

自殺防治系列 **21**

基層醫療人員與自殺防治



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

編者序	2
自殺問題現況	4
基層醫療人員的重要性	5
自殺與精神疾病	5
自殺與身體疾病	10
由人口統計資料及環境因素來看自殺	12
自殺者的心理狀態	13
珍愛生命守門人	15
如何伸出援手	20
溝通	20
迷思與事實	22
自殺意念者的辨識	22
自殺風險評估	24
自殺風險處理	26
轉介	28
相關資源參考	32

主要資料來源：Department of Mental Health, Preventing Suicide:
A Resource for Primary Health Care Workers, W.H.O., 2000

編者序

自殺為全球性之公共衛生之議題，在台灣，自殺已連續13年名列國人十大死因第九位，足見落實自殺防治工作刻不容緩。行政院衛生署委託社團法人台灣自殺防治學會執行「全國自殺防治中心」計畫，自民國94年12月9日揭牌開幕至今將邁入第十三年，工作內容主要依三大策略進行，包含了指標性(indicative)、選擇性(selective)及全面性(universal)。在指標性策略部份，是針對高自殺風險個人，主要在於追蹤關懷自殺企圖者，自殺相關個案管理，防止其再度企圖自殺及關懷自殺者親友等。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「珍愛生命守門人」概念，宣導心情溫度計之使用及全面推動守門人教育訓練等。全面性策略則涵蓋匡正媒體報導、各式宣導活動及教材之製作、推動去汙名化、促進社會大眾心理健康及建立網站提供資訊及學習等，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，藉由推廣守門人的概念，將「珍愛生命 希望無限」之信念向下紮根；其他還包含自殺行為之實證

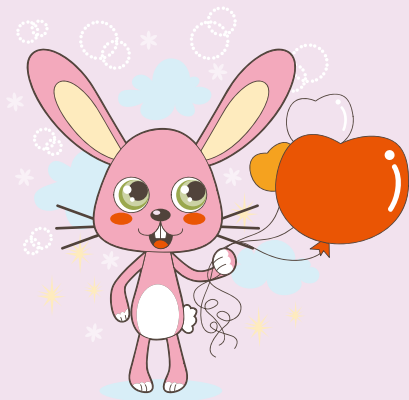
資料即時性分析研究與防治策略應用、國際合作及跨部門連結與民間團體合作等。

根據本中心統計分析結果發現，在自殺死亡前30天內就醫比率達到74.6%，而65歲以上老人更達90.1%，可見基層醫療人員在自殺防治上佔有很重要的角色，本中心特別參考世界衛生組織針對基層醫療人員所撰寫之自殺防治資料，編譯成冊，以提供基層醫療人員作為自殺防治之參考，期待能夠落實「網網相連，面面俱到」，共同建立綿密牢固之自殺防治網絡。

全國自殺防治中心主任

李明濱 謹識

中華民國九十九年十二月



自殺問題現況

- 在2000年，全球有一百萬人可能自殺身亡。
- 全球每40秒就有一人在地球的某處自殺身亡。
- 全球每3秒就有一人試圖結束自己的生命。
- 自殺位居全球15歲到35歲年輕人死亡原因的前三名。
- 每一個自殺事件至少為周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，2016年全國有28,996人企圖自殺、3,765人自殺身亡，平均每2.3小時有1人自殺身亡。

自殺是一個複雜的問題，當中並不是只有單一原因、單一理由的。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。因此，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。

當前，自殺在所有國家中都是一個重要的公共衛生議題。讓基層醫療人員有能力去辨識、評估、處理和轉介社區中的自殺個案，是在自殺防治工作中重要的一環。

基層醫療人員的重要性

- 基層醫療人員與社區有長期及緊密的接觸，同時也較容易被當地民眾接受。
- 他們在社區與醫療照護體系之間提供了不可或缺的鏈結。
- 在許多精神健康體系尚未完善建立的發展中國家，基層醫療人員往往是健康照護的主要提供者。
- 由於基層醫療人員對於社區的了解，使他們能從家庭、朋友和機構獲得支持。
- 基層醫療人員能提供連續性的照顧。
- 基層醫療人員往往是這些愁苦人們開始尋求資源協助的入口。

簡而言之，基層醫療人員具備可親性、可近性、知識性，並致力於提供醫療照護。

自殺與精神疾病

不論是開發中國家或是已開發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，以風險由高至低排列如下：

- 憂鬱症（所有類型）
- 人格疾患（有容易衝動、攻擊性和經常情緒變化傾向的反社會及邊緣性人格）
- 酗酒（在青少年則為物質濫用和／或酗酒）
- 思覺失調症
- 器質性精神疾患
- 其他精神疾患

儘管許多自殺個案罹患精神疾病，然而其中多數並沒有向精神健康相關的專業人員尋求協助，即便是在已開發國家的情況亦是如此。所以基層醫療人員所扮演的角色是非常重要的。

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。但是當這些感覺持續存在並影響了一個人的正常生活時，就不再只是憂鬱的感覺，而是憂鬱的疾病狀態。

憂鬱症的常見症狀有：

- 在一天中的大部分時間都感到難過。
- 對日常活動喪失興趣。

- 體重大幅減輕（在非節食時）或大幅增加。
- 睡得太多或太少，或是過早醒來。
- 總是覺得疲累和虛弱。
- 無自我價值感、罪惡感或無望感。
- 總是覺得易怒和坐立不安。
- 在集中注意力，做決定或記事物方面有困難。
- 反覆出現死亡和自殺的想法。

為什麼憂鬱症沒有被發現

雖然針對憂鬱症目前已經有相當多的治療方式，但常常是根本就沒有被診斷出來，而原因有：

- 民眾往往羞於承認為憂鬱所苦，這可能是因為他們視憂鬱症狀為「軟弱」的象徵。
- 民眾對於伴隨憂鬱症發生的相關感覺其實並不陌生，因此並不視其為疾病。
- 當一個人同時有其他身體疾病時，憂鬱症變得較不容易診斷出來。
- 憂鬱症患者可能僅以各種廣泛性的酸痛和疼痛來表現。

憂鬱症是可以治療的

自殺是可以預防的

酗酒

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

有飲酒問題且自殺的人，可能有如下的特徵：

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

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

當酗酒和憂鬱症並存時，將大幅提高一個人自殺的風險。

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；簡言之，導致了行為和／或感覺的劇烈改變，或是奇特的想法。

當思覺失調症患者有以下特徵時，會有較高的自殺風險：

- 年輕、單身、無業男性。
- 疾病初期。
- 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時期，會有較高自殺身亡的可能性：

- 在疾病初期，當病人處於混亂和／或困惑時。
- 在恢復初期，當外在看起來症狀有所進步但病人內心感到易受傷害時。

- 在復發初期，當病人認為他們已經克服了疾病但症狀卻又再復發時。
- 剛出院後的短時間內。

自殺與身體疾病

某些身體疾病會導致較高的自殺率。

神經疾病

- 癲癇

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

- 脊髓或頭部損傷和中風

當損傷愈嚴重時，自殺的風險愈高。

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。

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，自殺的風險較高。

慢性疾病

下列慢性疾病可能會導致較高的自殺風險：

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

此外，在行動、視力、聽力方面有障礙的人也有較高的自殺風險。

疼痛及慢性疾病的族群，其自殺的風險增高。

由人口統計資料及環境因素來看自殺

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。

年紀： 自殺率的兩個高峰是：年輕人（15～35歲）、老年人（75歲以上）；而本國之前二名為65歲以上老人，其次是45～64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。獨居及分居的人也是比較危險。

職業： 醫生、獸醫、藥劑師、化學家及農夫的自殺率高於平均值。

失業： 失去工作比無工作的人與自殺更有關連。

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。

環境因素

生活壓力

大部分自殺身亡的人在自殺前三個月內會遭遇一些帶來壓力的生活事件，例如：

- 人際關係問題：例如和配偶、家人、朋友或情人吵架。
- 被排斥：例如和家人或朋友疏遠。
- 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。

易取得性

自殺工具的易取得性對於是否會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。

接觸自殺事件

有一小部分比較脆弱的青少年接觸到現實生活中或媒體報導的自殺事件時，易受到影響，引發自殺行為。

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，並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，健康照護者可以幫忙他們減少自殺的念頭。

3.僵化： 當一個人有自殺意念時，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還有其他可解決問題的辦法，他們的想法都很極端。

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

無論遇到的問題是什麼，全世界想自殺的人的感覺和想法常常都是一樣的。

感覺	想法
悲傷、難過	我希望能死掉
孤獨	我無法做什麼事
無助	我無法忍受
沒有希望	我是個輸家、是個負擔
沒有價值	其他人沒有我會過得更快樂

何謂守門人

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。

守門人的定義

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，但不同方案對守門人也會有不同的定義。分析資料後發現，自殺防治守門人可分為狹義及廣義的界定；狹義的定義是指「定期（固定地）接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」（QPR Gatekeeper Training For Suicide Prevention, 2002）。廣義的自殺防治守門人是指「當個人接受訓練後懂得如何辯認自殺行為，並對有自殺風險

者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」（Maine Youth Suicide Prevention Program, 2005）。因此廣義的定義認為只要透過適當的學習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」。

守門人的角色與功能

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

守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發生的訊息，也能適時的給予鼓勵並提供資源協助，陪伴其走過死蔭的幽谷，走向光明的未來。換言之，「珍愛生命守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色；在接受過守門人訓練課程後，對自殺高風險因素有較高的敏銳度，並有能力協助他人獲得適當的幫忙，有效阻止自殺意念者浮出海平面，降低自殺率。相信這個方法你我都做得到。

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，一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（簡式健康量表）

（Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5）

請您仔細回想在「最近一星期中（包括今天）」，這些問題讓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

總分為0～20分，依據得分可分為幾個等級：

5分以下：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。

6到9分：為輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10到14分：為中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

15分以上：為重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療。

第六題為單項評分之附加題，若前五題總分小於6分，但第六題評分為2分以上(中等程度)時，宜考慮轉介至精神科治療或接受專業諮詢。

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

二應、「聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴」

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

三轉介、「針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷」

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



如何向自殺者伸出援手

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。但是這些反應對自殺意念的人不會有所幫助。

與自殺意念者的初次接觸是很重要的，但常常接觸的地點是在繁忙的診間、家中或是公共場所，很難進行私密的談話。

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。

如何溝通

- 專注的傾聽，保持平靜。
- 了解他們的感受（同理心）。
- 傳送非言語的訊息，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。

為增進溝通，需要用平靜、開放、關心、接納且不批判的接觸態度。

不當的溝通

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

用溫暖的態度傾聽他們

用尊重的態度治療他們

用感情同理他們

用自信照顧他們

對於「自殺」的迷思與事實

迷思	事實
1. 會提到自殺的人並不會真的去自殺。	1. 大部分自殺的人會發出明確的警訊。
2. 會自殺的人絕對是想要死。	2. 大部分的人對自殺都很矛盾。
3. 自殺發生之前不會有警訊。	3. 自殺的人常會發出大量的暗示。
4. 狀況開始改善後就沒有自殺的風險了。	4. 狀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。
5. 不是所有自殺都可以避免的。	5. 這是真的。但是大部分的自殺其實是可以避免的。
6. 只要一個人曾經想過自殺，那他／她一輩子都會有想要自殺的念頭。	6. 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。

如何辨識出一個有自殺意念的人？

由個人行為或過去病史中可得到的信號：

1. 退縮的行為，無法和家人及朋友相處。
2. 精神疾病。
3. 酗酒。

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



如何評估自殺風險

當基層醫療人員懷疑有自殺行為的可能性時，需要評估下列危險因子：

- 當下的精神狀態以及關於死亡或自殺的想法。
- 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。
- 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。

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：

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

何時詢問？

- 當個案感覺到被了解時。
- 當個案覺得談論他或她自己的感受是舒服的。
- 當個案正在談論如孤獨、無助等負面的感受。

詢問什麼？

1. 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？
2. 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？
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？

必須帶著體貼、關懷以及同理心
來詢問所有的問題

如何處理一位有自殺意念的人

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

- 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。當情緒起伏和緩後，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，沒有其它人可以取消自殺的決定並決定活下去。
- 談論以前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。

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

- 提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量，繼續進行以下的步驟。
- 利用矛盾心理。健康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。健康照護人員應該試著發掘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法，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：
 - 在沒有和健康照護人員聯繫的時候。
 - 在特殊時期時。
- 轉介給精神科醫師、諮商師或醫師並儘快預約會談時間。
- 聯絡其家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。

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

- 陪伴個案，絕對不能讓他獨處。
- 溫和地和個案談話，並且移除藥丸、刀子、槍、殺蟲劑、農藥等，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，並且安排救護車和住院。
- 告知家人並且獲得其支持。

轉介

何時轉介

當個案有：

- 精神疾病。
- 有過企圖自殺的紀錄。
- 自殺的家族史、酗酒或心理疾病。
- 身體不適。
- 無社會支持。

如何轉介

- 基層醫療人員必須好好花時間對個案解釋轉介的原因。
- 安排預約。
- 傳遞訊息給個案，表示轉介並非表示基層醫療人員要擺脫他的問題。
- 在照會後要訪視個案。
- 維持定期的聯絡。

常用的支持性資源有：

- 家人
- 朋友
- 同事
- 神職人員
- 危機處理中心
- 健康照護專業人員
- 各縣市心理衛生中心

如何運用資源？

- 試著取得自殺意念者的同意，去獲得各種支持性的資源，並且聯絡他們。

- 即使沒得到同意，要試著找出對於自殺意念者特別支持且願意協助的人。
- 事先和該名有自殺意念者溝通並解釋有時候和一個陌生人談話會比和所愛的人談話要容易，所以他或她才不會感覺被忽視或被傷害。
- 和提供資源的人談話時，不帶任何責難或使他們感到內疚。
- 獲得他們對即將採取的行動的支持。
- 注意他們的需求。

可以做的事

- 聆聽、展現同理心、並且保持冷靜。
- 支持且關心的態度。
- 嚴肅看待這個情境並且評估風險。
- 詢問之前是否有企圖自殺的經驗。
- 發掘自殺以外的可能性。
- 詢問自殺的計畫。
- 爭取時間：訂定約定。
- 找出其它的支持資源。

- 可能的話，移除可以用來自殺的工具。
- 採取行動、告訴別人、取得幫助。
- 如果風險很高，留下來陪伴個案。

不該做的事

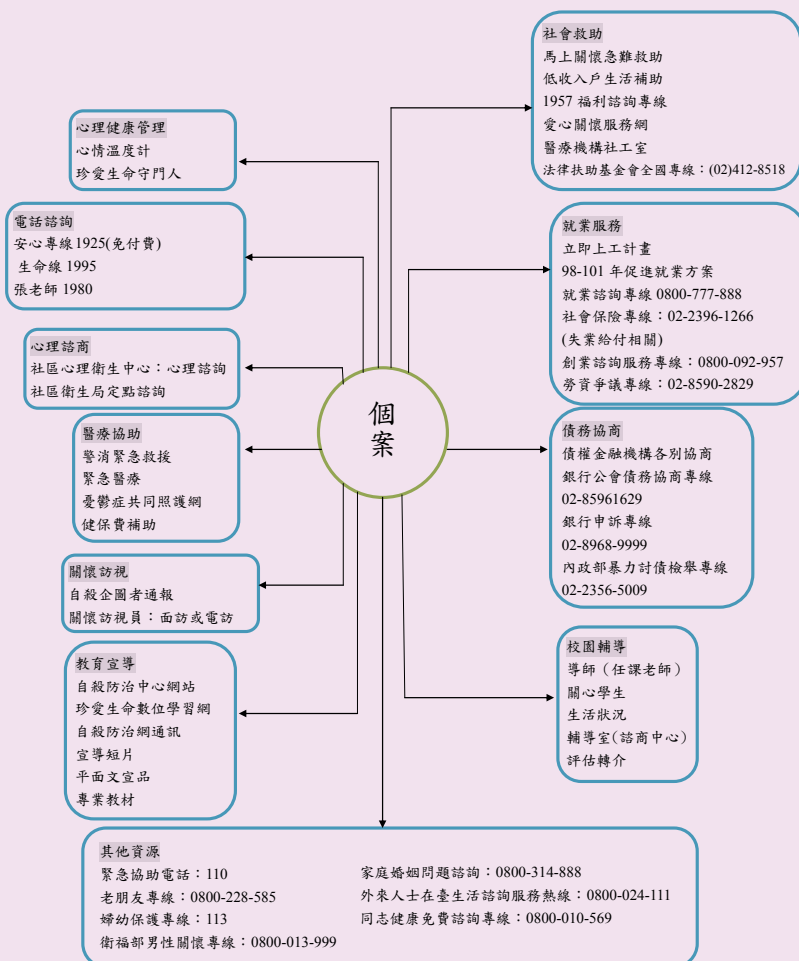
- 忽視這個情境。
- 感到震驚的、尷尬的和恐慌的。
- 安慰說一切都會沒事。
- 挑釁行為。
- 讓這個問題顯得微不足道。
- 給予錯誤的保證。
- 發誓會守口如瓶。
- 讓個案獨處。

結語

對他人的投入、敏感度、知識和關懷，並相信每個生命都值得珍愛，這些醫療人員所擁有的才智和理念，可作為從事自殺防治工作的幫助。

資源連結

自殺防治網絡資源連結



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

● 各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300193	台南市	06-335-2982.06-637-7232
台北市	02-3393-7885	高雄市	07-713-4000轉5410~5420
新北市	02-22572623	屏東縣	08-737-0123
桃園市	03-332-5880	台東縣	089-336575
新竹縣	03-6567138	花蓮縣	03-8351885
新竹市	03-5234647	宜蘭縣	03-9367885
苗栗縣	037-558-350	南投縣	049-222-4464
台中市	04-25155148	澎湖縣	06-927-2162轉122
彰化縣	04-7127839	金門縣	082-337885
雲林縣	05-5370885	連江縣	08-362-2095轉8827
嘉義縣	05-3621150		
嘉義市	05-2328177		

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

● 各縣市衛生局電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24230181	台南市	06-2679751.06-6357716
台北市	02-27208889	高雄市	07-7134000
新北市	02-22577155	屏東縣	08-7370002
桃園市	03-3340935	台東縣	089-331171
新竹縣	03-5518160	花蓮縣	03-8227141
新竹市	03-5355191	宜蘭縣	03-9322634
苗栗縣	037-558080	南投縣	049-2222473
台中市	04-25265394	澎湖縣	06-9272162
彰化縣	04-7115141	金門縣	082-330697
雲林縣	05-5373488	連江縣	0836-22095
嘉義縣	05-3620600		
嘉義市	05-2338066		

自殺防治系列手冊

- 1 自殺防治－專業・愛與希望
- 2 自殺防範指引
- 3 青少年心理衛生與自殺防治
- 4 老人心理衛生與自殺防治
- 5 精神疾病與自殺防治
- 6 物質濫用與自殺防治
- 7 女性心理衛生與自殺防治
- 8 職場心理衛生
- 9 自殺者親友關懷手冊
- 10 陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友
- 11 珍愛生命守門人
- 12 心情溫度計
- 13 怎麼辦我想自殺
- 14 失業鬱悶怎麼辦
- 15 關懷訪視指引
- 16 提升人際支持遠離自殺
- 17 以醫院為基礎之自殺防治
- 18 珍愛生命義工
- 19 全國自殺防治策略
- 20 矯正機構與自殺防治
- 21 基層醫療人員與自殺防治
- 22 孕產期婦女之情緒管理
- 23 社會福利工作人員與自殺防治
- 24 重複自殺個案之關懷管理
- 25 殺子後自殺事件之防治
- 26 老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
- 27 雨過天晴心希望
- 28 擁抱生命逆轉勝
- 29 自殺防治概論
- 30 自殺風險評估與處遇
- 31 重複自殺個案關懷訪視指引
- 32 自殺風險個案追蹤關懷實務
- 33 政府跨部會自殺防治手冊
- 34 自殺關懷訪視員教育手冊

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

基層醫療人員與自殺防治

發行人：李明濱

主編：李明濱

編審：吳佳儀、陳俊鶯

執行編輯：吳恩亮、詹佳達、陳宜明、楊凱鈞、廖士程

編輯群：全國自殺防治中心同仁

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地址：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

電話：(02)2381-7995

傳真：(02)2361-8500

E-mail：tspc@tsos.org.tw

網址：tspc.tw

出版日期：2018年1月再版

I S B N：978-986-85551-6-7

（珍愛生命，敬請多加推廣）



專業、愛與希望
為生命打氣

