
研究老人自殺問題工作小組報告

一 九 九 九 年 十 月

第一章 香港的長者自殺情況

引言

自殺是一個涉及多方面的問題，我們需要從社會、心理和生理的角度去了解這個問題。自殺不單是個人生命的結束，還會為朋友和家人帶來憂傷和痛苦。防止自殺是眾所關心的問題，但一般來說，青少年自殺往往較長者自殺更受人關注。不過，一九九五年世界衛生組織發表的國際自殺資料報告顯示，在報告所涵蓋的國家中，長者自殺率一般都較全國整體自殺率為高（見附件）。我們無意看輕青少年的自殺問題，但必須指出，長者自殺亦同樣不幸，同樣值得社會人士關注。

2. 在一九九零至一九九七年期間，本港已知的長者自殺死亡個案數字如下：

年份	65-74 歲	75 歲或以上	所有年齡
1990	104	101	679
1991	95	92	689
1992	102	113	727
1993	112	87	638
1994	115	108	741
1995	106	104	718
1996	84	85	646
1997	103	100	645

(資料來源：香港特別行政區政府統計處一九九八年的統計數字)

3. 根據上述統計數字，我們發現過去數年的長者自殺率沒有太大變動，約佔本港已知自殺身亡個案總數的三分之一。與其他國家相比，本港的長者自殺率屬於偏高。

年份	國家／城市	長者自殺率 (60 歲或以上)	整體人口 自殺率
1994	澳洲	16	12
1994	中國(北京市內)	13	4
1994	中國(北京郊區)	38	14
1995	香港	28	12
1993	紐西蘭	12	12
1994	新加坡	50	14
1991	美國	20	12

(資料來源：齊鈺教授等一九九七年香港長者自殺研究報告)

4. 我們必須小心研究上述數據，因為這是不同年份的統計數字，從不同的申報機制收集得來。各國的不同情況，例如文化和社會經濟上的差異，對數字都可能造成影響（Yip—1996、1998）。儘管如此，這些數字提醒我們有需要認真探討長者自殺的問題，並應制訂防止長者自殺的策略。

5. 本港有多個關於這問題的研究，其中一個研究（齊鉞教授等—1997）就一九八一年至一九九五年期間本港人口中不同年齡組別人士的自殺率作出分析。研究結果顯示，平均每 100 000 人中便有 30 名長者自殺身亡。在各組別中，女性長者的自殺率相對較低，而 75 歲或以上的男性長者自殺率則最高，平均每 100 000 人便有 50 人自殺身亡。報告亦指出，長者自殺率比年紀較輕者的自殺率高出 12 倍。此外，在研究的個案中，差不多全部自殺長者最少患有一種難熬的慢性病，但未必是絕症（如關節炎、哮喘和糖尿病）。個案中約有 40% 的長者在自殺前一個月內曾向醫生求診，只有甚少自殺長者是完全喪失自我照顧能力。這個報告有關長者疾病的研究結果，與老人權益促進會一九九七年的研究結果十分相近。後者指出，自殺長者普遍都患有多過一種疾病，其中約有 40% 情緒抑鬱。

6. 齊鉞教授等的研究（1997）顯示，個案中的自殺長者，有 70% 與家人同住，17% 是獨居。接近 68% 的長者在自殺身亡前曾向家人或他人透露有輕生之念。就經濟能力而言，大部分個案的長者都由家人供養，而依賴政府援助的只有 7%。在自殺率方面，沒有收入的長者較有收入的長者為高。此外，退休人士的自殺率最高，其次是家庭主婦。根據老人權益促進會研究（1997）顯示，60% 個案的長者每月收入介乎 2 000 元與 2 999 元之間，20% 介乎 1 000 元與 1 999 元之間，而收入低於 1 000 元及高於 3 000 元的長者，則各佔個案的 10%。

7. 在研究個案中，只有大約 18% 的長者在自殺前留下遺書（Ho 等—1998），當中大部分是男性長者，這可能與個案中女性長者的教育水平偏低有關。

8. 老人權益促進會一九九七年的研究，主要是以社會工作者的角度進行，這些前線人員都曾經接觸有自殺傾向或曾企圖自殺的長者。在研究的個案中，33% 的自殺長者曾私底下向社工透露有輕生念頭，另外 29% 的個案，則是社工憑觀察或在協助長者的過程中發現他們有自殺意圖。

9. 我們只引述了本港一些有關長者自殺問題的研究結果。不過，這些結果足以顯示問題非常嚴重，我們實有需要更深入了解長者自尋短見的原因。

第二章 導致長者自殺的要素

10. 如上所述，自殺是複雜的問題，原因很多，包括社會、心理、情感及環境等因素。自殺悲劇發生，原因往往錯綜複雜，若能深入探討分析，對預防長者自殺必定大有幫助。

面對衰老問題

11. 衰老帶來的問題不少。長者退休後會因為失去社會地位，又沒有收入來源而感到沮喪。此外，當他們照顧自己的能力日減，愈來愈需要依賴別人，自尊心也會大受打擊。中國社會的傳統觀念，認為長者苟多不事生產、仰給於人，這只會令社會對長者成見日深。

社會經濟發展

12. 香港的發展一日千里。在我們要追上時代步伐實在頗為吃力。傳統的家庭結構和支援，也隨着社會經濟的發展，出現多方面的變化。今日社會，核心家庭越見普遍。年青一代受西方文化影響，着重追求自我，這對長者在家庭中的傳統地位構成一定影響。以往，長者在家庭中備受尊重，家人事事都徵詢他們的意見。長者都希望得到年輕一代的敬重，但往往事與願違，以致兩代之間產生隔膜。要長者接受這個現實，可能不是易事。

不幸事故帶來的壓力

13. 有研究指出，遇上如喪偶這類不幸事故，容易引致自殺行為（Canetto—1991），尤以男性受影響較大。在美國，65歲或以上的女性喪偶的可能性，比同齡男性高出3.5倍，而年長寡婦再婚的機會較年長鰥夫續弦的機會低，但鰥夫自殺傾向卻較寡婦為高。原因之一，可能是對大部分男性長者來說，妻子就是他們感情上的依靠，而女性長者則通常有較多朋友可以傾訴心事。因此，男性會比女性更易因為喪偶而失去人際和感情上的依靠。此外，由於男性較多依賴妻子照顧起居飲食和打理家務，一旦喪妻，個人生活和健康所受的影響，會比女性喪夫所受的影響為大。不過，女性長者通常依賴丈夫賺取收入和管理財政，喪夫後要自己維持生計，這方面所受的壓力和困擾，可能較男性嚴重。無論如何，喪偶是常見引致自殺的原因，我們切不可掉以輕心。

長期患病

14. 多項研究的結果不約而同，都顯示長期患病是導致長者自殺的一個主要原因。身患惡疾的長者飽受痛苦煎熬，在無法忍受下，可能視自殺為一種解脫途徑，也希望不再負累家人。據 Sainsbury (1955) 估計，在較年輕的自殺者當中，因病自殺的比例約為10%，但在中年和高齡自殺者當中，這個數字則分別為27%和35%。Dorpat 等 (1968) 的研究發現，在60歲以上的自殺者當中，差不多70%是直接因為患病而自殺的。至於本港的情況，我們從自殺長者的遺書中得知，大部分長者自殺，是因為無法忍受長期患病帶來的痛苦，有些更表明自殺是為了減輕對家人的負累（齊鉞教授等—1997）。

情緒障礙

15. 有多項研究曾經探討長者的情緒病與自殺意圖之間的關係。一項本地研究（趙鳳琴教授等—1996）的結果顯示，在 55 名曾經企圖自殺，其後接受治療的長者當中，有情緒障礙的佔 49.1%（其中 27.3%患上抑鬱症，20%適應能力出現問題及情緒抑鬱，1.8%屬長期抑鬱）。在這些長者中，有極少數（3.6%）患有癡呆症，另外 36.4%並無患有任何精神病。與其他年齡組別人士的自殺個案比較，自殺長者患有精神病的情況並不算多，其中曾接受精神治療的長者僅佔 24%。在青少年自殺個案中，這個數字為 50%（齊鉞教授等—1997）。

支援網絡

16. 先前一項就一九三六至一九三八年間在倫敦發生的 390 宗自殺個案進行的研究（Sainsbury—1955）發現，與年輕自殺者的個案比較，年長的自殺者，自殺與獨居關係較大。Barraclough（1971）曾對 30 宗長者自殺個案進行研究，發現 50%的自殺長者是獨居的，而整體計算，社區內的獨居人士約佔 20%。不過，近期的研究結果（Conwell 等—1990）顯示，在 50 歲或以上的獨居長者中，自殺身亡的比率不會隨年齡增加。事實上，獨居未必等如與社會隔絕。一項對自殺長者進行的心理剖析研究（Clark—1991）顯示，在 54 名 65 歲或以上自殺身亡的長者當中，40%死時是獨居的，但 60%每周都會出外訪友，而 98%每周都與親友聯絡。上文亦曾提及，齊鉞教授等的研究（1997）發現，70%的自殺長者是與家人同住的。雖然獨居會帶來孤獨的感覺，但從上述研究結果可見，我們似乎忽略了要照顧和關懷身邊的長者。

財政問題

17. 經濟困難除了為長者增添煩惱，更可能令他們萌輕生之念。不過，這兩者之間的關係仍有待深入研究。老人權益促進會的調查顯示，自殺長者的收入偏低；齊鉞教授等的研究（1997）則顯示，大部分自殺長者都有家人供養。另一方面，露宿者和籠屋居民的自殺比率亦略高。

第三章 目前為長者提供的服務

18. 政府在照顧長者方面的施政方針，是老有所養、老有所屬、老有所為。為此，政府和非政府機構提供各種服務，為長者解決生活上的問題，促進他們的精神健康，以及協助他們積極面對人生。

解決長者生活上的問題

19. 長者都希望能夠在家安享晚年。有研究指出（德勤企業管理顧問公司—1997），本港大部分長者都希望繼續在家中居住，得到家人照顧。此外，只要有適當的支援服務，很多家庭亦願意把長者留在家中照顧。一直以來，政府都為體弱的長者提供社區照顧服務。目前本港共有30個日間護理中心，為1320名長者提供照顧和康復服務。這些長者都是健康情況日差，而且沒有全職護老者可以在家中照顧他們。至於在家居住但無力照顧自己的長者，家務助理員會為他們提供膳食、接送、打理家務和起居照顧等服務。本港目前共有134支家務助理隊。在一九九八年四月至十二月期間，這些家務助理隊的服務個案約有13500宗。

20. 另一方面，我們亦為未能在家中獲得妥善照顧的長者提供院舍服務。非政府機構營辦的安老院舍，現時獲政府資助的宿位超過16500個。政府亦通過“買位計劃”和“改善買位計劃”，向私營安老院購買合適的宿位，而目前這類受資助的宿位共有2000個。在照顧身體更為衰弱的長者方面，有1400個護養院宿位。此外，貧困的長者可通過綜合社會保障援助等保障計劃，獲得政府經濟援助。在有需要時，亦可獲慈善信託基金撥款資助。

21. 家庭是社會的基本單位，可以讓家庭成員得到照顧、支持和安全感。社會福利署（社署）和非政府機構提供各式各樣的家庭福利服務，為個別人士提供協助，藉以鞏固家庭關係，幫助家庭成員解決問題，或防止問題發生。家庭個案工作者會為家庭成員，包括青少年和長者，提供輔導和轉介服務。此外，我們還推行教育計劃，鼓勵長幼之間互愛互重。

健康護理服務

22. 衛生署開設長者健康中心，加強長者基層健康護理服務，並提高長者的自我照顧能力。長者健康中心除了每年為長者進行體格、心理和社交方面的健康評估之外，還會收集長者的病歷和健康資料，進行自殺因素評估。完成評估後，長者健康中心會為長者提供深入的個別輔導；在有需要時，更會安排覆診和治療。本港各區目前共有12個長者健康中心，到了一九九九年二零零零年度，將增設六個新中心。

23. 防止自殺的一個有效方法，是加強個人的意志力，令他們能夠應付人生的各種問題。為了促進長者的精神健康，衛生署的長者健康服務部制定多項健康教育計劃，包括由護士和臨牀心理學家在長者健康中心、長者活動中心、長者綜合服務中心和老人宿舍主持健康講座和交流小組，討論各項問題，例如認識老年的身心變化、溝通技巧、鬆弛力

法、如何面對喪親之痛、應付壓力等。非政府機構開辦的長者綜合服務中心也推行社區教育計劃，協助長者認識步入老年的變化、提升自尊，並以更積極的態度面對老年帶來的問題。

提倡積極的生活方式

24. 為了向長者推廣老有所為的觀念，我們必須鼓勵他們積極過活，利用本身的技能和知識，參與社區活動。社署舉辦的“長者義工計劃”鼓勵長者作出貢獻，積極投入社會。當局亦通過長者支援服務隊推廣長者擔任義工的信息，鼓勵長者參與社區網絡和鄰舍支援計劃，除了支援亟需照顧的長者之外，並為長者舉辦康樂和社交活動。目前已有超過 5 000 名長者義工參加。

25. 由一九九九年一月開始，社署推行一個為期三年的試驗計劃，名為“老有所為活動計劃”，為長者和不同年齡的義工提供機會，讓他們為長者舉辦創新的活動。“老有所為活動計劃”的目的，包括協助長者學習新知識和新技能；鼓勵他們參與社區事務；培養敬老護老的社會風氣；鼓勵長者和不同年齡組別的人士擔任義工，向亟需照顧的長者伸出援手。活動計劃的範圍，可以包括持續學習、培養公民意識、提倡敬老護老和推行長幼一家的活動。我們預計“老有所為活動計劃”會惠及長者超過 200 000 人。

26. 政府部門和非政府機構都有合辦或分別提供各種長者服務，包括聯誼、康樂、持續教育和就業輔導，協助長者保持活力充沛。此外，教育署的成人教育組亦與非政府機構攜手合作，開辦專為長者而設的課程，例如關於退休前生活、退休生活、社會教育、品德教育等課程和中文基本讀寫能力班等。在一九九七至九八學年（截至一九九八年八月），為長者開辦的課程共有 183 個，參加總人數達 8 344 人。

27. 為了向市民灌輸敬老愛老的觀念，社署在一九九四年推出長者咭計劃。根據這個計劃，65 歲或以上的長者會獲公營和私營機構提供優惠和優先服務。截至一九九九年四月三十日止，因長者咭受惠的長者大約有 590 000 人，參與計劃的公營／機構超過 1 629 間（4 063 個服務單位）。

社區網絡

28. 在一九九六年，社署聯同其他政府部門和香港社會服務聯會，推行了一項“長者社區網絡計劃”。這個計劃的目的，是建立一個服務機構和義工網絡，為亟需協助的獨居長者提供照顧和支援，讓他們得以繼續在社區過獨立的生活。這項計劃在一九九六年展開，為期兩年，期間確定亟需協助的長者約有 15 000 名，當中超過 7 000 名已獲安排義工照顧。根據這項計劃的一份檢討報告所載，參加計劃的長者和義工均認為計劃很有成效，有助加強長者的社會支援，以及促進他們的身心健康，因此值得繼續推行，但仍應改善服務方式，以期收到更佳效果。自一九九八年十月起，這項服務由綜合服務中心的長者支援服務隊負責。目前成立的長者支援服務隊共有 31 支，在二零零一年三月底前，會有另外五支隊伍投入服務。

非政府機構推行的計劃

29. 多個非政府機構都有主動研究長者抑鬱和自殺問題，其中撒瑪利亞會生命熱線部更創辦“預防老人自殺計劃”，幫助需要照顧的長者，並藉以喚起市民對長者自殺問題的關注。撒瑪利亞會獲政府獎券基金撥款 270 萬元，在一九九八年五月推行“預防老人自殺計劃”。這項計劃為期兩年，主要目的是加深社會人士對長者自殺問題的了解，從而防止慘劇發生。計劃分為兩部分，第一部分是推行社區教育計劃，包括舉辦座談會、訓練課程、展覽和社區活動，以增進長者、護老者、醫療專業人員以至廣大市民對長者自殺問題和預防自殺方法的認識；此外又為長者服務的專業人士和義工提供訓練，指導他們如何察識長者意圖輕生的一些徵兆。第二部分為“益友服務”，旨在協助因有自殺傾向和情緒抑鬱而轉介至該會的長者。參與服務的義工都受過訓練，通常亦具備接聽撒瑪利亞會防止自殺電話熱線的經驗。他們會視乎情況的嚴重程度，安排即時及／或定期探訪這些長者。他們會接受輔導技巧訓練，並會得到資深義工和社工協助。義工藉探訪時與長者談話，聆聽他們傾訴，可以為長者提供情緒上的支援和輔導，從而令他們打消輕生念頭。“益友服務”在一九九九年一月開始推行，估計會處理大約 80 至 100 宗長者意圖自殺個案。

員工培訓

30. 當局會為社會工作者、護士以及提供安老、醫護、精神康復、個案工作或其他服務的員工舉辦在職訓練課程，指導他們如何為需要照顧的長者提供協助。課程內容包括長者心態分析、長者的心理社會需要、輔導技巧等。

結語

31. 正如上文所述，本港目前已提供多種服務，照顧長者的不同需要。不過，要預防長者自殺，我們必須採用更集中的處理方式，結合不同界別的力量，幫助有需要的長者。我們除了要向亟需照顧的長者伸出援手，還須為正式和非正式的護老者提供訓練和教育，讓他們對長者的心理社會需要有更多認識。我們還須讓長者的家人明白，他們的支援對長者是如何重要。至於經常與長者接觸的專業人員，我們須提醒他們注意導致長者自殺的各種因素，並提供充足的訓練，讓他們可以在有需要時提供協助。因此，各界專業人士務須加強聯繫，合力處理長者自殺問題。

第四章 防止長者自殺的建議

32. 一個人陷於困境，自覺走投無路時，往往會萌生厭世之念。其實，只要及時加以協助和輔導，很多時都可以防止人們自尋短見。研究長者自殺問題分組在考慮目前為亟需照顧的長者提供的服務，並參考文獻記載的外國做法之後，提出了一些建議，以滿足長者的心理社會需要和防止長者自殺。這些建議涵蓋長者健康、員工培訓、協助長者、認識問題、編訂資料和公眾教育等方面，詳見下文。

宣傳和公眾教育

33. 社會人士必須摒除偏見，改變對長者和老年的看法，不再以為人老了便必定依賴他人和不事生產。一般市民都不太關注長者自殺問題，而且普遍有一種錯誤的觀念，認為公開討論自殺問題，便會促使更多長者自尋短見。當局應舉辦宣傳和教育活動，向公眾傳達正確的信息，並推廣敬老護老的社會風氣。當局應透過宣傳和教育活動，提倡敬老精神，讓市民更加了解長者的心理社會需要和情緒抑鬱狀況，以便正確處理有關問題。

家庭支援

34. 家庭的照顧和支援對長者非常重要。本港有七成長者曾向家人透露有自殺念頭（齊鉞教授等—1997），這點反映出長者渴望得到家人的幫助，但是，由於種種原因，家人可能忽略了這些求救信號，或者沒有給與認真看待。讓市民進一步認識家中長者可能自尋短見的一些徵兆，從而更留意他們在情緒方面的需要，是十分重要的。多花時間與長者談話，聽他們傾訴，或許即可讓他們宣洩心中積壓的情緒。當局應透過護老者支援中心以及社署家庭生活教育組所舉辦的家庭活動，派發宣傳小冊和提供資料，闡述有關的轉介及治療途徑。此外，也應鼓勵市民不要忌諱為家中長者向外求助。為護老者提供訓練，也是宣揚有關信息的一個方法。

前線工作人員的培訓

35. 在老人權益促進會進行的調查當中，有超過九成的社會工作者表示沒有足夠的訓練和技巧來協助亟需照顧的長者（老人權益促進會—1997）。此外，齊鉞教授等在一九九七年發表的研究結果，亦促使我們留意安老院舍內一些亟需照顧的長者的情況。在 279 宗研究個案中，有 5% 個案的長者是在住院期間自殺的。有關方面未能及時給予協助以阻止悲劇發生，實在令人關注。工作小組可促請前線工作人員提供職前訓練，提醒他們留意長者情緒抑鬱的徵兆，並改善輔導長者的技巧。前線工作人員，例如家務助理員、起居照顧員、義工等，應優先接受訓練。當局應把長者轉介至家庭服務中心接受較深入的輔導，屆時應更加着重這方面的工作和長者的心理社會需要。此外，專業輔導技巧訓練也非常重要，因此，社署應為社工提供更多有關的在職訓練。

醫療專業人員的培訓

36. 外國和本港的研究結果都顯示，在自殺的長者當中，有多達四分之三在自殺前不久曾向醫生求診（Conwell—1994；齊鉞教授等—1997）。不過，長者有自殺傾向而未為人察覺，可說屢見不鮮，因為有些長者會把情緒低落表現為身體上的毛病（例如頭痛、失眠等），而有部分醫生亦未必能察覺問題所在。若醫生對這些潛在的徵狀有所認識，對於防止長者自殺將有莫大幫助。為醫療專業人員，包括醫生、護士和其他專職醫療人員舉辦的職前訓練課程，在談及如何鑑別和協助處理病人面對的困境時，應着重講解病人的心理社會需要。此外，亦應通過有關的醫學院和學會舉辦的研討會、講座和課程，為這些人員提供在職訓練。現建議當局考慮把這方面的在職訓練納入醫療專業人員持續醫療教育課程。

為亟需照顧的長者提供外展服務

37. 獨居的長者或遇到不幸事故（例如喪親）的長者，都可能亟需照顧。注意這些長者對支援服務的需要，也是防止長者自殺工作的重要一環。社署推行的社區網絡計劃已證實能幫助亟需照顧的長者。因此，現建議加強為亟需照顧的長者而設的社區網絡。當局應鼓勵所有義工，不分老幼，都參與協助亟需照顧的長者。正如上文第 4 段所述，當局應為義工提供訓練和輔導，讓他們掌握這類外展工作所需的技巧。

協助處理抑鬱問題

38. 有自殺傾向的長者會出現一些情緒病，而抑鬱是其中常見的一種（趙鳳琴等—1996）。對於瀕臨自殺邊緣的長者，有關方面必須即時給予協助。當局應考慮及早安排專科醫療人員協助亟需照顧的長者。

設立資料庫

39. 了解長者在萌生自殺念頭時的心理和情緒狀況，對臨牀和研究工作會有幫助。不過，基於種種原因，自殺的長者不一定會留下遺書。現建議有系統地收集自殺個案的資料（包括自殺死亡和企圖自殺的個案），以及有自殺傾向長者的資料。此外，找出在哪些方面可能會少報自殺事件，也有助於準確評估有關情況。監察長者自殺的趨勢，可了解他們自殺的原因，從而制訂切實的對策以防止長者自殺。

研究

40. 長者自殺的原因不一而足，我們必須瞭解箇中問題，才能對症下藥。當局應進行較深入而全面的研宄，找出導致長者自殺的各種因素，以及這些因素相對的重要性。現建議對研宄結果進行評估和分析，以便採取更切實的行動去解決問題。研究範圍可包括曾試圖自殺或有自殺傾向的長者，以及長者自殺死亡個案的資料。此外，也可透過與死者親友的訪問，為死者進行心理剖析，追查死者的個人經歷和病歷，以便“重組”案情，找出背後的原因。

為長者提供醫療健康服務

41. 研究結果顯示，疾病纏身是長者自殺的主因。當局必須協助長者促進和保持身心健康，藉此減低他們自殺的機會。現建議更在系統、更全面地考慮加強長者的醫療健康服務。

第五章 總結

42. 自殺是一個不幸。他們對社會經濟發展貢獻良多，理應受到尊敬和照顧，安享晚年。導致長者自殺的原因極多，要根除這個問題並不可能，不過，我們也應設法減少這些不幸事故。

43. 自殺涉及的問題錯綜複雜。一般來說，長者不會因一時衝動而自殺；一些研究結果顯示，長者自殺前通常會考慮好一段時間。長者自殺的原因很多，包括被人遺棄、痛楚、憂慮、有事不能解決、遇到挫敗等。鑑於很多長者在自殺前確實曾向人透露有輕生的念頭，我們必須特別加深對長者的心理社會需要的認識。

44. 家庭的角色非常重要。大部分長者都與家人同住，並由家人照顧。長者在有需要時，通常會先向家人尋求協助和支持，家人如能對長者的需要多加注意，必定會大大紓解長者的抑鬱和困擾。

45. 要減少長者自殺事故，必須及早防範。與長者有接觸的前線專業人員和員工，未必知道本身在識別有自殺傾向的長者和防止他們自殺方面所擔當的重要角色。提供培訓和支持，可讓這些人員具備所需能力去輔導亟需照顧的長者，以及轉介他們接受適當的服務。社會服務工作者和醫療專業人員之間協調得當，有助於加強長者的支援網絡。

46. 我們應讓廣大市民知道問題的嚴重性，鼓勵大家關懷照顧長者。如能為老年早作打算，在即將步入晚年時，便有足夠的心理準備。

47. 外國和本港曾對長者自殺問題進行多項研究，從不同角度探討這個問題。研究導致長者自殺的因素，並編訂這方面的具體資料，可方便當局更有效地運用服務資源為長者提供協助。

48. 自殺是一個社會問題，因此，我們需要社會各界齊心協力，以防止長者輕生。無論當事人的年紀有多大，自殺都意味着提前結束生命。年長者自尋短見，對我們的社會來說，是一種無法彌補的人才和資源上的損失。我們必須關心今日和未來的長者，致力防止他們輕生（McIntosh—1990）。

研究長者自殺、抑鬱問題工作小組
— 九九九年七月

參考資料

1. R. Kastenbaum, Death, Suicide and the Older Adult. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Volume 22(1), 1992, Guilford Press. pp. 1 - 14.
2. J.L. McIntosh, Epidemiology of Suicide in the Elderly. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Volume 22(1), 1992, Guilford Press. pp. 15 - 35.
3. S.S. Canetto, Gender and Suicide in the Elderly. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Volume 22(1), 1992, Guilford Press. pp. 80-97.
4. J.L. McIntosh, Older Adults : The Next Suicide Epidemic? Suicide and Life-Threatening Behaviour, Volume 22(3), 1992, Guilford Press. pp. 322-332.
5. I. Chi, P.S.F. Yip, K.K. Yu (1997), Elderly Suicide in Hong Kong. Befrienders International, Hong Kong.
6. Y. Conwell, Suicide in Elderly Patients. In Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. L.S. Schneider, C.F. Reynolds, B.D. Lebowitz, A. Friedhoff (eds). American Psychiatric Press, 1994. pp. 397-413.
7. G.J. Kennedy. The emerging agenda for prevention through research and public policy. In suicide and depression in late life. G.J. Kennedy (eds) John Wiley & Sons, Inc., 1996. pp. 153-161.
8. H.F.K. Chiu, L.C.W. Lam, A.H.T. Pang, C.M. Leung, C.K. Wong. Attempted Suicide in Chinese Elderly in Hong Kong. General Hospital Psychiatry 1996; 18 : pp. 444-447.
9. 李昶偉 (1997) : “安老服務社會工作人員對處理老人自殺個案的意見調查” , 《老人自殺資料彙編》 , 香港 , 老人權益促進會。第 91-113 頁。
10. 王潤泉 : “從社會政策層面回應香港老人自殺問題” , 《老人自殺資料彙編》 , 香港 , 老人權益促進會。第 137 - 158 頁。
11. T.P. HO, P.S.F. Yip, C.W.F. Chui, P. Halliday (1998), Suicide Notes: What do they tell us? Acta Psychiatrica Scandinavica 98 467-473.
12. P.S.F. Yip (1996) Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing 1981-1994 British Journal of Psychiatry 169, 495-500.
13. P.S.F. Yip (1998) Suicides in Australia and Hong Kong: An East and West Experience. Crisis 19, 24-34.

自殺率（每十萬）按性別、年齡及國家分類

國家／城市	年份	性別	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75&+	所有年齡
中國（北京郊區）	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（北京市內）	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
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
紐西蘭	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
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
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
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
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：1995年世界衛生組織年鑑）

