

自殺防治守門人(110初進階)

陳淑欽 臨床心理師
馬偕醫院 自殺防治中心



大綱

1. 自殺防治法
2. 自殺相關統計數據
 - 2.1 全球概況
 - 2.2 全國與臺北市自殺相關數據
3. 自殺的迷思與事實
4. 自殺危險性辨識、評估
5. 校內通報與校外轉介/通報
6. 相關資源

1.1 自殺防治法

立法緣由

立法院會108年5月31日三讀通過自殺防治法
108年6月19日總統華總一義字第10800062181號令制定公布全文 19 條；並自公布日施行

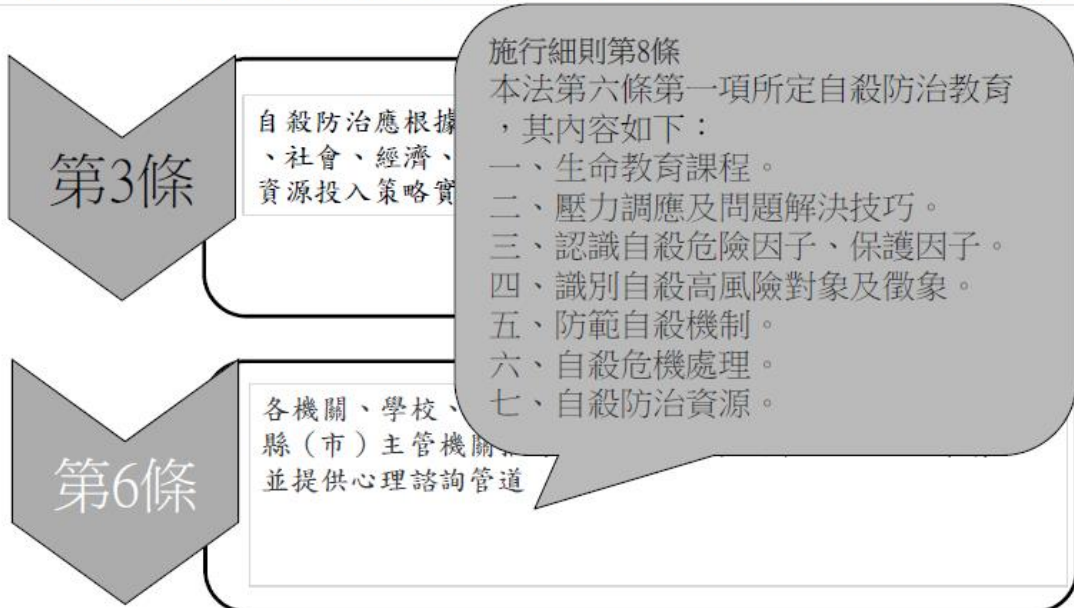
自殺為全球性的公共衛生、心理健康與社會議題，其成因複雜且多元，所造成負面影響擴及整體社會。

以我國自殺防治體系之運作現況及十餘年之防治實務經驗為基礎，並充分研析自殺防治相關文獻、參考日本及韓國相關法制，擬具「自殺防治法」。

3

1.2 自殺防治法

各級機關暨醫療人員應共同推動自殺防治工作



4

1.3 自殺防治法 知悉自殺行為

第11條

中央主管機關應建
工作人員、長期照顧服務
矯正機關人員、村（里）
於知悉有自殺行為情事時，進行

前項通報之方式及內容，由中央主管機關定之；通報人之身
分資料，應予保密。

直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，應立即處理；必要
時得自行或委請其他機關（構）、團體進行關懷訪視。

施行細則第13條

- ✓ 本法第11條第1項所定人員應自知悉有自殺行為情事後二十四小時內，依中央主管機關建置之自殺防治通報系統進行通報作業。
- ✓ 本法第11條第2項所定通報內容，包括可得知之自殺方式、自殺行為人資料、自殺原因與處置情形及通報人聯絡方式

5

1.4 自殺防治法 落實自殺防治之物理性防治及資源整合

第12條

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之機會。

第13條

施行細則第14條

規定上開機制如下：

- 三、宣導珍惜生命，並註明防治諮詢電話，或於適當場域設置求助標示。
- 四、向公、私場所或對高致命性自殺方法場域所有人、使用人或管理人宣導設置防護措施、改良環境、設施設備，或去除危險物品。
- 五、向高致命性自殺工具販售業者及高致命性自殺方法場域所有人、使用人或管理人宣導參加自殺防治守門人訓練。

手冊

，提
就學

6

1.5 自殺防治法 橫向合作&保密條款

第14條

直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。

第15條

各機關、學校、法人、機構、團體及相關業務人員執行本法相關業務時，對自殺行為人及其親友之個人資料應予保密，不得無故洩漏。無故洩漏前項個人資料者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣六千元以上六萬元以下罰鍰。

7

通報轉介注意事項

衛福部移除自殺意念通報欄位、落實自殺守門人概念

1. 衛生福利部已於109年10月13日「自殺通報個案關懷訪視流程及結案標準修正」研商會議移除通報自殺意念欄位。

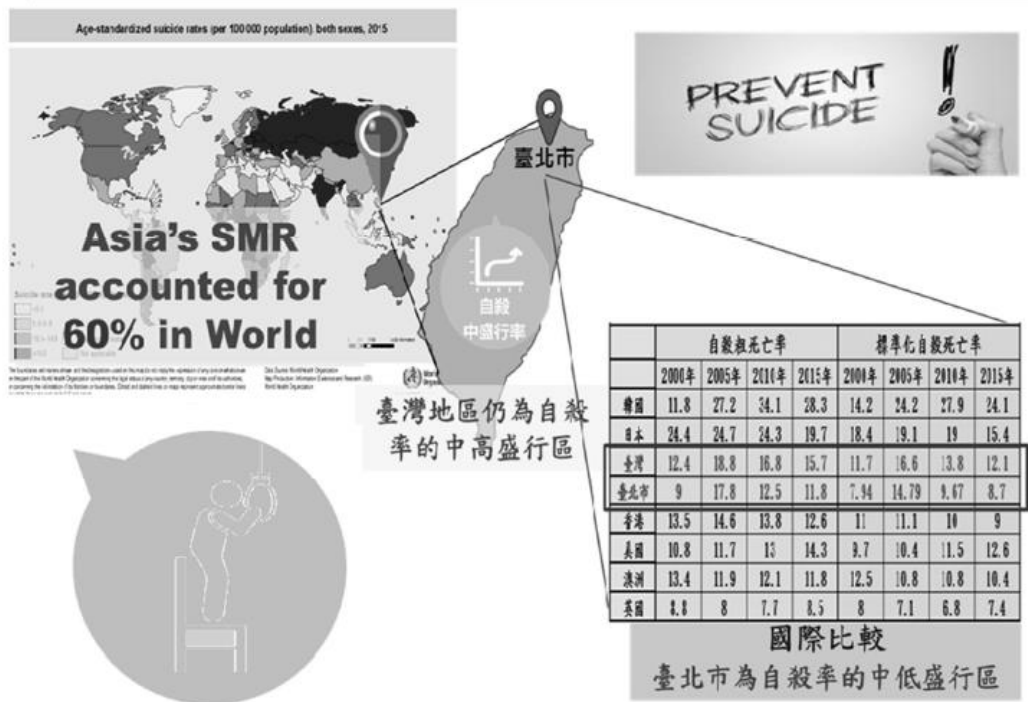
自殺防治通報關懷單 通報人姓名：林屏玟 單號：AIA2-20201202-16
通報單位：衛生局心理衛生科 通報人電話：1999轉8859分機 通報日期：2020/12/02
自認類別：自認類別
1. 應進行第27項「簡式健康量表」評估及第28項「注意事項」，轉介前請務必告知個案（或聯絡人）將被轉介至自殺防治中心或衛生局(社區關懷人員)
2. 若為緊急個案，請轉介單位務必確實執行關懷訪視。
3. 若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。
* 為必填欄位

第1部分	第2部分	第3部分	第4部分	第5部分	第6部分
1. * 個案姓名：		密件	2. * 身分證統一編號：		
3. * 性別：○男 ○女			4. * 年齡：	出生：	

2. 轉介前請務必告知個案（或聯絡人）將被轉介至自殺防治中心或衛生局(社區關懷人員)，並即時提供協助，落實你我皆為自殺防治守門人概念，避免受個案自殺威脅。
3. 若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。
4. 資訊完整：個資(姓名、ID)、聯絡方式/具體描述問題與風險評估/通報人姓名與聯繫資料/「簡式健康量表(BSRS)評估」。

8

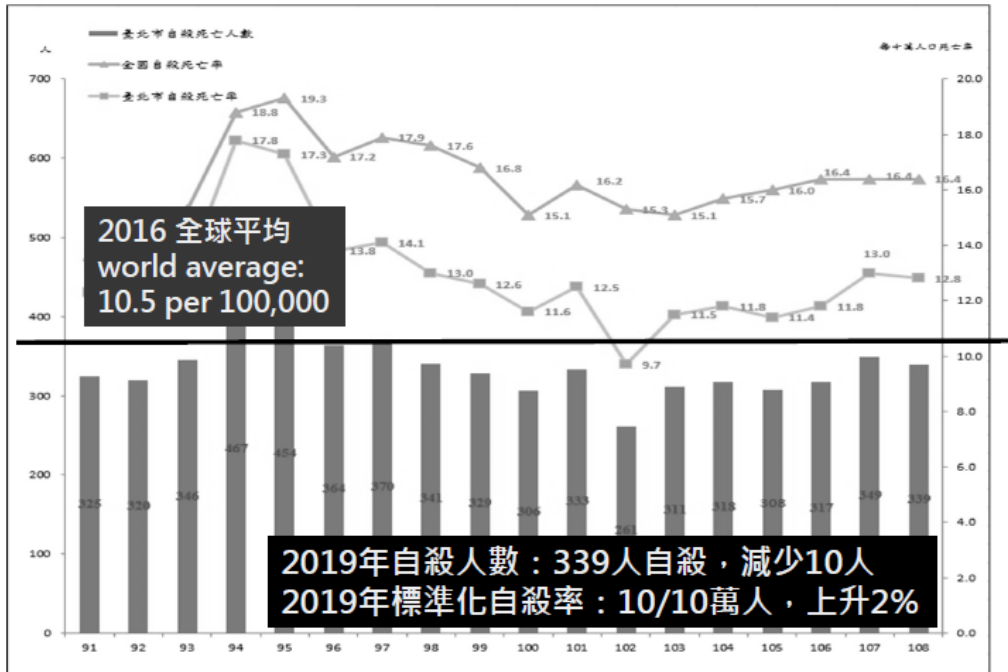
2.1 自殺仍為臺灣公共衛生重要議題



Year	Suicide mortality (No.)	Suicide rate (1/100,000)
2006	4,406	19.3
2007	3,933	17.2
2008	4,128	17.9
2009	4,053	17.6
2010	3,889	16.8 - 11
2011	3,417	14.8 - 11
2012	3,766	16.2 - 11
2013	3,565	15.3 - 11
2014	3,546	15.2 - 11
2015	3,675	15.7-11
2016	3,765	16.0-11
2017	3,871	16.4-11
2018	3,865	16.4-11
2019	3,864	16.4-11
2020	3656	15.5-11

10¹⁰

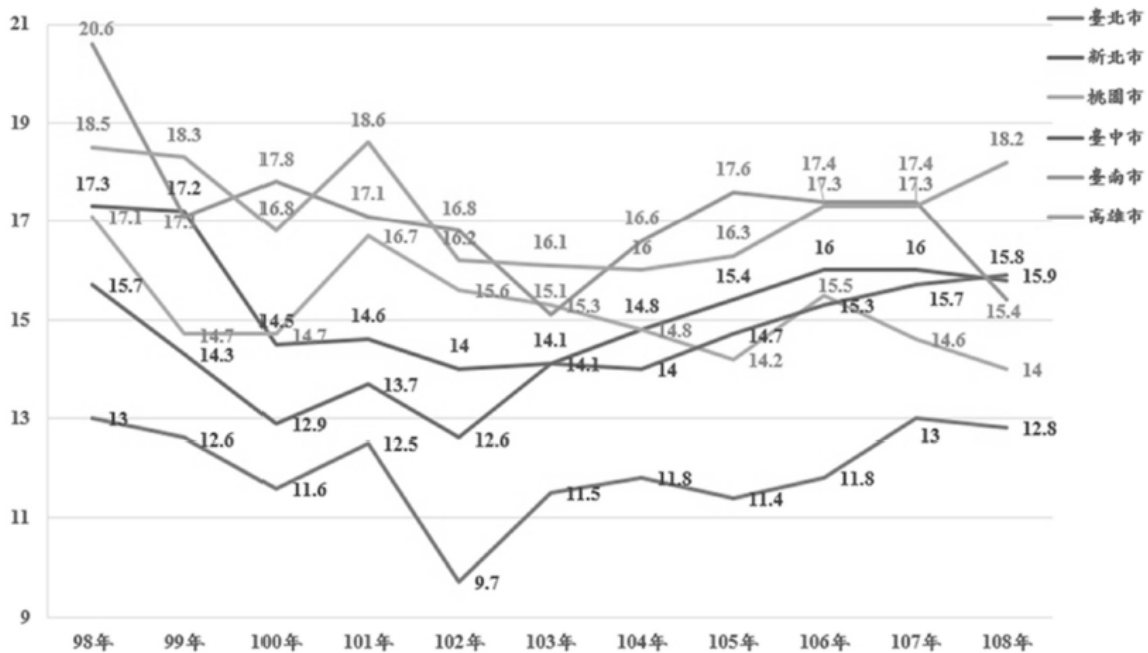
2.2 臺北市與全國自殺死亡率比較 低於全國 但於2013年後不再下降



資料來源：衛生福利部 108年死因統計資料

11

2.3 六都自殺死亡率趨勢比較 持續6都最低 但近年已持續上升

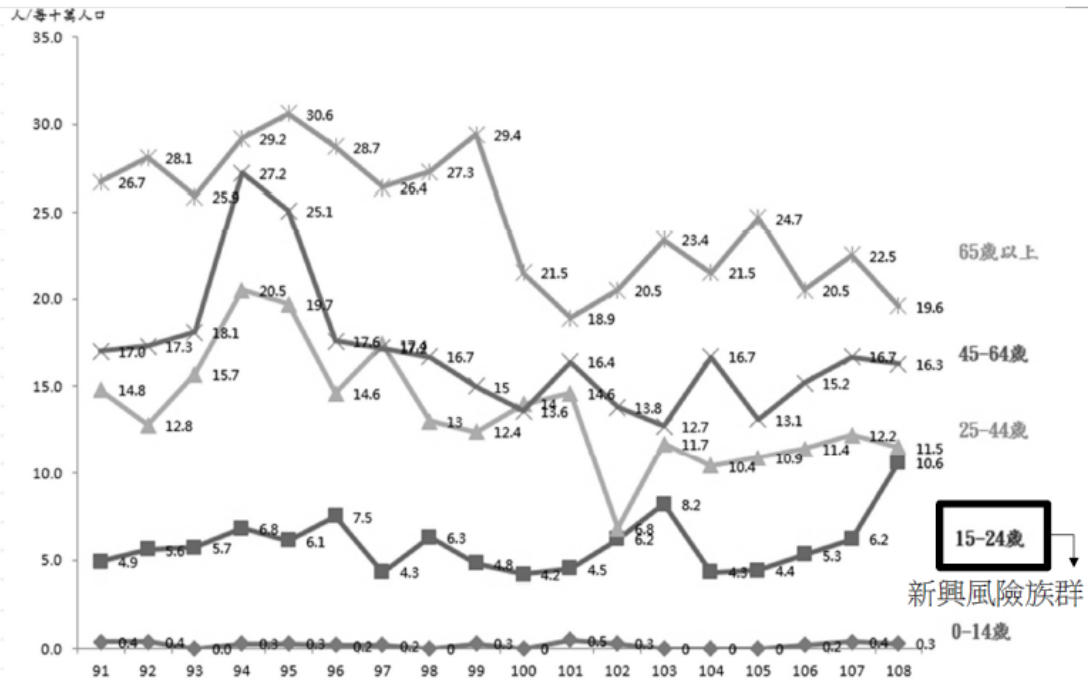


資料來源：衛生福利部 108年死因統計資料

12

2.4 臺北市歷年自殺死亡率分析-年齡

死亡率隨年齡而增加 年齡越大風險越高

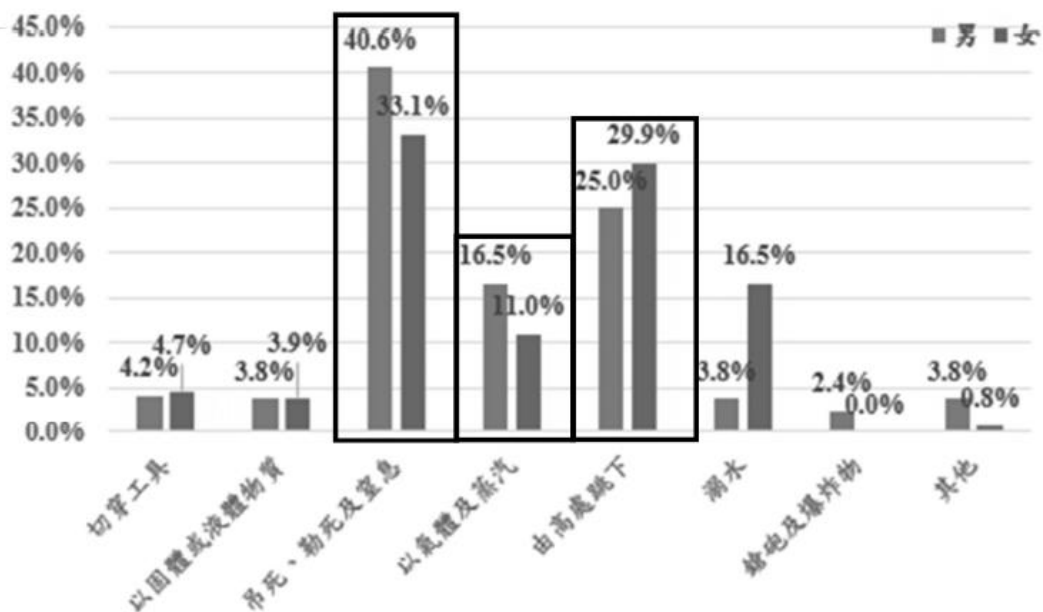


資料來源：衛生福利部 108年死因統計資料

13

2.5 自殺死亡基本資料分析-性別X方式

男性及女性皆以上吊及高處墜下為主要致死方式
N男=212；N女=127



資料來源：衛生福利部 108年死因統計資料

14

2.6 自殺死亡基本資料分析-熱點

住家佔比最高 其次公共場所、非住宅大樓(旅館、學校及醫院)

表四、臺北市四大方法之自殺死亡地點分布

	燒炭		上吊		溺水		墜落	
	個案數	比例	個案數	比例	個案數	比例	個案數	比例
	361	100%	493	100%	152	100%	345	100%
死亡地點非臺北市	95	26%	127	26%	77	51%	83	23%
死亡地點在臺北市	266	74%	366	74%	75	49%	262	77%
死亡地點在臺北市	266	100%	366	100%	75	100%	262	100%
無法定位	148	56%	198	54%	18	24%	116	44%
可定位	118	44%	168	46%	57	76%	146	56%
臺北市可定位自殺地點	118	100%	168	100%	57	100%	146	100%
住家	84	71%	138	82%	1	2%	88	60%
非住宅大樓	3	3%	0	0%	0	0%	11	8%
醫院	0	0%	2	1%	1	2%	5	3%
旅館	5	4%	1	1%	0	0%	0	0%
換乘	0	0%	1	1%	26	46%	5	3%
河堤	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
碼頭	0	0%	0	0%	7	12%	0	0%
河濱公園	0	0%	0	0%	7	12%	0	0%
公共場所	9	8%	11	7%	0	0%	9	6%
公園	1	1%	6	4%	0	0%	0	0%
捷運	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
服務中心	1	1%	2	1%	1	2%	4	3%
車內	12	10%	0	0%	0	0%	0	0%
墳場	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
道路	0	0%	4	2%	0	0%	0	0%
學校	0	0%	0	0%	0	0%	5	4%
其他	1	1%	2	1%	14	23%	18	12%

- ✓ 燒炭(N=361)：住家佔比最高(71%) 公共場所(8%)、旅館(4%)
- ✓ 上吊(N=493)：住家佔比最高(82%) 公共場所(7%)
- ✓ 墜樓(N=345)：住家佔比最高(60%) 非住宅大樓(8%)、學校(4%)、醫院(3%)
- ✓ 溺水(N=152)：

圖 11 歷年蓄意自我傷害(自殺)死亡人數及死亡率-按性別分

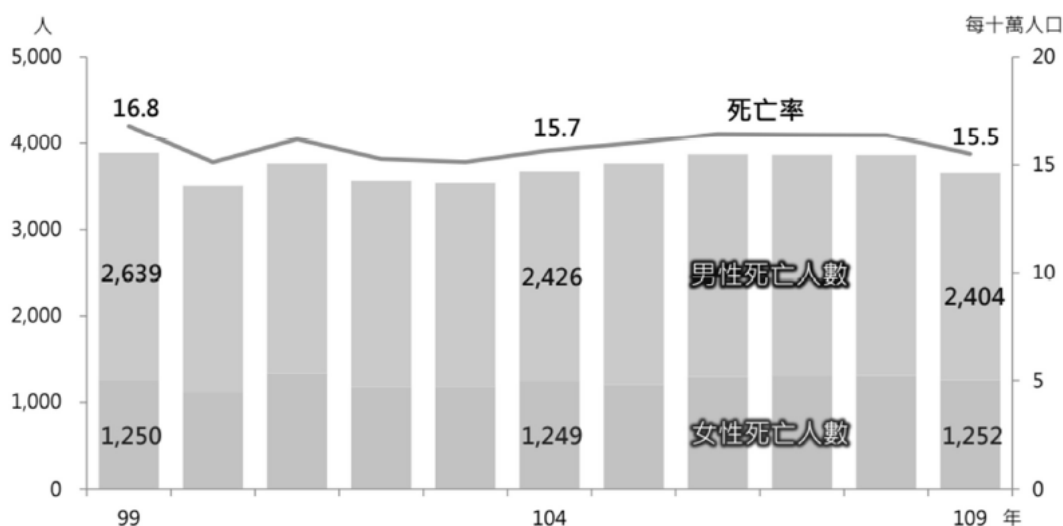
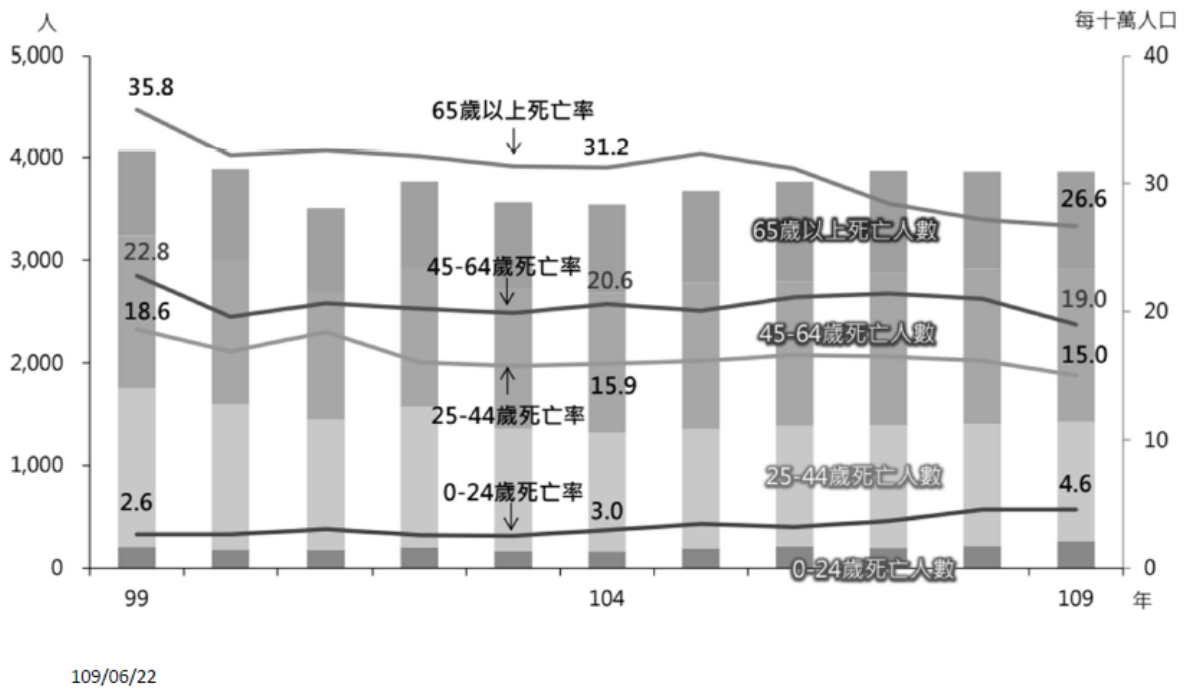


圖 12 歷年蓄意自我傷害（自殺）年齡別死亡率



108兒少主要死亡原因

108年年齡別五大死因

順位	0歲		1-14歲		15-24歲		25-44歲		45-64歲		65歲以上	
	死亡原因	死亡率(每十萬活產)	死亡原因	死亡率(每十萬人口)	死亡原因	死亡率(每十萬人口)	死亡原因	死亡率(每十萬人口)	死亡原因	死亡率(每十萬人口)	死亡原因	死亡率(每十萬人口)
	所有死亡原因	383.3	所有死亡原因	12.9	所有死亡原因	41.3	所有死亡原因	108.7	所有死亡原因	537.5	所有死亡原因	3,620.7
1	先天性畸形、變形及染色體異常	80.5	事故傷害	2.5	事故傷害	17.6	癌症	26.4	癌症	232.1	癌症	901.9
2	源於圍產期的呼吸性疾患	42.3	癌症	2.4	蓄意自我傷害(自殺)	9.1	蓄意自我傷害(自殺)	16.2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	53.8	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	434.7
3	與妊娠長短及胎兒主具有關的疾患	40.0	先天性畸形、變形及染色體異常	1.1	癌症	4.3	事故傷害	13.9	腦血管疾病	29.5	肺炎	395.9
4	事故傷害	26.3	流感	0.7	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	1.2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	9.8	慢性肝病及肝硬化	26.9	腦血管疾病	275.6
5	特發於圍產期的感染	15.4	加害(他殺)	0.5	腦血管疾病	0.8	慢性肝病及肝硬化	7.4	事故傷害	26.1	糖尿病	227.2

1. 觀察1歲以上年齡層，事故傷害、癌症及心臟疾病於各年齡層前5大死因互為消長
2. 1-14歲及15-24歲年齡組事故傷害死亡皆排名第1；15-24及25-44歲年齡組自殺死亡皆排名第2；45歲以上年齡組癌症及心臟疾病死亡皆排名前2名

表 5 109 年年齡別五大死因

單位：每十萬人口

順位	年齡總計		0歲		1-14歲		15-24歲		25-44歲		45-64歲		65歲以上	
	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率 (每十萬活產)	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率
	所有死亡原因	733.9	所有死亡原因	363.3	所有死亡原因	11.6	所有死亡原因	41.4	所有死亡原因	103.7	所有死亡原因	519.9	所有死亡原因	3,431.8
1	癌症	212.7	先天性畸形、變形及染色體異常	65.1	事故傷害	2.6	事故傷害	19.5	癌症	25.8	癌症	223.1	癌症	876.0
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	86.7	與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患	49.0	癌症	1.9	蓄意自我傷害（自殺）	8.8	蓄意自我傷害（自殺）	15.0	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	54.5	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	427.5
3	肺炎	58.2	源於周產期的呼吸性疾患	47.1	先天性畸形變形及染色體異常	1.1	癌症	3.7	事故傷害	14.3	腦血管疾病	29.7	肺炎	339.6
4	腦血管疾病	50.1	事故傷害	24.2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	0.9	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	1.2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	10.2	事故傷害	26.0	腦血管疾病	253.9
5	糖尿病	43.7	特發於周產期的感染	18.0	蓄意自我傷害（自殺）	0.7	腦血管疾病	0.6	慢性肝病及肝硬化	6.9	慢性肝病及肝硬化	25.4	糖尿病	226.4

109/06/22

校園自殺、自傷案件增 大學生占多數

[f 分享](#)
[📄 讀大器](#)
[💬 分享](#)
[💬 留言](#)
[🖨 列印](#)
[📄 存新聞](#)
A- A+

2019-04-09 09:23 聯合報 記者馮靖惠/即時報導 [👍 讚 7](#) [📄 分享](#)

目前將近9天的時間，已經發生6起學生尋短案件，引發外界關注，教育部長潘文忠昨日指出，今年已有76名各級學校學生自殺致死，去年大專校院為59人；意圖自殺人數部分，自前年至去年，已經從800人增加到1350人，年增68%，今年至今意圖自殺者也達1000多人。

有不少教育專家、心理醫師指出，可能是「社會期待」、「父母希望」和「自身理想、自我價值」等等因素加在學生身上，導致學生心理長久累積壓力，恰巧碰上大學的期中考周，學生身心壓力變更大，間接引發尋短的念頭，同時心理醫師也擔心相關報導過於關注，進而產生「維特效應」等自殺模仿的行為。

地不熟
可能性

大學生輕生案件：

- 11/09 台大女學生墜樓
- 11/11 台人男學生在宿舍上吊
- 11/13 台大男學生墜樓 有救回來
- 11/14 淡大男學生墜樓
- 11/16 海科大學生情侶租屋處燒炭
- 11/17 成大男學生租屋處燒炭

壹新聞
NEXTV

民國109年11月17日星期二 農曆十月初三

11/7 台中某高中女學生墜樓

自殺死亡基本資料分析—自殺方式&熱點

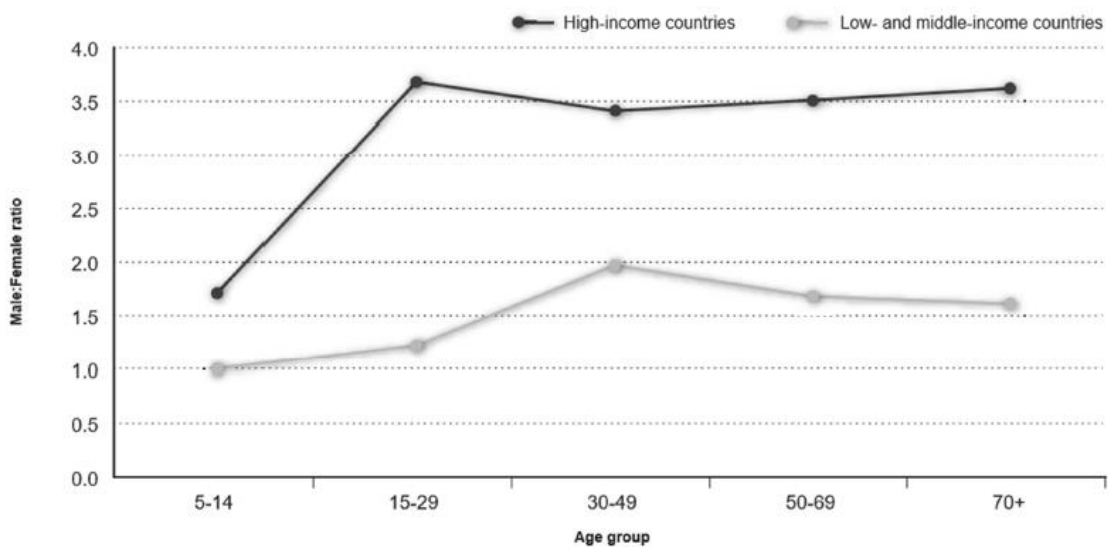
表四、臺北市四大方法之自殺死亡地點分布

	燒炭 ^{a)}		上吊 ^{b)}		溺水 ^{c)}		墜樓 ^{d)}	
	個案數 ^{e)}	比例 ^{f)}	個案數 ^{e)}	比例 ^{f)}	個案數 ^{e)}	比例 ^{f)}	個案數 ^{e)}	比例 ^{f)}
	361 ^{g)}	100% ^{h)}	493 ^{g)}	100% ^{h)}	152 ^{g)}	100% ^{h)}	345 ^{g)}	100% ^{h)}
死亡地點非臺北市 ⁱ⁾	95 ^{g)}	26% ^{h)}	127 ^{g)}	26% ^{h)}	77 ^{g)}	51% ^{h)}	83 ^{g)}	23% ^{h)}
死亡地點在臺北市 ⁱ⁾	266 ^{g)}	74% ^{h)}	366 ^{g)}	74% ^{h)}	75 ^{g)}	49% ^{h)}	262 ^{g)}	77% ^{h)}
死亡地點在臺北市 ⁱ⁾	266 ^{g)}	100% ^{h)}	366 ^{g)}	100% ^{h)}	75 ^{g)}	100% ^{h)}	262 ^{g)}	100% ^{h)}
無法定位 ^{j)}	148 ^{g)}	56% ^{h)}	198 ^{g)}	54% ^{h)}	18 ^{g)}	24% ^{h)}	116 ^{g)}	44% ^{h)}
可定位 ^{j)}	118 ^{g)}	44% ^{h)}	168 ^{g)}	46% ^{h)}	57 ^{g)}	76% ^{h)}	146 ^{g)}	56% ^{h)}
臺北市可定位自殺地點 ^{k)}	118 ^{g)}	100% ^{h)}	168 ^{g)}	100% ^{h)}	57 ^{g)}	100% ^{h)}	146 ^{g)}	100% ^{h)}
住家 ^{l)}	84 ^{g)}	71% ^{h)}	138 ^{g)}	82% ^{h)}	1 ^{g)}	2% ^{h)}	88 ^{g)}	60% ^{h)}
非住宅大樓 ^{l)}	3 ^{g)}	3% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	11 ^{g)}	8% ^{h)}
醫院 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	2 ^{g)}	1% ^{h)}	1 ^{g)}	2% ^{h)}	5 ^{g)}	3% ^{h)}
旅館 ^{l)}	5 ^{g)}	4% ^{h)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
橋梁 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	26 ^{g)}	46% ^{h)}	5 ^{g)}	3% ^{h)}
河堤 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
碼頭 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	7 ^{g)}	12% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
河濱公園 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	7 ^{g)}	12% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
公共場所 ^{l)}	9 ^{g)}	8% ^{h)}	11 ^{g)}	7% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	9 ^{g)}	6% ^{h)}
公園 ^{l)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	6 ^{g)}	4% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
捷運 ^{l)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}
照護中心 ^{l)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	2 ^{g)}	1% ^{h)}	1 ^{g)}	2% ^{h)}	4 ^{g)}	3% ^{h)}
車內 ^{l)}	12 ^{g)}	10% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
墳場 ^{l)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
道路 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	4 ^{g)}	2% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}
學校 ^{l)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	0 ^{g)}	0% ^{h)}	5 ^{g)}	4% ^{h)}
其他 ^{l)}	1 ^{g)}	1% ^{h)}	2 ^{g)}	1% ^{h)}	14 ^{g)}	25% ^{h)}	18 ^{g)}	12% ^{h)}

- ✓ 燒炭(N=361)：住家佔比最高(71%)、車內(16%)、公共場所(8%)、旅館(4%)
- ✓ 上吊(N=493)：住家佔比最高(82%)、公共場所(7%)、公園(4%)
- ✓ 墜樓(N=345)：住家佔比最高(60%)、非住宅大樓(8%)、學校(4%)、醫院(3%)及照護中心(3%)。
- ✓ 溺水(N=152)：地點在臺北市佔49%，其中可定位個案中，橋梁佔46%，碼頭佔12%及河濱公園12%

高低社經國家男女自殺身亡比例

Figure 5. Male:Female ratio of suicide rates by age group and income-level of country, 2012



自殺對社會的影響

自殺是整個「人群」的健康問題

自殺死亡會在人口數與人口素質上構成社會的損失：

近年來自殺死亡率以青、壯年人口增加最多，自殺已經躍居為國內青、壯人口的第二及第三大死因。對國家、社會而言，喪失具有無窮發展潛能的青、壯年人口，勢必會影響到國家、社會的整體生產力。

自殺會遺留許多的問題給家庭、社區：

遺留下許多不可抹滅的傷痛及不能釋懷的遺憾與內疚，甚至影響整個社區的發展。一個人自殺有六個人成為自殺者遺族(父母、子女、手足、朋友、配偶、治療師)

自殺的消息會對社會大眾產生負面的效應：

自殺的行為除了直接影響自殺本人與家人、朋友外，亦會間接影響到社會大眾，尤其在媒體大肆報導下，將會引起社會大眾許多同情、不安、生氣、焦慮等情緒反應，甚至產生模仿及學習自殺的行為。

23

70歲以下事故傷害及蓄意自我傷害造成的生命年數損失

單位:年

	106年			較上年增減年數			較十年前增減年數		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
事故傷害	24.4	24.8	22.8	-0.7	-0.7	-0.4	-4.3	-4.4	-3.8
運輸事故	26.0	27.2	23.0	-0.9	-1.4	1.2	-3.5	-3.3	-3.8
機動車交通事故	26.0	27.3	22.9	-1.0	-1.4	1.1	-3.6	-3.4	-3.9
因暴露與接觸有毒物質所致的意外中毒	28.1	27.7	29.9	0.4	0.7	-0.2	-4.0	-3.9	-4.4
跌倒(落)	17.3	18.2	13.5	0.1	0.5	-1.0	-4.5	-4.3	-5.3
暴露於煙霧、火災與火焰	24.4	22.4	28.9	-1.7	-1.8	-0.5	-14.1	-13.7	-14.4
意外溺死或淹沒	24.5	24.8	23.0	0.2	-0.3	2.9	-5.1	-6.1	-0.9
蓄意自我傷害(自殺)	23.8	23.4	24.6	-0.4	-0.7	0.1	-2.6	-2.7	-2.5

註：平均生命年數損失=潛在生命年數損失/該死因之死亡人數，其中

潛在生命年數損失=(各年齡預期可活存年數為70-死亡時之年齡)*該年齡死亡人數之和。

106年70歲以下之
自殺平均生命年數損失(AYLL)
為**23.8年**²⁴

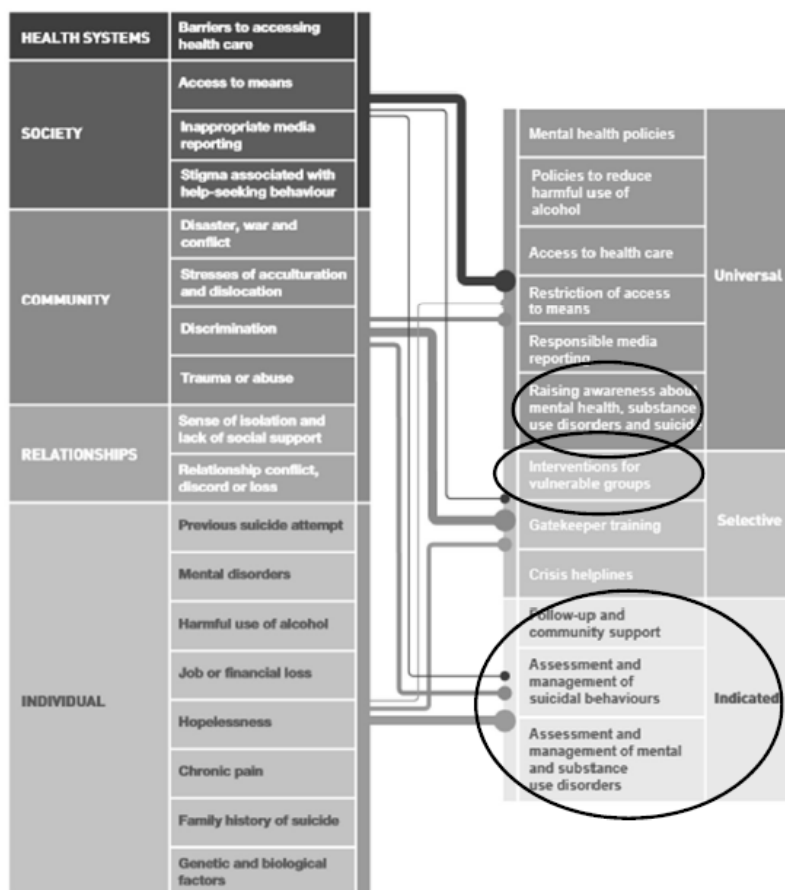
自殺防治工作的基礎

- 人常常既想活，又想死，在自殺行為中充滿了矛盾。
《夜，驟然而降—了解自殺》
- 國內調查：
 - (1) 在身亡7天內曾就醫者（門診或住院）佔58.4% (2004)
 - 14天內曾經就醫者佔66.1%
 - 30天內曾經就醫者佔78.5%歷年自殺死亡者在自殺身亡前7天內約有60%曾就醫
在身亡前90天就醫者達到80%的水準
 - (2) 45%自殺死亡者曾清楚向家人或親友表達自殺意圖
(from 衛生署自殺防治中心)

25

學校單位在自殺防治的角色

2014 自殺防治策略



全面性

- 宣導與教育訓練
 - 減少污名化
 - 提升一般科醫師對於自殺相關的概念
 - 日本研究
- 增加醫院環境安全
- 學校相關政策

教育訓練對照護自殺病患的態度的影響

- 1. 對綜合醫院護理人員(六小時)課程
 - 授課(自殺行為的衝擊與污名化、在綜合醫院會遇到的精神科疾病介紹、基本會談技巧、如何評估管理自殺病患)
 - 互動式臨床討論(**clinical discussions**)(鼓勵護理人員探索自己對照護自殺病患的態度以及擔憂)
 - 提供參與者**WHO**自殺防治手冊
- 參與人員在「對自殺個案的感受」與「專業能力」課程後三個月及六個月的追蹤均保持比上課前更正面的態度。

• Botega等(2007)²⁹

自殺防治教育課程 ~ 2

- 對社區醫院護理人員的住院病人自殺防治安全課程(1小時)
 - 包含：自殺危險因子、需要採取緊急行動的警示、如何對於行動以及生活例常改變的敏感度以及檢視醫院環境安全
- 四周後的課後評量
 - 學員對詢問自殺相關的問題，有明顯的信心提升(例如：我覺得我有能力詢問病人行為上的徵狀，像是焦躁、易怒、生氣或煩躁)
 - 在回答適當的行為反應也有提升(例如：對病人進行相關的評估增加16%)(Manister et al., 2017)

自殺的迷思

1. 經常說要自殺的人決不會真的去自殺
2. 和想自殺的人談論自殺會提高他們自殺的危險性
3. 所有自殺的人都是堅決地想死
4. 自殺只會發生在某一類型的人身上
5. 自殺失敗的人不會再度嚐試自殺
6. 自殺經常是突發生毫無預兆的
7. 只要把自殺的器具消除，即可以預防自殺
8. 自殺一定和精神疾病有關
9. 一但企圖自殺者表現出較改善的跡象就表示危機已經過了
1. 自殺防治只有專業人員可以進行



迷思三： 自殺的人都是真的想死

事實是：大部份自殺者並沒有很堅持想死（非死不可），他們是透過自殺的方式，來逃避痛苦，表示抗議，或傳達求助的訊息。

自殺者的心態

- 停止目前的痛苦
- 重新獲得控制感
- 因應挫折的方式：人格特質(邊緣性人格)、憂鬱症患者、媒體效應
- 精神狀態的影響：幻聽、幻覺、藥物濫用、意識不清
- 死亡概念不清：13歲左右較成熟，會視為選擇的一部份
- 倖存者的內疚

迷思五：自殺失敗的人不會再度嚐試自殺

事實是：曾經有過自殺/自傷行為，是預測再次發生自殺行為最有力的預測因子。

From: Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243 - 56

33

迷思六：大部分自殺的發生先前沒有徵兆

事實是：有80% 自殺的人會留下警訊，一些線索是明顯的，一些是難以捉摸的。所以，去學習及認識這些警訊及如何應對是很重要的。

在表情及情緒上：

-鄭泰安Arch Gen Psychiatry, 1995, 52, 594-603

焦慮、失神、愁苦、眉頭深鎖，憂鬱、低落、煩躁易怒的情緒

在言語及思想上：

負向思考、自殺意念、自殺計劃、無故與人道別、說道歉或交代事情

在行為上：

退縮或人際衝突、異常行為(寫遺書、事先分配財產、將心愛的東西分送他人、還債、買藥等)、物質濫用

迷思九：一旦企圖自殺者表現出較改善的跡象就表示危機已經過了

事實是：當一個人的情緒或行為稍有起色時，可能意味著已經度過自殺的猶豫期，已經結束對自殺的焦慮，其實下一個決定就是去自殺。

迷思十：只有專業人員才可以預防自殺

事實是：所有具愛心、有基本自殺防治概念的工作者都可以預防自殺；且這應是全民運動。

自殺防治工作人員迷思 / 限制

- 如果我照顧的病患自殺身亡，這是一件很可怕、不可以發生的事情
- 每個自殺行為都是可以被防治的
- 雖然我知道不用這樣，但如果我的個案自殺身亡，我會有種無法控制的自責感
- 自殺防治工作只是做做樣子而已，其實根本沒有實質的效益
- 我心裡默默覺得有些個案的死亡與我有關，但是我不敢告訴別人
- 個案很生氣的時候，我會被嚇到，會開始懷疑自己的作法是否正確(即便已經和督導討論過)
- 無論如何，個人的生命是屬於個人的，我們怎麼可以過度介入呢？
- 自殺根本就是不可能防治的…

加強環境安全(台北馬偕為例)



- 挑空區設有安全防護網
- 窗戶無法任意開啟(需有特殊工具)
- 牆設置高於150公分，或者加設相關防護措施
公設窗戶及窗扣自檢表



項次	平樓	檢 查 目 錄	位 置					備 註
			梯	梯	梯	盪	機械間	
		螺						
		壳						
		生 鏽						
備註：								
檢查日期：			組長：			檢查人員：		

37

加強環境安全(台北馬偕為例)

- 病房拉簾設計
 - 無拉繩
 - 無繩子可穿越之處
- 病房窗戶
 - 打開後仍有外層



38

加強環境安全(台北馬偕為例)

- 設備保養與維修：由維護課電機組設系統負責人進行維護保養。維護課每月自主檢測一次。每月自主檢查表如附件
- 設備故障緊急應變步驟
 - 1.通知值班人員現場查看
 - 2.可否斷電復歸
 - 3.用key關門
 - 4.通知廠商備料維修

樓層位置	檢 查 項 目					備 註
	對講機	照明	蜂鳴器	電磁扣	門 組	
1樓南梯安全門						
1樓北梯安全門						
北側梯13樓屋頂						
南側梯13樓屋頂						
10樓大傳南側						
10樓大傳北側						
10樓前棟南側						
10樓前棟北側						
備註：						
檢查日期：		組長：		檢查人員：		39

其他工具及環境管理



選擇性

- 對一般壓力的不正常反應
- 憂鬱症(單極或雙極)
- 焦慮疾患
- 物質濫用
- 思覺失調
- 人格疾患
- 癌症病患
- 老人
- 產後憂鬱症
- 青少年
- 具重大傷病診斷

41

指標性

- 對象：
 - 有具體自殺/自傷/自殺意念狀況的病患/家屬/員工
- 個案管理
 - 主動追蹤自殺高風險個案、提供社區連結
 - 自殺危險性管理
 - 相關精神疾病(包括物質使用)/症狀的管理
- 提醒：工作人員的態度(情緒)與技能(知識)仍是重點

42

4. 自殺危險因子的辨識—個案, 環境



補充：克服偏見和恐懼

個案

自殺是脆弱和羞愧的
自殺是不道德、罪惡的
這是一個禁忌的主題
別人會覺得我瘋了
這會引發太多情緒反應

不想讓別人太有壓力
我自殺不甘別人的事

治療者

same
same
same
same
我是否對於SI過度反應
或者寧可我不知道
個案這樣說的背後想法
可以放心死去
可以討論自殺？
矛盾的意願？

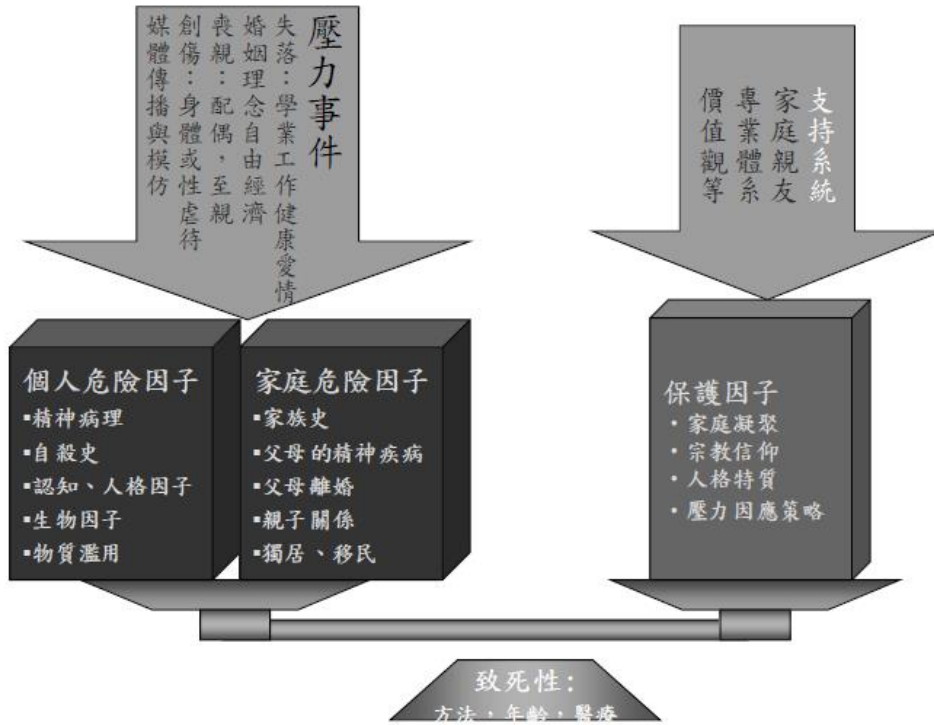
補充：降低個案不討論自殺情形的技巧

1. 觀察病人是否有遲疑的反應
2. 類似「沒有沒有」等過快的反應
3. 留意觀察其迴避類的身體語言，例如：坐立不安、音調改變、嫌惡的眼神等等
4. 討論到重點“不要”同時做筆記，會干擾注意力或投入
5. 盡量避免可能讓個案不舒服的語言或表情
6. 無論當下你的壓力如何，盡可能表現出從容不迫的樣子
7. 自我評估，詢問自己「我現在的感受是什麼？」

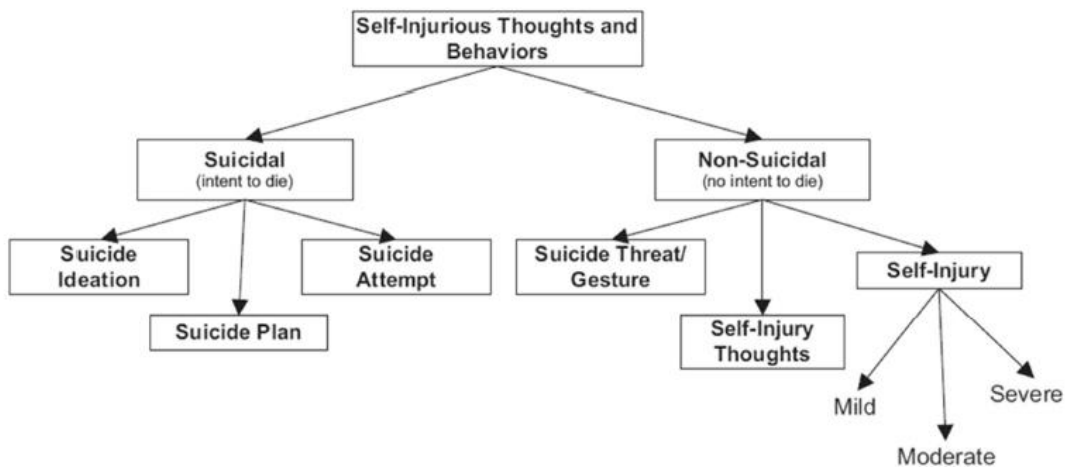
危險評估的複雜性

- complex and ambiguous interaction between various **psychopathologies, personality traits or states, genetic factors, socio-economic risk-factors**, etc
- suicidal patients often have a **strong motivation to conceal their suicidal ideation** as well as other information that may be valuable in assessment→ equivocal(模擬兩可) and inconclusive information
- 其他環境壓力，例如時間壓力、認知疲倦等

危險因子 V.S. 保護因子的評估



相關概念：自我傷害想法與行為的分類 (Nock et al, 2009)



6.1 關懷心情四步驟

自殺徵兆的覺察

1. 表情/情緒/言語
/思想/行為...
2. 從意念到行動

1 Aware 覺察

用心覺察，他就
有一線生機...

隱密所在
傾聽/同理/重視
不評斷/不建議
提供支持/降低危險

2 Inquire 詢問

主動詢問，讓
他感受關心...

評估自殺危險性

1. 正在自殺→119/110
2. 自殺危險評估+BSRS

4 Refer 求援

積極求援，
一起拯救寶
貴生命...

提供資源網絡

1. 親友協助
2. 專業協助：法律
/諮商/社政等

3 Listen 傾聽

耐心傾聽，讓他知
道自己並不孤單...

49

(1) 觀察

- 個案的行為與表達
 - 可觀察到的自殺/傷、口頭表達有自殺/傷的念頭
- 成長史中有自殺企圖(attempts)、自殺意念、自傷等等問題
- 久病不好、治療反應不佳、疾病復發
- 家屬關係疏離
- 病患突然的表達感謝或打理東西
- 行為的改變/特殊行為
- 情緒起伏/突然的轉變



50

哪些人是高危險群？

- SAD PERSONS
 - 性別
 - 年齡
 - 是否有憂鬱症(精神科)病史
 - 曾自殺未遂或精神科住院
 - 酒精 / 藥物濫用狀態或依賴
 - 精神症狀干擾(幻視、幻聽、妄想)
 - 單身/離婚/分居/喪偶
 - 此次為具體且嚴重的自殺行為
 - 缺乏家人、朋友、工作、宗教等支持
 - 未來仍想再傷害自己

51

與自殺相關的精神疾病

- 情感性疾患
- 焦慮疾患
- 精神分裂症、躁鬱症
- 自閉類群障礙個案
- 邊緣性人格

52

非精神科醫師要如何分辨

- 情緒
 - 不穩定性過高、
 - 起伏過高、
 - 情緒持續的時間過長
 - 與發生的事情程度不符
- 現實感狀況：知覺與認知(想法)
- 要區分是否是自己的情緒或評價引發對方的狀況

53

自殺溝通的「三要」介入原則 (2) + (3) 傾聽、關係、評估

要傾聽：這是首先也是最重要的。

要建立關係。

要針對自殺當事人評估其採取自殺的各種可能性。

Who：有無其他的人牽涉其中？

What：什麼事件引發使他們有此決定？

When：計劃何時自殺？

Where：計劃在哪裡自殺？

How：他們打算用何種手段或方法尋死？

54

可以怎麼詢問？

- 我看到 / 注意到您…還好嗎？我可以幫忙什麼嗎？需要有人和您聊聊嗎？
- 您這樣說讓我覺得有點不安，你有一些其他沒有告訴我的嗎？
- 您這樣說讓我覺得有點不安…

(接MINI評估)

55

可以怎麼詢問？

MINI自殺評估（最近一個月來）：

Q1 你是否會覺得死了比較好	否	是
Q2 你是否會想要傷害自己？	否	是
Q3 你是否正考慮要自殺？	否	是
Q4 你是否有自殺的計劃？	否	是
Q5 你是否正嘗試要自殺？	否	是
Q6 你過去曾經做過嗎(自殺)？	否	是

以上各題中，若至少有一題答是，其自殺危險性評估如下：

1. 在Q1或Q2或Q6答「是」 低自殺危險
2. 在Q3或（Q2且Q6）答是 中自殺危險
3. 在Q4或Q5或Q3且Q6答是 高自殺危險

from: http://www.typh.doh.gov.tw/main_sec.php?pid=41&sid=02&index=hygiene_detail&id=175

56

自殺危險性評估2

善用BSRS-5簡式健康量表

請您仔細回想最近一個星期中，以下6個問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個最能代表您感覺的答案，最後合計1-5項您所圈選的數字即為總分。

身心適應狀況		完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害	合計
1.	感覺緊張不安	0	1	2	3	4	第1~5題 分 第6題 分
2.	覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4	
3.	感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4	
4.	覺得比不上別人	0	1	2	3	4	
5.	睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4	
6.	有自殺的想法	0	1	2	3	4	分

BSRS-5分數說明-「10分以上」請鼓勵求助並轉介資源

• 1至5題之總分：

- 0至5分：身心適應狀況良好。
- 6至9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 10至14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。
- 15分以上：重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療。

57

詢問的態度

- 記得評估(詢問一些細節)的重要性
- 盡可能引導個案描述自己的情緒及環境狀態(積極地傾聽與評估)
- 中性而溫和的態度
- 不被個案所說的嚇到
- 很可能會碰到拒絕或者生氣的反應
- 適時地同理和支持
- 耐心地說明相關

58

與自殺相關的其他評估

- 其他：有否有相關的工具可近性(藥物、刀子…)，環境的安全性
- 支持系統：人際關係、任何形式的關係、生活基本需求滿足、個人信念、信仰
- 壓力承受狀況：經濟、人際關係、疾病狀況、法律相關問題、性格衝動否、其他重大事件(由精神科醫師或者自殺防治中心評估)

59

大同高中校內/校外通報

(1)校安通報：

有自傷自殺意念或自殺企圖，皆須進行校安通報。
窗口學務處高中部生輔組、國中部生教組

(2) 自殺防治通報：

有自殺企圖者、自殺身亡。
窗口高中部輔導組、國中部資料組。

校園危機事件心理輔導介入 及憂鬱自傷防治



楊國如

二級轉三級個案輔導流程

視個案需求，評估校外資源系統之優勢與限制

• 瞭解社區相關輔導資源機構、及其轉介流程與提供之服務內容

決定適合轉介之校外輔導資源系統

和校外資源系統建立正向合作關係

與家長溝通，說明轉介之目的，及對學生的協助，
並取得家長同意書

提供學生相關輔導記錄（含初級、二級相關輔導記錄）

校內支持性團隊合作模式

建置轉介或諮詢機制
（輔導、特教、教官等等）

持續評估學生自殺意念
的頻率及嚴重度

建立支持性團隊合作模式

必要時轉介三級輔導、
精神科醫師、心理師、
社工師

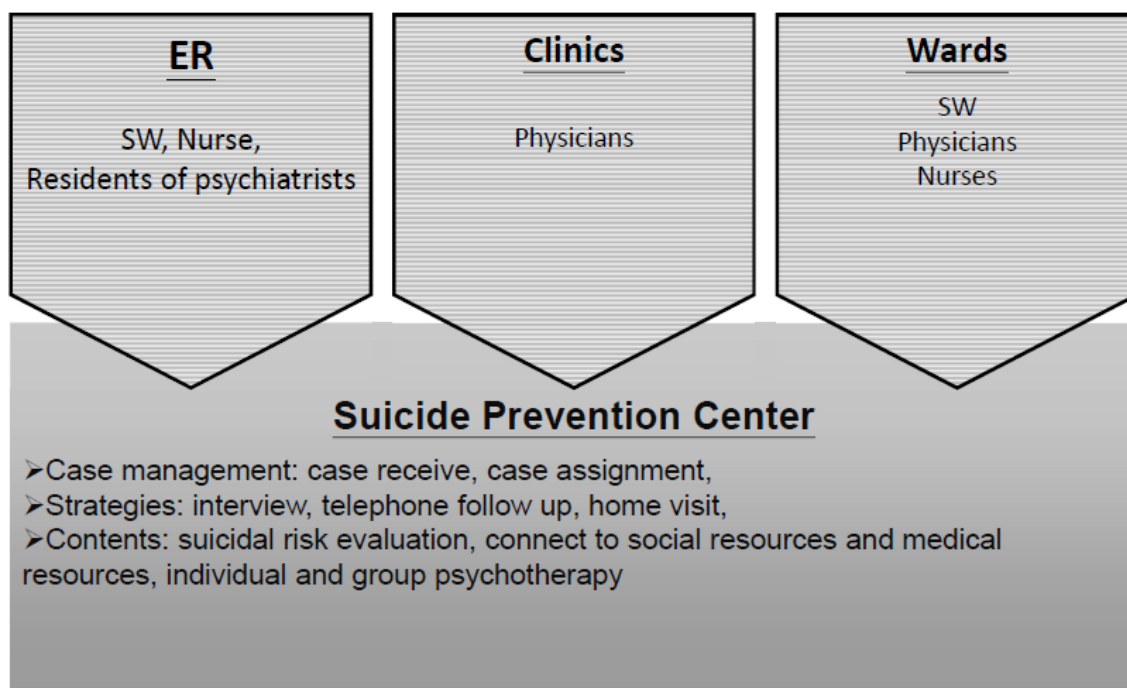
除對學生家屬輔導支持
外，應對學校團隊適時
關懷及情緒之處理

校內合作：發現自殺高風險及企圖學生

- 清楚傳達及共識討論
 - 家屬及校方人員應清楚了解嚴重性及評估觀察方式。
 - 建議家屬或看護24小時陪伴，但並非給予壓力
- 照護條件及人文因應
 - 調整輔導頻率與人力，但非監視與隔離。
 - 傾聽個案心理需求，給予希望與支持。
 - 轉介精神科醫師評估及處理。
 - 轉介社工師、心理師介入提供心理社會的專業評估與協助
- 環境控制與限制工具
 - 評估病人當下環境是否安全，移除環境危險物（杆、繩）或加強環境安全防護（窗、頂樓）
 - 依據個別自殺危險性，制定個別化的外出醫囑與門禁管制
 - 自殺工具取得限制（刀械、針、藥品、管路）

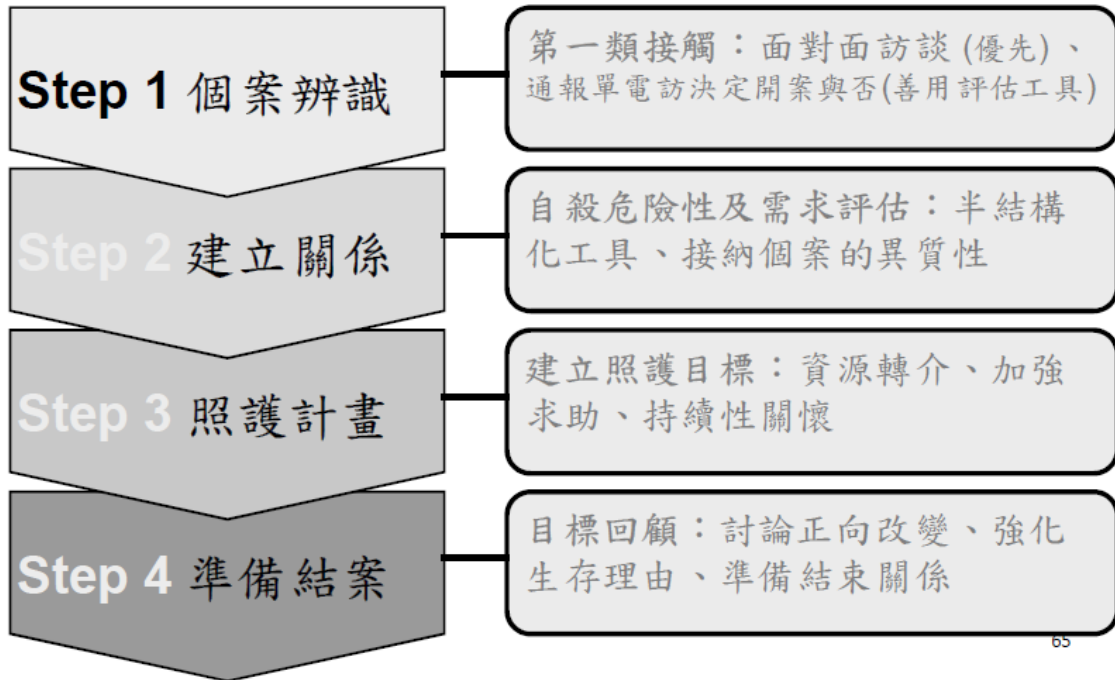
63

院內轉介--馬偕醫院自殺防治中心 個案管理工作為例



64

個案管理流程



65

結案標準

- 1 低(中/高)危險性個案三個月內聯絡5次(10次)無法聯繫
- 2 固定精神科返診、服藥規則且精神症狀穩定
- 3 個案死亡(轉介家屬至遺族團體服務)
- 4 個案拒絕接受追蹤
- 5 失聯(空號/錯號/搬家)

原則：追蹤管理三個月，連續二次以上自殺危險性低、情緒平穩(PHQ-9：總分0-4或4-9但憂鬱、死亡意念及失去興趣評0)、無其他危險因子、無自殺意念可結案。

馬偕多元化的個案管理模式

組群	個案管理模式	個案管理人員
一般自殺病人	傳統個管與簡訊個管	護理師與實習心理師
邊緣性人格	辯證行為治療模式 DBT	護理師與心理師
酒癮病人	BRENDA	諮商心理師
自殺者遺族	建構主義心理學模式	社工師與心理師
癌症與重症	傳統個管與簡訊個管	心理師與臨床護理師
毒癮病人	BRENDA	臨床護理師(精神科)
嚴重精神病人	社區精神醫療網絡	臨床護理師(精神科)
老年失智症	家屬支持個管系統	臨床護理師(精神科)

67



適時與適切的通報方能提供個案有效能的服務介入

通報與轉介等等後續處理
(以下資料來自衛生福利部)

68

通報/合作的精神

- 個案需要更多的協助
 - 有學校難以處理的自殺問題
 - 遇到法律或責任通報相關的問題
- 清楚評估通報之後的優點或缺點，再進行通報（責任通報）
- 通報後，仍要持續評估並追蹤個案的狀況

69

一、自殺意念、自殺企圖及自殺死亡之定義

- 自殺意念：個案本身擁有結束生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。
- 自殺企圖：個案已經有自殺意念、計畫與實際行動，但並未自殺身亡。
- 自殺死亡：個案已經有自殺意念、計畫與實際行動，並自殺身亡。

後續處置：

- 自殺意念→關懷、陪伴、資源轉介

鑑於自殺是多重因素所造成，平時應關懷周遭親友，擔任自殺防治守門人，對於自殺意念個案，雖未有實際之自殺行為，仍有即時處置之必要。

本部官方網站設有自殺防治及心理健康促進資源與素材，可供自殺防治相關業務人員及民眾下載使用，適時發揮「一問、二應、三轉介」之精神，關懷、陪伴具自殺意念者，依其需求轉介適當資源。

71

後續處置：

- 自殺企圖及自殺死亡→通報

依據《自殺防治法》第十一條：中央主管機關應建置自殺防治通報系統，……，於知悉自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。

- 為依法提供自殺行為個案之通報及追蹤關懷，本部已彙整各縣市衛生局及專家學者意見，完成關懷訪視流程修正草案，將於10月13日及10月27日將再度邀集專家學者及衛生局代表，持續針對前開草案進行討論，預計於11月完成修正。

72

通報轉介注意事項

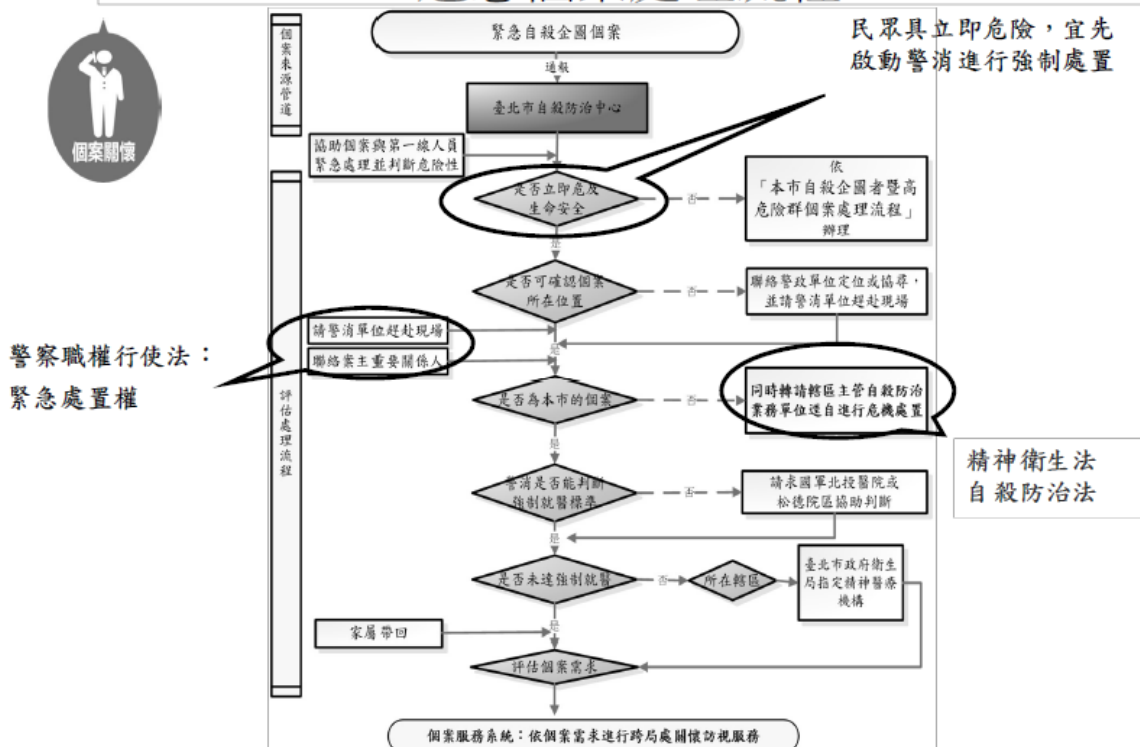
衛福部移除自殺意念通報欄位、落實自殺守門人概念

1. 衛生福利部已於109年10月13日「自殺通報個案關懷訪視流程及結案標準修正」研商會議移除通報自殺意念欄位。

2. 轉介前請務必告知個案（或聯絡人）將被轉介至自殺防治中心或衛生局(社區關懷人員)，並即時提供協助，落實你我皆為自殺防治守門人概念，避免受個案自殺威脅。
3. 若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。
4. 資訊完整：個資(姓名、ID)、聯絡方式/具體描述問題與風險評估/通報人姓名與聯繫資料/「簡式健康量表(BSRS)評估」。

73

自殺高風險個案服務 危急個案處理流程



74

二、衛生福利部之自殺防治及心理健康促進資源

- 1925安心專線
- 全國社區心理衛生中心一覽表
- 自殺防治
 - 自殺防治宣導素材→自殺防治系列手冊
- 心理健康促進宣導素材
- 網站連結
 - 「心快活」心理健康學習平台

75

其他諮詢專線

提供情緒支持、相關資源諮詢服務：

臺北市專線：1999轉8858(幫幫我吧)

安心專線：1925（依舊愛我）

生命線1995（要救救我）

張老師1980（依舊幫你）

76

醫療與心理服務資源

醫療院所

提供情緒困擾民眾門診診療與心理治療服務。
提供疑似精神疾患個案緊急醫療、強制就醫等
精神醫療服務。

臺北市立聯合醫院附設門診部社區心理諮商門診
臺北市政府衛生局社區心理衛生中心

電話：33936779

服務時間：週一至週五9：00-22：00

全國社區心理衛生中心一覽表

- 提供免費（或優惠）心理諮商服務

序號	縣市	電話	傳真	地址	網址	心理諮詢專線
1	臺北市	02-3393-7885	02-3393-6588	臺北市中正區金山南路1段5號	https://mental.health.gov.tw/	02-3393-7885
2	新北市	02-2257-2623	02-2257-9398	新北市板橋區侯士路192-3號	https://www.health.nctc.gov.tw/content/parent_id=19497	02-2257-2623
3	桃園市	03-3325880 03-3340935轉3022	03-3362516	桃園區府前路55號	http://dch.tycg.gov.tw/mental/	03-3325880 03-3340935轉3022
4	臺中市	04-25155148轉107	04-25155157	臺中市豐原區中興路136號	https://www.health.taichung.gov.tw/390383.aspx	04-2515488102
5	臺南市	06-3352982 (林森) 06-6377232 (東港)	06-3358161(林森) 06-6370007	臺南市東區林森路一段418號 臺南市東區東港路163號	https://health.taichung.gov.tw/list.asp?sub=A1A2A3	06-3352982
6	高雄市	07-713-4000 轉5410-5420	07-724-3588	高雄市苓雅區凱旋二路132-1號	https://dhd.kcg.gov.tw/index.php	07-713-4000 轉5410-5420
7	宜蘭縣	03-9367885	03-9312881	宜蘭縣宜蘭區中興路二段287號	https://www.snhh.gov.tw/index.php?content=14&id=6&cid=31&id=225&action=view	03-9367885
8	基隆市	(02)24300193-5	(02)24303173	基隆市安樂區安樂路二段164號1樓	https://www.kchh.gov.tw/dchbc/C1_MentHhsh/index.aspx	02-24300193
9	新竹縣	03-6567138	03-6567139	新竹縣竹北市光明七街1號	https://www.kchh.gov.tw/	03-6567138
10	新竹市	03-5234647	03-5245191	新竹市東區寶街3號	http://www.mhc.org.tw/	03-5234647
11	苗栗縣	037-558350	037-721553	苗栗縣後龍鎮光華路373號	https://mcp.snhh.gov.tw/dmc/	037-558350
12	南投縣	049-2224464	049-2231016	南投市復興路6號	https://www.snhh.gov.tw/information/index.asp?cid=20	049-2224464
13	彰化縣	04-7127839	04-7124567	彰化市中山路二段一六二號二樓	https://center.snhh.gov.tw/	04-7127839
14	雲林縣	05-5370885	05-5378251	64054 雲林縣斗六市府支路34號	http://5370885.snhh.gov.tw/	05-5370885
15	嘉義縣	05-3621150	05-3625913	嘉義縣太保市祥和二路東段3號	https://cwhh.cjha.gov.tw/cwhh/	05-3621150
16	嘉義市	05-2328177	05-2341186	嘉義市德興路1號	http://mental.cjsh.gov.tw/	05-2328177
17	屏東縣	08-7370123	08-7386617	屏東市自由路272號	https://www.snhh.gov.tw/cp.aspx?m=9132&f=20F&54C0	08-7370123
18	臺東縣	089-336575	089-348887	台東縣台東市博愛路336號	http://mhc.tchh.gov.tw/	089-336575
19	花蓮縣	03-831885	08-831887	花蓮縣花蓮市林森路391號	http://mh.tchh.gov.tw/gooselms_content.php?menu=2517&cpid=2431&gooselmsid=1&gooselmsid=11&gooselmsid=96	03-831885
20	澎湖縣	06-9275932 06-9272162轉122	06-9269051	澎湖縣馬公市中正路115號	https://www.snhh.gov.tw/home.asp?id=142	06-9275932 06-9272162轉122
21	金門縣				https://dhd.kcg.gov.tw/	

各局處相關服務資源

勞政

- 就業服務
 - 求職服務
 - 職業訓練諮詢與推介
 - 職業心理測驗
 - 就業保險失業給付
- 職業訓練
 - 日間養成訓練
 - 夜間轉職訓練
 - 產訓合作訓練

民政

- 急難救助

社政

- 中低收入申請與補助
- 急難救助與馬上關懷
- 弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助
- 身障者福利
- 老人福利
- 婦女及兒童托育業務

教育

- 駐區心理師及精神科醫師協助輔導評估
- 學校社會工作計畫強化社會福利資源與輔導工作之整合

謝謝您的聆聽！
歡迎提問討論！

fb 粉絲團

可追蹤研討會以及DBT技巧訊息！

資料來源

台北市自殺防治中心
馬偕醫院自殺防治中心

<http://www.nipic.com/design/acg/gif/index.html?page=30>

