

自殺防治守門人

主講人：張少珠 護理長

大綱

- 自殺現狀
- 自殺行為原因與歷程
- 自殺評估與預測的挑戰
- 自殺者警訊
- 自殺護理照護

前言

- 減少社會悲歌現於在各界努力下，我國於2019-05-31立法院三讀通過自殺防治法，使得已持續推行14年的國家自殺防治策略具備明確法源依據。自殺防治法草案總則明白指出：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。



自殺現況

Facts of Suicides

自殺行為分類

- 定義：世界衛生組織對自殺定義指個人企圖有意識傷害自己的身體，以達到結束自己生命的行為。
- 自殺行為分類：
 1. 自殺意念 (Suicide ideation) 有自殺想法及念頭，但無具體自殺計畫及方法。
 2. 自殺企圖 (Suicide attempts) 有自殺想法、計畫及行動，但並未成功。

自殺行為分類

■ 自殺行為分類（續）

3. **自殺成功**（Completed suicide）造成死亡的自殺行動。
4. **作態性自殺**（Suicide gestures）以不會造成死亡的自殺行動作為手段，進而達到其真正的目的。
5. **自殺威脅**（Suicide threats）口頭或書面表達自殺想法，但無自殺的行動。

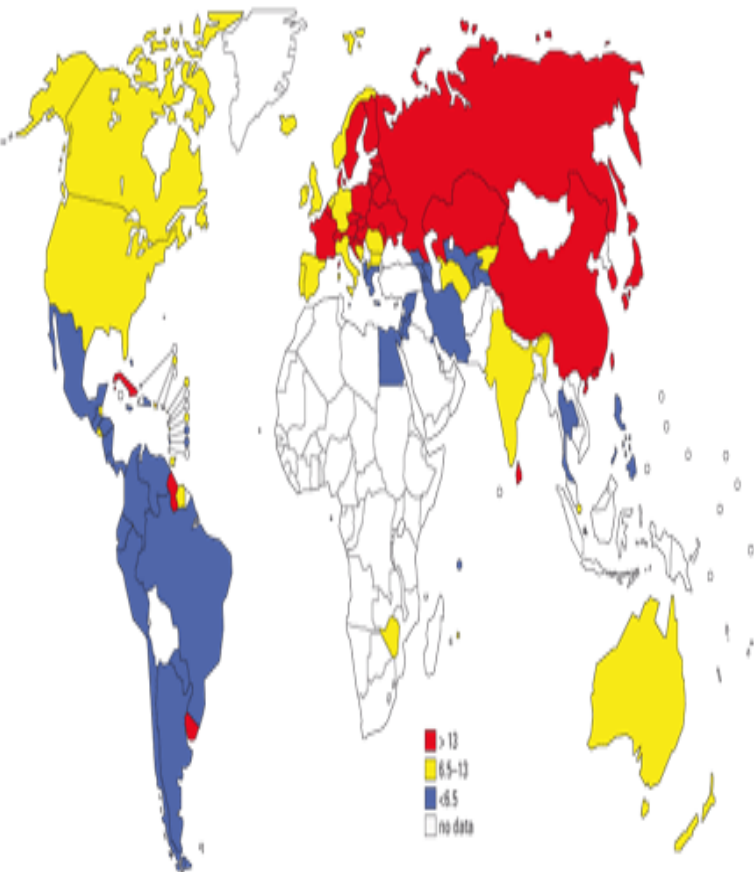
自殺是嚴重的公共衛生議題

- WHO:
 - 每天全世界有1000人死於自殺
 - 全世界一年有一百萬人死於自殺
- 每1個自殺死亡的案例的背後
 - 有20個自殺獲救的個案
 - 有100個自殺想法的個案
- 自殺在台灣:
 - 自83年連續九年列在十大死因之一，94年全國共有4300人死於自殺，較前一年增加22%，十年來成長112%。
 - 衛生署在93年9月21日成立國家自殺防治中心。
 - 99年後自殺死亡連續14年退出國人十大死因，居第11位。
 - 2025年台灣的自殺率約為每十萬人口 16.7 人。自殺已成為台灣的主要公共健康問題之一，尤其在青少年和老年人群體中更為突出。

Global view of suicide – WHO, 2007

2024

Map of suicide rates
(per 100 000; most recent year available as of 2007)



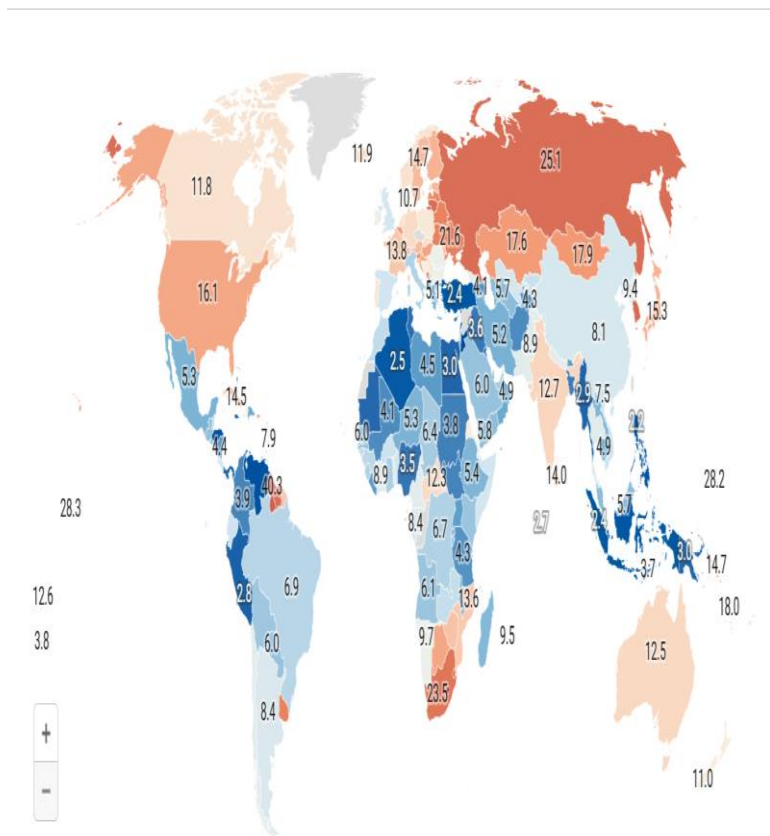
The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the distribution of its frontiers or boundaries. Dashed lines represent approximate border lines for which there may not be full agreement.

WHO/06.160

整體自殺率 (每10萬人)

男性自殺率 (每10萬人)

女性自殺率 (每10萬人)



使用Datawrapper

頂部↑

最後的↓



2019年自殺率 (每10萬人) ?

輸入搜尋

1. 賴索托 72.4
2. 蓋亞那 40.3
3. 史瓦濟蘭 29.4
4. 韓國 28.6
5. 吉里巴斯 28.3
6. 密克羅尼西亞 28.2

台灣與東南亞國家自殺粗死亡率比較

2022年台灣自殺死亡人數共3,787人(男2419人、女1368人)，死因排名第十二位，每十萬人口死亡(粗死亡率)16.2人，超過東南亞所有國家。

新加坡 11.2 (每十萬人口之自殺死亡人數)

泰國 8.8

越南 7.5

馬來西亞 5.7

寮國 5.4

柬埔寨 4.9

東帝汶 3.7

緬甸 2.9

汶萊 2.7

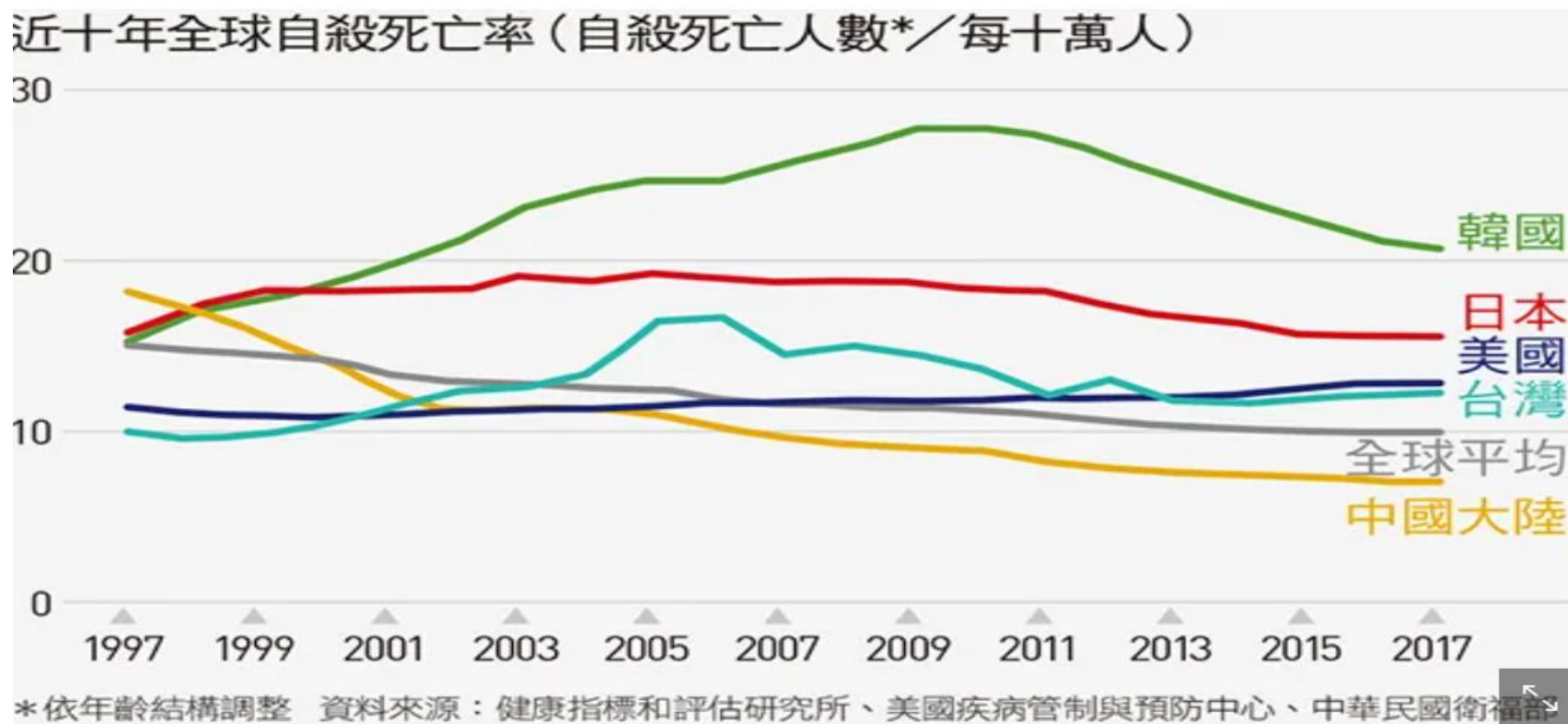
印尼 2.4

菲律賓 2.2



平均每天有10人自殺

亞洲鄰近地區自殺粗死亡率比較

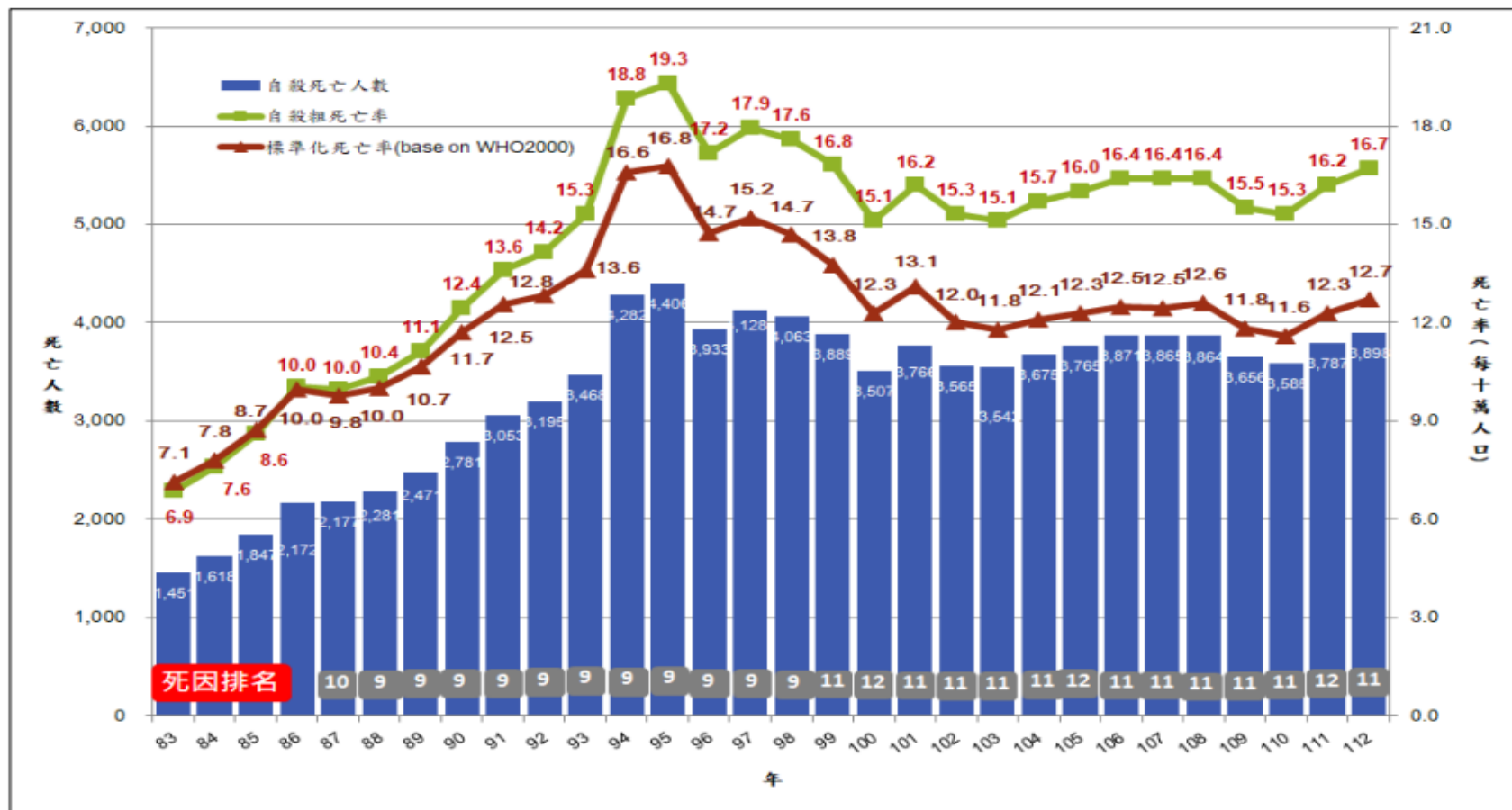


台灣、美國卻是這波趨勢中的例外，美國從2000年前後自殺率便逐步攀升，而台灣也從2014年開始緩緩上升

台灣自殺死亡現況分析

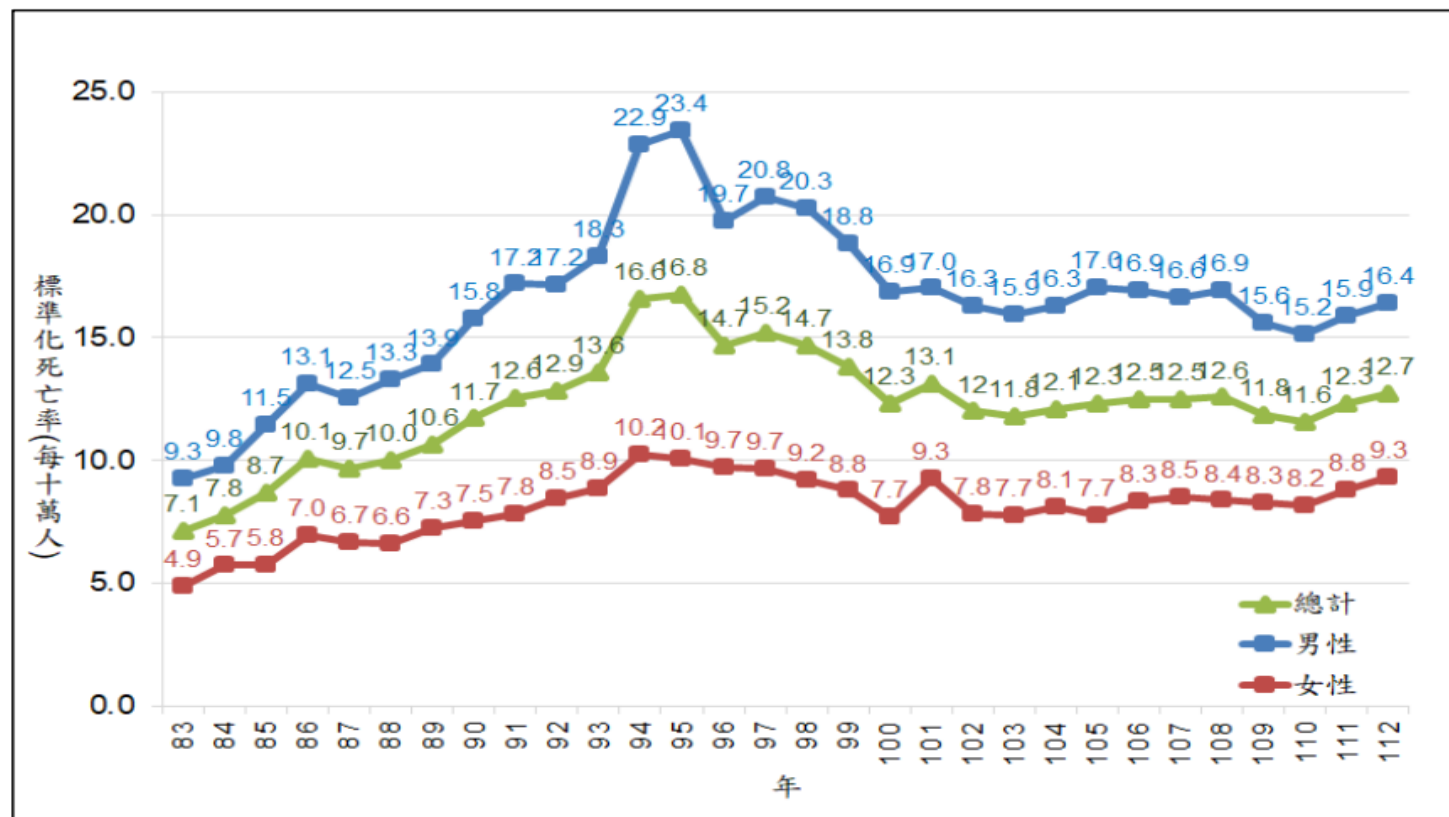


83年至112年全國自殺死亡人數 / 死亡率



圖一、歷年全國自殺死亡人數及死亡率趨勢

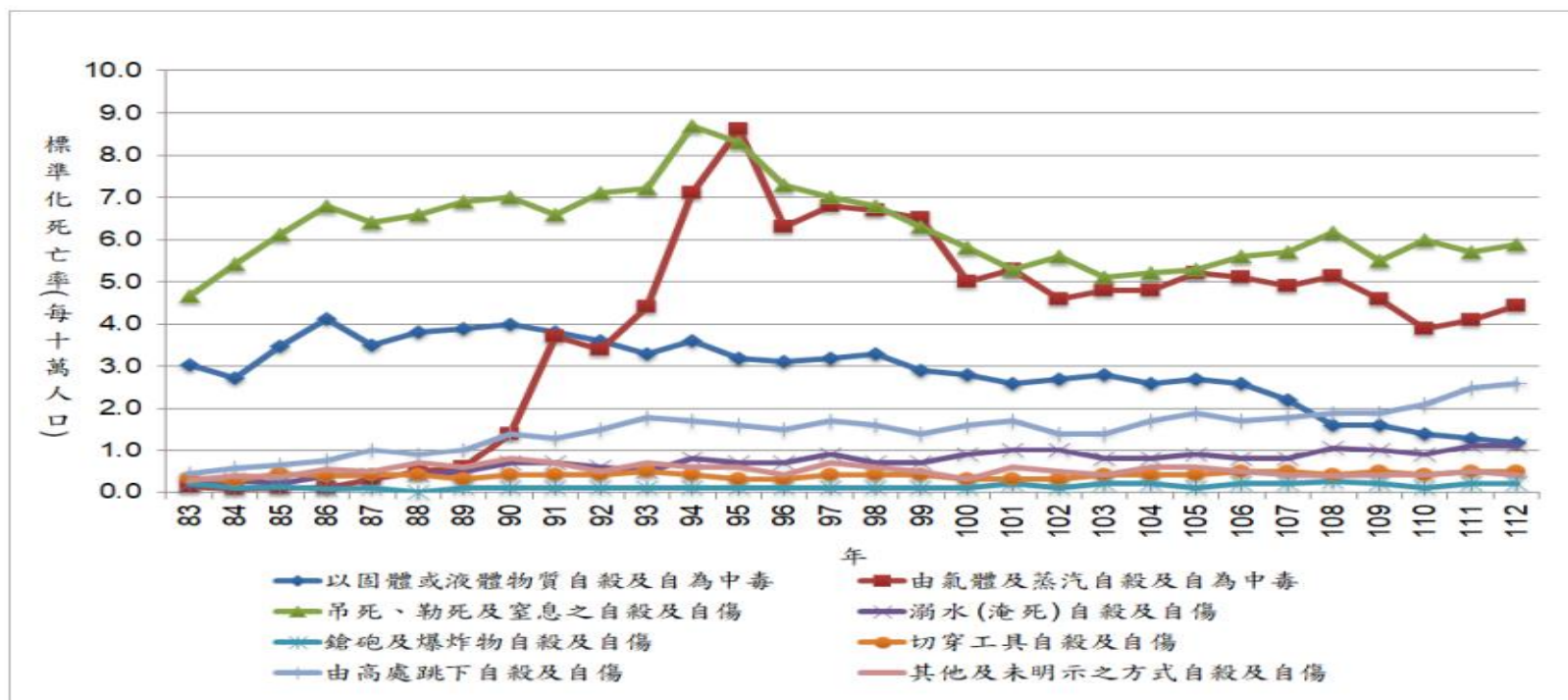
83年至112年全國性別自殺死亡人數/自殺死亡率



圖二、歷年性別標準化自殺死亡率

摘自file:///C:/Users/user/Downloads/112年自殺死亡及通報之性別分析(心理健康司)

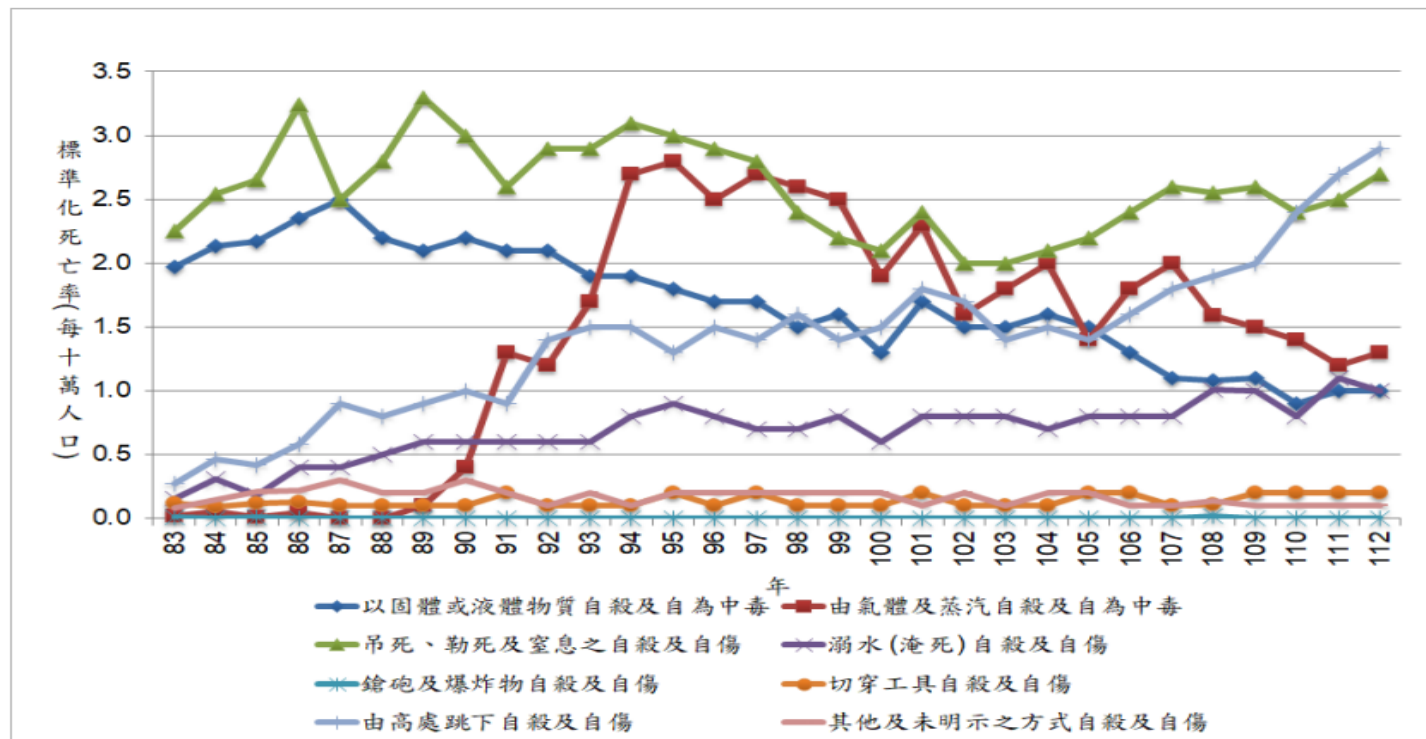
民國83年至112年各性別自殺方法通報占率



圖三、歷年男性自殺方式標準化死亡率

以「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」，為男性所有自殺死亡中比例最高之方法(摘自台灣自殺防治學會)

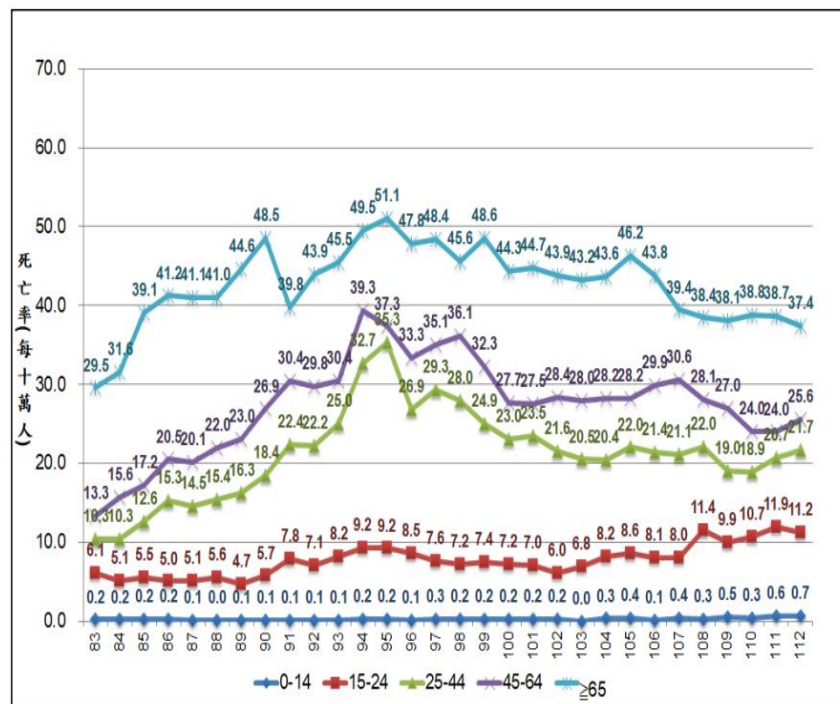
83年至112年全國自殺方法別占率



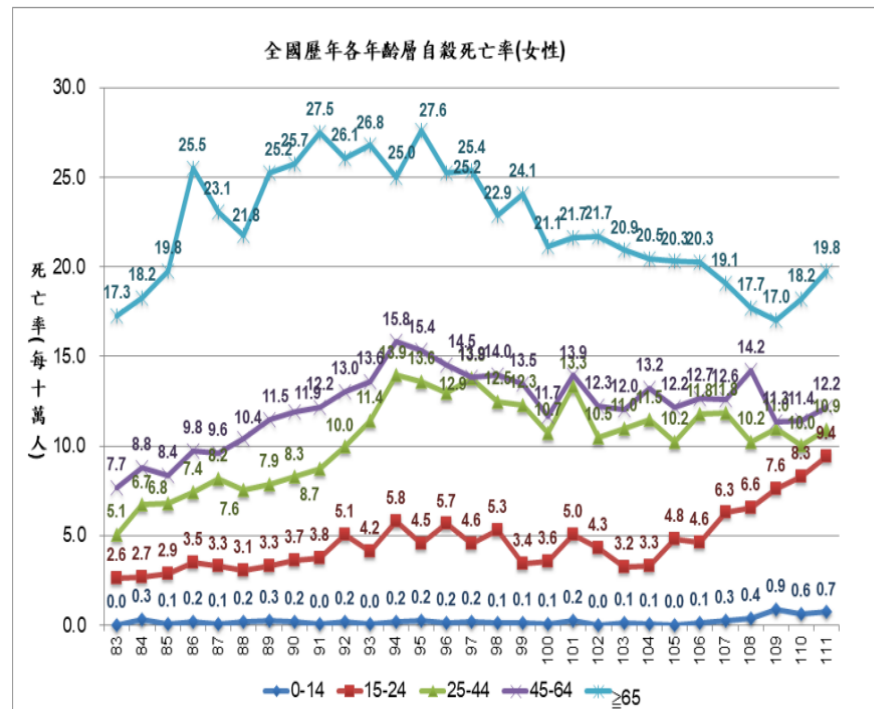
圖四、歷年女性自殺方式標準化死亡率

以「由高處跳下」、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」約占六成，為女性所有自殺死亡中比例最高之方法(摘自台灣自殺防治學會)

83年至112年全國年齡層別自殺死亡人數/自殺死亡率



圖五、男性歷年各年齡層自殺死亡率



圖六、女性歷年各年齡層自殺死亡率

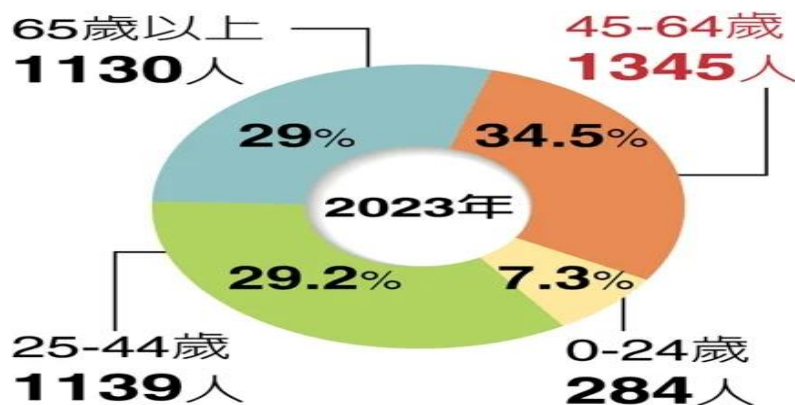
112年男性以25-44歲、45- 64歲呈現上升；女性近年以15-24歲、65歲以上自殺死亡率上升

112年自殺死亡現況分析

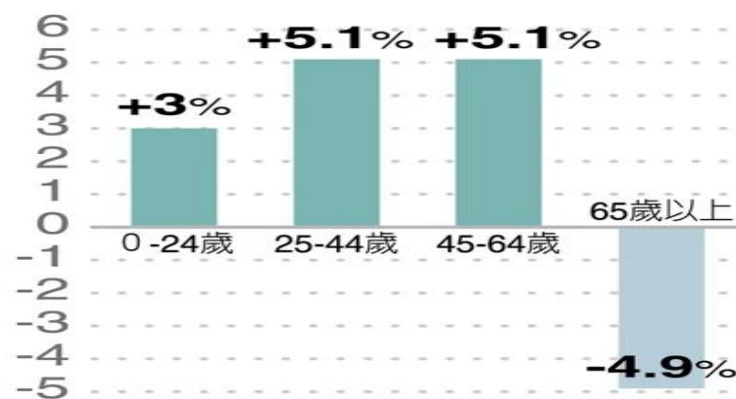
近年自殺死亡攀升



自殺死亡年齡分布



各年齡自殺年增率



資料來源／衛福部 製表／元氣中心

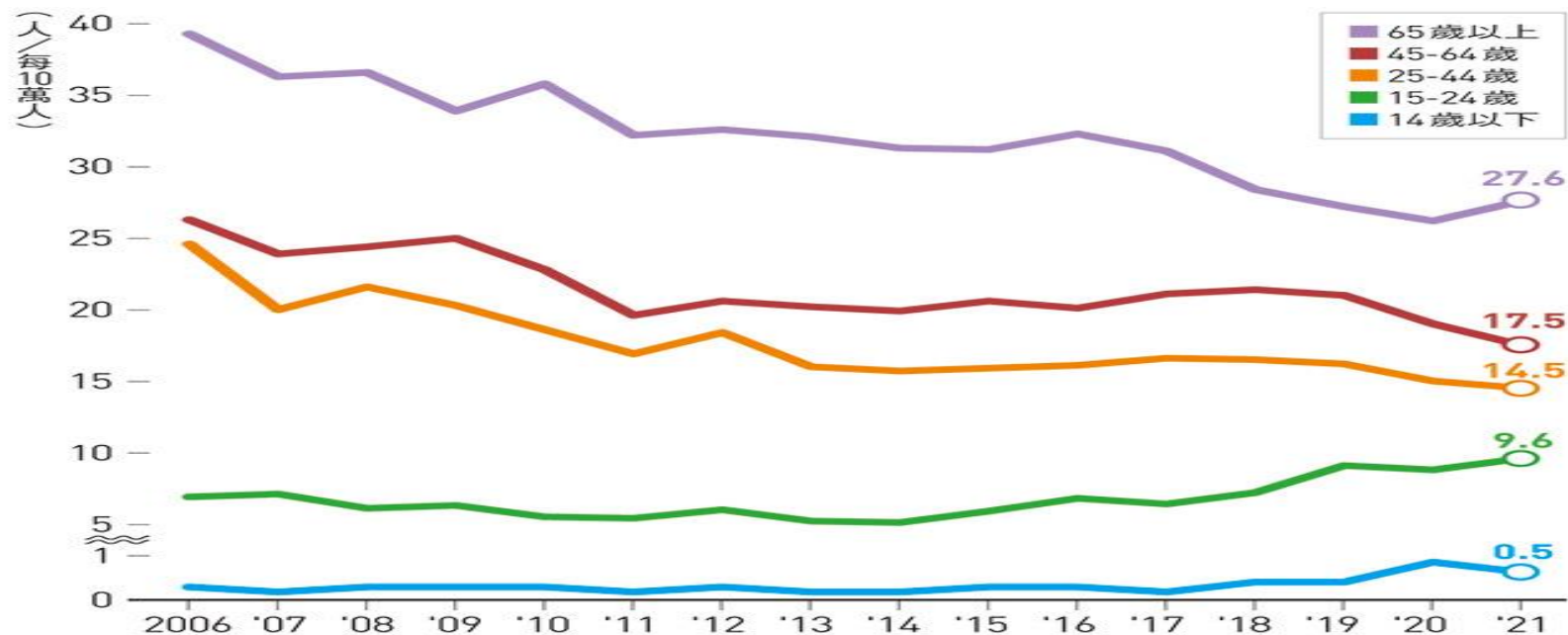
編輯／翁海玲 視覺／楊國長

聯合報

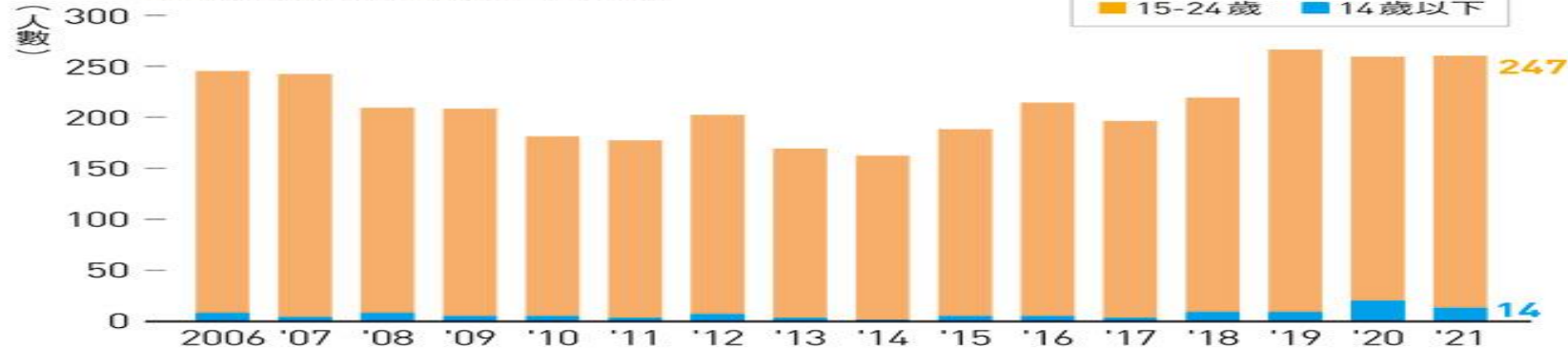
2024.06.17製表

警訊！15～24歲自殺人數成長趨勢明顯走高

——各年齡層自殺粗死亡率



——年輕族群自殺死亡人數



資料來源：衛福部 整理：簡惠茹

全國各縣市自殺死亡人數/自殺死亡率及比較



	97年	111年
死亡率	縣市	縣市
0.0-12.3	澎湖縣、金門縣、連江縣、嘉義市	金門縣、新竹縣、新竹市
12.4-17.0	台北市、新竹縣、桃園縣、台中縣、台東縣、台南市、台中市	連江縣、台北市、新北市、桃園市、台中市、彰化縣、澎湖縣
17.1-21.8	彰化縣、宜蘭縣、新竹市、花蓮縣、台北縣、苗栗縣、高雄市、高雄縣、台南縣、雲林縣、屏東縣	宜蘭縣、花蓮縣、雲林縣、南投縣、嘉義市、嘉義縣、台南市、高雄市、台東縣、屏東縣
21.9-26.5	嘉義縣、基隆市、南投縣	苗栗縣、嘉義縣、基隆市、

- 精神醫學部資深主治醫師方俊凱表示，各縣市自殺率高低與經濟條件、醫療資源、環境氣候、民眾利用心理諮商的程度有所差異。 摘自 2023-09-18 21:32:40 聯合報

自殺通報關懷系統現況分析

**自殺防治通報系統**
Suicide Prevention System

帳號註冊

使用本系統功能前，請先註冊您的專屬帳號

[前往註冊](#)

[註冊說明](#)

[帳號重新申請/撤銷申請](#)

我要通報

提供非衛生單位者通報個案，
衛生單位者請使用憑證IC卡登入系統進行通報

[前往通報](#)

[擴大通報說明](#)

衛生單位登入

提供衛生單位使用憑證IC卡登入本系統

[憑證登入](#)

[FIDO登入](#)

[申請臨時帳號](#)

公告訊息

114年4月10日系統資料庫維護通知	2025/04/10
2025/01/17客服電話暫停服務公告	2025/01/17
「珍重生命溫心送關懷」服務措施	2025/01/14
HCAServSign(醫事憑證元件)更新，請下載最新版本	2024/07/09
三日內訪視成功統計報表邏輯調整通知	2023/11/09
年月報通報個案統計報表功能上線通知	2023/09/07
訪視紀錄登打時效報表功能上線通知	2023/09/06
派遣後三日內訪視成功系統查詢及報表功能上線通知	2023/09/01

關懷資源

1925衛生福利部安心專線(男性關懷專線)
用陪伴打開心房，用傾聽給予力量，24小時免付費心理諮詢專線，
1925(依舊愛我)安心專線

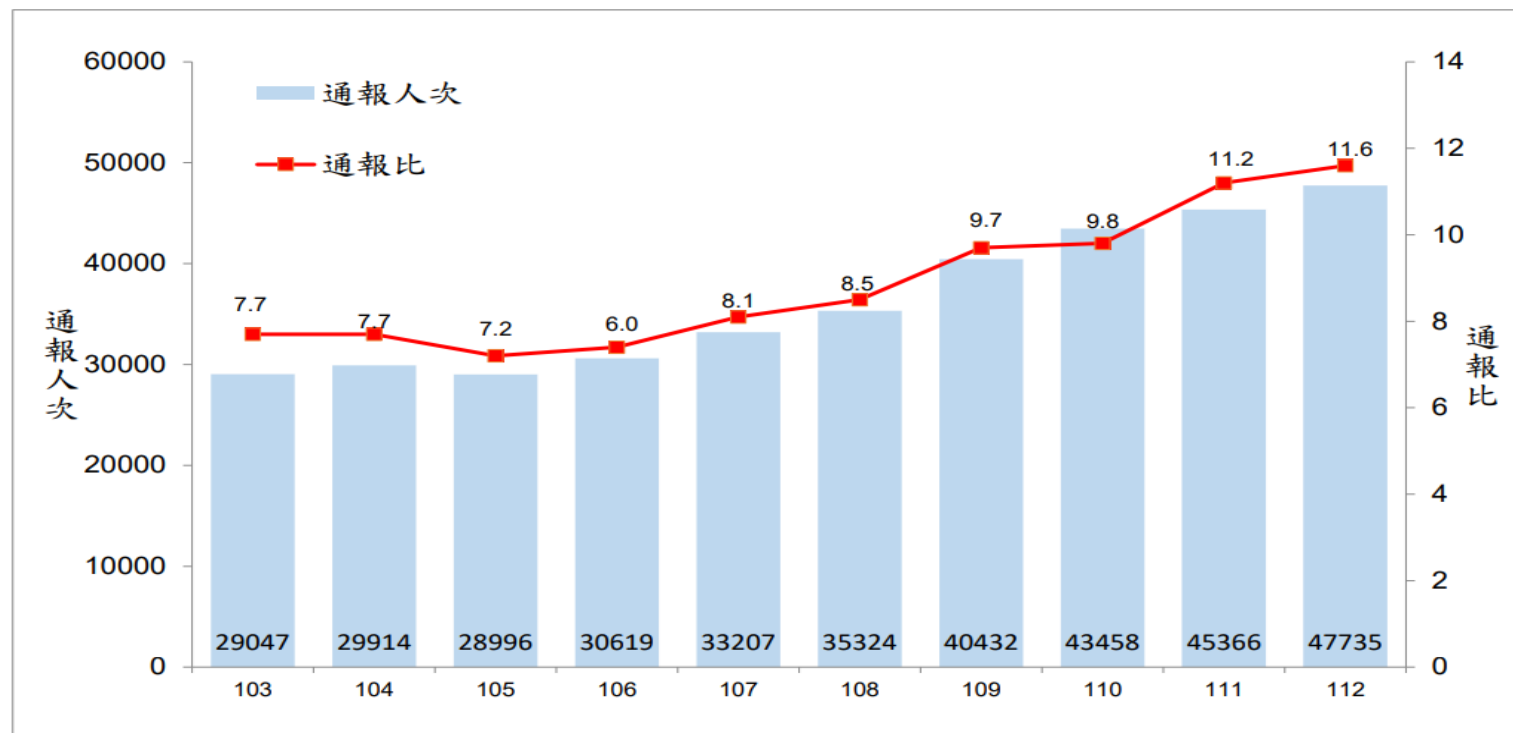
心據點
查詢各地區
心理資源地圖

自殺防治系列手冊
下載各類
自殺防治系列手冊

BSRS量表
心情溫度計
提供BSRS量表檢測

[更多電話諮詢](#)

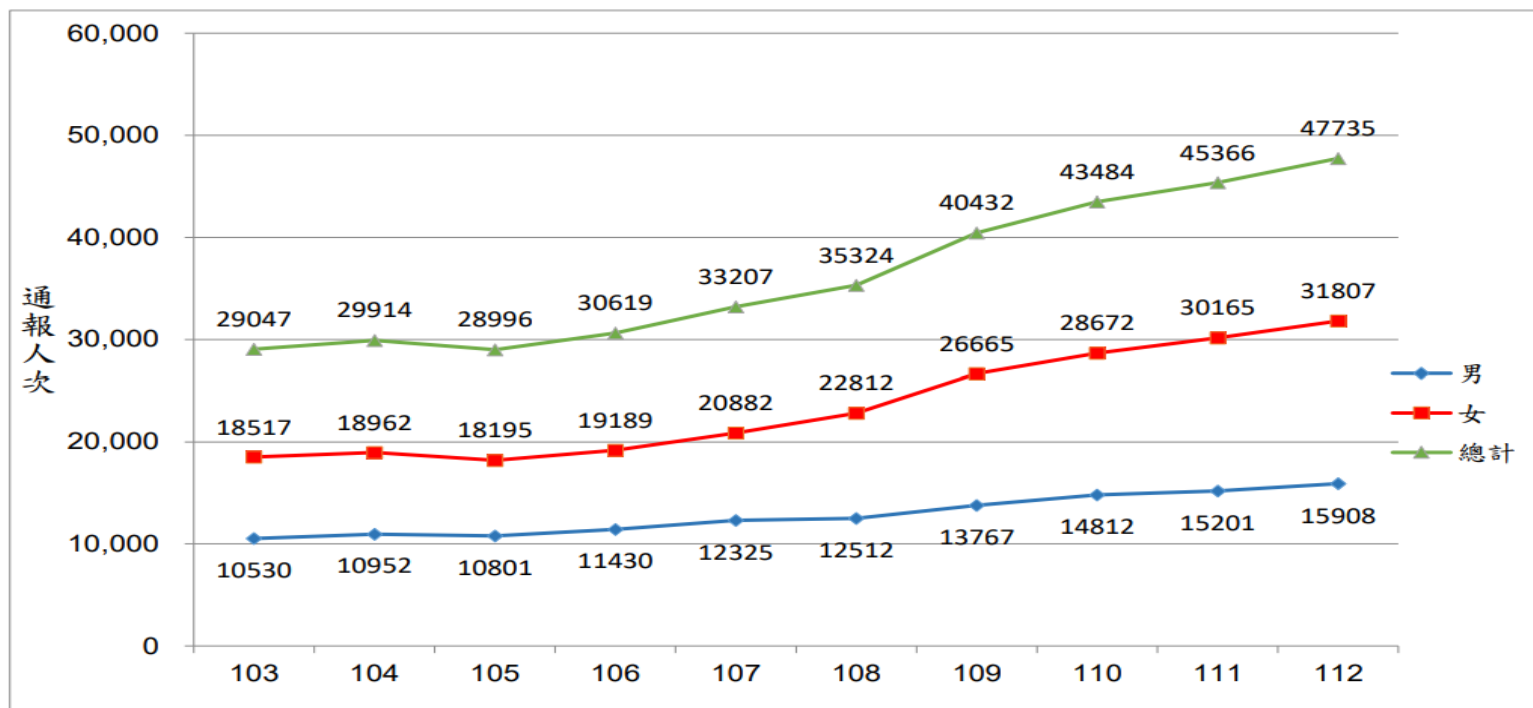
民國103年至112年全國自殺通報圖



圖八、歷年全國自殺通報趨勢圖

- 108年6月19日自殺防治法公布施行後，自殺通報為法定辦理事項，自殺通報人次明顯上升。

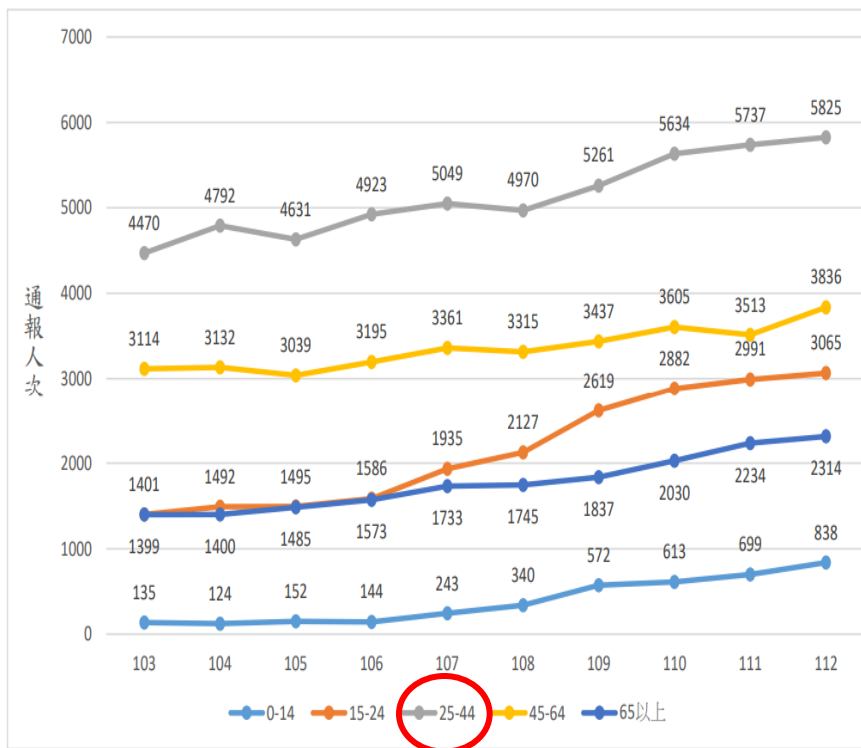
民國103年至112年性別自殺通報



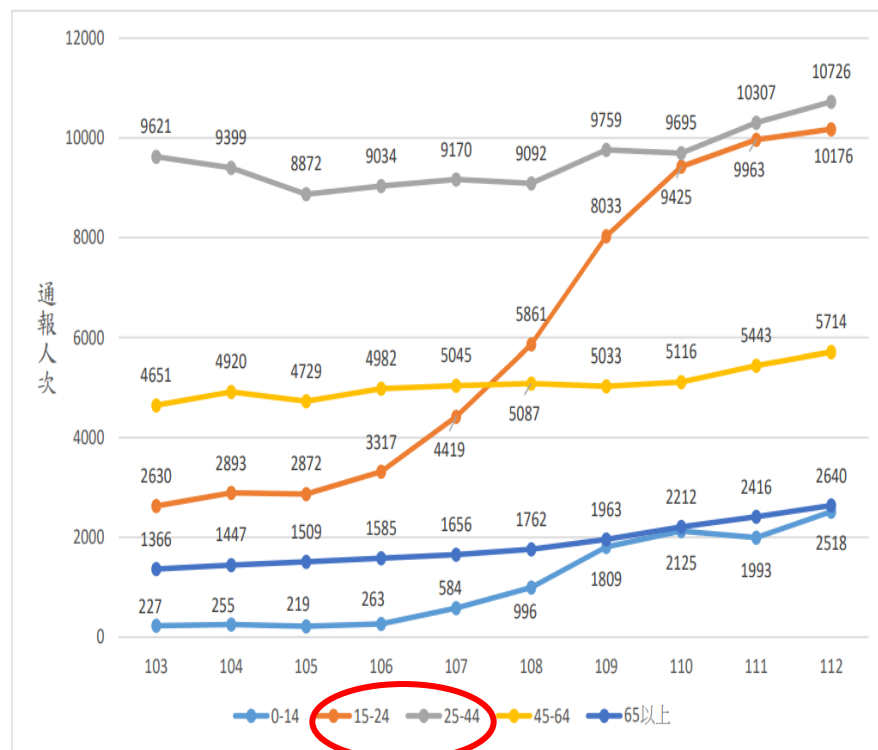
圖七、歷年全國性別自殺通報趨勢圖

- 女性通報人次約為男性2倍

民國103年至112年性別自殺通報人次趨勢圖



圖九、歷年男性自殺通報人次趨勢圖



圖十、歷年女性自殺通報人次趨勢圖

自殺趨勢分析小結

- 自殺死亡連續14年退出國人十大死因，居第11位。
- 自殺死亡率於95年達到高峰後逐漸下降至103年，103年至108年微幅增加，109及110年疫情期間則下降，111年較疫情期間略為增加，112年回到疫情前水平。
- 整體而言，男性死亡率是女性的1.8倍。
- 自殺方式分析，男性自殺死亡率，歷年以上吊、氣體及蒸汽、固體及液體等方式較高，但自108年起，高處跳下已經攀升至第3高；
- 女性則自111年起，以高處跳下為最高，上吊居次，氣體及蒸汽、固體及液體、溺水等。

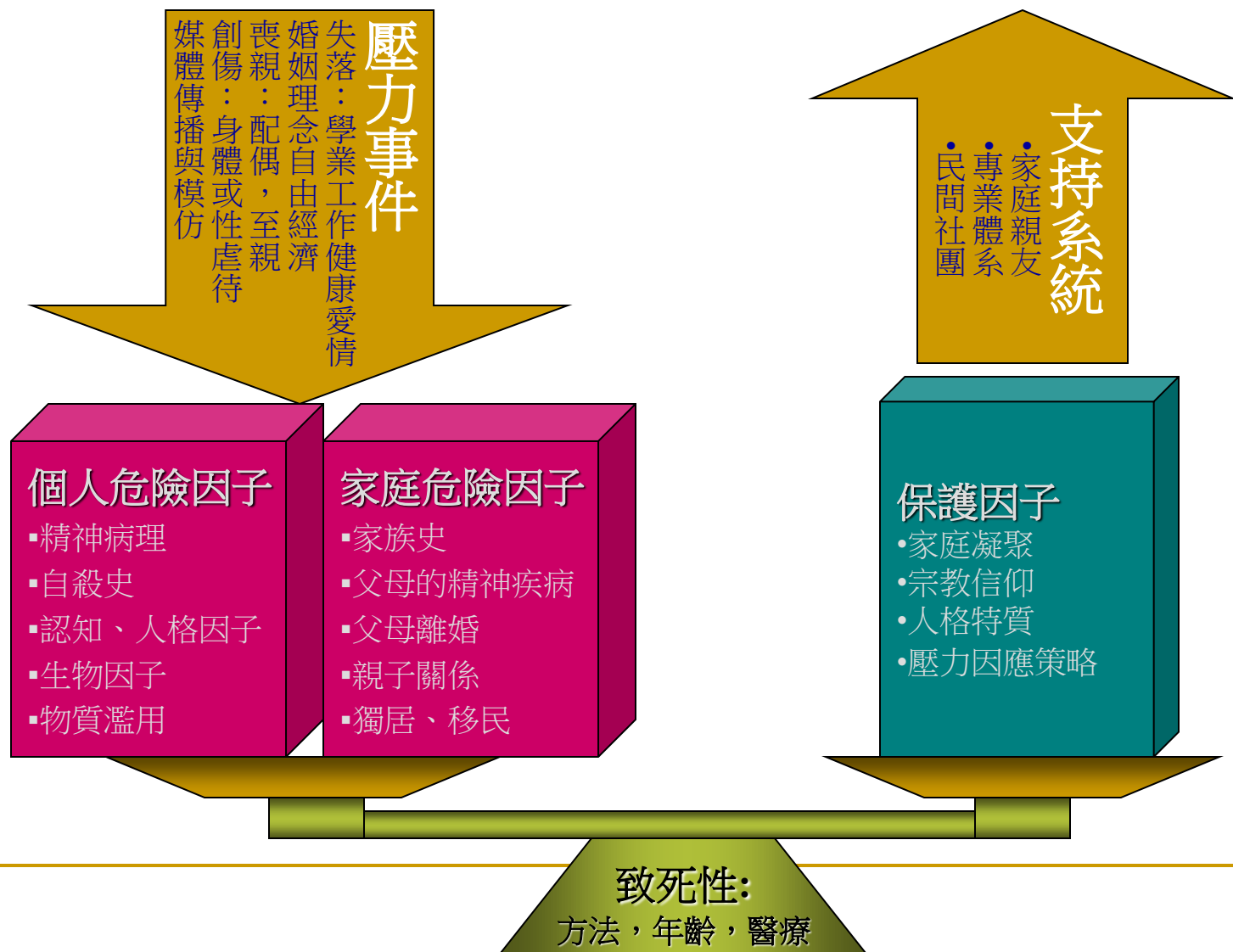
自殺趨勢分析小結

- 108年6月19日自殺防治法公布施行後，自殺通報為法定辦理事項，自殺通報人次明顯上升，女性通報人次約為男性2倍。
- 近10年自殺通報比(自殺企圖通報人次÷自殺死亡人數)呈增加趨勢，女性為男性3.9倍。
- 於男性與女性自殺通報原因，則均以「精神健康／物質濫用」(「憂鬱傾向或罹患憂鬱症或其他精神疾病」)及「情感／人際關係」(「家庭成員問題」)為主。

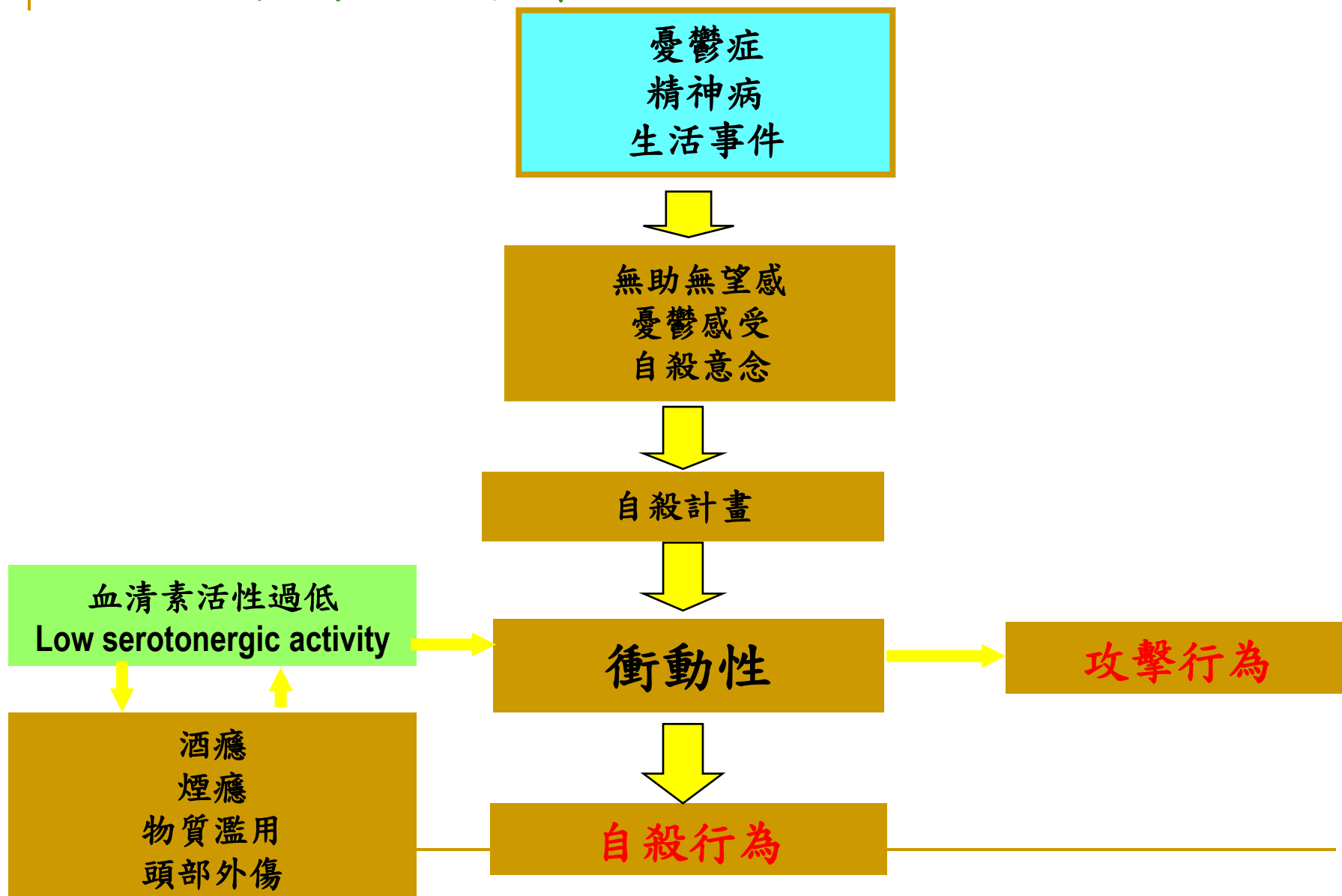
自殺行為原因與歷程



自殺成因概念架構



自殺行為的精神病理模型



自殺行為觀點

- 自殺行為的社會因素
- 自殺行為的心理因素
- 自殺行為的生物因素
- 自殺行為的環境因素

自殺行為的社會因素

自殺與社會事件的關連

當社會發生重大變化時，例如失業率的攀升、重大的自然天災……等，人類的自我毀滅傾向便會增加。

◆自殺事件對社會的影響

自殺對社會的衝擊相當龐大，不僅影響個人的健康，家庭也需付出極大的成本，其對社會影響

◆卡債危機與自殺的關連

◆詐騙與自殺的關連

自殺行為的心理因素

◆佛洛伊德以心理分析的角度，提出人類存有「生之本能」與「死之本能」，在潛意識裡會同時存在希望生存下去與想死或傷害自己和別人的欲望，而當死之本能壓過生之本能時，人就有自殺的傾向。

◆喬伊納(Thomas Joiner)的人際-自殺論

喬伊納認為自殺意念的組成，必須要有受挫的歸屬感(thwarted belongingness)以及自覺無能(perceived burdensomeness)兩項要件。而自殺的意念再加上『取得自殺的能力』才能構成致命的自殺企圖。

自殺行為的心理因素

■ 自殺者的心理認知特質：

1. 思考二元化：

自殺者的思考傾向於二元化，不是全好就是全壞，對於事情的看法只有絕對的對錯，認為一切只有黑白，沒有界於中間的灰色地帶。

2. 認知僵化，喪失解決問題能力：

自殺者在感覺外界的環境刺激是僵化的，並且沒有能力去辨認與處理問題，他們的認知是固定、僵化且沒有彈性的。

■ 3. 記憶型式的障礙：

自殺者在處理過去記憶時會呈現出模糊與簡化的狀態，因此對於其問題解決能力便有所阻礙。

自殺行為的生物因素

◆壓力反應系統

人們對於壓力、挫折的最基本反應包括『戰與逃』（fight and flight）。當人體處於壓力的情境下時，身體的內分泌系統會與自律神經系統互相影響，並且也控制體內的免疫系統；當人面對壓力的時候，會有大量的荷爾蒙分泌，這些化學物質就會進而改變腦部的功能，往往容易造成情緒起伏大、容易出現激動、衝動的行為。

自殺行為的生物因素

內分泌系統

1. Dopamine（多巴胺）：

根據研究指出，患有精神疾病以及出現自殺行為的個案，其腦中的多巴胺濃度比正常人減少許多。

2. Serotonin（血清素）：

血清素這種神經傳導物質具有能夠穩定情緒的功能。近代西方的研究發現，與沒有自殺行為者相較，自殺者的大腦前額葉皮質（調控行為抑制的中樞）中的血清素含量較低；另外，也有研究發現，憂鬱症、衝動、與攻擊性的行為也與大腦中血清素濃度降低有關。

3. cortisol（皮質醇）：

當人體處於壓力的情況下，腎上腺會分泌一些所謂的『壓力荷

爾蒙』，包括：ad-renaline（腎上腺素）、cortisol（皮質醇）、DHEA（去氫上男性脂）。

自殺行為的環境因素

- 在環境部分（Environmental, E），非直接因素包含個案所生存的環境，像是城市、鄉村或自然，包含個案選擇的生存空間，像是住所室內空間大小、個人空間，也包含季節變化與光照，

自殺的風險與保護因子(個人)

遠因風險(非直接)	近因風險(直接)	保護因子
精神疾病	強烈壓力生活事件	強化因應技巧
物質使用疾患	與父母或男友女友爭吵	早期辨識精神或物質使用疾患
身心共病	個人失敗或羞辱監禁	適當治療精神或物質使用疾患
神經化學脆弱體質	過去喪失獨立	適當醫療照護
家族自殺或精神疾病史	其他生活事件, 失落	
身體或性虐待	無望感, 中毒, 恐慌發作,	
過去自殺企圖	中風	

自殺的危險與保護因子 (環境)

遠因	近因	保護因子
破碎失能家庭	傳染效應	家庭凝聚力
槍枝容易取得	家中有槍枝	社會支持
排斥有精神疾病		精神醫療照護
環境缺乏保護因子		適當槍枝保管
社區暴力		適當訓練第一線服務者
憂鬱哀悼		

自殺防治何時介入？

老王是一位失業中年已婚男性

↓
找工作碰壁心情憂鬱失志

↓
喝酒消愁，對妻兒家庭暴力

↓
喝農藥自殺企圖獲救

↓
妻兒不堪困擾威脅離家

↓
最後上吊自殺結束生命

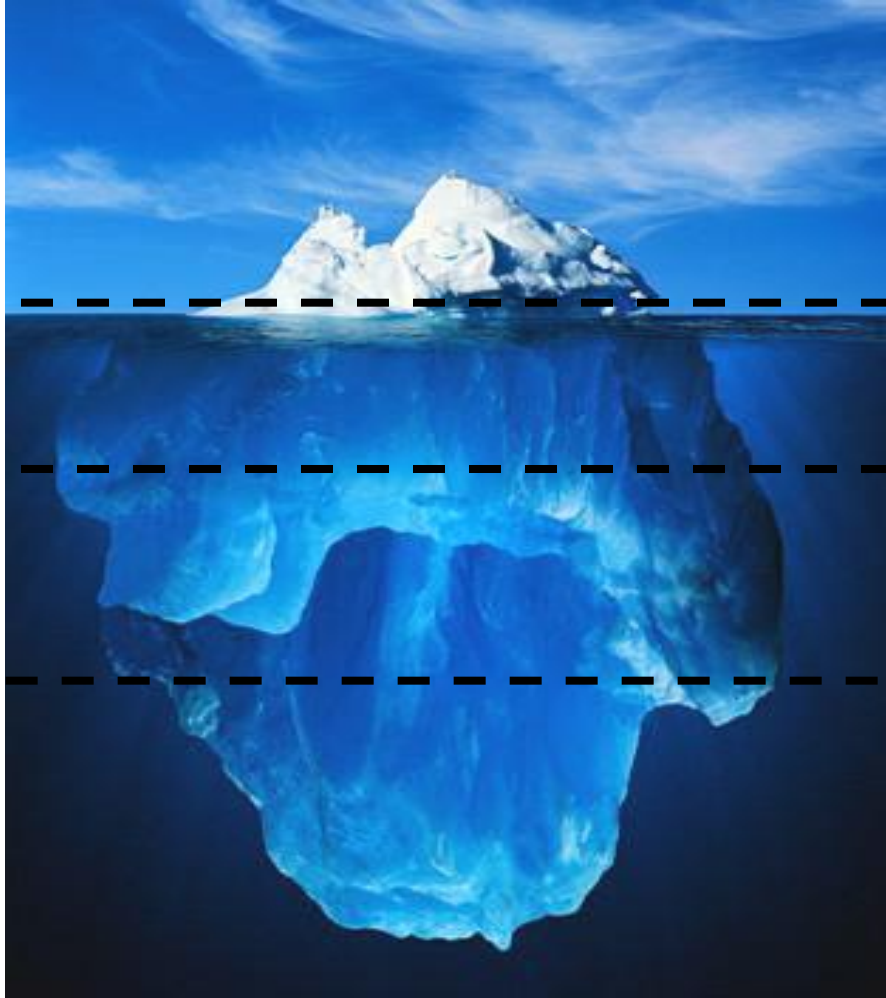
← 自殺意念

← 自殺企圖

← 自殺死亡

自殺防治的策略層次

海平面



自殺身亡者

自殺企圖者

<指標性策略>

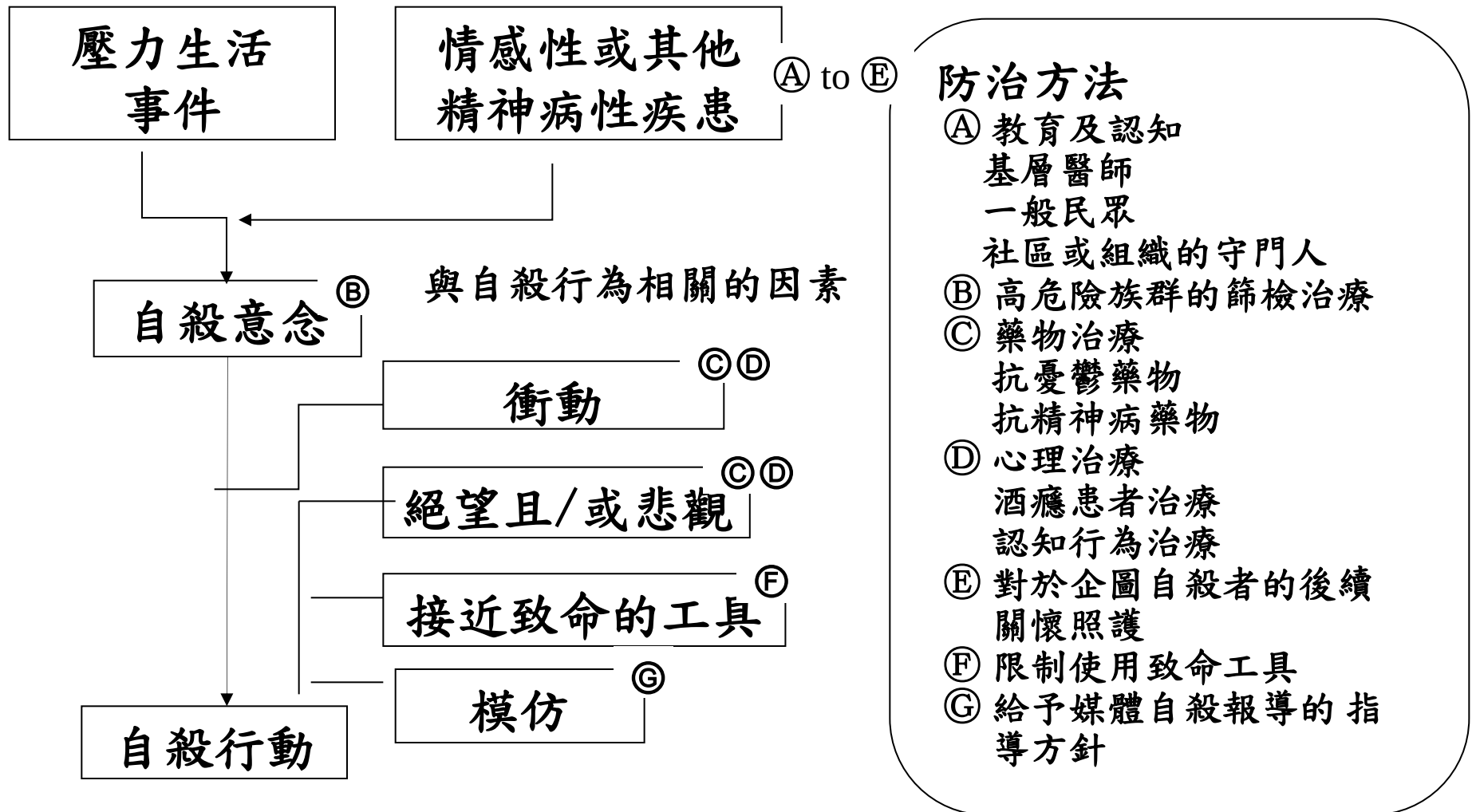
自殺高風險群(意念者)

<選擇性策略>

一般民眾

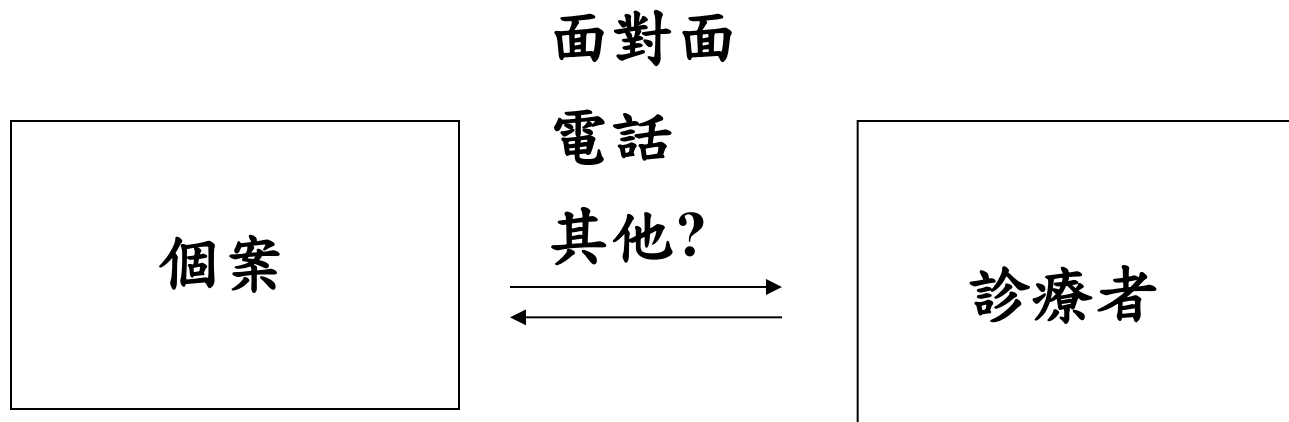
<全面性策略>

自殺行為的發生過程與防治方法



自殺評估與預測的挑戰

傳統的測量評估 -- 望聞問切



- 主觀

- 需要經驗

- 難以量化

- 速度慢

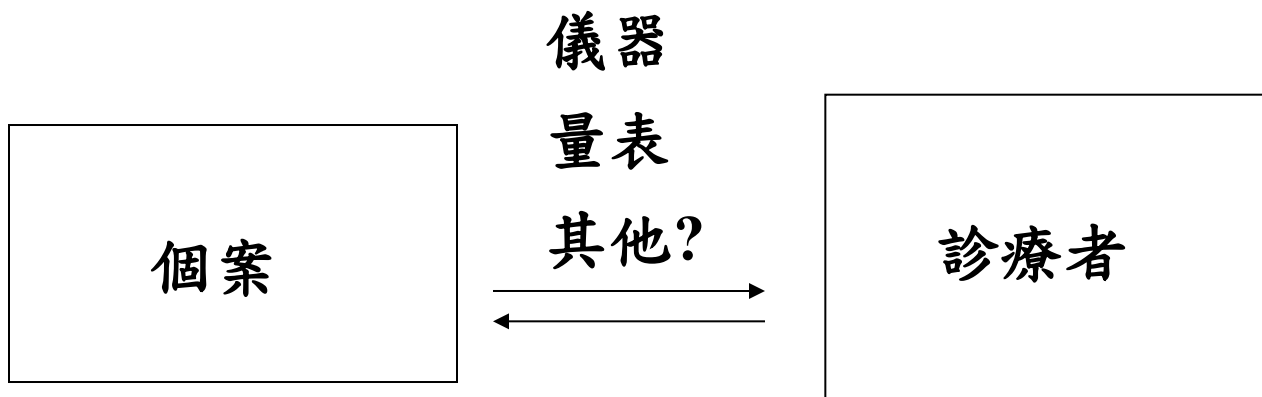
- 無法大規模篩檢

- 耗費經費人力

- 人性互動有彈性

- 個別化

現代的測量評估－儀器量表



■ 客觀

■ 可不需要經驗

■ 可以量化

■ 速度快

■ 可大規模篩檢

■ 節省人力財力

■ 沒有人性互動而固著

■ 集體公眾化

何時需要用量表測量

- 缺乏專業人力
- 經費考量
- 需要大規模篩檢
- 實證研究需要
- 政策決定的參考

對於自殺良好的測量

- 有效的- 正確的測量預測誰可能自殺
- 可信的- 任何受過訓練的人使用皆一致
- 敏感度高- 正確的測出誰應該會自殺
- 特異性高- 該不會自殺的可確定不會自殺

預測自殺與實際自殺

預測自殺	實際自殺		
	Yes	No	Total
Yes	30	773	803
No	37	3960	3997
Total	67	4722	4800

評估與解釋－寬鬆之間

- 關係與安全最重要
 - 拔掉引信, 插回保險栓
- 不要拘泥於分數
 - 適當的加權
- 解釋可有彈性:
 - 考慮個案接受的程度
 - 你認為呢?
- 能抓到老鼠的就是好貓

自殺危險評估量表

■ 最近一月以來

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 1. 您是否會覺得死了比較好，或但願自己已經死了？ | 否 | 是 |
| ☐ 2. 您是否會想要傷害自己？ | 否 | 是 |
| ☐ 3. 您是否有考慮到自殺？ | 否 | 是 |
| ☐ 4. 您是否有過自殺的計劃？ | 否 | 是 |
| ☐ 5. 您是否曾嘗試自殺過？ | 否 | 是 |

■ 在您一生當中

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 6. 您是否曾經自殺過？ | 否 | 是 |
| ☐ 7. 家人之中是否有人曾經自殺過？ | 否 | 是 |

■ 解釋：

- ☐ 1 或 2 或 7 回答 Yes, 低自殺危險
- ☐ 3 或 (2且6) 回答 Yes, 中自殺危險
- ☐ 4 或 5 或 (3且6) 回答 Yes, 高自殺危險

SAD PERSONS

	Items	Scores
<u>S</u> ex	Male	1 / 0
<u>A</u> ge	12-29 or >50	1 / 0
<u>D</u> epression	depression	1 / 0
<u>P</u> revious attempt	Previous attempt	1 / 0
<u>E</u> thanol abuse	Alcohol abuse	1 / 0
<u>R</u> ational thinking	Loss	1 / 0
<u>S</u> ocial support	Lack of support	1 / 0
<u>O</u> rganized plan	Well-organized	1 / 0
<u>N</u> o spouse:	No spouse	1 / 0
<u>S</u> ickness:	Sick	1 / 0

Low: 0-3 psychosocial management and psychiatric OPD F/U, Medium: 4-7 psychiatric consultation, High: 8-10 admission to psychiatric ward

Pierce suicide intent scale

■ Circumstances 環境

- Isolation 隔離
- Timing 時機
- Precautions against rescue 避免獲救
- Acting to get help 求助
- Final acts to anticipation 後果預期
- Suicide note 自殺遺書

■ Self-report 自陳

- Lethality 致死性
- Stated intent 自殺企圖
- Premeditation 預謀
- Reaction to act 被救後的反應

■ Risk 風險

- Predictable outcome 可預測的後果
- Death without medical treatment 未經醫療過

自殺危險評估的挑戰

■ 偽陽性過高

- 多數有危險因子的未必會自殺
- 資源人力浪費
- 事倍功半 寧可錯殺一百，不可放過一人

■ 偽陰性過高

- 排除有自殺危險者仍可能自殺
- 自殺個案常會否認 漏網之魚

■ 憂鬱與自殺

- 憂鬱症患者的自殺風險約為一般人的10至30倍
- 憂鬱者未必會自殺 (10-15% commit suicide)
- 自殺者多半憂鬱 (87% MDD)

自殺企圖不等於自殺死亡

■ 自殺企圖者

- 女多於男
- 服藥中毒最多，其次為刀刃

■ 自殺死亡者

- 男多於女
- 上吊最多，其次為燒炭

■ 自殺企圖到自殺死亡

- 一般人 1:15-20
- 年輕人 1:200
- 老人 1:4

台灣憂鬱症、自殺意念、計畫、企圖的 終生盛行率

	NMHC (2003-2005) (WMH-CIDI) (N=10135)	TPEP (1982-1986) (DIS) (N=10004)
自殺意念	7.41 (0.26)	5.28 (0.23)
自殺計畫	1.31 (0.11)	NA
自殺企圖	1.29 (0.11)	0.75 (0.19)
重鬱症	2.10 (0.14)	1.14 (0.10)

用心情溫度計預測自殺危險

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6. 有過自殺的念頭	0	1	2	3	4

- 全國自殺電話民調2054成人樣本
- 自殺意念盛行率在一週2.84%，一年5.50%，終生18.49%
- BSRS>3可以排除一個人有自殺意念 (85.9%區辨力, 敏感性0.83, 特異性0.86)

誰容易在自殺意念者中有自殺企圖？

- 女性、年紀輕、低教育、早期有自殺意念、合併各種精神疾病（焦慮、憂鬱、衝動、物質使用）都容易在有自殺意念後有自殺企圖

自殺行為的心理因素

■ 自殺者的心理狀態有三大特色：

1. **矛盾**：大部分的人對於自殺的感覺很複雜，想活及想死的念頭一直在拉鋸。
2. **衝動**：自殺也是一種衝動的行為，就像其他的衝動一樣，自殺的衝動是暫時的，並持續數分鐘到數小時，常會被每天負面的事件所引發。
3. **僵化**：當一個人有自殺意念時，感覺和行為就會變得很狹隘，會一直想著自殺而無法察覺還有其他可解決問題的辦法，想法都很極端。

無論遇到的問題是什麼，全世界想自殺的人的
感覺和想法常常都是一樣的。

自殺行為的心理因素

感覺	想法
悲傷、難過	我希望能死掉
孤獨	我無法做什麼事
無助	我無法忍受
沒有希望	我是個輸家，是個負擔
沒有價值	其他人沒有我會過得更快樂

自殺者警訊-1

- 大部份成的自殺都是有計劃的，且有徵兆可循的，自殺者當中三分之二曾表達過自殺意念，三分之一曾有明顯的自殺企圖。

1. **環境方面**：重要人際關係的結束或從社交圈中退縮下來。如：親友死亡、失戀等，生活上重大變動，如：財務困難、工作不順等壓力。

自殺者警訊-2

2. **語言方面**：藉由話語、文章、日記等來表現想死的念頭或常以死亡等話題。
3. **心情方面**：情緒低落，覺得絕望、孤寂、無助等。
（臉部表情：悲傷、沮喪、即使微笑也顯得僵硬）
4. **想法方面**：認為「我什麼都做不好」、「我沒有用」、「只要我消失」等。

自殺者警訊-3

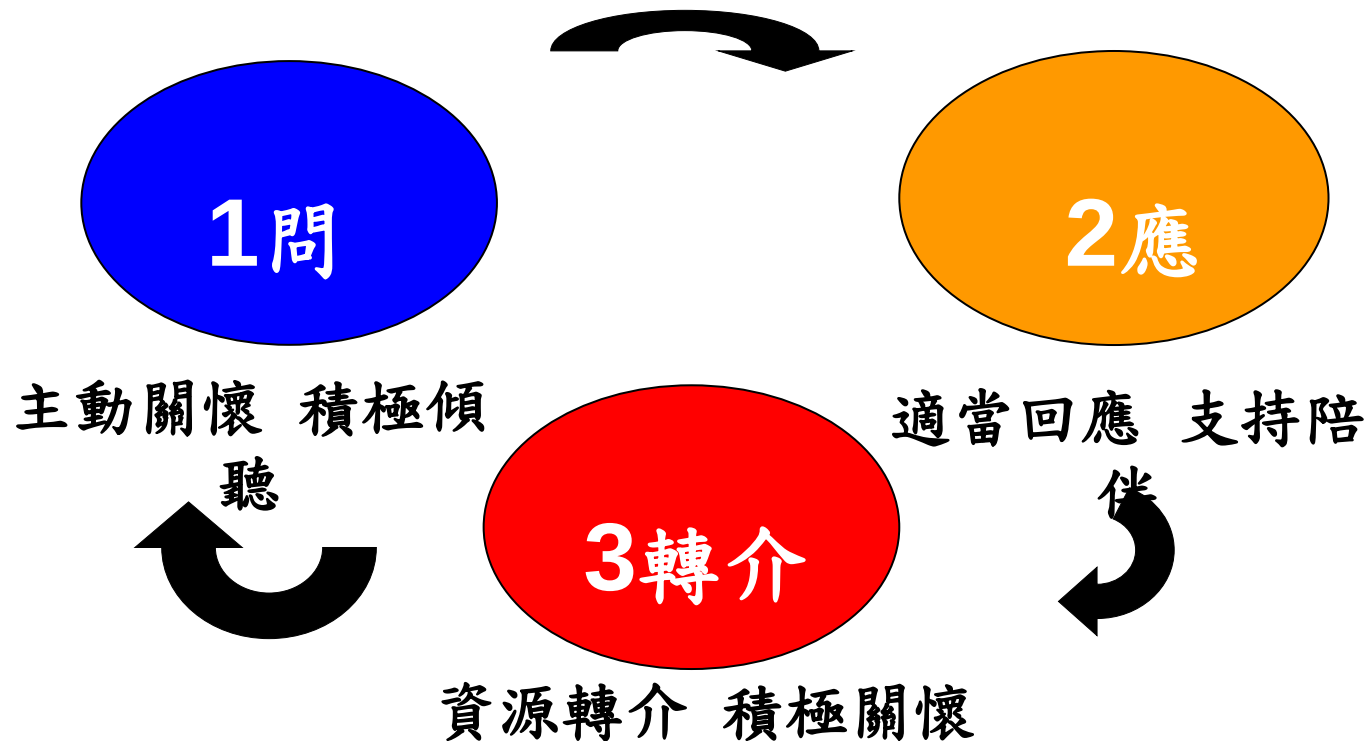
5. **行為方面**：突然的、明顯的行為改變，如：
立遺囑、放棄財產、由開朗變退縮、無助樣。
每六個自殺者中就會有一個留下遺書，內容包括：要求原諒或譴責別人等。
6. **外表方面**：睡眠與飲食狀況混亂、表情淡漠、注意力不集中、情緒不穩、有憂鬱的徵兆。

選擇性策略：找到自殺意念高危險群

- 女性、年輕或老人、低教育、早期有自殺意念、合併各種精神疾病（焦慮、憂鬱、衝動、物質使用）、身體疾病（癌症或氣喘）、失業、失能、低收入、殘廢、獨居、高風險家庭…，都容易在有自殺意念後有自殺企圖
- 守門人訓練

自殺防治守門人-「早期發現、早期干預、早期協助」的角色

- 安心專線：1925（24小時）
- 生命線：1995
- 張老師專線：1980



QPR like CPR

■ 四個重要的環節：

- 早期辨識自殺徵兆
- 早期 QPR(「早期發現、早期干預、早期協助」)
- 早期轉介
- 早期專業評估與治療



選擇性策略：避免自殺意念有自殺企圖

- 改善與治療憂鬱及身體疾病
- 降低衝動
- 給予希望
- 避免自殺工具取得
- 減少模仿性
- 給他活下來的理由

給他一個活下來的理由

■ 活下來與因應信念

- 生命珍貴、自殺不會解決問題、對未來仍又期待..

■ 對家庭的責任

- 我對家人有責任、我不能讓家人受傷..

■ 孩子相關因素

- 我希望看孩子長大..

■ 畏懼自殺

- 我害怕自殺..

■ 畏懼社會不贊成

- 我在乎別人怎麼看我...

■ 道德反對

- 我認為自殺是不好的...

活下來的理由可下降憂鬱患者的自殺企圖

- 住院憂鬱症患者84人（45人有過企圖）
- 沒有自殺企圖者較多的家庭責任、畏懼社會不贊成、道德反對、活下來的因應信念與畏懼自殺
- 有活下來的理由顯著較少憂鬱、無望感與自殺意念

指標性策略：找到自殺企圖後易重複自殺及自殺死亡者

■ 自殺企圖易重複自殺企圖者

- 女性, 25-64 歲, 有精神疾病, 用刀刀方式較易重複自殺
- 跳樓較中毒不易也較慢重複自殺企圖.
- 男性, 15-24歲及大於65歲, 有精神疾病, 用燒炭方式較快重複自殺企圖.

■ 自殺企圖者易自殺死亡者

- 男性, 大於65歲, 有精神疾病, 上吊或燒炭方式較易之後死於自殺.
- 15-24歲, 刀刀自殺方式較不易之後死於自殺 (相較25-44歲及中毒方式)

指標性策略：避免自殺企圖後自殺死亡

- 降低工具方法致死性
- 隔離危險工具方法
- 加強急救能力
- 治療精神疾病
- 後續關懷照護

維護環境之安全-1

1. 除去任何足以作為懸掛物體之結構：

- 包含通風管、配線管的輕鋼架天花板。
- 消防安全灑水頭、窗簾桿、掛衣桿、毛巾掛勾系統。
- 床欄、床板、電線、插頭、塑膠袋、垃圾袋。
- 避免其他足以懸吊之設備：
布繩、皮帶、鞋帶、領帶、圍巾、浴衣。

維護環境之安全-2

2. 病室門窗：

- 門把設計成光滑表面，無法承受重量。
- 病室內門把無法上鎖或懸掛重物。

3. 避免割傷：

- 使用強化玻璃及不易敲破的鏡子。
- 窗戶不易開啟或鐵窗使用。
- 用餐器皿需使用不會破損的材質。
- 筷子、CD片、電話卡、筆。

維護環境之安全-3

4. 浴室：

- 蓮蓬頭以光滑表面設計。
- 增設緊急呼救按鈕等安全設備。



護理人員的反思及準備

- 必須克服不好意思直接問的習慣。
- 個案的反應稍有遲疑都可能是有的。
- 對模稜兩可或太乾脆的回答，也要問清楚。
- 仔細尋找身體語言的線索。
- 保持自己在最佳狀態，不要做筆記，100%投入。
- 避免流露任何不適的非語言，避免不自覺的習慣（看錶、嘆氣）。
- 無論環境多忙或問題棘手，都要顯得不慌不忙。

自殺評估及護理照護-1

■ 心理支持：

1. **多陪伴或探視**病人，建立良好的治療性人際關係。
2. 鼓勵病人以言語來表達感受、認知及情緒。
3. **耐心傾聽**病人訴說其自殺意念，瞭解原因及動機，以早期發現自殺徵兆。
4. 評估目前的危機狀態：自殺的計劃。

自殺評估及護理照護-2

■ 心理支持（續）

5. 評估長時期的危機程度：生活型態、慣用的因應技巧。
6. 鼓勵病人以言語表達內心仇恨、憤怒、無助、罪惡感……等情緒。協助病人適度表達其憤怒等情緒，並同理病人的心理感受。例如：打枕頭、扭毛巾、撕紙條……等。

自殺評估及護理照護-3

■ 心理支持（續）

7. 協助病人重建及學習面對處理危機的能力。
8. 協助發展個人支持系統，鼓勵善用社會性支持網絡（轉介社工）。
9. 視病人的自殺危險程度，採取密切觀察，如每小時、每30分或每15分探視病人。
10. 協助整理儀容，並陪伴參與有興趣的活動，鼓勵重新面對有意義的人生。

自殺評估及護理照護-4

■ 心理支持（續）

11. 協助增加對自我的了解，提昇自我價值。
12. 妥善安排出院計劃，協助適應社會生活。
13. 教導重要他人認知危機的徵兆：行為、言語、溝通型態的改變、憂鬱的徵兆。
14. 提供危機熱線（張老師1980、生命線1995、本院587-5938）。

自殺護理照護-5

■ 護理管理：

1. 對於有自殺意念的病人，應讓所有工作人員知道，最好能加以標記提醒工作人員共同注意防範(病友也能協助)。
2. 固定時間探視病人，注意病人的情緒及行蹤，並記錄之，以提供治療之參考及法律上依據。

自殺評估及護理照護-6

■ 護理管理（續）

3. 憂鬱症病人病情稍有改善時，更應密切注意病人之言行舉止。在交班時間、清晨、夜間人力少時或病房忙碌時，工作人員需加強病房巡查。
4. 與病人訂定不自殺（傷）契約。
5. 隨時維持病房內之各項急救設備之完整性。

自殺評估及護理照護-7

■ 護理管理（續）

6. 注意病房內危險物品的清點及交班，若有遺失應盡速找回（門禁安全）。
7. **注意病人借物之歸還**，如水果刀、刮鬍刀、指甲刀、修眉刀、鼻毛剪及化妝品。
8. 注意病房環境設施是否具有危險性。
9. 於每日晨間護理時，檢查病人單位及周圍環境，加強安全檢查。

自殺評估及護理照護-8

■ 環境管制：

1. 於每日晨間護理時，檢查病人單位及周圍環境，加強安全檢查。
2. 於新病人入院、外出返室時，以及訪客到訪所帶來的東西均應詳細檢查。
3. 對於強烈自殺企圖的病人，安排住於靠護理站的病房，並密切觀察。

自殺評估及護理照護-9

■ 環境管制（續）

4. 提供嚴密之監測的環境。
5. 必要時可請親友二十四小時陪伴，並衛教家屬。
連繫家屬或摯友陪伴，協助提供心理支持。
6. 必要時，可依醫囑暫時將病人保護約束或保護室使用（檢視病人、保護室的安全性）。

自殺評估及護理照護-10

■ 預防自殺的醫療處置：

1. 心理治療--使瞭解其所面臨的問題，經過適度的情緒宣洩，學習新的因應方式及解決問題的方式，讓其不再產生自殺行為。
2. 藥物治療--自殺行為原因為憂鬱症，或為精神疾患因妄想、幻覺等正性精神症狀而導致自殺行為時，可適度給予藥物治療。

規則服藥是絕對重要的

自殺評估及護理照護-11

■ 預防自殺的醫療處置（續）

3. 電氣痙攣療法——如為內因性憂鬱症，且具強烈的自殺企圖，而藥物治療及心理治療皆無法奏效時進行，且頗具療效。但與病人及家屬進行事前的溝通與說明是十分重要的，除了說明療效外，亦需說明電療的副作用，且仍需配合藥物治療與心理治療一同進行。

結論-1

■ 如何跟想自殺的病人互動：

1. **三要**：要傾聽、要建立信任關係、要正確評估。

2. **十不要**：

-不要說「你不能自殺」。

-不要說「你不敢自殺」。

-不要說「這只是一個階段，它會在一夕間消失殆盡」。

結論-2

- 不要陷入與自殺者討價還價的困境。
- 不要表現出對自殺者所言之表示震驚。
- 不要答應你做不到的事。
- 不要陷入自殺價值（或意義）的爭辯：企圖說服當事人自殺是錯誤的行為。
- 不要讓自殺者落單。
- 不要對過去自殺的企圖使用「成功或不成功」的字眼。
- 不要為自殺者尋找活下去的各種理由。

結論-3

- 教育宣導與提供支持是自殺防治的兩大支柱。
- 臨床工作人員需要注意的是，蓄意自傷本身並不是一個疾病，而是一個症狀行為，而這個行為來自於生活中許多的問題與困境，因此更多面的治療或協助是必須的。

結論-4

- 陪伴關懷建立關係才能收集完整資料，發現癥結點，進而引導發現希望，再協助運用資源促進希望結合及希望增強再至希望之維持。
- 不論是自殺防治或精神照護品質之提升絕非一人能及，須仰賴團隊一起成長及共同努力，才能守護病人安全與健康！

富士康防員工自殺六大措施

- (1) 愛心天羅地網
 - 在高樓底下設置救生網，面積共150萬公尺
- (2) 相親相愛小組
 - 50名員工編成1小組，共5000組。定期互相交流，有異樣時通報
- (3) 心理醫師駐廠
 - 70名資深心理醫師進駐龍華廠區，提供即時心理治療
- (4) 社工守第一線
 - 1000位社工配合關愛中心運作，提供第一線投訴管道
- (5) 新生性向測驗
 - 新進員工將作性向測驗，以供未來觀察及防護
- (6) 夜晚平安專案
 - 每晚派人巡邏各高樓樓頂，並將樓頂上鎖

結論與應用

- 自殺是多重因素的累積，危險因子越多，保護因子越少危險越高
- 自殺意念不等於自殺企圖，自殺企圖不等於自殺死亡
- 給予自殺意念者希望與活下來的理由，可減少自殺企圖
- 給予自殺企圖者後續關懷，可下降與延後重複自殺企圖與自殺死亡

家屬、照護者、守門人、社會大眾

自殺防治、人人有責
網網相連、繼往開來

持續、完整的關懷服務

在既有的服務體系內
強化自殺防治功能

自殺防治需要你我的加入



簡式健康量表

「心情溫度」



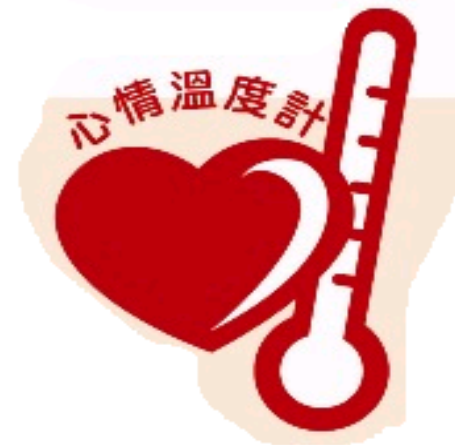
五大評量每週自我檢測

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



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。

誠摯邀請您加入珍愛生命義工行列

服務內容

●在地服務：

傳播自殺防治知識和珍愛生命理念，以及推廣心情溫度計等；並發揮自殺防
守門人的精神，對於有情緒困擾之親友，主動提供關懷，或協助轉介於專業服務。

分為：視聽小組、打氣小組、文藝小組、特務小組及陽光小組等。

●一般服務：支援有關自殺防治或珍愛生命之活動，或支援中心相關庶務等。

●專長服務：藉由您個人專業所長來支持自殺防治概念的推展。

請填寫『珍愛生命守門人』講座問卷表
(謝謝聆聽)

為生命打氣，珍愛生命打氣網
www.facebook.com/tspc520



珍愛生命數位學習網

www.tsos.org.tw/home

XMS Home - Windows Internet Explorer

http://www.tsos.org.tw/home/

我的最愛 | 建議的網站 | ASUSTeK | 自訂連結 | 免費的 Hotmail | 網頁快訊圖庫

9 封未讀取的信件 | Yahoo... | XMS Home | 新索引標籤

進入XMS | 求助 | 登出(papis1824)

珍愛生命數位學習網

※需要學習紀錄及學(績)分者,請務必進行以下步驟:
1.帳號申請(左側帳號管理區)
2.帳號登入(右上方選項)
3.課程選擇(左側帳號管理區)
選課並修課後,方能取得學習時數!

帳號管理

- 帳號申請
- 課程選擇
- 我的課程
- 我的討論
- 閱讀紀錄
- 會員資料修改

公務人員認證課程(公務員積分認證)

珍愛生命守門人1問2應3轉介(講師: ...)

媒體訪談實錄(無積分認證)

- (人間好藥醫) 陳碧霞副主任談「憂鬱...
- (人間好藥醫) 江弘基執行長談「如何...
- (人間好藥醫) 李明濱主任談「自殺與...
- (鄉間小路) 快樂工作人,與壓力拔河...
- (醒報新聞網) 珍惜生命,防治自殺怎...
- (人間好藥醫) 張家銘醫師談「如何預...
- (人間好藥醫) 張育彰醫師談「憂鬱症...

[more]

數位學習網公告

編號	標題	發表時間
4919	2010/04/20 - 公務人員終身學習入口網查無時數處理辦法	2010-04-20 14:15:37
4888	2010/04/15 - 公務人員學習時數取得注意事項	2010-04-15 14:13:13
4847	2010/04/06 - 伺服器開啓	2010-04-06 18:32:53
4842	2010/04/06 - 系統維護	2010-04-06 11:45:15
4761	2010/03/24 - 網站架構修改公告	2010-03-25 10:53:03
4744	2010/03/22 - 系統回溯公告	2010-04-06 11:27:11
4596	2010/02/23 - 學習紀錄查詢說明	2010-04-22 11:29:41
4494	2010/02/08 - 註冊系統開放	2010-04-06 11:28:05
4191	2010/02/01 - 修課說明	2010-04-26 10:13:23

一般課程(無積分認證)

編號	標題	發表時間
4815	珍愛生命守門人1問2應3轉介課程(講師:劉惠玲顧問)	2010-04-02 15:38:51
3933	珍愛生命守門人1問2應3轉介課程(講師:李明濱主任)	2009-11-16 15:39:59
3440	珍愛生命守門人1問2應3轉介課程(講師:邱南英院長)	2010-04-02 15:37:37

網際網路 100%

歡迎大家多加線上學習及推廣

參考資料

- 高郁茜、穆淑珍、廖桂林、郭芳里、柯淑芬（2023）．運用希望療法照護一位反覆燒炭自殺無望感患者之護理經驗．*高雄護理雜誌*，40（3），85-97。
[https://doi.org/10.6692/KJN.202312_40\(3\).0008](https://doi.org/10.6692/KJN.202312_40(3).0008)
- 梁玉雯、葉明莉（2019）．暴力及自殺事件之護理．於蕭淑貞總校閱，*精神科護理概論*（十版，749- 72頁），華杏。
- 衛生福利部心理健康司（2024，02月12日）．全國自殺死亡資料統計113年6月．http://dep.mohw.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_8916_1_11306.xls
- 珍愛生命學習網<https://www.tsos.org.tw/web/page/research3#01>
- Kevin M. Malone, M.D., M.R.C.Psych., M.R.C.P.I., Christine Waternaux, Ph.D., Gretchen L. Haas, Ph.D., Thomas B. Cooper, M.S., Shuhua Li, Ph.D., and J. John Mann, M.D.(2003), CigaretteSmoking, Suicidal Behavior, and Serotonin Function in Major Psychiatric Disorders. American Journal of PsychiatryVolume 160, Number 4.<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.773>

**Thanks for
your attention!**