國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所

碩士論文

Institute of Health Behaviors and Community Sciences
College of Public Health
National Taiwan University

Master Thesis

在醫院進行簡短心理介入以減少重複自傷的可行性：病人感受之質性研究

The feasibility of a brief psychological intervention to reduce self-harm repetition at hospital: a qualitative study of patients' perceptions.

陳怡君

Yi-Chun Chen

指導教授：張書森　博士

Adviser: Shu-Sen Chang, M.D., MSc., Ph.D.

中華民國 107 年 6 月

June 2018

doi:10.6342/NTU201803900

謝誌

我一直認為自己是個很幸運的人，能夠不徬徨地走在自己選擇的，且喜歡的道路上。從入學初，就因為對心理健康的濃厚興趣，而選擇了張書森老師為指導教授，也很幸運的獲得機會，能夠做心理學應用於行為改變的研究——也就是本篇論文所採用的簡短介入。

這兩年來，書森老師一直是我最重要的榜樣，從他身上可以看到身為學者對研究的濃厚熱忱，以及身為醫師對人的關懷。從發展研究到撰寫論文，老師都提供了非常多的專業建議與資源協助，除了研究上的專業知識之外，也提供我參與海外講座，以及在精神科學習的機會，並與發展「自助技巧清單」的學者交流建議。碩二時，同樣很幸運地遇到晨怡老師進入行社所任教，於是在質性方法的部分也獲得了非常強力的協助。在「公共衛生質性研究」的課程中，隨著晨怡老師的步伐，漸漸踏入質性研究的世界，也發現了質性研究的迷人之處。雖然過程費時、辛苦，但在獲得最後成果的時候，就覺得一切都是值得的。

完成碩士論文的這條路上，真的要感謝身邊很多貴人的相助。除了行社所的老師們之外，臺大精神科的其炘老師、宜明學長，以及其他協助轉介個案的醫師，在我實習階段與收案階段給予很多幫助。在發展網頁版自助技巧清單時，有為堅老師的助理伯璋，以及我校外同事提供技術方面的支援。還有我的家人們包容我總是因忙碌而晚歸、我的朋友們在我低潮時，聆聽我與陪伴我。也許這就是所謂：「當你想做一件事情時，全世界都會來幫助你。」的感覺。

論文完成了，研究仍須進行。很高興，也很榮幸，我能為拓展人類知識廣度，獻上微薄的貢獻。

R05850007 陳怡君

2018 夏

doi:10.6342/NTU201803900

摘要

背景與目的

自殺與自我傷害是全球重要公共衛生議題。自我傷害者之後死於自殺的風險約是一般人口的數十倍，但過去十年來自我傷害之後重複自傷的發生率並沒有下降，顯示急切需要有實證支持的介入方式，以減少自我傷害者之後重複自傷的風險。急診室提供了進行自殺防治介入的機會，因為它是許多自傷者首次接觸醫療服務的場域，然而，以往的介入方式大多需要大量人力資源與時間成本，不利於在急性場域進行。近來有國外學者基於心理學理論，發展出簡短心理介入——「自助技巧清單」，有助於形成行為改變的執行意圖，有初步證據顯示可以降低重複自我傷害的發生。本研究目的為發展中文化的「自助技巧清單」，並了解自傷病人使用此介入工具的經驗。

研究方法

本研究採用質性研究設計，招募 14 位來自精神科門診與病房的自傷病患，透過半結構式深度訪談，探索其過去的自傷經驗與其它因應方式。研究者初步將「自助技巧清單」翻譯為中文，並經過反譯（back translation），以確保翻譯的正確性。在訪談中，研究者提供網頁版以及紙本版中文「自助技巧清單」，請受訪者分享操作的經驗、感受與建議。訪談過程皆以錄音方式記錄，並謄寫成逐字稿，運用架構式分析法，在動態的分析過程中形成框架，並呈現與詮釋文本資料的意義。

研究結果

受訪者的平均受訪時間為 60 分鐘，女性 9 人，男性 5 人，以 20-29 歲的年輕族群最多(n=8)，且大都位於行為改變階段的行動期(n=10)。研究者根據訪談資料，提出「危機因應模式」，呈現自傷者在危機情境下，選擇自傷與非自傷因應

doi:10.6342/NTU201803900

方式的相關因素。在危機情境下，某些因素使自傷者最後以自傷行為作為因應方式，這些因素包括：避免自殺、認知窄縮、求助污名、負面求助經驗，與擔心麻煩他人；其它因素則幫助病人採取非自傷的因應，包括：正面求助經驗、重視個人形象、有未完成的事、考量對他人的影響，以及對親密關係的期盼。

與「自助技巧清單」接受度有關的因素則包括：操作簡易、提供因應方式、閱讀理解困難、負面感受、對內容的不認同等。某些個案建議，急診室可能並非良好介入時機；較多受訪者偏好網頁版「自助技巧清單」。具體化策略、個人化策略、提高吸引力、提供資訊，以及提供關懷與聯繫，是使用者對「自助技巧清單」的建議與期望。最後，本研究綜合受訪者的回饋，提出修正版中文「自助技巧清單」。

結論

危機因應模式以自傷者主觀經驗為出發點，提供了自殺防治不同的觀點，服務提供者應慎重看待自傷者的主觀感受。在臺灣以「自助技巧清單」進行減少自傷的介入，應使內容容易理解、介面容易操作、避免文字內容可能造成的負面感受，並提供較具體、為個人設計、能銜接相關資源，且具吸引力的內容。我們根據研究結果修正與改善中文版「自助技巧清單」，將可應用於進一步的試驗研究。

關鍵字

自我傷害、可行性研究、質性研究、訪談研究、行為介入、簡短介入

doi:10.6342/NTU201803900

Abstract

Background and research aim

Suicide and self-harm are major global public health issues. People who self-harm are tens of times more likely to die by suicide. However, there is no evidence that the incidence of self-harm repetition has decreased over the past 10 years. Therefore, there is an urgent need for evidence-based interventions to reduce risk of self-harm repetition. Emergency department, as the first contact point for many people who self-harm, provides a window of opportunity to intervene suicidal behaviors. However, existing treatments of reducing self-harm repetition mostly require intensive human resources and time costs and thus are unsuitable at the emergency department setting. The volitional help sheet (VHS) is a brief, theory-based intervention that can help people form implementation intentions and facilitate behavioral changes. There was preliminary evidence showing that it may reduce self-harm repetition. The aim of this study was to develop the Chinese version of volitional help sheet and explore user experiences about this intervention.

Methods

We conducted a qualitative study. Face-to-face semi-structured interviews were conducted with Taiwanese patients who self-harmed over the past year. Patients' past experiences with self-harming and non-self-harming coping strategies were explored. The VHS was translated into Chinese and back translation was used to ensure the correctness of translation. A web-based version of VHS was also developed in addition to the paper version. The patients were asked to use the Chinese version of VHS, paper-based and web-based, and share their perceptions and feedback. All the interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. The framework method was used for data analysis, with a framework being developed to summarize patients' past experiences of coping with crisis.

Results

The 14 interviews conducted were in average 60 min in length. Nine female patients and five male patients were interviewed; eight of them were 20-29 years old. Most patients were in action stage for behavioral change. A framework of

doi:10.6342/NTU201803900

‘crisis-coping model’ was developed to incorporate a range of factors that influenced patients’ self-harming or non-self-harming behaviors at times of crisis. At crisis, factors that may contribute to self-harm included – to avert suicide, cognitive restriction, stigma around help-seeking, negative experiences with help-seeking, and concerns about bothering others. By contrast, factors that facilitated non-self-harming behaviors included positive experiences with help-seeking, fear of the disfiguring effect of self-harming act, expectations toward intimate relationship, wishes to be fulfilled, and considerations about the impact on others.

Factors associated with the acceptability with the VHS included easy use, provision of detailed coping strategies, difficulties in understanding the text used in the VHS, negative perceptions, and disagreeing with the situations and solutions included in the VHS. Some patients commented that emergency department (ED) may not be a suitable setting for the VHS intervention as at ED they were too distressed to engage in the task. More patients preferred the web-based version of VHS compared to the paper-based version. Patients provided the following suggestions about the VHS – to provide detailed, practical, and tailored coping strategies; to make the design more attractive; to provide information about resources; and to use caring words in the follow-up booster VHS. A modified Chinese version of VHS was developed based on patients’ feedback.

Conclusion

The crisis-coping model based on patients’ experiences provides a useful perspective for suicide prevention. Service providers should take into serious considerations patients’ subjective perceptions. In Taiwan, the VHS intervention for self-harm repetition should make its content easy to understand, make its design friendly and attractive for users, avoid wording that may bring negative feelings, and provide practical and tailored coping strategies and information about resources. The modified Chinese version of VHS can be used in a clinical trial to examine its effectiveness in reducing self-harm repetition.

Keywords

self-harm, feasibility study, qualitative study, interview study, psychological intervention, brief intervention

doi:10.6342/NTU201803900

目錄

中文摘要.....ii
Abstract.....iv
目錄.....vi
表目錄.....viii
圖目錄.....ix
第壹章　緒論.....1
　第一節　研究背景與動機.....1
　第二節　研究目的.....2
　第三節　研究重要性.....2
第貳章　文獻回顧.....3
　第一節　自殺與自我傷害.....3
　第二節　重複自傷的風險因子.....5
　第三節　減少重複自傷的介入研究.....6
　第四節　VHS 應用理論回顧.....9
　第五節　自傷者的求助經驗.....11
　文獻小結.....12
第叁章　研究方法.....13
　第一節　研究設計.....13
　第二節　研究對象.....13
　第三節　研究工具.....14
　第四節　研究程序.....18
第肆章　研究結果.....20
　第一節　危機因應模式.....24
　　一、　危機情境的狀態.....25
　　二、　因應方式.....27
　　三、　自傷行為的驅動力.....30
　　四、　自助/求助行為的驅動力.....35
　第二節　介入工具回饋.....38
　　一、　接受度.....39
　　二、　實務可行性.....44
　　三、　建議與期待.....47

doi:10.6342/NTU201803900

四、　限制.....50
五、　未來發展.....52
第三節　介入設計.....53
一、　修正版 VHS.....54
二、　追加介入.....57
第伍章　討論.....58
第一節　危機因應模式的意義.....58
第二節　與先前研究的比較.....59
一、　介入研究.....59
二、　執行意圖機制.....59
第三節　研究限制.....60
參考文獻.....62
附錄一、訪談大綱.....70
附錄二、自填問卷.....71
附錄三、初版中文化 VHS.....72
附錄四、臨床試驗/研究許可書.....73
附錄五、修正版中文化 VHS.....74

doi:10.6342/NTU201803900

表目錄

表 1 跨理論模式的改變方法.....10
表 2 中文版自助技巧清單（初版）-紙本版.....16
表 3 受訪者基本資料.....22
表 4 VHS 內容適用性.....23
表 5 中文版我的自助錦囊（修正版）-紙本版.....54

doi:10.6342/NTU201803900

圖目錄

圖 1 中文版自助技巧清單（初版）-網頁版 1 17
圖 2 中文版自助技巧清單（初版）-網頁版 2 17
圖 3 危機因應模式 25
圖 4 中文版我的自助錦囊（修正版）-網頁版 1 56
圖 5 中文版我的自助錦囊（修正版）-網頁版 2 56
圖 6 追加介入訊息 57
圖 7 追加介入時間軸 57

doi:10.6342/NTU201803900

第壹章　緒論

第一節　研究背景與動機

自殺不僅造成個人的生命損失，也會導致社會經濟的耗損(Sinclair, Gray, Rivero-Arias, Saunders, & Hawton, 2011)，多年來一直是公共衛生上的重要議題。根據世界衛生組織統計，每年全球大約有八十萬人死於自殺，死因排名在第十七名，並且導致了全球 1.4%的死亡；在 15-29 歲的年輕族群中，則是第二大死因(World Health Organization, 2016)。在臺灣，自殺死亡率自 2006 年到達高峰後，開始逐年下降，然而近年來下降趨勢逐漸趨緩。依據衛生福利部公布的民國 105 年死因統計，每十萬人就有 16 人死於自殺，位居國人死因的第 12 位；在 15-24 歲與 25-44 歲的族群中，分別位居第二大與第三大死因 (衛生福利部, 2017)。自我傷害則是預測後續自殺的重要因子，且曾經自我傷害者的再自殺風險是一般人的 37 倍(Olfson et al., 2017)。

過往對自傷病人的行為介入或治療，多是採取個人醫療照護的醫學觀點，投注大量的人力資源與時間成本，如：短期或長期的心理治療。而這些方式往往會面臨不易維持病人遵從性（Adherence）的問題。有鑑於上述限制，近年來有許多學者致力於發展簡短介入（brief intervention），從促進全民健康的公共衛生的角度出發，採用成本較低，但能使多數人受益的方式，為自殺防治工作提供新的視野。

其中，由英國學者 Armitage 基於心理學理論所發展的「自助技巧清單(Volitional Help Sheet, VHS)」(Armitage, Rahim, Rowe, & O'Connor, 2016)，僅需耗時 5 至 10 分鐘，適合應用於急性的醫療場域。過去已經有兩篇研究檢驗 VHS 減少重複自傷的效果，但研究結果並不一致，其中也有許多議題可待釐清與探討。本研究為「使用簡短心理介入以減少重複自傷之效果：可行性研究」計畫下的質性研究。為發展將來可進行介入研究的中文 VHS， 採用質性研究方法，探索自傷病人的自傷經驗，以及操作中文版 VHS 的感受，來評估此介入的可行性，並根據病人的回饋，修改 VHS 內容，使其更適用於本土文化，以提供將來介入研究進行測試。

doi:10.6342/NTU201803900

第二節　研究目的

本研究採用質性研究的觀點，探索自傷病人的自傷經驗，從中了解他們面臨危機情境的實際狀況，以及當時採取的因應措施，接者提供中文版 VHS，詢問其理解程度與操作感受，以評估 VHS 應用於自傷病人的可行性。本研究目的包括：

1. 了解自傷病人的自傷經驗及危機因應方式；
2. 了解自傷病人對於中文版 VHS 的接受度、理解程度、實務可行性，以及使用感受與建議。

第三節　研究重要性

國外兩篇採用 VHS 以減少自傷的研究，並未採用質性方法，蒐集病人觀點的資料。因此未能回答兩篇研究獲得不一致結果的原因。

本研究擬探討中文版 VHS 應用於自傷病人的可行性，並從病人角度出發，了解其操作過程的經驗與感受，藉此探索該介入成功或失敗的因素。除此之外，研究者也好奇自傷者在被送到急診後，是否有任何正向經驗能夠幫助他們將來減少自我傷害的行為？透過病人直接分享在急診的經驗，或許能夠發展更有效、更適合自傷者的介入方式。

自我傷害的人同時也是高自殺風險的族群，目前臺灣急診室對於自我傷害的病人並無減少將來重複自傷風險的特定處置，僅有值班精神科醫師提供的自殺風險評估，以及進入自殺通報系統後，由自殺關懷員進行追蹤關懷訪視。本研究嘗試發展出可於急診室環境使用的簡短介入，若自助技巧清單對臺灣的自傷病人亦有降低自傷風險的效果，未來便能廣泛地應用在臺灣各醫院的急診室，提供有實證基礎的自殺防治工作。

doi:10.6342/NTU201803900

第貳章　文獻回顧

自殺與自我傷害已是全球關注的重要議題，過去數十年間，縱然學術界已經發表非常多致力於發展自殺防治策略的相關研究，但令人感到遺憾的是，Carroll 等人回顧過去 30 年全球重複自傷與自殺趨勢，發現過去十年並沒有改變，顯示自殺防治仍有很大的進步空間(Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014)。本章文獻回顧將概述全球與臺灣的自殺、自我傷害現況，以及兩者關連性，並交代與釐清本研究中「自我傷害」的定義。接著了解重複自我傷害者的特性，可助於發展更適用於目標族群的介入措施。此外，透過回顧與比較相關的介入研究，可了解採用此簡短心理介入工具的意義與價值性，並從前兩篇同樣採用此介入工具的研究反思知識缺口。最後，回顧自傷或自殺者的自傷與求助經驗，可助於探索病人因應危機的心理反應與行為模式，以及對醫療服務或介入的需求與期待，做為將來實踐介入研究時，在研究設計與程序上的重要參考。

第一節　自殺與自我傷害

全球每年約八十萬人死於自殺，導致 1.4%的死亡，而在 15-29 歲的年輕族群中的死因排名僅次於意外傷害(World Health Organization, 2016)。在臺灣，自殺死亡率自 1994 年開始攀升，至 2006 年到達高峰後逐年下降，但是在近三年來又有逐漸上升的趨勢。依據衛生福利部公布的民國 105 年死因統計，每十萬人就有 16 人死於自殺，相較於前一年的數據增加了 2.2%；在 15-24 歲與 25-44 歲的族群中，分別位居第二大與第三大死因。雖然在全死因排名中，自殺已退出十名之外，但自殺在年輕族群所造成的「早逝」，也代表著生產力的減少，對社會所造的負擔不容小覷。潛在生命年數損失(potential years of life lost, PYLL) 作為衡量某疾病負擔的指標，其定義是某年齡組人口在特定死因下的預期壽命，與實際死亡年齡之差的總和。臺灣 2017 年自殺所造成的平均 PYLL 為 24.3 年，僅次於事故傷害的 25.0 年，顯示自殺是公共衛生亟待解決的問題(衛生福利部, 2017)。

自我傷害的問題在各世界各國受到矚目。在北愛爾蘭，每十萬人大約有 327 人曾自我傷害(Public Health Agency, 2012)，而一篇在歐洲進行的國際型比較研究則發現，不同地區自我傷害的現象有很大的差異，最嚴重的地區在英國曼徹斯特，每十萬人就有 580 人自我傷害(Arensman et al., 2008)。且一篇多中心的研究指出，

doi:10.6342/NTU201803900

過去十年來自我傷害的趨勢是上升的(Clements et al., 2016)。馬來西亞的系統性回顧研究中，則發現過去一個月的自殺企圖盛行率為 0.5%（亦即每十萬人約 500 人曾有自殺企圖）(Armitage, Panagioti, Abdul Rahim, Rowe, & O'Connor, 2015)。

在臺灣，根據由自殺防治中心於 2017 年執行的「民眾之心理健康及自殺防治認知與行為調查」，6.5%國人（約 153 萬人）有情緒困擾，其中 10.9%一生中曾有自殺行為(全國自殺防治中心, 2017)，可推估每十萬人中就有大約 708 人曾經自我傷害。且該調查使用「自殺行為」一詞，並不包含無自殺意圖的自我傷害行為，因此很可能低估自我傷害現況的嚴重程度。

美國一篇國家級的世代研究發現，在非致命性自我傷害（nonfatal self-harm）後的 12 個月內，每一千人就有 263 人再次自我傷害，每十萬人就有 439 人自殺身亡。相較於一般人有高達 37 倍的自殺風險(Olfson et al., 2017)。國內外也有許多研究顯示，自我傷害的經驗與後續自殺有高度的關聯(Beghi, Rosenbaum, Cerri, & Cornaggia, 2013; Chan et al., 2016; Kuo, Gunnell, Chen, Yip, & Chen, 2012; O'Connor & Nock, 2014; Owens, Horrocks, & House, 2002)，且即使是非致命性或無自殺意圖的自我傷害，也是很強的自殺預測因子(Chan et al., 2016; Klonsky, May, & Glenn, 2013; Plener, Schumacher, Munz, & Groschwitz, 2015)。

此外，重複性的自我傷害不僅更有可能導致後續自殺，也會造成大量的醫療與經濟成本損耗(Sinclair et al., 2011)。在英國，每年處理自我傷害的醫療費用，就高達 1.6 億英鎊（£162 million），約 64 億新台幣(Tsiachristas et al., 2017)。澳洲一篇關於自殺與非致命自殺行為的研究，其中非致命自殺行為（Non-Fatal Suicide Behavior）所導致的經濟成本，包含醫療成本、生產力降低的成本、人力成本、管理成本…等，總計高達 52 億美元（$6.73 million），約 1560 億新台幣(Kinchin & Doran, 2017)。

自我傷害一詞在過去研究中包含了有自殺意圖的自我傷害，如：蓄意自我傷害（deliberate self-harm），以及無自殺意圖的自我傷害（non-suicidal self-harm）。然而自殺意圖很可能被隱藏，難以進行評估，且在一次的自傷行動中，自殺意圖可能是變動的。在臨床上所使用的評估工具或臨床醫師評估，都難以準確預測其風險與意圖(Chan et al., 2016; Quinlivan et al., 2017; Woodford et al., 2017)。不僅如此，不論是否有自殺意圖，自我傷害都可能導致後續自殺的發生。本研究目的在於發展能幫助自傷者減少重複自傷行為的介入，因此不論其是否有自殺意圖，只

doi:10.6342/NTU201803900

要有自我傷害行為，都有可能是本研究受益的對象。

綜合上述，本研究所指的自我傷害，採用英國國家健康與照顧卓越研究院(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)的定義，指：「任何個人造成的自我傷害行為，不論其是否有自殺意圖。」(National Institute for Health and Care Excellence, 2013)。然而，由於目前學術界對於自我傷害的定義仍無一定的共識，以下在回顧自我傷害的相關文獻時，則包含了有自殺意圖與無自殺意圖的自我傷害研究。

第二節　重複自傷的風險因子

有些人終其一生可能只有一次自我傷害或者自殺企圖，但也有些人會不斷的重複自傷行為。重複自傷的高風險族群會是本研究介入工具的重要受眾，藉由回顧重複自傷的風險因子，了解此族群的特性與特徵，能協助研究者思考介入工具的適用性。

一篇大型的存活分析研究則顯示，重複自傷的風險，在發生首次自殺企圖後的一年內快速上升；可靠的預測因子包括了：女性、年紀較輕、採用非致命性方式，其中最佳的預測因子為有精神疾病史(Christiansen & Jensen, 2007)。而在探討自殺進入急診的病患之重複自我傷害的研究中，發現女性、近期接受過精神科治療、採用自殘方式、有物質使用疾患或人格疾患，以及沒有六歲以下孩童者，有較高機率重複自傷(Bilen et al., 2011; Fedyszyn, Erlangsen, Hjorthoj, Madsen, & Nordentoft, 2016)。此外，在首次自殺行為後的一周內，再發生的風險最高(Fedyszyn et al., 2016)。而在愛爾蘭的國家級研究顯示，重複自傷風險在自傷後的數日到數周內最高，而過去有 4 次以上自傷行為者，其重複自傷的風險相較於單次或小於 3 次者來的高(Perry et al., 2012)。

在臺灣，與重複自傷有關的研究為數並不多，一篇以探討臺灣重複自殺企圖者流行病學特徵為目的的研究發現，女性、有精神科就診紀錄、身心症狀較嚴重者與重複自殺企圖有關(邱震寰 et al., 2006)。而鐘其祥等人運用健保資料庫追蹤自殺住院者的資料，探討重複自傷與自殺的風險因子，發現自殺住院者在三個月、一年與八年內再次自我傷害的累積風險分別為 8.5%、8.0%，與 8.7%。其風險因子包括女性、採用特定的自傷方式（如：固液體中毒或切割方式）、有精神疾患、

doi:10.6342/NTU201803900

未接受手術處置，以及住院天數較長(Chung et al., 2012)，該研究結果與先前的研究獲得一致的結果。在一個世代研究則指出，女性相較於男性更容易重複自我傷害，而年輕族群、使用割腕與藥物過量作為自我傷害方式者，是重複自我傷害的風險因子(V. C. Chen et al., 2010; Kwok, Yip, Gunnell, Kuo, & Chen, 2014)。一篇探討個案管理效益的青少年研究，同樣發現重複自傷者相較於初次自傷者，有較高比例具精神科病史(黃郁心, 吳書儀, 林承儒, 孫芳如, & 劉珣瑛, 2010)。

根據文獻所述，國內外皆獲得類似的結論：重複自我傷害者多為女性、採用較低致死率的自我傷害方式，以及有精神疾病史等。而重複自傷的風險在數週內到一年內較高，顯示介入的時間點需要在自傷事件發生後的一年內會最有幫助。

第三節　減少重複自傷的介入研究

自殺與自我傷害是可以預防的。過去有許多以降低自我傷害為目的的介入研究，經系統性回顧與統合分析後，發現具有實證效果者為認知行為治療與辯證行為治療(Hawton et al., 2016; Hetrick, Robinson, Spittal, & Carter, 2016)。但此類傳統的社會心理治療，往往需要投入大量時間與人力成本，也需要自傷者高程度的參與，不利於廣泛應用與推廣，在醫療資源不足的地區更難以實行。

隨著科技發展，網路服務的涵蓋率越來越廣，使用者的比例也在近年來大幅增加。截至 2017 年，全球已有過半數（53.6%）的家庭可使用網路，在年輕族群（15-24 歲）中，更高達 70.6%的人使用網路 (International Telecommunication Union, 2017)。而在 2017 年臺灣寬頻網路使用調查報告中，發現全國 12 歲以上曾上網過的民眾的比例高達 83.4%，其中 15-24 歲年輕族群的上網率幾乎達百分之百（99.3%）(財團法人臺灣網路資訊中心, 2017)。有鑑於此，發展以網路為媒介的介入方式，更容易發揮影響力，也更易於推動與普及。一篇系統性回顧研究發現，截至 2017 年 9 月，已經有 30 篇採用科技技術用於自殺防治的研究，其中有 51.61%採用網頁技術、22.58%使用手機、12.90%運用社群媒體、3.23%為機器學習(Franco-Martin et al., 2018)。Witt 等人系統性地回顧了個人管理自殺意念與自我傷害的線上服務或手機程式相關研究，以下稱數位介入（digital intervention）。目前相關的數位介入方式包含了線上認知心理治療、治療性的評估訓練、基於自殺人際理論的線上自我管理計畫、線上自我情緒管理計畫等，但經統合分析後，發現這些數位介入只助於減少自殺意念，沒有足夠證據顯示能夠減少自我傷害或

doi:10.6342/NTU201803900

自殺企圖(Witt et al., 2017)。而上述所提及的介入，有部分是以憂鬱症患者為研究對象，並非完全適用於自我傷害者，且多數採用傳統心理治療模式，仍需要受試者參與一定的程度才能發揮效果。不過一個以手機訊息作為簡短介入的研究顯示，病患在接收到訊息後，更容易在危機情況下尋求協助(Berrouiguet et al., 2018)。

場域也是在發展介入時很重要的考量，許多學者認為，急診室是進行自殺防治的絕佳場域(Betz et al., 2016; Larkin & Beautrais, 2010)，也有研究提出建議，應改善自殺企圖者的醫療處置，並密切關注自傷者出院前的風險，以降低未來再次自殺或自我傷害的行為(Ichimura et al., 2018; Shand, Vogl, & Robinson, 2018)。近年來有許多學者致力於發展簡短介入，相較於傳統的心理治療，其優勢在於低成本、低耗時，可利於廣泛應用，並能實踐於急性的醫療場域。這些簡短介入措施包括：明信片聯繫、危機小卡、安全計畫、自助技巧清單等，以下分別介紹主要四種簡短介入，並簡述相關研究成果：

1. 簡短介入與聯繫（brief intervention and contact, BIC）

世界衛生組織於 2006 年發展 Suicide Trends in At-Risk Territories（START）研究，其中一個目標為在發展可在急診場域應用的 BIC 以減少自殺行為(World Health Organization, 2006)。該介入進行的方式為：在離開急診前進行 1 小時一對一的個人會談，會談內容包括辨識自殺行為的相關風險因子與流行病學資料，並提供建議的自殺行為替代方案，以及在後續 18 個月內進行 9 次追蹤關懷（電話或面訪）。但後續的研究發現，該介入於中低收入的國家較能改善自殺行為，在相對醫療資源較充裕的國家，則沒有證據證明其效益(Amadeo et al., 2015; Fleischmann et al., 2008)。在 Daigle 等人的自傷介入回顧文獻中，同時回顧了低成本的介入研究，其中只有採用後續電訪的研究能降低後續自殺行為的發生(Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011)。

2. 危機卡（crisis card）

危機因應卡又稱因應卡（coping card）或綠卡（green card）。最初於英國發展，透過提供病人一個快速、簡單的方式，鼓勵他們能在遇到困境時尋求幫助，主動聯繫專業人員(Morgan, Jones, & Owen, 1993)。後續相關研究則會在因應卡上列出相關資源，或求助電話等資訊(Kapur,

doi:10.6342/NTU201803900

Cooper, Bennewith, Gunnell, & Hawton, 2010; Kapur et al., 2013)。然而在系統性的回顧研究中，經過統合分析，發現這些方式在減少後續自殺或重複自傷行為，並沒有證據顯示有正面效果，需要後續研究採用更好的設計來評估可能的效益(Milner, Carter, Pirkis, Robinson, & Spittal, 2015)。在臺灣，則有一篇探討應用危機因應卡結合個案管理，以降低後續自殺行為的研究，採用以病人為中心的方式設計符合個人使用的因應卡，在實際治療分析（per-protocol analysis）中，顯示該方法確實能幫助減少自殺行為(W. J. Chen et al., 2013)。

3. 安全計畫介入（safety planning intervention, SPI）

SPI 是由 Stanley 等人為急性場域所發展的防治策略，且被美國自殺防治基金會與自殺資源中心認為是自殺防治的最佳實踐。該介入結合了許多管理自殺風險的重要概念，是一個綜合性的介入措施。

其基本要素有六項：

(1) 辨認導致自殺危機的徵象；
(2) 採取個人因應策略；
(3) 利用社交網絡來減低自殺意念；
(4) 聯繫家人或朋友以解決危機；
(5) 尋求精神健康專業人員與機構；
(6) 減少潛在致命方法的可近性

在進行風險評估後，由受訓過的專業人員偕同病人合作撰寫安全計畫，其內容強調使用病人自己的話去陳述。若時間允許，還需共同討論執行安全計畫可能遇到的障礙與解決方案(Stanley & Brown, 2012)。採用此介入的研究發現，可降低後續的自殺入院率(Stanley et al., 2015)。此介入方式也在近年發展出相關 App，但仍需後續研究檢驗其安全性與效果(Kennard et al., 2015)。

4. 自助技巧清單（volitional help sheet, VHS）

VHS 由健康心理學家 Armitage 根據動機理論、跨理論模式與執行意圖所發展，並將之成功應用於許多健康行為的改變或維持，如：身體活

doi:10.6342/NTU201803900

動、戒菸、戒酒、減重等(Kwasnicka, Presseau, White, & Sniehotta, 2013)。自助技巧清單內容包括：運用適當的動機理論，設計可能導致原行為產生的危機情境（在本研究則是自傷行為）；根據跨理論模式，設計適用於各個行為改變階段的因應策略；最後，採用執行意圖的概念將兩者連結。目前已有兩篇研究應用 VHS 於自我傷害的病人，但未獲得一致的結果。在馬來西亞的研究中，使用 VHS 的介入組，在追蹤時顯示有較少的自殺行為(Armitage et al., 2016)。但在蘇格蘭的研究顯示，整體而言，介入是沒有效果的。僅在有自我傷害歷史的病人身上才有看到成效(O'Connor et al., 2017)。

比較上述四種簡短介入，可發現有效的簡短介入都包含了辨識危機情境、提供因應措施，以及後續的接觸與關懷。然而這些介入的發展依據各有不同。VHS 不同於其他策略的地方，在於採用了心理學上的動機理論與行為理論。過去研究鮮少使用行為理論來改善自傷或自殺行為，目前也尚未有足夠研究探討行為改變應用於自殺防治的效益，故研究者欲深入了解以理論為基礎的介入，並探討其是否有助於改善自傷行為。

第四節　VHS 應用理論回顧

VHS 基於心理學的三個理論所發展：動機理論、跨理論模式與執行意圖。本研究所採用的 VHS 是應用於改善自我傷害行為，在動機理論的部分則採用了自殺行為的整合動機意志模式。以下進一步介紹這三個理論：

1. 自殺行為的整合動機意志模式(Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior, IMV)

由於自殺或自我傷害是個人選擇結束或傷害自我生命的行為，有別於其他疾病受到生物、環境等因素的影響，導致自殺或自我傷害的主要因素可能為心理因素。O’Connor 和 Nock 整理了心理學上研究自殺行為的文獻，並發展出 IMV 模式，該模式提供了解釋自殺行為的架構(O'Connor & Nock, 2014)。在 IMV 模式中，自殺行為的發生會經歷三個階段：在最初的階段為前動機階段，個人素質、環境與生活事件是重要的背景因素；其次是動機階段，在此階段，累積了挫敗、受辱與束手無

doi:10.6342/NTU201803900

策的經歷及感受，會發展出自殺意念與意圖；第三階段為意志階段，也就是自殺意念與意圖轉變為實際行動的過程，關鍵的影響因子如：自殺方法的習得、衝動與模仿效應等(O'Connor, 2011)。

2. 跨理論模式(Transtheoretical model)

該理論認為行為的改變會經過五個階段：無意圖期、前意圖期、準備期、行動期與維持期。並且可以透過一些改變方法，幫助人們改變行動的階段，如下表 1 所示。跨理論模式已被廣泛應用於多種健康行為改變的方案，被視為具實證基礎的行為改變理論(Bridle et al., 2005)。VHS 根據該模式所提出的改變方法，設計出循序漸進、助於產生目標行為的因應方式。

表 1 跨理論模式的改變方法

改變方法	內涵
意識覺醒	提升對特定行為的察覺與辨識
情緒舒緩	減少行為導致的負面情緒
自我再評估	評估個人的形象與價值
環境再評估	澄清個人對環境的影響
自我解放	透過宣示表達改變的信念
反制約	學習替代行為，取代原本的行為
增強管理	提供增強物以加強目標行為制約
刺激控制	提供目標行為的刺激，移除不良行為的誘因
協助關係	藉由社會支持提供關懷與幫助
社會解放	提供社會上的支持幫助行為改變

3. 執行意圖（Implementation intentions）

執行意圖的概念由 Gollwitzer 於 1999 年提出，該學者認為行為意圖與行為間的差異可以由執行意圖所解釋(Gollwitzer, 1999)。藉由設計「如果」（’if’）情境（誘發行為的情境）與「就」（’then’）反應（目標行為）的連結，可以形成執行意圖，使行為者更容易產生或維持某行為，且過去研究發現，執行意圖幫助行為達成的機制，並非透過提升自我效能或行為意圖，而是透過難以被意識到的自動化歷程來達到效果(Gollwitzer

doi:10.6342/NTU201803900

& Sheeran, 2006)。執行意圖在早期發展時，多為行為者自行設計具體化的情境與反應，然而也有越來越多研究指出，有輔助性工具（如：VHS）協助時，更能幫助形成執行意圖，進而更可能產生行為改變(Armitage, 2009; Armitage et al., 2016)。過去也已經有許多研究運用此概念，發展有效的行為改變策略(Oettingen, 2012)。

第五節　自傷者的求助經驗

Taylor 等人系統性回顧了自傷者對臨床服務的態度，發現病人經驗中，常見的議題有病人與醫護人員不良的溝通，以及認為醫護人員缺乏自我傷害的相關知識(Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009)。Wu 等人也有探討臺灣人的自傷求助經驗，發現正式（醫療）與非正式（社會支持）的資源，能夠促進自傷者的求助行為(Wu, Whitley, Stewart, & Liu, 2012)。而瑞典健康技術評估與社會服務評估機構（Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, SBU）於 2015 年發表一項警示報告（alert report），欲呼籲改善對於自傷者的健康照護。該報告回顧了自傷者對健康照護與學校人員的經驗與看法，指出支持性的關懷與傾聽對自傷者而言非常重要。但他們經常感到不被理解，或受到批判性的回應。此外，自傷者也期待醫療專業人員對於精神科與自我傷害行為，應有完備的專業知識，並期待後續能與單一的、受過良好訓練的專業人員保持聯繫。而負面的經驗則包括了：被隔閡或參與強制性的措施、沒有溫度的關懷，就像「自己只是檔案上的一個名字」一樣。這樣負面的經驗使自傷者更加不願尋求醫療協助，且增加其無力感與脆弱感(SBU, 2015)。

了解病人於急診經驗的研究，多數是對於評估與篩檢的觀點，其中正向經驗包括：其需求的合法化（legitimation）與被接納、不被批判、有足夠時間談話、被聆聽、提供改變的希望；而負面經驗包括：隱私不足、轉介類似的服務、不被聆聽與相信、感覺被貼標籤、缺乏關注於個人的關懷(Ballard et al., 2012; Donley, 2015; Hunter, Chantler, Kapur, & Cooper, 2013)。此外，探討自傷者急診醫療處置經驗的研究，則聚焦於醫療服務品質、隱私權，或者是醫護人員訓練等議題(Rees, Rapport, & Snooks, 2015)。

doi:10.6342/NTU201803900

文獻小結

綜合上述研究，可了解到急診室是進行自殺防治良好場域，並且以簡短、結合網路科技，以及具理論基礎的介入為佳，例如 VHS。過去關於 VHS 之知識缺口有三：(1)國外兩篇 VHS 相關研究結果不一致，可能原因為結果變項的測量方式不同，Armitage 等人的研究為主觀報告自殺傾向，O'Connor 等人的研究則是到急診室就醫的客觀自傷行為。然而，在量性研究之外，或許有其他經驗性、脈絡性的因素，導致此種不一致的結果。因此本研究採用質性研究的方式，探索使用者經驗中，該介入帶來了什麼樣的助益，又有哪些障礙或負面感受。此外，兩篇研究的研究對象也有很大的差異：在英國進行的研究，對象絕大多數是服藥過量，並在急診待過一夜的自傷者，且有較完善的醫療處置；而在馬來西亞的研究則沒有對研究對象的特性以及所受的醫療處置，做詳細的描述；(2)VHS 應用於馬來西亞研究中，有一研究限制為受試者的高流失率，可能原因或許是採用郵寄追蹤的方式。本研究透過訪談，亦可探討使用者後續願意或不願意使用的原因；(3)過去 VHS 研究皆採用紙本作為媒介，不僅難以追蹤受試者後續是否有繼續使用 VHS，也不利於使用者經常操作。因此本研究嘗試設計網頁版 VHS，並且設計符合手機可閱讀版面，利於病人後續進行操作，且研究者亦可透過網路蒐集病人後續使用 VHS 的狀況。

doi:10.6342/NTU201803900

第叁章　研究方法

第一節　研究設計

在開始執行隨機分派試驗的介入研究之前，研究者往往會先進行先驗研究（pilot study）或者可行性研究（feasibility study），採用較小的樣本初步檢驗介入的效益，以及改善介入內容與流程。除了量化的方法之外，O'Cathain 等人亦發現質性研究在此階段的價值，並提出研究者指引(O'Cathain et al., 2014)。而本研究是一個可行性研究中，採用質性方法的子研究。質性研究相較於量性研究，強調在微觀層面，直接對個別事物或現象進行描述與分析。常用於協助研究者深度探索某現象的脈絡、發展理論或策略，或評估方案與行動。本研究目的為了解 VHS 應用於自傷病人的可行性，使用者的經驗是至關重要的。除了請病人操作研究者翻譯成中文的 VHS，了解其理解程度、主觀經驗與感受，根據這些意見發展修正版的 VHS，使其將來更易於在急診室應用之外，也探索病人過去自傷經驗以及求助或自助的經驗，作為將來執行介入時的參考。

本研究採用半結構式訪談，訪談大綱包括了解自傷病人的自助與求助經驗、對於 VHS 的適用性評價（包含內容與介面）、使用感受。訪談過程會依照情境與會談內容探索受訪者經驗，而非依照訪談大綱順序進行問答。

第二節　研究對象

一對一的深度訪談需花費較長的時間，且須在安靜、可保護隱私的環境下進行，因此本研究以臺大醫院病房與門診為場域。為蒐集使用者經驗資料，採立意取樣的方式，透過精神科醫師引薦較穩定、可進行長時間訪談，並且過去有自我傷害經驗之病人，且為降低回憶偏差，以過去一年內有自傷經驗者為限。下列詳述受訪者納入條件以及排除條件。

受訪者納入條件包括：

1. 一年內有自我傷害經驗，目前於病房或門診穩定治療者；
2. 須年滿 20 歲；
3. 經精神科專業人員評估，有知情同意能力者。

doi:10.6342/NTU201803900

受訪者排除條件包括：

1. 經精神科專業人員評估有幻覺、妄想症狀或無法口語溝通者；
2. 雙手無法自由活動者。

第三節　研究工具

一、研究者

質性研究的研究工具為研究者本身。研究者做為資料蒐集者、編碼者與報告撰寫者，過去除了本科的公共衛生專業之外，在就讀大學（國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系)時,也曾修習過一系列的心理學相關課程,包括「變態心理學、犯罪心理學、心理衛生、團體動力學、普通心理學、發展心理學與社會心理學等」,對於精神疾病、生物、社會與心理等，影響自殺或自我傷害的因素有一定的背景知識。在研究所期間，修習了公共衛生質性研究課程，並閱讀大量自殺與自我傷害相關的研究，豐富個人對於自殺相關理論的知識，以及實作質性研究的技術。並於 2017 年 7-8 月間在臺大醫院精神科實習，以累積實務經驗。實習過程中，除了參與精神科部晨會、病房會議、查房、門診、急診照會等例行臨床業務之外，在精神科主治醫師吳其炘醫師與張書森老師（同為精神科醫師）的指導下，也實際與精神科急性病房的病人進行會談，增加個人訪談經驗。

二、訪談大綱（見附錄一）

1. 您過去有那些想傷害自己時，結果沒有真的做的經驗？是什麼幫助了你/妳？
2. 有那一條是您覺得不易了解的嗎？您曾經歷過上面那些情境？有那些情境是您經歷過但上面沒有的？
3. 您對這些自助技巧有什麼想法？有那一條是您覺得不易了解的嗎？有那些是您曾經用過的？那些是您覺得有幫助的？有那些是您用過覺得有幫助但上面沒有的？
4. 您覺得這個（觸控螢幕）操作起來容易嗎？有什麼困難的地方？有什麼可以改進的地方？和用紙筆比起來有什麼不同，那個好用？
5. 在操作過後，您覺得這個經驗有幫助嗎？會想要繼續使用這些技巧嗎？

doi:10.6342/NTU201803900

有那些方式可以幫助提醒您繼續使用？

三、自填問卷（見附錄二）

為探索介入工具產生效用的可能機制，本研究除了訪談的文本資料之外，亦蒐集受訪者過去十年自傷史（0 次、1 至 2 次或 3 次以上）、行為改變階段（無意圖期、意圖期、準備期或行動期）(Bridle et al., 2005)、自殺行為量表（Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised, SBQ-R）（測量下列四個項目：自殺意圖與行為、自殺念頭的頻率、自殺威脅，以及未來自殺可能性）(Osman et al., 2001)，以及避免自殺行動之自我效能量表（Self-Efficacy to Avoid Suicidal Action Scale, SEASA）（測量六個情境下能夠避免自殺行動的可能性）(Czyz et al., 2014)等量化資料。在分析文本資料時作為參考，並在研究結果部分呈現描述性統計結果。

四、簡短心理介入工具

以往使用 VHS 的介入研究，多採用紙本填寫的方式。而本研究追加設計了網頁版 VHS，除了讓受試者更容易進行重複操作之外，也利於蒐集受試者後續使用此工具的資料。此網頁建置於研究主持人之研究室的伺服器中，建置時間為 2017 年 8 月至 10 月，並採用響應式網頁設計(Responsive Web Design)，讓使用者在不同的裝置上（電腦、平板與手機）都有最佳的瀏覽畫面，且能便利操作。此網站亦根據臺大醫院倫理委員會的網路軟體建置條件，提升網站的安全性，其中包括網頁 SSL 加密設定、資料備份、資料庫加密等。

本研究以 Armitage 所發展出的 VHS 為基礎(Armitage et al., 2016)，經研究者初步翻譯為中文版，並根據實習過程中的訪談經驗，以及精神科專業人員協助進行反譯後，採用初版的中文化 VHS，作為本研究評估的介入工具。為了解使用者對介入媒介的偏好，我們同時提供了紙本版以及網頁版的 VHS。紙本版見下表 2 及附錄三，網頁版見下圖 1 及圖 2。

doi:10.6342/NTU201803900

表 2 中文版自助技巧清單（初版）-紙本版

說明(instruction)
我們了解你可能剛經歷一些很不愉快、不舒服的事情，但希望你可以開始試著避免自我傷害行為的發生。 有研究發現，如果人們能夠發覺會誘發自我傷害的情況，然後連結到克服這些情況的處理方式，更容易成功避免自我傷害。 在左邊欄位是一些會誘發自我傷害的常見情況，而右邊則列出了可能的解決方法。 對於適用於您個人的每種情況，請盡可能點選對你有幫助的解決方法，不限一種（可複選）。

觸發情境(if)	解決方案(then)
當我想緩和糟糕的心情，而想要傷害自己時…	我會去做別的事，而非傷害自己
當我想懲罰自己，而想要傷害自己時…	我會告訴自己，如果我想，我可以停止傷害自己
當我想死，而想要傷害自己時…	我會回想別人曾告訴過我停止傷害自己的好處
當我想表達我有多麼絕望，而想要傷害自己時…	我會告訴自己，社會正在改變，能幫助人們更容易停止傷害自己
當我想知道某人是否真的愛我，而想要傷害自己時…	我務必會讓人肯定我，我可以不傷害自己
當我想得到一些關注，而想要傷害自己時…	我會想想，傷害自己對身邊的人的影響
當我想讓某人害怕，而想要傷害自己時…	我會提醒自己傷害自己是意氣用事
當我想報復某人，而想要傷害自己時…	我會提醒自己，在我回想起自我傷害時，會覺得很不愉快
當我覺得挫敗，而想要傷害自己時…	我會在家裡或公司放些東西，提醒自己不傷害自己
當我覺得陷入困境，而想要傷害自己時…	我會找願意聽我說的人聊聊
當我覺得沒有希望，而想要傷害自己時…	我會接受治療

doi:10.6342/NTU201803900

圖 1 中文版自助技巧清單（初版）-網頁版 1

圖 2 中文版自助技巧清單（初版）-網頁版 2

doi:10.6342/NTU201803900

第四節　研究程序

一、研究倫理審查

研究倫理一直是研究者必須審慎思考的議題。本研究以自我傷害者為研究對象，且皆為醫院精神科病人，為免其權益受剝奪，研究者在納入條件中包含了評估知情同意能力，以確保研究參與者出自於個人決策，而不是在任何非自願的情況下參與研究。研究人員在剛開始接觸可能的研究參與者時，會詳細介紹本研究內容、目的、程序、保密協定以及揭露相關風險與權益，並重複確認是否理解上述內容，若對方理解並同意加入研究，則在簽署知情同意書之後才會開始進行研究。此外，在醫療場域進行的研究，需要特別注意權力關係的影響，因此研究人員須強調本研究獨立於病人的醫療團隊，參與此研究並不會對醫療處置導致任何影響或改變，且可隨個人意願選擇中途退出。

本研究已於 2017 年 10 月經臺大醫院研究倫理委員會審查通過，案號為 201708008RINB，臨床試驗/研究許可書請見附錄四。亦登錄於 ClinicalTrials.gov，登錄案號為 NCT03376113。

二、招募個案與收案

透過研究人員參與病房會議，由病房與門診主治醫師協助介紹符合條件的個案，研究人員再前往接觸病人，進行研究說明與知情同意程序，並在獲得知情同意後開始進行研究。一開始會請參與者填寫一份綜合型自填量表，以蒐集心理症狀、自殺行為、自我效能、行為改變階段等資料，接著進行半結構式的深度訪談，訪談內容包括基本資料蒐集，並了解近期的自我傷害事件，以及自殺風險的評估。接著根據訪談大綱探索過去的自助經驗，並在受訪者操作平板電腦中的網頁版 VHS 以及紙本 VHS 後，針對觸發情境與解決方案的內容、使用介面適用性給予經驗性的評價，並提供未來介入方式及使用意願的建議。總共歷時預計 40 到 60 分鐘。

doi:10.6342/NTU201803900

三、資料處理與分析

為能完整保留受訪者的想法與意見，訪談過程皆在參與者的同意下進行錄音。研究人員在收案後的三週內，將錄音檔聽打成逐字稿，作為本研究的可分析文本資料，並使用電腦軟體 Atlas.ti 8.0 作為編碼與分析的輔助工具。

本研究採用架構分析法（Framework analysis）進行分析。架構分析法早期應用於政策分析，近年來則常見於各領域的質性研究中。此分析法有以下五種特點：基於對研究對象的觀察與文本分析；動態的分析過程；系統化的處理步驟；具回溯性，可便於存取原始資料；分析過程嚴謹且透明化(Liao, Liu, Robison, & Xie, 2014)。

具體分析步驟如下(Gale, Heath, Cameron, Rashid, & Redwood, 2013)：

1. 轉錄（transcript）：將錄音檔轉錄成逐字稿。值得注意的是，在架構分析中，重視的是文本內容，因此對話過程的表現說明並非必要，如：停頓或有兩人同時說話。
2. 熟悉訪談(Familiarisation with the interview)：熟悉逐字稿或錄音檔，盡可能地沉浸在訪談當下，有助於後續地分析與解釋。
3. 編碼（coding）：仔細閱讀文本，並標籤出有意義的內容。編碼可能為實質性的內容、價值、情緒、元素等。可採用開放性編碼或預先設定好的架構。
4. 發展分析框架（Developing a working analytical framework）：將初期蒐集到的數份資料進行編碼後，並分類編碼，可形成初步的分析框架，此框架會隨著後續資料的蒐集與分析而改變，亦即動態的分析過程。
5. 應用分析框架（Applying the analytical framework）：將後續資料歸類於上述的分析框架中。
6. 將資料置入框架矩陣（Charting data into the framework matrix）
7. 解釋資料（Interpreting the data）

doi:10.6342/NTU201803900

第肆章　研究結果

研究者自 2017 年 11 月起至 2018 年 5 月，共計訪談 14 位自我傷害病人，每位平均訪談時間為 60 分鐘。其中 13 位為病房病人，1 位為門診病人；男性 5 位、女性 9 位；平均年齡為 32.6 歲，以 20 至 29 歲的年輕族群最多（n=8）。過去十年自傷超過三次的有 11 位，一至兩次的有 3 位；最近一次自傷方法最常見為藥物過量（n=5），其次為燒炭及割腕，各 2 人，其餘有上吊、撞擊、瓦斯中毒、刺胸與抓尖銳物等方式；最近一次自傷時間則多數在近一個月內，最長時間為八個月前，在回憶過去的自傷經驗時，多能詳實描述當下情境與感受。

精神科診斷最常見者為重鬱症（Major Depressive Disorder），其餘則包括第二型雙極性疾患（Bipolar II Disorder）、適應障礙症（Adjustment Disorder）、思覺失調症（Schizophrenia）與情感性思覺失調症（Schizoaffective disorder）。多數受訪者位於行為改變階段的行動期（n=10），另有 2 人位於準備期，僅 1 人位在無意圖期。所有受訪者的 SBQ-R 分數皆在 8 分以上，符合該量表的診斷標準（成人精神科病患≧8 分），平均分數為 14.29 分。避免自殺行動的自我效能平均分數為 9.5 分（詳見表 3）。

中文版 VHS 是由 Armitage 等人所發展的 VHS 所翻譯過來的。由於語言與文化的不同，該內容不見得適用於臺灣的自傷病人。研究者整合了訪談資料，以及受訪者操作 VHS 時有選擇的項目，於表 4 呈現了選擇 VHS 各項內容的人數。在危機情境的選項當中，以「想讓某人害怕」的選擇人數最少，且選擇此情境的兩位受訪者，同時也選取了其他所有的危機情境選項，可能為偏好選取所有項目的極端樣本。在因應方式的選擇中，以「我會回想別人曾告訴過我停止傷害自己的好處」、「我會告訴自己，社會正在改變，能幫助人們更容易停止傷害自己」、「我會在家裡或公司放些東西，提醒自己不傷害自己」這三項的選擇人數較少。在後續訪談資料的分析中，可以發現這些選項不被選擇的原因，可能是翻譯上的問題、個人對選項的不認同，或者不夠具體。

根據本研究之目的，訪談資料先初步歸類為「自傷經驗」，以及「介入工具回饋」兩大範疇，接著再進行概念的編碼，以及形成分析框架。兩大範疇的資料並非獨立分析，經研究者沉浸與熟悉資料後，不斷地調整分析框架，最後提出有意義的架構。第一節根據受訪者的自傷經驗，提出危機因應模式，並分別敘述受

doi:10.6342/NTU201803900

訪者在危機情境時的狀態、經常採取的因應方式，以及選擇自我傷害或自助/求助行為的驅動力；第二節則分別從介入工具的接受度、實務可行性、建議與期待、限制與未來發展，呈現受訪者的使用感受與回饋；最後一節是根據前兩節的分析結果，提出修正版 VHS，以及後續進行介入研究的實務設計。

doi:10.6342/NTU201803900

表 3 受訪者基本資料

代號	性別	年齡	過去十年自傷史	自傷方式	自傷時間	診斷	改變階段	SBQ-R	SEASA
CS1	女	28	3 次以上	上吊	1 個月前	Major Depressive Disorder	-	17	8
CS2	女	20	3 次以上	藥物過量	2 週前	Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood	準備期	16	8
CS3	女	56	1-2 次	撞擊	2 週前	Major Depressive Disorder	行動期	10	24
CS4	男	40	3 次以上	瓦斯中毒	2 週前	Adjustment disorder with depressed mood	行動期	10	19
CS5	女	24	3 次以上	割腕	3 週前	Major Depressive Disorder	行動期	14	13
CS6	女	44	3 次以上	藥物過量	1 週前	Schizoaffective disorder	行動期	17	1
CS7	女	24	3 次以上	藥物過量	1 個月前	Bipolar II disorder	行動期	18	7
CS8	女	20	3 次以上	燒炭	5 個月前	Major Depressive Disorder	無意圖期	17	3
CS9	男	25	3 次以上	割腕	1 個月前	Bipolar II disorder	行動期	13	12
CS10	女	47	1-2 次	燒炭	2 週前	Major Depressive Disorder	行動期	14	3
CS11	女	31	3 次以上	藥物過量	2 週前	Major Depressive Disorder	行動期	11	5
CS12	男	23	3 次以上	刺胸	2 週前	Schizophrenia	行動期	12	13
CS13	男	45	1-2 次	藥物過量	8 個月前	Major Depressive Disorder	行動期	16	10
CS14*	男	29	3 次以上	抓尖銳物	1 個月前	Major Depressive Disorder	準備期	15	7

*為門診病人

doi:10.6342/NTU201803900

表 4　VHS 內容適用性

內容	選擇人數
危機情境	
當我想緩和糟糕的心情，而想要傷害自己時…	13
當我想懲罰自己，而想要傷害自己時…	5
當我想死，而想要傷害自己時…	9
當我想表達我有多麼絕望，而想要傷害自己時…	7
當我想知道某人是否真的愛我，而想要傷害自己時…	6
當我想得到一些關注，而想要傷害自己時…	6
當我想讓某人害怕，而想要傷害自己時…	2 *
當我想報復某人，而想要傷害自己時…	5
當我覺得挫敗，而想要傷害自己時…	9
當我覺得陷入困境，而想要傷害自己時…	7
當我覺得沒有希望，而想要傷害自己時…	12
因應方式	
我會去做別的事，而非傷害自己	7
我會告訴自己，如果我想，我可以停止傷害自己	6
我會回想別人曾告訴過我停止傷害自己的好處	3
我會告訴自己，社會正在改變，能幫助人們更容易停止傷害自己	3
我務必會讓人肯定我，我可以不傷害自己	4
我會想想，傷害自己對身邊的人的影響	10
我會提醒自己傷害自己是意氣用事	5
我會提醒自己，在我回想起自我傷害時，會覺得很不愉快	5
我會在家裡或公司放些東西，提醒自己不傷害自己	2
我會找願意聽我說的人聊聊	11
我會接受治療	14

*此兩位受訪者點選所有情境選項，可能為偏好選取所有項目的極端樣本

doi:10.6342/NTU201803900

第一節　危機因應模式

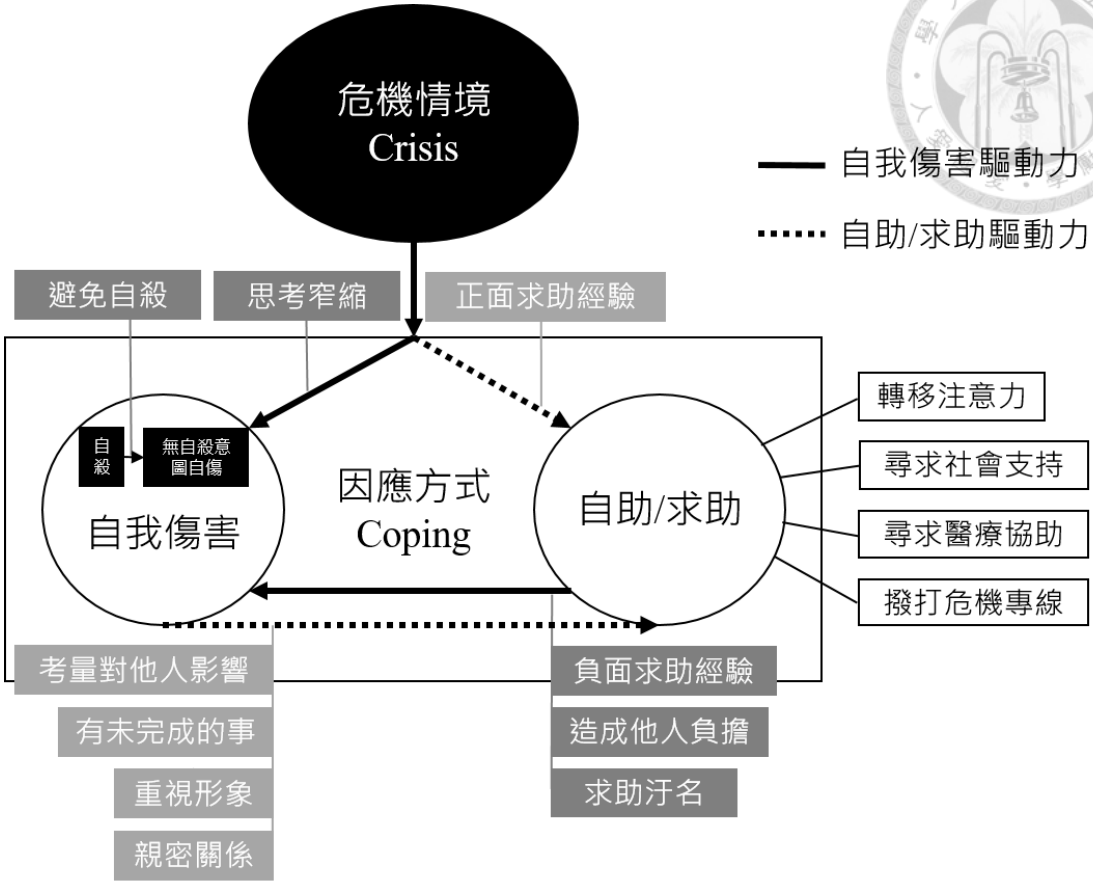
當自傷者遭遇誘發自我傷害的危機情境時，並不意外地，他們經常藉由傷害自己作為因應方式，而這並不是他們在危機情境中的第一或唯一的因應方式。在訪談的過程中，研究者發現這些自傷者其實也為了避免傷害自己，做了很多的努力，且有許多採取非自傷因應方式的經驗。研究者根據這些經驗，整理與歸納出自傷者的危機因應模式（見圖 3），試圖解釋自傷者在危機情境中，如何選擇自傷與非自傷的因應方式。

如同抽菸、喝酒等不健康行為，自我傷害其實也是一種習得的行為。在採取自傷或者非自傷方式作為因應的抉擇過程中，根據自傷者的個人經驗與特質，會導致自我傷害是一個因應危機時，相對較好的選擇，而研究者將這些因素命名為自傷行為的驅動力；相對的，從他們努力避免自傷的經驗中，也可以發現有一些因素，會幫助他們在自傷之前止步，轉而自助或尋求協助，此為自助/求助行為的驅動力。

本節根據此危機因應模式，呈現自傷者在危機情境時的狀態，包括內在感受與外顯行為；並整理他們經常採用的非自傷因應方式，即自助/求助行為，包括轉移注意力、尋求社會支持、尋求醫療協助、撥打危機專線。接著探討自傷行為的驅動力，除了一般危機情境下的認知窄縮之外，他們也常因過去的負面求助經驗而不願求助，還有對於求助行為本身的污名，以及擔心求助會造成他人負擔。另外，也有自傷者提到自傷是相較於自殺，較理想的選擇。而自助/求助行為的驅動力則包括了過去的正面求助經驗，以及在自傷前會想到的念頭，如：對他人的影響、對親密關係的期待與責任、自傷後果對個人形象的影響，以及未完成的事情。

doi:10.6342/NTU201803900

圖 3 危機因應模式



一、危機情境的狀態

在提起過去自我傷害的經驗，以及討論到自助或求助的經驗時，受訪者經常會敘述當下的狀態，包括內在的感受與外顯的行為。

1. 內在感受

如同 IMV 模式所述，自傷行為的發生是基於種種因素，所導致的後果。當人們要傷害自己的時候，先前勢必經歷了許多痛苦與挫折，最終決定採取行動。個案 14 與個案 3 對於自傷行為的解釋，也呈現了同樣的脈絡：

> *CS14(29M)：那個行為（自我傷害）是一個很現實的行為，就是你…就是很糟糕的狀態下，你才會去做那些事情。並不是說你今天開心，想做這些事情就去做。那是一個很嚴重的選擇，所以當我想做那件事情的時候，代表說我真的很…*

doi:10.6342/NTU201803900

研究者：快要不行了？

CS14(29M)：對，不行。…我一定是我自己想清楚了，然後我覺得我很累了，然後我不想要再這樣繼續下去。

像那天我就會訂一個時限，我撐到什麼時候就不要撐了。只是現在我發現，其實我還是有能力應付事情，可能（那時候）就是一時那種，想要解脫的感覺。(CS3, 56F）

其他受訪者則提到了痛苦的感受，以及情緒上的不穩定狀態。

我記得第一次打（安心專線），因為那時候很難受啊，因為難受到講不出話來，然後他就說：你怎麼了什麼的。(CS2, 20F）

比如說，非常...有重、重度憂鬱嘛，就是糟到無法控制，不然就是憤怒，或是非常絕望之類的 這種感覺。…急診的話我覺得就是...可能剛開始情緒會比較的激動。(CS9, 25M）

然後情緒上就是...激動，這樣子。(CS11, 31F）

2. 外顯行為

除了內在痛苦與混沌的感受之外，自傷者也經常有一些外顯行為來表達他們的痛苦，或者作為發洩的管道。

因為我一開始就鬼吼鬼叫，就講不出話來。(CS2, 20F）

那時候也是想要自殺，然後就在電話裡崩潰大哭…如果是我在發飆，還是什麼…這個我會把他摔壞，然後我可能還會打護理人員，還打保全…都會。…我以前住院，每天打人、每天打人、每天打人，男的女的通通打，太躁。(CS6, 44F）

然而，除了脫序的行為之外，也有受訪者提到另一種極端的狀態，如：*真的很想死，想死到忘我的狀態的時候，那個人的表現會變得極度冷靜，就像殺手一樣。真的很想殺一個人，那是在極度冷靜，而不是歇斯底里的狀態下。(CS4, 40M）*
在其他受訪者的經驗中，也有發現類似的情況：

我是很冷靜的…因為我那時候...因為我那天是決定要自殺，而不是因為痛苦而自殺。所以我那天是很冷靜地去跟諮商師講我這

doi:10.6342/NTU201803900

個念頭。(CS8, 20F)

二、因應方式

自我傷害並不是自傷者在危機情境中，第一個採用的因應方式。根據受訪者的經驗，他們在過去經常採取的非自傷因應方式可歸納為下列四種：轉移注意力、尋求社會支持、尋求醫療協助，以及撥打危機專線。

1. 轉移注意力

想要降低自我傷害的念頭，許多人會選擇做其他的事情，來轉移自己的注意力，避免自己一直陷在負面的情緒當中。

研究者：那剛剛提到說有打電話跟找朋友，還有沒有嘗試過其他的方式呢？

CS7(24F)：去外面走一走，然後散散心。

那現在的話，我是靠…靠看書，還是…看什麼影片去那個…轉移自己的注意力，或是聽音樂吧。(CS9, 25M)

後來在想說我出來的時候，出院的時候是跟爸媽一起工作，啊我爸是貨車司機要開車到處跑，我就陪他一起跑，這樣子說不定就會轉移很多注意力這樣子。(CS12, 23M)

2. 尋求社會支持

要靠自己的力量避免自我傷害，其實非常不容易。因此多數人會在危機情境下，向身邊的人尋求協助，如：朋友或家人。

我沒有..我沒有想到其他方法耶，就跟我哥哥講，然後他就說：啊這次你散步散步散步…。然後或者…就是說…反正，我就會跟我哥哥說，我會很黏我哥哥。(CS10, 47F)

我會請爸爸、媽媽…打電話給爸爸、媽媽和弟弟。(CS12, 23M)

有過一次，是打電話給別人（心理系的學長)。(CS2, 20F)

doi:10.6342/NTU201803900

…或是有時候也會找朋友聊一聊…那時候的想法…嗯我那個朋友滿特別的拉，他是做殯葬業的。我，我就問他說，我那時候就很特別，我就問他說，就是說我跟他說我想要跳樓，然後他就說他就說：欸跳樓死法很難看耶，我就說喔…那我就跟他說，那我想要用那個，穆斯林的那個，就是…的那個，的那個就是葬禮啊，然後我們就開始聊什麼什麼葬禮這樣子。(CS1, 28F）

提到過去尋求社會支持的經驗時，有些受訪者會強調與傾訴對象之間的信任感。對個案 14 而言，撥打危機專線並非他會採用的因應方式，正是因為傾訴對象需要有穩固的信任基礎。

我覺得朋友會比較了解我的狀況。所以…而且我也總是要找個比較相信的人，你才比較容易講出自己的狀態。對。(CS14, 29M）

我有一個非常要好同學，一直支持我、帶我、協助我來看醫生。嗯。那個同學…嗯…他都說：我隨時在。…因為我非常信任這個同學，因為像這種事情不是很光彩的事，我也不會去（跟別人說）。我跟她講說：你…你不要跟別人講，不要…像我先生，我還不信任他，但是這個同學我非常相信他。(CS3, 56F）

然而，要採用這種方式的前提，是身邊要有值得信任的支持系統。即使作為一個可能採用的因應方式，卻也有些受訪者經歷求助失敗的經驗，如：*我有試過這個（找人聊聊）。但是沒有人接我電話。就…就算了。(CS14, 29M）*

另外，以個案 13 的經驗來說，因為破碎的家庭關係，以及生活的困頓，讓他身邊毫無一人能夠提供支持與關懷，即使有尋求協助的念頭，也無從獲得幫助：*我跟你講我手機喔，我現在手機…來電的喔，來電的不是…不是來要債的，不然就是來催…來催繳款項的。對啊，其他朋友都沒有…不會打給你。…我是…我所說的就是…會關心你的人，已經沒有了。喔，然後我想吐苦水的時候，不會…我找不到任何一個人可以吐苦水。(CS13, 45M）*

3. 尋求醫療協助

這些受訪者都並非第一次於病房或門診接受治療，對他們而言，尋求專業的醫療協助已經是如家常便飯的因應方式，從表 4 也可以應證。例如服用藥物是他們用來穩定自己狀態的方法。

因為我通常發作時間都是晚上，然後就會吃一些就是比如說穩

doi:10.6342/NTU201803900

定自己的藥，然後讓自己睡著。(CS1, 28F）

然後然後心情煩的時候我都會多吃藥，譬如說今天醫生開 10 顆藥給我，安眠藥 10 顆，我都會吃到 14 顆 15 顆去，對，然後起來的時候比較好睡，起來的時候腦袋腦袋就放空了，我我…我會變習慣這樣子。(CS13, 45F）

或者尋求心理諮商或心理治療的服務：

我目前求助的行為…我只知道…就，因為諮商師會教我很多方法，譬如說我現在就學到正念呼吸法，或是，就是認知現在所在地方的一些訓練。(CS8, 20F）

門診與急診是常見的，也是最直接的醫療求助管道：

有時候到門診或是急診都有可能。(CS1, 28F）

…如果再不行的話，就來急診室請求幫忙這樣子。(CS12, 23M）

4. 撥打危機專線

值得注意的是，有過半數的受訪者曾經撥打過危機專線（Crisis line），其中包括安心專線（0800-788-995）、生命線（1995），以及張老師專線（1980）等。

就是我好像打過兩次 1995，跟一次那個 995 什麼的。(CS2, 20F）

因為我記得我很年輕的時候吼，嗯...我曾經有過一件事情有疑惑，我就打張老師熱線。(CS3, 56F）

我有打過那個 0800 那個...請幫幫(安心專線)對，那個，我就有跟他聊天，然後我就跟她說我現在身上有多少安眠藥，我說我等一下要吞藥。然後，我就…他就勸我不要，然後他就跟我聊一聊。(CS6, 44F）

我 15 歲的時候有打過張老師的電話……然後…以前是張老師麻對不對？我就打，家裡剛好有市話，我就打張老師電話，就講了很久，然後就哭，然後現在是另外那個 0800，那個我打過兩次，15 歲打過一次，那個時候發病的時候打過一次，就不想活

doi:10.6342/NTU201803900

就打過一次。可是那時候還是會自殘什麼的啊，對，然後 0800 是上次 7 月份打的，沒多久，沒幾個月前打的。(CS6, 44F）

然後…喔，我有打過一次電話。那一次電話 也…也讓我取消了那個念頭。應該是說打完就沒有力氣了。…好像是…就是打自殺就會出現的那通電話，安心…安心專線吧。(CS8, 20F）

嗯...我會有時候會打...打給那個生命線還是張老師。(CS9, 25M）

我有時候會打電話給 1995 都…沒有人可以找的時候，會打 1995，求救。(CS10, 47F）

三、自傷行為的驅動力

在受訪者過去的自傷經驗中，可以發現有一些因素，導致他們傾向於選擇自我傷害作為因應。其中包括了避免自殺、危機情境下的認知窄縮、個人對於求助行為的污名、過去的負面求助經驗，以及擔心麻煩他人。

1. 避免自殺

過去自我傷害的大量研究中，有許多學者會區分有自殺意圖，以及無自殺意圖的自我傷害，是因為這兩個族群確實有許多的異質性，而在本研究也有類似的發現。有別於其他個案是透過自我傷害來處理危機情境，下面兩位個案的分享，可以發現他們的自我傷害，是一種非自殺性（無自殺意圖）的自我傷害，目的是為了避免自己真正去自殺。

想避免更大的傷害。我意思說，避免…例如就像我說的，我 OD（overdose，藥物過量）我就不會跳樓。(CS2, 20F）

嗯…我覺得比較像…是一種防止自己真的去自殺的一個經驗這樣，因為我每次做了之後就可能會好一點。(CS9, 25M）

2. 認知窄縮

幾乎所有受訪者都提及，在危機情境的當下，他們往往難以想到其他求助或自助的因應方式，只希望藉由自殺或自我傷害來因應當時的情境。顯示他們在那

doi:10.6342/NTU201803900

個時候，的確有認知窄縮的現象。

比如說我剛剛跟你講的，就是我…既然就是…比如說我剛說我在床上用那個類似繩子的東西綁自己，綁不死，那就利用工具吧。然後我就跑到廁所去，然後我就跟他們講說我就上吊啊。那也許我也可以跑到高樓，我就跳下去也說不定，對啊。所以我根本無所謂啊，也不會想那麼多。(CS1, 28F）

由我這次來想，我不想再承擔這個壓力，我想死我想死我想死…所以我就不會想到什麼東西來制止我。(CS3, 56F）

喔那時候...三七二十一都不管，就想死就做下去了。…沒有啊。就是，就是要做就是一定會做。自殺就是一定要自殺。(CS6, 44F）

他們也經常使用情緒激動、腦袋混亂，來形容當下的狀態。而在這種狀態中，往往不容易想到其他因應方式。這也應證了過去研究的發現：情緒高漲的時候，認知窄縮的現象會更加明顯(Johnson, Carver, & Tharp, 2017; Rawlings, Shevlin, Corcoran, Morriss, & Taylor, 2015)。

這時候因為腦袋一定很混亂，不太能去想說自己能做什麼。(CS5, 24F）

因為你情緒來的時候，你看到什麼東西都是看不下去這樣。…因為那個當下其實…你不太有辦法…去思考別的事情，我說就我啦。因為那個時候會…滿激動的。(CS11, 31F）

在氣在頭上的時候，就是腦袋混亂的時候沒辦法跟自己這樣講。（CS12, 23M）

此外，也有注意力陷在危機情境當中的說法。

但是…我會去...你就沒有辦法去做任何一件事情了，那你怎麼會…會去分心，一定會一直想說，我怎麼那麼悲哀，我怎麼那麼慘，我怎麼會得到…我為什麼會得到這種報應。(CS13, 45M）

可是你在那個狀態的時候，你並不會去注意周遭，你的 Focus 是在…注意力是在自己。(CS14, 29M）

doi:10.6342/NTU201803900

3. 求助污名

在澄清過去自傷經驗中，選擇與不選擇求助的原因時，有些受訪者對選擇求助，或者未能自殺成功持有負面看法，如：求助代表不夠勇敢、膽小，或者死意不夠堅定。

研究者：那次為什麼沒有選擇傷害自己而是去做求助？

CS1(28F)：太俗辣了吧。…因為死意不夠堅定。

我想…不能講，講了是不是就會有人勸我啊什麼什麼…哈哈…沒辦法執行。…那像這件事情（這次自殺行動），我覺得是我，這是自己計畫，自己想要做的話，我想我也不會去問別人，除非是真的不想死。(CS3, 56F）

就是看我的個性轉到哪一個的時候，轉到比較勇敢面的我就會去做。…轉到比較弱小面的，可能就不會去做。(CS14, 29M）

下述個案則用採取一種自我檢討的態度，將存活下來視為自殺失敗的經驗。

就會覺得說…是哪方面做的不夠好，就是說…會說，喔我吞藥，炭沒有燒著，沒有燒…沒有燒起來。如果以後要自殺的話，先燒炭，再吃安眠藥，對啊。(CS13, 45M）

個案 14 則直接點出自己結束生命是一件好事，而活著卻是一件不幸的事：

可是對我來說，我覺得可以選擇什麼時候結束，是一件很幸福的事情。因為我覺得我該享受的都享受過了，也沒有什麼好留戀的，我也沒有什麼牽掛的時候，我覺得在這個時候結束，是很…很難得…就是唯一活到現在，唯一一件可以讓我覺得是順心的事情吧。就是我死掉的話，就算是完成我一個一輩子都那麼不順的…就一個好不容易一件事情是順著我的心意走，然後我也不用聽別人跟我說什麼什麼。…然後後來決定，好，那我們試試看游回去，那游回去…游不回去就算了，游回去，就這一次（自殺）放棄。然後…就很不幸的游回來了，對。(CS14, 29M）

4. 負面求助經驗

doi:10.6342/NTU201803900

上一個主題有提到許多受訪者常用的非自傷因應方式，然而在尋求協助的過程中，有許多受訪者遭遇了非預期的對待，而這些負面經驗，導致他們不願意繼續採取該求助方式。以撥打危機專線為例，個案 2 在過去撥打專線的過程中，曾因感受到隱私權受到侵犯而中止求助。

然後他就，我就聽到他放下話筒，然後說幫我查一下這個 0919，然後我就想說，蛤我不想被破門而入，所以我就把電話掛掉了。（CS2, 20F）

或者在與專線專員對話的過程中，未能獲得積極聆聽與同理對待，甚至引發個案的負面情緒，讓他們再將來不願意再採取這樣的求助方式。而受訪者也經常提出專業性不足、訓練不夠等評價。

然後我覺得有時候他們沒有經驗，不能理解那種，沒有原因，為什麼還這麼難過。他們就覺得，喔我幫不上你的忙，可是他們不知道就是…天阿他們如果讀過一點點協助的技巧，就知道先解決情緒再解決問題，與其給意見，不如就說在這邊陪你就好啊！真是訓練不足。…還有一個人說我一直在撒野，因為我一直哭。(CS2, 20F）

我就覺得說，這個阿就是我很徬徨的時候，當然那時候沒有小朋友死啊…這些事情。但是那個老師不曉得是訓練不夠還是什麼，嗯…他給我的回答，讓我認為我覺得他不是很在意我的問題跟想法。…那我大概是一件小事，然後我覺得，他（張老師專線員）對我的回答，他不重視我的問題。那我這是小問題，可是那時候對我來說困難，然後他回答得很隨便阿，他口氣很那個。以後我不會再去找生命線、張老師這樣子。(CS3, 56F）

我覺得他們應該…沒有很專業。素人吧，可能就是志工，然後受過一點點的訓練這樣。我覺得他們…他們沒辦法理解，我覺得好像我打過去，好像是被他們斥責的感覺。…就是…就是他們真的很不懂。然後我就覺得好像…好像這種事是我的…有時候他們還…還…我記得有一次很誇張，還…還笑出來這樣子。…我那時候超想衝過去殺了他，哈。我覺得真的很火。然後我現在後來就不打了。(CS9, 25M）

我覺得 1995…有一些 ok，有一些不 ok。因為我有去受訓那個張老師。…然後我覺得這個人好像同理心還不夠，或者是…就會

doi:10.6342/NTU201803900

覺得…他說你回去念阿彌陀佛就對了。(CS10, 47F)

另外，有些受訪者也分享了在急診的負面經驗，雖然並未指出會因為這些經驗而拒絕再度求助，然而，了解這些負面經驗對個案的影響也是很重要的。以個案 11 為例，在急診的時候聽到了護理人員的對話，讓他感覺不被尊重、很不舒服。即使是在敘述這個經驗的訪談當下，研究者發現該受訪者仍有一些不悅的情緒展現。

然後高雄榮總…就是他們的護理師，就是會直接在你面前講說…呃…比方說就是…那個…你你你是其中一個護理師，然後我就跟你講說，我是後來要來接班，我就會問你說「呃這個病人她是怎麼了？」，然後你就會跟我說「哦 Overdose」就這樣子，然後…然後然後然後我就說「喔，原來是個 psychi。」她就在我的面前，然後就覺得你以為我聽不懂嗎？就很…就很不舒服。(CS11, 31F)

而個案 14 的經驗則是認為醫護人員並未根據他真正的需求去作處置：

就是…就問我…好像問我心情還是什麼，然後就要我住院。然後就覺得沒有處理好這樣子。嗯…我希望他跟我好好的解釋清楚，就是這個狀態你要想開或什麼的，你其實可以不用住院。但他的處理方法是…先把你丟到醫院，你可以住院再說。就覺得…就是…如果我沒有記錯的話是我自己喊著我要住院，可是我會覺得這是我一個…在求助的一個說法。你沒有真正去理解到我真正需要的是什麼。就很籠統的把我就先丟進醫院，因為你看到的就是我要住院，然後你覺得我很危險，然後你覺得丟在醫院比較安全，那你就先讓我住院，再讓其他醫師去處理。我覺得這個做法沒有很好。而且你是兩位醫師對我一個人，那兩位醫師判斷都錯，我也覺得很奇怪。對。(CS14, 29M)

5. 擔心麻煩他人

擔心造成他人的麻煩也是受訪者經常不願求助的原因。而在 IMV 模式中，也提到累贅感（burdensomeness）是形成自殺意念的動機因子（Motivational moderator）。

呃，我是不好意思這樣子麻煩別人，傷害自己的衝動也不是那麼不頻繁。就是我也不能三天兩頭就半夜打電話給別人。(CS2, 20F)

doi:10.6342/NTU201803900

他都說：我隨時在。其實我已經是不好意思煩他，他說：嗯沒關係你跟我講，我都抽得出（時間）來。(CS3, 56F）

我不知道。因為我...因為我很怕自己造成別人的困擾，所以我不會...如果是願意聽我說的人，我第一個聯想到是朋友，那當然是絕對不行的。...不行找。因為他們會感到很困擾，因為他們會擔心會害...對，這是我覺得不行。(CS10, 47F）

你也是帶給身邊的人更…更…更憂…更替你煩惱就對了啦，對不對。你去的時候，同樣的事情，朋友告訴我，他自殺了，什麼時候要自殺了，那我們精神…就會有一點壓力。(CS13, 45M）

此外，向親密他人尋求協助時，若未能得到期望的回饋，也可能導致求助者有負面感受。

我覺得他說我很可怕，這點讓我覺得很難過。他說我很可怕，覺得我這樣很可怕。(CS5, 24F）

四、 自助/求助行為的驅動力

即使自我傷害的人經常採取自傷行為作為因應，但他們過去仍有為了避免自我傷害，努力採取非自傷因應方式的經驗。若是過去的求助經驗提供了正面的效益，則自傷者就容易選擇該求助方式。而在自我傷害的行為要發生時，受訪者也有提到當下許多阻止自傷發生，轉而尋求協助的念頭。

1. 正面求助經驗

根據增強理論(Reinforcement Theory)，正向的行為後果，會增加該行為的表現(Skinner, 2014)。對於自傷者來說，當求助經驗帶來好的感受，他們也會再度採取同樣的方式。如個案 6 在訪談中，提到多次打給安心專線與生命線的經驗，其中的正向經驗讓他在危機狀況下，決定尋求協助。

因為社工說，叫我說心情不好可以打那支電話講講看。然後那個小姐口氣也很好，也很有耐心聽我講很久。(CS6, 44F）

我覺得可能就是把…那些事講出來，然後就有發洩到。那念頭

doi:10.6342/NTU201803900

就會慢慢的減輕。(CS9, 25M)

而在操作 VHS 時，在表 4 可以看到所有人都有選擇因應方式中的「我會接受治療。」除了可能是因為他們都是在接受治療的情境中接受訪談，也有可能是接受治療的經驗都提供了他們正面的感受，因而作為危機情境下，最普遍的因應方式。

那個…像我這一次也是有自殺傾向進來，可是進來裡面…就沒有自殺傾向。頭腦就不會有這種想法。因為在裡面你不能有什麼自殺的行為，或傷害自己的行為。因為我進來的時候，我就完全都沒有…對…我是希望不要常常來拜訪。(CS10, 47F)

2. 重視個人形象

有些受訪者在說明自傷當下的念頭時，會提到阻止自己行動的想法是，想到自殺後，會讓自己的形象變的很不堪。不過從個案 8 的描述，可以發現他個人對自己有一些負面的評價，或者可能有完美主義的人格特質。

因為不想自殺的原因其實有…我會告訴我自己是：你剛剛已經吃過早餐、午餐了，所以，因為通常都是下午很不舒服。你如果現在死掉的話，那你的…你那些肌肉一放鬆，你體內的那些穢物都會掉出來，這樣會顯得你更不堪、更噁心了。所以我就會選擇不自殺這樣子。…我不想讓自己太..就是已經夠骯髒了，我不想要再更髒了。(CS8, 20F)

原本打算做另外一個比較有效的方法，是上吊。所以我在前面有...大概飲食控制了大概一個禮拜左右，就是讓自己...因為聽說上吊的有一個副作用就是你會自己排泄東西。所以，我後來想想想想想...我還是不希望自己死得那麼難看的情況下，我才選擇浴缸、吃藥。(CS14, 29M)

而就是…有時候剛好穿到自己比較喜歡的衣服吧，然後不想讓血濺到上面的時候，就會放…就會…比較忍得住，哈哈。其實好像蠻蠢的，不過事實上就是這樣，對。(CS9, 25M)

3. 考量對他人影響

doi:10.6342/NTU201803900

當身邊有一些支持系統的時候，自傷者較容易想到對身邊人的影響，如個案 3 與個案 9。

因為他們這樣子的話，他們會認為是他們沒有照顧好我，沒有保護好我。所以我覺得我會…勇敢的活下去，大家一起…面對這些事情。(CS3, 56F)

對，然後也…就是…因為我知道割腕的話，其實大家都會覺得…不太好受啦，就看到比較熟的人這樣…自傷，想說我也想避免這種事發生，不想讓別人覺得就是…不好受這樣子。(CS9, 25M)

另外，在個案 5 的分享中，他所考量的後果與影響更廣。不僅僅是想到對家人朋友的影響，還會考量到其他可能受到影響的對象。

我以前是很想要跳樓，可是我之前看到一個新聞說，有個男的跳樓壓死別人，害他的家屬而賠了巨額金。所以我覺得啊，要死的最不愧對別人的方式就是割腕了。這樣也不會害到別人。但是會不會害我們家變凶宅，又是個問題。…我會覺得說，因為現在刀子都是他們保管，我有時候會發了瘋想去找，可是我又覺得好像今天我用的是誰保管的人的刀子，他會不會就愧疚一輩子，就被我害了。其實會想很多。(CS5, 24F)

4. 有未完成的事

在導致自我傷害的危機情境中，有一項是沒有希望，反過來說，當一個人有希望的時候，或許就能從那個危機情境中脫離。而在受訪者的分享中，也有類似的經驗支持這個說法。

因為…因為我想要跟…因為我想要藉由，比如說我之前到急診，我就想說：欸，那看我的一定是某一個 R，我想說那藉由這些 R，然後跟我敬愛的 OOO 醫師，或是某某醫師道別這樣子。(CS1, 28F)

還有就是想看到小孩。(CS6, 44F)

如果我下次再傷害自己的話，我會…我其實有一點不…捨不得離開。就是覺得我的錢還沒用完，對啊。因為很辛苦賺的錢…哈哈

doi:10.6342/NTU201803900

哈，有一點眷戀啦！（CS10, 47F）

後來啊，也是常常想自殺，但是我就…我就是一直在看說，在等就是說…我兒子他們結婚，如果結婚，他們一定會…什麼…來…來來跟我怎麼對待，面對我就對了啦。是…是會邀請我去，還是一樣當作不熟，還是一樣怎麼樣，對對對。所以這是我自己在想的。…有希望、有盼望，像…像我以前的盼望就是說，我能夠牽著我女兒的手，把他的手交給男方，這是一個盼，也是一個希望。(CS13, 45M）

5. 對親密關係的期盼

個人的支持系統一直是自殺防治所強調的有效資源，除了家人與朋友之外，親密關係也提供了強力的支持，其強度甚至可能超越親友的影響力。如同下面兩位個案的分享：

但是我…但是我因為在國慶連假的時候跟學弟告白，又建立了一個新的責任。我認為我應該…我幾乎是莫名地拾起了那份責任，所以就…就去找諮商師，諮商室再帶我去急診這樣子。…他的責任就跟其他的責任不一樣，我竟然可以因為他而活下去，而不是生我、養我、愛我的父母而活下去，我覺得有點奇怪。不過總之當初就是真的是因為那個新戀情的關係。(CS8, 20F）

就是他對我的關係是一種我想要的關係。可是他後來做了一些事情讓我不開心，而且他也沒有把我當男朋友。就是…但是那個關係的確是我想要活在生…這輩子當中，如果硬是要我有一個理由活下去，我希望是那樣的關係，讓我可以有生命的意義或什麼之類的。(CS14, 29M）

第二節　介入工具回饋

過去有許多採用質性方法評估可行性的介入研究(O'Cathain et al., 2014)，研究者參考其架構，再不斷地反芻、沉浸受訪者對 VHS 的回饋，最終將其歸納為接受度、實務可行性、建議與期待、限制，以及未來發展。本節將依序根據這些主題，呈現受訪者所提供的重要建議與感受。

doi:10.6342/NTU201803900

一、接受度

評估一個介入工具的接受度，在於了解使用者對內容與過程是否有負面感受。而本研究的介入工具能夠協助形成執行意圖，若重覆使用則更有機會透過執行意圖而使行為改變發生。因此研究者也詢問受訪者再使用此介入工具的意願。根據訪談資料所歸納的主題包括：感受到的價值（操作簡易、提供因應方式），或者在閱讀與理解上有困難，以及對內容的不認同，導致這個操作經驗沒有正面的感受。

1. 操作簡易

VHS 的優勢在於成本低，操作時間短。從受訪者所給予的回饋中，也可以發現這些優勢與價值。

> *就操作很簡單，一下子就看得懂他在做什麼。…就覺得他操作起來很簡單，然後有些都是符合自己。(CS7, 24F）*

> *我覺得還蠻方便的啊，蠻容易理解的啊，我覺得還蠻好用的。（CS9, 25M）*

2. 提供因應方式

相較於傳統採用執行意圖的介入，VHS 是預先設計好內容的介入工具。除了節省時間之外，應用於自傷者，還能處理認知窄縮的問題（見第一節-自傷行為的驅動力）。根據受訪者的回饋，VHS 確實能夠提供他們因應方式作為參考，幫助他們在危機情境時選擇不自我傷害的方法。

> *我或許會自問一下：喔那我是不是…可以這樣嗎？然後上面說：喔那好，我要去跟我同學說說看，或許當下這個是有用的。(CS3, 56F）*

> *因為可能有很多是我還沒有…之前沒有想到的。它剛剛就有…就可以…就會知道一些。那我可能之後可以試看看這種方式，我沒想過的方式。(CS9, 25M）*

> *因為…譬如說，剛剛那個人跟我講說，會放一些東西…讓你感*

doi:10.6342/NTU201803900

受…就是提醒自己不要再傷害自己，我本來會覺得，啊那個沒效（臺語）。可是聽你這樣講的話，我會覺得…嗯，可以試試看。（CS10, 47F）

一種方式吧。對。它是一種提醒自己的方式。刺激吧。(CS14, 29M）

3. 閱讀理解問題

本研究的介入工具由研究者與指導老師共同翻譯，雖具有一定的語文能力與自殺專業背景，亦請相關專家（精神科醫師）進行反譯（back translate），但其翻譯內容仍可能有不足之處，也會受到東西文化下習慣用語不同的限制，使閱讀者不易理解介入工具內容。最常讓人感到困惑的句子如「我務必會讓人肯定我，我可以不傷害自己」：

我務必會讓人肯定我，我可以不傷害自己..為什麼務必會讓人肯定我？（CS5, 24F）

研究者：原本的句子意思是說，別人會因為我沒有傷害自己而肯定我，這件事情。
CS8(20F)：哦！是這個意思喔？我現在才明白，對不起，那真的…我真的不了解他的意思。

嗯…其實有一點困難呢。是想出…就是不傷害自己就比較能讓人肯定我嗎？還是說其他方式可以讓別人肯定我，所以我可以不需要傷害自己，是哪一個意思？（CS9, 25M）

像那個我務必讓每個人肯定我，我可以不傷害自己，啊為什麼是這樣子呢？你應該可以寫出來啊。(CS13, 45M）

然後…我務必會讓人肯定我，這個我就不太懂。然後我可以不傷害自己，這個接在一起我就…我也不懂這一句。(CS14, 29M）

其中一位受訪者因為本身有外文系的背景，特別提供了翻譯上的建議：

「我務必會讓人肯定我不會傷害自己」這句話不是很好的中文，對不起，我一直在幫你們debug，很奇怪。對於一個文學系，我覺得這句話很奇怪，「我務必會讓人肯定我」，這句話聽起來中

doi:10.6342/NTU201803900

文不太好這句話不是很好的中文。…如果你們是想要給他們更多的選項，或許，如果「我可以」找願意聽我說的人聊聊（會比較好）。因為 will 在英文裡面它是代表一種意願，那在這裡的話，我覺得中文的「會」比 will 更有那種服膺於某一個強勢力量的感覺，但英文比較是『我願意』這樣做。如果是「我願意」或許會好一點這樣子。(CS2, 20F）

有些句子在翻譯過後，文字變的冗長或拗口，讓受訪者常有不易閱讀的感受，如下列受訪者所述：

每一句都「我會告訴自己」、「我會提醒自己」，這樣子就是把句子拉太長了。…那個句子太難讀，所以沒有辦法像我們有時候在看一些名言佳句的時候，在心裡有那個聲音，產生那個 inner voice 會比較難。(CS2, 20F）

「對於適用於您個人的每種情況，請盡可能點選對你有幫助的解決方法，不限一種（可複選）。」它很…它很繞口。(CS8, 20F）

因為我是一個閱讀很有障礙的人，所以我會覺得「我會想想傷害自己…」就是可能要有一個斷句我才會…不然就會…我就會直接看「我會想」想傷害自己對身邊人的影響。所以你到底是要斷在…就是「你會想想」還是「我會想」想傷害自己，對身邊人的影響？我不知道該怎麼斷。(CS14, 29M）

此外，研究者發現，許多受訪者對 VHS 有所誤解，難以在接受介入的當下就能理解其用途，大多要研究者詳細說明後，才能了解。誤解一為：認為這是一個問卷，而非介入措施。

研究者：所以你覺得他只是...

CS5(24F)：一個問問題的網站。可是他沒有幫助到人解決問題。

研究者：你會覺得它是一個問卷嗎？

CS13(45M)：會。

第二個誤解為：認為不同情境應該要有不同的解決方案，試圖在 VHS 中尋找「解答」，而非自主地「選擇」與連結。

doi:10.6342/NTU201803900

我原本因為想說有那麼多的那個（選項），我會 supposed 它點進去每個會有點不太一樣。(CS2, 20F）

我那時候在點選的時候，我抱持的希望是，我點進去可能不同的選項有不同的解決方式，但是你們每個選項的解決方式都一樣。(CS4, 40M）

上面的問卷的答案可以不一樣，每一個題目的（選項）...（CS12, 23M）

4. 負面感受

也有一些受訪者提出，在閱讀 VHS 的句子時，會有一些負面的感受，可能是由於文字太過生硬、具強迫性。

可以了解意思，但是我覺得它有一點威脅的感覺。…就是…就是很像說，你…在你真的走到最後一條絕路的時候，就只能選擇自殺，但還是有人跟你講說：「你都不想想看你的家人」那種感覺。…我其實感覺不太好受耶。因為這就像…這好像被人家責備一樣。就是…就是自己怎麼沒有先做這些東西，然後反而是先傷害自己。(CS8, 20F）

而且你們一直要宣達一個念頭，就是「我如果可以，我有能力不傷害自己」，呃…但你也知道嘛，就是那個貝克認知負三角，當你陷入那個認知負三角，就會覺得說，我沒有能力做到。所以，我覺得這樣子反而是提醒說…因為你們知道這個是給很多人看的，那給大家看就會覺得說，啊大家都可以這樣，可是我做不到，然後就開始譴責自己，對。因為它們就是用一個類似 list，就是一般人不是做到了才會打勾嗎？那就會有另外一種無形的壓力，就是說好像要做到才能打勾。但是整個看下去都覺得自己做不到的感覺，還滿絕望的。(CS2, 20F）

或者敘述與呈現的方式，讓受訪者感到被責備。

然後就是因為我覺得在這個裡面，看得到一個 perspective，就是把那些（我會提醒自己…）拿掉好了，我們會看到「傷害自己是意氣用事」，或是，「如果我想，我可以停止傷害自己」，那…我覺得就是…我自己比較是偏向卡爾榮格的那種派別，我不是

doi:10.6342/NTU201803900

故意的…就是會希望…他們會覺得你可以不用同理我的行為，但是請同理我的心情。但是我覺得看到「傷害自己是意氣用事」，我就覺得…蛤，我意氣用事，然後就會更絕望。…我覺得有時候這些文字，仔細來看是一種二次傷害。對，就是這些文字我覺得可以再思考看看。(CS2, 20F)

我務必會讓人肯定我，我可以不傷害自己。這個…很...務必很…很絕對。我覺得讓人肯定是一件很難的事情，所以這樣子做…這樣會…我覺得看到這一點會讓我感到很…更…更失望、更挫敗。(CS8, 20F)

5. 不認同

雖然 VHS 的目的是希望使用者透過連結方式，選擇能夠採取的因應方式，幫助自己將來避免自傷行為。但受訪者經常表達不認同的態度，：

然後，「我會在家裡或公司放些東西提醒自己不傷害自己」呃……這個跟那個戒毒廣告很像。說實在那個戒毒廣告，都有點奇怪。…然後，如果我想我可以停止傷害自己」，如果真的是這樣子的話，我幹嘛在這。(CS2, 20F)

我不想懲罰我自己啊，我覺得懲罰自己好累。(CS6, 44F)

因為有些可能自己不是那麼認同的擺在一起，可能會…就會…我不知道。我自己…自己就會玻璃心，就會覺得…就覺得…這些事情怎麼會…沒有那麼小啊，但是你為什麼跟這些小事並列在一起的感覺。(CS8, 20F)

比如說像…想知道某人是否愛我，或想得到一些關注，這跟自己傷害自己應該沒有關係。(CS12, 23M)

我是可以了解啦，但是我覺得都不…不合乎實際啊。(CS13, 45M)

其中以「我會告訴自己社會正在改變能夠幫助人們能夠停止傷害自己。」這項內容最受批判。

「社會正在改變能夠幫助人們能夠停止傷害自己」……其實我

doi:10.6342/NTU201803900

不知道耶，這是一種催眠嗎？（CS2, 20F）

「我會告訴自己社會正在改變能夠幫助人們能夠停止傷害自己。」我會覺得社會越來越糟啊。(CS5, 24F）

可是感覺我沒有感覺出來有在改耶。我覺得好像大家對於這一類事情的看法跟幾 10 年前，沒有什麼變。(CS9, 25M）

社會改變跟能停止容易傷害自己應該沒有關係吧。(CS12, 23M）

就是因為社會正在改變，所以…所以才會讓人家去想死。(CS13, 45M）

社會正在改變沒有錯，但改變的方向好像並沒有…更幫助我們更容易停止傷害自己。你可能查到的是更多傷害自己的資訊，或者是…你…社會的改變並不是你的那一派，並不支持你。比如說像安樂死，有人就不支持…不支持安樂死，然後你就會覺得更…不被這個社會所接受。在很小的事情上面，這個「社會的改變」這句話，會在每個人身上會想到不同的事情，然後它並不會更讓…更容易讓人停止傷害自己。說不定有時候…社會的改變反而讓那個人的生存能力更低，然後他更想自殺。(CS14, 29M）

二、實務可行性

此部分呈現了實務上受訪者給予的可行性建議，其中包括了介入的時機點，以及介入媒介的偏好。

1. 介入時機

在討論後續介入可能進行的方式時，許多受訪者對於在急診進行介入有所顧慮，他們認為該情境下，激動的狀態或脫序的行為都可能導致介入研究難以執行。這也呼應了第一節提到的危機情境的狀態。

可是我在急診的時候連我家電話幾號都講不出來，然後別人碰我一下我就會一直抖一直抖。那種狀況下還是先打一針好了，別叫我點那個，我會連字都看不懂。(CS2, 20F）

doi:10.6342/NTU201803900

我覺得不要耶。進來（病房）再做。因為在急診的時候，心裡還是會跳上跳下，可是進來的時候是比較平靜啊，當平靜的時候再做這個比較好。在急診會擔心醫師什麼時候要來、有沒有病房…對，我覺得進來做比較好。…因為要來這裡住院的人，在急診一定心裡忐忑不安啊，那心裡忐忑不安的時候做，就好像比較不那麼明智一點，不那麼平靜，心裡。我覺得…進來再做會比較好一點。(CS10, 47F）

我覺得很難耶。因為那個當下其實…你不太有辦法…去思考別的事情，我說就我啦。因為那個時候會…滿激動的。(CS11, 31F）

腦袋…腦袋清楚的時候你會你想，對啊。然後腦袋…腦袋比較不清楚的話，就會比較偏激。(CS13, 45M）

但也有受訪者認為，若有考量病患的狀況，就可以實行：

首先你們要考慮到急診的病患，是否是在意識非常清楚的狀況下能夠做這件事情…那就，做啊 (CS4,40M)。

除此之外，當自傷者因自傷進到急診，往往會有因自傷而導致的生理不適。在這種不舒服的狀況下，病人不太會願意接受介入，也可能不夠力氣與思考能力去進行操作。

上次被送去臺大急診,然後醒過來有一位…我不知道他是心理醫師還是誰，就也是拿了一個這個 平板，他…他問我一些話，可是我那時候不是很…不是很清醒。然後…我是醒過來了，可是腦袋還是空空的，然後就是很虛、很不舒服。(CS6, 44F）

嗯…很不舒服。…因為要洗胃，所以很不舒服。(CS11, 31F）

2. 傳遞媒介

在媒介的偏好上，有 2 位受訪者認為紙本 VHS 較有趣，有 9 位偏好採用網頁版 VHS，其餘 3 位則無偏好，認為兩者各有優缺點。受訪者大多贊同網頁版 VHS 是比較好的方式，理由包括了：操作方式較直覺、容易。

這個的方法（網頁）是讓我覺得是比較單純，就是我選定了一

doi:10.6342/NTU201803900

個問題之後，那我可以找好幾個技巧來幫我。(CS3, 56F）

有時候在點那個（網頁）會比較很明確的是這樣，看就知道。有時候這邊連連看，我看這邊（左側情境），然後我會去做非傷害自己的事（右側技巧）。有時候（紙本）比如說在語意上不清楚，這兩個語意上不清楚，我可能誤解這邊的意思，然後連到這邊來。然後這個（網頁）就很清楚的表達出來了。(CS4, 40M）

嗯，而且它是輕鬆可以用的。(CS8, 20F）

你說跟剛剛電腦點選那個？用電腦點選那個會比較好。因為這個（紙本）要看所有的東西啊，那個（網頁）就是有就點、有就點，這樣子。(CS11, 31F）

此外，目前是智慧型手機盛行的年代，網頁版 VHS 有其便利性，以及易推廣性。在受訪者的回饋中，也說明了網頁版的優勢。

就是當你想要讓更多的人去接觸到這個東西，肯定紙本比較不容易。(CS5, 24F）

如果可以存在手機的話…那我覺得那就傳到手機吧！因為大家可能會忘記這張，但是不會忘記帶手機，哈哈哈。(CS9, 25M）

而支持網頁版 VHS 的說法，經常是相對於紙本版 VHS 所做的選擇。大部分的受訪者都不約而同地提到，紙本版 VHS 會呈現混亂的結果，因而選擇清楚明瞭的網頁版 VHS。如下列說法：

而且當你畫線畫一畫的時候會變很亂。…譬如說畫、畫、畫三條，這個也畫三條，就會變很亂。(CS5, 24F）

因為這個真的…我覺得會眼花撩亂。而且你還要在這邊找一個…這都是很黑暗的事情，然後你還要在這邊尋找……如果是連連看，你會想這張紙會變得很醜。(CS8, 20F）

這樣子連一連，連完看，很複雜。…因為不限一種嘛，它可以一次連好幾個嘛，這樣它那個線就很亂。(CS12, 23M）

因為連連看你自己會連到…線不知道連到哪一條去這樣子……

doi:10.6342/NTU201803900

你不能讓這個會變得很混亂，我找不到我自己選哪一條這樣子。（CS14, 29M）

而一位有老師身份的個案，則認為紙本版 VHS 就像是在答題一樣，會想要將每一選項都配對答案，但可能會發現並不會每個都能連結，而這也非 VHS 的目的。

可是呈現的話…如果我拿到（紙本 VHS）的話，我可能每一題都要達到…找到答案。因為覺得不是每個答案都一樣，都是我要的。或者搞不好都是同一個答案。…那這個的話（紙本）我就不明白說，我為什麼每一個都要連。因為好像我每一個事情…我沒有所有的事情都發生這樣子。(CS3, 56F）

另外，支持紙本 VHS 的受訪者，則是認為連連看是比較有趣的方式。與下一個主題——「建議與期待」中的「提高吸引力」呈現類似的脈絡。顯示趣味性可能對某些人來說，有重要的影響。

我覺得紙本的這個比較好玩。應該說因為它就是一個，(跟平板）不一樣。這是讓你覺得有選擇，但是平板上它們就是一個列表。雖然你按的話會有打勾，但是我覺得它這個酬賞太低了。(CS2, 20F）

這個還可以連看看，這個比較好玩。(CS10, 47F）

三、建議與期待

在受訪者給予的回饋中，有許多對 VHS 的建議與期待。有部分也能夠呼應到「接受度」的次主題，如在具體化策略的建議中，許多受訪者提到 VHS 的句子太過籠統或空洞，應該寫出較具體的內容。

1. 具體化策略

在 VHS 中的「我會去做別的事，而非傷害自己」,「我會在家裡或公司放些東西，提醒自己不傷害自己」，以及「我會找願意聽我說的人聊聊」，許多受訪者認為可以在這些選項中，提出更多建議，或更細節的內容。

像第一條我會覺得它很空…很空洞。我會去做別的事…它很…很

doi:10.6342/NTU201803900

像是你在找別人幫助的時候，可能就是說你想太多了，快點去做你的事情吧，那種感覺，很像在說風涼話。我覺得第一個很空虛，就是他可能要給點建議之類的。(CS8, 20F）

因為就是那些方式，就是很普遍啊，就是大家都有說過啊。(CS1, 28F）

因為你們解決方法大概就很籠統。如果可以再細一點會更好。（CS4, 40M）

就是覺得資訊提供的不夠多。譬如說因為它都是很短暫的句子，我會去做別的事而非傷害自己。可以後面加譬如說：看電視、看電影啊、遊戲…之類的。這時候因為腦袋一定很混亂，不太能去想說自己能做什麼。然後如果這時候有很詳細的幫助方式，說你現在可以做什麼事情，或許他就不會這麼的混沌了。(CS5, 24F）

我不太…我覺得願意聽我說的人…我覺得可能要舉例。譬如說是，瞄準的方向不是朋友家人，而是專業的人士。(CS8, 20F）

在可是…要放什麼？可能會不知道可以放什麼。(CS9, 25M）

2. 個人化策略

而有許多受訪者希望內容能夠根據個人狀況進行設計。在個案的敘述中，可以發現到他們有想要被理解、被同理的需求，或者期待看到符合自己狀況的敘述。同時也能呼應到接受度主題中的「不認同」。

我覺得這個的話因人而異耶。像我可能覺得看書，可是有些人看到字就很想睡覺。對啊。就是我覺得應該是要看個人會喜歡的，比較對什麼…覺得哪一類發洩這樣，大吼大叫可以發洩，但我很討厭大吼大叫。(CS9, 25M）

比如說在這個大分類上，可以再分的細一點：覺得挫敗，是什麼樣的東西覺得挫敗？什麼是叫做沒有希望？很想死，是單純的想死？還是因為什麼原因想死？可能不同的選項，會有不同的解決方式。……他（病人）有求助的慾望，點進去的時候可以多一點的選項可以表達他的意思。(CS4, 40M）

doi:10.6342/NTU201803900

如果說，我很生氣，然後後面可能有其他選項，有：我想自殺、我想丟東西...然後類似這樣的，然後一步一步讓他這樣再選選選...選到後來，那我這樣做，事情有解決嗎？這樣做有什麼好處嗎？可能給他一個思考這個問題。(CS3, 56F）

3. 提高吸引力

由於 VHS 的設計僅有文字，有許多受訪者認為改善外觀的設計，可以提高人們再次使用的意願，包括置放一些有趣或溫馨的圖像，以及調整整體的網頁色調。

可以把那個介面（網頁）弄得更有趣一點點，就是一個類似遊戲的形式，有可能會很有趣。...它要如何讓人一直想要，因為這個要足夠多的次數才可以，我剛講過它不是一個很 attractive 的介面，所以要達到還蠻難的。(CS2, 20F）

就是...因為做得很整齊，但是有沒有更溫馨的感覺...還有就是自助技巧清單練習就是它的標題嗎？...這樣子好像不太會吸引別人點進去，好像要想得更...容易讓人想點進來的標題。(CS5, 24F）

並且是有圖的，會讓人看了比較開心，哈哈哈。(CS8, 20F）

可能…如果要做一個讓人…色彩學裡面有些顏色會讓人覺得比較開心，可能你…可能要去尋找那種顏色。或者是做一些圖案啊，比如說讓人看了會開心的卡通圖案或什麼之類的。在旁邊做一些輔助，說不定他在做的同時，會開心起來也不一定。或者是你的那種滑鼠或什麼，做一個可愛的小圖案，讓他在點選的時候，同時心情也可以…算是一種改變吧。(CS14, 29M）

4. 提供資源

受訪者經常期待 VHS 可以作為資源的提供者，能夠幫助他們直接連結到實際的醫療服務或資源。

我覺得更好的是，裡面有提到譬如說我會找願意聽我說的人聊聊，那如果網址可以提供這方面的連結，會不會更好。或是我願意接受治療，然後有相關的治療的單位也在裡面的話，說不

doi:10.6342/NTU201803900

定會更好。…如果說它有提供一些相關單位，就比如說聊聊的話，可以提供心理諮商的單位，治療就是提供精神科醫師的單位，那我會想要。(CS5, 24F)

譬如說可以...如果有個連結可以點進去,然後是一個讓自己緩和的一些方法的（可能會好一點)。(CS8, 20F)

因為我會覺得說，例如說「找願意聽我說的人聊一聊」，然後如果點進去，它可以幫你…例如說有 1995 或安心專線那種電話，然後有快捷鍵可以按，那種我會覺得還不錯。(CS2, 20F)

然後比如說你可能有什麼連結到什麼網站，或者是哪些醫院你可以馬上去。就是附一些資料給他，我覺得他可能會…更好。不要讓他病急亂投醫，比如說跑錯醫院或什麼…相信什麼宗…奇怪的宗教，不是所有的宗教，對。就是提供他一些什麼…像臺大啊，或什麼網站。然後教他怎麼…怎麼來門診，怎麼求診的一些順序都教他。我覺得這樣他可能會更願意…比如說有些人很膽小，那他就覺得…我有想要去看醫生，可是我不知道怎麼辦什麼的。對。(CS14, 29M)

5. 提供關懷與聯繫

也有部分受訪者提到 VHS 能夠作為聯繫的媒介，提供關懷與服務。

或者你溫暖一點啊，有別的詞句，喔，或許可能有人會覺得說：啊！有人還在持續關心我。(CS3, 56F)

就知道說我現在的心情是怎麼樣啊，然後打了什麼東西，然後你們會知道。(CS6, 44F)

四、限制

1. 知易行難

自傷經驗較多的受訪者在操作 VHS 時，常有許多知易行難的感受。對他們而言，VHS 所提供的因應方式，可能早已在過去的經驗中不斷出現——不論是自己努力避免自傷而採取的因應方式，或是其他人提供的建議。因此會覺得自

doi:10.6342/NTU201803900

己並不會在看到這些因應方法後，改善自我傷害行為，而有知易行難，以及 VHS 沒有辦法幫助自己的感覺。

因為有些事情好像就是…本來就已經知道的，就是…也不是新的…新的事情。對，就是本來就知道要這麼做，但是就是做不到，這樣。(CS11, 31F）

嗯...自己知道，但不一定有時候真的有辦法實行得來。(CS12, 23M）

問題不是…事情不是你想的那麼簡單啊，不是你想要就可以要…對。…但是講的容易做的難，人家說機...機會...計畫永遠趕不上變化。(CS13, 45M）

2. 無效益

有些受訪者認為 VHS 無法幫助他們減少自傷行為，主要原因是認為內容的說服力不大。對個案 8 而言，有可能是因為他處在無意圖的行為改變階段，並無動機改善自傷行為，而在過去探討介入工具效益的質性研究中也有出現這樣子的次主題(Grist, Porter, & Stallard, 2018)。

我覺得這邊的想法…我覺得對我來說，沒有到夠強壯。…但是你們的東西沒有夠 outstanding 到，我決定不要忽略這個東西。（CS2, 20F）

我覺得幫不了目前的我。因為我現在就是會覺得…沒有耶，我覺得沒有到幫助的程度，不好意思。(CS8, 20F）

或者我看了那些東西之後，對我不會有幫助。但是我覺得那句話還是很美，那句話還是很有意義，那個人說得對。但是它並不會幫助到我，把我拉回來，對。(CS14, 29M）

3. 過去經驗使選擇受限

在討論操作過程的經驗時，受訪者提到自己是根據過去的經驗進行連結，而非設想未來可能採取的行動。如個案 10 所述：*我之所以接受最後一個是我有成功的經驗過。(CS10, 47F）*

doi:10.6342/NTU201803900

雖然上一節有提到，正面的經驗能夠助於行為的維持，但 VHS 目的在於提供情境與因應，並透過連結來加強行為改變的發生。若使用者只根據過去的經驗作選擇，便會受限於固定的幾種方式，甚至是無法選擇。

雖然我知道就是你們可能會想要增加那個人的 self-efficiency，但是那個想傷害自己的當下，有一些事情跟我所認知的是很不一樣的，(像是)「當我回想起傷害自己的經驗時，會覺得很不愉快」，我覺得還好。(CS2, 20F)

因為我雖然看得懂句子，我雖然看得懂句子，可是不見得有符合我現在的想法的東西這樣子。(CS3, 56F)

但是接受治療就是我一直以來在做的事情，它變得很像…因為住院的經驗讓我變…就是治療…就是很像是…就是我的生活的一部份，所以我都會勾選接受治療這個。(CS8, 20F)

五、未來發展

在受訪者提供的建議當中，有些部分是現階段難以達成的目標，但也提供研究者作為將來改進的方向。

1. 互動性

受訪者認為網頁版 VHS 可以增加一些能夠互動的功能，可以是「個人化策略」的進階版建議。而互動性也能夠帶來一些趣味性，提升再使用的意願。

例如…我不知道耶，例如說我選的這個，選了這個之後，我再選擇這個，會到了那個，那他可能就是一個…這樣子還滿有趣的啊。就如果你們真的有夠時間設計，這樣就會知道每次點不一樣的，會看到不一樣的東西。然後只有文字的話，會比較…眼睛沒有得到任何的酬賞。我覺得你們真的可以參考一下 Google 常常會有的那個主頁的小遊戲，還滿精緻的。(CS2, 20F)

如果說，我很生氣，然後後面可能有其他選項，有：我想自殺、我想丟東西…然後類似這樣的，然後一步一步讓他這樣再選選選…選到後來，那我這樣做，事情有解決嗎？這樣做有什麼好

doi:10.6342/NTU201803900

處嗎？可能給他一個思考這個問題。有好處，他點了之後，類似這樣。然後可能一層一層的，可能…比較容易。如果說妳說自己操作的話，可能會比較有釐清的作用。(CS3, 56F)

可以做一個聊天機器人，然後會比較講一些正面積極的話。(CS5, 24F)

2. 提醒機制

在提供追加介入的提醒頻率建議時，有些受訪者提到可以根據使用者的習慣作設計，如：設計回饋機制或使用者自選。

如果這個網站你們有辦法算得出來，因為每個人重複自我傷害的頻率不太一樣，你們有沒有辦法有個網站的回饋機制，例如說我每天點的話，那你們可能就不需要那麼頻繁的提醒我，但例如說我三天沒有點，那你們可能會提醒一下。然後，就是我們如果是 supposed，這些個案們他們在使用這個，是在想要傷害自己的情況下才會使用的話，我不知道你們有沒有辦法記錄那個 IP 位置…他的想要傷害自己的頻率，例如說大概是兩三天一次之類的，那如果之前是兩三天會上一次，那今天沒有的話，那你們就可以提醒一下。那如果是每天都會點的話，就可以考慮一天沒點的話就提醒。那當然這個是比較困難啦。(CS2, 20F)

可能是那個 APP 有一個提醒功能，然後你要教他要打開，就是每天讓他變成一個習慣，比如說早上起床就要刷牙或什麼之類的那種方法，可能會比較對這種人會有幫助，對。比如說你可以設定讓他自己選，這樣他就不會覺得那麼討厭做這個。久了之後他就不想做了。你可以做那種比較多元性，讓他自己可以設定說，我每天要提醒，或者是我兩天、一個禮拜、一個月提醒我一次的那種檢查，對一個人會覺得…喔，比較放鬆、沒有壓力，你就會想到去做這件事情。(CS14, 29M)

第三節　介入設計

本節根據前兩節的內容，將初版中文化 VHS 進行修正，其中包括設計名稱、擴充指導語、語句修改、增加資訊與資源、外觀美化等，見下表 5。

doi:10.6342/NTU201803900

為提高 VHS 的效益，過去研究發現重複的進行執行意圖的連結，能夠加強行為的改變(De Vet, Oenema, Sheeran, & Brug, 2009)。因此在進一步的介入研究，也會加上追加介入（booster VHS），透過提醒訊息，讓使用者重複使用 VHS。本研究的訪談中也詢問了對追加介入的建議，在本節後半段將根據受訪者的意見，設計內容以及提醒的頻率。

一、修正版 VHS

在受訪者的建議中，有許多對於 VHS 內容不理解，或引發負面感受的想法，因此研究者重新審視了這些內容，參考受訪者的意見調整用字遣詞。有別於原版的指導語，額外增加了富同理心的字句，提高使用者的接受度。

在因應技巧的部分，則將一些被認為很空泛、籠統的選項，增加補充說明與舉例，提供使用者參考，在適合的資訊上提供外部連結，讓使用者能夠在操作時，直接取得對其有用的資源，具體內容請見表 5 及附錄五。

而在網頁版的部分，則重新調整了整個畫面的色調，並加寬間距，使文字更容易閱讀（圖 4、5）。

表 5 中文版我的自助錦囊（修正版）-紙本版

「我的自助錦囊」[1]說明(instruction)	
- 我們了解你剛經歷一些很不愉快的經驗，並發生傷害自己的情形[2]，但希望你可以開始試著避免自我傷害行為的發生。 - 有研究發現，如果人們能夠覺察引發自我傷害的情況，然後連結到克服這些情境的處理方式，可以避免自我傷害的發生。 - 在左邊欄位你會看到一些誘發自我傷害的常見情況。在右邊欄位則會列出同樣的數種解決方法。[3] - 請點選符合你個人可能會遭遇的情況（可以重複點選），接著盡可能地選取你未來[4]能夠採取的解決方法（也可以重複點選）。 - 這些解決方法有助於你因應危機情境，有些你曾採用過，有些尚未採用過。請你儘量選出將來可以使用的解決方法[2]。	
觸發情境(if)	解決方案(then)
當我想緩和糟糕的心情，而想要傷害自己時…	我可以[2]去做別的事（如：聽音樂、看書、或其它你喜歡的事[5,6]），而非傷害自己
當我想懲罰自己，而想要傷害自己時…	我可以告訴自己，如果我想要，我可以停止傷害自己
當我想死，而想要傷害自己時…	我可以回想，別人曾告訴過我停止傷害自

doi:10.6342/NTU201803900

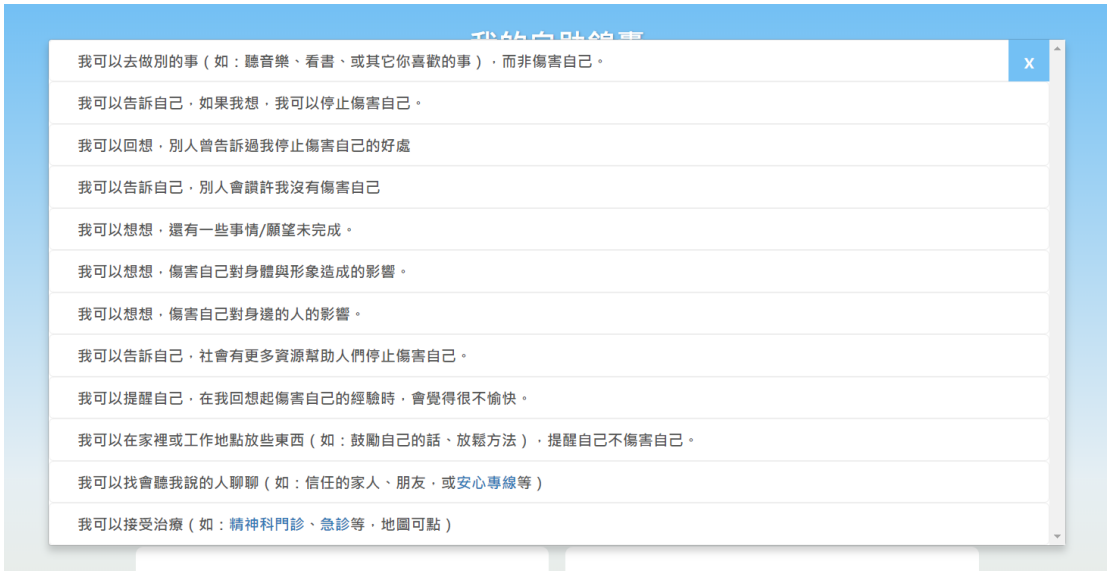
	己的好處
當我想表達我有多麼絕望，而想要傷害自己時…	我可以告訴自己，社會有更多資源幫助人們停止傷害自己[7]
當我想知道某人是否真的愛我，而想要傷害自己時…	我可以告訴自己，別人會讚許我沒有傷害自己[7]
當我想得到一些關注，而想要傷害自己時…	我可以想想，傷害自己對身邊的人的影響
當我想讓某人害怕，而想要傷害自己時…	我可以提醒自己，在我回想起自我傷害時，會覺得很不愉快
當我想報復某人，而想要傷害自己時…	我可以在家裡或工作地點放些東西（如：鼓勵自己的話、放鬆方法[5]），提醒自己不傷害自己
當我覺得挫敗，而想要傷害自己時…	我可以找願意聽我說的人聊聊（如：信任的家人、朋友，或安心專線[可直接撥號的連結[8]]等[5]）
當我覺得陷入困境，而想要傷害自己時…	我可以接受治療（如：精神科門診、急診等，地圖可點[連結[8]][5]）
當我覺得沒有希望，而想要傷害自己時…	我可以提醒自己，還有一些事情/願望未完成[9] 我可以想想，傷害自己對身體與形象造成的影響[9]

[1] 提高吸引力；[2] 降低負面感受；[3] 避免誤解；[4] 避免僅根據經驗操作；[5] 具體化策略；[6] 個人化策略；[7] 修改語句或補充說明，幫助理解；[8] 提供資源；[9] 根據受訪者經驗新增項目

doi:10.6342/NTU201803900

圖 4 中文版我的自助錦囊（修正版）-網頁版 1

圖 5 中文版我的自助錦囊（修正版）-網頁版 2



doi:10.6342/NTU201803900

二、追加介入

在知道有追加介入的設計時，有些受訪者表達自己並不想被提醒有自我傷害的經驗。因此在提醒的文字上，研究者盡量避免提到自我傷害的字眼，並盡量採用較溫暖、關懷的語句，提醒使用者再度使用 VHS（圖 6）。

圖 6 追加介入訊息

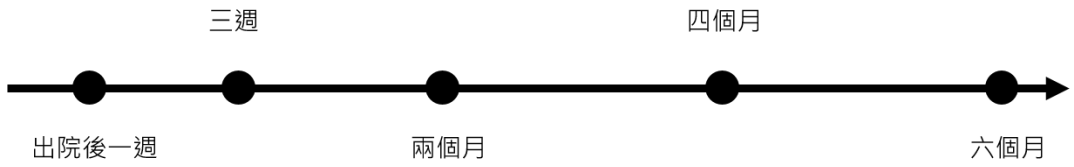
xx 您好，最近還好嗎？ 之前我們有推薦您使用一個自助錦囊，不知道您還記得嗎？ 我們希望它可以幫助您度過難關，歡迎隨時使用專屬您的自助錦囊！ [我的自助錦囊]（包含網站連結） **此連結為您專屬，請妥善保存！** 國立臺灣大學健康行為與社區科學研究所關心您

在一個探討年長者自殺前使用服務的研究中發現，離院後的一個月內自殺率最高，而後續幾個月皆呈下降趨勢(Forma et al., 2017)。顯示離院後一個月內有較高的自殺風險，在此時提供追加介入會是理想的時機點。

而在受訪者給予的回饋當中，理想的頻率大約是每 1-3 週提醒一次，也有人提到，可以如同看診一樣，逐漸降低提醒的頻率。

綜合上述，將來在提供追加介入的提醒時，採用如下的時間軸進行，共計五次。

圖 7 追加介入時間軸



doi:10.6342/NTU201803900

第伍章　討論

第一節　危機因應模式的意義

在整理這些訪談的過程中，研究者發現這些自傷者都有許多求助經驗，一開始是感到有點驚訝的，然而再仔細思考過後，這種驚訝的感覺也許與自殺相關的污名有關：容易將自殺或自我傷害的人，與負面的印象與行為連結在一起，如經常傷害自己，不願求助等等。但其實或多或少，他們都會在一開始遇到危機情境的時候，選擇求助的方式。其中有許多主題與先前研究有一致的發現，如：因應方式包含尋求正式與非正式的協助，以及會傾向與較信任、專業度較高的專業人員求助(Wu et al., 2012)。藉由強化這些求助經驗，或許是能夠幫助他們脫離自傷作為因應的一種方式。此外，過去研究發現許多病人對於醫療服務有負面經驗(Hunter et al., 2013)，而在本研究中，受訪者更直接指出因為那些負面經驗，而停止求助或不願再採取該方式（如危機專線）。讓研究者進一步的思考，有時候不願求助的原因並非自傷者的個人因素，這也是對服務提供者的一個重要提醒，應謹慎看待目標族群的主觀感受，加強其服務品質，並在服務過程中謹言慎行。

而 VHS 在此模式中所扮演的角色，是盡可能地提高自助與求助的驅動力，並且減少自我傷害的驅動力。在自傷行為的驅動力層面，從受訪者所提供的回饋可以發現，他們確實在危機情境的當下有認知窄縮的問題，也會擔心造成他人的負擔。修正版的 VHS 以「我的自助錦囊」為題，讓使用者可以透過自助的方式度過危機情境。並藉由研究者預先設計的內容，提供了有用的訊息與資源，讓他們在將來遭遇危機情境時能夠參考。而在自助與求助驅動力的部分，考量對他人的影響是受訪者經常停止自傷的原因，這在 VHS 中也有提供這樣的想法。此外，也改善 VHS 的設計，希望能夠提供正面的操作經驗，讓自傷者有意願重複使用。

然而，在本研究中，發現原版的中文化 VHS 有許多的問題，如：閱讀理解困難與文字引發負面感受。除了翻譯上的問題之外，研究者發現多數自傷者經常擔心自己的自傷行為被譴責與否定，或許也反應了社會對於自殺與自我傷害的污名現象仍然嚴重。也因此，在介入的內容設計上，研究者應更加謹慎，並納入使用者的觀點進行修正。

doi:10.6342/NTU201803900

第二節　與先前研究的比較

一、介入研究

先前以減少重複自傷的簡短介入研究，有許多是在離開醫院後的聯繫與關懷(Amadeo et al., 2015; Stanley et al., 2015)，這與本研究的部分受訪者所提出的觀點一致。縱然 VHS 本身的目的並不在於提供後續的聯繫與關心，但可以發現自傷者的確有這樣子需求。

本研究也發現受訪者是期待有更符合自己狀況的個人化內容，例如更貼近自身狀況的危機情境，以及個人能夠、願意採取的因應方式。而近年來以減少重複自傷行為的創新介入研究，除了 VHS 之外，安全計畫（safety planning）也是個極具發展潛力的介入措施。安全計畫的執行方式是在自傷病人離開急診之前，與醫療專業人員規劃符合個人狀況的安全計畫，同樣包含了可能發生自我傷害的情境，以及病人能夠採取的因應方式，並處理其他能夠幫助病人降低自我傷害能力的問題，如：聯繫家人與朋友、減少潛在致命方法的可近性等(Stanley & Brown, 2012)。這樣的設計，可以滿足自傷者的個人化需求，但相對的會需要花費較多的時間來擬訂計畫。

另外，英國近期也發展了以降低自我傷害為目的的創新介入工具——BlueICE，採用手機程式（mobile phone app）的設計，提供給 12 至 17 歲的青少年使用。本研究也與探討該介入工具可行性的質性研究，有部分一致的結果，如：簡單（Simple）、提供策略（Provides a range of activities and sections）、更多個人化（More personalization）、增加遊戲（Add games）、容易使用（Easy to use）、自我傷害難以控制（Urge to self-harm out of my control）、尚未準備要停止傷害自己（Not ready to stop self-harming）等(Grist et al., 2018)。而該研究的介入工具還強調了安全性（safety），提供使用者能夠設置密碼，避免該內容被他人看到，這是目前本研究未能顧及到的部分，也是將來發展與改善的參考目標。

二、執行意圖機制

VHS 導致行為改變的重要理論基礎是產生執行意圖，過去研究發現執行意圖的優勢是在於幫助人們偵測、注意以及記憶觸發情境，並藉由自動化歷程產生

doi:10.6342/NTU201803900

行為改變的效果(Gollwitzer, 1999)。然而，過去採用執行意圖概念進行介入的研究，經常採取針對個人問題，訂定具體化策略的方式，藉由釐清個人達成目標的困難，並思考可能的解決方式，幫助個人能夠更容易達到行為改變的目標(Gollwitzer & Sheeran, 2006)。一篇以執行意圖所發展的神經康復（neurorehabilitation）介入研究，同樣採取訪談的方式蒐集可行性資料，其中也提到了如果然後計畫（If-then plan）能夠幫助目標族群解決可能遭遇的困難。另外，在該篇研究也有提及後續的追蹤是必要的，能夠加強目標族群復健運動的遵從性(Kersten, McPherson, Kayes, Theadom, & McCambridge, 2015)。

在本研究受訪者所給予的意見中也有提出類似的觀點：希望能夠釐清自己想傷害自己的情境為何，有什麼其他事情是能夠做的。但受限於 VHS 是以研究者設計的內容，難以達到個人化的目標，不過採取研究者設計內容的 VHS，也有其考量，如：節省時間、處理自我傷害者認知窄縮的問題。因此，研究者可以再進一步思考，如何在預先設計與個人化之間取得一個平衡點，將 VHS 的效果最大化。

第三節　研究限制

樣本偏差

本研究以臺大醫院的自傷病人為研究對象。然而臺大醫院做為北部的重要醫學中心，其病人可能有高度的偏差性。在本研究的樣本中，個案 13 是第一次到臺大總院就診，並且是從金山分院轉至總院。在他的訪談資料中，經濟狀況是他最關切的問題，也認為當經濟改善之後，就能夠解決所有的問題與困難。對於 VHS 則有諸多誤解，並置入許多主觀的解讀方式，需要研究者更詳細的說明，方能了解 VHS 的目的。該個案提供了研究者一個很重要的啟發：VHS 是否真的適用於一般大眾？應如何使內容更容易閱讀，更容易被了解，是非常重要的考量。

應用場域不同

本研究考量自傷病患是否有能力進行長時間會談，而選擇於門診與病房穩定

doi:10.6342/NTU201803900

治療的病人為研究對象。然而，許多病患提出自己在目前所操作 VHS 的經驗可能會與急診當下情境的經驗非常不同，因為在病房或門診接受治療的當下是理智清晰、情緒穩定的狀態，而在急診的時候卻有許多外在環境或內在情緒的擾動，因此，實際在急診環境進行介入時，可能仍有意料之外的阻礙與困難。

未納入服務提供者觀點

以往評估介入的可行性研究，經常會採納服務提供者的觀點，以了解介入執行面的可行度與可能的困難。而在本研究中並未納入服務提供者的建議，無法評估將來執行介入時的阻礙，以及如何做適當的資源分配。

doi:10.6342/NTU201803900

參考文獻

Amadeo, S., Rereao, M., Malogne, A., Favro, P., Nguyen, N. L., Jehel, L., . . . De Leo, D. (2015). Testing Brief Intervention and Phone Contact among Subjects with Suicidal Behavior: A Randomized Controlled Trial in French Polynesia in the Frames of the World Health Organization/Suicide Trends in At-Risk Territories Study. *Ment Illn, 7*(2), 5818.

Arensman, E., Fitzgerald, T., Bjerke, T., Cooper, J., Corcoran, P., De Leo, D., . . . Van Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm and suicide: Gender-specific trends in eight European regions. *JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH, 62*, A3-A4.

Armitage, C. J. (2009). Effectiveness of experimenter-provided and self-generated implementation intentions to reduce alcohol consumption in a sample of the general population: a randomized exploratory trial. *Health Psychol, 28*(5), 545-553.

Armitage, C. J., Panagioti, M., Abdul Rahim, W., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2015). Completed suicides and self-harm in Malaysia: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry, 37*(2), 153-165.

Armitage, C. J., Rahim, W. A., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *Br J Psychiatry, 208*(5), 470-476.

Ballard, E. D., Bosk, A., Snyder, D., Pao, M., Bridge, J. A., Wharff, E. A., . . . Horowitz, L. (2012). Patients' opinions about suicide screening in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care, 28*(1), 34-38.

Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat, 9*, 1725-1736.

Berrouiguet, S., Larsen, M. E., Mesmeur, C., Gravey, M., Billot, R., Walter, M., . . . Lenca, P. (2018). Toward mHealth Brief Contact Interventions in Suicide Prevention: Case Series From the Suicide Intervention Assisted by Messages (SIAM) Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth, 6*(1), e8.

Betz, M. E., Wintersteen, M., Boudreaux, E. D., Brown, G., Capoccia, L., Currier,

doi:10.6342/NTU201803900

G., . . . Harkavy-Friedman, J. (2016). Reducing Suicide Risk: Challenges and Opportunities in the Emergency Department. *Ann Emerg Med, 68*(6), 758-765.

Bilen, K., Ottosson, C., Castren, M., Ponzer, S., Ursing, C., Ranta, P., . . . Pettersson, H. (2011). Deliberate self-harm patients in the emergency department: factors associated with repeated self-harm among 1524 patients. *Emerg Med J, 28*(12), 1019-1025.

Bridle, C., Riemsma, R. P., Pattenden, J., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., & Walker, A. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology & Health, 20*(3), 283-301.

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE, 9*(2), e89944.

Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., . . . Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry, 209*(4), 277-283.

Chen, V. C., Tan, H. K., Cheng, A. T., Chen, C. Y., Liao, L. R., Stewart, R., . . . Prince, M. (2010). Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry, 196*(1), 31-35.

Chen, W. J., Ho, C. K., Shyu, S. S., Chen, C. C., Lin, G. G., Chou, L. S., . . . Chou, F. H. (2013). Employing crisis postcards with case management in Kaohsiung, Taiwan: 6-month outcomes of a randomised controlled trial for suicide attempters. *BMC Psychiatry, 13*(1), 191.

Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry, 41*(3), 257-265.

Chung, C. H., Lai, C. H., Chu, C. M., Pai, L., Kao, S., & Chien, W. C. (2012). A nationwide, population-based, long-term follow-up study of repeated self-harm in Taiwan. *BMC Public Health, 12*(1), 744.

Clements, C., Turnbull, P., Hawton, K., Geulayov, G., Waters, K., Ness, J., . . . Kapur, N. (2016). Rates of self-harm presenting to general hospitals: a comparison of data from the Multicentre Study of Self-Harm in England and Hospital Episode Statistics. *BMJ Open, 6*(2), e009749.

doi:10.6342/NTU201803900

Czyz, E. K., Bohnert, A. S., King, C. A., Price, A. M., Kleinberg, F., & Ilgen, M. A. (2014). Self-efficacy to avoid suicidal action: factor structure and convergent validity among adults in substance use disorder treatment. *Suicide Life Threat Behav, 44*(6), 698-709.

Daigle, M. S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *Can J Psychiatry, 56*(10), 621-629.

De Vet, E., Oenema, A., Sheeran, P., & Brug, J. (2009). Should implementation intentions interventions be implemented in obesity prevention: the impact of if-then plans on daily physical activity in Dutch adults. *Int J Behav Nutr Phys Act, 6*, 11.

Donley, E. (2015). Psychiatric assessment in the emergency department: preliminary data from consumers about risk assessment following a suicide attempt or deliberate self-harm. *Emergency Medicine and Health Care, 3*(1).

Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthoj, C., Madsen, T., & Nordentoft, M. (2016). Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. *The Journal of clinical psychiatry, 77*(6), 832-840.

Forma, L., Aaltonen, M., Pulkki, J., Raitanen, J., Rissanen, P., & Jylha, M. (2017). Care service use in 2 years preceding suicide among older adults: comparison with those who died a natural death and those who lived longer. *Eur J Ageing, 14*(2), 143-153.

Franco-Martin, M. A., Munoz-Sanchez, J. L., Sainz-de-Abajo, B., Castillo-Sanchez, G., Hamrioui, S., & de la Torre-Diez, I. (2018). A Systematic Literature Review of Technologies for Suicidal Behavior Prevention. *J Med Syst, 42*(4), 71.

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol, 13*, 117.

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions - Strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54*(7), 493-503.

Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. Volume 38, pp. 69-119): Academic

doi:10.6342/NTU201803900

Press.

Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2018). Acceptability, Use, and Safety of a Mobile Phone App (BlueIce) for Young People Who Self-Harm: Qualitative Study of Service Users' Experience. *JMIR Ment Health, 5*(1), e16.

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 3*(8), 740-750.

Hetrick, S. E., Robinson, J., Spittal, M. J., & Carter, G. (2016). Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open, 6*(9), e011024.

Hunter, C., Chantler, K., Kapur, N., & Cooper, J. (2013). Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: a qualitative study. *J Affect Disord, 145*(3), 315-323.

Ichimura, A., Kato, K., Taira, T., Otsuka, H., Seki, T., Nakagawa, Y., & Inokuchi, S. (2018). Psychiatric Hospitalization after Emergency Treatment for Deliberate Self-Harm is Associated with Repeated Deliberate Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, null-null.

International Telecommunication Union. (2017). *ICT Facts and Figures 2017*. Retrieved from Geneva, Switzerland: https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/ICTFactsFigures2017.pdf

Johnson, S. L., Carver, C. S., & Tharp, J. A. (2017). Suicidality in Bipolar Disorder: The Role of Emotion-Triggered Impulsivity. *Suicide Life Threat Behav, 47*(2), 177-192.

Kapur, N., Cooper, J., Bennewith, O., Gunnell, D., & Hawton, K. (2010). Postcards, green cards and telephone calls: therapeutic contact with individuals following self-harm. *Br J Psychiatry, 197*(1), 5-7.

Kapur, N., Gunnell, D., Hawton, K., Nadeem, S., Khalil, S., Longson, D., . . . Cooper, J. (2013). Messages from Manchester: pilot randomised controlled trial following self-harm. *Br J Psychiatry, 203*(1), 73-74.

Kennard, B. D., Biernesser, C., Wolfe, K. L., Foxwell, A. A., Craddock Lee, S. J., Rial,

doi:10.6342/NTU201803900

K. V., . . . Brent, D. A. (2015). Developing a Brief Suicide Prevention Intervention and Mobile Phone Application: a Qualitative Report. *J Technol Hum Serv, 33*(4), 345-357.

Kersten, P., McPherson, K. M., Kayes, N. M., Theadom, A., & McCambridge, A. (2015). Bridging the goal intention-action gap in rehabilitation: a study of if-then implementation intentions in neurorehabilitation. *Disabil Rehabil, 37*(12), 1073-1081.

Kinchin, I., & Doran, C. M. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *Int J Environ Res Public Health, 14*(4), 347.

Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol, 122*(1), 231-237.

Kuo, C. J., Gunnell, D., Chen, C. C., Yip, P. S., & Chen, Y. Y. (2012). Suicide and non-suicide mortality after self-harm in Taipei City, Taiwan. *Br J Psychiatry, 200*(5), 405-411.

Kwasnicka, D., Presseau, J., White, M., & Sniehotta, F. F. (2013). Does planning how to cope with anticipated barriers facilitate health-related behaviour change? A systematic review. *Health Psychology Review, 7*(2), 129-145.

Kwok, C. L., Yip, P. S., Gunnell, D., Kuo, C. J., & Chen, Y. Y. (2014). Non-fatal repetition of self-harm in Taipei City, Taiwan: cohort study. *Br J Psychiatry, 204*(5), 376-382.

Larkin, G. L., & Beautrais, A. L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis, 31*(1), 1-6.

Liao, X., Liu, J. P., Robison, N., & Xie, Y. M. (2014). [Framework analysis method in qualitative research]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi, 34*(5), 622-626.

Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry, 206*(3), 184-190.

Morgan, H. G., Jones, E. M., & Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry, 163*,

doi:10.6342/NTU201803900

111-112.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Self-harm (Vol. QS34). Manchester, England.

O'Cathain, A., Goode, J., Drabble, S. J., Thomas, K. J., Rudolph, A., & Hewison, J. (2014). Getting added value from using qualitative research with randomized controlled trials: a qualitative interview study. *Trials, 15*, 215.

O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis, 32*(6), 295-298.

O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A. L., . . . Armitage, C. J. (2017). A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry, 4*(6), 451-460.

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry, 1*(1), 73-85.

Oettingen, G. (2012). Future thought and behaviour change. *European Review of Social Psychology, 23*(1), 1-63.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2017). Suicide Following Deliberate Self-Harm. *Am J Psychiatry, 174*(8), 765-774.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*(4), 443-454.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry, 181*(3), 193-199.

Perry, I. J., Corcoran, P., Fitzgerald, A. P., Keeley, H. S., Reulbach, U., & Arensman, E. (2012). The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PLOS ONE, 7*(2), e31663.

Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul, 2*(1), 2.

Public Health Agency. (2012). *Northern Ireland Registry of Self-harm*. Retrieved from

Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., . . . Kapur,

doi:10.6342/NTU201803900

N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *Br J Psychiatry, 210*(6), 429-436.

Rawlings, J., Shevlin, M., Corcoran, R., Morriss, R., & Taylor, P. J. (2015). Out of the blue: Untangling the association between impulsivity and planning in self-harm. *J Affect Disord, 184*, 29-35.

Rees, N., Rapport, F., & Snooks, H. (2015). Perceptions of paramedics and emergency staff about the care they provide to people who self-harm: Constructivist metasynthesis of the qualitative literature. *J Psychosom Res, 78*(6), 529-535.

SBU. (2015). *Self-harm: patients' experiences and perceptions of professional care and support.* Retrieved from Stockholm:

Shand, F., Vogl, L., & Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australas Psychiatry, 26*(2), 145-148.

Sinclair, J. M., Gray, A., Rivero-Arias, O., Saunders, K. E., & Hawton, K. (2011). Healthcare and social services resource use and costs of self-harm patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 46*(4), 263-271.

Skinner, B. F. (2014). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (Vol. 3): BF Skinner Foundation.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256-264.

Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *Am J Public Health, 105*(8), 1570-1572.

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry, 194*(2), 104-110.

Tsiachristas, A., McDaid, D., Casey, D., Brand, F., Leal, J., Park, A. L., . . . Hawton, K. (2017). General hospital costs in England of medical and psychiatric care for patients who self-harm: a retrospective analysis. *Lancet Psychiatry, 4*(10), 759-767.

Witt, K., Spittal, M. J., Carter, G., Pirkis, J., Hetrick, S., Currier, D., . . . Milner, A. (2017). Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for

doi:10.6342/NTU201803900

the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 17*(1), 297.

Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., . . . Carter, G. (2017). Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide Life Threat Behav, 0*(0).

World Health Organization. (2016). Global health estimates 2015 summary tables: Global deaths by cause, age and sex, 2000-2015. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Wu, C. Y., Whitley, R., Stewart, R., & Liu, S. I. (2012). Pathways to care and help-seeking experience prior to self-harm: a qualitative study in Taiwan. *J Nurs Res, 20*(1), 32-41.

全國自殺防治中心. (2017). 2017 世界自殺防治日記者會「關鍵一刻，扭轉一生」. Retrieved from http://tspc.tw/tspc/uploadfiles/File/20170903news.pdf

邱震寰, 郭千哲, 陳映燁, 陳喬琪, 李明濱, 林俊宏, . . . 林純綺. (2006). 初次自殺企圖者與重複自殺企圖者流行病學特徵之比較. [Comparison of Epidemiological Characteristics between First-ever and Repeated Suicide Attempters]. *北市醫學雜誌, 3*(10), 1000-1007.

財團法人臺灣網路資訊中心. (2017). *2017 年臺灣寬頻網路使用調查報告*. Retrieved from https://www.twnic.net.tw/download/200307/20170721e.pdf

黃郁心, 吳書儀, 林承儒, 孫芳如, & 劉珣瑛. (2010). Emergency Management of Adolescent Self-harm: Patients' Characteristics and Effect of Case Management. [至急診之自傷青少年的特色及個案管理計畫之療效評估]. *臺灣精神醫學, 24*(3), 181-190.

衛生福利部. (2017). 105 年死因統計結果分析. Retrieved from http://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html

doi:10.6342/NTU201803900

附錄一、訪談大綱

版本日期：20170712.1

計畫名稱：使用簡短心理介入減少重覆自我傷害之效果：可行性研究

質性訪談大綱

1. 您過去有那些想傷害自己時，結果沒有真的做的經驗？是什麼幫助了你/妳？

2. （針對觸發情境）有那一條是您覺得不易了解的嗎？您曾經歷過上面那些情境？有那些情境是您經歷過但上面沒有的？

3. （針對自助技巧）您對這些自助技巧有什麼想法？有那一條是您覺得不易了解的嗎？有那些是您曾經用過的？那些是您覺得有幫助的？有那些是您用過覺得有幫助但上面沒有的？

4. （針對界面）您覺得這個（觸控螢幕）操作起來容易嗎？有什麼困難的地方？有什麼可以改進的地方？和用紙筆比起來有什麼不同，那個好用？

5. 在操作過後，您覺得這個經驗（在急診當下操作）有幫助嗎？會想要繼續使用這些技巧嗎？有那些方式可以幫助提醒您繼續使用？

doi:10.6342/NTU201803900

附錄二、自填問卷

版本日期：20170712.1

計畫名稱：使用簡短心理介入減少重覆自我傷害之效果：可行性研究

自傷病人自填問卷

1. BSRS-5 量表：

	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. 我感覺緊張不安。----------	0	1	2	3	4
3. 我覺得容易苦惱或動怒。----------	0	1	2	3	4
4. 我感覺憂鬱、心情低落。----------	0	1	2	3	4
5. 我覺得比不上別人。----------	0	1	2	3	4

2. 過去 10 年是否有自我傷害的經驗？
   □無 □有，1-2 次 □有，3 次以上

3. 自我效能量表：
   1. 你覺得你有多確定將來不會企圖自殺？
      □0% □25% □50% □75% □100%
   2. 如果你將來某天有自殺念頭，你有多少把握可以不採取行動？
      □0% □25% □50% □75% □100%
   3. 如果你將來某天有自殺念頭，你有多少把握在喝酒或服用藥物的情況下，可以不採取行動？
      □0% □25% □50% □75% □100%
   4. 你有多少把握能夠在身體疼痛的時候，可以控制自殺的念頭？
      □0% □25% □50% □75% □100%
   5. 你有多少把握能夠在失去重要關係的時候（如親友離去、分手、離婚等），可以控制自殺的念頭？
      □0% □25% □50% □75% □100%
   6. 你有多少把握能夠在失業、財務危機的狀況下，可以控制自殺的念頭？
      □0% □25% □50% □75% □100%

4. 行為改變階段：請勾選最符合您的情況
   □未來六個月內，我不想避免自我傷害行為
   □未來六個月內，我想避免自我傷害行為
   □未來一個月內，我會為了避免自我傷害做出一些努力
   □我目前很努力地避免自我傷害

5. 自殺行為量表：
   1. 你過去三個月曾經想過或企圖結束自己的生命嗎？
      □從未 □曾有過短暫的念頭 □我曾計畫至少一次，但未真的做
      □我曾計畫至少一次，並且想法很強烈 □我曾企圖自殺，但並非真的想死
      □我曾企圖自殺，而且死亡的想法很強烈
   2. 你過去三個月有多常想到要結束自己的生命？
      □從未 □很少(1 次) □有時(2 次) □經常(3-4 次) □很常(5 次以上)
   3. 你過去三個月曾暗示或直接告訴其他人你想要或可能結束自己的生命嗎？
      □沒有 □有提過一次，但並非真的想死 □有提過一次，且真的想要做
      □有提過很多次，但並非真的想死 □有提過很多次，且真的想要做
   4. 你未來企圖結束自己的生命的機會？
      □決無可能 □非常不可能 □不太可能 □不可能 □可能 □很可能 □非常可能

doi:10.6342/NTU201803900

附錄三、初版中文化 VHS

自助技巧清單練習

我們了解你可能剛經歷一些很不愉快、不舒服的事情，但希望你可以開始試著避免自我傷害行為的發生。有研究發現，如果人們能夠發覺會誘發自我傷害的情況，然後連結到克服這些情況的處理方式，更容易成功避免自我傷害。 在左邊欄位是一些會誘發自我傷害的常見情況，而右邊則列出了可能的解決方法。

對於適用於您個人的每種情況，請盡可能點選對你有幫助的解決方法，不限一種（可複選）。

當我想緩和糟糕的心情，而想要傷害自己時…	■	■	我會去做別的事，而非傷害自己
當我想懲罰自己，而想要傷害自己時…	■	■	我會告訴自己，如果我想，我可以停止傷害自己
當我想死，而想要傷害自己時…	■	■	我會回想別人曾告訴過我停止傷害自己的好處
當我想表達我有多麼絕望，而想要傷害自己時…	■	■	我會告訴自己，社會正在改變，能幫助人們更容易停止傷害自己
當我想知道某人是否真的愛我，而想要傷害自己時…	■	■	我務必會讓人肯定我，我可以不傷害自己
當我想得到一些關注，而想要傷害自己時…	■	■	我會想想傷害自己對身邊的人的影響
當我想讓某人害怕，而想要傷害自己時…	■	■	我會提醒自己傷害自己是意氣用事
當我想報復某人，而想要傷害自己時…	■	■	我會提醒自己，在我回想起自我傷害時，會覺得很不愉快
當我覺得挫敗，而想要傷害自己時…	■	■	我會在家裡或公司放些東西，提醒自己不傷害自己
當我覺得陷入困境，而想要傷害自己時…	■	■	我會找願意聽我說的人聊聊
當我覺得沒有希望，而想要傷害自己時…	■	■	我會接受治療

doi:10.6342/NTU201803900

附錄四、臨床試驗/研究許可書

國立臺灣大學醫學院附設醫院B研究倫理委員會

Research Ethics Committee B
National Taiwan University Hospital
7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C
Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

臨床試驗/研究許可書

許可日期：2017 年 10 月 9 日

倫委會案號：201708008RINB
計畫名稱：使用簡短心理介入減少重覆自我傷害之效果：可行性研究。
試驗機構：國立臺灣大學
部門/計畫主持人：健康行為與社區科學研究所　張書森助理教授
上述計畫業經 2017 年 9 月 15 日本院 B 研究倫理委員會第 97 次會議審查同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。
本臨床試驗/研究許可書之有效期限為 1 年(自 2017 年 10 月 9 日至 2018 年 10 月 8 日止)，計畫主持人須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題，並應於到期日至少 6 週前提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。

主任委員

蔡甫昌

Clinical Trial/Research Approval

Date of approval: Oct 9, 2017

NTUH-REC No.：201708008RINB
Title of protocol：The effect of a brief psychological intervention on reducing self-harm repetition: feasibility study.
Trial/Research Institution：National Taiwan University
Department/ Principal Investigator：Institute of Health Behaviors and Community Sciences / Assistant Professor Shu-Sen Chang

The protocol has been approved by the 97th meeting of Research Ethics Committee B of the National Taiwan University Hospital on Sep 15, 2017. The committee is organized under, and operates in accordance with, the Good Clinical Practice guidelines and governmental laws and regulations.

The duration of this approval is one year (from Oct 9, 2017 to Oct 8, 2018). The investigator is required to report Serious Adverse Events and Unanticipated Problems in accordance with the governmental laws and regulations and NTUH requirements and apply for a continuing review not less than six weeks prior to the approval expiration date.

Daniel Fu-Chang Tsai, M.D.
Chairman
Research Ethics Committee B

Daniel Fu-Chang Tsai

doi:10.6342/NTU201803900

附錄五、修正版中文化 VHS

我的自助錦囊

我們了解你剛經歷一些很不愉快的經驗，並發生傷害自己的情形，但希望你可以開始試著避免自我傷害行為的發生。

有研究發現，如果人們能夠覺察引發自我傷害的情況，然後連結到克服這些情境的處理方式，可以避免自我傷害的發生。

在左邊欄位你會依序看到一些誘發自我傷害的常見情況。在右邊欄位則會列出同樣的數種解決方法。

請將符合你個人可能會遭遇的情況，盡可能地連結到你未來能夠採取的解決方法（可重複連線）。

這些解決方法有助於你因應危機情境，有些你曾採用過，有些尚未採用過。請你儘量選出將來可以使用的解決方法。

當我想緩和糟糕的心情，而想要傷害自己時…	我可以去做別的事(如：聽音樂、看書、或其它你喜歡的事），而非傷害自己
當我想懲罰自己，而想要傷害自己時…	我可以告訴自己，如果我想要，我可以停止傷害自己
當我想死，而想要傷害自己時…	我可以回想，別人曾告訴過我停止傷害自己的好處
當我想表達我有多麼絕望，而想要傷害自己時…	我可以告訴自己，社會有更多資源幫助人們停止傷害自己
當我想知道某人是否真的愛我，而想要傷害自己時…	我可以告訴自己，別人會讚許我沒有傷害自己
當我想得到一些關注，而想要傷害自己時…	我可以想想，傷害自己對身邊的人的影響
當我想讓某人害怕，而想要傷害自己時…	我可以提醒自己，在我回想起自我傷害時，會覺得很不愉快
當我想報復某人，而想要傷害自己時…	我可以在家裡或工作地點放些東西（如：鼓勵自己的話、放鬆方法），提醒自己不傷害自己
當我覺得挫敗，而想要傷害自己時…	我可以找願意聽我說的人聊聊（如：信任的家人、朋友，或安心專線等）
當我覺得陷入困境，而想要傷害自己時…	我可以提醒自己，還有一些事情/願望未完成
當我覺得沒有希望，而想要傷害自己時…	我可以想想，傷害自己對身體與形象造成的影響
	我可以接受治療（如：精神科門診、急診等）

doi:10.6342/NTU201803900