

預防長者自殺

實務及工具手冊

林一星、沈君瑜、陳潔英、黃樂仁、邱皓妍、陳熾良、郭韓韓



策劃及捐助：



香港賽馬會慈善信託基金

合作院校：



HKU
SWSA

Department of Social Work and Social Administration
The University of Hong Kong
香港大學社會工作及社會行政學系



香港大學出版社
香港薄扶林道香港大學
<https://hkupress.hku.hk>

© 2022 香港大學出版社

ISBN 978-988-8754-22-9 (平裝)

版權所有。未經香港大學出版社書面許可，不得以任何（電子或機械）方式，
包括影印、錄製或通過信息存儲或檢索系統，複製或轉載本書任何部分。

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

亨泰印刷有限公司承印

目錄

序	ix
前言	x
簡介	xi

第一章 及早識別 1

1.1 在中心層面及早識別有自殺風險的長者	2
1.1.1 長者自殺的風險因素和保護因素	2
1.1.2 簡單篩查工具	3
1.1.3 培訓專業人士和志願者	4
1.1.4 你可以如何協助	4
1.2 在個案層面及早識別有自殺風險的長者	5
1.2.1 辨識有較高自殺風險的個案群組	5
1.2.2 面談時如何辨識自殺警號	5
1.2.3 你可以如何提供協助	8

第二章 介入方法 9

2.1 自殺個案的分析及介入原則	10
2.2 判斷自殺風險級別	11
2.2.1 掌握重要的提問技巧	11
2.2.2 了解自殺念頭對個案的意義	13
2.2.3 評估自殺風險級別	13
2.3 不同自殺風險級別的介入方法	15
2.3.1 按自殺風險級別提供不同程度的支援	15
2.3.2 自願和非自願住院治療	16
2.3.3 運用扼要的問題解決方法來處理自殺念頭	17
2.3.4 記錄、評估和定期監察自殺風險	19
2.4 跨界別協作（例如：家庭、醫療部門、專業團隊）	21
2.4.1 家庭參與	21
2.4.2 團隊支援和其他服務	22

第三章 自殺事後介入	24
3.1 甚麼是自殺事後介入及其重要性？	25
3.2 支援自殺者遺屬：事後介入的對象	26
3.2.1 哀傷心理健康教育	28
3.2.2 你可以如何協助	32
3.2.3 評估和監察複雜的哀傷反應	39
3.3 何時需要執行以社區為本的介入措施？	41
3.3.1 有關擴大對社區支援的指標	41
3.3.2 以社區為本的介入措施	41
3.3.3 設計有關事後介入計劃	43
第四章 助人專業人士的自我照顧	46
4.1 定義	47
4.1.1 工作質量的重要性	48
4.2 自我評估	49
4.3 可以如何協助	50
4.3.1 建立一套獨特且有效的個人化自我關懷工具手冊	51
4.3.2 培養同理心的想法	52
4.3.3 處理創傷經驗（Trauma Exposure）	53
4.3.4 自我照顧模型	54
4.4 如何協助機構同工處理職業倦怠	55
總結	57
參考文獻	58

工具包

63

第一章 及早識別

64

工具1.1：	長者自殺的風險因素和保護因素	65
工具1.2：	針對精神健康狀況和自殺傾向的簡短篩查工具樣本	66
工具1.3：	有關自殺的迷思和事實	72
工具1.4：	預防長者自殺的專業能力清單	73
工具1.5：	自殺警號的心理健康教育樣本	74
工具1.6：	預防長者抑鬱和焦慮的方法	76
工具1.7：	促進長者的身心健康	77
工具1.8：	自殺警號	79
工具1.9：	評估長者常見精神健康問題的臨床量表	80
工具1.10：	遇到有自殺風險的長者時「應做」及「不應做」的事	81
工具1.11：	與個案互動的常見技巧	82

第二章 介入方法

84

工具2.1：	安全計劃	85
工具2.2：	自殺風險評估表	86
工具2.3：	風險管理圖	88
工具2.4：	個案住院檢查清單	89
工具2.5：	有關家庭參與個案的基礎知識	90
工具2.6：	專業人士協助個案家庭預防自殺的清單	92

第三章 自殺事後介入

93

工具3.1：	與自殺者的密切程度及相對影響	94
工具3.2：	自殺影響的連續模型——評估所需的介入水平	95
工具3.3：	社會工作者適用的指引——如何支援喪親者（自殺者遺屬）	96
工具3.4：	評估和監察複雜性哀傷	99
工具3.5：	制定以社區為本的自殺事後介入計劃指南	100

第四章 助人專業人士的自我照顧

103

工具4.1：	助人專業人士工作壓力指標清單	104
工具4.2：	自我評估表——專業生活品質量表（Professional Quality of Life, ProQOL）	105
工具4.3：	自我照顧和應對措施	107

第五章 資源表

108

工具5：資源表

109

參考文獻

113

簡介

本手冊的目的

「JC JoyAge：賽馬會樂齡同行計劃」由2016年開始於本港四區試行，並於2020年分兩階段推展至全港十八區。該計劃旨在提升以社區資本為主的長者精神健康支援服務，從而有效地促進地區長者服務和社區精神健康服務之間的協調，改善針對有需要長者之服務範圍和覆蓋面，對家庭和社區產生正面的影響，以提升大眾對心理健康的認知水平。與此同時，該計劃提供各類培訓予從事長者工作的助人專業人士（包括：從事心理健康服務的社工、輔導員、心理學家、職業治療師、物理治療師和精神科護士），使他們掌握所需的技巧和知識，以增強其個案介入和管理的能力。本手冊乃屬於該計劃的其中一部分。

本手冊的主要目的是提供實務指引，以協助助人專業人士和社區，就預防長者自殺的不同介入階段，開展相應的工作（即及早識別和評估、介入方法及事後介入）。手冊內不單載有易於參考的列表、問卷和表格，還建議相應的措施。

為了更妥善管理具有自殺風險的個案，作者會在手冊中詳細介紹有關自殺的基礎知識（例如：常見的迷思和事實），以及助人專業人士所需的實用技巧（例如：如何與當事人作適當的接觸）。

本手冊載有關於支援和教育資源（例如：熱線電話、非政府機構的網站）的列表，方便讀者隨時參考和進階學習。

儘管任何預防自殺的方案都應採用以公共衛生為本的方案，但本手冊不會重點提及有關社區層面的介入措施（即普遍預防策略）。若想知道有關此方面的詳細資訊，建議讀者參考《香港預防自殺：機遇與挑戰》（章節取錄於英文原書）（Yip et al., 2013）。



如何使用此預防自殺實務手冊？

此手冊分為兩個部分：主體書冊和相應的工具包。工具包旨在給予助人專業人士/社工一套快速參考的實用工具，包括工作清單、問卷、工作紙和參考附表等，方便他們在臨床實務時使用。主體書冊闡述了工具包背後的理論和知識，包括詳細講解不同階段（自殺評估、介入和事後介入）的自殺介入工作，並且載有不同的「臨床注意事項」，羅列一些相關案例及適用於香港和長者群組的資料。

長者自殺現象

全球每年有近80萬人死於自殺，即每40秒就有1人死亡（World Health Organization [WHO], 2019）。根據世界衛生組織（WHO）的定義，自殺是指當事人有意識地傷害自己以結束生命（WHO, 2014）。

另外，根據世界衛生組織的資料，長者的自殺風險比其他年齡層高（WHO, 2019），構成人口下降和家庭動盪的重要因素，絕對是一個值得關注的公共衛生問題（Brooks, Burruss, & Mukherjee, 2019）。事實上，很多國家都出現長者自殺率高企的情況。在美國，每年有7,000多名60歲或以上長者自殺（Logan, Hall, & Karch, 2011），而自殺率從1999到2014年之間增加了25%（Curtin, Warner, & Hedegaard, 2016）。2010年的一項研究發現，每1.5個小時就有1名長者死於自殺（Carlson & Ong, 2014）。

香港的自殺率為每10萬人中約有13人，當中長者的自殺率差不多是平均人口的兩倍。65歲或以上人士最常用的自殺方法是從高處墮下（54.8%），其次是吊死（33.2%）、燒炭（3.2%）、服毒（2.5%）、以及其他方法（2.8%）（Centre for Suicide Research and Prevention, 2020）。另外，在2017至2019年期間，「JC JoyAge：賽馬會樂齡同行計劃」共收集了4,259名居港長者的研究數據，發現有視力障礙、焦慮及孤獨感的長者更容易產生自殺念頭。

其實早在1998年，本地非政府機構「生命熱線」已經開始在社區進行預防長者自殺工作。先導計劃主要針對社區中有自殺傾向的長者，並為他們提供早期評估和篩查。其後，社區亦陸續開展了不同的計劃，例如：外展義工、長者義工朋輩支援、社區教育和培訓等活動。

及早識別

對於助人專業人士來說，能夠及早識別或發現具有高自殺風險的長者，將有助訂立和實行適當的預防及／或介入措施。為盡量降低長者的自殺風險，助人專業人士應分別在中心和個人層面，制定篩查具自殺風險長者的策略。

1.1 在中心層面及早識別有自殺風險的長者

要有效預防和識別具自殺風險的人士，由恆常化的篩查至進一步提供針對性的預防自殺措施（例如：管理常見風險），提升機構職員在自殺議題的意識和敏感度尤其重要。機構應定期評估自身和職員的準備工作及敏感度，然後制定適合的方案，以增強和改善有關預防自殺工作的知識或服務。

1.1.1 長者自殺的風險因素和保護因素



你可使用的工具：

► 工具 1.1：長者自殺的風險因素和保護因素

在大多數情況下，自殺風險是由一系列潛在因素而不是單一原因構成。為了在日常工作中能及早識別或發現有自殺風險的長者，助人專業人士必須對自殺常見的風險因素和保護因素有透徹的了解和辨識能力。風險因素是指在個人或環境方面有可能增加當事人死於自殺行為之要素。反之，保護因素是指減少出現自殺行為和其他行為健康問題之要素 (Monk et al., 2007; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2015)。



臨床注意事項

締造一個友善、關愛的社區環境，讓長者公開談論有關精神健康的議題，都有助提升他們對精神健康的認識（例如：適應老齡化和預防自殺）。長者中心可考慮透過以下方式，建立社區資本：

- 促進跨領域合作，包括不同範疇的專業人士、鄰舍、家庭、同儕和長者，共同制定健康老齡化的策略
- 舉辦不同活動，以提升大眾的精神健康認知水平，減少社會對心理健康問題的污名化
- 強調抑鬱的風險及其治療方法。由過來人分享復元故事，有助鼓勵有需要人士尋求幫助
- 提供足夠的時間／空間和熟悉易達的環境，讓長者安心地完成恆常篩查和諮詢
- 透過義工定期電話慰問或家訪，識別高危群組
- 把握每次職員與長者見面的機會，邀請長者分享情緒經歷，並多留意他們的非言語表達（例如：說話速度緩慢或反應遲鈍），有助我們更了解長者近期的精神健康狀況

1.1.2 簡單篩查工具



你可使用的工具：

- ▶ 工具 1.2：針對精神健康狀況和自殺傾向的簡短篩查工具樣本

在常規服務中使用篩查工具，有助助人專業人士及早識別個案的臨床抑鬱程度和自殺風險。由於長者認知能力或會較弱（例如：集中時間較短）及/或教育程度偏低，這些篩查工具應以精簡為主。初步被評定為「有風險」的人士，應接受全面抑鬱診斷評估和/或自殺評估（請參閱下文工具 1.9 和 2.2），以作進一步的診斷、有效的介入和適當的跟進。



臨床注意事項

例子：在特殊情況下篩查有需要的長者

機構：JC JoyAge 項目團隊（香港大學研究團隊和非政府機構合作夥伴）

日期：2020 年 2 至 8 月（COVID-19 疫情開始後的首半年）

背景：了解於 COVID-19 疫情開始後的首半年，長者普遍的精神健康情況

目標群組：8,382 名 60 歲或以上人士

篩查方法：電話調查

篩查工具：PHQ-2 和 GAD-2

結果：

1. 十分之一的長者有抑鬱或焦慮症狀，其中一半同時出現兩種症狀
2. 相比 80 歲或以上人士，60–79 歲人士出現抑鬱或焦慮症狀的比例更高
3. 相比男性，女性出現抑鬱或焦慮症狀的比例更高
4. 五分之一的認知障礙症患者的照顧者有抑鬱和焦慮症狀，為非認知障礙症患者的照顧者的兩倍

摘要：

1. 已完成進一步的深入評估，確定了疫情期間長者的情緒問題和自殺風險
2. 建議按情緒問題和自殺風險的嚴重程度，進行個案分流及專業介入
3. 需要為特殊群組（即：女性長者和照顧者）制定針對性的介入策略
4. 考慮到疫情期間的社交距離措施，建議採用創新的介入方案（例如：舉辦線上講座和支援小組）

1.1.3 培訓專業人士和志願者



你可使用的工具：

- ▶ 工具 1.3：有關自殺的迷思和事實
- ▶ 工具 1.4：預防長者自殺的專業能力清單
- ▶ 工具 1.5：自殺警號的心理健康教育樣本

由於長者會受到上述多方面因素影響，無論他們是否正接受社會服務或照顧，也有機會在某些時間感受挫折，萌生自殺念頭。因此，政策方面首要提高助人專業人士和公眾（包括：個案的家人和非政府機構的志願者）對長者自殺風險的警覺性。透過教育有關自殺風險的知識及管理技巧，我們可以提升辨識高風險人士的能力，鼓勵他們主動尋求協助，以及增強助人專業人士介入方案的可行性，並減少污名化。因此，我們必須先確保助人專業人士和中心會員／義工掌握有關自殺的基本知識，好讓他們準備履行在預防自殺工作中的崗位。

1.1.4 你可以如何協助

考慮到處理自殺事件的特定情況（例如：個案風險、社區資源），各中心應制定一系列預防自殺的方針和措施。



你可使用的工具：

1. 以下是一些參考例子及可使用的工具，有助提升專業人士和中心會員／義工在心理健康方面的意識
 - ▶ 工具 1.1：長者自殺的風險因素和保護因素
 - ▶ 工具 1.3：有關自殺的迷思和事實
 - ▶ 工具 1.5：自殺警號的心理健康教育樣本
2. 進行定期的健康篩查
 - ▶ 工具 1.2：針對精神健康狀況和自殺傾向的簡短篩查工具樣本
3. 促進長者整體身心健康
 - ▶ 工具 1.6：預防長者抑鬱和焦慮的方法
 - ▶ 工具 1.7：促進長者的身心健康

介入方法

2.1 自殺個案的分析及介入原則

了解自殺理論，將有助助人專業人士作出適當的評估和管理個案的自殺行為。

自殺行為的概念化模型 (Shneidman, 1996)

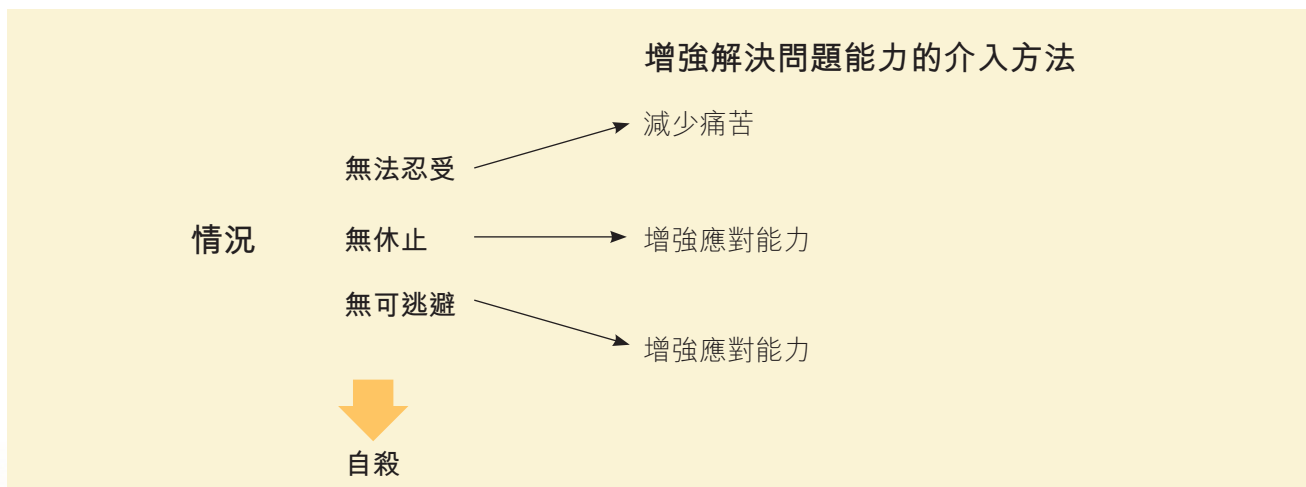
自殺是一種潛在困擾的症狀，由多種因素造成心理痛苦的綜合結果，包括潛在的精神和身體疾病 (Shneidman, 1996)。為了理解自殺行為的複雜性，Shneidman (1996) 提供了一個簡單的框架，該框架圍繞三個主要問題去評估個案的自殺風險，從而提供相關的協助。這三個主要問題，構成了自殺評估和治療工作的核心：

1. 哪些因素導致並延續個案的心理困擾？
2. 個案如何應對這種困擾？
3. 甚麼措施 (例如：具體、生理或心理的) 可在短期內減少個案的心理困擾，並長遠提高他/她對這種困擾的忍受度？

以自殺作為應對行為的三個認知條件 (Chiles & Strosahl, 1995) 如下：

- 身體或情感上所受的痛苦或困擾是「無法忍受的」；
- 生活被視為「無休止」的困擾；和
- 生活被認為是「無可逃避」的困擾，任何應對方法都不會有顯著改變。

自殺行為問題解決模型 (Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, 2007)



從以上解決問題的概念看到，自殺問題的介入方法著重於減少個案的身心痛苦，同時幫助個案改善情緒、認知和行為，增強其應對能力。

處理自殺的介入方法，包括以下三個階段 (Bilsker & Forster, 2003)：

1. 個案的穩定性和人生安全。在高風險的情況下，可以採取住院治療，以保持個案的穩定性。
2. 評估短暫或持續出現的風險/保護因素；和
3. 有助持續管理和積極解決問題的因素，包括治療精神隱疾和集中於提高應對能力的解決方法。



你可以使用的工具：

- ▶ 工具 1.1：長者自殺的風險因素和保護因素
- ▶ 工具 2.1：安全計劃
- ▶ 工具 2.2：自殺風險評估表

2.2 判斷自殺風險級別



你可以使用的工具：

- ▶ 工具 1.8：自殺警號
- ▶ 工具 2.2：自殺風險評估表

2.2.1 掌握重要的提問技巧

一般來說，當個案承受越多危機因素或越少保護因素時，其自殺風險會越高。儘管如此，一個人會否透露自己的自殺念頭，往往未必與其自殺意圖相對應，即是處於高風險的人，可能會隱藏自己的強烈意圖或計劃。在確定個案的自殺風險級別時，助人專業人士必須保持開放和合作的態度，同時對個案的情況進行全面了解。以下是一些綜合建議和提問例子（關於自殺念頭/意圖/計劃），以提高風險評估的準確性。



綜合建議

必須……

- 清楚了解個案的自殺念頭（例如：強烈程度、持續時間、內容）
- 詳細了解個案的自殺計劃（例如：時間、地點和方式）
- 評估個案的可用資源和獲得自殺工具的方法（例如：購買木炭）
- 了解是否有在死亡前做好任何準備（例如：交代個人重要財物；訂立遺囑）



綜合建議

可嘗試……

- 直接詢問個案的自殺意願（可以視為恆常評估／面談的一部分）
- 運用具描述性的問題，即個案對事實／思想／行為的理解（例如：「當您精神崩潰時，到底發生了甚麼事？」）
- 明白個案未必願意談論與其自殺風險有關的事情，因此可在面見時採取以下方法：
 - ▶ 對個案現有的想法／行為作出真摯的推測（例如：「您打算採取哪種自殺方法？」而不是「您是否考慮過如何自殺？」）
 - ▶ 預留機會給個案拒絕回答特定的問題（例如：「您是否曾經想過由橋上跳下來？」而不是「您當時一定是想由橋上跳下」）



提問例子

（Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, 2007）

(A) 自殺念頭

- 萌生自殺念頭（例如：「您是否曾經或最近有過傷害或殺死自己的念頭？」；「會否希望有事發生在自己身上然後死去？」）
- 出現的頻率（例如：「您自殺的念頭有多頻密？」）
- 持續時間（例如：「這些自殺念頭持續了多久？」）
- 強度（例如：「這些自殺念頭有多強烈或難以忍受？」）
- 生或死的原因（例如：「您想死去的原因是甚麼？」；「另一方面，甚麼讓您想繼續生存下去？」）

(B) 自殺的行動意圖

- 出現自殺意圖（例如：「您是否曾經或最近有意圖將自殺念頭付諸行動？」）
- 強度（例如：「將自殺付諸行動的念頭有多強烈？」）

(C) 自殺計劃

- 出現自殺計劃（例如：「您有自殺計劃嗎？」）
- 詳情（例如：「您有甚麼計劃？您打算何時、何地及如何進行？」）
- 可行性（例如：「您有方法執行這個計劃嗎？」）
- 可控制程度（例如：「您在何種程度上能夠控制自己或阻止自己執行這個計劃？」）

自殺事後介入

3.1 甚麼是自殺事後介入及其重要性？

「事後介入」(Postvention)是指自殺事件發生後的介入工作，透過及時、合適的協調和支援，為自殺者遺屬 (suicide survivor) 提供善後跟進，避免自殺風險在社區蔓延。

事後介入的目標

事後介入的目的，是減少自殺者遺屬因自殺事件而承受困擾，並為社區提供有關預防自殺的教育，包括自殺危機的警號及應對方法，避免自殺事件再次發生。因此，事後介入涵蓋自殺預防、及早介入和治療等工作。

關於自殺者遺屬的注意事項 (摘錄自 SANE Australia, 2016)

- 經歷親人自殺身亡的人，有較高的自殺風險
- 經歷親人自殺身亡並患有精神病的家人和朋友，需要更多的關懷及支援
- 經歷親人自殺身亡的家人和朋友，可能會經歷長期且複雜的哀傷反應

事後介入旨在協助家庭和社區達到以下目標

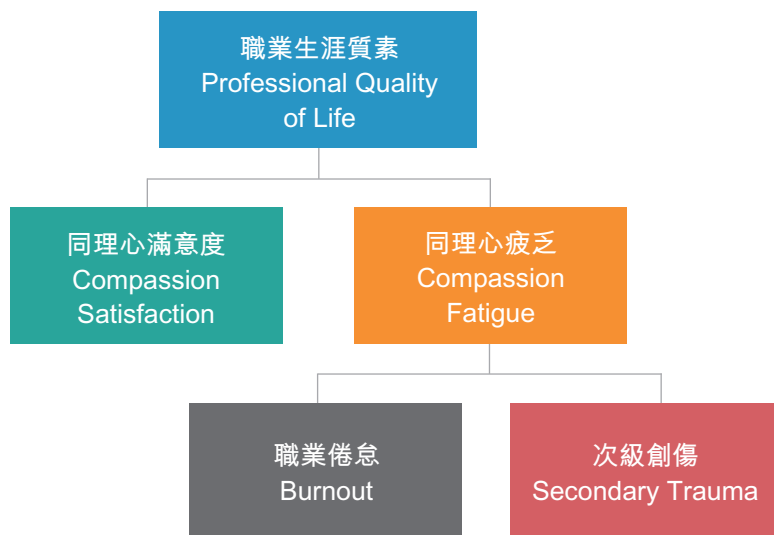
- 為受自殺影響人士 (尤其是自殺者遺屬) 和整個社區提供支援以助其復元
- 向高危人士提供支援，並減少自殺風險在社區蔓延
- 協助個人和機構作出適時的應對措施
- 透過大型活動提升社區人士對預防自殺的意識

本章首先討論如何支援經歷親人自殺身亡的人之策略和臨床介入手法。有關社區層面的應對和長遠計劃，請參閱第3.3.3節。

助人專業人士的自我照顧

4.1. 定義

對於助人專業人士來說，出現「職業倦怠」(burnout)的狀況，絕對不是一件陌生的事。Stamm和他的團隊利用「同理心滿意度和同理心疲乏模型」(Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Model)，描述助人專業人士的職業生涯質素(professional quality of life)和倦怠等概念，如圖4.1所示，同理心滿意度(compassion satisfaction)和同理心疲乏(compassion fatigue)被視為影響職業生涯質素正向和負向的兩個因素。



同理心滿意度

同理心滿意度是指從助人專業行業中獲得的正面回饋，它可以是一種透過幫助他人從中獲得樂趣，或是透過關懷和為社會弱勢群體貢獻而得到的滿足感(Stamm, 2005)。

同理心疲乏

同理心疲乏是指由於持續地對個案提供照顧和關懷而讓施助者產生情緒上的疲乏。Figley(1995)將同理心疲乏定義為因承受和累積不同受助者的創傷經驗而產生的一種壓力狀態。在這個狀態下，助人專業人士會經歷次級創傷(secondary trauma)，並因此而感到精神疲憊。然而同理心疲乏和職業倦怠有著密切的關係。同理心疲乏較多見於人際關係上，並被視為職業風險的一種，特別當受助者的康復過程中較難出現顯著的改善或康復時，情況尤其常見，例如護理癌症患者的人員較常有此徵狀。

次級創傷

次級創傷是指助人專業人士由於工作的關係，經常要暴露在受助者的創傷事件中，即使助人專業人士沒有親身經歷實質的危機(Stamm, 2005)。但次級創傷的成因可以是透過聆聽受助者講述其被虐待的故事，或是目擊暴力或自殺的故事等。遭遇原發性或次級創傷同樣有機會引起創傷後壓力症狀(例如：慢性緊張、易怒、失眠、焦慮)。

替代性創傷

Pearlman and Saakvitne (1995) 提出替代性創傷(vicarious trauma)的概念，並嘗試了解創傷工作對助人專業人士的影響。他們指出助人專業人士源於工作關係，經常暴露在個案的創傷經歷中，長此下去便有機會影響助人專業人士的世界觀。有些可能會對個案的創傷變得越來越麻木，甚至對世界上的不公平或不公義感到極大的憤怒。

職業倦怠

職業倦怠是指由工作環境中自然產生和累積出來的壓力，並非只發生於助人專業人士身上(Stamm, 2005)。它是一種因無法滿足工作環境要求而導致的身心疲憊狀態。但是，職業倦怠並不一定意味著個人的世界觀會因此而受到影響。

在不同領域的學術文獻中，研究人員均認為上述的定義彼此有著密切的關係，並很難將這些概念完全區分出來，這無疑使研究變得更加困難。

抑鬱或同理心疲乏之間的混淆

與抑鬱不同，有些人可能把同理心疲乏視為職業風險的一種。在《精神疾病診斷與統計手冊》(DSM-5)中，抑鬱是精神健康疾病的一種。然而，醫護及助人專業人士在經歷同理心疲乏時，有可能會出現不同程度的抑鬱徵狀。如果壓力和疲乏問題未能隨著時間而得到紓緩，久而久之，同理心疲乏最終可能會發展成抑鬱、焦慮或其他類型的精神健康問題。

4.1.1 工作質量的重要性

很多研究都指出，職業倦怠有可能減低助人專業人士的工作質量(quality of work)，包括與個案的治療關係(de Figueiredo, Yetwin, Sherer, Radzik, & Iverson, 2014; Hanson, 2015)。譬如說，在處理個案時，對於一些已感到職業倦怠的助人專業人士來說，或許會因此而影響個人的耐性、同理心，甚至感到不滿或出現逃避等情況。這些關於個案處理的不確定性和個人因素，都會大大增加助人專業人士的壓力。

同理心疲乏會對助人專業人士的工作和個人心理帶來負面影響，譬如陷入個案的創傷經歷或缺乏同理心，這往往使人變得更無助和受壓，有時候，甚至出現想逃避或離開這個助人專業的想法(de Figueiredo et al., 2014; Figley, 1995; Pérez-García et al., 2020; Turgoose & Maddox, 2017)。此外，替代性創傷同樣會增加助人專業人士陷入負面思維和影響心理質素的風險，例如失去覺察力，變得焦慮、懷疑或增加脆弱感(Culver, McKinney, & Paradise, 2011; Rasmussen, 2005)。

工具包

及早識別

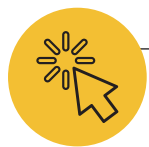
工具1.1：長者自殺的風險因素和保護因素

為了及早識別有自殺風險的長者，助人專業人士必須對自殺常見的風險因素和保護因素有透徹的了解和辨識能力。及早識別通常是第一步，為高危群組提供最有效的針對性預防及/或介入措施（Monk et al., 2007; SAMHSA, 2015）。

前置/風險因素		保護因素	風險因素
• 視力欠佳 • 聽力受損 • 多項共病 • 長期痛症/病患 • 沒有伴侶 (例如：未婚、喪偶) • 獨居 • 曾經企圖自殺 • 家人自殺身亡 • 財務損失/債務 • 失業/待業 • 曾遭受虐待 • 濫用藥物 (例如：吸毒或酗酒) • 高齡 • 性別(男) • 容易取得自殺工具	• 抑鬱 • 焦慮 • 孤獨感 • 無望感 • 精神疾病 • 有限的社交接觸和社交融合 (如：社交上被排斥) • 有限的社交支援網絡	• 接受身體疾病和殘疾的治療 • 接受抑鬱症和其他精神健康問題的治療 • 對未來抱有希望 • 與家人、朋友和社區建立緊密聯繫 • 投入有意義的活動，包括休閒、社交、心靈、智力和創造力等活動 • 肯定自己的能力和成就 • 自我理解 • 對前景感到樂觀 • 抗逆力和毅力 • 具備應對問題和解決衝突的技能 • 宗教信仰及自我保護的文化 • 正面健康的生活及積極尋求協助	• 近期經歷重大的挫折或難堪的事件 (例如：家人離世) • 最近遭遇自殺事件 • 抑鬱情緒改善令行動能力提高 • 最近從醫院出院

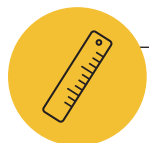
粗體字：就長者而言較為重要的因素

工具1.2：針對精神健康狀況和自殺傾向的簡短篩查工具樣本



目的

初步評估受訪者最近的 (i) 精神健康狀況及 (ii) 自殺風險。留意此問卷只供參考，不能作為臨床評估及診斷。



指引

工作人員可透過以下問題，初步了解受訪者的情緒狀態。此問卷分別有四個部分。第一部分為了解受訪者的近況；第二部分為簡易情緒健康篩查 (screening)；第三部分為有相關情緒的深入評估；第四部分為情緒和自殺風險的跟進建議。若受訪者於第二部分中透露大部分時間情緒都出現困擾，工作人員應根據指引完成第三部分的問題，以進一步了解受訪者的情緒狀態並作出相應的跟進建議。義工或前線同工可填寫第一和第二部分。如受訪者於第二部分中表現出情緒困擾，助人專業人士可完成第三部分，及根據第四部分作出相應的跟進建議。

第一部分：自我介紹及了解受訪者的近況

「喂，您好，我哋係XXX機構/中心打嚟嘅，想了解一下您嘅近況，您最近幾好嗎？您而家有無時間傾下計呢？」

訪問日期：_____年_____月_____日 時間：(上午/下午) 時 _____分 _____

受訪者姓名：_____ 會員編號：_____

性別：男/女 年齡：_____

介入方法

工具2.1：安全計劃

安全計劃

當您冒出傷害自己或自殺的念頭時，請採取以下步驟。自殺念頭往往會在當刻感到很強烈，且揮之不去，假若給予足夠的時間和支持，這些想法和念頭會逐漸消滅。絕望和無助感會慢慢消失，那時您可以專注處理最初引發負面想法的問題。您是有能力渡過當前的難關——請謹記，與他人保持聯繫以得到適當的協助是非常重要的！

當被自殺念頭纏繞時，您可能難以集中精神及保持頭腦清醒，請複製此安全計劃，並將副本保存在易於取閱的地方（例如：錢包、手機套或手提包中）。

行動1 進行下列活動以安頓或安撫自己的情緒：

行動2 提醒自己繼續生存的原因：

行動3 立即聯絡朋友、親戚或摯愛

姓名：_____ 電話號碼：_____

行動4 如果無法聯絡上述親友，請立即聯絡以下人士

姓名：_____ 電話號碼：_____

行動5 與助人專業人士聯繫（例如：社工、醫生、心理學家）

姓名：_____ 電話號碼：_____

行動6 撥打危機熱線

電話號碼：_____

行動7 前往安全的地方

行動8 前往最近的醫院急診室

行動9 在我認為自己無法安全到達醫院的情況下，請致電999要求緊急送院
（有關人士將及時安排我安全地送院）

工具2.2：自殺風險評估表

由於評估自殺個案的複雜性，助人專業人士可以參考以下自殺風險評估表，以掌握如何對個案的風險級別進行分類。這通常包括從他/她的危險因素、保護因素以及自殺念頭或行為作出綜合評估。然而，該表僅作為一個指引，並沒有規定任何必須完成的強制性程序/狀況。助人專業人士需要視乎專業知識、經驗和臨床判斷，評估當前個案的自殺風險 (Monk et al., 2007)。

風險因素	自殺風險級別		
	輕微	中度	嚴重/非常嚴重
自殺念頭	☐ 偶爾會有強烈死念，但轉瞬即逝 ☐ 沒有或輕微的死慾	☐ 頻密、強烈持久並難以消除的死念 ☐ 對死亡感到模稜兩可	☐ 極端和堅定不移的死念 ☐ 肯定而強烈的死慾
自殺計劃(例如：緊急程度)	☐ 沒有迫切的自殺計劃 ☐ 沒有死亡危機	☐ 迫切但不確實的計劃(例如：不久的將來，但沒有確切時間) ☐ 間接的死亡危機	☐ 迫切而具體的計劃(例如：已有時間和地點) ☐ 明確的死亡危機
自殺方式(例如：可行性、嚴重性)	☐ 自殺方法不實際，無法達成或未經全面考慮	☐ 自殺方法可行，但有機會獲救(例如：服食化學藥品、服藥過量)	☐ 自殺方法很容易達成，並且大多數是致命的，幾乎沒有機會獲救(例如：跳樓、上吊)
情緒/精神狀態	☐ 不快樂，容易被觸動 ☐ 輕微的精神困擾	☐ 情緒波動，缺乏情感表達 ☐ 中度精神困擾	☐ 情緒麻木或容易激動(例如：緊張、煩躁、生氣) ☐ 嚴重或無法忍受的精神困擾(例如：強烈感覺被拒絕和社交孤立)
家庭/社交支援	☐ 足夠或合理的家庭/社交支援	☐ 較少或薄弱的家庭/社交支援 ☐ 與重要的家人或人士發生中度衝突	☐ 嚴重缺乏家庭/社交支援(例如：社交孤立) ☐ 與重要的家人或人士發生激烈衝突