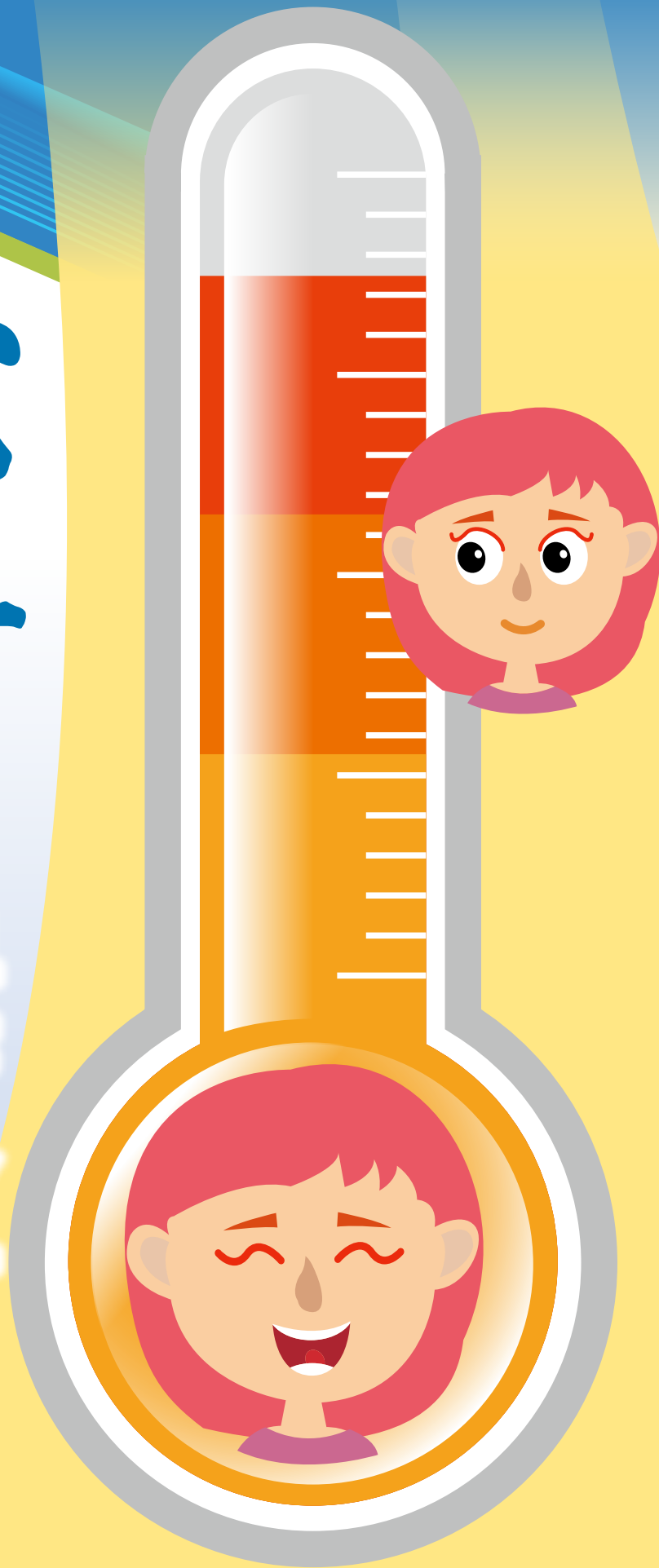


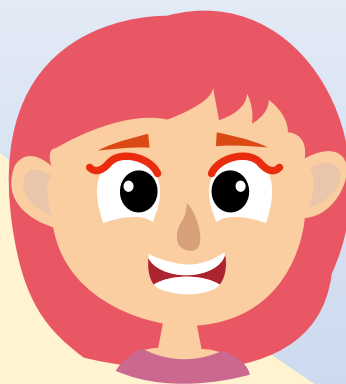
心情溫度計





臺北慈濟醫院心理健康關懷

人生八苦，病苦為最，
身體的苦也常連帶產生心理的苦；
臺北慈濟醫院運用心情溫度計，
初步篩檢住院病人的心理健康狀態，
如果心情溫度過高或憂鬱難解，
甚至出現自殺意念，
團隊及早介入協助，
照護病人健康的同時，也想方設法讓心情退燒，
醫療有愛，再苦的生命總會照見陽光。



上圖左起：護理師陳苡彤、盧曉潔、潘郁玟、劉怡婷督導、身心科李嘉富醫師、
陳淑琴護理長、社服室吳芳茜主任、黃曉芳心理師。攝影／吳裕智

文／徐莉惠

二〇一六年底，一輛救護車把一位中年男性街友送到了臺北慈濟醫院急診，因為他在板橋一處公園吐血倒地，沒有健保卡，身分證也過期無效，原來是一位晚期下咽癌患者。由於這位街友都表示沒有家人，急診照會社工師將他列為關懷個案。住進病房治療後，醫師依常規詢問個人病史及家族病史等，護理師除了例行的護理工作之外，也拿出「簡式健康量表」(Brief Symptom Rating Scale,BSRS-5)來測量這位街友的心理狀態是否需要協助。

檢測結果發現他有中度情緒困擾，並且有強烈的自殺意念。社工師後來得

知他是養子，離家流浪許久，無一技之長，以地為毯，以天為被，更因為身分證問題而處處碰壁。這一段住院的日子，醫療團隊照顧他的健康，也關心他的感受，找出他痛苦的根源；社工幫他辦了新的身分證，再辦健保卡，出院後還安排他住進安養機構，與居家護理師定期前往探望……

因為團隊善用「心情溫度計」確認狀況，多方協助，讓這位街友的心情從谷底回溫，開始懂得感恩，願意付出回饋，即使病情無力回天，他反而不再困頓，甚至發願往生後要捐贈眼角膜，可惜最後因無家屬簽名而未如願。



來自桃園的一位小朋友在當區慈濟志工陪伴下住進臺北慈院治療，身心醫學科李嘉富醫師（左一）、社工師林資菁（左二）皆前來與小朋友互動，緩解入院的緊張情緒。攝影／吳裕智

簡式健康量表

(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)

請您仔細回想一下，在最近一星期中（包括今天），下列敘述讓您感到困擾或苦惱的程度？

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

1~5 題總分 0~5 分 6~9 分 10~14 分 15 分以上

★有自殺的想法	0	1	2	3	4
---------	---	---	---	---	---

得分與說明

0~5 分：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，需高度關懷，建議尋求專業輔導或精神科診療。

★有自殺的想法：本題為單項評分之附加題，評分為 2 分以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。

五個問題 測病人心苦

簡式健康量表，俗稱「心情溫度計」，是美國德若伽提斯 (L. R. Derogatis) 教授在一九七五年發明的一種量表，針對每一個精神症狀的項目、困擾的嚴重程度，設計出九十個測量題。臺大醫院精神科李明濱教授團隊將此量表引進臺灣，將九十題濃縮為五十題，最後再簡化成五題，分別評估五個精神症狀。由於臺灣曾經連續幾年自殺率居高不下，為了預防自殺，再加上一個問題評估自殺意念。心情溫度計不只適用於一般社區，還可以使用於一般醫療及精神相關場所。

為了讓測量者不會因記憶模糊造成錯誤或扭曲，簡式健康量表針對過去一星期內包括今天的狀態來回答，依嚴重程度零到四分，憑直覺來填，相當主觀。

題目涵蓋幾大部分，首先是人在面對壓力或情緒障礙時，交感神經會被激發，常見的症狀是睡不著覺、失眠、緊張不安。若是面臨憂鬱或生活壓力事件，例如經商失敗、被別人倒債、離婚、親人死亡等，遭遇失落的事會導致憂鬱，所以心情低落是很重要的測量內涵。另外，人際衝突有很多原因，也是相當常見的壓力源，當面臨不安、挫折或自尊心沒有被滿足時，會產生憤怒的情緒，覺得不受尊重、比不上別人。

自殺防治點線面 跨團隊照護住院病人

根據衛生福利部統計，二〇一四年臺灣自殺粗死亡率每十萬人口十五點二人；世界衛生組織的報告預測，西元二〇二〇年時，自殺將位居全球十大死因

社會服務室吳芳茜主任於跨團隊全人照護分享研習會提出社工師們因應住院病人心理照護需求的方式。攝影／范宇宏

因緣起～

- 曾先生，58歲(47年次)男性，未婚
學歷僅有國中畢業，
打零工維生(工地、廣告舉牌...)
以天地為家，工作到哪睡到哪。
- 105年10月26日，因吐血倒臥公園
被送至新北市友院，因疑似為下咽
初步處理後，旋即被送至本院救治



耳鼻喉科病房陳淑琴護理長（左）與護理師們從醫療資訊系統得知病人的心理健康照會情形。攝影／范宇宏

的第九位。自殺涉及多重因素，包含生理、心理、社會、經濟與文化等複雜成因交互作用的結果，曾有研究顯示，百分之四十至六十的自殺身亡者，在自殺身亡前曾有就醫行為，其中年長者、慢性病患自殺者的求助比率更高達百分之六十至七十，值得注意的是，他們求助的對象都是內科、家醫科等，而非精神醫療專業人員，顯示醫院非常容易接觸到自殺高危險群。因此，以醫院為基礎的自殺防治相當重要，醫界將之列入醫院評鑑條文，醫療人員在面對高風險病人時，必須掌握並運用各種自殺防治資源，及早發現、即時介入，尤其是非精神科別的團隊，在醫療體系的網絡中更

具關鍵角色。

隨著醫療技術和設備的進步，醫護人員容易診斷、處理病人身體的病痛，但心裡的痛苦若病人不說，有時難以察覺。臺北慈院於二〇一二年開始採取「人工作業」，請第一線同仁細心觀察，一旦發現病人需要幫助立即通報，轉由社工師處理或請醫院志工前往關懷。然而，較資深的護理同仁可以透過談話或觀察來判斷病人是否需要協助；較資淺的同仁也許敏感度不高，不容易發現背後的問題。

有鑑於此，臺北慈院訓練第一線護理人員，透過「簡式健康量表」，用科學方式篩檢出需要協助的病人，並自二〇

一六年五月開始全面實施，以新入院或其他單位轉入的病人為篩檢對象(加護病房、呼吸照護中心、兒科病房、心蓮病房、身心科病房、急診除外)，在入院後八小時內完成第一次評估。護理人員向病人說明簡式健康量表填寫方式後，由病人自行填寫，若不識字的病人則由家屬或護理人員口述題目後由病人回答。

病人填完問卷後，若五題的總分大於十分，或第六題的「自殺意念」大於兩分，請社工師介入個案評估與提供對應方式。社工師將會技巧性的了解病人所苦惱的問題，再分門別類處理；如果只是需要陪伴，醫院志工會協助給予關懷；如果是心理問題，則安排心理師諮商。

社會服務室吳芳茜主任表示，「實施的初期，設定五題總分若大於等於十五分，護理人員就照會社工師，當時一個月的照會量不到十人。後來考量到十五分算是很嚴重了，於是將標準降為十分，一個月的照會量增加一百人。尤其每週一是大量病人辦理入院的日子，照會的數量也最多。」病房護理師會於每週末再次全面複評，確認病人的情緒困擾是否減輕。

對疾病的焦慮不安 主要壓力源

自二〇一六年五月至二〇一七年五月，社會服務室的社工師們共收到一千零二件的健康量表照會單，每月平均七十七件，量表分數高於十分的每月平



經濟負擔也造成許多住院病人的心情壓力。圖為臺北慈院社工師會針對病人需求尋找相關的社福資源協助。攝影／吳裕智

均四十七件，自殺意念大於等於兩分的每月平均十四件，量表十分及以上且自殺意念大於等於兩分的每月平均十六件。「這些情緒困擾嚴重的病人，百分之七十的壓力來源是對疾病的焦慮與不安。尤其病人是家裡的經濟支柱時，對生病住院的焦慮感更高。另外，有百分之十七需要身心科醫師治療，或是正在服用身心科藥物的病人。經濟困難及家庭問題則各約百分之六。」吳芳茜主任說明統計結果。

這樣的結果，有助於社工師們理解，也能更快找到為每個病人解除壓力源的方式。

全人醫療 讓病人心情不再亮紅燈

二〇一四年，五十歲的阿美帶著散發惡臭的乳房腫瘤來到臺北慈院，住院準備接受手術。在填寫簡式健康量表時，阿美隱藏內心的情緒，雖然量表總分不高，但護理師察覺到她的悶悶不樂，照會腫瘤心理師黃曉芳，試著與她交談，阿美仍關起心門，曉芳給予空間，先初步聊聊癌症的自我照護方式。

二〇一五年，阿美再度來到臺北慈院，這次是進行化學治療，也許是與醫療團隊比較熟悉了，終於願意向心理師說出自己的故事。

原來阿美幼年時被原生父母過繼給別人，養父母後來又生了三個兒子，她和養父母的關係也因此日漸淡薄，所以很早就出社會，後來結婚育有一子，無奈

又遭遇家暴，離婚後孩子歸丈夫撫養，孩子國中肄業後因吸毒反覆入獄，只有缺錢時才會找阿美。

阿美靠著自己的實力叱吒商場，後來遭友人倒債千萬，只得到市場做小販賺一天是一天，即使知道自己身體不舒服也要硬撐，不願花錢花時間就醫。後來是一次跌倒造成乳房腫瘤破裂，回想起跟養父母住在花東那段短暫的幸福童年，讓阿美對於根於花蓮的慈濟有特別的親切感，才願意到臺北慈院就醫。

二〇一七年一月，阿美入院時的簡式健康量表總分超過十分，還有輕度的自殺想法。隨著治療與疾病發展已兩年多，阿美的背部、頸部相繼長出腫瘤，化療副作用影響肢體力量，逐漸無法搭車來醫院，阿美擔心有一天會孤獨的死在租屋處內……

醫療團隊啟動心理健康的防護網；社工師協助申請醫療補助及房租補貼，並與安寧居家護理師、腫瘤心理師、社區訪視志工，帶著癌症相關用藥，每個月前往阿美家，關心她的生活和腫瘤發展狀況，努力讓阿美能持續接受醫療團隊的支持與陪伴；就這樣陪伴她，直到生命的最後一天。

透過簡式健康量表，醫療團隊能清楚掌握住院病人的心理狀態及其照護需求，及早介入相關處遇措施，並延伸至出院後的生活。不論處於疾病的哪個階段，病人的身心靈都受到妥善的照顧，充分感受到「愛的醫療」。

護你好心情

文／廖唯晴

「阿姨你好，我是負責照護你的護理師，在住院這段時間我會每天來問你的心情狀況，因為你不容易表達，所以可以透過這幾張小沙彌（圖卡）告訴我。」耳鼻喉科病房的護理師拿著病房特製的心情臉譜向剛入住的病人說明。

臺北慈濟醫院護理部劉怡婷督導指出，二〇一六年開始臺北慈院將簡式健康量表 (BSRS) 的照會標準由原訂的十五分下修至十分，並將此照會標準運用至所有住院病人。護理師要在每個病人入院八小時內協助完成量表填寫，若評估分數大於十分，住院系統會自動照會社工師探視，實施一年多來，成效顯見。

但在這之前，單位護理師就已透過小沙彌圖案的心情臉譜來與病人溝通、評估心理需求。耳鼻喉科護理長陳淑琴道出發想的初衷：「第一個原因是多年前，有一個平常相處都很正常的病人，突然出現自殘情形；第二個原因是有一個口腔癌患者，因術後氣切無法開口，加上不識字的關係無法溝通。時逢醫院評鑑，強調身心靈的全人照護，於是主管們提出了心情臉譜的想法。」陳淑琴護理長率領的耳鼻喉科病房團隊自願試行，提供了許多表情圖案，最後決定以



護理人員從電腦系統中檢視住院病人的量表評估結果。攝影／吳裕智

可以象徵慈濟志業的小沙彌為臉譜，並在二〇一五年八月時推廣到院內所有癌症病人。

簡式健康量表在病房的運用，除了病人初到病房時，還有之後的每個星期及病情改變時。由於耳鼻喉科大部分為外科病人，往往住院三天就能出院，但許多人因為對手術與疾病的擔心導致入院時的評估分數非常高，護理長解釋：「這種病人在手術順利後分數會有明顯的下降，因為壓力源已解除。」心情臉譜則是可以運用在護理人員想與病患做溝通交流的任何時候，過去曾有一位三十幾歲的女性口腔癌病人，護理師發現她的情緒非常低落，透過量表評估及臉譜溝



上圖：耳鼻喉科病房護理人員每日透過小沙彌心情臉譜了解病人心情。攝影／陳淑琴

下圖：病人告知心情後，護理人員將圖卡放置於床頭。攝影／吳裕智



通，逐漸建立關係，互動之下才知道她非常想念住在宜蘭的兩個孩子，於是護理團隊除了盡心盡力照顧，也積極與病家聯繫讓她與孩子見面的方式，讓病人心願圓滿善終。

「如果醫病關係好，有些病人會直接告訴我們心情不好的理由，但如果關係尚未建立好，我們會透過臉譜溝通引導病人說出心理的感覺。」病人心情百百種，臨床也時常碰到不願意配合填寫、拒絕回答的患者，若是這種情況一再發生，單位將會轉介給心理師，讓心理師

透過專業技巧予以協助。

陳淑琴護理長認為，無論心情臉譜或簡式健康量表，都是一個人與人相處的互動工具，心情臉譜用做每天的近距離了解，量表分數則是定期參考的數值，讓護理師了解病患的整體概況，兩者相輔相成。尤其當面對無法講話的人時，更是一種可以讓對方了解自己被關心的道具。儘管有些患者會認為這些方式沒有幫助，但她認為，醫院的工作不僅是疾病照護，兼顧到心理及靈性層面，才是真正的全人照護。

癌友的心情旋律

文／黃曉芳 臺北慈濟醫院癌症中心諮商心理師
攝影／范宇宏

「吳先生，我是心理師曉芳，你的『心情溫度計』比較高喔，所以我來關心，特別是『覺得比不上別人』這一題最高分。」

「喔，因為主耶穌說要謙卑！」

這是真實發生過的對話，憂鬱評估指標之一——「無價值感（我覺得比不上別人）」，被這位虔誠的病人如此詮釋，真可謂「信仰的角度」，但這個角度卻不適用大部分在這一題得高分的病人，如失業的頭頸癌病人、逐漸失能的老年癌症病人。因此，我時常幻想一處頭頸癌病患的庇護工場，那裡不僅提供一分溫飽，更庇護一分尊嚴；我也時常揣測需要包尿布、任擺布的老年，要如何同時保有尊嚴？

二〇一四年十一月，臺北慈濟醫院「住院癌症病人簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale, 簡稱 BSRS-5）查詢系統」建立，平均一個月有十七到十九份量表的結果大於十分「跳單」顯示出來，照會給心理師。我知道同樣是五題十分，但一張是 22222，另一張 12214，前者常是取中間值的慣性填答，後者則可能有想提出的議題，如罹癌前即長期失眠，就很有討論空間：是工作壓力？是否需要服用安眠藥？可否同時



以放鬆訓練調整？日照、活動情形又如何？自己又怎麼看待失眠這件事？通常睡不著都會想些什麼？二〇一四年五月加入的單題第六題「有自殺的想法」，使量表成為 5+1 題的計分方式。所以當看到一位病人的分數為 22222+2，要表達的是——既想放棄治療，又得配合治療的無奈，而非真的有自殺計畫。這樣的病人通常可以透過陪伴轉化負面情緒。又如八十多歲的阿嬤填答分數落在 02202+2，前五題總分沒有大於十，但是第六題的自殺想法是「中度」，並且苦惱、低落，我就要去了解她在擔心什麼？原來阿嬤覺得自己活不久了，希望落葉歸根，轉到南部老家附近就醫，於是將阿嬤這個心願慎重轉告子女。

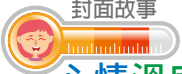
癌症病人簡式健康量表

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

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

這樣的病人占有多少成？癌症住院病人情緒篩檢每月大約有 4.2% 大於或等於十分，自殺想法 1.8% 大於等於兩分，兩者有九成重疊，另外一成單獨自殺想法比較高分的病人，通常為久病的無力感、本身精神疾病（憂鬱、躁鬱等），還有少數為表達對醫療照顧的不滿。這

類病人傾向配合治療，但其實治療動力並不高，而治療動力又牽涉複雜，如夫妻失和、子女疏遠，又或單身，說無牽掛但卻是無家庭支援。這類病人通常安靜來去，不似焦慮、哭泣病人容易引起注意。後者的分數常是 34414 或 41402，既焦慮又低落，臨床上常會呈



現說話快速、重複問題、焦點處置等。

另外，癌症病人較少在第三題「感覺憂鬱、心情低落」上少於中度，但有可能在第二題「覺得容易苦惱或動怒」是比較低分的，這類病人通常有較好的內在資源或外在支持；第四題「覺得比不上別人」關係著工作職能、自理能力；第五題「睡眠困難」則與種種議題相關，包括生理不適、酒癮問題，進而影響睡眠。

簡式健康量表五個題目分數的上下，加上一個自殺想法為重音，如同病人的心情旋律，常在術前、初診斷、第一次化療拉高音，而後趨緩；自殺想法大於等於兩分的音頻，則會引起社工師、心理師、身心科醫師即時的探訪，這個音調常常訴說著治療中的痛苦、煩躁與無奈，需要多一點的停留，像二分休止符，得以喘息片刻……順著這個旋律「談奏」，簡式健康量表成為癌症心理關懷的步調中，一個較為順暢的滑音，讓我們得以傾聽。

耳朵就是從心中長出來的花瓣，當我們彼此傾聽，就生出一座花園。

——摘自美國哲學家詩人馬克·尼波所著《每一天的覺醒：365篇日常生活的冥想與頓悟·3月25日》。

一位五十歲的乳癌病人素芹（化名），那一次的心情旋律發聲，是在乳癌住院標靶治療將近尾聲的時候，有不明紅疹，也照會了身心科診斷為廣泛性焦慮症，當天系統跳單她的量表是十一分，我順

著她所填寫的 22214+0，跟她討論長期的睡眠問題。當時她術後治療已將近一年，自省完美的性格，無論是逢年過節或一般日常，都會讓自己處於壓力過大狀態，應該試圖放鬆。我在病房帶著她做正念放鬆，紅疹稍褪。數天後她從家裡主動來電，表示已逐漸運用在居家生活裡，不再「急著煩惱」當天要做的事。

此後素芹的健康量表沒有再高過十分，包括乳癌治療剛結束竟又被診斷大腸癌時，但我留意這些分數表現是否反映著要當「完美病人」的隱微心境。那天正在術前評估與衛教，素芹說：「老天對我還有磨練。」她回顧起上夜校的時光，是一段歡喜的註腳，她想著要將這樣的歡喜帶進治療階段裡。我評估她的疾病適應力提升，自行發展出更好的因應策略，而後她也如是面對著脹痛、麻刺、頻尿等身體症狀，大腸癌的治療竟也這樣接近尾聲了。

與素芹仍持續討論著她不時「發作」的「求好心切」與一時的心神不安，她沒有服用過抗焦慮藥物，安眠藥則偶爾服用；而睡眠調整也是我們持續討論的一個議題，包括藥物（類固醇、化療）、生理不適、貧血以及心理因素。她一直試圖舒緩各種不適，若無法舒緩則與之共處，每一個嘗試，在重新框架（reframing，又稱認知重構，在心理治療裡指的是用不同的眼光，來重新看待所謂的「問題」）後，都是一次自我肯定的練習，在這座傾聽之園裡，無論盛放或凋萎，我們持續栽種、掘土……

守護長者心理健康 院內到院外



文／廖唯晴

師並未察覺其自殺企圖，未能即時阻止悲劇。」隨著自殺防治意識的提升，醫界將之列為醫院評鑑條文中的標的性指標，期待有朝一日可讓這群人得到真正的疾病治療與自殺防治。

自殺防治有多重要？李嘉富醫師分享自己過去曾碰到的一個案例，當時他尚未前來臺北慈院，所屬醫院正嘗試將簡式健康量表運用到所有門診患者身上，「那次門診護理師請一個阿嬤填量表，奇怪的是阿嬤前面五題都填沒問題，但到了『有自殺想法』這一題，她卻猶豫、跳過了。」護理師察覺異狀予以建議，阿嬤也聽從護理師的話前去身心醫學科門診。李嘉富醫師透過初步閒話家常卸下阿嬤心防後，詢問她不願意填寫的理由，「她哭了出來，說自己因為家庭因素，原本打算在看完醫生後就從對面大樓跳下去結束生命，來醫院只是想跟平常對他很好的醫師道別。」李嘉富醫師透過諮商技巧紓解了阿嬤緊繃的精神壓力，並開藥協助心情舒緩，幫助她度過人生關卡。

自殺一直位居臺灣十大死因之一，據衛生福利部統計，六十五歲以上老年人的自殺死亡率一向高於其他年齡層，為了了解年長患者的心理衛生狀態，「簡式健康量表」被廣泛地運用在醫院自殺防治。臺北慈濟醫院身心醫學科醫師李嘉富指出：「二〇〇八年時，醫界注意到自殺身亡的老人中，有三分之一在死前一週曾在醫療診所就醫，四分之三在一個月前曾在醫療診所就醫，但醫

篩辨憂鬱慢性病患者 提早心理關懷

二〇一三年，初來臺北慈院的李嘉富醫師接下新北市衛生局「慢性病患者憂鬱關懷計畫」，而臺北慈院也同步推行對部分住院病人實施簡式健康量表檢測的計畫，二者相輔相成，至二〇一六年，評估系統大致底定，簡式健康量表檢測普及至全院住院病人。李嘉富醫師指出：「實行初期，每個病人在住院八小時內，只要出現量表分數大於十五分的情形，護理人員就會照會社工。但以老年人來說，一個月七、八百個病人中真正大於十五分的不到五十人。」於是專案團隊分析原因進行調整，為避免發生「應篩到而未篩到」的情形，最終決議將評估分數下修，以總分大於十分、「有自殺想法」一題大於兩分為照會標準，經統計分析在二〇一六年針對四千名六十五歲以上住院的長者中，全人照護團隊提供社福資源的介入達三百零六人次，需要心理關懷介入的約一百三十人次，而需照會身心科醫師的約四十五人次。

護理師提醒主治醫師 團隊共當守門人

此外，考量到一般人對身心醫學科的既定迷思及對病人主治醫師的尊重，當自殺防治小組的專案護理師從醫院資訊系統發現某病患有情緒困擾問題時，會主動發信給主治醫師，提醒該個案雖未到轉介門檻，但為憂鬱自殺高風險族群，

需加留意，如有需要可在徵求當事人同意後照會身心醫學科。身心科值班醫師接到照會需求，必須在二十四小時內予以處理。

李嘉富醫師分享，曾經碰到一個高齡個案，因癌症的病苦讓他出現自殺念頭，但在評估流程的照會下，身心科醫師前往關懷、諮商，在團隊的協助下個案轉往安寧病房，最終圓滿人生。另一位腫瘤科病人，在李嘉富醫師前往評估時，說出他已準備好毒藥準備自殺，所幸透過及時防治避免了意外。

自殺防治計畫執行三年，未曾發生院內病人自殺事件，如今計畫雖已結束，但簡式健康量表評估系統已建置，成為臺北慈院的常規，透過篩選作業守護所有住院病人的心理衛生。

出院後的心理衛生關懷網

談到計畫執行以來的困境，李嘉富醫師指出目前值得省思的兩個方向：一是臺灣沒有自殺防治法律的規範，二是自殺高風險病人出院後的追蹤關懷。

現行的精神衛生法是針對情況嚴重到出現脫離現實的奇特思考、怪異行為，以至於無法自理的病人，因此當醫師遇到某些打算「非死不可」的個案不願意接受治療時，並無權強制就醫。所以當出現自殺意圖強烈但自殺失敗被送到醫院急診室的個案，李嘉富醫師會選擇多問家屬一些問題，「說不定從個案的日常行為中可以找到『或許符合精神衛生法』的蛛絲馬跡，多問一些問題，寫清



圖為新北市慈濟志工於社區舉辦七月吉祥月愛灑活動，臺北慈院李嘉富醫師分享保持身心健康的方法。攝影／李鈴宮

楚送到強制住院委員會進行審查，這個個案就會有五天緊急安置的時間，去緩和他想自殺的衝動。」

李嘉富醫師指出，過去自己透過交叉分析綜合整理長者自殺資料時，發現有一部分的自殺高危險群是獨居老人。儘管這些獨居老人在住院時會得到護理師、醫師、社工師、心理師等各職類的專業照護，但出院後的資源能否延續值得探討。

「若出院後能適時轉介給慈濟志業體

中的人醫會，讓義診團隊在義診時前往關懷也是一種方法。」李嘉富醫師同時提醒，有些個案如果碰到非熟悉的醫療團隊，就不會敞開心胸接受關懷。

臺北慈院利用簡式健康量表評估系統，守護了全院住院病患基本的安全，但如何讓「篩檢出情緒困擾之患者」、「防治憂鬱高危險群患者出現自殺行為」、「延續出院後的自殺防治」三條線無縫接軌，相信是各醫療院所要更進一步思考的方向。🌱