

台灣自殺防治十年回顧檢討與展望

廖士程^{1,2} 李明濱^{1,2,*} 龍佛衛^{2,3}
張家銘^{2,4} 吳佳儀^{2,5}

自殺死亡自1997年起進入台灣十大死因之列，並於2006年達到近年高峰，該年自殺粗死亡率為每十萬人19.3人。為因應嚴峻形勢，政府於2005年成立全國自殺防治中心，擔任推動全國性自殺防治工作之整合平臺。我國自殺防治策略，包含全面性、選擇性與指標性策略，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過臨床研究與資訊分析之實證基礎為策略依據。自2007年起自殺死亡率呈現下降趨勢，至2010年退出十大死因，於2011年由世界衛生組織定義之高自殺死亡率國家進入中度之列。未來除持續推動國家自殺防治策略外，將繼續深植「珍愛生命、希望無限」的精神於各領域，貫徹「思維全球化」、「策略國家化」、「行動在地化」的目標，以達成「自殺防治人人有責」、「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。(台灣衛誌 2015; 34(3): 227-239)

關鍵詞：台灣、自殺、自殺防治、生命統計、公共衛生

前言

世界衛生組織於2014年9月出版名為「自殺防治：全球要務」(Preventing Suicide: A Global Imperative)之世界自殺報告指出：全球每40秒就有一人自殺身亡，自殺身亡者週遭親友及社區將承受沉重而深遠的衝擊，而自殺也是全球15-29歲年輕族群第二號死因[1]。二十一世紀全球公共衛生重點工作之一為自殺與重鬱症的防治，依據世界衛生

組織的報告預測，在西元2020年時，全球十大死因當中，自殺將排名第九位(已開發國家為第八位)，而全球衛生負擔，以「生命損失年數」與「伴隨殘障存活年數」合起來估算，最高的十大「疾病與傷害」當中，重鬱症將排名第2位，僅次於缺血性心臟病，而自殺行為與精神疾病，尤其是重鬱症與酒癮、藥癮，關係更為密切[2]。台灣近年自殺問題為學界及民眾關切之重要議題，本文將著重自2005年開始迄今之「全國自殺防治中心」計畫為論述及資料呈現之核心，以及未來防治工作之挑戰為主軸，做一簡要之回顧與前瞻。

台灣自殺問題近況

台灣近年自殺死亡率由1994年開始逐漸上升(圖一)，自1997年起自殺進入國人十大死因之列，2003年至2006年自殺死亡率上升速度增加，並於2006年達到近年高峰，自殺粗死亡率為每十萬人19.3人，2006年共有4,406位國人不幸自殺身亡，全國性之自殺

¹ 國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部心身醫學科

² 社團法人台灣自殺防治學會

³ 台北市立聯合醫院松德院區

⁴ 林口長庚紀念醫院精神科

⁵ 國立台灣大學醫學院護理學系所

* 通訊作者：李明濱

聯絡地址：台北市中正區中山南路7號

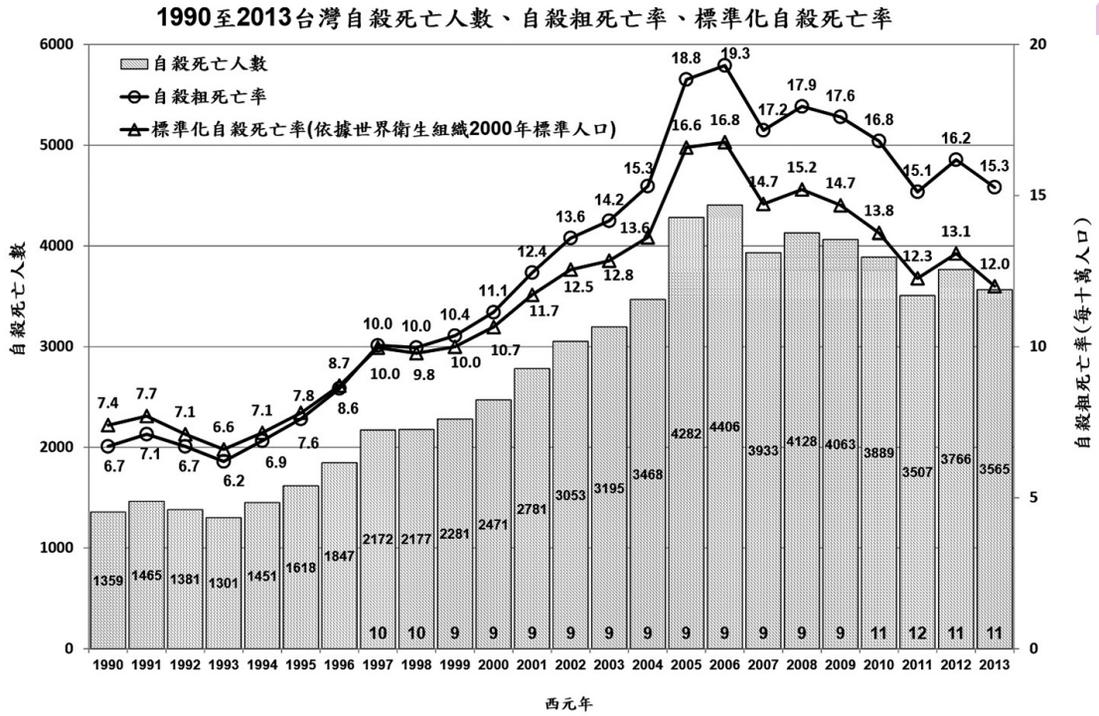
E-mail: mingbeen@ntu.edu.tw

投稿日期：103年12月16日

接受日期：104年5月13日

DOI:10.6288/TJPH201534103131





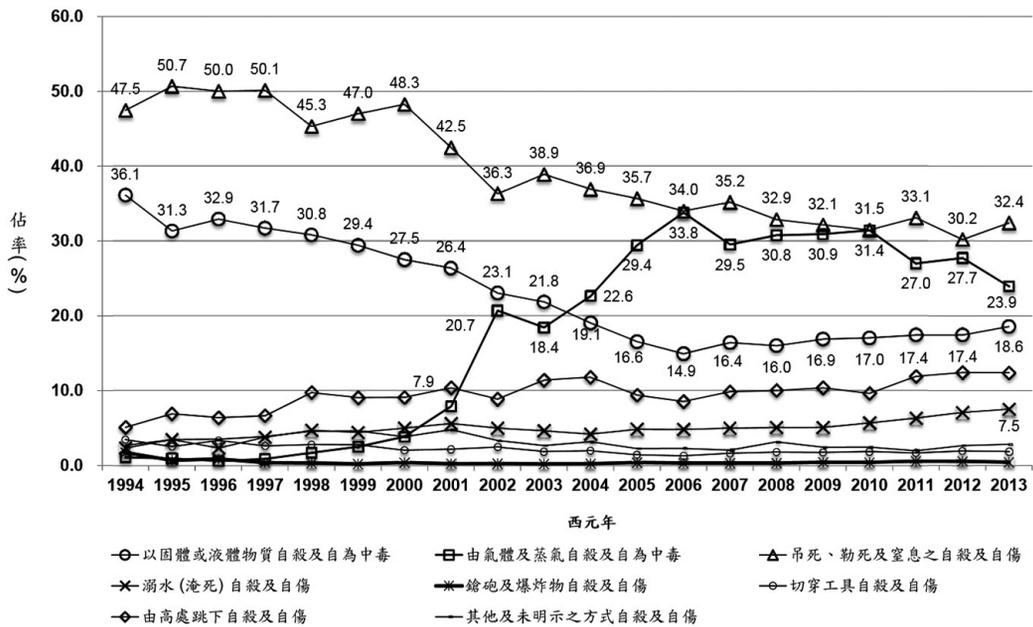
圖一 1990年至2013年台灣自殺死亡人數、自殺粗死亡率、標準化自殺死亡率

防治工作刻不容緩。為因應嚴峻形勢，政府於2005年成立全國自殺防治中心，推動全國自殺防治業務。台灣民眾自殺死亡率自2007年起呈現逐漸下降趨勢，至2010年自殺死亡退出國人十大死因之外，2011年退至第12名，該年自殺死亡人數共3,507人，粗死亡率為每10萬人口15.1人，標準化死亡率為每10萬人口12.3人，根據世界衛生組織定義自殺死亡標準化率每十萬人口13人以上為自殺高盛行率，意即台灣於2011年由高度自殺死亡率國家進入中度盛行率區域之列。2012年自殺死亡人數共3,766人，與2011年相比呈現上升趨勢，但仍低於2006年台灣自殺死亡人數高峰。根據2013年國人死因統計結果，該年自殺死亡人數計3,565人，與最高峰2006年自殺死亡人數4,406人，減少841人(降低19%)(圖一)。

就人口學特徵而言，台灣男性自殺死

亡率大於女性，年齡分層越高，自殺死亡率越高，而近年自殺死亡率變動受25至44歲壯年男性以及45至64歲中年男性死亡率增減影響最大。國人自殺死亡方法，依據2013年最近統計資料，是以上吊為主之「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」最多(佔所有自殺死亡方法32.4%)，其次是以燒炭導致之一氧化碳中毒為主之「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」(23.9%)，再者以農藥或除草劑為大宗之「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(18.6%)，以及以墜樓為主之「由高處跳下自殺及自傷」(12.4%)(圖二)。台灣近十年來自殺死亡率之陡增與緩降，與使用燒炭為主之「由其他氣體及蒸汽自殺及自為中毒」自殺方法相關最為密切[3]，該方法於公元2000年之佔率為3.8%，至2006年已達33.8%，幾近於該年度上吊之比例(34.0%)(圖二)。

1994年至2013年台灣民眾自殺死亡方式趨勢圖



圖二 1994年至2013年台灣民眾自殺死亡方式趨勢圖

自殺死亡的相關因素

一、自殺行為的危險因子

自殺行為有社會、經濟、文化、心理、以及生物性之複雜成因與背景，絕非單一危險因子可以解釋其發生率之變異。整體而言，自殺的危險因子(risk factors)可分為遠端因子(proximal factor)以及近端因子(distal factor)。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括心理社會危機、精神科疾患、身體疾患、致命工具可得性、以及模仿效應等[4]。過去文獻指出：曾經企圖自殺未遂之個案，日後自殺身亡之標準化死亡比(standardized mortality ratio, SMR)為40倍，高於重度憂鬱症(重度憂鬱症患者自殺死亡之SMR = 20)。一個人過去曾有過自殺企圖或自傷行為，是目前已知導致自殺死亡的危險因子中最顯著的一個因子[5]。就人群歸因成分(population attributable fraction, PAF)觀點，舉例而言，

將吸菸視為癌症死亡的危險因子，其PAF可以接近60%[6]，然而將企圖自殺未遂視為自殺死亡的危險因子，其PAF僅有7.2%至22.9%[7]，足見自殺防治工作艱鉅，需要多層面防治工作介入，不僅需要有針對高風險個案防治策略(high-risk strategies)，針對一般大眾防治策略(population-based strategies)亦不可偏廢[7]。

二、自殺行為的保護因子

相較於危險因子，國際間對於自殺保護因子(protective factors)的研究較少，我國有關這方面的實證資料亦非常有限。然而，保護因子與危險因子兩者的交互作用，最終會影響一個人是否會自殺的結果[8]，保護因子是自殺風險評估(suicide risk assessment)常見的內容之一，也是許多國家臨床照護指引(clinical practice guidelines)評值面向的一部分，臨床醫療人員的早期評估有助於強化個人、社會、文化或醫療等層面對自殺行為的保護作用，值得重視。所謂自殺保護因子，

是指能夠達到促進個人成長、穩定發展與得到健康等目標之能力、特質、或個人及環境資源，增強保護因子有助於降低自殺風險[9]，評估保護因子亦可協助個案找出其潛力與韌性(resiliency)以緩衝個人面臨的自殺危機。依據國內文獻指出，自殺保護因子大致可分為個人身心面向、社會文化面向與健康照護面向等三大類別[10]。簡言之，個人面向強調個人特質、正向心理健康與調適、良好生活習慣與社交技巧，例如具有求助意願及傾向、認知彈性、擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感等；社會文化層面包括社會支持、社會關係與責任對自殺個案的保護性，例如與家庭或社會的人際連結、來自他人或宗教的持續支持、社會義務與責任感等；而健康照護面向則是指醫療或心理健康服務對個人的保護作用，例如醫療資源的可近性、良好的醫病關係、持續的醫療支持來源等。其中，國內學者針對自殺企圖者的求助行為研究指出：提升個案的心理支持與社會網絡兩者，明顯與強化個案求助於非正式幫助來源(informal help sources)與正式醫療服務(formal service engagement)的行為顯著相關[11]，個人層次的求助意願與求助行為可能對自殺企圖或自我傷害存在保護作用，雖然此保護因子的因果關係尚待驗證，然而若自殺防治守門人的概念得以落實，藉由守門人積極關懷、正向支持、強化人際網絡等作法，應對於提升個案就醫或促進個案求助於親朋好友等可能降低自殺風險的結果，有所助益。守門人在國內外已是一個重要的自殺防治策略[12]，以護理師守門人為例，國內實證研究指出藉由互動式討論團體的訓練方式[13]，可增進護理師對於自殺危險因子與保護因子的認知與評估能力，以扮演臨床病患守門人的角色，進一步促進自殺高危險群的求助意願。因此，守門人的訓練將有助於未來在實務上強化個案上述各項可能的保護因子作用，以降低個案之自殺風險。

三、台灣自殺相關因子研究

回顧台灣自殺相關文獻，台灣民眾

自殺死亡之相關因子，若以心理解剖學(psychological autopsy)以及個案對照研究法估計勝算比(odds ratio, OR)，回顧自殺死亡者生前精神疾病狀態以及社會心理特質，呈現與西方研究結果相近之危險因子，其中包括重度憂鬱發作(major depressive episode)(OR = 41.2)、生活失落事件(loss events)(OR = 6.1)、情緒不穩定之性格傾向(OR = 4.3)、以及物質使用疾患(OR = 3.2)等[14,15]。若以健保資料庫連結死亡檔之回溯性分析研究為例，研究指出台灣自殺死亡之個案，於死亡前一年之健保申報資料中，曾有精神科疾病診斷之比例為男性30.2%，女性48.0%[16]。就巨觀之心理社會、文化、經濟以及地理環境因素，過去台灣本土研究曾報告台灣自殺死亡率之變異與失業率顯著相關[17-19]。曾有研究利用橫跨過去近30年時間序列資料，呈現台灣失業率「絕對值」每增加1%，45-64歲男性自殺死亡率增加4.9%[17]。此外，如常見精神疾患之盛行率[20]，鄉鎮城市為單位之家戶收入中位數、單親家庭比例、人口密度[21]，空氣汙染程度[19]，溫濕度及氣壓等[19,22]，都曾有研究指出與自殺死亡率之變異顯著相關。就自殺的模仿效應而言，曾有本土研究指出影視名人自殺事件報導及其對於自殺死亡以及企圖未遂方法之模仿效應[23-25]，燒炭自殺死亡方法之媒體批露對於自殺死亡率變動之顯著影響[26]，以及新興自殺方法之流行風潮等[27]。其他比較特殊的相關因子還包括不同種類公益彩券中獎情況與其後自殺死亡率短期變異之顯著相關[28]，自殺方法關鍵字網路搜尋頻率與該方法死亡率顯著相關等[29]。整體而言，自殺行為之危險因子分布廣泛，並無單一決定性之危險因子，必須藉由多層面介入方法[30,31]，並依照公共衛生三段五級模式擬定相關防治策略[32]。

國家自殺防治策略推動

一、當代國家自殺防治策略

我國自殺防治策略，符合當代世界自殺防治工作思潮，主要分為三個層面擬定

方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)策略[31-34]。全面性自殺防治策略之標的為全體民眾，涵蓋導正媒體報導、減少致命性物品之可近性[35]、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，以守門人(gatekeeper)工作推廣為核心方法[30,36]，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關懷自殺企圖者[37]，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，以防止其再度企圖自殺。

二、設立全國自殺防治中心

為有效降低國人自殺死亡率，行政院於2005年5月核定「全國自殺防治策略行動方案」第一期計畫，計畫期程為2005年至2008年，計畫期間以委託經營方式成立國家級「全國自殺防治中心」，在此期間，由「台灣憂鬱症防治協會」承接該中心之營運運作。該中心為全國性自殺防治工作最高指導機制「行政院心理健康促進及自殺防治會報」中協助執行幕僚工作，亦擔任全國性自殺防治工作之整合平臺，協助各縣市衛生局、精神醫療網核心醫院及相關自殺防治機關(構)等，推動以下措施：(一)依據全體民眾、高風險群及企圖自殺未遂者不同對象，推動全面性、選擇性及指標性自殺防治策略；(二)試辦先導區及推廣區計畫，並將其自殺防治個案關懷模式經驗，推展至各縣市；(三)辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，做為政策研擬之參考；(四)自殺危險性評估工具發展；(五)資源及衛教手冊編訂；(六)專業人員教育訓練；(七)協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；(八)促成國際交流合作等。此外並開辦0800788995免付費24小時安心專線，建置自殺未遂個案通報關懷系統，擇定11個縣市試辦先導區及推廣區計畫，推動自殺防治

守門人訓練等重點工作，推動「自殺防治、人人有責；網網相連、繼往開來」之理念。

三、持續推動全國自殺防治工作

第一期計畫執行成效經檢討評估，開始執行「全國自殺防治策略行動方案」第二期計畫，期程為2009年至2012年。修正後精神衛生法已於2008年7月正式施行，自殺防治業務業已成為各縣市政府衛生局社區心理衛生中心之業務項目，故第二期計畫重點工作包括：由先導區及推廣區擴展至全國，強化各縣市層級自殺防治工作之推動，提升社區心理衛生中心功能，以落實推動第一期計畫於先導區及推廣區之試辦經驗。在此同時由「台灣自殺防治學會」承接「全國自殺防治中心計畫」，進一步結合醫事專業、心理學、衛生教育、社會工作、流行病學、統計資訊、健康傳播等專業人員及該領域之意見領袖，並與其他自殺防治相關專業學協會共同合作，以當代自殺防治策略之全面性、選擇性、與指標性三大向度作為主軸，以促進醫療及非醫療體系之自殺防治網絡整合為手段，透過資訊分析之實證基礎為策略依據，推動全國自殺防治工作。自2013年至2016年行政院核定中之「國民心理健康計畫」，除了沿續推行有年之國家級自殺防治策略之部份內容外，更著重於心理健康促進相關工作。

四、落實早期篩檢自殺風險

我國自殺防治中心在自殺風險的篩檢策略方面，採用「心情溫度計」(Five-item Brief Symptoms Rating Scale, BSRS-5)作為簡短便利的心理健康篩檢工具[38]，藉此各縣市得以早期辨識通報自殺企圖者的近期心理健康狀態，拜網路普及化之賜，民眾亦可藉由BSRS網路版自我施測以發現常見的心理疾病症狀(如明顯的睡眠問題、心情低落、焦慮不安、易怒情緒、自認不如人等)，強化個人自我求助的可能性。此外，為評估自殺企圖者是否具有較高的再自殺風險，國內文獻指出可利用一簡明量表-「悲傷的人」

(The Chinese SAD PERSONS Scale, CSPS) [39]評估十個與自殺危險因子有關的項目，以早期介入措施以提升個案心理健康、增強保護因子、降低再自殺或自殺身亡的風險。未來在國家自殺防治的發展策略方面，理想上宜結合上述兩個方便有效的工具，提供民眾與醫療人員一個具有完整性、簡便性的自殺風險篩檢工具，同時掌握冰山一角之下未見於醫療場域的自殺高危險群(如已自傷/自殺但不求醫者)之心理健康與自殺風險，進一步落實早期防範、早期治療的自殺防治理念。

自殺防治策略相關指標變化趨勢

一、自殺防治工作成效評估指標

依據「2020健康國民白皮書」記載[40]：自殺死亡原因複雜而多變，牽涉之因素十分廣泛，而導致趨勢預測不易。基於變異不確定性，防治工作成效評估，除參考制式衛生統計當中標準化自殺死亡率以及變化趨勢外，與自殺防治相關環環相扣各種階段要素，為更重要的評估參考。綜觀世界先進

國家指標評估時程，如日本、英國以及芬蘭等，多以前瞻性之10年為期訂定努力之目標的，以作為政府以及民間共同勉勵之方向。

二、金融風暴、失業率、以及自殺死亡人數

自2008年9月以來，世界性金融危機以及經濟衰退蔓延，台灣在全球化浪潮下亦難置身風暴之外，失業率於2008年金融風暴後由4%上升至6% (圖三)。觀察台灣1996年第一季至2013年第一季失業率與自殺死亡之趨勢，國人自殺死亡人數於2005年第一季陡增，而自2008第三季失業率大幅上升，然而自殺死亡人數並未隨之大幅成長，甚至仍維持持續下降之趨勢(圖三)。若考量文獻指出失業率與自殺死亡率之相關性，以及在全球金融危機衝擊之下，失業率升高與自殺死亡率變動呈現相當程度之正相關[41]，若能排除如燒炭等新興流行自殺方法之自然起落趨勢[27]，台灣短期自殺死亡率未隨失業率上升，推測有可能與長期推動之自殺防治策略，或是近年因應金融危機以及經濟衰退之相關作為有關，然而仍需密切注意長期趨勢



圖三 1996年Q1至2014年Q2台灣自殺死亡人數及失業率趨勢圖

以及社會經濟變遷對於國人自殺死亡風險之延遲性影響。

三、自殺未遂民眾通報關懷服務成效

自2005年全國自殺防治中心成立後，隔年即建立全國自殺企圖者通報系統，各縣市心理衛生專責單位培訓關懷訪視員，針對醫院通報之自殺未遂個案，進行通報後72小時內的即時關懷訪視服務，至今已近十年，而且目前仍持續執行當中。本研究團隊分析2006至2008年三年期間，全國自殺未遂個案的再自殺企圖率與再自殺死亡率，發現曾接受過關懷訪視者，較未曾接受過關懷訪視者，有較低的再自殺企圖率(差距32.3%)與再自殺死亡率(差距48.2%)[42]。此外，自殺未遂通報以及後續關懷服務，對於上吊、燒炭、以及農藥中毒等台灣民眾常見自殺死亡方法，有較高的保護效果[42]。個案被通報後是否有受到關懷服務，可能是一項避免後續自殺行為的保護因子，未來需要更多的資料，佐證有接受過關懷者，不容易再出現自殺行為之現象，是否因為通報關懷服務系統的介入降低了自殺死亡特定的危險因子[43]。整體而言，自殺防治工作之推行，與心理衛生體系以及社會安全體系功能之充分發揮密切相關，台灣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針對多層面高風險個案「網網相連」的有效功能性連結，以提供完整而持續之關懷服務。尤其對於過去曾有自殺嘗試或曾自我傷害之族群而言，本土資料發現此高危險群由於再自殺方法的致命性與重複性高，特別是男性、老人以及重複間格期短者(如一個月內再自殺)，短期密集介入關懷訪視對於預防多次自殺企圖者自殺身亡之悲劇，應能有危機防範或風險降低的效果。

四、歷年「心理健康及自殺防治認知與行為調查」趨勢

為評估全國民眾對於自殺防治之態度及認知，建立民眾自殺防治的觀念，並作為評估自殺防治策略成效，特別是「全面性」以及「選擇性」策略實施成效的參考依據，全國自殺防治中心每年都會針對台灣地區年滿15歲以上民眾，進行電腦輔助電話訪問(Computer-assisted Telephone Interview, CATI)。抽樣方法以縣市為分層單位採分層比例隨機抽樣，每年完成之樣本數為2,000人左右，調查完成後並依據性別年齡分層，進行事後分層加權(Post-stratification weighting)，在95%信賴水準下，抽樣誤差大約在±2.1%以內。表一列舉2008年至2014年部分電話訪問題目民眾回答之分布[43]。其中「台灣社會的自殺問題嚴不嚴重」一題

表一 歷年「心理健康及自殺防治認知與行為調查」部分題目結果分布趨勢

電話訪問題目	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
台灣社會的自殺問題嚴不嚴重(%)							
嚴重	74.80	70.60	70.40	68.80	69.20	67.50	66.80
不嚴重	14.40	16.60	19.00	20.90	19.60	24.10	23.00
近一年有無看過聽過自殺防治的相關資訊(%)							
有	35.60	42.50	49.40	49.90	50.10	46.70	49.40
沒有	64.40	57.50	50.60	50.10	49.90	53.30	50.60
自殺防治工作，自己可不可以幫得上忙(%)							
可以	55.50	49.60	54.30	61.10	55.80	62.20	61.20
不可以	33.80	36.20	33.60	28.90	32.00	31.30	30.80
「心情溫度計」量表總評分結果(%)							
6分及以上	9.20	8.70	6.90	7.80	6.90	7.30	6.60

旨在測量民眾對於台灣自殺問題之普遍感受，2008年台灣15歲以上民眾有74.8%民眾覺得嚴重，於2014年之調查呈現有66.8%認為台灣自殺問題嚴重，有逐年降低之趨勢。

「心情溫度計」總評分結果，旨在呈現國人普遍之情緒困擾分布，歷年資料顯示具有情緒困擾問題民眾之比例，有逐年降低趨勢。

「近一年有無看過聽過自殺防治的相關資訊」一題旨在測量民眾接觸自殺防治資訊之普及性，年度比較顯示，近幾年調查皆約五成左右民眾接觸過自殺防治相關資訊。「自殺防治工作，自己可不可以幫得上忙」旨在測量擴大民眾參與之成效，2014年之測量結果呈現61.2%民眾認為自己對自殺防治可以幫上忙，而且呈現逐年上升之趨勢。歷年「心理健康及自殺防治認知與行為調查」之結果，除了呈現國人自殺防治相關認知之變化外，藉由例如年齡層及地理區域之人口學分層分析，可以作為進一步鎖定標的族群，以精進「全面性」以及「選擇性」防治策略的參考。

挑戰與前瞻

一、自殺防治工作之挑戰

從理論或實務面，自殺防治工作可謂人人有責，需要政府與民間的共同參與，策略的制定與宣導應涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感。因為自殺行為的特性，世界各國自殺防治工作，均可能碰到如下五種困境：(一)目前仍無法非常有效地區辨「相對少數的身亡個案」與「相對多數的偽陽性個案」；(二)仍有相當高比例「偽陰性個案」無法被防治工作偵測到；(三)醫療及社會服務輸送仍無法觸及許多潛在高風險個案；(四)對於自殺行為的生物、心理、社會、文化等實證研究資料，要能夠應用在不同族群防治工作，仍需進一步的努力；(五)自殺防治相關體系與單位，垂直與水平整合，仍有進步空間[44]。展望未來，不可避免的社會變遷以及景氣循環衝擊，使得自殺防治工作之挑戰更為艱鉅[41,43]。曾有國外文獻指出：擷節政策(austerity measure)可

能伴隨失業率與自殺率升高[45]，而經濟衰退可能深化社會不均衡(inequity)及心理衛生問題；文獻指出南韓過去十年間收入不均衡倍增，與該國自殺率與憂鬱症盛行率增加相關[46]。

二、因應挑戰之具體策略建議

過去國內外學者曾提出因應策略包括：致命工具可得性之限制[35]，加速改善精神醫療照護體系、失業者之就業輔導計畫、家庭及親職支持計畫、控制酒價以及酒類的可得性、債務協商機、強化社會資本、以及媒體對於自殺議題適切的報導等[47]，凡此皆為台灣自殺防治工作未來之借鏡與警惕。台灣於實務推動上之精進作法，可以從「思維全球化」、「策略國家化」、以及「行動在地化」三個層面來論述：

(一) 思維全球化：國際層級學術合作交流

自殺防治工作為全球性之重大公共衛生問題，未來亞洲將是全球自殺死亡人數最多的區域。雖然各地國情迥異，對於自殺防治核心議題處理經驗，彼此相互師法參考有其重要價值。國際間自殺防治經驗之正確解讀與廣泛傳播，對於說服政府機關，民間壓力團體，以及各級民意機構，促進其正確態度及積極參與可能有相當助益。透過各種政府組織國際合作機制，以及獎勵民間組織參與國際活動，加強自殺防治國際學術交流，並積極與國際社會分享台灣自殺防治工作經驗，以提升台灣於世界公共衛生工作貢獻之能見度。未來的實證研究應回答下列問題：1.人們為甚麼會想自殺；2.如何精進能夠發掘與預測自殺風險的方法；3.那些介入方式可以有有效的預防自殺行為；4.那些機構或服務體系對於預防及處理自殺行為是有效的；5.在健康照護系統之外有何種預防性介入可降低自殺風險；6.自殺防治研究需要哪一些現有的和新的基礎架構(infrastructure)[48]。

(二) 策略國家化：中央層級自殺防治策略精進

「全國自殺防治中心」自2005年起，依據行政院頒布的「國家自殺防治策略行動方

案第一期計畫」，以委託民間專業學協會方式辦理，迄今已邁入第10年。國家層級自殺防治工作的推動，需落實跨部會整合網絡資源。「全國自殺防治中心」過去除了擔任整合全國自殺防治相關資訊之作業平台，並襄助衛生福利部心理及口腔健康司，執行全國自殺防治業務最高功能性機制「行政院心理健康促進及自殺防治會報」之幕僚工作。近年政府組織再造，已經將自殺防治重要核心機制之「衛生」與「福利」整合於單一部會當中，然而欲落實此二重要界面有效整合，以及在施政重點調整後仍就能夠永續經營，仍需進一步努力。未來應針對自殺防治相關業務，強化橫向合作互動機制，以「全國自殺防治中心」作為資訊整合及結合民間專業學協會資源的平台，以支持政策執行，促進跨領域合作默契。此外欲持續推動目前已呈現初步成效之國家自殺防治策略，並因應未來可能之挑戰，必須有良好的制度架構才能夠達成效果。透過民主程序制定相關法律，是促進良好制度架構能夠產生作用力不可或缺的要素。為了促進全民心理健康及自殺防治並永續推展，確保工作人員之權責及資源之分配，日本與韓國已相繼完成該國「自殺防治法」的立法工作，研擬屬於台灣的自殺防治法，推動包括公聽會等相關立法前置工作，是未來努力方向。

(三) 行動在地化：縣市層級工作推動增能

過去全國自殺防治中心，曾參與縣市自殺防治業務輔導訪查，累積經驗發現：各縣市自殺防治工作推動之組織架構、可用資源、以及優勢與挑戰，具有高度的差異。自殺防治業務的不確定性與民意壓力，除仰賴地方政府局處首長之優質領導力加以克服外，中央主管機關應由執行督導考核之「獎懲執行者」角色，逐步轉型為協助地方政府有效蒐集資料，業務推動增能，以及解決系統性問題之「問題解決專家」角色[49,50]。未來應藉由中央主關機關之政策工具，促進縣市層級自殺防治業務之跨局處整合，以及業務推動相關人員經驗之傳遞與延續，達到下列三項工作目標：(一)強化各縣市跨局處整合，建立類似「高風險個案」之整合性服

務機制，並有實際成果可供督考。進一步透過各局處之有效橫向聯繫與責任共享，化解各單位間面對困難個案時「劃分責任」之「負向反應」與「壓力感」，促進各單位「共同照護」之「正向態度」與「成就感」。(二)各縣市自殺防治工作第一線工作人員，包括關懷訪視以及精神疾病個案管理人員，能有穩定及可預期之聘雇及在職訓練督導機制。(三)各縣市政府，針對在地防治工作之特色與挑戰，以促進跨局處整合為出發點，整合並充份利用現有資源，產生加成協同綜效之方式，提出創新工作方案，中央主管單位應特別針對「六都」以外資源取得相對困難縣市特別支持，並將相關成果提供各縣市交流學習。

結 語

政府自2005年成立「全國自殺防治中心」推動全國自殺防治工作，已於2014年邁入第十年，在政府與民間合作下已見初步成效，因自殺是多重因素造成之悲劇，為生理、心理、社會及經濟文化環境等交互作用的結果，防治工作仍不可懈怠。未來除持續推動已見初步成效之國家自殺防治策略外，各級機構需發揮優質領導力，承擔工作推行之不確定性、提升跨部門合作之效能，化解本位主義之藩籬，藉由實證資料引領不同專業力量的投入與增能，透過立法將「珍愛生命、希望無限」的精神深植於相關領域，促進全國民眾共同努力迎接挑戰，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。

致 謝

本文依據行政院頒布「國家自殺防治策略行動方案」第一期計畫(2005-2008)、第二期計畫(2009-2012)、以及呈報中「國民心理健康計畫」(2013-2016)當中與「全國自殺防治中心」相關需求與規格作為主要架構，行政院衛生署(2005-2012)以及衛生福利部

(2013-2015)「全國自殺防治中心計劃」(衛生福利部計畫編號：101B3033、1000502C)以及台大醫學院(計畫編號：90F108-2)經費贊助。全國自殺防治中心戴傳文顧問，辦公室主任林素如女士，副主任暨研發組長賴欣瑋小姐，研發組員孔祥玲小姐，台大醫學院社區醫學研究群張芳綺小姐等，協助行政協調，資料彙整，以及圖表製作，謹此誌謝。

參考文獻

1. WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006;**367**:1747-57. doi:10.1016/S0140-6736(06)68770-9.
3. Pan YJ, Liao SC, Lee MB. Suicide by charcoal burning in Taiwan, 1995-2006. *J Affect Disord* 2010;**120**:254-7. doi:10.1016/j.jad.2009.04.003.
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;**373**:1372-81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X.
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;**170**:205-28. doi:10.1192/bjp.170.3.205.
6. Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al. Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2008;**18**:251-64. doi:10.2188/jea.JE2007429.
7. Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. *Br J Psychiatry* 1997;**171**:351-4. doi:10.1192/bjp.171.4.351.
8. Fowler JC. Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy (Chic)* 2012;**49**:81-90. doi:10.1037/a0026148.
9. U.S. Department of Veterans Affairs, Department of Defense (DoD). VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Available at: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf. Accessed November 13, 2014.
10. 吳佳儀：從個人面向強化自殺保護因子。自殺防治網通訊 2014；**9**：2-5。
11. Wu CY. Strengthening of the protective factors of suicide at individual level. *Suicide Prevention Center Newsletter* 2014;**9**:2-5. [In Chinese]
12. Ghoncheh R, Koot HM, Kerkhof AJ. Suicide prevention e-learning modules designed for gatekeepers: a descriptive review. *Crisis* 2014;**35**:176-85. doi:10.1027/0227-5910/a000249.
13. Wu CY, Lin YY, Chang MH, Huang LH, Chen SJ, Liao SC, Lee MB. Effectiveness of interactive discussion group in suicide risk assessment among general nurses in Taiwan: a randomized controlled trial. *Nurs Educ Today* 2014;**34**:1388-94. doi:10.1016/j.nedt.2014.03.015.
14. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000;**177**:360-5. doi:10.1192/bjp.177.4.360.
15. Cheng AT. Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995;**52**:594-603. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950190076011.
16. Chang CM, Liao SC, Chiang HC, et al. Gender differences in healthcare service utilisation 1 year before suicide: national record linkage study. *Br J Psychiatry* 2009;**195**:459-60. doi:10.1192/bjp.bp.108.053728.
17. Chen VC, Chou JY, Lai TJ, Lee CT. Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978-2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;**45**:447-52. doi:10.1007/s00127-009-0083-8.
18. Chang SS, Sterne JA, Huang WC, Chuang HL, Gunnell D. Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959-2007: a time-series analysis. *Public Health* 2010;**124**:49-54. doi:10.1016/j.puhe.2009.11.005.
19. Yang AC, Tsai SJ, Huang NE. Decomposing the association of completed suicide with air pollution, weather, and unemployment data at different time scales. *J Affect Disord* 2011;**129**:275-81. doi:10.1016/

- j.jad.2010.08.010.
20. Fu TST, Lee CS, Gunnell D, Lee WC, Cheng AT. Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2013;**381**:235-41. doi:10.1016/S0140-6736(12)61264-1.
 21. Chang SS, Sterne JA, Wheeler BW, Lu TH, Lin JJ, Gunnell D. Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health Place* 2011;**17**:641-50. doi:10.1016/j.healthplace.2011.01.003.
 22. Lee HC, Lin HC, Tsai SY, Li CY, Chen CC, Huang CC. Suicide rates and the association with climate: a population-based study. *J Affect Disord* 2006;**92**:221-6. doi:10.1016/j.jad.2006.01.026.
 23. Cheng AT, Hawton K, Chen TH, et al. The influence of media coverage of a celebrity suicide on subsequent suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2007;**68**:862-6. doi:10.4088/JCP.v68n0606.
 24. Cheng AT, Hawton K, Chen TH, et al. The influence of media reporting of a celebrity suicide on suicidal behavior in patients with a history of depressive disorder. *J Affect Disord* 2007;**103**:69-75. doi:10.1016/j.jad.2007.01.021.
 25. Chen YY, Liao SF, Teng PR, et al. The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;**47**:215-21. doi:10.1007/s00127-010-0331-y.
 26. Chen YY, Chen F, Gunnell D, Yip PSF. The impact of media reporting on the emergence of charcoal burning suicide in Taiwan. *PLoS One* 2013;**8**:e55000. doi:10.1371/journal.pone.0055000.
 27. Thomas K, Chang SS, Gunnell D. Suicide epidemics: the impact of newly emerging methods on overall suicide rates - a time trends study. *BMC Public Health* 2011;**11**:314. doi:10.1186/1471-2458-11-314.
 28. Chen VC, Stewart R, Lee CT. Weekly lottery sales volume and suicide numbers: a time series analysis on national data from Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;**47**:1055-9. doi:10.1007/s00127-011-0410-8.
 29. Yang AC, Tsai SJ, Huang NE, Peng CK. Association of Internet search trends with suicide death in Taipei City, Taiwan, 2004-2009. *J Affect Disord* 2011;**132**:179-84. doi:10.1016/j.jad.2011.01.019.
 30. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;**294**:2064-74. doi:10.1001/jama.294.16.2064.
 31. Bertolote J. Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry* 2004;**3**:147-51.
 32. 李明濱、廖士程：自殺原因與防治策略。台灣醫學 2006；**10**：367-74。
Lee MB, Liao SC. Risk factors and prevention strategies of suicide. *Formosan J Med* 2006;**10**:367-74. [In Chinese]
 33. Bertolote J, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;**1**:181-5.
 34. 李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基：自殺防治策略推動現況與展望。護理雜誌 2006；**53**：5-13。doi:10.6224/JN.53.6.5。
Lee MB, Tai CW, Liao SC, Chiang HC. The strategy and prospects of suicide prevention in Taiwan. *Hu Li Za Zhi* 2006;**53**:5-13. doi:10.6224/JN.53.6.5. [In Chinese: English abstract]
 35. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet* 2012;**379**:2393-9. doi:10.1016/S0140-6736(12)60521-2.
 36. 李明濱、廖士程：珍愛生命守門人與自殺防治。藥學雜誌 2011；**27**：6-11。
Lee MB, Liao SC. Gatekeepers and suicide prevention. *J Taiwan Pharmacy* 2011;**27**:6-11. [In Chinese]
 37. 廖士程、李明濱、江弘基：企圖自殺者結構性介入服務。台灣醫學 2008；**12**：713-21。
Liao SC, Lee MB, Chiang HC. The structured intervention for suicide attempters. *Formosan J Med* 2008;**12**:713-21. [In Chinese]
 38. Lung FW, Lee MB. The five-item brief-symptom rating scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry* 2008;**8**:53. doi:10.1186/1471-244X-8-53.
 39. Wu CY, Huang HC, Wu SI, Sun FJ, Huang CR, Liu SI. Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self-harm in emergency attendees in Taiwan. *BMC Psychiatry* 2014;**14**:44. doi:10.1186/1471-244X-14-44.
 40. 財團法人國家衛生研究院：2020健康國民白皮書。郭耿南主編。台北：財團法人國家衛生研究院，2008。
National Health Research Institutes. *Healthy People*

2020. In: Kuo KN ed., Taipei: National Health Research Institutes, 2008. [In Chinese]
41. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013;**347**:f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.
42. Pan YJ, Chang WH, Lee MB, Chen CH, Liao SC, Caine ED. Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychol Med* 2013;**43**:1447-54. doi:10.1017/S0033291712002425.
43. 廖士程、李明濱：自殺防治中心十年回顧。2014年台灣自殺防治學會年會暨學術研討會。台北：台大醫院國際會議中心，2014。
Liao SC, Lee MB. A ten-year review of Taiwan Suicide Prevention Center. In: Proceedings of the 2014 Taiwanese Society of Suicidology Annual Academic Meeting. Taipei: NTUH International Convention Center, 2014. [In Chinese]
44. Caine E. Five challenges for suicide prevention evaluating U.S. public health approaches. In: Proceedings of the 2010 Taiwanese Society of Suicidology Annual Academic Meeting. Taipei: NTUH International Convention Center, 2010.
45. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;**378**:1459. doi:10.1016/S0140-6736(11)61638-3.
46. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;**10**:40-4.
47. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;**11**:139-45.
48. National Action Alliance for Suicide Prevention. Research prioritization task force. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Available at: <http://www.suicide-research-agenda.org>. Accessed December 16, 2014.
49. Owens C, Roberts S, Taylor J. Utility of local suicide data for informing local and national suicide prevention strategies. *Public Health* 2014;**128**:424-9. doi:10.1016/j.puhe.2014.03.004.
50. Kaniwa I, Kawanishi C, Suda A, Hirayasu Y. Effects of educating local government officers and healthcare and welfare professionals in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health* 2012;**9**:712-21. doi:10.3390/ijerph9030712.

Suicide prevention in Taiwan: a ten-year review

SHIH-CHENG LIAO^{1,2}, MING-BEEN LEE^{1,2,*}, FOR-WEY LUNG^{2,3}, CHIA-MING CHANG^{2,4}, CHIA-YI WU^{2,5}

Suicide is a tragic outcome of various bio-psycho-social adversities. In Taiwan, suicide had become one of the top-ten leading causes of death in 1997. The crude suicide mortality rate increased rapidly from 10.0 per 100,000 in 1997 to 19.3 per 100,000 in 2006. In response to this situation, the Ministry of Health and Welfare of Taiwan provided grants to implement the National Suicide Prevention Program. The goal was to promote national suicide prevention strategies, support suicide prevention tasks at the local level, and establish a “planning nationally and acting locally” philosophy. The Taiwan Suicide Prevention Center (TSPC) was established in September 2005 to prevent suicide by enhancing the efficiency of care delivery networks in Taiwan. The TSPC is a medium to translate the scientific evidence about suicide, especially epidemiological evidence, into public health policy. The TSPC also serves as a platform to coordinate efforts between governmental and non-governmental organizations. The TSPC is in charge of standardizing the national suicide report system and aftercare delivery system, implementing pilot plans, promoting suicide gatekeeper trainings, and organizing community support networks. Every county in Taiwan has to implement the county-level program of suicide prevention, and TSPC plays a leading role in support and evaluation of each county in dealing with its own issues with suicide. The standardized suicide mortality rate went down from 16.8 per 100,000 in 2006 to 12.0 per 100,000 in 2012. Suicide dropped out the top-ten leading causes of death in 2010 and continues to do so today. In order to promote the sustainable management of suicide prevention strategies in Taiwan, the staff of the TSPC is now actively engaged in drafting the Suicide Prevention Act. (*Taiwan J Public Health*. 2015;**34**(3):227-239)

Key words: *Taiwan, suicide, suicide prevention, vital statistics, public health*

¹ Division of Psychosomatic Medicine, Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital, No. 7, Chung Shan S. Rd., Zhongzheng Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

² Taiwanese Society of Suicidology, Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ Taipei City Psychiatric Center, Songde Branch, Taipei City Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

⁴ Community and Rehabilitation Psychiatry, Linkou Chang Gung Memorial Hospital, New Taipei City, Taiwan, R.O.C.

⁵ Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: mingbeen@ntu.edu.tw

Received: Dec 16, 2014 Accepted: May 13, 2015

DOI:10.6288/TJPH201534103131