

自殺防治系列 **23**

社會福利工作人員 與自殺防治



衛生福利部



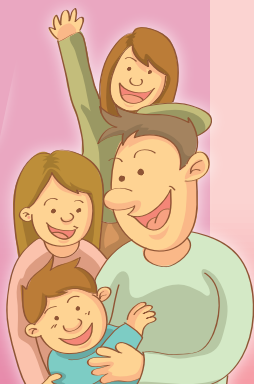
社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心

目錄

| | |
|--------------------------------|----|
| 前言 | 2 |
| 壹、自殺議題與防治策略 | 3 |
| 貳、社福人員的角色及重要性 | 6 |
| 參、風險辨識及處理 | 12 |
| 一、自殺意念者辨識 | 12 |
| 二、自殺危險因子 | 13 |
| 三、自殺者心理狀態與迷思 | 17 |
| 四、不同程度風險之處理 | 19 |
| 肆、你我都是珍愛生命守門人 | 21 |
| 一、守門人三步驟：一問二應三轉介 | 21 |
| 二、善用心情溫度計(BSRS-5，簡式健康量表) | 29 |
| 伍、自殺個案的特性 | 31 |
| 一、概述 | 31 |
| 二、青少年族群(15-24歲) | 32 |
| 三、老人族群(65歲以上) | 33 |
| 四、特殊型態：殺子後自殺與重複自殺個案 | 35 |
| 陸、溝通技巧 | 36 |
| 一、通則 | 37 |
| 二、自殺風險評估 | 39 |
| 三、技巧上的叮嚀 | 41 |
| 柒、相關法規與倫理 | 42 |
| 捌、轉介及資源連結 | 46 |
| 一、各網絡轉介流程 | 46 |
| 二、衛生局及關懷作業服務流程 | 50 |
| 三、資源連結 | 54 |
| 玖、個人心理健康管理 | 56 |
| 拾、常見Q&A | 58 |
| 拾壹、經驗分享 | 63 |





前言

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，然而自殺之危險因子，包含之範圍廣布於個案之精神病理、性格特質、社會心理以及經濟文化等多重因素，具有快速變動與不易測度的特質，致使自殺防範成為複雜而艱鉅的任務。

自殺防治工作絕非單一專業或是單一部會可以獨力完成，面對新世紀的自殺防治議題，應積極結合政府與民間社會福利與社會安全相關資源與機構，落實「自殺防治、人人有責」的概念，推動民眾與專業團隊的教育訓練，共同提昇國民心理健康的品質。

社會福利工作人員(以下簡稱社福人員)，係指國家社會福利體系中的工作人員如社會工作人員、行政人員、保育人員…等，若是以廣義的角度，還可包括了協助社會福利相關業務的志工們。在整個社會安全網絡中，由於工作場域與性質的關係，社福人員常接觸到弱勢族群及高風險的個人或家庭，譬如經濟困頓、失業、家暴、酗酒者、或身心障礙者…等，這些也都是自殺之高風險族群，就最容易引發社會強烈關注的殺子後自殺議題，更突顯社福人員的重要性，故社福人員實為自殺防治網絡中極重要之一環。

又當社福人員面臨自殺風險個案時，常常需要評估及辨識危險程度，並能因應與處置，因此本手冊的目的在於，提供社福人員作為自殺防治之參考，以期能夠落實「網網相連，面面俱到」，共同建立綿密牢固的自殺防治網絡。

壹、自殺議題與防治策略

一、自殺議題

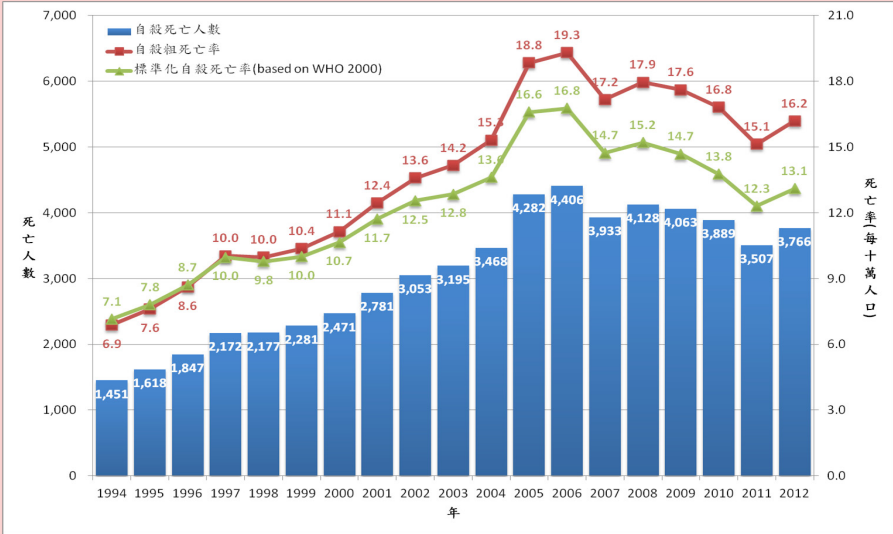
自殺是世界性嚴重的議題，根據世界衛生組織(WHO)估計，在2000年全球有一百萬人可能自殺身亡，平均每40秒就有一人在地球的某處自殺身亡，每3秒就有一人試圖結束自己的生命，預估2020年自殺身亡將高達一百五十多萬人。而每一個自殺事件至少為週遭六個人帶來嚴重的影響，自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是無法估計的。

根據衛生福利部所公布歷年死亡原因統計資料，自西元1997年起，自殺已連續13年進入國人十大死因之列。自西元1994年至2006年，自殺死亡率逐年上升，並於西元2006年達到最高峰，每十萬人口自殺死亡率達19.3人(見下圖一：1990至2012年全國自殺死亡人數及自殺死亡率)，全國性之自殺防治工作刻不容緩。在政府及民間共同努力下，終於在2010年首度退出國人十大死因之外，又根據衛福部自殺防治通報系統統計，每年仍有2萬多人企圖自殺，自殺防治實為永續工程，仍須仰賴大家持續推動與參與。

全球每年死於自殺的一百多萬人中，70%在亞洲，而亞洲國家中自殺死亡率最高的是韓國，其次為日本，且近2年仍有上升趨勢。惟台灣在全國努力之下，呈現下降之趨勢。



圖一：1990至2012年全國自殺死亡人數及自殺死亡率



二、全國自殺防治策略

我國自殺防治策略，分別為指標性(indicative)、選擇性(selective)與全面性(universal)策略，策略的制定與宣導涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將有利於政策的推行。

1. 指標性策略：對象為高自殺風險個人，主要針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，主要工作包括：

- 1) 建置自殺防治通報關懷系統，提供資料分析與回饋。
- 2) 強化自殺關懷訪視人員的訓練及相關能力，對自殺未遂者進行關懷追蹤。

3) 自殺者親友的關懷。

2. **選擇性策略**：對象為高風險族群，強化心理健康篩選及高風險群的辨識。主要工作包括：

1) 推動「珍愛生命守門人」教育訓練，推展守門人概念，擔任早期發現、早期干預、早期協助之角色。

2) 發展義工/志工組織，發揮在地服務與關懷的精神。

3) 推廣心情溫度計，增進個人心理健康，加強篩檢與運用。

4) 推行憂鬱症共同照護體系。

5) 精神疾病的早期診斷有效處置。

6) 結合民間力量，如憂鬱症防治協會，合作推動珍愛生命理念等。

3. **全面性策略**：對象為全體民眾，促進社會大眾心理健康，及自殺相關資訊之監測。主要工作包括：

1) 媒體互動與觀察，如辦理記者會及媒體採訪，監測媒體是否符合世界衛生組織(WHO)報導原則…等。

2) 減少致命性自殺工具的可近性。

3) 透過宣傳活動，加強心理衛生教育，推動精神疾病與自殺的去污名化。



- 4) 製作宣導教材，運用多元管道推廣，如平面、網路等。
- 5) 電話調查民眾對自殺相關概念，作為推行策略之參考。
- 6) 協助安心專線之推廣。

自殺防治工作需要政府與民間的參與，以「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」為理想，持續與國際交流分享，並於各縣市推動因地制宜之自殺防治措施，朝向「在地化」、「社區化」之目標，期望藉由全國民眾的共同努力，結合各網絡人員的力量，在既有服務體系，強化自殺防治功能，並持續提供完整的關懷與照護，落實「自殺防治、人人有責」及「網網相連、繼往開來」。全民不分彼此，共同促進社會和諧，發揮人道關懷精神，你我都成為珍愛生命守門人。

貳、社福人員的角色及重要性

社福人員在社區服務的過程中經常遇到這些意圖自殺的個案，無論是針對個案或其家庭，都是社福人員應當服務的對象，這類型個案或家庭，在透過社福人員的處遇及協助之下，期能逐漸渡過自殺的危機，再重新找到生命出口的機會。而社福人員所提供的支持、關懷及協助資源，更是自殺防治中重要的保護因子，在呼籲人人都是珍愛生命守門人的同時，社福人員更是扮演著非常重要的守門人角色，以共同防止憾事發生。

一、社福人員的重要性

1. 持續關懷自殺者及其家庭，提供必要性之機構轉介及協助就醫。
2. 評估個案福利需求，連結所需社會福利資源。
3. 使個案有能力重新再出發，激發其潛能，找出因應困境的策略及生活模式。

二、社福人員面對個案有自殺行為或之虞時，可扮演的角色：

1. 當發現個案有自殺想法時，適當安撫個案情緒，進行評估，給予支持並視嚴重程度建議其就醫，或轉介個案到適當之心理輔導機構接受治療。
 - 1) 評估影響相關因素，並協助轉介適當輔導機構。常見自殺者經常有許多層面的困擾，分述如下：
 - (1) 個人層面：例如經濟及失業問題，或健康因素等。某些個案為家庭主要生計人口，突遭逢失業或健康因素無法工作，致使個人或家庭經濟陷入生活窘境，而萌生自殺意念，社福人員可依家庭經濟狀況及福利身份資格協助辦理相關福利補助，或連結民間資源，並進一步瞭解及評估其工作意願及能力，轉介適當就業輔導機構或職訓



機構，協助其重新再就業。

(2)家庭層面：某些個案正面臨夫妻或家庭衝突之議題，則宜轉介夫妻或家族治療；若個案遭遇家暴問題，可通報及轉介家暴暨性侵害防治中心，使其受暴問題得以獲得解決。

針對家族中有自殺已遂之家庭成員，除給予支持外，可視需要提供資源並轉介至相關單位進行悲傷輔導，以協助自殺者遺族度過悲傷期。

2)秉持尊重及接納態度，同理自殺者情緒，鼓勵其參與有興趣及多元化的活動。

出現自殺行為或有自殺企圖之個案，通常情緒上都顯得憂鬱、低落、消極、無助及悲觀，在會談過程中重申對會談內容採保密及隱私原則，採取尊重、接納及傾聽的態度，鼓勵自殺者訴說自我的生命故事，以同理心心理支持自殺者失落的情緒，讓自殺者情緒獲得宣洩的機會。社福人員可建議及鼓勵自殺者參加活動，延伸自我與外界互動的機會，例如體能性活動、會心成長性團體或戶外活動。

3)教導家庭成員對家人自殺行為的覺察能力，並提供求救資源給家屬，以即時挽救自殺者。

社福人員針對所服務的個案之家庭中，若突遭重大壓力事件、罹患嚴重疾病或主要照顧者失業，造成家庭生活陷入困境者，或過去曾有自殺疾病史者，社福人員對此類型個案應保持專業敏感度，並找出個案之主要照顧者或關係人，取得其合作並適時求救解決自殺個案之危機狀態。

2. 當發現個案出現自殺行為時，任何處遇，應以保護自殺個案之生命安全為優先。

1) 出現自殺行為或自我傷害之行為，以個案之生命安全為優先考量，協助個案緊急就醫(撥打110請求緊急協助)：

某些個案疑似在精神狀態不穩定情形下，出現自殺行為或自我傷害之行為，甚至已對其生命造成威脅，宜轉送一般醫療機構急診為優先，必要時可請該院一般科醫師會診精神科醫師，再評估個案的精神及心理狀態。若個案有明顯強烈自殺意願時，且其精神狀態極不穩定，則可啟動緊急精神醫療網的機制，協助個案到精神科就醫，以保障個案之生命安全。

當發現疑似有自殺個案，個案要求代為保密其即將發生自殺行為之事實時，社福人員在專業倫理及個案生命安全之權衡下，應以保護自殺個案之生命安全為優先，並取



得個案的諒解下，儘快協助其緊急就醫，並找出個案之重要關係人出面處理，並通報住居地之衛生局、社區心理衛生中心或自殺防治中心做後續追蹤。

2) 宜在最短時間內與就醫之院所協調聯繫：

個案發生自殺行為需就醫前，社福人員可與醫院急診社工取得聯繫，提供個案過去疾病史、就醫史、目前主要問題及其相關資料，以利急診醫療人員在第一線時間立即掌握個案的近期資料，有助在最短時間內掌握個案的狀態，作為醫師臨床診斷及治療之參考。當自殺個案住院後社福人員可定期與醫院社工保持連繫，瞭解個案治療的進展，在醫療許可下也可到醫院探訪個案，持續關懷個案有助於出院後的追蹤及輔導，社福人員必要時也可扮演醫院及個案間溝通的橋樑，並協助個案出院後續安置之計畫。

社福人員應叮囑個案規則就醫之重要性，並隨時瞭解其配合醫療之程度。無論是精神病患或重鬱症、酒藥癮個案，唯有在規則就醫及服藥下，個案透過藥物治療及心理諮商協助下，方能讓其精神狀態逐漸穩定，有能力度過危機。

3) 確認完成自殺防治通報，並評估個案暨家庭成員之社會

福利及心理需求，轉介適當之相關社會福利機構或輔導機構，並持續關懷。

通常個案出現自殺行為的問題，首先要確認是否完成自殺通報，以利定期追蹤自殺個案近況。自殺者影響的層面通常並非僅侷限於自殺者個案本身而已，影響所及包含父母、親子、手足及其他家庭成員在心理上都受到影響，需要社福人員透過整體評估，方能執行最有效的資源轉介，符合個案之需求。

又如某些自殺個案罹患精神疾患、重鬱症、酒藥癮等，當其身為父（母）親角色時，其在親子關係及親職技巧方面親職能力顯有不足，社福人員應即時介入並評估自殺案家的所需福利的屬性，瞭解案家為危機家庭或高風險家庭，必要時應轉介各縣市相關社會局處，給予後續協助。

4) 對於個案自殺行為再發生率宜審慎評估，應結合其家庭支持系統及社會資源系統，確保個案生命安全。

針對自殺個案的再發生自殺行為之可能性，社福人員宜請精神醫療人員協助評估，若評估出院後在社區生活仍有極大自殺風險，應針對個案的後續安置之安全性，共同尋找後續安全性之庇護處所。



參、風險辨識及處理

一、自殺意念者辨識

如何辨識出有自殺意念的人？由個人行為或過去病史中可得到的訊號：

1. 飲食或睡眠的改變。
2. 酗酒。
3. 突然想要收拾個人事物或立遺囑等。
4. 反覆提到死亡或自殺。
5. 留下遺書。
6. 退縮的行為，無法和家人及朋友相處。
7. 表現出易怒、悲觀、憂鬱或無感情的人格改變。
8. 自我憎恨，感到內疚、無價值或羞愧。
9. 孤獨、無助或無望的感覺。
10. 焦慮或恐慌。
11. 生理疾病。
12. 精神疾病。
13. 先前曾經企圖自殺過。
14. 自殺的家族史。
15. 近期內發生重大的失落-死亡、離婚、分離等等。

二、自殺危險因子

1. 主要精神疾病

1) 憂鬱症

其常見症狀有：

- (1) 在一天中的大部分時間都感到難過。
- (2) 對日常生活喪失興趣。
- (3) 體重大幅減輕或增加(在非蓄意控制)。
- (4) 睡得太多或太少，或是過早醒來。
- (5) 總覺得疲累和虛弱。
- (6) 無自我價值感、罪惡感或無望感。
- (7) 總覺得易怒和坐立不安。
- (8) 在集中注意力，做決定或記事物方面有困難。
- (9) 反覆出現死亡和自殺的想法。

2) 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。

3) 酗酒

有飲酒問題且自殺的人，可能有如下的特徵：



- (1) 在很年輕的時候便開始飲酒。
- (2) 長期且大量飲酒。
- (3) 身體健康不佳。
- (4) 覺得心情低落。
- (5) 個人生活混亂失序。
- (6) 於近期內遭遇身邊重要人士的離去，如：配偶或家庭成員的分離、離婚或親友過世。
- (7) 工作表現差。

4) 精神分裂症

當精神分裂患者有以下特徵時，會有較高的自殺風險：

- (1) 年輕、單身、無業男性。
- (2) 疾病初期。
- (3) 心情憂鬱。
- (4) 時常復發。
- (5) 高教育程度。
- (6) 妄想(多疑)。

2. 身體疾病

1) 神經系統疾病

- (1) 癲癇：癲癇病人常伴隨較高的衝動性、攻擊性和殘障，這些是導致其自殺行為增加的可能原因。而酒精和藥物的濫用亦有相關。
- (2) 脊髓或頭部損傷和中風：當損傷愈嚴重時，自殺的風險愈高。

2) 癌症

罹患絕症（如癌症）與較高的自殺率有關。下列情況自殺風險更高：男性、診斷後的短時間內（前五年）、當病人正接受化學治療時。

3) 愛滋病毒帶原／後天免疫不全症候群

由於被污名化、預後不佳和疾病本身的病程皆會導致愛滋病毒帶原者有較高的自殺風險。病人在被診斷之後，而尚未接受諮詢之前，自殺的風險性較高。

4) 慢性疾病

- (1) 糖尿病
- (2) 多發性硬化症
- (3) 慢性腎病、慢性肝病或其他慢性腸胃道疾病
- (4) 伴隨長期疼痛的骨關節疾病



(5) 心血管和神經血管疾病

(6) 性功能障礙

此外，在行動、視力、聽力方面有障礙的人也有較高的自殺風險。

3. 人口統計資料

1) **性別**-男性自殺身亡者多於女性，而女性企圖自殺者多於男性。

2) **年齡**-自殺率最高前二名：壯年人(25~44歲)、老年人(65歲以上)。

3) **婚姻狀態**-離婚、鰥寡及單身相較於已婚的人自殺風險較高。獨居及分居的人也是高風險群。

4) **失業**-失去工作比無工作的人與自殺更有關聯。

5) **遷移**-從鄉村遷移到城市、遷移到不同區域或國家的人自殺風險較高。

4. 生活壓力

大部分自殺身亡的人在自殺前三個月內會遭遇一些帶來壓力的生活事件，例如：

1) **人際關係問題**：例如和配偶、家人、朋友或情人吵架。

2) **被排斥**：例如和家人或朋友分離。

- 3)失去：例如錢財損失、喪親。
- 4)工作及經濟的問題：例如失去工作、退休、經濟困難。
- 5)社會的改變：例如政治及經濟上的快速改變。
- 6)其他壓力源：像是被羞辱、官司纏身等待判決擔心自己被判有罪。

三、自殺者心理狀態與迷思

1. 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。他們會有想要逃離生活上痛苦的衝動，但又有一種想要繼續活著的渴望。許多自殺的人並不是真的想要死去，只是他們生活感到不快樂；所以，如果給予支持，會讓想活著的念頭增強，自殺的風險就會降低。
- 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。藉危機處理及拖延時間，健康照護者可以幫忙他們減少自殺的念頭。
- 3)僵化：當一個人有自殺意念時，他的感覺和行為就會變得很狹隘。他們會一直想著自殺而無法察覺還有其他可解決



問題的辦法，他們的想法都很極端。大部分自殺的人會傳遞他們自殺的想法和意圖。他們會發出種種表示他們想要死、覺得自己沒用等等的訊息，千萬不能忽略這些求救的訊息。

2. 無論所遇到的問題是什麼，想要自殺的人其感覺和想法常常都是類似的。

1) 感覺：感受到悲傷、難過、孤獨無助、沒有希望、沒有價值。

2) 想法：我希望能死掉、我無法做什麼事、我再也無法忍受、我是個輸家、是個負擔、其他人沒有我會過得更快樂。

3. 有關「自殺」的迷思與事實，說明如下：

| 迷思 | 事實 |
|---------------------|--|
| 1) 會提到自殺的人並不會真的去自殺。 | 大部分自殺的人會發出明確的警訊。 |
| 2) 會自殺的人絕對是想要死。 | 大部分的人對自殺都很矛盾。 |
| 3) 自殺發生之前不會有警訊。 | 自殺的人常會發出大量的暗示。 |
| 4) 狀況開始改善後就沒有自殺的風險。 | 狀況開始改善後，病人還是會有自殺風險，且因體力變好，更可能將絕望的想法付諸毀滅性的行動。 |

| 迷思 | 事實 |
|-----------------------------------|---|
| 5) 不是所有自殺都可以避免的。 | 這是真的。但是大部分的自殺其實是可以避免的。 |
| 6) 只要一個人曾經想過自殺，那他／她一輩子都會有想要自殺的念頭。 | 自殺的想法可能會再出現，但並不是一直存在的；而且有些人的自殺想法可能不會再出現了。 |

四、不同程度風險之處理

1. 低度風險

個案已經有一些自殺的想法，例如『我無法繼續下去了』、『我希望可以死掉』，但還沒有做任何計畫。

需要的行動：

- 1) 提供情緒支持。
- 2) 處理想自殺的感覺。一個人愈是能夠開放地談論失落、孤獨和無價值的感覺，他或她的情緒混亂程度愈輕微。當情緒起伏和緩後，個案才比較可以反思。反思的過程很重要，因為除了他本身以外，沒有其它人可以取消自殺的決定並決定活下去。
- 3) 談論以前如何不採取自殺而能解決問題的經驗，將焦點放在個人正面的力量。



4) 必要時，轉介給心理衛生專業人員或精神科醫師。

5) 定期會談，維持聯繫。

2. 中度風險

個案有自殺的想法和計畫，但不會馬上執行計畫。

需要的行動：

1) 提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量，繼續進行以下的步驟。

2) 利用矛盾心理。應該集中焦點在想自殺的人的矛盾心理，以逐漸增加想要活下去的力量。

3) 探尋除自殺外的其它選擇。應該試著發掘自殺以外的各種替代方式，即使它們可能不是最理想的解決方法，希望個案至少可以考慮其中一個選擇。

4) 訂定不自殺的約定。設法讓想自殺的人承諾，他或她在沒有與工作人員聯繫時或某個特定時間，將不會自殺。

5) 轉介給精神科醫師、諮商師或心理衛生專業人員並儘快預約會談時間。

6) 聯絡其家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。

3. 高度風險

個案有明確的計畫，有執行計畫的工具，並且打算立即進行計畫。

需要的行動：

- 1) 陪伴個案，絕對不能讓他獨處。
- 2) 溫和地和個案談話，並且移除藥丸、刀子、殺蟲劑、農藥等，使其遠離可用來自殺的工具。
- 3) 訂定不自殺約定。
- 4) 立刻聯絡精神科醫師，並且安排救護車和住院。
- 5) 告知家人並且獲得其支持。

肆、你我都是珍愛生命守門人

一、守門人三步驟：一問二應三轉介

1. 何謂守門人

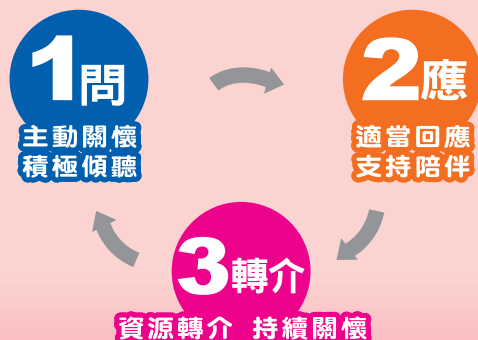
珍愛生命守門人可分為狹義及廣義的界定，狹義的定義是指「定期(固定地)接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，稱之為珍愛生命守門人」；而廣義的珍愛生命守門人可為「當個人接受訓練後，懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺危險者作適當的回應或轉介者」，因此廣義的定義認為只要透過適當



的學習，每個人都可以成為「珍愛生命守門人」。換句話說，守門人能夠看到對方所發出的求救訊息，也能夠在對方最需要的時候給予鼓勵並提供資源協助，陪伴他度過想要尋求死亡的低潮期，而「珍愛生命守門人」就是擔任「早期發現、早期干預、早期協助」的角色。

我們相信部份選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」的行為或企圖來對外在世界表示一種「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息；但也可能有些人是生理的因素，像是憂鬱症、久病不癒等，也會讓人試圖以自殺的方法來尋求解脫。守門人扮演著「關懷、支持」的角色，能夠在對方最需要關心的時候看到他所發生的訊息，也能適時的給予鼓勵並提供資源協助，陪伴其走過死蔭的幽谷，走向光明的未來。

2. 守門人三步驟：循環圖如下



1)一問：「主動關心，詢問對方的狀況」

自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程。在自殺行為出現之前，個案會透露某一形式的線索或警訊，可能以口語或行為的方式表現，也可由其所處狀態進行判斷。因此，當我們發現有自殺風險時，請認真嚴肅地看待警訊，並主動運用簡式健康量表，評估他情緒困擾的程度，用心傾聽他所遭遇的困境，一旦確認個案具有自殺意圖，立即深入了解自殺危險度高低。要詢問一個人的自殺意念並不容易，循序漸進的討論主題是有幫助的，一感到懷疑便立即詢問，要了解「這可能是唯一一次幫助的機會」。

(1)關於「詢問」的部分注意事項如下：

- 一感到懷疑個案仍有自殺意念，需立即詢問。
- 要有這可能是唯一一次介入幫助的機會的認知。
- 在隱密的地方談。
- 讓個案放心自在的說，不要打斷他。
- 如果個案不願接受幫助或不願談論，請堅持下去。
- 如何問是其次，重點是「你問了」。

(2)如何「詢問」？



建議本部份可與心情溫度計(BSRS-5，本手冊第29頁)，共同使用，融入在與個案的談話中，瞭解個案目前情緒狀態及自殺意念程度。

● 間接問法

-你是否曾經希望睡一覺並且不要再醒來？

-你是否覺得活著沒意義，沒價值，也沒有人在乎？

● 直接問法

-你會不會有想不開的念頭？

-你是否有想到要自殺呢？

● 不要這樣做

-不要這樣問：「你該不會想要自殺吧？」「不要跟我說你想自殺喔！」

-不要太急著提供問題的解決方法。

-不要發誓保守秘密。

-不要爭辯自殺是對或錯。

-不要使自殺者增加罪惡感。

2)二應：「聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴」

經詢問確定個案有自殺意圖後，守門人的任務即轉為說

服個案積極延續生命。此時，適當回應與提供陪伴，能減少個案被遺棄的感覺，也是勸說成功的關鍵。同時，在回應的過程中，亦可評估個案的自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求協助。

當人們說『對生活厭倦』、『沒有活下去的意義』時，這些說法常常會被聽的人否決，或甚至告訴他們其他更悲慘的例子。事實上，最重要的一步是要有效的聆聽他們的想法。因為伸出援手或傾聽本身就能減少自殺者的絕望感。

(1)如何勸說個案繼續活下去並且接受幫助

- 平靜、開放、關心、接納且不批判的態度將有助於與個案的溝通。
- 開放地討論失落、孤獨與無價值的感覺，使個案情緒起伏的程度減緩。
- 積極、專注傾聽個案遭遇的問題，嘗試了解他們的感受，提供情緒支持。
- 不要急著評斷個案的遭遇、處境或想法，你的傾聽與協助能夠重燃希望，並產生改變。
- 「自殺」本身並不是問題，而是個案用以解決自己所遭遇困境的方法，因此可試著找出自殺以外的處理方式。



提供個案任何形式的「希望」，並將焦點放在個人正面的力量。人的生存仰賴許多牽絆以及精神支柱（家人、朋友、人生目標、身心健康等），一旦失去會令人感到相當痛苦。因此，我們可以思考「這個人在過去的人生當中是為什麼而生，現在活著的理由是什麼？」「他的生活重心與目標為何？有沒有可以令他積極的人、事、物。」

再接著詢問他：「是否願意尋求協助？」「你是否願意答應在找到任何協助之前，不要結束你的生命？」

(2)不適當的回應方式

- 太常打斷他們說話。
- 顯露震驚或情緒激動。
- 表達自己很忙。
- 擺出恩賜的態度。
- 做出突兀或含糊不清的評論。
- 問大量的問題。

3)三轉介：「針對對方的問題，給予適當資源協助與持續關懷」

面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度與範圍時，就是你幫個案找出適當的資源，進行資源連結

的時候，就如同當我們的家人有生理疾病時（如心臟病），我們立即的反應是尋求專業醫師的協助，而非自己試圖治療。因此，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，且轉介後需持續的關懷個案與追蹤。

(1) 若有以下的情形就可嘗試進行轉介

- 心情溫度計(BSRS-5)分數偏高者，高於10分者建議尋求心理諮商，高於15分者建議諮詢專業醫師。
- 懷疑可能具有潛在的精神疾病者。
- 有自殺或自傷的身心問題。
- 問題超乎助人者的能力。
- 社會資源或支持不足夠。

(2) 在協助個案進行轉介時，有以下的建議

- 向個案保證隱私之安全與尊重個案的意願。
- 向個案保證並非轉介後即不再理他。
- 提供個案適切的資源或協助其轉介。
- 自殺者通常認為自己無法得到任何的幫助，因此你必須要做得更多。
- 提供資源時可依個案特性提供，如為轉介至醫療院所，



可評估個案平時就醫習慣，詢問是否有較習慣的就診醫療院所與固定的主治醫師。若原本已在精神科就醫，則建議繼續在原醫院治療。

- 轉介個案就醫時，建議守門人可先以電話或其他方式告知被轉介的醫師有關個案的特殊情況，以加速個案的轉介與處理過程並於事後向個案或受轉介對象瞭解處理情況。
- 最佳轉介方式：直接帶領著個案去得到幫助（機構、醫療院所、任何專業的協助）。
- 次佳的轉介方式：得到個案的承諾-願意接受幫助，並協助安排或預約專業的協助。
- 再其次的轉介方式：提供關於諮詢或專業協助的資訊（機構名稱、電話……等），並試著得到個案的承諾-不會企圖自殺，並在未來的某個時候尋求協助。

3. 危機處理

當個案有明顯自殺企圖或自殺行為正在發生，有明顯傷害自己之虞，生命有立即性危險時，應即刻通知警察、消防單位前往救援，並告知警消人員個案地址及電話等聯絡方式，並切記自身安全為第一，勿冒然自行單獨前往處理。

二、善用心情溫度計(BSRS-5，簡式健康量表)

在我們關心他人的過程中，常常遇到對方有情緒的困擾，卻不知他們困擾的程度，心情溫度計可幫助我們具體地了解對方的心情，同時也可幫助對方釐清他們情緒困擾的程度，並且可以根據得分結果做適當的處理。心情溫度計為一自填量表，每個人都可以藉由此量表了解自己的心情狀態，也可以用來關懷週遭的人。

心情溫度計(BSRS-5)內容如下：

請個案仔細回想在「最近一星期中(包括今天)」，這些問題讓他感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個讓他認為最能代表感覺的答案。

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. 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 |
| ★有自殺的想法 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



1-5題總分為0~20分，依據得分可分為幾個等級：

- 5分以下-為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好；
- 6到9分-為輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒；
- 10到14分-為中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢；
- 15分以上-為重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療，如各縣市精神醫療院所或心理衛生中心等。

第六題有自殺的想法為單項評分之附加題，若評分為2分以上(中等程度)時，宜考慮轉介至精神科治療或接受專業諮詢。

心情溫度計(BSRS-5)可以幫助我們了解自己的心情狀態，也可以用此量表主動關懷週遭的人，建立起自我健康管理的習慣。只要對方的回應可以回覆原本的問題，便可將心情溫度計之敘述方式，換成自己的話來詢問，例如詢問『睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒』的問題時，可以先問對方『最近睡眠的狀況好不好』，再根據對方回答的狀況判斷分數。雖然心情溫度計(BSRS-5)原設計為一自填量表，但也可經由電話訪談，因此對於認識中文字或聽懂中文發音者均能適用。

伍、自殺個案的特性

一、概述

1. 從自殺死亡資料統計分析發現：

- 1) 2012年男性自殺率為女性的1.8倍：男性自殺率為每十萬人口20.8人、女性自殺率為每十萬人口11.5人。
- 2) 隨著年齡上升，自殺死亡率有增高的趨勢。
- 3) 整體而言，自殺死亡者所選擇的方法前三項依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」，「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」（以燒炭為主）及「固體或液體物質自殺及自為中毒」（常以農藥為主）。其中需注意的是近年來，燒炭自殺有快速上升趨勢，尤其在青壯年(15-44歲)族群，燒炭自殺已躍升為自殺死亡方法佔率之第一位。

2. 從自殺防治通報系統（自殺未遂者）資料顯示：

- 1) 自殺方法的選擇，男性主要為服用安眠藥或鎮靜劑、割腕及燒炭自殺。女性主要為服用安眠藥或鎮靜劑、割腕及其他藥物自殺。
- 2) 可能的自殺原因統計，男性主要為家人間情感因素、憂鬱傾向及感情因素，而女性主要為家人間情感因素、感情因



素及憂鬱傾向。

自殺死亡者相較於自殺企圖者傾向以高危險、暴力的方式自殺。然而若遇到自殺事件發生，亦不可因自殺方法的危險性較低而輕忽，因在自殺身亡的個案中，有44%曾有企圖自殺的行為，故對自殺未遂者極需提高警覺。

二、青少年族群(15-24歲)

根據2012年各年齡層主要死亡原因的統計分析，在15-24歲青少年族群十大死因中，自殺位居第二位，達每十萬人口6.0人，佔當年度死亡百分比之14.6人，亦表示每100名死亡的青少年中，約有15名是死於自殺。雖然青少年自殺死亡率較其他年齡層來說相對較低，然而「自殺」卻為此族群的主要死亡原因之一，可見青少年自殺的議題需要被重視的。

1. 從自殺死亡資料統計發現：

- 1) 男性自殺死亡率高於女性，2012年男性自殺死亡率為每十萬人口7.0人，女性為每十萬人口5.0人。
- 2) 自殺死亡者所選擇的方法前三項為「氣體及蒸氣自殺及自為中毒」（以燒炭為主），「高處跳下自殺及自傷」，及「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」。

2. 從自殺防治通報系統（自殺未遂者）資料顯示：

- 1) 在自殺方法的選擇上，男性依序為割腕自殺、服用安眠藥或鎮靜劑、燒炭。女性依序為割腕自殺、服用安眠藥或鎮靜劑、其他藥物。
- 2) 可能的自殺原因統計，男性與女性相同，主要為感情因素、家人間情感因素及憂鬱傾向。

可見青少年族群自殺通報雖以割腕及藥物為多，但其中自殺身亡者仍是採取較劇烈且致死性高的自殺方法。此外需注意的是，女性的割腕通報率均較其他年齡層為高，其可能是青少年在此階段常有顯著的自我認同問題，許多青少年因無法解決困境，或是因過去虐待經驗而將疼痛與安全做連結等原因，而有反覆的自我傷害行為，然而長期追蹤結果亦顯示自我傷害者仍是自殺死亡的高危險群，需嚴加警覺。

三、老人族群(65歲以上)

我國歷年65歲以上老人自殺死亡率均高於其他年齡層。且需注意的是，在65歲以上自殺者中，生前有重大傷病診斷的比例高達七成五，且在自殺死亡前30天就醫比例高達89.2%。根據世界衛生組織(WHO)所作之研究調查，65歲以上老人嘗試自殺與爾後自殺身亡的比率逼近2比1，意指一旦老年人嘗試自殺，則其自殺身亡的比例是很高的。



1. 從自殺死亡資料統計發現：

- 1) 自殺死亡率男性約為女性的2.1倍。2012年65歲以上老人自殺死亡率，男性為每10萬人口44.7人，女性為10萬人口21.7人。
- 2) 自殺死亡者所選擇的方法，依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」及「由高處跳下自殺及自傷」。

2. 從自殺防治通報系統（自殺未遂者）資料顯示：

- 1) 在自殺方法的選擇上，男性依序為農藥、安眠藥或鎮靜劑、上吊。女性依序為安眠藥或鎮靜劑、農藥、其他化學物品。
- 2) 可能的自殺原因統計，男性與女性類似，主要在於疾病因素、其次為家人間感情因素及憂鬱傾向。

觀察老人自殺前的行為，可能會發現老人會透露出一些警訊，例如突然開始忽略藥物的服用、收拾自己的東西、對生活失去樂趣、突然不在意對於自己身體的照料、突然間尋求宗教活動與上教堂、或者是頻繁地因為模糊地身體不適而造訪醫院。針對這些我們必須提高警覺並且及早介入，減低傷害的發生。

四、特殊型態

1. 殺子後自殺個案

「殺子後自殺」意思是父親或母親(甚至雙方)帶孩子一同自殺，分為兩個階段，一個是殺人、一個是自殺。孩子自己自殺的機率不高，卻無力抵抗父母的加害。於是多是父母先行用各種方法殺害孩子之後，自己再自殺。加害者是父母，受害者是孩子。須倡導更重視兒少的生命權。

在殺子後自殺的研究發現，殺子後自殺與家庭、文化、經濟、失業、精神弱勢與媒體報導等因素有關，非單一因素。在殺子後自殺與高風險家庭的相關，統計發現有高達六成(58.8%)符合至少一項高風險家庭之指標。而自殺方式則以燒炭為最多(50%)。受到東方傳統文化的影響，父母常將孩子視為自己的資產，自己有權利決定孩子的生死。在殺子的動機上，「利他型」的佔三分之二，也就是說這些家長認為帶孩子一起走是對他們最好的選擇。其次是「報復型」，約佔四分之一，常常是父母爭執之後，一方帶走孩子而後自殺，要讓另一方永遠後悔。

2. 重複自殺個案

許多個案可能出身破碎的家庭，承受過家庭暴力、父母



的忽略或遺棄、或雙親有酒精或藥物成癮等。個案常有些負面信念，而這些信念導致人際衝突與情緒痛苦，當個案發現自殺行動比其他方法，更能有效快速的紓解痛苦、減少挫折和焦慮、獲得他人關懷，個案就可能忽略重複自殺所冒的死亡風險以及長期的不良後果。

從重複自殺的研究來看，自殺死亡個案中高達40%個案曾自殺未遂，而自殺未遂後的一年內個案再次自殺的危險極高，特別是自殺未遂後的三到六個月間。目前研究顯示許多社會人口統計的因子和重複自殺有關，包括25-49歲年齡層、離婚、失業、低社經地位等。另外，精神科相關問題，如人格違常、物質濫用、憂鬱症等，都和重複自殺相關。74.8%重複自殺個案曾在精神科就診，以憂鬱相關疾病為最主要問題，重複自殺企圖個案有較明顯之精神科方面問題，為自殺防治的重要目標族群。

陸、溝通技巧

當個人處在壓力情境之下而表現明顯的適應困難時，助人專業者最重要的是要先給予情緒支持，然後才能有效教導案主壓力的處理技巧，或是支持系統及福利資源的轉銜。特別是面

臨重大生活壓力事件或急慢性疾病時，更應善用溝通技巧加以輔導。

一、通則

1. 常用支持技巧

- 1) 宣洩
- 2) 澄清
- 3) 稱讚
- 4) 再保證
- 5) 改變環境因素
- 6) 與其他專業共同照護

2. 非語言溝通

交談時以與案主同樣的音量、音速，需要注意肢體反應及表情變化等，並凝視對方，表達關注的神情都是基本的非語言技巧。

3. 支持性關係的建立

1) 積極的傾聽：

面談者應訓練能利用第三隻耳朵（third ear）聆聽案



主的抱怨，同時了解案主言語表達的真正含意，即聽出案主言語表達的弦外之音。

2) 良好的敏感度：

在面談時，對於案主的任何言語及非言語反應，要能及時察覺到；並能運用專業知識針對該反應，加以整合判斷。

3) 優質的同理心：

欲表達良好的同理心，面談者對案主的態度應具備下列幾項要素，包括接納、關懷、尊重、真誠、溫馨、瞭解及分享等。

4) 有專業之信心：

若面談者在內心、態度及行為上表達出心虛或缺乏自信，而使案主無法信任面談者，則案主很難流暢地談論自己的問題。

5) 合宜的自我揭露：

專業人員在必要的情況下，可考慮適當地將自己類似的經驗和感受與案主分享，而增進彼此的關係。

二、自殺風險評估

評估之過程，必須帶著體貼、關懷以及同理心來詢問所有的問題。

1. 如何評估自殺風險

當基層醫療人員懷疑有自殺行為的可能性時，需要評估下列危險因子：

- 1)當下的精神狀態以及關於死亡或自殺的想法。
- 2)當前的自殺計畫：個案準備到什麼程度、多快的時間內會採取行動。
- 3)個案的支持系統（家庭、朋友等）。

發現個人是否有自殺想法的最好方法就是問他。和一般想法相反的是，談論自殺並不會將自殺意念植入個人的腦海中。事實上，能夠開放地和他們談論這些讓他們正在苦苦掙扎的議題和疑問，他們會覺得非常感謝而且安心。

2. 如何詢問？

要詢問關於他或她的自殺意念是不容易的。循序漸入導入主題是有幫助的。一些有用的問句如：

- 1)你覺得悲傷嗎？



- 2) 你是不是覺得沒有人關心你？
- 3) 你是不是覺得已經不值得再活下去了？
- 4) 你想要自殺嗎？

3. 何時詢問？

- 1) 當個案感覺到被了解時。
- 2) 當個案覺得談論他或她自己的感受是舒服的。
- 3) 當個案正在談論如孤獨、無助等負面的感受。

4. 詢問什麼？

- 1) 詢問個案是否有明確的自殺計畫：
 - 你有任何結束自己生命的計畫嗎？
 - 你有想過如何進行自殺的想法嗎？
- 2) 詢問個案是否持有執行自殺的工具：
 - 你有藥丸、手槍、殺蟲劑、農藥或其它可以用來自殺的工具嗎？
 - 你是否可以立即取得這些工具？
- 3) 詢問個案是否有確定的時間表：
 - 你是否已決定在什麼時候結束你的生命？
 - 你計畫什麼時候去做？

三、技巧上的叮嚀

1. 要脅自殺個案

- 1) 瞭解導致自殺威脅的主因。
- 2) 同理個案的處境，例如「已經走頭無路，才選擇自殺的無奈」。
- 3) 引導個案情緒宣洩，正視問題的存在，尋求解決方法。
- 4) 與要脅自殺個案說話的語詞，儘量避免使用「你應該或你不應該」、「不能」、「為什麼」等開頭帶有否定意味的語詞，以免激怒個案。

2. 拒絕就醫

- 1) 瞭解個案過去就醫的經驗，澄清個案拒絕就醫的原因，並同理個案不舒服的就醫經歷，給予對方充分的時間去表達。
- 2) 拒絕就醫個案為憂鬱症者，與其溝通時，要引導其用正面積極的態度去面對，勿將心思重覆盤旋在自殺意念上。
- 3) 拒絕就醫個案為精神分裂症者，與其溝通時，要同理其可能面臨有幻聽、幻覺與幻想的情形，不要與其爭辯妄想內容的真實性與否，避免激怒個案且影響關係的建立。

3. 家屬



- 1)同理家屬對自殺事件的無奈及煩惱。
- 2)詢問家屬有關個案與家人之間的互動程度。
- 3)進行家屬衛教：精神狀況評估，緊急就醫步驟，降低自殺風險的方法，溝通原則等。
- 4)相關資源的介紹：安心專線、生命線、張老師，以及醫療資源運用。

4. 現場處理與安撫

- 1)與現場相關人員或家屬諮詢，瞭解個案自殺原因。
- 2)評估個案精神狀況，是否可以對談？自殺風險程度？
- 3)試著同理個案的處境，安撫個案的情緒，引導個案談論自殺的原因，尋找解決方案。
- 4)避免與個案談條件交換，及使用三字經或批判的語言，並試著說服個案到醫院治療的必要性。

柒、相關法規與倫理

一、主要相關法規

國內常見與實務相關之法規，列舉如下：

1. 精神衛生法

1)第 32 條 警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款所定狀態之人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。

2)第 41 條 嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，直轄市、縣（市）主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定。（強制鑑定，應自緊急安置之日起二日內完成。）

2. 兒童及少年福利與權益保障法

1)第49條第16款 任何人對於兒童及少年不得有下列行為：

16、強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為。

2)第 53 條 醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、警察、司法人員、村（里）幹事及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年有下列情形之一者，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時：



第3款遭受第49條各款之行為。(包括第16款強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為。)

3)第 56 條 兒童及少年有下列各款情形之一，非立即給予保護、安置或為其他處置，其生命、身體或自由有立即之危險或有危險之虞者，直轄市、縣（市）主管機關應予緊急保護、安置或為其他必要之處置：

一第四項 兒童及少年遭受其他迫害，非立即安置難以有效保護。

疑有前項各款情事之一，直轄市、縣（市）主管機關應基於兒童及少年最佳利益，經多元評估後加強必要之緊急保護、安置或為其他必要之處置。直轄市、縣（市）主管機關為前項緊急保護、安置或為其他必要之處置時，得請求檢察官或當地警察機關協助之。

4)第 57 條 直轄市、縣（市）主管機關依前條規定緊急安置時，應即通報當地地方法院及警察機關，並通知兒童及少年之父母、監護人。緊急安置不得超過七十二小時，非七十二小時以上之安置不足以保護兒童及少年者，得聲請法院裁定繼續安置。繼續安置以三個月為限；必要時，得聲請法院裁定延長之，每次得聲請延長三個月。

3. 警察職權行使法

1)第19條 警察對於有下列情形之一者，得為管束：

—第二項 意圖自殺，非管束不能救護其生命。

—第四項 其他認為必須救護或有危害公共安全之虞，非管束不能救護或不能預防危害。

警察為前項管束，應於危險或危害結束時終止管束，管束時間最長不得逾二十四小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬或其他關係人，或適當之機關（構）或人員保護。

4. 刑法

1)第271條殺人者，處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑。前項之未遂犯罰之。預備犯第一項之罪者，處二年以下有期徒刑。

2)第275條教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者，處一年以上七年以下有期徒刑。前項之未遂犯罰之。謀為同死而犯第一項之罪者，得免除其刑。

二、相關倫理議題

自殺之可容許性如何？國家社會對自殺介入之正當性何在？這牽涉到錯綜複雜之倫理議題，古今中外對於自殺各有其不同的倫理評價，常從社會防衛、保護個人與尊重自主的角度分析，支持及反對的生命倫理學各有其論述。



而依台灣警察職權行使法第19條規定，必須在24小時之內必須將企圖自殺者通知或交由其家屬或其他關係人，或適當之機關（構）或人員保護；可以想見如企圖自殺者之家屬或其他關係人無法照顧，則警察機關通常會將企圖自殺者轉送醫療單位。雖然台灣最新修訂之精神衛生法第3條，嚴重病人之定義包括「致不能處理自己事務」，而根據第41條，對於有自傷行為或之虞者之強制鑑定或強制住院之規定，僅得對於嚴重病人為之，似乎意在將實質行為能力之欠缺作為強制措施之必要條件，且其引入審查會及法院等監督機制，然而在實際執行時體現，而擺脫過度限制企圖自殺者人身安全之陰影，則仍有待觀察。

一個合乎倫理之自殺防治策略應該結合社會工程與精神衛生系統，在法律經濟等制度上進行調整，使潛在之自殺者自主地認為自殺不是最好之選擇，而自願尋求國家社會提供之協助來解決其生理心理與社會之困難，如此將是結合尊重自主與保護個人之最好方式。

捌、轉介及資源連結

一、各網絡轉介流程

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程

度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，衛生福利部爰訂定「自殺風險個案危機處理注意事項」（於2010年10月14日頒訂），其中之自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程（參見下圖二），藉以發揮網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡。

1. 個案定義及簡要說明：

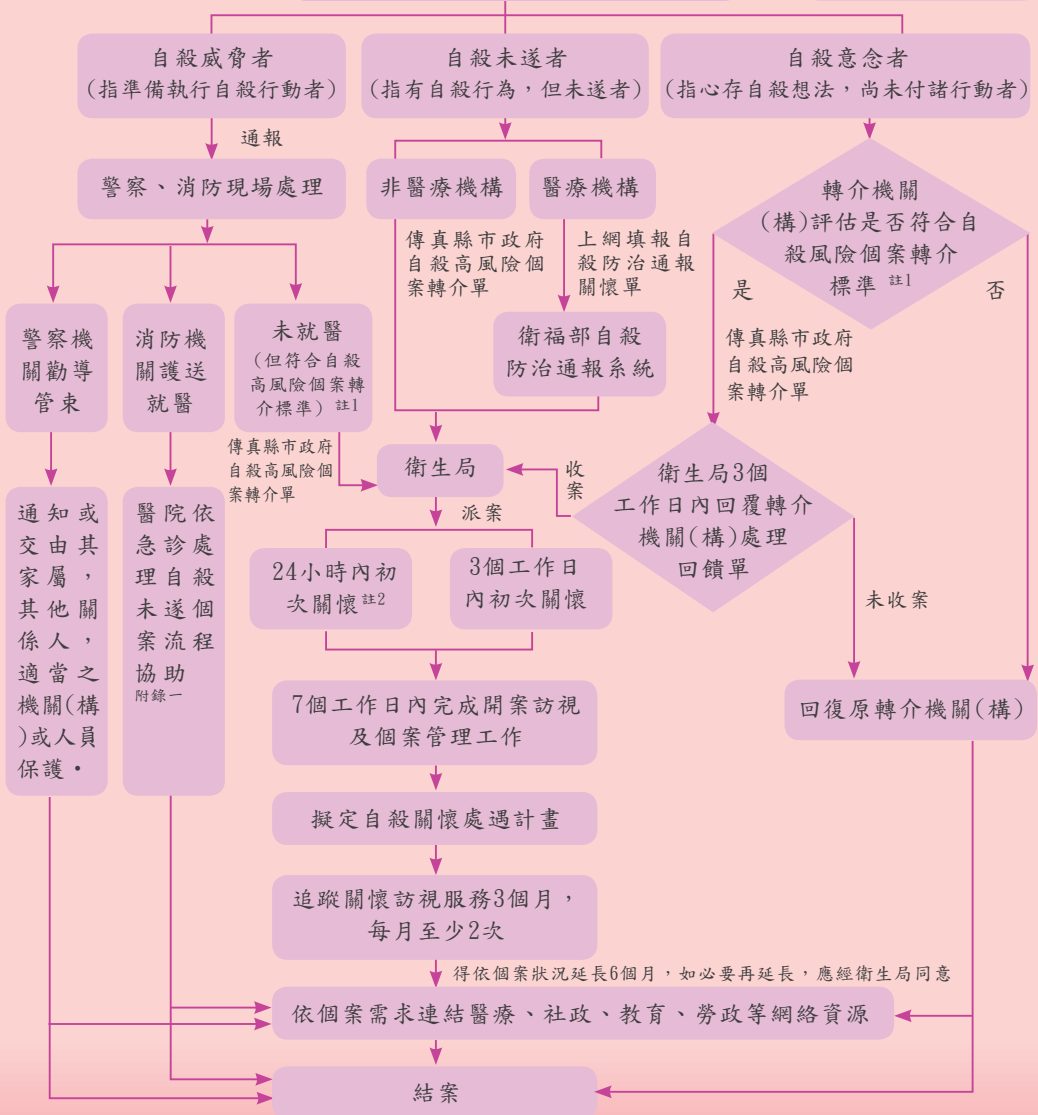
- 1) 定義：自殺未遂者：係指已發生自殺行為，但未遂者。自殺威脅者：係指準備執行自殺行動者。自殺意念者：係指心存自殺想法，尚未付諸行動者。
- 2) 當發現自殺威脅者時，須通報警消單位，依嚴重程度，勸導並協同家屬或關係人，陪伴保護，若需就醫，則護送就醫，進入醫院之自殺個案處置流程，並通報衛生局。
- 3) 發現自殺未遂者，均須轉介或通報衛生局，由衛生局評估，依據嚴重程度，進入通報關懷訪視流程，進行相關之處遇計畫。
- 4) 當各網絡成員發現自殺意念者，得先進行風險評估，符合轉介標準者，則可轉介至衛生局，未符合轉介標準者，應持續提供支持與關懷。



圖二：自殺防治網絡自殺風險個案處理流程

社政、教育、勞政、警政、消防...等
自殺防治網絡人員發現自殺風險個案

如有緊急個案需要衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。



5)衛生局接到各網絡之轉介，將再進行評估並於三天內回覆是否收案，若是收案，則進關懷訪視流程，若是未收案，則回復原轉介機關，由其繼續發揮守門人之人文關懷與支持。

2. 自殺防治通報系統

通報系統的目的與功能，不僅是自殺個案的通報而已，更協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程，多方面提升我國心理衛生與精神醫療，並活絡社區支持網絡，落實以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療、有效對自殺企圖者進行妥善照顧，展現社會文化互助價值與溫暖。

綜言之，通報系統的三項主要目的為：

- 1)落實自殺行為者之通報系統。
- 2)建立個案輔導轉介關懷網絡。
- 3)促進相關服務資源之整合。

通報單位的範圍：全國各縣市醫院及衛生局可直接上網進行通報外，亦鼓勵警察、消防、民政、教育、社政、勞政等相關單位，透過當地衛生局進行通報；醫院及衛生局通報時需填寫「自殺防治通報關懷單」。



二、衛生局及關懷作業服務流程

1. 分案

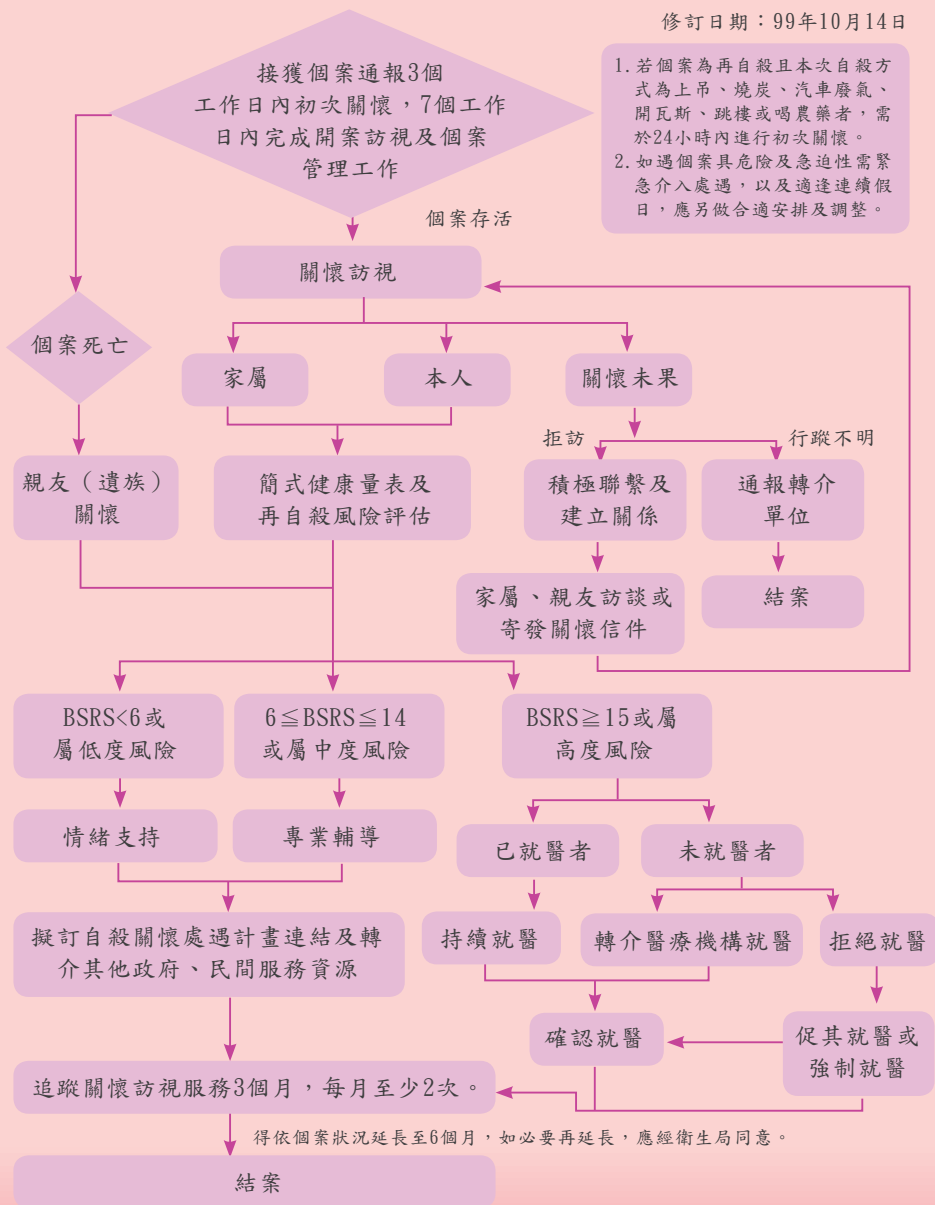
通報資料進入衛福部平台後，系統會以個案居住地為依據，將資料送往當地衛生局。若個案居住地相關資訊完整，系統將自動分案至當地衛生所或社區心理衛生中心，進行後續追蹤關懷服務。分案後，訪視人員必須進行電話訪視或家訪。過程中，訪視人員使用「簡式健康量表（BSRS-5）」，判斷個案情緒困擾的嚴重程度，並填寫「自殺個案訪視記錄回覆表」作為深入關懷或後續轉介服務的依據。以上過程，均需通報並記錄於系統中。

2. 關懷服務的提供

- 1) 針對自殺未遂個案，醫療機構應至衛福部自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報關懷單，其他網絡機關（構），則以紙本方式，傳真通報衛生局，由衛生局將通報資料鍵入該系統。
- 2) 衛生局受理通報後，應依衛福部自殺防治通報系統通報後關懷作業流程（見下圖三）辦理，於接獲個案通報3個工作日內初次關懷，7個工作日內完成開案訪視及個案管理工作，並指派自殺關懷訪視員進行關懷訪視，提供情緒支持、心理輔導及再自殺風險評估等。

圖三：衛生福利部自殺防治通報系統通報後關懷作業流程

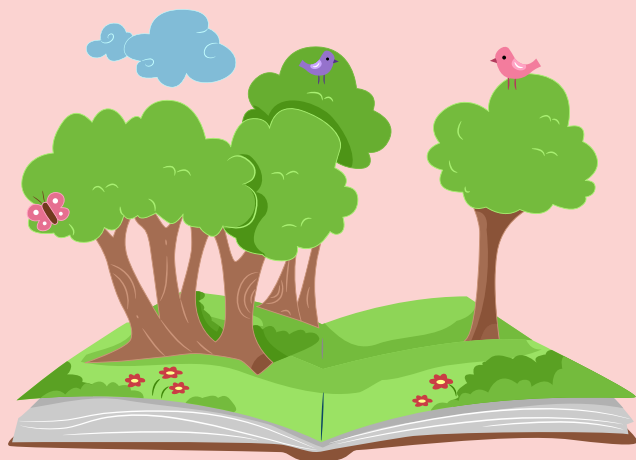
修訂日期：99年10月14日





- 3) 若通報個案為再自殺個案且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者，應於受理通報後24小時內進行初次關懷，又個案如有特殊狀況（例如：家庭暴力、兒童虐待、計畫殺子後自殺……等），並應立即通報相關業務主管機關予以處置。
- 4) 如遇自殺風險個案具危險及急迫性，需緊急介入處遇，以及適逢連續假日，應另做合適安排及調整，不受第3)項之限制。有關個案追蹤關懷訪視工作內容應包括：
 - (1) 主動與通報機關（構）電話聯繫。
 - (2) 掌握個案行蹤資料（聯絡電話、現居住址）。
 - (3) 掌握個案家屬、親友聯絡方式（聯絡電話、現居住址），並告知個案的自殺風險及相關處置建議。
 - (4) 評估會同相關機關（構）共同處置之必要性。
 - (5) 立即電話訪問並安排家庭訪問時間。
 - (6) 回覆轉介機關（構）評估及訪視結果。
 - (7) 自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務時，需依規定評估個案簡式健康量表（BSRS-5）分數及進行再自殺風險、心理需求評估，並擬訂自殺關懷處遇計畫，連結及轉介其他服

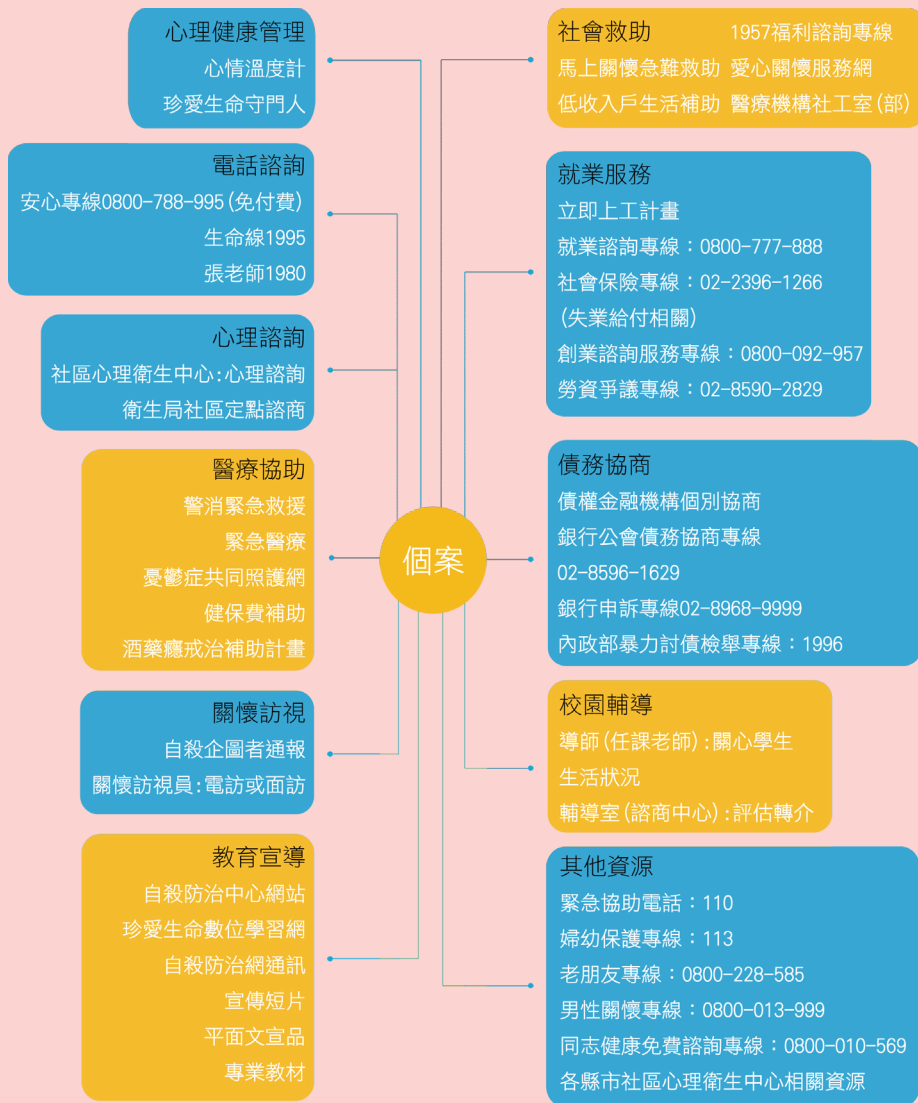
務資源，原則每1個案關懷訪視服務為3個月，每月至少2次，得依個案狀況延長至6個月，如必要再延長者，應經衛生局同意，始得延長。訪視方式得依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或辦公室訪視等方式進行，如遇個案拒訪，仍應採積極聯繫及建立關係等方式，和個案、家屬或親友進行相關訪視（談）或寄送關懷信（內容表達關懷之意及提供所轄資源服務），以落實追蹤輔導機制。





三、資源連結

自殺防治網絡資源連結



* 全國自殺防治中心 <http://www.tspc.tw/>

* 珍愛生命數位學習網 <http://www.tsos.org.tw/home>

● 各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

| 縣 市 | 電 話 | 縣 市 | 電 話 |
|-----|-------------|-----|----------------|
| 基隆市 | 02-24300195 | 台南市 | 06-3352982 |
| 台北市 | 02-33936779 | | 06-3359900 |
| 新北市 | 02-22572623 | 高雄市 | 07-3874649 |
| 桃園縣 | 03-3325880 | | 07-3874650 |
| 新竹縣 | 03-6567138 | 屏東縣 | 08-7370123 |
| 新竹市 | 03-5234647 | 台東縣 | 089-336575 |
| 苗栗縣 | 037-332621 | 花蓮縣 | 03-8351885 |
| 台中市 | 04-25155148 | 宜蘭縣 | 03-9367885 |
| 彰化縣 | 04-7127839 | 南投縣 | 049-2205885 |
| 雲林縣 | 05-5370885 | 澎湖縣 | 06-9272162轉309 |
| 嘉義縣 | 05-3621150 | 金門縣 | 082-337885 |
| 嘉義市 | 05-2328177 | 連江縣 | 083-626643 |

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

● 各縣市衛生局電話，如下表：

| 縣 市 | 電 話 | 縣 市 | 電 話 |
|-----|--------------|-----|-----------------|
| 基隆市 | 02-24230181 | 台南市 | (新營區)06-6357716 |
| 台北市 | 02-1999轉8858 | | (東區) 06-2679751 |
| 新北市 | 02-22577155 | 高雄市 | 07-7134000 |
| 桃園縣 | 03-3340935 | 屏東縣 | 08-7370002 |
| 新竹縣 | 03-5518160 | 台東縣 | 089-331171 |
| 新竹市 | 03-5723515 | 花蓮縣 | 03-8227141 |
| 苗栗縣 | 037-336729 | 宜蘭縣 | 03-9322634 |
| 台中市 | 04-25265394 | 南投縣 | 049-2222473 |
| 彰化縣 | 04-7115141 | 澎湖縣 | 06-9272162 |
| 雲林縣 | 05-5373488 | 金門縣 | 082-330697 |
| 嘉義縣 | 05-3620600 | 連江縣 | 0836-22095 |
| 嘉義市 | 05-2338066 | | |



玖、個人心理健康管理

社福人員比一般人更有機會受到壓力事件衝擊，特別是面對自殺個案時，不僅要積極傾聽個案的抱怨及苦水，同時也必須承受個案的情緒反應。因此，自我的心理調適及壓力抒解是很重要的，適時地與相關工作人員或督導者分享工作心得、討論個案及目前遭遇之困難，都有助於保持工作的活力及熱忱，並增強助人的專業知能。

一、如何因應壓力

通常在同一件壓力事件下可能同時採用多種壓力因應策略，並且在不同的壓力時刻會需要不同的策略來因應。這些因應策略可分為兩大類：

1. 針對壓力源尋求解決之道的因應策略

- 1) **直接行動**：特別去做什麼事或直接採取行動去處理壓力源。
- 2) **尋求訊息**：找尋有關壓力情境的訊息。
- 3) **尋求社會支持**：請他人提供直接的行動幫忙或提供資訊。

2. 針對壓力所帶來之情緒的因應策略

- 1) **認命接受**：接受壓力所帶來的結果，使得情緒平靜下來。
- 2) **抒解情緒**：做某些行為以表達自己的情緒或降低緊張狀態。

3) **防衛機轉**：用否認、壓抑、或理智化等方法，暫時不去「看到」或「想到」壓力。

4) **重新界定問題**：重新去思考與整理問題，或嘗試看到壓力的不同層面，以進一步使情緒轉向。

二、如何舒緩壓力

人的生活難免會處於壓力之下，但只要對壓力作適當的處理，我們都能平安地度過危機。因此在幫助別人之前，專業助人者平時就應該培養自我調適之能力，即便遇到緊急情況或困難，亦能「化阻力為助力，化危機為契機」。在面對壓力時，我們可把握下列原則：(1)睡眠充足；(2)營養均衡；(3)規律運動；(4)適當的休閒活動；(5)身心放鬆。

三、自我情緒管理小祕訣

1. 了解自己的資源與限制。
2. 清楚自己與個案的界限。
3. 建立個人支持系統。
4. 適時放鬆自己與舒緩工作壓力。
5. 練習自我內心觀察，以進一步做好情緒管理。
6. 做一個快樂的助人者。



拾、常見Q&A

Q1：人為什麼會想自殺？

A1：我們相信一部分選擇自殺的人並不是真的想要結束自己的生命，他們是藉由「自殺」的行為或企圖來對外界表示「我需要幫助」、「我很痛苦」、「我需要關心」的訊息；例如像是憂鬱症、久病不癒、或是無法忍受心理上痛苦的人，可能視自殺為唯一的出口，試圖以自殺來尋求解脫。

Q2：憂鬱症與自殺的關係？

A2：憂鬱症在一般社區的盛行率頗高，有一半以上的憂鬱症患者曾出現過自殺念頭，且其自殺意念與憂鬱症的嚴重度有很大的關係。自殺也是憂鬱症致死的最大原因，幾乎所有的精神疾病都比一般正常人有更高的自殺傾向，但是罹患憂鬱症的病人的影響尤其大，據統計大約是一般民眾的20倍。在死後回顧死者生前的情緒狀態顯示有三成到九成的個案處於憂鬱狀態，曾經有過自殺企圖的族群中有三分之二的人罹患憂鬱症，以上的數據顯示憂鬱症與自殺的確有很密切的關係，所以罹患憂鬱症必須積極治療，以免嚴重導致自殺。

Q3：企圖自殺的人都有心理疾病？

A3：自殺是多重原因造成的，並非患有心理疾病者都會想要自殺，自殺者也並非都患有心理疾病，生活壓力事件也可能導致個人的自殺行為。

精神疾病也是影響自殺的危險因子之一。約有84%～100%的自殺死亡個案，生前曾就醫且具有精神科診斷，主要為憂鬱症，其他尚包括藥物濫用、酗酒、精神分裂症等，有些嚴重的精神疾病甚至會導致大腦功能失常，讓人在思考、情緒跟行為上產生極大的痛苦，進而導致自殺。

Q4：如何跟想自殺的個案互動？

A4：(1) 不要不敢直接探問他有關自殺的想法、企圖、計畫等問題。

(2) 要與企圖自殺者建立良好的關係，先排除自己主觀的價值判斷及道德感去接觸個案；真誠的去幫助他，是相當重要的。

(3) 不要企圖說服個案自殺是錯誤的行為，而是要以支持、關懷的態度去了解他的感受與困難，給予他心理上的支持。

(4) 選擇安靜及有隱私的環境來討論各種問題，個案會較願意說出自己的心事。



Q5：哪些精神疾病比較容易出現自殺行為？

A5：所謂精神疾病是指一個非常大的範圍，包括精神病、精神官能症。精神病指比較嚴重的精神病態，例如出現聽幻覺、妄想等；而精神官能症則是出現焦慮、憂鬱、失眠等症狀，但沒有嚴重的行為或思考障礙。

自殺是一種想要結束生命以達到某些目的的行為。因為自殺意念或行為本來就是憂鬱症的症狀之一，所以只要憂鬱達到某一程度，尤其是出現明顯的無助無望感，就容易有自殺行為。自殺的個案當中有七成以上罹患憂鬱症，而精神分裂症也約有一成會出現自殺行為，人格疾患中以反社會人格與邊緣性人格違常比較容易出現自殺行為，而一般嚴重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症也會有自殺傾向。

Q6：發現有精神疾病該如何處置，以防止自殺事件的發生？

A6：一發現有任何精神疾病，千萬不要諱疾忌醫，而去求助民俗療法，以致被騙又延誤病情，而導致發生不幸的自殺事件。對於精神科的治療去污名化是很重要的，不管中外對於看精神科都覺得不名譽，會躲躲藏藏；其實，及時尋找適當的醫師診治對症下藥，不管憂鬱症、精神分裂症、焦慮性疾患、人格違常疾患等都可以有效的得到治療，如此方可預防自殺事件的發生。

Q7: 當遇到一個具有人格疾患且有自殺行為者（或有自殺意念者者），該怎麼處理？其注意事項為何？

A7: 由精神疾病診斷與統計手冊（DSM-IV-TR）對人格疾患的診斷準則說明，此人內在經驗與行為模式，與文化背景所預期者偏離甚遠，會出現認知、情緒、人際與衝動控制等四種領域的問題。依據四種領域的議題，做以下處遇原則的建議：

1. 面對有自殺意念者，對自殺衝動評估是危機處理首要原則。個案情緒狀況是否可以控制？是否可以交談？可以透過BSRS進行評估，決定是否要緊急就醫的判斷，必要時請警消人員協助就醫。
2. 個案當下的心緒混亂，認知扭曲，容不下外界的聲音，會加重溝通的困難。憤怒、自毀的衝動、自傷或威脅行為，可以用「SET」的溝通策略，包括給予「支持」（support）、發揮「同理心」（empathy）、及點明「事實」（truth）等三項步驟，缺一不可。
3. 與人格疾患互動時，必須有人際界限的設定。在協助個案時，理解個案情緒化行為是人格疾患一種特質，不要因個案的混亂行為而亂了方寸。在平靜心情下與個案溝通，一方面瞭解個案的需求，另一方面說明我們的立場



與原則，最後與個案一起找到問題解決的共識。

4. 對高自殺意念個案危機處理的重視。不論問題是否解決，個案精神狀況評估仍處於高風險狀態，鼓勵個案就醫為當務之急；如果個案拒抗就醫，必要時與親友聯繫告知其危險性，以及防範自殺相關教育。
5. 如果事先得知個案是人格疾患，務必做好事前準備工作。例如：個案是屬於何類型人格疾患？是否精神疾病問題？是否在發病期間？與督導討論後，確定處遇原則與方向才前往，儘可能是攜伴訪視，或是邀請親友、里長、公共衛生護士及其他相關人員協同訪視，可以適時支援，降低風險問題。

Q8: 經由醫師評估後，若個案不需住院後續需要做的危機處置為何？

- A8:**
1. 仍會依個案之問題進行需求評估，擬訂個別諮商輔導服務計畫或轉介適當服務資源，並在服務過程中，加強自殺危險評估，必要時再次轉介至醫院危機處置。
 2. 和個案之重要關係人聯繫並提供相關協助資源，與當地相關網絡單位合作，一起從事自殺危機處置。

Q9: 為何醫師總不將病人強制住院？

A9: 在臨床實務上有部分之自殺風險個案可能未符合強制住院

之條件，如病人用自殺企圖來得到更多的社會資源（如政府補助或保險金等），並不符合嚴重精神病人的定義即使有自殺之危險，於法並沒有辦法將其強制住院。

拾壹、經驗分享

越戰越勇的自殺防治社工

苗栗縣生命線社工 張仁典

將近一年來看見了多少自殺個案為了經濟因素、身體因素、家庭婚姻因素等而走上絕路，多少次在夜間緊急處理危機案件，在服務處遇個案若有看見個案本身有笑容與新希望時，自己身為主責社工的我也會有笑容與成就感。每當自己在安靜時想到個案的種種，的確讓我覺得很感慨。

「能做的我儘量去做，能幫的我儘量會去幫」、「你自己才是解決問題的專家」這是我常在輔導個案後期會對個案說的話語，因為要讓個案自我本身清楚明白，他是有能力與方法可以去慢慢一步步的解除危機的。很多時候個案常會在我面前大吐苦水說「沒辦法了、沒法度啦、我受不了了、老師很謝謝你這一段時間來的鼓勵與陪伴，我要走了等等的隻字片語」當我每次聽見個案在會談過程中這樣說時，我竟然一點都不會慌張，甚至我還會靜下心來站在他的立場想想，為何他會如此說



這些話語？是不是那些情況與場景讓他真的很想逃脫？還是有那些更深入的心聲還沒表達出來？這些都是我要去細膩的觀察與消化的。

將近一年來的時光，訪視與輔導了無數個自殺危機個案，不管個案最後是否真的都重新有希望開始？我自己會在自我內心深存一句話：「我是人，不是神，我只能做好自殺防治關懷工作」正也是這句話，讓我自己輔導工作領域中能進退自如，常告訴身邊的好伙伴們，在這一個輔導工作領域中要愈戰愈勇，「千萬不要滿腔熱血，做到滿腔吐血」！

大家都瞭解到輔導與社工領域的專業枯竭與人力枯竭是很嚴重的，該如何讓自己站在這一塊猶如大海的領域中學習到更多人、事、物，是我們大家要一起共同努力的人生功課！

在面對自殺個案時，我也曾經慌張、也曾經受過傷、也曾經被當成拒絕往來戶，但若是沒有這些挫折與困擾時，我想應該就不會有所成長、有所進步。每當我有新的個案進來時，不管他的問題是有精神疾病、還是經濟有問題、家庭婚姻感情等問題的，我都會對自己鼓勵說：「又有新的真實情境讓我去學習與克服了！又有不一樣的危機個案讓我可以與他一同在一條船上，共同划向那美好的陽光那一端了！」這一些話語就是

一同陪伴我前進的原動力，加上我心愛的好戰友伙伴們，一位美女與一位帥哥與一個相當有活力的工作團隊，讓我在這一個自殺防治輔導工作領域中，就是有滿滿的力量讓我可以繼續前進。

你是否有曾經被你的個案哭著說謝謝你的關心與支持嗎？這樣的真實畫面出現在我這一年來中很幾次，每當想起總是會挑起內心中的深處漣漪，那份漣漪現階段還在我內心中久久無法消去，幸好這是一份最珍貴的無形漣漪，也正是這一份漣漪讓我站在苗栗縣生命線能夠看的更遠更高，也正是這一份來自個案最真實的感謝讓我有更正向的原動力，這份無限大的漣漪是再多的馬自達6也買不到、是再多的凌志超級跑車也買不到、是再多的提芬妮也買不到！

各位看官不知道當你看到這一篇短章內的一字一語時，您內心有多少感觸與悸動？不知道您是否與我有相似的看法？如果您有的話，請您多給這些個案更多的正向關懷與鼓勵，同時也給予我們這個工作團隊更多的掌聲與肯定，當我們聽到那掌聲響起時，我們會更努力、更有衝勁往前繼續開闢那屬於苗栗生命線的江山，讓這一切的一切有更美好的未來，同時也讓個案有全新的期盼與開始吧！

自殺防治系列手冊

- 1 自殺防治－專業・愛與希望
- 2 自殺防範指引－專業・愛與希望
- 3 青少年心理衛生與自殺防治
- 4 老人心理衛生與自殺防治
- 5 精神疾病與自殺防治
- 6 物質濫用與自殺防治
- 7 女性心理衛生與自殺防治
- 8 職場心理衛生
- 9 自殺者親友關懷手冊
- 10 陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友
- 11 珍愛生命守門人
- 12 心情溫度計－簡式健康量表（BSRS-5）
- 13 怎麼辦？我想自殺
- 14 失業鬱悶怎麼辦？
- 15 關懷訪視指引
- 16 提升人際支持遠離自殺
- 17 以醫院為基礎之自殺防治
- 18 珍愛生命義工
- 19 全國自殺防治策略
- 20 矯正機構與自殺防治
- 21 基層醫療人員與自殺防治
- 22 孕產期婦女之情緒管理
- 23 社會福利工作人員與自殺防治
- 24 重複自殺個案之關懷管理
- 25 老人自殺防治 自殺新聞事件的省思

歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽<http://www.tspsc.tw>

社會福利工作人員與自殺防治

主 編：李明濱

執行編輯：廖士程、陳偉任、蘇柏文、黃鳳嬌、張仁典、
林素如、吳秋慧、顏思瑜、陳貞伶、孔祥玲

編輯顧問：張淑慧、陳金鈴、陳謨、馮燕

編 輯 群：全國自殺防治中心同仁

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地 址：10044台北市中正區博愛路63號6樓

電 話：(02) 2381-7995

傳 真：(02) 2361-8500

E-mail：tspc@tsos.org.tw

網 址：http://www.tspc.tw

出版日期：2012年10月第一版

2014年 2月第二版

I S B N：978-986-88927-0-5

〈珍愛生命，敬請多加推廣〉

珍愛生命數位學習網
<http://www.tsos.org.tw/home>

珍愛生命打氣網
<https://www.facebook.com/tspc520>



專業、愛與希望
為生命打氣

