

自殺防治系列 19

# 全國自殺防治策略



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

編者序	2
一、前言	4
二、背景分析	6
1.世界自殺概況	7
2.我國自殺死亡率之變化趨勢	9
3.自殺具有多層面之危險因子	11
三、全國自殺防治策略	13
1.指標性策略	15
2.選擇性策略	17
3.全面性策略	21

# 編者序

行政院衛生署第二期「全國自殺防治策略行動方案」計劃，委託台灣自殺防治學會辦理「全國自殺防治中心」計劃，工作內容主要依三大策略進行，包含了指標性（indicative）、選擇性（selective）及全面性（universal）。在指標性策略部份，主要在於追蹤自殺企圖者及關懷自殺者親友等，防止其再度試圖自殺。選擇性策略中，心理健康篩檢及高危險群之辨識工作，是相當重要的一個環節，主要工作有推廣「自殺防治守門人」概念，宣導心情溫度計之使用及全面推動教育宣導等。全面性策略則涵蓋如何框正媒體報導、如何減少致命性自殺物品、如何促進社會大眾心理健康等，強調自殺防治工作是需要全民的投入，並連結社會各資源網絡在既有的服務體系內持續地強化自殺防治功能，藉由推廣自殺防治守門人的概念，將「珍愛生命 希望無限」之信念向下紮根；其他還包含自殺行為之實證資料即時性分析研究與防治策略應用、國際合作及跨部門連結與民間團體合作等。

有鑑於此，本中心特別編撰三大防治策略的心理衛生與自殺防治手冊，包括：珍愛生命守門人、心情溫度計、怎麼辦我想自殺、失業鬱悶怎麼辦、關懷訪視指引、提升人際支持遠離自殺、以醫院為基礎之自殺防治、珍愛生命義工、全國自殺防治策略等主題，希望藉由介紹不同族群

的自殺高危險族群特徵、照護注意事項、求助資源等，能讓社區守門人或一般民眾對於自殺防治有更深一層的認識。同時，也希望全民皆能發揮自己的力量，共同建立綿延牢固的自殺防治網絡。

全國自殺防治中心主任

李明濱 謹識

中華民國九十八年十二月



# 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，包涵之範圍廣佈於個案之精神病理、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，致使自殺防範成爲複雜而艱鉅的任務。依據世界衛生組織的報告預測，在西元2020年時，全球十大死因當中，自殺將排名第九位。根據衛生福利部所公佈歷年死亡原因統計資料，自西元1997年起，自殺已連續12年進入國人十大死因之列，自殺死亡率則每年均維持在每十萬人口10人以上。自西元1993年至2006年，自殺死亡率逐年上升，並於西元2006年達到高峰，每十萬人口自殺死亡率達19.3人，自殺死亡人數爲西元1993年1,301人的三倍之多，因此，全國性之自殺防治工作刻不容緩。

為有效降低國人自殺死亡率，我國自殺防治策略之擬定方向為：全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)三大向度作爲主軸，透過資訊分析之實證基礎(evidence based)為策略依據，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合(network integration)為手段，持續推廣「珍愛生命 希望無限」之基本信念，藉由正確的自殺防治觀念宣導，以提升國人對自殺問題的重視與關懷，並促進社會大眾的心理健康。預期成效除降低自殺死亡率外，

其他預期效益還包括：（一）強化社區心理衛生中心功能；（二）提升國人對精神醫療及心理衛生之認知；（三）增強第一線醫療人員對自殺個案之覺查與照護能力；（四）即時提供自殺高風險群關懷協助；（五）發展本土化自殺危險因子分析研究；（六）連結政府與民間公益性組織及資源；（七）促進跨國及與國際組織之業務合作。就理論及實務層面而言，自殺防治工作可謂人人有責，需要政府與民間的共同參與，策略的制定與宣導應涵蓋全國民眾，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，並藉由促進全國民眾的共同努力，結合不同專業力量的積極投入，共同達成「珍愛生命 希望無限」的理想境界。



# 背景分析

自殺是世界性的公共衛生問題，根據世界衛生組織之預估，於西元2020年，全球每年會有一千五百三十萬人因自殺身亡，並在全球十大死因當中，自殺將排名第九位（已開發國家為第八位）；此外，自殺企圖者〔suicide attempter〕會比現今增加10至20倍，而全球疾病負擔（global burden of disease），以「生命損失年數」(Years of Life Lost, YLL) 與「伴隨殘障存活年數」(Years of Life with Disability, YLD)合起來估算，最高的十大「疾病與傷害」當中，重鬱症將排名第2位，僅次於缺血性心臟病，而自殺行為與精神疾病（尤其是重鬱症與酒癮、藥癮）關係密切，歷年來世界各國的研究顯示，重鬱症為自殺行為的最重要原因，重鬱症與自殺問題日漸嚴重的情況，中外皆然，尤其是青壯年族群的自殺死亡，近年來在不少國家有增加趨勢。因此，自殺防治之工作刻不容緩(Bertolote & Fleischmann, 2002)，而世界各國也紛紛擬定全國性的自殺防治策略並全力推動 (Bertolote, 2004；WHO, 2001)。



## 世界自殺概況

根據世界衛生組織（WHO）之統計數據，1996年全世界年齡標準化死亡率為每十萬人口15.1人，男女性分別為24.0人與6.8人。男性自殺死亡率幾乎是全球性的偏高，大約為女性的3.5倍。WHO在過去的15年內，統計人口數超過1億人的國家之自殺死亡率與變化趨勢，在有提供資訊的11個國家中，有7個國家在過去15年內有完整資料可提供分析，而各個國家的自殺死亡率的變化趨勢也不盡相同，從幾乎增加了62%的墨西哥，到減少了17%的中國大陸；然而，世界各國的人口結構及社經文化背景不盡相同，死因分類及統計方式亦有所不同，故跨國間之比較與解讀需較為保守為之。此外，自殺議題往往容易被公眾刻意的忽略和誤解，其中的原因可能是自殺牽涉到一般民眾對於死亡與精神疾病的禁忌，或是習慣於自殺問題單純而直覺的論述，而忽略了自殺成因之複雜性。

根據世界衛生組織統計，高自殺死亡率國家多為東歐國家，而低自殺死亡率國家多屬拉丁美洲國家、回教國家極少數亞洲國家。全球每年有超過一百萬人自殺，其中約6至7成在亞洲地區，而亞洲地區近年來包括：日本、韓國

、中國大陸、香港等，其自殺死亡率均明顯增加。以韓國為例，其自殺死亡率近年來呈上升趨勢，於2011年達到高峰（自殺粗死亡率為每十萬人口31.7人），名列經濟合作與發展組織（OECD）成員國的第一名。

根據WHO 2010年公布之2008年各國標準化自殺死亡率，我國自殺死亡率（每十萬人口15.2人）遠較韓國（每十萬人口20.1人）及日本（每十萬人口19.8人）之自殺死亡率為低，但高於新加坡（每十萬人口8.4人）。

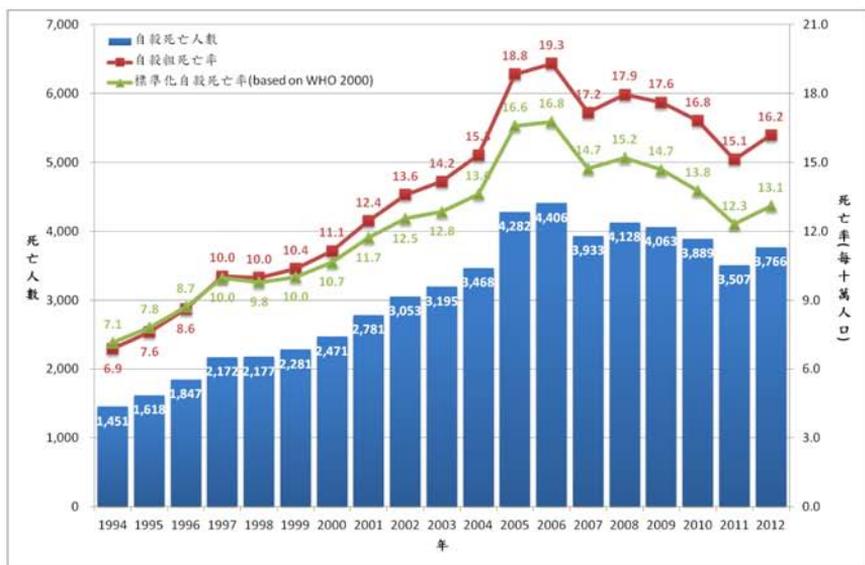
韓國自殺死亡率在2008年後居高不下，直至2012年自殺粗死亡率降至每十萬人口28.1人，為近年來首次下降；日本自殺死亡率在2004年（自殺粗死亡率為每十萬人口27.0人）後呈緩降趨勢，2012年自殺粗死亡率降至每十萬人口21.7人。然而，近年我國自殺死亡率呈下降趨勢，2012年自殺粗死亡率為每十萬人口16.2人。足見自殺議題受到國家的重視，自殺防治工作之推動有具體成效。

## 我國自殺死亡率之變化趨勢

根據衛生福利部公布之統計資料，2012年台灣地區自殺粗死亡率（死亡人數／年中人口數）為每十萬人口16.2人，若以2000年WHO世界標準人口結構調整計算（即納入人口結構老化因素考量）2012年之標準化死亡率為每十萬人口13.1人。

回顧台灣自殺死亡率之長期變化，自1982年起，自殺及自傷之粗死亡率（死亡人數／年中人口數）由最高之每十萬人12.3人，呈逐年下降，至1993年達最低6.2人，復再呈增勢，至2006年自殺粗死亡率達19.3人，而男性死亡率為女性之2.3倍。就2004至2005年之資料相比較，自殺和位居國人十大死因第四位的糖尿病，同為國人標準化死亡率與死亡人數占率增加最快的兩種死因。2005年之標準化死亡率為每十萬人口16.6人，較2004年增加21.9%，其增幅為近20年最高，且較1995年（全民健保實施年）增加112.8%。以2005至2006年間相較，自殺死亡率之增加，雖有趨緩之現象，然而2006年國人之自殺標準化死亡率，仍為近20年來最高。在西元2006年時達每10萬人口19.3人，但自西元2006年第二季起，已有漸趨緩和的現象。根據衛生福利部整理完成之國人死亡統計資料，西元2012年國人自殺死亡

人數為3,766人，其粗死亡率為每十萬人口16.2人，與西元2008年自殺死亡人數4,128人，粗死亡率每十萬人口17.9人相較，二者均約減少8.8%。（請參閱圖一）



圖一、1994年至2012年自殺死亡人數/死亡率

## 自殺具有多層面之危險因子

自殺行為往往伴隨有生物、心理、社會、經濟與文化之複雜成因與背景，絕非由單一危險因子可以解釋其發生率之變異。然而，就疾病及醫療觀點切入，一項在臺灣東部選擇臺灣漢民族及二個原住民族，以自殺死亡者進行個案對照研究，且以生活史重建會談進行心理解剖(biographical reconstructive interviews: psychological autopsy)研究指出(Cheng, 1995)，自殺身亡者最常見的精神疾病為憂鬱和酒癮者，最常見的共患疾病為憂鬱合併物質濫用。而其他的自殺危險因子，包括年齡、性別及精神疾病等(Woodbury et al., 1988; Bille-Brahe, 1993)。一般而言，男性自殺率大於女性，且大部份發生在老年人，因為他們常有潛在器質性疾病及缺乏社會支持，且易合併憂鬱症。西方國家中，因老年族群的快速增加，且高盛行率的慢性疾病，這些因素已使自殺的個數明顯增加(Woodbury et al., 1988)。對年輕族群，雖然自殺率明顯比老年者低，但是自殺為死因重要的部份，WHO (1989)顯示已開發國家中，15-35歲年齡層中，自殺為死因之前三位。在此年齡層中，憂鬱症、其他精神疾病、酒精和藥物濫用、先前有自殺企圖等，都是它重要的危險因子(Monk, 1987)。社會成本

方面，其對潛在年數損失很大(Woodbury et al., 1988； Moens et al., 1988)。除疾病與健康因素外，近年來失業等社會經濟因素，以及自殺企圖行為本身，亦為自殺危險因子之重要探討方向。



# 全國自殺防治策略

我國自殺防治策略，分為三個主要層面擬定方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)策略(Bertolote, 2004；李明濱等，2006)。全面性自殺防治策略之標的為全體民眾，涵蓋導正媒體報導、減少致命性物品之可近性、降低自殺與精神疾病的社會污名化程度，促進社會大眾心理健康，以及自殺概況與相關資訊的有效監測(Mann et al., 2005；Cheng et al., 2007)。選擇性自殺防治策略以高風險群為對象，包括憂鬱症共同照護體系之推行、精神疾病的早期診斷與有效處置等。指標性自殺防治策略主要在於追蹤自殺企圖者，強化偏遠地區之緊急救護能力，以及自殺相關個案管理，以期給予自殺企圖者有效的身心醫療及社會介入措施，以防止其再度試圖自殺。整體而言，自殺防治工作之推行，與心理衛生體系，甚至社會安全體系功能之充分發揮密切相關，台灣地區目前已有相當程度之心理衛生、醫療照護以及其他社會安全系統網絡，然而，欲進一步達成有效之自殺防治工作，還必須能促進各種網絡間「網網相連」之有效功能性連結，以提供完整而持續之關懷服務。

自2008年9月以來，世界性金融危機以及經濟衰退蔓延，台灣在全球化浪潮下亦難置身風暴之外。相對應於巨觀經濟環境變遷，經濟成長率、消費者物價指數、以及失

業率等勢必朝經濟衰退之方向變動。過去雖有諸多國外文獻指出失業率升高、經濟成長率降低、消費者物價指數升高，與自殺死亡率之升高呈現相當程度之相關，但也有方向相反之理論或實證資料反駁此一關聯性(Berk et al., 2006；Gunnell et al., 1999；Jin et al., 1995)。整體而言，自殺行為絕非單一因素所能造成，然而面對新型態之全球性經濟社會不利因素，是否增加國人自殺之風險，仍需密切注意。為因應未來之不確定因素，整體自殺防治團隊，除繼續落實既定之全國自殺防治策略，特別是跨部會整合以及「網網相連」之工作外，亦需針對新興而迫切之自殺防治問題，具有即時分析能力及合理有效之反應作為。



## 指標性策略

指標性策略的防治對象，是具有高自殺風險的個人，其中，最主要的是曾經自殺過的人，也就是自殺企圖者。世界衛生組織(WHO, 2000)表示，每一起自殺死亡事件代表有10至20起自殺企圖發生，而我國流行病學研究指出約14起(Liao, 2007)；而先前有過自殺行為的人，再度自殺的機率比一般人高。因此，如何針對自殺企圖者提供即時的關懷與介入服務，是自殺防治重要的指標性策略。於2009年起，全國自殺防治中心協助衛生署評估並改良各縣市自殺企圖者通報系統，個案輔導轉介關懷網絡系統性問題之研究與解決，並透過跨部會合作機制，促進相關服務資源之整合。工作架構如下：

### 1. 自殺企圖者通報關懷系統之精進

自殺通報關懷系統之良窳，關乎整體防治策略中，自殺死亡風險最高危險族群之介入成效，除持續運作通報體系之資料彙整分析及回饋機制外，也加強整體運作之間控管與功能評估，特別是強化關懷訪視人員自殺危機評估處理及諮商輔導能力，加強重複自殺個案關懷輔導，自殺企圖者通報資訊之分析與呈現，自殺企圖通報人員之在職訓練與評估，以提升通報資料記錄的準確性與完整性，並提升衛政醫療體系以外之通報效能。

## 2. 自殺遺族關懷

自殺者的突然死亡，往往無法讓最深愛他的親友預備他的離開，再加上對自殺有著錯誤且不正確的認知，造成自殺者親友不願承認自己為自殺者親友，而喪失尋求協助並獲得幫助的機會。因此，專業助人者在面對自殺者親友時，除需了解自殺者親友可能會有的情緒反應及行為，也必須對一般喪親、哀傷之歷程有所概念，並了解社區內有哪些資源可以用以協助遭逢親友自殺之家庭。除了全國自殺防治中心所編制之「自殺者親友關懷手冊」（針對專業人員）及「在他/她死了之後」（針對自殺者親友）衛教手冊外，並加強自殺遺族下列事項之推動：

- (1) 辦理自殺者遺族追思會及組織遺族關懷團體
- (2) 呼籲大眾關懷、尊重自殺者親友，共同營造信任的環境
- (3) 打破自殺迷思，為自殺者及其親友去污名化
- (4) 提升自殺者親友自我照護能力
- (5) 改善各項醫療及人道服務體系對於自殺遺族之可近性
- (6) 提供自殺未遂者或死亡者家屬後續關懷輔導服務

## 選擇性策略

在選擇性自殺防治策略中，心理健康篩檢以及高危險群之辨識工作，是相當重要的一個環節。加強醫護與諮商輔導人員篩檢、辨識可能罹患各類精神疾病或有自殺傾向者的能力，並適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置，以協助使其制度組織更為健全。全國自殺防治中心除了提供「心情溫度計」給相關機構使用，以利人道服務專業人員清楚地掌握個案的心理狀態及其照護需求，並持續於署立醫院、校園、通報關懷訪視等不同系統推行，也持續推動至全國各網絡，增加社會大眾對心理困擾及自殺意念的辨識能力。相關作業內容如下：

1. 評估工具開發與方案執行
2. 流程與網絡建立的監控與評估
3. 專業支持與評估



## 選擇性防治策略之「守門人」概念

根據Lewin (1951) 對守門行為的定義，守門人意指能藉著一道又一道的關卡來進行過濾和控制過程的人；而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，即可稱之為珍愛生命守門人」；而廣義的珍愛生命守門人的定義為「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」；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。此外，基層醫師及社區守門人的教育，已被實證評估為有效減少自殺行為發生的方法之一。自殺死亡者有相當比例在生前曾經就醫的現象，在國內、外的文獻都有記載；因此如何促進篩檢與轉介工作，是守門人教育訓練工作極為重要之一環。

## 1. 心情溫度計之推廣

- (1) 要能使專業人員及一般民眾迅速了解個人的心理照護需求，使用信效度良好之篩檢工具，提升臨床評估之敏感度，是十分重要的。
- (2) 目前於台灣自殺防治工作中廣泛採用之簡式健康量表(BSRS-5)，又名「心情溫度計」，是為探尋心理衛生需求的篩檢工具。這個量表包括五題症狀之題組，以等於或高於六分作為常見精神疾患(如失眠症、焦慮症與憂鬱症等)篩檢之切割點，使用於不同族群之患者均獲得良好之內在信度，顯見其適用之廣泛性。任何身心疾患如未妥善處理也易導致無助無望及憂鬱症，甚者引發自殺行為。
- (3) 為提升醫療及照護品質，並加強篩檢有憂鬱或自殺傾向的病患，全國自殺防治中心提供心情溫度計評量表給相關醫療機構使用，以利醫護人員清楚地掌握住院病人的心理狀態及其照護需求。此外，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，以強化他們篩檢、辨識可能罹患各類精神疾病或有自殺傾向的成員，適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置，並協助使其制度組織更為健全，使其能在既有基礎上，與政府部門共同努力，提供國人更積極之自殺防治環境。

## 2.發展義工組織

台灣社會由於保守民風使然，多數人都十分注重身體保健，但卻忽略心理健康之重要性。在全民對自殺防治觀念尚未普及之情況下，全國自殺防治中心持續努力加強義工之培訓及組織，以協助擔任自殺防治之宣導及推廣工作，並與縣市社區心理衛生中心業務結合，達到服務「在地化」及「社區化」之目標。

## 3.全面推動「珍愛生命守門人」教育訓練

為深化自殺防治之理論與實務於醫療及人道服務體系，全國自殺防治中心與相關學協會合作，共同研擬自殺防治標準化教育訓練教材及實施步驟，將「珍愛生命守門人」之理論與實務，落實推廣至各層面之專業社群成員，並納入相關學協會之專業認證系統中，以深化守門人工作之推行，其推廣之工作重點為：

- (1) 珍愛生命守門人課程設計與規劃。
- (2) 珍愛生命守門人教材設計與製作。
- (3) 珍愛生命守門人講員人力資源開發。
- (4) 珍愛生命守門人全員性義工組織的建立與輔導。
- (5) 珍愛生命守門人專業支持與評估。

## 全面性策略

除持續執行為全面性防治策略中「媒體互動與觀察」業務之一項外，透過媒體與專業人員所組成的團隊，當發生自殺新聞事件時，接受媒體採訪、受邀撰寫評論短文，及針對重大事件發表評論及文章。此外，全國自殺防治中心也邀集專家於第一時間對自殺未遂者或死亡者家屬表達關懷並輔導，以及收集自殺相關第一手資料。除媒體報導外，全面性自殺防治策略亦包含透過大型活動、傳播媒體、演講、藝文活動之參與，進一步推動精神疾病及自殺去污名化工作，並加強學校心理衛生教育課程等方式進行，此外，也建立全國性精神疾病與自殺防治的網站，提供相關資訊與醫療轉介諮詢服務。工作大綱如下：

1. 透過媒體與專業人員組成團隊，當發生自殺新聞事件時，接受媒體採訪、受邀撰寫評論短文，並針對重大事件發表評論及文章。
2. 透過大型宣導活動、演講、藝文活動之辦理，全面宣導正確心理衛生觀念，增進民眾心理衛生知識，持續推動自殺及精神疾病去污名化工作。

3. 建立全國性精神疾病與自殺防治網站，提供相關資訊與醫療轉介諮詢服務。
4. 製作心理衛生教育本土化宣導教材，規劃有效且廣大之媒體通路，利用多元之平面、電子媒體，定期宣導心理衛生相關資訊。
5. 為瞭解民眾對國內自殺現象之看法，消除民眾對自殺現象的迷思及去污名化，委託民意調查公司，調查民眾對於自殺之觀感及認知，作為評估防治策略成效之參考依據。
6. 2006至2008年協助「安心專線」彙整分析服務資料，以作為推展業務之參考，並協助連結相關教育訓練資源。



# 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
- 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
- 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 殺子後自殺事件之防治
- 26 老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
- 27 雨過天晴心希望
- 28 擁抱生命逆轉勝
- 29 自殺防治概論
- 30 自殺風險評估與處遇
- 31 重複自殺個案關懷訪視指引
- 32 自殺風險個案追蹤關懷實務
- 33 政府跨部會自殺防治手冊
- 34 自殺關懷訪視員教育手冊

歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽 <http://www.tspc.tw>

## 全國自殺防治策略

發行人：李明濱

主編：李明濱

編審：吳佳儀、陳俊鶯

執行編輯：吳恩亮、詹佳達、陳宜明、楊凱鈞、廖士程

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：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

電話：(02)2381-7995

傳真：(02)2361-8500

E-mail：tspc@tsos.org.tw

網址：tspc.tw

出版日期：2018年1月再版

I S B N：978-986-85551-4-3

（珍愛生命，敬請多加推廣）



珍愛生命，希望無限

