



自殺防治網通訊

社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心 發行 | 第十五卷・第四期

本期內容

壹、理事長的話

- ◆ 自殺防治，攜手再精進 1

貳、2020年第九屆國際自殺防治協會亞太大會

- ◆ IASP亞太大會紀實 2

參、專家觀點

- ◆ 自殺防治法暨施行細則及子法規的意涵與實踐 6

肆、主題文章

- ◆ 青少年自殺保護因子 10
- ◆ 復原力與精神健康 12

伍、自殺防治新視野

- ◆ 校園精神健康促進與自殺防治 17
- ◆ 青少年自殺防治新思維 22

陸、自殺統計解析

- ◆ 2020年1-10月通報個案特性分析 24

柒、自殺防治工作要覽

- ◆ 【2020世界自殺防治日記者會】 25
- ◆ 自殺防治業務共識會議 29
- ◆ 自殺防治年報上架 30
- ◆ 網路自殺防治工作簡報 31

捌、亞太大會學生參與者心得 32

玖、交流園地

- ◆ 自殺防治課程的反思 42
- ◆ 什麼都不要，只想回到澎湖 43

編後語 45

自殺防治，攜手再精進

李明濱

社團法人台灣自殺防治學會理事長暨全國自殺防治中心主任

時光飛逝，2020 年又快到盡頭，新的一年即將到來。全世界仍陷入 COVID-19 之嚴峻疫情之中。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心負責承辦衛生福利部主辦之「2020 世界自殺防治日記者會」，即配合防疫議題，將今年宣導主題聚焦於「同心協力防自殺：防疫心生活」，舉辦與國際相關之學術研討，強調防疫新生活運動需要留意自身與周遭親友的心理健康。自殺防治需要家人、同事、朋友及各領域人士共同努力，結合民間及政府單位的力量，構築成綿密的防治網，達成網網相連、面面俱到之願景。透過記者會大力呼籲結合政府單位與國內心理衛生相關團體與媒體之力量，共同呼籲政府單位與社會大眾同心關懷周遭親友心理健康，發揮「一問二應三轉介」的守門人精神，締造更高品質的社會安全網。

台灣自殺防治學會並於今年成功爭取舉辦國際自殺防治協會亞太會議，於 11 月 23 日（一）至 24 日（二），假台北國際會議中心（TICC）舉辦，共有 31 個國家的專家學者與會代表透過現場與網路共同參與。台灣自殺防治學會這次爭取到國際性的學術研討會，除了期望藉此機會瞭解亞

太地區各國國家級自殺防治策略之推展現況、與來自全球各地自殺防治領域專家學者交流經驗外，更希望拓寬台灣自殺防治成就於國際醫療研究空間之能見度，並提供國內外醫療與自殺防治領域專業工作者一個分享新知、臨床經驗與學術交流的優質平台。

在大眾宣導部份，有鑑於網路資訊傳播盛行，中心除持續經營「珍愛生命打氣網」臉書專頁，為網路世界注入正向關懷訊息；透過教唆自殺網站監測與檢舉，預防自殺之仿效作用；今年中心更優化了心情溫度計 APP 功能，除了結果評量記錄與建議外，更將各地區心衛資源服務資訊進行更新與連結；並提供電子書，加添影音教材，並與業界合作在衛福部補助下，進行「研擬網路自殺訊息與自殺熱點監控、追蹤及救援模式研究」。

自殺原因多重，有效預防自殺之方式更是多元，相信未來自殺防治的工作網絡將會更加牢固。最後，再次希望在自殺防治法的基礎上，共同落實「自殺防治人人有責」的理念，全民攜手、有志一同促使自殺防治工作能持續精進。



IASP 亞太大會紀實

台灣自殺防治學會去年成功爭取舉辦兩年一次的國際自殺防治協會亞太會議，於今年 11 月 23 日（一）至 24 日（二），假台北信義區國際會議中心辦理，此次會議是第一次在台灣舉辦，因疫情緣故我們創造了 IASP 有史以來第一次的虛實整合式會議 (Hybrid Conference)。國際自殺防治協會 (International Association for Suicide Prevention, IASP) 為一國際性非政府組織，致力於自殺防治，並降低自殺事件帶來的影響，為精神醫療、心理衛生、健康照護與自殺防治相關團體組織、學者、專業人員及志願工作者等建構知識、交流經驗及技術之平台，目前 IASP 於全球各國已擁有 50 多個團體會員。

大會開幕式以民俗傳統藝術舞獅作為開場，以精湛的舞台表演炒熱現場氣氛。由李明濱理事長首先代表 IASP 學術委員會及台灣自殺防治學會與相關協辦單位歡迎現場及線上 31 個國家，150 位的貴賓參與盛會，「很難能可貴在疫情期間能順利在台舉辦國際的虛實整合式會議 (Hybrid Conference)，並強調自殺為全球性議題且自殺乃為多重原因，自殺防治工作橫跨各體系與各層級，自殺防治及相關領域之專業知識及學術研究必須與時俱進，任何自殺防治策略的實施必須根植於人文關懷、專業創新與品質安全的核心理念，並呼籲透過 IASP 的引導，大家「同心協力防自殺」邁向零自殺的目標努力。」接著，由 IASP 第一副主席 Jane Pirkis 代表 IASP 致歡迎詞，同時衛生福利部李麗芬次長及陳建仁前副總統發表精闢的致詞，闡明台灣對自殺防治工作及社會安全網的努力，也期勉大會成功。除學術節目以外，並於會議第一天晚上舉行大會晚宴，晚宴活動邀請多位知名

表演者蒞臨演出，包含聲樂家簡文秀女士、大提琴家陳世霖先生、薩克斯風演奏者孫維廷老師及外籍學生的歌舞表演，晚宴出席人數達 150 人，在大家的熱情參與下，大會晚宴圓滿完成。

今年由於疫情的影響，本次會議採線上線下混合型虛實整合式會議，打破地區的限制，此為 IASP 第一個舉辦的混合型會議，本學會在李明濱理事長的帶領下成功順利的完成此任務。大會邀請在精神醫療、心理衛生與自殺防治相關領域中佔重大地位之專家學者擔任講師，共計有近 400 位專家學者民眾 (150 位線上參與、230 位現場出席) 參與本次會議，並有來自 31 個國家的專家學者發表口頭論文報告，合計有 50 餘篇的壁報論文現場參賽，由評審選出一名優勝作品由 IASP 提供一年免費會員。會議中有多場演講，主題涵蓋論文發表及專題討論，並提供英翻中的服務。藉由研究、探討與教育等面向，借鏡世界自殺防治、心理衛生、社會服務等發展趨勢，讓跨領域關心自殺防治的各方人士共同凝聚共識。會後由總會提供每個參與者一組帳號密碼，讓參與者可以在會後 30 天內登入至會議平台進行線上瀏覽，補看錯過的精彩主題。

台灣自殺防治學會這次爭取到國際性的學術研討會，除了期望藉此機會瞭解亞太地區各國國家級自殺防治策略之推展現況、與來自全球各地自殺防治領域專家學者交流經驗外，更希望拓寬台灣自殺防治成就於國際醫療研究空間之能見度，並提供國內外醫療、公衛、社會服務、自殺防治相關領域工作者一個分享新知、臨床經驗與學術交流的優質平台。

Programme at a Glance

	Monday November 23rd			Tuesday November 24th		
7.50 - 8.15	Welcome & Cultural Performance			Chair: Fang Chun-Kai	Chair:Assoc. Professor Chia-Yi Wu	Chair: Tsung-Tsair Yang
8.15 - 9.00				Oral Papers 3	Symposium 3 Suicide Studiees in Taiwan Nursing Field	Oral Papers 4
9.00 - 9.30						
9.30 - 10.00	Plenary 2 - Professor Christina Hoven <u>Title</u> : A Plan for a National Suicide Study: The Guyana Suicide Study					
10.00 - 10.30	Plenary 3 - Professor Paul Yip <u>Title</u> : Youth Online Crisis Intervention: Challenges and Opportunities			Morning Tea/Coffee		
10.30 - 11:00	Morning Tea/Coffee			Chair: Yoshinori Cho & Britt Morthorst	Chair:Kuei-Ru Chou	Chair: Yung-Chieh Yen
	Chair: Professor Paul Yip			Symposium 4 Care for suicide attempters in Asia	Symposium 5 Contribution & challenge of Psychiatric nursing professions for suicide prevention in Taiwan	Oral Papers 5
11:00 - 11:30	Plenary 4 - Professor Ying Yeh Chen <u>Title</u> : Gender and Suicidal Behaviors					
11.30 - 12.00	Plenary 5 - Assoc. Professor Lakshmi Vijayakumar <u>Title</u> : Suicide in South Asian Women					
12.00 - 12.30	Plenary 6 - Associate Professor Dr Shu-Sen Chang <u>Title</u> : Banning high lethality pesticides for suicide prevention: evidence from Taiwan and South Korea					
12.30 - 13.30	INDUSTRY BRIEF/Lunch			IN CONVERSATION With PROFESSOR JANE PIRKIS/Lunch		
				Treatment of Depression with Dr Su and Dr Li/Lunch		
13.30 - 14.00	Chair: For-Wey Lung	Chair:Tung-Pin Su	Chair: Chia-Ming Chang	Chair: Dr Jo Robinson		
	Oral Papers 1	Symposium 1 Suicide and COVID-19: International Perspectives - Taiwan, Japan, Italy & Australia	Oral Papers 2	Plenary 7 - Dr Lai Fong Chan <u>Title</u> : Safe Messaging in Suicide Prevention: Advocacy Integration & Policy Implementation		
				Plenary 8 - Professor Zhang Jie <u>Title</u> : Suicide Reduction: What has been done and has not been done in Mainland China?		
				Plenary 9 - Dr Mitsuhiro Yamada <u>Title</u> : Integrating research findings into daily practice: Lessons learned from patients admitted to emergency department after suicide attempts		
15.00 - 15.30	Plenary 10 - Dr Matthew Spittal <u>Title</u> : Identifying patients at high-risk of suicide: the problems and pitfalls of using predicative instruments to make treatment decisions					
15.30 - 16.00	Afternoon Coffee/Tea			Afternoon Coffee/Tea		
16.00 - 16.30	Chair:Professor Shu-Sen Chang	Chair:Assoc. Professor Chia-Yi Wu	Chair: Dr Matthew Spittal	Chair: Professor Ming-Been Lee		
	Symposium 2 Pesticide suicide surveillance and prevention	Media workshop Suicide Prevention and the Media	Special Lectures: Marc Byrant, Lindy Macgregor, The #chatsafe Global Project panel, Ping Qin	Plenary 11 - Dr Qijin Cheng <u>Title</u> : Working with media and social media professionals to prevent suicide		
				Plenary 12 - Dr Duleeka Knipe <u>Title</u> : Taking stock – What do we really know about suicide in low- and middle- income countries?		
				Closing Keynote - Professor Murad Khan <u>Title</u> : The Challenge of Suicide Prevention in Asian countries		
				Closing Ceremony		
Evening	Welcome Dinner hosted by the TSOS and the Taiwan Medical Association					



- 圖一 (左上)：左起醫師公會全國聯合會邱泰源理事長、台灣自殺防治學會李明濱理事長、陳建仁前副總統、醫師公會全國聯合會吳運東顧問、醫師公會全國聯合會蔡有成監事長
- 圖二 (右上)：第一副主席 Jane Pirkis
- 圖三 (左中)：會議剪影
- 圖四 (右中)：與會者合影
- 圖五 (左下)：精神衛生護理學會代表同仁與周桂如理事長合影
- 圖六 (右下)：譔立中司長、李明濱理事長與國際生命線協會代表合影



IASP 亞太大會紀實



- 圖一 (左上)：台灣自殺防治學會李明濱理事長晚宴致歡迎詞
- 圖二 (右上)：醫師公會全國聯合會邱泰源理事長致詞
- 圖三 (左下)：衛生福利部心口司譔立中司長代表貴賓致詞
- 圖四 (右下)：貴賓合影

自殺防治法暨施行細則及子法規的 意涵與實踐

陳俊鶯
台灣自殺防治學會常務理事

每每從新聞媒體得知名人或民眾自殺身亡的消息，總是既納悶也傷感，納悶於珍愛生命自殺防治網未能觸及；傷感於網絡夥伴即使已非常努力，仍力有未逮，尚待精進。

自殺防治法乃為尊重生命發揮人性關懷的法律；並需以社會整體資源投入策略實施之。

台灣的自殺防治法於民國 108 年 6 月 19 日總統公告，而其施行細則於民國 109 年 8 月 6 日公佈以來，深信於法有據的自殺行為者的救援行動，不再流於雞婆、干預隱私、侵犯主權的行為，反而是尊重生命，人際關懷的實踐。自殺防治法開宗明義，於本法第一條已有闡述：『為加強自殺防治，關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值，特制定本法。』；而本法第三條強調多面向故需整體資源投入，『自殺防治應根據個人、家庭及社會影響因素，自生理、心理、社會、經濟、文化、教育、勞動及其他面向，以社會整體資源投入策略實施之。』。本法第二條在中央

設立自殺防治諮詢會，針對自殺防治行動綱領，自殺防治策略，自殺防治方案，政府各部門自殺防治工作協調整合及自殺防治研究發展等之諮詢事項。並透過此會充分協商，以利中央跨部會投入資源同心協力防自殺。本法第五條在直轄市、縣（市）應設跨單位之自殺防治會，針對協調、諮詢、督導、考核及推動自殺防治工作，可透過此會充分協商，以利各局處投入資源同心協力防自殺，發展出具在地特色的自殺防治策略及方案。有關自殺防治的經費編列及獎勵，於本法第七條明定『各級政府每年應編列自殺防治經費，執行本法所定相關事項。』『中央主管機關應針對直轄市、縣（市）主管機關自殺防治方案推行績效優良者，給予獎勵。』到底誰或哪些團體來執行自殺防治工作呢？本法第六條有所說明：『各機關、學校、法人、機構及團體，應配合中央及直轄市、縣（市）主管機關推行自殺防治工作，辦理自殺防治教育，並提供心理諮詢管道。』『第一項自殺防治教育及心理諮詢管道所需費用，必要時中央及直轄市、縣（市）。』

以上已將我國自殺防治政策的推動，明定在中央及地方的主管機關運作的機制相關經費的編列及資源的全面投入，而各地方政府轄區內的各個團體獲得經費補助，乃配合執行自殺防治工作。

全國自殺防治綱領之擬定；以為各團體等及社會各界之據提出有效策略，共同投入防治資源並執行；而國家自殺防治中心發揮功能，予以後援。

本法第九條明定『全國自殺防治綱領之擬定』及『國家自殺防治中心之設置及辦理事項』；其中『全國自殺防治綱領』應由中央主管機關擬訂，報行政院核定後實施。其內容包括下列項目：

- 一、自殺防治之衝擊及挑戰。
- 二、我國自殺防治現況及趨勢變化。
- 三、願景及目標。
- 四、策略。
- 五、政府機關權責分工及協調。
- 六、後續推動。

而各機關、學校、法人、機構、團體及社會各界，應依前條綱領提出有效策略，就下列事項共同投入防治資源並執行：

- 一、自殺行為發生前之預防。
- 二、自殺行為發生時之危機處理。
- 三、自殺行為發生後之處置。

另中央主管機關得委託法人、團體設『國家自殺防治中心』，應辦理下列事項：

- 一、自殺防治現況調查。
- 二、自殺資料特性分析及自殺防治計畫建議書。
- 三、每年製作自殺防治成果報告。
- 四、輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治。
- 五、推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練。
- 六、建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度。
- 七、推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導。
- 八、協助傳播媒體及網際網路平臺遵守自殺新聞報導原則，並建立自律機制。
- 九、其他自殺防治有關事項。

其實上述各項於立法之前，已陸續委託社團法人台灣自殺防治學會，依照年度全國自殺防治中心計畫辦理中，今後依據本法尚可深入精進。包括『輔導直轄市、縣（市）主管機關，推動因地制宜之自殺防治』：現況乃每月，每季自殺通報資料統計分析及滾動性自殺防治策略的建議，及每年的自殺死亡檔及自殺通報檔的統計及交叉分析及建議等，及每年擇六個縣市進行實地輔導訪查；之後往深入分析及因地

制宜策略建議精進。尚有『建置及改善自殺防治通報關懷訪視制度』：原已建置的關懷訪視流程及結案標準等，尚需進行檢討後再作修正以提升訪視品質及效益；之後另可再次檢視各縣市的開案標準及轉介資源，近三年轉介率為，轉介醫療機構處置 0。8-3。8%，轉介心理諮商輔導 0。5-3。3%，轉介社會局 0。3-1。6%，轉介勞工局 0。2-0。3%，通報學校輔導 0。3-2。2% 的流暢性，研擬改善措施等。另在『推動醫療機構病人自殺防治事項，進行監督及溝通輔導』；由於自殺身亡者在其死亡前一年高達 88。2% 曾就醫，而且自殺行為通報者中精神照護系統個案歷年佔率為 23。2-25。1% 間，所以醫療機構內自殺防治工作推動效益高，裨對整體自殺防治成效大。至於『推廣及辦理自殺防治守門人教育訓練』在施行細則中對自殺防治守門人訓練臚列了各項課綱，包括：

- 一、自殺防治守門人之基本素養
- 二、自殺防治相關法令及綱領
- 三、自殺危險因子及影響因素
- 四、自殺防治現況及策略
- 五、自殺風險評估篩檢量表之應用，全國自殺防治中心過去幾年研發心情溫度計 APP 及一問二應三轉介的技巧教案提供使用
- 六、自殺行為之預防及危機處理技巧
- 七、防止再自殺之資源轉介

未來建議有規劃的對特定族群及特殊場域人員培育自殺防治守門人，並研擬獎勵實

踐守門人精神及實務辦法。

指標性策略的自殺行為通報個案關懷訪視計畫有自殺防治法為依據，訪視品質及成效精進指日可待。

本法第八條明定：『直轄市、縣（市）主管機關應設置自殺防治相關人力，並提升其專業技能。前項自殺防治相關人力之資格、訓練、課程及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。中央主管機關就前二項事項，必要時應對直轄市、縣（市）主管機關予以補助。』而其中『自殺防治相關人力之資格、訓練、課程及其他相關事項之辦法』的子法規就是『自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法』；其中的第四條規範初階課程八項課綱，而訂定到職一個月內須完成包括八項，共計三十小時，而進階課程四項課綱，則訂定每年包括四項，其中個案報告及討論，至少兩小時、共計八小時。無非認為自殺關懷訪視計畫已全面推動已要進入第十四年頭了，關懷訪視品質持續乃至精進，實有賴教育訓練的資源引入。而過往衛福部心口司一年舉辦兩場次整合型心理健康計畫相關的訓練課程包含自殺防治實體課程，一場次計三十小時，未來會再整合配合初階課程的課綱項目；及各精神醫療網核心醫院每年各舉辦一場次自殺防治實體課程各計十八小時；另社團法人台灣自殺防治學會提供數位學習課程涵蓋初階課程八項及進階課程四項（2020 年 10 月起需取得學會網站的關懷訪視專區的密碼），尤其

到職時間無法趕上實體課程舉辦的關訪人員，可善加利用；但其中初階中的（一）法律及倫理規範。（三）多元文化及多元性別概論。及進階中的（一）拒絕訪視與重複自殺個案之關懷訪視技巧。尚待日後逐年補強。希望逐年可達訪視品質精進及效益之需。另外學會過去多年在衛福部的全國自殺防治中心計畫中發行了與關懷訪視工作相關的教育訓練及工作手冊至少八冊，也值得參照。依據本法第十三條：

『直轄市、縣（市）主管機關為防止自殺行為人再自殺，提供自殺行為人及其親友心理輔導、醫療、社會福利、就學或就業等資源轉介。』可見得通報自殺行為個案的關懷訪視工作有賴衛政及心理輔導、醫療、社政教育及勞政的同心協力將資源投入，必可減輕個案承擔的壓力，得有精力面對自殺背後的種種困難。另本法第十四條：『直轄市、縣（市）主管機關或受其委請之機關（構）或團體進行關懷訪視時，得請求警察機關、醫事機構、學校或其他相關機關（構）協助，受請求者應予配合。』；關懷訪視之進行需橫向連結，請求他機關協助以利關懷訪視順利進行。而本法第十一條：『中央主管機關應建置自殺防治通報系統，供醫事人員、社會工作人員、長期照顧服務人員、學校人員、

警察人員、消防人員、矯正機關人員、村（里）長、村（里）幹事及其他相關業務人員，於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。』，在2020年8月6日施行細則公佈後以來，自殺行為通報因於法有據且擴大通報，預測之後通報量必會增加，我們是否準備好了？過去十三年這獨步於全球的指標性策略推動已有具體的成效，包括通報自殺行為個案年後再自殺死亡率從2013年的下降到2018年的1.0%，未來可維持既有的訪視品質及成效，甚或精進且同時承擔個案量的上升？

自殺防治，人人有責，依據細則第二條：『各級政府為落實本法第三條以社會整體資源投入自殺防治策略之實施，應促進全體國民對自殺防治之認識，全體國民應協助政府推動自殺防治工作』。的確，全民參與透過關懷文化的培養，建立關懷日常生活中接觸人們的習慣，透過中央跨部會網絡橫向連結，地方跨局處網絡橫向連結；中央與地方、政府與民間縱向網絡的連結，網網相連，繼往開來，有自殺防治法為依據，整體資源投入自殺防治的推動，即使在後疫情時代全球社會經濟等大衝擊之下，深信尚可推動順遂並達成效益。

青少年自殺保護因子

孫凡軻
義守大學護理學系教授

自殺是全球性的公共衛生問題，每年約有 80 萬人死於自殺，自殺是 15-29 歲第二大死因 (World Health Organization, 2020)。自殺也是台灣的心理衛生問題，108 年自殺率為十萬人口 16.4 人，有 3,864 人死於自殺，位居國人死因第 11 位。但自殺是台灣青少年的第二大死因，0-24 歲的自殺死亡人數已連續兩年增加，且在 20-24 歲的自殺率達到每十萬人口 11.5 人，較上年 (107 年) 上升了 21%，與 98 年比較，上升了 29% (衛生福利部，2020)。青少年自殺問題逐年嚴重，如何保護青少年遠離自殺是刻不容緩，可以從青少年保護因子著手，故本文介紹 Lew et al. (2020) Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students 和介紹維克多·法蘭克 (Victor Frankl) 的意義治療法，讓青少年可以透過了解自己的生命意義，進而減少自殺意念和自殺率。

青少年面臨生命中的困難時，他們試著了解自己是誰以及在生命中要做些什麼事情？大多數青少年在遭遇困難時會試著尋找解決方法，他們也需學習適應新的生活壓力，例如離開家裡在外讀書或工作，

這對他們來說都是很大的挑戰，因為他們必須學習獨立生活。不幸的是，當他們無法調適生活壓力和無法面對現實時，他們可能將自殺死亡視為是一種可行的解決方式。研究指出大學生自殺的危險因子，包括：不良的師生關係，情感問題，藥物濫用，學習困難，缺少社會支持和罹患憂鬱症。此外，無望感、焦慮感、缺少生活的目標和缺少生命的意義也是大學生自殺常見的危險因子。

許多文獻指出生命意義對個人來說很重要，它也是防止自殺的保護因素 (Frankl, 2006; Wong & Fry, 1998; Yalom, 1980)。意義治療法是由維克多·法蘭克所創造，意義治療法簡單說就是「透過意義來治療」，最主要是向患者傳達追尋意義的重要性，引導患者追尋自己生命的意義 (黃，2008)。法蘭克認為追尋生命的意義對任何人都很重要，他建議，即使我們面臨無可避免的困境，我們也要有自由的意志去尋找生命的意義。他進一步指出「意義必須被發現，而不是被製造」。法蘭克使用勸導、說服等手段，使失去人生意義者及自殺患者重新發現人生的意義 (黃，2008)。

法蘭克指出人可透過三種不同途徑去發現自己生活的意義。

(1) 創造的價值 (工作的意義) :

醫護人員可幫助個案找到新的生活目標，鼓勵個案投入新的生活目標，當個案執著投入工作或創造時，便能從中體驗生命的意義，而能感受到自我存在的價值。

(2) 體驗的價值 (愛的意義) :

可分為「藝術的體驗」及「愛的體驗」。藝術的美感充滿在生活之中，例如大自然的美景 (如山巒沐浴在落日餘暉中的美景) 可令人心醉情癡及心靈得到滿足而忘記痛苦。愛的體驗很廣泛，包含：親情、愛情、友情等，其本質皆為「愛」，例如：父母對孩子盡了最大的努力扶養其長大成人，使自己的生命充滿了意義。

(3) 態度價值 (苦難的意義) :

人的一生勢必會遭遇無法避免的痛苦，法蘭克指出有三種形式的受苦，其中一種就是無法改變命運 (例如罹患憂鬱症)，但在痛苦中人仍有自由去選擇如何面對，可以改變自己對痛苦的態度，試著接受命運及其所附加的一切痛苦，選擇勇敢面對痛苦，將痛苦當作對自己的考驗及了解痛苦的意義和了解生命中的意義，只要確定受苦是有意義的，就寧願受苦。所以，醫護人員可幫助有自殺意念的青少年以正面的態度面對生活的壓力和痛苦事件，幫助他們重新尋找生命的意義，進而減少自殺意念。

參考資料

1. 黃立森 (2008)．孟子義理所蘊涵的身心治療學與傅朗克意義治療學之探討與會通．未發表的碩士論文，新北市：華梵大學中國文學系碩士班。
2. 衛生福利部 (2020)．108 年度死因統計．取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4927-113.html>
3. Frankl, V. (2006). Man's search for meaning. Boston, MA: Beacon Press.
4. Lew B., Chistopolskaya K., Osman A., Huen J.M.Y., Abu Talib M., Leung A.N.M. (2020). Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. BMC Psychiatry, 20(73), 1-9.
5. Wong, P.T.P., & Fry, P.S. (1998). The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical application. Mahwah, NJ: Erlbaum.
6. World Health Organization (2020). Suicide prevention. Retrieved July 07, 2020 from https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
7. Yalom, I. (1980). Existential psychotherapy. New York: Basic Books.

復原力與精神健康

洪韡捷^{1,2,3}、吳佳儀^{2,3,4}
亞東紀念醫院外科加護病房¹、臺大醫學院護理系所²、臺灣自殺防治學會³、
臺大醫院護理部⁴

前言

復原力與精神健康 (Resilience and mental health) 的關係長久以來受到重視。復原力通常出現於個體經歷重大壓力或逆境時，它不僅與個體層次如基因與生物因素有關，更會受到多重、互動式的系統所影響，包括家庭 (環境)、社會之生態系統相互作用的過程。具有復原力的個體，在面臨一個或多個危險因素時，可朝向恢復、維持或改善心理健康的方向以增加保護作用。復原力的產生受個人的思考、感受及行為所影響，此外一大部分取決於個人社會和自然環境之影響，在動態過程中環境提供給個體一個化危機為轉機的媒介。然而，復原力的研究較少關於治療方案或預防策略的內容，本文以實證研究結果，說明復原力與精神健康之間的關聯及概念。

復原力起源與定義

復原力概念在 1970 年首次被提出，它被視為一種穩定的個人特徵。後來研究也將復原力運用於兒童精神病理學，對高風險兒童進行縱貫性研究，結果發現在先天條件不良與惡劣的外在環境中生長的兒童，可以發展出適應環境與因應壓力的能力，某些個案甚至長大後有很好的成就與表現 (Werner & Smith, 1992)。復原力是一個動態過程，它能跨越整個生命過程，使個體有效協商、適應或管理壓力或創傷，同時復原力也代表運用個人資源促進個體在逆境中適應和恢復的能力。復原力狹隘定義為個體在遭受逆境的情況下得以積極適應環境，在此所謂的逆境可能對個體心理、生理發展造成重大衝擊。若廣義地定義復原力，則是指在動態過程中成功適應威脅的功能，包括個體與環境之間持續互動過程，以及生存適應能力發展，儘管個人特質 (例如智商) 會影響逆境中的適應結果，遺傳、環境和其他背景因素也都可能是影響因子 (Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008)。這個概念可以應用於在

各種層次與各系統間相互作用，包括生命體和非生命體（如微生物、兒童、家庭、社區、經濟、森林或全球氣候）(Ungar, & Theron, 2020)。綜上所述，復原力被定義為逆境中的正向發展結果，它是一個保護因素，廣泛被運用於兒童、家庭與社區研究中。近年來研究發現復原力並不是只具有保護因素，它與個人特質、基因、家庭關係、社會狀態有關，復原力的激發需要個體面臨風險情境，個體持續與外界互動下所發展出的行為展現，但也可能因個體無法克服困難而調適不良。因此，復原力概念中也包括風險評估與保護作用之評估，屬於風險與保護過程的中介機制 (Rutter, 2013)。

復原力之影響因子與保護作用

人類的適應力取決於一系列相互作用的生物、心理、社會和生態系統，由多個系統的相互作用，類似於Bronfenbrenner's 人類發展生態學理論中的各系統可能同時發生或相互依賴組合所形成的交互作用 (圖 1)。

心理健康促進者推動積極的心理健康結果相關的促進和保護因素及過程 (promotive and protective factors and processes, PPFPs) 僅限於心理系統的適應性。在心理系統的適應中個人所承受的嚴重、慢性的不好經驗的經歷，這些經歷會影響不同的系統，將個人歸因於因果關係及面臨文化相關的挑戰 (圖 2)。PPFPs 又區分為內部還是外部，兩者都會取決於社會考量，這些考量在不同情況下都凸顯對復原力的關注，以實現功能性結果為目標，例如維持的心理健康。圖 2 亦提供精神衛生醫療從業人員參考，作為增加對精神疾病的風險、內與外部系統評估的指南 (Ungar, & Theron, 2020)。

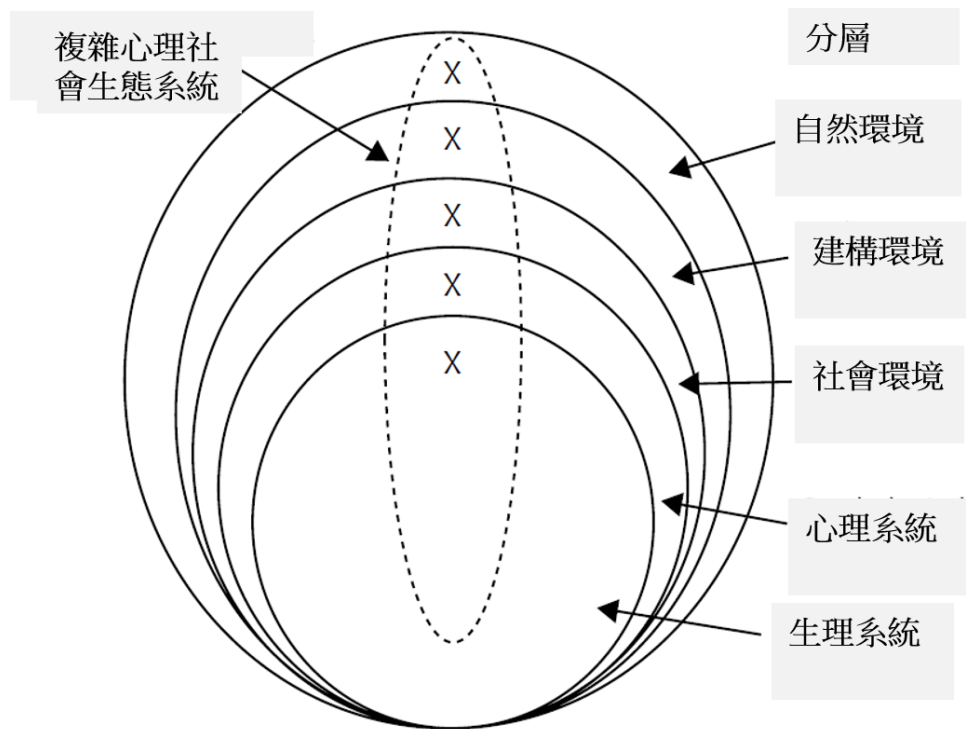


圖 1. 復原力的系統性模型

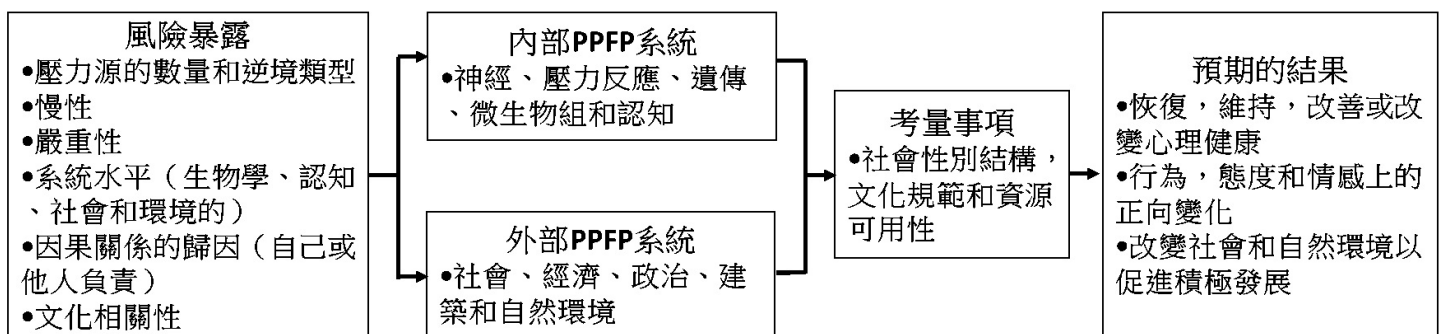


圖 2. 復原力的促進與保護作用及過程 (PPFPs)

(圖 1 與圖 2 出自 Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes)

復原力是藉由個人與自然社會生態系統共同促進的過程，其中“促進與保護作用及過程”（詳圖二）說明了復原力的影響因子。PPFPs 通常與適應性心理系統相關，例如自我調節或認知應對策略。在自我調節或認知應對策略理論中，個體須與社會生態系統（如家庭、住宅和自然環境）共存，才能有足夠強大以支持因應行為的新方法，否則調節能力和認知改變是無法持續的，同時文化規範也會影響復原力發揮作用的過程。儘管個人的認知和歸因於外部世界經驗直接影響心理健康結果，但是在逆境風險高的情況下，擁有足夠資源的個人抵禦力表現，會比沒有資源者來得強大。此外，在抵禦力的概念過程裡，社會文化和生態系統中 PPFPs 各個影響因素可發揮支持個體在逆境中恢復的力量，以維持或改善心理健康 (Ungar, & Theron, 2020)。

對於兒童來說，與復原力相關的三個保護因素，主要分布於三個領域：(1) 兒童內部 (within the child)、(2) 家庭內部 (within the family)、(3) 社區內部 (within the community) (Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008)。分述如下：

(1) 兒童內部 (within the child)

研究發現兒童特質中的某些變項與復原力顯著相關，包括智力、情緒調節、性情、控制力、注意力與遺傳。以兒童智力為例，它可以預測的正向結果包括學習成績、親社會行為和同伴社交能力。智力在高風險脈絡中的重要原因包括：智力高的孩子可能更有可能擁有有效的信息處理和解決問題的能力，這使他們能夠應對所遇到的壓力和挑戰，且在學校的表現應該會更好，當學術成就提高與適應社會規範及融入親社會同儕群體有關。雖然前述的兒童屬性在逆境中具有保護作用，但是他們仍會受到外界環境影響，如家庭環境或兒童生活的整體環境。此外，基因研究領域亦已開始探討基因與環境的交互作用，某些基因型似乎減輕了環境風險的影響。例如，對兒童虐待的研究發現單胺氧化酶 A(MAOA) 基因的功能多態性與青春期和成年期的反社會問題有關，如較高的 MAOA 活性對青春期和成年期具有保護作用。

(2) 家庭內部 (within the family)

研究證實家庭照護系統對復原力的重要性。此類的家庭保護性因素包括親子關係品質、幼兒時期的依戀與安全性、以及父母所採用的育兒策略的方式。研究一致認為照護者是個體成長發育最重要的資源，一來提供物質資源 (如：營養與住所)，二來提供抽象的資源 (如：愛、養育、安全感)。當該系統崩潰時，正常發展就會受到嚴重限制，在極端情況下，兒童被剝奪基本的照料與養育，可能帶來負面的發展，此外，親子關係不佳也會帶來負面結果；相反地，家庭照護系統正常運行，可以幫助兒童克服嚴重的逆境。父母不僅教孩子發展任務中成功所需要的技能和制訂行為準則，也提供認知與社交刺激的機會，與父母保持良好關係還可以讓孩子在社交環境中與他人產生健康的互動，為發展親密關係準備。再者，父母監護對於較大兒童與青少年是保護因素，當青少年父母都熟識他的朋友，了解活動與行蹤時也較不容易發生衝突。儘管如此，父母要克服其他的風險因素單單靠父母監控仍是不足夠的，家庭成員或學校環境的影響對青少年的復原亦佔有重要地位。

參考資料

1. Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience-clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487.
2. Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441-448.
3. Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(1-2), 30.
4. Werner, E.E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

(3) 社區內部 (within the community)

社區雖然沒有兒童與家庭那樣廣泛的保護作用，但鄰里的品質、鄰里的凝聚力、社區青年組織、學校環境品質、以及課後活動對於兒童、青少年都有影響。學者 Bronfenbrenner (1979) 提出社區層面或外部系統因素的重要性。於外部系統 (社區) 裡能透過孩子的經歷 (如上學) 直接影響孩子，也可以透過父母和家人的關係間接影響孩子。此外，社區層面的影響也具有保護作用，如：社區中有較高社會組織的背景，缺乏溫暖與凝聚力差家庭的青少年犯罪的風險降低，因此認為著重社區環境以提升保護因素，進而改善家庭功能。

結語

復原力是一個動態過程，它能存在可能跨越整個生命歷程，使個體有效協商、適應或管理壓力或創傷，同時復原力也代表運用個人資源促進個體在逆境中適應和恢復的能力。復原力是個人與社會、自然生態、環境等系統化因素共同互動的過程，本文介紹了復原力的『促進與保護作用及過程』，凸顯個人內在環境及外在環境兩者的重要性，以兒童為例的三個保護作用即來自於兒童內部、家庭與社區，若能三方兼備，提升保護作用及心理健康的效果必能更加顯現。

校園精神健康促進與自殺防治

廖士程

台灣老年精神醫學會常務監事

臺大醫院精神醫學部心身醫學科主任

台灣自殺防治學會承作全國自殺防治中心計畫執行長

附註：本文出自作者 2020 年 8 月 20 日於 109 年度全國大專校院學生事務工作研討會報告摘要

壹、前言

自殺是多重因素造成的悲劇結果，有社會、文化、經濟、心理、生物等複雜背景，絕非單一因素可以解釋發生原因，也絕非單一專業可以獨立防範。自殺危險因子包括遠端因子及近端因子。遠端因子有遺傳因素、性格特質、胎兒周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括模仿效應、致命工具可得性、心理社會危機、精神科疾患、以及身體疾病因素等，需要多層面介入方能有效防治。

貳、國家自殺防治策略

2019 年 5 月 31 日立法院三讀通過自殺防治法，揭櫫自殺為全球性的公共衛生、心理健康與社會議題，實施防治策略是我國衛生醫療、社會福利及社會安全重大施政內容。我國自殺防治策略分為三個層面，分別為全面性、選擇性與指標性策略。全面性自殺防治策略標的為全體民

眾，重要工作包括：促進社會大眾心理健康，促進負責任的媒體報導、減少致命工具可近性、降低自殺與精神疾病的社會污名化，以及監測自殺概況與相關資訊。選擇性自殺防治策略針對高風險群為對象，以「守門人」工作推廣為核心方法，包括憂鬱症共同照護體系之推行、精神疾病或心理衛生問題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關懷企圖自殺存活者，並施以個案管理，強化偏遠地區緊急救護能力等，以期給予自殺企圖者有效的社會介入以及身心醫療，防止再度企圖自殺。

參、校園自殺防治

台灣與世界其他許多國家類似，近年都面臨青年族群自殺死亡率上升問題。台灣青年族群 (15-24 歲) 自殺死亡率 (2019 年為每 10 萬人口 9.1 人)，雖持續低於 25-44 歲壯年 (每 10 萬人口 16.2 人)，45-64 歲中年 (每 10 萬人口 21.0 人)，以

及 65 歲以上老年族群 (每 10 萬人口 27.2 人)，然而就平均餘命損失觀之，或是青年自殺呈現社會心理問題冰山一角，近年增幅加速趨勢，或就生命無價的終極目標而言，防治工作刻不容緩。依據衛福部全國企圖自殺存活者通報關懷系統資料分析，2019 年 18-24 歲國人共有 5938 人次因企圖自殺被通報，其中 32.2% 具有學生身分，教育與衛生福利體系，協同支援彼此合作有其必要性。

就校園自殺防治工作而言，教育部頒布並持續修訂之「校園學生自我傷害三級預防工作計畫」，其策略規劃全面而完整，為各級學校防範自傷提供重要的準則依據。然而校園實為社會縮影，各種自殺危險因子與保護因子，特別是與社區及家庭相關部分，實非校園內部防範機制所能企及。雖有實質限制，社會大眾對於教育體系期盼仍舊十分殷切，為學校教職員工，特別是校園安全與心理衛生工作者，增添相當動力與壓力。盱衡當前情勢，需要更緊密的跨部會與跨專業連結，更有效率的系統整合。於管理層面，在確認「自殺防治人人有責」的前提下，促進「非責難文化」(No Blame Culture) 與「當責文化」(Responsibility Culture)；於教育現場落實「關懷文化」(Caring Culture) 以及「安全文化」(Safety Culture)。回顧過

去國內外文獻，與校園自殺防治相關之可能作為，依據國家自殺防治策略三級架構，無論實施場域為校內或校外者，部分舉例如下：

一、全面性策略：

對象為所有校園內

所有教職員工生與學生家長

1. 推動心理健康促進相關工作，提升心理衛生識能 (mental health literacy)，並強化已知的保護因子。將珍愛生命守門人概念納入生命教育課程中。
2. 採用互動式對話及角色扮演的方式，傳達與自殺有關的危險因子和保護因子 (包括有關憂鬱和焦慮等精神疾病知識)，並提高處理不良生活事件、壓力、學校和其他問題的技能。
3. 降低校園內致命工具可近性。
4. 強化學生正向自尊，促進情感表達及求助意願，並建立問題解決能力，強化社交連結，傳達尋求幫助的觀念。
5. 開設親子教育課程，內容包括教養、親子溝通與相處議題。
6. 改變風氣，避免對青少年有不合理的社會期待或是過度要求；對於自殺行為及自殺者的去汙名化。

二、選擇性策略：

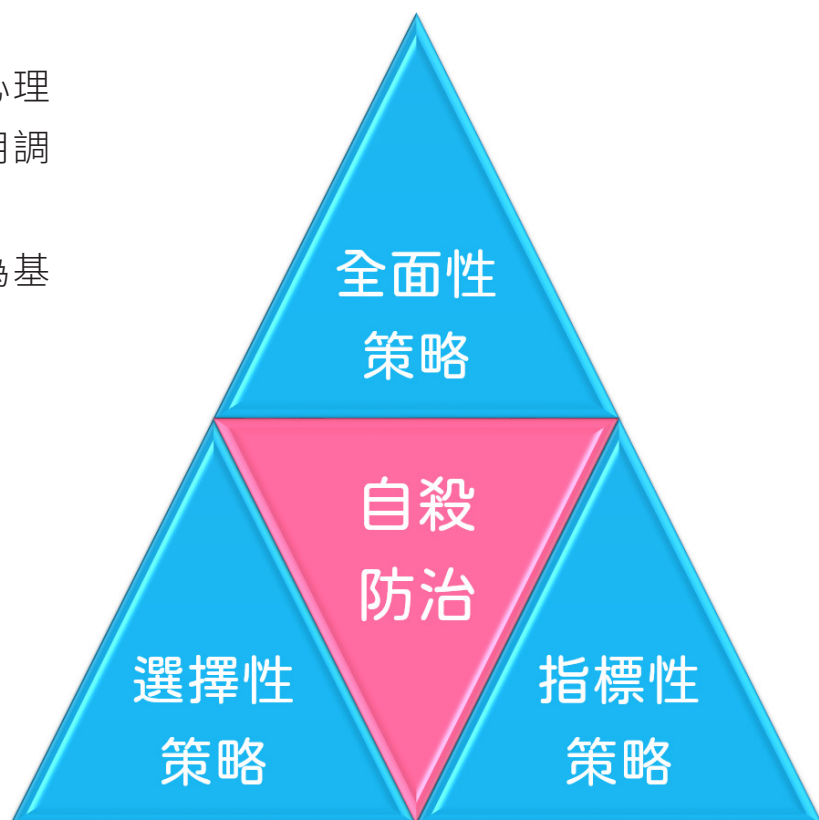
對象為學校輔導人員、駐校心理師社工師、已知有自殺風險因子的學生

1. 加強學校輔導人員、社工師與心理師識別自殺風險的能力，為這些有自殺風險的學生提供適當的支持、服務及轉介資源。與醫療專業資源連結，建立機構長期轉介協商合作關係。
2. 針對曾遭受霸凌、虐待、家庭暴力和累積性創傷風險的弱勢學生提供早期預防措施和諮詢的資源。
3. 藉由網路及媒體提升青少年的心理衛生，為那些可能對他人發布與自殺有關的內容作出反應的人或是可能想分享自己對自殺想法、感受或行為的感受和經驗的人提供支持。
4. 學校在長假開始前，對學生進行心理衛生服務需求調查和諮詢，並利用調查和諮詢的結果，提供學生幫助。
5. 針對高自殺風險學生發展以學校為基礎的自殺防治策略。

三、指標性策略：

對象為學校輔導人員、駐校心理師社工師、曾經企圖自殺的學生

1. 事先制定企圖自殺後處遇流程，以便有自殺行為學生在回歸校園時能進行持續的關懷並預防其再度自殺。
2. 企圖自殺的學生轉銜適當資源，提供心理支持介入或治療（例如認知行為治療、辯證式心理治療、接納與承諾療法等具有實證基礎之治療），並且於各種治療遭遇瓶頸時有效轉銜其他專業服務資源。
3. 針對學生自殺進行詳細評估，了解企圖自殺學生相關心理社會背景，防止再次發生自殺行為。



肆、人人都是珍愛生命守門人

自殺成因多元，防治工作可謂人人有責，而欲落實人人有責的防治工作，守門人 (gatekeeper) 策略為近年普遍推廣之方式。守門人定義分為狹義及廣義；狹義的定義是指「定期（固定地）接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人，即可稱之為自殺防治守門人」經常被提及狹義定義的自殺防治守門人包括神職人員、警察、健康照護者（看護）、心理健康照護者、懲治人員（矯正機構人員）、警消及急救人員、農藥販售商、心理諮詢熱線義工（安心專線、生命線、張老師…）、基層醫療人員、學校的教職人員、學生、社區團體、學校的行政人員或僱員等。廣義的自殺防治守門人是指「當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，即可稱為自殺防治守門人」。因此廣義的定義認為只要透過適當的學習，人人都能成為「自殺防治守門人」。

一、守門人祕訣：一問二應三轉介

一問二應三轉介之簡要概念如下：一問「主動關心，詢問對方的狀況」：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，一感到懷疑便立即詢問；二應「聆聽對方的問題，並做適當的回應與支持陪伴」：經詢問確定當事人有自殺意圖後，守門人的任務即轉為說服當事人積極延續生命。此時，適當回應與提供陪伴，能減少當事人被遺棄的感覺，也是勸說成功的關鍵。同時在回應的過程中，亦可評估當事人的自殺風險，以確認是否需要進一步地尋求協助；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，就是你幫當事人找出適當的資源，進行資源連結的時候。只要掌握「1 問、2 應、3 轉介」的方法，並透過「自殺防治守門人」訓練課程，學習辨認自殺的危險因子及學習基礎的自殺干預技巧，且懂得尋求適當資源協助有自殺意念者，每一個人都可以加入自殺防治守門人的行列。



二、自殺防治守門人推動成效

過去文獻指出：對整體自殺率可能有影響的防治方法包括教育訓練、憂鬱症治療、關懷照護、限制使用致命工具可得性以及媒體管制等，其中以守門人概念為核心之多層次方案實施後，美國空軍及挪威陸軍自殺率分別降低 40% 及 33%，而前者也發現家暴等情緒失控事件的發生率也相對減少。

三、轉介時機

守門人不只被動協助防治自殺，也會主動積極的協助各項資源的轉介，面對你想幫助的人，當他的問題已經超過你能處理的程度 / 範圍時，這時候建議轉介適當的資源，如當當事人有重鬱症病史、抗憂鬱藥物療效不彰時、伴隨幻覺、妄想等症狀時、強烈自殺衝動或已有自殺行為、要求協助自殺或安樂死、當事人缺乏家庭支持…等，決定轉介之後，最好還能花功夫向當事人解釋及說明轉介的原因，減輕當事人關於污名化及對於心理衛生服務需求的焦慮度，清楚的解釋轉介的良善目的，並強調轉介並不代表放棄，確定維持與當事人之間的關係。

伍、結語

面對全球社會經濟環境快速變遷，除持續推動國家自殺防治策略外，有賴各級首長發揮優質領導力，與部屬共同承擔自殺防治工作中之不確定性，促進跨部門跨專業合作效能，化解本位主義藩籬，藉由實證資料引領不同專業力量的投入，將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，共同達成「自殺防治人人有責」、「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。



參考文獻

1. 教育部學生事務及特殊教育司：校園學生自我傷害三級預防工作計畫。
2. 全國自殺防治中心：自殺防治系列手冊 35：輔導人員自殺防治工作手冊。
3. 全國自殺防治中心：自殺防治系列手冊 30：自殺風險評估與處遇。
4. Fazel S, Runeson B. Suicide. New England Journal of Medicine 2020;382:266-74.
5. Singer JB et al., School-Based Suicide Prevention: A Framework for Evidence-Based Practice. School Mental Health 2019;11: 54-71.
6. 廖士程：我們從台灣上一波自殺死亡率高峰學到甚麼？台灣公共衛生雜誌 2019;38:329-34.
7. 廖士程，李明濱，龍佛衛，張家銘，吳佳儀：臺灣自殺防治十年回顧檢討與展望。台灣公共衛生雜誌 2015;34:227-39.
8. 廖士程，李明濱，江弘基：企圖自殺者結構性介入服務。臺灣醫學 2008;12:713-21.

青少年自殺防治新思維

李佳殷

高雄醫學大學附設醫院 精神醫學部醫師

近年來，青少年的自殺防治成為重要公共衛生議題。在許多國家，青少年的自殺率皆呈現增加的趨勢，因此，了解相關的危險因子以及保護因子以進行適當的預防處置，實為刻不容緩的任務。

青少年的階段為一兒童期跨越至成人的過渡期，除了要適應社會文化的變化，也同時面臨到生理及心理上發展層面的改變 (developmental change)，身心挑戰甚大。世界衛生組織 (The World Health Organization) 將青少年分為兩個年齡層：10-14 歲以及 15-19 歲，分別代表了青少年早期及晚期，在不同階段亦會面臨不同的發展挑戰。2019 年澳洲的一篇針對 10 年內 273 位青少年自殺死亡的分析研究指出，青少年的自殺防治，需考量年齡及性別的影響：男性自殺死亡率隨年齡增加而升高；青少年晚期 (17-19 歲) 較多自殺與合併精神疾病相關；自殺相關壓力源部分，約有將近九成 (87%) 的青少年，在自殺死亡前有至少一項壓力源，在青少年早期 (13-16 歲) 與學校及父母相關的衝突有關，相對地，青少年晚期的人際關係則為較常見的壓力源；自殺方法亦隨年齡不同而有所變化。對於青少年早期及女性，較高比例有過虐待 (abuse)、同儕衝突、

霸凌，及自傷經驗。酒精對於青少年晚期來說亦是一自殺死亡的危險因子。而接受教育或擁有工作則為相對的保護因子。

另外，肥胖也是近年來的重要健康議題，目前許多研究指出肥胖與精神疾病有雙向的影響。2019 年一篇針對韓國近 10 年 (2007-2016) 的國家大型資料庫分析 (Korean Youth Risk Behavior Web-based Survey) 發現，青少年本身有過敏性疾病 (例如：過敏性鼻炎，異位性皮膚炎)，若再合併有肥胖問題，則其有自殺意念的危險比相較健康人 (Odds Ratio (OR)=1.27; OR=1.25, respectively) 或只有過敏性疾病 (OR=1.09; OR=1.15, respectively) 的人顯著增高。因此，兒童青少年時期的肥胖問題，為現今評估心理健康及自殺防治不可忽略的一環。

依據我國自殺防治中的全面性策略，推動心理健康促進與自我覺察的訓練課程亦為校園自殺防治的重要工作。國外研究指出，以校園為基礎的自殺防治課程 (例如：Youth Aware of Mental Health, YAM)，藉由提升青少年對於自殺危險因子與保護因子的覺察能力，能有效改善青少年的壓力因應策略，進而減少自殺嘗試與嚴重自殺意念。對於有自殺風險的青少

年，越能早期辨識，便越能爭取到時間作處遇。但過去的研究告訴我們，高風險的青少年，有較高比率並不會有主動求助的行為 (poor help-seekers)。因此以學校及家庭為主要活動場域的青少年，老師與家長便可擔任理想且重要的守門人角色。然而”理想上合適”與”實際所擁有的能力”卻可能存在有落差。國外的研究指出，絕大部分的老師或家長，仍缺乏辨識高風險青少年的能力，可能來自相關知識的不足 (包含辨識高警訊跡象及對自殺防治的謬誤，譬如擔心討論自殺相關議題會導致青少年更容易自殺)。因此，訓練老師及家長面對高風險青少年，如何辨識、回應、及提供支持，為青少年自殺防治中重要的任務。同樣在 2019 年的一篇系統性文獻回顧 (Systematic Review) 即針對此議題做文獻回顧並指出，在接受守門人

訓練後，老師及家長的自殺識能 (Suicide Literacy) 增加，包含知識與自我效能感 (self-efficacy) 去協助高風險個案，但對於實際行動上去辨認或協助轉介，卻未能有顯著進步。造成落差的可能因素很多，而如何針對不同發展階段的青少年，提供老師與家長適當契合的守門人訓練內容，為其中的一個重點。但目前針對家長及行動改變的相關研究仍不夠充足，因此還需未來更多的研究進行著墨與討論。

青少年處在不同社會文化下，在性別比、自殺方法、精神疾病的盛行率、壓力源等皆可能不同，因此，防治策略實需因人時地而制宜。以青少年為中心，了解其發展歷程，提供符合其發展階段的自殺防治策略，以期能更有效的達成健康促進的願景。

參考資料

1. Kahn JP, Cohen RF, Tubiana A, Legrand K, Wasserman C, Carli V, Apter A, Balazs J, Banzer R, Baralla F, Barzilai S, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Kaess M, Bitenc UM, Mészáros G, McMahon E, Postuvan V, Saiz P, Varnik A, Varnik P, Sarchiapone M, Hoven CW, Wasserman D. Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Dec;29(12):1671-1681. doi: 10.1007/s00787-020-01476-w. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32025960.
2. Kim SY, Choi SH, Kim JD, Sol IS, Kim MJ, Kim YH, Jung YC, Sohn MH, Kim KW. Korean Youth with Comorbid Allergic Disease and Obesity Show Heightened Psychological Distress. *J Pediatr*. 2019 Mar;206:99-104.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.10.037. Epub 2018 Nov 19. PMID: 30466789.
3. Lee S, Dwyer J, Paul E, Clarke D, Treleaven S, Roseby R. Differences by age and sex in adolescent suicide. *Aust N Z J Public Health*. 2019 Jun;43(3):248-253. doi: 10.1111/1753-6405.12877. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30786107.
4. Torok M, Caele AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *J Adolesc*. 2019 Jun;73:100-112. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.04.005. Epub 2019 May 1. PMID: 31054373.
5. World Health Organisation. *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade*. Geneva (CHE): WHO; 2014.

2020 年 1-10 月通報個案特性分析

截至 2020 年 11 月 10 日統計，全國 1-10 月自殺通報為 32,590 人次，與去年同期相比增加 10.9%，通報比（通報企圖人次 / 去年同期死亡人數）為 9.3，分案率為 100%，分案關懷率為 99.4%。通報單位類型，以「醫療院所」為最大宗（75.5%），其次為「警消單位」（11.9%）及「教育單位」（5.4%）。

分析 2020 年 1-10 月自殺通報個案特性，女性為男性的 1.93 倍；整體來看通報最多的年齡層為 15-24 歲（25.6%），其次為 35-44 歲（19.8%），排名第三為 25-34 歲（18.0%）。

分析自殺方法（ICD-9，除「其他及未明示之方式」外），以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」（44.5%）占率最高，其次為「切穿工具自殺及自傷」（33.0%），排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」（7.3%）。以性別分析，男性以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」（37.9%）為

最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」（24.2%），排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」（8.5%）；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」（47.9%）為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」（37.6%），排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」（6.7%）。

整體分析自殺原因（除「不願說明或無法說明」外），以「情感／人際關係」（46.6%）為最多，其次為「精神健康／物質濫用」（45.1%），排名第三為「工作／經濟」（10.3%）。再以性別分析，男性自殺原因以「情感／人際關係」（39.1%）為最多，其次為「精神健康／物質濫用」（38.4%），排名第三為「工作／經濟」（14.3%）；女性之自殺原因以「情感／人際關係」（50.5%）為最多，其次為「精神健康／物質濫用」（48.6%），排名第三為「工作／經濟」（8.2%）。



◆【2020 世界自殺防治日記者會】

主題：同心協力防自殺，防疫心生活

每年的9月10日是國際自殺防治協會 (IASP) 與世界衛生組織 (WHO) 共同推動之「世界自殺防治日」，已連續第三年以「同心協力防自殺」(Working Together to Prevent Suicide) 為主題，可見自殺防治成效之關鍵在於同心與協力合作。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心負責承辦衛生福利部主辦之「2020 世界自殺防治日記者會」，配合防疫議題，將今年宣導主題聚焦於「同心協力防自殺：防疫心生活」，提醒防疫新生活運動的同時也要留意自身與周遭親友的心理健康。自殺防治需要家人、同事、朋友及各領域人士共同努力，結合民間及政府單位的力量，構築成綿密的防治網，達成網網相連、面面俱到之願景。本記者會結合政府單位、國內心理衛生相關團體與媒體之力量，假集思台大會議中心國際會議廳舉行，共同呼籲政府單位與社會大眾同心關懷周遭親友心理健康，發揮「一問二應三轉介」的守門人精神，締造更高品質的社會安全網。

為呼應今年度世界自殺防治日之主題，台灣自殺防治學會年會暨學術研討會特邀請專家學者參與並探討自殺防治的重要議題與策略，並於會中回顧自殺防治中心十五年來的工作成果及未來展望，也特別將今年 COVID-19 疫情蔓延全球所帶來的影響，以及青少年自殺死亡率的持續上升等議題，定調為本次學術研討會之兩大主軸，以加強關注因為疫情所帶來的心理衝擊與年輕族群的心理衛生需求及自殺防治策略之制定。此外，現場展出富有宣導自殺防治意義的「世界自殺防治日海報設計徵選活動」以及「世界自殺防治日徵文活動」得獎作品，藉由民眾透過海報設計響應「防疫心生活」的理念，亦透過文字傳遞自殺防治中的正面力量。而行之有年的全球「單車繞世界」活動亦將於本月10號熱烈展開，邀請民眾走出戶外、踏上單車，每一個里程都象徵對自殺防治工作的支持與肯定，希望藉此提升大眾對自殺議題之重視。



2018 年全國自殺人數較前一年下降

台灣自殺防治學會李明濱理事長指出，世界衛生組織 (WHO) 的資料顯示，全球每年約有 80 萬左右人口死於自殺，更有 1 億多的人口因自殺事件而深受影響。台灣自 2005 年成立全國自殺防治中心以來，正邁入第十五個年頭，在政府與民間合作之下，台灣的自殺死亡率自 2006 年 (總計 4,406 人，每十萬人口 19.3 人) 最高峰，逐年下降，並於 2010 年退出國人十大死因之列持續至今；自殺死亡人數在 2019 年下降至 3,864 人，不僅顯示自殺防治工作的成效，亦成功傳達「自殺是能夠預防」的重要概念。

但值得注意的，與 2018 年相比，2019 年男性自殺死亡人數增加 3 人 (增幅 0.1%)、女性則減少 4 人 (減幅 0.3%)；15-24 歲青少年族群增加 47 人 (增幅 22.4%)、65 歲以上老年族群增加 5 人 (增幅 0.5%)，14 歲以下較 2018 年相同，其他年齡層則下降。根據 2019 年自殺企圖通報資料統計結果發現，全國自殺通報總計 35,324 人次，其中男性佔 35.4%、女性佔 64.6%；與 2018 年相比，14 歲以下及 15-24 歲自殺通報人次占率上升，其他年齡層則為下降。14 歲以下及 15 至 24 歲的自殺企圖者中，除了情感問題與精神疾病問題外，校園問題也是

主要自殺原因，自殺是多重因素造成，為生理、心理、社會及經濟文化環境等互動的結果，防治工作是跨領與跨團隊的巨大工程。自殺防治法施行細則發布

李明濱理事長指出，台灣自殺防治學會自 2013 年便開始推動自殺防治法之立法，以利自殺防治工作之永續經營。學會邀集精神醫療、公共衛生及法律領域相關專家學者共擬提案版本，陳請立法委員提案。在朝野立委的努力下，《自殺防治法》終於 108 年 5 月 31 日順利三讀通過，並於同年的 6 月 19 日由總統公布後生效，自殺防治法施行細則於今 (109) 年 8 月 6 日發布施行，相信透過自殺防治法的具體實施，定能整合中央及地方政府的資源，結合民間完善的自殺防治體系，使自殺防治成效更往上提升。

2020 年民眾心理健康調查

全國自殺防治中心每年進行 15 歲以上民眾之「心理健康及自殺防治認知與行為」電話調查，關心民眾的心理健康。李明濱理事長表示，透過心情溫度計 (BSRS-5) 檢測民眾心理健康，顯示出 2020 年全國約有 5.9% 民眾有情緒困擾 (推估約 121.6 萬人)，與 2019 年調查相比，具有情緒困擾之民眾比率從 8.3% 下降至 5.9%。在自殺想法方面，全國約有 12.1% (推估約 247.4 萬人口) 之 15 歲以上民眾一生中曾經出現自殺想法，另有

2.2%(推估約 44.3 萬人口) 15 歲以上民眾曾於一年內認真想過要自殺。

此外，李明濱理事長亦表示今年度特針對新冠肺炎疫情的影響進行調查，結果顯示年滿 15 歲以上民眾約有 45.4% 的民眾表示自己過去一個月以來因疫情關係感到壓力，其中 24.8% 為日常生活壓力、23.4% 為工作 / 經濟壓力、18.7% 為心理健康壓力、17.0% 為身體健康壓力、10.8% 為家庭人際壓力。台灣在全民的共同努力下，已挺過首波的疫情心理社會衝擊，但也千萬不能輕忽疫情的長期壓力，全民仍需同心協力共同邁向疫情下的心理重建。

防疫心生活

衛生福利部李麗芬次長提到面對全球當前共同議題 - 新冠肺炎，如何維護民眾的心理健康相當重要。次長也提及衛生福利部長久以來辦理「全國自殺防治中心」計畫，推動「全國自殺防治行動策略方案」，國內建置獨步全球的自殺通報系統與追蹤關懷服務，開辦免付費自殺防治「安心專線 1925」，並積極推動自殺防治守門人訓練，落實「自殺防治、人人有責」之理念。

立法院社會福利及衛生環境委員會邱泰源召集委員提到疫情對民眾與醫療團隊成員及行政人員帶來許多的心理衝擊與恐

慌，上個會期也與衛生福利部及全國自殺防治中心共同研議面對新冠肺炎帶來的效應及因應對策。司法及法制委員會吳玉琴委員也提及自殺雖未在前十大死因中，但卻是青壯年（15-24 歲）族群死亡原因第二名。其中，青少年族群的自殺死亡率持續攀升，不論是課業壓力、霸凌問題或是網路世界對於青少年的影響應要有全面性的防範措施。

珍愛生命守門人缺一不可

李明濱理事長呼籲，在民眾身處的群體之中可能就有許多情緒困擾而需求助的親友，若能透過網路或媒體的特性加強宣傳「自殺防治守門人」訊息，儘管無法見面仍能傳遞力量幫助民眾並且建立對自殺防治的正確認知，同時發揮一問二應三轉介技巧。這時簡單的一句關心，都可能幫助處於自殺風險當事人看見生命的一線希望。「自殺防治，人人有責」，無論民眾身在何處、擔任何種角色，皆可以成為珍愛生命守門人，實踐「同心協力防自殺」之理想境地。



今次研討會順利辦理完畢，會後滿意度調查顯示整體參與人員對活動舉辦場地、議程時間安排、演講設計及各場演講內容均達滿意程度（含以上）。

會後演講已上傳本中心「自殺防治e學院」，提供未與會者及一般民眾閱覽、推廣利用；詳情請點選右方連結，立即線上收看。



演講課程連結網址：

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLZn-BTLWYFmMAOSItkGLel8hXrFkFvtKS>

◆ 自殺防治業務共識會議

為凝聚中央與地方推動自殺防治業務之共識，提升自殺防治策略推行之順暢及實務之效用，全國自殺防治中心今年承辦衛生福利部「109 年度自殺防治業務共識會議」，於 109 年 10 月 27、28 日假中華電信學院板橋院本部舉辦共識會議，於會議中討論「自殺關懷訪視流程及收結案標準」，並以工作坊形式進行「專題工作坊：關懷訪視一經驗交流與標竿學習」。會議中各類專題演講邀請台灣自殺防治學會相關專家學者擔任議題引言人及主持人，協助匯集相關意見，主題包括：「自殺防治法及子法規介紹」、「自殺數據及自殺防治策略應用與實施」、「經驗分享：自殺防治網服務資源整合：連結與轉介」、「調查結果與分析：自殺關懷訪視員核心能力

之困境與遭遇之問題」、「兒童青少年的自殺防治策略」，另特別邀請家庭照顧者關懷總會副主任，於會議尾聲主講「長期照顧者的自殺防治策略」。

今年度出席人員包含：各縣市衛生局長官及業務承辦人、精神醫療網核心醫院代表、醫療院所自殺關懷訪視業務督導、關懷訪視員及其他專業人員，出席總數為 127 人。會後滿意度調查顯示，與會人員填答率為 43.9%，大致上各場次課程滿意度約有八成以上表示滿意或非常滿意。而對各會議主題滿意度及自認最具幫助之會議主題，前三名分別為「長期照顧者的自殺防治策略」、「提案討論：自殺關懷訪視流程及收結案標準」及「自殺數據及自殺防治策略應用與實施」。



◆ 自殺防治年報上架



立即掃描 QR-code 閱讀全文

| 108 年自殺防治年報 |

<https://www.tsos.org.tw/media/4173>

今年全國自殺防治中心彙集 108 年度中央、地方及民間團體重要的自殺防治工作發展，並分析自殺相關數據，解讀各項自殺數據所代表的台灣自殺情形現況，編製衛生福利部「108 年自殺防治年報」。對於中央及地方自殺防治工作進行客觀記載及整理分析，以探究當前自殺防治政策、問題，並作為成效評值之參考。期待本年報有助於提升自殺防治工作成效，透過中央與地方的連結，以「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」為理想，共同建立綿密、堅固的自殺防治網絡。

◆ 網路自殺防治工作簡報

本會自今年四月底承接衛福部 109 年度「研擬網路自殺訊息與自殺熱點監控、追蹤及救援模式研究」，十月甫完成期中報告。本案鑑於網路公開訊息之不當傳遞、網路成癮或網路霸凌等議題所造成的身心影響或自殺風險，期能藉由本計畫研析我國網路傳遞之自殺高風險訊息，如網路社群平台傳遞之自殺訊息或自殺熱點等，以建立網路自殺訊息之早期辨識、監控、追蹤暨危機救援模式。

本計畫為期一年，包含以下三大施作要點：

第一、蒐集國內外文獻以探討如何阻卻民眾從網路媒體報導或社群媒體平台中的自殺訊息或自殺熱點揭露而導致自殺仿效；
第二、研擬如何預防民眾從線上社交網絡散波個人自殺訊息或相約自殺計畫，並發展網路社群媒體合作平台試辦計畫；
第三、分析網路自殺相關訊息之監測、積極追蹤與緊急救援模式，達到網路自殺防治之目的。

本會運用 AI 技術開發網路平台留言監測模型，預計測試選定標的之社群平台留言後分析探討國內網路自殺訊息發出與經他人傳遞及討論之現況；接著，發展國內可行之網路自殺訊息搜尋模式以及自殺熱點搜尋與圖像化監測模式，並探討推動追蹤及救援工作之可行流程，以撰寫成果推展計畫書。



IASP 國際會議參加心得

江昱霆

台大生化科技所博士班三年級

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治助教

我在台大「心理健康促進與自殺防治」通識課程擔任教學助理已經七個學期，雖然對於相關議題有一定程度的基礎，但這是我第一次參與自殺防治相關的國際研討會，為期兩天的活動邀請了全世界的專家學者分享，讓我了解此一領域的國際現況、最新研究成果與尚待努力之處，可謂大大開展了視野。

全世界自殺人口當中，中低收入國家佔 76%，但在資源有限的狀況之下如何有效地分配使用，著實是一件困難的事情，特別當其中許多國家面對內亂頻仍、傳染性疾病肆虐、經濟不穩定等多重困難。其中讓我印象深刻的部分是，在這些國家中因著不同的宗教、文化背景，自殺的狀況與台灣有很大的不同。以南亞國家為例，因年輕女性受到歧視的狀況嚴重，其較低的社會地位低導致自殺率居全球之冠，同時一些伊斯蘭律法中自殺列為刑事罪刑，又更加重了自殺的狀況。另一有趣的數據是，在中低收入國家，男性若花費較多心力參與家庭照護工作，自殺比例會顯著降低；若參與家庭照護程度較低，當失業率上升時，自殺率也會顯著上升。

在這些國家中，除了上述提到的貧困問題外，還有缺乏自殺防治數據，甚至是戶籍資訊都不完整等問題，但有了實證研究的基礎及其他國家推動的經驗，依據各

國不同的歷史背景、經濟發展程度、宗教文化背景因地制宜地制定自殺防治政策與法律，仍然有一定的脈絡與切入點。

在自殺防治的推動中，從個人、家庭、社會到政府，每一個層級都扮演著重要的角色，但聽完數場演講後，不論是有成功經驗的國家，抑或是亟需推動的國家，能否在此議題上有所突破，我個人覺得政府和相關權力機構所扮演的角色至關重要。回顧台灣自殺防治的歷史，從 2006 年自殺率攀升到最高點後全國自殺防治中心成立，由民間開始自下而上從全民守門人的教育、自殺關懷訪視員的培訓、醫護系統的配合、社會大眾汙名化的去除，到政府推動自殺防治法的設立、媒體報導規範之制定、致死農藥的禁用，讓自殺相關數據逐年下降，成為世界自殺防治的典範，這些經驗都可以做為國際上的效法對象。

對我而言，可以擔任李明濱與吳佳儀兩位教授所開設的通識課程助教，近距離地學習寶貴經驗並接觸到相關議題，實覺非常感謝。回到我身處的校園，近來並不平靜，而台灣青少年的自殺率屢屢升高也慢慢引起社會大眾關注，讓我更具有危機意識與使命感，希望可以將過去所學與研討會汲取的新知化為養分，為自殺防治盡一份心力！

IASP 國際會議參加心得

白哲瑋

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

這次參與 IASP Asia Pacific 的會議讓我見識到了許多，不僅是自殺相關議題的討論，還有對視訊會議以及國際會議的認知也提升了許多。

我印象最深刻的是 Dr. Duleeka Knipe 所談的關於中低收入國家的自殺議題，她提到了關於中國以及印度的高自殺死亡率以及對其相關的研究相比之下極為缺乏，這部分讓我有很深的感觸。在整體資源有限的情況下，常常會選擇討論或研究一些更具知名度，更具討論度的議題，這會使得許許多多的研究資源都鎖定在世界的特定地區，造成相對不被關注或在意的地區變得更加邊緣化，慢慢的被忽視或是消失在全世界的數據之中，我覺得這是蠻可怕的事情。

另一方面，Dr Qijin Cheng 關於媒體報導自殺相關議題的討論蠻令人震撼的，

我從未想過會有報導將死者的模樣直接印在報紙上，或是將自殺方式明白詳細的撰寫，我無法想像這樣的報導是將受眾放在甚麼樣的地位。日前校內發生的事情已經深深的讓我感受到衝擊，我覺得那樣的報導對大眾的衝擊是更為強烈的，更何況對於本身精神狀況不佳的人們。無論是在課堂上或是一些相關討論中，都不斷為討論到媒體在自殺防治中扮演的角色，我相信這個議題該被重視，針對媒體從業人員關於自殺防治或是其社會責任的教育我想是需要廣為推動的，而不只是在新聞底下標上珍愛生命專線而已。

這次會議讓我獲益良多，除了對於亞洲地區的自殺相關議題有更多的了解之外，這次會議多數講演都透過線上的方式呈現，對我而言是個新奇的體驗，我想這在後疫情時代會對我有很多的幫助！

IASP 國際會議參加心得

沈芯妤

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

能夠接觸到自殺防治，我可以肯定的說，我真的很幸運。除了選修到吳教授及李教授在台灣大學開設的通識課程，能夠參與到這次的 IASP 國際會議，我備感榮幸。透過此會議、我聽到了來自各個不同國家的教授及學者們的分享，並了解到針對不同地區、不同文明及不同風俗民情的人，潛在的自殺族群、成因及方式都略有不同。其中，最令我印象深刻的則是來自印度及香港學者的分享。

根據在會議上提到的研究，印度最主要的自殺族群是青年女性，佔全球女性自殺事件的 37%。這個數據完全嚇壞我了。而深入探究後所得到的原因竟然與宗教及傳統習俗有關。印度的女性通常早婚，且尊崇傳統家父長制文化，也就是必須遵循「在家從父、出嫁從夫、夫死從子」的戒律。在保守社會的壓力下，她們只能壓抑自己，也因此容易走上絕路。

而根據香港學者的研究，在眾多導致自殺事件的原因中，媒體佔有一席之地。有些媒體會很詳細的報導自殺事件的過程、方法，甚至直接放上未打馬賽克的照片；使自殺意念者能夠輕易地取得相關資訊，進而提升自殺成功的機率。

在聽完各個學者的分享後，我個人認為最大的共通點大概就是汙名化吧。似乎人們對他人罹患心理疾病的感覺和癌症等疾病的感覺完全不同。汙名化常常導致患者被排斥，甚至有些宗教將此妖魔化，進而影響患者就醫的意願。如果人們能夠以平等的眼光看待心理疾病，以友善的言行關懷身旁的人們，改掉不合乎道德的傳統，自殺及悲劇的發生是否會因此減少一點呢？

還有好多好多的例子及資訊是我從來沒有聽過也未曾思考過的，參加這次的會議真的是大開我的眼界，也是一個可以讓人刺激不同想法，跳脫既有框架思考的一個很棒的方式！我確實學到了更多，同時，也讓我更深刻的體悟到心理健康與自殺防治的重要性，並加深我成為守門人的毅力與決心！

IASP 國際會議參加心得

熊致甯

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

這次參加國際自殺防治協會亞太大會是一個非常難得的經驗，但很可惜因為時間因素未能參與到第一天上午的演講。這真的讓我覺得非常可惜，因為關於青少年的自殺率，以及課業壓力帶來的心理壓力，這些都是我個人比較有興趣的主題，除此之外性別與自殺率的相關性也是我很好奇的一件事。這讓我想起以前去世界新聞攝影展的時候，自願抽取即席演講的題目正好是提到說為何在非洲某個動蕩不安，而女人也需要拿槍組成自衛隊的地區，據他們調查，女性的自殺率明顯比男性低很多？我那時提出的想法是，或許是因為女生比較愛說話，普遍而言，就我所認知的，女性比較願意分享自己的情緒、看法、感受。假設每個人承受負面情緒的能力像是一個空罐子，每個人出生就有大有小。當你孤獨時，你只能全靠自己出生時的本錢應付；而當你有一個抒發的管道，你有一種人際上的情緒防護網，有人能分攤你的一部分的痛苦，那麼你自己的罐子就不會那麼輕易地被佔據。這充其量只是我個人當初的想法，實在是很可惜沒能聽到那場演講得到更多更高明的見解或是相關的資料的分析。而座談會是在沒有

口譯的狀態下進行的全英文發表，所以有些講者如果口音比較重，就聽起來會比較吃力。

這次座談會讓我印象最深刻的就是數據採樣的重要性。每篇發表都充滿了由分析數據所得來的報表，或許這些圖表確實表達了某種趨勢，然而基礎數據的收集來源若是有所偏頗或是不夠明確，就大大左右了這篇發表的可信度。而觀眾在提問的時候，主要也是針對採樣的範圍或是採樣時間區間對於這份研究的可能影響提出質疑。讓我比較驚訝的是，在新冠肺炎的影響下，疫情嚴重的區域已經紛紛產出了許多 paper，研究者的速度讓我感到非常驚訝，也讓我同時懷疑這些 paper 的可信度。而其中有幾篇提到有不少成年人的自殺比例上升，最主要的可能是因為減少與親友的接觸以及失業帶來的生存壓力。不過值得注意的部分是，即便這些因素與自殺比例上升有所相關性，因為新冠肺炎也是才這一年發生的事，所以其實研究時間不夠長，我們似乎也不能妄下定論說這些必定是因果關係，而這些質疑部分是座談會提問者給我的一些想法。

IASP 國際會議參加心得

洪琮喻

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

這次我是參加星期二下午的會議，一走進去那裡氛圍真的是不一樣，坐在前面的各個人物看起來都學識淵博，我蠻好奇他們的身份的，感覺都是不簡單的大人物，還有一個共同點是男生都禿頭，後來有與各國的學者視訊會談，我一開始非常認真聽但我的英聽能力不允許我聽懂，後來有一位中國的學者所報告的內容我總算能聽懂了超開心，他大致講了近年來中國的自殺率改變可能的原因，他有說到生活環境的改善、生育計畫等都是可能的因素，不過其他國家學者所報告的內容我就聽不是很懂，所以啊這次的會議其中一個很棒的體悟就是 - 英文能力真的是很重要，有了好的英文能力可以與其他國家其他背景不同想法的人交流，有如此的互動可以增進彼此的能力與見聞，而且平時在課堂上看起來和藹可親的吳教授跟李教授一站上大講台後那個架勢和背後散發的光芒真的是氣宇非凡，看著教授們用流利的英文與各國學者討論自殺議題時，真的是切身感到自己能力的不足，期許自己在大學未來的幾年英文能力能達到教授的十分之一。

這次主辦單位準備的很有誠意，連讓我們帶回去的袋子上都印有一問二應三轉介等標語，還有很多周邊，我有拿到磁鐵跟印有自殺防治守門人的扣章，還有一個很酷的事是袋子上印有心情溫度計的 QRcode，主辦單位真的把有關自殺防治的任何資訊想辦法都印了出來呢，看得出相當用心，在聽講的過程中腦中也不斷反思自己是不是夠資格稱自己為自殺防治守門人，自己的能力與知識量可以幫求助者到哪裡，當我遇到有自殺意圖的人時我是否有足夠的勇氣和正確的觀念引導他並找到一個好的突破口，我想目前的我還沒有足夠的自信認定自己為一個合格的守門人。如何精進自己，成為更好的守門人我覺得必須不斷更新對於自殺防治的知識，有新的理論出來就必須好好研究，二來是要保持自己對於守門人的熱忱，不能因自己的忙碌而遺忘了觀察週遭朋友的警戒心！

IASP 國際會議參加心得

陳鴻宇
師大化學系四年級

很遺憾的，最近在校園中，發生了多起憾事，我們失去了許多同學，但是對我來說也很幸運的是可以參加這次自殺防治的會議，雖然無法在當下打開網子接住那些同學，但是自己有機會可以學習其他學者寶貴的研究成果，希望在日後可以成為接住周遭人們內心的網子。

來到這次的會議，有許多以前我就關注過的議題，也有我從來沒想過的切入角度。因為本身是化學專長，張書森教授提到的農藥自殺自然就是我會特別去關注的議題。對於這個議題，其實真的也感受到社會對於巴拉刈的矛盾與掙扎。巴拉刈是便宜又有效的除草劑，但正是因為它便宜，並且具有高細胞毒性，因此也成為最兇猛的自殺毒藥。如果以我的角度來思考，如果不能讓巴拉刈禁止，是不是讓它的毒性下降就好了呢？但是讓它的毒性下降，一來可能會增加額外成本，讓製造公司的利潤降低；二來是，農民怎麼捨得放棄這麼好用除草劑呢？第三，如果降低對人體的毒性，同時他的對於除草的效果也會變差。這真的是很困難的問題，但每當看又有人因為誤食或是想不開喝巴拉刈而死，內心更是憤慨不已。但是，也很開心看到學界在根除巴拉刈的腳步又往前邁進。

另外一個是我覺得很有趣的論文，研究顯示，若一個國家中，多做家事或是多幫忙家裡的事情的男人越多，那個國家的男性自殺率越低。提出的可能論證是，如果一個人要為別人負起的責任越多，就越不容易自殺。另外一個部分是已開發國家，如北歐五國、美國跟台灣，其實反映出來的自殺率都比第三世界的國家低。比較多可能是那些國家對於性別平權、女性比男性較劣等的想法影響，女生出去工作男生會很沒面子，所以不讓她們出去工作，或是家庭當中對於女性的逼迫，都大大影響著女性對於自己的想法跟看法。

這次的亞太地區自殺防治會議，也提醒我能夠在一個平權的環境下生長是多麼寶貴的事情，可以在互相尊重的基礎下健康開心的成長，也可以正確的了解到農藥與巴拉刈的毒性，對它敬而遠之，其實真的是幸福的。希望我也能謹記在聖經當中，使徒行傳 3 5：20 節中提到的：「又當記念主耶穌的話說：『施比受更為有福。』」，並且徹底地實踐在我的生活當中，從自己開始把網子打開，接住那些受傷、失望、痛苦的靈魂，那麼相信他們也可以繼續好好活下去，來感受這個世界的愛與美好。

IASP 國際會議參加心得

徐柏軒

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

心得我想分成三部分：參與狀況、專業內容、個人感想。

首先是參與狀況，本來以為會是非常正式的討論會，到場才發現，主辦方與發表者的確是專業的，但參與者則來自各種背景，包括生命線工作者及一般學生，這稍微降低我對此領域因瞭解不夠深入而生的緊張感，但仍稍感不妥。總而言之，我對這次活動的印象為研究發表與知識普及的結合。

其次是專業內容，對大部分內容仍是茫然，但我對有些想法的印象很是深刻。其一是 Symposium3 的長庚大學教授提及，對於年長者的自殺防範或傳播相關資訊，「電視」為主要媒介，不可否認，年長者喜愛八點檔或閒暇無事便播放新聞，此一想法蠻正確的，同時使我聯想到老

人自殺人數居冠的數據。其二是一直重複受演講者提及的是「CBT」。其三則是 Symposium5 的成功大學教授，在護理系學生跳樓自殺後，對其他學生的應對，規模不大但有成效，而且我認為學生也能從此做起。

最後是個人感想，許多上臺報告者皆為護理背景的人，我受其影響很深。身為一位希望能解決社會議題、正在接觸社會創新的 Z 世代，發現護理的專業不在侷限於醫療體系，也能夠發揮其功用在社會面（自殺議題）上，衝擊著我過去的糾結：身為物理治療師，要如何像有管理、社會科學、人文知識背景的人創業、經營同時解決社會議題？我認為還是有機會，但我尚未發現，這便等待著我去創新。

IASP 國際會議參加心得

陳羿妃

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

這是我第一次參加國際會議會議。一開始參加的動機只是覺得可以加分，但意外的在這些演講中聽到很多的研究都讓我感到很有趣。我最喜歡的一個主題是在講 logotherapy（意義治療法），這個治療法主要是幫助病患尋找人生的意義。通過他們的研究，實驗者發現在使用此治療後，病患的負面情緒及看待人生的態度有明顯的改善。在參與實驗後，病患們不僅找到了人生的意義，還增加了對自己的肯定及自我價值，也降低了自殺念頭。實驗結果指出意義治療法對患者有顯著的幫助。

在聽完 logotherapy 的演講後，我對此治療法產生了好奇心，並開始閱讀相關文獻。意義治療法 (logotherapy) 是由奧地利的精神病學家 Viktor Frankl 所創立的。尋找意義是人們活著的動力，而人生的意義包含了三種價值：創造意義的價值、體驗意義的價值、態度意義的價值。因為絕望將消極的想法引向憂鬱和自殺，所以意義治療法能幫助病患因著尋找人生的意義來發現自己的價值。

意義治療法使用三種方式治療病患：反射 (deflection)、矛盾意向 (paradoxical intention)、蘇格拉底式對話 (Socratic dialogue)。治療師使用反射法來幫助患者從不同的角度思考問題。此治療不僅可以幫助患者更積極及正向的思考，也可以幫助他們更樂觀的看待自己的人生。矛盾意向治療法的功能是幫助患者突破心中的恐懼。若一個人很害怕待在人群中，他可以透參與大型活動來練習自己的社交能力，並鼓勵自己與陌生人聊天，這個練習就是矛盾意向治療法的一個例子。當治療師請患者重複自己的消極想法，這個過程稱為蘇格拉底式的對話。以這種方式幫助患者用另類態度看待自己的問題，並且通過交談讓患者更多的思考他們的想法和增加對自我的了解。

為了防止悲劇的發生，我們需要成為好的守門人。當意識到周圍人出現症狀時，如失眠、體重迅速減輕、負面情緒已嚴重影響生活等，我們應該主動關懷對方，並在需要時陪伴他們。因為個性內向，我認為詢問對方較私密的問題是一件

頗困難的事，但身為守門人，我應該要主動關懷對方並成為好的聆聽者。在談話的過程時也要用同理心的態度與他們互動，在必要的時候也可以給適當的建議。

技術為我們帶來更方便的生活，而它也能幫助精神病患更認識自己的身心健康。「心情溫度計」是近幾年開發的軟體，它的功能可以幫助我們更了解自己。不但提供免費的心理健康教育（正念呼吸法），也提供醫療資源及機構的場所。若病患越早介入及治療，他們肯定能夠更快速的復原。

很榮幸有這個機會可以參與自殺防治的國際會議。在聽了很多不同的自殺案例後不僅使我難過，也激勵我想做出防止這一切悲劇發生的行動。雖然目前還是一名大學生，但我希望可以成為自殺防治學會的一部分。希望透過我所學到的知識，影響社會走向更美好的未來。

IASP 國際會議參加心得

鄭竹凱

台大 109-1 通識課程：心理健康促進與自殺防治學生

上了心理健康促進與自殺防治通識課之後，想要再對自殺防治的研究與制度有更深的認識，所以我把握這次千載難逢的機會，將一整天的課請假，參加今年的第九屆國際自殺防治協會亞太大會。第一次出席這種正式的研討會場合，最害怕的當然是英文，對我來說這天就是一整天的英文課，英文能力的不足使我更辛苦地去理解整個會議的內容。

不過我還是盡力去跟著各位講者去思考，去理解他們所分析的數據圖表，去理解在各地文化背景對於自殺數據的影響。其中比較有印象的是阿彌陀佛，以宗教的角度去分析心理健康的部分，透過複誦宗教性的咒語去驅使人的心靈平靜，但是他最後也有提到要搭配呼吸或打坐。這就讓我想到其實在上課的時候我們的正念呼吸法也可能擁有同樣效果，正念呼吸是

使人的情緒放鬆，而咒語則是用意識來更堅定是對的。但是他又提到其他的咒語，然後圖表顯示都沒有阿彌陀佛有用，這讓我懷疑研究者所使用的其他咒語（Santa Claus）在宗教上是否是跟阿彌陀佛同等地位？又或者普查的群體沒有控制好？

另外，還有做關於性別的自殺率的研究。提到說在世界上男性的自殺率普遍大於女性。這個部分牽扯到社會結構的問題，男女在社會上角色的不平等，以及面對的壓力不同，造就彼此的心理健康狀態的不一樣。那要如何從這方面著手呢？可以從彌平不平等開始，或者倡議某些責任並非屬於單一性別。

總之除了這兩篇，還有聽到其他的講者的內容，收穫頗豐，也可以結合課堂上所學做延伸。有了這次的經驗，使我未來更願意參加這種類似的場合。

自殺防治課程的反思

詹鈞硯

國立臺灣大學醫學院附設醫院 不分科住院醫師

隨著時代的演進，臨床醫師的養成訓練過程也不斷在改變，過去完成傳統七年制課程後即可投入專科訓練的情形已成過去式，現今醫學系畢業生在完成六年制的醫學教育後，需再參加並完成畢業後一般醫學訓練計畫（簡稱 PGY 訓練）才可進入專科訓練。醫師 PGY 訓練強調提升全人照護的能力，訓練出符合現今社會環境需求的醫師，也因此社區醫學被納入在 PGY 的課程當中，而在社區醫學的課程裡，自殺防治是必修的學習目標之一。簡而言之，現今多數新一代醫師幾乎都會接受到自殺防治相關議題的學習。

我在社區醫學的自殺防治課程是被安排到全國自殺防治中心學習，短短一個上午的課程前半段以上課講授方式進行，介紹自殺防治的基本概念及流行病學資料。後半段的課程偏向應用性為主，包括 APP” 心情溫度計” 的使用，並輔以案例示範讓我們分組討論，練習如何辨識具自殺風險的病人。整個課程雖然輕鬆簡單，但內容相當實用，像是老師教導我們的 1 問 2 應 3 轉介，讓我們在接觸具自殺風險的病人時可以有一個簡單易記且快速上手的準則，課程中也介紹了許多自殺防治的相關資源，APP『心情溫度計』就是其中

之一，在此 APP 裡除了可輔助我們評估具自殺風險病人的風險程度，亦包含相關的專業衛教文章及可轉介的醫療院所等資料供我們參考，完成了這個課程後讓我初步具備成為自殺防治守門人的基本要件。

根據統計，約有 40-60% 的自殺身亡者曾在自殺前一個月看過醫師，而在這群人當中，大多數看的是一般科醫師而非精神科醫師，這是在課程中印象最深刻的一項訊息。在目前醫療分工細膩的情況下，我總認為自殺防治僅僅是精神科醫師的責任，但就資料來看並非如此，反而是非精神科醫師最有可能接觸到這些潛在的可能自殺患者，顛覆了我過去的錯誤想法，自殺防治的工作不僅止是精神科醫師，凡各科會接觸到病人的臨床醫師都肩負著重要角色，我想這也是自殺防治課題被規劃在醫師 PGY 訓練的重要原因之一。總歸來說，醫師除了治療病人在自己專科內的疾病之外，也應多留意其心靈的狀況，落實以病人為中心的全人醫療照護，善盡我們在社會上的使命與責任。

什麼都不要，只想回到澎湖

許芷茜

台大護理所內外組碩一學生

在臨床中說長不長說短不短，前前後後加起來約莫三年，接觸到的病患多半是肺癌末期，因治療副作用及5年生存率不到40%，致使此群病患身心困擾及壓力相較於其他族群需更加被重視，然而繁忙快速的臨床步調往往忽略病患所發出言語或非言語的求救訊號，輕視種種警訊以為只是想引起他人注意或者達威脅的手法。

我的心聲誰有聽見

「護理師，我不要住院啦！我要回澎湖啦！不想治療了！」每當進入到病房，澎湖阿嬤見到任何人即說一次。因長年居住在澎湖，子女均在台灣工作，自從患者罹患肺癌後，子女期望病患得到良好的醫療環境，每當打抗癌治療週期，不論是化療、放療、或者回診，就需將病患短暫接回台灣，待療程結束再將阿嬤送回家鄉。然而，隨著疾病進展腫瘤惡化，伴隨而來的併發症如感染引起肺炎、化療後噁心嘔吐食慾下降、放射線導致吞嚥困難疼痛、白血球低下引起發燒等健康問題更是頻繁發生，阿嬤往往回家後不久因身體狀況即被家屬從澎湖接回臺灣做治療，與日俱增的身心疲憊使阿嬤覺得自己活不久了，不想再如此勞累於台灣及澎湖往返，且表示

治療無意義，回想回到澎湖過晚年。「不讓我回澎湖，我也不要活了」「做那麼多治療也不會好，不如去死一死」，然一心期望阿嬤獲得最好抗癌治療的子女，聽進這些話亦只給予安撫「媽～別想太多啦！你先好好在這裡治療」「等全部檢查項目完成後，我們就帶你回澎湖」，當阿嬤一而再再而三強烈向醫護人員表達住院不如去死的想法時，家屬還會向醫護人員眼神傳遞不要在意「她老人家就是這樣，常常不配合治療」醫護人員當然對此阿嬤與家屬之間的吵鬧畫面漸漸習以為常，亦認為子女可有效地安撫阿嬤起伏波動的情緒，並未真正提高警覺對於此高風險自殺病患。

虛弱無力扭曲字條代表堅定決意

一天阿嬤透過外籍看護從房室拿出一張上面寫著「若今天下午五點我的檢查還未做到，我就要去自殺。」住院醫師驚嚇著拿著此張紙條，醫療團隊錯愕不敢相信如此虛弱、需倚靠鼻胃管管灌餵食的病患，如何有力氣提筆運用精細動作寫出這兩行字，雖字體歪曲、字跡飄移，但不難感受得到此張紙條透露強烈憂鬱悲傷力量。小小一張紙條，再也不敢輕忽阿嬤的

決心想法了，立即聯絡家屬、啟動自殺防治系統、每班護理人員按著醫院規定頻率填寫表單、照會心理師及精神科、衛教家屬預防自殺等注意事項，及醫療團隊與家屬病患共同開家庭會議，開始注重釐清患者的心情及想法，協助處理及介入。透過家庭會議及各科的介入，最後家屬及阿嬤簽署了不施予心肺復甦術同意書後，辦理出院手續，讓阿嬤可以回到心心念念的澎湖。

寶貴的一課

當個案透露出相關心裡困擾表現亦或者關於自殺想法時，這個過程需要多的專業評估及判斷，若讓個案感受在不斷傷害自己的過程中無人關心，個案情緒很容易得到未出口，致使日後選擇更致命性的自殺行為，故不應該將其關於自殺的言語及非言語行為，誤解為其為了獲得他人的注意的手法，而忽略這些自殺警訊，否則隨之而來的可能是更致命的危機。

澎湖阿嬤不只一次透露出不想繼續在台灣治療，其心願想回到澎湖，更或者表示對人生無意義，浮出死亡念頭，然而因阿嬤多次嚷嚷並未做出自傷行為，家屬及醫護人員掉以輕心，護理師亦未將阿嬤欲自殺警訊嚴重性正確傳遞給接班者，醫師團隊亦多與家屬討論治療計劃未仔細釐清及評估阿嬤的心理層面。醫療人員、家屬照顧者，若能於早期介入提供關懷並給予轉介至合適的精神醫療服務，有助於發現心裡問題，或許經過釐清想法及關懷了解阿嬤當下想法，不僅可以下降自殺行為發生還可以讓阿嬤繼續有效的在醫院做疾病治療，不因心理問題影響了生理疾病的治療，讓醫療環境及醫病關係更加安全。



編後語

吳佳儀 總編輯
國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所 副教授
社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心 理事 / 顧問

大家年終平安！本期很快地來到了今年第四季，令人感到時間飛逝～彷彿自殺防治法才剛通過，卻已施行滿一年半了。這一年半以來發生了撼動世界的COVID-19 新冠肺炎疫情，全球在心理健康與自殺防治工作上更加嚴陣以待。本期發生了許多台灣自殺防治學會創會以來的重要事件，包括：辦理 IASP 國際自殺防治協會亞太大會（第一次採虛擬實體混合型會議、第一次在台灣舉辦）、編纂衛福部第一本自殺防治年報、完成衛福部“網路自殺防治工作”期中報告等，更重要的是 - 本期持續針對國內各界重視的青少年自殺議題，邀請本會理監事、相關領域專家學者暨會員提供寶貴的意見，期能呼籲

校園、心理衛生、醫療與健康照護等跨領域人員建立共識，讓更多可能影響自殺高風險青少年的工作者或親朋好友們掌握時機、化危機為轉機，進而降低風險。值得一提的是，本期收錄了許多 IASP 參加者心得，也持續收集投稿者在自殺防治有關工作歷程中的心得分享，每每在閱讀完這些文章都會令我心有所感，仔細品味分享者的故事或想法，期盼能繼續讓更多社會大眾知道，自殺防治要靠大家的努力一起往前行，不分職業、不分年齡、不分場域，大家都能有所貢獻，願來年台灣自殺防治工作更加順利、自殺率亦能持續下降。

交流園地歡迎您來信投稿

交流園地不僅是讓相關自殺防治工作同仁可以分享彼此心情及訊息互動的地方，更是讓一般民眾可以了解自殺防治實務工作之情形，及得知最新消息的專欄。歡迎各地與自殺防治工作相關之心理衛生工作人員，來投稿與我們分享您在自殺防治工作過程中的相關經驗或甘苦談。來信投稿請寄到 edu.tspc@tsos.org.tw，通訊編輯小組收，字數約 600 字。



學會公告



- § 各位會員之聯絡資料如有變更，敬請撥冗與本會秘書處聯繫，以確保重要訊息不漏接。
- § 自殺防治需要大家共同參與，歡迎加入會員，本會亦接受個人捐款，邀請您一同推動自殺防治！
- § 為持續會務推動，敬請尚未繳納常年會費之會員利用郵局郵政劃撥惠予繳納。
本會亦接受個人捐款，敬請利用郵政劃撥方式，並於通訊欄註明「捐款」郵政劃撥帳號：
50086539 戶名：社團法人台灣自殺防治學會
(如有任何問題，請洽詢本會秘書處。聯絡電話：02-2381-9500)

自殺防治網通訊

第十五卷第四期

社團法人台灣自殺防治學會

發行人／理事長：李明濱
常務理事：周煌智、陳俊鶯、廖士程、
賴德仁
理事：吳佳儀、呂淑妤、周元華、
張家銘、張書森、陳恆順、
黃敏偉、楊聰財、蕭雪雯、
顏永杰
常務監事：呂淑貞
監事：方俊凱、陳碧霞、鄭宇明、
龍佛衛
秘書長：詹佳達
副秘書長：王禎邦、吳恩亮、陳宜明、
陳偉任、張清棊、楊凱鈞、
戴萬祥

編輯委員會

總編輯：吳佳儀
副總編輯：詹佳達
編輯委員：王禎邦、吳恩亮、孫凡軻、
張清棊、陳宜明、楊凱鈞
編輯顧問：周元華、張家銘、陳俊鶯、
陳恆順、陳映燁
助理編輯：呂雯、蕭逸

全國自殺防治中心

主任：李明濱
副主任：陳俊鶯
執行長：廖士程

發行：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心
編輯處：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：tsos@tsos.org.tw
學會網址：http://www.tsos.org.tw
珍愛生命打氣網：http://www.facebook.com/tspc520