6) 國軍「心理健康服務網」啟用：

為提供官兵多元心輔服務管道，本局於國軍網路設置「心理健康服務」網站，並自 2013 年 4 月 1 日正式啟用，網站內容包含網路心理諮詢服務、心輔協助資源、四大生活主題館及三大心理活動區等四大服務項目，並函文各司令部暨中央直屬單位於網站首頁建立相關入口連結，並加強宣導所屬周知與善加運用；經統計(自 2014 年 1 月 1 日至 12 月 31 日止)，網站瀏覽人數共計 114,508 人次、心理諮商留言回復計 224 人次及線上量表檢測人數計 19,464 人次，期以協助國軍人員建立心理健康之觀念及提供正確心理衛生資訊。

7) 心理測驗答案紙採購：

為有效執行國軍心輔工作，本局於 3 月 17 日印製「國軍身心狀況評量表」(士官兵版)、「人際、思考、情緒、行為量表」等 2 類「心理評量工具」計 11 項資料，合計 30 萬 7,200 份；另採購「賴氏人格測驗」題本 2,100 本及「大學生心理健康量表—篩選性評估」題本 4,500 本，均已函發國軍各級心理衛生中心暨軍事院校單位運用。

8) 「自傷風險評估卡」推廣執行情形：

本局前於 2012 年、2013 年印發「國軍幹部『自殺防治停看聽』關懷卡」及「國軍官兵『自殺防治停看聽』自助助人卡」等 2 種版本，內容均係官兵常見自傷徵候與重要行為觀察指標，並已轉發全軍官、士、兵、員(生)及聘雇人員隨身攜帶運用，亦掛載於本局網站供官兵下載運用；單位持續宣導，鼓勵官兵發揮自助助人精神，主動發掘輔導轉介，發揮危安預警功效。

9) 心輔專題研究：

(1) 國軍 2014 年「心理衛生(輔導)工作」專題研究：

為整合教育學術與軍中輔導實務，建構國軍心輔工作理論基礎，本局委請國防大學政戰學院心理暨社會工作學系副教授邱發忠博士，針對「國軍志願役軍、士官身心狀況評量表之研發」研究議題，進行 1 篇專題研究，全案預於 2014 年 11 月 30 日完成研究，其所得結論及建議將納入國軍心輔政策制訂及實務工作推展運用。

(2) 國防工業發展基金會「飛行壓力輔導與飛安風險評估」專案研究計畫：

鑑於國軍曾肇生多起飛安傷亡事件，為強化國軍飛行人員心理素質，建構國軍飛行壓力輔導機制，主動邀請李文進博士、邱發忠博士、許悅玲博士及李嘉富博士等 4 位專家學者共同研究，獲國防工業發展基金會同意執行「提昇國軍飛安風險管理效率之電腦化飛行壓力評量工具與壓力調適訓練課程之研發」三年期整合型研究案，自 2009 年 9 月 1 日起始，並已於 2014 年 1 月 31 日執行完畢；另為使全案研究成果全面推廣，本局於 5 月 7 日 0800 時假國防大學復興崗校區實施講習，計各飛行部隊政戰主管、飛安主管及心輔官等 80 員參加，執行成效良好。

10) 「軍事社會工作國際學術論壇」：

案緣行政院馮燕政務委員研提軍事社會工作之發展：「保障軍人權益、提升軍人福祉」芻議，由本局規劃舉辦「軍事社會工作國際學術論壇」，並於 4 月 2 日 0830 時至 1500 時，假國防大學復興崗校區志清圖書館五樓學術會議廳實施，計國內、外學者，各軍旅級(含)以上、各地區心衛中心心輔官(員)，政戰學院相關教育行政人員、心社系教師、研究生及高年級學生等 250 員參加；論壇恭請副部長李上將實施開幕致詞、國防大學校長邱上將主持閉幕式、馮政務委員擔任貴賓致詞，並特邀美國南加大社工學院芙琳院長、哈森副教授及卡斯楚助理教授等 3 位學者，分別以「社會工作專業與軍隊」、「軍事社會工作的實務內涵與服務模式」及「軍事心理衛生工作者的實務挑戰與解決策略」等議題實施講演，政戰學院唐學明教授、臺灣大學楊培珊教授、政戰學院周海娟副教授等 3 位學者擔任主持實施研討，期間與會人員就社會工作中個案輔導、軍人婚姻、輔導倫理及心輔人員專業督導等議題與美籍學者充分交換意見，研討情形熱烈，獲與會者正面評價，研討內容將提供國軍精進社會工作之參考依據。

11) 召開「精進國軍心理輔導工作」研討會：

案係行政院政務委員馮燕女士及蔡玉玲女士前於 2014 年 6 月 24 日召集相關部會代表，就「研商精進國軍心理輔導工作及評估推動軍事社會工作制度」實施研討，本局遂依馮政務委員指導，於 2014 年 9 月 29 日下午 1430

時假政戰局第一會議室召開本研討會，由局長王中將主持，並邀請部內、外專家學者計社工師公會全國聯合會理事長陳明珍女士等 10 員；本部心理衛生中心全體人員、各軍司令部、後備及憲兵指揮部業務主管暨心輔官、戰規司軍編業務主管及承參等 20 員，共計 30 員與會，研討議題計有國軍心輔工作實務與輔導經驗交流及軍中軍事社會工作實務研討等項，會中委員研提之各項建議及主席指示事項據以納入未來心輔政策研修參考。

12) 撥發「自傷防治宣導品」：

為推展國軍部隊「人人都是自傷防治尖兵」之概念，以及提供官兵發掘自殺異常徵候之檢視工具，本部採購「MEMO 筆」8,150 個、「LED 衣服造型鎖鏈燈」5,450 個等 2 項宣導品，撥發全軍心衛中心，並配合各類宣教時機積極推廣運用，期能深植官兵彼此關懷，相互支持之觀念，擴大宣傳效能，發揮先期防處機制。

13) 辦理「國軍心理輔導資訊系統改版暨功能擴充案」：

為提升現行「國軍心理輔導資訊系統」運作效能，今年委商進行本系統改版及功能擴充採購案，業經政務辦公室辦理公開招標，本案由德錄公司以 85 萬得標，2014 年 7 月 4 日政務辦公室與德錄公司簽約，本局陸續與廠商進行系統建置研討，於 12 月 11 日完成驗收，12 月份辦理 8 場次的教育訓練，以利工作推展。

14) 重大災害(意外)事件心輔工作：

(1) 麥德姆颱風案救災心輔作為：

為有效照護救災官兵身心健康，本局於一級災害應變中心成立前，7 月 22 日即指導各級心衛中心依救災前、中、後完成各項救災心輔整備，並要求心輔人員必須隨主力救災部隊行動，輔導掌握救災官兵心緒，自 7 月 22 日至 7 月 24 日止，計派遣國軍心輔人力計 171 人次，實施團體輔導 1 場次，38 人次；心衛宣教 135 場次，3,697 人次，其他 124 場次，238 人次，合計執行救災官兵輔導 3,973 人次；受災鄉親服務 0 人次。

(2) 復興航空澎湖飛安事件案心輔作為：

復興航空班機於 2014 年 7 月 23 日約 1910 時迫降墜毀於澎湖縣湖西鄉西溪村，國防部計憲兵指揮部澎湖憲兵隊中校隊長蔡民華、陸軍航特部兩棲偵察營中士周胤廷及澎防部機步營一兵楊景翔等 3 員不幸罹難，海軍上士顏婉茹及中士蔡佩儒等 2 員輕傷，後送高雄長庚醫院住院治療；政治作戰局獲報後，指導澎防部納編區域內心輔人力成立「乙級重大意外事件心理衛生中心」，並納編中、南區心衛中心、政戰學院曾麗娟、余景文、崔艾湄等專業老師，針對救難官兵、隊職幹部及心輔人員緩解救難壓力及

執行後續心輔作為，自 7 月 23 日至 8 月 6 日為止，共計派遣心輔人力 46 人次，執行個別輔導 3 場次、4 人次；團體輔導 14 場次、333 人次；評量篩選 15 場次、580 人次；心衛宣教 23 場次、650 人次；其他 26 場次、368 人次，合計執行救災官兵輔導 1,935 人次；受難鄉親輔導 18 場次、46 人次。

(3) 高雄地區氣爆意外事件案心輔作為：

高雄市苓雅區及前鎮區凱旋路等 8 處於 7 月 31 日晚間 23 時許發生大規模氣爆，陸軍即完成救災整備，並於 8 月 1 日凌晨 0100 時許派遣兵力前往支援救災任務，以及由八軍團納編區域內心輔人力成立「乙級重大意外事件心理衛生中心」執行後續心輔作為，自 7 月 31 日至 8 月 8 日為止，共計派遣心輔人力 53 人次，執行個別輔導 1 場次、2 人次；團體輔導 2 場次、33 人次；評量篩選 11 場次、372 人次；心衛宣教 20 場次、1,081 人次；其他 49 場次、2,362 人次，合計執行救災官兵輔導 3,850 人次；受難鄉親輔導 2 場次、402 人次。

15) 國軍 2014 年心理健康宣教專案活動：

為全力促進全軍官兵心理健康概念和心理保健行動，防範自傷危安事件，本部特別結合「10 月 10 日心理健康日」，自 2014 年 10 月 9 日至 11 月 9 日止，以「擁抱心幸福，預見心希望」為題，邀請張瓊玉老師、余秀芷老師及李克翰老師等專業人士進行「心幸福與希望對談」交流活動(5 場次，參與官兵 1,310 人次)，並納編各地區心衛中心心輔人員組成「活力服務團隊」實施國防部「身心儀器(HRV)檢測」心理健檢服務及「擁抱心幸福，預見心希望」之全軍巡迴宣教(47 場次，參與官兵 4,018 人次)；另配合「Power 活力格言—心靈勵志小語」網路甄選活動(40,342 人次瀏覽)、邀請知名作家吳若權先生主講，製播「心靈哈啦聊天室」系列短輯，以及生命鬥士系列人物專輯等莒光園地節目等系列活動，採購「快樂手札」、「棒棒糖毛巾」、「觸控筆暨防塵塞」，以及活動海報印製等 4 項獎品，有效提昇官兵參與意願；全案執行成果具體協助以培養勇敢改變、營造包容關懷、創造幸福能量之生活氛圍。

16) 年度心輔工作輔訪：

為深入瞭解各級心理衛生中心暨基層部隊工作執行現況，依「國軍 2014 年政治作戰課程暨政戰實務工作督訪實施計畫」之規定，自 9 月 29 日至 10 月 16 日止，編組分赴各司令部、後備與憲兵指揮部及直屬單位等 15 個單位實施輔訪評比。

教育部「校園心理健康促進與自我傷害防治」 教育訓練

資料來源：教育部

一、 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

青少年的自殺死亡率在世界各國內均位居十大死因前幾名，台灣地區更是持續高居第二位。故青少年心理健康與自我傷害防治工作，一直是政府教育當局所密切關心的重要議題。不僅僅是學校的責任，同時更需要結合家庭、社區、醫療等資源，進行合作與整合，才能在第一時間點將傷害降至最低，以期確實預防自我傷害之發生。同時，協助校園師生發展個人的調適應能力，也是預防工作的重要的一環。

教育部協助各地方政府與學校健全並推動學生輔導體制，引進輔導工作初級預防、二級預防及三級預防觀念，本諸發展重於預防，預防重於治療的教育理念，激勵所有教師參與學生輔導工作，並結合社區資源，提供多元輔導管道，建構輔導資源網路，期在親師合作下，讓每一位學生隨時都有人照顧輔導。本文僅列舉自殺防治守門人訓練相關的部分資料做說明，以彰顯教育局在自殺防治上的要點工作。本報告資料乃根據行政院會報上，教育部所提供之資料做彙整。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 整合自我傷害防治相關網絡資源，共同推動學生自我傷害防治工作。
- 2) 督導各級學校完成編定全校性自我傷害三級預防工作計畫。
- 3) 協助各級學校發展與推動增進學生因應壓力與危機管理知能，並增進協助處於自我傷害危機之學生的教學與活動之技能。
- 4) 協助各級學校建立自我傷害之危機處理標準作業流程。
- 5) 落實各級學校高關懷學生之篩檢，並建立檔案，定期追蹤，以減少校園自我傷害事件之發生。
- 6) 建立並落實學生自我傷害三級預防工作模式。
- 7) 增進學校人員，對自我傷害事件之辨識及危機處理，增進即時處置知能。
- 8) 增進學校專業輔導人員對自我傷害學生之有效心理諮商與治療之知能。

二、 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 研究發展

- (1) 教育部應蒐集學生自我傷害防治相關資料，提供教育部國民及學前教育署（以下簡稱國教署）、各直轄市政府教育局及縣（市）政府（以下簡稱各地方政府）及各級學校參閱運用；國教署及各地方政府並得適時蒐集所轄學校學生自我傷害防治相關資料供所轄學校參考運用。
- (2) 定期分析通報案例，探討校園自我傷害行為之成因，以作為研擬校園自我傷害防治工作之參考。

2) 強化組織運作

- (1) 各教育主管機關定期督導所轄學校之執行成果。
- (2) 各教育主管機關督導所轄學校設置學生自我傷害三級預防推動小組。
- (3) 運用四區大專校院學生事務工作協調聯絡中心與輔導工作協調諮詢中心，提供區域學校處理學生自我傷害三級預防工作之相關諮詢協助。
- (4) 運用各地方政府學生輔導諮商中心提供區域學校處理學生自我傷害三級預防工作之相關諮詢協助。

3) 培訓防治人才

- (1) 補助各級學校辦理自殺防治人員培訓計畫。
- (2) 培訓各級學校之核心推動人員，擬定執行計畫及精進自我傷害三級預防。
- (3) 培訓各級學校專業輔導人員成為種子教師，並發揮種子功能，針對校內教師、教官、行政人員、學生幹部或志工進行教育訓練。
- (4) 督導辦理學校執行學生自我傷害防治之經驗分享與觀摩，透過示範學習，以激發學校積極推動，並精進推動之策略與行動方案。

4) 課程推動

- (1) 將學生課業減壓、提升挫折容忍力及情緒管理等議題融入教學課程及生命體驗活動計畫。
- (2) 將增進學生挫折容忍力及情緒管理之相關議題納入課程綱要。

5) 推動與實施防治計畫

- (1) 擬定學生自我傷害防治計畫，據以執行並定期檢討修正。
- (2) 各級學校執行初級預防、二級預防、三級預防工作。

6) 自我傷害防治之社會宣導教育

結合民間團體資源辦理學校人員或家長為對象之生命教育及自我傷害相關活動。

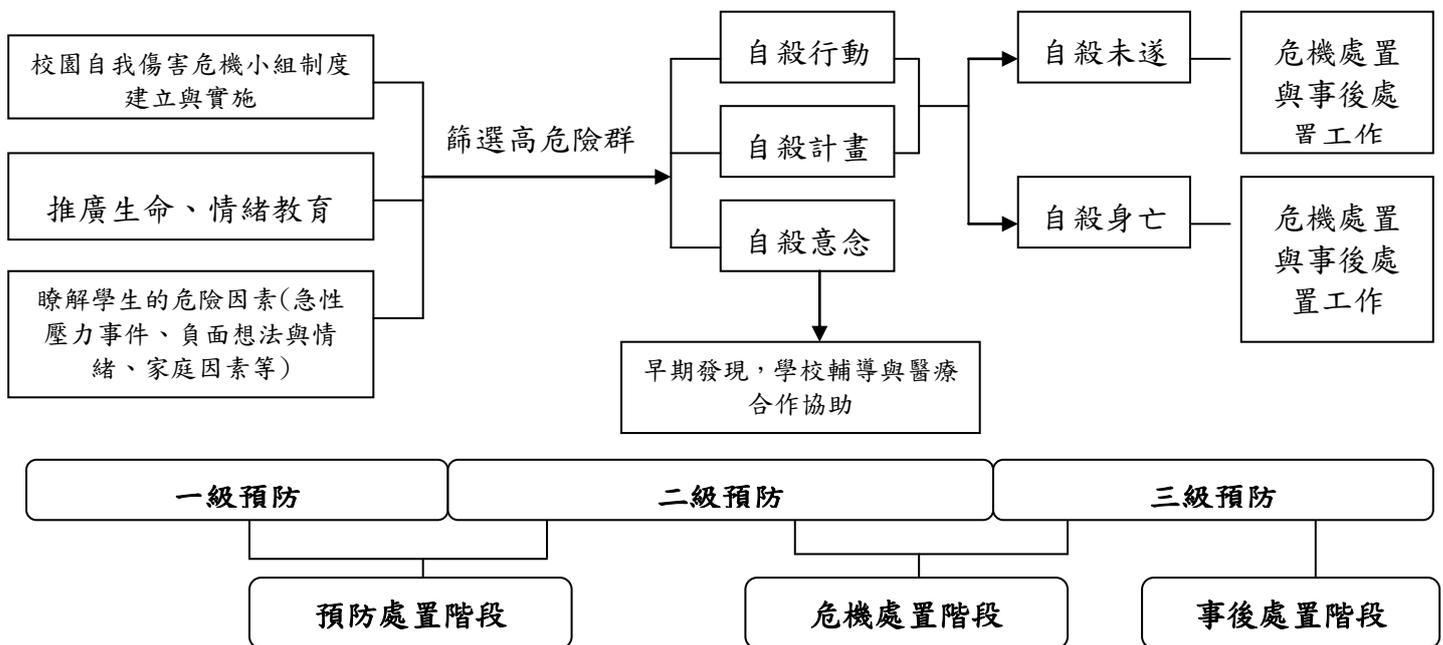
2. 資源連結與合作

- 1) 教育部國民及學前教育署、各直轄市政府教育局及縣（市）政府）及各級學校

三、 成果(Product)

1. 「自我傷害三級預防」的主要內涵，包括：

- 1) 一級預防：強調政策性、環境性、教育性、互動性的全面預防工作，建立「自我傷害危機處理小組」的架構，改善校園自我傷害預防措施、推廣正確的生命與情緒教育，增加師生之間的互動交流等行動指標，主要目的在於確立哪些是危險因素(壓力事件、情緒、家庭衝突等)與保護因素(支持系統、教育等)，以提升保護因子並降低危險因素。
- 2) 二級預防：篩選出高危險族群，提供心理輔導、資源協助等，落實早期發現早期介入的概念，以避免自我傷害行為的發生。
- 3) 三級預防：自我傷害危機事件發生時，依據其類型動員小組團隊人員以進行相關後續事件的處理，主要目的在於避免事件產生的衝擊擴大，降低事件的負面影響，將危機轉化為轉機。



2. 教育部校園心理健康促進與自我傷害防治工作

1) 學校心理健康促進

(1) 實施心理衛生教育課程

a. 大專校院：

- (a) 依大學法第 1 條及其施行細則第 24 條及專科學校法第 32 條規定，大

學受學術自由之保障，課程為其自主規劃，本部將持續鼓勵各校開設心理衛生教育相關課程。

- (b) 依據大學課程資源網統計資料，查 2010 年各校開設心理衛生教育課程情形，98 學年度第 2 學期(2010 年 1-7 月)共 32 校開設 71 門課，計 2,542 人修課，99 學年度第 1 學期(2010 年 8-12 月)共 29 校開設 60 門課，計 1,980 人修課。技專校院部分，98 學年度第 2 學期(2010 年 1-7 月)共 27 校開設 135 門課，計 6,487 人修課，99 學年度第 1 學期(2010 年 8-12 月)共 19 校開設 66 門課，計 2,826 人修課。

b. 高中職：

(a) 普通高級中學部分：

a) 必修科目「健康與護理」的理念與目標-健康促進

- 自 95 學年度起實施之普通高級中學課程健康與護理暫行綱要(目前高三學生適用)及自 99 學年度實施之普通高級中學課程健康與護理課程綱要(目前高一及高二學生適用)，課程目標包含：
(A)增進健康知識、態度與技能的能力。(B)營造健康支持性環境的能力。(C)維護個人與環境安全的能力。(D)擬定健康生活策略與實踐的能力。(E)運用健康資訊、產品和服務的能力。健康與護理課程理念主要是依據全人健康的健康觀，強調「去疾病化」(不要教導過多的疾病症狀)，改採「健康促進」(改變不健康行為，養成有益健康的生活型態)，進而培養學生成為具有健康素養的人。
- 影響青少年健康的 6 類危險行為：(A)導致非事故傷害與事故傷害的行為(B)吸菸(C)藥物濫用(D)導致不預期懷孕或會感染愛滋病及其它性病的性行為(E)導致疾病的飲食行為(F)不足夠的體能活動。健康與護理課程綱要內容，主要是針對改變上述危害青少年健康的 6 類行為，進而更積極的注重培養青少年健康的生活型態。一位有健康素養的青少年是要具備下列五項條件：批判思考能力、問題解決能力、負責任且有生產力的公民、自我導向學習、有效的溝通者。一位具有健康素養的青少年可有效保護自己，避免從事上述六類危害健康的行為。健康與護理課程的本質應是一門「生活課程」，其課程目標主要在學生健康行為的實踐，因而該課程的實施，需要結合家庭及社區等社會支持的力量。

b) 必選科目「生命教育」的理念與目標-生命實踐的知行合一

- 自 99 學年度實施之普通高級中學課程生命教育課程綱要，課程目標：生命教育探索生命之根本課題，並引領學生在生命實踐上知行合一。從三點來說明：(A)引領學生進行終極課題與終極實踐的省思，以建構深刻的人生觀、宗教觀與生死觀。(B)培養學生道德思考能力，並學習「態度必須公正，立場不必中立」的精神，來反省生命中之重大倫理議題。(C)內化學生的人生觀與倫理價值觀，以統整其知情意行，提升其人格統整與生命境界。
- 針對生命教育最重要之課題，提供學生梗概的導論。課綱規定高中生在三年求學期間至少必選 1 學分的生命教育課程。依此，生命教育類科中最基礎的科目「生命教育」規劃為 1 學分及 2 學分兩種版本，其餘進階之生命教育選修課則皆為 2 學分之科目。由於「生命教育」一科涵蓋了生命教育最基礎的課題，故適合做為生命教育的入門課程，以為其他 7 科進階課程學習的基礎。7 科進階課程係按照生命教育規劃理念的三大範疇而建構者。其中，「哲學與人生」、「宗教與人生」、「生死關懷」3 科分別屬於人生哲學、宗教教育及生死學等終極課題與終極實踐的探討。至於「道德思考與抉擇」、「性愛與婚姻倫理」、「生命與科技倫理」則屬於倫理議題之思考與反省。其中，「道德思考與抉擇」目的在於探究道德的本質與道德規範的意涵，並引領學生學習道德判斷的方法。至於「性愛與婚姻倫理」，希望彌補性別平等教育之不足，引領學生在性愛與婚姻所涉及各層面的重要倫理問題上，有所探討與省思。「人格與靈性發展」一科，目的在於探究人格統整與靈性修養所涉及之各種議題，期能引領學生達到身心靈正向發展與知行合一的理想。

(b) 職業學校部分：

- a) 心理衛生教育業納入 99 學年度起實施「職業學校群科課程綱要」部定必修「健康與護理」科目之「心理健康」單元中。
- b) 「職業學校群科課程綱要」總綱一五、實施通則中，業規劃各科目教學或活動時應融入「生命教育」、「生活教育」、「輔導知能」、「情緒管理」、「挫折容忍」等社會關切議題，以充實學生學習內涵，並與日常生活密切結合。

c. 國中小：

- (a) 心理衛生教育內容，經查健康與體育學習領域課程綱要列入「健康心

理」主題軸，現行國中小教科書係開放由教科書出版公司，依據國民中小學九年一貫課程綱要之能力指標進行編輯，送經審定通過後再由學校選用，故現行教科書已針對學生心理衛生教育方面進行教授。

- (b) 教師培育方面，依據「國民小學教師健康教育專業能力提升計畫作業要點」，特委託國立臺灣師範大學規劃於 98-100 學年度辦理提升國小教師健康教育教學專業能力 3 年計畫，期以提升 22 縣市在國小健康教育師資專業能力及健康教育教學成效，99 學年度規劃之培訓課程中已納入「健康心理」議題，故全國教師之教學知能中已包含「健康心理」議題。

(2) 推動各級學校心理輔導工作

- a. 強化學生輔導體制：2011 年 9 月 16 日辦理「教育部 2011 年度全國友善校園學務輔導工作傳承研討會」，分享及傳承縣市學生學務輔導工作之規劃與執行之經驗。
- b. 提升輔導人力：為全面建置國民中小學校園輔導機制，本部依 2011 年 1 月 26 日總統令公布修正之國民教育法第 10 條規定，將充實專業輔導人力資源如次：
- (a) 增置專任輔導教師：自 2012 年 8 月起，5 年內補助各地方政府所轄 24 班以上國民小學、各國民中學均需設專任輔導教師(21 班以上之國中需再增置 1 人)，全國預計增加 2,156 名(國小 868 人+國中 1288 人)專任輔導教師。
- (b) 增置專任專業輔導人員：
- a) 依據國民教育法第 10 條修正案，直轄市、縣(市)政府應置專任專業輔導人員，其所屬國民小學及國民中學校數合計 20 校以下者，置 1 人，21 校至 40 校者，置 2 人，41 校以上者以此類推；班級數達 55 班以上者，應至少置專任專業輔導人員 1 人。
- b) 本部依法補助各地方政府及 55 班以上之國民中小學增置約 579 名專任專業輔導人員(含縣市政府層級 190 人，國民中小學層級 412 人)。2011 年 8 月起補助各地方政府先行設置計 216 人(含縣市政府層級 190 人及 100 班以上之大型學校層級 26 人)；2012 年起再行補助 55 班以上未達 100 班之國民中小學設置計 363 人。
- (c) 補助全國各縣市成立學生輔導諮商中心：為建置校園學生二級及三級輔導工作之專業協助機制，本部自 2011 年度起補助全國 22 縣市成立學生輔導諮商中心，以統籌規劃縣市專任專業輔導人員調派、訓練、督導考評等，並作為資源整合與溝通之平台。

- c. 提升教育人員輔導專業知能：2011 年度計補助各地方政府開設「學務與輔導專長增能學分班」84 班，計 182 學分數。
- d. 強化大專校院輔導工作：
 - (a) 委託國立政治大學、國立臺北商業技術學院、國立雲林科技大學、國立高雄師範大學擔任 4 區大專校院輔導工作協調諮詢中心，協助學校處理學生輔導問題及增進大專青年身心之健全發展。
 - (b) 2011 年度補助大專校院辦理跨校際輔導工作計畫計 42 案，約 9,208 人次參與；並辦理「2011 年度全國大專校院諮商輔導主任(組長)會議」。
- e. 落實學校推動兒童及少年保護機制：
 - (a) 2011 年補助各地方政府辦理「教育部推動學校兒童少年保護機制實施策略」宣導場次計 299 場，參訓人次計 1 萬 2,564 人次。
 - (b) 已委託研製「推動學校兒童及少年保護機制線上學習課程」計 12 小時完竣，並於 2011 年 7 月 5 日請函鼓勵所轄教師逕至本部數位學習服務平台(<https://ups.moe.edu.tw/>)上網登錄研習。
 - (c) 業於 2011 年 7 月 22 日發布「各級學校及幼稚園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」修正規定。
 - (d) 於 2011 年 12 月 5 日至 6 日辦理教育部 2011 年度「兒童及少年保護親子教案分享暨目睹家暴兒童校園輔導研習」，全國計 92 名教師及輔導人員參與。

2) 生命教育之推動與校園自我傷害防治工作

(1) 生命教育融入課程教學

- a. 幼稚園及國中小階段：生命教育已納入九年一貫課程綜合活動學習領域的十大指定內涵之一，且各領域都和生命教育息息相關。
- b. 高級中等學校：99 學年度起自高一逐年實施之「普通高級中學課程綱要」，總綱中規定在高中三年選修課程中，生命教育類至少修習 1 學分。
- c. 大專校院：基於課程自主原則，多設在通識課程及相關系所開設必選修課程。

(2) 辦理生命教育知能研習

- a. 2011 年度補助大專校院辦理生命教育相關知能研習計補助 16 場次。
- b. 2011 年度補助地方政府成立生命教育資源中心學校計 58 校；強化資源不足地區學校生命教育活動計 181 場次；結合大專校院服務性社團至偏鄉帶領生命教育活動計 29 場次；辦理生命教育體驗學習活動，跨校性活動計 42 場次，單一學校活動計 468 場次；生命鬥士巡迴演講活動計 529

場次。

- c.2011 年度辦理生命教育種子教師研習，共計培育 100 人。
- d.2011 年度補助地方政府結合鄰近師資培育之大學合作開設生命教育專長增能學分班計 16 班。
- e.2011 年度補助縣市辦理生命教育教師、行政人員、家長知能研習計 201 場次，以增進相關人員之生命教育知能。

(3) 推動生命教育社會宣導工作

- a.結合民間團體資源，以共同推動生命教育工作，2011 年度補助民間團體辦理生命教育相關活動計 25 案。
- b.2011 年度推動「幸福 100 列車—教育部 2011 年度生命教育系列活動」，包含學生生命故事投影片徵選、生命教育攝影比賽、生命教育戲劇競賽、簡訊徵選、「生命體驗·幸福築願」計畫、「校園生之歌」甄選計畫、家長參與生命教育故事案例徵集計畫、「百分百教育愛」愛與幸福傳遞計畫、「幸福話～影響我生命的一句話」徵選計畫、「地球的幸福笑容」生命教育簡訊競賽、「我與地球的幸福約定」四格漫畫比賽等活動，以擴大宣傳並落實生命教育，期透過一系列生命教育相關活動，營造關懷、友善、互信、互愛之校園及社會氛圍。

(4) 落實校園自我傷害三級預防工作

- a.本部前為加強推動學生憂鬱與自我傷害防治工作，於 2007 年 1 月 9 日函頒實施「推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」(復於 2008 年函詢地方政府意見與建議，於同年 11 月 7 日函頒修正，計畫執行期程至 2009 年 12 月 31 日止)，另於 2011 年 8 月 24 日訂定「教育部推動校園學生自我傷害三級預防工作計畫」，以協助各級學校建立三級預防模式。
- b.三級預防模式，包括：
 - (a) 初級預防：推動校園生命教育、服務學習、壓力調適及各種心理健康促進活動(如正向思考、衝突管理以及壓力與危機管理)。
 - (b) 二級預防：憂鬱自殺高關懷群之及早辨識與介入及追蹤。
 - (c) 三級預防：建置自殺事件發生後之危機處理機制，以預防再自殺；並結合社區資源，提供多元輔導管道，建構輔導資源網路，期在親師合作下，讓每位學生在需要時可輔導，抒解其情緒困擾與防治自殺事件。

各縣市衛生局辦理守門人訓練成效

各縣市衛生局均擬訂該縣市的自殺防治工作，除配合國家策略外，並針對縣市特點，推動各項因地制宜的守門人訓練。為瞭解 2012、2013 及 2014 年度各縣市辦理情況，特別以簡單問卷調查發文給各縣市衛生局，各縣市再簡要回答守門人辦理的經驗。設計問卷如表 1。

表 1、全國自殺防治守門人辦理成效調查表

各位自殺防治夥伴：您好。

感謝貴局過去積極投入自殺防治工作，並辦理自殺防治相關課程。為辦理衛生福利部「全國自殺防治中心」計劃案，瞭解全國自殺防治守門人成效，敬請撥冗填寫本調查表，並提供您的寶貴意見，以利日後政府辦理自殺防治相關業務的重要參考，謝謝。

全國自殺防治中心計畫主持人
台大醫學院精神科教授
李明濱 敬上

請針對下列各題描述，選擇符合您的實際狀況。

	2012 年度	2013 年度	2014 年度	
1. 在過去三年，針對「醫療或心理衛生相關之專業人員」所舉辦的自殺防治守門人相關課程有幾場次？	_____	_____	_____	
2. 在過去三年，針對「一般民眾」所舉辦的自殺防治守門人相關課程有幾場次？	_____	_____	_____	
	成效不佳	成效尚可	有成效	成效良好
3. 您認為您所舉辦過的自殺防治守門人相關課程對於的自殺防治之成效如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 若依學員的反應來看，您認為整體成效如何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

一、 成果(Product)

各縣市守門人成效問卷的蒐集採電子公文的方式請各縣市衛生局協助填寫，同時檢附電子問卷，待負責窗口填寫完成問卷後回傳。電子公文於 5 月 14 日發送，至 5 月 26 日回收完成所有 22 縣市問卷。

全台 2012 到 2014 年針對「醫療或心理衛生相關之專業人員」所舉辦的自殺防治守門人相關課程，一共有 800 場。2012 年總計舉辦 263 場，2013 年舉辦 253 場，2014 年辦理 284 場。另外，針對「一般民眾」所舉辦的自殺防治守門人相關課程，一共有 3340 場。2012 年總計舉辦 927 場，2013 年舉辦 1132 場，2014 年總計辦理 1284 場。表 2 為 2012 至 2014 年各年度各縣市守門人課程所辦理之場次(表 5)。

表5、各縣市2012至2014年辦理守門人課程場次

	醫療或心理衛生相關之專業人員			一般民眾		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
基隆市	1	2	3	9	8	9
台北市	34	34	34	25	17	8
新北市	7	8	15	142	100	144
桃園市	25	45	30	82	91	67
新竹縣	21	17	21	49	52	49
新竹市	7	4	5	4	5	18
苗栗縣	7	17	16	21	15	18
台中市	2	10	14	53	87	71
彰化縣	5	6	4	105	152	160
南投縣	50	11	21	63	43	36
雲林縣	5	10	24	79	136	106
嘉義市	9	10	12	45	60	63
嘉義縣	5	5	5	56	42	62
台南市	2	6	3	12	10	10
高雄市	31	37	31	15	7	167
屏東縣	3	5	12	16	25	41
宜蘭縣	2	2	4	36	98	111
花蓮縣	34	14	15	38	99	52
台東縣	7	8	10	16	16	16
金門縣	3	1	1	15	13	22
連江縣	3	1	3	8	0	8
澎湖縣	0	0	1	38	56	43
總計	263	253	284	927	1132	1284

在問卷中另有詢問各縣市認為在 2012 到 2014 年間所舉辦之自殺防治守

門人相關課程對自殺防治的成效如何，以及由學員的反應來看整體成效如何。在您認為所舉辦的自殺防治守門人相關課程對於自殺防治之成效如何的結果可知，所有縣市中有 19 個縣市(86.3%)認為守門人課程對於自殺防治是有所成效的，認為成效尚可的有 3 個縣市(13.6%)，沒有縣市認為成效不佳。若依學員的反應來看，整體成效如何的調查結果顯示，所有縣市中有 18 個縣市(81.8%)認為整體是有成效的，認為成效尚可的有 4 個縣市(18.2%)，沒有縣市認為成效不佳(表 6)。簡而言之，根據衛生局填報的簡單資料來看，他們大都支持守門人訓練的意義與成效，這將有利於未來自殺防治訓練的推動。

表6、2012年至2014年自殺防治守門人課程對自殺防治的成效分析表

	防治成效	整體課程成效
成效良好	5(22.7%)	3(13.6%)
有成效	14(63.6%)	15(68.2%)
成效尚可	3(13.6%)	4(18.2%)
成效不佳	0	0

民眾心理健康及自殺防治認知與行為調查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

鑑於國人自殺率高居不下，且自殺已經連續十年列為國人十大死因之列，因此，衛生福利部特委託臺灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，並藉由各種推廣方式，如講座、數位學習課程、臉書粉絲專業等。希望藉由這些不同的方式提供民眾自殺防治相關訊息、正確的心理衛生觀念，並加強宣導自殺防治新知及珍愛生命守門人概念，期望藉此傳達自殺防治、人人有責之理念。希望最終能達成讓每一個人都可以擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色，提高辨識自殺危險因子之敏感度，透過「一問、二應、三轉介」並持續關懷周遭親友，使其獲得適當之協助與資源。自殺防治守門人為中心極力推動的概念，希望能藉由守門人概念的推動讓自殺防治變成人人可參與，同時希望亦能夠藉此推廣讓國人的自殺率有減緩趨勢。

中心每年會與民調專業公司合作，運用電腦輔助電話調查(CATI)以瞭解社會民眾對自殺現象的看法，評估全國民眾對於自殺之觀感及認知，消除民眾對自殺現象的迷思、為自殺去污名化，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

抽樣母群為臺灣地區室內電話之住宅用戶；調查樣本為臺灣地區 15 歲以上之民眾。可能遺漏的相關群體或對象：未接電話之 15 歲以上民眾，沒人在家或電話中之住宅用戶、非住家之電話用戶、15 歲以下之民眾、生理因素(中風、植物人...)導致無法語言溝通之民眾，以及家裡未裝電話之民眾(租屋在外者)。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解民眾對於自殺防治之看法。
- 2) 瞭解近年來守門人推廣之成效。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 找出 2012 到 2014 年民調問卷中與守門人相關的題目。

- 2) 彙整 2012 年至 2014 年電話民調資料。
- 3) 檔案整理、分析及製圖。

三、過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

- 1) 找出 2012 至 2014 年電話民意調查問卷中與守門人相關的題目。
- 2) 彙整各年度電話民意調查資料。
- 3) 檔案整理、分析及製圖。

四、成果(Product)

1. 執行結果

2012 年至 2014 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，均以 CATI(電腦輔助電話調查系統)電話訪問方式訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，2012 到 2014 年的有效樣本分別為 2,164 人、2,158 人以及 2,147 人。將各年度調查報告依問卷題目內容分為四大項報告，分別為：民眾對當前自殺問題的看法、對自殺認知的態度、自殺防治資訊的接觸以及個人自殺的想法及行為。各年度的調查結果如下：

1) 2012 年電話民意調查

本年度一共回收 2,164 份有效樣本，在 95%信賴水準下，抽樣誤差在± 2.1%以內。本次樣本結構，在民眾性別上男、女約各半(男性 49.9%，女性 50.1%)；年齡層以 25-34 歲(20.1%)居多，其次為 45-54 歲(18.9%)及 35-44 歲(18.7%)；教育程度以高中職(31.9%)居多，其次為大學(26.6%)；職業別以藍領(24.8%)居多，其次為白領(18.5%)；婚姻狀況以已婚(61.2%)居多；宗教信仰以沒有宗教信仰者(52.1%)居多，其次為佛教徒佔 8.3%，基督教徒佔 4.5%；地區別以北部地區(44.1%)居多。

(1) 民眾對當前自殺問題的看法

在「您覺得台灣社會自殺問題嚴不嚴重」的問題上，有 69.2% 民眾認為台灣社會自殺問題嚴重，19.6% 認為不嚴重，如圖 1。加以分析各類別變項後得知，各性別、年齡、職業別、地區、宗教、是否有情緒困擾以及是否有經濟壓力等因素各屬性民眾皆有六成四以上認為台灣社會自殺問題嚴重。進一步的詢問「在近一年您覺得自殺問題是惡化還是改善」，結果有 65.4% 的民眾認為近一年自殺問題惡化，10.9% 認為情況有所改善，

有24.7%的民眾認為是差不多或不知道，如圖2。

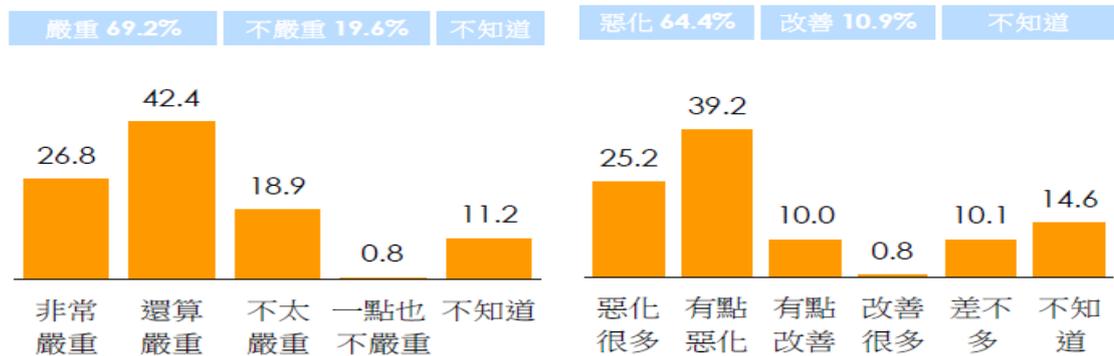
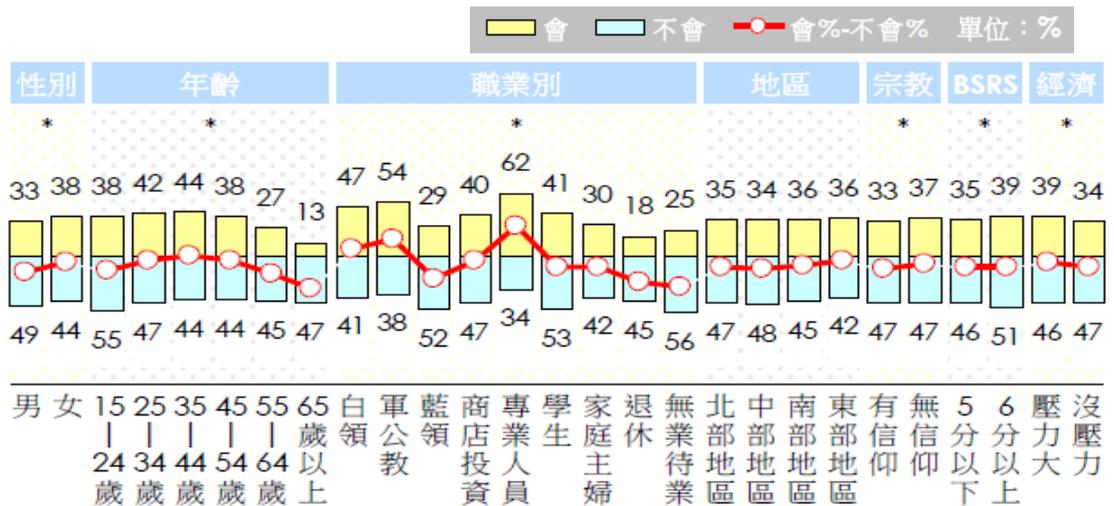


圖 1、台灣社會自殺問題的嚴重程度 圖 2、自殺問題是改善還是惡化

(2) 對自殺認知與態度

有關您認為自殺者在生前會不會說出他想要自殺，有35.1%民眾認為自殺身亡的人通常在生前會說出想要自殺，46.7%認為不會。以性別來看，男女皆有超過三成的比例認為自殺者在生前會說出他想要自殺。就年齡層來看，35歲到44歲民眾有最多的比例(44%)認為自殺者在生前會說出他想要自殺，65歲民眾則是有最少人(13%)覺得自殺者會有此行為。在職業別上，專業人員認為可能有此情況發生的比例最高，有62%的人覺得自殺者在生前會說出他想要自殺，其次為軍公教及白領。不同居住地區的民眾均有三成五左右的人認為會有此情況發生。

在有無宗教信仰上，無信仰者有較多的比例認為有這樣的情況存在。在有無情緒困擾的部分，有情緒困擾者有39%的人覺得自殺者在生前會說出他想要自殺，無情緒困擾者有33%。在經濟壓力較大的族群其認為有此情況發生的比例也較高(39%)。在不同性別、年齡、職業別、有無宗教信仰、有無情緒困擾以及有無經濟壓力間均有顯著的差異存在，如圖3。

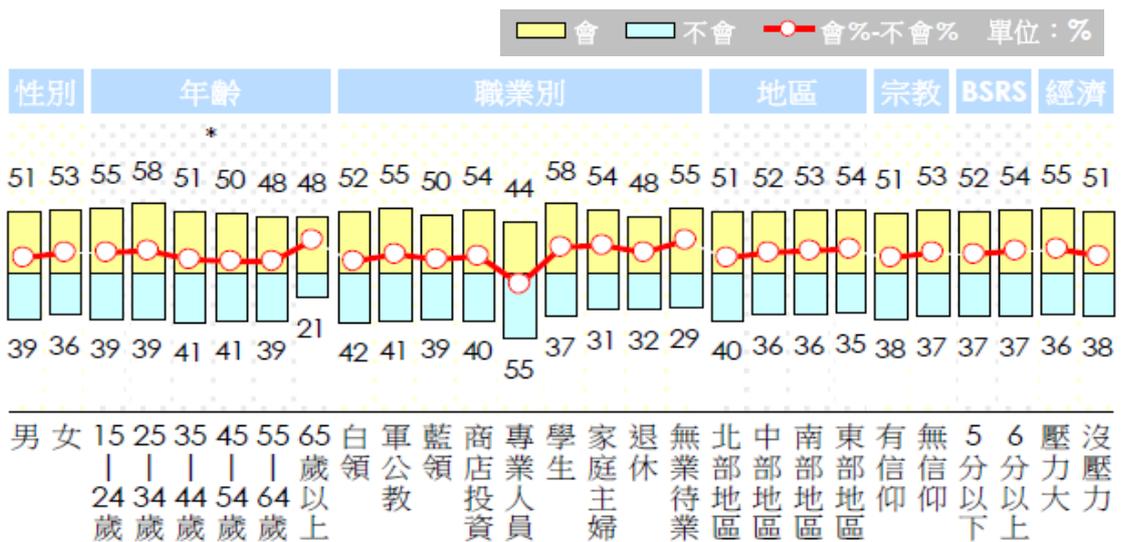


註：標識有「*」者表示該類屬性受訪者看法在95%信賴水準下有顯著差異。

圖 3、各屬性民眾認同自殺身亡者生前說要自殺之程度

在「你是否認為大多數的自殺者是有精神疾病或情緒障礙」的問題上，有 70.1% 民眾認為大多數的自殺者是有精神疾病或情緒障礙，有 22.9% 的民眾認為不是。若依民眾屬性來看，無論性別、年齡、職業別、地區、有無宗教信仰、有無情緒困擾以及有無經濟壓力等各屬性民眾皆約六成以上同意這樣的說法。

有關「民眾認為自殺是不是個人的權利，決定權在於自己」的問題上，有 52.1% 民眾認為自殺是個人權利，決定權在於自己，有 37.4% 的民眾不認同此說法。經分析的結果顯示，除專業人員外，其餘屬性民眾皆偏向認為自殺是個人的權利，決定權在於自己。(如圖 4)



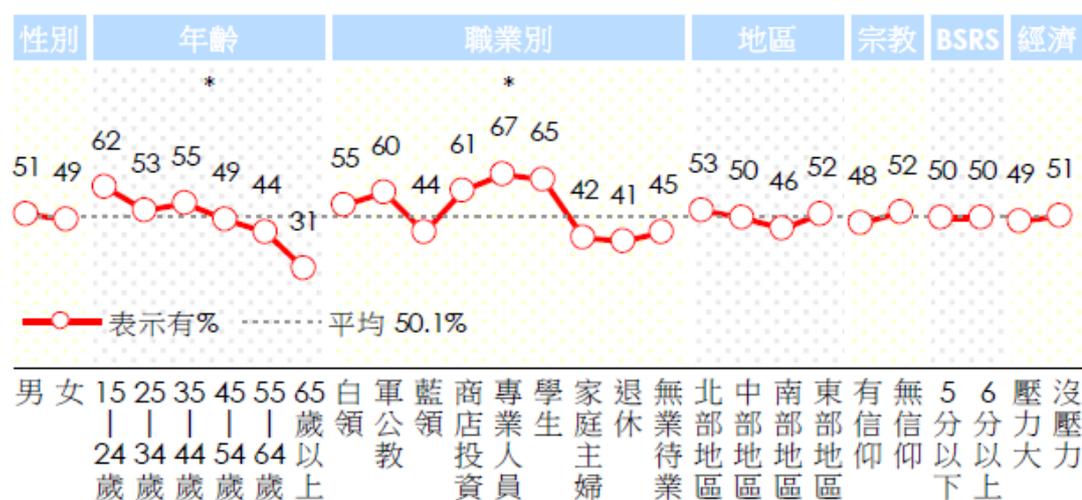
註：標識有「*」者表示該類屬性受訪者看法在95%信賴水準下有顯著差異。

圖 4、各屬性民眾認同自殺是不是個人權利之程度

(3) 民眾對自殺防治資訊的接觸概況

在詢問您在過去一年內有無看過或聽過「預防自殺或自殺防治」方面資訊上，有 50.1% 民眾表示近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊。無論男女性皆約五成左右近一年接觸過自殺防治相關資訊。年齡層差異，除 55 歲以上外，其餘年齡層皆有過半接觸過自殺防治相關資訊。除藍領、家庭主婦、退休者及無業待業者外，其餘職業別皆過半接觸過自殺防治相關資訊，其中軍公教、學生、投資經營者及專業人員更達六成以上。

有無宗教信仰、有無情緒困擾及是否有經濟壓力者皆有 50% 接觸過自殺防治相關資訊。各屬性民眾皆有三成以上於近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊，在不同年齡、職業別在有無接觸過自殺防治方面的資訊上有顯著的差異(如圖 5)。



註：標識有「*」者表示該類屬性受訪者看法在95%信賴水準下有顯著差異。

圖 5、近一年來有無接觸過「預防自殺或自殺防治」方面資訊

有關民眾自殺防治知識的來源，在這 50.1% 過去近一年曾經看過或聽過自殺防治的相關資訊的民眾中有 78.9% 從「電視」得知，其次依序為「網路」(31.3%)、「報紙」(28.5%)。若以全體受訪民眾來看，「電視」為最多民眾近一年來獲得自殺防治資訊的來源的方式，佔了全體的 39.5%，其次為「網路」(15.7%)，再者為「報紙」(14.3%)。(如圖 6)

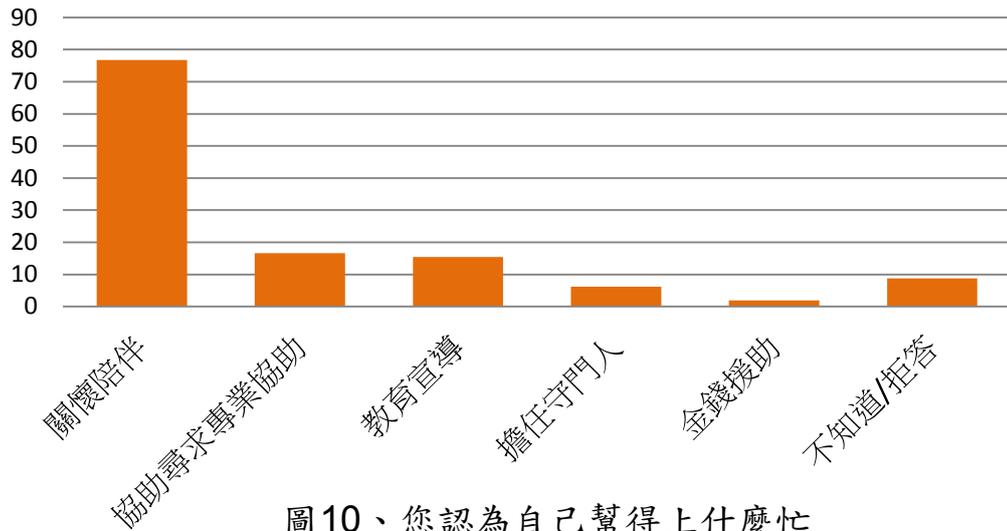


圖10、您認為自己幫得上什麼忙

在調查民眾是否知道相關的自殺防治求助資訊的部分，包含求助專線、自殺防治中心等。在有無注意自殺新聞中有關「求助資源或專線」訊息，調查結果顯示 60.0% 民眾有注意自殺新聞報導中「求助資源或專線」訊息。在知不知道政府有設立「自殺防治中心」，結果顯示有 63.2% 民眾知道政府有設立自殺防治中心。在知不知道有自殺防治諮詢專線的問題上，有 52.5% 民眾知道有自殺防治有諮詢專線。

(4) 個人的自殺想法與行為

在本次調查的所有民眾中，有 15.9% 的民眾表示自己在一生中曾認真想過要自殺，有 3.4% 的民眾表示表示自己在近一年有，有 1.0% 的民眾表示自己在近一個月有想要自殺的念頭。在這 15.9% 的民眾中，僅有 19.9% 表示當時有求助行為，而求助對象以親朋好友居多(10.8%)，其次是精神科別(4.6%)。在這 19.9% 曾有求助行為的人中，有 58.9% 的人表示曾與求助者提及自殺問題(53.1% 主動告知自殺念頭，52.4% 表示對方談到自殺問題)，如下圖 11。

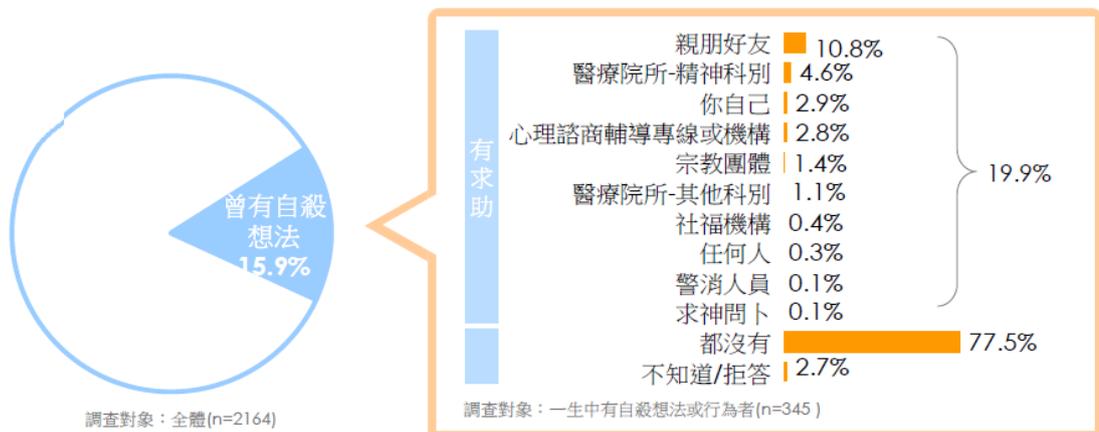


圖 11、曾經因自殺問題而求助？求助對象是誰？

民眾認為對想要自殺的人來說，親朋好友是最能幫助他的，全體民眾有 68.7%的人這樣認為。其次為求助醫療院所的精神科(25.7%)，再者為求助心理諮商輔導專線或機構(7.3%)。

在過去是否碰到有人向自己透露自殺念頭時，有 10.4%的民眾表示有此經驗。在這些民眾中，有 66.6%的人表示會和對方談一談他對自殺想法，有 23.9%的人表示會轉移話題，僅 11.6%的民眾表示會尋求醫師或是心理專業人士的比例(陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢，7.8%；僅介紹醫生或專業人士，3.8%)。(如圖 12)

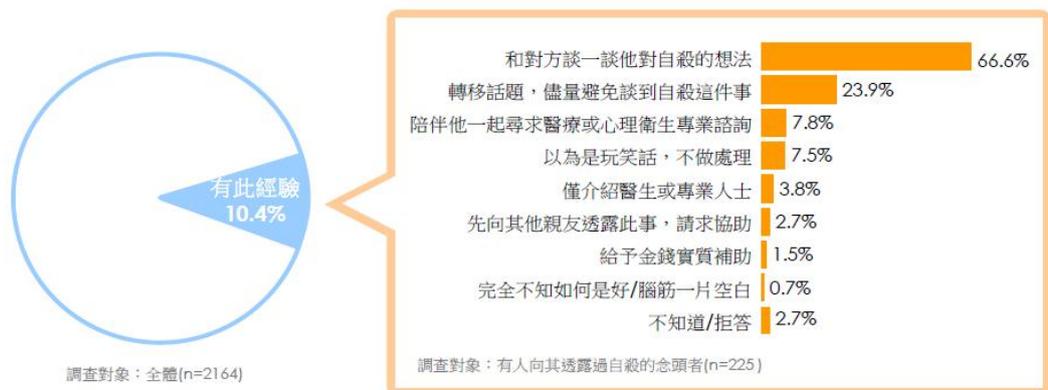


圖 12、有人透露自殺念頭時的處理方式

2) 2013 年電話民意調查

本年度一共回收完成 2,158 份有效樣本，在 95%信賴水準下，抽樣誤差在±2.1%以內。本次樣本結構，在民眾性別上男、女約各半(男性 49.8%，女性 50.2%)；年齡層以 25-34 歲(20.1%)居多，其次為 45-54 歲(18.9%)及 35-44 歲(18.7%)；教育程度以高中職(29.4%)及大學(29.4%)居多；職業別以藍領(21.7%)居多，其次白領(19.4%)；婚姻狀況為已婚者(60.9%)居多；宗教信仰以回答沒有者(55.7%)居多，佛教約 7.4%，基督教約 5.0%；地區以北部(44.5%)居多。

(1) 民眾對當前自殺問題的看法

有關您認為「當前台灣社會自殺問題嚴不嚴重」的問題上，有 67.5% 民眾認為台灣社會的自殺問題嚴重，24.1%的民眾認為不嚴重，如圖 13。加以分析各類別變項後得知，在不同性別、年齡、職業別、地區、宗教、是否有情緒困擾以及是否有經濟壓力等各屬性民眾皆有五成五以上的人認為台灣社會自殺問題嚴重。



圖 13、台灣社會自殺問題的嚴重程度

(2) 對自殺認知與態度

本年度針對有關民眾對自殺認知態度，一共有9題，請民眾在聽完題目後回答您對題幹所敘述的自殺相關題目是否認同。有關您認為「自殺身亡的人，在生前不會說出他想要自殺」，有52.8%民眾認為自殺身亡的人通常在生前不會說出他們想要自殺，有40.6%的民眾不認同此說法。以性別來看，男性有58%的比例，女性有48%的比例認為自殺身亡者在生前不會說出他想要自殺。就年齡層來看，除了15歲到24歲民眾外(44%)，其他年齡層均有五成以上的人認為自殺身亡者在生前不會說出他想要自殺。在職業別上，藍領的人對此說法較為認同，有64%的人這樣認為，其次為商店老闆。依不同居住地區來看，對本題的敘述認同的比例差不多，無論居住在何處均有近五成以上的人認為自殺身亡者在生前不會說出他們想自殺。

在有無宗教信仰上，有信仰者有較多的比例 (54%)認同這樣的敘述。在有無情緒困擾的部分，兩者皆有 53%的人認為自殺身亡者在生前不會說出他想要自殺。在有無經濟壓力的分類上，經濟較大的族群相較於沒經濟壓力者認同此敘述的比例較高(61%>51%)。經進一步的統計分析後發現，在不同性別、年齡、職業別、有無情緒困擾以及有無經濟壓力在這個看法上有顯著差異存在。(如圖 14)

在你認為自殺是不負責的行為的問題上，有 87.3% 民眾認同「自殺是不負責任的行為」之說法，11.1% 的民眾不認同，另有 1.6% 未表示看法。若以不同屬性之民眾分別分析，結果顯示各屬性民眾皆偏向認同「自殺是不負責任的行為」說法。經進一步統計分析後發現在不同職業別、有無情緒困擾的屬性分類中民眾的看法有顯著差異。在「你認為自殺是自私的行為」的問題上，有 81.7% 的民眾表示認同，15.9% 的民眾不認同，另有 2.4% 的民眾未表示看法。在各屬性民眾上，也都偏向認同「自殺是自私的行為」說法。

在「自殺行為者是弱者的表現」的問題中，59.6% 民眾認同「自殺行為是弱者的表現」說法，37.2% 的民眾表示不認同，另有 3.2% 未表示看法。依不同屬性分類的民眾，除 15-24 歲、學生、無業待業者及有情緒困擾的民眾偏向不認同外，其餘屬性民眾皆偏向認同「自殺行為是弱者的表現」說法。經卡方分析後得知，在不同年齡層、職業別、有無情緒困擾等民眾屬性分類上有顯著差異。(如圖 16)

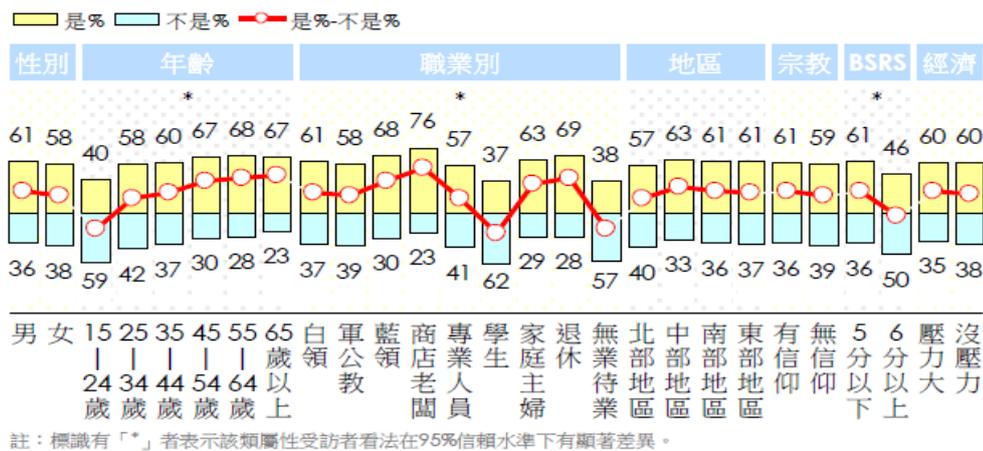


圖 16、各屬性民眾認同自殺是弱者的表現之程度

在你是否認為自殺是勇敢的表現的問題上，有 3.7% 民眾認同「自殺行為是勇敢的表現」之說法，有 94.6% 的民眾不認同，另有 1.7% 未表示看法。若特別針對那些認同自殺不是弱者的表現之民眾加以分析，結果顯示在 37.2% 認同自殺不是弱者的表現的民眾中有 8.5% 的人會同意自殺是勇敢的表現。若依照各種民眾屬性加以分析，結果發現各屬性民眾皆偏向不認同「自殺行為是勇敢的表現」說法。

有關你認為自殺是不是羞恥的行為，有 38.8% 的民眾認同「自殺是羞恥的行為」之說法，56.5% 表示不認同，另有 4.7% 的民眾未表示看法。在你是否認為自殺問題是不能公開討論的，有 26.1% 的民眾認同「自殺

問題是不能公開討論的」說法，70.7%的民眾表示不認同，另有 3.2%未表示看法。

在「你是否認為大多數的自殺者是有精神疾病或情緒障礙」的問題上，有 61.2%民眾認為「大多數的自殺者是有精神疾病或情緒障礙」，有 36.0%的民眾則認為不是如此。在各屬性的民眾中，除學生看法兩極外，其餘屬性民眾皆偏向認同「自殺與精神疾病有關」說法。經進一步統計分析後發現，在不同年齡、職業別、有無宗教信仰的民眾屬性上呈現顯著的差異。(如圖 17)

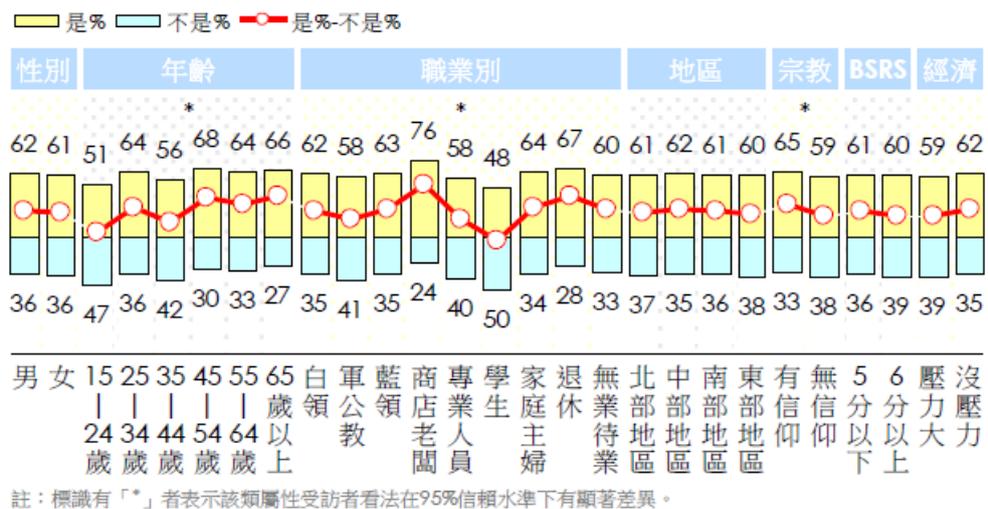


圖 17、各屬性民眾認同自殺者是有精神疾病或情緒障礙之程度

綜合這 9 題民眾的認同程度情況(如圖 18)，民眾偏向認同的說法一共有 6 題，分別是：自殺是不負責任的行為，有 87.3%民眾認同；自殺是自私的行為，有 81.7%民眾認同；說出自己曾自殺的人並非真的想死，有 63.4%民眾認同；自殺與精神疾病有關，有 61.2%民眾認同；自殺行為是弱者的表現，有 59.6%民眾認同；自殺身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺，有 52.8%民眾認同。民眾偏向不認同的說法一共有 3 題，分別是：自殺行為是勇敢的表現，有 94.5%民眾不認同；自殺問題是不能公開討論的，有 70.7%民眾不認同；自殺是羞恥的行為，有 56.5%民眾不認同。

加以分析這些過去一年曾有接觸過自殺防治或預防自殺方面資訊的民眾他們如何得知這些訊息的，如圖 20。這些民眾的得知來源，其中有 79.3% 從「電視」得知，其次依序分別為「報紙」(32.4%)以及「網路」(31.9%)。而在全體民眾的部分，近一年得知自殺防治知識的來源，在全體民眾中有 37.0% 民眾從「電視」得知自殺防治相關資訊，其次為「報紙」(15.1%)，再者為「網路」(14.9%)。



圖 20、過去一年曾有接觸過自殺防治相關訊息之民眾的得知來源

如圖 21 可知在本次調查中，有 25.1% 民眾近一年看過或聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」相關資訊。以性別來看，男女皆有近二成五左右的人在近一年接觸過自殺防治守門人 123 步驟的相關資訊。就年齡層來看，45 歲到 54 歲民眾有三成的人在過去一年曾接觸過自殺防治守門人 123 步驟的相關資訊，65 歲以上的民眾在過去一年僅有不到二成的人曾經接觸過此資訊，剩下的年齡層均有兩成五左右的人曾經接觸過這方面的資訊。在職業別上，所有職業別皆有二成以上的人在過去一年曾接觸過自殺防治守門人 123 步驟的相關資訊，其中專業人員、軍公教及商店老闆更達三成以上。若依不同居住地區來分類，各地區平均也有二成多曾接觸過自殺防治守門人的相關資訊。有情緒困擾者有 25% 接觸過自殺防治守門人 123 步驟的相關資訊，沒有情緒困擾者有 26% 曾經接收過這方面的訊息。有宗教信仰者較無宗教信仰者在過去一年曾經接觸守門人資訊的比例來的高(27% > 24%)；在有無經濟壓力的屬性上，經濟壓力較大的民眾相較於沒有經濟壓力的民眾在過去一年收到有關自殺防治守門人的訊息來的多。

各屬性民眾皆不到四成於近一年看過或聽過「自殺防治守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」的相關資訊，在各屬性中以軍公教人員在過去一年曾經有有接觸過自殺防治守門人相關資訊的人為最多，有 38% 的

民眾曾經接觸過。經卡方檢定後發現在不同年齡、職業別內的民眾在接觸過「自殺防治守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」方面資訊有顯著差異存在。(如圖 22)

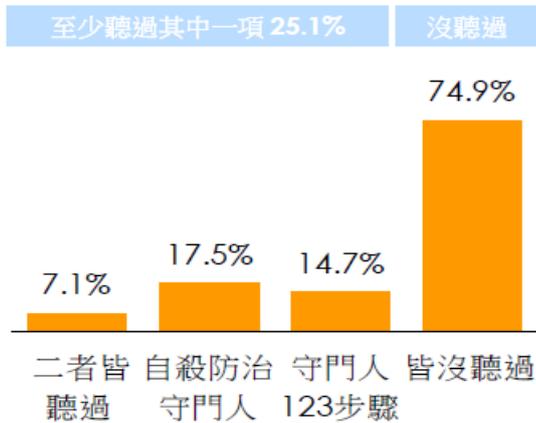


圖 21、有無接觸守門人資訊

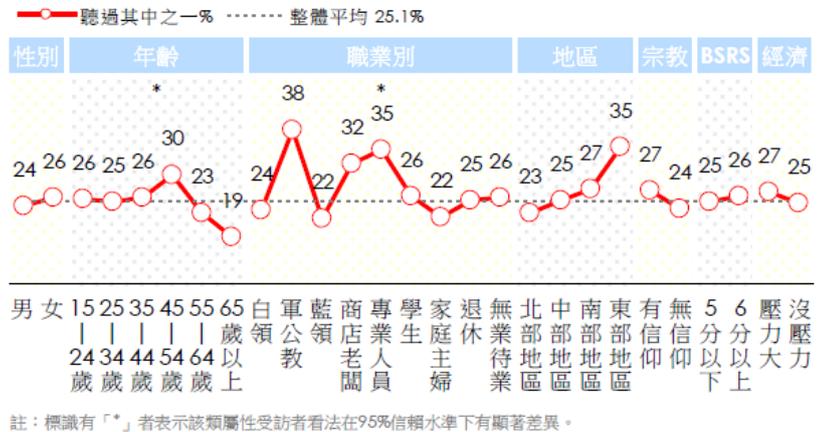


圖 22、各屬性民眾接觸「守門人」資訊的比率

有關民眾自己認為自己在自殺防治的工作上，自己可不可以幫得上忙。全體民眾有 62.2% 的民眾認為自己在自殺防治可以幫上忙，31.3% 的民眾認為不可以，另有 6.5% 回答「不知道／無意見」。總體來說認為自己對於自殺防治的工作可以幫得上忙的民眾遠多於認為不可以的民眾。

就不同的民眾屬性來探討，在性別的部分，女性有 64% 認為自己對自殺防治幫得上忙，高於男性的 61%。在年齡屬性上，所有年齡層皆有近五成五以上認為自己對自殺防治幫得上忙。在職業類別上，所有的職業類別皆有過半數以上的人認為能夠幫得上忙，其中在軍公教、專業人員及無業待業的類別上更有高達七成以上的人認為他們能夠幫得上忙。若以居住地區做區分，無論居住在哪個地區也都有六成以上的人認為自己對自殺防治幫得上忙。

有情緒困擾者與沒有情緒困擾者皆有六成以上的民眾認為自己對自殺防治幫得上忙。在有無宗教信仰的分類上，這兩類的民眾也都有六成以上的人認為自己對自殺防治幫得上忙。若以有無經濟壓力做分類，結果發現有經濟壓力跟無經濟壓力這兩群人也至少都有六成的人認為自己對自殺防治幫得上忙。依卡方檢定的結果顯示，不同職業別民眾對自殺防治工作自己是否能幫得上的看法上有顯著差異。(如圖 23)

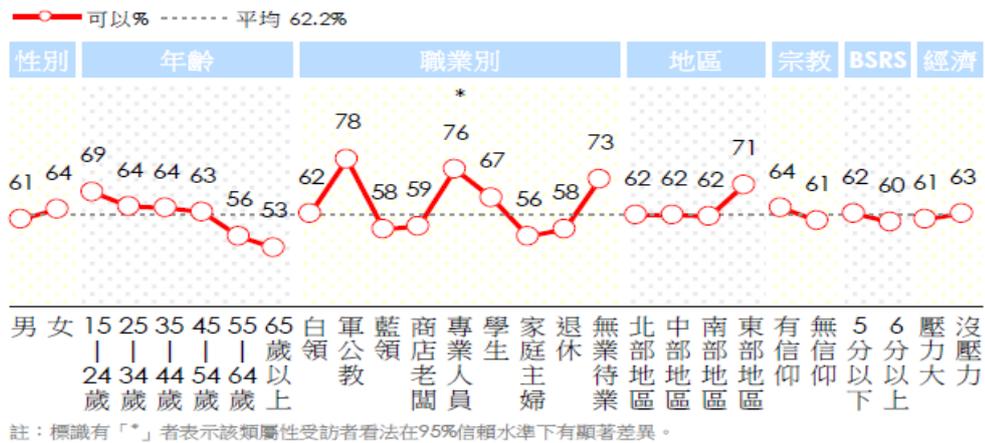


圖 23、各屬性民眾對於自殺防治的工作，自己可不可以幫得上忙

在這 62.2%認為自己能在自殺防治工作幫得上忙的民眾中，認為自己能夠做到「關懷陪伴」(75.6%)居多，其次為「教育宣導」(22.7%)再者為「尋求專業協助」(15.9%)與「擔任守門人」(6.4%)，如圖 24。

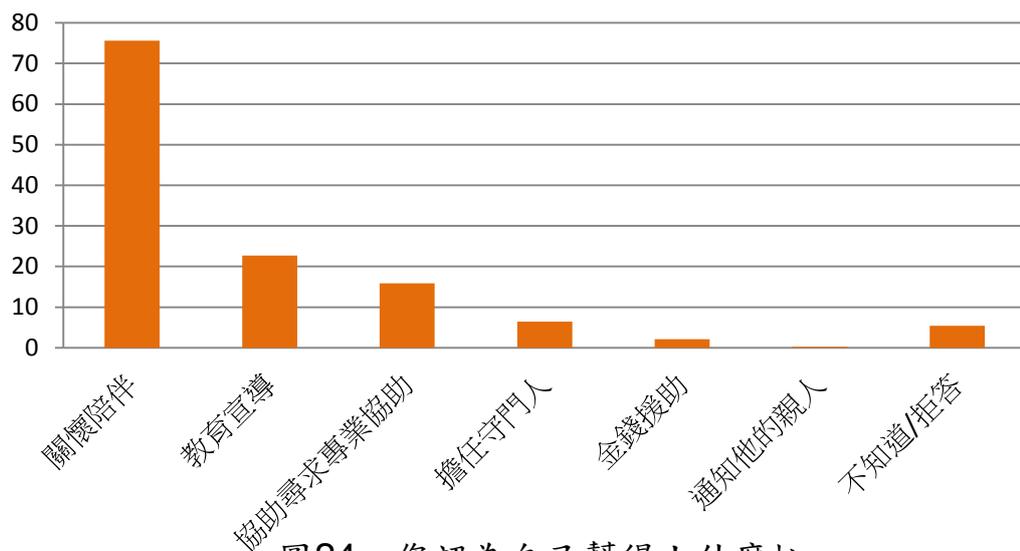


圖24、您認為自己幫得上什麼忙

有關民眾是否知道自殺防治相關求助資訊，包含求助專線、自殺防治中心等。在有無注意自殺新聞中有關「求助資源或專線」訊息，調查結果顯示 61.6%民眾有注意自殺新聞報導中「求助資源或專線」訊息。在知不知道政府有設立「自殺防治中心」，結果顯示有 65.1%民眾知道政府有設立自殺防治中心。在知不知道有自殺防治諮詢專線的問題上，有 52.3%民眾知道有自殺防治有諮詢專線。

(4) 個人的自殺想法與行為

在本次調查的所有民眾中，有 16.3%的民眾表示自己在一生中曾有

認真想過要自殺，有 3.1%的民眾表示在近一年有，僅有 1.3%的人表示自己在近一個月內有真正想過要自殺。如下圖 25 可知在這 16.3%曾經有想要自殺的民眾中，有 26.5%表示當時求助行為，而求助對象以親朋好友居多(15.0%)，其次是他自己(6.2%)。在這 26.5%曾有求助行為的自殺意念者中，有近五成五(54.6%)的人表示曾與求助者提及自殺問題(48.6%的人有主動告知自殺念頭，47.4%的人表示有與對方談到自殺問題)。

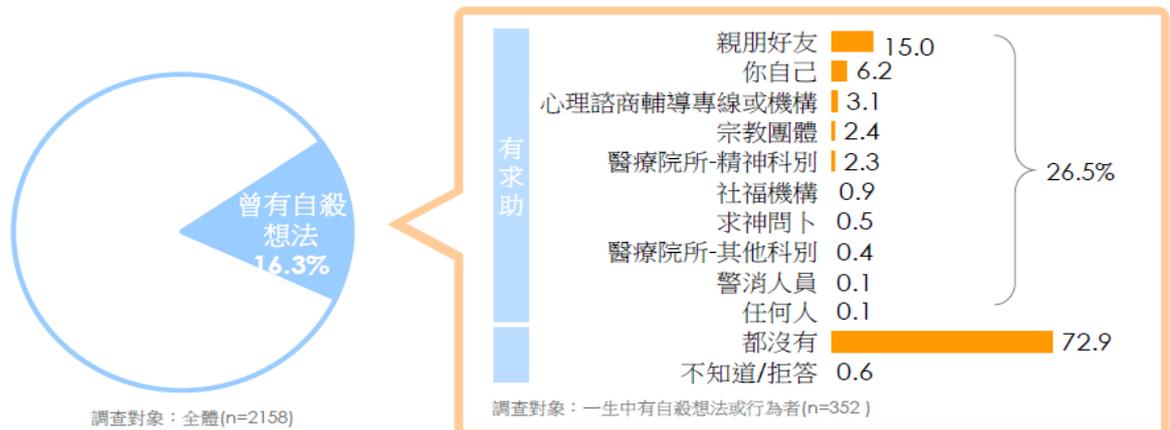


圖 25、曾經因自殺問題而求助？求助對象是誰？

全體民眾認為對想要自殺的人而言，親朋好友是最能幫助他的(結果如表 1)，有 72.9%的民眾認為如此。其次為心理諮商輔導專線或機構(31.4%)，再者為精神科別(8.4%)。

表 1、對想要自殺的人，誰最能幫助他

項目	複選	第一提及
親朋好友	72.9%	64.5%
心理諮商輔導專線/機構	31.4%	9.4%
社福機構	10.6%	2.7%
醫療院所-精神科別	8.4%	2.1%
宗教團體	5.9%	2.3%
你自己	5.3%	3.8%
都沒有	4.1%	4.1%
警消人員	1.6%	0.6%
醫療院所-其他科別	1.4%	0.2%
任何人	0.9%	0.9%
求神問卜	0.5%	0.1%
村里長	0.3%	0.1%
不知道/拒答	9.3%	9.3%

在碰到有人透露自殺念頭時，有 69.6%的民眾表示會和對方談一談他對自殺想法，有 19.8%的民眾表示會轉移話題。會尋求醫師或是心理專業人士的比例僅有 9.3%(陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢，4.8%；僅介紹醫生或專業人士，3.5%)。(如圖 26)

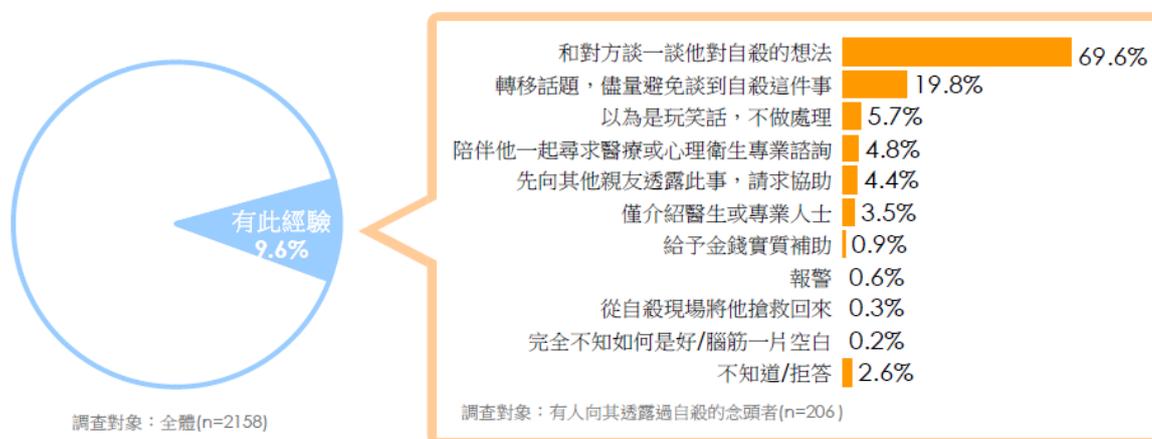


圖 26、有人透露自殺念頭時的處理方式

3) 2014 年電話民意調查

本年度一共回收 2,147 份有效樣本，在 95%信賴水準下，抽樣誤差在± 2.1%以內。樣本結構，性別上男、女約各半(男性 49.6%，女性 50.4%)；各年齡層的占比相近，其中以 25-34 歲、35-44 歲及 45-54 歲占比略多些(介於 13.7%~18.7%之間)；教育程度以大學(33.0%)及高中職(30.8%)居多；職業別以藍領(24.3%)居多，其次為白領(18.7%)，再者為家庭主婦(14.5%)；地區以北部地區(45.0%)居多，其次為南部(27.7%)，再者為中部(24.9%)。

(1) 民眾對當前自殺問題的看法

有關「您覺得台灣社會自殺問題嚴不嚴重」的問題上，有 66.8%的民眾認為台灣社會自殺問題嚴重，23.1%的民眾認為不嚴重，如圖 27。加以分析各種民眾屬性後得知，不同性別、年齡、職業別、地區、宗教、是否有情緒困擾以及是否有經濟壓力等各屬性民眾皆有六成二以上認為台灣社會自殺問題嚴重。

身亡的人，在生前不會說出他們想要自殺」；有 60.0% 民眾認同「說出自己
 自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」。在「自殺是個人的權利，
 決定權在於自己」的問題上，有 61.4% 的民眾認同此說法。

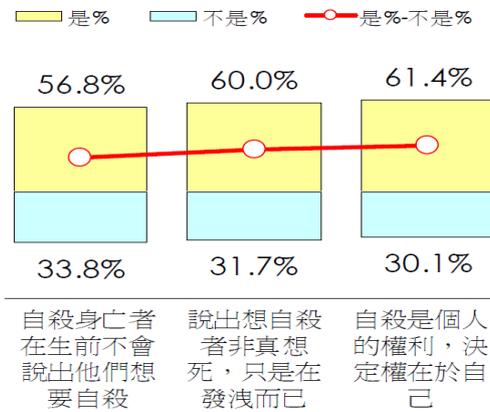


圖 31、自殺說法同意度彙整

(3) 民眾對自殺防治資訊的接觸概況

在「近一年，有無看過或聽過預防自殺或自殺防治」的調查結果顯示，有 49.4% 民眾表示近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊。無論男、女性皆有一半比例左右的人(男性為 51%，女性為 48%)在過去一年曾接觸過自殺防治相關資訊。以年齡來看，除 55 歲以上外，其餘年齡層皆有半數以上的人在近一年曾經接觸過自殺防治相關資訊。在職業別上，除退休者外，其餘職業別皆有超過四成的人在過去一年曾有接觸過自殺防治相關資訊，其中軍公教人員跟學生族群有甚至有七成以上的人在過去一年曾經接觸過。

不同居住地區、有無情緒困擾以及是否有經濟壓力等分類下皆有近五成的人在過去一年曾接觸過自殺防治相關資訊。經統計分析後，發現在不同年齡、職業別在近一年有無接觸過自殺防治方面的資訊上有顯著的差異。(如圖 32)

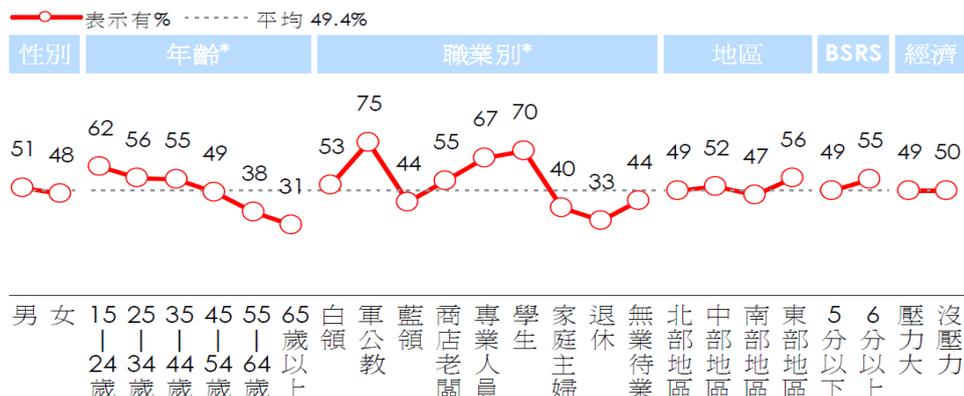


圖 32、各屬性民眾在「近一年，有無接觸過預防自殺或自殺防治」方面資訊

若加以分析這些過去一年曾有接觸過自殺防治或預防自殺方面資訊的民眾他們是如何得知這些資訊。如圖 33，在這 49.4%有接觸過自殺防治資訊的民眾中，有 79.3%的民眾是從「電視」得知，其次為「網站/網路」(42.3%)，再者為「報紙」(25.8%)。若以本次調查的全體民眾來分析，結果發現「電視」是最多民眾近一年來獲得自殺防治資訊的來源，佔了全體的 36.8%，其次為「網路」(20.9%)，再者為「報紙」(12.8%)。



圖 33、過去一年曾有接觸過自殺防治相關訊息的民眾得知「預防自殺或自殺防治」方面資訊的來源

在本次調查中，有 18.9% 民眾在近 1 年看過或聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」相關資訊。以性別來看，男女皆有近二成的人在近一年接觸過自殺防治守門人或是守門人 123 步驟相關資訊。就年齡層來看，35 歲到 44 歲民眾有三成的接觸過自殺防治守門人 123 步驟相關資訊。

在職業別上，以軍公教接觸過自殺防治守門人 123 步驟相關資訊的人為最多，有 34% 的人曾接觸過；最少的為退休者，僅有 12% 的人在過去的一年中曾經接觸過。若以居住地區來看，以東部人有最多的比例(32%) 在過去一年曾經接觸過自殺防治守門人的資訊，最少的為南部地區(17%)。有無情緒困擾的分類上，在過去一年中曾接觸守門人相關資訊的比例兩者差不多，均約有兩成的人曾經接觸過。在有無經濟壓力的分類上，沒有經濟壓力的民眾較有經濟壓力大的民眾在過去一年收到有關自殺防治守門人的訊息來的少(18%<23%)。各屬性民眾均不到四成於近一年看過或聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」的相關資訊。其中接觸比例最高的為軍公教人員，過去一年曾接觸過守門人資訊的人數約佔受訪民眾的 34%。經進一步統計分析後發現，不同年齡、職業別、居住地區以及有無經濟壓力這四種不同屬性分類的民眾在

接觸守門人方面資訊上有顯著差異。(如圖34)

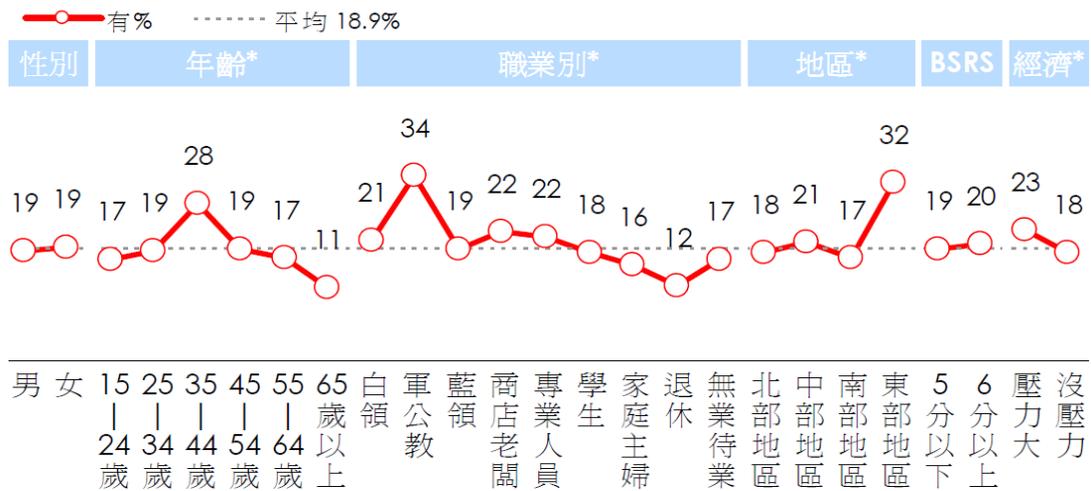


圖 34、各屬性民眾接觸「守門人」資訊的比例

有關民眾自己認為自己在於自殺防治的工作上，自己可不可以幫得上忙。全體有 61.2%的民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙，30.8%認為不可以，另有 8.0%回答「不知道／無意見」。調查顯示，認為自己對於自殺防治的工作可以幫得上忙的民眾遠多於認為自己不能幫得上忙的民眾。

女性有 62%認為自己對自殺防治幫得上忙，高於男性的 61%。在年齡屬性上，所有年齡層皆有近四成五以上的民眾認為自己對自殺防治幫得上忙。在職業類別上，除退休者外(45%)，其餘職業類別的民眾皆有過半數以上認為自己能夠幫得上忙，其中在軍公教、專業人員及學生等三個類別上有高達七成以上的人認為他們在自殺防治上能夠幫得上忙。若以居住地區做區分，無論居住在哪個地區也都有六成以上的人認為自己對自殺防治幫得上忙。

在有無情緒困擾的分類上，有情緒困擾者有 57%的人認為自己在自殺防治幫得上忙；沒有情緒困擾者有 62%的人認為自己在自殺防治幫得上忙。若以有無經濟壓力做分類，有經濟壓力跟無經濟壓力這兩群人均有六成左右的人認為自己對自殺防治能幫得上忙。經進一步的統計分析發現在不同年齡、職業別以及有無經濟壓力等屬性的民眾對自己在自殺防治工作上是否能幫得上忙的看法有顯著差異存在。(如圖 35)



圖 36、曾經因自殺問題而求助？求助對象是誰？

民眾認為自殺的人而言，親朋好友是最能幫助他們的，全體民眾有 73.0% 的人認同(如表 2)。其次為心理諮商輔導專線或機構(28.6%)，再次為求助精神科別(9.5%)。

表 2、對想要自殺的人，誰最能幫助他

項目	複選	第一提及
親朋好友	73.0%	63.8%
心理諮商輔導專線/機構	28.6%	8.8%
社福機構	9.5%	2.3%
你自己	6.7%	4.5%
醫療院所-精神科別	5.4%	1.9%
宗教團體	5.3%	1.2%
警消人員	4.1%	1.3%
都沒有	3.1%	3.1%
醫療院所-其他科別	1.0%	0.3%
任何人	0.7%	0.7%
求神問卜	0.4%	0.2%
村里長	0.3%	0.2%
不知道/拒答	11.8%	11.8%

在碰到有人透露自殺念頭時，89.3% 的民眾會和對方談一談他對自殺想法，7.7% 的民眾轉移話題。會尋求醫師或是心理專業人士的比例僅有 5.6%(陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢，3.1%；僅介紹醫生或專業人士，2.5%)。(如圖 37)

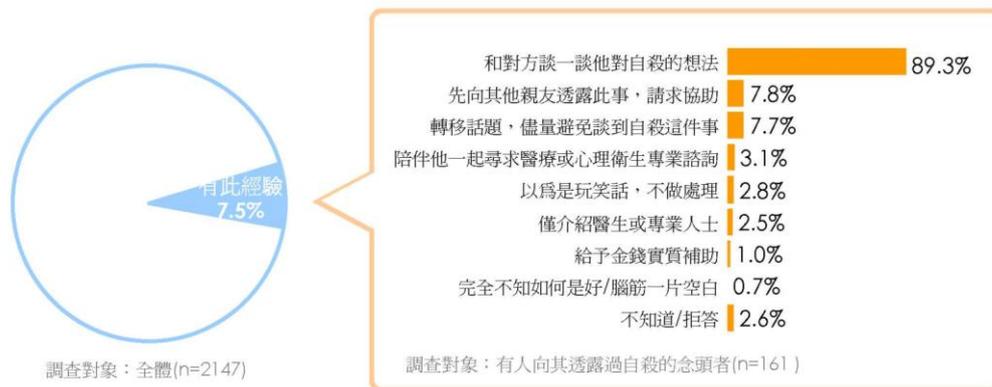


圖 37、有人透露自殺念頭時的處理方式

4) 2012 年至 2014 年民調趨勢

彙整 2012 年至 2014 年各年度電話民意調查資料，將每年調查中相同的問題加以整理比較。依題目的內容分為四大項，分別為：民眾對當前自殺問題的看法、對自殺認知的態度、自殺防治資訊的接觸以及個人自殺的想法及行為。

(1) 民眾對當前自殺問題的看法

近三年在您覺得台灣社會自殺問題嚴不嚴重的問題上，由表3可知從2012年有69.2%的民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重，至2013年的67.5%，在降至2014年的66.8%。民眾認為台灣自殺問題的嚴重程度，從95年有85.7%的民眾認為情況嚴重到2014年降至66.8%的民眾認為情況嚴重；認為不嚴重的比例也有上升的傾向。雖然目前還有過半數的民眾認為台灣社會的自殺問題嚴重，但認為嚴重的比例已有逐年下降的趨勢，顯示政府在自殺防治的成效上有一定的成果。

表3、各年度民眾認為台灣社會自殺問題嚴不嚴重

年度	嚴重	不嚴重
2012	69.2%	19.6%
2013	67.5%	24.1%
2014	66.8%	23.0%

(2) 對自殺認知與態度

跨三個年度均有詢問的題目總共有2題，分別是「自殺身亡的人，在生前會不會說出他想要自殺」以及「自殺是個人的權利，決定權在於自

己」。

在您認為「自殺身亡的人，在生前不會說出他想要自殺」的題目中，由表4可知認為自殺身亡者在自殺前不會說出來的比例有逐年提升的趨勢，由2012年度的46.7%提升到2013年度的52.8%，再提升至2014年度的57.0%。認為會說出來的比例以2013年為最高，有40.6%的民眾認為自殺身亡者在生前會說出他想要自殺；再者為2012年的35.1%認為會說出來；2014年為最低，僅有33.7%的民眾認為自殺身亡者在生前會說出他想要自殺。

表4、各年度民眾認為自殺身亡的人，在生前不會說出他想要自殺

年度	會說出來	不會說出來
2012	35.1%	46.7%
2013	40.6%	52.8%
2014	33.7%	57.0%

在「自殺是個人的權利，決定權在於自己」的問題上，由表5可知2012年度有52.1%的民眾認為自殺是個人權利，2013年有49.6%的人認同，2014年認同的比例為全體受訪民眾的51.4%，近三年民眾在這個問題上的認知大抵呈現穩定的狀態，每年均為近五成左右的人認同。不認同這樣的說法的人數比例以2013年為最高，有47.6%的民眾不認同；再者為2014年度，有44.6%的人不認同此說法；最低的為2012年度，有37.4%的民眾不認為自殺是個人的權利，決定權在於自己。

表5、自殺是個人的權利，決定權在於自己

年度	是	不是
2012	52.1%	37.4%
2013	49.6%	47.6%
2014	51.4%	44.6%

(3) 民眾對自殺防治資訊的接觸概況

從2012年至2014年的電話民意調查結果發現，各年度均有五成左右的人有聽過或看過有關預防自殺或自殺防治方面的資訊，表示近三年來每年都有近一半左右的人曾接觸到關於自殺防治的相關消息。整體的

成長率如圖 38 所示，從 97 年 35.6% 的民眾知變成 2014 年的 49.4% 的民眾知道，表示近年來有關自殺防治的推廣有明顯的效果。

過去一年是否有接觸過自殺防治訊息

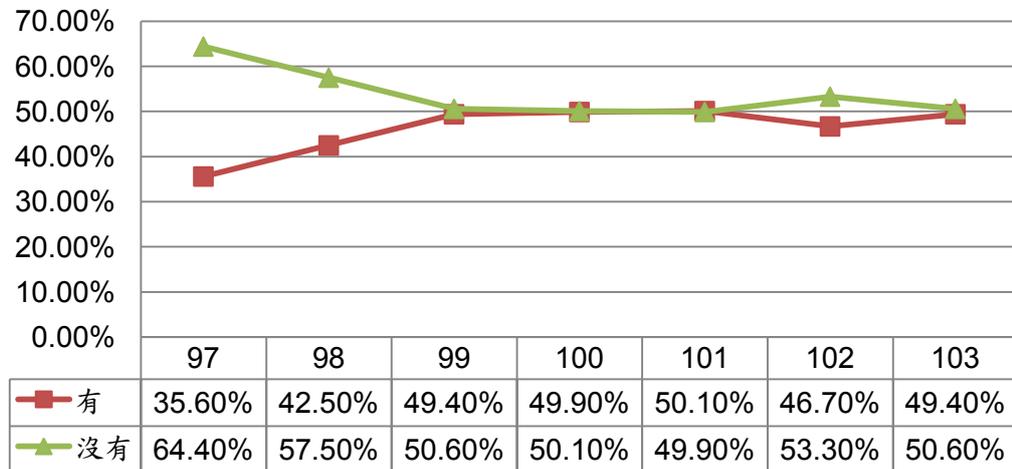


圖 38、歷年民眾在過去一年是否有接觸過自殺防治訊息的比例

各年度的調查中，除了詢問民眾在最近一年來有沒有聽過自殺防治或是預防自殺方面的資訊外，還有詢問民眾獲得這些資訊的方式為何。由表 6 可知，全體民眾歷年來由電視獲得自殺防治相關資訊的人數比例為最高，2012 到 2014 年分別為 39.5%、37.0% 以及 36.8%。其次為透過網路及報紙，透過報紙得知預防自殺方面相關訊息的人數比例分別為 2012 年度的 14.3%，2013 年的 15.1%，2014 年度的 12.8%；透過網路得知預防自殺方面相關訊息的比例分別為 2012 年度的 15.7%，2013 年的 14.9%，2014 年度的 20.9%。縱觀這三個年度的資料可知，從電視或報紙獲得自殺防治相關資訊的民眾比例有小幅度的下降，但在透過網路獲得預防自殺或是自殺防治訊息的民眾比例有明顯的上升趨勢。

表 6、各年度全體民眾在近一年來如何獲得自殺防治資訊

年度	電視	網站/網路	報紙
2012	39.5%	15.7%	14.3%
2013	37.0%	14.9%	15.1%
2014	36.8%	20.9%	12.8%

對過去一年曾有接觸過自殺防治或預防自殺方面資訊的民眾他們是如何得知這些資訊，結果如表 7 所示。在 2012 年所有調查民眾中，有

1083 人曾在過去一年有接觸過這方面的資訊，其中有 78.9% 的人是從電視得到消息，有 28.5% 的人是從報紙上獲得，有 31.3% 的人是從網站或網路上得到資訊。在 2013 年所有的民眾中有 1007 人曾經在過去一年有接觸過這方面的資訊，其中有 79.3% 的人是從電視得到消息，有 32.4% 的人是從報紙上獲得，有 31.9% 的人是從網路或是網站上得到資訊。在 2014 年所有的民眾中有 1060 人曾經在過去一年有接觸過這方面的資訊，其中有 74.6% 的人是從電視得到消息，有 25.8% 的人是從報紙上獲得，有 42.3% 的人是從網路或是網站上得到資訊。在網站或是網路獲得消息的民眾無論是在整體民眾或是在過去一年曾經有接收過自殺防治相關訊息的人中都有越來越多的趨勢，可見未來在進行相關自殺防治知識推廣時可以在加強網路途徑的推廣。

表7、各年度在過去一年內有接觸過自殺防治資訊的民眾其資訊的獲得方式

年度	接觸過的人數	電視	報紙	網站/網路
2012	1083	78.9%	28.5%	31.3%
2013	1007	79.3%	32.4%	31.9%
2014	1060	74.6%	25.8%	42.3%

有關民眾近三年有接觸到「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟：1 問、2 應、3 轉介」的情況。調查結果如表 8，至少聽過其中一項的比例以 2012 年最高(26.5%)，其次為 2013 年(25.1%)，聽過人數最少的為 2014 年的 18.9%。各年度在題目上有些許的差異，2011 年的題目為「您是否看過或聽過關於自殺防治守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介方面的相關資訊」；2012 年與 2013 年度是分別詢問「您是否有聽過自殺防治守門人」以及「您是否有聽過守門人 123 步驟」，但在 2014 年度是將兩個題目合成一題來詢問，問題為：您是否有聽過自殺防治守門人或守門人 123 步驟。故 2012 與 2013 年「至少有聽過其中一項」的數值是由有聽過自殺防治守門人以及有聽過守門人 123 步驟的比率相加再扣掉兩者都有聽過的人之比例所得，而 2011 年與 2014 年的數據則是直接從調查結果直接取得。

表8、各年度民眾在過去一年內有接觸自殺防治守門人或守門人123步驟之資訊

年度	自殺防治守門人	守門人 123步驟	都有聽過	至少有聽過 其中一項
2011	—	—	—	21.8%
2012	17.1%	17.2%	7.8%	26.5%
2013	17.5%	14.7%	7.1%	25.1%
2014	—	—	—	18.9%

民眾在自行評估是否能夠協助自殺防治的工作，結果如圖 39，認為自己有能力協助自殺防治的人數比例近年來有逐漸上升的趨勢。由原本 2012 年的 55.8%(1208 人)提升至 2014 年的 61.2%(1314 人)；在覺得自己沒有辦法幫上忙的人數也從 2012 年的 32.0%降至 2014 年的 30.8%。由 96 年開始的資料可知，認為自己對自殺防治能幫得上忙之人數比例有逐年提升的傾向，由 96 年的 52.1%提升至 2014 年的 61.2%。由此結果可知當前有越來越多人覺得自己能夠在自殺防治的工作上幫得上忙。

自己對自殺防治可否幫得上忙

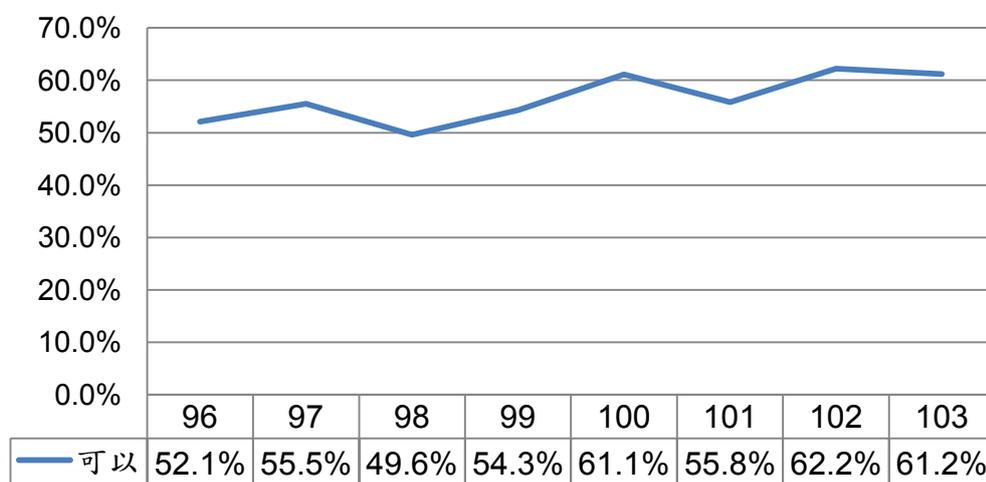


圖 39、歷年民眾認為自己能夠協助自殺防治工作的比例

有關其他自殺防治的求助資訊，結合三年度的調查資料，跨年度皆有詢問的題目總計有 3 題，分別為「有無注意到新聞中的求助資源或專線的訊息」、「知不知道政府有設立自殺防治中心」、「知不知道有自殺防治諮詢專線」。表 9 為 2012 到 2014 年度在該年的受訪民眾中分別有聽過這三題的比例。在有注意自殺新聞中有關「求助資源或專線」訊息的人

數比例從 2012 到 2014 年有略為減少的趨勢，從 2012 年的 60.0% 提升至 2013 年的 61.6% 再降至 2014 年的 57.3%。在知道政府有設立「自殺防治中心」的民眾比例在近三年來也有下降的趨勢，從 2012 年有 63.2% 的民眾知道降至 2014 年有 53.7% 的民眾知道，這樣的結果可能與媒體曝光度減少、自殺嚴重性下降及民眾關注度減少等因素有關。最後，在知不知道有自殺防治諮詢專線的問題上，近三年的調查結果都顯視有五成以上的人知道，其中 2014 年民眾知道有自殺防治諮詢專線的比例為三年中最高，有 55.2% 民眾知道。

表9、各年度民眾分別有聽過相關自殺防治求助資訊的比例

題目	2012	2013	2014
有無注意到新聞中的求助資源或專線的訊息	60.0%	61.6%	57.3%
知不知道政府有設立自殺防治中心	63.2%	65.1%	53.7%
知不知道有自殺防治諮詢專線	52.5%	52.3%	55.2%

(4) 個人自殺想法與行為

有關民眾的自殺意念調查結果如表 10，在 2014 年度的調查中有表示自己一生中及近一年內曾認真想過要自殺的比例皆低於 2012 年及 2013 年度。在這些過去一年內曾有自殺意念的民眾中，有求助行為的人以 2012 年最少，在有自殺意念的民眾中僅有 19.9% 的人有求助行為；2013 年及 2014 年有自殺意念民眾的求助比例大約佔的兩成五左右。

針對這些曾經有求助行為的人加以分析，發現每年都有一半以上的人表示自己曾與求助者提及自殺問題。而他們的求助對象以親朋好友為最多，2012 到 2014 年分別有 10.8%、15.0%、15.1%。求助於「心理諮商輔導專線或機構」、「醫院精神科」跟「社福機構」的比例加總，2012 到 2014 年分別為 7.8%、6.3%、9.5%。顯示在這些願意求助的民眾中，願意求助於心理衛生相關管道的比例有逐年增高的趨勢，但整體的比例仍不高。

表10、各年度民眾自殺意念的調查結果

年度	一生中	近一年	近一個月	求助比例	提及自殺問題
2012	15.9%	3.4%	1.0%	19.9%	58.9%
2013	16.3%	3.1%	1.3%	26.5%	54.6%
2014	12.9%	1.9%	1.1%	24.9%	58.8%

民眾認為對想要自殺的人而言誰最能夠幫助他，結果如表 11 所示，歷年來民眾皆認為想自殺者求助親朋好友是最有幫助的(分別為 68.7%、72.9%、73.0%)，其次為心理諮商輔導專線或機構，再者為求助精神科別。

表11、各年度民眾認為對想要自殺的人誰最能幫助他

年度	親朋好友	心理諮商輔導	醫療院所精神科別
2012	68.7%	25.7%	7.3%
2013	72.9%	31.4%	8.4%
2014	73.0%	28.6%	5.4%

在問題「碰到有人向自己透露自殺念頭時，會採取的做法」跨年度之調查結果如表 12。由調查結果發現，會先和對方談一談他對自殺想法的民眾有逐年上升的趨勢，從 2012 年的 66.6% 上升至 2014 年的 89.3%；會轉移話題的民眾比例有逐年下降的傾向，由 2012 年的 23.9% 下降至 2014 年的 7.7%。而會尋求醫師或是心理專業人士（包含陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢以及僅介紹醫生或專業人士）的比例有逐年下降的傾向，從 2012 年的 11.6% 降至 2014 年的 5.6%。值得注意的是當有人透露自殺念頭時近年來有越來越少人會把這當玩笑話，會把它當玩笑話的民眾比例從 2012 年的 7.5% 降至 2014 年的 2.8%。這樣的結果顯示有越來越多民眾會重視他人的自殺意念。

表12、各年度民眾在「碰到有人向自己透露自殺念頭時，會採取的做法」之比例

問題／年度	2012年	2013年	2014年
和對方談自殺想法	66.60%	69.60%	89.30%
轉移話題	23.90%	19.80%	7.70%
陪伴尋求醫療或心理諮詢+僅介紹醫生或專業人士	11.60%	9.30%	5.60%
以為是玩笑話	7.50%	5.70%	2.80%

2. 結論

透過本中心、政府單位及民間團體持續推出自殺防治守門人的系列教育訓練及宣導活動。從每年民調結果來看，民眾認為台灣社會自殺問題的嚴重程度有明顯下降的傾向，從95年有85%以上的人認為情況嚴重，至2014年則降至66.8%的人認為情況嚴重，顯示當前台灣社會自殺的問題已經有受到控制，嚴重性雖逐年降低，但仍有六成七的民眾認為嚴重，自殺防治工作不能掉以輕心。

有關自殺防治資訊的取得，民眾在近一年看過或聽過預防自殺或自殺防治方面資訊的比例在歷年來有逐漸上升的趨勢，近三年更是穩定的維持在50%左右。在自殺防治相關的求助資訊上，近三年均有60%的民眾會注意到新聞中的求助資源或專線。知道有自殺防治諮詢專線以及政府有設立自殺防治中心的民眾，近三年來也都有55%的比例。

在「守門人」的狹義定義，歷年來有聽過的民眾比例也都維持在20%~25%之間。更重要的，透過教育跟宣導民眾認為自己對自殺防治工作能幫得上忙的比率也逐年上升，直至去年為止有六成一民眾認為自己對自殺防治幫得上忙，足見民眾行為之改變與守門人之成效。

自殺未遂者之通報率與關懷訪視追蹤轉介成效

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。

衛生福利部基於上述原因，於 2006 年起積極推動自殺通報關懷服務，並於「衛生局所網路便民服務計畫」(現名為公共衛生資訊入口網)中建置「自殺防治通報系統」，期達到下列六項目標：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、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及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，自殺防治通報關懷系統的三項主要目的為：落實自殺行為者之通報、建立個案輔導轉介關懷之網絡及促進相關服務資源之整合。

針對進入自殺通報系統中的自殺未遂個案而言，關懷訪視員為守門人網絡中重要之一環。全國自殺防治中心每年定期透過各種教育、研討及個案督導方式，提供必要的教育與訓練給直接接觸個案的關懷訪視員，對其訪視技巧提供專業訓練，以提高個案之訪視接受度，並得到實質的專業幫助。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 提高個案與親友之受訪率。
- 2) 提高個案之轉介率。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 資料來源：自殺防治通報系統中個案關懷訪視單。
- 2) 資料輸入：由關懷訪視員於訪視個案、親友或其他對象後進行線上登錄。
- 3) 資料取得：自殺防治通報系統資料庫存放於衛生福利部資訊室中，本中心每月底填寫「衛生福利部全國醫療資訊網服務中心系統資源申請表」向資訊中心申請自殺通報資料。資訊中心於每月 10 日撈取系統資料後，提供中心。

三、過程(Process)

1. 資料分析：

分析2012年至2014年間自殺個案之受訪率、拒訪率、精神及醫療相關轉介率。

1) 通報率：估計自殺個案通報之落實度，公式如下：

$$\text{通報率} = \text{通報人次} \div \text{年中人口數} \times \text{十萬人}$$

2) 分案率：將個案分配給關懷訪視員之比率，公式如下：

$$\text{分案率} = \text{分案人次} \div \text{通報人次} \times 100\%$$

3) 分案關懷率：依個案之通報日期劃分年度，分析關懷訪視檔，公式如下：

$$\text{分案關懷率} = \text{分案後關懷訪視人次} \div \text{分案人次} \times 100\%$$

4) 接受關懷訪視率：分案後關懷訪視中，對象接受關懷訪視之比率，公式如下：

$$\text{接受關懷訪視率} = \text{接受關懷訪視人次} \div \text{分案後關懷訪視人次} \times 100\%$$

5) 心理及醫療相關轉介率：依個案之通報日期劃分年度，分析關懷訪視檔，公式如下：

$$\text{轉介心理諮商人次} + \text{轉介醫療院所人次} + \text{緊急資源協助就醫人次} \div \text{通報人次}$$

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 2012年至2014年自殺通報、分案後關懷訪視、家訪、電訪、門診晤談狀況(表1)

(1) 2012年自殺通報共28,471人次(24,883人)，總計關懷訪視161,832人次(24,869人)，其中家訪26,978人次、電訪132,952人次、門診晤談1,902人次。

(2) 2013年自殺通報共28,083人次(24,620人)，總計關懷訪視183,345人次(24,343人)，其中家訪30,158人次、電訪149,633人次、門診晤談3,554人次。

(3) 2014年自殺通報共29,047人次(25,322人)，總計關懷訪視208,802人次(25,312人)，其中家訪32,768人次、電訪171,052人次、門診晤談4,982人次。

表1、2012年至2014年自殺通報、分案後關懷訪視、家訪、電訪、門診晤談人次

年度	通報人次	分案後 關懷訪視人次	家訪人次	電訪人次	門診晤談人次
2012年	28,471	161,832	26,978	13,2952	1,902
2013年	28,083	183,345	30,158	149,633	3,554
2014年	29,047	208,802	32,768	171,052	4,982

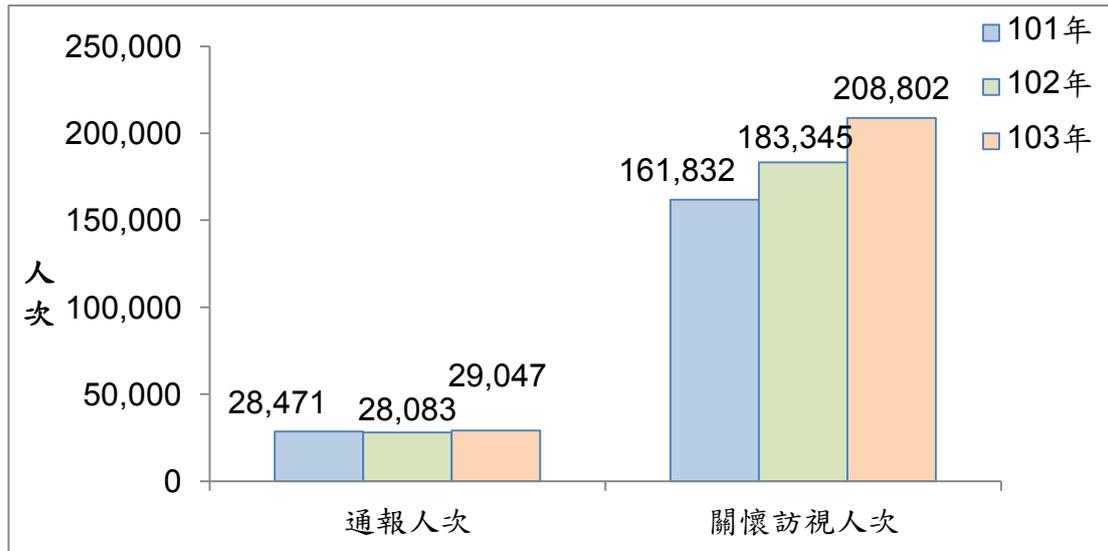


圖 1、2012 年至 2014 年自殺通報及關懷訪視人次直條圖

2) 2012 年至 2014 年自殺通報及關懷訪視人次變化(圖 1)

(1) 2012 年自殺通報共 28,471 人次，2013 年為 28,083 人次，2014 年上升至 29,047 人次。

(2) 2012 年關懷訪視人次共 161,832 人次，2013 年上升至 183,345 人次，2014 年上升至 208,802 人次，與 2012 年相比增加 29.0%。

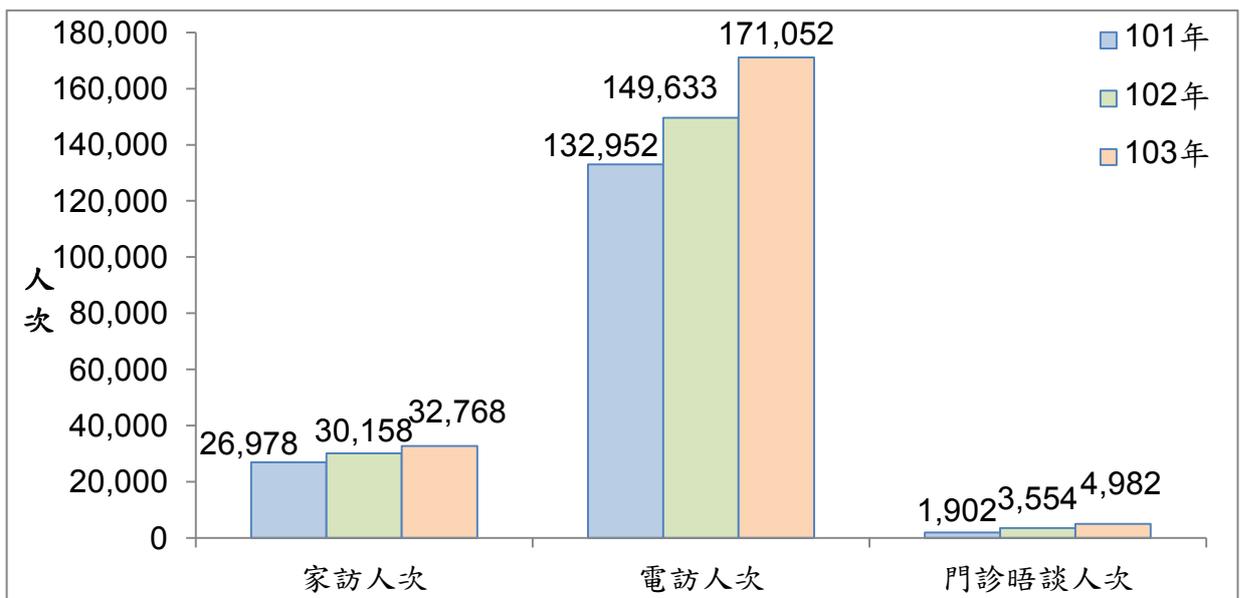


圖 2、2012 年至 2014 年關懷方式類型人次直條圖

3) 2012 年至 2014 年關懷方式類型(圖 2)

(1) 關懷方式類型各年度皆以電訪為多，其次為家訪，再次為門診晤談。不

論何種關懷方式，關懷人次在 101 至 2014 年間皆逐年增加。

4) 2012 年至 2014 年關懷方式類型占率(表 2)：

- (1) 以門診晤談的關懷方式呈現逐年上升的現象，占率從 2012 年的 1.2% 上升至 2014 年的 2.4%。

表 2、2012 年至 2014 年關懷方式類型占率(%)

年度	門診晤談	家訪	電訪
2012 年	1.2	16.7	82.2
2013 年	1.9	16.4	81.6
2014 年	2.4	15.7	81.9

(註：各關懷方式類型占率公式=各關懷方式類型人次÷關懷訪視人次×100%)

5) 2012 年至 2014 年通報率、分案率及分案後關懷率(表 3)

- (1) 通報率 2012 年為每十萬人 122.3，2013 年為每十萬人 102.3，2014 年為每十萬人 124.1。
 (2) 分案率 2012 年為 99.89%，2013 年 99.94%，2014 年 99.96%。
 (3) 分案後關懷率 2012 年為 99.98%，2013 年 99.18%，2014 年 99.92%。

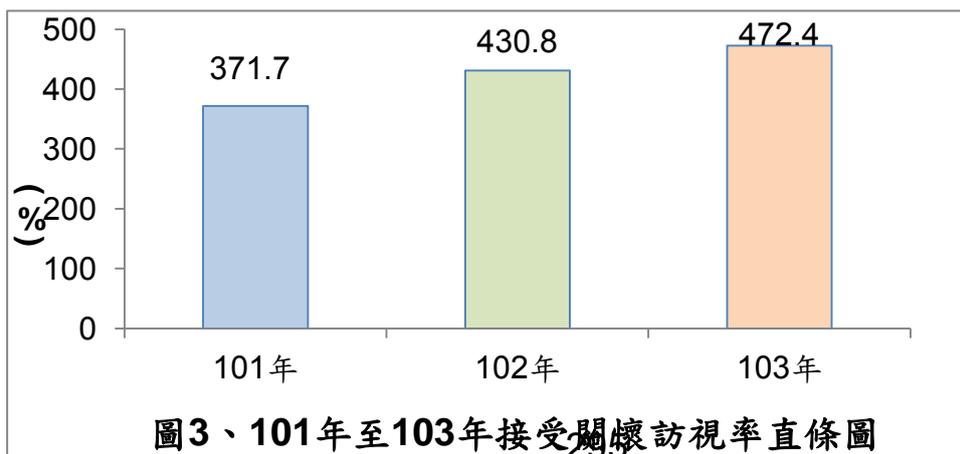
表 3、2012 年至 2014 年通報率、分案率及分案後關懷率

年度	通報率 (每十萬人)	分案率 %	分案後 關懷率%
2012 年	122.3	99.89	99.98
2013 年	120.3	99.94	99.18
2014 年	124.1	99.96	99.92

(註：通報率公式=當年通報人次÷年中人口數 ×100000)

(註：分案率公式=當年分案人次÷當年通報人次 × 100%)

(註：分案後關懷率公式=當年關懷訪視人次÷當年分案人次 × 100%)



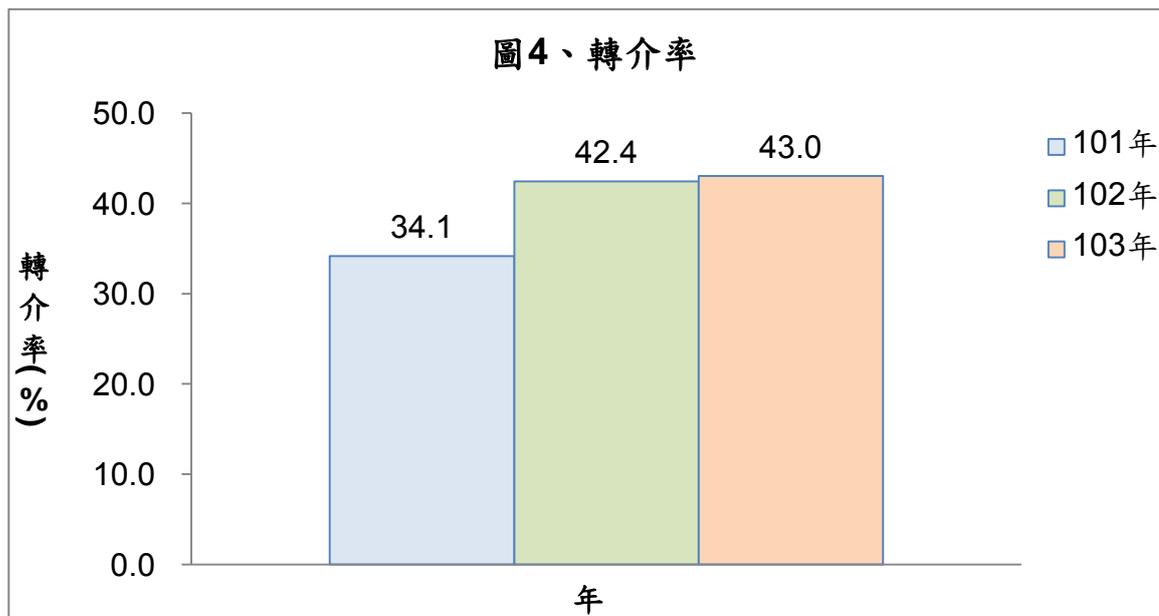
(註：接受關懷訪視率公式=接受關懷訪視人次÷通報人次× 100%)

6) 2012 年至 2014 年接受關懷訪視率(圖 3)

(1) 2012 年接受關懷訪視率為 371.7%，2013 年 430.8%，2014 年 472.4%，呈現逐年上升。

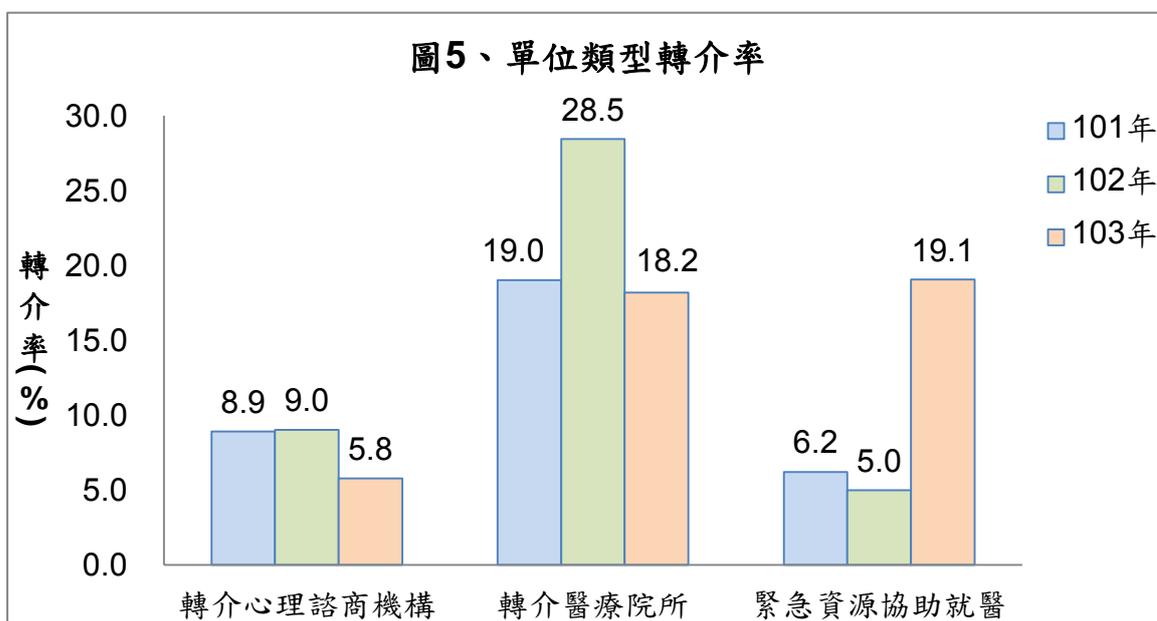
7) 個案轉介：

(1) 各年度轉介率比較



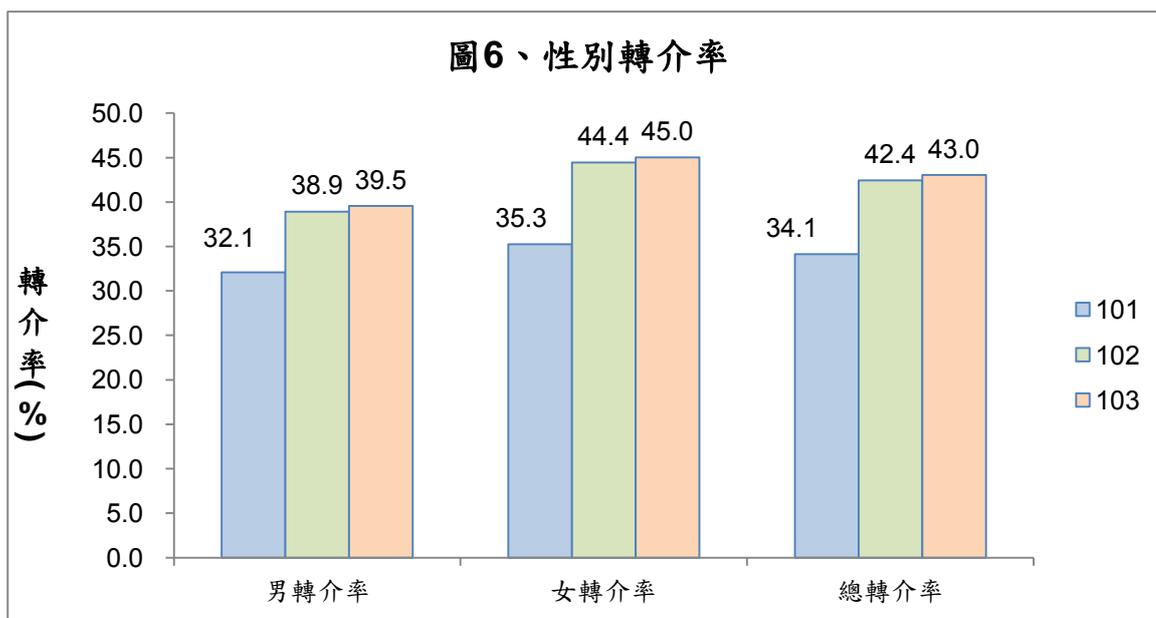
關懷訪視後個案轉介心理諮商機構、醫療院所及緊急資源協助就醫之占率(圖 4)，2012 年為 34.1%，2013 年上升至 42.4%，2014 年為 43.0%，呈現逐年上升趨勢。

(2) 單位類型轉介率比較：



再以個案轉介的單位類型來分析(圖 5)，2012 年轉介心理諮商機構占 8.9%、轉介醫療院所占 19.0%、緊急資源協助就醫占 6.2%。2013 年轉介心理諮商機構為 9.0%、轉介醫療院所大幅增加至 28.5%、緊急資源協助就醫則微幅下降至 5.0%。2014 年轉介心理諮商機構為 5.8%、轉介醫療院所占 18.2%、緊急資源協助就醫則大幅增加至 19.1%。

(3) 性別轉介率比較：



以男女性之轉介率分析(圖 6)，各年度女性之轉介率皆較男性為高，男性 2012 年轉介率為 32.1%，2013 年上升至 38.9%(增幅 21.2%)，2014 年再上升至 39.5%，較 2012 年上升了 23.1%。女性 2012 年轉介率為 35.3%，2013 年上升至 44.4%(增幅 25.8%)，2014 年再上升至 45.0%，較 2012 年增加 27.5%，增幅較男性為多。

2. 結論

為達到人人都是自殺防治守門人，中心持續推動與宣導自殺防治守門人概念，使各界更了解自殺防治與守門人之重要性，以傳播得更遠，更深植於民眾心中。

通報率之提高，顯示處於社會每個角落的守門人們，能發揮功能，在面對自殺企圖者時，知道應經由送醫及通報的動作，使自殺企圖者得以進入自殺個案關懷體系中，以得到專業人員的關懷追蹤服務。

自殺企圖者進入自殺個案關懷體系後，分案率逐年上升，分案關懷率也達到 99.92%。個案接受關懷訪視的意願也逐年提升，可見關懷訪視員在接受訓練後，

可提升與個案間在訪視時的互動。在與個案接觸評估後，則積極發揮並運用自殺防治守門人 1 問 2 應 3 轉介的 3 步驟，特別是在關懷、危機處置外，善用資源連結，落時必要的轉介。關懷訪視員在訪視個案後，應評估個案當時所需要的安排處置或轉介，故經由轉介率可了解個案接受後續轉介的比例，2012 至 2014 年間個案轉介心理諮商機構、醫療院所及緊急資源協助就醫之占率逐年增加，顯示訪視員充分落實了守門人的積極角色。

自殺死亡率變化

一、 自殺死亡率

過去 10 年在國家自殺防治的三大策略推動下，自殺死亡率已明顯逐漸下降，其中特別是守門人訓練的全面性推動，更是自殺防治工作的基礎。在中心的全力推動下，結合政府、專業及民間團體的共同合作，國人自殺死亡率在中心成立後已逐步下降，並退出十大死因外，自殺防治守門人推動應扮極為重要角色。特別選擇簡述以下數據以資參考。

1. 歷年自殺死亡率

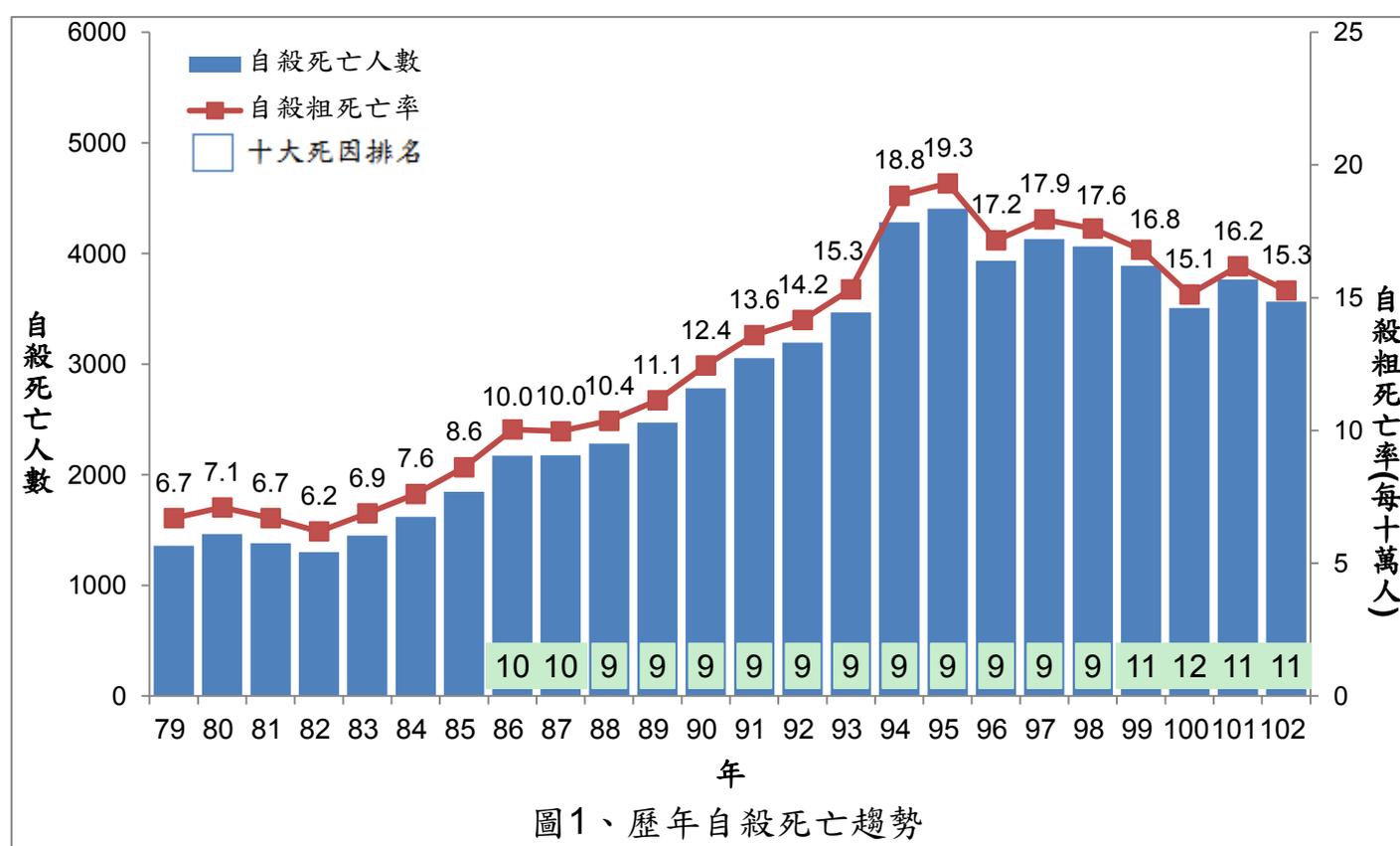


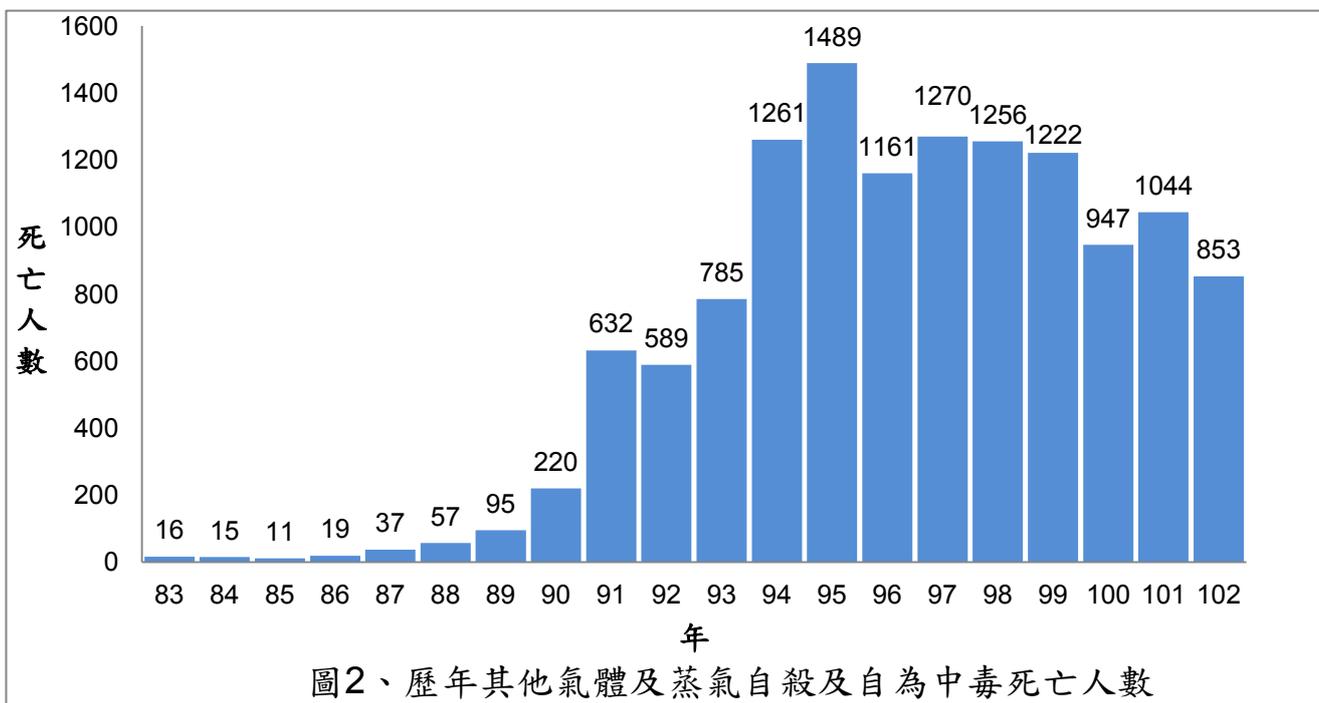
圖1、歷年自殺死亡趨勢

國人自殺粗死亡率自 1990 年逐年上升(圖 1)，至 2006 年達到每十萬人 19.3，2007 年起逐年下降，2010 年自殺粗死亡率降至每十萬人 16.8，並退出十大死因，2013 年自殺粗死亡率降為每十萬人 15.3，自 2006 年以後呈現逐年下降趨勢。以 2013 年與 95 年相比降幅達到 20.7%。

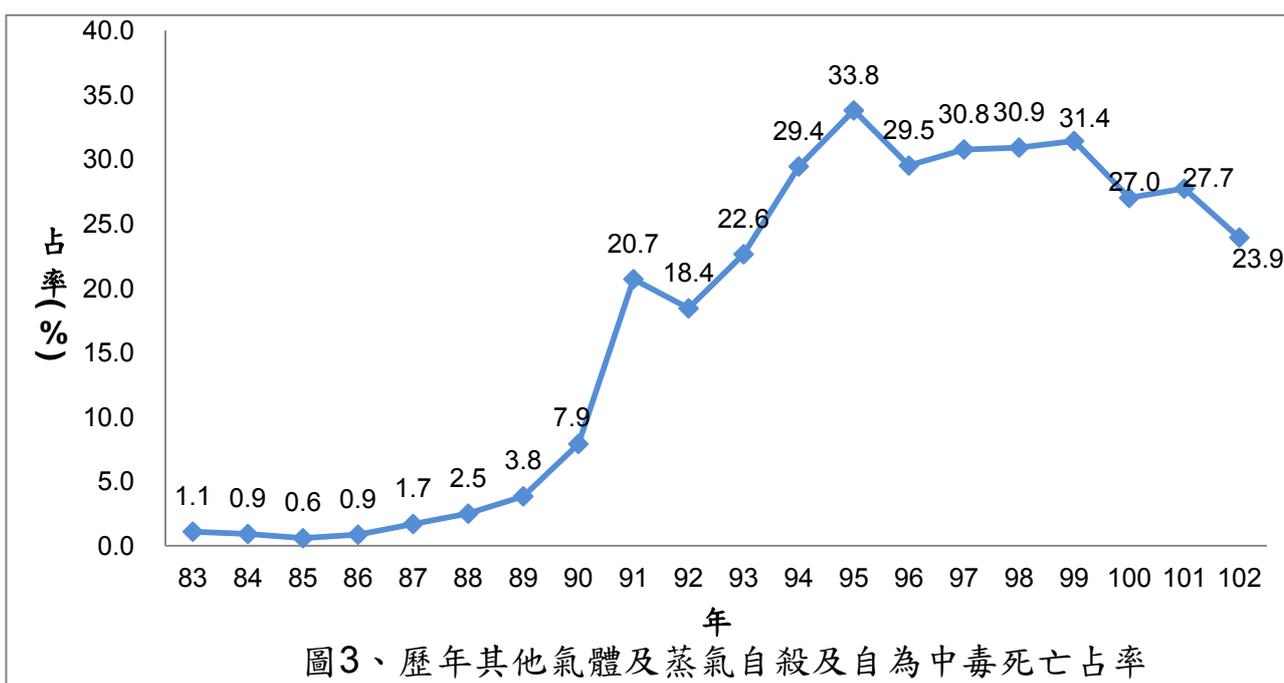
2. 結合木炭商推動自殺防治守門人

1998 年起燒炭自殺在香港發生，經媒體報導影響，成為增加最快的自殺死亡方式，受到影響特別明顯的地區則為台灣、日本與韓國。有鑑於此自殺方

式之變化，中心成立後積極與木炭協調，合作推動自殺防治守門人訓練，實施成效佐證如下。



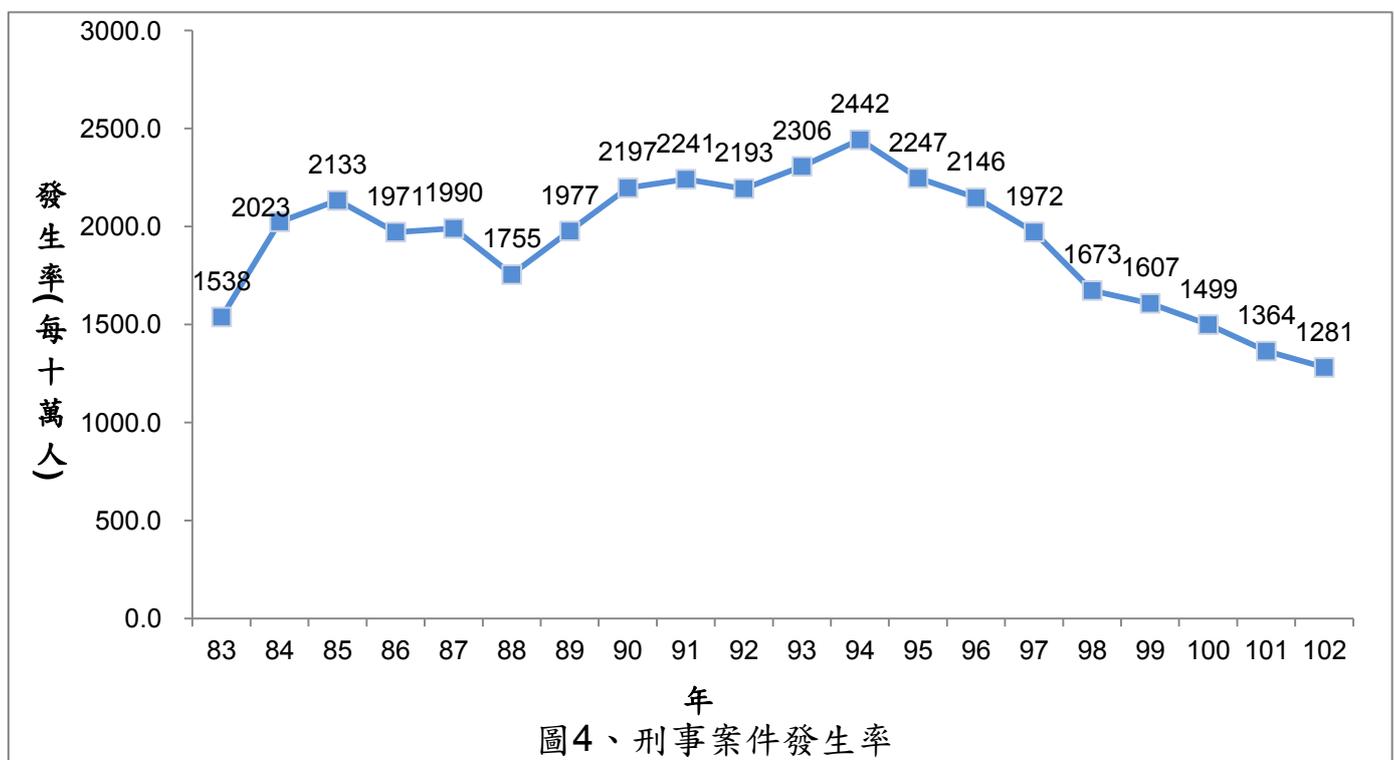
國人以其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡在 1994 年至 1997 年人數在 11 至 19 人間(圖 2)，國人以其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數在 1997 年時為 19 人，1998 年增加至 37 人，之後則逐年大幅上升，2005 年達到 1,261 人，與 1997 年相比增幅達到 6,536.8%。此方式自 2006 年後呈現下降趨勢，至 2013 年以其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡人數已降至 853 人，與最高峰的 1,489 人相比降幅為 42.7%。



以占率分析，以其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒死亡在 1994 年至 1997 年占率在 0.6%至 1.1%間(圖 3)，1998 年增加為 1.7%，其後持續大幅攀升，2006 年占率為 33.8%，之後則呈現逐年下降趨勢，到 2013 年占率則降至 23.9%，以 2013 與 2006 年相比降幅達到 29.3%。

二、 刑事案件發生率

由於自殺防治守門人之 1 問 2 應 3 轉介，在守門人的把關之下使有需要的民眾，透過早期發現，即時介入關懷，預期可以降低憂鬱、忿怒以及心理適應問題，進而消滅個人的負面行為，刑事案件發生率或許也是守門人訓練的間接作用之一。案件發生率如圖 4 所示。



分析歷年刑事案件發生率，1994 年至 2005 年間為上升趨勢(圖 4)，在 2006 年開始呈現逐年下降趨勢，2013 年降至每十萬人 1281，與 2005 年相比降幅為 47.5%。

2. 結論

自殺涉及多重因素，就個人而言，從心理壓力、精神障礙的發生，到自殺意念的產生、自殺計劃的擬訂、行為的發生及送治、精神醫療體系的功能等系列因素都會影響自殺的歷程與結果。因此，在降低危險因子及增進保護因子的公共衛生概念下建構的國家防治策略及體系中，守門人的概念與實踐是重要的基礎工程，其實施涵蓋於三大策略之中。

除個人發展的縱向因素環環相扣外，推動守門人的計畫要能達到早期偵測、轉介與處置功能，而有效防止自殺，更重要的是要透過網網相連的模式，達到自殺防治工作面面俱到的總目標。

全國自殺防治中心自成立後，除建立最緊密的自殺企圖者之追蹤關懷體系外，更積極推動「守門人」的概念與具體實施方案。本報告僅就中心實務相關，及各地衛生局辦理之教育訓練，進行簡單描述。為讓有興趣者能更清楚地了解實施內涵，故部份描述較細膩。本文之成效評估涵蓋課程訓練本身，及全國性自殺相關資料之分析。

就課程評估與電話民調資料顯示，守門人訓練值得繼續推動。未來的發展方向將繼續運用活動、課程、實務操作與媒體報導；更應持續利用視訊、網路及雲端數位化技術，讓「守門人」訓練計劃能更加普及。而專業部份，針對課程設計與評估應朝向數位化，亦進一步建立透過網路學習的成效指標。

而針對守門人的訓練，更可累積過去之經驗所得，研發更有效的模組化數位課程。更重要的是能透過政府相關單位的密切合作，從學校教育、職場、宗教及各生活場域等區塊，特別是未來的網咖業者，進行有系統的合作規劃，結合政府事業、企業及民間團體的資源通力合作，定期評估檢討，以達成「人人都是守門人」的目標。目前就自殺企圖者的通報關懷追蹤及自殺死亡率的變化及民調資料，可間接推測守門人訓練是值得推動的政策。

故就政策面而言，目前可透過行政院，「心理健康促進與自殺防治會報」，針對政府相關部門之協調合作，全面性推動「自殺防治守門人訓練課程」，並視各部門特點，擬定辦理之優先順序與進程。就教育訓練部分，可同步進行。如：

1) 衛生福利部：

- (1) 可針對醫事人員，包含醫師、護理師、藥師、心理師、社工師等具有專業證照人員，明文規定：自殺防治守門人訓練課程，列入換照之基本學分要求。
 - (2) 醫院評鑑項目涵蓋，針對專業及非專業之行政人員辦理「自殺防治守門人」訓練課程。
 - (3) 政府補助各相關學協會進行「守門人」教育訓練及成效評估之研究。
- 2) 教育部：明定各級學友，針對教師，學生及其他人員進行守門人訓練。
 - 3) 其他單位如國防部、警政署、勞工委員會、法務部，均可比照前項辦理。

自殺未遂者之通報與關懷追蹤

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。自殺防治的目的是要挽救活著的人，過去對於自殺的瞭解，多半來自已經死亡的個案。

衛生福利部基於上述原因，於 2006 年起積極推動自殺通報關懷服務，並於「衛生局所網路便民服務計畫」(現名為公共衛生資訊入口網)中建置「自殺防治通報系統」，期達到下列六項目標：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、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及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，自殺防治通報關懷系統的三項主要目的為：

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

過往對於自殺的瞭解，主要透過自殺死亡者，大致分為兩種方式：一是從自殺死亡登記檔，可以得知自殺死亡者的基本資料(如性別、年齡、戶籍地)及自殺方式，但該資料原始目的乃用於戶籍登記，與自殺行為相關的資料並未登錄；二是透過「心理解剖(psychological autopsy)的方式，訪談接觸過自殺死亡者的人，包括親友及照護者(包括醫師、心理諮商師或社工人員)等。但自殺防治目的要挽救活著的人，透過分析自殺防治通報關懷系統資料(即自殺通報資料)，將有助了解自殺企圖者的特性，作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

目前自殺通報資料用途包括：提供自殺企圖者及家屬後續關懷服務，並視需求轉介相關單位提供自殺企圖者之服務及衛教宣導，以及進行自殺企圖者相關研究分析，以作為擬定自殺防治策略的實證基礎。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 完備自殺防治通報關懷網絡。
- 2) 監測自殺通報系統並進行資料分析。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 完備自殺防治通報關懷網絡：
 - (1) 持續蒐集各層面使用者對自殺防治通報流程及系統之建議。
 - (2) 檢討現行自殺防治通報系統，並建議系統功能增修。
- 2) 檢視通報系統撈取資料，進行分析與判讀：
 - (1) 資料取得：系統資料存放於衛生福利部資訊室中，需向資訊中心申請，方可取得所有資料之明細檔，但自殺通報之明細檔在線上即可取得。
 - (2) 進行資料清檔。
 - (3) 定期進行統計分析，並提供給相關單位進行討論及修正。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：
 - (1) 自殺防治通報關懷網絡：衛生福利部、22 縣市衛生局所、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、新陽電腦科技股份有限公司。
 - (2) 自殺通報資料分析：中研院統計所陳珍信教授、政治大學統研所江振東教授。
- 2) 資源連結內容及形式：製作報表與資料分析、提供統計資料、系統維護及專家諮詢等。

三、過程(Process)

1. 檢討現行自殺通報關懷系統，進行系統功能增修

- 1) 針對各縣市衛生局所及關懷訪視相關人員進行意見蒐集。
- 2) 召開專家會議進行修正系統功能討論。
- 3) 向衛生福利部提出改善與建議。

2. 自殺通報資料分析：

- 1) 自殺防治通報系統：
 - (1) 自殺防治通報系統建置於衛生福利部公共衛生服務入口網。
 - (2) 資料存放之伺服器位於衛生福利部資訊處。
- 2) 資料建置及取得：
 - (1) 資料建置：通報單位接獲自殺通報，則登入公共衛生服務入口網自殺防治通報系統進行資料登錄，之後由衛生局進行分案，將通報之個案分配

給關懷訪視員，再由關懷訪視員進行關懷訪視，訪視後再將資料登錄系統。

- (2) 資料申請：每月月底中心填寫衛生福利部全國醫療資訊網服務中心系統資源申請表，經由心理及口腔健康司，至資訊處進行申請流程，申請期間為當年 1 月 1 日至當月 10 日。
- (3) 資料撈取：資訊處每月 10 日依本中心填寫之申請表內容及期間撈取資料後，以電子郵件通知中心資料已撈取完成，並附上連結。
- (4) 資料取得：資訊處依中心要求，提供相關資料至心理及口腔健康司，再由心理及口腔健康司轉室到中心。下載完成之檔案為加密壓縮檔，需輸入密碼方可解密。

3) 資料檢查：進行原始資料確認及檢查。

4) 資料提供：

- (1) 資料取得後製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市之個案分析資料」。
 - a. 「自殺未遂通報關懷月報表」：包含當月全國自殺防治通報關懷系統概況分析(通報單位、性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因、個案關懷及處遇計畫等)與縣市重要指標的呈現(通報人次、通報比、分案率、分案關懷率、平均關懷次數、關懷後處遇計畫、30 天再自殺率、各縣市特殊身份註記個案比例等)。
 - b. 「各縣市自殺通報個案特性分析表」：包含當月該縣市自殺通報個案概況分析(性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因等)與各通報單位通報件數表；以回饋各縣市衛生局作為督導本身自殺通報業務之參考。
 - c. 「六都各縣市自殺通報個案特性分析表」：除了包含當月該縣市自殺通報個案概況分析(性別與年齡層分佈、自殺方式及自殺原因等)與各通報單位通報件數表外，還納入該縣市各區之分析；以回饋各縣市衛生局作為督導本身自殺通報業務之參考。
- (2) 月報表製作完成後則函送衛生福利部心理及口腔健康司及各縣市衛生局。
- (3) 依業務需求，不定期提供衛生福利部與各縣市衛生局統計與分析資料，需求內容如表 3.2.1

表 3-2-1、提供衛生福利部與各縣市衛生局統計與分析資料

日期	需求單位	需求內容
1/26	高雄市衛生局	分兩區 30 天再自殺率(1-11 月)
3/2	心理及口腔建康司	2014 年度(通報人次、性別人次占率、25-44 人次占率、45-64 人次占率、15-24 人次占率、固液人次占率、切穿人次占率、氣體人次占率、情感人次占率、精神人次占率、工作人次占率、新北市人次占率、高雄市人次占率、桃園市人次占率、關懷訪視服務人次)
3/9	高雄市衛生局	分兩區 30 天再自殺率(2014 年 1-12 月)
3/24	心理及口腔建康司	2011-2012 年投,嘉縣,南,高,屏,東 鄉鎮死亡人數&粗死亡率 為了解目前自殺通報仍列管人數及個案訪視的情況 煩請能協助提供以下資料
4/15	心理及口腔建康司	1.自系統開始-2015/3/31 止自殺通報仍列管人數 2.未結案個案超過一年未訪視人數 3.未結案個案超過二年未訪視人數 4.未結案個案超過三年未訪視人數
4/17	高雄市衛生局	分兩區 30 天再自殺率(2 月)
5/18	高雄市衛生局	分兩區 30 天再自殺率(3 月)
6/17	高雄市衛生局	分兩區 30 天再自殺率(4 月)
7/7	心理及口腔建康司	歷年全國自殺死亡資料統計暨自殺通報統計更新至 2014 年
9/11	心理及口腔建康司	2014 年 vs 2015 年 1-6 月比較
10/1	心理及口腔建康司	2015 年 1-6 月通報資料
11/3	心理及口腔建康司	1-9 月份 65 歲以上老人自殺通報、訪視數據
11/16	心理及口腔建康司	近 10 年來自殺通報中，具憂鬱傾向之通報件數(依年齡區分)

四、 成果(Product)

1. 自殺通報關懷系統改版之建議

1) 針對 2015 年自殺防治關懷單及訪視紀錄單之改版草案召開專家會議，並將

專家建議提報衛生福利部做為系統修改之參考。

2) 建議將木炭以及農藥取得之相關問題加入訪視紀錄單。

2. 自殺通報資料分析

1) 每月製作「自殺通報關懷月報表」及「各縣市之個案分析資料」，每月小計 20 份，統計至 11 月 30 日共 200 份。

2) 每年製作「自殺通報關懷年報表」及「各縣市之個案分析資料」。

3) 2006 年 1 月至 2015 年 10 月統計分析如下(資料擷取日期：2015 年 11 月 10 日)：

(1) 通報人次：

全國通報比在 2006 年僅 4.3 之後逐年上升，到 2011 年達到 7.5，2014 年達到 8.2，到 2015 年 10 月達到 8.4(如圖 3.2.1)。

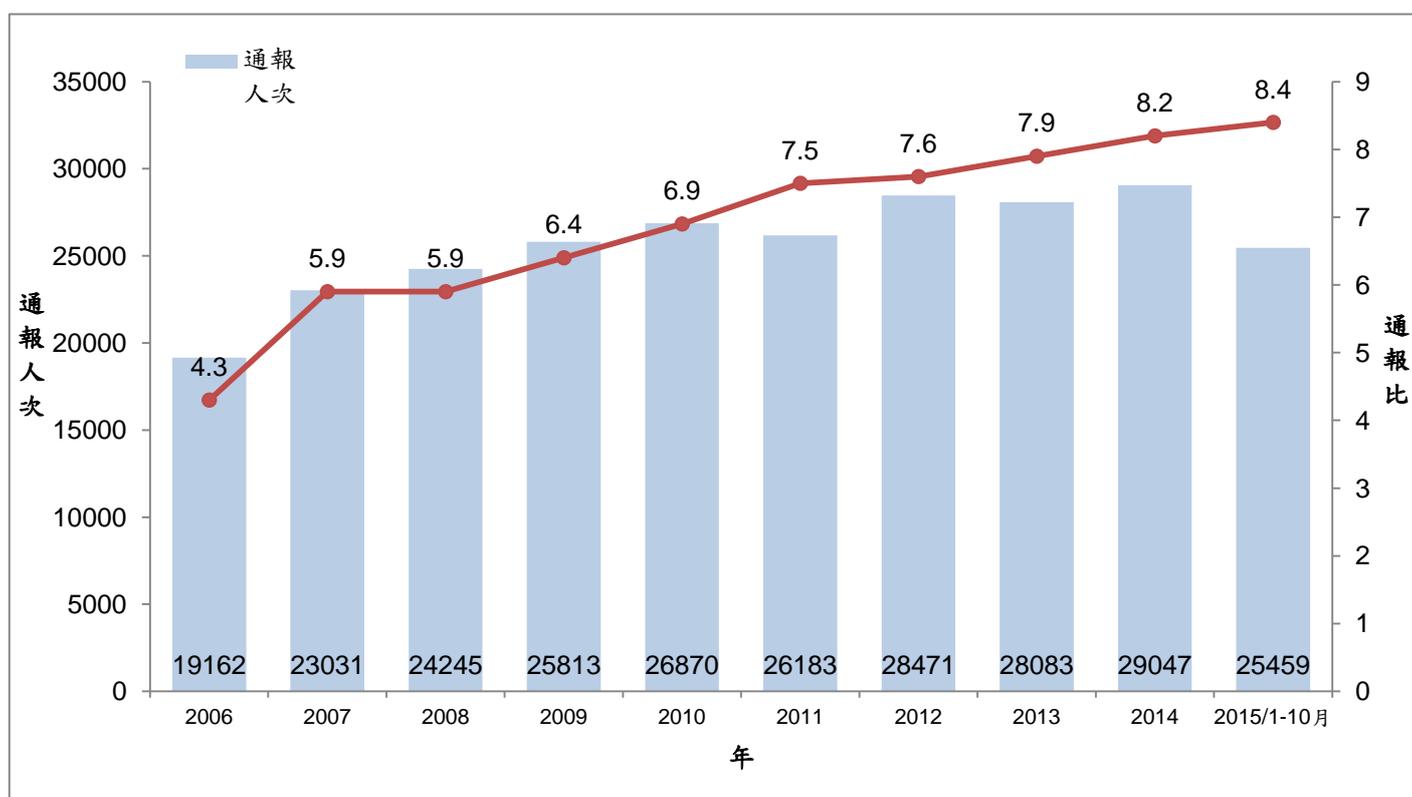


圖 3-2-1、2006 年至 2015 年 10 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型(如圖 3.2.2)：

由 2006 年至 2015 年 10 月各類型通報單位資料顯示，通報單位主要來自醫療院所，其占率由 2006 年 63% 增加至 2008 年已達 92%，顯示醫療院所通報已為例行工作，不再經由衛生局所協助。另外警消單位的通報占率在 2006 年僅占 2%，自 2009 年起開始增加，2010 年起平均占率已超越衛生局所，至 2015 年已達到 8%，而其他社政、民政、勞政等單位也有

陸續增加的趨勢，顯示通報的宣導已深入各地方單位。

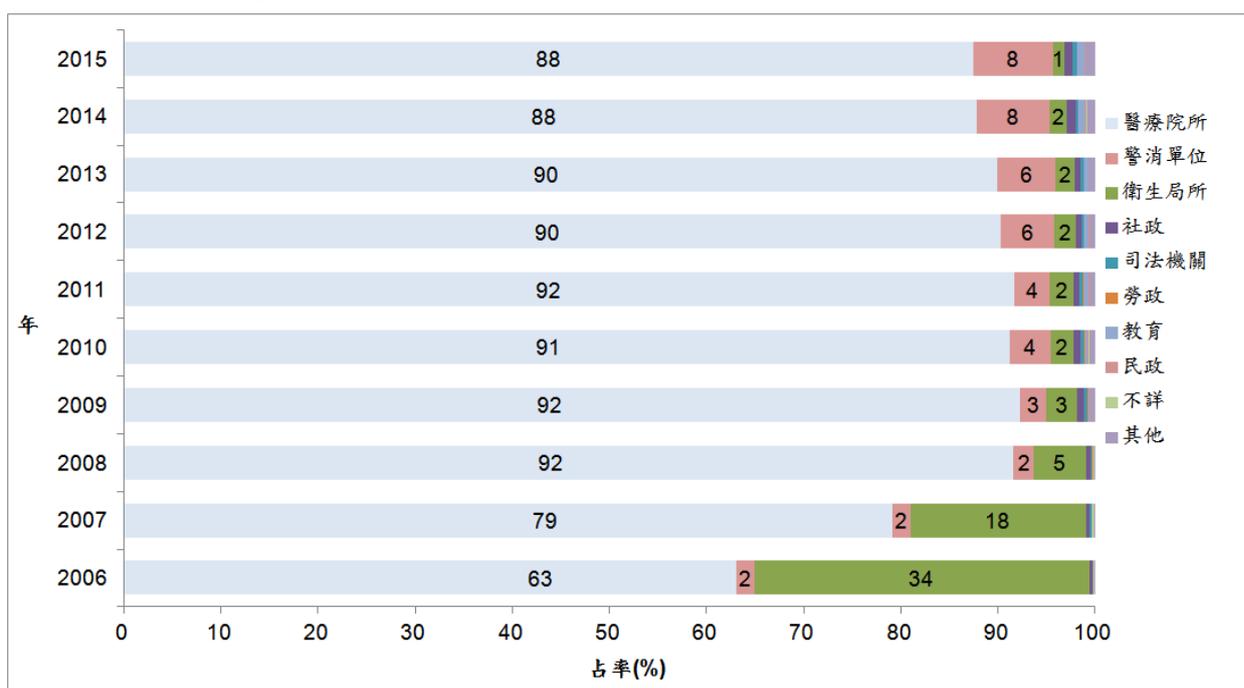


圖 3-2-2、2006 年至 2015 年 10 月各類型通報單位自殺通報占率

(3) 通報指標

各項通報指標(如表 3.2.2),2006 年時之通報比僅 4.3、分案率 71.9%、分案關懷率 95.8%。以上各指標在中心持續推動以及各單位努力合作之下，數據逐年上升，至 2014 年分案率達到 100%，分案關懷率達到 99.9%。2015 年 1-10 月分案率亦為 100%，分案關懷率為 99.6%。針對各縣市有尚未關懷之個案，中心於月報發文後進行個別告知，了解該縣市在進行自殺通報個案的關懷訪視時之實際情況及難處，以提供縣市衛生局所需之協助，共同使關懷訪視作業更順利。

表 3-2-2、2006 年至 2015 年 10 月通報指標

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^{註1} (1~10月)
通報人次	19162	23031	24245	25813	26870	26183	28471	28083	29047	25459
通報比	4.3	5.9	5.9	6.4	6.9	7.5	7.6	7.9	8.2	8.4
分案率(%)	71.9	95.1	98.2	99.8	99.9	99.9	99.9	99.9	100.0	100.0
分案關懷率(%)	95.8	97.5	99.1	99.7	99.9	99.9	99.9	98.9	99.9	99.6
30 天再自殺率(%) ^{註3}	3.2	4.2	4.3	4.4	4.0	4.0	4.5	4.7	4.7	4.9

註¹: 2015年1至10月之資料，擷取日期：2015年11月10日，數據為初步資料，會因資料建置單位之修改有所變動。

註²: 由於2015年自殺死亡資料尚未取得，故以2014年同期自殺死亡人數進行通報比估算。

註³: 由於每位自殺企圖者因自殺行為而進入通報系統的時間不一，為避免時間間隔較遠發生再自殺行為的可能性也增加，因此將時間間隔做了限制，目前再自殺率的計算方式為：針對自殺企圖個案在一定的期限內有無再次自殺企圖的行為發生。

註⁴: 30天再自殺率之期間為2015年1至9月。

(4) 自殺企圖者之特性：

2015年1至10月通報共25,459人次，其中女性通報16,142人次占63.4%，男性通報9,317人次占36.6%，女性為男性1.7倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為35歲至44歲(占率25.0%)、25歲至34歲(占率22.7%)、45歲至54歲(占率17.7%)、15-24歲以上(占率14.6%)、55-64歲(占率9.3%)、75歲以上(占率5.3%)、65-74歲(占率4.2%)、14歲以下(占率1.2%)。以性別的年齡層結構來看，男性及女性族群的年齡層分配與整體十分相似，但男性75歲以上占率為女性的1.9倍(7.6%:3.9%)、男性55-64歲占率為女的1.4倍(11.2%:8.2%)、男性65-74歲占率為女的1.6倍(5.5%:3.5%)。(如表3-2-3)。

表 3-2-3、2015 年 1-10 月性別年齡層別分析

	男性		女性		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
14 以下	104	1.1	205	1.3	309	1.2
15-24	1255	13.5	2453	15.2	3708	14.6
25-34	1925	20.7	3850	23.9	5775	22.7
35-44	2160	23.2	4203	26.0	6363	25.0
45-54	1609	17.3	2895	17.9	4504	17.7
55-64	1045	11.2	1330	8.2	2375	9.3
65-74	513	5.5	566	3.5	1079	4.2
75 以上	705	7.6	632	3.9	1337	5.3
不詳	1	0.0	8	0.0	9	0.0
總計	9317	36.6	16142	63.4	25459	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(54.2%)仍為最

多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(27.0%)次之；女性使用上述兩種自殺方式的占率均較男性為高，其餘自殺方式皆是男性的占率高於女性。(如表 3.2.4)。

表 3-2-4、2015 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺方式性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
以固體或液體物質自殺及自為中毒	4447	47.7	9363	58.0	13810	54.2
以家用瓦斯自殺及自為中毒	134	1.4	53	0.3	187	0.7
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	921	9.9	722	4.5	1643	6.5
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	568	6.1	372	2.3	940	3.7
溺水(淹死)自殺及自傷	232	2.5	341	2.1	573	2.3
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	20	0.2	0	0.0	20	0.1
切穿工具自殺及自傷	1933	20.7	4938	30.6	6871	27.0
由高處跳下自殺及自傷	535	5.9	713	4.4	1266	5.0

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

以年齡層分析自殺方式，14 歲以下自殺方式占率排序前三位為「切穿工具自殺及自傷」(43.4%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(29.4%)及「由高處跳下自殺及自傷」(17.5%)。15-24 歲自殺方式占率排序為「切穿工具自殺及自傷」(41.2%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(41.1%)、「由高處跳下自殺及自傷」(7.0%)。25-34 歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(49.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(34.3%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(6.9%)。35-44 歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(56.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(27.2%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.5%)。45-54 歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(60.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(20.3%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(7.7%)。55-64 歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(61.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(14.1%)、「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(6.8%)。65-74 歲自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(60.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(11.9%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(10.9%)。75 歲以上自殺方式占率排序為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(64.9%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(10.6%)、「切穿工具自殺及自傷」(8.8%)。(如表 3.2.5)。

表 3-2-5、2015 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺方式年齡層別占率(%)

	14 以下	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 以上
以固體或液體物質 自殺及自為中毒	29.4	41.1	49.7	56.9	60.2	61.6	60.9	64.9
以家用瓦斯自殺及 自為中毒	0.3	0.2	0.8	0.8	1.1	0.7	0.6	0.5
由其他氣體及蒸氣 自殺及自為中毒	1.3	5.0	6.9	7.5	7.7	6.8	4.5	1.4
吊死、勒死及窒息 之自殺及自傷	2.3	1.8	2.4	2.3	3.6	6.7	10.9	10.6
溺水(淹死)自殺及 自傷	1.9	1.9	1.9	1.9	2.2	3.6	3.3	3.2
鎗砲及爆炸物自殺 及自傷	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0
切穿工具自殺及自 傷	43.4	41.2	34.3	27.2	20.3	14.1	11.9	8.8
由高處跳下自殺及 自傷	17.5	7.0	5.4	4.3	4.1	4.7	3.1	3.1

自殺原因除了「不願說明或無法說明」以外，男性與女性排序前三位皆為「情感／人際關係」(男 38.9%、女 55.6%)、「精神健康／物質濫用」(男 27.7%、女 27.5%)及「工作／經濟」(男 15.1%、女 8.6%)(如表 3.2.6)。

表 3-2-6、2015 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺原因性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
情感／人際關係	3600	38.6	8969	55.6	12569	49.4
精神健康／物質濫用	2592	27.8	4442	27.5	7034	27.6
工作／經濟	1408	15.1	1387	8.6	2795	11
生理疾病	1025	11.0	992	6.1	2017	7.9
校園學生問題	97	1.0	209	1.3	306	1.2
迫害問題	19	0.2	101	0.6	120	0.5
其他	367	3.9	412	2.6	779	3.1
不願說明或無法說明	1931	20.7	2503	15.5	4434	17.4

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

以年齡層分析自殺原因，除「不願說明或無法說明」以外，14歲以下自殺原因占率排序前三位為「情感／人際關係」(62.5%)、「校園學生問題」(25.9%)、「精神健康／物質濫用」(11.7%)。15-24歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(60.5%)、「精神健康／物質濫用」(19.2%)、「校園學生問題」(5.4%)。25-34歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(56.6%)、「精神健康／物質濫用」(25.6%)、「工作／經濟」(12.7%)。35-44歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(50.5%)、「精神健康／物質濫用」(31.4%)、「工作／經濟」(13.4%)。45-54歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(46.0%)、「精神健康／物質濫用」(33.5%)、「工作／經濟」(13.0%)。55-64歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(38.1%)、「精神健康／物質濫用」(32.6%)、「生理疾病」(15.5%)。65-74歲之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(34.4%)、「情感／人際關係」(29.6%)、「精神健康／物質濫用」(25.8%)。75歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(44.1%)、「情感／人際關係」(26.0%)、「精神健康／物質濫用」(18.2%)。「生理疾病」在65-74以及75歲以上之占率皆排行第一位。(如表3.2.7)。

表 3-2-7、2015 年 1-10 月自殺企圖通報個案自殺方式年齡層別占率分析

	14 以下	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 以上
情感／人際關係	62.5	60.5	56.6	50.5	46	38.1	29.6	26
精神健康／物質濫用	11.7	19.2	25.6	31.4	33.5	32.6	25.8	18.2
工作／經濟	1	8	12.7	13.4	13	11.2	4.1	0.7
生理疾病	1.3	1.5	1.6	3.4	7.1	15.5	34.4	44.1
校園學生問題	25.9	5.4	0.3	0.1	0	0	0	0
迫害問題	1	0.4	0.6	0.6	0.4	0.4	0.2	0.1
其他	7.1	3.7	2.7	3	2.9	3	3.2	3
不願說明或無法說明	10.7	16	17.3	17.8	17.3	18.2	17.5	20

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

(5) 各縣市訪視次數

依衛生福利部訂定之自殺通報個案平均關懷次數指標為 4.5 次，以 2015 年 1-10 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 6.5 次，尚未達到指標之縣市有屏東縣(平均 4.1 次)。(如表 3.2.8)。

表 3-2-8、2015 年 1-10 月全國及各縣市關懷次數表

2015 年 1-10 月					
	平均數	標準差	中位數	最大值	最小值
全國	6.5	4.3	6	55	0
臺北市	4.7	3.4	5	36	0
新北市	7.9	4.6	8	32	0
基隆市	5	2.9	5	17	0
宜蘭縣	7	4.2	7	30	1
桃園市	6.9	3.7	7	23	1
新竹市	5.4	3.9	5	33	0
新竹縣	6	3.1	7	20	0
苗栗縣	5	3	5	24	0
臺中市	5.4	3.4	6	25	0
彰化縣	5.7	3.3	6	18	0
南投縣	7.4	3.4	8	20	1
雲林縣	4.6	2.8	5	17	0
嘉義市	5.3	4.5	5	34	0
嘉義縣	6.3	5.2	5	33	0
臺南市	6.8	3.4	7	34	1
高雄市	7.5	5.7	7	55	0
屏東縣	4.1	2.7	4	18	0
臺東縣	7.7	4.1	8	25	0
花蓮縣	6.4	3.7	6	35	1
澎湖縣	4.8	3.2	4.5	14	0
金門縣	10.4	6.7	10	26	1
連江縣	6.1	5.8	4	22	1

計算公式說明：

- 平均關懷次數 = $\frac{\text{該縣市當月份關懷人次}}{\text{該縣市當月份通報人次}}$

(6) 各縣市特殊身份註記個案占率

分析自殺通報個案之特殊身份註記，精照列管個案占 15.1%、家暴被害人占 4.4%、家暴加害人占 3.5%、嚴重病人占 1.2%、兒少加害人占 0.9%、家暴高危被害人及家暴高危加害人占 0.7%、兒少被害人占 0.3%。精照列管個案占率最多的為臺東縣(23.1%)、宜蘭縣(22.9%)、花蓮縣(22.2%)。家

暴被害人占率最高的為花蓮縣(12.2%)，家暴加害人占率為高為嘉義市(5.9%)。(如表 3.2.9)。

表 3-2-9、2015 年 1-10 月全國各縣市特殊身份註記個案比率表(%)

	精照列 管個案	嚴重 病人	家暴高危 加害人	家暴高危 被害人	家暴 加害人	家暴 被害人	兒少 加害人	兒少 被害人	性侵 加害人
全國	15.1	1.2	0.7	0.7	3.5	4.4	0.9	0.3	0.1
臺北市	15.3	1.5	0.2	0.6	1.9	2.7	0.9	0.1	0.1
新北市	13.4	0.7	0.5	0.7	2.7	4.2	0.7	0.4	0.1
基隆市	15.3	0.2	1.7	0.4	3.8	4.7	0.4	0.0	0.0
宜蘭縣	22.9	1.7	0.1	0.6	3.3	3.9	0.4	0.0	0.2
桃園市	11.7	0.6	1.2	0.6	3.0	3.0	0.4	0.2	0.2
新竹市	5.6	0.0	1.0	1.9	2.5	7.0	0.0	0.0	0.0
新竹縣	11.9	0.9	1.0	1.8	3.7	4.2	0.8	0.2	0.0
苗栗縣	14.7	5.3	1.1	0.5	4.7	4.0	1.3	0.3	0.1
臺中市	12.2	0.6	0.5	0.5	3.5	4.1	1.0	0.4	0.1
彰化縣	17.3	0.6	1.1	0.5	4.5	4.8	0.4	0.2	0.1
南投縣	14.7	1.0	0.3	0.9	4.4	6.7	0.6	0.1	0.1
雲林縣	11.6	0.8	0.7	1.1	4.5	4.8	0.6	0.2	0.2
嘉義市	14.2	0.9	0.0	0.3	5.9	7.5	1.2	0.0	0.0
嘉義縣	12.4	0.6	0.9	1.3	4.0	3.8	0.7	0.2	0.0
臺南市	14.4	1.4	0.7	0.3	4.5	4.0	0.8	0.3	0.0
高雄市	22.0	2.3	0.8	0.7	4.0	4.5	2.1	0.2	0.0
屏東縣	16.5	2.4	0.4	0.5	1.6	5.5	0.2	0.1	0.2
臺東縣	23.1	0.5	1.0	0.5	3.8	2.8	0.5	0.0	0.4
花蓮縣	22.2	2.0	1.5	2.6	4.7	12.2	0.7	0.0	0.6
澎湖縣	9.2	0.0	0.0	0.9	0.0	7.5	0.0	0.0	0.0
金門縣	8.5	0.0	0.0	0.0	3.3	9.0	0.0	0.0	0.0
連江縣	5.0	2.5	0.0	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0

註：特殊身份註記個案比例=該縣市當月份特殊身份註記人次÷該縣市當月份通報人次

4) 不定期提供衛生福利部及各縣市衛生局相關統計與分析資料。

3. 結論

1) 衛生福利部時有臨時索取分析資料，鑑於死亡、精神疾病等相關資料僅能至衛生福利部健康資料加值應用中心進行資料串聯及分析，無法在給定時

間內提供資料，只能利用中心現有資料，將有可能導致提供之資料無法及時更新、資料不全或產生資訊誤判之現象。

- 2) 持續檢測自殺通報撈取資料之正確性，若有問題即討論及上報。
- 3) 持續監測自殺通報個案特性之異常現性，如針對新興自殺方式等。
- 4) 持續蒐集使用者對自殺通報系統相關之問題與建議，提供改善意見予衛生福利部。
- 5) 建議與改善：

撈取自殺通報資料時常發生欄位不全或資料有誤之情事，導致分析報表產出期程延宕。建議系統維護廠商能夠提高撈取欄位與資料之正確性，以利時效。

青少年自殺防治策略及具體實施方案

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺在青少年族群(15-24 歲)之十大死因排名，從 2003 年起由第三名上升至第二名，在今年 6 月衛生福利部公布之 2014 年國人十大死因中，自殺仍然高居青年族群第二大死因；而十大死因中之佔率以 2012 年為最高，達到 14.6%。以自殺粗死亡率來看，2002 年至 2013 年有逐年下降之趨勢，其中 2005 年之自殺粗死亡率為每十萬人口中有 7.6 人，2012 年為每十萬人口中有 6.0 人，至 2013 年已降至每十萬人口中有 5.2 人，如圖 4.1.1。但因青年族群為國家之未來，仍需持續加以關注，防患未然。



圖 4-1-1、全國 2005 年至 2014 年自殺死亡率(15 至 24 歲)

而 2014 年全國自殺未遂通報個案資料顯示，15-24 歲的族群中，男性和女性其自殺原因皆以「感情因素」占最多(31.2%)，其次為「家庭成員問題」(16.3%)，第三名則為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(9.7%)，顯示人際情感問題是青年族群的重要心理衛生議題。

分析歷年自殺方法，可發現此族群近幾年來在自殺方式上的選擇，有明顯的變化趨勢。特別是自 2002 年以「由氣體及蒸氣自殺」的排名由第 5 位躍升至第 2 位，2005 年更擠下「吊死、勒死及窒息」登上第一名，2014 年「由氣體及蒸氣自殺」為第一名，「吊死、勒死及窒息」排名第二，「高處跳下」則排名第三(圖 4.1.2)。

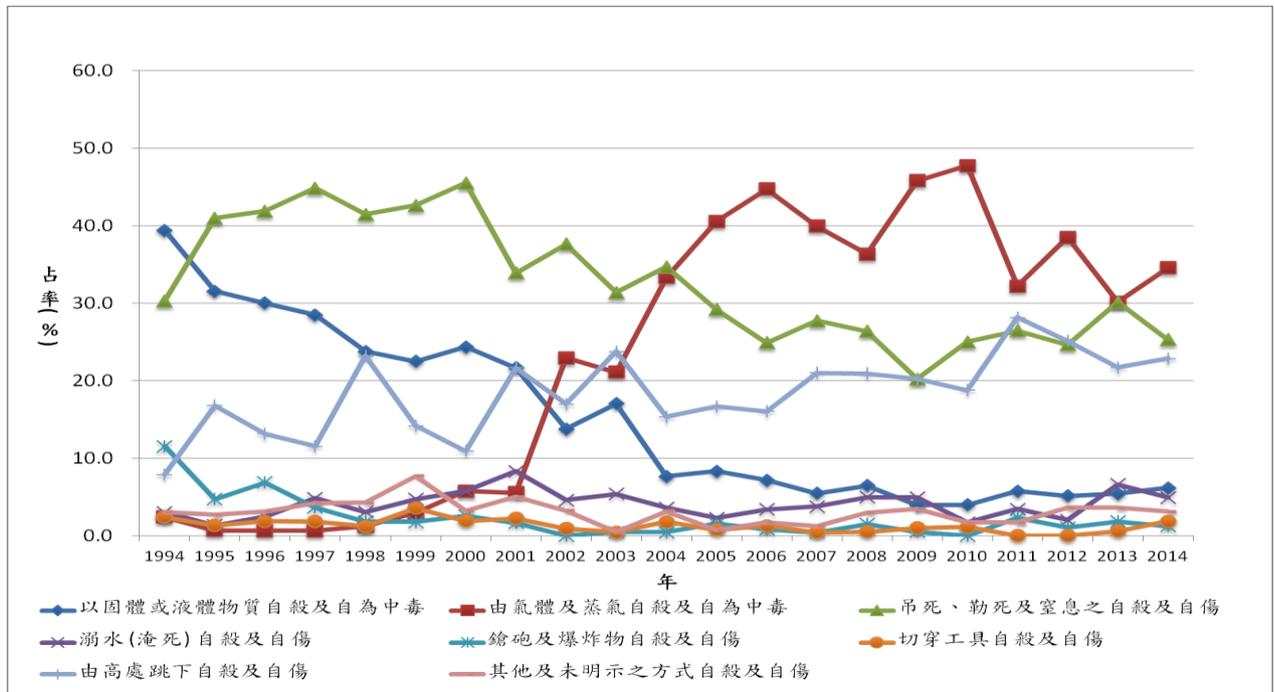


圖 4-1-2、全國 1994 年至 2014 年 15-24 歲自殺方法趨勢圖

根據 WHO 的資料，每年全球超過 80 萬人自殺身亡，平均每 40 秒就有 1 人自殺身亡，占總死亡人數的 1.5%，居重大死因中的第 15 位。在 2012 年的資料中顯示，不論性別與國籍，15 歲以下的自殺率為最低，而 70 歲以上為最高，顯示出自殺率隨著年齡增高而增加。而 15-29 歲的死亡原因中，自殺占了 8.5%，位居該年齡層死因第 2 位，僅次於交通意外；而在高收入國家，則是有 17.4% 的青少年為自殺身亡(如表 4.1.1)。而若以性別來分，除中國是女高於男之外，其他大部分國家皆是男性青少年自殺率大於女性，如圖 4.1.3。

表 4-1-1、他國 15-29 歲不同性別之自殺資料

全球 (197 個國家): 15-29 歲

	自殺率	排名	所有自殺人數 (占率)	排名*	所有死亡人數 (占率)	排名*
全部	13.5	3	30.2%	2	8.5%	1
男	15.6	4	27.7%	2	8.6%	1
女	11.4	2	34.6%	1	8.5%	1

高收入國家 (56 個國家): 15-29 歲

全部	12.5	4	16.3%	4	17.4%	1
男	19.3	4	16.9%	3	18.7%	1
女	5.3	4	14.1%	4	13.8%	1

中低收入國家 (140 個國家): 15-29 歲

全部	13.7	3	34.7%	1	7.9%	1
男	15.0	4	32.1%	2	7.7%	1
女	12.4	2	38.6%	1	8.2%	1

* 排名為與其他 4 個年齡層比較：(5-14；30-49；50-69；70+)

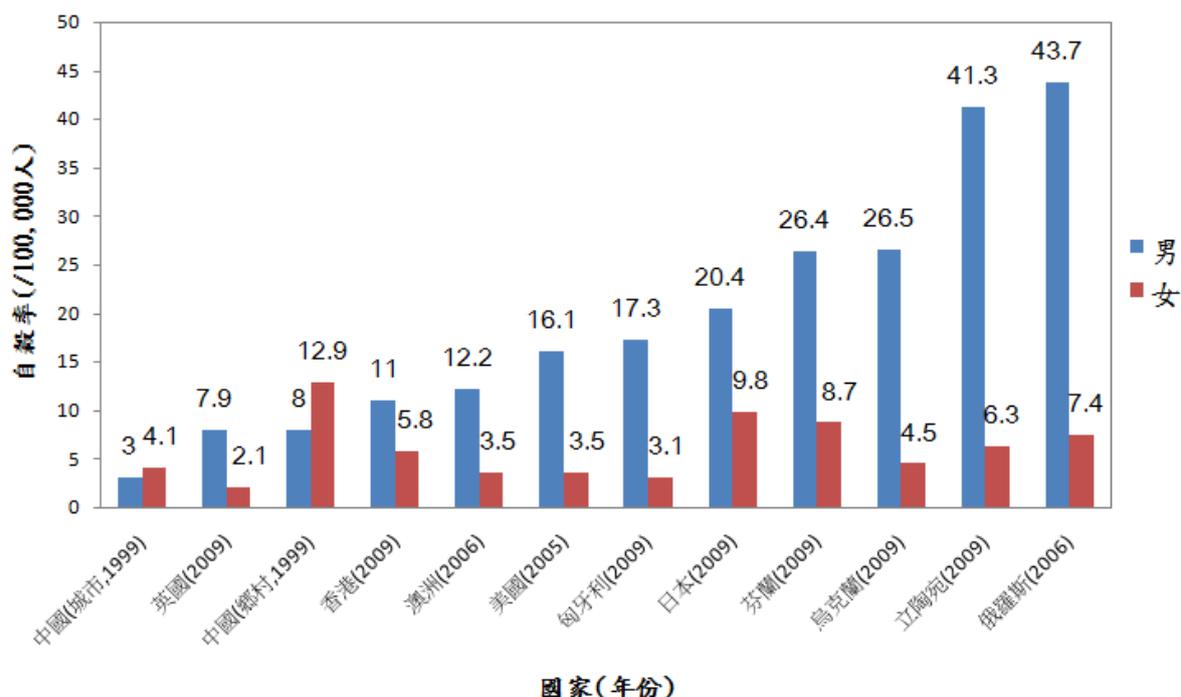


圖 4-1-3、各國 15-24 歲族群之自殺率(WHO)

全國自殺防治中心自 2006 年來已就青少年自殺防治之部分持續研擬策略和建議並積極推動，並於 2006 年與 2008 年分別與花蓮多所國、高中及臺中慈明高中合作，進行校園篩檢方案試辦，共計回收 20,301 份簡式健康評量表(BSRS-5)問卷。結果發現 63.4%的學生身心適應狀況良好，22.3%有輕度的情緒困擾，中度及重度情緒困擾的分別佔總人數的 11.4%及 2.9%，針對有情緒困擾學生，建議接受專業諮詢或轉介精神科治療。有關自殺意念嚴重度，在過去一個星期中完全沒有自殺想法的佔 82.5%，有輕微想法的佔 10.1%，中度以上想法的佔 4.3%，建議接受專業諮詢。而檢測結果顯示，有情緒困擾的受試者(BSRS-5 總分 ≥ 6)中，有 37.1%的人有自殺意念；在沒有情緒困擾的人中，則有 6.1%的人有自殺意念，顯示自殺意念在國高中學生是普遍存在的現象，而 BSRS 是有效的篩檢評估工具。而持續性的篩檢結果發現，經由專業輔導，學生於情緒困擾與自殺意念的得分逐漸降低，顯示試辦方案之成效。

2. 青少年自殺的相關因素

綜觀全球，青少年族群中，自殺是死亡的五大原因之一。在許多國家裡，青少年的族群不論男女，自殺甚至高居死亡排行榜的第一或第二名。目前，15 歲以下的自殺行為並不常見。雖然有些青少年在 14 歲時已有自殺行為，且多發生在青少年早期，但是 12 歲以下的自殺仍不常見。儘管如此，有些國家提出警訊，不管是 15 歲以下的族群，或是 15-19 歲的族群，自殺行為的發生同樣在逐漸增加當中。

自殺的方式，每個國家不盡相同。舉例來說，在某些國家，選擇使用殺蟲劑是很普遍的；但在其他國家，藥物、汽車廢氣、或是槍枝卻更為常見。男孩比女孩更容易自殺身亡。一個可能的理由是男孩比女孩更趨於使用暴力的方式來自殺，譬如說上吊、槍枝、或是爆炸物，且雖然女孩比男孩更容易有憂鬱症，但是她們比較願意和人討論她們的難題，並且會尋求幫忙，也許這是她們避免致命的自殺行為的原因。男孩通常比較衝動好鬥，也常在酒精或是非法藥物的影響下從事了自殺行為，因此也帶來了致命性的後果。

但是在青少年族群中，女孩卻比男孩更常發生自殺行為，而且，女孩選擇以暴力方式來自殺的比率在過去十年間正逐漸增加。因此，兒童和青少年的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段。所以，如果要針對自殺加以防治的話，學校不失為一個最理想的實行場域。以學校為基礎的最佳自殺防治，是以團隊合作為基礎。包括老師、校醫、

學校護士、心理諮商師、以及社工。除了學校內的密切合作之外，同時也必須與社區的團體有良好的交流互動。釐清自殺之相關危險因子，是自殺防治的必要步驟。

1) 青少年自殺的危險因子

因為環境和遺傳的影響，過去研究已指出在特定的家庭裡或特殊環境下的自殺行為明顯比其他家庭多。分析後發現，在青少年或兒童的自殺行為或自殺身亡案例中，下面的因素或情境往往有高度的關連：

(1) 個人人口學因素

- a. 性別(女性：自殘；男性：自殺)
- b. 低社經地位
- c. 性向(同性戀，雙性戀，變性)

(2) 負面的家庭或生活經驗

- a. 父母離異
- b. 父母身亡
- c. 負面的兒時經歷
- d. 兒時經歷性侵或虐待等暴力行為
- e. 父母罹患精神疾病
- f. 家庭成員曾有過自殺行為
- g. 婚姻或家庭不合
- h. 曾遭受霸凌
- i. 人際關係問題

(3) 精神與心理因素

- a. 精神疾病，特別是憂鬱症，焦慮症，注意力不足過動症
- b. 藥物或酒精濫用
- c. 易衝動
- d. 低自尊
- e. 人際關係問題解決能力差
- f. 完美主義性格
- g. 感到絕望

而任何突發的或劇烈的生活事件改變，若會影響到兒童或青少年的行為表現，周遭之親朋好友更應認真看待。最常見的行為表現或警訊包括：

(1) 對日常活動失去興趣

- (2) 成績全面性的退步
- (3) 努力程度降低
- (4) 在教室裡不守規矩
- (5) 無法解釋或反覆的缺席或曠課
- (6) 過度的抽煙、飲酒、或藥物不當使用(包括大麻)
- (7) 過度沉迷於網路使用，如打殺遊戲
- (8) 導致警力介入和學生暴力的意外事件

2) 青少年自殺的保護因子

避免自殺的重要保護因素，總結起來可歸納為下列三大項：

(1) 家庭功能

- a. 與家庭成員的關係良好。
- b. 從家庭中可得到支持。

(2) 認知與人格特質

- a. 好的社交技巧。
- b. 有自信，對現有處境或成就有信心。
- c. 面對困難時會求助。
- d. 面對重大決定時會尋求建議。
- e. 對於別人的經驗或解答採開放的態度。
- f. 對於新知採開放的態度。

(3) 文化與人口學因素

- a. 社交整合，例如：透過參與運動、教會活動、社團和其他活動。
- b. 與同學有良好的關係。
- c. 與老師和其他成人有良好的關係。
- d. 有旁人給予支持。

3) 青少年自殺的迷思

關於青少年的自殺行為，存在著一些經常為人所誤解的迷思，倘若無法突破這些迷思或錯誤資訊，則無法真正深入探討青少年自殺的根本問題，也就無法瞭解青少年的問題所在。文獻上提及之青少年迷思，常見者有下列幾項(林綺雲，民 93；Shamoo & Patros，1997； King KA，1999)：

迷思 1：兒童不會也不知道如何自殺

大部分的大人認為兒童不會自殺，也相信兒童不知道如何自殺，他們也相信青少年不知道死亡是結束，所以兒童或青少年自殺的企圖都是不實

在或並不真的能完成。但很多證據顯示孩子一旦有自殺的想法，他們將會執行，而且他們也懂得如何結束生命。父母應留意經常發生「意外」的孩子，那些意外可能是企圖自殺的結果。有些孩子甚至會思考、計劃並逐步完成自殺的企圖，父母要留意且詢問重要的問題。換句話說，事實是孩子「不僅會而且懂」得如何自殺。

迷思 2：談論自殺的人不會去做

我們很難相信孩子們會自殺，我們如何確定孩子發出的訊息是企圖真的自殺？例如他說：「我去死算了」、「如果你不讓我玩電動我就自殺」或「我真希望我死了」時到底是真是假？孩子發出的資訊與言語確實是很難判斷，所以就顯示「問」的重要，寧可問一個笨問題，也不要讓孩子真的去自殺。換句話說，會發出自殺訊息的孩子是希望有人聽、有人在意，聽者都應嚴謹的去面對接收到的訊息。

迷思 3：自殺的人只是為了想引起別人的注意

很多大人相信孩童自殺是想引人注意而且他們並不真的想傷害自己。的確人們都想引人注意，但對覺得被冷落、無望、孤單的孩子而言，自殺變成是很實際的選擇。如果孩子必須透過自殺才能引人注意是相當可悲的，可能他用了很多求救方式都宣告無效，使他別無選擇的用自殺的方式來結束自己的痛苦。換句話說，有自殺企圖的孩子會發出求救訊號，必須去傾聽、回答。

迷思 4：物質的揮霍或行為的放縱可以宣洩生氣的情緒，並降低自殺的可能

許多兒童和青少年使用藥物來減輕生活中的痛苦，但他們不知道這樣只會增加自殺的機率，生氣與激烈的行為顯示青少年不僅在傷害別人，他們也在尋求幫助，這些行為都是青少年無法處理週遭壓力的徵兆。換句話說，藥物濫用或吸毒等反而會增加兒童和青少年自殺的企圖。

迷思 5：兒童與青少年是一生中最少麻煩的階段，他們只有小問題與適應的需要

並非所有的孩子都有幸福的家庭，即使家庭看似和諧，但父母也經常忽略孩童在面對世界時，所承受的恐懼和緊張。現實環境中進步的技術、愈來愈高的教育要求、愈來愈多的暴力、更容易得手的酒與毒品、更多的致命疾病、漸增的同儕壓力、攀升的離婚率等，這些都是影響兒童行為的

壓力來源。換句話說，很多兒童或青少年是不快樂的，同時有調適上的問題。

迷思 6：所有自殺過的青少年都有精神疾病

有精神疾病的人可能會自殺，但有自殺傾向的人未必是有精神或心理疾病。事實上，想自殺的人很怕到醫院或輔導室尋求專業協助，他們很擔心被歸類為心理有病的人。除了情緒上，社會上(人際)的困擾，孩童企圖自殺的理由可能是壓力、失落(失去所愛的人或物)或挫敗的經驗；無論老小，只有少數比率的人是因嚴重的心理問題自殺。換句話說，青少年常因壓力問題而非精神疾病因素自殺。

迷思 7：和孩子談論自殺會使這個想法盤據孩子腦海中

很多人認為談論自殺會增加它發生的可能性，如果和孩子談自殺，可能灌輸孩子自殺的想法。但如果孩子透過行為提供他們正在思考自殺的線索，那就表示自殺的想法早就在那兒，行為反應是傳達他們想告訴大人他們的感覺與害怕。如果大人不理睬，他們會覺得確實無人在乎；與孩子談話，不僅表達大人的在乎與關心，孩子會體會到大人對他重視的程度。換句話說，和孩子談論自殺並不會灌輸他們自殺的想法。

迷思 8：如果孩子想自殺，父母要負最大責任

孩子自殺，最難過的人往往是父母，他們會自責，自問何處出錯。很多人會認為父母應該負責，反而加深父母的罪惡感。事實上，很多父母是最晚察覺兒女有問題或痛苦的人，他們也很難理解孩子真正的需求，更難為孩子的所有行為負責。

迷思 9：大部分曾經自殺過的青少年都真的非常想死

青少年在自殺或憂鬱狀態時對死的感覺是很複雜的，他們想死但又很害怕真的去做。大部分的自殺發生在家且在可能有救時，通常青少年在自殺之後會馬上求救，這顯示他在生與死之間掙扎，甚至他們也不確定自殺是否能解決他的問題。換句話說，事實上有自殺想法的人未必真的要去死。

迷思 10：人只需要看待生命中光明的一面，會使生活好過些

若向孩子說『明天會更好』這一類的話，他會認為你的確是不了解他，因為孩子並沒有太多的機會可以體驗這句話的真意。孩子的問題是此時此刻，並非在未來，所以，他看不到光明面。換句話說，事實上一個憂鬱或

想自殺的人可能會想到生命中美好的事物，但他並不相信它們。

迷思 11：當失意的人顯示進步的徵兆時，危機就度過了

一個失意的人有好轉或進步的跡象時，尤其是有行為問題(如吸毒、酗酒)的人突然可以控管自己的行為時，人們會以為他已渡過危機。事實顯示很多人在行為好轉不久之後自殺。這是因為這些人已決定要自殺，停止擔心、憂鬱，使行為表象變好了。換句話說，即使一個人在一段憂鬱之後，感覺或行為突然好轉，他還是有可能會自殺。

迷思 12：青少年不能和曾經有自殺想法的人相處

1997 年青年風險行為監督調查(Youth Risk Behavior Surveillance Survey)調查了 16,262 個高中生，結果顯示有五分之一(24.1%)的學生在一年內曾經很認真的考慮過自殺；另外，一個調查鄉下 5000 名青少年的研究顯示有 40.0%的人在他一生中的某些時刻曾想過要自殺；有一些研究者更表示更真實的評估應該是有一半以上的高中生都曾有過自殺的想法。再者，在美國中西部有一個超過 400 名國高中生的調查發現幾乎有一半的學生表示他們知道有朋友曾經自殺過。

啟示：自殺離學生的生活其實是非常接近的，並不用也無法不接觸到擁有自殺想法的人，因為很多人都有過。

迷思 13：男性與女性青少年在自殺行為上沒有差異

女性青少年很明顯的比男性還容易有自殺想法和試圖自殺，精確地來說，女性青少年曾有自殺想法的數量是男性的 1.5 至 2 倍、有試圖自殺的數量是男性的 3 至 4 倍，但男性的自殺死亡率卻是女性的 4 至 5.5 倍。雖然 25 位企圖自殺的女性中只有一位死亡，3 位企圖自殺的男性就有 1 位死亡。

迷思 14：因為女性青少年自殺身亡的機率相較男性為低，他們的企圖不需要被重視

自殺身亡最重要的一個預測就是他曾經自殺過，自殺過八次的青少年比從來沒自殺過的青少年更容易再自殺。三分之一到一半自殺的青少年都有企圖自殺的紀錄，因此所有的自殺企圖都應該要被認真看待。

迷思 15：青少年最常見的自殺方法都和藥物濫用有關

自殺身亡的青少年最常使用的自殺方式就是槍枝，在 1994 年時，槍枝佔所有自殺身亡青少年使用方法的 67.0%，而第二個造成身亡的方法(上吊窒息)只佔 18.0%。家裡存放槍枝將增加青少年自殺的風險，不論槍枝是否被鎖起來，即使不考慮精神狀況上的變數，它在家裡的存在就和青少年高自殺風險有關。家裡有槍的自殺機率是沒有槍的 4.8 倍，因此限制取得持有槍枝的方式有效下降 15 至 24 歲青少年的自殺機率並不令人感到驚訝。

迷思 16：如果青少年想要自殺，沒有人能阻止它發生

個人在預防自殺上最重要的就是辨識出自殺警訊並發現正增加自殺風險的青少年，學校老師應該要注意這些風險因子並知道該如何處理學生的自殺危險與企圖，學校風險介入小組的存在應該會有很大的幫助。

迷思 17：自殺行為是遺傳的

目前並沒有發現特定的自殺基因，但研究發現同卵雙胞胎自殺相關率比異卵雙胞胎高，這意味著當同卵雙胞胎其中一個人自殺，則另外一個手足自殺的機率比異卵雙胞胎高。然而，並沒有研究評估從出生就分開養大的同卵雙胞胎自殺的一致率，這和觀察遺傳與精神疾病有無關聯的方法一樣。這樣的研究可以得知父母養育風格和家庭環境對自殺機率是否有影響，當與控制組比較時，青少年自殺者很明顯較少或者不滿意與父母的溝通。(意即：自殺與基因和環境都有關聯)

迷思 18：青少年自殺只會發生在貧窮的族群身上

所有不同社經地位的青少年都會發生自殺，社經地位的研究還沒有證實可以預測青少年的自殺行為。學校老師應該藉由評估學生的社交和情緒特質例如感情、心情和接觸到的事情，去決定他們是否處於高風險，而不是運用他們的社經背景來預測。

迷思 19：只有諮商師或心理健康專業人員能幫助高風險自殺青少年

大部分想要自殺的青少年並不會去看心理專業人員，相對的他們比較會向家庭成員、同儕或學校老師求助。展現關心與照護和確保青少年是否求助於心理健康專家，是非專業者也能做的。

3. 青少年自殺防治策略

在公共衛生領域中常以三級預防模式來設計疾病的防治工作；而所謂三級預防是指以健康促進活動來減少生病之危險因子，與增加免於生病

之保護因子，以預防生病(一級預防)；其次是早期篩選、診斷與早期介入(二級預防)；以及，提供有效治療與復健，以避免惡化並及早恢復功能，且不再發病(三級預防)。

第一級預防是確定哪些是導致自殺的危險因子(包含潛在危險因子與急性因子，如壓力事件)，進一步找出可以降低自殺發生的保護因子，進而發展出策略來降低危險因子與增進保護因子。第二級預防則是篩選出可能會自殺或自我傷害的高危險族群，及早做介入與輔導，學習危機及壓力處理能力，以降低自殺發生的比例。第三級預防則針對即將自殺或自殺未遂的人進行危機處理與介入，確認個案的安全性，保護生命，避免未來真的自殺或再度自殺；而對自殺身亡者，則需對其親友進行危機處置與事件處理，包含對家屬、同儕與親友所進行的哀傷輔導與治療。

臺灣目前針對自殺防治也是依以此方向制定三大策略，分別是指標性(indicated)、選擇性(selective)及全面性(universal)策略。目標是藉由三大策略的施行，制定因地制宜的行動方案，期能降低自殺的危險因子，增加保護因子，提升民眾的心理健康素質。茲簡要說明如下：

1) 指標性策略

防治對象是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，即自殺企圖者。世界衛生組織(WHO, 2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有 10 至 20 起自殺企圖發生；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何透過自殺企圖者通報關懷系統，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，同時針對自殺者遺族進行關懷，皆為指標性策略重要的工作內容。

2) 選擇性策略

以高風險群為對象，包括精神疾病的早期診斷與有效處置等。在選擇性防治策略中，心理健康篩檢以及高危險群之辨識，是相當重要的一環，透過有效的篩檢，適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置。除了運用守門人 123-1 問 2 應 3 轉介技巧來協助高危險群外，也應隨時運用簡式健康量表(BSRS-5，別名心情溫度計)，以瞭解施測對象的心理狀態，強化對心理困擾及自殺意念的辨識能力。

3) 全面性策略

全面性策略之主要對象為全體民眾，涵蓋導正媒體報導、減少致命性

物品之可近性、降低自殺與精神疾病的社會污名化程度，促進社會大眾心理健康。除透過媒體報導外，並發展文宣品宣導，且透過大型活動、傳播媒體、演講、藝文活動之參與，建立全國性自殺防治的網站及珍愛生命數位學習網，提供相關資訊，並讓民眾可以上網學習。

4. 業務或方案的目的與目標

- 1) 針對青少年之自殺方式擬定自殺防治因應策略。
- 2) 強化青少年自殺防治之措施，提升並推動各網絡對青少年自殺之重視，以降低青少年之自殺死亡率。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 彙整中心過去針對青少年之相關策略和建議。
- 2) 蒐集國內、外青少年相關策略及數據資料。
- 3) 撰擬策略、建議及實施方案。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心口司、教育部、國防部等。
- 2) 資源連結內容及形式：意見交流、會議討論等。

三、過程(Process)

1. 4月10日召開「青少年自殺防治專家討論會」，規劃青少年自殺防治策略及具體實施方案。
2. 4月中開始，進行方案資料彙整及撰寫。
3. 4月底進行增修與校正，於4月30日函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 青少年自殺防治實施方案

自殺防治三大策略，乃是提供各單位機關作為擬訂實施方案的基本方向，但策略的落實仍是需要各單位的協助，方案的擬訂應根據實際數據、資源分佈、因地制宜，才能有效執行。以下僅依青少年生活的場域、特性和其他相關單位為例，提出策略實施方案之建議：

(1) 校園與家庭

相較於其他年齡層，青少年自殺所造成的生命年數損失最為嚴重，也因此青少年自殺往往會造成相當大的遺憾與感傷。研究顯示自殺與自傷經常發生於中學時期，而大部份自殺身亡的青少年，在自殺之前都有心理方面的疾病，倘若治療及時，也許就能阻止這些遺憾的發生，也因此校園自殺防治策略的建立是相當重要的。藉由校園來推動自殺防治在經濟、便利性、有效性上，都是較為理想的：青少年大多都會聚集在校園，因此在校園中進行心理健康評估相當符合經濟效益，而比起到醫院的門診，青少年也比較傾向於接受學校提供的心理輔導與諮商，加上若可以在校園創造一個支持性良好的環境，對青少年的心理健康將會有更大的幫助。

在校園推動自殺防治策略時常見的三項核心原則包括：

- a. 以促進求助行為為目標：而可行的方式包括「心理相關問題的去污名化」與「求助管道的推廣」等。
- b. 加強校園中「守門人」的角色功能：指導學生如何幫助身邊出現自殺警訊的同學，告知他們可以向誰求助。
- c. 教導青少年對自傷/自殺行為有正確的態度：避免學生將自殺行為「正常化」或抱持著正向的看法。

以上述核心原則為例，配合三大策略，說明青少年校園自殺防治之規劃。如下：

a. 指標性策略：高風險個案之關懷追蹤

其方案內容針對有自殺或自傷行為的學生應建立予持續的關懷、處置與追蹤。茲將方案簡述如下：

- a) 建立嚴密的通報流程與處置程序(圖 4.1.4)：
 - (a) 各校應成立自殺防治相關之組織或委員會，並擬訂校內自殺防治相關之政策與流程之流程圖，由校長擔任召集人。
- b) 方案內容舉例：
 - (a) 當校園發生自我傷害事件時(有明顯自殺計畫並有自殺行動、自殺未遂，或自殺身亡)，立即啟動危機處置流程，由事件發現人先通報學校總幹事，並通知校護或撥打 119，再由總幹事通知召集人(多由校長擔任)，啟動相關人員進行緊急理。
 - (b) 事件處理過程中，總幹事需確實掌握各組事件處理的概況與進度，隨時與召集人保持密切聯繫，最後再召開危機小組會議。

- (c) 危機小組會議工作包括啟動 24 小時危機通報系統，召集人因視實際需要隨時召開危機小組會議進行討論。需要時，得指派發言人擔任對外發言之單一窗口。
- (d) 會議需邀請法律組或社區資源組人員參與會議，協助其瞭解目前事件發展及處理狀態，以提供相關的協助與諮詢。
- (e) 當事件結束後，若個案死亡，則會協助處理後事(殯葬事宜、參與告別式等)；若個案生還，則會持續追蹤該生身心狀況，並進行後續心理諮商，以及生活輔導與後續追蹤。
- (f) 針對此事件相關的師生及危機工作人員進行減壓團體，以降低他們受到自我傷害事件的創傷性衝擊。
- (g) 高危險群的師生，則可透過「急性壓力障礙篩選問卷」、「創傷後壓力疾患篩選問卷」，對師生加以辨識與篩選，必要時需即刻作轉介，以避免意外再次發生。
- (h) 最後召開工作檢討會，進行事件處理工作之檢討，評估學校處理自我傷害事件的能力，做為未來修正防治計畫之參考，並呈報整體事件處理報告和進行資料存檔備查。

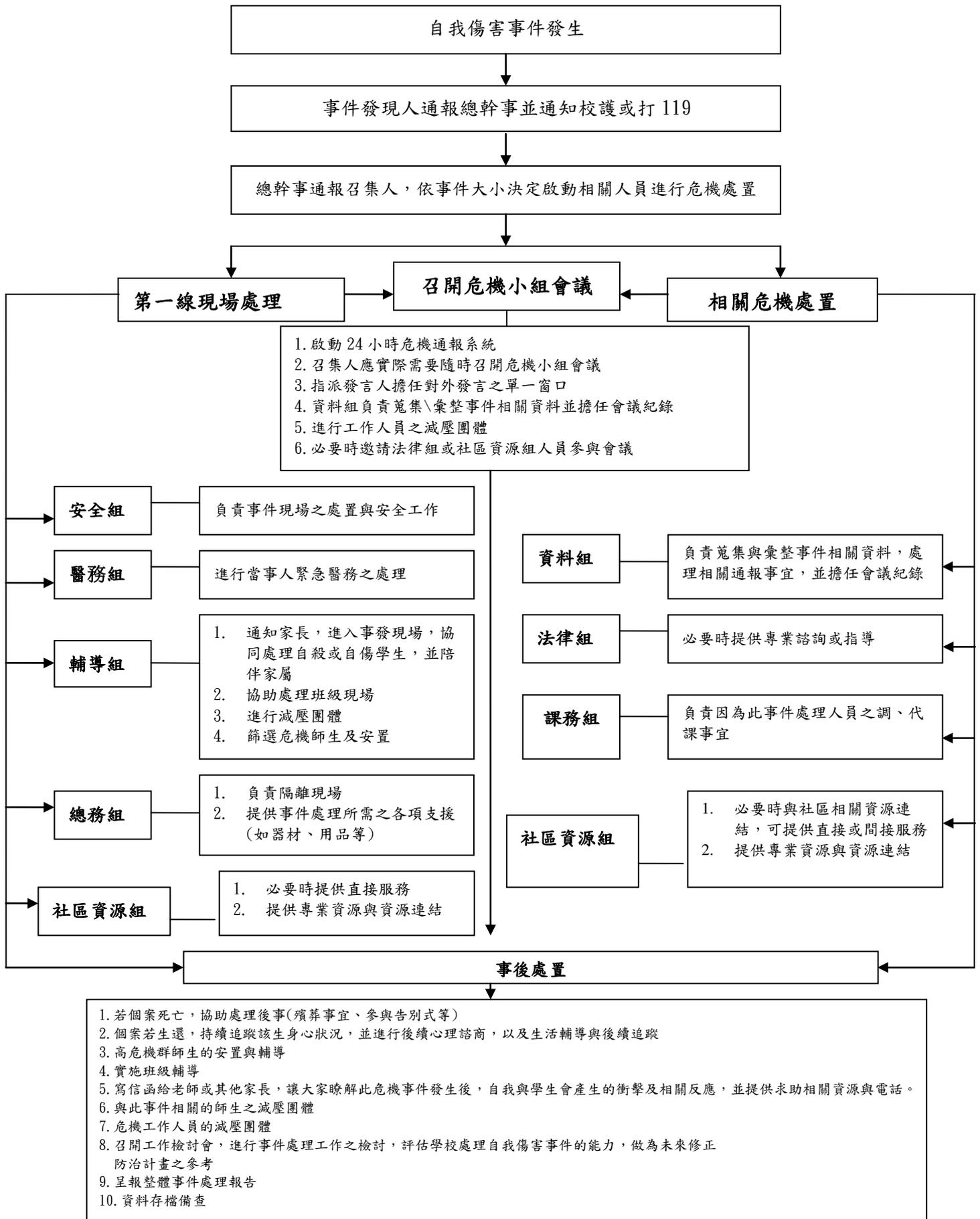


圖 4-1-4、校園自我傷害危機處置標準化作業流程

b. 選擇性策略：風險篩檢

只有少數有過自殺行為的青少年，曾經接受過心理相關的治療，因此更要重視主動的針對部份或全體學生進行自殺風險篩檢，其項目包括「重覆的自殺意念」、「憂鬱情緒」、「過去自殺/自傷史」等，在篩檢的過程中，訪談人員會告知學生其隱私將會受到保護，他們的回答不會被老師知道，在篩檢之後，高風險學生會被轉介到相關的心理衛生資源，協助學生得到幫助。針對高危險/高關懷學生，以關懷態度為基礎提供支持與協助。茲提供規劃方案之內容簡述如下：

a) 遭性侵/家暴/霸凌學生之關懷處置

- (a) 透過導師或學輔人員平時觀察，及同學、家長投訴等管道，瞭解學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象。
- (b) 如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則由校長召集因應小組進行評估，瞭解事件嚴重程度、個案身心狀態等。
- (c) 啟動校園危機處理機制，由校長指定專人進行責任通報及校安通報、媒體應對及發言。
- (d) 啟動輔導機制，召開輔導會議(由校長召集，成員得包括導師、學務人員、輔導人員、家長或視個案需要請專業輔導人員、性平委員或少年隊等)。
- (e) 加強與社會工作專業人員之協調聯繫，必要時應陪同學生配合司法調查，如遇轉學，更應結合社工訂定個案處遇計畫。
- (f) 如有需求，在徵求家長同意後，將個案轉介專業諮商輔導或醫療機構實施矯正與輔導；學校輔導小組仍應持續關懷並與該專業諮商輔導或醫療機構保持聯繫，定期追蹤輔導情形，必要時應落實轉介精神醫療治療服務及追蹤。

b) 中輟生之關懷處置

新北市衛生局過去與特教科合作，針對曾經中輟之學生進行團體輔導，結果發現學生的問題不單一只是是學生自身的問題，有時是因為跟學校老師的互動有問題，老師不知如何輔導學生，所以導致學生產生很多中輟問題。此外，「國民中小學中途輟學學生通報及復學輔導辦法」第五條規定，中輟生追蹤管制到 16 歲為止。對於已超過 16 歲追蹤管制年齡的中輟學生，學校老師方面，基於道德責任，仍可盡量尋找該中輟學生之去向。因此針對中輟生之自殺防治策略，除學生本身之外，更應針對家庭、社區等網絡來著手。其建議策略除下述外，亦需從全面性、指標性等策略著手。

- (a) 社政或社輔單位結合立案民間團體、退休教師輔導長期或多次之輟學學生，如進行個案訪談、電話訪談、家庭訪視或辦理營隊等工作，並鼓勵學校教師積極參與協尋及輔導復學工作等。
 - (b) 學生退學準備時，於個案訪談可使用簡式健康量表(BSRS-5)，檢測其心理健康狀態，發揮守門人精神。若學生具有自殺想法，須落實一問二應三轉介，轉銜至社區精神醫療單位、心理衛生中心，或精神科醫師，進行後續諮商及輔導。
 - (c) 對於中輟生的家人，可能因為親人中輟而使心情受到影響，也可在電話訪談或家庭訪視時利用簡式健康量表(BSRS-5)之簡單題目，關懷中輟生家屬之心情狀態。
 - (d) 分區設置資源式中途班、合作式中途班及慈輝班等，輔導返校無法適應就學環境之中輟生。
 - (e) 輔導輟學後又復學之學生時，運用簡式健康量表(BSRS-5)進行篩檢，並鼓勵學生定期測量，自我察覺情緒情形並紀錄，若發現心情溫度很高或是有自殺的想法，立刻向輔導教師求助。
 - (f) 彙整統計並分析中輟生輟學及再輟原因，並研擬解決方案及因應策略
 - (g) 辦理中輟生輔導業務經驗學習研討會，邀集各相關局處共同檢討並提出改進策略等，在討論中輟相關解決因應策略當中，須置入輔導及自殺之防治，防範中輟生自我傷害及自殺等行為。
 - (h) 定期辦理中輟生復學輔導督導會報、結合社政及社區資源，引進退休教師或輔導志工認輔有中輟之虞或輟學復學之學生等。在輔導時可運用簡式健康量表(BSRS-5)及相關之評量工具，檢測學生情緒狀態，查覺是否有情緒困擾，並協助處理與解決，降低輟學發生機率。
- c) 強化教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，推動「守門人」之積極角色與功能：
- (a) 教師(導師及輔導老師等)隨時留意學生的自殺威脅警訊，發現學生有自殺意念或行為時，立即啟動校園危機處理模式，成立危機小組並聯絡各相關人員，如家長、社福單位、輔導老師或校醫等。
 - (b) 輔導老師可與家長保持溝通與聯繫，提醒家長注意，並視情況或是持續給予個人或團體輔導。而對於較為嚴重者，應連繫外部心理衛生資源，將學生轉介至醫療院所或精神科醫師等。
 - (c) 對於學生家中有情緒不穩的父母親，應特別注意是否有自殺意念，是否有意帶孩童一起走等，需及時給予協助及關懷。
 - (d) 學生多留心周遭同儕是否有出現身心或行為異常的訊息，像是寫有想

自殺的字條、計畫許多方法或管道想要自殺、憂鬱、沮喪、自傷、注意力不專心、日常行為的改變等。若是發現同儕有自殺意念或行為，不要答應保密，需將事情緊急通報老師，以尋求專業協助。

- d) 針對新生及轉學生，於入學、學期開始初期及期中考前後施測心情溫度計，或由導師提高敏感度，針對時常常請假或無故曠課之學生，成績突然全面性退步，過度的抽煙、飲酒、或藥物不當使用或是有情感問題、憂鬱、自殺高危險群等，進行早期篩檢，隨即追蹤的預防介入。
- e) 於學生畢業後前一年，以生涯規劃模式再次進行篩檢，確保學生身心健康，並提供其他領域，如職場、軍中等相關資源。
- f) 建立學生高憂鬱傾向與自殺高危險群的資料庫，可由輔導中心開辦成長團體或人際關係團體或團體心理治療，以憂鬱與自殺高危險群為主，希望透過團體討論增加同學的成熟度、人際網絡、社會支持度以及人際溝通技巧。
- g) 珍愛生命守門人推廣
 - (a) 定期針對學校教師及學生辦理珍愛生命守門人課程，提高對身邊同學及朋友的敏感度。
 - (b) 高中以下(含國中、活小)將守門人納入指定既有課程，大學則鼓勵學校每期開設守門人課程，供學生選修。
- h) 與精神醫療單位密切合作，建立關懷處置之流程與措施
 - (a) 建置學校周遭之醫療單位名單，以利緊急事件發生時可直接聯繫，強化定期之互動，透過實務研討，建立合作機制，落實轉銜服務流程與品質。
 - (b) 定期召開校園自殺防治相關會議，邀請精神醫療、心理輔導等領域之專家前來研討。
 - (c) 連結學校輔導人員與精神醫療網，加強合作及相互轉介，建立綿密的自殺防治網絡。
- i) 針對學生家庭之自殺防治
 - (a) 透過家長會，或各種聚會或文件訊息，將自殺警訊之辨識與關懷之知識，主動傳送家長，強化與家長聯繫溝通管道品質。
 - (b) 留心孩子的狀況，一旦有異常的情緒，語言或行為時就該積極處理。
 - (c) 了解孩子學校的支持服務系統，並和學校老師、輔導老師、社工等保持密切聯繫，以利察覺孩子在學校時的表現。若發現孩子有自殺相關問題時，尋求學校老師或輔導老師的幫助，一同探詢孩子問題的癥結，或是聯絡各縣市心理衛生中心和醫療院所，尋求更專業的幫助。

j) 事後處遇(Postvention)

每一位自殺身亡者，最少會影響到其身邊六個人，因此對自殺身亡者週遭親友的關懷也是不可忽視的。事後處遇主要是在自殺事件發生後，針對自殺者身邊的人，進行自殺風險篩檢，並且對其可能產生的心理困擾與傷慟反應進行關懷，另外，對於目睹自殺行為的學生，更要預防創傷後壓力症(Post-traumatic stress disorder)的發生。事後處遇的主要目的為減少模仿效應的產生，規劃方案如下：

- (a) 需要由心理相關人員成立危機管理小組
- (b) 偵測哪些學生可能會受到此事件的影響並聯繫其家長
- (c) 派遣負責此事件的心理諮商師
- (d) 派遣一位心理諮商師到自殺身亡者的課堂上，與其他學生一同上課，觀查其他同學的狀況
- (e) 聯繫與關心死者家屬，瞭解喪禮的準備狀況，並提供心理衛生資源的資訊
- (f) 需指派一名人員負責媒體相關事宜。當危機管理小組成立並分派職責後，再將自殺事件於會議和課堂時告知其他師生，特別需要告知老師一些可以提供給學生的相關資源，並探討是否有其他高風險的學生。辨別高風險的學生往往是最困難的步驟，高風險者通常是自殺身亡者的好朋友、相同社團的朋友、相同團隊的隊友、和兄弟姐妹等。另外像是有物質濫用問題的學生、情緒明顯困擾者、有自殺意念或曾經自傷/自殺過的學生也是都高危險群。運用上述系統化的篩檢量表，也有助於辨別高風險學生。

c.全面性策略：預防性措施及心理健康措施

在校園中設立心理健康措施的優勢，包括學生對環境的熟悉度、交通上的方便性等，以增加學生求助的意願。因此，校園中針對心理輔導者與心理諮商師的教育，增進他們照顧有自殺意念學生的能力，將非常重要。這些學程包括以認知行為療法為基礎的壓力管理課程，社交活動與人際關係訓練、認知重建等，藉由加強對生活壓力的處置方式與認知的改變，降低自殺的風險。**心理教育法 (psychoeducation approach)**此為校園中最為常見的一種方式，對象不只是老師與家長，更包括了所有的學生，因為研究顯示，青少年若願意告知他人自身的自殺意念，最有可能的對象就是他們的朋友。這個方法的目的主要是增加對問題的警覺性、加強對自殺警訊的辨識與處置、鼓勵求助行為、與減少心理疾病的污名化。有自殺風險

的學生可能得到「直接」(鼓勵學生自行求助)或「間接」(指導老師、同學如何幫助有自殺意念的學生)的幫助。規劃方案如下：

- a) 定期與不定期舉辦自殺防治及心理健康促進之教育訓練：
 - (a) 透過校內課程、新聞、大型活動或講座宣導燒炭後遺症。
 - (b) 導師於班級中，介紹守門人之理念，傳達 APP 使用的便利性，邀請學生使用。
 - (c) 心理衛生中心或輔導中心，可介紹及推廣心情溫度計 APP，並請加強高風險個案：如成績退步、有憂鬱傾向等之關懷，鼓勵學生每日自我檢測。
 - (d) 家長會或班親會時，教師可介紹 APP 及使用方式，鼓勵家長下載使用。
 - (e) 透過學校各社團活動，將自殺防治知識，融入學生的生活態度中，並推廣心情溫度計 APP，落實學生健康自我管理。如於校內張貼心情溫度計 APP 宣導海報。
 - (f) 開辦心理健康促進訓練，含交友、愛情觀點、正向思考、衝突管理、情緒管理、壓力調適及危機管理等。
- b) 結合鄰近地區資源，推動守門人之計畫：
 - (a) 與學校周邊連鎖量販店合作，在刊物、自有木炭商品外包裝、ATM 操作畫面及領款轉帳單據等通路，加印自殺防治相關訊息，如簡式健康量表(心情溫度計)、關懷警語和求助資訊等。
 - (b) 與藥局合作，於店內週邊牆面，張貼自殺防治相關宣導海報，或於櫃臺等明顯處張貼宣導海報、放置關懷吊牌、摺頁或小卡等宣導資訊。於店內如立牌、海報、單張、結帳櫃檯電視廣告、店內廣播等通路，宣導自殺防治概念。
- c) 提供防治資訊與資源：
 - (a) 學校教職人員於生命教育相關課程中，教導學生保命之重要性，或是在校園張貼相關海報，提供學生隱密且安心的諮商管道，讓學生能安心進行舉報，以拯救有自殺企圖之同學。
 - (b) 圖書館中建立自殺防治系列電子書專區，並推廣心情溫度計 APP，讓學生閱讀及使用。
 - (c) 辦理自殺防治相關展覽，如年度影展活動，藉此進行一系列之校園自殺防治概念之宣導。
 - (d) 運用學生意見領袖及社團幹部，帶頭擔任守門人，發起關懷運動。
 - (e) 青少年多因為感情因素而有自殺行為，校園可發揮創意，辦理情感會

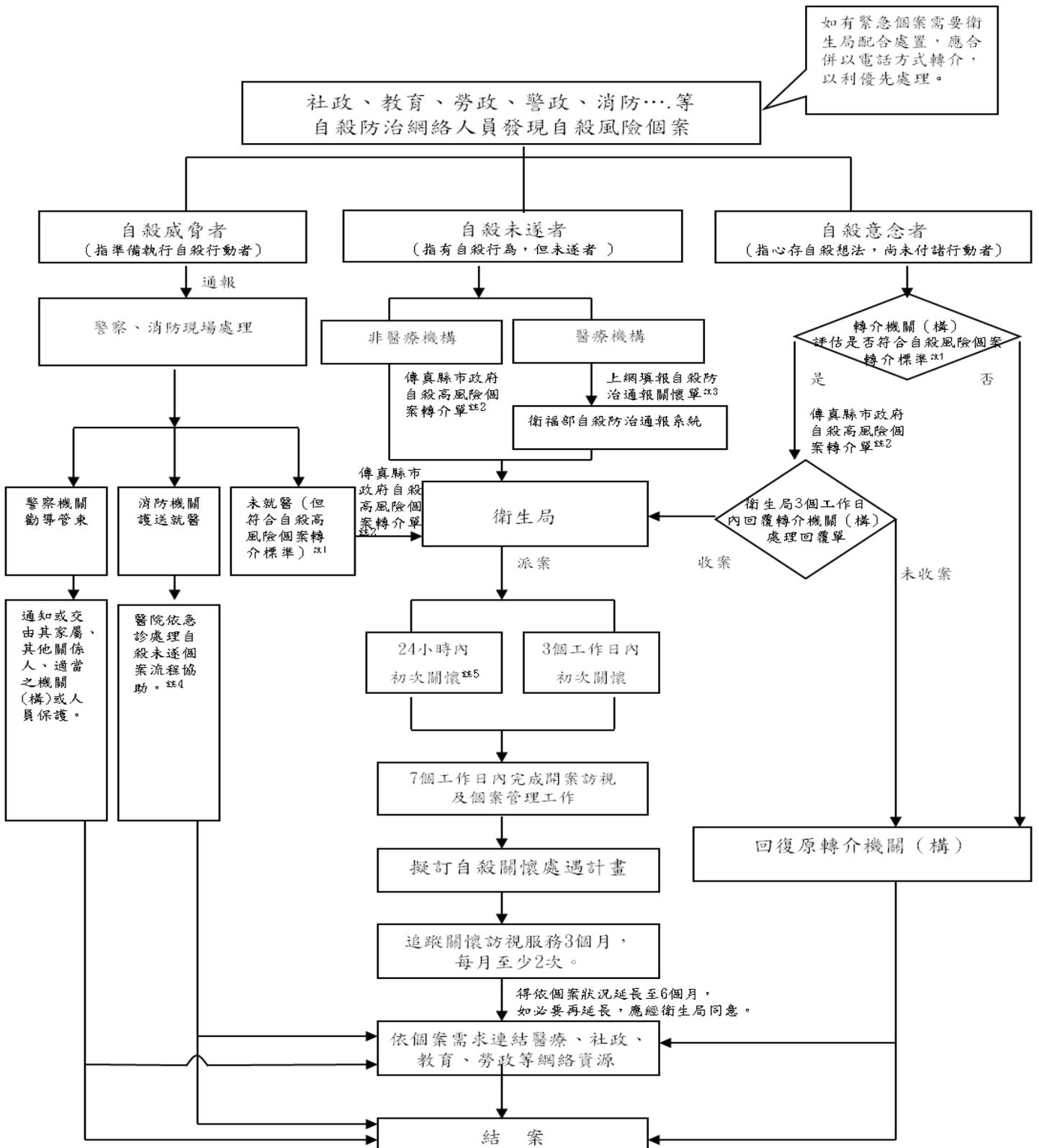
- 談、戲劇、講座或活動等，增進學生之敏感度，並鼓勵勇於求助。
- (f) 於學校輔導室、布告欄等地方，放置及張貼自殺防治相關宣導文宣資料及求助資源。
 - (g) 將自殺防治相關資訊融入教材中，藉由課程來提升學生對於自殺防治之概念。
 - (h) 於校內課程提供「珍愛生命數位學習網」，便於學生線上學習自殺防治相關知識。
 - (i) 學校教官平常視學生情形，談話中運用心情溫度計 APP，覺察學生自殺風險，及時採取因應措施。
 - (j) 保健室的護士可使用心情溫度計 APP 協助受傷學生篩檢心理健康狀態，適當告知導師或轉介。
- d) 建構安全措施：
- (a) 校園內應注意危樓修復。
 - (b) 於高樓頂樓以張貼海報、布條或噴漆方式，標示關懷警語、求助資訊等。
 - (c) 加裝頂樓監視器、頂樓安全門裝置警報系統、安全網設置等。
 - (d) 校內保安人員及校園志工可加強頂樓監視器監測及巡視，對自殺熱點(常發生自殺行為)建築物加強監控。
 - (e) 電梯內，張貼自殺防治相關宣導、求助電話等。
 - (f) 一樓處種植灌木叢，降低墜落時所可能造成的傷害。

(2) 心理衛生相關單位

- a. 遇到行為個案時，除全國各縣市醫院及衛生局等相關單位可直接上網進行通報外，各警察、消防、社政、勞政、民政、教育等相關單位，亦可透過紙本方式，將個案資料傳遞至各縣市衛生局，進行通報。(圖 4.1.5)
- b. 各縣市衛生局受理通報後，則依照衛生福利部之自殺防治通報系統通報後關懷作業流程(圖 4.1.6)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。
- c. 關懷訪視員在進行訪視時，應主動與通報機關(構)電話聯繫，掌握個案行蹤資料，並告知個案自殺危險性及相關處置建議。關訪員亦需評估會同相關機關(構)共同處置之必要性，並立即電話訪問並安排家庭訪問時間。在訪視後回復轉介機關(構)評估及訪視結果。
- d. 關懷訪視服務時，關懷訪視員需依規定評估個案簡式健康量表(BSRS)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。

- e. 訪視方式得依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或其他面談訪視等方式進行，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。
- f. 根據個案之特性和需求，關懷訪視員可連結醫療、社政、教育、勞政等網絡，提供個案更多資源。需注意是，當個案有明顯自殺企圖或自殺行為正在發生時，生命有利及性危險時，應即刻通知警察、消防單位，勿貿然自行單獨前往處理。



註1：符合自殺高風險個案轉介標準：個案需同時達到以下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：縣市政府自殺高風險個案轉介單 (如附表1)。
 註3：自殺防治通報關懷單 (如附表2)。
 註4：醫院急診處理自殺未遂個案流程 (如附表3)。
 註5：若通報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、跳樓或農藥者，應於24小時內進行初次關懷。

圖 4-1-5、自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程

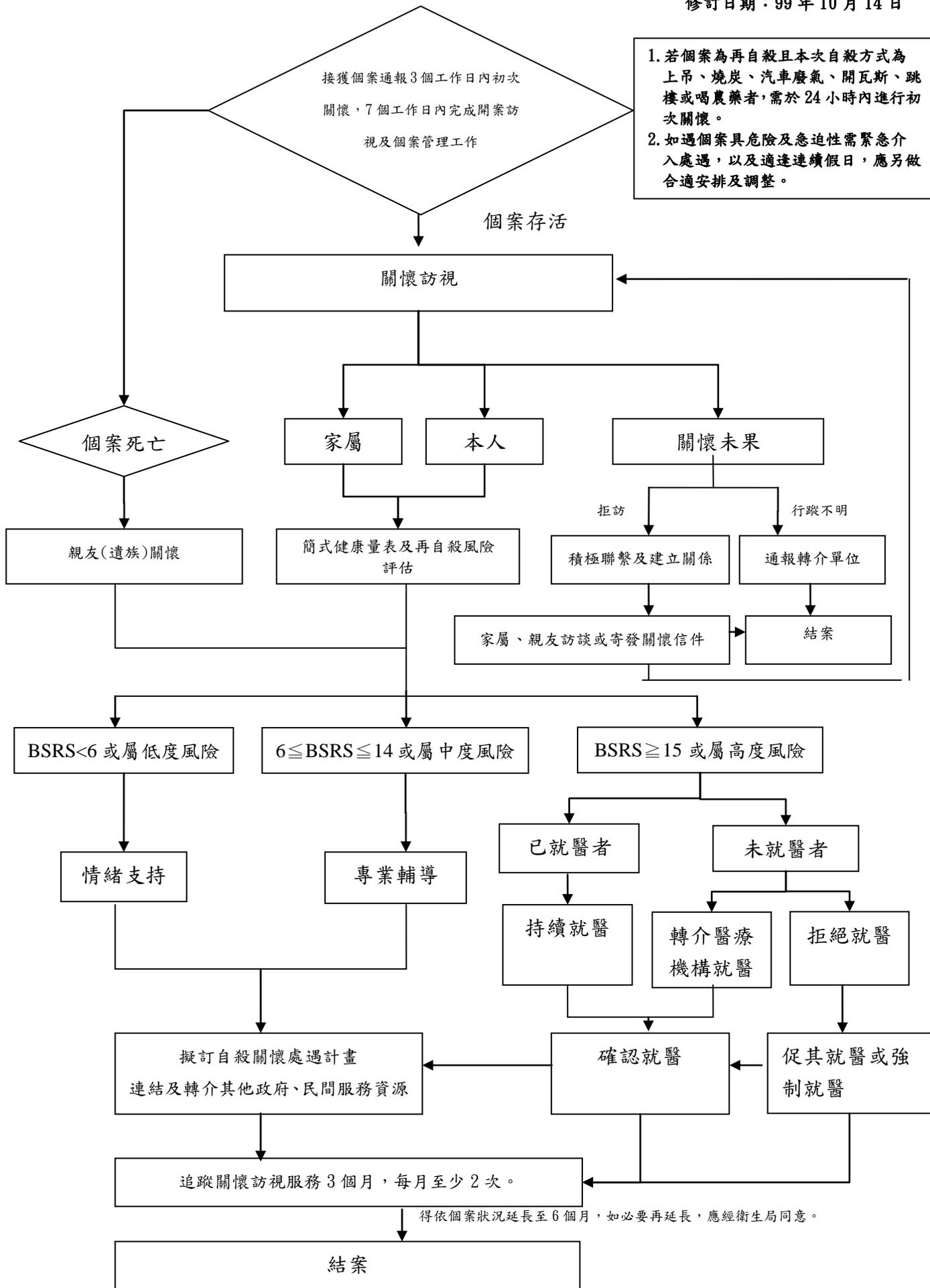


圖 4-1-6、自殺防治通報系統通報後關懷作業流

(3) 精神醫療相關單位

醫院之醫療人員在面對高風險病人時，必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防治網絡，並透過「自殺防治守門人」訓練，提升醫院工作人員相關的知識、態度與技能。非精神科團隊在臨床工作時，能夠發揮守門人精神，當遇有自殺意圖之個案，能加以注意，即時通報和適時處置，並與精神科醫師密切合作，共同確保個案得到最適當的照護。而配合三大策略之方針，所規劃之精神醫療相關單位之自殺防治方案，如下：

- a. 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。(圖 4.1.7)
- b. 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。
- c. 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。
- d. 「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。
- e. 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。
 - a) 院內通報：接觸的醫療人員立即向院內個案管理師通報，管理師負責建檔及追蹤。
 - b) 院外通報：依照衛生福利部規定向各縣市政府衛生局做自殺通報。
 - c) 個案管理師執行自殺企圖個案通報、追蹤、登錄、關懷轉介。
 - d) 自殺企圖與自殺傾向高風險群個案追蹤輔導服務
- f. 自殺高風險群之個案管理：
 - a) 每日晨會，檢討值班急診照會個案。
 - b) 每週照會討論會，檢討病房照會個案。
 - c) 追蹤關懷自殺企圖者。
 - d) 自殺企圖者監測分析。
 - e) 生命關懷特別門診(視醫院相關精神專科資源，參酌辦理)。
 - f) 電話熱線業務(視醫院相關精神專科資源，參酌辦理)。
- g. 針對院內病友提供立即性服務。如：

- a) 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。
- b) 自殺防治專線由個案管理師與精神科團隊負責接聽，提供 24 小時諮商服務。
- c) 實施電話關懷追蹤與個案管理，轉介特殊門診與相關資源。
- h. 制定自殺高危險因子篩檢工具，病患入院時如有精神病史、憂鬱症、慢性疾病或控制不良等因素時，應做自殺高風險評估，以利儘早發現及時介入。
- i. 非精神科之住院病人，建議醫院將心理健康評估(如 BSRS)納入例行性評估內，並訂定住院病人自殺高風險篩檢流程及啟動時機。
- j. 建立支持性醫療照護團隊合作模式，持續評估病人自殺意念的頻率及嚴重度，若必要時轉介照會精神科醫師、心理師、社工師，並納入出院計畫之考量。
- k. 開業醫師定期接受守門人訓練，強化自殺防治概念，並將心理健康評估納入看診使用之篩檢工具之一。
- l. 加強基層醫療單位與精神科及學校之合作，提供學校專業諮詢及協助。

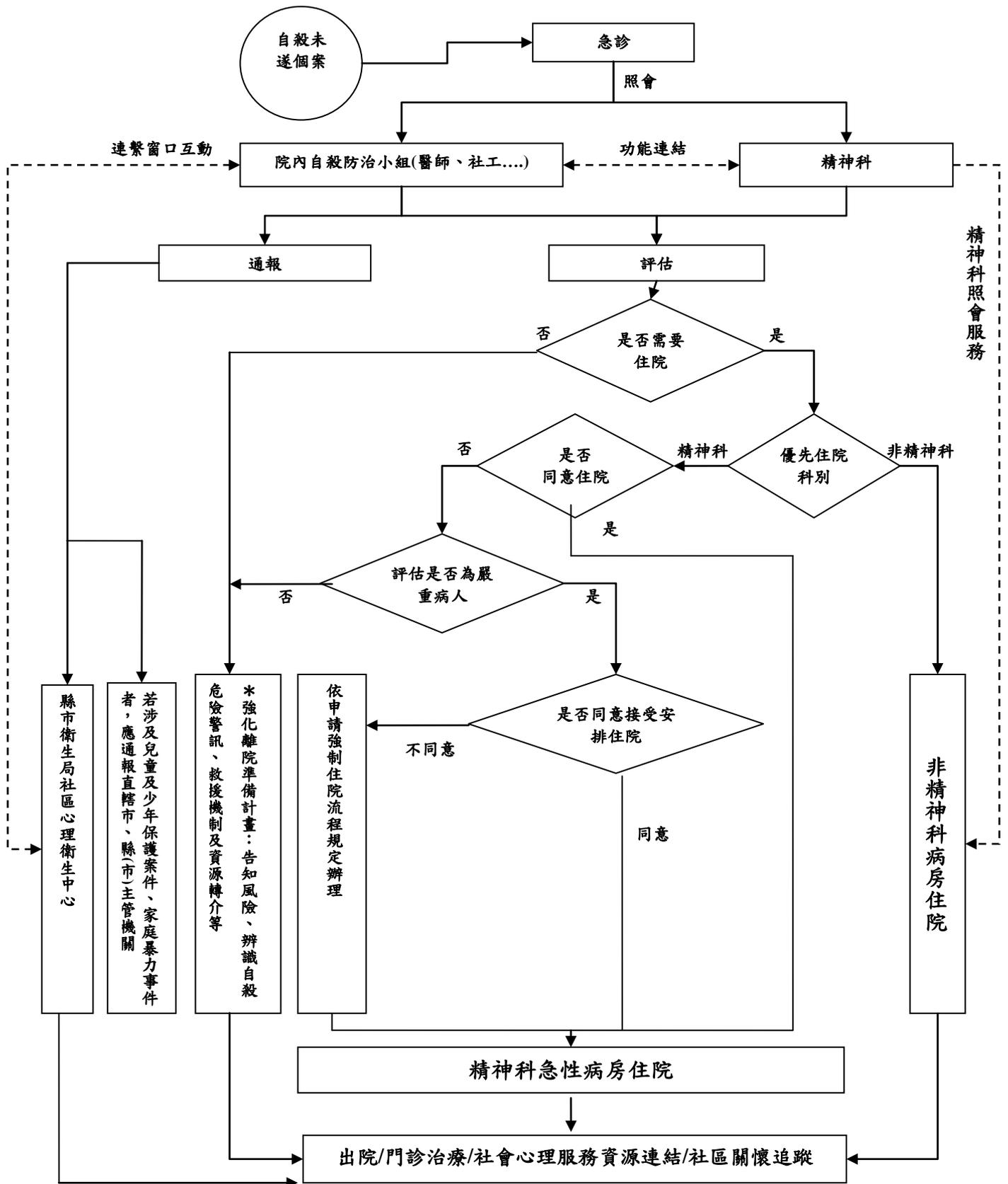


圖 4-1-7、醫院急診處理自殺未遂個案流程

(4) 特殊場域：軍中、職場與矯正機關

國軍因應社會潮流與各級協處官兵心理問題實際需要，自民國 82(西元 1993)年 7 月起，依序於各級部隊、學校、機關等單位，區分 2 年 4 階段設置「心理衛生中心」及「心理輔導官」，並制定工作職掌、角色任務及人員選訓用等規定，國軍心理輔導組織架構漸具雛型。

民國 88(西元 1999 年)年 7 月配合「精實案」，成立北、中、南、花東及金門、馬祖、澎湖等 7 處「地區心理衛生中心」，完成國軍心理輔導「三級防處體系」及「區域輔導網絡」之建構，全力推展官兵諮商輔導、心理健康教育推廣、心理測驗、自殺防治等心理輔導工作。(圖 4.1.8)



圖 4-1-8、臺灣地區心理衛生中心分佈

國軍自我傷害防治工作以建構「發掘預防、協力輔導、轉介治療」之三級防處系統為核心，並訂頒「國軍官兵『自我傷害防治』實施規定」，置重點於「高風險群人員危機發掘掌握」、「心理健康宣導暨自傷防治教育」、「落實輔導管制與研究發展」等作為，全力防治自我傷害。以明確律定工作職掌，有效分工原則，發揮「初級預防處置」、「二級輔導處置」、「三級醫療處置」之功效，建立環環相扣、層層管制之協力輔導轉化機制，各級

工作職掌如 圖 4.1.9 和圖 4.1.10。

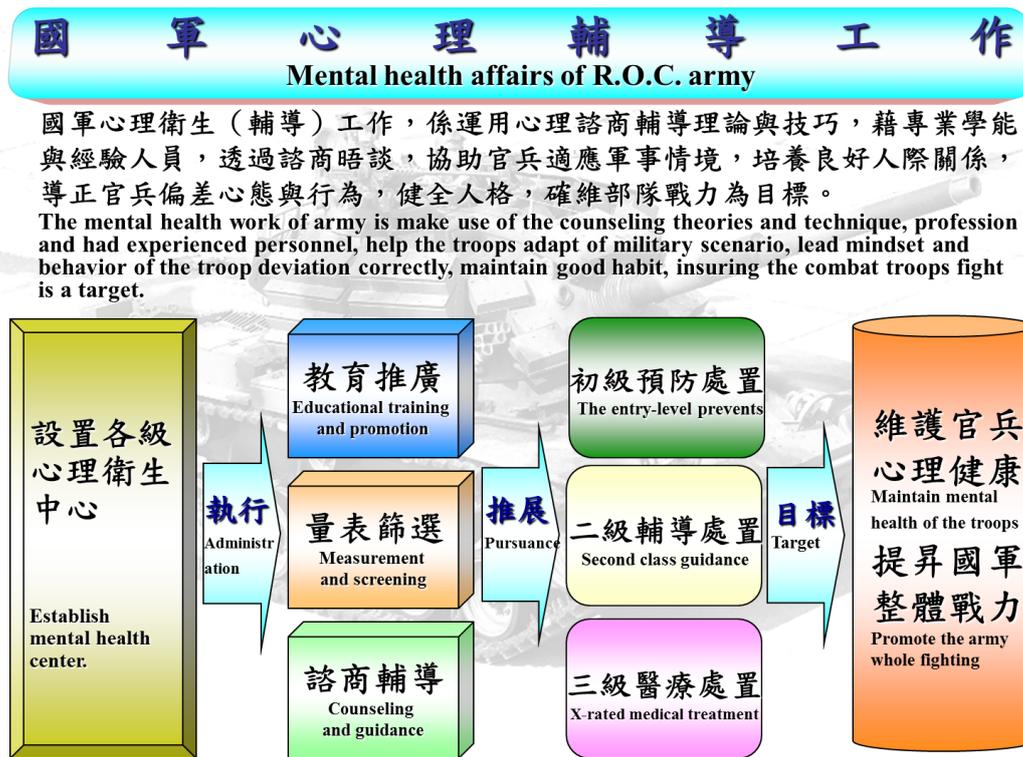


圖 4-1-9、國軍心理輔導工作

a. 初級預防處置：

由基層營、連級輔導長為第一線輔導人員，運用「約詢輔導」、「親考親教」等方式，主動掌握身心狀況不佳，協助適應環境暨紓解疑惑困擾，發揮早期發現、迅速疏導及轉介治療等功能。

b. 二級輔導處置：

由具專業素養與技巧之心輔官(員)擔任，協助處理經基層連隊輔導無明顯改善之轉介個案，依其疑難屬性實施輔導與評估；另定期至所屬單位實施心理衛生宣教，發揮教化、導正功能。

c. 三級醫療處置：

各「地區心理衛生中心」對經各部隊轉介之個案實施諮商輔導，經評估呈現較嚴重之心理症狀官兵，即轉介精神科專業醫師實施會診，醫療資源與社會輔導網絡，發揮矯治、醫療與心理重建等功能。

以述三級處置為基礎，所規劃之實施方案如下：

a. 國軍教育宣導執行方式：

a) 士官兵心理衛生教育：

新進官兵入營暨分發常備部隊時，運用量表施測、心理衛生教育、專題講座及巡迴宣教等時機，以適應量表篩選、心理健康影帶收視、輔導團體等方式實施多層次教育，建構官兵正確心理健康觀念，協助官兵適應部隊生活。

b) 各級幹部輔導知能訓練：

於軍、士官養成教育期間，由軍事院校排訂心輔課程，灌輸幹部輔導教育知能；至部隊服務後，依階層規劃持續教育；自 2010 年起，規劃及指導各級辦理「旅、營級主官高階幹部輔導知能研習」、「排班級幹部心輔知能研習」、「營連級幹部初級防處研習」等教育研習，有效提昇各級幹部領導知能，強化危機處理與初級預防能力。

c) 心輔人員專業知能訓練：

為持續提昇各級心輔人員專業輔導知能，有效協助身心不適官兵妥處身心疑難，邀請專家學者針對「身心適應」、「婚姻感情」、「壓力調適」等輔導協助重點實施教育，2010 年計辦理「儲備心輔幹部研習班」、「心輔人員在職訓練」等教育研習，有效提昇各級心輔人員輔導專業知能。

國軍心理輔導「三級防處」流程圖

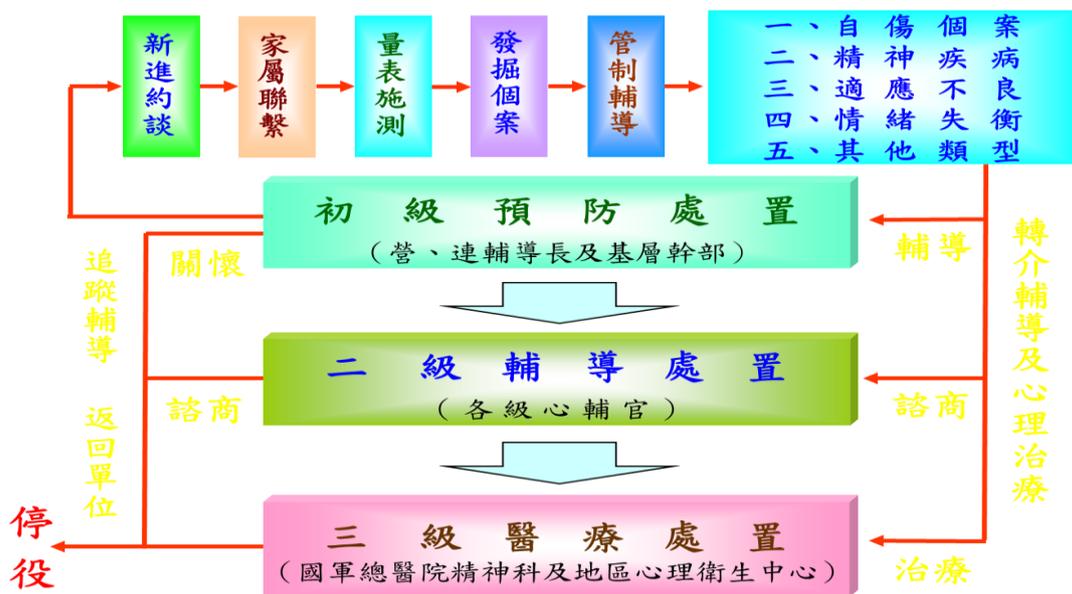


圖 4-1-10、國軍心理輔導「三級防處」流程圖

b. 官兵輔導個案處理流程(圖 4.1.11)：

a) 新進人員輔導：

心輔官(員)於人員到部 1 週內實施「心理衛生教育」、1 至 3 個月內完成「國軍身心狀況評量表」施測；對單位轉介或問卷篩選之個案，實施個別諮商，以協助個案適應生活。

b) 一般官兵輔導：

自官兵報到迄退伍前，配合宣教或輔導時機，提供官兵生活、職業諮詢及相關心理測驗等資訊，作為退伍後生涯規劃參考。

c) 特別個案輔導：

對明顯適應不良、情緒失衡或行為異常及具自我傷害傾向之官兵，由單位心理衛生中心擬定輔導計畫，並將輔導情形、建議及協助配合事項密函單位輔導長，供單位研處執行。對輔導無效之個案，協助轉介至國軍地區心理衛生中心，或經單位核准轉介至民間專業機構進行專案輔導；另經研判屬精神疾病人員，立即轉送國軍醫院精神科治療，經鑑定達停役標準者，協助儘速辦理停役手續。

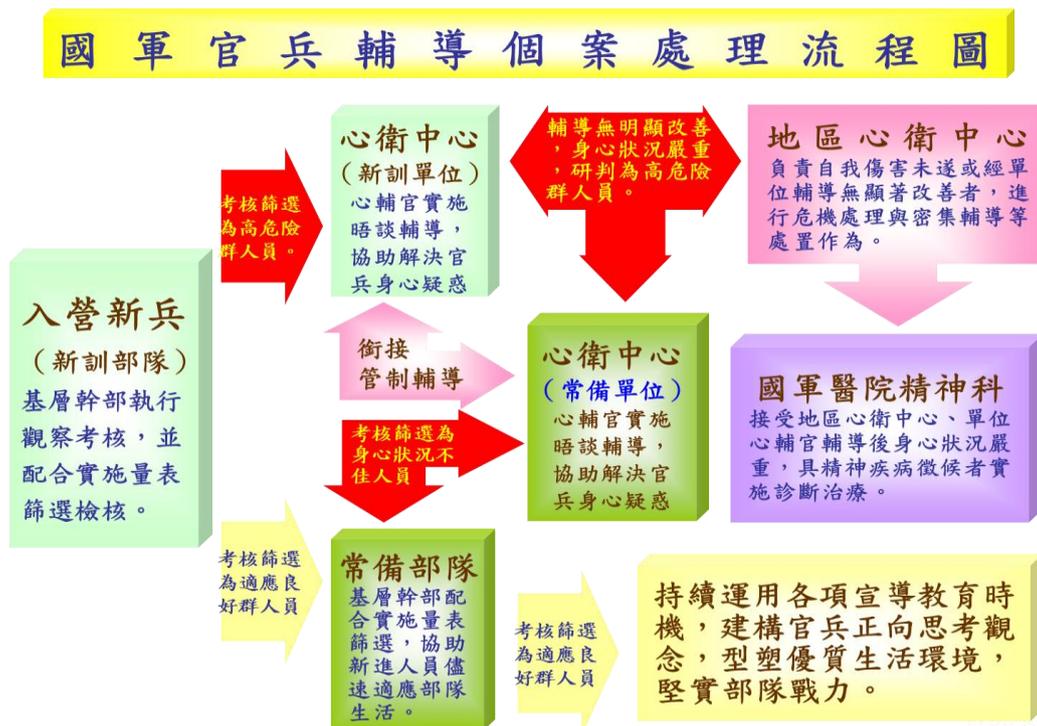


圖 4-1-11、官兵輔導個案處理流程

國內近幾年相關政府單位，已開始重視職場勞工之工作壓力與心理健康議題，紛紛投入倡導及推廣事業單位員工有關工作壓力以及心理健康的重要性及預防措施，並於今年 6 月通過「職業安全衛生法」亦更加強了對職場心理衛生的重要性，並藉此將自殺防治全面落實至各職場，促進員工

心理衛生，以提高工作環境品質及增加工作效率。

而矯正機構方面，裡面收容之受刑人是屬於高風險族群，也是容易被忽略的一群人，在特殊的環境、心理及社會等影響因素下，再加上可能的隔離處置等，使得受刑人自殺風險增加。以下為針對職場及矯正所規劃之方案。

a. 指標性

- a) 對於自殺未遂或身為自殺者遺族之軍人、員工或收容人等提供輔導及轉介外部資源，建立復職評估及協助流程等。

b. 選擇性

- a) 針對新進職員進行篩檢，瞭解員工之身心狀況，以提供適當之關懷與協助。每年定期提供篩檢，以利追蹤公司員工之心理狀態，能夠及時介入和予以協助。
- b) 透過各項資源調查公司內部是否仍有需要被幫助之同仁，及早轉介給 EAP 或是心理諮商輔導單位服務；常保持與工作異狀同仁家屬之聯繫，藉由家人補足下班後的關懷缺口。
- c) 使用心情溫度計針對剛入伍與即將退伍之青少年進行檢測，以瞭解其身心健康，進而及早發現並給予關懷和協助。
- d) 軍中針對自殺及自傷個案，除召開研討會瞭解事件原因與提供資源，更應定期與其他專業人員召開討論會議，已提升輔導知識與技能。
- e) 每個新受刑人在接案時加以篩檢，並在當環境或情況改變時再做一次。
- f) 監督家人或友人的訪視，以發現在訪視時所出現的爭辯或問題。應該鼓勵來探訪之家人，一旦發現青少年有暗藏自殺想法時，要知會工作人員。

c. 全面性

- a) 各企業單位將珍愛生命守門人之概念納入既有之 EAP 規劃建議，以利發現畢業後剛入社會之青少年，其身心狀況，並給予關懷和協助。
- b) 執行 EAP 方案的人員，無論為事業單位內部人員及委外專業機構人員，均需皆接受守門人訓練。
- c) 藉由倡導發展人際和社會職能的訓練課程，教導有關壓力管理與因應的技巧，幫助個人具有處理壓力相關議題的能力。
- d) 推廣傾聽和人際技巧，以幫助個人改善他們的人際關係。
- e) 提高同仁對於自殺防治認知以及擴大自殺防治方案影響力的關鍵溝通內容，應包含以下概念：

- (a) 介紹自殺感覺是暫時性的概念
- (b) 藉由適當的處理可以讓個人感覺變好
- (c) 主動尋求協助是有能力的表現
- (d) 家庭成員、朋友及同事，應該嚴肅地討論自殺議題
- (e) 告知哪裡可獲得協助的資源
- f) 各縣市政府可協助中小企業以下項目：
 - (a) 協助推動職場心理健康促進服務，促進中小企業員工之心理健康，以利提升員工之勞動生產力，進而提高中小企業之競爭力。
 - (b) 培養中小企業健康促進負責人，具有職場心理健康促進之規劃及執行能力。
 - (c) 進行事業單位職場員工壓力實況調查，了解中小企業員工壓力情況，供政府作為政策擬定及推動之參考依據。
 - (d) 接受中小企業之委託，協助委託事業單位擬定職場心理健康促進服務計畫，並提供中小企業員工精神科門診及心理諮詢服務，並進行個案管理及統計報告服務。
 - (e) 提供中小企業職場心理健康促進講座，增進中小企業員工之心理健康知能。
 - (f) 提供中小企業職場心理健康促進之文宣海報，供中小企業索取並張貼於事業單位，增加企業員工之心理健康知識。
 - (g) 建置中小企業職場心理健康促進平台，供中小企業員工透過平台，提升心理健康知能。
- g) 軍中辦理基層及高階講習，落實輔導轉介並提升各級將領之自殺防治概念與技能。
- h) 軍中全面推廣生命教育，提供心情溫度計供官兵使用。
- i) 矯正機構工作人員，如監獄、看守所、少年觀護所的骨幹人員，需接受初步的自殺防治訓練，並且之後每年接受進修課程。

2) 青少年網路成癮的自殺防治

近年來，網路成癮(internet addiction)已經成為全球性的公共衛生問題。網路成癮的定義，泛指病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致功能損害，包括：學業成績、人際關係、身心健康、家庭互動、職業表現...等方面。網路成癮的型態，包含線上遊戲、社交軟體、線上賭博、線上購物、虛擬性愛和資訊超載。網路因為它的匿名性、虛擬性、方便性、逃避性...等特質，吸引當事者耽溺其中。美國心理學家 David Greenfield 形容：「網路媒介是一種心理針筒，將內容(令人愉悅的遊戲、賭博、購物、性)打進我們的神經系統中。」

臺灣兒童福利聯盟文教基金會於 2013 年針對臺灣國小五、六年級及國中七、八年級學生進行抽樣調查，發現 3 成 9 青少年擁有智慧型手機；當中有 3 成 6 不到半小時就會看一次手機，1 成每五分鐘就看一次；8 成 5 孩子會拿智慧型手機聽音樂，7 成 8 用以玩遊戲，6 成 8 則使用社群網絡(臉書)。

智慧型手機由於網路可近性高、且難以管控，可能增加青少年網路成癮風險，根據研究指出，在大學生自殺與網路成癮的共發現象上，網癮大學生自殺企圖比例(6.5%)是非網癮大學生的兩倍(3.2%)，此為臺灣亟待關切的精神健康與公共衛生議題。

網路成癮者是否有較高的自殺風險？情緒症狀在這關連當中又扮演何種角色？南韓 Park 等人針對平均年齡為 13.9 ± 1.5 歲的 795 位中學生，進行青少年網路成癮傾向問卷(Internet Addiction Proneness Scale for Youth-Short Form)的調查，瞭解有無問題性網路使用(problematic internet use)及程度，並比較有問題性網路使用青少年以及無此狀況者，他們在憂鬱、躁鬱症狀與自殺意念頻率的差別。他們發現：75 位青少年(9.4%)符合問題性網路使用標準，問題性網路使用與自殺意念(OR=5.82, 95% CI=3.30-10.26, $p < 0.001$)、憂鬱(OR=5.00, 95% CI=2.88-8.66, $p < 0.001$)相關；但和雙極性疾患的關連則未達到顯著差異，為邊緣性相關(OR=3.05, 95% CI=0.96-9.69, $p = 0.06$)。進一步的路徑分析(path model)顯示，問題性網路使用預測憂鬱症狀($\beta = 0.30$, 95% CI=0.21-0.37, $p = 0.005$)，憂鬱預測自殺意念($\beta = 0.70$, 95% CI=0.63-0.75, $p = 0.01$)；但問題性網路使用也能直接預測自殺意念($\beta = 0.12$, 95% CI=0.05-0.19, $p = 0.01$)。相反來說，憂鬱($\beta = 0.12$, 95% CI= -0.01-0.22, $p = 0.04$)與自殺意念($\beta = 0.22$, 95% CI=0.09-0.35, $p = 0.005$)也分別能預測問題性網路使用。

從這項研究中可以發現，問題性網路使用、憂鬱、自殺意念之間，確實存在緊密關係，這和先前的研究結論一致。另一項研究也指出網路成癮與自殺計畫的關連性。若青少年出現問題性網路使用，其自殺風險是增高的，需要進一步評估其自殺意念與憂鬱症狀。該研究的限制有三：(1)橫斷面的研究無法說明因果關係；(2)自陳式的網路成癮評估方式，可能會低估其實際成癮情況；(3)無法進行情緒疾患的標準診斷評估；(4)由於收案學校的因素，女學生比例達 68%，在代表性上顯有不足。

接下來要問的問題是：網路成癮程度愈嚴重，自殺風險也會愈高嗎？香港 Fu 等人針對 208 名年齡在 15-19 歲之間的青少年，進行兩波為期一年的居家追蹤研究，採用網路成癮診斷問卷(Internet Addiction Diagnostic Questionnaire, IADQ)，自我報告網路成癮症狀，其他如網路使用狀態、自殺意念、精神症狀也都以自評方式填寫。他們發現：6.7% (95% CI 3.30-10.20) 呈現五項或以上的網路成癮症狀，落入網路成癮範疇，且網路成癮症狀數量與過去一年內自殺意念、憂鬱分數變化，呈現正向的劑量反應關係。

此項研究顯示網路成癮程度和自殺意念有關連性，針對網路成癮嚴重者，必須提供更積極的自殺預防評估與處置。

那麼，尚未達到網路成癮嚴重度的網路使用者，其自殺風險、與情緒的關連性又是如何？德國 Fischer 等人針對 1435 名青少年進行研究，當中男女比例相當，以自填方式完成楊氏網路成癮問卷(Young Diagnostic Questionnaire)，以及憂鬱、自傷與自殺問卷。他們發現 80.7% 青少年屬於常態網路使用，14.5% 為高風險使用(risky internet use)，4.8% 達到病態網路使用(pathological internet use)。相較於常態使用組，高風險與病態網路使用組有明顯較高比例的憂鬱、蓄意自傷與自殺行為，但高風險組的憂鬱、蓄意自傷、自殺行為和病態組相當。

這項研究指出未達到網路成癮嚴重度的青少年，若進入高風險網路使用時，其自殺風險也與病態網路使用者相當。應針對此族群進行及早的篩檢，提供適時的介入。

網路成癮與自殺之間的連結，究竟機轉為何？可能存在以下兩種途徑：

- (1) 網路成癮直接導致精神病理，包括憂鬱以及自殺。
- (2) 已經存在憂鬱及自殺想法者，藉由高度網路使用來改善情緒、或者逃避問題。

- (3) 網路成癮與自殺皆與多種精神病理相關；有精神病理者，同時存在自殺與網路成癮的高風險。

前兩種機轉可能形成一種惡性循環，當事者因沈迷網路而提高了自殺風險；自殺風險提高後，又沈迷於網路來處理負面情緒。憂鬱在網路成癮與自殺之間，可能扮演一個中介因素，特別憂鬱是自殺的高危險因子之一。第三種機轉則顯示網路成癮與自殺的風險可能同時存在一個人身上。

此外，還有哪些其他因素參與其中，能夠解釋網路成癮也可能直接與自殺有關？

- (1) 自傷行為(self-injurious behavior, SIB)是自殺的危險因子之一，一項針對 1618 名 13-18 歲的中學生研究顯示，和一般網路使用者比起來，網路成癮者有兩倍的機會出現自傷行為。
- (2) 網路霸凌(cyberbullying)指刻意使用數位媒體，將錯誤、令人尷尬、或者敵意的資訊傳遞給對方，屬於最常見的青少年網路風險。已知網路霸凌與青少年的憂鬱、焦慮、嚴重社會隔離、和自殺有關。網路成癮者或許因為長時間的網路使用，提高了網路霸凌的機率，其自殺風險需要特別注意。
- (3) 其他仍包括：敵意、衝動性、注意力不足/過動症、網路遊戲內容、物質成癮等，目前尚無相關文獻，需要做進一步研究。

以下就三大策略提供網路成癮自殺防治之方案。

(1) 指標性

- a. 透過區域精神醫療網的教育訓練，將自殺意念/計畫/行為等評估納為網路成癮評估重要的一環。同時，由於網路成癮的自殺想法，可能和憂鬱症狀相關，因此憂鬱的評估與治療也需納入。

(2) 選擇性

- a. 針對網路服務提供業者、社區的網咖(cybercafé)業者進行守門人訓練，以作為自殺通報與防治的一環。鼓勵網路服務提供者在發現有自殺訊息或鼓吹自殺的資訊時，能通報相關單位進行處理。
- b. 與各大搜尋引擎如 Google 和 Yahoo 合作，當民眾搜尋網頁有關自殺的頁面，能以正向方式報導自殺，特別是當事者的正向因應模式；或者，插入「珍愛生命，希望無限」等自殺防治標語、衛教文章、求助資源的連結。
- c. 自殺高風險者可能在論壇或聊天室中，集結類似想法者，採取網路集體

自殺，因此，與 facebook、Weibo(微博)和 Instagram 合作自殺防治相關策略，如刪除鼓吹自殺的討論群組、刪除鼓吹自殺的言論並寄信給予當事者和提供精神健康促進資訊的網頁等。

- d. 建立線上支持團體，提供匿名性的治療，減少當事者對污名化的擔憂、以及談論自殺的社會禁忌，更能提供支持網絡、經驗分享、接納與鼓勵等治療元素，有良好成效。
- e. 提供線上情緒檢測與諮詢服務：請使用網路社群軟體、或線上遊戲的青少年，於線上填寫有關網路使用、情緒與自殺的問卷(如網路成癮量表、心情溫度計)，在得到檢測結果與建議之後，可以匿名方式與線上治療師互動。若為自殺的高危險族群，則邀請做面對面的評估與治療。實證研究支持，透過線上檢測與諮詢，能夠提高面對面評估與治療的機會，達三倍之多。
- f. 使用電子郵件作為外展式的服務(outreach via e-mail)，主動提供關懷過度沈迷網路與自殺預防訊息。
- g. 開發智慧型手機的自殺防治應用軟體(app)，一方面作為當事者的個人化網路使用、情緒與自殺評估，另一方面以多媒體方式(如短片、動漫、卡通...)提醒當事者值得活下去的理由與作法。
- h. 鼓勵遊戲廠商在社群軟體及網路遊戲中，加入自殺防治相關訊息，特別是邀請偶像歌星或影星代言，提醒網友珍愛生命、尋求協助，走出自殺陰霾。
- i. 鼓勵網路通訊與遊戲業者開發文本分析(text analysis)技術，找出輸入自殺相關語彙的網路使用者，從而立即提供自殺防治資源。

(3) 全面性

- a. 在校園推動網路心理健康促進，包括：提供網路心理健康海報、安排網路成癮預防講座、舉辦健康上網競賽活動...等。
- b. 強化學校輔導活動與人際團體，培養青少年真實能力：提升自信心、探索自我認同、經營人際關係、健康休閒活動、時間管理技巧、壓力調適技巧。
- c. 將網路成癮輔導納入師資培育課程，落實職前與在職教育。
- d. 鼓勵教師在課堂上與學生進行真實互動，透過團體或分組討論方式，贏造溫暖而正向的師生、同學關係，能降低網路成癮與自殺風險。
- e. 建議教師善用網路資源，特別是知識性的網站或軟體，示範並引導學生以健康、正向的方式使用網路。
- f. 學校輔導設立進行網路成癮篩檢系統，透過量表篩檢導師告知、家長告

- 知、或同儕回報，早期發現網路成癮問題。
- g. 針對一項以上憂鬱症狀者、網路使用時間長、高衝動性、學業成就不佳...等高危險族群，積極提供自殺預防處遇。
 - h. 針對網路成癮者，提供個別心理諮商，確立診斷、訂立目標、實施處遇及安排團體心理諮商。
 - i. 針對網路成癮者，學校應安排輔導計畫、後續行為規範、補救教學、職能訓練等。
 - j. 應強化社會工作師/員之角色與員額，對於網路成癮合併拒學症之青少年，進行頻繁之家庭訪問，提供支持與鼓勵，並改善家庭互動。
 - k. 應提高青少年在網路上的自我保護意識，若遇到「網路霸凌」(cyberbullying)，應主動告知與求助，家長、老師與輔導室更應該積極協助，減少當事者心理創傷，特別留意當事者是否不敢告知，甚至衍生自殺意念與行為。
 - l. 為減少網路成癮及相關問題行為的惡化，學校應建立特約心理諮商、心理治療、精神醫療等轉介系統。
 - m. 對於所有家長，學校應積極利用家長座談會等場合，宣導網路成癮與自殺防治議題，提升數位時代的親子教養知能，由父母以身作則，健康上網並且正向溝通，避免過度保護、嚴厲管教、或貿然斷網等不當方式，方能降低網路成癮與自殺風險。
 - n. 對於網路成癮學生的家長，進行諮詢服務與親職教育，並留意孩子的自殺傾向。
 - o. 積極運用學區中的社區資源，包括：教育、醫療、警政、司法、社福等，推動網路成癮防治與輔導。
 - p. 管制未成年青少年不得於午夜 12 點後滯留網咖。
 - q. 社會提供假日與夜間健康休閒場所。
 - r. 制訂網路使用法律以保護未成年者過度使用網路(如網路內容分級管制)、或受到網路霸凌的侵害。
 - s. 政府應於各縣市成立網路成癮預防中心、網路成癮治療特別門診與醫院，培訓網路成癮預防與治療專業人員，與全國自殺防治中心合作，努力協助網路成癮者走出陰霾，一同成為珍愛生命守門人。

2. 結論

青少年的自殺行為背後有著錯綜複雜的因素，但是，自殺行為非常有可能是青少年採取的一種無奈的溝通與表達想法的方式，藉由這樣激烈的做法，讓外界知道他需要幫助。

上述實施方案需因地制宜，結合學校限有資源，與各縣市政府其他單位一同合作，有自殺史的青少年則應提供「指標性」的預防，及早辨認其自殺意念、發揮自殺防治守門人的精神，做到一問二應三轉介，適時伸出援手，並提供當事者後續專業協助。而針對自殺的高風險族群，如自傷行為者、精神病患者等，則提供「選擇性」預防策略，如善用學校輔導團體、校外輔導資源、網路自殺預防資訊、線上諮詢等。對於社會大眾，則提供「全面性」的預防，透過校園、醫院、衛生單位等攜手合作，預防青少年的自殺。

青少年自殺行為是不容忽視的。也唯有透過家庭、學校與社會共同努力，在日常生活中多關心青少年的需求、傾聽他們的心聲，才能達到降低青少年自殺的目的。

2015 年度縣市自殺防治策略及具體實施方案

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

關於各縣市因地制宜的自殺防治策略，過去全國自殺防治中心，參與縣市自殺防治業務輔導訪查，累積經驗發現：各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、優勢與挑戰，均具高度差異。自殺防治業務之不確定性與民意壓力，除仰賴地方政府相關局處首長之優質領導力加以克服外，中央主管機關應由執行督導考核之「獎懲執行者」角色，逐步轉型為協助地方政府有效蒐集資料，業務推動增能，以及解決系統性問題之「問題解決專家」角色。

未來應藉由中央主關機關之政策工具，促進縣市層級自殺防治業務之跨局處整合，以及業務推動相關人員經驗之傳遞與延續，達到下列三項工作目標：(一) 透過實地至縣市召開「強化縣市自殺防治策略討論會」或其他更有效率之方式，結合衛生福利部、各縣市衛生局、社會局(處)、警察局、消防局、教育局、勞工局、民政局、文化局、醫師公會、生命線協會、張老師基金會、臨床心理師公會、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等，強化各縣市跨局處整合機制，建立類似「高風險個案」之整合性服務機制，並有實際成果可供督考。進一步透過各局處之有效橫向聯繫與責任共享，化解各單位間面對困難個案時「劃分責任」之「負向反應」與「壓力感」，促進各單位「共同照護」之「正向態度」與「成就感」。(二)各縣市自殺防治工作第一線工作人員，包括關懷訪視以及精神疾病個案管理人員，能有較為穩定及可預期之聘雇及在職訓練督導機制。(三)各縣市政府，針對在地防治工作之特色與挑戰，以促進跨局處整合為出發點，整合並充份利用現有資源，產生加成協同綜效之方式，主動提出創新工作方案，衛生福利部與全國自殺防治中心做為協助角色。並特別針對「六都」以外資源取得相對困難縣市特別鼓勵，並將相關成果提供各縣市交流學習。

自殺防治策略的規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。為了發展並試行各種可能模式，全國自殺防治中心於 2006 年進行自殺防治介入之先導計畫，由基隆市、桃園縣、彰化縣及高雄市做為執行地區。四個先導區由當地衛生局或特定醫院負責統籌轄區內工作之規劃與推動，各自成立辦公室並提出防治方案，主要目標在於建立有效的通報關懷防治體系，

規劃體系及機構之個案管理，以及標準化作業流程，做為推廣到全國之基礎。

在自殺防治「先導計畫」推動兩年之後，為進一步積極落實自殺防治工作在地化與社區化精神、擴大推動自殺防治策略至地方縣市，並協助縣市心理衛生中心在精神衛生法施行後，能順利銜接並延續地方自殺防治工作；遂於 2007 年底提出自殺防治介入之推廣計畫，由宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、臺中縣、嘉義市及臺南市衛生局提出縣市自殺防治工作計畫後，納入自殺防治工作體系，以先導區自殺防治工作經驗及模式為主軸，發展「因地制宜」之自殺防治策略，以符合地方特色之自殺防治工作。另於 2007 年中起試辦以高雄縣大寮鄉為社區基礎，結合鄉內相關衛生及醫療單位、勞政、社政、警政消防單位與民間團體等一同致力於自殺防治工作之推廣，配合鄉內地理、文化與人文環境特色，由縣市再往下細推至鄉鎮，強化鄉鎮處理自殺防治工作之應變能力，達到「自殺防治在地化」，與落實「因地制宜」之概念，由社區開始維護居民心理健康，並建構自殺防治網絡與自殺防治守門人機制。

而各縣市社區心理衛生中心自 1992 年起到 1995 年 6 月底，全國 25 縣市完成了每一縣市均設有社區心衛中心之目標，衛生福利部希望能進一步瞭解社區心理衛生中心的現況。因此 2010 年為瞭解各社區心理衛生中心之現況與困境，及自殺關懷訪視計畫辦理現況，並協助各縣市衛生局針對各縣市自殺死亡等特性，擬訂因地制宜之自殺防治策略，故進行全國 25 縣市社區心理衛生中心輔導訪查暨自殺防治策略討論會。

2010 年 12 月底五都成立，部份縣市合併及人事更迭，為協助地方持續推動自殺防治工作，避免自殺防治業務因人員及組織轉換，發生業務銜接問題，特於 2011 年辦理強化五都自殺防治策略討論會。

時至 2015 年，延續 2011 年之方針，針對自殺死亡率前六名之縣市進行輔導以及強化自殺防治策略。會議中亦會追蹤該縣市過去自殺防治業務之辦理情形，以加強該縣市之自殺防治策略和技巧。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 瞭解縣市衛生局於推動自殺防治之現況與困境及自殺關懷訪視計畫辦理現況，提供改善建議與連結資源。
- 2) 協助縣市衛生局針對縣市自殺死亡等特性，擬訂因地制宜之自殺防治策略，並提供縣市衛生局推動自殺防治業務的專業支持及業務諮詢。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 根據 2014 年衛生福利部公告國人死因資料，依標準化自殺死亡率最高之前六名縣市，扣除離島地區(人數少)，再以順序排列考量，選取嘉義縣、宜蘭縣、臺東縣、基隆市、花蓮縣和雲林縣等 6 縣市為對象。
- 2) 函知衛生福利部選定之縣市，並請協助轉知訪查縣市，後聯繫及確認「強化自殺防治策略討論會」時間，邀請部內長官及縣市各相關網絡人員出席。
- 3) 準備訪查縣市之自殺死亡及自殺通報統計分析資料，進行討論並製作簡報。
- 4) 實地至縣市召開「強化縣市自殺防治策略討論會」，會議進行依序如下：
 - (1) 長官及與會代表致詞。
 - (2) 全國自殺防治中心針對該縣市之歷年之自殺死亡及通報之特性，包括性別、年齡層、方法、原因及其趨勢變動等進行報告。
 - (3) 縣市衛生局報告該縣市推動自殺防治之具體措施及檢討。
 - (4) 針對問題及實施困境等進行專業意見交流及討論建議。
- 5) 彙整報告及建議函送衛福部。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、社會局(處)、警察局、消防局、教育局、勞工局、民政局、文化局、醫師公會、生命線協會、張老師基金會、臨床心理師公會、精神醫療網核心醫院及其他醫療院所等。
- 2) 資源連結內容及形式：會議討論。

三、過程(Process)

1. 依衛生福利部要求，於 7 月選出嘉義縣、宜蘭縣、臺東縣、基隆市、花蓮縣和雲林縣等 6 縣市，後進行行程安排及相關統計分析資料及討論。
2. 8 月 05 日召開「嘉義縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為嘉義縣衛生局蔡淑真副局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、龍佛衛理事長、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員、嘉義縣政府衛生局趙紋華科長、林淑華技士、嘉義縣政府衛生局心衛中心林怡秀、嘉義縣政府衛生局龔郁雅助理、侯芬婷助理、嘉義縣心衛中心林鳳珍志工、張國正志工、嘉南療養院王禎邦主任、臺中榮民總醫院嘉義分院司徒惠禎主任、吳懿芬關懷訪視員、高思羽關懷訪視員、薛湘昀關懷訪視員、蔡佳臻關懷訪視員、黃鈺穎關懷訪視員、蔡宛蓁關懷訪視員、陳雅文關懷訪視員等。
3. 8 月 12 日召開「宜蘭縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為宜蘭縣政府

衛生局劉建廷局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、宜蘭縣衛生局郭姿瑩科長、邱麗蓉技士、呂鎂玲約聘人員、鐘佩怡個案管理員、游松翰個案管理員、張詩苓個案管理員、廖美雲個案管理員、陳珮吟諮商心理師、蔡雅蘭諮商心理師、陳依吟行政助理、宜蘭縣政府社會處周亦晨督導、宜蘭縣政府教育處吳殷宏主任、宜蘭縣政府民政處李建興科長、宜蘭縣政府戶政科賴建勳科員、宜蘭縣政府農業處陳文進所長、陳澄如股長、宜蘭縣政府人事處江滿麗科員、宜蘭縣政府警察局江明德警員、宜蘭縣政府消防局曾祥瑞隊員、宜蘭縣政府工商科陳書怡科員、宜蘭校學生校外生活林毅豪教官、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、鄭宇明秘書長及全國自殺防治中心陳貞伶專員。

4. 8月19日召開「臺東縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為臺東縣政府衛生局張鶯英副局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、臺東縣政府衛生局蘇美珠科長、王珮樺稽查員、李弦芳個管師、王春惠個管師、謝瑩蓁個管師、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員、臺東縣生命線協會何活發理事長和東區精神醫療網曾筱筑助理。
5. 8月21日召開「基隆市強化自殺防治策略討論會」，主持人為基隆市衛生局吳澤誠局長，與會人員有衛生福利部譚立中司長、詹金月科長、廖姻如科員、基隆市衛生局王瑛蘭科長、基隆市心衛中心蔡慧鈺約僱人員、鄒觀宇關訪員、范美玲關訪員、郭安怡關訪員、李孟盈關訪員、黃鈞麟個管師、白尚儒個管師、李淑珍臨時人員、杜俐慧臨時人員、新北區八里療養院戴萬祥主任、基隆市政府社工處劉庭(女戈)、基隆市警察局羅勝隆警員、三軍總醫院基隆分院許佩雯社工、衛生福利部基隆醫院代表、基隆長庚醫院蔡卓俞醫師、維德醫院蕭秋萍醫師、基隆礦工醫院蘇郁文社工、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、鄭宇明秘書長、全國自殺防治中心吳佳儀副執行長及陳貞伶專員等。
6. 8月28日召開辦理「花蓮縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為花蓮縣衛生局副局長鍾美珠，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、花蓮縣警察局李文義、消防局林才稜科員、門諾醫院社福課李冬梅課長、王子淇社工員、生命線協會陳誠中個案組組長、門諾醫院壽豐分院陳葵方臨床心理師、玉里醫院余權訓精神科醫師、臺北榮民總醫院鳳林分院黃雅平社工師、花蓮醫院廖子賢主任、東區精神醫療網劉彥平醫師、國軍花蓮總醫院陳思琦社工師、莊奇憲醫師、花蓮縣醫師公會林秀芸總幹事、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員等。

7. 8月31日召開辦理「雲林縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為雲林縣衛生局副局長廖敦正，與會人員有衛生福利部廖姻如科員、雲林縣衛生局醫政科許淑雲科長、葉婉菁個管員、林慧貞個管員、黃沛瑩個管員、廖振甫藥師、勞工福利科張翠予、社會工作科吳宜澤社工師、老人福利科周家平社工員、學務管理科廖敏芄輔導員、家庭教育中心黃洲課程督學、動植物防疫所黃雅芬課員、使用管理及國宅科張柳亮科員、自治行政科廖婉均科員、臺灣大學醫學院雲林分院黃偉烈主任、成功大學醫學院斗六分院鄭涵芝社工師、信安醫院張敏院長、林裕清關訪員、臨床心理師公會理事、中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員等。
8. 9月開始撰寫六縣市會議紀錄。
9. 9月30日函送衛生福利部「2015年度縣市自殺防治業務輔導訪查報告」。
10. 10月08日依衛福部來文將2015年「強化縣市自殺防治策略討論會」訪查縣市之建議摘要函送該縣市，請縣市卓參加入未來工作計畫。

四、成果(Product)

1. 執行結果

完成6縣市之實地訪查及其輔導訪查報告。縣市訪查建議摘要依時間排序如下：

1.1 嘉義縣(訪查時間：2015年8月05日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.2.1)

(1) 嘉義縣自殺死亡總述

a. 嘉義縣去年自殺粗死亡率雖有較2013年下降，仍排名全國第一。

a) 2014年每十萬人自殺粗死亡率為23.3，較2013年的24.6上下降5.3%。

b. 男性：2012年每十萬人自殺粗死亡率為21.5，2013年上升至31.4，2014年再上升至31.69。

c. 女性：2012年每十萬人自殺粗死亡率為13.3，2013年上升至17.3，2014年下降至14.3。

(2) 嘉義縣自殺死亡年齡層

a. 2010年至2014年，14歲以下自殺死亡人數皆為0。

b. 「15-24歲」、「65歲以上」2014年之自殺粗死亡率較2013年下降，「25-44歲」、「45-64歲」則較2013年上升。

c.各年齡層之自殺粗死亡率以 2014 年與 2013 年相比，以 25-44 歲的升幅最大。

(3) 2014 年 自殺方法別前三名

a.全國：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.1%)。
- b) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(26.1%)。
- c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.2%)。

b.嘉義縣：

- a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(29.3%)。
- b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(28.5%)。
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(22.0%)。
- d) 「溺水(淹死)自殺及自傷」(9.8%)。

(4) 嘉義縣自殺通報總述

a.自殺企圖 635 人次。

b.性別：

- a) 男性 293 人次，女性 342 人次。
- b) 性別比(男/女)0.86，女性為男性的 1.17 倍。

c.年齡分層：

- a) 以「35 至 44 歲」為最多，170 人次，佔 26.8%。
- b) 其次為「45 至 54 歲」，計 132 人次，佔 20.8%。
- c) 「25-34 歲」103 人次，佔 16.2%。

d.自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 214 人次，佔 33.7%。
- b) 以「割腕」自殺，計 112 人次，佔 17.6%。
- c) 以「農藥」自殺，計 75 人次，佔 11.8%。

e.自殺原因：

- a) 無論男女，自殺原因皆以「家庭成員問題」排名第一。
- b) 男性自殺原因排名第二為「夫妻問題」；第三為「物質濫用」。
- c) 女性自殺原因排名第二為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」；第三為「夫妻問題」。

2) 縣市報告重點摘要(詳見附件 4.2.2)

(1) 自殺防治之具體措施

a.嘉義縣自殺概況及 SWOT 分析

a) 優勢 (Strength)

(a) 精神醫療資源充足

嘉義縣 4 家醫院分佈於山海各 2 處，擁有精神病急性床：127 床；慢性經神病床：457 床。

(b) 中央補助專業關懷訪視人力

- 精神疾病社區關懷訪視員 3 位。
- 自殺防治關懷訪視員 4 位。
- 精神病及自殺個案管理員各 1 名。

b) 劣勢 (Weakness)

(a) 幅員廣闊照護不易

嘉義縣受到地形地勢之影響，共分為山、海、平原三大空間區塊，尤以山地處偏遠、幅員廣大，常造成民眾就醫不便，對於個案之照護訪視，不易提供完整且持續之追蹤。

(b) 人口結構高齡化

- 老年人口占全縣人口比率 16.8%。
- 老化指數 146.9%，高居全國之冠。
- 轄內六腳鄉、鹿草鄉、義竹鄉、溪口鄉、東石鄉等老年人口高達 20% 以上。
- 獨居老年人口比例高，佔嘉義縣總人口數 9.1%。

(c) 縣府財政困難

c) 機會 (Opportunity)

(a) 縣府長官的重視與支持

2013 年起因縣府長官重視將相關經費由原來的 50 萬，提升為 150 萬以上。

(b) 過去防治經驗

- 2006 年起即針對老人憂鬱症執行一系列防治措施(篩檢、宣導、電訪、家訪及老人團體輔導)
- 2009 年完成嘉義縣「社區獨居老人憂鬱盛行率及健康照護需求之調查研」，發現獨居老人憂鬱症盛行率高達 34.5%。
- 計至 2014 年底共篩 27,377 人，其中高風險個案關懷共 806 人。
- 發展一系列防治措施
- 有跨局處防治網絡，防治 Logo、歌曲、電話關懷中心、農藥上鎖及守門人認證等。

d) 威脅 (Threat)

(a) 自殺死亡率高起伏

- 自殺死亡人數及自殺死亡率多數均高於全國平均值。
 - 2012 年嘉義縣自殺標準化死亡率每 10 萬人 12.7 人首度低於全國 13.1 人；2013 年高居全國第 2 位(16.5)；2014 年自殺死亡人數 123 人較 2013 年下降 8 人，自殺標準化死亡率高居全國第 1 位(16.6)。
- (b) 自殺死亡年齡偏高；以家庭感情因素為為主因；以固體或液體物質為方式，65 歲以上自殺死亡率高居各年齡層之冠，以久病不癒為主要原因。
- 嘉義縣自殺死亡方式以以自縊最高，其次為農藥、燒炭。
 - 自殺因素以家庭情感因素為主；其次為憂鬱傾向、再者為久病不癒
- b. 嘉義縣自殺防治策略
- a) 初級預防：
- (a) 全面性自殺防治策略：一般大眾
- 促進社會大眾心理健康。
 - 減少致命性自殺方法之防護。
- b) 次級、三級預防：
- (a) 選擇性自殺防治策略：高風險個案
- 加強憂鬱症及自殺防治宣導。
 - 加強相關網絡人員之自殺防治訓練。
 - 農藥商販賣業者守門人認證。
 - 針對特定高風險群進行篩檢與轉介。
- c) 指標性自殺防治策略：特定高風險族群
- (a) 自殺通報個案追蹤輔導管理。
- (b) 加強網絡處理自殺個案機制。
- c. 初級預防-嘉義縣自殺防治宣導方式：各項文宣、(紅布條、海報、單張、摺頁)、BSRS 量表篩檢、宣導歌曲、宣導短片、在地化 Logo、媒體傳播專屬網頁、心靈講座與影展、各場域宣導(社區、職場、校園)、各族群宣導(老人、學生、新移民、身心障礙者、婦女、原住民)、123 守門人教育訓練等。
- d. 次級預防
- a) 老年特殊族群篩檢。
- b) 心理師電訪、面訪或家訪。
- c) 老人輔導團體。
- d) 志工電話關懷(關懷中心)。
- e) 強化自殺防治守門人知能。

- f) 醫療保安康-通報轉介。
- e. 三級預防
 - a) 自殺通報個案追蹤輔導管理。
 - b) 自殺通報個案管理流程。
 - c) 社區關懷訪視計畫。
 - d) 每月個案研討會。
 - e) 加強網絡處理自殺個案機制。
- f. 2015 年嘉義縣自殺防治在地特色
 - a) ~心花 FUN 愛在嘉喜洋洋~心理健康促進計畫
 - (a) 依不同族群、場域規劃不同的宣導策略。
 - b) ~樂活“藥”照顧、生命嘉守護~ 安眠藥在地自殺防治計畫
 - (a) 社區藥局認證原則。
 - c) 縣長有約
 - (a) 在嘉惜命命行動劇。
 - (b) 嘉「藥」幸福記者會。
 - (c) 全嘉「心」關懷。
 - (d) 關懷我嘉。
 - (e) 心靈“樂”章。
 - (f) 抵嘉歡喜講。
- g. 未來精進作為
 - a) 強化網絡合作
 - (a) 建立嘉義縣「自殺通報獎勵作業要點」提升網絡自殺防治通報、轉介、關懷幾獎勵措施，加強通報高風險個案比率。
 - (b) 推動心理健康網連結與合作，分工推展族群及各場域心理健康促進及自殺防治策略。
 - b) 強化高風險個案關懷
 - (a) 衛生所初評修改以「家訪」為主要評估方式。
 - (b) 訪視未遇者不同時段連續 3 次、持續 3 天追蹤聯繫。
 - (c) 拒絕訪視者先以疾病衛教、福利資源訊息建立初期關係，每週一次關懷，並加強周邊守門人建立。
- h. 業務困難及建議
 - a) 有關自殺死亡以戶籍地進行統計，惟嘉義縣人口外移嚴重影響自殺死亡率統計(人口數大幅下降、死亡歸戶)，建請將各縣市十大死因盛行率或自殺死亡人數增加率列入「強化縣市自殺防治策略」輔導評估事項。

- b) 嘉義縣幅員廣大，社區自殺關懷員照護時程耗費，人員異動大，人才留置不易，建議中央補助人力及經費應考量城鄉差異，並增列偏鄉服務加給費用。
- c) 自殺通報以安眠藥、鎮靜劑高居自殺方式之首位，多重慢性病人常因多科看診及多次領藥，隱藏藥物蓄積問題建請中央整合醫療雲端系統提升醫事人員藥物監測，建立照護服務網。

綜合討論

1) 縣市及相關單位意見

- (1) 若要降低嘉義縣的關鍵績效指標，可以針對中高年族群來做努力，特別是 34-45 歲及 65 歲以上的老年人。而在自殺方法及原因部分，則是可加強安眠藥管制、憂鬱症篩檢及久病不癒患者之資源連結這三個區塊。如何篩檢出這些族群並及時介入，就是嘉義縣現階段需要思考的方向。
- (2) 有居民戶籍設立在嘉義，但本身居住在外地，無法受到嘉義縣的照護，卻在外地自殺死亡，這是嘉義縣困難點之一。另由於嘉義縣地緣廣闊，但人力吃緊，也需中央給予具體的協助來解決困境。
- (3) 嘉義縣目前僅有四名關懷訪視員，勞心勞力，平均每人一天要訪 20 次，如此辛苦的環境，容易造成人員流失(轉去嘉義市服務)，這部分會希望中央能給予協助。
- (4) 另外就數據來看，45-64 歲之自殺死亡率逐漸上升，未來幾年後，這年齡層即將成為 65 歲以上，亦有可能繼續造成老人自殺的上升，因此應針對 45-64 歲之族群預先做防範。
- (5) 嘉義縣關懷訪視員目前除財力外，最缺乏的是權力及效力。權力方面是在訪視個案時，關訪員本身隸屬榮民醫院，但卻拿衛生局之職別證，但其他縣市則是雙職別證。職別證的不同容易在訪適時遭個案質疑，影響個案對關訪員的信任，連帶影響到工作效力。
- (6) 在經費部分，由於關懷訪視員沒有足夠財力，無法辦理自殺防治相關活動。
- (7) 關懷訪視員由於是一年一聘，屬計畫型，容易發生經費銜接上的問題。建議中央能將關懷訪視員成唯一個穩定發展的職業，如此一來除關懷訪視員較能安排生涯展望外，與個案間的信賴關係也較能穩定培養。
- (8) 嘉義縣乃是農藥使用之縣市，而有些老人雖以無法從事務農工作，但仍保存一些農藥在家。這樣在遇到低潮時，就容易喝農藥輕生，因此建議嘉義縣在農藥回收部分能執行更徹底。
- (9) 嘉義縣醫療資源充足，可針對醫療資源分布及可近性的方面來規劃，提

供久病不癒的人一些就醫的方法，例如增加復康巴士或是增加巡迴醫療點等。

2) 衛生福利部意見

- (1) 由於組改之後，部內部分經費已挪用於心理健康促進部分，所以在自殺防治部分，其經費較過去減少。而過去一直提到的城鄉差距，將於未來向新司長做進一步反應，希望未來在整合時，能將此因素納入考慮。但針對自殺防治部分，部內仍是有給予補助，去年朴子醫院即有來申請。
- (2) 有關安眠藥之部分，在過去於社政會議也已討論許多，對於安眠藥的給予各單位亦有諸多看法，這部分將會在未來再跟其他部會做討論。
- (3) 有關戶籍地與自殺死亡率之關連性，過去已討論過，所有縣市均有相同問題，並非僅嘉義縣有此問題。
- (4) 針對 35-44 歲部分，其 2014 年度自殺死亡率是有下降，但自殺死亡人數是上升的，最主要是安眠藥與鎮定劑的問題，因素則是夫妻問題，因此建議自殺防治策略可從此一方面著手，如孕產期憂鬱等。
- (5) 老人自殺防治部分，部內目前推行的老人心理健康服務計畫，有一目標即是統一全國老人憂鬱篩檢量表。但相關資料收集完全後，於 8、9 月時會舉行教育訓練，預計逾 2016 年統一全國老人憂鬱篩檢量表。另外除了社區的老人篩檢外，醫院、安養機制、高危險地點，亦可能針對老人的憂鬱篩檢做一些處理，及時發現介入與轉介。

3) 中心意見及建議

- (1) 自殺防治相關工作已有 10 年，地方上策略應用及架構應已底定，所以該回歸到中央層級來討論。而中央在經費補助部分雖然有其困難存在，但自殺防治乃是根據實證研究來制訂因地制宜的政策，若是僅給予齊頭式的補助，則與採用實證研究之目的不符。因此建議在大環境策略皆已底定的情況下，若要降地自殺死亡率，則需因地制宜，進入到個別化的因素分析。例如針對久病不癒者，可與醫院及診所做結合，其專業領域如何篩選和轉介，就需個別化。
- (2) 在縣市訪查時，該縣市的關鍵績效指標必須討論，但其他縣市在推行自殺防治時，所遭遇的困境及採取的因應措施，亦是值得參考與學習。自殺防治推動 10 年來，縣市的自殺死亡率有所下降，但若是遇到不能下降時，則是需思考無法下降的原因，可以參考其他縣市自殺防治推動有效的方法。自殺防治中心可將不同縣市推動自殺防治且有所成效的策略，透過自殺防治通訊網來做分享，讓其他縣市學習。
- (3) 對於社區關懷部分，原則上分為兩大類，一類為 Assertive community

treatment，屬集中式，由一個團隊直接給予關懷，另一類為 case management，則是屬於個案管理。但倘若像美國，一個州都比臺灣大上許多，若要做到個案關懷實屬不易，可思考是否用 Assertive community treatment 的方式，囊括志工一起來執行。

- (4) 自殺防治的責任並非僅靠關懷訪視員，而是所有單位的責任。但關懷訪視員在自殺企圖者之自殺防治扮演第一線的重要角色，其在面臨個案時所遇到的問題及困境，是我們需要關心的，因此希望關懷訪視員能將其遇到的問題回饋給中心及專業單位，讓專業單位能提供必要的即時性協助。此外，需掌握可運用之心衛衛生相關資源，建立口袋名單，除能提供資源外，亦能保護關訪員之訪視安全。
- (5) 辦理自殺防治相關活動也不全是訪視員的責任，建議可與局內商量辦法方式。讓關訪員能專注於關懷訪視追蹤業務。
- (6) 自殺防治人人有責，資源盤點極為重要。如何整合及運用相關的社區資源，亦需注意。現在有心情溫度計 APP 可使用，在地化之志工可善用心情溫度計 APP 為關懷評估之工具，配合在地化語言來關懷有需要幫助的人。
- (7) 職別證及關懷訪視員辦理活動經費事宜，可於局內之固定會議時提出討論。
- (8) 推動自殺防治就如同醫界推動 CPR 的概念一樣，第一個是競爭合作 (Collaboration)，強調跨領域、跨專業及跨界之團隊協調合作；第二個創新(Proactive)，透過問題檢討與腦力激盪，結合專業經驗與理想，積極來協助政府改進政策；最後一個是往外延展(Reach out)，尋求外界各項專業與福利，企業或相關之 NPO 的資源。建議可針對一個特殊的案例提出來於部內和局內討論，瞭解問題和需求，進一步提出解決方案。

1.2 宜蘭縣(訪查時間：2015 年 8 月 12 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.2.1)

(1) 宜蘭縣自殺死亡總述

a. 整體

a) 宜蘭縣去年自殺粗死亡率較 2013 年上升。2014 年每十萬人自殺粗死亡率為 18.3，較 2013 年(18.1)上升 1.1%。

b) 2014 年之粗死亡率高於全國之粗死亡率(15.2)。

b. 性別自殺粗死亡率

a) 男性- 2009 年後上下起伏，2013 年下降為 22.3，2014 年再往下降為

20.2。

- b) 女性 -2009 年後亦呈上下起伏，2013 年下降至 13.8，2014 年向上提
升至 16.4。

(2) 宜蘭縣自殺死亡年齡層

- a.除「14 歲以下」外，其餘年齡族群之粗死亡率皆高於全國。
- b.在各年齡層中，「14 歲以下」之粗死亡率與 2013 年相同。
- c.「15-24 歲」與「65 歲以上」之粗死亡率較 2013 年下降，降幅分別為
18.7%、9.5%。
- d.「25-44 歲」、「45-64 歲」之粗死亡率較 2013 年上升，升幅分別為 13.1%、
0.9%。

(3) 2014 年自殺方法別前三名

a.全國自殺方法前三名：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.1%)。
- b) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(26.1%)。
- c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.2%)。

b.自殺方法前三名：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(29.8%)。
- b) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(26.2%)。
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(22.6%)。

(4) 宜蘭縣自殺通報總述

a.自殺企圖 824 人次。

b.性別：

- a) 男性 298 人次，女性 526 人次。
- b) 性別比(男/女)0.6，女性為男性的 1.8 倍。

c.年齡分層：

- a) 以「25 至 34 歲」為最多，185 人次，佔 22.5%。
- b) 其次為「35 至 34 歲」，計 182 人次，佔 22.1%。
- c) 第三為「45-54 歲」158 人次，佔 19.2%。

d.自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 349 人次，佔 42.4%。
- b) 以「割腕」自殺，計 186 人次，佔 22.6%。
- c) 以「農藥」及「其他藥物」自殺，計 57 人次，佔 6.9%。

e.自殺原因：

- a) 男性自殺原因排名前三位為「夫妻問題」(14.8%)、「家庭成員問題」

(14.4%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(10.7%)。

b) 女性自殺原因排名前三位為「感情因素」(19.4%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(18.4%)、「家庭成員問題」(17.9%)。

2) 縣市報告重點摘要(詳見附件 4.2.2)

(1) 防治策略與網絡分工

a. 衛生局

a) 召開府級自殺防治網絡會議：

自 2012 年起每年度均召開 2 次委員會議，2015 年於 6 月 30 日召開；第二次委員會議預計於 2015 年 12 月召開。

b) 整合心理衛生暨自殺防治相關資源：

已建置宜蘭縣心理衛生暨自殺防治網絡各單位窗口及專家學者之各專業領域之網絡人員名冊，並完成宜蘭縣精神醫療資源表，張貼於衛生局珍愛生命網頁中。

c) 辦理社區珍愛生命宣導：

2015 年度 1-6 月辦理社區珍愛生命宣導計 180 場次，22,211 人參加。

d) 辦理醫療專業人員珍愛生命教育訓練：

(a) 於 2015 年 4 月 27 日針對醫療院所及府級自殺防治網絡辦理珍愛生命守護天使教育訓練，計 110 人參加。

(b) 於 2015 年 8 月 5 日針對醫療院所及府級自殺防治網絡辦理珍愛生命守護天使教育訓練第二場次，計 57 人參加。

(c) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練：

(d) 於 2015 年 6 月 25 日針對保健志工辦理「快樂從心開始」教育訓練，計 157 人參加。

e) 慢性病長者心理健康篩檢：

2015 年度 1-6 月協助篩檢長者心理健康計 5,372 人次，篩檢率達 8%。

f) 長青友善關懷計畫：

結合宜蘭縣長青友善計畫及慢性病長者關懷計畫，針對宜蘭縣長者及特殊需求照護長者關懷訪視時，進行長者情緒量表之檢測，並針對情緒困擾之長者協助轉介，2015 年 1-6 月針對獨居及特殊需求照護長者計 695 人進行老人憂鬱篩檢，並每月定期關懷，計關懷 9947 人次。

g) 擴大心理諮商駐點服務：

於 2015 年 5 月增加 2 名諮商心理師，每週採預約輪流至各鄉鎮市衛生所提供駐點服務，2015 年度 1-6 月計提供 170 人次心理諮商服務。

h) 自殺通報個案之追蹤管理與危機處理：

針對自殺通報個案共計關懷訪視達 363 人次，自殺通報個案暨家屬關懷訪視率達 100%。

i) 社區自殺個案關懷訪視品質督導：

2015 年 1-6 月辦理衛生所個案討論會 24 次，討論自殺及精神個案計 293 人次。

j) 辦理關懷訪視員增能訓練：

(a) 2015 年 4 月 9 日辦理心理衛生專業人員知能教育訓練 1 梯次共計 63 人次。

(b) 2015 年 1-6 月辦理心理衛生工作人員成長團體計 6 場次，心理衛生人員計 63 人次參與。

k) 心理衛生多元媒體宣導：

媒體宣導：截至 6 月底電台節目宣導計 2 次、發佈新聞稿宣導計 3 次、衛生局電子報宣導計 6 次，數位媒體宣導計 8 次，媒體露出報導共計 16 次。

l) 災難心理安心關懷：

2015 年 4 月 17 蘇澳國中、2015 年 6 月 12 南澳碧候村活動中心共辦理兩場次災難活動，並完成修訂災難心理衛生緊急動員計畫；預定下半年辦理災難心理衛生教育訓練。

b. 社會處

a) 社區關懷據點長者心理關懷：

(a) 已於 2015 年 4 月 8 日假三星鄉尾塹社區辦理第 1 次社區關懷據點聯繫會報宣導。

(b) 規劃於 2015 年 6 月 24 日假冬山鄉順安社區之第 2 次社區關懷據點聯繫會報宣導。

b) 辦理新住民、婦女、身心障礙者心理健康促進與珍愛生命宣導活動：已辦理 7 場次以上。

c) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練：

共舉辦 13 場次志工教育訓練。

d) 提升社會處及委外單位相關社服人員相關防治知能與危機處理因應技巧：

2015 年 4 月 7 日社會處擴大處務會議辦理心理衛生暨自殺防治專業人員教育訓練，參與率達 50%。

e) 依個案需求提供自殺通報個案社會救助及其他相關社會福利資源轉介：

開案處理率達 100%。

c. 教育處

a) 辦理國中小校園生命教育宣導：

辦理 2015 年度生命鬥士巡迴演講活動，共計 10 位生命鬥士，35 場(校)巡迴活動。

b) 辦理認輔老師及在職人員自殺防治教育訓練：

竹安國小等 24 校辦理生命教育認輔教師增能研習，共計 24 場次，參加教師人數 600 人。

c) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練：

於 2015 年 4 月 27 日舉行，共計 27 校派員參加。

d) 校園自殺高危險群個案關懷與輔導：

關懷計 5 人次關懷率達 100%。

d. 民政處

a) 結合基層村里長及代表業務座談會，辦理村里長心理衛生暨自殺防治守門人教育宣導：

(a) 於 2015 年 3 月 30 日、4 月 1 日辦理「宜蘭縣第 20 屆村(里)長及第 17 屆鄉(鎮、市)長研習會」溪北(南)對象二場次。出席人數近 160 人，出席率約 67 %。

(b) 基層服務業務簡報，包括關懷弱勢(自殺防 救、社區守護、招募村里幸福將)等議題。

(c) 彙整各局處業務簡介、宣導摺頁，提供相關 資訊、通報及聯絡管道，俾利村里長在地服務。

b) 結合寺廟法令講習、活動及業務宣導中，針對廟宇人員辦理心理衛生與自殺防治守門人概念之宣導：

已辦理 5 場次宣導，共計 700 人參加。

c) 推動社區幸福將。

e. 農業處

a) 農藥販賣商查核：

農藥販賣業者行政檢查家次共計 13 間。

b) 辦理農藥商及農民農藥安全存放及自殺防治教育訓練：

為配合農民農閒時期，預計 7 月初辦理第一場次農藥複訓講習。

c) 農民集會中宣導農藥代噴業管理條例、劇毒農藥使用及儲存方式宣導：

參加農民集會及農藥販賣業集會政令宣導共計 18 場。

d) 代執行農藥代噴業者訓練：

預告修正「農管理法第三十一條第一項所定劇毒性成品農藥購買者之資格條件」草案，待通過後防檢局函文相關辦理條件及方法後執行。

e) 辦理使用農藥自殺個案與其農藥來源調查，並針對不法販賣農藥業者進行查察與規勸：

會同衛生局查察三家。

f. 勞工處

a) 透過辦理勞動法令宣導會(對象為事業單位代表)、勞工專題講座及工會幹部、會務人員勞工教育訓練(對象為工會及會務人員)等，辦理職場心理健康促進、建立自殺防治守門人概念相關衛教宣導：

已辦理 2 場次。

b) 辦理珍愛生命守護天使教育訓練：

配合衛生局辦理教育訓練課程辦理，預計於 2015 年 10 月前完成訓練。

c) 對受職業災害之勞工進行慰問關懷外，並留意其有無自殺傾向，以便適時提供協助：

目前尚未有個案。

d) 協助自殺通報個案有就業意願者就業或參加職訓課程：

(a)2015 年 1-5 月轉介個案 4 人，就業 1 人，未就業 3 人，就業職訓率達 25%。

(b)未就業 3 人皆為身障個案，經身心障礙者職業重建窗口多次輔導推介工作，惟因就業動機及生活穩定性不足，未順利就業。

g. 警察局

a) 辦理珍愛生命守護天使教育訓練：

為提升警察局各分局所轄各分駐(派出)所，員警相關防治知能與危機處理因應技巧，鼓勵各分駐(派出)所同仁，參與衛生局主辦之珍愛生命守護天使教育訓練，並要求未能參與衛生局主辦訓練之員警，利用勤餘時間上網(地方行政研習 e 學中心:你我都是自殺防治守門員)學習相關防治知能與危機處理因應技巧。

b) 協助自傷傷人嚴重個案之危機處理與追蹤關懷：

目前警察局轉介自殺件數共計 118 件(5 月底止)，前往關懷慰問 118 件，達成率達 100%。

h. 消防局

a) 辦理珍愛生命守護天使志工教育訓練：

2015 年 4 月 30 日假凱旋國小辦理「宜蘭縣 2015 年婦女防火宣導隊

複訓」，邀請衛生局講師講授「珍愛生命」相關課程，共計 95 人參訓。

i. 人事處

a) 辦理公務人員珍愛生命教育訓練：

(a) 2015 年 4 月 8 日在文化局演講廳辦理「人生旅程之微妙」專題演講，邀請縣政顧問陳景星教授擔任講座，計有各單位及所屬各機關學校公務人員 161 人參加。

(b) 宜蘭縣於地方行政研習 E 學中心組裝政策宣導數位課程，納入「你我都是自殺防治守門人」課程，至 2015 年 5 月 31 日止，已有各單位及所屬各機關學校員工 1349 人完成線上閱讀。

j. 工商旅遊處

a) 輔導販售木炭業者擔任珍愛生命守護天使：

(a) 將衛生局 2015 年度辦理「珍愛生命守護天使」等教育訓練之訊息，轉知宜蘭縣商業會及相關同業公會，並鼓勵其會員參加。

(b) 於辦理商業登記、業登記變更登記時更登記，針對營業項目含木炭等零售業業者提供衛教單張，宣導其於民眾購買時多加留意關心。

k. 2015 年下半年行動策略

a) 微笑列車-幸福講座

(a) 時間：9 月 5 日--帶愛趴趴走

(b) 地點：李科永紀念圖書館

(c) 時間：9 月 19 日--墨鏡帥哥無障礙

(d) 地點：宜蘭縣立文化中心

(e) 時間：10 月 3 日--重建以愛為核心的新家庭

(f) 地點：羅東慈濟靜思堂

b) 宜蘭縣心理衛生暨自殺防治網絡分享及展望共識營

(a) 時間：10 月 16 日

地點：冬山河親水公園

c) 健康心生活·微笑向前走 校園巡迴講座

(a) 預計辦理 20 場，於 9-11 月辦理

綜合討論

1) 縣市及相關單位意見

(1) 農藥自殺部分，不論是已遂或是未遂之個案，衛生局在接獲通知後，會請地段護士或是關懷訪視員個案狀況(是否務農？購買農藥處？等等)，若是個案不願意透露或是無法詳述，將會把相關訊息提供給農業處，農業處將會根據其地域性做定期/不定期查訪，另外也會加強教育宣導等。而

在做農藥回溯調查時，劇毒農藥多為巴拉刈。

- (2) 農藥自殺防治未來加強項目：除了加強對販賣業者的宣導外，亦會透過行政管理的方式來管制，讓大家建立守門人之概念。而針對農藥使用者，由於農藥仍有其使用之必要性，因此希望能在與農委會合作下，研商其他替代辦法。而退休的務農者，家裡可能會有留有不使用之農藥，一旦情緒低落的情況下，很容易服農藥自殺。但由於現行法令是不需要強制回收或做其他處理，因此農業處會再研商新的策略以加強農藥之回收。
- (3) 諮詢電話方面：除了 0800-788-995 之外，是否還有其他淺顯易記的電話，以利民眾記取。而諮詢電話接通後是由中央還是地方來處理，其諮詢電話使用人數及相關資料是否有分析後回饋給地方，以利地方瞭解民眾真正之需求，並讓各機關單位研擬出更實際的措施，以降低自殺率。
- (4) 0800788995 為中央設置免費電話，而在社區宣導時，衛生局除推廣 1980、1995 外，亦會針對不同族群和特性提供不同資源協助，如老人專線。
- (5) 全國農藥聯繫會報：全國各縣市政府大抵上均贊成禁用巴拉刈，因有些農藥販賣業者自身感覺販賣巴拉刈像是販毒，亦被污名化。現階段一定要使用巴拉刈之產業別並不多，因此在會議上亦提出是否要針對特定使用巴拉刈之類別予以造冊，如同列管藥品。此外農業處與衛生局一直有密切合作，一旦在醫院發現農藥自殺之個案，會盡量將農藥瓶子拍照給農業處。農業處拿到照片後，就會調查周遭販賣此一款農藥品項之業者，並加強管制及宣導。
- (6) 燒炭防治部分：有針對大賣場宣導外，現在有盡力針對五金百貨來加強宣導，邀請他們擔任守門人。
- (7) 農藥部分：在與農業處合作後，有加強針對販賣業者來宣導。是否能提供其他農藥使用較多之縣市在農藥自殺防治上之策略，以互相學習，例如雲林縣和屏東縣等。

2) 衛生福利部意見

- (1) 針對農藥自殺雖有小幅降低，但仍有努力空間，尤其是家中有農藥者，另請問農藥是如何回收？在調查時是否有針對農藥種類紀錄？是否多為巴拉刈？請將相關數據於會後提供給部內。
- (2) 0800788995 乃中央免付費電話，而另一支免付費電話 1995 則是根據地區來轉介接到之個案，若個案撥打電話地區為宜蘭，則會轉至宜蘭的生命線，請其協助。雖然 1995 和 1980 皆有時段限制，但仍可多加推廣讓有需要這使用。而 0800788995 的安心專線每年有 7 萬多人撥打，接獲

時若對方有自殺或自傷之行為，會立即與警消做聯繫，請其協助。建議宜蘭縣衛生局可以在各網絡聯繫會議時加強宣導自殺通報、相關資料和心衛資源，以利其他局處瞭解自殺防治相關業務之進行。

- (3) 宜蘭在農藥自殺之防治部分比起其他縣市較為領先，因此建議宜蘭縣未來可將重點試著放在回收農藥這部分。

3) 中心意見及建議

- (1) 自殺的原因往往是一時情緒與衝動，所以自殺防治策略是希望能緩和自殺者一時衝動，使專業人員能即時給予協助，藉此來降低自殺意念。而自殺防治策略更需因地制宜，根據地方資源來擬訂和實施策略。
- (2) 宜蘭縣可針對自殺身亡或企圖之個案做深入調查，瞭解其農藥購買地點、方式等，以瞭解農藥自殺個案之特性。
- (3) 根據統計資料顯示，建議宜蘭縣可針對女性又家裡務農者、有慢性疾病者、持有身心障礙者手冊或是家暴受害者等族群來強化自殺防治策略之在地化方案。
- (4) 綜合醫院裡面有很多自傷或具有精神方面問題之個案可能未被確實轉介，因此建議瞭解各綜合醫院是否確實轉介自殺及自傷病患。
- (5) 自殺防治宏觀來看是進步，但在深入就常會遇到瓶頸，因此建議將自殺防治從宏觀至微觀，將自殺防治策略個人化並且細部化。

1.3 臺東縣(訪查時間：2015 年 8 月 19 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.2.1)

(1) 臺東縣自殺死亡總述

a. 整體：

- a) 臺東縣 2014 年之自殺粗死亡率雖較 2013 年下降，但仍高於全國之自殺粗死亡率(15.2)。
- b) 2014 年每十萬人自殺粗死亡率為 18.3，較 2012 年(19.5)下降 6.2%。

b. 性別自殺粗死亡率

- a) 男性每十萬人自殺粗死亡率自 2011 年起逐年提升，2013 年上升至 27.3，2014 年再上升至 28.3(增幅 3.7%)。
- b) 女性每十萬人自殺粗死亡率自 2011 年(8.2)起逐年上升至 2013 年(11.1)，2014 年下降至 7.4(降幅 33.3%)。

c. 年齡層

- a) 「45-64 歲」、「65 歲以上」之粗死亡率皆高於全國。
- b) 2014 年「14 歲以下」、「15-24 歲」之自殺死亡人數均為 0 人。

c) 「25-44 歲」、「65 歲以上」之粗死亡率較 2013 年下降，降幅分別為 21.6% 以及 1.6%。

d) 「45-64 歲」之粗死亡率較 2013 年上升，升幅為 4.1%。

d. 全國自殺方法前三名：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.1%)。

b) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(26.1%)。

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.2%)。

e. 臺東縣：

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(43.9%)。

b) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(31.7%)。

c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(9.8%)。

(2) 臺東縣自殺通報總述

a. 自殺企圖 331 次。

b. 性別：

a) 男性 152 人次，女性 179 人次。

b) 性別比(男/女)0.8，女性為男性的 1.2 倍。

c. 年齡分層：

a) 以「35 至 44 歲」為最多，79 人次，佔 23.9%。

b) 其次為「45 至 54 歲」，計 68 人次，佔 20.5%。

c) 第三為「25-34 歲」63 人次，佔 19.0%。

d. 自殺方式：

a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 113 人次，佔 34.1%。

b) 以「割腕」自殺，計 86 人次，佔 26.0%。

c) 以「農藥」自殺，計 39 人次，佔 11.8%。

e. 自殺原因：

a) 男性自殺原因排名前三位為「家庭成員問題」(20.4%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(14.5%)、「夫妻問題」(13.2%)。

b) 女性自殺原因排名前三位為「家庭成員問題」(31.8%)、「夫妻問題」(24.0%)、「感情因素」(17.9%)。

2) 縣市報告重點及困難摘要(詳見附件 0)

(1) 臺東縣心理衛生服務項目

a. 心理衛生宣導單張：

提供壓力調適、家人溝通、情緒管理、精神疾病及憂鬱症、自殺預防等主題之宣導單張，以增進民眾對情緒及壓力的因應、了解與對心理疾病

的預防。

b.心理衛生諮詢：

個管師以電話、面談輔導兩種方式針對一般社區民眾、特殊族群、相關單位轉介之個案(精神官能症、行為偏差、情緒困擾學生等)提供心理輔導諮詢的服務及疑似精神疾病之相關醫療轉介。

c.辦理心理衛生宣導及講座：

針對各族群、團體民眾定期辦理校園、職場及社區心理衛生宣導活動及講座。

d.辦理專業知識課程：

提供專業人員專業知識成長課程及情緒抒解工作坊，以提升服務品質為目的。

e.資源連結轉介：

- a) 依個案需求轉介相關單位(臺東縣政府社會處、臺東就業服務站、各醫療院所、臺東縣政府教育處等)，以提供個案更完整的服務。
- b) 協助精神病患緊急就醫服務。
- c) 其他轉銜服務等。

f. 自殺防治：

- a) 加強醫療院所通報及提昇緊急處置技能。
- b) 個案追蹤管理及關懷輔導。
- c) 加強住院病人自殺防治相關措施。

g.心理輔導及心理諮商：

針對有心理困擾及心理障礙之民眾，由專業心理輔導團隊(社團法人臺東縣生命線協會)輔導老師或臺東縣衛生局簽約領有心理師證照之心理師協助民眾輔導與諮商。

(2) 自殺防治業務現況

a.自殺防治之具體措施

- a) 全面性防治策略：針對一般社會大眾
 - (a) 衛生福利部 24 小時安心專線：0800-788995。
 - (b) 社區心理衛生中心單一窗口專線：336575。
 - (c) 特殊自殺行為防治：
 - (d) 針對農藥自殺防治-與農業處合作針對農藥販賣商進行宣導。
 - (e) 民眾教育宣導-座談會、專題演講、職場講座等。
 - (f) 校園自殺防治宣導-針對學齡期至青少年期全面性宣導。
 - (g) 媒體、平面宣導。

- (h) 印製資源手冊供民眾參考。
 - (i) 監測自殺相關資訊，強化自殺通報的功能。
 - (j) 針對高壓力職場辦理紓壓或強化心理健康之課程。
- b) 選擇性防治策略：針對特定高風險族群
- (a) 守門人訓練：社會工作人員、教師、校護、警消及醫護人員等。
 - 針對社會工作人員自殺防治-與社會處合作辦理教育訓練。
 - 針對國中小校園自殺防治-與教育處合作針對學校相關人員辦理教育訓練。
 - 針對 25-44 歲族群自殺防治-與臺東就業服務站合作辦理教育訓練。
 - 針對農藥自殺防治-與農業處合作針對農藥販賣商辦理教育訓練。
 - 針對第一線工作人員自殺防治-與警察局合作針對警消及醫護人員辦理教育訓練。
 - (b) 憂鬱症篩檢與追蹤
針對老人自殺防治-辦理 65 歲以上及獨居老人之憂鬱症篩檢與追蹤。
 - (c) 心理輔導及心理諮商。
 - (d) 強化社區心理衛生中心功能。
 - (e) 組成跨處室的整合性服務團隊，定期召開跨局處自殺防治討論會及精神暨心理衛生諮詢委員會。
 - (f) 結合精神、心理衛生工作加強專業人員的訓練。
- c) 指標性防治策略：針對自殺企圖者及自殺死亡遺族
- (a) 自殺防治通報系統。
 - (b) 自殺者親友的關懷。
- b. 自殺防治業務辦理現況
- a) 每日個管師監看自殺防治系統通報，分案至各衛生所並督促一週內完成自殺個案關懷訪視。
 - b) 自殺關懷訪視：共派案 200 人次，關懷 1632 人次，結案 122 人次，並針對自殺開案之個案進行關懷訪視及個案管理。
 - c) 辦理自殺企圖個案之通報事宜。
 - d) 辦理憂鬱症篩檢：20 歲以上 65 歲以下人口篩檢量共 246 人，65 歲以上人口篩檢量共 7524 人。指數偏高個案轉至心理衛生中心追蹤輔導。
 - e) 與教育處合作辦理一般教職員自殺防治守門人 123 訓練活動共 3 場。
 - f) 與社會處合作辦理社會工作人員自殺防治守門人 123 訓練活動共 2 場。

- g) 建置自殺通報網絡、落實自殺通報及個案追蹤輔導：通報人數計 200 人次，訪視人次計 1632 人次(電話訪 1101 人次，家訪 466 人次)，轉介其他單位(其他縣市衛生局等)：7 人。

(3) 2014 年建議事項辦理情形

- a. 自殺防治要因地制宜，針對原住民朋友，可與瞭解原住民部落語言之協會合作，將守門人概念以部落之語言教導給原住民。分析死亡個案，如其分布、回部落原因等，並善用宗教、關懷據點、家婦服務中心及部落連結等，加強防治。
- a) 辦理情形：
經下鄉訪視及與各衛生所溝通，部落內目前皆以普通話為主要語言，並由中壯年族群來推廣概念至部落，故仍以普通話做溝通，下半年度將與宗教團體、關懷據點結合將自殺防治守門人之概念深入部落及社區之文化。
- b. 人人都可以是守門人，並非只有專業的精神科醫師或是臨床心理師等才能成為守門人，網絡守門人訓練很重要，如社會局、處均可列為必修訓練。
- a) 辦理情形：
2014 年與社會處、教育處及消防局辦理社工人員及教職員自殺防治守門人訓練，計 5 場次，計 319 人次；2015 年與社會處、教育處及消防局辦理社工人員及教職員自殺防治守門人訓練，計 6 場次，計 356 人次。
- c. 臺東目前最嚴重的即為老人自殺，因此如何鎖定此一族群是極為重要的議題。可從會接觸老年人之單位、機關或團體來著手，例如基層醫療團體、鄰里長、送餐服務員、居家照護員，或是巡迴醫療等，亦可結合社區關懷及社區醫療，整合地方資源，一同研擬老人之自殺防治。
- a) 辦理情形：
自 2014 年度起將自殺防治守門人教育訓練列入照顧服務員(含送餐服務員、居家照護員)在職教育訓練，並每年由各鄉鎮市衛生所召集轄內村、里長辦理自殺防治守門人訓練(2014 年達成 99.3%，2015 年節制 6 月底達成 59.2%)，偏遠地區利用巡迴醫療門診及成人健康整合式篩檢進行老人憂鬱症篩檢。
- d. 建議針對不同族群，如部落或是高風險族群等規劃完善的關懷系統，建立人與人間的聯繫，而系統內除資源盤點外，還要建立一個以人文關懷為基礎之科學方法，並建置口袋名單以利後續轉介。

a) 辦理情形：

已進行心理健康服務資源盤點，並於下半年度進行重新檢視轉介流程及加強以個案或高危險族群規畫關懷支持系統，以利後續轉介。

- e. 建議按月跨團隊針對自殺防治業務進行討論，除針對個案問題和困難進行討論外，轉介的技巧和資源之建立亦為重要。應邀請臨床醫師參與，善用精神醫療網資源。

a) 辦理情形：

自 2014 年度下半年起，每一季辦理自殺個案研討會及 30 天內再自殺個案研討會，會中邀請醫院社工人員、臨床醫師、社會處、教育處及生命線共同參與研討。

- f. 除需穩定關懷訪視員之人力外，集合關懷訪視員所召開之會議需著重在關訪員所遭遇之問題，並盡心給予協助、找尋資源，讓關訪員在第一線能有所依靠，更能全心投入關懷訪視。

a) 辦理情形：

每月召開關訪員工作督導會議，針對轄區內 3 次以上訪視未遇個案、家中主要照顧者 65 歲以上或有 2 位以上精神病人之家庭，及屆期及逾期末訪視個案，訪視所遭遇之困難，予以團隊討論及行政協助。

(4) 成效檢討

- a. 臺東縣可提供個案轉介服務(經濟、安置問題)之民間資源較不足。
b. 精神及心理專業人力(精神科專科醫師、諮商心理師等)不足，增加非精神醫療專業人員之訓練。
c. 臺東縣地形狹長及山地鄉多，部分社區交通不便，訪視不易。
d. 部份網絡單位未將精神疾病防治及自殺防治納入常規教育訓練課程內，課程出席率較低。

綜合討論

1) 縣市及相關單位意見

- (1) 可與其他局處合作，在其他局處辦理老人活動時，適時加入老人篩檢。
(2) 建議在宣導教育上不要直接說明為自殺防治，易造成民眾反感，建議用其他名義，如健康促進等來進行宣導。

2) 衛生福利部意見

- (1) 建議可針對人口回流之原因進行分析，瞭解是否是因為失業及就業之問題。若有失業方面之需求，建議可加強與就業服務站之合作。
(2) 根據去年統計數據顯示，65 歲以上之自殺死亡人數是有增加，且多為農藥自殺，此外，65 歲以上長者可能已不務農，但家中仍存有剩餘農藥，

建議農業處除加強農藥空瓶回收外，亦可針對農藥回收進行規劃。

- (3) 由於最近兒虐事件較多，建議在與社會處一同家訪個案時，若家中有 6 歲以下的小孩，應多一份敏感度，並給予關心和支持。

3) 中心意見及建議

- (1) 建議可朝男性自殺死亡率上升及 45-64 歲自殺族群之相關資料進行分析和研擬因地制宜之自殺防治策略。
- (2) 通報 10 年前開始是由急診處(自殺最高危險群)來進行，接著才到醫療單位和警消，因此在通報上難免會重複。但儘管重複，通報系統仍會歸檔、分析再由關訪員訪視，所以重複並無影響。
- (3) 自殺防治教育宣導部分，其名稱可以因地制宜，以利自殺防治業務推動。
- (4) 推動臺東縣酒癮之防治策略，在地人較外地人來的瞭解，因此在實施自殺防治相關策略時，更需因地制宜，行動在地化。例如可嘗試將心情溫度計翻譯成貼近原住民之語言，提供原住民使用。
- (5) 農藥自殺是衝動型自殺，因此農藥管理如農藥回收則極為重要。農藥儲藏箱之使用應徹底落實，若數量不夠，則可向中央反應，增加儲藏箱之數量。
- (6) 篩檢後往往都有成效出來，但其重點在於篩選後的流程、轉介及其他後續處置。篩選工具的選擇也是非常重要，例如 BSR5-5 於篩選出來後有不同等級，可依照分數等級之不同安排後續轉介及處置。而篩選後針對後續轉介資源的盤點，也需積極落實。可嘗試以社區醫療模式進行，將個案與區域內之醫療資源如診所做結合，建立共同照護網。
- (7) 篩檢的目的和目標要明確，為什麼要篩檢，該使用何種篩檢工具，都要詳加瞭解。篩檢的目的不僅是檢測個案或民眾的心理問題，同時也是讓更多人了解心情溫度計的存在，並善用心情溫度計做自我檢測。
- (8) 篩檢表應根據不同場合做變化。若是參與人數多的活動，篩檢表可使用新式的心情溫度計，五題為是非題(勾選方式)，總分大於四分者，則需給予專業介入。
- (9) 根據研究顯示，拒訪個案其實需要協助，但卻不會主動表示，因此關訪員主動的接觸，個案其實是會接受。
- (10) 以村里鄰長為對象所辦理的自殺防治守門人講座，除慎選主題外，可於講座後頒發證書給村里鄰長，鼓勵其擔任守門人。

1.4 基隆市(訪查時間：2015 年 8 月 21 日)

自殺防治相關數據及策略報告

- 1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.2.1)

(1) 基隆市自殺死亡總述

a. 整體：

- a) 基隆市去年自殺粗死亡率較 2013 年上升。2014 年每十萬人自殺粗死亡率為 21.9，較 2013 年(21.0)上升 4.3%。
- b) 2014 年之粗死亡率高於全國之粗死亡率(15.2)。

b. 性別自殺粗死亡率

- a) 男性 2009 年後之自殺粗死亡率逐年下降，2013 年降至 20.4，2014 年再上升至 28.1(增幅 37.7%)。
- b) 女性 2009 年後呈現上下起伏，2013 年降至 11.9，2014 年再往下降至 9.2(降幅 22.7%)。

c. 年齡層

- a) 除「14 歲以下」、「15-24 歲」外，其餘年齡族群之粗死亡率皆高於全國。
- b) 2014 年「14 歲以下」自殺死亡人數與 2013 年相同，均為 0 人。
- c) 「15-24 歲」、「25-44 歲」、「45-64 歲」之粗死亡率較 2013 年下降，降幅分別為 31.9%、11.6%以及 1.5%。
- d) 「65 歲以上」之粗死亡率較 2013 年上升，升幅為 51.6%。

d. 全國：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.1%)。
- b) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(26.1%)。
- c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.2%)。

e. 基隆市：

- a) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(34.1%)。
- b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(22.0%)。
- c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.5%)。

(2) 基隆市自殺通報總述

a. 自殺企圖 610 次。

b. 性別：

- a) 男性 219 人次，女性 391 人次。
- b) 性別比(男/女)0.6，女性為男性的 1.8 倍。

c. 年齡分層：

- a) 以「45 至 54 歲」為最多，152 人次，佔 24.9%。
- b) 其次為「35 至 44 歲」，計 140 人次，佔 23.0%。
- c) 第三為「25-34 歲」131 人次，佔 21.5%。

d. 自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 257 人次，佔 42.1%。
- b) 以「割腕」自殺，計 138 人次，佔 22.6%。
- c) 以「其他藥物」自殺，計 43 人次，佔 7.0%。

e. 自殺原因：

- a) 男性自殺原因排名前三位為「家庭成員問題」(14.2%)、「感情因素」(12.8%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(10.5%)。
- b) 女性自殺原因排名前三位為「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(22.3%)、「家庭成員問題」(19.4%)、「感情因素」(18.9%)。

2) 縣市報告重點摘要(詳見附件 4.2.2)

(1) 自殺防治策略暨工作報告

a. 運作面

- a) 自殺防治資源網絡：聯結市府各局處及，民間團體與專家學者共同參與本市自殺防治業務推動。
- b) 2013 年 12 月 3 日公布施行「基隆市農藥販賣管理辦法」，要求販賣業者擔任自殺防治守門人、定期受訓，亦針對空瓶回收管理、強化農藥管理法規認識等，掌握農藥販售動態，例次自殺防治委員會追蹤管理狀況。
- c) 2014 年起以 9 月份心理健康月及 10 月世界自殺防治日為加強宣導重點，由本市各自殺防治網絡辦理推動常態性守門人宣導。

b. 強化暨連結自殺防治資源網絡：2015 年起擴大組織編制，加入七區公所及都市發展處，加強行政效能及大樓安全管理。

c. 一般性

a) 社區高關懷會談服務：

- (a) 針對有家庭、學業、工作、情感等問題之民眾諮商服務，1-6 月共服務 77 人，189 人次，滿意度程度達 95%。
- (b) 針對重複自殺個案，及涉及嚴重情緒困擾、危機事件、多元問題個案，開辦「緊急個案駐點諮商」，共計服務 20 人次。
- (c) 接受教育局轉介，提供校園心理諮商服務受理學生有家庭、學業、情感、同儕相處等問題之諮商服務，1-6 月共計服務 6 人 28 人次。
- (d) 利用大型活動，宣導心理健康促進議題，提升參與民眾對心理健康之認知。
- (e) 運用衛生所、社區營造中心、社區發展協會及社區關懷據點等基層據點，發展以社區為基礎的心理健康促進宣導方案。

(f) 心理健康促進宣導

- 每月以跑馬燈方式宣導心理健康促進。
- 接受電台專訪自殺防治策略(1次)。
- 各區衛生所進入社區宣導(7次)。

(g) 結合生命線協會合辦「活水人生系列講座」，提供社區民眾及各單位志工多元宣導主題，如：遠離憂鬱和焦慮、人際溝通藝術、享受漫活人生等。

(h) 跨單位成立「兒少婦女事務及輔導工作策略聯盟」，辦理全市國小、國中及高中校園宣導，結合生命線協會、張老師基金會辦理多元主題，共計 12 場次 1,474 人次。

(i) 針對兒童、青少年、中壯年、老人等，依年齡別，發展在地、多元化之心理健康促進活動或方案，深入社區、職場、學校等場域宣導。

d. 特案性

- a) 比對警消處理民眾自殺事件與醫院線上系統通報，擴大關懷追蹤對象，以確實評估自殺企圖者後續風險評估，共計比對消防 33 件、警察 61 件。
- b) 增進自殺處遇專業技巧，以(每月)「訪視督導」及(每季)「外聘專家督導課程」方式，加強自殺關懷訪員專業能力。
- c) 針對木炭販賣業者，行文大型超商通路，提供消費者購買木炭專用塑膠袋，並宣導店員成為自殺守門人，提供自殺意念者適時求助資源。將於 9 月 9 日辦理「缺乏心理健康就是不健康！」「2015 基隆心理健康月起跑～」記者會，頒發 2015 年度 4 大賣場協助示範(木炭販售)自殺防治守門愛心商店，及揭幕「基隆心理健康月系列活動」儀式。

e. 2014 年縣市參訪綜合建議

- a) 老人自殺防治已見成效，仍應繼續，並可應用老人推展模式於職場。辦理情形：以網絡會議推動各局處重視單位同仁之心理健康促進，本局亦協助聘講師配合市府人事處教育訓練與辦理職場健康促進。
- b) 壯年期自殺防治，可針對不同類型者來推動，如就業者可推動職場之自殺防治，失業者可從就業中心著手，或婦女可從家庭主婦方向著手等。
辦理情形：以心理健康網辦理婦女心理健康促進宣導配合職訓局辦理活動時宣導。於職場推動職場健康促進加入心理健康議題。
- c) 燒炭自殺未遂者除了解自殺原因外，亦可了解其購炭方式為何，藉此掌控木炭之販賣來源，再針對來源推行自殺防治，達到限制自殺工具

之取得。可參考新北市和臺南市之防治方法。

辦理情形：燒炭自殺以經濟感情因素為主要，購置木炭多來自賣場。2015年除持續於賣場推動自殺守門人訓練訓練，亦提供醒目警語之包裝袋，提醒收銀員觀察購買者是否有自殺行為。亦與新北市請益。

- d) 針對跳橋自殺之防治，可參考國外方法架設警示標語或是增設防護儀器等。

辦理情形：目前評估階段。

- e) 關懷訪視員除針對個案給予關懷和支持外，其轉介技巧之培養和增加也是非常重要，而與個案關係之建立也是極為重要。

辦理情形：針對自殺訪員辦理訪視技巧與幹案評估等在職繼續教育，並每月召開個案討論聘請專家指導個案關懷技巧。

- f) 定期召開跨部會會議，針對重複自殺之個案或關訪員所面臨之困境進行討論，並了解遭遇緊急事件和議題時，可利用之管道和資源解決困境。

辦理情形：已針對重複自殺或特殊個案召開跨局處個案討論會議，除由衛生局召開外另其他局處亦會因業務需要召開跨局處會議，共同處理個案問題。

綜合討論

1) 縣市及相關單位意見

- (1) 因使用藥物自殺之個案，其死亡程度較低，因此目前對不當用藥自殺之族群一時無較佳之策略。建議針對基隆市之自殺防治，若在統計數據可取得之情形下，可從基隆在地特點著手，例如精神病患者、就業問題和酒藥癮等，其情況是否已比其他縣市還嚴重，若和自殺有所關連，則可由此處著手。
- (2) 若要瞭解經濟與自殺之關連性，確實有其困難點。至於使用藥物自殺之部分，基隆市目前有在推行老人三年整合性健康篩檢，其內容包含憂鬱篩檢、失能篩檢、居家安全等等。根據篩檢可知道老人在家情形、用藥量以及經濟狀況等。

2) 衛生福利部意見

- (1) 對於用藥自殺之個案，醫院在接獲通報時，應仔細謹慎，雖吞藥致死率不高，但個案有可能在出院後採取其他致死率較高之方法自殺。
- (2) 老人自殺是需注意之議題，但參與活動之老人，其健康程度較高，也較不易自殺，而容易自殺之個案往往是容易被忽略之族群，建議針對社會較不易注意到之老人族群進行關懷。另老人常就醫，因此醫院端之自殺

防治極為重要。

- (3) 在其他自殺防治策略部分，在橋上除增加警示標語，新建橋樑應加裝防跨措施。此外，若橋樑地點離巡視員近一些，也能加強巡守，並在危急時給予協助。燒炭自殺部分，雖然小型木炭販賣業者在自殺防治之執行上較為困難，但仍可請大型販賣業者或超商等盡力配合。農藥自殺部分目前只有管制和發放農藥儲藏箱，中央部分會在針對農藥自殺部分進行努力。
- (4) 根據數據顯示老人自殺仍有明顯上升，建議可再分析老人自殺之原因及研擬老人自殺防治相關策略。燒炭自殺部分，木炭下架之策略可再進行探討。可分析農藥自殺人數增加其原因為何，其空瓶回收情形，家裡不務農但仍有農藥，是否有徹底回收。而上吊自殺之增加也可進行細部死因分析。

3) 中心意見及建議

- (1) 通報資料中使用「安眠藥、其他藥物」的族群，極有可能於未來變成燒炭自殺的族群，而針對使用安眠藥或其他藥物自殺之個案，是可以擬訂策略以利及早發現與介入。
- (2) 自殺防治最重要的一定是要數據導入為原則。而憂鬱症跟自殺防治一定有其相關，自殺死亡個案生前 85%與憂鬱症有關，15%與壓力相關，因此篩檢後之轉介極為重要。中心和局處之合作是很重要，若衛生局需要自殺與通報之相關資料，可與中心聯絡。而自殺方法之改變，一定要強化溝通和追蹤；而根據相關研究指出，若是多次自殺未遂之個案，其之後自殺身亡之比例較高，亦需加強追蹤。至於自殺死亡資料與健保資料之串連，由於統計處現在申請資料之規定不同於以往，資料較不易取得，因此會再與中央討論將來如何提供地方相關自殺數據。根據統計，自殺死亡 80%為 35-64 歲，因此鎖定與此年齡層相關之族群是很重要。其中 45-64 歲之大幅增加，可視為高危險群，更該極力針對與此年齡層有關之族群，例如男性、職場、家庭主婦等，進行篩檢、訪視與轉介等自殺防治策略，確實達到自殺防治策略網網相連、因地制宜。
- (3) 燒炭自殺之防治部分，可加強與小型零售商之合作，徹底落實守門人。而農藥箱部分，則是要加強管制，或是在農藥箱上加貼警示標語和心衛資源。
- (4) 建議落實資源盤點，如瞭解各區醫療資源分布，透過資源瞭解與整合才能徹底落實自殺防治。建議基隆市可針對篩選後之個案進行分層，給予適切關懷。

- (5) 推動自殺防治重點為 CPR，C 為 Collaboration，強調醫療團隊的協調合作；P 為 Proactive，創新、積極來協助政府改進政策；最後一個是 Reach out，尋求外界的資源。
- (6) 老人自殺防治策略部分，醫院部分需徹底落實對老人之篩檢，局內則是要做好資源盤點，以利篩檢後之關懷與轉介。而針對獨居或是無法外出之老人，則可以社區為基礎之方式，建立社區心理健康照護網，落實關懷與轉介。建議與社會局合作，讓社會局之關懷員學習守門人概念，並同時也納入基層醫療一同學習。
- (7) 燒炭自殺部分則建議先瞭解販賣木炭之零售商所在地，並加強守門人概念。
- (8) 在自殺防治策略研擬部分，可將因飲酒送醫之個案及吸食毒品者納入討論議題。另外建議非精神科之醫護人員接受守門人相關訓練。
- (9) 中心有關懷訪視專區，關訪員若遇到任何問題，均可利用專區詢問，緊急狀況亦能與中心做聯繫尋求協助。

1.5 花蓮縣(訪查時間：2015 年 8 月 28 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.2.1)

(1) 花蓮縣自殺死亡總述

a. 整體

- a) 花蓮縣去年自殺粗死亡率較 2013 年上升，每十萬人自殺粗死亡率為 18.9，較 2013 年(16.1)上升 17.4%。
- b) 2014 年之粗死亡率高於全國之粗死亡率(15.2)。

b. 性別自殺粗死亡率

- a) 男性 2009 年後之自殺粗死亡率逐年下降，2013 年降至 20.4，2014 年再上升至 28.1(增幅 37.7%)。
- b) 女性 2009 年後呈現上下起伏，2013 年降至 11.9，2014 年再往下降至 9.2(降幅 22.7%)。

c. 年齡層

- a) 除「14 歲以下」、「15-24 歲」外，其餘年齡族群之粗死亡率皆高於全國。
- b) 自 2000 年起「14 歲以下」自殺死亡人數均為 0 人。
- c) 「15-24 歲」、「45-64 歲」之粗死亡率較 2013 年下降，降幅分別為 66.2%、12.9%。
- d) 「25-44 歲」、「65 歲以上」之粗死亡率較 2013 年上升，升幅分別為

103%、13%。

d.全國：

- a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.1%)。
- b) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(26.1%)。
- c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.2%)。

e.花蓮縣：

- a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(31.7%)。
- b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(30.2%)。
- c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(23.8%)。

(2) 花蓮縣自殺通報總述

a.自殺企圖 592 次。

b.性別：

- a) 男性 224 人次，女性 368 人次。
- b) 性別比(男/女)0.6，女性為男性的 1.6 倍。

c.年齡分層：

- a) 以「35 至 44 歲」為最多，173 人次，佔 29.2%。
- b) 其次為「25 至 34 歲」，計 105 人次，佔 17.7%。
- c) 第三為「45-54 歲」102 人次，佔 17.2%。

d.自殺方式：

- a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計 184 人次，佔 31.1%。
- b) 以「割腕」自殺，計 161 人次，佔 27.2%。
- c) 以「農藥」自殺，計 51 人次，佔 8.6%。

e.自殺原因：

- a) 男性自殺原因排名前三位為「家庭成員問題」(24.1%)、「夫妻問題」(14.3%)、「物質濫用」(11.6%)。
- b) 女性自殺原因排名前三位為「家庭成員問題」(23.4%)、「夫妻問題」(22.0%)、「感情因素」(19.3%)。

2) 縣市報告重點摘要(詳見附件 4.2.2)

(1) 現況分析

- a.社經發展有限，人口外流，高齡化(13.8%)，少子化，就業機會有限，人口外流嚴重，中壯年生活壓力增加，獨居老人漸增，支持系統不足。
- b.偏鄉資訊/資源取得管道不足心理健康知能不足，自我覺察能力及對高風險個案敏感度不佳，無法或不願意及時求助。
- c.心理健康相關資源未做有效整合部分工作疊床架屋，未能集中力量發揮

效能。

(2) 三段五級的自殺防治策略

a. 第一段：促進健康和特殊保護(全面性)

- a) 限制致命性自殺物品的取得(劇毒農藥販售管制)。
- b) 提升社區民眾的心理健康(遇見"心"幸福系列活動)。
- c) 擴增心理諮詢相關服務(免費諮詢及諮商服務)。
- d) 精神疾病及自殺的去汙名化(結合活動辦理)。
- e) 監測有關自殺議題相關資訊。
- f) 導正媒體自殺報導。

b. 第二段：早期診斷和適當治療(選擇性)

- a) 加強酒精等物質濫用及長者憂鬱症的防治。
- b) (強化網絡連結與通報機制)(長者憂鬱篩檢服務)。
- c) 加強社政及公私立機關團體網絡服務人員之心理衛生/自殺防治教育(定期辦理教育訓練及宣導)。
- d) 加強各級學校人員(輔導老師及校護)心理衛生在職訓練。
- e) 針對特定的自殺高風險族群(如：高齡憂鬱症患者、獨居長者、身心受創的災難倖存者及家屬)，進行自殺傾向的篩檢及轉介。
- f) 建立社會關懷網絡，結合民間力量與資源，建置在地關懷據點，協助辨識與關懷有自殺傾向的個案並協助轉介，俾利提供緊急物質救援與心理關懷輔導。

c. 第三段：限制殘障與復健(指標性)

- a) 自殺未遂者之追蹤關懷輔導。
- b) 建置反覆/多次自殺者之關懷名冊並於相關會議提出討論。

(3) 2013 年訪查建議及改善措施

a. 族群和社經地位影響花蓮縣在推動自殺防治上有困難處，所以如何跟社福和地方單位合作是自殺防治所需要著手的一大課題。

- a) 花蓮縣衛生局自 2013 年開始即積極與轄內相關社福團體合作辦理各類活動。
- b) 2013-2015 年度每年皆與生命線協會合辦幸福捕手自殺防治宣導活動，2015 年度針對青少年及社區部落長者規劃辦理 40 場次。
- c) 2014 年 4 月結合轄內 18 個民間機構/團體辦理心理健康園遊會。
- d) 2014 年 10 月心理健康月與生命線及持修積善協會等合辦心理健康月影展活動。
- e) 2015 年度與慈濟醫院規劃辦理職場心理健康促進宣導系列活動，共計

30 場次。

- b. 花蓮縣在自殺防治之規劃已見成效，目前需重視於「落實」上，可針對基層醫療做守門人課程訓練，已加強基層之自殺防治。此外，先針對花蓮縣精神和心理醫療資源做分析，加強守門人訓練並培養出一套流程，以落實一問二應三轉介。而資源分佈不均之狀況，可嘗試做資源連結，以徹底落實偏遠地區之自殺防治。
 - a) 結合轄區心理衛生輔導或精神醫療網資源，針對助人團體與社區種子志推廣一問二應三轉介的自殺防治守門人口訣，及幸福捕手”看.聽.轉.牽.走”相關專業教育訓練，提升助人工作者之專業知能，增進對高關懷個案的敏感度以及訪談技巧 2014 年度共計辦理 52 場次，4663 人次參與。
 - b) 為改善偏鄉地區資源不均問題，2014 年度結合各鄉鎮市農藥販售商店等設立 26 處心理健康小站，提供民眾可近性的在地關懷據點及諮詢窗口。
 - c) 2015 年度並邀集外聘委員協助進行實地輔導訪查，強化各關懷據點服務功能。
- c. 應細部分析死亡增加之族群，如 44-64 歲及 65 歲以上老人族群(含獨居老人等)和中老年女性等，用以了解花蓮縣中老年(含女性)在分佈、長期照護、社區關懷、婦幼關懷等方面是否有可以加強的地方。由此可了解花蓮縣要如何強化在地化自殺防治之推動，相對的也能較明確尋求中央給予補助。
 - a) 應加強關注青年及中壯年男性族群。強化就業族群及職場心理健康促進服務。
 - b) 2015 年度花蓮縣衛生局與就業服務中心合作，於 5/14 及 5/27 分別在南北兩區辦理教育訓練，提升相關人員自殺防治敏感度。
 - c) 2015 年度花蓮縣衛生局另與慈濟醫院合作辦理 40 場次職場心理衛生教育訓練活動，提升各職場/工作場域員工之心理健康知能。
 - d) 2015 年度與生命線協會合作辦理 40 場次青少年及社區部落長者心理衛生教育訓練活動，強化心理健康促進知能。
- d. 自殺防治業務之推動可與其他相關單位做跨局處整合，使其更有效率，更能觸及到其他領域，而非集中在心理衛生醫療體系。
 - a) 2015 年度成立花蓮縣心理健康推動小組，藉由成立花蓮縣跨局處的心理衛生推動小組將花蓮縣執政團隊中的相關局處拉進自殺防治網絡。並於 7 月 30 日召開第一次工作聯繫會議。

- b) 2014 年 7 月 30 日及 2015 年 8 月 18 日結合轄內心理健康相關服務單位召開聯繫會議。建立聯繫窗口，提供網絡溝通及交流的平台，強化合作效能。
 - e.能針對第一線之居家服務員開設守門人課程，培養服務員對於自殺防治的概念，藉此在做居家服務時，能更了解如何辨識自殺風險者並給予關懷。
 - a) 2015 年度與門諾基金會、一粒麥子基金會及花蓮縣東區老人之家和私立長照機構合作，針對第一線之居家服務員開設守門人課程。
 - f. 針對原住民推動自殺防治有其限制在，尤其是語言的部份，因此會深入部落以加強部落之自殺防治推動，善加運用母語及牧師、頭目等，對原住民教育及宣導自我求助和自殺防治之概念，以徹底落實推廣，而這部份仍有進步的空間。
 - a) 透過各衛生所，加強結合各鄉鎮原住民家庭服務中心，內有具原住民母語溝通之人員，可於宣導活動時協助翻譯溝通。
 - g.自殺防治計畫補助方面，今年中央仍持續可給予補助，可再詳細規劃，再向央提出具體之自殺防治計畫，計畫需包含評估在內。
 - a) 花蓮縣兒童暨家庭關懷協會，持修積善協會，生命線協會等每年皆向衛福部申請心理健康促進相關活動計畫。
- (4) 重點改善對策
- a.針對中壯年男性自殺死亡率改善對策
 - a) 全面性策略：透過宣傳活動，加強職場/社區心理衛生教育，減少致命性自殺工具的可近性，安心專線/男性關懷專線之推廣。
 - b) 選擇性策略 1：推動「幸福捕手」宣導教育，強化自殺防治守門人概念，及早發現高危險群，適時介入服務並協助轉介。
 - c) 選擇性策略 2：提升社區網絡對自殺風險之敏感度結合民間力量，發揮在地服務與關懷的精神。
 - d) 指標性策略：推廣心情溫度計，加強篩檢與運用。針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務。
 - b.降低農藥自殺死亡率改善對策
 - a) 全面性策略：(管制自殺方法)減少農藥取得的管道，避免因可任意取得，(酒後)一時衝動誤食的風險。
 - b) 選擇性策略：針對農藥販售人員進行自殺防治守門人相關訓練，農藥瓶罐上加註關懷警語。
 - c) 選擇性策略：擴大宣導，提升社區網絡對自殺風險之敏感度，及早發

現高危險群，適時介入服務並轉介。

(5) 結論與建議

- a. 2015 年成立縣府心理健康推動小組，結合府內相關單位及民間網絡資源，積極倡議及推動相關工作。惟因目前尚在起步階段，仍需持續溝通協調。
- b. 部分工作需結合其他單位辦理，如學校、社政人員等，對應之單位(如高中職及大專院校等學校人員所屬之教育部或社政人員等)，若衛政安排之活動或教育訓練非其年度工作考核指標項目，易造成衛政單方面業務推動之困難。
- c. 2016 年將結合更多民間資源和力量，培訓更多自殺防治關懷的種籽，共創全民參與、彼此關懷、珍愛生命的目的。

綜合討論

1) 縣市及相關單位意見

- (1) 很多自殺個案會在臉書或是 line 群組中透露出想自殺的意念，不知道是否有甚麼機制能讓有自殺意念者，一但寫出想自殺的訊息時，會自動跳出相關求助資訊，或是臉書跟 line 有甚麼相關機制能協助自殺防治。
- (2) 衛政單位每月均會參加社會處所舉辦的高危機會議，會中會針對自殺通報個案及精障個案合併有家暴議題的個案，與警政、社政等相關單位做討論。其中討論的個案中，有合併有家暴議題的約佔 1/3，這是很嚴重的問題。此外，有些個案亦有飲酒問題，在衝動控制方面有極大影響。而在會中亦會邀請精神科專業醫師前來討論並給予專業意見。今年度衛生局在部內的經費協助下，有針對被害相對人進行關懷計畫。
- (3) 長者篩檢部分，現會結合長照機構、村里長、護士等，請其在服務當中若發現有自殺意念/行為或容易被忽略的老人時，進行憂鬱篩檢及後續的轉介。醫院部分則是會針對住院及門診之長者進行憂鬱篩檢，進而判斷是否需再進一部的關懷及跨單會會診和轉介。
- (4) 針對原住民之自殺防治需注意到的是族群特性，不同特性對於接受關懷的態度就不一樣，在每月個案討論會時，會請心理師或社工師針對個案進行分析，並給予訪視意見。
- (5) 對原住民而言，其戒酒的攻擊較難處理，既使個案瞭解各項資源並也轉介至醫院，但其生活型態就是會喝酒，飲酒的問題是多重的也是習慣性，因此並沒有特別動機吸引原住民戒酒。原住民自傷方式多為割腕為主。
- (6) 自殺議題非常廣泛，且花蓮縣腹地廣大，要如何將關懷深入潛藏的族群，並碰觸到隱性族群，則是需思考的議題。

2) 衛生福利部意見

- (1) 自殺通報部分今年有在做修改，會再思考如何將合併飲酒納入自殺通報中。另外可思考每年齡層使用之自殺方法是否有重疊，可由此處加強。
- (2) 透過自殺通報資料顯示，花蓮縣自殺通報個案註記為家暴被害人之比例較高，建議與社政單位合作，分析家暴被害人之身分和性別等。

3) 中心意見及建議

- (1) 臉書之自殺防治相關措施：一旦發現有使用者寫下要自殺的訊息，就會將使用者之相關訊息傳遞給中心，請中心協助。不僅如此，為因應新興自殺方法及網路知識散播的快速，中心每天亦會以自殺等關鍵自搜尋網路資訊，並針對網路自殺相關新聞和消息進行因應。將來會更進一步深入合作推出新專案。
- (2) 特殊族群之自殺防治：如原住民，可嘗試於社群中與意見領袖合作，以專案方式給予特殊族群關懷和支持，此外，應將可用資源做盤點，確保資源輸送暢通及轉介順利，並在需要時加入精神或醫療方面之專業，以不同領域之角度切入，制訂出適當的防治措施。而在後續追蹤部分，則需建立起 SOP 流程，強化追蹤，以瞭解個案狀態。
- (3) 強化守門人概念中之轉介：轉介資源整合及運作，和轉介後之追蹤都是需要徹底落實。例如老人篩檢後是轉介至何處、是否轉介成功都需去詳加瞭解。自殺防治相關資源需做盤點和共享，讓各界團隊成員知道如何提供個案適當資源或是轉介。
- (4) 老人自殺防治部分：除關心會外出活動之老人外，社區內獨居或較少社交活動之老人更需給予關心；建議可與社區醫療資源及其他醫療單位做結合，形成網網相連之自殺防治網絡。此外，亦可邀請較常外出且瞭解守門人概念之健康老人，多關懷周遭獨居老人，擔任起守門人工作。
- (5) 農藥自殺防治部分：農藥商已根據農藥使用量高之縣市發放農藥儲藏箱，建議可深入瞭解目前箱子之使用情形。
- (6) 原住民之自殺防治：原住民之自殺型態有可能多半合併酒後割腕或是服藥，建議應先瞭解個案是否有飲酒習慣及合併哪些自殺行為。原住民文化多元，以規勸戒酒之方式來降低原住民自殺是有違其文化的策略。關懷是以全人為主，原住民之飲酒問題除文化外，可能包含家庭、經濟等因素，建議在處理原住民個案時，需同時針對其他面向給予關懷和支持。
- (7) 人人都是守門人，不論是社工或是醫師，人人都是自殺防治守門人。因此現階段在成立的心理健康推動委員會，即是在推動健康守門人的策略，關懷自己也關懷他人。

1.6 雲林縣(訪查時間：2015 年 8 月 31 日)

自殺防治相關數據及策略報告

1) 中心報告重點摘要(詳見附件 4.2.1)

(1) 雲林縣自殺死亡總述

a. 整體

a) 雲林縣去年自殺粗死亡率較 2013 年上升。2014 年每十萬人自殺粗死亡率為 20.0，較 2013 年(18.6)上升 7.5%。

b) 2014 年之粗死亡率高於全國之粗死亡率(15.2)。

b. 性別自殺粗死亡率

a) 男性-2010 年後呈上升趨勢至 2012 年，2013 年下降為 23.5，2014 年再上升為 26.9。

b) 女性 -2010 年後上下起伏，2013 年下降至 13.2，2014 年再下降至 12.4。

c. 年齡層

a) 除「14 歲以下」外，其餘年齡族群之粗死亡率皆高於全國。

b) 在各年齡層中，「14 歲以下」之粗死亡率與 2013 年相同。

c) 「45-64 歲」之粗死亡率較 2013 年下降。

d) 「15-24 歲」、「25-44 歲」、「65 歲以上」之粗死亡率均較 2013 年呈現上升的趨勢。升幅最大之年齡層為 65 歲以上，其次為 45-44 歲。

d. 全國自殺方法前三名:

a) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(31.1%)。

b) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(26.1%)。

c) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(19.2%)。

e. 自殺方法前三名:

a) 「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(42.6%)。

b) 「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(24.8%)。

c) 「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(19.9%)。

(2) 雲林縣自殺通報總述

a. 自殺企圖 946 人次。

b. 性別：

a) 男性 394 人次，女性 552 人次。

b) 性別比(男/女)0.7，女性為男性的 1.4 倍。

c. 年齡分層：

a) 以「35 至 44 歲」為最多，230 人次，佔 24.3%。

b) 其次為「25至34歲」，計206人次，佔21.8%。

c) 第三為「45-54歲」161人次，佔17.0%。

d. 自殺方式：

a) 以「安眠藥、鎮靜劑」自殺為最多，計312人次，佔33.0%。

b) 以「割腕」自殺，計197人次，佔20.8%。

c) 以「農藥」自殺，計126人次，佔13.3%。

e. 自殺原因：

a) 男性自殺原因排名前三位為「家庭成員問題」、「夫妻問題」、「物質濫用」。

b) 女性自殺原因排名前三位為「夫妻問題」、「家庭成員問題」、「感情因素」。

f. 男性自殺原因排名第三位為「物質濫用」，進一步針對男性各年齡層自殺原因分析：

a) 「15-24歲」自殺原因排名前三位為「感情因素」(39.4%)、「家庭成員問題」(15.2%)、「失業」(12.1%)、「債務」(12.1%)。

b) 「25-34歲」自殺原因排名前三位為「感情因素」(25.6%)、「家庭成員問題」(18.3%)、「夫妻問題」(14.6%)。

c) 「35-44歲」自殺原因排名前三位為「夫妻問題」(20.3%)、「憂鬱傾向、罹患憂鬱症」(19.0%)、「物質濫用」(17.7%)。

d) 「45-54歲」自殺原因排名前三位為「夫妻問題」(20.9%)、「物質濫用」(20.9%)、「家庭成員問題」(14.9%)。

e) 「55-64歲」自殺原因排名前三位為「慢性化疾病」(21.4%)、「物質濫用」(14.3%)、「夫妻問題」(14.3%)。

f) 「65-74歲」自殺原因排名前三位為「慢性化疾病」(21.4%)、「物質濫用」(14.3%)、「夫妻問題」(14.3%)。

g) 「75歲以上」自殺原因排名前三位為「慢性化疾病」(33.3%)、「家庭成員問題」(18.2%)、「其他精神疾病」(12.1%)、「其他疾病」(12.1%)。

2) 縣市報告重點摘要(詳見附件 4.2.2)

(1) 自殺防治之具體措施

a. 2015年針對65歲以上老人，定期追蹤訪

a) 為強化65歲以上老人心理健康服務，平安快樂歡度春節，配合「衛福平安專案-溫心送暖珍重生命」服務措施，規劃辦理春節關懷服務服務。

(a) 關懷對象：一年內曾被通報之65歲以上自殺未遂個案，總計關懷服務82人。

- (b) 具體措施內容：由關懷訪視員主動於春節前 2 週，提供至少一次電話關懷或居家訪視，且進行 BSR5-5 篩檢服務，並提供 0800 安心專線及社區心理衛生中心心理諮商轉介資源。
- (c) 實施成果：總計電訪 63 人次，家訪 21 人次。
- b.2015 年針對青年(15-24 歲)及兒少(15 歲以下)族群，規劃自殺防治策略
- 全面性：預計於 10 月份，結合教育處進行國中、小學友善校園生命鬥士巡迴講座。
 - 選擇性：結合教育機關，針對所轄國小、國中、高中(職)及大學等各級學校人員，辦理自殺防治守門人教育訓練，共辦理 14 場次，參與人數共計 491 人。
 - 指標性：2015 年 1 月至 6 月，受理青年(15-24 歲)通報自殺 83 人次；兒少(14 歲以下)通報自殺 13 人次。
- (2) 依據自殺死亡及通報統計結果擇定以下自殺方式為防治重點
- 農藥(自殺死亡：2013 年「以固體或液體物質」排名第 2；2014 年「以固體或液體物質」排名第 1。自殺通報：2013 年、2014 年「農藥」通報皆排名第 3。)
 - 持續於轄內農會或農藥販售處，張貼或放置珍愛生命相關宣導資訊，預計 2015 年累計達 290 間。(涵蓋率自 2014 年 38%提高至 50%)
 - 結合雲林縣動植物防疫所，已於 2015/7/22、7/29、8/5 辦理 3 場次農藥管理人員珍愛生命守門人教育訓練。
 - 木炭(自殺死亡：2013 年、2014 年「由其他氣體及蒸氣」皆排名第 3。自殺通報：2013 年、2014 年「燒炭」通報皆排名第 4。)
 - 預計於轄內 3 間中大型連鎖賣場、20 間五金百貨通路貨架上壓條、側板或貨架旁走道、櫃檯等明顯處標示警語，並放置及發送宣導單張或懸掛海報。
 - 已於 2015/5/14、6/24 辦理 3 場次賣場人員珍愛生命守門人教育訓練，參與人數共計 33 人。
 - 安眠藥(自殺死亡：2013 年「以固體或液體物質」排名第 2；2014 年「以固體或液體物質」排名第 1。自殺通報：2013 年、2014 年「安眠藥」通報皆排名第 1。)
 - 持續於轄內社區藥局店內周邊牆面或櫃檯明顯處張貼或放置珍愛生命相關宣導資訊傳達自殺防治概念，預計 2015 年累計達 225 間(涵蓋率自 2014 年 65%提高至 80%)。
 - 結合藥師公會，預定於 9 月辦理 1 場次藥師珍愛生命守門人教育訓練。

- d.酒精(自殺通報：2013年、2014年「酒精」通報皆排名第5。)
- a) 結合交通部公路總局雲林監理站道安講習「酒後駕車違規班」，已辦理4場次珍愛生命宣導並進行心情溫度計(BSRS-5)篩檢，篩檢人數共計315人。
 - b) 篩檢分數達中度風險(BSRS ≥ 6)者共計39人，轉介關懷訪視員主動提供關懷服務，總計電訪51人次。

(3) 心理健康篩檢之推廣

- a.65歲以上老人：篩檢量達10%
- b.農民：結合農藥處辦理於轄內10個鄉鎮，共辦理10場次農民宣導
- c.職訓民眾：結合勞工處與社團法人雲林縣勞工職業技能促進會，已辦理3場次珍愛生命宣導並進行心情溫度計(BSRS-5)篩檢，篩檢人數共計54人次；篩檢分數達中度風險(BSRS ≥ 6)者共計29人，轉介關懷訪視員主動提供關懷服務，總計電訪25人次，家訪1人次。
- d.酒駕專班：結合交通部公路總局雲林監理站道安講習「酒後駕車違規班」，已辦理4場次珍愛生命宣導並進行心情溫度計(BSRS-5)篩檢，篩檢人數共計315人。篩檢分數達中度風險(BSRS ≥ 6)者共計39人，轉介關懷訪視員主動提供關懷服務，總計電訪51人次。
- e.監獄收容人：結合雲林二監，已辦理3場次珍愛生命宣導，並針對篩檢分數達高度風險(BSRS ≥ 15)者，辦理1場次小團體治療。

(4) 全面推動珍愛生命守門人教育訓練

- a.榮民服務處：雲林縣衛生局2015/7/21曾接獲醫院通報一名87歲榮民服農藥自殺死亡，而案主於臺灣無其他親人，喪事由榮民服務處協助辦理，生前主要亦由榮民服務處提供關懷服務，於是雲林縣衛生局結合榮服處辦理1場次珍愛生命守門人教育宣導。
- b.監所人員：結合雲林二監，邀請臺大雲林分院精神科醫師辦理1場次珍愛生命守門人教育宣導。
- c.照顧服務員：結合社會處、長照中心以及老人福利保護協會與老人長期照顧協會，已辦理3場次居家服務照顧服務員之珍愛生命守門人教育宣導。

綜合討論

1) 縣市及相關單位意見

- (1) 自殺者一旦進入醫療系統後，其後續支持系統不足，尤其是老人，家庭成員較不願意給予支持，因此建議除家庭支持外，其他外部應給予更多支持和協助。老人自殺部分，較常見的是因久病不癒而自殺者，因此在

其他科別的時間相對較久，但由於其他科別對於自殺議題之察覺較低，轉介執行力也不高，導致未能即時挽救個案生命。使用農藥自殺是嚴肅的議題，而老年人也有可能家中亦是務農，因此建議相關局處能加強農藥自殺之防治措施。

- (2) 雲林縣之人口外移嚴重，青壯年移居外地，留下的多半為老弱殘病，因此建議在自殺防治策略中能加強村里鄰長之自殺防治概念，鼓勵其出席自殺防治相關巡迴演講，並給予相當的獎勵，讓村里鄰長多學習並將自殺防治概念深入社區中。
- (3) 教育處在多年前已開始執行友善校園計畫來推動心理衛生守門員，其對象為國、中小的學生為主。在老人自殺防治部分，建議可從廟宇部分來著手。
- (4) 社會處針對兒少法或性侵家暴的個案若有自殺相關議題，均會通報到衛生局，日後會針對老人個案列管及自殺等加強通報。
- (5) 由於建設處是負責旅館民宿等相關業務，目前尚未接獲自殺之相關案件，未來會針對旅館民宿加強自殺防治宣導。
- (6) 老人福利科一旦發現有自殺意念之老人會立刻轉介給衛生局。此外，衛生局的活動規劃，參與者多為會外出的健康老人，但有需要之老人不一定會外出，而鄰里長對各鄉鎮之老人狀況最為了解，建議衛生局能針對鄰里長辦理自殺防治訓練。
- (7) 動植物防疫會再針對農藥儲藏箱發放情形和使用狀況做進一步瞭解，而在禁用巴拉刈部分，相對於其他農藥除草劑而言，若以正確方式來使用巴拉刈，其對生命的危害度還是較低。而在農藥自殺防治部分，會再研議創新方案提供給衛生局。

2) 衛生福利部意見

- (1) 由於今年有多起殺子後自殺之案件發生，社政單位亦有持續與部內討論相關議題，社政單位是希望訪員在做訪視時，若發現家中有六歲以下的小孩或有需要幫助之孩童，能增加敏感度，並與社會處合作，以期降低殺子後自殺之比率。

3) 中心意見及建議

- (1) 資源整合：對於中央及地方所擁有的資源進行盤點，結合社區資源並與中央合作，做到完善的資源整合與運用。除網網相連之外，更該確立各網絡之通路是否暢通及徹底落實。
- (2) 確保關訪員轉介順暢：建議關懷訪視員建立資源轉介口袋名單，針對個案之狀況應提供必要的資源和轉介。

- (3) 自殺防治之立法：自殺防治法草案已於去年提供給部內，期望明年或後年能夠通過自殺防治法，以利自殺防治業務之推動。
- (4) 善用心情溫度計：以往的心情溫度計採 5+1 題，大致需要五分鐘的填表時間。今年臺大團隊已將五題改為是非題，縮短作答的時間。建議未來醫院內可成立自殺防治小組，落實個案之服務與轉介。
- (5) 強化老人自殺防治：針對老人自殺防治建立社區自主化的行動在地化，徹底瞭解社區能可用之醫療資源及年長者所在地，將自殺防治深入社區中。鄰里長訓練以臺北市為例，每年定期分區邀請鄰里長到醫院參觀，教導面對有自殺意念之鄰里民時該如何給予支持和轉介。鄰里長了解社區內之老人分布，可善用心情溫度計給予關懷。衛生局可頒發守門人證書給鄰里長，鼓勵鄰里長擔任守門人。民間團體和慈善機構應可納入守門人內。
- (6) 落實社會網絡聯絡：social networking 是目前國際上研究自殺防治很重要的環節，而許多研究指出，自殺者常處於矛盾的心結，其自我傷害的行為是一種求救。而專業人員在轉介時，民眾常會對精神科有所誤解，對精神科易有汙名化的現象產生，因此，中心目前有拍攝四分鐘短片，藉此教育民眾對精神科的正確認識，提升心理健康的認知，並提倡每週使用心情溫度計自我測量。而前述之心情溫度計篩檢版除更為簡單外(僅有 0 和 1 的選項)，為使老人閱讀方便，字體也特別加大，而一旦測驗總分為 4 分以上，則為轉介對象。
- (7) 增進老人自殺防治的自我效能：建議透過與老人的關係建立，如老人對活動的參與度和連結度，來增加老人的自我效能，自我得到提升。
- (8) 持續強化農藥自殺之防治：農藥自殺多為衝動，但禁用巴拉刈之策略仍有需考量之處，而現階段在廠商的協助下，雲林縣有分配到許多農藥儲藏箱，因此儲藏箱之管理和使用極為重要。建議可針對老人較多且農藥多之鄉鎮試辦自殺防治相關業務。
- (9) 精進自殺防治守門人的推展：強調 CPR，C 是 Collaboration，強調跨部門、跨單位及政府與民間單位之密切協調合作；第二個 P 是 Proactive，透過問題定義與跨單位合作，研發創新計畫；最後一個是 R 是 Reach out，尋求外界的資源連結。

2. 檢討與建議

1) 擬訂因地制宜之行動方案：

各縣市地理環境及資源有所不同，其自殺防治策略亦應根據各縣市情況進行調整。但整合上述六縣市所面臨到共同情況，可發現各縣市資源盤點與

整合，轉介管道之暢通與落實，以及個案後續追蹤等，均有待加強之部分。例如在面對特殊族群(如原住民)之自殺防治時，可嘗試以專案方式給予特殊族群關懷和支持，以不同領域之角度切入，制訂出適當的防治措施。而在後續追蹤部分，則需建立起 SOP 流程，強化追蹤以瞭解個案狀態。

2) 落實網網相連、面面俱到之理念：

自殺防治業務推展需有賴各網絡間之協助和合作，因此自殺防治相關資源除需做全面式盤點外，更應將資源共享，徹底落實轉介及後續追蹤。

3) 以鄰里為單位，推動守門人訓練：

老人自殺防治方面，除針對會外出參與活動之老人外，社區內獨居或較少社交活動之老人更需給予關心。各縣市可與社區醫療資源及其他醫療單位做結合，形成網網相連之自殺防治網絡。此外，以村里鄰長為基礎，開辦自殺防治相關課程，使自殺防治能更深入社群中，並善用新版心情溫度計篩檢表，除字體放大適合老人閱讀外，簡單勾選的是非題，亦可在多數人聚會的活動中，快速進行篩檢。

4) 研訂特殊自殺方法之防治：

針對使用農藥自殺之族群，除落實農藥儲藏箱之使用，亦可與其他單位合作，研擬剩餘農藥回收機制。燒炭自殺部分，除固定與大型量販店合作外，亦需加強與小型零售商之合作，徹底落實守門人策略。

5) 精進「行動在地化」的防治策略：

自殺防治推動所需的即是 CPR 的概念，C 即是 Collaboration，強調醫療團隊的協調合作，P 則是 Proactive，以創新、積極的態度來改進自殺防治策略，最後則是 Reach out，適時的尋求外界的資源。自殺防治乃人人有責，並非單一部會即可有效執行自殺防治之措施，有賴政府投入更多心力和經費，並與民間團體之合作，以建立更綿密之網絡，共同推動自殺防治。

五、 附件

附件 4.2.1 2015 年縣市訪查中心報告資料

附件 4.2.2 2015 年縣市訪查衛生局報告資料

召開「新聞媒體聯繫會議」

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

世界衛生組織(WHO)於 2000 年時針對媒體新聞報導自殺事件，提出「六不六要」原則，所謂「六不」包含不要過度責備、不要刊登出照片或自殺遺書、不要報導自殺方式的細節、不要簡化自殺的原因、不要將自殺光榮化或聳動化及不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀；而「六要」則是包括報導危險指標以及可能的警訊徵兆、當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論、提到自殺時，用「自殺身亡」而不要用「自殺成功」這樣的字眼、只報導相關的資訊，且刊登在內頁而非頭版、凸顯不用自殺的其他解決方法及提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源。

而在世界衛生組織(WHO)的報告中更指出，媒體是自殺防治不可或缺之守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，所引發自殺模仿效應確實存在，但適當的媒體報導有助於自殺防治工作的推展，根據 2010 年 9 月號英國精神醫學期刊(Br J Psychiatry 197: 234-243)登載一篇奧地利的研究發現：針對平面媒體報導而言，自殺死亡媒體報導的數量，與其後短時間內自殺死亡率增加相關。而針對個體處於逆境但有正向因應行為的報導數量，與之後自殺死亡率下降呈現有意義的相關。專家意見以及流行病學事實資料之揭露，其影響力不如處於逆境正向的因應行為報導大。

全國自殺防治中心自 2005 年成立以來，致力於與媒體共同合作，宣導自殺新聞報導之原則，攜手打造健康的自殺新聞報導，期使自殺新聞報導能在不侵害自殺個案隱私權的前提下，同時照顧民眾知的權利、並宣導正確的自殺防治觀念。而自 2006 年起，中心每日閱讀自殺相關新聞報導，瞭解每日自殺新聞，並從中延伸出媒體監測之業務除執行相關媒體監測，並針對蒐集之新聞進行資料分析及資料整理，並因應重大新聞事件適時回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員處理自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連 面面俱到」之理念。

根據 2014 年中心所統計及分析之 517 件自殺事件及相關新聞報導(表 4.3.1)，發現媒體在進行自殺新聞報導時，「六不」原則中的「不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀」(達 98.8%)及「不要將自殺光榮化或聳動化」(達 99%)較易被遵循，而「不要簡化自殺原因」(達 25.6%)及「不要刊登出

照片或自殺遺書」(達 31.3%)則是較易被忽略的原則。

另於「六要」原則內，「用『自殺身亡』而非『自殺成功』的描述」(達 99.2%)及「刊登在內頁而非頭版」(達 84%)是較易被遵循的原則，但「與醫療衛生專家密切討論」(達 14.3%)、及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」(達 27.3%)則是比較容易被忽略的原則。

表 4-3-1、2009-2014 年媒體自殺新聞報導符合「六不」及「六要」之情形 n(%)

年度	2009 (3月-9月)	2010 (1月-12月)	2011 (1月-12月)	2012 (1月-12月)	2013 (1月-12月)	2014 (1月-12月)
總則數(N)	988	1136	829	879	672	563
六不						
是否為頭版(A1)	28 (2.8)	42 (3.7)	39 (4.7)	45 (5.1)	20 (3.0)	17 (3.0)
不要刊登出照片或自殺遺書	310 (31.4)	426 (37.5)	345 (41.6)	354 (40.3)	217 (32.3)	172 (30.6)
不要報導自殺方式的細節	413 (41.8)	634 (55.8)	468 (56.5)	410 (46.6)	384 (57.1)	381 (67.7)
不要簡化自殺的原因	348 (35.2)	413 (36.4)	317 (38.2)	190 (21.6)	180 (26.8)	159 (28.2)
不要將自殺光榮化或聳動化	933 (94.4)	1114 (98.1)	803 (96.9)	852 (96.9)	664 (98.8)	558 (99.1)
不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀	968 (98.0)	1108 (97.5)	811 (97.8)	838 (95.3)	664 (98.8)	557 (98.9)
不要過度責備	731 (74.0)	970 (85.4)	760 (91.7)	799 (90.9)	629 (93.6)	519 (92.2)
六要						
當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論	66 (6.7)	42 (3.7)	39 (4.7)	45 (5.1)	20 (3.0)	17 (3.0)
用「自殺身亡」而非「自殺成功」的描述	912 (92.3)	142 (12.5)	76 (9.2)	119 (13.5)	86 (12.8)	78 (13.9)
刊登在內頁而非頭版	873 (88.4)	1086 (95.6)	751 (90.6)	788 (89.7)	642 (95.5)	557 (98.9)
突顯不用自殺的其他解決方法	233 (23.6)	1002 (88.2)	710 (85.7)	726 (82.6)	567 (84.4)	477 (84.7)
提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源	144 (14.6)	232 (20.4)	228 (27.5)	386 (43.9)	390 (58.0)	383 (68.0)
報導危險指標以及可能的警訊徵兆	143 (14.5)	212 (18.7)	213 (25.7)	369 (42.0)	381 (56.7)	374 (66.4)

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 與新聞傳播實務工作者溝通，呼籲大眾傳播媒體增加健康正向的新聞報導，傳達珍愛生命、尊重生命的理念於大眾，取代負面自殺新聞訊息之傳播。
- 2) 瞭解臺灣自殺新聞事件報導的報導方式與現況，透過宣導及教育，再強化媒體於自殺新聞事件之報導方式，更加提升國內媒體自殺新聞報導內容之品質。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 彙整中心過去針對新聞媒體之相關數據、策略和建議。
- 2) 蒐集國內、外針對新聞媒體之相關策略建議。
- 3) 召開專家討論會，研擬聯繫會議內涵及相關數據分析討論。
- 4) 拜會報紙主編，已瞭解現今新聞媒體在自殺防治上之策略實施。
- 5) 發佈新聞稿並召開新聞媒體聯繫會議。
- 6) 撰寫會後紀錄及新聞稿等。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心口司、中國時報、自由時報、蘋果日報、聯合報、各大新聞媒體等。
- 2) 資源連結內容及形式：意見交流、會議討論、召開聯繫會議等。

三、過程(Process)

1. 召開籌備會議

2015年1月16日由李明濱計畫主持人召開新聞媒體聯繫會議之籌備會議，與會人員為江宜珍副教授、林育卉副教授、呂淑好教授、吳建昌醫師、林進修組長與楊聰財醫師。會中針對2月份新聞媒體聯繫會議之相關內容及規劃進行討論。

此次討論決議以聯繫會議(茶敘)方式進行聯繫會議，並合併記者會一同舉辦，時間暫訂在2月13日(五)下午1:30-4:00為主，邀請對象則為第一線及網路新聞常報導自殺新聞之記者，地點則考慮孫運璿科技·人文紀念館、蔡瑞月舞蹈研究社或臺北市政府官邸。

當日新聞媒體聯繫會議之內容將涵蓋中心相關專業數據提供、報導媒體/記者優質(或典範)獎之頒獎、媒體自律之檢核表及六不六要之宣導。其他相關執行細節將會再進行內部討論研議。

2. 召開專家會議

2015年1月23日由李明濱計畫主持人舉行新聞媒體聯繫會議電話專家會議，與會人員為江宜珍副教授與陳映燁醫師。此次會議主要是討論2月份會議之議程及報告內容與時間。

此次電話會議決議每堂報告時間為5-10分鐘，會議議程包含陳映燁教授報告媒體不當報導(如名人自殺議題)所產生的後續效應，江宜珍副教授報告2001-2012年六不六要(僅有頭版)之趨勢分析及2001-2012年四大報頭版內容之分佈情形，中心六不六要資料、全球趨勢、臺灣現有資料、報導原則及媒體自律公約等。

另前次會議提到之地點，因應場地租借事宜，改在臺大校友會館舉行新聞媒體聯繫會議，將時間改訂為2月16日(一)舉行。

3. 拜會主要媒體主編

2015年1月29日由李明濱計畫主持人偕同龍佛衛理事長、譚立中副局長、楊聰財理事、吳佳儀副執行長、張書森副執行長與姜丹榴技正，前往蘋果日報拜會主編，除針對2月會議及新聞媒體自律部分等進行交流與討論外，亦邀請蘋果日報參與2月16日之會議。

2015年2月11日由李明濱計畫主持人偕同龍佛衛理事長、楊聰財理事、吳佳儀副執行長、姜丹榴技正及陳映燁醫師，前往中國時報拜會主編，此次亦針對2月會議及新聞媒體自律部分進行交流與討論外，亦邀請中國時報參與2月16日之會議。此外，並以電話聯繫方式與聯合報及自由時報主編溝通討論聯繫會議議題，均獲正面之善意回應。

4. 報告彙整

於會議結束後，彙整當日會議紀錄、報告、數據、策略等，撰寫成報告，並於2月25日函至衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 議程

新聞媒體聯繫會議之議程包含：報紙報導自殺事件—「六不六要」統計報告、臺灣主要報紙頭版報導自殺事件之探討(報導範例)、報紙報導與自

殺一名人自殺與新興自殺方法和各媒體代表討論與交流。議程如圖 4.3.1 所示。

新聞媒體聯繫會議議程

- 一、日期：2/16 (一) 下午 1 時 30 分至 3 時 30 分
- 二、地點：台大校友會館 4 樓會議室(臺北市濟南路一段 2 之 1 號)
- 三、主辦單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心
- 四、參加對象：新聞媒體相關人員
- 五、主持人：李明濱教授
- 六、流程：

時間	主題	主講人
13:00-13:30	入場	
13:30-13:40	歡迎詞 長官致詞	台灣自殺防治學會 龍佛衛 理事長
		全國自殺防治中心 李明濱 計畫主持人
13:40-13:50	報紙報導自殺事件— 「六不六要」統計報告	全國自殺防治中心 吳佳儀 副執行長
13:50-14:00	台灣主要報紙頭版 報導自殺事件之探討 (報導範例)	中山醫學大學 江宜珍 副教授
14:00-14:10	報紙報導與自殺— 名人自殺與新興自殺方法	國立陽明大學 陳映燁 教授
14:10-15:30	經驗分享與綜合討論	臺北醫學大學 呂淑好 教授
		TVBS 陳依玫 總經理特助
		台灣少年權益與福利促進聯盟 葉大華 秘書長
		各媒體代表 (聯合報洪淑惠副總編輯) (中國時報劉永嘉副總編輯)
		全國自殺防治中心 李明濱 計畫主持人

圖 4-3-1、新聞媒體聯繫會議議程

2) 出席人員

(1) 當日出席的長官及貴賓如表 4.3.2：

表 4-3-2、長官及貴賓出席名單

單位	名稱	職稱
衛生福利部心理及口腔健康司 (原新北市政府衛生局)	譔立中	司長 (副局長)
衛生福利部心理及口腔健康司	詹金月	科長
台灣自殺防治學會	龍佛衛	理事長
台灣自殺防治學會	鄭宇明	秘書長
全國自殺防治中心	吳佳儀	副執行長
全國自殺防治中心	陳碧霞	顧問
中山醫學大學公共衛生學系	江宜珍	副教授
北市聯合醫院松德院區	陳映燁	教授
臺北醫學大學公共衛生學系	呂淑妤	副教授
臺灣少年權益與福利促進聯盟	葉大華	秘書長
楊聰才診所	楊聰財	院長
聯合報	洪淑惠	編輯部副編輯
中國時報	劉永嘉	副總編輯

(2) 當日與會之新聞媒體代表，如表 4.3.3：

表 4-3-3、新聞媒體代表名單

出席單位(人數) 共 37 人	
hito news 兩岸新聞大匯集(1 位)	自由時報(1 位)
new98(1 位)	東森電視(1 位)
八大電視股份有限公司(1 位)	青年日報(1 位)
大紀元(1 位)	健康世界有限公司-健康 E 世界(1 位)
中央通訊社(1 位)	健康醫療網(兩位)
中央廣播電台(1 位)	國立教育廣播電台(2 位)
中國時報(2 位)	國立教育廣播電台(1 位)
中國廣播公司(1 位)	都會時報(1 位)
中國醫藥導報(1 位)	華人健康網(1 位)
太平洋日報(2 位)	雲嘉廣播股份有限公司(2 位)
北市新聞網(1 位)	新網新聞網(2 位)

表 4-3-3、新聞媒體代表名單(續)

出席單位(人數) 共 37 人

臺灣少年權益與福利促進聯盟(1 位)	臺灣醒報(1 位)
臺灣新生報(1 位)	數位網路報(1 位)
民眾日報(1 位)	聯合報(兩位)
兆豐國際商銀(1 位)	蘋果日報(1 位)
守護臺灣新聞網(1 位)	

3) 會議進行與討論

(1) 致詞

a. 台灣自殺防治學會龍佛衛理事長致詞

主持人及衛福部長官詹科長、新北市衛生局副局長，及各位同仁、各位專家、各位來賓，及更重要的是各位媒體人，大家好，謝謝大家百忙中到這來，為節省時間，接著請接續今日會議。

b. 衛生福利部詹金月科長致詞

李教授、龍理事長及新聞媒體朋友們大家好，謝謝全國自殺防治中心舉辦聯繫會議，過年前仍呼籲大家多關心周遭的長者或親朋好友，祝各位在新的一年羊年行大運、身體健康、萬事如意，謝謝。

c. 主持人李明濱教授致詞

首先代表全國自殺防治中心感謝各位專家學者及媒體朋友到來。自殺為全世界性公共衛生之議題，過去在各位努力之下，自殺死亡率已逐漸下降，並離開世界衛生組織所定義之高自殺危險區域。

今日聯繫會議最重要為感謝各位媒體朋友參與自殺防治之工作，根據民調數據顯示，有 75% 民眾認為自殺防治相關知識來自於電視，42% 左右來自於網路，而由於影像留傳，平面報社也十分具影響力，有 25% 民眾自殺防治知識來自於平面媒體。網路自殺新聞平均一天約刊登四則，平面媒體約 1.5 則，故網路也是一重要議題，今日會議特針對平面媒體部份進行探討。

自殺防治最重要為降低危險因子、提升保護因子，全國百姓如何擔任守門人，媒體的報導相當重要，媒體報導如果正向，對於自殺防治會有正面影響，但若報導有偏頗，則會帶來負面影響造成自殺相關議題。觀察 2009 年至 2014 年發行之四大報的每日自殺新聞報導，媒體已逐漸掌握「六不六

要」之報導原則，但自殺新聞的報導仍需與其他專業單位密切合作，更加提升報導的品質。

而年關將近，過年團聚可表達一個家庭的聚集，萬一有特殊情況無法返家的人，須多加關心。根據全國自殺防治中心自殺未遂者通報系統發現，65歲以上自殺未遂者在3、4月呈現自殺高峰，此時更需要關懷身邊的長者及親友，給予持續的支持。也特別提醒因焦慮或憂鬱症狀服藥治療的病人，應持續依照醫師指示服藥，千萬不可自行停藥，期待各位多一點的關懷與陪伴，減少憾事發生。

(2) 專題報告

專題報告一：自殺事件媒體報導—「六不六要」之統計分析

a. 講者：全國自殺防治中心吳佳儀副執行長

b. 摘要：(詳見附件 4.3.1：2月16日新聞媒體聯繫會議大會手冊)

- a) 傳播媒體在新聞報導中與自殺事件是有其影響，也就是維特效應。研究發現，媒體報導與自殺死亡率是有非常明顯的相關，某些類型的新聞報導會增加自殺傾向者自殺的可能性。世界衛生組織(WHO)對自殺事件之報導「六不六要」指引以及美國自殺防治基金會(AFSP)發表之媒體報導「八不八要」指引，皆期待媒體能夠秉持著精確、負責、倫理這三大原則，首先就是自殺新聞報導務求準確的報導，例如使用自殺身亡而非成功這種非光榮化的報導，誠如李明濱主任所說，各位媒體先進亦是閱聽人的守門人，應對新聞內容以負責的態度來進行報導，其次就是希望新聞報導能秉持倫理的精神，在這樣三大原則之下，來遵守六不六要的指引。
- b) 「六不六要」中的「六不」，第一是希望不要刊登出照片及遺書，第二是不要報導自殺方式的細節，尤其是自殺的新興方法，這部分將由陳映燁教授提出新興方法對於自殺防治的影響，第三則是不要簡化原因，例如在頭條新聞上刊登國二生因3C產品自殺，這樣的報導是違背WHO中規範的不要簡化原因，第四個是不要將自殺光榮化與聳動化，有些報導中是有這樣的嫌疑，第五就是不要用宗教或文化的刻板印象來解讀自殺事件，會容易使社會大眾產生刻板印象，這樣的情況應避免，最後就是不要過度責備，待會統計數據會顯示各大媒體在這部分有很大的進步。
- c) 該如何報導自殺事件是比較恰當的，WHO提供「六要」準則，第一是希望在報導事件能夠與醫療衛生專家進行密切討論，在這部分全國

自殺防治中心希望未來在自殺事件報導時，能提供專家學者可以作為諮詢的對象，第二個是要用自殺身亡而非成功，只要描述事實不要去光榮化自殺事件，第三則是將自殺新聞刊登在內頁而非頭條，第四要是突顯不用自殺的其他方法，如很多新聞媒體會在報導旁邊加上「自殺不能是解決問題」的警語及提供求助專線，這部分很多媒體都有很大的進步；第五要則是提供求助專線及社區資源等相關資訊讓讀者能夠參考，我認為最後一個要是媒體可以努力的方向，就是報導危險指標及可能的徵兆，如自殺報導中會提及不知是何種原因導致自殺，其實所有的自殺行為都是有跡可循，這部分可以詳實的去了解自殺行為有哪些警訊及徵兆。

- d) 美國自殺防治基金會亦有提供類似的準則，與「六不六要」有些許的不同，如不建議使用具有聳動性或醒目的報導標題，可更改為不具煽動性的方式來報導，並將報導篇幅最小化，其次是以流行性來描述自殺數據，這裏可以採用比較客觀的詞語，如上升、較高等論述來報導，有時候看到有些報導提到沒有徵兆，其實所有的自殺個案生前都會有警訊，只是警訊是讓大家意想不到或是不了解的，希望透過了解後，大家能夠指出相關的警訊和處理方式，最後不要以報導犯罪事件的方式來處理自殺報導，因自殺是一個公共健康的問題，建議運用公共衛生問題的方式來強調自殺的重要性，而且公共衛生的問題是需要跨領域，透過各個專業領域的專家來合作處理的。
- e) 全國自自殺防治中心分析 2009 年至 2014 年發行之四大報的每日自殺新聞報導，針對 2014 年統計四大報刊登的則數，以蘋果日報刊登數 507 則為最多，次之則是自由時報 388 則，採訪自殺新聞之記者人數以聯合報 129 位最多，這裡是想強調自殺報導基本上也是一個社會關懷的層面，在秉持著六不六要的原則下，讓他的影響力是比較正向的，而記者在自殺新聞播報則數最多可以到 41 則，最少則是 1 則，觀察 98 年當時各大報則數還是很多，有一個微幅升高的趨勢之後下降，近年來自殺新聞報導皆有明顯的下降趨勢(表 4.3.4)。

表 4-3-4、四大電子報自殺新聞統計 (2014 年)

報別	刊登自殺新聞則數	採訪自殺新聞記者	單人最多則數	單人最少則數
蘋果日報	507	111	41	1
自由時報	388	120	25	1
聯合報	375	129	11	1
中國時報	205	91	9	1

f) 如果針對 WHO 的「六不六要」原則進行分析，四大報自殺新聞報導的綜合趨勢，比例越高是表示越遵循 WHO 的「六不六要」指引，而比例越低則是表示大家還有努力的空間。在「六不」原則中以「不要簡化自殺原因」及「不要刊登出照片或自殺遺書」這兩項分別只占 28.2%及 30.5%(圖 4.3.2)，這部分是大家比較需要努力的，而「六要」的解讀相同是期待看到較高的遵循比例，比較低的比率分別是「與醫療衛生專家密切討論」(13.9%)及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆。」(27.9%)這兩項是比較少被報導，是大家需要努力的方向，其他原則大家都可以看到明顯的上升趨勢，特別是「突顯不用自殺的解決方法」(68.0%)與「提供求助專線與資源」(66.4%)這兩項在我們分析四大報中是看到明顯的進步(圖 4.3.3)。

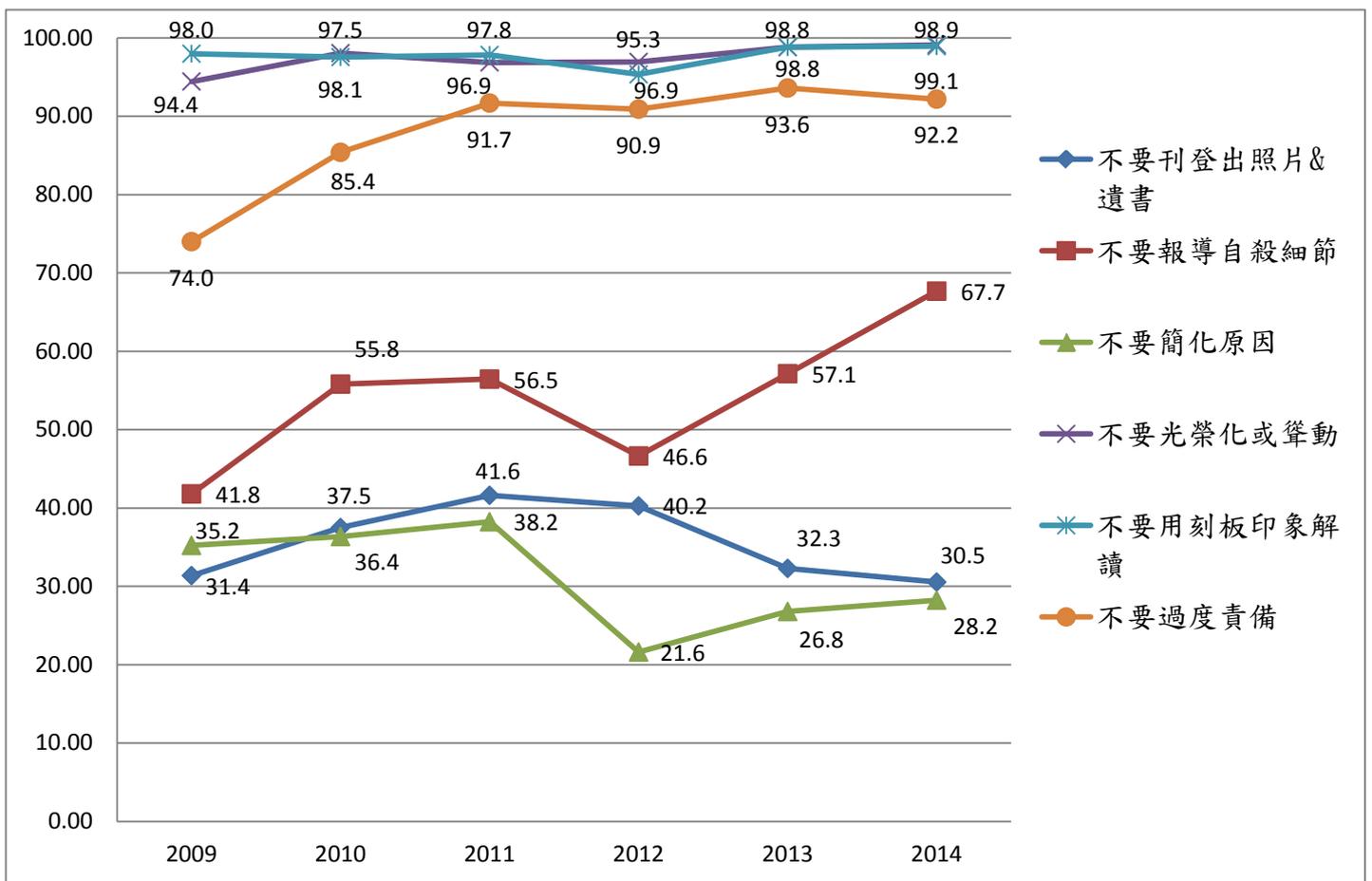


圖 4-3-2、四大報綜合趨勢分析-六不

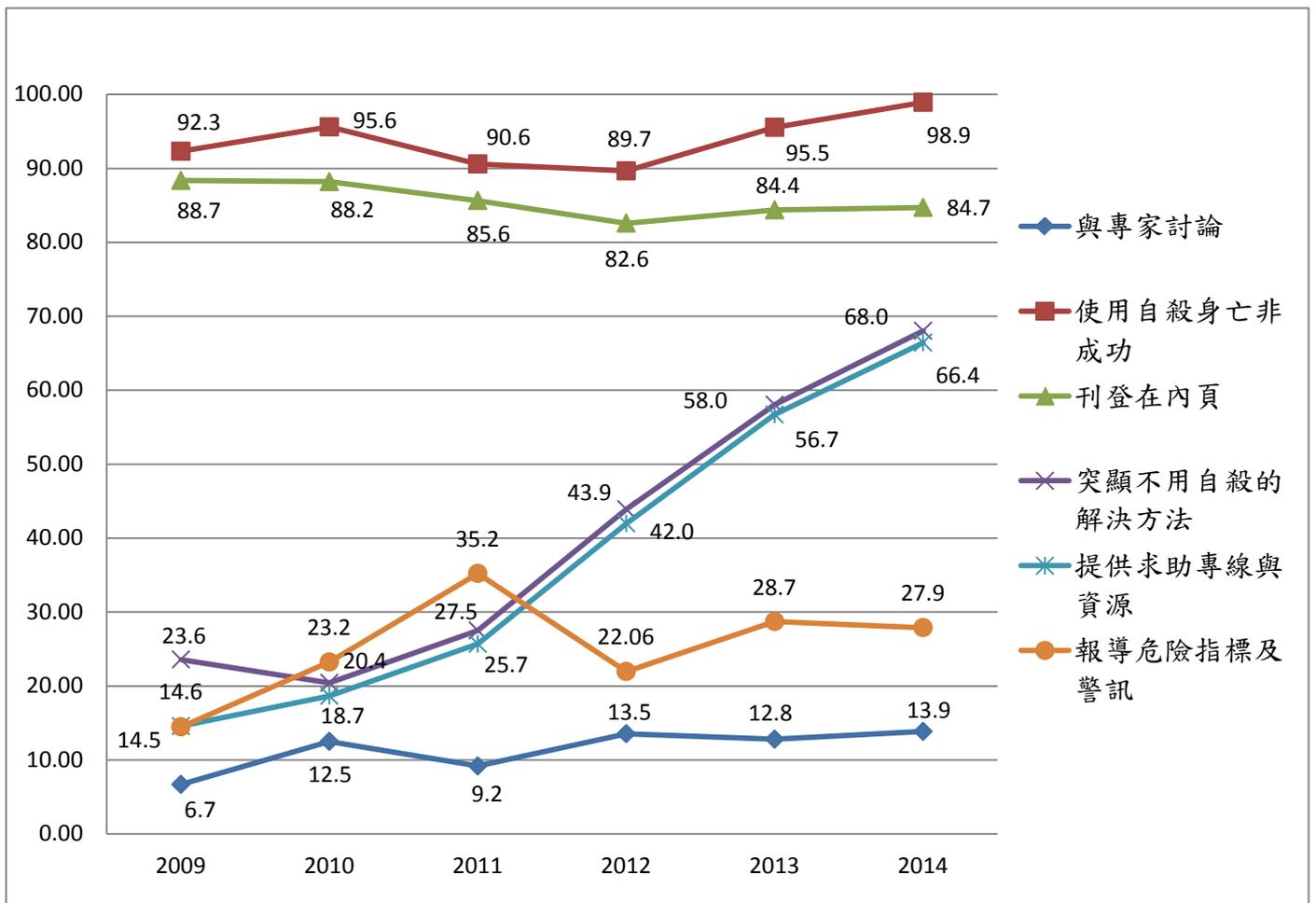


圖 4-3-3、四大報綜合趨勢分析-六要

g) 四大報的個別分析，在中國時報中遵循比率較低的是「不要簡化自殺原因」(24.5%)及「不要刊登出照片或自殺遺書」(48.3%)與四大報的綜和趨勢是相符合的，「六要」中遵循度比較低的是「與醫療衛生專家密切討論」(5.4%)及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」(29.9%)，但特別要點出中國時報於「使用自殺身亡非成功」(99.3%)及「刊登在內頁」(91.2%)這兩項在六年來都遵循「六不六要」指引的做法，後面三大報亦看到可改善的空間都是差不多的，「六不」皆是「不要簡化原因」及「不要刊登照片及自殺遺書」，「六要」則是「與醫療衛生專家密切討論」及「報導危險指標以及可能的警訊徵兆」，而蘋果日報趨勢雖然也是差不多，但在刊登照片這部分，雖然可以理解照片是非常重要的商業化手段，不過在這部分還是希望能夠繼續努力。

專題報告二：2001 年~2012 年臺灣主要報紙頭版報導自殺事件違反報導準則之探討

a. 講者：中山醫學大學江宜珍副教授

b. 摘要：(詳見附件 4.3.1：2 月 16 日新聞媒體聯繫會議大會手冊)

- a) 分析 12 年來臺灣主要報紙頭版違反報導準則的部分，目的不是在責備，目的是將自殺報導往自殺防治的報導前進，將報導往正向提升，如在報導中不是報導他們是怎麼死的，而是報導該如何改善。今天特別想跟大家分享媒體報導不只可以正面的影響民眾，也可能會負面的導致後面的一些狀況，今天要來討論怎麼把正面的力量擴大，希望可以透過今天的會議，大家一起努力來增加六要的篇幅及內容，降低六不的內容，期許有一天能夠做到零「六不」，甚至是到零頭版，這是未來大家心目中的理想。
- b) 探討主要四大報將自殺案件報導刊登在頭版頭條的呈現方式及違反「六不六要」的趨勢及狀況，新聞媒體的報導可能導致民眾接受錯誤的訊息及觀念，進而影響民眾本身的行為。其中最受探討的就是媒體對於自殺事件的報導，許多研究已發現，新聞媒體對於自殺事件的報導可能會導致自殺率的上升或造成民眾的模仿效應。不論何種媒體皆可能對閱聽人產生影響，其中以報紙的影響最大。報紙屬於高度再現的媒體，攜帶方便、可積存、可反覆閱讀；而電視屬於低度再現的媒體，因每節新聞時間短，易被忽略或忘記，此外，報紙有較大的版面處理議題，故內容較為詳細，並常以文字為主，圖片為輔的方式呈現給閱聽人，且因報紙的普及性及可近性，使民眾可輕易的取得、反覆閱讀且容易長時間接觸自殺之新聞，且可能報紙出刊的時間比較早，而網路新聞也會在後面註記出自哪個報紙，因此報紙成為了閱聽人接受自殺新聞的重要傳播管道。
- c) 報紙的新聞標題扮演著與閱聽人溝通的重要角色，也是使閱聽人初步了解故事的媒介，若新聞標題越聳動且報導故事與閱聽人之關係越強大，則越容易吸引閱聽人之注意並對其產生影響，特別是研究顯示當自殺新聞呈現於報紙頭版頭條時，所產生的模仿效應更巨大，故針對臺灣閱報率較高之四大報，中國時報、自由時報、蘋果日報(2003 年 5 月 2 日首度發行)、聯合報逐日檢視 2001 年至 2012 年頭版新聞報導內容，內容只要任何與自殺相關的內容，便納入分析，最後共有 440 篇頭版報導自殺新聞進行分析(蘋果日報發行前共 31 篇，發行後共 409 篇)。
- d) 根據臺灣主要四大報於 2001 年至 2012 年頭版版面報導自殺事件之分佈情形顯示，以頭版版面進行自殺新聞報導總篇數及置放版面數已蘋果日報最多，次之為聯合報、中國時報、自由時報，其中蘋果日報多

已全版報導，其他三報多以上版報導，近年來已有改為下版報導；且無論是自殺新聞的總版面、總圖片、總文字等所占面積，皆已頻果日報顯著高於其他三報，且觀察頭版報導自殺防治新聞為反「六不」及遵守「六要」之趨勢，發現違反「不刊登照片」及「不報導自殺細節」有升高的趨勢；遵守「使用自殺身亡非自殺成功」、「提供專線」有提升的趨勢、可在遵守「提及危險特徵」有減少的趨勢。

- e) 透過報導範例的位置及內容來檢視遵守及違反哪些「六不六要」準則，並經由說明與討論導向正向的新聞報導方式，終極目標為符合自殺新聞「零頭版」，若仍選擇置於頭版新聞，應以「小標題」報導取代「圖文並茂」、以「下版」報導取代「上版」或「全版」、並以「自殺防治新聞報導」的理念取代自殺新聞，並對於自殺新聞報導之內容以提高「六要」報導篇幅及降低甚至至零「六不」，期待發揮媒體的感染力極正向提升力量，體現新聞報導尊重生命之文化。

專題報告三：報紙報導與自殺—名人自殺；新興自殺方法

a. 講者：國立陽明大學陳映燁教授

b. 摘要：(詳見附件 4.3.1：2 月 16 日新聞媒體聯繫會議大會手冊)

- a) 名人自殺後往往被媒體大量報導，因此在報導時應強調避免或是辨識的方法。
- b) 以倪敏然與新光三班黎礎寧自殺事件為例，名人自殺常引起模仿效應，在事件發生後的 2 至 4 週尤其顯著，且常用同一種自殺方式。
- c) 以韓國影星安在煥燒炭自殺死亡為例，點出名人自殺事件合併新興自殺方式，使得使用燒炭自殺大幅提升，因此媒體對於新興自殺方式的報導應注意，透過媒體渲染可能引起風潮，吸引一群原本不會自殺的人採用新方法自殺。
- d) 媒體報導新興自殺方法，帶動網路搜尋，同時帶動新興自殺方法風潮。以燒炭為例，網路搜尋燒炭自殺與燒炭自殺率上升呈正相關。

(3) 經驗分享與綜合討論

講者：臺北醫學大學呂淑好教授

a. 主題：愛滋·收容人·自殺意念

b. 摘要：(詳見附件 4.3.1：2 月 16 日新聞媒體聯繫會議大會手冊)

- a) 針對愛滋在監收容人自殺意念與企圖自殺盛行率，與 BSRS 檢測結果相符合。
- b) 以電影「危機最前線」為例，探討電視媒體報導生態，強調媒體在報導時應強調避免、求助或是危機辨識的方法，能有效降低模仿效應。

講者：臺灣少年權益與福利促進聯盟葉大華秘書長

摘要：(詳見附件 4.3.1：2 月 16 日新聞媒體聯繫會議大會手冊)

我目前擔任衛星公會諮詢委員會主委，也是平面報業公會兒少新聞自律委員會的委員，我們公民團體有對蘋果日報的新聞自律議題進行抗議，後來與蘋果日報建立新聞自律機制，過去這幾年已與蘋果日報進行溝通，定期開會檢視其報導之新聞是否有所不當。待會將由推動新聞自律實務之觀點作回應。

為什麼新聞自殺報導會有跟閱聽人期待的落差，落差須如何去看待，進而達到雙贏，我們不能只單方談論對方哪裡做的不好，或是他們哪裡做的好，事實上很多問題在於雙方觀點的落差，我們已與蘋果日報溝通一段時間，進展其實不大。

在六不六要中，新聞照片問題是我們與蘋果或其他新聞平台溝通很大的議題。對新聞實務操作人員而言，當到現場拍照，其實不太可能只有一張照片，一定有很多張照片，替代性照片的選擇性掌握在編輯台手中，編輯台會有議題設定上之期待，若要媒體不放照片可能性不大，即使為平面報紙亦同，但要怎麼挑選新聞照片，才能善盡民眾知的權益，又不侵犯到相關當事人不必要揭露的隱私，選擇的基準點為公共利益。

我們和媒體溝通最大的重點為，這篇新聞報導跟公共利益的關聯為何，必須放到頭版，或必須放到內頁，還有必須揭露的照片為何。2012 年我們曾經跟蘋果日報申訴過一個案例，為臺大一男一女接連自殺亡這篇報導，那其實是兩個臺大學生分別在同一天自殺，其中有則報導為女生屍體浮在水面上，沒有蓋白布，而刊登之照片還畫了圈，用箭頭指示屍體所在地，表示要讓大家都注意到照片上的浮屍。像這樣的自殺新聞，不涉及公共利益，也非名人自殺，在刊登的比例原則上編輯台應把關，後來申訴的溝通過程各位可到蘋果日報官方網站的自律倫理委員會瀏覽，為將近十個公民團體及專家學者共同組成的自律機制，我們每兩個月定期會與蘋果日報進行溝通，針對這兩個月內的相關報導，會以閱聽人申訴的意見，或公民團體委員的意見，提出進行案例分析討論，各位可參考我們溝通的過程，包括新聞標題、照片、資訊，及最引發爭議的自殺細節。

又如馮姓女演員自殺新聞案例，蘋果在於自殺細節描述甚多，說明自殺用具、自殺現場及相關步驟，但其他報紙在細節上較為節制報導。而報導上常有專家提出的意見，若看法有問題或偏頗，或是引用錯誤、資訊不

正確之處，也可進行反映或申訴。

而有關零頭版議題，如青少年 3C 跳樓事件，媒體認為有公共利益，他們認為 3C 原生世代為青少年，並可能為首次因此種原因自殺，認為此議題值得探討。以自殺防治角度而言，可去申訴此篇報導是否達到當時所認為的社會教育效果。事後媒體也須深入報導相關議題。

目前已有新聞倫理自律委員會，可善用自律機制，申訴時可和媒體溝通此一新聞報導跟公共利益的關連為何？為什麼必須放在頭版或內頁？必須放的照片是什麼？遺書不適宜放在即時新聞，遺書內容大都為私人及涉及高度隱私的，不適合放給社會大眾看，並可能引發望文生義之揣測，而且無從查證。但若遺書具公共價值，則適合以深度報導處理。自殺報導細節可能會引起好奇、造成模仿效果，尤其是名人自殺，造成後續不良影響甚鉅，可跟一級主管溝通，拒絕刊登自殺細節。若自殺新聞報導不具公共利益，應節制報導或保密，避免過度揭露當事人隱私資訊。

講者：中國時報劉永嘉副總編輯

摘要：（詳見附件 4.3.1：2 月 16 日新聞媒體聯繫會議大會手冊）

中國時報在新聞操作上有既定的規則，依循六不六要的準則下，謹慎地選擇性報導，像近期演員自殺為例，我們亦小心處理，包含避免揭露他的病史、經紀人的名字，照片打馬賽克、不同角度的資訊揭露等等，均多次討論，以求內容嚴謹。且各種議題的報導，均由公共利益的立場出發，新聞報導和社會大眾，都是從衝突、妥協到進步。永遠有進步的空間，未來也請歡迎指教。

講者：聯合報洪淑惠副總編輯

摘要：（詳見附件 4.3.1：2 月 16 日新聞媒體聯繫會議大會手冊）

其實聯合報已致力淡化自殺新聞，在尊重自殺當事者及其家人下，盡力降低自殺新聞的重要性，包括馮姓演員的新聞，只用很小的篇幅來處理，沒有照片，淡化自殺新聞細節及其重要性。另外最近關於雞排妹的新聞，受害女子試圖自殺的新聞，其實大多報導內容不盡正確，不盡正確並不是非事實，而是我們要尊重當事家人及親友的反應，其實聯合報有訪問母親，其實這位女孩並沒有自殺，反而堅強的面對，並重新回到生活。

報社在把關同時，也付出相當大的代價，以受刑人占領監獄自轟事件為例，自轟倒地的照片並非放在聯合報頭版，而是放在內頁，並加上明顯

馬賽克，到了隔天，看到其它媒體均把自轟倒地的照片放在頭版，而聯合報頭版則是放一張空拍，只露出受刑人腳丫的照片，聯合報所有影音素材都有，但努力淡化之下，在報紙的銷售量上，則是需要付出一些代價，報社內部已有非常嚴格之規範，在一個不得不報導的頭條新聞，就算擁有多樣化的報導素材，仍恪守規範，選擇最不聳動的呈現方式，以降低自殺新聞對閱聽人的影響。

4) 會後新聞露出(圖 4.3.5)

日期	標題	媒體單位
2015年2月16日	春節團圓觸景傷情 自殺未遂達高峰	蘋果日報
2015年2月16日	每逢佳節倍失落 自殺未遂增加	中國時報
2015年2月16日	歡慶迎春喜羊羊 珍愛生命樂好年	太平洋電子報
2015年2月20日	情感人際問題多 國人自殺淺在危機	優活健康網
2015年2月16日	降低自殺率 盼提高「六要」報導	國立教育廣播電台
2015年2月16日	報紙刊登自殺新聞勿過度渲染 應為公眾守住六不六要	新網
2015年2月16日	記者幫幫忙！ 淡化社會新聞可降低自殺率	健康醫療網
2015年2月16日	年後長者易尋短 亟須持續關懷	台灣醒報
2015年2月16日	「媒體報導與自殺」探討	數位網路報
2015年2月16日	「媒體報導與自殺」聯繫會議，就十年來的實際資料分析，共商如何提升報導品質	太平洋電子報
2015年2月16日	媒體報導與自殺 聯繫會議	兩岸新聞大匯集Hito news
2015年2月16日	每逢佳節倍失落 自殺未遂增加	工商時報
2015年2月16日	記者幫幫忙！ 淡化社會新聞可降低自殺率	LIFE生活網
2015年2月16日	记者帮帮忙！ 淡化社会新闻可降低自杀率	钜亨网
2015年2月17日	去年自殺未遂 情感人際因素居首位	中華日報
2015年2月17日	年後長者易尋短 亟須持續關懷	大紀元新聞網
2015年2月17日	提升新聞媒體對自殺事件報導之正面能量 全國自殺防治中心結合自殺防治領域專家學者經驗分享及交流	守護台灣新聞網
2015年2月17日	記者幫幫忙！ 淡化社會新聞可降低自殺率	1111人力銀行
2015年2月22日	自殺報導過「血實」 恐導致效仿效應	優活健康網

圖 4-3-5、新聞露出一欄表

2. 結論

在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，所引發自殺模仿效應確實存在，但適當的媒體報導有助於自殺防治工作的推展。

此次新聞媒體聯繫會議藉由與新聞傳播實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導。以增多正面報導的方式，逐漸取代負面訊息的傳播。

期盼未來新聞媒體在報導時，能透依照六不六要準則自我檢視，且不論文字敘述或新聞報導的方式均能導向正向的層面，達到自殺新聞零頭版之終極目標。

而為提供媒體更多資源與醫療諮詢，建議自殺防治學會除了媒體因應小組外，亦建立自殺防治專家諮詢人力庫，鼓勵媒體於報導自殺相關新聞時，能先與媒體小組聯繫，透過跨縣合作，詢問專業意見，並在報導時遵循六不六要之原則，共同提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。

五、附件

附件 4.3.1 新聞媒體聯繫會議手冊

社群網站 facebook 之運用與推廣— 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

為將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，又鑑於網際網路之發達，而各社群網絡中尤其以 facebook(臉書)為青少年與上班族群最常使用的社群網站之一，中心期望透過 facebook 粉絲專頁，建立一個社交平台，增加與網友的互動方式，藉此能夠互相打氣、鼓勵與關心，並強化正確之心理衛生觀念，適時傳遞珍愛生命之理念。因此中心於 2010 年底在 facebook 成立了「珍愛生命打氣網」粉絲專頁 (<http://www.facebook.com/tspc520>)，讓自殺防治不分你我，不分地區。

粉絲專頁上除推廣珍愛生命理念外，亦加強宣導自殺防治新知，及珍愛生命守門人概念，推動簡式健康量表之運用(BSRS-5，又稱心情溫度計)，促進民眾關心自身心理健康，進行自我健康管理，讓自殺防治能夠達到人人參與、網網相連、面面俱到之理想。

另外，中心於 2011 年 9 月與 facebook 公司專案合作，建立自殺意念者之轉介機制，推動網路自殺防治，更呼籲使用 facebook 的網友們共同擔任網路守門人，於 facebook 上也能發揮 1 問 2 應 3 轉介的守門人精神，建立更加綿密的自殺防治網絡。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 增加宣導管道，促進更多民眾對自殺防治的瞭解，認同珍愛生命理念。
- 2) 加強教育宣導、推廣簡式健康量表，增進民眾自我心理健康管理。
- 3) 針對於 facebook 上發表有關自殺意念訊息之個案，進一步關懷，並提供相關求助資源。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁

- (1) 持續經營「珍愛生命打氣網」。每日定期於粉絲專頁塗鴉牆發布貼文，內容包含「自殺防治」、「打氣小語」、「溫馨小品」、「紓壓小撇步」、「資訊分享」、「活動預告」、「衛教宣導」、「人物故事」、「討論時間」。
- (2) 即時發布中心相關活動訊息，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關

「中心訊息」。

- (3) 依年度月份主題貼文規劃並於月初的業務會議中進行提案討論，必要時修正。
- (4) 每週業務會議皆針對上週粉絲人數與貼文類型進行檢討。
- (5) facebook 網頁宣傳：運用中心各種宣傳管道，如電子書，PGY 課程，文宣品，YouTube 頻道，活動海報等。

2) 持續與 facebook 公司合作：若想自殺(自傷)之言論被人檢舉，facebook 團隊經確認內容屬實後，將以訊息方式向被檢舉人發出關懷訊息，並提供全球各地合作之求助資源，被檢舉人可依所在地區進行選擇及查看。關於 facebook 舉報個案之臺灣自殺防治資源，提供信息包括中心網站網址、安心專線 0800-788-995(請幫幫、救救我)及聯絡信箱等中英文資訊情況。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：facebook 公司、家樂福、大潤發、愛買、頂好、全家便利商店、萊爾富，另在 88 家粉絲專頁上露出。
- 2) 資源連結內容及形式：建立合作、網路連結、舉報關懷。

三、過程(Process)

1. 自 2010 年 10 月「珍愛生命打氣網」成立以來，定期於粉絲專頁塗鴉牆發布「自殺防治」、「衛教宣導」、「打氣小語」、「溫馨小品」、「紓壓小撇步」、「資訊分享」、「活動預告」、「保健訊息」等貼文，或針對時事議題發布「關懷問候」及相關「中心訊息」，本年度持續辦理中，並於每週業務會議針對上周粉絲人數、貼文回響進行分析與討論。
2. 1 月 12 日業務會議針對 2015 年年度貼文月主題規畫進行討論，並分析各類型貼文的瀏覽次數及討論貼文之頻率、排班等相關事宜。另外，針對 1 月份主題貼文規劃，提案討論。
3. 1 月 28 日業務會議針對 2 月份主題貼文規劃，提案討論，主題為兩性情感。兩性之間的相處一直是一堂深奧的課程，男女在相處時，可能因為諸多因素，如認知不同、成長背景不同、需求不同等而產生磨擦爭吵，進而對身心造成諸多困擾。為此，希望透過資源的分享，讓世間的男男女女皆能學會如何調適身心和培養正向態度。次主題為緊張曖昧期與甜蜜交往期、情人分手快樂，正面思考、婚前婚後大不同(壓力管理與家庭調適)、農曆拜年、夫妻離婚，好聚好散及 228 紀念日相關文。
4. 2 月 25 日業務會議討論案決議：將自殺防治網通訊文章分享納入打氣網貼文規畫，若文章篇幅超過可貼文字數範圍，可以連結方式引導讀者至中心

網站瀏覽全文。

5. 2月26日收到網友舉報自殺意念個案，已與檢舉人及被檢舉人聯絡，進行了解和關懷。
6. 3月4日業務會議針對3月份主題貼文規劃，提案討論，主題為運動保健康。健康需要由生理與心理雙管齊下，再透過分享規律運動、日常飲食、休閒放鬆、健康意識等四大主題，藉由生理與心理的相輔相成，達成樂活生活、珍愛生命的理念。次主題分別透過影音圖文分享的方式，除傳達運動的重要性，也可分享運動帶來的好處，鼓勵大家動起來，也活得更快樂。不只動的快樂，也要吃得健康，藉由分享有益健康且促進代謝之食物，養成良好的飲食習慣。並將透過紓壓小撇步，讓心情不緊繃。使用心情溫度計自我測量，再透過分享放鬆技巧或舒壓方法，成為健康樂活族。隨著健康意識抬頭，透過分享生活實例及知識分享，以突顯健康管理的重要性。
7. 3月18日業務會議針對珍愛生命打氣網推廣，進行討論，決議設計宣傳海報置於守門人講師簡報中。
8. 3月25日業務會議針對4月份主題貼文規劃，提案討論，主題為親子關係。家庭是一個縮小的社會體系，健康的家庭需要建立在良好的親子溝通上，照顧者傾聽孩子的心聲，孩子則是體會照顧者的心情。健康的親子關係能帶來孩子的身心正常發展。次主題為清明節與兒童節之相關貼文、青少年之親子關係與溝通、特殊家庭(如:隔代教養、單親等)、家庭暴力之防治及婚後家庭關係(含新住民)。並決議可分享其他網站之自殺防治新知，另，將打氣網讚數較多之貼文及下月主題預告以電子報方式寄送宣傳。
9. 4月15日業務會議，針對打氣網貼文流程及規範提案討論。
10. 4月22日業務會議決議每週報告新增半年內打氣網粉絲人數，利於比較及分析人數變動情形。
11. 4月29日業務會議針對5月份主題貼文規劃，提案討論，主題為飲食與健康。飲食與健康總是密不可分，在當今食安風暴下，如何挑選對身心健康有益的食物，及養成良好的飲食習慣，再配合適時的運動，最終達成均衡健康的目標，趕走壞情緒，帶來更正向的樂活人生。次主題為好的開食，是成功的一半：介紹健康均衡的飲食概念、營養素對於人體之作用及缺乏之症狀，使粉絲們吃得更健康。壓力不倒翁之抗壓飲食：緊張和忙碌的學生生活或是工作競爭中，造成現代人常常處在不小的壓力之下，你知道有些食物讓你越吃壓力越大，然而其中也有抗壓小尖兵。抗壓飲食讓你從吃的方面減輕壓力，越吃越有勁。吃的好不如吃的巧，談飲食與情緒：黑心食品滿天飛，食安問題連環爆，該如何慎選食品，不只吃的飽，更讓你吃

的巧，並帶來身心的健康。養生保健，樂活人生：隨著養生意識抬頭，透過樂活經驗的分享，養成適時運動的習慣，達成樂活人生的目標。

- 12.5月27日業務會議針對6月份主題貼文規劃，提案討論，主題為珍惜感恩。現代人生活在一個充滿物質的時代，對周遭的人事物容易感到不滿足，本月即是要喚回大家知足感恩的心，讓人生回歸簡單，使心靈更為豐裕。次主題為珍惜環境、把感恩當成習慣、端午節活動：對你珍惜的人(父母、家人、朋友...等)說一句感恩的話、感恩人生並珍惜生命。
- 13.6月24日業務會議針對7月份主題貼文規劃，提案討論，主題為人生的意義。人生的意義與價值是一生的課題，透過與民眾分享各週系列貼文，共同逐步討論自我的價值與生活的目標，給予自己靜心思考的時間，了解自己，進而找到一個嶄新的出路。次主題為起-在你生命的不同階段，有哪些是你需要完成的事。承-面對困境，該如何轉念，創造自己的價值。轉-在生命的逆境中成長，我們該如何為自己尋找資源。合-現階段的生活中，如何找到當下的意義與未來的目標。
- 14.7月29日業務會議針對8月份主題貼文規劃，提案討論，主題為人際關係。人際關係問題容易造成身心上的困擾，而有效溝通是解除憂鬱重要的一環。本月將透過說話的藝術，分享人際關係之問題處理及相處之道，並配合父親節，帶到男性自殺防治相關議題，提供粉絲汲取正面經驗及自我了解，彼此關懷及與其他人的互信合作。次主題為爸爸好偉大之男性也要懂得抒壓：除應景感謝父親辛勞外，也帶到男性更應勇敢求助及紓壓。說話之藝術：說，是一種能力；不說，是一種智慧，掌握說話的關鍵。同儕人際關係問題處理：常見人際問題與經驗分享，學習情緒管理，增進良好關係。職場相處之道：分享職場同事互動原則，改變思考的觀點，放寬心情。
- 15.9月2日業務會議針對9月份主題貼文規劃，提案討論，主題為環保與生活。人所處的環境千變萬化，個人身邊的環境也不斷在改變，環境的改變可能給個人帶來助益，卻也有可能產生困擾，如何協調自我與環境是一很重要的課題。次主題為綠色生活：希望大家對環境產生更多關心與維護的意願，進而樂於改變自己生活型態，以對土地更友善的方式生活。節能減碳：潔淨地球可從節能生活做起，而且只要花點心思留意，人人都是綠能低碳的最佳參與者。無毒健康生活：瞭解對人體有危害的物質，進而遠離它們，才能讓生活免於毒害，擁有健康。資源回收再利用：物盡其用，垃圾變能源再也不是夢想。環保小撇步：介紹日常生活就可以輕鬆實踐的環保小撇步。並將配合9月6日研討會暨記者會及9月28日中秋節發佈相關主題訊息。

16.10月2日業務會議針對10月份主題貼文規劃，提案討論，主題為壓力調適。首先會提供相關的壓力量表來檢測自己是否處在高壓狀態，而後會加以介紹壓力對生活的影響，最後再介紹一些紓壓的小技巧。最終在生理與心理間取得的平衡，達成樂活生活、珍愛生命的理念。次主題為了解自我壓力：你的壓力是否到達臨界值了呢？使用簡易量表一測便知。別讓壓力改變你的身心靈：對生活中的事物越來越提不起勁嗎？一放假就睡到爬不起嗎？這些可能是壓力適應不良的表現喔。阻力 VS.助力：站在天秤兩端，過多的壓力使腎上腺分泌過多，引起肌肉僵硬、不協調，對工作及生活造成阻力；適度的壓力刺激身體分泌荷爾蒙，使感覺敏銳、激發潛能，提高工作效率。我們該如何取得平衡？紓壓小技巧：運動、食材與香味，生活中隨手可得的紓壓小技巧。

17.10月2日業務會議針對facebook貼文類型進行報告，請見表4.4.1.1：

表 4-4-1-1、facebook 貼文類型

類型	類型定義	類型支項
打氣小語	幫粉絲打氣、鼓勵的話語	打氣小語
		打氣小語(短片)
		打氣小語(歌曲)
人物故事	正向人物的故事分享	人物故事-兩性
		人物故事-勵志
		人物故事-勵志(短片)
		人物故事-溫馨
紓壓小／步	紓解壓力的方法或步驟	紓壓小／步
溫馨小品	每週二張貼之感人小故事	溫馨小品
		溫馨小品(短片)
衛教宣導	傳達自殺防治及衛生教育知識並推廣	衛教宣導-自殺防治
		衛教宣導-一般

(續)表 4-4-1-1、facebook 貼文類型

類型	類型定義	類型支項
資訊分享	中心活動、社會新知、人際相處等一切正面實用的知識之傳達	資訊分享-中心活動
		資訊分享-公益訊息
		資訊分享-心測
		資訊分享-生涯
		資訊分享-休閒活動
		資訊分享-好書介紹
		資訊分享-防災宣導
		資訊分享-兩性
		資訊分享-人際
		資訊分享-社會福利
		資訊分享-保健
		資訊分享-時事
		資訊分享-徵才活動
關懷問候	關心粉絲、祝賀佳節等	資訊分享-親子
		關懷問候
		關懷問候-笑話
		關懷問候(短片)
		關懷問候(歌曲)
討論時間	每週四張貼一則上週自殺相關報導事件之省思，引發粉絲討論及關注	討論時間
		討論時間
圖片相關	粉絲專頁更換首圖、封面照片	換圖、換照片
其他	其他未於上列分類之貼文	其他

18. 10月30日業務會議針對11月份主題貼文規劃，提案討論，主題為提升自我價值。自我能力及內涵的提升可以增加自信，減少身心困擾及憂鬱的情緒。本月依照主題規劃，提供粉絲汲取正面經驗，促進自我了解及正向提升，增進自信，拋開憂鬱。次主題為學習幽默，提升內涵：幽默可使彼此在新的基礎上重拾默契，增進感情，平衡心理，讓生活更添溫馨。運動紓壓小撇步：運動能有效提升正面情緒，紓解日常生活所產生的壓力，助於沉澱心靈及思考自我價值。寵物與我：寵物家人使自身心胸開闊並療癒身心，以牠們的視角或觀點看這個世界，擴展自我價值觀。職場自我提升：職場工作經驗使人成長，工作時也能利用改變自己的觀點，學習以新的角度看待事物，逐步提升自我能力。
19. 11月13日業務會議，針對珍愛生命打氣網之推廣進行討論，決議為打氣網建置框架頁面並請名人及長官協助推廣。
20. 11月27日業務會議針對12月份主題貼文規劃，提案討論，主題為心靈保健，保持陽光、正向及開朗的認知風格，可大大減少減少身心困擾及憂鬱的情緒。本月依照主題規劃，提供粉絲汲取正面經驗，分享幽默、歡樂之訊息，促進其覺察正向感受，拋開憂鬱。次主題為憂鬱心情知多少：現代人生活壓力大，對於自身的情緒往往忽略沒有妥善照顧。將介紹多種憂鬱篩檢量表(心情溫度計、憂鬱情緒自我檢視、台灣人憂鬱症量表等)，提醒國人在工作之餘，也號妥善照顧心情。正向經驗覺察小撇步：憂鬱的人常身陷且糾結在負面的情緒內，不斷循環無法逃脫。透過正向經驗覺察的小撇步，讓憂鬱的人能找到正向經驗，脫下負向認知之枷鎖，擁抱陽光。體驗幽默，提升內涵：幽默的體驗，可以增加其正面的經驗，減少負向壓力事件之影響，平衡心理，讓生活中多點正向感受。回首過去，展望未來：新的一年即將到來，心情也要整頓一下，迎接新的2016。將提供一些整理心情的方法，讓自己內心保持喜悅的邁入新年。並討論修改後之推薦文，將於核示後擬邀請名人推廣。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 珍愛生命打氣網截至11月30日之統計如下：

(1) 各月份貼文主題：

表 4-4-1-2 本年度各月份貼文主題列表

月份	主題	月份	主題
一月	失業與關懷救助	二月	兩性情感
三月	運動保健康	四月	親子關係
五月	飲食與健康	六月	珍惜感恩
七月	人生的意義	八月	人際關係
九月	環保與生活	十月	壓力調適
十一月	提升自我價值	十二月	心靈保健

(2) 自 2010 年 10 月成立以來，至 2015 年 11 月 30 日，粉絲人數共有 5,884 人，各月粉絲人數變化如圖 4.4.1.1。

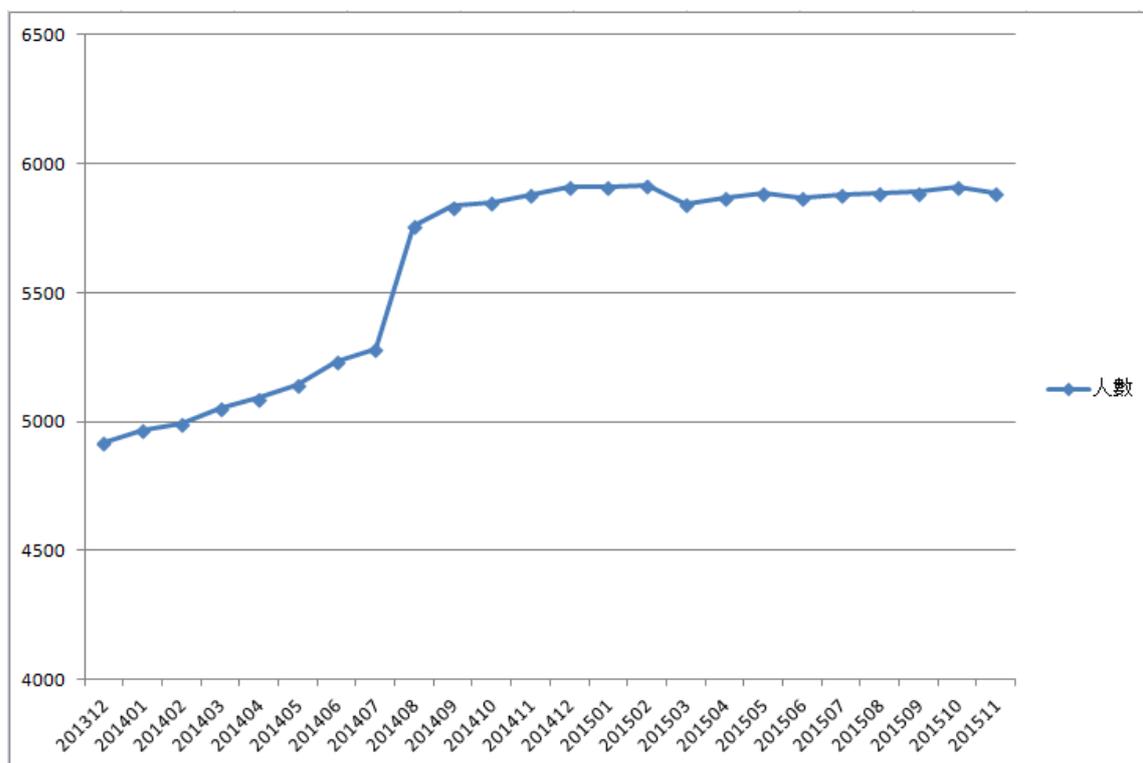


圖 4-4-1-1 粉絲人數變化圖

(3) 今年(截至 11 月 30 日)共發布 522 則貼文，共獲得 8,136 個讚、382 則留言及 1372 次公開轉載、瀏覽人次為 173,853。

表 4-4-1-3 本年度各月份 facebook 貼文數據一覽表

月份	貼文 篇數	讚數	分享 人數	留言 人數	瀏覽 人數	讚數	平均每篇			粉絲 增加 人數
							分享 人數	留言 人數	瀏覽 人數	
1	46	849	245	49	12747	18.5	5.3	1.1	277.1	-2
2	46	872	74	23	10216	19.0	1.6	0.5	222.1	4
3	51	728	86	43	13088	14.3	1.7	0.8	256.6	-69*
4	48	726	89	37	13304	15.1	1.9	0.8	277.2	21
5	47	723	69	43	16596	15.4	1.5	0.9	353.1	18
6	49	643	90	27	18860	13.1	2.4	1.8	384.9	-14
7	45	584	78	25	15658	13.0	1.7	0.6	348.0	12
8	45	826	168	31	18436	18.4	3.7	0.7	409.7	4
9	49	736	115	30	17691	15.3	2.4	0.6	368.6	3
10	50	839	206	39	20440	17.1	4.2	0.8	417.1	21
11	46	610	152	35	16817	13.3	3.3	0.8	365.6	-25
共	522	8136	1372	382	173853	15.7	2.7	0.9	334.5	-27

*facebook 進行幽靈用戶清理，影響粉絲人數。

2) facebook 網友舉報個案求助 7 起，為粉絲藉由打氣網吐露憂鬱情緒，或是敘述親友可能有自殺企圖，已進行關懷及提供後續轉介資源。

3) 擬訂 facebook 珍愛生命打氣網之推廣：珍愛生命打氣網之推薦文，邀請擁有多數粉絲群的社會賢達或名人及學會幹部於自身粉絲專頁或個人專頁中推薦，共擬三版本內容，推薦者可選擇其一使用。共三版本如下：

(1) 請大家一起來當「打氣種子」，把陽光照到社會上每個角落，及早發現身邊的人是否有憂鬱的情緒，並給予必要的協助。只要有心，人人都可以成為珍愛生命守門人。珍愛生命打氣網歡迎按讚→

<https://www.facebook.com/tspc520/>

(2) 歡迎大家來到珍愛生命打氣網按讚！打氣網每天傳遞正向觀念，把愛傳給需要的人，只要一個讚，一個分享，就能幫助身邊有需要的人，甚至拯救生命！別忘了 1 問 2 應 3 轉介～你我都是珍愛生命守門人哦！珍愛生命打氣網→<https://www.facebook.com/tspc520/>

(3) 誰沒有低潮？誰不會遭遇困境？但往往其實只要一個簡單的動作，好比一個愛的擁抱，一句關切，讓他知道他並不孤單，就能帶給絕望的人勇氣，繼續面對他的人生。珍愛生命打氣網每天為您打氣，歡迎按讚→<https://www.facebook.com/tspc520/>

2. 結論

- 1) 根據國外研究機構報告(Sysomos, 2009), facebook 平均粉絲人數約 4,600 人(如, 安寧照顧基金會: 3602 人; 家扶中心: 1779 人), 只有 4% 的粉絲團人數超過一萬人, 與一般社團相較, 珍愛生命打氣網(5,884 人)已超越平均水準。
- 2) 在數位化的現代, 智慧型手機及行動通訊設備十分普及, 網路著實為極重要的行銷通路之一, 但目前粉絲人數達到平均水準, 若欲再大幅提高, 則須突破其困難及瓶頸。
- 3) facebook 於 2014 年年底開始粉絲專頁收費制度, 未付費之專頁曝光度受到大幅影響, 瀏覽人次也因此下降。
- 4) 有關貼文類型, 最受歡迎的有打氣小語、關懷問候及勵志故事, 而自殺防治相關之貼文, 粉絲反應相對不盡理想, 雖粉絲的回響可做為評估指標, 但中心仍會一本初衷, 持續推動自殺防治之理念。
- 5) 每週固定貼文增加自殺相關新聞時事討論, 增進民眾自殺防治相關知識, 並與粉絲互動, 提升觸及率, 進而達到宣導「人人都是珍愛生命守門人」之目的。
- 6) 建議與改善:
 - (1) 中心仍會持續強化與粉絲之互動, 監測動態並於必要時, 邀請相關專家顧問指導, 以擴大推廣珍愛生命理念。
 - (2) 計劃邀請擁有極多數粉絲群之名人與長官, 共同推薦珍愛生命打氣網, 增加粉絲人數及觸及率, 強力推廣自殺防治理念。

社群網站 facebook 之運用與推廣－ facebook 公司合作案

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

根據 facebook 的統計，2015 年臺灣有將近 1600 萬人使用 facebook 來關心周圍的人事物，也是青少年與上班族最常使用的社群網站之一。因此，有鑑於網際網絡之發達，且為了將珍愛生命理念多面向推廣至各地方與各族群，全國自殺防治中心於 2015 年開始與 facebook、兒童福利聯盟、臺灣展翅協會及婦女救援基金會合作，針對網路霸凌與自殺防治推出教育指南與建議，協助臺灣民眾打造相互尊重與安全的網路空間。

而為了讓社會大眾更容易瞭解，facebook 亦邀請知名插畫家 Duncan 與 Nikumon 創作，繪製指南及社群媒體內容，建議大眾「如何協助需要幫忙的朋友」(Help A Friend in Need)以及「想想再分享」(Think Before You Share)。

此外，更由青少年表演藝術聯盟與幸福 in 快閃擔綱舉辦街頭快閃表演，期盼藉此活動，能讓更多民眾知道此次活動的真正意義，並呼籲使用 facebook 的網友們共同擔任網路守門人，於 facebook 上也能發揮 1 問 2 應 3 轉介的守門人精神，建立更加綿密的自殺防治網絡。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 加強教育宣導、推廣自殺防治理念，增進民眾對於網路霸凌及自殺防治之瞭解。
- 2) 增加宣導管道，促進更多民眾對自殺防治的瞭解，認同珍愛生命理念。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 與 facebook 共同召開網路霸凌及自殺防治之相關會議。
- 2) 與合作之相關單位研商活動舉行方式、內容及時間。
- 3) 以 email、視訊會議方式保持持續之溝通。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：facebook 公司、臺灣展翅協會、婦女救援基金會及兒童福利聯盟、青少年表演藝術聯盟、幸福 in 快閃，未來將會深入校園持續推廣自殺防治和防治霸凌的概念。

2) 資源連結內容及形式：建立合作、網路連結、資訊分享。

三、過程(Process)

1. 4月26日因楊又穎自殺身亡之事件，facebook公司Jeff與中心共同規劃facebook之防止網路霸凌和自殺的活動。
2. 4月28日與facebook公司Gavin Chua及Mia進行電話會議，針對雙方合作事宜進行初步交流。
3. 5月4日facebook公司與中心合作，初步描述合作內容及方案之執行方式。
4. 5月11日facebook公司寄送相關資料供中心參閱及修改。
5. 5月26日與facebook公司Gavin Chua、Mia及臺灣展翅協會、婦女救援基金會及兒童福利聯盟等進行視訊會議，會中除針對合作內容進行詳加描述外，亦收集其他單位之意見，用於日後合作方案執行時使用。
6. 6月17日facebook公司舉行合作會議，針對網路霸凌、網路自殺等相關合作議題進行研商，同時亦討論合作方案所需事宜，如插畫家、方案內容等。
7. 8月24日facebook公司寄送發表會相關文件給與會單位進行最後閱覽。
8. 9月10日facebook公司召開最後一場視訊會議，針對9月12日發表會之內容提出正式報告。
9. 9月12日分別在西門町和信義區舉辦兩場快閃活動。
10. 9月14日facebook公司針對網路霸凌和網路自殺召開發表會。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 9月12日在西門町所舉辦之快閃活動，當天由青少年表演藝術聯盟和幸福in快閃，聯手表演一齣有關網路霸凌的小短劇，並結合輕快的舞步來宣導網路霸凌和自殺防治之概念(如圖4.4.2.1及4.4.2.2)



圖 4-4-2-1、防止網路霸凌小短劇



圖 4-4-2-2、網路霸凌及自殺防治之熱舞

2)9月14日在西門町意舍舉辦網路霸凌及自殺防治發表會，當天全國自殺防治中心張書森副執行長、藝人陳建洲及范偉琪一同出席參與發表會(如圖4.4.2.3及4.4.2.4)



圖 4-4-2-3、當日與會人員之合影



圖 4-4-2-4、全國自殺防治中心張書森副執行長與 facebook 亞太區公共政策總監 Mia Garlick 合照

3) facebook 活動相關設計及週邊產品

(1) 活動主要概念 Logo(圖 4.4.2.5)



圖 4-4-2-5、發文分享、尊重你我

(2) 活動用相框，可供民眾拍照用(圖 4.4.2.6 及 4.4.2.7)



圖 4-4-2-6、Duncan 繪製相框



圖 4-4-2-7、Nikumon 繪製相框

(3) 明信片(圖 4.4.2.8 至 4.4.2.13)



圖 4-4-2-8、三思再發文(Duncan 繪製)



圖 4-4-2-9、密碼是個人隱私(Duncan 繪製)



圖 4-4-2-10、拒絕霸凌與騷擾(Duncan 繪製)

向他人求助
TALK TO SOMEONE



圖 4-4-2-11、向他人求助(Duncan 繪製)

網路禮節等同社會禮節
IF YOU WOULDN'T SAY IT IN PERSON, DON'T SAY IT ONLINE

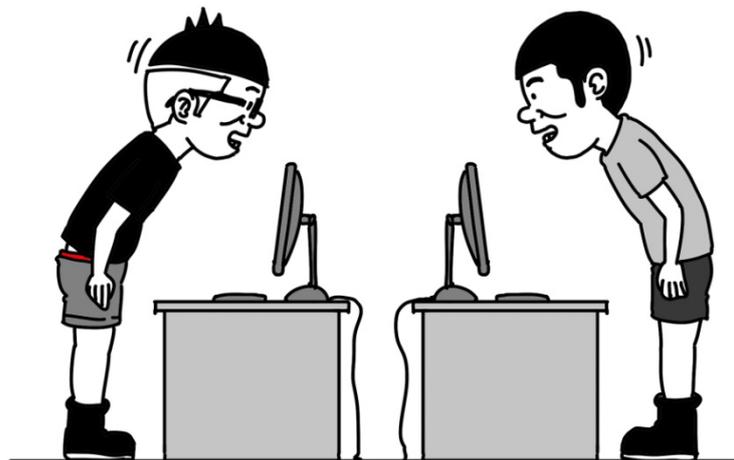


圖 4-4-2-12、網路禮節等同社會禮節(Duncan 繪製)



圖 4-4-2-13、守護(Nikumon 繪製)

(4) 活動用 T 恤(圖 4.4.2.14)



圖 4-4-2-14、活動用之 T 恤

2. 結論

「霸凌」在傳統研究的定義中，是一種刻意傷害他人的行為，為一種「力量」的不平等。而所謂網路霸凌(cyberbullying)，又稱為數位攻擊(electronic aggression)，或網路騷擾(online harassment)，則定義為「個人或群體以數位方式，反覆且持續針對無法保護自己的當事人，進行攻擊與故意行為」。以此觀點來看，網路霸凌乃是透過資訊和溝通科技來濫用自

身權力，造成力量上的不平等，藉此來傷害他人，但這個解釋有兩點是有爭議的：一是「重覆性」、二是力量上的不平等。臺灣目前網路霸凌的介入措施仍為少數，依然在發展階段，但針對傳統霸凌的措施在網路霸凌防治上也可有所協助。

此外，自殺與網路霸凌之關連性，亦是政府需重視之處。唯有結合學校資源，並與各縣市政府其他單位一同合作，透過家庭、學校、社會及政府之共同努力，在日常生活中多關心他人的需求、傾聽對方的心聲，才能達到降低網路霸凌及自殺的目的。

與媒體互動、新聞監測及因應

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

中心自 2006 年起每日閱讀自殺相關新聞報導，瞭解每日自殺新聞，並從中延伸出媒體監測之業務除執行相關媒體監測，並針對蒐集之新聞進行資料分析及資料整理，並因應重大新聞事件適時回應，希望藉由媒體監測的結果，提供媒體從業人員處理自殺議題之建議，以達成自殺防治工作「網網相連 面面俱到」之理念。

另外，在世界衛生組織(WHO)的報告中，媒體是自殺防治不可或缺之守門人，同時也是民眾接觸自殺相關議題的管道，更是國家策略宣導的重要媒介。相關研究顯示媒體傳遞不恰當的自殺資訊時，所引發自殺模仿效應確實存在，但適當的媒體報導有助於自殺防治工作的推展。

本中心自成立以來即致力於推廣 WHO 所公佈的自殺新聞報導「六不六要」原則，如遇重大新聞事件時適時回應，並不定期召開記者會，主動建構正向議題，或透過與媒體合作等方式，與媒體進行溝通互動，期待能促進媒體自殺事件新聞報導方式的轉變，防止自殺模仿效應的產生，並進一步藉由媒體之影響力，將自殺防治「珍愛生命 希望無限」之理念深植人心。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 與新聞傳播實務工作者溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導。以增多正面報導的方式，逐漸取代負面訊息的傳播，藉以導正民眾對於自殺事件的認知。
- 2) 瞭解臺灣自殺新聞事件報導的報導方式與現況，導正自殺新聞事件媒體報導方式，提升國內媒體自殺新聞報導內容品質。
- 3) 針對重大事件進行媒體因應或與相關單位研商自殺防治策略。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 依中心標準作業流程，配合時事建構議題發佈相關新聞稿，並期望以主動出擊方式，提供媒體記者報導素材，藉以更準確的推廣自殺防治概念，期使記者能做出正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因素有所了解且適時防範。也促進新聞報導由原先著重於新聞事件深入探討，轉

變為理性數據描述。

- 2) 不定期與不同媒體合作，或接受媒體專訪，於不同主題之間散佈自殺防治之概念，藉由網網相連，有效將「珍愛生命，希望無限」之概念傳達至社會各角落，達到「自殺防治，人人有責」之目標。
- 3) 將最新專訪及新聞稿均更新於中心網站最新消息及珍愛生命數位學習專區，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。
- 4) 持續收集自殺新聞相關資料，並進行編碼及資料分析，了解每日重大自殺新聞。於每週業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論。
- 5) 今年強化校園自殺防治，針對相關自殺案件，視需要向該單位表達中心關切及協助之意。
- 6) 中心媒體監測流程：
 - (1) 每日搜尋並製作網路自殺相關新聞之摘要，以電子郵件寄予中心幹部同仁、長官及各衛生局相關人員參考，並作回應。
 - (2) 進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體監測作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治策略。
 - (3) 每週於中心業務會議彙整報告，若有重大事件則提出討論，研商防治策略。
 - (4) 蒐集四大報(中國時報、自由時報、聯合報、蘋果日報)紙本之自殺相關新聞報導，視需要採取因應措施，並進行六不六要之評估。
 - (5) 針對「重大」新聞事件適時進行因應，在不隨媒體起舞之情況下，因應事件主動發布新聞稿，提供媒體其相關專業人員參考，或召開檢討會議與相關單位研商自殺防治策略。
- 7) 「重大」自殺新聞事件辦理原則：
 - (1) 透過網路，蒐集四大報每日自殺新聞，製作新聞摘要，並提供給自殺防治相關長官、專家、顧問等。
 - (2) 重大自殺新聞事件辨識：
 - a. 媒體大量報導：
 - a) 於當日四報中兩報(含)以上刊載於頭版頭條
 - b) 於當日四報中兩報(含)以上內頁半版(含)以上刊載
 - c) 事件連續被報導達3日(含)以上
 - b. 長官、顧問、專家之建議。
 - c. 多方反映、關切之事件。
 - (3) 蒐集新聞事件資訊：

- a. 發生縣市。
 - b. 事件相關單位。
 - c. 相關新聞資料蒐集及中心現有參考資料彙整。
 - d. 需要時，與當地心理衛生中心聯繫了解。
- (4) 呈報主管，經討論後，必要時可採取下列因應方式：
- a. 與相關縣市召開個案討論會。
 - b. 研擬專案，供相關單位參考。
 - c. 發布新聞稿。
 - d. 報紙投書。
 - e. 致電表達協助關心之意，如學校、衛生局等。
 - f. 其他適當措施。
- (5) 執行因應方案。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、衛生福利部心口司、824 家養護機構、PChome 新聞、yam 蕃新聞、Yahoo 雅虎新聞、臺灣新生報、三立新聞網、青年日報、太平洋電子報、澳門日報、國語日報、大紀元、關鍵評論、東森新聞雲、中央日報網路報、新頭殼、新網新聞網、健康醫療網、大成報、新浪新聞、中華日報、蘋果日報、中國時報、聯合報、聯合晚報、自由時報。
- 2) 資源連結內容及形式：蒐集自殺新聞摘要、周知自殺新聞摘要、媒體採訪、發佈新聞稿等。

三、過程(Process)

1. 記者會/新聞發布

- 1) 2月16日發布「歡慶迎春喜羊羊 珍愛生命樂好年」新聞稿，呼籲大家珍愛生命，建立關懷文化，發揮守門人精神，只要 3 步驟「一問、二應、三轉介」以及心情溫度計測量心情溫度，關心自己及周遭的親友的情緒困擾，若發現自己或親朋好友有憂鬱傾向或是自殺企圖，應盡快至相關醫療機構求助，評估身心的健康程度，適時紓壓。若家中長輩患有慢性疾病或有情緒困擾的親友，在過年期間切勿自行停藥。在與家人團聚、好友相聚的時後，多給予關心與支持就可避免憾事的發生，詳見附件 4.5.1。
- 2) 2月16日發布「媒體報導與自殺」聯繫會議新聞稿，聯繫會議結合自殺防治領域專家學者及新聞媒體先進，共同進行經驗分享及交流，有效提升新聞媒體對自殺事件報導之正面能量，以減低對閱聽人之影響。定期檢視媒體報導自殺事件是否遵循 WHO 的六不六要準則及新聞呈現方式，是自

殺防治的一項重要工作，詳見附件 4.5.2。

- 3) 4月23日發布「正視媒體自殺事件報導」新聞稿，提醒每一則自殺事件均造成家屬與相關人士的沈痛遺憾，廣泛報導可能對閱聽大眾造成負面影響。如果媒體可以將討論引向鼓勵求助、互助，彼此關懷，增進對自殺風險的敏感度與認識，悲劇或可成為身處危機者轉化生命的契機，防止更多不幸事件的發生，詳見附件 4.5.3。
- 4) 8月7日發布父親節「陪伴父親度佳節 用心聆聽溫馨情」新聞稿，提醒民眾在父親節這個充滿感恩的日子，除了感謝父親平日對家庭的付出外，我們更需要注意父親們的身心健康，詳見附件 4.5.4。
- 5) 9月6日辦理「2015 世界自殺防治日」記者會，主題為「伸出援手 拯救生命」，本次記者會邀請到吳敦義副總統帶領現場近 200 位政府、地方及民間企業各界代表，現今除了在現實生活之外，因為資訊網路的普及化，在許多的社群網站、通訊軟體中，都能看到個人的生活瑣事或心情訊息，這些訊息可能是他們的求救訊號，因此我們更應發揮守門人的精神，藉由伸出援手給予即時的關懷與協助。廖士程秘書長於記者會中報告電話調查結果及臺灣自殺防治工作現況，及長官訓勉、重要統計數據及報告重點皆收錄於會後新聞稿，詳見附件 4.5.5。

2. 媒體監測

- 1) 每日製作網路四大報自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予長官及各衛生局相關人員參考。
- 2) 持續進行新聞報導自殺個案編碼及分析，透過每日常規之媒體監測作業，了解每日重大自殺新聞，並從中發現自殺防治策略之闕漏，強化自殺防治策略。
- 3) 持續蒐集四大報(中國時報、自由時報、聯合報、蘋果日報)自殺新聞報導。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 記者會／新聞發布：
共發布 5 篇新聞稿，總計共 52 則媒體露出相關報導。
- 2) 媒體監測：
 - (1) 網路四大報自殺新聞摘要，1 月至 11 月共製作 915 篇自殺新聞摘要(截至 11 月 30 日)，分析結果如表 4.5.1：
 - a. 報導個案自殺結果：自殺身亡個案共 469 位、自殺企圖個案 420 位、自殺威脅共 18 位、不詳共 8 位。

表 4-5-1、報導個案自殺類型統計表 n(%)

自殺結果	自殺類型				
	個人自殺	相約自殺	殺人後自殺	殺家人後自殺	其他
自殺身亡 (469 人)	400 (85.3%)	37 (7.9%)	3 (0.6%)	17 (3.6%)	2 (0.4%)
自殺企圖 (420 人)	373 (88.8%)	21 (5%)	8 (1.9%)	10 (2.4%)	4 (1%)

b.報導個案自殺原因：新聞報導個案自殺原因除其他外，排行前三項如表 4.5.2。

表 4-5-2、新聞報導個案自殺原因前三項排序-不含其他 n(%)

自殺結果	自殺原因前三項		
	第一項	第二項	第三項
自殺身亡 (469 人)	久病不癒 65(13.9%)	憂鬱症病史 65(13.9%)	男女感情因素 48(10.2%)
自殺企圖 (420 人)	男女感情因素 99(23.6%)	夫妻問題 52(12.4%)	家人情感因素 47(11.2%)

c.報導個案自殺方式：新聞報導個案自殺方式除其他外，排行前三項如表 4.5.3。

表 4-5-3、新聞報導個案自殺方式前三項排序-不含其他 n(%)

自殺結果	自殺方式前三項		
	第一項	第二項	第三項
自殺身亡 (469 人)	燒炭自殺 104(22.2%)	高處墜落 101(21.5%)	上吊自殺 87(18.6%)
自殺企圖 (420 人)	高處墜落 111(26.4%)	利器自戕 81(19.3%)	燒炭自殺 69(16.4%)

(2) 持續進行 2015 年自殺新聞資料蒐集，統計 1 月至 11 月(截至 11 月 16 日)四大報共 329 則自殺新聞報導，並進行媒體六不六要原則遵守情形分析，年底進行統計分析。

2. 結論

3) 中心將持續每日監看媒體新聞，製作四大報自殺新聞摘要，並以電子郵件寄予各衛生局相關人員參考，使各相關單位即時掌握每日自殺新聞事件，以期自殺防治網絡更加綿密，預防漏網之魚。

4) 媒體六不六要編碼作業已由專責同仁進行，保持一致性，並於當日完成編

碼。

- 5) 持續呼籲義工一起加入媒體監測的行列，平時在閱讀報紙、觀看電視新聞、戲劇...等各式節目時，若發現有不當報導，可向該節目之電視台或主管機關投訴。
- 6) 持續強化推廣報導原則。

五、附件

附件 4.5.1 「歡慶迎春喜羊羊 珍愛生命樂好年」新聞稿

附件 4.5.2 「媒體報導與自殺」聯繫會議 新聞稿

附件 4.5.3 「正視媒體自殺事件報導」新聞稿

附件 4.5.4 「陪伴父親度佳節 用心聆聽溫馨情」新聞稿

附件 4.5.5 「2015 世界自殺防治日」記者會新聞稿

附件 4.5.6 2015 年媒體六不六要原則遵守情形分析

教唆自殺網站之監測與處置

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

近年來，由於網際網路訊息傳遞無遠弗屆的特性，以及資訊爆炸時代的來臨，造成網路上資訊的泛濫流竄，任何訊息發佈到網路上，都可能被成千上萬人閱讀、仿效、轉載，影響力甚至超越傳統媒體，而錯誤的訊息，如教唆自殺的訊息，也透過各種方式，被有心人士發佈至網路上的每個角落，甚至造成跨越國界的影響力。

有鑑於網路教唆自殺訊息影響之嚴重性，及抑制網路上相關之訊息傳播，中心持續進行新聞監測，近年也陸續發現有七起氫氣自殺案件，為避免民眾透過網站獲得自殺方式之訊息，及預防自殺之仿效作用，中心逐步規劃建立網站監測及舉報流程，期待能消弭網路上不當訊息的傳播，預防更多不幸事件的發生。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 降低因教唆自殺網站訊息之不當影響，進而避免憾事發生。
- 2) 推廣監測及舉報，呼籲大家重視網路自殺防治，全民一起投入，人人皆是網路守門人。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 針對教唆自殺及教導自殺網站監測流程進行規劃，先行試辦。
- 2) 討論、修正並改善流程。
- 3) 向 iWIN 網路內容防護機構(以下簡稱 iWIN)申訴。
- 4) 網站 IP 位於境外者，另行透過網路上其它方式舉報。
- 5) 全面進行平臺檢舉或電郵反映。
- 6) 確認網站下架否，進行結案、追蹤及列管。
- 7) 推廣網路自殺防治。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、衛生福利部保護服務司、Google 訂閱、Google 關鍵字搜尋、iWIN 網路內容防護機構、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：監測方式、流程擬定、業務合作、宣導推廣等。

三、過程(Process)

1. 監測流程之修正：

1) Google 關鍵字查詢：

- (1) 試辦期間以 12 組關鍵字進行搜尋。
- (2) 經重覆檢討修正，選擇之關鍵字，分別為「無痛 自殺」、「完全自殺」。
- (3) 於今年起新增關鍵字查詢「氫氣 自殺」。

2) 搜尋頻率：

- (1) 試辦期間，搜尋頻率為每週進行 2 次。
- (2) 經檢討修正，因為網站重複率高之關係，最終修正為每 2 週進行 1 次。

2. 起初向 iWIN 申訴案件，處理過程多為轉介至各縣市社會局及警政相關權責單位處理，不易及時下架。而後續轉送社政及警政相關權責單位之處理結果，得知網站 IP 位於境外者，因受限於國際法規以及國對國公權力的限制，無法促使網站下架。
3. 中心針對境外網址，主動向該網站系統平臺進行檢舉。無檢舉功能者，則尋找網站官方 Email，以電子郵件方式向該網站反應。而針對香港地區的網站，主動聯繫香港撒瑪利亞防止自殺會，協請幫助，該單位亦回覆，中心可將查獲之疑似教唆自殺等網站轉知，雙方進行合作。
4. 針對所有發現之網站，除向 iWIN 申訴外，全面(IP 不分國、內外)進行該網站平臺檢舉或以郵電方式向該網站反映。
5. 2014 年 6 月函送 22 縣市衛生局教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，邀請應用及推廣，共同強化網路之自殺防治。
6. 特別於自殺防治網通訊第九卷第二期，簡介流程與成果，擴大宣導，期許全民可以一起參與。
7. 向 iWIN 請教境外 IP 檢舉事宜，得知中國大陸官方不良訊息舉報平臺網站(中國互聯網違法和不良訊息舉發中心、網絡違法犯罪舉報網站)，擬補註於流程。
8. 2015 年 7 月 30 日依據衛福部心口司指示，將流程圖架構修正更加明確。

四、成果(Product)

1. 教唆自殺及教導自殺網站 監測及舉報流程如圖 4.6.1。

- 1) 發現教唆及教導自殺網站的方式，主要使用 Google 關鍵字搜尋及 Google 訂閱功能，主動進行搜尋。
- 2) 舉報動作為依據衛生福利部保護服務司之「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則」進行。引用法源根據違反兒少法第 46 條、第

49 條辦理。

3) 發現網站後，不論 IP 位於境內境外，除 iWIN 舉報，全面另行舉報，此外，部落格平臺則適用系統平臺檢舉。若無檢舉功能，則 Email 向該網站反應。

4) iWIN 舉報作業步驟：

(1) 進入 iWIN「我要申訴」，圈選「暴力血腥及自殺」填寫申訴資料後送出。

(2) iWIN 系統會自動寄出確認電郵(Email)，須依 Email 點選連結，回 iWIN 網站-確認民眾信件，填上「原申訴之電子信箱」，方完成舉報確認。

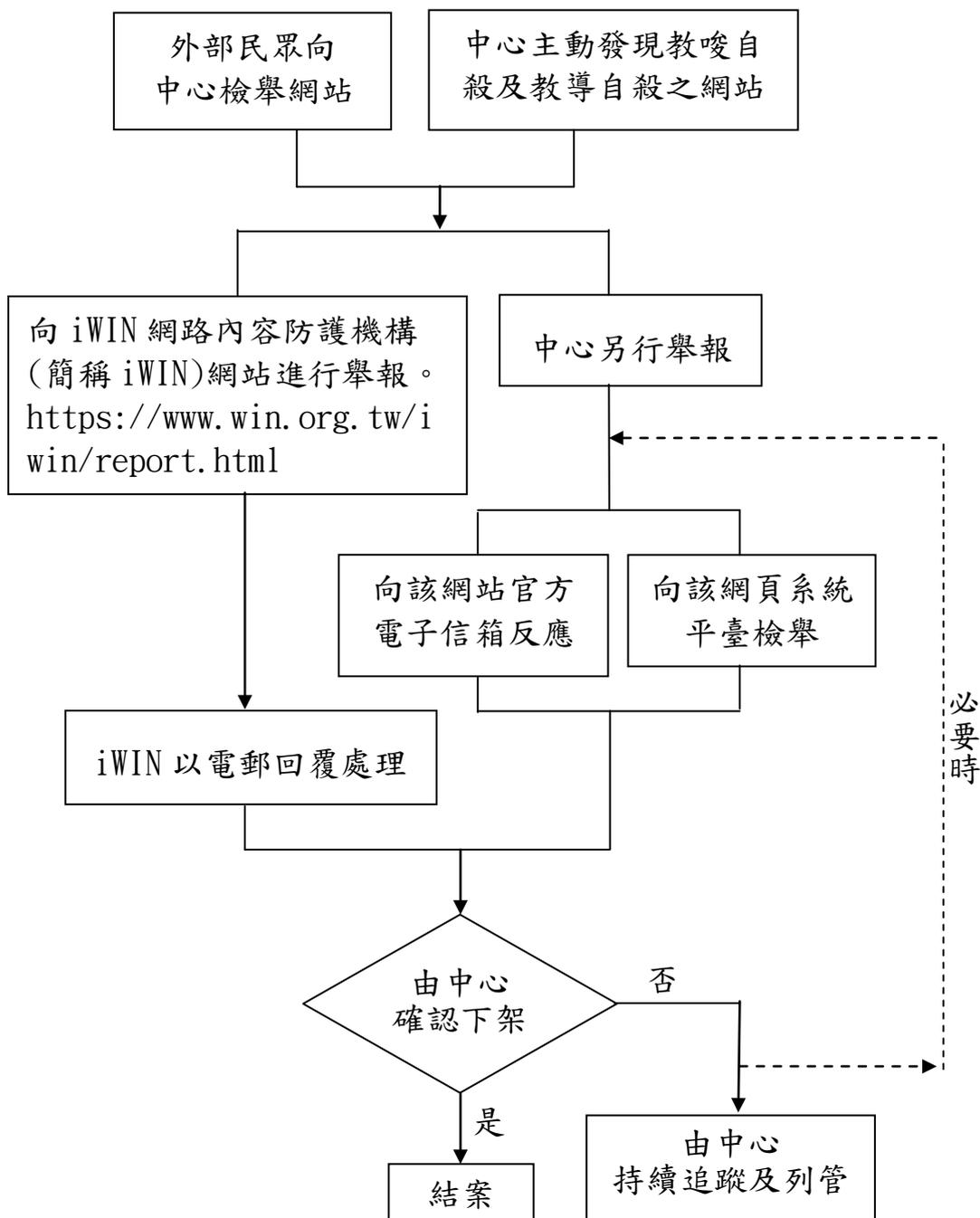


圖 4-6-1、監測及舉報流程圖

2. 截至 2015 年 11 月底，整體檢舉網頁累計共 136 則，已下架為 104 則，下架率為 76.5%。檢舉結果依 IP 位於國內及境外區分，結果如下所示：

- 1) 位於國內者共檢舉 62 則，已下架為 58 則，下架率為 93.5%。
- 2) 位於境外者共檢舉 74 則，雖不易移除，但中心積極透過各種管道舉報後，已有 46 則被下架，下架率為 62.2%。

3. 結論

- 1) 無論境內外全面進行舉報，除向 iWIN 申訴外，也另行舉報，在雙軌進行下，比起轉函請各縣市政府處置的方式，更為有效。
- 2) 針對境外檢舉未下架之 28 則網站類型進行歸類，發現占較多數的論壇性質網站多數來自於中國大陸，論壇規模較小者，管理機制不夠完善；而檢舉者、境外國家法規、網站管理者，三方在內容認知上的差異，都影響著下架的成效。
- 3) 雖然持續進行監測及透過 iWIN 舉報，境外網站仍不易有效移除，此部份只能透過另行舉報的方式，儘量讓網站管理者了解，進而下架。
- 4) 善用相關資源，利用已知中國官方不良訊息舉報平臺網站及香港合作夥伴，多方進行檢舉。
- 5) 另，有些網頁已無人管理，更是舉報無門。網際網路資訊傳播迅速，任何資訊可以迅速的被查詢及散佈，在監測及舉報上，這些都是要面臨的限制。
- 6) 建議與改善：正本清源，期望各網路平臺能建立主動篩檢並下架之功能與機制，再輔以舉報，共同戮力於網路自殺防治，以收更大成效。
- 7) 教唆自殺網站之監測與處置，已儼然成為國際問題，將利用適當管道，與國際自殺防治相關協會合作，共同解決眼前之困境。

教育文宣之發行與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

教育宣導是全國自殺防治策略中很重要的一環，為持續推廣國人對自身及他人心理健康的覺察，在配合推動「自殺防治守門人」的教育訓練講座及相關宣導活動上，中心製作自殺防治系列相關宣導品，提供相關資料及訊息，藉以喚醒更多國人重視及認知，以達到「你我都是守門人」的目標。

根據本中心對臺灣地區 15 歲以上民眾進行自殺防治的認知調查顯示，對於自殺防治的工作，目前已有超過六成的民眾認為自己幫得上忙，顯示自殺防治的教育宣導已略有成效，但仍需持續努力，期使民眾瞭解自殺防治之重視性外，也提昇其對於自殺防治守門人之認知，共同達成「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治，人人有責」的理想境界。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣簡式健康量表(別名：心情溫度計)，提倡國人對自身及週遭的親友，獲取正確心理衛生觀念的覺察，提升民眾對於自殺防治工作的認知，促進民眾心理健康，並建立求助資源連結網絡。
- 2) 宣揚「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治：網網相連，面面俱到」之理念，期使人人都是珍愛生命守門人。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 宣導品製作

- (1) 依據宣導品的發送通路及用途作規劃，並擬案討論其架構與內容。
- (2) 蒐集製作之相關資料並彙整。
- (3) 委外廠商設計，並進行校稿。另，目前手冊改以電子化，採自行設計。
- (4) 製作完成後函送或電子傳送周知相關單位進行宣導。

2) 宣導品推廣(含授權與實體宣導品之提供)

- (1) 因中心經費有限，但民眾需求無限；目前宣導品之推廣多以鼓勵授權印製為主，申請授權需來函或電子信件洽商，說明其用途、宣導對象或刊登網址等。經中心評估後授權，會以回函告知同意並附上宣導品之印刷檔，並同時感謝該單位對自殺防治推動上的支持與努力，鼓勵回饋推廣

結果。

(2) 於辦理各項相關講座、參訪活動及宣導活動時發送實體宣導品，以發揮宣導之效果。

(3) 數位宣導部份則與中華民國醫師公會全國聯合會及凱擘股份有限公司合作，提供相關教學或宣導影片，並由於多媒體傳輸平台 MOD 上播放。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、高雄醫學大學護理系、海軍陸戰隊指揮部、衛生福利部草屯療養院、實踐大學、安泰醫療社團法人安泰醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、華碩電腦股份有限公司、國立新竹教育大學音樂系、中山醫學大學附設醫院、高雄市政府衛生局、中國醫藥大學健康風險管理學系、高雄醫學大學口腔衛生學系、臺灣大學心理學系、明道大學、東海大學、長庚科技大學健康照護研究所、南華大學、大眾醫院、田園 LOHAS(華訊代編公司)、澳門明愛凱暉生命教育資源中心、國立彰化師範大學輔導與諮商學系、香港公開大學等。

2) 資源連結內容及形式：提供實體宣導品及授權、宣導品製作、數位課程。

三、過程(Process)

【宣導品製作】

1. 修正心理健康促進系列手冊，共 10 冊，內容包括：基礎篇、學齡期、青年期、壯年期、中年期、老年期、原住民及新住民、慢性病患者及其家屬及多元性別者。
2. 修正自殺防治系列手冊，共 32 冊，更改手冊中「精神分裂症」一詞為「思覺失調症」。
3. 製作新版心情溫度計摺頁。

【宣導品推廣】

1. 中心宣導品推廣活動：

1) 自殺防治系列手冊 27、28 閱後意見回饋活動：為擴大推廣中心手冊，鼓勵大眾閱讀，辦理「珍愛生命 感動延續」意見回饋活動，活動共兩場次，線上回覆閱後感想及回饋意見，參加此活動之優選作品將獲獎，所有參加者並能進行抽獎。

2. 出版刊物電子書化：

1) 為因應網際網路數位出版品以及智慧型裝置的普及，並響應環保減少紙張印刷，評估將中心過去出版刊物陸續轉變成電子書格式，以達數位流通之便捷，也更方便編輯和保存。

2) 持續與各電子書平台合作推廣自殺防治知識性資源，合作平台簡介如下：

(1) 電子科技廠商

- a. 凌網科技股份有限公司：成立於 1998 年 7 月，並於 2003 年 3 月上櫃，2009 年凌網科技創立 HyRead 電子書品牌，並於 2011 年第 19 屆臺北國際書展中正式發表，除有自家電子書平台，亦提供全國 260 間學校、20 餘家公私立企業電子圖書館服務。
- b. 遠通科技股份有限公司：為遠流出版社自 2005 年發展 Koobe 閱讀系統，並於 2008 年創立遠通科技股份有限公司，開始發展電子書業務，提供書籍轉檔、加密管理，行動閱讀等技術與服務。目前客戶有 80 多家企業廠商、近 300 間學校、120 間醫院，並和金石堂、誠品、三民書局、遠流等網路書店簽約合作。
- c. 華藝數位股份有限公司：華藝(airiti)成立於西元 2000 年，2008 年推出電子書服務，陸續建構期刊、論文、電子書等產品；為臺灣首次且唯一躋身國際資料庫的平台。華藝數位具有華藝中文電子書、華藝線上圖書館 2 平台。華藝中文電子書服務以圖書館需求為規劃重點，收錄各式優質中文電子書，供學校(研究機關)或團體單位使用，主要客群為大專院校圖書館。華藝線上圖書館是唯一整合台灣、中國大陸兩岸學術資源之檢索平台，收錄內容涵蓋期刊論文、學位論文、會議論文集等全文內容。平台之有效會員數約 90 萬人，合作學校有臺大、清大、政大、臺科大等約 165 所學校。
- d. 漢珍數位圖書股份有限公司：漢珍成立於西元 1981 年，於 1990 年代開始提供電子出版品、資料庫建置等數位內容服務，並於 2000 年從事華文數位內容的開發。合作對象為國內外學術機構、企業集團及公共圖書館等上千家客戶，例如：臺大圖書館、銘傳大學、臺灣經濟研究院、天下雜誌等。

(2) 國家圖書館—電子書刊送存閱覽服務系統及國立公共資訊圖書館電子書平台，持續提供日後出版之電子書以合作推廣。

(3) 亞米多雲端圖書館與 Pubu 電子書城，採自行上傳方式，皆上傳中心電子書並更新至最新版本。

3. 本年度中心宣導品授權列表如表 4.7.1：

表 4-7-1、中心宣導品授權表

日期	單位	品項	說明
01/13	高雄醫學大學護理系	簡氏健康量表	該系教授論文之研究，探討以行動研究建立高齡家庭照顧者之友善性社區照顧服務模式。
01/19	海軍陸戰隊指揮部	宣導小卡片(曙光再現版、溫暖關懷版)、2011 新版心情溫度計摺頁、Q 版心情溫度計摺頁	為推展部內官兵心理衛生教育與自殺防治工作，分發所屬部隊運用。
03/17	衛生福利部草屯療養院	自殺防治系列手冊 25—老人自殺防治—自殺新聞事件的省思、2011 新版心情溫度計摺頁、Q 版心情溫度計摺頁	為提供民眾所需心理衛生服務，推廣珍愛生命理念。
03/18	實踐大學	簡氏健康量表英文版	為推行校園健康促進活動，針對校內外籍學生進行健康促進生活型態之心理測驗服務。
03/23	安泰醫療社團法人安泰醫院	簡氏健康量表	為推行職場健康促進，針對員工進行健康促進生活型態調查。
04/16	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	簡氏健康量表	為推行健康促進，進行健康促進生活型態調查。

表 4-7-1、中心宣導品授權表(續 1)

日期	單位	品項	說明
04/16	華碩電腦股份有限公司	簡氏健康量表	為響應勞動部 104 年工作與生活平衡補助計畫，推行補助項目中之工作生活平衡資源手冊以促進職場健康，利於加強員工對工作生活平衡概念之認識，建立自我健康管理的習慣。
05/05	國立新竹教育大學音樂系	簡氏健康量表	該系教授論文研究之需要，探討銀髮族之體能促進與科技活用。
05/12	中山醫學大學附設醫院	自殺防治守門人海報-大眾版、醫療專業人員版、企業職場版	為提供民眾所需心理服務，推行自殺防治等助人行動。
05/13	高雄市政府衛生局	簡氏健康量表 英文版	外籍家庭看護工人數眾多，考量外籍家庭看護工國語能力普遍低落，欲強化外籍家庭看護工之自殺守門人知能，及早發掘具潛在自殺風險者。
05/27	高雄市政府衛生局	自殺防治系列手冊 9—自殺者親友關懷手冊、10—陪你度過傷慟—給失去摯愛的朋友	為提供民眾所需心理服務，針對自殺者親友推廣自殺防治。
05/29	中國醫藥大學健康風險管理學系	簡氏健康量表	該系教授研究之需要，探討七星園區二階環評範疇界定補充調查及評估作業-健康風險評估工作

表 4-7-1、中心宣導品授權表(續 2)

日期	單位	品項	說明
06/11	高雄醫學大學口腔衛生學系	簡氏健康量表	該系碩士生研究之需要，研究頭頸癌(含口腔癌)病人口腔功能及心理狀態、生活品質之縱貫性研究。
06/16	臺灣大學心理學系	簡氏健康量表	該系博士生研究之需要，研究臺灣老年人依附對象與其生活適應間的關聯：以成年子女做為主要依附對象的探討。
07/20	明道大學學務處諮商輔導中心	簡氏健康量表	用於校園個案篩檢，提供學生所需心理衛生服務。
09/18	東海大學學生諮商中心	簡氏健康量表	做為校內學生諮商會談評估學生狀態之用，進行個案衡鑑。
10/05	長庚科技大學健康照護研究所	簡氏健康量表	該系教授辦理教學之用，配合衛福部 104 年度國小心理健康促進計畫融入量表輔助教學。
10/19	南華大學學生輔導中心	簡氏健康量表	該校辦理校園自殺防治守門人培訓講座之用。
10/21	大眾醫院	簡氏健康量表	為推行員工職場健康促進，針對員工進行健康生活型態調查。
10/22	田園 LOHAS(華訊代編公司)	簡氏健康量表	田園公司出版之健康類型雜誌供讀者自我評量
11/05	澳門明愛凱暉生命教育資源中心	簡氏健康量表	假日於社區休憩區推行教育活動，欲使用量表提升市民對自身心理健康的覺察力。
11/06	國立彰化師範大學輔導與諮商學系	簡氏健康量表	該系碩士生研究之需要，探討手足支持對自殺青少年身心適應之影響。
11/16	香港公開大學	自殺防治系列手冊 3—青少年心理衛生與自殺防治	為推動心理衛生及自殺防治，將作為課程之教材，提供校內學生使用。

4. 心情溫度計 APP：

本會發展心情溫度計應用程式(APP)，以智慧型裝置作為媒介，並兼顧 iOS 系統與 Google Android 系統用戶，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。心情溫度計應用程式(APP)請詳見「心情溫度計應用程式(APP)之推廣」章節。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 修正心理健康促進系列手冊，內容包括：基礎篇、學齡期、青年期、壯年期、中年期、老年期、原住民及新住民、慢性病患者及其家屬及多元性別者，共 10 冊。
- 2) 手冊 27、28 閱讀回饋活動：共計 25 份回饋，讀者提出閱後感想及意見，並撰寫自身心路歷程，回饋之文章皆經過作者同意，將於中心網站、通訊、粉絲專頁等進行分享，傳達珍愛生命理念。
- 3) 修正自殺防治系列手冊，共 32 冊，更改手冊中「精神分裂症」一詞為「思覺失調症」。
- 4) 製作新版心情溫度計摺頁。
- 5) 宣導品共授權 23 件，授權單位分布：學校申請共 12 件，醫院申請共 4 件，衛生局申請共 2 件，其他單位 5 件。

2. 結論

- 1) 因應數位化時代，中心已將過去出版品陸續電子書化，並於電子書平台持續更新，以達不受時間地域限制、廣泛流通，並提供最新資訊版本之優點。
- 2) 中心網站特設立電子書專區，並於網站首頁建立「自殺防治圖書館」圖標連結，以強化且凸顯電子書之宣導。
- 3) 因應手冊之普及性及重要性，更正專有名詞至最新版本，利於大眾閱覽。

珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

在貫穿全國三個層面的防治策略中，守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色。珍愛生命守門人意指當接受訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆，並對自殺高風險者進行關懷，做適當的回應或轉介，因此只要透過適當的學習與練習，每個人都可以成為「珍愛生命守門人」，關懷與協助週遭的親友，預防憾事之發生。

透過珍愛生命守門人訓練課程，期使受訓人員可掌握「1問、2應、3轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及學習基礎的自殺干預技巧，給予關懷並懂得尋求適當資源協助有自殺意念者，對於自殺防治工作的成果會有很大的幫助，正是符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，你我都扮演重要的角色。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣守門人教育訓練，達到「自殺防治，人人有責」之理想。
- 2) 藉由不同的訓練對象，期待落實「網網相連，面面俱到」。
- 3) 為使更多專業人員及一般民眾隨時隨地方便的取得珍愛生命守門人的概念及實用知識。中心建立珍愛生命數位學習網，將課程講座錄製成影音並上傳，增進民眾學習的方便性。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

1) 講座安排與講師推薦

- (1) 外部單位有意辦理守門人講座，主動洽詢本中心協助推薦授課講師。
- (2) 依守門人講座安排標準作業流程協助推薦當地講師，並提供講師課程綱要與該場次守門人課程相關注意事項。
- (3) 若主辦單位同意，中心將招募珍愛生命義工於現場服務，協助該講座之現場拍照、問卷回收或文宣發放。
- (4) 視講座對象、內容以及講師，中心派員前往現場錄影。
- (5) 為了解學員對此次守門人課程的了解與滿意度，於課程結束後，請受訓學員填寫講座課程評估問卷，回收後再行統計分析，以作為日後改進之參考。

- (6) 課程結束後，聯繫講座承辦人與現場服務義工，關心課程進行情況、講師與學員互動情形以及參與人數，並請針對課程填寫回饋表，同時提醒將回收之講座課程評估問卷寄回中心，以進行後續之統計分析。
- (7) 寄送感謝函予參與現場服務的義工朋友，並請將意見回饋給本中心，以做為日後改進之參考。

2) 講座課程數位化

- (1) 專責人員錄製課程，剪輯製作數位影音教材，完成後將上傳至珍愛生命數位學習網。並視課程內容，申請公務人員學分認證，以鼓勵專業人員及民眾在吸收珍愛生命守門人的知識同時，亦能取得學分認證及獲得成就感。
- (2) 講座課程數位影音推廣，讓學習可隨時隨地不設限，故於本中心網站、自殺防治網通訊及本中心辦理各種活動皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：北區健康職場推動中心、法務部保護司、法務部矯正署臺北女子看守所、臺北市大湖國民小學、國立空中大學、建國科技大學以及中心講師資料庫之講師。
- 2) 資源連結內容及形式：辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫等。

三、過程(Process)

1) 講座安排與講師推薦如下：

- (1) 4月16日協助北區健康職場推動中心辦理「職場心理紓壓」講座，對象為職員，講師為單位自邀講師，人數共30人。
- (2) 4月21日協助法務部保護司辦理「自殺防治實務轉介模式」課程，對象為新進人員和在職觀護人，講師為蘇聖傑醫師，人數5人。
- (3) 4月30日與5月7日協助臺北醫學大學學生輔導中心辦理「如何關心憂鬱與自殺危機者？」課程(上、下)，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數共100人。
- (4) 5月1日協助法務部矯正署臺北女子看守所辦理「矯正機構自殺防治宣導」課程，對象為本所戒護人員，講師為鄭宇明醫師，人數共22人。
- (5) 5月13日協助臺北市大湖國民小學辦理「自殺防治—生命守門人教育訓練」課程，對象為教職員，講師為黃雅芬醫師，人數70人。
- (6) 5月13日協助臺北市蓬萊國小輔導室辦理「臺北市教師研習中心104年

- 度「輔導列車」自殺防治研習」課程，對象為導師，講師為劉惠玲顧問，人數共 60 人。
- (7) 5 月 16 日協助國立空中大學辦理「自殺防治守門人培訓」課程，對象為導師、學生，講師為段永章醫師，人數共 80 人。
- (8) 6 月 10 日協助德明財經科技大學學生輔導中心辦理「校園自殺防治守門人訓練」課程，對象為導師、學生，講師為蘇聖凱醫師，人數共 80 人。
- (9) 7 月 7 日協助建國科技大學諮商與輔導組辦理「自殺防治概念與實務處理」課程，對象為全校導師及訓輔人員，講師為吳珮瑤心理師，人數共 150 人。
- (10) 7 月 29 日協助行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院辦理「自殺防治相關議題」課程，對象為院內員工，講師段永章醫師，人數約 60 人。
- (11) 10 月 15 日輔英科技大學辦理「心靈 SPA 導師」自殺防治守門人培訓研習工作坊，對象為老師及諮商輔導中心同仁，講師為杜家興主任，人數共 40 人。
- (12) 8 月 27 日協助國立臺灣師範大學辦理「自殺防治講座」課程，對象為學輔中心專兼任人員、專兼任實習生、本校專責導師，講師為劉惠玲顧問，人數共 50 人。
- (13) 9 月 11 日協助中華科技大學學生輔導中心辦理「擁抱生命讓愛飛揚」自殺防治守門人培訓研習，對象為導師、行政人員、教官，講師為鄭宇明醫師，人數共 150 人。
- (14) 9 月 15 日協助新生醫護管理專科學校心理諮商中心辦理「心理健康守門人-輔導股長培訓」課程，對象為學生，講師為劉惠玲顧問，人數 60 人。
- (15) 10 月 22 日協助天主教福利會辦理「情緒管理與壓力調適」，對象為福利會暨附屬安置單位同仁(社工員、保育員、生輔員、保母)，講師為鄭宇明醫師，人數 20 人。
- (16) 11 月 4 日協助環球科技大學辦理「自殺防治守門人」課程，對象為老師，講師為鄭宇明醫師，人數 60 人。
- (17) 擬定 12 月 19 日協助基隆市文化局辦理「青年自殺防治」課程，對象為市民，講師邀請中，人數 80 人。
- (18) 擬定協助法務部司法官學院觀護人訓練班辦理「自殺防治實務轉介模式」課程，對象為新任及現職觀護人，講師為鄭宇明醫師，人數 20 人。
- (19) 擬定協助澎湖科技大學學生輔導中心辦理自殺防治守門人講座，對象為老師及諮商輔導中心同仁，講師邀請中。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 講座安排

截至 11 月 16 日止，中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 16 場，擬定辦理的場次為 3 場，參與訓練的學員共 1117 人；單位包含：國小、高中、大專院校、醫療院所、養護機構及政府單位，對象包含：各級學校師生、醫療人員、居家照顧服務員等，如表 4.8.1。

表 4-8-1、已完成守門人訓練場次及人數

單位	校園		醫療衛生	長照機構	政府單位
	大學	國小			
場次	10	2	1	2	2
人數	850	130	60	50	27

2) 問卷分析

依據回收之課後回饋問卷分析結果，總計回收 493 份問卷，回收率 44%。統計結果發現，多數學員相當肯定珍愛生命守門人課程，認為受益良多；對於整體課程內容也有 86.9% 的人表示滿意，如表 4.8.2。

表 4-8-2、整體守門人課程內容滿意度

課程滿意度	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意	未填
占率%	39.6	42.4	4.9	0.2	0	13

(1) 將來遇到身邊有想要自殺的親友，願意運用守門人 123 的技巧去幫助他人者，占有填課後評估問卷 493 人中的 81.3%，如表 4.8.3。

表 4-8-3、願意運用守門人 123 技巧幫助親友者

願意運用守門人 123 技巧	佔率%
我願意	81.3
我不清楚	6.9
未填	11.4

(2) 會推薦親友使用心情溫度計測量自己或他人的情緒者，占有填課後評估問卷 493 人中的 76.5%，如表 4.8.4。

表 4-8-4、推薦或自量心情溫度計

推薦他人或自量心情溫度計	佔率%
我會推薦	76.5
我不清楚	10.3
我不會推薦	0.6
未填	12.58

3) 講師推薦

主辦單位多數回饋表示講師推薦人選皆符合課程需求。講師風格分別有幽默、風趣、活潑和輕鬆等，授課方式淺顯易懂，會以實際例子及搭配圖片或照片使學員容易理解，並且會邀請臺下學員進行分享，在課程中與學員互動頻繁。

「畢業後一般醫學訓練」—自殺防治之推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

因應新世紀的社會健康需求，訓練內容除了重視專科醫療技術之外，也必須強調執行一般性、整體性、人性化醫療的能力，發展有效的溝通，衛生福利部推行畢業後一般醫學訓練的課程。而其中之社區醫學訓練之目的在於經由社區實務訓練，激發主動關懷社區之情懷，落實全人照護的理念，瞭解社區健康議題，獲致評估社區健康、擬定及執行健康計畫的能力。藉由社區健康計畫核心議題、社區健康照護體系、特殊照護等三個面向的訓練，使受訓學員進而獲得照護社區之醫療相關體系有完整的概念、具備社區醫療健康照護的技能及具備社區健康計畫之基本規劃與執行能力等基本能力(key competence)。而於 2011 年「畢業後一般醫學訓練(PGY)」之社區醫學訓練已將「自殺防治」列為特殊照護之必修課程，期使學員瞭解臺灣的自殺現況以及認識自殺的評估與防治方法。

又根據研究顯示，自殺死亡者在自殺身亡前 7 天內就醫的比例皆在 60% 左右，自殺身亡前 90 天更可達 80%，此一數據更凸顯醫師在自殺防治的重要性。因此，全國自殺防治中心特別規劃「自殺防治」課程，秉持著推廣「自殺防治，人人有責」之理想，加強受訓醫師之落實全人照顧理念，了解社區健康議題，具備社區醫療健康照顧技能，並強化臨床醫師守門人的重要。

2. 業務或方案的目的與目標

希望藉由此課程推廣，透過課程的內容，不僅促進臨床醫師對於自殺防治之認識，並期待能體認其重要之守門人角色，進而落實於臨床工作上，從人文關懷的角度出發，落實網網相連，以建立綿密牢固之自殺防治網絡。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 鑒於畢業後一般醫學訓練將自殺防治改為必修課程，中心於 2012 年曾規劃製作教學 DVD，寄送至全臺社區訓練醫院，作為辦理 PGY 自殺防治課程時運用，以增進可近性、便利性及基本訓練之一致性。
- 2) 為協助強化自殺防治之教學，已錄製及編製「PGY 自殺防治課程」，提供各訓練醫院於雲端下載。

3) 中心持續推廣辦理自殺防治參訪訓練課程：

- (1) 與有合作訓練醫院之承辦人保持聯繫，並確認辦理日期。
- (2) 確認辦理日期，醫院承辦人會提供課程參加學員人數及聯絡電話。
- (3) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程相關資訊供預覽。
- (4) 課後統整課程評值問卷及課後測驗結果，詳細問卷內容，如圖 4.9.1 及圖 4.9.2。
- (5) 依各醫院提供之學員考評表進行評估，並將結果寄送回醫院。

全國自殺防治中心
2014.11

畢業後一般醫學訓練 社區醫學「自殺防治」課程評值

您好：
感謝您參與今天的參訪課程活動，請您協助填寫以下的活動回饋意見，以作為日後之參考與改進（請於適當的□內打✓），再次謝謝您！敬祝平安

全國自殺防治中心 謹啟

- 一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標
非常符合 符合 尚可 不太符合 非常不符合
- 二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…
非常好 良好 可接受 不太好 非常不好
- 三、您覺得講師的授課技巧及解說…
非常清楚 很清楚 尚可 不清楚 非常不清楚
- 四、您對於此次課程感到獲益良多…
非常同意 同意 尚可 不同意 非常不同意
- 五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
- 六、上完課，未來在使用心情溫度計上是否覺得有困難
沒有困難 有困難，原因：_____
- 七、上完課，未來運用守門人技巧上是否覺得有困難？
沒有困難 有困難，原因：_____
- 八、未來在臨床，您會運用心情溫度計嗎？
會 偶會 不會，原因：_____
- 九、未來臨床實務上，您是否會運用守門人技巧協助病人？
會 偶會 不會，原因：_____
- 十、綜合課程建議：

圖 4-9-1、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程評值問卷

全國自殺防治中心
2014.11

畢業後一般醫學訓練 社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

姓名：_____
性別：□男□女

1. 一般而言，哪一年齡層死亡率最高？
15-24 歲 25-44 歲 45-64 歲 65 歲以上
2. 國人整體而言近年自殺死亡方法下列哪一項不是前三名？
上吊 燒炭 農藥 跳樓
3. 自殺死亡個案有多少比例在自殺前曾向親友透露想要輕生的訊息？
二成五 二成 四成五 七成
4. 根據中心研究分析，自殺前 12 個月曾去醫院看非精神科醫師之比例約占幾成？
二成 四成 六成 八成
5. 根據中心研究分析，65 歲以上老人自殺前 1 個月就醫比例約占幾成？
三成 五成 七成 九成
6. 請問以下敘述何者錯誤？
自殺與生活事件有關 自殺未遂者是自殺的高危險群
台灣年齡層愈高自殺死亡率愈高 自殺並非多重因素造成的
7. 請問下列何者為高標性策略？
導正媒體報導 促進社會大眾心理健康
針對自殺企圖者提供關懷服務 減少致命工具之可近性
8. 守門人 123 步驟中第一步為何？
應：聆聽、回應與支持 問：主動關心、詢問情況
轉介：轉介相關資源支持持續關懷 靜：內心空間
9. 請問下列關於自殺防治之概念何者正確？
只有衛生專業人員可以使用心情溫度計
將個案轉介/照會給精神科後，就不用繼續關心
避免和個案談論自殺議題
臨床醫師是很重要的珍貴生命守門人之一

-----課後測驗----- 續後頁 -----

全國自殺防治中心
2014.11

10. 請問自殺防治的工作，需要誰的投入
精神專業人員 社福團體 政府官員 人人有責

參訪心得與感想(100字)

--歡迎成為珍貴生命義工，一同推廣自殺防治理念--

可協助活動項目(建議)
 各地關懷：□指導心情溫度計(如介紹給親友、臨床運用)
擔任守門人(如親友/臨床關懷、伸出援手)
網路打氣(FB 打氣板塊及留言、打氣心得投稿)

經驗專長：□守門人講師 臨床實務經驗分享 其他 _____
 姓 名：_____ 性別：□男□女 出生年：_____
 聯絡電話：(手機) _____ (住) _____
 電子信箱：_____
 聯絡地址：_____

台灣自殺防治學會 暨 全國自殺防治中心 關心您

2

圖 4-9-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：臺安醫院、臺北市立聯合醫院中興、忠孝、陽明、和平院區、新北市立聯合醫院、宏恩醫院、中心診所醫院、永和耕莘醫院、博仁綜合醫院、恩主公醫院。
- 2) 資源連結內容及形式：資訊傳遞、連繫溝通、參訪訓練、網址連結。

三、過程(Process)

1. 本年度辦理參訪訓練課程場次如下，並由中心李明濱計畫主持人、鄭宇明秘書長、廖士程執行長、張家銘理事擔任講師。
 - 1) 1月9日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明院區)，共 21 名學員參加。
 - 2) 2月4日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、恩主公醫院，共 17 名學員參加。
 - 3) 3月6日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、忠孝院區)、宏恩醫院、新北市立聯合醫院，共 25 名學員參加。
 - 4) 3月13日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(陽明、忠孝院區)、中心診所醫院，共 22 名學員參加。
 - 5) 4月10日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)、永和耕莘醫院、新北市立聯合醫院、中心診所、博仁綜合醫院，共 21 名學員參加。
 - 6) 4月17日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、宏恩醫院，共 12 名學員參加。
 - 7) 5月8日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區、和平院區)、永和耕莘醫院，共 12 名學員參加。
 - 8) 5月15日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區、陽明院區)、宏恩醫院、博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、恩主公醫院，共 22 名學員參加。
 - 9) 6月5日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明院區)、宏恩醫院，共 17 名學員參加。
 - 10) 6月18日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區、忠孝院區)、博仁醫院，共 11 名學員參加。
 - 11) 7月3日 PGY 課程參與醫院有臺北市立聯合醫院(中興院區、和平院區)，共 13 名學員參加。
 - 12) 7月17日對象為臺北市立聯合醫院忠孝院區、新北市立聯合醫院，共 17 名學員參加。

- 13)9月4日對象為臺北市聯合醫院(中興院區、和平院區、陽明院區)，共13名學員參加。
- 14)9月11日對象為臺北市聯合醫院忠孝院區、中心醫院、臺安醫院、宏恩醫院、新北市聯合醫院，共18名學員參加。
- 15)10月7日對象為臺北市聯合醫院中興院區、宏恩醫院，共9名學員參加。
- 16)10月28日對象為臺北市聯合醫院陽明、忠孝院區、永和耕莘醫院，共18名學員參加。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 參訪訓練

- (1) 今年度截至11月16日共辦理11場次，243人參與，另有3場次已安排辦理。
- (2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，其課程之滿意度評估結果，滿意以上為98.8%，普通為1.2%，詳如表4.9.1。

表 4-9-1、課程滿意度評值表 n(%)

題目	1 ^{註1}	2 ^{註2}	3 ^{註3}	4 ^{註4}	5 ^{註5}
1.課程內容規劃符合預期目標	125 (51.44)	102 (41.98)	11 (4.53)	4 (1.65)	0 (0)
2.授課方式的安排	115 (47.33)	115 (47.33)	7 (2.88)	1 (0.41)	0 (0)
3.講師的授課技巧及解說	146 (60.08)	91 (37.45)	4 (1.65)	2 (0.82)	0 (0)
4.此次課程獲益良多	129 (53.09)	110 (45.27)	3 (1.23)	1 (0.41)	0 (0)
5.整體課程滿意	119 (48.97)	117 (48.15)	4 (1.65)	3 (1.23)	0 (0)

註1：第一題選項為 1.非常符合、2.符合、3.尚可、4.不太符合、5.非常不符合

註2：第二題選項為 1.非常好、2.良好、3.可接受、4.不太好、5.非常不好

註3：第三題選項為 1.非常清楚、2.很清楚、3.尚可、4.不清楚、5.非常不清楚

註4：第四題選項為 1.非常同意、2.同意、3.尚可、4.不同意、5.非常不同意

註5：第五題選項為 1.非常滿意、2.滿意、3.尚可、4.不同意、5.非常不同意

- (3) 均於每次課程結束前進行課後測驗，整體課後測驗平均達對率為72.4%，顯示有七成以上的學員能夠確實的吸收到與自殺防治相關的知識。答對率最高的題目為第6題「請問以下列敘述何者錯誤？1.自殺與生活事件有關 2.自殺未遂者是自殺的高危險群 3.台灣年齡層愈高自殺死亡率愈高 4.自殺並非多重因素造成的」，正確選項為「自殺並非多重因素

造成的」，答對人數為 240 人(98.8%)；其次是第 9 題「請問下列關於自殺防治之概念何者正確？1.只有衛生專業人員可以使用心情溫度計 2.將個案轉介/照會給精神科後，就不用繼續關心 3.避免和個案談論自殺議題 4.臨床醫師是很重要的珍愛生命守門人之一」，正確答案為「臨床醫師是很重要的珍愛生命守門人之一」，答對人數為 239 人(98.4%)；再者是第 10 題「請問自殺防治的工作，需要誰的投入？1.精神專業人員 2.社福團體 3.政府官員 4.人人有責」，正確答案為「人人有責」，答對人數為 235 人(96.7%)。各題的答對率分別如表 4.9.2，選填錯誤人數最多題目為第 5 題「根據中心研究分析，65 歲以上老人自殺前 1 個月就診比例約占幾成？1.三成 2.五成 3.七成 4.九成」，正確答案為「九成」，僅 68 人答對(占 28%)。

表 4-9-2、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
選項一	2 (0.8)	12 (4.9)	11 (4.5)	20 (8.2)	42 (17.3)	0 (0)	14 (5.8)	21 (8.6)	0 (0)	2 (0.8)
選項二	17 (7.0)	6 (2.5)	19 (7.8)	53 (8.2)	42 (17.3)	1 (0.4)	45 (18.5)	213 (87.7)	1 (0.4)	0 (0)
選項三	13 (5.3)	60 (24.7)	115 (47.3)	46 (18.9)	85 (35.0)	1 (0.4)	156 (64.2)	3 (1.2)	2 (0.8)	0 (0)
選項四	211 (86.8)	161 (66.3)	89 (36.6)	122 (50.2)	68 (28.0)	240 (98.8)	15 (6.2)	6 (2.5)	239 (98.4)	235 (96.7)
未作答 人數	0 (0)	4 (1.6)	9 (3.7)	2 (0.8)	6 (2.5)	1 (0.4)	12 (4.9)	0 (0)	1 (0.4)	6 (2.5)

(4) 學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為 100%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

2. 結論

1) 講師與學員於課程中進行討論，透過學員們分享臨床上或自身所經驗之自殺相關事件後，由講師給予回饋並於課程中教授相關技巧，更重要的是要使學員瞭解自殺防治守門人是需要各科醫師一起擔任，除日常工作所遭遇的個案外，更應該注意身邊親朋好友，透過課程的解說理解到自殺防治人人有責，而學員們更是自殺防治守門人的重要種子。醫師們平日事務繁忙，更應該注重本身壓力管理，一問、二應、三轉介這句口號更應該由自身做起，配合心情溫度計 APP 不只容易使用，且簡短有效，不只可用於自我檢測，更可用於關心他人。

2) 於課前寄發相關課程資訊，有利於學員與講師之間的互動，且課程討論及課後回饋中學員均表達獲益良多，並回饋多正向，表達經由課程方瞭解自殺防治是臺灣現今需重視的公共衛生議題，需要政府及各界的投入外；許多學員亦表示經過此課程，才瞭解許多高風險病人於自殺前會就醫，臨床醫師若能於執業時扮演守門人，提高警覺以及關懷，更能避免許多憾事發生。學員除表達瞭解自己在自殺防治中扮演相當重要的角色，並知道在生活中遇到有輕生念頭的人，要如何回應、關懷及轉介。

珍愛生命義工之推動

一 背景(Context)

1. 相關問題或重要性

聯合國訂定2001年為「國際志工年」，定義志願服務者是一種有組織、有目的、有方法，在調整與增進個人對環境的適應，其志趣相近、不計酬勞的人。聯合國的提倡，引發了世界各國政府對志願服務的支持與推動 (Kenn, A., 2001)。臺灣的志願服務法(2001)定義志願服務為：「民眾出於自由意志，非基於個人義務或法律責任，秉誠心以知識、體能、勞力、經驗、技術、時間等貢獻社會，不以獲取報酬為目的，以提高公共事務效能及增進社會公益所為之各項輔助性服務。」由此可知，志願服務之意義為透過個人的自由意願，主動參與無償的服務，且不求任何利益或酬賞。至今，透過參與社會事務等志願服務工作，發揮奉獻與助人精神的民眾日漸增加，顯示志願服務者對於社會事務推動的重要性。

全世界有兩千多個自殺防治中心由志願服務者組成，各縣市譬如生命線、張老師基金會或是相關電話協談輔導等單位，都需要志願服務者的支持與貢獻，自殺防治工作更是亟需志願服務者的協助。因此，本中心基於「自殺防治，人人有責」和「網網相連、面面俱到」的核心理念，於2009年擴大招募珍愛生命義工，廣招對自殺防治工作有興趣之社會大眾加入義工行列，期盼每位義工能從生活周遭開始，主動關心身邊的親友，推廣心情溫度計及發揮守門人精神，爾後，再進一步以自身的專業能力進行志願服務。目前中心義工遍布全臺，並朝著「在地化」及「社區化」之目標前進，讓珍愛生命的理念散播在各鄉鎮里鄰、社區和家庭之中。

本中心推動珍愛生命義工方案之意義詳述如下：

- 1) 自殺防治，人人有責：自殺防治工作為全民共同努力的永續工程，透過義工參與宣導自殺防治的行動，提醒更多人珍惜、守護生命，預防自殺憾事的發生。藉由全民攜手防自殺，將珍愛生命理念深植於心中，以達成「自殺防治、人人有責」的終極目標。
- 2) 發揮守門人精神：義工藉由瞭解心情溫度計及守門人的任務，不僅能幫助自己調適身心狀況，也能對周遭親朋好友發揮守門人的精神，陪伴他人度過生命的低潮，以達到「在地化」與「社區化」之目標。
- 3) 珍愛生命服務：義工服務內容主要為傳遞「珍愛生命」的信念和推廣自殺防治的工作。此外，也鼓勵義工多加運用自己的專業能力與長才，為自殺

防治工作盡一份力量。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 推廣「人人都是珍愛生命守門人」的概念，讓自殺防治工作進展到「網網相連，面面俱到」，並達到服務「在地化」及「社區化」之目標。
- 2) 推廣珍愛生命守門人的基本訓練，讓每位義工能推廣「珍愛生命、人人有責」的理念及發揮守門人的精神與任務。
- 3) 強化義工「在地化」和「社區化」的行動策略，並運用義工多元的專業能力、興趣與特長，為自殺防治業務盡一份心力。

二 輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 持續招募義工及進行後續資料庫建檔，並依標準作業流程辦理。
- 2) 透過活化義工規劃方案，活絡義工參與自殺防治工作，落實守門人及在地服務精神，如：義工在地動起來提醒與回覆、訊息交流、新訊、電子賀卡等。
- 3) 辦理義工相關活動及訓練，包括活動及講座支援、珍愛生命數位學習網、網路通訊及義工互動、參訪訓練...等。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、義工、協助辦理講座單位。
- 2) 資源連結內容與形式：網站宣導、心情檢測站 BSR5-5 宣導、守門人講座等。

三 過程(Process)

1. 義工招募

- 1) 主要管道為宣導活動、守門人講座、中心網站和 facebook 珍愛生命打氣網等。義工基本資料表亦修改相關欄位，以方便作業。義工招募後依標準作業流程辦理相關作業。
- 2) 民眾報名義工方式，分為網路報名與現場報名，義工伙伴加入後將收到中心的歡迎信及中心各相關訊息。

2. 義工資料庫維護

- 1) 目前義工資料已全面採用電子化的方式建檔並定時備份。藉由電子化的方式有效地歸類相關欄位與特性等，以利管理與運用。
- 2) 1 月份為推動珍愛生命義工活化，對全體義工進行電話聯繫，確認義工主動參與之意願。

3. 義工新訊

1) 內容包含活動邀請、守門人課程資訊、活動花絮、網路新課程上架消息...等，藉以傳遞中心的最新消息與相關資訊給義工們。

2) 運用生動的圖片連結，讓義工新訊更加豐富。

3) 每月寄發一次為原則，但可依當月活動和消息作彈性調整。

4. 「義工在地動起來」方案

1) 原「在地服務動起來」於 2010 年 7 月啟動，目的在於活化義工參與自殺防治工作。

2) 為使義工對服務理念更加貼切，更名為「義工在地動起來」後重新啟動。目的為再次活化義工，闡述在地化之意涵及重要性，讓義工們清楚了解珍愛生命及守門人理念，再次燃起義工們在地服務的熱誠。

3) 每月月初發送回覆電郵，讓義工回覆上個月的推廣成果與心得，以及對於中心的建議、鼓勵與想說的話。

4) 響應義工意見，簡化回覆電郵，不需填寫推廣數量，使義工於在地化服務時，能更簡便的回覆推廣結果。

5. 義工支援活動

1) 協助中心行政庶務：讓義工更加了解中心的業務及自殺防治工作，也藉此增進彼此的感情與交流。

2) 支援講座：中心訂有義工支援講座須知，讓義工預先了解服務內容，並於講座結束後主動連絡義工，請義工回報講座情形及講師授課方式。

3) 支援活動。

(1) 6 月份萬華老人服務中心-陸上龍舟慶端午活動：活動於萬華老人服務中心舉行，中心依往例設置心情檢測站，並請義工協助推廣心情溫度計和自殺防治工作，同時招募更多民眾加入義工行列。

(2) 9 月份世界自殺防治日年會暨學術研討會：今年於集思交通部會議中心舉辦「伸出援手 拯救生命」自殺防治日記者會暨學術研討會，由義工夥伴們協助會場設置及指引，透過接待與會貴賓與會中專家學者的報告，讓義工夥伴們瞭解自殺防治工作是需要透過政府及民間共同投入的。

(3) 預計 12 月中協助社團法人臺灣快樂列車協會舉辦「熱愛生命·讓愛飛揚」愛心園遊會，中心將前往臺中豐樂公園設立「心情檢測站」攤位，邀請民眾進行心情溫度計的檢測，除了強調自我情緒了解的重要性之外，也呼籲民眾也能主動關心週遭親友，進而關懷轉介。

6. 義工相關訓練

1) 在地講座：協辦各地講座時商請主辦單位開放供義工參與，提供義工服務與學習的機會。

2) 線上義工基礎課程：於數位學習網設置義工基礎課程，課程內容為「珍愛生命守門人」及「善用心情溫度計 助己又助人」，透過網路課程遠距教學，進行自我學習，提高對自殺危險警訊的敏銳度，並強化協助他人的能力。

7. 義工互動

- 1) 寄送歡迎電子郵件給新加入之義工，表達中心對義工朋友的歡迎之意。歡迎電子郵件內容為歡迎義工加入的話語、中心理念、義工服務內容...等。
- 2) 為感謝義工協助支援活動，於活動結束後，除將活動照片上傳至 facebook 珍愛生命打氣網外，還會寄送感謝函及活動照片，也會發佈最新消息於中心網站公開致謝，回饋義工朋友付出的心力及支持，建立雙方良好的互動。
- 3) 中心自 2012 年 4 月份開始，每月持續設計電子生日賀卡寄送給當月壽星。
- 4) 遇特定節日，如農曆新年、端午節等，中心會設計電子賀卡並寄送給所有義工朋友，祝福義工們佳節愉快。
- 5) 珍愛生命義工園地網頁已增修線上義工基礎課程、中心簡介、活動花絮，使義工夥伴們能夠更方便進行自我學習以及認識義工使命及內涵。
- 6) 因中心訊息主要以電子郵件方式寄送訊息，故已運用目前便利使用之應用程式(APP)，設置 Line 群組，邀請無 Email，但有手機號碼的義工夥伴加入，亦歡迎有 Email 之義工加入。

四 成果(Product)

1. 執行結果

今年度至 11 月 16 日前執行結果如下：

1) 義工資料(如表 4.10.1)：

(1) 本年度新增義工 18 人，目前義工人數為 2192 人，其中積極參與活動之義工截至 2015 年 11 月 16 日，共 692 人。

表 4-10-1、積極參與活動之義工資料表

變項	項目	人數	比率	補充
電子信箱	有	573	82.8	
	無	119	17.2	
性別	男	248	35.8	
	女	444	64.2	

表 4-10-1、義工基本資料(續)

變項	項目	人數	比率	補充
地區	北區	355	51.3	基隆市(19人)、臺北市(135人)、 新北市(133人)、桃園縣(33人)、 新竹(18人)、苗栗縣(17人)
	中區	132	19.1	臺中市(94人)、南投縣(6人)、 彰化縣(32人)
	南區	126	18.2	雲林縣(4人)、嘉義縣市(18人)、 臺南市(47人)、屏東縣(20人)、 高雄市(37人)
	東區	27	3.9	宜蘭縣(23人)、花蓮縣(3人)、 臺東縣(1人)
	外島	1	0.0	金門縣(1人)
	不詳	51	7.4	
教育程度	小學以下	16	2.3	
	國中	32	4.6	
	高中	107	15.5	
	大專或大學	316	45.7	
	研究所以上	85	12.3	
	不詳	136	19.7	
年齡(歲)	14以下	0	0	
	15~24	33	4.8	
	25~44	270	39.0	
	45~64	276	39.9	
	64以上	63	9.1	
	不詳	50	7.2	

(2) 訊息交流(以電子郵件方式寄送): 包含義工新訊、在地化服務、活動訊息、生日祝福共 23 則, 以及於日常生活中使用 LINE 與義工保持聯繫。

2) 活動支援: 講座、研討會、宣導活動、協助中心日常庶務計 28 人次。

3) 義工除可自行到珍愛生命數位學習網之點閱自殺防治相關課程外, 中心亦推動義工線上學習, 透過基礎訓練課程期待可增加義工增進自我能力於在地化關懷能事倍功半, 義工基礎訓練課程自推動以來, 「珍愛生命守門人」點閱人次為 267 人次, 「心情溫度計」點閱率為 227 次。

2. 結論

義工們在日常生活中除了在地化主動關懷身邊的親友，發揮一問二應三轉介的守門人精神外，中心如有活動需邀請義工協助，也會及時透過電子郵件與LINE保持聯繫與週知活動相關訊息，並於各個節日透過電子郵件及LINE傳送祝福話語增進彼持的關係及連結，而在網路及活動中招募義工時亦會針對其專業能力進行建檔，使義工能夠活用自己的能力來協助自殺防治工作。

心情溫度計應用程式(APP)之推廣

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

在數位化的現代，全球正處於智慧型裝置的快速成長階段，網路著實為極重要的行銷通路之一。臺灣 12 歲以上持有智慧型裝置的人口約占 61.5%，並且正持續快速成長，其中以 Google Android 系統為最大宗，市佔率全球約 75.0%，其次為 iOS 系統占 17.3%，而在臺灣不分系統約 70.6% 的使用者曾經下載過 APP，Google Android 的 APP 以年輕、收入較低、學生族群為主，iOS 系統的 APP 則以壯年、教育程度較高、中高收入的專業人士族群為主。APP 下載次數的分析指出，臺灣每位用戶平均會安裝下載 30 個 APP，此數量高於美國(29)、英國(25)和中國(19)。2012 年的資料更顯示，App Store (iOS) 全球的總下載次數已超過 300 億，而 Google Play (Android) 已超過 200 億，由此可見 APP 應用程式市場的重要性與普遍性。

由於目前雲端服務的推出以及智慧型裝置的普及，加上行動裝置 APP 程式的運用已深入大眾的日常生活，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，本會發展心情溫度計應用程式(APP)，以智慧型裝置作為媒介，並兼顧 iOS 及 Google Android 兩大系統用戶，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。心情溫度計不只容易使用，且簡短有效，不只可用於自我檢測，更可用於關懷週遭的親朋好友。因此，心情溫度計 APP 的推廣，將有助於促進民眾心理健康。

2. 心情溫度計應用程式(APP)的內容包含：

- 1) 心情溫度計 (BSRS-5) 檢測、分析建議，及個人心理健康自我評量追蹤比較。
- 2) 全國心理衛生資源，民眾可查詢鄰近的精神醫療院所並尋求協助。
- 3) 心理健康秘笈，內含自殺防治系列手冊，方便民眾查詢參考。

二、輸入 (Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 系統功能、版面設計與流程。
- 2) 持續討論並修正。
- 3) 程式測試並上線。
- 4) 平臺資訊的更新。
- 5) 後續推廣。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：工業技術研究院(工研院)健康服務組、程式設計及美編專家。
- 2) 資源連結內容及形式：資料提供、會議討論、程式設計、版面設計、溝通聯繫。

三、過程 (Process)

1. iOS 系統之心情溫度計應用程式

鑑於工研院已有建立成熟的健康平臺，而其模式為 iOS 系統，期將心情溫度計納入其中，以提供民眾完整身心之照顧，因此與工研院進行合作開發。再持續進行功能測試、回饋與修正後，心情溫度計 1.0 版於 2014 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載。

2. Android 系統之心情溫度計應用程式

為了達到期程規劃，同步尋求此領域之專業志工一同開發，2014 年 7 月完成程式設計初版，並於 2014 年 8 月開始進行各項功能測試。在持續測試及來回討論後，於 2015 年 3 月 Android 版心情溫度計 APP 正式上架，並持續測試平臺功能及更新平臺資訊。

3. 心情溫度計應用程式 APP 之宣導推展：

- 1) iOS 及 Android 系統 APP 上架後，透過各社群網絡之連結，進行多元推廣。
- 2) 函請衛生福利部，針對教育部及縣市政府單位，全面推廣心情溫度計 APP。
- 3) 結合珍愛生命數位學習網之課程，於課後評估表加入 QR code，提升下載率。
- 4) 為改善使用者透過 QR code 下載之正確性，特將兩個平臺之 QR code，以轉址方式整合為一，未來使用者掃描單一 QR code，即可自動判別其使用平臺，正確下載合適之 APP。

四、成果 (Product)

1. 執行結果

- 1) 在 iOS 及 Android 上架後持續推廣，除 facebook 粉絲專頁、通訊軟體、中心電子報及相關合作單位繼續加強外，另將自殺防治系列手冊電子書、文宣品等附上 QR code 之下載連結，並製作宣傳海報運用於未來任何活動推廣。
- 2) 2015 年 6 月全面推廣 APP，行文衛福部，並由衛福部發函，周知教育部和縣市政府之各級單位，於校園進行全面性的推廣，由大專院校起始，進而

推動至高中各級學校，成效顯著。未來亦將針對其它族群規劃可行之推廣方案，如記者會或其它活動。

- 3) 2015 年 9 月結合珍愛生命數位學習網之專業人員認證課程，於課後評估表頁面加上 APP 介紹及 QR code，進而提升下載率。
- 4) 2015 年 10 月因修正心衛資源部份醫療單位之電話，Android 系統 APP 進行版本之更新，目前平臺為版本 13 (0.1.9)。
- 5) 2015 年 11 月設計自動轉址程式碼，無論 Android 或 iOS 系統，只要透過掃描同一 QR code(如圖 4.11.1)，即可下載正確之 APP，提升下載正確率。



圖 4-11-1、雙平臺 QR code 圖示

- 6) iOS 系統心情溫度計應用程式(APP)相關圖標如表 4.11.1。累計至 11 月底，已註冊 1223 個會員帳號，累計已有 1475 筆檢測記錄。民眾檢測結果依區間及性別分析如表 4.11.1。

表 4-11-1、iOS 版本 APP 民眾檢測結果分析

區間	男性		女性		總人次
	人數	百分比	人數	百分比	
0-5 分	199	34.5	377	65.5	576
6-9 分	97	28.0	250	72.0	347
10-14 分	121	35.5	220	64.5	341
15-20 分	77	36.5	134	63.5	211
總計	494	33.5	981	66.5	1475

- 7) Android 系統心情溫度計應用程式(APP)之程式及頁面設計，如表 4.11.2。累計至 11 月 26 日，共 809 次下載。

表 4-11-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面

	iOS 系統	Android 系統
(1) 下載圖標		
(2) 歡迎頁		
(3) 首頁選單		
(4) 心情溫度計： 使用者可透過 APP 隨時 隨地做心情困擾程度測 量		
(5) 測驗記錄：		

表 4-11-2、iOS 及 Android 系統之 APP 相關圖標及操作頁面(續)

	iOS 系統	Android 系統
<p>(6) 電子書：</p> <p>提供使用者連結各心理健康及自殺防治系列手冊。在 Android 系統另稱為「心理健康秘笈」。</p>		
<p>(7) 心衛資源：</p> <p>可依照使用者所點選之地區，提供就近心衛資源服務。</p>		

2. 結論

- 1) 在初推階段，心情溫度計應用程式(APP)之功能與版面設計皆以為簡易為原則，將來可配合各項美編或動畫功能，並正式對外公開宣導心情溫度計 APP。
- 2) 建議與改善：
 - (1) 除目前持續進行全面推廣外，未來將配合各項重要守門人議題，發佈新聞稿或舉辦記者會加以宣導。
 - (2) 為擴大推廣心情溫度計之運用，期能在後續改版開發更多的功能，以吸引更多使用者下載，特別是針對校園青少年自殺防治，透過相關政府的行政措施，讓心情溫度計更為普及化。
 - (3) 透過資訊網絡，建立有效的心理健康篩選工具是世界潮流，期能編列出相關預算，強化 APP 之功能及吸引力，擴大後續推廣，以促進開發心情溫度計 APP 之更高效益。

網路成癮者之評估與轉介

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

隨著資訊時代的來臨，智慧型手機、平板、電腦的普及，網路已是現代人生活不可或缺的一環。網路如水，可載舟亦可覆舟；網路過度使用所造成的身心健康問題層出不窮，網路成癮即為其中一項問題。

網路成癮，是一種病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致學業、人際關係、身心健康、家庭、職業等方面的功能損害，是全球重大的精神健康與公共衛生問題。

近年來，網路成癮(internet addiction)已經成為全球性的公共衛生問題。網路成癮的定義，泛指病態性的網路使用型態，當事者難以自我控制，導致功能損害，包括：學業成績、人際關係、身心健康、家庭互動、職業表現...等方面。網路成癮的型態，包含線上遊戲、社交軟體、線上賭博、線上購物、虛擬性愛和資訊超載。網路因為它的匿名性、虛擬性、方便性、逃避性...等特質，吸引當事者耽溺其中。美國心理學家 David Greenfield 形容：「網路媒介是一種心理針筒，將內容(令人愉悅的遊戲、賭博、購物、性)打進我們的神經系統中。」

臺灣兒童福利聯盟文教基金會於 2015 年針對臺灣國小五、六年級進行抽樣調查，共回收 1440 份問卷，發現超過一半(57.4%)的國小高年級學童擁有自己的電腦(包括平板電腦、筆記型電腦及桌上型電腦)；近一半擁有自己的智慧型手機(47.9%)，相較於 2013 年成長了 1.6 倍；九成以上(90.2%)的孩子有在周間使用 3C 產品的習慣，周末使用 3C 的比例高達近九成六(95.9%)。進一步分析這些孩子的使用狀況，有 14.2%擁有自己 3C 產品的孩子周間平均每日使用超過 3 小時，是未擁有自己 3C 產品的孩子的 2.1 倍。然而到了假日，有 3C 產品的孩子平均使用 3C 產品時間超過 5 小時的有近兩成(19.6%)，是未擁有自己 3C 產品的孩子的 2.2 倍。

智慧型手機由於網路可近性高、且難以管控，可能增加青少年網路成癮風險，成為臺灣亟待關切的精神健康與公共衛生議題，制訂網路使用法律以保護未成年者(如網路內容分級管制)等，實需要國家成立專責機構來推動。目前南韓已經成立超過 140 個網路成癮預防中心、100 家網路成癮治療醫院，臺灣已於 2012 年成立中亞聯大網路成癮防治中心，並開立網路成

癮門診。

故為了瞭解現代人網路使用行為與自殺之間的關係，以進行相關防治策略之規劃，便開始規劃進行「網路沉迷與心理健康」調查。又鑑於近年網際網路的使用普及，除了對青少年族群造成影響外，更是所有人共同面臨的問題，因而擴大施測對象為所有網路使用者。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 擴大宣導使用網路自我檢測。
- 2) 針對高風險族群進行關懷。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1) 收集並回顧國內、外網路成癮與自殺防治相關研究文獻，並進行彙整及分析。
- 2) 召開專家會議，進行文獻回顧結果之意見交流，再修正完成初稿。
- 3) 編製「網路使用與身心健康」調查問卷，並採線上填寫方式。
- 4) 藉由網路推廣進行問卷施測。
- 5) 回收問卷並分析及彙整結果。
- 6) 針對有留電子信箱之施測對象回傳結果。
- 7) 針對有留電子信箱之高風險施測對象進行關懷。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位: 義工、facebook 珍愛生命打氣網、臺大 BBS、生命教育網、健康醫學網、1111 人力銀行、象藝創意粉絲團、社團法人華人心理治療研究發展基金會、曾經合作守門人課程之學校及各大專院校學生會。
- 2) 資源連結內容及形式: 電子傳遞、發佈訊息、信件關懷、網頁製作。

三、過程(Process)

1. 今年度業務會議針對施測對象的後續關懷方式與結果頁呈現方式，提出討論。決議針對「網路成癮量表」(CIAS-R)64 分以上與「簡式健康量表」(BSRS-5)5 分以上有留電子郵件之施測對象以電子郵件(e-mail)型式寄送施測結果，並進行後續關懷。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 今年度截至 11 月 17 日止，總計有 1571 人填答問卷。問卷中之電子信箱

欄位為非必填選項，若受測者有填寫該欄位，中心將會寄發問卷結果跟與健康使用網路相關的超連結提供參考。截至目前為止總計寄出 635 封問卷結果，占有受測人數的 40.4%

- 2) 針對高風險者(網路成癮量表 64 分以上與簡式健康量表 5 分以上者)，持續進行關懷與追蹤，截至目前為止共寄出 204 封關懷電子郵件。
- 3) 統計結果：

1571 位施測對象中，男性 315 位(20.1%)；女性 1256 位(79.9%)。年齡層分布以 25-44 歲為最多，有 957 位(60.9%)，其次為 15-24 歲，有 369 位(23.5%)，最少的是 45 歲以上(245 位，15.6%)。以教育程度區分，大學的有 798 位(50.8%)，其次為專科，有 311 位(19.8%)，再者為研究所及以上 (248 位，15.8%)，高中職 (161 位，10.2%)，國中 (43 位，2.7%)，最少的是教育程度為國小以下者(10 位，0.6%)。若以全體受測者之婚姻狀況來看，未婚者人數最多，有 866 位(55.1%)，其次為已婚 653 位(41.6%)，再者為離婚者 (36 位，2.3%)，喪偶者 (11 位，0.7%)，人數最少的婚姻狀態為同居(5 位，0.3%)。依照受測者的職業類別區分，就業中的民眾共 1054 位(71.5%)，其次為學生 306 位(19.5%)，接著是家管 (84 位，5.3%)，無業 (71 位，4.5%)，最少的職業類別為退休 (19 位，1.2%)。

針對網路成癮量表(CISA-R)問卷結果而言，結至目前為止所有 1571 位受測者中有網路成癮傾向者(即 CIAS-R 分數大於 68 分者)共有 214 人，占全體受測者的 13.6%。全體受測者的「網路成癮量表」(CIAS-R)平均得分為 51.79，標準差為 14.99。進一步將 CIAS-R 得分與基本資料進行交叉分析，由表 4.12.1 可知道男性平均分數大於女性，並且有顯著的差異存在($t=5.11, p=.000$)；若以年齡層而言，年輕族群(15-24 歲)的得分較高，並且由統計結果可以知道三組年齡層在網路成癮的分數上有顯著的差異存在($F=5.11, p=.000$)；就教育程度而言，不同教育程度之受測者在「網路成癮量表」(CIAS-R)得分有顯著的差異存在，其中以「國小以下」的平均得分最高，高中職次之，再者為國中。

若以婚姻狀態而言，經統計結果發現不同婚姻狀態者其在「網路成癮量表」(CIAS-R)的得分上有顯著的差異存在，其中以未婚者之平均得分最高。就職業而言，以無業族群的網路成癮平均得分最高，學生族群次之，經進一步統計分析後得知，各種職業類別之網路成癮得分有顯著的差異存在($F=20.11, p=.000$)。若依上網活動進行分類比較可知，常玩線上遊戲並常利用網路做其他事情(如：購物、賭博、看電影…等)的族群在網路成癮量表

的平均得分明顯的高於其他族群，進一步統計分析後可得知不同上網活動之網路成癮量表得分有顯著的差異存在($F=7.44, p=.000$)。網路成癮儼然已成為數位資訊時代的另一項隱憂，其中現實生活亦是造成網路成癮的重要因素，造成網路成癮的諸種因素，我們稱之為危險因子，回顧相關文獻可整理出八個危險因子，包括低自尊、同儕疏離、家庭功能不佳、課業壓力、神經質、憂鬱、社交焦慮、無聊感等八個網路成癮危險因子（王智弘等，2011；施映竹，2011；陳慧苓，2011）。

表 4-12-1、基本資料與網路成癮分數(CIAS-R)交叉表(N=1571)

	N	%	CIAS-R 平均分數	標準差	t or F	p 值
性別						
男	315	20.1	55.62	16.26	5.11	.00
女	1256	79.9	50.83	14.51		
年齡						
15-24 歲	369	23.5	57.00	15.32	45.96	.00
25-44 歲	957	60.9	51.37	14.17		
45 歲以上	245	15.6	45.61	15.00		
教育程度						
國小以下	10	0.6	60.30	23.45	4.55	.00
國中	43	2.7	53.56	16.96		
高中職	161	10.2	54.20	17.19		
專科	311	19.8	49.29	15.08		
大學	798	50.8	52.62	13.98		
研究所以上	248	15.8	50.05	15.21		
婚姻狀態						
未婚	866	55.1	55.09	14.56	25.69	.00
已婚	653	41.6	47.79	14.46		
離婚	36	2.3	47.14	16.34		
同居	5	0.3	36.40	13.24		
喪偶	11	0.7	52.27	11.59		

(續)表 4-12-1、基本資料與網路成癮分數(CIAS-R)交叉表(N=1571)

	N	%	CIAS-R 平均分數	標準差	t or F	p 值
職業						
學生	306	19.5	57.18	14.17	20.21	.00
家管	84	5.3	51.81	14.78		
就業中	1054	71.5	49.47	14.56		
無業(失業/待業)	71	4.5	59.41	17.74		
退休	19	1.2	49.84	10.79		
上網最常做哪些活動(複選)						
遊戲	79	5.0	55.34	14.80	7.44	.00
互動通訊	660	42.0	49.53	15.17		
其他 ^{註1}	162	10.3	50.61	14.47		
遊戲及互動通訊	116	7.4	54.64	13.95		
遊戲及其他	31	2.0	58.71	20.46		
互動通訊及其他	333	21.2	52.14	14.05		
遊戲、互動通訊及其他	187	11.9	55.61	14.53		

^{註1*}上網最常做哪些活動中之選項「其他」包含購物、賭博、看影片等

針對網路成癮量表(CISA-R)與情緒困擾度及自殺想法進行交叉分析。由表 4.12.2 可知簡式健康量表(BSRS-5)檢測之結果有情緒困擾者其在網路成癮量表(CISA-R)的平均分數也越高。經進一步的統計分析發現，網路成癮量表得分與簡式健康量表得分間有顯著的正相關存在($r=.40$)。若進一步的將簡式健康量表(BSRS-5)依其得分進行分組，結果發現不同程度的情緒困擾者，在網路成癮量表上之得分有顯著的差異存在($F=84.99, p=.000$)。

在有無自殺想法的部分，由過去一星期中是否曾有自殺想法者來區分。發現有自殺想法者其 CIAS-R 分數高於無自殺想法者。經進一步的統計分析後可知，有無自殺想法者在網路成癮量表(CISA-R)的平均得分有顯著差異存在($t=10.18, p=.000$)。

表 4-12-2、情緒困擾度、自殺想法與網路成癮分數(CISA-R)交叉表(N=1569)

	N	%	CIAS-R 平均數	標準差	t or F	p 值
BSRS-5						
0-5 分	888	56.6	47.51	13.35	84.99	.000
6-9 分	362	23.1	54.26	13.36		
10-14 分	207	13.2	58.44	14.46		
15-20 分	112	7.1	65.72	18.37		
自殺想法						
無	1161	74.0	49.60	13.93	10.18	.000
有	408	26.0	58.11	16.09		

而根據過往研究將網路成癮量表(CIAS-R)分數高於 68 分者界定為有網路成癮傾向。有網路成癮傾向者，在簡式健康量表(BSRS-5)檢測結果呈現有輕度情緒困擾人數比率明顯高於非網路成癮者，詳如表 4.12.3。經卡方分析後可知有無情緒困擾在網路成癮(CIAS-R \geq 68)上有顯著差異存在($\chi^2=124.69, p=.000$)。

表4-12-3、網路成癮傾向與簡式健康量表(BSRS-5)交叉表(N=1571)

		BSRS-5總分	
		0~5 N(%)	6分以上 N(%)
CIAS-R	<68	844(62.2)	513(37.8)
	68 \geq	46(21.5)	168(78.5)

若以自殺意念與網路成癮傾向做交叉分析，結果顯示有網路成癮傾向者，有自殺想法的人數亦明顯高於無網路成癮傾向者，詳如表 4.12.4。經卡方分析後可知有無自殺想法者在網路成癮(CIAS-R \geq 68)上有顯著差異存在($\chi^2=92.50, p=.000$)。

表4-12-4、網路成癮傾向與自殺意念交叉表(N=1571)

		自殺想法	
		無N(%)	有N(%)
CIAS-R	<68	1060(78.2)	295(21.8)
	68 \geq	101(47.2)	113(52.8)

2. 結論

中心官網已成立「網路成癮檢測站」專區，裡面置放網路成癮與心情

檢測問卷及健康網路使用指引，為尊重民眾權益及隱私，如民眾願意於量表後填寫電子信箱，中心將寄送受測結果給為願意留下電子信箱之民眾並對於有網路成癮傾向或有情緒困擾者進行後續追蹤關懷。

中心除即時寄送施測結果外，針對 BSR5-5 總分 6 分以上、自殺意念分數 2 分以上及 CIAS-R 大於 64 分以上者於兩周後再次寄出高分持續關懷 email。信件內容將給予關懷並提供適當資源協助，針對網路成癮者將關心其後續的網路使用狀態，並提供有關預防網路過度使用的建議；針對情緒狀態較不穩定的受測者，將建議其尋求紓壓管道，接受心理專業人員的幫忙，藉以釐清壓力的來源，此外亦可透過信件所附之各縣市諮詢與醫療機構的聯絡方式，試著主動找尋最近的求助資源單位及專業精神科醫師諮詢。

截至目前，填表者為匿名，故中心僅提供初步轉介，無強制性，將來關懷信件內容將增加心情溫度計 APP 的 QR-code 以供民眾下載，透過 APP 除了能夠即時測量自己的情緒狀態外，亦可將測量結果依時序建立歷程檔案紀錄，提供追蹤參考，更提供了全國心理衛生資源，民眾可查詢臨近的精神醫療院所並尋求協助，及心理健康秘笈(系列電子書)內含自殺防治系列手冊，方便民眾查詢參考。而去年底中心亦針對有網路成癮趨勢者寄送關懷信件，詢問其網路使用情況及是否有主動去採取行動尋求紓壓管道，或是心理專業人員的幫忙，詢問結果幾乎無回應，這部分應可加強。

網路成癮與心情檢測問卷主要受測者來源為教育宣導及自發性瀏覽中心資源之一般民眾，中心未來擬規劃與非政府組織(Non-Governmental Organization, NGO)結合，共同舉辦相關活動來擴大宣傳正確網路使用習慣。

自殺防治網通訊之發行與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，因此本中心自 2005 年成立後，即規劃於每季定時發行「自殺防治網通訊」刊物，其內容淺顯易讀，以藉此宣導及教育民眾有關自殺防治之資訊，有助於全民瞭解自殺防治專業知識，亦可提升民眾對於自殺防治工作的認識；並提供全國各個領域關心自殺問題、參與自殺防治工作的朋友們，一個即時而豐富的互動平台。因應智慧行動裝置更加普及，響應環保及減少印製資源，更朝向電子報型式發行，邁向智慧雲端概念。

自殺防治除需要從事相關工作者的努力，期望藉由全國民眾的關心，共同達成「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治，人人有責」的理想境界，期使全民瞭解自殺防治之重視性外，也提昇國人對自殺防治守門人之正確認知。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 定期傳達自殺防治新知、相關數據分析以及探討自殺問題之現況。並提供交流平台，讓各地從事自殺防治工作的相關機構，得以藉此平台進行自殺防治工作新知或基層心聲之交流，而熱心的珍愛生命義工們亦有機會將平日在社區中擔任守門人的親身經歷與大家分享。
- 2) 宣揚「珍愛生命，希望無限」、「自殺防治：網網相連，面面俱到」之理念，期使人人都是珍愛生命守門人。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 自殺防治網通訊
 - (1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會。
 - (2) 召開年度自殺防治網通訊編輯委員會會議，規劃與評估主題，並由助理編輯依期程確認及執行邀稿動作，中心同仁共同協助。
 - (3) 每年 3、6、9、12 月出刊，一年發行四期，為季刊形式。
 - (4) 編輯過程視需要召開通訊編輯委員會進行討論或修訂或以電話會議、視訊會議方式召開。
 - (5) 稿件收集後，進行初步校正及順稿後，委外廠商排版美編，之後進行再

校稿。

(6) 出版後，以紙本或響應環保以電子郵件方式寄送至相關單位及對象，並將電子報上傳中心網站，供自由瀏覽與宣導。

(7) 同步更新於合作之電子書平台。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、中華民國護理師護士公會全國聯合會、各縣市衛生局暨社區心理衛生中心、各縣市生命線協會、吉興印刷品事業有限公司、珍愛生命義工、珍愛生命服務學習學生、各縣市大專院校諮商心理師、各縣市自殺關懷訪視員、臺大醫院精神醫學部陳宜明醫師、臺灣大學護理學系張榮珍助理教授、臺灣大學公共衛生學系張書森助理教授、臺灣大學護理學系吳佳儀助理教授、楊聰才診所院長楊聰財醫師。

2) 資源連結內容及形式：邀稿、撰稿及排版印刷。

三、過程(Process)

1. 組織建立：

1) 成立自殺防治網通訊編輯委員會，邀請自台灣自殺防治學會理、監事及各領域專長會員擔任委員；另外，由中心助理擔任助理編輯，追蹤各期通訊主題、邀稿細節、排版大綱等內容完成進度。

2) 自殺防治網通訊編輯委員名單：

(1) 總編輯：鄭宇明

(2) 副總編輯：李俊德、陳偉任

(3) 編輯委員：杜家興、吳佳儀、蘇柏文、陳坤波、吳永富、楊皓名、高維聰、李朝雄、黃敏偉、黃鈞蔚、林博彥

(4) 執行編輯：李俊德、陳偉任

(5) 助理編輯：李昱慶

(6) 編輯顧問：周元華、周煌智、陳映燁、張秀如、賴德仁、廖士程、張家銘、劉珣瑛、戴傳文

2. 架構及資訊蒐集：

1) 主題文章：依各期主題分別邀請專家撰稿，由助理編輯統籌追蹤。

2) 自殺防治新視野：由通訊編輯委員們協助搜尋並總結國內、外研究論文，由編輯人員協助邀稿。

3) 自殺防治經驗分享：邀請各地衛生局、社區心理衛生中心、相關民間團體之工作人員及校園輔導老師撰寫自殺防治工作上的相關經驗分享；內容為自殺防治工作最新消息、活動訊息或基層心聲，作為資訊交流、消息互通

之專欄。

- 4) 自殺統計解析：由中心研究發展組協助製作以季、半年及全年分析通報個案之特性、及年度自殺死亡個案統計、民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查分析，每期皆提供最新自殺數據分析概況。
- 5) 自殺防治工作要覽：為全國自殺防治中心所推展之業務/活動進行擇要介紹，請各專案負責人協助撰寫。
- 6) 交流園地：邀請珍愛生命義工與服務學習學生分享推廣自殺防治的感想與親身經歷。
- 7) 其他：若遇辦理大型宣導活動或研討會等時，預告相關訊息，並公布相關成果。

3. 工作期程：

- 1) 2月10日召開自殺防治網通訊編輯委員會議討論本年度通訊主題，本年度通訊主軸建議為新聞媒體自殺事件報導之探討、青少年自殺防治困境、木炭相關自殺防治，及世界自殺防治日專題。各期依照主軸之方向可作略微之修正，於3月、8月、10月以及12月出刊。

- 2) 3月發行自殺防治網通訊第十卷第一期，大綱如表 4.13.1

表 4-13-1、自殺防治網通訊第十卷第一期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	新聞媒體自殺事件報導之探討
自殺防治視野	外界關心與發現自殺警訊，一起度過人生低潮
自殺防治經驗分享	大專院校輔導中心老師之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2014年通報個案統計
自殺防治工作要覽	中心推展之業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

- 3) 8月發行自殺防治網通訊第十卷第二期，大綱如表 4.13.2

表 4-13-2、自殺防治網通訊第十卷第二期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	青少年自殺防治之問題與建議
自殺防治視野	動機式晤談於自殺防治的運用
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2015年通報個案統計
自殺防治工作要覽	中心推展之業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

4) 10月發行自殺防治網通訊第十卷第三期，大綱如表 4.13.3

表 4-13-3、自殺防治網通訊第十卷第三期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	2015年世界自殺防治日專題：伸出援手 拯救生命
自殺防治視野	2001~2012年臺灣主要報紙頭版報導自殺新聞違反六不六要準則之探討
自殺防治經驗分享	大專院校輔導中心老師之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	2014年自殺死亡數據、2015年度電話調查、自殺通報關懷系統—2015年1-6月通報個案特性分析
自殺防治工作要覽	中心推展之業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

5) 預計12月發行自殺防治網通訊第十卷第四期，大綱如表 4.13.4

表 4-13-4、自殺防治網通訊第十卷第四期大綱

項目	文章標題
理事長的話	理事長的話
主題文章	木炭相關自殺防治
自殺防治視野	探討自殺防治與媒體
自殺防治經驗分享	大專院校輔導中心老師之自殺防治經驗分享
自殺統計解析	自殺通報關懷系統—2015年通報個案統計
自殺防治工作要覽	中心推展之業務/活動摘要介紹
交流園地	珍愛生命義工心得

4. 工作內容：

- 1) 根據編輯委員會議決議，依該期主題進行各專欄之邀稿。
- 2) 收稿後，進行初步校正、順稿、統整與編排，再委外廠商排版美編。
- 3) 助理編輯校稿完成後，再請總編輯等給予總校正，以提升稿件內容整體性與正確性，於總校正後確認出版。
- 4) 宣導通路：
 - (1) 紙本寄發通路：為響應環保，寄送對象調整為社團法人台灣自殺防治學會會員，第十卷每期紙本寄發數量為 159 份。
 - (2) 電子報寄發通路：強化電子化後，各期電子報寄發數量總計為 8,196 份。
 - (3) 數位推廣：
 - a. 各期電子報皆可在中心網站的宣導品專區免費下載。
 - b. 於 2014 年 5 月開始，各期電子報皆可於中心網站「自殺防治圖書館」，

- 以圖像連結方式線上閱讀。
- c. 提供文章無償轉載授權。

四、成果(Product)

1. 執行結果

- 1) 自殺防治網通訊第十卷第一期依季刊期程出版，除常規的自殺統計解析與中心簡介外，截至第三期主題文章共計 3 篇、自殺防治新視野共 3 篇、自殺防治經驗分享及服務心得共 6 篇。
- 2) 自殺防治網通訊第十卷每期印製份數為 500 份、寄發份數為 159 份。為因應環保及寄發便利性，從 2013 年始著重於電子報通訊之推廣，透過電子郵件方式傳送給各界人士，寄發 8196 份。
- 3) 持續上傳中心網站，供有興趣之相關工作人員或民眾可隨時隨地下載或線上閱讀。

2. 結論

- 1) 自殺防治工作經驗分享稿件，均採無償方式，經擴大邀稿範圍及層面後，邀稿上仍有困難度。
- 2) 持續增加宣導管道，如與更多電子書平台合作，讓更多人能接觸自殺防治相關訊息及新知。
- 3) 建議與改善：
希望未來在資源許可下，可增設獎勵機制，強化投稿意願，以利出刊。

研訂「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項

一、背景(Context)

1. 前言

根據 Edwin S. Shneidman 的估計，每位自殺者可能會影響身旁 6 位親友，包括：父母、伴侶、子女、兄弟姐妹、好友、同事，甚至是治療師。研究顯示自殺者親友自殺的機率比一般人高出許多，多數自殺者親友在哀傷期內除了情緒上受到影響外，可能在生理狀態上也大受影響，除了感到憂鬱、悲傷、失落外，可能還伴隨著頭痛、肩背痛等。嚴重者甚至會有自責自艾、罪惡感、想跟隨已逝者，進而產生自殺的念頭，成為自殺高風險族群。一般人大都會認為事情發生了，只要時間一久，就會漸漸淡忘。但對自殺者親友而言，並非全然如此，時間非但無法療癒他們，甚至還留下一些未癒的疤。哀傷情緒有可能會在事件發生一年甚或多年後才發生。

Doka(1989)的研究顯示，比較自殺、意外及自然死亡對自殺者親友的影響，發現自殺者親友比意外及自然死亡者的親友承擔更多的責任感、罪惡感、羞恥感及污名感，他們會不斷的去尋找親友為何自殺的答案，因此容易產生創傷後壓力疾患(post-traumatic stress disorder)及缺乏正常哀悼的能力(Lukas,2001)。因此，自殺者親友的關懷必須秉持「CARE」的理念去提供協助，也就是 Care(關懷)、Accept(接納)、Respect(尊重)、Educate(教育)，透過關懷、接納與建立一個尊重及信任的環境以協助自殺者親友走出傷痛。

中心自成立後，陸續進行自殺者親友座談，推動成立自殺者親友團體，製作相關刊物及手冊，並進行自殺者親友關懷人員訓練課程，除自殺者親友本身之關懷外，對於關懷人員提供專業訓練，使關懷人員對自殺者親友之訪視要點有更深一層認識。本計畫主要針對「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項，經由專家學者及遺族會議共同擬訂。期待透過本計畫，能提升關懷人員對於自殺者親友之了解，並重視其需求，提供適切且專業的協助，共同扶持自殺者親友走出傷痛，迎向希望。簡言之，自殺親友(遺族)關懷訪視之主要目的在於：1)提供遺族情緒支持，並評估自殺風險；2)瞭解社會資源之需求，提供資源資訊與轉介服務；以及 3)瞭解自殺身亡者導致自殺行為之原因，以利自殺防治之分析與預防規劃。

2. 遺族面對自殺事件的反應

如果有人選擇用自殺的方式結束生命，其親友的人生也會因此發生重大的改變。這事件加諸於其身上的哀慟，夾雜了複雜的情緒，包含罪惡感、壓抑、憤怒等等。雖然許多自殺者生前曾經反覆自殺，但自殺身亡仍會讓親友感到震驚。自殺死亡通常是猛烈且血淋淋的。故當親友們發現所愛的人自殺時，通常都會出現做惡夢、焦慮、侵入性的記憶與其他創傷後的症狀。根據呂蕙美 2005 年在其「自殺遺族悲傷反應及調適之研究」中提及，自殺者親友的悲傷調適之負向調適策略包括：摔東西、借酒澆愁、主動要求住院、出現自殺企圖等等。

有些親友會認為自殺者是因為想要切斷與他人的關係，而深覺自己被拋棄或拒絕，甚至讓自殺者親友不敢再信任他人或建立另外一段關係。這些感受其實都是很難令人接受並且可能會伴隨親友一輩子。由此可知，對自殺者親友的心理健康照顧不容忽視。

1) 接受或逃避

自殺死亡多半都是突發且非預期的，有一些遺族事後回憶，認為有些事情是能被預防的，但可能因為逝者一直重複再做，後來便逐漸覺得他根本就死不了。當認定逝者都是選擇死不了的方式去做後，當他真的有天走了，那個悲傷反應就會變得複雜。

人們會主觀認為自殺是可以被預防的，在遺族的心中也是如此，然而憾事卻發生了，故於此可分成兩個面向來看，分別為發生自殺的責任以及自殺的意義是什麼。有關自殺的責任，遺族們會開始想這是怎麼發生的？是誰的責任？是誰沒有去關心到他？是誰沒有去幫到他？甚至開始出現一些對別人憤怒的反應，是不是某某某你不夠關心他？或是開始會有責備自己的罪惡感，好比認為是不是我沒有聽到他、注意到他最後的求救訊息。

有關自殺的意義，遺族們開始會去想為什麼這件事情會產生，所以開始會去建立關於這件事情的意義，但又因無法理解，而感到挫折；思考究竟是為什麼，反覆循環去想其意義。另一種情形，是給他一個意義，然後幫助他獲得控制感，讓他去掌握他的人生與情緒，這是屬於較好的方向，而我們要做的就是這個部份，關於自殺意義的詮釋，如何讓遺族在這個意義中去尋找，直到他可以看到這件事以及獲得人生的掌控權。

2) 情緒的出現與轉變

一般而言遺族在面對這樣的事情時，好比睡覺起來，明天日子還是一

樣，如果我們可以去回答人為什麼會自殺這個問題，就等於是回答所有哲學的難題，就像問說為什麼人會犯罪會殺人、人會憂鬱、人會胖，有些事情是很難去解釋為什麼，但許多遺族朋友常常困在這，他們想尋求一個答案，想知道事情為什麼會發生。另一個就是污名，其實很多自殺的人的確本身是有一些精神疾病的狀況在，可能是憂鬱症亦或是其他病症，但用疾病的身分去仇視這個行為到底是藉口還是解脫，是因為我有憂鬱，所以自殺好像是理所當然的事。

透過自殺者遺族們的回饋可知，他們雖認為身為遺族不應感到羞愧，但是他們卻被迫有羞愧感，只因為他們的親人自殺了，使得朋友開始躲避他。甚至開始會有人質疑是不是你對他做了什麼；或是覺得自殺者很瘋狂，進而類推認為剩下的家人亦為如此，好像他們也成了病人。又或者認為其他家人也要負責任，因為沒有盡到你應做的事；甚至有些人很好奇的去詢問他們是否有看到事發當場。但對遺族而言，他們只知道一件事，就是他們所愛的人過世了，在此同時，他們也開始背負「你的某某某自殺了」的枷鎖。好比對喪子的父母而言，旁人可能會把他們貼上是否對子女的保護不夠、不夠愛小孩的標籤，認為就是因為沒能照顧好小孩，才導致小孩自殺。這些都是很容易被套在自殺遺族身上的一些來自別人的想法或看法。

除此之外，他們也會有一些強烈的情緒交錯出現，像是對逝者憤怒，然後有怒氣也有罪惡感。好比要如何去平衡對逝者的憤怒以及我對他的罪惡感，對遺族來說，他們會很生氣逝者做這件事情，把他們留了下來；但同時自己又會覺得很有罪惡感，會認為為什麼自己會對逝者感到生氣，逝者已逝；在面對別人眼光時，還會產生羞愧感，覺得好像自己真的做得不夠，敏感度不夠高，所以才沒有注意到；甚至開始擔心自己和其他親友也可能會選擇自殺來結束生命。這樣複雜的情緒就讓他的悲傷一直在延續，然後就變成慢性化的悲傷。

其實自殺對遺族而言，這是一種說不出口的失落，會有較複雜性的悲傷，會承擔較多的社會禁忌和一些眼光的壓力，常被提到、指責說，你沒盡到責任，或是會被標籤導致一些人際疏離，也會有一些罪惡感產生，甚至產生疑問，為什麼他會輕生，是不是當時可以做什麼？但當下這些問題通常是無解，悲傷的歷程被迫延長。有時心理也會有所掙扎，包括別人會怎麼看這件事情，會怎麼來看這個人跟他的家人，那有宗教信仰的人也會想說，他們死後的這些親人，死後的命運會是怎麼樣？像是基督教或佛教對於自殺身亡的人，他們都有不同的解釋。

3) 悲傷反應與轉變

自殺者親友可能會在摯愛的人離開後或是受到自殺事件的衝擊後，會感受到嚴重的失落與孤獨、憤怒與疑惑、哀傷與罪惡感等深刻的痛楚，這是很多自殺者親友所共有的感受；同時，也會因為社會錯誤的污名化及迷思，造成他們很難去承認其所愛者是因自殺而死亡，人們對於要和他們談論自殺，也常覺得難以啟齒，而逃避與他們談論自殺及他們的感受。

4) 悲傷的過程

經歷悲傷是個過程，而過程中每個階段會因遺族個人對身亡者的關係與認知評斷而有不同的情緒反應，包括否認、震驚、憤怒、焦慮、到憂鬱與接受，會經歷系列的疏通過程。旁人要以接納與同理為基礎，進而透過積極聆聽、提供優質的情緒支持、陪其渡過整個哀傷過程。

每一位自殺者親友都有可能會自我責備，無論親疏遠近。遺族們需嘗試接受自己沒辦法阻止自殺，雖然人們會下意識地抗拒一個事實：「人非萬能」。因此，我們習慣自責，而非接受自己本來就沒有能力防止悲劇的發生。有些遺族也可能會想要透過自殺的方式和逝者重逢，他們會認為或許會在天堂，或在某一個靈性空間就可以重聚的想法。另有可能是為了要轉移他的悲傷痛苦，痛苦太讓他無法忍受，所以選擇用傷害自己的方式去分散他痛苦的感受。

透過認識悲傷反應的各個階段，可以讓我們在跟他們接觸時，能判斷他現在大概是處於哪個階段，這個階段裡面他所面臨的危機可能是什麼。其實悲傷的階段也不一定是絕對遵循特定的步驟，它可能走幾步又會退回到前一步，甚至在某兩個中間一直搖盪。

3. 情緒支持與資源轉介

面對遺族最重要的是要透過會談，建立關係，經由積極聆聽，讓對方能宣洩情緒，然後才透過同理、安慰、鼓勵及再保證，而提供必要的建議。經過支持與教育，提供適當的資訊與資源轉介是訪視會談的重要任務之一。對遺族們而言，如何回答他人的問題也是令其困擾的問題。像是「他怎麼了？」。若能事前做好回答他人詢問的準備，就可以減少心理的衝擊。當有人想要瞭解這件事時，你可以自由的選擇回答的方式；像是告訴他們「他結束了自己的生命」、「因為生病…所以…」，或是你也可以直接回答他自殺了。若你害怕別人突如其來的問題會讓你不知所措，你也可以事先將

想要回答的內容寫下來，做為將來回答相關問題的依據。

1) 心理治療

有關遺族們的情緒變化，可以從日常生活習慣、語氣等都可以觀察出來，若是不關心或無視他們的需求，則可能加重他們的自殺危險性。同時，可以藉由陪伴、傾聽來給予溫暖，以分擔他們的擔憂與悲傷情緒。

因自殺事件而感到傷痛的人其實不太有機會去談論他們的悲傷。缺乏溝通的機會，反而會延遲療傷復原的過程，他們也許會不斷地尋找親友為何自殺的答案，而容易產生創傷後壓力疾患及缺乏正常哀悼的能力。因此自殺者親友很需要他人的協助與支持，尤其是專業人員的幫忙，透過關懷、接納與建立一個尊重及信任的環境，協助自殺者親友走出傷痛，找出新生力量，迎向陽光。但不是每一個自殺者親友都需要心理治療，也不是每位治療師都應該要治療自殺者親友。每個人的需求不一樣。有些自殺者親友在面對死亡時，會立即尋求治療師的協助；而有些人則需要一段長的時間哀悼，並且慢慢的復原。有些自殺者親友會有身體不舒服的狀況，而當這些身體症狀不尋常且無法緩解的時候，就必須要轉介接受心理或精神科治療。由於自殺者親友缺乏來自他人的支持與關懷，所以可能會產生嚴重的憂鬱症狀，強烈的罪惡感、自我指責，甚至會出現自殺的想法或行動。治療師必須以不批判的態度來看待自殺身亡者之前接受過的任何治療，並且不指責家庭成員以及逝者自殺的行動。

2) 倖存者團體(自助支持團體)

參加自助支持團體是遺族身心復原的重要途徑之一。互助團體是由針對特定議題、狀況或關注之事，由直接且親身受到影響的人所組成。團體由其自身之成員帶領，也就是說，由曾經直接且親身被該議題(親人自殺)所影響的人來掌控活動之選擇及進行。雖然許多自助團體會從團體之外獲取資源及協助(例如：專業工作者或其他團體)，但其成員本身仍然是決策者。

有強烈證據支持，自助支持團體對於想要幫助自己及其他人來說，是種強而有力、又具有建設性的工具。已有證據顯示，對參與者來說，團體對正向療效有重要的貢獻。自殺者遺族似乎愈來愈傾向於聚集在一起，以形成此類的團體。促成建立此類團體的力量來自兩個方向：(1)來自需求未被滿足的人。(2)來自正式的服務單位，希望藉此提供額外的支持及照護。

自殺者遺族支持團體已逐漸獲得認可，被認為是提供倖存者所需之有

效組織。在某些國家是由政府資助一部份，另一部分則由宗教團體、慈善捐助、以及參與者自身所支持。「國際自殺防治協會」(The International Association of Suicide Prevention, IASP)發現，在過去數十年間，人們對此領域的興趣顯著增加。許多促使這些團體形成的驅動力，來自於倖存者自身，但在臺灣，仍難全面性推動。

(1)自助支持團體對因自殺而傷慟者之重要性

研究顯示，不同的死亡方式會影響悲傷反應，因而支持此論點——自殺倖存者各以其不同的方式經歷悲傷。自殺會造成較一般更為強烈的悲傷反應。比起其他的傷慟者，那些因自殺而傷慟的人更不容易有機會去談論他們的悲傷。此時，支持團體可以幫上很大的忙；畢竟，缺乏溝通的機會，會延遲療傷復原的過程。和同樣因自殺而傷慟的人聚在一起，可以提供機會使他們和真正了解自己的人相聚，—因為這群人曾走過相同的路。團體使得成員從其他人身上獲得力量、並且被理解，亦同時回饋給其他人。

互助團體可以提供：

- a. 一種群體感和支持感
- b. 在傷慟者感覺和世界的其他部分脫離時，提供一個具有同理性的環境以及歸屬感
- c. 終將可以達到『正常』的希望
- d. 處理難以度過的紀念日、或一些特別場合的經驗
- e. 學習新的處理問題方法的機會
- f. 可以討論恐懼及其關注之事的迴響板(sounding board)
- g. 一個可以自由地表露悲傷、注重隱私、充滿同情憐憫和非批判態度的場合

團體也可以扮演教育的角色，提供關於悲傷過程的資訊、關於自殺的事實、以及不同健康專業照護者的角色。另一個主要的功能是增強自主力(empowerment)，提供正向焦點，促使個人對生活重新獲得一些控制。一個關於自殺或意外死亡的重大面向是：總是有很多未盡的事務、以及未被解答的問題，而當事人卻看不到任何解決這些問題的方法。團體提供的支持，常能夠逐漸消除無望感，並提供得以重獲控制感的工具。

4. 遺族來源

目前國內協助自殺者親友的管道並不健全，很多遺族都是到某種疾病

狀態才到精神科求助；除主動來精神科求助聯繫之個案外，也可能由醫院內其他科醫護人員轉介。在國外，若家庭有問題，如考慮要離婚的話，都得依法接受輔導。此外，當有人自殺時，警察機關裡就備有專業的助人者會到現場協助家屬處理後事，一方面陪伴家屬，另一方面在第一時間內就建立起關係。如在兩、三週後，專業的助人者才介入的話，關係就很難建立。部份遺族因為怕會被汙名化，不掛號精神科而是掛其他科；因此，醫院內各科均須加強宣傳，若遇到遺族求診，可轉介至院內自殺防治中心或精神科就診。鄰、里長等社會資源也是相當重要的一環。未來如何強化自殺遺族守門人的訓練，如檢警單位同仁、戶政單位，殯儀社禮儀師及其他可能接觸自殺者之單位人員，都可提供相同資訊如教育單張給遺族，這些都值得推廣。

目前臺灣急需專業助人者，但資源有限、人才不足，所以應該要擴大助人者的概念，將教育工作者也納入服務資源當中，提早讓小孩在求學的過程當中，就可以吸收到一些求助相關的資源。雖然臺灣在助人服務這一塊上已經開始運作，但是還是要擴大助人者的範圍，像是擴展「人人都是珍愛生命守門人」的觀念，其實學生自己也是同儕的守門人，提早預防總是勝於治療。

5. 業務或方案的目的與目標

- 1) 針對「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項，經由專家學者及會議共同擬訂。
- 2) 使關懷人員在自殺親友(遺族)之關懷更加流暢，以降低其自殺行為發生之機率。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 彙整中心過去針對自殺親友(遺族)之關懷、訪視流程相關策略和建議。
- 2) 蒐集國內、外自殺親友(遺族)個案相關策略及數據資料。
- 3) 草擬方案請專家建議
- 4) 撰擬策略、建議及實施方案。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部心口司、臺南市政府衛生局等。
- 2) 資源連結內容及形式：意見交流、會議討論等。

三、過程(Process)

1. 7 月中開始，進行方案資料彙整及撰寫。
2. 7 月底進行增修與校正，於 7 月 31 日函送衛生福利部。

四、成果(Product)

1. 關懷訪視作業程序

- 1) 針對國家級各縣市自殺企圖之通報關懷訪視員而言，若所關懷的個案自殺身亡，則其遺族應給予建檔，並提供必要之關懷與訪視。面對遺族之關懷追蹤，首先要建立自殺死亡個案資料及家屬資料，並於自殺防治通報系統建檔後，一週內寄出關懷信。建檔後立即派予關懷訪視員進行個案關懷服務。
- 2) 關懷訪視員在接獲通報的三天內要進行初次關懷-電訪，在進行電話訪談時，若電話號碼錯誤或電話連續三天聯繫皆無人接聽(於上班時間不同時段連續 3 次去電，且於非上班時間去電 2 次)，請再次與通報單位確認個案電話及地址，以能聯繫到遺族為原則。應於 7 個工作日內完成開案訪視及個案管理工作。
- 3) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，針對遺族家屬，需依規定利用簡式健康量表(BSRS)評估精神困擾程度，及進行自殺風險、心理需求評估(近期壓力事件、支持系統等)，並擬訂關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，針對高度風險需就醫者，須確認就醫情況，未就醫者，需促其就醫或必要時強制等。
- 4) 依家屬自殺風險及受訪意願評估訪視頻率及服務期限，進行服務。遺族通常在事件發生後六個月到兩年時是最辛苦的，在事件發生後一至二週內聯絡對方，可寄送心理健康資源單張、提供手冊，讓個案隨時瀏覽，並提供電話表示隨時可聯繫關訪員；事件發生後一個月至三個月之間提供定期電話關懷及家庭訪視(每個月至少二次)，六個月之後再視需要提供密集的訪視。除關心接電話之遺族，可關心對方家中重要關係人及其他家人之情緒狀況，進行後續關懷。有關個案分級及關懷訪視頻率，由於各縣市情形不同，資源相異，得落實行動在地化之策略，各縣市可因地制宜，擬定合適行動。
- 5) 若有中度至高度自殺風險(BSRS-5 \geq 6 分或有明顯自殺意念達 2 分以上，或評估出有自殺風險及危機時)，關懷訪視員需進行家訪，並視個案狀況延長關懷服務時間。
- 6) 如自殺風險為低度風險，需要社會或相關資源，關懷訪視員可依需求評估是否家訪。若為低或無自殺風險(BSRS-5 \leq 6 分、無明顯自殺意念)，關懷

訪視員可電訪為主，在必要時再進行家訪。

- 7) 面訪時，評估對方情緒困擾度外，並了解其需求；和遺族討論未來的日子如何因應，告訴遺族情緒的波動只要不過度，都是正常的，並讓遺族了解有哪些可利用的資源。

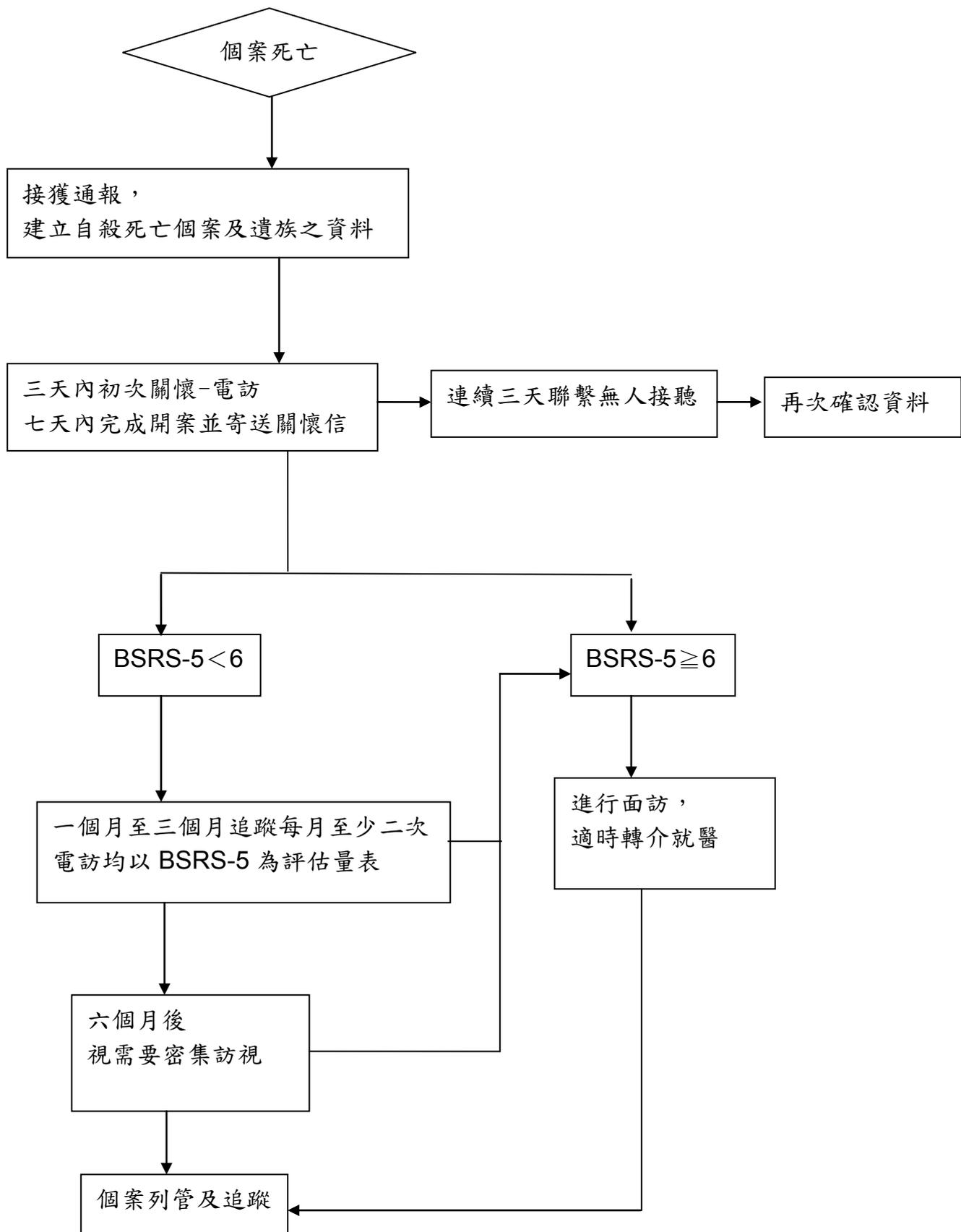


圖 5-1-2、自殺親友(遺族)關懷訪視流程

2. 關懷訪視方式

個案關懷訪視方式主要分為二種：電話關懷追蹤(電訪)及到宅居家訪視(家訪)。不論是電訪或家訪，第一步驟主要是與個案建立關係，傾聽並給予支持；第二步驟則是評估案主，瞭解其情緒狀態及自殺危險性；第三步驟則是依案主情況需要，進行轉介，給予適切之資源。總而言之，關懷訪視員很重要的工作就是連結現有的資源，提供必要的協助，而非以治療案主為目的。

當遺族不是由原關懷員訪視時，在面對一位新來陌生的關懷人員時，遺族難免會有擔心、害怕、焦慮等情緒反應，會質疑為什麼訪視員會知道他的資料等，不認為自己有什麼需要幫助，所以會拒絕訪視，因此訪視員在關懷遺族前要先做好心理準備及心理調適。訪視時以關懷的角度出發，強烈表達關心之意而非例行公事，可能有助於個案的接納。

另，關懷訪視員在進行訪視時，應記錄每次訪談內容，並依案主姓名分類做個案管理，並能依案主自殺風險高低安排訪視順序或提供特殊協助。

3. 關懷服務內容：

- 1) 給予同理與情緒支持：了解是否需要社會資源，並評估家屬中是否有自殺高風險者；若個案家屬居住區域為外縣市，需積極協助轉介。
- 2) 自殺防治所訴求的是自殺不是解決問題的方法，但是對自殺者親友溝通時，反而是要讓他們知道親人選擇自殺一定是有他自己的理由，家人要學習去接受與理解。所以助人者會面臨兩難的矛盾，因此語言使用上更要特別的小心跟注意，才不會明明是想幫對方，結果卻幫了倒忙。
- 3) 有別於家人意外或自然過世的家屬，自殺者親友的悲傷歷程大約是事件發生後兩年才正要開始，在剛開始的表現都是相同的，若未於一開始處理後事時，就與自殺者親友建立關係，之後便很難建立；目前可能有一些從事服務的人會把焦點放在收集研究資料，但是蒐集資料的時機與場合必須注意，要以當事人的立場與處境為優先，讓自殺者親友覺得被尊重、被關心，這之間有很多倫理的議題牽涉其中，所以需要好好的斟酌與拿捏。
- 4) 特殊關懷：若案家有國中小學童，關懷訪視員則需提醒或協助聯繫該學童學校輔導室進行心理輔導。若案家有 65 歲以上長者因自殺者身亡而成為獨居者，則應連結社會局相關資源。
- 5) 轉介互助團體：互助團體是遺族復原很有效的的方法，可與醫院合作聯繫，

提供互助團體或諮詢，並鼓勵遺族主動求助。

4. 關懷訪視技巧

1) 事前的準備

- (1) 心理調適：家訪時所要面對的狀況相當多且複雜，訪視員會面臨許多挑戰，因此會有心理上的緊張、害怕及焦慮等，故訪視員在事前若能有心理準備，可降低自己的挫折感。熟知遺族的一般心理反應歷程與需求可明顯提昇訪視者的信心，以助降低焦慮。
- (2) 安全第一，關懷至上：若覺得有安全之風險，則先避之；也可尋求男性或其他工作人員共訪。遺族的急性反應如憤怒，有可能會轉移到訪員，只要同理與接納，表現關懷，應可平緩氣氛。
- (3) 熟記個案的相關資料：包含姓名、重要生活事件或上次訪談內容等。
- (4) 約好訪視時間、安排家訪路線圖：事先與約定訪視時間，並準備訪視路線圖。另也準備一份家訪時間表，註明對象姓名、地址及聯絡電話等，放於辦公室內，以便有急事可以聯絡。
- (5) 備妥相關單張：可攜帶工作服務證、名片、單位機構簡介單張及衛教單張等，便於識別及說明相關服務。
- (6) 整齊的服務儀容：適當的衣著打扮，有助於良好印象及關係的建立，切忌奇裝異服或過於暴露之打扮。
- (7) 其他準備物品：如手機、交通工具、開水等。

2) 訪視面談技巧

面談過程不論時間長短，目的為何，一定包含四個階段：

- (1) 第一期：起(寒暄)期：見面打招呼，自我介紹，並注意真誠與尊重的態度，讓對方舒服為原則；打招呼的方式要注意到個案的年齡及社會背景。
- (2) 第二期：承(定義問題)期：透過聆聽問候，聽取對方主要問題是什麼。要注意的是不要一次只注意一個問題，而要用一些開啟性問話技巧盡量讓對方講出個人或家人所關心的主要問題。
- (3) 第三期：轉(探索)期：進一步釐清問題的性質及相關的特點。
- (4) 第四期：合(結束)期：總結。當然，面談最重要的是要給對象情感上的支持以及保證面談內容的守密性。在最後結束前，我們必需注意下列四點：
(1)問對方是否遺漏任何重要的訊息；(2)要做個簡要的總結；(3)是否還要約定下一次的面談，若是，目的為何？(4)最後應該讓對方有機會問問題，表達全面性的關懷。

總而言之，在面談時，最基本的是要有同理心以及傾聽，要能了解遺

族的想法，才能體會進而分擔他的感覺。而最常用的基本溝通技巧就是誘導與澄清，可多使用開放式問句，誘導對方講的更多，才能更了解他。另外，不要跟個案搶話題，並能尊重及接納個案不同的意見，不要嘗試教導或教訓對方自己認為對的觀念，也要有適時的回饋反應與情緒支持。良好的面談溝通，可從個案得到很多情緒困擾與自殺意念相關之訊息，並增進關係，而得到良好的效果。

3) 善用非言語溝通技巧

- (1) 肢體語言：包括面部表情、姿勢前傾、眼光接觸。
- (2) 空間、距離與環境擺設及氣氛：空間宜隱密、安靜；距離適當，維持安詳之氣氛，保持溫馨與肅靜。人多吵雜，則不宜深談，以寒暄及關懷為主。
- (3) 語助詞：包括嗯、喔……等語助詞；若能配合聲音強弱、聲調高低及長度，則可千變萬化，交織出各種口氣，而更能達成互動與誘導的目的，也可有更多機會聽取對方的心聲。
- (4) 肢體接觸：正確得宜的肢體接觸可以增進關係，譬如對嬰幼兒、兒童及老人或重病者；肢體接觸的內容包含很廣，從簡單的握手致意、拍肩膀等；肢體接觸應注意患者之年齡、性別、習俗、身體部位；不當的身體接觸有可能帶給個案焦慮或特殊感覺而影響雙方關係或被譏為性騷擾，訪視員應妥善斟酌。

簡言之，基本上交談時與個案以同樣或適度的音量、速度來溝通；面談者需要注意非語言的表達方式，如肢體的反應及表情的變化等，像是凝視對方，表現關注的神情都是基本的非言語技巧。此外，也要留意個案非言語的表現，因為面談技巧最重要的即是重視此時此刻，隨時察言觀色，掌握個案的情緒變化進而誘導其講出主要問題之所在，亦是溝通的要素。

4) 結束訪視會談

一般會談時間以三十分鐘至五十分鐘為宜。除了用時間長短來決定訪視結束的時機外，還以下列幾種情況結束會談。

- (1) 對象的身心狀態無法負荷時。
- (2) 對象缺乏接受訪談的意願，原因來自於有其他重要的事物要辦理，或對問題的共識尚未達成。
- (3) 會談時間與對方的生活作息衝突，如正逢用餐時間或個案家中剛好有他人拜訪，皆不適合繼續會談。

5) 善用守門人技巧

關懷訪視員接觸到的自殺遺族，主要是透過關懷提供必要的支持，遺族也是自殺高風險群，所以訪員也需發揮生命守門人的角色與功能，可透過1問2應3轉介，協助個案走出生命的低潮。能夠在個案最需要關心的時候，瞭解他所發出的訊息，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，迎接光明的未來。

(1) 一問：「主動關懷與積極傾聽」

自殺行為是從“想法”到“行動”的漸進過程。但急性壓力反應引發自殺的期程會較短。在自殺行動出現之前，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，應認真嚴肅地看待警訊，並主動運用簡式健康量表(BSRS-5，別名心情溫度計)，評估情緒困擾的程度，用心傾聽對方所遭遇的困境，一旦確認個案具有自殺意圖，立即真誠地深入了解自殺危險度高低。

a. 一些關於“詢問”的注意事項如下：

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

b. 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

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

b) 直接問法

- (a) 你會不會有想不開的念頭？
 - (b) 你是否想到要自殺呢？
- c) 不要這樣問
- (a) 你該不會想要自殺吧？

(b) 不要跟我說你想自殺喔！

(2) 二應：適當回應與支持陪伴

一旦自殺意圖變明確，關懷訪視員的任務隨即轉變為說服當事人積極地延續生命，但不能流於形式上的道德勸說。此時，適當回應與提供陪伴，能夠減少個案覺得“被遺棄”的感覺，也是勸說成功的關鍵。同時，在回應的過程中，亦可評估自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求專業協助。

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。特別是針對遺族，今事實上，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。

a. 如何勸說當事人繼續活下去並且接受幫助：

- a) 開放地討論失落、孤獨與無價值的感覺，使當事人情緒起伏的程度減緩。
- b) 積極、專注傾聽當事人遭遇的問題，提供情緒支持。
- c) 不要急著評斷(當事人的遭遇、處境或想法)，你的傾聽與協助能夠重燃希望，並產生改變。
- d) “自殺”本身並不是問題，而是當事人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。
- e) 提供當事人任何形式的“希望”，並將焦點放在個人正面的力量。
- f) 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？)。

(3) 三轉介：資源轉介與持續關懷

關懷訪視員的工作不只被動的阻止自殺，也會主動積極的協助各項資源的轉介處理。當個案的問題已經超過你能處理的程度/範圍時，這時候你應該為他找尋適當的資源，進行資源的連結，轉介個案使他獲得有效的協助。且轉介後需持續的關懷個案，並再次評估個案的自殺危險性，直至結案為止。

a. 若有以下的情形就可嘗試進行轉介：

- a) BSRs 分數較高。
- b) 懷疑可能具有潛在的精神疾病。
- c) 有自殺或自傷的身心問題。
- d) 超乎助人者的能力。

- e) 社會資源或支持不足夠。
- b. 在協助個案進行轉介時， 有以下的建議：
 - a) 向個案保證隱私之安全與尊重個案的意願。
 - b) 向個案保證並非轉介後即不再理他。
 - c) 提供個案適切的資源或協助其轉介。
 - d) 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。
 - e) 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。
 - f) 無論是轉介至醫療院所或其他相關社福資源，最好的方式為由關懷訪視員先以電話或其他方式告知被轉介醫師或人員，有關個案的情況，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。
 - g) 最佳轉介方式：直接帶領著當事人去得到幫助（機構、醫療院所、任何專業的協助）。
 - h) 次佳的轉介方式：得到當事人的承諾-願意接受幫助，並協助安排或預約專業的協助。
 - i) 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），並試著得到當事人的承諾-不會企圖自殺，並在未來的某個時候尋求協助。

6) 危機處理

當案主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。

7) 提供相關求助資源

最常見的求助方式為心理治療，治療的進行方式可能以個人、團體或是家族的方式來進行。當自殺的事件影響了整個家庭並瓦解了家庭的功能，造成家人間相互指責與分裂時，家族治療就是必要的。團體治療則是在此時最常使用的治療模式，可以讓自殺者親友在一個可分享的氣氛中去發覺、討論彼此的感覺，並且相互照顧與支持。藉由團體成員彼此的經驗交換，自殺者親友們可以學習到各種因應策略，且互相幫助的感覺常常可以舒緩他們因無法幫助自殺者所產生的憤怒與挫折感。

有一部份的自殺者親友在發生事情後很快地就參加了支持團體，一部份則等了幾年後才參加；有的人會先參加個一、兩年，之後只是偶爾來而已，特別是在周年紀念日、假日或任何會讓他想起對方的日子。遺族也許會發現，在這個團體之中能感到舒服自在，或者會認為這個團體並不是十分地適合自己，但參加團體仍然是遇見其他自殺者親友的最好途徑，因為他們都了解自殺對你所帶來的衝擊及悲傷，所以他們可能會成為新的或一生的朋友。

遺族可在自殺者親友的支持團體中與真正了解自殺的人坦率地談論自殺，且與有相同經驗的伙伴談論心路歷程，有助於渡過悲傷。對大多數的自殺者親友來說，與其他的自殺者親友分享他們的悲傷，能夠得到一種支持及連結的感受。而這可以在自殺者親友的支持團體中獲得。

五、注意事項

很多訪員在訪視時會遇到蠻多困難，最常見的是拒訪，自殺者遺族拒絕關懷，表示不需要，沒什麼好說的，都過去了等等，當然拒訪跟拒談相同，遺族讓訪員來訪視，但是不願意多說什麼，還沒有走出創傷的時候，不希望接受他人的關懷。

訪員在訪視時，也會有些顧慮與抗拒，有些訪員表示，每次訪視案家或是要跟遺族聯繫的時候，其實內心是矛盾的，因為很怕訪員去案家，牽動案家的心情，我這樣是不是在挖他的痛，挖他已經結痂好的地方？他們也會覺得於心不忍，訪員都會有這樣的困境及迷思，及不忍心。當然可能具有很多其他因素，包含自我沒有準備好，或是遺族的反應較為強烈，讓訪員有受傷的感覺，另外，也可能有資料上的問題，才聯絡不上遺族，或者是聯絡上的不是重要他人，無法進行最有效的關懷，這些可能都會有。

訪員心聲：

案例1：訪員服務的一位個案，自殺死亡者是家中為一的獨子，家中經濟小康，退伍後順利找到一份工程師的工作，感覺正要展開新的人生，突然間，個案在自家選擇離開人世，留下了無限的疑問。人世間最痛的莫過於白髮人送黑髮人，不斷的哭泣是母親椎心之痛，訪員第一次去家訪，媽媽就開始哭泣，並訴說很多委屈及問為什麼。

訪員：我默默的無語，內心不斷的問自己，我除了陪她哭，我還能做什麼？捫心自問，家中獨子如果就這樣走了，還有勇氣活下去嗎？當然訪

員沒有經歷過這樣的狀況，他在想有沒有辦法理解，有沒有辦法將心比心，還是只能陪她哭？訪員能不能陪著案主哭，是一個問題，但有何不可？若是訪員很難控制當下的情緒狀態，可以陪著個案哭，有些訪員會覺得需要保持堅強，但是適當的自我揭露，由情緒引發出的共鳴是可以被接受的。

當時訪員的內心充滿的潰急與無助，雖然案主沒有察覺到他的無助與慌張，但他真的好想跟著案母大哭一場，好想跟她一起否認事實、認為這一切都是夢，因為他也覺得不可思議，為什麼好端端的，突然間會這樣，他看到母親的很多疑惑、帶著不甘心，想要去追根究柢。訪員：萬一，我無法有效的幫助她，萬一她無法自我控制選擇令人遺憾的事，我應該怎麼辦，我必須突破，迫使自己重新檢視這段服務歷程與服務目標的設定。訪員自我覺察到自己把案母的生命重重地壓在肩上，擔心她追隨個案而去，面對案母的喪子之痛，想讓她快快好起來，有好多的“想”、及訪員的期待，後來訪員也體會到，容許個案哀傷是一種陪伴，也是一個療癒的歷程，至於要哀傷多久，沒有答案，沒有時間表，只能依據服務的歷程，還有外界給予的支持，才能預期個案復原的時間表可以多短。

案例2：另一位遺族是一位媽媽，媽媽的兒子自殺身亡，訪員電訪一開始，媽媽很堅強的表示能夠接受，但聲音卻越來越低沉，有壓抑不住的情形，最後開始放聲大哭，聽到媽媽內心的自責跟疑惑。後來經過多次家訪及電訪，了解到媽媽總是不斷的在想為什麼沒有察覺到個案的異常。個案走的那天剛好是除夕夜，媽媽認為如果那天要求他回家吃年夜飯的話，會不會意外就不會發生，很多假設變成負面想法不斷的刺著這位母親的心。訪員慢慢透過訪視，引領媽媽敘述傷痛，使她的情緒得到紓解，情況就漸漸轉好。

由此可知，訪視時會遭遇到許多情境，事件對於遺族來說是最深的秘密，說出口需要很大的勇氣，但鼓勵遺族述說有助於情緒的抒解。訪員可能會想，自己應該具備什麼樣的知能，才有辦法去服務個案，而往往給予支持、陪伴、傾聽、同理，就是最重要的服務重點，只要發自內心願意，都可以做的很好。以下列出訪員在訪視過程中之必要注意事項：

1. **了解個案：**在進行家訪前，先將自殺者的年齡和死因釐清，以及了解家中有甚麼成員同住，這樣開門遇見家屬時心裡會比較有個底，大概知道家屬與自殺者之間的關係，以調整要進行訪視的內容。
2. **訪員自我介紹：**訪員在介紹自己時，須先表明身分，如：表示自己是衛生局的關懷員，並讓個案知道資訊一定保密。

一開始電訪時，說話的口吻須堅定，不可吞吞吐吐或遲疑，須直接說明來意，如：我知道你家發生了什麼事，你現在還好嗎？我們有資源可以提供給你等等。

3. **初次家訪應對方式：**初訪遇見自殺遺族家屬時，可以先詢問：「請問這裡是XXX(自殺者或遺族姓名稱謂)的家嗎？」看看遺族家屬回應的態度，再看看要詢問甚麼樣的問題。因為或許有些遺族家屬會對家中某些成員刻意隱瞞了自殺的事實，因此，要很小心的試探受訪的該位家屬對於自殺事件知曉的程度，以避免造成不必要的傷害和衝擊。

所以若是發現面對的自殺遺族似乎不知道自殺者是自殺死亡的狀況，就簡單的詢問該名遺族的生活作息問題，另外再透過電話或另外再訪視其他家屬。此外，若是家中沒有人，可以詢問附近鄰居家人的動向和生活狀態，以初步了解遺族家屬的生活適應狀態和何時可以進行家訪。但是最好別提及自殺事件，因為遺族家屬有可能並沒有讓週遭的人知道家中發生自殺的事件。

4. **拒絕訪視：**安排家訪時，可介紹自身專業背景(心理諮商、護理、社工等)，提高對方之接受度，進而達成訪視。也可用簡訊通知，表示衛生局要進行健康促進，請與我們連絡。不直接使用自殺等字眼，遺族也許會主動聯繫訪員。

初次訪視時，遺族家屬通常都會禮貌和客套性的回答，因為在社會脈絡之下，自殺事件對於遺族有很大的壓力，遺族也承受了許多週遭親友的眼光和態度，因此對於自殺事件的影響往往都是很保守和很含糊的帶過。最常聽見的都是：「喔！我們都很好，沒事了。」、「沒甚麼問題，謝謝關心」。當第一次訪視時，也不要太期待遺族能夠傾吐甚麼心事或情緒，當遇到這樣婉拒的狀況時，可以簡單的詢問一些生活適應上的問題。例如：睡眠、飲食、工作、上學的狀況，以了解自殺遺族家屬是否因為自殺的影響而還在作息混亂之中。

有些遺族可能表示家人好不容易平靜下來，訪視會揭開瘡疤，訪員可以溫和態度表達關心，或是關心家屬身心健康，詢問是否需要心理或社會資源協助，並且留下衛教資料和連絡方式，並且讓遺族家屬知道自己會在來家中關心。若是家屬沒有主動提及自殺相關的事件或情緒，不宜作太深入的詢問，因為遺族並沒有準備好接受這樣的情緒衝擊。也可改以書信關懷、寄送關懷卡等，視情況調整與個案接觸的頻率和方式，或於督導會議討論關懷方式。

5. **拒絕電訪：**對於不接電話、把訪員電話設定成拒接、到家中面訪結果不出

來開門之遺族，可送上關懷信、手工小卡片等，表示關心。並可善用通報單上的聯絡人，了解個案動態，建立聯繫方法，或尋求警方跟村里協助。

6. **遺族認為訪視幫助有限：**訪視員在面對這類遺族時，要對自己有信心，縱使面對的是年紀較長或是背景較複雜的個案。須強調關懷訪視的專業，建立專業形象和自尊心，才能有辦法達到關懷目的。也可視情況調整，根據個案特性更改訪員之安排。
7. **電訪時間控制：**訪視最難掌控的就是時間，有多少時間可以利用，是已經決定好的。須因地制宜、因人而異，透過技巧來掌控時間，並學會針對不同類型的個案，該採取何種訪視技巧。
8. **遭遇謾罵：**訪視時可採低姿態，撫平對方情緒，或是轉介給心理衛生相關專業人員。
9. **遺族罪惡感：**遺族可能對自己曾經做過或沒有做過的事情感到罪惡感，訪員可提醒他們，沒有一個人在別人的生命中是唯一影響力，這不是某一個人的錯，既然無法挽回，事情已經發生，我們能做的是試著去體會逝者的痛苦，學習尊重及同理他的選擇。
遺族朋友常常會認為他們不值得活下去，因為沒有照顧好哪些親友，但逝者用自殺去處理情緒，不代表其他人就要按照這些想法去行動，懷抱悲傷不代表要忘記逝者，可以透過回憶過去美好的經驗，想起他的時候，不必那麼永遠哀痛，也不用為了自己已經沒那麼傷心而難過，復原的路程不一定要以哀傷的方式進行復原。
10. **同理遺族感受：**遺族在訪談時的情緒不一，也許因個性關係，表面可能看起來很平靜，或是心裡有糾葛，覺得還沒到那個時間點，還沒有辦法說，或是還沒有辦法哭，但不代表不悲傷，有時候這類的遺族會被套上對這件事情沒有感受，或是不愛逝者，類似這樣的標籤。遺族需要什麼，其實不用去猜，直接詢問可以幫你什麼，你現在需要什麼樣的幫助，也可以觀察他，給他真正的安慰，引導個案抒發並同理對方感受，陪伴他度過。
訪員所需要做到的，最重要的是傾聽，讓遺族適度的說出他們想要說的事情，並且以不批判、不評價的態度，讓遺族能夠安心的將事件說出，增加遺族的安全感。在來則是不斷的幫助遺族整理當下的情緒，遺族可能會有自責、罪惡感、憤怒、悲傷等等的情緒出現，訪員需要謹慎的注意遺族目前的情緒狀態，並且適時給予遺族情緒上的支持，以避免遺族陷入太負面的情緒之中。
11. **評估與轉介：**遺族可能會出現一些突如其來的強烈自我指責，或是贖罪心態，可能會做出失控或自我傷害的行為，訪員在訪視時可注意個案神色是

否有異，是否有自我傷害或自殺的傾向，若發現前兆，立即轉介至醫療單位。在每一次訪視後，都需要評估遺族在訪視之中的狀況，首先評估該名遺族是否需要緊急的處遇，若是需要則盡速進行緊急的通報和轉介。若是遺族的狀況尚可，則可以思考該名遺族需要何種資源，並且做適當的轉介。最後，則是進一步了解家中是否還有其他遺族需要接受關懷訪視及處遇。

12. **訪員的態度**：在進行遺族關懷時，最首要的是帶著尊重的態度，遺族在承受了自殺的衝擊和社會給予的壓力之後，身心都受到相當大的折磨。因此，對於遺族任何的回應，就算是禮貌的婉拒，都必須以尊重的態度去面對。再者，可以更進一步了解遺族在自殺之後有可能出現的狀態(例如：罪惡感、自責、憂鬱、社會孤立、汙名化、遺棄感、羞愧感...等)，每一個遺族在面對自殺衝擊時的反應都不一樣，必須隨時保持著開放的態度來面對遺族，切勿太早為遺族的影響下定論，遺族的情緒和感受才是最重要要關心的部分。
13. **訪員的顧慮**：跟遺族聯繫的時候，可能擔心牽動到案家的心情，家人原本可以自我修復的穩定生活，但因為必須關懷訪視，而再次勾起他傷心的回憶，讓訪員覺得關懷服務的另一個層面也可能在打擾對方。訪員的疑慮也可能包含自我沒有準備好，或是遺族的反應比較強烈，讓訪員有受傷的感覺。
關訪員對自己職位描述及角色認知十分重要，希望在1問2應3轉介的步驟上，能徹底落實轉介，成為團隊的樞紐。自殺防治絕對不只是關訪員的責任，而是人人有責，可與其他訪員共同訪視，或與督導討論。
14. **關懷訪視員心理支持團體**：訪員在服務過程中，會消耗自身能量，尤其是面對服務中的個案自殺身亡時，對關訪員之心理更是一大衝擊。為避免工作上正向能量之耗損，甚至導致身心浩劫或已累積寶貴經驗的關懷訪視員流失，建議透過各縣市衛生主管機關所成立的追蹤關懷督導小組之專業督導，能透過教育與支持，協助支持訪員度過各項難關，或辦理關懷訪視員心理支持團體，預防關訪員之情緒崩潰及提升留任率。

六、結論

關懷訪視是自殺防治中非常重要的一環，期待藉由訪視，更加落實「一問、二應、三轉介」，提供自殺者親友所需資源，建立互助網絡，並鼓勵隨時測量心情溫度、主動求助。當前臺灣的心理輔導對個案成長的歷程十分重視，習慣使用個案以前的經歷來說明現在的情況。然而，對自殺者親友來說「Here and Now」(此時此地)是很重要的，就算親人自殺已經是三年

前的事情，但對自殺者親友而言仍就好像是剛發生而已。以下提出三點對自殺者親友服務的未來展望，希望做為將來政策設定及參考的依據：

1.政府與軍、警、消的協助

政府方面，可由有接觸自殺者親友之相關機關提供遺族相關資訊與服務；譬如，自殺者親友需辦理相關自殺者身後事情，可能接觸到戶政機關、保險或殯葬業者(如禮儀師)等，可針對這些高接觸之同仁，施予相關資訊與教育，讓他們在接觸到自殺者親友能給予關懷。

在有人自殺時，警政或消防等相關的單位可以提供一些相關資源給面臨親友身亡的家長，像是宣傳單或宣導手冊，讓自殺者親友可以閱讀，了解自己的情緒跟將隨之而來的悲傷歷程為何。若國家能提供多元的輔導資源以及更通暢的求助管道，就能讓求助的行為更為容易，也更能為人們所接受。也可規劃常態性與非常態性團體活動，讓自殺者親友們能夠參與及交流。鼓勵各地專家投入，並彙整各地輔導資源，讓專家與資源可在地化，成效將會更大。或者可邀請自殺者親友一同加入「自殺者親友關懷團體」，參加相關活動。

2.自殺者親友自組互助團體

在臺灣，目前專門協助自殺者親友的服務單位並不健全，因此還需要繼續努力。而國外的研究指出，自殺者親友認為能得到幫助的都是來自另一個自殺者親友，因此建議自殺者親友可以參加專門辦給自殺者親友參加的團體，如馬偕醫院舉辦的「說故事團體」，或是找相關書籍來看，如全國自殺防治中心自殺防治系列手冊等。

團體中除了需要專業心理治療人員提供服務外，另需要培訓工作人員，讓參與團體的所有工作人員均能有正確的態度來面對自殺遺族。理想情況為訓練一群同性質的人，願意帶頭分享、幫助跟自己同樣遭遇的人，提供一個安全的環境讓他們知道悲傷或難過時可以去的地方，在那裡可以分享自己的心情，理解自己的情況是不是和別人相同。這些人就算是志工也好，可以陪伴、同理自殺者親友的心情。而且這些接受訓練來幫助別人的親友們對其自身也會產生被需求的意義感，反過來撫慰、豐富自己的心靈。

自殺者親友通常會認為有相同經驗的人才能了解自己。特別是在語言使用上面，自殺者親友是非常敏感的，他們不喜歡被認為是需要接受幫助

的，所以助人工作者在語言的使用上要特別注意，否則可能會引發一些非預期的效應。自殺者親友需要照顧與陪伴，否則就有可能成為下一個自殺者。在完成籌備團體的前置作業後，最重要一點便是如何讓自殺者親友知道有團體的存在並有願意加入團體，同時也讓社會大眾知道有這樣的一個地方，當他們有需要時，就可以跟這個地方連絡，獲得資源。

在守密的原則下所組成自殺遺族團體，團體成立的主要目的就是讓大家能夠互相扶持與支持。在團體命名時，應採較正向的名稱來命名。期待有更多自殺者遺族能夠透過團體的管道來得到幫助，因為有痛過的人才知道痛有多痛，用體恤的心，卸下專業的包袱來協助。

3.專業人員的悲傷輔導及訓練

未來推動自殺者親友服務，首要之務應讓多一點的專業人員懂得悲傷輔導。國內大專院校的輔導或心理學課程很少提及「悲傷」的主題。而醫師的培訓教育與精神科醫師的養成教育中，也很少會觸及這個議題。因此要從專業人員開始訓練起，包括心理師、社工師、醫師、護理人員等，因為這些悲傷對他們來說也是「不能說的秘密」。

自殺者親友的服務是必然的趨勢，但在實際運作之前，要有很多的訓練，而目前的社會環境還未準備好，許多專業人員自己都不懂得如何處理悲傷，甚至於會選擇不處理或逃避。如果專業人員連一般的悲傷都不能處理了，又怎麼能處理自殺者親友複雜的悲傷呢？所以，針對專業人員進行悲傷輔導及訓練，應該是最迫切需要進行的。可以透過相關的訓練或工作坊讓專業人員體驗悲傷及學習如何處理悲傷，並讓專業人員與親友們互動，彼此學習及相互衝擊，才能去學習何謂自殺者親友「複雜的悲傷」。

「請容許我悲傷，因為我擁有悲傷，更擁有悲傷的權利。」遺族都有權利悲傷。對關訪員的建議，可以陪伴遺族去做熟悉的事，但要做好心理準備，可以面對他們突如其來的眼淚，或是一些情緒的宣洩，讓個案抒發自己的心情。訪員盡力關懷，陪伴自殺者親友在未來的日子，活出新的希望。

研訂「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

自殺意念、自殺企圖和自殺死亡是世界性的重要健康問題(van Spijker et al., 2010)。自殺的議題存在我們的生活中，每一個人在過去、現在，或者未來都可能會有自殺的想法。若人產生了自殺意念，可能會擬訂自殺計畫，而後著手行動，最後導致死亡。然而，一旦將自殺想法付諸於行動，為家屬及社會所帶來的衝擊非常大，根據研究，平均一個自殺事件會影響至少六位親屬。

Doka(1989)的研究顯示，比較自殺、意外及自然死亡對自殺者親友的影響，發現自殺者親友比意外及自然死亡者的親友承擔更多的責任感、罪惡感、羞恥感及污名感，他們會不斷的去尋找親友為何自殺的答案，因此容易產生創傷後壓力疾患(post-traumatic stress disorder)及缺乏正常哀悼的能力(Lukas, 2001)。沒有任何一種類型的死亡，會像自殺這樣帶給親友們持續那麼長久的痛苦、羞恥、罪惡感及不解(Gallo & Pfeffe, 2003)。當遭遇所愛的人自殺，遺族在一年內有很高的死亡率。自殺會造成個人及親友嚴重的影響，故自殺防治為當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題。

衛生福利部委託台灣自殺防治學會辦理「全國自殺防治中心」計畫，工作內容主要依三大策略進行，包含了指標性(indicated)、選擇性(selective)及全面性(universal)。在指標性策略部份，主要在於追蹤自殺企圖者及關懷自殺者親友等，防止其再度企圖自殺，並針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，主要工作包括：建置自殺防治通報系統，提供資料分析與回饋；自殺者親友的關懷；強化自殺關懷訪視人員的訓練及相關能力。

在選擇性策略中，心理健康篩檢及高危險群之辨識工作，是相當重要的一個環節，主要工作有推廣「自殺防治守門人」概念，宣導心情溫度計之使用及全面推動教育宣導等。主要工作包括：推動「珍愛生命守門人」教育訓練，推展守門人概念；發展義工／志工組織，發揮在地服務與關懷的精神；推廣心情溫度計(BSRS-5)，增進個人心理健康，加強篩檢與運用；推行憂鬱症共同照護體系；精神疾病的早期診斷有效處置；結合民間力量，合作推動珍愛生命理念等。

選擇性策略範疇涵蓋心理健康篩檢、校園自殺防治、老人自殺問題處置以及社區化整合型醫療照護之推動等工作(李明濱、戴傳文、廖士程與江弘基, 2006), 為達到早期辨識自殺或憂鬱傾向者以利適時轉介的目的。運用簡短的自我風險評估工具, 針對潛在的高危險群進行篩檢, 是一個重要的早期預防策略(Bech et al., 2001), 若能及早偵測基層醫療病患的憂鬱症狀並提供後續照護與支持, 則可能達到有效降低憂鬱及自殺風險的目標(O'Connor et al., 2009)。

全面性策略則涵蓋如何匡正媒體報導、如何減少致命性自殺物品、如何促進社會大眾心理健康等, 強調自殺防治工作是需要全民的投入, 並連結社會各資源網絡在既有的服務體系內持續地強化自殺防治功能, 藉由推廣自殺防治守門人的概念, 將「珍愛生命 希望無限」之信念向下紮根; 並推動心情溫度計應用程式(APP), 具極高的便利性, 鼓勵大眾隨時量測心情溫度, 其他還包含自殺行為之實證資料即時性分析研究與防治策略應用、國際合作及跨部門連結與民間團體合作等。主要工作包括: 媒體互動與觀察; 減少致命性自殺工具的可近性; 透過宣傳活動, 加強心理衛生教育, 推動精神疾病與自殺的去污名化; 製作宣導教材, 運用多元管道推廣; 電話調查民眾對自殺相關概念, 作為推行策略之參考; 協助安心專線之推廣。

從自殺意念至自殺行為的過程中, 影響自殺的因素相當複雜, 可能的影響因子包括有社會文化、精神狀態、生理、基因, 以及社會壓力, 這些因子的複雜交互作用, 使得自殺往往沒有辦法用單一原因所解釋。對於自殺的多重原因, 顯示自殺行為預防的困難度, 如何釐清頭緒幫助自己或他人解除自殺危險, 一直是防治的要項; 本中心主任李明濱教授率領研究團隊致力編制簡式健康量表(別名心情溫度計, The 5-item Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5), 供做為精神症狀之篩選量表, 目的在於能迅即瞭解個人之心理照護需求, 進而提供所需心理衛生服務。

關懷訪視人員在進行訪視時除善加運用簡式健康量表, 更須發揮守門人一問二應三轉介之精神, 一問: 主動傾聽個案想法, 二應: 適當回應與支持, 三轉介: 提供資源的轉介, 並持續加以關懷, 陪伴個案度過難關, 消弭自殺想法。本計畫報告主要針對「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項, 經由專家學者及會議共同擬訂。期待透過本計畫, 使關懷人員在高自殺意念者之關懷更加流暢, 以降低其自殺行為發生之機率。

針對自殺相關的研究, 了解自殺相關行為之定義非常重要, 相關專業

人員需有能力區分自殺意念(suicidal ideation)、自殺企圖(suicide attempts)及自殺身亡(completed suicide) (Kring et al., 2010)。

自殺意念是指個人出現殺害自己的想法，但沒有執行自殺行為，部分的人可能會有自殺的計畫，自殺意念較自殺企圖更常見。自殺企圖涉及意圖造成死亡的行為，但沒有導致死亡。自殺身亡則是意圖造成死亡，實際上也身故死亡(Kring et al., 2010)。

自殺意念通常會在自殺的行為前出現，美國的大樣本研究中，34%具自殺意念的個案會發展出自殺計畫，26%具自殺意念的個案出現自殺的企圖；72%發展出自殺計畫的個案出現自殺企圖(Kessler et al., 2010)。也就是說，100位具自殺意念的個案中就有25位出現自殺企圖，數量相當驚人，故篩選出具自殺意念的個案，提供必要的關懷對自殺防治十分重要。

許多自殺的個案不願告訴他人有自殺的意念，也不願尋求協助。在美國，自殺死亡的個案有三分之二在自殺前一年並沒接受相關心理健康服務(Luoma et al., 2002)。Deane 等人(2001)研究指出，自殺意念的程度與尋求協助行為呈現負相關，也就是說自殺意念程度越高的個案，反而越不會主動尋求協助。

許多個案在首次自殺企圖即死亡(Suominen et al., 2004; Cavanagh et al., 2003)，而自殺未遂個案在2年內有23%會再次嘗試自殺。自殺死亡、自殺企圖與自殺意念息息相關(Reinherz et al., 2006)，儘早篩選及辨認出高危險個案之自殺意念為預防首次自殺企圖的關鍵。因此，積極主動對疑似高風險個案進行篩選，以辨認出高自殺意念者，進行關懷並提供及轉介必要之資源，對預防自殺行為極為重要。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 針對「高自殺意念」之關懷、訪視流程及注意事項，經由專家學者及會議共同擬訂。
- 2) 使關懷人員在高自殺意念者之關懷更加流暢，以降低其自殺行為發生之機率。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 彙整中心過去針對高自殺意念個案之關懷、訪視流程相關策略和建議。
- 2) 蒐集國內、外高自殺意念個案相關策略及數據資料。

3) 撰擬策略、建議及實施方案。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部心口司、社團法人台灣自殺防治學會、敦安基金會、臺大醫學院精神醫學部／護理學系所、其他 NGO 組織等。

2) 資源連結內容及形式：意見交流、會議討論等。

三、過程(Process)

1. 8 月中開始，進行方案資料彙整及撰寫。

2. 8 月底進行增修與校正，於 8 月 31 日函送衛生福利部。

3. 9 月召開內部會議，針對報告及流程進行修改。

4. 10 月詢問訪查之六縣市，瞭解自殺意念個案之處理方式。

5. 11 月初將修訂後之高自殺意念關懷訪視流程寄至全臺各縣市衛生局，詢問此一流程試辦之可行性。

6. 11 月中回收各縣市回覆並彙整相關資訊。

7. 11 月底將彙整之結果撰寫入期末報告中。

四、成果(Product)

1. 自殺相關行為的流行病學資訊

自殺相關行為分為自殺意念、自殺未遂及自殺死亡。根據 2014 年衛生福利部統計處報告顯示，自殺為全國死亡主要原因之第 11 位，為 15-24 歲死亡主要原因的第 2 位。

1) 自殺意念

在自殺相關行為中，自殺意念已成為許多的研究的焦點(Beck et al., 1999; Deane, 2001; Busch, 2003; De lee, 2005; Borges et al., 2008; Bajaj et al., 2008; Arria et al., 2009; Chamberlain et al., 2009)。但由於研究所使用的自殺意念定義及母群都不同，故自殺意念的盛行率存在很大的差異(Burless & De Leo, 2001)。

全球約 9% 的人一生中至少出現一次自殺意念(Kring et al., 2010)，在歐洲，自殺意念的終生盛行率為 7.8%(Bernal et al., 2007)。Ten Have M 等人(2006)指出荷蘭成人自殺意念的終生盛行率為 11%，Arria 等人(2009)研究顯示約 6% 美國大學新生存在自殺意念。在臺灣，劉安真(1992)研究顯示 23.5% 的大學生存在自殺意念，陳文卿(1997)研究顯示 29.8 的青少年在近半中出現自殺意念，Wu 等人(2015)整理一般母群一年內自殺意念盛行率

為 2.3-14.6%，終生盛行率為 10-14%。Lee 等人(2010)研究顯示，臺灣自殺意念一週盛行率為 2.8%，一年盛行率為 5.5%，終生盛行率為 18.5%。

2) 自殺企圖

全球約 2.5%的人一生中至少出現一次自殺未遂(Nock & Mendes, 2008)，在歐洲，自殺企圖的終生盛行率為 1.3%(Bernal et al., 2007)。在美國，一個十年的縱貫研究顯示，自殺企圖的發生率為 0.9%(Borges et al., 2008)。自殺死亡者在自殺前有 75%曾自殺未遂(Cohen, Motto, Seiden, 1966)，自殺企圖者中約有二十分之一最終死亡(Moscicki, 1995)。自殺企圖者在未來的 3 年內，有 20-40%會反覆企圖自殺 (Rygnestad, 1988; Brauns & Berzewski, 1988; Johnsson et al., 1996)，甚至在 10 年的追縱研究也有類似的結果(Hall et al., 1998)。由於自殺企圖者反覆嘗試自殺的比例甚高，故須針對自殺未遂者進行關懷，降低自殺行為發生率。

3) 自殺死亡

Kring 等人(2010)提出目前自殺死亡率的評估是有可能被低估的，因為有些死亡是模糊的，有些看似意外的死亡可能涉及自殺意圖。儘管如此，美國平均每 20 分鐘有一人自殺死亡(Arias et al., 2003)。根據世界健康組織指出自殺率每十萬人口大概為 0.6 到 35.1 間(Shirazi et al., 2007)。在荷蘭，每年將近 1500 人次死於死亡，佔所有死亡個案的 1%(van Spijker et al., 2010)。自殺為世界死因的第 13 位，為 15 歲組死亡原因的第 3 位(WHO, 2014)。每年自殺死亡率大於戰爭加上他殺的死亡率(Kessler et al., 2005)。

在臺灣平均 2 小時 3 分鐘就有 1 人自殺身亡(李明濱等人，2006)，而在 103 年的粗死亡率為每十萬人口 15.2 人，自殺相關行為的防治為目前全球最重要議題之一。

2. 自殺之危險因子

自殺的危險性可以概念化為危險因子或前置因子、個人特質、保護因子及急性誘發因素間的交互作用(Scocco & De Leo, 2002)。在評估個人自殺危險性時，應評估目前危險性、近期危險性及長期的危險性(Boudreaux et al., 2014)。

16.3%的一般民衆及 25%的一般醫療個案存有自殺意念及自殺企圖(Druss & Pincus, 2000)，目前研究證實，常見的自殺危險因子包括：曾經有過自殺企圖、經濟損失、慢性疼痛、自殺家庭史、精神疾病、嚴重心理

壓力，特別是情感疾患、焦慮疾患、物質使用疾患和思覺失調症(WHO, 2014; Wu et al., 2015; Baxter & Appleby, 1999)。精神疾病所呈現出來的憂鬱、焦慮及自殺意念在社區民衆及醫療領域的個體中同樣常見(Cheng, 1988; Hwu et al., 1989; Lue et al., 1990; Liu et al., 2002)，但只有少數高危險個案會尋求專業協助及被非精神科醫師辨認出來(De Leo et al., 2005; McDermut et al., 2001; Lipkin, 2000; Ballard et al., 2014)。通常，危險因素疊加在一起會明顯增加個體自殺行為的易感性(WHO, 2014)。故針對上述危險因子，主動偵測、發現、區辨存有早期自殺意念之個體十分重要(Wu et al., 2015)。

特定族群之自殺相關危險因子如下：

1) 主要精神疾病

(1) 憂鬱症

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自殺念頭，且其自殺念頭與憂鬱症狀的嚴重度有很大的關係。自殺也是憂鬱症致死的最大原因，精神病患比一般人有更高的自殺傾向，尤其是罹患憂鬱症的病人，自殺傾向據統計大約是一般民衆的二十倍。住院治療的憂鬱症患者中，多達 15%最終會自殺身亡(Angst et al., 2002)。研究者發現試圖自殺的人，有半數以上情緒狀態是憂鬱的(CDC, 2006)。回顧自殺死亡者生前的情緒狀態，顯示有三成到九成的個案處於憂鬱情形，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。

在憂鬱症中最常見的預測自殺意念的因子包括：憂鬱情緒、無望感、無助感、罪惡感、沒興趣、低自尊，尤其無望感、無助感與自殺意念息息相關。自殺行為在憂鬱症的不同階段有所起伏，也跟同時罹患各種不同的精神疾病相關，例如思覺失調症、物質濫用、人格障礙、焦慮性疾患等，常常跟身體疾病共存，例如：心臟病、中風、癌症、愛滋病、以及嚴重的慢性疾病等，所以在臨床上因憂鬱症而自殺的症狀跟單純憂鬱症的表現有所不同。

有時報章雜誌或新聞臺會渲染某名人自殺的新聞，並且連續播放，讓病人覺得心情更加鬱悶，所以適度的減少閱聽負面新聞，接近正面的人事物，會對憂鬱症與自殺行為的減少有所助益。

(2) 人格疾患

一般正常人的性格到 18 歲以上就漸趨穩定，但是某些人格障礙若已經到達病態的程度就容易因抗壓性低，而常發生焦躁不安、與情緒低落，甚至出現自傷與自殺的行為。人格違常疾患在一般人口中佔 10-15%，而一般精神科門診人格違常疾患佔 13-62%。年輕自殺者符合人格違常疾患的比率約 40-53%。而在 30 歲以後的人口中，自殺者其人格違常疾患的診斷比較少。有人格違常疾患的個案具企圖自殺病史者，佔 40-90%。根據統計有容易衝動、攻擊性和經常情緒變化傾向的反社會及邊緣性人格，最常出現自殺行為(Linehan, 1997; Nock & Mendes, 2008)。

(3) 物質使用障礙症

研究指出，物質使用障礙症的自殺行動的危險性較一般人高(Linehan, 1997; Nock & Mendes, 2008)。酒精使用障礙症常見的危險因子有些跟一般人其實相當類似，舉例來說，像是很早就開始喝酒、嚴重酒癮、雙親也是酒癮個案等；而精神方面的危險因子則包括精神狀況不穩定、較為神經質、容易焦慮或恐慌、多疑且攻擊性高、社交退縮、反社會行為、嚴重憂鬱、較多精神狀況不穩定的家屬等；人口學方面的危險因子則包括未婚、離婚或分居、年紀尚輕、社會地位惡化退步等。

酒癮個案後來真正自殺死亡者，有許多在先前亦曾發生過自殺行為，因此有些危險因子是相當類似的。關於酒癮個案自殺死亡的危險因子，常見的是發生在酒癮末期、憂鬱、絕望感、過去較多自殺企圖、神經質、情感性疾病等，人口學的危險因子指標則包括老年、年輕且大量飲酒者、男性、已婚、有工作、經濟及婚姻狀況不佳、老么、來自破碎家庭、容易自責、與母親連結深、身體健康還不錯、被雙親以外的人帶大等。

其他物質使用障礙症常見的危險因子像是精神疾病、憂鬱症等，其實與一般人相當類似，至於其他常見的危險因子，在藥物使用型態方面像是口服方式濫用藥物、海洛因成癮併用吸膠或安非他命或鎮定劑、使用迷幻藥或古柯鹼、常發生用藥失憶、併用酒精、鎮靜劑戒斷、多重藥物濫用、嚴重成癮等；精神方面的危險因子則包括嚴重精神疾病、雙親有精神疾病、反社會特質、過動傾向、學習障礙、情緒不穩定、較為神經質與內向、憂鬱傾向高等；人口學方面的危險因子則包括來自破碎家庭、雙親失和、具有氣喘或其他疾病、女性、在收養家庭或孤兒院長大、遭父母肢體施暴等。

關於藥癮個案自殺死亡的危險因子方面，常見的包括較多親屬具有精神疾病、同時濫用酒精、非靜脈方式濫用藥物、以及多次犯罪入獄等。

(4) 思覺失調症

根據北部某精神專科分析 60 位自殺身亡的思覺失調症病人與另 60 位思覺失調症急性住院病人作比較，顯示跳樓為最常見的自殺方式。其自殺的危險因子為：發病較晚、多次自殺意念與企圖、住院時有自殺意念或重鬱症狀。

住院思覺失調症病患之自殺行為分析顯示，曾有自殺嘗試者之死亡危險性，是沒有自殺嘗試者之 4.3 倍。10-12% 的思覺失調症住院個案最自殺身亡 (Angst et al., 2002; Roy, 1982)。追蹤後發現，過去曾有自殺企圖病史、出院後的初期、明顯憂鬱症狀及無業等狀況是其自殺身亡危險因子；另外，憂鬱、罪惡感、激動、住院次數超過三次以上，是預測自殺行為最有效之變項，而憂鬱更是自殺行為最重要的徵兆。

思覺失調症病患自殺危險因素包括：男性、單身、獨居、失業、慢性化重複發病、頻繁住院、剛出院、自殺之家族史、過去有自殺行為與衝動行為、對治療抱負面態度、高智商與高教育水準、精神病與憂鬱症，若合併憂鬱症有 30-50% 的病人會重複自殺。

妄想型思覺失調症也具比較高的自殺傾向。有研究顯示剛住院與離院，尤其出院後前五天的自殺傾向高。所以剛出院的病人前一週要密切關心其心情的變化。

2) 身體疾病

(1) 神經系統疾病

- a. 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。而酒精和藥物的濫用亦有相關。
- b. 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

- a. 糖尿病
- b. 多發性硬化症
- c. 慢性腎病、慢性肝病或其他慢性腸胃道疾病
- d. 伴隨長期疼痛的骨關節疾病
- e. 心血管和神經血管疾病
- f. 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。

3) 人口學資料

- (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)。年齡愈高，自殺死亡率愈高。
- (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。

4) 生活壓力

離婚或喪偶的自殺率提升四至五倍。重大生活壓力事件亦會提升自殺率，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) 失落：例如錢財損失、喪親。
- (4) 工作及經濟的問題：例如失業、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：像是被羞辱、官司纏身等待判決擔心自己被判有罪。

因此，在社區及企業宣導，篩選出可能的高危族群，並適時轉介給醫療專業人員做妥當處置及積極關懷，相當重要。

5) 自殺企圖者

多數研究都證實先前之自殺企圖為自殺死亡的重要預測因子(Hall, O' Brien, Stark, Pelosi, Smith, 1 ; Hawton et al., 2003; Ostamo &

Lönnqvist, 2001; Wilcox & Anthony, 2004)，因此在防治之議題上，曾經有自殺企圖者為相當重要之族群(Beautrais, 2001)。根據過去研究(Buglass & Horton, 2014)，曾自殺企圖者在往後一年之自殺身亡為 1%，是一般人口群的 100 倍。之後的幾年，自殺率雖會下降，但仍較一般人口群為高，直到八年後才與一般人口群相當。故針對高危險自殺企圖個案，積極強化追蹤關懷訪視，篩選辨認出高自殺意念個案進行關懷及轉介。

6) 青少年

青少年的自殺率在美國正急劇增加，但仍遠低於成人的自殺率。一些估計指出，至少 40% 的青少年，曾有過一次的自意念，因年輕人很少因其他原因死亡，故 103 年自殺被列為 15-24 歲的第二大死亡原因。

根據衛生福利部 2014 年各年齡層主要死亡原因的統計資料分析，自殺位居 15-24 歲的青年族群十大死因之第二位。顯見我國青少年族群的自殺防治工作更是刻不容緩。

晚近已有一些研究指出以簡短的篩檢工具檢視自殺危險因子(如憂鬱症狀、過去／現在的自殺意念或自殺企圖等)，有助於早期發現需要幫助的成年個案(如 40-64 歲中年人)，以利後續的憂鬱症處置及自殺防治(Oyama & Sakashita, 2014)，這個做法對於某些年輕族群而言，亦可發揮極大的成效，以美國青少年為例，具有自殺意念且認真考慮自殺的青少年比例高達五分之一，曾經嘗試自我傷害或自殺的青少年占 5-10% (Gould et al., 2003; Hawton et al., 2012)，但青少年求助的比例卻是極低，且大多數青少年求助的對象為朋友或父母，大約僅兩成的 16-24 歲青少年願意求助於醫療協助(Biddle et al., 2004)，然而，更多處在自殺危機中的青少年是潛藏在冰山一角下的危險族群，其生物、心理、家庭、學校、社會、文化層面交互作用之影響不容忽視。因此，在學校中選擇合適的時機與情境進行自殺危險性篩檢，可以主動發現一些具有高風險的青少年，篩選出高自殺意念的青少年，進一步給予關懷並建立同盟關係，後續須掌握可得資源，形成個人、家庭、學校間之連結網絡共同討論處置、照護和醫療介入之對策。

結合大學校園心理輔導資源與地方醫療單位，運用精神醫療資源整合的優勢，強化學校輔導資源的功能與敏感度，落實公共衛生三段五級的預防模式，期望能早期發現自殺高風險的學生，即時提供關懷與協助。

7) 老年人

老年人的自殺率上升。美國，自殺率最高的是 50 歲以上的男性白人。我國歷年老人自殺死亡率均高於其他年齡層，並從 84 年每十萬人口 25.6 人，上升到 95 年的最高峰每十萬人口 39.3 人，而後一路下降至 103 年的每十萬人口 31.3 人。根據衛生福利部統計資料，我國 65 歲以上人口自殺率遠高於美國、德國、英國、義大利；在亞洲國家方面，亦高於日本、新加坡及澳洲，僅低於韓國。我國老人自殺問題的特性，包括自殺死亡率為各年齡層中最高；老人隨著年齡增加，自殺死亡率也升高。有研究顯示老人自殺的意願較年輕人強、男性老人自殺死亡率遠高於女性。歷年來，自殺身亡的老人有 90% 以上是殘障、久病或老衰。有超過 30% 的自殺老人的配偶已經去世，且比例有逐年升高趨勢。我國社區老人的憂鬱症盛行率為 16 % 到 25 %；住院或住在安養機構的老人，重度憂鬱症的比例可達 12%，而憂鬱症與自殺之危險性有相當之關聯性(江等, 2006)。

對於老年人自殺相關行為個案的研究發現，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。

根據一項 50 年代的研究發現，約有 75% 的老年蓄意自傷個案具有較敏感、易焦慮、強迫性與依賴性人格特質，但是後續關於人格特質的研究卻較為缺乏。不過近年來的研究發現，老年蓄意自傷的個案與年輕蓄意自傷的個案，相較人格疾患的共病性較少。而關於人格特質與蓄意自傷間的關係，仍有待未來的研究。

相較於其他因素，社會因素與老年蓄意自傷行為間關係的研究有較多的發現；其中，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，研究發現是與老年蓄意自傷相關的社會因素。

許多研究對慢性疾患與老年蓄意自傷行為間關係的結果並不一致。但是許多蓄意自傷的老年個案的確有一些未接受治療的身體疾病。

綜合許多研究發現，社會關係較孤立或社會網絡資源較薄弱的老年人較易出現自殺行為；許多質性研究也發現，主觀的孤獨感與無助、無望感，常常與老年人的自殺行為緊密相連。但是，單一社會事件或壓力事件所引起的孤獨感與無助感，卻有極大的個別差異；即使如此，其他相關研究發現，配偶去世對男性老年人所引起的悲慟反應最為嚴重，尤其在女性配偶死亡一年內，男性老年人的自殺企圖與死亡率最高。

退休常常讓老年人有失落感，並容易出現自尊降低或生活目標頓失的情形，但退休並不一定讓自殺比率升高；更詳細的研究發現，經濟能力喪失與貧窮，及其可能的相關原因，如退休以及憂鬱症狀與身體疾病，可能是與自殺行為較主要相關的因素。

所以若在老年期出現與老年人的主觀或客觀的失落感有關的社會與經濟事件，例如喪偶、喪子、巨大的經濟困難等等，且這些事件引起老年人的孤獨感與無望及無助感時，都需要注意老年人是否出現死亡或自殺意念，以標準化實徵量表進行高自殺意念之篩選與介入關懷。

3. 自殺危險性評估

大部份自殺死亡個案都是有計劃的，且都是有跡可循的，據統計自殺者當中三分之二曾表達過自殺意念，三分之一曾有明顯的自殺的企圖。

運用結構性工具進行自殺危險性篩檢(Suicide risk screening)的防治策略對於未受過心理衛生專業訓練的臨床人員來說，提供了一個客觀且基本的臨床評估指標與架構，其結果亦為評定個案自殺風險層級的參考(Ellis, 2012)。篩檢工具對於自殺個案處置經驗不多的基層醫療與精神科醫護人員來說，可於短時間內提供有關個案自殺危險性的基本評估，作為處置上的參考。目前文獻對於自殺篩檢的成效尚無定論(Gaynes et al., 2004)，但以風險篩檢的概念輔以簡短有效的工具，將有助於進行基層醫療體系中的高危險群個案辨識、追蹤及自殺防治工作(Bech et al., 2001; Lish et al., 1996)。

風險評估的主旨，在於早期篩檢找出具有相對高風險或處於心理困擾的個案，及時介入提供關懷並予轉介，以利安排合適的精神衛生與醫療處置，這樣的觀念在社區、學校或對於一些重點族群來說，特別重要，因為多數具有自殺企圖或自我傷害的個案並未進入醫療系統，願意就醫者只是冰山一角，一些個案可能具有高度自殺風險但尚未被外界所發現，倘若社會大眾或基層醫療人員能發揮自殺守門人的精神，進而經訓練可使用簡單的自殺危險性篩檢工具評估個案風險，主動發現、辨識、回應及轉介高危險個案至合適的精神醫療服務，將有助於早期發現心理健康問題、精神疾病或自殺風險，進一步降低自殺行為發生的可能性。

一般而言，自殺防治具體實施方案中，篩檢高危險個案的流程包括 2 個階段，第一階段使用簡短和有效的篩選工具區辨出符合標準的個案。第二階段是針對符合第一階段標準的個案進行進一步的評估或轉介健康照護專

業人員(Glascoe et al., 1997)。雖然過去學者已發展許多的篩檢工具(如：SSI-C、BHS)，但其切割點分數多針對特定的年齡層及母群(Shaffer et al., 2004; Reynodls, 1999)，在實務的使用上帶來許多的限制。

1) 自殺危險性評估量表

(1) 簡式健康量表(The 5-item Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)

自殺是多重原因及多面向的，但最終結局一定導致當事人之精神困擾，因此精神症狀或心理困擾最重度的評量，往往是自殺風險評估的基礎架構。為幫助一般民眾迅即了解個人的心理照護需求，自殺防治中心從 95 年起積極推動信效度良好之精神症狀篩檢表—「簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)」(Lee et al, 2003)。請見表 5.2.1 心情溫度計(簡式健康量表)。並在 104 年推出修改版(The Revised BSRS-5, or BSRS-5R)。

簡式健康量表(BSRS-5)(別名：心情溫度計)發展用以篩選區辨心理疾患與健康個體的工具(Lee et al., 2003)，為符合時間或資源上的限制，BSRS-5 只有五題，可用於廣大的族群，如：社區民眾，一般醫療個人和精神疾病患者。BSRS-5 評估五大症狀，包括：焦慮、憂鬱、敵意、人際敏感度／自卑和失眠。以 ROC 曲線分析，其針對精神疾患的切結分數為 6 分以上(Chen et al., 2005)。同樣地，BSRS-5 也是一個有效篩選出有自殺意念的住院病人、一般醫療個人及社區民眾(Lung & Lee, 2008)，BSRS-5 包括五題症狀之題組，以高於或等於六分作為常見精神疾患(common mental disorders, CMD, 如失眠症、焦慮症與憂鬱症等)篩檢之切割點。根據國內外之研究報告，綜合醫院的住院病人常合併精神疾患，盛行率高達 30%；其中最常見因生理性疾病所引起的情緒問題是焦慮、憂鬱與失眠。住院病人如合併精神疾患，常會導致延長住院期間，也易影響醫病關係。任何身心疾患如未妥善處理也易導致無助無望及憂鬱症，甚者引發自殺行為。為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，自殺防治中心提供 BSRS-5 評量表給相關醫療機構使用，以利醫護人員清楚地掌握住院病人的心理狀態及其照護需求(李明濱等人, 2006)。BSRS-5 也同樣能有效藉由五大症狀評估病人的自殺意念程度(Lee et al., 2003)。

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。

表 5-2-1、心情溫度計(簡式健康量表)

說明：簡式健康量表(BSRS-5)是由臺大李明濱教授等人所發展，能夠有效偵測個人的心理照護需求，主要在幫助個人快速瞭解自己的身心健康狀態。

本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	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

BSRS-5每題評分為0-4分，根據受訪者的個人狀態自我評量或經由訪談進行填寫，1-5題總分為0~20分，依據得分針對情緒困擾度可分為幾個等級：

- 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(BSR5-5)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(BSR5-5)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。

(2) 簡明心理健康篩檢表 (Concise Mental Health Checklist , CMHC)

簡明心理健康篩檢表(CMHC)內容是由前述之簡式健康量表修改版(BSR5-5R)以及中文版悲傷的人(The Chinese SAD PERSONS Scale, CSPA)兩個量表所組成，總計共 16 題， BSR5-5R 的部分共 6 題，改以是非題篩檢五大症狀的嚴重程度是否造成重大困擾；悲傷的人(CSPA)原始量表為 10 題，經本中心之效度研究檢驗後改為 9 題(基於可行性與信效度考量，刪除一題詢問個案是否曾經驗到幻覺、妄想等非理性思考與感受)。中心研究初步發現 CMHC 於社區及臨床情境皆具備一定的適用性與可行性，除面談方式外，亦可由受訪者自行填答，因此可用在門診、住院、急診等不同情境之病患評估。

BSR5-5R 因題數少，填寫時間短，解釋容易，在使用者上限制少為其主要之優點。量表原先採用五點計分方式，依其症狀程度勾選目前處於 0-4 分中的哪個程度，情況越嚴重則所對應之分數越高。但原先的評分方式可能較不利於第一線人員做初步簡單的評估，故於此將其更改為較便利之二分方式，藉此以利社區或臨床第一線人員在篩檢時較方便使用。量表中未包含有關身體症狀之問句，可避免生理症狀對試測結果之影響。量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題是否使您感到困擾或苦惱，題目類型包含五題有關症狀的問題及一題自殺意念題項(附加題)，除附加題不列入計外，剩餘題項答是者為 1 分，否者不計分，量表滿分為 5 分，以 4 分做為篩檢之切分點，超過 4 分即可算是精神疾病(如憂鬱症或焦慮症)及自殺意念高危險族群。

CSPA 量表乃一份藉由填答者的過去生活經驗為依據之自殺危險性評估量表，其主要目的為瞭解個案是否存有較高的再自傷風險。題目內容主要涵蓋兩大部分，分別為基本變項(性別、婚姻狀態、年齡)以及自殺風險。在自殺風險的部分，包含是否曾有自傷行為、是否曾因自傷而送醫治療、未來自殺意圖、是否曾因心理疾病而求醫、藥酒問題、心理支持面向。計

分方式在基本變項的部分，將男性、分居／離婚／喪偶者以及年齡大於 45 歲或小於 19 歲者，各計為 1 分，非上述所述者則不列入計分。在自殺風險的部分，除附加題不列入計分，其餘六題皆列入計分，答是者為 1 分，否者不計分。滿分為 9 分，5 分為篩檢之切分點，若超過 5 分即可算自殺高危險族群。

目前 CMHC 採兩個量表分開計分、分別評值的方式提供醫護人員判斷個案是否存在精神病理問題與自殺風險的依據，也就是說，中文版悲傷的人(CSPS)大於或等於 5 分或簡式健康量表修改版(BSRS-5R)大於或等於 4 分，均可視為自殺高危險群，中心的臨床前驅研究結果指出一般求醫者中，大約有 20% 屬於該族群，宜轉介精神專科醫師評估患者的身心健康問題是否需進一步處置。若兩分量表均超過切分點，表示個案為相對高危險族群；若任一量表大於切分點，亦符合需進一步由專業醫療評估的標準。兩個量表的高危險群在意義的解讀上有所差異，由於 CSPS 主要評估內容是整體的個人經驗與常態性的行為表現或感受，分數過高可解讀為個案的整體自殺風險越高、越可能出現(再)自殺或自傷行為；而 BSRS-5R 因關注個案近期(七天)內的精神症狀，分數過高的個案可解讀為常見精神疾病及自殺意念的高危險群。

表 5-2-2、簡明心理健康篩檢表

Concise Mental Health Checklist (CMHC)

自填 訪談 (填寫日期: _____年 _____月 _____日)

題項		自評內容	選項	
基本資料	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他(自填) _____		
	年齡	實歲: _____		
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 分居/離婚或喪偶 <input type="checkbox"/> 其他		
最近一週內(包括今天)，您是否有下列情形:				
1	睡眠困難	你會因難以入睡、易醒或早醒等睡眠困難感到困擾	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2	緊張不安	你會因緊張不安，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3	苦惱動怒	你會因苦惱或動怒，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	自卑感	你會因覺得比不上別人，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5	情緒低落	你會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6	近期自殺意念	你最近一週會因自殺(想結束生命*)的想法感到困擾	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
請依您過去的生活經驗，回答下列問題:				
7	終生自殺意念	你過去曾經很認真的想過要自殺(結束生命)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8	曾有自傷行為	你曾經傷害過自己或自殺(結束生命)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
9	曾嚴重自傷而治療	你曾因嚴重的自我傷害或自殺，送醫治療	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
10	未來自殺意圖	你(仍)會想著「未來要自殺」	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
11	心理疾病求醫	你曾經罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
12	藥酒問題	你曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
13	心理支持	過去在你情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

* 本表若採面談方式進行，可考慮用「結束生命」代替「自殺」。

掌握有效、簡短、容易執行的自殺危險性篩檢評估，是一個值得考慮的自殺防治策略，文獻指出評估項目包括基本人口學資料、憂鬱症狀、物質／酒精濫用、過去自殺企圖、自卑感、社會孤立性等層面，這些都是重要的自殺危險因子，而上述量表為不同情境下的自殺危險性篩檢量表(Wu et al., 2014)。此外，和篩檢評估同等重要的議題，是評估者與個案的治療性關係以及完成評估後的後續處置問題，詢問自殺相關問題時需藉由治療同盟(therapeutic alliance)和個案保持良好的互動，以形成初步及彈性的治療計畫(Richman, 1993)，評估者亦需藉由專業溝通技巧，於評估時同步傾聽、同理個案的經歷與感受，秉持著尊重、行善、不傷害等倫理原則以利關係建立及持續追蹤管理或治療。

2) 自殺危險性的評估

(1) 自殺危險性評估原則

a. 一般性原則

- a) 自殺危險性評估有其不確定性，應保守評估。
- b) 要將所有自殺威脅視為是認真的。
- c) 要在支持性的氣氛下，以同理的技巧，探詢病人的自殺問題。
- d) 家人或朋友的資料提供也是很重要的。
- e) 在未評估清楚前，儘可能將病人作安全的安置，持續評估。
- f) 對長期憂鬱的病人突然恢復，仍要探詢其自殺問題；因可能是計劃好自殺的前兆。

b. 特定性因素的評估

可分為自殺行為前、自殺行為及自殺獲救後的因素進行討論：

a) 自殺行為前的因素：

(a) 人口學因素：

- 年齡-年紀大的自殺危險性高，特別是老人。
- 性別-男性自殺致死危險性較高。
- 婚姻狀態-未婚或鰥寡者危險性高。
- 職業-無業者較高。
- 居住狀態-獨居者較高。

(b) 之前有自殺行為者，危險性較高。

(c) 有嚴重的身體疾病者，如慢性無法治癒的疾病、末期病人等，自殺危險性高。

(d) 有精神科疾病者，特別是憂鬱症、酒癮、物質濫用及思覺失調症，其

自殺危險性很高。

b) 對自殺行為的評估：

這方面的評估主要來自與病人及其親友的會談中，了解這次自殺行為的動機、計畫、行為及如何獲救等過程作綜合判斷。包括：

- (a) 自殺意念的強弱(以 BSRS-5 及 CMHC 進行評估)。
- (b) 選擇方法的致命性：選擇的方法越致命，危險性越高，但要考慮病人的主觀認定，例如從未用過安眠藥，不識字的老太太採用吃 10 顆安眠藥自殺的方法，病人認定一定會自殺成功，與一個醫學知識豐富的醫學生採取同樣的方法，前者的自殺危險性不可輕忽。
- (c) 計畫的周詳性：可由病人如何動念要自殺，及準備自殺的過程來評估。
- (d) 自殺行為的衝動性：若為精神病的病人，自殺行為的發生越具衝動性，越不可預測，其自殺危險性越高。
- (e) 是否留有遺書：有留遺書的危險性較高。
- (f) 是否容易獲救：病人採取自殺行為的過程，是否容易為人發現或刻意避開可能的獲救機會。
- (g) 無望感或無助感：對危機的無望感及無助感愈重，自殺的危險性愈高。

c) 自殺獲救後的評估因素：

- (a) 自殺的幻想：病人採取自殺的方式來解決問題，常存有所謂對自殺的幻想，認為自殺可以解決一切，可以與死去的人團聚，可以報復所恨的人，可以不拖累別人，自己的過錯可以得到原諒，可以不讓自己的生命留下污點等非理性的想法。自殺獲救後，病人對此類想法的堅持度，是否有其他較合理的想法出現，是影響其再自殺的因素。
- (b) 自殺所欲解決的問題是否有其他解決方式：個案經歷自殺過程後，對自己的危機是否有重新的看法，經過危機處理，社會支持系統重新驅動後，是否有新的解決方式。
- (c) 自殺獲救後的精神狀態：是否仍處於激動狀態，嚴重的精神病狀態或憂鬱無望的狀態下，或是情緒得到平復，無望感得以紓解。
- (d) 精神科疾病的嚴重性。
- (e) 是否有詳細的未來計畫。

c. 自殺病人的處置

最重要的是危險性的評估，進行危機處理，進一步決定適當的安置，例如住院與否、需不需要強制治療等決定。萬一已有自殺企圖，而卻不符合強制住院的標準，仍需更加以關懷同理的態度，強化溝通，讓個案瞭解

並接受住院的重要性與意義。

(2) 特定族群自殺危險性評估

a. 憂鬱疾患的自殺危險性評估

a) 憂鬱疾患特定性因素的評估

- (a) 憂鬱情緒
- (b) 無望感
- (c) 無助感
- (d) 罪惡感
- (e) 沒興趣
- (f) 低自尊
- (g) 同時罹患各種不同的精神疾病
- (h) 同時罹患身體疾病
- (i) 報章雜誌或新聞臺會渲染某名人自殺的新聞

b) 憂鬱疾患可能的自殺警訊如下：

- (a) 語言方面-藉由話語、文章、日記等，表現出想死的念頭、常以死亡為話題或表示告別等。
- (b) 心情方面：情緒低落，覺得絕望、無助、孤寂等或突然情緒變化，例如嚴重憂鬱症者突然變為活潑開朗。
- (c) 想法方面：我什麼都做不好、我沒有用、只要我消失，所有問題就會結束、沒有人能幫我。行為方面：突然的、明顯的行為改變，如立遺囑、放棄財產、由開朗變退縮、與家人或外界關係變的疏離、淡漠、常獨自在頂樓、海邊等危險地方徘徊。有些自殺會留下遺書，內容包括要求原諒、譴責別人。
- (d) 外表方面：睡眠與飲食狀況混亂、表情淡漠、注意力不集中、情緒不穩、有憂鬱的徵兆。

覺察出現這些警訊之憂鬱疾患，以標準化實徵量表進行高自殺意念之篩檢與介入關懷(如 BSRS-5 及 CMHC)。

b. 人格違常的自殺危險性評估

人格違常特定性因素的評估：

- a) 負面的生活事件，例如最近失落、分離，在非意願下出院者；
- b) 社會支持少，例如失業、獨居、家族有高的自殺率者。
- c) 其他例如：容易接觸到自殺管道者、高學歷、無助感、憂鬱情緒、身體健康差、物質濫用、犯罪行為、以前有自殺企圖、解雇、退休、多

次住院者。

以上因素比較容易引發自殺行為。故仍需以標準化實徵量表進行高自殺意念之篩選與介入關懷。

c. 物質使用障礙症的自殺危險性評估

物質使用障礙症特定性因素的評估：

- a) 曾發生過自殺行為
- b) 酒癮末期
- c) 憂鬱
- d) 絕望感
- e) 過去較多自殺企圖
- f) 神經質
- g) 情感性疾病
- h) 老年
- i) 年輕且大量飲酒者
- j) 男性
- k) 經濟及婚姻狀況不佳
- l) 來自破碎家庭
- m) 容易自責
- n) 與母親連結深
- o) 身體健康還不錯
- p) 被雙親以外的人帶大
- q) 較多親屬具有精神疾病
- r) 同時濫用酒精
- s) 非靜脈方式濫用藥物
- t) 以及多次犯罪入獄等

以上因素比較容易引發自殺行為。故以標準化實徵量表進行高自殺意念之篩選與介入關懷。

d. 思覺失調症疾患的自殺危險性評估

思覺失調症病患之特定性因素的評估：

- a) 過去曾有自殺企圖病史
- b) 出院後的初期
- c) 明顯憂鬱症狀
- d) 無業狀況

- e) 罪惡感
- f) 激動
- g) 住院次數超過三次以上
- h) 男性
- i) 單身
- j) 獨居
- k) 慢性化重複發病
- l) 自殺之家族史
- m) 過去有衝動行為
- n) 對治療抱負面態度
- o) 高智商與高教育水準

針對具以上部分特質之思覺失調症患者，以標準化實徵量表進行高自殺意念之篩選與介入關懷。

e. 身體疾病的自殺危險性評估

身體疾病之特定性因素的評估：

- a) 神經系統疾病(癲癇、脊髓或頭部損傷和中風)
- b) 癌症
- c) 愛滋病毒帶原／後天免疫不全症候群
- d) 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)
- e) 行動、視力、聽力方面障礙

f. 重大生活壓力者的自殺危險性評估

自殺是多重原因造成的，失業帶來的情緒失落，若無法及時排解，可能導致自殺意念的產生，此時，若合併有其他原因，可能造成自殺行為的發生，因此了解自殺的危險因子與自殺的危險信號，可以幫助我們免於自殺的威脅。

根據統計，身處在下列情境或狀況的人比一般人容易有自殺風險，若自身有相似境遇，也可每週使用心情溫度計量測情緒困擾程度，做好自我保護：

- a) 與自殺相關的個人因子及社會因子：
 - (a) 精神疾病(憂鬱症、酒癮及人格疾患)

- (b) 生理疾病(慢性疾病末期、疼痛、AIDS)
 - (c) 曾經嘗試自殺者
 - (d) 家族自殺史、酒癮史或精神病史
 - (e) 離婚、鰥寡或單身
 - (f) 獨居／社交孤立
 - (g) 無業或退休
 - (h) 童年經歷悲慟
- b) 接受精神科治療後，若有下列情形也會增加自殺的危險性：
- (a) 剛從醫院出院，從一個無壓力空間，回歸現實環境，其
 - (b) 中的變化，可能影響身心狀況，再次提高自殺危險性
 - (c) 曾嘗試自殺未遂者
- c) 大部份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，常見會增加自殺危險性的生活壓力事件有：
- (a) 人際關係問題。例如：和配偶、家人、朋友或情人吵架
 - (b) 被重要的人拒絕
 - (c) 婚姻觸礁、分居
 - (d) 工作或財務狀況出問題。例如：失去工作、退休、欠債
 - (e) 悲慟。例如：喪親
 - (f) 其他壓力源。例如：羞辱、擔心自己被發現是有罪的
- g. 青少年的自殺危險性評估

下列認知模式與人格特質，和企圖自殺或自殺身亡的風險相關(通常合併精神疾病)，但這些特點在一般青少年也是常見的特性，因此用這些特點來預測自殺的效果往往有其限度：

- a) 情緒不穩定，容易衝動、易怒
- b) 憤怒或好鬥的行為
- c) 反社會行為
- d) 衝動暴力(acting out)的行為
- e) 僵化的思考模式及調適方法
- f) 遇到困難時，解決問題的能力不佳
- g) 掌握現實有困難
- h) 有生活在幻想世界的傾向
- i) 崇高偉大的幻想交替著無價值感
- j) 總是感到失望

- k) 焦慮，特別是關注在身體的病痛或輕微的失望
- l) 自以為是
- m) 刻意表現出優越感來掩飾自己的自卑感及不確定感，摒除或排斥來自同學、成人甚至是父母的關懷

針對具以上部分特質之青少年，以標準化實徵量表進行高自殺意念之篩選與介入關懷。

h. 老人的自殺危險性評估

綜合許多研究，下列是常見的老年人自殺相關行為之高危險群：

- a) 精神疾患(重度憂鬱症、老年期妄想症、器質性腦病變、衝動性控制異常、酒精與物質濫用相關疾患等精神疾病)
- b) 人格疾患(較敏感、易焦慮、強迫性與依賴性人格特質)
- c) 身體疾病 (慢性疾患)
- d) 社會性因素(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、退休、配偶死亡)

i. 女性的自殺危險性評估

自殺危險性增加的因素包括：

- a) 男性自殺死亡者比女性多，但女性有較多自殺嘗試
- b) 離婚者>單身或鰥寡>已婚成人
- c) 無子女者>有子女者
- d) 近期有親人過世者
- e) 既往有自殺或自傷史者
- f) 喪偶
- g) 失業
- h) 罹患精神疾病者，物質濫用者
- i) 低社經地位
- j) 離群索居者
- k) 落寞與孤寂感增加
- l) 罹患絕症，例如：癌症、愛滋病等
- m) 久病不癒、受盡折磨者，疾病造成行動不便、外貌受損或長期病痛
- n) 人格特質：衝動、無法預期、不穩定、易感挫折

自殺強度評估的內容包括：

- a) 自殺意念出現的頻率
 - b) 出現自殺意念多久
 - c) 曾尋求幫忙嗎？
 - d) 自殺行為或計畫之致命性
 - e) 自殺計畫之具體性，瞭解有關自殺的細節
 - f) 耗時多久來預備自殺，是深思熟慮或是一時衝動而為
 - g) 目前自殺計劃進行的程度及狀況
 - h) 是否曾想到他人的感受
 - i) 什麼是支持個案自殺的理由
 - j) 想過用什麼方式自殺嗎？手槍？上吊？割腕？跳樓？服毒？開瓦斯？
(逐一探詢)
 - k) 自殺前做了什麼事？(打電話、留遺書、交代後事、)
 - l) 為何沒有執行或終止自殺行為？
 - m) 事後對自殺經驗的省思，勇敢或衝動；明智或愚蠢；解脫或逃避？
 - n) 經由與個案分擔苦痛的經驗，使個案能宣洩深深壓抑的感情。除非覺得已有清楚的評估，否則絕不能因個案閃躲或轉移話題而輕言放棄，可多使用「還有呢？」、「說說看嘛！」等語句。
- j. 自殺危險信號

研究發現，41%的自殺身亡者在其自殺之前，會透露想要輕生的訊息，而 69%的人在想要自殺的時候，則是會發出求救信號，當我們感受到自身或親友的身心狀態產生以下變化，可以積極求助，尋求專業支持：

- a) 憂鬱、心情低落
- b) 退縮的行為，無法與家人及朋友相處
- c) 酗酒
- d) 異常緊張不安
- e) 出現易怒、悲觀、或無感情等的人格改變
- f) 飲食或睡眠的突然改變
- g) 自我憎恨，感到自責、無價值或羞愧
- h) 強烈感受孤獨、無助或無望的感覺
- i) 突然想要收拾個人事物或立遺囑等
- j) 傳遞自殺意念的訊息、規劃自殺計劃
- k) 曾嘗試自殺行為
- l) 反覆提到死亡或自殺

4. 自殺意念高危險群來源

針對前文描述之自殺高危險群，執行自殺性評估，符合高自殺意念個案提供必要之關懷與追蹤或處置。目前就實務現況而言，此一高危險族群，可能來自於下面幾個場域：

1) 原自殺企圖者通報關懷個案：

個案已有企圖，並通報在案。關訪員在未來訪視關懷中應持續評估自殺危險性。有高危險性，則依下文所提進行關懷與處置。

2) 非自殺企圖而有高自殺意念經通報至衛生單位在案之個案：

其主要來源依目前現況，主要來自基層醫療單位醫師、處理家暴施暴之相關局處同仁之轉介與通報。

3) 精神科門診及日間復健病房：

精神疾病患者發生自殺相關之行為的機率比一般民衆高，住院治療的憂鬱症患者中，多達 15%最終可能會自殺身亡(Angst et al., 2002)。研究者發現企圖自殺的人，半數以上在行動時是憂鬱的(CDC, 2006)。針對住院思覺失調症病患之自殺行為分析顯示，曾有自殺行為者之死亡危險性，是沒有自殺行為者之 4.3 倍。10-12%的思覺失調症住院個案最終自殺身亡(Angst et al., 2002; Roy, 1982)。故相關專業人員需積極在精神科門診及日間照護單位等場域，篩選高自殺意念之精神疾病患者。

研究指出 BSR5-5 能有效運用在精神科門診及日間照護單位中，用以篩選高自殺意念者(Wu et al., 2015; Lung et al., 2008)。

4) 一般健康檢查及一般醫療機構：

在求助一般醫療機構的個案中，有 25%存有自殺意念及自殺未遂(Druss & Pincus, 2000)，但少於一半的一般科醫師有接受自殺危險性評估訓練(Bajaj et al., 2008)。故應加強相關專業人員之訓練，在一般健康檢查及一般醫療機構中場域，篩選高自殺意念之個案。

研究者指出 BSR5-5 能有效運用在一般醫療機構中，用以篩選高自殺意念者(Wu et al., 2015; Lung et al., 2008)。

多數研究都證實先前之自殺未遂為自殺死亡的重要預測因子(Hall, O'Brien, Stark, Pelosi, Smith, 1; Hawton et al., 2003; Ostamo &

Lönnqvist, 2001; Wilcox & Anthony, 2004), Chandrasekaran & Gnanaselane(2008)指出 2 年內 23%自殺未遂者重覆自殺。自殺未遂者在未來的 3 年內，有 20-40%會反覆嘗試自殺 (Rygnestad, 1988; Brauns & Berzewski, 1988; Johnsson et al., 1996)。

5) 校園學生健康篩檢：

針對大專院校學生，Arria 等人(2009)研究顯示，有 6%的大學新生存在自殺意念。我國大學生的自殺意念比例為 23.5%(劉安直, 1992)。

針對國高中學生之心理健康篩檢，根據 2014 年臺灣衛生福利部統計處報告顯示，自殺死亡為 15-24 歲死亡主要原因的第 2 位，陳文卿(1997)研究顯示 29.8%的青少年在近半中出現自殺意念，顯見我國青少年族群的自殺防治工作更是刻不容緩。

6) 老人健檢及老人相關機構：

歷年來，臺灣老人自殺死亡率均高於其他年齡層。有研究顯示老人自殺的意願較年輕人強、男性老人自殺死亡率遠高於女性。而自殺身亡的老人有 90%以上是殘障、久病或老衰。有超過 30%的自殺老人的配偶已經去世，且比例有逐年升高趨勢(江等, 2006)。故老人健檢及老人相關之醫療衛生機構中，針對就診老人，特別是合併多重慢性身體疾病及疼痛之病人，更應以相關量表，如 BSRS-5R(簡式健康量表修改版)進行自殺意念之篩檢、辨識可能之老人自殺危險因子，並適時轉介給醫療專業人員做妥當處置及積極關懷。

7) 企業職場及一般民衆：

由於自殺意念與自殺未遂及自殺死亡息息相關，最理想的情況是針對社會民衆進行大規模的篩選，Borge 等人(2008)提出在 10 年追蹤中有 6.2%的一般大眾會出現自殺意念。Wu 等人(2015)提出 BSRS-5R 能有效運用在一般民衆以篩選自殺意念高危險群。許多自殺的個案不願與他人分享其自殺的意念及尋求協助，在美國，三分之二自殺死亡的個案在自殺前一年並沒接受相關心理健康服務(Luoma et al., 2002)。Deane 等人(2001)研究指出，自殺意念程度與尋求協助行為為負相關，也就是說自殺意念程度越高的個案，反而越不會主動尋求協助。Chang 等(2013)分析全國健保資料庫亦發現自殺身亡者於生前求醫之比例相當高。故積極在企業職場或廣泛的社區場域，針對一般民眾推廣心情溫度計的手機應用程式 APP 自我檢測，

對疑似高危個案進行篩選，有助於自我覺察精神症狀與自殺風險，由守門人積極主動進行關懷，對預防自殺計畫及自殺行為尤其重要。

5. 關懷訪視流程

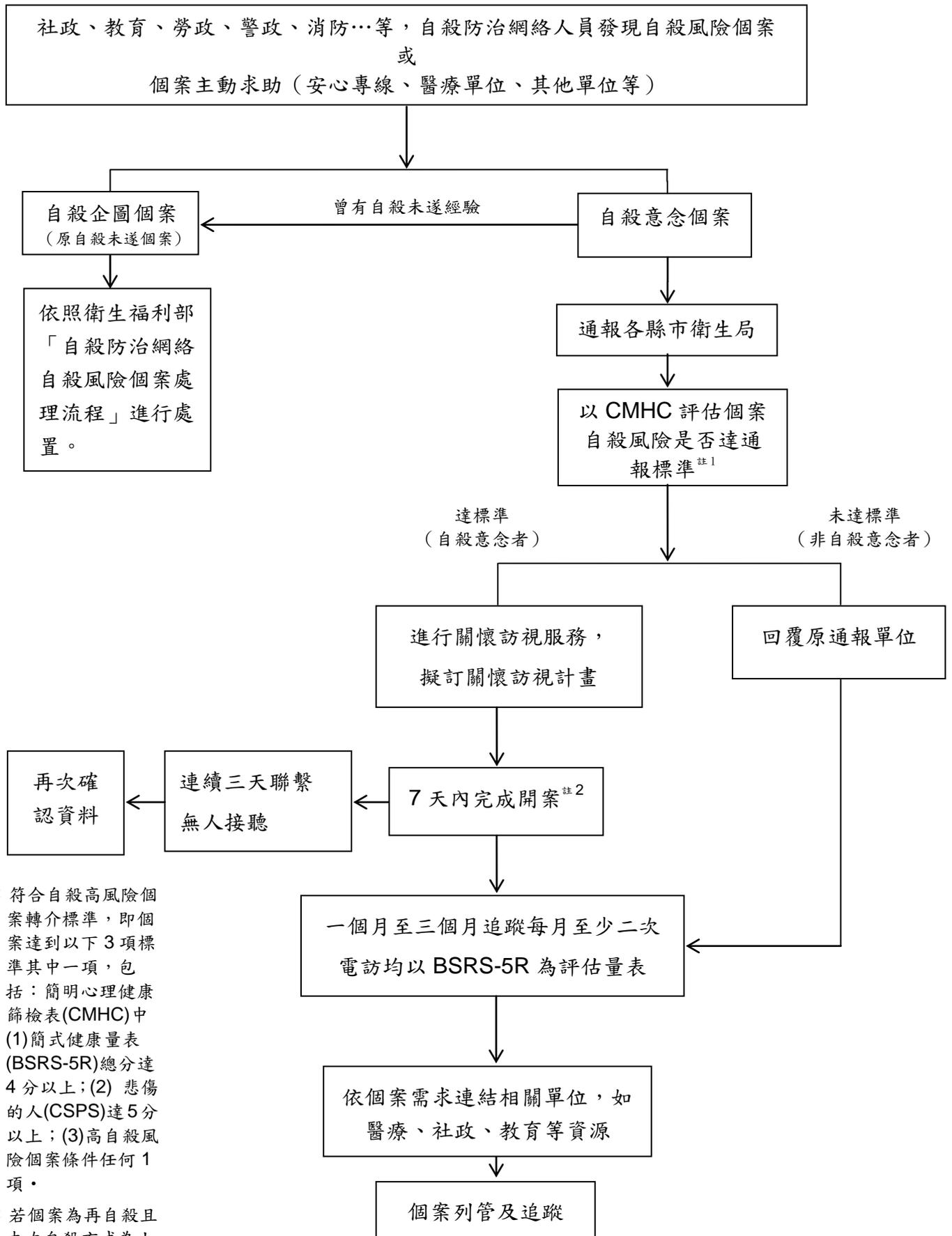
中心多年來與各地衛生局維持著密切合作關係，也瞭解各縣市衛生局在自殺防治方面有其因地制宜之策略。而在今年度縣市訪查中，中心特針對衛生局處理「自殺意念」個案之流程詳細瞭解，發現縣市間之處置方式及後續關懷皆不相同。

因此，高自殺意念關懷訪視流程試辦之第一階段，中心先進行意見調查，並彙整透過縣市訪查中所收集之相關資料，接著召開專家會議，針對8月份撰寫的「高自殺意念關懷訪視流程(草)」進行修改，並草案流程寄送給全臺各縣市衛生局，請其針對流程圖(圖 5.2.1)每一步驟之可行性並給予建議。需評估之步驟共9個，各步驟詳細描述如下：

1) 關懷訪視作業程序

- (1) 察覺高自殺意念個案，主要透過CMHC(綜合BSRS-5R以及CSPS)篩檢，篩選出高危險群，如在精神科、一般健康檢查、學校新生入學檢查、企業職場健康檢查等，若發現高自殺意念個案，立即通報予關懷單位。
- (2) 在醫院精神科或是其他科別，也會有察覺自己非常憂鬱、有自殺想法、甚至主動求助之個案，在使用BSRS-5檢測心情溫度後，視情況轉介予關懷單位。
- (3) 各級機關在通報前，須先評估個案是否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：CMHC中
 - a. 簡式健康量表修改版(BSRS-5R)總分達4分以上
 - b. 中文版悲傷的人(CSPS)達5分以上
 - c. 高自殺風險個案條件任何1項。
- (4) 高自殺風險個案條件如下：
 - a. 再自殺個案
 - b. 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
 - c. 個案陳述有具體自殺計畫(包含明確的時間與自殺方式)
 - d. 65歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人。

- (5) 各縣市自殺企圖之通報關懷訪視員(以下簡稱關訪員)，在接到衛生局或其他相關單位之高自殺意念個案通報後，首先須於自殺防治通報系統建立個案資料，評估是否符合高自殺意念開案標準。若符合，即進行後續開案(由衛生局立即派予關訪員進行個案關懷服務)。若未符合開案標準，即回覆通報單位。
- (6) 關訪員在接獲通報的三天內要進行初次關懷-電訪，一週內完成開案，並寄出關懷信。在進行電話訪談時，若電話號碼錯誤或電話連續三天聯繫皆無人接聽(於上班時間不同時段連續3次去電，且於非上班時間去電2次)，請再次與通報單位確認個案電話及地址，以能聯繫到個案為原則。應於7個工作日內完成開案訪視及個案管理工作。
- (7) 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，須於24小時內進行初次關懷。如遇個案具危險性及急迫性須緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整。
- (8) 自殺關訪員提供關懷訪視服務時，需依規定利用BSRS-5及CMHC(初訪者)評估精神困擾程度、自殺風險、與心理社會需求(近期壓力事件、支持系統等)，並擬訂關懷處遇計畫，連結及轉介其他服務資源，針對高度風險需就醫者，須確認就醫情況，未就醫者，需促其就醫或必要時強制等。
- (9) 依照個案自殺風險及受訪意願評估訪視頻率及服務期限，進行服務。在事件發生後一至二週內聯絡對方，可寄送心理健康資源單張、提供手冊，讓個案隨時瀏覽，並提供電話表示隨時可聯繫關訪員；事件發生後一個月至三個月之間提供定期電話關懷及家庭訪視(每個月至少二次)，有關個案分級及關懷訪視頻率，由於各縣市情形不同，資源相異，得落實行動在地化之策略，各縣市可因地制宜，擬定合適行動。
- (10) 個案列管及追蹤，結案定義應為行政上之終結案件，並非完全中止關懷，依個案穩定情況，將追蹤日期延長至某範圍期限，定期以電話進行關懷，確認個案狀況已非常穩定、未有任何再自殺之虞，可提供訪視員電話，讓個案若有任何問題，可隨時聯絡。雖然結案，但關懷仍永遠延續。



註 1：符合自殺高風險個案轉介標準，即個案達到以下 3 項標準其中一項，包括：簡明心理健康篩檢表(CMHC)中 (1)簡式健康量表 (BSRS-5R)總分達 4 分以上；(2) 悲傷的人(CSPS)達 5 分以上；(3)高自殺風險個案條件任何 1 項。

註 2：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，須於 24 小時內進行初次關懷。

圖 5-2-1、高自殺意念關懷訪視流程
543

2) 第一階段試辦結果：

詢問的 22 個縣市中共有 20 個縣市回覆，流程各步驟之回覆數及建議如下：

(1) 步驟 1：評估個案自殺風險是否達通報標準

可行：10 個縣市 不可行：5 個縣市 未表示：5 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 社政、教育、勞政、警政、消防…等，自殺防治網絡人員應以 CMHC 評估個案自殺風險再行通報轉介各縣市衛生局。
- b. 網絡人員應告知民眾會協助連結衛生單位關心。
- c. 現行以 BSRS-5R 進行評估轉介，仍嫌不足，尚須搭配 SADPERSONS、Pierce 進行再自殺風險評估，不建議改為僅以是或否方式做勾選。
- d. 回覆原通報單位框線下建議不要連接一至三個月追蹤之框線。
- e. 由原通報單位自行評估服務項目與頻率。
- f. CMHC 簡明心理健康篩檢表-基本變項部分將男性、分居離婚或喪偶者以及年齡大於 45 歲跟小於 19 歲者列入計分，計分方式為何？
- g. 未明訂開案及不開案標準(個案否認、誤報、基本資料不完整)
- h. 婚姻狀況選項不完整，建議參照自殺未遂通報系統。
- i. 未達標準者為何還要繼續追蹤關懷？
- j. CMHC 量表題目過多，造成受訪者無耐心、受訪意願低，訪視困難度增加，很難完成整體的心理健康篩檢。
- k. BSRS-5R 的評估僅用是與否分類，無法精細評估各題的困擾程度。
- l. 使用原本 BSRS-5 量表評估，可區分低、中、高風險為佳。
- m. CMHC 由何人評估？由社工、公所人員、學校輔導人員、警方、醫院社工於通報前完成評估？或由衛生局人員於接獲通報後再致電評估？
- n. 在步驟 1 之前的上個步驟「通報各縣市衛生局」，確定自殺意念個案是否由衛政端開案前，是否應評估問題點或有「表格」來評估個案主要問題是社政端或衛政端，如為經濟或家暴想自殺。建議應改為「通報各縣市社會處(經濟、家暴等致有意念者)」、「通報各縣市社會處(非左列社政問題，感情需醫療.心理輔導)」
- o. 針對自殺高意念個案才進行通報：通報標準以目前使用之簡式健康量表 BSRS-5 為主(如下表): 1-5 題總分達 15 分以上或自殺想法檢測結果達 2 分以上
- p. 步驟 1 至 2 未達標準(非自殺企圖者)仍需至步驟 7(一個月至三個月追蹤

每月至少二次，電訪均以 BSR5-5R 為評估量表)，評估未達標準仍需服務？

(2) 步驟 2：回覆原通報單位

可行：13 個縣市 不可行：3 個縣市 未表示：4 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 回覆原通報單位後即應結束，不須再追蹤。應為結案，而非繼續追蹤訪視。
- b. 如評估未達標準，則不須再進行步驟 7
- c. 無論開案與否，都應回覆原通報單位
- d. 未訂定資料不完整回覆原通報單位之流程
- e. 若由局端人員評估，須於幾日內回覆原通報單位？3 個工作日？7 個工作日？若局端無法電話聯繫案主本人，又應如何回覆？收案？未收案？
- f. 流程「2」之後也要走完「7」、「8」、「9」嗎？評估後未達標準者，流程指向一個月至三個月追蹤，是指未達標準者，仍要追蹤關懷嗎？
- g. 回覆原通報單位即不到局端開案標準，為何還要追 2 至 3 個月，實無人力可追，若再加上衛福部要追老人憂鬱篩檢的量化數字也有意念都要人追蹤，人力實無法勝任

(3) 步驟 3：進行關懷訪視服務，擬訂關懷訪視計畫

可行：13 個縣市 不可行：2 個縣市 未表示：5 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 目前人力及經費尚無法服務所有自殺意念個案。
- b. 評估後達標準者，是否進行系統線上通報及派遣？

(4) 步驟 4：7 天內完成開案

可行：13 個縣市 不可行：3 個縣市 未表示：4 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 開案後的路徑，亦應有回覆原通報單位。
- b. 目前人力問題困難執行
- c. 7 天內完成開案可行，但是如果在尚未開案進行關懷訪視前，個案自殺成功了，是否會有相關責任，另註 2 的寫法不太對，註 2 應該是放在自殺未遂個案，非意念個案。
- d. 可依據「高危險族群」及「絕對高危險族群」訂定開案期限，如「高危險族群」7 天內完成開案；「絕對高危險族群」3 天內完成開案
- e. 完成開案是 7 天內還是 7 個工作天？
- f. 備註 2：如遇緊急事件，應顧及個案安全，應先請轉介單位報警處理

- g. 「7 天內完成開案」，開案定義為何？是否一定要訪到本人才算開案？
h. 7 天內完成開案，是指從派遣後起算 7 個工作日嗎？

(5) 步驟 5：連續三天聯繫無人接聽

可行：14 個縣市 不可行：2 個縣市 未表示：4 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 惟後續應為結案或回覆原通報單位提供正確聯繫資料後再行轉介。
- b. 建議詳細描述定義，例如沒有聯繫電話、電話不通、或早中晚不同時段聯繫均未能聯繫上個案或家屬等。
- c. 是否為表達訪視未遇即需連續三天聯繫個案？
- d. 連續三天，並於不同時段(如：早中晚)聯繫無人接聽
- e. 步驟 5 應接再步驟 1 後面，應確認可聯繫上個案，才能評估
- f. 連續三天聯繫並於不同時段撥打無人接聽

(6) 步驟 6：再次確認資料

可行：12 個縣市 不可行：2 個縣市 未表示：6 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 此步驟應於開案時完成，若個案資料有誤，應即回覆原通報單位，由原通報單位提供正確聯繫資料後再行轉介。
- b. 建議步驟 6 後增加流程
 - (a) 確認正確完整資料→步驟 7
 - (b) 無法確認個案資料之相關作為
- c. 再次確認資料框線連接到回覆原通報單位，以告知通報單位
- d. 再次確認：(1)向原轉介單位確認(2)尋求網絡單位協助，如：衛生所、村里長、幹事
- e. 未定出結案標準，是否步驟 6 確認後仍無人接聽後即可結案？
- f. 確認資料應放在接獲通報後首先要做的
- g. 再次確認後仍無法聯繫上個案，無後續流程？(結案？)
- h. 再次確認資料之後，該如何處理？
- i. 再次確認請備註執行方式及家訪追蹤個案

(7) 步驟 7：一個月至三個月追蹤每月至少二次，電訪均以 BSR5-5R 為評估量表

可行：10 個縣市 不可行：7 個縣市 未表示：3 個縣市

各縣市相關建議：

- a. 每月追蹤至少二次的頻次過高，又訪視人力嚴重不足的狀況下，將嚴重影響目前自殺未遂案件的追蹤關懷品質，建議應降低為每月追蹤一次，

並由原通報單位共同服務。

- b.人力缺乏尚無法執行，若已開案者則可行
- c.建議修正為 BSR5-5R 為使用量表
- d.建議改為每月至少一次，因為意念個案是否願意接受追蹤關懷之差異很大，而且在本縣很多通報意念之個案多為揚言，且已接受多方資源介入，故若訂定訪視期間將會在訪視中帶來困難。
- e.不應是「追蹤」，而應該以「關懷訪視服務」
- f.未明訂是否應由本人完成評估(BSR5-5R 應要本人才能完成評估)
- g.是否須硬性規地訪視長短的頻率(自殺導因已消失，如:補助已取得等)
- h.使用 BSR5-5R 訪視仍有無法完成評估的可能，更何況是 CMHC 量表；建議還是使用原本 BSR5 量表評估。

(8) 步驟 8：依個案需求連結相關單位，如醫療、社政、教育等資源

可行：16 個縣市 不可行：0 個縣市 未表示：4 個縣市

各縣市相關建議：

- a.圖表與步驟 7 平行，連結相關單位應該會發生與在關懷訪視期間同時進行
- b.修正為：依個案需求連結相關單位，如醫療、社政、教育等資源，並追蹤轉介服務進度。

(9) 步驟 9：個案列管及追蹤

可行：11 個縣市 不可行：3 個縣市 未表示：6 個縣市

各縣市相關建議：

- a.增列及新修訂之標準程序，宜定期邀集時務單位就執行狀況檢視，如有窒礙難行可再行修訂。
- b.建議步驟 9 區分以下兩步驟
 - (a) 個案續列管及追蹤之標準。
 - (b) 增加結案標準流程。
- c.(結案後不宜再以其他原因或理由追蹤輔導個案)
- d.標題是否應改為「個案追蹤關懷」，因開案即列管。
- e.修正為：評估與結案
- f.沒有結案流程？結案標準？
- g.請備註結案方式

(10) 其他：對於流程之相關建議

- a.簡式健康量表修改版(BSR5-5R) ≥ 4 分計算高危族群之信效度為何？不符現況。個案 3 項標準皆應達到方符合自殺高風險個案轉介標準。

- b. 本流程基礎架構均與自殺未遂個案關懷訪視流程無異，未能看出如何使得各單位適當評估出實際有高自殺意念的個案，且將加重現行訪視人員之負擔，卻未能明確指出此類個案的處遇策略，缺乏後續與原通報單位權責分配，及結案評估的配套。
- c. 缺乏結案標準可依循
- d. 建議於 CMHC 表中增加(如附件 1 註 1 所示)註記符合自殺高風險個案之轉介標準。
- e. 不清楚 CSPS 不列入計分的附加題是哪一題
- f. 註 1(3)：不清楚高自殺風險個案條件為何
- g. 流程無設計開案、結案(含結案標準)
- h. 如轉介個案為自殺未遂個案，是指自殺紀錄(如 10 年前)
 - (a) 目前經費及人力上不族執行自殺意念個案追蹤
 - (b) 建議召開全國性會議共同研議
- i. 自殺意念個案曾有自殺未遂經驗轉為自殺企圖個案，建議界定日期範圍，部分自殺未遂經驗可能為好幾年前。
- j. 備註 1 中，符合自殺高風險個案轉介標準，其中第 3 項高自殺風險個案條件任何 1 項，建議可再更明確定義。
- k. 曾有自殺未遂經驗應由衛生局查明後，轉依照衛生福利部「自殺防治網絡自殺風險個案處理流程」進行處置。
- l. 未達標準，衛生局便不開案，回覆原通報單位後，應由轉介單位依個案需求連結相關單位，如醫療、社政、教育等資源，衛生局是否還需進行後續個案列管及追蹤。
- m. 流程圖中，無「結案」。
- n. 步驟 3、4 應為先進行初次關懷→完成開案→擬定關懷訪視計畫。
- o. 步驟 6 再次確認資料後，若尚無法聯繫個案，後續流程為何？
- p. 原衛福部已有「自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程」，是否可整合各縣市自殺防治流程，以免承辦人員混淆。
- q. 此表為自殺「意念」評估，註 2 為行為案，不須在此註明。
- r. 以下為衛生單位經常接獲意念通報之情形
 - (a) 案例：社工經由家暴被害人轉述，得知家暴相對人曾透露自殺意念
 - (b) 案例：公所人員於民眾申請經濟補助時，透露自殺意念
 - (c) 案例：學校輔導人員於晤談時，得知學生曾有自殺意念
 - (d) 案例：警方接獲民眾報案(家暴、LINE、臉書等)，疑似有自殺意念
 - (e) 案例：民眾門診時透露自殺意念

- s. 建議增加拒絕訪視關懷流程
- t. 高自殺意念關懷服務中，警政單位協處家暴案件，如有自殺意念即會轉介至衛生局，但多未實際對個案自殺意念進行評估。
- u. 高自殺意念目前僅能為紙本轉介作業，是否未來能有線上電子系統，以利個案管理作業。
- v. 基本變項的部分將男性、分居離婚或喪偶者以及年齡大於 45 歲跟小於 19 歲者列入計分。量表的滿分為 9 分，配分為何？

綜合 20 個縣市回覆之情形，可瞭解高自殺意念流程的每一步驟是有其可行性在，但仍有許多細節需要更進一步探討與制訂。如步驟一，是否該由通報單位先行評估，爾後轉介給衛生局；步驟二，是否回覆原通報單位後及結案而不需追蹤；步驟三，進行關懷訪視服務是否指的是需將個案登入通報系統；步驟四，7 天開案指的是工作天；步驟五，三天聯繫無人接聽之定義不夠清楚；步驟六，再次確認資料後之後續流程不清楚；步驟七，追蹤次數是否太多，人力無法負荷；步驟八，其他單位之資源應該關懷訪視時即應加入；步驟九，列管後之步驟不夠詳細等等，諸如此細節均是在實際實施此一流程時該注意的。

除細節之外，各縣市衛生局亦針對下列三點提出疑問：

a. 關訪員人力不足

各縣市關訪員之人數不多，但需針對自殺未遂者及自殺者遺族等進行關懷與追蹤，更要隨時配合其他單位(如警消、社政)等進行訪視，若再加入高自殺意念者之關懷訪視與後續追蹤，恐加重關訪員之負擔。

b. 評估表之標準過於容易達成

由於 CMHC 為上下兩部分(BSRS-5R 及 CSPC)之簡易是非題，個案在填寫時很容易達到自殺意念之標準，恐會造成自殺意念之個案過量，導致關訪員在處理自殺意念之個案就需耗費大量心神，反而減少對自殺未遂者或是自殺遺族之關懷訪視。

c. 缺乏與原通報單位權責分配及結案標準

許多自殺意念個案在衛生局的調查下，會發現個案之處境並非僅有衛生局能處理，問題之根本是需要其他局處協助，如因為家暴或是債務意圖自殺之個案，就需社工的配合。但現階段許多網絡單位僅看到「自殺」二字，就將個案轉至衛生局，反而沒針對問題的癥結點進行處置。因此與原

通報單位之權責分配是極為重要，也避免各單位間互相推諉。

有鑑於此，為了能讓此一份流程表於未來給予各網絡單位最實質的協助，建議先行召開跨部會、跨網絡之全國性會議，與專家學者一同研擬出一套更為明確且妥善的流程，進而真正幫助各網絡單位辨識自殺意念者，並能給予明確的支持與協助，如此一來，提升個案的保護效果，減少自殺的危險因子，方能降低整體自殺風險。

6. 自殺風險評估及注意事項

評估之過程，必須帶著體貼、關懷以及同理心來詢問所有的問題。

(1) 如何評估自殺風險

當關訪員懷疑有自殺行為的可能性時，需要評估下列危險因子：

- a.當下的精神狀態以及關於死亡或自殺的想法。
- b.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。
- c.個案的支持系統(家庭、朋友等)。

發現個人是否有自殺想法的最好方法就是問他。和一般想法相反的是，談論自殺並不會將自殺意念植入個人的腦海中。事實上，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，他們會覺得非常感謝而且安心。

(2) 如何詢問？

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

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

(3) 何時詢問？

- a.當個案感覺到被了解時。
- b.當個案覺得談論他或她自己的感受是舒服的。
- c.當個案正在談論如孤獨、無助等負面的感受。

(4) 詢問什麼？

- a. 詢問個案是否有明確的自殺計畫：你有任何結束自己生命的計畫嗎？你有想過如何進行自殺的想法嗎？
- b. 詢問個案是否持有執行自殺的工具：你有藥丸、手槍、殺蟲劑、農藥或其它可以用來自殺的工具嗎？你是否可以立即取得這些工具？
- c. 詢問個案是否有確定的時間表：你是否已決定在什麼時候結束你的生命？你計畫什麼時候去做？

3) 關懷訪視方式

個案關懷訪視方式主要分為二種：電話關懷追蹤(電訪)及到宅居家訪視(家訪)。不論是電訪或家訪，第一步驟主要是與個案建立關係，傾聽並給予支持；第二步驟則是評估案主，瞭解其情緒狀態及自殺危險性；第三步驟則是依案主情況需要，進行轉介，給予適切之資源。總而言之，關訪員很重要的工作就是連結現有的資源，提供必要的協助，而非以治療案主為目的。

個案在面對一位陌生的關懷人員時，難免會有擔心、害怕、焦慮等情緒反應，會質疑為什麼訪視員會知道他的資料等，所以會拒絕訪視，因此訪視員在關懷前要先做好心理準備及心理調適。訪視時以關懷的角度出發，強烈表達關心之意而非例行公事，可能有助於個案的接納。

另，關訪員在進行訪視時，應記錄每次訪談內容，並依案主姓名分類做個案管理，並能依案主情形安排訪視順序或提供特殊協助。

4) 關懷訪視技巧

(1) 事前的準備

- a. 心理調適：家訪時所要面對的狀況相當多且複雜，訪視員會面臨許多挑戰，因此會有心理上的緊張、害怕及焦慮等，故訪視員在事前若有心理準備，可降低自己的挫折感。熟知高自殺意念個案之高危險因子及一般心理反應歷程與需求可明顯提昇訪視者的信心，以助降低焦慮。
- b. 安全第一，關懷至上：若覺得有安全之風險，則先避之；也可尋求男性或其他工作人員共訪。高危險族群常合併明顯情緒症狀，特別是焦慮和憤怒，有可能會轉移到訪員，只要同理與接納，表現關懷，應可平緩氣氛。
- c. 熟記個案的相關資料：包含姓名、重要生活事件或上次訪談內容等。
- d. 約好訪視時間、安排家訪路線圖：事先與約定訪視時間，並準備訪視路線圖。另也準備一份家訪時間表，註明對象姓名、地址及聯絡電話等，放於辦公室內，以便有急事可以聯絡。

- e. 備妥相關單張：可攜帶工作服務證、名片、單位機構簡介單張及衛教單張等，便於識別及說明相關服務。
- f. 整齊的服務儀容：適當的衣著打扮，有助於良好印象及關係的建立，切忌奇裝異服或過於暴露之打扮。
- g. 其他準備物品：如手機、交通工具、開水等。

(2) 訪視面談技巧

面談過程不論時間長短，目的為何，一定包含四個階段：

- a. 第一期：起(寒暄)期：見面打招呼，自我介紹，並注意真誠與尊重的態度，讓對方舒服為原則；打招呼的方式要注意到個案的年齡及社會背景。
- b. 第二期：承(定義問題)期：透過聆聽問候，聽取對方主要問題是什麼。要注意的是不要一次只注意一個問題，而要用一些開啟性問話技巧盡量讓對方講出個人或家人所關心的主要問題。
- c. 第三期：轉(探索)期：進一步釐清問題的性質及相關的特點。
- d. 第四期：合(結束)期：總結。當然，面談最重要的是要給對象情感上的支持以及保證面談內容的守密性。在最後結束前，我們必需注意下列四點：
(1)問對方是否遺漏任何重要的訊息；(2)要做個簡要的總結；(3)是否還要約定下一次的面談，若是，目的為何？(4)最後應該讓對方有機會問問題，表達全面性的關懷。

總而言之，在面談時，最基本的是要有同理心以及傾聽，要能了解個案的想法，才能體會進而分擔他的感覺。而最常用的基本溝通技巧就是誘導與澄清，可多使用開放式問句，誘導對方講的更多，才能更了解他。另外，不要跟個案搶話題，並能尊重及接納個案不同的意見，不要嘗試教導或教訓對方自己認為對的觀念，也要有適時的回饋反應與情緒支持。良好的面談溝通，可從個案得到很多情緒困擾與自殺意念相關之訊息，並增進關係，而得到良好的效果。

(3) 善用非言語溝通技巧

- a. 肢體語言：包括面部表情、姿勢前傾、眼光接觸。
- b. 空間、距離與環境擺設及氣氛：空間宜隱密、安靜；距離適當，維持安詳之氣氛，保持溫馨與肅靜。人多吵雜，則不宜深談，以寒暄及關懷為主。
- c. 語助詞：包括嗯、喔……等語助詞；若能配合聲音強弱、聲調高低及長度，則可千變萬化，交織出各種口氣，而更能達成互動與誘導的目的，也可有更多機會聽取對方的心聲。

- d.肢體接觸：正確得宜的肢體接觸可以增進關係，譬如對嬰幼兒、兒童及老人或重病患者；肢體接觸的內容包含很廣，從簡單的握手致意、拍肩膀等；肢體接觸應注意患者之年齡、性別、習俗、身體部位；不當的身體接觸有可能帶給個案焦慮或特殊感覺而影響雙方關係或被譏為性騷擾，訪視員應妥善斟酌。

簡言之，基本上交談時與個案以同樣或適度的音量、速度來溝通；面談者需要注意非語言的表達方式，如肢體的反應及表情的變化等，像是凝視對方，表現關注的神情都是基本的非言語技巧。此外，也要留意個案非言語的表現，因為面談技巧最重要的即是重視「此時此刻」，隨時察言觀色，掌握個案的情緒變化進而誘導其講出主要問題之所在，亦是溝通的要素。

(4) 結束訪視會談

一般會談時間以三十分鐘至五十分鐘為宜。除了用時間長短來決定訪視結束的時機外，還以下列幾種情況結束會談。

- a.對象的身心狀態無法負荷時。
- b.對象缺乏接受訪談的意願，原因來自於有其他重要的事物要辦理，或對問題的共識尚未達成。
- c.會談時間與對方的生活作息衝突，如正逢用餐時間或個案家中剛好有他人拜訪，皆不適合繼續會談。

5) 善用守門人技巧

關訪員在訪視高自殺意念個案時，主要是透過關懷提供必要的支持，訪員也需發揮生命守門人的角色與功能，透過1問2應3轉介，協助個案走出生命的低潮。能夠在個案最需要關心的時候，瞭解他所發出的訊息，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，迎接光明的未來。

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，稱之為自殺防治守門人」；而廣義的自殺防治守門人可為「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。

我們相信有一部份選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是在無助無理的情況下，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或精神疾病的因素，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出的訊息，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。守門人的主要步驟如下：

(1) 一問：「主動關懷與積極傾聽」

自殺行為是從“想法”到“行動”的漸進過程。但急性壓力反應引發自殺的期程會較短。在自殺行動出現之前，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，應認真嚴肅地看待警訊，並主動運用簡式健康量表 (BSRS-5)，評估情緒困擾的程度，用心傾聽對方所遭遇的困境，一旦確認個案具有自殺意圖，立即真誠地深入了解自殺危險度高低。

a. 一些關於“詢問”的注意事項如下：

- a) 一感到懷疑個案仍有自殺意念，需立即詢問。
- b) 要有這可能是唯一一次介入幫助的機會的認知。
- c) 在隱密的地方談。
- d) 讓個案放心自在的說，不要打斷他。
- e) 如果個案不願接受幫助或不願談論，請在同理心的基礎上，堅持下去。
- f) 如何問是其次，重點是“你聽了，你問了”。

b. 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。

間接問法：

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

直接問法：

- a) 你會不會有想不開的念頭？
- b) 你是否想到要自殺呢？

不要這樣問：

- a) 你該不會想要自殺吧？
- b) 不要跟我說你想自殺喔！

(2) 二應：適當回應與支持陪伴

一旦自殺意圖變明確，關訪員的任務隨即轉變為說服當事人積極地延續生命，但不能流於形式上的道德勸說。此時，適當回應與提供陪伴，能夠減少個案覺得“被遺棄”的感覺，也是勸說成功的關鍵。同時，在回應的過程中，亦可評估自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求專業協助。

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，最重要的原則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。

如何勸說當事人繼續活下去並且接受幫助：

- a) 開放地討論失落、孤獨與無價值的感覺，使當事人情緒起伏的程度減緩。
- b) 積極、專注傾聽當事人遭遇的問題，提供情緒支持。
- c) 不要急著評斷(當事人的遭遇、處境或想法)，你的傾聽與協助能夠重燃希望，並產生改變。
- d) “自殺”本身並不是問題，而是當事人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。
- e) 提供當事人任何形式的“希望”，並將焦點放在個人正面的力量。
- f) 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？)。

(備註：目前無確實證據顯示口頭或書面不自殺契約可有效防止自殺，故仍需積極轉介高危險群以防憾事發生)

(3) 三轉介：資源轉介與持續關懷

關訪員的工作不只被動的阻止自殺，也要主動積極的協助各項資源的轉介處理。當個案的問題已經超過你能處理的程度／範圍時，這時候你應該為他找尋適當的資源，進行資源的連結，轉介個案使他獲得有效的協助。且轉介後需持續的關懷個案，並再次評估個案的自殺危險性，直至結案為止。原則上有明顯的自殺意念與情緒困擾都應轉至精神醫療專業機構進行詳盡的評估與診斷處置，若個案已接受專業治療，關訪員的職務則強調個

案的治療追蹤順從度。

- a. 若有以下的情形就可嘗試進行轉介
 - a) BSR5-5分數較高 (即大於等於10分以上)。
 - b) 懷疑可能具有潛在的精神疾病。
 - c) 有自殺或自傷的身心問題。
 - d) 個案所表達的問題或遭遇的困境已超乎助人者(關訪員)的能力。
 - e) 社會資源或支持不足夠。
- b. 在協助個案進行轉介時， 有以下的建議
 - a) 向個案保證隱私之安全與尊重個案的意願。
 - b) 向個案保證並非轉介後即不再理他。
 - c) 提供個案適切的資源或協助其轉介。
 - d) 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。
 - e) 所轉介的單位或人員，力求明確，包括專業人員的姓名等；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。
 - f) 無論是轉介至醫療院所或其他相關社福資源，最好的方式為由關訪員先以電話或其他方式告知被轉介醫師或人員，有關個案的情況，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。
 - g) 最佳轉介方式：直接帶領著當事人去得到幫助(機構、醫療院所、任何專業的協助)。
 - h) 次佳的轉介方式：得到當事人的承諾，願意接受幫助，並協助安排或預約專業的協助。
 - i) 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)，並試著得到當事人的承諾-不會企圖自殺，並在未來的某個時候尋求協助。

(4) 危機處理

當案主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，勿貿然自行單獨前往處理。

7. 注意事項

自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱與個案建立關係，並基於珍愛生命之理念，及一問二應三轉介之技巧，聆聽個案困境，並協助個案獲得適當之醫療服務，發揮關懷訪視之效用。但很多訪員在訪視時會遇到蠻多困難，最常見的是拒訪，個案表示不需要，沒什麼好說的等等，或是不希望接受他人的關懷。另外，也可能所提供的資料有問題，聯絡不上個案，或是個案的情緒狀況不穩定，無法進行最有效的關懷。

訪員在訪視的過程中，一開始就與個案建立良好關係，對於未來的關懷過程是相當有幫助的，而同理個案感受、真誠的陪伴與傾聽，就是關懷訪視內涵中最重要的成份。以下列出訪員在訪視過程中之必要注意事項：

- 1) **訪員自我介紹**：訪員在介紹自己時，須先表明身分，如：表示自己是衛生局的關訪員，並讓個案知道資訊一定保密。一開始電訪時，說話的口吻須堅定，不可吞吞吐吐或遲疑，須直接說明來意。
- 2) **拒絕訪視**：拒訪個案的再自殺率特別高，建議採取家訪，以鍥而不捨態度持續訪視，並視情況調整與個案接觸的頻率和方式，如改以書信關懷、寄送關懷卡等，讓個案感受到關心，並於督導會議討論。安排家訪時，可介紹自身專業背景(心理諮商、護理、社工等)，提高對方之接受度，進而達成訪視。也可用簡訊通知，表示衛生局要進行健康促進，請與我們連絡。不直接使用自殺等字眼，個案也許會主動聯繫訪員。
訪員可用溫和態度表達關心，或是關心個案身心健康，詢問是否需要心理或社會資源協助，並且留下衛教資料和連絡方式，並且讓個案家屬知道自己會在來家中關心。也可改以書信關懷、寄送關懷卡等，視情況調整與個案接觸的頻率和方式，或於督導會議討論關懷方式。
- 3) **拒絕電訪**：對於不接電話、把訪員電話設定成拒接、到家中面訪結果不出來開門之個案，可送上關懷信、手工小卡片等，表示關心。並可善用通報單上的聯絡人，了解個案動態，建立聯繫方法，或尋求警方跟村里協助。
- 4) **電訪時間控制**：訪視最難掌控的就是時間，有多少時間可以利用，是已經決定好的。須因地制宜、因人而異，透過技巧來掌控時間，並學會針對不同類型的個案，該採取何種訪視技巧。
- 5) **家訪注意事項**：家訪較能建立關係，但為了安全上考量，盡量採兩人結伴出訪，訪視時以同理方式溝通，深入個案內心。若訪視對象為家屬，可先由居家安全、藥品使用等層面切入，不直接講自殺，降低訪視情況中可能產生的衝突。可視情況請護理人員支援，提供不同資訊供個案參考。家訪時若是個案不在家中，可以詢問家人或附近鄰居，個案平時的動向和生活

狀態，以初步了解個案的生活情形和何時可以進行家訪。

- 6) **情緒激動**：建議採取低姿態訪視，並運用衛生所健康促進角度介入降低個案戒心(如：先問最近有沒有做乳攝?)，定時定量訪視，但若情況十分嚴重，先停止訪視，與督導討論後，擇日再訪。
- 7) **遭遇謾罵**：情緒化的個案可能會出言不遜，訪視員除訪視前應自我心理建設，訪視時可採低姿態或中立態度，撫平對方情緒，或是轉介給心理衛生相關專業人員。
- 8) **否認為自殺**：個案否認自己是自殺者本人，偽裝成家屬等。家屬也可能會否認個案自殺或拒絕透露真正的原因。否認自殺是人之常情。對於此類型個案，訪視員可先表示沒關係，之後再聯絡，慢慢進入訪視階段，個案較容易接受，衛生所護理師也可協同訪視。
- 9) **個案認為訪視幫助有限**：很多重複自殺、年紀稍長或背景複雜之個案，較容易拒絕訪視，認為訪視員無法了解、同理自身困境。訪視員在面對這類個案時，要對自己有信心，縱使面對的是年紀較長或是背景較複雜的個案。須強調關懷訪視的專業，建立專業形象和自尊心，才能有辦法達到關懷目的。也可視情況調整，根據個案特性更改訪視員之安排。
- 10) **校園個案**：針對學生個案，關懷訪視人力調配及與學校如何整合值得討論。訪視學生個案可由校園輔導室、家屬著手，訪視員可與學校輔導老師互相配合，共同關懷個案，並可與精神醫療資源連結。此外，可藉由班導師建議家屬進行親子教育，並同理輔導老師的焦慮感，若個案因自殺意念拒學，可直接進行家訪，或連結至家扶中心，針對個案與學校溝通。若家長擔心因通報，案件被公開，訪視員在訪視時可先與家長建立關係，保證個案不外洩，聆聽家長的意見及想法，了解他的處境，而後再進行下一步。
- 11) **精神病患個案**：若遇到精神病患個案之訪視過程有問題，可請督導或心理師陪同家訪，觀察訪視過程中哪部分需加強，配合醫師之協助，進行修正。並可請衛生局召開個案研討會，邀集心理師和醫師一同出席，針對個案討論因應策略。在訪視員訓練中，可結合社區與居家治療，讓新進同仁到居家治療進行訓練，並由資深同仁陪同，到精神科門診、社區復健中心、急性病房進行課程訓練，讓訪視員了解個案可能發生的狀況，做好心理準備，以便從容應對。
- 12) **具暴力傾向之個案**：訪視前須先確定自身的安全，確定外界的物理環境(離開的通路)的安全性，並確定個案身上未攜帶傷害性的武器，以及有立即的人力支援。進行會談時仍要顯示關心同理的態度，設法建立治療關係，設定適當限制，避免情緒的刺激，若個案同時有妄想狀態，須避免與病人面

質。

- 13) **譫妄個案**：譫妄個案常需要精神科與其他科的聯合照護。其特點是精神狀態檢查顯示意識狀態不清、注意力不佳、定向力損害、認知功能有缺損。可能也會有幻覺或妄想，但多呈片斷性。因其意識不清，可能產生自傷、攻擊等行為，因此須維護個案的安全，協同醫療資源共同進行關懷。
- 14) **酒癮個案**：酒癮個案常見的問題有酒精中毒及酒精戒斷。酒精中毒的病人可能有步伐失調、眼震、顫抖等小腦症狀、意識不清、呈現譫妄狀態，常可聞到濃厚的酒味，最確定而客觀的檢查則是血中或呼氣酒精濃度測試。個案可能出現酒精戒斷性譫妄，此時病人意識不清，注意力、定向力、認知功能皆缺損，常情緒激動，可能有幻視、幻聽等現象，若病人戒斷症狀達到戒斷性譫妄的程度而未治療，其致死率約 20%。個案可能因意識不清，產生自傷行為，務必協同醫療資源，如：精神科醫師，共同訪視。
- 15) **藥癮個案**：藥癮可能引發身體疾病、譫妄狀態、急性精神病、戒斷症狀及自殺暴力行為。評估時要特別注意此類個案所報告的病史可信度不高，最好有其他的資料來源。藥癮個案可轉介戒治相關機構協同關懷。
- 16) **同理個案感受**：訪員所需要做到的，最重要的是傾聽，讓個案適度的說出他們的感受，並且以不批判、不評價的態度，增加個案對訪員的信任。訪員也需隨時注意個案的情緒狀態，並且給予情緒上的支持，以避免個案陷入負面、激動的情緒，甚至產生危險行為。
- 17) **評估與轉介**：訪員在訪視時可注意個案神色是否有異，是否有自我傷害或自殺的傾向，若發現前兆，立即轉介至醫療單位。在每一次訪視後，都需要評估個案在訪視之中的狀況，首先評估該個案是否需要緊急的處遇，若是需要則盡速進行緊急的通報和轉介。若是個案的狀況尚可，則可以思考其需要何種資源，並且做適當的轉介。轉介時，除個案的接受外，如何告知重要的關係人共同落實轉介的措施也很重要。
- 18) **訪員的角色**：關懷訪視單位主要進行資源的轉介，但其他單位可能認為，關訪員須全盤負責使個案不要自殺。關訪員對自己職位描述及角色認知十分重要，希望在 1 問 2 應 3 轉介的步驟上，能徹底落實轉介，成為團隊的樞紐。自殺防治絕對不只是關訪員的責任，而是人人有責，依賴跨專業或單位的協力合作方能順利完成。需要時，可與其他訪員共同訪視，或與督導討論。
- 19) **關訪員心理支持團體**：訪員在服務過程中，會消耗自身能量，尤其是面對服務中的個案自殺身亡時，對關訪員之心理更是一大衝擊。為避免工作上正向能量之耗損，甚至導致身心浩劫或已累積寶貴經驗的關訪員流失，

建議透過各縣市衛生主管機關所成立的追蹤關懷督導小組之專業督導，能透過教育與支持，協助支持訪員度過各項難關，或辦理關訪員心理支持團體，預防關訪員之情緒崩潰及提升留任率。

8. 結論

自殺的成因與防治涉及生物、心理、社會、文化等層面，必須應用專業知識、實證資料以及關懷同理的技巧，來擬定防治策略與方案，並且以科學的研究方法客觀評估其成效(Mann et al, 2005)。文獻證明BSRS-5R能有效評估自殺意念，而CMHC結合了BSRS-5R及CSPS量表，有效的評估高風險個案之自殺危險性及介入成效，提供相關專業人士用以篩選與辨認高自殺意念個案之用。

根據統計，自殺未遂個案中有接受過關訪員關懷者，未來重複企圖自殺(自傷)的比率顯著低於未接受關訪員介入者，顯示關懷訪視在自殺防治上具有實證成效。在不同的場域，針對不同的族群，由受過訓練的專業人員進行篩選、辨認及危機處理，適時轉介自殺個案就醫或接受專業輔導，對於個案之自殺防治甚具助益。

一般而言，有自殺意圖的個案在自殺前都有透露訊息給親友，若能多加注意，及時防範並適時阻止，必能降低自殺率。除此之外，更要加強全民教育，提供相關情緒支持，宣導自殺防治的重要性，使大眾不再以自殺為羞恥隱晦之事，而避之不談。心情溫度計應用程式APP是一個提供民衆自我評估與守望相助的良好途徑，能協助了解自己或週遭親友同事是否有尋求進一步協助之需要。就實務層面而言，自殺防治工作可謂人人有責，需要全民的參與，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。本報告僅就自殺意念高危險群的關懷訪視追蹤及流程，提出相關工作規範及注意事項做為參考。

因此，期許各界單位秉持關懷初衷，繼續扶持這群特別的個案，以個人為中心，以家庭為單位，以社區為基礎，你我都是守門人。藉由全國民眾的努力，共同達成「珍愛生命、希望無限」的理想境界。

大型宣導活動—世界自殺防治日系列活動、其他活動

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(WHO)自2003年開始共同推動，將每年的9月10日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)，呼籲世界各國來共同重視自殺問題的嚴重性，為自殺去污名化，並且宣導「自殺是可以預防的」的觀念。

本中心與國際接軌，歷年皆結合國內關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，攜手推廣珍愛生命理念。今年持續規劃一系列宣導活動，呼籲社會大眾重視自殺防治的議題，推廣珍愛生命理念，喚起大家對於自殺防治議題的關心，並呼應今年度世界自殺防治日主題「伸出援手 拯救生命」，期盼社會大眾發揮愛與關懷的守門人精神，與身邊的親友一起伸出援手，用您們的愛拯救寶貴的生命，呼籲大眾平時多關懷周遭的人們，在對方需要關心時伸出溫暖的雙手，陪伴他們渡過人生的低潮，看見生命的亮光。

自殺行為絕非單一因素所造成，而是源自於生物、心理、社會、文化及環境層面等因素彼此的交互作用，因此，自殺被視為是一個多面向的疾病。然而在新型態之全球性經濟萎縮、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺之風險，仍需密切注意。有鑑於此，為結合社會各界資源，擴大教育宣導功能，強化國人對「自殺防治，人人有責」的認知，因此結合相關民間團體，辦理大型自殺防治宣導活動。

根據本中心2015年對臺灣地區15歲以上民眾進行自殺防治的認知調查顯示，有情緒困擾的民眾達6.2%，推估臺灣約有124.5萬人；然而令人欣慰的是，結果顯示有越來越多的民眾意識到自殺防治議題的重要性，並且會想要主動去幫助需要求助的人。在今年調查中受訪者有2120人，有12.9%的民眾在一生中曾認真的想過要自殺，7.6%民眾表示過去一年中曾有人向他透露自殺念頭，若碰到有人像自己透露自殺念頭者，有80.8%表示會和對方談一談他對自殺想法，11.8%的人表示會陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢，顯示大多數的民眾是願意伸出援手。

自殺防治工作最大的力量來自於大眾，由政府主動宣導、協助只是自殺防治工作中的一環，更重要的是，要民眾的齊力配合才能真正得到自殺

防治之效果，故建立雙向的自殺防治管道刻不容緩，因此對於一般民眾進行自殺防治宣導的確有其重要性與必需性。

所以，此次辦理大型活動之目標也在於補足未參與守門人相關課程之民眾，期透過活動的舉辦，除了讓民眾瞭解自殺防治之重要性外，也能提昇其對於自殺防治守門人之認知，進而達到國人做到「自殺防治，人人有責」之目標。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 藉由舉辦世界自殺防治日系列活動，期民眾於活動參與中，認識世界自殺防治日之意義，並體認自殺防治的重要性，進而身體力行投入於自殺防治工作，達到「自殺防治，全民參與」的目標。
- 2) 結合政府單位及各民間團體，辦理各式自殺防治宣導活動，促進民眾心理衛生之觀念，呼籲社會大眾重視自殺防治議題。
- 3) 推廣「心情溫度計」，協助民眾於日常生活中，建立「自我心理健康管理」之習慣，並進一步協助他人進行情緒困擾量測、關心情緒困擾議題，喚起民眾對於自殺防治工作的關注，藉此為自殺議題去污名化。
- 4) 建立一般民眾「珍愛生命守門人」的認知，並了解守門人的重要性，增進社會大眾對自殺防治的認識。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 世界自殺防治日系列活動
 - (1) 召開會議規劃及討論世界自殺防治日系列活動。
 - (2) 依規劃期程辦理活動，透過各種管道發布消息活動資訊。
- 2) 其他活動
 - (1) 與合作單位溝通活動事宜，規劃進行方式。
 - (2) 研擬辦理活動之作業流程與內容，提請討論。
 - (3) 著手活動前置作業及準備。
 - (4) 透過中心網站及珍愛生命打氣網 facebook 傳遞活動訊息，並以義工新訊招募支援義工。
 - (5) 辦理宣導活動，並依現場狀況機動性調整活動進行方式。
 - (6) 於活動結束後，統計並評估活動結果。

2. 資源連結與合作

- 1) 世界自殺防治日活動
 - (1) 合作單位：1111 人力銀行、中心專家群、平面媒體、網路媒體及刊登訊

息平台、廣播電台等。

(2) 資源連結內容與形式：發布消息、新聞消息報導、活動支援、電話聯繫。

2) 其他活動

(1) 合作單位：衛生福利部、珍愛生命義工、萬華老人服務中心、社團法人台灣快樂列車協會、吉興印刷品事業有限公司。

(2) 資源連結內容及形式：設置心情檢測站、宣導品發放、推廣心情溫度計、活動支援。

三、過程(Process)

1. 世界自殺防治日系列活動

1) 6月初草擬世界自殺防治日活動方向及內容，並經業務會議討論通過後執行，依時序辦理世界自殺防治日記者會活動：

2) 7月29日召開第一次討論會議邀請顧問專家共同參與，決議以世界自殺防治日主題「伸出援手 拯救生命」作為今年記者會之主題，並於討論當天活動、議程、主持人及與1111人力銀行合作事宜，記者會地點於集思交通部會議中心五樓集思堂。

3) 8月27日召開第二次討論會議，記者會聚焦儀式討論會議與1111人力銀行討論聚焦儀式活動細節，於場勘後規劃細則。

4) 9月3日與合作廠商至活動場地進行場勘並確認聚焦儀式流程，初步確定道具手機的樣式、尺寸及手機文稿，而後陸續討論與修正，於9月3日定稿。

5) 9月5日與中心同仁確認當天流程、分工，確定規劃內容，。

6) 9月6日辦理「世界自殺防治日」記者會，議程如表6.1.1，並於當日發布會後新聞稿、活動照片給媒體記者及寄發當日活動訊息給會員、中心義工、電子報訂閱者。

7) 9月14日寄送感謝函予出席貴賓

表 6-1-1、「世界自殺防治日」記者會議程

時間	分鐘	內容	人員
9:00-9:30	30	貴賓及媒體接待	
9:30-9:35	5	致歡迎詞	台灣自殺防治學會 龍佛衛理事長 全國自殺防治中心 李明濱主任 吳敦義副總統
9:35-9:50	15	貴賓致詞	衛生福利部心理及口腔健康司 謙立中司長

表 6-1-1、「世界自殺防治日」記者會議程(續)

時間	分鐘	內容	人員
9:50-10:00	10	啟動聚焦儀式	吳敦義副總統 貴賓代表 台灣自殺防治學會 龍佛衛理事長 全國自殺防治中心 李明濱主任
10:00-10:15	15	自殺防治專題報告	台灣自殺防治學會 廖士程執行長
10:15-10:20	5	結語	台灣自殺防治學會 龍佛衛理事長 全國自殺防治中心 李明濱主任
10:20-10:30	10	媒體採訪與提問	

2. 2015 年「萬華老人活動中心-陸上龍舟慶端午」展覽

- 1) 3 月 23 日萬華老人服務中心來信邀請參加活動事宜。
- 2) 4 月至 5 月回函至萬華老人服務中心，並告知可參與的展覽活動，同時規劃宣導內容。
- 3) 5 月份使用電子郵件與 Line 群組邀請義工支援展覽活動。
- 4) 6 月 13 日，設置「心情檢測站」宣導攤位，宣導珍愛生命理念，並教導民眾隨時測量自己的心情溫度，了解自身身心適應狀況。
- 5) 活動結束後，彙整檢測之 BSRS-5 量表，進行建檔及統計。

3. 預計辦理第十屆「熱愛生命 讓愛飛揚」愛心園遊會

- 1) 10 月 20 日社團法人台灣快樂列車協會來信邀請參加活動事宜。
- 2) 10 月至 11 月於業務會議上決議辦理辦法及回電聯繫攤位擺設相關事宜，並規劃宣導內容。
- 3) 預計於 12 月 13 日於台中豐樂公園設置「心情檢測站」宣導攤位，宣導珍愛生命理念及邀請民眾下載心情溫度計 APP 測量自己的心情溫度，APP 當中的心情溫度計不只提供心情的檢測及分析建議，更提供了全國心理衛生資源及心理健康系列電子書，方便民眾查詢。

四、成果(Product)

1. 執行結果

1) 世界自殺防治日記者會

當天有來自各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表共襄盛舉，吳副總統已連續 5 年親臨訓勉，和與會嘉賓共同完成聚焦儀式，

並於會中宣傳心情溫度計應用程式(APP)。

- (1) 召開內部及專家會議：共計 3 場。
- (2) 當天出席人數：共約 200 人。
- (3) 發布會前消息稿及會後新聞稿，詳見「與媒體互動、新聞監測及因應」章節。
- (4) 宣導文宣發出：提袋 300 個、世界自殺防治日大會手冊 300 份、通訊 10-2 各 180 份。
- (5) 媒體露出：新聞露出網路共 28 則，平面媒體共 2 則。
- (6) 活動影片可至 Youtube 的全國自殺防治中心 - 珍愛生命打氣頻道頻道中收看。

2) 2015 年萬華老人活動中心-陸上龍舟慶端午

- (1) 為期 1 天，因場地考量，支援人員只可 2 名義工，但其餘義工仍於線上熱心祝福活動成功，展場現場民眾反應熱烈，因設計為闖關活動，且主要對象為銀髮族長者，中心同仁及義工們除運用心情溫度計測量民眾的心情指數外，易運用同理心及積極的正向關懷現場長者，場面溫馨熱鬧，主辦單位也與中心同仁反應自殺防治對於社會的重要性並贈送感謝狀一只。
- (2) 心情溫度計檢測回收共 218 份，並發出 150 個擦擦布、86 支心情溫度計捲筆。

自殺防治中心網站之維護及宣導

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

過去自殺連續 13 年列入國人十大死因，在政府與民間持續共同努力下，於 2010 年首次退出國人十大死因，至 2012 年仍維持在國人十大死因之外。全國自殺防治中心除致力於協助各縣市推動自殺防治與連結各網絡，促進改善自殺通報關懷流程、廣為推動自殺防治守門人等等之外，仍希望能藉由網際網路無國界的特性，透過網站活潑性宣導推廣之功效、順利的將「自殺防治、人人有責」的觀念，深植於人們的心中；而最終的目標仍希望透過社會中每一份子的力量，有效的降低國人自殺死亡率、提升國人心理健康。

近年因網際網路的使用率已達普及，並正式躍升為臺灣主流媒體之一，是所有媒體中成長最快速的新興媒體；因此透過中心網站、數位學習網及其它社群網絡的傳播，提昇了中心在網際網路上的能見度，除能突破地域性的限制外，讓民眾取得相關資訊更為迅速與容易。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 以宣導自殺防治觀念為主軸，輔以人性化的友善使用介面，充實網站上資訊的豐富度，提供多元化的資訊，期望能提升社會大眾對自殺防治議題的接受度。
- 2) 加強網站與民眾間的互動性，透過網站介面的活潑化，引起更多民眾的注意，讓自殺防治觀念能以更淺顯易懂的方式傳達出去，達到潛移默化的效果。
- 3) 透過網網相連，整合政府及民間資源，建立面面俱到的自殺防治網絡，提供民眾全方位自殺防治教育資源，發展更多的創新多元化服務。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 本年度網站維護作業，持續定期更新自殺防治相關統計數據及宣導資訊。
- 2) 維護中心網站英文版介紹頁面，促進國際對中心之認識與交流。
- 3) 維護中心網站電子書頁面，同時持續引用 Issuu 線上閱讀功能，提升宣導品線上閱讀之便利性。
- 4) 持續結合臉書(facebook)「珍愛生命打氣粉絲團」，共同發布相關訊息，強

化宣導程度。

- 5) 持續運用各種免費軟體與平臺，進行網站改善與提升，包括：使用 Google 雲端功能進行特定活動之線上資料收集；使用 Google Analytics 了解進入網站的訪客使用情況及關鍵字搜尋情況。
- 6) 由於網際網路影音平臺技術漸趨成熟，出現了許多可供全民上傳影片及視頻分享的網站，其中以 YouTube 網站最為大眾歡迎，影響力最為廣泛；中心活用此通路，供民眾觀賞並分享，提升短片的能見度。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、衛生福利部、臺北市政府衛生局、臺北市社區心理衛生中心、新北市政府衛生局、基隆市政府衛生局、桃園縣社區心理衛生中心、桃園縣政府衛生局、新竹市生命線社區心理衛生中心、新竹市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市社區心理衛生中心、臺中市政府衛生局、彰化縣政府衛生局、彰化縣社區心理衛生中心、南投縣政府衛生局、雲林縣政府衛生局、雲林縣社區心理衛生中心、嘉義市政府衛生局、嘉義縣政府衛生局、嘉義縣社區心理衛生中心、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣政府衛生局、臺東縣政府衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣政府衛生局、連江縣政府衛生局、國防部軍醫局-國軍自殺防治中心、心靈園地、張老師全球資訊網、健康九九網、臺灣憂鬱症防治協會、董事氏基金會心理衛生組、教育部健康醫學學習網、衛生福利部全國愛心關懷網、Google 雲端硬碟、Google Analytics、Issuu 電子書平臺。
- 2) 資源連結內容及形式：網路連結、消息發布、宣導品上架及程式運用等。

三、過程(Process)

1. 網站資料更新及維護：
 - 1) 定期發佈網站消息，如中心主辦之活動、記者會、研討會、新聞稿及其他單位活動轉發等相關訊息。
 - 2) 持續更新網站資料：
 - (1) 3 月增修「歷年計畫成果摘要」、「年度計畫」、「研究調查-資料分析」資料。
 - 3) 宣導品上傳及更新自殺防治圖書館：
 - (1) 1 月上傳自殺防治網通訊—第九卷第四期。

- (2) 4 月上傳自殺防治網通訊—第十卷第一期。
 - (3) 8 月上傳自殺防治網通訊—第十卷第二期。
 - (4) 11 月上傳自殺防治網通訊—第十卷第三期。
- 4) 網站資訊安全維護：
- (1) 每月底定期進行資料庫備份。
 - (2) 6 月續購網域名稱(<http://tspc.tw/>)。
- 5) 定期更新「自殺防治講座消息讚」：提供全國各縣市自殺防治講座消息之上傳平臺，並定期更新自殺防治相關之演講、研討會、教育訓練等消息。
- 6) 不定期透過電子報系統寄發電子報，發佈最新訊息。
2. 運用免費軟體協助網站作業：
- 1) 使用 Google 雲端硬碟建立相關活動資料：
 - (1) 「新聞媒體聯繫會議」線上報名。
 - (2) 「守門人成效評估問卷」資料回饋。
 - (3) 不定期「珍愛生命數位學習網—課後評估表」資料回饋。
 - (4) 不定期「自殺防治講座消息讚」資料回饋。
 - (5) 不定期「網路使用與身心健康調查」資料回饋。
 - (6) 不定期「敬邀及謝謝您加入珍愛生命義工行列」資料回饋。
 - 2) Google Analytics 工具：自 2013 年 6 月將中心網站主機轉移至中華電信 HiCloud 雲端服務後，即以此工具觀察網站訪客使用情形，以利提供後續網站可改變或利用的方向。
3. 中心公用電子信箱：

中心不時接獲民眾透過電話、電子信箱、facebook、傳真等管道，向中心求助或提供意見，亦有許多本著守門人概念的民眾，通報個案予中心，每日由該日值日生即時給予回饋並持續關懷。

四、成果(Product)

1. 執行結果(截至 2015 年 11 月 30 日)

- 1) 中心網站流量統計：整年度訪客總數為 37,277 人次，網頁總瀏覽數為 52,750 頁。2013 年 7 月至 2015 年 11 月累計總參觀次數為 87,968 人次。
- 2) 定期發布「最新消息」及「最新宣導品」，全年度總計共發佈 26 則消息。
- 3) 網站電子報目前累積訂閱人數為 8,198 人，本年度共寄發 9 則電子報。
- 4) 自殺防治消息讚統計：累計各縣市自殺防治講座共 13 則。
- 5) 線上資料收集：使用「Google 文件-表單功能」收集資料之活動共 9 場，總計收集 4,817 筆資料。

6) 中心公用電子信箱求助信件：全年度處理的求助信件共 50 件；其中自我求助的共 27 件，為他人求助共 21 件，總統府轉介共 2 件。

2. 結論

- 1) 在現有網頁架構下，持續運用圖標及首頁位置建立頁面連結，以強化特定自殺防治專案之推廣。
- 2) 持續強化與其它網站間的網網相連及多元化的宣傳，以增加中心網站的曝光率，讓更多人接觸到自殺防治的訊息。
- 3) 中心網站於 2005 年成立 12 月成立，期間經歷兩次改版，現在版本為 2008 年 3 月完成，但隨著時間的變遷，資訊技術不斷進步，網站設計與功能的使用已不敷所需且受限頗多，諸如：無跨瀏覽器、不支援新版語言(HTML5、JavaScript)、不易以行動裝置瀏覽等問題。
- 4) 建議與改善：

若能編列預算重新設計網站，增加網站設計與功能擴充之彈性，並達到跨瀏覽器及手機行動瀏覽之功效，同時運用新版網頁語言，提供即時與活潑的資訊呈現，如此提升民眾使用之方便性及造訪後的回客率，進而促進珍愛生命理念更廣泛之宣導。

雲端數位學習平台之維護與推廣

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

近年網際網路使用逐漸普及，加上雲端時代之來臨，各領域決策已脫離傳統經驗與直覺，進化為資料、分析及解剖之大數據模式，大數據帶來的數位學習科技快速發展，逐漸影響教學觀念認知及資訊科技素養，傳統面對面授課之學習模式面臨新潮流改變契機。有鑑於此，為提升珍愛生命守門人自殺防治教育訓練之方便性、自由性及廣泛性，社團法人台灣自殺防治學會自 2009 年起建構「珍愛生命數位學習網」，提供一般民眾與醫療相關專業人員於雲端學習自殺防治相關知識。目標以建構優質網路學習環境，激發一般民眾及專業人員之學習動機，進而傳達自殺防治、人人有責及自殺防治守門人 1 問 2 應 3 轉介之概念。

2012 年底首度與全國醫師公會全聯會及富邦集團旗下之凱擘凱擘股份有限公司異業結盟，結合不同類型的市場主體，提升規模效應、擴大自殺防治守門人教育率、提高資訊與資源共用。將專業醫療衛生保健知識透過數位匯流、雲端整合科技專業與服務全國百萬家庭用戶基礎，使所有民眾可輕鬆利用家中電視隨選隨看，甚至可利用電腦、筆記型電腦、平版電腦、智慧型手機等攜帶型智慧裝置在戶外都能點閱，達成零壁壘教育。2013 年凱擘凱擘股份有限公司更積極整合本學會過去針對各年齡層、族群及議題錄製之影音課程，挑選合適影片放置於「珍愛生命專區」，除充實影音課程外，亦提供多元化之學習內容，供民眾隨時查詢並選看自殺防治最新數位學習課程。此外，本學會將結合中華民國醫師公會全聯會推出之常態性專訪衛教節目，如「名醫相隨」，經由精神科醫師深入淺出的專業介紹，剖析各種心理衛生相關疾病徵兆與預防方法落實自殺防治相關概念，使全民更加理解自殺防治守門人理念，將守門人概念傳播到各個角落，實際落實「自殺防治人人有責」。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 以珍愛生命守門人防治概念為主軸，透過雲端行動數位科技管道，提升數位學習資訊廣度多元化與遠度豐富化，期許國人在自殺防治議題上能更深入了解。
- 2) 透過網網相連理念，針對政府單位及民間團體等不同對象，進行數位資源

共享，對外延伸出更完善的雲端學習網絡，發展出創新及多元化學習。

- 3) 提升數位影音之質與量，透過改善影片錄製品質及提升拍攝技術引起民眾興趣，使數位學習更加活潑易懂，深值人心達潛移默化之效。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 雲端數位服務：自 2011 年 5 月珍愛生命數位學習網轉移至中華電信 HiCloud 雲端服務後，2013 年 9 月全國自殺防治中心之官網亦正式納入雲端服務之一員，除了網站的穩定性和安全性的提升，在擴充性上也更有彈性。再加上凱擘大寬頻的結盟，與 YouTube 頻道的成立，整體雲端學習系統將更加便利。
- 2) 影音課程之製作與評估流程：
 - (1) 選擇主題之課程講座，使用 powercam 軟體進行現場影像與簡報錄製(供數位學習網)；同時，使用數位攝影機將現場影像，以 HD 畫質方式錄製(供凱擘大寬頻及 Youtube 頻道)。
 - (2) 錄製完成後，針對錄製檔案內容進行編輯增修。
 - (3) 最後由同仁長官評估修正後，將最終版本上傳至數位學習平台，供點選學習。



3) 凱擘大寬頻合作：

- (1) 過去提供給凱擘大寬頻之 HD 影音，均由 powercam 轉檔為影片格式後，進行剪輯，並提供凱擘大寬頻進行上架事宜。
- (2) 自 2013 年 4 月起，改為使用數位攝影機將現場影像，除 powercam 格式外，同時以 HD 高畫質格式錄製，在進行剪輯後提供凱擘大寬頻進行上架事宜。

4) 數位學習網維護及推廣：

- (1) 課程充實與平台升級：
 - a. 持續上傳與建立珍愛生命數位課程及媒體影音。
 - b. XMS 數位學習系統採 IE Only 概念撰寫，升級至 TMS 數位學習系統後採 Streaming Media 方式線上串流影音，可改善跨平台閱覽體驗。
 - c. 透過 XMS 數位學習系統管理專業人員認證課程的修習情況與推展成效。
 - d. XMS 數位學習系統之後台因資料庫老舊及資料筆數巨大，導致學員認證

課程資料匯出緩慢，耗時費神。升級至 TMS 數位學習系統後資料庫由 MySQL 4.1 升級至 MySQL 5.6，大幅改善處理效能、減少安全並增進 Unicode 支援。

(2) 多元管道之連結與推廣：

- a. 主動與相關專業人員公會單位合作，提供線上學習與積分認證之服務。
- b. 結合其他機構內數位學習平台，進行數位課程授權，提供機構人員網內學習。
- c. 校園合作：選擇適合課程，供校園老師及學生修課認證，並提供修課通過清單。
- d. 手冊電子化，推廣至雲端平台：將過去出版刊物電子化，與其他電子書平台合作雲端連結。

5) YouTube 雲端推廣：由於網際網路影音平台技術漸趨成熟，出現了許多可供全民上傳影片及視頻分享的網站，其中以 YouTube 網站最為大眾歡迎，影響力最為廣泛；中心持續活化此通路，供民眾觀賞並分享，提升影音的能見度。

(1) 透過 YouTube 品牌頻道功能，建立「全國自殺防治中心珍愛生命影音頻道」之平台網站。

(2) 中心影音進行剪輯後，依據影片類型上傳至不同播放清單。

(3) 運用 YouTube 影片內宣傳規劃：於影片播放時新增品牌浮水印及精選影片推薦。

(4) 運用 YouTube 頻道推廣工具：依其規定剪輯廣告後上傳，YouTube 將挑選適合用戶進行廣告推播。

2. 資源連結與合作

1) 合作單位：臺灣數位科技、凱擘股份有限公司、公務人員終身學習入口網、衛生福利部繼續教育積分管理系統、中華電信、中華民國醫師公會全聯會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣家庭醫學醫學會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、內政部網路大學、中華郵政 e 大學、臺北 e 大、行政院人事行政總處公務人力發展中心-e 等公務園學習網、嘉義縣政府-c.c.s 人事服務平台、臺南市政府公務人力發展中心-e 學補給站、高雄港都 e 學院、台灣大學通識課程、台南市政府教育局(教師自殺防治守門人課程引用)、YouTube 影音平台。

2) 資源連結內容及形式：技術之支援、專業人員教育積分認證、學習平台之推展、Hicloud 雲端伺服器服務等。

三、過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

1) 數位學習網維護及推廣：

(1) 本年度數位學習網新增影音清單及上架時間依序如表 6.3.1。

表 6-3-1 新增影音清單

	上架時間	課程名稱
一般課程	2015.03.12	談紓壓安眠與心理健康促進-陳錫中醫師
	2015.03.12	自殺自傷個案危險性評估-吳佳儀教授
	2015.03.12	自殺迷思與危險因子/保護因子介紹-吳佳儀教授
	2015.04.20	失戀新三角關係-吳佳儀教授、李明濱教授
	2015.04.20	台灣主要報紙頭版報導自殺事件：違反報導準則之探討-江宜珍副教授
	2015.04.20	自殺事件媒體報導：六不六要之統計分析-吳佳儀教授
	2015.04.20	報紙報導與自殺：名人自殺、新興自殺方法-陳映燁醫
一般專業人員	2015.04.20	網路成癮個案的臨床評估-張立人醫師
	2015.04.20	認識網路成癮的現象 張立人醫師
	2015.10.20	網路搜尋與燒炭自殺-張書森醫師
	2015.10.20	個人層次的自殺防治策略 簡介 CMHC 自殺風險篩檢及動機式晤談個案管理-吳佳儀教授
	2015.10.20	自殺與飛安：疾病與犯罪的安全邊界-鄭宇明醫師
	2015.10.20	個人層次的自殺防治策略 簡介 CMHC 自殺風險篩檢及動機式晤談個案管理-陳偉任醫師
	2015.10.20	塵爆事件媒體報導對自殺防治之影響-呂淑貞醫師
	2015.10.20	值得付出多少-談自殺防治的成本效益-方俊凱醫師

(2) 為提升數位學習課程之閱讀品質及可讀性，進行下列規劃：

- 為提升課程的質與量，由中心顧問指導拍攝技巧，如拍攝前置準備時先行測試現場環境；並將錄製課程流程數位化，製作課程錄製 SOP 教學影片，以利業務之傳承及品質之確保。
- 持續針對每堂數位課程內容，設計課程簡介(preview)，期待透過圖文的介紹，提升學員學習之動機與效益，相關示意如圖 6.3.1。



圖 6-3-1 課程簡介(preview)示意圖

- c. 為加強數位學習課程閱覽之方便性，持續定期更新首頁「新課上架跑馬燈」及「網站導覽」；其中網站導覽以頁籤方式呈現「課程介紹」、「認證課程」、「使用流程」、「網站地圖」及「認識義工」。課程介紹部份，特別根據課程之內容，以樹狀主題式之架構進行歸類，期待學員更能有系統的學習。
- d. 為縮減自殺防治守門人教育數位學習之閱讀鴻溝，台灣數位學習科技股份有限公司與台灣自殺防治學會公益合作，將 XMS 知識管理數位學習系統升級至 TMS 創新一條龍式教育訓練平台，達成知識資產共享。往後不論身處於何時或何地，皆可登入珍愛生命數位學習網增進內顯知識。
- e. 為因應雲端時代數位快速匯流趨勢，本學會規劃建置攝影棚以提升數位教材錄製品質，使閱聽者能觀賞符合時代之影片畫質。
- (3) 多元管道之連結與推廣：
- a. 為推廣數位學習資源連結共享之概念，於 2015 年起與台大通識課程合作，設立「台大通識課程專區」，結合實體通識課程，提供學生進行修課前之線上守門人課程及電子書預先閱讀。
- b. 「珍愛生命數位學習網」與其它機構內部數位學習平台連結，提供課程內容之授權，授權課程清單如表 6.3.2。2013 年已與中華郵政 e 大學、內政部網路大學、臺北 e 大合作，2014 年持續新增合作平台依序為高雄港都 e 學院、臺南市政府公務人力發展中心-e 學補給站、行政院人事行政總處公務人力發展中心-e 等公務園學習網、嘉義縣政府-C.C.S 人事服務平台。

表 6-3-2 授權課程清單

課程名稱	講師	長度
珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	李明濱醫師	60 分鐘
壓力管理與自殺防治	李明濱醫師	106 分鐘
珍愛生命、樂活職場	劉惠玲護理師	57 分鐘
珍愛生命守門人-校園	劉昀玲心理師	50 分鐘
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計	朱柏全醫師 及李明濱醫師	62 分鐘
自殺者親友之後續支持	蕭雪雯社工師	33 分鐘
自殺者親友之關懷與溝通技巧	蕭雪雯社工師	49 分鐘

c. 各個合作學習平台之學員修課相關回饋數據如表 6.3.3。

表 6-3-3 合作平台學員修課回饋數據

課程名稱	珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	壓力管理自殺防治	珍愛生命樂活職場	珍愛生命守門人-校園	自殺防治憂鬱症及心情溫度計
e 學 選課數	1661	3334	1440	642	608
補給站 完修數	1513	3102	1310	592	561
e 等公務 選課數	1278	1112	682	1039	2714
園學習網 完修數	937	805	523	806	2143
臺北 e 大 完修數	5	1	1	1	2
中華郵政 選課數	46	38	45	43	43
e 大學 完修數	38	32	36	37	37
內政部網 完修數	245	352	690	239	495
路大學 完修數					
C.C.S 人事 點閱 服務平台 次數	16	18	14	12	16

d. 高雄港都 e 學苑之學員修課相關回饋數據如表 6.3.4。

表 6-3-4 港都 e 學苑之學員修課回饋

課程名稱	選課數	完修數
珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介	299	204
自殺防治與憂鬱症及心情溫度計-朱柏全、李明濱醫師	202	150
珍愛生命、樂活職場-劉惠玲護理師	247	166
珍愛生命守門人-校園-劉昀玲心理師	164	111
自殺者親友之後續支持-蕭雪雯社工師	196	135
自殺者親友之關懷與溝通技巧-蕭雪雯社工師	165	108

e. 文宣手冊電子化，推廣至雲端平台：於 2013 年 10 月，決議文宣手冊以電子形式發行，由中心授權無償推廣至電子書露出平台。合作平台包括國家圖書館-電子書刊送存閱覽服務系統、國立公共資訊圖書館電子書平台、凌網科技公司、遠通科技股份有限公司之電子書平台。另外，可自行上傳之平台有亞米多雲端圖書館與 Pubu 電子書城。2014 年 1 月與華藝數位股份有限公司簽約合作、7 月與漢珍數位圖書股份有限公司合作。

f. 2015 年 10 至 11 月台南市政府教育局舉辦教師珍愛生命守門人線上教育訓練活動，轄下國中小學教師需至本數位學習網研習，課程觀看次數相

較 2015 年 9 之 28,228 人次，提升至 10 月 41,104 人次(增長幅度 45%) 及 11 月 33,437 人次(增長幅度 18%)。

2) YouTube 影音平台之應用：

(1) 舊有 XMS 數位學習系統影片內嵌於本學會伺服器，一個使用者觀看一則影片的指令需執行一道執行緒，一萬個觀看指令便須執行一萬道執行緒，大幅拖垮系統效能。升級為 TMS 數位學習系統後改採影片外連嵌入，將課程皆上傳至 YouTube 珍愛生命打氣頻道後，以 Html Embed 連結方式嵌入至珍愛生命數位學習網中，可增進前端使用者閱聽流暢度，同時降低後端學習網伺服器之流量負擔與負載平衡。

(2) 今年度 YouTube 「珍愛生命影音頻道」增修影音清單如表 6.3.5。

表 6-3-5 YouTube 珍愛生命影音頻道增修清單

上傳時間	影音名稱
2015.01.22	嘉義縣自殺防治在地行動方案我"嘉"樂農農宣導劇 安眠藥防治篇、農藥防治篇
2015.10.19	社會安全網絡與社會資源林惠珠主任憂鬱症的心理治療陳秀蓉教授、基層醫療中憂鬱症共照模式療效劉珣瑛醫師、藥物治療合併心理治療的療效蕭妃秀副教授、憂鬱症藥物治療的新趨勢劉嘉逸醫師、冰與火的共舞：如何結合藥物治療與心理治療周佑達醫師、全國自殺防治策略與實務廖士程醫師、國際及台灣自殺現況及其影響因素廖士程醫師、關懷訪視之溝通技巧廖士程醫師、自殺者親友之後續關懷與溝通技巧蕭雪雯社工師、珍愛生命守門人 1 問 2 應 3 轉介李明濱醫師、關訪員之危機處理、轉介技巧與資源連結蘇柏文醫師、網路自殺防治：臺灣現況廖士程秘書長及林素如主任、老年期之心理健康促進陳錫中醫師、身心障礙者之心理健康促進身心障礙者如何促進精神健康張立人醫師、身心障礙者之心理健康促進認識壓力與精神健康促進張立人醫師、心理健康促進基礎篇陳宜明醫師、網路成癮與自殺防治陳淑惠教授、網路成癮與自殺防治：網路成癮之處遇王智弘教授、重複自殺個案之樣態分析與處置建議吳佳儀助理教授、壓力管理與自殺防治李明濱醫師自殺者親友之心理歷程與危機曾美智醫師、自殺防治與憂鬱症朱柏全醫師、老人健康照護：常見神經精神科疾病朱柏全醫師、自殺防治守門人和自殺危險性之評估潘怡如醫師、醫療機構內的自殺防治廖士程醫師、台北榮民總醫院試辦老人自殺防治品質促進計畫蔡佳芬醫師、珍愛生命守門人 鐘世明心理師
2015.11.10	Internet & Suicide：How can internet relate to suicide in Korea、藥物濫用與自殺以海洛因使用者為例陳錦宏主任、珍愛生命守門人 劉昀玲心理師、珍愛生命、樂活職場 劉惠玲護理師

3) 凱擘大寬頻之合作:

(1) SuperMOD 節目共分「名醫相隨」、「健康照護」、「珍愛生命」、「宣導短片」四類，內容包含訪談醫師專家探討疾病與健康議題、專門病症淺談(多國語言版本)、全國自殺防治中心記者會實況以及中心宣導短片。

(2) 目前凱擘大寬頻有線電視估計共 112 萬收視戶，而透過其 SuperMOD 數位平台約 30 萬收視戶。

(3) 中心提供之影片可於不同平台觀賞收看，各平台收看的方式如表 6.3.6。

表 6-3-6 各平台收看的方式

播出平台	四大傳播平台			
	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 有線電視	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 數位有線電視	凱擘大寬頻 臺灣大寬頻 Super MOD	凱擘大寬頻及 醫師公會全聯會 官方網站
頻道/ 館別	公用頻道	臺灣 HD 綜合 台 Win TV	醫師公會 全聯會	醫師公會 全聯會
播出 時間	固定時段 播放	固定時段 播放	隨選隨看	隨選隨看
收看 裝置	電視	電視	電視	電腦/平板/ 智慧型手機
服務 收看 方式	裝有凱擘大 寬頻有線電 視之民眾	裝有凱擘大寬 頻數位電視之 民眾	家中裝有凱擘大 寬頻光纖上網及 SuperMOD 之民 眾	家中有寬頻網路 或行動上網之民 眾(不限業者)

四、 成果(Product)

1. 執行成果

1) 珍愛生命數位學習網：(統計至 11 月 25 日)

(1) 本年度新增課程簡介(preview)共 12 則。

(2) 新增線上課程總數：

a. 台大通識課程專區：8 堂。

b. Level_1 一般課程(如民眾、珍愛生命義工、非專業機構人員)：7 堂。

c. Level_2 一般專業人員(如關懷訪視員、一般醫事人員)：8 堂。

(3) 線上課程總數：

a. 專業人員認證課程共 106 堂。含公務人員 5 堂、護理人員 28 堂、藥師

- 26 堂、醫師 24 堂、家醫科醫師 19 堂、諮商心理師 20 堂。
- b. 台大通識課程：8 堂
- c. Level_1 一般課程(如民眾、珍愛生命義工、非專業機構人員)：57 堂。
- d. Level_2 一般專業人員(如關懷訪視員、一般醫事人員)：58 堂。
- e. Level_3 心理衛生專業人員：7 堂。
- f. 媒體訪談實錄：18 堂。
- g. 記者會實錄：21 堂。
- (4) 今年度專業人員認證學分/繼續教育積分課程，通過認證積分人次如下：
護理人員 87,055 人次、醫師 726 人次、家醫科醫師 75 人次、藥師 2,587 人次、諮商心理師 1,063 人次。
- (5) 整體點閱率統計如下：
- a. 累計總點閱次數共 1,089,756 次，其中認證課程點閱次數 784,612 次。
- b. 各月份累積點閱次數趨勢如圖 6.3.2。
- c. 點閱次數中，3-5 月整體點閱次數呈現較大量之趨勢，與護理人員更換執照期限(6 月中)有關；10 月份之微幅增加則與台南市政府教育局於 10 月中旬配合辦理「台南市心理健康推動會—珍愛生命守門人及自殺防治教育訓練規畫案」活動有關。

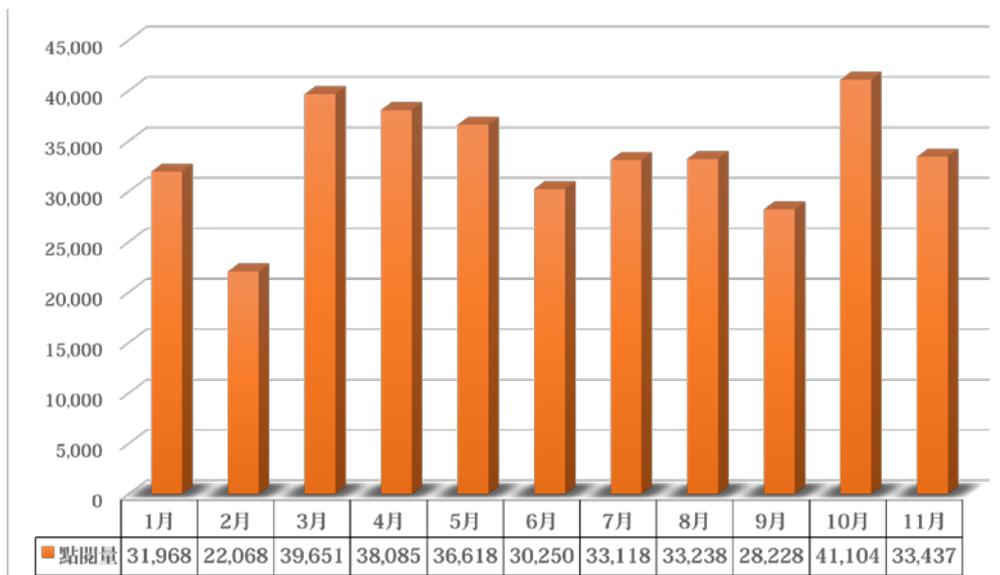


圖 6-3-2 各月份點閱次數

- (6) 自 2009 年底建置以來，數位學習網學員總人數累計共 42,615 人，其身份(可複選)由多至少排序為護理人員 31,041 人、公務人員 5,109 人、一般老師 2,627 人、導師 1,191 人、一般民眾 717 人、醫師 635 人、其他醫事人員 488 人、諮商心理師 478 人、藥師 660 人、輔導老師 308 人、

義工 195 人、社工 112 人、一貫道 78 人、警察人員 67 位、家庭醫學科 45 人、臨床心理師 31 人、消防人員 11 人。

(7) 今年度數位學習網問卷回收共 137,883 份(認證課程 136,361 份、非認證課程 1,522 份)。共有 97.3%之學員認為課程令其感到獲益良多；96.8%之學員對課程感到滿意；90.5%之學員未來會推廣心情溫度計；92.9%之學員未來會運用守門人技巧關懷他人；53.6%之學員願意成為守門人義工；問卷細項結果如下：

a. 針對此次課程，您是否感到獲益良多：

選項	比例
非常同意	60.5%
同意	36.7%
普通	2.6%
不同意	0.1%
非常不同意	0.1%

b. 整體而言，您對本課程之滿意程度為：

選項	比例
非常同意	59.3%
同意	37.5%
普通	3.1%
不同意	59.3%
非常不同意	37.8%

c. 未來您願意推廣使用心情溫度計嗎？

選項	比例
願意	90.5%
不願意	3.2%
課程中沒提到	6.2%

d. 未來若需要時，您願意運用守門人技巧協助身邊親友嗎？

選項	比例
會	92.9%
不會	2.7%
課程中沒提到	4.3%

e. 誠摯邀請您加入自殺防治行列，成為珍愛生命義工：

選項	認證課程
願意	49.7%
僅願意收到相關訊息	46.4%
已加入義工	3.9%

- (8) 「珍愛生命數位學習網」和其它機構內部數位學習平台，進行課程連結，共與 7 家平台合作，總計點閱次數共 15,112 人次，至少有 12,081 人次完修課程。
- (9) 與台大通識課程合作，提供守門人相關課程，以利台大學生進行修課前之預先閱讀，八堂課程總計有 5,052 人次進行課程閱讀。
- (10) 針對珍愛生命數位學習網功能需求逐漸增加，XMS 系統有其限制，目前已進行學習平台升級，期待可提供學員更友善之學習平台。
- (11) 電子書推廣至雲端平台，連結合作單位共計 8 個。

2) Youtube 影音頻道：

- (1) 本年度上傳之影音：自殺防治宣導短片 2 則、自殺防治守門人課程 43 則。
- (2) 共有 6 個播放清單，分享 230 部完整影片。
- (3) 本年度總觀看時間共 52,065 分鐘；總觀看次數共 13,733 次；總分享次數共 196 次。

3) 凱擘大寬頻：

- (1) 凱擘大寬頻 SuperMOD 授權協議書時間繼續簽約至 2015 年 12 月 31 日。
- (2) 本年度凱擘大寬頻-珍愛生命影音專區總計瀏覽次數共 1031 人次。

2. 結論

1) 珍愛生命數位學習網：

- (1) 針對數位課程，除提升質與量，在課程呈現部份，持續進行課程簡介 (preview)、也透過 E-net 大力推廣課程學習，以及結合各專業人員學分認證課程，特別的是護理人員換照期限為 6 月中旬，更帶動了大量護理人員到網學習並取得學分。而這些均可作為未來新課推出時間點的考量。
- (2) 台南市政府教育局於 10 月中旬配合辦理「台南市心理健康推動會—珍愛生命守門人及自殺防治教育訓練規畫案」活動，台南市所屬國民中、小學教師皆須進行守門人線上學習。未來可循此模式與各縣市教育局配合，融入中小學校園中，帶動自殺防治觀念普及化。
- (3) 為響應數位資源連結共享及延伸學習之概念，主動和政府及民間數位學習平台接洽，提供具指標性之課程，藉由外部它網平台之管道，透過課程之共享宣導，除提升珍愛生命數位學習網之能見度，引導更多民眾回

流至中心學習網，進行延伸學習。

- (4) 持續於數位學習網的首頁，定期更新網站導覽功能，期待透過主題式的分類導引，讓學員們透過更清楚、友善的介面，能更有效率的學習。
- (5) 因數位學習網為使用 XMS 平台系統來建置，操作方式需依循 XMS 系統，如需維護或修正，則須與廠商索取相關程式，但其中部份含有廠商之商業機密而無法提供，若需改善對學員方便的介面則有所限制。
- (6) 現有 XMS 數位學習系統程式撰寫時採用 IE Only 概念，僅支援 Windows 平台 Internet Explorer 瀏覽器 5~7 版本，其他使用者如 Mac、Linux、iOS、Android 皆無法使用。包含 Windows 平台在內，若使用者將 Internet Explorer 瀏覽器更新至 7 以上版本也有極大可能發生相容性問題，導致無法正常觀看、系統斷線或者無法記錄閱讀時間。
- (7) 將 XMS 數位學習系統升級為 TMS 數位學習系統後，因介面撥放方式改採改善舊有 IE Only 界面之不足，使跨平台使用者皆可進入本數位學習網。TMS 訓練管理系統以企業員工教育訓練為主要應用方向，透過 E 化的培訓管理流程以及網路學習機制，有效降低工作負擔及訓練成本，更大幅提升訓練效益。除了整合各種訓練課程中的學習、管理、簽核、追蹤功能，也提供專屬的學習環境以及完整的歷程紀錄，滿足多元化的訓練需求。

2) Youtube 影音頻道：結合更多網路影音資源，如 facebook 宣導管道及 YouTube 頻道功能等，透過網路平台間的相互支援及整合，向外連結出更完善的雲端學習網絡，發展出創新及多元化學習。

3) 凱擘大寬頻：目前雲端學習、珍愛生命數位學習網及 YouTube 平台，我們可掌控安排上架之時間，但與凱擘股份有限公司之合作，唯上傳時間仍需配合該公司時程安排。

4) 影音錄製及製作：

- (1) 數位影音錄製的部份，目前為搭配中心和外部單位舉辦之實體課程，由資訊組同仁前往錄影，但外部場地品質參差不齊，許多因素無法事先預防，故錄製成果之品質有一定的限制。
- (2) 中心現階段影音的內容多為記者會實錄、數位課程及宣導短片等制式影音，在吸引民眾及豐富度上略顯不足，因此在後製加強豐富度，於影片右上角置入中心品牌 Logo 並在片尾插入「一問二應三轉介」宣導短片，豐富的影像畫面可提高民眾觀賞意願，同時達到宣傳的效果。

5) 建議與改善：

- (1) 未來繼續擴展雲端合作範圍，與其它有線寬頻電視業者或其它網路學習

平台連結，持續透過雲端學習，推廣珍愛生命理念。

- (2) 未來影音規劃的面向可更加多元化，例如透過微電影、電視台節目之合作、自製宣導短片等等方式，引起社會大眾正面關注，認識自殺防治議題等。
- (3) 數位課程內容設計可運用多媒體之相關軟體及技術，以生動活潑及能與民眾互動的方式提高民眾閱讀意願，實需經費之挹注。
- (4) 未來本學會希望能架設一攝影棚以符合雲端數位時代需求，以較符合時代潮流之機器設備，突破拍攝環境參資不齊之困境，創造出更生動、活潑並且畫質不落人後的自殺防治守門人範例教材。

「簡明心理健康篩檢表」 (Concise Mental Health Checklist, CMHC) 自殺風險簡短評估之量表發展與信效度研究

一、背景 (Context)

1. 相關問題或重要性

全國自殺防治中心提倡多年的守門人訓練，主要針對自殺高風險者提供關懷與介入，並於全面性策略引導下，盼能達到早期發現個案之目標，並能進一步將個案轉介精神科予以治療以及深入評估。

由於文獻指出大多數自殺意念者確實會釋出求助警訊，但醫療人員卻常常不是首要被求助者，然而當這些民眾第一個釋出警訊的對象是周遭的親朋好友時，是否能被成功轉介至醫療情境？再者，醫療專業人員能否及時辨識出求醫者中之自殺高危險群，而予以轉介至精神醫療處置？這些問題仍是自殺防治領域的重要議題。

當前針對高危險群的評估與追蹤是有難度存在的。就評估而言，高危險群可能來自臨床與社區等多種情境，當前許多第一線人員缺乏溝通、評估的工具或技巧，故難以瞭解高危險群的心理需求。高風險者之心理危險因子差異性甚大，好比青少年可能因家庭親情問題、學校、人際關係、個人心理困擾等問題交錯影響其自殺風險；老年人可能因社會網絡與親情支持缺乏、寂寞感、健康不佳、經濟困頓、親情等因素導致自殺行為。倘若前線的醫療工作人員沒有簡明的工具做引導，僅能靠自身經驗值處置個案，便可能錯失第一線介入的良機，更遑論依個別的需求提供即時的處置與轉介。對高危險群的追蹤而言，常深受拒訪問題所困擾，關懷訪視的介入在真誠關懷之餘，更需結構性的評估工具以利增加具體評估的內容，以利於信任關係與治療聯盟(therapeutic alliances)之建立。例如過去十年政府民間各界所廣用的心情溫度計量表，已提供了良好的評估基礎，經多項研究顯示。

依當前臨床醫療服務系統，專案人員較難直接發掘臨床或社區的危險個案，因這些個案可能潛藏在各個醫療科別，並且可能沒有強大的動機尋求精神科之協助，或本身心理健康知能不足或受到個人與社會偏見影響，故無法有效地進入精神醫療體系。過去已有研究顯示，合併多種內外科慢性疾病之住院病患其可能最後死於自殺的風險比例顯著高於沒有生理疾病的病患。此外自殺或自我傷害個案也常見於急診，第一線急診同仁的評估

技巧將有助於自殺危機的處置，或有助於高風險個案之發現。因此，倘若能有一個簡明的評估工具可輔助第一線醫護人員與患者溝通，可能有助於篩檢出一群在醫療體系中的高風險群。這個做法相對於忽略或缺乏應對措施辨識醫療情境中的高風險群來說，是一個重要的公共衛生策略；再者，對個人層次的自殺防治策略來說，評估工具將有效幫助第一線醫護人員瞭解自殺危險因子，藉以促進醫病溝通與互信關係，此舉相較於經驗法則或透過直覺來處置自殺高風險者來說，具有臨床上的重要性。

在社區的部分，亦可能潛藏了許多可能有心理健康疾病的民眾，但礙於民眾常不知如何介入、協助或擔心介入後之後果等諸多因素，無力協助社區自殺高危險群，衍生出如家暴、社會暴力、酗酒等相關社會問題，若守門人能理解高風險群篩檢的重要性及做法，便可能可以達成早期發現個案、早期轉介治療之目的。社區的自發性防治作為可能對全面性的自殺防治有小兵立大功的成效。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1)發展「簡明心理健康篩檢表」(Concise Mental Health Checklist, CMHC)，以利自殺高風險者之篩檢、評估與進一步轉介處置。
- 2)驗證「簡明心理健康篩檢表」(CMHC)之適用性與信效度。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法：

- 1)收集並回顧國內外與自殺風險篩檢相關之研究文獻，並進行彙整及分析。
- 2)設計「簡明心理健康篩檢表」(CMHC)之內容與使用方式。
- 3)召開專家會議，進行文獻回顧結果之意見交流，再修正完成初稿。
- 4)量表進行預試。
- 5)回收量表並分析及彙整結果。
- 6)正式大規模量表施測。
- 7)量表回收與分析。

2. 資源連結與合作

- 1)合作單位：臺大醫院精神科門診、臺大醫院急診醫學部、臺大醫學院、全方位市場調查有限公司。
- 2)資源連結內容及形式：專家諮詢、提供資料及臨床收案等。在市場調查公司的部分為透過委託關係，辦理電話調查工作。

三、過程(Process)

1. 悲傷的人(The Chinese SAD PERSONS Scale, CSPA)量表：在美國國家衛生研究院自殺防治資源中心(Suicide Prevention Resource Center, CDC, NIH)2015年所推出的資源手冊中，明文倡導每位進入急診求治的病患應接受自殺風險篩檢。在英國，約有一半的急診自殺或自傷個案亦接受社會心理評估，該評估是除了篩檢題項外更進一步的自殺危險/保護因子與社會心理狀態評估。自殺風險篩檢表的題目多屬直接詢問的題目，好比最近是否有想要自殺的念頭、有沒有想要執行自殺計劃、自殺的行為意圖等，藉這些題目篩檢病患的自殺風險狀態。在眾多篩檢表中，又以1983年所研發的「悲傷的人」量表，最廣為使用且備受討論。在臺灣，目前已由臺大護理系吳佳儀教授等人將「悲傷的人」量表翻譯為中文版，且經內容信效度測試(Wu et al., 2014)，結果指出CSPA適用於第一線醫護人員了解急診患者的風險狀態，進而予以轉介處置。
2. 心情溫度計修改版(The Revised 5-item Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5R)量表：心情溫度計原始版(BSRS-5)量表是由臺大醫院李明濱教授於2003年所發展，以五個題目(睡眠困難、坐立不安、易怒、心情低落、自卑)加上自殺意念程度評估近七天內患者的精神病理症狀，原採用五點計分方式(5-point Likert scale)，依其症狀程度勾選目前處於0-4分中的哪個程度，情況越嚴重則所對應之分數越高。但此評分方式可能較不利於第一線人員做初步簡明的篩檢式評估，故於修改版(BSRS-5R)中將其更改為較便利的二分法(是/否)，以利社區或臨床第一線人員在篩檢時更加方便省時。二分法選項之目的不在強調症狀的嚴重程度，而在於瞭解這些問題是否讓民眾感到困擾或其是否深受症狀所苦。
3. 簡明心理健康篩檢表 (Concise Mental Health Checklist, CMHC)：我們將中文版悲傷的人量表與心情溫度計修改版量表合併在一起，變成一個簡明的心理健康與自殺風險篩檢表，稱之CMHC。CMHC結合兩個量表的內容，進行刪減(經專家建議:CSPA刪減幻聽妄想之症狀一題)、修正(新增過去曾認真考慮過自殺一題)整理成三大面向，分別為精神病理學、人口學以及自殺風險，評分項目一共有14題(CSPA九題加上BSRS-5R五題)，另有兩題為附加題。

四、成果(Product)

1. 國內外自殺風險相關篩檢工具

我們初步先廣泛收集國內外有關自殺風險評估的工具，經文獻查證，以我們將所查詢到的自殺風險篩檢工具分為直接性危險因子 (direct risk

factors)與間接性危險因子(indirect risk factors)兩者，前者包括自殺意念、自殺計畫、意圖程度、自殺企圖、重複自殺等與自殺直接相關的行為或想法之評估，後者則包括情感疾患(如憂鬱、焦慮)或其他精神疾病(如思覺失調症)、絕望感(Hopelessness)、活下去的理由(Reasons for Living)等評估。

學者對於運用量表評估自殺風險的必要性看法不一致，反對學派認為簡短的評估無法完全掌握或可靠預測個案的自殺風險，而支持學派則認為藉由快速有效的篩檢評估勝過於臨床證據力較低的經驗判斷法則，可於自殺或精神疾病演進初期，針對個案需要介入精神醫療與相關處置，以利自殺行為之預防。有關自殺風險評估量表(Suicide risk assessment scale)的發展，最早可以回溯到 1974 年學者(Aaron Beck)對自殺意圖之測量(Suicide Intent Scale)，至今已屆滿四十年，目前至少已發展出三十個以上的自殺評估量表。早期自殺量表的出現，主要是為了提供精神科醫師一個量化數據，以利判別診療前和診療後的效果，例如：病人自殺意念的程度是否有改變。後來，此類工具漸漸被用於臨床，醫療人員利用自殺評估的數據做為輔助臨床決策的工具或 ER 訓練醫師的教材，例如：SAD PERSONS Scale (「悲傷的人」量表)被用於急診室醫師快速判斷病人是否為自殺高風險群、是否需要住院觀察(Wu et al., 2014)。然而，早期所設計的自殺風險評估量表是否適用於臨床不同病人，或者原始工具在東西方文化中是否有不同的敏感性，這些議題均備受討論。

綜觀現存文獻中的自殺風險評估量表(詳如附件 7.1.1)，大致可依其測量對象、評估目的、測量方式、測量族群年齡層等評估面向做為區隔。其中，量表間的評估目的不同，是指量表發展的用意是否在評估個案再自殺風險、整體自殺死亡風險、自殺意念程度等直接性的自殺危險因子，或間接性危險因子，如憂鬱症。在測量方式方面，可分為自我評估與醫護人員面談兩種方式。測量族群依年齡層，可分為兒童、青少年、成年、老年人，而測量對象則涵蓋精神科住院病患、精神科門診個案、急診病患、社區(如學校或監獄)等不同領域的個案。小結以上，各種自殺評估工具的內容，大致針對與自殺相關的保護因子或危險因子兩者進行評估；其中危險因子包括性別、年齡、不可修正的人口學變項及自殺的直接或間接危險因子，而保護因子包括對未來的希望感或其他如「活下去的理由」之評估。

此外，如果以每十年作為一時段分析趨勢，在 1970 年代推出的自殺量表主要屬於間接性危險因子評估，也比較鎖定在特定族群(例如：針對曾經自殺過的病人或特定疾病之病患，如情感性疾患)。到了 1980 年代，各式

各樣的量表如雨後春筍般出現，雖然還是有間接性測量病患憂鬱、焦慮程度的量表，然而直接測量病人自殺危險因子的量表比例增加，且也因為這時期人們開始傾向於將自殺評估量表運用於臨床治療上，可擴大適用族群至社區民眾，因此開始有許多關於工具信效度的文獻出現。1990 年代，與 1980 年一樣是發明量表的極盛期，此時期開始有修訂既有存在量表的版本出現，也有許多將舊有量表更改至適用於某一年齡層的量表，量表呈現多樣且複雜化。同時 1990 年代慢慢開始重視保護因子，有關評估預防自殺保護因子的量表相繼出現，例如：Reason for Living Scale (Linehan, 1983)。

2. 簡明心理健康篩檢表(CMHC)量表簡介與計分方法

簡明心理健康篩檢表 (CMHC)內容是由簡式健康量表修改版 (BSRS-5R)以及中文版悲傷的人(CSPS)兩個量表所組成，總計共 16 題。BSRS-5R 的部分共 6 題，改以是非題篩檢五大症狀的嚴重程度是否造成重大困擾；悲傷的人(CSPS)原始量表為 10 題，經本中心之效度研究檢驗後改為 9 題(基於可行性與信效度考量，刪除一題詢問個案是否曾經驗到幻覺、妄想等非理性思考與感受)。中心研究初步發現 CMHC 於社區及臨床情境皆具備一定的適用性與可行性，除面談方式外，亦可由受訪者自行填答，因此可用在門診、住院、急診等不同情境之病患評估。

BSRS-5R 因題數少，填寫時間短，解釋容易，在使用者上限制少為其主要之優點。量表原先採用五點計分方式，依其症狀程度勾選目前處於 0-4 分中的哪個程度，情況越嚴重則所對應之分數越高。但原先的評分方式可能較不利於第一線人員做初步簡單的評估，故於此將其更改為較便利之二分方式，藉此以利社區或臨床第一線人員在篩檢時較方便使用。量表中未包含有關身體症狀之問句，可避免生理症狀對試測結果之影響。量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題是否使您感到困擾或苦惱，題目類型包含五題有關症狀的問題及一題自殺意念題項(附加題)，除附加題不列入計外，剩餘題項答是者為 1 分，否者不計分，量表滿分為 5 分，以 4 分做為篩檢之切分點，超過 4 分即可算是精神疾病(如憂鬱症或焦慮症)及自殺意念高危險族群。

CSPS 量表乃一份藉由填答者的過去生活經驗為依據之自殺危險性評估量表，其主要目的為瞭解個案是否存有較高的再自傷風險。題目內容主要涵蓋兩大部分，分別為基本變項(性別、婚姻狀態、年齡)以及自殺風險。在自殺風險的部分，包含是否曾有自傷行為、是否曾因自傷而送醫治療、未來自殺意圖、是否曾因心理疾病而求醫、藥酒問題、心理支持面向。計

分方式在基本變項的部分，將男性、分居/離婚/喪偶者以及年齡大於 45 歲或小於 19 歲者，各計為 1 分，非上述所述者則不列入計分。在自殺風險的部分，除附加題不列入計分，其餘六題皆列入計分，答是者為 1 分，否者不計分。滿分為 9 分，5 分為篩檢之切分點，若超過 5 分即可算自殺高危險族群。

目前 CMHC 採兩個量表分開計分、分別評值的方式提供醫護人員判斷個案是否存在精神病理問題與自殺風險的依據，也就是說，中文版悲傷的人(CSPS)大於或等於 5 分或簡式健康量表修改版(BSRS-5R)大於或等於 4 分，均可視為自殺高危險群，中心的臨床前驅研究結果指出一般求醫者中，大約有 20% 屬於該族群，宜轉介精神專科醫師評估患者的身心健康問題是否需進一步處置。若兩分量表均超過切分點，表示個案為相對高危險族群；若任一量表大於切分點，亦符合需進一步由專業醫療評估的標準。兩個量表的高危險群在意義的解讀上有所差異，由於 CSPS 主要評估內容是整體的個人經驗與常態性的行為表現或感受，分數過高可解讀為個案的整體自殺風險越高、越可能出現(再)自殺或自傷行為；而 BSRS-5R 因關注個案近期(七天)內的精神症狀，分數過高的個案可解讀為常見精神疾病及自殺意念的高危險群。

3. 簡明心理健康篩檢表(CMHC)之信效度分析

無論是由今年民調結果、精神科門診收案的 700 位個案及急診的 400 位個案，都發現其信效度除原本悲傷的人量表(CSPS)的部分外，其餘均有良好的信效度。內部一致性信度(Cronbach's Alpha, α)，主要用來測量同個概念的多個計量指標之一致性程度，而「悲傷的人」量表中每個題目所代表的都是獨立的自殺危險因子，其 α 值分別介於 0.30-0.39 之間，故可瞭解為何其內部一致性之統計結果並不是太好。就心情溫度計(BSRS-5R)量表而言，其內部一致性(α 值)分別介於 0.65-0.79 之間，顯示該量表有具有良好可靠之信度。若以簡明心理健康量表整體 14 題來看，結果發現其內部一致性介於 0.55-0.67 之間，這樣的結果顯示本量表是具有穩定可靠的信度。

在效度方面，則是用探索型因素分析來做驗證。無論是從精神科門診、急診以及民調之因素分析結果都將量表分為三個因素，分別是精神病理面向、自殺風險面向以及人口學面向等。在精神科門診、急診以及民調上，其精神病理面向的成份矩陣數值分別介於 0.56-0.81、0.51-0.72 以及 0.42-0.74 之間；自殺風險方面，在精神科門診、急診以及民調上其成份矩

陣數值分別介於 0.42-0.84、0.52-0.90 以及 0.73-0.91 之間；人口學方面，在精神科門診、急診以及民調上其成份矩陣數值分別介於 0.79-0.84、0.65-0.76 以及 0.70-0.87 之間。跨這些調查結果均顯示簡明心理健康篩檢表(CMHC)是具有良好的效度。(如表 7.1.1)

表 7-1-1、簡明心理健康篩檢表(CMHC)之信效度

		精神科門診 (n=700)	急診 (n=400)	民調 (n=2120)
內部一致性 (Cronbach's Alpha)	CMHC	0.67	0.55	0.55
	BSRS-5R	0.79	0.65	0.70
	CSPS	0.35	0.39	0.30
因素分析	精神病理面向	0.56-0.81	0.51-0.72	0.42-0.74
	自殺風險面向	0.42-0.84	0.52-0.90	0.73-0.91
	人口學面向	0.79-0.84	0.65-0.76	0.70-0.87

4. 簡明心理健康篩檢表(CMHC)之民意調查結果

在今年度的民意調查中有加以詢問 CMHC 的 14 個題項，依照題目的屬性分別放置在個人與親友自殺經歷與求助問題(未來要自殺、一生中有過自殺行為、嚴重的自我傷害或自殺行為送醫)，自我健康情形(周遭有沒有人可以傾吐心聲、過度飲酒或長期服用某種藥物影響生活、罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診)，BSRS-5 量表以及基本資料(性別、年齡、婚姻狀態)等四部分中；而關於心情溫度計與基本資料的部分為每年都會詢問的問題，簡而言之，今年新增的題目為 CSPS 中有關自殺風險的題目。

在 CSPS 的部分，除基本變項與心情溫度計的部份外，剩於題目均為檢核表形式，選項僅有是與否，故這六題的計分方式均為答是者為 1 分，否者不計分。此外，另包含問卷所詢問之三題基本變項。基本變項的部分將男性、分居離婚或喪偶者以及年齡大於 45 歲跟小於 19 歲者列入計分，符合者為 1 分。量表的滿分為 9 分，5 分為切割點，若超過 5 分即可算是自殺高危險族群。調查結果發現，全體民眾以得到 1 分的居多(42.4%)，其次為 2 分(29.4%)，再次為 0 分(18.6%)。此外，全體受訪民眾中，有 9.6% 的人在「悲傷的人量表」達 3 分以上，3.1% 達 4 分以上，1.0% 達 5 分以上。表示本次受訪者中有 1.0% 的民眾可能有高自殺的風險存在，推估臺灣約 19.9 萬人。(如表 7.1.2)

表 7-1-2、2015 年民意調查悲傷的人量表得分情形

	0 分	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分	6 分	7 分
人數	395	898	624	137	45	11	8	2
百分比(%)	18.6	42.4	29.4	6.5	2.1	.5	.4	.1

在 BSR5-5 的部分，原本於民調中採用五點計分方式，依其症狀程度勾選目前處於 0-4 分中的哪個程度，情況越嚴重則所對應之分數越高。但在 CMHC 中採用的是二分法之方式，答案只有是與否，故於此會先將其重新轉換編碼變成 0 與 1 計分。計分方式為答是者計為 1 分，答否者則不計分，滿分為 5 分，切割點為 4 分，大於等於 4 分則屬於精神疾病及自殺意念高危險族群。調查結果發現，全體民眾以得到 0 分的居多(46.4%)，其次為 1 分(25.0%)，再次為 2 分(12.7%)。此外，全體受訪民眾中，有 15.9% 的人在 BSR5-5R 達 3 分以上，9.0% 達 4 分以上，4.4% 達 5 分以上。表示本次受訪者中有 9.0% 的民眾可能屬於精神疾病及自殺意念高的族群。(如表 7.1.3)

表 7-1-3、2015 年民意調查 BSR5-5R 得分情形

	0 分	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分
人數	983	529	268	147	98	94
百分比(%)	46.4	25.0	12.7	6.9	4.6	4.4

若以整體 CMHC 來看，非屬於自殺高風險族群即兩個量表均沒有超過切分點者一共有 1917 人(90.4%)；具有高自殺的風險(即 CSPA 量表大於等於 5 分者)一共有 21 人(1.0%)；精神疾病及自殺意念高的族群(即 BSR5-5R 量表大於等於 4 分者)一共有 192 人(9.1%)。特別值得注意並且需要後續強烈關注的是兩個量表都超過切分點之民眾，在本次調查中一共有 10 人(0.5%)，這 10 人既是有高自殺風險又是有精神疾病及高自殺意念的人，推估臺灣約 9.95 萬人。(如表 7.1.4)

表 7-1-4、2015 年民意調查 CMHC 得分情形

	人數	百分比(%)
非屬於自殺高風險族群(CSPS<5 且 BSRS-5R<4)	1917	90.4
高自殺的風險(CSPS \geq 5)	21	1.0
精神疾患(BSRS-5R \geq 4)	192	9.1
高自殺的風險(CSPS \geq 5)且精神疾患(BSRS-5R \geq 4)	10	.5

5. 結論與建議

經初步檢測，CMHC 為簡短、方便、快速的臨床自殺風險篩檢工具，目的在於提供自殺直接與間接危險因子的結構性評估項目之參考，適用於第一線臨床醫護人員以關懷的態度介入、建立治療信任及同盟關係，進而提升自殺風險評估的專業度，然其信度效度在未來尚需累積更多研究或實務經驗以建立其實證性與應用價值。目前在做計算時會將量表合併計算信效度，但原始的 BSRS-5R 跟 CSPS 之間在是否憂鬱、情緒低落等的題目上即無法清楚區分，彼此間有重疊性存在，未來可能可以試著進一步的研究是否需要做題目合併，亦或做更進一步的處理等。

其次，悲傷的人量表在美國有眾多版本，特別是在年齡的部分，當前並沒有一定的標準，期待在未來更多資料的引導下，能夠合併所有的資料來瞭解究竟以台灣文化為背景的前提下，究竟要如何對年齡做切分才最能反應實際的自殺風險。同時，為了因應目前的 3C 時代，未來冀望能夠將 CMHC 推向 3C 使用。

在臨床篩檢的使用場域部分，除了急診、急症的病人外，更期待能推展到內、外科場域，因為生理疾病及心理疾病間的共病關係是很高的，並且兩者均與自殺有所相關。更重要的是希望未來能夠全面性的推廣，推展到社區，藉以發現到冰山以下的廣大族群，進而將自殺防治推進行到更精緻更經濟的地步。

五、附件

附件 7.1.1 自殺風險篩檢相關工具一覽表

附件 7.1.2 簡明心理健康篩檢表

附件 7.1.3 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷

學術研討會

一、前言

自殺是世界性的公共衛生議題，自殺行為也絕非單一因素所能造成，在現今新型態之全球性經濟萎縮、社會變動等不利因素之多重影響下，是否會增加國人自殺之風險，仍需密切注意。為因應未來之不確定因素，本會持續落實既定之國家自殺防治策略，以因應金融風暴下高失業率可能帶來的效應，透過各種國內外學術交流與經費分享管道諸如參與國際性與國內學術研討會、舉辦專題演講以及學術論文投稿及徵稿等方式，除了對國際間的自殺防治現況能透過交流而更加了解外、更可發現新興之自殺防治策略及相關實證研究，皆有助於臺灣自殺防治策略的擬定與自殺問題之解決。

各國家在其自殺率的趨勢上均有不同，如新加坡與澳洲在國際自殺趨勢大幅上升之際，卻維持平穩，甚至反而有下降的趨勢，其自殺防治工作的成效值得世界各國的學習與仿效。在臺灣，自殺死亡方式(例如燒炭自殺率上升)、年齡族群(25-44歲壯年死亡人數多、65歲以上老年人自殺死亡率高)等自殺死亡與通報數據上均展現出了自殺現象的特殊性，同時也反應了時代變遷下，臺灣自殺現象的轉變與不變。

為因應臺灣自殺現象中的變與不變，從其他在自殺防治工作上有顯著成效的國家進行標竿學習是相當重要的，正因如此，國際合作在自殺防治工作上不可或缺的一環。因此除了舉辦國內研討會外，全國自殺防治中心及臺灣自殺防治學會亦積極參與國外自殺防治會議，將臺灣之自殺防治與國外接軌，相互交流，學習各國的自殺防治背景、策略及相關實證資料之外，也有助於臺灣自殺防治策略的擬定與自殺問題的解決，同時亦可分享臺灣之自殺防治經驗與成果，本年度共參與或合辦以下3場全球性學術研討會以及2場國內學術研討會。

二、國內學術研討會

1. 自殺防治：伸出援手 拯救生命學術研討會(2015/9/6)

1) 緣由

今年研討會主題為「伸出援手 拯救生命」自殺防治不僅由政府及相關單位積極投入去關懷，更從個人為中心點，以同心圓的方式，延伸到生活中每一位曾接觸的人，用心聆聽，並即早伸出援手，你我都能成功地拯救

生命。本年度研討會特別邀請致力於自殺防治多年的專家學者進行專題演講及交流，希望激發我們藉由時事，以有別於平時之角度去觀察與思考。

本年度蒞臨現場之貴賓除自殺防治相關領域之專家外，更邀請到吳副總統、衛生福利部心理及口腔健康司司長親臨致辭。司長更為第一堂專題演講擔任主持人，為學術研討會揭開完美序幕。

2) 專題演講

專題演講共有六個不同的議題，但皆與自殺防治息息相關，除時下全民最關注的八仙塵爆事件、自殺與飛安以及網路與燒炭自殺外，還包含自殺風險的篩檢及動機式晤談個案管理等。各專題演講之主題、主講人及內容大綱如下：

(1) 塵爆事件媒體報導對自殺防治之影響

主講人：呂淑妤理事、呂淑貞監事

內容大綱：6月八仙樂園發生塵爆事件後，造成多達5百多人之輕重傷，而在這個重大事件中，媒體新聞的持續追蹤報導，帶來什麼樣劇烈的影響？而這些影響對社會大眾是好是壞？透過簡短的一堂課，讓你知道新聞媒體在自殺防治上占有有多重要的地位！

(2) 個人層次的自殺防治策略：簡介 CMHC 自殺風險篩檢及動機式晤談個案管理

主講人：吳佳儀副執行長、陳偉任副秘書長

內容大綱：在日常生活及工作上，接觸到自殺高危險群和需要協助的個案時，該如何扮演一個基本的守門人角色呢？本課程介紹評估工具的使用，進行自殺風險的篩檢及動機式晤談個案管理，提供後續治療與輔導工作的重要參考方向。

(3) 自殺與飛安：疾病與犯罪的安全邊界

主講人：鄭宇明秘書長

內容大綱：今年德翼航空的重大失事案件，爆出疑為副駕駛心理狀態不穩定，蓄意讓飛機墜毀，此事件發生後，各界開始關注機師的心理狀態是否會嚴重影響飛安，但這些機師的心理狀態該如何持續維持在健康的狀態呢？疾病與犯罪之間的安全邊界，正開始受到更嚴峻的考驗。

(4) 值得付出多少-談自殺防治的成本效益

主講人：方俊凱常務監事

內容大綱：從醫學倫理的「公平正義原則」來看，投入自殺防治的臨床、教學與研究，就如同其他的醫療行為一般，並不能僅著眼於眼前的成本

效益而已。自殺防治的推動乃是為了個人、家庭、醫院、社會甚至是整個國家機器，降低了往後可能因自殺而必須付出的代價，並增加了創造幸福與價值的機會，因此當前的自殺防治十分符合公平正義原則。

(5) 網路搜尋與燒炭自殺

主講人：張書森副執行長

內容大綱：當前網路世界無遠弗屆，所有的訊息只要在網路搜尋便幾乎唾手可得，包含自殺的訊息亦是如此。究竟要如何在網路與燒炭自殺訊息間達到平衡，即為本堂課程的重點。好比當前 WHO 針對自殺新聞事件所提的「六不六要」報導建議，未來要如何更加落實在與自殺相關的網路資訊上；以及冀望民眾在網路上散布燒炭自殺消息時，人人均能遵照相關建議。

(6) 全國自殺防治中心計劃：成果與展望

主講人：廖士程執行長、李明濱教授

內容大綱：透過分析臺灣及世界自殺問題的現況，點出自殺防治乃全球共同關注議題，並強調多元自殺防治方式的重要性。另外也將說明全國自殺防治 3 大策略之推展，以系統性的思維來檢視自殺防治計劃的成果，以及未來的展望。

3) 論文投稿

本年度論文投稿共 8 篇通過審核，各篇之主題、作者與目的如下：

(1) 企圖自殺者的使用菸品率高

作者：邱南英、黃思瑋、俞凱程、許文郁。

目的：聯合國世界衛生組織(WHO)統計近年來全世界每年約一百萬人死於自殺，約十六億人使用菸品，這兩個都是最主要的公共衛生問題，雖有一些研究探討其相關性，然而結果不一，兩者之間的關係仍不清楚。本研究以彰化縣的資料探討使用菸品和自殺企圖的相關性，也討論有關的因素及使用菸品與多次企圖自殺的關係。

(2) 彰化縣城鄉差異與自殺的探討

作者：俞凱程、邱南英

目的：本研究的目的為探討彰化縣所屬各鄉鎮市的自殺企圖率和自殺死亡率是否存在差異，以研擬適當的處置和做法。

(3) 心理健康促進活動對臺灣機構老人幸福感和憂鬱情緒之介入成效探討

作者：胡宛臻、江宜珍、林好容

目的：臺灣人口結構高齡化，估計至 2025 年將進入超高齡社會，老人之

憂鬱與自殺問題至今仍具高風險亟待有效對策。其中，「機構老人」年齡愈長罹患憂鬱風險愈高，未來進入機構之老年人口應更多，顯見提升機構老人之心理健康實刻不容緩。本研究目的以機構老人為對象，設計一套心理健康促進活動介入方案，探討是否能提機構老人之幸福感及減少憂鬱情緒。

(4) 青少年自殺迷思：一項文獻回顧

作者：廖士婷、羅運生、張今菁、李明濱、吳佳儀

目的：自殺為 15-24 歲青少年死亡主因之第二位，有關青少年自殺的迷思往往會影響大眾對於自殺防治的態度與實務推動，因此本研究以此為主題回顧近二十年文獻，期能提供未來研究與實務之參考。

(5) 近三年新竹縣與全國自殺通報人次之季節變化分析

作者：范雅涵、蔡昇諭、蘇泓洸、張根榮、林加雯、廖庭萱、江佑倫、許美琴

目的：本篇在探討季節對新竹縣與全國自殺通報人次的影響，並比較兩者自殺通報人數受季節變化影響程度之差異。

(6) 2014 年新竹縣男性自殺個案身分備註與重複自殺間之關係

作者：江佑倫、蔡昇諭、蘇泓洸、張根榮、林加雯、許美琴、范雅涵、廖庭萱

目的：了解自殺通報單上之「身分證號」、「特殊身分註記」與個案重複自殺之間是否有所關連，使未來自殺關懷訪視員從事自殺關懷訪視時，針對此類個案進行相關預防計畫，

(7) 面對疑似精神病合併毒品、愛滋的重複自殺個案處遇

作者：張根榮、劉令恬、蔡昇諭、蘇泓洸、林加雯、江佑倫、許美琴、范雅涵、廖庭萱

目的：精神病人本為自殺高風險族群，在合併有藥癮及愛滋病等狀況後變得更為複雜，現將處遇過程整理分享，以期對於未來類似個案處遇有所幫助。

(8) 新竹縣自殺關懷訪視員管案量、自殺粗死亡率與 30 天內再自殺率相關性：五年分析

作者：林加雯、蔡昇諭、蘇泓洸、張根榮、江佑倫、許美琴、范雅涵、廖庭萱

目的：作者曾針對訪視員的管案量與自殺死亡率之議題做三年的數據分析，意圖探討每位訪視員會理的接案量。本篇除延續此議題，並將研究年份延長為五年外，更增加與 30 天內再自殺率的比較，試圖釐清此三因素間是

否會相互影響，以作為未來自殺防治策略的一環。

4) 學員回饋

今年由於場地較小以與固定式座位之緣故，使可至現場參與之學員有限，今年度共 167 位學員(非會員)到場參與課程。針對參與之學員相關分析及回饋如下：

(1) 得知報名消息管道：

- a. 「來自中心及學會網站」為最多占率 55.7%。
- b. 「單位公文通知」占率 29.3%。
- c. 「收到電子郵件通知」占率 14.4%。

(2) 以專業領域分類之占率分別為護理人員 18.0%、心理師 16.2%、社會工作師 15.6%、醫師 13.8%、關訪/個案管理師 10.8%、衛生局所 9.6%、職能治療師 3.6%、教師 3.0%、學生 4.8%、志工 1.8%及其他 2.4%。

(3) 珍愛生命數位學習網上研討會課程點閱次數為 461 人次。

(4) 問卷回饋：

- a. 對於課程設計的整體滿意度：非常滿意 40%、滿意 55%、普通 5%。
- b. 課程內容未來可能應用在實務工作上的情形：非常滿意 32.5%、滿意 52.5%、普通 15%。
- c. 整體師資安排的滿意度：非常滿意 40%、滿意 57.5%、普通 2.5%。
- d. 認為本次對自己最有幫助的課程是：塵爆事件媒體報導對自殺防治之影響 40.0%、個人層次的自殺防治策略：簡介 CMHC 自殺風險篩檢及動機式晤談個案管理 72.5%、自殺與飛安：疾病與犯罪的安全邊界 75.0%、值得付出多少-談自殺防治的成本效益 50.0%、全國自殺防治中心計劃：成果與展望 27.5%、網路搜尋與燒炭自殺 27.5%。
- e. 對於上課場地的滿意度：非常滿意 40.0%、滿意 47.5%、普通 2.5%。
- f. 對於課程時間安排的滿意度：非常滿意 30.0%、滿意 57.5%、普通 7.5%。
- g. 願意成為珍愛生命守門人 22.5%。
- h. 願意收到自殺防治相關訊息 37.5%。

2. 2015 年臺灣憂鬱症防治協會年會暨學術研討會(2015/12/6)

1) 緣由

全國自殺防治中心李明濱計畫主持人擔任臺灣憂鬱症防治協會名譽理事長，與臺灣憂鬱症防治協會共同辦理「2015 年臺灣憂鬱症防治協會年會暨學術研討會」。內容除憂鬱症防治議題外，亦包含網路成癮、兒童青少年憂鬱症診治的最近進展、老年憂鬱症的診斷與治療、更深入探討特殊個案

憂鬱症之治療與心理治療於重鬱症治療中的角色。現場貴賓除憂鬱症防治相關專家外，亦邀請衛生福利部心理及口腔健康司司長蒞臨與致辭。

2) 專題演講

各專題演講主題及講者如下：

(1) Unmet Need in the Management of Depression in Taiwan

主講人：張家銘理事

(2) 網路成癮：

主講人：陳淑惠教授

(3) 兒童青少年憂鬱症診治的最新進展

主講人：葉啟斌主任

(4) Treatment resistance depression

主講人：李正達醫師

(5) 憂鬱症的 KTV 療法：生理心理社會靈性模式

主講人：韓德彥教授

(6) 老年憂鬱症的診斷與治療

主講人：邱南英醫師

(7) Acceptance and Commitment Therapy for Depression

主講人：張本聖教授

(8) 身體疾病伴隨憂鬱症之治療

主講人：莊永毓醫師

(9) 憂鬱之現象與治療：存在人文取向

主講人：蘇逸人教授

三、國際學術研討會

1. IASP Montreal(2015/6/15-2015/6/21)

1) 緣由

「第 28 屆國際自殺防治協會國際研討會」，由加拿大自殺防治協會 (CASP) 和魁北克自殺防治協會 (AQPS) 協同辦理，國際衛生組織贊助，於加拿大的蒙特婁舉辦，共有 590 位個人發表及超過 820 位的參與者，世界各國的自殺研究學者皆聚集一堂。本年度主題為：「新興科技與自殺防治」。

2) 論文發表及參與會議

本會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、廖士程執

行長及吳佳儀副執行長參與兩場論文發表會及三場會議。

- (1) The predictive index of parental bonding styles in suicidality in Taiwanese population
For-Wey Lung, Ming-Been Lee
- (2) Urban and gender disparity in age-specific suicide rates in Taiwanese population
Bih-Ching Shu, For-Wey Lung, Ming-Been Lee
- (3) Suicide education: the effectiveness of e-learning for the nurses in Taiwan
Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Hen-Shun Chen, Shih-Cheng Liao
- (4) Mental and nonmental health care contacts before and after suicide attempt in Taiwan: A 6-year nationwide data linkage study
Chia-Ming Chang, Ming-Been Lee, Shih-Cheng Liao
- (5) Emergency attendees with suicide risks had lower perceived need for help and mental health literacy: Implication of a survey in northern Taiwan
Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Cheng-Chung Fang, Shen-Ing Liu

2. Atlanta Zero Suicide(2015/9/21-2015/9/23)

1)緣由

亞特蘭大 0 自殺宣言會議，主題為：國際宣言與社會運動共有臺灣、香港、日本、中國大陸、美國、英國、澳洲、加拿大、丹麥、荷蘭、紐西蘭、法屬玻里尼西亞、北愛爾蘭 13 國共同參與。臺灣由全國自殺防治中心李明濱計畫主持人與廖士程執行長代表出席，於會議中與各國代表共同擬訂 0 自殺草案。活動訊息如下：



Zero Suicide in Healthcare:
An International Declaration & Social
Movement September 21 – 22, 2015



3. WPAIC 2015 World Psychiatric Association International Congress(2015/11/18-2015/11/22)

1)緣由

「2015 世界精神醫學會國際大會」於 2015 年 11 月 18 日至 11 月 22 日假台北國際會議中心舉辦，本會龍佛衛理事長擔任世界精神醫學會區域性顧問、本中心李明濱計畫主持人以及本會理事擔任委員，透過周元華理事擔任大會籌備委員會召集人與臺灣精神醫學會黃敏偉秘書長共同籌組與自殺防治相關之研討會主題。

總統馬英九 11 月 18 日也獲邀到臺北國際會議中心出席「2015 世界精神醫學會國際大會」開幕典禮，馬總統表示，藉由本次大會，臺灣不僅有機會與世界各國分享我國在精神醫學領域的發展及成果，也增加與國際相關醫療資訊團體合作的機會，對於臺灣參與國際組織、為心理健康做出的貢獻都極具意義。

2)論文投稿及專題演講

李明濱計畫主持人更邀請日本 Tadashi Takeshima 部長、韓國 Jong-IK Park 教授、香港 Paul SF Yip 教授及全國自殺防治中心吳佳儀副執行長進行專題演講，各主題、講者、背景、方法及結果如下：

(1) **Japan's Suicide Prevention: Achievements and Challenges**

Tadashi Takeshima

Department of Health and Social Welfare for the Disabled, Health and Welfare Bureau, Kawasaki City/ Center for Suicide Prevention, Japan

Background/Objective: Suicide is a global public health problem and solutions to it can be found only through a global dialog. The suicide rate in Japan has been alarming, but Japan has made substantial efforts to reduce this rate. The objectives of this presentation is to clarify the structure of Japan's suicide prevention policy from multilateral viewpoints.

Method: We review the development process of a comprehensive policy of suicide prevention in Japan from 1970s to present and investigate the contributing factors for it and clarify the future challenges. We also introduce a comprehensive policy of suicide prevention in Kawasaki City in relation to the historical development of Japan's suicide prevention policy and comprehensive community care in Kawasaki City.

Result: The activities searching for a comprehensive suicide prevention policy can be found in the 1970s, however, they couldn't have enough effect on government policy. Japan's suicide prevention policy was facilitated by the rapid increase of suicide rate in 1998, the 2006 Basic Act for Suicide Prevention and the 2007 General Principles of Suicide Prevention Policy. The challenges for further development of suicide prevention policy exist in well-balanced community development of suicide prevention activities in relation to comprehensive community care.

Conclusion: Suicide prevention is everybody's business. The three kinds of intervention strategies, universal, selective and indicated prevention strategies in community are essential for well-balanced suicide prevention policy, and the WHO's definition of health, health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, could be used in the well-balanced suicide prevention policy.

Reference: Takeshima T, Yamauchi T, Inagaki M, et al: Suicide prevention strategies in Japan: A 15-year review (1998–2013), J Public Health Policy. 2015.

WHO: Preventing suicide -A global imperative-. 2014.

(2) **New Strategy in Suicide Prevention in Korea : Crisis Intervention in High-risk Groups**

Jong-IK Park

Kangwon National University, Chuncheon Mental Hospital, South Korea

Background/Objective: South Korea has the highest age-standardized suicide rate among OECD countries for a decade, and it is over two times higher than the average suicide rate of OECD countries in 2012. This has brought attention to necessity for the management of discharged suicide attempters, and the Ministry of Health and Welfare got started to provide financial support to manage ER visitors due to suicide attempts in 25 large hospitals across the nation from 2013.

Method: The service system basically consists of referring ER visitors related to suicide attempt to case managers following medical treatment. After 4 weeks of short-term case management, it makes it a rule to refer to community mental health center or suicide prevention center irrespective of psychiatric maintenance treatment.

Result: Whole ER visitors from January 2014 to December 2014 were 6,540. 48.4% of whole ER visitors gave consent to short-term case management system, 1,619 persons, fifty-one percent that have been provided with the service, 1,018 persons were referred to community mental health center one time, and 24.3% of them were referred to the community mental health center two times.

Conclusion: There are several limitations to the current management service for the suicide attempters but Korean government will expand the number and scope of hospitals across nation.

(3) **A Community Based Suicide Prevention Program: a Hong Kong**

Experience

Paul SF Yip

The University of Hong Kong, Hong Kong

Background/Objective: Suicide rate has experienced significant increase and decline in the past two decades. The rate increased from 12.0 per 100,000 in 1997 to its historical high 18.6 per 100,000 in 2003 and then decline and back to 12.6 in 2014. It is of interest to examine factors relating to the changes of suicide rates.

Method: We shall make use of the data with spatial information from the Coroner court to highlight the spatial difference in suicide rate. Age-standardized rate will be used to assess the impact of ageing on changes of suicide rate. The decomposition method will be used to examine the impact of charcoal burning on the increase and decrease of suicide rate in Hong Kong

Result: Ageing is one of the important factor in understanding the increase of suicide rate in Hong Kong and other rapidly ageing societies in Asia. Increase in the number of single parent household is also conducive to the increase of the suicide rate. Also, the new emerging method of Charcoal burning suicide had been contributed significantly to the increase and decrease suicide rate for the period 1997-2003 and 2004-2014, respectively. Charcoal burning has remained as one of the leading methods of suicide since then. Some community based suicide prevention efforts (e.g restriction of means and promoting responsible media reporting) have been shown to be effective in suicide prevention.

Conclusion: It is important to be able to capture suicide information in a timely manner such that more focused effort can be targeted. A concerted multidisciplinary community effort is likely to contain the spread of suicide in the community.

References: Yip, P. S. F., Yousuf, S., Chan, C. H., Yung, T., & Wu, K. C. C. (2015). The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 128, 87-94.

Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S.S, Wu, K.C. & Chen, Y.Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 379, 2293-2399.

(4) **From Macro to Micro Suicide Prevention Strategy: Linking the Individual-level Suicide Assessment to High-risk Management**

Chia-Yi Wu¹, Shih-Cheng Liao¹, Ming-Been Lee¹, For-Wei Lung²

¹*National Taiwan University College of Medicine, Taiwan* ²*Calo Psychiatric Hospital, Taiwan*

Background/Objective: In Taiwan there has been a decreasing trend of annual suicide rate (with a 20% of decrease) in the past decade under the implementation of an overarching National Suicide Prevention Strategy. However, recent social and economic changes have called for further attention on individual-level suicide prevention strategies to better manage the suicide high-risk group with multiple needs for care. The study aims to validate a brief scale for early detection of suicide risk and psychopathology to facilitate case finding and treatment referral.

Method: We invented the Concise Mental Health Checklist (CMHC) for validation and applied to heterogeneous group. The CMHC is consisted of two sets of scales, i.e. the Revised Five-item Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5R) and the Chinese SAD PERSONS Scale (CSPS) with separate scoring method. The study sample was

recruited from psychiatric outpatient/ daycare unit, emergency department, and community residents. All the sample subjects were asked to complete the CMHC and related demographic information.

Result: Among the total sample (N=3539), 2120 were from community sample, 1019 from the OPD, and 400 from the ER. The Cronbach's alpha for the three sources was ranged between 0.65-0.79 for the BSRS-5R and 0.39-0.68 for the CSPA. The results of factor analysis indicated a distinct three-factor structure consisting of the demographics, psychopathology, and suicide risks, with wide applicability of the scale on people with various mental health problems.

Conclusion: The finding suggested the feasibility of applying an effective and short scale in different settings for early suicide risk identification. It is considerable to screen for both common mental disorders and suicide risks using the CMHC on community clients and clinical patients.

Reference: Wu CY, Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Chen HC, Lung FW. (2015). Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. *J Formos Med Assoc*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2015.05.004>.

Liao SC, Lee MB, Lung FW, Chang CM, Wu CY. Suicide prevention in Taiwan: a ten-year review. *Taiwan J Public Health*. 2015;34(3):227-239

3) 主辦及合辦單位

2015 世界精神醫學會國際大會由衛生福利部指導，台灣精神醫學會主辦本會協辦，其他共同辦理單位如下：



WPAIC 2015
2015年世界精神醫學會國際大會
World Psychiatric Association International Congress 2015
104年11月18-22日
暨
台灣精神醫學會五十四週年年會暨學術研討會
54th Annual Meeting of Taiwanese Society of Psychiatry
104年11月21-22日

此次大會更與ACSR 及 AsCNP聯合舉辦:



ACSR 104年11月18-20日
亞洲思覺失調症研究學會
國際研討會
4th Asian Congress of Schizophrenia Research



AsCNP 104年11月20-22日
亞洲神經精神藥理學會
4th Congress of Asian College of
Neuropsychopharmacology

會議地點:台北國際會議中心

主辦單位/ World Psychiatric Association 台灣精神醫學會	協辦單位/ 中華民國精神衛生護理學會 中華民國諮商心理師公會全國聯合會 中華民國臨床心理師公會全國聯合會 中華民國職能治療師公會全國聯合會 中華民國醫務社會工作協會 中華民國康復之友聯盟 台灣心理衛生社會工作學會 台灣心理學會 台灣失智症協會	台灣自殺防治學會 台灣神經學學會 台灣復健醫學會 台灣臨床心理學會 台灣護理學會 臺灣心理治療學會 臺灣諮商心理學會 臺灣職能治療學會
合辦單位/ 台灣思覺失調症研究學會 台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會		
指導單位/ 衛生福利部		





民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

一、背景(Context)

1. 相關問題或重要性

鑑於國人近年自殺率仍高，自殺雖已連續五年未列為國人十大死因之列，但仍不可輕忽。因此，衛生福利部特委託台灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，有計畫地推動自殺防治工作，最終目標期待能有效地降低國人自殺死亡率，並重建國人心理健康。

每年電話調查之目的在於瞭解民眾對自殺現象的看法，評估全國民眾對於自殺之觀感及認知，消除民眾對自殺現象的迷思、為自殺去污名化，以期建立民眾自殺防治的觀念，並作為中心評估自殺防治策略成效之重要參考依據。

調查範圍為臺灣地區室內電話之住宅用戶；調查對象為臺灣地區 15 歲以上之民眾。可能遺漏的相關群體或對象：未接電話之 15 歲以上民眾，沒人在家或電話中之住宅用戶、非住家之電話用戶、15 歲以下之民眾、生理因素(中風、植物人...)導致無法語言溝通之民眾，以及家裡未裝電話之民眾(租屋在外者)。

本年度主題焦點：對自殺問題的看法、對自殺的認知與態度、自殺防治資訊接觸概況、個人與親友自殺經歷與求助問題、自我健康情形、心情溫度計(BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 評估民眾對自殺現象之瞭解程度。
- 2) 瞭解民眾面對自殺行為之態度。
- 3) 評估社會對自殺現象污名化之程度。
- 4) 瞭解民眾心理健康情形。
- 5) 運用心情溫度計，檢測國人情緒困擾之現況、自殺意念之風險。

二、輸入(Input)

1. 執行步驟與方法

- 1) 為能順利執行本年度電話調查工作，分別邀請廖士程醫師及吳佳儀老師擔任督導，指導本方案之推動。
- 2) 召開電話調查討論會，討論架構及問卷設計，並確認問卷內容。

- 3) 委託市調公司辦理調查作業。
- 4) 電訪資料蒐集。
- 5) 檔案整理及分析。
- 6) 召開電話調查結果報告討論會，由市調公司進行簡報。

2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：全方位市場調查有限公司。
- 2) 資源連結內容及形式：透過委託關係，辦理電話調查工作。

三、過程(Process)

1. 執行或完成的具體工作內容

- 1) 2015 年 7 月 6 日召開第一次電話調查討論會，討論初步架構及問卷設計。
- 2) 本年度問卷新納入「悲傷的人」量表，並依其題目內容將其量表題目至於問卷不同部分詢問。
- 3) 設計問卷(詳見附件 8.2.1)，主要部分如下：
 - (1) 民眾對臺灣自殺問題看法，共 1 題。
 - (2) 民眾對自殺認知與態度，共 3 題。
 - (3) 自殺防治相關資訊接觸概況，共 5 題。
 - (4) 個人與親友自殺經歷與求助問題，共 21 題，其中有 3 題屬於「悲傷的人」量表中的題目。
 - (5) 自我健康情形，共 7 題，其中有 3 題屬於「悲傷的人」量表中的題目。
 - (6) 心情溫度計(BSRS-5 簡式健康量表)檢測及求助科別相關問題共 8 題。
 - (7) 基本資料共 7 題，其中有 3 題屬於「悲傷的人」量表中的題目。
- 4) 委請民調公司辦理電話調查作業。
- 5) 7 月 14 日 至 7 月 23 日市調公司完成電訪資料蒐集完成，並進行檔案整理及分析。
- 6) 8 月 19 日全方位市調公司繳交電話調查成果報告。
- 7) 9 月 1 日舉辦電話調查報告討論會，由全方位市調公司至中心做結果簡報並討論相關數據。

四、成果(Product)

1. 執行結果

2015 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以 CATI(電腦輔助電話調查系統)電話訪問方式訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,120 人，在 95%信心水準下，抽樣誤差在 $\pm 2.1\%$ 以內。各項調查結

果如下：

1) 民眾對臺灣自殺問題的看法

66.7%的民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重(非常嚴重 22.0%、還算嚴重 44.8%)，23.0%的民眾認為不嚴重(不太嚴重 25.6%、一點也不嚴重 1.8%)，另有 7.6%的民眾未表態。民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重的比例有逐年下降的趨勢，近 5 年之調查結果均低於七成，今年認為嚴重的比例為歷年調查中最低的一次，但仍有六成六以上民眾認為臺灣社會自殺問題嚴重，表示自殺防治工作仍不可輕忽(如圖 8.2.1)。

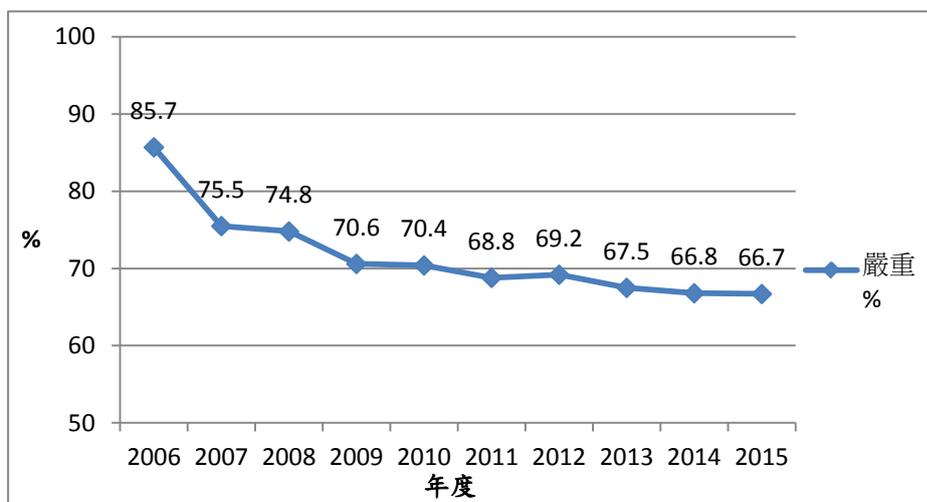


圖 8-2-1、歷年臺灣社會自殺問題嚴不嚴重的比例

2) 民眾對自殺認知與態度

54.2%的民眾認為自殺身亡者通常在生前不會說出自己想要自殺，39.0%的民眾則認為會，另有 6.8%的民眾回答「不知道/無意見」。歷年調查顯示(如圖 8.2.2)，今年認同此說法的比例雖略低於去年，但以近七年調查來看，認同此說法有增加的趨勢。

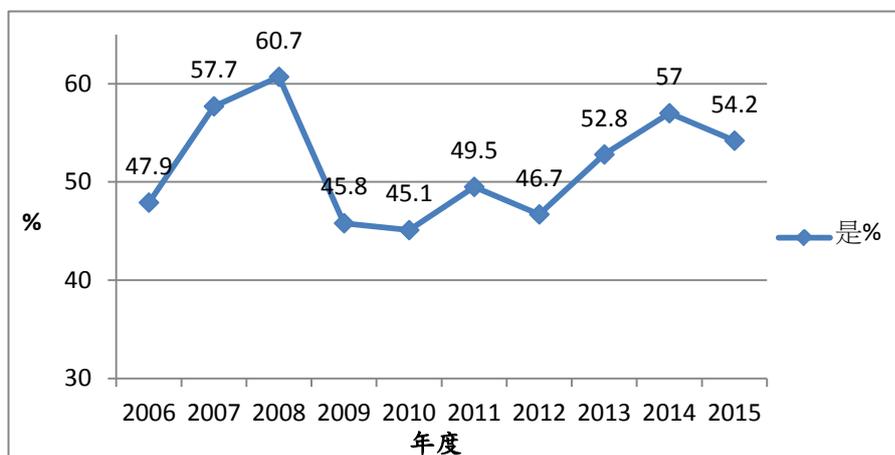


圖 8-2-2、自殺身亡的人，生前會不會說出想要自殺的比例

63.6%的民眾認同「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」的說法，30.2%的民眾不認同，另有6.3%的民眾未表示看法。跨年度比較顯示(如圖 8.2.3)，近三年均有六成以上的民眾認同此說法，而今年認同度又略高於去年調查。

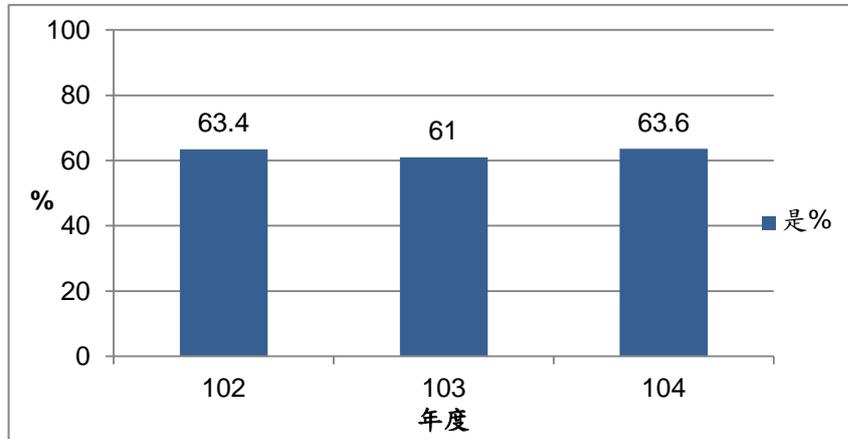


圖 8-2-3、「說出自己想自殺的人並非真的想死，只是在發洩而已」年度比較

57.0%的民眾認為「自殺是個人的權利，決定權在於自己」，40.4%的民眾則認為不是，另有2.6%的民眾回答「不知道/無意見」。經交叉比較後發現，除軍公教及專業人員外，其餘屬性民眾均偏向認同此說法(如圖 8.2.5)。

歷年比較(如圖 8.2.4)，2009 年以前調查顯示民眾偏向同意自殺不是個人的權利，而 2010-2015 年調查則顯示民眾偏向認為自殺是個人的權利，決定權在於自己。若比較近 2 年之結果，發現今年調查之同意度略高於去年調查。

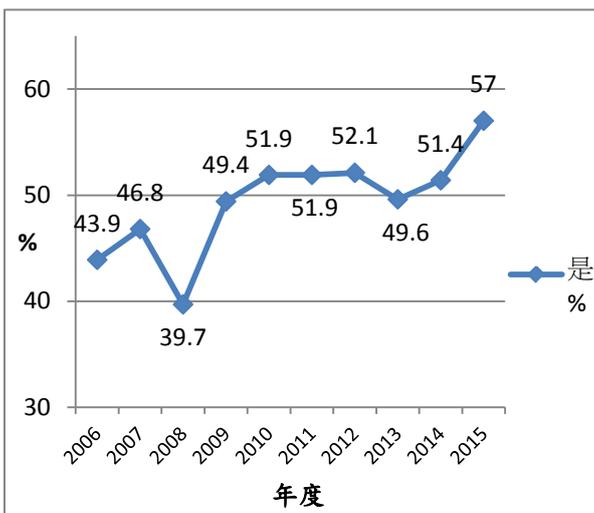


圖 8-2-4、「自殺是個人的權利，決定權在於自己」歷年變化

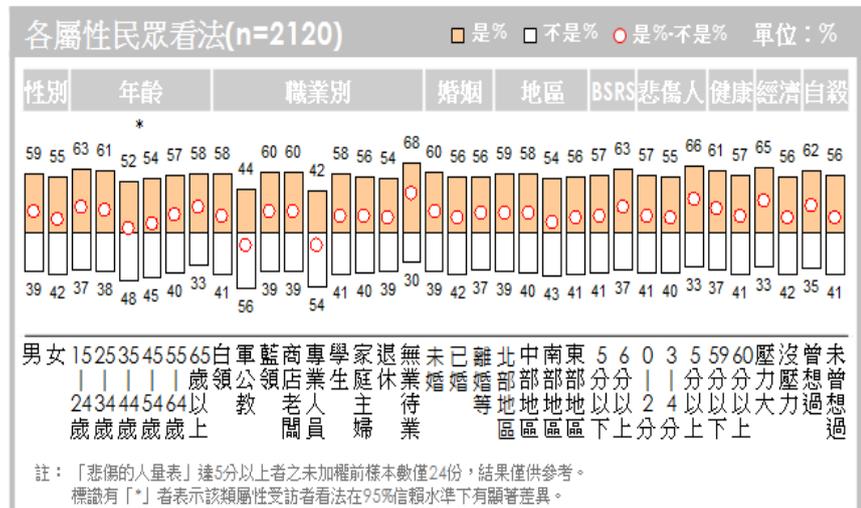


圖 8-2-5、「自殺是個人的權利，決定權在於自己」交叉比較

3) 自殺防治資訊接觸概況

45.3%的民眾近一年看過或聽過自殺防治的相關資訊，大多數屬性民眾均有四成以上聽聞過，並發現年齡層愈低聽聞過的比例有愈高之趨勢。由歷年調查結果(如圖 8.2.6)可知，近幾年調查皆有約五成左右民眾接觸過自殺防治相關資訊，而今年民眾接觸率略低於去年調查。經卡方檢定顯示，近兩年調查結果未達顯著差異。

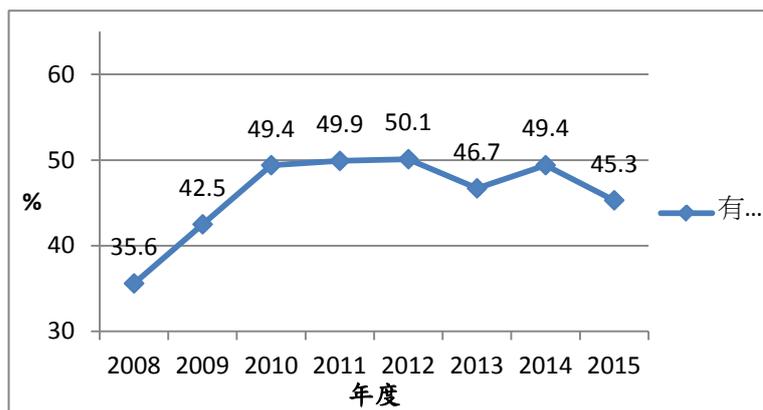


圖 8-2-6、近一年來有接觸過「預防自殺或自殺防治」資訊的比例

民眾得知自殺防治相關資訊的管道，主要是從電視(33.2%)得知居多，其次為網路(20.7%)、報紙(11.3%)。各屬性民眾得知資訊的管道均以電視為主，而年長或弱勢族群透過網路管道得知的比例遠低於其他族群。由歷年調查結果可知(如圖 8.2.7)，電視一直是民眾得知自殺防治相關資訊的主要管道；從網路得知的比例則逐年上升趨勢，與電視影響力的差距有逐年拉近的趨勢；從報紙得知資訊的人越來越少。若針對「近一年接觸過自殺防治相關資訊的民眾」加以分析可知，其中有高達 73.9%的民眾他們獲得資訊的來源為電視，46.0%為網站/網路，25.2%為報紙。



圖 8-2-7、近一年來從何處接觸過「預防自殺或自殺防治」資訊的比例

有關最近一年看過或聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」的相關資訊之結果，有 18.3% 民眾表示在過去一年曾經有看過。經交叉分析各屬性民眾後得知，除軍公教外，其餘屬性民眾均不到三成人知道。此外，調查結果亦發現年齡層愈高，聽聞比例愈低(如圖 8.2.8)。結合歷年調查結果顯示，近二年皆只有約一成八左右的民眾聽聞過「自殺防治守門人」相關資訊，民眾聽聞比例仍偏低。

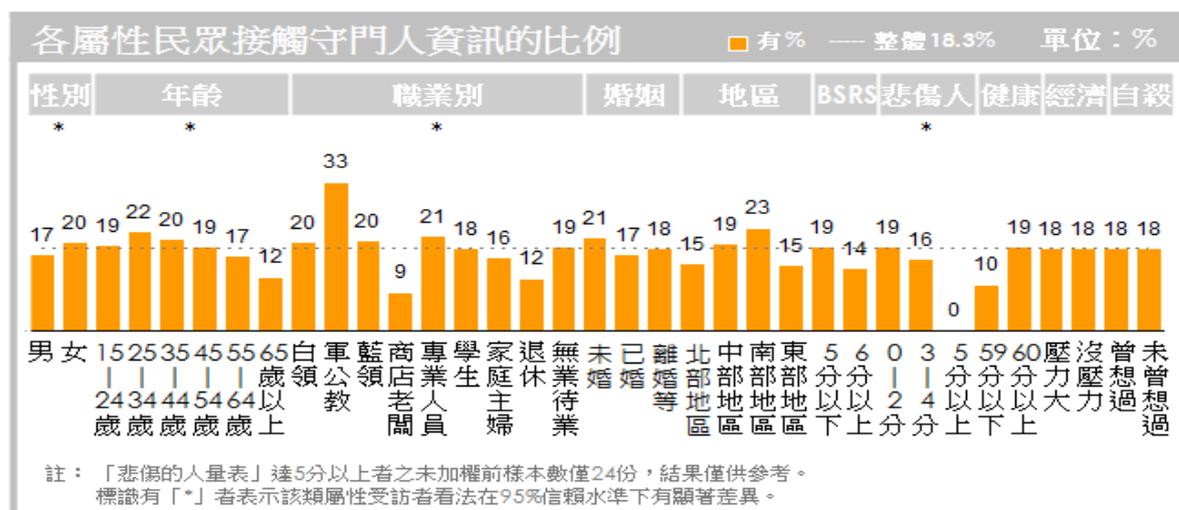


圖 8-2-8、各屬性民眾近一年來曾接觸過自殺防治守門人相關資訊之比例

有關民眾是否知道自殺防治相關求助資訊，包含求助專線、自殺防治中心、自殺防治諮詢專線等。在有無注意自殺新聞中有關「求助資源或專線」訊息，調查結果顯示有 63.5% 的民眾曾注意到自殺新聞報導中「求助資源或專線」的訊息。跨年度比較之結果均顯示，近五年皆有六成左右的民眾有注意到，而今年民眾有注意到的比例明顯高於往年調查。在知不知道政府有設立「自殺防治中心」的題目，調查結果顯示有 58.5% 民眾知道政府有設立自殺防治中心。歷年調查結果顯示，自殺防治中心認知度在去年調查明顯下降後，今年認知度回升且較去年明顯提升。在知不知道有自殺防治諮詢專線的問題上，有 55.3% 民眾表示知道有自殺防治有諮詢專線。結合歷年調查資料發現，近六年「自殺防治有諮詢專線」認知度皆有維持五成以上(如圖 8.2.9)。

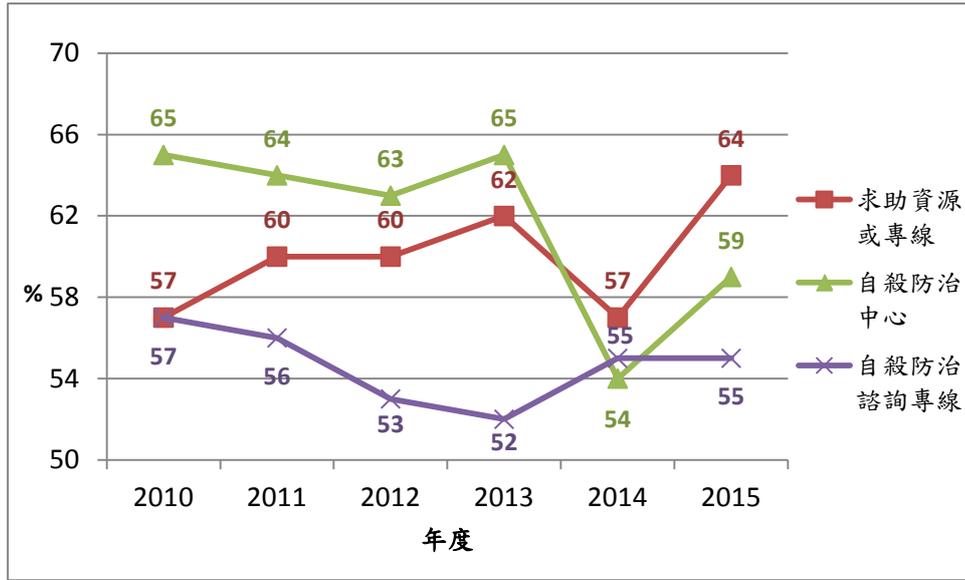


圖 8-2-9、歷年民眾是否知道自殺防治相關求助資訊之比例

在有關通報及後續關懷機制的問題上，有 25.7%的民眾表示知道衛生主管機關有針對自殺未遂者建立「通報及後續關懷」機制。經交叉分析後得知，除軍公教及自殺高危險群(無業/待業及「悲傷的人量表」達 5 分以上)外，其餘屬性民眾皆不到三成知道。年度的調查比較發現，這二年調查皆有約二成五民眾知道，認知度仍偏低。有關民眾對「心情溫度計」的認知度，今年有 17.8%民眾聽說過「心情溫度計」。經交叉分析後發現，除軍公教有三成五知道外，其餘屬性民眾皆不到三成知道，此外，有年齡層愈高認知度愈低的趨勢。由歷年調查發現，今年的知道率雖較去年上升 3.6 個百分點，但這兩年調查結果均不到二成民眾知道(如圖 8.2.10)。

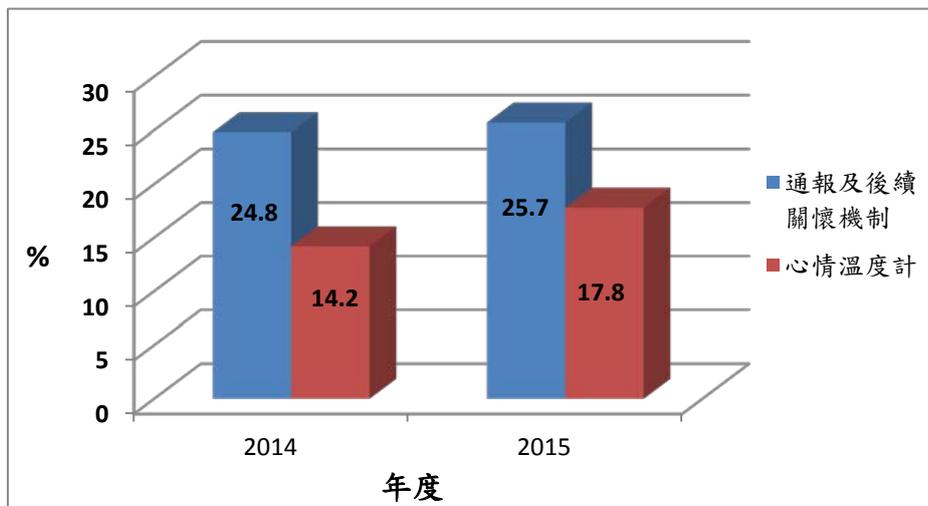


圖 8-2-10、歷年民眾是否知道通報機制及心情溫度計之比例

4) 個人與親友自殺經歷與求助問題

12.9%的民眾表示一生中曾經認真地想過要自殺，2.2%的民眾表示最近一年曾認真地想過要自殺，1.1%的民眾表示近一個月有認真地想過要自殺。年度比較顯示(如圖 8.2.11)，今年調查結果發現近一年曾認真想過自殺比例較去年高，而在一生中及近一個月內曾經想過自殺的比例皆與去年相同。綜觀歷年調查發現，發現在一生中及近一年曾認真想過要自殺之民眾的比例有下降的趨勢；而在近一個月曾認真想過要自殺的比例，歷年調查結果發現皆維持約 1%左右的民眾。

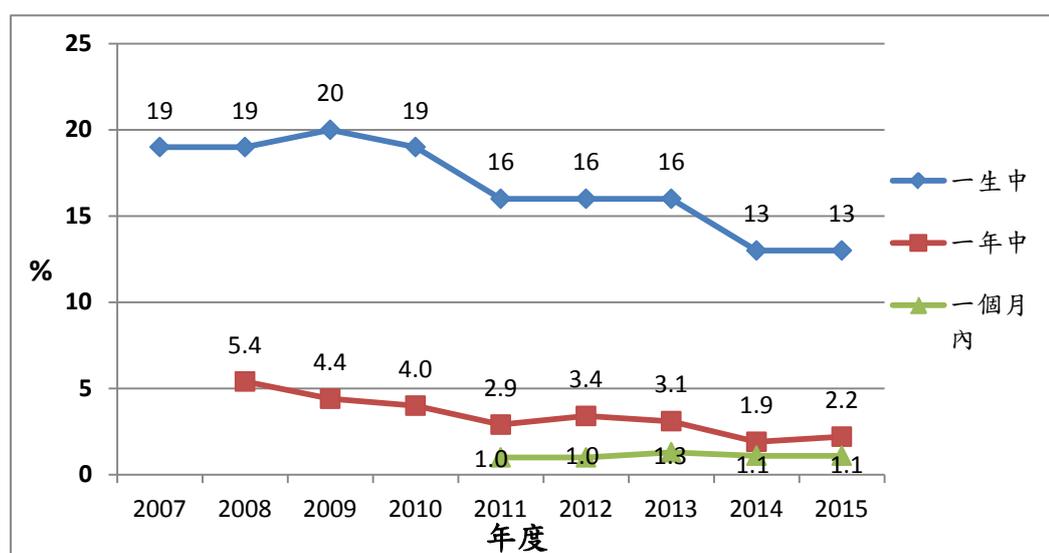


圖 8-2-11、一生、一年、一月內曾經認真地想過自殺比例

曾有自殺想法者第一次認真想自殺年齡有 34.7%在 20 歲以下，61.1%在 30 歲以下。年度調查顯示，一生曾有自殺想法者第一次想自殺年齡皆集中在 15-24 歲，其次為 25-34 歲。若以全體受訪者角度觀之，有 1.9%民眾在 15 歲以下第一次認真想自殺，4.5%在 20 歲以下，6.5%在 25 歲以下，7.9%在 30 歲以下。

2.5%的民眾表示自己一生中有過自殺行為，跨年度調查結果顯示，歷年在自己一生中有過自殺行為的比例均落在 2.0% ~ 3.5%間。0.4%的民眾表示最近一年有過自殺行為，跨年度調查顯示，歷年最近一年有過自殺行為比例均低於 0.5%(如圖 8.2.12)。一生曾有自殺行為的民眾(n=54)有 33.3%第一次有自殺行為是在 20 歲以下，64.3%是在 30 歲以下。結合各年度調查結果顯示，一生曾有自殺行為者第一次自殺行為年齡皆集中在 15-24 歲，其次為 25-34 歲。本題亦屬於悲傷的人量表中的題目。

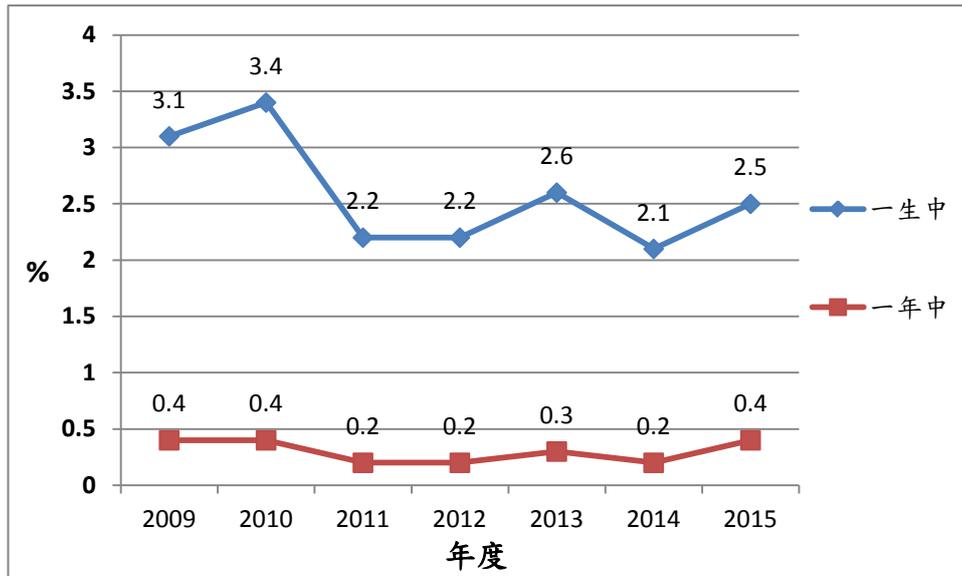


圖 8-2-12、一生、一年內曾有自殺行為比例

曾有自殺想法的民眾(n=274)中，僅有 20.4%的民眾當時有求助，求助對象以親朋好友居多(13.3%)，其次為「醫療院所-精神科別」(5.0%)，再次為「心理諮商輔導專線或機構」(4.8%)。年度調查顯示，自殺想法者的求助率，歷年皆約二成多，而求助對象均以向「親朋好友」求助居多。在這些曾經有自殺想法的民眾中，有 73.9%表示曾有主動告知別人自己想自殺的念頭，57.3%表示求助對象有跟您談到自殺的問題。年度調查顯示，有自殺想法者在求助他人時，會談及自殺問題的比例有逐年上升的趨勢。

在曾有自殺想法的民眾中，有 78.8%的民眾表示當時沒去求助。在這些沒有去求助的民眾中，有 33.6%的民眾表示當時沒去求助的主因為「自己想開了」，其次是「不知有哪些求助管道」(16.6%)，再者為「求助無效果/別人幫不上忙」(11.8%)。就全體民眾認為「誰最能幫住想要自殺的人」的結果來看，認為求助於親朋好友最能幫助自殺者的比例最多(73.4%)，其次為心理諮商輔導專線或機構(30.3%)，再次為社福機構(12.8%)，歷年調查皆以認為「親朋好友」最能幫助想自殺者居多。

民眾有 7.6%表示過去一年中有人對他透露過自殺的念頭，其中有情緒困擾者以及曾有自殺想法者均約二成左右表示有此經驗。年度比較顯示(如圖 8.2.13)，過去一年中有人對他透露過自殺的念頭的比例有逐漸下降的趨勢。當有人對其透露自殺念頭時，80.8%民眾表示會「和對方談一談他對自殺想法」，其次有 11.8%的民眾表示會陪伴他一起尋求醫療或心理衛生專業諮詢，比例為歷年最高，其後為「轉移話題，儘量避免談到自殺這件事」，有 11.6%民眾表示會這樣處理。

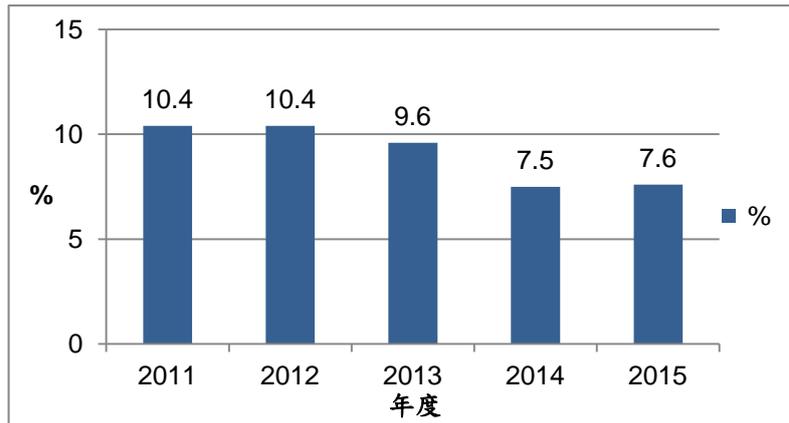


圖 8-2-13、過去一年中周遭有人透露過自殺的念頭比例

在詢問有關「您現在會想著未來要自殺嗎」的題目中，15歲以上民眾有 1.8%表示現在會想著「未來要自殺」，95.9%表示不會。經交叉分析的結果發現專業人員、無業待業、有情緒困擾者、健康控制能力不及格、經濟壓力大及曾有自殺想法者均有 6%以上表示現在會想著「未來要自殺」。本題屬於悲傷的人量表中的題目。

全體受訪者中有 1.3%的民眾曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫，98.6%表示未曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫。進一步進行交叉分析後得知，商店老闆、無業待業、離婚分居喪偶、有情緒困擾者、健康控制能力不及格、經濟壓力大及曾有自殺想法者均有 4%以上表示曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫。本題屬於悲傷的人量表中的題目。

對於自殺防治的工作，59.9%的民眾認為自己可以幫得上忙，33.2%的民眾則認為不可以，另有 6.9%的民眾回答「不知道/無意見」。歷年調查顯示(如圖 8.2.14)，除 2009 年調查外，其餘各年皆有過半數民眾認為自己對自殺防治可以幫得上忙。今年有六成民眾認為可以，結果與去年調查相近。

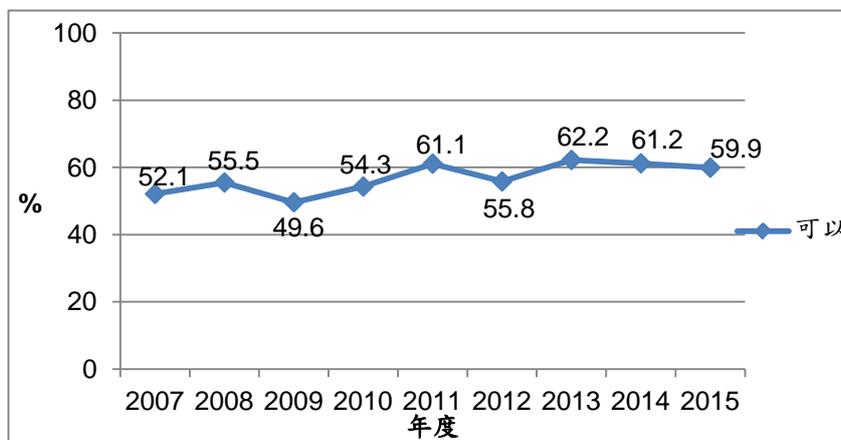


圖 8-2-14、對於自殺防治的工作，自己可不可以幫得上忙

5) 自我健康情形(含悲傷的人量表)

有關民眾對於自己心理健康情形的看法，有 85.0%的民眾覺得好，僅 3.0%的民眾覺得差，另有 11.6%的民眾覺得普通。經交叉分析後得知，自殺高危險群，如有情緒困擾、健康控制能力不及格及經濟壓力大者均近一成以上覺得「心理健康情形」差。在民眾認為身體健康情形如何的題目上，有 74.9%的人覺得好，有 8.8%的人覺得差，另有 15.9%的人覺得普通。經交叉分析顯示，無業待業、離婚分居喪偶、有情緒困擾者、健康控制能力不及格、經濟壓力大及曾有自殺想法者均有一成五以上覺得「身體健康情形」差。(如圖 8.2.15)

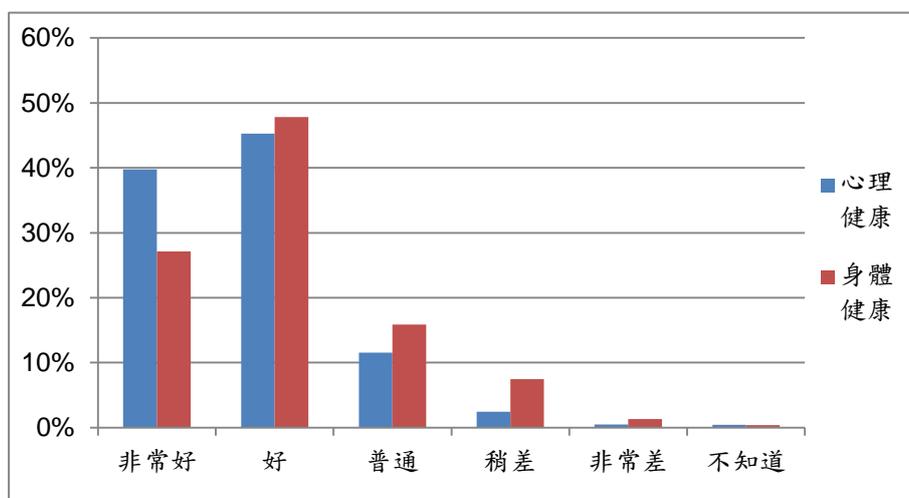


圖 8-2-15、民眾對於自己心理健康、身體健康情形的看法

民眾對於自己能控制好自已的健康狀態的信心度以給 80~89 分(37.6%)者居多，其次是 90~99 分(21.3%)，僅 4.7%給不及格分數(59 分以下)。總計有 65.0%的民眾對自己能控制好自已的健康狀態的程度保持樂觀(給 80 分以上)。經交叉分析顯示，自殺高危險群，如離婚分居喪偶、有情緒困擾、經濟壓力大及曾有自殺想法者給 80 分以上者均不到五成，給 90 分以上者均不到二成。

在詢問有關「你會不會常常有寂寞或孤單的感覺」的問題上，有 13.0%的民眾表示常常有寂寞或孤單的感覺，86.7%的民眾表示不會。交叉分析顯示，專業人員、無業待業、離婚分居喪偶、有情緒困擾者、健康控制能力不及格、經濟壓力大及曾有自殺想法者，均有二成四以上會「常常有寂寞或孤單的感覺」。

所有民眾中有 8.0%的人會覺得「周遭沒有一個值得信任的人傾吐心聲」，有 91.0%的民眾表示不會。經進一步的交叉分析後發現，專業人員、

無業待業、離婚分居喪偶、有情緒困擾者、健康控制能力不及格者及曾有自殺想法者均有 14%以上的民眾覺得「周遭沒有一個值得信任的人傾吐心聲」。本題屬於悲傷的人量表之題目。

在「是否曾因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活」的題目上，全體受訪者中有 2.9%表示曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活，有 97.1%表示未曾有過。在「是否曾因罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診」的題目上，有 6.9%的民眾表示曾經因罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診，另有 93.1%的民眾表示未曾有過。這兩題均屬於悲傷的人量表之題目。

悲傷的人(CSPS)，藉由填答者過去生活經驗為依據的一份自殺危險性評估量表，以得知個案是否存有較高的自殺風險。問卷題目一共有九題，內容涵蓋曾經自傷行為、自傷治療、未來自殺意圖、心理疾病求醫、藥酒問題以及心理支持等面向。在本次調查中將這九題依照題目的屬性將其分別放置在個人與親友自殺經歷與求助問題(未來要自殺、一生中有過自殺行為、嚴重的自我傷害或自殺行為送醫)，自我健康情形(周遭有沒有人可以傾吐心聲、過度飲酒或長期服用某種藥物影響生活、罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診)，以及基本資料(性別、年齡、婚姻狀態)等三部份中。除基本變項外，剩於題目均為檢核表形式，選項僅有是與否，故這六題的計分方式均為答是者為 1 分，否者不計分。此外，另包含問卷所詢問之三題基本變項。基本變項的部分將男性、分居離婚或喪偶者以及年齡大於 45 歲跟小於 19 歲者列入計分。量表的滿分為 9 分，高於或等於 5 分最篩檢之切割點，若超過 5 分即可算是自殺高危險族群。

調查結果發現，全體民眾以得到 1 分的居多(42.4%)，其次為 2 分(29.5%)，再次為 0 分(18.6%)。此外，全體受訪民眾中 9.5%的人在「悲傷的人量表」達 3 分以上，3.1%達 4 分以上，1.0%達 5 分以上。表示本次受訪者中有 1.0%的民眾可能有高自殺的風險存在，推估臺灣約 19.9 萬人。

6)BSRS-5 心情溫度計檢測

經心情溫度計 BSRS-5 量表檢測有 6.2%的民眾達 6 分以上(有情緒困擾)，推估臺灣約 124.5 萬人(如表 8.2.1)；其中 25-34 歲、無業待業、離婚分居喪偶、健康控制能力不及格、經濟壓力大及曾有自殺想法者均達一成以上有情緒困擾問題。2.0%的民眾表示最近一星期有自殺的想法，約 39.8 萬人最近一週有自殺的想法； 0.9%達中等程度以上，0.2%達嚴重程

度以上；無業待業、「BSRS 量表」達 6 分以上、「悲傷量表」達 5 分以上、健康控制能力不及格及曾有自殺想法者均有一成以上有此困擾。

有情緒困擾的民眾有高達 54.7%的人曾認真想自殺，20.4%的人在近一年曾認真想自殺，10.5%近一月曾認真想自殺，12.3%現在會想著未來要自殺。在有情緒困擾的民眾中有 13.2%的人曾有自殺行為，3.7%的人近一年曾有自殺行為。

有心情溫度計量表描述的症狀者有 9.3%曾到醫療院所求助，而量表分數達 6 分以上(有情緒困擾問題)者有 22.2%到醫療院所求助。有心情溫度計量表描述的症狀且到醫療院所求助的民眾中，看診科別以看「精神科」的為主(45.6%)，其次為「身心科/身心障礙科」(14.7%)及「家醫科」(14.3%)，其中有情緒困擾問題(6 分以上)者達 65.7%表示曾就診於「精神科」。

表 8-2-1、全國 15 歲以上人口情緒困擾推估人數

項目			調查結果		人數推估	
			百分比	抽樣誤差	推估人數	誤差人數
心情溫度計 BSRS5 量表	輕微程度以上	睡眠困難	29.5%	±1.94%	592.9萬	±39.0萬
		感覺緊張不安	17.6%	±1.62%	353.1萬	±32.6萬
		覺得容易苦惱或動怒	27.6%	±1.90%	553.9萬	±38.2萬
		感覺憂鬱、心情低落	18.3%	±1.65%	368.2萬	±33.1萬
		覺得比不上別人	18.8%	±1.66%	378.8萬	±33.5萬
	嚴重程度以上	睡眠困難	3.5%	±0.78%	69.4萬	±15.6萬
		感覺緊張不安	1.2%	±0.47%	24.5萬	±9.4萬
		覺得容易苦惱或動怒	1.6%	±0.54%	32.6萬	±10.8萬
		感覺憂鬱、心情低落	0.8%	±0.39%	16.7萬	±7.8萬
		覺得比不上別人	1.2%	±0.46%	23.9萬	±9.3萬
情緒困擾	輕度情緒困擾以上(6分+)		6.2%	±1.03%	124.5萬	±20.6萬
	中度情緒困擾以上(10分+)		1.7%	±0.55%	34.7萬	±11.1萬
	重度情緒困擾以上(15分+)		0.1%	±0.14%	2.2萬	±2.8萬
有自殺的想法	一生中(認真)		12.9%	±1.43%	259.6萬	±28.7萬
	近一年(認真)		2.2%	±0.63%	45.1萬	±12.7萬
	近一個月(認真)		1.1%	±0.45%	23.1萬	±9.1萬
	近一週(輕微以上)		2.0%	±0.59%	39.8萬	±11.9萬

2. 檢討與建議

1) 感受自殺問題嚴重的民眾逐年減少，但仍有六成七認為嚴重

雖有六成七的民眾認為台灣自殺問題嚴重，但以總體趨勢來看發現認為嚴重的民眾已有逐年減少的趨勢。民眾感受自殺嚴重性降低，可能與近

年來國人自殺率下降，以及自殺相關新聞報導減少有關。

7.6%的民眾表示過去一年中有人向他透露過自殺的念頭，相較於前幾年已有下降的趨勢。一成五的民眾認為自己有生活經濟壓力，比例也略低於前三年調查。資料分析顯示，生活經濟壓力大者容易有情緒困擾，也容易有自殺念頭，國內經濟好壞也可能直接影響民眾自殺率。

民眾認為自殺問題的嚴重性、自己的生活經濟壓力及親友向自己透露自殺念頭等情況均有逐年降低的趨勢，加上自殺已經連續五年退出國人十大死因，種種資訊顯示近幾年的自殺防治工作有些成效。只是目前整個大環境不好、上班族薪資停滯、GDP 又破 2 為六年來新低，民眾生活經濟壓力未來可能增加的情況下，自殺率可能再度上升，自殺防治是長期而連續的工作，絕不能因目前有些成效而掉以輕心。

2) 多數民眾願意協助自殺防治，但大多缺乏相關知識

有六成的民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙，更有 7.6% 民眾表示過去一年中有人向他透露過自殺的念頭，顯示國人大多願意挺身幫忙，而遇到有人求助的機會也不低。

調查結果發現，有四成五的民眾在過去一年曾看過或聽過自殺防治相關資訊，得知方法主要是透過「電視」及「網路」，另有六成四民眾曾注意到自殺新聞報導中的「求助資源或專線」訊息。綜觀歷年的調查結果，民眾認識自殺防治訊息仍多仰賴電視管道，電視作為主流傳播媒體的角色屹立多年，值得注意的是近幾年網路媒體角色的重要性快速提升，直逼電視媒體影響力。

總體而言，六成民眾認為自己對自殺防治幫得上忙，遇到求助者的可能性也不低，可惜仍有不少民眾並不瞭解政府相關的自殺防治機構或措施，無法善加利用這些資源。政府宜善用電視或網路媒體宣傳這些機構與相關措施，同時宣導「自殺防治守門人」等相關資訊，讓民眾對自殺防治有正確的認知，進而協助週遭需要幫助的親友。

3) 政府應大力推廣「心情溫度計」，讓人人成為自殺防治守門人

有自殺想法者有七成一認為親朋好友是最能幫助想自殺的人，而他們所求助過的對象也多以親朋好友居多，顯示自殺高危險群身邊的親友是最能幫助他的人。透過本次調查中的「心情溫度計」檢測可知，有 6.2% 的國人有情緒困擾問題，可惜的是目前全體民眾中只有 17.8% 民眾在過去一年

曾聽聞過「心情溫度計」，顯示認知度仍有待宣傳。

由此可知，親友是自殺防治行動的第一道防線，當遇到週遭有自殺意念或自殺傾向的親友，才能及早發現、立即關懷，並給予正確處理方法，以避免悲劇發生。另外，心情溫度計可以篩選出自殺高危險群，加上量表檢測簡單容易，一般人都能自行做檢測，未來應該加強推廣，最好是從小學的健康教育開始扎根，讓全民都知道「心情溫度計」且隨時自我檢測情緒及心理狀態，更要督促有情緒煩惱或自殺求助的親友隨時做檢測，人人成為自殺防治守門人，讓有情緒困擾者能及早治療，避免自殺憾事發生。

五、 附件

(同)附件 7.1.3 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
1月		
1月9日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝、陽明)、恩主公醫院及宏恩醫院學員，人數共22人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
1月16日	召開「新聞媒體聯繫會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員：鄭宇明秘書長、江宜珍副教授、林育卉副教授、呂淑妤教授、吳建昌醫師、林進修組長、楊聰財醫師、李昱慶專員、吳曉堂專員及陳貞伶專員。	全國自殺防治中心
1月22日	李明濱計畫主持人與臺灣先正達公司高經理針對農藥儲藏箱發放事宜及自殺防治部分進行交流和討論，與會人員為張書森副執行長、李昱慶專員及賴欣瑋專員。	全國自殺防治中心
1月23日	召開「新聞媒體聯繫會議第二次會議(電話會議)」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為江宜珍副教授、陳映燁醫師及陳貞伶專員。	全國自殺防治中心
1月29日	李明濱計畫主持人偕同龍佛衛理事長、張書森副執行長、吳佳儀副執行長、楊聰財理事及姜丹榴技正前往蘋果日報拜訪馬維敏主編，針對新聞媒體自律等議題進行討論交流。	蘋果日報
2月		
2月3日	拜會「勞動部職業安全衛生署」陳秋蓉副署長，出席人員：李明濱計畫主持人、龍佛衛理事長、塗裕盛主任、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、賴欣瑋專員。	勞動部 職業安全衛生署
2月4日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、忠孝)及恩主公醫院學員，人數共18人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
2月10日	召開104年度「自殺防治網通訊」第一次編輯委員會議，主持人為鄭宇明秘書長，與會人員有廖士程執行長、陳偉任副秘書長、吳佳儀副執行長、吳永富醫師、黃敏偉醫師、陳坤波醫師等編輯委員。	全國自殺防治中心
2月11日	中心李明濱計畫主持人偕同龍佛衛理事長、楊聰財理事、吳佳儀副執行長、陳映燁醫師、姜丹榴技正及李昱慶專員前往中國時報拜訪王嶠奇主編，針對新聞媒體自律等議題進行討論交流。	中國時報

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
2月12日	拜會「勞動部勞動及職業安全衛生研究所」林三貴所長，出席人員：李明濱計畫主持人、龍佛衛理事長、廖士程執行長、吳佳儀副執行長、陳坤波醫師。	勞動部 勞動及職業 安全衛生研究所
2月16日	辦理新聞媒體聯繫會議，對象為新聞媒體相關人員，主持人為李明濱計畫主持人，由江宜珍副教授、陳映燁醫師、吳佳儀副執行長擔任講師。當日衛福部詹金月科長、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、楊聰財理事及鄭宇明秘書長均蒞臨會場，給予勉勵。當日共計37位媒體記者參加。	台大校友會館 4樓會議室
3月		
3月6日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興院區、和平院區)、宏恩醫院、博仁綜合醫院、新北市聯合醫院學員，人數共25人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
3月13日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(忠孝院區、陽明院區)、中心醫院、耕莘醫院學員，人數共22人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
4月		
4月8日	國立台北教育大學生命教育研究所至中心參訪及討論，人數共11人，主持人為鄭宇明秘書長。會中內容針對台灣自殺防治現況、策略及推廣等議題進行討論。	全國自殺防治中心
4月10日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、陽明)及新北市立聯合醫院，人數共19人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
4月10日	辦理「青少年自殺防治專家討論會」，規劃青少年自殺防治策略及具體實施方案，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員有國立臺北護理健康大學生死教育與輔導研究所林綺雲教授、全國自殺防治中心吳佳儀副執行長、教育部學生事務及特殊教育司柯今尉科長、臺北市立聯合醫院松德院區姜丹榴技正、新北市衛生局心理衛生及長期照顧科郭慕蓉股長、臺大醫院精神醫學部陳俊元醫師、新北市教育局特殊教育科歐人豪科長、臺大醫院精神醫學部蔡文哲醫師及台灣自殺防治學會鄭宇明秘書長。	全國自殺防治中心
4月17日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(忠孝)及宏恩醫院，人數共12人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
4月21日	協助法務部保護司辦理「自殺防治實務轉介模式」課程，對象為新進人員和在職觀護人，人數為5人，由蘇聖傑醫師擔任講師。	法務部保護司
4月29日	經陳恆順督導安排，香港大學1位帶隊醫師及5位醫學生，共6位前來中心參訪。	全國自殺防治中心
4月30日	協助臺北醫學大學辦理「如何關心憂鬱與自殺危機者(上)」課程，對象為學生，人數約50人，由劉惠玲顧問擔任講師。	臺北醫學大學
5月		
5月1日	協助法務部矯正署臺北女子看守所辦理「矯正機構自殺防治宣導」課程，對象為戒護人員，人數約30人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	法務部矯正署 臺北女子看守所
5月7日	協助臺北醫學大學辦理「如何關心憂鬱與自殺危機者(下)」課程，對象為學生，人數約50人，由劉惠玲顧問擔任講師。	臺北醫學大學
5月8日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興、和平)及永和耕莘醫院，人數共12人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
5月13日	協助臺北市蓬萊國小辦理「臺北市教師研習中心104年度『輔導列車』自殺防治研習」課程，對象為全校導師，人數約60人，由劉惠玲顧問擔任講師。	臺北市蓬萊國小
5月13日	協助臺北市大湖國民小學辦理「自殺防治—生命守門人教育訓練」課程，對象為教職員，人數約70，由黃雅芬醫師擔任講師。	臺北市大湖小學
5月15日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院忠孝院區、中心醫院、宏恩醫院、恩主公醫院，人數共17人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
5月15日	辦理101-103年全國自殺防治守門人辦理成效專家會議，針對全國自殺防治守門人之辦理成效進行討論。主持人為李明濱計畫主持人，與會人員有學會鄭宇明秘書長、中心廖士程執行長、張書森副執行長及吳佳儀副執行長。	全國自殺防治中心
5月26日	與新加坡facebook舉行視訊會議，針對網路霸凌、網路自殺等相關合作議題進行研商。與會人員有facebook工作人員(Jeff和Gavin)、婦女救援基金會、兒童福利聯盟、台灣展翅協會及全國自殺防治中心張書森副執行長。	視訊會議
6月		

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
6月5日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(陽明院區、忠孝院區)、宏恩醫院，人數共18人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
6月13日	參加萬華老人服務中心「2015陸上龍舟遊端午」活動，現場設置心情檢測站，推廣心情溫度計及自殺防治守門人概念，同時招募「珍愛生命義工」，並結合現場闖關遊戲。	萬華老人服務中心
6月15日	新加坡facebook舉行合作會議，針對網路霸凌、網路自殺等相關合作議題進行研商。與會人員有facebook工作人員(Mia、Jeff和Gavin)、婦女救援基金會、台灣展翅協會及全國自殺防治中心張書森副執行長，陳貞伶專員。	婦女救援基金會
6月17日	於6/15-6/21參與第28屆國際自殺防治協會國際研討會(IASP Montreal)，研討會主題為：新興科技與自殺防治；由全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、全國自殺防治中心廖士程執行長和吳佳儀副執行長共參與兩場壁報發表會及三場會議。	加拿大 蒙特婁
6月17日	由統計處召開「十大死因記者會」，中心代表為鄭宇明秘書長。	衛生福利部
6月18日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興院區、忠孝院區)、博仁醫院，人數共11人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
6月25日	召開「自殺親友(遺族)關懷」訪視流程及注意事項討論小組會議，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員有周昕韻心理師、林綺雲教授、吳佳儀副執行長、劉惠玲顧問、吳曉堂專員。	臺大精神部 603教室
7月		
7月3日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(中興院區、和平院區)，人數共13人，由廖士程執行長擔任講師。	臺大精神部 601教室
7月6日	召開電話調查與資料討論會，主持人為李明濱計畫主持人，與會者為廖士程執行長、吳其炘副執行長、吳佳儀副執行長、張書森副執行長、張家銘理事、陳宜明醫師、張鈴涓專員和張芳綺助理。會中針對今年度電話調查與衛福部「健康資料加值應用協作中心」資料申請事宜進行討論。	臺大精神部 603教室
7月13日	召開「2015年電話調查會議」，主持人為李明濱計畫主持人，與會人員為全方位市場調查股份有限公司劉元欽總監、洪紹華先生，張鈴涓專員。	全國自殺防治中心

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
7月17日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為臺北市立聯合醫院(忠孝院區)、新北市立聯合醫院，人數共19人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
7月31日	召開「2015年世界自殺防治研討會暨日記者會第一次專家籌備會議」，主持人為龍佛衛理事長及李明濱計畫主持人，與會人員為廖士程執行長、張書森副執行長、楊聰財理事、王文德顧問、王孝慈副董事長、張雅婷協理。	全國自殺防治中心
8月		
8月4日	衛生福利部召開「104年全國自殺防治中心計畫期中報告審查會」，中心由李明濱計畫主持人、廖士程執行長、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員代表出席。	衛生福利部 302會議室
8月5日	辦理「嘉義縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為嘉義縣衛生局蔡淑真副局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、龍佛衛理事長、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員、嘉義縣政府衛生局趙紋華科長、林淑華技士、嘉義縣政府衛生局心衛中心林怡秀、嘉義縣政府衛生局龔郁雅助理、侯芬婷助理、嘉義縣心衛中心林鳳珍志工、張國正志工、嘉南療養院王禎邦主任、臺中榮民總醫院嘉義分院司徒惠禎主任、吳懿芬關懷訪視員、高思羽關懷訪視員、薛湘昀關懷訪視員、蔡佳臻關懷訪視員、黃鈺穎關懷訪視員、蔡宛蓁關懷訪視員、陳雅文關懷訪視員等。	嘉義縣衛生局
8月12日	辦理「宜蘭縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為宜蘭縣政府衛生局劉建廷局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、宜蘭縣衛生局郭姿瑩科長、邱麗蓉技士、呂鎡玲約聘人員、鐘佩怡個案管理員、游松翰個案管理員、張詩苓個案管理員、廖美雲個案管理員、陳珮吟諮商心理師、蔡雅蘭諮商心理師、陳依吟行政助理、宜蘭縣政府社會處周亦晨督導、宜蘭縣政府教育處吳殷宏主任、宜蘭縣政府民政處李建興科長、宜蘭縣政府戶政科賴建勳科員、宜蘭縣政府農業處陳文進所長、陳澄如股長、宜蘭縣政府人事處江滿麗科員、宜蘭縣政府警察局江明德警員、宜蘭縣政府消防局曾祥瑞隊員、宜蘭縣政府工商科陳書怡科員、宜蘭校學生校外生活林毅豪教官、台灣自殺防治學會龍佛衛理事長、鄭宇明秘書長及全國自殺防治中心陳貞伶專員。	宜蘭縣衛生局

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
8月19日	辦理「臺東縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為臺東縣政府衛生局張鶯英副局長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、臺東縣政府衛生局蘇美珠科長、王珮樺稽查員、李弦芳個管師、王春惠個管師、謝瑩蓁個管師、全國自殺防治中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員、臺東縣生命線協會何活發理事長和東區精神醫療網曾筱筑助理。	臺東縣衛生局
8月21日	辦理「基隆市強化自殺防治策略討論會」，主持人為基隆市衛生局吳澤誠局長，與會人員有衛生福利部譔立中司長、詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、龍佛衛理事長、鄭宇明秘書長、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員等。	基隆市衛生局
8月27日	召開「2015年世界自殺防治日第二次籌備會議」，邀請張雅婷協理、吳佩諭主任與會指導聚焦聚式。	全國自殺防治中心
8月28日	辦理「花蓮縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為花蓮縣衛生局副局長鍾美珠，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員等。	花蓮縣衛生局
8月31日	辦理「雲林縣強化自殺防治策略討論會」，主持人為雲林縣衛生局副局長廖敦正，與會人員有衛生福利部廖姻如科員、中心李明濱計畫主持人、吳佳儀副執行長及陳貞伶專員等。	雲林縣衛生局
9月		
9月4日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市聯合醫院(中興院區、和平院區、陽明院區)，人數共13人，講師為鄭宇明秘書長。	全國自殺防治中心
9月6日	舉辦「2015世界自殺防治日記者會」及「2015年年會暨學術研討會」，主題為「伸出援手 拯救生命」。	集思交通部 國際會議中心
9月11日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市聯合醫院忠孝院區、中心醫院、台安醫院、宏恩醫院、新北市聯合醫院，人數共18人，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
9月12日	facebook針對網路霸凌、網路自殺等相關議題舉辦快閃活動。中心賴忠志專員及陳貞伶專員前往拍攝。	西門町

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
9月14日	衛生福利部召開「自殺防治議題討論會議」，主持人為謹立中司長，與會人員有衛生福利部詹金月科長、廖姻如科員、全國自殺防治中心李明濱主任、廖士程執行長、台灣自殺防治學會鄭宇明秘書長、吳佳儀副執行長、陳貞伶專員及孔祥珍專員。	衛生福利部
9月14日	新加坡facebook針對網路霸凌、網路自殺等相關合作議題舉行發表會。與會人員有facebook工作人員、婦女救援基金會、兒童福利聯盟、台灣展翅協會及全國自殺防治中心張書森副執行長、李昱慶專員及賴忠志專員。	台北西門町意舍
9月21日	於9/21-9/23參與Atlanta Zero Suicide，會議主題為：國際宣言與社會運動。全國自殺防治中心李明濱計畫主持人與執行長廖士程醫師共同受邀參與。	亞特蘭大
9月30日	貳樓餐飲集團李俊宏董事及朱昇峰特助，前來拜會中心李明濱計畫主持人。	全國自殺防治中心
10月		
10月7日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市聯合醫院中興院區及宏恩醫院，共10名人員參加，由張家銘理事擔任講師。	全國自殺防治中心
10月28日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市聯合醫院陽明、忠孝院區及永和耕莘醫院，共18名人員參加，由張家銘理事擔任講師。	全國自殺防治中心
11月		
11月13日	齊石傳播電影「心靈時鐘」導演及監製前來拜會中心李明濱計畫主持人，針對電影後續合作事宜進行討論。	全國自殺防治中心
11月18日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為中心綜合醫院、宏恩醫院，共4名人員參加，由李明濱計畫主持人擔任講師。	全國自殺防治中心
11月18日	於11/18-11/22參與WPAIC 2015 World Psychiatric Association International Congress，研討會主題為：Bridging Asia to the World -A new Era of Psychiatry Treatment；全國自殺防治中心李明濱計畫主持人獲邀主持四場研討會，中心廖士程執行長、吳佳儀副執行長及張書森副執行長皆參與分享研討會相關主題。	台北國際會議中心
12月		
12月13日	參加社團法人台灣快樂列車協會舉辦之第十屆「熱愛生命讓愛飛揚」愛心園遊會，現場設置心情檢測站，推廣心情溫度計及自殺防治守門人概念，同時招募珍愛生命義工。	台中南屯區 豐樂公園

重要工作要覽
(2015年1月1日至2015年12月31日)

日期	事 件	地 點
12月14日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院忠孝院區、永和耕莘醫院，人數預估共19人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心
12月28日	辦理「PGY畢業後一般醫學訓練-自殺防治課程」，對象為台北市立聯合醫院中興院區、博仁醫院、新北聯合醫院，人數預估共16人，由鄭宇明秘書長擔任講師。	全國自殺防治中心

重要工作紀實



1月29日拜訪蘋果日報馬維敏主編



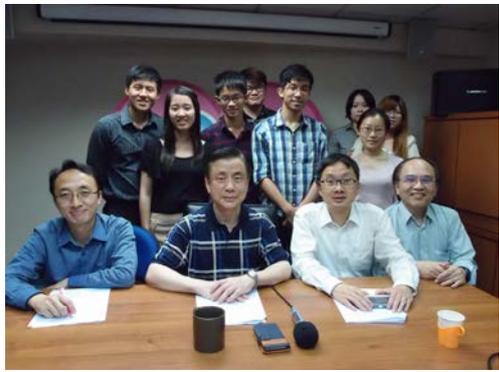
2月11日拜訪中國時報王嶠奇主編



2月16日「媒體報導與自殺」聯繫會議



4月8日台北教育大學生命教育研究所參訪



4月29日香港大學參訪



5月20日醒吾科技大學學生服務學習



6月5日PGY畢業後一般醫學訓練



6月10日台大通識守門人課程結業頒獎



6月13日萬華老人陸上龍舟遊端午活動



8月21日基隆市強化自殺防治策略討論會



8月31日雲林縣強化自殺防治策略討論會



9月6日世界自殺防治日記者會



9月6日2015年年會暨學術研討會



9月14日網路霸凌及自殺防治發表會



10月7日PGY畢業後一般醫學訓練



11月18日2015 WPAIC 研討會