

守護長者心理健康 院內到院外



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

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。



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。🌱