

# 台灣近期自殺統計與實證研究回顧

廖士程 醫師

台大醫院新竹分院精神醫學部主任

衛生福利部自殺防治諮詢會委員

111年度整合型心理健康工作計畫暨社區心理中心人員共識營

111年12月14日 10:50-11:40



# 報告大綱

前言

台灣近期自殺統計

整合型工作計畫指標相關之近期實證研究

挑戰與前瞻





# 前言

# 聯合國 SDG 永續發展目標



## SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS





# SDG 指標 3

確保健康的生活方式，促進  
所有年齡段所有人的福祉



## ■ 指標 3.4.2

### ■ 自殺死亡率 Suicide Mortality Rate

## ■ 指標 3.4

- 到2030年，將非傳染性疾病導致的過早死亡率降低三分之一
- 通過預防和治療，促進心理健康和福祉



# 關於自殺防治

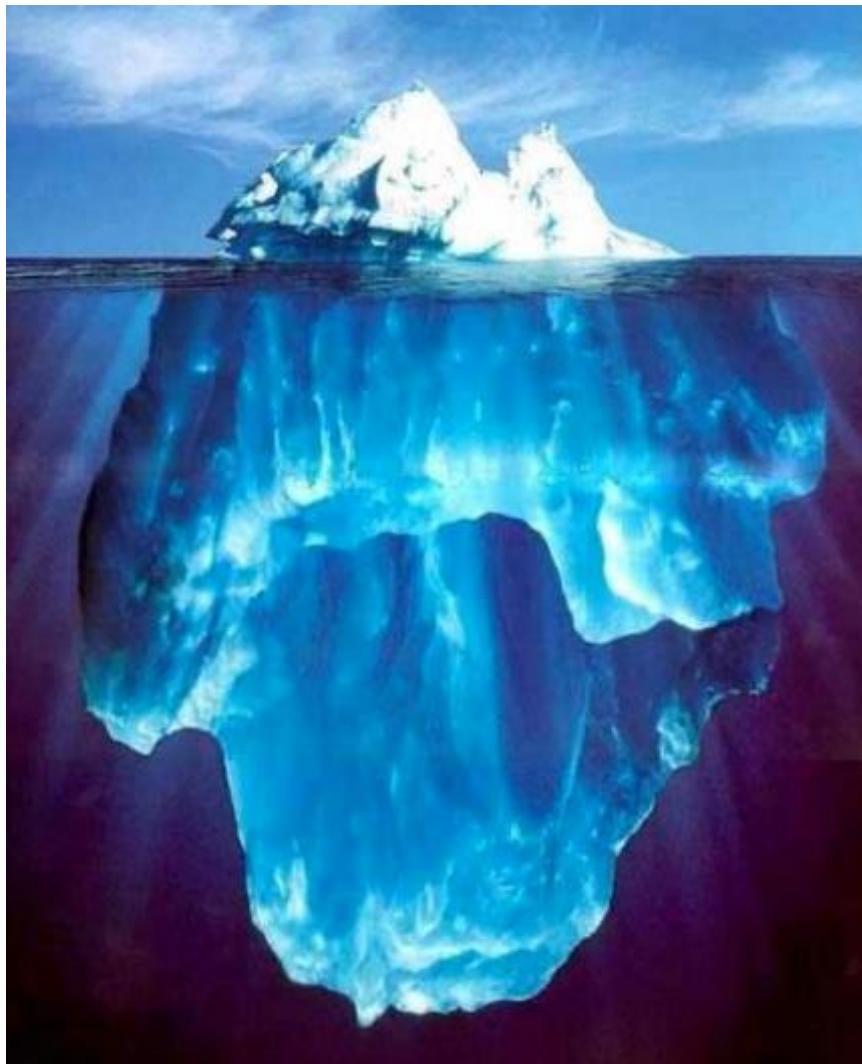
---

- 人們往往容易流於
  - 單純微觀的「心理衛生」歸因
  - 簡化巨觀的「社會經濟」歸因
- 而實際狀況往往是
  - 自殺為多重因素造成的悲劇結果，需要多層面介入方能有效防治





# 人群中自殺行為的發生率



Slide credit: 台大公衛學院張書森所長

- 自殺身亡：
  - 16 / 100,000人年
    - (全台，2016)
- 自殺意圖：
  - **(1X)** 13-19 / 100,000人年
    - (健保住院資料，2012)
  - **(5-10X)** 75-150 / 100,000人年
    - (台北市自殺通報，2004-6)
  - **(25X)** 200-400 / 100,000人年
    - (0.2-0.4%)
      - (電話調查，2008-2015)
- 自殺想法：
  - **(150-300X)** 2200-5400 / 100,000人年
    - (2.2-5.4%)
      - (電話調查，2008-2015)



微觀體質因素  
宏觀社會因素

加重因子

例如：個人或文化接受度  
物質濫用  
模仿效應  
認知技巧不足  
問題解決能力不足  
年齡因素

致命工具可得性  
媒體模仿效應

先天環境  
影響神經發育

例如：童年不良經歷  
失依失怙

衝動性  
Impulsivity

精神心理疾患  
Mental illness

自殺意念想法  
Suicidal ideation

企圖自殺行為  
Attempted suicide

自殺身亡  
Suicide

後天危險因子

例如：人際關係破裂  
失業  
社會經濟困境  
性格傾向  
生活壓力事件  
物質濫用

身體疾病

保護因子

例如：社會支持  
親職照護  
求助行為  
宗教或信仰

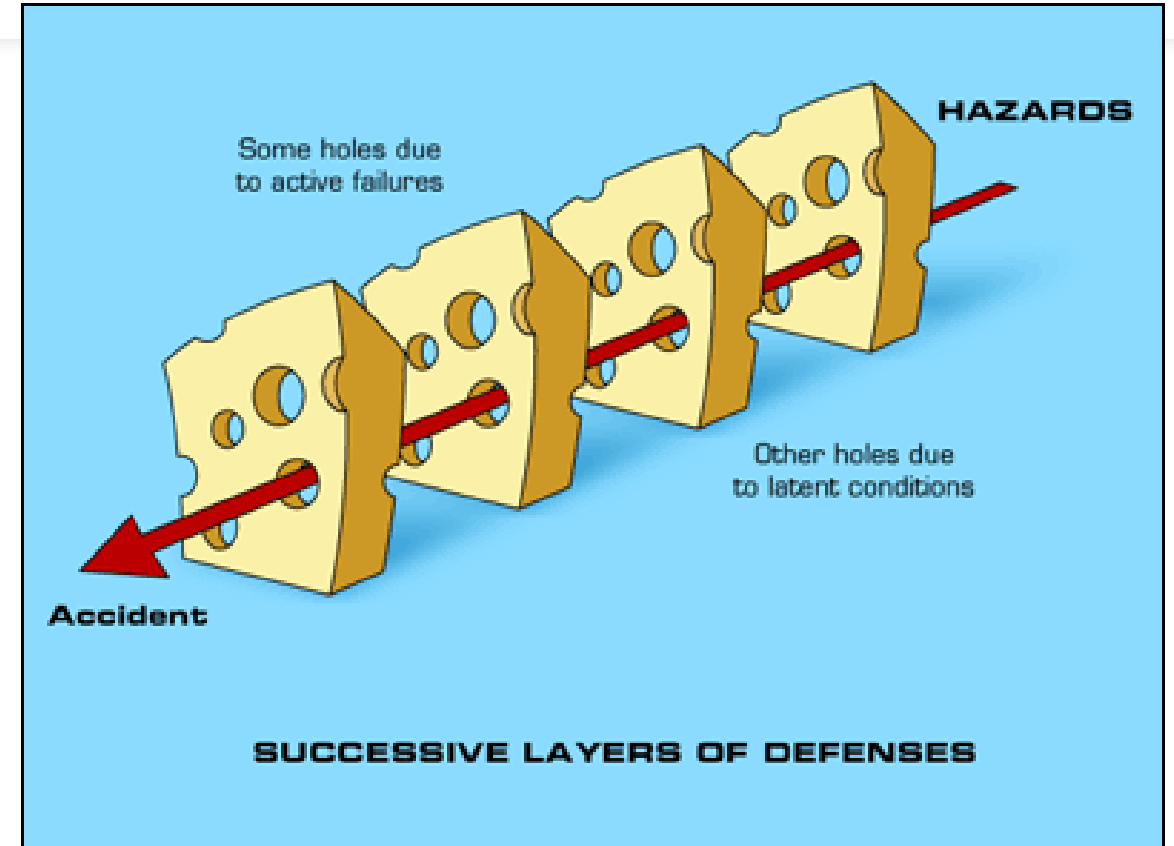
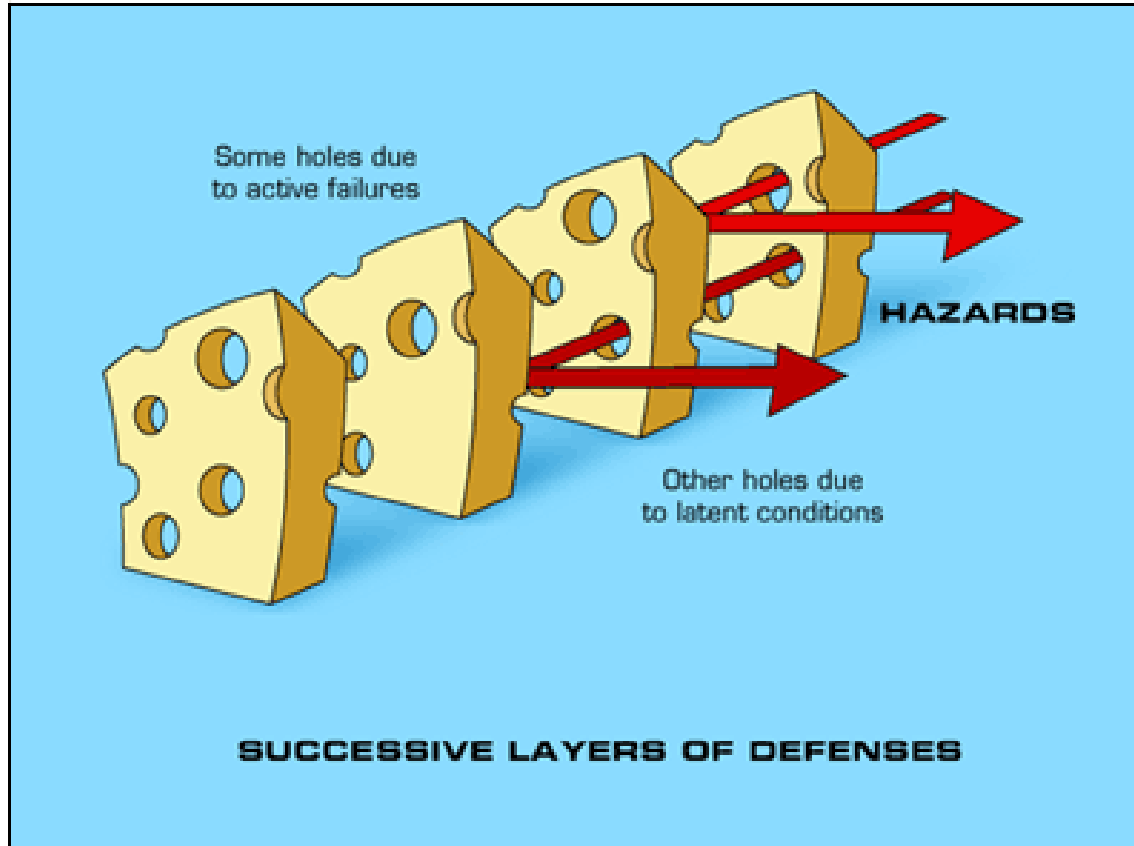
有效介入  
解毒劑的可近性

生命歷程中各項與自殺有關的因子 (改編翻譯自Gunnell D, Lewis G. Br J Psychiatry 2005;187:206-8)





# Swiss Cheese 瑞士乳酪



# 近年美國自殺死亡率上升的可能原因 ( 群體層面的原因 )



致命工具可得性



結構性種族主義



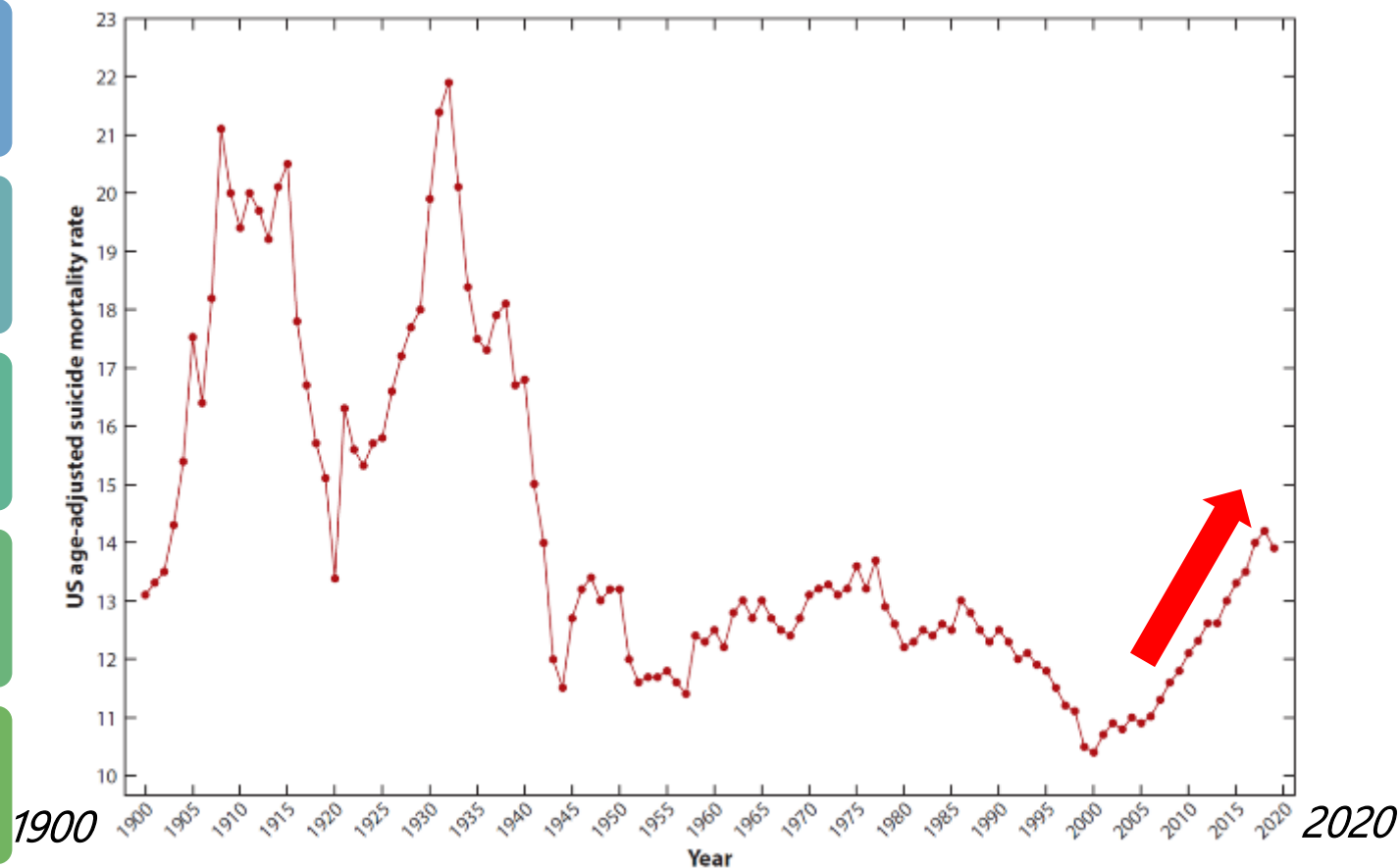
經濟因素



鴉片類藥物流行

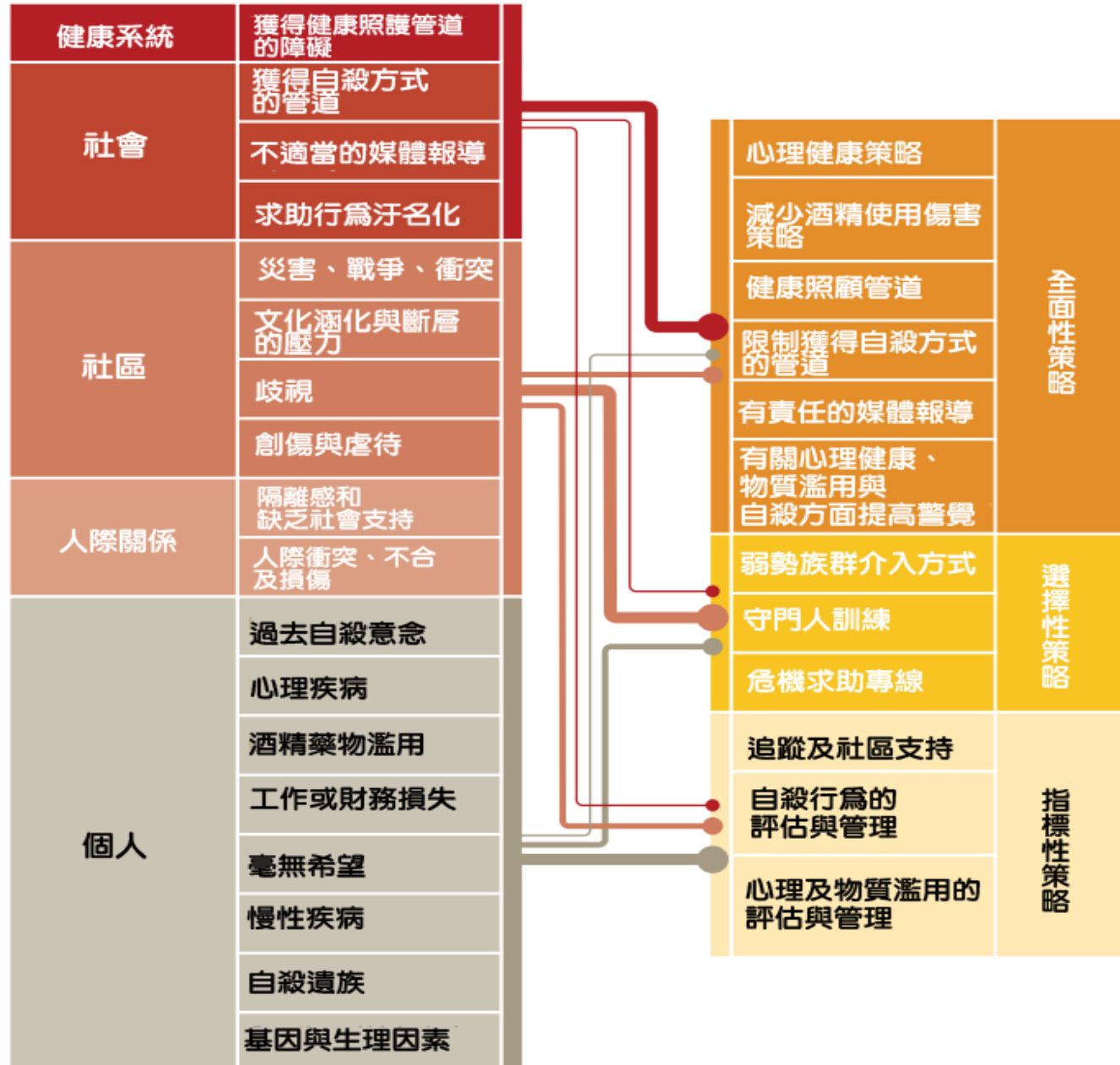


孤獨和社會孤立



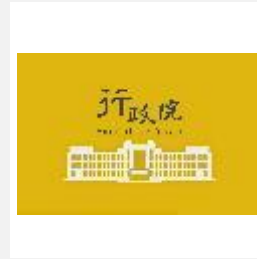


## 關鍵自殺危險因子與相關策略





OECD 2019  
跨國精神衛生指標



106-110  
國民心理健康計畫



整合型心理  
健康工作計畫



精神照護  
評鑑指標

# 幾個精神科照護 相關指標的來源

運用精神照護指標提升病人安全





# 經合組織(OECD)提議目前被認為適合國際比較的精神衛生指標



## 精神疾患個案住 院中自殺死亡

In-patient suicides among  
people diagnosed with a  
mental disorder



## 思覺失調症或雙 相情感疾患個案 住院中自殺死亡

In-patient suicides among  
people diagnosed with  
schizophrenia or bipolar  
disorder



## 精神疾患個案出院 後自殺死亡

Deaths after discharge  
from suicide among people  
diagnosed with a mental  
disorder



## 思覺失調症或雙相 情感疾患個案出院 後自殺死亡

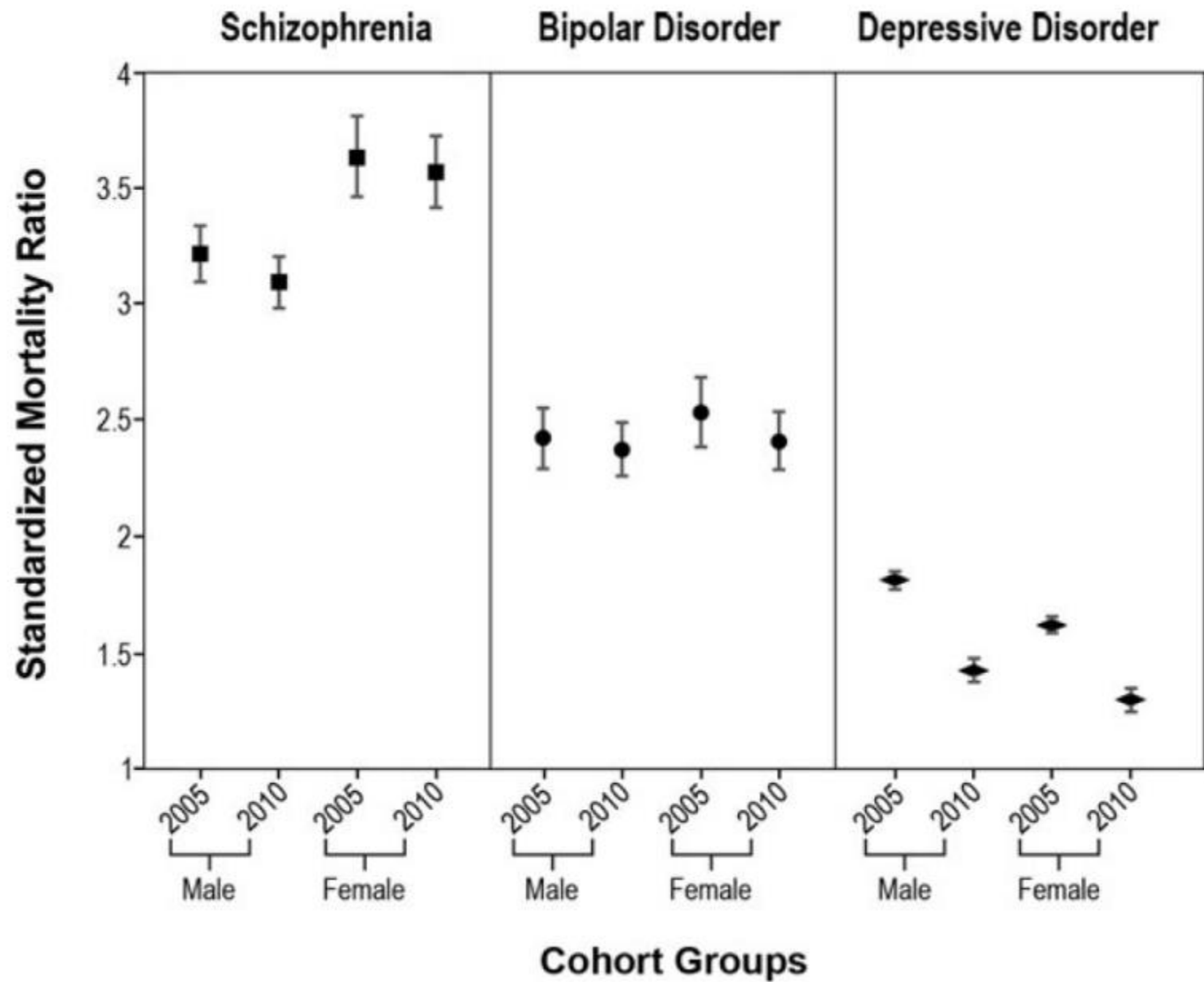
Deaths after discharge  
from suicide among people  
diagnosed with  
schizophrenia or bipolar  
disorder



## 思覺失調症個案 的超額死亡率

Excess mortality for  
patients with  
schizophrenia





**Table 5.** Cause-specific SMRs for cohorts 2005 and 2010 in Taiwan by psychiatric diagnoses, major groups of death and gender

Psychiatric diagnosis, major groups of death and gender			Cohort 2005				Cohort 2010			
			Total number	Number of deaths in 3-year follow-up	SMR (95% CI)		Total number	Number of deaths in 3-year follow-up	SMR (95% CI)	
					Whole group	Gender group			Whole group	Gender group
Schizophrenia	Cancer	Male	51 535	276	1.30 (1.19–1.42)	1.12 (0.99–1.26)	54 953	386	1.37 (1.27–1.47)	1.23 (1.11–1.36)
		Female	44 097	241		1.61 (1.41–1.82)	49 608	311		1.58 (1.41–1.77)
	CVD	Male	51 535	385	3.16 (2.92–3.41)	2.96 (2.67–3.27)	54 953	460	3.02 (2.80–3.24)	2.92 (2.66–3.20)
		Female	44 097	244		3.53 (3.10–4.00)	49 608	293		3.18 (2.82–3.56)
	DM	Male	51 535	122	4.18 (3.7–4.71)	3.51 (2.92–4.19)	54 953	132	3.23 (2.86–3.64)	3.03 (2.53–3.59)
		Female	44 097	159		4.95 (4.19–5.81)	49 608	141		3.45 (2.90–4.07)
	Suicide	Male	51 535	459	13.79 (12.81–14.82)	12.42 (11.31–13.61)	54 953	330	9.57 (8.80–10.38)	8.04 (7.19–8.95)
		Female	44 097	275		16.90 (14.96–19.02)	49 608	242		12.91 (11.34–14.65)
Bipolar disorder	Cancer	Male	19 706	217	1.34 (1.21–1.48)	1.35 (1.18–1.54)	24 137	274	1.21 (1.10–1.32)	1.29 (1.14–1.45)
		Female	25 686	155		1.32 (1.12–1.54)	34 180	191		1.11 (0.96–1.28)
	CVD	Male	19 706	183	2.08 (1.87–2.31)	1.94 (1.67–2.24)	24 137	245	1.87 (1.70–2.05)	1.96 (1.72–2.22)
		Female	25 686	164		2.26 (1.93–2.64)	34 180	193		1.76 (1.52–2.03)
	DM	Male	19 706	63	2.70 (2.29–3.15)	2.36 (1.82–3.02)	24 137	76	2.21 (1.90–2.56)	2.17 (1.71–2.71)
		Female	25 686	94		2.98 (2.41–3.64)	34 180	104		2.24 (1.83–2.72)
	Suicide	Male	19 706	216	13.79 (12.81–14.82)	12.42 (11.31–13.61)	24 137	229	15.72 (14.38–17.16)	12.28 (10.74–13.98)
		Female	25 686	225		16.9 (14.96–19.02)	34 180	273		20.54 (18.18–23.13)
Depression	Cancer	Male	147 916	2824	1.52 (1.48–1.56)	1.56 (1.50–1.62)	159 213	3022	1.36 (1.33–1.40)	1.43 (1.38–1.48)
		Female	247 090	2245		1.48 (1.42–1.54)	276 372	2596		1.30 (1.25–1.35)
	CVD	Male	147 916	1850	1.57 (1.52–1.62)	1.61 (1.54–1.68)	159 213	1906	1.27 (1.23–1.31)	1.36 (1.30–1.42)
		Female	247 090	1578		1.53 (1.45–1.6)	276 372	1756		1.19 (1.13–1.25)
	DM	Male	147 916	647	1.96 (1.86–2.06)	2.00 (1.85–2.17)	159 213	583	1.36 (1.29–1.44)	1.53 (1.41–1.66)
		Female	247 090	877		1.93 (1.81–2.06)	276 372	790		1.26 (1.17–1.35)
	Suicide	Male	147 916	1164	10.81 (10.38–11.25)	9.63 (9.08–10.2)	159 213	1128	9.47 (9.10–9.86)	8.34 (7.86–8.84)
		Female	247 090	1218		12.23 (11.57–12.95)	276 372	1255		10.80 (10.21–11.41)

CVD, cardiovascular diseases; DM, diabetes mellitus.



第二期

106-110 年

# 國民心理健康計畫

(行政院 105 年 11 月 8 日院臺衛字第 1050043638 號函核定本)

全人\*全程\*全方位\*

提升幸福正向能量

本計畫協辦機關一覽表-行政院相關部會

目標	策略	○：協辦機關 ◎：協辦機關且提報關鍵績效指標												
		教育部	內政部	勞動部	國防部	法務部	文化部	交通部	農委會	地籍署	原民會	行政院人事行政總處	通傳會	司法院
一、推廣全人、全程及全方位之心理健康促進	(一) 強化心理健康輔導，增進國人心理健康素養。	○					○							
	(二) 規劃推動單體身、心健康及適齡各生命週期之心理健康服務。	○		◎								◎		
	(三) 推廣符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案。	◎	○	○	○	○	○		○	◎	◎		○	
	(四) 整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能。	○	○	○	○	○	○		○	○	○			



# 一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進

## (三)推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案



目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估 基準	年度目標值					
				現況值 2015年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
	全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案	(0800-228-585)電話諮詢及問安服務於110年達1萬4,000人次(衛福部社家署)	年度電話諮詢及問安服務人次(人次)						
	2.辦理原民自殺防治守門人宣導活動(原民會)	每年辦理宣導活動場次(場)		18	22	24	26	28	30
	3.推動校園自我傷害三級預防工作計畫--各級學校學生自殺死亡人數低於98年之83人(教育部)	各級學校學生自殺死亡人數(人)		67	70	70	70	70	70
	4.降低自殺死亡率(衛福部)	自殺標準化死亡率(自殺死亡人數÷期中人口數)×10,000，並依WHO標準之西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算		12.1 (2015)	11.4	11.2	11.0	10.8	10.6



## 2.3 整合型心理健康工作計畫成效指標

1. 標準化自殺死亡率當期較前期下降。
2. 當期精神病人出院後一年內自殺死亡率較前期下降。
  - A. 符合 B 且至少有 1 項下降 2% ( 含 ) 。
  - B. 達成 2 項指標。
  - C. 至少達成 1 項指標。
  - D. 不符合 C。
  - E. 不符合 C 且均上升 10%。

註：

1.以計算三年移動平均為一期，故當期較前期下降係指當期（108-110年移動平均）較前期（107-109年移動平均）下降。

2.精神病人出院後一年內自殺死亡率：分子：當年度轄區自殺死亡之精照系統追蹤關懷個案中一年內曾有出院準備計畫者分母：前一年度+當年度轄區精神病人出院準備計畫數（多次出院個案僅取最近一筆）

※計分方式：

1.標準化自殺死亡率依全國自殺防治中心提供之書面資料檢視評分說明達成情形給予評分。

2.精神病人出院後一年內自殺死亡率依衛生福利部統計資料確認評分說明達成情形給予評分。





## 精神科醫院評鑑持續性監測指標清單

一、持續性監測指標依其特性分為 3 個面向。


序號	代碼	指標名稱
<b>經營管理</b>		
1	PSYHA-01-01	精神科病房住院超過 45 天率
2	PSYHA-01-02	出院病歷於出院後 7 日內完成率
3	PSYHA-01-03	醫院員工遭受暴力事件數
4	PSYHA-01-04	資訊系統當機數
5	PSYHA-01-05	醫院員工發生職業災害件數
<b>急性精神照護</b>		
6	PSYHA-02-01	精神科病人自傷事件
7	PSYHA-02-02	精神科病人身體攻擊事件
8	PSYHA-02-03	精神科病人企圖自殺事件及自殺死亡事件
9	PSYHA-02-04	非計畫性離院數
10	PSYHA-02-05	精神科病人於出院後 14 天內再住院
11	PSYHA-02-06	非自願性約束事件
12	PSYHA-02-07	非自願性隔離事件
13	PSYHA-02-08	造成傷害的跌倒
14	PSYHA-02-09	精神科病人於出院 30 日內門診追蹤治療
<b>慢性精神照護</b>		
15	PSYHA-03-01	精神科病人自傷事件
16	PSYHA-03-02	精神科病人身體攻擊事件
17	PSYHA-03-03	精神科病人企圖自殺事件及自殺死亡事件
18	PSYHA-03-04	非計畫性離院數
19	PSYHA-03-05	非自願性約束事件
20	PSYHA-03-06	非自願性隔離事件
21	PSYHA-03-07	造成傷害的跌倒
22	PSYHA-03-08	疥瘡感染期盛行率
23	PSYHA-03-09	非計畫性體重減輕 5% 以上的比率
24	PSYHA-03-10	非計畫性體重增加 5% 以上的比率
25	PSYHA-03-11	異物哽塞事件
26	PSYHA-03-12	精神科病人於出院 30 日內門診追蹤治療

## 精神護理之家評鑑持續性監測指標清單

一、持續性監測指標依其特性分為 6 個面向。

序號	代碼	指標名稱
<b>跌倒指標監測</b>		
1	PSYNH-01-01	跌倒發生率
2	PSYNH-01-02	跌倒造成傷害的發生率
<b>壓瘡指標監測</b>		
3	PSYNH-02-01	壓瘡點盛行率
<b>機構內感染指標監測</b>		
4	PSYNH-03-01	總感染發生密度
5	PSYNH-03-02	疥瘡感染發生密度
6	PSYNH-03-03	泌尿道感染發生密度
<b>非計畫性體重改變指標監測</b>		
7	PSYNH-04-01	非計畫性體重減輕 5% 以上的比率
8	PSYNH-04-02	非計畫性體重增加 5% 以上的比率
<b>約束指標監測</b>		
9	PSYNH-05-01	身體約束事件率
<b>非計畫性轉至急性醫院住院指標監測</b>		
10	PSYNH-06-01	非計畫性轉至急性醫院住院比率



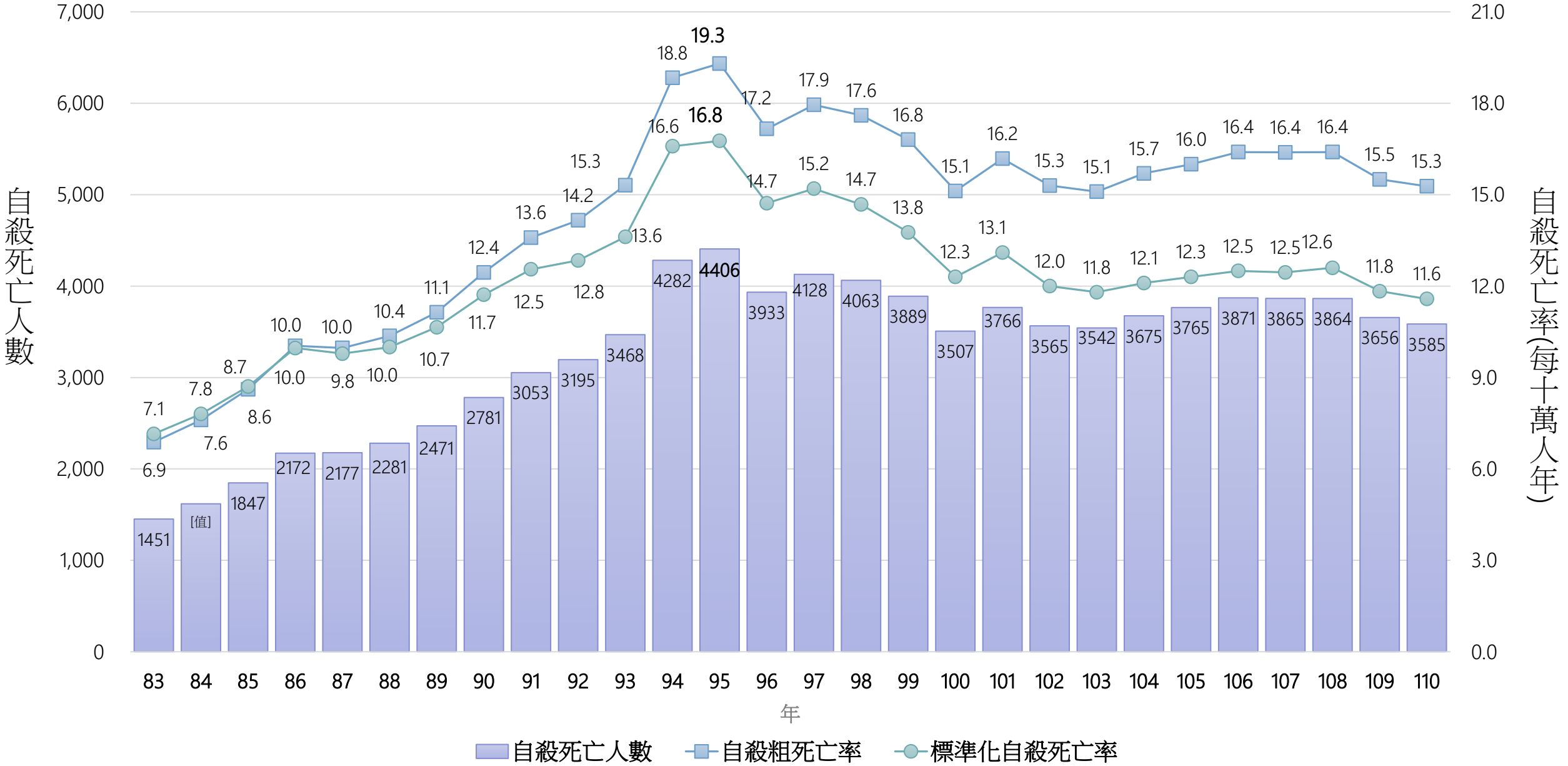


# 台灣近期自殺統計

## (1)死亡統計

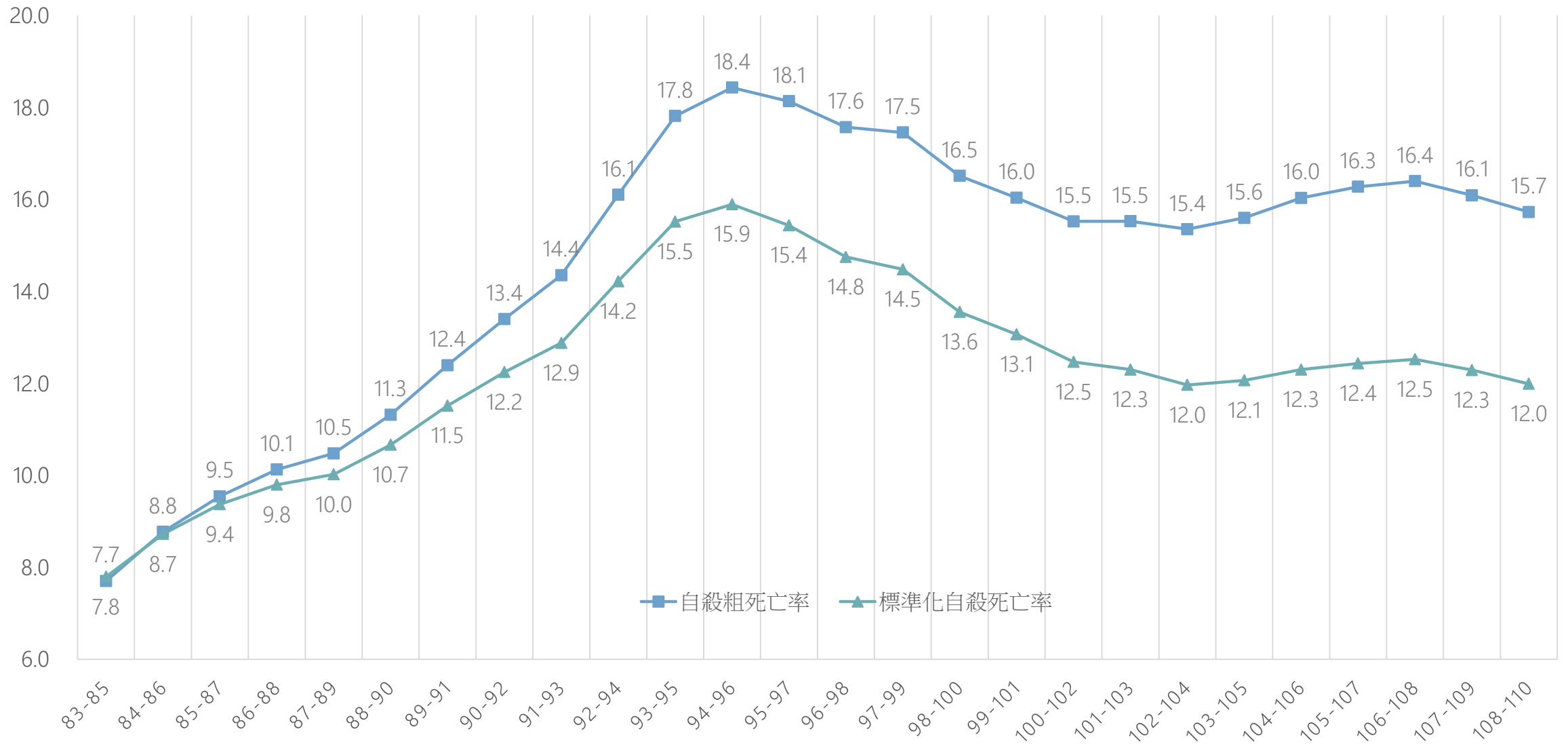
## (2)通報統計

# 全國83年至110年 自殺死亡人數、粗死亡率及標準化死亡率



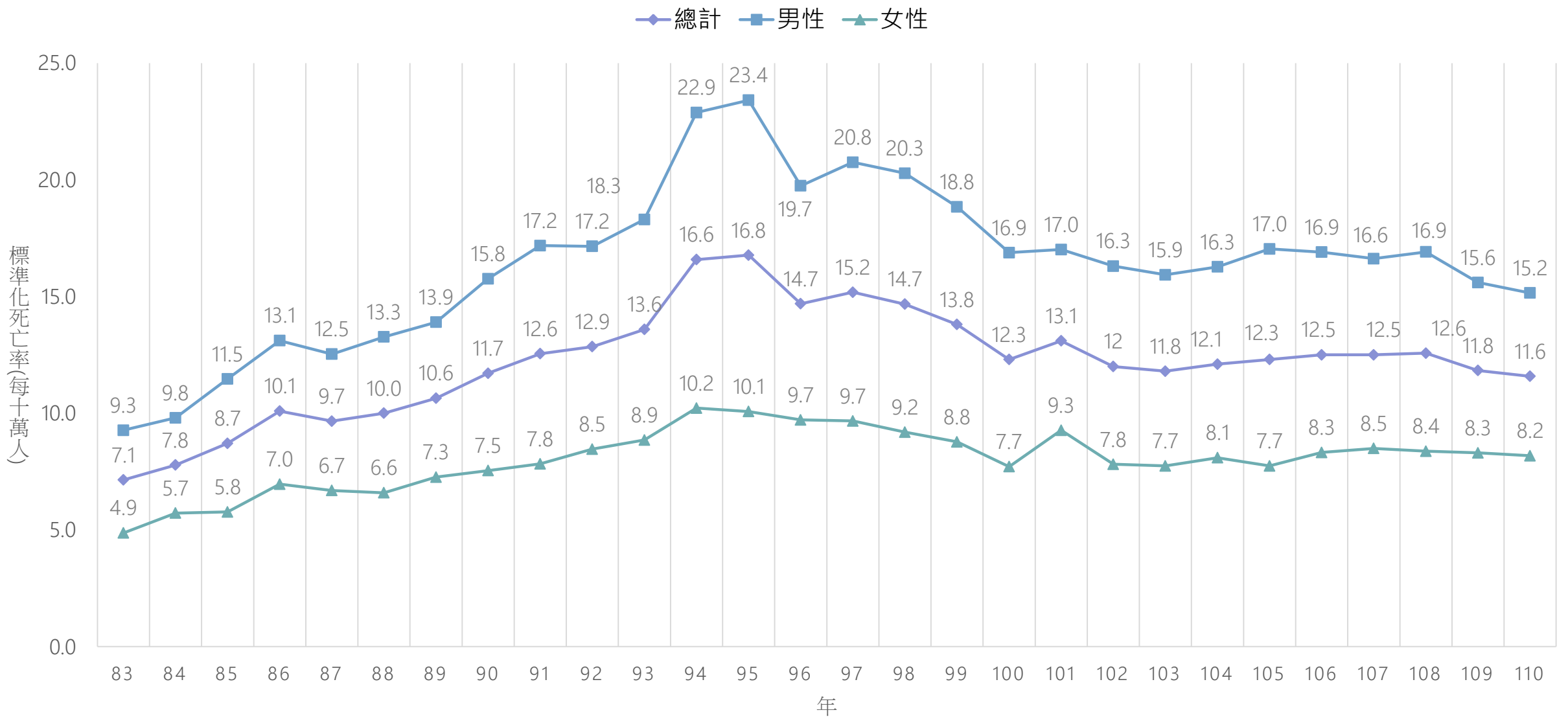
資料來源：衛生福利部資料科學中心

全國83年至110年自殺死亡率三年移動平均

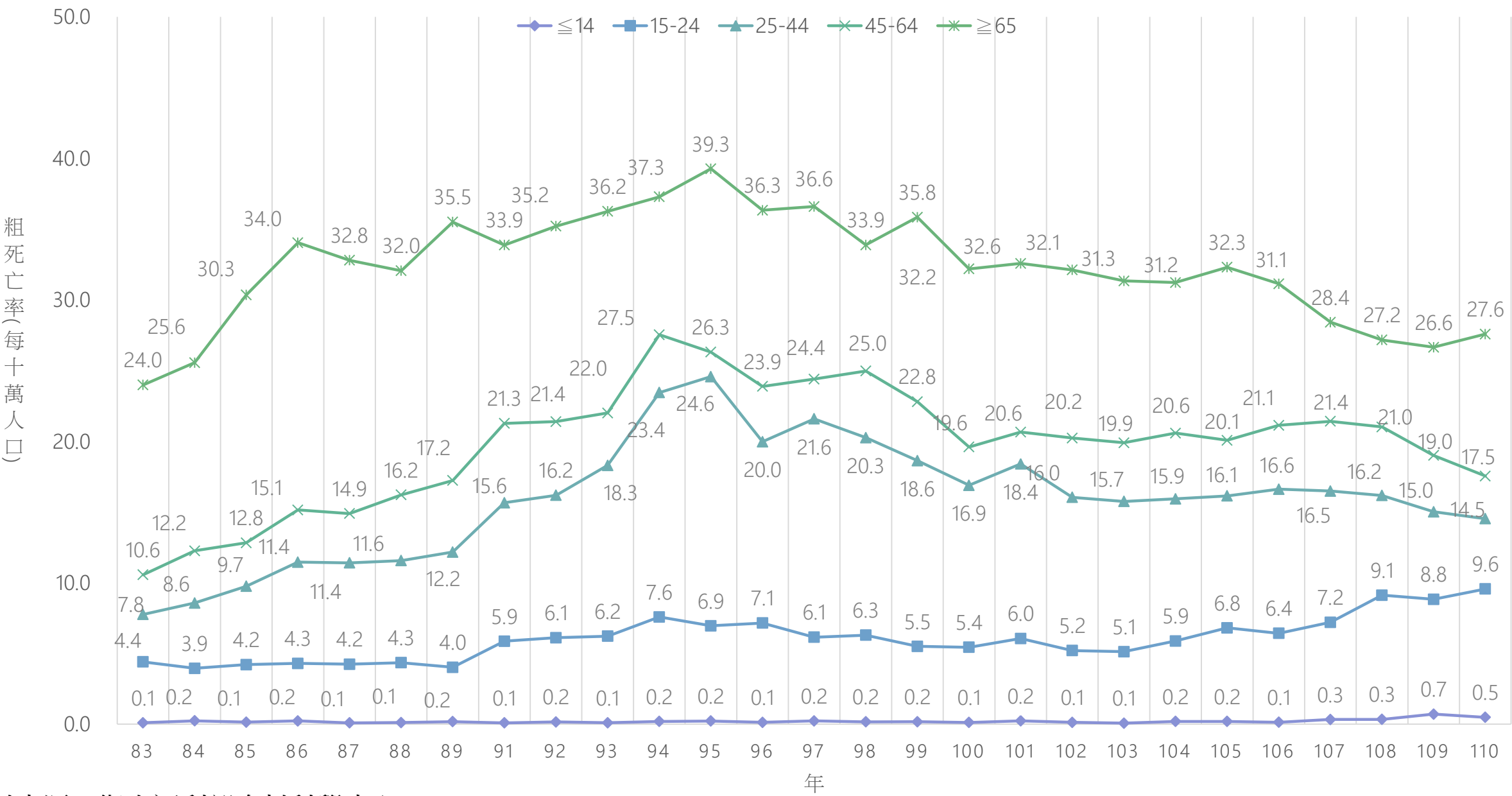




## 83-110年全國各性別標準化死亡率

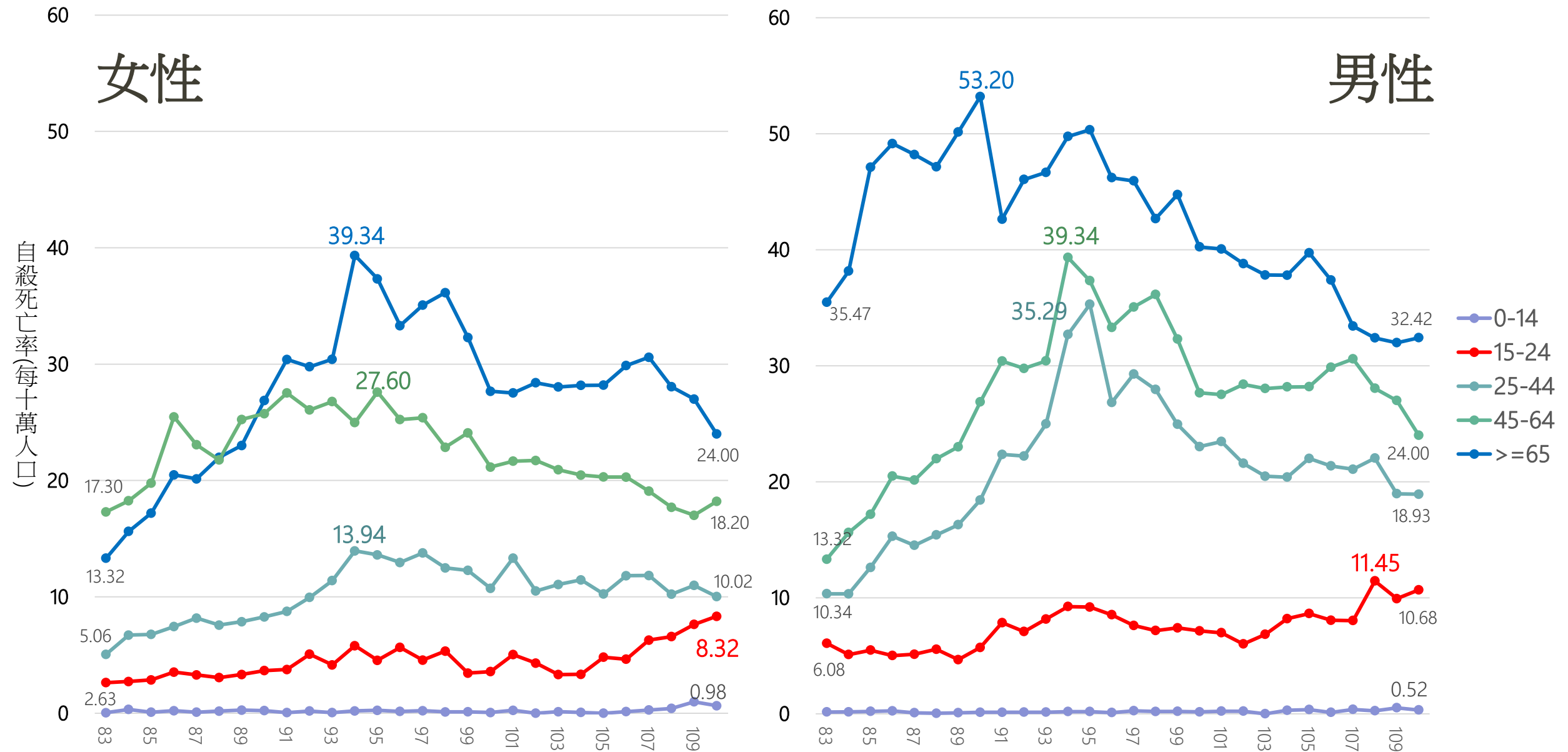


# 83-110年全國年齡層別自殺死亡率



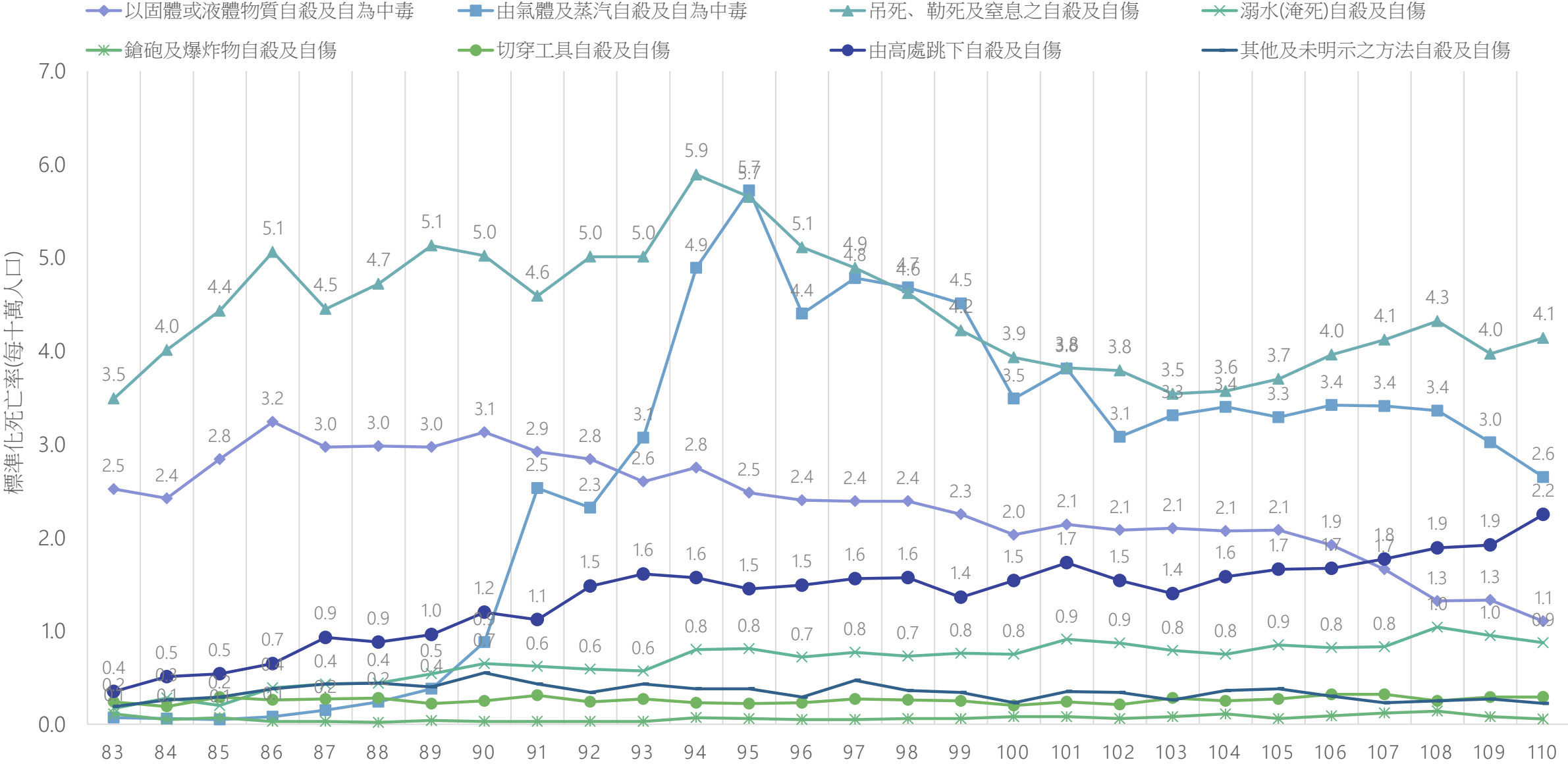
資料來源：衛生福利部資料科學中心

# 83-110年全國性別年齡層別自殺死亡率



資料來源：衛生福利部資料科學中心

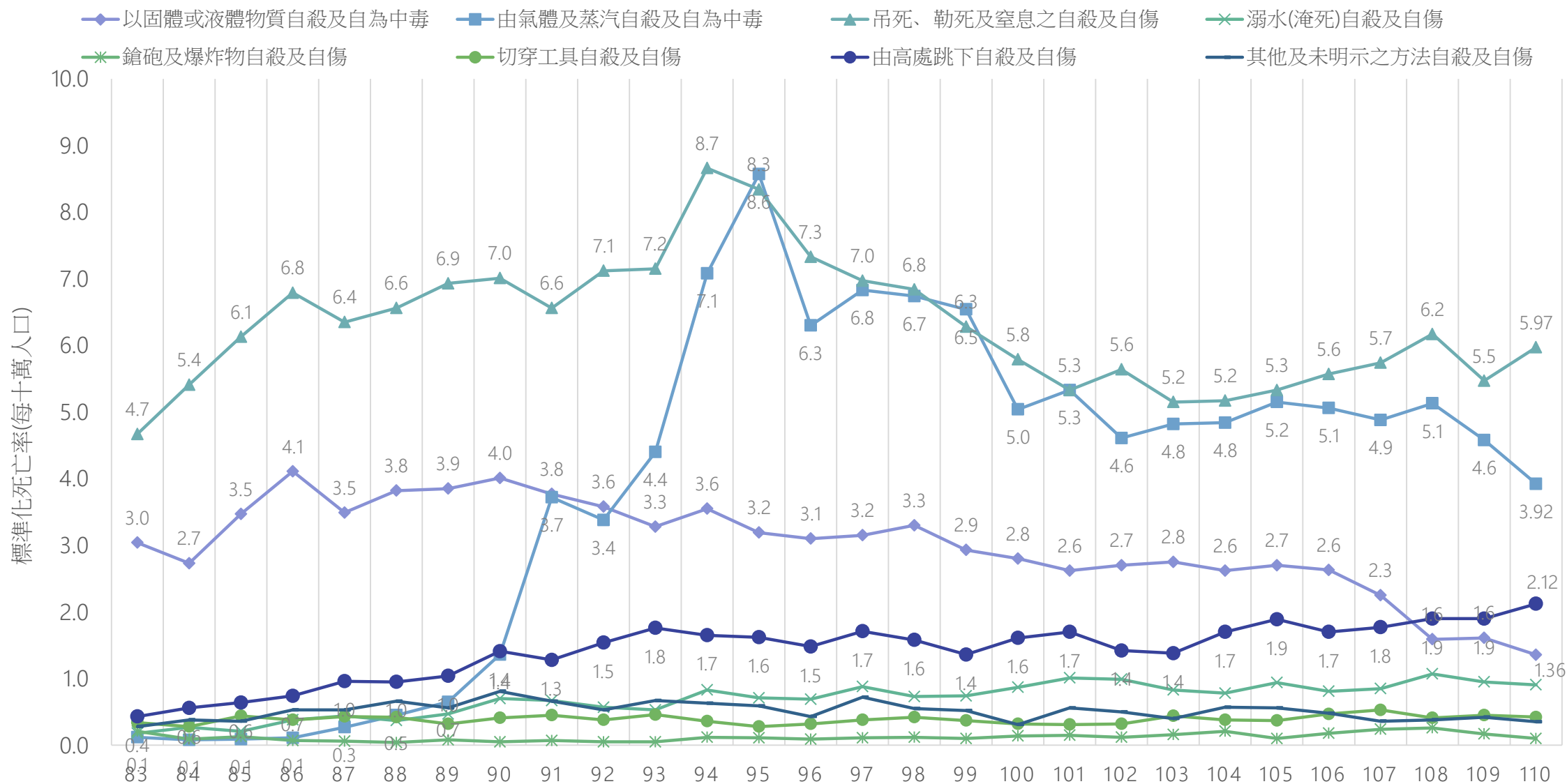
83-110年全國各死因標準化死亡率



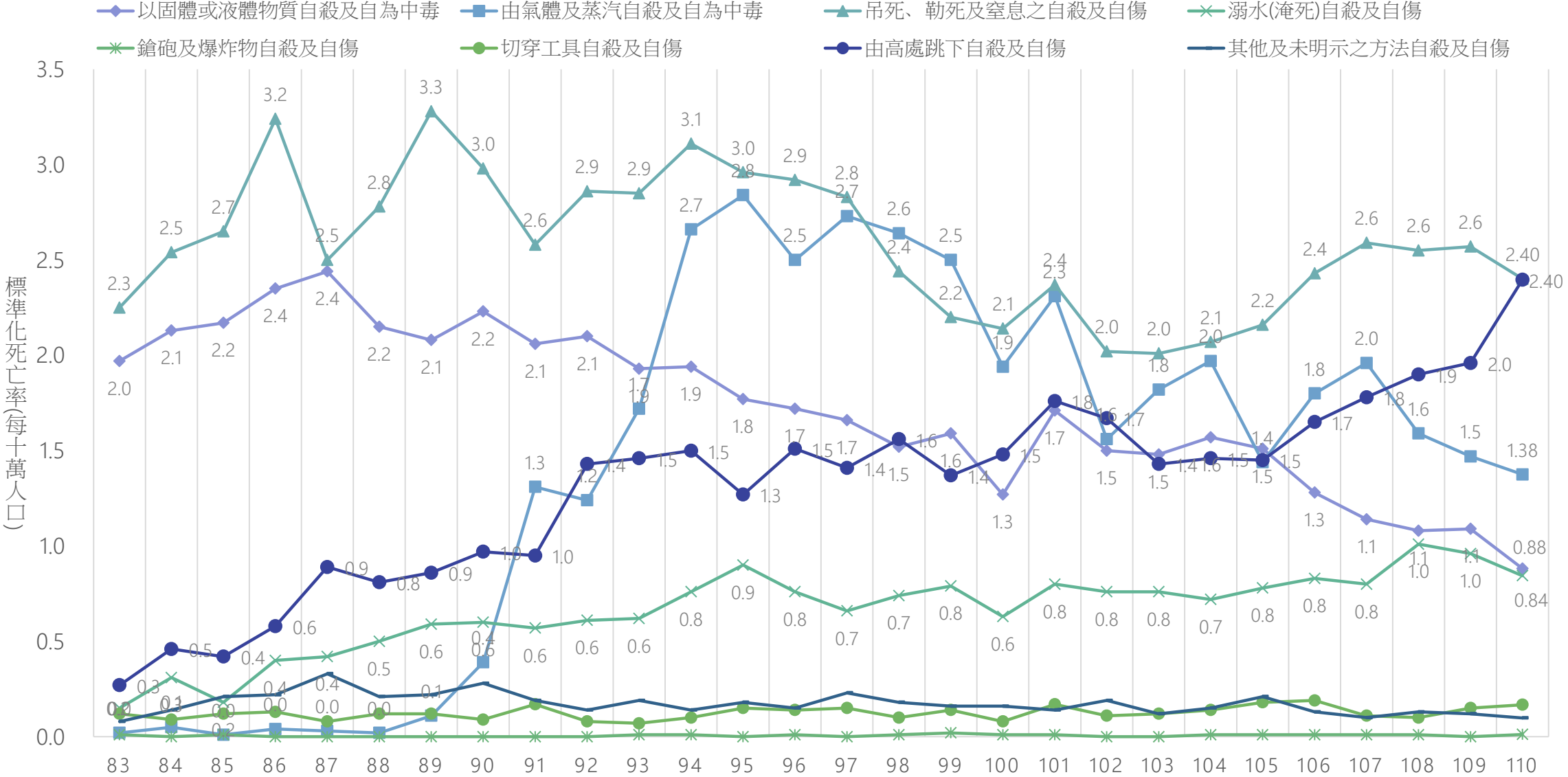
資料來源：衛生福利部資料科學中心



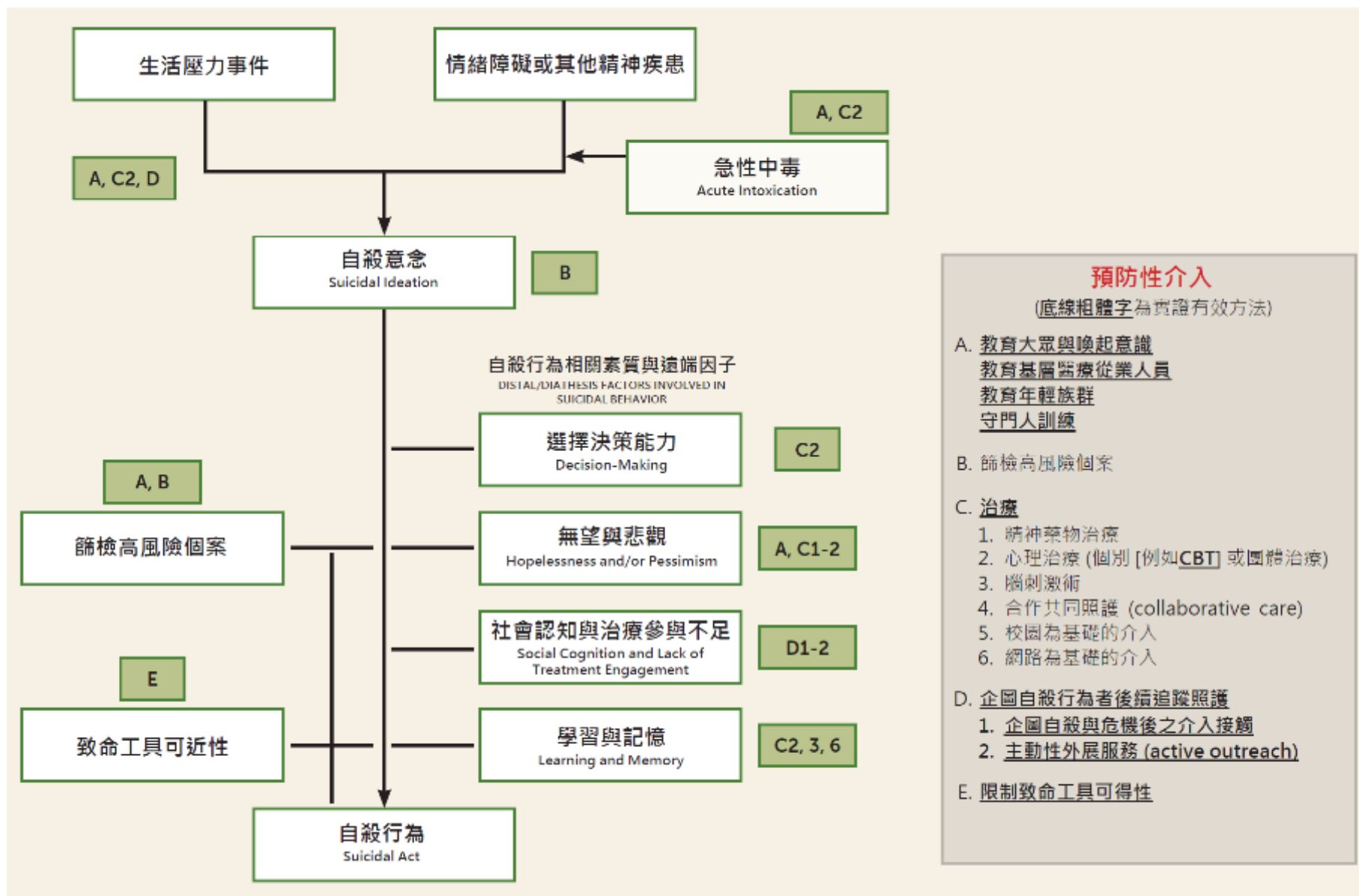
# 83-110年全國男性各死因標準化死亡率



# 83-110年全國女性各死因標準化死亡率



資料來源：衛生福利部資料科學中心



## 簡短的急性照護企圖自殺 存活者預防介入措施與個 案隨後的再自殺企圖

Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, et al.  
JAMA Psychiatry 2020;77:1021-30.

### 介入措施包括多個組成部分

- 聯繫照護網絡
- 安全計畫
- 簡短的追蹤聯繫
- 簡短的治疗介入

### 簡短自殺預防的介入措施

- 減少隨後的再自殺企圖

### 在單一次的接觸中實施自殺預防介入措施

- 有效減少隨後的再企圖自殺
- 確保患者參與後續的精神衛生保健服務

# Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review

Zalsman G et al. Lancet Psychiatry 2016;3:646-59.

Psychosocial interventions		
Patients with history of self-harm	1a	Meta-analysis <sup>78</sup>
Postcard intervention		
People with past self-poisoning	1b	RCT <sup>111</sup>
Adolescents and adults with repeated self-harm	1b	RCT <sup>112</sup>
Adolescents with suicide risk	2b	RCT <sup>113</sup>
Follow-up meeting		
Patients with self-harm	2b	Cohort study <sup>114</sup>
Aftercare programme		
People attempting suicide (>15 years of age)	2b	Cohort study <sup>115</sup>

*Psychological Medicine*, Page 1 of 8. © Cambridge University Press 2012  
doi:10.1017/S0033291712002425

ORIGINAL ARTICLE

## Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters

Y.-J. Pan<sup>1,2</sup>, W.-H. Chang<sup>3</sup>, M.-B. Lee<sup>3,4\*</sup>, C.-H. Chen<sup>5</sup>, S.-C. Liao<sup>3,6</sup> and E. D. Caine<sup>7</sup>



圖 7

95~110 年性別自殺通報人次

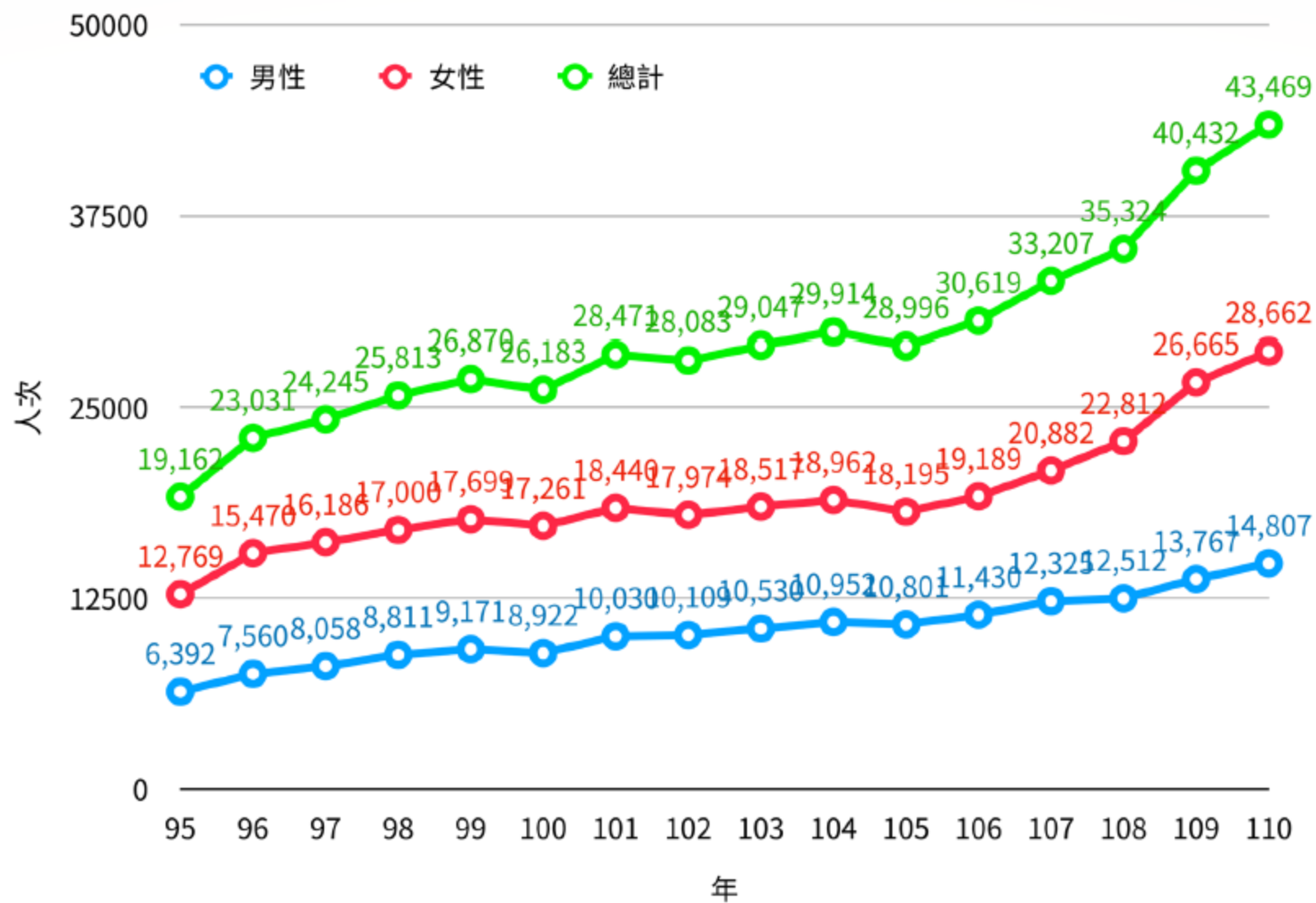
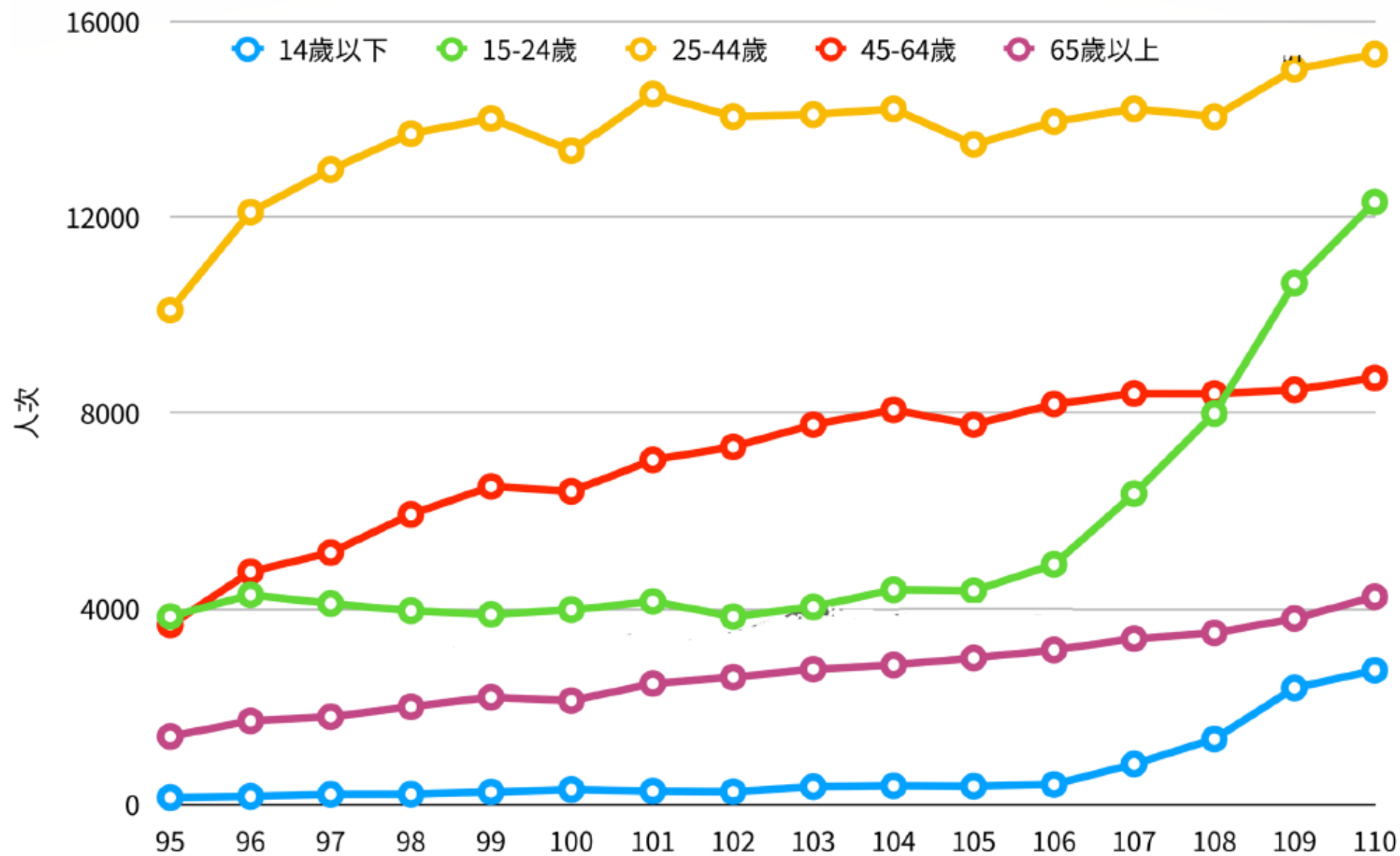


圖 8

95~110 年年齡層別自殺通報人次

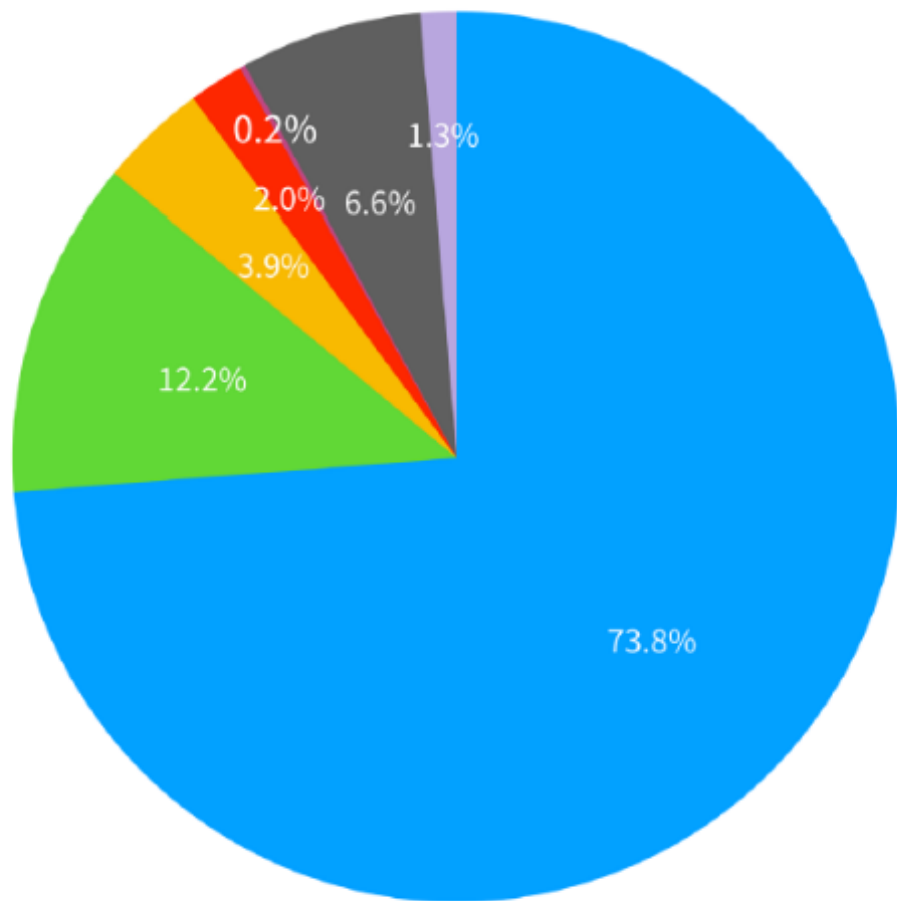


資料來源：社團法人台灣自殺防治學會110年自殺防治年報

圖 9

全國 109 年、110 年通報單位類型分佈圓餅圖

醫療院所 警消單位 衛生局所 社政 司法機關  
教育 民政 其他



醫療院所 警消單位 衛生局所 社政 司法機關  
教育 民政 其他

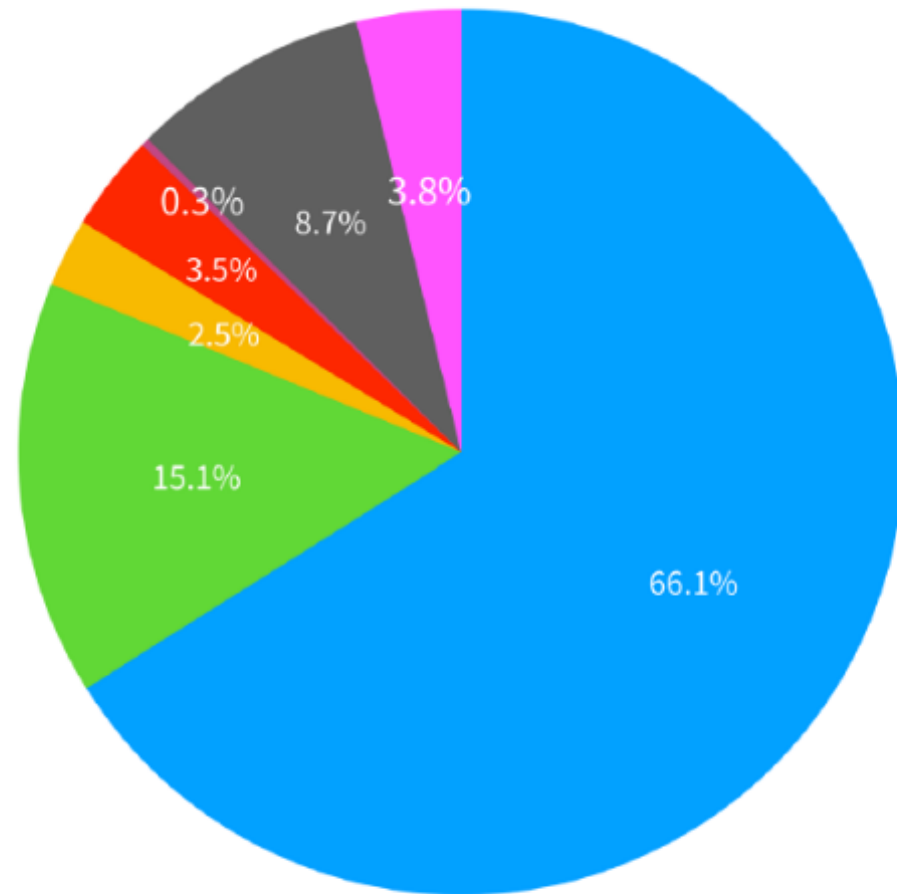


表 3

110 年全國各年齡層自殺方法別自殺通報人次及占率 (%)

	以固體或液體物質 自殺及自為中毒		家用瓦斯自殺及 自為中毒		由氣體及蒸汽 自殺及自為中毒		吊死、勒死及窒息 之自殺及自傷	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
14歲以下	536	19.5	4	0.1	8	0.3	55	2
15-24歲	4,673	37.9	12	0.1	284	2.3	450	3.7
25-34歲	2,761	36	36	0.5	528	6.9	324	4.2
35-44歲	3,281	42.8	60	0.8	478	6.2	272	3.6
45-54歲	2,377	46	54	1	313	6.1	278	5.4
55-64歲	1,715	48.3	49	1.4	174	4.9	286	8.1
65-74歲	1,052	48.2	16	0.7	74	3.4	268	12.3
75歲以上	1,147	55.6	7	0.3	33	1.6	249	12.1
總計	17,577	40.4	238	0.5	1,894	4.4	2,188	5
	溺水 (淹死) 自殺及自傷		鎗砲及爆炸物 自殺及自傷		切穿工具 自殺及自傷		由高處跳下 自殺及自傷	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
14歲以下	20	0.7	0	0	1,343	49	457	16.7
15-24歲	262	2.1	3	0	5,029	40.8	1,346	10.9
25-34歲	237	3.1	5	0.1	2,719	35.4	724	9.4
35-44歲	210	2.7	7	0.1	2,151	28.1	620	8.1
45-54歲	190	3.7	4	0.1	1,150	22.2	384	7.4
55-64歲	160	4.5	2	0.1	613	17.3	230	6.5
65-74歲	119	5.5	0	0	297	13.6	136	6.2
75歲以上	74	3.6	0	0	249	12.1	109	5.3
總計	1,278	2.9	21	0	13,579	31.2	4,034	9.3

表 4

110 年全國各年齡層自殺原因別自殺通報人次及占率 (%)

	情感/人際關係		精神健康/物質濫用		工作/經濟		生理疾病	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
14歲以下	1,301	47.4	1,156	42.2	6	0.2	15	0.5
15-24歲	5,422	44	6,979	56.7	821	6.7	123	1
25-34歲	3,977	51.8	3,510	45.7	1,246	16.2	116	1.5
35-44歲	3,916	51.1	3,533	46.1	1,239	16.2	223	2.9
45-54歲	2,357	45.6	2,429	47	810	15.7	360	7
55-64歲	1,421	40.1	1,656	46.7	423	11.9	556	15.7
65-74歲	705	32.3	867	39.8	124	5.7	698	32
75歲以上	532	25.8	690	33.4	11	0.5	908	44
總計	19,687	45.3	20,866	48	4,695	10.8	3,001	6.9
	校園學生問題		迫害問題		其他		不詳及不願說明或 無法說明	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
14歲以下	913	33.3	33	1.2	266	9.7	263	9.6
15-24歲	1,742	14.1	176	1.4	834	6.8	1,185	9.6
25-34歲	78	1	115	1.5	505	6.6	904	11.8
35-44歲	16	0.2	150	2	511	6.7	889	11.6
45-54歲	5	0.1	77	1.5	400	7.7	676	13.1
55-64歲	2	0.1	42	1.2	278	7.8	482	13.6
65-74歲	2	0.1	13	0.6	183	8.4	302	13.8
75歲以上	0	0	6	0.3	157	7.6	316	15.3
總計	2,768	6.4	612	1.4	3,142	7.2	5,039	11.6

	以固體或液體物質 自殺及自為中毒		由氣體及蒸汽 自殺及自為中毒		吊死、勒死及窒息 之自殺及自傷		溺水 (淹死) 自殺及自傷	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率
95年	11,240	58.7	1,557	8.1	552	2.9	191	1
96年	13,745	59.7	1,947	8.5	714	3.1	297	1.3
97年	14,573	60.1	1,976	8.2	743	3.1	322	1.3
98年	14,868	57.6	2,229	8.6	883	3.4	375	1.5
99年	14,774	55	2,497	9.3	845	3.1	514	1.9
100年	14,381	54.9	1,993	7.6	851	3.3	492	1.9
101年	15,621	54.9	2,356	8.3	1,021	3.6	604	2.1
102年	15,727	56	1,971	7	1,054	3.8	632	2.3
103年	15,863	54.6	2,179	7.5	1,123	3.9	682	2.3
104年	16,132	53.9	2,190	7.3	1,074	3.6	663	2.2
105年	15,052	51.9	2,099	7.2	1,154	4	698	2.4
106年	15,463	50.5	2,281	7.4	1,366	4.5	814	2.7
107年	15,956	48.1	2,422	7.3	1,522	4.6	779	2.3
108年	16,499	46.7	2,321	6.6	1,658	4.7	905	2.6
109年	17,662	43.7	2,170	5.4	1,935	4.8	947	2.3
110年	17,577	40.4	2,132	4.9	2,188	5.0	1,278	2.9

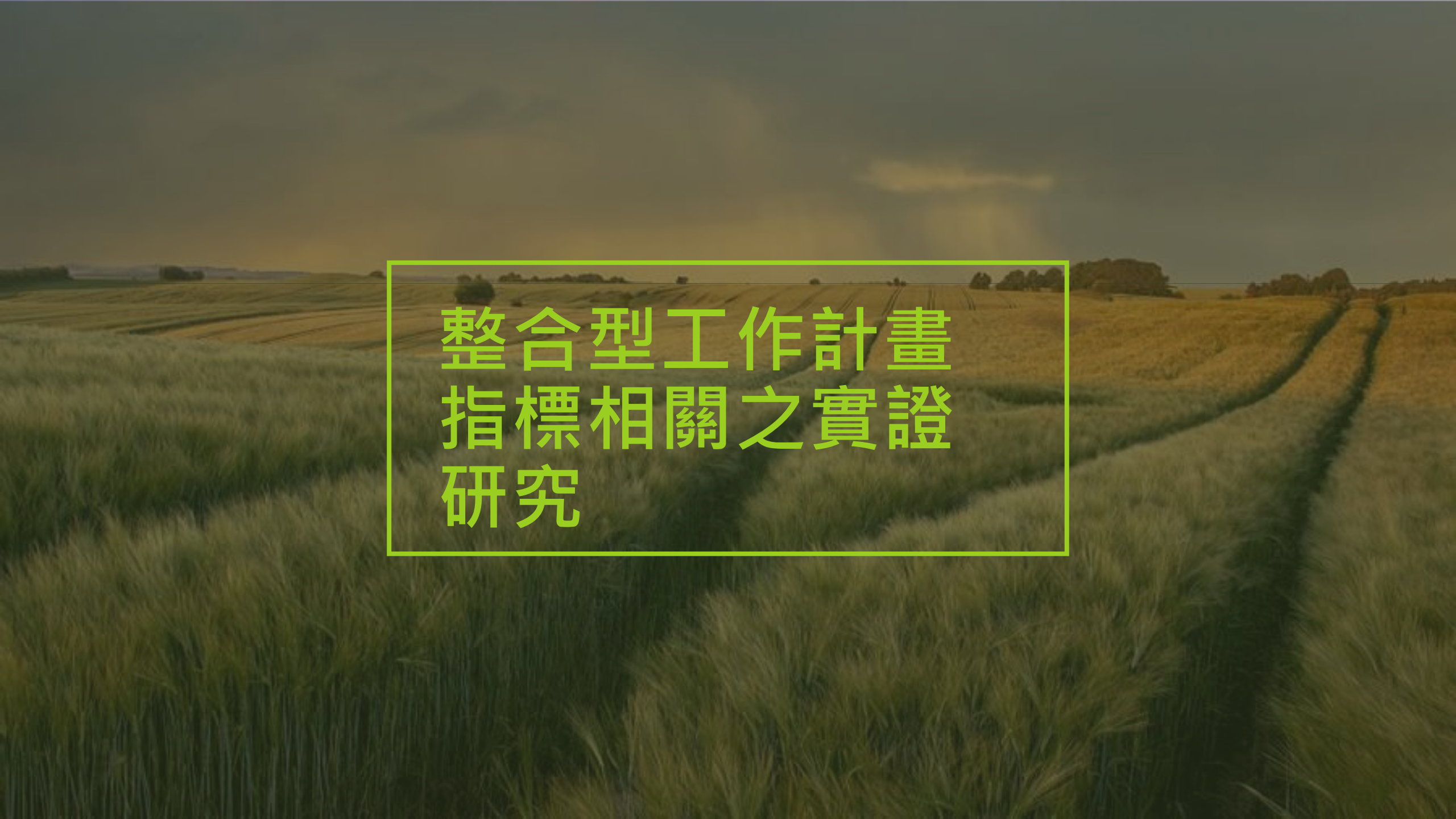
	鎗砲及爆炸物 自殺及自傷		切穿工具 自殺及自傷		由高處跳下 自殺及自傷		其他及未明示之方 式自殺及自傷	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率
95年	33	0.2	4,632	24.2	465	2.4	1,593	8.3
96年	7	0	6,087	26.4	585	2.5	1,563	6.8
97年	4	0	6,440	26.6	586	2.4	1,859	7.7
98年	8	0	6,884	26.7	757	2.9	2,419	9.4
99年	7	0	7,166	26.7	924	3.4	3,075	11.4
100年	12	0	7,322	28	937	3.6	2,923	11.2
101年	11	0	7,570	26.6	1,162	4.1	2,910	10.2
102年	18	0.1	7,692	27.4	1,260	4.5	2,609	9.3
103年	18	0.1	7,821	26.9	1,448	5	2,927	10.1
104年	22	0	8,094	27.1	1,512	5.1	3,207	10.7
105年	22	0.1	8,277	28.5	1,612	5.6	2,517	8.7
106年	24	0.1	8,506	27.8	1,861	6.1	2,971	9.7
107年	22	0.1	9,801	29.5	2,246	6.8	3,351	10.1
108年	18	0.1	10,833	30.7	2,490	7.0	3,763	10.7
109年	22	0.1	13,259	32.8	3,061	7.6	5,289	13.1
110年	21	0.0	13,579	31.2	4,034	9.3	6,827	15.7



	情感/人際關係		精神健康/物質濫用		工作/經濟		生理疾病	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率
95年	6,846	35.7	4,758	24.8	1,627	8.5	860	4.5
96年	10,467	45.4	7,597	33	1,985	8.6	1,299	5.6
97年	11,822	48.8	9,103	37.5	2,554	10.5	1,531	6.3
98年	14,635	56.7	10,505	40.7	3,695	14.3	1,991	7.7
99年	15,623	58.1	10,841	40.3	3,404	12.7	2,291	8.5
100年	15,765	60.2	10,040	38.3	2,881	11	2,102	8
101年	16,222	57	11,878	41.7	3,532	12.4	2,599	9.1
102年	14,394	51.3	9,608	34.2	3,420	12.2	2,393	8.5
103年	14,505	49.9	7,910	27.2	3,326	11.5	2,305	7.9
104年	14,787	49.4	8,347	28	3,309	11.1	2,322	7.8
105年	13,638	47	10,261	35.4	2,870	9.9	2,139	7.4
106年	14,009	45.8	11,550	37.7	3,075	10	2,171	7.1
107年	15,327	46.2	13,568	40.9	3,542	10.7	2,403	7.2
108年	16,281	46.1	15,398	43.6	3,771	10.7	2,332	6.6
109年	18,584	46	18,522	45.8	4,204	10.4	2,755	6.8
110年	19,687	45.3	20,866	48.0	4,650	10.7	3,001	6.9

	校園學生問題		迫害問題		不詳及不願說明 或無法說明		其他	
	人次	占率	人次	占率	人次	占率	人次	占率
95年	112	0.6	0	0	12	0.1	8,108	42.3
96年	164	0.7	0	0	138	0.6	6,786	29.5
97年	198	0.8	0	0	1,948	8	4,352	18
98年	185	0.7	0	0	39	0.1	3,338	12.9
99年	200	0.7	0	0	9	0	3,431	12.8
100年	220	0.8	0	0	25	0.1	2,978	11.4
101年	266	0.9	28	0.1	1,314	4.6	2,870	10.1
102年	280	1	123	0.4	5,022	17	1,063	3.7
103年	352	1.2	149	0.5	4,978	17.1	1,073	3.7
104年	387	1.3	141	0.5	5,125	17.1	938	3.1
105年	445	1.5	179	0.6	4,939	17	1,493	5.1
106年	619	2	229	0.7	5,184	16.9	1,632	5.3
107年	1,001	3	269	0.8	4,884	14.7	1,928	5.8
108年	1,467	4.2	289	0.8	4,670	13.2	2,071	5.9
109年	2,371	5.9	421	1	4,896	12.1	2,700	6.7
110年	2,768	6.4	612	1.4	5,039	11.6	3,142	7.2

	自殺通報人次	自殺死亡人數	通報比
95年	19,162	4,406	4.3
96年	23,031	3,933	5.6
97年	24,245	4,128	5.6
98年	25,813	4,063	6
99年	26,870	3,889	6.6
100年	26,183	3,507	7.1
101年	28,471	3,766	7.1
102年	28,083	3,565	7.4
103年	29,047	3,542	7.7
104年	29,914	3,675	7.7
105年	28,996	3,765	7.2
106年	30,619	3,871	7.4
107年	33,207	3,865	8.1
108年	35,324	3,864	8.6
109年	40,432	3,656	10.5
110年	43,469	3,585	11.5



# 整合型工作計畫 指標相關之實證 研究



# 整合型工作計畫指標相關 之最新本土實證研究

1. 以戶籍所在地為縣市別自殺死亡率統計問題
2. 年輕族群自殺問題
  - 成因當中精神疾患所占比重
  - 社會心理相關因素
3. 住院病人自殺問題
4. 企圖自殺住院病患精神科照會
5. 社區民眾對於自殺迷思



# 台灣非戶籍所在縣市自殺死亡的 區域社經因素分析

陳宜明<sup>1,2,3</sup> 李明濱<sup>2,3,4,5</sup> 陳俊鶯<sup>2,6</sup> 廖士程<sup>2,3,4,\*</sup>

**目標：**探討非戶籍地自殺死亡之人口學、社會經濟、與地理因素之影響。**方法：**橫斷面研究設計，利用2011至2013年全國死因登記，取得戶籍地、死亡地，以及人口學資訊，統計外地自殺人口之特徵與地理分布，並進行縣市社會經濟指標與外地自殺之相關性分析，以及個體與區域二階層變數的多層次模式分析。**結果：**共有10,474名自殺身亡個案，1,538人（14.7%）死亡地點在原戶籍縣市外，自殺方式吊死或窒息占32.1%。離島（33.3%）、北北基宜（20.4%）與花東地區（15.8%）之自殺死亡於非戶籍縣市之占比較高。自殺身亡族群年齡24歲以下（OR = 1.31,  $p < .05$ ）、單身（OR = 1.83,  $p < .001$ ）或離婚（OR = 1.55,  $p < .001$ ）、原戶籍地的勞動參與率越低（OR = .87,  $p < .05$ ），或扶養比越高時（OR = 1.10,  $p < .05$ ），死於外地的風險越高。性別、年齡、與婚姻狀態與大部分社會經濟指標具有交互作用。**結論：**非戶籍地自殺死亡凸顯就業機會、高齡人口照顧與居住議題對於心理健康的重要性。（台灣衛誌 2022；41(2)：156-168）

**關鍵詞：**外地自殺、社會經濟與地理因素、健康不均、內部遷移



表一 自殺身亡個案之特徵，依死亡地點所在縣市區分，2011-2013年

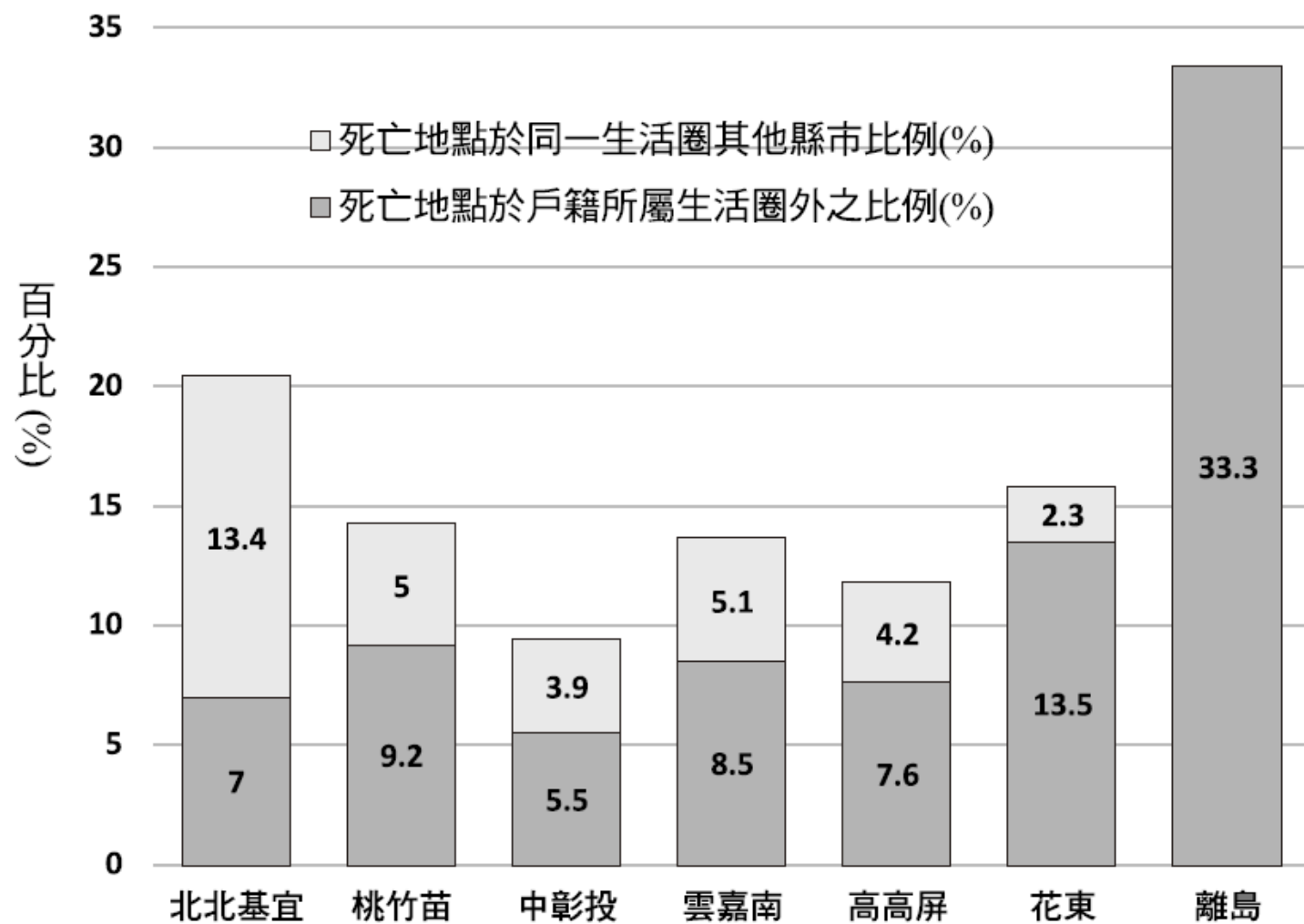
人口學變項		自殺死亡地點		總計 (N = 10,474)	OR (95% C.I.)
		戶籍所在縣市	外縣市		
		(N = 8,936; 85.31%)	(N = 1,538; 14.68%)		
		N (%)	N (%)		
性別	男性	5,997 (67.10)	1,008 (65.54)	7,005 (66.88)	1
	女性	2,939 (32.89)	530 (34.46)	3,469 (33.12)	1.07 (0.96-1.20)
年齡	25-44	3,026 (33.86)	673 (43.76)	3,699 (35.32)	1
	0-24	409 (4.58)	119 (7.74)	528 (5.04)	1.31 (1.05-1.63)*
	45-64	3,333 (37.30)	506 (32.90)	3,839 (36.65)	0.68 (0.60-0.77)***
	≥65	2,168 (24.26)	240 (15.60)	2,408 (22.99)	0.50 (0.43-0.58)***
婚姻狀態	已婚	3,089 (34.57)	428 (27.83)	3,517 (33.58)	1
	未婚	2,225 (24.90)	563 (36.61)	2,788 (26.62)	1.83 (1.59-2.09)***
	離婚	1,621 (18.14)	348 (22.63)	1,969 (18.80)	1.55 (1.33-1.81)***
	喪偶	831 (9.30)	117 (7.61)	948 (9.05)	1.02 (0.82-1.26)
	不詳	1,170 (13.09)	82 (5.33)	1,252 (11.95)	0.51 (0.40-0.65)***
自殺方式	上吊	2,977 (33.31)	381 (24.77)	3,358 (32.06)	1
	以固體或液體	1,634 (18.29)	251 (16.32)	1,885 (18.00)	1.20 (1.01-1.42)*
	氣體及其他蒸氣	2,313 (25.88)	460 (29.91)	2,773 (26.48)	1.55 (1.34-1.80)***
	溺水	594 (6.65)	132 (8.58)	726 (6.93)	1.74 (1.40-2.16)***
	鎗砲及爆炸物	44 (0.49)	11 (0.72)	55 (0.53)	1.95 (1.00-3.82)*
	以切穿工具	164 (1.84)	25 (1.63)	189 (1.80)	1.19 (0.77-1.84)
	由高處墜下	1,012 (11.32)	229 (14.89)	1,241 (11.85)	1.77 (1.48-2.11)***
	其他自殺方式	198 (2.22)	49 (3.19)	247 (2.36)	1.93 (1.39-2.69)***

表一 自殺身亡個案之特徵，依死亡地點所在縣市區分，2011-2013年（續）

戶籍所在縣市	自殺死亡地點		總計 (N = 10,474)	自殺死亡於非戶 籍所在縣市比例 (%)	OR (95% C.I.)
	戶籍所在縣市	外縣市			
	(N = 8,936; 85.31%)	(N = 1,538; 14.68%)			
	N (%)	N (%)	N (%)		
新北市	1,297 (14.5)	276 (17.9)	1,573 (15.02)	17.55	1
台北市	605 (6.8)	247 (16.1)	852 (8.13)	28.99	1.92 (1.58-2.34) <sup>***</sup>
基隆市	194 (2.2)	36 (2.3)	230 (2.20)	15.65	0.87 (0.60-1.27)
宜蘭縣	229 (2.6)	36 (2.3)	265 (2.53)	13.58	0.74 (0.51-1.07)
桃園市	843 (9.4)	95 (6.2)	938 (8.96)	10.13	0.53 (0.41-0.68) <sup>***</sup>
新竹市	130 (1.5)	20 (1.3)	150 (1.43)	13.33	0.72 (0.44-1.18)
新竹縣	158 (1.8)	49 (3.2)	207 (1.98)	23.67	1.46 (1.03-2.06) <sup>*</sup>
苗栗縣	199 (2.2)	56 (3.6)	255 (2.43)	21.96	1.32 (0.96-1.83)
台中市	971 (10.9)	69 (4.5)	1,040 (9.93)	6.63	0.33 (0.25-0.44) <sup>***</sup>
彰化縣	544 (6.1)	64 (4.2)	608 (5.80)	10.53	0.55 (0.41-0.74) <sup>***</sup>
南投縣	284 (3.2)	54 (3.5)	338 (3.23)	15.98	0.89 (0.65-1.23)
雲林縣	332 (3.7)	70 (4.6)	402 (3.84)	17.41	0.99 (0.74-1.32)
嘉義市	65 (0.7)	24 (1.6)	89 (0.85)	26.97	1.74 (1.07-2.82) <sup>*</sup>
嘉義縣	229 (2.6)	95 (6.2)	324 (3.09)	29.32	1.95 (1.49-2.56) <sup>***</sup>
台南市	912 (10.2)	53 (3.4)	965 (9.21)	5.49	0.27 (0.20-0.37) <sup>***</sup>
高雄市	1,270 (14.2)	124 (8.1)	1,394 (13.31)	8.90	0.46 (0.37-0.58) <sup>***</sup>
屏東縣	368 (4.1)	95 (6.2)	463 (4.42)	20.52	1.21 (0.94-1.57)
花蓮縣	163 (1.8)	18 (1.2)	181 (1.73)	9.94	0.52 (0.31-0.86) <sup>*</sup>
台東縣	87 (1.0)	29 (1.9)	116 (1.11)	25.00	1.57 (1.01-2.43) <sup>*</sup>
離島	56 (0.6)	28 (1.8)	84 (0.80)	33.33	2.35 (1.47-3.77) <sup>***</sup>

\* p<0.05 ; \*\* p<0.01 ; \*\*\* p<0.001

## 外縣市自殺死亡民眾，以戶籍所屬生活圈分類



圖一 自殺死亡地點於生活圈內或外佔該地全體自殺個案之比例



表二 縣市別社會經濟指標與兩種區域層次自殺指標之相關矩陣 (N = 20 縣市)

三年平均社會經濟指標與外地自殺率		房價所得比	中位數收入	扶養比 <sup>c</sup>	勞動參與率 <sup>d</sup>	暫離率 <sup>e</sup>	失業率	自居地外地 自殺死亡率
變項	平均值(標準差)							
房價所得比	7.0 (2.3)	—						
中位數收入 (萬元)	73.9 (16.0)	.585**	—					
扶養比	36.8 (3.1)	-.154	-.159	—				
勞動參與率 (%)	57.7 (2.1)	-.033	.291	.008	—			
暫離率 (%)	23.9 (5.1)	-.277	-.739**	.359	-.531*	—		
失業率 (%)	4.3 (0.1)	.080	-.155	-.289	.135	.066	—	
原居地外地自殺死亡率 (每十萬人口) <sup>a</sup>	8.4 (4.0)	-.068	-.428	.429	-.481*	.599**	-.029	—
目的地外來人口自殺死亡率 (每十萬人口) <sup>b</sup>	6.9 (4.2)	-.012	.374	-.048	-.023	-.078	-.401	-.109

註：<sup>a</sup>設籍該縣市但自殺死亡地點為外縣市之人數/該縣市戶籍人口數\*100,000。

<sup>b</sup>所有死亡地點於某縣市的外來人口數/該縣市戶籍人口數\*100,000。

<sup>c</sup>依賴人口對有工作能力人口的比率，亦即幼年人口及高齡人口對青壯年人口之比率；用指數來表示即每100個有工作能力人口應扶養多少個依賴人口。

<sup>d</sup>勞動力人口：勞動力包含就業者與失業者；勞參率(%) = 勞動力/15歲以上民間人口\*100%。

<sup>e</sup>暫離戶籍所在地人口占戶籍人口之比率。

\* p<0.05；\*\* p<0.01；\*\*\* p<0.001

表四 年齡層、縣市別社會經濟指標對非戶籍縣市自殺死亡之交互作用分析

	Null model (OR)	Model 1 (OR)	Model 2 (OR)	Model 9 (OR)	Model 10 (OR)	Model 11 (OR)	Model 12 (OR)	Model 13 (OR)	Model 14 (OR)
截距		0.15 <sup>***</sup>	0.15 <sup>***</sup>	0.15 <sup>***</sup>	0.15 <sup>***</sup>	0.15 <sup>***</sup>	0.14 <sup>***</sup>	0.15 <sup>***</sup>	0.14 <sup>***</sup>
Level 1 (個人層次)									
p1 女性 (ref=男性)		1.10	1.10	1.10	1.11	1.11	1.11	1.10	1.11
年齡層 (ref=45-64)									
p2 0-24歲		1.58 <sup>***</sup>	1.58 <sup>***</sup>	1.62 <sup>***</sup>	1.77 <sup>***</sup>	1.67 <sup>***</sup>	1.79 <sup>***</sup>	1.59 <sup>***</sup>	1.89 <sup>***</sup>
p3 25-44歲		1.40 <sup>***</sup>	1.40 <sup>***</sup>	1.47 <sup>***</sup>	1.60 <sup>***</sup>	1.46 <sup>***</sup>	1.56 <sup>***</sup>	1.43 <sup>***</sup>	1.61 <sup>***</sup>
p4 65歲以上		0.70 <sup>**</sup>	0.70 <sup>**</sup>	0.74 <sup>**</sup>	0.59 <sup>***</sup>	0.67 <sup>***</sup>	0.63 <sup>***</sup>	0.69 <sup>**</sup>	0.64 <sup>***</sup>
p5 未婚、離婚、喪偶 (ref=已婚)		1.41 <sup>***</sup>	1.41 <sup>***</sup>	1.41 <sup>***</sup>	1.40 <sup>***</sup>	1.40 <sup>***</sup>	1.40 <sup>***</sup>	1.41 <sup>***</sup>	1.39 <sup>***</sup>
Level 2 (群體層次)									
g1 勞動參與率			0.87 <sup>*</sup>	0.93					
g2 暫離率			1.00		1.03				
g3 扶養比			1.10 <sup>*</sup>			1.09 <sup>*</sup>			
g4 房價所得比			1.09				1.08		
g5 失業率			0.63					0.39	
g6 ln (中位數收入)			0.76						1.35
交互作用 (level 2 variables)									
p2				0.92	1.05	1.04	0.91 <sup>*</sup>	0.65	0.12 <sup>***</sup>
p3				0.87 <sup>**</sup>	1.06 <sup>**</sup>	1.03	0.92 <sup>***</sup>	0.21	0.17 <sup>***</sup>
p4				0.84 <sup>*</sup>	0.92 <sup>**</sup>	0.94 <sup>*</sup>	1.06 <sup>*</sup>	2.74	2.62 <sup>*</sup>
隨機效果									
組內相關係數 (ICC)	0.08	0.09	0.04	0.07	0.08	0.07	0.09	0.09	0.09

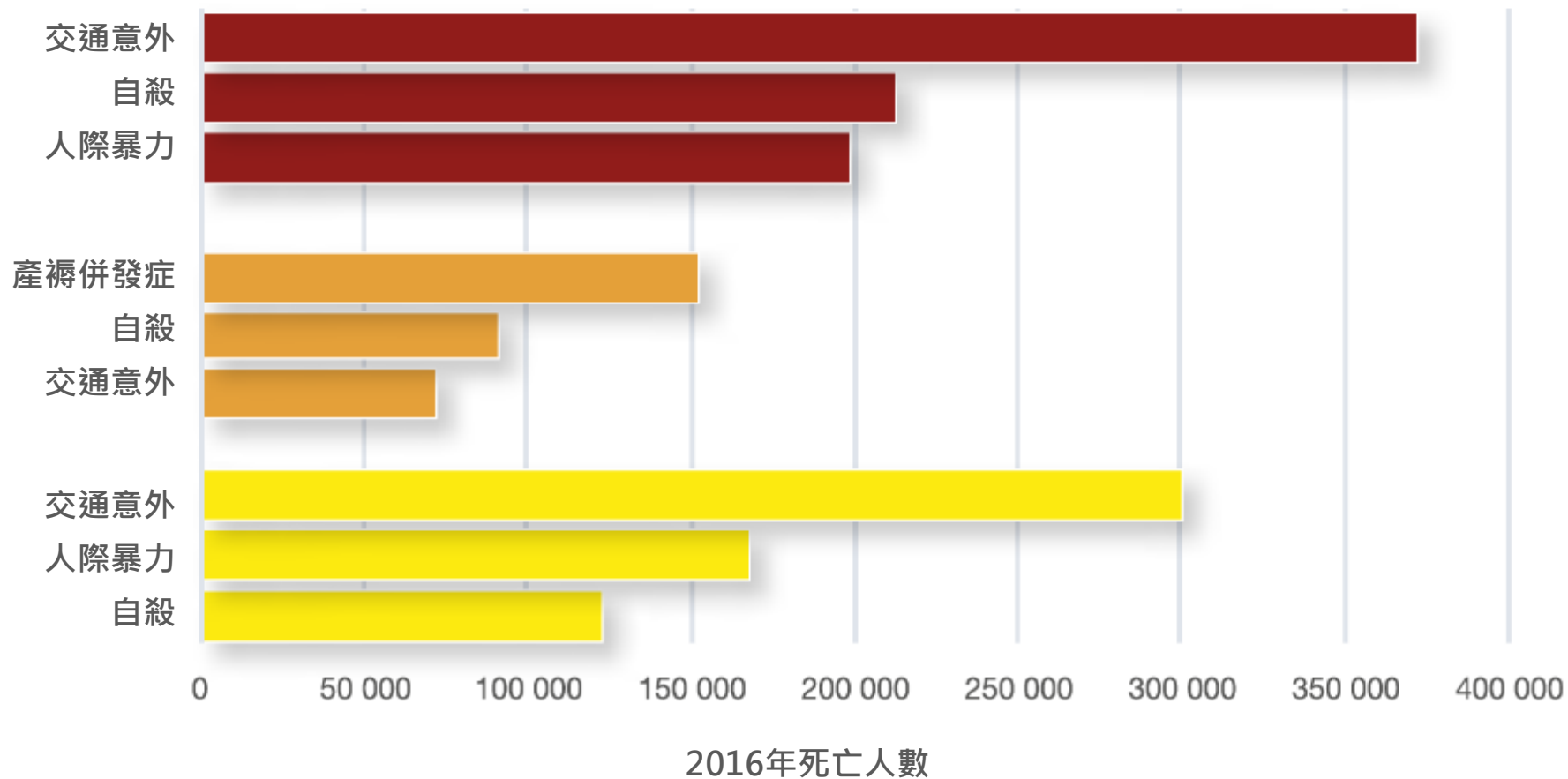
\* p&lt;0.05 ; \*\* p&lt;0.01 ; \*\*\* p&lt;0.001





## 全球15-29 歲人口死因前三大死因, 2016

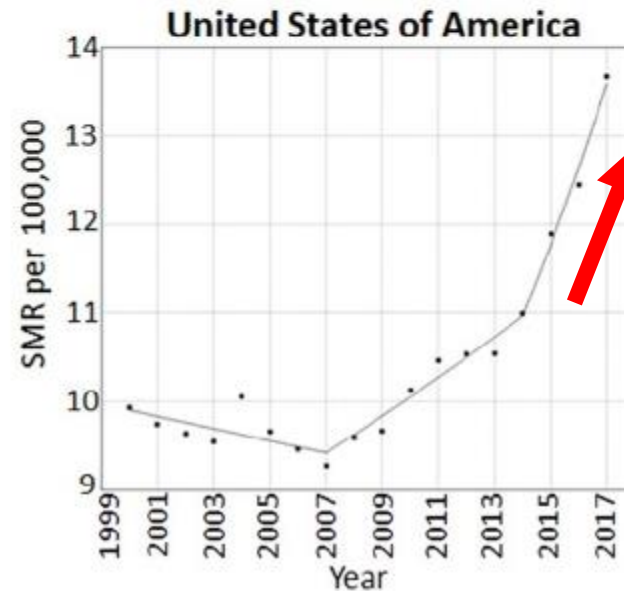
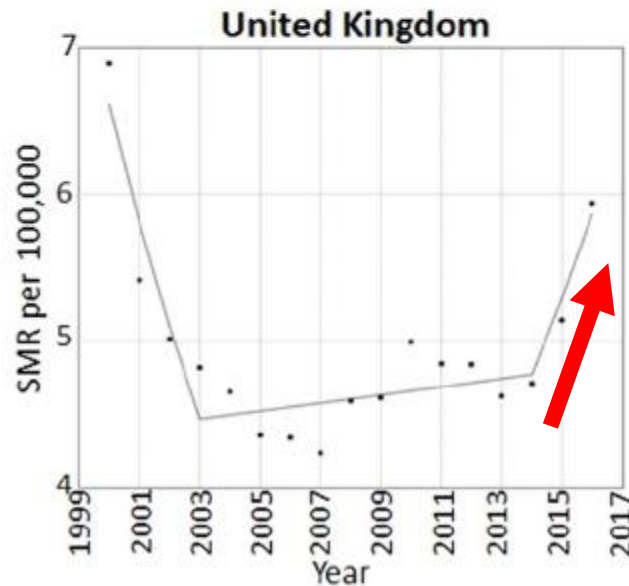
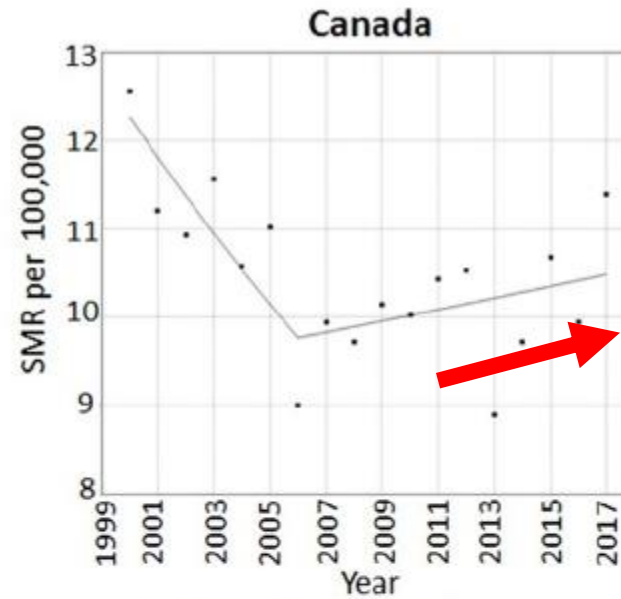
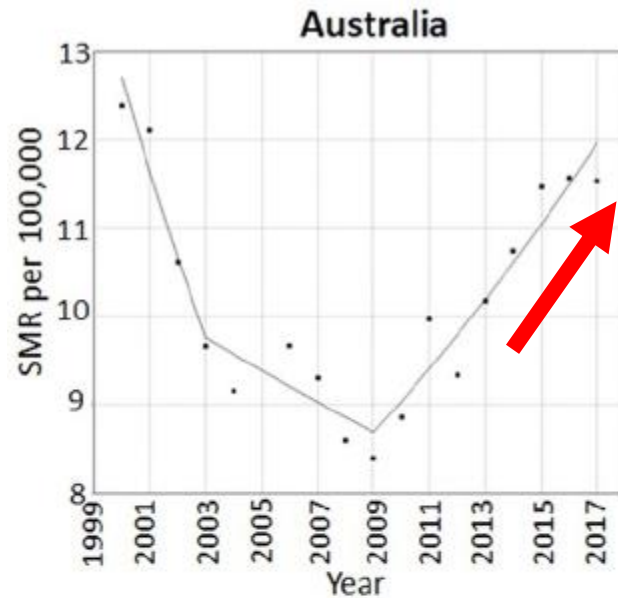
■ 全體人口 ■ 女性 ■ 男性



World Health Organization. Suicide in the world: Global health estimates. Available at: <https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world>.



# Suicide rates per 100,000 in 15-24 year old in high-income countries



# 美國15-24歲自殺率的上升相對突出



1999年至2018年

- 女性自殺率從每10萬人3人上升到5.8人
- 男性從每10萬人16.8人上升到22.7人。

美國15-24歲自殺率過去50年一直上升，引起了極大關注

儘管這種現象背後的原因很大程度仍舊未知

- 最近的證據表明，在1990年以後出生的個體中，特別是在少數種族人群中，存在自殺出生佇列效應 (birth cohort effect)。

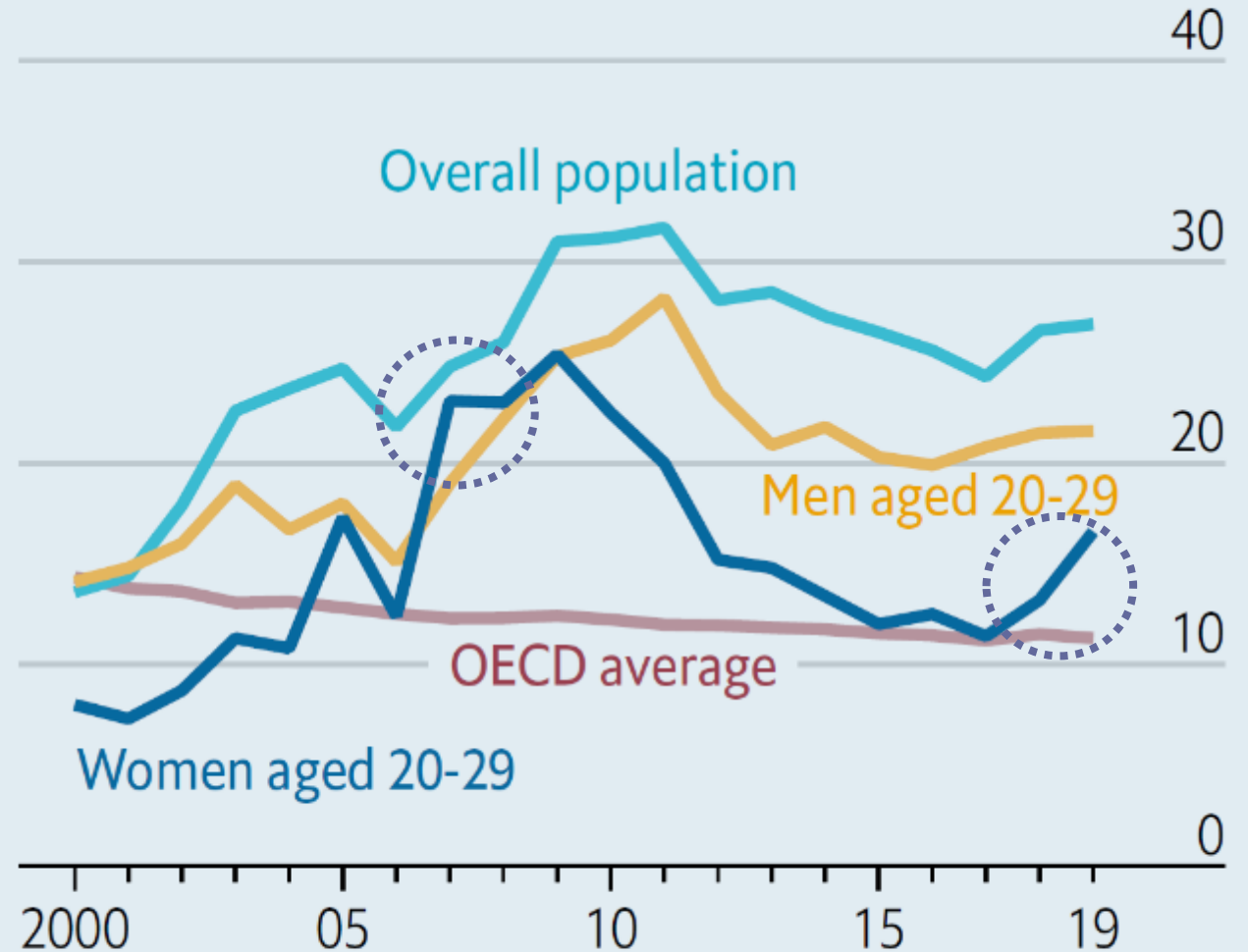
# 南韓也有相似的趨勢

- 過去幾年經濟增長緩慢
  - 對年輕婦女來說更加困難
  - 更有可能在服務部門和短期合同中就業
- 經濟困境可能會提高自殺率
  - 在2008年金融危機前後
  - 年輕男性和年輕女性自殺人數更多
  - 女性自殺率在幾年內超過男性

The  
Economist

## Young and hopeless

South Korea, suicides per 100,000 population



Sources: Statistics Korea; OECD

# 社會學家的推論(南韓)

The  
Economist

## 社會學家傾向於歸因於社會和經濟動蕩

- 快速的經濟發展加上傳統社會期望與現代生活個人主義之間的衝突
- 陷入了19世紀社會學家埃米爾·圖爾淦 ( Emile Durkheim ) 稱之為「失範」(anomie)的那種混亂中
- 在這種混亂中，相互衝突的社會信號使人們陷入絕望

## 這種緊張關係對於當代韓國的年輕女性來說可能特別尖銳

- 在與男性同齡人相同的競爭環境中長大成
- 女性在工作場所遇到了歧視，性別歧視的美麗標準以及結婚和生孩子的壓力



# 女權主義者看法(南韓)

The  
Economist

## 近年來利用網路傳播厭惡女性的觀點

- 傳播非法獲得的女性形象
- 這些圖像通常來自隱藏在廁所和更衣室的密錄裝置
- 從而加劇了對女性的壓力

## 該國直言不諱的婦女運動面臨著反對其要求的男性的無節制反彈

- 無情的網路霸凌對女性來說是一個大問題
- 女性運動家Shin Min-Joo說，她自己也在網上受到了很多誹謗
- 她認為2019年兩名女明星在經歷了幾個月的網路平台霸凌後自殺
- 可能加劇了這種創傷

# 經濟不穩定是另一個因素(南韓)

## 過去幾年經濟增長緩慢對年輕婦女來說更加困難

- 更有可能在服務部門和短期合同中就業(非典型就業)，大流行可能加劇了這些問題
- 與前一年相比，2020年秋天女性在工作中所佔比例的下降幅度是男性的三倍

## 經濟不穩定及其造成的社會孤立是年輕女性的主要問題

- 特別是那些獨自生活的女性
- 在大流行期間有家庭的婦女首當其衝地承受了在家上學的孩子和照顧弱勢親戚的衝擊

## 過去的經驗指出：經濟困境可能會提高自殺率

- 在2008年金融危機前後，年輕男性和年輕女性自殺人數更多
- 女性自殺率在幾年內超過男性

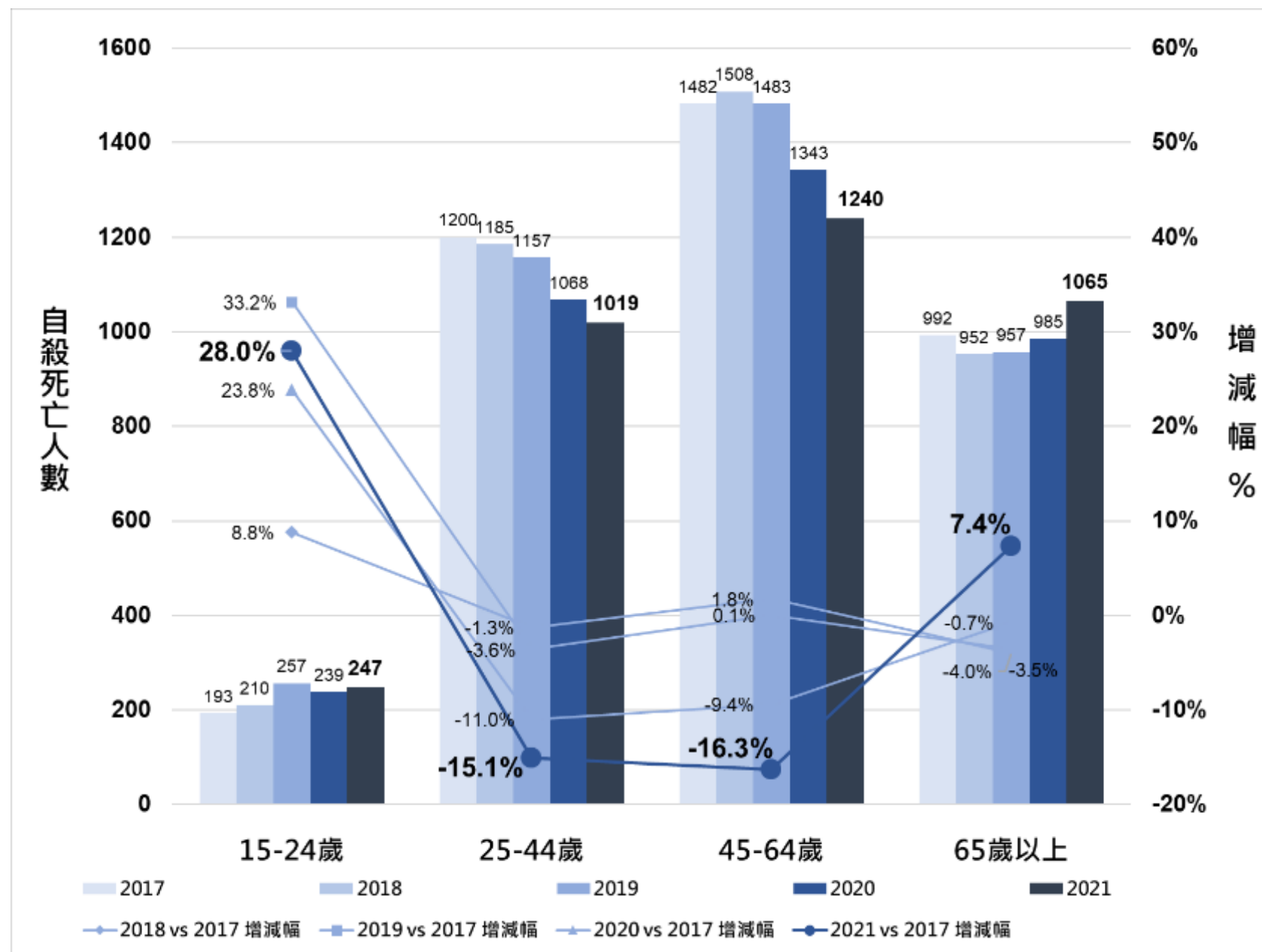
# 貧困與心理健康

- 自殺與貧困之間關聯的證據基礎
  - 多集中在高收入國家
- 社會學理論關於經濟環境與自殺之間的聯繫，長期以來一直有證據支持：
  - 長時間穩定的貧窮可能不一定是危險因子
  - 但物質財富的突然下滑往往會增加自殺的風險

Durkheim E. Le Suicide. Etude de Sociologie. Paris: Félix Alcan, 1897.

Henry AF, Short JF. Suicide and homicide: some economic, sociological and psychological aspects of aggression. Glencoe: Free Press, 1954.

# 台灣2017至2021年各齡層自殺死亡人數與增減幅百分比



# 與台灣近期青少年自殺率上升相關的社會因素及心理困擾 指標：時間趨勢分析

Chang YH, Lin CY, Liao SC et al., Aust N Z J Psychiatry. 2022; doi.org/10.1177/00048674221108640.

- 臺灣10-24歲青少年的自殺率
  - 從下降趨勢（2005-2014年）
  - 變為2014年的上升趨勢
  - 並在2014-2019年期間每年上升11.5%（95%信賴區間[CI] 5.2%-18.1%）
- 同樣在2014年前後
  - 40-59歲女性的離婚率也有所上升
  - 2013年15-24歲年輕人的自我傷害率也有所上升



# 與台灣近期青少年自殺率上升相關的社會因素及心理困擾指標：時間趨勢分析

Chang YH, Lin CY, Liao SC et al., Aust N Z J Psychiatry. 2022; doi.org/10.1177/00048674221108640.

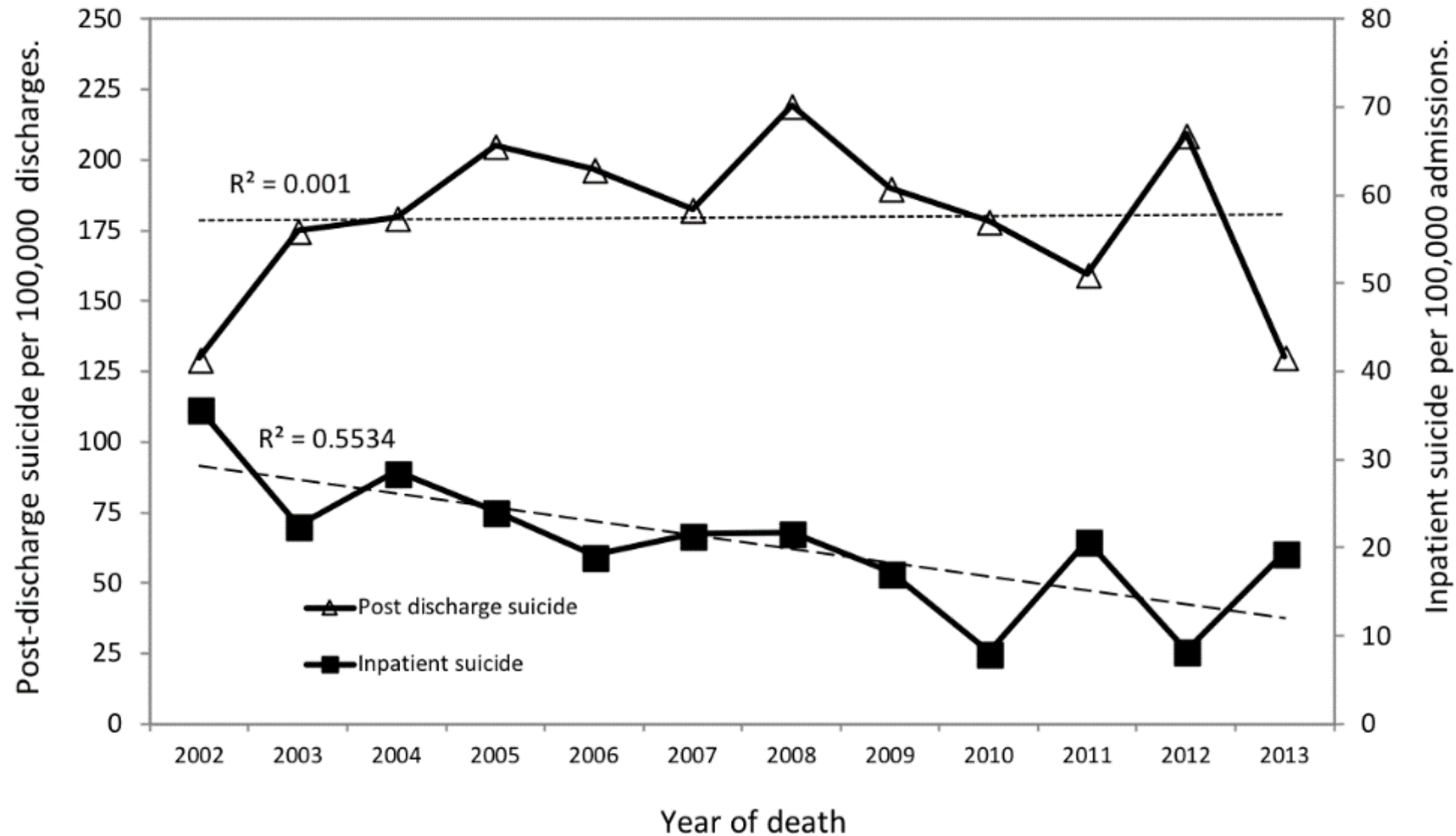
- 從2013年至2016年
  - 青少年自我報告的失眠和自殺意念
    - 計劃和企圖的患病率開始增加
  - 網路使用，女性離婚率和青年自我傷害率
    - 與青年自殺死亡率呈正相關
- 2010年代
  - 台灣青年的自殺率和自殺行為的流行率開始增加
- 這些增加可能與父母離婚率的同步上升，網路使用和睡眠不佳有關
  - 需要進一步研究以檢查最近青少年自殺風險增加的潛在機制。

# 臺灣青少年和年輕人自殺身亡的精神疾患人群歸因風險 (PAF)

Hung YA, Liao SC, Chang CM, Chang SS, Yang C Albert, Chien YL, Wu CS, Gau SF Susan.  
Psychol Med 2022, in press.

- 44.8%的自殺身亡者有精神疾患
- 7.9%的對照組者患有精神疾病
- 所有精神疾病的合併PAF為55.9%
- 最大的PAF的前三種精神疾病
  - 重度憂鬱症、輕鬱症和睡眠障礙
- 按性別分層
  - 男性的綜合PAF為45.5%，女性為69.2%
- 20-24歲年輕人的PAF指數（ 57.0% ）高於10-19歲的青少年（ 48.0% ）

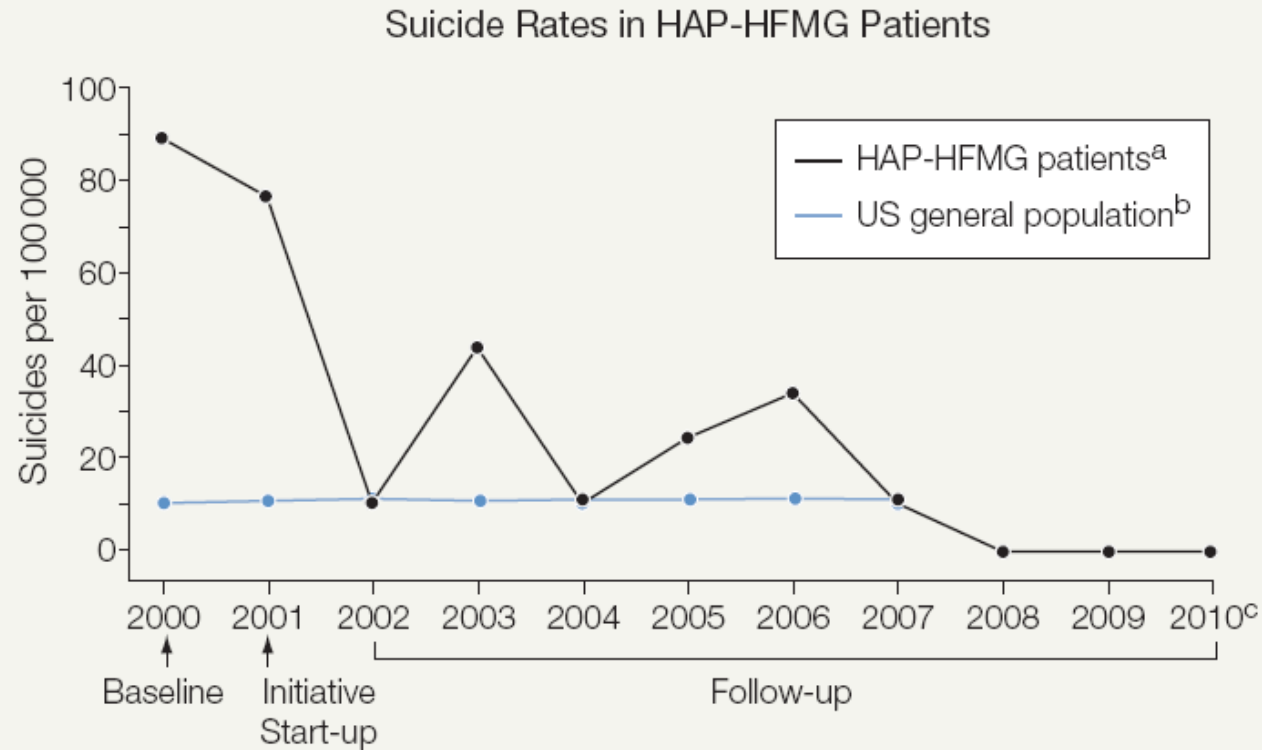
Fig. 1. Incident rates of in-patient and post-discharge suicide and their ratios in Taiwan from 2002 to 2013.



# 醫院內自殺防治是非常重要但也非常困難的任務

- 美國每年約有30000件自殺身亡案件
  - 而其中5%-6%發生在醫療機構內。
- 過去針對加拿大蒙特婁地區3079件住院病患自殺個案研究指出
  - 大部分住院病患的自殺難以有效地事前預測
- 一項英國的個案研究顯示
  - 即使在安全維護最高規格的精神科急性病房內
  - 12位不幸自殺身亡的精神科住院病患中
  - 有5位病患在自殺身亡前的安全防護規格，是醫護人員全天24小時不間斷，以視線可及方式密切觀察個案，在如此高規格的防範下，仍不幸自殺身亡。

# Zero Suicide is Possible.



<sup>a</sup>Health Alliance Plan (HAP) health maintenance organization members receiving care from the Henry Ford Medical Group (HFMG). Data source: C. Edward Coffey, MD/Henry Ford Health System.

<sup>b</sup>Data sources: Heron MP et al. Deaths: final data for 2006. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;57(14):30. Xu J et al. Preliminary data for 2007. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;58(1):20.

<sup>c</sup>Includes first quarter of 2010.



自殺防治系列 37

# 醫院自殺防治 工作手冊



圖一、自殺防治小組組織架構圖



圖二、綜合醫院門診自殺企圖個案通報流程圖

# 精神科照會作為反覆自殺企圖相關住院治療的可改變因素：一項全國性研究

Hung C-H, Chien W-C, Yeh H-W, Tzeng N-S. Psychiatric consultations as a modifiable factor for repeated suicide attempt-related hospitalizations: A nationwide, population-based study. J Affect Disord 2021;278:157-64.

- 背景
  - 反覆自殺未遂會增加死亡和發病風險
  - 這項研究旨在探討精神科照會（一個可改變的因素）如何影響患者反覆自殺未遂的風險
- 方法
  - 本研究使用了全民健康保險資料庫
  - 從2000年到2015年，萃取了所有 $\geq 10$ 歲的自殺未遂住院患者的
  - 運用橫斷面和世代研究用，評估精神科照會與反覆自殺企圖風險的關聯性

# 精神科照會作為反覆自殺企圖相關住院治療的可改變因素：一項全國性研究

Hung C-H, Chien W-C, Yeh H-W, Tzeng N-S. Psychiatric consultations as a modifiable factor for repeated suicide attempt-related hospitalizations: A nationwide, population-based study. J Affect Disord 2021;278:157-64.

## • 橫斷面分析結果

- 共納入了88161例企圖自殺未遂和7997例反覆企圖自殺未遂個案
- 接受精神科會診的患者與反覆自殺未遂相關住院的風險降低有關
- 多變數邏輯回歸分析，調整相關因素後的勝算比為0.527（95%置信區間[CI]=0.416–0.859， $p < 0.001$ ）

## • 回顧性世代研究

- 接受精神科照會的患者與重複因自殺企圖住院的風險較低
- Fine和Gray的存活分析顯示風險比=0.533（95%CI，0.332-0.850， $p < 0.001$ ）

## • 結論

- 照會精神科可能與反覆自殺企圖的風險降低有關
- 臨床醫師的年齡和他們的經驗也可能具精神疾病或企圖自殺方法之外的相關變數

# 台灣民眾對自殺防治的迷思和態度之全國性調查

Wang YT, Chang SS, Chi YC, Chien-Chang Wu K, Chen YY. Suicide Misconceptions and Attitudes Toward Suicide Prevention Measures in Taiwan. Crisis 2022.

- 背景：探討自殺迷思是一項重要的自殺預防措施。在東亞關於自殺迷思及其相關性的研究很少。
- 目的：調查台灣自殺迷思的盛行程度和相關特徵。評估持自殺迷思是否減少對政府自殺防治措施的支持度有關。
- 方法：針對1087名受訪者進行室內電話和手機相結合的全國代表性電話調查。  
邏輯回歸分析用於檢定與自殺迷思相關的因素

# 台灣民眾對自殺防治的迷思和態度之全國性調查

Wang YT, Chang SS, Chi YC, Chien-Chang Wu K, Chen YY. Suicide Misconceptions and Attitudes Toward Suicide Prevention Measures in Taiwan. Crisis 2022. DOI: 10.1027/0227-5910/a000893

- 近82%的受訪者持有至少一種自殺迷思
  - 最常見的誤解是「談論自殺會鼓勵自殺」( 49.5% )
  - 其次是「談論自殺的人不是故意這樣做」( 47.3% )
  - 「大多數自殺在沒有任何警告的情況下突然發生」(46.5%)
- 自殺迷思在年輕人、離婚/喪偶者和受教育程度較低的人中更為常見
- 有自殺迷思的人比較不容易支持政府在預防自殺方面的投入
- 這個研究的局限性在於：無法從橫斷面研究中推斷因果關係
- 結論：自殺迷思在台灣很普遍。’
- 破除自殺迷思應該是國家自殺預防策略的一個重要部分。



# 守門人培訓的典型成分

**增加**

增加有關自殺的知識

**改善**

改善自殺防治的信念和態度

**減少**

減少詢問自殺問題的遲疑，說服自殺傾向的人尋求幫助並轉介

**強化**

增強自我效能感以進行介入



A landscape photograph showing a wide, open field with a path or road leading from the foreground into the distance. The field is covered in tall, green grass or crops. The sky is filled with large, dark, dramatic clouds, suggesting an approaching storm or late afternoon light. The overall tone is somber and contemplative.

# 挑戰與前瞻

# 關係是關鍵



- 發展並維持一種治療關係
- 是降低自殺風險核心要件之一

“Developing and maintaining a therapeutic relationship is central to reducing suicide risk.”



## 學校家庭和社會仍獨尊成績單元價值

缺多元適性發展價值

致許多孩子缺乏發光發熱舞台  
去成就自我



學校和家庭教育多缺乏鼓勵追求完美  
又擁抱不完美的正向管教

過多懲罰易形塑習慣性自責、自貶及自殺意念

## 學校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

致使憂鬱、自傷、網癮、吸毒及暴力等行  
為問題滋生



## 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，也增加了自傷風險

青少年網癮和憂鬱自傷要一起防治



## 社區和學校的憂鬱和自殺防治策略須再增置專業人力

強化自殺風險的評估和有效策  
略的運用

如自殺危機因應卡的應用

易自貶自責的思考習慣的轉化

自我安撫和改善當下情緒調節  
技巧訓練等等



# 對當代自殺照護方法的批判



David Jobes

- Past President of the American Association of Suicidology (AAS)
- Professor of Psychology, Director of the Suicide Prevention Laboratory, and Associate Director of Clinical Training at The Catholic University of America.



過度依賴精神科住院治療



過度依賴精神藥物



特異於精神疾患的治療不一定  
針對自殺風險



使用特異於自殺的評估和治療  
相對不足

# 自殺風險狀態臨床 照護不足的原因



David Jobes

- Past President of the American Association of Suicidology (AAS)
- Professor of Psychology, Director of the Suicide Prevention Laboratory, and Associate Director of Clinical Training at The Catholic University of America.

與自殺案主有關的反移情問題

對自殺相關醫療事故責任的恐懼

缺乏有效評估自殺風險的知識

缺乏關於自殺患者有效治療的知識

# 台灣上一波自殺死亡率高峰的警喻

## 自殺防治需要因時因地制宜且高風險與全面性策略並重

- 除了短期較難扭轉的「社會結構與價值觀快速變遷」、「經濟局勢波動混沌」、以及「社會關係疏離」等巨觀因素外
- 以多層面介入方式，依據風險程度分層，落實全面性(universal)、選擇性(selective)，以及指標性(indicative)策略

## 精準聚焦的中央層級跨部會自殺防治平台至關重要

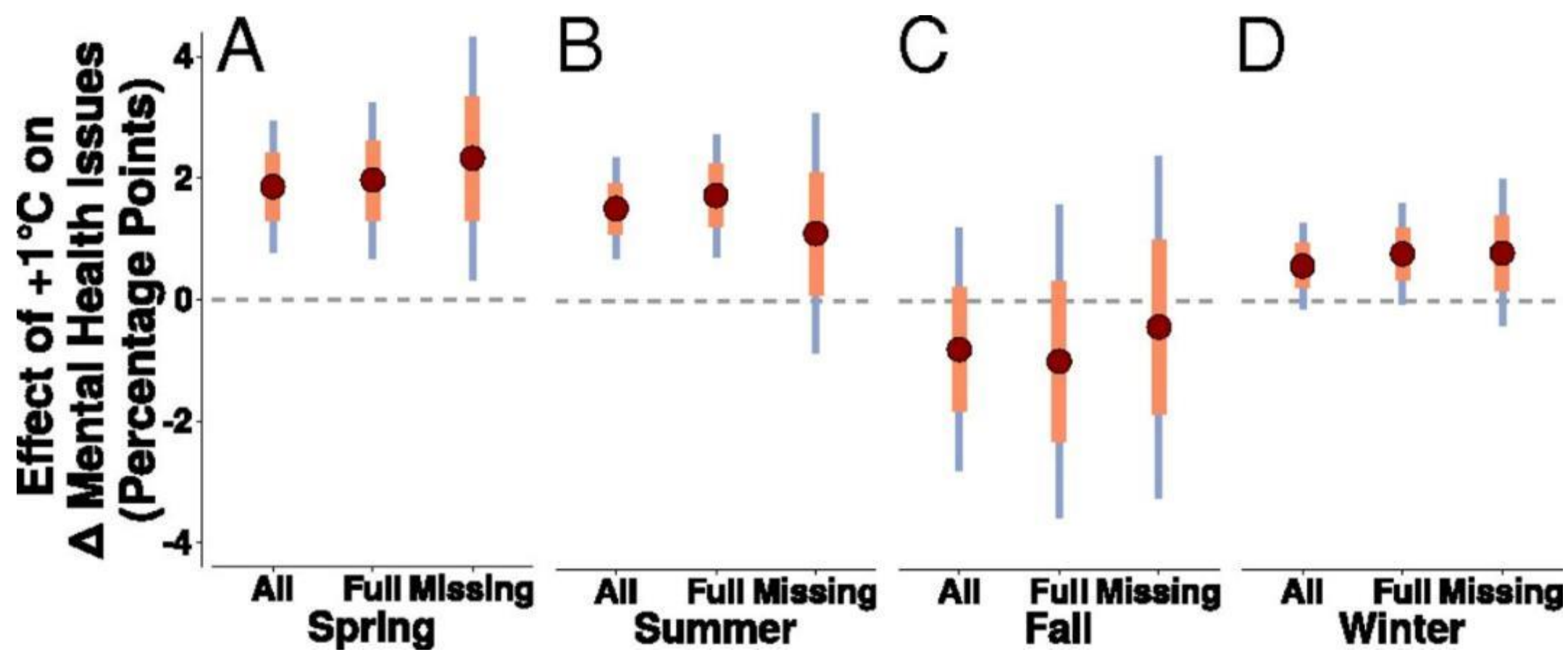
- 欲落實因時因地制宜，高風險策略與全面性策略並重的自殺防治工作
- 設定跨中央至地方防治工作整合，一個精準聚焦於自殺防治，問題定義清楚，立即採取行動的中央跨部會機制
- 對於自殺防治工作推展至關重要。

## 自殺防治工作迄需政府與民間共同參與

- 自殺為全球性的公共衛生、心理健康與社會議題，成因複雜且多元
- 所造成負面影響擴及整體社會，自殺防治以「生命無價」為理念
- 以全民共同防治自殺為目標
- 實施與落實是我國「衛生醫療」、「社會福利」及「社會安全」重大施政議題
- 涉及層面跨越中央至地方之自殺防治體系各專業領域及全體民眾



Multiyear warming and prevalence of mental health problems across the seasons of the year.

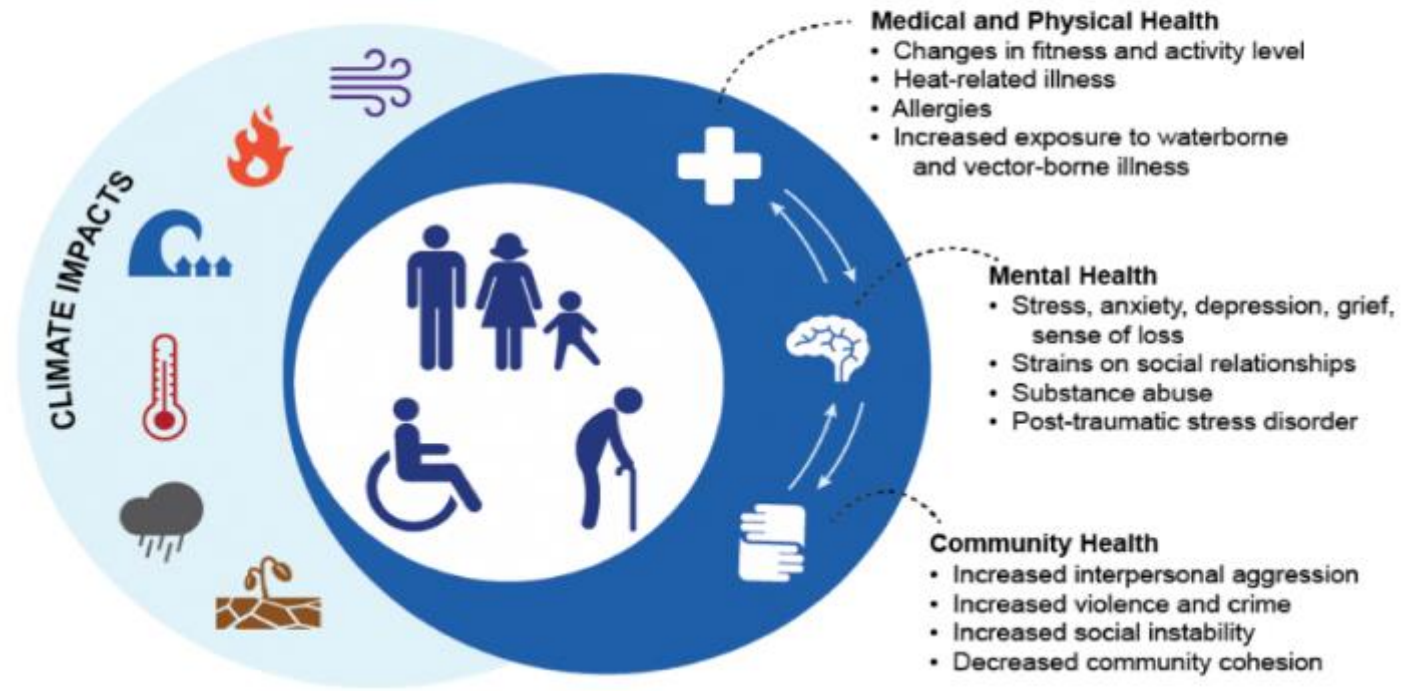


Nick Obradovich et al. PNAS 2018;115:43:10953-10958





# An Illustration on How Climate Change Impacts Physical, Mental, and Community Health



At the center of the diagram are human figures representing adults, children, older adults, and people with disabilities. The left circle depicts climate impacts including air quality, wildfire, sea level rise and storm surge, heat storms, and drought. The right circle shows the three interconnected health domains that will be affected by climate impacts--Medical and Physical Health, Mental Health, and Community Health.

Image source: U.S. Global Change Research Program. 2016. The impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment.



# 我們從小開始就離自然越來越遠

- 8 至 18 歲的兒童平均每天花費 6.5 小時使用電子媒體
  - Roberts DF et al. The Future of Children 2008;18:11–37.
- 在一項針對8 歲的兒童常識經驗的研究
  - 識別皮卡丘、Metapod 和 Wigglytuff ( 日本遊戲神奇寶貝中的角色 ) 的表現
  - 優於識別當地常見的動植物，例如當地的橡樹
    - Balmford, A et al., Science 2002;(5564):2367.
- 年幼的孩子可以定義全球暖化
  - 並描述熱帶雨林和亞馬遜盆地森林砍伐的影響
  - 但他們不知道後院里長著什麼植物
  - 或者如果他們在屋外的街道上亂扔垃圾，哪個流域會受到影響
    - Driessnack M. J Spec Pediatr Nurs 2009;14:73-5.

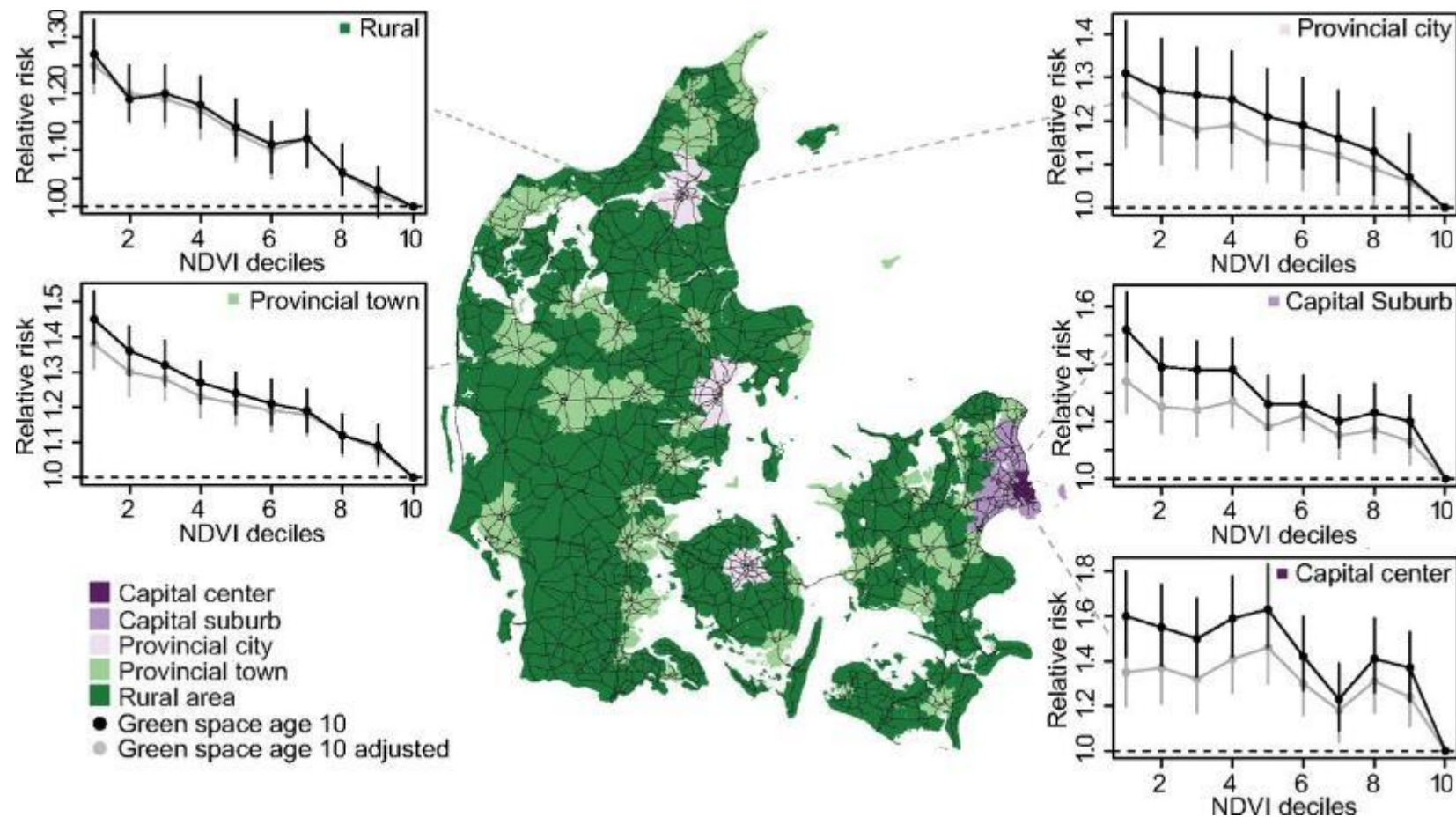
# Residential green space in childhood is associated with lower risk of psychiatric disorders from adolescence into adulthood

Kristine Engemann<sup>a,b,c,1</sup>, Carsten Bøcker Pedersen<sup>c,d,e</sup>, Lars Arge<sup>f</sup>, Constantinos Tsirogiannis<sup>f</sup>, Preben Bo Mortensen<sup>c,d,e</sup>, and Jens-Christian Svenning<sup>a,b</sup>

- ▶ 丹麥-戶籍資料 + 高解析度衛星影像
- ▶ 1985~2003出生，0~10歲時居住地之綠地空間
- ▶ N = 943,027
- ▶ 稍長後發生各種精神疾病的機率：
  - ▶ 童年居住地綠地越多，稍長後精神疾病普遍較少
  - ▶ 對不同精神疾病的影響程度亦不同
  - ▶ 即使統計調整都市化、社經因素、家族病史、父母年齡

Kristine Engemann et al. PNAS 2019;116:11:5188-5193

## The association between relative risk of developing any psychiatric disorder and childhood green space presence across urbanization levels.

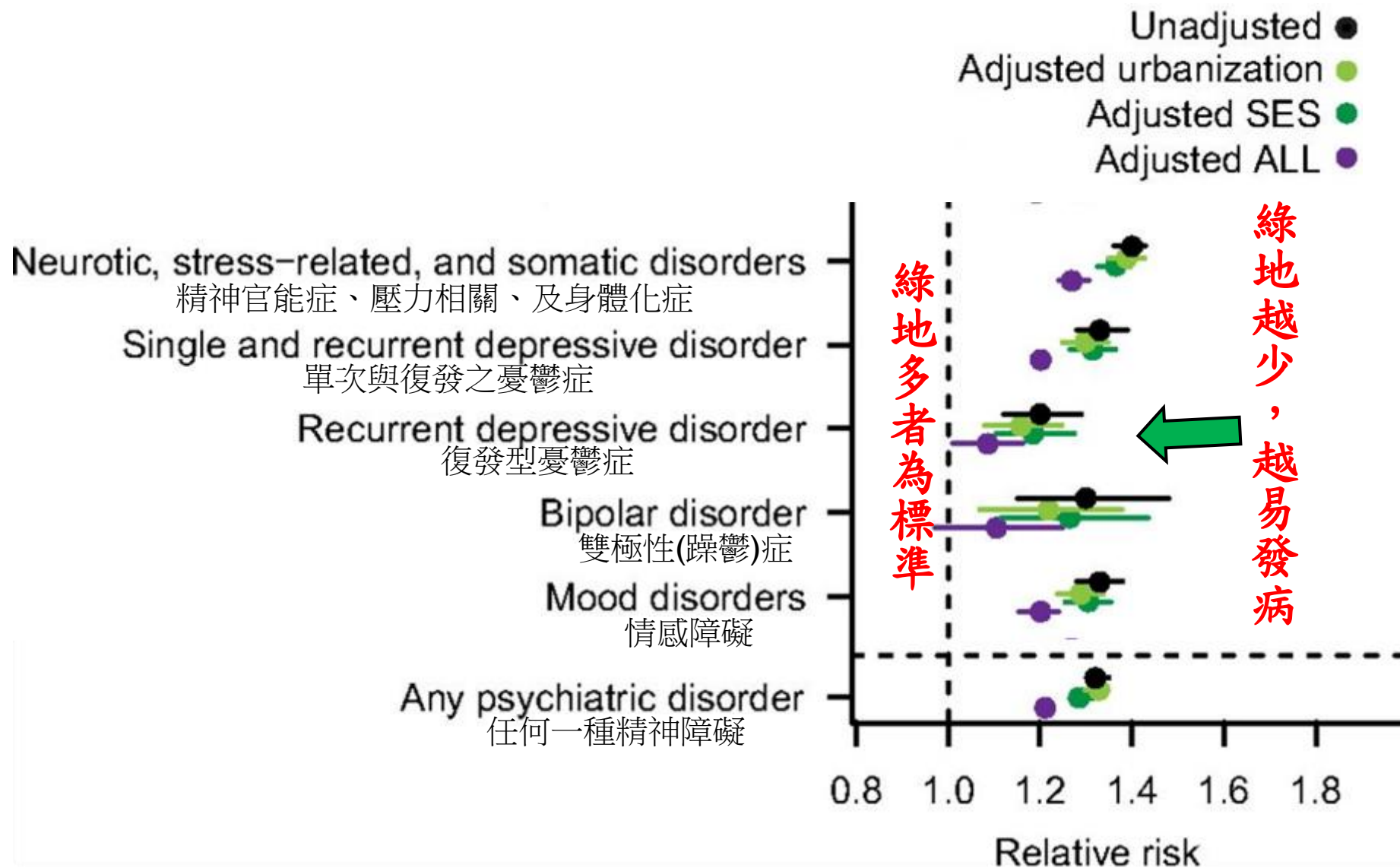


Kristine Engemann et al. PNAS 2019;116:11:5188-5193

Slide credit: 亞東醫院陳俊霖醫師

©2019 by National Academy of Sciences

PNAS



# 經濟學人雜誌

## 自殺防治專刊



### ■ 當面對有自殺傾向的親友

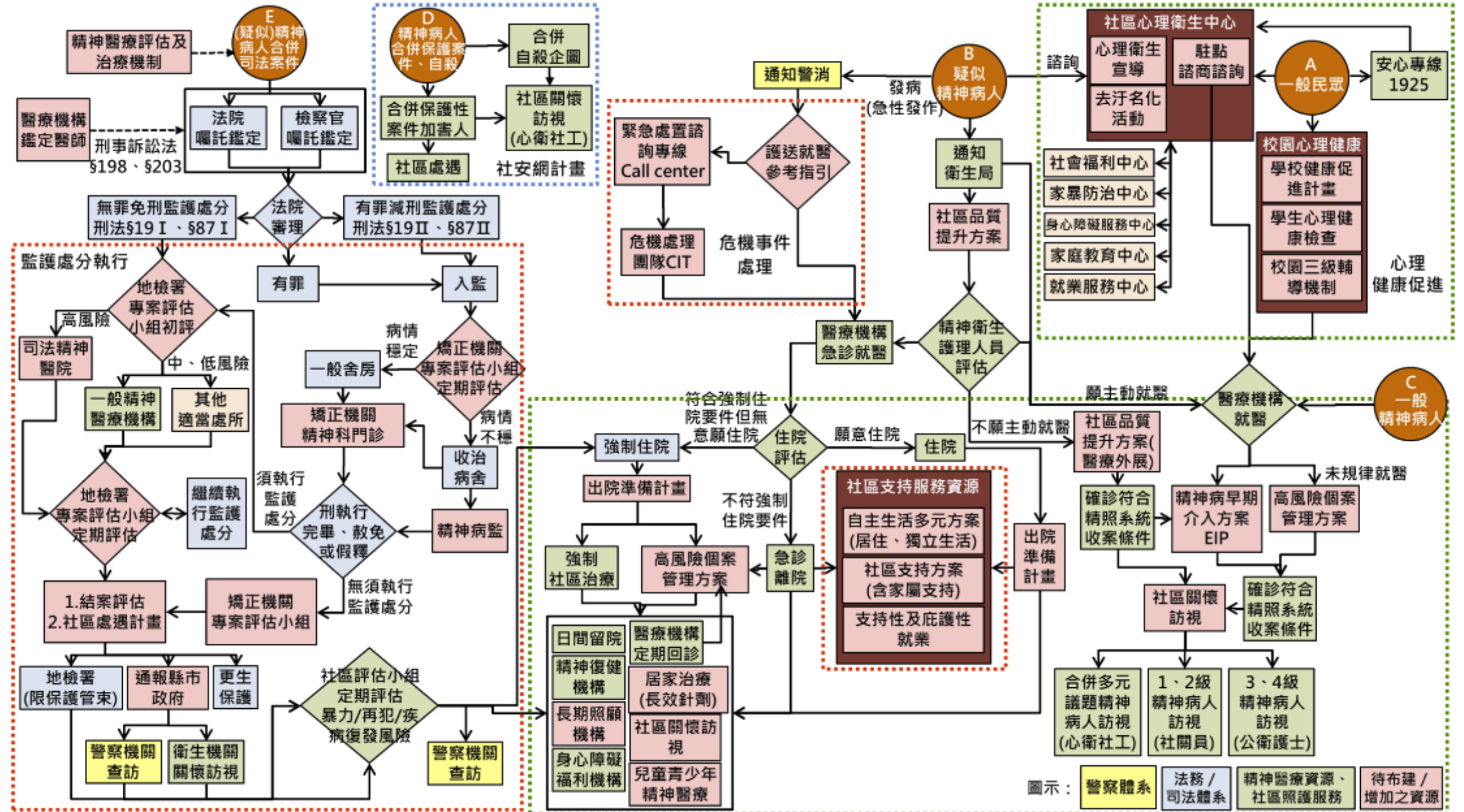
- 人們常會害怕與感到無力

### ■ 然而每個人也可以做出一點改變

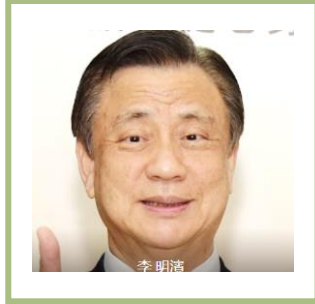
- 藉由談話聆聽、幫助他人度過困難時刻
- 給予女性更多權力掌握自己的生活，使她們能夠減緩社會變革所帶來的衝擊
- 提供給長者們更完善的老年照護服務
- 遏止不當的自殺新聞報導
- 限制自殺工具的取得
- 上述作法能賦予生命多一點活下去的意義
- 或至少說服絕望的人們，堅持下去，直到社會變得更好。



附錄圖 4：精神照護服務資源



# PROJECT MENTORS & COLLABORATORS



**李明濱教授**  
台灣大學 新光醫院



**陳映燁教授**  
陽明交通大學



**曾美智教授**  
台北醫學大學



**陳為堅教授**  
台灣大學 國衛院



**陳宜明醫師**  
台大醫院



**吳其炘副研究員**  
國衛院 台大醫院雲林分院



**黃偉烈主任**  
台大醫院雲林分院



**張書森所長**  
台大公衛學院



感謝您

廖士程 Shih-Cheng Liao

02-23123456#66714

scliao@ntu.edu.tw

<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4129-0879>