

自殺防治系列 **29**



自殺防治 概論



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、自縊現況分析	3
一、分析自縊死亡率	3
二、分析自縊死亡人口學	4
三、分析自縊方式	5
四、分析自縊通報個案特性(以2015年為例)	5
五、接受關懷訪視者之再自縊企圖及自縊死亡率	7
貳、個人層次之自縊防治	8
一、自縊行為歷程	8
二、自縊風險評估	10
1. 危險因子	10
2. 保護因子	11
參、台灣自縊防治策略	14
一、指標性策略	14
二、選擇性策略	16
三、全面性策略	17
肆、主要參考資料	21
伍、附錄	22
一、簡式健康量表	22
二、心情溫度計APP	23



前言

衛生福利部(前行政院衛生署)自2005年底開始推動「全國自殺防治行動策略」，委託台灣自殺防治學會辦理「全國自殺防治中心」計畫，國家級的自殺防治中心在此計畫中應運而生。在政府相關單位、民間團體、及社會大眾的努力下，配合指標性、選擇性與全面性之三大策略，因而促使全國自殺率逐年下降，國人自殺粗死亡率由2006年每十萬人口19.3人，於2014年降至15.1人，但2015年到2016年又分別上升至15.7以及16.0人，並於2010年自殺首度退出國人十大死因之列。

過去十年間，台灣的自殺死亡率已有顯著下降的趨勢，但自殺防治工作仍有賴社會各界持續努力，一同關懷扶助自殺高風險群，守護每一個珍貴的生命。特別是自殺關懷訪視員(簡稱關訪員)，在第一時間給予個案支持鼓勵與關懷陪伴，盡其所能地幫助個案連結所需資源，以度過重重難關。

然而，面臨不同的個案情境，關訪員無法使用單一訪視技巧來囊括所有個案訪視歷程。因此，今年度之「全國自殺防治中心計畫」為提升自殺關懷訪視員之訓練，而編印四冊自殺防治實務工作手冊，內容包括自殺防治概論、自殺風險評估與處遇、重複自殺個案關懷訪視指引及自殺風險個案追蹤關懷實務等。期盼藉由四本手冊之提供，能讓自殺關懷訪視員獲得更多技巧，進而提高關懷訪視之成效，持續降低全國自殺率。

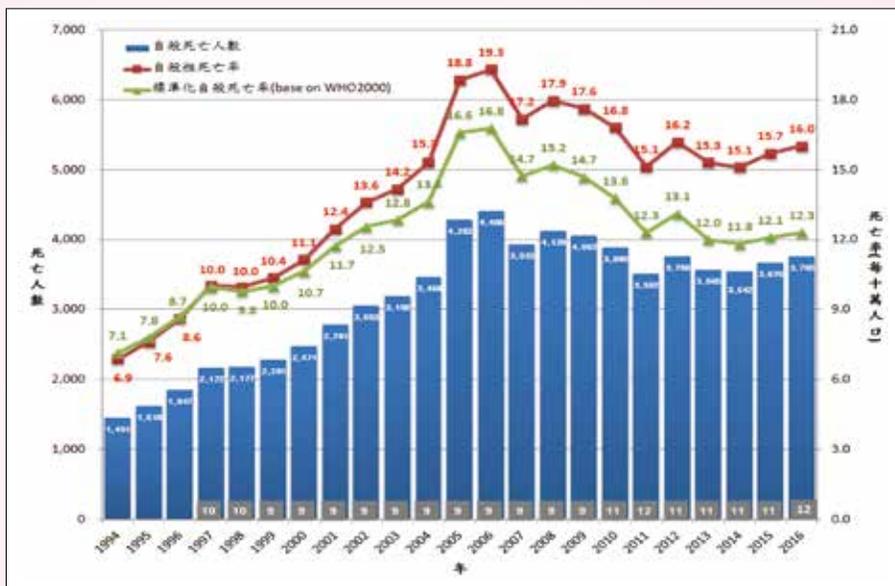
本手冊主題為「**自殺防治概論**」，重點在於使第一線關訪員了解自殺現況與防治策略，而自殺防治策略大致分為個人及群體兩個層面，個人層面著重於了解個人自殺歷程與評估整體自殺風險，群體層面則依目前之國家政策分為全面性、選擇性、指標性策略；藉由案例引導說明個人自殺行為歷程與風險評估內容，並強化關訪員對於全國自殺防治三大策略之基礎認識。希望透過本手冊，能讓關訪員更加同理個案情境，並將自殺防治之理念作為未來持續努力與奮鬥之目標！



壹、自殺現況分析

一、分析自殺死亡率

台灣的自殺死亡率，自1991年起持續呈現上升趨勢，2005年為自殺死亡率大幅增加的一年，該年的自殺粗死亡率較2004年增加23%，2006年國人自殺粗死亡率每十萬人19.3人，該年度有4,406人自殺身亡，是為近20年來之最高峰(如圖一)。



圖一、1994-2016年全國自殺死亡人數及自殺死亡率

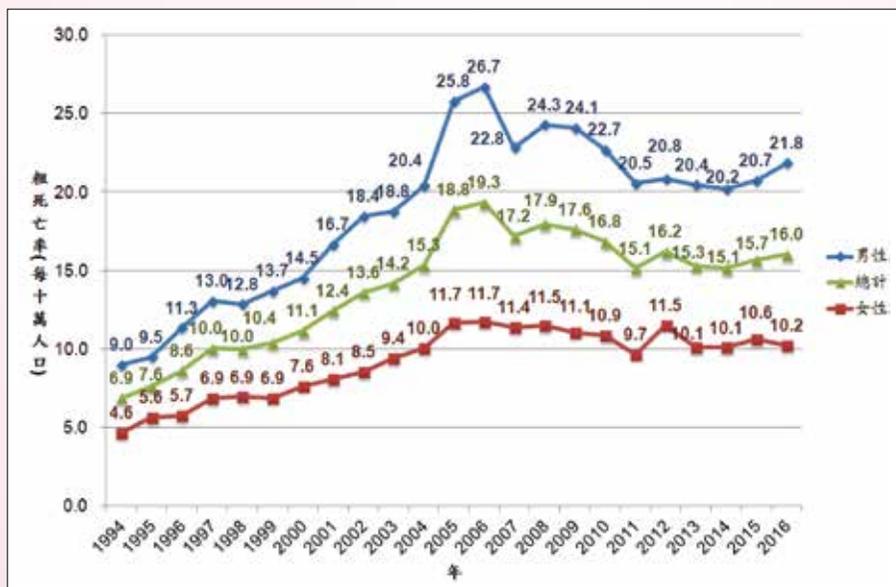
國內自殺防治工作，在政府與民間持續參與，擴大社會救助與人道關懷下，國人自殺粗死亡率已由2006年每十萬人口19.3人之高峰，首度降至2007年之17.2人；2010年則為自1997年以來首次排除國人十大死因之外，位居第11位；於2011年持續下降至15.1人，雖於2012年略為起伏，但近兩年來呈現持平狀態，2014年維持在15.2人，標準化死亡率為每十萬人口11.8。根據世界衛生組



織標準，台灣已從標準化自殺死亡率在每十萬人口15人以上的自殺高度盛行率區域，降為中度盛行率區域。若以三年平均死亡率來看，2012年至2014年之平均標準化死亡率較2005年至2007年下降23.3%。

二、分析自殺死亡人口學

近年來台灣自殺死亡之人口學特徵，男性為女性之兩倍以上，如圖二所示；且年齡層愈高，自殺死亡率愈高。自殺死亡方法具有年齡、地域、及臨床特性之差異，都會區青壯年以燒炭方式為眾，鄉村及老年人口以上吊及農藥為主，墜樓身亡與重大精神疾病相關，性別因素於年齡別風險與方法選擇無顯著差異，且自2002年起燒炭自殺比例陡增，部分學者認為可能與媒體網路報導相關。



圖二、1994-2016年性別自殺粗死亡率



三、分析自縊方式

整體而言，2016年全國自縊死亡方式前三位依序為「吊死、勒死及窒息之自縊及自傷」(1185人，占率31.5%)、「氣體及蒸汽自縊或自為中毒」(912人，占率24.2%)及「固體或液體物質自縊及自為中毒」(703人，占率18.7%)。其中，「吊死、勒死及窒息之自縊及自傷」，2016年占率31.5%較2015年(30.8%)之占率上升2.3%(如圖三)。而各縣市之自縊死亡方式會因地理特性、產業類別等因素而有所不同，因此自縊防治策略應因地制宜，才能有效降低該區自縊死亡率。



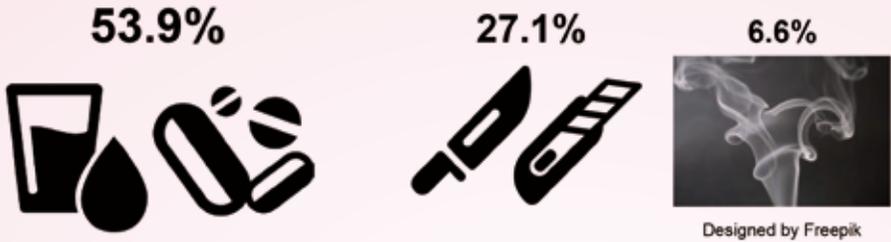
圖三、1994-2016年全國自縊死亡方式占率

四、分析自縊通報個案特性(以2015年為例)

分析2015年自縊通報個案特性，女性為男性的1.73倍；整體來看通報最多的年齡層為35-44歲年齡層(24.5%)，其次為25-34歲(22.1%)，排名第三為45-54歲(17.2%)。



分析自殺通報方法(ICD-9，除「其他及未明示之方式自殺及自傷」外)，以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(51.9%)佔率最高，其次為「切穿工具自殺及自傷」(28.5%)，排名第三為「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(6.6%)。



以性別分析自殺通報方法，男性以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(44.7%)為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」(22.2%)，排名第三為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(10.9%)；女性以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(56.2%)為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」(27.9%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(4.1%)。

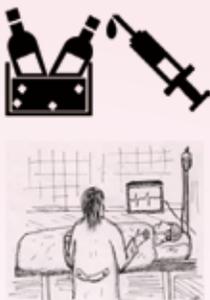
整體來看，自殺通報原因(除「不願說明或無法說明」外)以「情感／人際關係」(47%)佔率最高，其次為「精神健康/物質濫用」(36.4%)，排名第三為「工作／經濟」(9.9%)。以性別分析，男性以「情感／人際關係」(36.5%)為最多，其次為「精神健康／物質濫用」(32.9%)，排名第三為「工作／經濟」(13.1%)；女性以「情感／人際關係」(53.3%)為最多，其次為「精神健康／物質濫用」(36.8%)，排名第三為「工作／經濟」(8%)。



49.4%



27.9%



11.1%



Designed by Freepik

五、接受關懷訪視者之再自縊企圖及自縊死亡率

依據自縊企圖者之通報關懷系統分析，2015年全國自縊通報為28,996人次，與去年同期(29,914人次)相比減少3.1%，通報比(企圖自縊未遂的人數，除以不幸自縊身亡人數的比值)為8.2，代表每一個因自縊而失去生命的背後，約有8人嘗試自縊。通報單位 類型，以「醫療院所」(85.7%)為最大宗，其次為「警消單位」(7.4%)及「衛生局所」(6%)。

87.1%



7.9%



1.7%



Designed by Freepik

根據國內外文獻研究發現，針對自縊企圖者後續是否有接受關懷來進行比較，結果發現有接受關懷者的再自縊企圖及自縊死亡率均有下降，足見關懷訪視之重要性。



貳、個人層次之自殺防治

一、自殺行為歷程

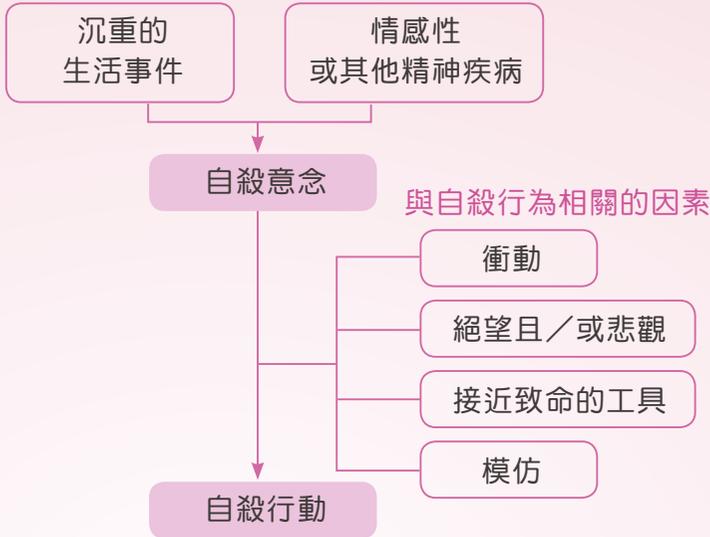


案例小故事

個案小婷，女性，42歲已婚，為全職家管，無自殺紀錄。個案自述先生是家中唯一經濟來源，案母因癌症長期住院治療，需負擔龐大的醫療費用，為此與先生有所爭執，曾打電話給案妹尋求幫助，但案妹拒絕給予經濟支援。個案陷入憂鬱且影響睡眠，因而利用酒精幫助入眠並排解情緒。在某日飲酒後，對於經濟負擔以及家人的不支持感到無望，便吞食自家存放的多種藥物數十顆，先生返家後發現案主意識不清，立刻打電話緊急送醫，目前狀況穩定留院觀察中……

自殺與自傷皆屬於自我傷害的行為，前者帶有結束生命的明確想法，後者則不是以結束生命為主要意圖，但其行為目的與減輕痛苦、報復、或緩解壓力等原因有關。擁有自殺想法的人不一定會產生自殺行動，當個案擁有自殺意念，意謂著個案本身擁有結束生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。如果個案已經擁有自殺意念、計劃與實際行動，但並未自殺身亡者，則稱之為自殺企圖(未遂)者。

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的原因，在付諸實行之前往往是有預警的，這不僅是一個當下立即的行為，也是一連串的影響歷程，因而防治工作必須以多層面介入，其發展模型請見圖四。



圖四、自殺發展歷程（資料來源：Mann, et al., 2005）

根據上述個案情境，雖然個案小婷本身並無精神疾病診斷，但生活中的壓力事件重重累積起來，就有可能導致個案產生自殺意念。小婷的母親久病不癒，因此龐大的醫療費用便成為家庭的經濟負擔，在尋求協助的同時又遭受先生與妹妹的拒絕，這些都屬於沉重的生活事件，讓小婷萌生自殺意念。若個案本身擁有情感性或其他精神疾病，例如：憂鬱症、思覺失調症等，則會提高個人的自殺風險，更需多加關心並適時提供協助。

然而，擁有自殺意念並不一定會產生自殺行動，自殺是從「想法」到「實際行動」的漸進過程。個案可能受到衝動、絕望或悲觀感、致命工具的可及性、或模仿效應等因素觸發，而進一步做出自殺行為。

根據小婷所遭遇之情境，家庭與社會支持的缺乏以及長期的經濟壓力使得她產生絕望或悲觀感受，是產生自殺行動的危險因素



之一。而憂鬱傾向或不良的睡眠品質等皆會增加個案本身的易脆性(vulnerability)，若個人的衝動控制性較差、易脆性較高，則容易因一時衝動而做出無法挽救的自殺行為。另外，若個案於日常生活中容易取得致命工具(例如：炭火、藥物、與農藥等物品)，或因媒體過度報導自殺新聞而產生模仿效應，皆會加強個案自殺的可能性。

二、自殺風險評估

自殺是多元因子交互作用的結果，包括有生物、心理、社會與文化之成因與背景，可依因子與自殺行為的關係劃分為危險因子與保護因子。其中，危險因子的長期累積會增加個體自殺的可能性，而保護因子則能夠使個案遠離自殺風險，兩者皆有累積效應而形成對個人自殺行為的風險或屏障作用。

1. 危險因子

自殺的危險因子可分為遠端因子以及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾患、身體疾患、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。當個案擁有以上危險因子，同時又遭遇生活壓力事件如喪偶、喪失身體健康、退休或無業、離婚、家暴或性侵等，又加上個人或社會支持系統及保護因子不足，其自殺的可能性則比一般人高。常見的自殺危險因子如下表一所示。

從前述案例中可以發現，個案小婷產生憂鬱傾向，並有睡眠困擾，且近日常藉由酒精來調解情緒，屬於生理與心理層面的自殺危險因子；而在環境層面的危險因子當中，小婷因案母長期住院而遭遇經濟壓力，並與案夫產生爭執，導致情感或人際關係出現問題；當小婷在遭遇困難時，得不到案夫與案妹的幫助，生活缺乏社會支持，屬於社會文化層面中的危險因子。



表一、常見的自縊危險因子

影響層面	自縊危險因子
生理、心理、 與社會層面	1. 重大身體疾病 2. 藥物或酒精成癮 3. 精神疾病 4. 家族自縊史 5. 家暴、性侵、受虐或其他創傷經驗 6. 曾有自縊企圖
環境層面	1. 經濟困難 2. 情感或人際關係問題 3. 容易取得致命工具者 4. 模仿效應
社會文化層面	1. 缺乏社會支持 2. 宗教文化影響 3. 汙名化 4. 媒體報導 5. 缺乏適當的醫療照護

(資料來源：劉珣瑛，自縊的危險因子與保護因子)

2. 保護因子

所謂自縊保護因子，是指能夠達到促進個人成長、穩定發展與得到健康等目標之能力、特質或個人及環境資源，增強保護因子有助於降低自縊風險，評估保護因子亦可協助個案找出其潛力及韌性以緩衝個人面臨的自縊危機。自縊保護因子大致可分為三大層面：(1) 個人身心層面，(2) 社會文化層面，與(3) 健康照護層面。其中，個人身心層面強調個人特質、正向心理健康與調適、良好生活習慣與社交技巧對防範自縊、提升個人層次保護作用的效果；社會文化層面主要是來自於社會支持、社會關係的建構與個人對社會和家庭責任的認同；健康照護層面意指醫療或心理健康服務對降低個



人自殺風險的幫助，各層面之詳細說明整理如下表二所示。

針對個案小婷的保護因子而言，可透過正向自我價值觀的培養，協助她解決經濟方面問題，例如：提供醫療補助資訊、就業資訊等，並建議她減少飲酒，或嘗試在睡前做一些放鬆運動，以提升睡眠品質。平時可多與先生或其他家人溝通、保持聯繫，練習如何將內心的想法表達出來，增強家庭歸屬感與人際關係。此外，針對小婷的家人，可建議先生與小孩利用時間陪伴與傾聽，一同討論問題解決方式，提供一個支持與接納的環境，並鼓勵個案多與外界交流，建立家庭以外的人際關係，例如：母親就醫醫院中的病友家屬、醫師、護理師、或周遭鄰居等。

表二、自殺保護因子一覽表

A. 個人身心層面	
1. 個人特質與正向經驗	(1) 具求助意願及求助意向 (2) 擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感 (3) 擁有關於生命意義與價值的文化信念、精神支持與宗教信仰 (4) 擁有樂觀的願景及清楚的未來目標 (5) 具韌性之特質 (resilience) (6) 生活滿意度高 (life satisfaction) (7) 適切地處理、解決問題與衝突，而非以暴力處理爭執 (8) 正向自我價值感 (sense of personal value) (9) 成功經驗 (10) 感覺有效率 (feelings of effectiveness)
2. 正向心理健康與調適	(1) 良好的衝突管理 (2) 具有認知彈性 (cognitive flexibility) (3) 遠離憂鬱症狀和物質濫用 (4) 對於企圖自殺後倖存下來感到寬慰 (relief about not completing suicide)



3. 良好的生活習慣	(1) 有建設性的利用休閒時間 (2) 擁有良好的飲食習慣 (3) 擁有良好的睡眠模式 (4) 從事積極的身體活動與生活方式
4. 社交技巧	(1) 擁有人際關係能力 (2) 善用溝通技巧
B. 社會文化層面	
1. 社會支持	(1) 與家庭或所屬社團成員間有高度的人際連結 (2) 擁有一個安全且穩定的生活環境 (3) 家庭給予溫暖、支持與接納 (4) 強大的文化認同 (5) 擁有不支持自殺且強化自我存在價值的文化與宗教信仰 (6) 虔誠的宗教認同或信仰 (7) 來自主要照顧者的持續性支持關係 (8) 重要他人可覺察個案的自殺意念
2. 社會關係與責任	(1) 擁有工作 (2) 婚姻圓滿 (intact marriage) (3) 對其他事情還有責任和義務 (4) 尚有幼子待養育 (5) 自己或是伴侶懷孕
C. 健康照護層面	
	(1) 醫療和心理健康資源可近性高 (2) 連結到合適的醫療服務 (treatment engagement) (3) 可持續由醫療或心理健康照護中得到支持 (4) 良好的醫病關係 (5) 在心理、生理和物質濫用上得到有效的臨床治療 (6) 藉由醫療體認到生命與健康的重要性

(資料來源：吳佳儀，自縊防治網通訊第九卷第四期)

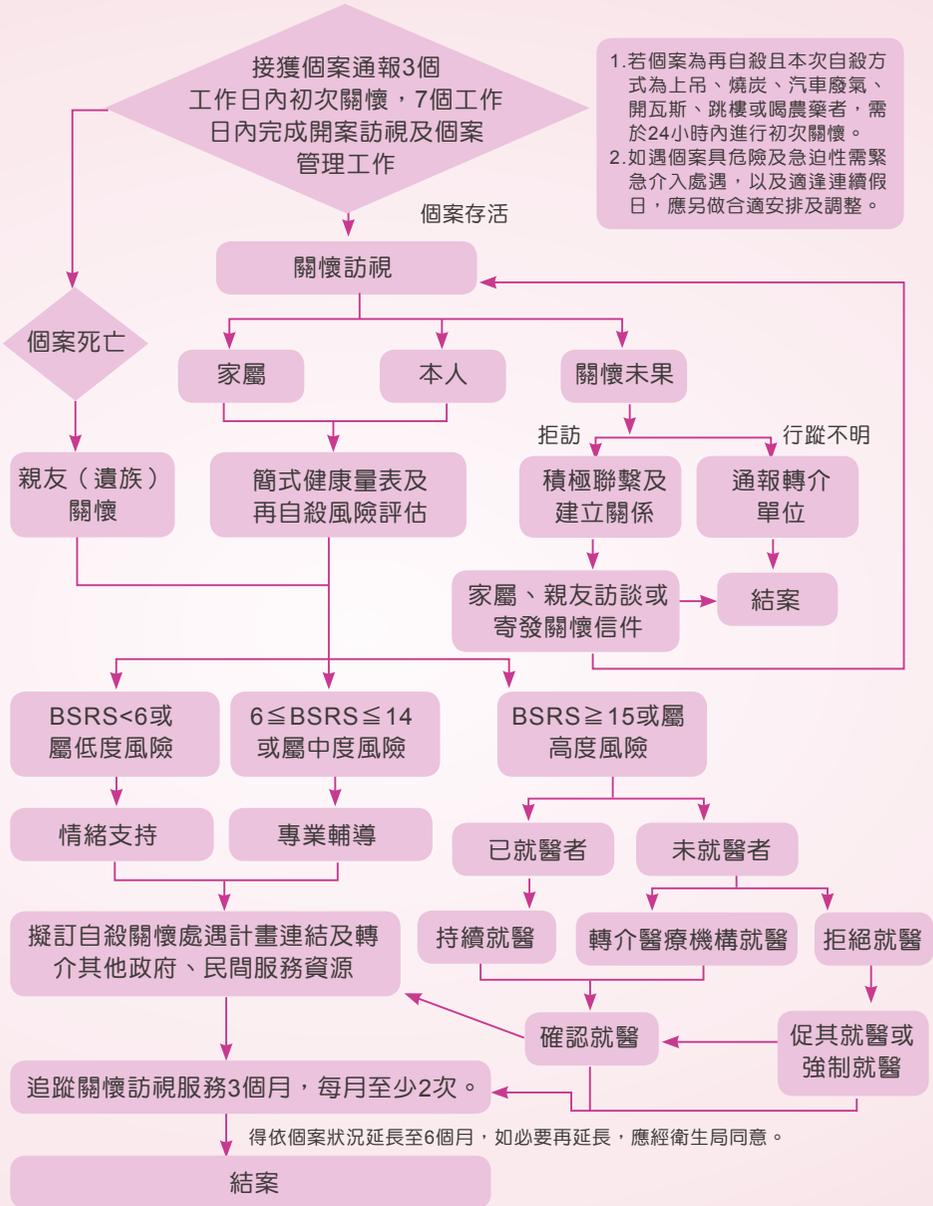


參、台灣自殺防治策略

我國自殺防治策略，係依三個主要層面擬定方向，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。

一、指標性策略

1. 標準化自殺通報系統與介入流程為了多方面提升我國心理衛生與精神醫療，落實「以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎」之全人醫療，以有效對自殺企圖者進行妥善照顧，因此衛生福利部建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市落實自殺行為者之通報及進行通報個案之關懷訪視，其通報及關懷作業流程詳見圖五。通報單位主要為醫療機構、警察、消防、民政及社政機關等，於接獲個案之24小時內通報個案居住地縣市衛生局，再由衛生局派案關訪員進行個案關懷訪視，評估個案情形並將訪視情形登載於系統，以及視個案情形轉介其他服務資源。
2. 自殺企圖者追蹤關懷服務：自殺企圖者再度自殺的危險性最高，因此，必須鎖定這些特定對象積極追蹤，施行個案管理，包含社會心理事件的處理、心理治療，以及轉介至精神科治療，以降低再自殺率。
3. 再自殺者之加強訪視服務：根據2014年自殺通報及死亡資料分析，有1.04%為再自殺死亡個案。隨著企圖自殺的次數增加，個案自殺身亡之風險也隨之提高，其他研究亦發現自殺企圖者於一年內再自殺之機會最高。然而，有接受關懷訪視者三年內的再自殺死亡率，較未接受過關懷訪視者降低48%。因此，針對再自殺的高風險個案(例如：有精神病史或身體疾病、使用致



圖五、自縊防治通報系統通報後關懷作業流程



命性較低的自殺方法等)需加強追蹤關懷服務，廣泛了解個案生活困境與行為法則，建立支持性關係，以達自殺防治之目標。

二、選擇性策略

1. 加強憂鬱症、酒癮與物質濫用的防治：降低酒癮與物質濫用的盛行率及治療憂鬱症，不但能有效降低自殺率，對家庭暴力、性侵害與其他犯罪也有降低的作用。
2. 加強非精神科醫療人員之精神醫學再教育：增進面對個案心理層面問題之信心，並強化他們評估、診斷，以及有效處置精神疾病的能力。
3. 加強各級學校輔導老師與校護有關精神疾病與心理衛生之在職訓練：提高其篩檢、辨識自殺高風險群學生之能力，並能夠給予學生適當的輔導與轉介(特別是可能罹患憂鬱症、酗酒與分裂性障礙的高風險群)。
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：以強化篩檢、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。
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與轉介：如失業人口、老年人、獨居者、特殊職業族群，例如容易獲得致命自殺方法的醫療從業人員、軍人與警察等。而自殺為多重因子所導致，因此面對上述個案仍應以多重面向評估其自殺風險。
6. 針對身心受創的災難倖存者(包含救難與醫療人員)，進行精神疾病與自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(含志工團體)，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。

三、全面性策略

1. 導正媒體報導：改善傳播媒體報導自殺新聞的品質，建立防範網路傳播自殺之機制，委請專業人員團體研議自殺新聞相關報導之規範(如表三所示)，並作檢討與建議。與新聞傳播科系教育工作者與媒體編輯、記者溝通，注重新聞倫理教育，對自殺新聞勿做煽動性的過度描述與報導，並且應當強調早期治療精神疾病之功效，以及如何求醫等正面報導。

表三、世界衛生組織(WHO)自殺新聞報導規範

世界衛生組織(WHO)建議媒體報導自殺新聞六不六要原則	
<p>「六不」</p> <ul style="list-style-type: none"> • 不要刊登出照片或自殺遺書。 • 不要報導自殺方式的細節。 • 不要簡化自殺的原因。 • 不要將自殺光榮化或聳動化。 • 不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀。 • 不要過度責備。 	<p>「六要」</p> <ul style="list-style-type: none"> • 當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論。 • 提到自殺時，用「自殺身亡」而不要用「自殺成功」這樣的字眼。 • 只報導相關的資訊，且刊登在內頁而非頭版。 • 凸顯不用自殺的其他解決方法。 • 提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源。 • 報導危險指標以及可能的警訊徵兆。

2. 減少致命性自殺方法的可得性：(1)國人使用農藥自自殺的比率不低，在鄉村地區尤其偏高，可加強管制其使用，或透過生物、農業科技研發致命性低的農藥。(2)對於一般性容易取得之



致命性物品加強管控與防治，如：汽車廢氣、一氧化碳、燒炭等。(3)透過相關機關針對自殺採用方式加強防杜宣導，如：大廈公寓管理及安全措施等。(4)在木炭包裝加註警語，並提供諮詢資源等。



圖六、加註警語之木炭包裝

3. 辦理自殺防治守門人教育訓練：積極向社會大眾推廣自殺防治守門人概念，藉由「一問二應三轉介」簡單三步驟，以達到自殺防治網網相連，人人都可守護他人生命。





1) 一問—「主動關懷與積極傾聽」

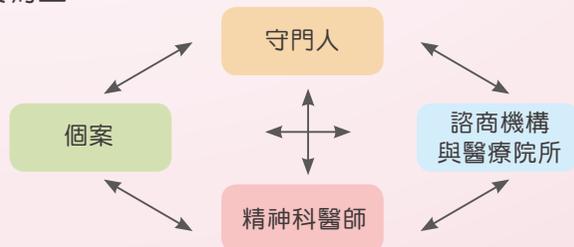
研究證明自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程。在自殺行為出現之前，個案會透露某些形式的線索或警訊，可能以口語或行為的方式表現，也可由個案所處的狀態進行判斷。因此，當發現個案有自殺風險時，應認真嚴肅地看待警訊，並主動運用簡式健康量表(別名心情溫度計，The Five-item Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)，評估其情緒困擾程度，用心傾聽其所遭遇的困境，一旦確認個案具有自殺意圖，立即深入了解自殺危險度高低。

2) 二應—「適當回應與支持陪伴」

一旦自殺意圖變明確，守門人的任務隨即轉變為說服個案積極地延續生命。此時，適當回應與提供陪伴能減少個案感受到「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專業協助。

3) 三轉介—「資源轉介與持續關懷」

守門人的工作不只被動地阻止自殺行為發生，亦應主動積極地協助處理各項資源的聯結與轉介。當個案的問題已經超過你的能力範圍時，可以為他找尋適當的資源並進行連結，讓他獲得有效的幫助。在轉介後仍需持續的關懷個案，並再次評估自殺危險性直至結案為止。



圖七、自殺防治資源連結



4. 去除精神疾病與自殺的污名效應：透過傳播媒體、演講、加強學校心理衛生教育課程等方式進行，以促進精神病人與自殺個案權益保障，並增加社會大眾之接納度。
5. 促進社會大眾心理健康：透過各種管道和社區營造，加強心理健康與「情緒管理」教育，在心理衛生資源較欠缺的偏遠地區與原住民社區等自殺死亡率偏高之處，尤其應當重點加強。
6. 加強心理與家庭諮詢：鼓勵公私機構團體提供電話、免費或付費之心理、以及家庭關係之諮詢、諮商服務，提供情緒困難者多元服務管道。
7. 監測自殺相關資訊：建立國人自殺資料庫，定期統計自殺相關資料，做為規劃、執行自殺防治策略與成效評估的參考。

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。





肆、主要參考資料

- 李明濱、廖士程(2006)。自縊原因與防治策略。臺灣醫學，10(3)，頁367-375。
- 李明濱、廖士程(2011)。基礎自縊學。藥學雜誌，27(4)，頁70-75。
- 吳佳儀(2014)。從個人面向強化自縊保護因子。自縊防治網通訊。取自<http://tspc.tw/tspc/uploadfiles/File/issue9-4.pdf>
- 唐子俊、郭敏慧(譯)(2002)。自我傷害的評估與治療(原作者：D. Simeon & E. Hollander)。臺北市：五南。
- 劉珣瑛。自縊的危險因子與保護因子。<http://www.mmh.org.tw/taitam/sudc/doc/%E8%87%AA%E6%AE%BA%E7%9A%84%E5%8D%B1%E9%9A%AA%E5%9B%A0%E5%AD%90%E8%88%87%E4%BF%9D%E8%AD%B7%E5%9B%A0%E5%AD%90.pdf>
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, ... & Mehlum L. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005; 294(16): 2064-2074.
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

若讀者有興趣深入了解本手冊其他相關文獻，歡迎洽詢全國自縊防治中心：(02) 2381-7995，edu.tspc@tsos.org.tw，以提供其他豐富資訊給您！



伍、附錄

簡式健康量表

俗稱：心情溫度計

簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5）是由台大李明濱教授等人所發展，主要在做為精神疾患之篩檢表，目的在於能迅速瞭解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務。

心情溫度計

簡式健康量表每週自我檢測

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. 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
★ 有自縊的想法	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題總分：

0-5 分：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。

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，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。

15分以上：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

* 有自縊的想法 *

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分爲2分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

• 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6題（有無自縊意念）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。



『心情溫度計APP』

由於目前雲端服務的推出以及智慧型裝置的普及，加上行動裝置APP程式的運用已深入大眾的日常生活，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，由台大醫院李明濱教授設計開發心情溫度計應用程式，以智慧型裝置作為媒介，提供一機在手即可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。心情溫度計不只容易使用，且簡短有效，不只可用於自我檢測，更可用於關心他人。

• 心情溫度計APP提供服務如下：

1. 心情溫度計(BSRS-5)的檢測及分析建議。
2. 全國心理衛生資源，民眾可查詢臨近的精神醫療院所並尋求協助。
3. 心理健康秘笈，內含自縊防治系列手冊，方便民眾查詢參考。

• 如何下載『心情溫度計APP』

1. 連至APP store或Google play商店搜尋『心情溫度計』。
2. 使用手機掃描QR code，立即下載。



自殺防治概論

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：978-986-88927-9-8

（珍愛生命，敬請多加推廣）



珍愛生命 · 希望無限

