

《香港長者自殺成因的跨專業研究》

報告摘要

葉兆輝博士
香港大學
自殺研究及預防中心及
統計及精算學系

齊鈇教授，博士
香港大學
秀圃老年研究中心及
社會工作及社會行政學系

趙鳳琴教授，英國皇家精神科醫學院榮授院士
香港中文大學
精神科學系

由 Drs. K. W. Boey, S.F. Li, C.W. Kwan and Ms. Bonny Wong (香港大學) 協助。

報告摘要

1.0 簡介

1.1 衛生福利局於一九九九年委託了香港大學及香港中文大學一個跨專業研究小組進行是項研究。該小組包括一位流行病學家、一位社會學家及一位精神病醫生。

1.2 是項研究旨在提供有系統和以研究為本的資料，藉以進一步了解香港長者的自殺行為。報告探討了不同的課題，包括參考有關長者自殺問題的文獻，比較不同國家和地區的情況；在特定人口組別研究長者自殺的一般心態；針對香港的情況進行心理剖析研究，以及檢視現行數據匯報系統的不足之處。

2.0 長者自殺問題概覽

2.1 全球各地的自殺率差別很大。例如匈牙利在一九九七年錄得的全國自殺率，為每 10 萬人便有 32.4 人自殺；至於美國，以及英國和威爾斯的自殺率則分別為 11.6 和 6.6(World Health Organisation,1999)。香港長者的自殺率在全球屬於中等。

2.2 在世界各地，長者是自殺的高危一族。雖然人數相對較少，但長者自殺率卻經常超出公眾甚表關注的青少年自殺率。此外，企圖自殺與自殺身亡的比例，在長者組別亦遠比青少年為低，這情況顯示長者較青少年有更強烈的自毀傾向和決心。(Conwell, 2001；Klinger, 1999；Yip & Chiu, 1998)。

2.3 自殺是一種“涉及多個層面的不安”(Shneidman, 1985)。與長者自殺有關的高危因素包括生理和心理健康欠佳、連翻打擊、缺乏社會支援、緊張沉重的生活擔子和個人性格的弱點。

3.0 與外國比較

3.1 正如上文所述，香港的一般自殺率在全球屬於中等。雖然長者(特別是女性長者)的自殺率較某些鄰近以非華人為主的國家和地區為高，但這個比率在過去二十年已穩定下來。儘管香港的整體自殺率上升，但長者自殺率則由一九九七年每 10 萬名長者便有 29.5 人自殺下降至一九九九年的 26.3 人，並在二零零零年趨於穩定。長者自殺率與整體自殺率的比例亦由一九九七年的 2.46 比 1 下降至二零零零年

的 1.99 比 1(圖 3.1, 表 3.1 及 3.2)。由此可見, 如能實行有效的預防計劃, 整體自殺率應可降低(即使不能, 至少也可維持不變)。

3.2 我們曾比較在一九八四至一九九四年間, 澳洲、香港、新加坡和台灣的長者所採用的自殺方法。在香港和新加坡, 六成自殺死亡的人都選擇跳樓輕生, 但這個方法在澳洲和台灣則較少人使用。香港和新加坡有超過八成人口居住在高樓大廈, 令跳樓成為最快捷方便的自殺方法。在澳洲, 居住在鄉郊的長者較多吞槍自殺, 女性則較多服毒自殺。由此可見, 採用哪種方法自殺, 主要是視乎這種方法是否方便易用。近來利用燒炭自殺的個案急升, 但香港的長者似乎不大喜歡採用這種方法。不過, 燒炭已成為另一種自殺方法, 而且令自殺數字不斷上升, 中年人尤其愛用這種方式自殺。

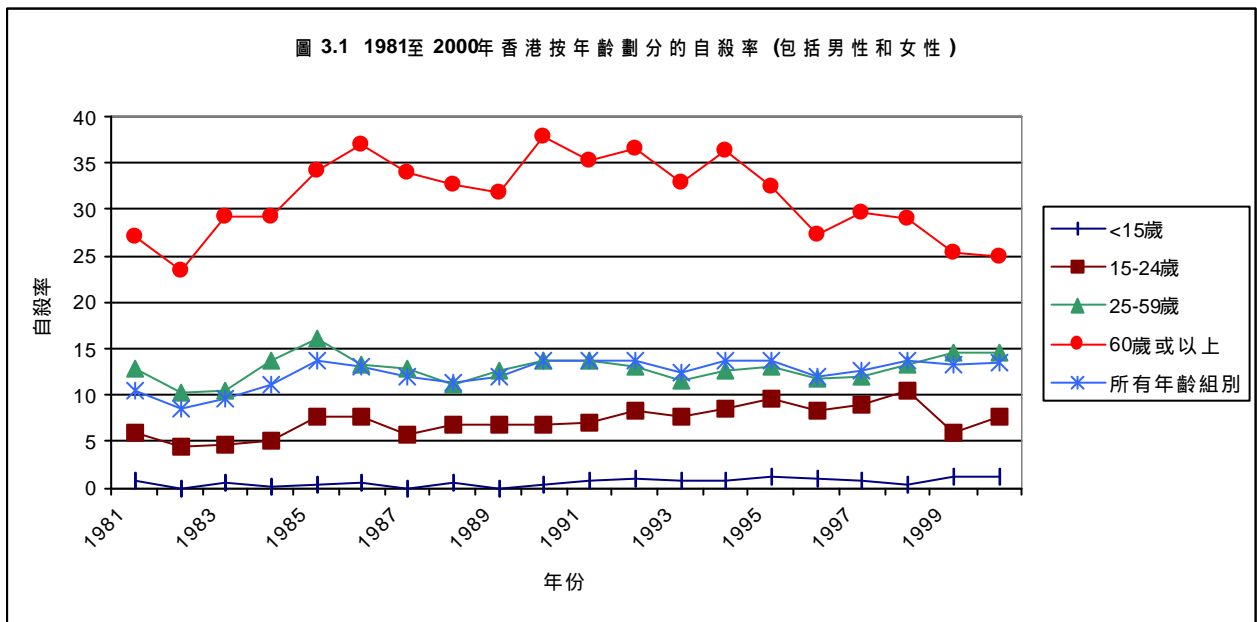


表 3.1 按性別、年齡和國家劃分的自殺率(每 10 萬人計算)

國家	年份	性別	15-24 歲	25-34 歲	35-44 歲	45-54 歲	55-64 歲	65-74 歲	75 及以上	所有年齡組別
亞洲國家										
中國(鄉郊)	1994	男	16.7	21.9	23.1	30.1	48.6	101.5	142.6	23.7
		女	33.0	42.0	29.0	31.1	44.8	74.7	100.5	30.5
中國(市區)	1994	男	3.6	6.3	7.5	8.3	9.0	16.9	38.2	6.5
		女	6.4	7.1	7.1	7.3	8.6	15.9	32.8	7.0
香港	1994	男	9.5	13.7	12.1	14.2	19.4	39.2	62.7	13.4
		女	8.7	9.8	9.5	9.7	19.7	26.0	49.1	11.3
日本	1994	男	12.0	19.8	24.1	35.6	38.9	29.7	55.1	23.1
		女	5.1	8.3	8.2	12.0	15.1	19.1	35.2	10.9
韓國	1994	男	11.0	15.7	16.5	20.3	22.4	28.6	46.1	12.8
		女	5.9	8.1	6.5	7.7	8.5	11.3	18.1	6.1
新加坡	1994	男	11.7	14.8	16.0	19.0	17.2	34.4	88.7	14.0
		女	10.2	8.4	10.2	9.0	13.9	20.3	56.3	9.6
西方國家										
澳洲	1993	男	23.7	27.7	21.1	22.9	22.2	22.2	30.9	18.7
		女	3.7	5.4	6.5	7.3	5.0	5.8	6.7	4.5
加拿大	1993	男	23.8	28.1	28.4	27.9	23.8	23.0	26.9	21.0
		女	4.7	5.8	7.9	8.7	6.8	5.5	6.4	5.4
芬蘭	1994	男	45.5	51.2	67.0	58.1	54.5	37.6	60.2	43.6
		女	7.8	10.7	18.5	23.6	15.0	11.3	9.3	11.8
希臘	1994	男	4.1	5.7	4.5	7.1	7.4	9.6	14.3	5.5
		女	0.4	1.2	1.3	1.4	2.7	2.9	3.0	1.4
匈牙利	1994	男	20.2	46.4	76.6	91.8	83.9	92.7	178.5	55.5
		女	5.2	9.0	18.6	23.3	20.0	26.3	66.2	16.8
新西蘭	1993	男	39.4	29.3	22.2	20.7	15.8	24.8	25.0	20.5
		女	5.9	9.7	5.5	7.3	8.6	4.8	3.9	5.4
挪威	1993	男	21.9	25.1	27.4	28.2	20.5	28.1	36.6	21.1
		女	6.0	7.5	7.6	6.3	9.6	10.1	9.6	6.5
波蘭	1994	男	17.9	27.9	39.5	45.6	32.7	37.0	35.4	24.7
		女	2.7	4.2	6.8	7.5	7.0	7.7	5.9	4.5
英國	1994	男	11.5	18.5	17.4	15.4	12.0	10.7	16.2	11.9
		女	2.2	3.8	4.0	4.6	4.5	4.3	5.7	3.3
美國	1992	男	21.9	24.0	23.7	22.4	24.1	29.9	52.3	19.6
		女	3.7	5.0	6.6	7.3	6.5	5.9	6.5	4.6

資料來源：世界衛生組織 1995 年年報

表 3.2 1981 至 2000 年香港按年齡組別和性別劃分的自殺死亡率

年份	自殺死亡率																
	15 歲以下			15-24 歲			25-39 歲			40-59 歲			60 歲或以上			所有年	
	整個			整個			整個			整個			整個			年齡組別	
	年齡			年齡			年齡			年齡			年齡			年齡	
男	女	組別	男	女	組別	男	女	組別	男	女	組別	男	女	組別	男	女	組別
1981	0.45	0.49	0.47	7.0	4.61	5.86	14.1	9.72	12.1	15.3	11.1	13.4	31.7	23.5	27.1	9.6	
1982	0.0	0.0	0.0	4.4	4.49	4.42	10.7	6.77	8.92	15.6	7.21	11.7	21.5	25.0	23.4	7.8	
1983	0.15	0.48	0.31	4.8	4.6	4.71	9.47	6.0	7.84	18.6	8.25	13.8	33.7	25.8	29.3	8.8	
1984	0.0	0.16	0.08	6.3	3.6	5.0	14.8	9.21	12.2	17.7	13.3	15.7	34.7	24.7	29.2	10.4	
1985	0.15	0.33	0.23	8.5	7.0	7.79	15.4	12.8	14.2	21.2	15.4	18.5	39.3	30.0	34.2	12.8	
1986	0.45	0.33	0.39	7.8	7.66	7.72	13.8	9.33	11.6	19.2	11.7	15.7	42.5	32.6	37.0	12.0	
1987	0.0	0.0	0.0	6.9	4.39	5.68	13.9	10.6	12.3	14.8	11.4	13.2	39.8	29.2	34.0	11.1	
1988	0.46	0.17	0.32	6.8	7.14	6.94	12.2	7.49	9.92	11.5	14.5	12.9	36.2	29.6	32.6	10.6	
1989	0.0	0.0	0.0	7.4	6.44	6.92	13.5	10.8	12.2	14.6	11.2	13.1	38.1	26.6	31.9	11.3	
1990	0.16	0.34	0.24	7.2	6.21	6.7	16.2	11.6	14.0	16.7	9.62	13.4	45.7	31.1	37.8	12.8	
1991	0.64	0.52	0.58	7.6	6.55	7.11	15.0	10.5	12.8	18.4	11.5	15.2	42.1	28.9	35.0	12.8	
1992	1.0	0.52	0.76	10.8	6.0	8.48	13.9	8.87	11.4	19.1	11.0	15.4	41.4	31.6	36.2	12.9	
1993	0.33	0.69	0.5	8.8	7.0	7.91	12.8	9.52	11.1	13.8	9.91	12.0	36.8	28.7	32.4	11.6	
1994	0.16	0.87	0.5	9.1	8.28	8.71	14.3	8.71	11.5	15.2	13.7	14.5	43.8	28.8	35.8	12.9	
1995	0.81	0.87	0.84	13.1	6.06	9.64	16.6	8.53	12.4	18.5	10.0	14.5	37.9	26.1	31.6	12.9	
1996	0.8	0.69	0.75	9.2	6.81	8.0	15.6	7.0	11.1	15.4	8.2	12.0	28.9	23.8	26.2	11.1	
1997	0.82	0.18	0.51	11.7	5.6	8.68	14.5	6.7	10.4	17.2	10.0	13.8	35.4	24.3	29.5	12.0	
1998	0.17	0.36	0.26	12.6	8.11	10.4	16.8	8.13	12.2	20.7	10.8	15.9	35.0	24.0	29.2	13.2	
1999	0.84	0.9	0.87	7.1	4.7	5.9	19.5	9.46	14.1	22.2	11.1	16.8	31.8	21.3	26.3	13.1	
2000	0.86	0.92	0.89	9.3	5.81	7.56	20.3	9.5	14.4	19.0	12.0	15.6	31.1	21.8	26.3	13.2	
平均	0.41	0.44	0.43	8.3	6.05	7.2	14.7	9.06	11.8	17.2	11.1	14.4	36.4	26.9	31.3	11.7	

備註：

- a) 並不包括年齡及/或性別資料不詳的個案：1981 年有 3 宗、1984 年有 2 宗、1988 年有 1 宗、1995 年有 4 宗、1996 年有 7 宗、1997 年有 1 宗和 1998 年有 4 宗
- b) 1981 至 1997 年的數字為政府統計處的登記死亡個案數字
- c) 1998 至 2000 年的數字為死因裁判法庭的非正式數字
- d) 1996 年以後的死亡率是根據政府統計處最新修訂的人口預測計算出來

4.0 趨勢調查

4.1 為了確定香港有自殺心態和行為的長者的估計數字，研究小組由一九九九年十月至二零零零年二月進行了一項特定人口組別調查，訪問了 917 名 60 歲或以上的華人(揀選作抽樣調查的長者有 1 500 名)，回應率為 72.5%。

4.2 調查的問卷包括兩方面的問題，分別針對有自殺念頭和覺得生命毫無意義的長者。約 7.4% 參與調查的長者認為生命毫無意義，而 5.5% 則表示有自殺念頭。

4.3 調查結果發現，身體健康欠佳，包括視力衰退、聽覺有問題、患有多種疾病，以及精神健康欠佳(如抑鬱)等，都是預測本港長者自殺心態的有效指標。此外，視力有問題和抑鬱等因素亦會令長者覺得生命沒有意義，而抑鬱更是導致長者有自殺念頭和感到生命沒有意義的主要心理因素。研究小組亦進一步分析個別因素與抑鬱的關係，結果發現經濟和人際關係出現問題是主要的高危因素。

4.4 根據趨勢研究，願意不斷適應轉變，積極應付和面對逆境的長者，與那些消極或應變能力較低的長者比較，不但生活得更適意，而且也較為開朗。

5.0 心理剖析

5.1 心理剖析是利用法醫學、醫學、法律等途徑，調查所謂可疑死亡的過程和原因。可疑死亡是指那些無法即時知道死者是否自殺的個案，例如因服用藥物死亡、在只涉及一輛汽車的交通意外中喪生等。心理剖析包括重組死者在死前數個星期以至數個月內的徵狀、性情、生活方式，以及可能導致自殺的原因等詳細資料。這些資料的來源，包括從個人文件收集有關死者心理狀況的資料；警方、醫生和死因裁判官的記錄；第一人的報告——死者家人、朋友、同事、同學和醫生的供詞或訪問記錄(Litman, 1989；Selkin, 1994)。這個重組資料程序原是用來協助死因裁判官找出死因不明個案死者最有可能的死因，現已逐漸發展為一套有系統的方法，用作研究自殺個案的多項高危因素(Shneidman, 1977, 1994)。

5.2 在這項研究中進行心理剖析，是為了追溯導致香港長者自殺的因素和情況。剖析旨在找出在自殺長者身上出現但卻不在對照組別長者身上出現的高危因素。研究小組在二零零零年三月至二零零一年六月，訪問了自殺長者的家人和朋友，共收集了 62 宗 60 歲或以上長者

自殺身亡的個案資料。這些資料後來用與 100 名年齡和性別相若的長者(對照組別)作了比較，回應率約為 76%。

5.3 調查結果顯示，自殺長者與對照組別長者的不同之處，是前者患有精神病、身體健康欠佳、遇到不愉快事件，以及有企圖自殺的記錄。另一個不同之處在性格方面。據調查所得，與對照組別相比，自殺長者較易焦慮、性格較為內向、不願意汲取經驗、較難相處、不願積極承擔責任等。如某些因素同時出現，例如近期精神紊亂、遇到不愉快事件、不願承擔責任的性格等，都是預測長者會有自殺危機的徵兆。

6.0 現行數據匯報系統的毛病

6.1 研究發現香港現行的數據匯報系統可能有兩個問題。首先，死因裁判官辦事處與生死登記處在匯報自殺數據方面有延誤。舉例來說，一宗死亡個案在年內的第四季發生，死因裁判官可能在下一年的第二或第三季才進行死因研訊。不過，在進行死因研訊時，可能已過了政府統計處所定的截止收集數據日期(一九九八年前為五月，一九九八年後為六月)。結果，該宗死亡個案未能計算入實際發生事件的年份內。根據政府統計處的已知死亡個案數字(表 6.1)，自殺死亡個案的數目是少報了 5% 至 18%。

表 6.1 1981 至 1998 年從登記死亡個案和已知死亡個案得知的自殺死亡個案數字

年份	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
登記死亡個案	501	412	471	562	696	665	620	598	641
已知死亡個案	497	405	460	555	684	641	601	569	609
相差	4	7	11	7	12	24	19	29	32
年份	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
登記死亡個案	729	735	749	684	780	799	722	777	863
已知死亡個案	679	689	727	638	741	718	646	645	819
相差	50	46	22	46	39	81	76	132	44

6.2 第二個問題是關乎把有可能是自殺死亡的個案歸入死因不明的檔案內(E980—E989)。研究小組曾翻查一九九七年歸入這部分的死亡檔案，發現其中約有五成個案可以歸類為自殺死亡。雖然近年屬於 E980—E989 的死亡數字不算大，但仍可最高佔自殺死亡總數達一成之多。

6.3 研究小組研製了一個數據匯報延誤程式，用以調整少報的數字。這個程式需要每年更新，以便每年根據政府統計處的已知死亡個案，提供準確適時的自殺死亡估計數字。研究小組建議設立一個永久的監察制度，以便能更適時監察本港的自殺趨勢。

7.0 建議

7.1 根據上述的研究結果，研究小組提出了多項建議。現把建議分述如下：

(a) 監測系統：

由於現有的匯報死亡個案系統不能適時或準確地提供香港的自殺估計數字，研究小組建議在死因裁判官辦事處的協助下，設立一個監察系統，這是一項須持續進行的工作，並需要政府的支援和撥款。研究小組建議政府支持香港大學新成立的自殺研究及預防中心。該中心的創辦成員，均為研究小組的成員，監察系統一旦設立，他們都具備所需的專業知識和經驗，維持監察系統的運作。本地和國際的自殺問題研究員均可使用收集所得的數據。香港設有正式的研究中心後，便可與國際間其他研究自殺問題的組織作出安排，不斷交換資料、研究結果和專業知識。

(b) 自殺檔案：

要取得海外地區詳細的自殺數字，必須支付若干費用。現時，獲取自殺數據其中一個最具成本效益的方法，是向世界衛生組織索取資料。世界衛生組織多年來一直有系統地向成員國收集自殺的資料。此外，國際自殺防治協會以及由世界衛生組織贊助的其他非政府機構，也是交換自殺資料和數據的理想組織。

(c) 預防工作：

有 5.5% 在趨勢調查中接受訪問的長者表示在過去一年曾有自殺念頭或嘗試過自殺。這些自殺念頭或嘗試自殺的行為與抑鬱和患病有莫大關係。在患病方面，心理剖析中約有 75% 自殺身亡的長者在自殺前一個月內曾向醫生求診，在自殺前三個月內曾看醫生的更超過 90%。因此，當局須研究如何利用這種情況進行介入的工作。其他國家的研究亦發現類似的情況 (Appleby et al., 1999; Conwell, 2001; Isomestsä, 2000; Pirkis and Burgess, 1998)。

此外，視力和聽覺有毛病、日常起居生活出現問題，以及缺乏社會支援網絡等因素，亦會容易促使長者萌生自殺念頭。值得一提的是，與子女同住，對長者會有好處。

i. 評估工具：

在心理剖析研究中，根據詳細的複迴歸分析，近期患有精神病、某些人生波折和性格特徵，都是用以劃分自殺長者和對照組別長者的重要指標。研究發現，採用 0.15 為折算點，評估長者是否有自殺傾向，評估的準確程度高達 92%，評估成效非常理想。基本上，當局也可制定一套識別高危長者的評估工具，尤其是可以同時用來識別長者的性格特徵和在人生中近期發生的不幸事件。

ii. 需加強在基層護理方面的介入服務：

由於有自殺危機的長者在自殺前不久，通常都有接受醫護服務，因此，普通科醫生和基層護理服務機構均可藉此良機介入。調查研究和心理剖析研究發現，抑鬱和聽覺及 / 或視覺受損，均可準確地反映長者有自殺的心態。Conwell 和其他人士(1998)的一項研究亦取得類似的結果。同時，在對照組別中，抑鬱似乎同樣是導致長者自殺的主要因素。與其他文化一樣，華人社會的長者多會以身體不適來表達心裏的不安和困擾，而不會告訴別人自己有抑鬱徵狀或自殺念頭 (Conwell, 2001 ; Chi et al., 1997)。

研究小組建議進一步加強基層護理人員的培訓，以協助他們識別和診斷患上抑鬱症和有自殺傾向的長者。此外，培訓可着重如何處理抑鬱而不是如何處理自殺。如可察覺和解決長者心中的抑鬱，長者自殺率或會因而下降。有一點須特別注意的，就是普通科醫生須懂得識別抑鬱症，並把患上嚴重抑鬱症或有自殺傾向的長者轉介給精神科醫生。這類個案應視為緊急個案處理，並須設立老人精神科快捷診療所，以便及早進行有效的介入工作。同時，也須加強老人精神科小組的服務，以便在第二層和第三層醫護服務方面，為普通科醫生、社會福利署和非政府機構提供支援。

應向前線醫護人員提供某些“鼓勵”，促使他們在診治長者期間，多花一點時間輔導長者。在大學和研究院的醫學課程，亦應加強訓練學員識別和有效治理長者的嚴重抑鬱和自

殺問題。我們明白醫學課程已編排得十分緊湊，但若採用以問題為本的學習方法，應能把抑鬱和自殺的課題納入現有教材之內。此外，持續教育是另一個有效的訓練途徑，讓醫生獲得更多訓練，以便察覺和處理長者和其他年齡組別人士的抑鬱和自殺問題。

iii. 社區外展服務

現時還有不少長者仍未能獲得基層護理人員提供的服務。他們有些是因為行動不便而須留在家中，以致未能出外求醫；另有一些是在偏遠地方獨居；沒有聯絡電話或基於其他原因外界無法與他們接觸；還有一些不願意接受醫護服務。社會福利署轄下的 36 支長者支援服務隊，現正為不便出外的長者提供社區外展服務。此外，生命熱線亦為有自殺念頭的長者推展一項外展計劃。這些積極的介入工作已能有效消滅這些長者的自殺危機。在所處理的個案中，有 79.3% 的長者在接受介入服務後情況轉好：52% 在轉介後一個月內情況已有改善，76% 在三個月內情況轉好。生命熱線的資料顯示，在受助人當中，只有一宗自殺身亡的個案（生命熱線，2000）。意大利進行的一項研究指出，由受過訓練的工作人員以電話與長者聯繫，可在社交和心理上給予長者有效的支援（De Leo, Carollo, & Dello Buono, 1995）。另一項研究亦顯示，對於患有抑鬱症和孤立無援的長者，積極的電話介入工作能取得理想的效果（Morrow-Howell, Becker-Kemppainen, & Judy, 1998）。這些研究顯示，同類的外展計劃相信可在香港推行。社會工作者、其他家庭成員或義工可接受有關的訓練，按編定時間表為長者提供外展服務。電話聯繫既快捷又符合成本效益，且有許多好處，因為接到電話的人可與外界接觸。向這類亟需援助的長者推行外展計劃，刻不容緩。不過，由於外展計劃的成本相當高昂，這些計劃是否需要制定周詳方案，並由曾受訓練的社工推行，尚有待決定。此外，我們希望市民大眾能改變固有的看法，多關注長者的需要，並積極與長者接觸，向他們提供援助。

根據生命熱線的經驗，華人長者不容易與別人傾訴心事。一般而言，他們的自尊心很強，經常隱藏自己的感情。因此，若要長者開放自己，坦誠與人分享內心的傷痛，便要與他們建立互重互信的良好關係。義務工作者會每月探訪每一位長者兩次，如有需要，更會增加探訪的次數。義務工作者亦會經常致電長者，加強接觸。藉着這種方法，義務工作者能

讓高危長者更開放自己，更坦誠表達心聲，抒發感受(生命熱線, 2000)。

iv. 教育家庭成員：

在這項研究的心理剖析中接受訪問的長者，分別約有 27% 和 36% 曾向家人明示或暗示他們打算自殺。這些長者的家人絕不應對這個警告訊號掉以輕心，並應立即尋求專業協助。此外，當局亦應推行更全面的計劃，回應這些家庭的需要，讓家庭成員的生活不會受到太大的影響。

v. 教育大眾：

當局必須讓市民大眾了解到長者患精神病(尤其是抑鬱症)的情況，使經常與長者接觸的人士，不管他們是否長者的家人，都能留意抑鬱的跡象和徵狀，並在有所發現時知會有關方面或長者的家人。及早發覺和治理這些疾病始終是最有效的預防方法。由於醫護專業人員對自殺仍有不少誤解，只有通過教育，才能讓他們掌握所需技巧，並在處理有自殺傾向的長者時更有信心。深信這方面的工作有助防止本港長者自殺。

vi. 推廣健康人生：

本研究顯示，超過 50% 的自殺死者都是健康欠佳甚至極差。大部分患有高血壓、心血管系統疾病、癌症、關節炎或支氣管炎。約有 61% 在自殺死亡前的三個月內曾經入院。提供資料者表示，有接近 70% 的自殺死者主要是因為健康問題而輕生。因此，必須喚起市民大眾要注意經常保持身心健康。此外，亦須與本地傳媒(包括電視台、電台、雜誌和報章)緊密合作，繼續推廣這個訊息，因為健康人生對所有年齡的人都同樣重要。

vii. 促使各界互相協調：

防止自殺的策略必須周全，並且獲得各界(包括醫院管理局、衛生署、社會福利署、非政府機構、學者和決策者)參與，才能夠發揮效用。各界在籌劃和提供防止自殺服務方面互相協調和合作，是這類介入工作能否成功的關鍵因素。

viii. 適當分配資源：

要進行各類介入工作、舉辦公眾教育運動和支付藥物(如抗抑鬱藥)的費用，是需要資源的。評估工作是防止自殺計劃的重要一環，任何研究建議都必須把進行評估所需的成本計算在內；亦須評估防止自殺計劃的效用。當局應根據實際需要分配資源。

8.0 結論

8.1 儘管香港的整體自殺率有所上升，但長者的自殺率自一九九七年起已逐漸下跌，並在二零零零年時趨於穩定。研究小組在多方面都看見香港政府的努力，包括在安老服務方面給予更多撥款；增加參與預防長者自殺工作的義工，以及為以研究為本的資料收集工作提供支援。這些工作都能有效地暫時令長者自殺率穩定下來，不再往上升。研究小組希望當局能繼續維持現有支援服務的水平，好讓我們的長者安享晚年。長者自殺不僅是醫療或社會問題，亦是一個公共健康問題，涉及社會每個階層。香港人口急劇老化，對這樣一個城市來說，改善安老服務，以及推動社會每一分子關懷長者，至為重要。

參考書目

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Chi, I., Yip, P.S.F., & Yu, K.K. (1997). *Elderly Suicides in Hong Kong*. Hong Kong: Befriender International, Hong Kong.
- Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: A review and recommendations for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (Supplement.), 32-47.
- Conwell, Y., Lyness, J.M., Duberstein, P.R., Cox, C., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (1998). Physical illness and suicide among older patients in primary care practices. (Abstract) Toronto: American Psychiatric Association.
- De Leo, D., Carollo, G., & Dello Buono, M. (1995). Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 632-634.
- Isometsä, E.T. (2000). Suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 143-147.
- Klinger, J. (1999). Suicide among seniors. *Australian Journal on Ageing*, 18(3), 114-118.
- Litman, R. E. (1989). 500 psychological autopsies. *Journal of Forensic Sciences*, 34, 638-46.
- Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S., & Judy, L. (1998). Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Research on Social Work Practice*, 8(1), 28-46.
- Pirkis, J., & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173, 462-474.
- Suicide Prevention Services (2000). *Evaluation Report on the Elderly Suicide Prevention Service*. Hong Kong: Suicide Prevention Services.
- Selkin, J. (1994). Psychological autopsy: Scientific psychohistory or clinical intuition? *American Psychologist*, 49, 74-75.
- Shneidman, E.S. (1977). The psychological autopsy. In L.A. Gottschalk, F.L. McGuire, E.C. Dinovo, H. Birch, & J. F. Heiser (Eds.) *Guide to the investigation and reporting of drug abuse deaths* (pp.42-56). Washington D.C.: US Department of Health, Education and Welfare.
- Shneidman, E.S. (1985). *Definition of Suicide*. New York: Wiley & Sons.
- Shneidman, E.S. (1994) The psychological autopsy. *American Psychologist*, 49, 75-77.
- World Health Organization (1999). Figures and facts about suicide. *WHO/MNH/MBD/99*. 1, Geneva: WHO.
- YIP, P.S.F. and CHIU, L.H. (1998) Teenage attempted suicides in Hong Kong. *Crisis*, 19, 67-72