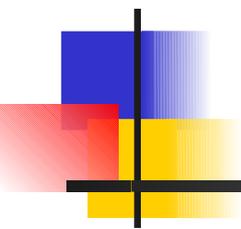


機構內自殺風險 ~ 危機辨識 及處置



高美醫護管理專科學校
鄭惠萍 講師

簡歷

- 學歷：國立成功大學精神衛生護理碩士
- 經歷：慈惠醫護管理專校講師與輔導老師
署立嘉南療養院 護理長
- 現任：
- 高美醫護管理專科學校 講師
- 嘉南藥理科技大學 兼任講師

- 學術研究專長：青少年與老人心理健康、憂鬱症、
自殺防治、壓力調適
- 美國 NGH 催眠師證照、教育部部定講師

自殺是重大公共衛生課題

- 1997年起，自殺已連續**13**年進入國人十大死因之列（**排名第9位**）。**2010**年已退出十大死因（**排名第11位**），**2011**年退為**第12位**。
- 全國自殺死亡：**97**年**4,128**人；**98**年**4,063**人；**99**年**3,889**人；**100**年**3,507**人；**101**年初估為**3,461**人。
- 臺南市**99**年自殺死亡人數**321**人；**100**年度為**334**人；**101**年初估為**293**人。
- 自殺未遂者是自殺死亡者**10-20**倍；每**1**位自殺死亡會影響**6-8**名親友。

101 年度臺南市自殺死亡方式與性別之統計

資料起訖：101 年 1 月 1 日至 101 年 12

| 方式 性別 | 上吊 | 燒炭 | 農藥 | 跳樓 | 31 日 溺水 跳水 | 飲清潔 劑、鹽 酸 | 自焚 | 其他 (切穿工 具、其 他藥物) |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------------|
| 男 (N=182) | 65 (35.7%) | 44 (24.2%) | 25 (13.3%) | 14 (7.7%) | 16 (8.8%) | 4 (2.2%) | 3 (1.6%) | 11 (6%) |
| 女 (N=111) | 33 (29.7%) | 20 (18%) | 11 (9.9%) | 18 (16.2%) | 11 (9.9%) | 9 (8.1%) | 1 (1%) | 8 (7.2%) |
| 合計 (N=293) | 98 (33.4%) | 64 (21.8%) | 36 (12.3%) | 32 (10.9%) | 27 (9.2%) | 13 (4.5%) | 4 (1.4%) | 17 (5.8%) |

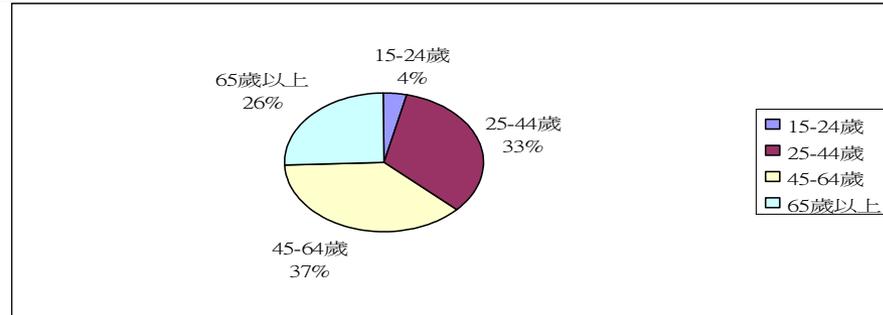
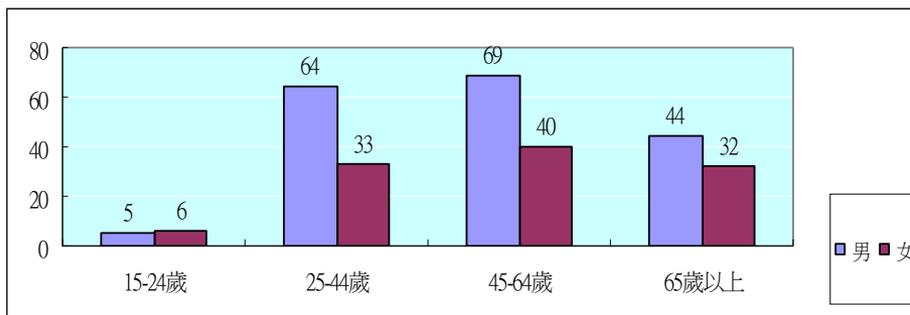
分析：

1. 自殺死亡男女比為 **1.64 : 1**；100 年自殺死亡男女比為 **2.5 : 1**，男性自殺死亡人數有下降之趨勢。
2. 自殺死亡方式之前四名為**上吊 (33.6%)**、**燒炭 (21.8%)**、**農藥 (12.3%)**、**跳樓 (10.9%)**；100 年度之前五名為上吊 (35.6%)、燒炭 (26.9%)、農藥 (18.3%)、跳水 (8.1%)、跳樓 (6.6%)。
3. 101 年度跳樓自殺死亡較 100 年度 6.6%，**增加為 10.9%**，102 年擬介入防治策略。

佈

資料起訖 :101 年 1 月至 101 年 12 月

| 性別年齡 | 14 歲以下 | 15-24 歲 | 25-44 歲 | 45-64 歲 | 65 歲以上 |
|----------------|-----------|--------------|----------------|----------------|---------------|
| 男 (N= 182) | 0 (0%) | 5 (2.7%) | 64 (35.2%) | 69 (37.9%) | 44 (24.2%) |
| 女 (N=111) | 0 (0%) | 6 (5.4%) | 33 (29.7%) | 40 (36%) | 32 (28.8%) |
| 合計 (N=293) | 0 (0%) | 11 (3.8%) | 97 (33.1%) | 109 (37.2%) | 76 (25.9%) |



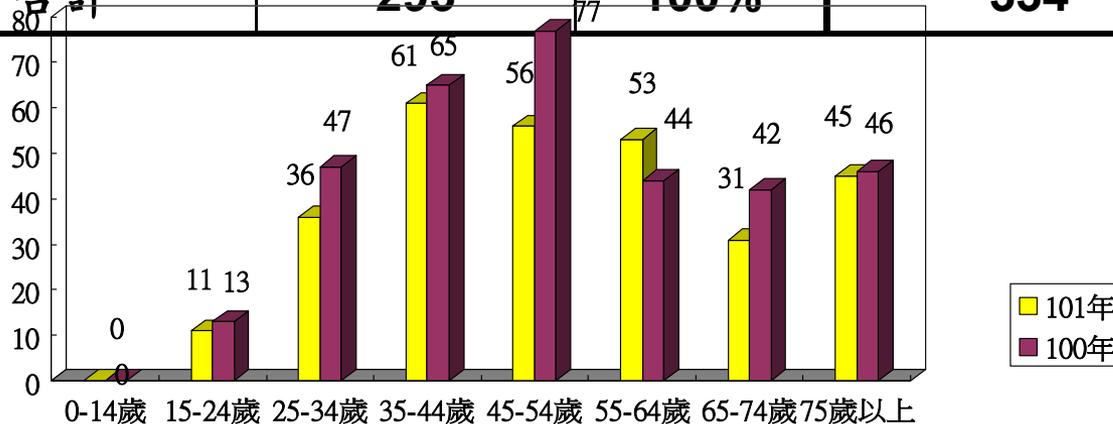
說明：

1. 自殺死亡年齡層最高比例為 **45-64 歲**，佔 **37.2%**。
2. 自殺死亡 **男性及女性年齡層比例最高皆為 45-64 歲**；男性佔 38.1%、女性佔 36%。
3. 65 歲以上自殺死亡比例為 25.9%，與 100 年度 26.3% 相較減少 0.4%。
4. **65 歲以上男性佔 24.2%**，較 100 年 21.9% 增加；**65 歲以上女性佔 28.8%**，較 100 年 35.8% 減少；

100年-101年度臺南市自殺死亡年齡層分佈

| 年齡 佈 人數 | 101年(1-12月) | | 100年(1-12月) | |
|---------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | 人數 | % | 人數 | % |
| 0-14歲 | 0 | 0% | 0 | 0% |
| 15-24歲 | 11 | 3.8% | 13 | 3.9% |
| 25-34歲 | 36 | 12.3% | 47 | 14.1% |
| 35-44歲 | 61 | 20.8% | 65 | 19.5% |
| 45-54歲 | 56 | 19.1% | 77 | 23.0% |
| 55-64歲 | 53 | 18.1% | 44 | 13.1% |
| 65-74歲 | 31 | 10.6% | 42 | 12.6% |
| 75歲以上 | 45 | 15.4% | 46 | 13.8% |
| 合計 | 293 | 100% | 334 | 100% |

人數



45-54歲減少 3.9%
 55-64歲增加 5%
 65-74歲減少 2%
 75歲以上增加 1.6%

101年1月至12月 臺南市自殺未遂方法統計

| 性別 / 方式 | 安眠藥及鎮靜劑 | 割腕及切穿工具 | 其他藥物及化學藥品及毒品 | 農藥與病媒蚊殺蟲劑 | 燒炭 | 溺水跳水 | 上吊及窒息 | 跳樓 | 其他 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 男 N=698 | 187 (9.3%) | 138 (6.9%) | 66 (3.3%) | 87 (4.3%) | 61 (3.0%) | 26 (1.3%) | 28 (1.4%) | 39 (1.9%) | 66 (3.3%) |
| 女 N=1312 | 521 (25.9%) | 345 (17.2%) | 167 (8.3%) | 40 (2.0%) | 62 (3.1%) | 32 (1.6%) | 23 (1.1%) | 49 (2.4%) | 73 (3.6%) |
| 合計 N=2010 | 708 (35.2%) | 483 (24.0%) | 233 (11.6%) | 127 (6.3%) | 123 (6.1%) | 58 (6.1%) | 51 (2.5%) | 88 (4.4%) | 139 (6.9%) |

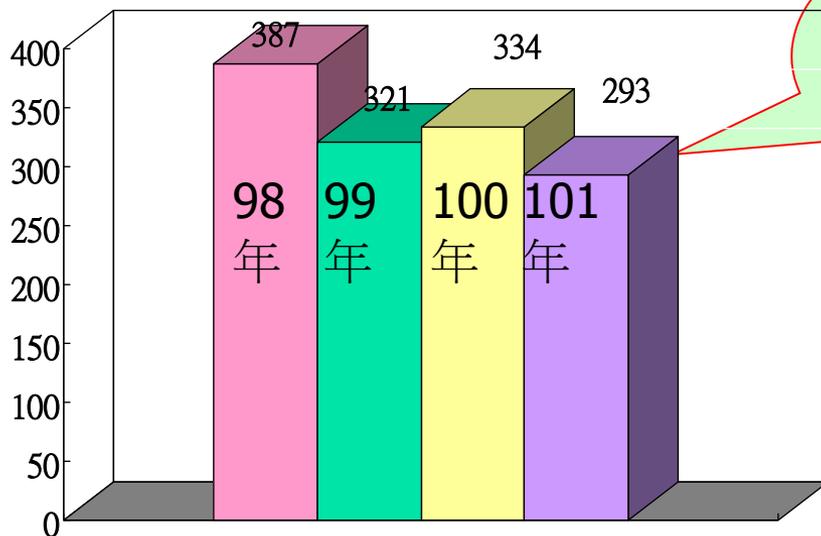
分析說明：

1. 自殺未遂男女比為 1 : 1.88，100年本市統計男：女 = 1 : 1.7 及全國平均男：女 = 1 : 1.84。
2. 自殺未遂方法之前三位（服安眠藥、割腕、其他化學藥品及毒品），男性自殺未遂方法，農藥位居第三位，而其他化學藥品及毒部位居第四。

100 年與 101 年臺南市自殺死亡人數比較

資料起訖：101 年 1 月至 101 年 12 月止

| 月份 年度 | 1 月 | 2 月 | 3 月 | 4 月 | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 累計人數 |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 101 年 | 12 | 28 | 28 | 32 | 30 | 22 | 27 | 28 | 23 | 29 | 19 | 15 | 293 |
| 100 年 | 25 | 30 | 27 | 24 | 28 | 25 | 31 | 30 | 34 | 28 | 40 | 12 | 334 |
| 99 年 | 21 | 17 | 33 | 26 | 36 | 32 | 40 | 27 | 26 | 23 | 17 | 23 | 321 |
| 98 年 | 29 | 42 | 35 | 24 | 43 | 35 | 35 | 28 | 29 | 33 | 31 | 23 | 387 |



與 100 年同期
累計減少 41
人
減少 12.3%

全國第一個 臺南市自殺通報及關懷自治條例

辦理公聽會

- 100年 04月 25日 辦理公聽會
- 5月至 10月 送審法制處修訂
- 10月 26日 市議會程序委員會初審通過
- 12月 08日 市議會三讀通過
- 101年 12月 21日 臺南市政府公布

目的：

- ① 建置本市快速、完臻之自殺通報網絡
- ② 建置本市友善、人性化之自殺個案關懷服務系統
- ③ 降低本市自殺發生率與重複自殺率

全國第一個 自殺通報與關懷自治條例

您我都是自殺防治的貴人

步驟 1 當您遇到

1. 情緒困擾需要幫助者
2. 心情鬱卒痛苦者
3. 有想不開念頭的人



步驟 2 您可以透過

1. 問 主動關懷與積極傾聽

五大詳細自測標準

人生總有遇到困難時，有時一些壓不下来的憂鬱心情，藏在心裡... 拿給心情溫度計吧！精準的五個問題，幫助自己找出下一步，也分享給身邊親愛的家人、朋友、養成習慣週週檢測，認識自己或親友人，與從「關心」開始！

請您仔細想想在最近一星期中(包括今天)，這五個問題您感到困擾或煩惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

| 完全沒有 | 很少 | 中等程度 | 很多 | 非常嚴重 |
|------|----|------|----|------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

★有自殺的想法 0 1 2 3 4

1至5分： 0分=5分身心健康狀況良好， 1至5分=15分憂鬱情緒困擾，建議尋求精神科治療或接受專業諮詢。

總分得分： 0分=6-9分程度情緒困擾，建議給予情感支持， 個案關懷(免費公益諮詢)專線0分：本圖增加加碼，每週五個鐘頭小學

得分：10-14分建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢 6分：自測總分分為2分以上(中等程度)時，宜考慮轉介至精神科諮詢。

步驟 3 應 適當回應與支持陪伴

持續地關心與陪伴
減少當事人被遺棄的感覺



步驟 4 轉介與通報

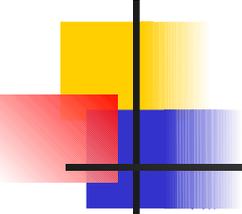
3. 轉介 資源轉介與持續關懷

24小時 安心專線
0800-788-995
(請幫幫·救救我)



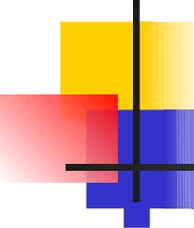
通報

06-335-9900
(想想我·救救你鄉)



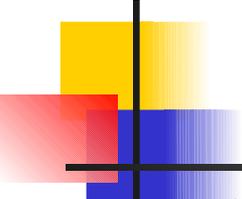
目的

- 建置本市快速、完臻之自殺通報網絡
- 建置本市友善、人性化之自殺個案關懷服務系統
- 降低本市自殺發生率與重複自殺率



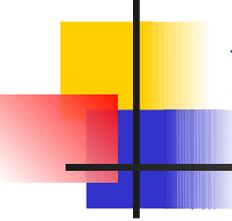
自殺定義

- 自殺意念者：指從語言線索、想法線索、行為線索及環境線索顯現有結束自己生命之意念者
- 自殺高風險者：指經由主管機關認可之自殺危險性評估工具，測得具有重度情緒困擾，且自殺意念達一定標準之特定類型個案。
- 自殺企圖：未造成死亡的自殺行為。（自殺未遂者：指個人有意結束自己生命，而有實質之自我傷害行為，致造成非致命性損傷者。）
- 自殺（自殺死亡者）：一個人以自己的意願與手段結束自己的生命。



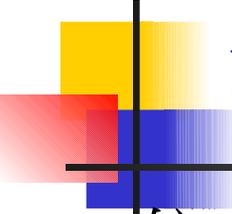
自殺意念 suicidal ideation

- 可能是一個瞬間的想法、一種問題解決方式的心智表徵、甚至可能為一種浪漫的幻想或是偶爾發生的夢魘。
- 青少年比成人更容易有自殺意念 (20%)，當其面對第一次生活中的情緒問題或人際衝突時，就可能出現。
- 成人一年內出現自殺意念的盛行率 2.3%~5.6%，終生盛行率 13~15%。(Weissman et al., 1999)



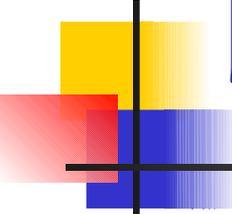
企圖性自殺 Attempted Suicide

- 實際或嘗試地急性或毒害自己，常發生在情緒混亂之時。
- 為一種具有非致命性結果的行為，沒有其他人員介入的情況下由個體故意引發其習慣性、且會危害自我的行為。
- 有文化差異與性別差異。女性約為男性的 **1.5** 倍。
- **重覆自殺企圖**個案與精神疾病高相關。



企圖性自殺 Attempted Suicide

- 依其自殺行為分輕型、嚴重型與混合型。
- 輕型（引起有限身體傷害之非激烈性自殺行為）約佔 **40%**，平均自殺 **3.7** 次，重覆自殺率 **27%**。分中度風險與高風險組，高風險組平均自殺 **5** 次，有 **2/3** 為邊緣型人格疾患。
- 嚴重型與憂鬱、物質濫用以及精神疾病高相關，採取致嚴重身體傷害之激烈性自殺方式。



自殺 Suicide - 衝動

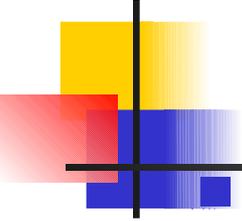
- 自殺並非由自殺意念、非致命性自殺企圖發展到自殺。
- **60%** 自殺之前未出現過企圖性自殺行為。
- 具有高度危險的自殺，可以在沒有自殺計畫或意念狀況下**衝動**的發生。
- **26%** 從自殺意念直接進展到無計畫性自殺企圖。

自殺與精神疾病

與自殺有關的精神疾病，以危險性由高至低排列如下：

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

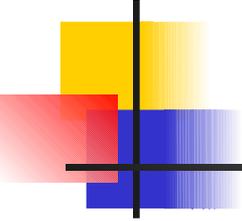
全國自殺防治中心



自殺與憂鬱症

高達 **95%** 自殺或企圖自殺的人有心理上的疾病，其中憂鬱症佔了 **80%**(Kaplan and Sadock,1991)

- 根據世界衛生組織統計，憂鬱症盛行率達人口的 15%-20%，終生盛行率約為 25%，也就是約有 1/4 的人口，一生會得一次憂鬱症。女性高於男性。
- 憂鬱症患 15% 死於自殺



高危險的個案

1. 曾有自殺想法或企圖者 : 40%

(自殺企圖者一年內自殺身亡 1%)

2. 有精神疾病者

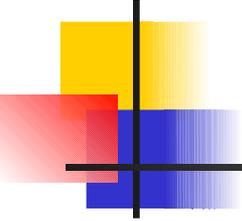
情感性疾患 (憂鬱、躁鬱) : 15%

(佔全部的 45-70%)

精神分裂症 : 10%

藥物、酒精濫用 : 15%

3. 慢性病或生理疾病



高危險的個案

4. 人格問題

負面認知、挫折忍受力低、問題解決能力差、衝動性高、邊緣性人格、反社會人格

5. 人際挫折

失戀、喪親、人際衝突

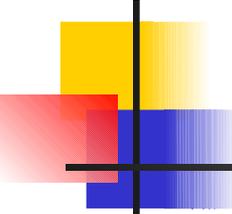
6. 生活挫折

考試不及格 / 工作不順遂、喪失財物、失業等（**失業者自殺為一般人的三倍**）

7. 同儕壓力（青少年）

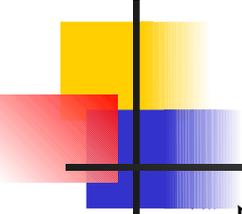
認同對象自殺

8. 暴力史



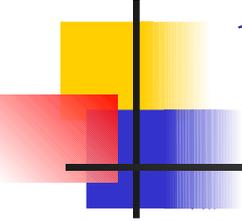
自殺行為的高危險群個案

- 親人或本身在過去有嚴重憂鬱症、精神疾病者，或是本身具有嚴重身體疾病、酒精或藥物濫用，以及曾有自殺企圖、失業、獨居者皆為自殺的高危險群。
- 而在短期的突發壓力事件中，包括與所愛或在意的人離別或分開，面對生離死別或是在情緒或經濟社會地位上遭到重大的打擊者都皆有其危險性（**失落與無望感**）。



自殺行為的高危險群個案

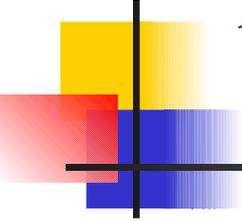
- 男性自殺死亡者為女性的三倍，但女性自殺未遂者較男性為多。
- 自殺通報人次中有 **8.71%** 為再自殺案件；女性通報個案中有 **4.97%** 被通報一次以上；男性通報個案中有 **2.94%** 被通報一次以上
- 若以年齡而言，則有兩個高峰 期，分別是 20 至 29 歲與 **65 歲以上**，
- 在職業方面，演藝人員、藝術家、商人、軍人及專業人員較一般人為高。



老人心理變化 ~

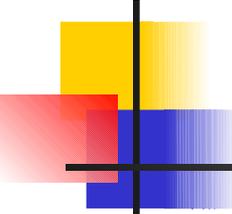
一體兩面

- 自我整合 vs. 絕望
- 成功 / 活躍老化 vs. 生活 / 生命無意義
- * 自我分化 vs. 過度關注工作角色
- * 超越身體 vs. 過度關注身體
- * 超越自我 vs. 過度關注自我



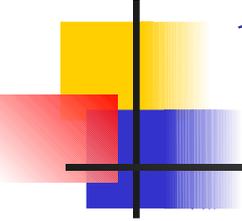
老人心理變化 ~

- 恐懼或否認老化
- 擔心生病
- 害怕死亡、與死亡共存
- 獨立性↓、依賴性↑
- 渴望再有工作、被需求
- 情感依存
- 缺乏安全感
- 孤獨寂寞感
- 失落感
- 被遺棄感
- 低自尊
- 無助感
- 矛盾感



老人心理社會變化 ~

- 老年期的變化在生理機能有部分減緩，但在神經及精神功能不一定都比成人期差
- 在心理與社會方面卻因為 3 「L」而明顯比成人需要支持。
- 一是「**LOSS**」 -- 面臨親友過世、離開工作、健康及經濟失去掌控力、
- 二是「**Lonely**」 -- 代表人際網絡的減少、
- 三是「**Low level of respect**」 -- 現代社會快速變遷，對老人賦予的價值、尊重及支持少。

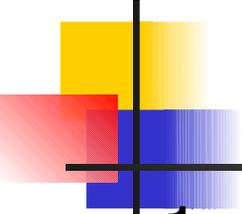


老人認知的改變

- 定向力不變
- 短期記憶力
- 學習力（速度、方式）的改變
- 智力不變，但與身體狀況、教育程度、社會隔離有關
- 計算力改變

一般老化 vs. 失智症

| 一般老化 | 失智症 |
|--------------------------------|---|
| 記憶力緩慢退化，經提醒可以記起事件 健忘，只是部分健忘 | 記憶力退化明顯且持續，特別是短期記憶力至少持續六個月以上 持續、頻繁出現買過的東西（忘了帶回家）、說過的事、做過的事 |
| 語言、判斷力、計算力不變 | 語言、判斷力、計算力緩慢變差，甚且有障礙 |
| 人時地之定向力不變 | 人時地之定向力出現障礙（日夜顛倒、找不路回家） |
| 日常活動自我照顧能力正常 | 自我照顧能力出現障礙（忘了怎麼刷牙、洗臉、吃飯、洗澡、如廁） |
| 性格不變 | 性格改變：注意力不集中、易怒、濫馴、躁動、疑神疑鬼、混亂的情緒、憂鬱等等 |
| 無異常問題行為 | 出現問題行為：遊走、被害、被偷妄想、聽或視覺幻想、怪異行為、攻擊、纏人 |



自殺的迷思

- 1. 那些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. 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
- 4. 所有自殺的人都是真的想死
- 5. 自殺只會發生在某一類型的人身上
- 6. 自殺失敗的人不會再度嘗試自殺
- 7. 自殺經常是突然發生毫無預兆的
- 8. 自殺會遺傳

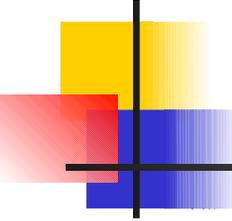
(陳正宗 ,1998)

哪一種性別的人比較容易企圖嘗試自殺？

| 年齡層 \ 性別 | 14以下 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65以上 | 不詳 | total |
|----------|------|-------|--------|-------|-------|-----|--------|
| total | 99 | 3,620 | 10,218 | 3,754 | 1,416 | 85 | 19,192 |
| % | 0.5 | 18.9 | 53.2 | 19.6 | 7.4 | 0.4 | 100 |
| 女 | 70 | 2,494 | 7,130 | 2,388 | 674 | 43 | 12,799 |
| % | 0.5 | 19.5 | 55.7 | 18.7 | 5.3 | 0.3 | 100 |
| 男 | 29 | 1,126 | 3,088 | 1,366 | 742 | 42 | 6,393 |
| % | 0.5 | 17.6 | 48.3 | 21.4 | 11.6 | 0.7 | 100 |

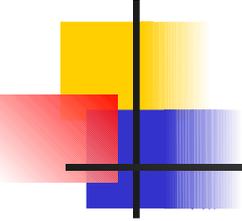
哪一個年齡層的人比較容易企圖嘗試自殺？

| 年齡層 性別 | 14以下 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65以上 | 不詳 | total |
|-----------|------|-------|--------|-------|-------|-----|--------|
| total | 99 | 3,620 | 10,218 | 3,754 | 1,416 | 85 | 19,192 |
| % | 0.5 | 18.9 | 53.2 | 19.6 | 7.4 | 0.4 | 100 |
| 女 | 70 | 2,494 | 7,130 | 2,388 | 674 | 43 | 12,799 |
| % | 0.5 | 19.5 | 55.7 | 18.7 | 5.3 | 0.3 | 100 |
| 男 | 29 | 1,126 | 3,088 | 1,366 | 742 | 42 | 6,393 |
| % | 0.5 | 17.6 | 48.3 | 21.4 | 11.6 | 0.7 | 100 |



老人與自殺

- 在國外自殺的 2 個高峰為 **15-24** 歲的青年人及大於 **64** 歲以上的老人，但自殺死亡率增加的都是老人。
- 國內 **2001** 年的衛生署十大死因中自殺隨著年齡別而有逐漸上升的趨勢，由 **15-19** 歲美 10 萬人 **2.19** 上升至 **25-29** 歲的 **11.14**、**45-49** 歲的 **15.35**、**65-69** 歲的 **27.38**、**70-74** 歲的 **36.8**、**75-79** 歲的 **45.3**、**85** 歲以上的 **52.5**。

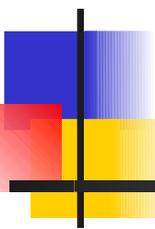


自殺

自殺並非偶然，它常發生在擁有的能力不足以抵抗痛苦時！

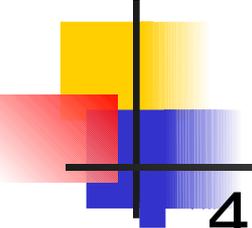
當痛苦超越因應能力時，就會產生自殺的想法。自殺並沒有對或錯，也不是性格上的缺陷，在道德上也沒有確切的答案。自殺是痛苦與因應能力的失衡所致！

~~ 自殺防治網



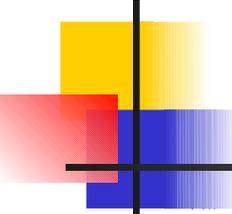
自殺是一多面向的問題，源自於生物、心理、社會以及環境因素彼此複雜的交互作用。

~~~ 跳樓後生命意義的重審  
~~ 朱德庸



# 自殺先兆

- **41%** 的自殺身亡者在其自殺之前，會透露其想輕生的訊息，而 **69%** 的人在欲自殺時，則會發出求救信號。（林民雄，1993）
- 自殺前的預兆包括曾經企圖自殺過、有明確的自殺計畫、家庭中曾有人自殺、對生活失去興趣、常有無助絕望感、突然有飲酒吸毒的行為、生活習慣改變、最近面臨重大的失落、把有紀念性的物品送人、情緒不穩定、常提到與死亡有關的話題或在言語上表示希望自己死亡等。



# 自殺的警訊 **FACT**

---

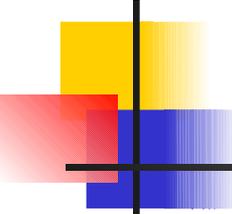
- **感覺 ( Feelings )**

無望的—「事情不可能變好了」、「已經沒有什麼好做了」、「我永遠都是覺得沒有希望」。

無價值感—「沒有人在乎」、「沒有我別人會更好」過度的罪惡感和羞恥感、痛恨自己過度悲傷持續的焦慮與憤怒。

- **行動或事件 ( Action or Events )**

藥物或酒精濫用、談論或撰寫有關死亡或毀滅的情節、焦躁不安 攻擊、魯莽



# 自殺的警訊 FACT

---

- 改變（ Change ）

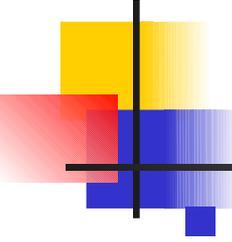
人格—更退縮、厭倦、冷漠、猶豫不決，或更  
為喧鬧、多話、外向

行為—無法專心

睡眠—睡太多或失眠，有時候會很早醒來

飲食習慣—沒有胃口、體重減輕、或吃得過量

- 對於朋友、嗜好、個人清潔、性、或以往喜歡的活動失去興趣、在經過一段時間的消沈、退縮後突然情況好轉）



# 自殺的警訊 FACT

---

## ■ 惡兆 ( Threats )

言語一如「流血流多久才會死？」

威脅一如「沒多久我就不會在這裡了」

計畫—安排事務、送走喜歡的東西、研究藥物、獲取武器、自殺的企圖—服藥過量、割腕

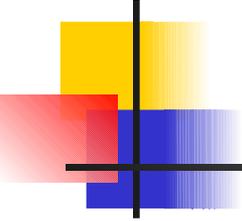
- ※ 任何一次的自殺企圖都是自殺者向外界求助的訊號，不應該將其誤解為為了獲得他人的注意而忽略之，否則隨之而來的可能是更致命的危機。

# 自殺警告訊號評估



---

- 語言上的線索：直接說出「死」的念頭或在信件中表達出死的念頭
- 行為上的線索：突然的、明顯的行為改變或職場工作出現問題（如工作效能變差）
- 環境上的線索：人際關係、婚姻與家庭問題……等生活壓力事件

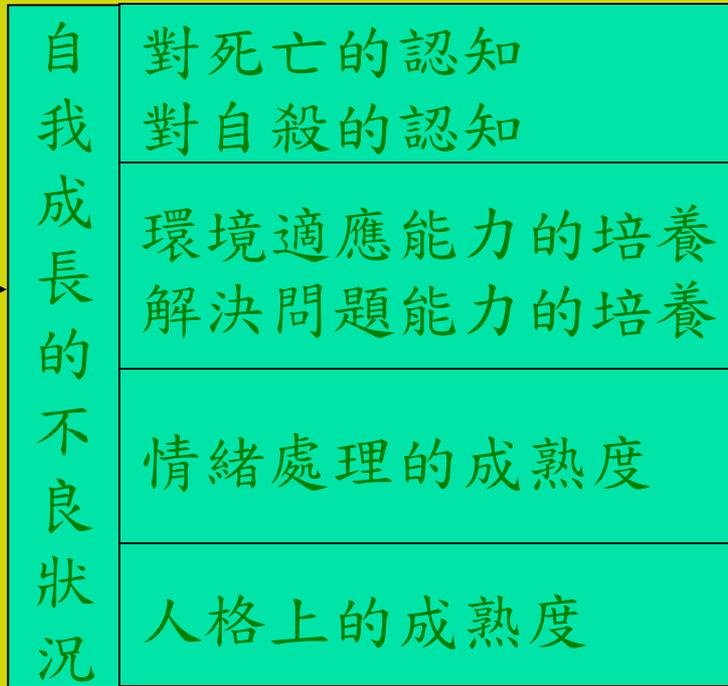


# 自殺行為的相關因素

---

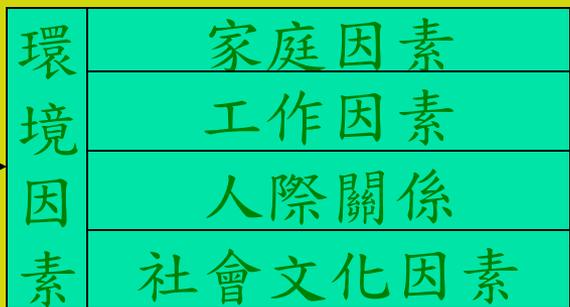
- 分為「慢性歷程」與「急性歷程」：
- 「慢性歷程」為長期累積不良的內在成長與外在影響之過程，
- 「急性歷程」則是由於某些生活上的變化，使個人感受到壓力與情緒上的波動，而引發自殺行為。

# 慢性歷程 (長期性的累積)



身心方面的不良狀況

各類生活事件經驗



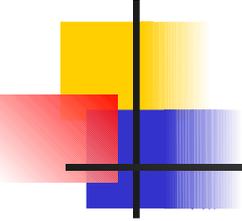
# 急性歷程 (突發事件)

某項生活上的變化

感受到無法解決的困境

引起壓力與情緒

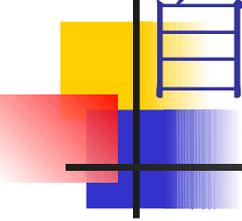
自殺行為



# 高危險的時間

---

1. 獨處
2. 半夜
3. 節日
4. 自殺過之 **48** 小時內
5. 方出院
6. 壓力事件剛發生



# 自殺評估 -1

---

## 過去引發自殺之壓力源

當時對事件的看法

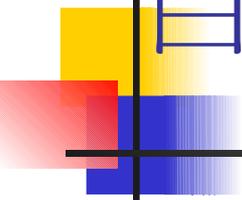
當時面對的方式（壓抑、逃避）

當時選用的自殺方法

後續結果（為何作或不作）

重要他人反應

後遺症



# 自殺評估 -2

---

本次引發自殺之壓力源

對本次事件的看法

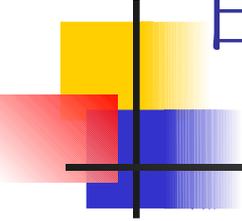
當時面對的方式（壓抑、逃避）

自殺的強烈程度

選用的自殺方法

死亡後可能的影響

是否有新的因應技巧



# 自殺評估 -3

---

## 自殺方法風險性與取得難易度

高危險：用槍、跳樓、燒炭、跳海、臥軌、喝農藥、喝強酸或強鹼、上吊、自焚

中危險：撞頭、吞釘子

低危險：服安眠藥、割腕、咬舌

南投縣（農業縣）自殺方法喝農藥佔 25%；喝農藥致死率為服鎮定劑之 27 倍！

# 自殺危機衡鑑表（一）

|                | 低      | 中              | 高           |
|----------------|--------|----------------|-------------|
| <b>1. 自殺計畫</b> |        |                |             |
| 細節             | 模糊     | 有特定計畫          | 清楚、詳盡       |
| 工具之取得          | 尚未     | 容易取得           | 手邊已有        |
| 時間             | 未來非特定  | 幾小時內           | 馬上          |
| 致命性            | 服藥、割腕  | 藥物、酒、<br>CO、撞車 | 上吊、跳樓<br>手槍 |
| 獲救機會           | 大多數有人陪 | 若求救會有人來        | 沒有人在附近      |

# 自殺危機衡鑑表（二）

|            | 低                                                                         | 中                                                                                            | 高                                                                                |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 2. 以前的自殺企圖 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 沒有</li> <li>■ 一個非致命性的</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 有許多非致命性</li> <li>■ 一個中度致命性</li> <li>■ 重覆</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 有一個高度致命性</li> <li>■ 許多中中度致命性</li> </ul> |
| 3. 環境壓力    | 無明顯壓力                                                                     | 對「環境改變或失去重要人或物」有中度反應                                                                         | 對「環境改變或失去重要人或物」有強烈反應                                                             |

## 自殺危機衡鑑表（三）

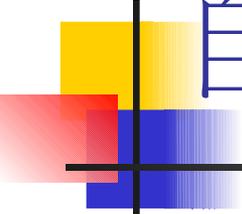
|        | 低         | 中                       | 高                   |
|--------|-----------|-------------------------|---------------------|
| 4. 徵兆  |           |                         |                     |
| 日常生活處理 | 可維持一般正常生活 | 飲食、睡眠與工作 / 課業受到影響       | 日常生活已廣泛與嚴重受到影響      |
| 憂鬱狀態   | 輕度情緒低落    | 中度憂鬱情緒：悲傷、受困擾、孤獨感且活動量降低 | 無望感、悲傷、無價值感，退縮或攻擊行為 |

## 自殺危機衡鑑表（四）

|                   | 低          | 中                    | 高                  |
|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| <b>5. 支持系統與資源</b> | 可獲得家人或朋友幫忙 | 可獲得家人或朋友幫忙但非持續性      | 對家庭、朋友敵視或冷漠        |
| <b>6. 溝通方式</b>    | 可直接表達      | 人際自殺目的：我會做給他們看、讓他們後悔 | 不直接或不會表達；有罪惡感或無價值感 |

# 自殺危機衡鑑表（五）

|         | 低                      | 中              | 高               |
|---------|------------------------|----------------|-----------------|
| 7. 生活型態 | 人際關係、人格表現與學業 / 工作表現尚穩定 | 有物質濫用、衝動行自殘行為  | 人際相處困難、有自殺行為    |
| 8. 健康狀況 | 沒有特別問題                 | 有短暫或突發的精神或生理疾病 | 慢性漸進衰退之疾病或急性的重病 |



# 自殺評估 -4

---

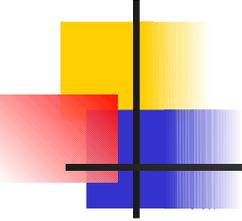
## 支持系統

家庭概況

主要照顧者

家族病史

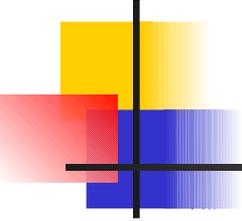
經濟情形與社經地位



# 自殺評估 -5

---

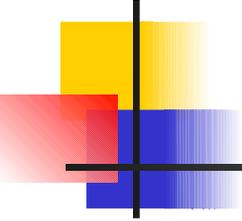
1. 判斷是否有立即危險（自傷自殺 / 傷人）若有立即危險一定要處理
2. 是否為憂鬱症可能個案
3. 是否需要藥物治療
4. 是否需要轉介精神科
5. 是否需要家屬或社福單位協助



# 自殺的危機處理 -1

---

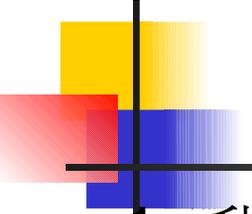
1. 24 小時有人**陪伴**（不可獨處）
2. 就醫評估
3. 啟動支持系統  
（家庭、同學、學校、親戚）
4. 去除可能危險物品  
（刀、藥、繩索、木炭...）



# 自殺的危機處理 -2

---

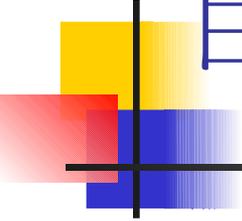
5. 鼓勵傾訴但不強迫
6. 希望灌注
7. 鬆動不合理想法
8. 動之以情
9. 訂定”不自殺契約”
10. 24 小時求助專線



# 防止自殺契約

---

1. 我同意從現在到下次晤談，此段時間，不傷害自己，也不企圖傷害自己。
  2. 我同意我會讓自己有足夠的睡眠以及良好的飲食。
  3. 我同意遠離那些可能被我拿來傷害自己的東西，例如我的藥丸
- 我同意當我覺得不太好，我覺得可能會傷害自己的時候我會立刻聯絡我的諮商員，電話是：\_\_\_\_\_或自殺防治中心 電話 **0800-788-995**
  - 簽名 見證者 日期



# 自殺評估 - 態度

---

專注（生理、心理）

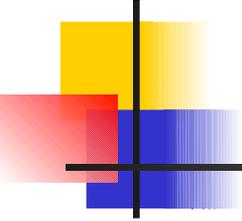
真誠

同理心

非評斷式

接受

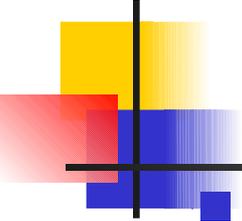
包容



# 怎麼談自殺 - 原則

---

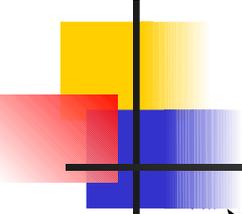
- 不評斷
- 表達你的關心與給予心理支持
- 在提供進一步專業協助之前，當一位關心的**傾聽者**
- 試著評估自殺危機嚴重程度
- 適當轉介



# 怎麼談自殺

---

- 認真的處理這件事情
- 記住：自殺的行為其實是求助的訊號
- 願意及時給他幫助，也幫他找到幫助
- 直接問：是否有自殺的想法
- 如果他正自殺，不要讓他獨處
- 盡速獲得專業協助
- 給予當事人想活下去的理由



# 如何詢問

---

## ■ 間接問法

- 你是否曾經希望睡一覺不要再醒來？
- 你是否覺得活著沒意義，沒價值也沒人在乎？

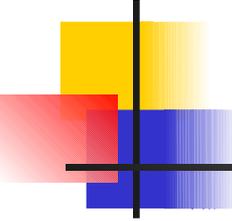
## ■ 直接問法

- 你會不會有想不開的念頭？
- 你是否有想到要自殺？

## ■ 不要這樣問

- 你該不會想到要自殺吧？
- 不要跟我說你要自殺哦！

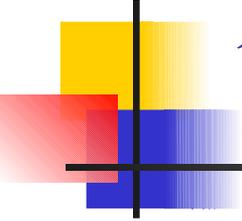
引自 關懷訪視指引



# 如何與老人談自殺

---

- 禁忌??
- 注意與老人語言溝通技巧
- 先關心生理 ~ 食與睡
- 再問到心情 ~



# 影響老年人溝通的因素

---

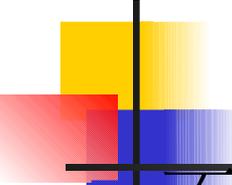
- 生理因素
- 心理因素：憂鬱、孤獨寂寞感、失落感、被遺棄感、無助感、低自尊
- 教育背景
- 社會文化
- 環境
- 性格

# 與老人語言溝通技巧（一）

先了解好眼、好耳、好手在哪一邊。

速度慢一點、說清楚一點、簡短一點（低頻率、慢速度、加手勢）。

- 必要時重複說明。
- 適度提高音量，但不是吼叫。
- 老人面前斜 45°、微側面、同水平面談話，較無壓迫感。
- 多傾聽，不可東張西望、急促匆忙態度。
- 給充足的時間回應。
- 避免使用綽號、代名詞、專業術語。



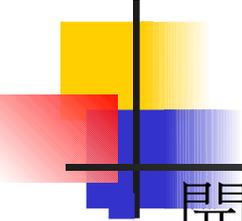
## 與老人語言溝通技巧（二）

- 不用敷衍口氣或允諾，也不假裝瞭解了。
- 一次一個要求、一個指令動作。
- 負面情緒出現時，可適當轉移注意力。
- 老人說出不合宜的話時，不做價值判斷，也不當面給難堪。
- 適當讚美但不狗腿。
- 結束對話前，整理歸納總結，再確認問題。
- 記得戴上助聽器或老花眼鏡。

# 非語言溝通技巧

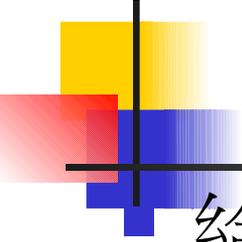
## ■ 專注與接納的態度。

- 多注意老人喜、怒、哀、樂、痛苦、害怕、恐懼、不舒服、緊張、厭惡、不耐煩、焦慮、無望(助)、...的表情。
- 多體會和利用身體姿勢：招手、皺眉、洗臉刷牙、吃飯、洗澡。
- 多觀察肢體動作：身體緊縮、上身後仰、手遮隱私部位。
- 善用實物幫助表達。
- 避免雙手抱胸。
- 協助表達內心感受
- 疏導情緒發洩



# 適當回應與支持陪伴

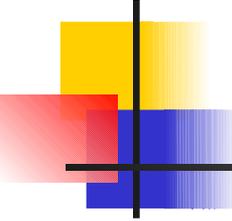
- 開放地討論失落、孤獨與無價值感的感覺，使當事人情緒起伏的程度減緩。
- **積極、專注傾聽**當事人遭遇的問題，提供情緒支持。
- **不要急著判斷**其遭遇、處境或想法，傾聽與協助可重燃希望，並產生改變。
- 自殺本身並不是問題，而是當事人用來解決所遭遇困境的方法，因此可試著**找出自殺以外的處理方式**。
- **提供『希望』**，將焦點放在個人正面的力量。



# 自殺個案諮商技術

---

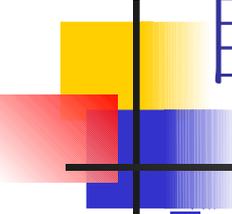
- 給予希望：  
給予生存的理由
- 支持策略：
- 情緒支持：傾聽與同理，但當自殺危險越高時則需要指導性越高
- 環境支持：改變環境
- 他人的支持：最希望誰在身邊



# 自殺個案諮商技術

---

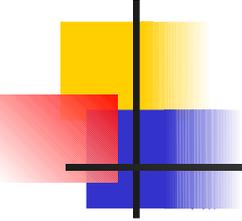
- 回顧生命中的正向經驗：  
過去受挫但成功的經歷
- 回顧高峰經驗：  
曾經被家人瞭解的愉悅經驗
- 重新框架：  
引導從不同角度檢視目前的情境
- 宗教關懷：有宗教信仰者



# 自殺的保護因素

---

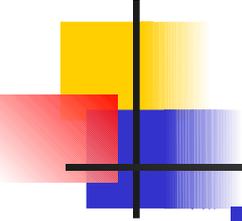
- 家庭責任、親子顧慮、家庭凝聚
- 社會支持系統
- 社會非議、道德反對
- 宗教信仰
- 生存與因應信念 / 壓力因應策略
- 人格特質 / 堅毅性（韌性、堅忍）
- 畏懼自殺
- ~~ 賦予希望



# 處理自殺自傷個案的原則 -1

---

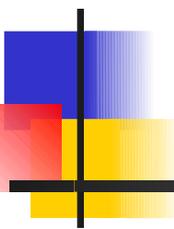
- 高危險因子與行為情緒異常警訊之辨識
- 勿先入為主，勿標籤化；**陪伴與傾聽**
- **支持性關係建立**
- **隱私與倫理考量：**
  - 不要發誓會守密
  - 不要把事情告訴無關的人
  - 情況危急時，不要讓自殺傾向者獨處



## 處理自殺自傷個案的原則 -2

---

- 尋求各方資源的介入
- 不將所有的責任歸咎於自己
- 分層負責
- 同儕支持
- 尋求**專業**督導
- 適時與適當轉介與持續關懷



# 簡式健康量表及老人憂鬱量表 之運用 ~

---

## 自殺通報及網絡資源運用

# 簡式健康量表 BSRS

## 「心情溫度」



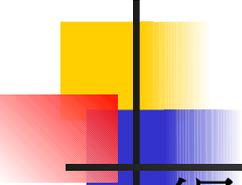
### 五大評量每週自我檢測

健康從「關心」開始

人生總偶有遇到困頓時，有時一股說不上來的莫名心情，困在那裡…拿起心情溫度計吧！簡易的五個問題，幫助自己找出下一步；也分享給身邊親愛的家人、朋友，養成習慣週週檢測，認識自己愛護他人，就從「關心」開始！

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。

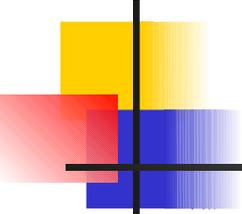
|                       | 完全沒有 | 輕微 | 中等程度 | 厲害 | 非常厲害 |
|-----------------------|------|----|------|----|------|
| 1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒 或早醒 | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 2. 覺得容易苦惱或動怒          | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 3. 感覺憂鬱、心情低落          | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 4. 覺得比不上別人            | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 5. 感覺緊張不安             | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| ★ 有自殺的想法              | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |



## 得分與建議

---

- 得分 0~5 分
- 得分 6~9 分 需關懷
- 得分 10~14 分 中度情緒困擾，建議心理諮詢
- 得分 15 分以上 重度情緒困擾，除心理諮詢外可轉介精神醫療
- 有自殺想法（中度以上需考慮轉介精神科）
- 情緒困擾非憂鬱症
- 憂鬱症問卷結果亦不等於診斷憂鬱症

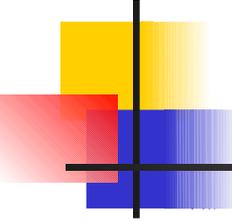


# 自殺防治守門人 123 步驟

---

## ■ 一問（主動關懷與積極傾聽）

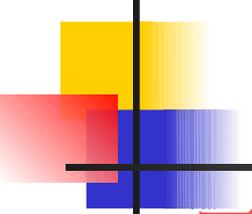
- 1. 辨識自殺高風險群
- 2. 自殺意念與精神症狀的評估
- 詢問的技巧，詢問情緒困擾的程度，評估其嚴重性
- 詢問的工具：簡式健康量表
- 心情溫度計 **Mood Thermometer**



# 自殺防治守門人 123 步驟

---

- **二應（適當回應與支持陪伴）**
- 一旦自殺意圖的風險變的明確，守門人的任務隨即轉變為 - 說服當事人積極地延續生命：適當回應
- 時機是決定成功的重要因素，減少當事人覺得“被遺棄”的感覺，
- 給予希望



# 自殺防治守門人 123 步驟

---

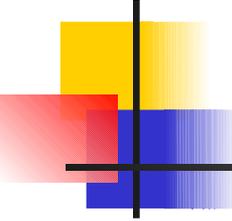
## ■ 三轉介（資源轉介與持續關懷）

- 主動積極的協助轉介處理
- **轉介標準**：BSRS 分數高、潛在精神疾病、自殺自傷身心問題、超乎助人者的能力
- 安全與尊重
- 說明與再保證

安心專線 0800-788-995

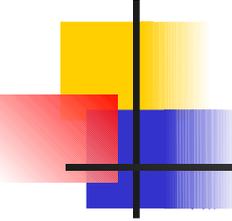
台南市心理諮商預約專線 06-3352982

適當轉介精神心理衛生專業人員協助



# 老人憂鬱症與自殺

- Conwell 在 1994 年研究即發現老人大都看一般開業醫，在 75% 的自殺身亡老人中，在自殺前 1 個月看過一般醫師。但是老人憂鬱症依然常被低估。推論的因有 1. 在一般社區，40% 的老人就算有憂鬱症狀也不會告訴任何人（Vitt1999），有超過 52% 的人說會告訴規則看診的醫師。污名化或烙印作用（stigma）依然和精神疾病有關（Link1997）。2. 而且老人的困難是「常常不把憂鬱症狀當症狀，忽略它或是視為一般身體疾病」（Hirschfeld 1997）。3. 精神科專科醫師在基層開業屬少數。4. 精神科醫師也需要老人議題的訓練。另外有人指出 34% 的內科住院病人有憂鬱症，在住院中或 45 週的追蹤中沒有使用抗憂鬱藥及心理治療（Koeing1997）。

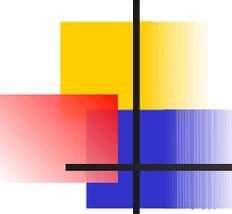


# 老人憂鬱量表 GDS-15

---

- 老人憂鬱量表是 **Brink** 於 **1982 至 1983** 年間研發出來的，可用於健康、疾病或有中度認知障礙老年人，廣泛用於社區、急性醫療或長期照護機構，量表的信效度高，亦獲得臨床工作者的支持，檢測項目有三十項及十五項的簡式問卷，問卷可自行填答，分數愈高表示愈有憂鬱之傾向。

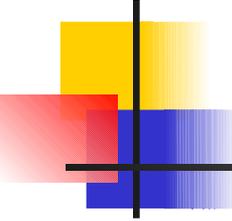
|                     |                          |                       |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|
|                     |                          |                       |
| 1. 你基本上對自己的生活感到滿意嗎? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 你                |                          |                       |
| 3. 你                |                          |                       |
| 4. 你                |                          |                       |
| 5. 你是否常常感到心情愉快呢?    | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
|                     |                          |                       |
| 7. 你是否大部份時間感到快樂呢?   | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
|                     |                          |                       |
|                     |                          |                       |
|                     |                          |                       |
| 11. 你認為現在活著是一件好事嗎?  | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
|                     |                          |                       |
| 13. 你是否感到精力充足?      | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> |
|                     |                          |                       |
|                     |                          |                       |



# 得分與建議

---

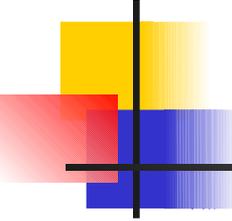
- 在圈圈處『○』勾選者予以 1 分。
- ※ 提醒您！**總分 5-9 分**可能疑似有老年情緒困擾，建議找家人或朋友談談，並接受心理衛生人員關懷服務。
- **總分 10 分以上（含 10 分）**可能疑似有老年憂鬱症，建議尋求並接受心理諮商或專業醫療諮詢。



# 機構內如何使用量表

---

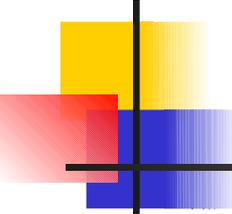
- 自填 ???
- 工作人員填 ??
- 建議機構內老人除老人憂鬱量表 **GDS-15** (老人憂鬱症篩檢) 仍應評簡式健康量表 **BSRS**(簡易可快速篩檢)



# 通報

---

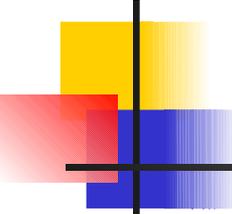
- 行政通報：指依本自治條例之照顧與支持體系知悉自殺高風險者及自殺未遂者，向主管機關所為之通報。
- 人道通報：指基於社會責任及人道關懷，知悉自殺高風險者及自殺未遂者，向主管機關所為之通報。
- 臺南市自殺通報及關懷自治條例 ~ ~



# 自殺責任通報

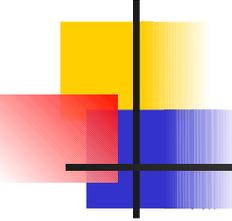
---

- 第五條 **本市轄區各醫療機構**對自殺未遂者應提供關懷服務，並應於發現後二十四小時內至行政院衛生署公共衛生資訊入口網之自殺防治通報系統完成行政通報。
- 前項醫療機構負責自殺通報義務之人員，包括醫師、護理師、心理師及社工師。
- 主管機關應將第一項通報績效納入醫療機構年度考核標準及評鑑社區服務意見。



# 自殺責任通報

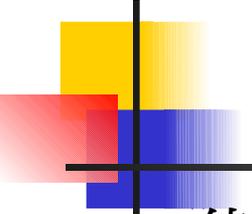
- 第六條 本府所屬機關學校及本市社會福利機構、護理機構、診所、藥局等發現自殺未遂者，應提供關懷服務，並於二十四小時內依法定通報方式向主管機關行政通報。（線上通報）
- 為擴大自殺通報網絡，本府應鼓勵本市前項以外機關學校、團體、組織、社區、公司、行號辦理人道通報。



# 罰則

---

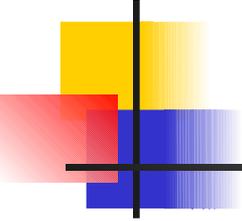
- 第十一條 違反第五條第一項通報義務者，處醫療機構新臺幣六百元以上三千元以下罰鍰。
- 第十二條 違反第四條第一項、第二項評估義務及第六條第一項通報義務之公務人員，依公務人員懲處相關規定辦理。



# 自殺防治網絡

---

- 衛生單位：強化協調聯繫
- 醫療機構：篩檢高自殺者，強化緊急醫療
- 社政與民間組織：發揮志工力量，建立社區支持網絡
- 教育體系：生命教育、高危險關懷與轉介
- 傳播媒體：正向報導，民眾教育
- 勞政單位：建立失業人口檔案，加強關懷；提供失業就濟金



# 『珍愛生命、希望無限』

---

- 落實以病人為中心，以家庭為單位，以社區為基礎之全人照護
- 推動社區化整合型健康醫療照護體系
- 自殺防治人人有責，需要全民參與