

職業相關之創傷後壓力症候群認定參考指引

勞動部職業安全衛生署

中華民國110年6月

【本參考指引由勞動部職業安全衛生署委託張恆豪醫師、郭浩然醫師主筆修訂】

一、導論

根據 1996 年芬蘭統計，憂鬱症死亡人數中有 4% 可歸因於工作。依據澳洲的研究顯示，男性憂鬱症約 13.2% 與工作有關，女性憂鬱症患者中約 17.2% 與工作相關，而且均有顯著意義。在日本，於 2010 年至 2015 年期間，申請工作相關之精神疾病案件中，不包含自殺個案，每年大約有 400 位個案被認定屬於工作相關之精神疾病，佔申請件數的四分之一到三分之一，其中以 ICD-10 中 F3 情感性疾患及 F4 精神官能症、壓力相關性與身體障礙疾病為大宗，創傷後壓力症候群約佔 15.4% [1]。

目前多數國家及歐盟等國際組織尚未將因工作壓力造成的精神疾病納入職業病種類表。科學界對精神疾病的致病機轉至今仍有許多不明瞭的地方，一般認為，精神疾病之致病原因多元，通常為複合式病因所引起。國際勞工組織已於 2010 年將創傷後壓力症候群 (post-traumatic stress disorder, 簡稱 PTSD) 納入其職業病種類表當中。日本、韓國等東亞國家，於過去 20 多年間，因職業因素造成的精神疾病，包含創傷後壓力症候群在內，均納入職業災害補償的範圍。我國前行政院勞工委員會 (現行政院勞動部前身) 於 2008 年將創傷後壓力症候群納入職業病種類表當中，但「適用職業範圍、工作場所或作業」限為「工作中遭受嚴重身體傷害 (physical injury) 之後所發生的精神症候群」。

精神疾病是疾病當中診斷較容易有爭議的，往往連疾病是否存在的認定也不容易，而且常需要觀察一段相當的時間才能確定診斷；而憂鬱症是由許多因素所引發，其中基因是一項重要因素。以日本為例，憂鬱症患者中僅有五分之一可以找到相關的壓力事件。因此，在確實致病機轉不明的狀況下要判斷憂鬱症與工作的相關性，很容易造成醫病、勞資間之爭議。心理壓力既然是一項一般認為引發憂鬱症的重要因

素，如果對工作相關憂鬱症之診斷沒有合理的規範，其求償過程可能反而對患者造成進一步傷害，由此可見訂定認定參考指引與判斷流程的重要性。創傷後壓力症候群是眾多精神疾病當中較容易建立與工作壓力事故有關的疾病，在職業病認定上仍需對「工作上的壓力」、「非工作上的壓力」以及「個別因素」等做一綜合評估。

勞動部職業安全衛生署於 2016 年參照行政院勞委會勞工安全衛生研究所「職業外傷後創傷後壓力症候群認定基準研究」(郭育良等著)及 2009 年「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」，訂定第一版「職業相關之創傷後壓力症候群認定參考指引」，作為客觀、具體、標準化之評估工具及參酌依據。本指引除適用工作中遭受嚴重身體傷害之後所發生的創傷後壓力症候群(表列職業病)之外，亦適用其他原因引起之創傷後壓力症候群。對於確診有精神疾病而不符合本指引的個案，仍可依循「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」認定其工作之相關性。

創傷後壓力症候群之 ICD-10 診斷碼及增列勞保職業病種類項次

疾病名稱	ICD-10 診斷碼	增列勞保職業病種類
創傷後壓力症候群	F43.1	第四類第 4.1 項

二、具潛在暴露的職業

由於工作中遭受嚴重身體傷害或心理傷害之後所發生的創傷後壓力症候群直接與工作中遭創傷有關，因此所有容易造成工作創傷之行業，均為具潛在暴露的行業。

三、醫學評估與鑑別診斷

健康個體在遭逢巨大壓力及創傷後，可能立即發生類似解離狀態(dissociative state)之症狀，包括麻木感(numbness)，疏離感(detachment)、侷限之注意力、去現實感(derealization)、去自我感(depersionalization)、解離性失憶(dissociative amnesia)以及對外界覺知(awareness)能力之減弱。此外如自

律神經過度反應、過度警覺、逃避反應、以及創傷經驗之持續地再體驗等，亦有可能在災難後迅速產生。創傷後壓力症候群已歸納入美國精神疾病診斷手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 之中，第三版 (DSM-III) 即開始有其診斷標準。其第四版 DSM-IV 將急性壓力症 (acute stress disorder: ASD) 之診斷概念加入；另外在國際疾病分類 (ICD-10) 版本中歸類為 F43.1 項目。

PTSD 在最新版 DSM-5 的診斷準則，乃根據 DSM-IV 而作以下幾點修正；首先，取消原 DSM-IV-TR 中的經歷重大災難的 A2 標準：「此人的感受包括強烈害怕、無助感或恐怖感受」；此外，修正為四個主要症狀群共 20 項，並將畏懼症狀分成「持續避免創傷事件相關的刺激」、「和創傷事件相關的負向改變的認知及情緒」兩類，且增加部分症狀的項目，而達到診斷需要的項目減少。DSM-5 也取消 DSM-IV-TR 中以症狀持續三個月來區分的「急性期」與「慢性期」[2]。

為了避免不適當及錯誤的診斷，醫療人員不只要列舉病患之橫斷性症狀，也須細心的搜集縱貫性的病史，以充分了解何症狀是次發於創傷壓力。一般而言，PTSD 的正確診斷，包括確定壓力事件發生及其後的相關症狀，和進一步的鑑別診斷。

有關創傷後壓力症候群精神疾病診斷及統計手冊第五版 DSM-5 規範之診斷要件如下[3]：

- (一) 暴露於真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力，以下列一種(或多種)形式：
1. 直接經歷這(些)創傷事件。
 2. 親身目擊這(些)事件發生在別人身上。
 3. 知道這(些)事件發生在一位親密的親戚或朋友身上；如果是真正的或具威脅性的死亡，這(些)事件必須是暴力或意外的。

4.一再經歷或大量暴露在令人反感的創傷事件細節中（例如：第一線搶救人員收集身體殘塊、警察一再暴露於虐童情結下）。亦適用於透過電子媒體、電視、電影或圖片的工作相關暴露(非工作相關的暴露則不適用)。

註：直接經歷創傷事件包括(但不限於)：暴露於戰爭中的戰鬥員或平民、受威脅或實際身體攻擊(例如：身體襲擊、竊盜、搶劫、虐待)、受威脅或實際性暴力(例如：強迫性交、性虐待或非接觸性的性虐待)、被綁架、恐怖襲擊、酷刑、自然或人為災害，以及嚴重的交通事故。目擊事件包括但不限於旁觀威脅性或嚴重的傷害、非自然死亡、暴力傷害他人的身體或性虐待、家庭暴力、事故、戰爭或災難等。

(二)出現下列項(或更多)與創傷事件有關的侵入性症狀(始於創傷事件後)，顯示出一項(或以上)的特徵：

- 1.不斷發生、不由自主及侵入性地被創傷事件的痛苦回憶困擾著。
- 2.不斷出現惱人的夢，夢的內容和/或情緒與創傷事件相關。
- 3.出現解離反應(例如回憶重現)，個案感到或表現出好像創傷事件重演(這些反應可以各種不同的程度出現，最極端的症狀是完全失去對現場周圍環境的覺察)。
- 4.當接觸到內在或外在象徵或與創傷事件相似的暗示時，產生強烈或延長的心理苦惱。
- 5.對於內在或外在象徵或與創傷事件相似的暗示時，會產生明顯的生理反應。

(三)持續逃避創傷事件相關的刺激(始於創傷事件後)，顯示出下列一項以上的逃避行為：

- 1.避開或努力逃避與創傷事件相關的痛苦記憶、思緒、或感覺。
- 2.避開或努力逃避引發創傷事件相關的痛苦記憶、思緒、

或感覺的外在提醒物(人物、地方、對話、活動、物件、場合)。

(四)與創傷事件相關的認知上和情緒上的負面改變，始於或惡化於創傷事件之後，顯示出下列兩項(或以上)的特徵：

- 1.無法記得創傷事件的一個重要情節(典型上是因為解離型失憶，而非因頭部受傷、酒精或藥物等其他因素所致)。
- 2.對於自己、他人或世界持續且誇大的負面信念或期許(例如：「我很壞」、「沒人可以相信」、「我永遠失去靈魂了」、「我整個神經系統都永久損壞了」、「這世界非常危險」)。
- 3.對於創傷事件的起因和結果，有持續扭曲的認知，導致責怪自己或他人。
- 4.持續的負面情緒狀態—例如：恐懼、驚恐、憤怒、罪惡感或羞愧。
- 5.對於參與重要活動的興趣或參與明顯降低。
- 6.感覺到與他人疏離、疏遠。
- 7.持續地無法感受正面情緒(例如：無法感受到幸福、滿足或鍾愛的感覺)。

(五)與創傷事件相關警覺性與反應性的顯著改變，始於或惡化於創傷事件之後，顯示出下列兩項(或以上)的特徵：

- 1.易怒行為和無預兆發怒(在很少或沒有誘發因素下)，典型出現對人或物品的口語或肢體攻擊性行為。
- 2.不過後果或自殘行為。
- 3.過度警覺。
- 4.過度驚嚇反應。
- 5.專注力問題。
- 6.睡眠困擾(例如：入睡困難、難以維持睡眠或睡不安穩)。

(六)上述(二)、(三)、(四)、(五)症狀持續超過一個月。

(七)此困擾引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損。

(八)此困擾無法歸因於某物質的生理效應(例如藥物或酒精)或另一身體病況所致。

此外，可註明是否有解離症狀，針對壓力源表現顯示出下列一項以上的持續或反覆的症狀。

(一)失自我感：持續或反覆經歷脫離本身的精神或身體，宛如局外人(例如好像在夢中；感受到自己或身體不太真實或時間移動緩慢)。

(二)失現實感：持續或反覆經歷對周遭環境喪失現實感(例如覺得周遭的世界好像不真實，如做夢般、疏遠的或扭曲的)。

從創傷事件發生到出現疾病症狀之間的潛伏期有數週到數個月之久，如果創傷發生六個月以後才符合全部的診斷準則(雖然有些症狀可能很快就發生或表現出來)，則屬於延遲發病(with delayed expression)。

常見的職業相關創傷事件除包含(但不限於)參與戰爭、槍戰、於地雷區駕駛、於災區救援、工作中遭遇暴力或威脅、職業駕駛遭遇重大事故(如飛行失事)等事件；另由於 DSM-5 對於創傷事件之描述為「真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力」，關於具威脅性及重傷且與職業相關之範疇，可參照我國「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」之業務造成的心理負荷評估表納入「攸關生死」、「伴隨極度痛苦」或「遺存永久無法勞動之失能」的業務上的疾病或受傷，與業務相關而「使他人死亡」或「使他人受到攸關生死的重大傷害」，曾「受到強暴或壓抑本人意志之猥褻行為等的性騷擾」等事件，具體範例列舉如下：

(一)受到「需要長時間(約 2 個月以上)住院、符合職災失能年金給付或全民健保重大傷病卡的要件、遺留下無法回到原職的疾病等」的疾病或傷害。

(二)對於因業務上的傷病而療養超過 6 個月且正在療養中者，因傷病而「難以回歸社會」或「引發對死亡的恐懼或產

生強烈的痛苦」。

- (三)與業務相關而本人受輕傷或無傷，但經歷了可預期自己可能死亡之程度的事故。
- (四)目擊了與業務相關且受害者「死亡」或「伴隨大量出血」等特別悲慘的事故，且為「本人可能被捲入」或「本人或許當時能救助受害者」之狀況的事故。
- (五)與業務相關，使親近的同事或他人受到死亡、重度疾病或傷害(需要長時間(約 2 個月以上)住院、符合職災失能年金給付或全民健保重大傷病卡的要件、遺留下無法回到原職的疾病等)，且本人需面對事後的應對措施。

在進行職業相關的創傷後壓力症候群診斷時，醫師必須仔細詢問過去及現在的病史以排除非職業因素之影響，也必須調查過去的精神疾病史；除了工作史與工作內容的調查之外，也必須了解職業外傷發生的經過，在此同時應詢問個案在受傷時有無失去知覺的情形、受傷的臨床診斷、及受傷後的醫療住院情形；對於受傷及醫療後所殘餘的併發症或失能狀況都必須做完整的評估。

四、流行病學證據

在美國，使用 DSM-IV 準則推斷的 75 歲前終生風險為 8.7%，成年人一年的盛行率約為 3.5%。歐洲和大部分亞洲、非洲和拉丁美洲國家有較低的估計值，區間是 0.5%-1.0%[3]。根據 Breslau 等人在大規模社區樣本之終生盛行率研究指出，對於一般社區居民而言，PTSD 的終生盛行率從 1%到 3%不等，另外有 5%到 15%的人出現類似症狀但未達疾病程度。對於經歷過創傷事件的高危險群，PTSD 終生盛行率據研究統計從 5%到 75%，而在數年之後的盛行率通常小於 10%[4, 5]。

相似程度的暴露後發展成創傷後壓力症候群的條件機率可能於跨文化族群而有所不同，但退伍軍人和增加創

傷暴露風險的其他職業(例如：警察、消防員、急救人員)的機率較高[3, 6]。Wagner 等人針對 402 位德國專業男性消防員研究發現，18.2%的專業消防員診斷出創傷後壓力症候群症狀[7]。Perrin 等人的研究顯示，在 911 事件暴露於世貿中心救援和恢復工作的工作者當中，於 2-3 年過後有 12.4%可能有創傷後壓力症候群[8]；回顧性研究也顯示救援工作工作者相較於一般民眾有較高的創傷後壓力症候群盛行率[9]。Naghavi 等人針對訓練中的醫師進行調查，12%曾遭受針扎者有創傷後壓力症候群症狀[10]。

研究顯示在必須住院 24 小時以上的外傷患者有 10%發生創傷後壓力症候群，亦有 10%發生重鬱症(major depression)，而此兩種疾病常同時發生形成所謂共病現象(comorbidity)[11]。其症狀一般落於三大類現象中：患者會在夢中或記憶中不斷重覆事件經過、過度激動而影響睡眠或有睡眠障礙及拒絕想起或參與任何與災難事件有關的活動。在眾多流行病學研究針對一般社區族群進行 PTSD 及災難事件的盛行率和危險因子調查發現較為一致的危險因子包括：精神疾病病史、孩童時期創傷經歷、精神疾病家族史[12-14]。

加拿大的 Asmundson 等人在 1998 年報告顯示在工作意外傷害之後，有 34.7%的患者會出現創傷後壓力症候群的症狀，且出現創傷後壓力症候群的患者有較顯著的憂鬱症狀[15]。根據 MacDonald 等人以回顧資料方法，針對四十四名沒有明顯身體受傷而獲職業病補償的勞工作研究發現：82%勞工曾親身經歷過創傷事件，18%勞工則是目擊事件，而最常出現的創傷後壓力症候群症狀為失眠(96%)，其次為回想起事件的沮喪感覺(89%)，接下來是 86%的勞工會迴避易喚起創傷回憶的人、地、物[16]。Mason 等人針對 154 位受傷男性勞工，分別在 6 星期、6 個月、

18 個月做面對面訪談及問卷評量，職傷勞工比較明顯容易診斷出創傷後壓力症候群症狀，且引起訴訟的比例較高 [17]。

根據台灣的 921 地震災民調查發現性別(女性)、婚姻狀態(離婚／分居)、職傷後曾昏迷、受傷影響外觀、受傷後住院天數、過去創傷經驗、受傷前食用精神藥物與受傷後創傷經驗都是勞工職傷後容易有精神疾病與創傷後壓力症候群的危險因子 [18, 19]。依據中央研究院針對生活壓力的研究顯示本人受重傷、事業上的轉變及工作被開革均為正常人及精神病人組所認為的重大生活壓力事件，而另有研究顯示，事業上的失敗或破產也屬重大生活壓力事件。美國在 911 攻擊事件後，有許多未受傷的人也有創傷後壓力症候群，而臺灣的 921 地震過後也有類似情況，顯示事件的目擊者也與精神症狀相關。

國內研究發現因職傷住院三天以上之勞工，職傷三個月後有 6.8% 出現創傷後壓力症候群或部份創傷後壓力症候群的症狀、3.0% 有重鬱症、兩病共病者 2.3% [20]。在職傷 12 月後有 5.1% 的勞工出現創傷後壓力症候群或部份症狀、2.0% 有重鬱症之共病 [21]；到了職傷 6 年之後，7.2% 的勞工有創傷後壓力症候群或部份症狀，較職傷後 12 月為高 [22]。

五、暴露證據收集方法

判斷職業相關的創傷後壓力症候群時，對暴露證據的收集應包括下列幾項：

- (一) 暴露事件發生之時間、臨床診斷、有無失去知覺之情況、因為外傷所需的醫療狀況、醫療後的併發症、是否造成危及生命、外貌影響及殘障或失能的狀況均應儘量詳細記錄。

- (二)詳細描述個案與事件之間的關係；例如：親身經歷或現場目睹事件之發生。
- (三)如果需要，可詢問當事人之同事、上司、下屬、家人、朋友或蒐集其他書面或影像資料，或使用攝影機至工作場所，將工作場所及工作情況進行錄影記錄。
- (四)暴露之職業外傷事件種類，對於上下班途中的交通意外事故造成的外傷可以考慮納入。
- (五)勞工的工作時間表和工作項目、工作量、工作難易度以及從事該工作的時間。
- (六)收錄其他可能引起壓力之非工作相關暴露事件。

六、結論

必須在親身經歷或目睹職業相關的身心創傷或重大意外事故發生的前提下才依循下列原則進行評估與認定。

(一)主要認定基準：

- 1.應有精神科專科醫師作創傷後壓力症候群之診斷，診斷之內容項目，應符合有關 PTSD 之要項(參照三、醫學評估與鑑別診斷)。
- 2.職業所造成之創傷事件，應同時具備下列條件：
 - (1)該事件應符合診斷要件三、(一)關於暴露形式之描述。
 - (2)該事件為職業所引起(可參閱前述之常見的職業相關創傷事件)，或為上下班時交通意外事件。
- 3.原則上疾病症狀的發生是在創傷事件發生後數週至數個月內出現(較少超過 6 個月)。但如果屬於延遲發病者(創傷後至少 6 個月才符合全部的診斷準則)，需於 6 個月內有一些典型症狀，而可能直到停止暴露數年後(通常為 1-2 年)才確診。

(二)輔助基準：

- 1.相同經歷者出現同樣症狀或疾病的案例。
- 2.對於確診有精神疾病而不符合上述基準的個案，仍可依循「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」認定其工作之相關性。

參考文獻

- [1] Yamauchi T et al. Overwork-related disorders in Japan: recent trends and development of a national policy to promote preventive measures. *Industrial Health*. 2017;55(3):293-302.
- [2] 歐陽文貞：DSM-5 創傷後壓力症的診斷標準改變。DSM-5 通訊 2013；3(3)：35-40。
- [3] 曾念生等：DSM-5 精神疾病診斷與統計。第一版。新北市，合記；2018。
- [4] Breslau N et al. Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*. 2004;34(5):889-98.
- [5] Breslau N et al. The structure of posttraumatic stress disorder: latent class analysis in 2 community samples. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(12):1343-51.
- [6] Skogstad M et al. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*. 2013;63(3):175-82.
- [7] Wagner D et al. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(12):1727-32.
- [8] Perrin MA et al. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(9):1385-94.
- [9] Berger W et al. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(6):1001-11.
- [10] Naghavi S et al. Post-traumatic stress disorder in trainee doctors with previous needlestick injuries. *Occupational Medicine*. 2013;63(4):260-5.
- [11] O'Donnell ML et al. Psychiatric morbidity following injury. *American*

- Journal of Psychiatry. 2004;161(3):507-14.
- [12] Breslau N et al. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 1995.
- [13] Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(3):409.
- [14] Creamer M et al. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*. 2001;31(7):1237-47.
- [15] Asmundson GJ et al. Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998;12(1):57-69.
- [16] MacDonald HA et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2003;13(2):63-77.
- [17] Mason S et al. Outcomes after injury: a comparison of workplace and nonworkplace injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2002;53(1):98-103.
- [18] Chang CM et al. Predictors of posttraumatic outcomes following the 1999 Taiwan earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005;193(1):40-6.
- [19] Chou FHC et al. Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007;61(4):370-8.
- [20] Lin KH et al. Psychological outcome of injured workers at 3 months after occupational injury requiring hospitalization in Taiwan. *Journal of Occupational Health*. 2012;54(4):289-98.
- [21] Lin KH et al. Long-term psychological outcome of workers after occupational injury: prevalence and risk factors. *Journal of Occupational*

Rehabilitation. 2014;24(1):1-10.

- [22] Chin WS et al. Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2017;267(6):507-16.