

主辦：



合辦：



香港聖公會麥理浩夫人中心 團體及社區工作部
HKSCH Lady MacLehose Centre Group & Community Work Unit

贊助：



傅德蔭基金有限公司
Fu Tak Lam Foundation Limited

2016-18 葵青區基層在職家庭健康項目

參加者心血管風險及健康 調查報告

(二零一七年二至三月)

目錄

內容

1. 調查背景	2
2. 調查目的	3
3. 調查對象	3
4. 調查設計	3
5. 調查限制	3
6. 調查結果	4-9
7. 討論及分析	10-14
8. 調查建議	15-16
9. 後記	16

附件

附件一:參照	17
附件二:健康的社會決定因素	18
附件三:調查結果圖表	19-20
附件四:鳴謝	21

1. 調查背景

1.1. 香港在職低收入家庭的背景簡介

本港於 2015 年從事經濟活動的貧窮家庭為 159,000 戶，他們是「自食其力」的一群。當中葵青區貧窮率達 15.7%，是貧窮率最高的五個地區之一。葵青區內貧窮住戶為 27,900 戶，在職住戶（42.5%）、有兒童住戶（38.2%）及單親住戶（8.7%）相對較多，並高於整體貧窮住戶¹（香港特別行政區政府,2015）[i]。

健康與社會經濟環境有關，在貧窮地區的弱勢社群健康狀況較差。（衛生署, 2008）[ii]在醫療開支方面，貧窮住戶的每月平均開支金額為 600 元，低於全港住戶。然而，以開支比重來說，醫療佔貧窮住戶總開支的比重則較高²。（香港特別行政區政府, 2015）[iii]

1.2. 服務背景

醫護行者一直關注健康不公平的議題。基層在職家庭每日為生活奔波，往往忽視個人及家庭的身心健康。而對健康認知水平不足及健康資訊匱乏，以至政府或社區在基層醫療的支援不足等，都令基層無法維持良好的健康及生活質素，甚至影響工作能力，形成貧窮與疾病的惡性循環。我們明白不公平的社會及經濟條件深深影響著基層在職人士的健康，故此推行「葵青區基層在職家庭健康項目」，以推動使用公營健康服務及慢性疾病預防，其中一項服務為「免費心血管風險檢查服務」。

¹全港整體貧窮住戶:在職（36.0%）、有兒童（30.8%）及單親（6.8%）

² 2015 年，本港貧窮住戶的每月平均生活開支為 14,400 元，約為全港住戶每月平均 26,100 元的五成半。但按醫療開支比重而言，醫療佔貧窮住戶總開支的比重（4%）則較全港住戶（3.4%）高

2. 調查目的

- 了解葵青區基層在職家庭的健康狀況、與健康相關的因素及尋求醫療服務的模式
- 進一步探討葵青區基層在職家庭的健康需要及其決定因素，並建議可行的改善方案

3. 調查對象

調查對象是葵青區基層在職家庭的成年人，即家中有最少一名在職成員，工作性質可包括全職、兼職及散工。其家庭每月入息符合領取關愛基金第三次推出「非公屋、非綜援的低收入住戶一次過生活津貼」項目的要求，或正在領取以下其中一項津貼，包括低收入在職家庭津貼、鼓勵就業交通津貼及由學生資助處發放的學校書簿津貼計劃。

4. 調查設計

2017 年 2 月 25 日至 17 年 3 月 29 日為合資格對象進行：

- 「使用醫療服務的情況及意見」問卷調查
- 抽血檢查 [包括膽固醇組合（總膽固醇、高密度膽固醇、低密度膽固醇和三酸甘油酯）、糖化血紅素、空腹血糖]
- 社區健康義工協助量度健康指標[包括體重、身高、體重指數（BMI）及血壓]
- 義務註冊護士即場進行健康諮詢及紀錄受訪時的健康情況。

本調查共有 72 位合資格的參加者參與 2017 年 2 月 25 日的檢查日，另外有 3 位參加者因未來出席當天的檢查，自行到指定抽血中心作檢查。調查以問卷形式收集參與者的基本資料、職業、住屋和經濟狀況，以及尋求醫療服務的模式和意見，而參加者的健康指標是取自抽血日檢查。

5. 調查限制

- 在選取對象方面，參加者來自公開招募及地區中心轉介，屬於非隨機抽樣。
- 是次成功收回對象的數據人數較少及以女性數量較多，只能提供受訪者整體健康狀況總結，難在對象的不同組別間作比較。

6. 調查結果

6.1. 受訪者的人口與經濟狀況

是次調查完成共 75 份問卷，其中逾八成半（86.7%）受訪者介乎 35 至 64 歲，當中佔逾七成為女性（70.7%）。

收入方面，所有受訪家庭都符合申領關愛基金第三次推出「非公屋、非綜援的低收入住戶一次過生活津貼」項目的入息要求。有約六成半（65.3%）受訪者正享有最少一種非綜援政府津貼（參閱表一）。近九成（88.0%）受訪者家庭月入少於\$21,076，逾三成（32.0%）家庭月入處於\$10,100 之下。

家庭結構方面，近七成半（74.7%）受訪者家庭人數為 2 至 4 人，以 4 人家庭（30.7%）居多。

經濟活動身份方面，逾三成（31.1%）受訪者從事全職工作，約兩成半（24.3%）從事兼職，另各有約半成從事散工（5.4%）及待業（5.4%）。工作類別包括運輸、保安、清潔、飲食業和零售業等。其餘受訪者分別為家庭照顧者（23.0%）及退休人士（10.8%）。

住屋方面，近半數（48.6%）受訪者為在職貧窮的公屋住戶，不適切居所住戶（包括板間房、劏房、天台屋、寮屋）則佔逾四分之一（27.1%），其餘約兩成（18.9%）屬於其他私人房屋住戶。

表一:受訪者的人口與經濟狀況

	百分比
性別	
女	70.7%
男	29.3%
年齡組別	
<35	5.3%
35-44	24.0%
45-54	28.0%
55-64	34.7%
≥65	8.0%

表一:受訪者的人口與經濟狀況(續)

家庭每月收入	
≤\$10,100	32.0%
\$10,101 - \$16,140	34.7%
\$16,140 - \$21,075	21.3%
\$21,076 - \$26,475	6.7%
\$29,051 - \$32,540	4.0%
≥\$32,540	1.3%
有否申請津貼*	
沒有申請津貼	34.7%
正享有最少一種津貼	65.3%
住屋類別**	
公屋	48.6%
板間房/劏房	20.3%
天台屋	5.4%
寮屋	1.4%
私樓	18.9%
居屋	2.7%
其他	2.7%
中轉屋	0.0%
家庭人數（包括受訪者,但不包括家庭傭工）	
1	10.7%
2	21.3%
3	22.7%
4	30.7%
5	10.7%
6	0.0%
7	4.0%
在職狀況***	
全職	31.1%
兼職	24.3%
散工	5.4%
待業	5.4%
家庭照顧者	23.0%
退休	10.8%

*津貼包括低收入在職家庭津貼、就業交通津貼、關愛基金「非公屋、非綜援的低收入住戶一次過生活津貼」、學生資助事務處的學校書簿及車船津貼計劃和綜援計劃下之入息補貼（供每月可評估的總收入須低於他們在綜援計劃下所認可的每月需要總額之申請人及其家庭成員）

**有一位受訪者沒有回答住屋類別，所以此題有效人數為 74 人

***有一位受訪者沒有回答在職狀況，所以此題有效人數為 74 人

6.2. 受訪者的健康情況

是次調查包含多項健康指標。按亞洲成年人的體重指數，近半數（46.6%）受訪者屬超重或肥胖（ $BMI \geq 23$ ），屬肥胖（ $BMI \geq 25$ ）的受訪者約佔整體三成半（35.6%）。

其次，按世界衛生組織的指引（世界衛生組織,2013）[iv]，近三成（27.0%）受訪者量度出的血壓達至或超過高血壓的定義。

血液樣本方面，不少受訪者的總膽固醇及低密度膽固醇超標，分別佔逾一成（13.3%）及逾一成半（16.0%），而高密度膽固醇未能達標的則佔半成（5.3%）。

此外，空腹血糖值超標的受訪者佔逾一成（12.0%），另亦有近一成（9.3%）受訪者的糖化血紅素超標。

綜合是次調查涵蓋的各項心血管風險因素，近四成（37.8%）受訪者超標兩項或以上，同時有近四分之一（23.0%）受訪者超標三項或以上。

痛症方面，逾五成半（55.4%）受訪者表示患有長期痛症或傷患。

表二: 受訪者的健康情況與香港一般同齡群組之比較

	本調查(百分比)	香港一般同齡群組 ³ (百分比)
體重*		
超重 (≥23 BMI <25)	11.0%	--
肥胖 (BMI≥25)	35.6%	26.2%
血壓**		
上壓≥140 mmHg 或下壓≥90 mmHg	27.0%	11.7%
膽固醇組合		
總膽固醇 > 6.1mmol/L	13.3%	5.5%
低密度膽固醇 >4.1mmol/L	16.0%	--
高密度膽固醇 < 1.0mmol/L	5.3%	--
血糖		
空腹血糖 ≥ 6.1mmol/L	12.0%	--
糖化血紅素 ≥ 6.5mmol/L	9.3%	4.4%
有心血管風險因素的數目***		
一項或以上	59.5%	--
二項或以上	37.8%	--
三項或以上	23.0%	--
四項或以上	10.8%	--
有長期痛症或傷患****	55.4%	--

*有兩位受訪者沒有完成體重量度，所以此題有效人數為 73 人

**有一位受訪者沒有完成血壓量度，所以此題有效人數為 74 人

***有一位受訪者沒有完成心血管風險因素評估，所以此題有效人數為 74 人

6.3. 受訪者的醫療服務使用狀況與困難

被問及若生病一般會如何處理時，分別有約五成半（55.4%）及近四成半（44.6%）受訪者表示會使用私營西醫服務及輪侯公營門診，表示會到急症室求診（29.7%）和自行服用成藥（28.4%）的受訪者則各佔近三成。

專科覆診服務使用方面，逾四成（41.3%）受訪者表示現正使用公營服務，而正使用私營服務的則只佔 2.7%。近八成（78.1%）受訪者表示較少使用公營門診服務，當中最常見的原因是難以預約日間門診服務（62.0%），其次是因為日間需要上班（32.0%）及難以預約夜間服務（20.0%）。此外，亦有約八成（79.3%）受訪者表示較少使用私營門診服務，其中以收費昂貴（82.6%）為最主要原因。

³ 詳述請參閱本報告第七頁-7. 討論及分析- 7.1 健康狀況比較

表三:受訪者的醫療服務使用狀況與困難

	百分比
受訪者或他的家人生病時通常如何處理? (可選多於一項)	
私家西醫	55.4%
輪候公營門診	44.6%
急症	29.7%
自行食成藥	28.4%
中醫	14.9%
返回內地求醫	14.9%
什麼都沒有做	1.4%
受訪者表示有正在使用專科覆診服務	
公營服務	41.3%
私營服務	2.7%
受訪者表示他或他的家人較少使用公營門診服務*	78.1%
較少使用公營門診服務的原因 (可選多於一項)	
難預約日間門診	62.0%
日間要上班	32.0%
難預約夜間門診	20.0%
不清楚如何使用公營門診	12.0%
不清楚公營門診有夜診	6.0%
地點不方便	4.0%
服務質素不及私家好	4.0%
需要付費	4.0%
其他	0%
受訪者表示較少使用私營門診服務**	79.3%
較少使用私營門診服務 (可選多於一項)	
收費貴	82.6%
難預約	13.0%
服務質素不及公立好	4.3%
其他	0%

*有十一位受訪者沒有完成此問題，所以此題有效人數為 64 人

**有十七位受訪者沒有完成此問題，所以此題有效人數為 58 人

6.4. 受訪者對改善區內醫療服務使用的建議

就改善區內醫療服務使用的最有效措施，約四成半（45.2%）受訪者支持由政府提供津貼資助市民使用私營醫療服務。其次，約三成半（35.5%）受訪者提出增加公營門診每日預約名額，另有近一成半（14.5%）認同增加公營門診夜間服務。

表四:受訪者對改善區內醫療服務使用的建議

	百分比
受訪者認為以下哪一項措施最能幫助他及他的家人在區內尋求合適的健康及醫療服務呢？*	
提供津貼以使用私家服務	45.2%
增加公營門診每日預約名額	35.5%
增加公營門診夜診服務	14.5%
增加公營門診服務地點	3.2%
其他	1.6%

*有十三位受訪者沒有完成此問題，所以此題有效人數為 62 人

7. 討論及分析

7.1. 健康狀況比較

相較香港一般群組，是次調查結果反映葵青區內低收入人士的心血管疾病風險普遍較高。縱使抽樣和量度方式不盡相同，調查對象的肥胖、血壓及膽固醇問題均較嚴重。就肥胖而言，調查對象的肥胖比率為 35.6%，高於一般同齡群組（35-64 歲）平均 26.2%⁴的肥胖比率（衛生署,2017）[v]。血壓方面，調查對象有血壓偏高的比率為 27.0%，亦較一般同齡群組的平均自報高血壓比率（11.7%）⁵（政府統計處, 2015）[vi]為高。膽固醇方面，近一成半（13.3%）調查對象的總膽固醇濃度超標，同樣高於一般同齡群組的平均自報高膽固醇比率（5.5%）⁶。此外，近一成（9.3%）調查對象的糖化血紅素水平超標，高於一般同齡群組的平均自報糖尿病比率（4.4%）⁷若情況未能改善，心血管疾病負擔也將隨之提高，造成健康差異。

7.2. 在職基層使用醫療服務的困難

7.2.1. 社區健康服務

葵青區內不乏關注社區健康並提供相關服務的社區團體，亦有葵青區議會推動社區健康服務。縱使服務範疇涵蓋不同主題，如健康講座、眼睛及健康檢查、義工培訓等，但缺乏以心血管風險疾病預防為主線的健康計劃。此外，上述社區健康服務時間普遍以平日日間為主，雖容易吸引社區人士如長者和家庭主婦參與，惟在職基層人士難以受惠。

⁴ 26.2%是計算自於 35-64 歲中過重的人數除以這年齡組別的總人數之百分率。

⁵ 該數據為自我報稱(簡稱:自報)有高血壓的人數，11.7%是計算自於 35-64 歲中自報有高血壓的人數除以這年齡組別的總人數之百分率。

⁶ 這自報數據收集方法同上，5.5%是計算自於 35-64 歲中自報有膽固醇過高的人數除以這年齡組別的總人數之百分率。

⁷ 這自報數據收集方法同上，4.4%是計算自於 35-64 歲中自報有糖尿病的人數除以這年齡組別的總人數之百分率。

7.2.2. 公營門診服務

7.2.2.1. 資訊欠流通

在職基層人士在公營門診服務預約方面，正在面對實際的困難。從我們的地區服務經驗所得悉，有部分人士未能掌握如何使用電話預約系統，以及不清楚區內公營門診服務的資訊（如地點和開放時間等），尤以夜診和特別時間服務（簡稱:特診）⁸更鮮為人知。

7.2.2.2. 電話預約系統不利基層在職人士

現時公營門診電話預約服務只適用於曾在該診所登記或求診的人士。新症病人需帶備身份證明文件，親身前往日後欲預約的普通科門診診所作登記，方可使用電話預約服務。由於市民無從得悉電話預約系統何時更新未來時段的籌額，或何時撥回被取消預約的籌號，令未能取得診期的市民需要不停致電系統嘗試預約。

基層在職人士與大眾一同面對門診服務名額（不論日間和夜間）供不應求的情況下，由於他們普遍從事勞動工作，工作長時間及欠彈性令他們無法抽空「定時」打電話，以爭取一個預約名額。在競爭激烈的情況，他們的成功率尤其低。在屢試屢敗下令部分受訪者唯有放棄使用電話預約系統求診，被逼自行食用成藥(28.4%)、轉用私家西醫(55.4%)或求助急症室(29.7%)。

7.2.2.3. 夜診特診不足

星期日及公眾假期方面，葵青區沒有任何公營普通科門診診所提供服務（醫院管理局,2017）[vii]，葵青區居民需跨區至荃灣區的戴麟趾夫人普通科門診診所求診，一個診所處理兩區居民的求診需要，名額供不應求的情況更為嚴重。夜診方面，葵涌區和青衣區各只有一間普通科門診診所提供夜診服務，而北葵涌普通科門診診所卻有限度地只有星期三、四有夜診。

晚間、星期日及公眾假期正正是大部分基層在職人士能抽身求醫的時間，但名額不足及地點不便卻使他們使用基層醫療時困難重重，長遠影響他們適時和適切地治療偶發性疾病和長期病患。

⁸ 特別時間服務是指星期日及公眾假期的公營門診服務。

7.3. 心血管疾病的預防

根據衛生署的指引，慢性疾病（如心血管疾病）都與行為風險包括缺乏體能運動和不健康飲食有關，並應透過第一至三級的預防為健康促進計劃的基礎（衛生署,2008）[viii]。

7.3.1. 第一級預防

第一級預防關乎防止發病的措施如健康教育、環境措施和社會政策等。

7.3.1.1. 健康教育

從我們的地區服務經驗所得悉，在職基層人士對三高病患的認識、健康飲食和運動習慣的認識欠佳及存在謬誤。他們不但因長工時而難以接觸社區健康活動的資訊，健康教育單張和網頁的正確健康知識亦未能傳遞給他們。

他們的健康認知水平⁹也相對較為薄弱。近年社交媒體廣泛流傳以健康為主題的資訊，但部分的資料來源無法考究，當在職基層人士透過媒體或親友收到有關資訊，大都未能有效地分辨真偽。

7.3.1.2. 環境措施

是次調查有逾兩成半受訪者居住在不適切居所（包括板間房、劏房、天台屋、寮屋）。不適切居所環境極度擠迫，大部份並無獨立廚房，因缺乏煮食空間及設施，居民只能以電飯煲處理一餐的飯及餸，並翻熱加工食品，如香腸、火腿等，或另加外賣（如燒味）或罐頭「加料」。但是加工肉類、外賣食物及罐頭多屬於高鈉質和高脂肪，長遠對心血管健康造成不良影響。此外，有部份居所甚至出現廚廁合一的情況，即廚房與廁所在同一空間內，並沒有任何分間，廚具和食物因而容易受細菌污染，引起衛生問題。

⁹ 健康認知水平是指閱讀、了解醫護資訊並作出相應行動的能力。（衛生署,2008）[ix]

7.3.1.3. 社會政策

政府就在職基層家庭（包括不適切居所的住戶）提供的醫療、食物援助或津貼均屬短期措施。有調查（葵涌劏房居民大聯盟, 2017）[x] 顯示，葵涌區內不適切居所住戶的平均租金佔家庭入息比例（租收比）達 43%，較香港平均 30.7%（政府統計署, 2017）[xi] 為高。即使他們與公屋住戶同屬低收入家庭，收入差距不大，但因劏房租金過於昂貴，因此令他們的每月實際可動用收入較公屋住戶少。而租收比過高，引致他們必須縮減食材及醫療費等日常生活開支以應付租金，引致不健康的飲食習慣。

以選購食材為例，他們會優先考慮價格，而非營養價值，因而較少進食營養豐富但價格較高的食物，如牛奶和水果等。這些食物對構成健康的飲食習慣十分重要，適量的持續攝取能有效預防心血管疾病。

另外，有調查顯示（葵涌劏房居民大聯盟, 2017）[xii]，有八成受訪者劏房居民出現不同程度的情緒病病徵，如失眠、胃口欠佳、焦慮等，九成受訪者認為住屋問題是其主要的壓力來源，持續的壓力和情緒狀況都會長遠影響血壓控制、心血管和心理健康。

7.3.2. 第二級預防

第二級預防是通過及早偵測、及早診斷，以及有效的治療來阻止疾病進一步惡化。在職基層人士普遍沒有定期進行心血管疾病風險評估及抽血檢查的習慣，有在職基層人士分享直至病發求診時方才得知自己已患上三高，預防和危機意識均有待改善。部分社區團體如社區中心和區議會都有提供健康篩查服務，開始意識到及早偵測查的重要，惟缺乏篩查後之健康跟進，例如醫療資源轉介、健康諮詢等，因而未能及時作預防及治療上的介入。

7.3.3. 第三級預防

第三級預防是指病患者的復康工作，從而減低患者出現殘障和併發症的機會，以延長壽命和享受生活。在職基層家庭在心血管疾病的病患管理主要以公立醫院的內科專科覆診及藥物控制為重心，但因覆診密度及醫護人員諮詢時間非常有限，病人只能接收到一般的健康飲食和運動建議，不足以幫助病人建立自我管理病患的意識和能力以預防病情惡化及併發症出現。此外，雖有部分病人會被轉介至公營醫療的營養師服務，但只屬短期跟進，缺乏在社區層面的持續支援。

7.4. 受訪者對改善使用醫療服務的意見

公營門診服務的預約困難及供不應求的情況變相驅使在職基層家庭使用私營西醫服務及公立醫院急症室，有超過一半的受訪者（55.4%）表示會使用私營西醫服務。他們普遍沒有購買醫療保險，有四成半（45.2%）受訪者表示支持由政府提供津貼資助市民使用私營醫療服務，希望減輕家庭的醫療開支負擔。另外，約三成半（35.5%）受訪者提出增加公營門診每日預約名額，以直接改善預約問題。

近年，醫院管理局雖有推行資助如普通科門診公私營協作計劃¹⁰，惟私人家庭醫生診所的服務範疇一般只限於家庭醫學，病人只能在其中接受診治和領取藥物，其他的化驗和專職醫療（如營養師、物理治療師）卻不受計劃支援，難以作出連貫和全面的社區性跟進。加上，本港暫時對私人醫療服務未有足夠監管，令人擔心部分服務質素未達至公營醫療服務之水平，促請局方在全面和進一步推展前，正式公開發放檢討和成效報告後作進一步探討。

¹⁰ 在二零一四年至今醫院管理局在十八區逐步推行普通科門診公私營協作計劃，讓病情穩定的高血壓及／或糖尿病患者每年可享有十次以公立收費使用私家門診服務。

8. 調查建議

8.1. 制訂適切社區健康需要的醫療政策

8.1.1. 據了解新一屆特區政府在草擬中的施政方向上，提倡發展基層醫療和在各區設立社區健康中心。本機構建議社區健康中心的角色應由「中心為本」（Centre-based）轉而走入社羣，擴展為促進和推動社區健康的領導角色，並主動聯繫區內不同的社區服務團體，尤其是以在職基層家庭為服務對象的機構，共同開展社區健康項目。

8.1.2. 公私營協作計劃、醫療券等措施只屬短期舒緩方案。醫管局及政府應該增強與社區組織的合作，以制訂和落實長遠、可持續及以「社區健康需要」為主的醫療政策，去建立全面和穩健的社區健康系統以應對本區所面對的健康不公平情況。

8.2. 策劃建立健康環境的社區政策

住屋是健康的社會決定性因素[xiii]（參閱附件二圖）之一，不適切居所會增加引致偶發性和慢性疾病的風險。

8.2.1. 政府應投放更多資源，支持設立社區廚房，讓缺乏適切廚房的住戶借用，改善飲食模式；並且支持在社區層面推動「共購」計劃，凝聚低收入家庭的購物需求及增加議價能力，以較經濟價格購買優質和符合營養原則的食材。

8.2.2. 政府應設立最基本的住屋標準及訂下明確的最低條件（如窗戶數目、樓底高度、室內空氣流通及物質濃度等），而適切廚房更是必須。

8.3. 增加區內基層醫療服務

8.3.1. 政府應調撥資源和人手以增加區內普通科門診服務的預約名額，特別是晚間和特別時間服務，並於葵涌和青衣的門診診所增設特別時間服務。

8.3.2. 加強區內宣傳公立醫療服務（例如如何使用電話預約系統、服務地點和開放時間等）。

8.4. 增強醫院管理局、衛生署、社區健康組織及地區組織的合作

8.4.1. 衛生署應重新定位長者健康外展隊¹¹為社區健康外展隊，服務對象擴闊至成年人，加強健康相關資訊（包括健康教育、活動和醫療服務）在社區流通，在與地區組織合作下，促進在職基層人士能在工作以外時間有效接收資訊。

¹¹ 衛生署自一九九八年起於全港 18 區每區各設一支長者健康外展隊，負責舉辦外展健康推廣和教育活動。

8.4.2. 慢性疾病不斷增加香港醫療系統的負荷，及早介入各類健康風險較病患護理更具成本效益。政府應增加及持續資助慢性疾病防控和推動健康教育，定期為在職基層家庭進行外展心血管疾病風險評估及健康篩查，及早辨識高風險人士，並進行預防和跟進。

8.4.3. 成立關注社區健康需要的平台，進一步調查和探討區內在職基層家庭的健康需要及其他影響健康的社會決定因素，制訂相應行動。

8.5. 結論

「自食其力」是基層在職人士的信念，即使部分人士符合申請綜援的資格，他們仍堅持依靠自己的能力和勞力去工作，供養家人和自己的生活，貢獻社會。可是，為了糊口，他們往往忽略了健康，尤其容易忽略一些沒有明顯先兆的慢性健康問題如心血管疾病。其他的社會決定因素如使用醫療服務、環境措施、社會政策亦讓他們陷於健康不公平的處境。病患的出現猶如引爆了潛在的炸彈般，整個家庭很大機會陷入更貧窮的狀態。

醫院管理局、衛生署、社區健康組織及地區組織有責任關注這個弱勢群體的健康需要和對社會健康的潛在危機。我們期望政府考慮及制訂有效的社區、醫療和公共衛生政策和措施，讓處於健康弱勢的群體有獲取健康的權利。

9. 後記

「免費心血管風險檢查服務」過後，醫護行者為所有參加者安排領取報告及註冊護士個別諮詢，當中有為 8 位參加者發出轉介信至公立醫療服務求診，另有 14 個家庭參與了家庭健康管理計劃[xiv]，接受持續的社區健康支援。在健康教育方面，本機構透過不同主題的健康講座如「預防心血管疾病」、「低脂飲食控制膽固醇」等，提高他們對疾病和健康飲食的認知。此外，我們還與香港聖公會麥理浩夫人中心團體及社區工作部合辦為不適切居所住戶而設的「要有營」小組，並將會於本年 10 月開展運動小組，推動健康生活。

參照

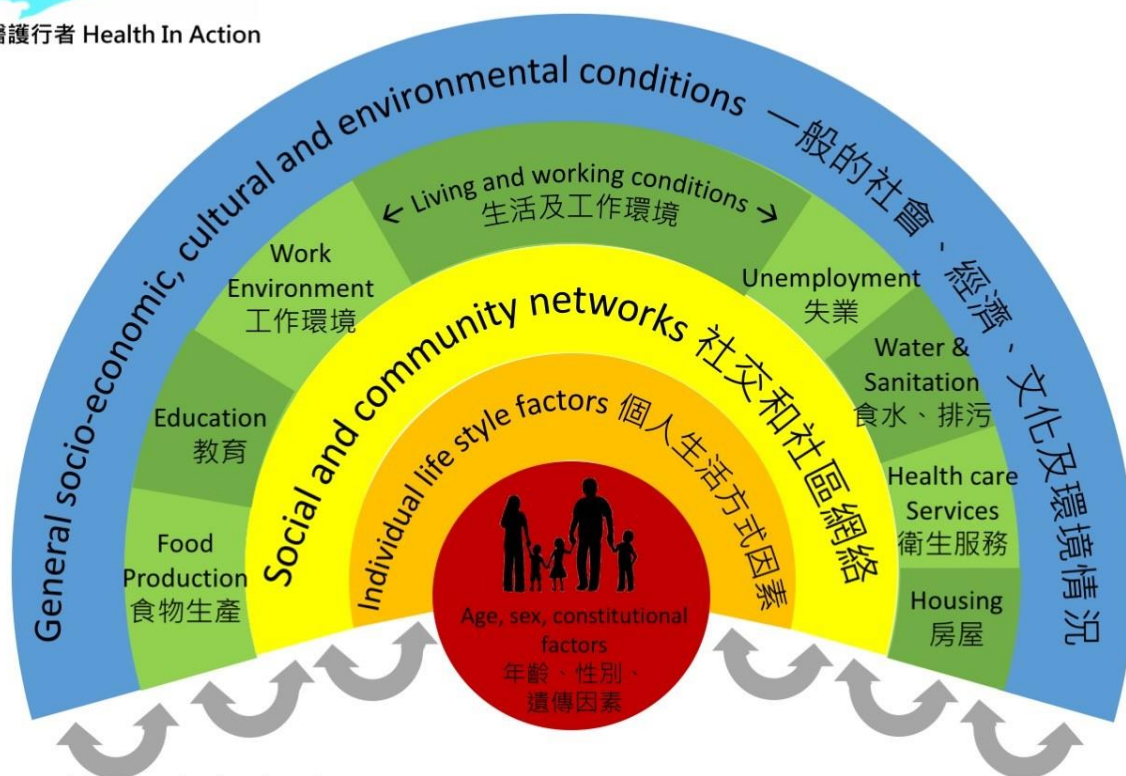
- i. 香港特別行政區政府 (2015)。2015 年香港貧窮情況報告，頁 76-81。檢自：
https://www.povertyrelief.gov.hk/pdf/poverty_report_2015_c.pdf
- ii. 衛生署 (2008)。促進健康:香港非傳染病防控策略框架，頁 40。檢自：
http://www.change4health.gov.hk/filemanager/common/image/strategic_framework/promoting_health/promoting_health_c.pdf
- iii. 香港特別行政區政府 (2015)。貧窮線輔助分析:2015 年貧窮住戶的開支模式，頁 4。檢自：
[https://www.povertyrelief.gov.hk/chi/pdf/expenditure_patterns_of_poor_households\(30.12.2016\)_final.pdf](https://www.povertyrelief.gov.hk/chi/pdf/expenditure_patterns_of_poor_households(30.12.2016)_final.pdf)
- iv. 世界衛生組織 (2013)。高血壓全球概要，頁 17。檢自：
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
- v. 衛生署 (2017)。行為風險因素調查 (2016 年 4 月)，頁 64。檢自：
http://www.chp.gov.hk/files/pdf/brfa_report_april_2016_chi.pdf
- vi. 政府統計處 (2015)。主題性住戶統計調查 第 58 號報告書，頁 25-26。檢自：
<http://www.statistics.gov.hk/pub/B11302582015XXXXB0100.pdf>
- vii. 醫院管理局 (2017)。所有普通科門診診所在葵青。檢自:「醫院管理局網頁」:
http://www.ha.org.hk/visitor/ha_isf_result.asp?lang=CHIB5&service_code_id=461&service_type=GOPD&location=KTS
- viii. 衛生署 (2008)。促進健康:香港非傳染病防控策略框架，頁 12-15。檢自：
http://www.change4health.gov.hk/filemanager/common/image/strategic_framework/promoting_health/promoting_health_c.pdf
- ix. 同上，第 21 頁
- x. 葵涌劏房居民大聯盟 (2017 年 3 月 30 日)。不適切居所住戶的精神健康調查發佈會。檢自：
<https://www.facebook.com/kc.community.lmc/photos/pb.159598050917359.-2207520000.1492996870./635229600020866/?type=3&theater>
- xi. 政府統計處 (2016 年)。2016 中期人口統計 - 主要統計數字，頁 8。檢自：
<http://www.byccensus2016.gov.hk/data/16bc-key-statistics.pdf>
- xii. 葵涌劏房居民大聯盟 (2017 年 3 月 30 日)。不適切居所住戶的精神健康調查發佈會。檢自：
<https://www.facebook.com/kc.community.lmc/photos/pb.159598050917359.-2207520000.1492996870./635229600020866/?type=3&theater>
- xiii. Dahlgren G, Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm (Mimeo).
- xiv. 醫護行者 (2017 年)。葵青區基層在職家庭健康項目。檢自:「醫護行者網頁」:
<http://www.hia.org.hk/%E9%A0%85%E7%9B%AE%E5%B7%A5%E4%BD%9C/%E9%A6%99%E6%B8%AF%E9%A0%85%E7%9B%AE/%E8%91%B5%E9%9D%92%E5%8D%80%E5%9F%BA%E5%B1%A4%E5%9C%A8%E8%81%B7%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E5%81%A5%E5%BA%B7%E9%A0%85%E7%9B%AE/?lang=zh-hant>

附件二：



醫護行者 Health In Action

The Social Determinants of Health 健康的社會決定因素



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

葵青區基層在職家庭 心血管風險及健康調查 (2017年2-3月) 受訪者的背景及健康狀況



37.8%

有兩項或以上的心血管風險因素

35.6% 肥胖
(BMI ≥ 25)

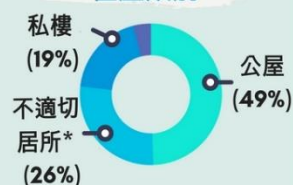
46.6%

超重或肥胖
(BMI ≥ 23)

55.4%

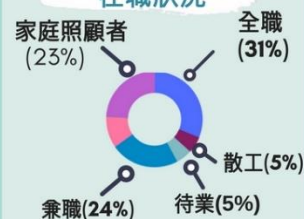
有長期痛症
或傷患

住屋類別



* 板間房、劏房、天台屋、寮屋

在職狀況



65.3%

正領取最少一項津貼

27.0%

上壓 ≥ 140
或下壓 ≥ 90

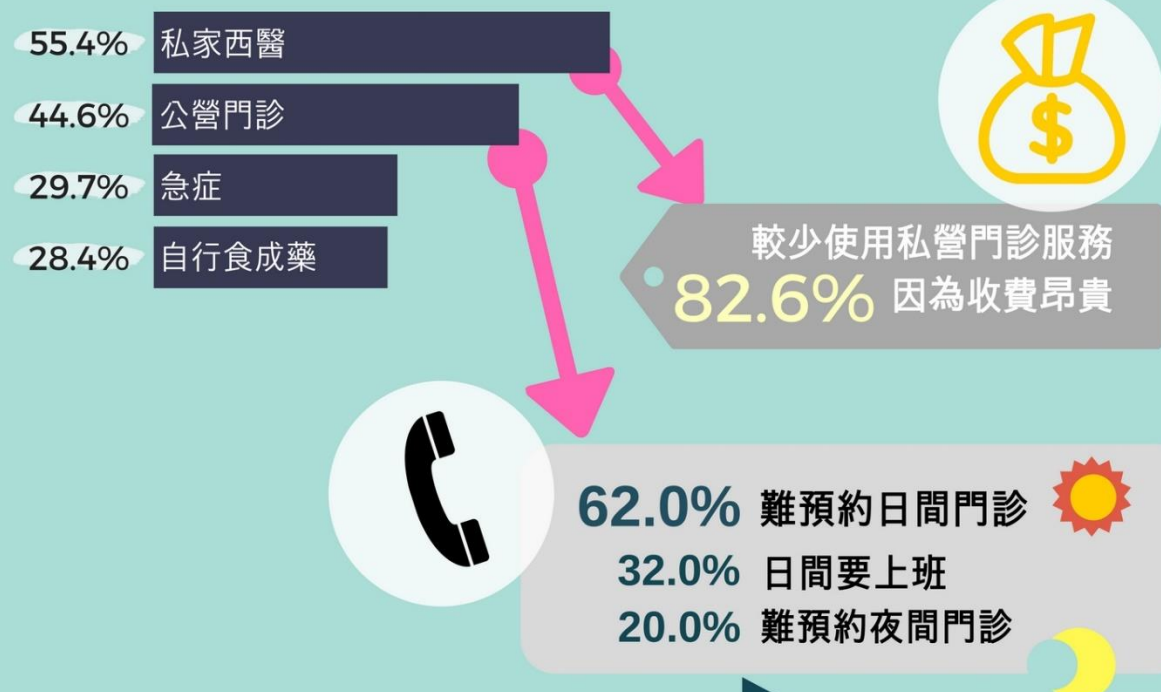
13.3%

總膽固醇超標

16.0%

低密度膽固醇超標

葵青區基層在職家庭 心血管風險及健康調查 (2017年2-3月) 受訪者的醫療服務使用



改善區內醫療服務使用的建議

- ✓ 提供津貼以使用私家服務 (45.2%)
- ✓ 增加公營門診每日預約名額 (35.5%)
- ✓ 增加公營門診夜診服務 (14.5%)



鳴謝

本調查得以順利進行，實有賴下列單位及義工鼎力支持及協助，在此謹向各位致以深切的謝意。（排名不分先後）

1. 本會非常感謝傅德蔭基金有限公司對「葵青區基層在職家庭健康項目」的贊助。

2. 參與調查及合辦單位:

香港聖公會麥理浩夫人中心 團體及社區工作部

3. 義工:

張惠青女士（註冊護士）、張慕霞女士（註冊護士）、

林潔雲女士（註冊護士）、何綺蓮女士（註冊護士）、

呂惠儀女士（註冊護士）、黎永勤女士（註冊護士）、

羅均穎女士（註冊護士）、曾敬文（註冊護士）、

謝嘉誼女士（註冊護士）、戴杰（註冊物理治療師）、

李旻芷（註冊職業治療師）、馬騏（註冊營養師）、

蘇樂恩、姚姝雯、吳惠芬、卓立婷

顧問:

范寧醫生（醫護行者 主席）

楊貝珊醫生（香港中文大學 賽馬會公共衛生及基層醫療學院 助理教授）

程德君醫生（醫護行者 董事局成員）

編者:

陳文星女士（醫護行者 項目經理）

梁可琪女士（醫護行者 助理項目經理）

鍾嘉麒先生（現正修讀香港中文大學公共衛生哲學博士）

丘梓蕙女士（香港聖公會麥理浩夫人中心團體及社區工作部 服務幹事）

版次:

二零一七年九月 第一次修訂版

版權:

醫護行者