

# 疼惜自己 珍愛生命

衛生署嘉南療養院

社區精神科

鍾明勳醫師



# 前言—北門事件

- 北門分院附設護理之家縱火案的男子林基雄，奪走13條人命，台南地方法院今天判處林基雄死刑，褫奪公權終身。
- 林基雄是北門分院護理之家的院民，長期因直腸惡性腫瘤所苦，去年10月23日凌晨多次拉肚子，心情不佳，以打火機點燃衛生紙，丟進2樓婦產科護理站櫃台下，再到堆積物品產房內，以打火機點燃上衣及被單，從急診室旁離開醫院；林男縱火後把打火機及褲子隨意丟棄，全身赤裸地躲在北門分院後方廢棄空屋，當天下午被警方發現。



# 前言 — 北門事件

- 三名檢察官會同警方搜索北門分院附設護理之家，以及王姓負責人另外設立的養護中心、住家等五處地點，查扣護理資料一批，帶回負責人和總經理，以及護理部主任等三人，偵訊後，王姓負責人被飭回，另外二人則分別以二百五十萬元和一百萬元交保。
- 雖然醫院平日有演練，但北門分院病患多是行動不便長者，無法自行逃生，連警消都要四人一組才能扛出一名病患，疏散動線太長，加上病患吸入濃煙，才導致死傷慘重。



# 前言 — 自殺死亡衝擊大

- 根據世界衛生組織 (WHO,2000) 調查，憂鬱症是 21 世紀造成人類失能的第二大疾病！
- 世界 (WHO,2000)
  - 每年約一百萬人自殺死亡
  - 每 40 秒有一位死亡，每 3 秒有一位企圖自殺
- 台灣
  - 2011：3507 人自殺死亡
  - 15.1 人 /100,000 人
  - 每 2.49 小時一人自殺死亡

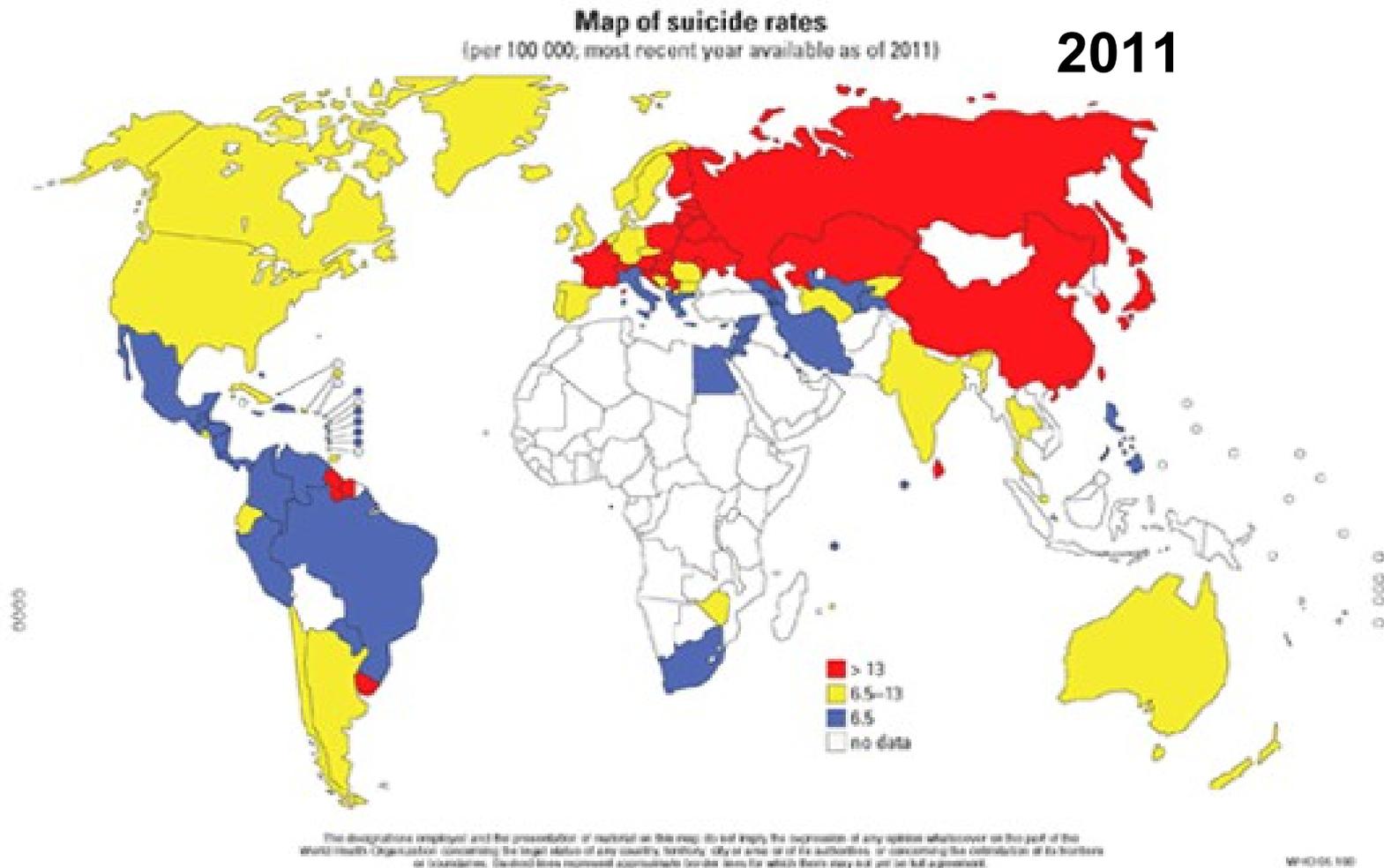


# 臺灣自殺防治工作現況與展望： 統計資料趨勢分析與說明

回顧 101 展望 102  
全國自殺防治中心計畫說明會

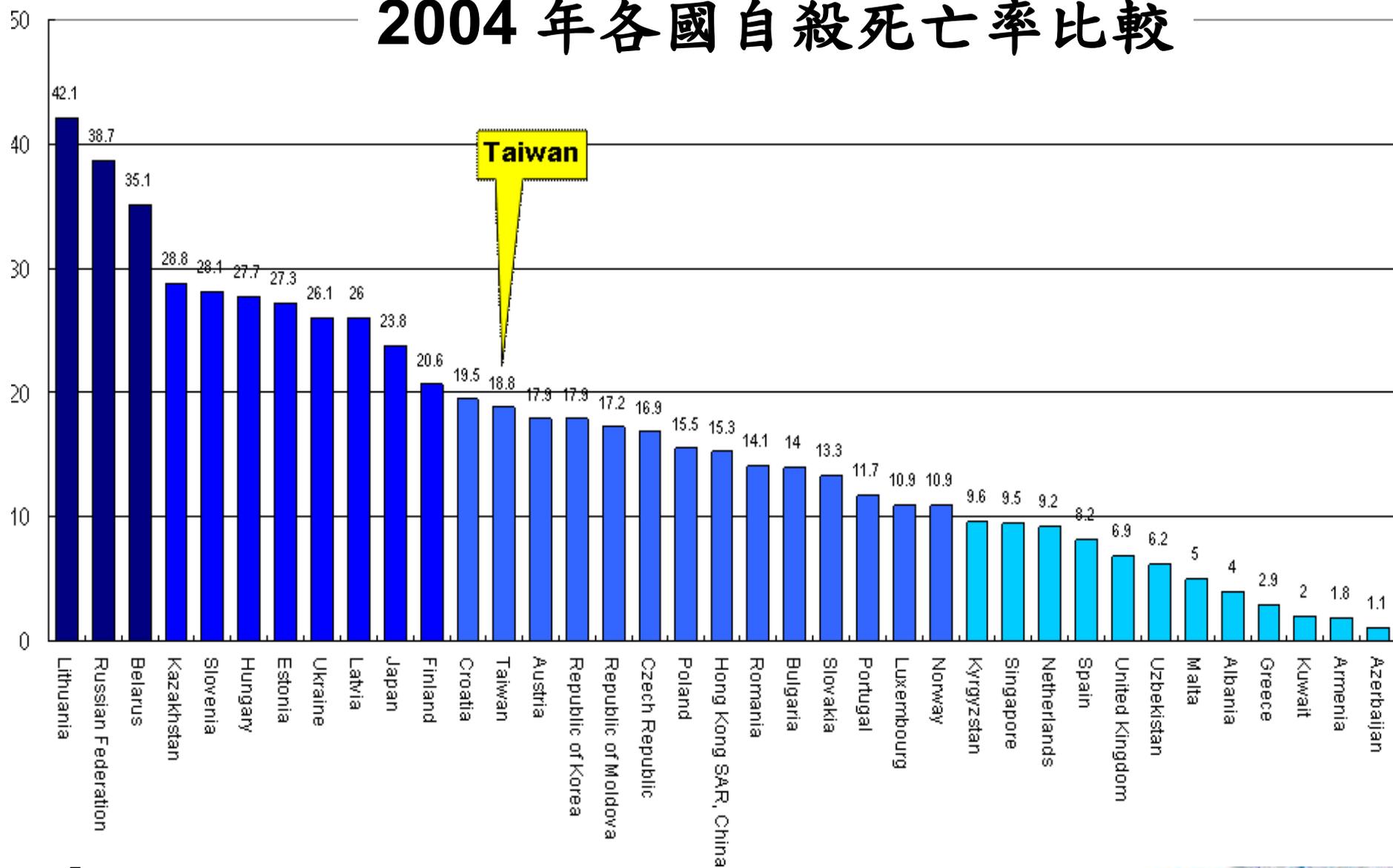


# 自殺是世界性的公共衛生問題

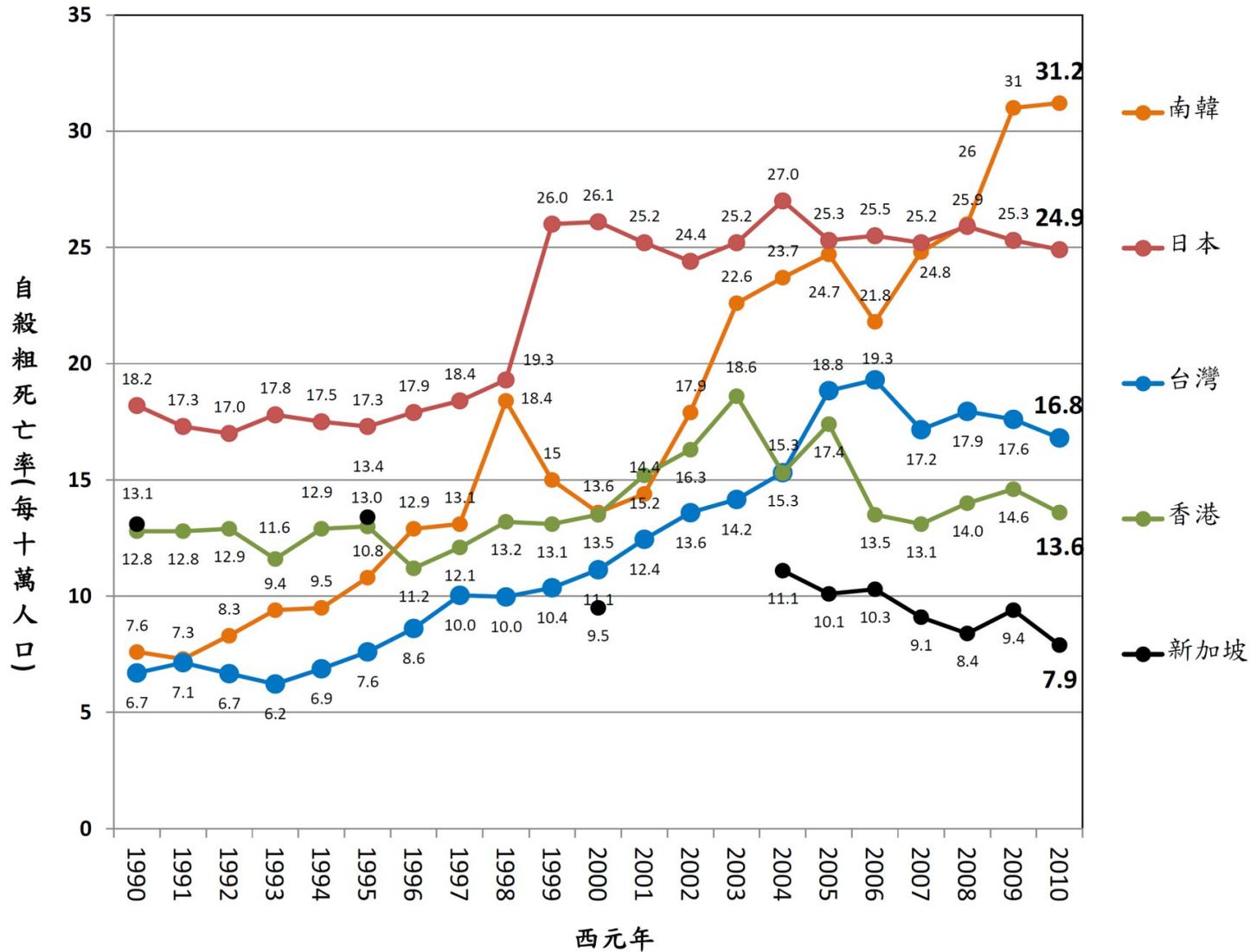


[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/print.html)

# 2004 年各國自殺死亡率比較



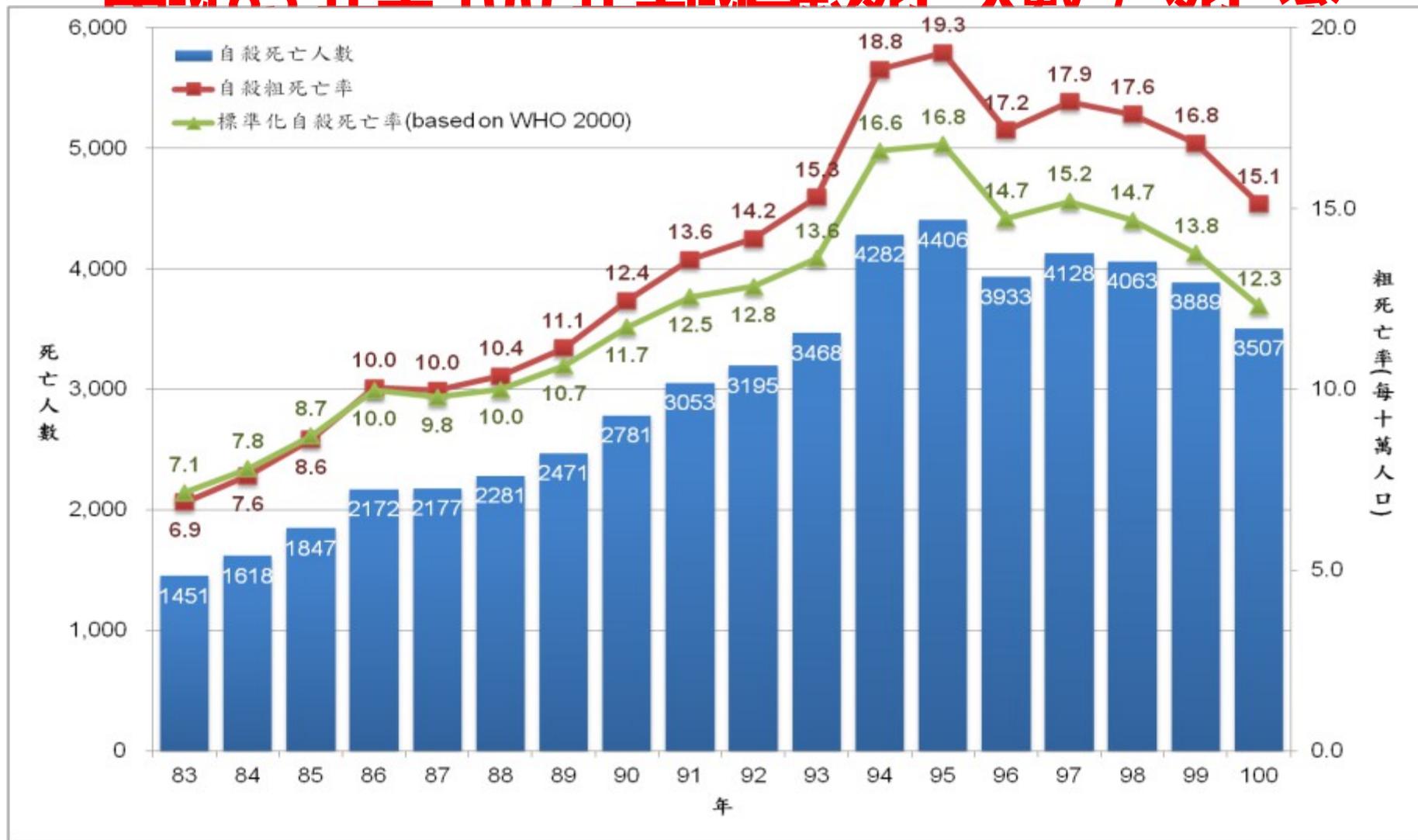
### 1990至2010年台灣與亞洲部分國家自殺粗死亡率趨勢圖



韓國資料為根據韓國自殺防治學會理事長，同時也是首爾大學教授 Prof. Kyooseob Ha 2011年12月4日應邀至臺灣參加東亞自殺防治研討會演講幻燈片內容  
 日本資料為根據日本全國自殺防治中心學者，同時也是日本國防大學教授 Prof. Yoshitomo Takahashi 2011年12月4日應邀至臺灣參加東亞自殺防治研討會演講幻燈片內容  
 日本2010年資料來自 <http://www.npa.go.jp/safetylife/sejanki/H2j/satsunogaoyou.pdf>  
 香港資料來源：<http://csp.hku.hk/WEB/eng/statistics.asp> 以及 HKJC Centre for Suicide Research and Prevention, HKU  
 臺灣資料來源：行政院衛生署統計室  
 新加坡資料來源：WHO Website [http://www.who.int/mental\\_health/media/sing.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/sing.pdf)  
 新加坡2009及2010年資料來自：<http://www.samaritans.org.sg/increase%20in%20Number%20of%20Calls%20involving%20loan%20Sharks%20and%20Gambling%20issues.pdf>



# 民國83年至100年全國自殺死亡人數 / 死亡率

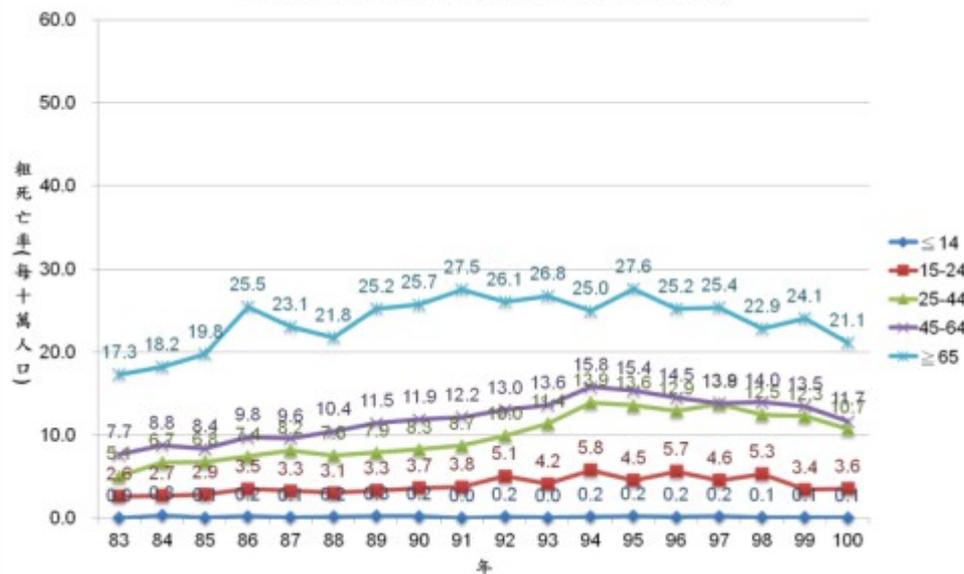


# 83 至 100 年全國男女性年齡層別自殺死亡率

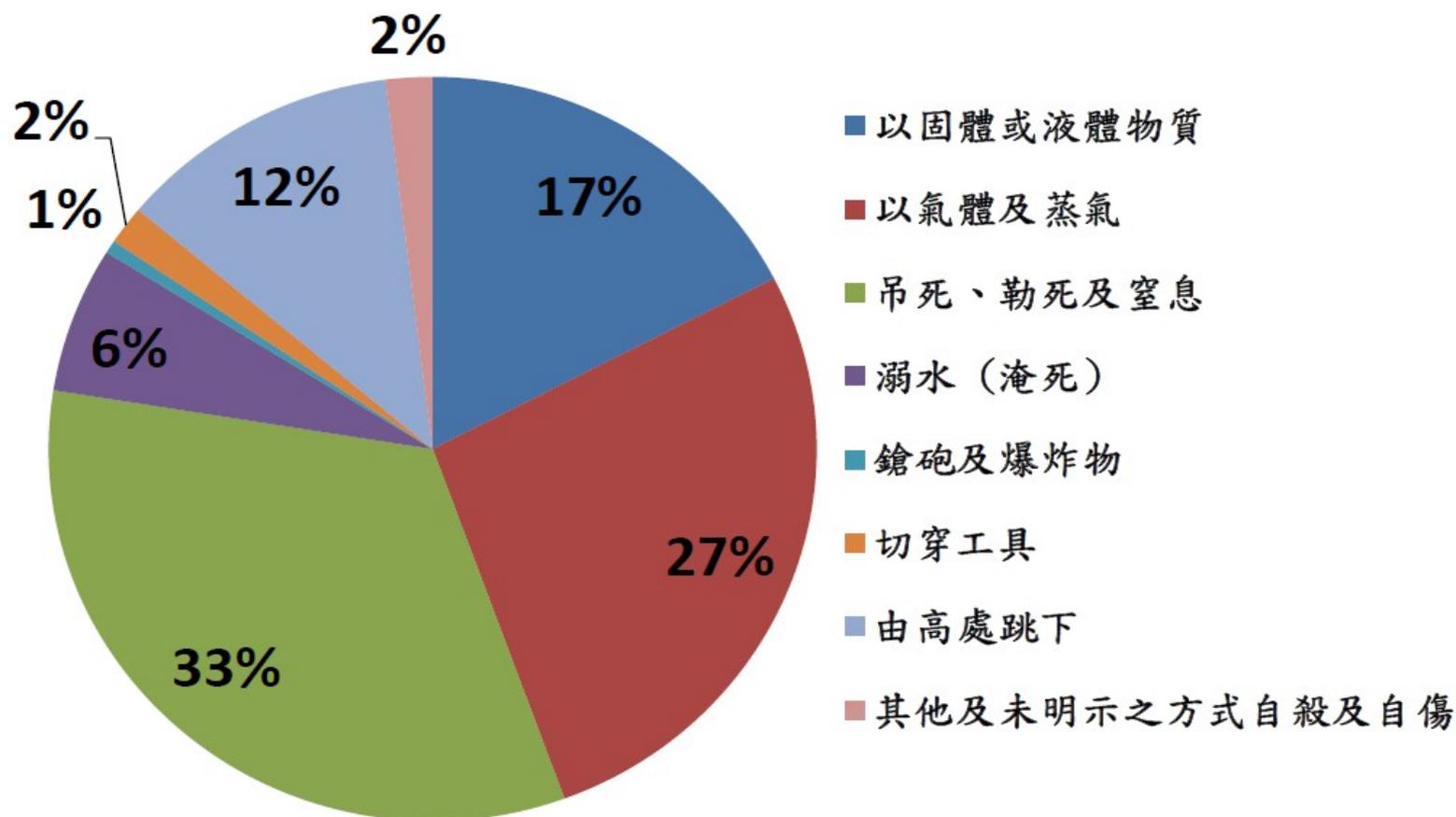
全國 83 年至 100 年 年齡層別自殺死亡率(男性)



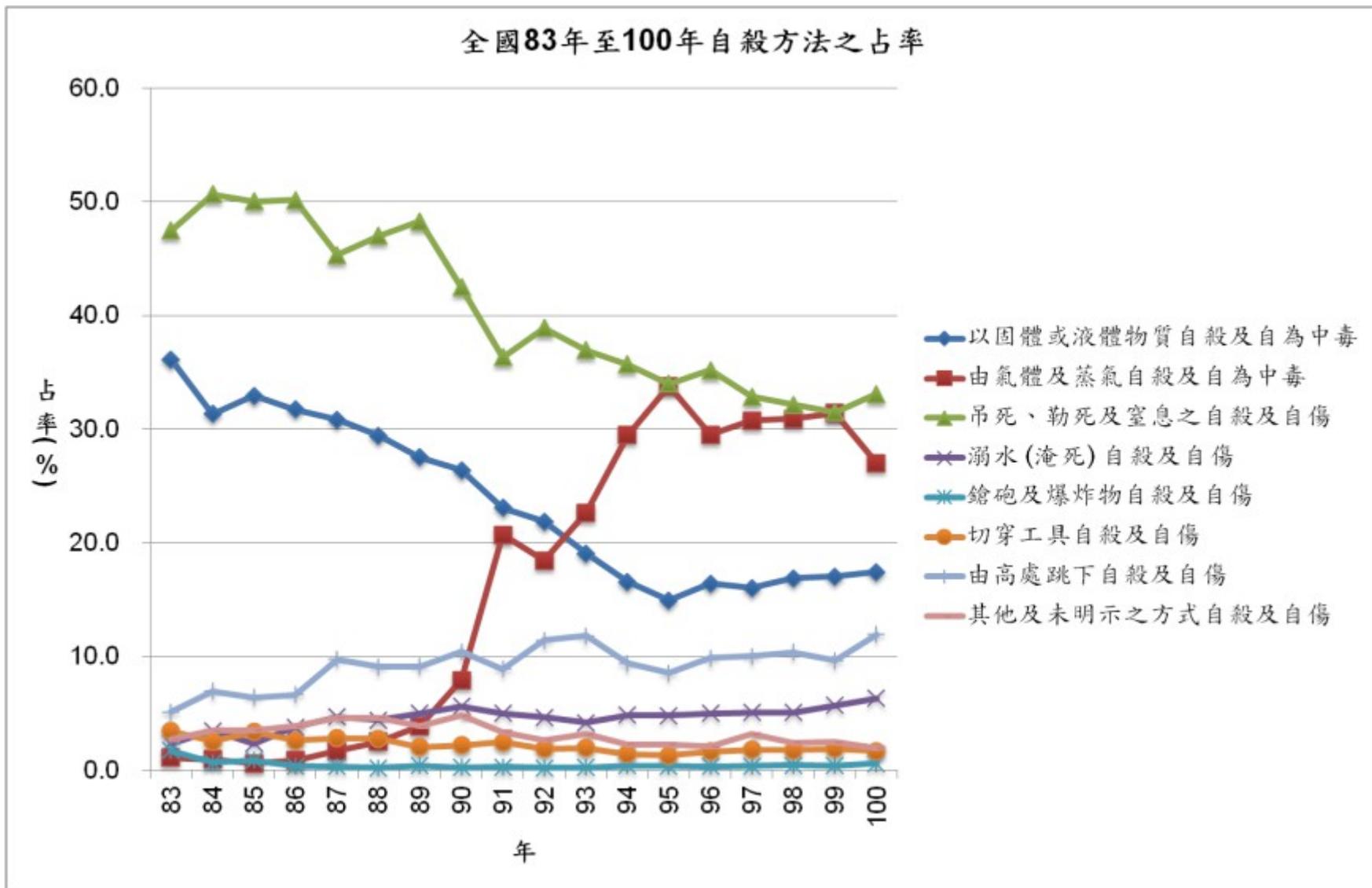
全國 83 年至 100 年 年齡層別自殺死亡率(女性)



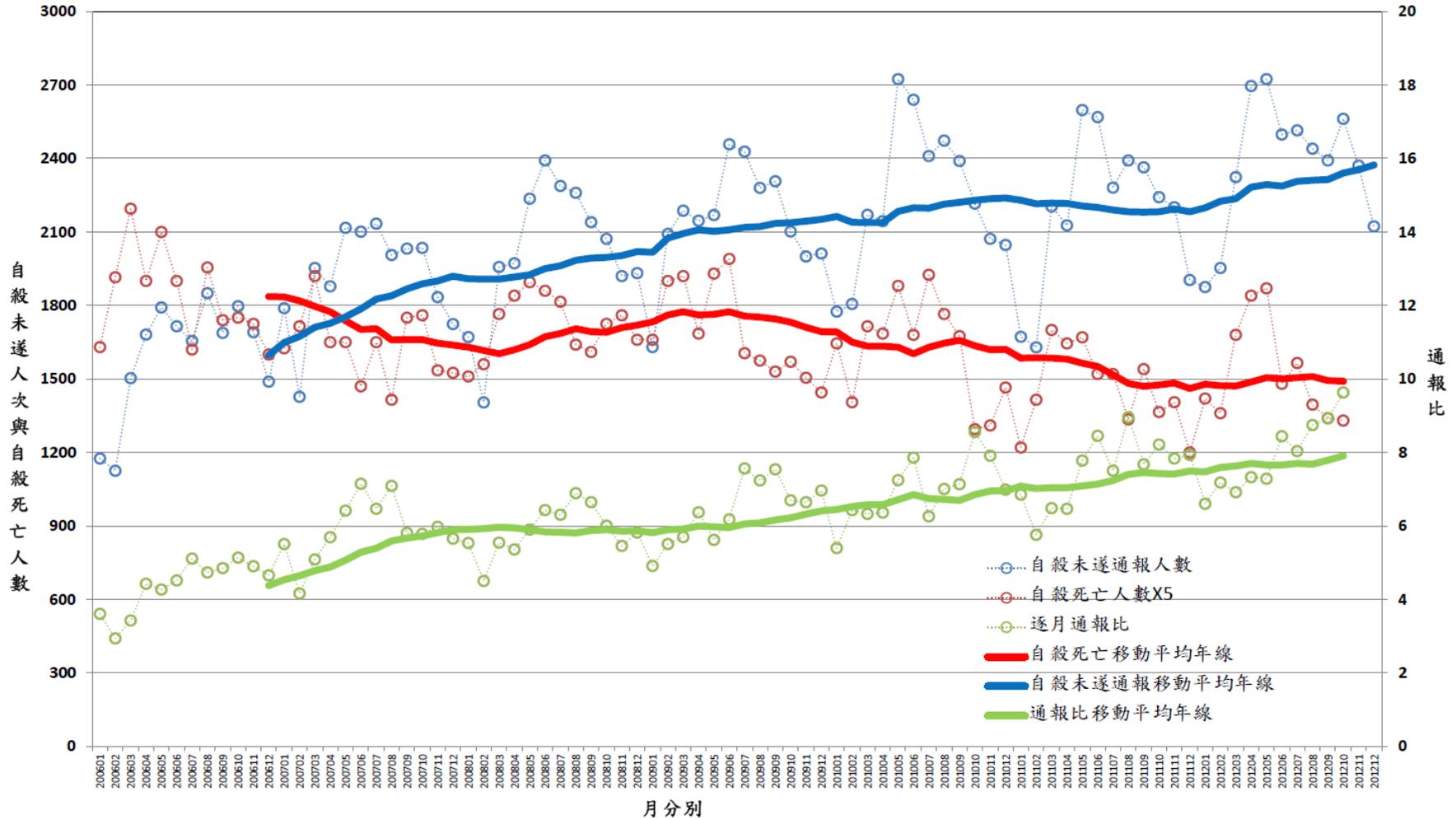
## 民國100年台灣民眾自殺死亡方法分布



全國83年至100年自殺方法之占率



### 自殺未遂、自殺死亡、通報比逐月趨勢圖 (2006.01-2012.12)



# 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	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)
性別								
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 分析)	98 (33.4%) )	64 (21.8%) )	36 (12.3%) )	32 (10.9%) )	27 (9.2%) )	13 (4.5%) )	4 (1.4%) )	17 (5.8%) )

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。

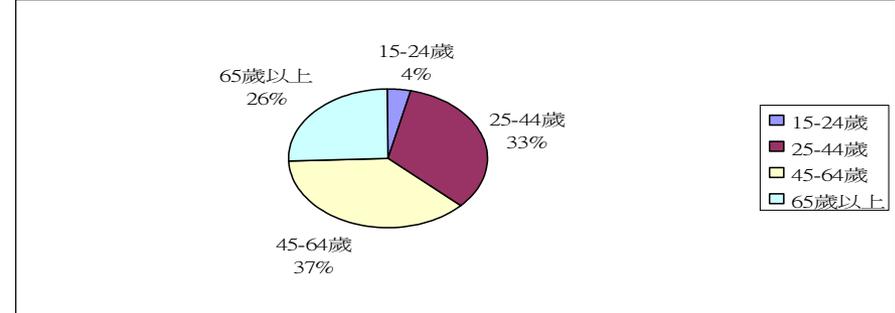
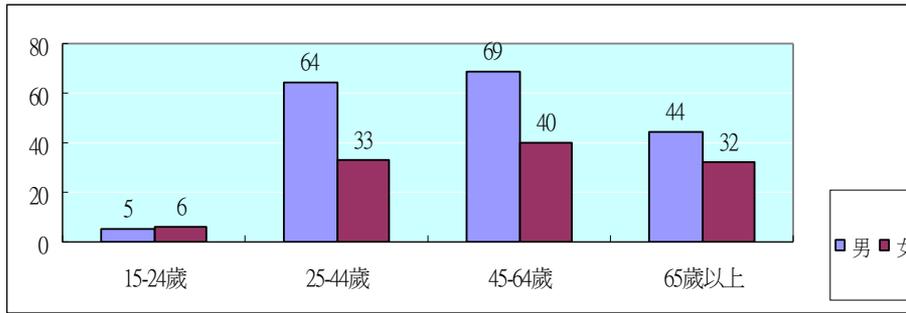
2. 自殺死亡方式之前四名為上吊 (33.6%)、燒炭 (21.8%)、農藥 (12.3%)、跳樓 (10.9%)；100 年度之前五名為上吊 (35.6%)、燒炭 (26.9%)、農藥 (18.3%)、跳水 (8.1%)、跳樓 (6.6%)。

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%)



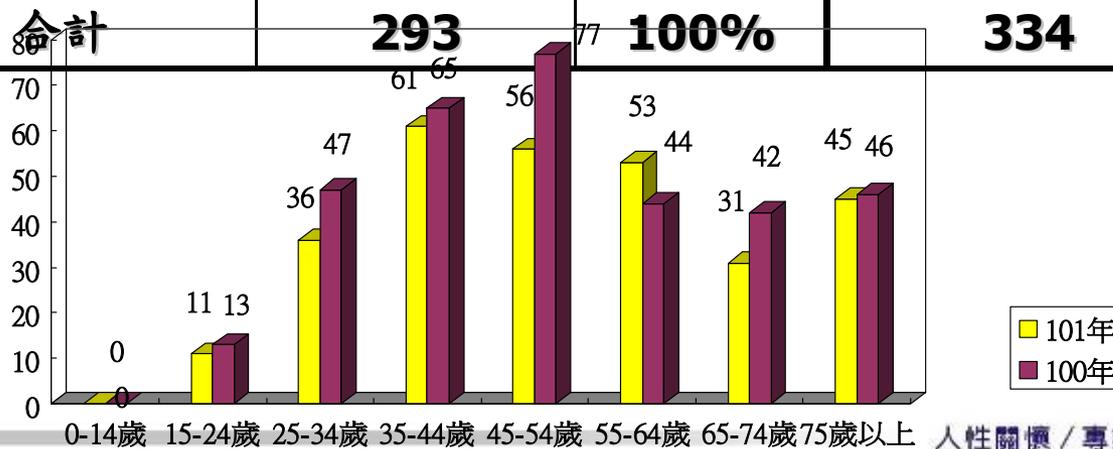
說明：

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	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%)

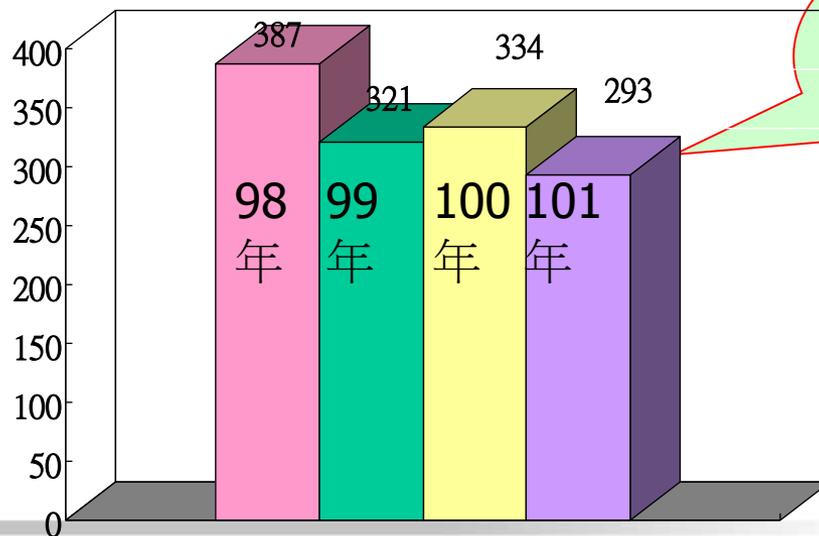
## 分析說明：

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品味居第四。

# 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

歷年合併後努力期程

- 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，有時一盤倒下去的憂鬱心情，藏在眼裡... 拿起心情溫度計吧！賜尋的五個問題，幫助自己找出下一步，也分享給身邊親愛的家人、朋友、養成習慣溝通檢測，認識自己或關心人，從從「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

1至5題之 總分：0~5分身心健康狀況良好， 6~9分中度情緒困擾， 10~15分嚴重情緒困擾， 建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。

總分得分： 6~9分程度情緒困擾， 建議給予情感支持， 個案關懷(非緊急個案) 專業評估分： 本圖增加加碼， 增加正確評估小分 得分：10~14分建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢 6分 自測總分低於2分以上(中等程度)時， 宜考慮轉介至精神科諮詢。

**步驟 3**

**2. 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)

 台南市衛生局 關心您

# 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

# 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。

# 國家自殺防治策略

- 公共衛生三段五級概念
  - 全面性 (universal)
    - 心理健康促進與特殊防護
  - 選擇性 (selective)
    - 高危險群發現、治療、處遇
  - 指標性 (indicative)
    - 企圖者與家屬追蹤、關懷、處遇



# 全國自殺防治策略

## 全面性 - universal

1. 導正媒體報導。
2. 減少致命性自殺方法的可得性。
3. 去除精神疾病與自殺的污名效應。
4. 促進社會大眾心理健康。
5. 加強心理與家庭諮詢。
6. 監測自殺相關資訊。



# 全國自殺防治策略

## 選擇性 - selective

1. 加強憂鬱症、酒癮與物質濫用的防治。
2. 加強非精神科醫療人員之精神醫學再教育。
3. 加強各級學校輔導老師與校護精神疾病與心理衛生在職訓練。
4. 加強公私立機關團體（含張老師、生命線等）之醫護與諮商輔導人員的心理衛生與精神醫學教育。
5. 針對特定的自殺高風險群，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢以及轉介。
6. 針對身心受創的災難倖存者，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與轉介。
7. 建立社會關懷網絡，結合民間力量，協助辨識與轉介有傾向個案，同時提供緊急物質救援與心理關懷輔導。

# 全國自殺防治策略

## 指標性 - indicative

1. 自殺未遂者追蹤輔導。
2. 強化偏遠地區急救能力。
3. 建立憂鬱症病患個案管理制度。



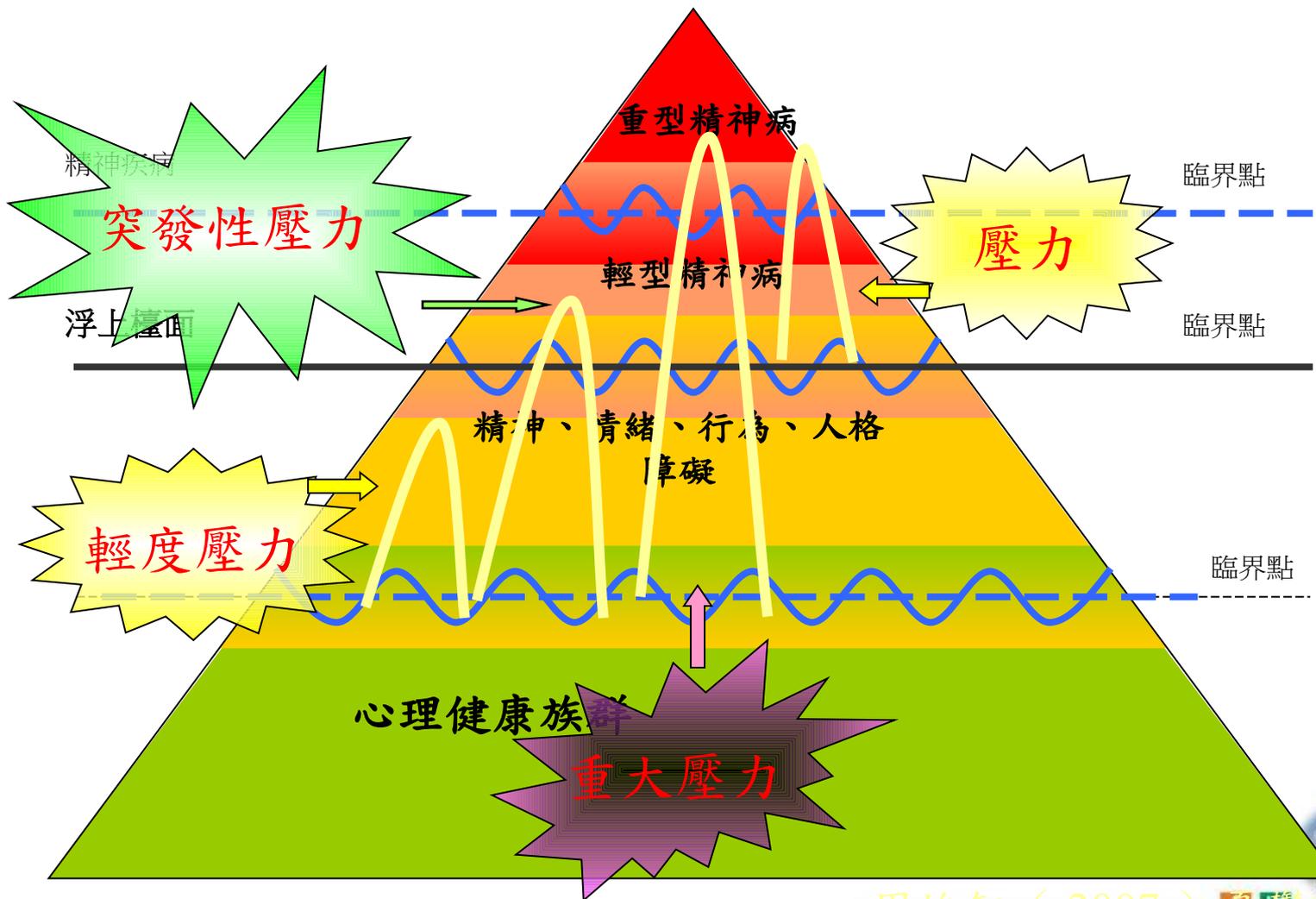
# 機構內自殺風險 危機辨識及處置



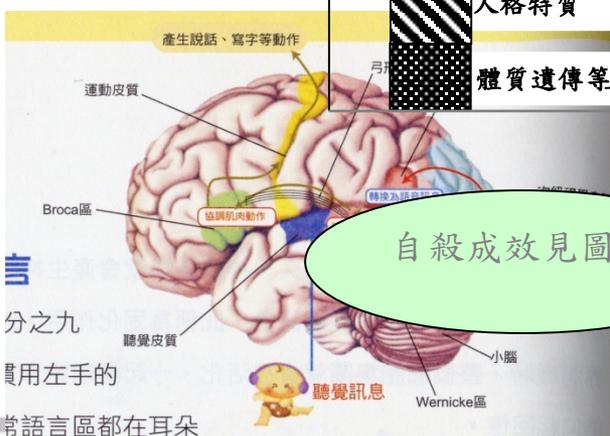
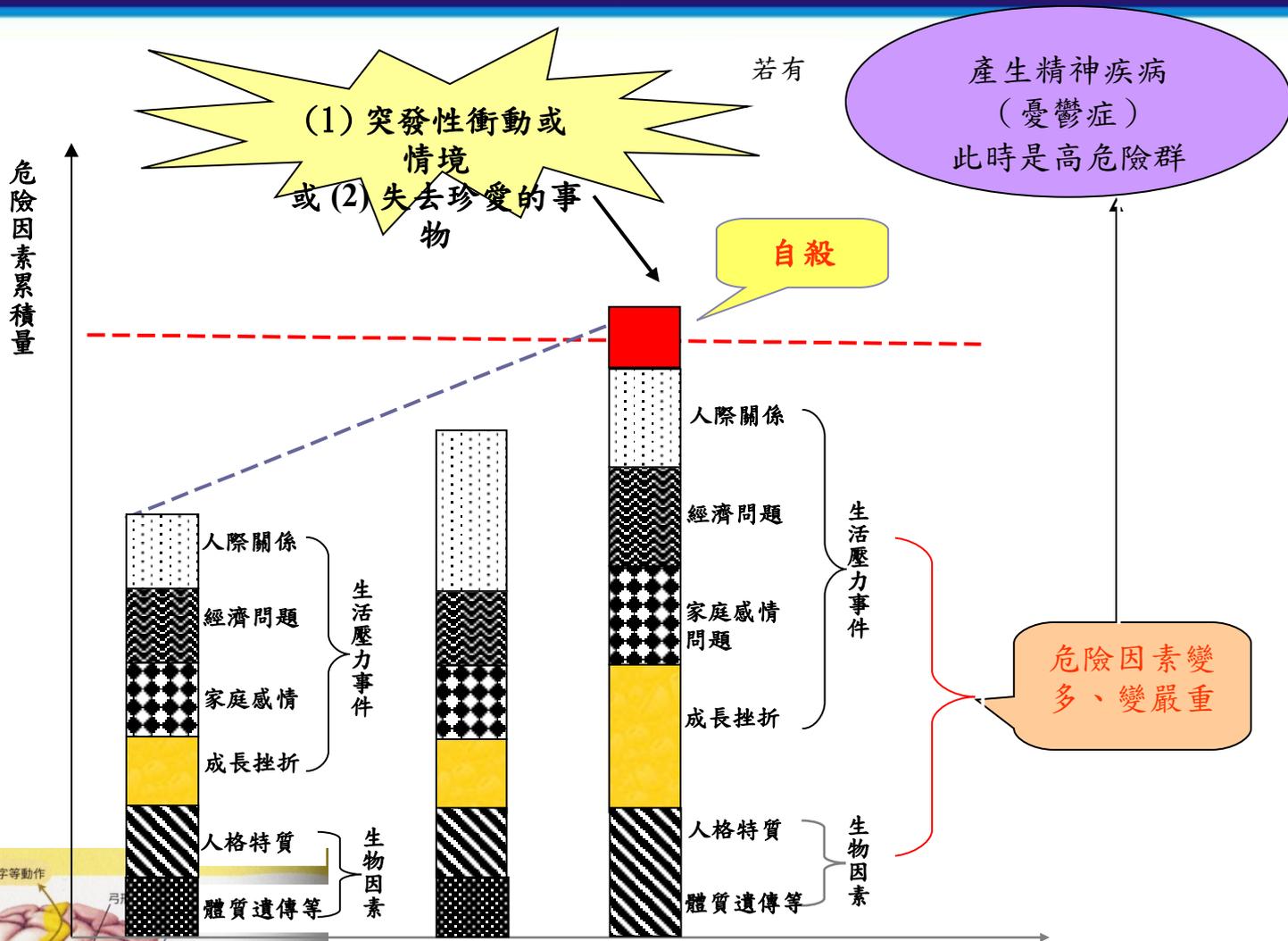
# 自殺防治守門人訓練



# 心理狀態是一個動態概念



圖三個案因素累積危險因素而自殺



自殺成效見圖四

- 介入策略
- 1有效轉介精神科
  - 2有效資源轉介
  - 3提供立即危險諮詢

及時搶救變成自殺未遂者

周煌智 (2007) 憂鬱與自殺防治

自殺行為

# 憂鬱症

憂鬱症  
精神病  
生活事件

# 生活事件

冰山一角浮現

無助無望感  
憂鬱感受  
自殺意念

資源不斷  
耗損

自殺計畫

血清素活性過低  
Low serotonergic activity

# 衝動性

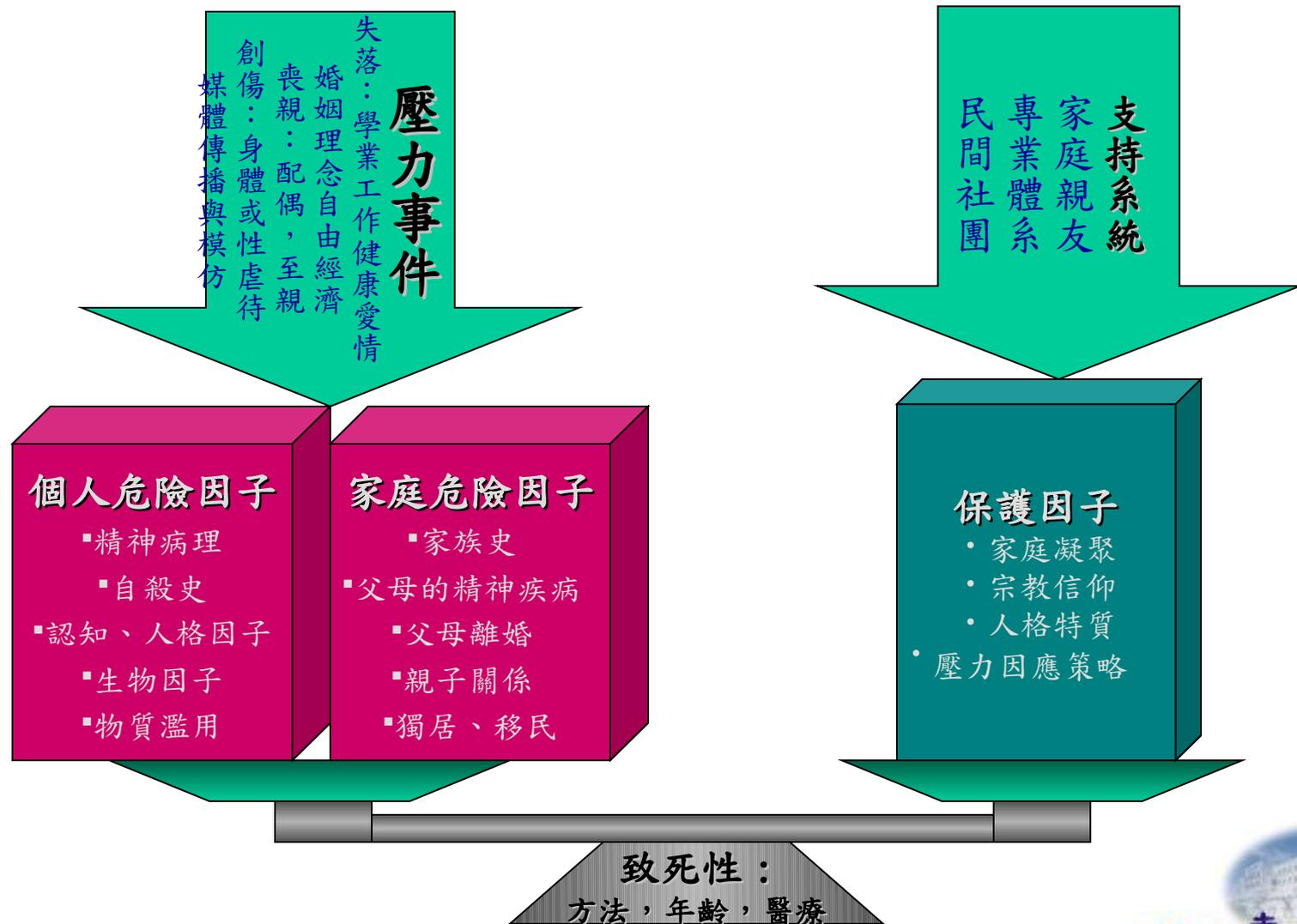
攻擊行為

酒癮  
煙癮  
物質濫用  
頭部外傷

# 自殺行為

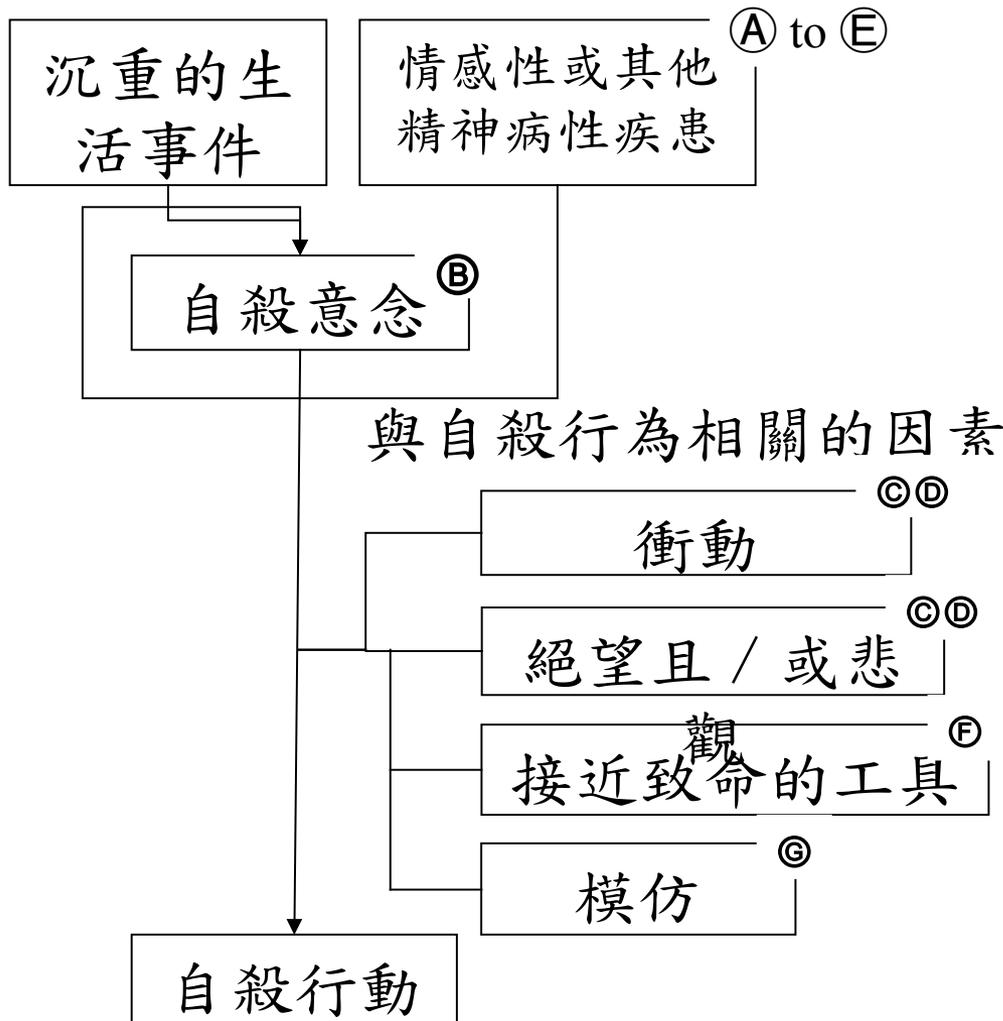
水壩洩洪

# 自殺成因概念架構



# 自殺行為的發生過程與防治方法

(J. John Mann, et al. Suicide prevention strategies. JAMA. 2005; 294: 2064-2075)



- 防治方法**
- ① **教育及認知**  
 基層醫師  
 一般民眾  
 社區或組織的守門人
  - ② **高危險族群的篩檢治療**
  - ③ **藥物治療**  
 抗憂鬱藥物  
 抗精神病藥物
  - ④ **心理治療**  
 酒癮患者治療  
 認知行為治療
  - ⑤ **對於企圖自殺者的後續**  
 關懷照護
  - ⑥ **限制使用致命工具**
  - ⑦ **給予媒體自殺報導的指導方針**

# 自殺的危險因子

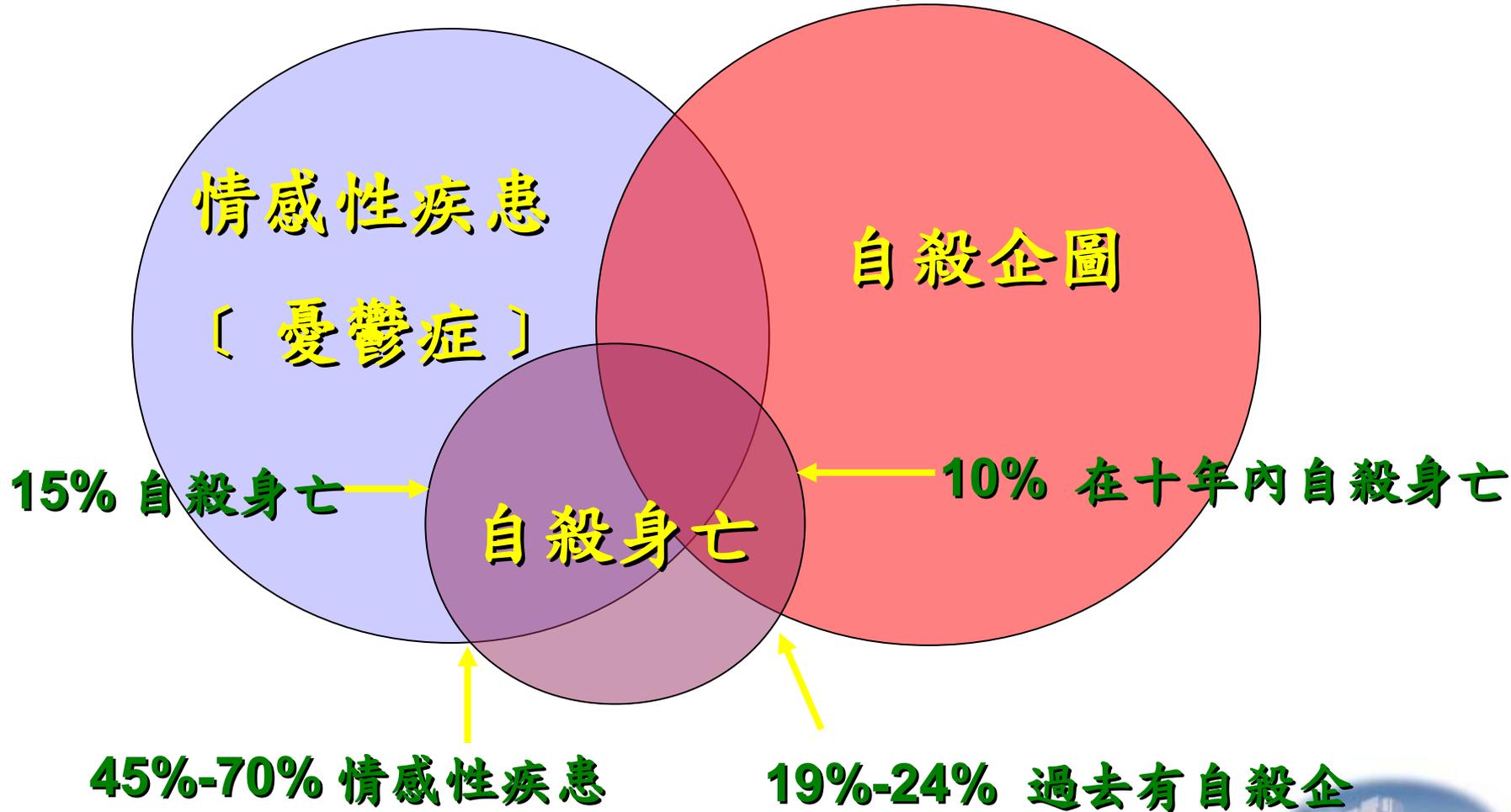
- 98% 自殺死亡個案，生前患有精神疾病。
- 87% 自殺死亡個案，生前患有憂鬱症。
- 自殺者：95% 為精神疾病患者，80% 以上具憂鬱症。
- 國外研究指出超過 90% 自殺死亡者患有精神疾病  
— 其中 60% 患有憂鬱症及躁鬱症
- 自殺死亡前一個月，有 60-70% 曾向基層醫療就診。



# 台灣研究

- 東台灣研究發現高比例自殺死亡者患有精神疾病
  - 87.1% 憂鬱症
  - 25.9% 憂鬱性情感疾患
  - 6.0% 精神分裂症
  - 44.0% 酒精使用疾患
  - 6.9% 器質性精神疾患
  - 1.7% 沒有精神疾病
- 鄭泰安 (1995)
- 自殺企圖者 56.1% 曾有精神病史
- 憂鬱症及躁鬱症為最主要診斷
  - 邱震寰等人 (2004)

# 自殺、自殺企圖、情感型疾患



# 自殺警訊

## FACT

### •Feeling（感覺）：

- 無望感、無價值感、罪惡感、羞恥感、悲傷、
- 焦慮、憤怒

### •Action（行動）：

- 物質濫用、談論或撰寫死亡、毀滅、焦躁不安、攻擊

### •Change（改變）：

- 人格、行為、睡眠、飲食習慣、興趣喪失

### •Threats（惡兆）：

- 言語威脅、行動計畫、自殺企圖

# 一般精神疾病分類

## 重大精神疾病

---

現實感

## 精神官能症

---

功能

## 無精神疾病



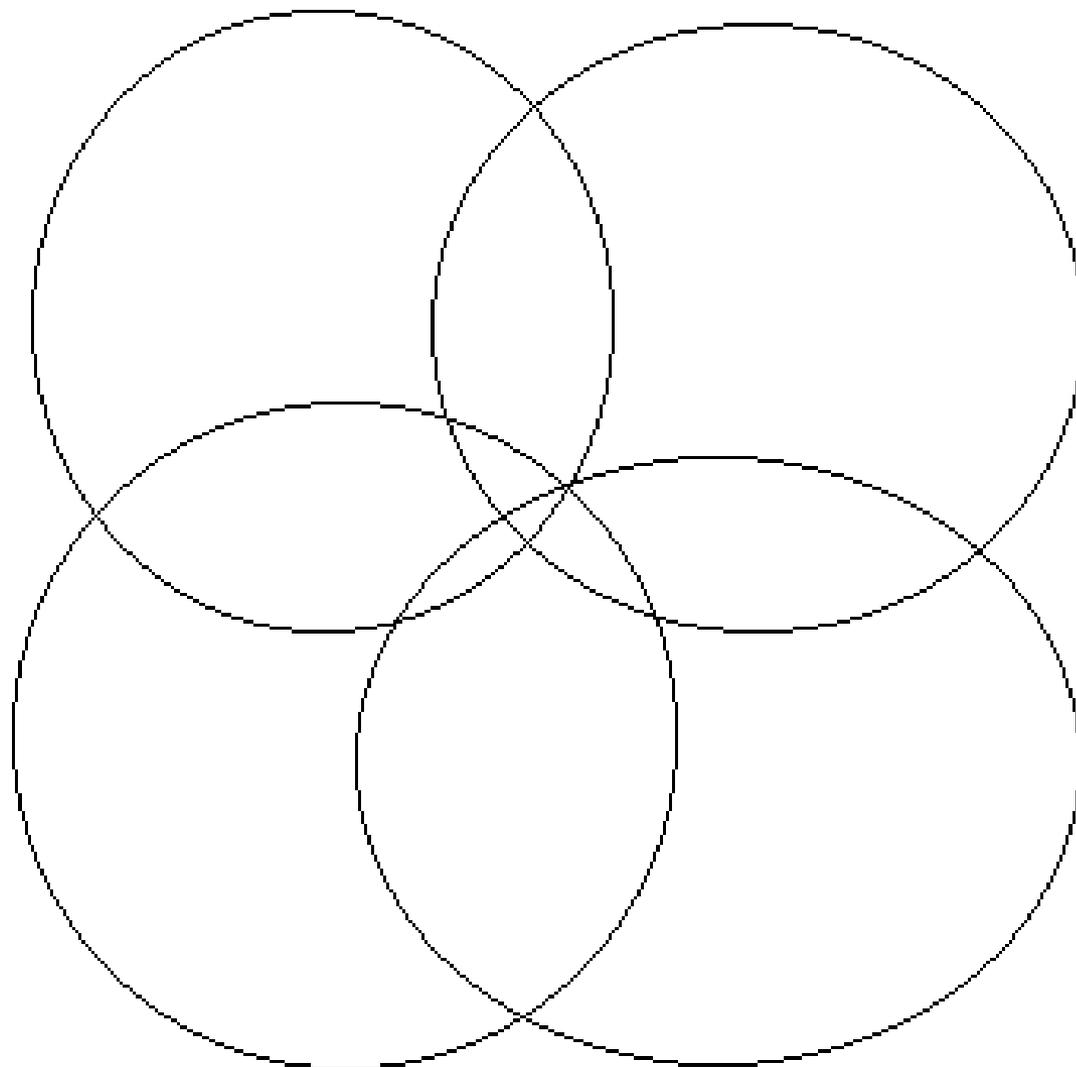
# 精神疾病分類

## 思想

精神分裂症  
妄想症  
短暫精神病

## 器質性 症

失智症  
中風  
酒藥癮  
力  
過動兒  
自閉症  
知障



## 情緒

躁鬱症  
憂鬱症  
輕躁症

## 官能

焦慮症  
恐慌症  
創傷後壓

強迫症

懼  
癱  
發  
生  
眠

# 引發自殺意圖的來源



# 人老三困擾



攝護腺肥大  
記憶差  
睡眠差



# 生活壓力事件：“why?”

- 失落：學業、工作、健康、愛情、  
婚姻、理念、自由、經濟。
- 喪親：配偶，至親。
- 創傷：身體或性虐待
- 媒體傳播與模仿



# 自殺防治守門人訓練



# 自殺防治守門人 123 步驟—就像 CPR

1 問

- 主動關懷與積極傾聽

2 應

- 適當回應與支持陪伴

3 轉介

- 資源轉介與持續關懷

# 我要問甚麼？

簡式健康量表及老人憂鬱量表



# 簡式健康量表

## 心情溫度計



五大評量每週自我檢測

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. 感覺緊張不安	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. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
1~5題總分	<input type="checkbox"/> 0-5分	<input type="checkbox"/> 6-9分	<input type="checkbox"/> 10-14分	<input type="checkbox"/> 15分以上	
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4



# 分數說明

- 1 至 5 題之總分：
  - 0-5 分：身心適應狀況良好。
  - 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
  - 10-14 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。
- 第六題（有無自殺意念）單項評分。  
本題為附加題，本題評分為 2 分以上（中等程度）時，  
即建議尋求專業輔導或精神科治療。

# 老人憂鬱量表

## • 憂鬱量表 GDS-15

序號	題目	① 是	② 否	您的分數
1	基本上，您對您的生活滿意嗎？	0分	1分	
2	您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？	1分	0分	
3	您是否大部份時間精神都很好？	0分	1分	
4	您是否害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	1分	0分	
5	您是否覺得「現在還能活著」是很好的事？	0分	1分	
6	您是否常常感到厭煩？	1分	0分	
7	您是否常常感到無論做什麼，都沒有用？	1分	0分	
8	您是否覺得您現在活得很沒有價值？	1分	0分	

# 老人憂鬱量表

## • 憂鬱量表 GDS-15

9	您是否減少很多的活動和嗜好？	1分	0分	
10	您是否覺得您的生活很空虛？	1分	0分	
11	您是否大部份的時間都感到快樂？	0分	1分	
12	您是否覺得您比大多數人有記憶不好的困擾？	1分	0分	
13	您是否覺得精力很充沛？	0分	1分	
14	您是否感覺您現在的情況是沒有希望的？	1分	0分	
15	您是否覺得大部份的人都比您幸福？	1分	0分	
您的總分		_____分		

# 老人憂鬱量表分數說明

- 總分 0-4 分
  - 低風險
- 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。



# 會談步驟

早期

建立關係

Support! Support! Support!

協助處理問題



# 會談步驟

## 中期

順水推舟

由個案關心之主題轉入症狀

身體不適 --> 心情不好

夫妻吵架 --> 煩



# 會談步驟

後期

一網打盡

完成診斷要件

回饋



# 會談歸納

Make use of your feeling

第六感



# 一 問

- 研究證明：在自殺行動出現之前，會展現出任一形式的線索或警訊，包含口語的、行為的、處境的 (Miller, 1978; Osgood, 1985; ...etc.)
- 行為的漸進：從“意念”到”行動”
- 首要的教育：導正關於自殺的迷思



# 一 問

## • 關於”詢問”的忠告：

- 一感到懷疑，立即詢問
- 如當事人不願接受幫助或不願談論，請堅持下去
- 在隱密的地方談
- 讓當事人放心自在的說，不要打斷他
- 為這個談話撥出一段空檔，傾聽可以救人一命
- 擁有任一有助於此的便利資源，諮詢機構、電話
- 要有“這可能是唯一一次介入幫助的機會”的認知
- 如果你無法詢問關於自殺的問題，找個可以提問的人
- 如何問是其次，重點是”你問了”



# 一 問

- 間接問法

- 你最近是不是感到不快樂？（不快樂到想要結束自己的生命）
- 你是否曾經希望睡一覺並且不要再醒來？
- 覺得活著沒意義，沒價值，也沒有人在乎？

- 直接問法

- 你是否想到要自殺呢？
- 會不會有想不開的念頭？
- 會想尋死？想尋求永遠的解脫？

- 不要這樣問

- 你該不會想要自殺吧？
- 不要跟我說你想自殺喔？！

- 角色扮演



## 二 (回) 應

- 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
- 時機是決定成功的重要因素
- 勸說成功在於減少當事人覺得“被遺棄”的感覺



# 可以詢問的問題

- 自殺意念出現的頻率？
- 出現自殺意念多久了？
- 如曾嘗試自殺，是猶豫不決，或立刻執行？
- 曾尋求幫助嗎？
- 自殺行為或計劃之致命性？
- 自殺計劃的具體性？
- 目前自殺計劃進行到什麼狀況？
- 是否曾想到他人的感受？
- 是否覺得死後週遭的事物會因此改變，或者自己就像漣漪般消逝。

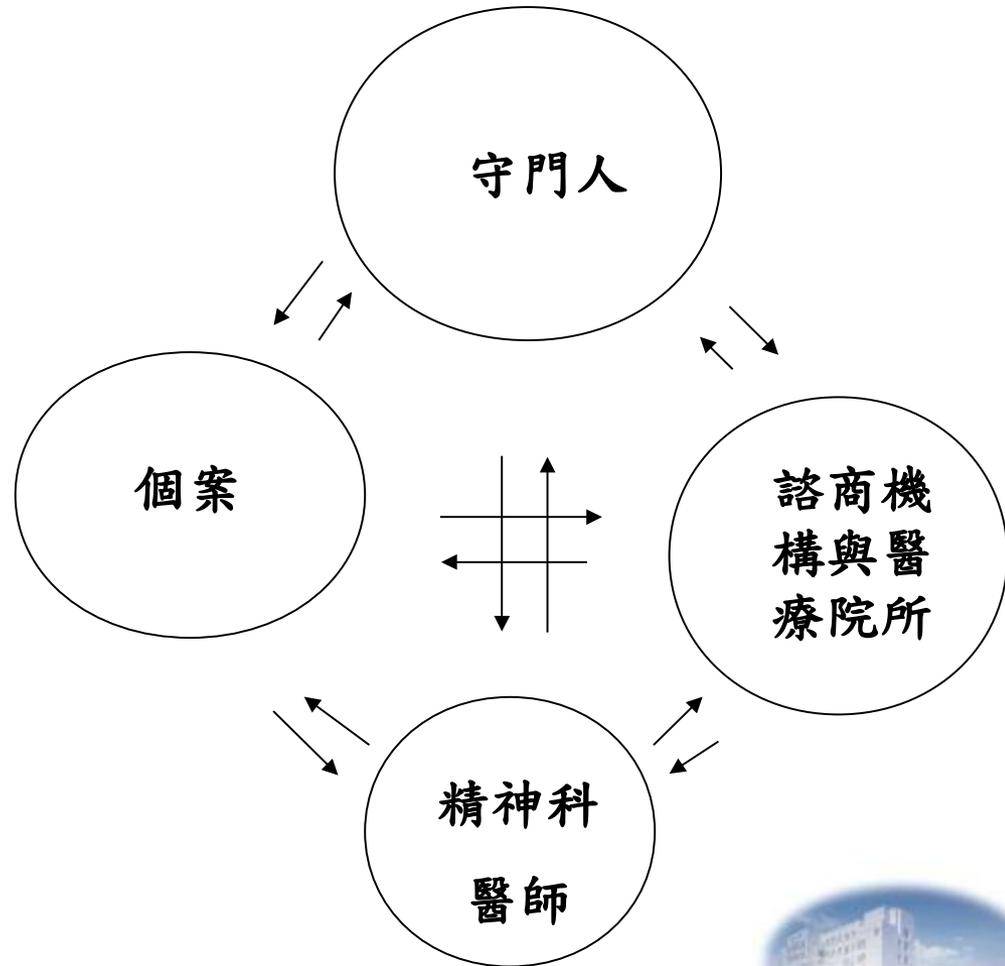


# 可以詢問的問題

- 什麼是支持個案自殺的理由，亦即自殺是如何被合理化。
- 想過用什麼方式自殺嗎？手槍？上吊？割腕？跳樓？投水？服毒？開瓦斯？吸廢氣？（逐一探尋）
- 自殺前做了什麼事？打電話？留遺書？交待後事？  
想找誰說再見？是否有未了的心願？放心不下誰？恨誰？  
怨誰？對不起誰？牽掛誰？
- 為何沒有執行或終止自殺行為？
- 事後對自殺經驗的省思、勇敢或衝動；明智或愚蠢；解脫或逃避

# 三 轉介

- 好的守門人不只被動的阻止自殺，也會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
- 轉介建議
  - 安全與尊重
  - 說明與再保證
  - 推薦



# 轉介個案之注意事項

- 評估個案平時就醫習慣
  - 評估其是否有較習慣的就診醫療院所與固定的主治醫師。
- 轉介個案就醫時
  - 轉介時，建議守門人可先以電話或其他方式告知被轉介醫師有關個案的特殊情況，以加速個案的轉介與處理過程。



# 自殺行為的迷思 -1

- 迷思一：喊著要自殺的人只是說說或想引起他人注意，不會真的去做。
- 迷思二：想自殺的人一心想死，旁人根本插不上手。
- 迷思三：你看看別人過得多好，想開點。
- 迷思四：當情緒變好時，危機也就結束了。
- 迷思五：與透露自殺念頭的人談論自殺，不是反而讓人產生自殺的念頭嗎？

摘自高雄市生命線曙光叢書

## 自殺行為的迷思 -2

- 迷思六：想要自殺的人都是心理上有疾病的患者。
- 迷思七：酗酒吸毒能發洩憤怒，說不定能夠降低自殺風險。
- 迷思八：曾經自殺過的人，這一輩子都有自殺傾向
- 迷思九：自殺者就像出水痘一樣，只要倖存下來就永遠都不會發生

# 自殺的危機處理

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...）

# 自殺的危機輔導

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



# 自殺的危機處理

1. social restrain
2. chemical restrain
3. physical restrain

# 處理自殺自傷個案的原則

- 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



# 自殺責任通報及網絡資源運用



# 臺南市自殺通報及關懷自治條例

101.12.21 臺南市政府公布

- 第四條 臺南市政府（以下簡稱本府）所屬機關學校辦理失業服務及受理通報為高風險家庭、重大傷病患者、獨居老人、性侵害被害人、家庭暴力被害人、毒品使用者等，知悉受理對象出現重度情緒困擾時，應先辦理自殺危險性評估，經評估為自殺意念者，提供必要之心理關懷與支持。
- 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。
- 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。

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。

# 自殺通報關懷流程

通報單位 (包含醫療衛生、警察、消防、民政、教育、社政、勞政等相關單位)

紙本自殺通報  
(於接獲自殺個案  
24小時內通報)

FAX

個案現居地所  
在縣市衛生局

線上自殺通報  
(於接獲自殺個案  
24小時內通報)

衛生署便民網自殺通報系統

通報發生地所在  
縣市衛生局協尋

不完整

現居地  
是否完整

完整

現居地衛生所或心衛中  
心

訪視

填寫自殺個案訪視紀錄暨轉介回覆表  
(自殺日期後兩週內)

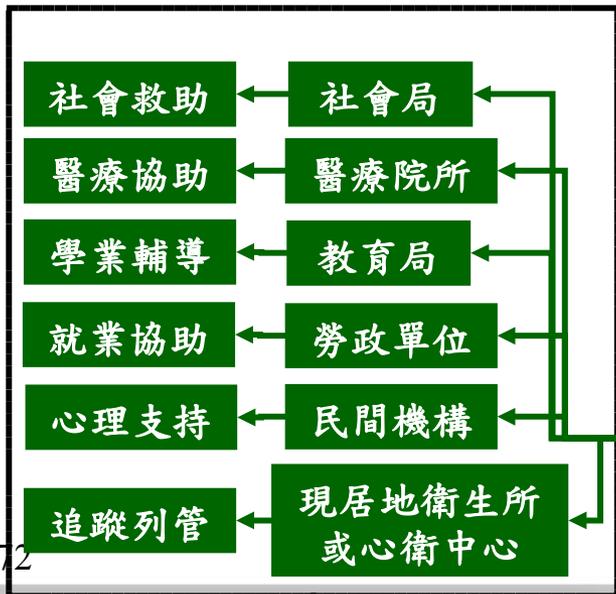
轉介政府、  
民間、社會  
支援機構

需轉介

是否  
轉介

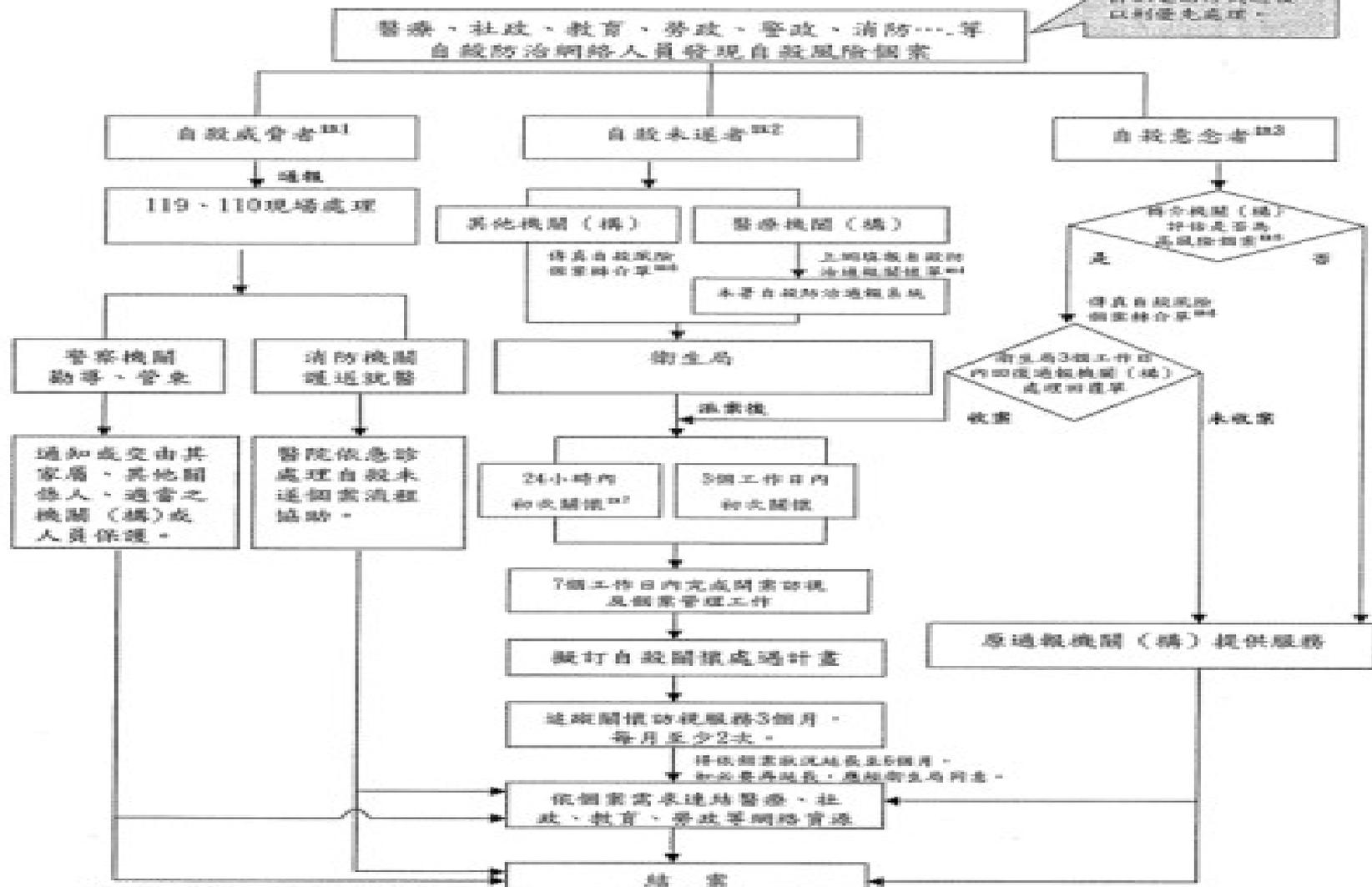
不需轉介

定期  
關懷訪  
視



# 自殺防治網絡自殺風險個案處理流程

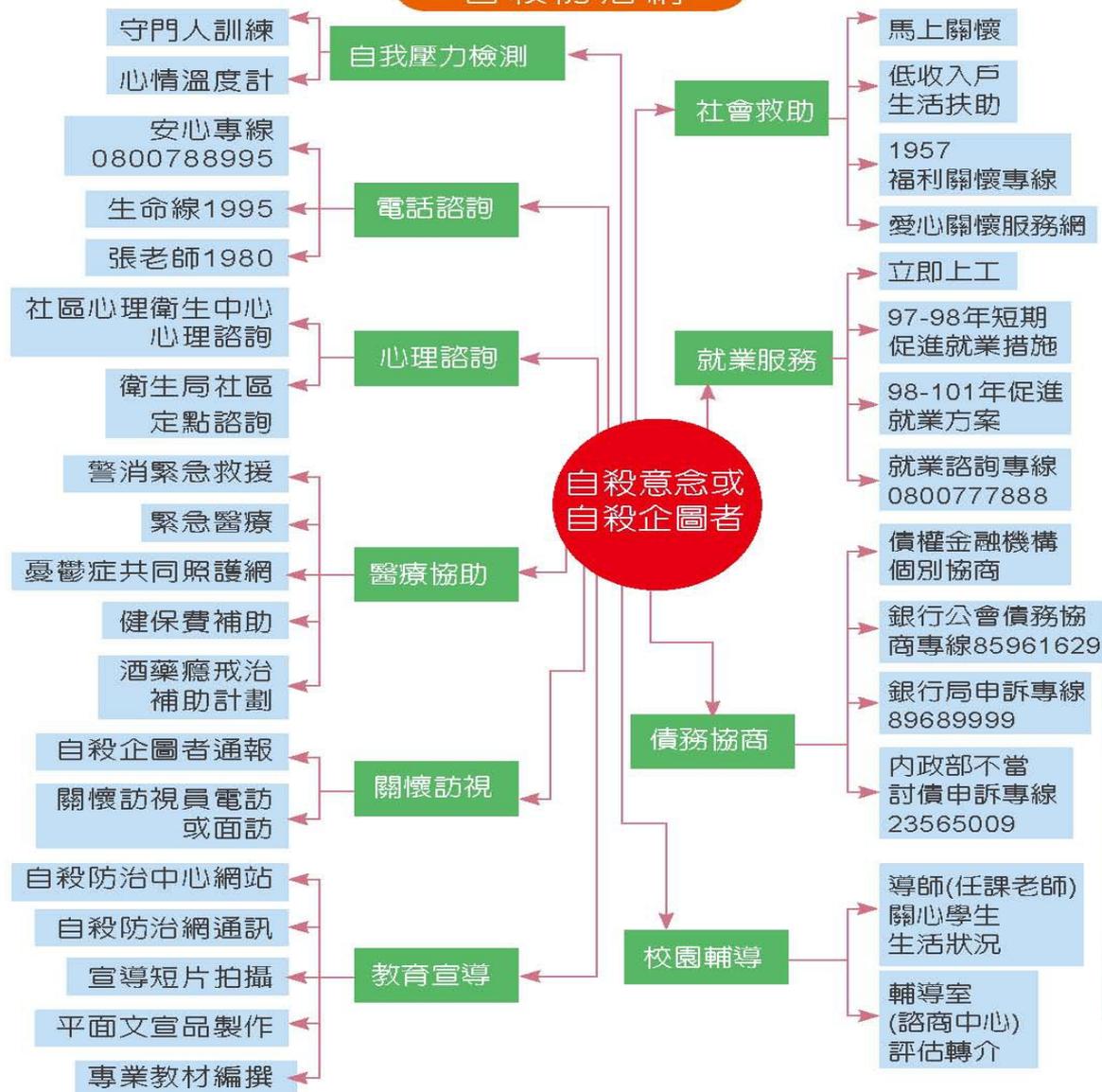
如有緊急個案需要衛生局配合處理，應合併以電話方式通報，以利優先處理。



- 註1：自殺威脅者：係指準備執行自殺行動者。
- 註2：自殺未遂者：係指有自殺行為，但未遂者。
- 註3：自殺意念者：係指心存自殺想法，尚未付诸行動者。
- 註4：自殺防治通報轉介單如附表1。
- 註5：自殺風險評估表如附表2。
- 註6：自殺風險個案轉介單如附表3。
- 註7：若通報個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、跳溪、汽車衝溪、開瓦斯、跳橋或夏屋者，應於24小時內進行初次關懷。

# 相關資源

## 自殺防治網



相關資源

# 心情不好時

可撥打下列電話：

1. 免付費 24 小時安心專線 「 0800-788-995 」

2. 本市心理諮商預約專線

06-3352982( 林森辦公室 )

06-6377232( 東興辦公室 )

