

自殺防治系列 **35**

# 輔導人員自殺防治

## 工作手冊



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心





# 目錄

序 .....	2
前言 .....	3
壹、認識自殺 .....	4
一、自殺現象的嚴重性 .....	4
二、關於自殺的迷思 .....	4
三、自殺危險因子與保護因子 .....	6
貳、自殺風險評估 .....	9
一、自殺風險評估工具簡介 .....	9
二、評估自殺行為 .....	12
三、特定族群之風險評估 .....	14
參、自殺之處遇 .....	16
一、輔導人員的基本工作原則 .....	16
二、個案處遇計畫 .....	18
三、特定族群之處遇建議 .....	19
肆、輔導人員的工作倫理 .....	21
一、尊重個案的自主權 .....	21
二、了解責任與限制 .....	21
三、辨識輔導中的移情與反移情 .....	21
四、保密例外的說明 .....	22
五、避免因個人價值觀對個案造成傷害 .....	22
伍、面對個案死亡 .....	23
一、輔導人員的自我照顧 .....	23
二、自殺遺族的哀傷輔導 .....	23
陸、自殺防治宣導 .....	24
柒、相關網路資源 .....	25
一、全國自殺防治中心網站 .....	25
二、珍愛生命數位學習網 .....	26
三、自殺防治e學院 .....	26
四、世界衛生組織網站 .....	26
參考文獻 .....	27



## 序

自殺為近年來台灣密切關注之公共衛生議題，全國自殺防治中心自民國94年成立以來，持續關注與推動相關自殺防治策略，其包含全面性、選擇性與指標性策略，盼能促成網網相連、人人皆為珍愛生命守門人之理想，期待各方專業人士予以協助及支持。

在台灣的各個心理輔導場域中，從教育體系、社區體系至醫療系統，皆可看見輔導人員的專業介入，可見輔導人員在心理輔導工作中扮演了重要且關鍵的角色，因此若輔導人員能對自殺防治策略有所認識，並對於辨識高風險族群及評估自殺風險有更多的了解，得以在適當時機，傳遞正確心理衛生知識或適當給予轉介，將對民眾或有需求之個案有很大的助益。

本手冊以世界衛生組織所出版的相關手冊為骨幹，首先針對自殺現象、迷思與保護因子及危險因子的概念，做基礎知識的傳遞，協助專業工作人員建立對於自殺行為的正確觀念。在輔導人員與自殺個案工作的過程中，評估個案自殺風險往往是輔導的首要重點，手冊將提供國內目前評估自殺風險相當具代表性的量表—心情溫度計與簡明心理健康量表作為範本，使輔導人員能在進行個案介入前給予快速且明確的評估；此外，自殺個案評估除了依據量表呈現之分數外，亦需進一步透過個案生活現況的危險因子與保護因子做歸納與分析，評估個案自殺風險程度，如此將更加清晰個案樣貌，以利後續擬訂增加保護因子、減少危險因子之輔導策略及處遇計畫。

另外，手冊亦將輔導人員較常接觸之對象，例如：兒童、青少年及老年人等，需特別注意的評估面向與處遇進行介紹，期待輔導人員透過對特定族群的了解，更加貼近個案需求，並在必要時提供完善的介入與資源連結。再者，從事自殺防治工作之輔導人員，不僅需具備自殺防治之基本知識與輔導知能，如能擔任向一般大眾提供正確自殺防治觀念之傳播者，將更有利於提升全民心理健康。

輔導人員在自殺防治工作所擔當的角色至關重要，全體專業人員投入自殺防治工作、共同成為自殺防治守門人是為當務之急，願攜手合作，共同建立穩固之自殺防治網絡。

台灣自殺防治學會理事長  
全國自殺防治中心主任

李明濱

謹識



## 前言

每年因自殺身亡的人越來越多，全球各地都相當需要專業輔導人員來協助自殺防治。本手冊以輔導人員為對象，提供自殺風險和預防相關的教育資訊。

專業輔導策略的定義是指透過認知、情感、行為或系統性之介入策略，來應用心理衛生、心理或人類發展等原則。輔導人員使用這些策略來處理個人成長、職涯發展及心理健康議題。受過教育和訓練的輔導人員，經常會在學校、職業機構、藥癮戒治機構、診所和醫院工作。

預防自殺涉及各種層面的介入，包括如何養育子女、家庭諮商、精神疾病治療、高風險環境控制和社區教育等。有效的社區教育是重要的初級介入，包括了解自殺成因及其預防和治療。

自殺是由基因、生理、心理、社會、文化和環境因素的複雜交互作用所造成的。為提高社區對自殺行為的警覺意識，轉介和處置自殺行為是預防自殺的重要步驟。預防自殺的關鍵挑戰在於辨識高風險族群及了解影響其自傷行為情境，並有效地介入。因此，輔導人員需要採取以社區為基礎的行動來預防和處理自殺行為。

輔導人員可以幫助個人更好地了解物質濫用、情緒障礙症(或稱情感性疾患)與自殺意念和行為之間的關係，也可以協助預防復發的規劃，建立社會支持，並在必要時轉介到精神科醫療院所和藥癮戒治機構。

特別是在發展中國家，需要制定一套實際可行的準則，提供輔導人員相關資源以進行自殺防治。遺憾的是，完整的自殺防治訓練在心理衛生培訓計劃中很罕見。

個案自殺被認為是諮商行業的「職業災害」。據估計約有25%的輔導人員有過個案自殺身亡的經驗。個案自殺對執業和受訓的輔導人員可能產生潛在的負面影響；有過這類經驗的輔導人員會感到自尊心受損，甚至出現強迫性思考和相關的惡夢，對個案的死亡同時感到憤怒和內疚。



## 壹、認識自殺

### 一、自殺現象的嚴重性

據估計，每年約有八十萬人自殺身亡，在許多國家自殺都被列於十大死因之中。自殺企圖人數大約是自殺身亡人數的10到20倍，但實際數字可能更高，台灣地區的流行病學顯示大約為14倍。雖然不同人口類別的自殺率有所不同，但在過去五十年裡，自殺率大約增加了60%。減少自殺造成的生命損失已成為國際心理衛生的關鍵目標。輔導人員在自殺防治扮演了相當重要的角色。

### 二、關於自殺的迷思

關於自殺行為有許多錯誤迷思。常見的有下列幾項：

- **迷思1：**談論自殺的人不會傷害自己，因為他們只是想要別人注意。  
這是錯誤的。輔導人員在面對談論自殺意念，意圖或計劃的個案時，必須採取一切預防措施。要認真對待所有自我傷害的威脅。
- **迷思2：**自殺是衝動的，沒有預警就會發生的。  
這是錯誤的。自己可能會因為衝動而殺死自己，但個案自殺前常會猶豫一段時間。許多自殺的個案會在口頭或行為上表現出關於他們意圖傷害自己的訊息。
- **迷思3：**自殺的個案都是真的想死或決心殺死自己。  
這是錯誤的。大多數想自殺的人會與至少一個人分享他們的想法，或者打電話給緊急專線或醫生。當他們這麼做時，顯示他們其實對於自殺是感到矛盾的，而不一定是下定決心要殺死自己。
- **迷思4：**當個案出現改善跡象或自殺生還時，他們就脫離危險了。  
這是錯誤的。其實最危險的時刻之一就是在危機之後，或者當個案因自殺企圖而住院的時候。出院後的一週個案會特別脆弱並且具有自我傷害的危險性。由於未來再自殺行為的一個預測因素是過去的行為，因此自殺者生還時，通常仍然處於危險之中。



• **迷思5：**自殺會遺傳。

這是錯誤的。並不是每一個自殺都與遺傳有關，而且目前研究沒有定論。然而，家族史中有人自殺是自殺行為的重要風險因素，特別是在有多人憂鬱症的家庭中。

• **迷思6：**嘗試或自殺身亡的個案都是有精神疾病。

這是錯誤的。自殺行為除了與具破壞性和侵略性的行為相關外，與憂鬱、藥物濫用、思覺失調症和其他精神疾患有關。但是，這些關聯性不應該被誇大。這些疾病的比例在不同的情況下各不相同，有些情況下甚至沒有明顯的精神疾患。

• **迷思7：**如果一名輔導人員與病人談論自殺，那麼輔導人員就會引發自殺想法。

這是錯誤的。輔導人員顯然不會因為詢問患者是否正在考慮傷害自己而引發自殺行為。實際上，確認個案的情緒狀態以及將壓力引發的狀況一般化是減少自殺意念的必要成分。

• **迷思8：**自殺只發生在某些特定族群，而不是我們。

這是錯誤的。自殺可發生在各種類型的人身上，潛藏在各種社會制度和家庭中。

• **迷思9：**一旦有人有自殺企圖(行為)，他或她永遠不會再自殺。

這是錯誤的。事實上，自殺企圖是自殺的重要預測因子。

• **迷思10：**孩子們不會自殺，因為他們不了解死亡的終結性，而且在認知上沒有能力進行自殺行為。

這是錯誤的。雖然罕見，孩子們也會自殺。任何年齡、任何自殺舉動都應該被認真看待。

有鑒於以上對自殺的誤解，一些輔導人員可能會對自殺的個案感到焦慮或不知所措。必須發展有效的輔導技巧來處理這些個案。足夠的資訊、訓練和經驗增加了處遇自殺危機的能力。相關的訓練應包括增強冷靜面對個案強烈情緒的能力、減少輔導人員對於自殺者的戒慎恐懼和被動性、克服未解決的悲傷議題。此外，對危險因子的認識和瞭解危險情況，亦是輔導人員的關鍵任務。



## 三、自殺危險因子與保護因子

### 1. 危險因子

在某些情況下，由於文化、基因、心理社會和環境因素的關係，使得自殺行為更為常見。自殺的危險因子包括下列各項：

- 低社經地位和教育水準；失業
- 社會壓力
- 家庭功能、社會關係和支持系統的問題
- 創傷，例如身體和性虐待
- 重大失落經驗
- 精神疾患，如憂鬱症、人格疾患、思覺失調症、物質濫用
- 無價值感與絕望感
- 性取向認同問題（如同性戀）
- 偏差行為
- 判斷能力受損、衝動控制缺乏和自毀行為
- 因應能力差
- 身體疾病和慢性疼痛
- 周遭其他人的自殺
- 取得自我傷害所需的環境或物品
- 破壞性和暴力事件（如戰爭或天災）

據估計，有多達90%的自殺身亡的人有精神疾患，其中60%的人當時處於憂鬱的狀態。事實上，所有類型的情緒障礙症都與自殺行為明顯相關。輔導人員應注意個案的憂鬱症狀（例如悲傷、昏睡、焦慮、煩躁、睡眠和飲食紊亂）背後潛在的自殺風險。

自殺風險升高也與思覺失調症、物質濫用疾患、人格疾患，包括創傷後壓力症候群在內的焦慮疾患和相關併發症有關。大約有10-15%的思覺失調症患者終其一生會自殺身亡，這一直是精神病患者最常見的死因。在



精神疾病患者中，個人對精神疾患的病識感、較短的治療時間和嚴重憂鬱症狀與自殺風險顯著相關。在重大生活挑戰和壓力的情況下，酒精的使用可能扭曲個案的現實感，並產生自我傷害的風險。酒精濫用合併憂鬱症和人格疾患，也可能增加自殺的風險。

自殺身亡的兒童和青少年中，90%源自於精神疾患，其中最常見的診斷為情緒障礙症、焦慮症、藥物濫用和侵擾性行為(對立性反抗症、行為規範障礙症)。

自殺者通常比非自殺者的經歷更大的環境壓力，包括曾遭受虐待、家庭問題、文化期待、人際關係困難及暴露於極端或長期的壓力。上述負擔加上憂鬱情緒增加了自殺的可能性。

實際上，前述的生活負擔所帶來的絕望感跟憂鬱症相比，更能預測自殺風險。

過去曾有過自殺企圖者更會增加自殺的風險。此外，危險因子還包括持續的自傷意念、自殺計劃和準備。因此，當一個人有執行自殺的方法、機會和具體計劃且缺乏防治時，自殺風險可能最大。

辨識出與自殺行為相關的危險因子對於輔導人員的臨床決策相當重要。了解這些危險因子可以協助輔導人員辨識出高風險族群，並導引後續的介入和預防措施。因此，輔導人員的風險評估培訓十分重要。

儘管自殺意圖的表達方式沒有「全球共通的方式」，但自殺行為具有共同的警示跡象，包括對個人福利的關注不足、社交模式改變、工作生產力下降或學業成績下降、睡眠和飲食習慣的改變、試圖對個人事務安排順序或與他人一起做出修改、對別人的感覺表現出不尋常的興趣、反覆想到死亡和暴力的主題、憂鬱急性期後突然的心情好轉，以及突然或增加的濫交。

## 2. 保護因子

保護因子降低了自殺的風險，且被認為是自殺的絕緣體，常見的保護因子包括下列各項：

- 家人、朋友和其他重要關係的支持





- 宗教、文化和民俗信仰
- 社區參與
- 滿意的社會生活
- 融入社會，例如就業和建設性地利用休閒時光
- 心理衛生照護服務的資源

雖然這些保護因子並不能抵消自殺的風險，但它們可以平衡生活中高度的壓力事件所達成的負面效應。

綜合以上自殺危險因子與保護因子的概念，亦可從個人層面、健康照護層面以及社會文化層面來了解。下圖為自殺行為之危險與保護因子的圖示。圖中可看到個人層面的項目包含個人特質、認知、心理狀態、生理狀態及過去經驗等；健康照護層面包含醫療及心理健康的資源；社會文化層面則包含社會關係、社會支持與社會責任。輔導人員在與自殺個案工作的過程中，目標即是在評估個案的危險及保護因子後，促進個人面向的保護因子，以降低個案的自殺風險。





## 貳、自殺風險的評估

### 一、自殺風險評估工具簡介

#### 1. 心情溫度計(BSRS-5)簡介

簡式健康量表(別名心情溫度計, Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5)為臺大李明濱教授等人, 根據簡式症狀量表五十題版發展而來, 以作為精神情緒狀態之篩檢表, 目的在於能迅速瞭解個人的心理照護需求, 進而提供所需之心理衛生服務。

BSRS-5原設計為一自陳式量表, 但也可使用面談或電話訪談進行, 適用於認識中文字或聽懂中文發音者。題數少, 填寫時間短, 解釋容易, 在使用者上限制少為其主要之優點。同時其未包含有關身體症狀之問句, 可避免生理症狀對試測結果之影響。該量表發展過程使用於不同族群之患者均獲得良好之內在信度, 顯見其適用之廣泛性。另外, 簡式症狀量表使用於電話訪談亦具有良好之信、效度。

BSRS-5在信效度上, 經由不同族群分析顯示良好之內在一致性 (Cronbach's  $\alpha = 0.77-0.90$ ), 再測信度為0.82。同時可以區分精神病患者之臨床症狀整體評量 (Clinical Global Impression) 之嚴重程度。其總分 (症狀嚴重度) 為: 0~5分為正常範圍、6~9分為輕度、10~14分為中度、15分以上為重度(需高關懷)。

##### 1) 心情溫度計(BSRS-5)題目內容

本量表共包含5個題目, 分別測量失眠、焦慮、憤怒、憂鬱與自卑等常見之心理困擾嚴重度。

##### 2) 心情溫度計(BSRS-5)計分方式及得分說明

###### (1) 1至5題之總分

- ◆ 得分0~5分: 表示身心適應狀況良好。
- ◆ 得分6~9分: 表示輕度情緒困擾, 建議給予情緒支持。
- ◆ 得分10~14分: 表示中度情緒困擾, 建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。



- ◆ 得分 > 15分：表示重度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。

(2)第6題（有無自殺意念）單項評分

本題為附加題，若前五題總分小於6分，但本題評分為2分以上（中等程度）時，宜考慮轉介至精神科。

## 心情溫度計

簡式健康量表每週自我檢測

請您仔細回想「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，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

完全沒有   輕微   中等程度   厲害   非常厲害

1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

3)心情溫度計(BSR5-5)取得管道

由於雲端服務的推出以及智慧型裝置的普及，為讓心情溫度計更有利於民眾使用，目前已推出心情溫度計APP供民眾免費下載，方便隨時自我檢測情緒及心理狀態。

## 歡迎免費下載使用心情溫度計APP

如何下載APP呢? 以下三種方式，請擇一下載到自己的手機或平板上吧！

點選下方APP圖示進行連結。  
 上APP store或Google play商店搜尋『心情溫度計』。  
 使用手機掃描下圖QR code進行連結。



	iOS	Android
點選圖示 進行連結。		
搜尋APP 名稱下載		
APP圖示		

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心  
台大李明濱教授



## 2.簡明心理健康篩檢表(CMHC)簡介

簡明心理健康篩檢表(Concise Mental Health Checklist, CMHC)共有九題，其中前五題為心情溫度計修訂版 (The Revised 5-item Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5R)；後四題源自於「悲傷的人量表(SAD PERSONS)」自殺危險因子評估量表原始的十題內容修訂而來，包含「一生中有過自殺行為」、「未來要自殺」、「因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活」、「常常有寂寞或孤單的感覺」這四個題目。最後，保留上述悲傷的人量表四題再加上心情溫度計五題，成為CMHC九題版本。

CMHC量表用於臨床及社區篩檢與追蹤，可初步關懷並評估個案整體風險，訪員使用此量表前應充分了解量表內容，並以較生活化與表達關懷的方式，在對話中進行評估，除有助於更為具體了解個案的身心狀態及潛在問題，也能緩和個案在評估歷程中可能出現的壓力，進而得到較正確、可信的結果。

### 1)簡明心理健康篩檢表(CMHC)題目內容

本量表總共九題，每題回答是則為一分，總分九分。CMHC適用於內科、腫瘤科、家醫科等門診/病房或社區場域，以訪談或自填方式評估病患的整體身心困擾與自殺風險程度。

### 2)簡明心理健康篩檢表(CMHC)計分方式及得分說明

每題如果答「是」為1分計算，答「否」則為0分計算。總分為9分；大於等於4分以上代表個案的心理困擾與自殺風險程度屬於偏高，特別是多次測量後都偏向高分者，宜轉介專業精神醫療人員進一步評估。其中切分點的部分，依不同年齡層在高危的分數上有所區分：19~24歲總分五分以上屬高危個案；25~64歲總分四分以上為高危個案；大於等於65歲總分四分以上為高危個案。



[版權所有，需轉載/翻印本問卷請洽 jennyv@ntu.edu.tw]

## 簡明心理健康篩檢表

性別：男 女 其他

年齡（實歲）：\_\_\_\_\_歲

婚姻狀況：單身 已婚/同居 分居/離婚 喪偶

- 1.最近一週我會因睡眠困難(如難以入睡、易醒或早醒)感到困擾 是(1) 否(0)
- 2.最近一週我會因緊張不安，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 3.最近一週我會因苦惱或動怒，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 4.最近一週我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 5.最近一週我會因覺得比不上別人，而感到困擾 是(1) 否(0)
- 6.我一生中曾經傷害過自己或企圖自殺 是(1) 否(0)
- 7.我現在（仍）會想著「未來要自殺」 是(1) 否(0)
- 8.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活 是(1) 否(0)
- 9.在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴 是(1) 否(0)

評分說明 每題1分，總分≥4宜轉介專業精神醫療人員進一步評估。

各人口族群的參考切分點如下：

[男性] 19-24 歲：五分以上；25-64 歲：四分以上；≥65 歲：四分以上

[女性] 19-24 歲：五分以上；25-64 歲：四分以上；≥65 歲：四分以上

更新日期：2016.11.17

## 二、評估自殺行為

完整的自殺行為評估是有效的輔導介入和預防的基礎。自殺評估的主要目標是提供預防和諮詢的訊息。評估影響了後續的臨床判斷、輔導介入的方向、預防及處遇。

### 1.評估項目：

- 相關危險因子的回顧
- 任何自殺行為的歷史
- 不可改變的生物、社會心理、精神、情境或醫療狀況



- 目前自殺症狀的程度，包括絕望程度、誘發的壓力事件、衝動性和個人控制力
- 其他緩解因素
- 保護因子

### 2. 自殺風險程度分級

自殺評估需要評估行為和危險因子，精神障礙的潛在診斷以及確定死亡風險。一旦完成評估，重要的是評估個案整體自殺風險的嚴重程度。下列量表將個案的自殺風險程度從「沒有危險」到「極度危險」分為5個連續的級別，此量表可以作為自殺風險程度分級的一般性指引：

- 沒有危險：基本上沒有傷害自我的風險。
- 輕度危險：自殺意念有限，沒有已下定決心的自殺計劃或傷害自己的準備，已知的危險因子很少。雖然有自殺意念，但是自殺的意圖並不明顯；個案沒有具體的計劃，過去也未有自殺企圖。
- 中度危險：有完整的自殺計劃和準備、具有明顯的自殺意念、可能過去曾經企圖自殺，以及有至少兩個其他的危險因子；或者是個案存在一個以上的自殺危險因子，也具有自殺意念和企圖，但否認有明確的自殺計畫；個案可能具有動機想改善他或她目前的情緒和心理狀態。
- 嚴重危險：有清楚完整會造成自身傷害的計劃和準備，或是過去有多次自殺企圖且具有兩個以上的危險因子。個案的自殺意念和意圖藉由思考周全的自殺計劃和方法顯露出來。個案的認知缺乏彈性、對未來感到絕望，並且拒絕接受現有的社會支持；個案以前曾經有過幾次自殺企圖。
- 極度危險：個案過去有多次自殺企圖，且具有多種明顯的危險因子。處理這類型個案時，輔導人員必須立即給予關心並採取行動。

### 3. 評估時的相關注意事項

輔導人員的責任在於藉由使用量表辨別個案的自殺風險程度，來判斷個案做出致命性自我傷害的可能性。輔導人員在進行自殺風險判斷時，應秉持「寧可高估個案的自殺風險，也不能輕忽潛在的風險」之精神。此



外，評估的資料對於比較個案在輔導前後的功能也是很有幫助的。對自殺風險的評估包括臨床會談，從正式的評估程序中得到資訊，以及蒐集來自第三方的有價值資訊。想要「活著」或是「活下去」的原因是自殺評估中的重要認知因素，應納入篩檢和治療計劃。

最後，自殺評估必須是多重面向的，並且考量下列因素：正常的人類發展、性別差異、家族史、物質濫用、孤立程度、精神疾病診斷、無助/絕望程度以及人口型態等。一般來說，青少年和兒童的評估需至少包括：

- 臨床會談
- 行為觀察
- 家長、老師和親戚朋友的補充資訊
- 風險評估和情境因素
- 自殺意念、計劃、企圖的評估及存活動機
- 家庭和同儕支持的可及性及品質

## 三、特定族群之風險評估

### 1. 兒童與青少年

輔導人員在預防兒童和青少年自殺方面扮演相當重要的角色。當兒童或青少年有自殺傾向時，其實是在傳達他們在解決問題、壓力管理和表達情感等方面發生的困難。在某些情況下，自我毀滅的行為表示背後有負面的同儕壓力。

兒童和青少年的自殺行為通常涉及複雜的動機，包括：憂鬱的心情，情緒、行為和社會問題以及物質濫用。其他造成青少年自殺的因素，包括：感情受挫，無法應付學業挑戰和其他生活壓力，以及解決問題能力不足、低自尊和性別認同掙扎等議題。

自殺的兒童常經歷家庭衝突與變故，如父母離婚可能導致無助和失去控制的感受。在青少年中，有精神疾患家族病史、家庭失能、遭家庭排拒，和兒童虐待都會增加自殺的風險。自殺身亡的青少年中，有較高比例



的精神疾患家族病史、較低的家庭支持、有過自殺意念或行為、紀律或法律問題，以及家中持有槍彈、遭受同儕和成人虐待的兒童和青少年似乎更容易出現自殺意念和企圖。

青少年自殺的另一個風險因子是知名人士或周遭人的自殺。特別在年輕人中，也存在著自殺群聚的現象。一個廣為媒體傳播的自殺企圖，可能導致相關同儕團體出現仿效的自我傷害行為。

有些證據支持，兒童或青少年發生自殺行為時（尤其在學校中發生的事件），針對上述風險因子的自殺防治策略是有用的。

在16歲以上的青少年中，酒精和物質濫用顯著增加了承受壓力時期的自殺風險。情緒障礙症、焦慮疾患、失控行為和絕望感也增加了自殺企圖的風險。青少年的自殺企圖往往與羞辱經驗相關，例如學業、工作受挫或感情方面的衝突。被診斷人格障礙症的人，其自殺風險比一般人還要高了10倍。而多達80%曾自殺過的青少年可被診斷為品行疾患、創傷後壓力症候群或表現暴力症狀。

## 2. 老年人

憂鬱症是廣為人知與老年人自殺行為有關的重要因素。在老年人中，常見的自殺方式是濫用藥物。然而，治療憂鬱症的好處能夠抵消抗鬱劑的負向影響。

輔導人員若能意識到老年人的自殺訊息，自殺將為之減少。大約70%自殺身亡的老年人曾在自殺前向家屬或其他人談到自殺意念。因此，當家庭成員和朋友可受訪時，他們的意見對老年人的自殺評估是不可或缺的重要項目。





## 參、自殺之處遇

目前為止針對處理自殺或潛在自殺個案，還未有一個共識的標準程序，輔導服務必須對自殺個案的需求做出回應。自殺個體的辨識、評估和治療需要考慮許多重要變項。自殺個案在資訊上、輔導上到藥物上都有一系列需求，經常需要結合短期的支持性輔導與針對憂鬱症和其他行為的藥物治療。

### 一、輔導人員的基本工作原則

面對一個人有自殺的想法時，重要的是立即處遇。這將包括評估（例如猶豫不決、衝動性、僵化思考的程度和自我傷害的致命程度）、尋求援助、不同程度的契約關係以對其監督，以及家庭參與。自殺者的處遇也可能包括藥物或住院治療。

自殺危機處遇不應該孤軍奮戰。針對某些個案，其他衛生機構的參與也是必要的，甚至應通知相關當局。負擔較多案件的輔導人員需特別了解自己有效處理自殺危機的能力。此外，有關第三方參與的道德規範和區域性法律的知識也很重要。

輔導人員與醫療專業人士之間在自殺防治方面的合作至關重要。輔導人員、心理師、社工師、精神科護理師、精神科醫師和其他科醫師都需協同合作，提供關於自殺相關的社區資訊，並建立服務中心與心理健康和醫療計劃之間的聯繫。在自殺危機中，輔導人員必須把握下列原則：

- 要冷靜並提供支持
- 維持非批判性態度
- 鼓勵個案自我揭露
- 瞭解自殺是一項選擇，但不是把自殺「正常化」
- 積極聆聽，並正向加強自我照顧
- 將心理輔導的重點專注在此時此刻
- 避免在危機解除之前進行深入的輔導
- 可請求其他人幫忙評估自我傷害的風險



- 詢問關於自殺的想法或計劃
- 去除致命性的工具或方式
- 做出有效的危機處遇決策

為了具體說明最後一點，在自殺危機中做出有效的決策，是對於各種個案、危險因子和潛在傷害程度下，預先擬訂自殺防治計劃很重要的功能。服務特定人群或特殊情境的輔導人員可以針對其輔導族群、情況或背景擬訂自殺處遇計劃。例如，處理兒童門診自殺危機的輔導人員應該有一個明確的處遇計劃，可能與居家或住院治療且有護理人員或醫師可立即介入的成人個案不同。定義清楚的自殺處遇計劃不僅能提供優質的照護，還包括轉診資源，並確保在照護系統中沒有遺漏任何人。

雖然很少有證據顯示訂定契約的效用，但許多輔導人員傾向與潛在的自殺個案訂定安全契約，因為契約有潛在的好處。然而，如果發生企圖自殺事件，輔導人員、醫療專業人員、家庭和受害者之間的所有溝通管道都應當維持通暢有效。針對自殺企圖者的互動演練，則可以增加所有處理自殺危機輔導人員的信心。

輔導人員最重要的是要與自殺個案建立關係，包括對輔導人員有一定程度的信任。潛在的自殺個案必須能夠敞開心懷的與輔導人員交流，並相信輔導人員願意協助其處理危機。最基本的一點，輔導人員需確保個案的安全，同時設法化解危機。

在自殺處遇中，輔導人員必須詢問個案是否有自殘或自殺的企圖。例如，輔導人員可以問：

「你曾有過想傷害自己的念頭嗎？」

「你有想過要結束自己的生命嗎？」

「你有想過要去做哪些自殺的行動嗎？」

「從以前到現在，你有出現過想傷害自己的念頭嗎？」

「在心情低落的時候，你會想傷害自己嗎？」

「你有想過哪些結束自己生命的計畫呢？」



「在那些要傷害自己/結束生命的計畫中，有哪些是你準備去做的？」

當然，這些問題必須針對特定的群體與特定的社會文化環境，以適當的方式或口吻提出。

## 二、個案處遇計畫

### 1. 依據自殺風險程度給予適當處遇

針對輕度自殺風險的人，通常需對自殺的可能性重新評估和長期追蹤，同時要注意，輕度類別的個案可能會提升至中度或更高的危險層級。中度風險的人則需注意包括：反覆評估是否需要住院治療、支持系統的功能強度、24小時緊急救治、藥物評估和後續心理輔導。如果個案的自殺風險上升至嚴重或極端，限制性措施通常是不可避免的，也可能需要強制住院治療。通常最好是在安全有效且不受限的環境中提供治療。確保治療的可連續性，並參照國際疾病分類(The International Classification of Diseases; ICD)或美國精神疾病診斷與統計手冊(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM)，藉此協助治療計劃和精神藥物的需求評估。

### 2. 後續追蹤與輔導

在自殺企圖後的第一年，重複自殺的風險最大。因此，輔導人員需密切追蹤個案和後續照護、持續的電話聯繫和支持、以及在某些情況下進行家訪。因此，輔導人員需決定與個案聯繫的頻率，哪些輔導人員可以提供後續服務以及需持續的時間。提前終止心理輔導和對治療反應不佳，都可能影響自殺悲劇的發生。

### 3. 介入方法

心理輔導需要根據個人需求進行調整，通常包括認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy)、辯證行為治療(Dialectical Behavior Therapy)、心理動力學治療(Psychodynamic therapy)和家庭諮商(Family counseling)。對治療過程的有益因素包括培養解決激烈情緒的方法、正視自我毀滅的行為，同時鼓勵自立自強。承認與克服無助、無望和絕望的感



覺，以及建立自我覺察和積極向上的個性也是在輔導自殺個案過程中很重要的一環。

辨識自殺個案嘗試傳遞的消息，或瞭解自殺個案為何想透過自殺來解決問題也是一個常見有效介入方法。為自殺個體提供發洩機會有助於舒緩危機。但是輔導人員應注意不能只依靠言語交流，因為緘默或否認自殺意念可能掩蓋真正的自殺企圖，因此，客觀性支持、積極傾聽以及詢問相關試探性問題能夠協助辨識自殺個體正在嘗試的溝通方式。

### 三、特定族群之處遇建議

心理輔導適用於所有具有自殺行為的兒童和青少年，且應著重於認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy)，重點在於因應技巧。有效的輔導目標可能包括：更理解自我、釐清矛盾的情緒、增強自尊心、改變適應不良的行為、學習有效解決衝突的技能、以及與同儕更有效地交流互動。

在形成自殺意念的初始階段，學童們通常會求助於朋友。訓練學童辨識有自殺風險的同儕，可以協助他們獲得需要的幫助。經發現，同儕輔導計劃能增加學童對自殺風險因素的了解、如何撥打熱線或聯繫危機處理中心，以及如何將朋友轉介給輔導人員。同時應該為學童建立一個輔導論壇，讓他們可以獲得相關訊息、提出問題，並了解如何幫助自己和他們的朋友應對自殺的意念。令人遺憾的是，只有約25%的學生會告訴成年人他們的朋友有自殺的想法。然而，由輔導人員精心準備的課堂輔導可提高這一比率。

敦促父母參與、再加上與其他衛生機構和學校合作也是有效的預防方法。若學校有自殺防治宣導課程，家長也應該要積極參與，以教育、辨識和幫助有自殺企圖的年輕人。教師花費大量時間與兒童和青少年相處，通常也是學生心理健康問題的良好資訊來源。此外，經過適當培訓後，學校人員可以辨識學生的自殺風險因素。當自殺行為發生在校園內時，重要的是聯繫父母，確保學生在返校前得到充分的評估和支持，並在返校後受到正向的待遇。

當學童經歷同儕的自殺行為時，通常需要談論這個事件，並嘗試去理解發生了什麼事。在學校進行悲傷支持團體，可以有效幫助學童正確看待因自



自殺導致失去同學或朋友的失落。這個過程可以幫助他們接受現實，調整自己適應少了該同儕的校園環境，並建立繼續生活的積極態度。當學童們有失落感、受傷害、憤怒與挫折感時，輔導人員的注意力應集中在自殺意念和企圖形成的潛在可能性。這種輔導措施應包括後續追蹤或後續照護，因為朋友或同伴自殺以後，某些孩子可能會在一段時間內遭遇到困難。

青少年的自殺處遇在合併物質濫用、性格障礙、衝動性和同儕壓力的存在下顯得更加重要。在面對較嚴重的個案，應隨時關注企圖自殺的青少年。如果家庭無法提供高層級的戒護措施，且青少年已無法控制，則需立即住院治療，以確保受到充分的關懷和照顧。不幸的是，住院不是一個絕對保證；企圖傷害自己的青少年仍可能繼續尋找到途徑來實現這個破壞性的目標。出院後，兒童或青少年還需接受經過充分訓練的醫療人員，包括輔導人員的治療。此時的心理輔導工作應著眼於減少對於死亡、排斥、疏遠、迷失和處罰的幻想。而為了能穩定狀況，必須考慮進行精神藥物的評估。

在自殺防治方面，第一、第二和第三層級的介入極其關鍵。第一級包含一些尚未出現自殺困擾跡象或相對困擾較少的群體。預防工作應著重於維持和加強人際與社會環境中的角色運作，並減少情緒、生理和經濟風險的狀況。

學校內的教育計劃可以幫助教師學習辨識潛在有自殺企圖的學生，並培養學生認識到如何幫助有困擾的同儕。致力於心理健康的社區計劃也有助於預防自殺。雖然有時成效不明顯，但自殺防治中心和熱線在許多社區是自殺防治的主要求助途徑。



## 肆、輔導人員的工作倫理

在輔導的實務工作中，遵循倫理規範一直是專業輔導人員所強調及重視的議題。在與自殺個案工作時，也往往會面臨許多倫理上的困境，以下將參考各專業輔導人員的工作守則(包含社會工作倫理守則、臨床心理師倫理規範及諮商專業倫理守則)，並嘗試從倫理判斷的五項基本原則-自主權、受益權、免受傷害權、要求忠誠權及公平對待權，提出幾項輔導人員在與自殺個案工作時，應注意的倫理要點。

### 一、尊重個案的自主權

面對自殺個案時，輔導人員除了尊重個案的自主權，更應該評估個案當時是否有足夠的能力自主決定，例如：個案是否正面臨危機、重病或混亂的情緒中。應注意不宜把所有想自殺的人都視為有心理疾病，而阻止其結束生命，較好的做法是輔導人員能協助個案在自己的信念和價值觀中進行探索，一同尋找除了結束生命以外的其他選擇，並在「維護當事人的自主權」與「輔導人員本身的法律責任」中取得平衡。

### 二、了解責任與限制

在與自殺個案工作的過程中，輔導人員除了需時常進修關於自殺的專業知能以及接受專業的督導外，亦需了解自己在輔導工作中的責任與限制，以維護個案的受益權。其中，輔導人員的責任包含了：進行自殺危機的評估、精熟自殺通報的處理流程、提供適當的處遇。當輔導人員發現無法繼續提供諮商時，應適時給予轉介或尋求專業督導的協助，以避免對個案造成傷害。

### 三、辨識輔導中的移情與反移情

輔導為一特殊專業之關係而不同於一般的人際關係，是具有界線、以個案為主體、談話結構、目標、收費等特性存在。在實務工作中輔導人員必須釐清自己的個人需要、情緒、想法、行動與感覺，若輔導人員



將自身的需要和感覺與個案的需要與感覺混為一談，將可能對個案造成傷害；因此辨識輔導中的移情與反移情，透過督導、諮詢或個別諮商，處理輔導人員的個人議題，並了解在輔導工作中適當的因應方法是重要的。

#### 四、保密例外的說明

「保密」是諮商關係信任的基礎，然而亦有保密的例外。在諮商一開始的知情同意程序中，輔導人員需讓個案了解保密的限制，包含當涉及到自身或他人安危以及法律議題時，輔導人員就無法再繼續遵從保密的義務，且有預警的責任，如：需告知個案的合法監護人或在必要時通報給相關單位以求協助。另外，當輔導人員需要與個案周圍的系統合作時，也常會遇到輔導人員遵循保密義務的兩難，此時較好的做法是能先與個案討論保密的議題(包含：輔導人員需告知誰？告知的內容？如何告知？甚麼時候告知？等等)，在個案的最佳利益與合法監護人或第三方責任者之間取得平衡。

#### 五、避免因個人價值觀對個案造成傷害

「諮商的主要目的在維護個案的基本權益，並促進個案及社會的福祉」。其中，個案的基本權益與福祉，乃是由輔導人員的人生觀、價值觀、專業知識、法律規章、與社會價值觀發展而來。在自殺處遇期間，輔導人員需牢記切勿以個人的道德、宗教或哲學觀點來評價個案；因為這些觀點可能會阻礙與個案的對話，中斷對個案感受的探索，或者提供個案奠基於輔導人員自己的價值信念和解決方法，而導致關係疏遠或降低諮商效能，甚至造成個案受傷的感覺。



## 伍、面對個案死亡

### 一、輔導人員的自我照顧

自殺行為是輔導人員遇到最常見的心理健康危機。透過與同事和督導人員之間的交談，可增加其接受自殺可能是心理輔導的最終結果、進行「心理剖析」與參加葬禮，已成為輔導人員處理自殺身亡個案的重要策略。輔導人員還需注意自己對於面臨死亡和自殺時的困難，並且不要讓這樣的困難抹滅照顧自殺個案所做的努力。

死亡焦慮是決定輔導人員在處理企圖自殺個案能力的重要因素之一。輔導人員對自殺的態度和價值觀會與面對企圖自殺個案之工作效果相輔相成。如果發生自殺事件，涉及的輔導人員將需了解包括：釐清自殺事件、確定導致死亡的因素、評估醫療團隊的回應，並提出改善未來的預防措施。經歷了整個自殺過程的輔導人員可能會出現從憤怒、憤恨轉變到內疚、悲傷和創傷後的症狀。因此，同僚的支持與這一方面的輔導是非常有幫助的。

### 二、自殺遺族的哀傷輔導

帶領自殺遺族的自助團體是一種有建設性且有效的介入措施，可用來幫助自己。這些由被人們遺忘的自殺遺族所組成的自助團體可提供面對悲傷過程、自殺相關資訊，以及心理輔導專業人員的有益訊息。

自殺遺族團體的輔導人員可以帶給那些籠罩在親友自殺陰影下的人們極大的安慰。自殺遺族通常會在內疚、憤怒和悲傷等情緒之間搖擺不定。在這種情況下，輔導人員可以為他們提供調適情感的解決方法。許多家庭回饋建議說，在經歷親友企圖自殺後需立即接受心理輔導。這種輔導能幫助家庭處理這類壓力，並且協助他們釐清在面對有自殺企圖的親友與失去因自殺的親友中所扮演的角色。

在相關情況下，輔導人員也可以幫助親友更了解精神疾病在自殺行為中的影響，並降低自殺情緒的感染或模仿效應的風險。團體輔導包括減輕與自殺有關的壓力和哀悼的歷程，並從喪親的哀傷中恢復。

輔導人員可以幫助遺族正向面對自殺行為，以積極的態度繼續生活，並藉由建立一個遺族團體，發展出應對失落的方式。





## 陸、自殺防治宣導

輔導人員可以提供社區教育和提高意識來協助減少自殺的發生，例如宣導自殺行為相關的危險指標。教育民眾關於自殺的警訊徵兆，有助於使社區辨識自殺的警訊，消除自殺迷思，並讓有自殺意圖且需要重新思考選擇的人看到希望。社區組織，第一線醫療照護人員和輔導人員都有助於宣導自殺相關資訊，例如某些特殊狀況（例如失業及後續的家庭穩定度）和各種自殺的危險因素（例如憂鬱症、精神疾病、物質濫用、家族病史等）。

此外，在學校工作的輔導人員應協助向教師和家長宣導如何辨識有自殺風險的學生。學校輔導人員也必須訓練學生去辨識有自殺意圖的同儕，並學習如何尋求幫助。例如，參與自殺防治計劃的學生需學習相關知識和接受培訓，包括同理心和積極傾聽，以及如何對需幫助的同儕伸出援手。此外，自殺的相關知識可幫助學生處理情緒風暴，且有助於防止「模仿效應」；美國疾病控制中心(The US Centres for Disease Control)提出相關建議，目前已被廣泛用於防治集體性自殺。

另外重要的是，輔導人員處理自殺事件時也需有相關面對媒體的計劃。這個計劃應該包括：請求媒體不要光榮化、美化或戲劇化死亡，以防止自殺事件渲染開來。



## 柒、網路資源

### 一、全國自殺防治中心網站：<http://tspc.tw/>

#### (1)衛教專區

#### (2)自殺防治系列電子手冊

- a、自殺防治系列1-自殺防治-專業·愛與希望
- b、自殺防治系列2-自殺防範指引手冊
- c、自殺防治系列3-青少年心理衛生與自殺防治手冊
- d、自殺防治系列4-老人心理衛生與自殺防治手冊
- e、自殺防治系列5-精神疾病與自殺防治手冊
- f、自殺防治系列6-物質濫用與自殺防治手冊
- g、自殺防治系列7-女性心理衛生與自殺防治手冊
- h、自殺防治系列8-職場心理衛生手冊
- i、自殺防治系列9-自殺者親友關懷手冊
- j、自殺防治系列10-陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友
- k、自殺防治系列11-珍愛生命守門人
- l、自殺防治系列12-心情溫度計自殺防治系列13-怎麼辦我想自殺
- m、自殺防治系列14-失業鬱悶怎麼辦
- n、自殺防治系列15-關懷訪視員工作手冊
- o、自殺防治系列16-提升人際支持遠離自殺
- p、自殺防治系列17-以醫院為基礎之自殺防治
- q、自殺防治系列18-珍愛生命義工
- r、自殺防治系列19-全國自殺防治策略
- s、自殺防治系列20-矯正機構與自殺防治
- t、自殺防治系列21-基層醫療人員與自殺防治



- u、自殺防治系列22-孕產期婦女之情緒管理
- v、自殺防治系列23-社會福利工作人員與自殺防治
- w、自殺防治系列24-重複自殺個案之關懷管理
- x、自殺防治系列25-老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
- y、自殺防治系列26-殺子後自殺事件之防治
- z、自殺防治系列27-雨過天晴心希望
- aa、自殺防治系列28-擁抱生命逆轉勝
- bb、自殺防治系列29-自殺防治概論
- cc、自殺防治系列30-自殺風險評估與處遇
- dd、自殺防治系列31-重複自殺個案關懷訪視指引
- ee、自殺防治系列32-自殺風險個案追蹤關懷實務
- ff、自殺防治系列33-政府跨部會自殺防治手冊
- gg、自殺防治系列34-自殺關懷訪視員教育手冊

## 二、珍愛生命數位學習網：<http://www.tsos.org.tw/cpage/home/>

- (1) 諮商心理師課程專區
- (2) 自殺防治課程
- (3) 媒體影音
- (4) 專業人員專區

## 三、自殺防治e學院：<https://www.youtube.com/user/taiwansos>

- (1) 自殺防治宣導短片
- (2) 2016關懷訪視員實體課程
- (3) 自殺防治守門人專區
- (4) 自殺防治研討會專區
- (5) 心情DIY，青春high起來校園演講

## 三、世界衛生組織網站：<http://www.who.int/>



## 參考文獻

1. Blumenthal S. (1990). Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 511-556.
2. Capuzzi D, Gross D. (2000). "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.). *Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents*. Alexandria, VA: American Counseling Association (3rd edition), 319-352.
3. Centers for Disease Control. (1994). CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 37(6), 1-12.
4. Collins BG, Collins TM.(2005). *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin.
5. Patel, V., & Thara, R. (Eds.). (2003). *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. Sage Publications India.
6. Pfeffer CR. (1990). Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 20, 143-150.
7. Popenhagen MP & Qualley RM.(1998). Adolescent suicide: Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1(4), 30-36.
8. Rogers, JR. (2001). Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 259-264.
9. Sanchez HGT. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 51-358.
10. Shaffer D, Craft L.(1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2), 70-74.
11. Stoelb M, Chiriboga J.(1998). A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 21,359-370.



12. Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L., & Alcorn, J. (2000). Suicide: an overview. *The counseling psychologist*, 28(4), 445-510.
13. World Health Organization. (2000). *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization.
14. World Health Organization. (2000). *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Geneva: World Health Organization.
15. 中華民國社會工作師公會全國聯合會。社會工作倫理。資料取自：<https://goo.gl/M789vt>，截取時間：2018年3月。
16. 中華民國臨床心理師公會全國聯合會全球資訊網(2017)。臨床心理師倫理規範。資料取自：<http://www.atcp.org.tw/news/detail/961>，截取時間：2018年3月。
17. 牛格正(1996)。諮商實務的挑戰-處理特殊個案的倫理問題。台北：張老師文化。
18. 台灣輔導與諮商學會(2002)。台灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則。資料取自：[http://www.guidance.org.tw/ethic\\_001.html](http://www.guidance.org.tw/ethic_001.html)，截取時間：2018年3月。
19. 吳佳儀(2014)。從個人面向強化自殺保護因子。自殺防治通訊網，9(4)，2-5。
20. 修慧蘭、林蔚芳、洪莉竹(譯) (2013)。專業助人工作倫理。(原作者：Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P.)。臺北：雙葉書廊。(原著出版年：2007)
21. 陳增穎(譯) (2016)。悲傷諮商原理與實務。(原作者：Winokuer, H. R., & Harris, D.)。臺北：心理出版。(原著出版年：2015)
22. 廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳佳儀 (2015)。台灣自殺防治十年回顧檢討與展望。台灣公共衛生雜誌，34 (3)，227-239。

## 輔導人員自殺防治工作手冊

發行人：李明濱

主編：李明濱

編審：吳佳儀、陳俊鶯

編輯群：吳佳儀、陳俊鶯

執行編輯：吳恩亮、詹佳達、陳宜明、楊凱鈞、廖士程

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地址：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：tspc@tsos.org.tw

網址：tspc.tw

出版日期：2018年5月第一版

I S B N：978-986-95863-2-0 (平裝)

珍愛生命數位學習網：

<http://www.tsos.org.tw/cpage/home/>

珍愛生命打氣網：

<https://www.facebook.com/tspc520/>



珍愛生命 · 希望無限

