



自殺防治

■ 許珮絲 衛生福利部胸腔病院護理科護理師

號。而當我們看到些訊息的時候，可以適時的給予關懷與支持，並提供相關資源協助，以減少自殺憾事的發生。

前言

近年來，幾乎所有先進國家都把自殺當作一項國家衛生重大議題來處理。根據我國衛生福利部統計，台灣因自殺死亡者，已連續八年名列國人十大死因第九位，而鄰近的日本、香港、南韓亦有相同的趨勢。而台灣自1998年以來，自殺死亡率已逐漸上升到達一倍左右，從每十萬人口9.97人升至2005年的每十萬人口18.8人。因此，自殺防治正是現今社會應高度關注的課題。

在這個競爭激烈的社會中，每個人所面對的壓力及挑戰也越來越重，承擔的責任與重擔，也許在自己沒有覺察的情況下，變成壓垮自己的最後一根稻草，在自覺看不到生命的出口或解決辦法時，很可能就會選擇走上絕路。幾乎所有想自殺的人都會有意無意透露出自己想輕生的訊息，這其實也就是在對外界發出求救的訊

自殺防治策略

我國自殺防治策略，主要分為三個主要層面，分別為全面性策略、選擇性策略與指標性策略。全面性自殺防治策略之標的為全體民衆，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。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。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。

一、全面性自殺防治策略

1. 導正媒體報導

教育宣導與提供支持是全面性自殺防治的兩大支柱，如何讓社會大眾了解「自殺是可以預防的」，是全面性防治策略之核心。在此同時，媒體報導對自殺防治扮演極重要的角色，合宜的訊息報導應注意避免過度渲染，不宜詳細報導自殺方式以及不應美化自殺的行為與結局，在報導時應同時提供專業諮詢資源，以防止瀕臨自殺邊緣之青少年的模仿效應。因此，媒體能透過教育手段提供民眾自殺防治相關之資訊，提供去污名化之協助資源，達到早期發現早期治療的目標。

2. 擴大民眾參與

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，並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。

3. 促進民眾心理衛生

透過各種管道和社區營造，加強心理健康與情緒管理教育，促進地區心理衛生業務與宣導教育活動，並連結各縣市衛

生所，以建立社區心理衛生執行網絡。此外，持續推動非精神科醫護人員之精神醫學在職教育，並與民間自殺防治或心理衛生相關之非營利組織、各學協會，以及宗教或慈善團體共同合作，推動心理衛生及自殺防治之相關宣導工作。

4. 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。改進地方衛生單位與衛生福利部統計的自殺死亡歸類，以提高自殺數據的正確性。各單位間制定標準化通報流程、通報內容與轉介標準。與社政、消防、教育等單位網路系統進行連結。上網進行通報與轉介，以簡化人力爭取時效。

二、選擇性防治策略

1. 心理健康篩檢工作

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. 校園自殺防治

根據衛生福利部民國93年各年齡層主要死亡原因的統計資料分析，自殺位居15-24歲的青年族群十大死因之第二位，達

每十萬人口6.21人，佔當年度死亡百分比之10.52，亦即每一百名死亡者中，有十名是死於自殺。且自89年以來，青少年族群自殺死亡人數更是年創新高。此外，若再以歷年年齡別自殺方法別資料分析，可以發現此族群近年來在選擇自殺的方法上，有明顯的變化與趨勢：除了吊死、勒死及窒息之自殺、由高處跳下自殺和以固體或液體自殺的人數均居高不下外，自91年起，由其他氣體及蒸氣自殺的人數明顯上升，甚至已成為此年齡族群最常見的自殺方法，顯見青少年族群在自殺方法的選擇上，也受到媒體報導或整體社會趨勢相當的影響，顯見我國的青少年自殺問題日益嚴重，青少年族群的自殺防治工作更是刻不容緩。

3. 老人自殺問題之因應

我國歷年老人自殺死亡率均高於其他年齡層，並從84年每十萬人口25人，上升到94年的37.28人。根據衛生福利部的統計資料，我國65歲以上人口自殺率遠高於美國、德國、英國、義大利；在亞洲國家方面，亦高於日本、新加坡及澳洲，僅低於韓國。我國老人自殺問題的特性，包括自殺死亡率為各年齡層中最高；老人隨著年齡增加，自殺死亡率也升高。有研究顯示老人自殺的意願較年輕人強、男性老人自殺死亡率遠高於女性。歷年來，自殺身亡的老人有90%以上是殘障、久病或老衰。有超過30%的自殺老人的配偶已經去世，且比例有逐年升高趨勢。我國社區老人的憂鬱症盛行率為16%到25%；住院或

住在安養機構的老人，重度憂鬱症的比例可達12%，而憂鬱症與自殺之危險性有相當之關聯性。

我國老人自殺死亡人數及死亡率始終高居不下，然而，社會大眾對老人自殺問題的重視與支持，卻未相對提升。我國老人自殺問題的特殊性，反映在其人口學特徵(年齡、性別、職業及婚姻的分布)及自殺方式的選擇，因此，事前預防與事後關懷及照護，應須針對此特殊性，考慮到生理、心理及社會等多元因素。老人照顧者(家屬、非精神科的醫事及社福人員及志工)容易忽略憂鬱症的相關症狀與自殺前兆的特性，如何提升醫療、社福、教育體系、民間組織等，各領域的照顧者，對於老人自殺防治的認識與投入的熱忱，以提高憂鬱症及高風險群的辨識率，乃當務之急。

目前老人自殺防治策略與行動方案之目標包括：降低老人自殺企圖及相關(自傷)行為的發生、預防老人因自殺或自傷所造成的死亡、減少自殺行為對老人的後續不良影響及對遺族親屬的創傷衝擊、透過及早介入、危機處理及持續性的服務，提升我國老人的心理健康狀態，並呼籲社會大眾支持、創造對老人身心有益的生活環境。相關策略及工作項目包括：整合現有體系，網網相連防治網絡，建立機構及體系內老人自殺防治標準模式，提供自殺個案及高風險群標準服務流程，並加強老人自殺個案通報率，舉辦特殊老人族群自殺問題的因應行動會議，並發展自殺高風險及



行為的評估工具等，增進照護者與守門人的動機與專業知能，最終能營造有利的防治氛圍、促進老人心理健康。

4. 推動社區化之整合型醫療照護

提高憂鬱症的防治品質是自殺防治的重要策略之一，但面對如此高盛行率高失能卻低就醫率的疾病，健康照護體系勢必有所變革，方能因應。結合基層醫療共同照護憂鬱症病患，是世界各國健康照護專家與決策者的共識。從精神醫療的去機構化，到精神衛生主流化的過程中，除了讓嚴重精神疾患的照護回歸社區，更重要的是由基層醫療提供包括憂鬱症在內的常見精神疾患之醫療服務。不僅增加醫療的可近性，減少「污名化」外，藉由增進基層醫療對精神疾患篩檢、診斷與治療的知能，加強與共病疾病的全面照護，將使病患獲致較好的治療結果。除了增進基層醫療人員心理衛生之相關知能，加強病患的疾病認知與治療順從度外，應與精神醫療體系建立良好的合作關係，暢通諮詢與轉介管道，才能增進基層醫療處理憂鬱症等

輕型精神疾患的能力。

三、指標性自殺防治策略

1. 自殺企圖為自殺死亡之危險因子

多數研究都證實先前之自殺企圖為自殺死亡的重要預測因子，因此在防治之議題上，曾經有自殺企圖者為相當重要之族群。根據過去研究，曾有自殺企圖者在往後一年之自殺身亡為1%，是一般人口群的100倍。之後的幾年，自殺率雖會下降，但仍較一般人口群為高，直到八年後才與一般人口群相當。但全國有多少自殺企圖者仍未知，需透過有效通報才可獲得有效的資料。而後續的追蹤關懷流程，因涉及多元複雜的網絡，則需透過專業以及行政作業做有效的連結。

2. 全國自殺防治通報系統

自殺企圖者的通報、追蹤、關懷、以及轉介工作，是目前自殺防治指標性工作中相當重要的一環。自殺通報系統於台灣地區之醫療照護體系已經實行一段時間，然而用書面填寫的自殺通報單，個案資料的收集常常較不完整，有時在事隔多時才傳真至衛生局或其附設之心理衛生中心，經過建檔後再加以轉介，進行訪視與後續追蹤管理，在防治的時效上較不理想。因此，衛生福利部在衛生保健網路便民系統中，增加了一個全國自殺防治通報的子系統。以現代化的資訊管理科技，提供統一標準的自殺通報介面，以收集第一手個案資料，並提供訊息，促進各單位進行派遣訪視，了解並收集個案情況，並針對個案

狀況提供個案轉介服務。在彙整通報資料之過程當中，可以提供量化統計、分析自殺個案資訊報表，作為防治策略重點參考之用，並利用「衛生保健資訊平台」提供單一簽入、共通戶政、醫事基礎資料，方便及簡化使用者進行自殺防治業務。

自殺防治的困境

自殺防治工作經常面臨許多困境，最大的困境是－助人者必須與一個求死狀態中的人「一起工作」，猶如生命的拔河，助人者稍不用力就會被「對手」拖垮，甚至必須面對或承擔因對手「成功」而造成死亡的壓力。無論是一般或專業的自殺防治守門人，在預防自殺或協助個案處理危機的過程中，各自扮演著不同的角色。因此，身為守門人，不僅要學習救人的相關知識與技巧、面對困境，更要有心理準備必須面對個案完成自殺的事件，學習自我照顧的知能。

自殺防治工作涉及教育、輔導與醫療三種資源整合的問題，在很多自殺率



低的國家中，自殺防治工作是國家政策之一，由中央政府相關單位統一主導此三種資源，政策是長久經營才能見到成效，不會因人事異動就變更政策。在台灣，自殺防治工作就呈現多頭馬車的狀態，教育部主導校園(如青少年)的自殺防治，地方政府(如衛生局)只能做好社區的自殺防治，民間團體(如生命線)則只能在有限的資源下照顧某些特定的族群。一旦政策不周延，防治必定有死角。

結語

有人說自殺事件猶如一塊石頭丟到平靜的湖面，會引起陣陣漣漪，一層一層向外擴散，波及與自殺者不同關係的人，而通常自殺行為是受到疾病因素、經濟情況、社會環境、家庭及個人等多重因素的相互影響，自殺企圖者面臨的問題往往複雜且多面，經常無法靠單一機關或單一資源的協助獲得解決。

此外，加強全民教育，提供相關情緒支持，宣導自殺防治的重要性，使大眾不再避之不談。一般而言，有自殺意圖的個案在自殺前都有透露訊息給親友，若能多加注意，及時防範並適時阻止，必能降低自殺率。如何強化社會家庭的支持系統，多加注意青少年及老年人的心理問題，都是自殺防治的重要課題。就實務層面而言，自殺防治工作人人有責，期待全民能共同參與，以達成有效降低自殺死亡率的目標。