



臺灣地區自殺死亡 變動趨勢分析與政策建議

劉慧俐·黃旭明

摘要

自殺具有重大的社會意義。自殺行為所造成的後果，除了個人的死亡之外，就整體而言，自殺對社會帶來巨大的衝擊，進而造成社會整體的損失。本研究探討臺灣地區近二十一年(1985~2005)的自殺死亡率趨勢及自殺死亡者特徵。為計算自殺死亡率，本研究自內政部和衛生署獲得近二十一年來之全國人口數和全國死亡資料庫。由於近二十一年人口群明顯老化，故以世界衛生組織公布的標準人口組成對自殺率進行標準化，同時亦分析自殺者之相關特質，並做國際比較。社會流行病學人時地分析發現，我國自殺死亡率呈下降後逐年升高之趨勢，且逐漸集中於25-64歲男性族群，並多使用氣體自殺或由高樓跳下自殺的情況。研究結果提供金融海嘯下自殺防治計畫參考。

關鍵詞：自殺，趨勢，金融海嘯，防治，臺灣地區

Abstract

The suicide has the significant social meaning. The outcome by suicidal behavior not only for the individual death's, but also for the whole, commits suicide brings the huge impact on the society, then creates the social whole the massive loss. This research discusses the suicide mortality rate tendency and commits suicide the dead characteristic in Taiwan area near 21 year (1985-2005). To calculate the suicide mortality rate, this research obtains near for 21 year national population and the national death information bank from the Ministry of Interior and the department of health. By the seriously aging problem of population near 21

year, the standard population composition which announces by the World Health Organization had been used to standardize the suicide rate, and also analyzes the characteristic of the suicide person, and compare with the international. Both sexes experienced downward trends and then an upward trend from 1985-2005. Males aged 25-64 years experienced the steepest increasing trends. Suicide by means of charcoal-burning and jumping from heights has become a serious public health problem in Taiwan. The analysis and the prevention present situation findings by social epidemiologist, wish to provide the prevention methods under the economic crisis.

Key words: suicide, trend, the economic crisis, prevention and control, Taiwan

壹、前言

自殺是一個人，以自己的意願與手段結束自己的生命，它是一種人類生理、心理、家庭、社會關係及精神、文化等各種因素混雜而產生的偏差社會行爲，它也是一種溝通方式，有人藉由它來傳達精神上或實質上的情緒、控制人、換取某種利益，更有可能是爲了逃避內心深處的罪惡感及無價值感。此種極端性的自我毀滅行爲，一直存在於人類的社會當中，但就人類求生存的力量而言，它是一個最難解的謎（Menninger 1938；符傳孝譯）。

以臺灣爲例，自二次大戰後，在過去的數十年間，自殺率的幾個高峰期，依次出現在 1950~1955 年、1962~1965 年、以及 1981~1986 年之間。其社會背景包括戰後社經的不穩定期、以及 1960 年代中期快速工業化的衝擊，以及 1980 年代經濟環境的影響。這三段時期，自殺率均有明顯的升高現象，顯示自殺現象和社會、經濟及政治環境有著緊密的互動。自 1960 年代以

後至 1980 年代，自殺的趨勢逐漸緩和下來，可見快速工業化對自殺所帶來的重大影響（關清模，1982）。對照臺灣社會的發展，前兩個時期分別是臺灣工業化導致城鄉人口大遷移的社會重組、以及二二八後白色恐怖的政治高壓期，80 年代那段則曾遇到金融風暴、股票崩盤等經濟事件，1993 年後自殺率又從谷底爬升。自 1996 年臺灣地區更歷經 921 大地震、金融危機、產業結構轉型、政黨輪替至民主政治影響，社會的改變頗鉅，自殺率在社會環境的變遷中也有所改變（張明永，2005）。

自殺不應僅只是被視作個人的神經失調或是心理疾病，從社會的角度來看，自殺更具有重大的社會意義。社會學家對自殺問題產生極大的興趣，始自十九世紀涂爾幹(E. Durkheim)的「自殺論」，他從社會整合的角度切入，有系統地對自殺進行了社會學的分析，揭示了造成自殺現象的社會本質。並認爲當一個社會面臨快速的轉變階段，社會可能產生脫序的現象，這種脫序的現象會造成人們無所適從，進而

造成自殺。涂爾幹認為，導致自殺的因素並非傳染也非先天因素，而和二個社會特質有關：第一是社會整合(social integration)之程度，第二是社會規範(social regulation)之強度。在社會整合不足或快速社會變遷的情況之下，社會可能陷入一種無規範(anomie)的情況，而使得個人無所適從，進而導致自殺。就方法論而言，涂爾幹採取的是從整體的角度來研究自殺現象，而非分析單獨個人的自殺行為，因此涂爾幹將自殺視為一種社會事實(social facts)，採用自殺率來對自殺行為進行整體研究。本文以社會流行病學人時地分析，檢視性別、年齡、時間、地區和自殺方法等變項，在不同時間背景下之自殺死亡率變化。藉由分析死亡資料檔之實證資料，試圖對臺灣地區自殺現象之長期趨勢加以探討，進而提出建議供社會工作者協助預防自殺之參考。

貳、研究材料與方法

一、研究材料

本研究屬非反應類研究(Nonreactive Research)，以 1985~2005 年衛生署的死亡個案資料檔及內政部人口統計資料，登錄不同年齡層的死亡人數及該年齡層的人口

數。衛生署的死亡個案資料檔是由臺灣各地衛生機關根據死亡證明書抄錄收集，這些死亡證明書包含公私立醫療院所各級醫師開立，當然意外死亡他殺或自殺等由檢調單位開立之死亡證明也包含在內，其資料包含性別年齡、職業、婚姻狀況及出生時間、死亡日期、死亡原因及地點等。死亡原因分類是以世界衛生組織疾病分類中心(The WHO Center for Classification of Diseases)所編的第九版國際疾病傷害及死亡分類標準(The International Classification of Disease, Injury, and Casuse of Death)來作編碼鍵入，其中自殺及自傷人(ICD-9-CM E950-E959)是為自殺的死亡個案。以年齡層的死亡人數除以該年齡層的人口數所得屬粗死亡率是為本研究之分析基礎。

二、資料分析方法

本研究採用 SPSS 統計套裝軟體(15.0 版)進行資料分析。以計算各年代別、性別、死因別死亡數，再與所獲得之人口資料計算粗死亡率，又為避免各鄉鎮市區人口之性別、年齡組成不同所造成之偏差，因此計算年齡標準化死亡率。本文內重要指標的計算方法說明如下：

$$\text{全人口自殺死亡率} = \frac{\text{該年自殺死亡數}}{\text{該年年中人口數}} \times 100,000$$

$$\text{年齡別自殺死亡率} = \frac{\text{該年齡層自殺死亡數}}{\text{該年齡層年中人口數}} \times 100,000$$

$$\text{年齡標準化死亡率} = \frac{\sum Mi \times Pi}{\sum Pi}$$

Mi：第 i 年齡層的性別、死因別死亡率

(年齡層為每五歲為一組，如：65~69 歲、70~74 歲、75~79 歲、80~84 歲、85 歲以上等)

Pi：第 i 年齡層之標準人口

$$\text{性別自殺死亡率} = \frac{\text{該年男性(或女性)自殺死亡數}}{\text{該年男性(或女性)年中人口數}} \times 100,000$$

$$\text{婚姻別自殺死亡百分比} = \frac{\text{該年某婚姻別自殺死亡數}}{\text{該年自殺死亡人數}} \times 100$$

$$\text{方法別自殺死亡百分比} = \frac{\text{該年某方法別自殺死亡數}}{\text{該年自殺死亡人數}} \times 100$$

$$\text{縣市別自殺死亡率} = \frac{\text{該年某縣市別自殺死亡數}}{\text{該年某縣市別年中人口數}} \times 100,000$$

生命損失人年數=各年齡預期可存活年數與該年齡死亡人數之乘績總和

參、分析結果

一、世界主要國家歷年自殺死亡率概況

依據世界衛生組織(WHO)報告顯示，高自殺死亡率國家多為東歐國家，而低自

殺死亡率國家多屬拉丁美洲國家、回教國家及少數亞洲國家。由圖 1 可知，我國自殺死亡率排名居中；再而，我國各不同年別位置有正向右移之趨勢，此與自殺死亡率逐年增加有關，殊值關注。

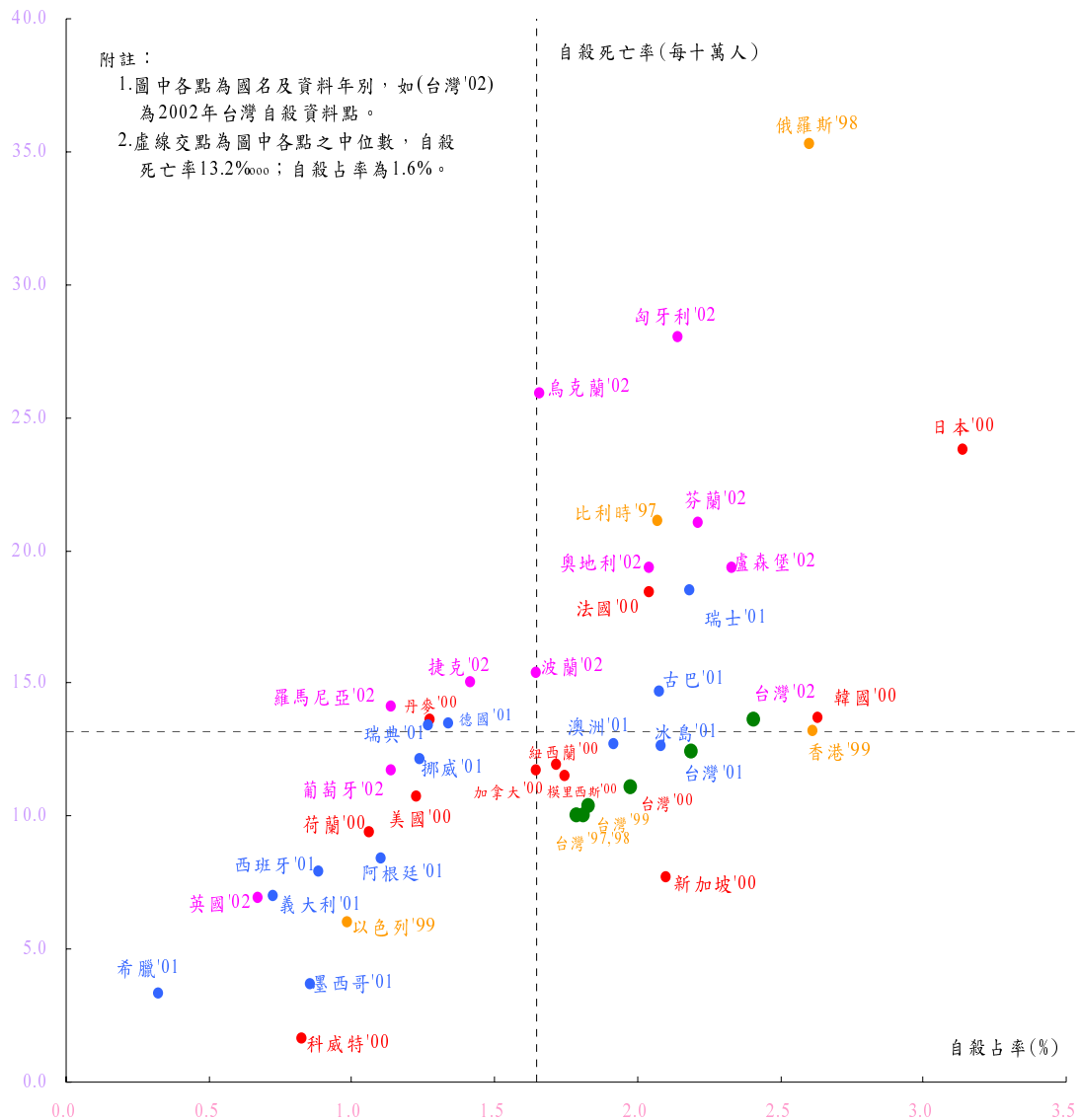


圖 1：世界主要國家自殺死亡分布圖

除英國、義大利之自殺死亡率低於我國外，其他國家之自殺死亡率大都高於我國；然觀其近 5 年自殺死亡率之變化，可發現多有逐年下降之趨勢，其中以法國及義大利之自殺死亡率減幅較為明顯。亞洲國家之自殺死亡率變動較歐美國家大，呈

現較不穩定之狀態；與鄰近之日本、南韓和新加坡相較，我國自殺死亡率低於日本和韓國，與新加坡相當，然我國歷年自殺死亡率呈逐年平穩略升之趨勢。如就我國與日本、韓國比較，於 2002 年我國自殺死亡率 13.6‰，較日本、韓國之 23.8‰、

17.9‰低；若以時間數推估，則 2005 年日本、韓國死亡率分別為 24.7‰ 與 24.2‰，仍較我國 18.8‰ 為高。

二、我國歷年自殺死亡率概況

(一) 歷年自殺死亡數及死亡率(圖 2)

近 10 年來，我國自殺死亡率有逐年升高之趨勢，由 1993 年之每 10 萬人口 6.24 人增加至 2005 年之 18.8 人，十餘年來自殺死亡率之增幅達 3 倍，為各主要死因之冠。各年自殺死亡率多呈逐年上升趨勢，1997 年自殺死亡率增幅(16.55%)達最高後，1998 年間自殺死亡率略降，惟其後各年又呈上升趨勢。如以 2000 年世界標準人

口結構調整計算(即納入人口結構老化因素考量)，2005 年之標準化死亡率為每十萬人口 16.6 人，較上年增加 21.9%；較 1995 年(全民健保實施年)則遽增 112.8%，死亡數及粗死亡率均創歷年來之新高。自殺死亡率經以人口年齡結構調整(即去除人口結構老化因素)後，該標準化死亡率變動則略微平緩，顯示死亡率之增加仍與人口老化有部分之關係。

2005 年自殺死亡數共 4,282 人，其中有 7 成集中於 25-64 歲人口中，其自殺死亡增幅較為明顯。

(二) 自殺死亡者年齡中位數僅 45 歲(表 1)

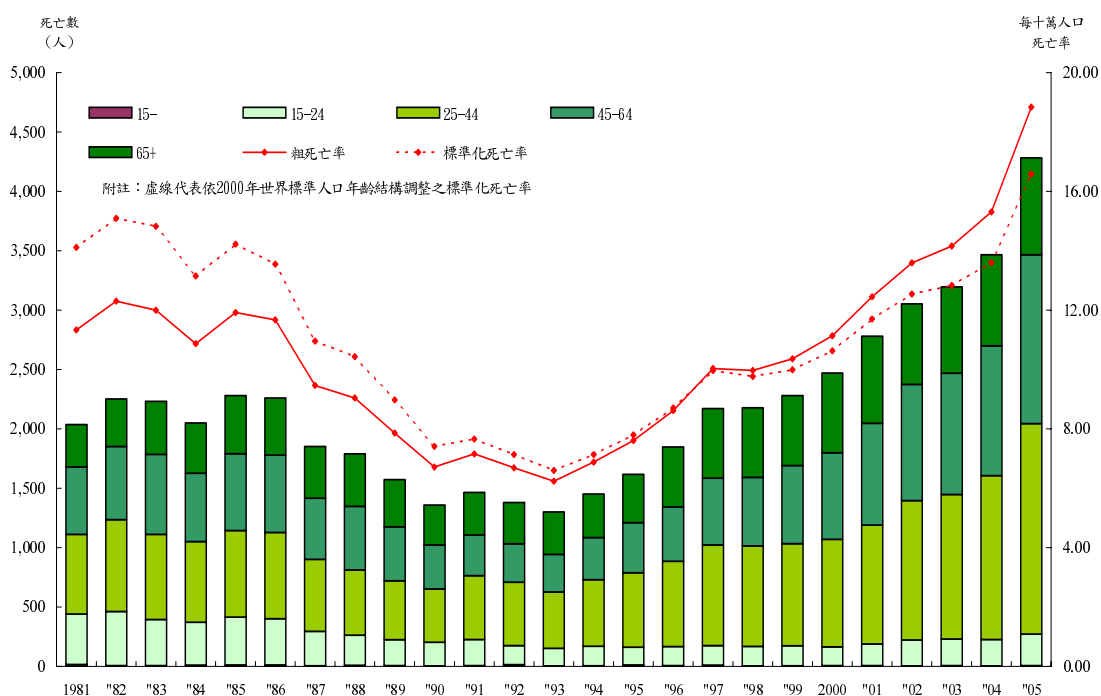


圖 2：歷年自殺死亡數及死亡率

2005 年自殺死亡者之死亡年齡平均數與中位數分別為 47.7 歲與 45 歲，較全國死亡者之死亡年齡平均數與中位數分別少 20.2 歲與 27.5 歲，顯示自殺死亡者平均年齡較輕。

2005 年自殺死亡者死亡年齡平均數較 1995 年減少 0.6 歲，但中位數則較 1995

年增 0.5 歲；若與 1985 年比，則年齡平均數與中位數分別增加 2.6 歲與 1.5 歲。

依性別觀之，2005 年男、女性死亡者死亡年齡平均數分別為 47.7 歲與 47.6 歲，較 1995 年降 1.2 與 1.0 歲，顯示近 10 年來，男、女自殺死亡平均年齡相近且有年輕化趨勢。

表 1：自殺死亡者之死亡年齡平均數與中位數

	總計			男			女		
	死亡數 (人)	年齡平均數 (歲)	中位數 (歲)	死亡數 (人)	年齡平均數 (歲)	中位數 (歲)	死亡數 (人)	年齡平均數 (歲)	中位數 (歲)
1985年	2,281	45.5	44.0	1,389	45.8	45.0	892	45.1	43.0
1995年	1,618	48.3	45.0	1,038	49.0	47.0	580	47.1	43.5
2005年	4,282	47.7	45.5	2,977	47.7	46.0	1,305	47.6	45.0
2005較1995 增減	164.6%	-0.6	0.5	186.8%	-1.2	-1.0	125.0%	0.5	1.5
2005較1985 增減	87.7%	2.2	1.5	114.3%	1.9	1.0	46.3%	2.5	2.0

(三) 自殺死亡者平均生命年數損失較全死因死亡者多 8 年(表 2)

2005 年 70 歲以下自殺死亡者有 3,674 人，占當年自殺死亡者之 85.8%，占當年 70 歲以下全死因死亡者之 6.2%，故自殺死亡相較於一般疾病死亡者來得年輕。

2005 年每位 70 歲以下自殺死亡者之平均生命損失年數為 27.2 年，較當年全死因死亡者之 19.2 年增加 8.0 年；若以性別觀之，男性平均損失 27.1 年、女性平均損失 27.6 年，生命損失近年來已無性別之差異；然自殺死亡所造成之生命損失及經濟損失是明顯高於其他病因的。

表 2：70 歲以下自殺死亡者平均生命損失年數比較

	總計			男			女		
	死亡數 (人)	生命損失 人年數	平均每一 死者生命 損失年數 (年)	死亡數 (人)	生命損失 人年數	平均每一 死者生命 損失年數 (年)	死亡數 (人)	生命損失 人年數	平均每一 死者生命 損失年數 (年)
1985年	1,976	57,587	29.1	1,227	34,492	28.1	749	23,095	30.8
1995年	1,335	37,024	27.7	848	23,116	27.3	487	13,908	28.6
2005年	3,674	100,098	27.2	2,565	69,448	27.1	1,109	30,650	27.6
2005較1995 增減%	175.2%	170.4%	-0.5	202.5%	200.4%	-0.2	127.7%	120.4%	-0.9
2005較1985 增減%	85.9%	73.8%	-1.9	109.0%	101.3%	-1.0	48.1%	32.7%	-3.2

(四) 自殺死亡率隨年齡之增加而增高
(表 3)

歷年來自殺死亡率均隨年齡之增加而增高。若依時間數列趨勢觀察，則近 10 年來各年齡之粗死亡率均呈上升趨勢。

2005 年自殺續居 15-24 歲青年死因之第 2 順位、25-44 歲壯年死因之第 3 順位及 45-64 歲中年死因之第 7 順位。

若以各年齡組近 10 年來自殺死亡之變動趨勢觀察，死亡人數以 45-64 歲與 25-44 歲組增幅最大，10 年間增幅達 237.0%、182.9%；粗死亡率則以 25-44 歲增幅最大，達 173.8%；其次為 45-64 歲之 124.7%，再次為 15-24 歲之 92.0%。然 65 歲以上老人自殺死亡率為每十萬人口 37.3 人，遠高於其他年齡層，不容忽視。

表 3：自殺死亡按年齡別統計

	單位：人、每十萬人口											
	總計		15-		15-24		25-44		45-64		65+	
	死亡數	粗死亡率	死亡數	粗死亡率	死亡數	粗死亡率	死亡數	粗死亡率	死亡數	粗死亡率	死亡數	粗死亡率
1985	2,281	11.9	13	0.2	401	10.3	731	13.1	646	21.5	490	51.7
1995	1,618	7.6	12	0.2	149	3.9	627	8.6	422	12.2	408	25.6
2005	4,282	18.8	8	0.2	264	7.6	1,774	23.4	1,422	27.5	814	37.3
2005較1995 增減%	164.6	147.6	-33.3	-21.0	77.2	92.0	182.9	173.8	237.0	124.7	99.5	45.9
2005較1985 增減%	87.7	58.0	-38.5	-18.6	-34.2	-26.2	142.7	78.3	120.1	27.8	66.1	-27.9

(五) 歷年自殺死亡率男性高於女性(表 4)

2005 年國人自殺死亡數之 4,282 人中 7 成爲男性， 3 成爲女性，男性死亡數爲女性死亡數之 2.3 倍；其每十萬人口粗死亡率男性爲 25.8 人，女性 11.7 人。如以 2000 年世界標準人口結構調整計算之每十萬人口標準化死亡率，則男性爲 22.9

人，女性 10.2 人，男性死亡率達女性的 2 倍以上。

依時間數列趨勢觀之，近幾年來不論粗死亡率與標準化死亡率均有增加，其中男性增幅明顯高於女性。2005 年自殺死因男性居第 8 順位、女性居第 9 順位，男/女性死亡率倍數比爲 2.2 倍。

表 4：自殺死亡按性別統計

單位：人, 每十萬人口

	計				男				女			
	死亡數	粗死亡率	標準化死亡率	順位	死亡數	粗死亡率	標準化死亡率	順位	死亡數	粗死亡率	標準化死亡率	順位
1985	2,281	11.9	14.2	9	1,389	14.0	16.6	9	892	9.7	11.6	9
1995	1,618	7.6	7.8	11	1,038	9.5	9.8	12	580	5.6	5.7	12
2005	4,282	18.8	16.6	9	2,977	25.8	22.9	8	1,305	11.7	10.2	9
2005較1995 增減%	164.6	147.6	112.8		186.8	171.8	133.5		125.0	107.7	78.8	
2005較1985 增減%	87.7	58.0	16.6		114.3	84.3	37.6		46.3	20.4	-12.0	

附註：標準化死亡率係依2000年世界標準人口年齡結構調整計算

(六) 近 10 年來自殺死亡以離婚者增幅最大(表 5)

各類婚姻狀況粗死亡率均以離婚者最高，已婚者最低。近 21 年來，已婚、未婚與離婚者自殺死亡率均呈先降再升之趨勢，但喪偶者之自殺死亡率則是上升的趨

勢。

另 21 年來，自殺死亡者中，亦以離婚者增幅最大；已婚者增幅最小，致 2005 年自殺死亡者各類婚姻狀況結構比中，以離婚者占率增加 14.5%最多；而已婚者占率減少 10.7%。

表 5：自殺死亡按婚姻狀況統計

		總計	未婚	已婚	離婚	喪偶	不詳
1985	死亡數(人)	2,281	672	1,231	69	253	56
	結構比(%)	100.0	29.5	54.0	3.0	11.1	2.5
1995	死亡數(人)	1,618	494	776	107	204	37
	結構比(%)	100.0	30.5	48.0	6.6	12.6	2.3
2005	死亡數(人)	4,282	1,271	1,853	748	388	22
	結構比(%)	100.0	29.7	43.3	17.5	9.1	0.5
2005較1995 增減	死亡數(人)	164.65%	157.29%	138.79%	599.07%	90.20%	-40.54%
	結構比(%)		-0.8	-4.7	10.9	-3.5	-1.8
2005較1985 增減%	死亡數(人)	87.72%	89.14%	50.53%	984.06%	53.36%	-60.71%
	結構比(%)		0.2	-10.7	14.4	-2.0	-1.9

(七)近 10 年來自殺死亡發生頻率呈增加趨勢，2005 年每 2 小時 3 分鐘有 1 人自殺死亡，以星期一居多(圖 3)

1.2005 年每 2 小時 3 分鐘有 1 人自殺死亡，即每日有 12 人自殺死亡；2004 年每 2 小時 32 分鐘有 1 人自殺死亡，即每日有 10 人自殺死亡；1995 年每 5 小時 25 分鐘有 1 人自殺死亡，即每日有 4 人自殺死亡；1985 年每 3 小時 50 分鐘有 1 人自殺

死亡，即每日有 6 人自殺死亡。

2.以一週為單位觀察發現，2005 年以星期一自殺死亡數最高，達 705 人(即平均全年每個星期一全國有 14 件自殺死亡案例發生)，而以星期日最低為 517 人(即平均全年每個星期日全國有 10 件自殺死亡案例發生)。

3.若以近 5 年來之星期日至星期六分布數觀察，每年均以星期一之死亡數最高，而以星期六及星期日為最低。

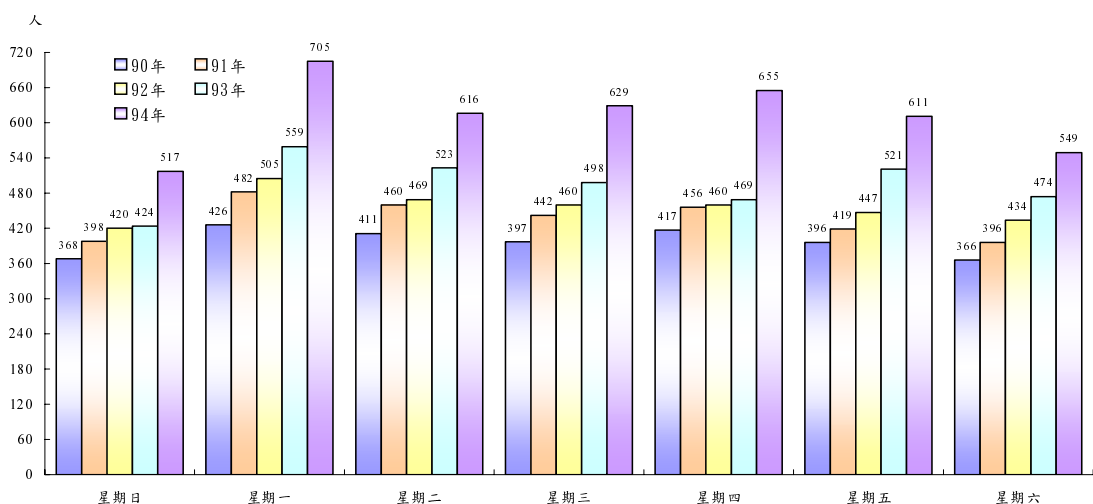


圖 3：歷年自殺死亡數按星期分

4.若以月為單位觀察發現，2005 年自殺死亡數以 5 月之 467 人最高，2 月最低為 264 人。但以近 21 年觀察，自殺死亡數以 4-6 月份居多，而以 1-2 月份為最少。惟各年來自殺死亡數高低月份間仍有若干差異。若以農曆月份別觀察，則多以春節前之農曆 12 月自殺死亡數最低月份，春節

過後則常有增加之現象。(圖 4)

(八)2005 年縣市自殺粗死亡率以基隆市最高(圖 5)

2005 年全國之自殺死亡率為每十萬人口 18.8 人；各縣市之自殺死亡率以基隆市最高、南投縣次之、花蓮縣再次之。

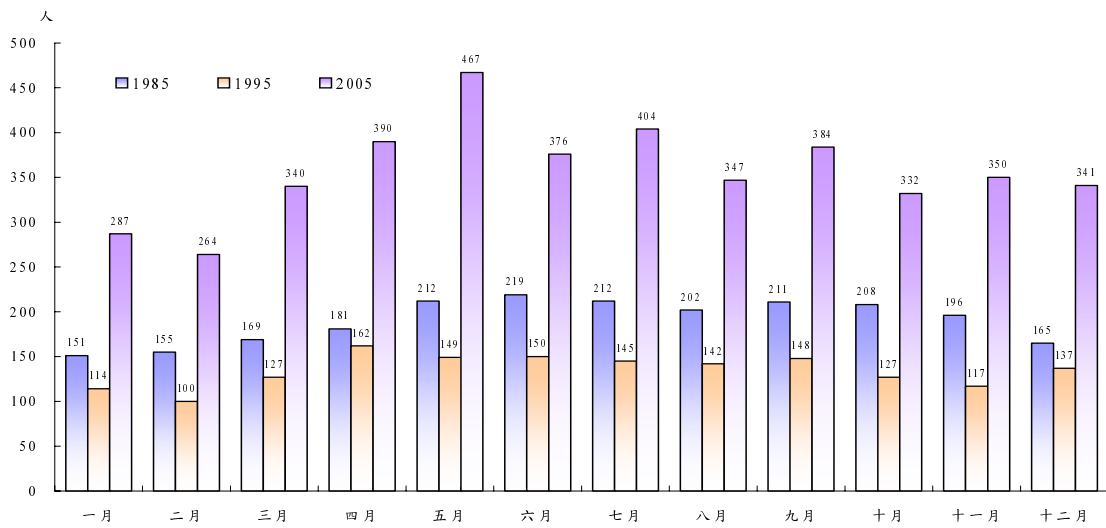


圖 4：歷年自殺死亡按月份別分

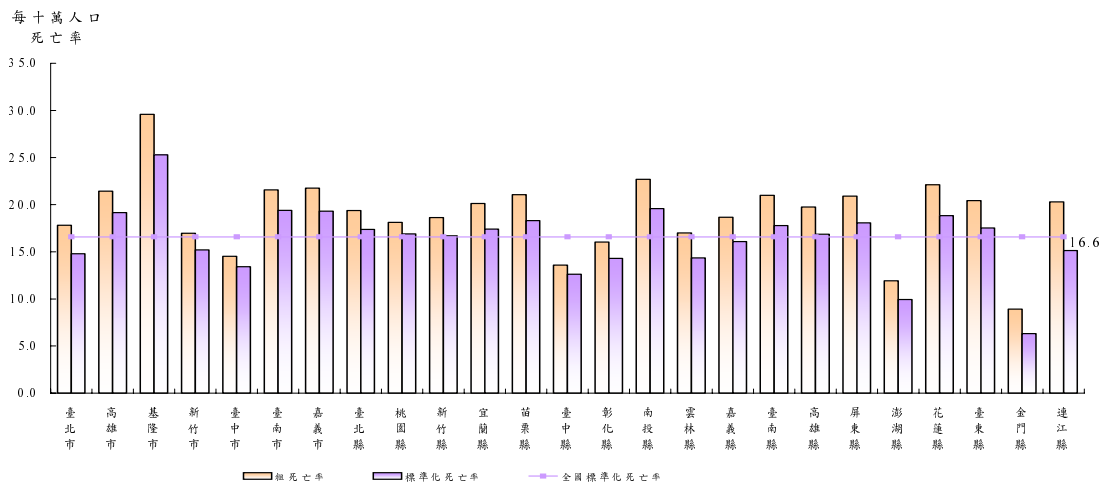


圖 5：2005 年自殺死亡率按縣市別分

2005 年每十萬人口縣市別自殺標準化死亡率(以 2000 年世界標準人口結構調整計算)計有：臺北市、新竹市、臺中市、臺中縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、澎湖縣、金門縣、連江縣等 10 縣市低於全國之自殺標準化死亡率 16.6 人，餘之 15 縣市則高於全國值。

若以 2000~2005 年自殺累計死亡數 19,250 人之鄉鎮別分布觀察，全國 368 鎮中除屏東縣泰武鄉、金門縣烏坵鄉及連江縣東引鄉無自殺死亡個案外，餘均有自殺死亡個案。其中自殺累計死亡個案超過 100 人以上計有 57 鄉鎮，超過 200 人以上計有 14 鄉鎮，超過 300 人以上計有 2 鄉鎮。

若依 2000~2005 年鄉鎮別自殺死亡率高低排序，則每十萬人口自殺死亡率高於 20 人者計有 87 鄉鎮，高於 30 人者計有

12 鄉鎮。其有自殺死亡數鄉鎮中，粗死亡率最高者為花蓮縣萬榮鄉 57.6 人；其次為嘉義縣大埔鄉 41.4 人；粗死亡率最低者為臺北縣烏來鄉 3.4 人，其次為臺中縣石崗鄉、澎湖縣七美鄉及臺東縣綠島鄉，粗死亡率均為 5.4 人。

(九)近年來之自殺死亡以氣體自殺增幅最大(表 6)

2005 年自殺死亡以吊死、勒死及窒息自殺居最多，占 35.7%，其次為氣體自殺或自為中毒占 35.7%，再次為固、液體自殺或自為中毒占 16.6%，第四為由高處跳下占 9.4%，合占總自殺死亡者之 9 成。

近 21 年來自殺死亡變化很大，其中以氣體自殺或自為中毒增幅最大，其次為由高樓跳下自殺與溺水自殺。

表 6：自殺死亡按死因分類統計

		總計	以固、液體 自殺	以氣體 自殺	吊死、勒死 及窒息之自殺	溺水自殺	以鎗砲及爆炸 物自殺	切穿工具 自殺	由高處跳下 自殺	其他未明示 自殺
1985	死亡數(人)	2,281	1,369	4	763	47	12	32	32	22
	結構比(%)	100.0	60.0	0.2	33.5	2.1	0.5	1.4	1.4	1.0
1995	死亡數(人)	1,618	507	1.5	820	56	11	41	112	56
	結構比(%)	100.0	31.3	0.9	50.7	3.5	0.7	2.5	6.9	3.5
2005	死亡數(人)	4,282	709	1,261	1,528	207	17	61	402	97
	結構比(%)	100.0	16.6	29.4	35.7	4.8	0.4	1.4	9.4	2.3
2005 較 1995 增減	死亡數(人)	164.65%	39.84%	8306.67%	86.34%	269.64%	54.55%	48.78%	258.93%	73.21%
	結構比(%)		-14.8	28.5	-15.0	1.4	-0.3	-1.1	2.5	-1.2
2005 較 1985 增減%	死亡數(人)	87.72%	-48.21	31425.00%	100.26%	340.43%	41.67%	90.63%	1156.25%	340.91%
	結構比(%)		-31.3	-0.9	-50.7	-3.5	-0.7	-2.5	-6.9	-3.5

肆、結論

在 2008 年臺灣之自殺率為每十萬人口 17.9 人，續居國人死因第 9 順位，係屬 WHO 分類下高盛行率之國家。本研究針對 1985 年至 2005 年自殺死亡率變化分析，結果顯示在研究觀察期間，我國自殺死亡率在世界主要國家排名居中；再而，我國各不同年別位置有正向右移之趨勢，此與自殺死亡率逐年增加有關。近 10 年來，我國自殺死亡率呈逐年升高之趨勢，由 1993 年之每 10 萬人口 6.24 人增加至 2005 年之 18.8 人，十餘年來自殺死亡率之增幅達 3 倍，為各主要死因之冠。標準化自殺死亡率變動則略微平緩，顯示死亡率之增加仍與人口老化有部分之關係。自殺雖不致如媒體所言，成為風潮，但其在諸多死因中顯著提高之事實不容忽視。特別是，2005 年之自殺死亡者年齡中位數僅 45 歲，較全國死亡者之死亡年齡平均數少，且有年輕化趨勢。另外，自殺死亡者平均生命年數損失較全死因死亡者多 8 年，自殺死亡所造成之生命損失及經濟損失是明顯高於其他病因的，殊值關注。

其次，為分析自殺死亡人口之特質分布，本研究特別計算各年齡層自殺死亡率，依時間數列趨勢觀察，近 10 年來除 15 歲以下，各年齡之自殺死亡率均呈上升趨勢，且隨年齡之增加而增高。其中以 25-44 歲增幅最大，達 173.8%；其次為 45-64 歲之 124.7%，再次為 15-24 歲之 92.0%。近幾年來性別自殺死亡率與標準化死亡率均有增加，其中男性增幅明顯高於

女性。2005 年自殺死因男性居第 8 順位、女性居第 9 順位，男/女性死亡率倍數比為 2.2 倍。自殺死亡者各類婚姻狀況結構比中，以離婚者占率增加最多，但因只使用組成比例(propotion)分析，解釋運用上仍應有所保留。自殺死亡人口當中，壯年人口比率的增加，已拉近跟老年族群的距離。此現象代表的意義是此年齡族群為勞動力市場中重要的勞力資源，其中若有相當比率者因自殺而身亡，社會因此產生的勞動力及生產力的損失將不可計數。姚毅賢等(2000)指出，自殺死亡所造成的社會損失，可以藉由社會在整體生命損失年數來加以呈現。同時，年輕人自殺與老年人自殺，所帶來的影響並不相同。自殺者若是年輕人，因其正值生產年齡，對社會所造成之整體生產天數損失及薪資損失，更是社會的巨大成本。由於自殺所造成的社會損失，和十大死亡疾病相比不遑多讓，因此一個社會的自殺盛行的情況將使社會蒙受重大損失（曹昭懿、王榮德，1992）。若深究其背後所代表的社會意涵，可能顯示和整體社會時空環境變遷對壯年人口產生更大的壓力和社會整合均有一定程度的影響。本研究由於缺乏自殺死亡個案之進一步個人特質資料，例如：教育程度、收入高低等數據，因此有關自殺死亡人口中，壯年自殺死亡率增加的情形尚有待進一步的探索其原因。而此發現，合乎文獻中與自殺相關理論之論述。亦即，壯年族群在生命週期中，適逢較具變化之轉變期，例如經濟事業、婚姻狀況、子女學業等，較多之擔負，在心理上，或因而面臨

較大之壓力。近年，臺灣地區經濟不景氣之情形，或能解釋何以壯年族群自殺死亡率節節上升之原因。

第三，研究中也發現了 15 歲以下的人口在整體自殺死亡人口當中所占的比率也有逐年下降的趨勢。或許由於近年來一連串的教育改革措施和生命教育的施行，使得年輕人口在產生自傷自殺的情形上，相對於較年長的人口，降低了許多。而此發現也扭轉對青少年自殺盛行的印象。這個發現也符合了文獻中所指的年輕人口較少產生自殺行為的主張。

第四，就兩性自殺死亡人口分布模式而言，本研究發現，兩性在不同年齡層人口中，其自殺模式上呈現出相當類似的情形。亦即，男性自殺死亡率雖一直為女性 2 倍，然不管自殺死亡人口中的各年齡層的比率如何變化，男性和女性在各年齡層分布呈現相當類似的情形。相較於文獻所主張的中高齡婦女較容易產生自殺現象，在本研究當中並未發現此種現象。反而是男性和女性呈現相當一致的變化模式。關於兩性自殺模式的差異，仍有待更進一步的探討。

第五，就時間、地理與自殺方法因素而言，以自殺時間來看，一年四季以春夏季為最多，推測可能的原因是春夏季酷熱，讓人容易煩悶、沮喪等因素，有精神或身體疾病者易選擇自殺(Rocchi et al. 2007; Lee et al. 2006)；而冬季適逢許多相關的節慶如過年讓家人得以相聚，解除許多憂鬱與孤立的生活情境，因此自殺死亡率得以下降(Yip 1998)。Lin and Lu (2006)

對 1999~2003 年臺灣 23 縣市方法別自殺死亡率研究指出，農業人口多的縣市，選擇農藥自殺的比率也高；至於建築物樓層高的地方，「可獲性」也很容易，也是自殺死亡率上升的促成原因。研究 Cheng (1995) 也顯示行政位階越低的地方可利用之精神醫學輔助或治療的系統也越不完善，自殺問題所造成的衝擊也越大。燒炭自殺，近幾年燒炭自殺盛行的主要原因，可能跟媒體的報導有相當大的關係。燒炭自殺常被媒體報導成是「較隱密、沒有痛苦、不影響外觀」的方法，造成一些模仿效應(Lee et al. 2002)。甚至有研究指出，香港的燒炭自殺方法，透過媒體傳到臺灣(Lee et al. 2002)。近 21 年來臺灣地區自殺使用死亡方法變化很大，其中以氣體自殺或自為中毒增幅最大，其次為由高樓跳下自殺與溺水自殺。

第六，值得注意的是，衛生署針對自殺率所公布的官方資料，除了相對趨勢可供比較，在絕對數字上，官方數字可能遠比實際發生的自殺數低。根據中研院生醫所精神疾病研究小組於民國 1989 至 1991 年間在臺灣東部所做的一項研究結果顯示，實際的自殺人口，是官方估計的 2.5 倍(Cheng 1995)。歸結其因，官方之統計報告是以每年死亡證明書登記的死亡原因進行分析，由於自殺被認為是不名譽行為，不少死亡證明書中的死因是以中樞神經衰竭取代自殺，除此之外，自殺死亡率不確實的最大原因，還是在於自殺與意外事故很難區分，因此，臺灣地區確切的自殺死亡人數應遠大於登記自殺死亡人數。此一

統計數據上之缺失，為本研究無法避免之障礙。此外，限於來源資料本研究未能探討自殺死亡率變化背後社會脈絡、經濟、政治、及精神疾病與醫療等複雜的原因。

雖然如此，自殺率與社會經濟背景狀況一直有著很密切的關係(Platt 1984)。張平吾、葉毓蘭(1987)發現，當社會失業率高時，自殺率也隨之增高；反之，當失業率降低時，自殺率也隨之降低，且失業對男性的衝擊高於女性。他們同時也發現國民所得和自殺率有密切的關係，當國民所得愈高時，自殺率呈現出愈低的現象。游舒涵等(2007)分析 1991~2004 年間臺北市失業率、男女別勞動參與率、遷移率、離婚率、獨居率及貧窮率等社經因子與自殺死亡率之關係，發現男性自殺死亡率與社經因子關聯性普遍高於女性自殺死亡率，65 歲及以上之自殺死亡率與社經因子相關性低，且低於其他年齡層。Lester (1995) 利用時間序列分析(time-series analysis)也發現，失業率可以有效預測時間序列自殺率。晚近亞太地區之研究也支持該論點(Chang et al. 2009)。

伍、建議

近十年來，臺灣地區的自殺死亡率逐漸攀升，已高於美、英等國，且自殺人口以 25 到 64 歲之青壯男性為主，這不僅是個人生命的問題，更是整體社會與國家的問題，必須要加以重視。另依據世界衛生組織的報告預測，到西元 2020 年時，全球十大死因當中，自殺將排名第九位（在已

開發國家為第八位)。基本上，自殺是可以預防的，自 2003 年起，世界衛生組織(WHO)和國際自殺預防協會(I.A.S.P.)亦共同制定每年 9 月 10 日為「世界預防自殺日」。此舉在提醒各國政府必須面對自殺問題對世界各國公共健康的威脅，並強調需要調動更多的科學和經濟方面的力量，用以研究如何更加有效的預防自殺。重鬱症為自殺行為的最重要原因，重鬱症與自殺問題日漸嚴重的情況，中外皆然，尤其是青壯年族群的自殺死亡，近年來漸有增加之趨勢，因此，已開發國家紛紛擬定全國性的自殺防治策略並全力推動，尤其是英、美兩國分別於 2001 年制定完成之「自殺防治之國家策略：行動主軸與目標」與「英格蘭之國家自殺防治策略」，即是明顯的例證。

鑒於目前國人自殺死亡率逐年提高，且自殺已連續多年列入國人十大死因之列，行政院衛生署特委託臺灣憂鬱症防治協會辦理自殺防治工作，成立全國自殺防治中心，由三個主要層面來擬定議題及策略、方案，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)與指標性(indicative)（李明濱等 2006; Bertolote 2004），協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程，建立以實證研究結果為基礎之自殺防治成效評估指標。多方面提升我國心理衛生與精神醫療，活絡社區支持網絡，以及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（楊聰財等，2005；李明濱、廖士程，2006）。國內

自殺防治中心針對高危險群進行通報的作法，讓 2007 年臺灣地區自殺死亡率比前壹年下降 11%。其中老年人口及中壯年均呈現下降趨勢，但 15-24 歲組自殺死亡率仍在上升，其中有相當比率都與憂鬱症有關。

雖如如此，Durkheim 的論述“迷亂失序的社會是導致自殺率增加的主要原因”，這不僅說明了社會結構與自殺行為間的關係，更點出個人與社會互動是影響心理健康問題的關鍵（涂爾幹，1990）。但是即或如此，過去對於心理衛生的防治仍較注重個體因素的考量，過分強調個人與疾病間的關係而將疾病發生的責任歸罪於個人，卻不免常會忽略社區環境與社區社會脈絡在社會致病的過程中所扮演的角色。而這不僅忽略個人與社會環境之互動所將對心理健康之形成所帶來的影響，難免會以偏概全無法解釋行為現象事實之全貌，將會在社會與健康政策的擬定上，失去許多珍貴的訊息。

為能促進心理的健康，提昇生活滿意度，進而預防自殺問題的發生，建立社區發展資源，累積社區的社會資本，是治標又治本的積極作為。而社區居民之社會參與是社區社會凝聚力的根本，不僅創造了社會資本並給予賦能(empowerment)，進而促進居民之身心健康與經濟發展；因此，社區社會資本愈充分的地區－居民間感受彼此信任程度愈高、可以互相幫忙、有較多地團體參與等，則其居民亦有較佳健康情況（楊明仁 1999; Kennedy, Kawachi, et al. 1998; Kawachi, Kennedy, et al. 1997;

Kawachi, Kennedy, et al. 1999; Kawachi & Kennedy 1999)。當社區居民感受彼此信任、互相幫忙、團體參與等愈高地區，其居民健康情況也較佳；統計分析顯示，當社區之人際信任程度每增加 10%，每年每千人死亡率降低 0.6 (Kennedy, Kawachi, et al. 1998; Kawachi, Kennedy, et al. 1997; Kawachi, Kennedy, et al. 1999; Kawachi & Kennedy 1999)。劉慧俐等(2007)使用 1989 年時衛生署家庭計畫研究所「1989 年臺灣地區老人保健與生活問題調查」並連結死亡登記檔資料，探討「社會資本與地區剝奪對老人存活狀況的影響」，研究也指出社會資本與臺灣老人存活的機率相關，且老人的社會資本中情緒性支持對其存活狀況的影響較地區剝奪的強烈。也就是說，當鄰里居民間彼此網絡連結愈強、社會凝聚力愈高，可得到更多的社會支持、資源，也可以緩衝負向情緒發生，當然就可降低自殺的盛行。因此，藉由各種場域健康營造的推動，凝聚社區意識，創造互信的互動社區平臺，如擴及退輔、警消、社福或安養護機構，社區中的鄰里長、社區發展協會、社區關懷據點及居家服務中心、心理衛生中心等；開拓異質性社會關係網絡，強化人際關係連結，進而厚植社會資本，以減少衝動型自殺。宣導自殺防治的重要性，促使民眾體認自殺防治人人有責，且是一個可以防治的社會暨公共衛生問題，而不是羞恥隱晦之事，總是避之不談，才足以防治自殺事件發生，進而達到身心健康促進目的。

本研究透過對於自殺死亡人口數據資

料之分析，除了利用官方總體統計資料加以分析自殺死亡率的變化模式之外，也進一步針對自殺死亡人口中不同性別及年齡層的分布模式進行個體資料之分析及危險因子探索。研究結果顯示自殺死亡率逐漸集中於中壯年男性族群，並在春夏季使用氣體自殺或由高樓跳下自殺的情況。這個現象值得政府有關單位在制訂預防自殺政策時，針對此一趨勢加以留意，進一步加

以有效預防。

誌謝：本研究由行政院國科會委託計劃(NSC93-2412-H-037-001, NSC94-2412-H-037-001)補助經費；內政部提供人口統計資料，衛生署提供死亡資料，特此致謝。

(本文作者：劉慧俐現為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授；黃旭明現為行政院衛生署統計室主任)

參考文獻

- 李明濱、廖士程(2006)。〈自殺原因與防治策略〉，《臺灣醫學》，10卷3期，頁339-342。
- 李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基(2006)。〈自殺防治策略推動現況與展望〉，《護理雜誌》，53卷，頁5-13。
- 姚毅賢、廖勇柏、李文宗(2000)。〈臺灣不同行政區域之自殺潛在生命損失累積率〉，《臺灣精神醫學》，14卷，頁111-18。
- 涂爾幹(1990)。《自殺論》，臺北：結構群文化事業公司。
- 張明永(2005)。〈自殺行為研究〉，瞿海源、張笠雲主編：《臺灣的社會問題》，臺北：巨流，頁494-518。
- 張平吾、葉毓蘭(1987)。〈臺灣地區自殺率與幾個社會指標相關程度之研究〉，《警政學報》，11卷，頁227-74。
- 曹昭懿、王榮德(1992)。〈自殺之潛在生命損失及其對社會的影響〉，《中華衛誌》，11卷，頁70-77。
- 游舒涵、陳映燁、邱燕楓、陳喬琪、邱震寰、郭千哲、張珩、宋晏仁(2007)。〈臺北市1991-2004年間社會經濟因子與自殺死亡率趨勢〉，《臺灣衛誌》，26卷，頁66-73。
- 楊明仁(1999)。《社會狀況與憂鬱症：一個以高雄縣市為例之社會生態學研究(I)》。八十九年度國科會專題研究計畫成果報告。
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳諶、吳文正(2005)。〈臺灣地區社區心理衛生中心之運作型態〉，《北市醫學雜誌》，2卷，頁348-358。
- 劉慧俐、楊明仁、張漢弘(2007)。〈臺灣地區各鄉鎮市區剝奪狀況與社會資本對老人存活影響之探討〉，《中華民國社會福利學會研討會論文集》，臺北。
- 關清模(1982)。〈臺灣地區自殺自傷死亡統計資料的分析〉，《中華醫誌》，29卷，頁36-45。

- Bertolote, J.M. (2004). Suicide prevention: At what level dose it work? *World Psychiatry* 3(3):147-151.
- Cheng, A.T.A. (1995). Mental illness and suicide: A case-control study in east Taiwan. *Archives of General Psychiatry* 52:594-603.
- Cheng, S.S., Gunnell, D., Sterne, J.A.C., Lu, T.H., Cheng, A.T.A.(2009). Was the economic creisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine* 68(7):1322-31.
- Fernquist,R.M. (2001). Attitudes Towards the Unification of Western Europe and Cross-National Suicide Rates: Eight European Countries, 1973-1990. *Suicide and Life Threatening Behavior* 31(3):333-41.
- Kawachi, I., & Kennedy, B.P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research* 34:215-227.
- Kawachi,I., Kennedy, B.P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 89:1187-1193.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87:1491-1498.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D., Lochner, K., & Gupta, V. (1998). Social Capital, income inequality, and firearm violent crime. *Social Science&Medicine* 47:7-17.
- Lee, D.T., Chan, K.P., Lee, S., Yip, P.S.(2002). Burning charcoal: a novel and contagious method of suicide in Asia. *Arch Gen Psychiatry* 59:293-294.
- Lee H.C., Lin H.C., Tsai S.Y., Li C.Y., Chen C.C., Huang C.C..(2006). Suicide rates and the association with climate: A population-based study. *J Affective Disorders* 92: 221-226.
- Lester, David. (1995). Domestic Integration and the Taiwanese Homicide and Suicide Rate. *中華心理衛生學刊*, 8(3):21-25。
- Lin, J.J., Lu, T.H.(2006). Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide rates: an ecological study in Taiwan. *J Clin Psychiatry* 67:1074-1079.
- Liu, H.L. (2009). Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among the Elderly in Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 39(1):103-113.
- Merninger, Karl A. 1938. 符傳孝等譯，1985。生之掙扎。臺北：志文出版社。
- Pampel, F. C.(1998). National Context, Social Change, and Sex Differences in Suicide Rates. *American Sociological Review* 63(5):744-58.

- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behavior. *Social Science and Medicine* 149:401-05.
- Rocchi M.B., Sisti D, Miotto P, Preti A. (2007). Seasonality of suicide: relationship with the reason for suicide. *Neuropsychobiology* 56(2-3): 86-92.
- Yip, P.S.F., Chi, I., Yu, K.K.(1998). An epidemiology profile of elderly suicides in Hong Kong. *Int J Geriat Psychiatry*. 13: 631-7.