



2007年9月

編者的話

歡迎閱覽新的

老人精神科速治服務
(ESPP; Elderly Suicide
Prevention Service)

快訊!

在七月份舉辦的書展，有一本書引起了很大迴響，這本書名為《我要安樂死》。作者「斌仔」原是一位準教師。在一次體操訓練的意外中，不幸傷了頸椎，導致全身癱瘓。他竭盡心力，在病床上，透過電腦，一字一句地寫出了他的心聲。他的故事，令我們不得不重新審視「安樂死」這個概念的法律和道德涵義。而在今期的快訊裡，香港城市大學人文及社會科學學院副院長莊明蓮博士講述她與同事們如何研究香港長者對「安樂死」的看法。長者們一針見血的言論，令這個沉重的題目平添不少趣味，值得細心欣賞。



近日番禺爆發禽流感，令港人又一次感到，疫症的威脅原來近在咫尺。2003年的SARS，奪去了299條港人的生命，這些許多人都記憶猶新。究竟**災難與自殺**有沒有關連呢？這是個值得深思的問題，也正是本期快訊中「自殺學新知」專欄探討的對象。

隨著我國在全球的影響力日增，中醫藥也日益受重視。**耳針治療**，這種傳統中醫學的一種重要治療方法，近年也用於抑鬱症。葵涌醫院高級物理治療師許偉智先生介紹了這種治療方式的使用實況。

本期繼續介紹各聯網的老人精神科速治服務，今次介紹的，是**九龍中聯網**的服務。而問答篇則釐清了一些對長者自殺行為的誤解。

目錄:

編者的話	1
速治服務介紹	2
香港長者對安樂死的意見	4
耳針治療老年抑鬱症	7
教學活動	8
自殺學新知	9
讀者來信	11
編輯委員會	12



速治服務介紹- 九龍中聯網



陳德良 精神科護士長
九龍醫院 速治服務

由於香港老人的自殺率偏高，香港政府於二零零二年開始推行防止老人自殺計劃。因應這個計劃，九龍醫院的老人精神科速治服務於二零零二年十月開始提供服務，服務對象為居住於紅磡、土瓜灣、九龍城、何文田、大環山、馬頭圍、樂富、黃大仙、新蒲崗、橫頭磡、竹園、沙田坳村、慈雲山、鑽石山、西貢、尖沙咀、佐敦及油麻地區內，六十五歲或以上患有抑鬱症或自殺傾向的長者。



九龍醫院的老人精神科速治服務設於九龍醫院精神科門診部內，主要成員包括老人精神科醫生及精神科護士。

由於速治服務設於門診部內，所以醫生、護士及病人間的溝通大大加強，這對病人的評估、支持、診症時間的安排及治療都幫助不少。

當我們收到轉介信後，如當時病人已在門診部，速治服務的護士會約見病人，並即時進行評估；如病人不在門診部，速治服務的護士會於七個工作天內進行家訪或電話跟進，評估病人。速治服務的護士會把評估結果與老人速治服務的主管醫生商討，安排一些需要盡快得到治療的病人於七個工作天內給醫生診治，使他們得到快速的治療及護理。

爲了加強對病人的監察及跟進，醫生及護士會每星期舉行一次例會，討論個別病人的問題及跟進情況；此外，護士會進行家訪及電話跟進，使病人得到適當的照顧及支持。我們亦會因應病人的情況，轉介給心理專家或職業治療部跟進。



速治服務介紹- 九龍中聯網

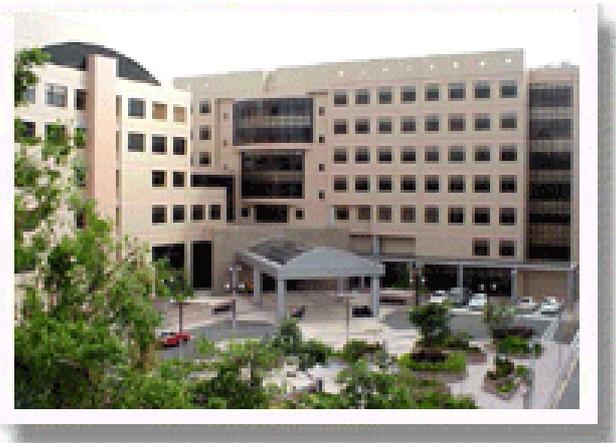


一些病人可能因某些原因拒絕到精神科門診部覆診，如果我們察覺該病人的情況很嚴重，我們會盡早進行家訪，替該病人診症，並給與適當的治療和護理，減少他們自殺的機會。

對於一些非政府機構的轉介者，例如：家庭綜合服務中心或地區長者中心的社工，我們會與他們保持緊密的聯繫和合作，加強對病人的了解、跟進和支持，使病人得到更適當的照顧和治療。

除了對病人的治療和護理外，我們也很重視對病者家人的支援，如我們察覺他們因照顧病人而有任何情緒上的問題或已有一些精神病的徵狀，我們會轉介他們給該病人的主診醫生跟進，這樣，病人及其家人便可以得到更全面的照顧和支持。

我們十分重視與社區的合作，加強老人精神科速治服務，我們相信要有效地減少老人自殺的發生，單靠醫院的努力是不足夠的，只有透過社區的長者中心、家庭綜合服務中心，我們才可讓社區內患有抑鬱症或自殺傾向的長者得到更快捷及更適當的治療。我們會定期與聯合醫院老人精神科速治服務、九龍中及九龍東的地區長者中心主任、家庭綜合服務中心主任及兩區的福利專員舉行會議，加強溝通及提升服務質素。



我們非常重視社區的心理衛生教育，我們的護士會定期到各社區的老人中心，講解有關老年抑鬱症及老人的自殺問題，喚起大家對這些問題的警覺性，鼓勵大家積極及正面的處理這些問題，我們很強調互相扶持的精神，希望大家能增強戰勝抑鬱的能力。



香港長者對安樂死的意見

莊明蓮博士 香港城市大學
人文及社會科學學院副院長暨
應用社會科學系副教授

1. 研究方法

筆者與霍瑞堯博士於2001年進行兩個焦點小組，邀請了18位70至75歲居住在社區的長者參加。他們都是社區長者服務中心的會員，學歷大部份低於小學程度，部份從未就學。討論主要集中於他們是否贊成安樂死，及贊成或反對的原因。

焦點小組的討論在參加者的同意下，全被錄音，再由研究助理用文字記錄下來，然後加以分析。

2. 研究結果

討論的內容可歸納為三方面：對安樂死的態度，原因及安樂死名稱的建議。

2.1 是否贊成安樂死？

大部份參加的長者皆支持積極安樂死，即是贊成患上末期絕症的病人應該有權要求以一些積極的方法，例如注射致命的針藥，來提早結束生命，以減輕痛苦。

不過參加者皆強調，安樂死一定要由病人自己提出，而醫生亦診斷當事人是患上末期絕症，最好是超過一位醫生的診斷。

「個病係絕對無得醫」

「信醫生，交俾佢哋決定：醫生個決定好緊要囉，醫生知道哂你哋啲情況嘛！」

有參加者還提出一定要規定有一個冷靜期。

另一方面，亦有參加的長者反對安樂死。

「基督教耶穌受難十分辛苦，流到一滴血都無才死，為什麼？還不是為救人？故此，仲有少少生命氣息，都要救佢。」

2.2 支持安樂死的原則

他們支持安樂死的原因可分為三大類：

2.2.1. 最主要的原因乃是減輕病人的煎熬及痛楚

「剛到背脊都爛晒，食又唔食得，病牀側邊又吊到好似水瓜棚咁樣，成身都插滿喉，根本佢同死差唔多，點解你哋仲要俾佢活受罪呢？」

「我哋中國人，最緊要收尾個兩年，壽終正寢呀；如果係辛苦落去呢，就實在係好殘忍。咪以為話終止佢性命就好殘忍，其實繼續受苦而無得醫，根本係個折磨。」

「獻世！」

「死又唔係咩事，終於要走個D路，問題係去得好唔好啫。」



2.2.2 不欲成為家人的負擔:

不少參加者皆不願意加添家人在精神上及實質上（包括經濟上，照顧上及時間上）的負擔。

「久病無孝子，子女要返工，那有時間時時探佢；家庭嘅收入又唔係多，那可以長期咁樣？」
「佢家人又辛苦，自己又辛苦，兩方面都辛苦！」

2.2.3 部份參加者覺得老年病人比年青病人更應執行安樂死，因為他們覺得老人沒有用，對社區及社會沒有貢獻，甚至有個別人士覺得繼續醫治只是浪費人力物力。

「我哋上咗年紀嘅人都贊成安樂死！」

「年老病人復元嘅機會好微，抵抗力弱嘛！」

「浪費人力物力啦！」

「究竟有無價值醫佢先？」

「後生同我哋唔同，如果佢三幾十歲，都想醫得一日得一日啦！」

2.3 安樂死的名稱

有數位參加者反對安樂死這個名稱，因為中國人不太喜歡說及「死」。以下是他們的建議：

「安樂死好肉酸...應該「安然去」或者「安然退」，個音無咁高，簽字就安然去或安然退，死死聲中國人最驚。」

「安然冥。」

3. 討論

焦點小組的參加者指出，根據他們的觀察，年老人士比年青的更支持安樂死；這與筆者另一項隨機抽樣的住戶調查結果一致；但是一些外國的研究卻有相反的發現。

為什麼本港的老年人士會傾向支持安樂死呢？焦點小組討論提出了三個不同的因素，包括：

- 1)減少病人的痛楚及辛苦
- 2)免除家人在精神，經濟及時間上的照顧負擔，與及
- 3)老年人既然離死期不遠，故此不用太花費人力物力去搶救；不如設法讓病人快些沒有痛苦地死去。這亦顯示老年人士並不怕死，但最希望是「好死」--即是快速，舒服地死去。



另一方面，參加者對安樂死的支持其實十分謹慎，強調先要考慮幾個先決條件，包括：

1. 病人患上的乃不治之症，而且為病人帶來極大的痛苦及嚴重影響其生活質素（例如臥床，不能自行進食，甚至身體變形）。
2. 病人在清醒狀態下主動要求安樂死。
3. 超過一位醫生，最好是資深的醫生，診斷為絕症。
4. 規定要有冷靜期以杜絕一些衝動的決定。

當然並不是每一位參加者也同意這些原因，例如其中一位參加者便指出 80 歲亦非老年，因為有些人可以年過百歲，故此反對以年齡作考慮。而且有兩位參加者乃基督徒；基於基督釘十字架救人之心，因而反對任何非自然的死亡。

4. 建議

- 4.1 這些討論反映出寧養服務的重要性。一個全面照顧病人身心健康，控制痛楚的服務應可大大減低病人的辛苦及不適，從而減低對安樂死的要求。
- 4.2 長者十分體諒家人，寧願犧牲自己也不願負累家人。故此，我們應加強對護老者的支援，例如提供輔導，情緒支援及實質的支援服務(例如日托服務)，幫助他們平衡工作，家庭及護老的不同角色及壓力。
- 4.3 年齡的考慮反映香港長者自我形象較低，覺得年青人比年長人士更能貢獻社會，自覺沒有價值，故此不願家人或政府為自己花費資源。這亦反映香港傾向功利主義，生命的價值似乎只建基於是否有實質的貢獻。故此，政府及醫療社福界應安排社區教育，推動社會人士尤其是長者，探討人的價值，生命的意義，及在甚麼情況下才應該考慮安樂死等等相關的問題。
- 4.4 長者對醫生十分尊重，甚至可能是過份依賴，故應提倡病人自我照顧及自強不息的觀念。



“……一個全面照顧病人身心健康，控制痛楚的服務應可大大減低病人的辛苦及不適，從而減低對安樂死的要求。”



許偉智
葵涌醫院
高級物理治療師

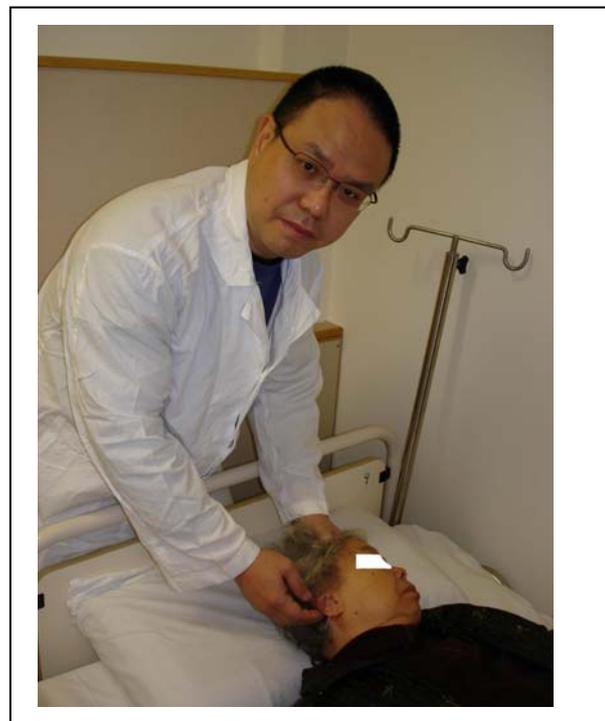
耳針治療老年抑鬱症

根據研究顯示香港三成老人有抑鬱症徵狀，約百分之三至五的老人患有不同程度的抑鬱症，也就是說香港有四萬一千名患抑鬱症的老人。也有調查發現香港老人自殺率高，當中所涉及的原因十分複雜，而身體健康是一大因素。很多人會認為“人老了，不開心”是自然的事，而忽略了可能是抑鬱症的問題。有見於老年抑鬱症的普遍性，葵涌醫院物理治療部於2004年在下葵涌老齡精神科門診部開展了耳穴針刺治療老人抑鬱症的服務。

耳針是在耳廓穴位上施用針刺及其他刺激性的技術，以作為防治疾病的一種方法。耳穴診治疾病有悠久的歷史，我國早在《靈樞.五邪》篇就有記載：“邪在肝，則兩脅中痛.....取耳間青脉以去起擊”。歷代醫學文獻也有介紹用針、灸、熨、按摩等方法刺激耳廓以防治疾病，和以望、觸耳廓診斷疾病的記載。耳穴在耳廓的分布有一定規律，一般來說耳廓好象一個倒置的胎兒，頭部朝下，臀部朝上。其分布規律是：與頭面部相應的穴位在耳垂鄰近；與上肢相應的穴位在耳舟；與軀幹和下肢相應的穴位在對耳輪和對耳輪上、下脚；與骨髒相應的穴位多集中在耳甲艇和耳甲腔；消化道在耳輪脚周圍環形排列。

在治療中，物理治療師會對病人作出評估，從而選擇適當的耳穴，以現代針灸(Modern Acupuncture)的理念為病人作用適當的治療。在治療抑鬱症中，常用的穴位有神門(主治：失眠、多夢、煩躁、眩暈、咳嗽、哮喘、蕁麻疹、炎症)、交感(下脚端)(主治：消化、循環系統功能失調、哮喘、急驚風、痛經等)、皮質下(腦)(主治：失眠、多夢、疼痛性病、智慧發育不全、哮喘、眩暈、耳鳴)等。但如有需要，治療師也會配合其他物理治療方法(如運動治療、電療、疼痛處理等)為病人的情況作出適當的處理。此外，在醫管局管轄下物理治療中心的針灸服務都是經過香港物理治療學會針灸鑑定合格的治療師，確保病人得到適當與安全的治療。

現時，雖然耳針治療老年抑鬱症還是一種非實証醫學，但是在我們臨床的經驗中得知，病人沒有任何的副作用，而且他們對這種治療方法的遵從比率也十分高。所以我們希望可以透過臨床應用得到更多有關治療效果的數據，使針灸用於各類精神病有更多客觀實証支持，成為一種通用的治療方法。





教學活動

Date	Time	Activity and Topics/ Speaker	Location	Target Audience	Telephone Number	Geographic location of target participants
9-10-2007	2:30-4 pm	How to cope with depression Mr. CH CHANG	Wilson T.S. Wang District Elderly Community Center	Elderly clients in the community	2683-7622	NT East
2-10-2007	6:45 pm	Early Identification of Elderly with Suicidal Tendency Mr. Tony TANG	Salvation Army Tak Tin Centre, D.E.C. Lam Tin	Frontline Worker	2727-8494	KLN East
15-10-2007	2:30-4pm	How to cope with loss, grief and death Mr. SL YUEN	Buddhist Ho Wong Cheong Po Neighbourhood Elderly Centre	Elderly clients in the community	3129-6649	KLN C
Oct 2007 Exact date to be confirmed		The Application of GDS-4 in the screening of elderly depression Mr. SL PANG	Block C, Castle Peak Hospital	Frontline Worker of Elderly Centers of Yuen Long District	2456-8080	NT West
Oct 2007 Exact date to be confirmed		The Application of GDS-4 in the screening of elderly depression Mr. LK LEUNG	Block C, Castle Peak Hospital	Frontline Worker of Elderly Centers of Tuen Mun District	2456-8080	NT West

因座位有限，歡迎所屬區域之機構及人仕參加，請先致電查詢報名方法



自殺學 新知

劉家獻醫生

九龍西聯網精神科醫生

在過去數期的 ESPP 通訊中，我們回顧了一些本地及外國與長者自殺相關的最新研究成果，亦分析了可能引致自殺的各種生理、心理和社會(bio-psycho-social)風險因素。這些因素包括案主的精神心理狀況、性格、身體機能和個別疾病、自理能力、社交習慣以及家人的支持（尤其是有否與兒孫同住）等等。

災難與自殺率的關係是自殺學中較少論述的題目，但天災人禍對社會的影響卻可以很深遠，並且是多向性的。自殺率在某些災難後趨升（如台灣的地震^{1,2}），但卻在另一些事件後減少（如美國的風災³、日本神戶地震⁴和一些近代戰爭⁵⁻⁷）。面對患難，社會人士可能因為「同舟共濟」或「同仇敵愾」的緣故，增加了彼此的支持；但災民也可能因為得不到足夠的支援，而感到走投無路，進而萌發輕生的念頭。整體而言，醫學界對這個課題的理解是很不足夠的。

2003 年的急性呼吸系統疾病(SARS)一「疫」，是大家記憶猶新的一場災難。究竟在 SARS 的這年，長者自殺率是增加了還是減少了？背後又有那些可能的原因呢？

2006 年間，中文大學的陳秀雯醫生及其團隊在國際期刊發表了一個研究報告⁸。他們比較了由 1986 至 2003 年的長者自殺率，並以波氏多重回歸法(Poisson Regression Model)對有關數字作出分析。首先，以 SARS 發生的前一年(2002 年)作參考年份(Reference Year)，長者自殺率在 1986 至 1997 年都遠高於這一年（發生危險比率或 Incident Risk Ratio (IRR)為 1.34 至 1.61），但整體的自殺率卻有續年減少的趨勢。1998 至 2001 年的長者自殺率則與 2002 年相若。在 2003 年整體的長者自殺率則急劇回升到 1997 年前的水平 (IRR 為 1.32)。若對男女自殺率分別作出剖析，女性長者的自殺率在 2003 年增加了不少，但男性長者的自殺率則並無顯著的提昇。

作者在報告中提供了一些可能的原因去解釋以上的現象：於九十年代期間，香港政府加強了針對長者的醫療及社區服務資源投放，推出了不少支援計劃，這些服務確能有效減輕長者面對的壓力，而數字亦顯示在此期間，長者自殺率下降了。一般來說，年長女性對社區服務和防止自殺計劃的參與度也是較男性長者為高的。

在 SARS 肆虐期間，醫院和社區中心只能維持很有限的服務。女性長者可能在此時成為了受害最深的群體，以致其自殺率的增加較男性長者（和年輕一輩）為高。



我們期待新的研究能對這個假定(Hypothesis)作進一步的論證。除了輔證近年各種防止長者自殺計劃的成效外，它也許能加深我們對自殺率和災難事故之間關係的理解。

參考資料:

1. Yang CH, Xirasagar S, Chung HC, Huang YT, Lin HC. Suicide trends following the Taiwan earthquake of 1999: empirical evidence and policy implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112(6):442-8, 2005.
2. Chou YJ, Huang N, Lee CH, Tsai SL, Tsay JH, Chen LS et al. Suicides after the 1999 Taiwan earthquake. *International Journal of Epidemiology* 32(6):1007-14, 2003.
3. Kessler RC, Galea S, Jones RT, Parker HA, Hurricane Katrina Community Advisory Group. Mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Bulletin of the World Health Organization* 84(12):930-9, 2006.
4. Shioiri T, Nishimura A, Nushida H, Tatsuno Y, Tang SW. The Kobe earthquake and reduced suicide rate in Japanese males. *Archives of General Psychiatry* 56(3):282-3, 1999.
5. Henderson R, Stark C, Humphry RW, Selvaraj S. Changes in Scottish suicide rates during the Second World War. *BMC Public Health* 6:167, 2006.
6. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91(1):1-4, 1995.
7. Lester D, Yang BJ. The effect of war on personal aggression. *Medicine & War* 7(3):215-7, 1991.
8. Chan SM, Chiu FK, Lam CW, Leung PY, Conwell Y. Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21(2):113-8, 2006.



讀者來信

問：本人在老人中心工作，不時會面對長者提及自殺的話題，我們也常常聽到坊間一些與自殺有關的意見，究竟那些是誤傳，那些是事實呢？

答：當我們面對長者提及自殺的說話時，應持正確的態度，把**誤傳**與**事實**分開：

誤傳： 時常說要自殺的人，是永不會實行的。

事實： 多數自殺成功的人，都曾對人提及自殺的意向。

誤傳： 經常說要自殺和曾經嘗試自殺的人，其實只想吸引別人的注意。

事實： 對別人說要自殺和嘗試自殺的人，往往是想向別人尋求幫助

誤傳： 自殺永遠在無聲無息的情況下發生。

事實： 成功自殺的人，往往都曾經向人作出提示。

誤傳： 成功自殺的人，尋死的意志一定十分堅決

事實： 大部分自殺成功的人都不想死，對自殺拿不定主意，他們只是不想繼續痛苦地活下去。

誤傳： 曾經嘗試自殺的人，永遠像一個未引爆的炸彈一樣，存有恆久的自殺危險。

事實： 自殺的意圖通常只維持一段有限的時間，便會消失。

誤傳： 當一個人遭遇危難之時，往往出現自殺動機。到危機紓緩時，便再無自殺的危險。

事實： 大部份的自殺個案，都是發生在情況開始好轉後的三個月內。



讀者來信

誤傳: 與有自殺傾向的人討論自殺，會使他立志了結生命。

事實: 坦誠和開放的討論，有助了解他們的感受，從而提供幫助。沒有證據顯示這樣的討論會增強自殺的動機。

誤傳: 有自殺傾向的人都沒有精神病，只有重性精神病患者才會成功自殺。

事實: 統計顯示自殺的長者，不少都患有精神病，而最常患的精神病便是抑鬱症，其他精神病只佔少數。

誤傳: 只有少數「不正常」的人才會想、嘗試和真正死於自殺。

事實: 自殺的念頭、感覺和行動可發生於任何人身上。

編輯委員會

本刊由老人精神科速治服務快訊編輯委員製作。委員會成員來自醫院管理局各聯網屬下的老人／老齡精神科服務：

潘佩璆醫生	九龍東聯網精神科顧問醫生
陳華發醫生	東區尤德夫人那打素醫院精神科顧問醫生
左美約醫生	新界東聯網精神科副顧問醫生
劉家獻醫生	葵涌醫院老齡精神科醫生
呂少鋒	東區尤德夫人那打素醫院老人精神科專科護士
陳德良	九龍醫院精神科護士長
彭樹良	青山醫院老人精神科社康護士

本刊預計全年出版三期，為電子刊物

本刊文章內容屬個人意見，並不代表編輯委員會立場

歡迎轉載、連結或翻印本刊文章，惟須註明出處、作者及不可作出刪改



我們歡迎讀者以電郵方式提問及賜教。電子郵箱地址為：

espphk@yahoo.com.hk

