

珍愛生命 希望無限

# 警消及第一線救援人員 之自殺防治指引



# 目錄

01

自殺現況與數據

警消及第一線救援  
人員在自殺防治上的  
貢獻

02

03

協助有自殺意圖者

當自殺企圖發生時

04

05

當自殺發生時

關於工作時  
內部支持的議題

06

07

訓練

參考資料

08

# 序

自殺是重要的公共衛生問題，也是嚴重的社會問題；理論上，自殺是可以透過全民的努力給予有效的預防。只要有一個人自殺，就代表背後會有20人、甚至更多人企圖自殺。自殺死亡或自殺企圖，對家庭及朋友情緒上的影響可以長達許多年。警察、消防及其他緊急救援人員常在第一線要面對有明顯的精神健康、物質濫用或是可能自殺的人。然而，這些人員通常沒有接受過辨識嚴重精神疾病的徵兆及症狀的良好訓練，他們可能也不知道在自殺行為發生的當下需要採取什麼正確作法。

警員、消防人員及其他第一線救援人員越來越常在面對精神疾病相關的緊急事件時（例：自殺危機）被徵召。這些人在以社區為基礎的自殺防治策略中扮演著極重要的角色：他們要確認罹患精神疾病的個案是否有接受適當的精神健康治療，要移除自殺高風險個案對於致命方式的接觸管道，要從涉及家庭暴力或可能致死的暴力狀況中辨識出自殺的可能性。第一線救援人員在衡量自殺危機的過程與結果中，扮演很特殊的角色。這些人員所屬的不同機構單位，可以藉由以下方法協助減少社區中的自殺情況：確認第一線救援人員都有接受辨識精神疾患的徵兆與症狀的正確訓練、確認自殺風險、了解地方的心理衛生相關法律以及這些法律在社區的機構如何運用、發展專門的流程來幫助第一線人員在現場處理心理衛生問題及自殺危機、協助建立各機構的聯繫以便獲得醫療及心理健康照護相關資源。

本手冊引用了世界衛生組織 (WHO) 警消及其他第一線救援人員自殺防治策略，讓第一線人員可以更具體了解在面到自殺危機時的注意事項。第一線救援人員通常是在面對自殺情況發生時（例：自殺威脅、自殺企圖、自殺死亡）最先涉入的人員。第一線人員在自殺防治工作中擔當重要角色，全體專業人員投入自殺防治工作、共同成為自殺防治守門人，攜手合作，共同建立穩固之自殺防治網絡，並且有效防治自殺。

台灣自殺防治學會理事長  
全國自殺防治中心主任

李明濱 謹誌

## 01 · 自殺現況與數據

自殺與自殺企圖是公共衛生問題的主要挑戰。世界衛生組織 (WHO) 估計每年約有一百萬人自殺。這顯示每分鐘就有 1 人自殺死亡，每天有將近 3000 人自殺身亡，以及每三秒就有一人有自殺企圖。死於自殺的人比死於武裝衝突的還要多，在許多地方甚至比死於交通事故的人還要多。在許多國家，自殺是年齡界於 15 到 24 歲的青少年與年輕人的前三大死因；在全年齡層中，自殺則是前十大死因。從全球的角度來看，自殺率在過去半世紀中增加了 60%。每一個自殺事件發生，都會造成 10 到 20 起或更多的自殺意圖。

自殺是多種因素複雜交錯下的結果，主要較常見者如下：

### (一) 精神疾病

在全世界，有相當多的自殺身亡者 (65% 至 95%) 患有精神疾病。事實上，患有精神疾病者的自殺風險比一般沒有精神疾病者高於 15 倍。雖然精神疾病也在亞洲國家被視為自殺的危險因子，實徵研究顯示，精神疾病因素在亞洲並不像其他地區一樣在自殺行為中扮演重要角色，反而是衝動在眾多因素中位居很高的比重。

高度自殺風險特別與疾病的急性症狀、最近剛出院 (幾乎有一半比例的人會在第一次追蹤門診前就自殺) 或是近期有尋求心理健康服務這些因素有關。大約有 25% 的自殺者會在自殺身亡前一年內向心理健康相關單位尋求協助。某些特定精神疾病與自殺行為較有連結，包括憂鬱症、物質濫用、思覺失調與人格障礙等。物質濫用與人格障礙較常見於男性，憂鬱症則較常見於女性。而共病的情況尤其常見於自殺身亡者，例如約三分之二的自殺身亡者同時患有憂鬱症與酒精濫用問題。因此，「精神疾病與 / 或物質成癮疾患」是強烈有力的預測因子之一，也讓鑑定與治療精神疾病與物質成癮疾患成為重要的防治策略。

## (二) 自殺意念

明確的「自殺意念」也是一個強力預測未來自殺可能性的因子。自殺意念的程度可從強烈至涉及縝密的自殺計劃與選擇致命性的自殺方式，到輕微或僅止矛盾的想法，即缺乏自殺計劃與疏於掩蓋自殺行動。若個體明確表示自殺意念，即被視為高自殺風險，該個體具有立即性的自殺計劃，且能取得武器或其他自殺工具。另外，辨識自殺意念是重要的，因為個體有可能在極短的時間內產生變化（一天、幾個小時或甚至更少）。這讓定期追蹤自殺危險因子成為自殺防治計劃其中一個必要且有效的方式。

## (三) 過去的自殺企圖

對於曾經企圖自殺的人們，在其企圖自殺後第一年的自殺率是明顯上升的，使「過去的自殺企圖」成為另一個強力預測未來自殺可能性的因子。大約有一半的自殺身亡個體過去也有自殺企圖的紀錄，另外有四分之一的自殺身亡者在一年內曾企圖自殺。自殺風險是一直都存在的，因此過去的自殺企圖是一個自殺的重要預測因子，即使自殺企圖發生在多年前。

## (四) 獲取槍砲、農藥或其他致命工具

由於槍砲或農藥是立即致命性的，所以若槍枝、來福槍或農藥是容易取得，或個體曾表示自殺意念甚至過去有自殺企圖，都需高度給予關注。除此之外，個體也可能取得藥物（甚至是自己的精神疾病藥物），或其他有毒物質（例如農藥）來做為自殺工具。因此需要明確的規範來約束自殺工具，這也是自殺防治的關鍵。

## (五) 性別

根據多國統計顯示，10%至18%的人表示在一生中曾有自殺意念，而3%至5%曾企圖自殺。女性稍微比男性較有可能反映自殺意念，且比男性多兩倍至三倍的企圖自殺可能性。然而，男性有較高的可能自殺身亡，多半是因為他們選擇較劇烈且不可逆的自殺方式。

## (六) 年齡

自殺行為可能發生在任何年齡，但某特定幾個族群有較高的比率。例如，自殺行為可能發生在年齡小至 10 歲的孩童，然而這是極少見的案例，僅占低於 1%。而青少年與年輕成人 (15-24 歲)，以及老年人 (75 歲以上) 則屬於高度自殺風險的族群。

## (七) 心理社會壓力

可能導致自殺行為之心理社會壓力源可能是多重且互相有關連的。它們可能包含失去親密關係，例如死亡或離婚；可能是失業或其他與工作有關的失落，慢性疾病或殘疾、慢性疼痛、法律訴訟，人際關係衝突等重大生活事件。已離婚或分居的人比那些結婚的人在自殺意念上多出 2-3 倍，在自殺企圖上更達 3-5 倍。



## 02 警消及第一線救援人員 在自殺防治上的貢獻

那些常是第一線要去處理在心理健康上有危急狀況個案的警消人員、緊急救護人員等，正因這樣的特性，使他們成為以社區為基礎的自殺防治策略中很重要的一部分。以警察為例，他們時常扮演著”街頭的精神科醫生”的角色，然而，隨著每天的互動也使他們日益與有心理疾病的犯罪者有更密切的接觸。

自殺防治最終的目標是要減少因自殺造成的死亡，然而，這與減少持續且嚴重的自殺企圖是同樣重要的。在最有效的自殺防治策略中，包含提供適切的處遇給受苦於有心理或物質使用問題的個人，並且控制自殺方法的易取得性。警消、救護及第一線救援人員在自殺防治上可以由以下途徑做出重要的貢獻：

### (一) 風險知識

面對一個有心理疾病的個人或犯罪者，初步介入處理的人員需要警覺自殺行為的可能性，及對他人的危險性（包含親自攻擊他人）。此時，清空現場和確保當下有充足的空間是重要的。

### (二) 法律知識

雖然轉介至精神及緊急照護單位的主要來源是初步介入處理的人員，但過長的候診時間和有限的住院病床也時常令人洩氣。要擔任有效能的心理健康守門人，初步干預並不只有了解當地心理健康相關法律規定（會因管轄權而變化）和允許非自願個案進行衡鑑及處遇的標準，他們也必須了解這些措施是如何根據可運用的資源，透過當地的心理健康系統被落實。若要使初步介入處理的人員能夠順利進行緊急轉介流程，那麼機構之間的協調和合作就很重要。在司法系統中，為適當管理想自殺之有心理疾病的犯罪者，具備和提供精神衡鑑與處遇服務有關的法律知識是必要的。

### (三) 強制就醫／非自願入院

警察應被其他早期介入人員(如消防和緊急照護人員)視為重要的第一線救援人員，因為他們可以促使個案得到醫學和精神評估治療。警察可以酌情判斷一個人是否要被拘留或是被轉送到當地的醫療急診室進行醫療與心理衡鑑和治療。在大部分的地方，只要人們有可能受苦於心理疾病並且對自己或他人有危害的時候，警察有合法的權力將一個人送到合法的醫院進行心理評估。

### (四) 控制致命的自殺方法

對警消人員、第一線救援人員而言，控制自殺方法的易取得性是可行且重要的自殺防治策略。例如，當槍枝通路被管制時，社區中的自殺率會下降。家中具有槍枝與自殺風險的增加是有關連的。限制使用槍枝在涉及家庭暴力的情況下特別重要，因為這有可能擴大為自殺或謀殺後自殺的情境。

第一線救援人員也須協助限制致命手段(如農藥)的可近性，藉由教育及實際行動的確認，避免高風險家庭成員囤放藥物，例如使其每次只能取得少劑量的藥物，控制潛在致命性治療藥物(如抗憂鬱劑)的可取得性。

### (五) 家庭紛爭與報復式自殺

槍砲自殺中的其中一群自殺意圖者是期望藉由自殺得到第一線救援人員的特別關心。這群自殺意圖者多為男性，家中有可取得的槍械，並有長期酒精濫用及人格疾患，違反法律的情形也屢見不鮮。常出現的狀況是，當有家庭爭議的官司時，人們受到與伴侶間爭執的刺激，即可能採用槍砲自殺做為報復。特別當法庭判決禁止探視或爭吵於孩子監護權的情況時，人們甚至有可能拿槍械威脅伴侶，演變為謀殺後自殺。這群自殺意圖者在嘗試自殺後，由於常出入醫院，他們多會辯稱這只是場意外。在上述情況中，使用槍械並非是突然出現的暴力行為，而是家庭內長期發生的暴力行為事件的激化，這群人接觸過許多警察與醫護人員，因此若能早辨識，進行藥物濫用治療與移除槍械的可近性，則可避免自殺事件的出現，特別對於曾有過自殺行為者更該如此處理。



## (六) 警察轉介精神疾患者至心理衛生機構

對於基層警察單位而言，主要的原則是在犯罪審判的過程中（包括初次接觸個案或是早期偵訊時）需要盡早辨別人們是否需接受精神醫療，並將人們從犯罪審判系統中轉入到適當的心理衛生醫療單位。近來，也有愈來愈多的警察也被要求參與不同的課程訓練，以及早辨識精神疾患者並避免無謂的犯罪審判過程。

這些課程的主要目標是希望警察直接轉介精神疾患的人們到社區心理衛生醫療單位，而非逮捕精神疾患者。這目標的達成須建立於心理衛生機構與警察的緊密合作關係，在某些社區中，特別危機處理中心已經成功移除警察對於轉介精神疾患者進行精神評估的障礙。

## (七) 藉由強制力而自殺

警察所面對的最困難處理的犯罪情形之一為個人藉由威脅他人（包括民眾與警察）性命的行為，激起警察開火，即為所謂的藉由警察而自殺。藉由辨識嚴重精神疾患的症狀與以下提供給內部機構的指引可有助於減少此情形。



## 03 · 協助有自殺意圖者

有自殺意圖者常表現出無希望感與憂鬱，他們視自殺為唯一可以解決他們現在困境的方法。雖然自殺是個難以預測的事，但藉由過往自殺身亡者的資料，將給予我們一些自殺發生前的判斷警訊，這其實是自殺者尋求幫助的訊息，警訊包括：

- 一、變得沉悶且難以與朋友或同事產生連結
- 二、感到孤獨且與人們格格不入
- 三、表示自己很失敗、沒有用，缺少希望或是自尊心低落
- 四、持續在想那些似乎無法解決的問題
- 五、表示在系統中缺乏支持和信念
- 六、表示要整理收拾東西
- 七、指出其他的自殺計畫

如果想自殺的人被問到自殺相關的問題，他們可能會有很明確的想法或是計劃。對於評估自殺風險程度來說，了解這些想法的本質和計劃的程度是很重要的。藉由了解這些問題的答案（包括做法、時間、地點及原因）可以幫助我們了解自殺的計劃程度有多高，已及個案對於死亡是否有任何矛盾的情結。

此外，想自殺的人如果表現出下列徵兆，表示他們有比較高的自殺風險：

- 一、最近失去一段親密或親近的關係
- 二、工作情況的改變（或是可預期的改變），例如被解雇、提早退休、降級或是其他工作環境的改變
- 三、健康狀況的改變
- 四、酒精或藥物濫用的情況增加
- 五、曾經有自殺行為或是家族中有人曾經有自殺企圖
- 六、現在患有憂鬱症

當警察、消防人員以及其他回應者確信某個人想要自殺的時候，他們是扮演很特別的角色，並可以做以下的事情去幫助個案：

- 一、以急診精神醫療的角色處理所有當個案想自殺的情況，並且依據不同情況因應。千萬不能假定自殺的想法或是姿勢是無害的，只是人們想引起注意或是嘗試藉此去操控別人。
- 二、封鎖現場，並保持自己或是其他人的安全。
- 三、給予個案實際的物理空間，不要太快接近個案。突然的動作、嘗試去觸碰個案或是讓其他人進入現場容易讓個案誤解。
- 四、表達接納和關心。避免說教、爭論、嘗試解決問題、給予建議或是告訴個案「忘了這件事吧」。表現出關心和理解的態度是很重要的。
- 五、和個案討論，並鼓勵他們談。大多數想自殺的個案對於死亡都有矛盾的想法。詢問人們是否想自殺或是和他們討論自殺並不會把他們從懸崖上推下去，反而是提供他們紓解情緒的機會，並且是解決問題的開始。若要評估自殺的風險程度，可以詢問個案是否有計劃，了解致命工作的可接近性，或是了解個案是否已經決定要採取行動。
- 六、移除所有會致命的自傷工具，特別是武器以及有毒的物質（例如大量的精神藥物或是農藥）。
- 七、若人們接受立即且適當的心理照護，自殺是可以被避免的。如果個案已經符合心理健康照護的標準，須立即採取行動，確保個案願意去醫院接受精神評估和治療。如果個案似乎不符合標準，確保他們有立即的心理治療和物質成癮治療的管道仍是很重要的。當大多數的個案對於自殺有矛盾情結的時候，他們通常將會同意接受治療。此外，事先與當地醫院、社區心理健康和成癮機構建立連結將會使處理流程更順暢。
- 八、若個案答應去找心理師或是去醫院就醫時，永遠不能讓可能會自殺的個案自己獨處。確保他們的家人或是重要他人會在現場，並且讓他們接受自己對於個案的求助是有責任的。

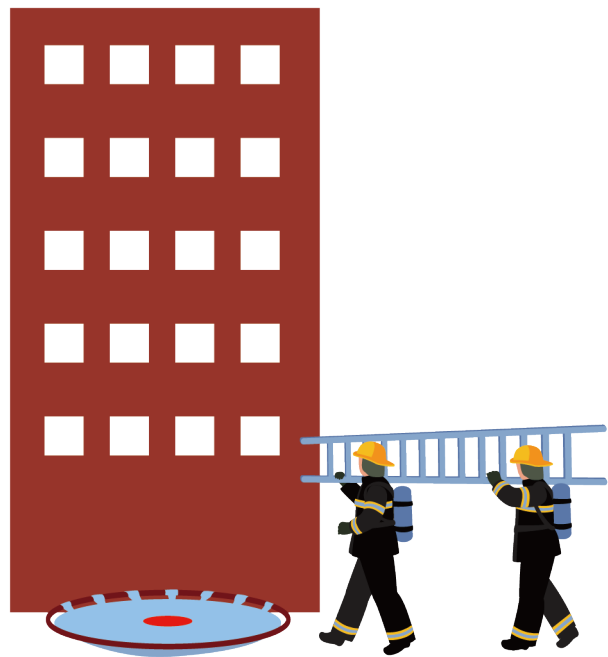
## 04 · 當自殺企圖發生時

當自殺企圖發生時，警察、消防人員或是其他回應者通常需要處理危機及提供基本的幫助，並且視需要轉介個案到醫療院所。第一現場的處理人員也需要處理家人和重要他人的情況。

第一線救援人員有責任回報有效且足夠的資料，為了達成此目標，他們須遵循並訂立以下這些策略：

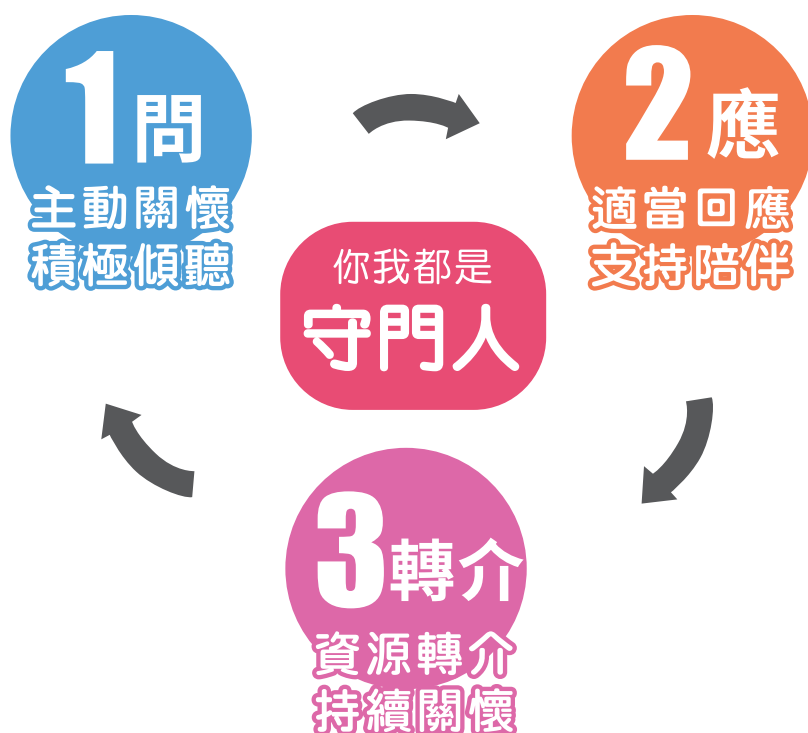
- 01 首先，確認企圖自殺者的受傷部位，檢查生命跡象並現場施以急救，譬如心肺復甦術，同時掌控當下本身的情緒與焦慮感，因應當下情況作出適當的決定。
- 02 第二，儘快聯繫救護照護中心，為企圖自殺者建立相關資源連結。在這樣的情況下，辨識企圖自殺者是否有服用毒品或者成癮物，導致自殺意念是重要的，例如現場的未使用的藥劑或空罐子，可以幫助救護中心檢驗出這些企圖自殺者曾經服用過甚麼而給予治療。
- 03 第三，第一時間建立與企圖自殺者關係並給予關懷，保持放鬆、無威脅性、同理且友善的關係。
- 04 第四，初步接觸後，才能夠溝通討論，企圖自殺者從談話中將感受到，自己是可以隨心所欲的講出自己的感覺。選擇使用開放式問句，譬如你感覺如何？從這些問句，掌握一些線索，像是這些人是否感到罪惡，如此一來，才有辦法進一步協助他們。其中，罪惡感是其中一項被考慮的基本因素，當當事人會感到罪惡是因為內心經歷到衝擊。從這樣的脈絡中，專業介入人員需要小心問化所使用的語句，避免引發當事人過多的罪惡感，為確保不引發罪惡感，需避免責怪的言詞、批評個人行為或者是去否定他們所聽到的遭遇。
- 05 第五，轉介至醫療機構並非保證當事人能夠遠離每一個危機影響或再次的發生，而是確保當事人的親朋好友能夠就近探視照顧當事人，並確保當事人甦醒後能夠獲得及時治療與轉診。

- 06 第六，自殺個案必須連結精神健康以及成癮服務，確保從中獲得適當治療，並轉診至精神健康機構，並獲得個別醫療治療。
- 07 最後，若重要他人出現在現場，他們或許會感到情緒上的不穩、困惑、生氣或者是不知所措，故第一線救援人員需要去紓解、同情、敏感且支持這些重要他人。若企圖自殺者仍未回覆意識或狀況不佳，必須透過這些旁觀者所知來蒐集訊息，譬如自殺者服用多少藥的劑量或過去是否有曾企圖自殺過。若這些重要他人不在身邊，則必須去建立與他們的連結來獲取這些訊息。



## 05 · 當自殺發生時

當自殺者死亡時，警消人員或其他介入者，需要在第一時間與死者的親朋好友建立聯繫。幫助這些家庭成員獲得足夠的照顧與支持，他們可能會對於未能及時發現自殺者的行為或是過去未能夠及時提供協助感到有罪惡感。提供心理治療的資源能夠有效幫助他們，若他們同意，給予他們心理治療單位的聯絡方式。協助他們與當地的自殺生還者團體聯繫也是有幫助的方式。自殺者遺族常會經驗到朋友和同事的負向和偏激的態度，而自殺生還者團體能夠有效辨別和處理這些汙名。



## 06 · 關於工作時內部支持的議題

不同的策略已經用於提供支持那些必須處理心理健康危機的第一線救援人員；其中警察和精神衛生專業人員中，有受過專業心理健康訓練的警察提供危機介入與聯繫心理健康機構，以及有不同機構聘請的專業心理衛生諮詢師提供現場與電話諮詢 (13)。在某些社區，已經有專門的心理健康法庭發展到可以處理精神疾患的罪犯 (18)。在心理健康法庭，受過特別訓練的法官、律師和警方及心理衛生專家合作，使用適當的治療方案以及將有精神疾患的罪犯轉移出刑事司法系統。這種作法對需要找到適當心理健康處置方式的警察而言 (特別是在心理衛生資源難以進入的地區)，可能可以減輕一些壓力。

然而，心理健康法庭可能因此對警察會有更多的要求，包括辨別精神疾患，降低現場危機，並在逮捕個案或是偵訊前與心理健康機構建立適當的連結 (甚至是以此替代逮捕及偵訊)。為了回應矯治設施中精神疾患罪犯數量增加的情況，心理健康法庭是在機構內部多重訓練解法中快速發展的一部分 (19)。沒有單一的解決方案適用於所有司法管轄區。無論建議何種解決方案，應該通過機構間的合作開發，並包括適當的司法和心理衛生專家：

- 一、創造關於自殺預防策略共享的核心價值與目標
- 二、開發交叉訓練的機會、發展策略與草案來面對危機管理，包括危機後報告與壓力管理及應對
- 三、保持持續的溝通以及機構間的合作
- 四、簡化警方安排與當地精神衛生機構的流程，特別是在涉及自殺危機的情況

## 07 · 訓練

雖然警察、消防人員與其它第一線救援人員必須謹慎的辨認與管理那些處於自殺風險與有精神疾患的人，但他們鮮少受過扮演這角色的適當訓練。要擔任有效的社區守門人，他們必須：

- 一、認識到警察、消防人員與其它第一線介入者，在心理衛生危機中所扮演心理衛生守門人與第一線回應者的關鍵角色
- 二、知道如何辨認精神疾患的主要徵兆與症狀
- 三、知道當遇到有人威脅要自殺時該怎麼做
- 四、了解如何辨別與降低心理疾患個案使用致死方式的情況
- 五、了解當地可以運用的心理健康服務資源，在緊急情況中如何運用這些資源，以及如何使用醫院體系之外的心理健康及成癮資源。及時更新的社區心理健康服務資源索引是很重要的工具
- 六、了解如何面對非自願住院者的應用標準與知道在地的心理衛生提供者是如何操作的；建立與心理衛生機構人員更緊密的關係與維持經常性的接觸，以掌握困難的狀況





儘管第一線救援人員經常面對他們必須提供照護或協助精神疾患者的情況，他們在處理心理健康議題時仍時常有困難。在這樣的情況下，訓練必須以現實生活中的情境為基礎。藉由心理健康專業人員帶領的真實情境討論團體，我們可以完成這個目標。討論團體必須定期聚會，或是包含複習之前內容的場次。這些內容可以藉由角色扮演的方式來補足，角色扮演時，團體成員會就不同的危機情況討論不同的應對方式。若過去曾經企圖自殺的人們能夠在訓練場次中擔任訓練者或是講師，這對於心理健康問題的去汙名化是很重要的方式，並且可以對於心理健康及自殺危機提供人本的關懷。

當公民認可的法律及社區資源在每個社區都不一樣時，對第一線救援人員的心理衛生訓練（如警察、消防人員和其他第一線救援人員）應該在當地社區心理衛生機構的協助下組織辦理。這將有助於建立人員之間的關係和機構之間的關係，這對幫助第一線救援人員處理自殺和其他心理健康危機是必要的。



## 08 · 參考資料

1. World Health Organization (2007) Preventing Suicide in Jails and Prisons. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: How to Start a Survivors Group. Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: World Health Organization.
5. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Counsellors. Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Teachers and Other School Staff. Geneva: World Health Organization.
7. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. Geneva: World Health Organization.
8. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource at Work. Geneva: World Health Organization.
9. World Health Organization (1998) Primary Prevention

of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization.

10. Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. (2004) Level of Suicidal Intent Predicts Overall Mortality and Suicide after Attempted Suicide: a 12-year Follow-up Study. *BMC Psychiatry*, 4: 11-18.
11. World Health Organization and the International Association for Suicide Prevention (2006) *Safer Access to Pesticides: Community Interventions* Geneva: World Health Organization.
12. Wasserman D, (ed.) (2001) *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
13. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ. (2002) The Police and Mental Health. *Psychiatric Services*, 53(10): 1266-1271.
14. Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. (2001) Factors in the Use of Coercive Retention in Civil Commitment Evaluations in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 52(4): 514-520.
15. Humphreys M. (2000) Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 22-32.
16. Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, Draine J, Dupont R, Horey C. (2001) A Specialized Crisis Response Site as a Core Element of Police-based Diversion Programs. *Psychiatric Services*, 52(2): 210-222.
17. Spiers C. (1996) *Suicide in the Workplace*. Occupational

Health, 48(7): 247-249.

18. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. (2001) Mental Health Courts and the Complex Issue of Mentally Ill Offenders. *Psychiatric Services*, 52(4): 477-481.
19. Haimowitz S. (2002) Can Mental Health Courts End the Criminalization of Persons with Mental Illness? *Psychiatric Services*, 53(10): 1226-1228.
20. World Health Organization. (2009). *Preventing Suicide: A resource for police, firefighters and other first line responders*.

## - 警消及第一線救援人員之自殺防治指引 -

發行人 | 陳時中

主編 | 李明濱

編審 | 陳俊鶯

編輯群 | 王禎邦、吳佳儀、吳恩亮、陳俊鶯、楊凱鈞、詹佳達、  
戴萬祥

助理編輯 | 呂雯、林家鈴

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

I S B N | 9786267137321



珍愛生命數位學習網



珍愛生命打氣網



心情溫度計 APP