

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

## 111 年度期末成果報告



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：台北市中正區懷寧街 90 號 2 樓

中 華 民 國 一 一 一 年 十 一 月 三 十 日

# 目錄

前言 .....	0-1-1
計畫執行成果檢核表 .....	0-2-1
摘要 .....	0-3-1
111 年度期中報告之綜合審查意見回覆 .....	0-4-1
壹、全國自殺防治中心組織 .....	1
貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料 .....	2
一、110 年度自殺防治統計分析及防治策略報告 .....	2-1-1
二、110 年度自殺死亡地圖 .....	2-2-1
三、全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書 .....	2-3-1
四、自殺企圖者之通報與關懷追蹤 .....	2-4-1
參、辦理自殺防治之實證研究 .....	3
一、COVID-19 之經濟衝擊與自殺防治 .....	3-1-1
二、長期照顧與自殺防治 .....	3-2-1
三、兒少及原住民自殺防治策略建議 .....	3-3-1
四、自殺防治現況調查 .....	3-4-1
肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估 .....	4
一、編製 110 年自殺防治年報(電子書) .....	4-1-1
二、輔導並推動因地制宜之自殺防治 .....	4-2-1
三、強化媒體及網路平臺互動與因應 .....	4-3-1
四、自殺防治新聞媒體聯繫會議 .....	4-4-1
五、編製影視劇從業人員手冊 .....	4-5-1
六、與民間團體合作辦理之大型活動 .....	4-6-1
七、滾動式修訂自殺防治系列手冊 .....	4-7-1
伍、教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議 .....	5
一、提列外部督導專家學者名單 .....	5-1-1
二、珍愛生命數位學習網之維護與推廣 .....	5-2-1
三、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣 .....	5-3-1
四、全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣 .....	5-4-1
五、追蹤巴拉刈禁用後趨勢 .....	5-5-1
六、世界自殺防治日系列活動 .....	5-6-1
陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制 .....	6
一、關懷訪視制度修正及系統增修建議 .....	6-1-1

二、 自殺關懷訪視員課程規劃 .....	6-2-1
三、 關懷訪視紀錄抽查 .....	6-3-1
柒、其他辦理事項.....	7
一、 配合衛生福利部辦理事項 .....	7-1-1
二、 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查 .....	7-2-1
三、 自殺防治學期刊之發行與推廣 .....	7-3-1

# 前言

## 一、背景提要

依據衛生福利部統計資料，110 年國人標準化自殺死亡率為每十萬人口 11.6 人，較 109 年下降 1.7%。自殺死因排行自 99 年起已連續 12 年列於國人十大死因之外。就性別而言，女性標準化自殺死亡率由 109 年每十萬人口 8.3 人下降至 110 年的 8.2 人，而男性則由每十萬人口 15.6 人下降至 15.2 人。雖然自殺死亡率在政府與民間合作下，已見成效，但是在 COVID-19 疫情挑戰及經濟衝擊等影響因素下，自殺防治仍需要中央與地方共同合作，並以實證資料分析結果為依據，擇群、擇眾、擇場域深入持續推動，且配合因地制宜之策略徹底落實。

## 二、衛生福利部委託「111 年度全國自殺防治中心計畫」

111 年社團法人台灣自殺防治學會承接全國自殺防治中心計畫，除作為全國自殺防治工作交流平臺，亦與國內醫療專業、心理健康、公共衛生、教育訓練、社會工作、流行病學、統計資訊、傳播媒體等之專業人員、意見領袖以及其他國內外相關機構、專家學者等共同合作，持續秉持著「思維全球化」之角度，維繫多邊交流管道。

在自殺防治三大策略中之「指標性策略」所建置的自殺防治通報系統數據顯示，95 年至 110 年之自殺通報人次及通報比持續上升。另外經由民眾認知調查，我們了解到社會大眾對於本身投入自殺防治的意願逐年升高，而在自殺防治相關訊息的接觸上也有越來越多的機會。對於自殺事件之新聞，民眾也認同六不六要之報導原則。中心在各種教育訓練及講座中皆持續宣導「人人都是自殺防治守門人」之理念，推廣「一問、二應、三轉介」技巧，逐步落實全民參與，達到建立救人關懷文化之目標。

今年度工作重點依當今自殺防治重要議題包含更新全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書、每月滾動式修正自殺防治策略建議、針對青少年及原住民自殺資料進行分析並提供防治策略建議予教育部及行政院原住民族委員會參考運用、研析長期照顧與自殺防治、針對 COVID-19 所帶來的經濟衝擊提出自殺防治之相關策略、結合長期照顧、社工等相關學協會辦理辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練。持續更新關懷訪視員線上課程、依「自殺防治法」、「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫 2.0」及衛生福利部政策內容滾動式修正自殺防治系列手冊、翻譯世界衛生



組織針對影視劇相關從業人員編著之資源手冊。辦理自殺防治業務輔導及自殺防治工作坊。持續監測新聞媒體報導及網際網路教唆自殺之資訊，並舉辦新聞媒體聯繫會議溝通交流。

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與投入；今年臺灣仍處於 COVID-19 疫情的影響下，除了染疫者、接受隔離／檢疫者的心理反應需要關注外，後續的經濟影響，依據自殺通報資料分析自殺企圖者特性，工作與經濟問題為常見自殺近因，因此社會經濟問題對於心理健康與自殺率的影響，需要特別重視。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，各級長官應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資源之投入與增能，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，以促進全國民眾的同心協力，共同迎接挑戰，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。

### 三、報告編撰格式

本報告章節配置乃以「111 年度全國自殺防治中心計畫」廠商服務建議企劃書「工作目標、具體規劃及重要參考資源」所述需求說明項目為基礎，並將各項目依其類似性，分述為各具體章節，以利整合呈現執行成果。

本報告各章節內容格式則依循 C.I.P.P.之評鑑模式，以背景(Context)、輸入(Input)、過程(Process)及成果(Product)此四大向度撰寫計畫執行成果，藉此呈現執行「全國自殺防治中心計畫」落實國家級自殺防治三大策略所採取的具體目標、計畫、行動與結果之面向，以利提供各工作項目執行績效，並指導未來改善計畫方向之決策。

# 計畫執行成果檢核表

(期間：民國111年1月1日至111年11月30日)

工作項目 (依照 111年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
<b>(一) 設置全國自殺防治中心組織</b> 1. 聘請專責人力15人(含駐部人力1名)，辦理本案所訂各項工作，依實際業務需求分配適當人力，並按縣市分派人力擔任自殺防治業務研商聯繫窗口。前開業務需求分配及縣市研商聯繫窗口需提供本部，以落實全國自殺防治中心數據研析與政策研擬，及與本部及地方政府衛生局推動因地制宜策略與方案之聯繫合作。 2. 聘用人員以具有衛生統計背景或專長，或自殺防治實務相關工作經驗者至少5名(其中1名為駐部人力，且具有衛生統計背景或專長)為佳。	依規定執行完成 詳見1.1章節
<b>(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料</b>	
1. 配合本部要求，指派專業人員辦理臨時性資料分析(本部同仁偕同)，例如：自殺通報檔、自殺死亡檔及跨單位資料比對、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「資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。	依規定執行完成 詳見2.1章節
2. 配合本部發布110年國人死因統計結果，並完成下列工作： (1) 於111年3月31日前，提報本部「110年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料」分析架構。 (2) 於111年8月31日前，依前項分析架構，完成分析「110年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料」，並檢送本部，以供本部發送各縣市參考運用。分析主題如下： i. 全年齡層(請依本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式辦理)。 ii. 0至14歲、15至24歲之兒童及青少年。 iii. 各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】。 iv. 特定人口群(應至少含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群) v. 多元議題族群(應至少包含保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、醫療機構替代治療作業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案等) vi. 其他經本部通知所需之主題。	依規定執行完成 詳見2.1章節

<p>(3) 於111年6月30日前完成111年之各縣市（按鄉鎮市區）自殺死亡地圖（含戶籍地及死亡地點）與相關資料之分析及解讀，供本部及各縣市參考運用。（應至少包含自殺死亡人數、粗死亡率、標準化自殺死亡率、3年移動平均，及標準化死亡比等分析），並協助將所需資料匯入本部「自殺防治通報系統」之自殺防治地圖功能。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.2章節</p>
<p>(4) 運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式為主)首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺死亡個案、拒訪/訪視未遇個案等，各類個案之人口學特性、自殺死亡原因、自殺死亡方式，並提出相關危險指標。於完成前開分析後，提報「110年自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議」，並依據上述結果報告，擬訂具體策進作為及本部對外政策說帖等，包含文字檔及簡報檔等。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>(5) 配合本部要求，協助本部擬定111年死因統計記者會所需之相關說帖(含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未來精進作為及其他本部所需之內容)。</p>	<p>依規定執行完成 詳見7.1章節</p>
<p>3. 於111年2月10日前交付「110年總體自殺防治策略報告」，並賡續規劃111年度總體自殺防治策略報告。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>4. 依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於111年3月31日前，併同「110年自殺通報年報表」及「110年總體自殺防治策略報告」，更新「全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，提供本部、各縣市政府於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施，以及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.3章節</p>
<p>5. 定期撈取自殺防治通報系統資料，進行相關統計分析，並產出下列資料：</p> <p>(1) 按月於本部自殺防治通報系統，協助前開系統廠商製作及更新「全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析、滾動式修正自殺防治策略建議)」，以供本部、各縣市衛生局運用。</p> <p>(2) 按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，寄發自殺通報關懷月報表予責任區域縣市之精神醫療網核心醫院，並每季提供自殺通報趨勢分析，並與區域內縣市衛生局合作，協助規劃及推動區域內自殺防治業務，據以判讀數據並提供專業建議。</p> <p>(3) 按季追蹤各縣市後續因應作為及執行情形（按季彙整後函知本部知悉）。</p> <p>(4) 於111年2月10日前交回110年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含raw data原始檔案及清檔檔案。針對前開2檔案提供格式及</p>	<p>依規定辦理，且持續執行中 詳見2.4章節</p>

<p>方式如有疑問，應於製作前與本部釐清。必要時本部得請廠商更正。</p> <p>(5) 針對111年度自殺防治通報系統raw data原始檔案辦理清檔作業。(廠商如因本案契約終止、契約解除、或因任何原因未能繼續承作「全國自殺防治中心計畫」時，屆時應依機關通知期限，交回111年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含raw data原始檔案及清檔檔案。)</p>	
---	--

<b>(三) 辦理自殺防治之實證研究</b>	
1. 於111年6月30日前，收集國內外文獻，研析COVID-19所造成之經濟及就業衝擊，並對於勞動人口群心理健康及自殺趨勢之影響進行研究，並應依研究結果，提出後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議。	依規定執行完成 詳見3.1章節
2. 了解本部長期照顧司統計數據需求，針對老年人口群、長期照顧個案及其照顧者，運用長期照顧司提供之數據，及自殺死亡資料、自殺通報資料，針對前開人口群之人口學變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)及流行病學變項進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並應依統計發現提出自殺防治策略及政策建議。	依規定執行完成 詳見3.2章節
3. 配合107年中華民國（臺灣）兒童權利公約首次國家報告國際審查結論性意見，本部所提之「逐年提供前1年度之兒少及原住民族自殺死亡/通報分析與自殺防治策略建議予教育部及原住民族委員會」行動方案，於彙整教育部及行政院原住民族委員會統計數據需求後，研析青少年（國小學齡層、國中學齡層、高中學齡層、大學學齡層）及原住民族自殺資料，於111年7月31日前，併同提供給該二部會之防治策略建議提供本部審查後，送教育部及行政院原住民族委員會參考運用。	依規定執行完成 詳見3.3章節
4. 依據自殺防治法第9條第2項第1款規定，由承辦廠商擇定至少1個主題，辦理自殺防治現況調查，主題需經本部同意後始得辦理。	依規定執行完成 詳見3.4章節
<b>(四) 擬定、推動自殺防治策略及成效評估</b>	
1. 持續配合自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條之規定，配合本部辦理全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等相關事宜，及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。	今年度衛生福利部未辦理
2. 依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製110年自殺防治年報（電子書），編纂當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作，並進	依規定執行完成 詳見4.1章節

<p>行客觀記載及系統性整理與分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。</p>	
<p>3. 依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定縣市辦理下列主題，議程、縣市名單、辦理時間及方式，須經本部同意後始得辦理：</p> <p>(1) 「自殺防治業務輔導訪查」，至少3縣市。辦理內容建議如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. 縣市擇定方式：得以「自殺關懷訪視個案再自殺率與自殺死亡率3年移動平均呈現上升趨勢」、「截至111年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，較110年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。</li> <li>ii. 提供全國及該縣市之自殺死亡趨勢分析、全國及該縣市之自殺通報概況及趨勢分析、該縣市自殺死亡地圖分析。</li> <li>iii. 協助加強受訪查縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值。</li> <li>iv. 事先收集縣市過去1年之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並針對縣市所提報之資料，提供因地制宜之在地化策略及回饋意見，並持續追蹤縣市辦理情形。</li> <li>v. 需依各縣市需求，進行專案討論；本項工作每縣市至少偕同本部辦理1場次實地輔導，並視需求增加實地輔導訪查次數。</li> </ul> <p>(2) 「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」或「協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」，合計至少3縣市。辦理內容建議如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. 「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」，縣市擇定方式：因COVID-19疫情造成該縣市於經濟、就業、社會福利或其他議題，其相關統計數據與往年同期有顯著差異，或因疫情造成前開議題於轄區有顯著衝擊之縣市。</li> <li>ii. 「協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」，縣市擇定方式：得以「特定自殺方式之自殺通報人數、自殺死亡人數較往年同期上升」、「特定自殺方式之自殺率或自殺死亡率，其3年移動平均呈現上升趨勢」、「截至111年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，特定自殺方式較110年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。</li> <li>iii. 協助縣市加強自殺防治跨專業團隊橫向連結，事先收集縣市過去1年，與工作坊主題有關之自殺防治具體措施及成果等相關資料，</li> </ul>	<p>依規定執行完成 詳見4.2章節</p>

並針對縣市所提報之資料，提供相關之因地制宜在地化策略及回饋意見。	
<p>4. 依據自殺防治法第9條第2項第8款規定，協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制，辦理下列事項：</p> <p>(1) 進行媒體監測（網路及報紙），監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守自殺防治法規定及世界衛生組織所建議的六不、六要原則。若有違反自殺防治法情形，需主動函請目的事業主管機關或直轄市、縣（市）主管機關依法處置；另應適時發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體（學者）召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應；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」（<a href="https://www.win.org.tw/">https://www.win.org.tw/</a>）進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。</p>	依規定執行完成 詳見4.3章節
(2) 召開新聞媒體聯繫會議或研討會1場次，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。	依規定執行完成 詳見4.4章節
(3) 運用通訊軟體（如Line等）建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通，並於期末報告分析該溝通機制之成效。	依規定執行完成 詳見4.3章節
<p>5. 於111年10月31日前，參考世界衛生組織於2019年發布之「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊(A resource for filmmakers and others working on stage and screen)」，翻譯為中文版本手冊(並應遵守世界衛生組織所建議之版權規定及使用規定，詳如<a href="https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo">https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo</a>)，以提供本部、文化部及相關部會推廣運用。</p>	依規定執行完成 詳見4.5章節
6. 運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，並透過與民間團體合作，提升民眾對自殺防治認知。	依規定執行完成 詳見4.6章節
7. 針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清，以避免模仿效應。	依規定執行完成 詳見4.3章節
8. 持續監測自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。	依規定執行完成 詳見4.3章節
9. 依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫2.0」及本部心理健康及自殺防治之最新政策，並彙整相關機關(單位)修正意見後，持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。	依規定執行完成 詳見4.7章節

<b>(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議</b>	
1. 於111年2月28日前提列各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，提供縣市衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。	依規定執行完成 詳見5.1章節
2. 配合辦理自殺防治法第4條自殺防治諮詢會之議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。	依規定執行完成 詳見7.1章節
3. 依據自殺防治法第9條第2項第5款規定及該法施行細則所定之訓練課程內容，推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練，並辦理下列事項： (1) 維護及與時俱進更新珍愛生命學習網之各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程內容（含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程）。 (2) 配合各部會所需，於111年2月底前，盤點珍愛生命學習網之訓練課程，並提供本部「分別適合自殺防治諮詢會各部會所管之專業人員之線上課程」清單，以利本部提供各部會參考運用。 (3) 配合教育部規劃之教育人員自殺防治相關訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治相關訓練內容，如各部會有需要時，應協助提供相關師資及訓練課程	依規定執行完成 詳見5.2章節
(4) 結合長期照顧、社工等相關學協會，共同辦理第一線專業人員(以長期照顧人員、各縣市社會福利中心或家庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社工科之社工為主)之3小時自殺防治守門人訓練，參加人數需達1,000人。	依規定執行完成 詳見5.3章節
4. 維護全國自殺防治中心網站資料（應確認網頁內容之所有權）並增加資訊安全措施；推廣心情溫度計；維護臉書粉絲團及珍愛生命學習網，定期更新及提供自殺防治相關訊息予本部，並提供自殺防治相關統計數據，並應本部要求舉辦相關展覽活動，以提供民眾所需之自殺防治衛教活動、教育訓練等資料。	依規定執行完成 詳見5.4章節
5. 持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢【含有無使用其他替代性物質(如其他農藥、固體液體)自殺】，追蹤巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機，即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。必要時應依本部要求提出相關數據分析報告。	依規定執行完成 詳見5.5章節
6. 配合本部規劃之討論議題及期程，與安心專線承作廠商共同辦理自殺防治工作聯繫會議。	今年度衛生福利部未辦理
7. 配合世界自殺防治日（9月10日）以本部名義辦理大型活動1場次，包	依規定執行完成

<p>括籌劃舉辦自殺新聞報導媒體頒獎儀式(可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理)；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。</p>	<p>詳見5.6章節</p>
<p><b>(六)自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制</b></p>	
<p>1.持續配合本部辦理自殺關懷訪視紀錄修正，並針對現行各項統計分析(含自殺通報系統之統計報表)之欄位，完成新舊訪視紀錄各項欄位之盤點及對應，以利統計分析之數據一致性及連續性。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.1章節</p>
<p>2.配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力需要，訂定自殺防治相關課程內容，並持續更新關懷訪視員所需之課程(如線上課程，並需獲得講師授權本部使用)供關懷訪視員參考運用。</p> <p>3.依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新之課程，需向本部申請同意後始得辦理，並應核發研習證書予參加訓練人員。研習證書並應載明本部同意之日期及文號。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.2章節</p>
<p>4.由本部「自殺防治通報系統」每月抽查3縣市(抽查之縣市不得與上月份抽查之縣市相同，履約期限內各縣市需至少被抽查2次)衛生局20則以上訪視紀錄，進行稽核後做成紀錄，提出具體建議及追蹤縣市改善情形。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.3章節</p>
<p>5.輔助自殺關懷訪視作業，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，協助將關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員於登打資料時參閱。</p>	<p>依規定執行完成 詳見6.1章節</p>



# 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 111 年度「自殺防治中心計畫」主要工作結果摘要如下：

## 一、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

### 1. 110 年度自殺防治統計分析及防治策略研商建議

全國110年自殺死亡人數3,585人(男性2,330人、女性1,255人，性別比1.86)；自殺標準化死亡率每十萬人口11.6人(男性15.2人、女性8.2人)，較95年(每十萬人口16.6人)下降30.1%、較109年下降，三年移動平均呈現下降趨勢。

110年自殺粗死亡率前六高縣市為基隆市(23.5人)、嘉義縣(22.2人)、宜蘭縣(19.3人)、雲林縣(18.9人)、澎湖縣(18.8人)、南投縣(17.8人)；110年標準化自殺死亡率前六高縣市為新竹縣(15.8人)、基隆市(15.5人)、嘉義縣(14.6人)、連江縣(14.0人)、雲林縣(13.9人)、嘉義市(13.8人)。

臺灣的自殺通報情況在95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2.00倍。其後逐年攀升，110年上升為43,469人次(男性14,807人次、女性28,662人次)，自殺通報比為11.5，女性為男性之1.94倍，110年自殺通報人次與109年相比增加7.5%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，110年自殺通報比較109年相比則增幅為7.6%。

### 2. 110 年度自殺死亡地圖

資料視覺化是指運用視覺的方式呈現數據，有效的圖表可以將繁雜的數據簡化成為易於吸收的內容。透過圖像化的方式，我們更容易辨別數據的規律(Patterns)、趨勢(Trends)及關聯(Correlations)。在資訊爆炸的時代，有效並快速吸收資訊是人們渴望的能力，不僅節省時間，並能加速學習效率。

衛生行政決策必須參考許多統計資料，但是不同決策相關者對統計數

據的分析方法與呈現有不同要求，進而影響決策溝通效率。商用智慧資料視覺化透過視覺元素(顏色與形狀)與選項等功能，讓決策相關者可觀察出所需的資訊，提高決策效率與品質。

本自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因及整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比，以顏色深淺作為區隔，繪製出各縣市及各鄉鎮或行政區自殺地圖；同時根據地圖內容做初步文字敘述，以供參考。

### 3. 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書

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。故自殺防治策略之規劃須以「因地制宜」為方向，掌握不同地區的特性以落實「在地化」、「社區化」之目標。本會自106年以來持續編寫全國及22縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，內容涵蓋自殺相關數據特性分析及自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

本案完成全國自殺資料特性分析及防治策略建議1份，內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含108年及109年各項自殺死亡數據比較，分別針對各種族群、自殺方式擬定全面性、選擇性、指標性自殺防治策略建議；縣市自殺資料特性分析及防治策略建議共22份，分別分析各縣市自殺現況，因地制宜提出該縣市建議強化之策略方向，用以符合各縣市不同特點。

### 4. 自殺企圖者之通報與關懷追蹤

全國通報人次在95年後大致為逐年上升的趨勢，僅在100、102、105年些微下降，而110年1月至9月通報人次為33,144人次，與前一年度相比上升7.5%。全國通報比在95年僅4.3之後逐年上升，110年為11.5。

其中女性通報22,014人次，男性通報11,131人次，女性為男性1.98倍；在自殺方式部分，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(45.0%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(32.5%)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。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(51.9%)、「情感／人際關係」(49.1%)及「工作／經濟」(11.2%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(41.9%)、「情感／人際關係」(11.6%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(54.7%)、「情感／人際關係」(52.4%)及「工作／經濟」(9.2%)，無論男女，其自殺原因排序前三位皆與全國排序

相同。

特殊身份註記方面，111年1-9月通報個案中，家暴被害人占21.5%、家暴加害人占20.5%、精照列管個案占12.9%、兒少被害人占7.4%、兒少加害人占5.7%、毒防個案占5.1%、家暴高危被害人占4.5%、家暴高危加害人占1.9%、嚴重病人占1.4%、替代治療個案占1.5%、性侵加害人占0.4%。

本中心持續根據每月通報數據變化，提供各縣市滾動式自殺防治策略建議，並透過自殺高風險縣市訪查提供實務督導，俾利自殺防治通報關懷與追蹤更臻完善。

## 二、辦理自殺防治之實證研究

### 1. COVID-19 之經濟衝擊與自殺防治

2020年COVID-19席捲全球，成為全世界最為嚴重的傳染病，根據WHO統計，截至2022年3月已造成全球4.58億人染疫，604萬人病歿，臺灣總計21,288人染疫，853人病歿。歷經2年多的非藥物介入(NPIs)和封鎖政策，以及疫苗開發及接種，COVID-19病毒也不斷變異，從原始株到現在最多的omicron變異株，都造成防疫上的困難，根據我國陳建仁副總統表示，隨著時間推演，未來COVID-19病毒將邁向流感化，因此對民眾的生理健康的影響也將不斷持續。

COVID-19不僅造成生理上的影響，心理、經濟上的影響更是不乏，國外的研究指出，疫情對全球經濟產生了重大影響，包含失業率上升、經濟困難，這可能影響民眾的生活及心理健康進而造成自殺率上升(Kawohl & Nordt, 2020; Bastiampillai et al., 2020; Deady et al., 2020)；2019年加拿大的研究亦指出，失業率每增加1%，自殺率實際上可能增加2.1%(Kneebone, 2019)。

不同的國家，對經濟的衝擊卻也不太一樣，甚至不同的產業也會有不同的影響，影響較嚴重的國家可能是以觀光經濟貢獻GDP較多的國家(Fernandes, 2020)；對於雇主、勞動者，不同的對象，均有不同的影響，國外學者指出是否遠距工作與教育程度的高低與是否受到衝擊有著高度相關性，其中COVID-19造成勞動市場的不平等更加嚴重，特別是低專業技能的工作，以及原本就存在性別不平等或種族不平等的問題(Ferreira, 2021)。

疫情持續嚴重的地區可能進一步導致經濟衰退，並導致個人最終產生自殺，穩定的工作提供個人有意義的社會關係、承諾，並大幅影響心理健康，

一旦長期陷入不穩定的工作、長期的失業，可能會進一步導致個人感到孤立，進而產生憂鬱症狀、自殺(Godinic, Obrenovic, & Khudaykulov, 2020)。

政府持續的社會福利預算投入在經濟衰退期是相當重要(Matsubayashi, Sekijima, & Ueda, 2020; Stuckler, Basu, & McKee, 2010)，短期來說足夠失業救助金能夠有效改善心理健康、特別是憂鬱(Berkowitz & Basu, 2021)，其他還包含積極的勞工計畫、針對易脆弱族群提供完善的支持、針對非醫療機構且會接觸經濟困難者提供守門人訓練、物質濫用的防治及透過跨部會及早發現家庭暴力與受經濟影響的家庭都是在經濟衰退時期重要自殺防治策略。

## 2. 長期照顧與自殺防治

隨著臺灣步入高齡化社會，長照服務已成為臺灣重要的衛生福利政策，然而照顧者與被照顧者自殺事件，甚至是殺人後自殺仍不時傳出，因此如何及早發現高自殺風險照顧者與被照顧者是相當重要的自殺防治策略，另一方面臺灣的照顧者負荷深受孝道文化的影響，比起國外的照顧者壓力更大，所以相關的喘息服務、諮商等資源是否能協助到個案也成為關鍵。

暨上一年度資料串連發現社經階層較低、照顧者本身健康不佳都是可能造成自殺風險增加的因素，而被照顧者以IADL、ADL分數較高者，長照給付等級(CMS)較低有較高的自殺風險較高，而110年的自殺防治調查則發現COVID-19 期間老年孤寂造成的身心健康問題更值得關注，另一方面，文獻回顧則發現照顧者照顧負擔的強弱可能是COVID-19期間影響心理健康是否進一步惡化的重要因素之一，因此未來針對長照及照顧者如何減緩疫情對照顧者、被照顧者的影響都是重要的政策方向。

## 3. 兒少及原住民自殺防治策略建議

根據世界衛生組織(WHO)最新的統計，全球每年有逾70萬人死於自殺行為，且自殺已成為15-19歲青少年族群的第三大死因，因此青少年自殺議題逐漸成為各國的重要議題。

臺灣近年兒童及青少年的自殺死亡率亦有攀升之現象，也成為國內政府、專家、老師、家長各單位所關注的議題，而各學齡層尤其是大學學齡層，從103年每十萬人4.57上升至110年每十萬人9.63，國內專家認為可能與Z世代社群網路的盛行有關，當中COVID-19的隔離措施、學校關閉，造成學生族群使用社群媒體的機會大增，進一步引發憂鬱、自殺的機會也增加，由自

殺死亡方式來看，由高處跳下仍是各學齡層需積極防範的方式，除此之外，由於COVID-19的隔離造成家暴議題、脆弱家庭學生的比例竄升，因此對相關議題擬定更加完善的自殺防治策略也更加迫切，然而自殺往往非單一因素所造成的，所以多層次的自殺防治策略相當重要，從校園到社區，從老師到家長，都需要一起為自殺防治努力，才更有可能減緩當前的問題。

原住民則是另一個需要關注的群體，由於受到強勢文化的侵襲影響，導致文化變遷快速，個人不足以適應，並喪失傳統文化及自我概念，原住民可能以飲酒作為紓解壓力的方式，另一方面，原住民可能受到不公平的對待，以致於不論社經上或心理健康上均位居弱勢，COVID-19的疫情更加惡化原本的不平等，110年在中壯年自殺死亡率上升，對比失業率的升高，可能反應109年比起全體民眾略高，而失業對原住民的影響又比非原住民影響來的高，因此更完善的社會福利措施，都是未來可能亟待加強，另一方面，原住民老人亦受到COVID-19的疫情影響，造成社交支持的減少，而造成老人自殺死亡率的上升，也因次減少COVID-19所造成的影響勢必原住民的自殺防治策略為未來努力之方向之一。

#### 4. 自殺防治現況調查

鑑於國人近年自殺率仍高，雖已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，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。

本年度主題焦點：對自殺問題的看法、自殺防治資訊接觸概況、個人與親友自殺經歷與求助問題、疫情對民眾心理健康的影響、自我健康情形、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5簡式健康量表)之檢測、自殺危機量表(Five item Suicide Crisis Inventory, SCI-5)、戰爭對心理影響以及相關基本資料。

### 三、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

#### 1. 編製 110 年自殺防治年報(電子書)

分析自殺死亡及通報最新相關數據，並彙集110年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「110年自殺防治年報」，對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。

本案完成自殺防治年報1份，內容除數據分析與各縣市自殺防治工作成果外，本次年報規劃以專題文章的方式，向民眾介紹110年於自殺防治的重要主題。

## **2. 輔導並推動因地制宜之自殺防治**

新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行迄今，根據台灣自殺防治學會民國110年7月調查顯示，30.8%民眾工作/經濟感到壓力，29.8%民眾日常生活感到壓力，16.7%民眾心理健康感到壓力，12.7%民眾身體健康感到壓力，根據調查顯示，110年民眾因疫情關係直接或間接帶來的「工作/經濟問題」、「日常生活問題」及「家庭人際問題」壓力情形皆高於109年調查，而「心理健康問題」及「身體健康問題」則低於109年調查。

本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，以及民調收集資料進行分析，結合分享國內外COVID-19新冠肺炎疫情過程中心理健康與自殺防治相關文獻，供政府及有關單位參考，同時為了解各縣市衛生局大流行期間推動心理健康與自殺防治策略成效、經驗及自殺關懷訪視計畫辦理情形，故辦理後疫情時代之心理健康與自殺防治工作坊。

此外，自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域及臨床特性差異，自殺防治策略規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。過去全國自殺防治中心參與各縣市自殺防治業務互動式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。

為了解各縣市跨局處跨單位在此項業務推動內容之不同觀點、困境與因應方法，故辦理111年度自殺防治互動式輔導訪查，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力，並協助加強參與互動式輔導訪查之縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導追蹤及後續成效評值、依各縣市需求進行議題討論。

## **3. 強化媒體及網路平臺互動與因應**

全國自殺防治中心自成立以來，致力與媒體共同合作，加強與媒體工作者之間的交流，並推廣WHO所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「六不

六要」原則，攜手打造健康的自殺事件新聞報導，減少不恰當的自殺資訊可能造成的模仿行為(copypcat)效應，轉而藉由適當的報導來協助自殺防治工作的推展，提高民眾勇於求助的意願。

除新聞媒體外中心也於103年研擬教唆自殺及教導自殺網站監測及舉報流程，並藉由推廣監測及舉報，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。

本中心今年共發布9則新聞稿，1場媒體相關聯繫會議，並於111年5月6日舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—線上線下攜手防自殺」。

至111年10月31日共監測網路與紙本新聞媒體1,016則自殺相關報導，並依規定投訴其中37則內含不當內容之報導。

截至111年10月31日共監測到541則含自殺方法相關內容之網頁，經檢舉已下架393則，剩餘未下架者境內網站6則，未下架比例為3.6%；境外網頁142則，未下架比例為38.0%。

#### 4. 自殺防治新聞媒體聯繫會議

全國自殺防治中心過去致力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，自104年起，每年持續辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議，藉由媒體聯繫會議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。

今年主題為「線上線下攜手防自殺」，以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導在其中的角色，同時將影視劇作品納入討論的範疇，期許透過影視劇從業人員的一同加入，使相關作品在自殺防治中提供正向幫助。

本次會議於111年5月6日下午3時假臺大校友會館四樓會議室舉辦，由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣憂鬱症防治協會吳佳儀理事長、台灣自殺防治學會詹佳達秘書長。因應疫情影響及「人人都是自殺守門人」的精神，今年除實體會議外，也同步採用Youtube直播，讓心繫自殺防治，但無法到場與會者仍能透過網路參與會議及討論。

會議邀請衛生福利部立法院吳玉琴委員蒞臨致詞，實體參與人數共20人，Youtube直播同時觀看人數最高達 53 人。其中實體參與者衛生福利部1人、立法院2人、國家通訊傳播委員會3人、教育局1人、消防局1人、相關學協會4人、專家學者6人、媒體單位2人；線上參與者以地方衛生局人員為

最多，共30人。

## 5. 編製影視劇從業人員手冊

鑒於影視劇媒體亦是自殺防治不可或缺之守門人，其內容的呈現也同時影響著民眾對自殺行為有如何的認知。故本會翻譯世界衛生組織（World Health Organization, WHO）針對影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者發布「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊(A resource for filmmakers and others working on stage and screen)」以確保在螢幕或舞台上描繪自殺是準確且適當，進而促使作品增加正面影響，同時減少任何負面影響的產生，本手冊亦提供衛生福利部、文化部、國家傳播委員會及相關部會、單位推廣運用。

本手冊1月11開始翻譯與校閱，2月進行排版及美編，3月時定名為《影視劇從業人員自殺防治手冊》並取得ISBN，同月上傳至本中心網站供公眾閱覽，亦提供給衛生福利部運用之。

## 6. 與民間團體合作辦理之大型活動

本中心持續藉由各種管道曝光，宣導自殺防治的重要性，並提倡自殺防治及預防危險因子。故不論是進行講座、宣導活動、展覽合作、相關會議，以及與校園、媒體合作，或是使用Facebook、YouTube宣傳，希望在民眾生活中、使用社群媒體時，隨時都能接觸到自殺防治的相關議題。

此外，持續與媒體相關社群網絡、學校教育單位、專業學協會等團體繼續合作，提升民眾對自殺防治認知，響應人人皆為珍愛生命守門人之理念。

藉由多方、多元的夥伴合作機會，共同探討如何讓社區、國家，甚至是國際間的自殺防治網網相連。未來期能擴大合作夥伴並進行後續推廣，以促進推廣之效益。本中心將持續接受更多、更廣、更深合作形式，拉近產、官、學各界領域的距離，不間斷的推廣中心理念與價值，並提升民眾對於自殺防治的認知，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。

## 7. 滾動式修訂自殺防治系列手冊

由於自殺原因多重且複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此各體系之自殺防治工作有賴跨部會及不同機構間之協同合作。

而自108年「自殺防治法」立法完成後，衛生福利部依規定定期召開跨部會「自殺防治諮詢會」，促使各部會研討並溝通協調自殺防治工作。有鑒



於此，110年度本會依「自殺防治法」及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新自殺防治手冊項目及內容，111年度本會依「強化社會安全網計畫2.0」及貴部心理健康及自殺防治之最新政策持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。

#### **四、教育訓練、活動規劃及召開發展會議**

##### **1. 提列外部督導專家學者名單**

自殺關懷訪視員所面臨到的個案狀況常是包羅萬象，難以用單一通則來解決，若訪員缺乏適當的團隊支持與自我照顧能力，很可能會影響訪視服務品質，因此完善的督導機制便是訪員最主要的支持與援助，針對棘手個案提供即時性的處遇建議與評估，進而增進訪視服務之成效。

中心參考各領域專家學者經歷、專長，提列各區外督專家學者建議名單共7份，提供縣市衛生局予辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

##### **2. 珍愛生命數位學習網之維護與推廣**

近年因網際網路使用逐漸普及，人人皆有行動裝置等因素影響下，新一代的學習方式也有了日新月異的成長。為了推廣自殺防治守門人之概念，學會建構「珍愛生命數位學習網」，陸續推出醫事人員自殺防治之繼續教育積分課程、珍愛生命守門人課程、自殺防治相關人力課程、以及教育人員自殺防治課程。本站提供醫事人員繼續教育積分上傳，非醫事人員課程則提供證書下載，作為於本站上課的認證機制。截至今年九月，本站醫事人員通過人次為282,455人次，非醫事人員相關專區之課程通過人次共計17,436人次。

##### **3. 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣**

守門人概念及訓練之推展扮演相當關鍵的角色，接受過守門人訓練的民眾、家屬、親友等對於自殺危險警訊會比未接受訓練者有更高的敏銳度，並且能在早期階段做出適當的介入和轉介，達到人人是自殺防治守門人之宏願。有鑒於此本中心應合各相關行政機構之自殺防治講座、課程、學術與個案研討會之需求，提供守門人講師建議名單，並準備相關訓練教材與數據供機關參考。

截至10月15日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程8場、參與訓練的學員共398人，單位為醫院、司法單位及學校。對象包含各級教職及軍

職人員。每場講座前均會寄送「心情溫度計」電子檔案請主辦單位影印給學員們，並在課程結束後請學員掃描QR code「珍愛生命守門人」講座問卷表。

學員除對自殺防治相關議題有更進一步的了解，更知道如何面對自殺企圖者時如何冷靜應對，運用「1問、2應、3轉介」介入適當的介入和關懷，並尋求資源協助。這些對於自殺防治工作的成果皆有很大的幫助。而這些正符合中心一直以來推廣「人人都是珍愛生命守門人」的理念，強調你我都扮演重要的角色。

5月28日於線上辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」，由台灣自殺防治學、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治新進展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺的警訊、溝通、處遇與預防」及「資源連結與轉介追蹤」探討自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險群之關懷與處遇、如何增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作、以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論。

當日於全國同步視訊轉播。當日含視訊會議總人數為7,221人，社會工作者占501人，長照人員占1,029人，西醫師占214人，精神科醫師占109人，護理人員占3,490人，臨床心理師占238人、諮商心理師占318人，藥師占1,009人，職能治療師占776人。

#### **4. 全國自殺防治中心網站及臉書粉絲網之維護與推廣**

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。全國自殺防治中心網站自109年2月26日之後與數位學習網合併，且重新規劃網站內容。中心網站今年除更新網站內容，並將臉書粉絲團專文更新於自殺防治中心網站，截至9月30日止，網頁總瀏覽數為204,080次。

從99年底設立珍愛生命打氣網專頁以來，經過七年多的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導珍愛生命理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。截至9月30日止，粉絲專頁按讚人數共有12,767位。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，固定每日皆會發佈貼文，向民眾

宣導心理衛生知識與自殺防治概念。

## 5. 追蹤巴拉刈禁用後趨勢

「限制自殺工具的取得」是自殺防治「全面性」策略之一，而「自殺防治法」第12條亦為「各級主管機關應建立機制，降低民眾取得高致命性自殺工具或實施高致命性自殺方法的機會」。

自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防治策略之一，全球已有50多個國家全面禁用巴拉刈。行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，已公告自107年2月1日起禁止巴拉刈之加工及輸入，原定於108年2月1日開始禁止分裝、販售及使用，但由於農民反彈聲量過大，在108年1月30日時政策修正，且於109年2月1日起禁止使用。

為探討巴拉刈禁用之成效，全國自殺防治中心，已於110年6月21日發表The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan 於Clinical Toxicology期刊，今年度將持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢。

## 6. 世界自殺防治日系列活動

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，將每年的9月10日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)。IASP日前公布2021-2023年世界自殺防治日之主題為”Creating Hope through Action”，旨在賦予人們技能和信心，使他們能夠與他們認為可能正在苦苦掙扎的人建立聯繫。本中心將主題翻譯為「展現行動 創造希望」，另訂2022年世界自殺防治日記者會主題為「展現行動 創造希望：打造疫後健康心」，期待眾人「展現行動」關懷周遭親人、朋友，乃至於陌生人的心理健康，並發揮一問二應三轉介與持續關懷的守門人原則，給身旁的人「創造」正向「希望」，減少憾事發生，新冠疫情橫掃全世界，結合民調與相關實證研究資料，展現關懷、專業與品質精進的核心價值，於自殺防治日與大眾分享。中心規劃響應世界自殺防治日活動包含世界自殺防治日記者會、世界自殺防治日徵件活動、世界自殺防治日優質媒體表揚活動與國際性活動—單車繞世界等，以散布自殺防治之正確概念，一同關懷世界自殺防治，響應人人皆為珍愛守門人之理念。

## 五、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

### 1. 關懷訪視制度修正及系統增修建議

衛生福利部為落實自殺企圖、自殺死亡個案之通報，於民國95年建置「自殺防治通報系統」，供各縣市衛生局、關懷訪視員及各通報單位登入使用。然而，由於自殺防治政策變化、系統功能眾多且複雜、關懷訪視流程更新等，使關懷訪視人員在系統操作及紀錄撰寫上遇到問題，降低行政效率。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時優化與增修自殺防治通報系統功能。

為因應自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正於110年1月1日施行，本中心針對自殺關懷訪視紀錄之內容進行修正，以及針對自殺防治通報系統提出功能增修建議及理由，並依關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視員於登打資料時參閱，以滿足全國自殺防治相關工作人員實務需求。

全國自殺防治中心自110年持續檢視研討關懷訪視紀錄單內容，依據全國自殺防治中心每月抽審各縣市自殺關懷訪視紀錄結果，針對完成率較低及容易造成混淆題目，依衛福部函頒之自殺個案通報後關懷作業流程與關懷訪視評估邏輯，針對各欄位項目進行修訂或題項增修。經參採衛生局所提意見，並參考心理衛生社工表單，經心理健康司及全國自殺防治中心專家學者討論後修訂完成，共修訂題目64處。心理健康司於9月7日函頒完成修正「自殺關懷訪視紀錄單」。

## 2. 自殺關懷訪視員課程規劃

行政院於107年2月核定「強化社會安全網計畫」，為建立家庭與社區永續支持體系，強化社會安全網（以下稱社安網）擴充地方政府各項專業人力，強化各網絡間的合作機制，共同建構完善的安全網絡。為協助第一線工作人員因應背景多元且問題複雜的自殺個案，持續了解社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員之進修需求、建置完善的教育訓練課程、提供與支持其精進自殺防治工作相關知能，實為社會安全工作中不可缺少的一環。

依據社安網第二期計畫，將各項目人力初步劃分為五類：「心理師、心理輔導員」、「護理師」、「社工、方案管理社會工作人員」、「心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員」、「藥癮個管員、職能治療師」等，檢視全國自殺防治中心網路課程並分別規劃相關課程。依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」，對珍愛生命數位學習網之自殺防治相關人力初階/進階現有課程進行檢視，並配合衛生福利部需求與指示，規劃符合專業人力與關懷訪視員實務需求之課程，與精神醫療網合作錄製線上影片

教材，以期達成提升實務專業知能的目標。

### 3. 關懷訪視紀錄抽查

為增進關懷訪視員訪視紀錄之可靠度，提升後續之關懷訪視流程及自殺個案與親友的照護品質，全國自殺防治中心安排每月抽查不同三至四縣市之訪視紀錄，進行審查以及針對審查結果提出建議，追蹤後續改善狀況並回收意見回饋表。為配合新版訪視紀錄單於明年正式啟用，今年中心針對訪視紀錄內容審查標準及訪視紀錄審查辦法進行修正，以協助各縣市自殺關懷訪視員能詳加落實填寫訪視紀錄。

截至十月底以前，本年度第二輪複審已完成抽查14縣市，半數縣市在整體完成率較上半年提升，在「自殺風險評估」完成率仍有待加強，「處遇計畫」家面訪比例較去年下降，電訪比例則較去年上升，推測與今年年中疫情爆發以及各地訪員人力變動有關。

今年度共回收四則意見回饋，參考各縣市意見回饋，經中心討論後調整要點或方式包括：1)關於「訪視本人不易」困境，仍需透過專家學者討論方能研擬合宜改善作法；2)關於「提供撰寫詳實之紀錄參考」需求，擬篩選數筆詳實、完整紀錄，隱匿個案個資後提供予有需求的縣市做為撰寫紀錄參考；3)關於「依案量或依各縣市現況、特性調整紀錄品質審查要求」困境，已於訪視紀錄審查辦法修正草案中初步研擬依各縣市個案量調整抽查件數。

藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，協助各縣市訪員提升訪視紀錄撰寫。於明年度啟用新版自殺關懷訪視紀錄單後持續檢視各縣市訪視紀錄填寫完整率並續追蹤改善情形。

## 六、其他辦理事項

### 1. 配合衛生福利部辦理事項

配合衛生福利部要求，協助衛生福利部擬定111年死因統計記者會所需之相關說帖(含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未來精進作為及其他衛生福利部所需之內容)。

配合辦理自殺防治法第4條自殺防治諮詢會之議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供衛生福利部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。

### 2. 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

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年滿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、植物人等)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、疫情對民眾心理健康的影響、自我健康情形、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、自殺危機量表、戰爭對心理影響、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

### 3. 自殺防治學期刊之發行與推廣

《自殺防治網通訊》已出版屆滿16年，自111年起轉型更名為學術型《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)，其卷期仍接續原《自殺防治網通訊》(Newsletter for Suicide Prevention Network)，111年三月將發行第17卷第1期。通訊聯誼部分亦將於本會官網設立專區持續拓展，已強化網網相連的原動力。今年上半年已出刊「自殺防治學期刊」，內容共包含自殺防治學期刊第十七卷第一期Editorials兩篇、Review Articles三篇、Special Articles三篇及Original Articles八篇；自殺防治學期刊第十七卷第二期Editorials兩篇、Review Articles一篇、Special Article兩篇及Original Articles十篇及自殺防治學期刊第十七卷第三期Editorials兩篇、Review Articles兩篇、Special Articles三篇、Original Articles六篇及Case Reports 一篇。透過專業資訊平台，刊登JoS之論文，持續於中心網站更新，供有興趣之相關專業人員或民眾下載或線上閱讀。

# 111年度「全國自殺防治中心計畫」期中報告

## 委員綜合審查意見回覆

- 一、 期末報告之呈現方式，應依需求書之要求，更有系統地呈現，以利閱讀與審查。

期末報告已調整章節排序，依照「全國自殺防治中心計畫」需求項目編排，惟部份需求項目由於項目內容較少，因此將項目內容合併。章節包含需求項目內容，皆列於各章開頭，以利委員審查。

- 二、 期末報告請具體提出衛福部可以參採之「改進方案」為要。

衛生福利部可參採建議列於2.1章節、110年度自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議、2.3章節、全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書、第3章實證研究章節。內容詳見前述各章節。

- 三、 15至24歲之兒童及青少年在通報上有顯著上升的趨勢，這是否能與教育部建立橫向機制，共同面對這一個現象？

從自殺防治通報資料上發現，15-24歲之兒童及青少年的通報人次有逐年上升的趨勢，中心均有列席參與衛生福利部與教育部的定期會議及自殺防治諮詢會定期會議配合橫向聯繫。此外，台灣自殺防治學會於去年承接教育部「校園心理健康促進與自殺防治手冊編製計畫」，由台灣自殺防治學會吳佳儀理事擔任計畫主持人，編著「校園心理健康促進與自殺防治手冊」；中心珍愛生命數位學習網亦分別針對一般教師、輔導老師、專業輔導人員編排專屬的數位學習課程教育人員專區，並將課程清單提供給衛生福利部，由衛生福利部轉知會教育部應用參考。

- 四、 基於自殺通報量逐年攀升，建議研究分析通報率對自殺死亡率之影響。

由109年各縣市各性別各年齡層之通報比與相對應之自殺死亡率做相關分析可以發現各年齡層通報比與自殺死亡率均呈現負相關，且以25-44歲相關性最大，故通報比之提升，確實有可能與自殺死亡率下降有關。

	0-14 死亡率	15-24 死亡率	25-44 死亡率	45-64 死亡率	65 以上 死亡率	0-14 通報比	15-24 通報比	25-44 通報比	45-64 通報比	65 以上 通報比
0-14 死亡率	1									
15-24 死亡率	0.21	1								
25-44 死亡率	0.07	0.09	1							
45-64 死亡率	-0.11	0.08	.579**	1						
65 以上 死亡率	.369*	0.19	.392**	.326**	1					
0-14 通報比	-.382*	-0.19	-0.09	0.30	-0.01	1				
15-24 通報比	0.18	-.538**	-.306**	-.274**	-.406**	-0.02	1			
25-44 通報比	-0.08	-0.13	-.700**	-.582**	-.438**	0.07	.325**	1		
45-64 通報比	-0.07	-0.11	-.370**	-.631**	-.321**	-0.12	.293**	.625**	1	
65 以上 通報比	-0.17	-0.09	-.190*	-0.13	-.585**	0.27	.345**	.300**	0.17	1

\*p<0.05, \*\*p<0.01

##### 五、建議於期末報告具體說明三組工作人員之異動情形。

中心工作同仁異動情形列於1.1章節、全國自殺防治中心組織，相較於110年，今年度至11月30日止，統計專長人力方面維持不變，具自殺防治實務工作經驗人員為4員，較110年增加1員。

人事更迭方面，專責「統計分析與研究發展」業務之研究發展組相較於110年異動3名人力；負責「教育宣導與政策規劃」業務之教育宣導組異動3員；掌管「數位學習與資訊管理」相關業務之資訊管理組今年則未有人員異動。

##### 六、基於特殊身份自殺個案以家暴加害人及家暴被害人居多，建議與家暴防治中心合作，加強保護性社工及相對人服務社工之教育訓練。

本中心已配合社安網第二期計畫各項專業人力需求，依據自殺防治法設計適合第一線工作人員之教育訓練課程。課程劃分為以下五類：1) 心理師、心理輔導員；2) 護理師；3) 社工、方案管理社會工作人員；4) 心衛社



工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員；5) 藥癮個管員、職能治療師。

其中具家暴加害人及家暴被害人特殊身分註記之自殺個案分別由心衛社工及自殺關懷訪視員進行個管，針對此類人員目前已提供課程如下：「家庭暴力、性侵害、兒童及少年保護事件防治及通報流程」、「高風險家庭及兒少保護事件個案自殺未遂關懷訪視技巧」。未來擬與家庭暴力暨性侵害防治中心協調合作，規劃適合保護性社工及相對人服務社工之教育訓練。另外各縣市的衛政及社政針對保護性業務中的個案已陸續建立定期跨局處共案的研討會的共管機制，未來仍會持續輔導推動。

#### **七、自殺關懷訪視紀錄審查發現「自殺風險評估」完成率有待加強，宜有因應改善措施。**

在個案自殺風險評估部份，紀錄上較少呈現「生理精神狀態」及「治療順從性評估」，自殺風險評估為訪員重要的核心能力，應持續增強這方面專業訓練，著重結合生理精神狀態、危險因子、保護因子、治療順從性。為提升訪視員對自殺風險評估的落實能力，已於新版自殺關懷訪視紀錄單修正過程中修訂相關題目並設定為必填題，新版紀錄單將於112年1月正式啟用，後續中心將規劃教育訓練課程，以為訪視紀錄撰寫指引。

#### **八、數位學習網及中心網站瀏覽數宜作年度統計及比較分析。**

根據數位學習網108年至111年10月之課程通過人次分析，其中護理師佔數位學習網超過九成以上的修課人次，而護理師因繼續教育學分需求之因素，因此在疫情期間實體課程數量大幅減少導致執業執照期間可展延、109年護理人員換照人數較多、及護理師公會課程審查規定使網站提供課程數產生變化等三因素，皆會大幅影響修課人次，詳情可參閱報告5.2章節、珍愛生命數位學習網之維護與推廣。

根據中心網站107年至111年10月網頁瀏覽數分析，可發現中心網站在併入珍愛生命數位學習網系統之後，網頁瀏覽數大幅增加，推測可能原因為珍愛生命數位學習網使用者在上課時，也點閱了自殺防治中心網站內容，

詳情可參閱報告5.4章節、全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣。

- 九、過去五年，15—24歲的自殺個案逐年增加，其中，校園學生的自殺死亡案件亦持續上升。對此現象，全國自殺防治中心的因應策略為何？如何加強高中、大學之未成年自殺企圖個案之父母或法定代理人之守門人訓練、建立學校與醫療機構之橫向連繫管道，轉介自殺意念強烈之個案至醫院，實為當務之急。

校園自殺防治仍需透過全面性、選擇性、指標性策略等三大策略來施行，並藉由校園、社區、家庭、醫療院所共同合作來預防校園學生自殺事件，具體策略詳3.3章節、兒少及原住民自殺防治策略建議，而父母及法定代理人之守門人訓練及橫向聯繫仍需建立在學校平常是否有適當的時間空間與家長溝通學校學生之狀況以及老師及相關人員是否能對自殺相關議題有所了解，未來學會也將透過與教育部合作之校園心理健康促進與自殺防治編制計畫來實現相關自殺防治策略。

- 十、貴中心編製「影視劇從業人員自殺防治手冊」乙書，乃值得肯定。如何在相關產業進行倡議與推廣，請貴中心能再集思廣義，大力推廣，造福收視閱聽者。

目前已與中華編劇學會聯絡，並於9月28日獲取中華編劇學會理監事們所推薦之自殺防治或生命教育相關之推薦片單。後續將可結合手冊與此片單，進行相關推廣。例如透過賞析的方式列出該部影視劇與手冊相符並可供參考的內容，並且分享出去。內容見4.5章節、編製影視劇從業人員手冊。

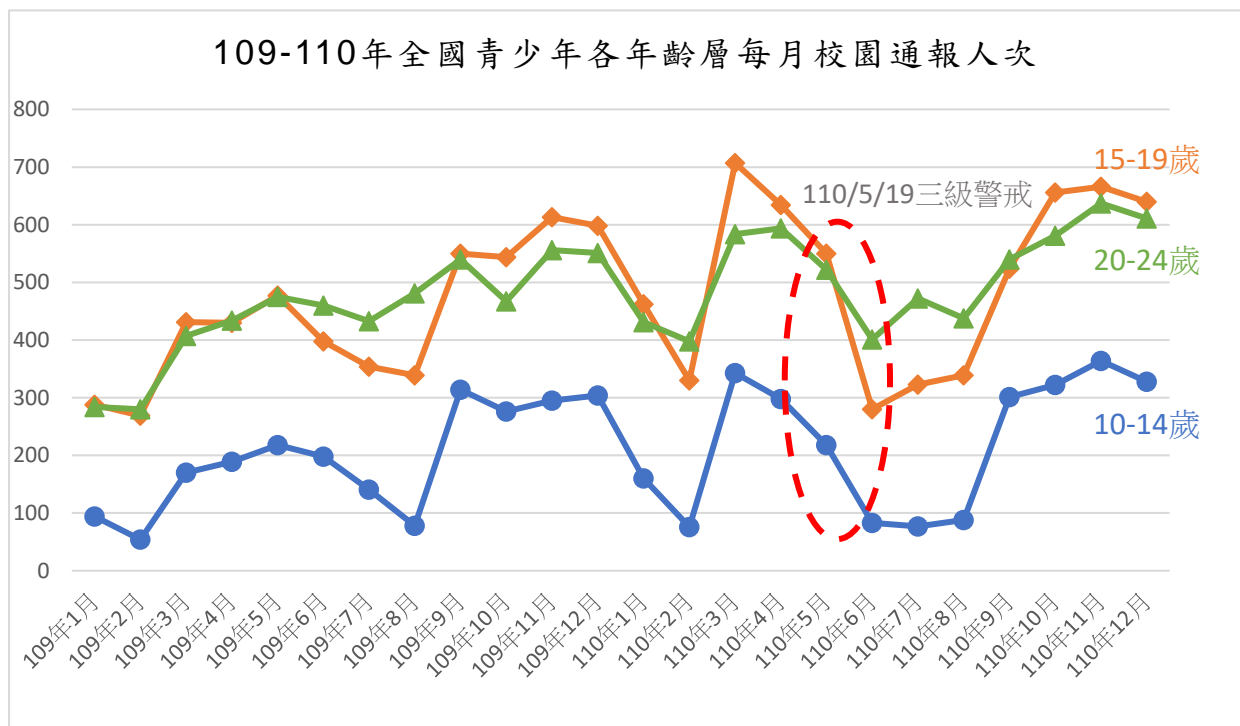
- 十一、台灣在疫情開始後，109年、110年自殺死亡人數與自殺死亡率都緩步下降，111年4、5月本土疫情爆發時，自殺通報數甚至低於去年同期，此預料外的結果期待能有所探討。

在 COVID-19本土疫情爆發，學校進行遠距教學時，教育單位的通報人次有明顯下降，因此推測相較正常上課，學生較難求助於學校輔導資源，但

不代表因為疫情爆發，企圖自殺的學生就會下降，在恢復正常上課後，需要密切關注通報情形。

15-24 歲青少年自殺通報占比

	6 月	7 月	8 月	9 月
110 年	24.5	24.2	23.4	27.4
111 年	25.5	24.2	24.6	30.0



十二、報告呈現架構與需求書不同，又有於報告內附上需求書各工項目與報告內容對照表，惟建議參考以下意見調整或補充，俾利閱讀及審查，並提升本計畫成果報告效益：

(一) 整份報告呈現的架構邏輯不易理解，建議補充，並將報告架構依需

求書架構逐項呈現，以利閱讀及審查。

- (二) 本計畫為衛福部重要委託計畫，其成果內容具有參閱價值，建議全冊按序編號，俾利未來查閱，又目錄章、節序號，與內文不同，亦請調整。
- (三) 圖、表呈現方式或排版邏輯（如置於報告本文，或另以附件呈現）未臻一致，建議檢視並做調整。又部分附件內容重要（如疫情下心理健康政策說明、重要成果彙整表等），建議置於成果報告本文，量表、表單等則可統一置於附件乙冊。
- (四) 建議附件乙冊按序編排附件序號及頁碼，並能與成果報告內容相對應，俾使附件確實有助提升對於報告內文的理解或該項成果執行細節的了解。目前附件資料的呈現方式，有些可與報告內容對應，如報告 P.1-1-1第1段最末加註「...(「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件1-1-1)」；惟有些沒有對應，如報告 P.2-1-17之五、附件，列了附件2-1-1及附件2-1-2，惟查附件2-1-1包含表一至表十三，為95至110年自殺死亡之人數及相關變項的統計，惟於成果報告內容，未有相應之趨勢說明及歷年國內自殺結構問題（如性別、自殺方式、自殺原因等）等之描述及分析，實為可惜。建議針對附件，補充重要發現及成果，並將明確之附件表、圖直接標示於內文內。

期末報告已調整章節排序，依照「全國自殺防治中心計畫」需求項目編排，惟部份需求項目由於項目內容較少，因此將項目內容合併。章節包含需求項目內容，皆列於各章開頭，以利委員審查。

期末成果報告已調整報告編排，將重要內容皆置於報告本文，附件僅為補充之用；並增列各附件於報告本文中之對應敘述。

- 十三、另報告內容部分，雖各主題均已依背景、輸入、過程及成果等四架構撰寫，惟建議強化過程乙段有關執行流程或方式及執行成果之檢討與建議等內容，以 P.4-1-2為例，建議於三、過程，增加說明收集外部督導之專家學者建議名單之方法、流程及建議該名單之考量，以及針對特定區域提供

目前名單之原因或考量（如除考量委員居住或職業區域外，有無其他推薦之原因）等，又如 P.6-4-6至6-4-12之三、過程，除條列時間及辦理事項（針對較細部分，建議改以列表方式，如 P.6-4-7之3）外，可強化辦理時數或方式（如實體或視訊等），及訓練效益之評估方式，並建議四、成果之說明，與三提及之辦理事項對應，如心情溫度計 APP 推廣情形，及補充 P.6-4-8，學員填復講座問卷表之情形及結果或建議等。

期末成果報告已依照委員建議進行撰寫。今年度外部督導專家學者推薦之流程、建議名單考量，已增列於5.1章節、提列外部督導專家學者名單。本會自製作心情溫度計 APP 起，陸續於學會辦理之各種活動、守門人講座、數位課程、中心網站、電子書及臉書粉絲頁推廣心情溫度計下載。推廣講座、活動、電子書...等內容可參閱報告第四至第六章，今年度 APP 下載數可參閱報告5.4章節、全國自殺防治中心網站及臉書粉絲網之維護與推廣。

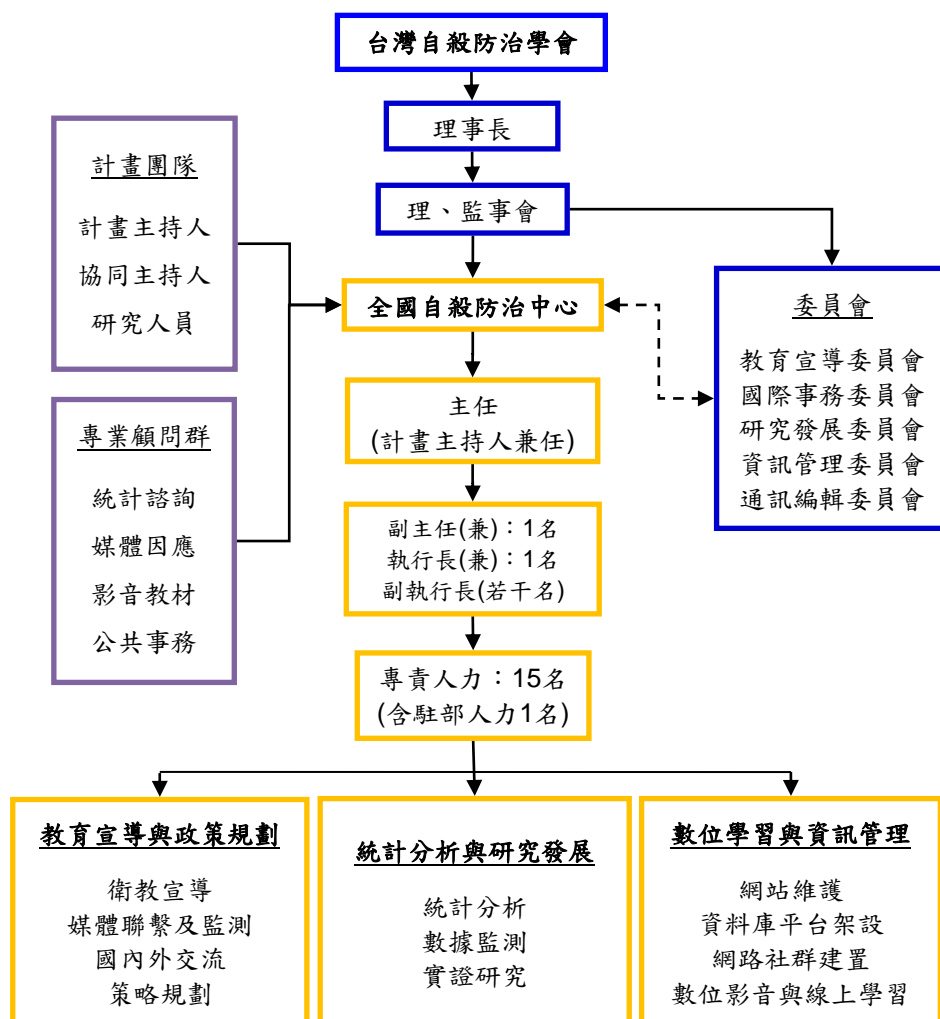
5.3 章節、珍愛生命守門人之教育訓練與推廣(期中成果報告編列於6.4章節)已增列畢業後一般醫學訓練(PGY)辦理方式，在成果中亦有列出學員填寫課後問卷表，包含課後測驗及課後滿意度之情形統計表格，整體課後測驗平均答對率為99.5%，顯示有九成以上的學員能夠確實的吸收到與自殺防治相關的知識，學員回饋表示認同珍愛生命守門人的概念，未來在臨床上會推廣心情溫度計的比例為97%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達100%。

## 壹、全國自殺防治中心組織

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 111年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(一) 設置全國自殺防治中心組織</p> <p>1.聘請專責人力15人(含駐部人力1名)，辦理本案所訂各項工作，依實際業務需求分配適當人力，並按縣市分派人力擔任自殺防治業務研商聯繫窗口。前開業務需求分配及縣市研商聯繫窗口需提供本部，以落實全國自殺防治中心數據研析與政策研擬，及與本部及地方政府衛生局推動因地制宜策略與方案之聯繫合作。</p> <p>2.聘用人員以具有衛生統計背景或專長，或自殺防治實務相關工作經驗者至少5名(其中1名為駐部人力，且具有衛生統計背景或專長)為佳。</p>	<p>依規定執行完成 詳見1.1章節</p>

## 全國自殺防治中心組織

社團法人台灣自殺防治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，並依據衛生福利部規定及業務需求，聘請專責人力 15 人，設置全國自殺防治中心(詳見組織圖如下)，辦理本案之各項工作，同時藉由本學會各委員會及顧問群之協助督導，以促進各項專案業務之推動。(「全國自殺防治中心計畫」專責人力配置詳見附件 1-1-1)



111 年本中心專責人力學歷科系分佈如下圖所示，科系分布上，依照業務需求聘請資訊教育與數位教育系、資訊管理系人力 3 員，專責「數位學習與資訊管理」相關業務；具統計專長人力 6 員，分別為統計學系 2 員、公共衛生學系 4 員，其中 1 員為駐部人力，其餘 5 員專責「統計分析與研究發展」相關業務；負責「教育宣導與政策規劃」相關業務為 6 員，科系涵蓋心理相關科系，具有自殺防治實務工作經驗為 4 員，其中 2 員曾擔任自殺關懷訪視員。(圖 1-1-1)

相較於 110 年，今年度至 11 月 30 日止，統計專長人力方面維持不變，具

自殺防治實務工作經驗人員為 4 員，較 110 年增加 1 員。年資部份，至 11 月 30 日止，年資超過一年者有 9 員，其中有 3 員年資達到 5 年、1 員達到 4 年、2 員達到 3 年，不滿 6 個月者為 4 員。

人事更迭方面，專責「統計分析與研究發展」業務之研究發展組相較於 110 年異動 3 名人力，因年資達到 5 年者有 2 員屬於此組，因此對業務執行較無影響；負責「教育宣導與政策規劃」業務之教育宣導組異動 3 員，在中心定期督導制度下，業務仍能按時執行完畢；掌管「數位學習與資訊管理」相關業務之資訊管理組今年則未有人員異動。

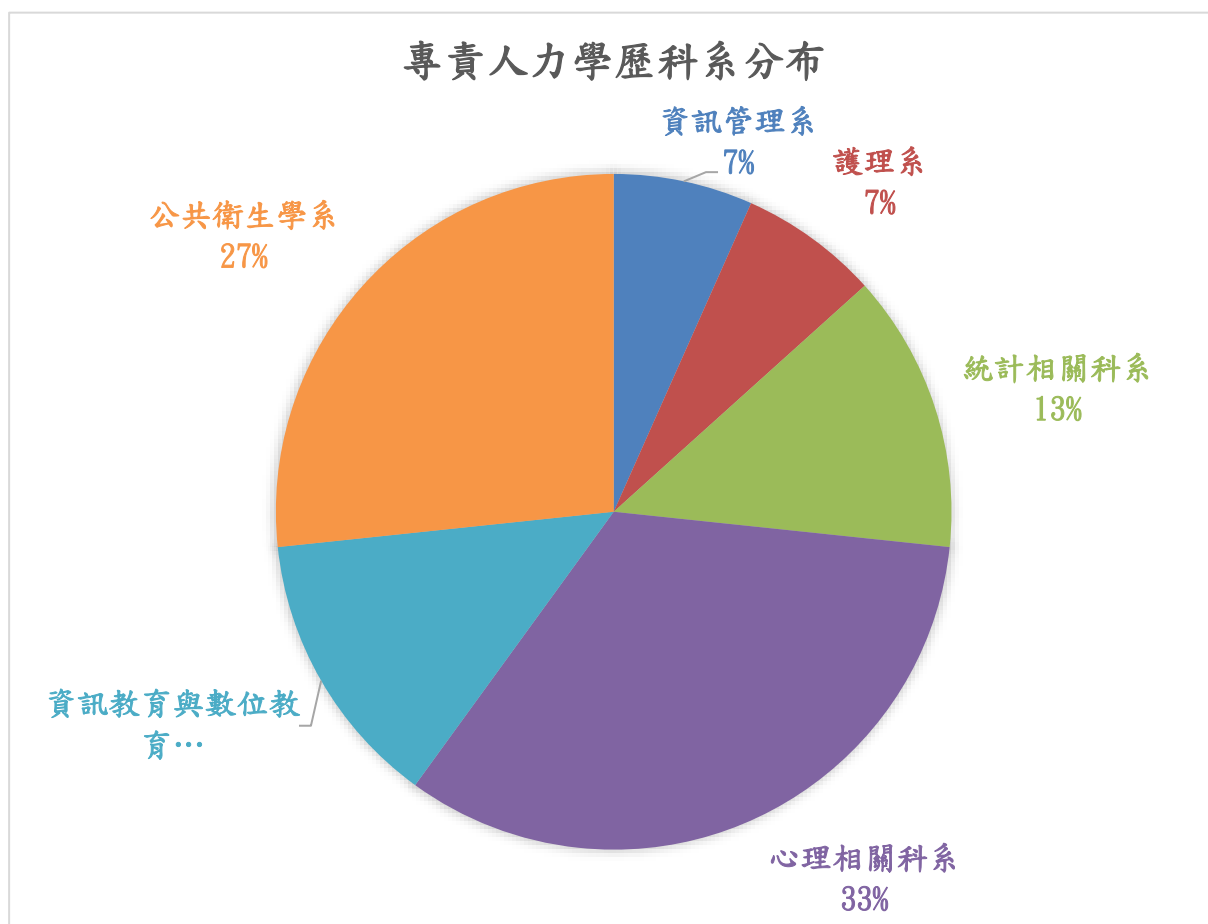


圖 1-1-1、全國自殺防治中心專責人力學歷科系分布圖

為了落實中心與地方政府衛生局間之聯繫，自 106 年起依照各縣市分配負責同仁及業務督導(詳見附件 1-1-1)，主要功能為判讀每月自殺防治通報月報表數據變化、撰寫滾動式策略建議及各縣市因地制宜自殺防治計畫建議書策略編寫，並照地緣關係指派業務督導，針對前述策略提供專業的增修意見。

因為中心與地方政府衛生局聯繫多為索取資料所需，目前大多數仍以專責「統計分析與研究發展」相關業務之人員負責回應之工作，主要流程為衛生局端聯繫中心傳達數據需求，由中心統計人員計算數據結果後提供予衛生局。將



來為強化各縣市聯繫窗口與衛生局間之聯繫溝通，將由統計人員計算數據後，轉由縣市聯繫窗口回應衛生局之需求。

承續過去自殺防治工作之理念與實務，111 年全國自殺防治中心之角色任務包括：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，預防自殺死亡率之增加；因應自殺防治法，積極檢討瞭解現有防治體制、權責分工之問題；協助各縣市衛生局，擬訂因地制宜之自殺防治措施，提升高自殺風險個案之關懷品質、增進跨網絡之合作，強化和其他非政府組織溝通聯繫，以達資源共享之目的；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、規劃各項教育訓練與宣導等活動。

## 貳、提供及運用自殺防治相關統計分析資料

工作項目 (依照 111年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
<b>(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料</b>	
1. 配合本部要求，指派專業人員辦理臨時性資料分析（本部同仁偕同），例如：自殺通報檔、自殺死亡檔及跨單位資料比對、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「資料科學中心」之資料，需按其規定辦理。	依規定執行完成 詳見2.1章節
2. 配合本部發布110年國人死因統計結果，並完成下列工作： (1) 於111年3月31日前，提報本部「110年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料」分析架構。 (2) 於111年8月31日前，依前項分析架構，完成分析「110年度全國及各縣市之自殺死亡資料及自殺通報個案資料」，並檢送本部，以供本部發送各縣市參考運用。分析主題如下： i. 全年齡層(請依本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式辦理)。 ii. 0至14歲、15至24歲之兒童及青少年。 iii. 各級學齡層【小學(含)以前、國中、高中(職)、大專校院(含)以上】。 iv. 特定人口群（應至少含原住民族、低收入戶、中低收入戶、農民、榮民、離婚人口群） v. 多元議題族群(應至少包含保護資訊系統個案、脆弱家庭資訊管理系統個案、精神照護資訊管理系統個案、醫療機構替代治療作業管理系統個案、毒品成癮者單一窗口服務系統個案等) vi. 其他經本部通知所需之主題。	依規定執行完成 詳見2.1章節
(3) 於111年6月30日前完成111年之各縣市（按鄉鎮市區）自殺死亡地圖（含戶籍地及死亡地點）與相關資料之分析及解讀，供本部及各縣市參考運用。（應至少包含自殺死亡人數、粗死亡率、標準化自殺死亡率、3年移動平均，及標準化死亡比等分析），並協助將所需資料匯入本部「自殺防治通報系統」之自殺防治地圖功能。	依規定執行完成 詳見2.2章節

<p>(4)運用推論統計分析，分析各年齡層(以本部統計處自殺死亡資料年齡分層方式為主)首次通報即死亡個案、生前有被通報過之再自殺死亡個案、拒訪/訪視未遇個案等，各類個案之人口學特性、自殺死亡原因、自殺死亡方式，並提出相關危險指標。於完成前開分析後，提報「110年自殺防治統計分析及跨部會自殺防治策略研商建議」，並依據上述結果報告，擬訂具體策進作為及本部對外政策說帖等，包含文字檔及簡報檔等。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>3.於111年2月10日前交付「110年總體自殺防治策略報告」，並廣續規劃111年度總體自殺防治策略報告。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.1章節</p>
<p>4.依據自殺防治法第9條第2項第2款規定，於111年3月31日前，併同「110年自殺通報年報表」及「110年總體自殺防治策略報告」，更新「全國及22縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，提供本部、各縣市政府於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施，以及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。</p>	<p>依規定執行完成 詳見2.3章節</p>
<p>5.定期撈取自殺防治通報系統資料，進行相關統計分析，並產出下列資料：</p> <p>(1)按月於本部自殺防治通報系統，協助前開系統廠商製作及更新「全國及22縣市自殺通報關懷月報表(含趨勢分析、滾動式修正自殺防治策略建議)」，以供本部、各縣市衛生局運用。</p> <p>(2)按月依「精神醫療網區域輔導計畫」分區，寄發自殺通報關懷月報表予責任區域縣市之精神醫療網核心醫院，並每季提供自殺通報趨勢分析，並與區域內縣市衛生局合作，協助規劃及推動區域內自殺防治業務，據以判讀數據並提供專業建議。</p> <p>(3)按季追蹤各縣市後續因應作為及執行情形(按季彙整後函知本部知悉)。</p> <p>(4)於111年2月10日前交回110年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含raw data原始檔案及清檔檔案。針對前開2檔案提供格式及方式如有疑問，應於製作前與本部釐清。必要時本部得請廠商更正。</p> <p>(5)針對111年度自殺防治通報系統raw data原始檔案辦理清檔作業。(廠商如因本案契約終止、契約解除、或因任何原因未能繼續承作「全國自殺防治中心計畫」時，屆時應依機關通知期限，交回111年度全年度自殺防治通報系統資料檔案，包含raw</p>	<p>依規定辦理，且持續執行中 詳見2.4章節</p>

<b>data</b> 原始檔案及清檔檔案。)	
-------------------------	--

# 110 年度自殺防治統計分析及防治策略研商建議

## 一、背景

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 94 年底開始推動「全國自殺防治行動策略第一期計畫」(期程：94 年至 97 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、高風險群及自殺企圖者不同對象，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。

110 年持續配合衛生福利部，以本中心做為全國自殺防治工作之平臺，辦理包括自殺防治相關之統計分析、實證研究及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。

## 二、輸入

### 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(ICD-10)。

## (2) 自殺企圖通報資料檔

- a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。
- b. 資料說明：自殺企圖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、通報縣市、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

- (1) 建立評估指標及分析自殺企圖者特性，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) 110 年自殺企圖通報個案，首次通報即死亡、通報後再自殺死亡以及無死亡紀錄分別與性別、年齡、自殺死亡方式、自殺通報方式、自殺原因、通報縣市、特殊身份別，交叉分析。
- (3) 110 年自殺死亡個案生前通報情形分別與性別、年齡、戶籍縣市，交叉分析。
- (4) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日當日之個案:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (5) 各年齡層首次通報即死亡，死亡於指標通報日後 7 天內之個案:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (6) 各年齡層通報後再自殺死亡，死亡日於指標通報日 7 天後之個案:年齡分別與性別、通報縣市、自殺原因以及自殺通報方式交叉分析。
- (7) 110 年自殺死亡個案生前訪視情形分析。
- (8) 110 年自殺死亡個案依生前通報時間進行 Logistic regression analysis。

## 2. 資源連結合作：

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、縣市心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。
- 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、互動式輔導訪查等。

### 三、過程

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、自殺工具與方式、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，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) 自殺死亡資料檔
    - (1) 資料期間：83 年至 110 年。
    - (2) 說明：自 89 年衛生福利部「衛生福利資料科學中心」成立後，由中心每年進行使用資料申請，並於繳費後得以使用。
  - 2) 自殺企圖通報資料檔
    - (1) 資料期間：95 年至 110 年。
    - (2) 說明：研究發展組向系統維護廠商申請自殺通報資料，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。
3. **研究分析**
  - 1) 自殺死亡特性分析
  - 2) 自殺企圖個案特性分析
  - 3) 自殺企圖通報檔串聯自殺死亡檔分析

### 四、成果

1. **110 年自殺數據分析**
  - 1) 全國自殺死亡率變動趨勢(數據詳見附件 2-1-1)

臺灣的自殺死亡情況在 83 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)。其後逐年攀升，於 95 年上升至自殺死亡人數 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)，其後逐年下降，並於 99 年退出國人十大死因，以標準化自殺死亡率觀察亦為同樣趨勢。惟自 104 年起，連續三年自殺死亡率上升，而 106 年至 108 年持平，110 年則下降(粗死亡率為每十萬人口 15.3 人，

標準化死亡率為每十萬人口 11.6 人，國人死因第 11 位)。(如圖 2-1-1)

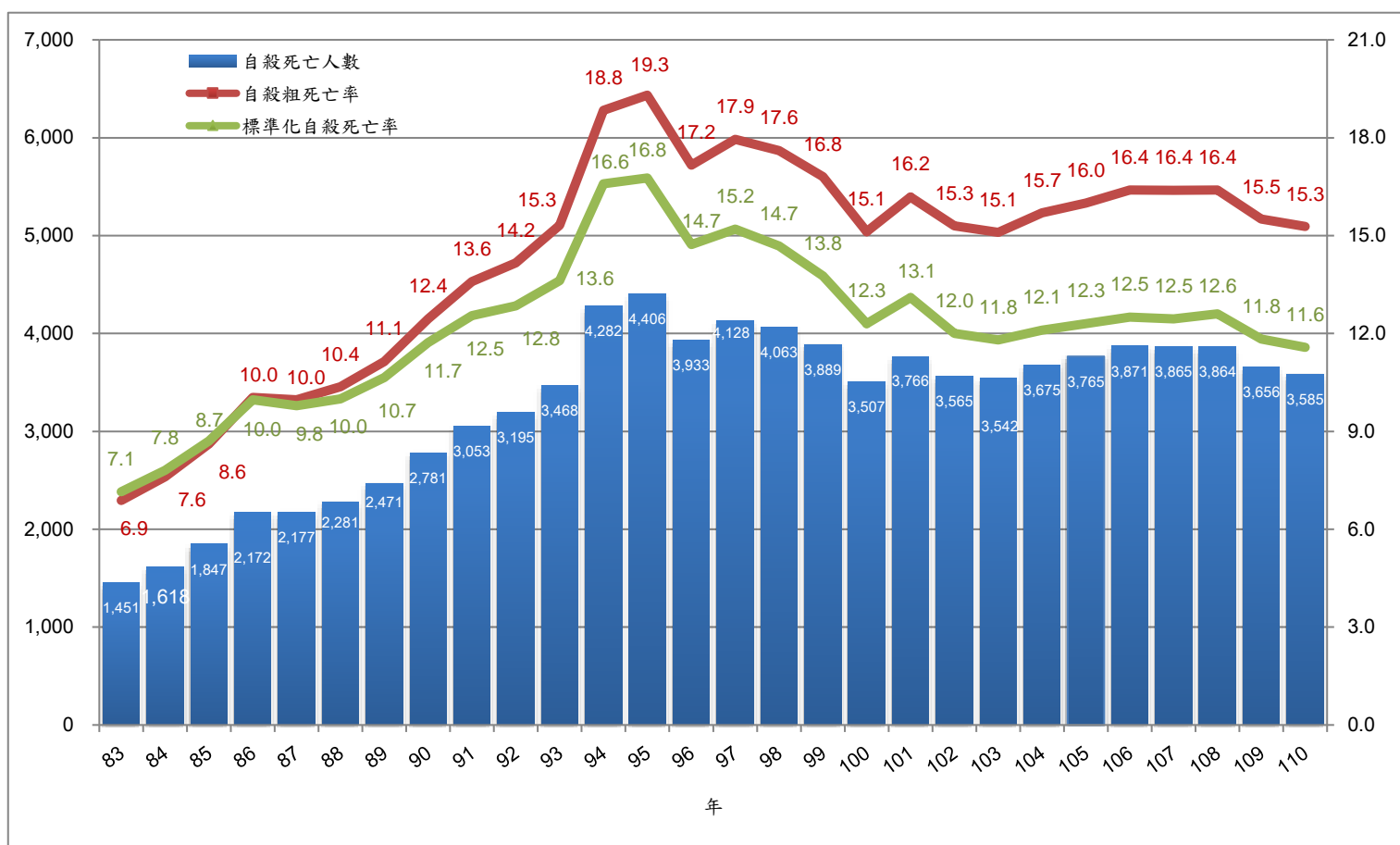


圖 2-1-1、83-110 年全國自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率

全國 110 年自殺死亡人數 3,585 人(男性 2,330 人、女性 1,255 人，性別比 1.86)；自殺標準化死亡率每十萬人口 11.6 人(男性 15.2 人、女性 8.2 人)，較 95 年(每十萬人口 16.8 人)下降 31.0%，亦較 109 年之每十萬人口 11.8 人下降，三年移動平均呈現下降趨勢。

以性別之自殺粗死亡率來看，男性自殺粗死亡率自 83 年起逐年增加，於 94 年大幅上升(每十萬人口 25.8 人)，至 95 年達高峰(每十萬人口 26.7 人)後呈現下降趨勢，於 97 年上升後繼續呈下降趨勢，直到 105-107 年男性自殺粗死亡率上升為每十萬人口 21.8 人，110 年下降至每十萬人口 20.0 人，與最高峰 95 年相比降幅為 25.1%。

女性自殺粗死亡率自 83 年起逐年攀升，於 95 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，直到 101 年上升至 11.5 人後，105 年至 107 年亦有些微上升，110 年為每十萬人口 10.6 與最高峰 95 年相比降幅為 9.4%。(如圖 2-1-2)



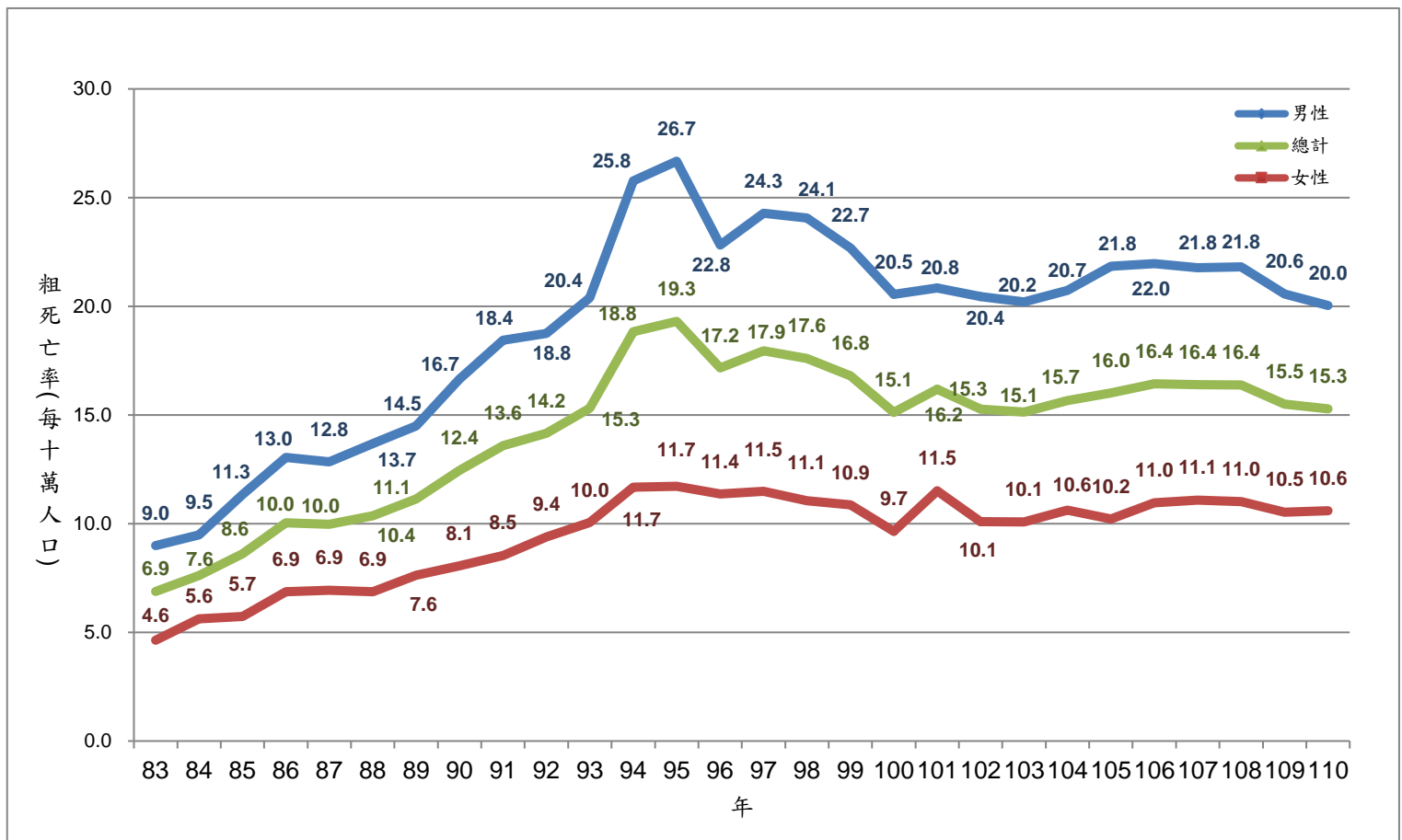


圖 2-1-2、83-110 年性別自殺粗死亡率

以年齡分層分析，15-24 歲，近十年有持續上升趨勢，而 25-64 歲死亡率於近幾年呈現下降趨勢，65 歲以上則於 110 年相較於 109 年上升，顯示當前自殺防治策略在 15-24 歲及 65 歲以上仍是待強化的重點(如圖 2-1-3)。

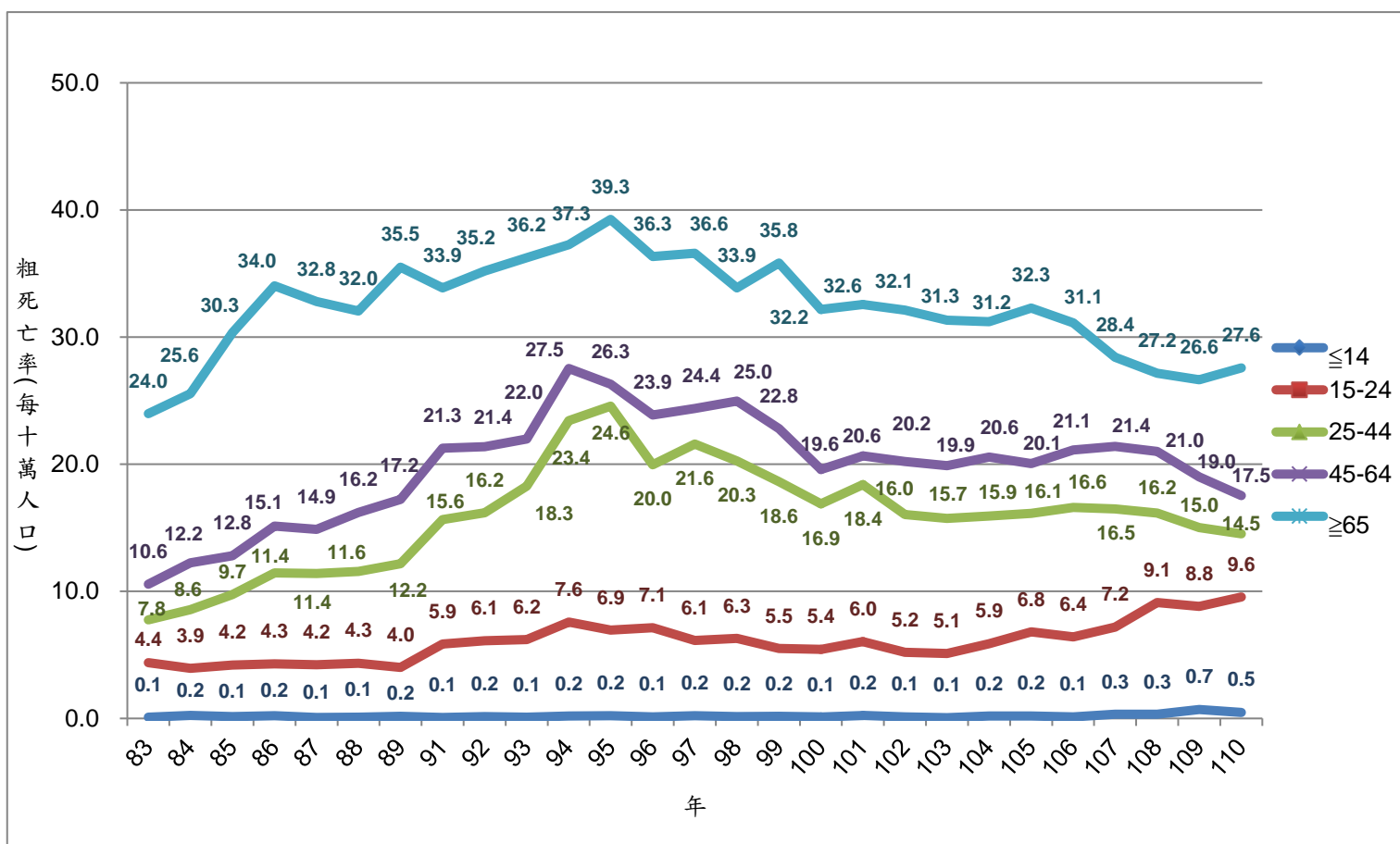


圖 2-1-3、83-110 年各年齡層自殺粗死亡率

110 年自殺粗死亡率前六高縣市為基隆市(23.5 人)、嘉義縣(22.2 人)、宜蘭縣(19.3 人)、雲林縣(18.9 人)、澎湖縣(18.8 人)、南投縣(17.8 人)，如表 2-1-1；109 年標準化自殺死亡率前六高縣市為新竹縣(15.8 人)、基隆市(15.5 人)、嘉義縣(14.6 人)、連江縣(14.0 人)、雲林縣(13.9 人)、嘉義市(13.8 人)，如表 2-1-2。

表 2-1-1、109-110 年各縣市粗死亡率、增幅及排名

縣市	109 年		110 年		增減率 (%)
	粗死亡率 (每十萬人口)	排名	粗死亡率 (每十萬人口)	排名	
全國	15.5	-	15.3	-	-1.4
新北市	15.8	13	14.7	16	-7.3
臺北市	12.0	19	11.2	21	-6.7
桃園市	14.6	16	14.8	14	1.1
臺中市	15.5	14	14.7	15	-5.0
臺南市	15.3	15	14.1	17	-8.0

高雄市	16.4	10	17.8	7	8.4
宜蘭縣	17.9	6	19.3	3	7.6
新竹縣	13.7	18	17.1	9	24.8
苗栗縣	19.7	3	17.8	8	-9.8
彰化縣	14.6	17	13.2	19	-9.8
南投縣	17.3	7	17.8	6	3.1
雲林縣	16.2	12	18.9	4	16.4
嘉義縣	19.5	4	22.2	2	13.6
屏東縣	19.1	5	16.8	11	-11.9
臺東縣	16.2	11	14.0	18	-13.6
花蓮縣	17.2	8	15.5	12	-10.0
澎湖縣	10.4	22	18.8	5	81.2
基隆市	22.8	1	23.5	1	3.1
新竹市	10.9	20	12.2	20	11.6
嘉義市	16.5	9	17.0	10	2.8
金門縣	10.7	21	7.8	22	-27.1
連江縣	22.8	2	14.9	13	-34.8

表 2-1-2、109-110 年各縣市標準化自殺死亡率、增幅及排名

縣市	109 年		110 年		增減率 (%)
	標準化死亡率 (每十萬人口)	排名	標準化死亡率 (每十萬人口)	排名	
全國	11.8	-	11.6	-	-1.9
新北市	12.3	12	11.3	14	-7.9
臺北市	9.1	19	8.6	21	-5.3
桃園市	12.1	14	12.1	12	-0.1
臺中市	12.3	11	11.8	13	-4.0
臺南市	11.1	15	10.1	19	-8.7
高雄市	12.3	13	13.0	8	5.5
宜蘭縣	13.5	5	13.1	7	-2.6
新竹縣	10.8	17	15.8	1	46.0
苗栗縣	14.8	3	12.5	11	-15.4
彰化縣	10.8	18	9.8	20	-8.9

南投縣	13.2	7	12.6	10	-4.9
雲林縣	11.1	16	13.9	5	25.6
嘉義縣	12.7	8	14.6	3	14.9
屏東縣	13.7	4	10.8	18	-21.3
臺東縣	12.4	10	11.3	15	-9.0
花蓮縣	13.4	6	11.2	16	-16.6
澎湖縣	6.4	21	12.8	9	99.7
基隆市	17.4	1	15.5	2	-10.7
新竹市	9.1	20	10.8	17	19.2
嘉義市	12.6	9	13.8	6	9.3
金門縣	6.2	22	5.5	22	-11.8
連江縣	15.6	2	14.0	4	-10.4

以各縣市自殺死亡人數分析，110 年相較 109 增加縣市為高雄市 37 人、新竹縣 20 人、雲林縣 17 人、嘉義縣 12 人、澎湖縣 9 人、新竹市 6 人、宜蘭縣 6 人、桃園市 5 人、基隆市 2 人、南投縣 2 人、嘉義市 1 人，其餘縣市自殺死亡人數均減少，如表 2-1-3。

表 2-1-3、109 年 1-12 月與 110 年 1-12 月性別自殺死亡人數比較

縣市	合計		男性		女性	
	增減數	增減率	增減數	增減率	增減數	增減率
全國	-71	-1.9	-74	-3.1	3	0.2
新北市	-46	-7.2	-42	-10.3	-4	-1.8
臺北市	-28	-8.9	-15	-8.0	-13	-10.2
桃園市	5	1.5	-13	-5.8	18	16.8
臺中市	-23	-5.3	-23	-8.0	0	0.0
臺南市	-25	-8.7	-5	-2.7	-20	-19.2
高雄市	37	8.2	-11	-3.6	48	32.4
宜蘭縣	6	7.4	9	16.7	-3	-11.1
新竹縣	20	25.6	10	18.2	10	43.5
苗栗縣	-11	-10.3	-7	-10.1	-4	-10.5
彰化縣	-19	-10.3	-6	-4.8	-13	-21.7
南投縣	2	2.4	12	21.8	-10	-33.3
雲林縣	17	15.5	14	17.9	3	9.4

嘉義縣	12	12.2	9	13.6	3	9.4
屏東縣	-20	-12.8	-5	-4.7	-15	-30.0
臺東縣	-5	-14.3	0	0.0	-5	-50.0
花蓮縣	-6	-10.7	-8	-18.6	2	15.4
澎湖縣	9	81.8	5	125.0	4	57.1
基隆市	2	2.4	5	10.0	-3	-8.8
新竹市	6	12.2	10	35.7	-4	-19.0
嘉義市	1	2.3	-7	-21.2	8	72.7
金門縣	-4	-26.7	-5	-38.5	1	50.0
連江縣	-1	-33.3	-1	-33.3	0	-

## 2) 全國自殺通報資料趨勢說明(數據詳見附件 2-1-2)

臺灣的自殺通報情況在 95 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 2.00 倍。其後逐年攀升，110 年上升為 43,469 人次(男性 14,807 人次、女性 28,662 人次)，自殺通報比為 11.5，女性為男性之 1.94 倍，110 年自殺通報人次與 109 年相比增加 7.5%。通報比同樣有逐年攀升的趨勢，110 年自殺通報比較 109 年相比則增幅為 7.6%。(如圖 2-1-8)

分析 109 年各縣市通報比，排名前五名的縣市分別為花蓮縣(24.1)、臺東縣(15.6)、新北市(13.8)、臺中市(12.6)、彰化縣(12.3)。

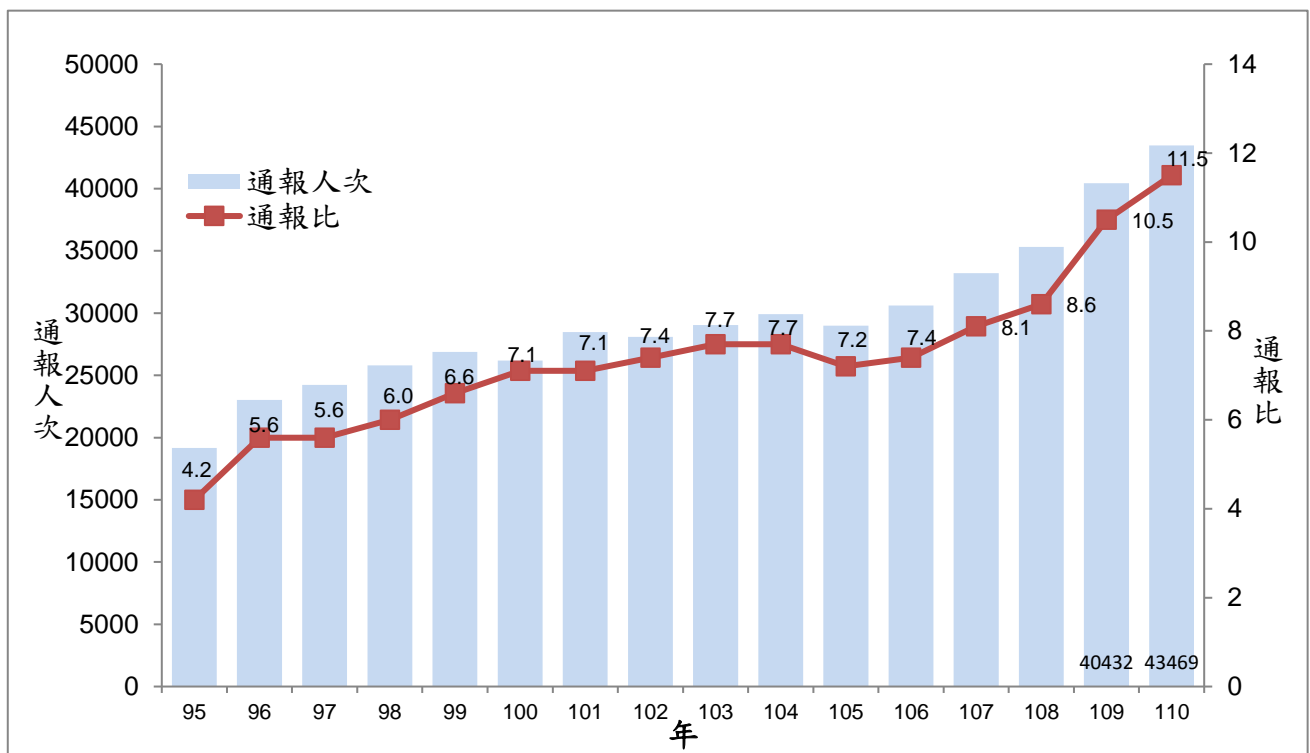


圖 2-1-8、95-110 年全國自殺通報趨勢圖

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 95 年為 6,392 人次，歷年呈現上升趨勢，110 年為 14,807 人次，與 109 年相比增幅為 7.6%。女性自殺通報人次 95 年為 12,769 人次，近年皆為上升趨勢，110 年為 28,662 人次，與 109 年相較增幅為 7.5%。(如圖 2-1-9)。

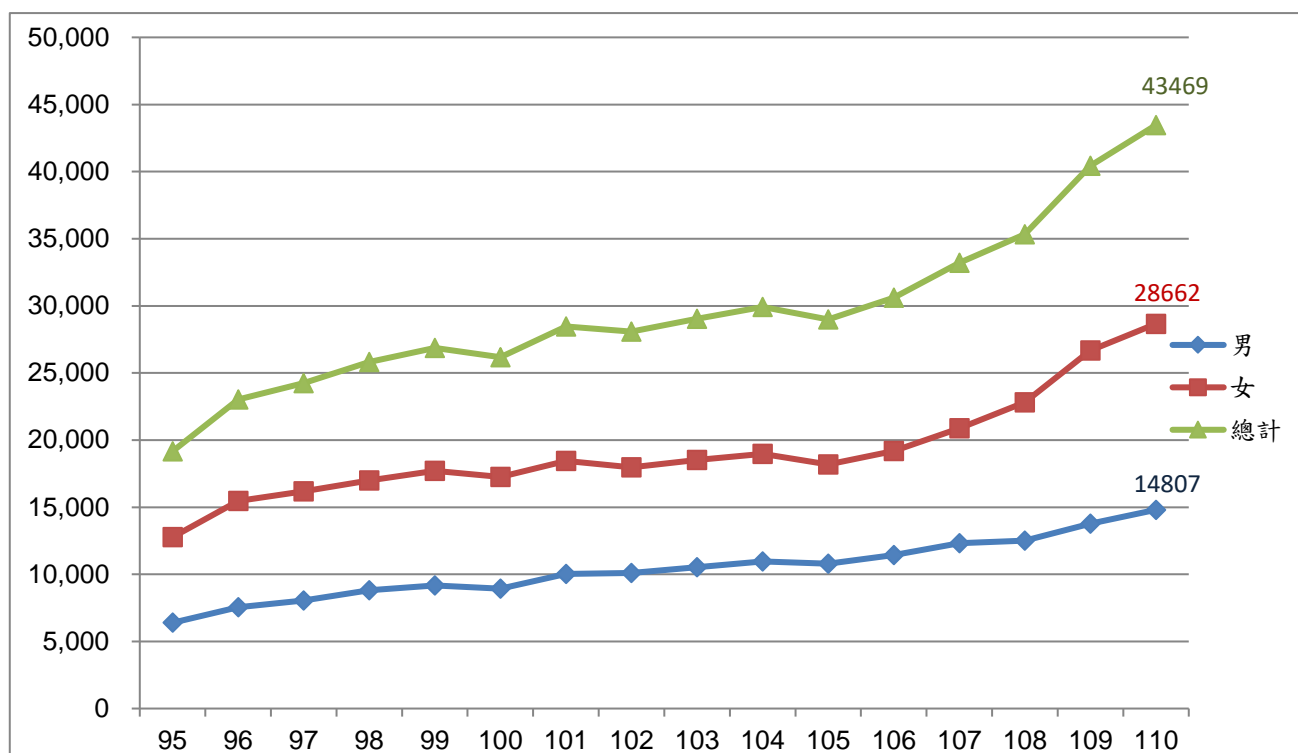


圖 2-1-9、95-110 年全國性別自殺通報趨勢圖

以年齡層分析，95 年至 107 年間各年自殺通報人次皆以「25-34 歲」、「35-44 歲」二年齡層為前二高，但自 106 年起「15-24 歲」年齡層開始明顯上升，至 108 年起成為各年齡層通報中人次最高之年齡層，至 110 年通報 12,316 人次，較 109 年(10,659 人次)上升 15.5%。另一明顯呈現上升趨勢年齡層為「14 歲以下」，自 107 年開始上升，至 109 年超越「65-74 歲」及「75 歲以上」老人年齡層，110 年通報 2,742 人次，較 109 年(2,382 人次)上升 15.1%。(如圖 2-1-10)

110 年自殺通報個案中，自殺方式前三位(不含其他及未明示之方式)依序為「固體或液體物質自殺及自為中毒」(全國通報 17,577 人次，占率 40.4%)、「切穿工具自殺及自傷」(全國通報 13,579 人次，占率 31.2%)及「由高處跳下自殺及自傷」(全國通報 4,034 人次，占率 9.3%)。(如圖 2-1-11)

110 年自殺通報個案中，自殺原因前三位(不含原因不詳)依序為「精神健康／物質濫用」(全國通報 20,866 人次，占率 48.0%)、「情感／人際關係」(19,687 人次，占率 45.3%)及「工作／經濟」(4,695 人次，占率 10.8%)。「精神健康／物質濫用」於全國通報占率自 95 年以來首次超越「情感／人際關係」。(如圖 2-1-12)

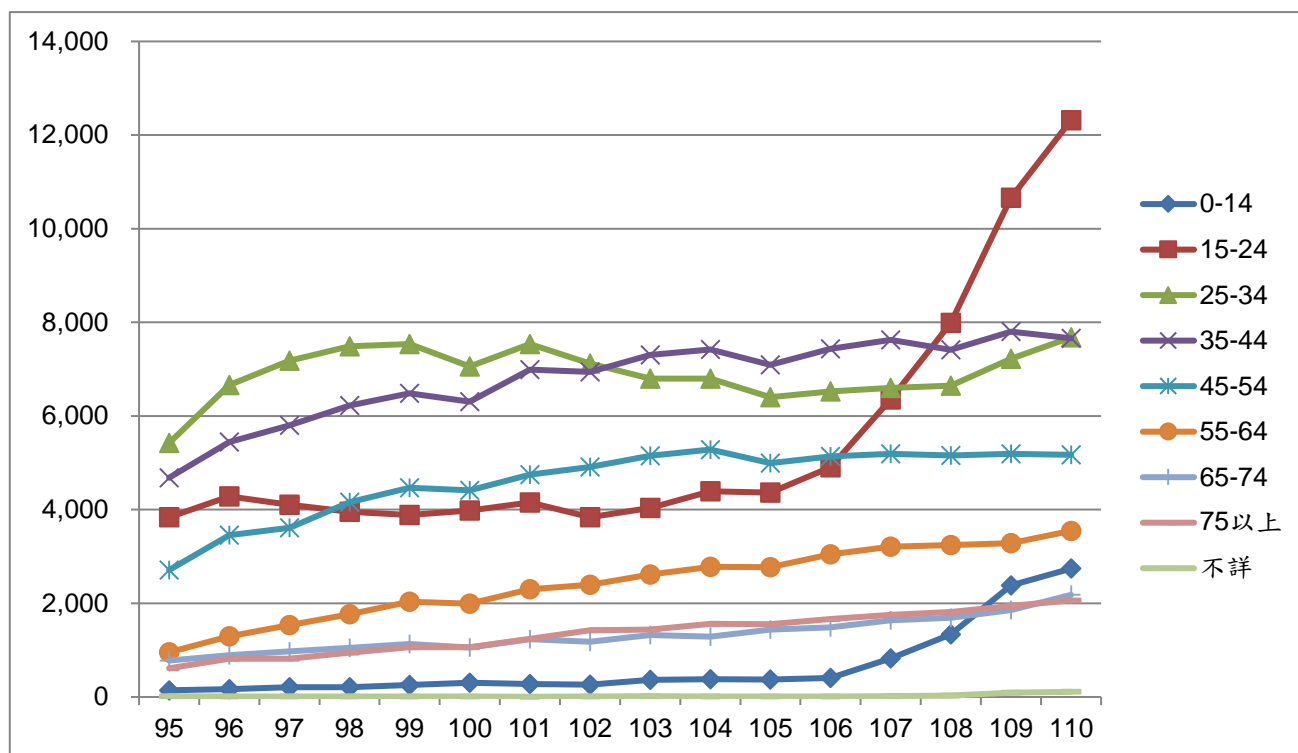


圖 2-1-10、95-110 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

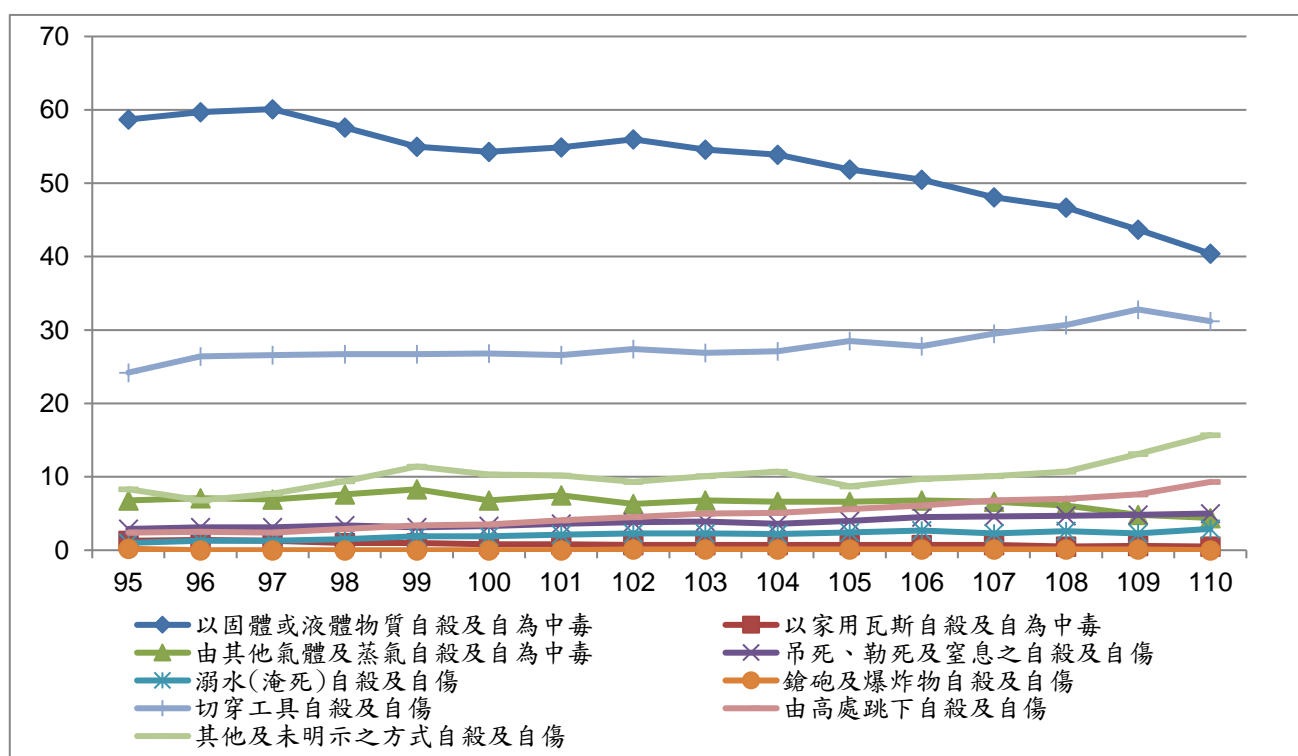


圖 2-1-11、95-110 年全國自殺通報方法占率圖



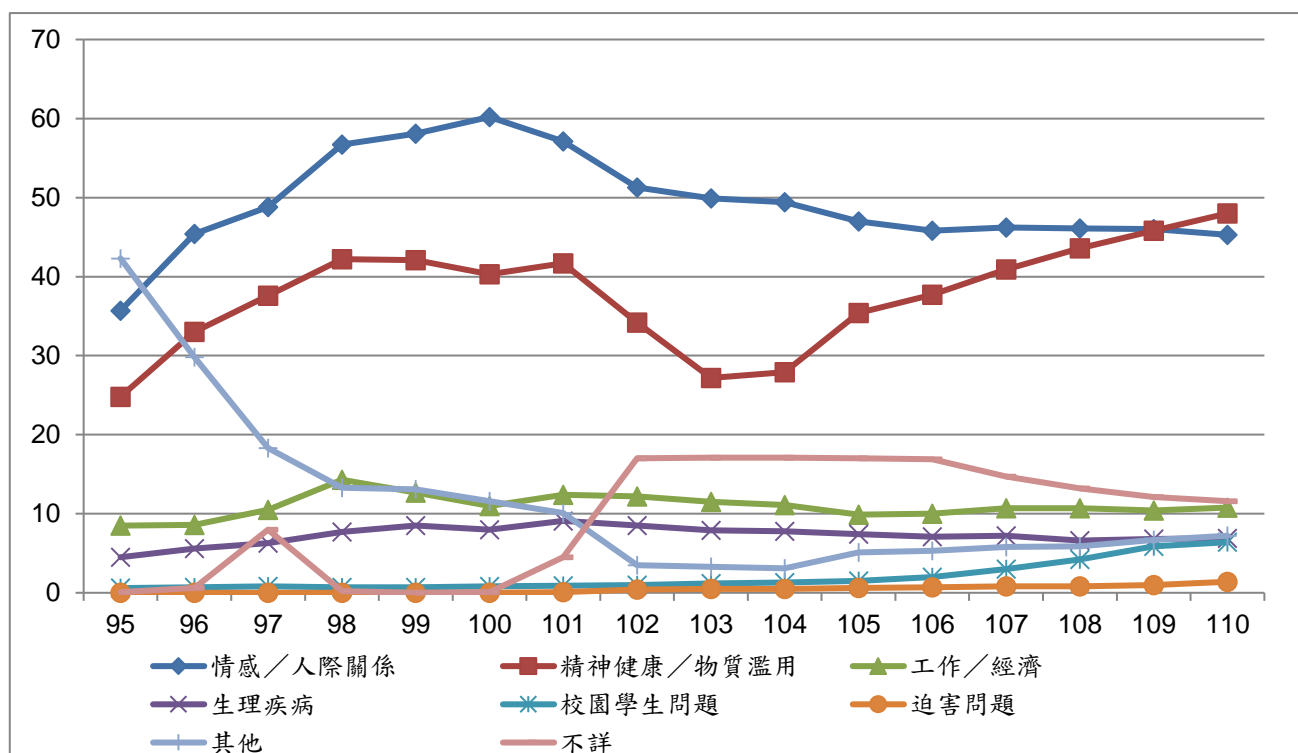


圖 2-1-12、95-110 年全國自殺通報原因占率圖

以縣市通報人次分析，增加率前五高縣市為連江縣(133.3%)、澎湖縣(41.7%)、花蓮縣(23.4%)、雲林縣(18.1%)、苗栗縣(17.1%)。(如表 2-1-4)

整體而言，各縣市自殺通報比前三高依序為花蓮縣(24.1)、臺東縣(15.6)、新北市(13.8)；以性別來看，男性前三高依序為花蓮縣(11.0)、臺東縣(7.3)、新北市(6.7)，女性前三高依序為臺東縣(57.0)、花蓮縣(54.5)、及南投縣(30.3)。

以各年齡層來看各縣市自殺通報比，0-14 歲前三高依序為新北市(301.0)、高雄市(193.5)及臺中市(99.5)，15-24 歲前三高依序為花蓮縣(432.0)、臺東縣(156.0)及宜蘭縣(86.7)，25-34 歲前三高依序為南投縣(23.0)、花蓮縣(21.8)及基隆市(19.6)，35-44 歲前三高依序為新竹市(104.0)、屏東縣(35.1)及金門縣(30.0)，45-54 歲前三高依序為花蓮縣(26.4)、臺東縣(14.5)及雲林縣(11.8)，55-64 歲前三高依序為花蓮縣(9.5)、雲林縣(7.7)及苗栗縣(7.0)，65-74 歲前三高依序為嘉義市(14.0)、基隆市(5.6)及花蓮縣(5.4)，75 歲以上前三高依序為新竹市(7.2)、彰化縣(5.2)及南投縣(5.2)。

表 2-1-4、110 年與 109 年相比各縣市自殺通報人次增減表

縣市	男性			女性			總計		
	109 (N)	110 (N)	增減率 (%)	109 (N)	110 (N)	增減率 (%)	109 (N)	110 (N)	增減率 (%)
全國	13,767	14,807	7.6	26,665	28,662	7.5	40,432	43,469	7.5
新北市	2,784	2,729	-2	5,787	5,842	1	8,571	8,571	0
臺北市	811	779	-3.9	1,970	2,153	9.3	2,781	2,932	5.4
桃園市	1,282	1,275	-0.5	2,654	2,518	-5.1	3,936	3,793	-3.6
臺中市	1,532	1,890	23.4	3,157	3,597	13.9	4,689	5,487	17.0
臺南市	963	1,065	10.6	1,618	1,914	18.3	2,581	2,979	15.4
高雄市	1,696	1,920	13.2	3,276	3,899	19	4,972	5,819	17.0
宜蘭縣	345	378	9.6	596	669	12.2	941	1,047	11.3
新竹縣	262	292	11.5	513	525	2.3	775	817	5.4
苗栗縣	352	393	11.6	578	696	20.4	930	1,089	17.1
彰化縣	693	823	18.8	1,194	1,327	11.1	1,887	2,150	13.9
南投縣	411	437	6.3	579	624	7.8	990	1,061	7.2
雲林縣	480	561	16.9	688	818	18.9	1,168	1,379	18.1
嘉義縣	435	432	-0.7	590	623	5.6	1,025	1,055	2.9
屏東縣	571	545	-4.6	945	906	-4.1	1,516	1,451	-4.3
臺東縣	208	190	-8.7	350	289	-17.4	558	479	-14.2
花蓮縣	306	394	28.8	680	823	21	986	1,217	23.4
澎湖縣	30	42	40	73	104	42.5	103	146	41.7
基隆市	254	247	-2.8	550	446	-18.9	804	693	-13.8
新竹市	180	183	1.7	455	478	5.1	635	661	4.1
嘉義市	142	185	30.3	341	341	0	483	526	8.9
金門縣	26	38	46.2	66	58	-12.1	92	96	4.3
連江縣	4	9	125	5	12	140	9	21	133.3

表 2-1-5、110 年各縣市性別通報比

縣市	男性	女性	整體
新北市	6.7	25.5	13.8
臺北市	4.3	18.5	10.0
桃園市	5.6	19.5	10.8
臺中市	6.5	23.4	12.6
臺南市	5.2	22.0	10.6
高雄市	6.0	19.3	11.3
宜蘭縣	5.2	27.3	11.3
新竹縣	3.9	15.1	7.7
苗栗縣	6.0	20.1	11.0
彰化縣	6.3	27.7	12.3
南投縣	5.8	30.3	11.4
雲林縣	5.5	22.5	10.2
嘉義縣	5.0	16.9	8.8
屏東縣	4.9	25.1	10.1
臺東縣	7.3	57.0	15.6
花蓮縣	11.0	54.5	24.1
澎湖縣	4.4	9.0	7.0
基隆市	3.8	13.8	7.4
新竹市	4.1	27.4	11.3
嘉義市	6.5	17.4	11.1
金門縣	4.3	19.0	8.3
連江縣	4.0	**	10.0

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

註 2:「-」表示用以計算該值之分子及分母均為 0，故無法計算。

註 3:「\*\*」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

表 2-1-6、110 年各縣市各年齡層通報比

縣市	0-14 歲	15-24 歲	25-34 歲	35-44 歲	45-54 歲	55-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
新北市	301.0	64.4	15.1	13.2	8.2	6.1	3.5	4.8
臺北市	47.0	62.8	12.5	11.1	5.5	4.1	2.5	2.7
桃園市	47.3	41.6	13.5	11.9	8.0	4.4	3.1	2.9
臺中市	99.5	38.9	18.5	14.1	8.5	5.4	4.0	4.4
臺南市	**	51.1	16.1	18.5	6.2	4.6	3.7	3.8
高雄市	193.5	55.4	17.1	13.3	8.1	4.3	3.1	3.1
宜蘭縣	**	86.7	15.3	16.2	7.6	6.3	4.2	2.5
新竹縣	**	12.9	8.2	8.4	5.9	4.0	2.9	2.9
苗栗縣	**	38.1	13.2	26.1	8.5	7.0	2.9	3.0
彰化縣	**	47.6	15.5	12.7	7.3	6.2	4.9	5.2
南投縣	**	36.8	23.0	16.1	7.3	6.5	2.9	5.2
雲林縣	**	28.8	10.1	16.2	11.8	7.7	3.5	2.4
嘉義縣	**	81.0	9.3	15.8	8.1	5.8	2.8	2.3
屏東縣	**	59.7	15.1	35.1	9.4	4.2	2.4	3.2
臺東縣	**	156.0	12.3	10.3	14.5	3.9	4.8	**
花蓮縣	**	432.0	21.8	16.3	26.4	9.5	5.4	4.4
澎湖縣	**	34.0	**	5.0	4.5	2.7	2.5	1.4
基隆市	**	61.5	19.6	8.7	4.8	3.6	5.6	1.9
新竹市	31.0	28.0	12.0	10.4	7.1	4.4	2.0	7.2
嘉義市	**	41.3	10.9	11.6	5.3	5.5	14.0	2.4
金門縣	**	**	5.5	30.0	3.3	2.7	0	**
連江縣	**	5.0	**	**	1.0	-	-	-

註 1:通報比=該縣市自殺企圖通報人次/該縣市自殺死亡人數。

註 2:「-」表示用以計算該值之分子及分母均為 0，故無法計算。

註 3:「\*\*」表示用以計算該值之分母為 0，故無法計算。

## 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(詳附件 2-1-3)

### 1) 自殺死亡生前通報情形

110 年度自殺死亡個案生前自殺企圖通報情形分析，該年度自殺死亡人數為 3,585 人，進而將自殺死亡資料串聯 95-110 年自殺企圖通報檔，分析結果顯示，自殺死亡個案中 1,116 人(占率 31.1%)為自殺死亡前無通報紀錄(詳表 2-1-7)。

以性別來看，男性無通報紀錄大於女性，而以年齡層來以 45-64 歲未

通報紀錄比率較其他年齡層高。

表 2-1-7、110 年自殺死亡個案生前通報情形

	通報日=死亡日 n(%)	無通報紀錄 n(%)	通報後死亡 n(%)	總和 n
<b>性別</b>				
男性	1006 (43.2)	801 (34.4)	523 (22.5)	2330
女性	454 (36.2)	315 (25.1)	486 (38.7)	1255
總計	1460 (40.7)	1116 (31.1)	1009 (28.2)	3585
<b>年齡層(粗分)</b>				
0-24 歲	115 (44.1)	49 (18.8)	97 (37.2)	261
25-44 歲	376 (36.9)	284 (27.9)	359 (35.2)	1019
45-64 歲	488 (39.4)	446 (36)	306 (24.7)	1240
65 歲以上	481 (45.2)	337 (31.6)	247 (23.2)	1065

## 2) 自殺企圖後再自殺死亡情形

進而分析 110 年度自殺企圖個案之自殺死亡情形，該年度自殺企圖通報個案計 33,698，串聯 110 年自殺死亡檔，扣除資料有誤(指標通報日於死亡日後)個案 50 人，共 33,648 人，其中 1,912 人(占率 5.7%)為首次通報時即死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天內)，299 人(占率 0.9%)為通報後再自殺死亡之個案(死亡日於指標通報日 7 天後)，31,437 人(占率 93.4%)無死亡紀錄。

以性別而言，女性整體的自殺企圖通報人數雖為男性的兩倍，但男性首次通報即死亡 1234 人(占率 9.9%)及通報後再自殺死亡 156 人(占率 1.3%)均高於女性。建議有接觸到男性為主之相關網絡強化其守門人訓練，以期早期辨識及轉介，若發現高風險個案，儘快協助求助或就醫。

若以不同年齡層進行分析，發現年齡越高之族群，首次通報即死亡與通報後再自殺死亡之占率越高，各國對老年自殺方法的研究都顯示，老年自殺的方式較年輕族群所使用的方式更為強烈且致命性高，在台灣也不例外(自殺防治系列 25)。

除「切穿工具自殺及自傷」外，首次通報即死亡之個案其自殺死亡方式及自殺通報方式以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」占率相對較高，此自殺方法的致命性高達七成，欲藉由管制危險物品取得的方法來防治上吊是非常困難的一項任務(僅約 10%發生於監獄、醫院或矯治機構)

(Gunnell et al., 2005; Yau & Paschall, 2018)，由於大部分的案例發生於家中，其上吊或窒息物品(如電源線、皮帶、繩索、塑膠袋等)或環境難以防範。因此，一般防治策略重點強調早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者(near-hanging)的緊急處置、以及全面性防治策略三者(吳佳儀、李明濱，2017)。

### 3) 自殺通報拒訪、訪視未遇個案之自殺通報死亡分析(詳表 2-1-8、表 2-1-9)

分析 110 年自殺通報本人拒訪、訪視未遇個案情形，利用自殺關懷系統關懷檔，計算當年度自殺企圖個案之訪視情況，將比例區分為小於 50%、50%至 80%以及大於 80%，並串聯 110 年自殺死亡檔，探討自殺死亡個案當年度訪視情況。根據分析結果顯示，110 年自殺死亡且有訪視紀錄之個案，其本人拒訪比例大部分小於 50%，而自殺死亡個案中有 99.7%本人拒訪比例小於 50%；進而分析訪視未遇情形，79.8%自殺死亡個案其訪視未遇比例小於 50%，4.6%(98 位)訪視未遇比例大於 80%，進而分析訪視未遇比例大於 80%之個案，以男性(68 位)、25-44 歲(32 位)及 65 歲以上(32 位)、吊死、勒死及窒息之自殺及自傷(42 位)、新北市(29 位)自殺與亡人數較高。衛生福利部於 109 年度自殺防治業務共識會議中討論「自殺關懷訪視流程及收結案標準」，未來在中央帶領以及各縣市政府的努力之下，自殺防治會有更顯著的成效。

表 2-1-8、110 年自殺死亡個案生前拒訪情形分析

	本人拒訪比例 小於 50% n (%)	本人拒訪比例介 於 50%至 80% n (%)	本人拒訪比 例大於 80% n (%)	總和 n
<b>性別</b>				
男性	1354 (99.7)	3 (0.2)	1 (0.1)	1358
女性	790 (99.5)	3 (0.4)	1 (0.1)	794
總和	2144 (99.6)	6 (0.3)	2 (0.1)	2152
<b>年齡層(粗分)</b>				
0-24 歲	185 (99.5)	1 (0.5)	0 (0)	186
25-44 歲	623 (99.5)	2 (0.3)	1 (0.2)	626
45-64 歲	683 (99.7)	2 (0.3)	0 (0)	685
65 歲以上	653 (99.7)	1 (0.2)	1 (0.2)	655
<b>自殺死亡方式(ICD-9)</b>				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	288 (100)	0 (0)	0 (0)	288
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	404 (99.5)	2 (0.5)	0 (0)	406
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	789 (99.7)	2 (0.3)	0 (0)	791

表 2-1-8、110 年自殺死亡個案生前拒訪情形分析

	本人拒訪比例 小於 50%	本人拒訪比例介 於 50%至 80%	本人拒訪比 例大於 80%	總和
	n (%)	n (%)	n (%)	n
溺水 (淹死) 自殺及自傷	158 (98.8)	1 (0.6)	1 (0.6)	160
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	7 (100)	0 (0)	0 (0)	7
切穿工具自殺及自傷	60 (100)	0 (0)	0 (0)	60
由高處跳下自殺及自傷	401 (99.5)	1 (0.2)	1 (0.2)	403
其他及未明示之方式自殺及自傷	37 (100)	0 (0)	0 (0)	37

表 2-1-9、110 年自殺死亡個案生前訪視未遇情形分析

	訪視未遇比例 小於 50%	訪視未遇比例 介於 50%至 80%	訪視未遇比例 大於 80%	總和
	n (%)	n (%)	n (%)	n
<b>性別</b>				
男性	1079 (79.5)	211 (15.5)	68 (5)	1358
女性	639 (80.5)	125 (15.7)	30 (3.8)	794
總和	1718 (79.8)	336 (15.6)	98 (4.6)	2152
<b>年齡層(粗分)</b>				
0-24 歲	150 (80.6)	30 (16.1)	6 (3.2)	186
25-44 歲	493 (78.8)	101 (16.1)	32 (5.1)	626
45-64 歲	555 (81)	102 (14.9)	28 (4.1)	685
65 歲以上	520 (79.4)	103 (15.7)	32 (4.9)	655
<b>自殺死亡方式(ICD-9)</b>				
以固體或液體物質自殺及自為中毒	252 (87.5)	29 (10.1)	7 (2.4)	288
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒	317 (78.1)	67 (16.5)	22 (5.4)	406
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	626 (79.1)	123 (15.5)	42 (5.3)	791
溺水 (淹死) 自殺及自傷	116 (72.5)	37 (23.1)	7 (4.4)	160
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	5 (71.4)	2 (28.6)	0 (0)	7
切穿工具自殺及自傷	50 (83.3)	8 (13.3)	2 (3.3)	60
由高處跳下自殺及自傷	321 (79.7)	64 (15.9)	18 (4.5)	403
其他及未明示之方式自殺及自傷	31 (83.8)	6 (16.2)	0 (0)	37

### 3. 跨部會自殺防治策略研商建議

- 1) 國家自殺防治策略仍需以指標性、選擇性、全面性三大策略作為主軸，由衛福部制定自殺防治行動方案，以下為依據描述性統計分析結果提出之因

應策略。

- 2) 透過自殺防治諮詢會強化跨政府部門、單位的橫向聯繫，並利用跨部門資料勾稽，以找出高風險自殺個案特徵，以建立本土實證基礎之自殺防治策略，並配合社會安全網第二期，持續與其他網絡服務密切合作，以建立更完善社會安全網。
- 3) 推廣 1925 安心專線、男性關懷專線及各縣市社區心理衛生中心等求助資源
- 4) 持續推動「心理健康網計畫」及推廣「心快活」心理健康學習平台
- 5) 持續委託全國自殺防治中心進行相關數據研析，持續監測並分析自殺死亡及通報資料，串聯相關資料庫並研析自殺高風險群，滾動式修正自殺防治策略，精進自殺防治作為
- 6) 自殺防治通報系統「非衛生單位線上通報」功能建置，醫事人員、社工人員、長照人員、學校人員、警察人員、消防人員、矯正機關人員、村里長(幹事)等相關業務人員皆可於自殺防治通報系統辦理線上通報。衛福部心口司及全國自殺防治中心將持續進行自殺防治通報系統功能增修，以便於利用，使通報更為確實，讓更多自殺企圖之個案，得以透過通報納入衛生體系予以關懷訪視，降低再自殺企圖。
- 7) 青少年及校園自殺防治策略：將珍愛生命守門人課程納入生命教育或心理健康促進課程，包括壓力因應、情緒調適等；強化學生正向自尊，促進情感表達及求助意願，並建立問題解決能力，強化社交連結，傳達尋求幫助的觀念。鼓勵學生多留心周遭同儕是否有出現身心或行為異常的訊息，藉由同儕支持的方式提升學生的求助意願。亦可對於家長的家庭教育增設情感表達訓練課程。
- 8) 針對家長開設親子教養、溝通及守門人教育課程，以提升父母提供孩童的保護因子，並強化家長對孩童身心健康的覺察；同時針對曾被霸凌、歧視或是有社會焦慮與學業焦慮困擾的孩童提供適當精神醫療資源及自殺風險評估，以及時介入，而社群平台業者、網咖業者、遊戲業者，則藉由守門人訓練，以強化業者對網路上相關自殺的訊息的警覺，並適時通報及提供相關轉介資源給高自殺風險族群。
- 9) 針對常見學生自殺原因強化後續資源轉介，配合社會安全網落實以家庭為中心的自殺企圖者關懷服務，以對學生的心理社會背景有更全面的了解，同時學校應建立多層次的自殺防治策略對象包含社區、學校、家長、學生。
- 10) 持續佈建社區心理衛生中心，以利各縣市有足夠資源提供並協助轉介有



需要的民眾。

## 11) 強化高致命自殺工具防治措施(溺水、墜樓、上吊)

### (1) 溺水

- a. 定期監測收集媒體自殺事件報導、並定期分析彙整自殺行為通報資料，以發現溺水熱區，並針對該區域進行安全設施。
- b. 於高危險自殺場域設立警告標示、宣導語和求助電話，限制進入深水區域；於水邊或橋上加裝護欄。
- c. 加強媒體自律機制，避免過於詳細報導自殺地點。

### (2) 墜樓

- 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. 醫院、精神醫療機構、及學校等建築物，窗戶改以外推窗設計，開啟角度固定為小角度，使開啟距離不超過 20 公分，避免自窗戶跳下。
- f. 高樓的安全設計、醫院與精神醫療機構樓梯和屋頂入口管制，設置緊急諮詢用電話，都有預防自殺的效果。

### (3) 吊死、勒死及窒息

- a. 早期發現高風險個案，並進行環境控制、上吊企圖者的緊急處置、以及全面性防治策略。
- b. 增加社區自殺防治的覺察、定期自殺風險評估、24 小時危機處置服務等需持續推動。
- c. 自殺方式為上吊自殺之個案再度自殺的危險性高，因此須鎖定這些特定對象積極追蹤，協助轉介至相關資源，以降低再自殺率。

## 12) 定期監測媒體自殺事件報導，並強化與媒體之對話，減少媒體報導所引起的負面效應，以降低模仿效應，並擇定優質媒體頒發自殺新聞報導獎項，鼓勵媒體多積極正向報導自殺事件。

## 13) 辦理自殺防治互動式輔導訪查，研析關懷訪視目前遭遇之困境及問題，輔導衛生局強化自殺關懷訪視工作之效能；針對自殺工具辦理工作坊，建立限制高致命性自殺工具及方式之機制。

- 14) 提升自殺關懷訪視業務實效(研擬關懷訪視員核心能力課程及訓練模式，針對實務常見問題製作問答集)
- 15) 持續修訂自殺防治手冊，製作宣導教材，藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。
- 16) COVID-19 相關因應自殺防治策略
  - (1) 針對需居家隔離或需住院治療的染疫者提供抗壓技巧包含睡眠充足、營養均衡、規律運動、身心放鬆及安排休閒，並於網站上建立疫情專區，以提供民眾相關心理衛生資源。
  - (2) 教導長者使用網路及電子設備及建立適宜長者使用之簡易線上看診服務、提供獨居者、老人社區支持及基本服務（食物、水、藥品）、減少長者接受負面媒體的時間，給予正確的資訊內容、給予長者社會支持，減輕因疫情封鎖政策產生之孤寂感及害怕染病(Banerjee, Kosagisharaf, & Sathyanarayana Rao, 2021; Levi-Belz & Aisenberg, 2020; Srifuengfung et al., 2021)。
  - (3) 在 COVID-19 疫情影響下，除了染疫者、接受隔離／檢疫者的心理反應需要關注外，可以預期後續的經濟影響，應有適當的主動介入以協助民眾調適疫情下的身心壓力反應，並注意可能引發的創傷後壓力症候群
  - (4) 易脆弱群體可能更容易受到經濟衰退的影響，因此提供經濟支援並教導壓力因應與資源連結是相當重要的，包含原來失業者、精神疾病的患者、低工作技能、非固定工作者、女性、先前有債務的人等，因此針對這些脆弱群體需要特別的支持，以減緩大流行對他們造成的不平等的影響(Ivbijaro et al., 2021)。
  - (5) 針對家庭的暴力，以及對家庭暴力對兒少的影響亦需要相當注意，國內外的研究均指出兒時創傷可能增加日後自殺的風險，因此透過跨部會的合作，及早發現因經濟困難所造成的高風險家庭並提供適當的轉介資源，例如家庭養育子女經濟補助，對家庭中每個人都有助於減少後續精神疾病、家暴議題的發生。
- 17) 為自殺防治諮詢會各部會規劃適合之數位學習資源，內容包含共同修習之自殺防治守門人課程，以及依據各部會特性規畫之特殊課程。針對衛生福利部之社工、長照、關訪員提供風險評估與訪視知能相關課程；針對教育部之一般教師、輔導教師、專業輔導人員提供不同專業程度教材；針對勞動部提供職場心理衛生與自殺防治課程；針對內政部警消人員、國防部、原住民族委員會等提供精神疾病與自殺風險評估課程；針對國家通訊傳播委員會提供關於媒體六不六要與網路自殺防治相關課

程。

- 18)運用世界衛生組織於 2019 年發布之「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊(A resource for filmmakers and others working on stage and screen)」中文版本手冊推廣相關自殺防治知能至相關人員，如：文化部、台灣電影文化協會、中華編劇學會。

## 2. 提供資料分析報告

- 1)配合衛生福利部需求，由專業人員辦理臨時性資料分析，至 10 月 31 日提供分析資料如表 2-1-7。

表 2-1-7、提供衛生福利部統計與分析資料

日期	需求內容
1 月 5 日	110 年 1-11 月全國及各縣市訪視類型及個案受訪情形
1 月 10 日	110 年 1-11 月與前一年同期相比通報量及訪視量
1 月 12 日	100-110 年 65 歲以上通報個案自殺原因及特殊身分別占率
1 月 20 日	110 年 14 歲以下、15-24 歲自殺企圖通報人次、關懷訪視人次
2 月 11 日	110 年訪視類型及受訪情形、100-110 年各年齡層自殺原因分析
2 月 18 日	各年齡人口群再自殺死亡情形、第一次自殺後之再自殺死亡率及再自殺死亡方式分析
3 月 1 日	近五年 0-14 歲、15-24 歲自殺死亡通報個案之自殺原因排序
3 月 7 日	95-110 年全國自殺通報個案 30 天內再自殺率
3 月 15 日	110 年及 111 年 1-2 月全國及各縣市訪視類型數據分析
4 月 25 日	世界各國 15-19 歲、20-24 歲自殺死亡率趨勢圖
5 月 3 日	更新疫情下性別議題分析報告(通報部份)
6 月 7 日	更新社工司教育訓練簡報自殺死亡相關數據
6 月 9 日	更新自殺企圖者再自殺死亡率與其他年齡層之比較 整理青少年再自殺死亡率、危險因子、以及國外文獻比較
6 月 13 日	107-111 年，各年度各縣市之自殺死亡人數、自殺通報人次
6 月 23 日	更新社安網季報通報數據
7 月 5 日	提供 106-110 年全國各死因人數、高處墜落自殺死亡人、增減人數及增減率
9 月 19 日	提供 109 年學齡層各死因人數及占率與自殺通報方法人次及占率
9 月 23 日	提供高雄市 106-110 年各年齡層各死因人數趨勢圖
10 月 26 日	提供 WHO 會員國 15-24 歲自殺死亡率及標準化死亡率趨勢圖

## 五、附件

附件 2-1-1、全國自殺死亡資料統計

附件 2-1-2、全國自殺通報資料統計

附件 2-1-3、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、危險指標及因應策略

# 110 年度自殺死亡地圖

## 一、背景

資料視覺化是指運用視覺的方式呈現數據，有效的圖表可以將繁雜的數據簡化成為易於吸收的內容。透過圖像化的方式，我們更容易辨別數據的規律(Patterns)、趨勢(Trends)及關聯(Correlations)。在資訊爆炸的時代，有效並快速吸收資訊是人們渴望的能力，不僅節省時間，並能加速學習效率。

衛生行政決策必須參考許多統計資料，但是不同決策相關者對統計數據的分析方法與呈現有不同要求，進而影響決策溝通效率。商用智慧資料視覺化透過視覺元素(顏色與形狀)與選項等功能，讓決策相關者可觀察出所需的資訊，提高決策效率與品質。

各縣市施行因地制宜自殺防治策略時，需配合各行政區自殺特性(包含自殺死亡人數、自殺死亡率)做調整與資源運用的分配。因此，本中心根據各項自殺統計指標，繪製不同種類自殺地圖供各縣市運用。

本自殺地圖以各行政區作為畫分，分別根據自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因及整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比，以顏色深淺作為區隔，繪製出各縣市及各鄉鎮或行政區自殺地圖；同時根據地圖內容做初步文字敘述，以供參考。

## 二、輸入

### 1. 執行步驟與方法：

- 1) 年中人口：以社會經濟資料平臺提供的各鄉鎮市區年底人口，並將兩年人口相加除以二，得到年中人口數。
- 2) 繪製地圖使用 Python。
- 3) 110 年各縣市(按鄉鎮市區)自殺死亡地圖

以 110 年死因統計檔(戶政單位的死亡證明書的部份資料)連結各鄉鎮之經緯度，以視覺化的方式呈現各地區的自殺死亡熱點，繪製內容：各縣市(含鄉鎮市) 自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及三年移動平均標準化自殺死亡比。

- 4) 標準化死亡比

當研究的族群，其年齡別死亡率不知道，或者由於數目太少致變動很大的時候，可利用標準人口的穩定比率來求出此研究族群的各年齡層的期望死亡率。該族群觀察到的實際死亡數再與各年齡層期望死亡數的總和相比，得到標準化死亡比。可表示如下：

$$SMR = (\text{觀察到的實際死亡數} / \text{各年齡層期望死亡數之總和})$$

此標準化死亡比的主要用途是在族群人口組成不同時的比較，透過標準化的計算，可比較出研究族群與標準人口間死亡率的差異，而不受人口組成不同的影響。

- (1) 以 108-110 年之三年移動平均計算各年齡層自殺死亡人數及年中人口數，乘上各鄉鎮市各年齡層年中人口數，以計算死亡人數期望值，並將該鄉鎮市實際自殺死亡人數除以期望值則得到標準化死亡比。
  - (2) 其中，將 SMR 分成 8 組(<0.5、0.5-0.67、0.67-0.9、0.9-1.1、1.1-1.5、1.5-2.0、2.0-5.0、>5.0)。
  - 5) 110 年各縣市標準化自殺死亡率及自殺粗死亡率資料來自於衛生福利部統計處。
  - 6) 標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O.世界人口年齡結構為基準。
  - 7) SMR、各鄉鎮市區自殺死亡資料係以 SAS9.4 進行計算。
- 2. 資源連結合作：**
- 1) 合作單位：衛生福利部心理健康司、社團法人台灣自殺防治學會、各縣市衛生局、衛生福利部統計處、內政部。
  - 2) 資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

### 三、過程

#### 1. 110 年自殺死亡地圖(按鄉鎮市)

- 1) 蒐集各縣市及各鄉鎮市區之經緯度、標準化自殺死亡率、自殺粗死亡率、自殺死亡人數、三年移動平均標準化自殺死亡比，進行各變數的合併。
- 2) 進入衛生福利部「資料科學中心」針對 110 年各鄉鎮市區自殺死亡資料進行分析。
- 3) 繪製各鄉鎮市區 110 年自殺死亡人數(含戶籍地及死亡地點)、自殺粗死亡率、各死因與整體標準化自殺死亡率及 108-110 年標準化死亡比。
- 4) 使用 Python 繪製自殺死亡地圖將繪製的地圖撰寫成報告。

### 四、成果 (Product)

110 年各縣市自殺地圖以全國、新北市為例。繪製臺灣自殺死亡地圖及彙整內容，包含 110 年各死因及整體標準化死亡率(每十萬人口)、自殺粗死亡率(每十萬人口)、自殺死亡人數(戶籍地與死亡地)、108-110 年標準化自殺死比。分析各縣市自殺熱點區域，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用，摘要如下：

## 1. 全國

### 1) 全國地圖分佈

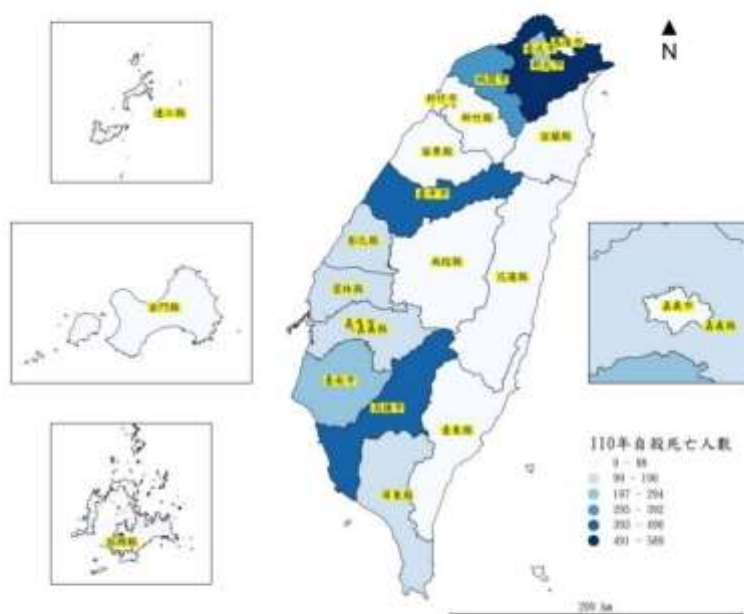


圖 2-2-1、110 年自殺死亡人數

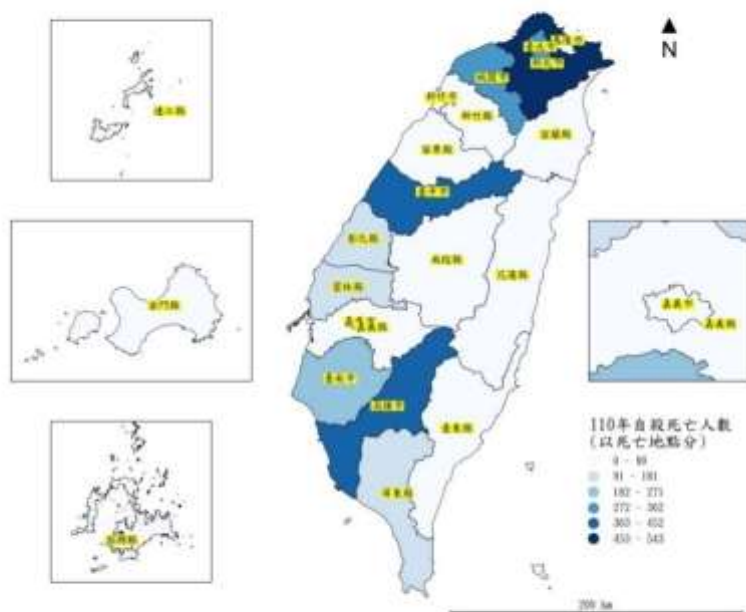


圖 2-2-2、110 年自殺死亡人數(以死亡地點分)

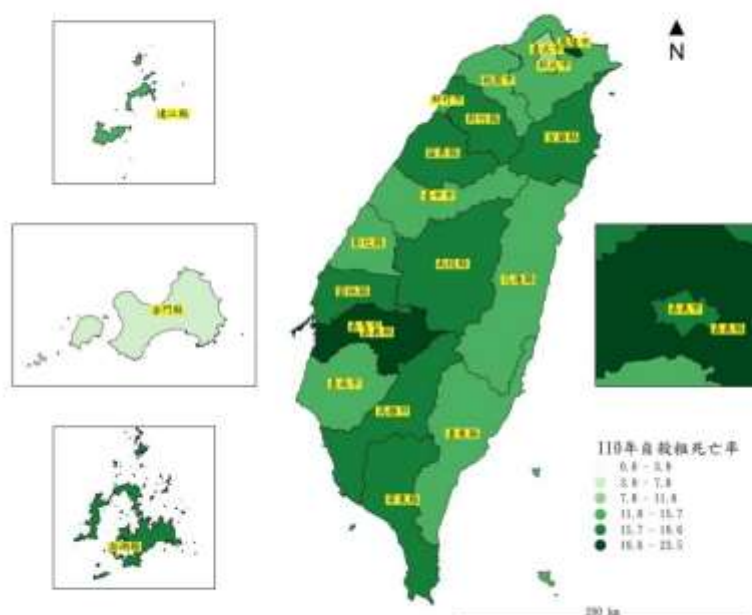


圖 2-2-3、110 年自殺粗死亡率(每十萬人口)



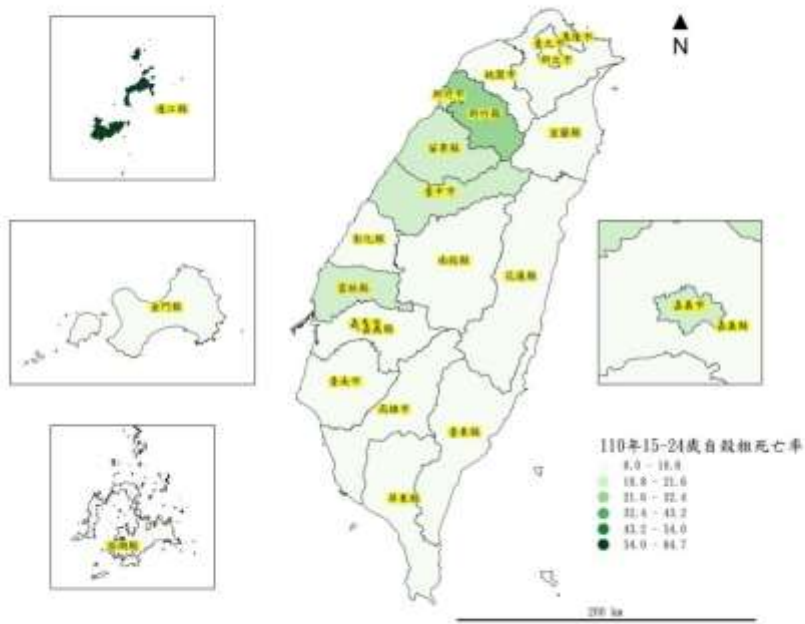


圖 2-2-4、110 年 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

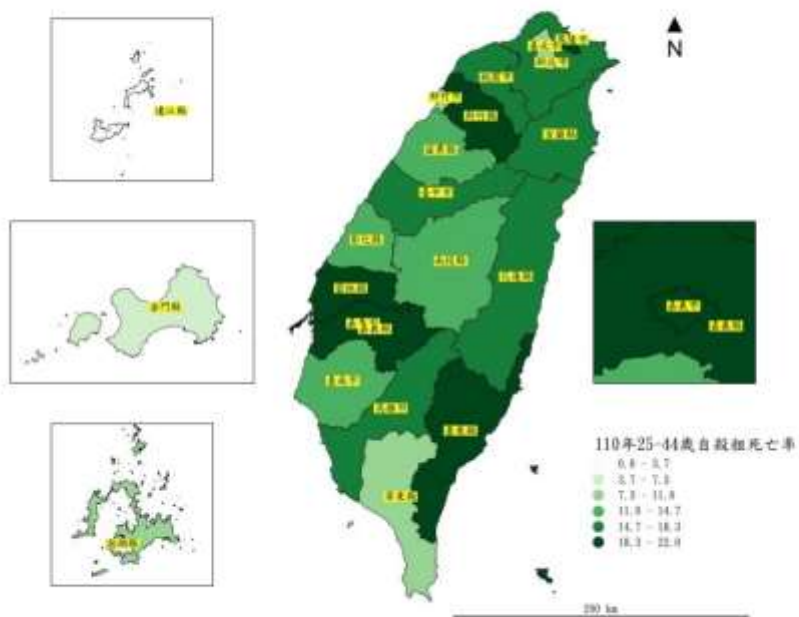


圖 2-2-5、110 年 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

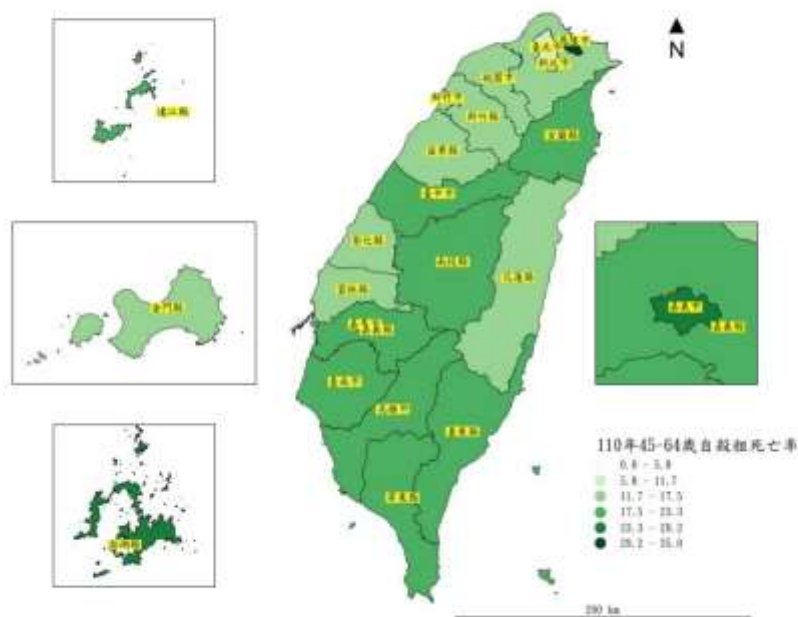


圖 2-2-6、110 年 45-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

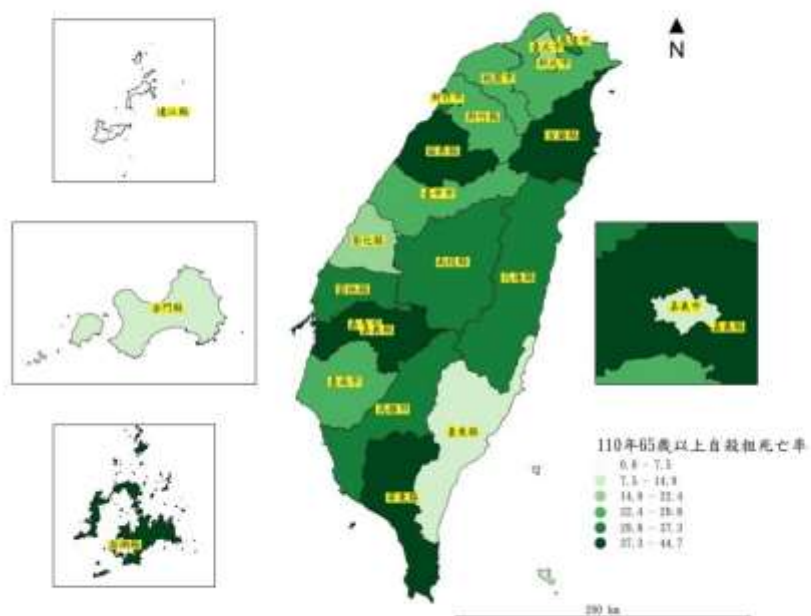


圖 2-2-7、110 年 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

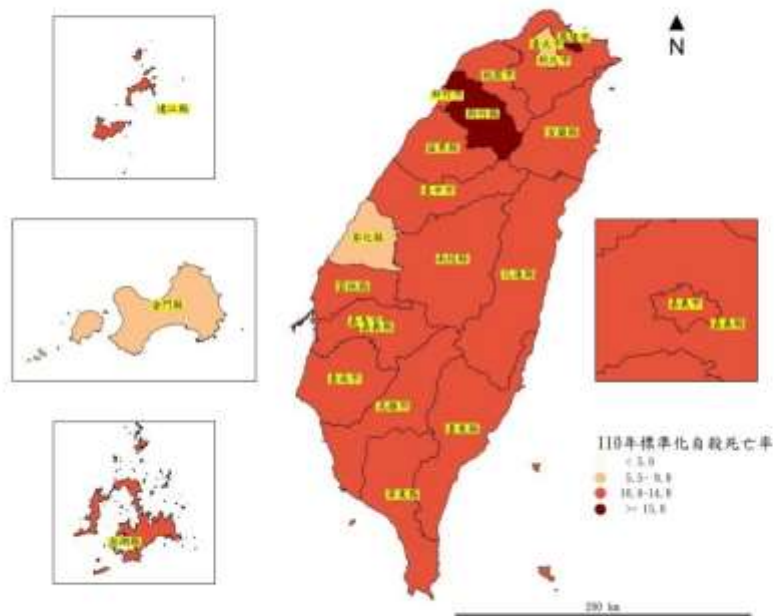


圖 2-2-8、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)

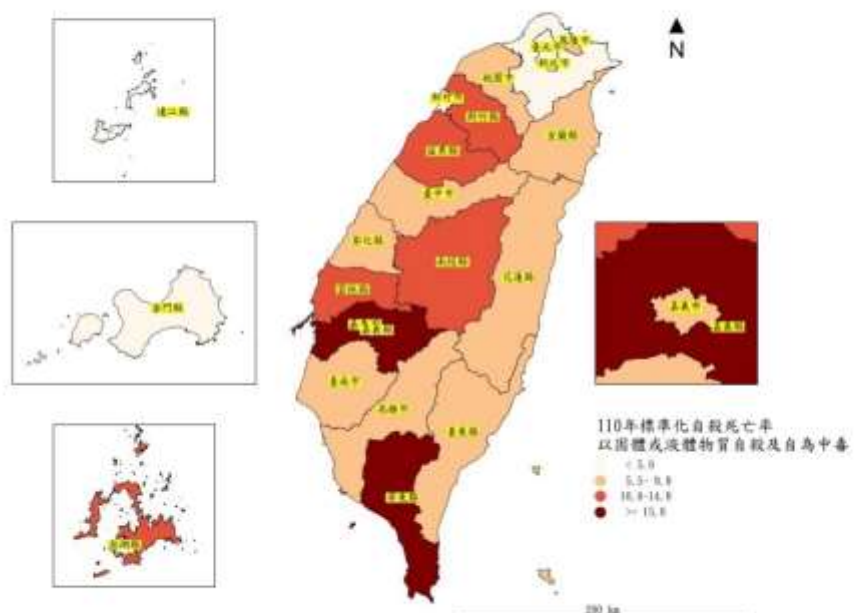


圖 2-2-9、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：以固體或液體物質自殺及自為中毒

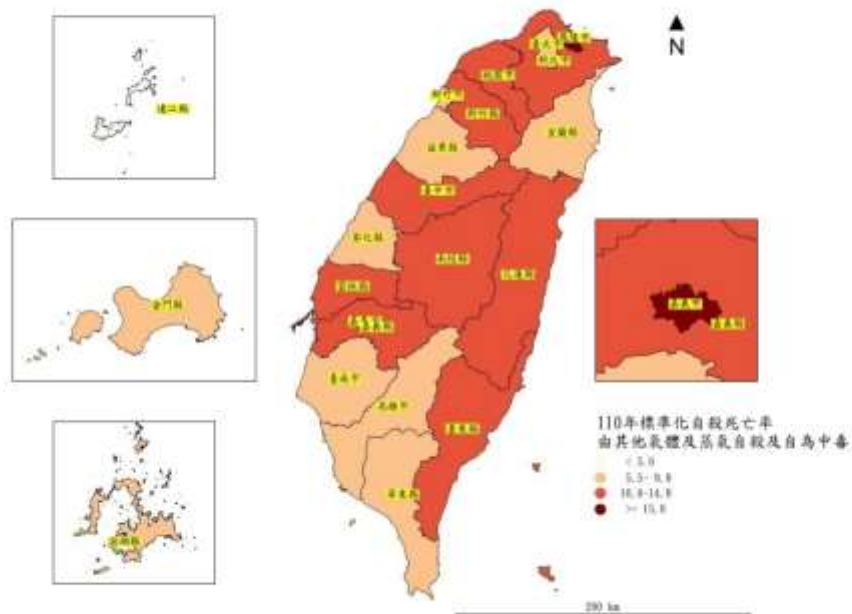


圖 2-2-10、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒

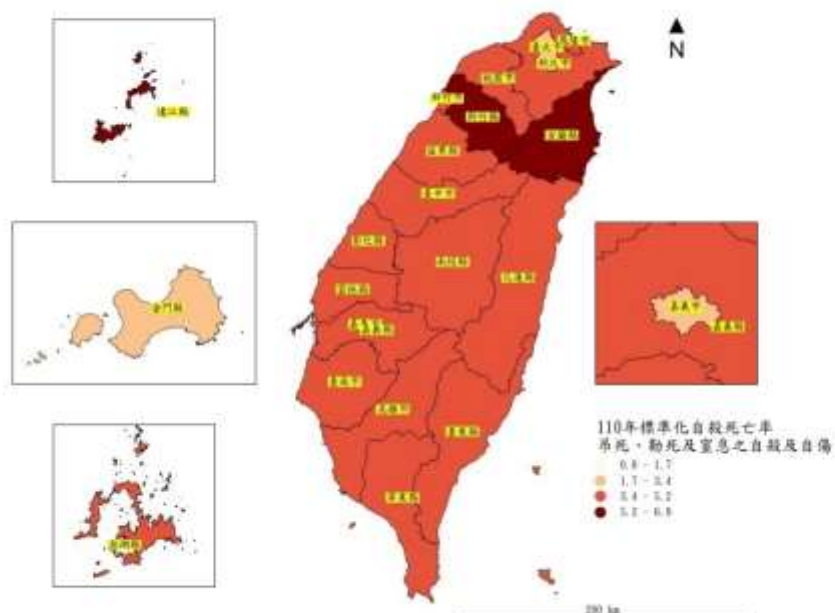


圖 2-2-11、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

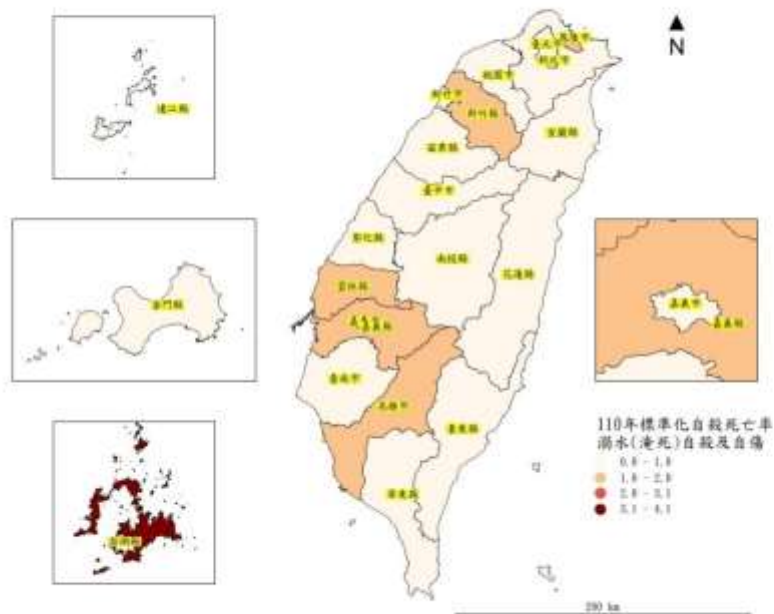


圖 2-2-12、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：溺水(淹死)自殺及自傷

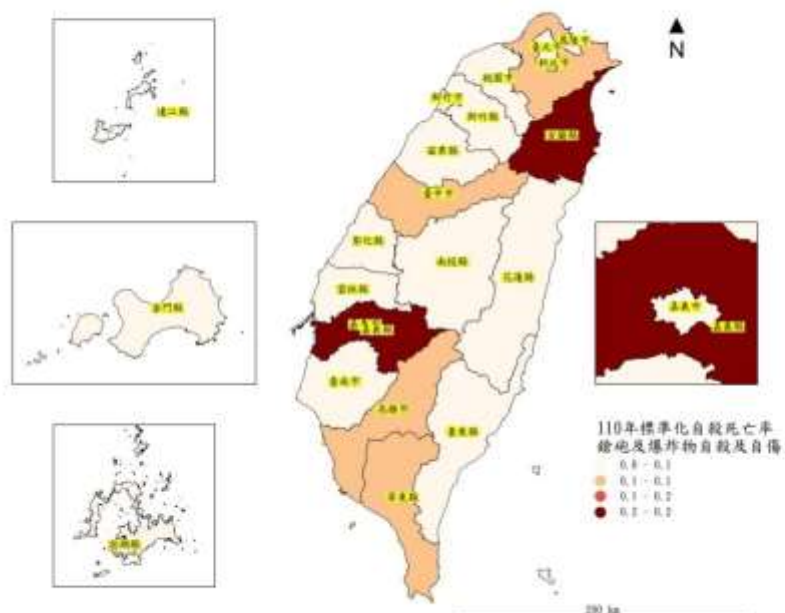


圖 2-2-13、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：鎗砲及爆炸物自殺及自傷

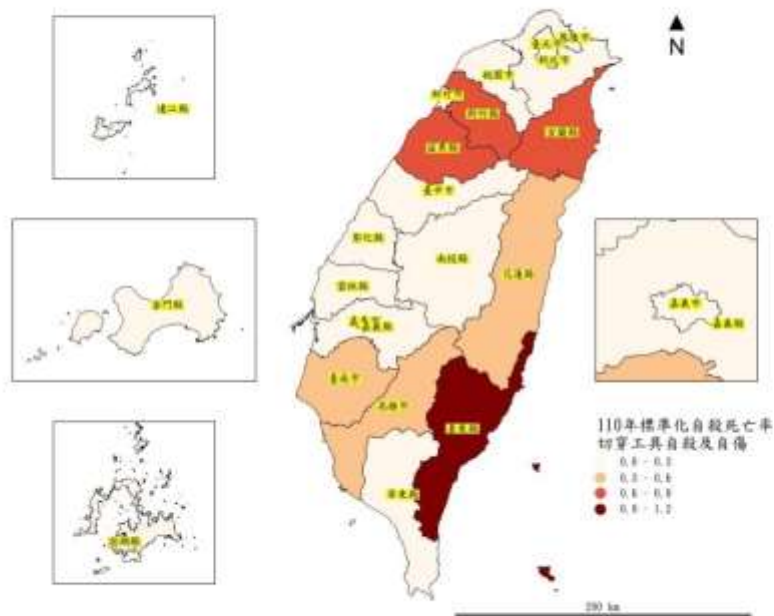


圖 2-2-14、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：切穿工具自殺及自傷

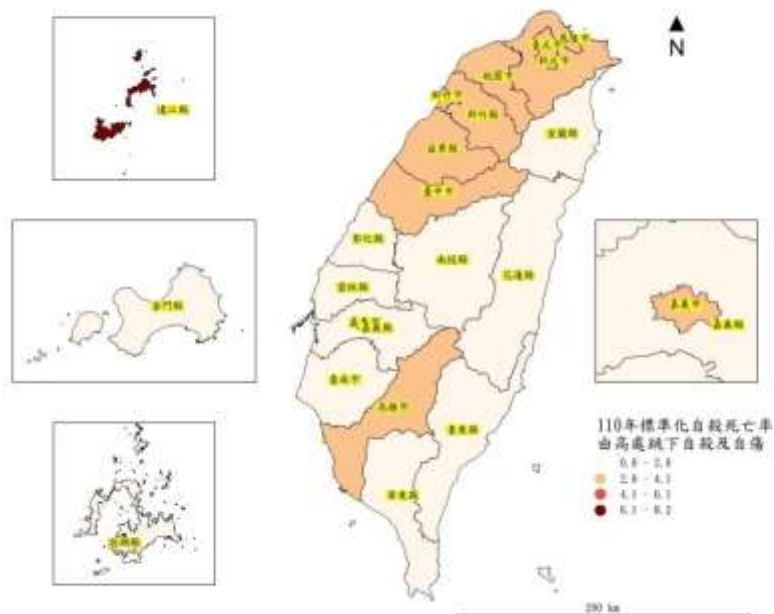


圖 2-2-15、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：由高處跳下自殺及自傷

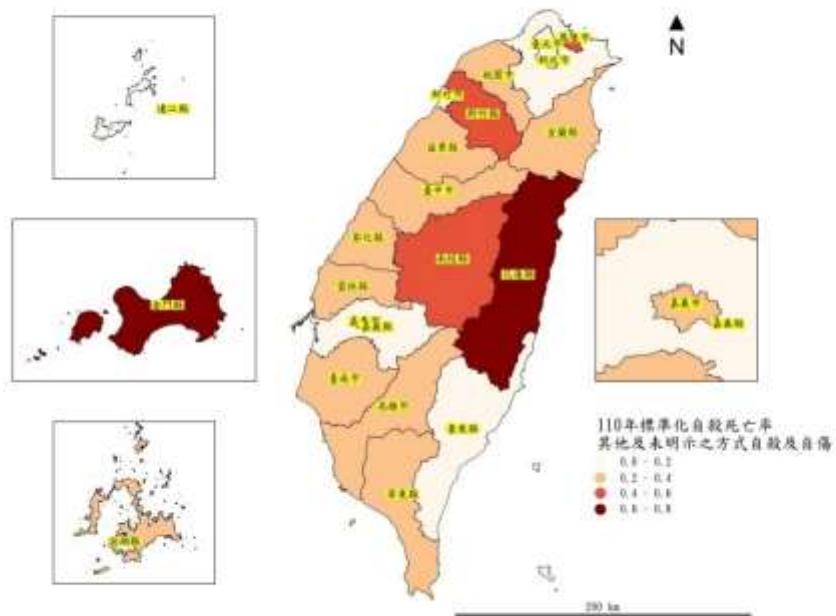


圖 2-2-16、110 年標準化自殺死亡率(每十萬人口)：其他及未明示之方式自殺及自傷



## 2) 全國總說明

- (1) 自殺死亡人數前三高依序為：新北市、高雄市、臺中市。
- (2) 自殺粗死亡率(每十萬人口)前三高依序為：基隆市、嘉義縣、宜蘭縣。
- (3) 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：新竹縣、基隆市、嘉義縣。
- (4) 以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義縣、屏東縣、澎湖縣。
- (5) 由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義市、基隆市、雲林縣。
- (6) 吊死、勒死及窒息之自殺及自傷標準化死亡率(每十萬人口)前三高依序為：宜蘭縣、連江縣、新竹縣。
- (7) 溺水(淹死)自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：澎湖縣、嘉義縣、雲林縣。
- (8) 鎗砲及爆炸物自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：嘉義縣、宜蘭縣、高雄市。
- (9) 切穿工具自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：臺東縣、新竹縣、宜蘭縣。
- (10) 由高處跳下自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：連江縣、基隆市、嘉義市。
- (11) 其他及未明示之方式自殺及自傷標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：金門縣、花蓮縣、彰化縣、基隆市。
- (12) 總論

依據 110 年自殺死亡數據結果顯示，自殺粗死亡率(每十萬人口)與標準化自殺死亡率(每十萬人口)，前三高縣市皆包含基隆市及嘉義縣，雖每年的自殺率經常會高低起伏，但仍需更進一步探討自殺死亡率較高之縣市，以降低高危險縣市之自殺死亡率。

以各項統計指標，依據視覺化方式呈現臺灣自殺死亡地圖，顯示不同縣市因應各縣市之生活型態、人口結構以及背景文化，自殺防治策略須依據在地化實施。



2. 新北市

1) 新北市地圖分佈

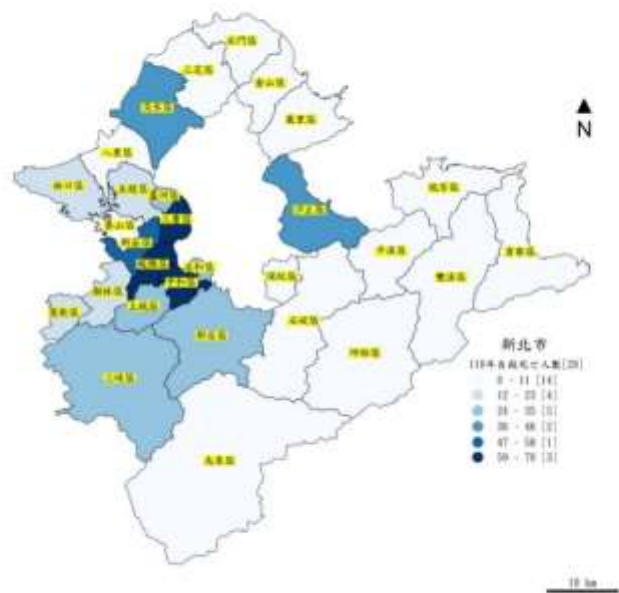


圖 2-2-17、110 年新北市自殺死亡人數

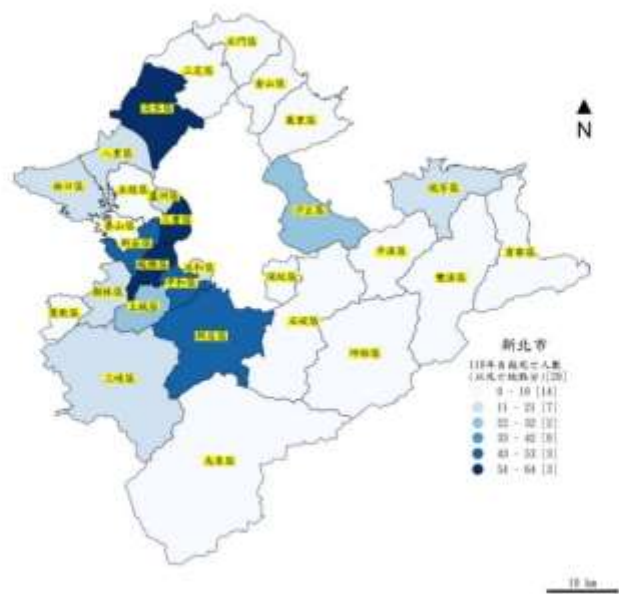


圖 2-2-18、110 年新北市自殺死亡人數(以死亡地點分)

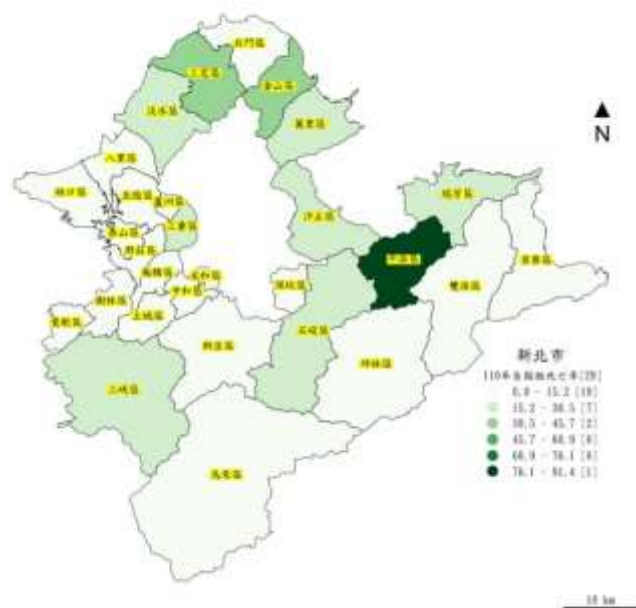


圖 2-2-19、110 年新北市自殺粗死亡率(每十萬人口)

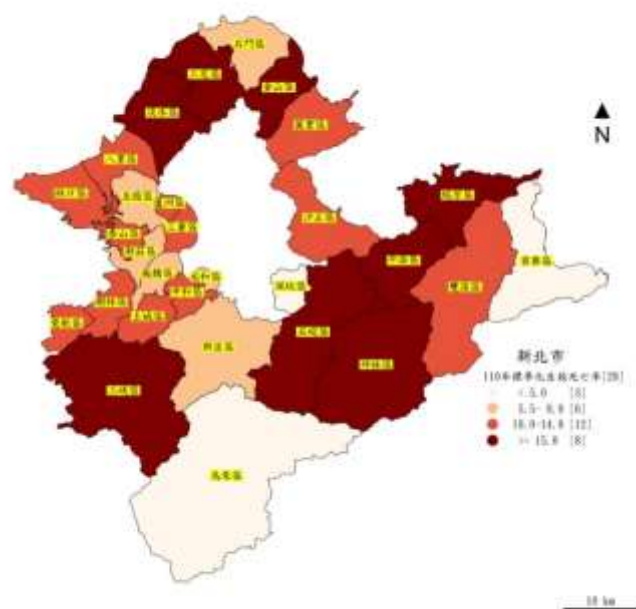


圖 2-2-20、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)

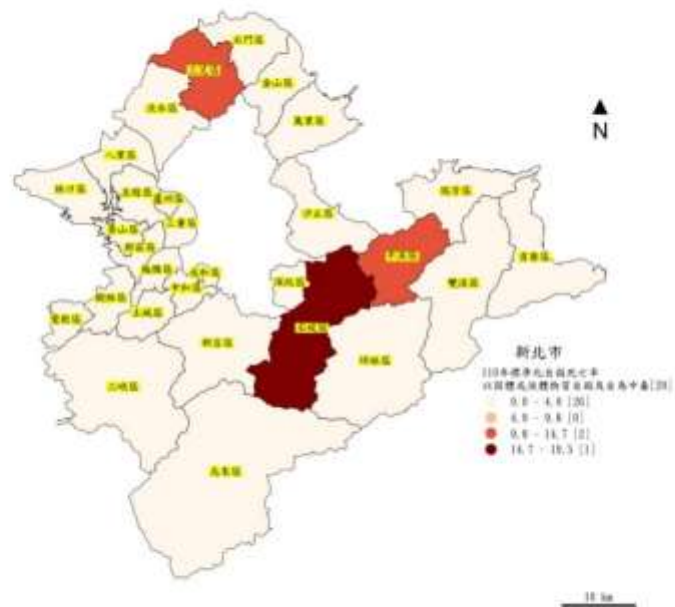


圖 2-2-21、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：  
以固體或液體物質自殺及自為中毒



圖 2-2-22、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：  
由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒



圖 2-2-23、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：  
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷

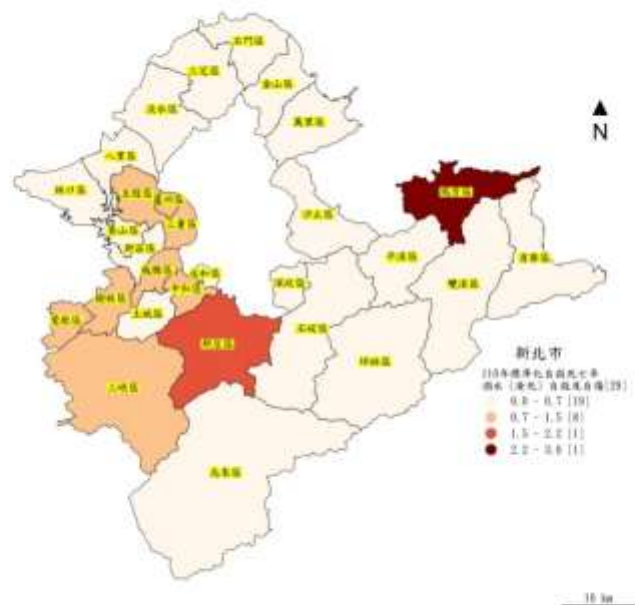


圖 2-2-24、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：  
溺水(淹死)自殺及自傷



圖 2-2-25、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：  
鎗砲及爆炸物自殺及自傷



圖 2-2-26、110 年新北市標準化自殺死亡率(每十萬人口)：  
切穿工具自殺及自傷

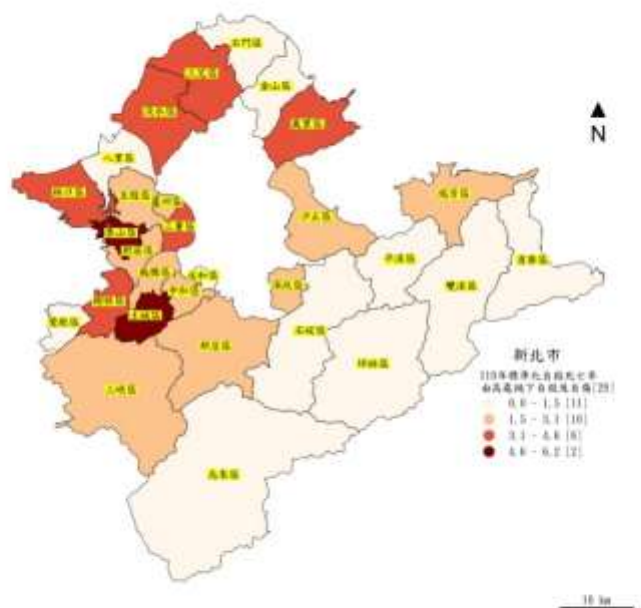


圖 2-2-27、110 年新北市標準化自殺死亡巽(每十萬人口)：  
 由萬處跳下自殺及自傷



圖 2-2-28、110 年新北市標準化自殺死亡巽(每十萬人口)：  
 其他及未明示方式自殺及自傷

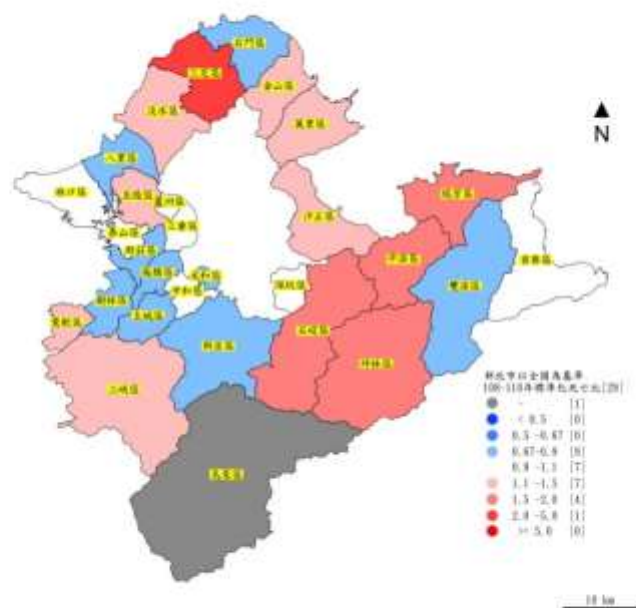


圖 2-2-29、108-110 年新北市標準化自殺死亡比(以全國為基準)

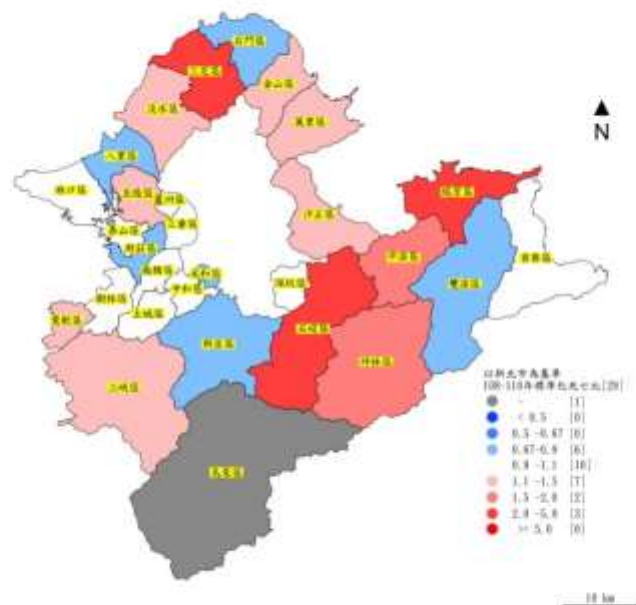


圖 2-2-30、108-110 年新北市標準化自殺死亡比(以縣市為基準)



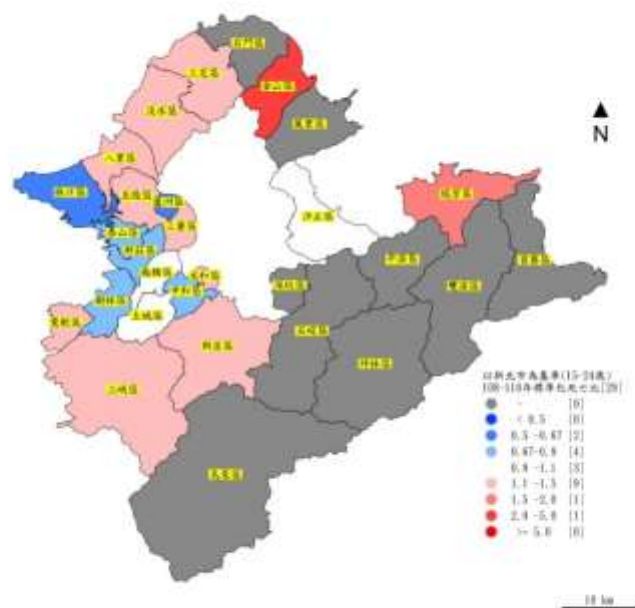


圖 2-2-31、108-110 年新北市 15-24 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

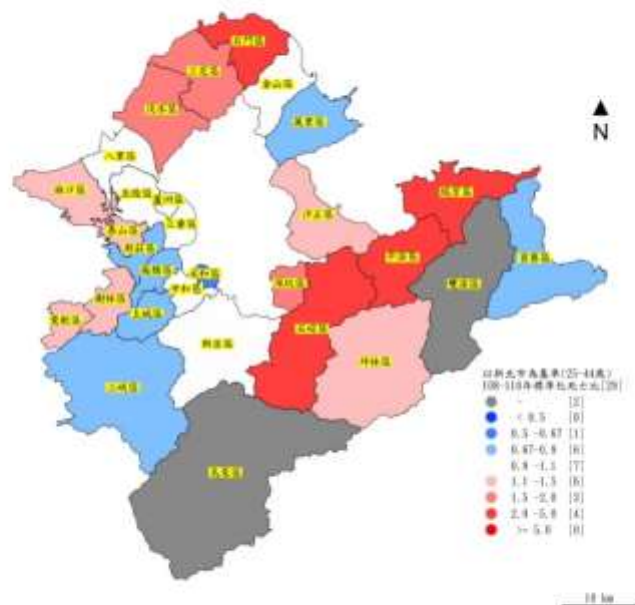


圖 2-2-32、108-110 年新北市 25-44 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)



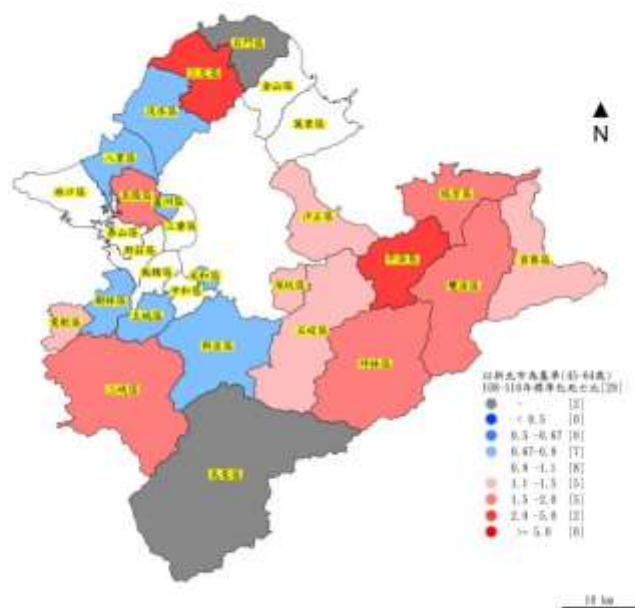


圖 2-2-33、108-110 年新北市 45-64 歲標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

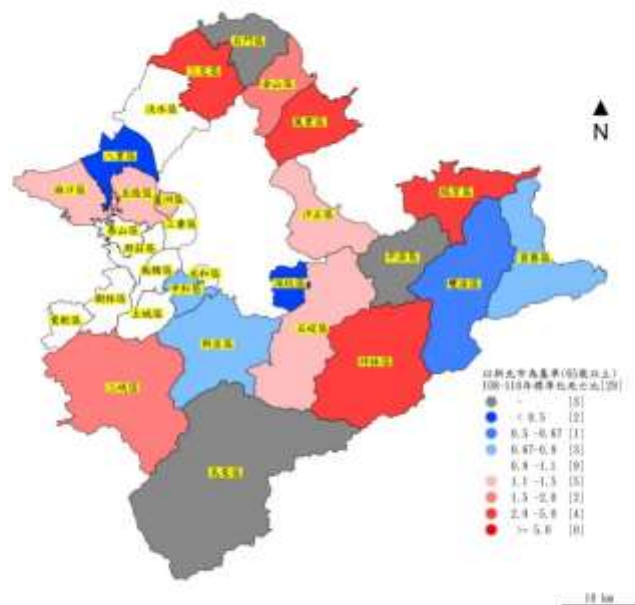


圖 2-2-34、108-110 年新北市 65 歲以上標準化自殺死亡比(以縣市為基準)

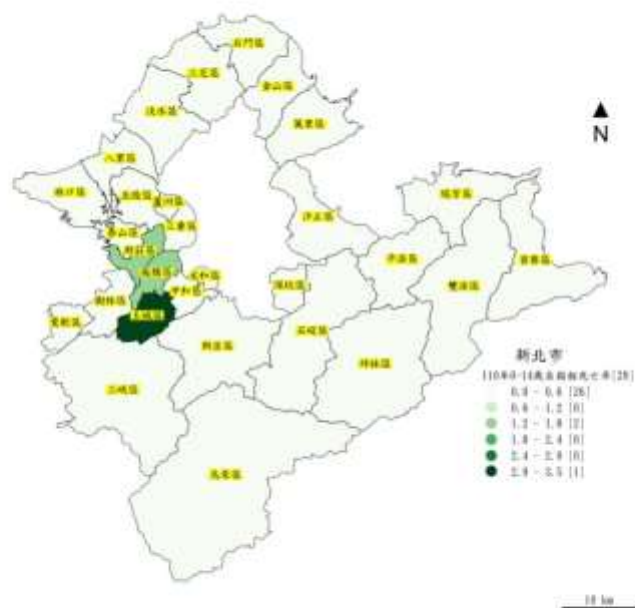


圖 2-2-35、110 年新北市 0-14 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

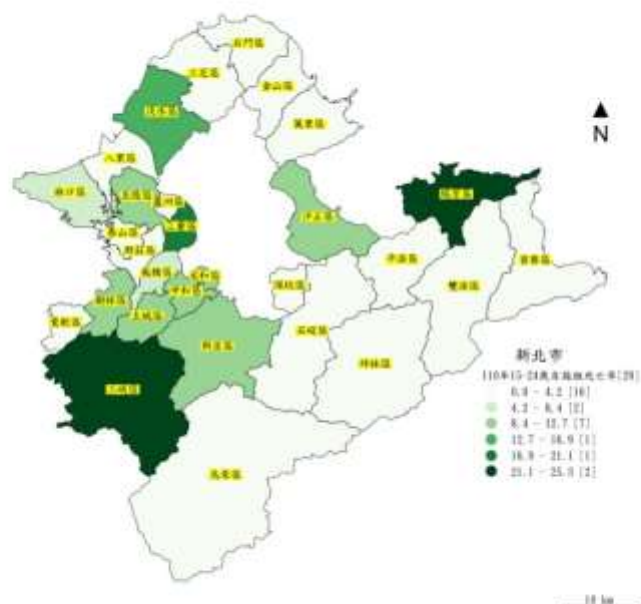


圖 2-2-36、110 年新北市 15-24 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

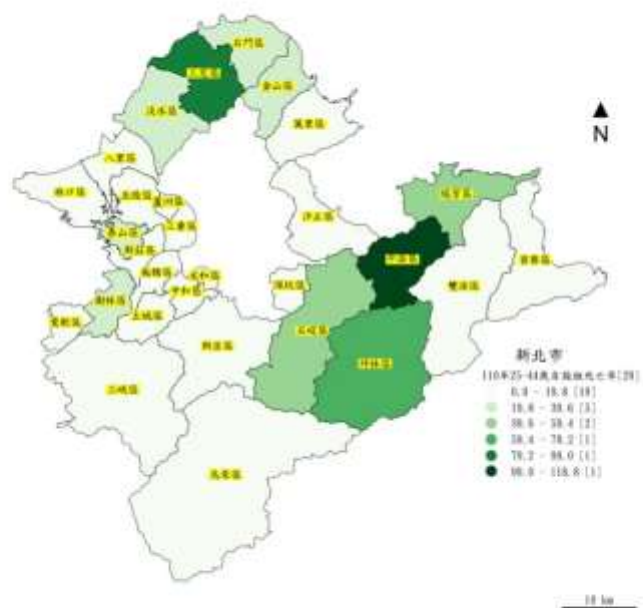


圖 2-2-37、110 年新北市 25-44 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)



圖 2-2-38、110 年新北市 45-64 歲自殺粗死亡率(每十萬人口)

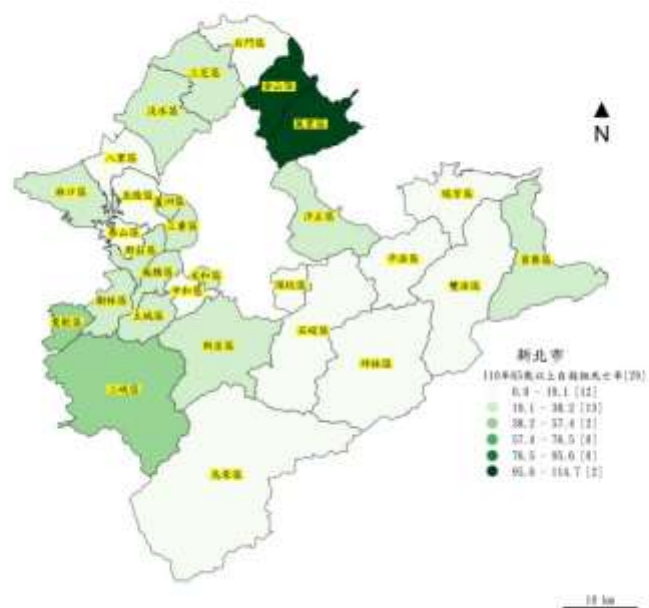


圖 2-2-39、110 年新北市 65 歲以上自殺粗死亡率(每十萬人口)

## 1) 新北市總說明

- (1) 自殺死亡人數前三高依序為：板橋區、三重區、中和區。
- (2) 自殺粗死亡率(每十萬人口)前三高依序為：平溪區、三芝區、金山區。
- (3) 標準化自殺死亡率(每十萬人口)前三高依序為：平溪區、三芝區、金山區。
- (4) 單年度之死亡率上升，可能為偶然，未必代表真正具有風險，縣市各區自殺死亡風險一般以三年平均來評估較謹慎。
- (5) 標準化死亡比計算  $SMR > 1$  時，表示該地區死亡風險高於標準人口之死亡率，當  $SMR < 1$  時，表示該地區死亡風險小於標準化人口之死亡率。
- (6) 標準化死亡率較高，粗死亡率高：現行自殺防治策略可能不適宜，建議研討更完善的防治策略。
- (7) 108-110 年標準化死亡比(以全國為基準)

整體而言，三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，瑞芳區及三芝區，其  $SMR > 1$ ，且達到統計上顯著，表示自殺死亡風險高於全國。

## (8) 108-110 年標準化死亡比(以全國為基準)

整體：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，較值得注意的鄉鎮市區為，三芝區、瑞芳區及三峽區，其  $SMR > 1$ ，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於所在縣市。

各年齡層：三年移動平均標準化死亡比(校正各年齡層)，25-44 歲為淡水區，45-64 歲為三峽區，其  $SMR > 1$ ，達到統計上顯著；65 歲以上為瑞芳區，其  $SMR > 1$ ，且達到統計上顯著，表示該地區自殺死亡風險高於所在縣市。

# 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及 自殺防治計畫建議書

## 一、背景 (Context)

全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書為 111 年度「全國自殺防治中心計畫」之基本工作項目，係依需求說明書項目而分析編寫。重點在提供各縣市因地制宜之自殺防治策略參考資料；需求說明書內文如下：「依據自殺防治法第 9 條第 2 項第 2 款規定，於 111 年 3 月 31 日前，併同「110 年自殺通報年報表」及「110 年總體自殺防治策略報告」，更新「全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，提供本部、各縣市政府於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施，以及精神醫療網核心醫院輔導各縣市自殺防治業務之參考。」。

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。故自殺防治策略之規劃須以「因地制宜」為方向，掌握不同地區的特性以落實「在地化」、「社區化」之目標。中心自民國 106 年以來持續編寫全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，提供衛生福利部及各縣市政府參考運用。

中心分析全國及 22 縣市自殺相關資料特性，更新全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，編寫「全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書」，內容涵蓋自殺相關數據特性分析及自殺防治策略建議，作為衛生福利部、各縣市政府及精神醫療網核心醫院於推動在地因地制宜自殺防治行動方案或措施之用。

## 二、輸入 (Input)

### 1. 資料蒐集

#### 1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：85-109 年。

(2) 於衛生福利部公布全國十大死因後，中心向衛生福利部統計處/衛生福利部衛生福利資料科學中心進行資料申請，再由研究發展組同仁前往統計處分析資料。

#### 2) 自殺通報資料檔

(1) 資料期間：95-110 年。

(2) 向自殺防治通報系統維護廠商申請自殺通報資料。(詳見章節 2.3 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)

### 2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、東捷資訊服務股份有限公司。

2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、進行統計分析。

## 三、過程 (Process)

### 1. 執行步驟與方法

1) 根據 109 年度全國自殺死亡資料及各縣市自殺死亡趨勢，包含性別、年齡及死因分析。

2) 根據 110 年自殺通報資料，分析各縣市自殺通報特性，包含自殺方式、自殺原因。

3) 整理自殺防治策略，徵詢專家意見，擬定各縣市因地制宜之具體自殺防治計畫建議。

4) 彙整報告及建議函送衛生福利部。

### 2. 資料分析

1) 自殺死亡特性分析

2) 自殺通報資料分析

### 3. 策略擬定

## 四、成果 (Product)

### 1. 執行結果

1) 全國自殺資料特性分析及防治策略建議 1 份。

內容分析臺灣自殺相關數據與現況，包含 108 年及 109 年各項自殺死亡數據比較，分別針對各種族群、自殺方式擬定全面性、選擇性、指標性自

自殺防治策略建議。策略摘要如下：

### (1) 指標性策略

指標性策略對象為高自殺風險個人，主要針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務主要在於追蹤關懷自殺企圖者，強化偏遠地區之緊急救護能力，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，防止再度試圖自殺。

- a. 強化自殺防治通報系統效能、自殺企圖者處遇及介入體系。
- b. 促進個案社會連結與照護網絡整合。
- c. 提供自殺企圖者或親友(遺族)後續關懷服務輔導，視其需求提供資源轉介。

### (2) 選擇性策略

選擇性策略以高風險群為對象，以守門人(gatekeeper)推廣為核心方法，包括憂鬱症共同照護體系之推行、精神疾病的早期診斷與有效處置、強化心理健康篩選及高風險群的辨識。

- a. 提供高風險族群社會資源、加強自殺高風險者接觸到心理健康衛生資源之可近性。強化對保護服務個案、多元性別人口群的心理諮詢管道；加強對長照個案之照顧者的支持及心理健康衛生資源。
- b. 高風險族群之評估、篩檢及轉介，針對特定的自殺高風險群推動精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介。提升 COVID-19 或大規模傳染病隔離或確診者的心理健康照護並提供生活上的支持。
- c. 推展守門人概念、發展義工組織及全面推動「珍愛生命守門人」教育訓練，培養及精進自殺風險辨識及珍愛生命守門人之人力資源，加強醫事人員、長期照護人員、社工人員等第一線專業人員自身情緒及壓力管理技巧，與對自殺風險評估及應對的技能。

### (3) 全面性策略

全面性自殺防治策略之標的為全體民眾，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，以及自殺概況與相關資訊的有效監測。

- a. 促進民眾心理健康，加強心理衛生教育，增進社會大眾心理健康；製作宣導教材，建立數位學習網站，連結教育訓練資源，同時藉由多層面及多元之教育，如生命教育、情緒管理及壓力管理來推動心理健康促進。
- b. 減少高致命性自殺工具、方法之可近性，針對常用自殺工具、方法，推動



防治策略與管制辦法。

- c. 媒體報導之素質提升及監測。建立媒體自殺事件報導指引，並強化與媒體之對話，導正媒體報導以降低自殺的模仿效應；鼓勵媒體於報導自殺相關新聞時，能先與專家學者聯繫，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。
- d. 求助管道(如 1925)可近性提升並廣為宣導。

#### (4) 分群分眾分場域之自殺防治策略

- a. 加強各場域(職場、校園)防治策略，提供防治資訊與資源。
- b. 強化老人防治策略。
- c. 針對網路成癮進行防治策略，將網路成癮策略納入校園自殺防治。
- d. 強化 COVID-19 及大規模傳染病之因應策略。

### 2) 縣市自殺資料特性分析及防治策略建議共 22 份。

分別分析各縣市自殺現況，因地制宜提出該縣市建議強化之策略方向，用以符合各縣市不同特點。

以臺北市自殺資料特性分析及防治策略建議為例，策略如下：

各縣市自殺防治方面因受到地理、人口、文化等不同因素影響，有其因地制宜之策略及困境，故自殺防治策略之規劃須掌握不同地區的特性。

#### (1) 組織架構及基礎建設

- a. 應了解轄內人口特性(性別、年齡分佈等)、地理特性(山區、海區、狹長、幅員廣闊等)、產業特性(商、農、漁等)及相關資源分佈等，並與自殺死亡方式進行相關分析，以利防治進行。
- b. 縣市主管之重視：縣市自殺防治工作之成功與否，與當地縣市主管之重視有極大之關係。
- c. 依據自殺防治法第 5 條第 1 項：「直轄市、縣（市）主管機關為協調、諮詢、督導、考核及推動自殺防治工作，應設跨單位之自殺防治會。」，負責自殺防治重點工作之推動。
- d. 衛生局：應有一主管負責自殺防治工作之執行，包括協調醫院系統及公衛系統、建立轉介照會制度、教育宣導及醫院自殺防治業務督考等實際自殺防治業務。
- e. 關懷訪視：應有督導，針對通報關懷訪視流程及系統、自殺防治業務運作相關事宜等業務協助督導。並建議由精神科專科醫師或心理師擔任，定期召開個案及督導討論會，協助關懷訪視員評估個案自殺危險性等。且應針對關懷訪視員辦理教育訓練課程。

- f. 跨局處個案討論會：應定期辦理跨局處之個案討論會，討論個案情形以利網絡間之合作，且能避免資源重疊，以協助個案得到最有效之幫助。
- g. 自殺企圖個案送醫流程：衛生局宜規劃轄內各區優先負責接受警消轉送個案之醫院清單，各醫院應設有窗口，以利聯繫，而衛生局可扮演督導、協調之角色。
- h. 相關單作之合作連結：應與精神醫療網及其他相關單位(如社會局(處)、勞工局或生命線協會等)連結合作，並建立各合作單位之聯絡人名單。
- i. 轄內資源盤點：將轄內心理衛生、精神醫療及其他相關資源列表，以利各網絡了解、運用與連結。

## (2) 因地制宜策略建議

- a. 「14 歲以下」自殺粗死亡率上升，同時在自殺通報數據中亦為增加，同時通報原因中，「校園學生問題」占率明顯上升，因此在防治策略上建議強化「學生防治策略」，加強校園輔導機制，促進學生向輔導室求助意願，並舉辦自殺防治及心理健康促進之教育訓練。
- b. 老年人自殺粗死亡率為最高，且自殺通報人次增加，建議特別注意老年人心理照護。而老人憂鬱症診斷不易，常造成數據無法反映實際罹患憂鬱症或其相關情感性精神疾患之人數，且老人憂鬱症之診斷常需要家屬協助，故應針對一般大眾加強對老人憂鬱症之認識，方以提高相關精神疾患之診斷以及後續治療成功率。
- c. 自殺工具及方法中，「由高處跳下自殺及自傷」死亡率上升，同時在通報數據中亦有同樣的上升情形，具體防治方法包含設施安全性的強化、頂樓之通道管制、運用自殺數據發現熱點並針對熱點透過社區巡守、求助標示等，降低自殺方法可近性。
- d. 自殺通報原因中，「精神健康／物質濫用」占率於近年皆為最高，建議強化選擇性策略，早期辨識、早期防範，提供醫療或社福資源或有效協助個案就醫。「工作／經濟」及「校園學生問題」因素仍需加強「學生防治策略」與「職場防治策略」，尤其以「校園學生問題」之占率上升至第三高通報原因，應強化學生防治策略。

## 五、 附件

附件 2-3-1 全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書(以全國、臺北市為例)

# 自殺企圖者之通報與關懷追蹤

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題與重要性

國家級自殺防治三大策略中之指標性策略，主要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。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。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。

衛生福利部基於上述原因，於 95 年建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市建立自殺防治關懷網絡，針對存有自殺意念個案、自殺企圖個案、自殺死亡的家屬，進行及時關懷並介入輔導，並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品質，活絡社區支持網絡。104 年 12 月衛生福利部進行通報系統改版、109 年 7 月起積極推動自殺防治通報系統擴大通報作業及 109 年 8 月自殺防治法施行細則公佈，除醫療院所及衛生局所外，鼓勵非衛生單位於知悉有自殺事件時進行通報作業，有助於提升自殺企圖個案管理及訪視關懷服務。

綜言之，自殺防治通報系統之建置主要目的有下列三大項：

- 1) 落實自殺企圖行為、自殺意念及自殺死亡個案之通報。
- 2) 建立個案關懷及資源轉介之網絡。
- 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)及自殺方法，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企圖以自殺結束生命的人，透過分析自殺防治通報關懷系統資料(即自殺通報資料)，將有助於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. 目的與目標**

- 1) 建構完備的自殺防治通報關懷網絡。
- 2) 監測自殺通報系統的品質管理，並進行資料之統計分析。
- 3) 透過抽查訪視紀錄,檢視訪視的內涵，確保品質。給予建議以俾品秩提升。

## **二、輸入(Input)**

### **1. 執行步驟與方法**

- 1) 建構完備的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) 監控通報系統，進行資料之統計分析與判讀：
  - (1) 蒐集資料：系統資料存放於衛生福利部資訊室中，需向維護廠商申請，方可取得所有資料之明細檔，自殺通報之明細檔在線上即可取得。
  - (2) 進行資料清檔。
  - (3) 定期進行自殺防治通報資料統計分析，並提供給相關單位進行討論及修正。
- 3) 按月抽查訪視紀錄，彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議。(詳見章節 6.3 關懷訪視紀錄抽查)

### **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、各縣市社區心理衛生中心、醫院、關懷訪視承辦單位、東捷資訊服務股份有限公司。
- 2) 資源連結內容及形式：定期製作分析報表、提供統計資料、系統維護及專家諮詢等。

## **三、過程(Process)**

### **1. 檢討現行自殺防治通報系統，進行系統功能增修**

- 1) 針對各縣市衛生局及關懷訪視相關人員進行意見蒐集。
- 2) 召開會議討論，修正系統功能。
- 3) 向衛生福利部提出改善與建議。
- 4) 邀請系統廠商針對建議及資料錯誤提出修正規劃。

### **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。
- (2) 資料存放於衛生福利部資訊處之伺服器。
- 2) 資料建置與取得：
  - (1) 資料建置：通報單位接獲自殺通報，登入自殺防治通報系統進行資料登錄，之後由衛生局分案，將個案分配至各關懷訪視員，關懷訪視員進行訪視後再將資料登錄至系統。
  - (2) 資料申請：每月向系統維護廠商以電子郵件申請自殺通報資料，申請期間為當年 1 月 1 日至當月 10 日。
  - (3) 資料撈取：廠商依照中心填寫之申請期間撈取資料後，以電子郵件通知中心並附上資料連結。中心下載之檔案為加密壓縮檔，需以密碼解密後方可取得原始資料。
- 3) 資料清檔：進行資料檢查後，進行清檔與串聯彙整。
- 4) 資料提供：
  - (1) 按月協助檢視自殺通報系統產出之「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」數據。
    - a. 「自殺通報月報表」：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、30 天再自殺率及特殊身份註記個案比例等)。
    - b. 「各縣市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、自殺方法及自殺原因等)與各通報單位通報件數表；每月依據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) 按月函送「自殺通報月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」至精神醫療網核心醫院。
  - (3) 依業務需求，不定期提供各縣市衛生局統計分析資料。

#### 四、成果(Product)

##### 1. 自殺通報資料分析

- 1) 每月函送「自殺通報關懷月報表」及「各縣市通報個案特性分析表」至精神醫療網核心醫院，統計至 9 月 30 日共 206 份。(報表格式範例詳見附件 2-4-1、2-4-2)
- 2) 按季年製作「自殺通報關懷季報表」、「自殺通報關懷年報表」及「各縣市通報個案特性分析表」，每季函送季報表至精神醫療網核心醫院，統計至 9 月 30 日共 46 份。

3)95 年 1 月至 111 年 9 月統計分析如下(擷取日期：111 年 10 月 11 日)

(1) 通報人次：

全國通報人次在 95 年後大致為逐年上升的趨勢，僅在 100、102、105 年些微下降，而 110 年總通報人次為 43,469 人次，與前一年度相比上升 7.5%，111 年 1 月至 9 月通報人次為 33,144 人次，與去年同期相比下降 2,301 人次，降幅為 6.9%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，110 年為 11.5 (如圖 2-4-1)。

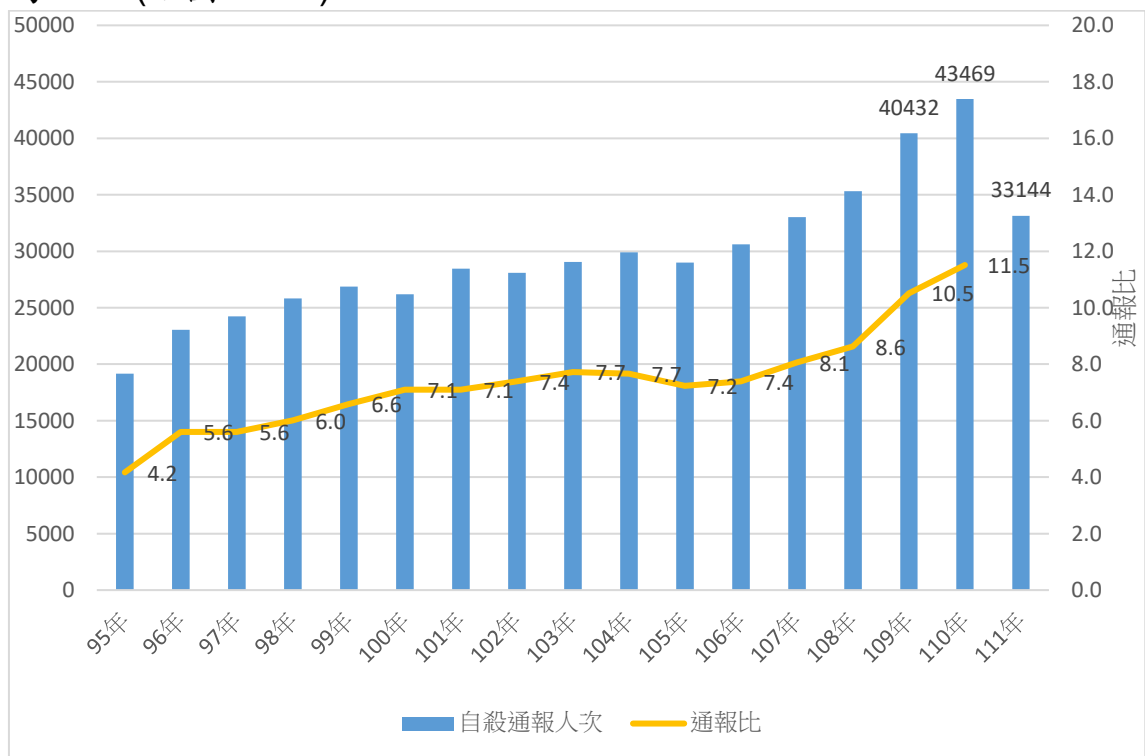


圖 2-4-1、95 年至 111 年 9 月全國自殺通報人次及通報比趨勢

(2) 通報單位類型

由 100 年至 111 年 9 月各類型通報單位資料顯示(如圖 2-4-2)，通報單位主要來自醫療院所，其占率介於 64.8~91.7%，顯示醫療院所通報已為例行政工作，近年來因持續鼓勵各單位通報，醫療院所通報占率逐步降低，顯示其他通報單位類型逐漸擴張。通報占率次高為警消單位，通報占率逐年增加，至 111 年 1 至 9 月升至 17.5%，教育單位的通報占率自 105 年起亦逐年上升，111 年 1 至 9 月占率為 7.1%。

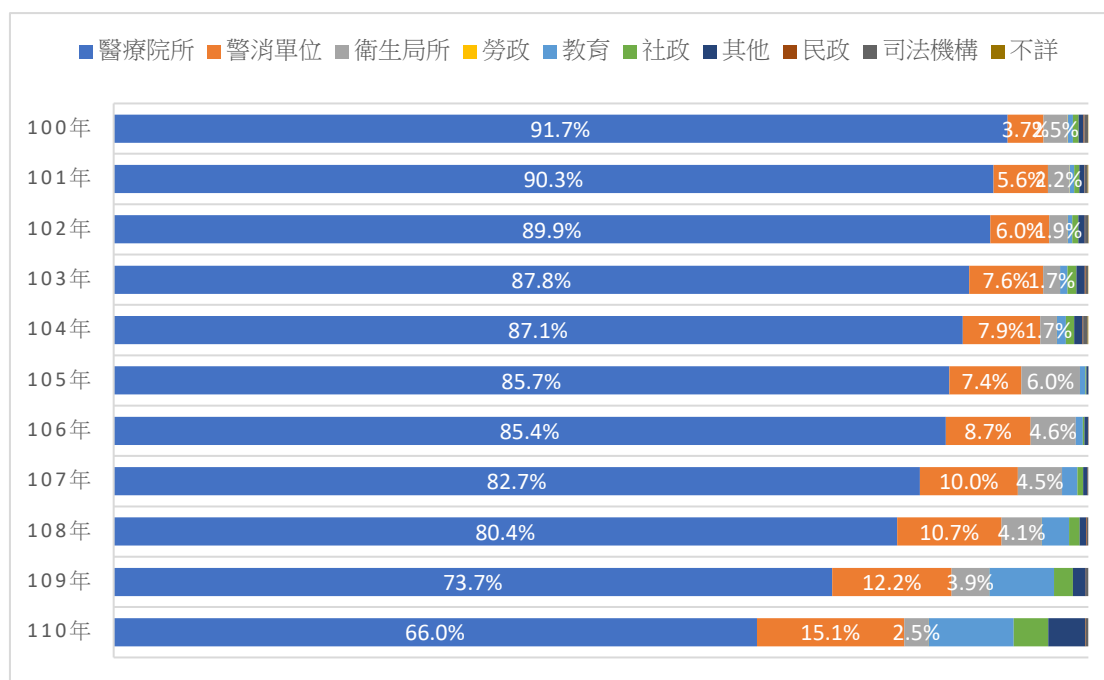


圖 2-4-2、100 年至 111 年 9 月各類型通報單位自殺通報占率

### (3) 通報指標

各項通報指標，在中心持續推動以及各單位努力合作之下，通報比逐年上升，至 103 年通報比達到 7.7，110 年通報比則為 11.5。30 天再自殺率則呈現逐年增加的趨勢，111 年 1-8 月自殺通報個案 30 天再自殺率 8.0%，可能的原因是持續積極推動通報自殺案件，原先未被通報的黑數在鼓勵通報的政策下，盡可能讓自殺行為者進入到通報體系，過往研究數據顯示，再自殺個案為自殺死亡的高風險族群，針對再自殺高風險個案加強管理，落實通報訪視作業並搭配資訊系統的功能優化，針對高風險族群加強以個案為中心，跨衛政、諮商、精神醫療、教育、社政、勞政聯繫協商，提供整合式照護，及時介入提供個案協助及轉介相關資源，避免憾事發生。

### (4) 自殺企圖者之特性

111 年 1 至 9 月通報共 33,144 人次，其中女性通報 22,014 人次，男性通報 11,131 人次，女性為男性 1.98 倍；由個案年齡層分析，通報人次占率由高至低依序為 15-24 歲(占率 28.0%)、25-34 歲(占率 19.3%)、35-44 歲(占率 17.1%)、45-54 歲(占率 12.1%)、55-64 歲(占率 8.0%)、65-74 歲(占率 5.4%)、14 歲以下(占率 5.1%)、75 歲以上(占率 4.9%)。以性別的年齡層結構來看，男性通報人次最高的年齡層為 25-34 歲，佔男性通報的 20.4%；女性通報人次最高的年齡層為 15-24 歲，佔女性通報的 32.6%(如表 2-4-1)。15-24 歲通報個案占率最高，此年齡層較多為學生族群，應加強校園內

珍愛生命守門人之觀念，並強化學校單位與精神醫療資源的轉介。期盼未來持續提升個案資料之完整性，以利探究個案自殺行為背後的根因。

表 2-4-1、111 年 1-9 月性別年齡層別分析

	男性		女性		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
14 以下	399	3.6	1300	5.9	1699	5.1
15-24	2128	19.1	7168	32.6	9296	28
25-34	2275	20.4	4106	18.7	6381	19.3
35-44	2050	18.4	3605	16.4	5655	17.1
45-54	1484	13.3	2523	11.5	4007	12.1
55-64	1130	10.2	1513	6.9	2643	8.0
65-74	880	7.9	899	4.1	1779	5.4
75 以上	761	6.8	856	3.9	1617	4.9
不詳	24	0.2	44	0.2	68	0.2
總計	11131	100	22014	100	33145	100

自殺方式分析，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(45.0%)仍為最多採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(32.5%)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 2-4-2)。

表 2-4-2、111 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺方式與性別分析

	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	4192	37.7	10710	48.7	14902	45.0
以家用瓦斯自殺及自為中毒	117	1.1	61	0.3	178	0.5
由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	887	8.0	528	2.4	1415	4.3
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	860	7.7	787	3.6	1647	5.0
溺水(淹死)自殺及自傷	429	3.9	699	3.2	1128	3.4
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	25	0.2	2	0.0	27	0.1
切穿工具自殺及自傷	2648	23.8	8133	36.9	10781	32.5
由高處跳下自殺及自傷	1284	11.5	2098	9.5	3382	10.2

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 歲以下粗分類自殺方式占率排序前三位為



「切穿工具自殺及自傷」(46.3%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(25.8%)及「由高處跳下自殺及自傷」(20.2%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「割腕」(39.5%)、「高處跳下」(20.2%)及「安眠藥、鎮靜劑」(13.2%)。15-24 歲粗分類自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.5%)、「切穿工具自殺及自傷」(42.4%)及「由高處跳下自殺及自傷」(11.8%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「割腕」(37.4%)、「安眠藥、鎮靜劑」(30.0%)及「其他藥物」(12.8%)。25-34 歲粗分類自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39.0%)、「切穿工具自殺及自傷」(37.2%)、「由高處跳下自殺及自傷」(10.9%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「割腕」(31.3%)、「安眠藥、鎮靜劑」(28.0%)及「以其他方式」(11.2%)。35-44 歲粗分類自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(45.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(30.7%)、「由高處跳下自殺及自傷」(9.2%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「安眠藥、鎮靜劑」(32.6%)、「割腕」(24.5%)及「以其他方式」(11.0%)。45-54 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(51.1%)、「切穿工具自殺及自傷」(24.4%)、「由高處跳下自殺及自傷」(8.2%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「安眠藥、鎮靜劑」(35.3%)、「割腕」(18.3%)及「以其他方式」(11.8%)。55-64 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(49.9%)、「切穿工具自殺及自傷」(19.0%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(7.8%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「安眠藥、鎮靜劑」(32.3%)、「割腕」(12.5%)及「以其他方式」(12.0%)。65-74 歲自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(53.2%)、「切穿工具自殺及自傷」(14.1%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(11.4%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「安眠藥、鎮靜劑」(29.8%)、「以其他方式」(12.2%)及「上吊、自縊」(9.9%)。75 歲以上自殺方式占率排序前三位為「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(56.5%)「切穿工具自殺及自傷」(12.5%)、「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(12.4%)；細分類自殺方式占率排序前三位為「安眠藥、鎮靜劑」(23.0%)、「農藥」(14.5%)及「上吊、自縊」(11.1%)。(如表 2-4-3)

表 2-4-3、111 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺方式與年齡層別之占率(%)

	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	25.8	44.5	39	45.7	51.1	49.9	53.2	56.5
以家用瓦斯自殺及自為中毒	0.1	0.1	0.5	0.7	0.8	1.1	1.3	0.6

由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒	0.2	1.9	6.6	6.2	6.3	6.1	1.9	0.9
吊死、勒死及窒息之自殺及自傷	3.2	3.3	3.8	4.2	4.6	7.8	11.4	12.4
溺水(淹死)自殺及自傷	0.9	2.2	3.7	3.2	3.6	5.8	6	5.2
鎗砲及爆炸物自殺及自傷	0	0	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0
切穿工具自殺及自傷	46.3	42.4	37.2	30.7	24.4	19	14.1	12.5
由高處跳下自殺及自傷	20.2	11.8	10.9	9.2	8.2	6.7	7.1	4.9

註：自殺方式為複選，分母為通報人次。

自殺原因除了「無法說明及不詳」以外，排序前三位為「精神健康／物質濫用」(51.9%)、「情感／人際關係」(49.1%)及「工作／經濟」(11.6%)。男性前三位為「精神健康／物質濫用」(46.2%)、「情感／人際關係」(42.5%)及「工作／經濟」(16.3%)；女性前三位為「精神健康／物質濫用」(54.7%)、「情感／人際關係」(52.4%)及「工作／經濟」(9.2%)，無論男女，其自殺原因排序前三位皆與全國排序相同。(如表 2-4-4)。

表 2-4-4、111 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺原因與性別分析

	男		女		總計	
	人次	%	人次	%	人次	%
情感／人際關係	4731	42.5	11543	52.4	16274	49.1
精神健康／物質濫用	5140	46.2	12047	54.7	17187	51.9
工作／經濟	1818	16.3	2024	9.2	3842	11.6
生理疾病	1292	11.6	1141	5.2	2433	7.3
校園學生問題	457	4.1	1428	6.5	1885	5.7
迫害問題	109	1.0	452	2.1	561	1.7
其他原因	978	8.8	1455	6.6	2433	7.3
無法說明及不詳	1748	15.7	2191	10.0	3939	11.9

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「無法說明及不詳」以外，14 歲以下自殺原因占率排序前三位為「情感／人際關係」(48.6%)、「精神健康／物質濫用」(48.1%)、「校園學生問題」(30.7%)。15-24 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(60.2%)、「情感／人際關係」(47.1%)、「校園學生

問題」(13.7%)。25-34 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(56.2%)、「精神健康／物質濫用」(50.4%)、「工作／經濟」(17.4%)。35-44 歲之自殺原因占率前三位分別為「情感／人際關係」(57.4%)、「精神健康／物質濫用」(50.3%)、「工作／經濟」(16.7%)。45-54 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(52.0%)、「情感／人際關係」(49.9%)、「工作／經濟」(16.5%)。55-64 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(48.7%)、「情感／人際關係」(42.4%)、「生理疾病」(16.3%)。65-74 歲之自殺原因占率前三位分別為「精神健康／物質濫用」(44.0%)、「情感／人際關係」(35.8%)、「生理疾病」(31.9%)。75 歲以上之自殺原因占率前三位分別為「生理疾病」(45.5%)、「精神健康／物質濫用」(33.3%)、「情感／人際關係」(27.1%)。(如表 2-4-5)。

表 2-4-5、111 年 1-9 月自殺企圖通報個案自殺原因年齡層別占率分析

	14 以下	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 以上
情感／人際關係	48.1	60.2	50.4	50.3	52.0	48.7	44.0	33.3
精神健康／物質濫用	48.6	47.1	56.2	57.4	49.9	42.4	35.8	27.1
工作／經濟	0.2	7.1	17.4	16.7	16.5	12.7	5.5	1.0
生理疾病	0.5	1.1	1.6	3.1	7.4	16.3	31.9	45.5
校園學生問題	30.7	13.7	1.0	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0
迫害問題	1.8	1.6	2.2	2.1	1.2	1.3	1.5	0.9
其他	9.9	6.6	6.9	7.1	7.7	8.8	7.5	7.9
不願說明或無法說明	10.0	9.4	11.4	12.7	13.4	14.5	14.2	16.9

註：自殺原因為複選，分母為通報人次。

#### (5) 各縣市訪視次數

以 111 年 1-9 月之關懷情況來看，全國的平均訪視次數為 2.0 次，尚未達到平均次數之縣市有臺北市(平均 1.2 次)、臺中市(平均 1.9 次)、高雄市(平均 1.7 次)、宜蘭縣(平均 1.9 次)、彰化縣(平均 1.9 次)、雲林縣(平均 1.8 次)、嘉義縣(平均 1.7 次)、基隆市(平均 1.7 次)、連江縣(平均 0.8 次)。(如表 2-4-6)。

表 2-4-6、111 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表(一般自殺個案)

	111 年 1-10 月		
	平均數	標準差	中位數
全國	2.0	1.7	2.0
新北市	2.4	1.8	2.0
臺北市	1.2	1.4	1.0

表 2-4-6、111 年 1-9 月全國及各縣市關懷次數表(一般自殺個案)

	111 年 1-10 月		
	平均數	標準差	中位數
桃園市	2.5	1.7	2.0
臺中市	1.9	1.6	2.0
臺南市	2.2	1.6	2.0
高雄市	1.7	1.3	1.0
宜蘭縣	1.9	1.6	2.0
新竹縣	2.0	1.7	2.0
苗栗縣	2.1	1.7	2.0
彰化縣	1.9	1.6	2.0
南投縣	2.3	2.1	2.0
雲林縣	1.8	1.4	2.0
嘉義縣	1.7	1.4	1.0
屏東縣	2.0	1.8	2.0
臺東縣	2.8	2.0	3.0
花蓮縣	2.0	1.6	2.0
澎湖縣	2.4	1.6	2.0
基隆市	1.7	1.5	1.0
新竹市	2.6	1.7	2.0
嘉義市	2.1	1.3	2.0
金門縣	2.0	1.4	2.0
連江縣	0.8	1.3	0.0

#### (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，家暴被害人占 21.5%、家暴加害人占 20.5%、精照列管個案占 12.9%、兒少被害人占 7.4%、兒少加害人占 5.7%、毒防個案占 5.1%、家暴高危被害人占 4.5%、家暴高危加害人占 1.9%、嚴重病人占 1.4%、替代治療個案占 1.5%、性侵加害人占 0.4% (如表 2-4-7)。

表 2-4-7、111 年 1-9 月全國各縣市特殊身份註記個案比率表

縣市	情照列管嚴重 案(%)	病人(%)	家暴高危害人(%)	家暴高危害人(%)	家暴加害人被 害人(%)	家暴被害 人(%)	兒少加害 人(%)	兒少被害 人(%)	性侵害 人(%)	替代治 療(%)	毒品防 範(%)
全國	12.9	1.4	1.9	4.5	20.5	21.5	5.7	7.4	0.4	1.5	5.1
台中市	13.3	1.3	1.8	4.6	22.3	24.6	4.8	5.7	0.4	1.4	4.7
台北市	12.4	1.6	1.6	4.7	20.6	21.5	4.9	6.9	0.1	0.7	3.5
台東縣	15.5	0.7	2.3	3.6	21.1	23.7	6.9	8.2	0.3	0.7	8.6
台南市	12.6	1.3	2.2	5.0	17.3	19.2	4.7	5.1	0.2	1.9	5.4
宜蘭縣	15.0	2.4	3.0	3.5	19.8	21.6	5.6	7.1	1.4	2.0	6.1
花蓮縣	13.4	1.7	1.7	6.0	15.5	21.1	5.5	14.7	0.6	1.0	6.7
金門縣	20.0	1.5	1.5	3.1	23.1	9.2	3.1	4.6	1.5	0.0	3.1
南投縣	12.7	1.3	2.5	3.0	20.9	20.5	7.9	6.1	0.7	3.2	6.9
屏東縣	17.2	2.6	1.8	4.7	18.5	22.0	8.6	6.8	0.7	2.2	5.7
苗栗縣	8.5	2.5	2.3	3.9	20.8	18.7	3.4	5.5	1.4	2.2	6.7
桃園市	9.6	1.1	2.1	4.9	19.6	18.9	5.2	8.0	0.4	1.5	5.3
高雄市	14.4	1.9	1.5	4.2	23.5	24.5	7.1	6.9	0.4	2.1	5.3
基隆市	17.7	1.3	1.3	6.5	22.7	22.3	6.0	9.0	0.8	1.5	6.3
連江縣	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
雲林縣	14.3	1.2	1.7	5.2	22.6	24.1	5.8	8.1	1.0	2.7	7.1
新北市	11.5	0.8	1.7	3.9	18.9	19.9	5.5	9.5	0.4	1.1	4.8
新竹市	10.3	1.0	1.9	4.1	17.2	18.6	5.0	7.1	0.5	0.5	3.4
新竹縣	9.8	2.1	3.1	5.4	18.3	18.1	5.1	6.0	0.5	1.1	5.4
嘉義市	13.6	3.2	3.2	6.2	23.2	22.1	6.0	4.4	0.0	2.1	6.9
嘉義縣	10.8	0.7	2.3	4.5	21.3	20.7	4.2	5.5	1.2	2.6	5.8
彰化縣	18.7	0.9	1.5	3.8	23.5	23.9	7.3	7.5	0.4	1.9	4.2
澎湖縣	18.7	1.3	1.3	6.7	10.7	14.7	1.3	4.0	0.0	1.3	2.7

註：特殊身份註記個案比例=該縣市特殊身份註記人次÷該縣市通報人次

## 2. 滾動式修正策略建議

- 1) 依照需求說明書內容辦理，按月更新自殺通報關懷月報表須含滾動式修正策略建議、修正全國及 22 縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並追蹤各縣市後續因應作為及執行情形。
- 2) 每月至自殺防治通報系統更新滾動式修正策略建議，滾動式修正策略建議內容針對月報表中數據加以判讀，並由中心編寫自殺防治策略的修正建議，供各縣市衛生局參考。

- 3) 追蹤各縣市衛生局每季策略建議執行情形，包含執行結果與意見回饋，業於 9 月函送 111 年第 2 季策略建議執行情形至衛生福利部，並按季持續進行。

### 3. 結論

#### 1) 自殺通報資料分析

全國通報人次在 95 年後大致為逐年上升的趨勢，僅在 100、102、105 年些微下降，而 110 年總通報人次為 43,469 人次，與前一年度相比上升 7.5%，111 年 1 月至 9 月通報人次為 33,144 人次，與去年同期相比下降 2,301 人次，降幅為 6.9%。全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，110 年為 11.5。

在自殺方式部分，111 年 1-9 月「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(45.0%)仍為最多人採用之方式，「切穿工具自殺及自傷」(32.5%)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。

特殊身份註記方面，111 年 1-9 月通報個案中，家暴被害人占 21.5%、家暴加害人占 20.5%、精照列管個案占 12.9%、兒少被害人占 7.4%、兒少加害人占 5.7%、毒防個案占 5.1%、家暴高危被害人占 4.5%、家暴高危加害人占 1.9%、嚴重病人占 1.4%、替代治療個案占 1.5%、性侵加害人占 0.4%。

- 2) 根據各縣市每月通報數據變化，編寫滾動式自殺防治策略建議。
- 3) 持續檢測自殺通報資料撈取之正確性及與系統維護廠商溝通。
- 4) 持續蒐集使用者對自殺防治通報系統相關之問題與建議，彙整各縣市衛生局所提供改善建議後交予衛生福利部 (詳見章節 6.1 關懷訪視制度修正及系統增修建議)。
- 5) 建議與改善：

本中心藉由歷年自殺死亡數據及自殺通報數據得知，各縣市高危險因子種類並無不同，差別僅在於高危險因子所占比例差異。今年依照近年全國自殺死亡資料統計、過去自殺高風險縣市輔導訪查、抽查自殺防治通報系統訪視記錄結果及實務督導及高風險縣市輔導訪查摘要，更新全國及 22 縣市自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書，提供衛生福利部及各縣市衛生局參考運用。

指標性策略主要對象為高自殺風險個人，也就是曾經有自殺企圖的個案，針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務為主要工作。自殺防治通報系統的功能增修為重要的一環，中心除了每月分析自殺通報數據外，亦持續

收集各縣市使用者對於系統的增修建議，發現使用者除自殺通報及訪視流程的改善建議外，對於自殺通報資料庫的使用需求日漸提升，如通報個案即時性的統計數據等，建議未來可朝系統資料整合方面，提供自殺通報、訪視、數據監測的整合性平臺，以期自殺防治工作能更增效益。

## **五、附件**

附件 2-4-1 111 年 9 月自殺通報月報表

附件 2-4-2 111 年 9 月通報個案特性分析表(以臺北市為例)

## 參、辦理自殺防治之實證研究

工作項目 (依照 111年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
<b>(三)辦理自殺防治之實證研究</b>	
1. 於111年6月30日前，收集國內外文獻，研析COVID-19所造成之經濟及就業衝擊，並對於勞動人口群心理健康及自殺趨勢之影響進行研究，並應依研究結果，提出後疫情時代心理健康及自殺防治之相關策略及政策建議。	依規定執行完成 詳見3.1章節
2. 了解本部長期照顧司統計數據需求，針對老年人口群、長期照顧個案及其照顧者，運用長期照顧司提供之數據，及自殺死亡資料、自殺通報資料，針對前開人口群之人口學變項(如：性別、年齡、族群、居住縣市、區域、經濟狀況等)及流行病學變項進行單變項、多變項之描述性統計分析及推論性統計分析，並應依統計發現提出自殺防治策略及政策建議。	依規定執行完成 詳見3.2章節
3. 配合107年中華民國(臺灣)兒童權利公約首次國家報告國際審查結論性意見，本部所提之「逐年提供前1年度之兒少及原住民族自殺死亡/通報分析與自殺防治策略建議予教育部及原住民族委員會」行動方案，於彙整教育部及行政院原住民族委員會統計數據需求後，研析青少年(國小學齡層、國中學齡層、高中學齡層、大學學齡層)及原住民族自殺資料，於111年7月31日前，併同提供給該二部會之防治策略建議提供本部審查後，送教育部及行政院原住民族委員會參考運用。	依規定執行完成 詳見3.3章節
4. 依據自殺防治法第9條第2項第1款規定，由承辦廠商擇定至少1個主題，辦理自殺防治現況調查，主題需經本部同意後始得辦理。	依規定執行完成 詳見3.4章節



# COVID-19 之經濟業衝擊與自殺防治

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

2020 年 COVID-19 席捲全球，成為全世界最為嚴重的傳染病，根據 WHO 統計，截至 2022 年 3 月已造成全球 4.58 億人染疫，604 萬人病歿，台灣總計 21,288 人染疫，853 人病歿。歷經 2 年多的非藥物介入(NPIs)和封鎖政策，以及疫苗開發及接種，COVID-19 病毒也不斷變異，從原始株到現在最多的 omicron 變異株，都造成防疫上的困難，根據我國陳建仁前副總統表示，隨著時間推演，未來 COVID-19 病毒將邁向流感化，因此對民眾的生理健康的影響也將不斷持續。

COVID-19 不僅造成生理上的影響，心理、經濟上的影響更是不乏，國外的研究指出，疫情對全球經濟產生了重大影響，包含失業率上升、經濟困難，這可能影響民眾的生活及心理健康進而造成自殺率上升(Kawohl & Nordt, 2020; Bastiampillai et al., 2020; Deady et al., 2020)；2019 年加拿大的研究亦指出，失業率每增加 1%，自殺率實際上可能增加 2.1%(Kneebone, 2019)。

國內研究發現(Lin, Chang, & Shen, 2021)過去 1918 年的西班牙流感造成台灣自殺死亡人數短暫增加，主要因素可能包含害怕疫情的惡化，和疫情防治措施所導致的社交孤立及經濟衝擊，同時證據指出 COVID-19 確診者同樣可能面臨生物性的病毒影響神經系統，而增加自殺的風險(Tzeng et al., 2020)，在民國 109 年台灣的自殺死亡並未隨疫情增加，後續的研究則發現 25 歲以下在疫情後自殺率仍維持增加的趨勢，65 歲以上則變為增加的趨勢，主要因為疫情中斷老人就醫服務與社交隔離增加了孤獨感(Y. Y. Chen, Yang, Pinkney, & Yip, 2021)，國內學者為進一步了解民國 92 年 SASR 對自殺死亡率的影響，利用 1993-2003 年逐月自殺死亡人數分析疫情中及疫情後對各年齡層死亡率的影響，結果發現除 45-64 歲於單一個月有顯著上升外，整體自殺死亡率並未有顯著上升之現象(S. S. Chang et al., 2022)，其他針對新北市的研究透過分析逐週自殺死亡人數及自殺通報人次，發現女性自殺通報人次在疫情之後有小幅增加的趨勢，男性則沒有，而自殺死亡則均沒有增加(Su et al., 2022)，國內調查則顯示將近 45.4%的民眾曾感受 COVID-19 所帶來的壓力，其中高自殺風險、孤獨感高者及低自我效能者有較大的機會感受到 COVID-19 所帶來的壓力(Wu et al., 2022)。

國外的研究針對 21 個國家在大流行初期的幾個月內，自殺死亡人數相較大流行前是否有增加的趨勢，結果並未發現有任何國家相較之前有顯著增加(Pirkis et al., 2021)，另一份研究則利用統合分析發現相較大流行前，在自殺意念、自殺企圖、自殺行為方面分別增加(10.81%)、(4.68%)、(9.63%)，研究也指出年輕者、女性、民主國家更容易在大流行期間有自殺意念，在日本第二波疫情則發現自殺率有上升之趨勢，同時針對脆弱的群體亦需謹慎面對可能上升的自殺趨勢(Tanaka & Okamoto, 2020)，然而其他研究發現雖然在大流行初期醫療服務系統中自我傷害

後的就診頻率雖然下降，然而在青少年，特別是女性在自我傷害後求助需求有增加的趨勢(Steege et al., 2022)。

精神疾病與心理健康往往取決於生活環境的社會狀況、經濟、物質，許多研究也指出社會不平等與常見精神疾病的增加有關，特別在 COVID-19 的侵襲下，社會不平等的更加惡化，而 COVID-19 的侵襲對經濟的影響也不平等發生在社會上的每個群體，部分工作仍可以透過遠距辦公來完成，然而另一部分工作並無法透過遠距來完成，例如觀光、餐飲等，因此本文欲探討包含 COVID-19 對總體、個體經濟的影響與自殺的相關性，並利用國內外文獻以研析 COVID-19 造成的經濟的影響對自殺死亡率的衝擊。

## 2. 業務目的與目標

探討 COVID-19 對就業及經濟的影響與其對心理健康、自殺之影響。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

#### 1) 組織建立

#### 2) 文獻蒐集方法

(1) 蒐集系統性回顧文章

(2) 滾雪球法蒐集

#### 3) 自殺防治調查檔

(1) 資料期間：110 年。

(2) 說明：委託全方位市場調查有限公司針對全體國民進行電話抽樣調查，並使用電腦輔助電話訪問法(CATI)，內容包含評估民眾對自殺現象之瞭解程度、瞭解民眾面對自殺行為之態度、瞭解疫情(COVID-9)對民眾心理健康的影響、瞭解民眾心理健康情形、運用心情溫度計等量表，檢測國人情緒困擾之現況、自殺意念之風險。

### 2. 資源連結合作

1) 合作單位：臺大醫學院圖書館、健康行為與社區科學研究所張書森教授、台大醫院精神醫學部心身醫學科廖士程主任。

2) 資源連結內容及形式：Embase 學術期刊資料庫、專家會議諮詢。

## 三、過程(Process)

### 1. 組織建立

由本中心召集各領域專家學者含精神醫學、流行病學等，並於文獻蒐集完成後，進行嚴格評讀與篩選。

### 2. 文獻收集

1) 國外文獻則利用 Embase 上搜尋 economic recession OR unemployment& Mental health OR suicide，並篩選 systemic review 的文章共 10 篇，如表 3-1-

1，後續並利用滾雪球法持續蒐集文獻。

2) 國外文獻統計相關則利用 economic recession OR unemployment& Mental health OR suicide，並針對 2020-2022 年期間與 COVID-19 造成經濟影響與心理健康及自殺相關的文獻進行整理後，如表 3-1-2。

3) 國內文獻利用關鍵字搜尋於 Embase 上搜尋 unemployment & suicide & Taiwan，搜尋共找到 54 篇，經篩選後剩餘 11 篇。

表 3-1-1、系統性回顧(systemic review)文獻之研究方法

作者	搜尋資料庫	關鍵字	搜尋期間	文獻 納入 數
(Paul & Moser, 2009)	PsycINFO, Sociological Abstracts, ERIC, Dissertation Abstracts International, Psynex, WISO, Diss-CD	1. 失業者與就業者比或關於失業者心理健康的追蹤型研究 2. 心理健康的評估是透過標準化及客觀的程序評估 3. 樣本不是來自醫療機構	1950-2009	237
(Milner, Page, & LaMontagne, 2013)	Pub Med, Web of Knowledge, Scopus and Proquest.	suicid* OR self injur* OR deliberate self-harm AND job loss OR unemploy*	1980-2013	16
(Oyesanya, Lopez-Morinigo, & Dutta, 2015)	Ovid Medline, Embase, Embase Classic, PsycINFO and PsycARTICLES	(econom*, financ*, cris*, cycl*, recessio*, depressio*, trend*decline, stagnation, contraction*, downturn*) and (suici*, mortality, mental health).	1992.01.-2014.3	38
(Parmar, Stavropoulou, &	PubMed, Web of Science,	“financial crisis”; “economic	2008.1-2015.12	41

Ioannidis, 2016)	EBSCOhost, Scopus, and Google Scholar. Secondly, we hand searched key healthcare journals (Lancet, European Journal of Public Health, Health Policy, Social Science and Medicine, The BMJ, PLoS One, and BMJ Open	crisis"; "recession"; "austerity"; in conjunction with "health"; "health outcomes"; "healthcare"; and "Europe."		
(Mucci, Giorgi, Roncaioli, Fiz Perez, & Arcangeli, 2016)	Pubmed	"economic crisis", "financial crisis", "work-related stress", "stress", and "health"	2010-2015.5	13
(Moore et al., 2017)	Medline, Premedline, Pubmed, Embase, Cochrane Library, Web of science, Psycinfo	Mental health conditions or effects e.g depression, suicide, anxiety( but not psychoses) AND economic recession OR financial hardship OR targeted interventions eg debt advice LESS exclusions AND (SRs or RCTs)	2015.5-2016.1	26
(Frasquilho et al., 2016)	Medline, PsycINFO, SciELO, and	"Economic recession" OR "Financial crisis" OR "Recession"	2004-2014	101

	EBSCO Host	OR “Unemployment” OR “Socioeconomic deprivation”; combined with 2) Mental health outcomes “Mental health” OR “Mental disorders” OR “Suicide” OR “Substance- Related Disorders”.		
(Marazziti et al., 2021)	PubMed, Scopus, Embase, PsycINFO, and Google Scholar	(economic crisis OR financial crisis OR crisis OR recession) AND (work-related stress OR stress OR mental health OR suicidality OR depression)	與 2007-2008 年金融風暴相關的文章，並於 2019 年 9 月更新	19
(Volkos & Symvoulakis, 2021)	PubMed	‘economic crisis’ [All Fields] AND ‘mental health’ [All Fields]	2009.01.01-2019.12.31	35
(Virgolino et al., 2022)	PubMed, Web of Science, SciELO, RCAAP, and Cochrane Library databases	(“Unemployment” OR “Job loss”) AND (“Suicide” OR “Suicidal ideation” OR “Suicide attempt” OR “Depression” OR “Depressed mood” OR “Anxiety” OR “Mood disorder” OR “Mental health” OR “Mental disorder” OR “Mental illness”)	2006.1-2019.11	294

### 3. 統計分析

#### 1) 資料來源

110 年 7 月 1 日至 7 月 14 日進行電腦輔助電話訪問(CATI)，針對台灣 15 歲以上民眾進行訪問，並以縣市為分層單位採分層比例抽樣(一開始總樣本數暫定 1,600 份進行縣市樣本配置，而樣本配額不足 68 份縣市皆增補至 68 份)，完成有效樣本共 2,119 份，並藉由 Ranking 事後加權使樣本符合母體結構。

#### 2) 分析目的

透過分析探討 110 年期間三級警戒後在工作及經濟上的衝擊及 110 年民調數據，以探討 110 年期間三級警戒在工作及經濟上的衝擊對心理壓力之影響。

#### 3) 測量變項

- (1) 是否因疫情所導致壓力以下列題項進行詢問「請問您過去一個月以來，有沒有因疫情關係直接或間接帶給您下列壓力？」，並分別以身體健康、心理健康問題、工作或經濟需求、家庭或人際關係問題、課業問題、日常問題，這五方面進行評估，而按壓力大小區分為完全沒有、輕微、中等程度、嚴重、非常嚴重、不知道/拒答，共五個選項，其中工作或經濟需求後續分析時，將完全沒有則重新編碼為 0，除完全沒有之外的選項則改為 1，不知道／拒答則歸為遺漏值，其餘四方面則視為連續型變數。
- (2) 情緒困擾以最近一週的簡式健康量表(BSRS-5)進行測量，簡式健康量表一共有五題，分別為睡眠困難、感覺緊張不安、覺得容易動怒或苦惱、覺得憂鬱心情低落、覺得比不上別人，各題以自評程度進行測量，程度分別為完全沒有、輕微、中等程度、厲害、非常厲害，並分別將各程度重新編碼為 0-4 分，並加總五題之總分，並以 5/6 分作為切點，5 分以下為沒有情緒困擾，6 分以上則為有情緒困擾，而過去的研究顯示簡式健康量表具有良好的信效度 (Lee et al., 2003)。
- (3) 其他人口學變項包含性別(男、女)、年齡層(15-75 歲以上，以 10 歲一組)、婚姻別(已婚、未婚、離異、喪偶、分居、不知道／拒答)、教育程度(國小以下、國中、高中職、專科、大學、研究所以上)、職業別(白領、軍公教、藍領、商店老闆/工商企業投資者、專業人員、家庭主婦、退休、無業/待業、其他、拒答)，並將不知道／拒答及無法歸類之類別均重新編碼為遺漏值。
- (4) 調查前身心狀態變數包含曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫，以否、是、不知道／拒答三個選項詢問；在心情不好時，有沒有一個可信任的人可以傾吐心聲以有、沒有、不知道／拒答三個選項詢問；曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物而影響生活，以否、是、不知道拒答三個選項詢問，並將不知道／拒答重新編碼為遺漏值。

#### 4) 分析方法

- (1) 過去一個月以來，因疫情關係直接或間接帶給您工作或經濟需求的壓力，進行加權後邏輯式迴歸分析，同時控制因疫情關係直接或間接帶來身體健康、家庭或人際關係問題、日常問題後，並針對人口學變項，包含性別、年齡、

婚姻、教育程度、職業別及之前身心狀態曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫、在心情不好時，有沒有一個可信任的人可以傾吐心聲、曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物而影響生活等變項，分析其工作或經濟需求的壓力的勝算比。

$$\text{公式}=\log(p/1-p)=B_0+B_1X_1+B_2X_2+\dots+B_nX_n$$

P=過去一個月以來，因疫情關係直接或間接帶給您工作或經濟需求的壓力

#### 4. 名詞解釋：

- 1) 失業率：在資料標準週內年滿 15 歲同時具有下列條件者：(1)無工作；(2)隨時可以工作；(3)正在尋找工作或已找工作在等待結果；尚包括等待恢復工作者及找到職業而未開始工作亦無報酬者。其計算公式為：失業率(%)=失業者／勞動力\*100%=失業者／(失業者+就業者)\*100%。
- 2) 統合分析(Meta-analysis)：將許多不同的但有相關的研究加以整合分析，利用樣本數的增加來檢定實驗假設。
- 3) 系統性回顧(Systemic review)：為針對一個清楚的問題，使用有系統且清楚的方法去確認、篩選及評判相關原始研究文獻，選出高品質的文獻，針對其結果加以整合分析討論。
- 4) 常見精神疾病：「常見精神疾病」(common mental disorders)泛指非精神病(思覺失調症、妄想症、躁鬱症等)的憂鬱症和焦慮症，佔所有精神疾病的 90% 以上。
- 5) 實質國內生產毛額(GDP)：在描述地區性生產時稱地區生產總值，是一定期限內(一個季度或一年)一個區域的經濟活動中所生產出之全部最終成果(產品和勞務)的市場價值。
- 6) 經濟成長率：一國的經濟成長指該國實質總產出或每人平均實質國民所得持續不斷增加的現象。通常所謂經濟成長率(economic growth rate)是指「實質總產出」或「實質國內生產毛額(GDP)」的年增率。經濟成長率作為表示一國經濟實力、人民福祉和國際地位的指標。

$$\text{經濟成長率} = (\text{實質 GDP}_t - \text{實質 GDP}_{(t-1)}) / \text{實質 GDP}_{(t-1)}$$

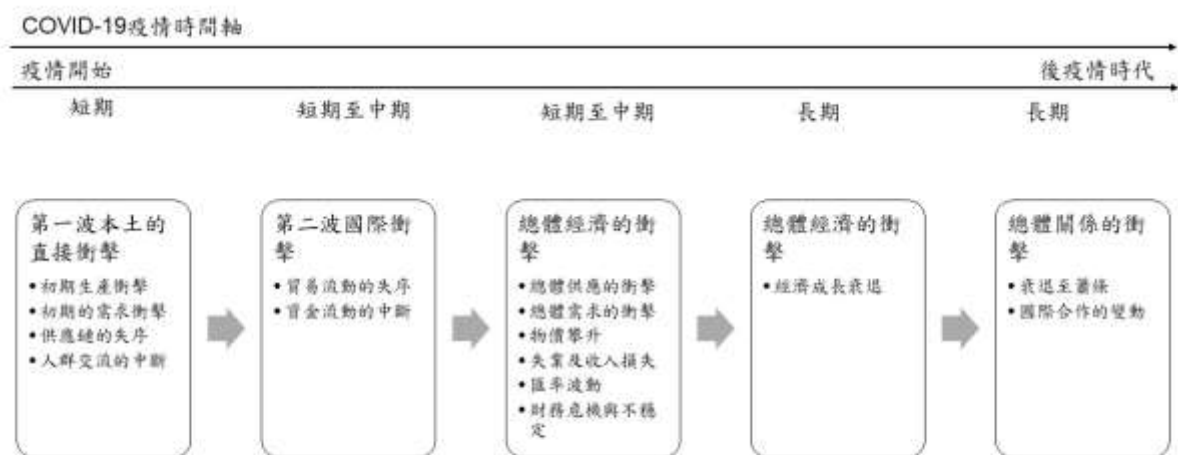
- 7) International Labour Organization/I.L.O.：國際勞工組織，1919 年根據《凡爾賽和約》[Treaty of Versailles]設立，與國際聯盟密切相關。1946 年成為聯合國的第一個專門機構。其宗旨是促進社會正義事業，其基本職能是通過制定國際勞工法典 [international code of labour law] 及實踐來提高勞工待遇。這些宗旨和職能由國際勞工大會以公約和建議的形式固定下來。公約是法律文件，並被作為各國勞工立法的樣板。建議則是用以作為各國政府處理勞工問題的指導。國際勞工組織的最高機構是國際勞工大會 [International Labour Conference]。該大會每年在日內瓦召開一次，並選舉作為其執行機構的理事會。

## 四、結果(Product)

## 1. 文獻回顧

### 1) COVID-19 對經濟的衝擊

COVID-19 對經濟造成影響，可能因時間不同，而有著不同的影響(詳如圖 3-1-1)在爆發初期，會造成當地的市場的供應與需求的衝擊，並打斷人與人的交流，進而影響國際的交易失序與資金流動；中期則會因工廠關閉造成原物料的短缺，運輸人力減少，造成國際整體的供給衝擊，進而推升物價的上漲，因應疫情所採取的社交隔離政策則可能導致需求面的衝擊，造成失業與收入的減少，政府的貨幣政策造成匯率的波動，整體經濟的表現則可能出現成長衰退現象，並且反應在 GDP 的成長率，最終導致經濟的蕭條(Barua, 2020)，109 年全球受到第 2 季疫情封鎖政策影響，以及第 3 季的回升，促使 IMF 十月下調預期 2020 年全球經濟成長率為-4.4%，而整年度是負成長(International Monetary Fund. Research Dept.)，世界銀行指出 2021 年全球經濟體成長 5.6%，是有史以來經濟衰退後，回復最快速的一次，然而低收入國家成長仍相對較少，一部分的原因乃是疫苗接種的較少，其他還有社會保障資源不夠、醫療資源的不均都可能導致了 COVID-19 深化不平等的影響(Ahmed, Ahmed, Pissarides, & Stiglitz, 2020)。



每一波及特定影響是相關且在複雜的型式交互影響，最終影響經濟成長與政府及國際組織的經濟合作的本質

圖 3-1-1、COVID-19 對經濟短、中、長期衝擊

不同的國家，對經濟的衝擊卻也不太一樣，甚至不同的產業也會有不同的影響，影響較嚴重的國家可能是以觀光經濟貢獻 GDP 較多的國家(Fernandes, 2020)，除此之外，國外學者根據歐盟的統計(Muggenthaler, Schroth, & Sun, 2021) 指出，勞動市場較差的國家受到疫情的影響也較嚴重(Fana, Torrejón Pérez, & Fernández-Macías, 2020)。

台灣 109 年則因疫情反而受惠，GDP 成長率方面與國際衰退不一樣，仍維持正成長，一部原因是台灣疫情初期控制的相當成功，以致於隔離封鎖並未大



幅度影響台灣經濟活動，且工業產品方面，受惠於遠距產品需求，外銷訂單金額反而首次衝上 500 億美金(陳明郎，民 109)，但 110 年疫情卻造成失業率來到近 10 年新高，疫情初期國內企業以減少工作時數來因應，而隨著疫情持續，經濟活動的萎縮，造成失業的人數持續增加，同時台灣的產業呈現不平等的衝擊，報導指出工作若需要人際接觸及低薪的產業所受衝擊最大，然而仍有其他產業持續成長，例如電子零組件製造業等，因此 COVID-19 對國內各產業的經濟衝擊，並非平等，如何進一步針對受衝擊的產業提供適當的輔助儼然至關重要(黃國治、盧其宏，民 110)。

## 2) COVID-19 對個體經濟的影響

國內勞動及職業安全衛生研究所指出 COVID-19 造成的經濟衰退對勞動權益的衝擊包含就業機會變動或喪失、勞動條件調整或惡化、身心健康威脅提高、隱私權疑慮，另一方面 COVID-19 對於雇主、勞動者，不同的對象，均有不同的影響，國外學者指出是否遠距工作與教育程度的高低與是否受到衝擊有著高度相關性，其中 COVID-19 造成勞動市場的不平等更加嚴重，特別是低專業技能的工作，以及原本就存在性別不平等或種族不平等的問題(Ferreira, 2021)，國內勞研所整理 I.L.O 提及於疫情中需關注的勞工，分別包含女性工作者、非典型工作者、青年就業者、跨國勞動者及高齡勞動者等影響較深遠，影響的部分則包含就業機會不足、經濟收入短少及社會保障缺乏(陳威霖，民 109)，在英國的調查則指出自營者所受到的衝擊較大(Henley and Reuschke, 2020)，而日本的研究指出 COVID-19 對不同年齡層、性別、就業類型、職業及行業都有不同的衝擊，特別是針對 COVID-19 衝擊前收入就已經較少的族群特別大，其他還包含女性、臨時工、社會性和非彈性工作，或另一伴工作為同一類型(Kikuchi, Kitao, & Mikoshiba, 2021)，國內則根據台灣民意基金會於 109 年的調查顯示 COVID-19 對各職業背景有不同程度的工作及收入影響，依序為自營商／企業主、無業／待業者、農漁民、家庭主婦、一般勞工，從教育程度來看，以教育程度較低受影響明顯較大(台灣民意基金會，民 110 年)。

## 3) 總體經濟指標與自殺相關性

經濟衰退一般泛指 GDP 連續衰退 2 季，而失業率在經濟衰退中後期開始上升，在過去許多國家的研究的當中，經濟衰退後與精神疾病、憂鬱、物質濫用及自殺行為存在相關性(Frasquilho et al., 2016; Ganson, Tsai, Weiser, Benabou, & Nagata, 2021; Henkel, 2011; Marazziti et al., 2021; Mucci et al., 2016; Oyesanya et al., 2015; Virgolino et al., 2022)，國外學者近期系統性回顧 2004-2014 年經濟影響精神健康的文獻發現，經濟衰退造成人們的壓力，其中在經濟衰退前後，常見精神疾病(common mental disorders)、物質濫用盛行率、自殺行為等顯著上升(Frasquilho et al., 2016)，其他系統性回顧經濟衰退與自殺死亡的文獻，指出失業率、貸款與自殺死亡率關係(Oyesanya et al., 2015)，國外學者系統性回顧還發現經濟衰退後在歐洲自殺率顯著上升 6.5%、加拿大上升 4.5%、美國上升 4.5%(Frasquilho et al., 2016)，而經濟衰退時的

**GDP 與經濟成長率與自殺死亡率的關係則較沒有一致性的發現**(Oyesanya et al., 2015)，另一份系統性回顧失業與自殺及心理健康之間的關係則發現失業率上升與焦慮、情感性疾病甚至自殺行為的增加都有相關性(Virgolino et al., 2022)。而進一步看各年齡層對經濟衰退的影響，不同性別的年齡層自殺死亡率與經濟指標有著不同程度的相關性，學者利用 2000-2017 年 OECD 國家縱貫研究來說明 COVID-19 可能引發的經濟危機對各性別、年齡層的自殺死亡率影響，發現 GDP 下降與男性 30-44 歲及 60 歲以上自殺死亡率升高有關係，同樣 GDP 下降的情況女性則是隨著年齡增長，自殺死亡率上升的關係較大，男性自殺死亡率與失業率以 40-64 歲相關性最強，70 歲後隨即不具相關性，雖然女性整體自殺死亡率與失業率的相關性相較男性來的弱，然而以各年齡層來看，以 40-54 歲相關性最強，且一直到 65-74 歲，相關性依然沒有減弱，75 歲以後才不具相關性(Brenner & Bhugra, 2020)，而自殺死亡率與失業率往往有延遲效應，國外學者利用 2000-2011 年 63 個國家自殺死亡率與失業的關係，發現到失業率升高的 6 個月後，自殺死亡率會有較高的趨勢(Nordt, Warnke, Seifritz, & Kawohl, 2015)，因此，一旦 COVID-19 疫情持續發展造成經濟的衰退或失業率上升，對心理健康可能產生的影響都是不容小覷的，特別是所受衝擊較大的群體，同時另一方面，經濟層面對心理健康、自殺的影響並非對每個群體都是一致的，尤其是社經弱勢的群體。

#### 4) 經濟衰退與社會不平等

經濟衰退，可能會透過原本的社經不平等，加劇對心理健康的影響，過去的研究指出失業、教育程度較低、物質生活水平與族群的常見精神疾病有著相關性(Fryers, Melzer, & Jenkins, 2003)，學者進一步針對過去大型流行病如何進一步加遽健康不平等進行探討，並提出 **COVID-19 對經濟的影響會透過對不平等工作、社會決定因素的影響**，而對原本屬於弱勢的群體造成更大的傷害(Bambra, Riordan, Ford, & Matthews, 2020)，過去英國一份 2004-2013 年期間關於心理健康、社經及就業狀態的縱貫研究發現 2009-2013 年高教育程度與低教育程度兩者心理健康問題盛行率差距有擴大的趨勢，甚至與自殺及抗憂鬱症藥物開立量趨勢相似(Barr, Kinderman, & Whitehead, 2015)，系統性回顧研究則表明區域收入不平等與較差的心理健康有關，除此之外社經條件較差也較容易產生物質濫用等行為，而跨國比較顯示亦是如此，經濟衰退在希臘造成 1.33 倍的憂鬱症發生，同樣情形南韓針對 1998-2007 年追蹤型研究則發現收入較少的人更有可能有憂鬱、自殺等狀況(Hong, Knapp, & McGuire, 2011)，相對地，韓國富人在憂鬱症、自殺意念及行為盛行率都較低(Frasquilho et al., 2016)。另一些研究表明大流行後期，可能的經濟衰退對社會的影響並非一致，一份最近歐洲的研究也發現類似的現象(Witteveen & Velthorst, 2020)，因此如何減少疫情對弱勢族群的影響勢必重要。

#### 5) 經濟與自殺的相關性受不同國家、群體脈絡、時間的影響

因應經濟衝擊的國家政策不同，亦有可能產生不同的影響，一份美國全國

的調查，探討 2020 年 4-7 月，不同社會政治背景的州政策是否會影響憂鬱及焦慮，結果指出個人如果生活環境有較佳的社會支持政策，會弱化家庭收入的衝擊與心理健康的相關性(Donnelly & Farina, 2021)，另一份研究 30 個國家(包含歐洲、北美與澳洲)自殺率與失業率的關係發現，社會福利保障措施發展最少的國家其自殺死亡率受影響最大(Norström & Grönqvist, 2015)，因此國家如果能維持較佳的社會支持可能更有機會減緩經濟衝擊對心理健康帶來的影響。

各個國家失業率上升對自殺死亡率影響之異質性亦相當大，例如不同國家失業率上升對相同年齡層自殺率的影響並沒有一致性，一份關於研究 2008 金融風暴與 54 個國家的自殺死亡率研究發現，27 個歐洲國家及 18 個美洲國家自殺死亡增加主要為男性，女性僅在美洲國家有增加，但增加幅度低於男性，而不同的國家自殺死亡率增加較多的年齡層群體亦不相同，歐洲男性以 15-24 歲增加較多，美洲國家則以 45-64 歲增加較多，除此之外，研究也發現到失業率基期較低的國家，男性自殺死亡率上升的也較大(S. S. Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013)，另一份韓國的研究 2009-2010 年金融風暴期間發現男性失業者當中以 40-59 歲自殺死亡率升高較多，而不同的職業、就業狀態也可能有不同的影響，以職業來看，一份南韓研究 2003-2011 期間失業率與各性別、年齡、就業狀態的自殺死亡率，發現專業技術人員自殺人數上升較多(C. H. Chan et al., 2014)，其他研究還發現不同時期的經濟衰退，對自殺死亡率亦可能不一樣(Norström & Grönqvist, 2015)，因此經濟衰退與自殺死亡率升高的幅度會受群體脈絡、文化、時間而有所不同影響。

## 6) 個體經濟與心理健康及自殺相關性

疫情持續嚴重的地區可能進一步導致經濟衰退，並導致個人最終產生自殺，穩定的工作提供個人有意義的社會關係、承諾，並大幅影響心理健康，一旦長期陷入不穩定的工作、長期的失業，可能會進一步導致個人感到孤立，進而產生憂鬱症狀、自殺(Godinic, Obrenovic, & Khudaykulov, 2020)，國外學者整理出經濟衰退可能導致個人的失業、壓力、財務上的損失、政府對健康照護的縮減等，並造成精神疾病的罹患、最後自殺的可能途徑(如圖 3-1-2)(Haw, Hawton, Gunnell, & Platt, 2015)，另一份系統性回顧各國失業與自殺及心理健康的研究發現男性及年輕成人受影響較嚴重(Virgolino et al., 2022)，而進一步看失業對精神健康的影響，國外統合分析共 323 篇文獻後發現失業所造成心理壓力效果量  $d=0.51$ ，意即沒有失業的人的心理壓力低於失業者 0.51 個標準差(Paul & Moser, 2009)，另一篇系統性回顧則發現個人失業與常見精神疾病的風險有關係，同時也較可能產生物質濫用等成癮行為，同時也有數篇研究指出失業與身心症狀及心理壓力有關係(Frasquilho et al., 2016)，另一份研究針對 2020 年前所有發表失業與憂鬱的文獻進行系統性回顧與後設分析，發現失業者憂鬱症狀盛行率 21%(95%CI=18-24)，而失業與憂鬱症狀的相關性  $OR=2.06$ ，(95% CI =1.85-2.30)(Amiri, 2021)，紐西蘭的研究則發現失業與自殺之間相較沒失業的人有 2-3 倍的危險性(Blakely, Collings, & Atkinson, 2003)，其他來自

美國 2020 年的世代研究，運用分層抽樣挑選具美國家庭人口代表性的樣本，發現就業減少和經濟不穩定性與常見精神疾病罹患具有相關性(Tham, Sojli, Bryant, & McAleer, 2021)，失業透過其他許多中介因子導致壓力產生，研究指出因失業而衍伸的負債也與個人精神疾病有顯著相關性(Richardson, Elliott, & Roberts, 2013)。

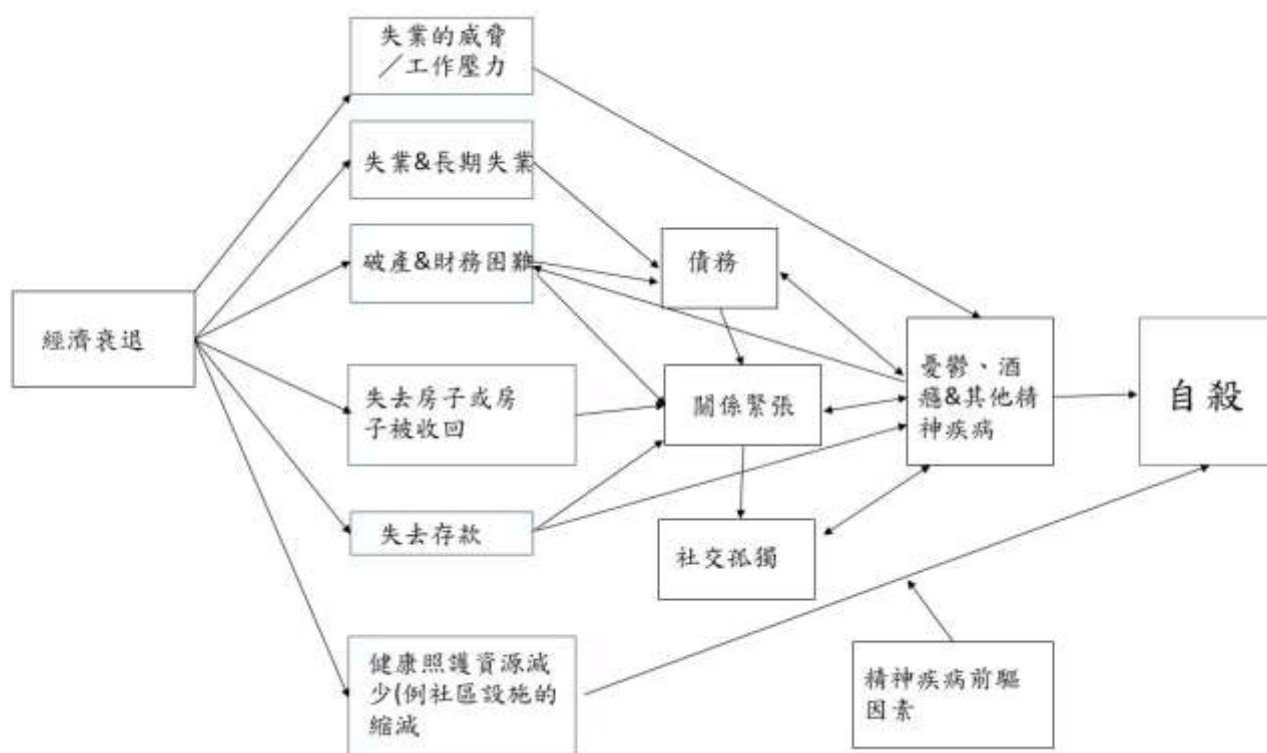


圖 3-1-2、經濟衰退導致自殺的途徑

## 7) 精神疾病與社會經濟的相關

精神疾病與社經狀況兩者可能交互影響，先前有精神疾病可能會影響未來的工作的機會(Olesen, Butterworth, Leach, Kelaheer, & Pirkis, 2013)，精神病患可能因汙名化而造成就業困難，而憂鬱本身亦會影響一個人的工作能力(Lerner & Henke, 2008)，國外的研究甚至發現有精神疾病問題的人在遭遇經濟衰退時，所面臨的失業危機比年輕人及低工作技能的人還要嚴重(Starace, Mungai, Sarti, & Addabbo, 2017)，已經患有精神疾病或低教育程度都有可能造成較差的結果，另一份來自歐洲 27 個國家的調查則發現，經濟困難時期會造成更加的對有精神疾病的人產生社會排斥，特別是男性及教育程度較低的人(Evans-Lacko, Knapp, McCrone, Thornicroft, & Mojtabai, 2013)，其他學者則利用 1999-2016 美國國家調查問卷分析經濟大衰退前中後，個人經濟及就業在殘疾人士與精神疾病患者的變化，結果發現即便經濟開始復原，但對精神疾病患者就業仍是困難的(McAlpine & Alang, 2021)；另一方面，社經較弱勢的族群，其精神疾病也較容易發生，一項在台灣過去的研究發現精神疾病與低教育程度、女性都有顯

著的相關(Fu, Lee, Gunnell, Lee, & Cheng, 2012)，因此對於精神疾病患者或弱勢族群的就業相關政策，在 COVID-19 不平等的經濟影響的脈絡下看，都顯得格外重要。

## 8) 失業時間長短與自殺

一個人從失去工作，到成為失業狀態，最後自殺，而初期隨著失業時間的增加，其自殺危機的發生可能性越高(Classen & Dunn, 2012)，學者針對 1980-2010 年的失業與自殺相關文獻進行統合分析，發現失業期間平均自殺風險是  $RR=1.70, 95\%CI=1.22-2.18$ ，而失業五年內其自殺風險最高  $RR=2.50, 95\%CI=1.83-3.17$ ，而失業後 12-16 年自殺風險開始減少(Milner et al., 2013)，因此如何減少初期失業時間的長短是減緩後續自殺率的關鍵之一。

## 9) 失業對家庭成員的影響

失業不只影響個人，同時也影響家人，包含另一半與家裡的孩童，韓國的學者針對 45 歲以上全體國民進行具代表性的抽樣，並於 2008-2016 每隔 2 年進行追蹤包含伴侶的就業情形及憂鬱症狀，並以 CES-D10 來測量，結果顯示伴侶持續失業相對於伴侶有就業的人，其伴侶憂鬱症狀顯著較高，(S. Kim, Lee, Jeong, Jang, & Park, 2021)，失業也可能導致家庭內婚姻衝突，導致孤獨感產生，同時也影響家中的孩童(Haw et al., 2015; Preti, 2003)，韓國的研究則發現男性失業率與兒童虐待求助的案件數具有相關性(Y. E. Kim, 2022)，系統性回顧同樣發現家長失業的話，家中兒童的憂鬱、身心症狀、感到不幸福的比率較高，除此之外，若兒童成長於一個較艱困的環境，後續發生精神疾病的可能性也較高(Araújo, Veloso, Souza, Azevedo, & Tarro, 2021; Frasilho et al., 2016)。

## 10) 疫情之下失業與心理健康、自殺

COVID-19 疫情下可能導致一個人失業、工時減少、薪水減少、財務困難等，而這些個人經濟上的經歷都與較差心理健康，憂鬱、焦慮甚至自殺意念有關係，三篇分別在以色列、澳洲、英國的研究都有發現疫情後失業與心理壓力有相關性(Achdut & Refaelli, 2020; Ferry, Bunting, Rosato, Curran, & Leavey, 2021; Griffiths et al., 2021)，二篇在美國及一篇義大利的研究則指出疫情後失業與憂鬱及焦慮有相關性(Fang, Thomsen, & Nayga, 2021; Ganson et al., 2021; Pompili et al., 2022)，雖然澳洲的研究發現工作減少可能與心理壓力有相關(Griffiths et al., 2021)，然而英國的研究並未發現工時減少與心理壓力有相關(Ferry et al., 2021)。同時不同工作的社會地位所受到影響亦不相同，國外學者研究具代表性 6 個歐洲國家在隔離期間的勞工問卷，發現失業、收入減少、工作不穩定都較可能感覺憂鬱、焦慮，在勞動市場上職業工作聲望較低，面對 COVID-19 引起的經濟影響，並進一步產生心理健康問題較嚴重(Witteveen & Velthorst, 2020)，其他於美國的研究則發現西班牙裔的工人比起其他種族在面臨工作不穩定會造成更嚴重的憂鬱和焦慮(Lee, Kapteyn, Clomax, & Jin, 2021)，疫情下的失業也可能導致自殺危機的發生，另一份美國的追蹤型研究則

指出大流行期間的失業增加自殺風險(Gratz et al., 2020)，而個人良好的復原力與社交則可能緩衝失業所導致的自殺意念的產生或是心理健康的惡化(Griffiths et al., 2021; Pompili et al., 2022)，而政府的社會救助及失業補助金則也能緩衝失業所造成心理健康的惡化(Berkowitz & Basu, 2021; D. Kim, 2021)(詳表 3-1-2)。

表 3-1-2、國外 COVID-19 造成失業與個人的身心健康相關文獻

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
(Achdut & Refaeli, 2020)	COVID-19 爆發時失業與以色列年輕人心裡壓力的相關性、各項心理資源與風險因素與心理壓力的關係、這些因素是否在失業與心理壓力間扮演調節的角色	以色列 20-35 歲年輕人(N=390)	運用滾雪球抽樣進行即時問卷調查	年齡、性別、婚姻狀態、是否有小孩、教育程度、父母教育程度、健康狀況 危險因子:主觀孤獨感及財務壓力 保護因子:信任感、樂觀主義、掌控感	為疫情前有工作，之後沒工作。	Israeli Social Survey 測量心理壓力、自因應量表選取題目測量掌控感、Life Orientation Test 測量樂觀主義、孤獨則使用下列問句，你過去一週是否曾有孤獨感	較高的可覺察的信任感、樂觀主義、掌控感有較低心理壓力，而而孤獨及經濟壓力則有較多心理壓力；然而無論是危險因子的增加或保護因子減少，均沒有改變失業與心理壓力之間的關係。	1. 研究樣本不具代表性 2. 並未納入少數種族 3. 有其他可能影響因子並未納入模型 4. 資料蒐集時間接近大流行開始
(Chatterji et al., 2021)	封城結束後 9 個月的財務困難及失業與心理健康的相關性	印度馬哈拉施特拉邦浦那區的一座城市，女性配偶為 18-29 歲的伴	運用追蹤型研究當中最後一次追蹤調查，時間 2020.6-2020.12 最	社交支持、政府金錢援助、政府物資支持、家裡是否有人感染	工作轉變且拿不到薪水	WHO 的國際診斷性會談 CIDI 當中的 9 題(關於憂鬱症、焦慮症	男性在失業與心理症狀有著相關性(aIRR=1.16, 95%CI(1.10	1. 橫斷面研究，無法證明因果關係 2. 僅詢問

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
		侶(N=1201)	後一次最後資料 85%的追蹤成功率	COVID-19、是否是社經弱勢、貧困		及恐慌症)	-1.34) ，女性在財務困難與心理症狀有相關性 ( aIRR=1.29,95%CI(1.21-1.39)，女性有社交支持、政府的支援有較佳的心理健康	大流行開始前是否有工作，並未詢問工作性質，大流行開始前僅 1/3 的參與者有工作，可能與工作季節性與部門有關係 3. 使用第一波調查的教育程度，後續並未



作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
								<p>追蹤</p> <p>4. 使用心理健康綜合症狀的調查，因此無法比較不同財務困難與失業對心理健康造成不同的影響</p> <p>5. 兩項調查內容之前並未有效度</p> <p>6. 可能有自我回憶偏差與社會</p>

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
								讚許偏差 7. 研究結果不具類推性
(Dale et al., 2021)	探討年輕的實習生受到COVID-19影響工作情況與心理健康的相關性	奧地利的學校的學生，並且有實際工作的實習生 (N=1442)(女性:53.5%、男性45.4%、多元性別1.1%外籍28.4%)	2021-3-2021.5 線上調查	無	工作狀態分別為，跟以前一樣、工時減少、家裡工作、失業、工作情況混雜；工作部門被細分為九個類別：貿易和工藝、工業、零售、銀行/保險、運輸/交通、美食/旅遊、信息/諮詢、密切接觸的服務（如理髮師、按	PHQ-9 用來測量憂鬱情形、 GAD-7 用來測量焦慮情形、 EAT-8 測量飲食態度、 ISI 測量失眠及睡眠品質	失業、女性或多元性別和移民背景的實習生其憂鬱、焦慮、進食障礙症狀、睡眠等都相對較差。	1. 橫斷面研究並未能證明因果關係 2. 少數群體的樣本數過少 3. 樣本當中少數實習生年齡超過 26 歲 4. 網路問卷調查存在選樣偏差

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
					摩，有時與其他行業有不同的 COVID-19 規定)，以及其他（這裡的例子包括行政和園丁）。			5. 心理問題為自評，且沒有辦法控制之前心理健康狀態
(Elbogen, Lanier, Blakey, Wagner, & Tsai, 2021)	探討 COVID-19 大流行期間心理健康、自殺與社交孤獨及財務困難之間的相關性	美國共 6607 位完成網路問卷，年齡 22 歲以上及年收入在 75,000 美金以下。 (55.02%女性、44.98%男性、0.38%其他，平均年齡 37.9 歲)	使用 MTurk 進行全國性的調查，並運用 raking 針對性別、年齡、種族加權使樣本具全國代表性	性別、年齡、種族、婚姻狀態、軍人、教育程度、一生是否有嚴重精神疾病、孤獨感、COVID-19 相關壓力及 COVID-19 相關壓力與功能障礙、COVID-19 確診、物質	你上個月是否有申請過失業補助或殘疾救助來測量是否因疫情而失業	修改版 PCL-5 測量 COVID-19 壓力症狀、醫師是否有告知罹患精神疾病 AUDIT-C 測量飲酒量及頻率 PHQ-2 測量憂鬱情緒及失去樂趣 (anhedonia)	校正人口學變項及其他變項後，最終模型仍顯示失業 ( $r=0.31$ , OR =1.26, 95% CI=1.02-1.55) 加權模型 ( $r=0.35$ , OR =1.28, 95% CI=1.05-1.57)、居住不穩定	1. 橫斷性研究，並未能證明因果關係 2. 修改版 PCL-5 測量 COVID-19 壓力症狀並不一定與原量表具相同的效

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
				濫用			<p>(<math>r=0.42</math>, OR =2.16, 95% CI=1.50-3.12) 加權模</p> <p>(<math>r=0.47</math>, OR =2.74, 95% CI=1.95-3.86)、缺少生活基本收入</p> <p>(<math>r=0.49</math>, OR =1.89, 95% CI=1.58-2.26) 加權模</p> <p>(<math>r=0.54</math>, OR =1.99, 95% CI=1.68-2.36)、過去為無家者</p> <p>(<math>r=0.39</math>, OR =1.30, 95% CI=1.04-1.61) 加權模</p>	<p>度</p> <p>3. 只有測量自殺意念，仍而仍有其他精神疾病症狀可能與 COVID-19 壓力有關</p> <p>4. 並未納入一生的自殺意念或行為，因此自殺意念與其他變項相關性無法推斷誰先後</p>

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
							( $r=0.42$ , $OR=1.24$ , $95\% CI=1.02-1.52$ )都與自殺意念有顯著相關性及風險。	5. 並未評估是否有嚴重自殺意念，因此並未能推論 COVID-19 相關因素與自殺行為的關係
(Fang et al., 2021)	探討糧食不穩定與憂鬱及焦慮的關係	美國發給 8039 位低收入戶作答，結果共 2772 為低收入戶回覆，34.5% 的回應率，扣除資料有問題、遺漏值後共	網站試問卷於 2020 年 1 月至 2020 年 7 月	控制 SNAP 的參與、與大流行有關的失業、該區的居民較少有機會進入超市、接受 SNAP 額外餐點、食物、當地機構或社福團	無	PHQ-9 用來測量憂鬱情形、GAD-7 用來測量焦慮情形	糧食不穩定與焦慮 ( $OR=3.57$ , $95\% CI=3.01-4.23$ )、憂鬱 ( $OR=3.53$ , $95\% CI=2.99-4.17$ )具有顯著相關、因疫情失業與焦慮	1. 橫斷面研究，並未能證明因果關係 2. 抽樣調查方法不具代表性 3. 美國成人食物

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
		2714 位		體的補助、美國政府的經濟影響補助金及失業救助 人口學變項: 家裡 18 歲以下小孩的數量、性別、年齡、種族、教育程度、婚姻狀況、家庭收入、居住人口、家庭收入穩定性			(OR=1.32,95%CI=1.08-1.60)與憂鬱(OR=1.27,95%CI=1.05-1.55)同樣有顯著相關，收入穩定性則與憂鬱(OR=0.77,95%CI=0.66-0.91)呈現負相關	調查是衡量過去 30 天的狀況，然而 PHQ-9 和 GAD-7 是衡量過去 14 天的情況，兩者可能存在時間差
(Ferry et al., 2021)	運用全國代表性數據來檢視工時減少對勞工的心理健康衝擊	英國共 8708 位 18-65 歲 2020 年 1-2 月間有工作的人	網站調查總共包含 17452 位受訪者，包含 15835 位於 2017 年 1 月及 2018 年 12 月已	年齡、性別、是否與另一伴同住、種族、基線 (baseline) 每週家庭收入、主觀財	減少工作的原因共 11 項，分別為被解雇，但有一定回工作崗位日期、被解雇，但未來	GHQ-12 測量心理壓力，2020 年 1-2 月工作與 4 月工作狀況差異，並以第 9 波追蹤的	工時減少並未與心理壓力有相關 (OR=1.06,95%CI=0.91-1.23)，其中永久失業的人有心理壓	1. GHQ-12 並未有臨床診斷效力 2. 排除自己開業的人

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
			經完成第九次追蹤	務狀況、基線心理壓力	仍可能被召回、永久解雇、減少工作時數、休假/帶薪休假、使用年假、自我隔離／公司病假但有薪資、自我隔離／公司病假但沒薪資、照顧孩子及父母、其他原因。	心理健康狀況作為基準值。	力的有顯著相關性 (OR=3.60, 95%CI=1.55-8.37)，除此之外那些因照顧責任、因自我隔離、因生病而減少工時的人心理壓力都相較高	3. 把減少工作的原因由 11 項合併為 6 項。
(Ganson et al., 2021)	美國年輕人工作不穩定與焦慮及憂鬱之間的狀況	美國 18-26 歲年輕人共 4852 位	2020 年 7 月 15 日至 7 月 30 日美國人口普查局隨機抽樣地址	性別、年齡、種族、教育、婚姻狀態	大流行開始後，您或您的家人是否有經歷就業收入的損失與您是否預計在未來的四週內，你或你的家人	PHQ9 當中兩題，來去測量失去興趣及憂鬱，GAD-9 當中的兩題，來去測量焦慮與擔心	失業或家庭裡有人失業有較高的風險有焦慮 aRR(adjust Rate ratio)=1.22, 95%CI=1.12-1.32、擔	1. 由於僅納一部分的 GAD-7 及 PHQ-9 限制了後續探討

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
					會因為大流行而失去就業收入		<p>心 aRR =1.31,95% CI=1.18-1.44、失去興趣 aRR = 1.23 ,95%CI=1.12-1.36、憂鬱 aRR =1.25 ,95% CI=1.13e1.37) , 預期失業或家裡有人在未來四周會失業焦慮 aRR(adjust Rate ratio)=1.56, 95%CI= 1.36-1.79、擔心 aRR =1.50,95%</p>	<p>COVID-19 影響工作所造成的憂鬱及焦慮</p> <p>2. 並未詢問先前的心理狀態</p> <p>3. 橫斷性研究並不能證明因果</p>



作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
							CI=1.23-1.84、失去興趣 aRR = 1.34 ,95%CI=1.07-1.69、憂鬱 aRR =1.63 ,95%CI=1.38-1.93)	
(Griffiths et al., 2021)	COVID-19 失業是否與心理健康及身體健康有關係	澳洲 2603 位 18 歲以上，COVID-19 大流行前有工作的人，男性 (37.5%)、女性 (62.0%)	利用隨機電話調查抽取個案包含受疫情影響的工作者及未受影響的人，線上問卷則針對那些失業者。	性別、年齡、先前的就醫狀況 (焦慮、憂鬱診斷)	共四個類別，大流行期間失業，且沒有工作、仍然就業但現在沒有工作、工作相較大流行前減少、工作與大流行之前相同	6-item Kessler Psychological Distress 測量心理壓力 Mental and physical health were assessed using the Mental	失業者心理壓力 OR=3.66, 95%CI=1.47-9.14、心理健康 OR=2.27, 95%CI=1.47-3.49 相較工作未受影響者有較高勝算不佳，	1. 橫斷面研究無法證明因果關係 2. 研究是透過自我報告 3. 樣本不具有代表性 4. 不同調

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
						<p>Component Score and the Physical Component Score of the 12-item Short Form Health Survey (SF-12) scale 測量身體健康及心理健康</p>	<p>暫時沒有工作心理壓力 OR =3.35,95% CI=1.38-8.16、心理 健康 OR= 1.78,95%CI =1.20-2.62 相較工作未 受影響者同 樣有較高勝 算不佳 那些較少社 交支持或較 少財務資源 的人有較高 的心理壓力 (AOR = 5.43- 8.36)、較差 的心理健康 (AOR = 1.92-4.53)</p>	查方式具有差異

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
(D. Kim, 2021)	社會支援是否足夠支應日常生活所需，並且減緩經濟困難所帶來對健康的衝擊	美國 18-64 歲自疫情開始後，經濟上有受影響的人，當中 91222 位屬於工作年紀的成年人	利用美國人口普查局系統性調查全國具樣本調查性的資料(回覆率 5.3%-10.6%)	年齡、年齡平方、性別、種族、婚姻狀態、教育程度、2019 年家庭收入、其他聯邦刺激補助、房子大小、家中是否有小孩、一般健康狀況、地位、調查期間	經濟困難定義為過去一週內家庭難以支應基本生活所需，包括食品、租金／抵押貸款	GAD-2 測量焦慮，PHQ-2 測量憂鬱	有經歷財務困難的人比起沒有財務困難的人，有較高 (Prevalence ratio=1.52-2.75) 的風險有憂鬱及焦慮 (Prevalence ratio=1.56-2.61)，而社會救助有助於緩和其憂鬱及焦慮症狀；然而即使考量社會救助後，適齡工作的人仍有較高的風險感到憂鬱及焦慮。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 橫斷面及觀察型研究因此不能排除反向因果或其他干擾變數造成的偏差</li> <li>2. 無法考量實際收到補助金額</li> <li>3. 所有測量皆是自我報告</li> </ol>

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
(Lee et al., 2021)	探討失業與就業不足是否與精神壓力有相關性，並探討失業衝擊心理健康的結果是否分布於特定群體	資料來自了解美國研究，具全國性代表性樣本的調查 Understanding America Study (UAS), a nationally representative probability-based internet panel in the United States 當中的完成第一波及第二波調查，排除退休、全職學生、非勞動力後，共	參與者的資料是從美國郵局投遞序列中隨機選取的，並透過精密的程序完成收案	性別、年齡、種族、教育程度、婚姻狀態、較早的憂鬱狀態、COVID-19 症狀、COVID-19 歧視、人格、健康保險	非自願工時減少、失業、穩定工作且沒有工時減少	GAD-2 測量焦慮， PHQ-2 測量憂鬱；就業是否因疫情減少工作時數	失業或就業不足相較有就業的人有較高勝算感到憂鬱 aOR=1.66, 95%CI=1.36-2.02 與焦慮 aOR=1.50, 95%CI=1.26-1.79，各群體當中西班牙裔工人有更高的勝算感到憂鬱 aOR=2.08, 95%CI=1.28-3.40 及焦慮 aOR=1.95, 95%CI=1.24-3.09，僅完	1. 自我報告可能存在偏差 2. 就業減少是基於小時單位的計算 3. 儘管本研究控制了大流行前的心理健康並採用 TMLE 分析法，但並未消除反向因果的可能性

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
		美國 3548 位成年人					成高中學業或更少的人有更高的憂鬱 aOR = 2.44, 95% CI= 1.55, 3.85	
(Li, Lu, Hu, Huang, & Lu, 2020)	評估 COVID-19 期間收入減少者的心理健康負擔	中國大陸 398 位因疫情而收入減少的 18 歲以上成人	線上橫斷面問卷(一共 600 位被鼓勵來完成問卷，最終共 421 位完成，回覆率 70.2%)	性別、年齡、教育程度、婚姻狀態、工作地點、居住地點(都市或鄉鎮)、是否因 COVID-19 造成收入減少	由 COVID-19 所引起的收入減少 (0-25%、25-50%、50%)	PHQ-9 用來測量憂鬱情形、GAD-7 用來測量焦慮情形、ISI-7 用來測量失眠情形，修改版 IES-7 用來測量 COVID-19 的影響	嚴重收入減少及中度收入減少比起收入輕微減少的人，有更高的勝算經歷嚴重憂鬱，除此之外收入減少的孕婦比其他的女性，有更高的風險經歷憂鬱及焦慮。	<ol style="list-style-type: none"> <li>大部分的參與者來自湖北省，因此無法外推至影響較少的地區的話。</li> <li>網路調查可能存在回應的偏差</li> <li>無法進</li> </ol>

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
								一步探討收入減少的人其心理健康是否逐漸惡化
(Liu, Haucke, Heinzl, & Heinz, 2021)	探討長時間的財務不穩定與社會混亂是否會增加發展精神疾病的風險	德國一共 2703 位一般民眾( 男性 25.9%、女性 74.1%)	2020 年 4 月-2021 年 3 月使用線上問卷於社群平台、廣告、新聞報紙上蒐集	性別、年齡、受教育年數	德國政府統計的失業人數與政府負債	COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI)測量一般大眾的心理壓力、short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-8)測量寂寞感	控制社會人口學變項後，聯邦政府債務( $\beta = 0.30, p < 0.001$ )與失業人數( $\beta = 0.14, p < 0.001$ )仍與心理壓力增加有關。收入( $b = -2.30, p < 0.001$ )與孤獨感( $b = 1.70, p < 0.001$ )及兩	1. 研究外推性不足及代表性不足 2. 網路調查的限制包含隨機抽樣的有效性、自我報告、缺乏財務獎勵、沒辦法追蹤

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
							者的交互( $b = 0.11, p < 0.001$ )作用與心理壓增加有關，其中低收入與孤獨感有顯著相關( $r = -0.060, p = 0.014$ )	3. 並沒有詢問個人或家庭的債務等級
(Pompili et al., 2022)	探討 COVID-19 期間精神疾病是否較容易失業	義大利 18-83 歲共 19496 成人 (14017 女性和 5479 男性，平均年齡為 39 歲)	線上問卷利用滾雪球抽樣	性別、年齡、婚姻狀態、教育程度、所在地區、GHQ、DAAS	詢問是否失業於調查當下、針對回答積極者詢問是否因 COVID-19 而失業	GHQ-12 測量心理健康 DASS-21 測量精神病理學的三個層面:焦慮、憂鬱、壓力、CD-RISC 測量復原力、 MSPPS 測量感覺到的支持、 SIDAS 測量	失業者有較高勝算有較差的心理健康 ( $OR=1.03, 95\%CI=1.01-1.05$ )憂鬱 ( $OR=1.08, 95\%CI=1.05-1.10$ ). 失業者較可能為女性 ( $OR=1.28, 95\%CI=1.0$	1. 精神疾病的評估為自評 2. 回答者可能受社會性讚許的影響 3. 資料蒐集時間為 2020 的 3-5 月全國

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
						自殺意念相關的頻率、可控性、與企圖的密切程度以及痛苦程度；受調時是否因 COVID-19 失業	7-1.53), 僅有高中學歷 (OR=1.47, 95%CI=1.26-1.72), 居住在義大利南邊或主島 (OR=1.18, 95%CI=1.02-1.36).	性的封城期間，並未能代表 COVID-19 開始時的地區封鎖
(Gratz et al., 2020)	透過挫敗的歸屬感及無力感與孤獨來探討 COVID-19 所引起的相關影響	500 名成人 (47%女性、51.8%男性、0.2%跨性別、0.6%非二元性別、0.4%其他 年齡介於 20 - 74 歲，平均年齡 $40.0 \pm 11.6$ )	Amazon's Mechanical Turk 平台招募受試者	性別、年齡、種族、收入、是否獨居	最近是否因疫情而失業	人際需求問卷(INQ)來評估挫敗的歸屬感及無力感、UCLA 孤獨問卷評估孤獨感；DSI-SS 用來評估過去 2 週自殺自殺想法的頻率、計畫、衝動	雖然失業對自殺危機所產生的效過是顯著(包含直接與間接效果 $b=0.506$ ， $SE=0.209$ )，但失業對自殺危機的直接效果並不顯著，其透過自覺無力感的間接	1. 橫斷面研究無法推斷因果關係 2. 完全依賴自我報告可能導致社會讚許偏差與回憶偏差 3. 針對脆



作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
							效果亦不顯著	弱族群的推論性不足 4. 自殺危機可能隨時間變長而增加
(Berkowitz & Basu, 2021)	受到 COVID-19 影響收入的人，失業救助金的到期與會與未能滿足的社會需求及更糟糕的心理健康有關	使用第一期最後六週及第二期前八週，並納入正值工作年齡的人並於 3 月 13 日之後家庭收入的損失，問卷前七天沒有足夠的收入以支應家庭支出	參與者的資料是從美國郵局投遞序列中隨機選取的，並透過精密的程序完成收案	性別、年齡、族群、教育程度、每年家庭收入、婚姻狀態、大流行前食物不足、過去七天是否有工作、房子大小、該州的居住的狀態，該州每週的 COVID-19	無	GAD-2 測量焦慮，PHQ-2 測量憂鬱	在聯邦大流行失業補償金後期(補償金較少)相較前期，憂鬱的比率高出 6.04% (95% CI: 3.10-8.97)，焦慮症狀比率高出 5.82%(95% CI: 2.90, 8.75)	1. 願意回答大規模調查的人僅約 3%，可能因此導致偏差。 2. 隨時間改變的變數未納入，且問卷採用自我報

作者	研究目的	研究對象	研究方法(抽樣方式)	控制變項	失業或財務損失的定義	測量工具	結果	研究限制
				病例數、每週調查的起始日期				<p>告。</p> <p>3. 差異分析的基本假設是實驗組與對照組的趨勢在未來都不改變</p> <p>4. 州立的失業的數據可能是錯的，</p>

## 11) 台灣本土實證資料

台灣少部分實證研究過去利用個體層級研究失業與自殺死亡的關係，早年台灣的心理解剖研究發現失業與自殺的勝算比為 **3.5(95%CI=1.9-6.5)**(Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000)，而生態研究指出台灣的失業率與男性自殺死亡率有著相關性，與女性相關性則較弱(S. S. Chang, Sterne, Huang, Chuang, & Gunnell, 2010b; Y. H. Chang, Gunnell, Hsu, Chang, & Cheng, 2020)，其他研究利用健保資料庫發現 **2008 經濟衰退時，物價通膨率與產後憂鬱症發生率呈現正相關，與失業率呈現負相關，而經濟衰退後的 2010 年，則產後憂鬱症發生率則與物價指數呈現正相關**，其他生態學研究進一步發現，失業率的提升過去與台灣男性的自殺死亡率 45-64 歲具有高度關聯性(V. C. Chen, Chou, Lai, & Lee, 2010)。在失業率與自殺死亡率的延遲效應方面，國內一份運用時間序列模型的研究發現 1997-2003 年失業率與自殺死亡率上升延遲了 8 個月，至 2003-2007 年則延遲 5 個月(Y. Y. Chen, Yip, Lee, Fan, & Fu, 2010)，雖然長時間的失業率與自殺有著相關性，然而研究指出台灣在過去經歷的經濟危機並未造成台灣自殺死亡率的上升，1997 的亞洲金融風暴並未造成台灣自殺死亡率的上升(S.-S. Chang, Gunnell, Sterne, Lu, & Cheng, 2009)，另一份國內研究針對 2008 金融風暴與台灣自殺死亡率同樣亦未發現有顯著上升的情形，同時失業率與自殺死亡率可能會隨著時空環境的不同，有不同的關係(Y. Y. Chen et al., 2010; 陳冠志, 謝仁和, & 曹淑琳, 民 104)，其他因素也會同時影響自殺死亡率，包含媒體新聞報導(Mishara, 民 98; Niederkrotenthaler et al., 2020)、政府社會福利相關的因應措施(Bambra et al., 2020; Y.-S. Chan, Liu, Chen, & Peng, 2018; Donnelly & Farina, 2021; Kato & Okada, 2019)、高致命自殺工具管制等，都有可能進一步調節經濟衰退、失業率對自殺危機的影響，因此單從短期失業率的上升，較難以發現與自殺死亡率的相關性，而綜觀台灣的研究大多使用生態研究，探討整體長期失業率與自殺死亡率的關係，然而兩者之間關聯性，可能因為各方面社會福利的逐漸完善，削弱兩者之間的相關性，另一方面，過去的研究並未進一步針對失業率進行性別、年齡層的區分來探討與其相對的性別、年齡層自殺死亡率，也有可能造成分析結果誤差，亦缺少觀察型研究探討本土自殺相關危險因子，所以針對這一波 COVID-19 疫情所造成的經濟衝擊，後續也還是需要持續觀察對心理健康之衝擊。

表 3-1-3、國內經濟衰退、失業與自殺之相關文獻

作者	研究目的	研究對象	研究方法	控制變項	本土相關結果	研究限制	敏感度分析
(Yang, Lester, & Yang, 1992)	探討 1952-1984 美國與台灣經濟及社會相關因素與自殺死亡率影響是否相同	1952-1984 台灣中央研究院資料庫	多變項迴歸	離婚率、女性勞參率、GDP、GDP 成長率	經濟相關變項 (GDP 及失業率與台灣的自殺死亡率均無顯著相關性，但女性勞參率與台灣的自殺死亡率呈現負相關	無	無
(Chuang & Huang, 1996)	探討 1952-1992 美國與台灣經濟及社會相關因素與自殺死亡率影響是否相同	1952-1992 台灣中央研究院資料庫	多變項迴歸	離婚率、女性勞參率、GNP、GNP 成長率	台灣失業率與自殺率的相關性為美國的 2 倍	無	無
(施以諾, 楊麗玲, 龔尚智, & 林宛儀, 民 96)	探討 1995.1-2004.12 月間失業率與自殺死亡率之間的關係	1995.1-2004.12 月主計處及行政院衛生署	皮爾森相關分析，時間序列分析(向量自我迴歸)	無	台灣前一期失業率與自殺率呈現顯著關係(p=0.0002)	無	無
(S.-S. Chang et al.,	探討亞洲金融風暴 (1997-1998)	1985-2006 年 15 歲以上自殺死亡資料	時間序列模型(Prais-Winsten	離婚率、結婚率、失業率	金融危機並未影響台灣自殺死亡率	1. 各國的自殺數據可依賴度並	有，納入不明死因分析結果仍大致

作者	研究目的	研究對象	研究方法	控制變項	本土相關結果	研究限制	敏感度分析
2009)	對日本、香港、南韓、台灣、新加坡、泰國自殺的影響	ICD9=E950–959、 ICD10=X60–X84，台灣來自衛福部，其他國家來自 WHO 資料庫	regression)			不一致 2. 沒有針對所有受影響的國家進行分析 3. 其他可能影響自殺率的因素並未納入考量	相同
(S. S. Chang, Sterne, Huang, Chuang, & Gunnell, 2010a)	探討長期失業率趨勢與台灣自殺率間的關係	1959-2007 年自殺死亡個案 E970–979 (ICD-6;1959–1963)；E970–979 (ICD-7;1964–1970)；E950–959 (ICD-8;1971–1980)；E950–959 (ICD-9;1981–2007).	採用時間序列模型 (Prais-Winsten regression)	GDP、GDP 成長率、離婚率、女性勞動參與率、年份	失業率每上升 1%，男性自殺死亡率上升 3.09(95%CI=1.40-4.79)人/每十萬人，女性 0.8(95%CI=0.28-1.88)人/每十萬人	1. 研究對象為群體層次，並無法證明個人層次同樣存在此現象 2. 失業率並沒有分性別、年齡層 3. 有其他可能的因素影響自殺率及失業	有，且敏感性分析有同樣發現

作者	研究目的	研究對象	研究方法	控制變項	本土相關結果	研究限制	敏感度分析
						與自殺率之間的關係	
(V. C. Chen et al., 2010)	探討 1978-2006 年失業率與自殺死亡率的相關性	1978-2006 自殺死亡個案(死因別為 E950-E959 和 E980-E989)	採用時間序列模型	自相關及季節相關	每月失業率增加 1%，45-64 歲男性自殺死亡率上升 4.9%	無	無
(Y. Y. Chen et al., 2010)	探討香港及台灣 1997-2007 年失業率與自殺死亡率的關係	1997-2007 年自殺死亡個案 (E950-E959)	時間序列分析 ARMAX time-series	離婚率、GDP	1997-2003 年隨著台灣失業率逐漸升高，男性、女性自殺死亡率均有著正相關，2003 年之後即便失業率改善，並未導致燒炭死亡率大幅改善至 2003 年前的水平	1. 研究對象為群體層次，並無法證明個人層次同樣存在此現象 2. 有其他可能的因素影響自殺率及失業率與自殺率之間的關係	無
(陳冠志 et al., 民 104)	探討金融風暴前後自殺死亡率的變	2001 年 1 月至 2012 年 9 月粗自殺死亡率	時間序列模型	刑案發生率、經濟成長率、離婚率、工業	失業率對自殺死亡率並無顯著影響，且金融風暴後	無	無

作者	研究目的	研究對象	研究方法	控制變項	本土相關結果	研究限制	敏感度分析
	化及與經濟發展相關性			化(非農業生產之第二、三級產業為主之工商業人口占有就業人口比例)、都市化(從事休閒、娛樂、文化及教育支出占家庭總支出比例)、貧窮(低收入戶戶數)、吉尼係數、職業地位差距(受雇工作者與雇主人數之比值)	自殺死亡率並無顯著增加。		
(Y.-S. Chan et al., 2018)	探討失業率對自殺死亡率的影響，1990-2000 及 2001-2012 年	1991-2000、2001-2012 年月份別自殺死亡率	時間序列模型(ARX model)	老年人口比率、離婚率、網路使用比例、經濟循環指標	失業率對自殺死亡率有顯著的影響，然而再加入失業救助金的輔助及核准率後，變的不顯著。	1. 沒有自殺意念及自殺行為資料，因此無法正確衡量失業與自殺意念及行為間的關係	無

作者	研究目的	研究對象	研究方法	控制變項	本土相關結果	研究限制	敏感度分析
						2. 無法區分失業和失業的時間對自殺的影響，除此之外由於福利政策是逐步的改革，且對象可能不一樣，但卻在同一時間產生效果，因此不容易區分失業者所受到的政策福利影響。	
(Y. H. Chang et al., 2020)	1905-1940 年及 1959-2012 年台灣的經濟指標與性別比的	1897-1942 總統府年度統計報表 1959-2012 資料來自衛福部	時間序列模型 Prais-Winsten regression	GDP、GDP 成長率、女性勞參率	1959-2012 失業率與男性自殺死亡率有著較大的相關性(失業率上升 1%，自殺死亡率	1. 1941-1958 自殺死亡資料無法取得	有，且敏感性分析有同樣發現



作者	研究目的	研究對象	研究方法	控制變項	本土相關結果	研究限制	敏感度分析
	關係				B=3.02， 95/%CI=2.41-3.62)相對女性 (B=1.52， 95/%CI=1.16-1.88))來說，自殺 死亡率的性別比與 失業率 0.04 95%CI=0.00-0.08 及 GDP B=0.04 95%CI=0.02-0.07 都有相關性	2. 日治時代 與戰後自 殺的紀錄 不一樣	

表五、國內經濟衰退與精神健康文獻

作者	研究目的	研究對象	分析方法	分析變項	結論	研究限制
(F. W. Chang et al., 2016)	調查產後憂鬱症與經濟衰退之間的關係及探討經濟衰退後對產後憂鬱症的持續性影響	2000-2013 年新發之產後憂鬱症	皮爾森相關係數	2008 年及 2010 年各月分別失業率、月分別物價指數(CPI)、月分別通貨膨脹率、月分別台灣證券交易所發行量加權估價指數、年度經濟指標及 2000-2013 年各年失業率、台灣證券交易所發行量加權估價指數、通膨率、GDP、物價指數。	2000-2013 年間失業率、食品物價指數、醫療及交通、GDP 與年度的產後憂鬱症發生率有正相關性、2008 年通膨率與月份別產後憂鬱發生率成正相關與失業率呈負相關，	1. 婚姻關係、教育程度、實際工作情形未能取得 2. 產後憂鬱症發生率被低估

					2010 年月份別 物價指數與月份 別產後憂鬱症呈 現正相關。	
--	--	--	--	--	--	--

## 2. 資料分析

運用 110 年自殺防治民調針對各群體過去一個月以來，是否因疫情關係直接或間接帶來工作或經濟需求問題的壓力，結果發現在性別並沒有顯著差異，各年齡層方面以 15-24、55-64、65-74、75 歲在工作經濟方面的壓力都顯著低於 35-44，然而與 25-34 及 45-54 歲都沒有顯著差異，可能與 25-54 歲勞動人口較多有關，因此對其衝擊較大，以教育程度來看，學歷為研究所以上對工作經濟衝擊顯著低於大學，而國小以下、國中及高中與大學相較雖然分析上並沒有顯著差異，但其他國內研究仍發現疫情對低社經的家庭收入損失較大(江宛霖, 林宇旋, & 江東亮, 民 111)，以職業類別來看，藍領、商店老闆、家庭主婦、無業／待業、自由業等相對較高，以藍領來說，可能與他們大多為社經中下階層有關，從事的工作也較無法以遠距來完成，因此受到較大的衝擊；以商店老闆來說，可能與他們比起一般員工工作而言，承擔整家公司的營運責任，疫情的影響也直接反應在公司營收的衰退，也較沒有其他時間去紓解壓力(Yoon, Jung, Choi, & Kang, 2019)；以家庭主婦來說，可能與家庭主婦大多有非正式工作，或兼職，因此受疫情影響或是伴侶的收入減少，造成個人經濟受影響，而退休者之收入則可能來自子女(衛生福利部，民 106)，因 COVID-19 疫情造成間接影響；而無業、待業、自由業則直接因疫情的關係，造成工作的機會減少，而造成較大的經濟壓力。婚姻狀態方面，不同的婚姻狀態在受疫情影響工作或經濟需求問題的壓力則並沒有顯著差別。

在先前身心狀態方面，以曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫及曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物、而影響生活的個人等兩項狀態，在近一個月受到疫情影響工作或經濟問題的壓力都顯著相較先前沒有此類身心問題者來的高，而有一個可信的人可以傾吐心聲則是可減緩疫情為工作或經濟需求問題所造成的壓力。

表 3-1-4、過去一個月以來，是否因疫情關係直接或間接帶來工作或經濟需求問題的壓力

變數	OR(95%CI)	加權 OR(95%CI)
性別		
男性	1	1
女性	1.07(0.84-1.36)	1.05 (0.83-1.33)
年齡層		
35-44	1	1
15-24	0.37(0.18-0.75)	0.37 (0.18-0.74)**
25-34	0.75(0.49-1.13)	0.82 (0.58-1.17)
45-54	0.77(0.56-1.08)	0.77 (0.56-1.06)
55-64	0.46(0.32-0.65)***	0.49 (0.34-0.7)***
65-74	0.22(0.13-0.36)***	0.24 (0.14-0.39)***
75+	0.18(0.1-0.35)***	0.19 (0.1-0.38)***

變數	OR(95%CI)	加權 OR(95%CI)
<b>教育程度</b>		
大學	1	1
國小以下	1.56(0.97-2.5)	1.47 (0.89-2.43)
國中	1.34(0.91-1.97)	1.16 (0.78-1.72)
高中職	1.03(0.77-1.37)	0.98 (0.74-1.3)
專科	1.02(0.71-1.46)	0.93 (0.65-1.34)
研究所以上	0.58(0.36-0.93)*	0.59 (0.38-0.93)*
<b>職業類別</b>		
白領		1
軍公教	1.24(0.7-2.19)	1.48 (0.85-2.58)
藍領(工人/作業員/送貨員/司機/農林漁牧/水電工)	2.11(1.48-3.02)***	2.31 (1.66-3.23)***
商店老闆/工商企業投資者(副總級以上)	4.6(2.72-7.78)***	5.09 (3.03-8.57)***
專業技術人員(持有證照者：律師/會計師/醫師/護士/建築師/老師)	1.84(0.78-4.35)	1.86 (0.88-3.93)
學生	1.53(0.72-3.26)	1.38 (0.64-2.95)
家庭主婦	2.01(1.37-2.95)***	1.98 (1.35-2.9)***
退休	1.57(0.99-2.5)	1.63 (1.01-2.64)*
無業/待業	3(1.87-4.81)***	2.86 (1.83-4.47)***
自由業(可自由調整上下班時間者)	5.57(2.96-10.49)***	4.15 (2.33-7.39)***
<b>婚姻狀態</b>		
已婚	1	1
未婚	1.01(0.74-1.38)	0.95 (0.71-1.27)
離異	0.87(0.46-1.66)	0.82 (0.44-1.52)
喪偶	1.38(0.63-3.03)	1.1 (0.4-3)
分居	N.A.	N.A.
<b>之前身心狀態</b>		
曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫	3.37(1.3-8.77)*	3.4 (1.26-9.14)*
在心情不好時，有一個信任的人可以傾吐心聲	0.63(0.48-0.84)**	0.62 (0.47-0.82)***
曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	2.61(1.5-4.52)***	2.85 (1.67-4.86)***

註：\*p<0.05，\*\*p<0.01，\*\*\*p<0.001

### 3. 自殺防治策略

政府持續的社會福利預算投入在經濟衰退期是相當重要(Matsubayashi, Sekijima, & Ueda, 2020; Stuckler, Basu, & McKee, 2010)，短期來說足夠失業救助金能夠有效改善心理健康、特別是憂鬱(Berkowitz & Basu, 2021)，長期來說，協助積極的勞工計畫(active labour market programs)包含協助失業者重新找到工作或提供其他訓練以利勞工找尋新的工作(Haw et al., 2015)都能降低經濟衰退所帶來的影響。

易脆弱群體可能更容易受到經濟衰退的影響，包含原來失業者、精神疾病的患者、低工作技能、非固定工作者、女性、先前有債務的人等，因此針對這些脆弱群體需要特別的支持，以減緩大流行對他們造成的不平等的影響(Ivbijaro et al., 2021)，而精神疾病患者有可能因疫情之故，率先被公司所裁員，亦可能因疫情壓力造成個人精神疾病相關的議題，而被裁員，故針對個人精神疾病相關議題者，需提供更完善的支持，以減輕不平等影響。

同時經濟困難者通常在自殺死亡前較沒有就醫紀錄，因此針對非屬醫療機構且會接觸經濟困難的人提供守門人訓練，並進一步提升相關人員自殺危機敏感度是相當重要的(Coope et al., 2015)。

在大流行期間，醫療的發展應加速，包含相關法規的制定與醫療限制放寬，以利相關資源能夠及時協助有需要之民眾(Cuellar, Mark, Sharfstein, & Huskamp, 2020)，其他還包含心理健康相關的手機應用程式，如國內心情溫度計 APP 的使用，能有效幫助個人辨識精神心理症狀，並提供相關精神醫療資訊。

物質濫用的防治策略是另一個需要強化的，由於失業的壓力可能導致個人藉由物質濫用來因應壓力(Frasquilho et al., 2016)，並降低個人衝動控制，因此除現在物質濫用防制策略持續施行外，應積極教導民眾其他紓壓方式(如:正念)或宣導求助管道，以減少不適當的壓力因應方式，國內專家則建議失業的男性可從事家務(Y.-Y. Chen, Cai, Chang, Canetto, & Yip, 2021)。

針對家庭的暴力，以及對家庭的影響亦需要相當注意，因此透過跨部會的合作，及早發現因經濟困難所造成的高風險家庭並提供適當的轉介資源，例如家庭養育子女經濟補助，對家庭中每個人都有助於減少後續精神疾病、家暴議題的發生。

而自殺往往也並非單一原因所導致，因此除上述策略外，現行的全面性、選擇性、指標性策略在經濟衰退期亦為相當重要，包含媒體自殺報導的六不六要、1925 安心專線協助提供、高致命自殺工具的管制、各場域守門人訓練、高風險個案的辨識、自殺企圖者的關懷訪視等都能在後疫情時代的經濟衝擊下持續預防自殺的發生。

### 4. 研究限制

由於電話調查為橫斷面研究的關係，因此未能進一步推論因果關係，除此之外受訪者可能有回憶偏差及社會讚許偏差導致回答無法真實情形；同時由於

未實際詢問受訪者之實際經濟狀況，且問題並未僅包含金錢方面壓力，亦可能包括工作負擔增加，因此後續研究在工作經濟的資料詢問時，建議能調查實際經濟狀況與經濟受影響的情形，以更準確的估計各群體受 COVID-19 的影響與情緒困擾之間的關係。

在文獻回顧方面，由於僅納入文獻為英語及繁體中文所撰寫而成者，因此亦可能造成選擇性偏差，也有部分國內文獻，因未能取得全文，未納入整理，且由於經濟與心理健康之間關係各國間、群體、甚至時間上都存在異質性，因此各文獻的部分研究結果能否類推至我國未來的情形仍舊有一定的限制。

國外探討有關 COVID-19 所造成的經濟影響，並可能進一步造成心理健康、自殺的惡化，大多利用 2008 年的金融危機作為範例，以探討相關的影響，雖然 COVID-19 後續所引發的經濟衰退、失業率的上升，可能與之前金融危機相似，但還是略有不同，以失業率來說，COVID-19 所帶來的衝擊在許多國家都不比 2008 年金融危機的影響小，然而對自殺的影響仍是與之前有差異，特別是在經歷上次金融危機後，各國都更有相關財政經驗來因應經濟衰退危機，另一方面相當重要不同的是，COVID-19 引起的經濟衰退主要是透過減少人與人社交方式，進一步影響經濟活動的運作，因此一旦疫情趨緩或獲得足夠的疫苗，經濟也隨之復甦，與 2008 年金融危機長時間衰退較不一樣，以台灣 GDP 成長率來看，民國 97 年發生的衰退延宕將近一年的時間，其衰退幅度也較大，而 COVID-19 目前所引發的經濟衰退，失業率的部分，同樣也相對較低，因此目前的影響比起 2008 年金融海嘯降低許多，然而 COVID-19 對易脆弱的群體影響、以及未來可能發生的衝擊，不能輕忽。

## 5. 結論

COVID-19 對經濟的影響不平等，不同的群體受影響的時間長短也不一致，同時經濟對心理健康所產生影響大多較為延遲，因此即便當下並未見到自殺相關數據等的上升，仍有必要發展長期心理健康的計畫，尤其針對社經條件較差的群體或家庭資源較薄弱的群體(Crossley, Fisher, & Low, 2021; Kochhar, 2020; McDaid, 2021)，並根據實證數據提供弱勢群體必要的協助，以弭平 COVID-19 造成不平等的影響深化、及造成自殺危機上升的可能性。

## 五、參考文獻

- Achdut, N., & Refaeli, T. (2020). Unemployment and psychological distress among young people during the covid-19 pandemic: Psychological resources and risk factors. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(19), 1-21. doi:10.3390/ijerph17197163
- Ahmed, F., Ahmed, N. e., Pissarides, C., & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*, 5(5), e240. doi:10.1016/S2468-2667(20)30085-2
- Amiri, S. (2021). Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International journal of occupational safety and ergonomics : JOSE*, 1-43. doi:10.1080/10803548.2021.1954793
- Araújo, L. A. d., Veloso, C. F., Souza, M. d. C., Azevedo, J. M. C. d., & Tarro, G. (2021). The potential impact of

- the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 97(4), 369-377. doi:10.1016/j.jped.2020.08.008
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. 74(11), 964-968. doi:10.1136/jech-2020-214401 %J Journal of Epidemiology and Community Health
- Barr, B., Kinderman, P., & Whitehead, M. (2015). Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013. *Soc Sci Med*, 147, 324-331. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.009
- Barua, S. (2020). Understanding Coronanomics: The economic implications of the coronavirus (COVID-19) pandemic. Available at SSRN 3566477.
- Berkowitz, S. A., & Basu, S. (2021). Unmet social needs and worse mental health after expiration of covid-19 federal pandemic unemployment compensation. *Health Affairs*, 40(3), 426-434. doi:10.1377/hlthaff.2020.01990
- Blakely, T. A., Collings, S. C. D., & Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 594. doi:10.1136/jech.57.8.594
- Brenner, M. H., & Bhugra, D. (2020). Acceleration of Anxiety, Depression, and Suicide: Secondary Effects of Economic Disruption Related to COVID-19. *Front Psychiatry*, 11, 592467. doi:10.3389/fpsy.2020.592467
- Chan, C. H., Caine, E. D., You, S., Fu, K. W., Chang, S. S., & Yip, P. S. F. (2014). Suicide rates among working-age adults in South Korea before and after the 2008 economic crisis. 68(3), 246-252. doi:10.1136/jech-2013-202759 %J Journal of Epidemiology and Community Health
- Chan, Y.-S., Liu, T.-C., Chen, C.-S., & Peng, Y.-I. (2018). A Changing Nexus Between Unemployment and Suicide in Taiwan: Before and After Labor Welfare Improvement in the Late 1990s. *Social Indicators Research*, 140(1), 333-346. doi:10.1007/s11205-017-1772-4
- Chang, F. W., Lee, W. Y., Liu, Y. P., Yang, J. J., Chen, S. P., Cheng, K. C., . . . Liu, J. M. (2016). The relationship between economic conditions and postpartum depression in Taiwan: a nationwide population-based study. *J Affect Disord*, 204, 174-179. doi:10.1016/j.jad.2016.06.043
- Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T.-H., & Cheng, A. T. A. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1322-1331. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.010>
- Chang, S. S., Lin, C. Y., Liang, Y. L., Chang, Y. H., Hsu, C. Y., & Yip, P. S. F. (2022). The impact of 2003 SARS epidemic on suicide in Taiwan and Hong Kong. *Psychiatry Clin Neurosci*, 76(5), 202-203. doi:10.1111/pcn.13336
- Chang, S. S., Sterne, J. A. C., Huang, W. C., Chuang, H. L., & Gunnell, D. (2010a). Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959–2007: A time-series analysis. *Public Health*, 124(1), 49-54. doi:10.1016/j.puhe.2009.11.005
- Chang, S. S., Sterne, J. A. C., Huang, W. C., Chuang, H. L., & Gunnell, D. (2010b). Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959–2007: A time-series analysis. *Public Health*, 124(1), 49-54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.11.005>
- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347, f5239. doi:10.1136/bmj.f5239
- Chang, Y. H., Gunnell, D., Hsu, C. Y., Chang, S. S., & Cheng, A. T. A. (2020). Gender difference in suicide in

- Taiwan over a century: a time trend analysis in 1905-1940 and 1959-2012. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 898-906. doi:10.1136/jech-2020-214058
- Chatterji, S., McDougal, L., Johns, N., Ghule, M., Rao, N., & Raj, A. (2021). Covid-19-related financial hardship, job loss, and mental health symptoms: Findings from a cross-sectional study in a rural agrarian community in india. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(16). doi:10.3390/ijerph18168647
- Chen, V. C., Chou, J. Y., Lai, T. J., & Lee, C. T. (2010). Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978-2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 447-452. doi:10.1007/s00127-009-0083-8
- Chen, Y.-Y., Cai, Z., Chang, Q., Canetto, S. S., & Yip, P. S. F. (2021). Caregiving as suicide-prevention: an ecological 20-country study of the association between men's family carework, unemployment, and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(12), 2185-2198. doi:10.1007/s00127-021-02095-9
- Chen, Y. Y., Yang, C. T., Pinkney, E., & Yip, P. S. F. (2021). Suicide trends varied by age-subgroups during the COVID-19 pandemic in 2020 in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. doi:10.1016/j.jfma.2021.09.021
- Chen, Y. Y., Yip, P. S., Lee, C., Fan, H. F., & Fu, K. W. (2010). Economic fluctuations and suicide: a comparison of Taiwan and Hong Kong. *Soc Sci Med*, 71(12), 2083-2090. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.043
- Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*, 177, 360-365. doi:10.1192/bjp.177.4.360
- Chuang, H. L., & Huang, W. C. (1996). A reexamination of 'sociological and economic theories of suicide: A comparison of the U.S.A. and Taiwan'. *Social Science and Medicine*, 43(3), 421-423. doi:10.1016/0277-9536(95)00440-8
- Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health economics*, 21(3), 338-350.
- Coope, C., Donovan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., . . . Gunnell, D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records. *Journal of Affective Disorders*, 183, 98-105. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.045>
- Crossley, T. F., Fisher, P., & Low, H. (2021). The heterogeneous and regressive consequences of COVID-19: Evidence from high quality panel data. *Journal of Public Economics*, 193, 104334. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104334>
- Cuellar, A., Mark, T. L., Sharfstein, S. S., & Huskamp, H. A. (2020). How to mitigate the mental health care consequences of the COVID-19 financial crisis. *Psychiatric Services*, 71(12), 1317-1319. doi:10.1176/appi.ps.202000329
- Dale, R., O'rourke, T., Humer, E., Jesser, A., Plener, P. L., & Pieh, C. (2021). Mental health of apprentices during the COVID-19 pandemic in Austria and the effect of gender, migration background, and work situation. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(17). doi:10.3390/ijerph18178933
- Donnelly, R., & Farina, M. P. (2021). How do state policies shape experiences of household income shocks



- and mental health during the COVID-19 pandemic? *Social Science and Medicine*, 269. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113557
- Elbogen, E. B., Lanier, M., Blakey, S. M., Wagner, H. R., & Tsai, J. (2021). Suicidal ideation and thoughts of self-harm during the COVID-19 pandemic: The role of COVID-19-related stress, social isolation, and financial strain. *Depression and Anxiety*, 38(7), 739-748. doi:10.1002/da.23162
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS ONE*, 8(7), e69792. doi:10.1371/journal.pone.0069792
- Fana, M., Torrejón Pérez, S., & Fernández-Macías, E. (2020). Employment impact of Covid-19 crisis: from short term effects to long terms prospects. *Journal of Industrial and Business Economics*, 47(3), 391-410. doi:10.1007/s40812-020-00168-5
- Fang, D., Thomsen, M. R., & Nayga, R. M. (2021). The association between food insecurity and mental health during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 21(1), 607. doi:10.1186/s12889-021-10631-0
- Fernandes, N. (2020). Economic effects of coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy. *IESE Business School Working Paper No. WP-1240-E*, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3557504> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3557504>.
- Ferreira, F. H. (2021). INEQUALITY. *J Finance Development*.
- Ferry, F., Bunting, B., Rosato, M., Curran, E., & Leavey, G. (2021). The impact of reduced working on mental health in the early months of the COVID-19 pandemic: Results from the understanding society COVID-19 study. *Journal of Affective Disorders*, 287, 308-315. doi:10.1016/j.jad.2021.03.042
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115. doi:10.1186/s12889-016-2720-y
- Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229-237. doi:10.1007/s00127-003-0627-2
- Fu, T. S. T., Lee, C. S., Gunnell, D., Lee, W. C., & Cheng, A. T. A. (2012). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(12)61264-1
- Ganson, K. T., Tsai, A. C., Weiser, S. D., Benabou, S. E., & Nagata, J. M. (2021). Job Insecurity and Symptoms of Anxiety and Depression Among U.S. Young Adults During COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 53-56. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.10.008
- Godinic, D., Obrenovic, B., & Khudaykulov, A. (2020). Effects of economic uncertainty on mental health in the COVID-19 pandemic context: social identity disturbance, job uncertainty and psychological well-being model. *J Int. J. Innov. Econ. Dev*, 6(1), 61-74.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., & Rose, J. P. (2020). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness explain the associations of COVID-19 social and economic consequences to suicide risk. *Suicide Life Threat Behav*, 50(6), 1140-1148. doi:10.1111/sltb.12654
- Griffiths, D., Sheehan, L., van Vreden, C., Petrie, D., Grant, G., Whiteford, P., . . . Collie, A. (2021). The Impact of Work Loss on Mental and Physical Health During the COVID-19 Pandemic: Baseline Findings from a Prospective Cohort Study. *J Occup Rehabil*, 31(3), 455-462. doi:10.1007/s10926-021-09958-7

- Haw, C., Hawton, K., Gunnell, D., & Platt, S. (2015). Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *61*(1), 73-81. doi:10.1177/0020764014536545
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current drug abuse reviews*, *4*(1), 4-27.
- Henley, A., Reuschke, D., Daniel, E., & Price, V. (2021). Self-employment in Wales during the COVID-19 Pandemic. *Welsh Economic Review*, *28*(0), 1. <https://doi.org/10.18573/wer.259>
- Hong, J., Knapp, M., & McGuire, A. (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *10*(1), 40-44. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00012.x
- Ivbijaro, G., Kolkiewicz, L., Goldberg, D., N'Jie, I. N. S., Edwards, T., Riba, M. B., . . . Enum, Y. (2021). Suicide prevention and COVID-19. *Asia-Pacific Psychiatry*, *13*(3). doi:10.1111/appy.12482
- Kato, R., & Okada, M. (2019). Can Financial Support Reduce Suicide Mortality Rates? *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *16*(23), 4797. doi:10.3390/ijerph16234797
- Kikuchi, S., Kitao, S., & Mikoshiba, M. (2021). Who suffers from the COVID-19 shocks? Labor market heterogeneity and welfare consequences in Japan. *Journal of the Japanese and International Economies*, *59*, 101117. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jjie.2020.101117>
- Kim, D. (2021). Financial hardship and social assistance as determinants of mental health and food and housing insecurity during the COVID-19 pandemic in the United States. *SSM - Population Health*, *16*. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100862
- Kim, S., Lee, H. J., Jeong, W., Jang, S. I., & Park, E. C. (2021). Effects of spouse's employment status on depression. *Archives of Environmental and Occupational Health*, *76*(8), 554-560. doi:10.1080/19338244.2020.1860876
- Kim, Y. E. (2022). Unemployment and child maltreatment during the COVID-19 pandemic in the Republic of Korea. *Child Abuse and Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105474
- Kochhar, R. J. P. R. C. (2020). Unemployment rose higher in three months of COVID-19 than it did in two years of the Great Recession. *26*.
- Lee, J. O., Kapteyn, A., Clomax, A., & Jin, H. (2021). Estimating influences of unemployment and underemployment on mental health during the COVID-19 pandemic: who suffers the most? *Public Health*, *201*, 48-54. doi:10.1016/j.puhe.2021.09.038
- Lerner, D., & Henke, R. M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J Occup Environ Med*, *50*(4), 401-410. doi:10.1097/JOM.0b013e31816bae50
- Li, X., Lu, P., Hu, L., Huang, T., & Lu, L. (2020). Factors associated with mental health results among workers with income losses exposed to COVID-19 in China. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *17*(15), 1-11. doi:10.3390/ijerph17155627
- Lin, C. Y., Chang, S. S., & Shen, L. J. (2021). Decrease in Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic in Taiwan. *J Clin Psychiatry*, *82*(6), 37990. doi:10.4088/JCP.21br14137
- Liu, S., Haucke, M. N., Heinzl, S., & Heinz, A. (2021). Long-term impact of economic downturn and loneliness on psychological distress: Triple crises of covid-19 pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(19). doi:10.3390/jcm10194596
- Marazziti, D., Avella, M. T., Mucci, N., Della Vecchia, A., Ivaldi, T., Palermo, S., & Mucci, F. (2021). Impact of economic crisis on mental health: A 10-year challenge. *CNS Spectrums*, *26*(1), 7-13. doi:10.1017/S1092852920000140

- Matsubayashi, T., Sekijima, K., & Ueda, M. (2020). Government spending, recession, and suicide: evidence from Japan. *BMC Public Health*, 20(1), 243. doi:10.1186/s12889-020-8264-1
- McAlpine, D. D., & Alang, S. M. (2021). Employment and economic outcomes of persons with mental illness and disability: The impact of the Great Recession in the United States. *Psychiatric rehabilitation journal*, 44(2), 132-141. doi:10.1037/prj0000458
- McDaid, D. (2021). Viewpoint: Investing in strategies to support mental health recovery from the COVID-19 pandemic. *European Psychiatry*, 64(1), e32. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.28
- Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(1), e51333. doi:10.1371/journal.pone.0051333
- Mishara, B. L. (民 98). 金融海嘯與自殺：經濟蕭條與自殺的關係. *自殺防治網通訊*, 4(1), 5-7. doi:10.30126/nspn.200904.0003
- Moore, T. H., Kapur, N., Hawton, K., Richards, A., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2017). Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review. *Psychol Med*, 47(6), 1062-1084. doi:10.1017/s0033291716002944
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 983-993. doi:10.2147/NDT.S98525
- Muggenthaler, P., Schroth, J., & Sun, Y. (2021). The heterogeneous economic impact of the pandemic across euro area countries. *J Economic Bulletin Boxes*, 5.
- Niederkrötenhaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., . . . Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. 368, m575. doi:10.1136/bmj.m575 %J BMJ
- Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., & Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 239-245. doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)
- Norström, T., & Grönqvist, H. (2015). The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health*, 69(2), 110-116. doi:10.1136/jech-2014-204602
- Olesen, S. C., Butterworth, P., Leach, L. S., Kelaher, M., & Pirkis, J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 144. doi:10.1186/1471-244X-13-144
- Oyesanya, M., Lopez-Morinigo, J., & Dutta, R. (2015). Systematic review of suicide in economic recession. *World journal of psychiatry*, 5(2), 243-254. doi:10.5498/wjp.v5.i2.243
- Parmar, D., Stavropoulou, C., & Ioannidis, J. P. A. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. 354, i4588. doi:10.1136/bmj.i4588 %J BMJ
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., . . . Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. doi:10.1016/S2215-0366(21)00091-2
- Pompili, M., Innamorati, M., Sampaogna, G., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., . . . Fiorillo, A. (2022). The impact of Covid-19 on unemployment across Italy: Consequences for those affected by psychiatric

- conditions. *Journal of Affective Disorders*, 296, 59-66. doi:10.1016/j.jad.2021.09.035
- Preti, A. (2003). Unemployment and suicide. 57(8), 557-558. doi:10.1136/jech.57.8.557 %J Journal of Epidemiology and Community Health
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 33(8), 1148-1162. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.009
- Starace, F., Mungai, F., Sarti, E., & Addabbo, T. (2017). Self-reported unemployment status and recession: An analysis on the Italian population with and without mental health problems. *PLoS ONE*, 12(4), e0174135. doi:10.1371/journal.pone.0174135
- Steeg, S., John, A., Gunnell, D., Kapur, N., Dekel, D., Schmidt, L., . . . Webb, R. T. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on health service utilisation following self-harm: a systematic review.
- Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. 340, c3311. doi:10.1136/bmj.c3311 %J BMJ
- Su, Y. J., Yu, H. T., Liu, T. Y., Lu, K. H., Tu, C. C., Lin, Y. C., & Chen, R. C. (2022). Trends in suicide attempts and suicide deaths before and during the COVID-19 pandemic in New Taipei City, Taiwan: an interrupted time-series analysis. *Psychol Med*, 1-9. doi:10.1017/s0033291722001155
- Tham, W. W., Sojli, E., Bryant, R., & McAleer, M. (2021). Common Mental Disorders and Economic Uncertainty: Evidence from the COVID-19 Pandemic in the U.S. *PLoS ONE*, 16(12), e0260726. doi:10.1371/journal.pone.0260726
- Tzeng, N.-S., Chung, C.-H., Chang, C.-C., Chang, H.-A., Kao, Y.-C., Chang, S.-Y., & Chien, W.-C. (2020). What could we learn from SARS when facing the mental health issues related to the COVID-19 outbreak? A nationwide cohort study in Taiwan. *Translational Psychiatry*, 10(1), 1-9.
- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., . . . Vaz Carneiro, A. (2022). Lost in transition: a systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health*, 1-13. doi:10.1080/09638237.2021.2022615
- Volkos, P., & Symvoulakis, E. K. (2021). Impact of financial crisis on mental health: A literature review 'puzzling' findings from several countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 907-919. doi:10.1177/00207640211011205
- Witteveen, D., & Velthorst, E. (2020). Economic hardship and mental health complaints during COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(44), 27277-27284. doi:10.1073/pnas.2009609117
- Wu, C. Y., Lee, M. B., Huang, P. T. T., Chan, C. T., Chen, C. Y., & Liao, S. C. (2022). The impact of COVID-19 stressors on psychological distress and suicidality in a nationwide community survey in Taiwan. *Scientific Reports*, 12(1), 2696. doi:10.1038/s41598-022-06511-1
- Yang, B., Lester, D., & Yang, C. H. (1992). Sociological and economic theories of suicide: A comparison of the U.S.A. and Taiwan. *Social Science and Medicine*, 34(3), 333-334. doi:10.1016/0277-9536(92)90275-U
- Yoon, J. H., Jung, S. J., Choi, J., & Kang, M. Y. (2019). Suicide trends over time by occupation in Korea and their relationship to economic downturns. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(11). doi:10.3390/ijerph16112007
- 江宛霖, 林宇旋, & 江東亮. (民 111). 台灣新冠肺炎疫情下的家庭收入損失與兒童健康不平等. [Family income loss and child health inequality during the COVID-19 pandemic in Taiwan]. *台灣公共衛生雜誌*, 41(1), 96-104. doi:10.6288/tjph.202202\_41(1).110133

李智貴, & 陳恆順. (1995). 統合分析 (Meta-Analysis) 之簡介. *當代醫學*(256), 167-172.

doi:10.29941/mt.199502.0017

施以諾, 楊麗玲, 龔尚智, & 林宛儀. (民 96). 國民自殺率與國家失業率之互動與衝擊持續性—以 1995 至 2004 年台澎金馬地區為樣本. [Persistence of Impact and Dynamic Relationships among Suicide Rate and Unemployment Rate..]. *臺灣職能治療研究與實務雜誌*, 3(1), 41-49.

doi:10.6534/jtotrp.2007.3(1).41

陳冠志, 謝仁和, & 曹淑琳. (民 104). 臺灣自殺死亡率與經濟發展之實證研究. [An Empirical Study of Morality Rate and Social Economic Development in Taiwan]. *高雄應用科技大學人文與社會科學學刊*, 1(1), 11-23. doi:10.6554/jktuhs.2015.0101.02

陳威霖. (民 109). 新冠病毒 Covid-19 疫情-對勞動關係之衝擊與因應. *勞動及職業安全衛生研究季刊*, 23-33.

陳明郎(民 109), 「新冠肺炎 COVID-19 對臺灣的經濟衝擊和影響」《人文與社會科學簡訊, 22 卷 1 期》

<https://www.worldbank.org/en/news/feature/2021/12/20/year-2021-in-review-the-inequality-pandemic>

黃國治、盧其宏(民 110).減班人數暴增、失業率創 10 年新高、服務業雪崩式滑落——從數據看疫情對產業衝擊 - 報導者 The Reporter. Retrieved 11 April 2022, from <https://www.twreporter.org/a/covid-19-unemployment-and-economic-impacts-statistics>

衛生福利部統計處. (民 106) 老人狀況調查. Retrieved 11 April 2022, from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5095-113.html>

台灣民意基金會(民 110 年)2021 年 9 月全國性民意調查摘要報告

<https://www.tpof.org/wp-content/uploads/2015/10/2020%E5%B9%B4%E6%9C%88%E8%A8%98%E8%80%85%E6%9C%83%E6%9B%B8%E9%9D%A2%E8%B3%87%E6%96%99V2.pdf>

# 長期照顧與自殺防治

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

臺灣於 107 年 3 月老年人口數已達全人口的 14.1%，正式進入「高齡社會」。在政府與民間長期共同努力之下，104 年總統公布「長期照顧服務法」，為我國長照發展重要之根本大法，整合攸關國內 70 多萬失能家庭的各類長照資源，使資源更全面、網絡更綿密，確保各類長照服務之品質。

106 年至 115 年衛生福利部全力推動長照十年計畫 2.0，為了實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者的生活品質。目前長照需求評估的對象涵蓋個案與家庭主要照顧者(以下簡稱照顧者)兩者，透過初步篩選、評估、實際家訪、進而擬定照顧計畫，介入服務並連結各項長照資源，後續評值與追蹤後再依個案的狀況調整照顧計畫，當中家庭照顧者的負荷則包含身體、心理、工作、社交、經濟及家庭關係，故長照人員除須面對來自個案生活環境、疾病照護負荷與身心健康狀態的挑戰，亦須面對自身的生活壓力，本報告包含照顧者及被照顧者兩類對象之資料庫分析，藉以了解長照體系中主要服務對象自殺危險因子。

其中針對照顧者可能遭遇心理健康之議題，以下列 4 點說明(1)壓力與負荷、(2)身心健康及生活影響、(3)心理健康保護因子、及(4)自殺危機。

#### 1) 主要照顧者的壓力與負荷

根據長期照顧服務法第三條中的定義，家庭照顧者指於家庭中對失能者提供規律性照顧之主要親屬或家人。長期的照顧工作經常會帶給照顧者身體、心理、社會關係和財務方面的負荷，且不僅會造成個人的負荷與壓力，也會影響家庭關係(呂，2005)。為進一步了解照顧者所面臨到的負荷內涵，國外研究者開發了評估工具以進行調查與研究，最常被使用的是 Zarit 照顧者負荷量表(Zarit Burden Interview, ZBI) (Zarit et al., 1980)，以照顧者的身體健康、心理健康、經濟狀況、社交生活等多元面向來評估照顧者的壓力與負荷程度；另 Robinson(1983)也發展出照顧者壓力量表(Caregiver Strain Index)，以照顧工作中常見的壓力事件作為調查題目，包



括：睡眠受干擾、生活上的不便、體力上的負荷、社交活動受限、家庭調適、個人計畫受影響、分配時間照顧其他家人、情緒調適、對被照顧者的行為感到困擾、煩惱被照顧者的改變、工作調整、經濟負荷、無法承受的照顧壓力等 13 個項目，此量表亦為我國 2010 年國民長期照護需要調查及行政院主計總處之社會指標統計所使用之照顧者負荷評估工具(鄭，2017)。

因此可知，照顧者在長期的照顧工作歷程中，所接收到的壓力與負荷是涵蓋多個層面且類型各異的。根據中華民國家庭照顧者關懷總會的統整與歸納，家庭照顧者通常面臨的壓力與負荷有以下六類：

- (1) 身體：無法休息、睡眠中斷、病痛、照顧傷害等。
- (2) 心理：焦慮、擔憂、挫折、生氣、委屈、罪惡感、孤單、哀傷、無力感、憂鬱等複雜情緒。
- (3) 工作：受到影響而請假、減少工時或影響升遷、蠟燭兩頭燒、被迫辭去工作。
- (4) 社交：沒有時間從事休閒活動、忘了休息的感覺、斷了親友的往來、越來越孤立。
- (5) 經濟：缺乏收入、生活逐漸困頓、影響年老退休金、可能成為另一個貧窮人口。
- (6) 家庭關係：家庭關係不睦、無法溝通、在照顧方式上意見相左、分工不均等。(https://www.familycare.org.tw/about)

故若要了解家庭照顧者的身心健康狀況並提供適切協助，勢必要從各個層面一一深入關注。

## 2) 主要照顧者身心健康及生活影響

照顧者在長期照顧工作中必然會產生相當的壓力與負擔，而由於個案障礙類別的不同，會為照顧者帶來的照顧負荷，也隨之有所差異。根據衛福部於實行長照計畫時，用以評估個案之「照顧管理評估量表」所示，被照顧者的障礙有以下類型：

### 1.障礙類別：

第一類-神經系統構造及精神、心智功能

第二類-眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛

第三類-涉及聲音與言語構造及其功能

第四類-循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

第五類-消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能

第六類-泌尿與生殖系統相關構造及其功能

第七類-神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能

第八類-皮膚與相關構造及其功能

第九類-罕見疾病

第十類-其他類

第十一類-發展遲緩類

### 2.ICD 診斷：

G80(腦性麻痺患者)

S14、S24、S34(脊髓損傷患者)

R40.2、R40.3(植物人)

其他

足見障礙類別相當多元，而後續將分別回顧常見障礙類別之照顧者研究，探討其身心狀況與生活影響。

### 3) 主要照顧者心理健康保護因子

在照顧負擔和健康危機之外，是否存在某些心理社會因子，可以成為照顧者的保護因子呢？Pucciarelli 等人(2021)對中風患者與其照顧者進行



調查，發現兩者之間的相互關係(mutuality)，在患者甫出院之際，會是調節憂鬱和生活品質之間關聯的一個正向變項，但日久可能會導致照顧者的身體健康狀況下降，研究者建議未來可進一步了解相互關係的長期影響，以及與照顧壓力增加的關聯。而 Petursdottir 等人(2021)對晚期癌症患者的照顧者在喪親前後，以治療性對話介入，結果發現能使焦慮和壓力程度顯著下降，而憂鬱程度則無顯著變化。

其次，復原力(Resilience)被證實可以調節照顧者負擔和其心理健康之間的關係，對於照顧者負擔感到沉重和對生活品質不滿意的父母(照顧者)，復原力是一個有希望的介入目標(Luo et al, 2021)。Mulud 與 McCarthy(2017)對 201 位嚴重精神疾病患者的照顧者進行之研究，發現復原力扮演中介變項的角色，具有調整照顧者性別與照顧者負擔之間關係功能。

#### 4) 主要照顧者的自殺危機

憂鬱和焦慮是自殺的危險因子，因此若照顧者感到負荷過重、身心失衡，令人十分擔憂會進一步產生自殺的風險。根據 Park 等人(2013)對 897 名癌症病人之家屬照顧者的研究指出，家庭照顧者的自殺意念之一年盛行率為 17.7%，自殺企圖的一年盛行率 2.8%，均高於一般族群、住院病人和癌症病人，而家庭照顧者本身若有焦慮或憂鬱的情形，其自殺風險高於一般人五倍之多。在焦慮或憂鬱的家庭照顧者之中，也發現了自殺相關危險因子如女性、未婚、在照護期間為無業狀態、生活品質評分較低…等。

總結以上，實證研究皆指出目前照顧者身心需求是一項重要議題，根據中華民國家庭照顧者關懷總會抽樣統計，家庭內沒有照顧替手和年紀大的照顧者之家庭樣態中有 7.0%的家庭出現自殺風險，因此強化長期照顧網絡、建立更縝密的自殺防治策略，為當前重要的目標。

## 2. 業務目的與目標

瞭解長照體系下照顧者及被照顧者自殺流行病學，並針對其特性提出策略建議。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

運用 110 年研究結果於第 5 次自殺防治諮詢會、第一線專業人員研習

與相關專業人員、憂鬱症防治春季研討會：疫情下憂鬱症長者與其照顧者之身心健康」進行交流。

## **2. 資源連結合作**

合作單位：衛生福利部心理健康司、衛生福利部長期照顧司、東捷資訊服務股份有限公司、社團法人臺灣憂鬱症防治協會、

## **三、過程(Process)**

### **1. 組織建立及文獻回顧**

首先召集領域專家學者(含精神醫學及護理、自殺防治、社會工作與社會服務、長期照顧、老人福利、流行病學等)，針對長照現況、照顧者負荷與身心影響、需求與資源連結等議題進行討論，確立本案發展方向為問卷調查與資料庫串聯分析並行，以此了解國內照顧者的現況；同時也擬定資料分析方法，並透過專家學者建議之文獻查詢方向搜尋並逐一審閱，包含長照自殺、老人自殺、自殺防治策略、危險因子等，篩選後由小組評讀文獻，進一步彙整、執行資料蒐集並進行分析。

### **2. 研究統計結果交流及相關宣導**

#### **1) 第 5 次自殺防治諮詢會**

1 月 25 日由衛生福利部召開第 5 次自殺防治諮詢會，並針對老人及照顧者自殺數據分析及精進作為進行提案討論。

#### **2) 憂鬱症防治春季研討會**

4 月 23 日由台灣憂鬱症防治協會主辦之憂鬱症防治春季研討會，自殺防治學會由詹佳達秘書長主講疫情下憂鬱症長者與其照顧者之身心健康，研討會共計 147 名參與、23 人為實體參與、124 人為線上參與。

#### **3) 第一線守門人訓練課程**

5 月 28 日由全國自殺防治中心主辦，學會由詹佳達秘書長主講自殺防治新進展，內容包含 COVID-19 疫情下，老人自殺防治策略及自殺死亡相關數據。

#### **4) 台灣自殺防治學會學術研討會**

9 月 4 日由全國自殺防治中心主辦，學會由詹佳達秘書長主講新冠疫情下的老人心理健康，內容包含 COVID-19 疫情下，老人心理健康、自殺防治策略及自殺死亡相關數據。

#### **5) COVID-19 孤寂感與老人自殺研究**

利用中心 110 年自殺防治調查探討 COVID-19 對老人自殺的影響，並針對 65-69 歲、70-74 歲、75-79 歲、及 80 歲(含)分析各組人數與百分

比，並藉由邏輯式迴歸探討孤寂感與情緒困擾、終生自殺意念、終生自殺企圖、未來自殺意圖的相關性。

#### 6) 文獻搜尋策略

針對 2021-2022 年文獻使用 elder or caregiver 進行文獻搜尋，篩選後共 2 篇橫斷性研究。

### 四、成果(Product)

#### 1. 110 年長照自殺研析結果回顧及運用

##### 1) 統計結果回顧(詳附件 3-2-1)

臺灣的長照服務在未來隨著人口老化加遽，將成為我國重要的衛生福利政策之一，全國自殺防治中心透過家庭照顧者大型問卷調查以探究家庭照顧者身心狀況情形，以及資料庫串聯分析，進一步研析臺灣本土長照相關自殺流行病學，同時也蒐集國內外相關文獻，整理出相關危險因子、保護因子及防治策略。

調查方式採用線上混合紙本，最終一共蒐集 129 份問卷，主要照顧者以女性為主，中年族群為多，有四分之一的照顧者更是 65 歲以上的老年族群發現有超過半數的照顧者在六分以上，有 12.5% 的照顧者的自殺意念在 2 分以上，均顯示了照顧者本身的身心健康未必呈現良好的狀態，卻仍然要負擔長期的照顧工作。進一步針對 109 年照顧者自殺企圖資料分析則發現身心障礙  $aOR=6.49$  (95%CI=3.01-14.03)、低收入戶  $aOR=4.44$  (95%CI=1.77-11.14)、照顧資歷小於 4 年  $aOR=0.44$  (95%CI=0.19-1.03)、自覺身體健康不太好及很不好  $aOR=4.1$  (95%CI=1.46-11.5) 及  $aOR=9.4$  (95%CI=2.65-33.36)、自覺經濟較相當困難  $aOR=4.12$  (95%CI=1.46-11.61)，照顧者罹患腦血管意外(中風)、暫時性腦部缺血(小中風)  $aOR=8.61$  (95%CI=2.43-30.55) 及精神疾病(憂鬱症、思覺失調症等)  $aOR=7.59$  (95%CI=3.51-16.43)，重要的保護因子則包含社交支持、復原力。

國外學者發現被照顧者在長照設施裡過去一個月大約 5-33% 的人會出現自殺意念(包含積極型與消極型)(Briana Mezuk, Andrew Rock, Matthew C. Lohman, & Moon Choi, 2014)，危險因子則包含憂鬱、社交孤立、低教育程度、生活壓力事件、文化議題、認知功能退化及身體功能減損、孤獨感(Dong, Chang, Zeng, & Simon, 2015; B. Mezuk, A. Rock, M. C. Lohman, & M. Choi, 2014; Murphy, Bugeja, Pilgrim, & Ibrahim, 2015)，而資料分析則顯示 ADL 分數較高、IADL 分數較高與長照需求等級 CMS

較低為可能自殺危險因子。

## 2) 110 年文獻回顧與中心發表文獻

孤寂是老年常見的問題，COVID-19 期間老年孤寂造成的身心健康問題更值得關注，學會運用 110 年台灣自殺防治學會全國民調之代表性樣本，以電腦輔助電話訪問系統進行分層比例抽樣，研究變項含基本資料、單題 / 三題孤寂量表、簡式健康量表與自殺相關風險因子，發現 65 歲以上個案，此族群比 65 歲以下之孤寂感盛行率略高 (14.0% vs. 10.7%)，其中 70-74 歲孤寂比例最高。此外，老年孤寂單題測量與情緒困擾、終生自殺意念成正相關，而三題測量則個別與不同自殺風險顯著相關，顯示孤寂是自殺風險的重要考量因子。

自殺防治策略涵蓋全面性、選擇性及指標性三種，在家庭照顧者包含提升照顧者求助資源可及性、提升保護因子、早期發現、早期辨識照顧者自殺危險因子、減少高風險照顧者壓力源、強化跨網絡合作、關懷支持。長照老人部分則包含長照設施人員自殺危機敏感度提升、善用心情溫度計測量高風險個案情緒溫度、強化被照顧者角色的適應及其情緒行為因應。

照顧者照顧負擔的強弱可能是 COVID-19 期間影響心理健康是否進一步惡化的重要因素之一(Czeisler et al. 2021)，日本的大規模網路調查則顯示照顧時間越長，其心理健康惡化的程度越高，當中以女性照顧者的心理健康最為嚴重(Anon 2022)，另一份美國的抽樣調查則同樣發現照顧負擔的強弱，可能是影響其心理健康是否更惡化的因素之一，各年齡層以年輕照顧者相對來說，其衝擊更大，因此針對照顧負擔的較強的照顧者，可能更需要提供相關的支持，以減緩 COVID-19 對其造成的心理衝擊。

## 3) 統計結果運用

本年度利用上一年度之文獻回顧及分析結果於第 5 次自殺防治諮詢會、第一線專業人員研習與相關專業人員、憂鬱症防治春季研討會：疫情下憂鬱症長者與其照顧者之身心健康」進行交流，並針對自殺防治諮詢會專家建議持續蒐集本土長照自殺相關議題。

### (1) 第五次自殺防治諮詢會專家回饋

郭委員乃文：

- a. 我個人對於目前國內所推動的絕大部份方案理念都相當的肯定，但是對於腦心智功能的訓練，是需要思考的部份。
- b. 國際上的家庭、族群及社區生活方式的概念，跟臺灣的老年人議題是不同的，建議發展本土的理念，再規劃介入的策略。

蘇委員柏文：

- a. 被照顧者或者照顧者會遇到很多的問題，如果以自殺防治或心理健康促進的概念來看，要思考的是如何陪伴被照顧者以及照顧者如何面對困境，而不是說這些人是危險的，所以我們要提供更多的資源。
- b. 照顧者需要先把自己照顧好，才有能力照顧這些被照顧者。建議在家屬支持的部份可以列入考慮。

郭委員慈安：

- a. 在分析長照時必須要同時看照顧者跟被照顧者的組合，如果是老老照顧，他們是幾乎不求助的。
- b. 長照人員的訓練建議加入老人心理學的相關課程。
- c. 照顧者、被照顧者的問題需要同時被介入。

某某委員：以社會心理學的角度，建議營造出讓長者能談論生死的氛圍。

兒少代表：青少年服務學習可能會到長者的服務據點做關懷，因此兒童、青少年能夠提供很好的資源。

## 五、附件

### 3-2-1、長期照顧與自殺防治

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060. doi:10.1001/jama.2014.304
- Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843-849. doi:10.1161/01.str.26.5.843
- Anon. 2022. "Family Caregiving and Changes in Mental Health Status in Japan during the COVID-19 Pandemic." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 98:104531. doi: 10.1016/j.archger.2021.104531.
- Chang, S. S., Sterne, J. A., Lu, T. H., & Gunnell, D. (2010). 'Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2), 143-152. doi:10.1007/s00127-009-0049-x
- Chauliac, N., Leaune, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. 33(6), 307-315. doi:10.1177/0891988719892343
- Chiou, C. J., Chang, H.-Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 419-424. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.04.001>
- Crellin, N. E., Orrell, M., McDermott, O., & Charlesworth, G. (2014). Self-efficacy and health-related

- quality of life in family carers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*, 18(8), 954-969. doi:10.1080/13607863.2014.915921
- Czeisler, Mark É., Alexandra Drane, Sarah S. Winnay, Emily R. Capodilupo, Charles A. Czeisler, Shantha MW Rajaratnam, and Mark E. Howard. 2021. "Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation among Unpaid Caregivers of Adults in the United States during the COVID-19 Pandemic: Relationships to Age, Race/Ethnicity, Employment, and Caregiver Intensity." *Journal of Affective Disorders* 295:1259–68. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.130.
- Dong, X., Chang, E. S., Zeng, P., & Simon, M. A. (2015). Suicide in the global chinese aging population: a review of risk and protective factors, consequences, and interventions. *Aging and disease*, 6(2), 121-130. doi:10.14336/AD.2014.0223
- Huang, Y. C., Hsu, S. T., Hung, C. F., Wang, L. J., & Chong, M. Y. ( 民 107). Mental health of caregivers of individuals with disabilities: Relation to Suicidal Ideation. *Compr Psychiatry*, 81, 22-27. doi:10.1016/j.comppsy.2017.11.003
- Joling, K. J., O'Dwyer, S. T., Hertogh, C. M. P. M., & van Hout, H. P. J. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: a longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), 263-270. doi:10.1002/gps.4708
- Joling, K. J., Ten Have, M., de Graaf, R., & O'Dwyer, S. T. (2019). Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: results from the population-based Netherlands mental health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). *BMC Psychiatry*, 19(1), 320-320. doi:10.1186/s12888-019-2317-y
- Joling, K. J., ten Have, M., de Graaf, R., & O'Dwyer, S. T. (2019). Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: results from the population-based Netherlands mental health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). *BMC Psychiatry*, 19(1), 320. doi:10.1186/s12888-019-2317-y
- Karg, N., Graessel, E., Randzio, O., & Pendergrass, A. (2018). Dementia as a predictor of care-related quality of life in informal caregivers: a cross-sectional study to investigate differences in health-related outcomes between dementia and non-dementia caregivers. *BMC Geriatr*, 18(1), 189. doi:10.1186/s12877-018-0885-1
- Liu, H. Y., Hsu, W. C., Shyu, Y. L., Wang, Y. N., Huang, T. H., Lin, Y. E., & Huang, C. H. (2021). Finding a balance in family caregiving for people with dementia: A correlational longitudinal study. *J Adv Nurs*, 77(5), 2278-2292. doi:10.1111/jan.14747
- Meltzer, H., Brugha, T., Dennis, M. S., Hassiotis, A., Jenkins, R., McManus, S., . . . Bebbington, P. (2012). The influence of disability on suicidal behaviour. *Alter*, 6(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.alter.2011.11.004>
- Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M., & Powell, V. (2015). Suicide Risk in Nursing Homes and Assisted Living Facilities: 2003–2011. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1495-1502. doi:10.2105/AJPH.2015.302573

- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(12), 1198-1211. doi:10.1002/gps.4142
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(12), 1198-1211. doi:10.1002/gps.4142
- Murphy, B., Kennedy, B., Martin, C., Bugeja, L., Willoughby, M., & Ibrahim, J. E. (2019). Health and Care Related Risk Factors for Suicide Among Nursing Home Residents: A Data Linkage Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 695-706. doi:<https://doi.org/10.1111/sltb.12465>
- Murphy, B. J., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J. E. (2015). Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(8), 802-814. doi:10.1002/gps.4299
- O'Dwyer, S., Moyle, W., & van Wyk, S. (2013). Suicidal ideation and resilience in family carers of people with dementia: a pilot qualitative study. *Aging Ment Health*, 17(6), 753-760. doi:10.1080/13607863.2013.789001
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2013). Suicidal ideation in family carers of people with dementia: a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(11), 1182-1188. doi:10.1002/gps.3941
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(2), 222-230. doi:10.1080/13607863.2015.1063109
- Park, B., Kim, S. Y., Shin, J. Y., Sanson-Fisher, R. W., Shin, D. W., Cho, J., & Park, J. H. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in anxious or depressed family caregivers of patients with cancer: a nationwide survey in Korea. *PLoS ONE*, 8(4), e60230. doi:10.1371/journal.pone.0060230
- Snowdon, J., Chen, Y.-Y., Zhong, B., & Yamauchi, T. (2018). A longitudinal comparison of age patterns and rates of suicide in Hong Kong, Taiwan and Japan and two Western countries. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 15-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.11.020>
- Stansfeld, S., Smuk, M., Onwumere, J., Clark, C., Pike, C., McManus, S., . . . Bebbington, P. (2014). Stressors and common mental disorder in informal carers – An analysis of the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Social Science & Medicine*, 120, 190-198. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.025>
- Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A. R., Engedal, K., & Laake, K. J. I. j. o. g. p. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. 17(1), 78-84.
- Tsoh, J., Chiu, H. F. K., Duberstein, P. R., Chan, S. S. M., Chi, I., Yip, P. S. F., & Conwell, Y. (2005). Attempted Suicide in Elderly Chinese Persons: A Multi-Group, Controlled Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 562-571.



doi:<https://doi.org/10.1097/00019442-200507000-00004>

Zhang, L., Sun, L., Zhou, C., Ge, D., & Qian, Y. (2018). The Relationship Between Difficulties in Daily Living and Suicidal Ideation Among Older Adults: Results From a Population-Based Survey in Shandong. *206*(3), 211-216. doi:10.1097/nmd.0000000000000794

邱啟潤, 許淑敏, & 吳瓊滿. (民 91). 主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧. [Literature Review of Primary Caregivers' Burden, Stress and Coping in Taiwan Research]. *4*(4), 273-290. doi:10.6563/tjhs.2002.4(4).1

侯慧明, & 陳玉敏. (民 97). 長期照護機構老人孤寂感及其相關因素探討. [Loneliness and Related Factors among the Elderly Living in Long-Term Care Facilities]. *實證護理*, *4*(3), 212-221. doi:10.6225/jebn.4.3.212

陳景寧. (108 年). 我國家庭照顧者支持網絡系統. [Taiwan's Family Caregivers Support Network]. *23*(1), 11-21. doi:10.6317/ltc.201907\_23(1).0002

彭雅莉. (民 101). 長期照護機構老人憂鬱現況及其相關因素之研究. 中臺科技大學, Available from Airiti AiritiLibrary database. (2012 年)

詹書媛, 游曉微, 楊銘欽, 李玉春, & 陳雅美. (民 107). 失智症與非失智症長者之照顧者醫療服務利用之比較. [Comparison of healthcare utilization between caregivers of dementia and nondementia older adults]. *37*(6), 664-675. doi:10.6288/tjph.201812\_37(6).107074

蘇南榮, & 黃亮韶. (民 104). 精神科長期照護機構與自殺防治：以衛生福利部玉里醫院祥和院區為例. *臨床心理學刊*, *9*(2), 53-54. doi:10.6550/acp.0902.033

洪韓捷、吳佳儀、李明濱、詹佳達、陳俊鶯 (2022)。COVID-19 疫情下老年孤寂感和自殺相關風險因子分析。 *Journal of Suicidology* , 17(1) , 51-58 。  
doi:10.30126/JoS.202203\_(1).0010



# 兒少及原住民自殺防治策略建議

## 一、背景(Context)

### 1. 兒少及青少年

根據世界衛生組織(WHO)最新的統計，全球每年有逾 70 萬人死於自殺行為，且自殺已成為 15-19 歲青少年族群的第三大死因，因此青少年自殺議題逐漸成為各國的重要議題。目前在兒童及青少年族群中，雖然 15 歲以下的自殺行為並不常見，但不管是 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，不只是臺灣青少年近年自殺死亡人數的攀升，多國亦呈現上升趨勢，由此可知青少年自殺，除了低齡化外，且有逐年攀升的趨勢。而學者認為這樣的現象無法用單一簡單因素可以來解釋，應是多種原因導致青少年自殺死亡率上升的情形。(Bridge et al., 109;Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2017)。

自殺行為發生往往也非單一因素所造成，而青少年常見的自殺危險因子則可分為個人因素、認知狀態、家庭因素、環境因素等，學者整理青少年自殺行為發展路徑(如圖 3-3-1)，青少年的憂鬱、衝動及攻擊性一開始受到家庭的影響而發展，憂鬱隨後可能進一步發展自殺意念，並受到衝動性及攻擊性、壓力因子、保護因子調控，而產生自殺企圖行為，最終變成自殺死亡。

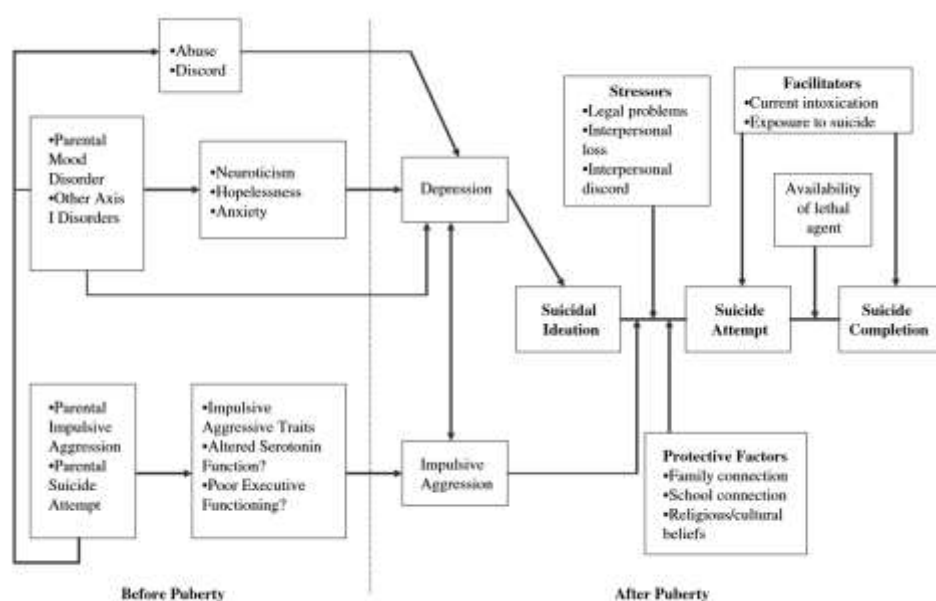


圖 3-3-1、青少年自殺行為發展

國際上則進一步將青少年自殺行為區分為非自殺式之自傷(nonsuicidal self-injury)(如割腕)、自傷(self-harm)(包含自殺行為及非致命性自傷行為)、自殺企圖(attempt suicide)、自殺死亡(suicide)，大部分的青少年自殺行為均屬於非自殺式之自傷，大部分的青少年也並不會真的有致命性自殺行為(Mars et al., 2019)，而青少年自傷行為的盛行率約為17%-18%，而且在女性較常見，而導致自傷行為的發生的因素同樣相當多，包含人際衝突、社會模仿、兒時創傷、神經生物學因素等，然而對自傷行為的危險因子仍需要有更多研究，才能完善對其病因學的了解(Jong et al., 2021)。

## 2. 原住民

根據世界衛生組織(WHO)最新的統計，全球每年有逾 70 萬人死於自殺行為，其中原住民族的自殺防治，是台灣較少關注的焦點，然而原住民自殺防治卻是相當重要的，特別是近 2 年 COVID-19 疫情惡化原本的不平等，更可能惡化原住民原本的心理健康，因此強化原住民的心理健康並進一步規劃完善的自殺防治策略是相當迫切；然而自殺議題卻可能間接造成原住民的二度傷害，過去的研究統計僅呈現統計數據，造成原住民的污名化，也因此了解殖民文化對原住民的影響及與自殺之間關聯是讓大眾能夠有正確解讀的關鍵。

在回顧 99 篇有關原住民自殺發生率文獻，顯示原住民與非原住民自殺死亡率僅在部分地區會有差異(Pollock, Naicker, Loro, Mulay, & Colman, 2018)葛氏分析民國 60 年-民國 79 年台灣山地鄉居民死因，發現泰雅、布農族標準化死亡率顯著高(葛應欽 & 謝淑芬, 民 83)，其他研究亦發現到類似的結果(謝淑芬, 劉碧華, 潘碧珍, 章順仁, & 葛應欽, 民 83)，(陳錦宏, Stewart, 伍美馨, & 李子奇, 民 103)則發現海拔高度與人口組成會進一步影響自殺死亡率；然而針對原住民自殺流行病學與其背景整合性解讀卻是缺乏的一在自殺危險因子的分析研究，早期研究發現原住民自殺具有物質濫用及憂鬱症的共病特徵(Cheng, 1995)，其他研究則發現原住民自傷危險因子則包含酗酒、女性、無業(台灣原住民蓄意自我傷害者之心理社會與精神疾病因素研究，劉宜釗)；然而這些危險因子卻與原住民生活文化息息相關，過往卻未能說明飲酒生活型態可能是原住民族受到歷史性創傷所衍生(Mohatt, Thompson, Thai, & Tebes, 2014; Sotero, 2006)。另一方面，原住民也有可能因為長期受到微歧視(Microaggression)而發生憂鬱、低自尊等情形(Walls, Gonzalez, Gladney,

& Onello, 2015)，而也有其他研究指出，資本主義的入侵也可能造成原住民社經地位的弱勢，也間接造成心理健康不利以及過度飲酒影響(陳美霞，民 103; 陳慈立，民 103; 游宗輝 & 黃毅志，民 105)。

自殺非單一因素所造成，所以自殺防治策略需要全民的合作，而有效的自殺防治需要跨政府部門的合作，包含衛生、教育、就業、福利機構、執法機構、住房提供者和非政府組織等，針對社區的原住民、有自殺風險的及那些有過自殺企圖的原住民，以實踐全面性、選擇性及指標性策略。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 學齡層通報個案與全年齡層比較分析自殺企圖者特性，包含地區、自殺方式、自殺原因及特殊身份註記個案比例。
- 2) 原住民通報個案與全年齡層比較分析自殺企圖者特性，包含自殺方式、自殺原因及特殊身份註記個案比例。
- 3) 學齡層及原住民全年齡層自殺死亡個案分析：以自殺方式、縣市、性別交叉分析。
- 4) 串聯自殺企圖通報資料及自殺死亡檔，計算自殺企圖個案之再自殺死亡率以及自殺原因與危險指標等；串連原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統、毒藥品列管清冊、嚴重病人清冊，進行自殺死亡生前特殊身分別之分析。

### 2. 資料來源

- 1) 自殺死亡資料檔：由衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心提供，內容為自殺個案死亡情形之簡要資料，包含性別、年齡層、縣市、死因。
- 2) 自殺企圖通報資料檔：由衛生福利部自殺防治通報系統提供，內容為自殺企圖通報個案之相關資料。
- 3) 其他資料檔：包含全民健康保險研究資料庫、低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒童及少年保護通報明細檔、性侵害通報明細檔、原住民清冊、替代治療清冊、精神照護系統。

### 3. 資源連結合作

- 1) 合作單位：教育部、內政部、衛生福利部心理健康司、衛生福利部「衛生福利統計處」、原住民族委員會、社團法人台灣自殺防治學會。
- 2) 資源連結內容及形式：資料庫、專案小組及會議。

## 三、過程(Process)

## 1. 資料蒐集

### 1) 自殺死亡資料檔

(1) 資料期間：110 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，由中心每年向衛生福利部統計處衛生福利資料科學中心進行使用資料申請。

### 2) 自殺企圖通報資料檔

(1) 資料期間：95 年至 110 年。

(2) 說明：向系統維護廠商申請自殺通報資料，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。

### 3) 低收入戶及中低收入戶資料庫手冊、家暴通報明細檔、兒少保通報明細檔、性侵害通報明細檔、精神照護系統、替代治療資料庫-個案基本資料、替代治療資料庫-加入替代治療歷程檔、毒品危害防制中心案件管理系統-個案管理檔。

(1) 資料期間：108 年至 110 年。

(2) 說明：向衛生福利部統計衛生福利資料科學中心申請特定族群資料檔。

## 2. 研究分析定義

1) 以年齡層作為判斷各學級之依據，以 6-11 歲自殺個案作為國小之年齡層；12-14 歲為國中之年齡層；15-17 歲為高中之年齡層；18-21 歲為大學之年齡層。

2) 原住民資料是由內政部的原住民戶籍資料串聯自殺企圖通報檔及自殺死亡檔進行判定。

3) 精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病，其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常。

4) 精神疾病嚴重病人：指精神病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

5) 家庭暴力高危險個案：以家庭暴力施暴者的暴力行為類型、施暴者的特質及容易引發較危險暴力情境等三方面作為危險程度的判斷依據，並以台灣親密關係暴力危險評估表進行評估，若分數大於 8 分即歸類為高危險個案。

6) 身心虐待的樣態包括身體虐待、精神虐待及性虐待，身體虐待是指對孩子施加任何非意外性之身體傷害，導致孩子受傷、死亡、外型損毀或任何身體功能毀壞；精神虐待包括言語的羞辱、孤立、控制、漠視孩子的情緒需

求等；性虐待是指直接或間接對孩子做出與性有關的侵害或剝削行為，如性騷擾、猥褻及性侵害等。

- 7) 疏忽則為孩子的基本需求，如飲食、穿著、居住環境、教育、醫療照顧等，受到嚴重或長期忽視，以致危害或損害兒童健康或發展，以及將 6 歲以下或需要特別照顧的孩子單獨留在家中，或交給不適當的人照顧。
- 8) 以 110 年自殺企圖通報資料串聯自殺死亡檔，分析其特性差異。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。
- 9) 以 110 年自殺死亡個案串聯 95 至 110 年自殺企圖通報資料，分析其特性差異。定義自殺企圖通報日期小於自殺死亡日期者為自殺死亡個案生前曾經被通報過，若通報日期大於或等於死亡日期則定義為未通報，用以評估通報系統是否落實。
- 10) 特定人口自殺死亡分析，利用各特定人口群系統清冊串連自殺死亡檔。

#### 四、成果(Product)

##### 1. 兒少及青少年自殺現況

##### 1) 兒少及青少年自殺死亡及自殺通報

近年隨著學齡層自殺死亡率、自殺通報人次都不斷攀升，另各界相當擔憂，圖 3-3-2 為 97-110 年各學齡層自殺死亡率，其中可以明顯發現到高中及大學學齡層在 103-107 逐漸增加，至 108 年則大幅攀升，國中學齡層則從 106 年開始逐漸增加，而國小學齡層雖近幾年亦是有增加，但由於人數較少，較難以統計方式呈現整體樣貌，學齡層自殺增加趨勢，國內專家推測可能與 Z 世代生活在網路、社群媒體的盛行的環境有關，然而自殺往往也非單一因素所造成的，因此較難以單一因素解釋。

另一方面，107 年董式基金會的調查，發現課業壓力是青少年與憂鬱重要的因素，韓國的研究則進一步指出課業壓力的是憂鬱的危險因子，並可能進一步導致自殺意念、自殺行為的發生(Kwak & Ickovics, 2019; Lee et al., 2010)，其中高中學齡層在 108 年大幅上升，則可能與 108 年實施的學習歷程造成學生課業壓力增加，進一步推升原本自殺死亡率的上升趨勢。



圖 3-3-2、97-110 年各學齡層自殺死亡率

110 年各學齡層自殺通報人次若以月份別來看，發現在 3-6 月及 9-12 月的通報人次與當年其他月份相比通報人次較高，可能原因為開學期間學生通報量上升所致，校園自殺防治應加強學校開學後的預防措施。110 年 10 月起自殺通報系統始介接教育部學籍資料，可在系統上查看個案就學情形，建議各縣市衛生局及關懷訪視員多加利用，有助於追蹤個案現況及自殺行為背後可能之原因(如圖 2-3-3)。

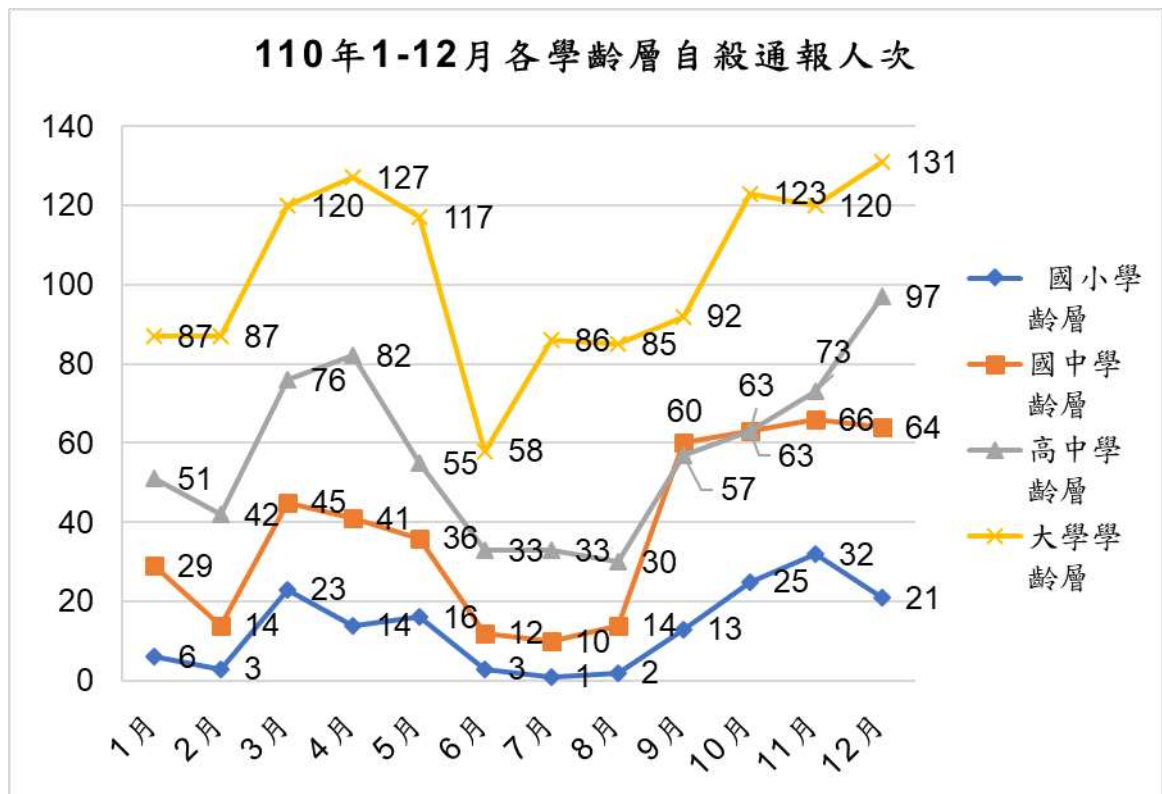


圖 2-3-3、110 年 1-12 月各學齡層自殺通報人次

各學齡層自殺地點依據通報單上自殺地點欄位進行分析，結果如圖)，可以發現國中、高中及大學學齡層通報個案之自殺地點，(除其他地點外)皆以「自宅」占率最高，國小學齡層則以其他地點占率最高，另外由於大學相較其他學齡層較有租屋的租賃行為，因此占率次高為租屋處，後續針對自殺地點為其他之通報，進一步以文字雲分析，可以發現各學齡層學生自殺地點主要以學校為主要自殺地點，國小至國中自殺地點大多較單純，然而高中及大學文字雲分析結果則顯示學校宿舍是另一個經常自殺的地點，除此之外相較國小、國中，文字雲所分析出來其他地點種類亦較多。



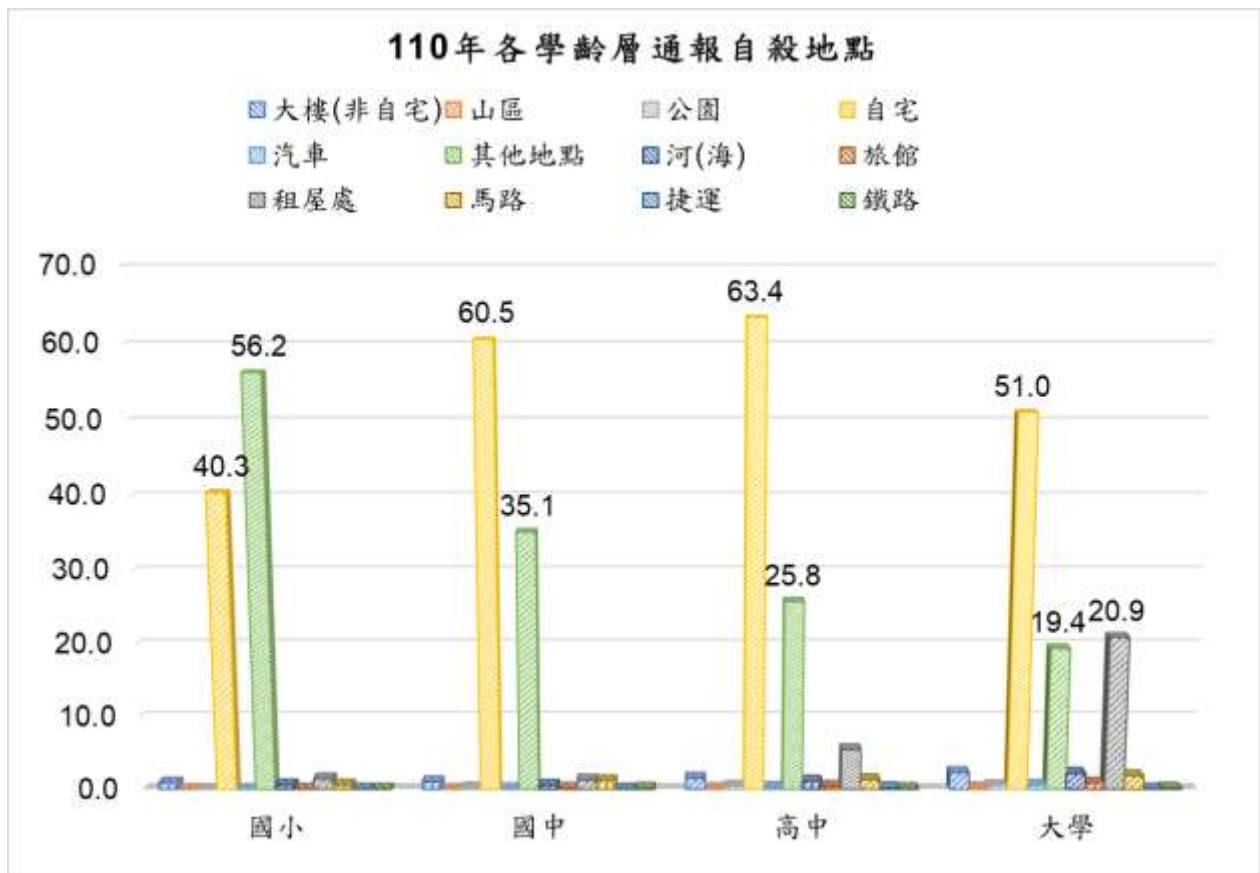


圖 3-3-4、110 年各學齡層通報自殺地點

## 2) 網路社群體與自殺

對學生族群來說，近年智慧型手機及社群媒體的興起，可能也會引發自殺危機的發生，國外系統文獻回顧發現網路使用及網路霸凌都與自傷、自殺意念與憂鬱的增加有關(Daine et al., 2013)，其他系統性回顧則發現在社交媒體的時間花費、活動多寡、投入(Investment)、成癮與否均與焦慮、憂鬱有相關性(Keles et al., 2020)，台灣的研究則發現網路成癮與近一週精神症狀(睡眠困難、焦慮、苦惱、憂鬱、感覺比不上別人)、自殺意念有著顯著相關(Wu et al., 2015)，綜合上述研究，可以發現社群媒體所引發成癮行為、網路霸凌等均可能進一步造成自殺危機的發生。

而網路媒體資訊的興起，改變了自殺資訊的傳播方式，台灣馬偕醫院團隊對 2,479 位青少年的調查顯示：3%的人曾經在網路上接觸過自殺相關的內容(Liu et al., 2017)，特別是在新興自殺方法的傳播上，網路媒體的影響更為顯著(Chang et al., 2011; Gunnell et al., 2015)；如台大張書森教授的研究顯示：在媒體報導某新興自殺方法後，關於此新興方式的搜尋量；在日本增加約 50 倍，在英國增加約 9 倍(Chang et al., 2011)，除此



之外，網站上的相約自殺、自殺行為相關影像在網路傳播也是需要相當注意，特別是青少年相當容易受影響、甚至進一步模仿，這些都是未來亟需面對的挑戰之一。

## 2. 兒少及青少年自殺防治策略及建議

自殺為多重原因所造成，包含遠因及近因，而導致青少年自殺的常見近因有家庭問題、感情問題、憂鬱症或憂鬱傾向、課業壓力、學校適應問題等等，各原因間相互影響，因此多層次自殺防治策略的實施是相當重要的。根據上述數據分析結果，應加強之規畫及策略如下：

### 1) 全面性策略

- (1) 強化兒童及青少年的正向自尊，促進兒童及青少年情感表達及求助意願，另一方面國內 107 年衛生福利部調查顯示 12-18 歲青少年求助對象均以同儕居多，故招募適當學生以支持需要求助之學生。
- (2) 將珍愛生命守門人課程納入生命教育課程中，除教導兒少珍愛生命的理念，教育兒少自我保護及如何尋求協助外，校園應積極宣導相關求助資源，保持求助管道暢通。
- (3) 針對學生各發展時期相關議題如家庭問題、感情問題、憂鬱症或憂鬱傾向、課業壓力、學校適應、同儕相處等，應透過宣導活動、演講、課程的辦理，以增進青少年、家長、教師的心理衛生知識及技巧
- (4) 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、安排網路霸凌相關的預防講座、舉辦健康上網競賽活動...等
- (5) 持續推動破除自殺及精神疾病汙名化：建議針對高級中等學校及大學新生訓練例行性介紹守門人、心情溫度計，可舉辦演講，邀請知名醫師、作家等人員，針對心理健康、認識精神疾病議題和學生分享，如壓力紓解、認識躁鬱症與憂鬱症；另外在學校開設生命教育、珍愛生命守門人、自我認同發展、情感與人際的相關課程，增強青少年的心理健康及自殺防治的知識。
- (6) 當發生學生的自殺與自傷新聞事件時，校園設有單一發言人，針對媒體做出統一的因應：單一發言人應根據兒童及少年福利與權益保障法第 46 條、第 49 條 14 項與網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程及原則，適度提供媒體正確的報導資訊，以免各種臆測的言論瀰漫校園；另亦保護校園師生，免於在未準備的情況下，面臨媒體逼問而不知所措。例如：當有學生跳樓事件發生時，校園可以有單一的發言人，於媒體採訪時負責解說。

- (7) 針對校園內的自殺方式進行防治：針對校園內可取得之自殺方式，推廣自殺防治的設施，如可針對校園內的頂樓進行監控管理；或根據公寓大廈管理條例第 8 條「公寓大廈有十二歲以下兒童或六十五歲以上老人之住戶，外牆開口部或陽臺得設置不妨礙逃生且不突出外牆面之防墜設施」、公寓大廈防墜設施設置原則，在樓梯間內部裝上防墜網，外部裝上細網以免學生從高處墜下。

## 2) 選擇性策略

- (1) 持續辦理守門人策略，對象包含教職員、學生、家長，以提升對校園內自殺高危機的辨識，並提升對自殺防治相關知識、信念、態度及污名化的減少，以利及時將個案轉介適當資源。
- (2) 針對高自殺風險族群進行篩檢，透過社交網絡媒體觸及高風險學生也是重要的管道之一(Hawton et al., 2020)，針對具有自殺危險因子的高風險學生族群，可由教師、家長進行一問、二應、三轉介，對評估有高自殺風險者，予以提供轉介，以降低自殺風險。
- (3) 針對學齡層個案常見之自殺原因如家庭或校園暴力、情感問題以及現在網際網路的普及，隨之而來的網路霸凌等，為避免暴力、霸凌受害者的自殺行為，加強教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，提升導師、學輔人員或同儕辨別自殺高風險群之能力，及早發現學生是否有遭性侵、家暴或霸凌等現象，如發現有性侵、家暴或霸凌之事宜，則校方應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，並啟動輔導機制，加強與社會工作人員之協調聯繫，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，視個案情形，轉介專業諮商輔導或醫療機構接受輔導或治療。
- (4) 針對高風險學生族群給予關懷與支持：可針對此族群學生推動心理健康相關宣導與關懷，例如：班級輔導、電話關懷、建立同儕互助機制。
- (5) 提供協助予有精神疾病或情緒困擾的學生，提供能連結校園、社區、工作環境的支持。追蹤關心輟學生或有輟學風險的學生，提供諮詢與協助其復學或就業(許佩婷;陳學志, 2022)。
- (6) 藉由網路及媒體提升青少年的心理衛生，為那些可能對他人發布與自殺有關的內容作出反應的人或是可能想分享自己對自殺想法、感受或行為的感受和經驗的人提供支持。(廖. J. 自殺防治網通訊, 民 109)
- (7) 學校在長假開始前，對學生進行心理衛生服務需求調查和諮詢，並利用調查和諮詢的結果，提供學生幫助。(廖. J. 自殺防治網通訊, 民 109)
- (8) 對於重大創傷的孩童，若有保護因子的介入：如家庭聯繫 度、學校系

統的關心或其他成年人的支持程度等。皆可顯著降低其自殺意與自殺行為。其中家庭聯繫度的健全，包含母親的教育水平、對於重大創傷相關的知能、家庭彼此的互動頻率等因素。(施. J. 自殺防治網通訊, 民 110)

- (9) 在臨床服務端，對於創傷兒童青少年的臨床服務，積極推廣心理健康從業人員以及親職照顧者接受創傷知情服務模式，藉由增進對於創傷後的專業知能，利用自身的角色，強化各系統對於受創孩童的保護與支持。(施. J. 自殺防治網通訊, 民 110)
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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。
- (13) 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。
- (14) 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。
- (15) 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) 指標性策略

- (1) 強化第一線輔導教師之自殺危機辨識及處理能力：針對輔導教師辦理自殺防治相關課程，包括國內自殺現況、精神疾患與自殺關聯、自殺風險辨識、自殺危機處理、通報流程及資源連結等。
- (2) 落實高風險個案之輔導與通報機制，尤其大專院校建議多培養同儕校園及社群媒體世界的珍愛生命守門人，並與醫療資源連結，與心理衛生相關機構建立長期的轉介合作關係。

- (3) 強化對兒童及青少年的支持及資源轉介服務，建立標準化的通報流程與處置程序：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；社會支持系統應提供可能受害兒童緊急保護、危急家庭必要幫助，提供倖存者心理支持。
- (4) 持續加強校園，尤其高中與大專院校，與社區心理衛生中心、社會福利體系間的橫向聯繫，提供個案為中心，家庭為單位，社區為範疇的服務模式。
- (5) 規劃自殺後自殺防治策略，為自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務以及事後預防，針對自殺事件後之因應措施，包含成立緊急應變小組，提供自殺高危險之學生適當的資源，同時提供哀傷輔導給自殺企圖的親友、同學及親密關係之夥伴，並協同學生、老師、家長共同出辨識自殺高風險學生及有 PTSD 症候群之學生(Cox et al., 2012)，並妥善說明自殺事件以減少模仿效應(Andriessen et al., 2019)。

#### 4) 校園自殺防治資源

- (1) 各校應妥善規劃校園自殺防治多層次自殺防治策略，包含全面性、選擇性、指標性策略，同時適當盤點附近精神醫療資源，以確保有精神疾病相關議題個案得到妥善的資源。
- (2) 家庭及社會教育對情感教育認識仍不足，孩子因缺乏問題解決、接受和安撫情緒的有效調節策略，多用逃避、壓抑、衝動發洩方法處理情緒，而青少年若用網路活動逃避壓力、抒解憂鬱，將增加網路霸凌、成癮的風險，這些都是預防重於治療的合理做法。而對應校園預防三級架構，目前持續推動的「自殺防治守門人」策略，在傾聽、辨識、轉銜後，可提供的有效介入資源，包括危機處遇、情緒認知行為技巧訓練、早期創傷和不利核心信念的治療等，都需要精進提升(張家銘，民 109)。

#### 5) COVID-19 相關建議

- (3) 充實師生健康識能，推行防疫課程與社會情緒教育，提升個人的健康認知及社會技能，實踐公共衛生與心理安適於校園生活(許佩婷;陳學志, 2022)。

### 3. 原住民自殺現況

99-110 年原住民自殺死亡趨勢如圖 3-3-4，全國原住民標準化死亡率在 101 年達到高峰(17.9 人)，106-109 年則呈現明顯下降的趨勢，109 年標準化死亡率降至 9.9，110 年則升至 11.9。在性別部分，原住民男性標準化死亡率趨勢在 106-109 年呈現下降趨勢，110 年則上升至 17.5 人，女性在 108-110 則呈現連續下降趨勢；110 年平地原住民及山地原住民標準化死亡率如表 3-3-1，可以發現到山地原住民標準化死亡率高於平地，可能跟山地社經、醫療環境都較平地差有關。

在各性別各年齡層的自殺死亡率趨勢(如圖 、圖 3-3-6)，110 年男性自殺死亡率以 65 歲以上自 108 年開始持續上升，至 110 年 29.8 人，長期而言，仍舊低於 106 年的高點；而 25-44 歲亦較 109 年上升，達到 33.5 人，因此年齡層主要為工作人口，推測可能與 **COVID-19** 造成勞動環境影響與機會有關(Chen Yi-Yeh, Chen Yi-Chun, Chan Hsiao-Yun, and Jhu Yuan-Cing)；女性部分，同樣以 65 歲以上較 109 年有顯著上升，老年人則可能同樣受到 **COVID-19** 的疫情封鎖政策影響，造成生活資源的減少，以及人際互動的減少等，導致近 2 年死亡率的增加，另一方面，由於原住民與漢人存在許多社會不平等、包含社會經濟、醫療資源等，均可能會影響原住民自殺死亡率，因此在解讀原住民死亡率若忽略基本背景時，可能會加深原住民的汙名化。

以原住民各死因標準化死亡率來看(如圖 3-3-7、圖 )，男性上吊、勒死及窒息(110 年 9.3 人)與由氣體及蒸汽(110 年 4.3 人)分別均較 109 年上升，女性則以由高處跳下死亡率較上月上升，而以各族別粗死亡率來看(如圖 3-3-9)，以邵族最高，但因人口數較少，故其單一年度粗死亡率值不容易反映該族別自殺問題，其次為雅美族，然而若看 108 年雅美族的事務傷害死亡率，亦相當高，故自殺死亡率高較有可能與蘭嶼當地醫療資源缺乏所造成以及人口數較少所造成的，泰雅族為第三高，可能與其文化歷史有將自殺光榮化的傾向，造成此種自殺的可接受性增加，以及受到漢人文化侵襲的衝擊導致壓力的增加(Lee, Chang, and Cheng 2002)。

另外從表 3-3-2 可以看出來山地原住民自殺死亡地與戶籍地不一樣比例(客死異鄉比例)較高，顯示山地原住民可能並不在原來戶籍地生活，而是移居到城市生活，表 2-3-3 則進一步來看各原住民族別死亡地與戶籍地的分布，可以發現排灣族、魯凱族、賽夏族、雅美族其客死異鄉比例均大於 50%，因此針對這幾個族別可強化在外地族人的支持與資源轉介。

以 110 年各月各年齡層自殺通報人次來看(如圖 )，0-14 歲及 15-24 歲有較明顯季節效應，其自殺通報人次可能受開學影響外，其餘各年齡層並無明顯季節因素，圖 則將自殺通報人次分別依據平地及山地分析，可以發現山地在 0-54 歲通報人次均高於平地通報人次，可能與山地原住民社會經濟比起平地原住民來的差有相關，進一步看自殺通報比，可以發現到兩者並未差異太多，然而各族別以泰雅族、鄒族、雅美族、邵族較低，因此針對上述族別自殺通報仍有加強宣導之必要。

表 3-3-1、110 年平地及山地原住民標準化自殺死亡率

	總計	男	女
平地原住民	9.4	14.3	4.7
山地原住民	14.1	21.1	8.7

表 3-3-2、110 年平地原住民與山地原住民自殺死亡戶籍地與死亡地交叉分析

	戶籍地=死亡地	戶籍地≠死亡地	客死異鄉比例
平地原住民	22	7	24.1
山地原住民	30	16	34.8

表 2-3-3、110 年原住民族各族別自殺死亡戶籍地與死亡地交叉分析

	戶籍地=死亡地	戶籍地≠死亡地	客死異鄉比例
A 阿美族	17	3	15.0
B 泰雅族	15	4	21.1
C 排灣族	4	7	63.6
D 布農族	5	2	28.6
E 魯凱族	1	1	50.0
F 卑南族	1	0	0.0
G 鄒族	1	0	0.0
H 賽夏族	0	1	100.0
I 雅美族	0	2	100.0
J 邵族	2	0	0.0
L 太魯閣族	4	1	20.0
N 賽德克族	1	0	0.0

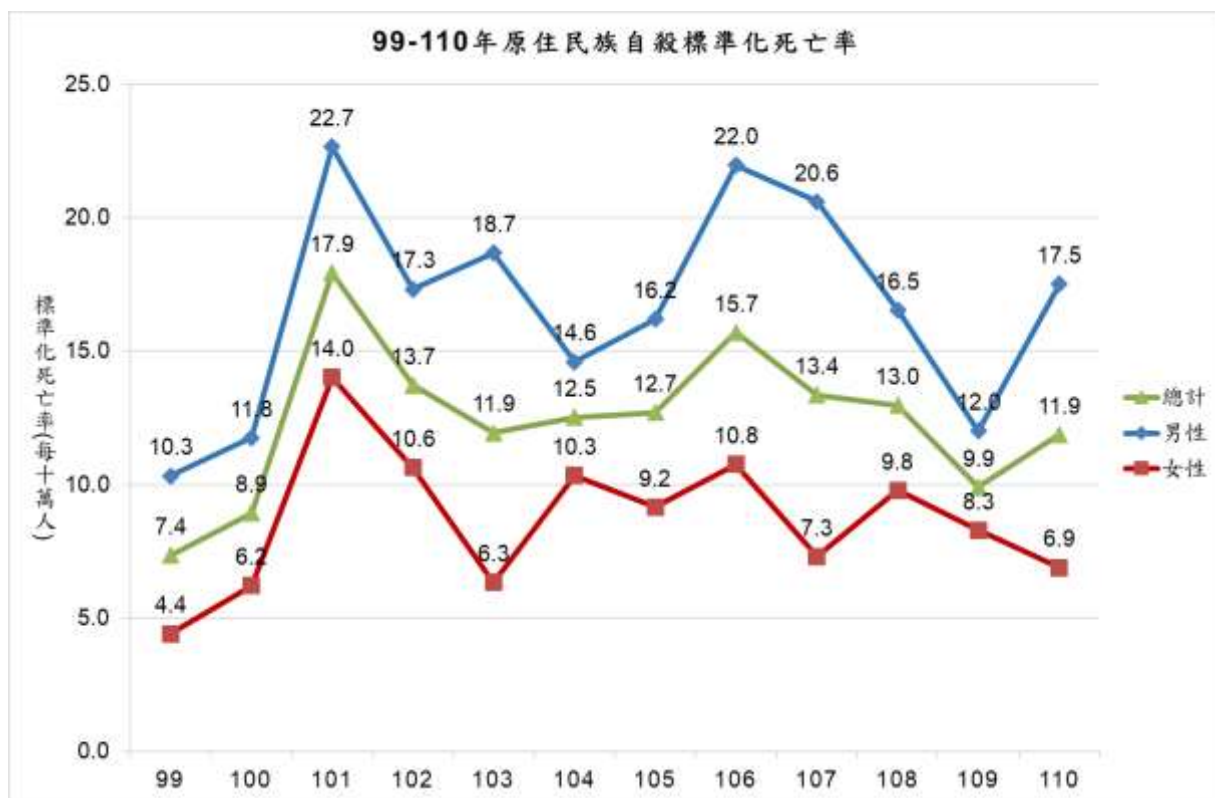


圖 3-3-4、99-110 年原住民族自殺標準化死亡率

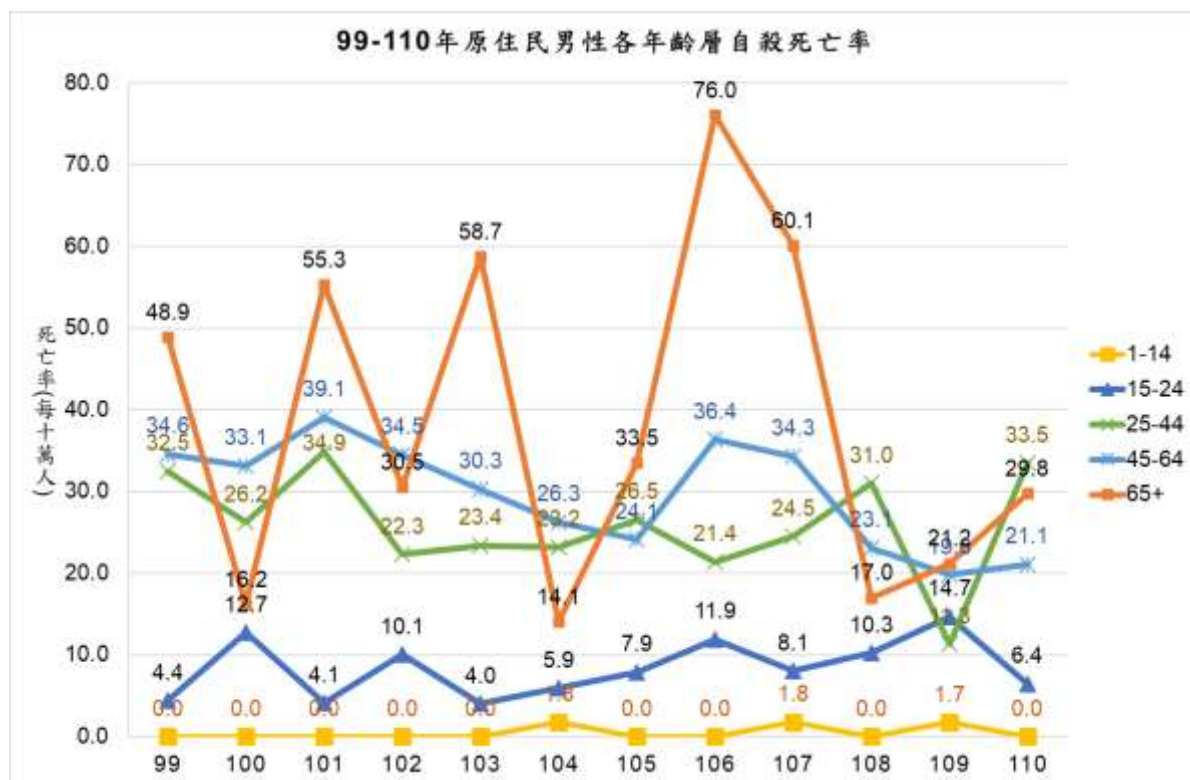


圖 3-3-5、99-110 年原住民男性各年齡層死亡率



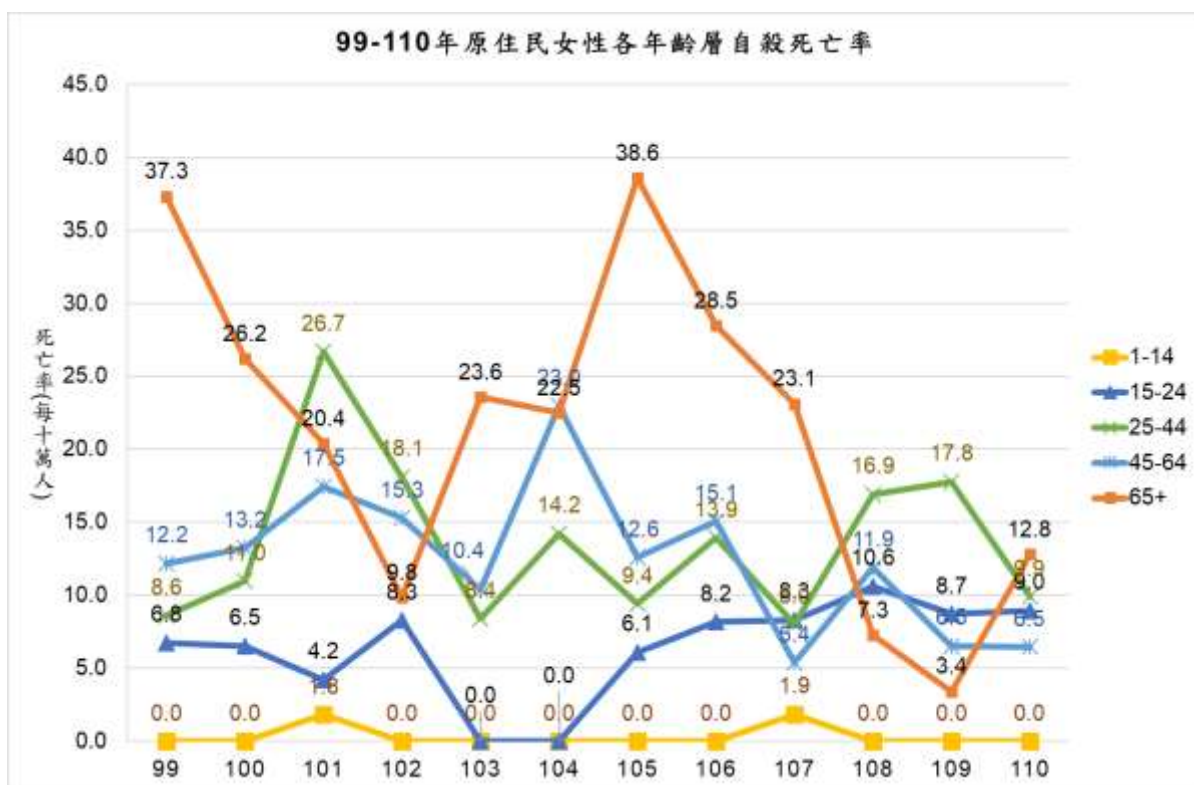


圖 3-3-6、99-110 年原住民女性各年齡層自殺死亡率

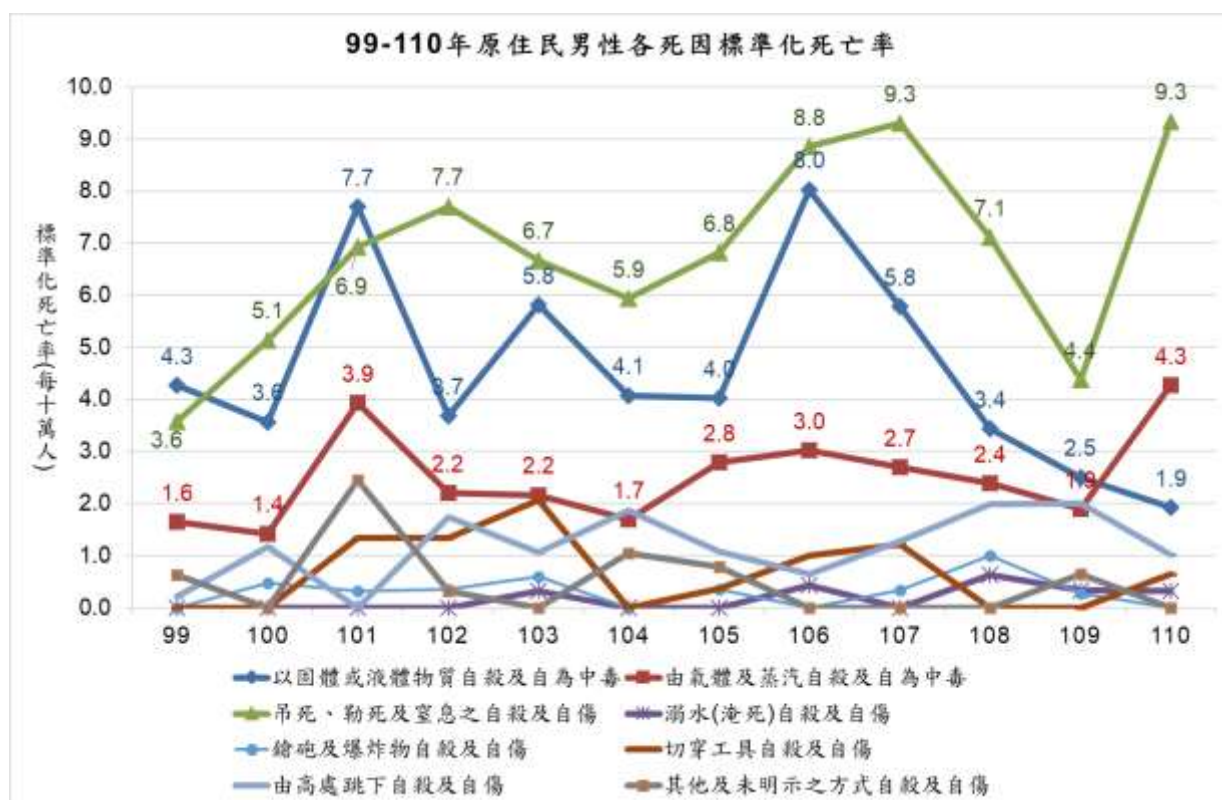


圖 3-3-7、99-110 年原住民男性各死因標準化死亡率



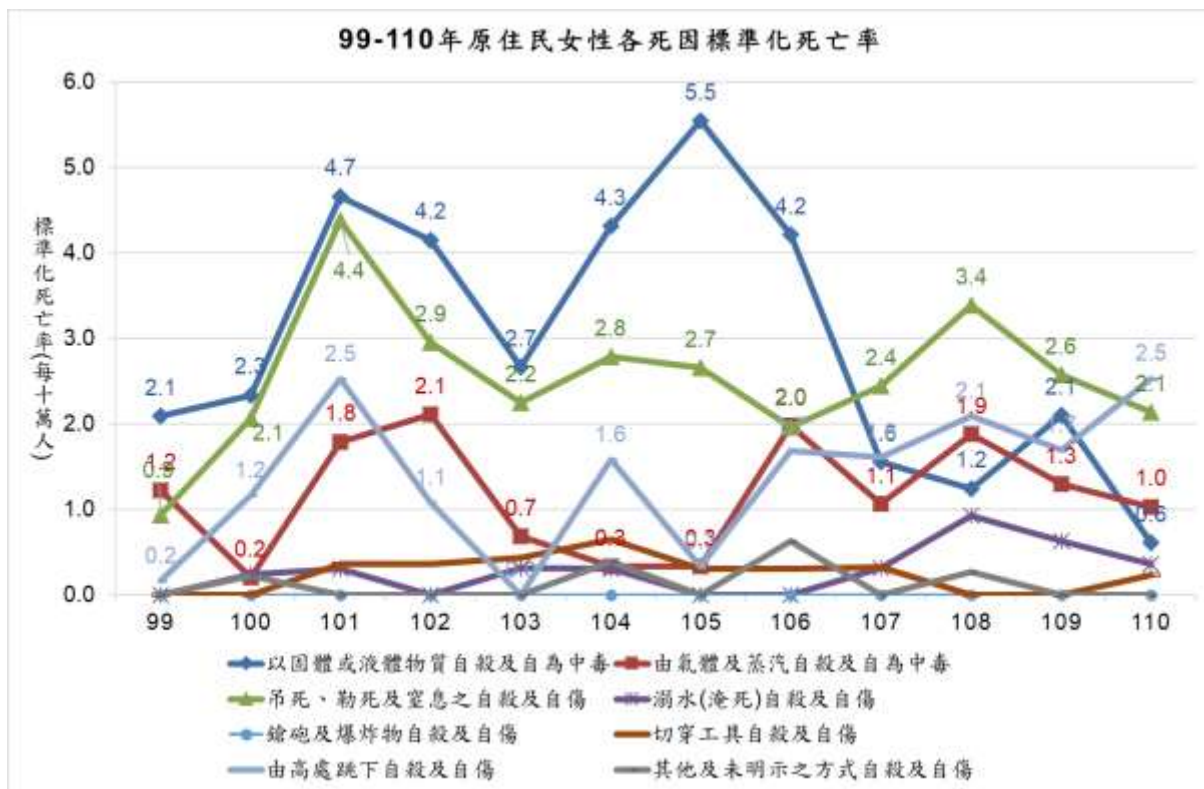


圖 3-3-8、99-110 年原住民女性各死因標準化死亡率



圖 3-3-9、110 年各原住民族自殺粗死亡率

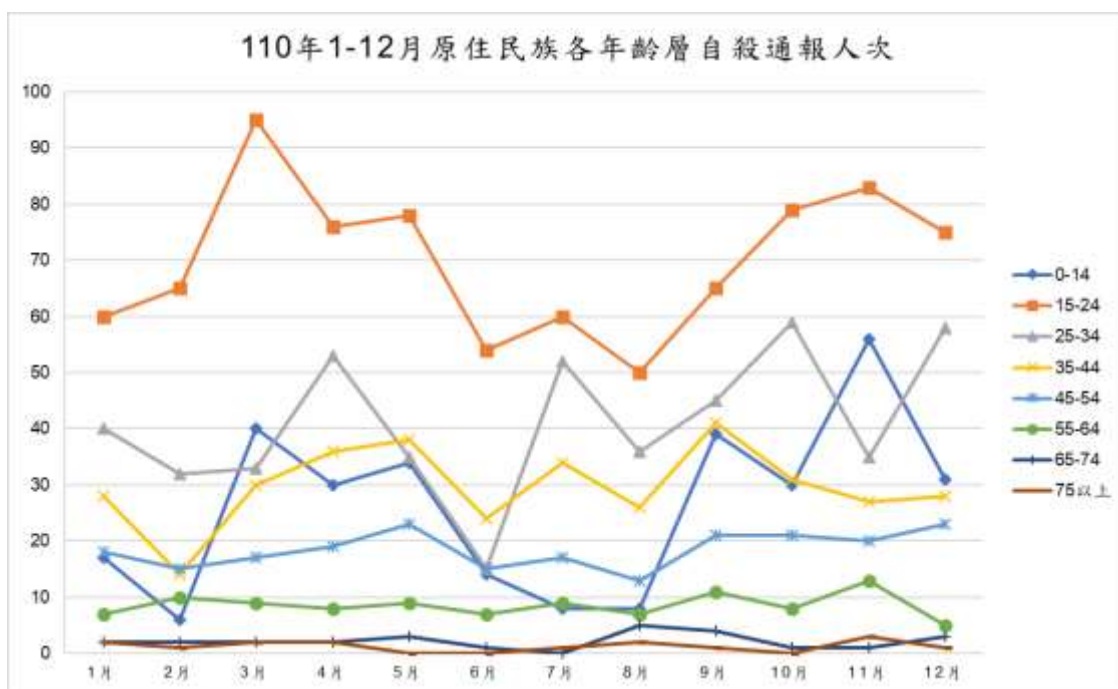


圖 3-3-10、110 年 1-12 月原住民族各年齡層自殺通報人次

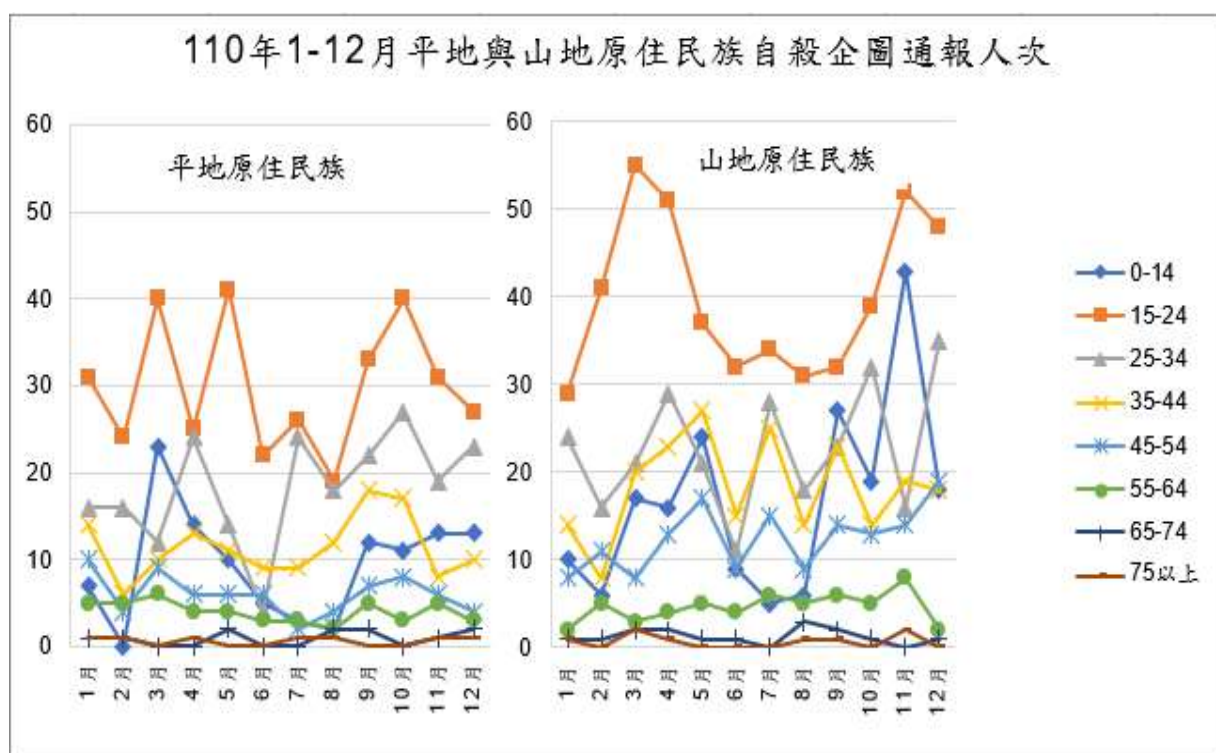


圖 3-3-11、110 年 1-12 月平地及山地住民族各年齡層 1-12 月自殺通報人次

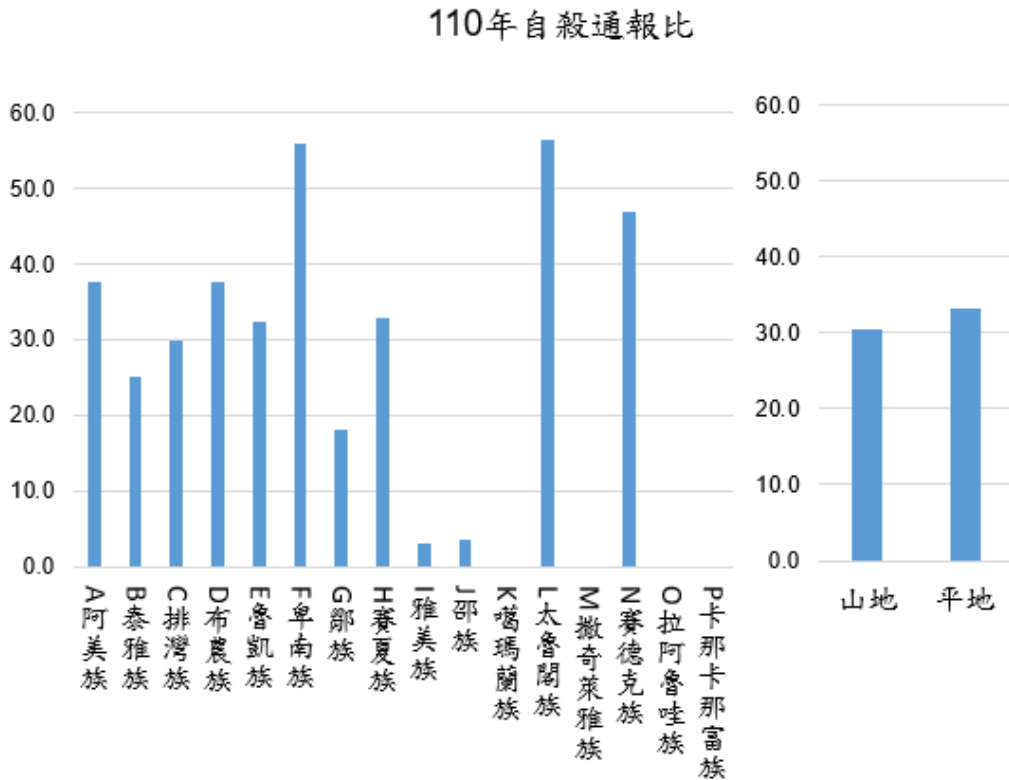


圖 3-3-12、110 年各原住民族別自殺通報比

#### 4. 原住民自殺防治策略及建議

##### 1) 全面性策略

- (1) 透過教會、社區活動，全面宣導正確心理衛生觀念，增進民眾心理衛生知識，持續推動破除自殺、精神疾病汙名化：可於日常社區活動，邀請醫師等專業人員，針對自殺防治相關概念和民眾分享，並宣導教育因應方法。另外，也能開設各類精神疾病及物質濫用的介紹，讓民眾更加認識精神疾病及物質濫用的影響與防治，降低民眾因無病識感而延後就診治療的可能性。
- (2) 規劃原住民的心理衛生教育宣導教材，運用原住民的常用媒體通路，如原住民電視台，定期宣導心理衛生相關資訊：結合原住民電視台宣導自殺防治，除了介紹自殺企圖者可能有的心理狀態或行為，也協助宣傳相關支持資源與系統，讓一般民眾不僅認識自殺防治，更能在情緒不佳時尋找到有用資源。
- (3) 透過原住民青少年連結部落耆老，透過宣導與溝通，使領袖了解心理健康促進的重要性，藉助其成為宣導媒介，加強宣導的效果，並在宣導時也能得到部落的回應，修改宣導的內容與方式，而形成雙贏的局面。

- (4) 遵守六不六要的原則進行新聞報導：當有自殺事件發生時，原住民電視台可參考本中心根據世界衛生組織所提的六不六要原則，降低自殺模仿效應；除此之外在撰寫或敘說歷史事件時，可加註求助專線 1925
- (5) 透過部落、社區、地方居民或相關民間團體合作，成立巡守志工隊：結合部落領袖、居民等地方人士及民間團體，組織巡守志工隊或巡邏隊，定期巡視社區安全死角，形成安全保護網。
- (6) 由於台灣的原住民的文化歷史將自殺死亡有光榮化的情形，因此針對台灣文史編撰者，宜於故事旁邊加註求助專線 1925
- (7) 山地鄉急診醫療資源仍須強化，並結合遠距醫療，並提升自殺者急診醫療之品質。
- (8) 向衛生局蒐集原住民相關高處跳下自殺地點，並可建立原住民巡守隊，針對自殺地點進行巡守，或強化自殺地點控管。
- (9) 自治和支持網絡可以幫助建立與社區的聯繫（PM&C 2017）。人們可能會因為缺乏有意義的支持網絡、家庭解體、缺乏公認的榜樣，以及由於社區內許多人死亡而導致的持續的悲傷循環而與社區脫節。這些因素可能導致自殺事件的發生（Silburn，2014）。

## 2) 選擇性策略

- (1) 結合現有接觸高風險族群(如家暴受害者、老人、經濟不穩定者)的機構，針對高自殺風險族群進行篩檢：針對具有自殺危險因子的高風險族群，可在有機會接觸到高風險族群之機構推動自殺篩檢機制，以一問、二應、三轉介的自殺篩檢步驟，對於評估有高自殺風險者，予以提供轉介，降低自殺風險。
- (2) 藉由部落互助機制，建立起部落的安全防護網：部落互助機制希望能以合乎文化脈絡的方式來推行各項措施，也有助於喚起青壯年原住民族對於傳統價值觀的信心和尊重。由部落培養種子，人人都成為彼此的守門人，有助於提升原住民心理健康。
- (3) 推廣心情溫度計及心理衛生資源：要使專業人員及一般民眾能迅速了解心理照護的需求，目前自殺防治工作中主要使用的為心情溫度計（BSRS-5），為強化篩檢與辨識可能有自殺風險的人。除了加強此量表的推廣，增設辦理心情溫度計使用辦法活動，亦可發放關懷單張，附上心情溫度計的量表與 APP、QRcode，同時將心理衛生資源放置於背面，使民眾與專業人員及時了解心理照護需求，並在有需要時能有資源及時求助。如可於原住民家庭暨婦女服務中心、老人日間關懷站、職訓、教會中，發放心情溫度計的單張及心理衛生資源。

- (4) 結合在地組織，宣導心理健康及藥物濫用之相關知識：透過培育部落在地種子師資，結合地方機關、學校、原住民部落在地組織之人力物力資源，充分運用種子師資宣導心理健康暨藥物濫用防制之相關知識，提供高危險群族人具文化照護的關懷與陪伴，期降低原住民蓄意自我傷害（自殺）死亡與藥物濫用之發生機率。

### 3) 指標性策略

- (1) 推動社區志工或關懷訪視員服務效能：可鼓勵有興趣之族人投入社會工作，並在取得資格後返鄉服務，藉由文化、背景及語言的共通性再加上專業之訓練，可使關懷服務更貼近需求。並且加強家婦中心原住民族社工的專業知能，而能協助遭遇到的生活上或是經濟上困境的原住民族家庭，提供個案及時的照顧、關懷、福利資訊與資源的整合，以改善其生活。
- (2) 透過社區及教會的網絡，運用在地人力資源，持續推動自殺者親友及遺族關懷：組織當地志工或聘請當地的原住民族人來擔任社工、社工助理、督導或服務員等職務。為自殺者親友進行去汙名化宣導，並提供支持與關懷服務，他們有非常強大的文化脈絡性、支持性以及在地之優越性，他們很有可能剛好是案主的遠親，或是案主朋友的朋友。所以他們在生活上的連結是非常密切的，因此在部落中他們可以是宣導正確觀念及政策的推動上強大的力量，並協助辦理遺族支持團體。

### 4) COVID-19 相關策略

- (1) 聯合國糧食及農業組織指出原住民青年在部落面對 **COVID-19** 時，是相當重要的危機處理角色，並且連接部落長者與社群媒體，發展新的溝通的管道之一(FAO,2020)。
- (2) 重振經濟與保護弱勢群體社會計畫應將原住民納入，同時必須考量原住民文化下可接受的援助(FAO,2020)。
- (3) COVID-19 惡化原本的社經不平等，特別是工作屬於勞力型，同時也影響觀光產業，因此針對經濟受影響之原住民，除提供適當的社會支援外，可同時提供心情溫度計，以利轉介高風險個案。

## 五、附件

附件 3-3-1、兒少及青少年自殺防治策略建議

附件 3-3-2、原住民自殺防治策略建議



# 自殺防治現況調查

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

鑑於國人近年自殺率仍高，雖已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，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年滿 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、植物人等)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. 業務目的與目標

- 1) 探討 COVID-19 疫情前後對一般民眾之心理衝擊，並找出受到衝擊之高危險因子。
- 2) 探討受到 COVID-19 心理衝擊之高危險群眾。

## 一、輸入

### 1. 執行步驟與方法

#### 1) 事件衝擊量表短版 IES-6(the Impact of Event Scale-6)

IES-6 是 IES-R 經縮減題數後所產生的，由原本的 22 題縮減為 6 題，用來評估近一週受疫情衝擊心理創傷，共有三個症狀症候群，分別測量再經歷 (reexperiencing) 症狀群，共 2 題，題目為是您不要想疫情，卻不由自主一再地想到疫情、別的事物也會讓您聯想到疫情；測量迴避/麻木 (avoidance/numbing) 症狀群，共 2 題，題目為您對疫情有許多情緒，但您不想處理，您會試著不去想疫情；測量過度警醒 (hyperarousal) 症狀群，共 2 題，題目為因疫情您覺得警覺而無法放鬆，各題以 0-3 分進行計分，0 分代表沒有發生過，1 分為很少，2 分為有時，3 分為常常。

#### 2) 簡式健康量表(BSRS-5)

簡式健康量表用來評估近一週情緒困擾，包括「睡眠困擾、譬如難以入睡、易醒或早醒」、「感覺緊張不安」、「覺得容易動怒」、「感覺憂鬱、心情低落」、「感覺自己比不上別人」的困擾程度，各題以 0-4 分進行評估，0 分為完全

沒有，1 分為輕微，2 分中等程度，3 分厲害，4 分非常厲害，總分 6 分以上為有情緒困擾。

### 3) COVID-19 是否有導致壓力

是否因疫情所導致壓力以下列題項進行詢問「請問您過去一個月以來，有沒有因疫情關係直接或間接帶給您下列壓力？」，並分別以身體健康、心理健康問題、工作或經濟需求、家庭或人際關係問題、課業問題、日常問題，這五方面進行評估，而按壓力大小區分為完全沒有、輕微、中等程度、嚴重、非常嚴重、不知道/拒答，共五個選項，將不知道／拒答重新編碼為遺漏值。

## 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。

## 二、過程

### 1. 調查方法

臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，以縣市為分層單位採分層比例抽樣(一開始總樣本數暫定 1,600 份進行縣市樣本配置，而樣本配額不足 68 份縣市皆增補至 68 份)。另為使未登錄電話號碼有同樣被抽出的機率，將隨機抽出電話號碼末 2 碼再以亂數產生的數字取代，電腦輔助電話訪問(CATI)，增補部份縣市樣本可能使樣本之縣市結構不符母體結構，但可大幅提高各縣市調查結果代表性，透過 raking 加權調整樣本結構符合母體結構，事後進行的分析就能代表臺灣民眾意見，而單獨看各縣市調查結果則因樣本數夠大而有參考價值，方便各地區民眾意見比較分析。

### 2. 資料分析方法

針對 104 年至 111 年各人口群有情緒困擾之比例進行分析，以觀察各人口群疫情前後情緒困擾之比例是否有提高之趨勢。後續並針對過去一個月在不同面項，有受到疫情關係直接或間接壓力的群眾，進一步分析其事件衝擊量表總分以評估一週受疫情衝擊心理創傷及心情溫度計的總分，以評估近一周心理困擾的程度，軟體部分則使用 SPSS 25.0 進行分析。

## 二、成果(Product)

### 1. 分析結果

由 104-111 年的趨勢圖(圖 3-4-1)，可以看出女性有情緒障礙比例歷年都高於男性，可能與女性對情緒比起男性有較多情緒、壓力表達(Allen and Haccoun 1976; Simon 2014; Weissman and Klerman 1977)，然而就歷年趨勢來看，男性與女性心情溫度計分數都於 108 年攀升至最高，而後下降，直到 111 年又快

速竄升。

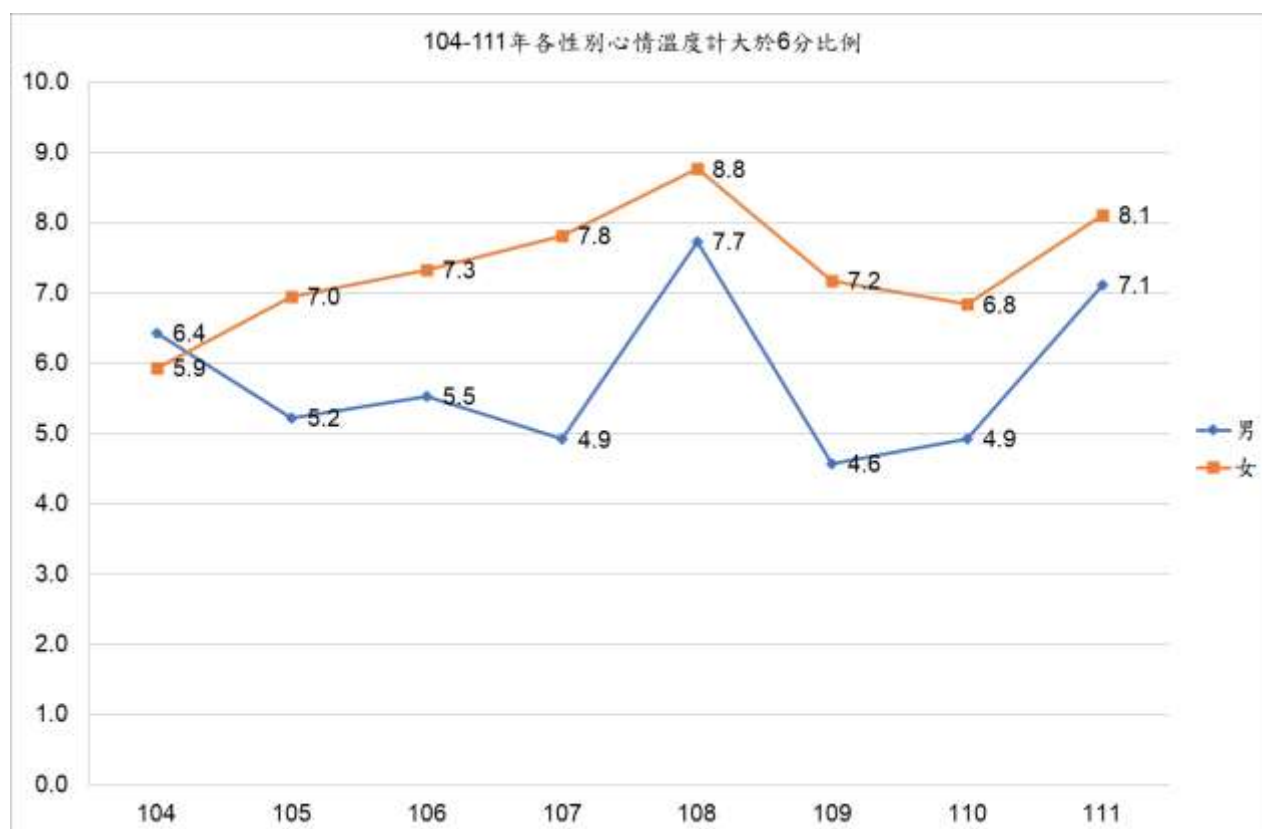


圖3-4-1、104-111年各性別心情溫度計大於6分以上比例

由各年齡層歷年趨勢(圖 3-4-2)，則可以發現各年齡層平均而言，以 25-44 歲心情困擾比率較高，以歷年趨勢來看，25-44 歲及 45-64 歲在 COVID-19 之後心情困擾比率上升至比疫情前都還要高，可能與工作經濟的衰退有關，相當值得注意。

以教育程度來看(圖 3-4-3)，除國小、高中職以外，其餘教育程度在近 2 年都有上升的趨勢，當中各教育程度以大學最為嚴重，情緒困擾比率上升至歷年新高，因此針對教育程度為大學之一般民眾，可以進一步進行相關研究，以發掘相關危險因子。



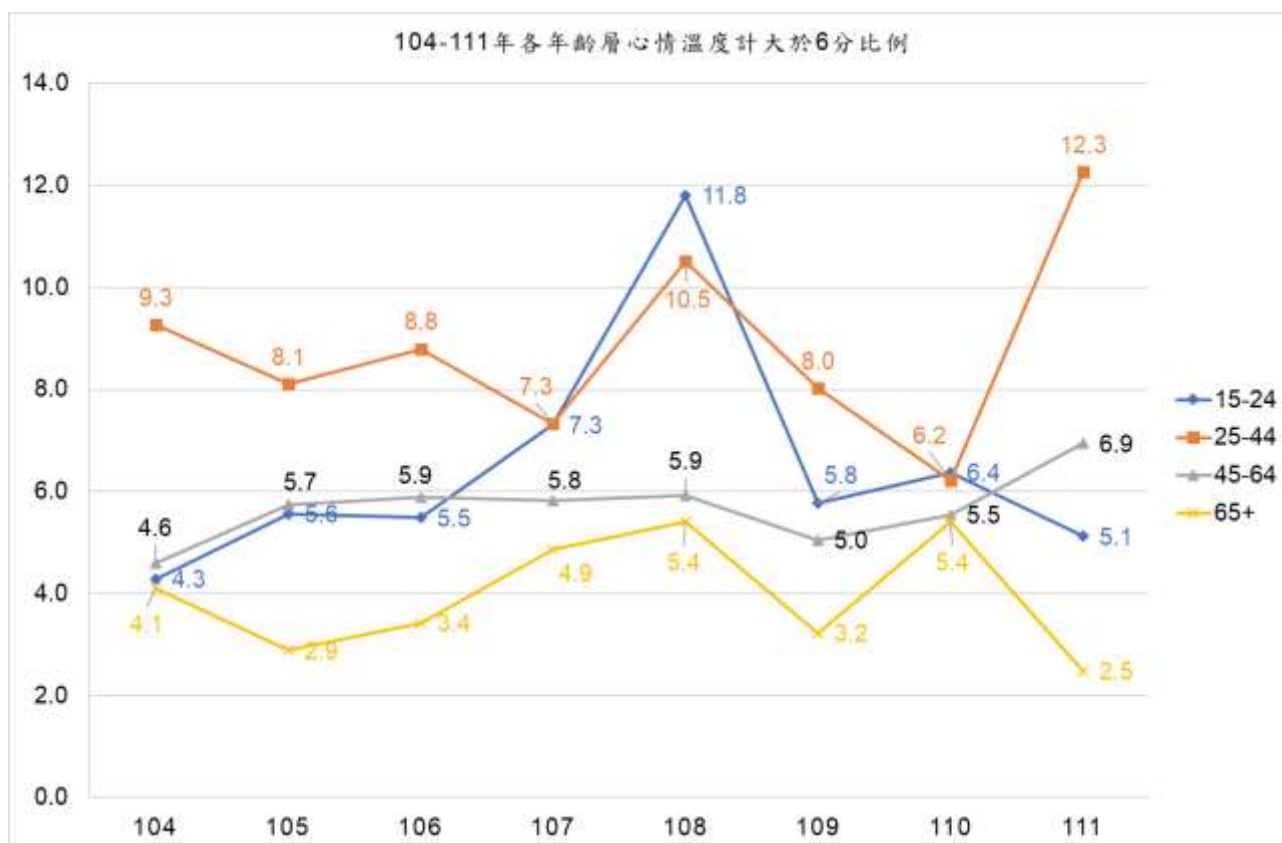


圖3-4-2、104-111年各年齡層心情溫度計大於6分以上比例

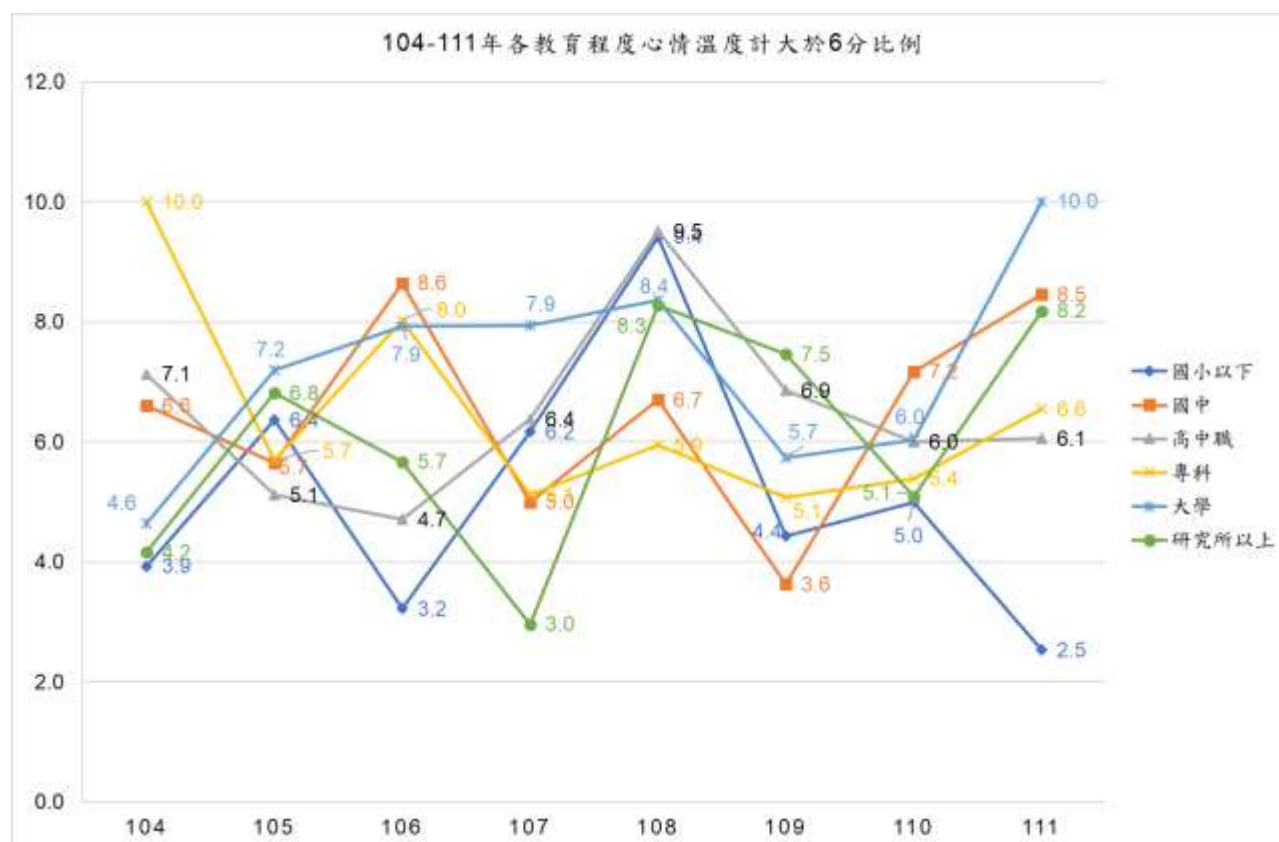


圖3-4-3、104-111年各教育程度心情溫度計大於6分以上比例

以各婚姻別來看(圖 3-4-4)，各婚姻別並沒有顯著的趨勢，而 111 年僅有未婚有情緒困擾比率上升，可能跟 COVID-19 造成社交支持的減少有關，而婚姻別為離異亦於 110 年有攀升，雖然 111 年有些微下降，但下降幅度並不明顯，後續值得繼續觀察。

以職業別來看(圖 3-4-5)，各職業以專業人員及無業待業在 111 年竄升較多，可能與 COVID-19 的疫情在台灣確診數增加造成醫療人員負擔增有關，另一方面，由於疫情可能造成無業待業者更加難找到工作，因此進一步造成情緒困擾比率的增加。

以(表 3-4-1)來看，近一個月在因疫情感到在身體健康、心理健康及工作／經濟需求、家庭或人際關係問題、課業問題與日常生活壓力在各感受層級(完全沒有 輕微 中等 嚴重 非常嚴重)的事件衝擊量表總分平均及心情溫度計總分平均均有顯著差異，然而由於變異數並不同質，故以 Games-Howell 進一步進行事後檢定，可以發現各方面隨著壓力增加，事件衝擊及情緒困擾亦增加，在身體健康、心理健康及工作／經濟需求方面，感覺中等以上的事件衝擊及心情溫度計分數都顯著大於輕微及完全沒有，在家庭或人際關係問題方面，感覺嚴重的事件衝擊及心情溫度計分數都顯著大於中等以上，在課業問題方面的壓力則並沒有與事件衝擊與心情溫度計分數有顯著差異，然而此部分原因可能與樣本數過少有關係，在日常生活方面，感覺中等以上的事件衝擊及心情溫度計分數亦都顯著大於輕微及完全沒有，綜合以上，COVID-19 在各層面的壓力可能與疫情的心理創傷及情緒困擾有著相關性。

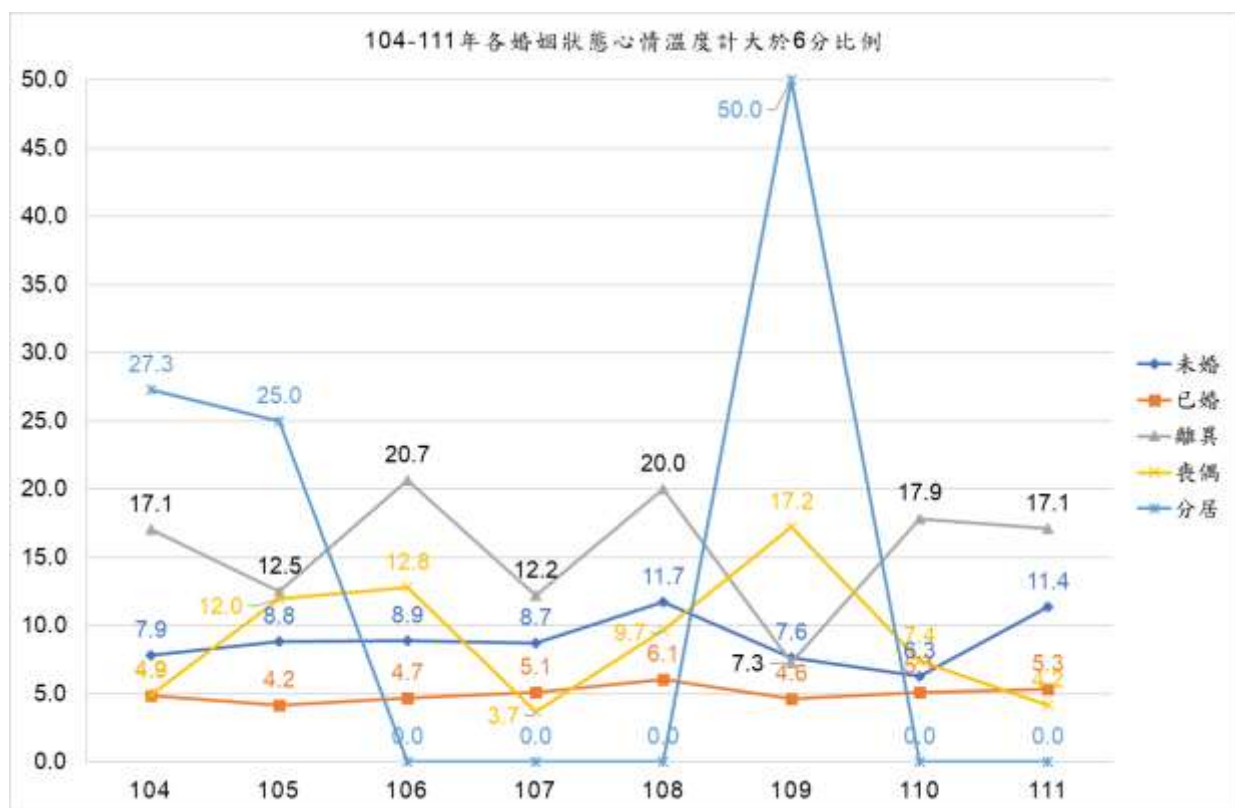


圖 3-4-4、104-111 年各教育程度心情溫度計大於 6 分以上比例

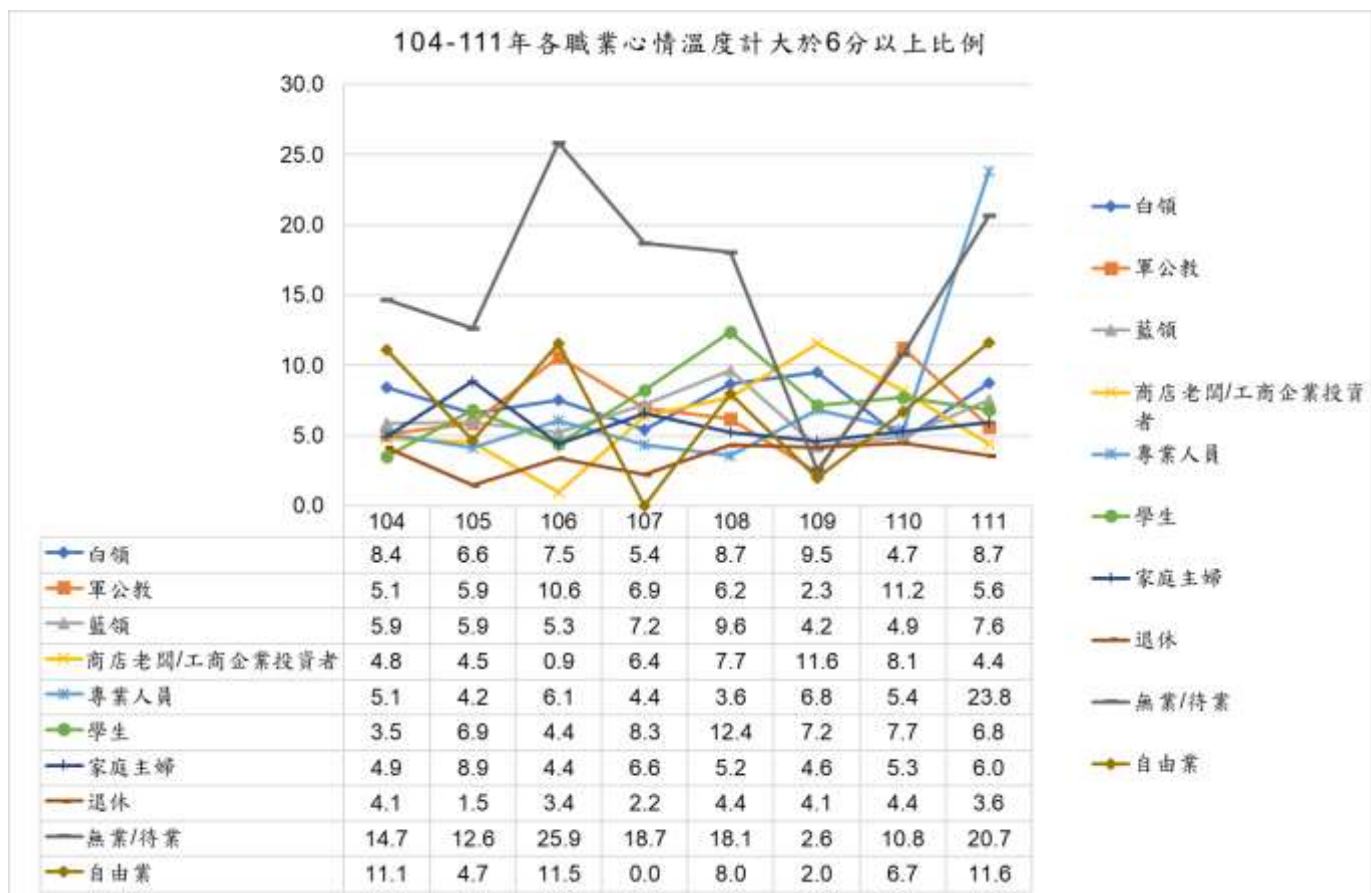


圖 3-4-5、104-111 年各職業別心情溫度計大於 6 分以上比例

表 3-4-1、110-111 年各方面 有遭受疫情壓力民眾之事件衝擊量表及心情溫度計分數

	量表	完全沒有	輕微	中等	嚴重	非常嚴重	F-test	變異數同質性	事後檢定
身體健康	IES-6	1.63±2.51	3.64±3.31	6.69±4.6	5.69±4.43	7.76±5.08	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
	BSRS-5	0.97±2.06	2.57±2.97	4.83±4.06	5.52±4.37	6.12±4.89	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
心理健康	IES-6	1.53±2.36	4.15±3.62	6.91±4.3	6.44±4.68	8.32±4.35	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
	BSRS-5	0.91±1.92	2.57±2.76	5.39±4.33	6.21±4.62	7.93±6.69	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
工作或經濟需求	IES-6	1.66±2.53	3.44±3.64	5.76±3.89	5.9±4.35	8.95±5.48	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
	BSRS-5	0.97±2	2.27±2.78	4.92±4.3	5.37±4.83	7.5±5.82	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
家庭或人際關係問題	IES-6	1.52±2.39	2.61±3.03	3.7±3.78	5.69±4.55	4.82±4.83	<0.001	<0.001	1<2<3<4=5
	BSRS-5	0.85±1.79	1.51±2.18	2.69±3.08	4.79±4.74	4.82±5.64	<0.001	<0.001	1<2<3<4=5
課業問題	IES-6	1.17±1.66	1.89±2.59	2.98±3.43	8.06±4.46	5.39±3.63	<0.001	<0.001	1=2=3=4=5
	BSRS-5	0.7±1.75	1.82±2.51	2.93±2.99	7.73±3.96	4.07±2.66	<0.001	<0.001	1<2=3=4=5
日常問題	IES-6	1.37±2.22	3.11±3.28	4.88±4.07	6.15±4.55	5.79±4.4	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5
	BSRS-5	0.85±1.83	1.77±2.48	3.55±3.59	5.13±5.52	4.46±5.08	<0.001	<0.001	1<2<3=4=5

註:事後檢定以  $p<0.01$  作為是否達到統計上顯著性之標準

## 2. 結論與建議

長期來說，心情溫度計大於 6 分比例，雖然可能因 COVID-19 疫情轉移一般民眾的注意力，造成心情困擾的比例短期的下降，然而隨著疫情趨緩，後續所造成的影響仍可能更進一步導致民眾的情緒困擾，因此後續勢必要**針對受 COVID-19 影響之易脆弱族群提供適當的資源支持**，以減緩對此族群的衝擊，另一方面，國外的研究指出，社交隔離的民眾在心理健康可能會有負面的影響，國內研究則發現台南隔離的民眾比起沒有被隔離的民眾，有更高的情緒障礙比例(Hsu et al. 2022)，因此**針對隔離的民眾易需要提供即時線上的心理健康相關資源**，以進一步減緩對隔離民眾的衝擊；而分析結果亦指出針對 COVID-19 影響造成身體健康、心理健康及工作／經濟需求、家庭或人際關係問題與日常生活的一般民眾可以提供諮商及精神醫療資源，以降低一般民眾後續之心理健康負面影響。

## 肆、擬定、推動自殺防治策略及成效評估

<p style="text-align: center;">工作項目</p> <p style="text-align: center;">(依照 111年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)</p>	<p style="text-align: center;">執行結果</p>
<p>(四)擬定、推動自殺防治策略及成效評估</p>	
<p>1. 持續配合自殺防治法第9條第1項及自殺防治法施行細則第3條之規定，配合本部辦理全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等相關事宜，及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。</p>	<p>今年度衛生福利部未辦理</p>
<p>2. 依據自殺防治法第9條第2項第3款規定，編製110年自殺防治年報（電子書），編纂當年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作，並進行客觀記載及系統性整理與分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.1章節</p>
<p>3. 依據自殺防治法第9條第2項第4款規定，擇定縣市辦理下列主題，議程、縣市名單、辦理時間及方式，須經本部同意後始得辦理：</p> <p>(1) 「自殺防治業務輔導訪查」，至少3縣市。辦理內容建議如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. 縣市擇定方式：得以「自殺關懷訪視個案再自殺率與自殺死亡率3年移動平均呈現上升趨勢」、「截至111年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，較110年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。</li> <li>ii. 提供全國及該縣市之自殺死亡趨勢分析、全國及該縣市之自殺通報概況及趨勢分析、該縣市自殺死亡地圖分析。</li> <li>iii. 協助加強受訪查縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導、追蹤及後續成效評值。</li> <li>iv. 事先收集縣市過去1年之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並針對縣市所提報之資料，提供因地制宜之在地化策略及回饋意見，並持續追蹤縣市辦理情形。</li> <li>v. 需依各縣市需求，進行專案討論；本項工作每縣市至少偕同本部辦理1場次實地輔導，並視需求增加實地輔導訪查次數。</li> </ul> <p>(2) 「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」或「協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」，合計至少3縣市。辦理內容建議如下：</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.2章節</p>

<p>i. 「後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊」，縣市擇定方式：因<b>COVID-19</b>疫情造成該縣市於經濟、就業、社會福利或其他議題，其相關統計數據與往年同期有顯著差異，或因疫情造成前開議題於轄區有顯著衝擊之縣市。</p> <p>ii. 「協助及輔導縣市建立因地制宜、跨局處合作之限制高致命性自殺工具取得、高致命自殺方式機制工作坊」，縣市擇定方式：得以「特定自殺方式之自殺通報人數、自殺死亡人數較往年同期上升」、「特定自殺方式之自殺率或自殺死亡率，其3年移動平均呈現上升趨勢」、「截至111年6月30日自本部統計處取得之自殺死亡人數初步數據資料，特定自殺方式較110年同期上升幅度較高」或其他經本部同意之標準擇定縣市。</p> <p>iii. 協助縣市加強自殺防治跨專業團隊橫向連結，事先收集縣市過去1年，與工作坊主題有關之自殺防治具體措施及成果等相關資料，並針對縣市所提報之資料，提供相關之因地制宜在地化策略及回饋意見。</p>	
<p>4. 依據自殺防治法第9條第2項第8款規定，協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制，辦理下列事項：</p> <p>(1) 進行媒體監測（網路及報紙），監測媒體對於報導自殺案件時，應遵守自殺防治法規定及世界衛生組織所建議的六不、六要原則。若有違反自殺防治法情形，需主動函請目的事業主管機關或直轄市、縣（市）主管機關依法處置；另應適時發函至新聞媒體及發佈回應新聞稿，請其自律，並結合國內自殺防治團體（學者）召開記者會向社會大眾澄清，避免模仿效應；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」(<a href="https://www.win.org.tw/">https://www.win.org.tw/</a>)進行線上申訴並追蹤資料下架等相關事宜。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.3章節</p>
<p>(2) 召開新聞媒體聯繫會議或研討會1場次，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.4章節</p>
<p>(3) 運用通訊軟體（如Line等）建立媒體通訊群組，以加強與媒體之溝通，並於期末報告分析該溝通機制之成效。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.3章節</p>
<p>5. 於111年10月31日前，參考世界衛生組織於2019年發布之「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊(A resource for filmmakers and others working on</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.5章節</p>

<p>stage and screen)」，翻譯為中文版本手冊(並應遵守世界衛生組織所建議之版權規定及使用規定，詳如<a href="https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo">https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo</a>)，以提供本部、文化部及相關部會推廣運用。</p>	
<p>6. 運用各種管道倡議自殺防治及預防危險因子，並透過與民間團體合作，提升民眾對自殺防治認知。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.6章節</p>
<p>7. 針對重大議題或事件及本部交辦之議題，需主動召開記者會或投書媒體向大眾澄清，以避免模仿效應。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.3章節</p>
<p>8. 持續監測自殺事件，針對新興自殺方式及媒體、民眾關注事項或自殺相關議題，主動提出因應對策、具體建議及相關資料分析等統計數據。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.3章節</p>
<p>9. 依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」、「強化社會安全網計畫2.0」及本部心理健康及自殺防治之最新政策，並彙整相關機關(單位)修正意見後，持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。</p>	<p>依規定執行完成 詳見4.7章節</p>



# 編製 110 年自殺防治年報(電子書)

## 一、背景 (Context)

自殺防治工作除由中央推動發展外，各縣市因為可用資源、特性不同，皆有因地制宜的個別做法，可能發展出不同於其他縣市的自殺防治策略，若能整合各縣市不同的自殺防治工作推動情形，分析各縣市防治策略的優勢，將有利中央及各縣市自殺防治業務發展，亦能提供一般民眾了解臺灣自殺防治現況。

全國自殺防治中心於 108 年起編製「自殺防治年報」，以電子書形式提供中央部會及地方政府相關部門，報告書包含自殺相關數據分析，並蒐集中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展現況，整理分析各縣市自殺防治工作，提供中央部會及地方政府相關部門，同時也將此年報放置於中心網站上提供民眾下載閱讀，作為了解各地自殺防治政策之用，達到政策透明化的目標。

今年同樣彙集 110 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，編製「110 年自殺防治年報」，對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以利中央部會及地方政府相關部門，探究當前自殺防治政策、問題，以及作為成效評值之參考。

## 二、輸入 (Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 分析 110 年自殺死亡及通報數據。
- 2) 蒐集並整理中央及各縣市 110 年自殺防治工作成果。

### 2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局。
- 2) 資源連結內容及形式：自殺數據資料索取、中央及地方自殺防治工作成果。

## 三、過程 (Process)

### 1. 資料蒐集

#### 1) 自殺死亡資料檔

- (1) 資料期間：85-110 年。

- (2) 說明：於衛生福利部公布全國十大死因後，中心向衛生福利部統計處/衛生福利部衛生福利資料科學中心進行資料申請，再由研究發展組同仁前往統計處分析資料。

#### 2) 自殺通報資料檔

- (1) 資料期間：95-110 年。

- (2) 說明：向自殺防治通報系統維護廠商申請自殺通報資料。(詳見章節 2.3 自殺企圖者之通報與關懷追蹤)

#### 3) 中央及地方自殺防治工作成果

蒐集 110 年中央、各縣市自殺防治工作成果。

### 2. 資料分析

#### 1) 自殺死亡、通報資料特性分析

#### 2) 中央自殺防治工作成果

#### 3) 縣市自殺防治工作成果

#### 4) 年度專題文章撰寫

## 四、成果 (Product)

### 1. 執行結果

編製自殺防治年報(電子書)，大綱內容如表 4-1-1(年報電子書下載連結如附件 4-1-1)：

表 4-1-1、自殺防治年報大綱

目錄	說明
序	
一、衛生福利部部長序	
二、台灣自殺防治學會理事長序	
臺灣自殺數據分析	分析 110 年自殺死亡、通報趨勢；針對各項自殺死亡及通報指標做分析。
一、110 年自殺死亡狀況	
二、110 年自殺企圖通報狀況	
全國自殺防治策略之實施	
一、110 年全國自殺防治工作成果	整理 110 年中央自殺防治工作成果及全國自殺防治中心業務。
縣市自殺防治工作成果	
一、110 年各縣市自殺防治工作成果	收集各縣市自殺防治策略，並針對全面性、選擇性、指標性策略作整理與分析。
二、整理與分析	
年度專題	
一、長期照顧與自殺防治	訂定自殺防治主題專文。
二、辦理 14 縣市自殺防治工作坊	
三、Covid-19 與心理健康及自殺防治	
資源連結	提供自殺防治相關資源。
附錄	包含自殺相關數據。

依照大綱編寫自殺防治年報內容，並由中心資訊管理組以電子書形式進行排版，以便提供衛生福利部及各縣市政府衛生局，作為探究當前自殺防治策略、問題，以及作為成效評值之參考；同時也將此年報放置於中心網站上提供民眾下載閱讀，作為了解各地自殺防治政策之用，達到政策透明化的目標。

## 2. 結論

自殺防治年報至今年已經為第四期，除了數據分析與各縣市自殺防治

工作成果外，本次年報規劃以專題文章的方式，介紹自殺防治的重要主題，內容包含在高齡化社會下需要特別重視的「長期照顧與自殺防治」、110 年辦理之「14 縣市自殺防治工作坊」及「Covid-19 與心理健康及自殺防治」。

藉由年報的編製及呈現，盼能增進各界對於自殺現況、全國自殺防治工作的認識；各縣市自殺防治要點的整理，能提供各界探究當前自殺防治政策、問題，作為未來政策擬定之參考。

## 五、 附件

附件 4-1-1、110 年自殺防治年報(電子書)

# 輔導並推動因地制宜之自殺防治

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行迄今，根據台灣自殺防治學會民國 110 年 7 月調查顯示，30.8%民眾工作/經濟感到壓力，29.8%民眾日常生活感到壓力，16.7%民眾心理健康感到壓力，12.7%民眾身體健康感到壓力，根據調查顯示，110 年民眾因疫情關係直接或間接帶來的「工作/經濟問題」、「日常生活問題」及「家庭人際問題」壓力情形皆高於 109 年調查，而「心理健康問題」及「身體健康問題」則低於 109 年調查。

本中心透過實證研究之蒐集、閱讀與摘要，以及民調收集資料進行分析，結合分享國內外 COVID-19 新冠肺炎疫情過程中心理健康與自殺防治相關文獻，供政府及有關單位參考，同時為了解各縣市衛生局大流行期間推動心理健康與自殺防治策略成效、經驗及自殺關懷訪視計畫辦理情形，故辦理後疫情時代之心理健康與自殺防治工作坊。

此外，自殺死亡方法具有明顯的年齡、地域及臨床特性差異，自殺防治策略規劃必須「因地制宜」，以掌握不同地區的特性。過去全國自殺防治中心參與各縣市自殺防治業務互動式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。

為了解各縣市跨局處跨單位在此項業務推動內容之不同觀點、困境與因應方法，故辦理 111 年度自殺防治互動式輔導訪查，共同為加強在地化自殺方法介入防治做努力，並協助加強參與互動式輔導訪查之縣市自殺防治跨專業團隊橫向連結，提供即時輔導追蹤及後續成效評值、依各縣市需求進行議題討論。

## 二、輸入(Input)

### 1. 業務目的與目標

- 1) 了解縣市衛生局於 COVID-19 大流行期間推動心理健康與自殺防治策略成效、經驗及自殺關懷訪視計畫辦理情形，並針對縣市自殺死亡等特性，提供當局所需之專業支持、業務諮詢、改善建議與連結資源，以助於擬訂因地制宜之自殺防治策略。

## 2. 執行步驟與方法

1)根據衛生福利部公告國人死因資料，並依「標準化自殺死亡率」、「自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率及增減率」、「標準化自殺死亡率 3 年移動平均呈現上升趨勢及增減率」、「家訪及面訪占率」及「截至 111 年 6 月 30 日自殺死亡人數初步數據較去年同期上升幅度較高」之縣市，扣除離島地區(人數少)，並挑選訪查次數少及距離前次訪查年份較久遠之縣市，再以順序排列考量，擇定高雄市、南投縣、雲林縣及備選縣市宜蘭縣、嘉義縣、新竹縣，各縣市擇定依據數據詳如下列。

### (1) 高雄市

項目	(%)	排序 (全國)
訪查次數：1 次		
前次訪查年份：109 年		
110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	12.1	2
109-110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺增減率	45.78	9
110 年 1-9 月與去年同期初步自殺死亡人數增減率	11.2	7
109 年以家訪進行訪視占率	4.6	18
110 年以家訪進行訪視占率	10.8	13
109 年以其他地點面談訪視占率	2	17
110 年以其他地點面談訪視占率	2.2	17
109 年標準化死亡率	12.3	13
108-109 年標準化死亡增減率	-11.1	15
101-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-1	8
106-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-1.3	8

### (2) 南投縣

項目	(%)	排序 (全國)
訪查次數：2 次		
前次訪查年份：105、106 年		
110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	9.2	10
109-110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺增減率	70.37	7
110 年 1-9 月與去年同期初步自殺死亡人數增減率	13.3	4

109 年家訪占率	34.2	2
110 年家訪占率	29.7	1
109 年其他地點面談占率	11.1	5
110 年其他地點面談占率	10.9	4
109 標準化死亡率	13.2	7
108-109 標準化死亡增減率	-0.9	5
101-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-11	20
106-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-10.7	20

### (3) 雲林縣

項目	(%)	排序 (全國)
訪查次數：1 次		
前次訪查年份：104 年		
110 年限制高致命性工具及方式工作坊		
110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	10.4	4
109-110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺增減率	188.89	1
109-110 年 1-9 月與去年同期初步自殺死亡人數增減率	11.5	6
109 年家訪占率	40.3	1
110 年家訪占率	26.3	3
109 年其他地點面談占率	3.3	12
110 年其他地點面談占率	2.6	14
109 標準化死亡率	11.1	6
108-109 標準化死亡增減率	-20.3	19
101-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-4.9	13
106-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-5.2	14

### (4) 備選-宜蘭縣

項目	(%)	排序 (全國)
訪查次數：2 次		
前次訪查年份：104、105 年、110 年限制高致命性工具及方式工作坊		

110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	8.9	13
109-110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺增減率	9.88	15
109-110 年 1-9 月與去年同期初步自殺死亡人數增減率	28.6	2
109 年家訪占率	23.6	8
110 年家訪占率	12.1	12
109 年其他地點面談占率	6.3	6
110 年其他地點面談占率	5	9
109 標準化死亡率	13.5	5
108-109 標準化死亡增減率	-12.5	16
101-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-7.9	17
106-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-8.5	17

#### (5) 備選-嘉義縣

項目	(%)	排序 (全國)
訪查次數：4 次		
前次訪查年份：104、106、107、108 年		
110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	6.2	17
109-110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺增減率	-46.09	21
109-110 年 1-9 月與去年同期初步自殺死亡人數增減率	12.1	5
109 年家訪占率	30.8	5
110 年家訪占率	19.7	7
109 年其他地點面談占率	5.7	8
110 年其他地點面談占率	5.3	8
109 標準化死亡率	12.7	8
108-109 標準化死亡增減率	-23.1	20
101-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-8.9	18
106-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-9	18

#### (6) 備選-新竹縣

項目	(%)	排序 (全國)
訪查次數：3 次		



前次訪查年份：105、107、109 年、110 年限制高致命性工具及方式工作坊

110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺率	9	12
109-110 年自殺關懷訪視個案 30 天再自殺增減率	83.67	4
109-110 年 1-9 月與去年同期初步自殺死亡人數增減率	24.6	3
109 年家訪占率	20.4	10
110 年家訪占率	5.3	16
109 年其他地點面談占率	2.6	15
110 年其他地點面談占率	2.3	15
109 標準化死亡率	10.8	17
108-109 標準化死亡增減率	-19.6	17
101-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢	-7.4	16
106-109 年標準化自殺死亡率 3 年移動平均上升趨勢增減率	-7.7	16

2) 根據衛生福利部疾病管制署網站「109-110 年各縣市本土確診人數」統計資料、「109-110 年上及下半年失業率」、「家訪及面訪占率」、「109-110 年全國民調-因 COVID-19 直接或間接之壓力衝擊」及「二三級警戒期間自殺關懷訪視個案特殊身分增減率」為參考指標，扣除離島地區(人數少)，並挑選訪查次數少及距離前次訪查年份較久遠之縣市，再以順序排列考量，擇定臺北市、新北市、桃園市，及備選縣市為苗栗縣、花蓮縣、嘉義市。

#### (1) 臺北市

項目	(%)	排序(全國)
訪查次數：1 次		
前次訪查年份：108 年		
109 年 COVID-19 本土確診人數：8 人		2
110 年 COVID-19 本土確診人數：4866 人		2
109 年上半年失業率	3.8	3
110 年上半年失業率	4	1
109 年下半年失業率	3.9	2
110 年下半年失業率	4.1	1
109 年家訪占率	3.7	20
110 年家訪占率	2.5	19
109 年其他地點面談占率	14	3

110 年其他地點面談占率	3.8	11
<b>全國民調-因 COVID-19 直接或間接造成下述類型壓力之占率、增減率</b>		
109-110 年造成工作/經濟問題壓力增減率	69.1	5
109 年造成工作/經濟問題壓力占率	14.9	18
110 年造成工作/經濟問題壓力占率	25.2	17
109-110 年造成日常生活問題壓力增減率	26.2	12
109 年造成日常生活問題壓力占率	26	10
110 年造成日常生活問題壓力占率	32.8	9
109-110 年造成心理健康問題壓力增減率	13	3
109 年造成心理健康問題壓力占率	16.2	15
110 年造成心理健康問題壓力占率	18.3	5
109-110 年造成家庭人際問題壓力增減率	131.3	3
109 年造成家庭人際問題壓力占率	8	15
110 年造成家庭人際問題壓力占率	18.5	3
109-110 年造成身體健康問題壓力增減率	33.1	3
109 年造成身體健康問題壓力占率	13.9	13
110 年造成身體健康問題壓力占率	18.5	1
<b>109 年-110 年 5 至 8 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	1.1	7
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	17.9	13
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(三級警戒期間)	18.1	11
<b>109 年-110 年 8 至 12 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-0.7	3
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	14.9	19
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(二級警戒期間)	14.8	11

## (2) 新北市

項目	(%)	排序(全國)
訪查次數：2 次		
前次訪查年份：106 年、110 年自殺業務輔導訪查		
109 年 COVID-19 本土確診人數：18 人		1
110 年 COVID-19 本土確診人數：6918 人		1
109 年上半年失業率	3.9	2

110 年上半年失業率	4	1
109 年下半年失業率	3.9	2
110 年下半年失業率	4.1	1
109 年家訪占率	1.5	22
110 年家訪占率	1	22
109 年其他地點面談占率	2	17
110 年其他地點面談占率	2.6	13
<b>全國民調-因 COVID-19 直接或間接造成下述類型壓力之占率、增減率</b>		
109-110 年造成工作/經濟問題壓力增減率	58.5	9
109 年造成工作/經濟問題壓力占率	23.4	11
110 年造成工作/經濟問題壓力占率	37.1	4
109-110 年造成日常生活問題壓力增減率	29.3	10
109 年造成日常生活問題壓力占率	25.9	11
110 年造成日常生活問題壓力占率	33.5	7
109-110 年造成心理健康問題壓力增減率	2.6	5
109 年造成心理健康問題壓力占率	19.4	10
110 年造成心理健康問題壓力占率	19.9	3
109-110 年造成家庭人際問題壓力增減率	31.5	9
109 年造成家庭人際問題壓力占率	11.1	8
110 年造成家庭人際問題壓力占率	14.6	9
109-110 年造成身體健康問題壓力增減率	-14.7	7
109 年造成身體健康問題壓力占率	17.7	9
110 年造成身體健康問題壓力占率	15.1	4
<b>109 年-110 年 5 至 8 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-10.2	11
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	18.6	12
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(三級警戒期間)	16.7	14
<b>109 年-110 年 8 至 12 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-27.6	15
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	17.4	14
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(二級警戒期間)	12.6	13

### (3) 桃園市

項目	(%)	排序(全國)
----	-----	--------

訪查次數：2 次

前次訪查年份：107 年、110 年自殺業務輔導訪查		
109 年 COVID-19 本土確診人數：15 人		3
110 年 COVID-19 本土確診人數：790 人		3
109 年上半年失業率	4	1
110 年上半年失業率	4	1
109 年下半年失業率	4	1
110 年下半年失業率	4	2
109 年家訪占率	3.8	19
110 年家訪占率	3.9	17
109 年其他地點面談占率	2.3	16
110 年其他地點面談占率	1.3	18
<b>全國民調-因 COVID-19 直接或間接造成下述類型壓力之占率、增減率</b>		
109-110 年造成工作/經濟問題壓力增減率	66	3
109 年造成工作/經濟問題壓力占率	14.1	19
110 年造成工作/經濟問題壓力占率	23.4	19
109-110 年造成日常生活問題壓力增減率	70.3	3
109 年造成日常生活問題壓力占率	18.5	15
110 年造成日常生活問題壓力占率	31.5	11
109-110 年造成心理健康問題壓力增減率	-12.8	10
109 年造成心理健康問題壓力占率	14.9	17
110 年造成心理健康問題壓力占率	13	15
109-110 年造成家庭人際問題壓力增減率	-4.8	16
109 年造成家庭人際問題壓力占率	12.4	4
110 年造成家庭人際問題壓力占率	11.8	14
109-110 年造成身體健康問題壓力增減率	-2.7	6
109 年造成身體健康問題壓力占率	14.6	11
110 年造成身體健康問題壓力占率	14.2	7
<b>109 年-110 年 5 至 8 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-8.1	10
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	16.1	16
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(三級警戒期間)	14.8	16
<b>109 年-110 年 8 至 12 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-30.9	16
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	17.8	13

110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(二級警戒期間)	12.3	15
-----------------------------	------	----

#### (4) 備選-苗栗縣

項目	(%)	排序(全國)
訪查次數：3 次		
前次訪查年份：105 年、109 年、110 年		
109 年 COVID-19 本土確診人數：0 人		10
110 年 COVID-19 本土確診人數：549 人		4
109 年上半年失業率	3.8	3
110 年上半年失業率	3.9	2
109 年下半年失業率	3.7	4
110 年下半年失業率	3.9	3
109 年家訪占率	27.8	7
110 年家訪占率	13.4	11
109 年其他地點面談占率	3.9	11
110 年其他地點面談占率	14.5	2

#### 全國民調-因 COVID-19 直接或間接造成下述類型壓力之占率、增減率

109-110 年造成工作/經濟問題壓力增減率	99.4	3
109 年造成工作/經濟問題壓力占率	16.5	16
110 年造成工作/經濟問題壓力占率	32.9	10
109-110 年造成日常生活問題壓力增減率	108.7	2
109 年造成日常生活問題壓力占率	19.6	16
110 年造成日常生活問題壓力占率	40.9	3
109-110 年造成心理健康問題壓力增減率	3.8	4
109 年造成心理健康問題壓力占率	15.6	16
110 年造成心理健康問題壓力占率	16.2	9
109-110 年造成家庭人際問題壓力增減率	63.2	5
109 年造成家庭人際問題壓力占率	10.6	10
110 年造成家庭人際問題壓力占率	17.3	5
109-110 年造成身體健康問題壓力增減率	37.6	1
109 年造成身體健康問題壓力占率	11.7	17
110 年造成身體健康問題壓力占率	16.1	3

#### 109 年-110 年 5 至 8 月自殺通報個案特殊身分之變化

109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-23.6	16
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	12.7	17

110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(三級警戒期間)	9.7	19
<b>109 年-110 年 8 至 12 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-40.8	21
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	15.2	19
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(二級警戒期間)	9	18

(5) 備選-花蓮縣

項目	(%)	排序(全國)
訪查次數：2 次		
前次訪查年份：104 年、108 年		
110 年限制高致命性工具及方式工作坊		
109 年 COVID-19 本土確診人數：0 人		10
110 年 COVID-19 本土確診人數：68 人		11
109 年上半年失業率	3.7	4
110 年上半年失業率	3.8	3
109 年下半年失業率	3.6	5
110 年下半年失業率	3.8	4
109 年家訪占率	32.1	1
110 年家訪占率	22.6	5
109 年其他地點面談占率	4.8	9
110 年其他地點面談占率	5	9

<b>全國民調-因 COVID-19 直接或間接造成下述類型壓力之占率、增減率</b>		
109-110 年造成工作/經濟問題壓力增減率	36.4	10
109 年造成工作/經濟問題壓力占率	24.2	10
110 年造成工作/經濟問題壓力占率	33	8
109-110 年造成日常生活問題壓力增減率	67.8	4
109 年造成日常生活問題壓力占率	23	14
110 年造成日常生活問題壓力占率	38.6	5
109-110 年造成心理健康問題壓力增減率	13.7	2
109 年造成心理健康問題壓力占率	19	12
110 年造成心理健康問題壓力占率	21.6	1
109-110 年造成家庭人際問題壓力增減率	52.8	6
109 年造成家庭人際問題壓力占率	10.8	9
110 年造成家庭人際問題壓力占率	16.5	7
109-110 年造成身體健康問題壓力增減率	15.3	4

109 年造成身體健康問題壓力占率	12.4	15
110 年造成身體健康問題壓力占率	14.3	6

#### 109 年-110 年 5 至 8 月自殺通報個案特殊身分之變化

109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-33.2	17
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	32.2	1
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(三級警戒期間)	21.5	4

#### 109 年-110 年 8 至 12 月自殺通報個案特殊身分之變化

109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-17.9	9
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	24	4
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(二級警戒期間)	19.7	2

#### (6) 備選-嘉義市

項目	(%)	排序(全國)
訪查次數：1 次		
前次訪查年份：107 年、110 年限制高致命性工具及方式工作坊		
109 年 COVID-19 本土確診人數：0 人		10
110 年 COVID-19 本土確診人數：10 人		19
109 年上半年失業率	3.7	4
110 年上半年失業率	3.9	2
109 年下半年失業率	3.7	5
110 年下半年失業率	4	2
109 年家訪占率	17.1	13
110 年家訪占率	14	9
109 年其他地點面談占率	4.8	9
110 年其他地點面談占率	7.8	6

#### 全國民調-因 COVID-19 直接或間接造成下述類型壓力之占率、增減率

109-110 年造成工作/經濟問題壓力增減率	61.1	8
109 年造成工作/經濟問題壓力占率	22.1	12
110 年造成工作/經濟問題壓力占率	35.6	5
109-110 年造成日常生活問題壓力增減率	48.9	6
109 年造成日常生活問題壓力占率	26.8	8
110 年造成日常生活問題壓力占率	39.9	4
109-110 年造成心理健康問題壓力增減率	17.2	1
109 年造成心理健康問題壓力占率	16.9	14
110 年造成心理健康問題壓力占率	19.8	4

109-110 年造成家庭人際問題壓力增減率	115.1	4
109 年造成家庭人際問題壓力占率	10.6	10
110 年造成家庭人際問題壓力占率	22.8	2
109-110 年造成身體健康問題壓力增減率	34.7	2
109 年造成身體健康問題壓力占率	10.6	19
110 年造成身體健康問題壓力占率	22.8	9
<b>109 年-110 年 5 至 8 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	24.1	2
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	11.2	19
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(三級警戒期間)	13.9	17
<b>109 年-110 年 8 至 12 月自殺通報個案特殊身分之變化</b>		
109-110 年自殺關懷訪視個案精照列管增減率	-13.9	6
109 年自殺關懷訪視個案精照列管占率	14.4	21
110 年自殺關懷訪視個案精照列管占率(二級警戒期間)	12.4	14

### 3. 資源連結與合作

- 1) 指導單位：衛生福利部心理健康司
- 2) 合作單位：各縣市衛生局人員、關懷訪視員、心理衛生社工、社區心衛中心人員、長期 照顧中心人員及公共衛生護理人員、消防局、警察局、社會局、教育局、勞工局(勞動局)、交通局、工務局、 捷運工程局、兵役局、原住民事務委員會、客家事務委員會、各鄉(鎮、 市、區)公所等跨網絡單位。。
- 3) 資源連結內容形式：資料提供、公文、電子信箱聯繫、電話溝通、會議討論。

## 三、過程(Process)

1. 本中心根據統計處提供之國人死因資料，依據衛生福利部之標準擇定高雄市、雲林縣、南投縣共 3 縣市辦理自殺防治互動式輔導訪查，另依後疫情時代之心理健康與自殺防治工作坊之標準擇定臺北市、新北市、桃園市共 3 縣市。
2. 擬定自殺防治互動式輔導訪查、後疫情時代之心理健康自殺防治工作坊議程(詳見附件 4-2-1)，函知衛生福利部擇定之縣市，並請縣市協助邀請部內長官及跨局處、相關網絡人員出席。
3. 研究發展組進行各縣市自殺死亡及通報趨勢分析並製作簡報。
4. 後疫情時代之心理健康與自殺防治工作坊辦理時程

時間	縣市	中心出席代表
111 年 10 月 3 日	新北市	李明濱主任、詹佳達秘書長、姜丹榴理事、



		謝逸妍專員
111 年 10 月 17 日	臺北市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、詹佳達秘書長、姜丹榴理事、嚴卉茹專員、謝逸妍專員
111 年 10 月 20 日	桃園市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、呂淑貞常務監事、朱旭華專員

#### 5. 自殺防治互動式輔導訪查辦理時程

時間	縣市	中心出席代表
111 年 9 月 16 日	南投縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、林俊媛副秘書長、范凱森專員
111 年 9 月 23 日	雲林縣	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、黃立中副秘書長、廖健鈞專員
111 年 10 月 21 日	高雄市	李明濱主任、陳俊鶯副主任、姜丹榴理事、周煌智院長、呂雯專員、廖健鈞專員

## 四、 成果(Product)

### 1. 執行結果

- 1) 互動式輔導訪查及後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊當日除全國自殺防治中心與縣市衛生局近年心理健康及自殺防治業務報告外，交流與討論主題針對「縣市自殺防治策略、COVID-19 期間之自殺防治業務困境」進行討論。
- 2) 綜合討論摘要依照全面性、選擇性及指標性三大策略列出如下。

#### 全面性策略

議題一、疫後自殺防治困境。

#### 結論

應制定重大創傷事件（如 SARS、COVID-19）壓力後關懷服務，服務對象應包含一線醫護、警消、相關網絡人員、染疫者及染疫死亡者家屬的心理支持服務。

議題二、網路平台自殺言論與媒體自殺報導處遇。

#### 結論

1. 目前已跟社群平台溝通並與警政署建立好通報、轉介機制，當在社

群平台上發現有自殺言語或文章時可以做適當處置，不一定是立即下架而是根據情況有不同層級的處理，如果發現可以請警政署進行處理並通報給各縣市衛生局。

2. 自殺防治法 16、17 條裁罰機制問題，今年心健司也委託台北市電腦公會(iWIN)來擬訂一個裁罰基準，同時也有請台北市電腦公會(iWIN)協助設立自殺防治媒體宣導框架的部分，讓媒體知道有關什麼是不好的自殺報導、什麼是好的自殺報導，當媒體違反時可以如何處理，希望能從全面性策略的部份可以幫助到大家。

### 選擇性策略

#### 議題一、脆弱族群自殺防治困境。

##### 結論

- 1) 對於這些高風險個案的轉介，以個案妥適為原則轉出去，轉出後也需要持續追蹤。
- 2) 心情溫度計等量表的使用，可以透過各種的服務管道持續推廣，包含職場、學校、長照機構等，不是僅集中在特定族群。

#### 議題二、教育單位自殺防治困境。

##### 結論

- 1) 訂定妥善的學校與社區心理資源、精神醫療單位轉介原則及計畫，並請校方於轉介後與各網絡人員合作，持續追蹤學生個案，可參考臺北市校園危機守門員實務手冊。
- 2) 加強校園單位推廣心情溫度計量表的使用，以利提早掌握高風險學生個案。
- 3) 衛生局應成立跨單位轉介窗口及協助校端加強辦理師資、家長針對學生重複自傷行為危機因應訓練、轉介資源講座等。
- 4) 部裡持續配合教育部修訂的校園自我傷害三級預防工作計畫，已建議納入校園防墜檢核表，防墜檢核表或許可作為未來與學校合作的重要工具。

#### 議題三、多元合併議題個案。

##### 結論

- 1) 家暴加害人、被害人或毒防議題合併精神或自殺屬於社安網第一類

個案，無論是結案或列管中個案，都希望在開高危機個案處遇會議之前，衛政端可以提供無論是精神診斷或自殺傷資訊給社政、警政或 NGO 相關網絡人員，並提醒網絡人員皆可以利用衛政的資源、資訊，同樣社政端亦能提供資訊給予衛政。

- 2) 基層精神醫療院所如果能跟社區達成轉介管道、與各網絡人員合作，可以協助到網絡人員進行共同照護。

#### 議題四、長者自殺防治。

##### 結論

- 1) 長者有多面向議題，如獨居、久病、失能、長照，需瞭解、掌握各網絡單位轉介服務成效及人力，同時轉介及資源管道是否普及、給予網絡夥伴及市民。
- 2) 長者自殺、生理或精神慢性疾病皆與醫療有關，故請醫療院所針對該族群進行 BSRS-5 等量表篩檢很重要，請加強篩檢宣導。

#### 議題五、針對 15-24 歲自殺防治。

##### 結論

- 1) 教育部目前修訂的校園自我傷害三級預防工作中，明訂教職人員若知悉有自殺傷情事需進行自殺通報，並啟動危機處理小組引進校外醫療或諮商資源共同個管、評估，持續追蹤直到風險降低，可參考新北市校園單位與衛政辦理學生個案共訪制度及個案研討會。
- 2) 20-24 歲族群，又能細分為就學、就業中、待業及中斷就學，就學可能涉及跨縣市就讀議題，鼓勵各縣市共同討論訂定跨縣市轉介原則及計畫，若個案返回戶籍縣市生活可依計畫轉介回戶籍縣市；若涉及轉學則請該縣市校方訂定妥善的學校與社區資源轉介計畫，並於轉介後與網絡夥伴共同持續追蹤。
- 3) 就業、待業族群，可與勞工局及媒合就業網站一同合作，網站除分享求職資訊、面試宣導講座及勞工權益外，亦可宣導心情溫度計量表檢測心情、縣市心理衛生資源，讓剛要踏入職場的年輕人知悉有這些資源，可參考新北市針對求職族群有與人力、求職媒合網站合作，投放心情溫度計自我檢測、臺北市編制 EAP 手冊供職場使用。
- 4) 中斷就學、游離校園體制外的中輟生、拒學生等離校的校園以外自殺防治工作這部分，需要請各縣市局端提供措施及建議給心健司，

以利精進如何投入該族群自殺防治策略。

### 指標性策略

#### 議題一、自殺個案架接心衛社工之精照系統問題。

##### 結論

- 1) 根據系統廠商設定，系統每天早上六點會有即時的資訊串接，若在其他系統內有發現個案資料便會架接到心衛社工使用的精照系統中，個案會出現在督導的派案清冊內，而督導看到後便要進行派案動作。
- 2) 若督導發現於派案有延遲部分，可能是單獨特殊案件，應即時向系統管理窗口提出以便能即時修正。
- 3) 無法登打紀錄一事，目前已知悉精照系統與自殺系統補登紀錄時間及權限不一致，未來會將兩個系統登打紀錄規定及權限調整一致。
- 4) 近一、兩年開始自殺通報系統開始有與校安通報系統進行勾稽，教育部目前要求校園教師除校安通報外，亦要對自殺通報系統進行通報，相信後續校安通報系統與自殺系統不一致部分將會有改善。

#### 議題二、社區心衛中心布建及偏鄉地區自殺防治工作。

##### 結論

- 1) 檢視心衛中心布建地點、偏鄉地區使用心理或精神醫療資源可近性，偏鄉地區可與當地巡迴醫療做結合（一般巡迴醫療大概一周巡迴一次，精神醫療大部分兩周一次），從心衛中心延伸出行動心理衛生站，讓鄰近區域心衛中心的心理師可以跟著巡迴醫療上去做心理健康服務。

#### 議題三、關懷訪視服務人力不足困境與納入衛生局之工作成效。

##### 結論

- 1) 心理健康司根據 109 年自殺個案通報率來推估 111 年到 114 年的自殺關懷訪視人力，目前係估算每年約有 4-5% 的成長率，若縣市爭取到足額聘用人力，本部已發文各縣市同意可提前聘用至 114 年預計聘用人員額度，請儘速向本部提出調整 112 年計畫進用人員額度。
- 2) 納入衛生局後，關懷訪視員、心衛社工、毒防個案管理師彼此間有些協助可以透過跨局處聯繫會議取得，尤其是共案的個案，彼此之間溝通合作應會讓個案服務更有一致性。

#### 議題四、心衛社工工作成效。

##### 結論

- 1) 依據社安網計畫，110 年下半年才陸續進用心衛社工，介入服務時間還不長，具有註記的個案通報數下降可能不光是只有心衛社工的成效而已，還需再觀察心衛社工的投入對這些個案是否有效果。
- 2) 心衛社工案量人力比、服務皆與關懷訪視員不同，後續還需追蹤心衛社工投入的服務效果為何。

#### 議題五、家面訪率對服務品質影響。

##### 結論

- 1) 關於家面訪率是否能有效降低自殺風險，目前尚無明確數據可以說明，但在實務過程中，對長者個案進行面訪確實能夠給予關懷，讓長者自殺意念比較降低。電訪則可能因長者重聽、口語表達聽不清楚，導致阻隔、比較難給予支持。
- 2) 面訪青少年也許有機會降低自殺風險，但實務上較難每次都進入學校，有些學生也確實不喜歡校園的訪視或輔導人員關懷，這方面還需努力協調是否由學校連接訪員跟學生的接觸機會，或從家屬這邊進行家訪關懷。

## 2. 6 縣市滿意度分析結果

- 1) 本次問卷調查之對象，係以 110 年 9 月 16 日至 10 月 21 日辦理輔導訪查及工作坊之縣市跨局處、跨領域參與者為主。調查方式以實體會議填答問卷進行調查。本次問卷發放 217 份、回收 83 份，回收率為 38%<sup>1</sup>，其中有效問卷樣本 83 份，無效問卷樣本 0 份，問卷有效率為 100%<sup>2</sup> (詳見附件 4-2-2)。
- 2) 針對回覆問卷中縣市填答「對未來輔導訪查之探討議題建議」、「對選擇訪查縣市之指標建議」及「其他：感想與建議」項目之相關意見，整理結果如下：

### 1. 對未來輔導訪查之探討議題建議：

- 1) 期望共案的處遇模式能夠更完善，因大部分的案件如果跟經濟有關皆會通報至家庭服務中心，但在自殺專業的部分仍然要仰賴有受過專業訓練的自

<sup>1</sup> 問卷回收率=回收問卷樣本(83 份)÷發放問卷總數(217 份)=38%

<sup>2</sup> 問卷有效率=有效問卷樣本(83 份)÷回收問卷總數(83 份)=100%

殺關懷訪視員，故若遇到需要共案的案件，應可彼此釐清工作模式加以分工，對個案處遇部分才能更加明確。

2) 社區精神疾病患者照護。

3) 更細的趨勢分析。

4) 青少年網路討論的被誤導或資訊不對稱之因應。

5) 與社區民政體系對接，請更接地氣，用民政單位聽得懂的方式闡述自殺防治。

## **2. 對選擇訪查縣市之指標建議：**

1) 是否可納入自殺意念的服務指標。

## **3. 其他：感想與建議：**

1) 建議具有自殺意念的個案，是屬於高潛在風險的個案，相較於未有自殺意念的個案，但於通報系統上並無自殺意念的指標，這群人將落入統計黑數。

2) 有關自殺死亡地圖，能否有自殺死亡地點的分析，尤其是在高處跳下、溺水等方式，俾利針對實際自殺死亡地區加強防治策略。

3) 針對不同對象的影響是很重要的調查發現，但可惜沒有後續因應或跨局處防治策略。

## **五、 附件**

附件 4-2-1、後疫情時代之心理健康及自殺防治工作坊與自殺防治互動式輔導訪查議程

附件 4-2-2、6 縣市工作坊滿意度統計資料

# 強化媒體及網路平臺互動與因應

## 一、背景(Context)

媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的重要載體。根據過去相關的研究，媒體報導傳遞不恰當的自殺資訊時可能造成模仿行為(copypcat)效應，相反的，適當的媒體報導則有助於自殺防治工作的推展，提高民眾求助意願，且可提供自殺防治相關的教育知識與技能，有利於整體自殺防治工作之推行。

近年來，由於網際網路訊息傳遞無遠弗屆的特性，以及高度資訊化時代的來臨，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、相約自殺之訊息，也透過各種方式，被有心人士發佈至網路上並形成跨越地域的影響力。

全國自殺防治中心自成立以來，致力與媒體共同合作，加強與媒體工作者之間的交流，並推廣 WHO 所公佈針對媒體工作者報導自殺事件之「六不六要」原則，攜手打造健康的自殺事件新聞報導，使報導能在不侵害自殺當事者及其遺族之隱私權的前提下，顧及民眾知的權利，並宣導正確的自殺防治觀念。

為降低因教唆自殺網站、自殺新聞報導或任何與自殺有關的訊息、影像、照片等之不利影響，中心已於 103 年 6 月研擬教唆自殺及教導自殺網站之監測及舉報流程，逐年針對該流程加以改善，一旦經由常規監測或一般大眾檢舉，發現網路上有教導自殺或如何使用自殺工具進行自殺等內容之網頁，即會上「iWIN 網路內容防護機構」網站進行線上申訴，並於申訴後定期追蹤被檢舉網頁之下架情形；同時向該網站平臺之檢舉機制舉報，從管理者處反映自殺危害之情事，藉以即時撤除不當內容且推廣媒體平台自殺訊息之監測及舉報，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。

中心藉由與我國新聞媒體領域建立長期交流互動，與媒體工作者共同建構健康的自殺新聞報導，以期共同建立我國自殺事件新聞報導之核心價值、提升報導品質，導正民眾對於自殺事件的認知。期待能消弭網路上不當的自殺訊息傳播，預防更多不幸事件的發生。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 依據時事議題發佈相關新聞稿。
- 2) 不定期與媒體合作、接受專訪及媒體投書。
- 3) 向 iWIN 網路內容防護機構(以下簡稱 iWIN)申訴網路不當的自殺相關資訊，同時進行平臺檢舉或電子郵件反映；確認網站下架與否，進行結案、追蹤及列管。
- 4) 將最新專訪及新聞稿更新於中心網站最新消息與珍愛生命打氣網粉絲專頁，亦透過中心電子信箱聯絡網，廣為宣導。
- 5) 持續辦理年度「新聞媒體聯繫會議」，今年主題為「線上線下攜手防自殺」。
- 6) 持續經營自殺事件報導諮詢 LINE 群組，提供媒體即時諮詢管道與媒體監測數據。

### 2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市衛生局、新聞媒體、媒體從業人員、媒體相關學協會、iWIN 機構。
- 2) 資源連結內容及形式：
  - (1) 媒體連繫：遇有違反自殺防治法新聞主動向媒體投書下架、媒體採訪、發佈新聞稿、辦理媒體聯繫會議等溝通方式。
  - (2) 教唆自殺網站監測：監測教唆自殺網站，主動向 iWIN 檢舉。

## 三、過程(Process)

### 1. 新聞稿發佈

- 1) 依據時事議題發佈相關新聞稿，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，促使記者能撰寫正確並合宜之報導，讓社會大眾對於自殺徵兆與危險因子有所理解並適時防範，同時將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. 媒體合作

- 1) 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. 媒體投書

- 1) 因應重大新聞事件適時進行因應，以投書至媒體方式，提供媒體及一般民眾參考。

### 4. 媒體監測



- 1) 每日製作紙本四大報(聯合報、自由時報、中國時報，蘋果日報)、網路五大報(聯合報、自由時報、蘋果日報、中國時報，9月時加入 ETtoday 新聞雲)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。

#### **5. 巴拉刈禁用相關報導追蹤**

- 1) 定期追蹤巴拉刈相關報導。

#### **6. 新聞媒體聯繫會議**

詳見 4-4、自殺防治新聞媒體聯繫會議。

#### **7. 新聞媒體聯繫群組**

- 1) 為增進新聞媒體聯繫群組功能，中心將原有媒體相關群組整併為「自殺防治媒體交流社群」。主要社群成員為媒體與自殺防治兩大領域專家與實務工作者。
- 2) 不定期針對重大自殺事件、爭議報導提出討論；針對報導自殺事件相關疑義提供即時問答。
- 3) 每月提供自殺新聞報導監測數據。
- 4) 不定期提供自殺防治相關活動資訊。

#### **8. 教唆自殺網站**

- 1) 常例關鍵字搜尋：選擇之關鍵字，分別為「無痛\_\_自殺」、「跳樓\_\_高度」、「燒炭\_\_方法」、「上吊\_\_方法」，每 10 天搜尋 google 與 yahoo 等搜尋引擎前 10 頁之內容，並登錄列冊。
- 2) 舉報步驟：
  - (1) 進行 iWIN 舉報作業，同時向該網站平臺之檢舉機制舉報加以勸導，向該平臺管理者反映藉以即時撤除不當內容。
  - (2) 申訴後定期追蹤被檢舉網站之下架等相關事宜。

### **四、成果(Product)**

#### **1. 執行結果**

- 1) 新聞稿發佈(新聞稿內容詳見附件 4-3-1)
  - (1) 1 月 26 日發布「福虎賀歲迎新年 溫暖關懷賀新春」新聞稿，呼籲民眾在佳節期間可多加關懷周遭的親朋好友，特別是獨居長者、未返鄉之遊子，以及因疫情需要「居家隔離」或「居家檢疫」者，皆易於此時因孤

單而感到情緒低落，甚至產生憂鬱情緒，適時關心將會令他們倍感溫暖。

- (2) 5 月 4 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—線上線下攜手防自殺」會前新聞稿，預告新聞媒體聯繫會議之舉辦與活動內容，並邀媒體與關注相關議題之民眾可透過線上方式與會。
- (3) 5 月 6 日發布「自殺防治新聞媒體聯繫會議—線上線下攜手防自殺」會後新聞稿，以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導如何發揮自殺保護因子，同時提醒因應網路串流平台興起，影視劇對自殺防治的重要性與日俱增，需要大眾一同關注。
- (4) 8 月 31 日發布「2022 世界自殺防治日記者會」會前新聞稿，提供媒體自殺通報相關數據並邀媒體共同關注相關議題，提供自殺通報相關數據並且呼籲民眾一同重視自殺防治。
- (5) 9 月 4 日發布「2022 世界自殺防治日記者會」會後新聞稿，提供自殺通報相關數據，也與各方賢達一同呼籲社會大眾同心關懷周遭親友心理健康，發揮「一問二應三轉介」的守門人精神，締造更高品質的社會安全網。
- (6) 9 月 9 日發布「中秋佳節齊團聚 溫馨送暖展關懷」新聞稿呼籲民眾在佳節期間可多加關懷周遭的親朋好友，特別是因疫情需要「居家隔離」或「居家檢疫」甚至是因疫情失親者，皆易於此時因孤單而感到情緒低落，甚至產生憂鬱情緒，適時關心將會令他們倍感溫暖。

## 2) 媒體合作

- (1) 5 月 23 日由李明濱理事長、吳佳儀理事前往華山文化園區，與中華編劇協會吳洛纓理事長和臺灣電影文化協會陳伯任執行長研議《影視劇從業人員自殺防治手冊》內容編修事宜，以及討論後續合作規劃。

## 3) 媒體投書

- (1) 8 月 18 日發生名人跳樓自殺事件，中心與各學會台灣憂鬱症防治協會、台灣精神醫學會發表聯合聲明請各媒體協助呼籲停止過度曝光。並且由計畫主持人李明濱理事長接受 HEHO 健康媒體專訪進行呼籲。

## 4) 媒體監測

- (1) 持續進行 111 年自殺新聞資料蒐集，統計至 10 月 31 日網路五大報共 978 則自殺新聞報導、紙本四大報共 38 則自殺新聞報導。
- (2) 網路五大報中，六不六要原則遵守原則如表 4-3-1，觀察各月遵守率趨勢如圖 4-3-1、4-3-2。網路報導中，六不原則遵守率以「不要過度責備」99.6%為最高、「不要用宗教或文化刻板印象」第二，遵守率為 99.2%；遵守率最低則為「不要刊登照片或自殺遺書」，僅 14.6%。六要原則遵守

率以「用自殺身亡而非自殺成功」99.9%為最高、「提供與自殺防治有關的資源」94.8%次之，第三則為「刊登在內頁」90.3%。

表 4-3-1、1~10 月網路自殺新聞六不六要監測結果簡述(N=978)

遵循六不原則	遵守情況(%)	遵循六要原則	遵守情況(%)
不要報導自殺方式細節	92.9%	刊登在內頁	90.3%
不要簡化自殺原因	53.0%	與醫療衛生專家密切討論	0.7%
不要將自殺光榮化或聳動化	98.5%	用自殺身亡而非自殺成功	99.9%
不要用宗教或文化刻板印象	99.2%	提及其他解決方法	17.5%
不要過度責備	99.6%	提供與自殺防治有關的資源	94.8%
不要刊登照片或自殺遺書	14.6%	報導呼籲危險指標	4.4%

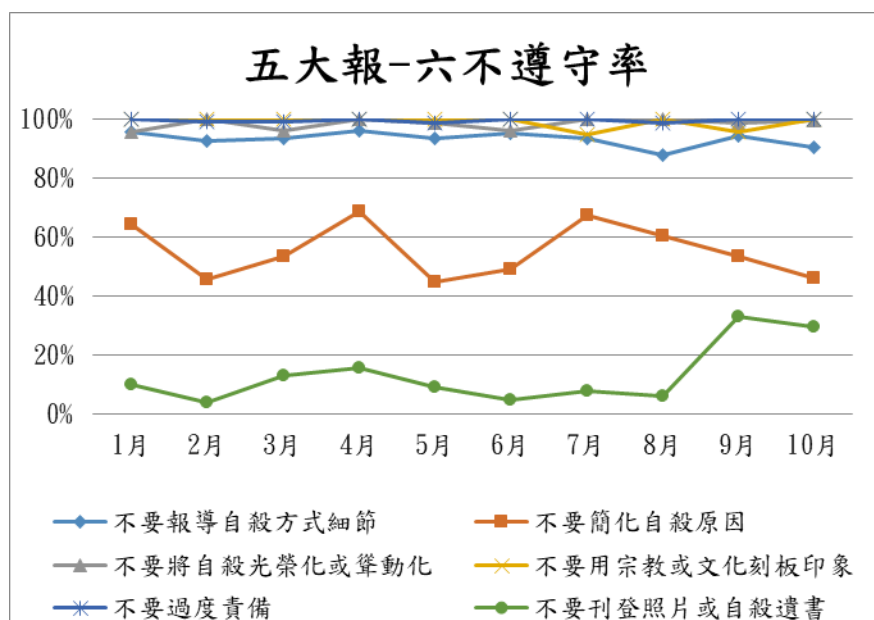


圖 4-3-1、1~10 月網路自殺新聞六不原則遵守情形趨勢圖

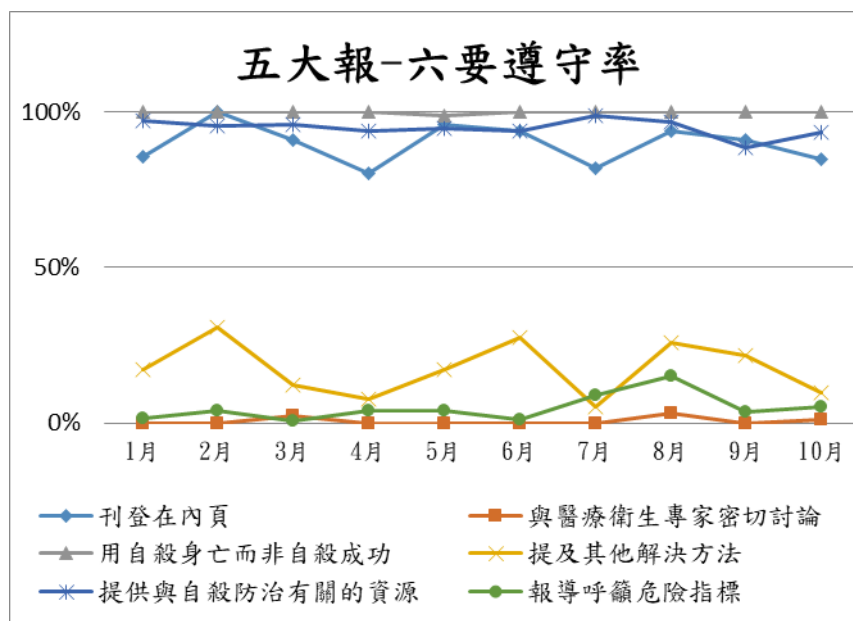


圖 4-3-2、1~10 月網路自殺新聞六要原則遵守情形趨勢圖

(3) 考量網路新聞特性，較難要求媒體完全不刊登新聞照片，因此在刊登照片項目，依據照片性質，區分為三類，如表 4-3-2。圖 4-3-3 為網路新聞各類型照片刊登比例。由趨勢圖可看出，不可刊登之比例仍為最高，各月約在 35%~55% 間。

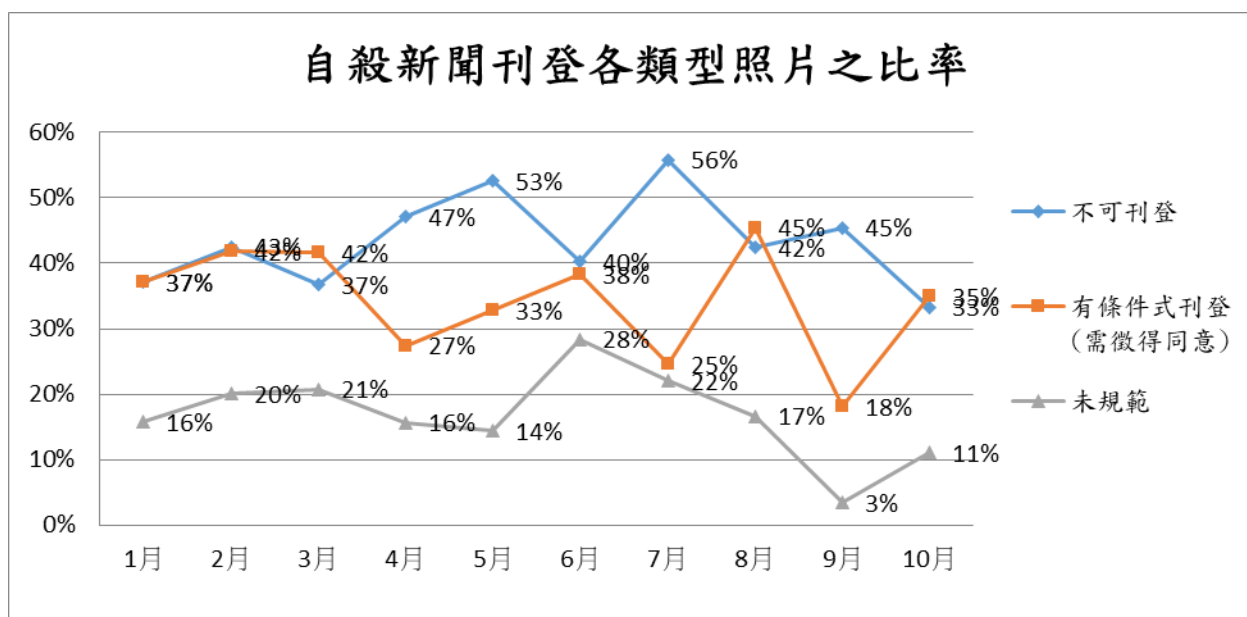


圖 4-3-3、1~10 月網路自殺新聞各類照片比例圖

表 4-3-2、自殺新聞照片分類表

不可刊登	有條件式刊登(需徵得同意)	未規範
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自殺現場(含屍體)</li> <li>• 自殺現場(不含屍體)</li> <li>• 屍體(非自殺現場)</li> <li>• 當事人(自殺現場)</li> <li>• 遺書(照片)</li> <li>• 自殺工具照片</li> <li>• 遺書(模擬圖片)</li> <li>• 電腦模擬繪圖</li> <li>• 影片</li> <li>• 網路社交社群連結</li> <li>• 歷年事件回顧或事件發展程序圖表</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 當事人(非自殺現場)</li> <li>• 自殺者生活照(含與他人合照)</li> <li>• 親友照(無自殺者)</li> <li>• 自殺周邊環境</li> <li>• 無法辨識之自殺現場(無打馬賽克且文內無提及詳細位置的地點/打馬賽克致使無法辨認地點且文內無提及詳細位置的地點/居所外圍)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 生活環境照</li> <li>• 相關統計數據圖表</li> <li>• 其他</li> </ul>

(4) 紙本四大報中，六不六要原則遵守原則如表 4-3-3，六不原則遵守率以「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要過度責備」、「不要用宗教或文化刻板印象」為最高，皆為 100%；遵守率最低則為「不要簡化自殺原因」，為 39.5%。六要原則遵守率以「用自殺身亡而非自殺成功」最高，遵守率為 100%、「刊登在內頁」92.1%次之。

表 4-3-3、1~10 月紙本自殺新聞六不六要監測結果簡述(N=38)

遵循六不原則	遵守情況(%)	遵循六要原則	遵守情況(%)
不要報導自殺方式細節	89.5%	刊登在內頁	92.1%
不要簡化自殺原因	39.5%	與醫療衛生專家密切討論	7.9%
不要將自殺光榮化或聳動化	100%	用自殺身亡而非自殺成功	100%
不要用宗教或文化刻板印象	100%	提及其他解決方法	10.5%
不要過度責備	100%	提供與自殺防治有關的資源	84.2%
不要刊登照片或自殺遺書	55.3%	報導呼籲危險指標	10.5%

(5) 不當新聞投訴：中心接獲檢舉或進行媒體監測時遇違反《自殺防治法》第十六條第一項第二款、第三款之自殺新聞報導，皆會進行不當新聞投訴，透過中心內部機制與媒體因應小組討論外，投訴至播報單位勸導將

該則新聞下架。1 月 1 日至 10 月 31 日為止，共投訴 37 則自殺新聞報導。

#### 5) 巴拉刈禁用相關報導追蹤

自 1 月 1 日至 10 月 31 日止，共追蹤蒐集 5 則巴拉刈禁用相關報導，整理如表 4-3-4。

表 4-3-4、1~10 月巴拉刈禁用相關報導

刊登日期	刊登報社	新聞標題	內容摘要
4 月 16 日	台灣英文新聞	農藥陶斯松恐致嬰幼兒腦部、神經系統受損 台灣 4/15 起禁輸入	僅提及已禁用，並設有回收獎勵機制。
8 月 11 日	三立新聞	獨家／農藥巴拉刈解毒「人工腎臟」醫材爆缺貨 中毒恐沒救	僅提及關於中毒救治，並且已禁用等部分。
8 月 22 日	Yahoo!新聞	到院前心跳停止不開死亡證明？急診醫揭考量	僅提及醫療相關法規的相驗案例。
9 月 03 日	ETtoday 寵物雲	黑狗誤食除草劑全身發抖！醫曝「這款農藥」最毒...死亡率近 100%	寵物相關，僅提及毒性最強，並且已禁用的部分。
10 月 12 日	TVBS 新聞網	愛犬遭毒殺！飼主撿出整袋「藍雞骨」 怒：牠是我家人！	寵物相關，僅提及毒害寵物。

#### 6) 新聞媒體聯繫會議

5 月 6 日辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議一場次，內容詳見 4-4、自殺防治新聞媒體聯繫會議。

#### 7) 新聞媒體聯繫群組

- (1) 整併為「自殺防治媒體交流社群」後，目前成員包含多家平面媒體記者及編輯與公視、三立電視、客家電視等電視媒體從業人員。
- (2) 不定期於群組內提供自殺防治相關資訊；當成員於群組回報不當自殺新聞報導，由中心或相關群組成員進行投訴下架。
- (3) 除接受諮詢與投訴外，亦主動提供中心與媒體相關業務之資訊，如每月新聞監測數據、媒體聯繫會議報名、投稿徵件活動等。
- (4) 近期對於重大自殺新聞事件因應：111 年 2 月 13 日發生台中軍人殺兩幼子後自殺案，中心於媒體群組內請各媒體協助呼籲停止過度曝光。同時

針對五則不當報導通知修改建議。111 年 8 月 18 發生名人跳樓自殺事件，中心於群組內請各媒體協助呼籲停止過度曝光。

(5) 111 年 8 月 18 日發生名人跳樓自殺事件，於媒體群組內請各媒體協助呼籲停止過度曝光。

(6) 111 年 9 月 20 日於媒體群組內推廣 9 月 10 日至 10 月 10 日的世界自殺防治日系列活動-單車繞世界活動。

#### 8) 教唆自殺網站

(1) 截至至 111 年 10 月 31 日，共 541 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 393 個(72.6%)違規網頁已撤除。

(2) 在境內網頁部分，已下架者為 161 則(96.4%)、未下架者為 6 則(3.6%)；在境外網頁部分，已下架者為 232 則(62.0%)、未下架者為 142 則(38.0%)。(如圖 4-3-4)



圖 4-3-4、舉報網站、境內外網站下架與未下架圓餅圖

(3) 境內教唆網站自 103 年開始，下架率接近 100%，111 年 1 月至 10 月間新增 2 筆境內教唆網站。截至目前僅 6 筆未下架。(如圖 4-3-5)



圖 4-3-5、境內教唆自殺網站列冊數與下架率

- (4) 境外教唆網站自 105 年起下架率開始降低，境外檢舉未下架之 142 筆中文繁(簡)體網站。因網站架設在境外，由於境外平臺隸屬於國外當地法規，非屬我國司法管轄權限的範圍內，且許多網站目前已無管理員或者帳號停止使用，導致網站下架較為困難。(如圖 4-3-6)

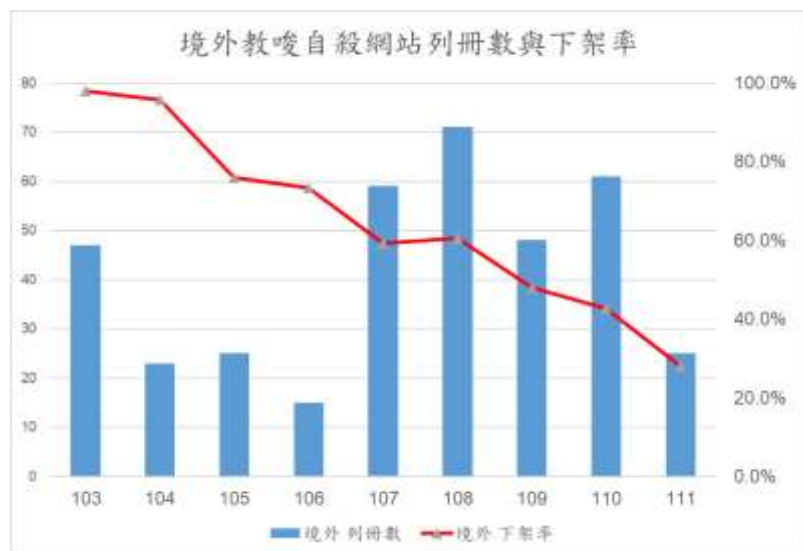


圖 4-3-6、境外教唆自殺網站列冊數與下架率

## 2. 結論



全國自殺防治中心歷年與新聞媒體專業工作者及媒體專家學者建立長期合作關係，透過不同心理衛生與媒體專業間的配合與討論，將自殺防治的理念擴及各大媒體。

今年度持續進行媒體監測，同時加強與媒體之互動，除了過去長期與新聞媒體合作外，也首次與影視劇相關學協會合作，並討論後續合作之可能，希望藉由不同管道宣導自殺防治、珍愛生命守門人理念。媒體溝通部份，除發布新聞稿外，針對重大事件主動進行媒體投書，傳遞正確觀念；亦強化媒體通訊群組功能，於重大社會世界發生時，與群組內媒體人員溝通，減少自殺事件重複報導，同時也能直接與群組內的 iWIN 人員聯繫，及時針對不當報導進行處理。

在六不六要原則部份，六不原則在中心多年的倡導後，已經有明顯進步，刊登照片部份雖然遵守情形較低，但進一步分析刊登類型可以發現約有一半的比例是有條件式刊登或是未規範類型的刊登，顯示雖然網路自殺新聞報導較難避免刊登照片，但在照片內容上仍有進步。六要原則普遍遵守情形較低，後續中心仍會努力向新聞媒體倡議六要原則的遵守。另外考慮到新聞報導的篇幅與產出速度，媒體工作者們仍長期讓六要原則其中的三項大多保持於 80% 以上，媒體工作者們在自殺防治上的努力與協助值得受到肯定。在紙本報導的部分，經長期倡導，除重大事件(如：名人、傷/殺人後自殺)外，紙本新聞多半不會進行自殺新聞報導。

對於教唆自殺網站，針對境外檢舉未下架之 148 筆中文繁(簡)體網站，進行歸類後發現多屬兩類：

- 1) 大多數網站伺服器主機設置於國外(其中 101 筆 IP 位於美國各州，佔未下架總數的 68.2%)，不在我國司法管轄範圍。
- 2) 檢舉未下架網頁屬中國及香港管轄範圍、其論壇規模較小者，管理機制疏鬆、舉報無門。

因檢舉者、境外國家法規、網站管理者三方在內容認知上的差異，影響下架成效。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及認同，進而下架。此外，中心持續善用相關資源，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。本中心亦於 111 年 2 月 15 日與 iWIN 進行聯繫會議，會議中提出個案進行討論，進而促進雙方對自殺有關不當內容舉報上之共識，並討論未來其他合作之可能。

## 五、 附件

附件 4-3-1、全國自殺防治中心 111 年度新聞稿

# 自殺防治新聞媒體聯繫會議

## 一、背景(Context)

根據世界衛生組織(WHO)之報告，媒體在自殺防治工作中扮演重要的角色，不僅是一般民眾接觸自殺相關議題的主要渠道，更是國家政策宣導的關鍵載體。根據過去相關的研究，媒體報導自殺相關新聞可以降低模仿行為(copypat)效應，但也可能增加自殺風險；而正確與適當地報導自殺新聞，有助於呼籲民眾勇於求助。當媒體在報導中提及自殺相關的教育知識，則有助於整體自殺防治工作之推行。

全國自殺防治中心過去致力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，自 104 年起，每年持續辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議，藉由媒體聯繫會議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。往年媒體聯繫會議中皆邀請各縣市衛生局、平面與網路記者媒體朋友及相關學協會單位等共同與會；順應網路串流媒體的蓬勃發展，今年擴大至影視劇媒體，邀請相關實務工作者與學者，透過數據與案例的演說，期待增加正面之報導及影劇品內容，強化媒體對於自殺的保護因子。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 今年主題為「線上線下攜手防自殺」，以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導在其中的角色，同時將影視劇作品納入討論的範疇，期許透過影視劇從業人員的一同加入，使相關作品在自殺防治中提供正向幫助。
- 2) 針對新冠疫情後之心理影響進行報告，並彙整中心過去針對新聞媒體之相關數據、策略和建議，同時探討影視劇作品與自殺防治的關聯。

### 2. 資源連結與合作

- 1) 協辦單位：中華編劇學會、台北市報業商業同業公會、社團法人台灣電影文化協會、iWIN 網路內容防護機構。
- 2) 合作單位：專家學者、媒體從業人員
- 3) 資源連結內容及形式：自殺防治新聞媒體聯繫會議籌備會。

## 三、過程(Process)

1. 召開自殺防治新聞媒體聯繫會議籌備會，與相關專家學者及第一線媒體工作者進行交流，研擬自殺防治新聞媒體聯繫會議活動內容。
2. 寄發邀請函，邀請對象包含衛生福利部、立法院社會福利及衛生環境委員

會、國家通訊傳播委員會、媒體因應小組專家、大專院校新聞傳播學系專家、媒體相關學協會、各縣市衛生局、警消單位、電視臺與媒體單位、網路及平面媒體記者等。

3. 111 年 5 月 6 日辦理自殺防治媒體聯繫會議。

## 四、成果(Product)

### 1. 執行結果

- 1) 111 年 5 月 6 日下午 3 時 00 分於臺大校友會館四樓會議室舉辦「自殺防治新聞媒體聯繫會議—線上線下攜手防自殺」，會議由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣憂鬱症防治協會吳佳儀理事長、台灣自殺防治學會詹佳達秘書長。

- (1) 議程：新聞媒體聯繫會議之議程包含：本次會議議題包含「自殺防治新進展：兼論影視劇效應」、「疫情衝擊與心理健康：因應與挑戰」，並以綜合座談作為總結。詳細議程如附件 4-4-2。
- (2) 因應疫情發展，本次會議採實體與直播同步進行，供不便實體到場之單位仍能派員與會，同時讓對自殺防治議題關心之民眾亦能旁聽與提問。
- (3) 會議邀請衛生福利部立法院吳玉琴委員蒞臨致詞，實體參與人數共 20 人，Youtube 直播同時觀看人數最高達 53 人。其中實體參與者衛生福利部 1 人、立法院 2 人、國家通訊傳播委員會 3 人、教育局 1 人、消防局 1 人、相關學協會 4 人、專家學者 6 人、媒體單位 2 人；線上參與者以地方衛生局人員為最多，共 30 人。

### (4) 綜合座談摘要

銘傳大學新聞學系 孔令信主任：

- a. 報紙新聞與網路媒體的不同之處在於，網路媒體二十四小時在跑，一直重複播放時看到的人會受到影響。
- b. 新媒體本身強調趣味性與議題性，趣味性指特殊人物(如：明星人物自殺)；議題性指帶風向，如新聞出現後有很多評論一直在評，「評論」的這個動作就是帶風向，會形成他的死忠部隊、鐵粉，開始跟他一起呼應，父母想關掉就很難。
- c. 年輕人最喜歡看的是短視頻與梗圖，通常前面的五秒鐘對他們來說是最重要的，沒有吸引的地方就滑過去；另外就是梗圖，一張圖裡面顯示很多資訊。
- d. 青少年的資訊來源現在已經變成從 IG、抖音去思考他們所接觸的東西，當我們要想把正面訊息給他們的時候，也需要使用這些自媒體，

如 Covid-19 輕症日記，編輯需要注意怎麼去註記求助訊息與整頓，這才是關鍵之處。

- e. 新聞媒體的訊息傳播會讓民眾帶來恐慌及壓力，媒體工作者需要注意如何提醒與幫助民眾，如果衛福部有正確的訊息可以在媒體上使用，就能造成正面影響。
- f. 抖音與 Facebook 都曾發生網路直播自殺事件，網路效應裡面很重要的一個是鼓掌效應，一直渲染的時候會造成當事者選擇照著大家的意思做；另外是相約自殺，在網路上相約見面後變成共同的東西。
- g. 越禁止孩子看的影片，孩子越想去看，與其如此不如跟孩子討論。

**中華編劇學會 吳洛纓理事長：**

- a. 關於影視劇，去年公共電視有出一個劇「四樓的天堂」，女主角謝盈萱扮演一個心理智商師，整部戲在探討心理健康問題，同樣是心理諮商師也會有自己的心理困境，也需要被幫助，我覺得這就是一個蠻好的做法。
- b. 影劇界的從業人員其實背負身心壓力非常的大，幾乎我認識的編劇當中 5 位就有 2-3 位有憂鬱症的狀況，因為勞動條件的關係、環境、待遇等的問題，而造成這樣子的現象，那是不是就是我們好像應該更提醒製作單位或者是文化部，也許更應該照料除了安全、身體健康之外，心理健康也是非常重要的一部分。
- c. 我自己剛拍完一個自己的影集叫「我願意」，因為裡面有談到邪教，有談到關於心靈控制，裡面當然也有自殺的部分，所以在跟演員溝通到開拍為止，其實有非常公開的跟劇組所有的成員說我們有提供一個精神科醫師的協助，一旦他們有需要的話是可以直接跟劇組溝通，劇組就可以幫他找到合適的醫生找到解決的方法，我覺得這個是一個比較積極的做法。
- d. 「漢娜的遺言」每一次播出前跟播出後，除了提供警語外，還有尋求協助的方法與資源，包含電話與網站。
- e. 最後建議，如果我們期待編劇在寫劇本的時候，可以有更多好一點的角度來關懷心理衛生這件事的話，像疾管局之前做過的一個戲劇平台，或去年司法院也做過兩期戲劇諮詢講座平台，也就是說讓編劇們更瞭解心理健康衛生這件事情的方方面面，那在編劇們更理解這些事情之後對自己有助，對他筆下要寫的作品也會有幫助。

**社團法人台灣電影文化協會 陳伯任執行長：**

- a. 之後有機會可以辦相關的影展、工作坊或講座，從自殺防治邀請諸位

專家，幫助觀眾與文藝青年。

- b. 最近在 Netflix 上有一部韓劇叫做「還有明天」，我覺得在臺灣的影視也許有一天我們也可以使用更魔幻寫實、更契合我們在地性的方式去健康的探討這件事情。

**聯合報 洪淑惠副總編輯：**

- a. 作為媒體可能要替影劇的從業人員說一句話，其實我們做的事情跟自殺防治學會在做的事情有點類似，我們都在做 highlight 的工作，有時我們在報導自殺新聞的時候會被指責說只有看到片面，但也許需要一些正面的肯定。

**iWIN 網路內容防護機構 韓昊雲組長：**

- a. 自從自殺防治法通過之後，我們處理的標準也會迎著自殺防治法，盡可能在跟兒少法46條不衝突的狀況下，把它融入一起處理的過程中，在我們回溯過去申訴的這幾年，媒體對於自殺的報導是有改善的，包含引用圖片、報導細節的部份。
- b. 網路其實是一個大眾，有太多不同的載體，以往一個電視臺 30%的收視率，2000 萬人就有 600 萬人看，但現在真的好一點的百萬訂閱網紅，如果單純以影響力來看，每一個網路上的媒體都遠不如以前單一的媒體大。

**衛福部心理健康司 廖敏桂科長：**

- a. 其實從去年到現在，我們也跟警政單位有一些的合作，也很謝謝這些平台也都把自己當成是自殺守門人的角色，來幫忙推動這些自殺防治的工作。
- b. 今年中心也初步翻譯完成 WHO 的影視自殺防治手冊，會再進一步討論採取什麼樣的溝通形式或方式來推動這些策略。

**全國自殺防治中心 陳俊鶯副主任：**

- a. 今天真的聽到很多正面的建議，如果各部會有興趣的話，也許可以拍一部有關於自殺的電影，這個議題需要拿出來做討論。

## **2. 結論**

透過自殺防治與新聞媒體聯繫會議，希望讓與會者在自殺防治上建立共同的核心價值，並建立長期的合作關係。就「六不」數據以觀，傳統新聞媒體已經有自律的做法，相較之下，新興的網路媒體著重快速與點閱率，且合作時間較短，容易將不適宜的內容推送出去，雖在中心提出反應後皆會迅速配合修正，然第一時間接觸到的閱讀者已受到影響，是故，後續仍待持續對話與協調，使上開媒體共同負起社會責任，教育大眾正確觀念。

過去中心致力於推廣 WHO 媒體六不六要報導原則，在媒體朋友的努力下，六不原則已經慢慢改善，而宣導重心也慢慢轉向六要原則，以發揮新聞媒體的正向力量。今年度也首度將影視劇媒體納入討論的範疇之中，新世代的影視劇傳播更為快速、不間斷且便於觀看，故不當內容所帶來的影響勢必不可同日而語，但與此同時，能帶來的正向影響力亦不容小覷，是故，有關單位、相關學協會、專家學者及實務工作者藉本次聯繫會議，為後續規劃預做討論，期能攜手保護社會中的脆弱族群免受不當內容之侵害。

## 五、附件

附件 4-4-1「自殺防治新聞媒體聯繫會議—線上線下攜手防自殺」會議議程

# 編製影視劇從業人員手冊

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

導致自殺和自殺企圖的因素係多重且複雜的，但有越來越多證據顯示，媒體(包括電影、紀錄片和電視節目等)同時對自殺行為具有正面意義以及負面的影響。隨著科技的進展，影音設備從電視發展到電腦、手機、平板，收看方式也越來越便利，串流媒體的發展，也代表著人們得以隨時隨地觀看他們想要收看的內容。多數的國家也會針對影片含有毒品、色情、暴力等內容進行審查，但鮮少針對自殺做防範，故世界衛生組織（World Health Organization, WHO）針對影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者發布「預防自殺：給影片製作人、導演及其它舞台與螢幕工作者的資源手冊(A resource for filmmakers and others working on stage and screen)」以確保在螢幕或舞台上描繪自殺是準確且適當，並促使表演能盡可能地產生的正面影響，同時減少任何負面影響的產生。

有鑒於影音媒體是自殺防治不可或缺之守門人，其內容的呈現也同時影響著民眾對自殺行為有如何的認知。故本會依照 WHO 所建議之版權規定及使用規定翻譯前述手冊，以提供衛福部、文化部、國家傳播委員會及相關部會、單位推廣運用。

### 2. 業務目的與目標

翻譯編製 WHO 所發布之手冊，並供中央各部會與相關民間單位運用。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 翻譯工作分工。
- 2) 翻譯手冊內容。
- 3) 校稿。
- 4) 排版。
- 5) 將手冊電子檔上傳至中心網站供大眾閱覽及下載。

### 2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：中華編劇學會、臺灣電影文化協會
- 2) 資源連結內容及形式：與中華編劇學會、台灣電影文化協會以及其他媒體工作者進行聯繫會議、意見交流、修訂建議提供。
- 3) 推廣：於 9 月 28 日自中華編劇學會取得理監事所推薦的生命教育與自殺防



治相關影視劇片單。之後可用於進行影視劇從業人員自殺防治手冊推廣。

### 三、過程(Process)

1. 1月26日校閱完畢。
2. 2月進行排版、美編。
3. 3月申請取得ISBN，並上傳至中心網站供大眾下載閱覽。
4. 3月25日進行影視媒體聯繫會議蒐集修訂建議。
5. 9月28日自中華編劇學會取得推薦影視劇的片單，未來將能結合此影視劇片單進行手冊的推廣。預計將透過影片結合手冊之內容進行賞析與推廣。並也可於Facebook上的粉絲專頁進行宣導。

### 四、成果(Product)

#### 1. 執行結果

- 1) 已完成翻譯，將手冊訂名為《影視劇從業人員自殺防治手冊》，並取得ISBN出版。
- 2) 透過影視媒體聯繫會議對外宣導並獲得從業人員與相關學者提供之修訂建議，以備後續再版修改。

### 五、附件

附件 4-5-1 「影視劇從業人員自殺防治手冊」

# 與民間團體合作辦理之大型活動

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

本中心每年固定舉辦世界自殺防治日記者會，今年亦舉辦自殺新聞報導媒體頒獎儀式，除了有中央政府首長的共襄盛舉外，亦有各界關心自殺防治議題之中央及地方機關、民間企業代表、以及媒體熱情響應與會，齊聚散布自殺防治之正確概念。今年更以翻譯 WHO 所發布之手冊做為契機，與媒體單位的合作除原有的新聞媒體外，也推廣至影視劇作品與相關實務工作者和學協會合作，除持續倡議自殺防治之正確、正向報導外，亦傳遞影劇作品對自殺防治之重要性，期能發揮媒體之知識宣傳效益；此外，更召開新聞媒體聯繫會議，以加強媒體的正向功能，增加尊重生命的相關報導。教育訓練方面，每年皆固定辦理各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程，以及結合長期照顧、社工等相關學協會，共同辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練。

而上述提及之教育訓練、活動規劃及聯繫發展會議等相關內容，在報告中另有專節描述，本章節將說明其他與民間團體合作辦理之自殺防治推廣活動。由於本中心深感於自殺之預防，除運用各種管道宣導自殺防治的重要性之外，尚需結合各種專業團隊以及民間之力量，方能達成「自殺防治、人人有責」以及「網網相連、繼往開來」之境界，以提供完整而持續之關懷服務，故本中心除架設與維護網站外，同時經營 Facebook 與 YouTube，且歷年來結合國內外關心自殺防治之單位團體辦理相關活動，持續規劃一系列活動。今年本中心與其他民間團體所合作辦理之活動中，包含有於國立臺灣大學開設之大學教育推廣課程、與共同關心自殺防治之學/協會所合辦之學術研討會，還有參與劇團公演和親子音樂會之心理健康宣導活動，以及與醫療院所和民間心理健康組織合作之展覽活動等等。

### 2. 業務或方案的目的與目標

自殺防治之全面性策略之一是透過宣傳活動，加強心理衛生教育，推動精神疾病與自殺的去污名化，藉由各種管道宣導自殺防治的重要性，包含各種演講、課程、活動、相關會議、與媒體合作或是使用社群、影音網站，喚起大眾對自殺防治議題的關注，期能讓社區、國家，甚至是國際間的自殺防治網網相連。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

#### 1) 主要大型活動

##### (1) 大學教育推廣課程

###### a. 國立臺灣大學服務學習課程

a) 本中心秉持「人人都是珍愛生命守門人」之精神，接受國立臺灣大學學生申請進行服務學習，學生得以透過課程習得基礎自殺防治觀念，並參與本中心推廣事宜。

b) 三週課程各規劃 4 小時時數之課程，待完成後由中心專員核發時數。

###### b. 國立臺灣大學通識課程

c) 本中心於臺灣大學開設「心理健康促進與自殺防治」通識課程，促進大學生自我省思身心健康議題，學習自我照顧，並能發揮關懷他人的力量達到社會關懷的目的。

d) 一學期共十六週課程各 3 小時，依課程規定完成作業評量和成果發表後，即完成本課程之修課學分。

##### (2) 學術研討會

###### a. 「憂鬱與自殺：疫情下的身心健康變動與自我照護」春季學術研討會

a) 由臺灣憂鬱症防治協會與本會共同合辦、國際榮譽護理學會／中華民國精神衛生護理學會協辦，邀請各方專家探討不同的族群在疫情下的身心健康變化，以及介紹憂鬱症之新興治療發展與進展。

###### b. 國衛院論壇「建立整合性憂鬱症防治共同照護網模式」議題研討會

a) 由國家衛生研究院論壇、社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心、臺灣憂鬱症防治協會共同合辦，分享國家衛生研究院”論壇議題”跨領域專家委員的研議結果，廣邀社會大眾與專家學者一同討論憂鬱症防治資源整合議題，以及憂鬱症防治共同照護網在台灣的發展與重要性，歡迎關注此議題的專家學者與民眾一同參與。

###### c. 2022 年臺灣憂鬱症防治協會 20 週年慶祝大會暨學術研討會「聽見疫後心聲音—共創關懷點線面」

a) 由臺灣憂鬱症防治協會與本會共同合辦，中華民國家庭照顧者關懷總會、台灣兒童青少年醫學會、臺灣大學護理學系系友會、國家衛生研究院論壇、電通國華股份有限公司協辦，從青少年、照顧者、社區照護三大觀點切入憂鬱議題，邀請醫學、心理、社工相關領域之專家學者分享最新實務進展，以及邀請照顧者與學員分享憂鬱症照護心路歷程。

## 2) 與其他團體合辦之活動

本會依循自殺防治法，積極推廣自殺防治和珍愛生命之理念，今年與其他團體合辦之宣導活動，包含：

### (1) 明華園歌仔戲公演「東海鍾離」心理健康宣導活動

本會為進行自殺防治全面性策略，參與明華園總團於台北表演藝術中心的開幕首檔節目，連續 2 天(共 3 場)於會場設置攤位，展出心情溫度計看板和學會立牌，並擺放學會介紹單張，推動憂鬱症防治與心理健康促進，並宣導珍愛生命守門人之精神。

### (2) 基隆長庚醫院－自殺防治海報展

基隆長庚醫院與本會首次合辦自殺防治海報展，一連五天展出社會組、第一線專業人員及學生組之參賽得獎作品，邀請民眾一同關懷心理健康衛生。

### (3) 2022 情緒影像展：我會接住你

心理健康組織「Stand By 憂」於心理健康月與本會合辦為期一個月的「2022 情緒影像展：我會接住你」，本會協助展出歷年「世界自殺防治日」徵件活動獲獎作品，以及心情溫度計互動展示。

### (4) 「綠野仙蹤 2022 親子音樂會」心理健康宣導活動

台北市政府工務局暨公園路燈工程管理處、大安森林之友基金會及億光文化基金會合辦親子音樂會，邀請各樂團與合唱團演出，紓解大眾在抗疫期間，身心靈的沉悶與不安，本會於活動場地展出心情溫度計看板，推動自殺防治與珍愛生命守門人之精神。

## 3) 其他章節中有關與民間團體合作之內容

### (1) 中心進行媒體監測遇不符合 WHO「六不六要」原則之自殺新聞報導，皆會進行不當新聞投書，透過中心內部機制與媒體因應小組討論外，投書至播報單位勸導將該則新聞下架。此部分內容請參閱 4.3 強化媒體及網路平臺互動與因應。

### (2) 辦理年度「新聞媒體聯繫會議」：今年主題為「線上線下攜手防自殺」，以新冠疫情與心理健康促進之關係探討媒體報導在其中的角色，同時將影視劇作品納入討論的範疇，期許透過影視劇從業人員的一同加入，使相關作品在自殺防治中提供正向幫助。此部分內容請參閱 4.4 自殺防治新聞媒體聯繫會議和 4.5 編製影視劇從業人員手冊。

### (3) 自殺防治教育訓練課程：辦理各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程，以及結合長期照顧、社工等相關學協會，共同辦理第一線專業人員之自殺防治守門人訓練。此部分內容請參閱 5.2 珍愛生命數位學

習網之維護與推廣和 5.3 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣。

- (4) 「珍愛生命守門人」講座安排與講師推薦：外部單位有意辦理守門人講座，以電話或 E-mail 等方式主動洽詢本中心，請中心協助推薦授課講師，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。此部分內容請參閱 5.3 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣。
- (5) 世界自殺防治日系列活動：舉辦一系列相關活動，使民眾於活動參與過程認識世界自殺防治日之意義，一同重視自殺防治重要性，進而身體力行投入自殺防治工作，達到「展現行動，創造希望：打造疫後健康心」之目標。此部分內容請參閱 5.6 世界自殺防治日系列活動。

## 2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：國立臺灣大學、臺灣憂鬱症防治協會、臺北市報業商業同業公會、四大報媒體平臺、臺灣電影文化協會、中華編劇協會、iWIN 網路內容防護機構、雙和醫院、台中特教學校、Stand By 憂、明華園戲劇團、基隆長庚醫院、台北市政府工務局暨公園路燈工程管理處、大安森林之友基金會、億光文化基金會等。
- 2) 資源連結內容及形式：資料提供、討論會議、公文、電子信箱聯繫、電話溝通、辦理講座訓練、製作視聽課程、線上學習、講師推薦與聯繫、擺放中心立牌、文宣品和提供作品展出等。

## 三、過程(Process)

### 1. 國立臺灣大學服務學習課程

- 1) 申請期：學生在選課後以電子郵件提出申請。
- 2) 課程期：111 年 3 月起學生擇定三週各四小時之時間進行服務學習。
- (1) 課程規劃如下：

週次	服務內容	核給時數
第一週	自殺防治重要觀念，包含影片觀賞加學習心得： 1.全國自殺防治中心介紹 2.自殺相關數據現況 3.珍愛生命守門人及心情溫度計	2.5 小時
	心情溫度計推廣，包含影片觀賞加推廣成果： 1.心情溫度計介紹影片 2.推廣心情溫度計(將推廣成果截圖) 3.測量自己與親友心情溫度計共 5 份	1.5 小時

第二週	常見自殺迷思，影片觀看心得： 1.課程影片觀看	1.5 小時
	Facebook 珍愛生命打氣網、中心網站、珍愛生命數位學習網、留言板等相關認識與建議。針對三個網站提出心得與改善意見。	1 小時
	珍愛生命打氣網貼文： 實際撰寫珍愛生命打氣網溫馨小品、破除迷思、衛教宣導等吸引點閱的自殺防治相關貼文；亦可以疫情下對於他人的關懷為主題進行文章撰寫。	一人 3 篇／1.5 小時
第三週	媒體新聞報導與自殺防治： 1.課程影片觀看 2.參考資料手冊閱讀 3.媒體違反六不六要原則網路自殺新聞收集(報導期間：服務學習日往前計算兩週)，以表格呈現新聞標題、新聞連結、違反六不六要之情形。	2 小時
	宣導影片： 1.青少年自殺防治劇場【找回愛的連結】影片 2.研擬自殺防治宣導影片的推廣創意(寫下如何推廣影片) 3.協助推廣自殺防治宣導影片(需截圖)	1 小時
	分享服務心得： 內容包含三週服務學習中的所有心得，需 600 字以上。	1 小時

(2) 課後評估方式：每次課堂之心得與成果須於當週課程結束後三日內寄回。

## 2. 國立臺灣大學通識課程「心理健康促進與自殺防治」

1) 課程期：111 年 2 月開學日起，每週三各三小時之課堂時間。

(1) 課程規劃如下：

週次	單元主題
第一週	課程介紹：心理健康促進暨自殺防治總論
第二週	壓力三部曲 [主題 1]
第三週	心情溫度你我他：談心理健康與壓力管理 [主題 2]

第四週	檢視壓力、疾病與自殺 [主題 3]
第五週	翻轉自殺迷思 [主題 4]
第六週	跨出成功的第一步： 如何溝通自殺議題 (與自殺意念者對話) [主題 5]
第七週	柳暗花明又一村：探討心理健康求助歷程 [主題 6]
第八週	[心情交流站] 優良作業觀摩 + 病友分享會
第九週	人人都是「珍愛生命守門人」 [主題 7]
第十週	心情急救站：談精神科醫療服務與心理疾病污名化 [主題 8]
第十一週	正向心理的威力(I) [主題 9]
第十二週	正向心理的威力(II) [主題 10] + 桌遊「小柔最後一天」
第十三週	一夜安穩到天明：談紓壓、安眠與心理健康促進 [主題 11]
第十四週	媒體與自殺 [主題 12]
第十五週	1.心情溫度計推廣經驗分享 2.PLDP 憂鬱症介紹課程
第十六週	[期末成果發表] 微電影/宣傳短片 + 期末評值

(2) 課堂評估方式：

No.	項目	百分比	說明
1	課後心得回饋	25%	針對本課程 12 個主題進行討論課後的心得回饋，內容 500 字以上，請依期限(當周五中午 12 點)線上繳交。
2	心情溫度計使用及心得	15%	需使用五次，施測對象四次為自己，另一次則是他人。每一次施測完請繳交 500 字以上的心得。
3	期末分組口頭報告	25%	各組微電影/宣傳短片評分依據如下： (1) 題材符合課程相關主題(凸顯守門人角色功能) (2) 劇情創新性 (3) 拍攝技巧與手法 (4) 專業知識傳達。
4	課程參與及討論	35%	評分內容包含學生出席情形、課堂發言、學習手冊紀錄；每週務必於團體中積極參與討論，發言情形及學習手冊紀錄內容納入計分。(1) 10%課前測驗/提問 [評分: 12 主題*1-三等級評分 0/0.5/1+2(校園行動方案+病友會)] (2) 10%出席情形；(3) 15%討論課表現。



### 3. 「憂鬱與自殺：疫情下的身心健康變動與自我照護」春季學術研討會

1) 時間：4 月 23 日(六) 9：00—17：00

2) 地點：集思台大會議中心—蘇格拉底廳

3) 會議方式：實體＋線上

4) 議程如下：

時間	主題
08:40-09:00	大會報到
09:00-09:20	1.開幕、致歡迎詞 2.貴賓致詞
09:20-10:10	疫情下憂鬱症長者與其照顧者之身心健康
10:10-11:00	疫情下青少年情緒覺察與憂鬱防治：一項社區線上行動方案
11:00-11:20	休息時間
11:20-12:10	社區憂鬱照護之實證發展：以光照療法為例
12:10-13:10	午餐／休息
13:10-14:00	重鬱症合併自殺之治療新進展
14:00-14:50	疫情下基層醫療之憂鬱症防治觀點
14:50-15:10	休息時間
14:50-15:10	青少年憂鬱與自殺防治新發展：以高中生線上遊戲開發為例
16:00-16:40	綜合座談
16:40-17:00	結語

### 4. 國衛院論壇「建立整合性憂鬱症防治共同照護網模式」議題研討會

1) 時間：10 月 22 日(六) 13:30—16:30

2) 地點：集思台大會議中心—國際會議廳

3) 會議方式：線上視訊會議

4) 議程如下：

時間	主題
13:10-13:30	報到
13:30-13:35	致歡迎詞： 李明濱教授（台灣自殺防治學會理事長，議題召集人） 吳佳儀教授（臺灣憂鬱症防治協會理事長，議題副召集人）
13:35-13:45	貴賓致詞： 國家衛生研究院吳成文院士(論壇總召集人) 衛生福利部心理健康司譚立中司長



	主持人：李明濱教授 (臺大醫學院)
13:45-14:15	憂鬱症之診斷與篩檢 演講者：陳正生副院長(高雄醫學大學醫學院)
14:15-14:45	憂鬱症治療準則 演講者：陳錫中主任(臺大醫院精神醫學部心身醫學科)
14:45-15:00	中場休息
15:00-15:30	憂鬱症照護及預防策略 演講者：陳秀蓉教授(國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系)
15:30-16:00	整合性共同照護模式與政策建言 演講者：吳佳儀教授(國立臺灣大學醫學院護理學系)
16:00-16:30	綜合討論 (主持人及所有主講人)

### 5. 2022 年臺灣憂鬱症防治協會 20 週年慶祝大會暨學術研討會「聽見疫後心聲音—共創關懷點線面」

- 1) 時間：12 月 3 日(六) 8:30—16:50
- 2) 地點：集思台大會議中心—國際會議廳
- 3) 會議方式：實體+線上
- 4) 議程如下：

時間	主題
8:30-8:50	大會報到／20 周年紀念影片—校園聽見心聲音
20 周年慶記者會	
8:50-8:55	理事長開場致詞協會 20 年之回顧與前瞻／校園自殺防治手冊宣導計畫開跑
8:55-9:05	名譽理事長致詞
9:05-9:15	貴賓致詞：祝福與展望
9:15-9:25	1.協會 20 週年慶暨校園自殺防治宣傳—揭幕聚焦儀式 2.歷屆理事長與公益贊助團體頒獎儀式
學術研討會主題演講	
9:30-10:10	社區憂鬱症跨領域照顧：醫師觀點
10:10-10:50	聽見青少年心聲音：疫後青少年憂鬱症關懷
10:50-11:10	Coffee break
11:10-11:50	青少年憂鬱與網路成癮共存現象及心理韌性
11:50-12:20	上午場座談會
12:20-13:10	午餐
	會員大會

13:10-13:50	憂鬱症藥物治療新知
13:50-14:00	憂鬱症陪伴／照顧者影片欣賞
14:00-14:30	聽見憂鬱症家屬心聲音：如何陪伴重要家人走過心情幽谷？
14:30-15:10	最新憂鬱症治療準則
15:10-15:30	Coffee break
15:30-16:10	社安網 2.0 下的憂鬱症社區照護：談家庭如何與社會資源網絡連結
16:10-16:50	綜合座談/賦歸

## 6. 明華園歌仔戲公演「東海鍾離」心理健康宣導活動

- 1) 時間：7 月 2 日(六)至 7 月 3 日(日)
- 2) 地點：台北表演藝術中心
- 3) 中心出席人數：4 人
- 4) 準備物品：心情溫度計看板、心情溫度計明信片、宣傳單張
- 5) 辦理方式：現場由中心人員向當日觀眾介紹心情溫度計的使用方法，並協助下載心情溫度計 APP，同時中心亦於現場發送宣傳單張及印有泰迪熊造型之明信片，提供觀眾活動後可以重複閱讀，強化宣傳效果。

## 7. 基隆長庚醫院—自殺防治海報展

- 1) 時間：9 月 26 日(一)至 9 月 30 日(五)
- 2) 地點：基隆長庚醫院情人湖院區一樓大廳
- 3) 準備物品：110 年世界自殺防治日徵件活動獲獎海報共 17 張
- 4) 辦理方式：於活動地點展出海報作品，並結合基隆醫院之互動活動，掃描 QRcode 填寫線上問卷即獲得醫院宣傳品。

## 8. 2022 情緒影像展：我會接住你

- 1) 時間：10 月 7 日(五)至 11 月 1 日(二)
- 2) 地點：新北市立圖書館總館三樓
- 3) 準備物品：歷年「世界自殺防治日」徵件活動獲獎作品
- 4) 辦理方式：實體展覽＋線上講座
- 5) 活動規劃：實體展出部分，以沉浸感、互動感和未來感為展覽主軸，在實體空間展出具故事性的情緒作品，讓觀展者能藉此探索自己的內心世界；另規劃將心情溫度計轉化為互動模式，增加體驗樂趣並推廣此能觀照自身心理狀況的良好工具。展覽期間將收集觀展者的體驗感受，作為日後發展具陪伴、療癒、資源三合一的《心情小助手 APP》之設計模型和建議。除了實體展出外，也將以青年社群之心理健康為主題，邀請多位心理、諮商專業背景之講師辦理線上講座。
- 6) 計畫執行期程（111/08/31—112/09/30）：

		六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月
情緒展	前期規劃	○	○														
	美術設計	○	○	○													
	群眾募資		○	○	○												
	相關印製			○	○												
	廣宣				○	○											
	實際展出					○											
青年講座	籌備	○	○	○													
	講座設計	○	○	○													
	募資	○	○	○													
	講座辦理	○			○	○	○	○	○		○	○	○	○			○
	自我觀照課程				○	○	○	○	○		○	○	○	○			○
	練習團體					○	○	○	○		○	○	○	○			○

#### 9. 「綠野仙蹤 2022 親子音樂會」心理健康宣導活動

- 1) 時間：10 月 29 日(六)
- 2) 地點：大安森林公園露天音樂台
- 3) 準備物品：心情溫度計看板
- 4) 辦理方式：於活動地點擺放心情溫度計看板，推廣自殺防治與珍愛生命守門人精神。

### 四、成果(Product)

#### 1. 國立臺灣大學服務學習課程執行結果

- 1) 本學期共 4 位學生選修課程。
- 2) 累計至 111 年 6 月 13 日為止，共撰寫 8 篇宣傳文案，26 份心情溫度計施測與 4 篇學習心得。

#### 2. 國立臺灣大學通識課程「心理健康促進與自殺防治」執行結果

- 1) 本學期共 92 位學生選修課程。

#### 3. 「憂鬱與自殺：疫情下的身心健康變動與自我照護」春季學術研討會

- 1) 參與人數：現場 23 人；線上 124 人。

## 2) 研討會活動照片：



## 4. 國衛院論壇「建立整合性憂鬱症防治共同照護網模式」議題研討會

1) 簽到退人數：1,045 人

2) YouTube 直播：線上最高人數 735 人；觀看人次 2,941 人次。



### 3) 研討會活動照片：



### 5. 2022 年臺灣憂鬱症防治協會 20 週年慶祝大會暨學術研討會「聽見疫後心聲音—共創關懷點線面」

(因本部會期末報告截止於 11 月 17 日，研討會將辦於 12 月 3 日，故此部分成果未撰寫。)

### 6. 明華園歌仔戲公演「東海鍾離」心理健康宣導活動

「台灣憂鬱症防治協會」Facebook 粉絲專頁貼文網址：  
<https://www.facebook.com/depressionTW/posts/1278518003006278>，於活動當日 111 年 7 月 3 日累積貼文 24 個讚。



## 7. 基隆長庚醫院—自殺防治海報展

### 1) 活動照片：



### 2) 線上問卷填寫結果：

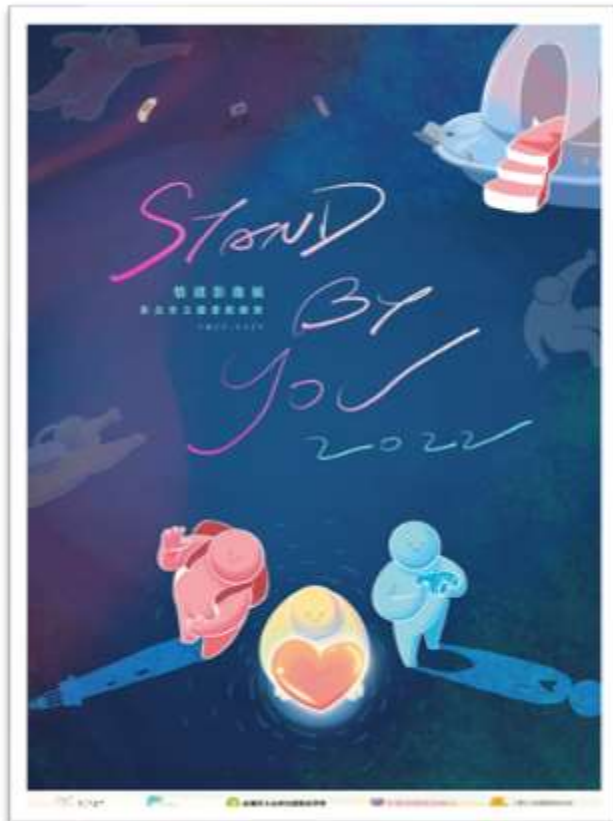
時間戳記	本次海報展，您是喜歡哪張作品？	請分享喜歡原因	對於本此海報展活動是否有其他寶貴建議？
2022/9/23 下午 4:38:15	社會組佳作：還有人為你撐傘	海報整體內容乾淨簡單，重點清楚	無
2022/9/26 下午 12:18:17	社會組優選：程順著實的力量	簡單明瞭的海報	無
2022/9/26 下午 12:23:07	社會組佳作：還有人為你撐傘	沒有理由	無
2022/9/26 下午 12:26:28	社會組佳作：還有人為你撐傘	海報內容清楚，畫面乾淨簡單	無
2022/9/26 下午 12:31:29	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	視覺上很震撼，會多看一下內容	無
2022/9/26 下午 12:56:45	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	顏色鮮明	無
2022/10/1 上午 10:00:30	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	顏色對比鮮明	無
2022/10/1 下午 12:14:33	學生組佳作：展現希望	聯想到大電影《素媛》中對抗性侵，為了將性侵從黑暗中引領出來，讓人在大家集氣給予查克拉累積出來的螺旋丸，如耀眼光，大家的希望	無
2022/10/1 下午 10:06:43	學生組佳作：陰影後的陽光	很有愛	無
2022/10/3 上午 9:46:18	學生組人氣獎：守護你的心，隨時都關心	清楚明瞭	無
2022/10/3 上午 9:52:21	學生組特優：給心情不好的小夥伴一點愛	心有靈犀	無
2022/10/3 上午 10:22:03	學生組特優：陰影的背後 總會有陽光	傳遞正面的能量	無
2022/10/3 上午 10:54:08	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	非常有感覺	無
2022/10/3 上午 11:43:34	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	很符合主題的創意而且很有吸引力馬上就會想看的一張海報	辛苦了主辦單位，感恩！
2022/10/3 下午 12:19:21	第一屆華人貴人獎：Help	白話看起來乾淨簡單	無
2022/10/3 下午 12:19:45	社會組佳作：還有人為你撐傘	確保社會需要更多正能量	無
2022/10/3 下午 12:28:28	社會組佳作：用心行動 防範暴阻「幫」	有溫暖的感覺	無
2022/10/3 下午 12:51:31	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	簡單有力	無
2022/10/3 下午 1:23:23	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	簡單易懂	無
2022/10/3 下午 1:37:02	社會組特優：Cut the rope, Catch the hope	圖文對照！前後呼應！動人易懂！	無
2022/10/3 下午 1:38:19	學生組佳作：陰影後的陽光	很有希望感	無
2022/10/3 下午 3:05:34	學生組人氣獎：別因為眼前的黑暗 忘記那背後陽光帶來的溫暖	因為這句話很有感觸。人很容易陷入困難以及煩惱！但是容易忽略周圍愛我們的人！若憂鬱了，真的很需要回想起來溫暖的	無



## 8. 2022 情緒影像展：我會接住你

活動透過展出本中心歷年的「世界自殺防治日」徵件活動獲獎作品，提倡自殺防治理念，社會公民應投入一己之力，互助且自助；此外，「點亮心生命：心情溫度計」觸碰展品將個人心情的變化以視覺方式呈現，藉以提醒情緒自我覺察的重要性。

### 1) 活動海報、照片



## 2) 新聞媒體報導



## 9. 「綠野仙蹤 2022 親子音樂會」心理健康宣導活動

### 1) 活動海報、照片





## 10. 結論

本中心持續藉由各種管道曝光，宣導自殺防治的重要性，並提倡自殺防治及預防危險因子。故不論是進行講座、宣導活動、展覽合作、相關會議，以及與校園、媒體合作，或是使用 Facebook、YouTube 宣傳，希望在民眾生活中、使用社群媒體時，隨時都能接觸到自殺防治的相關議題。

此外，持續與媒體相關社群網絡、學校教育單位、專業學協會等團體繼續合作，提升民眾對自殺防治認知，響應人人皆為珍愛生命守門人之理念。

藉由多方、多元的夥伴合作機會，共同探討如何讓社區、國家，甚至是國際間的自殺防治網網相連。未來期能擴大合作夥伴並進行後續推廣，以促進推廣之效益。本中心將持續接受更多、更廣、更深合作形式，拉近產、官、學各界領域的距離，不間斷的推廣中心理念與價值，並提升民眾對於自殺防治的認知，達成人人皆是珍愛生命守門人之境界。

# 滾動式修訂自殺防治系列手冊

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

由於自殺原因多重且複雜，各服務體系都能接觸到有自殺風險因子的民眾，因此各體系之自殺防治工作有賴跨部會及不同機構間之協同合作。

而自 108 年「自殺防治法」立法完成後，衛生福利部依規定定期召開跨部會「自殺防治諮詢會」，促使各部會研討並溝通協調自殺防治工作。有鑒於此，110 年度本會依「自殺防治法」、行政院核定之「全國自殺防治綱領」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新自殺防治手冊項目及內容，111 年度本會將依「強化社會安全網計畫 2.0」及衛生福利部心理健康及自殺防治之最新政策持續滾動式修訂自殺防治系列手冊。

### 2. 業務目的與目標

藉由修訂自殺防治系列手冊，供中央各部會及各地方政府參考運用。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 蒐集相關資料與彙整。
- 2) 修改手冊。
- 3) 撰寫手冊。
- 4) 校稿。
- 5) 排版。
- 6) 將手冊電子檔上傳至中心網站供大眾閱覽及下載。

### 2. 資源連結合作

- 1) 合作單位：來自自殺防治學會及相關領域的專家組成的中心顧問群
- 2) 資源連結內容及形式：專家會議、意見交流、文獻閱讀、過去中心出版資料彙整。

## 三、過程(Process)

1. 5 月至 10 月彙整各專家編輯委員之修改建議文稿，確定修改內容架構，依「自殺防治法」、「強化社會安全網計畫 2.0」以及各部會最新自殺防治策略推動及實施情形，召集專家學者全盤檢視並更新自殺防治系列手冊內容，依據現況完成修訂。

2. 6 月至 11 月進行排版。

#### 四、成果(Product)

##### 1. 執行結果

- 1) 檢視自殺防治系列手冊全系列共 44 本，將依「強化社會安全網計畫 2.0」及心理健康及自殺防治之最新政策依照規劃進度滾動式修訂自殺防治系列手冊。
- 2) 以修改手冊為自殺防治系列手冊 8、9、10、11、12、13、14、16、18、19、20、21、22、24、25、27、28、29、30、31、32、33、35、36、37、39、40、41、42、43、44，修正前後對照表以自殺防治系列手冊 23: 社會福利工作人員，如表 4-7-1。

表 4-7-1、自殺防治系列手冊 23：社會福利工作人員修正前後對照表

手冊名稱：自殺防治系列 23：社會福利工作人員		
修改頁數	修改之前內容	建議修改內容
P.4	舊數據	加入：欲查看最新數據請參考 全國自殺防治中心網站 <a href="https://www.tsos.org.tw/">https://www.tsos.org.tw/</a>
P.29	舊版 BSRS-5	更新新版 BSRS-5
P.29	無	
P.31-34	舊數據：“自殺死亡資料統計 分析發現...”	加入：欲查看最新數據請參考 全國自殺防治中心網站 <a href="https://www.tsos.org.tw/">https://www.tsos.org.tw/</a>

P.47	“行政院衛生署爰訂定「自殺 風險個案危機處理注意事 項」...”	衛生福利部
P.54	舊版資源連結圖	更新新圖

## 伍、教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議

工作項目 (依照 111年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議	
1. 於111年2月28日前提列各精神醫療網分區之外督專家學者建議名單，提供縣市衛生局辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。	依規定執行完成 詳見5.1章節
3. 依據自殺防治法第9條第2項第5款規定及該法施行細則所定之訓練課程內容，推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練，並辦理下列事項： (1) 維護及與時俱進更新珍愛生命學習網之各場域及各類服務人員自殺防治數位教育訓練課程內容(含關懷訪視員初階及進階教育訓練之系列課程)。 (2) 配合各部會所需，於111年2月底前，盤點珍愛生命學習網之訓練課程，並提供本部「分別適合自殺防治諮詢會各部會所管之專業人員之線上課程」清單，以利本部提供各部會參考運用。 (3) 配合教育部規劃之教育人員自殺防治相關訓練計畫(含實體授課及線上課程)及其他各部會自殺防治相關訓練內容，如各部會有需要時，應協助提供相關師資及訓練課程	依規定執行完成 詳見5.2章節
(4) 結合長期照顧、社工等相關學協會，共同辦理第一線專業人員(以長期照顧人員、各縣市社會福利中心或家庭暴力及性侵害防治中心、少年輔導委員會、社會局社工科之社工為主)之3小時自殺防治守門人訓練，參加人數需達1,000人。	依規定執行完成 詳見5.3章節
4. 維護全國自殺防治中心網站資料(應確認網頁內容之所有權)並增加資訊安全措施；推廣心情溫度計；維護臉書粉絲團及珍愛生命學習網，定期更新及提供自殺防治相關訊息予本部，並提供自殺防治相關統計數據，並應本部要求舉辦相關展覽活動，以提供民眾所需之自殺防治衛教活動、教育訓練等資料。	依規定執行完成 詳見5.4章節
5. 持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢【含有無使用其他替代性物質(如其他農藥、固體液體)自殺】，追蹤巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機，即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。必要時應依本部要求提出相關數據分析報告。	依規定執行完成 詳見5.5章節

6. 配合本部規劃之討論議題及期程，與安心專線承作廠商共同辦理自殺防治工作聯繫會議。	今年度衛生福利部未辦理
7. 配合世界自殺防治日（9月10日）以本部名義辦理大型活動1場次，包括籌劃舉辦自殺新聞報導媒體頒獎儀式（可擇定優質媒體或需輔導之媒體辦理）；辦理主題、內容及地點需報本部核定後始得辦理。	依規定執行完成 詳見5.6章節

# 提列外部督導專家學者名單

## 一、背景 (Context)

國內自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性三大策略；其中，指標性策略主要是針對自殺企圖者進行追蹤關懷與個案管理。據研究顯示，曾經自殺過的人，再度自殺的機率遠高於一般人，因此作為第一線的自殺關懷訪視員，不僅需具備守門人的正確態度與基本訪視技巧，亦需同時了解自殺相關知識，並能熟悉與善用各種在地化的資源網絡，以對高風險個案做出適當的評估與處遇。

然而，訪員所面臨到的個案狀況常是包羅萬象，難以用單一通則來解決，若訪員缺乏適當的團隊支持與自我照顧能力，很可能會影響訪視服務品質，因此完善的督導機制便是訪員最主要的支持與援助，針對棘手個案提供即時性的處遇建議與評估，進而增進訪視服務之成效。

本會參考各領域專家學者經歷、專長，提列各區外督專家學者建議名單予貴部審核，並提供縣市衛生局予辦理自殺關懷訪視業務外部督考相關會議時參考運用。

## 二、輸入 (Input)

### 1. 資料蒐集

#### 1) 外部督導專家學者建議名單

- (1) 發文精神醫療網核心醫院，由核心醫院提供責任區域縣市之專家學者建議名單。
- (2) 同時發文各縣市衛生局，由衛生局提供於近 2 年曾聘任為外部督導之專家學者。

### 2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：各縣市衛生局、各精神醫療網核心醫院。
- 2) 資源連結內容及形式：外部督導專家學者建議名單索取。

## 三、過程 (Process)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 收集外部督導之專家學者建議名單，今年度向各縣市衛生局收集的名單限定為近 2 年曾任外部督導之專家，以實際執行外部督導業務之專家學者作為中心推薦之參考名單。
- 2) 不同職業背景之專家學者，督導著重方向不同，各單位聘任外部督導時需要針對外部督導會議的性質聘任不同背景之專家學者，因此根據各專家學者背景，區分為醫師、其他專業人員兩類。
- 3) 挑選前項名單中有實際督導經驗之專家學者，提列各區精神醫療網外部督導專家學者建議名單，函送衛生福利部。

## 四、成果 (Product)

### 1. 執行結果

- 1) 111 年度外部督導專家學者建議名單共 7 份，各區名單如下：

#### (1) 臺北區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	古世傑	醫師	三軍總醫院北投分院
	吳阿瑾	院長	愛人放心診所
	邱智強	醫師	臺北市立聯合醫院
	郭千哲	醫師	臺北市立聯合醫院
	陳宜明	醫師	臺大醫院精神醫學部
	陳映燁	醫師	臺北市立聯合醫院



	詹佳達	醫師	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院
	鄭宇明	醫師	石牌鄭身心醫學診所
	蘇泓洸	醫師	臺大醫院精神醫學部
其他 專業 (非醫 師)	王芬蘭	社會工作師	台北市康復之友協會
	危芷芬	主任	臺北市立大學心理與諮商學系
	吳晨梵	諮商心理師	中崙諮商中心心理諮商所
	呂淑妤	教授	國立臺北護理健康大學休閒產業與健康促進系
	李明慧	諮商心理師	雙和醫院精神科心希望關懷中心
	李昭慧	臨床心理師	振芝心身醫學診所
	林光璋	心理師	臺北榮民總醫院員山分院
	姜丹榴	技正	迦樂醫療財團法人迦樂醫院社區服務部
	張書森	副教授	國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所
	張翠華	主任	桃園縣生命線協會
	傅振輝	臨床心理師	海天醫療社團法人海天醫院
	塗喜敏	執行長	財團法人張老師基金會
	蕭雪雯	社工師	馬偕紀念醫院
	鍾昭瑛	臨床心理師	馬偕紀念醫院精神醫學部

## (2) 新北區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	方俊凱	主任	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院
	李信謙	主任	衛生福利部雙和醫院
	李嘉富	主任	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
	周秉萱	主治醫師	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
	林立寧	主任	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院
	莊曄嫩	副院長	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院
	曾昱綸	醫師	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
	黃正誼	主任	衛生福利部八里療養院

	楊境中	精神科暨心理健康中心主任	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院
	楊蕙年	精神科主任	國防醫學院三軍總醫院北投分院
	楊聰財	理事/院長	社團法人台灣自殺防治學會/楊聰才診所
	趙偉婷	精神科主任	衛生福利部臺北醫院
	劉宗憲	社區精神科主治醫師兼科主任	臺北市立聯合醫院松德院區
	蔡佳芳	醫師	新北市立聯合醫院
	鮑致嘉	醫師	衛生福利部八里療養院
	戴萬祥	主任	衛生福利部八里療養院
	羅育騏	醫師	衛生福利部八里療養院
	蘇渝評	醫師	國泰醫療團法人汐止國泰綜合醫院
其他專業 (非醫師)	江文賢	諮商心理師	懷仁全人發展中心
	吳佳儀	副教授	國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所
	林伯聰	所長	點心語心理諮商所
	林惠珠	常務理事	台灣心理衛生社會工作學會
	洪翠妹	主任	臺北市立聯合醫院松德院區護理科主任
	張子逸	訪員督導	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
	張翠華	主任	桃園生命線
	許靜怡	臨床心理師	衛生福利部八里療養院
	陳予禎	精神科關懷員	亞東醫院
	陳淑欽	臨床心理師	馬偕紀念醫院
	黃娜莉	督導	衛生福利部臺北醫院
	楊文君	社工師	新北市立聯合醫院精神科
	蕭雪雯	社工師	馬偕紀念醫院自殺防治中心

### (3) 北區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	何仁琦	精神科主任	大千醫療社團法人南勢醫院
	吳洽明	醫師	衛生福利部桃園療養院
	吳恩亮	醫師	衛生福利部桃園療養院
	汪振洋	主任	衛生福利部桃園療養院(已退休)
	姜學斌	醫師	衛生福利部桃園療養院

	張杰	主治醫師	國軍桃園總醫院新竹分院精神科
	張家銘	主任	林口長庚自殺防治中心
	張凱理	醫師	臺北榮民總醫院桃園分院/台齡診所
	鄭若瑟	醫師	中國醫藥大學附設醫院
其他專業 (非醫師)	吳學治	諮商心理師	心理學人教育工作室
	李正源	諮商心理師	愛、關係與療育工作室
	林純綺	組長	臺北市政府衛生局社區心理衛生中心
	紀曉君	組員	臺北市自殺防治中心
	孫保珍	社會工作師	社團法人珍珠協會
	陳力維	主任	敏盛綜合醫院社工室
	陳欣瑜	護理師	桃園療養院
	陳碧霞	監事	台灣自殺防治學會
	裴澤榮	主任	居善醫院社工室
	趙奕霽	心理師	新竹馬偕紀念醫院/馬大元診所
	蕭雪雯	社工師	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院自殺防治中心

#### (4) 中區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	李清發	醫師	敦仁醫院
	沈君傑	院長	宏恩醫院龍安分院
	周少華	主任	澄清綜合醫院(中港分院)
	林俊媛	一般精神科主任	衛生福利部草屯療養院
	陳恆順	副院長	埔里基督教醫院
	黃介良	主任	衛生福利部草屯療養院
	黃聿斐	醫師	衛生福利部草屯療養院
	黃湘雄	主任	童綜合醫院
	黃聖林	主治醫師	衛生福利部草屯療養院
	劉金明	院長	澄清綜合醫院(平等院區)
	賴德仁	院長/主治醫師	德仁診所/中山醫學大學附設醫院
其他專業 (非醫)	王郁茗	理事長	臺中市諮商心理師公會
	江信男	臨床心理師	亞洲大學附屬醫院
	巫淑君	理事	南投縣社會工作師公會

師)	林千彙	社工督導	臺中榮民總醫院
	林幼喻	護理長	衛生福利部草屯療養院
	馮瑞鶯	教授	國立成功大學護理學系（所）
	黃裕達	臨床心理科主任	衛生福利部草屯療養院
	黃耀輝	護理科督導長	衛生福利部草屯療養院
	鍾麗珍	常務理事	臺中市臨床心理師公會

(5) 南區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	王禎邦	社區精神科主任	衛生福利部嘉南療養院
	林進嘉	醫師	奇美醫療財團法人奇美醫院
	范庭璋	醫師(院長)	心樂活診所
	張志誠	醫師(主任)	奇美醫療財團法人奇美醫院
	張芳榮	醫師	衛生福利部嘉南療養院
	張耿嘉	醫師/主任	衛生福利部嘉南療養院
	張慧貞	主治醫師	臺中榮民總醫院灣橋分院
	郭宇恆	醫師	衛生福利部嘉南療養院
	陳俊升	醫師	陳俊升診所
	陳信昭	醫師	殷建智精神科診所/ 自然就好心理諮商所
	陳姿婷	主治醫師	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
	陳柏熹	醫師	國立成功大學醫學院附設醫院
	陳高欽	醫師	國立成功大學醫學院附設醫院
	黃仁享	醫師(院長)	黃仁享診所
	黃立中	主治醫師	臺中榮民總醫院嘉義分院
	黃敏偉	副院長	臺中榮民總醫院嘉義分院
	黃聖雲	主治醫師	臺中榮民總醫院嘉義分院
	鍾明勳	精神科醫師	明如身心診所
	蘇建安	精神科主任	嘉義長庚醫院
其他 專業 (非 醫 師)	王振宇	社工師	心樂活診所
	吳淑玲	社工科主任	衛生福利部嘉南療養院
	施彥卿	社工師	日安心理治療所、春暉診所
	胡淑梅	身心科組長 (社工師)	台南市立醫院

	高惠美	社工師	心樂活診所、心悠活診所
	陳瑤娟	主任	台南市生命線協會
	曾德耀	心理師	臺中榮民總醫院嘉義分院
	謝宏林	社工科主任	高雄榮民總醫院臺南分院
	蘇麗卿	社工師	臺中榮民總醫院嘉義分院

(6) 高屏區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	王弘裕	主治醫師	高雄市立凱旋醫院
	江允志	精神部主治醫師	高雄榮民總醫院
	李俊宏	主任	嘉南療養院成癮暨司法精神科
	李昱	主任	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	周文君	教授級主治醫師	高雄長庚醫院兒童心智科
	周煌智	院長	高雄市立凱旋醫院
	唐子俊	院長	唐子俊診所
	許恆嘉	醫師	大順景福診所
	陳偉任	主任	高雄市立凱旋醫院
	湯金樹	醫師	文化身心診所
	廖尹鐸	醫師	中山醫學大學附設醫院精神科
	廖靜薇	主任	屏安醫療社團法人屏安醫院
	劉仁儀	主治醫師	文鳳診所
	蔡孟璋	醫師	高雄長庚紀念醫院
	龍佛衛	院長	迦樂醫療財團法人迦樂醫院
	顏永杰	主任	義大醫療財團法人義大醫院
其他專業 (非醫師)	呂幸芳	臨床心理師	小魚兒心理治療所
	宋依恩	社工師	高雄市立凱旋醫院
	林瑞敏	社工師	屏安醫療社團法人屏安醫院
	林蕙珠	社工督導	高雄市私立淨覺社會福利基金會
	柯慧貞	副校長	亞洲大學
	胡敏華	臨床心理師	恆春基督教醫院
	孫凡軻	教授	義守大學護理系
	張閔淳	諮商心理師	杜華心苑心理諮商所
	郭乃文	教授	國立成功大學

	陳寅祚	訪員督導	義大醫院
	蔣秀容	督導長	高雄榮民總醫院
	蘇益志	社工師	台灣青少年與家庭輔導協會

(7) 東區建議名單

	推薦名單	職稱	所屬單位
醫師	王迺燕	主任	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院
	王鈺淵	主任	臺北榮民總醫院臺東分院
	平烈勇	主任	臺北榮民總醫院玉里分院
	何明儒	醫師	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
	陳侯榮	精神科主任	國軍花蓮總醫院
	陳紹基	醫師	台東馬偕紀念醫院
	陳繹	醫師	衛生福利部花蓮醫院
	黃彥禎	醫師	臺北榮民總醫院玉里分院
	蔡耀庭	主任	臺北榮民總醫院台東分院
	鄭淦元	主任	臺北榮民總醫院鳳林分院
其他專業 (非醫師)	吳月梅	心理師	臺北榮民總醫院玉里分院
	周牛莒光	諮商心理師	衛生福利部臺東醫院
	陳百越	臨床心理師	花蓮慈濟醫院
	陳東家	臨床心理師	衛生福利部玉里醫院
	萬育維	副教授	國立東華大學
	廖素絨	助理教授	慈濟科技大學

# 珍愛生命數位學習網之維護與推廣

## 一、背景

為了推廣自殺防治守門人之概念，社團法人台灣自殺防治學會自民國98年起建構「珍愛生命數位學習網」，除持續向各醫療專業人員團體申請網路繼續教育積分課程、持續增加關懷訪視員課程，本年度為因應自殺防治諮詢會跨部會專業人員需求，提供課程供專業人員學習。除此之外，更不斷提升數位影音之質與量，改善錄製品質及提升拍攝技術，使數位學習更加活潑易懂。本學會依照各場域及不同服務人員需求，推薦講師進行自殺防治守門人講座，並將其錄影製成數位課程上傳至平台，供相關專業人員自我學習，並透過平台上的「列印證書」機制，做為專業人員已完成課程的證明，期望藉此使人人可以提升辨識自殺危險因子之敏感度、早期發現自殺警訊，成為珍愛生命守門人。

## 二、輸入

### 1. 執行步驟與方法

1) 數位影音課程規劃流程見圖 5-2-1：

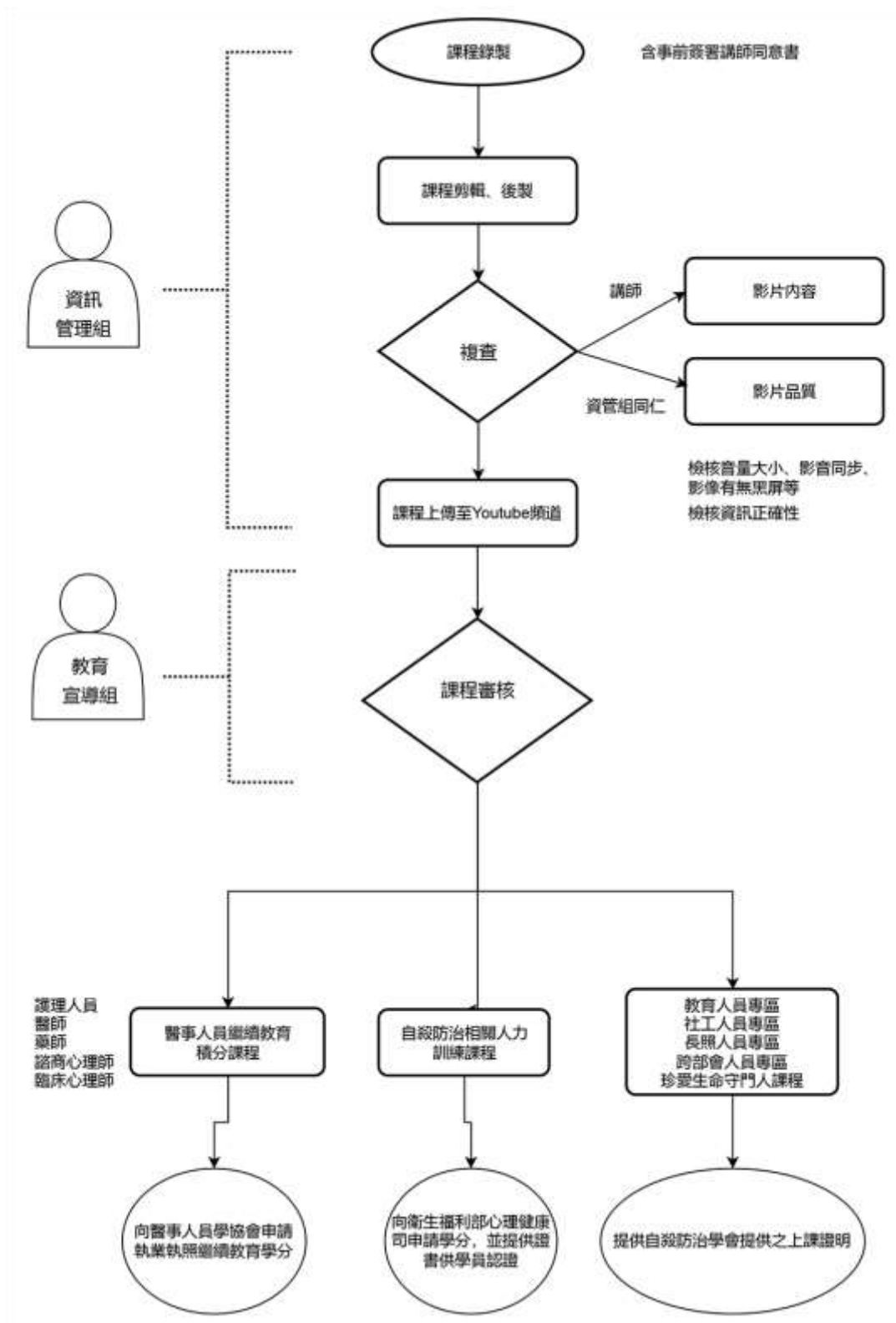


圖 5-2-1、數位影音課程規劃流程圖



## 2) 數位學習課程整體規劃

(1) 數位學習網課程分類為七種專區，網站專區圖示可參考圖 5-2-2，各專區說明內容如下：

- a. 醫事人員繼續教育積分課程：中心向醫療人員所屬之職業工會申請網路繼續教育積分後，開設自殺防治相關課程供專業人員獲得繼續教育積分，加強自身專業能力。本區課程提供對象包含護理人員、醫師、藥師、諮商心理師、臨床心理師之認證課程。
- b. 一般民眾課程：本區課程內容包含各場域專業人員的自殺防治課程(例如百貨服務業、媒體記者、一般民眾...等對象)，以及心理健康促進相關課程，提供一般民眾自由學習，期望透過此專區課程讓每人共同扮演關懷支持的角色，成為「珍愛生命守門人」。
- c. 自殺防治相關人力訓練課程：本區課程內容包含自殺防治相關人力必備之初階及進階能力課程，課程皆設有測驗機制，可讓自殺防治相關人力評量自己的學習成果。本課程專區將每年持續更新，以期許讓自殺防治相關人力能精進自身專業能力，更可讓新進自殺防治相關人力學習關懷訪視必備的專業能力。
- d. 跨部會人員專區：本專區提供自殺防治諮詢會相關部會之必要自殺防治課程，內容包含所屬人員應學習之自殺防治的基礎知能，讓各部會所屬人員能夠學習守門人一問二應三轉介的知能，並落實跨部會的自殺防治策略。
- e. 教育人員專區：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。今年，本會配合國內教育單位人員所需，盤點珍愛生命數位學習網現有課程，建立教育人員專區，提供教育單位人員運用學習。
- f. 社工課程專區：除介紹自殺防治法規與數據分析、守門人基本概念；另強化社工對特殊族群的自殺防治知能，例如認識精神疾病與藥酒癮個案、高風險家庭及兒少保護、了解社區自殺個案或重複自傷個案的處置等主題課程。
- g. 長照人員課程專區：以介紹自殺防治基礎知識之課程為主，例如自殺防治法規與數據分析、守門人基本概念、精神疾病初步認識、家庭照顧者與自殺防治等相關主題，適用於接觸照顧者及受照顧者之長照人員研習。

- (2) 多元管道之連結與推廣：中心除主動與相關專業人員公會單位合作提供網路繼續教育積分認證之服務外，更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。



圖 5-2-2、數位學習網各類人員課程區塊連結介紹

- 3) 錄製完成之數位課程上傳至中心之「自殺防治 e 學院」YouTube 頻道，再將 YouTube 影片嵌入數位學習網播放影片，以便提昇「自殺防治 e 學院」頻道之能見度。
- 4) 數位學習網線上課程認證機制
- (1) 醫事人員繼續教育積分課程：醫事人員完成所屬職業別的繼續教育積分課程，學會定期將學習成果上傳至醫事人員繼續教育積分系統，作為上課認證機制。
- (2) 自殺防治人力課程、跨部會人員及一般民眾專區：學員完成課程後，可透過「下載證書」功能下載證書電子檔，學員可依據需求自行列印，作為上課證明依據。

### 三、過程

#### 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) 本年度數位學習網預計新增之影音清單如表 5-2-1(部分課程影片因瀏覽權限問題，無法以訪客身分看到該影片)。
- (2) 依據自殺防治法、及最新自殺防治相關數據，盤點出仍符合最新政策之課程。再依照不同場域工作人員的法規、工作性質挑選自殺防治課程，供各專業領域之從業人員學習自殺防治課程。具體流程可參考圖 5-2-3，各類課程專區建構原則如下：

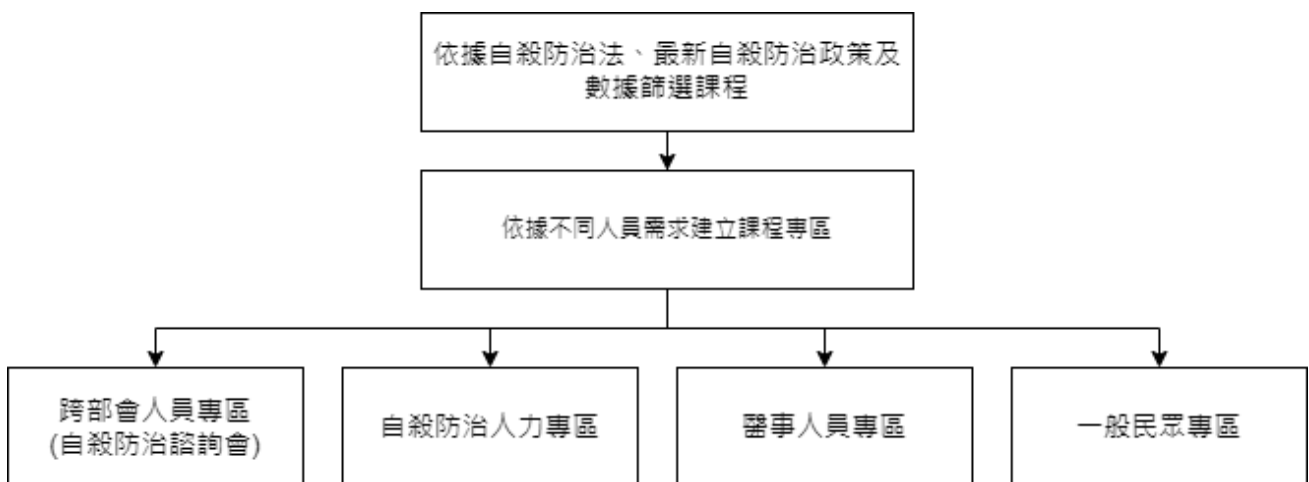


圖 5-2-3、數位課程盤點流程圖

- a. 醫事人員繼續教育專區：中心分別向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、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、社團法人臨床心理師公會全國聯合會申請自殺防治相關之繼續教育積分課程，並開設「醫師繼續教育積分課程專區」供醫療專業人員獲取繼續教育積分。
- b. 跨部會人員課程專區：統整自殺防治學會歷年適合自殺防治諮詢會相關部會人員之課程，依據相關部會之執掌提供課程。
- c. 自殺防治相關人力專區：依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」第四條所定自殺防治相關人力之訓練課程，持續向心口司申請自殺防治課程內容。
- d. 教育人員專區：依據學生輔導法為一般教師、輔導教師、專業輔導人員定義之工作內容，挑選珍愛生命數位學習網中適合三種人力研習之課程，開放於教育人力專區，供教育人員選讀。礙於自殺防治學會無法申請教師學分之因素，故以網站列印證書方式提供學習證明。
- e. 社工專區：依據社會工作師法定義之社會工作師業務內容，提供不同類

型自殺個案之服務課程。考量多數社工未持有社工師執照，不適用社工繼續教育學分規定，學會以網站列印證書方式提供學習證明。

- f. 長照人員課程專區：依據長期照顧服務法規定義之業務內容，除提供基礎的守門人教育訓練課程外，並特別針對接觸照顧者及受照顧者之長照人員專屬之自殺防治課程。因長照人員繼續教育積分系統尚未建置完畢，學會將以網站列印證書方式提供學習證明。
- g. 一般民眾專區：學會近年為各機構推薦守門人講座課程時，如機構同意錄影並公開至網路，則將影片收入於此專區。此專區之課程適合之對象多為工作實務上較少與自殺意念、企圖之個案接觸之民眾，因此不參照社工、長照人員另闢相關類別課程選讀。

表 5-2-1、111 年度新增影片清單

課程名稱	講師
自殺防治新進展	詹佳達
自殺的警訊、溝通、處遇與預防	吳佳儀
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤	蕭雪雯
生物性災難(COVID-19)下之心理健康：精神疾病與自殺	周煌智
新冠疫情下的老人心理健康	詹佳達
校園自殺防治新進展	吳佳儀
自殺遺族的療癒	方俊凱
數位科技在自殺防治的運用	黃敏偉
自殺防治 2022	詹佳達

## 四、成果

### 1. 執行成果

- 1) 數位學習網 1-10 月的課程提供對象、課程數、課程通過人次如表 5-2-2，其中跨部會人員專區的內政部、勞動部、國防部、法務部、農委會、國家通訊傳播委員會、原住民族委員會課程為 8 月正式開放，故僅有 8 月至 10 月之數據。

表 5-2-2、各類課程通過人次一覽表(供不同人員選修之課程有重複)

課程專區	對象	課程數	課程通過人次
醫事人員繼續教育專區	護理人員	21	307,204
	藥師	22	22,364
	諮商心理師	22	2,565
	臨床心理師	22	996
	醫師	8	1,476
跨部會人員專區 (1 月至 10 月)	教育人員	10	13,524
	社工人員	8	307
	長照人員	8	1011
跨部會人員專區 (8 月至 10 月)	內政部	6	50
	勞動部	8	70
	國防部	5	19
	法務部	4	61
	農委會	4	103
	國家通訊傳播委員會	5	81
	原住民族委員會	5	32
	自殺防治人力專區	23	1,968
自殺防治人力專區	進階課程	17	858
	珍愛生命守門人專區	13	923

2) 自殺防治人力專區 1-10 月共計 119 人修課，修課人員職業別(職業別由學員自填)為自殺/社區關懷訪視員 83 人、心理衛生社工 16 人、自殺防治業務承辦人 7 人、護理師 5 人、關懷訪視員督導 4 人、心理輔導員 2 人、諮商心理師、職能治療師各 1 人。

3) 數位學習網 108-111 年(其中 111 年僅統計至 10 月)總修課人次統計如圖 5-2-4，影響網站歷年課程完成人次主因如下：

- (1) 珍愛生命數位學習網修課人次中，超過 9 成為醫事人員，其中又以護理人員佔率為最高。而 109 年為護理師六年一度的換照潮，而珍愛生命數位學習網修課人次又以護理師/護士為最多，因此修課人次大幅上升。
- (2) 因受新冠肺炎疫情影響，醫事人員實體研討會在 109-110 年辦理數量降低，加上有部分醫事人員因此展延醫事人員執照，因此使網站修課人次增加。
- (3) 自 110 年起，護理師公會修改學分審查規定，對網路課程長度要求最少須 40 分鐘，雖提供公會審查的影片數仍與 109 年相同，但因課程影片

長度不滿 40 分鐘須合併不同影片為一堂課之緣故，因此 110 年之後網站護理師課程數由 34 堂課程降至 21 堂課，因此使網站修課人次有所下降。

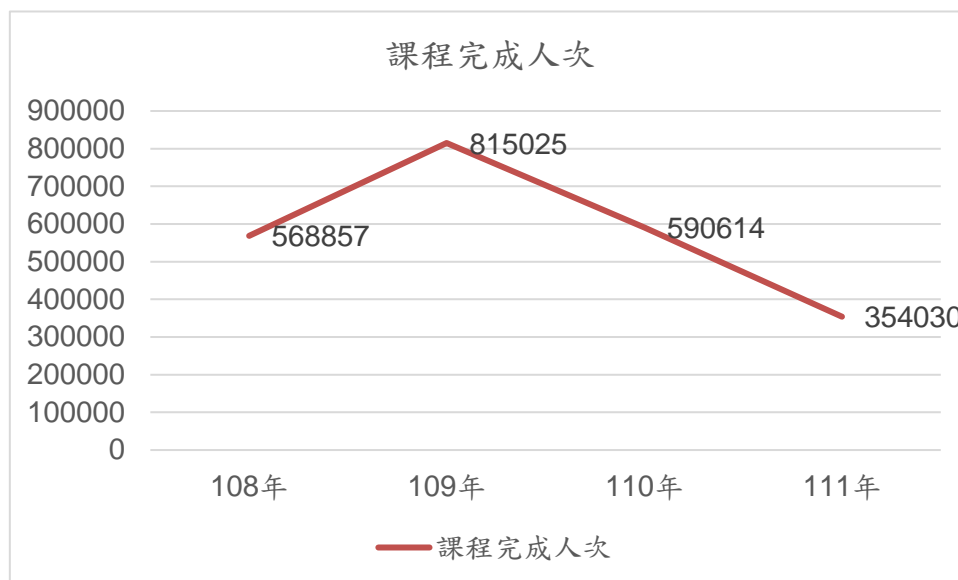


圖 5-2-4、108-111 年 10 月網站修課人次

## 2. 業務現況及問題彙整

### 1) 珍愛生命數位學習網：

- (1) 由於數位學習網的獲取學分的便利性，及免費上課的特性，珍愛生命數位學習網已成為護理人員申請執業執照獲取積分的首選。
- (2) 部分職類課程依學(公)會要求(如：護理人員)需設計課後測驗題目，方得申請通過繼續教育積分。

- 2) 數位課程錄製及製作：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。

## 3. 業務建議及改善

- 1) 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。
- 2) 為精進數位學習網課程，需訂定課程規劃、課程審核/汰換標準或原則、課後測驗題目審訂方式等，現已由中心之教宣組與資訊組同仁共組內部課程策劃小組共同規劃，目標為量身訂做新課程及陸續汰換過時舊課程。
- 3) 數位學習網因修課便利性，已吸引許多各職類人員前往數位學習網修課，但網站伺服器硬體已日漸無法負擔過多的使用人數，應提升雲端主機硬體

效能，或是積極與外部單位合作提供自殺防治守門人課程，方可提供使用者更好的修課體驗。

- 4)本年度新開設的跨部會人員專區，目前以教育人員專區上課人次較多，但常接到教師反映教育人員已有專屬數位學習網站，會因此降低學員至本平台學習的意願。其他部會課程因開設時間較短，目前仍無人反映。但考量公務員已有全國性的數位學習平台，而平台中也有自殺防治守門人課程(非學會提供)，建議可將課程提供給全國性數位學習平台(如 e 等公務園)，更能有效推廣自殺防治知識及理念。
- 5)目前本會提供之課程，課程內容多以守門人一問二應三轉介、自殺數據策略介紹、辨識自殺警訊...等通用性的課程為主，未來將積極與特定的團體、機構合作，共同製作個別化的自殺防治課程，讓各種領域的人員能夠更有效地投入自殺防治課程。

# 珍愛生命守門人之教育訓練與推廣

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題與重要性

在貫穿指標性、選擇性、全面性三個全國層面的自殺防治策略中，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自殺防治相關訓練課程後，懂得如何辨認自殺徵兆並對自殺高風險者進行關懷，並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」，給予周遭的親友關懷與協助，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基礎的自殺干預技巧、給予關懷並懂得尋求適當資源以協助有自殺意念者。

本中心自 98 年起，持續提供給「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程，該課程結合「全國自殺防治中心」參訪活動，頗獲學員好評，促進學員了解國內自殺防治現況，並認識「自殺防治守門人」之相關概念。兩年後 PGY 將「憂鬱症與自殺防治」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。

透過課程的參與，使臨床醫師了解臺灣自殺防治現況、並教導守門人精神落實在臨床與生活上，促進臨床醫師成為自殺防治守門人，從人文關懷的角度出發，落實全人照顧理念，完成「人人都是自殺防治守門人」之宏願。

### 2. 業務的目的與目標

- 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」的理念。
- 3) 為使更多專業人員及一般民眾，能夠隨時隨地方便地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，將講座課程錄製成影音並上傳至網站，以增進民眾學習的便利性。

## 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，以電話或 E-mail 等方式主動洽詢本中心，請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) 視講座對象、內容、講師以及主辦單位之意願，中心派員前往現場錄影。
- (4) 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等，並請其針對課程上網填寫回饋表，再進行後續之統計分析。
- (5) 寄送感謝函予參與現場服務的義工朋友，並請其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) 由專責人員錄製課程、剪輯並製作成數位影音教材，完成後上傳至珍愛生命數位學習網，以鼓勵專業人員及民眾在吸收珍愛生命守門人的知識之餘，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進行，不受時空限制。故於本中心網站、自殺防治網通訊及本中心辦理各種活動中，皆積極推廣數位珍愛生命守門人課程。
- (3) 將上傳完之課程影片網址提供給講座主辦單位參考。

## 3) 第一線專業人員守門人訓練

- (1) 規劃課程大綱及內容。
- (2) 聯繫合作、協辦單位及申請課程繼續教育積分，積分職類包含：醫師、護理人員、諮商心理師、臨床心理師、社工師、職能治療師、公務人員。
- (3) 於全國主要地區以視訊轉播，同步進行單向討論方式，辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練課程。

## 4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程

- (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) 邀請講師，與講師確認上課時間。提供該次課程學員人數、學員背景以及標準版上課教材供講師參考。
- (4) 參訪前先寄送自殺防治守門人課程課前閱讀資訊供預覽。
- (5) 於課程結束後發放課程評值問卷及課後測驗問卷。並於課程結束之後統整問卷結果並分析。詳細課程評值問卷內容，如圖 5-3-1。詳細課程測驗問卷內容，如圖 5-3-2。
- (6) 依各醫院提供之學員考評表對學員進行課程評估，並將結果寄送回醫院。
- (7) 中心於 103 年 7 月完成「心情溫度計 App」程式設計初版，iOS 版本於 103 年 8 月 28 日正式上架以供民眾下載，於 104 年 3 月 Android 版心情溫度計 App 正式上架。並於 105 年 3 月開始，於講師授課簡報內容中，加入心情溫度計 App 使用之教學，強調心情溫度計 App 之實用性，鼓勵

學員善用並推廣，並製作桌上文宣，提供中心 WiFi 給學員進行 App 下載。106 年持續進行心情溫度計之推廣，並將心情溫度計 App 相關訊息納入課前閱讀資料，請學員於上課前先行進行下載並使用，於課堂上再由講師帶領討論，並蒐集學員的使用經驗，以便在未來繼續精進此 App。詳細文宣內容，如圖 5-3-3。

## 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 謹致

●請問您的性別：☐1. 男 ☐2. 女

一、整體而言，您對於課程內容規劃是否符合預期目標

☐1. 非常符合 ☐2. 符合 ☐3. 尚可 ☐4. 不太符合 ☐5. 非常不符合

二、整體而言，您對於授課方式的安排感到…

☐1. 非常好 ☐2. 良好 ☐3. 可接受 ☐4. 不太好 ☐5. 非常不好

三、您覺得講師的授課技巧及解說…

☐1. 非常清楚 ☐2. 很清楚 ☐3. 尚可 ☐4. 不清楚 ☐5. 非常不清楚

四、您對於此次課程感到獲益良多…

☐1. 非常同意 ☐2. 同意 ☐3. 尚可 ☐4. 不同意 ☐5. 非常不同意

五、此次參訪課程，您的整體滿意程度為

☐1. 非常滿意 ☐2. 滿意 ☐3. 普通 ☐4. 不滿意 ☐5. 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

☐1. 沒有困難 ☐2. 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？

☐1. 沒有困難 ☐2. 有困難，原因：\_\_\_\_\_

八、未來在臨床上，您會運用心情溫度計嗎？

☐1. 會 ☐2. 偶會 ☐3. 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？

☐1. 會 ☐2. 偶會 ☐3. 不會，原因：\_\_\_\_\_

十、綜合課程建議：

參訪心得與感想(100 字)

圖 5-3-1、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程評值問卷

# 畢業後一般醫學訓練

## 社區醫學「自殺防治」課程課後測驗

### ●第一部份：個人基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_
2. 性別：☐1.男 ☐2.女

### ●第二部份：課後測驗

請閱讀以下是非題題目，正確說明請在欄位打○，錯誤說明請在空欄X。

題目	答案
1. 年紀 65 歲以上的自殺死亡率在所有年齡層中最高。	
2. 一般而言，雖然女性自殺企圖率比男性高，但男性的自殺死亡率比女性高。	
3. 根據 105 年全國自殺死亡方法統計數據顯示，使用「上吊、勒死及窒息」之自殺方法占率最高。	
4. 家庭、親密關係問題和精神相關疾病都不是導致自殺企圖的原因之一。	
5. 導正媒體報導和檢測網路自殺相關資訊是屬於自殺防治全面性策略。	
6. 長期憂鬱的病人突然恢復，代表自殺風險性降低，無需主動探詢自殺意念。	
7. 自殺防治指標性策略主要是針對自殺企圖者提供即時的關心與介入服務。	
8. 守門人 123 步驟中第一步為主動關心、詢問情況。	
9. 自殺防治的工作僅需要精神專業人員、社福團體和政府官員投入。	
10. 不管是精神科或非精神科臨床醫師，都是重要的珍愛生命守門人。	

圖 5-3-2、畢業後一般醫學訓練社區醫學「自殺防治」課程課後測驗



圖 5-3-3、心情溫度計 App 桌上文宣

## 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、法務部矯正署、元培醫事科技大學、國立政治大學、國立竹東高級中學、輔仁大學、臺北市士林區平等國小、新北市政府社會局身心障礙福利科。
- 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。
- 3) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程合作單位：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。

## 三、過程(Process)

1. 講座安排與講師推薦如下表 5-3-1。

表 5-3-1、已完成講座安排與講師推薦之場次

日期	主辦單位	主題	對象	人數
111/5/6	雙和醫院	自殺防治	家庭醫學科醫師	20
111/6/1	陸軍三支部補給油料庫	自傷防止與初級處遇	軍職人員	50
111/6/15	台中特教學校	學生自殺防治守門人概念與實務	教職員	40
111/6/15	台中特教學校	學生自殺防治守門人概念與實務	學生	38

111/11/2	僑光科技大學 諮商輔導中心	自殺防治守門人培 訓	教職員	75
111/11/16	國立北科附工	自我傷害辨識與防 治處遇知能研習	教職員	30
111/12/2	政治大學身心 健康中心	「接住憂鬱，走出 無助」自殺防治守 門人培訓講座	教職員與學生	70
111/12/7	僑光科技大學 諮商輔導中心	自殺防治守門人培 訓	教職員	75

2. 第一線專業人員守門人訓練，定於5月28日線上舉辦。

1) 5月28日於線上舉辦「第一線專業人員之自殺防治守門人課程」，並於課後整理成果，處理學員申請繼續教育積分之相關作業。

2) 由資訊組同仁將當日課程錄影後製完成，放置本中心之數位學習網，設為數位學習課程之一，供當日未能參加之人員觀看。

3) 課後填寫講座滿意度調查回饋，問卷內容包含對於課程整體滿意度、場地、講師授課內容、時間規劃，並做整理分析，為往後講座改進之指標。

3. 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、陳俊鶯常務理事、詹佳達秘書長及張家銘醫師擔任講師，如表5-3-2。

表5-3-2、「畢業後一般醫學訓練(PGY)」自殺防治課程場次

場次	日期	合作醫院	學員	辦理方式
1	111/1/5	臺北市立聯合醫院(中興院區)	11	實體
2	111/1/12	臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)	23	實體
3	111/2/9	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)	24	實體
4	111/3/2	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及新北聯合醫院	21	實體
5	111/3/9	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及新北聯合醫院	17	實體
6	111/4/6	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及博仁醫院	15	線上視訊
7	111/4/20	臺北市立聯合醫院(中興、陽明院區)及新北聯合醫院	17	線上視訊
8	111/4/27	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及新北聯合醫院	20	線上視訊
9	111/5/4	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及中心綜合醫院	15	線上視訊

10	111/5/11	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及新北聯合醫院	20	線上視訊
11	111/6/8	臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)及新北聯合醫院	30	線上視訊
12	111/7/6	臺北市立聯合醫院忠孝院區	18	線上視訊
13	111/8/10	臺北市立聯合醫院(忠孝、和平院區)	20	線上視訊
14	111/8/17	臺北市立聯合醫院和平院區、博仁醫院及中心綜合醫院	18	線上視訊
15	111/9/7	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及新北聯合醫院	20	線上視訊
16	111/9/14	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)及台安醫院	27	線上視訊
17	111/10/5	臺北市立聯合醫院(中興、和平院區)及恩主公醫院	30	線上視訊
18	111/10/12	臺北市立聯合醫院(忠孝、陽明院區)及宏恩醫院	30	線上視訊

#### 四、成果(Product)

##### 1. 執行結果

###### 1) 講座安排

- (1) 截至 12 月 15 日止中心共協助辦理珍愛生命守門人相關課程 8 場、參與訓練的學員共 398 人，單位為醫院、司法單位及學校。對象包含各級教職及軍職人員。詳細資料請參考表 5-3-3。

表 5-3-3、已完成守門人訓練場次及人數

單位	醫院	學校	軍職
場次	1	6	1
人數	20	328	50

- (2) 每場講座前均會寄送「心情溫度計」電子檔案請主辦單位影印給學員們，並在課程結束後請學員掃描 QR code「珍愛生命守門人」講座問卷表，後續進行統計分析並回傳統計資料給各演講單位。心情溫度計詳如圖 5-3-4。



「心情溫度計」自我評量練習版：  
幫助他人之餘更要了解自己的情緒！

心 情 溫 度 計(BSR S-5)

說明：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。

	完沒 全有	輕 微	中程 等度	屬 害	非屬 常害
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

得分說明：

★1 至 5 題之總分：

- 得分 0-5 分：身心適應狀況良好。
- 得分 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 得分 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 得分 > 15 分：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

★第 6 題「有無自殺意念」單項評分

- 本題為附加題，若前五題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

歡迎免費下載使用 心情溫度計 APP



自殺防治需要你我的加入

台灣自殺防治學會  
暨全國自殺防治中心謹誌

圖 5-3-4、心情溫度計 BSR S-5 問卷



## 2) 珍愛守門人之教育訓練與推廣

- (1) 根據主辦單位回饋，多數表示講師推薦人選皆符合課程需求，講師風格多樣，大多數都以幽默、風趣、活潑和輕鬆等講授方式，並以淺顯易懂以實際例子，搭配圖片、照片或流程圖讓學員更加容易理解。講師更會邀請臺下學員一同討論、分享，增加與學員在講座的互動，而非單一方向的授課，課程中與學員互動頻繁，學員回饋表示受益良多，對自殺防治相關議題有更進一步的了解，並了解到了「人人皆為自殺防治守門人」之理念。期盼參與講座的學員都能在日常生活中落實守門人精神，為自殺防治編織出一片綿密的安全網絡，守護每一個寶貴的性命。

## 3) 第一線專業人員守門人訓練

5月28日於線上辦理「第一線專業人員自殺防治守門人課程」，由台灣自殺防治學、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會共同辦理。針對第一線專業人員提供自殺防治守門人訓練課程。

本次研討會課程主題包含：「自殺防治新進展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺的警訊、溝通、處遇與預防」及「資源連結與轉介追蹤」探討自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險群之關懷與處遇、如何增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作、以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論，詳細議程請見下表 5-3-4。

當日於全國同步視訊轉播。當日含視訊會議總人數為 7221 人，社會工作者占 501 人，長照人員占 1029 人，西醫師占 214 人，精神科醫師占 109 人，護理人員占 3490 人，臨床心理師占 238 人、諮商心理師占 318 人，藥師占 1009 人，職能治療師占 776 人。

表 5-3-4、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練議程表

時間	議程表
13:00~13:30	報到 致歡迎詞：邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會) 貴賓致詞：衛生福利部李麗芬政務次長 社團法人台灣自殺防治學會李明濱理事長
13:30~13:40	中華民國社會工作師公會全國聯合會溫世合理事長 主持人： 臺北市(現場)：李明濱教授 邱泰源理事長(中華民國醫師公會全國聯合會)
13:40~14:30	第一場：自殺防治新進展

主講人：詹佳達秘書長(社團法人台灣自殺防治學會)

第二場：自殺的警訊、溝通、處遇與預防

14:30~15:20 主講人：吳佳儀理事(社團法人台灣自殺防治學會)

15:20~16:10 第四場：資源連結與轉介追蹤

主講人：蕭雪雯理事(馬偕紀念醫院自殺防治中心)

16:10~16:30 綜合討論(主持人及所有主講人)

- 
- (1) 本課程主題訂為自殺防治：分群分眾的運用，係針對第一線醫療及社會工作相關專業人員之實務應用而設計，目的在於學習辨識高風險族群、關懷與溝通且利用轉介資源，並協助有自殺意念之患者及其親屬，預防憾事發生。
  - (2) 本次課程中，講師以自殺防治理論、最新數據及相關研究為基礎，輔以臨床個案及自身經歷講述，提醒第一線專業人員自殺往往是多重因素造成之悲劇結果，勿簡化原因，且由最新數據了解自殺防治現況，並協助學員了解高風險群之評估與辨識、關懷和溝通的技巧。另外，講師提供自殺防治資源連結與轉介相關知識，使第一線人員了解實務上可協助個案之管道。整體課程緊扣自殺防治守門人之訓練目標，提倡「一問、二應、三轉介」之重要性，讓人人都成為「珍愛生命守門人」。
  - (3) 本次課程滿意度回饋中，許多第一線人員都表示更加了解自殺防治法及新冠肺炎下的心理衝擊該如何應對，並建議課程內容能夠多一些實際相關案例，以更好了解、發現潛在具自殺危險者，亦有關於場地指引以及一些硬體設備的改善意見，課程整體滿意度高達 80% 以上，也希望未來有更多關於自殺防治相關講座可以參與。
  - 4) 「畢業後一般醫學訓練」之自殺防治課程
    - (1) 今年度截至 10 月 15 日共辦理 18 場次，376 人參與。詳細如表 5-3-5。

表 5-3-5、PGY 合作單位及人數

合作單位	臺北市立聯合醫院	新北市立聯合醫院	宏恩醫院	永和耕莘醫院	恩主公醫院	博仁綜合醫院	臺安醫院	中心綜合醫院
人數	283	25	8	16	9	12	8	15

(2) 透過參訪訓練課程，學員表示受益良多，反應熱烈，滿意以上為 96%，詳如表 5-3-6。

表 5-3-6、課程滿意度評值表 n(%)

題目	選項 <sup>註 1</sup>				
	1	2	3	4	5
1.課程內容規劃符合預期目標	0 (0)	0 (0)	40 (4.25)	110 (34)	175 (61.7)
2.授課方式的安排	0 (0)	0 (0)	16 (5.1)	110 (38.2)	150 (55.3)
3.講師的授課技巧及解說,您覺得	0 (0)	0 (0)	12 (4.25)	80 (31.9)	160 (63.8)
4.此次課程獲益良多	0 (0)	0 (0)	11 (4.7)	109 (36.1)	182 (58.8)
5.整體課程滿意	0 (0)	0 (0)	13 (5.5)	111 (39.1)	157 (55.3)

每題選項為 1.非常不符合、2.不太符合、3.尚可、4.符合、5.非常符合

每次課程結束前均會進行課後測驗，整體課後測驗平均答對率為 99.5%，顯示有九成以上的學員能夠確實的吸收到與自殺防治相關的知識，詳如表 5-3-7。

表 5-3-7、課程課後測驗 n(%)

題目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
作答	358 (100)	358 (100)	358 (100)	358 (100)	358 (100)	358 (100)	355 (95.6)	358 (100)	358 (100)	358 (100)
正確										
作答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
錯誤										

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 97%，願意運用守門人的技巧協助需要的病人達 100%。

## 五、附件

附件 5-3-1、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練：分群分眾的運用

附件 5-3-2、第一線專業人員之自殺防治守門人訓練：長照及社會工作者  
參與名單

# 全國自殺防治中心網站及臉書粉絲團之維護與推廣

## 一、背景(Context)

現代社會中，網際網路已成為人們生活中不可或缺的一部分。現代人透過網路瀏覽資訊，並透過各種社群網站瀏覽各種訊息。

有鑒於此，台灣自殺防治學會自民國 95 年起建構全國自殺防治中心網站，網站以宣導自殺防治為主軸，持續更新國家自殺防治策略，並將正確的自殺防治知識及觀念傳達給民眾，期望能提升社會大眾對自殺防治議題的接受度，引起更多民眾體會到自殺防治的重要性。

近年 Facebook 成為台灣民眾使用率最高的社群網站，使用者涵蓋各年齡層，是人們分享生活、維繫社交及獲取新資訊的主要管道之一。台灣自殺防治學會於民國 99 年底在 Facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平臺將自殺防治不分地區、不分你我，網網相連的概念和心理衛生相關正向資訊有效傳遞給更多民眾。

## 二、輸入(Input)

### 1. 全國自殺防治中心網站維護與推廣：

1) 使用數位學習網的 TMS+ 系統的「網站中心」功能，將全國自殺防治中心網站內容併入珍愛生命數位學習網網站系統中。

#### 2) 網站資訊更新：

(1) 定期更新自殺防治相關知識，如自殺防治網通訊及自殺防治系列手冊。

(2) 更新自殺相關統計數據、自殺防治策略。

(3) 發表最新研究文章及宣導心理健康相關資訊。

(4) 持續利用中心網站頁面及中心辦理之活動，推廣心情溫度計 APP 下載。

#### 3) 運用雲端免費平臺加強網站功能

(1) 將 YouTube「自殺防治 e 學院」頻道之自有影片內嵌至中心網站的文章中，以期能提升民眾閱讀的興趣，並增進中心 YouTube 頻道之能見度。

(2) 使用 Google 表單製作活動報名功能，藉以統計各項活動的報名狀況。

(3) 使用 Google Analytics 統計網站造訪人次及點閱數，評估推廣成效。

(4) 使用 Google Site 設計學會舉辦之大型活動網頁。

4) 使用中華電信雲端主機提供之相關服務，建置相關資訊安全措施。

5)持續與臺灣數位學習股份有限公司合作，維護數位學習網站系統。

## 2. 「珍愛生命打氣網」粉絲專頁推廣：

每日於粉絲專頁動態發布貼文一篇，且訂定每三個月一季之季主題，與承季主題之每月子主題，一週發佈兩篇子主題相關貼文，貼文內容來源以中心同仁自創貼文為主，或分享中心自殺防治與心理衛生促進相關書籍文宣，若參考其他電子新聞、雜誌平台之內容，會輔以內容摘要及說明，類別分屬衛教宣導、資訊分享、正向故事及中心活動項目。每週業務會議亦針對上週粉絲人數與受歡迎貼文類型進行討論，適時調整粉專經營策略，同時推廣中心電子書、PGY 課程、文宣品、YouTube 頻道、活動等。相關內容見表 5-4-1 及表 5-4-2。

表 5-4-1、111 年一月至十二月主題規劃列表

月份	主題
一月	創傷經驗與自殺防治-霸凌與自殺防治
二月	創傷經驗與自殺防治-暴力與自殺防治
三月	創傷經驗與自殺防治-兒時逆境經驗
四月	生活心觀點-健康，從心開始
五月	生活心觀點-心理健康的多元面向
六月	生活心觀點-影視劇與心理健康
七月	與困境共生-打造疫後健康心，疫情下的互助與共生
八月	與困境共生-災難心理衛生
九月	與困境共生-災後的心理重建與復原
十月	特定族群自殺防治-新住民與外籍族群自殺防治
十一月	特定族群自殺防治-學生族群自殺防治
十二月	特定族群自殺防治-保護服務個案與自殺防治

表 5-4-2、貼文類型說明

貼文類型	說明
衛教宣導	推廣心理衛生之相關資訊與資源。 (例如守門人技巧、精神疾病去污名化及自殺防治議題等)
時事新知	提供時事議題、科學新知等國內外資訊，拓展粉絲視野。
溫馨小品	提供溫馨、感性與有趣的圖片、文章或影片。
正向故事	提供勵志的圖片、文章或影片。

中心活動	即時發佈中心相關活動與資訊，如貴賓參訪、新聞媒體聯繫會議、記者會、世界自殺防治日相關活動等。
當月主題	每月主題討論與延伸議題。

### 三、過程(Process)

#### 1. 全國自殺防治中心網站維護及推廣

##### 1) 自殺防治中心網站內容簡介：

- (1) 中心簡介：介紹全國自殺防治中心計畫、目標、業務職掌等相關訊息。
- (2) 自殺防治策略：包含國家三大自殺防治策略(全面性、選擇性、指標性)策略、常見自殺工具防治策略以及特殊族群自殺防治策略。
- (3) 自殺防治守門人專區：提供「自殺防治守門人」相關知識、資訊供民眾閱讀，並提供講師推薦管道以便政府機關及公司行號辦理自殺防治守門人課程。
- (4) 身心健康自我評量專區：運用問卷調查性格傾向、壓力因應、霸凌經驗及身心狀況，問卷結果供本中心心理健康促進方案規劃。
- (5) 媒體與網路專區：提供媒體自殺新聞報導指引、教唆自殺網站監測、及健康使用與身心健康相關資訊。
- (6) 自殺防治相關人力專區：提供關懷訪視員、自殺防治相關人力工作流程、課程、行政業務等資訊介紹。
- (7) 心情溫度計專區：簡介心情溫度計量表、App、量表授權使用資訊，並利用中心網站頁面推廣心情溫度計 APP 下載。
- (8) 微電影專區：中心與台灣大學「心理健康促進與自殺防治」通識課程合作，透過學生期末拍攝之微電影，傳達珍愛生命守門人概念。
- (9) 微電影專區：提供全國自殺防治中心製作的自殺防治宣導短片及外部合作單位提供之微電影，供民眾閱讀。
- (10) 心理衛生教育專區：提供全國自殺防治中心出版的自殺防治系列手冊、自殺防治網通訊(111 年起改為自殺防治學雜誌)、自殺防治宣導短片與微電影、自殺行為因素、以及認識憂鬱及精神疾病相關訊息。
- (11) 研究與調查：提供自殺數據統計、歷年中心發表文獻等相關資料。
- (12) 求助資源：提供求助電話及各縣市心理衛生中心網站超連結。
- (13) 防疫專區：為因應新冠肺炎對民眾造成的心理健康影響，學會使用 Wix 線上網站服務建置「防疫專區」，提供防疫期間必要的防疫資訊與心理健康相關訊息。

#### 2. 全國自殺防治中心網站與數位學習網資訊安全與網站維護措施

- 1) 111 年 3 月與臺灣數位學習股份有限公司簽定系統維護合約，由廠商協助維護網站系統、更新網站功能、並針對網站可能的漏洞進行錯誤修正。
- 2) 每週使用伺服器快照備份服務備份網站資料。
- 3) 雲端主機設置防火牆，避免駭客入侵系統。
- 4) 使用中華電信 SSL 安全性憑證設置 https 安全性連線。

### 3. 111 年 Facebook 粉絲專頁貼文

每月主題貼文詳細規劃見表 5-4-3，每月之主題貼文亦於下個月第一週於中心網站彙整上架，置於全國自殺防治中心公告下方之「粉絲專頁主題貼文」，以利方便瀏覽。

表 5-4-3、111 年一月至十二月貼文規劃

月份	主題內容
一月	<b>創傷經驗與自殺防治-霸凌與自殺防治：</b> 承第一季大主題「創傷經驗與自殺防治」，本月以「霸凌與自殺防治」為子主題，將從各式型態之霸凌輔以實例一一介紹，如校園霸凌、網路霸凌、言語霸凌、職場霸凌等議題，並提供求助方法與管道。
二月	<b>創傷經驗與自殺防治-暴力與自殺防治：</b> 承第一季大主題「創傷經驗與自殺防治」，二月以「暴力與自殺防治」為子主題，介紹各型態暴力與相關數據，如家庭暴力、親密暴力與施暴者自殺等議題，並提供求助資源。
三月	<b>創傷經驗與自殺防治-兒時逆境經驗：</b> 承第一季大主題「創傷經驗與自殺防治」，三月以「兒時逆境經驗」為子主題，兒時逆境經驗會有可能導致一個人的產生焦慮、憂鬱、創傷後壓力症候群等不良影響，國內的研究甚至指出自殺企圖暴露於越多不同類型兒時逆境經驗 (Chen, Chen, Liu, Kuo, & Huang, 2018) 有越高自殺企圖風險，因此介紹各式逆境議題，如與物質濫用大人同住、父母離異或死亡、情感忽視、性虐待、家庭成員有精神疾病及自殺、家暴目睹兒等。
四月	<b>生活心觀點-健康，從心開始：</b> 承第二季大主題「生活心觀點」，本月以「健康，從心開始」為子主題。4 月主題將從自我心理健康的關照出發，從情緒表達、壓力處理至正念，提供民眾更認識自己並注重心理健康議題的各種方法，欲從更前端的心理健康促進進行自殺防治工作。
五月	<b>生活心觀點-心理健康的多元面向：</b> 承第二季大主題「生活心觀點」，本月以「心理健康的多元面向」為子主題，並承接四月主題從心理健康的自我內在關照出發，本月將重點放於心理健康的各種外在文化因



表 5-4-3、111 年一月至十二月貼文規劃

月份	主題內容
	素，如不同年齡、族群、性別下之心理健康促進。
六月	<b>生活心觀點-影視劇與心理健康：</b> 承第二季大主題「生活心觀點」，本月以「影視劇與心理健康」為子主題，承接五月主題以心理健康的多元面向出發，本月將重點放於介紹影視劇從業人員自殺防治手冊、心理健康及自殺防治相關書籍及影視劇，如以精神疾病為主題之影劇、優質紓壓影劇或書籍等。
七月	<b>與困境共生-打造疫後健康心，疫情下的互助與共生：</b> 承第三季大主題「與困境共生」，本月以「打造疫後健康心：疫情下的互助與共生」為子主題，將從疫情現況簡述開始，重點放於疫情下的心理因應與調適，如：情緒反應、家庭關係、與疫情共存，並涵蓋染疫者心理健康促進。
八月	<b>與困境共生-災難心理衛生：</b> 承第三季大主題「與困境共生」，本月以「災難心理衛生」為子主題。當突然的災難發生時，如 921 大地震、八八風災、馬雅文化所說的大災難等，人們會如何面對。期許透過本月貼文讓粉絲有相關了解，能於社區網絡協助轉介需要的人，使其更多人受惠。
九月	<b>與困境共生-災後的心理重建與復原：</b> 承第三季大主題「與困境共生」，本月以「災後的心理重建與復原」為子主題。承接七、八月主題，從疫情談到災難，這些重大苦難讓我們的生活動盪不安，民眾可能會有長期的困擾遺留，如悲傷失落或情緒痛苦等，本月將以心理重建與復原為重點，分享如何與苦難共處，迎向新生活。
十月	<b>特定族群自殺防治-新住民與外籍族群自殺防治：</b> 承第四季大主題「特定族群自殺防治」，本月以「新住民與外籍族群自殺防治」為子主題，將從新住民與外籍族群介紹出發，談至新住民常見壓力源、新二代成長壓力與可能面臨的困境，最後介紹相關可運用的資源，提供新住民與外籍族群了解自身心理健康與尋求協助之管道。
十一月	<b>特定族群自殺防治-學生族群自殺防治：</b> 承第四季大主題「特定族群自殺防治」，本月擬以「學生族群自殺防治」為子主題，以學生族群常見的問題與可能面臨的困境出發，最後介紹校內及校外可連結的資源，提供學生族群了解自身心理健康與尋求協助之管道。

表 5-4-3、111 年一月至十二月貼文規劃

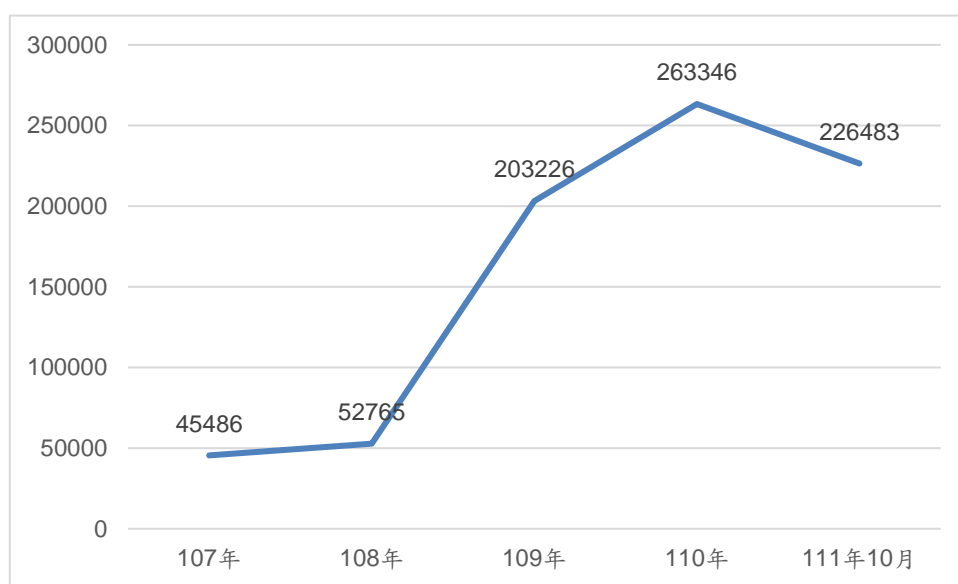
月份	主題內容
十二月	特定族群自殺防治-保護服務個案與自殺防治：承第四季大主題「特定族群自殺防治」，本月擬以「保護服務個案與自殺防治」為子主題，並分別介紹國內主要保護服務個案的自殺防治、危險因子與保護因子，最後介紹疫情對保護服務個案的影響。

#### 四、 成果(Product)

##### 1. 中心網站執行成果及結論

###### 1) 中心網站執行成果：

- (1) 根據 Google Analytic 統計結果，今年全國自殺防治中心網站，1 月至 10 月網頁總瀏覽數為 226,483 次(僅計算中心網站網頁部分，未計算使用 Google site、wix 製作之網頁)，去年同期網頁瀏覽數為 219,387 次，相較於去年增加 7,396。107 年至 111 年網頁瀏覽數可參考圖 5-4-1，網頁瀏覽數於 109 年大幅增加，推測主因為 109 年 3 月後中心網站與數位學習合併，因此有數位學習網使用者閱覽中心網站頁面有關。



5-4-1、107 至 111 年 10 月中心網站網頁瀏覽數

- (2) 心情溫度計 APP111 年 1-10 月下載數如圖 5-4-2，Android 下載數為 5025，iOS 下載數為 12020 次。
- (3) 刊物更新：自殺防治學 17-1 期、17-2 期、17-3 期、自殺防治系列 44-影視劇從業人員自殺防治手冊。
- (4) 網頁內容更新：新增臉書精選貼文(粉絲專頁主題貼文專區)、教育訓練

公告、2022 年世界自殺防治日活動網頁(Google Site 製作)。

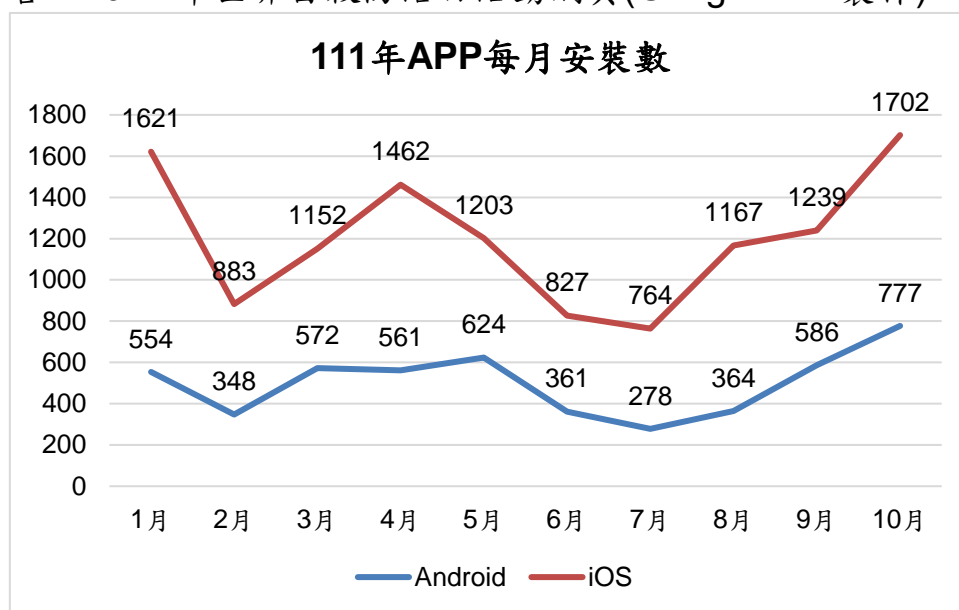


圖 5-4-2、111 年 APP 逐月下載數

## 2) 中心網站業務現況及改善行動：

- (1) 自殺防治中心網站推廣：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。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。
- (2) 數位學習網 TMS+系統提供的「網站中心」功能雖有響應式介面設計，但在置入圖片時仍無法自動使圖片調整為使用者裝置的大小，仍須與廠商持續合作，改善網站中心介面。

## 2. 珍愛生命打氣網執行成果及結論

### 1) 珍愛生命打氣網截至 111 年 10 月 31 日貼文統計如下：

- (1) 按讚粉絲人數共有 12,802 人，每月趨勢分析見表 5-4-4。

表 5-4-4、111 年一月至十月趨勢分析表

月 份	貼文 篇數	月總按 讚人數	月總分 享人數	月總貼文觸 及人數	平均每篇			粉絲團按讚 總人數
					讚數	公開分 享人數	粉絲頁上之 觸及人數	
1	29	417	55	19071	14.4	1.9	657.6	12,345
2	29	399	61	20204	13.8	2.1	696.7	12,357
3	32	439	71	20581	13.7	2.2	643.2	12,388
4	31	417	61	18199	13.5	2.0	587.1	12,456
5	31	393	46	23330	12.7	1.5	752.6	12465

表 5-4-4、111 年一月至十月趨勢分析表

6	32	379	50	17822	11.8	1.6	556.9	12502
7	34	468	56	20430	13.8	1.6	600.9	12534
8	39	754	117	44302	19.3	3	1135.9	12712
9	32	327	39	16055	10.2	1.2	501.7	12767
10	32	298	39	13532	9.3	1.2	422.9	12802

(2) 增加自創圖文比例，並適時針對時事議題發聲給予民眾關懷

a. 將文章中的知識重點製作成圖示，以圖文形式之貼文更符合使用者的習慣(參考圖 5-4-2)。



圖 5-4-2、符合圖文型式之臉書貼圖

b. 適時針對時事議題發聲給予民眾關懷：

延續去年方向持續針對青少年族群自殺防治與相關議題(如：校園霸凌、課業壓力、同儕間的人際關係)可用資源之宣傳。

(3) 線上關懷有自殺意念之網友：

除 Facebook 舉報關懷機制外，中心亦會不定期收到民眾來信求助或反應其親友、網友有自殺意念之動態，請求中心協助關懷。針對此類個案，中心會以珍愛生命打氣網之帳號提供關懷和可使用之心理衛生醫療資源。

## 2) Facebook 業務總結

從民國 99 年設立珍愛生命打氣網粉絲專頁以來，經過十多年的耕耘，珍愛生命打氣網已成為中心向民眾宣導自殺防治理念、心理健康資訊與宣傳活動訊息的重要管道。整體而言，專頁的粉絲人數每月呈穩定上升趨勢，今年度截至 10 月 31 日止，粉絲專頁按讚人數共有 12,802 位，與其他同性質粉絲專頁相比，珍愛生命打氣網位居第三。整體而言，專頁的粉絲瀏覽狀況呈穩定狀態，今年至 10 月 31 日前共發佈 321 則貼文、獲得 4,292 個讚、595 個公開轉載、總觸及人數為 213,544 人次，每則貼文平均約有 665.2 以上的觸及人數，每月總觸及人數最高則達 44,302 人次。

本年度中，「衛教宣傳」為最受民眾青睞的貼文類型，粉絲專頁以自殺

防治、心理學知識、情緒管理、正念放鬆、心理衛生、精神疾病等多方面角度，配合每月主題系列進行漸進式衛教宣傳，著重於初級預防的概念，以自殺的遠端因子做為防治重點，並搭配心理健康促進，獲得許多民眾的迴響與正向回饋，同時也獲得部分縣市心理衛生中心粉專分享貼文，達成網網相連之目標。自殺防治的專業知識搭配時事議題，吸引了關心相關議題的當事人與親友的討論，也反應從中獲得支持與力量。

未來中心將在既有的成果上，持續努力尋求更貼近民眾所需且簡單易懂的方式，促使民眾樂於主動接收相關宣導，獲取正確的自殺防治資訊，並持續致力於精神疾病去汙名化，同時建立人人都是珍愛生命守門人之觀念，進而達成全面性的策略預防。

# 追蹤巴拉刈禁用後自殺趨勢

## 一、背景

### 1. 相關問題與重要性

根據111年度全國自殺防治中心計畫需求說明書：第(五)項：教育訓練、活動規劃及召開聯繫發展會議之5「持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢【含有無使用其他替代性物質(如其他農藥、固體液體)自殺】，追蹤巴拉刈禁用之相關報導，並配合農委會推動情形，於適當時機，即時運用發新聞稿、臉書或媒體投書等相關通路，持續倡議禁用巴拉刈。必要時應依本部要求提出相關數據分析報告。」。

自殺與自殺預防是全球與台灣重要的公共衛生議題。全球每年約有 80 萬人自殺身亡，自殺防治策略中，限制自殺工具之可得性為眾多有效的防治策略之一，行政院農業委員會為推動巴拉刈退場政策，臺灣從 107 年 2 月開始禁止巴拉刈的加工及輸入（第一階段），於 109 年 2 月進一步全面禁止巴拉刈的銷售與使用（第二階段）。

為探討巴拉刈禁用之成效，全國自殺防治中心，已於 110 年 6 月 21 日發表 The early impact of paraquat ban on suicide in Taiwan 於 Clinical Toxicology 期刊，今年度將持續追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢。

### 2. 業務目的與目標

透過諮詢專家意見、自殺死亡、自殺通報數據，追蹤巴拉刈禁用後之自殺趨勢，了解自殺防治之成效，依統計分析結果擬定相關策略。

## 二、輸入

### 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、戶籍縣市、死因(ICD-10)。

(2) 自殺企圖通報資料檔

- a. 資料來源：衛生福利部自殺防治通報系統。
- b. 資料說明：自殺企圖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、通報縣市、訪視情形、訪視方式等。

### (3) 巴拉刈禁用之相關報導

- a. 資料來源：Google 快訊、各網路媒體網站。
- b. 資料說明：巴拉刈禁用相關報導。
- c. 資料內容：包含巴拉刈禁用、巴拉刈回收及巴拉刈案例之相關新聞。

## 2. 資源連結合作

- (1) 合作單位：衛生福利部心理健康司、衛生福利部統計處、內政部。
- (2) 資源連結內容及形式：學術期刊資料庫、專家諮詢，提供分析報表及數據。

## 三、過程

### 1. 資料蒐集

- 1) 年中人口：以社會經濟資料服務平台所提供之性別、各年齡及各縣市年底人口數，並將前一年年底人口數及當年年底人口數相加除以二，得到年中人口數。
- 2) 巴拉刈(含不明、意外)自殺死亡：以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48 之死因，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。
- 3) 農藥(含不明、意外)自殺死亡：以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48 之個案人數。
- 4) 巴拉刈禁用相關報導：信箱定期回傳 Google 快訊、以「巴拉刈」、「巴拉刈禁用」及「巴拉刈自殺」作為關鍵字查詢相關新聞報導。

### 2. 研究分析

- 1) 自殺通報分析
- 2) 自殺死亡分析
- 3) 巴拉刈禁用相關報導統計

## 四、成果

### 1. 自殺通報分析

農藥中毒在臺灣與全球是導致自殺身亡的主要方法之一，常用除草劑巴拉刈攝入人體會導致高致死率，在臺灣曾是造成死亡的主要農藥。臺灣政府政策推動之下，農委會於 107 年 2 月 1 日開始禁止農藥巴拉刈的加工製造、進

口和分裝，目的要讓農民有安全的工作環境，也避免延伸出的中毒和輕生事件，並於 109 年 2 月 1 日起禁止使用。

為了解政策推行後是否有轉移至其他替代性農藥或其他自殺方式，持續追蹤後續自殺死亡之趨勢，在自殺企圖通報系統中，巴拉刈自殺通報方式為 104 年起新增之選項，故通報數據以當年度開始分析。

分析結果顯示，在 109 年 2 月起禁用後，巴拉刈自殺通報人次由最高峰 106 年 328 人次至 110 年的 104 人次，共下降 224 人次(降幅 68.3%)，如圖 5-5-1，相較於禁用前呈現大幅下降趨勢，但進而探討農藥自殺通報人次，於 110 年度創下近幾年新高，而各年齡層農藥自殺通報人次，參照圖 5-5-2，雖於 109 年至 110 年度皆微幅上升，但仍以 65 歲以上自殺通報人次上升幅度最高。

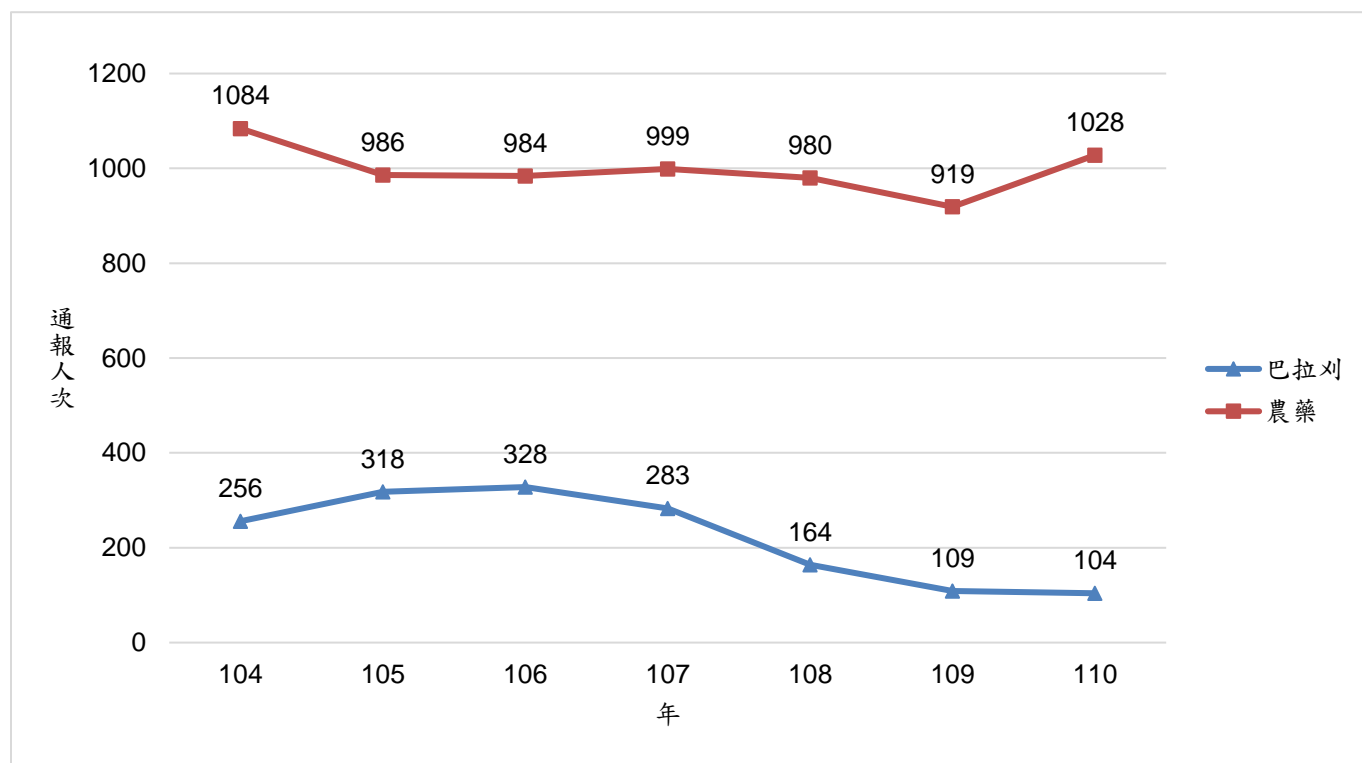


圖 5-5-1、104-110 年巴拉刈 vs.農藥自殺通報人次(複選)



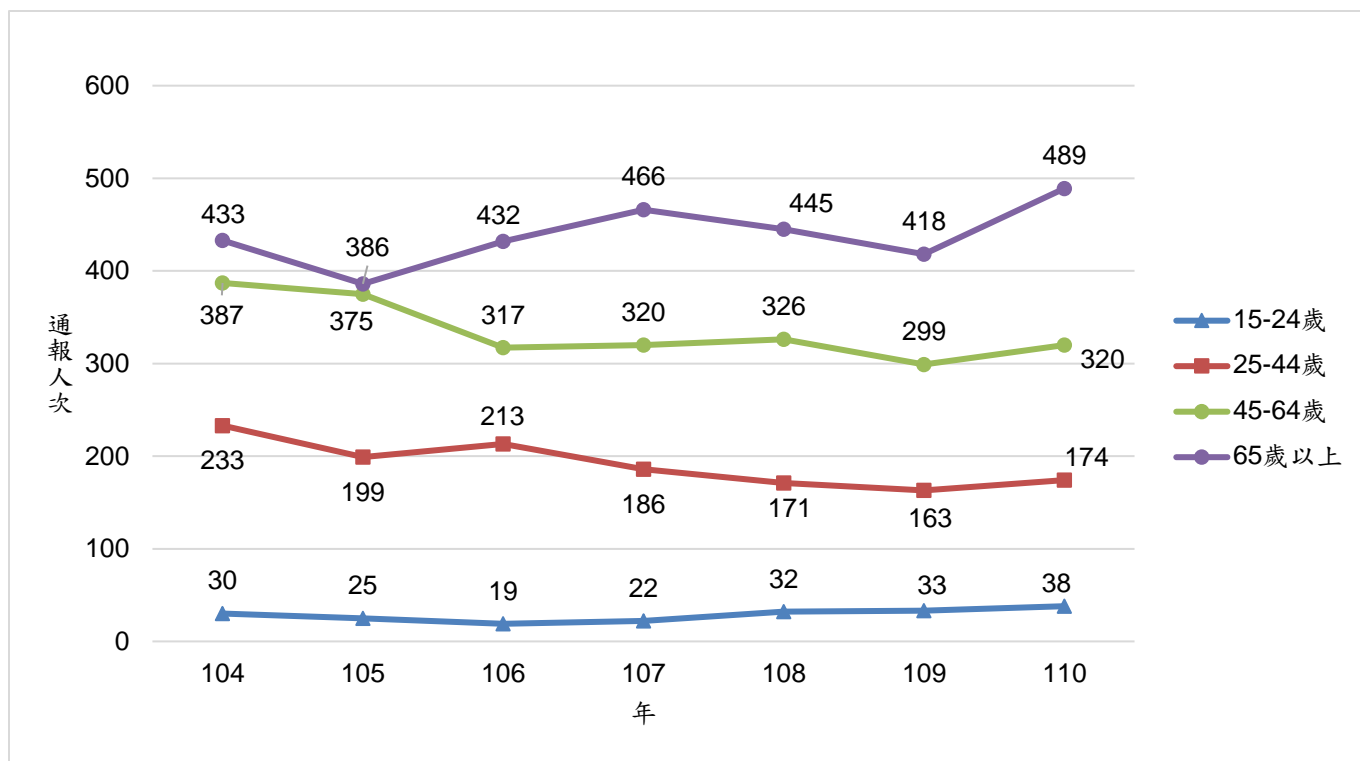


圖 5-5-2、104-110 年各年齡層農藥自殺通報人次(複選)

進而探討巴拉刈各年齡層之自殺通報人次，如圖 5-5-3 所示，其中年齡層 15-24 歲之人次皆為歷年最少，且浮動不明顯；值得注意的是年齡層 45-64 歲的通報人次，其於 109 年 28 人次上升至 110 年 43 人次，升幅 54%；25-44 歲及 65 歲以上之年齡層自 107 年禁止巴拉刈的加工及輸入之巴拉刈退場政策第一階段開始，有大幅下降趨勢。

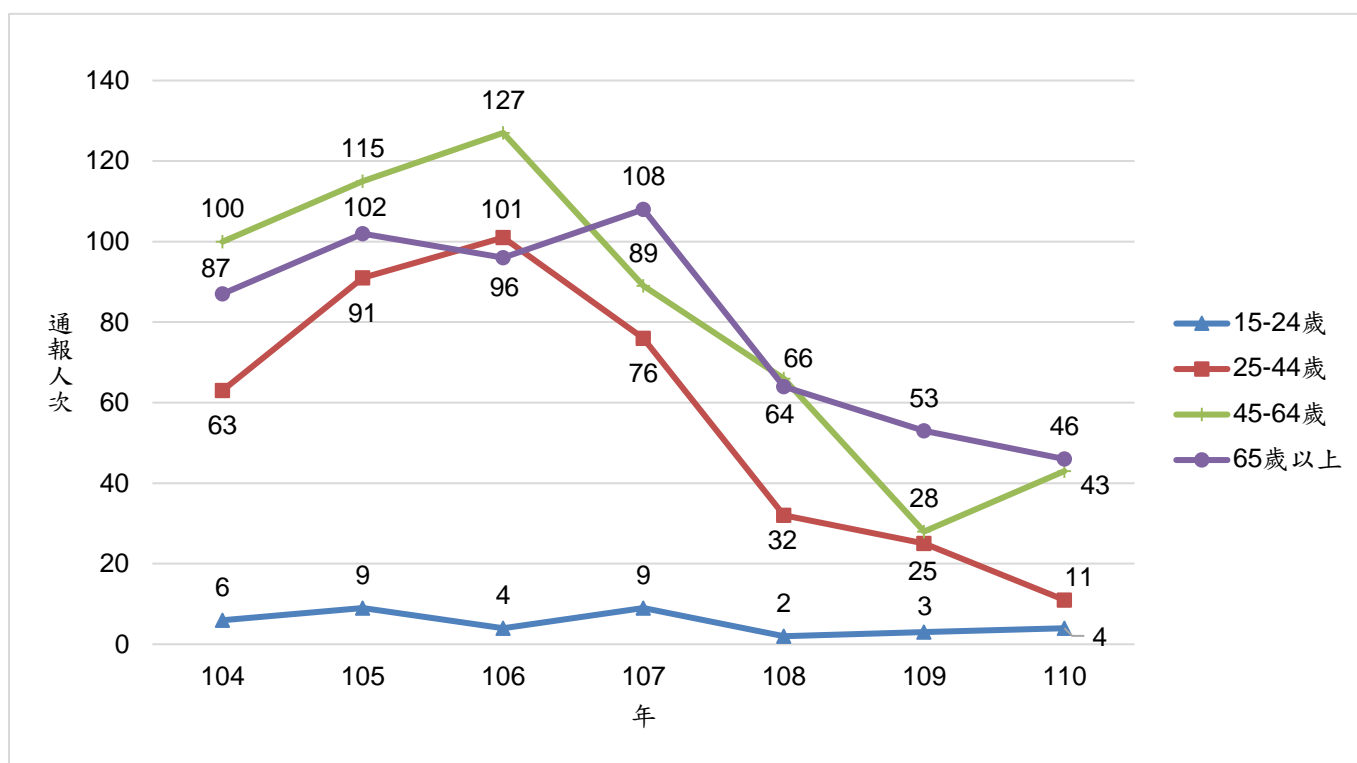


圖 5-5-3、104-110 年各年齡層巴拉刈自殺通報人次(複選)

藉由各自殺方式之粗分類分析來看，如圖 5-5-4 所示，以固體或液體物質自殺及自為中毒之通報人次皆為歷年最高，進一步探討自殺方式之細分類通報人次，由圖 5-5-5、圖 5-5-6 及圖 5-5-7 可以看出除「其他化學物品」與 106 年相比有略微下降趨勢之外，其餘自殺方式多呈現上升趨勢。

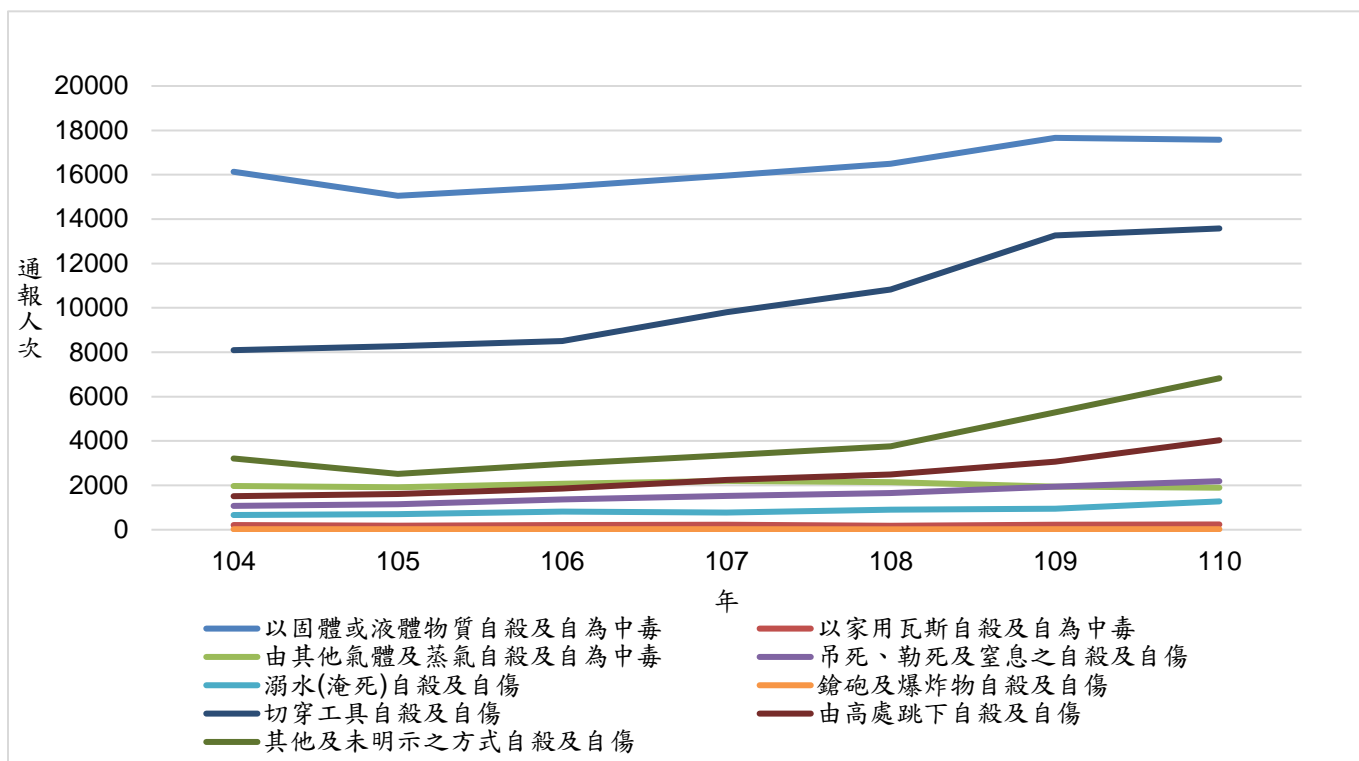


圖 5-5-4、104-110 年自殺方式之自殺通報人次-粗分類(複選)

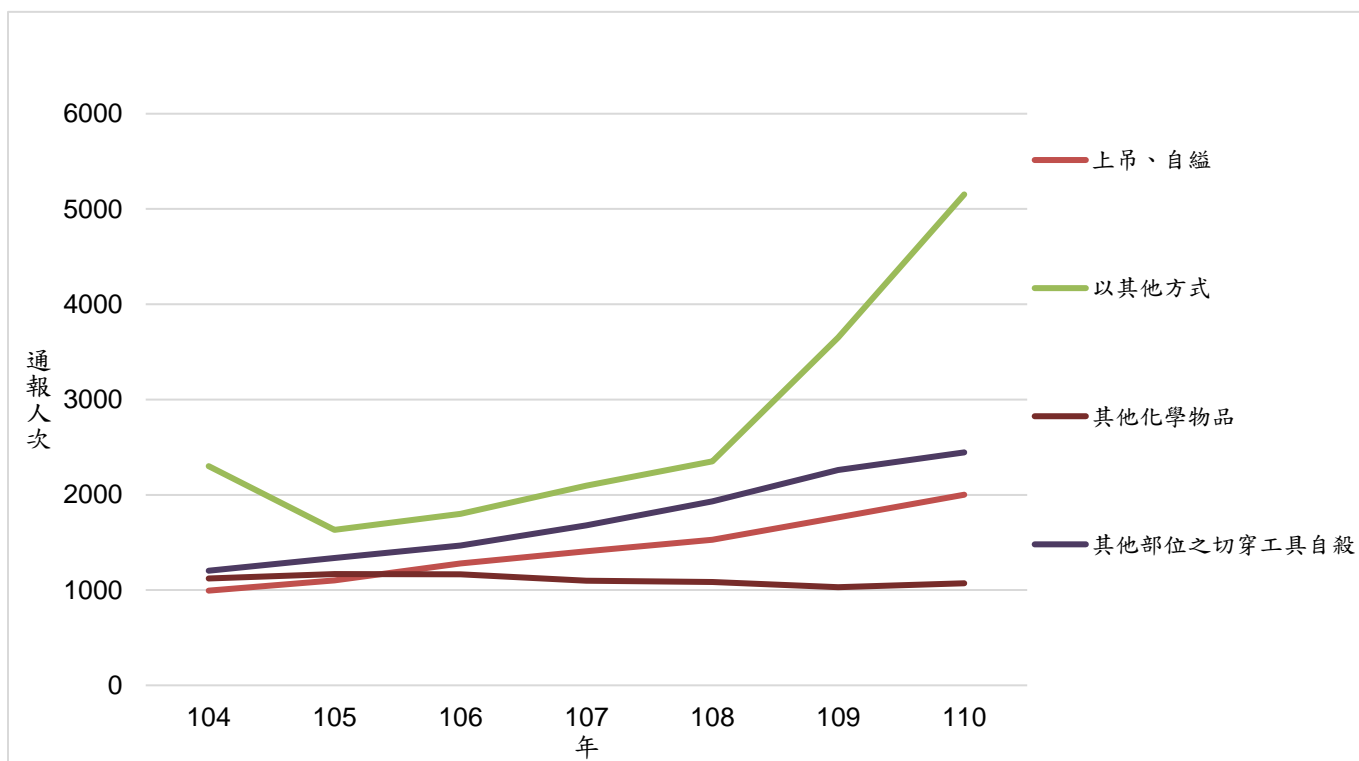


圖 5-5-5、104-110 年自殺方式之自殺通報人次-細分類(複選)

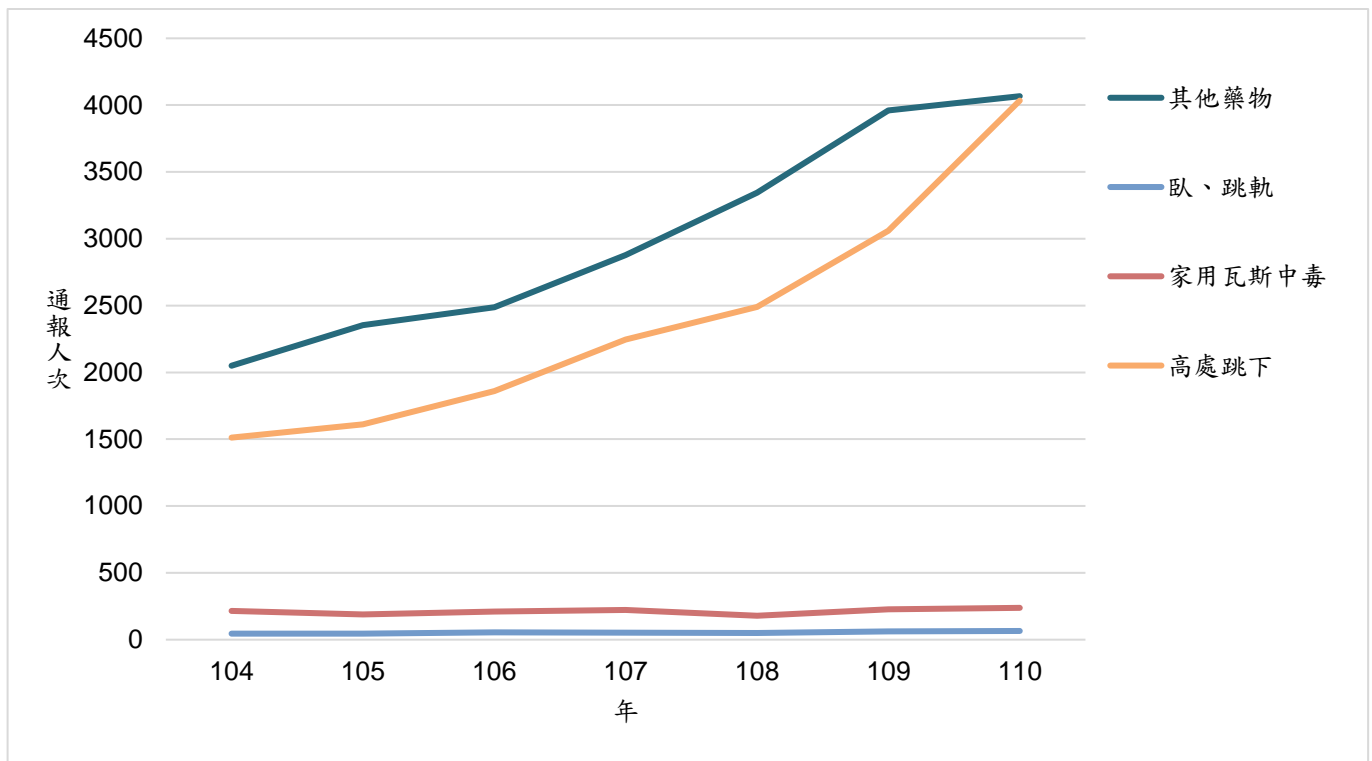


圖 5-5-6、104-110 年自殺方式之自殺通報人次-細分類(複選)(續)

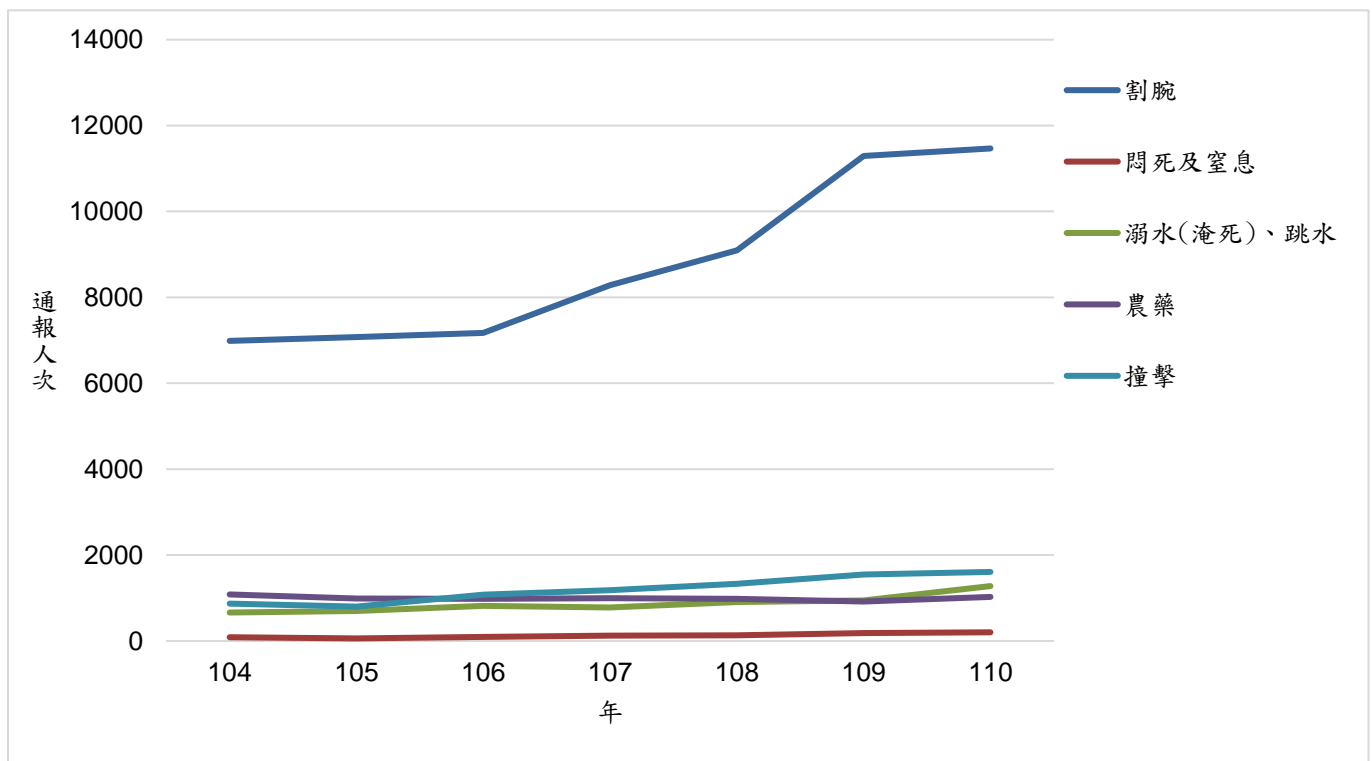


圖 5-5-7、104-110 年自殺方式之自殺通報人次-細分類(複選)(續)

細看年齡層 65 歲以上之自殺方式通報人次，發現以固體或液體物質自殺之通報人次明顯高於其他自殺方式，參照圖 5-5-8，進而分析其細分類自殺方式，檢視圖 5-5-9、圖 5-5-10 及圖 5-5-11，其中「農藥」和「燒炭」有較大的變化浮動之外，各自殺方式通報人次皆有逐年攀漲趨勢。

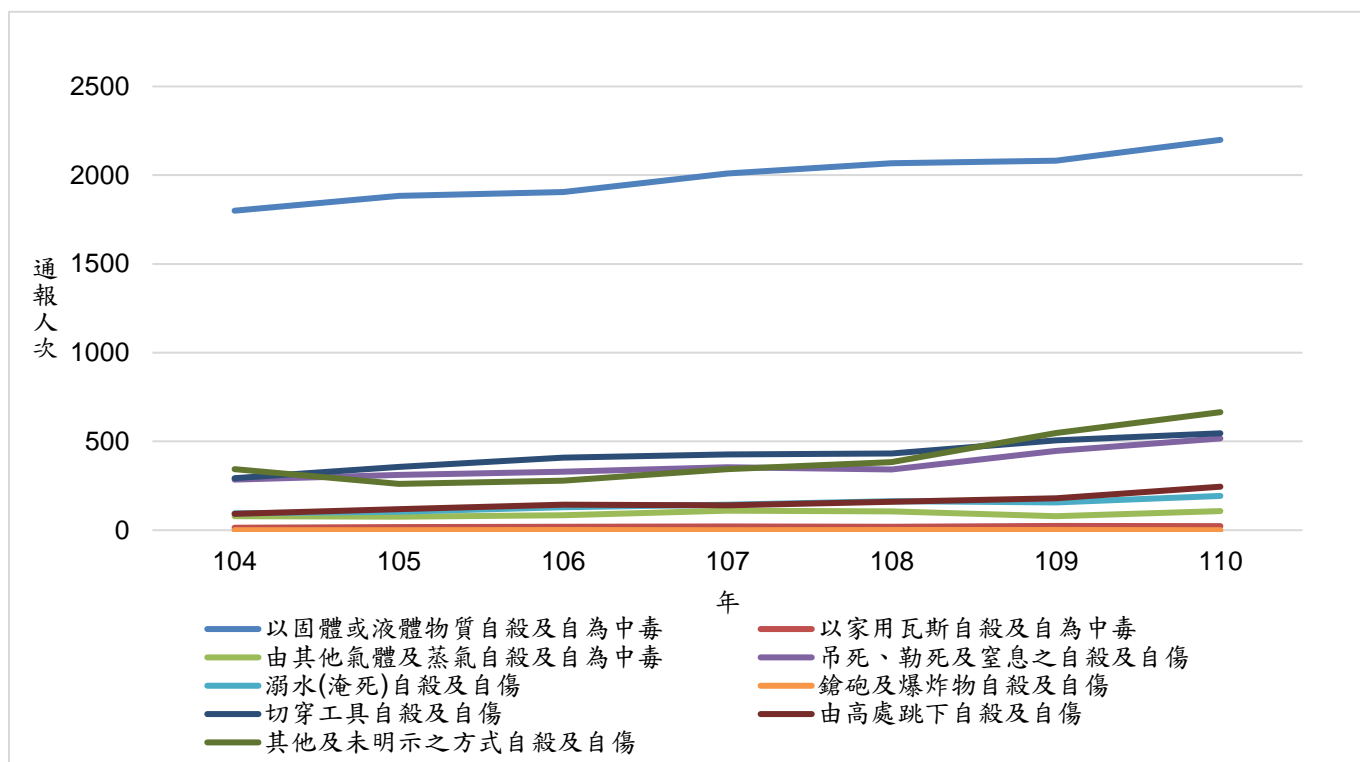


圖 5-5-8、104-110 年 65 歲以上自殺方式之自殺通報人次-粗分類(複選)

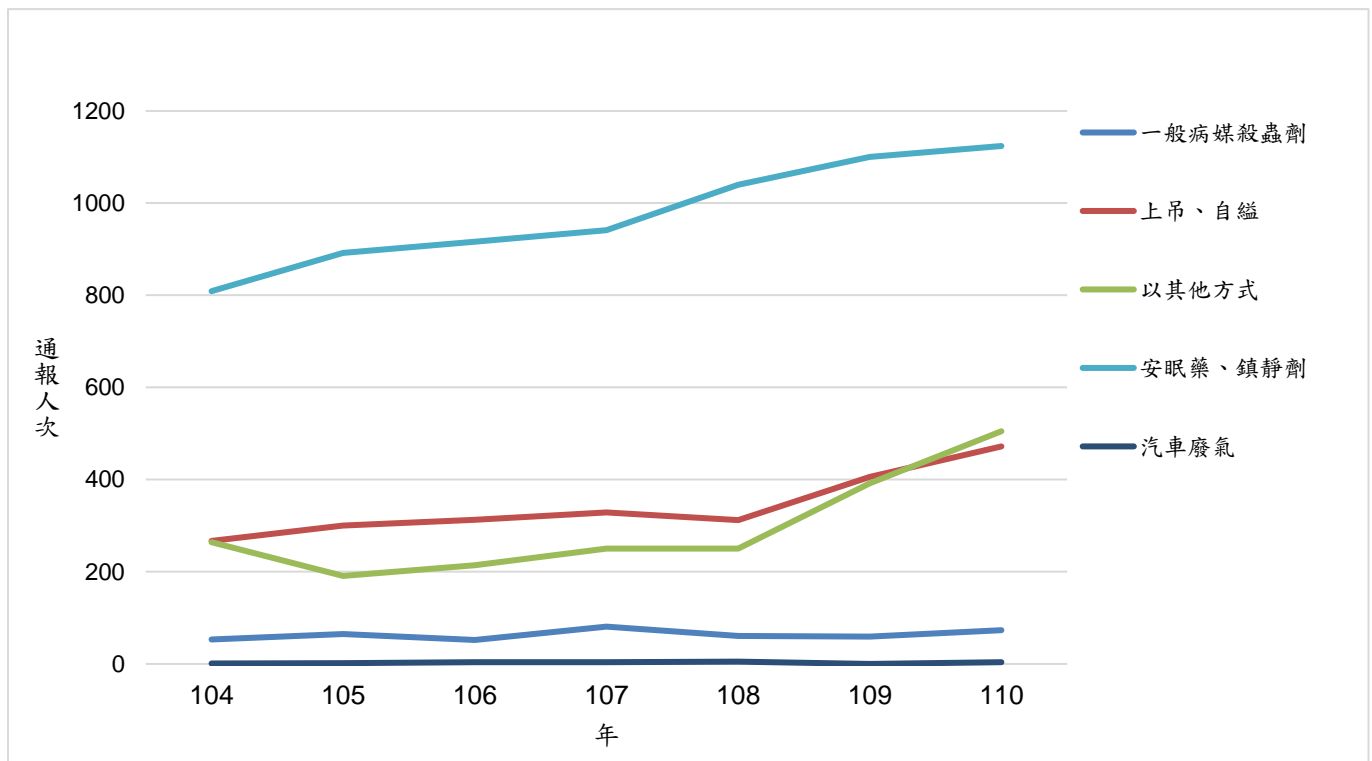


圖 5-5-9、104-110 年 65 歲以上自殺方式之自殺通報人次-細分類(複選)

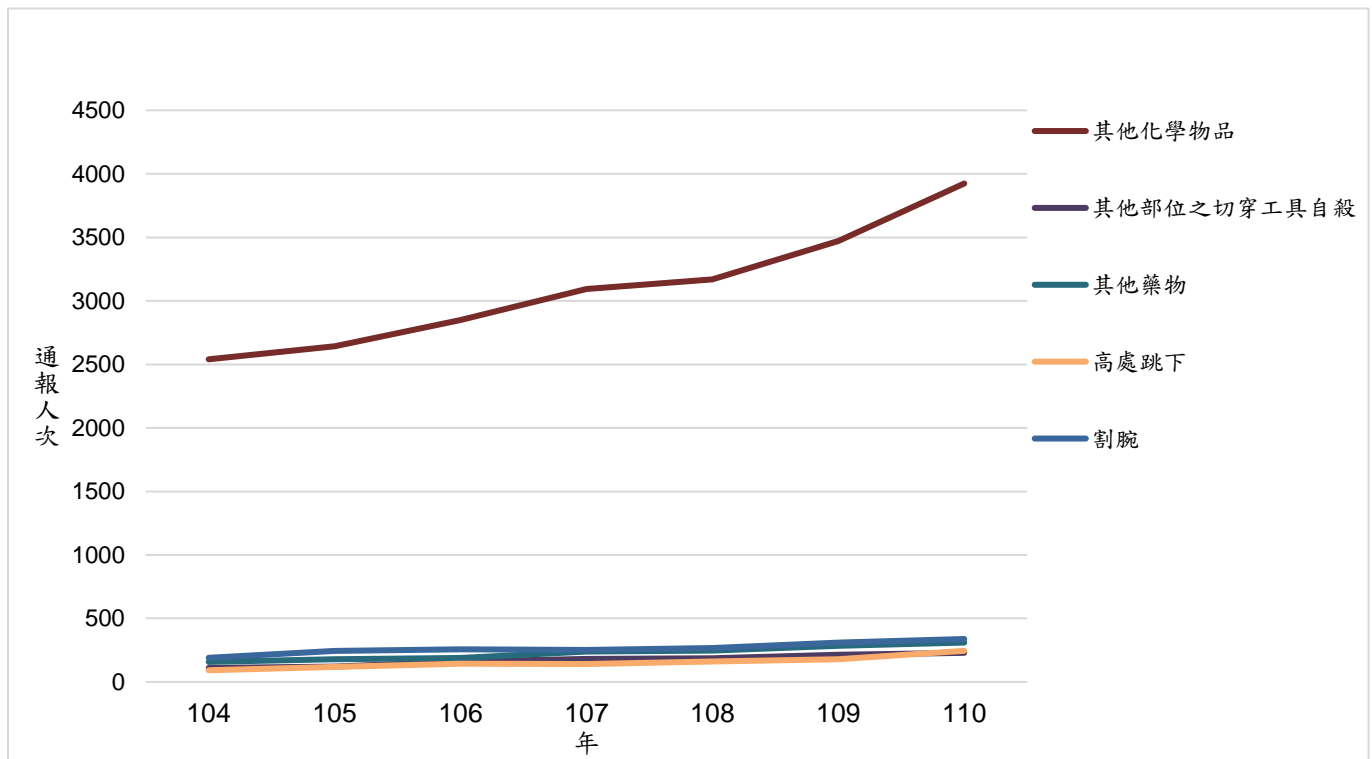


圖 5-5-10、104-110 年 65 歲以上自殺方式之自殺通報人次-細分類(複選)(續)

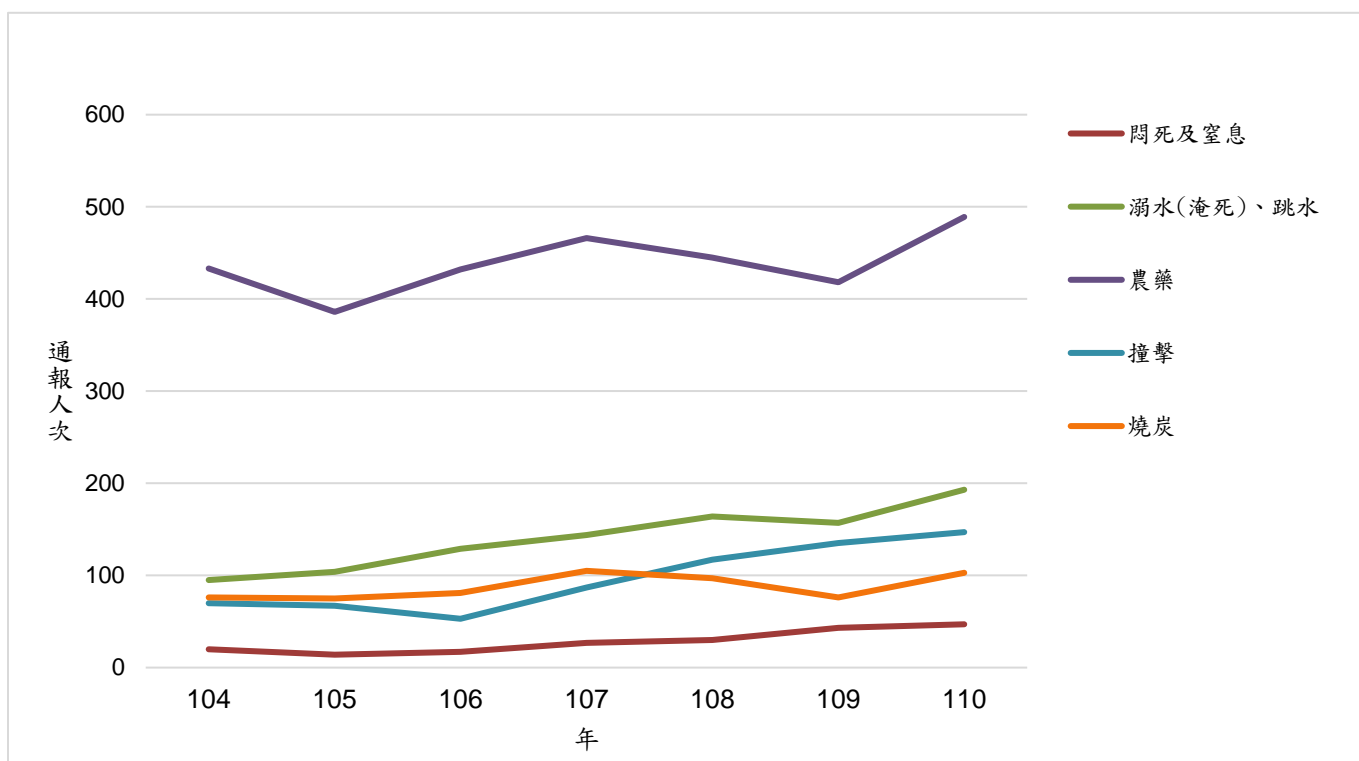


圖 5-5-11、104-110 年 65 歲以上自殺方式之自殺通報人次-細分類(複選)(續)

## 2. 自殺死亡分析

利用自殺死亡資料了解目前政策推行之成效，在巴拉刈禁用政策下，該自殺死亡方式人數明顯下降，整體而言，由最高峰 106 年 227 位降至 110 年的 57 位(下降 170 位，降幅 74.9%)，如圖 5-5-12。其中巴拉刈自殺死亡係以 ICD-10 編碼為 X68、Y18 及 X48，同時死因寫有「巴拉刈」三字之個案人數。

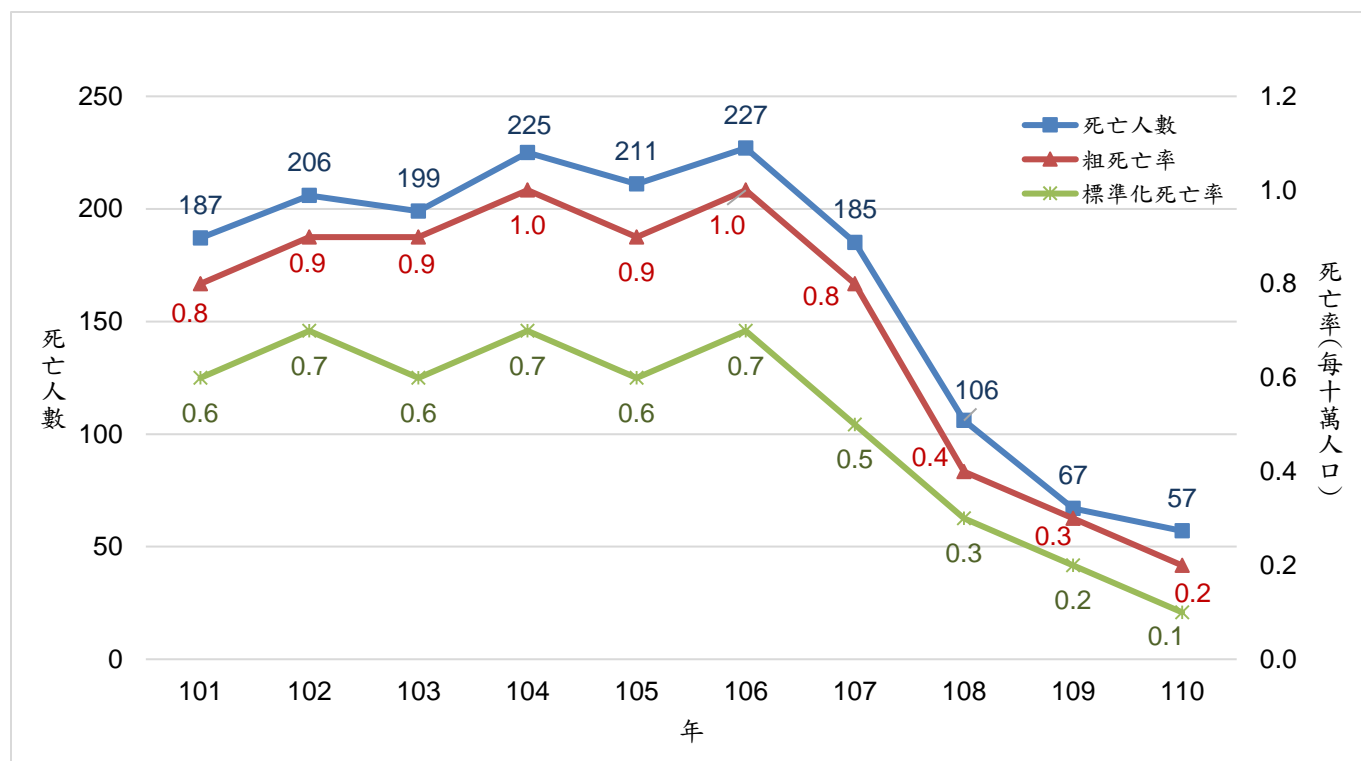


圖 5-5-12、101-110 年巴拉刈整體自殺死亡趨勢

以性別來看，106 年起巴拉刈標準化自殺死亡率呈現下降趨勢，而男性下降幅度遠高於女性，至 109 年男性與女性的標準化死亡率皆達到歷年來新低，如圖 5-5-13，顯見在政策的推行之下，面對複雜的自殺議題，沒有單一介入方式可以預防所有的自殺，但限制工具可以避免許多不幸的事件，化危險為轉機，提供第二次機會。(張書森,2019)



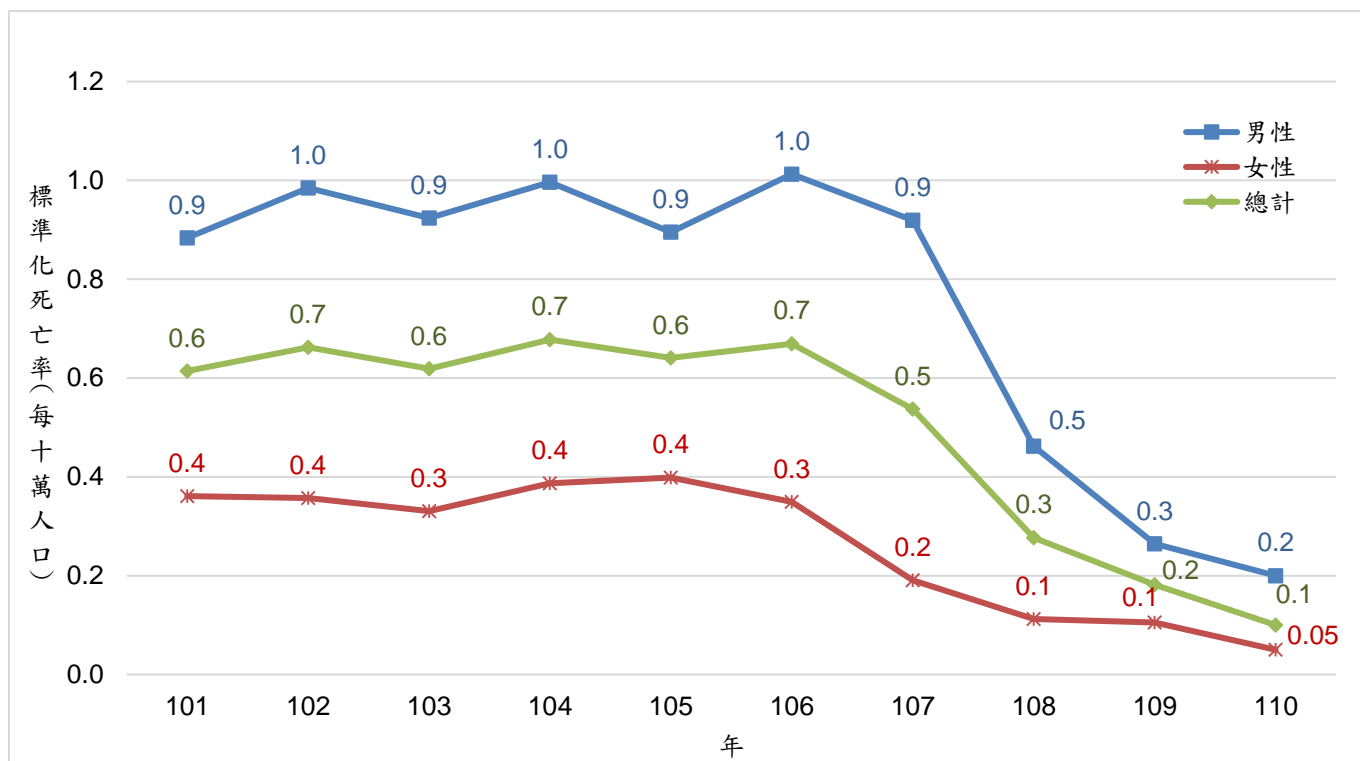


圖 5-5-13、101-110 年巴拉刈性別自殺死亡趨勢

以年齡層來看，各年齡層巴拉刈自殺粗死亡率呈現下降趨勢，如圖 5-5-14，除 45-64 歲之年齡層例外，由 109 年每十萬人口 0.2 上升至 110 年每十萬人口 0.3，值得注意與繼續觀察，而 65 歲以上老年族群，巴拉刈自殺粗死亡率歷年來皆為各年齡層最高，亦由歷年來最高的 104 年每十萬人口 3.2 下降至 110 年每十萬人口 0.9，降幅 71.9%。

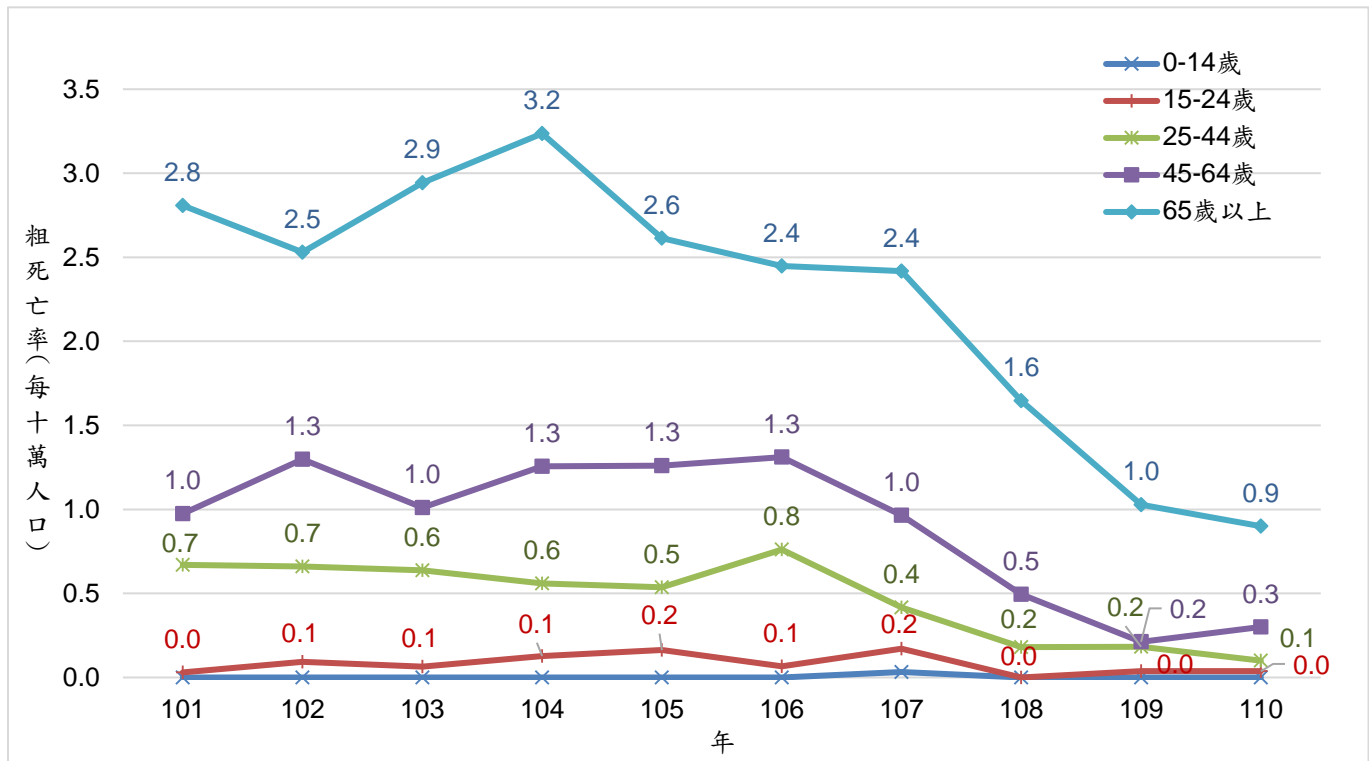


圖 5-5-14、101-110 年巴拉刈年齡別自殺死亡趨勢

進而探討巴拉刈自殺死亡率下降幅度最高之 65 歲以上年齡層，整體而言 65 歲以上自殺粗死亡率，由 108 年至 110 年呈現下降趨勢，但細看各死因自殺死亡率，在吊死、勒死及窒息之自殺及自傷之自殺死亡率則多為上升趨勢，參照圖 5-5-15。

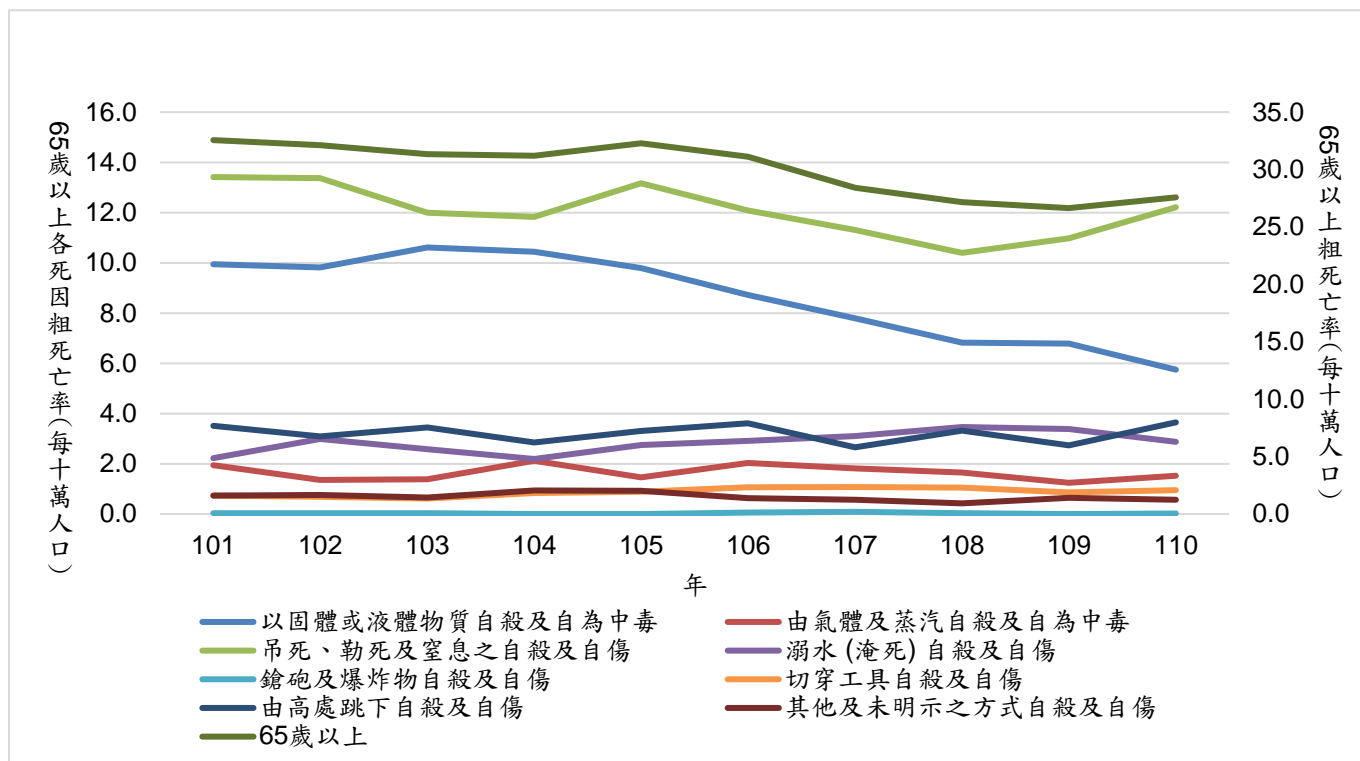


圖 5-5-15、101-110 年 65 歲以上各死因及整體自殺粗死亡率

將臺灣各縣市劃分為農業縣與非農業縣進行後續分析，根據行政院主計總處公布 104 年底臺灣各縣市農業人口數之普查結果，將各縣市農業人口數除以年中人口數所得之占比，其排名前 11 之縣市定義為農業縣，其中包含嘉義縣、雲林縣、南投縣、屏東縣、彰化縣、苗栗縣、臺東縣、宜蘭縣、臺南市、花蓮縣及新竹縣，非上述縣市則定義為非農業縣，如表 5-5-1 所示。

表5-5-1、各縣市農業人口占比排名

縣市	農業人口數	年中人口數	占比(%)	排名
新北市	55,240	3,970,644	1.39	19
臺北市	12,778	2,704,810	0.47	21
桃園市	80,190	2,105,780	3.81	15
臺中市	107,841	2,744,445	3.93	14
臺南市	162,833	1,885,541	8.64	9
高雄市	121,563	2,778,918	4.37	13
宜蘭縣	49,270	458,117	10.75	8
新竹縣	43,706	542,042	8.06	11
苗栗縣	66,697	563,912	11.83	6
彰化縣	168,739	1,289,072	13.09	5
南投縣	77,527	509,490	15.22	3
雲林縣	139,972	699,633	20.01	2
嘉義縣	105,963	519,839	20.38	1
屏東縣	122,023	841,253	14.5	4
臺東縣	26,191	222,452	11.77	7
花蓮縣	27,785	331,945	8.37	10
澎湖縣	5,859	102,304	5.73	12
基隆市	1,547	372,105	0.42	22
新竹市	10,252	434,060	2.36	18
嘉義市	9,764	270,366	3.61	16
金門縣	3,561	132,799	2.68	17
連江縣	87	12,547	0.69	20

註：農業人口數來自於行政院主計總處104年底之普查結果。

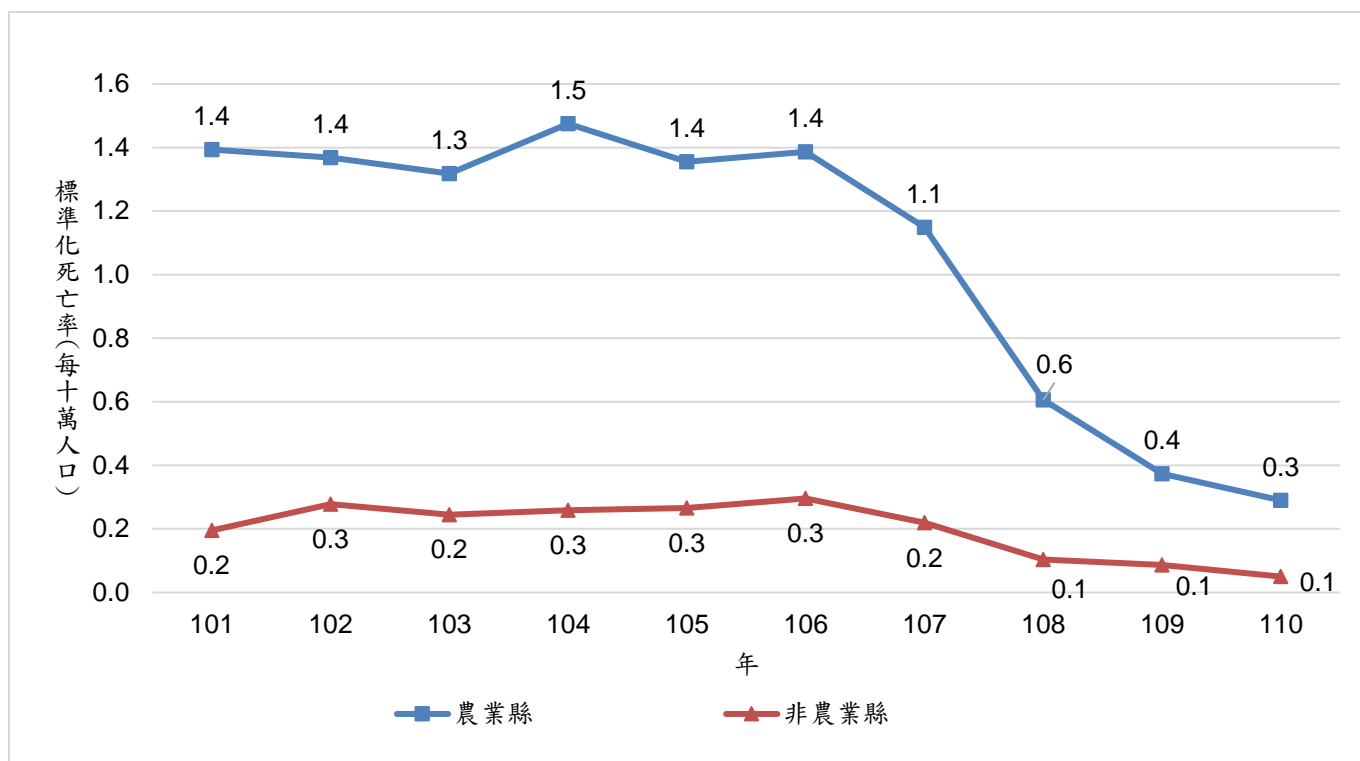


圖 5-5-16、101-110 年農業縣與非農業縣巴拉刈標準化死亡率

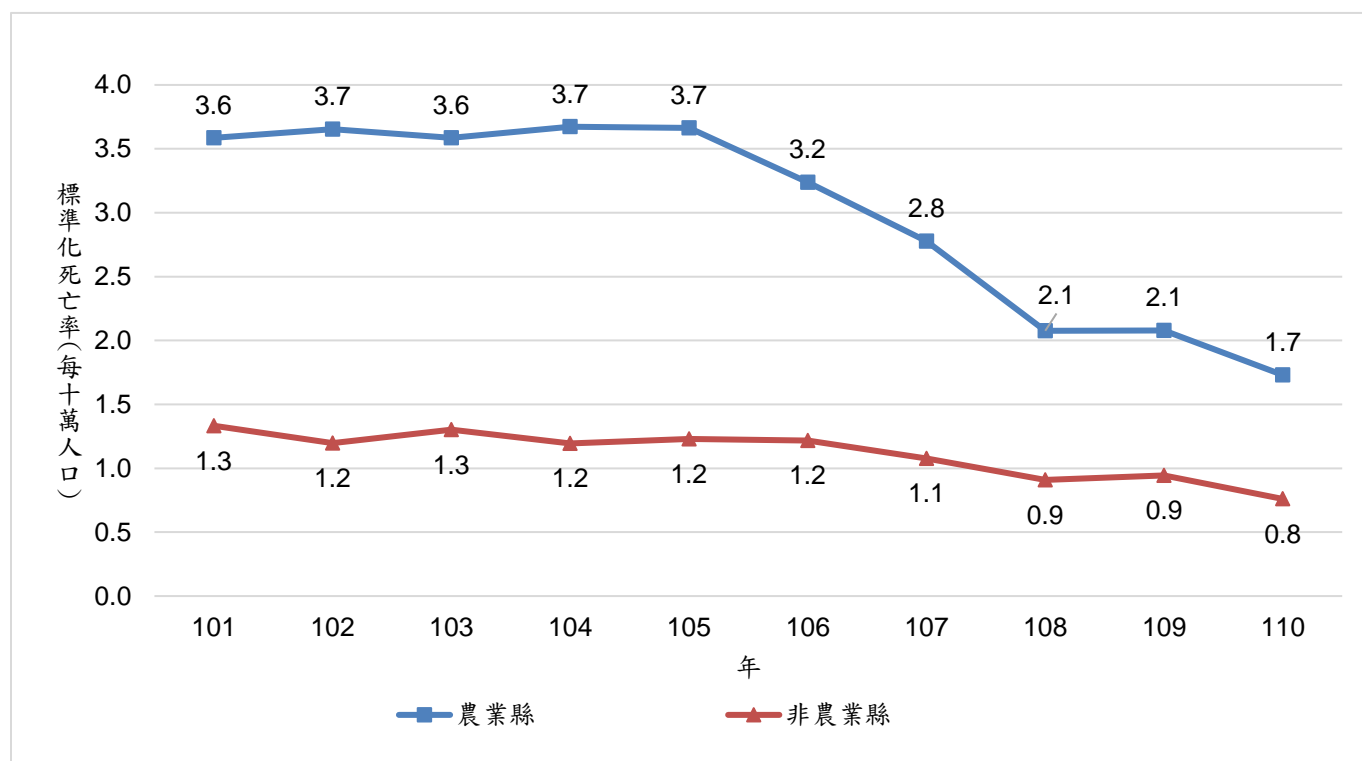


圖 5-5-17、101-110 年農業縣與非農業縣以固體或液體物質自殺及自為中毒標準化死亡率

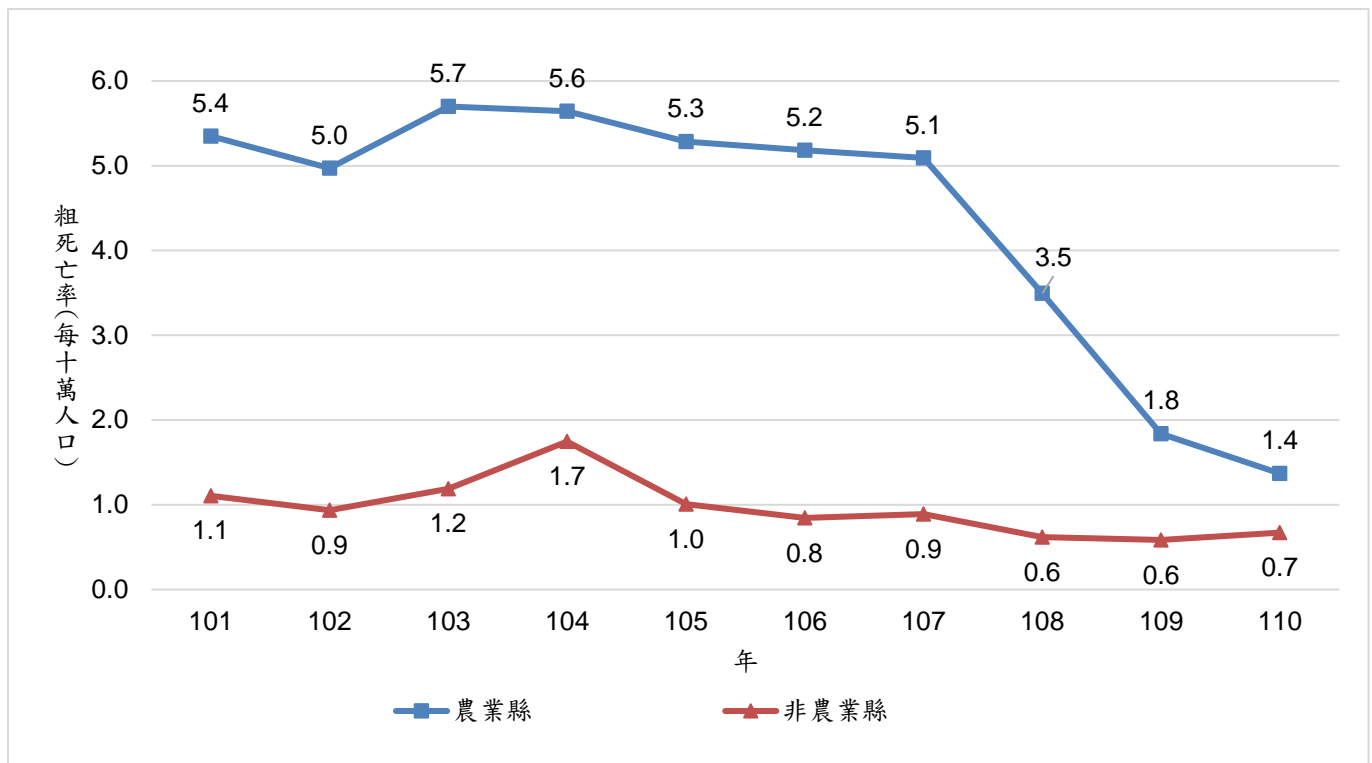


圖 5-5-18、101-110 年農業縣與非農業縣 65 歲以上巴拉刈自殺粗死亡率

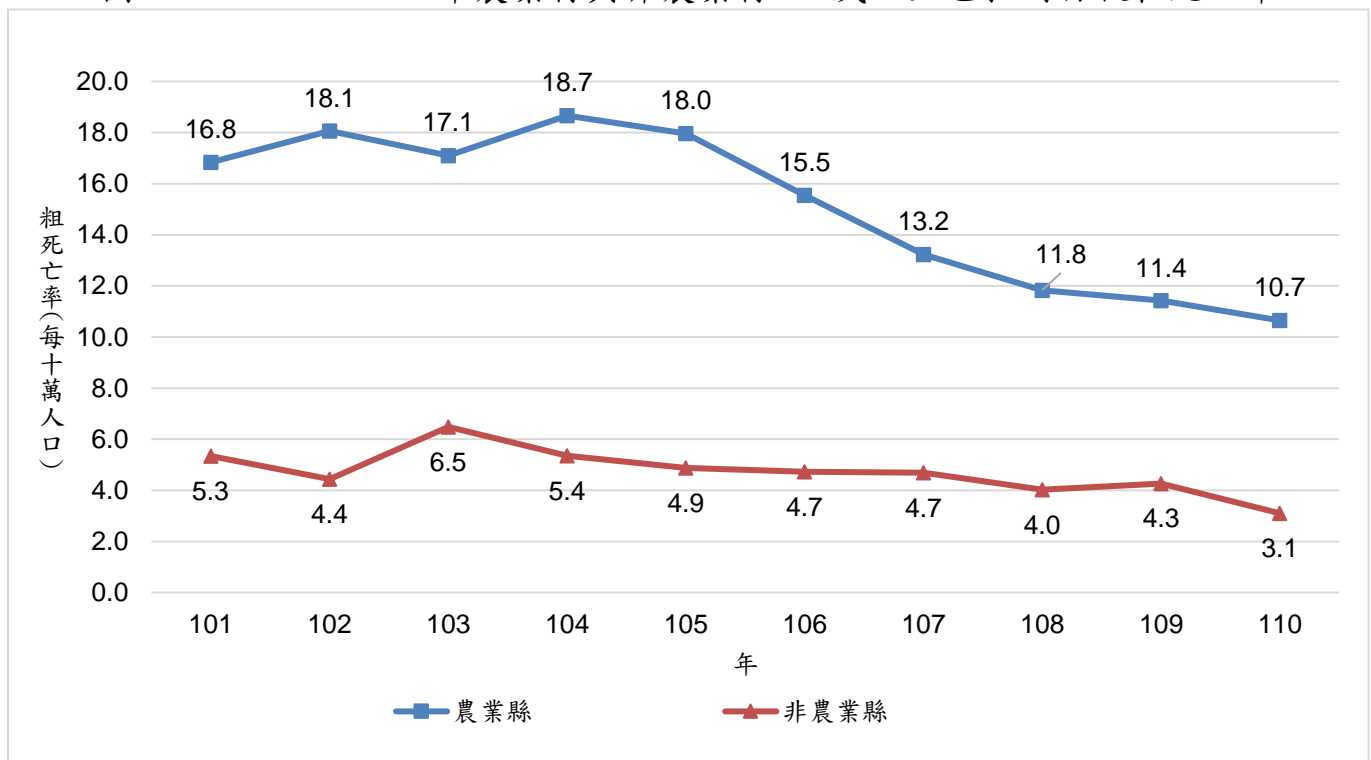


圖 5-5-19、101-110 年農業縣與非農業縣 65 歲以上以固體或液體物質自殺及自為中毒死亡率

進而探討巴拉刈自殺死亡率下降幅度最高之 65 歲以上年齡層，如圖 5-5-15 所示，細看各死因自殺死亡率，在吊死、勒死及窒息之自殺及自傷之自殺死亡率，於 108 年至 110 年呈現上升趨勢，值得密切留意。

另外，由圖 5-5-14 及圖 5-5-16 可得巴拉刈自殺死亡集中於農業縣及 65 歲以上之老年人口，而圖 5-5-18 分析顯現農業縣 65 歲以上老人，其巴拉刈自殺死亡率呈現明顯下降趨勢，由 109 年每十萬人口 1.8 下降至 110 年每十萬人口 1.4，降幅 22.2%，從而探討整體，如圖 5-5-19 所示，以固體或液體物質自殺及自為中毒之自殺死亡趨勢，亦在該群體呈現下降趨勢，由 109 年每十萬人口 11.4 下降至 110 年每十萬人口 10.7，降幅 6.1%，推斷其他農藥的致死率較低，顯示巴拉刈禁用能有效降低該自殺方式之自殺死亡率。

綜合上述，在巴拉刈禁用政策下，該自殺方式之自殺通報(圖 5-5-1)及自殺死亡人數(圖 5-5-12)皆有明顯下降，顯見在禁用政策下自殺防治之成效，因此觀察該政策下，其他自殺方式之趨勢，參照圖 5-5-1 及圖 5-5-7，其中自殺通報方式為農藥之人次於 110 年有微幅上升，推測巴拉刈的退場政策有轉移至其他替代性農藥或其他自殺方式的可能，亦有可能為近幾年中央推行擴大通報政策衍生而來的結果，有待持續追蹤後續趨勢。

### 3. 追蹤巴拉刈禁用之相關報導

自 1 月 1 日至 10 月 31 日止，共追蹤蒐集 14 則巴拉刈禁用相關報導，整理如表 5-5-2，其中巴拉刈禁用相關政策報導，計 5 則；僅提及巴拉刈而無提及相關禁用或自殺之報導，計 6 則；動物誤觸巴拉刈或遭投毒之報導，計 3 則。

表 5-5-2、巴拉刈禁用相關報導

刊登日期	刊登報社	新聞標題	內容摘要
4 月 15 日	新聞傳播處	主持食安會報蘇揆：加強食安源頭農藥管控持續優化校園午餐確保學童吃得安心	提及「化學農藥十年減半」政策，已禁用巴拉刈。
4 月 15 日	Yahoo! 新聞	網路名醫擔保：打 1 針搞定！嫩弟 GG 神隱求醫…竟「變聲+冒森林」速登大人糗爆	僅提及使用巴拉刈使皮膚破損，與自殺無關聯。

表 5-5-2、巴拉刈禁用相關報導(續)

刊登日期	刊登報社	新聞標題	內容摘要
4 月 16 日	中央廣播電台	陶斯松農藥 4/15 起禁輸入蘇貞昌促縮短退場時程	僅敘述提及參考禁用巴拉刈時所採取的獎勵回收制度，內容與巴拉刈無關。
4 月 16 日	台灣英文新聞	農藥陶斯松恐致嬰幼兒腦部、神經系統受損台灣 4/15 起禁輸入	提及「化學農藥十年減半」政策，已禁用巴拉刈。
6 月 30 日	ETtoday 健康雲	獨／疫情打中「人與人互動要害」！高齡自殺率連降 5 年首度反彈	提及心健司兩大長遠計畫，第一階段為禁用巴拉刈。
7 月 1 日	風傳媒	幕後》高齡、青年自殺死亡逆勢增加衛福部：疫情互動降低有不良影響	提及心健司兩大長遠計畫，第一階段為禁用巴拉刈。
8 月 11 日	三立新聞網	獨家／農藥巴拉刈解毒「人工腎臟」醫材爆缺貨中毒恐沒救	禁止使用巴拉刈後，使用巴拉刈患者減少，但其相關醫材面臨短缺。
8 月 13 日	中時新聞網	北市自殺防治未針對自縊制定策略議員：困難還是要做	衛生局提出的「高致命性自殺防治策略」，僅聚焦於「高處跳下」，以及非農業區較少見的巴拉刈。
8 月 13 日	聯合新聞網	北市自殺防治未針對自縊制定策略議員籲善用資源	北市衛生局在「高致命性自殺防治策略」中，只針對「高處墜落」與都市少見的「巴拉刈」，卻不見首位的「自縊窒息」。
8 月 13 日	自由時報	北市自殺防治未對症下藥吳沛憶籲改善：柯文哲別把自殺掛嘴邊	衛生局的「高致命性自殺防治策略」針對高處跳下及都市區少見的農藥「巴拉刈」進行防範，質疑做法未對症下藥。



表 5-5-2、巴拉刈禁用相關報導(續)

刊登日期	刊登報社	新聞標題	內容摘要
8 月 22 日	Yahoo! 新聞	到院前心跳停止不開死亡證明？急診醫揭考量	其一案例為病人喝下巴拉刈灼燒。
9 月 3 日	ETtoday 寵物雲	黑狗誤食除草劑全身發抖！醫曝「這款農藥」最毒... 死亡率近 100%	狗誤觸農藥，與自殺較無關聯。
10 月 12 日	Yahoo! 新聞	愛犬遭毒殺！飼主撿出整袋「藍雞骨」 怒：牠是我家人！	狗遭人使用巴拉刈毒殺，與自殺較無關連。
10 月 12 日	TVBS 新聞網	愛犬遭毒殺！飼主撿出整袋「藍雞骨」 怒：牠是我家人！	狗遭人使用巴拉刈毒殺，與自殺較無關連。

# 世界自殺防治日系列活動

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題與重要性

為了呼籲世界各國共同重視自殺問題的嚴重性，自 2003 年開始國際自殺防治協會(International Association for Suicide Prevention, IASP)和世界衛生組織(WHO)，將每年的 9 月 10 日訂為「世界自殺防治日」(World Suicide Prevention Day)。世界自殺防治日是一個提高人們對自殺意識和促進預防措施的平台，藉此推動自殺去污名化、澄清自殺相關迷思，宣導「自殺是可以預防的」觀念，以達減少全球自殺人數和自殺企圖之目的。

自殺是全球關注的議題，也是每個國家中重要的公共衛生問題，歷年本中心所舉辦之世界自殺防治系列活動，除了中央政府首長的共襄盛舉，各界關心自殺防治議題之政府機關、民間企業代表，甚至民間媒體朋友皆熱情響應與會，齊聚散布自殺防治正確概念，一同關懷世界自殺防治，響應人人皆為珍愛生命守門人之理念。

國際自殺防治協會公布 2021-2023 年世界自殺防治日主題-"Creating Hope through Action"，今年本中心另訂主題為「展現行動，創造希望：打造疫後健康心」，強調實際行動與正向樂觀的重要性，提醒民眾在逐步開放的後疫情時代也要留意自身與周遭親友的心理健康，期待眾人「展現行動」關懷周遭親人、朋友，乃至於陌生人的心理健康，發揮一問二應三轉介與持續關懷的守門人原則，減少憾事發生。

### 2. 方案的目的與目標

藉由舉辦一系列相關活動，使民眾於活動參與過程認識世界自殺防治日之意義，一同重視自殺防治重要性，進而身體力行投入自殺防治工作，達到「展現行動，創造希望：打造疫後健康心」之目標，也促進民眾心理衛生之觀念，並喚起社會大眾關心自殺防治議題。

本年度「世界自殺防治日」記者會於 9 月 4 日假張榮發基金會國際會議中心舉行，一如歷年記者會，邀請中央政府單位：總統與副總統、衛生福利部，及各地方機關代表與民間單位一同共襄盛舉。

## 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) 召開內部業務會議與籌備會議，規劃世界自殺防治日系列活動。
- (2) 依規劃期程辦理活動，並透過各種管道發布消息。
- (3) 與相關單位合作共同辦理世界自殺防治日系列活動。

### 2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：各縣市政府衛生局、各縣市政府教育局(處)、珍愛生命打氣網、網路媒體與各大網路討論區(Dcard、獎金獵人)。
- 2) 資源連結內容與形式：消息發布、新聞報導與活動支援。

## 三、過程(Process)

### 1. 規劃

召開內部業務會議與籌備會議商討及規劃世界自殺防治日系列活動內容，含文宣品推廣、世界自殺防治日徵件活動、單車繞世界活動與 2022 年世界自殺防治日記者會等系列活動。

- 1) 5 月 17 日於業務會議上提出討論，並於通過後執行。詳見表 5-6-1。

活動模式	內容概要	辦理日期
IASP banner 子主題訂定	針對每年的 banner 與活動訊息海報進行翻譯，擇定本年度子主題	5 月
徵件活動	針對世界自殺防治日宣導，舉辦海報徵件與主題徵文活動。	6-8 月
FB 宣傳活動	發布活動相關貼文，邀請民眾共襄盛舉。	8-9 月
單車繞世界	協助推廣 IASP「單車繞世界」活動，發佈邀請信、里程數登錄教學。	6-10 月

活動模式	內容概要	辦理日期
記者會	1.電話調查成果 2.系列活動成果	9月4日

2)6月10日召開記者會籌備會議，確認記者會聚焦儀式、主持人與優質媒體頒獎等相關事宜。

## 2. 「展現行動 創造希望：打造疫後健康心」2022年世界自殺防治日海報設計徵選活動

1)6月10日公告「展現行動 創造希望：打造疫後健康心」2022年世界自殺防治日海報設計徵選活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳。

(1)網路露出部分：運用公文、張貼訊息等方式，包括各縣市衛生局及教育局(處)及討論區、比賽訊息張貼平臺、Facebook 珍愛生命打氣網。

(2)寄發公文、電子郵件：對象為各社福團體、相關學協會、第一線人員。

2)8月12日收件截止後，聘請中心內部專業評審審查參賽作品。

3)將得獎作品公佈於全國自殺防治中心網站及 Facebook 珍愛生命打氣網。

## 3. 「展現行動，創造希望」2022年世界自殺防治日心情溫度計徵文活動

1)6月10日公告「展現行動 創造希望」2022年世界自殺防治日主題徵文活動簡章於中心網站，並同時於多元管道宣傳。

(1)網路露出部分：運用公文、張貼訊息等方式，包括各縣市衛生局及教育局(處)及討論區、比賽訊息張貼平臺、Facebook 珍愛生命打氣網。

(2)寄發公文、電子郵件：對象為各社福團體、相關學協會、第一線人員。

2)8月12日收件截止後，聘請中心內部專業評審審查參賽作品。

3)將得獎作品公佈於全國自殺防治中心網站及 Facebook 珍愛生命打氣網。

## 4. 國際性活動—單車繞世界

1)6月針對國際自殺防治協會(IASP)「單車繞世界」(Cycle Around the Globe)活動相關資訊、活動稿、官方圖檔、活動形式等進行蒐集與了解。

2)規劃相關事宜，於業務會議上討論可運用之露出平臺，提案通過並執行。

## 5. 「世界自殺防治日」記者會

1)2022年世界自殺防治日之主題為「展現行動 創造希望：打造疫後健康心」。

2)於6月10日召開籌備會議。

3)邀請中央機關首長、各地方機關單位與民間機構等。

4)於記者會當日發表世界自殺防治日系列活動成果、頒發優質媒體獎項等。

5)於記者會結束當日發布會後新聞稿。

## 6. 國際連結

1)2021年4月中 IASP 已公布 2021-2023 年世界自殺防治日主題為「Creating

Hope through Action」，並在各大場合與文宣品廣為宣傳。

#### 四、成果(Product)

##### 1. 執行結果

###### 1) 世界自殺防治日系列活動會議

(1) 內部業務會議：共計 4 場次。

(2) 專家籌備會議：共計 1 場次。

###### 2) 世界自殺防治日海報徵件活動

(1) 共徵得稿件 36 件，其中社會組 19 件、學生組 17 件，各組最終選出特優 1 名、優選 1 名、佳作 2 名與人氣獎 2 名，兩組合計共 12 位得獎者。

(2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組第一名票數為 58 票、第二名票數為 52 票；學生組第一名票數為 257 票、第二名票數為 203 票。

(3) 得獎作品詳見：<https://reurl.cc/dWNraz>

###### 3) 世界自殺防治日主題徵文活動

(1) 共徵得稿件 71 件，其中社會組 38 件、學生組 33 件，各組最終選出特優 1 名、優選 1 名、佳作 2 名與人氣獎 2 名，兩組合計共 12 位得獎者。

(2) Facebook 人氣獎票選活動，社會組第一名票數為 77 票、第二名票數為 75 票；學生組第一名票數為 373 票、第二名票數為 350 票。

(3) 得獎作品詳見：<https://reurl.cc/YXglGD>

###### 4) 國際性活動—單車繞世界

(1) 宣傳管道包括 Facebook、各縣市衛生局、大專院校、相關學協會等。

(2) 截至 10 月 10 日，全球總計里程數為 140,549.8 公里。

###### 5) 世界自殺防治日記者會暨學術研討會

(1) 本年度世界自殺防治日記者會實體共 47 人與會、線上 1,116 人，包含媒體記者 10 人。

(2) 於 9 月 4 日發布世界自殺防治日記者會會後新聞稿，共 10 則網路新聞露出，包含自由時報、聯合報、壹蘋新聞網及公共電視等，共 8 家媒體刊登。

(3) 世界自殺防治日記者會會後新聞稿詳見附件 5-6-1。

(4) 政府機關由衛生福利部薛部長瑞元代表出席，並頒發自殺防治優質報導獎，由自由時報鄒景雯總編輯代表受獎。

#### 五、附件

附件 5-6-1、2022 世界自殺防治日記者會會後新聞稿

## 陸、自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制

工作項目 (依照 111 年度「全國自殺防治中心計畫」需求說明書辦理)	執行結果
<b>(六) 自殺關懷訪視員培訓及作業輔導機制</b>	
1. 持續配合本部辦理自殺關懷訪視紀錄修正，並針對現行各項統計分析(含自殺通報系統之統計報表)之欄位，完成新舊訪視紀錄各項欄位之盤點及對應，以利統計分析之數據一致性及連續性。	依規定執行完成 詳見6.1章節
2. 配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力需要，訂定自殺防治相關課程內容，並持續更新關懷訪視員所需之課程（如線上課程，並需獲得講師授權本部使用）供關懷訪視員參考運用。 3. 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新之課程，需向本部申請同意後始得辦理，並應核發研習證書予參加訓練人員。研習證書並應載明本部同意之日期及文號。	依規定執行完成 詳見6.2章節
4. 由本部「自殺防治通報系統」每月抽查3縣市（抽查之縣市不得與上月份抽查之縣市相同，履約期限內各縣市需至少被抽查2次）衛生局20則以上訪視紀錄，進行稽核後做成紀錄，提出具體建議及追蹤縣市改善情形。	依規定執行完成 詳見6.3章節
5. 輔助自殺關懷訪視作業，提出自殺防治通報系統功能增修建議及理由，協助將關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視人員於登打資料時參閱。	依規定執行完成 詳見6.1章節

# 關懷訪視制度修正及系統增修建議

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題與重要性

衛生福利部為落實自殺企圖、自殺死亡個案之通報，於民國 95 年建置「自殺防治通報系統」，供各縣市衛生局、關懷訪視員及各通報單位登入使用。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。

然而，由於自殺防治政策變化、系統功能眾多且複雜、關懷訪視流程更新等，使關懷訪視人員在系統操作及紀錄撰寫上遇到問題，降低行政效率。為完善自殺關懷訪視作業流程，需要時時優化與增修自殺防治通報系統功能。

為因應自殺通報個案關懷訪視流程及收結案標準修正於 110 年 1 月 1 日施行，本中心針對自殺關懷訪視紀錄之內容進行修正，以及針對自殺防治通報系統提出功能增修建議及理由，並依關懷訪視注意事項建置「知識庫維護功能」，供關懷訪視員於登打資料時參閱。以滿足全國自殺防治相關工作人員實務需求，縮短個案通報及後續關懷訪視的行政作業流程，透過更友善的操作環境，使關懷訪視作業更增效益。

### 2. 目的與目標

- 1) 提升自殺防治通報系統使用效率與便利性。
- 2) 蒐集專家意見並修正自殺關懷訪視紀錄之內容。
- 3) 建置通報系統「知識庫維護功能」。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 持續檢視自殺關懷訪視紀錄單內容，並配合衛生福利部心理健康司持續進行討論與修正。
- 2) 邀請各縣市衛生局進行紀錄單試填作業並蒐集彙整修正建議。
- 3) 配合自殺防治通報系統維護廠商辦理統計資料盤點及新舊資料對應等相關事宜，以利維持統計資料之延續性。

### 2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、東捷資訊服務股份有限公司、縣市衛生局、自殺關懷訪視員。

### 三、過程(Process)

1. 配合衛生福利部心理健康司指示，修正自殺關懷訪視紀錄單內容，於 111 年 2 月 22 日完成自殺關懷訪視紀錄單修正草案。
2. 心理健康司於 2 月 23 日發文各縣市衛生局辦理試填作業，蒐集回饋意見，並由本中心協助彙整後提交心理健康司。心理健康司於 9 月 7 日函頒完成修正「自殺關懷訪視紀錄單」。
3. 修正完成之「自殺關懷訪視紀錄單」提供予自殺防治通報系統維護廠商，以建置自殺防治通報系統之測試專區，已於 10 月前完成，本中心持續配合辦理統計資料盤點及新舊資料對應等相關事宜。
4. 檢討現行自殺防治通報系統，進行系統功能增修，於 3 月 8 日前交付予自殺防治通報系統維護廠商，將各項說明置於系統介面，以建置知識庫維護功能，於使用者使用時顯示說明內容。

### 四、成果(Product)

#### 1. 擬定初步修正內容

##### 1) 自殺防治通報系統功能增修

中心上半年提出擬定通報系統功能增修建議(詳見附件 6-1-1)，增修摘要如下表：

表 6-1-1、111 年自殺防治通報系統功能增修摘要

項次	建議功能
1.	配合自殺關懷訪視紀錄修正，修改訪視單及通報單相關欄位選項
2.	配合自殺關懷訪視紀錄修正，新增通報單及訪視單欄位之「知識庫維護功能」
3.	新增統計報表，並於下載時可讓使用者自行選擇項目

##### 2) 建置「知識庫維護功能」

各縣市自 110 年起持續配合本中心修訂自殺個案訪視紀錄單，提供各項系統及知識庫增修建議，詳見第 3 小節「自殺關懷訪視紀錄內容增修」。中心持續收集使用者問題，希冀在系統功能日漸完備之時，可提升自殺防治相關人員之工作效率。



### 3) 自殺關懷訪視紀錄內容增修

本中心自 110 年持續檢視研討關懷訪視紀錄單內容，依據全國自殺防治中心每月抽審各縣市自殺關懷訪視紀錄結果，針對完成率較低及容易造成混淆題目，依衛福部函頒之自殺個案通報後關懷作業流程與關懷訪視評估邏輯，針對各欄位項目進行修訂或題項增修。經參採衛生局所提意見，並參考心理衛生社工表單，經心理健康司及全國自殺防治中心專家學者討論後修訂完成，共修訂題目 64 處。(詳見附件 6-1-2、附件 6-1-3)

2. 自殺防治通報系統功能的完善，及自殺關懷訪視紀錄介面的編排流暢，對於自殺關懷訪視作業流程十分重要。中心將持續收集與整理使用者建議，提供給衛福部，作為未來功能增修的參考依據，並依照心理健康司作業時程持續與系統維護廠商配合辦理，增進訪視紀錄完整性與可信度。

## 五、附件

附件 6-1-1 通報系統功能增修建議

附件 6-1-2 自殺個案訪視紀錄單(修改版)

附件 6-1-3 自殺關懷訪視紀錄單修正註解一覽表

# 自殺關懷訪視員課程規劃

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題或重要性

行政院於 107 年 2 月核定「強化社會安全網計畫」，為建立家庭與社區永續支持體系，強化社會安全網（以下稱社安網）整合司法、警政、民政、教育、勞政、衛政、社政等網絡，串連中央、地方政府及民間團體、社區組織的力量。並透過各項垂直、水平的跨體系整合會議，擴充地方政府各項專業人力，強化各網絡間的合作機制，共同建構完善的安全網絡。

第一線工作人員在不同的場域，面對各種不同族群，擁有獨特議題與背景之個案，經常遭遇自殺相關議題的挑戰。為因應背景多元且問題複雜的自殺個案，進行評估、辨認、篩選及危機處理，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。

隨著近年自殺通報人次的上升，更凸顯自殺防治守門人推廣與自殺防治相關人力課程之重要性。持續了解社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員之進修需求、建置完善的教育訓練課程、提供與支持其精進自殺防治工作相關知能，實為社會安全工作中不可缺少的一環。

本中心已配合社安網各項專業人力需求，依據自殺防治法設計適合第一線工作人員之教育訓練課程，並與社區精神醫療網密切協調配合，與專家學者共同研擬，提供更具有實務性之自殺防治相關課程，供社安網各項專業人力及自殺關懷訪視員參考運用，以精進其專業知能與實務工作能力。

### 2. 業務目的與目標

- 1) 配合衛生福利部社安網第二期計畫之各類服務人力需要，訂定自殺防治相關課程內容，研擬符合實務需求之相關課程。
- 2) 自殺防治相關人力課程經衛生福利部審核同意後，建置之珍愛生命數位學習網，供自殺關懷訪視員參考運用。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」更新課程，向衛生福利部申請同意。

2) 依據社安網第二期計畫，針對各類服務人力規劃、彙整相關課程。

## 2. 資源連結與合作

1) 合作單位：衛生福利部。

2) 資源連結內容及形式：全國自殺防治中心網站、自殺防治系列手冊、社安網第二期計畫等。

## 三、過程(Process)

1. 依據中心出版之《自殺關懷訪視員教育手冊》界定之核心能力定義。
2. 與精神醫療網辦理之「精神疾病及自殺通報個案關懷員進階教育訓練」合作拍攝最新課程，製作成自殺關懷訪視線上課程教材。
3. 依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」規劃適當課程，邀請講師於中心內部舉辦課程，並錄製為自殺關懷訪視線上課程教材。
4. 依今年度新錄製課程，撰寫數位學習網自殺關懷訪視員專區線上課程計畫，向衛生福利部申請審認。
5. 依據社安網第二期計畫各類服務人力規劃相關課程。
6. 課程檢視與規劃

基於特殊身份自殺個案以家暴加害人及家暴被害人居多，未來擬與家庭暴力暨性侵害防治中心協調合作，加強保護性社工及相對人服務社工之教育訓練。配合衛生福利部需求與指示，規劃符合社安網各項專業人力與關懷訪視員實務需求之線上課程，以期達成提升實務專業知能的目標。

本中心依據「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」規劃課程，與社區精神醫療網密切配合，預計於 11 月向北區精神醫療網核心醫院桃園療養院所辦理之「精神疾病及自殺通報個案關懷員進階訓練」申請錄製最新課程，並針對以下課程分類規劃最新課程－

- 1) 初階
  - (1) 法律及倫理規範－現有課程已為最新課程。
  - (2) 關懷訪視技巧－配合精神醫療網辦理之精神疾病及自殺通報個案關懷員進階訓練，錄製最新課程。
  - (3) 多元文化及多元性別概論－邀請多元性別專家學者規劃主題講座並錄製最新課程。
  - (4) 自殺防治守門人概論及措施－因應「自殺關懷訪視紀錄單」最新版本啟用，錄製最新課程。
  - (5) 自殺通報流程－現有課程已為最新課程
  - (6) 個案自殺風險評估及處遇－配合精神醫療網辦理之精神疾病及自殺通報

個案關懷員進階訓練，錄製最新課程。

(7) 自殺個案轉介及資源連結—現有課程已為最新課程。

(8) 自殺遺族心理歷程及關懷溝通—邀請專家學者規劃自殺者遺族主題講座並錄製最新課程。

## 2) 進階

(1) 拒絕訪視與重複自殺個案之關懷訪視技巧及資源轉介—配合精神醫療網辦理之精神疾病及自殺通報個案關懷員進階訓練，錄製最新課程。

(2) 認識常見精神疾病—因應合併有精神疾病的自殺個案訪視工作，配合精神醫療網辦理之精神疾病及自殺通報個案關懷員進階訓練，錄製最新課程。

(3) 個案報告及討論—與社區心理衛生中心辦理之個案研討會配合進行課程錄製。

(4) 其他為因應實務需求之相關課程—因應國內重大事件對國人心理健康影響，錄製最新課程。

## 四、成果(Product)

### 1. 強化社安網第二期計畫之各類服務人力相關課程

依據社安網第二期計畫，各計畫項目所需服務人力如表 6-2-1：

表 6-2-1、社安網第二期計畫服務人力類別

計畫項目	服務人力類別
社會福利服務中心	社工
提升身心障礙者需求評估服務品質	社工
脫貧方案家庭服務	社工
保護性案件服務	社工
精進及擴充兒少家外安置資源	社工
社區心理衛生中心	心理輔導員、心理師、 職能治療師、護理師
精神疾病與自殺防治合併多重議題個案服務	心衛社工
精神疾病與自殺防治關懷訪視服務	精神病人社區關懷訪視員、 自殺關懷訪視員
精神障礙者協作模式服務據點方案管理	方案管理社會工作人員
家庭暴力及性侵害加害人處遇個案管理	社工
藥癮個案管理服務	藥癮個管員
少年偏差行為輔導服務	社工

依據上表，將社安網第二期計畫各項目人力初步劃分為以下五類，初步課程規劃詳參附錄。

1) 心理師、心理輔導員

需具備因應心理障礙、精神疾病與自殺防治之專業能力，共 22 堂課。

2) 護理師

需具備因應精神疾病與自殺防治之專業能力，共 21 堂課。

3) 社工、方案管理社會工作人員

需具備因應保護性案件、身心障礙與自殺防治之專業能力，共 7 堂課。

4) 心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員

需具備保護性案件、精神疾病與關懷訪視核心能力之專業能力，共 41 堂課。

5) 藥癮個管員、職能治療師

需具備自殺防治守門人知能，共 6 堂課。

## 五、附錄

### 配合「強化社會安全網第二期計畫」各類服務人力需要之教育訓練

#### 1. 適合心理師、心理輔導員之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
家庭照顧者之自殺防治/陳景寧	44
自殺防治：從住院病人自殺預防談起和社區自殺風險評估與處置/顏永杰、吳恩亮	44
運用正念認知治療預防社區憂鬱疾患復發/洪敬倫	61
自殺高風險群辨識與處遇/陳俊鶯、吳佳儀	55
網路霸凌與自殺防治/顏正芳	39
網路介入與自殺防治/黃敏偉	31
職場心理衛生與自殺防治/呂淑貞	34
職場心理衛生與自殺防治策略與實施/方俊凱	29
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/吳佳儀	50
地區醫院自殺防治守門人策略/吳佳儀	84
網路科技與防疫心理衛生和年輕族群社區心理衛生介入/ 黃敏偉、陳偉任	41
兒童青少年的憂鬱與自殺/高淑芬	30

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
大專學生自殺防治的挑戰和兒童青少年的自殺防治策略/ 廖士程、吳佳儀	47
自殺防治法及子法規介紹/陳俊鶯	67
自殺數據及自殺防治策略應用與實施/詹佳達	57
自殺防治新觀點/詹佳達	44
災難心理重建和自殺的警訊、溝通、處遇與預防/張家 銘、吳佳儀	60
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤/蕭雪雯、陳俊鶯	51
新冠疫情與心理衛生/周煌智	39
長照主要照顧者與自殺防治/吳佳儀	43
青少年自殺防治/陳俊鶯	55
精神病人合併自殺風險個案之評估重點及關懷訪視實務/ 吳恩亮	64

## 2. 適合護理師之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
老人照護與主要照顧者負荷和自殺防治：從住院病人自殺 預防談起/徐亞瑛、顏永杰	40
心理健康行動科技於自殺防治之應用/吳佳儀	43
家庭照顧者之自殺防治/陳景寧	44
職場自殺防治和社區自殺風險評估與處置/楊聰財、吳恩 亮	54
運用正念認知治療預防社區憂鬱疾患復發/洪敬倫	61
自殺高風險群辨識與處遇/陳俊鶯	55
網路霸凌與自殺防治和網路介入與自殺防治/顏正芳、黃 敏偉	69
職場心理衛生與自殺防治與實施策略/呂淑貞、方俊凱	62
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/吳佳儀	50
地區醫院自殺防治守門人策略/吳佳儀	84
年輕族群社區心理衛生介入和大專學生自殺防治的挑戰/ 陳偉任、廖士程	43

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
兒童青少年的憂鬱與自殺和兒童青少年的自殺防治策略/ 高淑芬、吳佳儀	53
自殺防治法及子法規介紹/陳俊鶯	67
自殺數據及自殺防治策略應用與實施/詹佳達	57
自殺防治新觀點/詹佳達	44
自殺的警訊、溝通、處遇與預防和災難心理重建/吳佳儀、張家銘	60
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤/蕭雪雯、陳俊鶯	51
網路科技與防疫心理衛生和面對新冠病毒疾病衝擊下的台灣心理衛生/黃敏偉、周煌智	61
長照主要照顧者與自殺防治/吳佳儀	43
青少年自殺防治/陳俊鶯	55
精神病人合併自殺風險個案之評估重點及關懷訪視實務/ 吳恩亮	64

### 3. 適合社工、方案管理社會工作人員之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及相關子法規/陳俊鶯	67
自殺防治新觀點/詹佳達	44
自殺的警訊、溝通、處遇與預防/吳佳儀	37
精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/吳恩亮	64
自殺迷思與危險因子、保護因子介紹/吳佳儀	56
年輕族群重複自傷的處置/陳淑欽	22
社區自殺風險評估與處置/吳恩亮	23

### 4. 適合心衛社工、精神病人社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員之課程

初階課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及相關子法規-立法的意涵及實踐/陳俊鶯	67
個案關懷訪視計畫與家庭訪視經驗及技巧/許麗娟	95

自殺防治與社區處遇實務/吳佳儀	85
自殺個案電話諮詢及危機處置/朱開玉	95
關懷訪視紀錄撰寫/吳佳儀	31
關懷訪視實務技巧/楊晴雅	34
自殺未遂個案關懷訪視知能研討會議/周昕韻	61
自殺防治概論與措施/李明濱	68
關懷訪視員教學影片/多名講師	77
自殺防治守門人介入措施之自殺自傷個案處遇/吳佳儀	44
自殺防治守門人介入措施之自殺高風險個案處遇/吳佳儀	33
自殺防治守門人概論/潘怡如	54
自殺的警訊、溝通、處遇與預防/吳佳儀	37
自殺通報與關懷流程/陳俊鶯	77
自殺高風險個案篩選及防治實務/鄭宇明	73
高風險個案之評估/陳宜明	49
困難個案之處遇及追蹤/王禎邦	95
加強精神病人合併自殺風險個案之評估重點及關懷訪視實務課程/周昕韻	73
家庭暴力、性侵害、兒童及少年保護事件防治及通報流程/李易儒	54
高風險家庭及兒少保護事件個案自殺未遂關懷訪視技巧/許元彰	87
青少年自殺防治/陳俊鶯	55
自殺防治與資源連結/蕭雪雯	55
資源轉介困境與建議/詹佳達	32
自殺者親友之心理歷程與危機/曾美智	22
進階課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
拒訪個案之處置措施與成效評估/張家銘	31
重複自殺個案之樣態分析與處置建議/吳佳儀	25
反覆自殺困難案例討論/多名講師	39
危機個案之進階轉介技巧與資源連結/蘇柏文	55
常見精神疾病與因應措施/顏永杰	51
精神病人治療性關係建立與會談技巧/彭英傑	55
精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/吳恩亮	64



藥酒癮個案自殺防治與社區處遇實務/吳坤鴻	84
老人自殺防治/謝明鴻	47
家庭照顧者之自殺防治/陳景寧	44
自殺數據判讀指引/張書森	49
自殺防治最新數據與新進展/陳俊鶯	30
自我覺察與壓力管理/方俊凱	58
壓力管理與自殺防治/李明濱	105
新冠肺炎衝擊下的心理健康與自殺防治/吳佳儀	50
訪視員之壓力調適及情緒管理/鍾秀華	58
災難心理重建/張家銘	23

## 5. 適合藥癮個管員、職能治療師之課程

課程名稱/講師	課程時間 (分鐘)
自殺防治法及相關子法規-立法的意涵及實踐/陳俊鶯	67
自殺防治新觀點/詹佳達	44
自殺的警訊、溝通、處遇與預防/吳佳儀	37
精神病人合併自殺風險評估及關懷訪視重點/吳恩亮	64
自殺迷思與危險因子、保護因子介紹/吳佳儀	56
跨團隊的自殺防治:資源連結與轉介追蹤/蕭雪雯、陳俊鶯	51

# 關懷訪視紀錄抽查

## 一、背景(Context)

依據「自殺個案通報後關懷作業流程」，當自殺企圖個案被通報至通報系統，便由各縣市衛生局依流程派員進行關懷訪視，評估個案狀況，並填寫自殺關懷訪視紀錄，以利後續資源轉介及結案等流程。

各地訪員所撰寫訪視紀錄的結構完整性或紀錄完善度落差，可能造成不同訪員間訪視品質的差異或專業間溝通上的困境。完整、確實地填寫訪視紀錄，並清楚呈現個案生活現況，有助於提升訪視效能，亦有利於後續自殺防治策略之規劃。

為增進關懷訪視員訪視紀錄之完整性與內容豐富度，提升後續關懷訪視及照護品質，中心安排每月抽查三至四縣市之訪視紀錄，每縣市每半年輪流一次，進行審查及提出建議，並追蹤後續改善狀況。為配合新版訪視紀錄單於 112 年 1 月正式啟用，今年中心針對訪視紀錄內容審查標準及訪視紀錄審查辦法進行修正，以協助各縣市自殺關懷訪視員能詳加落實填寫訪視紀錄。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 排定審查縣市順序。
- 2) 制定紀錄審查資料範圍。
- 3) 依據自殺防治通報系統所有自殺關懷訪視員必填項目，逐一制定細部審查標準。
- 4) 彙整各縣市自殺關懷訪視員填寫訪視紀錄之問題，給予綜合建議，並透過意見回饋表蒐集各縣市意見。
- 5) 將審查結果交付衛生福利部，並發送予各縣市。
- 6) 逐題檢視新版訪視紀錄單，擬定訪視紀錄內容審查標準及訪視紀錄審查辦法修正草案，配合衛生福利部討論修訂。

## 三、過程(Process)

1. 訪視紀錄審查規劃：審查流程分兩輪進行，初審將抽查全臺 22 個縣市訪視紀錄並提出具體建議。待初審結束後，根據審查結果展開複審，以追蹤各縣市的改善情形，初審與複審所抽查資料不得重複。
2. 經過內部專家討論研擬，制訂出訪視紀錄審查結果表(請見附件 6-3-1)、訪

視紀錄審查結果建議意見回饋表(請見附件 6-3-2)。

3. 每月提供受審縣市當月份訪視紀錄審查結果表及訪視紀錄審查結果建議意見回饋表，於一個月內回收意見回饋表，並依據各縣市回饋內容調整綜合建議撰寫要點或方式。
4. 審查縣市順序排定標準根據 110 年第二輪及 111 年第一輪審查結果。每輪審查計算各項目填寫完成率，以該縣市當月抽取紀錄份數為分母，填答詳實紀錄份數為分子，以計算各縣市紀錄之整體填寫完成率。將後一輪完成率減去前一輪完成率以計算該縣市進步情況，進步較小的縣市優先擇定為次輪審查對象。將各縣市依進步情況由小至大排列後訂定次輪審查順序。
5. 每月登入自殺防治通報系統抽取當月份排定縣市 20 則以上訪視紀錄，由中心同仁進行初步審查，填寫訪視紀錄審查結果表，並經中心專家學者進行複審。訪視紀錄審查標準詳見附件 6-3-3。
6. 訪視紀錄評等標準設立：

根據衛生福利部自殺防治通報系統訪視紀錄及 111 年訪視紀錄審查標準，制訂訪視紀錄審查標準，包含如下：

- 1) 檢閱訪視紀錄中各個項目填寫是否詳實，有無缺漏。
- 2) 檢閱受訪對象及訪視方式填寫是否與所撰寫之內容摘要一致。
- 3) 檢閱內容摘要的結構是否詳實，並包含醫療紀錄格式 SOAP 之資料，說明如下：
  - (1) Subjective(主觀資料)：內容包含個案對自己現況的主觀描述，如：造成自殺的原因、情緒感受、工作或學業情況、經濟狀況、日常生活安排、就醫情況、社會支持等。
  - (2) Objective(客觀資料)：內容包含訪員觀察到的客觀事實，如：個案外觀(外表、非語言訊息)、情感表達、生心理狀態、人際互動、居住環境等。
  - (3) Assessment(評估)：整理 S 及 O 之資料，做出進一步評估：
    - a. 保護因子與危險因子：社會支持功能、醫療介入協助、經濟能力、慢性病、藥物成癮、自殺史等。
    - b. 生理精神狀態評估：紀錄案主生理疾病、精神疾病暨相關症狀以及心情溫度計的分數變化。
    - c. 治療順從性評估：就醫(含精神科與非精神科)或會談情形，以及是否規則服藥、回診。
    - d. 簡式健康量表分數 (BSRS-5)。
    - e. 再自殺意念及風險評估：經上述項目評估後，依有無立即自殺計畫、生命危險及致命程度，採低、中、高三級區分危險等級。

(4) Plan(處遇計畫)：由 Assessment(評估)的結果，進一步建立處遇計畫，整合或轉介不同領域資源。

7. 檢視結案標準：檢閱有無符合自殺防治通報系統結案標準、有無填寫結案之原因及評估。(僅結案之紀錄被選入紀錄審查名單)
8. 每月彙整審查縣市之審查結果，交付予衛生福利部及受審縣市做為參考。
9. 定期召開會議討論審查準則的一致性並增修審查的建議內容，配合修正版訪視紀錄單於 112 年 1 月正式啟用，初步擬定關懷訪視紀錄審查結果及審查辦法修正草案(請見附件 6-3-4、6-3-5)。

#### 四、成果(Product)

##### 1. 執行結果

###### 1) 審查份數統計結果：

截至十月底以前，第二輪複審已完成抽查 14 縣市，目前共計已審查 316 則。

###### 2) 審查問題和建議整理：

(1) 「整體觀」建議：本次抽查紀錄中，各縣市在各項目的填寫完成率均較第一輪初審為高，然而在「自殺風險評估」及「結案評估」完成率仍有待加強。

(2) 「內容摘要」建議：

###### a. SOAP 格式資料檢閱：

- a) 個案主觀描述(Subjective, S)：平均完成率達到 100%，所有縣市均可完整填寫，惟 14%的記錄之主觀描述資訊偏少。建議每次訪視皆需填寫個案對於近況的自述，包含生心理狀況及生活現況等，多方了解其生活現況並具體記錄，以豐富訪視紀錄內容。
- b) 客觀觀察資料(Objective, O)平均完成率達到 98.5%，經抽查發現 9.1%的記錄填寫內容較簡短，建議可多觀察及記錄個案表情、語氣以及態度與情緒的變化，電訪紀錄中也可觀察及記錄個案的語量、速度、音調、談話意願及態度等，以輔助綜合評估。
- c) 自殺風險評估(Assessment, A)：平均完成率達到 85.3%，「危險因子」與「保護因子」完成率均可達 100%，惟「生理精神狀態」及「治療順從性評估」分別為 76.4%及 75%，完成率仍有待提升。建議多留意個案是否接受精神科或其他科別醫療服務，針對其生理健康、精神與認知狀態等方面進行評估，確實了解健康狀況對其自殺意念的影響，綜合各個項目進行完整評估並詳實說明。

d) 處遇計畫(Plan, P)：有 35.1%的訪視紀錄安排家訪或其他地點面訪，有 67.1%的訪視紀錄安排電訪，家面訪的比例較去年下降，電訪比例則較去年上升，推測與今年疫情影響有關。在社會資源使用方面偏少，建議依據自殺風險評估提供相對應的處遇計畫，包括利用緊急資源、醫療、家庭服務、心理諮商輔導等社會資源，或說明未來關懷重點等。

b. 結案評估：

- a) 平均完成率達到 90%，然 19.4%的紀錄僅粗略描述個案近況而缺乏詳實評估過程，建議結案評估內容詳加描述個案生活狀況變化或現況評估。滿三個月追蹤準備結案的個案，結案評估若為督導會議決議，亦應清楚寫下結案原因與完整評估。
- b) 個案結案前應依循衛生福利部 110 年 1 月 1 日公布之「自殺關懷訪視個案結案標準表」，始得結案。

(3)截至十月，近三年內容摘要 SOA 項目及結案評估完成率比較如圖 6-3-1，顯示近三年訪視紀錄抽查中，除自殺風險評估於 111 年略有下降外，其餘各項目完成率均逐漸提升。

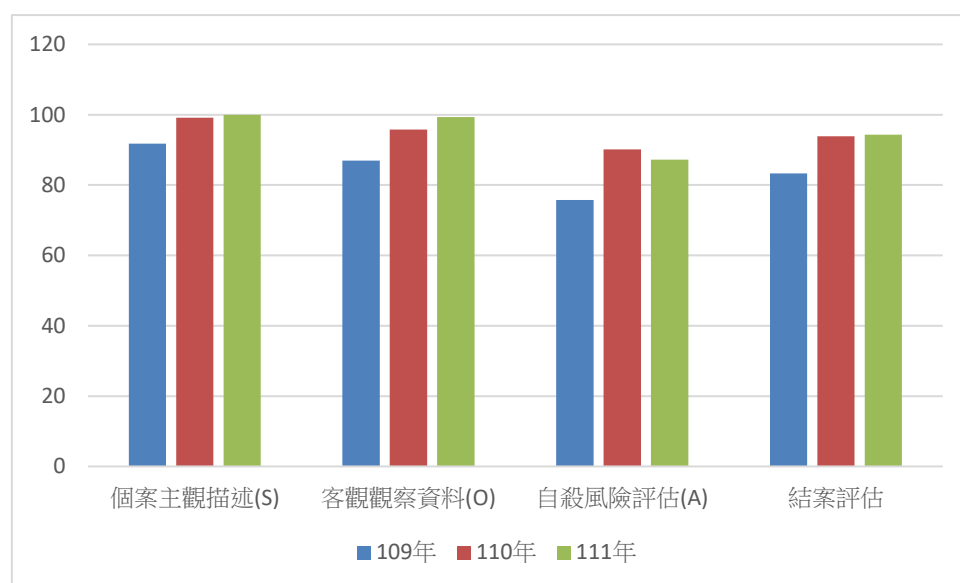


圖 6-3-1、近三年各項目完成率

(4) 綜合建議：

- a. 前後資訊保持一致：訪視紀錄單各欄位資訊應確保一致，如 BSRS-5 與再自殺意念及風險評估中對自殺意念的評估應一致為佳。
- b. 應詳實記錄訪視內容：經查有部分紀錄將訪視內容記錄於錯誤欄位，例如將評估或概念化資料記錄於主觀/客觀欄位，建議各項資料應填寫於正確欄位。
- c. 確實提供安心專線資訊：若「是否知道安心專線及電話」欄位勾選為「否」，

後續訪視建議務必記得提供此資源。必要時亦得提供縣市衛生局宣傳品，以寄送或面訪時提供之方式，增加個案對資源的了解與可及性。

### 3) 各縣市意見回饋：

今年度僅回收三縣市回饋意見，其餘縣市皆可依建議改善且無意見回饋。意見回饋統整如下表：

表 6-3-1、各縣市意見回饋

縣市	縣市回饋
新北市	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 基於自殺案量持續增加，以及今年疫情嚴重，訪員需支援防疫相關工作，案量負荷大的狀況下，建請依案量調整紀錄之審查。</li><li>2. 新北市幅員廣闊，在心衛中心建置完成及訪員人力到位前，不易提供家訪服務，建請依各縣市現況、特性調整或逐步提升對訪視品質之要求。</li></ol>
高雄市	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 針對「個案主觀描述」，中心建議多方了解個案生活現況並詳細記錄，以豐富訪視紀錄內容。惟多數自殺個案不易訪視到本人，訪視家屬時亦須考量是否因家屬主觀想法影響到對個案資訊之陳述。</li><li>2. 針對「結案評估」，中心建議持續提升結案評估完整性。惟 BSRS 為主觀量表，若無法聯繫上個案本人，實難評估，再者，多數個案白天亦為工作時間，僅能簡短與談。</li></ol>
新竹市	未來辦理審查作業時，除提供原有審查結果外，亦希望可提供數篇自關員撰寫詳實之訪視紀錄，以予具體之正向回饋，使自關員對紀錄撰寫有更清晰之參酌方向。

參考各縣市意見回饋，經中心討論後調整要點或方式如下：

- (1) 關於「依案量或依各縣市現況、特性調整紀錄審查品質要求」困境，已於訪視紀錄審查辦法修正草案中初步研擬，依各縣市個案量調整抽查件數。
- (2) 關於「訪視本人不易」困境，應屬於個案管理流程或個案本身特殊狀態方面問題，仍需透過專家學者討論方能研擬合宜改善作法。
- (3) 關於「提供撰寫詳實之紀錄參考」需求，篩選數筆詳實、完整紀錄，隱匿個案個資後提供予有需求的縣市做為撰寫紀錄參考。

## 2. 結論

- 1) 本次的訪視紀錄審查，僅半數縣市在整體完成率較上半年提升，推測與今年年中疫情爆發以及各地訪員人力變動有關，顯示訪視紀錄完整性仍有待改善，然隨著疫情對各地衛生局人力調度造成的威脅，亦為不可忽視的品質影響因素，建議針對各地困境進行逐步改善與修正，以維持訪視紀錄品質。

- 2) 在個案自殺風險評估部份，紀錄上較少呈現「生理精神狀態」及「治療順從性評估」，自殺風險評估為訪員重要的核心能力，應持續增強這方面專業訓練，著重結合生理精神狀態、危險因子、保護因子、治療順從性。為提升訪視員對自殺風險的評估能力，已於新版自殺關懷訪視紀錄單修正過程中修訂相關題目並設定為必填題，新版紀錄單將於 112 年 1 月正式啟用，後續中心將規劃教育訓練課程，以提供訪視紀錄撰寫指引。
- 3) 在社會資源轉介與橫向連結方面，轉介頻率偏低。自殺行為是多重因素影響下的結果，除定期關懷訪視，提供支持與關懷外，亦須借助社會上多元資源，共同配合提升保護因子，達到降低個案再自殺的目標。因此，建議於資源轉介評估之撰寫內容，宜加強訪員紀錄之品質。
- 4) 藉由本次審查針對上述問題給予建議，並寄發給各縣市，協助各縣市訪員提升訪視紀錄撰寫。於明年度啟用新版自殺關懷訪視紀錄單後持續檢視各縣市訪視紀錄填寫完整率並續追蹤改善情形。

## 五、附件

附件 6-3-1、訪視紀錄審查結果表

附件 6-3-2、訪視紀錄審查結果建議意見回饋表

附件 6-3-3、111 年度訪視紀錄審查標準

附件 6-3-4、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查結果修正草案

附件 6-3-5、自殺通報個案關懷訪視紀錄審查辦法修正草案

## 柒、其他辦理事項

<b>(二) 提供及運用自殺防治相關統計分析資料</b>	
<b>(5) 配合本部要求，協助本部擬定111年死因統計記者會所需之相關說帖(含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未來精進作為及其他本部所需之內容)。</b>	依規定執行完成 詳見7.1章節
<b>(五) 教育訓練、宣導規劃及召開聯繫發展會議</b>	
<b>2. 配合辦理自殺防治法第4條自殺防治諮詢會之議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。</b>	依規定執行完成 詳見7.1章節



# 配合衛生福利部辦理事項

## 一、背景 (Context)

本節整理基本工作項目中，配合衛生福利部之辦理事項，包含：

1. 配合本部要求，協助本部擬定 111 年死因統計記者會所需之相關說帖(含自殺死亡及自殺通報描述性統計及推論性統計、自殺防治現況策略、困境與未來精進作為及其他本部所需之內容)。
2. 持續配合自殺防治法第 9 條第 1 項及自殺防治法施行細則第 3 條之規定，配合本部辦理全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開(含行政庶務及會議紀錄撰寫)等相關事宜，及配合辦理前開綱領核定實施後之相關事宜。
3. 配合辦理自殺防治法第 4 條自殺防治諮詢會之議程擬定、彙整各單位提案與預擬回應意見、協助提供本部所需之相關數據分析、撰寫會議紀錄，以及會議相關庶務工作。
4. 配合本部規劃之討論議題及期程，與安心專線承作廠商共同辦理自殺防治工作聯繫會議。

## 二、成果 (Product)

### 1. 執行結果

- 1) 中心依照 110 年自殺死亡數據提出相關說帖予衛生福利部。說帖中針對性別、年齡及可能因新冠疫情所造成之自殺死亡數據變化提出可能之解釋。並且因應數據之變化提出自殺防治策略。(詳如附件 7-1-1)
- 2) 衛生福利部於 111 年 1 月 25 日召開「衛生福利部自殺防治諮詢會第二屆第 1 次委員會議」。
  - (1) 中心針對老人及照顧者自殺數據分析及精進作為一案提供書面報告及簡報檔。(簡報如附件 7-1-2)
  - (2) 會議當天由台灣自殺防治學會吳佳儀理事代表中心出席會議，並由廖健鈞主任秘書隨行。
  - (3) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。
- 3) 衛生福利部於 111 年 8 月 15 日召開「衛生福利部自殺防治諮詢會第二屆第 2 次委員會議」。
  - (1) 會議當天由台灣自殺防治學會吳佳儀理事代表中心出席會議，並由廖健鈞主任秘書隨行。
  - (2) 會後由中心整理委員發言摘要及會議紀錄草稿。

- 4) 衛生福利部今年尚未進行全國自殺防治綱領之草案修正、意見收集、會議召開等相關事宜，針對此項需求項目未有成果呈現。如後續召開相關會議，將配合辦理執行。
- 5) 衛生福利部未規劃執行「全國自殺防治中心」與「安心專線」之自殺防治工作聯繫會議，針對此項需求項目未有成果呈現。

### 三、 附件

附件 7-1-1、110 年死因統計記者會之自殺防治因應策略說帖

附件 7-1-2、長期照顧與自殺防治簡報

# 民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查

## 一、背景

### 1. 相關問題或重要性

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年滿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、植物人等)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、疫情對民眾心理健康的影響、自我健康情形、簡明心理健康量表(Concise Mental Health Checklist, CMHC-9)、自殺危機量表、戰爭對心理影響、心情溫度計(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5 簡式健康量表)之檢測以及相關基本資料。

### 2. 業務目的與目標

- 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) 瞭解疫情(COVID-9)對民眾心理健康的影響。
- 4) 瞭解民眾心理健康情形。
- 5) 運用心情溫度計等量表，檢測國人情緒困擾之現況、自殺意念之風險。
- 6) 瞭解戰爭對民眾心理的影響。

## 二、輸入

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 召開 111 年度電話調查討論會議，討論架構、問卷設計及確認問卷內容。
- 2) 委託全方位市場調查有限公司辦理調查作業。
- 3) 電腦輔助電話訪問(CATI)資料蒐集。

- 4) 資料整理及分析。
- 5) 召開 111 年度電話調查結果報告討論會議，由全方位市場調查有限公司進行簡報。

## 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

### 1. 執行或完成的具體工作內容

民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查蒐集專家學者對於「111 年度自殺防治調查問卷」內容之建議，中心彙整歷年問卷題目、擬定初稿及問卷修訂，並召開自殺防治認知調查討論會議，針對調查問卷之架構設計作修訂及調整，本年度承接去年疫情對民眾心理健康之影響相關議題進行增列。執行期間為 7 月 1 日至 7 月 20 日，委託全方位市場調查有限公司執行電話訪問及資料蒐集，並進行資料整理及分析，主要部分如下：

表 7-2-1、111 年度電話調查題目主題

問卷題目	題數
民眾對臺灣自殺問題看法	1 題
自殺防治相關資訊接觸概況	2 題
個人與親友自殺經歷與求助問題	17 題
疫情對民眾心理健康的影響	8 題
心理健康情形(民眾寂寞感自評 5 題)	4 題
心情溫度計檢測及求助專業心理衛生人員相關問題	7 題
自殺危機量表檢測	5 題
戰爭對心理影響	1 題
基本資料	6 題
合計	51 題

## 四、成果

### 1. 執行結果

111 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查，以電腦輔助電話調查系統(CATI)訪問，訪查臺灣地區年滿 15 歲以上民眾，有效樣本計 2,101 份，在 95%信心水準下，抽樣誤差在 $\pm 2.14\%$ 以內。各項調查結果

如下：

- 1) 民眾對臺灣自殺問題的看法：41.4%民眾偏向認為自殺問題是嚴重的，低於 43.8%認為不嚴重；47.0%民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙。
- 2) 民眾對自殺防治資訊的接觸：16.0%民眾近 1 年看過/聽過「自殺防治守門人」或「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」資訊；35.0%民眾知道衛福部有提供自殺防治諮詢專線；19.9%民眾聽說過「心情溫度計」。
- 3) 民眾的自殺意念調查：12.2%民眾表示一生中曾認真想過要自殺；1.9%民眾表示近 1 年曾認真想過要自殺；0.8%民眾表示近 1 月想過要自殺；曾有自殺念頭民眾第 1 次認真想自殺的年紀以 15-19 歲(24.0%)居多。
- 4) 民眾的自殺行為調查：2.1%民眾表示一生中有過自殺行為；0.2%民眾表示最近 1 年仍有過自殺行為；第一次自殺行為的年紀以 15-19 歲(32.3%)居多；第一次自殺行為的年紀大多在 5 年以前，僅 18.9%是在近 5 年內。
- 5) 民眾自殺問題求助：有自殺念頭者當下僅 27.2%有求助，以求助「親朋好友」居多(11.8%)，當時求助者有 74.1%表示有主動告知自己想自殺的念頭。
- 6) 民眾對於幫助自殺者的看法：57.6%民眾認為「親朋好友」最能幫助想要自殺的人，其次為「心理諮商輔導專線/機構」；5.9%民眾表示過去 1 年有人對他透露過自殺念頭；遇到親友透露過自殺念頭時，有 55.7%民眾會和對方談一談他對自殺念頭，36.0%會轉移話題；接觸過守門人者有 27.4%會尋求陪同，遠高於沒接觸過者。
- 7) 疫情對民眾心理健康影響：因新冠肺炎疫情關係，有 34.8%民眾經歷過自主健康管理，29.2%經歷過居家隔離，18.3%因確診住院或居家隔離，1.5%待過檢疫旅館或檢疫所，有 38.3%民眾至少經歷過其中一項；此外，2 成多民眾因疫情關係，最近一週皆有感到「會試著不去想疫情」、「因為疫情而覺得警覺而無法放鬆」及「不想去想疫情卻不由自主地一再想到疫情」(詳見圖 7-2-1)；過去一個月以來，因疫情關係，有 23.7%的民眾感到「工作/經濟壓力」、23.4%感到「日常生活壓力」(詳見圖 7-2-2 和 7-2-3)。

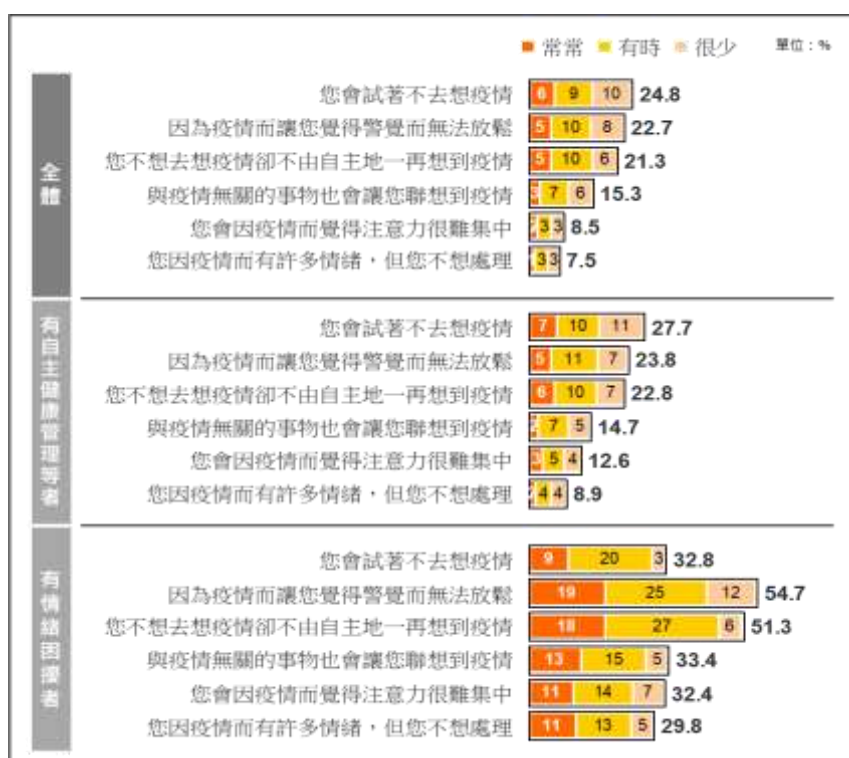


圖 7-2-1、因疫情關係，最近一週有沒有這些症狀

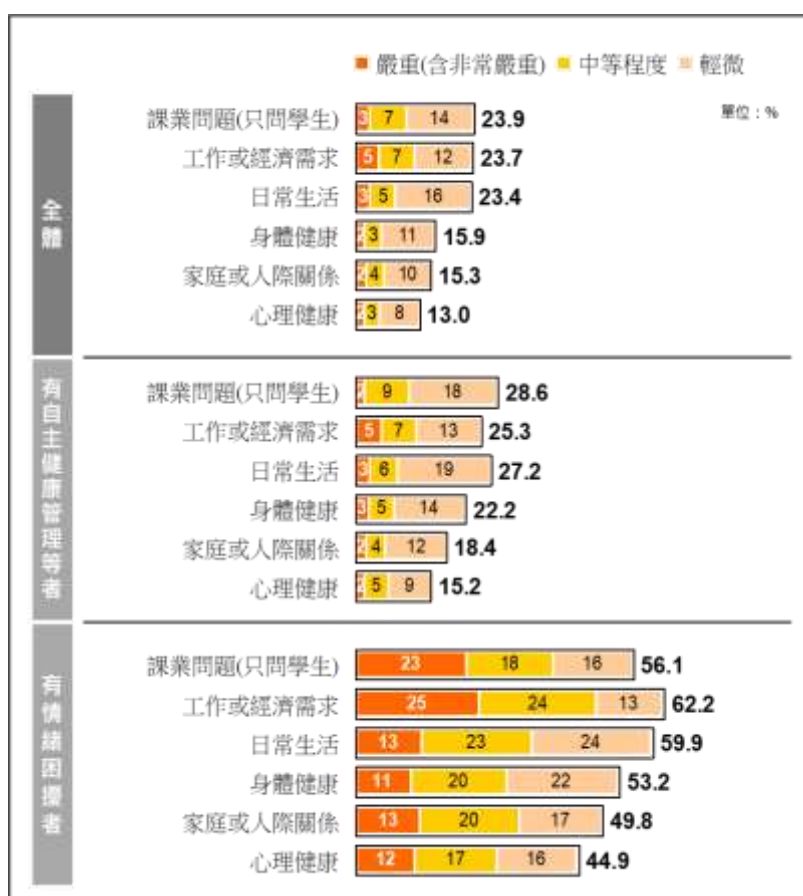


圖 7-2-2、過去 1 個月以來有無因疫情直接或間接帶給您上述壓力

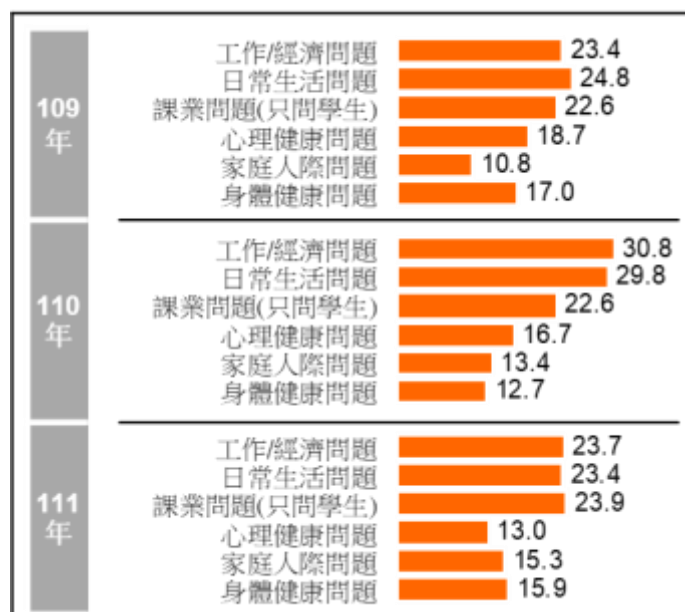


圖 7-2-3、過去 1 個月以來有無因疫情直接或間接待給您上述壓力(續)

- 8) 簡明心理健康篩檢表-9 題版(CMHC-9)：17.3%民眾覺得「心情不好時沒信任的人可以傾吐心聲」、2.8%「曾因過度飲酒或長期服用某種藥物而影響生活」、1.9%「現在會想者未來要自殺」、2.4%「一生中曾經傷害自己或企圖自殺」(詳見圖 7-2-4)；11.8%民眾量表總分達 4 分以上、7.1%達 5 分以上。

單位：%

項目別	全體	性別		職業別					曾想過要自殺	
		男性	女性	白領	藍領	學生	家管	退休	是	否
心情不好時沒可信任的人可以傾吐心聲	17.3	21.8	12.9	11.7	17.6	10.0	18.8	25.7	28.1	15.7
曾因過度飲酒或長期服用某種藥物影響生活	2.8	3.5	2.1	1.6	1.6	5.3	2.5	3.6	10.0	1.8
現在會想著未來要自殺	1.9	2.4	1.5	1.6	1.9	0.0	1.2	1.0	11.6	0.6
一生中曾經傷害自己或企圖自殺 (以下聯集)	2.4	2.0	2.9	1.3	1.6	2.3	3.6	2.7	17.7	0.3
*一生中有過自殺行為	2.1	1.7	2.5	0.8	1.6	2.3	2.7	2.3	17.3	0.0
*曾因嚴重的自我傷害或自殺行為送醫	1.0	0.6	1.4	0.9	0.3	0.0	1.8	0.5	6.2	0.3
近一週有睡眠困難困擾(輕微以上)	24.7	23.5	25.8	25.9	25.2	20.6	22.9	24.1	46.2	21.7
近一週有緊張不安困擾(輕微以上)	16.8	14.3	19.3	20.7	16.6	12.9	16.4	10.9	39.1	13.7
近一週有苦惱或動怒困擾(輕微以上)	18.6	16.2	20.9	21.8	18.5	14.5	17.6	11.5	47.1	14.7
近一週有心情低落或憂鬱困擾(輕微以上)	16.4	14.8	17.9	18.4	13.9	15.0	17.1	13.8	40.7	13.1
近一週有覺得比不上別人困擾(輕微以上)	16.0	16.0	16.1	20.5	18.8	20.1	9.7	6.8	38.0	13.0

圖 7-2-4、簡明心理健康篩選表檢測結果

- 9) 心情溫度計(BSR5-5)調查：7.6%民眾表示有情緒困擾(詳見圖 7-2-5)，24.7%民眾近一星期的困擾為「睡眠困難」、其次為「覺得容易苦惱或動怒」、再次為「感覺緊張不安」(詳見圖 7-2-6)；有情緒困擾的民眾，47.0%會求助，其中 28.7%會向「醫療院所」(不分科)或心理衛生人員求助、22.9%會向「精神科相關科別」求助、18.2%會依靠「民俗療法/偏方/求神問卜/宗教團體」。

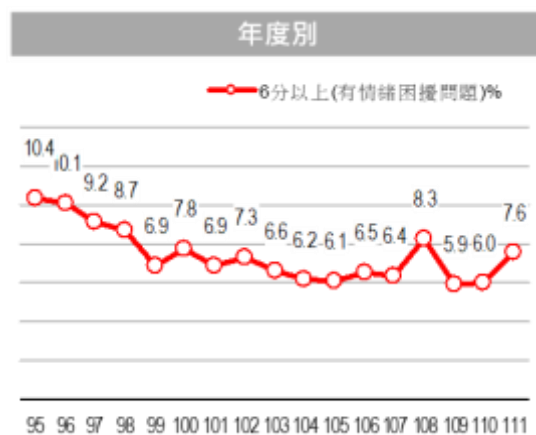


圖 7-2-5、心情溫度計有情緒困擾者占比

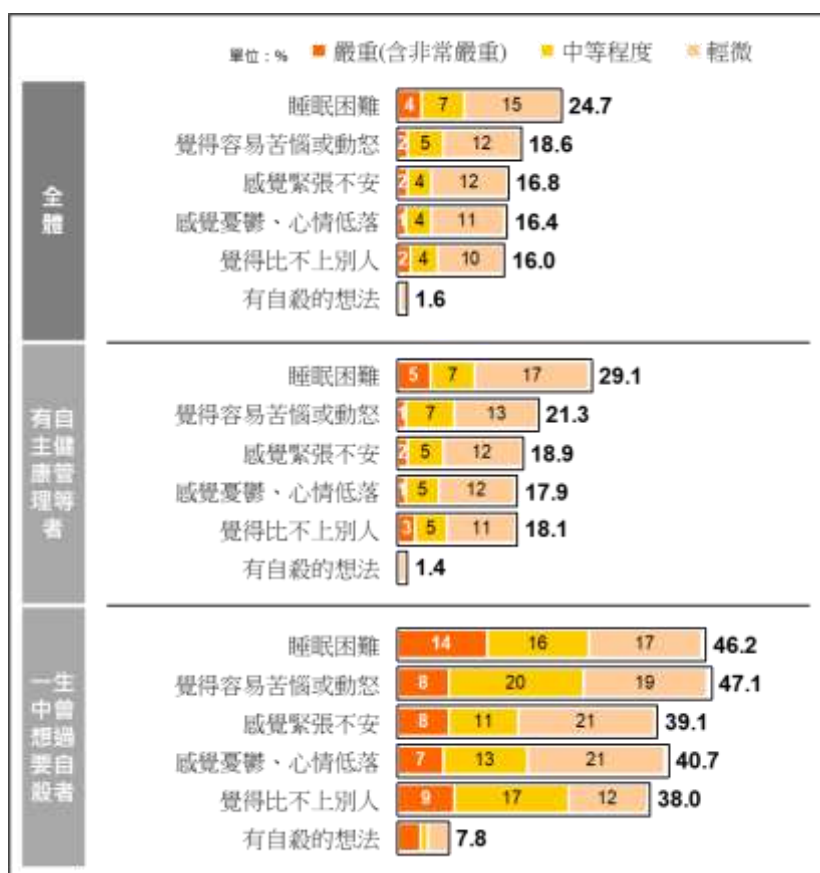


圖 7-2-6、BSRS-5 簡易量表檢測結果



10) 自殺危機量表：在過去幾天感覺最糟糕時，以感到「自己情緒(心情)很煩亂」(18.9%)居多，其次為「無法停止困擾的想法」(10.5%) (詳見圖 7-2-7)。

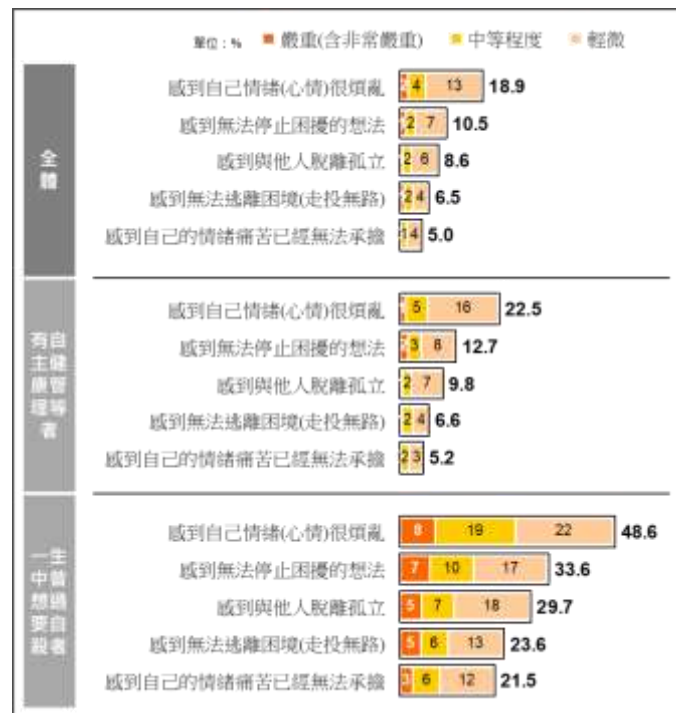


圖 7-2-7、自殺危機量表檢測結果

11) 烏俄戰爭對民眾心理影響：20.2%民眾因烏克蘭與蘇俄戰爭直接或間接造成心理影響，3.9%達中等程度以上，1.0%達嚴重程度。

## 2. 檢討與建議

### 1) 民眾認為臺灣的自殺問題仍偏嚴重

根據今年度調查結果，大部分的臺灣民眾約有四成一的人覺得自殺問題是嚴重的。雖然從民國 95 年度的八成六，逐年下降至 111 年的四成一，但是總體而言，從民國 95 年度到 111 年度，臺灣民眾都至少有四成以上民眾覺得臺灣自殺問題是嚴重的，表示自殺問題臺灣民眾心中仍有一定的嚴重程度。

### 2) 持續推動自殺防治資訊的大眾宣導

今年的調查中發現 16.0%民眾近一年看過/聽過自殺防治相關資訊，35.0%民眾知道衛福部有提供自殺防治諮詢專線。

這些結果表示目前臺灣民眾仍對自殺防治的認識有限，自殺防治是長

期而連續的工作，對於守門人或自殺防治專線等相關資訊仍需持續宣導，使防治效果有延續性及顯著成效。

### 3) 以自殺意念及自殺企圖盛行率推估整體自殺人口數仍偏高

有關臺灣民眾的自殺意念調查，今年的調查結果顯示一生中曾認真地想要自殺的民眾佔 12.2%，歷年調查顯示，自 103 年起，除 108 年調查 (15.6%) 以外，其餘皆落在 12%~13%；一年中曾經認真地想過要自殺的民眾佔有 1.9%，自 103 年起近一年曾認真想過要自殺的比率皆低於 3%；一個月中曾經想要自殺的民眾佔有 0.8%，歷年皆維持約 1% 左右。

依據電話調查結果，若推估至臺灣地區 15 歲以上民眾，近一星期內有 1.6% 民眾曾有自殺意念，換算成全人口數為  $31.5 \pm 10.7$  萬人；近一個月內有 0.8% 民眾曾有自殺意念，推估為  $17.1 \pm 7.9$  萬人；近一年內有 1.9% 民眾曾有自殺意念，推估為  $39.1 \pm 11.9$  萬人；一生中 12.2% 民眾曾有自殺意念，推估為  $247.2 \pm 28.3$  萬人。

這些人因為只有自殺意念而無自殺行為，但仍屬於潛在具有高風險性的個案，針對臺灣民眾的心理健康促進以及防護自殺死亡的工作，包含如何觸及將自殺求助管道給予這些人以及建立自殺防治安全網等策略，是刻不容緩的議題。

### 4) 疫情對心理健康的影響

世界衛生組織(WHO)於 109 年 3 月 11 日正式宣布新冠肺炎(COVID-19, Coronavirus Disease 2019)大流行，也為全世界的健康敲響警鈴。由於新冠病毒的特性，造成大流行初期持續攀高的死亡率，感染後亦需經歷較長的復原期，因此加深人們對新冠病毒的恐懼。為了持續了解疫情對民眾心理健康的影響，延續 109 年度電話調查之主題，於今年度增列相關議題。

因疫情關係，有 34.8% 民眾經歷自主健康管理，有 29.2% 民眾經歷居家隔離。調查最近一週中，民眾因疫情而有下列症狀：您會試著不去想疫情佔 24.8%，因為疫情而讓您覺得警覺而無法放鬆佔 22.7%，您不想去想疫情，卻不由自主地一再想到疫情佔 21.3%，與疫情無關的事物也會讓您聯想到疫情佔 15.3%，您會因疫情而覺得注意力很難集中佔 8.5%，您因疫情而有許多情緒，但您不想處理佔 7.5%。

過去一個月以來 44.4% 民眾因疫情關係直接或間接帶來壓力，其中

23.7%民眾對工作/經濟感到壓力，23.4%民眾對日常生活感到壓力，23.9%民眾對課業問題感到壓力(僅調查學生)，13.0%民眾對心理健康感到壓力，15.3%民眾對家庭或人際感到壓力，15.9%民眾對身體健康感到壓力，根據調查結果顯示疫情並非僅對民眾造成單一影響。

調查結果顯示，有身體健康問題壓力比率較 110 年度略升，不過在工作/經濟問題、日常生活及心理健康問題壓力皆較 110 年下降，此外，是否因疫情而產生相關情緒亦較 110 年度下降。

#### 5) 提升民眾心理健康問題之求助動機，同時落實守門人訓練及成功轉介，以降低潛在精神疾病導致自殺風險

臺灣民眾會因自殺意念而求助的比例不高，有自殺想法的民眾中僅有 27.2% 的人求助，而求助對象以親朋好友居多(11.8%)，此結果顯示自殺高風險民眾的求助動機偏低。然而，自殺意念者求助的當下，高達 74.1% 都會主動告知自己想自殺的念頭，意即求助代表了一個自殺警訊，守門人加強敏感度、辨識自殺意念者的危險因子是很重要的。

其次，最多民眾認為最能幫助自殺的人是親朋好友(57.6%)和自殺者會求助的管道調查結果是一致的。有 5.9% 民眾在過去一年曾經歷有人向自己透露自殺念頭，民眾的處理方式大部分(55.7%)是跟對方聊一聊、近三成六(36.0%)的人會轉移話題。對照前述的自殺者的求助對象第一為親朋好友，統計結果可以觀查出自殺者的求助資源脈絡，一般自殺者多為先跟親朋好友傾訴。從「四成八民眾覺得自己是可以幫上自殺者的忙」之結果，我們得知珍愛生命守門人的推廣仍應持續努力，但實際在教育資源的推動與宣傳上，如何落實「守門人 123 步驟，1 問、2 應、3 轉介」知能訓練以提升其成效，如何教導民眾正確地幫助自殺者，將是訓練重點。期待未來持續推廣相關的教育訓練活動、善用「心情溫度計」(結合紙本、網路及 APP 應用等多重管道)強化民眾自我檢測情緒，做好自我心情關照，依舊是全面性策略中重要的一環。

## 五、附件

附件 7-2-1、111 年民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查問卷

# 自殺防治學期刊之發行與推廣

## 一、背景(Context)

### 1. 相關問題與重要性

《自殺防治網通訊》已出版屆滿 16 年，自 111 年起轉型更名為學術型《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)，其卷期仍接續原《自殺防治網通訊》(Newsletter for Suicide Prevention Network)，111 年三月將發行第 17 卷第 1 期。通訊聯誼部分亦將於本會官網設立專區持續拓展，已強化網網相連的原動力。本會已申請國際數位物件識別碼(DOI, Digital Object Identifier) 及國際標準期刊號(International Standard Serial Number, ISSN)，並與「華藝數位」公司簽約，擬透過專業資訊平台，使刊登於 JoS 之論文，能即時讓普羅大眾隨即取用。JoS 將展為英文期刊，但於出版初期，亦歡迎同仁使用中文投稿，JoS 將邀請日韓及其他東南亞或歐美國家自殺防治專家學者共同編輯與投稿。相信 JoS 的問世能提高國人在國際自殺防治領域的能見度。

### 2. 業務或方案的目的與目標

- 1) 「自殺防治學」為台灣自殺防治學會所出版之同儕評審且開放取用(open access)之學術雜誌。凡與自殺防治相關之跨專業領域學術論著，均為本誌刊載之對象，但以未曾投稿於其它雜誌者為限。
- 2) JoS 將展為英文期刊，但於出版初期，亦歡迎同仁使用中文投稿，JoS 將邀請日韓及其他東南亞或歐美國家自殺防治專家學者共同編輯與投稿。相信 JoS 的問世能提高國人在國際自殺防治領域的能見度。

## 二、輸入(Input)

### 1. 執行步驟與方法

- 1) 《自殺防治學》雜誌(Journal of Suicidology, JoS)
  - (1) 每年 3、6、9、12 月中出刊，一年發行四期，為季刊形式。
  - (2) 稿件蒐集完成後進行初步校正及潤稿、排版美編，再次進行校稿。
  - (3) 出版後，透過專業資訊平台，刊登 JoS 之論文，同時上傳中心網站供大眾瀏覽與宣導。

### 2. 資源連結與合作

- 1) 合作單位：衛生福利部、各縣市政府衛生局暨社區心理衛生中心、華藝數位、各縣市自殺關懷訪視員、國家圖書館、國立臺灣圖書館、國立公共資訊圖書館、臺灣大學護理學系吳佳儀教授、新光吳火師紀念醫院詹佳達主

任。

2) 資源連結內容及形式：邀稿、撰稿、排版與刊物宣傳。

### 三、過程(Process)

#### 1. 組織建立

- 1) 成立自殺防治學期刊編輯委員會，邀請台灣自殺防治學會理監事及各領域專長會員擔任委員；另由中心專員擔任助理編輯，追蹤各期主題、邀稿細節、排版等內容與進度。
- 2) 自殺防治學期刊編輯委員名單
  - (1) 主任委員：李明濱
  - (2) 委員：呂淑貞、周煌智、陳俊鶯、廖士程、賴德仁
  - (3) 總編輯：吳佳儀
  - (4) 副總編輯：詹佳達
  - (5) 編輯：王弘裕、吳恩亮、李佳殷、林俊媛、張正辰、孫凡軒、陳宜明、戴萬祥、蘇泓洸
  - (6) 編輯顧問：方俊凱、呂淑好、姜丹榴、張家銘、張書森、陳恆順、陳映燁、陳碧霞、黃敏偉、楊聰財、鄭宇明、蕭雪雯、龍佛衛、顏永杰
  - (7) 統計顧問：杜裕康、劉力瑜
  - (8) 英文顧問：王郁琪、Walter Huang
  - (9) 國際顧問：Igor Galynker (USA)、Vivian Isaac (Australia)、Hong jin Jeon (Korea)、Karen WeiRu Lin (USA)、Yutaka Motohashi (Japan)、Tadashi Takeshima (Japan)
  - (10) 助理編輯：呂雯、許宇萱、廖健鈞、蕭逸

## 2. 工作期程

1) 3 月發行自殺防治學期刊第十七卷第一期之大綱如表 7-3-1。

表 7-3-1、自殺防治學期刊第十七卷第一期之大綱

項目	文章標題
Editorials	Celebrating the Birth of the Journal of Suicidology during the COVID-19 Pandemic
	Achieve the Social Contribution Index beyond the Science Citation Index (SCI): The Implementation of Taiwan Suicide Prevention Strategies over 16 Years
	Evidence-Based Somatic Treatments and Brain Abnormalities for Suicidality in Patients with Depression
Review Articles	A Review of the Theories and High-risk Populations of Suicide
	Review of Risk Factors of Suicidal Behaviors among the Firefighters Based on Ecological System Theory
Special Articles	Current Status and Challenges of Suicide Prevention in Japan under the Pandemic of COVID-19
	Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health, Psychiatric Disorders, and Suicide
	Suicide and Effective Prevention Program in Medical Students: a Narrative Review
Original Articles	Age-Period-Cohort Analysis of the Temporal Trends of Suicide Mortality Rates in Taiwan, 1959-2008
	Analysis of Loneliness and Risk Factors Associated with Suicide in the Elderly during the COVID-19 Pandemic
	Identification of Suicide Ideation and Associated Risk Factors for the Elderly Receiving Home Care Services

---

Effects of the QPR (Question, Persuade, Refer) Strategy on Suicidal Prevention among General Medical Staff and Consultation-liaison Psychiatrists: A Single Center Naturalistic Study

Validity of Mobile Mood Thermometer App (mMTA) to Identify Psychiatric Morbidity and Suicide Ideation: A Population- Based Study in Taiwan

Impact of the Paraquat Ban on Reducing Suicide in Taiwan: the Effect on 2020 Suicide Rates

Comparison of Suicide News Reports in the Media Two Years Before and After the Implementation of the Taiwan Suicide Prevention Act

Exploration of the Students' Perceptions of Mental Health Prevention and Suicide Strategies in Campus: a Focus Group Study

---

2) 6 月發行自殺防治學期刊第十七卷第二期之大綱如表 7-3-2。

表 7-3-2、自殺防治學期刊第十七卷第二期之大綱

---

項目	文章標題
Editorials	Suicidality and Hospital Suicide Prevention under COVID-19 in 2022
	Face up to the Survivors' Grief after the Disaster of COVID-19 Pandemic
Review Articles	Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder
Special Articles	Survivors of Suicide: The Brave Reborn from the Catastrophe
	The Logotherapy on Suicide Prevention
Original Articles	A Validation Study of the Taiwanese Suicide Crisis Inventory Version 2 to Detect Suicidality in an Online

---

---

## Population Survey

Prevalence of Suicidality and Associated Psychopathology among the Community Residents in Taiwan: A Nationwide Population Survey over a Decade

The Relationship between Air Pollution and Completed Suicide

Prevalence of Psychological Distress and Suicidality and Psychosocial Correlates among Physicians in Taiwan

Reflection on the Impact of National Suicide Prevention Strategy through the Data of a Medical Center from 2008 to 2021

Routine Screening for Depression among Cancer Patients is Associated with a Lower Suicide Mortality Rate

Association between the Utilization of Campus Mental Health Resources and Depressed Mood among Taiwanese Metropolitan Secondary School Students

Formulation of a Suicide Reporting Guideline for the Reporters and Editors: A Focus Group Study

How Does Someone Experience a Loss to Suicide? – A Narrative Exploration

Short-term Effects of a Suicide-related Drama on Attempted and Completed Suicide of the Youth in Taiwan

---

3) 9月發行自殺防治學期刊第十七卷第三期之大綱如表 7-3-3。

表 7-3-3、自殺防治學期刊第十七卷第三期之大綱

---

項目	文章標題
Editorials	Suicide Prevention under COVID-19: Taiwan and the World

---



	Creating Hope through Proactive Action: Triage and Care of Mental Distress for the Vulnerable People in Post-pandemic Era
Review Articles	<p>A Review of Strategies and Interventions for Suicide Prevention in the Rural United States</p> <p>A Review of the Association between Gene Contributions and Medical Illness in Patients with Suicide Behavior</p>
Special Articles	<p>Sunshine Emotional Dysfunction Support Group for Adolescents: The Dun An Social Welfare Foundation Experience</p> <p>Current Status of Bereavement Services for Survivor of Suicide in Taiwan Medical Institutions</p> <p>Nursing Policy Recommendations in a Suicide Prevention Training Program for the Nurses: A Perspective from Vietnam</p>
Original Articles	<p>Associations between Suicide Narrative, Psychopathology, and Suicidality: An Online Population Survey in Taiwan</p> <p>A National Data Linkage Study of Medical Services Utilization and Diagnoses of Suicide Patients within a Year before Death in Taiwan, 2006-2015</p> <p>Tainan City Model of Mental Health Care for People at Home Quarantine during COVID-19 pandemic: Profile of Psychological Distress and Suicidality</p> <p>Suicidality and Associated Psychopathology among the Ambulatory Patients with Cancer in a Medical Center</p> <p>The Teachers' Views on Campus Suicide Prevention and Mental Health Promotion: An Online Focus Group Study during COVID-19</p>

	Implementation of Hospital Suicide Prevention Strategy in Taiwan: A Nationwide Questionnaire Survey
Case Reports	A Case of Depression and Subsequent Cerebral Infarction during Hospital Quarantine in the COVID-19 Pandemic

### 3. 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、潤稿與統整，再進行排版美編。
- 3) 助理編輯校稿完成後，再請總編輯進行總校正，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) 數位推廣：各期期刊皆可在中心網站最新消息、宣導品專區與自殺防治學期刊專區供免費下載。

## 四、成果(Product)

### 1. 執行結果

- 1) 自殺防治學期刊第十七卷第一期 Editorials 兩篇、Review Articles 三篇、Special Articles 三篇及 Original Articles 八篇。
- 2) 自殺防治學期刊第十七卷第二期 Editorials 兩篇、Review Articles 一篇、Special Article 兩篇及 Original Articles 十篇。
- 3) 自殺防治學期刊第十七卷第三期 Editorials 兩篇、Review Articles 兩篇、Special Articles 三篇、Original Articles 六篇及 Case Reports 一篇。
- 4) 透過專業資訊平台，刊登 JoS 之論文，同時上傳中心網站供大眾瀏覽與宣導。

### 2. 結論

- 1) 持續增加宣導管道，如與臺灣閱覽人數眾多之圖書館合作，使更多民眾接觸自殺防治相關訊息及新知。