



非精神醫療單位病人自殺防範---參考作業指引

注意：本指引僅供一般參考使用，並非針對個別病例之指示，亦非公認標準規範；

醫事人員及醫療機構仍須依實際狀況與專業判斷，執行醫療照護。

壹、前言

自殺事件會影響家屬及社會，若發生地點在醫療機構內，將衝擊照護團隊、機構，甚至衍生法律問題。台灣病人安全通報系統 2005 年至 2010 年 10 月收案之通報事件共有 906 件自殺/企圖自殺事件，其中死亡 61 件，造成重度以上傷害者 201 件。發生醫療機構別以醫院 581 件最多，其次為精神科醫院 220 件，自殺行為者主要為病人/住民（886 件），其餘 20 件為一般民眾、員工、家屬、訪客之自殺。

在病人/住民自殺行為 886 件中，發生於醫院非精神科之事件數有 337 件，死亡件數 42 件(佔 12.5%)，重度以上事件 96 件(佔 28.5%)，事件發生後的嚴重程度高於醫院精神科(死亡 3.5%，重度以上 18.9%)及精神科醫院(死亡 1.8%，重度以上 18.6%)。醫院非精神科病人自殺死亡事件 42 件中，就醫類型為住院者 31 件，急診 4 件，門診 3 件；就醫科別以內科病人 21 件為最多，其次為外科 4 件，腫瘤科、家庭醫學科各 3 件，骨科 2 件。



事件發生可能原因部分，通報機構認為發生可能原因以與病人生理及行為因素相關者為最多，每 100 件事件有 93 件，主要為病人情緒不穩、受病情影響；而與溝通因素相關每 100 件事件有 28 件，主要為病人與家屬溝通不良、病人與醫護團隊溝通不良等因素。

綜合以上分析，非精神醫療單位相較於精神專科照護單位，有較高的自殺/企圖自殺通報事件數，發生後的嚴重程度也較高。精神醫療單位由於其病人及照護特性，普遍設有預防自殺作業流程、門禁、個人物品管制及環境安全防護；而非精神醫療單位人員在日常作業過程中，亦有可能接觸到精神相關疾病個案與自殺高危險者，照護團隊可透過強化自殺高危險群的鑑別、溝通與轉介機制，加強環境安全、及早發現、即時介入，以預防相關行為發生，共同建構具持續性與支持性的自殺防治網絡。

貳、 目的

強化非精神醫療單位之醫療人員鑑別、轉介自殺高危險個案的知能與面對自殺高風險個案的溝通支持技巧，提升環境及病人安全。

參、 適用對象與範圍

非精神科之病房、門診、急、重症單位等相關醫療人員。



肆、 參考指引

一、 依機構之特性及需要，參考風險管理原則，檢視設備及環境

- (一) 頂樓、陽台等高處場所出入口有安全防護設計及管理。
- (二) 透過環境介紹與在職教育，使醫療照護團隊成員了解可能被運用於自殺的設備(如：窗簾拉繩、可吊掛支撐的門、掛架、櫃子、可供繩子穿越處)。經評估有較高危險性者，宜改用具安全設計的裝置或考慮移除。

二、 建立並宣導自殺高危險因子、評估自殺高危險群與轉介機制

- (一) 宣導「自殺防治守門人」概念，訓練醫療團隊成員辨識自殺高危險因子：
 - 1. 慢性生理疾病族群(如：長期洗腎、慢性疼痛、癌症、中樞神經系統及自體免疫疾病等)有較高比率的心理疾患，尤其是憂鬱症，自殺危險性也較高。相關照護、急重症與末期照護單位人員應接受憂鬱症與自殺防治教育訓練。
 - 2. 癲癇病人有較高的自殺率；進展性惡性腫瘤者在診斷為末期的當時以及前二年的自殺危險性最高；年輕族群中，感染人體免疫不全病毒及愛滋病者會提高自殺危險性。



3. 自殺死亡者的社會人口因子：

- (1) 性別：男性多於女性。
- (2) 年齡：65 歲以上或 15~30 歲者。
- (3) 婚姻狀態：離婚、喪偶或單身者。
- (4) 職業：失業者或特定職業(如：醫療或農事工作者)

(二) 依單位特性訂定自殺評估及再評估標準流程與轉介啟動時機：

1. 使用篩檢工具如：簡式健康量表(BSRS-5)為探尋心理衛生需求的篩檢工具，內含 5 項題組及 1 項附加題，簡短而易於執行，在不同族群間亦獲良好之信效度，適用於一般社區，也可於醫療及精神相關機構使用。可協助醫護人員掌握病人的心理狀態與照護需求（詳見附錄）。
2. 自殺高危險群病人入院時、病人被告知疾病診斷、變化(如癌症、HIV)或其他生活事件(如失業、經濟壓力、離婚、感情困擾、重要事物喪失)後，若引發適應障礙(如憂鬱、絕望、沮喪、憤怒)，為進行自殺評估的時機。
3. 轉介或照會的時機：有精神疾病、有自殺之過去史、有自殺、酗酒、精神疾病之家族史、提及自殺意向、缺乏社會支持系統。



- (三) 透過通報機制並運用通報資料，定期檢視單位自殺防治流程是否符合需求，如巡房探視方式與頻率，自殺評估/再評估作業流程規範之適用性，並查核執行情形。

三、 自殺高危險個案之照護、溝通與支持

- (一) 有自傷或傷人顧慮的個人物品(如：水果刀、吹風機、電源線)，可以安全託管方式，降低住院期間發生病人自傷或傷人行為。
- (二) 避免讓有自殺傾向的病人獨處，陪伴者如需離開，宜主動告知照護團隊人員。
- (三) 宜配合住院病人心理狀態調整治療計畫及請假原則，視需要可調整床位就近照顧。
- (四) 因應病人自殺傾向而調整的防範機制，應以同理態度詳細溝通，避免引起對立。
- (五) 秉持謹慎、尊重的態度，傾聽、同理以提供情緒支持，避免批判其想法，並持續評估其自殺意念的頻率與嚴重度，轉介(或照會)精神科醫師、諮商心理師、社工師提供相關資源，並納入住院病人出院計畫考量。
- (六) 如需轉介，耐心解釋轉介的原因，讓當事人明瞭，轉介與提供支持資源是為了幫助他而非擺脫他。



(七) 聯繫病人的親友或陪伴者，提供自殺防治衛教，包含：危險環境及危險物品認知、鼓勵親友多陪伴當事人，提供支持與正向力量。同時需注意他們的需求與情緒，避免責難或引致內疚感。

(八) 若不易邀請家屬共同參與防範計畫，應加強醫療團隊參與度，並依病人實際狀況增加探視頻率。

(九) 自殺初步防範措施可由護理人員執行，但潛在的問題必須由醫療團隊共同深入處理，採行的防範措施宜予以記錄。

四、 建立支持性的醫病關係與醫療照護團隊合作

(一) 醫護團隊成員主動關心病人及家屬，建立互信、具支持性的醫病關係，鼓勵病人表達、抒發負面情緒。

(二) 由人文關懷角度出發，鼓勵團隊成員互相支援，進而關懷病人。

(三) 院內自殺事件不幸發生後，提供當事人、家屬、親友、鄰近病友輔導與支持，亦需關懷照護團隊同仁，避免自殺效應累積，機構可提供諮商輔導相關資源與管道。

伍、 評估方法

一、 進行院內自殺事件通報，定期檢視通報結果，瞭解可能原因及風險，並根據通報事件分析結果，檢視、修訂單位自殺防範機制。

▲建議指標：院內自殺事件發生間隔天數



陸、 參考資料

1. 台灣病人安全通報系統，<http://www.tpr.org.tw>
2. 自殺防治中心，<http://www.tspc.doh.gov.tw>
3. 吳文正。(2010)。自殺傾向者的溝通與支持。醫療品質提升論壇系列21 自殺事件－從醫院到社區。
4. 廖士程。(2010)。自殺防治－及早發現，立即介入。醫療品質提升論壇系列21 自殺事件－從醫院到社區。
5. 廖士程。(2010)。臨床醫師與自殺防治。憂鬱症照護知能與自殺防治研討會。
6. 劉嘉逸。(2010)。憂鬱症之臨床診斷與治療指引。憂鬱症照護知能與自殺防治研討會。
7. 李明濱等。(2009)。心情溫度計。全國自殺防治中心。
8. 國立臺灣大學醫學院附設醫院。(2007)。護理作業規範及程序：自殺防範。
9. 李明濱等。(2006)。自殺防治系列（二）自殺防範指引手冊。全國自殺防治中心。
10. World Health Organization. Suicide Prevention
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/



[en/index.html](#)

11. The Joint Commission.. (2010). A follow-up report on preventing suicide: Focus on medical/surgical units and the emergency department.http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_46_a_follow-up_report_on_preventing_suicide_focus_on_medical_surgical_units_and_the_emergency_department/
12. The Joint Commission.(2010). Inpatient Suicides: Recommendations for Prevention.
http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_7_inpatient_suicides_recommendations_for_prevention/
13. Chang CM et al.(2009). Gender differences in healthcare service utilisation 1 year before suicide: national record linkage study. *Br J Psychiatry*, 195, 459-460.
14. Jeffry. S. Janofsky.(2009). Reducing Inpatient Suicide Risk: Using Human Factors Analysis to Improve Observation Practices. *J Am Acad Psychiatry Law*, 37, 15-24.
15. Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, Inc. (1996). Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality.



柒、 附錄

一、 簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale,BSRS-5) 介紹

台大醫院精神科李明濱教授等人引進 Deregatis 所編著之精神症狀量表，修訂並簡化為簡式健康量表(BSRS-5，又名心情溫度計)。目的在迅速了解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務。不只適用一般社區，也可於一般醫療及精神相關機構使用。原設計為自填量表，亦可經由電話訪談完成，因此認識中文字或聽懂中文發音者之大部分民眾，均能適用(國小以下孩童，因受限其認知能力，且尚未有進一步之研究，因此暫不適用)。內含 5 項題組及 1 項附加題：

前 5 題分別測量焦慮、憤怒、憂鬱、自卑與失眠等常見心理困擾嚴重度，每一題皆與憂鬱、焦慮、敵意與人際關係有高度相關，也曾不同族群印證信效度。每 1 題以 0 到 4 分評量，總分為 0 到 20 分，依據得分可分為 4 個等級，10 分以上為中度以上的情緒困擾，建議尋求心理諮商、接受專業諮詢、輔導或治療。第 6 題為單項評分之附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但第 6 題評分為 2 分以上(中等程度)時，宜考慮轉介至精神科治療或接受專業諮詢。

注意：其評分結果僅供個人或專業醫療團隊之參考，非做為診斷之用，並應避免不必要之標籤化或汙名化效應。



二、簡式健康量表的內容及評分方法

請您仔細回想在**最近一星期中（包含今天）**，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

問題/分數	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，例如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
6. 有自殺的想法*	0	1	2	3	4

【1~5 題總分】

0~5 分：一般正常範圍，身心適應狀況良好。

6~9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10~14 分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

15 分以上：重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療，如各縣市精神醫療院所或心理衛生中心。

【第 6 題(有無自殺意念)單項評分】

本題為附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。