

澎湖居民之自殺行為評估與防治



作者：林凱逸

機關：澎湖縣政府衛生局

日期：中華民國 102 年 8 月 30 日

目 錄

摘 要	5
第 一 章 緒 論	6
第 一 節 研 究 動 機	6
第 二 節 研 究 目 的	6
第 三 節 研 究 範 圍	6
第 四 節 研 預 期 效 益	6
第 二 章 相 關 文 獻 之 探 討	7
第 三 章 研 究 方 法	8
第 四 章 研 究 結 果 與 討 論	9
第 一 節 澎 湖 居 民 之 自 殺 行 為 評 估	9
第 二 節 澎 湖 分 析 關 懷 率 、 訪 視 率	17
第 五 章 結 論 與 建 議	21
第 一 節 結 論	21
第 二 節 建 議	21
第 三 節 建 議 後 續 研 究 建 議	22
第 六 章 參 考 文 獻	23

表 目 錄

表一、澎湖居民之自殺通報案件分析	9
表二、澎湖居民之自殺未遂原因分析	10
表三、澎湖居民之自殺未遂方式分析	12
表四、精神問題個案與非精神問題個案自殺行為之分析	14
表五、自殺死亡方式	15
表六、自殺死亡性別與年齡統計表	17
表七、澎湖縣自殺防治通報關懷個案 (n=380) 資料分析	18
表八、BSRS.....	20
表九、自殺危險評估	22

圖 目 錄

圖一、Williams 的自殺歷程建構圖	7
圖二、自殺未遂民眾年齡分析圖	10
圖三、澎湖居民之自殺未遂原因百分比	11
圖四、澎湖居民之自殺未遂方式百分比	13
圖五、自殺死亡方式百分比	16

澎湖居民之自殺行為評估與防治

摘要

自殺自民國86年起已年年列入台灣十大死因，當年自殺死亡率為每十萬人有10.06人，而民國94年更成長為每十萬人16.6人。除了近兩年暫時離開排行榜，但澎湖地區民風樸質，卻也於民國98年與101年分別列入台灣各縣市粗死亡率第6與第3名，在民風淳樸的澎湖地區是一警鐘。又因社會變遷快速，民眾心理層面複雜，以自殺來尋求解脫的大有人在。故本研究之研究目的在藉由個案回顧方式，辨識澎湖居民自殺的高危險群與嚴重度，了解自殺個案的需求，進而研擬協助之策略，以增進澎湖居民之心理健康。澎湖居民於民國101年通報自殺未遂個案有94件，共86人，而自殺死亡個案有15人，女性企圖自殺但未遂者多於男性，而男性自殺死亡者，卻大於女性。自殺原因主要是與精神疾病與心理健康問題有關（包括憂鬱症和精神官能症），目前在精神科就診或進行心理健康諮詢加上潛在有精神疾病個案共占57%。自殺個案年齡集中在青壯年（20~59歲）；老人則集中在70-79歲。自殺方式以割腕和使用安眠藥、鎮靜劑、酒精或其他藥物自殺為眾，與都會區以燒炭方式為主不同。自述有自殺經驗者有四分之一之個案，一年內可能會再自殺，應將之列為高危險群。因此建議在澎湖地區的自殺防治策略為：建置和廣為宣傳憂鬱症防治求助管道，衛教民眾憂鬱症的症狀，若有情緒低落、容易哭泣、自責無助以及覺得人生無望，如果症狀已經影響到日常生活，就必須立即進行諮商治療。

本研究希望以回溯性探討，了解澎湖自殺民眾之面向，進而分析檢討原因，以供澎湖自殺防治策略之研擬與關懷。

第一章 緒論

第一節 研究動機

自殺是一個頗為複雜的行為，諸如社會因素、心理因素、生活因素、家庭因素、個人因素等等，不勝凡幾。而介入的關懷有一般醫學、公共衛生、心理學、社會學、實證醫學、預防醫學、精神醫學、老人醫學、人際關係、社會福利等等，都會影響到民眾自殺行為的表現。自殺行為往往是一種警訊，是一種求救的訊號，也是一種行為的模式，其為「挫敗」、「無處可逃」、「沒有解救元素」等訊號的發送，讓社會與關心的人事物可以獲得此一訊息，或許不見得可以解決問題，但卻可以面對問題的嚴重性，抒發自身的壓力，得到相對的解脫，這是尋求自殺民眾的內心世界。世界衛生組織（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，諸如自殺意念與自殺未遂民眾，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。本研究之研究目的再藉由個案回顧方式，辨識澎湖居民自殺的高危險群與嚴重度，了解自殺個案的需求。

自從民國86年起，非疾病死亡之方式，除了意外死亡外，自殺死亡就年年列入國內十大死因排行榜。經研究分析，自殺死亡對於社會的競爭力與生產力都呈現顯著的影響，因此，自殺防治策略的擬定、自殺原因的分析與自殺防治的重要性，就須經過分析探討後，來降低與協助自殺個案，回歸正常生活，融入社會，讓自殺民眾身心靈得到適當的紓緩，促進社會的祥和。

第二節 研究目的

- (一) 分析民國 101 年度澎湖民眾自殺未遂原因與方式。
- (二) 分析民國 101 年度澎湖民眾自殺死亡之方式。
- (三) 探討民國 101 年度澎湖民眾自殺未遂之原因與方式應如何因應。
- (四) 探討民國 101 年度澎湖民眾自殺死亡之方式與應如何因應。

第三節 研究範圍

- (一) 研究對象：以衛生福利部統計處自殺死亡個案資料與全國自殺防治中心資訊系統中自殺未遂民眾分析探討。
- (二) 研究時間：以民國 101 年度之資料庫為準。
- (三) 研究內容：以澎湖縣民眾自殺死亡與未遂者，做一深入研究與探討。

第四節 預期效益

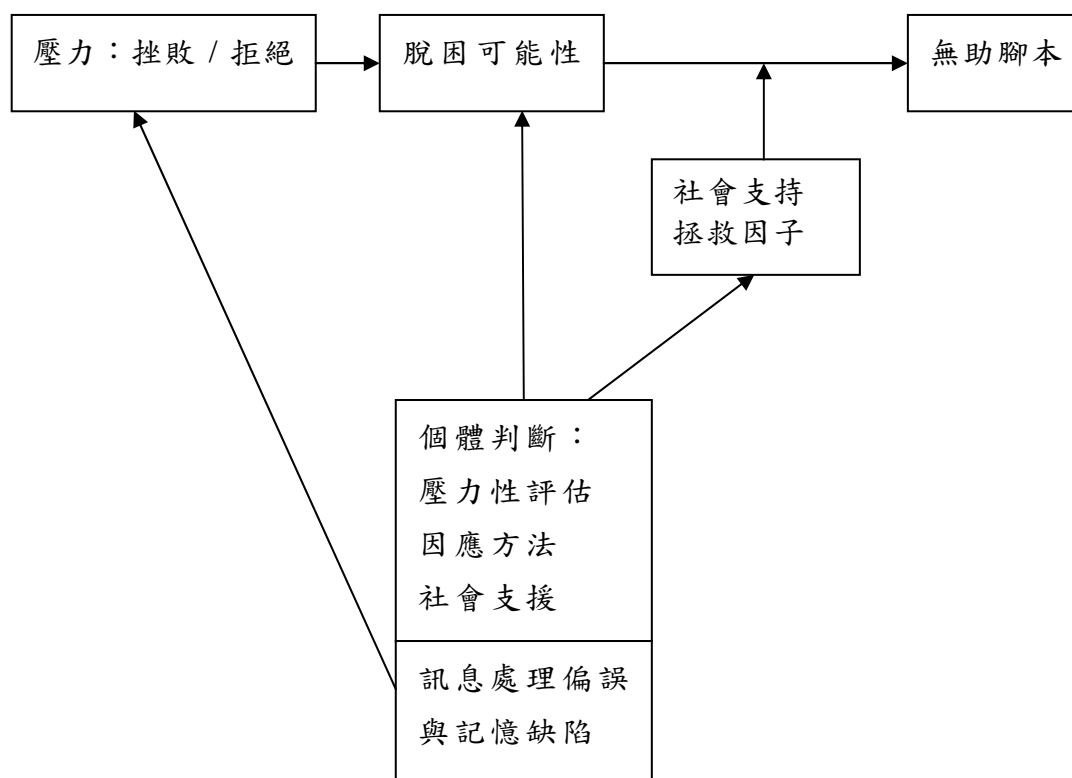
- (一) 提供自殺防治策略之擬定，協助自殺未遂民中之心理支持，避免自殺死亡原因與方式之複製，以推動自殺防治之成效。

- (二) 利用研究中之澎湖經驗，提供全國自殺防治中心對於偏鄉自殺防治方向之擬定，以確實制定因地區而異的自殺防治策略。

第二章 相關文獻之探討

自殺的行為，是對環境變化的一種反應，有時候透過外顯性行為來表現其心境，所以 Williams 學者認為，可以把自殺行為當成一種痛苦哭訴的外顯反應，而肇因於挫敗、無法脫困甚或沒有拯救的可能，而這三種因素交疊成反應出自殺的形式，啟動自殺的行為（圖一）。因此個案想利用自殺行為來解脫哭訴、無助的困境（例如：家庭因素、社會互動、人際關係、生活壓力、工作不順遂等）。於是 Williams 定義此為 arrested flight(身處囹圄困境)。

圖一、Williams 的自殺歷程建構圖：



而 Williams 與 Pollock 學者認為會影響上述的認知能力來自兩個因素：其一為如何解決問題的能力，其二為自我的記憶能力 (Autobiographical memory)。而經過研究分析，無論何種企圖自殺之民眾，在如何解決問題方面，來缺乏自信、缺乏情緒調節掌控能力、過度依賴他人協助等特質，這種特質是涉及到個案之自我調節的處理機制 (control regulation strategies)。而在自我記憶能力方面，企圖自殺者之記憶能力通常出現不具體，不連貫，籠統的問題，因此學者認為，企圖自殺者，對於問題解決無法落實，不在於問題解決的技巧，而在於問題認知過程的影響較為巨大。

對於自殺的探討，最多的是無望感，因為許多學者研究發現，企圖自殺者，由於無法有效研究與發展出對於問題的解決之道，而產生徬徨無助的無力感，造成自殺的原因。於是學者曾經研究，因為無力感引起的自殺企圖，包含對未來負面的預期結果與預期未來不會有正面的結果產生這兩點，而這兩點造成元素，都是負向與無妄的表徵，所以要如何協助自殺個案，消彌其負向能量，是一重點解決之道。

而此部分又加入了憂鬱症患者為什麼缺少正向思考的方向，學者又認為其一為憂鬱症患者在最重要的自我認知上，難以觸動對未來正向的思考，其二為因為此憂鬱症患者，本身就很難在情緒上能感到愉快，所以導入的就是非正向的情緒。所以在憂鬱症患者的自殺防治策略，又需要導入更不一樣的思維。

第三章 研究方法

研究對象，取民國 101 年 01 月 01 日～民國 101 年 12 月 31 日於澎湖縣自殺通報系統通報後關懷的個案，衛生署在「衛生局所網路便民服務計畫」（2006 年 11 月中旬更名為衛生資訊通報服務入口網）中建置「自殺防治通報系統」，以協助各縣市推動自殺防治關懷網絡。當通報資料進入衛生署主機後，系統會以個案居住地為依據，將資料送往當地衛生局。民國 94 年，澎湖縣社區心理衛生中心成立，人員配置一名，提供心理衛生教育宣導、電話諮詢、及個案轉介之服務。若個案居住地相關資訊完整，系統將自動分案至當地衛生所或本社區心理衛生中心，進行後續追蹤關懷服務。分案後，訪視人員必須進行電話訪視或家訪。過程中，訪視人員使用「簡式健康量表（BSRS）」，判斷個案情緒困擾的嚴重程度，並填寫「自殺個案訪視記錄回覆表」做為深入關懷或後續轉介服務的依據。以處遇計劃來說，可選擇以下幾種：1. 安排家訪 2. 安排電話關懷 3. 安排晤談 4. 提供緊急資源、協助就醫 5. 協助家庭尋求及應用資源，以增進家庭支持性及完整性能力 6. 轉社會局 7. 轉勞工局 8. 轉介其他單位 9. 轉介心理諮商機構 10. 轉介醫療院所處置 11. 結案（勾選結案時，須填寫結案原因說明） 12. 其他。透過資料分析法，進行描述性統計及關連性分析。

第四章 結果與討論

第一節 澎湖居民之自殺行為評估

(一) 自殺未遂：

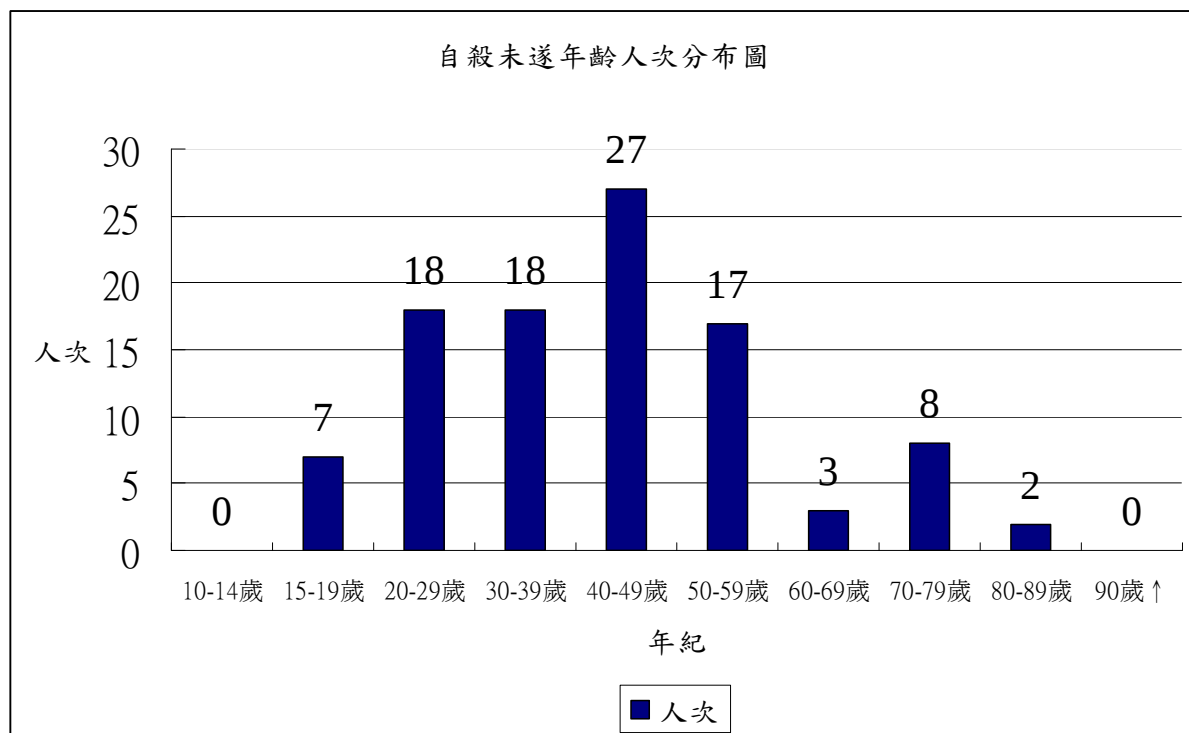
澎湖居民於民國 101 年通報自殺個案共94件（表一）。自殺個案性別大多為女性（64%）。年齡常見為 20-49 歲，屬青壯年時期（圖二）自殺通報案件裡目前在精神科就診或進行心理健康諮詢有 44.7%，包括憂鬱症（38 件）和精神分裂症（4 件）。比較是否目前在精神科就診或進行心理健康諮詢的個案，顯示沒有在精神科就診或進行心理健康諮詢的個案願意接受訪視轉介服務的比例較高。自殺方式最常見為割腕和服用安眠藥／鎮定劑（圖四）。而自殺未遂原因前三名分別為1.家庭因素、2.精神疾病、3.感情因素（表二）。自殺未遂方式均以安眠藥、鎮靜劑、酒精、其他藥物，而方式前三名分別為1.割腕2.服用安眠藥3.服用化學物品（表三）。目前在精神科就診或進行心理健康諮詢的個案一年內再自殺的比例較高（表四）。自殺原因分析，目前在精神科就診或進行心理健康諮詢的個案以憂鬱傾向最多，但目前沒有在精神科就診或進行心理健康諮詢的個案也有 15.7% 是因為憂鬱傾向所致，屬潛在需要到精神科就診或進行心理健康諮詢的個案。

表一、澎湖居民之自殺通報案件分析

項目	件數（人）
個案案件（人數）	94 (86)
自殺結果	
自殺未遂	94
死亡	15
追蹤期間自殺次數	
1 次	79 (79)
2 次	12 (6)
3 次	3 (1)
性別	
男性	23 (22)
女性	71 (64)
年齡	
10~14 歲	0
15~19 歲	17
20~29 歲	18
30~39 歲	18
40~49 歲	21

90歲以上	0
是否願意接受轉介服務	
是	41
否	53
目前是否有在精神科就診或進行心理健康諮詢	
否	13
是	42
精神分裂症	4
憂鬱症	38
不詳	39

圖二、自殺未遂民眾年齡分析圖：

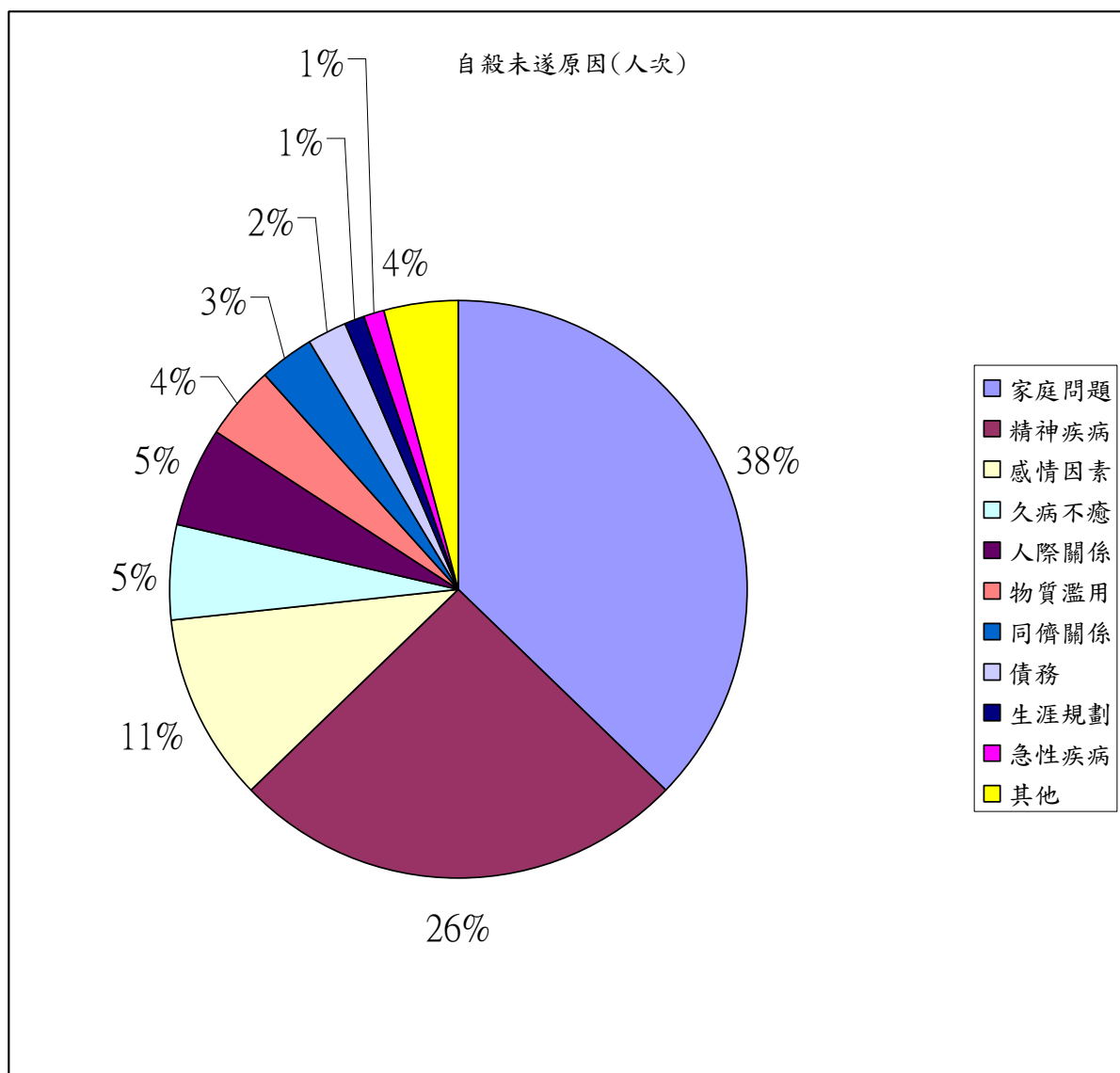


表二、澎湖居民之自殺未遂原因分析：

自殺原因	
夫妻問題±家庭成員問題	35
精神疾病或心理健康問題（憂鬱）	24
感情因素（如男女朋友）	10
慢性化的疾病問題（如：久病不癒）	5
人際關係因素（如職場、其他人際關係）	5
物質濫用（酒、藥、毒品）	4
同儕關係因素、學校適應問題（如課業壓力、體罰、霸凌等）	3

非失業及債務經濟因素	2
生涯規劃因素	1
急性化的疾病問題(如：初得知患病)	1
其他	4

圖三、澎湖居民之自殺未遂原因百分比：



就統計而言，民國 101 年澎湖性別自殺未遂方式前三名分別為（表三）：

男性：

第一名：「由其他氣體及蒸氣自殺及自為中毒」(45.5%)

第二名：「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(36.4%)

第三名：「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(9.1%)

及「由高處跳下自殺及自傷」(9.1%)

女性：

第一名：「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」(33.3%)

第二名：「溺水(淹死)自殺及自傷」(22.2%)

及「切穿工具自殺及自傷」(22.2%)

第三名：「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(11.1%)

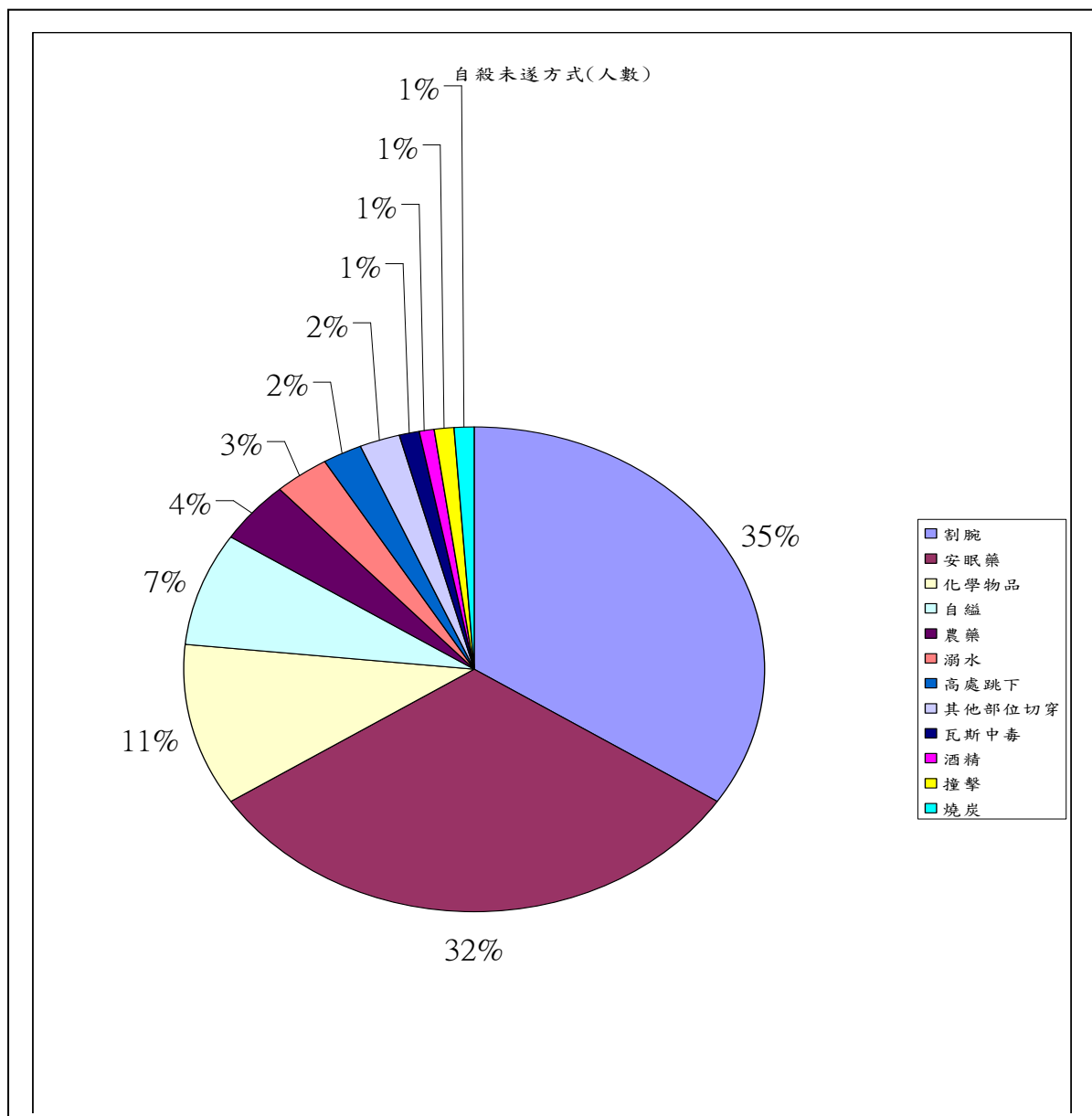
及「由高處跳下自殺及自傷」(11.1%)

就統計得知，男性自殺方式利用燒炭為第一名，所以研究控制木炭取得與宣導男性對於自殺心理的建設，是最重要的方向，其次上吊的問題也是研究主軸，要讓此極端行為消弭，衛生教育值得探討。而女性自殺方式第一名為上吊，這種行為對於自殺已遂為高危險性，自殺個案心理建設，是本縣社區心理衛生中心需要加強介入的方向。而自殺方式常常呈現割腕現象，加強宣導割腕個案之自我療育，也是需要著墨的。

表三、澎湖居民之自殺未遂方式分析：

自殺方式	
割腕、以其他方式	32
安眠藥、鎮靜劑 (± 酒精、割腕)	30
其他化學物品或藥物 (如：漂白水、清潔劑、鹽酸等)	10
自縊、勒死及窒息	7
農藥 (如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	4
溺水 (淹死)、跳水	3
高處跳下	2
家用瓦斯中毒	1
酒精	1
撞擊 (如：撞牆、撞車等)	1
燒炭	1
其他部位之切穿工具自殺	2

圖四、澎湖居民之自殺未遂方式百分比：



從研究分析得知，精神問題個案是自殺未遂個案中，需要關心與小心關懷的族群，因為精神個案的邏輯與思考並非常態，往往會有超乎正常的行為產生，因此這次統計整理資料中，加以分析精神問題個案之自殺未遂行為，以利協助此一族群（表四）非精神問題個案無分軒輊，精神問題個案利用藥物與割腕分別占35.71%與28.57%，合計為64.28%；非精神問題個案利用藥物與割腕分別占38.46%與32.69%，合計為71.15%。因此防治藥物濫用與割腕之自殺方式是有意義的。而精神問題個案，其自殺原因80.36%為憂鬱所造成，因此排除精神問題個案之憂鬱症狀，就會大量減少因此而

尋求自殺的個案。而非精神問題個案，其自殺未遂原因以夫妻、家庭、情感因素占 46.15%為最大宗，所以如何建立非精神問題個案之心理素質層面，就是首要的防治策略。

表四、精神問題個案與非精神問題個案自殺行為之分析 (N=94 件)

	精神問題個案 (%)	非精神問題個案 (%)
案件數	42	52
是否願意接受訪視轉介服務		
是	14 (34.1%)	27 (52.9%)
否	28 (68.3%)	25 (49.0%)
一年內再自殺次數	11 (26.8%)	4 (7.8%)
2 次	8 (19.5%)	4 (7.8%)
3 次	3 (7.3%)	0
自殺方式		
安眠藥、鎮靜劑、酒精、其他藥物	15	20
自縊、勒死及窒息	4	3
其他化學物品 (如：漂白水、清潔劑、鹽酸等)	4	2
其他部位之切穿工具自殺	1	1
家用瓦斯中毒	0	1
高處跳下	1	1
割腕	12	17
溺水 (淹死)、跳水	2	1
農藥 (如：農用殺蟲劑、除草劑 (巴拉刈)、生長劑等)	1	3
燒炭	1	0
撞擊 (如：撞牆、撞車等)、以其他方式	0	1
其他	1	2
自殺原因		
夫妻、家庭成員、感情因素 (如男女朋友)	4	24
同儕關係因素、學校適應問題 (如課業壓力、體罰、霸凌等)、其他人際關係因素	1	7
其他精神疾病或心理健康問題	0	1
物質濫用 (酒、藥、毒品)	2	2
急性化的疾病問題 (如：初得知患病)	0	1
慢性化的疾病問題 (如：久病不癒)	2	3
憂鬱傾向	45	8
其他	2	8

（二）自殺死亡：

民國 101 年度澎湖縣之自殺死亡人數達20人，是全國統計死亡率第三高，創下有統計數字以來，歷年澎湖縣自殺死亡率最高的。但經過調查結果，除一位死亡個案曾經為本縣列管之精障個案外，皆無進入此系統，由此資料得知，個案在尋死決心強烈驅使之下，自殺方式走極端路線，往往一次的求死，就一語成讖，而達到死亡的結果，因此常無法進行個案之關懷訪視，而徒呼負負，實在覺得惋惜，因此由此分析，找出蛛絲馬跡，杜絕死亡之方式（表五），進而協助個案有再次站起來的契機，是研究的重點。

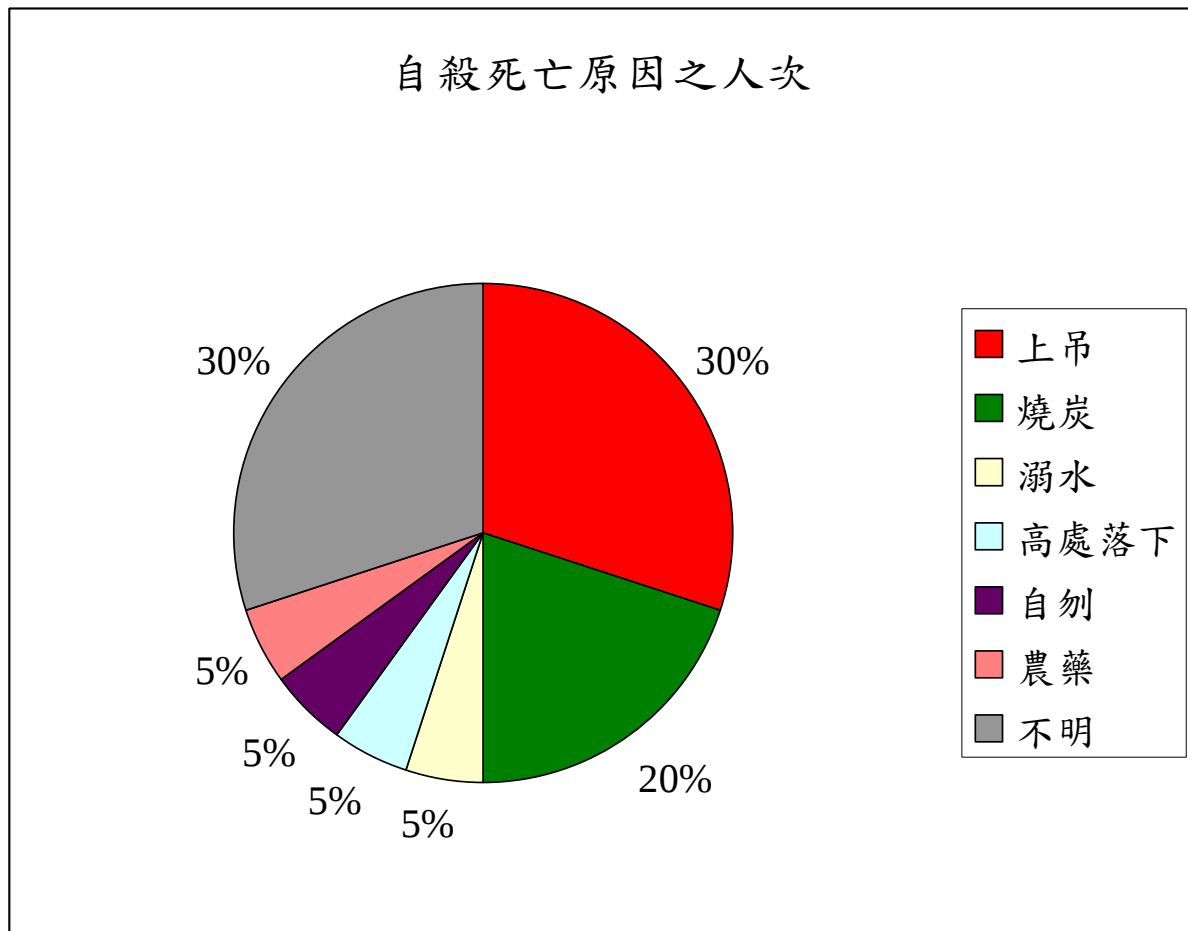
從研究統計得之，死亡個案方式前兩名分別為：1.上吊有 6 人 (40%) 2. 燒炭有 4 人 (26.67%)（圖五）。由此可知，恐怖死亡方式以上吊燒炭為主軸，而全國死亡前三名之高處墜落，在本縣並未成為重要的死亡因素，但有因溺水而身亡者，屬於本縣地源性之死亡原因，這是我們須防範的方向。

資料中有 6 名因司法相驗之故，無法得知死亡方式，讓未明原因占大部分，是可惜的，如果將此資料補齊，就應會呈現更多追蹤訊息，可以做自殺防治策略的參考。

表五、自殺死亡方式：

編號	性別	年齡	方式	備註
1.	男	54	高處墜落	非自殺通報系統個案
2.	女	53	上吊	非自殺通報系統個案
3.	男	23	燒炭	非自殺通報系統個案
4.	男	78	上吊	非自殺通報系統個案
5.	男	66	農藥	非自殺通報系統個案
6.	男	50	上吊	非自殺通報系統個案
7.	男	44	燒炭	非自殺通報系統個案
8.	男	65	燒炭	非自殺通報系統個案
9.	女	87	上吊	非自殺通報系統個案
10.	女	68	溺水窒息	非自殺通報系統個案
11.	女	73	上吊	非自殺通報系統個案
12.	男	51	燒炭	非自殺通報系統個案
13.	女	48	自刎	非自殺通報系統個案
14.	男	33	上吊	非自殺通報系統個案
15.	女	34	不明	非自殺通報系統個案
16.	女	55	不明	非自殺通報系統個案
17.	男	56	不明	非自殺通報系統個案
18.	女	44	不明	非自殺通報系統個案、精障個案列管
19.	女	68	不明	非自殺通報系統個案
20.	男	48	不明	非自殺通報系統個案

圖五、自殺死亡方式百分比：



其中性別為男性占11人(55%)為較多(表六)，而男性死亡方式，通常較為激進，常常沒有下次自省的機會，雖然全國男性自殺死亡之占比比女性死亡佔比高出四、五倍，但在本縣，雖然男女性比例並不能呈現有意義之分別。但仍舊需要小心思考男性自殺防治的對策與方向。

而自殺死亡年齡分布集中在40-69歲(70%)之間，對於此年齡區間的民眾，屬於壯年至中年，往往有一定的社經地位與生產力，因此而折損社會菁英份子，不但需加強留意自殺死亡的激烈程度，也應介入此年齡層的衛生教育宣導。

表六、自殺死亡性別與年齡統計表：

性別	
男性	11 (55%)
女性	9 (45%)
年齡	
10~14 歲	0
15~19 歲	0
20~29 歲	1 (5%)
30~39 歲	2 (10%)
40~49 歲	4 (20%)
50~59 歲	6 (30%)
60~69 歲	4 (20%)
70~79 歲	2 (10%)
80~89 歲	1 (5%)
90歲以上	0

第二節 分析 關懷率、訪視率

澎湖居民接受自殺防治通報關懷有86人(接受關懷率為100%)，共訪視380次，平均每人訪視4.43次(範圍1-10次)(表七)。訪視方式包括電話訪視(81.7%)、家訪(7.3%)和門診(5.5%)。訪視受理情況，包括訪視未遇(70次)、家屬代受訪視(139次)和其他人代受訪視(22次)，所以個案本人訪視率為39.3%。訪視未遇情況以電話訪視最多(66次，占94.3%)，其次為家訪(4次，占5.7%)。訪視對象大部分都沒有透露自殺訊息(99.5%)，但27人(31.4%)自述曾有自殺經驗，一年內再自殺個案均為曾有自殺經驗者(7人，26%)。

訪視過程中評估個案再自殺意念及風險，包括高度風險(即有立即生命危險、重複想到死，或是強烈的自殺意念)有16件、中度(即有自殺意念，但衝動控制力尚可、無立即之自殺計畫)有177件、低度(即否認目前有再自殺意念或計畫)有185件和無資料2件。風險評估為高度個案有8人，一年內有2人(25%)再自殺；風險評估為中度個案有68人，一年內有7人(10.3%)再自殺；風險評估為低度個案有76人，一年內有7人(9.2%)再自殺。簡式健康量表(BSRS)(表八)評估，BSRS未執行或未完成有328件，執行率為13.7%。

表七、澎湖縣自殺防治通報關懷個案 (n=380) 資料分析

	自殺防治通報個案
個案數 (人數)	380 (86)
平均訪視次數 (次，範圍)	4.43 (1-10)
訪視方式 (%)	
門診	21 (5.5%)
家訪	28 (7.4%)
電訪	331 (87.1%)
再自殺人次	
三個月內	91 (105.8%)
六個月內	93 (108.1%)
一年內	94 (109.3%)
性別	
男性	84 (22.1%)
女性	297 (78.2%)
年齡	
10~14 歲	0
15~19 歲	23 (6.0%)
20~29 歲	73 (19.2%)
30~39 歲	80 (21.0%)
40~49 歲	86 (22.6%)
50~59 歲	73 (19.2%)
60~69 歲	11 (2.9%)
70~79 歲	26 (6.8%)
80~89 歲	9 (2.4%)
90歲以上	0
居住地	
馬公市	278 (73.0%)
湖西鄉	54 (14.2%)
白沙鄉	20 (5.2%)
西嶼鄉	19 (5.0%)
望安鄉	10 (2.6%)
是否曾透露自殺訊息	
是	2 (0.5%)
否	379 (99.5%)
是否自述自殺次數	
否	242
是	138
1 次	60
2 次	40

3 次	12
5 次	3
7 次	10
8 次	4
9 次	8
10次	0
11次	0
12次	1
再自殺意念及風險評估	
高度	16
中度	18
低度	185
不詳	161

家訪比例僅佔 7.4%，是需要去突破的，一般文獻記載，自殺未遂個案，其訪視強度以家、電訪比例須達 1：3 為宜，將建議社區心理衛生中心加強家訪比例。而再自殺意念之風險評估列為中、高度者，亦要介入關懷訪視，以維護自殺個案之生命安全（表七）。

而最危險之自殺行為未遂者，如高樓跳下、燒炭、上吊這三種自殺行為，建議於行為發生內 24 小時進行第一次家面訪，以落實尋求自殺者自殺原因與需求之原因排除，讓自殺個案能儘早尋求適合的紓解之道，防範於未然。

而再自殺者，建議要列冊管理，當成高關懷個案加強訪視，面訪比例應提高到 50%，以落實照顧再自殺個案之心理層面。

表八、BSRS：

澎湖縣政府衛生局社區心理衛生中心

說明：本量的表所列舉的問題是為協助您瞭解您在最近一星期中（包括今天），這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後選一個您認為最代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 感覺緊張不安……	0	1	2	3	4
2. 覺得容易苦惱或動怒……	0	1	2	3	4
3. 感覺憂鬱、心情低落……	0	1	2	3	4
4. 覺得比不上別人……	0	1	2	3	4
5. 睡眠困難，譬如難入睡、易醒或早醒……	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法……	0	1	2	3	4

1至5題之總得分：☐ 0-5分 ☐ 6-9分 ☐ 10-14分 ☐ 15分以上

☐ 0-5分：沒有明顯困擾－心理健康狀況良好。

☐ 6-9分：輕度情緒困擾，建議給予情緒支持。

☐ 10-14分：中度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。

☐ 15分以上：重度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。

★為附加題，若本題為2分以上（中等程度）應轉介精神科看診。

姓名： 性別：☐男 ☐女 年齡：_____歲

電話： 手機：

住址：

教育程度：☐不識字 ☐小學 ☐國中 ☐高中 ☐大（專）學 ☐研究所

社區心理衛生中心處置情形	
--------------	--

中華民國 年 月 日

第五章 結論與建議

第一節 結論

澎湖地區居民女性企圖自殺者多於男性。自殺原因主要是與精神疾病與心理健康問題有關（包括憂鬱症和精神官能症），其中有 47.7% 目前在精神科就診或進行心理健康諮詢，但也有 9.3% 可能屬於需至精神科就診或進行心理健康諮詢的個案。自殺個案年齡集中在青壯年(20~59歲)；老人則集中在 70-79 歲，原因包括憂鬱症和久病不癒。

自殺死亡方法具有年齡、地域、及臨床特性之差異，澎湖地區居民以割腕和使用安眠藥、鎮靜劑、酒精或其他藥物自殺為眾，與都會區以燒炭方式為主不同。自述有自殺經驗者有四分之一個案一年內可能會再自殺，這結果與文獻相同，應將自述有自殺經驗者列為高危險群。

由研究結果顯示澎湖居民自殺個案主要與身心障礙有關，尤其是憂鬱症患者，且有 9.3% 為疑似憂鬱症患者目前沒有接受治療或諮詢。自殺個案在訪視過程中大多不會透露自殺訊息，亦會表示無自殺具體計劃，但若自述曾有自殺經驗者，應列入高危險群，有四分之一人一年內可能會再自殺。

第二節 建議

建議一：

檢討個案在一年內再自殺比例高的原因，包括：

1. 再自殺意念及風險評估無 BSRS 分數，評分員以自我印象做評估，與實際狀況有異，無法做有效風險追蹤。因此自殺未遂個案需再行評估量測 BSRS，以對個案做更深層與客觀的評估，而加以做更精準的服務與協助。

2. 未將自述曾有自殺經驗者列入高危險群，且以追蹤屆滿 3 個月或暫輔導完成做為結案。建議重新定義結案的條件，例如以 BSRS 量表為結案基準，和對高危險群延長追蹤時間，可以以月為單位，逐一進行客觀 BSRS 量測，來決定結案日期。

3. 訪視方式以電話訪視比例太高 (87.4%)，電話訪視中有 94.3% 是訪視未遇，且電訪對象大多為家屬、護士、社會處人員或朋友，個案本人接受電訪率只有 35.8%，建議調整訪視方式，尤其是自殺高危險個案，應以家訪為主，且應該訪視到個案本人，才能對個案做準確評估和後續處遇。因此要提升面訪當事人的比率，至少須於發生自殺行為後一星期內面訪本人一次，如有較危險之 (1) 高處跳下、(2) 上吊、(3)

燒炭之三種行為者，應於24小時之內即完成面訪，以利後續協助之力道。

建議二：

1. 辨識高危險群，了解自殺徵兆。
2. 澄清自殺危險，了解嚴重性。
3. 傾聽患者心理需求，給予希望與支持。
4. 轉介照會精神科，評估並處理自殺危險。
5. 告知家屬看護，密切監護。
6. 移除環境危險物品，避免被當作自殺工具。

建議三：

另外，建議本縣社區心理衛生中心建置和廣為宣傳憂鬱症防治求助管道，衛教民眾憂鬱症的症狀，若有情緒低落、容易哭泣、自責無助以及覺得人生無望，如果症狀已經影響到日常生活，就必須立即進行諮商治療。

積極宣導自殺守門人教育訓練，利用宣傳一應二問三轉介的觀念，來早期發現需要協助的民眾，讓之能盡速遠離心理困境的陰霾，使他們因尋求解脫的念頭能轉彎，退一步海闊天空。

第三節 後續研究建議

自殺的心理因素極其複雜，僅用一種量測方式未見客觀，建議嗣後研究重點放在自殺未遂個案能增加量測指標與標的，例如另外一種量測內容，如下列方式：

自殺危險評估

自殺的危險因素有許多，以下列出的 SAD PERSONS 的量表評估，可以容易辨識並評估自殺的危險性。舉例而言，Sex (S)若是男性便得一分，女性就是零分。Age (A) 若是介於 12-29 或 >50 歲者就得一分，否則就得零分。Depression (D) 若是合併憂鬱就得一分，否則就得零分。依此類推，過去曾有自殺企圖者 (P)、合併酒精使用者 (E)、合理化行為 (R)、缺乏社會支持 (S)、有具體計畫 (O)、沒有配偶 (N)、身體疾病 (S) 就各得一分，沒有則得零分。

表九、自殺危險評估

		分數
性別	Male	1 / 0
年齡介於 12-29 或 >50 歲者	12-29 or >50	1 / 0
合併憂鬱	Depression	1 / 0
過去曾有自殺企圖者	Previous attempt	1 / 0
合併酒精使用者	Alcohol abuse	1 / 0
合理化行為	Loss	1 / 0
缺乏社會支持	Lack of support	1 / 0
有具體計畫	Well-organized	1 / 0

沒有配偶	No spouse	1 / 0
身體疾病	Sick	1 / 0

總分

0-3 分 低危險：

4-7 分 中危險：建議照會精神科

8-10 分 高危險：建議精神科住院

此種量測方式輔以 BSRS 來進行自殺未遂個案心理層面的觀測，以交叉比對方式來協助此些民眾，介入更多的醫療服務與心理輔導，來增進個案心理健康與求生慾望，遠離自殺的行為。

第六章 參考文獻

1. Williams JMG: Cry of pain: Understanding suicidal and self-harm. London: Penguin Books, 1997.
2. William JMG, Pollock LR: Psychological aspects of the suicidal process. In K. Van Heeringen(Ed.), The international handbook of suicide and attempted suicide. New york: Wiley, 2000.
3. Heckhausen J: Developmental regulation in adulthood: Age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges. New York: Cambridge University Press, 1999.
4. William JMG, Pollock LR: The psychology of suicide behavior. In K. Hawton and K. Van Heering (Eds.), Understanding Suicidal Behavior. New York: John Wiley& Sons, LTD, 2002.
5. Dixon WA, Heppner PP, Anderson WP: Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. J Counsel Psychol 1991; 38: 51-6.
6. Rudd MD, Rajab MH, Dahm PF: Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. Am J Orthopsychiatry 1994; 164: 136-49.
7. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB: Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychol Rev 1989; 96: 358-72.
8. MacLeod AK, Salaminiou E: Reduced positive future-thinking in depression: Cognitive and affective factors. Cogn Emot 2001; 15:99-107.
9. Hung CI et al. Self- destructive acts occurring during medical general hospitalization. Gen Hosp Psychiatry 2000; 22: 115-121.
10. Cheng TA et al. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Br J Psychiatry 2000; 177: 360-365.
11. Dulgacz YD et al., Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 267-278.