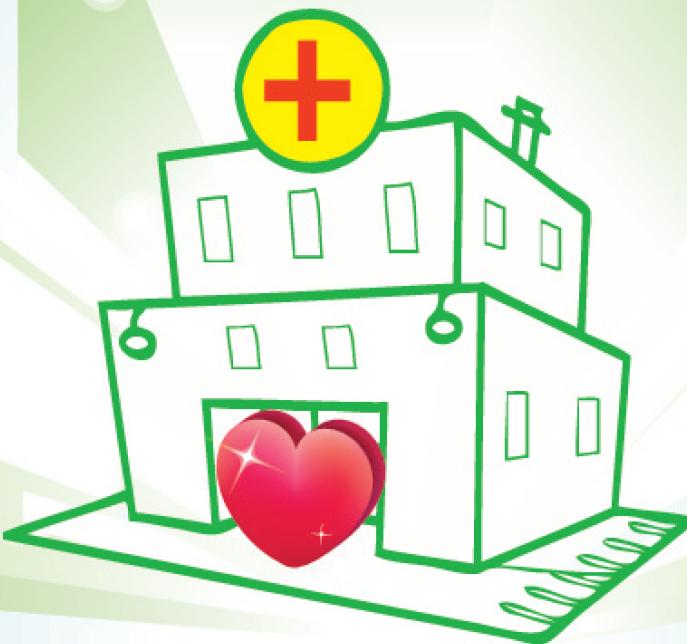


自殺防治系列 **17**

以醫院為基礎之自殺防治



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心

目錄

序	3
前言	5
自殺問題的嚴重性及影響自殺風險之相關因素	6
以醫院為基礎的自殺防治	14
醫院內的自殺防治指引	20
醫院自殺防治守門人	25
醫院之老人自殺防治	35
自殺防治問題 Q&A	38
參考資料	42
相關資源	43
各縣市衛生局及心衛中心電話一覽表	44

序

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，而影響自殺的因子是多面向的，源自於生物、心理、社會以及環境因素彼此複雜的交互作用，具有快速變動與不易測度的特質，致使自殺防治成為複雜而艱鉅的任務。

所謂「自殺防治，人人有責」，在自殺防治工作中，為達到全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理想境界，各類專業人員的積極參與是十分重要。研究顯示，40%~60%的自殺身亡者在自殺前一個月曾經就醫，但卻有相當比例的人不曾求助過精神醫療專業人員，而在自殺死亡率最高的年齡層- 65 歲以上之老年人，自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診高達九成(89.2%)，而就診科別以內科為主(56.1%)，其次為家醫科 (27.3%)及不分科 (19.4%)。另也發現，自殺身亡者生前合併有重大傷病診斷的比例隨著年齡的增長而增加，老年自殺死亡者 (65 歲以上) 生前合併有重大傷病診斷之比例高達七成五，罹患重大身體疾病者則超過五成。由此可見以醫院為基礎之自殺防治的重要性，尤其是非精神科別團隊，在醫療體系的網絡中更具關鍵性的角色。

醫院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。

我們熱切期待醫療體系的努力投入與整合，促進各類專業人員的連結及積極參與，以落實「網網相連，面面俱到」，共同建立綿延牢固的自殺防治網絡。

全國自殺防治中心計畫主持人

李明濱 謹誌

中華民國 112 年 12 月

前言

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

依據自殺通報關懷系統發現國內自殺通報單位六成三來自醫療院所，醫院內自殺案件雖未有大規模調查數據，但根據綜合醫院自我傷害者的長期追蹤調查，國內自 1978~1997 年共有 11,583 名醫院自傷者，若追蹤到 2000 年其中有 300 人最後自殺死亡，雖然不一定發生在醫院內，但醫院卻是非常重要的防線是無庸置疑的。

而自殺者生前曾就醫比例也很高，據國內調查自殺身亡者在自殺前一週內就醫的比例在 60% 左右，前 90 天更可達到 80%，顯示醫院非常容易接觸自殺高風險群。又根據自殺身亡者生前最後就醫調查，最後一次門診為非精神科者占八成 (82.7%)，最後一次就診處以在醫院門診為最多，達 68.2%，基層診所約為二成(21.1%)，更突顯出醫院自殺防治的重要性，因此推動以醫院為基礎的自殺防治，實為自殺防治網絡中極重要的一環。

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

自殺問題的嚴重性及影響自殺風險之相關因素

自殺問題的嚴重性

自殺是世界性的公共衛生問題，根據世界衛生組織(WHO)估計，每年全球有超過 70 萬人自殺身亡，在 2019 年，自殺更是全世界 15~29 歲族群的第四大死因。而每一個自殺事件至少為週遭六個人帶來嚴重的影響。自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是無法估計的。

在台灣，全國每年約 4,000 多人自殺身亡，平均 2.2 小時有 1 人因自殺而身亡。自 1997 年以來，自殺連續 13 年名列國人十大死因之第九位，在各界的努力下，於 2010 年退出國人十大死因之列。

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

影響自殺風險之相關因素

一、自殺和精神疾病

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

與自殺有關的精神疾病，以風險由高至低依序為憂鬱症（所有類型）、人格疾患（有容易衝動、攻擊性和經常情緒變化傾向的反社會及邊緣性人格）、酗酒（在青少年則為物質濫用或酗酒）、思覺失調症、器質性精神疾患及其他精神疾患。



器質性精神疾患

腦組織暫時性或永久性的功能障礙，導致心理或行為的異常。

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

1. 憂鬱症

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

憂鬱症的常見症狀如下：

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

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

2. 人格疾患



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



反社會人格，

(Antisocial Personality Disorder ,
ASPD) ，

患者常見特徵為易怒、無同理心、衝動
魯莽、不守規則等。



邊緣性人格，

(Borderline Personality Disorder ,
BPD) ，

患者常見特徵為極端的思考模式、恐懼
孤獨、不合時宜地爆發情緒等。

3. 酗酒

約三分之一的自殺個案有酒精依賴的問題，在許多自殺行為的當下是受到了酒精作用的影響。5~10%的酒精成癮者最終以自殺結束自己的生命。

有飲酒問題且自殺的人，可能有下列特徵：

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

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

4. 思覺失調症

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

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

思覺失調症患者在以下之時期， 會有較高自殺身亡的可能性：

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

二、自殺和身體疾病

某些身體疾病會導致較高的自殺率。

1. 神經系統疾病

癲癇：癲癇病人常伴隨較高的衝動性、攻擊性和長期殘障，這些是導致其自殺行為增加的可能原因。而酒精和藥物的濫用亦有相關。

脊髓或頭部損傷和中風：當損傷愈嚴重時，自殺的風險愈高。

2. 癌症

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

3. 愛滋病毒帶原／後天免疫不全症候群



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

預後為依據病人當前狀況

推測未來可能的治療成果。

4. 慢性疾病

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

此外，在行動、視力、聽力方面有障礙失能的人也有較高的自殺風險。

三、人口統計資料特性

- 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。
- 年齡：自殺死亡率最高前二名為 65 歲以上老人，其次是 45~65 歲中年人。
- 婚姻狀態：離婚、鰥寡及單身相較於已婚的人自殺風險較高。獨居及分居的人風險也比較高。
- 失業：失去工作比無工作的人與自殺更有關聯。
- 遷移：從鄉村遷移到城市、遷移到不同區域或國家的人自殺風險較高。

四、 環境因素

1. 生活壓力

大部分自殺身亡的人在自殺前三個月內會遭遇一些帶來壓力的生活事件，例如：

- **人際關係問題**：例如和配偶、家人、朋友或情人吵架。
- **被排斥**：例如被家人或朋友疏遠。
- **失去**：例如錢財損失、喪親。
- **工作及經濟的問題**：例如失去工作、退休、經濟困難。
- **社會的改變**：例如政治及經濟上的快速改變。
- **其他壓力源**：像是羞辱、擔心自己可能被裁定有罪。

2. 自殺工具的易取得性

由 2022 年的自殺死亡統計資料顯示，自殺方法前三名為上吊、燒炭及跳樓。自殺行為是否造成死亡與自殺方法的致死性有關。許多自殺企圖者能夠被救回，因為選了較不會致死的方法。

激烈的方法像是槍枝自殺不易救治，同樣是藥物過量，鎮定安眠藥物與農藥的致死性差異就很大。

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

3. 接觸自殺事件

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

4. 其他

- (1) 過去曾經企圖自殺：歐洲的跨國調查發現有一半以上的自殺企圖者可能會再次企圖自殺，重複企圖自殺者的自殺死亡較高機率。
- (2) 另有許多的自我傷害者，也常出現在醫院。即便他們常強調沒有自殺意圖，但長期追蹤的結果，這些自我傷害者仍是自殺死亡的高風險群。
- (3) 家族自殺史：家族有自殺史，對於親人後代可能有遺傳或是模仿效應。

以醫院為基礎的自殺防治

醫院內部作業流程之規劃

一、組織整合性服務團隊

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

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

1. **工作內容**：規劃流程，工作人員教育訓練，自殺個案回顧研討(如：召開『死亡案例研討會』)，評估並改善措施，促進團隊間之良好溝通……等。
2. **成員及職責**：

召集人：由副院長級或主任級以上主管擔任，負責推動及督導業務。

社服科(室)：社會心理資源評估。

精神科(部)：精神診斷、再自殺風險評估、建議處置。

急診部：協助執行。

護理部：協助執行。

個案管理師：小組內主要協調者。自殺企圖之通報、追蹤、登錄、關懷轉介。

全院各醫療科部配合執行，特別是較易接觸到高風險群的科部需有代表。

二、發展全院性的自殺防治策略及醫療處置模式(三級預防)

全院性的自殺防治策略，包含：自殺潛在風險辨識，環境與作業程序安全防範措施，溝通聯絡系統與應有的態度等自殺防治指引。例如：

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

建立醫院標準化評估、處理及自殺通報流程

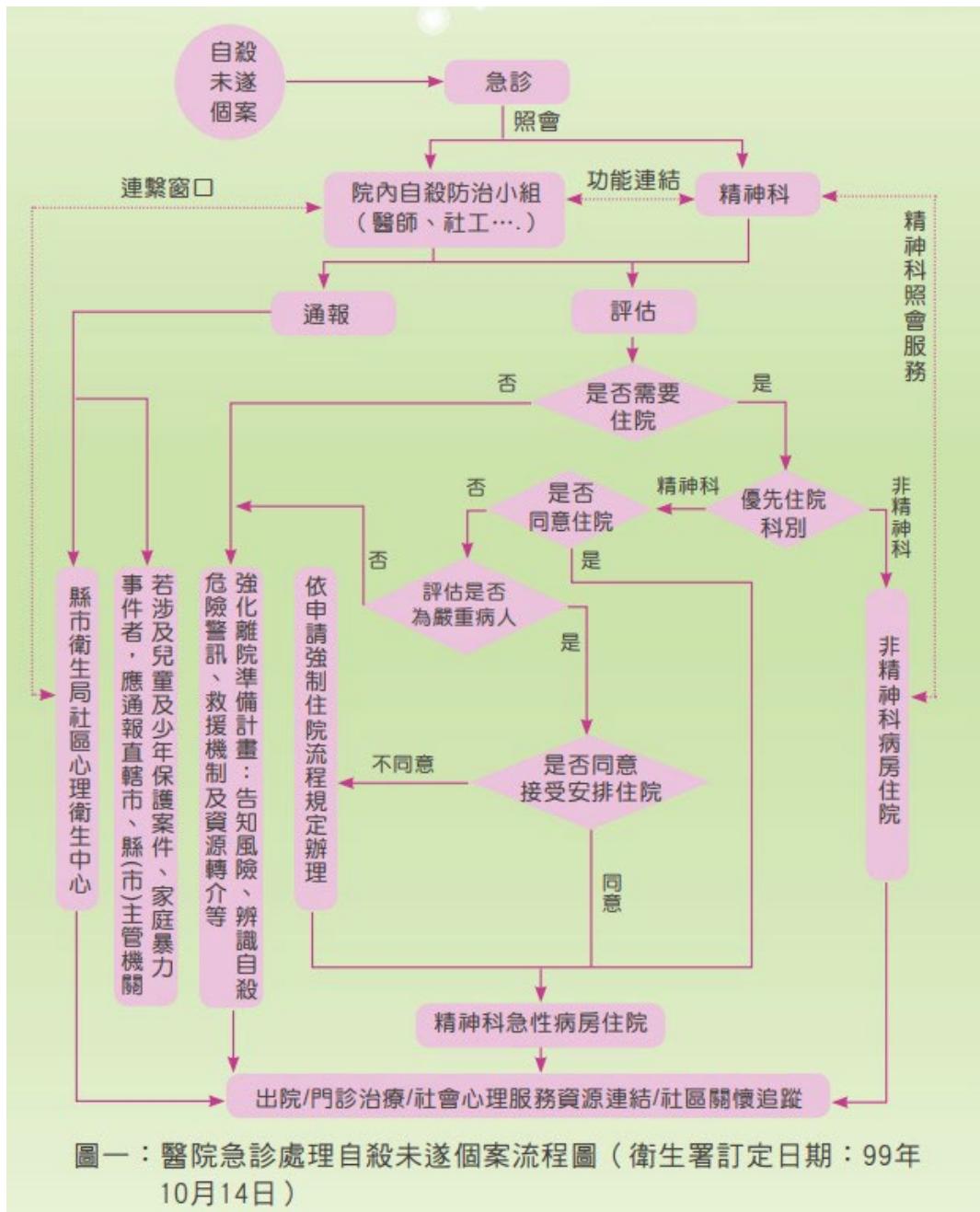
一、門診個案處理流程

1. 發現有自殺行為者，直接送至急診，依急診處理自殺個案流程辦理(見12頁圖一：醫院急診處理自殺未遂個案流程圖)。
2. 若是發現非精神科門診個案有自殺意念，但無行為，視嚴重程度，可照會精神科，進行轉診 (門診高風險個案是否進入院內通報及個管，依各醫院擬定之流程，若為老人高風險個案則建議納入)。

二、住院個案處理流程

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

三、急診個案處理流程：參見醫院急診處理自殺未遂個案流程圖 (見下頁圖一)



重點說明如下：

- 當自殺企圖個案來到急診，必須要照會精神科及院內自殺防治小組；於急診評估狀況，並通報縣市政府衛生局。若涉及兒童保護、家暴等則必須依法進行通報。
- 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。
- 若不需住院或堅持離院，則強化離院準備計畫及相關注意事項等，預約回診或轉介社區資源，以利後續關懷。

四、建立標準化評估流程

建議「自殺通報個案評估單」內容應包含個案基本資料、過去病史(生理及精神)、支持系統、自殺方式、自殺原因、過去自殺史、是否接受門診／訪視、BSRS 評分及建議處置……等。

建立自殺個案通報、自殺企圖個案登錄及管理系統

一、建立暢通之自殺個案通報系統，以便迅速正確掌握訊息，及時處理，並有工作手冊或指引。

1. **院內通報**：接觸的醫療人員立即向院內個案管理師通報，管理師負責建檔及追蹤。
2. **院外通報**：依照衛生署規定向各縣市政府衛生局做自殺通報。
3. 個案管理師執行自殺企圖個案通報、追蹤、登錄、關懷轉介。
4. 自殺企圖與自殺傾向高風險群個案追蹤輔導服務。

二、自殺高風險群之個案管理：

1. 每日晨會，檢討值班急診照會個案。
2. 每週照會討論會，檢討病房照會個案。
3. 追蹤關懷自殺企圖者。
4. 自殺企圖者監測分析。
5. 生命關懷特別門診(視醫院相關精神專科資源，參酌辦理)。
6. 電話熱線業務(視醫院相關精神專科資源，參酌辦理)。

三、針對院內病友提供立即性服務。如：

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

落實自殺風險個案涉及特殊情況(兒虐、家暴、性侵)之責任通報

1. 如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件時，應依據「兒童少年福利法」第 34 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。
2. 如發現通報案件已涉家庭暴力事件，「兒童及少年福利與權益保障法」第 53 條規定，於 24 小時內向直轄市、縣(市)主管機關通報。

提供自殺者遺族關懷照護服務

自殺者親友容易有複雜的悲傷、自責、憤怒情緒，自殺機率也較一般人高，從自殺個案被通報時開始，主動關心遺族需求，提供遺族資源手冊(如：本中心出版之自殺防治系列手冊 9 及 10)、社會心理服務資源、辦理遺族支持團體等。

自殺防治訓練課程及社區資源連結

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

醫院管理機制之監控與評估

1. 自殺防治相關單位，在體制完備及運作順暢上，需有專人執行業務，具有相關文件及作業規範，溝通聯繫、各司其職、分工合作；並確實依相關規定執行通報。
2. 持續提升自殺企圖者通報內容之準確性和時效性。自殺企圖者監測的檢討，定期召開檢討會議，統計分析年度通報資料，並與院內自殺死亡個案比對，檢討監測成效。將住院病人自傷或自殺企圖行為視為跡近失誤(*near missing*)之病人安全事件，在非責難性的氛圍下，藉由通報及根本原因分析，精進合理的保護措施。
3. 施行「自殺企圖者個案管理」，加強個案追蹤關懷。醫院須有針對自殺企圖者之「個案管理流程」及「個案管理制度」。由個案管理師整合院內資源，立案列管長期追蹤關懷，並定期報告個案狀況。
4. 連結並強化專業角色功能。落實「個案管理制度」，由個案管理師負責統整各單位之工作，針對特殊案例舉行不定期「個案討論會」，加強專業人員的溝通與配合。
5. 提供特別門診照護自殺高風險群。由有經驗的精神科醫師負責開設特別門診，讓高自殺風險個案不需面對漫長候診及不斷轉介後，重複述說病情的煎熬。
6. 提升員工對自殺高風險個案的敏感度與處理能力。落實院內自殺防治教育，新進人員必須接受一定時數「自殺防治守門人」基礎訓練，並辦理守門人進階訓練及自殺防治相關之研討會。
7. 另可針對志工加以訓練，可協助關懷個案。

醫院內的自殺防治指引

醫院內的自殺防治是十分困難但極度重要的任務，全美每年有 45,000 件以上的自殺身亡案件，其中有 0.1% 發生在醫療機構內，而過去針對加拿大蒙特婁地區 3,079 件住院病人自殺案件的回溯性研究指出，大部分住院病人的自殺難以有效地事前預測，即使在安全維護規格最高的精神科急性病房也是一樣。一項針對英國精神科病房內自殺事件研究指出，12 位不幸自殺身亡的精神科住院病人中，有 5 位病人自殺身亡前，是醫護人員以全天 24 小時視線所及方式觀察個案，在如此高規格的防範下，自殺行為仍不幸發生。

自殺行為的危險因子多重而複雜，且因時因地而異，故目前尚難有一致的防治作業標準。面對如此高度的不確定性，唯有在人文關懷的氛圍中，逐步邁向合理可行且定義清楚的院內自殺防治策略，這不僅是人道服務精神的極致發揮，也是阻卻不幸事件發生的重要關鍵。

及早發現，立即介入

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

1. 辨識自殺高危險因子與評估自殺高風險群

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

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

2. 訂定適合機構特性之自殺評估及再評估標準作業流程，並訂定流程啟動時機

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

HIV……)而引發憂鬱情緒或適應障礙時，亦為適合進行自殺評估的時機。



心身問題篩檢工具：要能使醫療專業人員及一般民眾迅速了解個案的心理照護需求，使用信效度良好之篩檢工具，提升臨床評估之敏感度，是十分重要的。由李明濱教授所發展之簡式健康量表(BSRS-5)，又名「心情溫度計」(詳見章節「肆」之守門人三步驟)，是為探尋心理衛生需求的篩檢工具，目前廣泛地使用於自殺防治工作中。此量表包括五題症狀之題組，以測量自殺意念之獨立項目，以高於或等於 6 分作為常見精神疾患(如失眠症、焦慮症與憂鬱症等)篩檢之切割點，使用於不同族群之患者均獲得良好之內在信度，顯見其適用之廣泛性。藉由此一工具之使用，期望能提升醫療及照護品質，並加強篩檢有憂鬱或自殺傾向的病人，以利醫護人員清楚地掌握病人的心理狀態及其照護需求。

轉介或照會精神醫療的時機，包含：病人有重鬱症病史、抗憂鬱藥物療效不彰時、伴隨幻覺、妄想等症狀時、強烈自殺衝動或已有自殺行為、要求協助自殺或安樂死、病人缺乏家庭支持……等。

透過通報機制並運用通報資料，定期檢視單位自殺防治流程是否符合需求，並查核執行情形。如巡房探視方式與頻率，自殺評估／再評估作業流程規範之適用性

4. 發現具自殺潛在風險者之後續處理

傾聽、同理了解其自殺想法，持續評估其自殺意念的頻率與嚴重度，轉介(或會診)精神科醫師、諮詢心理師、社工師提供相關資源，並將相關評估納入病人之出院準備計畫，加強個案追蹤，視需要與社區資源連結。

避免讓有自殺高風險的病人獨處，提醒陪伴者如需離開，應通知照護團隊人員，如病人無人陪伴，可聯絡社工、志工協助。

配合病人其心理狀況及情緒調整治療計畫，必要時依病情需要調整處方。

5. 預防出院後的自殺

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

定期檢視環境設備及動線安全

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

1. 頂樓、陽台等高處場所出入口有安全防護設計及管理方案。門窗、高樓頂樓、陽台等之出入應有安全防護設計及管理，例如頂樓天台防火門開啟之警報裝置；空房間上鎖，定時巡查並監視院區死角。

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

自殺高風險個案之照護、溝通與支持

醫護人員介入自殺的目標在於保護病人人身安全，讓病人保有希望。建議如下：

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

建立支持性的醫病關係與醫療照護團隊合作

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

醫院自殺防治守門人



珍愛生命守門人——問二應三轉介

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

1. 守門人的由來

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

2. 守門人的定義

許多自殺防治方案都會提到守門人對自殺防治的重要性，自殺防治守門人(珍愛生命守門人) 可分為狹義及廣義的界定；狹義的定義是指「定期(固定地)接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」(QPR Gatekeeper Training For Suicide Prevention 2002)。廣義的自殺防治守門人是指「當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為，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」(Maine Youth Suicide Prevention Program, 2005)。因此廣義的定義認為只要透過適當的學習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」。

3. 守門人的角色與功能

我們相信一部份選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」的行為或企圖來對外在世界表示一種「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息；但也可能有些人是生理的因素，像是憂鬱症、久病不癒等，也會讓人試圖以自殺的方法來尋求解脫。

守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發出的訊息，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。換言之，「珍愛生命守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色；在接受過守門人訓練課程後，對自殺高危險因子有較高的敏銳度，並有能力協助他人獲得適當的幫忙，有效阻止自殺意念者浮出海平面，降低自殺率。

4. 守門人三步驟：

一問：「主動關心，詢問對方的狀況」

要詢問一個人的自殺意念並不容易，循序漸進的討論主題是有幫助的，若是感到懷疑便立即詢問，要瞭解「這可能是唯一一次幫助的機會」。

善用心情溫度計（BSRS-5）

在我們關心他人的過程中，常常遇到對方有情緒的困擾，卻不知他們困擾的程度，心情溫度計可幫助我們具體地了解對方的心情，同時也可幫助對方釐清他們情緒困擾的程度，並且可以根據得分結果做適當的處理。

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

心情溫度計 (簡式健康量表)

請您仔細回想「在最近一星期中（包含今天）」，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 厷害 非常嚴重

- | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 — | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 感覺緊張不安 —————— | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 覺得容易動怒 —————— | 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 |

得分與說明

前5題的總分：

0-5分 一般正常範圍

6-9分 輕度情緒困擾：建議找親友談談，抒發情緒

10-14分 中度情緒困擾：建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢

15分以上 重度情緒困擾：建議尋求精神醫療專業諮詢

★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

心情溫度計評分結果可供個人或專業醫療團隊之參考，並非作為診斷之用，不僅可作為自我檢測，幫助我們了解自己的心情狀態，也可以用此量表來關懷週遭的人，亦可用於大規模對象施測。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。

二應：「聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴」

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

人的自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求協助。

三轉介：「針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷」

面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫當事人找出適當的資源，進行資源連結的時候。轉介之後仍需要持續加以關懷。

如何辨識出一個有自殺意念的人

由個人行為的改變或過去病史中可得到一些警訊：

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

一、自殺者的心理狀態

自殺者的心理狀態有三大特色：

1. **矛盾**：大部分的人對於自殺的感覺很複雜，想活及想死的念頭一直在拉鋸。他們會有想要逃離生活上痛苦的衝動，但又有一種想要繼續活著的渴望。許多自殺的人並不是真的想要死去，只是他們對生活感到不快樂；所以如果給予支持，會讓想活著的念頭增強，自殺的風險就會降低。
2. **衝動**：自殺也是一種衝動的行為。就像其他的衝動一樣，自殺的衝動是暫時的，只會持續數分鐘到數小時，常會被每天負面的事件所引發。藉危機處理及拖延時間，可以幫助他們減少自殺的念頭。
3. **僵化**：當個人有自殺意念時，他的感覺和行為就會變得很狹隘。他們會一直想著自殺而無法察覺其他可解決問題的辦法，想法都很極端。
4. 大部分自殺的人會傳遞他們自殺的想法和意圖。他們會發出種種表示他們想要死、覺得自己沒用等等的訊息，千萬不能忽略這些求救的訊息。
5. 無論遇到的問題是什麼，想自殺的人的感覺和想法常常是一樣的。

感覺	想法
悲傷、難過	我希望能死掉
孤獨	我無法作任何事
無助	我再也無法忍受
沒有希望	我是個輸家、是個負擔
沒有價值	沒有我，其他人會過得更快樂

二、如何向自殺者伸出援手

當有人訴說『對生活厭倦』、『沒有活下去的意義』時，這些說法常常會被聽的人否決，或甚至告訴他們其他更悲慘的例子。然而這些反應對有自殺意念的人不會有所幫助。與自殺意念者的初次接觸是很重要的。

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

三、如何溝通

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

四、怎麼樣會破壞溝通

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

如何評估自殺風險

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

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

一、如何詢問？

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

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

二、何時詢問？

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

三、詢問什麼？

1. 詢問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？
2. 詢問個案是否持有執行自殺的工具：
 - 你有藥物、殺蟲劑、農藥、刀子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？
3. 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？

如何處理一位有自殺意念的人

對於「自殺」的迷思與事實，參見下表：

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

一、不同風險程度之處置：

1. 低度風險

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

提供情緒支持。

處理想自殺的感覺。一個人愈是能夠開放地談論失落、孤獨和無價值的感覺，他或她的情緒混亂程度愈輕微。當情緒起伏緩和後，個案才比較可以反思。反思的過程很重要，因為除了他本身以外，沒有其他人可以取消自殺的決定並決定活下去。

談論如何不採取自殺而能解決問題的經驗，將焦點放在個人正面的力量。

轉介給心理衛生專業人員或精神科醫師。

定期會談，維持聯繫。

2. 中度風險

個案有自殺的想法和計畫，但不會馬上執行計畫。需要的行動，建議如下：

提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量。

利用矛盾心理。照護人員應該集中焦點在想自殺的人的矛盾心理，以逐漸增加想要活下去的力量。

探尋除自殺外的其它選擇。照護人員應該試著發覺自殺以外的各種替代方式，即使它們可能不是最理想的解決方式，希望個案至少可以考慮其中一個選擇。

訂定約定。設法讓想自殺的人承諾他或她將不會在下列情況下自殺：

在沒有和照護人員聯繫的時候。

在某特殊時段。

轉介或照會給精神科醫師、諮詢師或心理衛生專業人員並儘快預約會談時間。

聯絡家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。

3. 高度風險

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

陪伴個案，減少個案獨處的時間。

溫和地和個案談話，並且移除藥物、刀子等，遠離可用來自殺的工具。

訂定約定。

立刻聯絡心理衛生專業人員或精神科醫師。

告知家人並且獲得其支持。

二、 該如何轉介

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

醫院之老人自殺防治

台灣人口老化程度日益加劇，65 歲以上老年人口占率逐年上升，且歷年 65 歲以上年齡層自殺死亡率均高於其他年齡層。在老年自殺死亡者(65 歲以上)生前有重大傷病診斷之比例高達七成五，且於自殺死亡前 30 天就醫比例近九成。此外，老人照顧者容易忽略憂鬱症的相關症狀與自殺前兆的特性。因此如何提升醫院照護人員對老人自殺防治的認識與投入熱忱，以提高憂鬱症及自殺高風險群的辨識率，乃當務之急。

老人自殺防治之重要性

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

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

相關危險因子

一、自殺企圖個案：有立即自殺／自傷風險者，或過去有自殺企圖紀錄之個案，應立即以「醫院急診處理自殺未遂個案流程」處理，進行個案關懷追蹤。

二、併有慢性疾病、憂鬱症及重大傷病等高風險群：建議以 BSRS-5 全面進行評估篩檢，依其結果進行關懷、轉介及持續性照護。

1. 門診病人：

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

2. 住院病人：

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

- (1) 自殺高風險群個案管理：依院內常規流程處理，安排個案討論，擬訂相關照護計畫，進行追蹤關懷。
- (2) 離院準備：醫院應有出院準備計畫並提供各項相關資源，如病人有自殺企圖紀錄，須通報縣市衛生局社區心理衛生中心進行追蹤關懷，並結合各單位提供持續性照護，另須確認門診回診時間，以利維護持續性照護。若醫院已有出院後續電訪追蹤常規，可加入個案情緒評估(BSRS-5 檢測)，加以關懷。

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

自殺防治問題 Q&A

Q：急診室中自殺企圖者的臨床特徵為何？

A：在醫院急診室中，自殺企圖者男女比例為 1：2。相對於女性，單身男性較多；過去曾罹患有身體重大疾病、農藥自殺及致命程度也相對增加。自殺企圖者的年齡方面，對照於年輕組，年老組中酒精濫用、農藥自殺及致命程度，皆相對增加；自殺的原因中，年輕組多數為衝動型，自殺意圖較不嚴重。

Q：有人說當憂鬱症好轉時是最危險的時候，這是真的嗎？

A：當憂鬱症經治療逐漸好轉時，是最容易自殺的關鍵時刻，因為此時身體已經可以活動，但是內心卻仍悲觀。這時照顧者往往更容易疏忽，而讓病人單獨活動，以致發生自殺的悲劇，所以家人朋友此時仍須注意關心病人的一舉一動。照顧者可以瞭解病人是否有無助無望感。通常無助感的呈現會是：「沒有人可以幫忙解決這個難題！即使是醫護人員也無解！」，無望感是：「我沒有明天，對未來不存期待、希望」，若上述的想法很強烈，就要特別小心病人的安全。

Q：聽說服用抗憂鬱劑容易出現自殺行為，已經服用好一陣子，是否該停止服用？

A：憂鬱症跟腦部缺乏血清素、正腎上腺素或多巴胺等激素相關，以上這三種激素通稱為快樂激素，他們可以讓人心情愉快充滿精力。而現在上市的抗憂鬱劑也都可以補充上述激素的不足，藉此治療憂鬱症。若在剛開始服用抗憂鬱劑的時候，醫師沒有注意從低劑量逐漸加藥，可能會讓病人出現某些不舒服的藥物副作用，例如：噁心、嘔吐、腹瀉、頭痛、眩暈、坐立不安、手抖、失眠或嗜眠等；這些副作用可能會讓憂鬱症病人感到更加的不舒服，以致更想自殺，但是研究顯示只有在兒童青少年的初診病人比較容易出現。

剛開始服用抗憂鬱劑的病人要緩慢自低量加藥，若出現不能忍受的副作用時，一定要跟主治醫師討論藥物的調整；如果已經長時間服用抗憂鬱劑，並且有一定的療效， 規則服用藥物對穩定身心狀況有所幫助。斷然停藥，如此反而會出現抗憂鬱劑的戒斷症狀，包括：激躁不安、失眠、心悸等。也有可能惡化心情，更加重自殺的意念。

Q：老年人的蓄意自傷或是自殺行為，是可以預防的嗎？

A：根據既有的研究資料顯示，老年人的蓄意自傷或是自殺行為其實在事前都有脈絡可循，可以防範於未然！

Q：曾經有過試圖自殺的老年人，再次自殺或是自殺身亡的機率會不會比較高？

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

Q：老年人接受抗憂鬱劑治療憂鬱症時，自殺率會不會較高？

A：依據統計，自殺的老年人中，超過 70% 有精神疾病。然而，在基層醫療體系內，有憂鬱情緒的病人中，只有 11% 的人有接受足夠的抗憂鬱劑治療、有 34 % 的人接受的劑量或療程不足，而有 55% 的人從未接受任何相關治療。

如何發現老年人罹患憂鬱症並正確診斷，因而成為一大挑戰。

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

Q : 若是老年人已經出現試圖自殺的行為，相關的家人該怎麼辦？要如何求助？

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

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

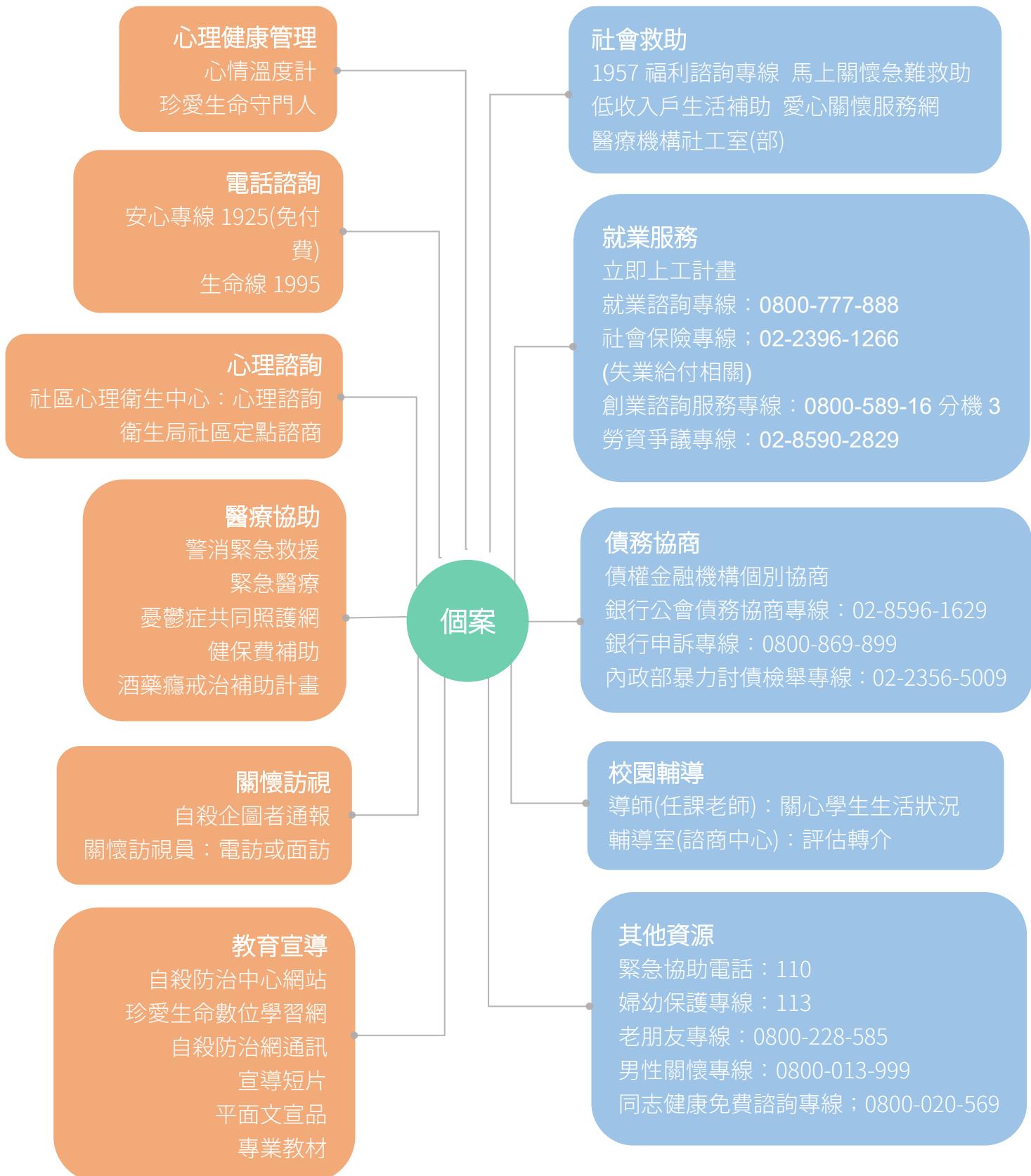
Q : 預防老年人自殺，整合性的基層醫療照護非常重要，國外有可以參考的例子嗎？

A：根據一項發表於 JAMA 的文獻顯示，基層照護介入以及個案管理師的設置能降低老年憂鬱症病人自殺的意圖。年老的美國人占美國人口的 13%，也占了所有自殺死亡人數的 18%。大多數因自殺死亡的老年人在幾個月前看過基層照護醫師。憂鬱症是自殺的前兆，也是自殺企圖最具辨識的危險因子。從 1999 年 5 月到 2001 年 8 月在紐約市、費城和匹茲堡區的 20 所基層照護院所進行基層照護老年人與自殺防治的研究，結論發現若能著重於有自殺意圖或嚴重憂鬱症的病人，改善其基層照護之憂鬱症治療品質，並透過適當的管理可降低憂鬱症狀、自殺意圖和老年自殺的風險。

參考資料

1. QPR Gatekeeper Training For Suicide Prevention 2002
2. Maine Youth Suicide Prevention Program, 2005
3. 自殺防治系列手冊2-自殺防範指引
4. 自殺防治中心自殺防範指引-臨床醫師使用須知
5. 自殺防治中心守門人課程教材
6. 自殺通報檔
7. 自殺死亡統計資料
8. 林東泰(1999)。大眾傳播理論。台北:師大書苑。

相關資源



各縣市衛生局及心衛中心電話一覽表

- 各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
新北市新店區	02-22181908	宜蘭縣羅東鎮	07-6966602 #3101-3222
新北市中和區	02-82451225	新竹縣新埔鎮	03-5886551
臺北市中正區	02-33937885	新竹縣橫山鄉	03 5935958
臺北市萬華區	02-23033611	苗栗縣苗栗市	037-558733
臺北市文山區	02-86615387	苗栗縣頭份市	037-558770
桃園市八德區	03-3656995	彰化縣彰化市	04-7127839
桃園市桃園區	03-3657995	南投縣南投市	049-2202662
桃園市蘆竹區	03-3360102	雲林縣東勢鄉	05-6990578
臺中市豐原區	03-313-4995	雲林縣二崙鄉	05-5988407
臺中市東區	04-25150326	嘉義縣太保市	05-3621150
臺中市西屯區	04-22834733	屏東縣內埔鄉	08-7799979
臺中市潭子區	04-27062016	臺東縣臺東市	089-230295
臺南市鹽水區	04-27066031	花蓮縣花蓮市	03-8351885
臺南市北區	04-25330335	基隆市	02-24566185
臺南市善化區	06-7003631	新竹市東區	03-5355276
高雄市苓雅區	06-7003627	嘉義市	05-2255155
高雄市鳳山區	06-7034981	澎湖縣湖西鄉	06-9920100
高雄市岡山區	07-7131500 #2511-2530	金門縣金湖鎮	082-338863
高雄市林園區	07-7928608		

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

以醫院為基礎之自殺防治

- 各縣市衛生局電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24566185	嘉義市	05-2255155
台北市	02-33937885	臺南市	06-335-2982 06-637-7232
新北市	02-22572623	高雄市	07-713-4000# 5410~5420
桃園市	03-332-5880	屏東縣	08-737-0123
新竹縣	03-6567138	台東縣	089-230295
新竹市	03-5240019	花蓮縣	03-8351885
苗栗縣	037-558-220	宜蘭縣	03-9322634
台中市	04-25150326	南投縣	049-220-2662
彰化縣	04-7127839	澎湖縣	06-9920100
雲林縣	05-5370885	金門縣	082-337885
嘉義縣	05-3621150	連江縣	08-362-3122

自殺防治系列手冊

01	自殺防治	24	重複自殺個案之關懷管理
02	自殺防範指引	25	老人自殺防治
03	青少年心理衛生與自殺防治	26	殺子後自殺事件之防治
04	老人心理衛生與自殺防治	27	雨過天晴心希望
05	精神疾病與自殺防治	28	擁抱生命逆轉勝
06	物質濫用與自殺防治	29	自殺防治概論
07	女性心理衛生與自殺防治	30	自殺風險評估與處遇
08	職場心理衛生	31	重複自殺個案關懷訪視指引
09	自殺者親友關懷手冊	32	自殺風險個案追蹤關懷實務
10	陪你渡過傷憾	33	政府跨部會自殺防治手冊
11	珍愛生命守門人	34	自殺關懷訪視員教育手冊
12	心情溫度計	35	輔導人員自殺防治工作手冊
13	怎麼辦我想自殺	36	媒體從業人員自殺防治手冊
14	失業鬱悶怎麼辦	37	醫院自殺防治工作手冊
15	關懷訪視指引	38	關懷訪視實務與督導手冊
16	提升人際支持遠離自殺	39	網路與自殺防治
17	以醫院為基礎的自殺防治	40	長期照顧者自殺防治
18	珍愛生命義工	41	自殺數據判讀指引
19	全國自殺防治策略	42	保護服務與自殺防治
20	矯正機構與自殺防治	43	警消與第一線救援人員之自殺防治指引 醫院自殺防治指引(隨身版)
21	基層醫療人員與自殺防治	44	影視劇從業人員自殺防治手冊
22	孕產期婦女之情緒管理	45	警察人員自殺防治手冊
23	社會福利工作人員		

歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽 <https://www.tsos.org.tw/>

以醫院為基礎之自殺防治

發 行 人： 薛瑞元

主 編： 李明濱

編 審： 陳俊鶯、吳佳儀

執行編輯： 廖士程、詹佳達、吳恩亮、戴萬祥、陳宜明、林俊媛、
黃立中、王弘裕、黃若葉

編 輯 群： 全國自殺防治中心同仁

出版單位： 衛生福利部

地 址： 115204 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電 話： (02)8590-6666

傳 真： (02)8590-6000

網 址： <https://www.mohw.gov.tw/mp-1.html>

出版日期： 2024 年 03 月

I S B N： 9786267461167



專業、愛與希望
為生命打氣