

自殺防治系列 **34**

自殺關懷訪視員 教育手冊



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

序	2
壹、關懷訪視員工作目標與任務	3
一、關懷訪視員工作目標	3
二、關懷訪視員工作任務	3
三、通報系統與關懷流程	4
貳、認識自殺行為	6
一、自殺成因	6
二、分析自殺通報個案特性(以2016年為例)	6
三、常見自殺迷思與倫理思辨	7
四、認識自殺行為與精神疾患	8
參、關訪員應備之基本能力	16
一、關懷訪視員訪視任務之基本知識	16
二、訪視知能技巧與實務	21
三、訪視紀錄撰寫架構	25
肆、關訪員應具備之核心能力	28
一、自殺風險評估與處遇	28
(一)自殺危險因子與保護因子	28
(二)自殺個案評估項目	31
(三)自殺行為的特徵與徵兆：FACT	31
(四)自殺風險評估	32
(五)自殺風險程度分級與建議處遇方式	36
(六)轉介之建議處遇方式	37
二、困難個案訪視技巧	38
伍、關懷訪視員的自我照顧	43
一、關懷訪視員的身心照顧與自我覺察	43
二、遇個案重複自殺或自殺死亡的心理調適	47
陸、學習資源	48
一、線上學習資源	48
二、資源連結	50



序

自殺防治是當今臺灣重要的公共衛生議題，過去10年間，台灣自殺死亡率已有顯著下降的趨勢，全國自殺防治中心於民國94年成立，訂定國家級自殺防治策略，包含全面性、選擇性與指標性策略，並持續對全國關懷訪視業務給予支持與協助，並針對自殺關懷訪視員提供資源供其使用。

在國家級自殺防治策略中，關懷及介入自殺企圖者的工作為指標性自殺防治策略的重點，自殺關懷訪視員是自殺防治工作中不可或缺的重要角色。國內外研究發現，在自殺企圖者中，曾接受關懷訪視者其再自殺企圖或自殺死亡率呈下降趨勢，顯見關懷訪視之重要性。

自殺關懷訪視員之任務為自殺風險群及自殺企圖者之關懷訪視，訪員除了熟練訪視技巧外，還需具備自殺防治專業知識以及掌握可運用之資源。中心為加強社區自殺關懷訪視員之精進訪視技巧以及處遇個案的能力，並回應各縣市衛生局訪視會議中匯集之訪視工作困難，透過專家會議研擬關懷訪視員教育手冊，內容包含訪視員應具備之專業能力、核心能力、記錄撰寫及風險評估面向，並加入進階課程推薦清單以及進修管道之資訊，希望對訪員有所助益。

另外為協助新進關懷訪視員熟悉工作內容與訪視技巧，中心亦錄製新進關懷訪視員入門教學影片，片中邀請專家及資深訪視員教學示範，藉此能提供訪視現場狀況模擬，供自殺關懷訪視員及相關專業人員參考運用。

期盼藉由本手冊提供自殺關懷訪視員了解關懷訪視工作所需基本能力及進階能力，透過進階學習資源管道供訪員持續精進，進而達到自殺防治之目的。

台灣自殺防治學會理事長
全國自殺防治中心主任

李明濱

謹識



壹、關懷訪視員工作目標與任務

一、關懷訪視員工作目標

關懷訪視員主要工作目標為落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理，以關懷及協助個案為出發點，期望透過定期的關懷訪視，減少自殺高危險群重複發生自殺或自傷等行為，並提供自殺企圖者家屬情緒支持、資源介入及評估處遇等，以降低其危險性。

關懷訪視員的主要工作：

1. 評估處遇：理解個案自殺事件、原因，以及目前自殺意念、自殺企圖的緩解程度。依據各項自殺風險評估量表，找出個案的自殺危險因子與保護因子，評估個案的自殺風險為高度、中度或低度，再根據風險程度，調整訪視頻率與策略。
2. 情緒支持：面對個案，以關心為出發點，專注傾聽、同理個案的心情。提供個案關懷、信任以及愛，使個案感到自我價值與溫暖。
3. 資源連結：在了解個案狀況之後，依據個案的需求提供各式各樣的資源，幫助個案與這些資源聯絡等。例：社福單位、民間團體、醫療單位等等。

二、關懷訪視員工作任務

關懷訪視員主要任務為負責該縣市內「自殺防治通報系統」通報個案的關懷訪視與資源轉介。

其工作任務主要包含：

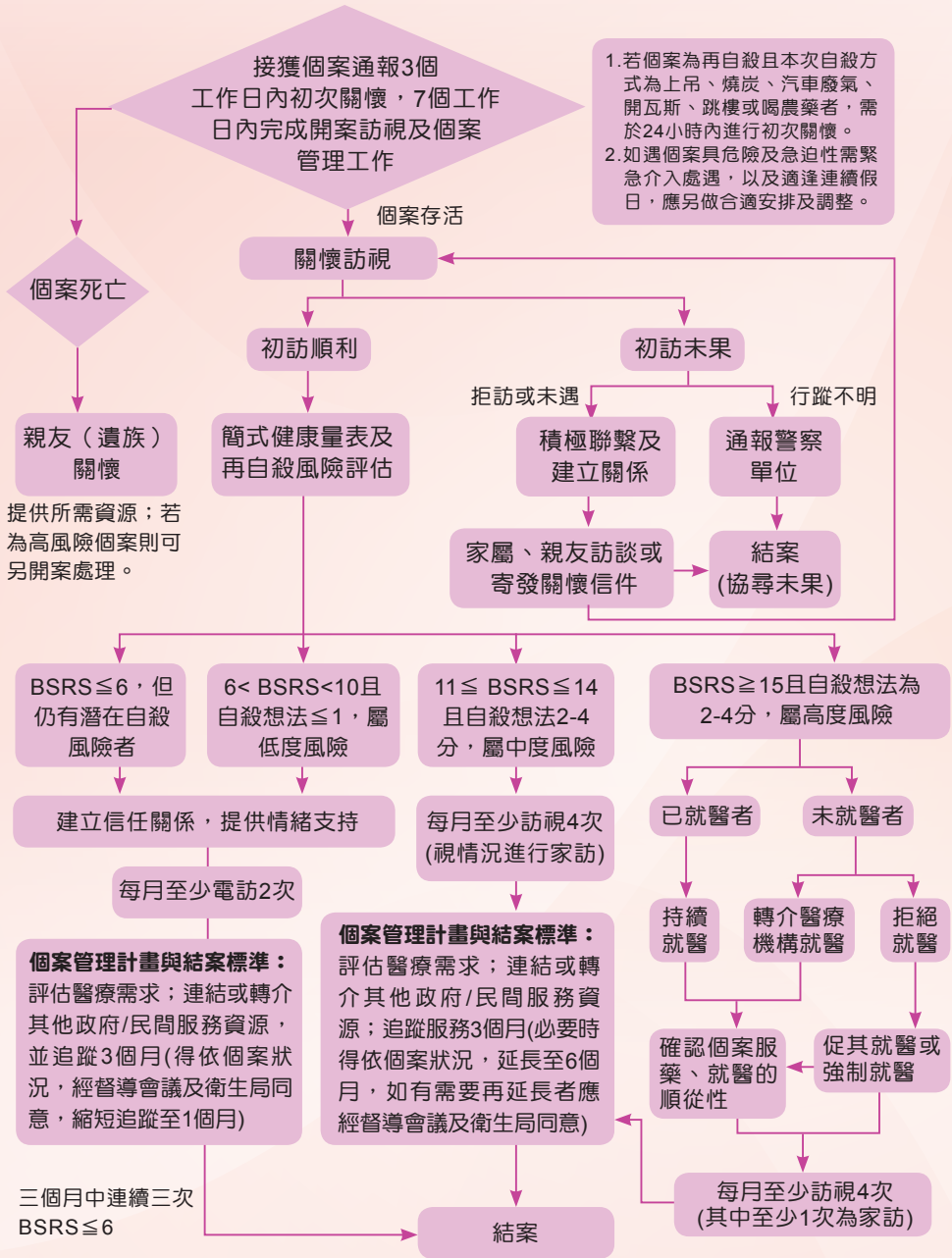
1. 接受衛生局之自殺企圖個案轉介並於24小時內開案。
2. 定期以電話、面對面協談、家庭訪視等方式安排訪視，以「簡式健康量表（BSRS-5）」評估個案狀態，提供3-6個月的關懷服務。
3. 視個案實際需求提供政府、民間、社會支援機構資源轉介，包括社會資源救助服務、醫療協助、輔導與心理支持、就業服務等。



三、通報系統與關懷流程

關懷個案時，依個案情形不同，分別有不同的處遇方式。

1. 若通報個案為再自殺且本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或農藥者：應於24小時之內進行初次關懷。
2. 若通報個案為非再自殺且非上述自殺方式：在3個工作天內進行初次關懷。
3. 針對自殺企圖個案或家屬，在7個工作天，進行開案訪視及個案管理工作。
4. 針對個案關懷訪視，擬訂自殺關懷處遇計畫。
5. 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）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。
6. 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，如多次聯繫個案未果或個案拒訪，仍應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，以落實追蹤輔導機制。
7. 自殺個案經關懷訪視服務3個月，且評估BSRS $<$ 6或屬低度風險者，則可予以結案處理，並依個案需求連結社政、教育、勞政等服務資源，進行資源連結。另個案經評估BSRS \geq 15或屬高度風險者，需轉介醫療機構就醫，如個案拒絕就醫應促其就醫或強制就醫。



圖一、自殺防治通報系統通報後關懷作業流程



貳、認識自殺行為

一、自殺成因

自殺是多元因子交互作用的結果，包含有生物、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，危險因子會增加個體自殺的風險，保護因子能使其遠離自殺風險；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。

二、分析自殺通報個案特性(以2016年為例)

分析2016年自殺通報個案特性，全國2016年自殺通報為28,996人次，與去年同期相比減少3.1%，女性為男性的1.68倍；整體來看通報最多的年齡層為35-39歲(13.8%)，其次為30-34歲(12.1%)，排名第三為40-44歲(10.7%)。

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%)占率最高，其次為「切穿工具自殺及自傷」(28.5%)，排名三為「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(6.6%)。

以性別分析，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%)；女性之自殺方法排名以「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」(32.3%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(4.9%)。

整體分析自殺原因(除「不願說明或無法明」外)，以「情感／人際關係」(47.0%)為最多，其次為「精神健康／物質濫用」(35.4%)，排名第三為「工作／經濟」(9.9%)。再以性別分析，男性自殺原因排序與整體相同，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%)；女性之自殺方法排名與男性相同，惟占率略有不同，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」(8.0%)。



三、常見自殺迷思與倫理思辨

(一)常見自殺迷思

世界上確實有部分人承載著過人的生命之重，自殺可能是解除痛苦的一種手段，也可能是得不到援助絕望的舉動。自殺，應被視為一種「求助的哭喊」。只是，在文化脈絡的形塑中，社會大眾對自殺總有許多錯誤的看法，如表一中8點。

若我們能突破對自殺的迷思，切確掌握企圖自殺者的心理動機，真正傾聽、接納、協助他們的處境，相信對自殺預防才有所助益。

表一、WHO自殺防治手冊中條列之自殺迷思與事實

迷思	事實
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告。
會自殺的人絕對是想要死。	大部分的人對自殺都有矛盾情結。
自殺發生之前不會有警告。	自殺的人常會發出大量的暗示。
危機開始改善後就沒有自殺的危險了。	危機開始改善後病人的體力會變好，會將絕望的想法付諸毀滅性的行動。
不是所有自殺都是可以避免的。	這是真的，但大部分的自殺其實是可以避免的。
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。
具高度自殺危險性的人一定是有特定的原因才會想自殺	自殺意念可能是同時受到很多原因相互影響而產生的。
想自殺的人都有心理疾病	不一定。當情緒低潮或壓力過大而自己不能調適時，也可能會想自殺。

(出處: WHO網站--Preventing suicide : a global imperative)

(二)關於自殺的倫理思辨

在進行關懷訪視時，相信關訪員都曾遇過個案表示：「你憑什麼管我要不要自殺呢？」。個人是否有自殺死亡的權利，至今在倫理上卻沒



有標準答案。有人認為，自殺乃是個人自主展現，他人不能恣意介入；有些人則認為自殺者其實無法理性自主地決定自殺。

而研究指出在自殺身亡者中，其精神疾病的盛行率為80~100%，顯示其實質行為能力可能受到精神疾病影響而受損；此外，自殺者經常身處生活危機與重大壓力，經常處在無望、憤怒、被拋棄、復仇、自我憎恨、焦慮、憂鬱等情緒狀態中。自殺可能是對疾病所帶來之痛苦的吶喊，或面對生活適應及苦難所發出之求救的訊號，因此，不能就「自殺是否為個人的自主選擇」來單論自殺防治介入與否。

此外，從個人安全層次來看，自殺防治介入是為了避免人們因一時衝動而做出無法後悔之行為。再者，以「存在先於本質」的觀點而言，只要還活著，人的本質都有改變的可能；只要還存在，絕望的生命就有綻放光彩的可能。換言之，自殺防治確保人們得以繼續存在在世界上，讓自殺企圖者有改變的機會跟可能。

「我是為了何種信念價值而從事自殺防治工作？」是關訪員必須不斷自我反思的問題。在關懷個案的同時，若對於自殺防治的價值觀有清楚的思考，將使關訪員更有信心面對個案的挑戰。

四、認識自殺行為與精神疾患

許多研究都指出，絕大多數的自殺個案皆具精神障礙之診斷，包括憂鬱症、人格疾患、物質濫用、思覺失調、器質性精神疾患等。

精神疾病患者比起一般人有較高機率出現自傷與自殺行為，其中又以憂鬱症與思覺失調症患者自殺比率最高。然而儘管許多自殺個案罹患精神疾病，不過大部分並沒有向精神衛生相關的專業人員尋求協助，即便在已開發的國家也面對同樣情形。

因此，作為前線的自殺關懷訪視員便身負重要任務，訪員若能察覺自殺企圖者之精神疾病症狀，及時落實精神科與心理諮商轉介，就有可能挽回一條寶貴生命。有鑒於此，認識引發自殺風險相關的精神疾病是訪員重要的自殺防治基礎知識。



(一)憂鬱症與自殺

在多數自殺身亡的個案中，被診斷出有憂鬱症的機率很高。憂鬱症是一種常見的精神疾病，全球終生盛行率約為10%，其可能造成己身痛苦、學業或職業功能下降、人際失能，並常與焦慮症及藥酒癮物質濫用疾患共同存在。

憂鬱症與自殺的關係環環相扣，許多研究數據都指出，憂鬱症對自殺個案的影響頗大：例如憂鬱症患者出現自殺意圖的機率大約是一般民眾的30倍、高達15%憂鬱症患者最後因自殺而身亡；部分研究也指出，將近一半以上自殺身亡個案生前都處於憂鬱狀態。因此，憂鬱症絕對是預防自殺一個重要的基礎。

1. 憂鬱症狀

如何辨識憂鬱症症狀呢？每個人總會有感到憂鬱、難過、孤獨和情緒不穩的時候，但這些感覺通常會隨著時間慢慢回穩。只是，若這些感覺持續存在並影響個人的日常生活時，就不再只是一種憂鬱的感覺，而可能是疾病症狀，如表一。

表一、憂鬱症常見症狀

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（在非節食時）或大幅增加
4. 睡太多或太少，或是過早醒
5. 總是覺得疲憊和虛弱
6. 無自我價值感、罪惡感或無望感
7. 總是覺得易怒和坐立不安
8. 在集中注意力、做決定或記憶事物方面有困難
9. 反覆想到死亡和自殺想法

*在兩週內同時出現以上5項症狀以上(必須包含1、2項)，則可能罹患憂鬱症。



憂鬱症患者會感到持續的心情低落，不受環境的歡樂氣氛所帶動，但患者未必能自覺心情低落（尤其是年紀較大、教育程度較低的患者），惡劣心情可能透過「煩悶」、「諸事不順」、「坐立難安」等感覺來呈現。有些時候，患者會抱怨自己變得麻木，渾渾噩噩過日子。

2. 憂鬱症自殺的警訊

大部分自殺身亡者都是有計劃，且有跡可循的。據統計指出，三分之二的自殺者生前曾經向他人表達過自殺意念，三分之一曾有明顯的自殺企圖。可能的自殺警訊如下：

- 語言：藉由文字創作、日記等，表現出想死的念頭、常以死亡為主題或表示告別等。
- 心情：情緒低落，覺得絕望、無助、無望、孤寂，或突然的情緒轉變，例如嚴重憂鬱症者突然變得活潑開朗。
- 負面想法：我什麼都做不好、我沒有用、只要我消失，所有問題就會結束、沒有人能幫我。
- 突然的行為改變：如睡眠與飲食狀況混亂、立遺囑、放棄財產、由開朗變退縮、與家人或外界關係變得疏離、淡漠、常獨自在頂樓、海邊等危險地方徘徊。有些自殺會留下遺書，內容包括要求原諒、譴責他人等。
- 外表改變：體重大幅增加或減輕、或衣著髒亂不合宜等。

憂鬱症逐漸轉好時，是患者最容易自殺的關鍵時刻，由於患者此時的身體已經可以活動，但內心卻仍然灰暗、悲觀，這時候照顧者往往更容易疏忽，而讓個案單獨活動，自殺的悲劇就發生了。所以，家人朋友此時千萬不要放心疏忽患者的行蹤，反而要更關心及留意病人的一舉一動。

(二) 思覺失調症與自殺

除了憂鬱症，另一個具高自殺率的精神疾病就是思覺失調症。思覺失調症是一種慢性疾病，通常患者多在青少年期開始發病，最初十年內最容易自殺，其中約20%到40%的患者具自殺傾向，10%的患者最終自殺身亡。患者一旦想死，所採取的方式都很激烈，跳樓為最常見的自殺方式。



1. 思覺失調症狀

思覺失調症是一種表現為精神症狀的腦部疾病，患者感知與現實脫節，無法分辨哪些真實，哪些是想像，造成在思想、言語、聽覺或視覺、行為上的混亂，是一種慢性、多症狀的精神疾病，如下表二：

表二、思覺失調症常見症狀

1. 妄想（堅信一些與事實不符、違反邏輯、又不能用自己所處的社會文化所解釋的錯誤觀念）
2. 幻覺（聽到、看到、聞到、或身體感覺到一些不存在的東西）
3. 胡言亂語（如經常離題或是前後不連貫）
4. 整體上混亂或僵直行為
5. 負性症狀（如減少情感表達、思考貧乏、動機降低、社交退縮）

*在一個月內出現以上兩項（含）的症狀，且至少有一項為1、2或3，則可能罹患思覺失調症。

當患者行為具暴力與危險性時，通常是他們在扭曲的現實感中感知威脅而產生的自我保護。大部分患者並不暴力，他們更典型的行為是社交退縮，比起和他人交際，更願意一個人獨處。

2. 思覺失調症自殺的警訊

思覺失調症患者有自我傷害的行為。由於患者發病衝動往往毫無預警，因此要預防自殺行為的發生，也是一件頗為困難的事情。因此，醫護人員、家人、朋友、訪員需要知道患者自殺風險因素，以及最有可能發生的自殺情況。

患者在以下時期，會有較高自殺身亡的可能性：

- 在疾病初期，當病人處於混亂或困惑時期。
- 在恢復期，雖然外在症狀有所進步但患者內心感到易受傷害時。
- 在復發初期，當病人認為他們已經克服了疾病但症狀卻又再復發時。
- 剛出院後的短時間內，病人可能因回到社會環境系統，但無法適應。



(三) 焦慮症常見症狀與自殺

緊張焦慮會有自殺風險嗎？焦慮是普遍的情緒感受，適度焦慮可以讓我們打起精神，增加工作效率。但是，病態性焦慮會讓一個人陷入災難性的恐慌當中，若長期無法緩解也容易導致自殺行為。一般嚴重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症會有自殺傾向，其自殺率約為一般民眾3-5倍。因單純焦慮而自殺的男性多於女性。焦慮症的自殺率低於思覺失調、酒癮和情感性疾病。

1. 焦慮症狀（以恐慌症為例）

在所有焦慮性疾患症狀上，出現恐慌發作與攻擊行為者自殺比率較高。單純的恐慌症不會增加自殺危險性，若恐慌症合併邊緣性人格疾患，其自殺風險為單純恐慌症患者的12倍。一般藥物濫用者若恐慌發作，比較容易有自殺行為。

恐慌發作，指的是一種突然的焦慮狀態，常常是無法預期的。患者常常身處於熟悉的環境中，做著熟悉的事，突然間一種極度焦慮感來襲起來，沒有任何原因，患者可能出現各種恐慌的生理狀況如下頁表三。

恐慌症的患者通常會在10分鐘以內達到焦慮的巔峰，既驚且怕，感覺自己彷彿失去控制、快要發瘋或死掉，然後在20、30分鐘後突然消失或慢慢緩解。事後患者的身心都極度疲憊，就像剛經歷一場大災難。因此，患者很害怕下一次的發作，也擔心被別人發現自己不對勁。

部份患者會因為擔心突然發病，無人在旁協助，因而不敢出門，若要到電影院、熱鬧的大街等地方，都得有親人陪伴。也有些患者不知道該怎麼解釋自己的症狀，讓不明所以的親友無法諒解，甚至造成家庭失和。最後，連工作、人際關係，也都會因此受嚴重影響。患者在恐慌症折磨之下，往往會心情沮喪，有些人甚至嚴重到憂鬱症的程度，不少病人會興起厭世的念頭。



表三、恐慌症常見症狀

1. 心跳加快
2. 呼吸困難或喘不過氣
3. 冒汗、發抖或顫慄
4. 梗塞感（感覺喉嚨有塊東西阻塞）
5. 胸部疼痛或不適
6. 噁心、反胃
7. 感覺頭暈、頭痛
8. 冷顫或發熱
9. 手指、腳指麻木或刺痛
10. 失去現實感（不真實的感覺）或失自我感（心理跟身體脫離感）
11. 害怕自己即將失去控制、發瘋或死亡

恐慌症若合併憂鬱症會提高自殺企圖的可能性。所以當病人很焦慮時，可以使用快速作用的抗焦慮藥物，來緩解立即自殺意念。然而每個人的狀況都不太一樣，因此需持續就醫和進行心理諮商，方能幫助痊癒。

(四)人格障礙症與自殺

人格障礙症是指患者的思想、感受及行為上與一般人有異，導致生活上與他人互動的過程中產生障礙，造成種種的不順利。

一般正常人的性格到18歲以上就漸趨穩定，但是患者容易因抗壓性低而常陷入焦躁、不安與低落情緒，進而可能出現自傷與自殺行為。在眾多障礙症類型當中，反社會型、邊緣型與做作型人格障礙症患者最常出現自傷或自殺行為。

1. 人格障礙症狀

在一般人口中，人格障礙症患者約佔10%到15%，發病因素包括遺傳、外在環境及大腦發育不健全或有缺陷等。患者常在關係中面對許多議題，較難長時間適應在一個環境，其常見症狀如表四：



表四、人格障礙常見症狀

<p>A群人格障礙症</p> <ol style="list-style-type: none">1. 妄想型(對他人廣泛的不信任或懷疑)2. 孤僻型(社會關係疏離及在人際場合情感表達侷限)3. 思覺失調型(對親密關係感到不舒服、認知及知覺扭曲、行為古怪)
<p>B群人格障礙症</p> <ol style="list-style-type: none">1. 反社會型(漠視且侵犯他人權益)2. 邊緣型(人際關係、自我形象和情感不穩定、顯著衝動性)3. 做作型(過度情緒化與尋求他人注意)4. 自戀型(誇大、需要讚賞、缺乏同理心)
<p>C群人格障礙症</p> <ol style="list-style-type: none">1. 畏避型(迴避社交活動、對自己感到不足、對負面評價特別敏感)2. 依賴型(過度的需要被關心、黏人的行為、害怕分離)3. 強迫型(專注於秩序、完美主義及心智和人際的控制，而犧牲彈性、直爽和效率)

2. 人格障礙的自殺警訊

容易導致人格障礙症患者自殺的危險因子包括：近期面臨重大失落事件、憂鬱情緒、無助感、物質濫用、失業、獨居、過去有自殺企圖、多次住院及高學歷等；其次是缺乏社會支持的患者，例如失業、獨居、家族有高自殺率者。以上因素比較容易引發自殺行為。

(五)物質相關及成癮障礙症與自殺

物質相關障礙症包含十類藥物：酒精、咖啡因、大麻、迷幻藥、吸入劑、鴉片、鎮靜，安眠及抗焦慮藥、興奮劑、菸草及其他物質。所有藥物皆會活化大腦酬賞系統，影響行為增強與記憶形成。



研究顯示，酒精濫用者自殺身亡的比例較一般人高，藥物濫用者比一般人容易出現自殺想法及行為。這種情形可能來自於藥物濫用會對人際關係與社交網絡發生不良影響、降低工作表現、導致社交隔絕等，同時也可能會增加衝動性、導致情緒障礙，進而增加自殺行為發生的可能性。

1. 酗酒者的特徵

許多自殺行為被發現受到酒精影響。企圖自殺之酗酒者可能從年輕就開始喝酒，或來自酗酒家庭，不少研究發現越來越多自殺行為的青少年有物質濫用的情形。

酗酒且有自殺的人，可能有下列特徵：

- 1) 很年輕便開始喝酒
- 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) 於近期內遭逢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



參、關訪員應備之基本能力

一、關懷訪視員訪視任務之基本知識

關懷訪視員作為自殺防治工作的第一線，在每次與個案接觸的當下，都是有效評估個案身心狀態及自殺風險的時機。因此，在實務工作前，若能裝備好自殺防治相關基本概念、了解訪視的工作內容，並熟悉所能使用的工具及知識，將能讓訪視工作事半功倍，增進自殺防治工作的效能與助益。

(一)訪視方式簡介

關懷訪視員是連結現有資源提供個案協助，而非治療個案為目的。個案訪視方式主要分為兩種：電話關懷追蹤（簡稱電訪）以及居家訪視（簡稱家訪）。不管電訪或家訪，其除了接觸的方法不同外，基本上訪視內容及評估事項是相同的。

訪視流程主要大致能分為三個步驟，第一步驟主要是與個案建立關係，傾聽並給予支持，第二步驟則是評估個案，了解個案情緒狀態、壓力來源及自殺危險性；第三步驟則是依個案情況進行轉介，給予適切資源與情緒支持。

(二)訪前準備事項

每位個案，從自殺成因到自殺方式都帶有不同的故事及社會脈絡性，因此，訪員要實際接觸個案前，需要對個案的基本資料有充份的了解，以能在訪視時更有效率的切入要點，並更全面的評估個案狀態。

1.進行追蹤或關懷訪視前的事前準備

- (1)理解個案自殺方式與原因：自殺為一種行為結果，因此需了解導致行為發生的原因，另外，透過通報系統了解個案的基本資料，如性別、年齡、家庭現況及經濟概況等，也能對個案有更多了解。
- (2)是否為重複自殺個案：需著重了解個案過去之自殺通報歷史，包含時間、方式及頻率等。
- (3)是否為精神照護或特殊身分註記個案：有無精神疾病診斷、領有精神障礙手冊，或合併家暴、性侵、酒癮、藥癮等。若有相關註記，



可尋求衛生局或協助了解個案狀況。

- (4)各福利資源網絡：藉由與社政、民政、勞政、民間團體及醫療資源等單位合作，必要時可由衛生局協助招開跨單位自殺高風險個案討論會，促進資源網絡連結，以進行資源介入。
- (5)對訪視可能狀況的心理準備：自殺個案多數是非自願接受輔導的個案，因此面對外來關懷人員時，難免會擔心、害怕或焦慮的情緒，質疑何以關訪員知道個人資料，也可能認為自己不需要幫助，使個案拒絕訪視。因此在訪視過程中，關訪員要以關懷個案的角度出發，表達訪視不為例行公事，而是針對目前遇到的狀況，嘗試了解並一同思考解決方法；關訪員在訪視前要先做好心理準備及調適，每次的訪視不論過程如何，皆是了解個案的一次機會。

2.面訪事前準備：

除了上述事前準備需要盡量作足外，由於面訪之狀況多且複雜，關訪員會面臨許多挑戰，因此，在此條列出事前準備範例，供關訪員參考。

- (1)心理調適：家訪所會遇到的狀況很複雜，因此難免會有心理上的緊張、害怕及焦慮等，故訪視員在事前若能心理準備，可降低自己的挫折感。
- (2)安全第一：面訪過程中若覺得有安全風險，則先避之，也可尋求男性或局端協調其他工作人員共訪。若判斷有立即之傷人或被傷之危機，可即時連絡警方加以支援；。
- (3)熟記個案的相關資料：包含姓名、重要生活事件或上次訪視內容等。
- (4)約好訪視時間、安排家訪路線圖：事先與個案約定訪視時間，並準備訪視路線圖。若預計前往山區或較偏僻之地點訪視，亦可主動詢問地段公衛護士協助，以了解詳細位置。另也準備一份個案家訪時間表，註明個案姓名、地址及聯絡電話等放於辦公室內，以便有急事可以聯絡。



- (5)備妥相關單張：可攜帶工作服務證、名片、單位機構簡介單張及衛教單張等，便於識別及說明相關服務。
- (6)整齊的服務儀容：適當的衣著打扮，有助於良好印象及關係的建立，切忌奇裝異服或過於暴露之打扮。
- (7)其他準備物品：如手機、交通工具、開水等。

(三)基本技巧：一問、二應、三轉介

關懷訪視員接觸到的多為曾經企圖或已嘗試自殺的個案或其家屬，藉由一問、二應、三轉介，可以協助個案走出生命低潮；在個案需要關心的時候，了解其所發出的訊息，並適時給予鼓勵、提供資源協助，陪伴走過幽谷，迎接光明未來。

1. 問：「主動關懷、積極聆聽」

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，也可由其所處狀態判斷。因此，當發現有自殺風險時，請認真嚴肅地看待警訊，並主動運用心情溫度計（詳參閱「肆、自殺風險評估」章節）評估情緒困擾程度，用心傾聽所遭遇的困境，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，一旦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」？

- 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？
- 應注意避免詢問的問句
 - 不要對自殺意念或行為以半開玩笑的方式詢問：「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. 應：「適當回應、支持陪伴」

當人們說「對生活厭倦」、「沒有活下去的意義」時，這些說法常常會被聆聽者否決，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。詢問確定個案有自殺意圖後，守門人的任務即轉為適當回應與提供陪伴，同時，在回應的過程中，亦可評估個案是否需要進一步轉介或其他醫療協助。

(1) 如何勸說個案繼續活下去並且接受幫助

- 平靜、開放、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，而是個案用來解決他所遭遇困境的方法，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。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，不結束你的生命？」。

(2)不適當的回應方式如下，更重要的是，傾聽與理解，並能在適當的資源轉介之後，持續關懷

- 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，並再次評估個案的自殺風險，直至結案為止。

(1)若有以下的情形就可嘗試進行轉介

- 心情溫度計分數偏高者，高於10分者建議尋求心理專業諮商，高於15分者建議諮詢精神專科醫師。
- 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。
- 依個案特性提供適切的資源或協助其轉介。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。

二、訪視知能技巧與實務

(一)追蹤關懷方式

個案訪視方式主要分為二種：電話關懷追蹤（電訪）及居家訪視（家訪或其他地點面訪）。

(二)訪視技巧簡介

1. 電話關懷追蹤技巧：

一般上，在一開始接到個案的通報時，關訪員會選擇家訪方式了解狀況與關懷個案，並且與之建立信任關係，後續上待個案狀況漸漸穩定便透過電話關懷方式，持續追蹤個案狀況。因此，電訪是關懷訪視技巧中重要的一環。

進行電話訪問時要透過關訪員的溝通技巧，在透過電話交談時，雙方很容易受到對方使用的用詞、語氣、態度、速度等因素而在心中產生一幅相對的影像，這影像可稱之為「聲音形貌」。因此，聲音的適當呈現對關訪員便格外地重要，如何在電話中以聲音讓個案感受到關訪員的善意與關懷，是關訪員重要的課題。



2. 居家訪視技巧

在進行面談訪問時，與受訪者的接觸方式是直接的、視覺化的，也可以藉由表情、肢體動作、書面資料等來輔助溝通。

需注意下列幾方面

- (1)肢體語言：包括面部表情、姿態前傾、眼光接觸。
- (2)空間、距離與環境擺設及氣氛：空間宜隱密、安靜；距離適當，一般一對一者維持在 45 公分左右；維持安詳之氣氛，保持溫馨與肅靜。
- (3)語助詞：包括嗯、喔……等語助詞；若能配合聲音強弱、聲調高低及長度，則可千變萬化，交織出各種口氣，而更能達成互動與誘導的目的。
- (4)肢體接觸：正確得宜的肢體接觸可以增進關係，譬如對嬰幼兒、兒童及老人或重病病人；肢體接觸的內容包含很廣，從簡單的握手致意、拍肩膀等；肢體接觸應注意患者之年齡、性別、習俗、身體部位；不當的身體接觸有可能帶給個案焦慮或特殊感覺而影響雙方關係或被譏為性騷擾，訪視員應妥善斟酌。

簡言之，基本上交談時與個案以同樣或適度的音量、速度來溝通；面談者需要注意非語言的表達方式，如肢體的反應及表情的變化等，像是凝視對方，表現關注的神情都是基本的非言語技巧。此外，也要留意個案非言語的表現，因為面談技巧最重要的即是重視此時此刻（here and now），隨時察言觀色，掌握個案的情緒變化進而誘導其講出主要問題之所在，亦是溝通的要素。

(三)訪視架構基本簡介

關懷訪視員在進行個案訪視時，應記錄每次訪視內容並依個案姓名分類作個案管理，以便了解個案自殺歷程，並有助於未來訪視或轉介時能迅速了解個案狀況，藉由個案風險程度高低安排個案訪視順序或提供資源協助。

1. 訪視架構

- (1)電訪範例：



第一次進行電訪，在面對個案或是個案的家屬時總是會特別緊張。以下電訪內容可供參考。

- 喂！您好，請問○○○小姐（先生）在嗎？
 - a. 個案「本人不在」的情況：

您好，我是○○衛生局的關訪員。請問您是○○○的○○？
 - b. 若接聽電話的是個案比較熟識的親屬（例：母親）：

媽媽您好，我是衛生局所屬單位-- ○○○（例：苗栗縣生命線）的社工師（註：此處請表明專業身分，盡量不稱呼自縊關懷訪視員），上週○○○（個案名）有到○○醫院就醫，衛生局這邊接到醫院的通報，所以我打來關心她/他的狀況。
 - c. 若接聽電話的是個案的朋友（無論親疏關係）：

不曉得什麼時間會比較方便連絡到○○○？
 - d. 個案「本人在」的情況：

您好，我找○○○（個案名），請問她/他在嗎？
 - e. 「本人接聽」電話的情況：

您好，敝姓○，我是衛生局外派的關懷訪視員，我們從○○醫院得知你的狀況，所以打電話來關心你。你回家之後還好嗎？適時運用訪視三步驟－1 問 2 應 3 轉介的技巧及簡式健康量表詢問個案情況。
- 個案本人或接電話者「不願意接受電訪」的情況：

建議可再寒暄一下，委婉詢問為何拒絕的原因，如：問一些中性的日常事務閒話家常。若仍不行，再說：那不好意思，打擾您了，未來若有任何需要仍歡迎您隨時撥打我們的電話（○○-○○○○○○○○）或撥安心專線0800-788-995，謝謝！

遭到個案拒訪時，除了留下自己單位、安心專線等聯絡電話之外，也可寄送衛教單張或是醫療資源等資訊至個案住所，提升個案得到協助的機會。



(2)面訪範例

面談過程不論時間長短，目的為何，大致包含四個階段：

第一期 (起)	寒暄期	跟個案見面打招呼，自我介紹，並注意笑容，讓個案不緊張，以讓個案舒服為原則；打招呼的方式要注意到個案的年齡及社會背景。
	★你可以這麼說： 你好，我是關懷訪視員○○。最近還好嗎？	
第二期 (承)	定義問題期	讓個案敘述主要問題是什麼。要注意的是不要一次只注意一個問題，而要用一些技巧盡量讓個案講出相關的主要問題。
	★你可以這麼說： 你的意思是_____嗎？關於這件事情，可以多告訴我一點嗎？	
第三期 (轉)	探索期	詢問個案現在及過去的病史、性格特點、人際關係及家族史等等。
	★你可以這麼說： 之前有發生過這樣的狀況嗎？那個時候你的感覺是？後來是怎麼處理的？有試著跟其他人討論過這樣的情況嗎？	
第四期 (合)	結束期	總結今天的訪視。當然，面談最重要的是要給個案情感上的支持以及保證面談內容的守密性。
	★你可以這麼說： 我們今天有談到○○○、還有○○○。有什麼是你覺得很重要，我沒有提到的嗎？	

一般會談時間以三十分鐘至五十分鐘為宜。除了用時間長短來決定訪視結束的時機外，還可以下列幾種情況結束會談。

- 個案的身心狀態無法負荷時。
- 個案缺乏接受訪視的意願，原因來自於有其他重要的事物要辦理，或個案對問題的共識尚未達成。
- 會談時間與個案的生活作息衝突，如正逢用餐時間或個案家中剛好有他人拜訪，皆不適合繼續會談。
- 個案不在家，其家人對問題又不清楚時。



在最後結束前，我們可以注意下列幾點：

- 問個案是否遺漏任何重要的訊息
- 做個簡要的總結，回顧今天所談的內容，也確認是否有正確的接收到個案的資訊。
- 是否還要約定下一次的面談？若是，目的為何？

總而言之，在面談時，最基本的是要有同理心以及傾聽，要能了解個案的想法，才能體會進而分擔他的感覺。而最常用的基本溝通技巧就是誘導與澄清，可多使用開放式問句，誘導個案講的更多，才能更了解他。另外，不要跟個案搶話題，並能尊重及接納個案不同的意見，不要嘗試教導或教訓個案自己認為對的觀念，也要有適時的回饋反應與情緒支持，在改變話題時，應讓個案知道。良好的面談溝通，可從個案得到很多自縊意念相關之訊息，並增進關係，而得到良好的效果。

三、訪視記錄撰寫架構

訪視記錄對於關懷訪視工作中有著極重要的價值。訪員詳實記錄關懷訪視的過程，不僅能由內容掌握服務的決策與處遇確保服務品質，亦能讓被轉介單位了解情況，鞏固專業人員間的合作。

(一) SOAP紀錄撰寫格式與範例（以DVD個案為例）

SOAP的核心是以問題導向作為紀錄方法，訪員蒐集個案的主、客觀資料，並依據所蒐集資料撰寫評估與處遇。

1. 個案主觀描述 (Subjective)

個案對自己現況的主觀描述，包括造成自縊的原因、情緒狀態、工作或學業情況、經濟狀況、日常生活安排、就醫情況、社會支持等。

範例：

- ◆案主表示導致自縊原因為獨自承擔沉重經濟壓力，加上常與工作不穩定的老公起爭執。案主任職公部門，工作收入穩定，訪視時她提及目前身體狀況已復原，下週將回去上班。
- ◆案主提及最近睡眠狀況不佳，常在半夜驚醒。白天會因失眠覺得非常疲憊，導致易怒，曾嘗試在白天喝咖啡提神，但夜間失眠問題未改善，未尋求醫療協助。目前固定就醫治療鼻過敏，有穩定服藥。
- ◆因不想讓親友擔心，所以未跟其他親友談過心事。



2. 客觀觀察資料 (Objective)

關懷訪視員觀察到的客觀事實資料，包括個案外觀觀察（外表、非語言訊息）、情感表達、生心理狀態、人際互動、居住環境等。

範例：

- ◆案主居家環境整潔，本人服裝儀容整齊，外觀疲憊無笑容，談話語氣些為沉悶。訪視初始對訪員有些防衛，但後來大部份問題皆願意回答。
- ◆情緒表達較少，談話表淺，避談自殺議題且顯得十分不自在，整個訪視過程肌肉緊繃且無眼神交流，對住院返家後的生活仍缺乏目標及規劃。

3. 自殺風險評估 (Assessment)

- (1)心理社會評估：社會支持功能、心情溫度計
- (2)治療順從性評估：就醫情形及是否規則服藥回診
- (3)個案再自殺意念及風險評估：有無立即自殺計劃、生命危險及風險程度

範例：

- ◆案主目前有失眠及坐立不安之困擾，常因煩惱兒女問題而感到焦慮，但未就醫治療，主要阻礙來自對精神科的污名化及不願意吃精神科的藥。
- ◆社會支持功能弱，身邊無親友可以傾訴心事，有強烈的孤獨、無助感。
- ◆案主過去無自殺史，最近一周有自殺意念(2分)但無自殺計畫，10/10評估心情溫度計10分，較上次一周前分數高出4分，目前屬於中度風險。

4. 規劃處遇計畫 (Plan)

依據評估結果，規劃處遇計畫，包括資源連結及轉介、未來關懷重點、下次訪視方式及時間等。

範例：



- ◆本次訪視已初步與案主建立關係，了解不願就醫的原因，並針對失眠、情緒困擾問題提供案主安心專線及精神醫療資源。
- ◆下次預計以電訪進行關懷，並告知案主將於二週後聯繫。訪員之目標為持續與案主建立關係，追蹤評估心情溫度計變化及精神醫療就醫情形，了解失眠及情緒問題是否改善。

訪員通常不僅會用「家訪」方式關懷個案，也會透過「電訪」方式追蹤個案情況，因此「電訪」紀錄的撰寫也是訪視紀錄中相當重要的一環。雖然訪員採用的關懷方式不一樣，但SOAP紀錄撰寫的核心內容大同小異，例如DVD中的訪員後續上透過「電訪」方式關懷個案，將訪視過程內容摘要如下：

範例：

電訪情況-11:30電聯案主，先由案夫接聽，再轉接個案。從他們簡短的對話內容中猜測，個案似乎正準備出門。

案主主述-

1. 案主表示不能與訪員談太久，因為要與丈夫出門去參與義工活動。
2. 案主表示丈夫目前雖然工作不穩定，但一旦沒工作在家的時候就會幫忙做家務、學習烹調，減輕案主的壓力。案主自己也參與義工團體活動，增添生活的意義。
3. 案主表明與丈夫的關係逐漸改善，丈夫對自己的態度改變較為和善，並願意陪同個案複診。

自縊風險評估-她睡眠狀況良好，情緒起伏沒這麼大，漸漸減少服藥。

案主表示因事情已經過去，現在無自縊意念。

客觀描述-案主語氣有些急促，但聲音聽起來是愉快而有精神的，在表示無自縊意念時也沒有猶豫的跡象。

處遇計劃-

1. 本次電訪追蹤案主身心狀況、評估夫妻關係與經濟壓力源；鼓勵案主將服藥狀況與主治醫師討論，以確定是否適合減輕藥量；給予案主轉變的肯定，並持續提供支持。
2. 下次預計以家訪進行關懷，並告知案主將於二周後聯繫。故下次追蹤滿三個月，訪員之目標為評估案主整體危險因子與保護因子，以準備結案處理。



肆、關訪員應具備之核心能力

一、自殺風險評估與處遇

每個個案背後都有不同導致自殺的故事，觀察個案當下是否有自殺的特徵與徵兆，包含個案的衣著打扮、神情、言行舉止與外觀、家中擺設狀況等等。任何語言與非語言的訊息，皆可以做為評估個案當下狀況的資訊，依照個案當下的狀況進行不同的處遇、調整訪視次數以及訪視內容等。

(一)自殺危險因子與保護因子

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、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、致命工具之可能性以及媒體模仿效應等。

當個案擁有以上危險因子，又同時遭遇生活壓力事件—如喪偶、喪失身體健康、退休或無業、離婚、家暴或性侵等，若再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。

表一、常見的自殺危險因子

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

(資料來源：劉珣瑛，自殺的危險因子與保護因子)



危險因子還可進一步分為潛在危險因子以及急性危險因子，關訪員在訪視過程中，能更加嚴謹的判斷個案的再次自殺率。

1) 潛在危險因子

- (1) 疾病：情感疾患、物質濫用、思覺失調症及其他慢性疾病
- (2) 自殺企圖史：6個月內曾有企圖以及前次嘗試不告知他人而自殺者
- (3) 性格特質：負面認知思考、情緒穩定度較低、挫折忍耐力較低、缺乏問題解決能力以及衝動性高

2) 急性危險因子

- (1) 壓力事件：困境（退學）、失落（失戀）以及緊急人際衝突事件
- (2) 模仿：認同自殺對象或模仿自殺方法
- (3) 自殺途徑之可能性：獨處、自殺工具的可得性
- (4) 日常生活處理方法：在飲食、睡眠及課業/工作活動之改變、生活秩序改變

2.保護因子：

自殺保護因子為危險因子之相對概念，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／環境資源。增強保護因子有助於降低自殺風險，評估保護因子可協助個案找出其潛力及韌性，以緩衝個人面臨之風險與自殺危機。

保護因子大致可分為三大層面，分別為個人身心、社會文化與健康照護層面；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，社會文化層面主要是來自於社會支持、社會關係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。



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，自殺防治網通訊第九卷第四期)

(二) 自殺個案評估項目

在訪視過程中，訪員可能會蒐集到很多不同面向的個案資料，然而關訪員的任務之一就是降低個案的自殺風險，因此有方向性的去評估個案當下的身心狀態，以及可能需加強介入之面向，就顯得格外重要。

主要評估的項目可包含以下八點：

1. 自殺行為傾向
2. 突發事件或壓力
3. 症狀表現
4. 無望感
5. 自殺想法之本質
6. 過去自殺行為、準備行為
7. 衝動性及自我控制
8. 保護因子

(三) 自殺行為的特徵與徵兆：FACT

1. 感覺 (Feelings)：無望、無助、無價值感、害怕無法掌控自我、過度的罪惡感、悲傷、憤怒等。



2. 行動或事件（Action or Events）：吸毒或酗酒、個人經歷失落的經驗，如死亡、離婚、分離、關係的破裂，或失去工作、金錢、地位、自尊。出現爆發性的攻擊、魯莽性的行為。討論或撰寫死亡相關情節。
3. 改變（Change）：睡眠、飲食習慣的變化、對以往喜歡的活動失去興趣。個性改變，有時變得退縮、厭倦、冷漠；有時則是變得喧鬧、多話、外向。
4. 預兆（Threats）：有計畫的安排事物、將心愛的物品分送他人或丟棄、研究自殺藥物、獲取自殺武器，言語上透露出想死的念頭，如「乾脆去死，反正也沒有人關心」之類的話語；自殺的企圖，如服藥過量或割腕等。

(四)自殺風險評估

自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程，因此當一個人從有自殺意念到有自殺計畫，其自殺的危險性會隨著計畫愈具體則愈高。以下列出一些在評估自殺危險性時能詢問的問題。

一、訪視基本工具

自殺風險評估量表為第一線人員用以關懷高風險個案、掌握個人風險程度的客觀評估工具，提供了較具體評估與判斷基礎。關訪員採關懷態度運用量表，有助於紓緩個案壓力，適度了解個案狀況，進一步協助轉介專業醫療進行評估。

有關量表使用，宜注意下列使用原則：

- 請勿使用量表或其他評估工具加以預測未來自殺或重複自傷的可能性
- 請勿使用量表或其他評估工具決定案主是否需接受治療或辦理出院
- 量表僅為評估工具，為一向度之參考，具良好信效度之量表結果可做為個案身心狀況之參考，但不應過度使用

在使用量表時，關訪員均應對量表內容有充分了解，並用關懷的態度，將題目納入訪視互動中，以自然人際互動詢問個案近期的危險因子，切勿為了評估而評估。



1. 常用評估量表－心情溫度計

簡式健康量表(The 5 item Brief Symptom Rating Scale－簡稱BSRS-5，俗稱：心情溫度計)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，幫助我們具體地了解對方的心情及釐清他們情緒困擾的程度，並且根據得分結果做適當的處理。

(1) 心情溫度計的使用與計分

心情溫度計共包含6個題目，前五個題目分別測量過去一星期內（包含今天）之心理困擾嚴重程度，每一題以0至4分自行評量，0分表示完全沒有，4分表示非常厲害。

在運用量表詢問個案時，5個題目的順序是可以更換的，但需詢問完前五題後，才詢問自縊意念；並且要和個案先有基礎的認識及關係建立後，再循序漸進的詢問。

這些問題可以換成自己的話來詢問，透過較生活化的問句，融入在訪視中，只要個案回應可以回復原本的問題即可。例如在詢問第一題「睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒」時，我們可以先問個案「最近睡眠狀況好不好」，再請對方依據狀況給分數。

另外，若個案對每個問題都回答「還好」之時，為了測量到正確的分數，關訪員應能向個案解釋分數含意，確認個案了解後，再邀請個案回答。

(2) 心情溫度計的使用時機

簡式健康量表在每次關懷訪視時均可使用，主要為自填量表，若關訪員在訪視個案時，個案無法自填，亦可透過關訪員在對話中關心詢問的方式，加以評估，並藉由分數的變動了解個案症狀變化。

(3) 心情溫度計的取得管道

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。

2. 簡明心理健康篩檢表(CMHC)

(1) 量表緣由

本量表總共九題，每題回答是則為一分，總分九分。CMHC適用於內科、腫瘤科、家醫科等門診/病房或社區場域，以訪談或自填方式評估病患的整體身心困擾與自殺風險程度。

量表內容前五題為心情溫度計修訂版 (The Revised 5-item Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5R)，題目包括：「最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾」、「最近一週我會因緊張不安，而感到困擾」、「最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾」、「最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾」、「最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾」(Wu et al., 2016)；後四題則源自於「悲傷的人」自殺危險因子評估量表原始的十題內容修訂而來(Wu et al., 2014)，經刪除基本資料(性別、年齡、婚姻狀態)、妄想症狀、嚴重的自殺行為導致送醫、罹患憂鬱症/曾於精神科就診六個題目之後，最後列入：「未來要自殺」、「常常有寂寞或孤單的感覺」、「因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活」、「一生中有過自殺行為」這四個題目。最後，保留上述悲傷的人四題再加上心情溫度計五題，成為CMHC九題版本(Wu et al., 2016)。

(2) 量表計分方式及得分說明

每題如果答“是”為1分計算，答“否”則為0分計算，9題總分為9分，大於等於4分以上代表個案的心理困擾與自殺風險程度屬於偏高，特別是多次測量後都偏向高分者，宜轉介專業精神醫療人員進一步評估。其中切分點的部分，依年齡與性別而高危的分數有所區分：男性19-24歲總分五分以上屬高危；25-64歲總分四分以上為高危；大於等於65歲總分四分以上為高危；而女性則是19-24歲是五分以上是高危的個案，25-64歲是四分以上是高危的個案。大於等於65歲以上是四分以上是高危個案。



(3)訪員使用說明

CMHC量表用於臨床及社區篩檢與追蹤，可初步關懷並評估個案整體風險，訪員使用此量表前應充分了解量表內容，並以較生活化與表達關懷的方式，在對話中進行評估，除有助於更為具體了解個案的身心狀態及潛在問題，也能緩和個案在評估歷程中可能出現的壓力，進而得到較正確、可信的結果。

[版權所有，需轉載/翻印本問卷請洽 jennycyw@ntu.edu.tw]

簡明心理健康篩檢表

性別：男 女 其他

年齡（實歲）：_____歲

婚姻狀況：單身 已婚/同居 分居/離婚 喪偶

- 1.最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾 是(1) 否(0)
- 2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺 是(1) 否(0)
- 7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」 是(1) 否(0)
- 8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活 是(1) 否(0)
- 9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴 是(1) 否(0)

評分說明 每題1分，總分 ≥ 4 宜轉介專業精神醫療人員進一步評估。

各人口族群的參考切分點如下：

[男性] 19-24 歲：五分以上；25-64 歲：四分以上； ≥ 65 歲：四分以上
[女性] 19-24 歲：五分以上；25-64 歲：四分以上； ≥ 65 歲：四分以上

更新日期: 2016.11.17



(五)自殺風險程度分級與建議處遇方式

風險程度	評估結果	處遇建議
低度風險	1) 個案已有自殺想法，但還沒有做任何計畫。 2) 有強烈的意念卻無實際計畫與行為。	(1) 提供情緒支持。 (2) 處理理想自殺的感覺：個人愈是能夠開放談論失落、孤獨和無價值的感覺，他或她的情緒混亂程度愈輕微。當情緒起伏緩和後，個案才比較可以反思，才可能有更多的力量活下去。
中度風險	1) 個案有自殺的想法和計畫，但不會馬上執行計畫。 2) BSR5-5*或CMHC**兩表中有一表評量結果分數為高分者。	(1) 提供情緒支持：討論並處理理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量。 (2) 探尋自殺外的其它選擇：與個案一同尋找其他的替代方式，取代自殺。 (3) 轉介給精神科醫師、諮商師或醫師。 (4) 聯絡能支持個案之家人、朋友或同事，能讓個案在生活中實際獲得支援。
高度風險	1) 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。 2) BSR5-5及CMHC評量結果皆為高風險分數。	(1) 陪伴個案，降低個案獨處時間。 (2) 溫和地和個案談話，並且移除藥物、刀子等，遠離可用來自殺的工具 (3) 訂定約定。 (4) 立刻聯絡心理衛生專業人員或精神科醫師。 (5) 告知家人並且獲得其支持。

* The 5-item Brief Symptom Rating Scale即為心情溫度計

** Concise Mental Health Checklist

透過上述各項風險評估後，可將個案分為三種風險程度，分別敘述如下：

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。
2. 中度風險：個案有自殺想法和計畫，但不會馬上執行計畫。
3. 高度風險：個案有明確計畫，有執行計畫工具，並且打算立即進行計畫。



(六)轉介之建議處遇方式

1.資源連結之原則

- 1) 保持客觀的態度：協助個案連結資源時，常會遇到個案會有許多需求，訪員需以客觀的態度評估個案狀況，基於專業評估結果再進行適當的轉介，避免受個案情緒牽引而讓對方予取予求。
- 2) 保持彈性：連結資源時，訪員需對連結方式保持彈性，以協助個案為第一優先原則。例如若個案排斥就診精神科，訪員可以先鼓勵個案接受諮商或是撥打求助專線。
- 3) 善用社區網絡資源：協助個案時，可邀請個案所在社區之網絡資源共同關懷個案，如請鄰里長及社區義工組織就近關懷。

2.特殊情況處理原則

- 1) 協助轉介醫療端
 - 針對已有自殺意念之個案，可以詢問睡眠狀況做為切入點，介紹其處理睡眠問題之醫生，藉此連結精神科醫療資源。
 - 針對已有怪異思想、自傷、傷人之個案，可報警請警察協助處理並由警察強制就醫。
- 2) 家暴、性侵個案
 - 依據家庭暴力防治法第50條、性侵害犯罪防治法第8條、兒童及少年權益保障法第53條及第54條規定醫事人員、社工人員、教育人員、保育人員、警察等人員及其他執行前開業務人員為責任通報人員。換言之，自殺關懷訪視員於執行職務時若知有疑似家庭暴力、性侵害及兒童少年保護情事者，應立即通報當地主管機關。通報方式，包括以傳真方式通報當地主管機關，或是在衛生福利部「關懷e起來」(網址：<https://ecare.mohw.gov.tw/>)網站進行線上通報。



二、困難個案訪視技巧

(一) 重複自殺個案

1. 案例

個案小涓25歲，平時和父母同住，受雙極性情感障礙症第二型（Bipolar II Disorder）及邊緣性人格障礙症（Borderline Personality Disorder）影響，有多次因人際情感自殺，亦有幾次入住精神科急性病房之紀錄，目前自己經營一間美容工作室，但沒有固定營業。

對於這樣的生活及自己，小涓往往睡得不安穩高中的被霸凌經驗導致內心創傷，以致她無法開口對他人傾訴，時常以美工刀劃手或吞安眠藥來緩解自己的情緒，無法接受家人或關訪員的協助。

小涓與家人的關係既衝突又疏離，爭吵時小涓曾發生多次傷人行為且影響到鄰居安寧。認為自己在家庭中不被理解及關心，因此她有蒐集、攜帶刀械的習慣，常在心情低落時以傷害自己來抒發情緒。

一天，小涓再次嘗試從住家樓頂跳下後，被緊急送往醫院搶救，經醫院通報衛生局，局內分案至自殺關懷訪視員介入關懷……

2. 重覆自殺者的情緒及行為特徵

企圖重複自殺行為的個案，往往存有多重因素。為了幫助我們協助像小涓這樣重複自殺的個案，應避免過度強調診斷式的思考模式，而應著重於理解重複自殺行為背後的意義。

例如過去惡劣的環境未能提供他們足夠的機會，學習生活必須的技巧，因此在面對困難時，個案常有一些負面信念，導致情緒痛楚；個案發現自殺行為比其他方法更有效快速紓解痛苦，減少挫折和焦慮，又能夠創造出能獲得他人關懷的環境，儘管許多不良行為已帶來負面效應，同樣的行為模式卻常常持續著。

• 重複自殺個案可能抱持的負面信念：

(1) 對自我的信念

a. 我是有缺陷的。



- b. 我不配感到快樂。
- c. 若是不能做到完美的事情，我不如不去做。
- d. 我遲早會殺死自己。
- e. 過去的經歷已經讓我變得不好了。
- f. 如果我放任自己的情緒，我一定會發瘋。
- g. 自縊是最容易脫離痛苦和煩惱的方式。

(2) 對世界的信念

- a. 越是重要的事情越不容易發生。
- b. 當我期待好的事情，壞事就會發生。
- c. 負面的想法和感覺會摧毀我。
- d. 我無法帶著痛苦的感受繼續生活。
- e. 只要我犯錯就一定會受到處罰。
- f. 我應該要盡量避免痛苦。
- g. 生命基本上是無法預期而且不公平的。

3. 常用介入方式與後續追蹤

1) 重覆自縊個案的常用技巧

建立支持性關係，是所有第一線人員時必備的基本技巧，對於常見的情緒反應如焦慮、憂鬱或憤怒，都能在建立支持關係後，獲得有效得到緩解。

一般而言，最常用之支持技巧包括下列幾項：

- 宣洩（catharsis）：協助個案透過宣洩，將強烈情感（譬如對疾病的害怕），包括過去所害怕或羞於表達的，在支持的關係下說出，往往可以讓個案有如釋重擔的輕鬆。
- 澄清（clarification）：藉由個案自己談事情的過程，加上治療者適時地予以辨明，可以讓個案重新看清問題所在，而有一番新的認知。（譬如對壓力或疾病所產生的扭曲認知與解釋）。
- 稱讚（praise）：指支持個案的自尊，在治療／輔導中提出個案的正面的行為改變或進步，並強化其成功的經驗，以促使其繼續進步。



- 再保證（reassurance）：透過個案對治療／輔導者的信賴，治療者可以針對個案的疑慮、診療相關問題予以適當的再保證，提供治療照護的希望與目標，以減輕個案的懊惱，加強其信心。

2) 重複自殺個案的後續追蹤

有別於一般通報個案，建議可針對30天內再自殺個案有特殊的介入作為，一為提升訪視員之專業知識及會談技巧，建立更完整的督導制度；二則落實個案處遇計畫，可定時監控個案服務之過程面。

- 訪員督導與訓練：以定期個別督導、同儕交流為主，以團體督導為輔，每月訪視員與其單位督導進行個案討論，針對再次自殺個案特殊性，提供個別化處遇建議，另可藉由同儕小組成員互相研討，開放地分享與學習，或邀請專業外聘督導重新檢視、加強指導。
- 個案處遇面：

1) 增加訪視次數

一般個案每月訪視2次增加為每月訪視4次以上，透過密集性的接觸，掌握個案不穩定狀態，及早提供預防措施。

2) 延長訪視時間

一般個案列管至少3個月，再多持續關懷3個月，將訪視時間延長為至少6個月，以確保個案長期穩定性。

3) 結合家庭訪視

列管期間，結合當地衛生所實際探訪案家，與個案建立關係，以利社會資源之輸送。

4) 加強醫療轉介

國外研究中精神疾病相關問題與精神科病史常作為重複自殺的預測因子，相較於初次自殺個案，重複自殺個案精神疾病罹患率高，故須加強個案與家屬精神疾病之衛教，灌輸規則就醫、按時服藥之重要性，鼓勵個案持續接受精神科治療。



5) 強化非醫療轉介

自殺原因多重複雜，非單一機構能夠處理，以個案管理模式，橫向聯繫建構支持系統，轉介食物券、馬上關懷、心理諮商、就業服務…等，能適時減輕個案壓力，協助個案回復穩定的生活型態。

(二) 拒訪或失聯個案

1. 案例

個案小妮一直覺得向別人求助是很丟臉的一件事。因為出生在富裕家庭，從小獨立自主的個性，也不需家人操心，長大後在工作上亦有一番成就，所以在朋友及家人面前，都展現出光鮮亮麗的一面，但在光鮮亮麗底下，小妮長期受丈夫暴力毆打，並且獨自承受，後來因無法承受先生給的壓力，而割腕自殺被送至醫院，但其在院內被詢問是否需要關懷訪視員的關心時選擇拒絕。

2. 拒訪或失聯個案的困境與因應方式

以小惠為例分析關懷訪視員面臨拒訪的可能因素為社會文化的影響，使個案拒絕透露其自殺原因，並不願接受訪員的關懷。訪員可藉由持續的關懷及提供聯繫方式與資源單張來應對，以下介紹訪員家訪時可能的因應方式。

(1) 拒接電訪：不接電話、把關懷訪視員電話設定成拒接等。

可送上關懷信、手工小卡片等，表示關心。並可善用通報單上的聯絡人，了解個案動態，建立聯繫方法，或尋求警方跟村里協助。

(2) 對關懷訪視了解不多：如不知道訪視員來訪目的、關懷訪視對自身之幫助等。

拒訪個案的再自殺率特別高，建議透過持續不斷的關心，讓個案了解關懷訪視員是真心想幫助他。視情況調整與個案接觸的頻率和方式，如改以書信關懷、寄送關懷卡等，讓個案感受到關



心，並於督導會議討論。安排家訪時，可向個案或是家屬介紹自身專業背景（心理諮商、護理、社工等），提高對方之接受度，進而達成訪視。也可用簡訊通知，表示衛生局要進行健康促進，請與我們連絡。不直接使用自殺等字眼，個案也許會主動聯繫關懷訪視員。

- (3)個案認為訪視幫助有限：很多重複自殺、年紀稍長或背景複雜之個案，較容易拒絕訪視，認為關懷訪視員無法了解、同理自身困境。

縱使面對的是年紀較長或是背景較複雜的個案，也要對自己有信心。須強調關懷訪視的專業，建立專業形象和自尊心，才能有辦法達到關懷目的。也可視情況調整，根據個案特性更改關懷訪視員之安排。

- (4)個案或其家屬否認自殺行為，並拒絕透露原因：目前社會對於自殺仍較為負面看法，此可能會因此影響個案不願承認自殺行為或尋求協助。

若向外人討論自殺行為或心理困境，個人可能會擔心外在評價，包含可能被視為是個人能力不足，或是家庭支持系統不佳所導致，因此在關係建立之初期，個案或其家屬可能會否認並拒絕透露原因。

關懷訪視員需要理解這些拒絕並非針對訪員而來，在訪視過程中給予個案及個案家屬調適空間，並持續向個案表達關懷及提供實質的資源，如此較容易接受訪員的訪視；此外，也可邀請公衛護理師加入訪視，提升個案的接受程度。





伍、關懷訪視員的自我照顧

一、關懷訪視員的身心照顧與自我覺察

關懷訪視員每天面對個案的抱怨和苦水，以及個案的情緒反應，長久下來可能造成訪員身心疲乏，因此自我的心理調適及壓力紓解是很重要的。藉由適當的休息，舒緩身心疲憊感，如此才能在助人工作這條路走得更加長久。

在面對壓力時，可參考下列幾種方式：

(一) 如何舒緩壓力

來趟旅行吧!!	有多久沒和朋友聊天了?	保持正向積極的心態!	呼吸下新鮮空氣，讓自己放鬆一下。
			

1. 旅遊

規劃時間來趟旅遊，一方面可以讓自己暫且放下工作得到適度的放鬆，另一方面可以多點時間陪伴家人，而不會因為工作造成無法兼顧家庭。

2. 社交活動

在忙碌的工作中，也要記得和朋友保持聯繫，不論利用通訊軟體、電話，或者偶爾見面來個漫天長談，儘管只是說說笑笑，也能從中獲得情緒紓解，達到放鬆。

3. 保持積極的心態

每個人都會遇到一些困難，樂觀正向的態度去面對工作中遇到的挫折及困境，體會到人生不是完美的，試著每天記錄下自己所做的事，心存感激的迎接每個挑戰，保持正向的角度看事情。



4. 深呼吸

利用午休或是空閒時刻至舒適環境，能夠紓解壓力、平靜心靈，為生活帶來片刻的休息與放鬆。

(二) 身體照顧

充足睡眠是最基本的生理功能需求，睡眠影響多項身心功能，若沒有優質的睡眠，常會導致情緒浮躁不安、注意力不集中、精神渙散；最佳睡眠時間為6~7小時，生理機能才能得到足夠的修復，增強免疫系統，也能獲得滿滿能量。

均衡營養可提高面對壓力的反應力，保持良好而規律的飲食習慣，在煩躁或緊張的時候，應避免太餓或過飽。

另外，適當且持續的運動能解除焦慮、帶來舒適感，使身體肌肉放鬆，改善因壓力帶來的影響，同時誘導腦部分泌腦內啡（endorphin），使情緒更加穩定，亦可維持健康的體能，這是應付壓力與危機最基本的裝備。

(1) 除了按時做運動，也應注意休閒生活安排，休閒生活與工作不同，休閒往往是靈感的重要來源。同時，我們應該練習自我放鬆，透過腹式呼吸、肌肉放鬆或其他相關的方法放鬆身心時，讓情緒沉澱、思想淨空，相關的神經會將放鬆的訊息傳達到腦部，而進一步刺激全身生理功能的放鬆，減低壓力所引發的身心症狀。

(2) 肌肉放鬆法指引：

步驟1(從臉部開始)：

由臉部肌肉開始，從前額、眼睛周圍到嘴唇，感覺每一部分的肌肉都漸漸放鬆，試著將這種放鬆延伸至兩腿，讓全身放鬆下來。

步驟2(頸部、肩膀)：

讓前額兩邊、頭部後方、頸部和肩膀的肌肉放鬆下來，直到感覺每個肌肉部位都非常放鬆，再慢慢的、輕輕的呼吸。

步驟3(肩膀至手指)：

肩膀開始到腰部的每一條背部肌肉，將裡裡外外的肌肉都放鬆開



來，感覺從肩膀到手肘、從手肘到手指的每一寸細微的肌肉都開始放鬆、再放鬆。

步驟4(拉開拉緊的肌肉)：

放鬆胸部至腹部的肌肉，感覺原本拉緊的肌肉開始放鬆開來，請慢慢的、輕輕的深呼吸，會感覺非常舒服及美好。

步驟5(下半身)：

將臀部及大腿開始放鬆，直到臀部和大腿的每一條肌肉都完全放鬆，放鬆到腳踝的肌肉，讓自己沉浸在這種心情平靜感覺裡面。

步驟6(此時此刻)：

試著慢慢坐起身來，感覺全身的肌肉都是放鬆的。可以開始活動身體，並記住此刻全身放鬆的感覺。

(三) 心理調適

在面對個案或接觸到過量的負面思考後，可能而對自身產生許多負面想法，需要花時間整理個人的身心狀態，回歸至自己的生活，因此自我調適是很重要的一環。訪員需謹記自縊防治永遠都不僅是一個人的責任，關懷訪視員是自縊防治團隊的一員，還有其他團隊夥伴可以共同奮鬥，自縊防治團隊也僅是大眾的一環，人人都是珍愛生命的守門人，自縊防治是公眾責任，且個案也須為自己的行為及問題負責，沒有人可以控制其他人，也沒有人可以每次都能拯救到個案，訪員不用將責任都攬於己身。

以下為協助訪員心靈安適的一些建議：

1. 自我覺察的提升 – 正念 (Mindfulness)

正念一詞源自於佛教，指「專心在當下」。藉由專注在自己當下的狀況、呼吸、感覺，對於自身的內在與外在經驗全盤的接受但是不批判，創造出不批判、無須防衛的空間，在這個空間中可以與自己的感受接觸、接受自身的種種經驗。最簡單的正念練習可以從呼吸做起：專注在自己的每一個呼吸、感受到氣息是如何進到自己肺部、充滿自己的腹部、空氣是如何離開自己的身體……。專心的感受身體的感覺，讓自己的心靜下來，可提升自我感知能力並有效的減輕壓力。



(1) 正念呼吸法指引：

步驟1(尋找舒適環境及姿勢)：

坐在直立的椅子上面，手輕輕地放在大腿上，可以閉上眼睛，也可以張開眼睛。

步驟2(感受呼吸時和空氣進入身體的感覺)：

吸氣吐氣掌握7-11秒的節奏，吸氣7秒，吐氣11秒，吸氣與吐氣重複約3-5次，持續專注在呼吸上。

步驟3(專注於腹部膨脹與縮小的感覺)：

就像填充空氣的氣球，無須改變腹部的方式，只需專注於腹部感受。

步驟4(注意力放到吸入的空氣)：

呼吸跟隨空氣進入鼻孔，傳遞到肺部至橫膈膜，觀察他如何往上移動，在從橫膈膜到肺部再通過鼻孔。

步驟5(注意力轉移至吸氣)：

專注鼻孔溫度細微的變化上，與吐氣時相比，吸氣時空氣會涼涼的，帶著好奇心，仔細的體會每次的變化，重複3-5次。

2. 建立個人支持系統－督導支持

為避免工作上正向能量之耗損，甚至導致身心耗竭，且針對資歷較淺的新進訪員提供後盾，可成立內部督導機制，形成內部的支持團體，給予訪員們支持、肯定、讚賞、鼓勵，使受督導者提升信心，及有空間可以說出工作中所產生的各種感受，彼此可以分享工作上的困境，提供資源的分享與情緒的支持。



二、遇個案重複自殺或自殺死亡的心理調適

從事自殺關懷訪視工作，難免會遇到個案重複自殺或是自殺身亡的情形。此時，關懷訪視員可能會有悲傷、焦慮、自責、愧疚、無力等情緒，也可能會對自己的專業能力產生懷疑。

此時，關訪員須留心觀察自己的情緒變化、認知、行為反應以及生理變化，給予自己適當的照顧。自我照顧的方式因人而異，包括花些時間與同事、督導或治療師談談自己的感受、閱讀相關書籍、進行紓壓的運動、參加靈性活動等。最重要的是，要了解個案重複自殺或自殺身亡不是你的錯，當個案做出這樣的選擇時，關訪員不需過度自責。

個案重複自殺或是自殺身亡，對關訪員來說，可能是危機，也可能是轉機。若能做好自我照顧，藉由不幸的事件來反省自己從事助人工作的意義，進一步在心理與專業上有所成長，那對於訪員而言或許也是一個自我提升的契機。



陸、學習資源

一、線上學習資源

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

(1) 關懷訪視員課程專區

- 自殺防治概論與措施
- 自殺防治與社區處遇實務
- 自殺防治與資源連結
- 自我覺察與壓力管理(延伸學習：正念呼吸法)
- 自殺高風險之辨識與處置
- 常見精神疾病與因應措施
- 常見精神疾病之處遇
- 困難個案之處遇及追蹤

(2) 自殺防治課程

(3) 媒體影音

(4) 專業人員專區

2. 自殺防治e學院：<https://www.youtube.com/user/taiwansos>

(1) 自我覺察與壓力管理

(2) 2016關懷訪視員實體課程

(3) 自殺防治守門人專區

(4) 自殺自傷個案處遇與評估

(5) 放鬆技巧

3. 全國自殺防治中心網站：<http://tspc.tw/>

(1) 衛教專區

(2) 自殺防治系列電子手冊

- a、自殺防治系列1-自殺防治-專業•愛與希望
- b、自殺防治系列2-自殺防範指引手冊
- c、自殺防治系列3-青少年心理衛生與自殺防治手冊
- d、自殺防治系列4-老人心理衛生與自殺防治手冊
- e、自殺防治系列5-精神疾病與自殺防治手冊
- f、自殺防治系列6-物質濫用與自殺防治手冊
- g、自殺防治系列7-女性心理衛生與自殺防治手冊



- h、自殺防治系列8-職場心理衛生手冊
- i、自殺防治系列9-自殺者親友關懷手冊
- j、自殺防治系列10-陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友
- k、自殺防治系列11-珍愛生命守門人
- l、自殺防治系列12-心情溫度計自殺防治系列13-怎麼辦我想自殺
- m、自殺防治系列14-失業鬱悶怎麼辦
- n、自殺防治系列15-關懷訪視員工作手冊
- o、自殺防治系列16-提升人際支持遠離自殺
- p、自殺防治系列17-以醫院為基礎之自殺防治
- q、自殺防治系列18-珍愛生命義工
- r、自殺防治系列19-全國自殺防治策略
- s、自殺防治系列20-矯正機構與自殺防治
- t、自殺防治系列21-基層醫療人員與自殺防治
- u、自殺防治系列22-孕產期婦女之情緒管理
- v、自殺防治系列23-社會福利工作人員與自殺防治
- w、自殺防治系列24-重複自殺個案之關懷管理
- x、自殺防治系列25-老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
- y、自殺防治系列26-殺子後自殺事件之防治
- z、自殺防治系列27-雨過天晴心希望
- aa、自殺防治系列28-擁抱生命逆轉勝
- bb、自殺防治系列29-自殺防治概論
- cc、自殺防治系列30-自殺風險評估與處遇
- dd、自殺防治系列31-重複自殺個案關懷訪視指引
- ee、自殺防治系列32-自殺風險個案追蹤關懷實務

(3) 自殺防治策略

(4) 壓力調適DIY影片

4. 線上測驗

5. 社團法人台灣自殺防治學會：<http://www.tsos.org.tw/>

(1) 守門人基礎訓練課程

(2) 關懷訪視員專業訓練消息公告

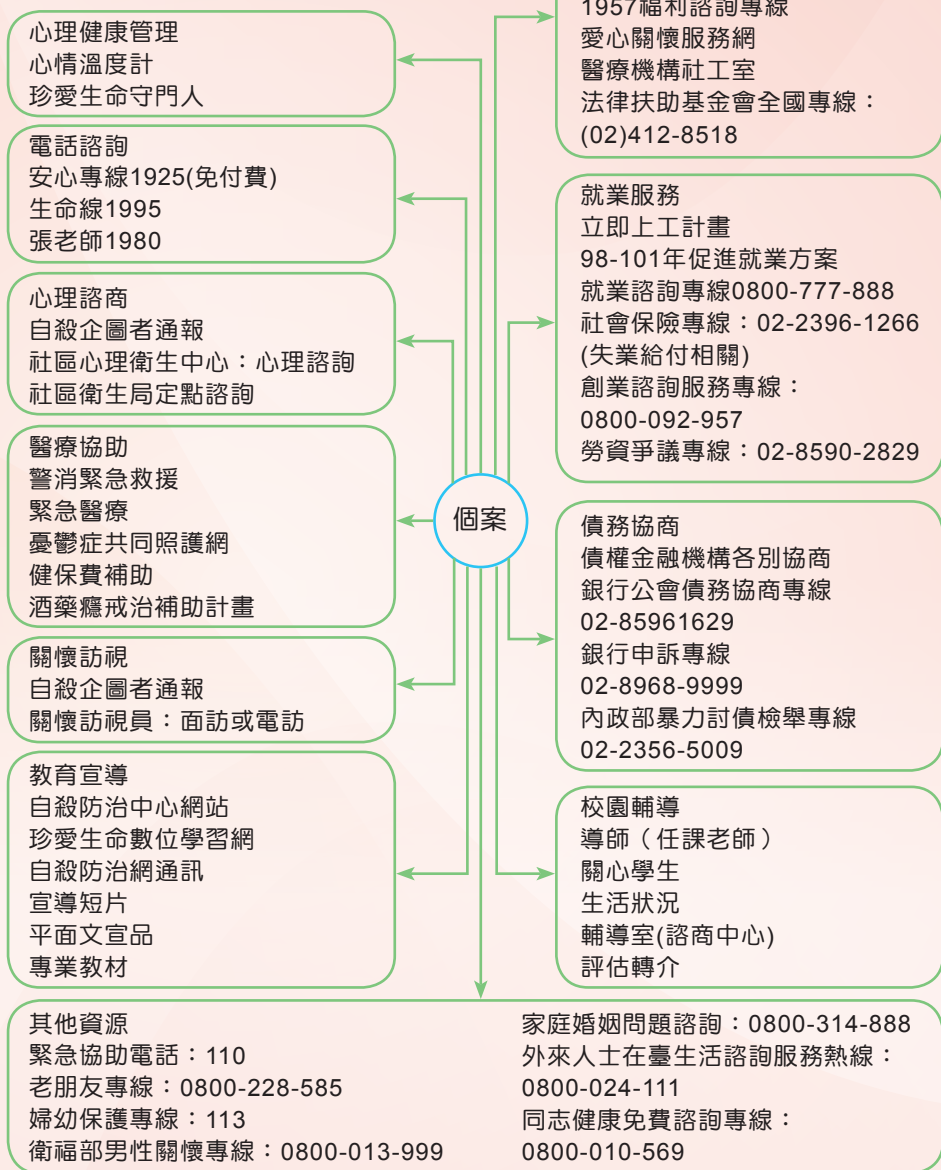
(3) 自殺防治課程



二、資源連結

(一)自殺防治處遇相關資源與網絡

1. 資源連結圖





2. 相關諮詢專線



社會救助資源

- ◆ 福利諮詢專線：1957
- ◆ 就業諮詢專線：0800-777-888
- ◆ 法律扶助基金會全國專線：(02)412-8518



心理衛生資源

- ◆ 安心專線：1925
- ◆ 生命線：1995
- ◆ 張老師：1980



其他相關資源

- ◆ 保護專線：113
- ◆ 家庭婚姻問題諮詢：0800-314-888
- ◆ 外來人士在臺生活諮詢服務熱線：0800-024-111
- ◆ 衛福部男性關懷專線：0800-013-999
- ◆ 衛生福利部國民健康署孕產婦關懷諮詢專線：0800-870-870
- ◆ 老朋友專線：0800-22-8585
- ◆ 家庭照顧者關懷專線：0800-507-272
- ◆ 長照服務專線：1966



各縣市
心理衛生中心

縣市	電話
基隆市衛生局心理衛生中心	02-24300193
臺北市政府衛生局社區心理衛生中心	02-33937885
新北市社區心理衛生中心	02-22572623
桃園市社區心理衛生中心	03-3325880
新竹縣社區心理衛生中心	03-6567138
新竹市社區心理衛生中心	03-5234647
苗栗縣政府毒品防制及心理衛生中心	037-558350
臺中市政府衛生局社區心理衛生中心	04-25155148#107
彰化縣社區心理衛生中心	04-7127839
雲林縣衛生局心理衛生中心	05-5370885
嘉義縣社區心理衛生中心	05-3621150
嘉義市社區心理衛生中心	05-2328177
臺南市政府衛生局社區心理衛生中心	06-3352982、06-6377232
高雄市政府衛生局社區心衛中心	07-7134000#5410~5420
屏東縣社區心理衛生中心	08-7370123
臺東縣社區心理衛生中心	089-336575
花蓮縣社區心理衛生中心	03-8351885
宜蘭縣社區心理衛生中心	03-9367885
南投縣政府衛生局社區心理衛生中心	049-2224464
澎湖縣政府衛生局社區心理衛生中心	06-9272162#122
金門縣衛生局社區心理衛生中心	082-337885
連江縣衛生福利局心理衛生中心	0836-22095#8827

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

自殺關懷訪視員教育手冊

發行人：陳時中

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：衛生福利部

地址：115204 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電話：(02)8590-6666

傳真：(02)8590-6000

網址：衛生福利部

出版日期：2022年06月

ISBN：9786267137277

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

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



珍愛生命 · 希望無限



9 789869 586313