



國軍現行「自殺防治」 作法與展望

作者簡介



林昆玄少校，政戰學校心理系91年班、政戰學院心研所97年班、政訓中心正規班98年班、國防大學陸軍學院102年班；曾任營、連輔導長、政戰官、心輔官，現任國防部政治作戰教育訓練中心教官。



張曉玉中校，政戰學校藝術系88年班、政戰學院社研所95年班、政訓中心正規班96年班、國防大學陸軍學院99年班；曾任營、連輔導長、教官，現任國防部政治作戰教育訓練中心教官。

提要

- 一、軍隊發生自殺案件，不但影響單位士氣與國軍形象，更將造成筆案官兵家屬一輩子的傷痛和遺憾。
- 二、國軍歷經數度國防事務革新與推行合理管教政策，但高壓力的教育訓練與戰備演訓，仍可能造成官兵負面的心理問題。
- 三、各級單位藉由推動現行「輔導實務執行」、「評量篩檢機制」、「心輔教育推廣」、「研習訓練活動」、「危機處理」等作法，減少國軍官兵自殺事件肇生。
- 四、現階段政府推行「全面性」、「選擇性」、「指標性」自殺防治策略和作法，可做為國軍爾後推展心理衛生工作的思考和精進空間。

關鍵詞：心理衛生、自殺、三級防處、輔導管制

前言

自殺行為絕非單一因素造成，其成因複雜而多樣，往往包含了精神疾病、心理學因素、生物性體質因素、家庭因素、人際關係問題，以及社會經濟因素等。¹根據行政院衛生福利部民國102年的死因統計顯示，國人自殺死亡人數為3,565人，其中6成7為男性，3成3為女性，居我國男性第10大死因，女性第12大死因，男性和女性死亡率倍數比為2倍。²

近年來，隨著生活與科技日益進步，國人生活水準提高及少子化等因素，致使年輕人承擔壓力及挫折容忍能力持續下降，³儘管國軍歷經數度轉型與倡導合理管教，但高強度的訓練壓力與領導統御模式實際上並無多大變化。軍隊乃社會之縮影，社會上發生的問題，國軍部隊自然也會發生，部隊發生自殺案件，不但影響單位士氣與國軍形象，更造成肇案官兵家屬一輩子的傷痛和遺憾，其影響層面至深至遠。

本研究透過美、日、韓三個分別處於不同臨戰狀態國家的軍人自殺率的實證資料觀察，發現自殺率與該國軍隊之戰備狀

態，並無絕對相關。其次，我國之自殺防治策略上是與國際接軌的，也就是我們並不缺乏想法，關鍵在從事自殺防治實務工作的人與實際作為。因此本文的目的，在於從觀念、全面性、選擇性、指標性等方向，找出前瞻方向及精進現況的作為，畢竟軍人自殺事件影響深遠，只要有一個人自殺都嫌太多，必須盡一切力量加以防治。

何謂自殺

關於自殺的定義，在國內、外均有許多的討論。自殺行為的研究始於19世紀 Emile Durkheim, Durkheim(1992)認為自殺係「求死者明知會產生死亡的結果，而採取消極或積極的自我毀滅行為」。⁴Wekstein(1979)認為「自殺是一種自殺的行為，通常是有意識的，以死亡做為一種手段或一種結束。」⁵

Shneidman(1981)認為「自殺係個體以積極或消極行動，且深知此行動的結果，會直接或間接導致自身死亡」。⁶國內的學者孫敏華(1998)認為：「個人決定以自己手段來結束其生命，或是一股動機想毀滅自己，或是以此為達成目的之工具，

- 1 廖士程，〈臺灣自殺防治策略與現況〉《精神及心理衛生人員訓練班簡報》（臺北：臺灣自殺防治學會），民國101年3月，頁2～18。
- 2 行政院衛生福利部，〈中華民國102年死因統計〉《調查報告》（臺北：衛服部），民國103年6月25日，頁23～25。
- 3 孫敏華，〈軍中自殺防治之研究——基層連營輔導長意見調查〉《復興崗學報》（臺北：政戰學院），第65期，民國87年12月，頁143～145。
- 4 Durkheim, E. Suicide and fertility, A study of moral statistics(New York: Jurnal Popul,8(3),1992),pp.175-197.
- 5 Wekstein, L., Handbook of Suicidlogy(New York,July,1979),pp.25-29.
- 6 Shneidman, E. S. Suicide thoughts and reflections,1960-1980. Suicide and Life-Threatening Behavior, 11,(1981),pp. 197-360.



於是選擇一種自己認為最有效的方式來達成自殺或死亡的目的」；⁷自殺行為者其行為過程概可區分為：自殺意念(可能透過語言或非語言方式透漏)、計畫自殺、企圖自殺(未遂)、自殺。行為者受到生理、基因、心理、社會、環境、情境等因素交互影響(Wasserman, 2001)⁸；蔣秀蓉(2003)認為「無論個人的自殺動機或導致自殺的因素為何，以達到死亡的目的，選擇認為有效結束自己生命的方式」；⁹唐淑惠(2006)認為「自殺行為是指動機明白，以任何方式傷害自己身心健康的行為，無論結果為何都屬於自殺行為，而自殺是造成死亡的自殺行為」。¹⁰綜上所述，自殺可定義為「個人決定結束生命而採取傷害自己的行為」。

軍隊的自殺狀況

「世界衛生組織」(World Health Organization, WHO)長年來，不斷呼籲全世界要重視人類自殺的問題，並以警告世人「自殺問題」已成為當代文明社會遺留的負面資產。美、日、南韓均為「世界衛生組織」的成員，對自殺問題的重視不言可喻，而其政治和軍事長年來亦為我國比較、參考國家，現就其軍隊的自殺情形予

以探討。

美軍近年來投入多項重大軍事行動，例如1986年遂行代號「黃金峽谷」行動(Operation El Dorado Canyon)，對利比亞實施空中攻擊、1991年發動第一次波灣戰爭、2001年針對基地組織和庇護該組織的阿富汗塔利班政權所採取之「持久自由行動」(Operation Enduring Freedom)、2003年入侵伊拉克的「伊拉克自由行動」(operation Iraqi freedom)等，其現役軍人經常面對戰場壓力。根據美國2013年國防部自殺事件調查報告(Department of defense suicide event report)指出，美軍2011年計有267人自殺(比率為每10萬人約有18.7人)，2012年攀升計有319人(比率為每10萬人約有22.7人)，2013年人數回降計有259人(比率為每10萬人約有18.7人)。¹¹以2012年為例，其全國總自殺人數比率為每10萬人約有12.1人。¹²

1950年6月韓戰爆發，1953年7月南、北韓簽署「停戰協議」沿北緯38度線劃分為兩個國家；惟協議後南韓政府仍經常性受到北韓軍事的挑釁和威脅，就南韓而言，實際上係處於臨戰狀態。根據南韓媒體報導軍隊自殺數據顯示，南韓2004年計有67人因自殺而身亡(比率為每10萬人約有

7 同註3，頁143～179。

8 WHO, 《PUBLIC HEALTH ACTION FOR THE PREVENTION OF SUICIDE》, P1

9 蔣秀蓉，〈轉換受苦經驗：成年自殺企圖者之歷程分析〉《研究論文》(臺南：國立成功大學)，民國92年6月，頁3～18。

10 唐淑惠，〈高職學校導師對校園自殺防治的知識、態度及信心之研究——以彰化地區為例〉《研究論文》(嘉義：南華大學)，民國95年5月。

11 Pamela S. Mitchell, Department of defense suicide event report(2014), pp. 22.

12 World health organization mental health, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>，民國104年6月25日。

9.7人)，迄2011年攀升為97人(比率為每10萬人約有14人)，2013年人數回降至79人(比率為每10萬人約有11.4人)。¹³以2012年為例，其全國總自殺比率為每10萬人約有28.9人。¹⁴

日本在二次大戰結束後，根據其憲法第9條規定，必須放棄攻擊他國的軍事權力，對外僅允許參加維和、人道救援等行動，2003年起派遣自衛隊擔任後勤支援任務，基本上可歸類為處於相對和平狀態的國家。根據日本政府防衛省自衛隊報告數據顯示，2001～2008年自衛隊與防衛省事務官的因自殺而身亡總人數為704人(比率為每10萬人約有31.4人)，其中陸上自衛隊人數比率平均每10萬人有37人，海上自衛隊的人數比率為平均每10萬人有36.3人，¹⁵2011年自衛隊共78人自殺，平均每10萬人有34.2人，¹⁶以2012年為例，其全國總自殺人數比率為每10萬人約有18.5人。¹⁷但值得注意的是，日本防衛省承認從2003～2009年間，派往伊拉

克的9,310名海陸空自衛隊員中，有29人自殺。2001～2007年，對阿富汗的戰爭，共派出1萬3,800名海空自衛隊員到印度洋擔任燃油補給任務，後來也有25人自殺。¹⁸

我國於1949年轉進臺灣後，兩岸關係時緊時鬆，1996年「飛彈危機」迄今中共對臺大致維持「以和促統」的策略，緊張局勢大致放緩。根據年度「國軍心輔工作會報」資料顯示，2013年國軍因自殺而身亡總人數為23人(比率為每10萬人約有11人)、¹⁹2014年國軍因自殺而身亡總人數為12人(比率為每10萬人約有5.7人)。²⁰

從上述各國軍人自殺行為之實證數據資料顯示，軍人自殺比率與該國是否參戰，是否處於臨戰狀態，或仍處於和平狀態，其相關性似乎並不高。但軍人自殺事件往往重挫軍隊之社會形象及軍隊士氣，同時更衍生出許多社會問題，其影響更甚於一般。根據世界衛生組織統計，15～29歲族群中自殺已成為全球第二大死亡

13 Suicides fuel military concerns in S Korea, <http://www.news24.com/World/News/Suicides-fuel-military-concerns-in-S-Korea-20140812>, 民國103年8月12日。

14 同註12。

15 田島真弓，軍隊集體霸凌的社會學分析：從洪仲丘死亡談起，<http://twstreetcorner.org/2013/08/12/mayumi/>，民國102年8月12日。

16 東京新聞，陸上自衛隊自殺率，<http://ameblo.jp/kokkoippan/entry-11368394649.html>，民國102年9月27日。

17 中華民國衛生福利部，〈101年死因統計結果分析〉《統計報告》，民國102年7月，頁18。

18 每日新聞，〈派遣自衛隊員：56人自殺、精神疾患原因25%〉，<http://mainichi.jp/select/news/20150606k0000m040121000c.html>，民國104年6月25日。

19 國防部政治作戰局，〈國軍102年下半年「心輔工作會報」工作報告〉《會議資料》(臺北：國防部)，民國103年1月，頁66～72。

20 國防部政治作戰局，〈國軍103年下半年「心輔工作會報」工作報告〉《會議資料》(臺北：國防部)，民國104年1月，頁21～42。



原因²¹，而29歲上下軍人是部隊最具戰鬥力的族群，如因心理衛生疏忽造成之任何自殺案例，都會成為部隊戰力之嚴重傷害。世界衛生組織(WHO)精神健康與藥物濫用部門主管薩克斯納在日內瓦記者會中指出，自殺問題給世界造成巨大的健康和社會負擔；另外世衛報告顯示「自殺很大程度上是可以預防的，因此當務之急是各國政府，通過他們的衛生、社會和其他相關部門，投入人力與財力資源，以預防自殺」。²²根據WHO統計，全球每年有80萬人死於自殺，平均每40秒有一人死於自殺²³，可見自殺乃是全球性問題，自殺防治不論社會或軍中都應該蔚為一項全民運動。對國軍而言，哪怕是只有一名軍人選擇自殺，人數上也顯得過多。

自殺防治策略

2003年世界衛生組織將9月10日定為「世界預防自殺日」，呼籲各國政府、預防自殺協會和機構、社區、醫務工作者以及志工們，參加當天各項地方性行動，共同提高公眾對自殺問題重要性以及降低自殺率的意識。

2012年世界衛生組織發表《自殺防治之公共衛生行動》(PUBLIC HEALTH ACTION FOR THE PREVENTION OF

SUICIDE)制定「自殺防治策略」，作為各國制定相關作為的準繩。該策略區分為全面性、選擇性、指標性三方面，同時改善通報機制以利研究並加強監控與評估(如表一)。²⁴

我國支持WHO的呼籲，同時有鑑於目前國人自殺死亡率逐年提高，且自殺已連續8年列入國人十大死因之列，行政院衛生署(2013年7月升格為衛生福利部)特委託臺灣自殺防治學會辦理自殺防治工作，成立國家級自殺防治中心。

國軍為促進國軍心理健康，整合國軍心輔與醫療系統，協助須就醫者緊急就醫

表一 WHO自殺防治策略

全面性	防止獲得自殘性自殺工具
	傷害性使用酒精之政策
	協助及鼓勵媒體負責任之自殺案件報導
選擇性	守門員訓練
	社區動員
	存活者
指標性	辨識心理失常病人並加以醫治
	自殺企圖人之風險管理
改善通報機制以利研究	
監控與評估	

資料來源：參考WHO《自殺防治之公共衛生行動》，本表由筆者自行整理。

- 21 社團法人臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心國際事務團隊，〈自殺防治，全球串連〉(臺北：自殺防治網通訊)，民國103年9月，第9卷第3期，頁2。
- 22 臺灣世界衛生組織研究中心，<http://www.twwho.org/pub/News.asp?ctyp=NEWS&catid=1744&ctxid=3855>，民國104年6月6日。
- 23 World health organization mental health, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/zh/>，民國104年6月25日。
- 24 World health organization mental health, 〈PUBLIC HEALTH ACTION FOR THE PREVENTION OF SUICIDE〉(2012) P.15-19

處置，建立國軍本土化數據資料，促進與民間自殺防治單位之互動與合作。於2012年成立「國軍自殺防治中心」。該中心並揭示其願景為：「跨局處之密切合作，及全軍官兵之參與、加強教育以提升官兵對自殺防治的認識與參與感、結合研究與實務，依據實證基礎調整修改防治策略」。

我國「全國自殺防治中心²⁵」與「國軍自殺防治中心²⁶」均制定自殺防治策略，其架構與WHO相結合，且其內容更豐富，計畫亦甚為具體，足見在政府政策、

策略上均能與國際接軌，需要精進的是觀念、作法與實務作為(如表二)。

國軍的自殺防治作法

一、國軍三級防處體系

為協助現役官、士、兵適應部隊生活，有效減少自殺發生率，國軍陸續策頒「國軍自殺防治具體作法」²⁷、「國軍心理衛生(輔導)工作實施規定」，²⁸相關執行作法概述如後：

國軍三級防處體系(如圖一)各級工作

表二 國軍與政府在自殺防治策略上作法

	全 國	國 軍
全面性策略	全體民眾 1.媒體互動與觀察，如辦理記者會及媒體採訪，監測媒體是否符合世界衛生組織(WHO)報導原則……等。 2.減少致命性自殺工具的可近性。 3.透過宣傳活動，加強心理衛生教育，推動精神疾病與自殺的去污名化。 4.製作宣導教材，運用多元管道推廣，如平面、網路等。 5.電話調查民眾對自殺相關概念，作為推行策略之參考。 6.協助安心專線之推廣。	全體國軍人員 1.定期發布自殺相關資訊。 2.減少致命性自殺方法的可得性。 3.去除精神疾病與自殺的污名效應。 4.促進國軍人員心理健康。 5.加強心理與家庭諮詢。 6.監測自殺相關資訊。
選擇性策略	高風險族群 1.推動「珍愛生命守門人」教育訓練，推展守門人概念，擔任早期發現、早期干預、早期協助之角色。 2.發展義工／志工組織，發揮在地服務與關懷的精神。 3.推廣心情溫度計，增進個人心理健康，加強篩檢與運用。 4.推行憂鬱症共同照護體系。 5.精神疾病的早期診斷有效處置。 6.結合民間力量，如憂鬱症防治協會，合作推動珍愛生命理念等。	高風險族群 1.加強國軍憂鬱症、酒癮與物質濫用的防治。 2.加強非精神科醫療人員及心輔人員之自殺(自傷)防治在職訓練。 3.對特定的自殺高風險群，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與轉介。 4.對身心受創的災難倖存者(含救難及醫療人員)，進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與轉介。

25 全國自殺防治中心<http://tspc.tw/tspc/portal/center/index.jsp?sno=80>，民國104年6月21日。

26 國軍自殺防治中心<http://mab.mnd.gov.tw/mspc/web/01about/03tactics.html>，民國104年6月21日。

27、28 於下頁。



指標性策略	高自殺風險個人(自殺企圖者) 1.建置自殺防治通報系統，提供資料分析與回饋。 2.自殺者親友的關懷。 3.強化自殺關懷訪視人員的訓練及相關能力。	高危險列管通報個案 1.自殺未遂者追蹤輔導。 2.強化外島及偏遠地區高危險列管個案之處理能力。 3.建立國軍憂鬱症及自殺未遂人員個案管理制度。
計畫目標	1.實施自殺防治之先導計畫。 2.建立臺灣自殺防治發展之概念架構。 3.擬定臺灣自殺防治之重要順序與面向、議題及策略。 4.建立以實證研究結果為基礎之自殺防治成效評估(program evaluation)指標。 5.將自殺防治之醫療面向，落實於以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之整合型社區健康照護體系。	短期目標 1.設立24小時心理諮詢專線。 2.建立國軍自殺防治專業網站，提供線上課程文章與篩檢表。 3.加強官兵教育宣導及推動自殺守門人概念。 4.精神疾病與自殺傾向個案的篩檢與轉介。 5.具自殺行為暨高危險群者之個案管理。 中期目標 1.成立新門診中心，增設自殺防治特別門診。 2.強化國軍醫療與心輔系統之聯結。 3.建立國軍憂鬱症及自殺未遂人員個案管理制度。 4.發展自殺的相關評估工具。 5.自殺遺族輔導。 長期目標 1.促進與民間自殺防治單位之互動合作。 2.建立國軍自殺防治資料庫。 3.落實整合型醫療全面照護。 4.持續進行研究，做為調整、修改防治策略的參考實證。 5.促進國軍人員心理健康。 6.達「網網相連，面面俱到」之成效。

資料來源：參考全國自殺防治中心暨國軍自殺防治中心網頁，本表由筆者自行整理。

職責如下：

(一)初級預防

由基層營、連輔導長擔任第一線之心輔工作者，在新進人員到部後實施晤談，藉此瞭解官兵當下情緒心理，如發掘異狀適時立即轉介至上級「心理衛生中心」接受輔導。

(二)二級輔導

國軍二級輔導由「心理衛生中心」心輔官擔任，主要以診斷、輔導有情緒

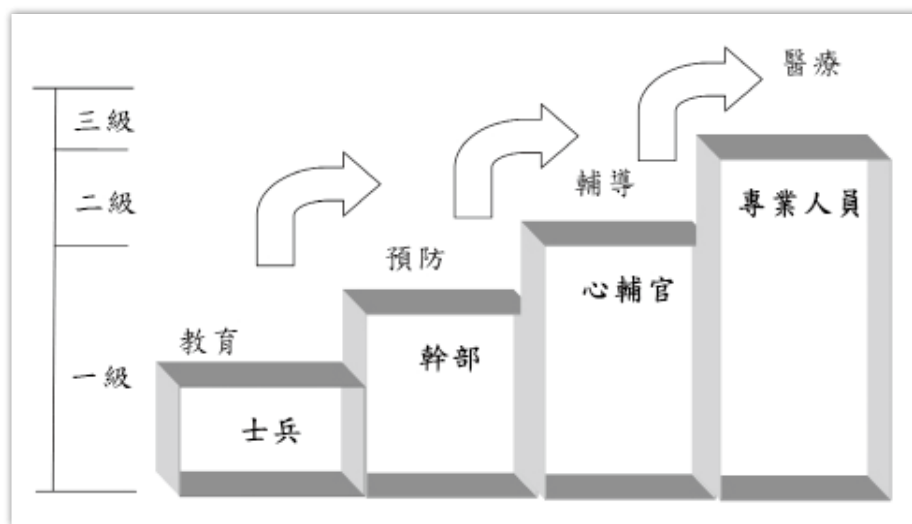
異常個案為對象，透過運用量表施測掌握官兵身心狀況或人格特質。並經常性在部隊舉辦心理衛生講座，邀請專家學者以「自殺防治、生活適應、壓力管理、感情婚姻」主題講演，以增進全體官兵適應能力。

(三)三級醫療

個案經「心理衛生中心」之心輔官輔導無效或有自傷意圖，即轉介至軍醫院接受矯治。國軍的「三級醫療」是結合

- 27 國防部總政治作戰局，〈國軍自殺防治具體作法〉《行政命令》(臺北：國防部總政治作戰局)，民國95年7月，頁8～25。
- 28 國防部總政治作戰局，〈國軍心理衛生(輔導)工作實施規定〉《行政命令》(臺北：國防部總政治作戰局)，民國98年12月，頁5～7。

圖一 國軍三級輔導流程圖



資料來源：參考國軍心理衛生三級防處體系，本圖由筆者自行整理。

醫療資源及社會支持網絡，進行必要之處置，利用心理診斷，以穩定個案病情，恢復身心健康。

二、部隊危機處理

(一)內部管理防杜作為

各級幹部發現情緒不穩、言行有安全顧慮者，嚴禁指派單獨執行勤務；另對可能成為自傷之工具，如鹽酸、繩索、木炭、槍械、菜刀、美工刀等，應嚴格管制，二樓以上建築(天台)應加強走廊通視與監管，防止隨意進出，肇生意外事件。

(二)肇生自殺管制作法

當單位肇生官兵自殺(無論已遂或未遂)，旅級、軍團、司令部、國防部等單位即成立「專案小組」實施調查，釐清原因並針對案發單位檢討相關幹部失職責任。

三、自殺防治教育推廣

(一)新進人員調適教育

卓淑玲(2000)研究指出，新進人員到部後，對於軍中的人、事、物均會感到十分陌生，可能造成畏懼或適應不良的情形，²⁹輔導長應配合「心理衛生中心」依實際需要規劃模組化課程，協助適應軍隊環境。

(二)心輔知能研習與巡迴

單位每年7月前召開「排、班級幹部心輔研習」，每年9月份排定「軍士官團心輔教育」；另各旅(群、指揮部)級心理衛生中心每季對所屬高山、站台等偏遠地區官兵實施巡迴宣教，以駐地偏遠不易前往心衛中心之官兵為宣教重點。

四、自殺防治文宣運用

國防部編印「軍隊自殺防治手冊」³⁰，內容概將官兵可能面對的心理情緒問題暨自殺之處理情形編撰成冊，分發至班長(含)以上幹部人手一冊；另推出系列關懷卡片(如表三、圖二)，建構幹部、同儕之敏感度，強化掌握照護高風險族群能力。

五、國軍自殺防治中心

國軍三軍總醫院北投分院整合國軍心輔與醫療系統，於國軍網頁設立「國軍自殺防治通報關懷系統」，藉此構建國軍本

29 卓淑玲，〈影響軍中基層幹部對自殺議題相關因素之研究〉《軍事社會科學學刊》(臺北：復興崗)，第6期，民國89年12月，頁145～180。

30 國防部總政治作戰局，〈國軍自殺防治手冊〉《書籍手冊》(臺北：國防部)，民國92年年3月。



表三 國軍「自殺防治」宣導卡一覽表

卡 片 名 稱	使 用 簡 介	適 用 人 員
心 情 溫 度 計 摺 頁	仔細回想「在最近一個星期中」，對於卡片中某些問題感到困擾或苦惱的程度，累計分數達6分以上應尋求協助。	全體官、士、兵暨聘雇人員
自殺防治守門人123卡	掌握「1問、2應、3轉介」的方法，學習辨認自殺的危險因子及學習基礎的自殺干預技巧，並懂得尋求適當諮詢協助有自殺意念者。	一般民眾、全體官、士、兵暨聘雇人員
自殺風險評估宣導卡	透過量表測驗分數評鑑個案屬於低度、中度或高度自殺風險；中度危險自殺風險者須心理輔導或至精神科求診；高度危險自殺風險，須至精神科求診或住院。	一般民眾、全體官、士、兵暨聘雇人員
自殺防治幹部關懷卡	藉由幹部檢視所屬官兵自殺風險，提供平時官兵可能出現自殺徵候的參考指標；本卡片區分為紅燈、黃燈、綠燈區，目的在便於早期發覺、介入降低自殺危機。	國軍各班長以上幹部
自殺防治自助助人卡	本卡提供一些具體、清楚及容易觀察的行為指標(紅燈及黃燈)，當發現自己或同僚出現列述行為，應立即依綠燈建議處置。	全體官、士、兵暨聘雇人員
求 助 專 線	提供國軍各地區心理衛生中心、各軍心理衛生輔導中心、社會心理輔導機構、國軍性暴力輔導等服務電話，有助於官兵在遇到問題時打電話尋求協助。	全體官、士、兵暨聘雇人員
安 心 卡	國軍官兵弟兄遇到壓力時，可透過本卡所介紹的多種呼吸放鬆訓練技巧，慢慢的使心情穩定。	全體官、士、兵暨聘雇人員

資料來源：筆者自行整理。

土化自殺數據資料，不但可強化個案發掘與關懷，亦可有利未來研究分析。

國軍自殺防治推展之前瞻

一、觀念上之改變

(一) 任何人都有可能遭遇或罹患與自殺相關的狀況與疾病

目前自殺防治重點多放在基層士兵身上，高階軍官的心理健康則顯有不足，如1994年國軍李○、1996年美海軍作戰司令波○上將自殺案等，都顯示自殺防治全面性的必要。憂鬱症的襲擊有時是突然而猛烈的，無論是男性或女性在生活、工作、感情上不如意或更年期均有肇發可能，募兵制實施後，志願役男、女性官兵隨著年齡增長也可能步入婚姻生活後觸礁，建議應未雨綢繆，重視此一課題。

(二) 任何防治作為都需要高階領導階層支持

美國空軍自殺防治計畫，將各階層領導幹部之參與作為第一章，顯示其重要性。舉凡推動計畫所需之人力、財力都需要由上而下之共識與參與，方能無虞。其論點建立在「社群支持」的防治理論上，可以鼓勵各級指揮官對自殺防治採取：

- 1.積極支持。
- 2.加強防護因素。
- 3.找出風險因素。
- 4.認定自殺防治是一項社群的共同努力。
- 5.要求所屬幹部提供進展報告與資訊。

(三) 精進領導統御

圖二 國軍「自殺防治」宣導卡一覽圖



資料來源：筆者自行整理。

實施「募兵制」後，青年能放棄民間無拘無束生活投效軍旅，絕大部分都擁有其理想性，在當前的社會氛圍下，其勇氣值得敬佩，部隊指揮官都應珍惜他們；在追求戰力提升，嚴格訓練的同時，其領導統御觀念及作法都要有所改變。

二、全面性策略之落實

(一) 媒體

媒體開放後競爭激烈，為迎合觀眾(讀者)，刺激銷售率，「羶腥色」成為

最佳工具，軍中事件更成為渲染重點。世界衛生組織曾提出媒體報導「六不、六要」原則(如表四)，³¹但只能期待自律，難有具體效果。建議NCC於相關法令制定更嚴格規定與罰則，方能有效降低自殺新聞事件對社會的衝擊。國軍在處理是類新聞時，亦應體認民主社會的特性，與其忍令媒體揣摩、電視名嘴擴大渲染，誤導群

31 於下頁。



表四 WHO建議之媒體報導原則

六不	不要刊登出照片或自殺遺書。 不要報導自殺方式的細節。 不要簡化自殺的原因。 不要將自殺光榮化或筆動化。 不要使用宗教或文化的刻板印象來解讀。 不要過度責備。
六要	當報導事件時，與醫療衛生專家密切討論。 提到自殺時，用「自殺身亡」而不要用「自殺成功」這樣的字眼。 只報導相關的資訊，且刊登在內頁而非頭版。 凸顯不用自殺的其他解決方法。 提供與自殺防治有關的求助專線與社區資源。 報導危險指標以及可能的警訊徵兆。

資料來源：筆者自行整理。

眾，造成軍方一味被動應戰，洪○丘案、勞○成案即為其例，殷鑑不遠，不如加速調查，並透過統一窗口，在第一時間發布正確消息，一方面爭取主動，同時也能滿足人民「知的權利」。

(二) 依據單位特性策定防治計畫

各軍種文化、環境、任務都各有不同，採取的作為都應該不同，例如後勤部隊與特戰部隊成員，或空軍飛行、機務人員與海軍艦艇人員等，所遭遇的狀況及壓力源就有所不同，故應針對各單位特性，在其上一級單位指導下，共同策定該單位之自殺防治計畫。

(三) 重視自殺防治教育

目前新訓單位之自殺防治作為相當落實，但其他教育訓練單位，如培養軍士官幹部之軍事基礎院校，兵科學校分科班、正規班，甚至指參學院與戰爭學院即使排有課程，也屬於不計學分的「營養課程」，並未受到重視。如不能將「自殺防治」形成全民運動的氛圍，等於罔顧國人

自殺已位居十大死因之一，將可能嚴重削弱部隊戰力，學員回到單位自然也不可能積極參與「自殺防治」各項作為，一切努力終淪於空談，事前不能防範於未然，事後只能怪「官運不佳」。建議與領導統御課程結合，將自殺防治納為各軍事院校之「核心課程」，律定課程評

鑑標準。各基地訓練中將自殺防治列為普測項目之一，透過測考落實人人參與的目的。

(四) 互助組之運用

互助組制度在國軍行之有年，也相當有成效，但運作時仍應祛除「打小報告」的負面想法，將其轉變成「永不離棄戰友」的正面心態，平、戰時都能真正發揮「自救互救，自助互助」精神，形成有效戰鬥體。

三、選擇性策略之落實

(一) 與醫院簽署支援協定

鑑於國軍各單位駐地分散，宜由將級主官層級之母體單位，以營區或駐地為單位輔導基層部隊與距離單位最近，具備精神科或心理輔導能量之軍、退輔體系，及民間醫療院所簽訂支援協定，單位如有自傷企圖官兵，則轉送協定醫院接受治療。建議國軍各軍醫院除有責任提供包括憂鬱症在內的常見精神疾病照護外，應劃分責任區，賦予心理衛生及自殺防治

31 臺灣自殺防治學會自殺防治中心，http://tspc.tw/tspc/portal/know/know_content.jsp?type=article&sno=96，民國104年5月21日。

之巡迴衛生宣教與督導之責，此為「軍陣醫學」的精神³²。如此除了增加醫療可近性，也可令患者避開壓力源，避免遭受污名化，或病情因未妥善照護而持續惡化。

(二)強調資源共享

國防部積極與民間機構建立輔導網絡與合作關係，然資源網絡使用的宣導，仍取決於心輔官個人專業能力的高低，如安排講演、輔導、個案輔導的協助程度等，故應打破「資源存在」觀念，積極採取「資源整合行動」，避免資源的使用缺乏全面性與普及化。

(三)全面資源整合，心輔走向專業化

自民國94年心理師法通過後，國軍心輔官不具報考心理師考試資格。國軍心輔官除必須接受相關教育與訓練外，實際接觸和輔導的個案數量龐大，實務上磨練遠勝於醫療單位的實習心理師或從事輔導的人員。但由於缺少一張「證照」，在社會大眾觀感中，仍被定位為不夠專業。這對於在軍中從事心輔工作的心輔官士氣無疑是極大的打擊，如此將造成軍中人才斷層，退伍後更一切歸零，另尋謀生之路，這不但是軍中損失，也是社會資源的浪費。

建議國軍整合軍、民教育資源成立專案，以遠距教學、學分認證並加以累積方式在職進修。在不影響現職任務下，完成相關心理研究所主修臨床心理課程，

獲得碩士以上學位，輔導其報考「臨床心理師」考試；完成諮商心理所、系、組或相關心理研究所主修諮商心理，獲得碩士以上學位者，輔導其報考「諮商心理師」考試。假以時日，當能建構國軍堅實之心輔專業地位。在理論與實務相互支持下，自殺防治工作推展將更加落實。國軍自殺防治中心的願景之一，就是：「整合國軍心輔與醫療系統，協助國軍心輔人員專業化、證照化。」惟迄今尚無具體計畫與作為，希能參考上述建議，積極採取行動。

(四)精進心理健康篩選

落實招募人員之心理健康篩選，可免除日後造成軍中困擾，更讓軍中獲得適合的人才，減少訓練成本，因此應予重視。以美國空軍為例，其飛行學官進訓前必須接受一系列「神經心理醫學適航篩選」(Medical Flight Screening-Neuropsychiatric)；美軍特種部隊中的「狙擊手」，必須長期忍受孤寂和必須瞬間做決策採取精準行動，其訓前必須接受「麥爾－布瑞格測驗」(Myers-Briggs test)；最近更針對特種部隊參與機密與極機密人員，實施明尼蘇達多項人格問卷(MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory)，³³該問卷可以揭露受測者的疑心病、抑鬱、歇斯底里、反社會人格、偏執精神衰弱及精神分裂等人格潛質，這些都是為檢核出肇發自殺的風險因素。以上

32 楊聰財(譯)，原作者：F. D. Jones，《軍陣精神醫學》(臺北：合記書局有限公司，民國90年7月)，頁30～43。

33 Colonel Bradley T. Hoagland, United States Air Force, "Manning the Next Unmanned Air Force Developing RPA Pilots of the Future", CENTER FOR 21ST CENTURY SECURITY AND INTELLIGENCE AT BROOKINGS, p5-6



均可提供國軍官兵心理健康訓練和篩選機制參考。

(五)網路運用

現今網路之運用已經無遠弗屆，軍中亦逐漸放寬智慧型手機之使用，因此建議針對自殺防治開發APP，製作相關「懶人包」，提供最簡捷的服務，開啟「自殺防治全民運動」的創新作為。

四、指標性策略之落實

(一)重視「自殺企圖」個案的徵候

自殺企圖已被證實是自殺的重要預測因子，Buglass & Horton(1974)指出：「曾有企圖自殺想法的人，在一年內採取自殺並且已遂的比率為1%，是一般人口群的100倍」。³⁴因此在防杜自殺行為，以提高察覺「自殺企圖」的敏感度最重要。國軍應透過通報來進行全軍自殺企圖者的管制。

(二)善用宗教力量與資源

甚多宗教團體均致力於推廣「生命價值觀」，且針對自殺防治，本身培養甚多合格心理師及心輔人員，且其成員均極具愛心與耐心。藉由宗教力量幫助自殺未遂個案，相當有效果。但目前多透過作為積極的政戰主管或心輔官，自行探訪聯繫運用，並未有計畫整合並形成常態。建議國防部全面普查、整理全國具備心輔能力之宗教團體，必要時指導各作戰區簽訂支援協定，有計畫地分配、運用此一資源。

(三)重視異常艱苦之特種訓練

陸軍特戰部隊、各軍種特勤隊、海軍及陸戰隊的「蛙人」等訓練特別艱苦，此一類型訓練應採自願方式，訓前應讓訓員有足夠心理準備，並採取訓練前之高強度短期測驗(48~72小時)進行先期篩選。訓練過程中，應有合格心理師全程進駐，隨隊進行評估，同時將該評估、輔導作為列為各級心輔人員的工作重點。訓員個人亦應具備自動退訓的絕對權力，回到原單位不可受到譏諷與歧視，如此方能保持訓練成果。

(四)國軍三級防處體制

本體制有逐級篩選，分層負責的意義，相關個案經輔導後，評估仍無法排除風險，自殺企圖明確仍留在基層單位或轉調其他單位，都只會增加單位負擔。無法遠離壓力源與自殺污名化效應，更會降低個案輔導效果。建議國家及國軍相關法令規定應詳予明訂標準作業流程(SOP)，各軍醫院應勇於接受部隊轉介之個案留院觀察或治療。主治醫官應謹慎簽署其出院許可，並明確說明其風險因素、壓力源等，同時建議部隊之後續作為。如達到相關標準，亦應勇敢建議個案退伍，並轉介民間醫療機構收容。

五、改善通報機制

(一)衛福部之「自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程」，³⁵並未將國軍納入，造成未能第一時間獲得國軍相關通報，以致後續處理及輔導未能統合資源，社會自殺防治網絡無法就軍中個案其家庭等

34 Buglass, D., & Horton, J., The repetition of parasuicide: A comparison of three cohorts, Journal of Psychiatry (British, 1974), pp.125, 168~174.

35 行政院衛生福利部，心理及口腔衛生司，http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=179&fod_list_no=5260&doc_no=3636，民國104年5月16日。

因素產生的風險提供協助。於是等同責任就落在國軍單方面承擔，甚至被解讀為落入封閉社群、黑箱作業等誤解。

(二) 新增人事、軍醫體系之通報機制

為確保自殺未遂個案之資訊不致因政戰幹部通報疏失、漏報或隱匿不報而產生資訊不完整之情況發生，人事、軍醫體系均應同時掌握自傷／殺案件狀況，並循序上報，以增強通報資料之完整性和人員狀況的掌握，俾利後續人員安置、申補、醫療等作業。

(三) 肇生自殺案件單位之除罪化

單位一旦發生自殺案件，過去必定檢討單位主官(管)失職責任，輕則記過處分、重則予以調職，緊接而來要面對的，就是各層級長官的檢討和督導壓力；惟官兵自傷／殺，不應為了要表達重視而不合理予以單位幹部處分，如能指導單位妥處自傷官兵所衍生問題，以輔導後續處理來代替責難，此做法將可降低單位隱匿不報的情形。

六、強化「國軍自殺防治中心」之功能

(一)「國軍自殺防治中心」草創迄今，其成員均由國軍北投醫院醫護人員兼任。其定位似以「建立國軍本土化數據資料，發表相關學術成果，提升國軍自殺防治學術地位。」重於「促進國軍心理健康，提供軍旅生涯面臨挫折之官兵心理諮詢及輔導。」由於其隸屬軍醫體系，本無可厚非，但目標如放在對降低國軍自殺率，提高心輔人員素質等方面提供更多資源和建議將更適合、更有幫助，畢竟不是僅靠基層心輔埋頭苦幹就能將部隊自殺率降低。

(二)以「國軍自殺防治中心」的研究功能看，其網站研究文獻欄位顯示僅「美國陸軍在102年10月報導乙篇關於軍方預

測士兵是否會自殺的人道爭論」等7筆資料，內容均約略在500字上下；另資料分析欄位計有「臺灣新兵研究發現幼年過動症狀與自殺危險相關」等6筆資料，內容均僅簡要性說明；其他欄位如季報年報及課程報名欄位均查無資料，對研究軍人自殺的研究者而言，實際能採用參考、研究價值實在有限。如研究報告實屬限閱，建議能律定權限提供研究者申請，將更精確的研究數據提供參考，俾利教學研究。

結 論

國軍推行自殺防治乃是依「計畫、執行、考核」的程序重複實施與精進，雖然目前在工作推展上已頗具成效，但身為國軍心輔從業人員更應兢兢業業的檢討現行作法，注入新的元素，使自殺防治工作能有新的生命。孫敏華(1998年)研究指出：「軍官本身的壓力和士兵自殺有關，軍官的心理愈健康，領導統御方式愈良好。」³⁶基層單位主官(管)和執行自殺防治的心輔幹部應保持審慎、正向的心理，不可為了避免遭受上級長官究責而故意隱匿單位自殺未遂案件，抑或為了避免自殺案件的發生，而遭到有心逃避勤務的官兵所利用，徒增部隊管理困擾。國軍官兵的心理健康非常重要，要做好軍中自殺防治的工作就是多層面去接觸社會上現行作法，畢竟，國軍的每一位成員都是來自於社會，最終也必須回歸於社會，埋頭苦幹和不求甚解的貫徹命令已經不再適用，現今唯有不斷的吸取新知和創新，才能給予軍中心輔工作新的生命，使自傷防治的成效再向上提升。

36 同註3，頁144。