

中國農村健康及備災

進階培訓手冊 (第二版)



陳英凝 陳廣慧 黃嘉寶 黃喆 翁家俊 劉思達 合著



Collaborating Centre for Oxford University and CUHK
for Disaster and Medical Humanitarian Response
CCOUC 災害與人道救援研究所

中國農村健康及備災

進階培訓手冊 (第二版)



陳英凝 陳廣慧 黃嘉寶 黃喆 翁家俊 劉思達 合著



Collaborating Centre for Oxford University and CUHK
for Disaster and Medical Humanitarian Response
CCOUC 災害與人道救援研究所

2015年，CCOUC 災害與人道救援研究所出版了《中國農村健康及備災培訓手冊》。經過一年的積極籌備，我們推出這本進階培訓手冊，深化全書內容，精心挑選案例和圖片，希望能為有志於在中國農村開展項目的組織者和參加者有系統地提供背景知識、專業理論和管理經驗。特別鳴謝周大福慈善基金慷慨贊助，特別是鄭家成先生、紀文鳳女士、陳美華女士、各基金理事及成員的支持和協助，讓 CCOUC 災害與人道救援研究所的研究成果和工作經驗得以與同業共享，CCOUC 深表謝意。

中國農村健康及備災進階培訓手冊 (第二版)

作者：陳英凝、陳廣慧、黃嘉寶、黃喆、翁家俊、劉思達

協作：何麗庭、何盈恩、麥嘉雯、利盈慧、凌偉傑、黃智誠

出版：香港中文大學 CCOUC 災害與人道救援研究所

地址：香港沙田威爾斯親王醫院公共衛生學院

圖片：除特別標示外，本書圖片來自 CCOUC 災害與人道救援研究所

承印、設計及製作：文藝印刷有限公司

版次：2017年6月版

ISBN：978-988-77489-1-5

版權所有，翻印必究



Collaborating Centre for Oxford University and CUHK
for Disaster and Medical Humanitarian Response
CCOUC 災害與人道救援研究所

合作伙伴：

贊助：



周大福慈善基金
Chow Tai Fook Charity Foundation

鳴謝：沈祖堯教授、Professor Louise Richardson、霍泰輝教授、陳家亮教授、莫仲棠教授、葛菲雪教授、楊永強教授、簡家廉教授、黃仰山教授、Professor Peter Horby、Mr. Darren Nash、周嘉旺女士、周瑤慧女士、代啓福教授、穆鈞教授、但文紅教授、王哲先生、楊貝珊教授、高威廉教授、劉振康博士、李麗荷女士、趙卓邦先生、李寶儀女士、陳家傑先生、徐少琴女士、朱迎佳女士、余振威先生、何熹琳女士、高佩茵女士、陳作耘教授、丘兆祺先生、丘李賜恩女士、陳慧茹女士、馬桂簪女士，所有協助編寫本手冊的朋友，以及所有曾參與「中國農村少數民族健康計劃」而未能盡錄名字的同事、同學和教育我們的村民。



本刊採用大豆油墨及 FSC 再造紙印製

CCOUC 災害與人道救援研究所

亞洲是全球人口最密集和受災害影響最深的地區。資源配置不均、缺乏災害風險管理相關的科研及技術知識轉移，加深了災害在亞洲的負面健康影響。

CCOUC 災害與人道救援研究所由英國牛津大學及香港中文大學於 2011 年 4 月合作成立，是一所非營利研究所，致力進行與大中華及亞太地區災害與人道救援有關的研究、培訓和知識轉移。研究所設於香港中文大學醫學院，得以充分利用各方廣博的專業技術和龐大的合作網絡。

願景

減輕災害對大中華及亞太地區脆弱的人群所帶來負面的健康影響。

使命

為災害及人道救援危機的政策發展、規劃及應對等範疇，提供一個研究、教育及社區知識轉移的平台。

為實踐這項使命，CCOUC 災害與人道救援研究所——

- 由跨學科的公共衛生研究團隊，在大中華及亞太地區就災害、救援及應對等方面收集和評估證據，作具體知識和作業指引的基礎；
- 提供培訓予教研及前線救災人員；
- 設立實習和學人計劃，支援和加強大中華及亞太地區內的技術和科研能力；
- 舉辦技術研討會，加強對災害和醫療人道救援的了解及相關經驗的知識轉移；
- 出版用於教育、科研及歷史記錄的各類參考資料及教材。

CCOUC 災害與人道救援研究所的成員具廣泛的專業，包括公共衛生、急救醫療、產科、流行病、外科、臨床心理、放射醫療、營養科學、發展研究、公共政策、傳訊、人類學及社會學等。研究所鼓勵跨學科研究，以及學術和區域交流，成員上下一心，為改進循證醫療人道行動而努力。

www.ccouc.org
ccouc@cuhk.edu.hk



香港中文大學
The Chinese University of Hong Kong



香港中文大學醫學院
Faculty of Medicine
The Chinese University of Hong Kong



序

中國是一個農業大國，農村衛生事業關乎億萬農民群眾的身體健康，關係到農村社會和經濟的發展，是國家長期關注的民生大計。與此同時，中國幅員遼闊，人口眾多，地理氣象條件複雜，災害種類多而且發生頻率高，是世界上受災害影響最嚴重的國家之一。

自新中國成立 60 年多來，農村衛生有所進步，覆蓋城鄉的醫療保健體系基本形成，孕產婦及嬰兒死亡率顯著下降，農村人口健康水準也不斷提高。然而在肯定成就的同時，農村衛生工作仍然面臨許多困難和挑戰。城鄉二元化發展的趨勢使城市與農村的醫療衛生水準不斷擴大，特別是在偏遠貧困地區，普遍存在醫療衛生人員不足、服務水準偏低、改革進程滯後等問題。隨著經濟發展和衛生條件改善，農村人口的疾病模式正由過去的傳染病逐步向以心腦血管疾病及糖尿病為主的慢性非傳染病轉變。社會高速轉型中的中國農村在未完全擺脫原有衛生問題的同時，也不得不面對慢性病帶來的威脅，這種雙重負擔形成了這時期農村衛生問題的特殊背景。

這種以慢性疾病為主的疾病趨勢不僅對農村民眾的健康帶來重大影響，也令農民的醫療經濟負擔大幅提高，慢性疾病防治已成為中國未來農村衛生工作的重中之重。慢性疾病與個人生活方式息息相關，傳統以改變環境衛生為主的干預策略已不能完全滿足當前農村的衛生需求，加強有針對性的健康教育和健康促進是重要的輔助手段。在中國大部分農村地區，民眾健康教育水準相對落後，主動尋求健康知識的比例也較城市地區有較大差距，健康教育的傳播途徑亦相對匱乏。此外，近年農村的健康教育主題多以社會關注的重大事件（例如 SARS、中東呼吸綜合徵等傳染病）為主，對常見的慢性病及環境危害的關注非常不足。

改變這個現狀不僅需要政府從政策上著手，更需要社會各界的積極參與。各地民間及學術團體積極組織學生及志願者近年在農村基層地區開展各類衛生、健康教育及備災等工作，為農村健康推廣工作開闢了新氣象。然而，由於這些活動的周期普遍較短，未能有系統地傳遞知識，干預活動的效果往往不盡如人意。

2015 年，CCOUC 災害與人道救援研究所在無止橋慈善基金的支持下，出版了繁體中文、簡體中文和英文三種文字版本的《中國農村健康及備災培訓手冊》，旨在提升志願者的公共衛生理論基礎與實踐技巧，促進健康知識傳播的準確和可及程度，得到讀者的良好回饋。此後，我們經過一年的籌備，在原手冊的基礎上推出這本進階版手冊。本手冊的內容較上一版本更加深入豐富，希望能夠為農村項目組織者提供更加全面的背景知識、專業理論及項目管理經驗。

在這本進階培訓手冊中，我們首先就農村醫療衛生體系的現狀與政策改革歷程作深入探討，使讀者對農村衛生工作的發展及現有問題有宏觀的理解。繼而再透過公共衛生學和行為衛生學的理论模型、個體及群體健康傳播的概念以及評估方法等，幫助志願者理解表面行為背後的社會心理學原因，使健康推廣項目的設計更具科學性和效益。書中還摘選了目前中國農村常見的幾種公共衛生問題作詳細闡述，輔以常用於農村健康教育的知識要點、後勤保障注意事項等實用訊息，方便讀者在實踐過程中參考借鑒。在手冊的結尾章節，我們簡要分析了人口流動、人口老齡化、科技與衛生等多個在未來值得繼續關注的公共衛生議題，希望藉此進一步提升讀者以至社會各界對這些新興健康議題的理解與關注。

這本小冊子總結和分享了我和我的團隊多年來的實踐經驗，以及對農村問題的理解與思考，惟望以此拋磚引玉，讓更多的團隊及志願者更有系統地參與農村健康教育及推廣活動，為推動農村衛生發展貢獻自己的一分力量。

陳英凝 教授

CCOUC 災害與人道救援研究所所長

香港中文大學醫學院助理院長（發展）

香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院副院長（外務及協作）

香港中文大學全球衛生中心總監

2016 年 7 月 1 日

目錄

第一章 中國醫療概況	8
1.1 中國醫療衛生體系發展的歷史與現狀	9
1.2 農村人口健康狀況及政策	12
1.3 城鄉醫療衛生水平差距	14
1.4 中國農村基層醫療衛生服務體系	16
1.5 中國農村疾病防控與健康宣傳	17
1.6 中國少數民族摘要	18
第二章 公共衛生原則	20
2.1 健康與公共衛生的定義	21
2.2 健康決定因素	22
2.3 公共衛生三大領域	24
2.4 預防疾病	25
2.5 流行病學三角	26
2.6 健康推廣	27
第三章 健康推廣理論模型	30
3.1 健康信念模型	31
3.2 跨理論（行為改變階段）模型	33
3.3 計劃行為理論	34
3.4 社會認知理論	35
3.5 複雜干預	36
第四章 從理論到實踐	38
4.1 項目周期	39
4.2 志願者須知	43

第五章 中國農村健康現有問題及推廣項目訊息	52
5.1 水和健康	53
5.2 室內環境	59
5.3 垃圾處理	62
5.4 健康習慣	66
5.5 備災減災	80
第六章 實務經驗	90
6.1 準備工作	91
6.2 健康教育活動	93
第七章 中國農村的新健康議題	96
7.1 人口流動	97
7.2 老人問題	102
7.3 邊境城鎮	106
7.4 種植業與健康	110
7.5 農村醫療的科技革命	114
附件	118
附件一 中國公民健康素養基本知識與技能	119
附件二 聚焦小組問題示例	121
附件三 聚焦小組被訪者基本資料	124
附件四 健康及災難應變調查研究問卷示例	125
附件五 後勤工作清單	140
附件六 健康習慣：個人和社區衛生	142
附件七 焚燒垃圾對身體和環境的影響	143
附件八 一手煙和二手煙引致的健康風險	144
附件九 常見健康項目宣傳方法	145
參考文獻	148

第一章

中國醫療概況

中國是全球人口最多的國家，總人口接近 14 億。2014 年的統計數據顯示，中國農村人口佔總人口 45.2% 達 6.2 億⁽¹⁾。城市和農村地區的經濟發展速度不平衡，農業、農村、農民問題成為中國發展策略的重要議題。自 1978 年中國實行改革開放政策以來，中國醫療衛生體系曾經歷數次改革，取得一定成績，但同時仍然面臨許多嚴峻的挑戰。本章簡介 1978 年以來中國醫療衛生體系，特別是基層農村醫療及人口健康狀況的發展與轉變。

1.1 中國醫療衛生體系發展的歷史與現狀



改革開放前，中國奉行計劃經濟，醫療服務的開支以政府投入和集體經濟為主，不以營利為目的。醫療保障制度並不完善，但由於醫療服務幾乎免費，個人的醫療支出甚低。

隨著中國於 70 年代後期走上市場經濟之路，醫療衛生體系亦產生翻天覆地的變化。當時的衛生部部長錢信忠（任期為 1965-1973 年及 1979-1982 年）在接受訪問時提出「運用經濟手段管理衛生事業」⁽²⁾，政府對醫療體系的財政支持大幅減少，並以經濟收入作為衡量醫療機構管理效率的標準⁽³⁾。個人的醫療開支大幅飆升，個人衛生支出（即由個人支付的醫療開支）佔全年衛生總費用的比例從 1978 年的 20.4% 增長至 2001 年的 60%，升幅達三倍⁽⁴⁾。

90 年代，中國政府提出以較低廉價格提供較優質服務的目標，致力控制醫療服務的價格，直至 2000 年前後開始實施。然而由於服務收費未能補償成本消耗，醫療機構變為從藥品銷售、醫療檢查等方式謀取利潤⁽³⁾，以藥養醫和藥品回扣問題愈演愈烈⁽⁵⁾，甚至演變為過度醫療，以創造收入。另一方面，醫學專業學習時間長，工資收入不如人意，亦令年輕的學子望而卻步。

此外，醫療保障制度只覆蓋於政府或國營企業工作的居民，農村人口幾乎完全不被保障，「看病難」、「看病貴」、「因病致貧」和「因病返貧」的問題日漸浮現，醫患關係日趨緊張⁽⁶⁾，甚至出現病人襲擊醫護人員導致傷亡的暴力事件。醫生執業環境差，工作時間長，社會認同低，不少醫學生畢業後放棄從醫。

面對大眾對醫療服務的不滿和所帶來的社會不穩定問題，中國政府自 2003 年起逐步改善醫療保障制度和醫療服務供應，醫療衛生體系開始進入強調公益、改善民生的階段。2009 年中國國務院公布的《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》明確訂出目標，2020 年要做到人人皆享有基本醫療衛生服務，並把醫療保障制度納入基本醫療衛生制度內⁽⁷⁾。

目前，覆蓋城鄉的基層醫療衛生體系基本形成，包括在農村建立以縣級醫院為龍頭、鄉鎮衛生院和村衛生室為基礎的農村三級醫療衛生服務網絡，在城市建立新型城市醫療衛生服務體系，各級各類醫院與社區衛生服務機構分工協作。

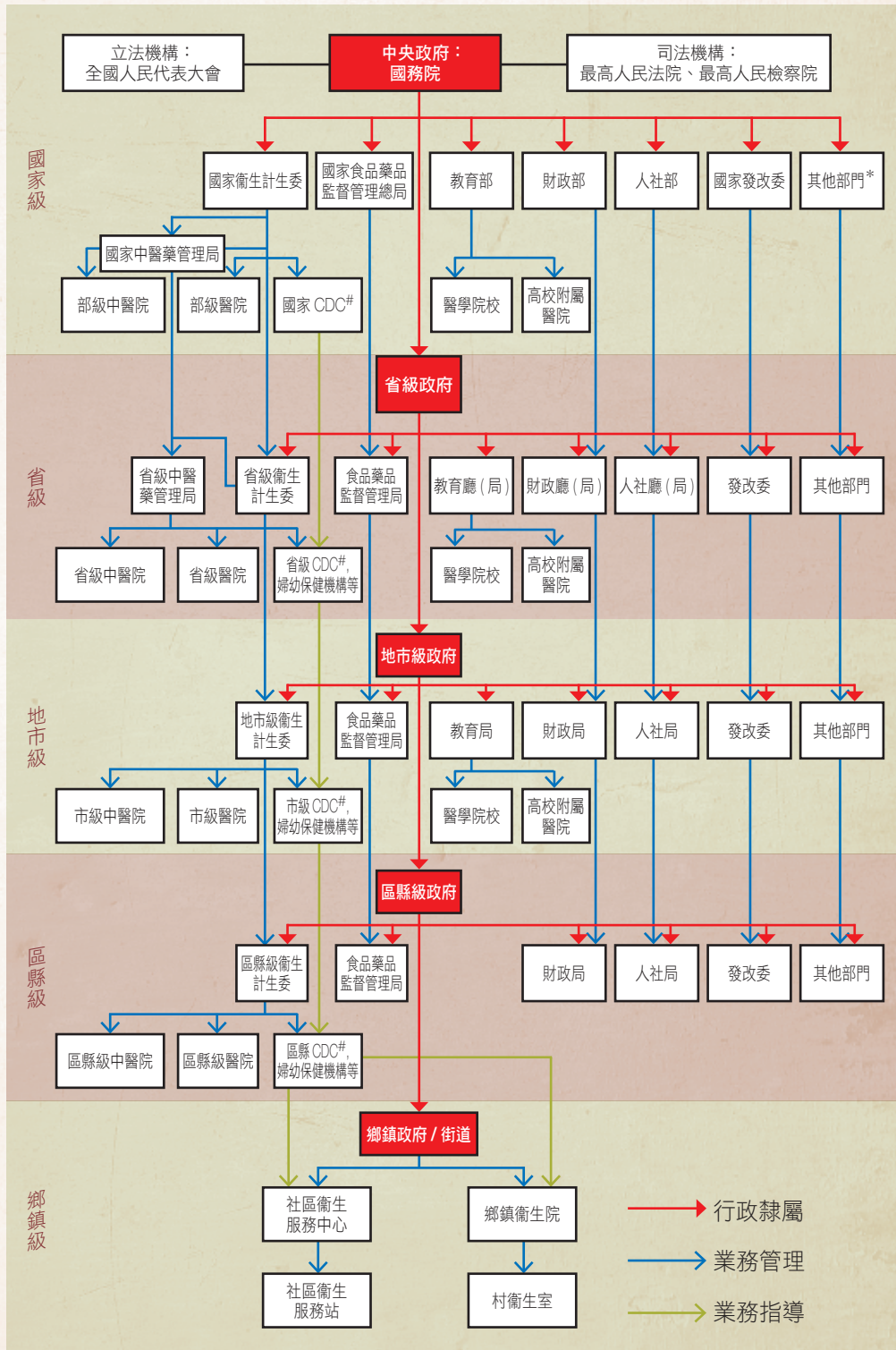
在醫療保障制度方面，透過推行全民醫療保險制度，實施城鎮職工基本醫療保險、城鎮居民基本醫療保險、新型農村合作醫療和城鄉醫療救助，分別覆蓋城鎮就業人口、城鎮非就業人口、農村人口和城鄉困難人群的基本醫療保障。截至 2011 年，全國參與保障制度的人數超過 13 億，覆蓋率超過 95%⁽⁵⁾，個人衛生支出佔全年衛生總費用的比例大幅下降至 34.8%⁽⁴⁾。

人均壽命、嬰兒死亡率和孕產婦死亡率是國際公認綜合反映健康水平的重要指標。1981 年，中國人均壽命為 67.9 歲、嬰兒死亡率 34.7%；1991 年的孕產婦死亡率為 80/100,000。中國居民的健康狀況目前已處於發展中國家的前列，2010 年第六次全國人口普查資料顯示，中國人均壽命升至 74.8 歲；2014 年，嬰兒死亡率下降到 8.9%，孕產婦死亡率則為 22.2 /100,000^(1,8)。這些數字反映出中國醫療衛生政策縱使多變，當中甚至出現反覆，但整體仍然有實質進展。

目前中國衛生行政組織體系分為四級，從中央到地方分別為（一）國家衛生和計劃生育委員會（簡稱國家衛生計生委／衛計委）、（二）省（直轄市、自治區）衛計委、（三）地市衛計委和（四）區縣衛計委，至於鄉（鎮）則一般不設立獨立的衛生行政部門⁽⁹⁾。而醫療衛生機構亦是按行政組織體系分為四級，分為國家級、省級、地市級和區縣級，社區（鄉鎮）和村級醫療衛生機構一般由區縣級衛生行政部門直接管理。

國家衛生計生委及其管理的國家中醫藥管理局是最主要的衛生行政管理機構，為國務院組成部門。國家衛生計生委原本稱為衛生部，2013 年十二屆全國人民代表大會第一次會議通過《國務院機構改革和職能轉變方案》和《國務院關於機構設置的通知》，將衛生部的職責與國家人口和計劃生育委員會的計劃生育管理和服務職責整合，組建成國家衛生計生委，負責統籌規劃醫療衛生和計劃生育服務的資源配置、組織制定國家基本藥物制度、擬定計劃生育政策、監督管理公共衛生和醫療服務、負責計劃生育管理和服務工作等⁽¹⁰⁾。省、市、縣的衛生行政管理機構按照國家制定的原則和方向，管理行政區域內的醫療衛生行政工作，包括監督轄下醫療衛生機構、制定和執行規劃和決策、環境工作等。

中國衛生行政組織體系概覽



* 其他部門包括民政部、保險監督管理委員會等

CDC 為疾病預防控制中心

(參考：世界衛生組織《轉型中的中國衛生體系》⁽⁹⁾)

1.2 農村人口健康狀況及政策

中國農村的醫療衛生政策緊隨全國的政策而變遷。改革開放前，中國多地實行農村合作醫療制度。醫藥合作社由集體資助，醫療服務幾近免費，近 500 萬名曾接受基本醫療培訓的赤腳醫生負責深入偏遠農村提供簡單的治療、轉診病人、預防疫苗接種、計劃生育、傳染病管理等基本醫療和基本衛生保健⁽¹¹⁾。70 年代中期，農村合作醫療制度覆蓋了超過九成的農村人口，當時國際社會認為此制度是改善低收入地區人口健康狀況的成功例子，世界衛生組織更將之向全球發展中國家推廣⁽³⁾。

其後，中國改革開放使以集體資助模式運作的農村合作醫療制度迅速瓦解。2002 年，農村合作醫療制度的覆蓋率僅為 9.5%，79.1% 的農村人口沒有任何醫療保險⁽¹²⁾，農民主要靠自費看病。

隨著大量農村人口湧向城市尋找經濟機會，由城鄉移民造成的「留守兒童」、「空巢老人」、「隔代撫育」等現象，也改變了農村人口疾病的種類和組合。1978 年至 1984 年，外出打工的農民不足 200 萬人，至 1987 年，全國的流動人口急增至 1,810 萬人，至 1995 年更達到 7,073 萬人⁽¹³⁾。根據《中國流動人口發展報告 2015》，2014 年末流動人口已達 2.53 億人，15 至 59 歲勞動年齡人口約佔總流動人口 78%。

留守農村的老人及小孩因壯年人口移居城市而缺乏照顧，影響他們的身體和心理健康。年老的隔代照顧者較缺乏健康知識，也令兒童得不到適當的健康教育。另外，不少農民工因為城市工作壓力大或因工受傷而回鄉，其心理和身體健康問題也加重了農村醫療系統的負擔。

上世紀 50 年代，中國主要疾病是傳染病和瘟疫⁽¹⁴⁾，到 80 年代末期農村人口因病死亡的最主要原因，前三位分別為呼吸系統疾病、腦血管病和惡性腫瘤⁽¹⁵⁾，而 2014 年則為惡性腫瘤、心臟病和腦血管病⁽¹⁾，可見疾病譜已漸漸由傳染病轉為慢性非傳染病。由於老人與小孩乏人照顧等原因，損傷和中毒等外部原因致死的比例亦有所上升。農村人口的健康需求有所變化，但卻缺乏醫療保障，令不少人無法獲得所需治療，或是因醫療費用過高而致貧。





2003 年，中國政府開始推行新型農村合作醫療制度（新農合）⁽¹⁶⁾，此為針對農村人口的醫療保險計劃。新農合由政府組織，透過農民個人繳費、政府財政補助和集體扶持等多種渠道進行醫療融資，農民可自願參加。試行初期每人（受益對象）自費 10 元（人民幣，其後金額皆以人民幣為單位），中央和地方政府各資助 10 元（共 20 元）；到 2013 年，個人繳費為每年 90 元，政府的資助則達 320 元。雖然新農合是自由參與性質，但由於此制度加強了政府的資助，並擴展了補償的範圍，包括小額醫療費用補貼至大病和慢性非傳染病的住院費用，受到農民普遍支持。至 2014 年，參與新農合的農村人口達 7.36 億，參與度為 98.9%⁽⁸⁾。

相對改革開放前旨在改變農村缺醫少藥的局面，以小病治療為主的農村合作醫療制度，新農合配合農村疾病譜變化，它以大病和慢性非傳染病的醫藥和住院費用補償為主，對緩解農民因病致貧和因病返貧方面發揮了重要的作用。

1.3 城鄉醫療衛生水平差距

雖然新農合提高了農村人口的醫療保障，但城鄉之間的醫療衛生資源仍然存在極大差距。根據《2015 中國衛生和計劃生育統計年鑒》⁽⁸⁾，城市平均每千人口有 3.54 名執業醫師（包括執業助理醫師）和 4.30 名註冊護士，但農村則分別只有 1.51 名和 1.31 名。城市平均每千人口可享有 6.88 張病床，農村則只有 3.11 張。2013 年城市人均衛生費用總支出為人民幣 3,234.1 元，農村為人民幣 1,274.4 元，差距達 2.5 倍。

隨著經濟發展及城市化進程不斷加深，城鄉發展呈現二元化的趨勢，在接觸可及的衛生服務方面，城鄉差異逐漸增大。83.5% 的城市家庭離最近的醫療點少於一公里，農村平均則只有 58% 的家庭有如此就近的醫療點；離五公里以上的城市家庭只有 0.5%，農村則高達 6.3%。

同樣是農村，西部的情況又比東、中部地區為差。西部農村距離最近醫療點在一公里以內的家庭比例為 50.2%，低於東部和中部地區的 63.2% 和 63.1%；距離最近醫療點的距離在五公里以上的比例，西部農村為 11%，遠高於東部和中部地區的 2.7% 和 3.7%⁽¹⁷⁾。

西部農村地區的醫療衛生服務能力，以及質和量的水平一直遜於東部和中部農村地區。執業醫師（包括執業助理醫師）在診所和鄉鎮衛生院提供臨床服務的比例、產婦住院分娩率、主要慢性病管理率等方面，西部農村地區都較東部和中部為低。此外，公共衛生設施如自來水和廁所的供應，以及居民的基本衛生常識，西部地區都較東部和中部為低⁽¹⁸⁾，反映出中國政府雖然致力拉近城鄉的醫療水平，但現實情況卻充滿挑戰，即使是農村地區之間的發展速度也不平衡。





游牧民族——醫療服務的可及性

游牧民族主要聚居於氣候不適宜持續發展農業的地區，他們視放牧為謀生的主要途徑。他們不斷從一個地方遷移到另一個地方，並將這些恆常的流動視為正常生活的一部分。在中國，游牧民以聚居於中國西部青藏高原地區的藏族為主。另外，新疆的哈薩克族、蒙古族、柯爾克孜族、塔吉克族等游牧民族也為中國主要的游牧民族。游牧民的生活環境艱苦，經常要面對由創傷、衝突、環境災害、糧食不足、極端氣候等引起的健康問題。游牧社群帶著家庭成員和放牧的動物進行季節性的遷移，至於那些半游牧民，則會不斷在固定居所和暫住地之間遷移。

近年，中國社會急劇的經濟發展，加上氣候變化以及生態環境的改變，已令游牧民族很難繼續依賴其傳統游牧經濟生活，令這種傳統生活方式逐漸沒落。有關於中國游牧民族現今情況的文獻，尤其是與公共衛生有關的資料頗為缺乏。但總括而言，地理上的阻隔更令游牧社區難以接觸醫療服務，最明顯的原因在於青藏高原等地區地理位置非常偏僻，使有健康需求的游牧民不能獲得適切的醫療服務。用以支援游牧民所需的醫療及健康服務也非常複雜，令他們某程度成為了社會上被忽略的一群。



1.4 中國農村基層醫療衛生服務體系



中國醫療服務體系主要由醫院、基層醫療衛生機構及專業公共衛生機構組成。經過國家多輪醫療體制改革後，全國已形成由縣、鄉鎮、村組成的三級農村醫療衛生體系，加上新農合全面實行，全國已初步解決了由醫療機構市場化所帶來的農村居民看病難、看病貴等問題。

鄉鎮衛生院和村衛生室是提供基層醫療服務的主體，前者主要負責為轄區提供健康教育、疾病預防等公共衛生服務，以及為常見疾病提供臨床醫療照顧；後者則負責一般基本醫療衛生服務。衛生行政部門主要負責基層醫療機構的日常管理，至於疾病預防控制中心等預防保健機構，則負責對基層部門承擔的公共衛生工作進行業務指導和評價。

雖然基層醫療服務體系及機制正在逐步建立，但農村衛生工作仍然充滿挑戰，其中主要體現在基層醫療人才方面。城鄉醫療水平差距不僅僅表現在人員總體數量不足上，其業務水平的差異更加明顯。許多鄉村醫生都沒有正規醫學培訓。2012 年在城市社區衛生服務中



心具有本科以上學歷的執業醫師佔 41.2%，這一指標在鄉鎮衛生院僅為 15.1%⁽⁸⁾。由於基層工作崗位待遇較低，職業發展空間又有限，造成基層衛生從業人員嚴重流失，而受過專業培訓畢業的高水平人才也不願赴基層工作，使基層醫療服務質量始終無法有效改善。農村患者的醫療需求得不到滿足，而醫生又不斷流向城市工作，進一步加大城鄉醫療服務的差距。

1.5 中國農村疾病防控與健康宣傳



鄉鎮衛生院及村衛生室除了承擔臨床診療工作外，也進行疾病預防與健康教育等重要的公共衛生工作。疾病防控對醫療衛生體系的重要性簡而易見，但由於其周期較長，往往得不到足夠重視，導致在中國特別是基層地區，有相當一段時間並沒有一套全面的公共衛生服務。2009年起中國開始推行《國家基本公共衛生服務項目》政策，免費向全體居民提供基本公共衛生服務，包括建立居民健康檔案、健康教育、接種預防疫苗、0-6歲兒童、孕產婦和老年人的健康管理、高血壓和Ⅱ型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理、傳染病及突發公共衛生事件報告和處理、衛生監督協管等12類共45項服務⁽¹⁹⁾。

另外，政府也就特殊疾病、重點人群和特殊地區，實施重大公共衛生服務項目，由政府組織進行直接干預。例如為農村孕產婦提供住院分娩補助、為15歲以下人群補種乙肝疫苗、為農村適齡婦女進行子宮頸癌和乳腺癌檢查、消除燃煤型氟中毒危害、建設無害化衛生廁所、預防愛滋病母嬰感染、為貧困白內障患者進行復明手術等⁽⁵⁾。

與此同時，中國已初步建立由專業健康教育機構為主軸，城鄉基層衛生機構為基礎，結合機關、企事業單位及學校等的健康教育體系，開展大量健康教育相關的培訓、科研及宣傳，並建立常規的健康生活方式監測制度。

近年，中國政府了解到要改善居民防病和自我保健的意識，就必須提高居民的健康素養。健康素養是指一個人能夠獲取和理解基本的健康訊息和服務，並運用這些訊息和服務作出正確的判斷和決定的能力，以維持並促進自己的健康⁽²⁰⁾。2008年，中國衛生部發布了《中國公民健康素養——基本知識與技能（試行）》（以下簡稱「公告」）⁽²⁰⁾，提出了中國群眾應具備的66項基本健康知識和理念、健康生活方式與行為，以及基本技能（見**附件一**），並要求各級衛生部和醫療衛生工作者肩負起向群眾宣傳推廣健康素養基本知識與技能的責任。同年，衛生部在全國範圍內開展了首個中國居民健康素養調查，調查結果顯示中國居民具備健康素養的總體水平僅為6.48%，而城市居民健康素養水平（9.94%）明顯高於農村（3.43%），反映農村在疾病預防及健康教育方面有所不足⁽²¹⁾。

1.6 中國少數民族摘要

中國是一個多民族國家，在中華人民共和國成立以前，少數民族的數目及人口一直也沒有確定。中華人民共和國成立後，從 1953 年起，中央政府組織了幾次大規模的民族識別考察工作，辨別民族名稱及統計人口等。1979 年，經過中央政府一段時間的調查研究及識別，全國 56 個民族終於被正式確認並公布⁽²²⁾。56 個民族中，漢族人口佔最多，其餘人口較少的 55 個民族均被習慣稱為少數民族。據 2010 年第六次全國人口普查統計⁽²³⁾，漢族佔全國人口的 91.51%，共有約 122,593 萬人，其餘的 55 個民族只佔 8.49%，約有 11,379 萬人。

中國各民族分布的特點是相互交錯的聚居：漢族地區有少數民族聚居，少數民族地區亦有漢族居住。這種分布格局是長期歷史發展過程中各民族間相互交往、流動而形成的。中國少數民族人口雖少，但分布很廣。全國各省、自治區、直轄市都有少數民族聚居，絕大部分縣級單位都有兩個或以上的民族居住⁽²⁴⁾。目前，中國的少數民族主要分布在內蒙古、新疆、寧夏、廣西、西藏、雲南、貴州、青海、四川、甘肅等區域。全國人數最多的 10 個少數民族資料可見下表。

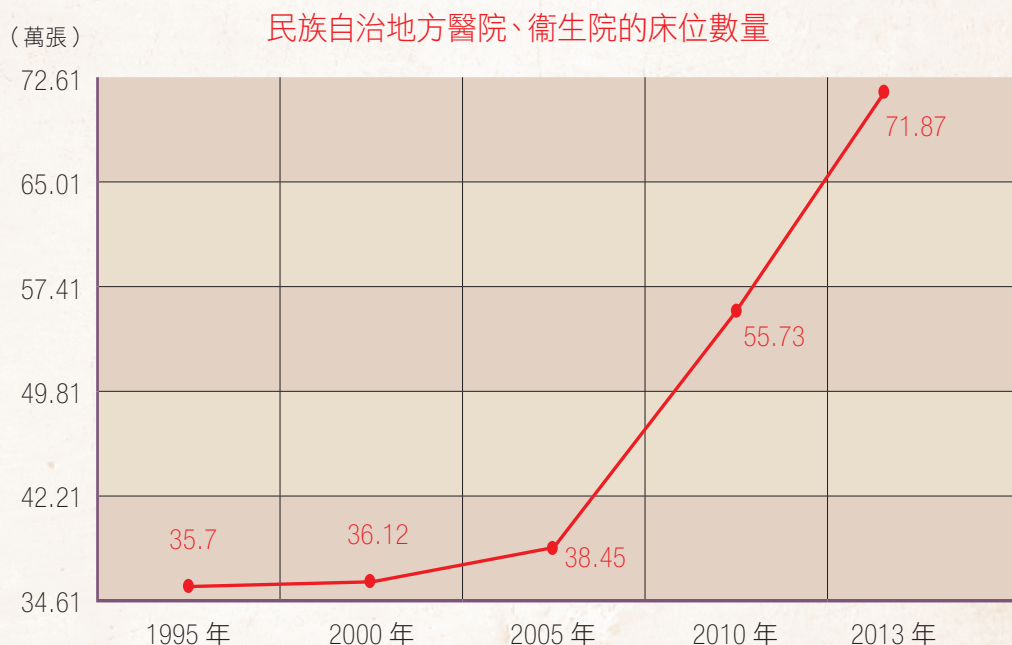
中國人口最多十個少數民族資料

	民族	2010 年人口	主要聚居省份	主要產業
1	壯族	16,926,381	廣西	農業、壯錦
2	回族	10,586,087	西北地區及河北、河南、雲南等地	農業、經商
3	滿族	10,387,958	吉林、黑龍江、遼寧	農業
4	維吾爾族	10,069,346	新疆	農牧業
5	苗族	9,426,007	半數以上在貴州、其餘分布在湖南、雲南、廣西等地	農業
6	彝族	8,714,393	四川、雲南、貴州、廣西	農業
7	土家族	8,353,912	湖北西部、湖南西部、四川東南、貴州東北等地	農業、手工刺繡
8	藏族	6,282,187	四川、西藏、青海	農牧業
9	蒙古族	5,981,840	內蒙古、遼寧、青海等地	農牧業
10	侗族	2,879,974	貴州、湖南、廣西	農業兼營林業、紡織

（資料來源：2010 年第六次全國人口普查）

1984 年，中國實施民族區域自治法，各少數民族聚居的地方實行區域自治，設立自治機關，行使自治權，使少數民族人民當家作主，管理自治地方的內部事務。

由於中國少數民族主要聚居在偏遠、交通不便、資源較缺乏的地區，其醫療衛生設施、服務等與城市地方相比會較落後，人民的健康知識也會較為貧乏。中央政府近年投放了更多資源在少數民族地方，以改善其醫療設備。據國家統計局的數據顯示⁽²⁵⁾，2013 年民族自治地方的醫院及衛生院的床位數目比 1995 年上升了超過一倍。



總結

雖然農村醫療衛生體制改革已初見成效，但農村地區的醫療衛生資源和技術水平始終較城市匱乏，而西部農村地區的差距更比東部和中部地區為甚。此外，農村人口的基本健康知識薄弱，無法掌握健康生活方式，特別是對慢性非傳染病的預防，而對新農合保障範圍的認知也有待加強。有志在中國農村籌劃志願活動的人士可考慮從這些缺口入手，進行健康推廣活動，提高農村人口的健康意識，以減低城鄉人口的健康差距。

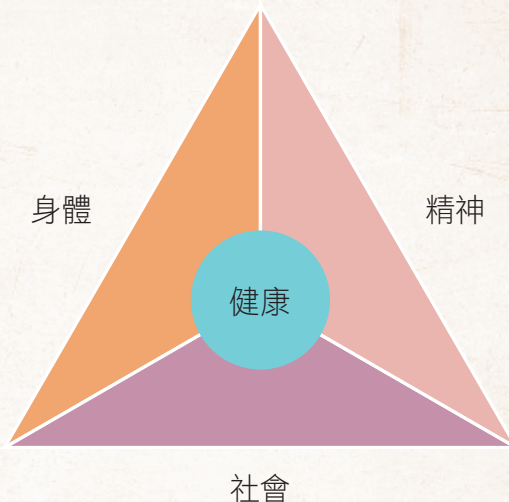
第二章 公共衛生原則

公共衛生是一門涵蓋多個學科的知識體系。公共衛生不僅關注個人層面的健康，同時亦關注保障和促進整體社群的健康。公共衛生學可以概括分為三大領域，包括健康保障、健康促進和健康及醫療服務。

本部分會先介紹和闡明公共衛生這門學科的幾個基本概念和元素，初探廣闊的公共衛生領域⁽¹⁾。

2.1 健康與公共衛生的定義

世界衛生組織對健康的定義



根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 的定義⁽²⁾，「健康」不僅是指疾病對身體 (physical) 的影響，也包括人類的精神 (mental) 與社會 (social) 層面的全面安康狀態。除了我們常討論的**負面健康** (negative health) 如疾病外，世界衛生組織對健康的定義還包括**正面健康** (positive health)，如提升健康水平及加強疾病防禦能力。

公共衛生 (public health) 關乎個人健康、社區健康，和環球健康，是一門結合自然科學及人文科學的學科，也是一個多學科知識和實踐的交匯點。

英國公共衛生學權威 Donald Acheson 爵士把公共衛生定義為：「既是科學，也是藝術，藉着社會各界的共同努力，實現預防疾病、延長壽命和促進健康的目標。」

公共衛生與**臨床醫學** (clinical medicine) 既相互區別，又相互聯繫。區別之處在於臨床醫學集中於個人層面，主要針對個別病人給予診斷及治療；而公共衛生則是以廣大人口為對象的疾病預防及健康促進方法。聯繫之處在於公共衛生與臨床醫學一樣，都是以**循證醫學** (evidence-based medicine) 方法進行研究及作為判斷理據，是以病人為本作為價值理念來指導健康之藝術。

三分鐘了解公共衛生是甚麼？



視頻：What is Public Health? (英語版本，含英文字幕)
連結：<https://www.youtube.com/watch?v=JqJvcBnAT7M>
製作：Public Health Wessex Training Group

2.2 健康決定因素

「**健康決定因素**」(determinants of health)是了解疾病根源的一個重要概念。這個概念的基礎指**健康結果**(health outcomes)由多方面因素(multifactorial)影響之下而出現。這些因素包括個人身體、心理、經濟、政治和社會方面。學術界有很多不同的理論和框架去詮釋這個概念，這些理論及概念框架把能夠影響健康的各種因素系統地分類及整理，供使用者有條理地了解健康的風險因素，並為相關的健康議題尋找可行的解決方案。其中一個常被採用的經典框架是道林和懷特海德(Dahlgren and Whitehead)的健康決定因素或健康影響層次理論⁽⁴⁾。

依據健康影響層次理論，**健康彩虹圖**把決定健康的因素劃分為不同層面，除個人層面的健康外，還應考慮更廣闊的背景脈絡，包括社會、經濟、文化以及環境因素。健康彩虹圖從最內層的個人層面一直延伸至最外層的全球領域，所有影響層面之間都相互聯繫。

健康彩虹圖最內層的個人因素又被稱為非可改變因素(non-modifiable factors)，如**年齡**(age)、**性別**(sex)及**基因**(gene)等。這些非可改變因素在研究及制定相關衛生問題的政策時，常常被視為考慮點。可是，現有的知識、科技及醫學技術並未能大幅控制和改變這些因素去影響健康結果。

餘下的數層健康因素被統稱為可改變因素(modifiable factors)。由於這些因素能夠被改變，並且對健康有很大影響，因此它們往往會成為影響層次理論的焦點。

從健康彩虹圖可見，影響層次理論的第二層由個人生活習慣因素構成，包括日常的飲食、運動、吸煙和飲酒等行為。由於這些行為可以改變，因而屬於可改變因素。公共衛生工作者相信通過教育和提供相關信息，可以改變個人的生活習慣，從而改變健康風險及健康結果。

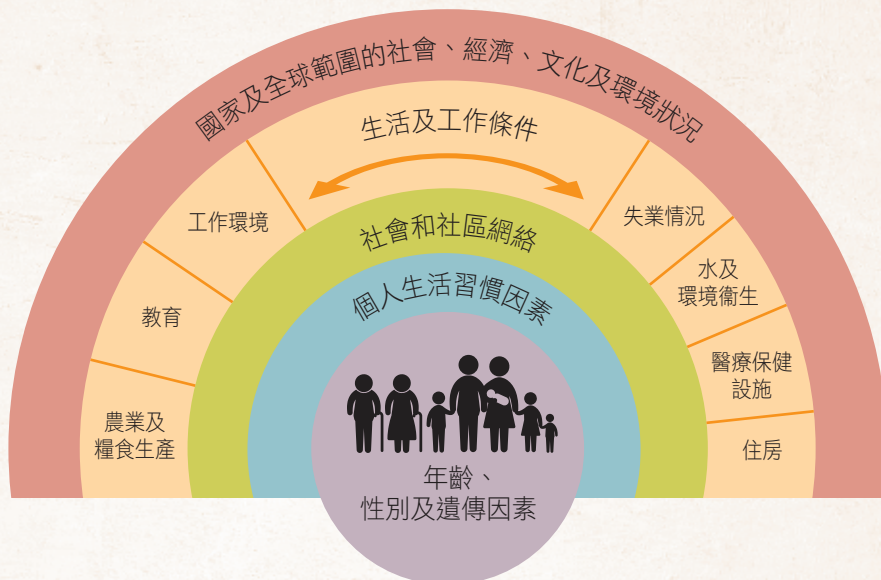
影響層次理論的第三層由社會和社區網絡因素組成，主要指健康結果受身邊的夥伴，如家庭成員、朋友、鄰居、老師和同學的影響。

再往外一層由社會因素組成，主要指工作環境、居住環境以及周邊設施對健康的影響，包括醫療健康、娛樂和教育設施，這些設施的交通、地理位置、收費，以及與使用這些設施相關的當地文化習俗均對個人健康有深遠影響。

影響層次理論最外層為宏觀因素，包括國家和全球範圍的社會、經濟、文化、核心價值、宗教及環境狀況與健康的關係。例如有研究指出，失業人士較在職人士更容易患上抑鬱症，其社交生活亦可能因為失業的狀態而受到影響。

總括而言，這套理論指出除了那些非可改變因素外，其他可影響健康結果的因素都是可以改變的。因此，公共衛生專家及政策推動者在公共衛生工作中，不要單單關注基礎醫療健康設施的影響，而應作多層次和多方面的考慮及針對性的干預，才能令健康政策或項目達到改善健康結果、促進人口健康的效果。

健康彩虹圖



(參考：道林和懷特海德的健康影響層次彩虹圖⁽⁴⁾)

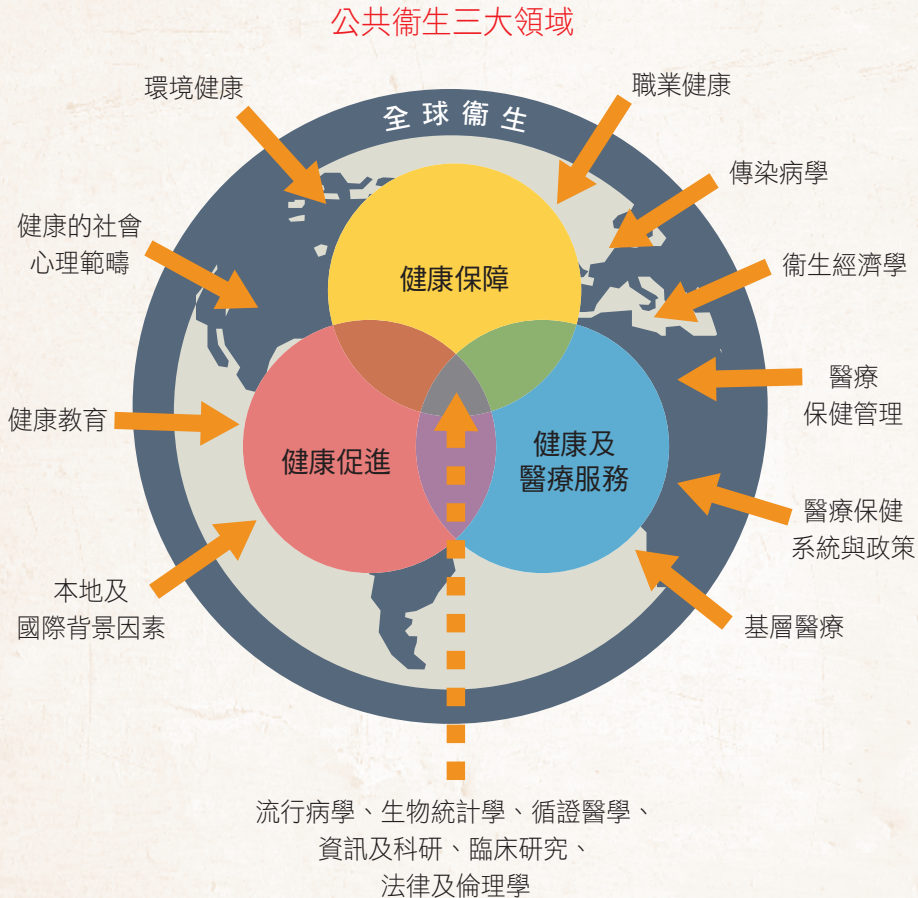
世界衛生組織《社區和社區衛生工作者指南》⁽³⁾ 更明確指出，影響村莊健康的主要因素有以下五個方面：

- 環境——包括工作和居住環境，以及社區結構。一個清潔的環境能防止疾病傳播，並有助保持心情愉快。一個能接納分歧和不同意見，鼓勵通過對話來解決衝突的和諧社區，通常能令人更健康。
- 個人和社區的健康意識——若人們不了解致病原因和如何改善健康，他們就無法決定怎樣投放資源去改善生活環境或爭取外界的協助。故此，個人和社區的健康意識是促進健康社區的基礎。
- 個人衛生——個人衛生是促進健康，以及維持健康干預措施所帶來的益處的重要元素。若人們不懂得保持傷口清潔，就算一個輕微的創傷也可能會導致感染和更嚴重的健康問題。若人們不懂得便後洗手、適當儲存食水，以及正確清洗衣服、食具和洗澡的方法，就算社區供應清潔食水和衛生設施也未必能有效防止疾病傳播。
- 醫療服務——每個人都總會經歷患病，需要求醫接受治療。故此，人們能否獲得適切的醫療服務對其健康有重大的影響。
- 疾病——口糞傳播疾病和經昆蟲傳播的疾病每年造成大量人口生病甚至死亡。如能有清潔食水、保持良好個人衛生，以及有效防止昆蟲病媒滋生，將有效促進社區健康。

CCOUC 的「中國農村少數民族健康計劃」項目旨在提高個人衛生常識，以及個人和社區的健康意識。

2.3 公共衛生三大領域

公共衛生涵蓋三大領域，分別為**健康保障**（health protection）、**健康促進**（health improvement）和**健康及醫療服務**（health services）。



健康保障包括預防及控制傳染病、管理和監察有機會危害健康的環境因素（如空氣、食水、食物質素等），以及應對化學或科技緊急情況（如生物恐怖襲擊或輻射災害）。例子包括職業健康、疫苗注射、空氣監察、防治蟲鼠和食肆衛生管理。

健康促進是指減少健康不平等的行動，目標是要讓公眾建立有益健康的生活模式。它需要結合不同的範疇（如住房、教育、工作環境、家庭／社區網絡）去確保政策、健康促進活動和健康教育活動能支援和賦予個人能力，去選擇明智的生活模式。例子包括均衡飲食、健康教育、性教育、戒煙計劃和健行計劃等。

健康及醫療服務着重探討醫療服務的政策和供應，鼓勵以循證手法進行臨床醫療、服務管理和資源分配，涵蓋醫療系統和三層醫療服務，例子包括新農村合作醫療制度、政策或藥物的成本收益評估等。



2.4 預防疾病

疾病預防有以下三個層級 (hierarchy of prevention) ⁽⁵⁾：

一級預防 (primary prevention) 以防止疾病或傷患發生為目標，作基本預防的護理，當中包含健康保障和健康促進的策略。健康保障可以通過訂立衛生政策和法例，以及接種疫苗來實行；健康促進則多數牽涉健康教育。

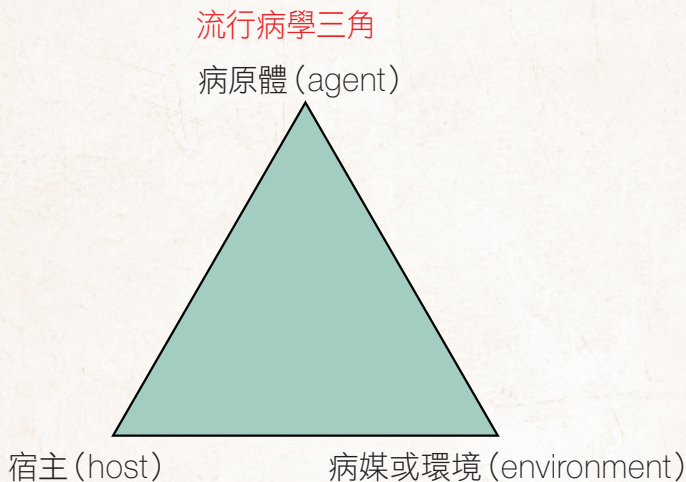
二級預防 (secondary prevention) 指在疾病出現後為阻止病情惡化而進行的措施，通過及早進行疾病檢測，增加治療疾病的機會，避免病情惡化和症狀出現。針對高危人群進行的疾病篩查（例如癌症）是第二階段預防措施的例子。

三級預防 (tertiary prevention) 旨在讓已患病的人得到適當的康復，盡量減少併發症和造成殘障的可能。即使疾病不一定得到治療，也希望透過治療去恢復那些因疾病而受損的身體功能，提高病人的自理能力，從而改善病人的生活質素。

一級預防旨在針對較廣泛的社群，涵蓋最大比例的可預防健康影響，二級預防針對有機會出現疾病的高危人口，三級預防的目標社群是那些已經因疾病而引起健康影響的人口。

2.5 流行病學三角 (epidemiological triangle)

傳染病是由不同的病原體經病媒傳播給人類而引起的疾病。常見的傳染病可以由不同的病原體引致，包括細菌、病毒、真菌和寄生蟲等。病原體在體內繁殖或釋放毒素，破壞正常細胞及其功能，情況嚴重可以引致死亡。從公共衛生的角度來看，要有效地處理及控制不同的傳染病，要先了解傳染病傳播的三個主要條件。這三個條件分別是病原體、宿主（即受感染人士）及病媒或環境。這三個條件合稱為流行病學三角，只要能夠控制其中兩個條件，便可以有效預防和控制傳染病。



流行病學三角是一個分析及制訂公共衛生政策的重要概念框架。當出現大型傳染病傳播風險及需要控制時，應根據該傳染病在這三個條件的特性、可用資源及干預措施對社會的影響，制定不同的預防和感染控制策略。

感染控制有三個基本原則：第一是提高宿主的抵抗力，如接種疫苗和服用預防藥物；第二是消除感染源頭，如消毒以殺掉病原體、隔離及治療患者和清除病原體繁殖的地方；最後則是阻攔傳播途徑，如保持良好個人、環境及食物衛生。

以下四個例子，體現了採用不同方法和焦點處理不同傳染病的原則。

流行性感冒主要透過飛沫傳播。應付流行性感冒主要通過疫苗接種，保持個人衛生習慣如勤洗手，以及注意環境衛生，保持空氣流通。

結核病經空氣傳播。當患者咳嗽、打噴嚏或談話時會將病菌散播到空氣中，從而感染他人，尤其是抵抗力較差的人。控制結核病的傳播主要透過接種卡介苗、迅速治療、保持個人和環境衛生，以及加強空氣流通等。

瘧疾主要透過蚊子，即病媒傳播。瘧疾可通過清除蚊蟲滋生的環境，以及噴灑殺蟲劑殺滅蚊蟲來控制。個人預防措施包括穿著淺色長袖上衣及長褲、使用驅蚊劑及蚊帳，並在前往瘧疾流行地區前服用預防藥物。

愛滋病病毒通過血液或體液傳播，主要途徑為性接觸、共用針筒及母嬰感染。遠離毒品及安全行為（如使用安全套）等措施均可控制其傳播。這些方法均運用了阻攔傳播途徑的原則。



傳染病的傳播途徑

傳染病依照傳播途徑可分為七大類別：

1. **接觸傳播**：直接接觸患者或其體液，或接觸到被病原體污染的物件。例子有疥瘡、頭蝨、手足口病和傳染性急性結膜炎（紅眼症）。
2. **飛沫傳播**：傳染病患者咳嗽、打噴嚏或談話時產生的飛沫含有病原體。例子有流行性感冒（流感）、傷風和嚴重急性呼吸系統綜合症。
3. **空氣傳播**：病人咳嗽或打噴嚏時會將病原體散播到空氣中，病原體在空氣中浮游一段時間，經呼吸道進入身體。例子有結核病。
4. **病媒傳播**：病媒是指如蚊子、蟎和蜱一類的小生物，牠們可以把病原體從一個受感染的人（或動物）傳播到另一個人。例子有登革熱、瘧疾和日本腦炎。
5. **血液或體液傳播**：病原體經由血液或體液從傳染病患者傳播到下一個宿主身上。例子有乙型、丙型肝炎和後天免疫力缺乏症（愛滋病）。
6. **食物傳播**：進食被病原體污染的食物。例子有食物中毒、霍亂和桿菌痢疾。
7. **先天傳播**：患病的孕婦傳給胎兒，亦稱母嬰感染。例子有後天免疫力缺乏症（愛滋病）。

2.6 健康推廣



健康推廣（health promotion）是公共衛生的一個重要環節，對於預防疾病有舉足輕重的作用。世界衛生組織於 1986 年在加拿大渥太華舉辦第一屆健康推廣國際會議時，訂定了《渥太華健康推廣憲章》⁽⁶⁾，提出「健康推廣是使人們能夠強化其掌控並增進自身健康的過程」，倡導人們從積極的角度將健康視為一種生活的資源。除了推廣個人的健康行為外，亦要透過政府、衛生部門、非政府組織、志願團體、媒體等，推動一系列涉及社會及環境的措施，加上付諸實踐才會成功。

健康推廣的目的在於減少人們的健康狀況差異，確保每人均可獲得平等的機會和資源，達致他們最大的健康潛力。健康推廣包括提供一個穩健而支援充足的環境，讓人們能獲取適切的健康訊息，以及教導人們生活技能，給予他們機會去作出有利健康的選擇。

以下是世界衛生組織建議的五大健康推廣行動範疇：

建立符合健康需求的公共政策——鼓勵政府決策者將公眾健康列入議程，讓他們意識到其決定對公眾健康的影響，以及令其承擔自己對公眾健康的責任。

創建支援充足的環境——創建安全、具啟發性、滿足和愉悅的生活和工作條件。鼓勵社群互相照應，以及肩負保育自然資源的責任。

強化社區行動——透過切實而有效的社區行動，擬定策略和優次，並執行這些計劃以達致更好的健康狀況。社區行動借助社區現有的人力和物力，提高自助能力和社會支持，並制定靈活的系統，加強公眾參與健康事務。

發展個人技能——通過提供訊息、健康教育和提高生活技能來支持個人和社會的發展，增加人們對自己的健康和環境的控制，作出有利於健康的選擇。這些健康推廣活動應該於學校、家庭、工作場所和社區網絡進行。

重整衛生服務——衛生部門和醫療服務提供者必須向健康推廣的方向邁進，超越原有醫治疾病的職責，確保醫療服務以追求健康為目標。

健康推廣活動的形式多變，內容亦會因對象、社會背景、文化等因素而有所不同。例如中國政府根據城市及農村地區的不同特點，開展適宜的健康教育和推廣工作，城市地區的工作主要通過創建衛生城市，建立市、區和街道三級健康教育網絡，農村地區則開展針對農村、農民和農民的「億萬農民健康促進行動」，旨在全國範圍內提高兒童疫苗接種率、減少碘缺乏病、控制煙草、預防和控制血吸蟲病、愛滋病、禽流感和肝炎等傳染病。又例如香港衛生署口腔健康教育組舉辦的「陽光笑容新一代」家校護齒活動，便是與學校和家長合作，向六歲以下兒童教授口腔健康常識和推廣護齒飲食，從而培養兒童良好的口腔護理習慣。另一個例子是由民間團體推行的保健計劃，為長者提供測量血壓和心跳率等服務，協助長者監察健康狀況。

總括而言，健康推廣活動需要社會各界群策群力才能成功。由民間發起的健康推廣活動日漸普及，本手冊的其他部分將會簡介如何策劃和推行健康推廣活動，並附上例子供讀者參考。



健康推廣 = 健康教育？

有些人會將健康推廣與健康教育(health education)混淆，雖然兩者都旨在改善公共衛生，但它們並不是同義詞。

健康教育是健康推廣的主要方式之一，它是指結合了循證實踐和／或良好理論的學習經驗，為人們提供獲取知識、態度和技能的機會，以採納和保持健康的行為。其目的在於提升個人增進自身健康的能力，但並不包含健康推廣中必須涵蓋的政治倡議，以及改變社會、環境和政策的工作。



衛生系統

根據世界衛生組織的定義，衛生系統包括所有以促進、恢復和保持人類身體健康的組織、群體和活動。想了解衛生系統可先從認識衛生系統的組成部分入手。

衛生系統的第一個組成部分是**管治**，即借助監管、合作網絡、規定、激勵等方式引導相關行為。

第二部分是**醫療融資**，即募集足夠的資金以保障居民能使用所需的醫療服務，以及防止因病致貧。

第三部分是**衛生人力資源**，即受過適當培訓、技能熟練和反應迅速的衛生工作從業人員。

第四部分是**資訊**，即為醫療衛生、健康教育和科學研究等領域提供可靠和及時的衛生訊息。

第五部分是**醫療產品、疫苗和醫療技術**，包括藥品、器械和有助於促進健康的診斷、治療和康復等措施。

第六部分是**服務供應**，即以高效、安全、優質和節約為標準提供健康服務給有需要的人。

針對衛生系統個別或多個部分的典型干預措施

系統組成部分	常用的干預措施類型
管治	- 分權 - 公民社會參與 - 授權、資格認證、註冊
醫療融資	- 使用者付費 - 有條件的現金津貼（面向服務需求者） - 按表現付酬（面向服務供應者） - 醫療保險 - 醫療設備供應商融資模式 - 政府主導全衛生部門規劃模式及資金共享模式
衛生人力資源	- 綜合培訓 - 服務質量提升、服務表現管理 - 偏遠地區留任或調任獎勵計劃
資訊	- 以電子病歷取代紙張病歷 - 醫院資訊管理系統採用的綜合數據系統及機構數據結構 - 統籌全國住戶調查（如收集數據的時間安排）
醫療產品、疫苗和醫療技術	- 藥物監管新模式 - 供應鏈管理 - 產品和服務綜合供應
服務供應	- 保障持續護理的方法 - 從集中管理到綜合服務項目 - 從固定診所服務到社區衛生外展服務
多重衛生系統組成部分	- 衛生部門改革 - 地區衛生系統強化

（資料來源：Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). *Systems thinking for health systems strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009. Table 2.2, p46)

第三章

健康推廣理論模型

公共衛生領域裡有很多不同的理論模型，試圖解釋人的想法及行為，本部分會簡介數個健康推廣中常用的理論，包括健康信念模型、跨理論（行為改變階段）模型、計劃行為理論、社會認知理論和複雜干預。了解這些理論將有助我們設定健康干預項目的目標和內容。

本部分的內容大多摘錄自由美國國立衛生研究院 (National Institutes of Health) 美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 轄下的國家癌症研究所 (National Cancer Institute) 編著的《理論一覽：健康宣傳實務指南》(Theory at a glance: a guide for health promotion practice) ⁽¹⁾。讀者欲進一步了解健康推廣的理論模型，以及如何將模型應用到健康干預項目之上，可參閱此指南。

3.1 健康信念模型 (2)

健康信念模型 (Health Belief Model, HBM) 是其中一個最早期的有關健康行為的理論，至今仍然被廣泛採納和應用。這個理論的主要概念包括自覺罹患度、自覺嚴重度、自覺行動利益、自覺行動障礙、自我效能，以及行動線索。健康信念模型指出，這些概念會影響到一個人會否作出行動，去預防、檢測和控制健康問題。具體概念解釋見圖表 (1)。

以下用飲酒的例子來解釋健康信念模型的概念：

- **自覺罹患度** (perceived susceptibility)：飲酒人士覺得自己因為飲酒而生病的可能性有多高 (如飲酒人士是否認為飲酒有機會令自己患上肝硬化)；
- **自覺嚴重度** (perceived severity)：飲酒人士認為因為飲酒而生病的嚴重性有多高 (如飲酒人士認為患上肝硬化是一種嚴重的疾病)；
- **自覺行動利益** (perceived benefits)：戒酒會給他帶來甚麼好處 (如飲酒人士是否認為戒酒可以節約生活開支及改善健康狀況)；
- **自覺行動障礙** (perceived barriers)：戒酒會有甚麼障礙 (如飲酒人士是否認為戒酒會令其在與朋友交往中造成不便)；
- **行動線索** (cues to action)：戒酒的行動線索可以是外部線索如親朋好友的忠告、健康檢查的通知單、醫護人員的催促。內部線索可以包括自覺身體健康狀況變差；
- **自我效能** (self-efficacy)：自己覺得有沒有能力戒酒。



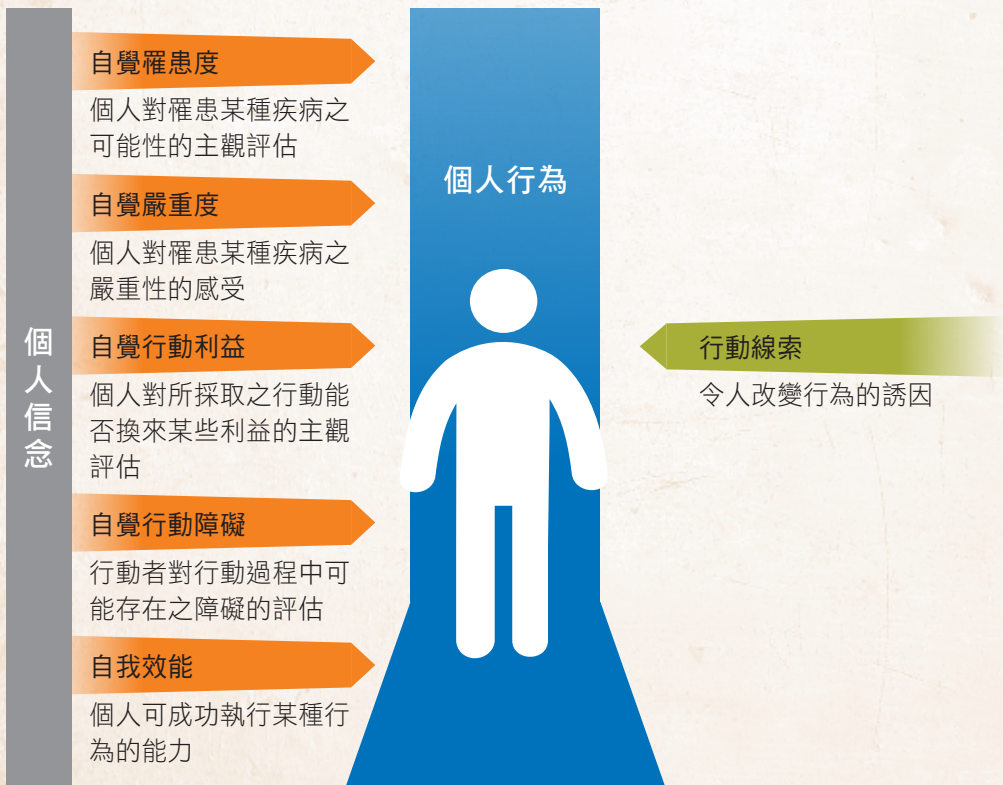
除了行動線索，以上的概念都是飲酒人士自己的個人信念，健康干預項目可以因應這些信念的誤區而設計不同的介入點。

健康干預範例參考

以鼓勵戒酒為例，志願者可以透過彰顯「自覺行動利益」，以增加村民戒酒的意欲。例如透過場景表演，向村民說明戒酒後所省下的金錢，足以支付小孩的教育開支，繼而作出戒酒行為。此外，志願者亦可利用專家演說，並透過展示患病後的醫學圖片，把過量飲酒所引致的疾病解說給村民知道，加強他們於飲酒上的「自覺嚴重度」，從而增加他們戒酒的機會。



健康信念模型



3.2 跨理論（行為改變階段）模型^(1,3)

跨理論（行為改變階段）模型（Transtheoretical (Stages of Change) Model）包含了心理治療和行為改變的論點，故名為跨理論模型。它的基本前提是，行為改變必須經過一系列的過程。一個人改變行為時會經歷以下五個階段：

- **懵懂期**（precontemplation）：個人在可見將來（通常指六個月之內）不打算亦缺乏動機去改變行為；
- **思考期**（contemplation）：個人有意圖在六個月內採取行動去改變行為。他們意識到改變所帶來的好處和壞處，但卻不了解應該如何進行改變；
- **準備期**（preparation）：個人下決心在 30 日內採取行動去改變行為，通常他們已經計劃了一些步驟，如參與健康教育講座、諮詢醫生意見等；
- **行動期**（action）：個人在六個月內曾就生活模式作出具體而明顯的改變，並願意繼續修正舊有行為；
- **維持期**（maintenance）：個人已經改變舊有行為達至少六個月，並願意繼續保持新的生活模式，防止舊有行為復發。

在改變的過程中，個人的舊有行為或會復發（relapse）而要從新經歷改變的階段，如在下決心作出改變後放棄整盤計劃，即由準備期後退至懵懂期，故此這個模型的改變路徑是循環（circular）而非線性（linear）的，具體概念的解釋見圖表⁽²⁾。

跨理論（行為改變階段）模型



在開展健康干預項目前，可嘗試詢問宣傳對象以下的問題，從而了解他們處於哪個行為改變階段。以下的問題沿用飲酒作例子：

- 你有興趣嘗試戒酒嗎？（懵懂期）
- 你有想過盡快戒酒嗎？（思考期）
- 你準備好戒酒的計劃了嗎？（準備期）
- 你是不是正在嘗試戒酒？（行動期）
- 你已成功戒酒，並努力維持？（維持期）

了解宣傳對象的行為改變階段，便可為其制定適切的訊息、策略和項目內容。

健康干預範例參考

以鼓勵戒酒為例，假設大部分村民處於懵懂期。志願者的目的應把懵懂期的村民推上思考期。做法可以透過描述權威學者的研究結果，灌輸過量飲酒對個人健康的具體影響，給村民帶來戒酒的動機。另外，對於思考期的村民，志願者可以幫村民制定具體的行動計劃，例如於甚麼時間開始減少飲酒量，協助他們踏出戒酒的第一步。

3.3 計劃行為理論⁽⁴⁾

計劃行為理論(Theory of Planned Behaviour, TPB)認為人的行為是深思熟慮後的結果，它探索行為與信念(belief)、態度(attitude)和意向(intention)之間的關係。

理論解釋了行為意向(behavioural intention)是一個人作出某種行為最重要的決定因素，而行為意向則受個人對行為所抱持的態度、個人如何看待社會對行為的規範，以及個人自覺對行為的控制能力這三方面所影響：

- **個人行為態度**(attitude toward behaviour)：即個人對行為的看法，以及對所帶來的後果的評估；
- **主觀社會規範**(subjective norm)：即個人認為行為是否得到社會上部分人（尤其是伴侶／親人）的贊同，以及個人是否願意依從社會規範；
- **行為控制認知**(perceived behavioural control)：即個人認為自己對行為的控制能力，以及他／她認為有否其他因素促成或阻礙其作出行為。若個人認為自己對某行為的控制能力愈高，則會愈傾向嘗試作出該行為；同樣，如果個人認為促進他／她作出行為的因素愈多，其最終會作出行為的機會也愈高。

以下是以酗酒為例子的一些提問，可以從計劃行為理論的角度去了解宣傳對象對行為的看法：

- 你有機會酗酒嗎？（行為意向）
- 你覺得酗酒是可接受的、不應該的還是沒有意見？（個人行為態度）
- 你覺得大部分人認同／不認同酗酒這個行為嗎？（主觀社會規範）
- 你覺得酗酒這個行為是由你自己控制，還是不由你決定？（行為控制認知）

計劃行為理論



健康干預範例參考

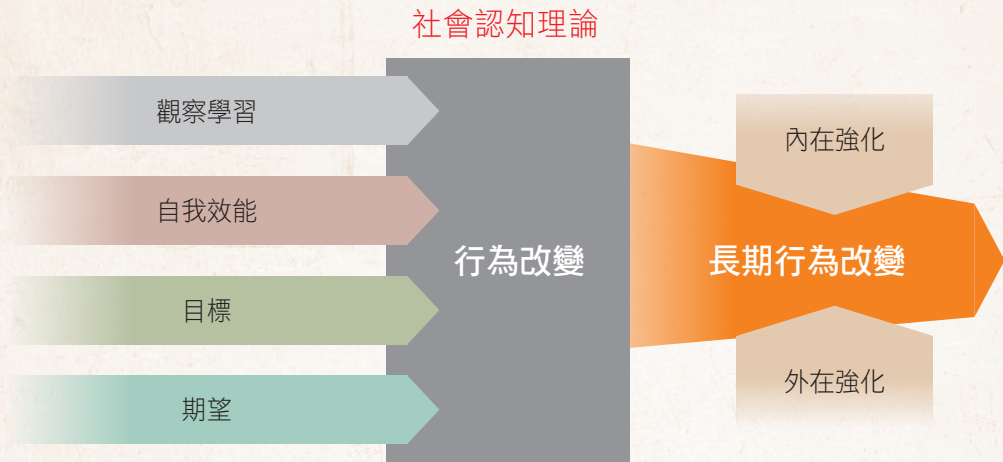
以鼓勵戒酒為例，志願者可以提升村民的「主觀社會規範」，從而增加他們戒酒的機會。例如，志願者可邀請需要戒酒的村民的伴侶，寫下他們對伴侶戒酒的期望，再由志願者轉發給需要戒酒的村民看，讓他們瞭解伴侶的心意，加強戒酒的意欲。此外，志願者亦可透過提升村民的「行為控制認知」，增加他們嘗試戒酒的意欲。例如，在演說中強調飲酒與否純粹是個人選擇，跟朋友間的友誼沒有必然關係。這樣或可增加村民對自己能否選擇不飲酒的信心。



3.4 社會認知理論⁽⁵⁾

社會認知理論（Social Cognitive Theory）強調個人會受到社會環境所影響，一個人身邊的人的意見、想法、行為、忠告和支持都會影響到一個人的感受和行為，反之個人亦會對周遭的人和環境產生影響。這套理論嘗試解釋人們如何透過控制和強化來調節自己的行為，達致一個能維持一段時間的目標導向行為（goal-directed behavior）。這套理論的主要概念包括交互影響力、行為能力、期望、自我效能、觀察學習和強化。

- **交互影響力**（reciprocal determinism）是社會認知理論的核心概念，指個人因素、環境因素和人類行為三者之間持續發生交互影響的過程；
- **行為能力**（behavioural capacity）指一個人的實際能力，把握必要的知識和技能去作出某種行為。若他／她要成功作出某種行為，必須知道要做甚麼和該怎麼做；
- **期望**（expectation）是指個人對行為的預期後果。人們在作出行為前會估計所帶來的後果，而這些預期後果會影響到某人會否開展那行為；
- **自我效能**（self-efficacy）指一個人有否信心去克服障礙，成功作出行為；
- **觀察學習**（observational learning）是指透過觀察他人的表現和所帶來的結果來學習有關行為；
- **強化**（reinforcement）是指個人作出行為改變後所得到的回應將影響到他／她會否重複該行為。強化可分為正面和反面，正面強化即給予獎勵，可增加個人重複行為的機會；反面強化則可以透過提示一個人警醒某行為，從而減少行為的重複出現，例如車速計會在車速太高時不斷發出警示，提示司機要減慢車速。強化亦分為內在和外在外，內在即個人給予自己的獎勵，外在即是環境如何鼓勵或阻止個人重複行為。



健康干預範例參考

以鼓勵戒酒為例，志願者可以透過呈現「期望」給村民，使他們更有動力去作出戒酒行為。例如以財富為切入點，說明戒酒可以省下買酒的錢之餘，在成功戒酒後，還可以避免花費於因醫治飲酒而導致的疾病的金錢。另外，志願者亦可利用「觀察學習」來誘發村民踏出戒酒的第一步。志願者可以利用曾經成功戒酒的個案作為「觀察學習」的範例，讓他們明白成功戒酒並非不可能的，從而增加他們的個人動力。

3.5 複雜干預 (6-8)

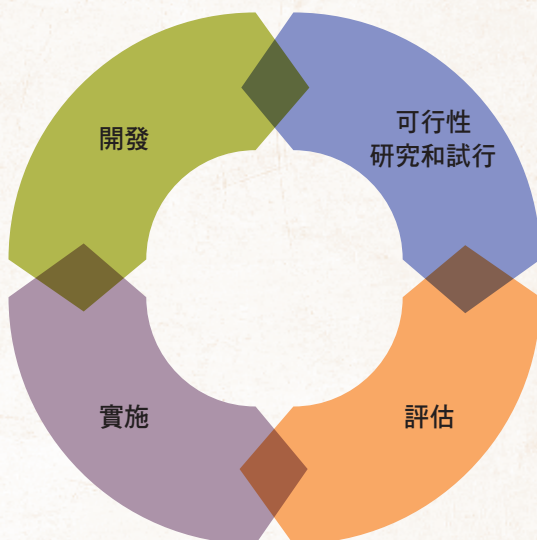
健康推廣干預項目通常涉及多於一項的干預內容。由於干預內容需要不同的部分來配合，很多時候我們都不能分辨該項目主要的「有效成分」。英國醫學研究理事會（Medical Research Council, MRC）亦認為當我們越難界定一個干預項目主要的「有效成分」以及其相互的關係時，我們便越有機會正在開展複雜干預。

複雜干預（Complex Intervention）是指一個干預中含有數個互為影響的組成部分。干預的複雜性會被以下的因素所影響：

- 1) 干預內容中有多少互為影響的組成部分；
- 2) 干預內容中涉及多少種行為及其難度；
- 3) 干預內容中有多少部分是針對團體或機構層面；
- 4) 干預成果的多寡及其可變性；及
- 5) 干預內容中能容許的彈性幅度

以下是在香港不同層面的複雜干預項目範例：以認知行為治療方法改善抑鬱症病徵（個人）、減少校園肥胖校本干預計劃（群體）、公營醫院策略性推行電子醫療記錄計劃（機構）及預防心臟病社區計劃（社區）等。由於複雜干預需要較深入的了解才能掌握當中的應用技巧，而此書專為健康推廣項目的入門者而設，故不在此詳細闡述複雜干預理論。有興趣的讀者可閱讀參考文獻。

英國醫學研究理事會複雜干預框架 (2008)



總結

健康推廣的所有理論和模型均通過實證研究其有效程度，能夠於大多數的情況下應用，因此並沒有高低之分，但理論和模型的實際選擇需考慮干預項目的目標和當地的實際狀況。這些理論和模型旨在以科學的角度將人的想法和行為概念化，並以系統化的方式解釋行為發生的原因，以助健康推廣者設定健康干預項目的目標和內容。

從這些理論模型中可以預見，要令那些對健康認識和理解不深入的人改變健康行為，是很困難的事。我們在設計健康宣傳的重點訊息時，需要側重幫助他們了解自身的健康風險，以及健康行為可能為他們帶來的好處，從而最終令他們改變行為。值得注意的是，一次宣傳的重點訊息一般不宜超過三個。過多的訊息會干擾宣傳對象的接收，影響他們吸收和保留健康干預的內容。

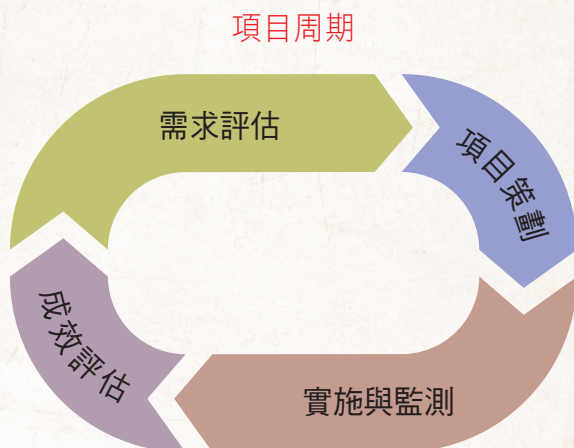
第四章 從理論到實踐

從這一章開始，我們將以 CCOUC 過往的工作實例，講解如何設計和管理農村的健康推廣項目。

4.1 項目周期

項目周期是指項目由開始至結束的整個過程。為了易於管理，項目通常會被劃分成四至五個階段，讓志願者能掌握每個階段的進度及評估項目成效。

紅十字會與紅新月會國際聯合會慣用的項目周期包括四個階段——需求評估、項目策劃、實施與監測*及成效評估，CCOUC 的項目也採用同樣的設計。以下將詳述當中的內容及執行方法。



需求評估

需求評估在項目策劃前期尤其重要，策劃者透過一系列的評估工具及方法，了解及辨識對象的健康問題、分析影響健康行為的因素，從而找出改變行為的切入點。以 CCOUC 評估農村健康的工作為例，當發現個別農村有多於一個健康需求時，如村民同時有酗酒、吸煙和高鹽飲食等習慣時，便要進一步檢視改變各種行為的迫切性及村內的現有資源，從而訂立干預活動的優先次序。

在農村進行需求評估，首先可以分別跟村長、村委和村醫進行深度訪談，了解村落概況和村民的基本健康需求。此外，亦要跟村民進行入戶調查和聚焦小組討論。組織聚焦小組時，可考慮按年齡、性別等，把參與的村民分組，與他們探討其群組關注的議題。

需求評估參考問題：

- 哪些群組是優先對象？
- 這些優先對象的健康需求是甚麼？
- 在這些優先對象中，哪些人有最大的健康需求？這些人住在哪裡？
- 現時有甚麼工作或項目正在進行，以解決這些人群的最大健康需求？過去曾嘗試應對這些健康需求嗎？成效有多大？

* 部分項目周期建議將實施及監測劃分為兩個階段

策劃者也可從當地衛生院、鄉公所等組織索取資料，如項目點的人口普查、健康結果指標；又或是透過其他團體或組織在當地進行過的研究文獻或活動報告，增加對項目點和村民的了解。在評估過程中，多留意有什麼機構或組織正在當地推行健康項目和其項目內容。這不但避免資源重疊，亦可發掘與它們發展成項目合作伙伴的可行性。



附件二至四是 CCOUC 設計的聚焦小組問題、在聚焦小組收集的被訪者基本資料和入戶調查問卷。策劃者需按對象和項目內容而調整問卷問題。如該項目涉及科學研究，則需要在項目開始前，先得到所屬機構的研究倫理相關單位的批准，以及當地相關機構或人士的認可。

項目策劃

策劃階段最重要的一環是項目設計和內容的開發。以下重點列出在策劃過程中如何規劃目的、設定項目內容及活動，以至達成目標。

農村健康推廣項目的目的為透過健康推廣活動，達致目標群組在知識、態度和行為上的改變。CCOUC 常於規模約為 200 至 300 戶左右的村落推行相關項目，包括在村落舉行至少兩次的健康教育和推廣，為村民灌輸新知識之餘，亦讓他們建立健康意識，在未來數個月至數年內，達致態度和行為上的改變。由於行為改變不是一朝一夕的事，志願者往往不能寄望透過一次的推廣活動便能改變村民的固有行為；因此，項目策劃者應訂立合理的項目目的，並將所需時間清楚列明在計劃當中。

目標則是指干預措施預期達致的結果，包括追求目的的過程中所採取的方法和步驟，是較目的更為具體的評估標準。目標可根據 SMART 原則而設立。

SMART 原則簡介

原則	定義
明確 Specific	目標明確而不含糊
可測量 Measurable	目標完成的程度是可以追蹤和量度的
可達成 Achievable	目標在現實條件的限制下是可以實現的（如取決於可用的資源）
相關 Relevant	目標應針對已確定的問題
時限 Time-bound	目標可在特定的時間內達成

由於資源（如時間、人力、財務資源）有限，一個項目也許不能達致所有目標。因此，確定目標時，應確切考慮待解決問題的具體情況、目標群體的需要和可用的資源等。

設定目標內容可參考「第三部分：健康推廣模型」所提出的各種理論和模型。然而，在策劃項目的過程中，策劃者要反覆思考：

- 有多了解目標群體的特徵
- 項目範圍
- 項目成效的指標
- 通過甚麼資源和方法去達成目標
- 項目的重點訊息
- 如何傳遞項目的重點資訊
- 如果情況有變，有沒有後備計劃？
- 如何鼓勵村民參與？
- 怎樣評估項目成效？

實施與監測

若要項目順利實施，策劃者必須在項目推行前，讓整個團隊明白項目目的，和各組員的角色、責任和具體工作。如有必要，可建議團隊和協辦單位先接受相關培訓。項目的策劃者在推行期間要定時向團隊匯報進度，並給予適度的鼓勵，以推動團隊繼續向目標邁進。

另一方面，策劃者根據事先訂立的計劃指標，持續監測項目的實施過程和進度。若發現過程中出現問題，應盡快糾正，並根據實際的偏差不時作出調整，確保項目目標可達。



成效評估

成效評估是整個項目不可或缺的一環，透過評估工具總結項目於訂立的時間內是否達標，以及有否出現一些非預期的效果。定性評估工具如聚焦小組，有助策劃者深入了解導致活動成功或失敗的因素。

成效評估工作的重點是評估及檢討目標人群的知識、認知、態度和行為能否達到計劃預期的效果，亦有助改善活動的設計，提高活動的可持續性。為保持運作的透明度和問責，項目策劃者應提供成效評估報告予資助團體和協辦單位參考。

在干預前和干預後以問卷形式作短期評估是最常用的成效評估方法。CCOUC 根據評估農村健康項目成效的經驗，總結以下問卷設計的原則，並以喝酒問題的干預後問卷作示範。

評估項目成效的例子

問卷設計原則	定義	例子
關聯 (Relevance)	被訪者認為題目與他／她的關係	剛才的推廣活動有意義嗎？
重要 (Importance)	被訪者認為該題目對其健康的重要性	以「有」、「沒有」、「不知道」回答以下句子： 過量喝酒對我的身體有不良影響。
相關知識和概念 (Knowledge/Concept)	判斷被訪者對特定健康知識和概念的認知	以下句子是否正確： - 過量喝酒會導致脂肪肝。 - 戒酒後，脂肪肝可以痊癒。
自我效能 (Self-efficacy)	在行為改變的過程中，覺得自己能夠堅持或掌握的能力	你認為自己可以戒酒嗎？
行為和意圖 (Practice/Intention)	在干預前了解被訪者的日常行為；干預後，則了解他／她是否有改變的意圖，是否感到難以做到相關的健康行為	你願意在短時間內嘗試戒酒嗎？

總括而言，項目會按階段順序發展；然而，每個階段所需時間會依內容而改變，例如在需求評估階段，要跟哪些持份者進行訪談？如何接觸他們？這些均會直接影響那階段完成所需的時間。另外，階段與階段之間必須緊密相關，舉例來說，若需求評估過於簡單，以至未能辨識村民的健康需求和成因，即使在農村實施項目，亦難以引起村民的關注。

4.2 志願者須知



志願者在參與服務及開展健康推廣活動時，常抱有很大的熱忱及憧憬，但志願者亦需要主動了解農村的實際情況和村民的生活習慣等影響村民健康的因素，以調整對活動的期望。此外，更要充分考慮個人安全、團隊後勤安排及項目預算等。以下概括在管理及策劃活動應注意的地方作為參考。

4.2.1 團隊管理

志願者背景不盡相同，有些在籌組活動時才首次碰面，要在短時間內合作無間實非易事。社會上有很多關於個人性格分析與團隊管理的理論，當中貝爾賓團隊角色理論 (Belbin Team Roles)⁽¹⁾ 指出，一支結構完整的團隊應該由九種人組成，他們的性格、優點和缺點各有不同，組員互補長短，提高工作效率。

團隊應有的角色

角色	優點	弱點
鞭策者 (Shaper) 為團隊注入必要的動力，確保團隊繼續向前邁進，不會失去焦點和力量	勇於接受挑戰、充滿活力和幹勁、具有強大推動力、具有克服困難的動力和勇氣	容易動怒，有時會不顧別人的感受
資源開拓者 (Resource Investigator) 為團隊提供了事情另一面的資訊和知識，確保將團隊的想法告知外面的世界	外向、熱情、溝通力強、善於尋找機遇和發展人際關係	過於樂觀、當最初的熱情冷卻後便會立即對事物失去興趣
團隊工作者 (Teamworker) 具有凝聚團隊的能力，善用其靈活性去確定團隊需要去做的工作，並代表團隊完成	個性溫和、待人圓滑、關心他人、願意細心聆聽、擅於促進團隊和諧	出現爭論或面臨關鍵時刻時會變得優柔寡斷、寧願選擇沉默，以避免持相反意見
審議者 (Monitor Evaluator) 為團隊提供有邏輯的意見，在必要時作出公正的判斷，冷靜地權衡團隊的抉擇	冷靜、謹慎理智、考慮周全、具判斷力、有遠見	缺乏激勵他人的動機和能力，有時會過分挑剔
專家 (Specialist) 為團隊的重要領域帶來深入的知識	專注、自動自覺、為團隊提供專業的知識和技能	只能在特定的領域內作出貢獻，並往往糾纏於技術細節
智多星 (Plant) 喜愛自由思考，極具創意，善於用嶄新的方法解決問題	有創意、具想像力、聰明、善於想出不同謀略解決難題	忽略細節和可行性、介意他人的批評
完成者 (Completer Finisher) 在工作接近完成時發揮最大效用，能仔細琢磨和檢視工作的錯誤、完善不足的地方，將工作質量達至最高標準	追求完美、刻苦耐勞、盡責、堅持不懈、善於找出錯誤和修正	不願意委派他人工作或接受他人協助、過分憂慮
協調者 (Co-ordinator) 關注團隊的目標，為團隊不同成員安排合適的工作	有自信、知人善用、成熟、能掌握目標、能有效分配工作	可能會被誤為喜歡操控他人、指指點點而光說不做
執行者 (Implementer) 必需規劃一個可行的工作策略，並會高效率地落實和完成	可靠、有效率、守紀律、實際、能夠系統化地籌組工作，將概念變成實際行動	缺乏彈性、過於堅持步驟和原則、面對新機遇會時會反應得比較慢

大部分人傾向與其中兩、三種團隊角色合作，在必需的情況下才會設法與另外數種團隊角色融合；有些甚至不能與餘下的團隊角色合作，並且會避免在同一團隊出現。組長應具備良好的觀察力，迅速了解不同組員的性格特徵，再按其個性專長安排適合的工作，以減少組員之間的磨擦，取得事半功倍的效果。

一個團隊由成員互相認識、磨合到產生默契，是一個需時的過程。根據美國心理學教授布魯斯·塔克曼（Bruce Tuckman）的研究，團隊的發展和行為共分組建期、激蕩期、規範期和執行期四個階段⁽²⁾。

組建期（forming）——為項目的啟蒙階段。成員對團隊的目標尚未清晰，也不清楚自己在團隊中的角色和責任，故此行事較為獨立，並會不斷測試團隊成員的接受能力，以及活動和制度的界限，從而建立成員與成員之間、成員與組長之間的關係和各項制度準則等。組長要做好準備，回應組員關於團隊目標、目的和對外關係的大量提問，甚至要應付部分組員對活動出現過分憂慮的情況，確保團隊建立互信的工作關係。

激蕩期（storming）——為團隊出現人際衝突關係、兩極化，甚至權力鬥爭的階段。成員試圖爭取與其他成員和組長建立關係，設法表達自己的觀點和見解，同時希望展現個人性格特徵，並開始將對團隊的目標、期望、角色和責任的不滿和挫折感表達出來。組長面對成員的挑戰、批評和衝突，應冷靜持平處理，避免被這些人際關係和情感問題模糊了活動的原意，應向成員解釋團隊存在差異或不同觀點是正常情況，但要互相包容和接納其他意見，找出共識和作出決定。

規範期（norming）——團隊達成共識，工作效率提升的階段。各人清楚和接納自己和其他成員的角色和責任，並調整自己的行為以配合整個團隊的運作，團隊的工作流程和風格漸漸形成。團隊參與度高，愈趨團結，會開始籌組社交活動促進感情。此時，組長可以讓團隊有更大的自治性，將重大決策交由整個團隊決定，至於細小事務則可委託給個別成員或團隊中的小組決定。

執行期（performing）——團隊對工作有策略性的認知，角色更為靈活和功能化，達到最高工作效率的階段。團隊對職責和如何執行有清晰的理解，就算沒有組長監督也能按制度準則作出決策。團隊抱持共同的願景，運作流暢，合作無間。即使出現分歧，也能用積極的方法解決。在朝著目標邁進的同時，成員間也兼顧到彼此的關係、工作風格和流程。團隊擁有高度的自治能力，組長此時應該讓成員自己執行必要的決策。

每個團隊由組建期發展至執行期所需要的時間，以至由一個階段過渡到另一個階段的時間亦各有不同。建議在出發前至少舉行三次簡報會，除了向成員清晰簡介活動要點、匯報工作進度，還能讓成員互相了解，在參與籌備工作時增加磨合的機會。有關簡報會要注意的事項，請參考 4.2.5「出發前簡報」部分。

4.2.2 後勤準備

一支志願團隊需包括以下崗位：

- 組長
- 後勤負責人
- 醫療支援（醫生、護士或合資格的急救人員）

組長應安排兩至三位了解項目詳情的志願者在基地（通常在團隊的出發地）擔任後勤支援。下列的後勤工作可由組長或後勤分擔處理，並由組長安排其他組員協助準備。



（一）註冊和報名

- 至少於出發前六個星期與所有組員確認活動成行，並收集組員的個人資料包括中英文全名、護照／回鄉證號碼、出生日期等，以便其後的後勤安排（如購買保險、機票）。所有資料必須保密（如儲存於加密的文件檔）
- 收集所有組員的旅遊證件副本，檢查證件有效日期和是否需要簽證，並複印一份予後勤支援組。這些副本只會在緊急情況時使用，團隊回港後務必銷毀
- 要求協辦單位發出邀請信／合作通知，以便入境時被海關查核，以及出現緊急情況時證明與協辦單位的合作關係
- 發出邀請信予各組員，以便他們向學校／僱主請假
- 所有邀請信／合作通知應備有一份副本存檔

（二）健康須知和應急計劃

- 收集所有組員的長期服藥紀錄、對藥物敏感的資料等，準備一份清單詳列各組員的健康狀況，確保醫療支援知悉組員的特殊醫療需要
- 查看項目點的潛在健康風險和傳染性疾病（如高山症、登革熱）
- 確切知道項目點附近有提供緊急護理的醫療設施，以及其地址、聯絡和前往方法
- 查看項目點附近的縣／省級醫療護理設施，以及其地址、聯絡和前往方法
- 組長或醫療支援應在出發前為所有組員進行衛生簡報，內容包括：
 - 明白項目點的潛在健康風險和所需的預防措施
 - 了解免疫接種的資訊，並要按自己的醫療需要準備藥物／其他醫療物資
 - 向醫療支援匯報健康狀況，讓醫療支援有所準備
- 醫療支援應準備一個急救箱，確保藥物和其他醫療物資足以應付整個團隊的需要，以及藥物沒有過期

- 組長或醫療支援應擬定緊急醫療事故的應急方案，包括送組員前往當地醫療設施或緊急轉送到其他地方接受治療的處理方法
- 收集所有組員的緊急聯絡人資料，並於出發前將資料發給後勤支援組。若遇上緊急事故，後勤支援組可協助聯繫組員的親友

（三）保險

- 所有組員出發前必須購買旅遊保險
- 購買時必須詳細了解條款和保障範圍，如是否涵蓋行李遺失、航班延誤或取消、偏遠地區的活動等，並清楚了解索償時需繳交的文件
- 建議保障範圍必須涵蓋國際緊急轉移服務（如 SOS）
- 無論是集體購買還是組員自行購買，組長都必須集齊組員的旅遊保險資料，包括保險公司名稱、保單號碼和緊急支援熱線號碼，並於出發前將資料發給後勤支援組
- 若是集體購買，組長需複製保單予各組員，並向他們簡介旅遊保險的保障範圍，以及緊急支援熱線號碼

（四）團隊裝備

- 於出發前至少三星期備妥活動的所需裝備清單，再安排組員協助準備
- 小心記錄裝備的使用情況，確保所有裝備性能良好，並貼上適當標籤以茲識別。如有損壞要立即修理或補購
- 準備裝備清單，詳列裝備的數量、品牌和型號等。組長和後勤負責人應各自備有一份清單，以便入境時被海關查核
- 準備印有組織標誌的橫幅，供拍攝大合照或宣傳活動時使用
- 分配組員負責攜帶和保管裝備



(五) 通訊工具

- 若選擇用對講機作為團隊在前線的集體通訊工具，後勤負責人需確保對講機性能良好，並分發給組員保管；出發前要教導所有組員如何使用對講機
- 組長和後勤負責人應帶備有漫遊功能或能於中國使用的流動電話，遇上緊急情況時能與外界聯繫
- 應備有一份通訊錄，紀錄詳盡行程、合作單位資料、所有組員及其緊急聯絡人的電話號碼、支援熱線號碼（如航空公司、保險公司）等，並分發予後勤支援組和各組員

附件五是按準備時間排序的後勤工作清單，以供參考。

4.2.3 安全考慮

所有志願活動都有潛在風險，有機會危害志願者的人身安全。因此，在出發前作充分準備，在項目期間恪守安全守則；即使不幸出現安全威脅時，也能妥善處理，減輕傷害。

出發前

組長或負責組員應從協辦單位、當地政府和媒體的網站了解項目點的最新情況如天氣、治安等與組員分享。全體組員應根據這些資訊，以及活動所牽涉的範圍，進行一次安全風險評估。

若認為有機會出現安全事故，必須向協辦單位查詢，再作進一步分析。從協辦單位的回應往往可看出一些端倪，例如對方迴避查詢，或回覆時間比平常長很多，甚至沒有回覆，可能代表當地的安全情況出現變化。若獲悉事故已經發生，有機會危害志願團隊安全時，應該取消行程，不應逞強。

若安全情況許可，組長或負責的組員仍需向全體組員簡介當地的情況、項目內容和相關的健康風險，並叮囑組員考慮其心理和身體狀況能否應付活動。

組員在出發前亦應自行搜集項目點的資訊，以提高自己的安全意識。若認為找到的資料有可能影響安全風險評估，應告知組長或負責的組員。非醫療組員亦應接受認可的急救訓練，若活動期間有人受傷或生病，也可提供適切急救。

志願者的紀律及安全



志願者在項目點要保持高度自律，才可保障個人和團隊的安全。若想加深了解志願者在項目點應如何保持安全，可瀏覽紅十字與紅新月會的互動學習平台：

題目：Stay Safe - Volunteer Security（只提供英文版本）

連結：<https://ifrc.csod.com/client/ifrc/Default.aspx>



項目進行期間

抵達農村後，組長或負責的組員應在當地代表的陪同下先巡視一次村莊，先行熟悉環境和向村民表示友好，同時觀察有沒有危害團隊安全的人或事，例如有村民對外來者持敵視態度、當地氣氛緊張、村民有酗酒或濫藥問題等。若在村莊留宿，建議每晚都夥同當地代表巡視村莊。巡視後的觀察所得必須向全體組員匯報。若有疑慮，必須審慎處理，考慮是否需要：

（一）啟動撤離計劃

（二）安排組員輪更看守留宿地點，並於留宿地點外圍加設保護措施（如加強照明和加裝障礙物）

組員應隨身帶備旅遊證件、機票、飲用水、食物、現金、哨子和電筒，休息期間，亦應將它們放置於隨手可及的地方，即使遇上緊急情況，也能迅速行動。

組長或負責的組員應該每天與後勤支援組通話一次，匯報團隊位置、值得留意的事項和更新的行程。後勤支援組應繼續留意項目點的安全情況，如有新進展或新發現必須告知團隊。

個人方面，志願者任何時候都不應單獨行動，並要遵守團隊訂下的安全守則。建議設伙伴制度，安排兩位志願者為一組，時刻互相了解安全狀況和所在地。此外，貴重物品（如相機、手提電話）亦應多加看管，切忌攜帶大量財物和現金。即使項目點較安全，都要時刻保持警覺，如遇上任何可疑地方，必須向組長匯報。組長或後勤負責人需確保所有組員穿著適當的隊衣，以及在項目點工作時要戴上姓名牌。

4.2.4 財政預算

組織健康推廣活動時必須包括財政預算，詳細列明所需的物品、用途及費用。財政預算通常包括以下幾類開支：

- (一) 各類物資開銷：器材（如對講機、擴音器、電池）、教學物資（如製作海報、各類示範道具、文具）、給予村民／當地負責人的紀念品、急救用品和藥物、隊衣等。
- (二) 來往當地的交通費：需小心制訂前往方法，並在交通費用和所需時間之間取平衡。謹記將接駁車／船的費用計算在內。
- (三) 當地交通費用：偏遠村落的公共交通系統相對落後，租用汽車是較為穩妥的做法。以八人團隊為例，建議租用三輛汽車（每輛汽車通常可容納四名乘客）；當萬一遇上車輛拋錨時，便可即時安排志願者坐在餘下的座位，而不需要在原地等候其他車輛接載，避免有機會停留在不安全的路上。
- (四) 住宿：為節省開支及安全考慮，志願者會被安排入住雙人房。預訂房間前務必點算清楚組員的數目和性別。
- (五) 膳食：除了每日三餐之外，還要計算飲用水（每人每天需約三公升飲用水）和小食（如麵包／餅乾／能量棒等補充體力的食物）的開銷，以及宴請當地負責人的費用。
- (六) 津貼：用來給予協助翻譯和參與需求評估的村民。金額不宜太大，以 CCOUC 的項目為例，負責翻譯的村民每日（約六至七小時）所得的津貼約為人民幣 100 元。
- (七) 應急備用金：用來應付突發情況，如遇上交通意外或要緊急撤離項目點所產生的費用。金額約為整體預算的 5%。



財政預算應在活動開展前至少一個月備妥。籌備物資的志願者必需把各類開銷控制在預算範圍之內，如發現某些物資的價格比預算為高，應與組長商量對策。一些較昂貴的開銷（如機票、當地交通、紀念品製作）應「貨比三家」，以有效控制成本。由於信用咭或其他支付方法在偏遠農村並未普及，應準備現金支付所有於項目點的開銷，組長或負責管理財政的志願者可分別攜帶部分現金，減低風險。

4.2.5 出發前簡報

出發前，必須舉行簡報會，讓組員了解整個項目如何運作，藉此建立對項目的信心。它提供了一個組員和組長互相交流和釐清項目細節的機會——組員從組長口中得悉分工、如何行事和何時行事等資料；組長則可聆聽組員對項目運作的意見，以調整項目內容。建議在出發前最少為組員進行三次簡報，所有組員務必出席。

第一次簡報

首次簡報應在出發前六個星期舉行。首次簡報除了希望打破組員隔膜，令團隊日後合作更順利外，還可就項目的目標、對象、期望等達成共識，以免有組員因期望有所落差感失望，甚至中途放棄。

簡報會具體內容：

- 組員自我介紹
- 介紹項目和村莊背景、此行目的、過往評估的結果
- 組員應遵守的行為守則
- 個人衛生和責任
- 個人健康包括疾病預防及準備工作
- 保險詳情和保障範圍
- 需自費和項目承包的費用
- 組員在出發前需負責準備的工作
- 派發項目邀請信予組員，以便他們向公司或學校請假
- 收集所有組員的旅遊證件副本

第二次簡報

第二次簡報應在項目出發前三至四個星期舉行。此時，應已確定健康推廣項目的題目，策劃者需向組員簡介內容，讓組員交流有關是次項目的資訊（如項目點的安全情況、習俗等），同時詢問組員對項目內容的意見，以作調整。

簡報會具體內容：

- 簡介進行入戶調查的方法、調查的內容等
- 簡介健康推廣項目的內容
- 組員在項目點的分工和工作詳情
- 組員匯報負責準備的工作的進度
- 組員分享搜尋到有關項目的資訊
- 組長與組員討論內容細節和疑問

第三次簡報

第三次簡報應在出發前三至四天舉行，目的在於確定集合細節，和向組員分發物資。

簡報會具體內容：

- 確定出發當日的集合點和時間
- 向組員分發物資、器材
- 向組員分發隊衣、姓名牌、行李牌
- 再一次提醒組員活動的重點和注意事項



總結

從理論到實踐有很多關鍵的地方需要注意。在培訓志願者的過程中，不能忽略這章提及的細節。

第五章

中國農村健康 現有問題及 推廣項目訊息

根據世界衛生組織《社區和社區衛生工作者指南》⁽¹⁾，一個健康的社區應具備清潔安全的生活環境，方便可及並能滿足每個人基本需要的適切衛生服務，以及能提供機會給居民積極融入社會。要令一個社區達到這些指標，當中牽涉的範疇和技術非常廣泛，由建造基本設施如供水系統、排水系統、公共廁所、公共浴室、水井（或其他水源），以至提供醫療服務（包括精神健康），及有系統地提高個人衛生常識也包括在其中。

CCOUC 中國農村項目的目標主要是提高村民和社區的健康意識，以及個人衛生和備災常識。在這個部分，我們根據過往開展項目所累積的經驗和觀察，探討農村居民所面對的五個主要健康議題和備災挑戰，包括水和健康、室內環境、垃圾處理、健康習慣和備災減災，並附上建議的重點訊息供讀者參考。如讀者有意開展其他類型的項目，建議參考《社區和社區衛生工作者指南》和環球計劃的《人道主義憲章與人道救援響應最低標準》⁽²⁾。

5.1 水和健康



水與人體健康關係緊密，所以食水的安全尤其重要。水安全包括水源是否充足和水的質量是否達標的問題。

在中國，各地區的水資源分布有相當大的差異。例如同樣在甘肅省，北部地區長年缺水，降雨量少，加上附近沒有河流和水庫，村民的水源主要靠收集得來的雨水；而在南部地區，雨量比較充足，附近又有多條支流，水源問題相對不大。

面對不同的社區情況，推廣時要有不同的宣傳重點。在水源尤其緊缺的地方，關於水健康的教育可以側重於淨化雨水和改善日常用水習慣。而在水源充足的地方，可以側重於水源的保護和與水有關的健康習慣，如教育正確的洗手方法。

根據環球計劃的《人道主義憲章與人道救援響應最低標準》⁽²⁾，供水要合乎以下三大標準：

供水標準一：取水和水量

所有人都能安全和公平地獲得足夠的水用於飲用、烹飪、個人衛生和家庭衛生。公共供水點要靠近民居，以滿足居民最低的用水需求。

供水標準二：水質

水質符合飲用標準，可用於烹飪、個人衛生和家庭衛生，不會對健康造成太大風險。

供水標準三：與水相關的設施和器具

群眾有足夠的設施和器具來取水、儲水，確保飲用水在使用前仍然安全。

總結來說，食水安全是指處理、運送及儲存食水，均達致安全飲用的標準，而用水需要符合以下原則：質量 (quality)、水量 (quantity)、可及程度 (accessibility)、價格 (cost) 和可靠程度 (reliability)。這裡將談及水源的保護、飲用水的處理、洗手和製作口服補液鹽溶液等議題。

世界衛生組織《社區和社區衛生工作者指南》從多方面討論健康習慣，其中一個章節聚焦個人和社區衛生，當中很多跟此節提到的內容有關，例如洗手和水源的保護，有關內容總結請參考 [附件六](#)。

前期評估關注點

質量方面：

- 村民飲用水源位置——質量如何？
- 水源有否被污染或有可能受污染的風險？
- 村民對於取水、儲存與使用水，有甚麼習俗與傳統習慣？
- 相關習慣如洗手、燒開水等
- 向村醫或相關人員詢問村民平日的腹瀉及治療情況

水量方面：

- 每人每天能獲多少水？

可及程度方面：

- 村民飲用水源位置——容易獲取嗎？
- 每戶都容易接觸到水源嗎？

可靠程度方面：

- 水源是否全年都有水供應？



維持基本生存的用水需求

用水需求	參考用水量▲
生存需求：水攝取量（飲水和食物）	每天 2.5 – 3 公升
基本衛生需求	每天 2 – 6 公升
基本烹飪需求	每天 3 – 6 公升
總用水需求	每天 7.5 – 15 公升

（資料來源：環球計劃）

▲用水量會依據氣候、個人生理、社會和文化習慣等而調整。

以上是在災害和衝突情況下受災人群的最低用水標準。在一般情況下，每人每日應平均至少有 25 公升水作飲用、烹飪和個人衛生用途，洗滌衣物需要更多的水⁽¹⁾。

5.1.1 水源的保護

現有問題

食水安全在中國偏遠農村非常值得關注。農村的水源很多時候都是開放式的，除了人之外，牛或馬也會在同一水源飲水，人畜糞便也可能進入水體而污染飲用水源。一些肉眼看不見的致病細菌，或微生物或寄生蟲如鞭蟲、鈎蟲、蛔蟲等，有機會進入水中，人飲用後會引起嚴重的傳染性疾病*；患病的人如果沒有良好的衛生習慣，更會有機會把疾病傳染其他村民，引發嚴重的健康問題。

志願者在進行前期評估時，應實地考察當地的水源。低風險的水源應具備以下特徵：

- 水源應完全密封或蓋上，沒有地表水直接流入
- 居民取水時不會踏進水源
- 廁所應盡量設立於遠離水源的地方，以及不應置於高地
- 垃圾坑、牲畜糞便和其他污染源應盡量遠離水源
- 水源五米範圍內沒有積水
- 若水源是水井，取水的水桶應保持乾淨，不應接觸地面，又或是用水泵取水



建議健康推廣訊息：

1. 飲用水可能在取用、運輸、儲存、使用等各個環節受到污染，從而影響健康。
2. 採取措施保護開放式的水源，避免因牲畜靠近而受污染，村民也不應在水源附近排便、洗澡或洗滌任何器具。
3. 蓋好儲水的容器，以免髒物掉進而受污染。
4. 至少一個月清洗一次取水和盛水的水桶、繩子和水缸，以保持清潔。

* 在中國，感染性腹瀉（指各種急性、慢性的細菌、病毒、真菌、寄生蟲感染造成腸道炎症而引致的腹瀉）的發病率一直位居腸道傳染病首位⁽³⁾。據統計，2005年全國腹瀉病例共計104,281宗，佔全部傳染病的22.49%⁽⁴⁾。2006-2007年中國細菌性痢疾年均發病率為每10萬人30.05宗，其他感染性腹瀉年均發病率為每10萬人56.69宗⁽⁵⁾。

5.1.2 飲用水的處理

現有問題

在農村，許多村民都沒有將水先煮沸才飲用的習慣，原因是他們都覺得自己村裡的水源非常乾淨，不煮沸也沒有關係，特別在夏天，直接飲用山水或溪水較開水更清涼解渴；而村裡的人世代長時間飲用也沒有問題更讓他們放心。我們的調查發現，水資源充足的村落，只有不到一半的人會將水煮沸才飲用；水資源貧乏的村落則約有七成。可是，看似清澈的水源，細菌如大腸杆菌含量可能超標。隨著農田化肥施用量增加，很多未被吸收的氮、磷等元素會隨著降水或徑流進入表層或地下水源。此外，農村往往缺乏基本的污水處理系統，含有化學物質、糞便和垃圾的生活污水有機會直接污染水源。燒水可以破壞大部分水生病原體，殺滅絕大多數的蟲卵，也能去掉一部分化學毒物的毒性，所以飲用前將水煮沸是保障健康的大原則⁽⁶⁾。

建議健康推廣訊息：

1. 飲用生水對身體可能帶來的影響。
2. 盡量避免直接飲用生水，即使水源看起來非常乾淨，在飲用前亦應將水煮沸。
3. 正確的煮開水方法是把水煮至沸點（攝氏 100 度）後繼續加熱多一分鐘。



更多預防食水傳播的疾病和淨水的方法，可參考：



世界衛生組織《社區和社區衛生工作者指南》（英文版）

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42456/1/9241545534.pdf>

環球計劃的《人道主義憲章與人道救援響應最低標準》⁽²⁾
有關供水、環境衛生及衛生促進的最低標準部分

<http://www.oxfam.org.hk/filemgr/2128/plan2011.pdf>



世界衛生組織有關食水處理的部分

http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/om/linkingchap6.pdf

中華人民共和國《生活飲用水衛生標準》

http://www.moh.gov.cn/open/db_query/new/20070628143525.pdf



香港港口衛生旅遊健康中心《淨化食水的方法》小冊子

http://www.travelhealth.gov.hk/sc_chi/downloads/files/wpm.pdf

5.1.3 洗手

現有問題

雙手是傳播病菌的主要途徑，如果飯前不洗手，這些病菌極容易通過手部的接觸污染食物，病菌進入人體後，可能誘發如腹痛、腹瀉等腸道疾病；如果便後不洗手，人體排泄物中含有的多種致病病菌和寄生蟲，也有可能通過雙手接觸食物進入人體而致病。此外，常見呼吸道疾病的病菌都是通過飛沫和空氣傳播，所以掩著口鼻咳嗽後不洗手，便有機會將病菌傳染給身邊的人。有些致病的微生物和寄生蟲可存在於牲畜身上，輕度接觸就能將病原體傳遞給人。

在我們的項目點進行的調查發現，三成的村民並沒有飯前洗手的習慣。雖然幫助村民培養洗手的習慣非常重要，但在推廣的過程中要充分考慮當地包括水源在內的硬件條件。教導村民洗手時，需避免浪費當地寶貴的水資源，而在缺水環境下要處理小孩飯前洗手這個問題，可以考慮教導小朋友使用筷子吃飯，而不是用手抓東西吃，作為飯前洗手這個概念的補充。

建議健康推廣訊息：

1. 單用清水洗手並不足夠。使用清水加肥皂洗手是其中一個最有效防止腹瀉等疾病傳播的方法。
2. 教導正確的洗手方法：用肥皂洗搓手掌、手背、指隙、指背、拇指、指尖與手腕最少 20 秒，再徹底沖洗雙手。
3. 教導甚麼時候必須洗手：如廁後、幫孩子清理糞便後、吃飯和準備飯菜前、咳嗽後和接觸禽畜後。



更多正確洗手方法的資訊，可參考：



聯合國兒童基金會「正確洗手 健康在你手」網頁

<http://www.unicef.org.hk/event/global-handwashing-day/clean-hands-save-lives/>

供參考的洗手歌：

聯合國兒童基金會「2010 全球洗手日洗手歌」

<http://www.unicef.cn/cn/index.php?m=content&c=index&a=show&catid=49&id=71>



「大家來洗手」

- 1) <http://www.tudou.com/programs/view/ZyLgaGVqFoo/>
- 2) <https://www.youtube.com/watch?v=oDsc05v4sfc>



5.1.4 口服補液鹽溶液

現有問題

據世界衛生組織的估計⁽⁷⁾，中國每年有四萬名兒童死於腹瀉感染，即使有部分痊癒了，脫水和營養不良也對這些兒童的成長造成嚴重的影響。農村地區受腹瀉感染的兒童是城市地區的 15 倍，很大程度是因為飲用水受污染以及缺乏完善的衛生設施。根據我們在項目點進行的調查，在受腹瀉感染的農村兒童中，只有不到四成得到村醫治療。應對感染性腹瀉最好的非藥物治療方法是補充大量的水分、電解質和適當的糖分，慎防身體出現脫水徵狀，並在可行的情況下立即前往醫院接受妥善治療。

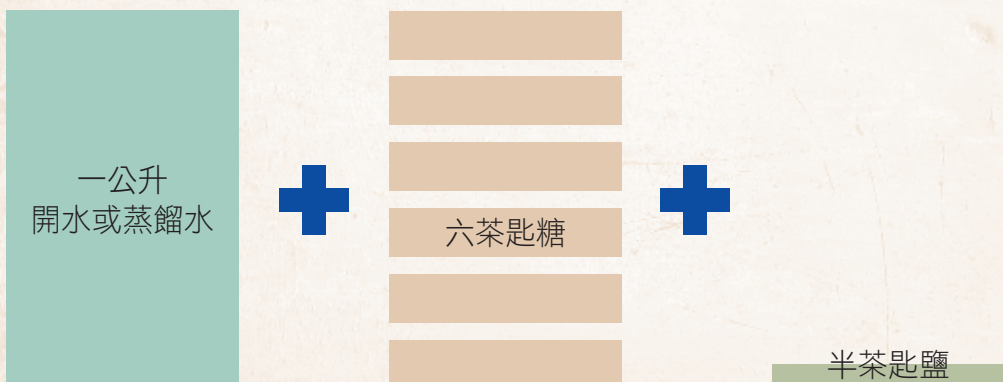
口服補液鹽*是一種有效的補水方法。它有助預防或治療脫水，雖然不能治癒腹瀉，但對病情恢復直至痊癒有幫助。世界衛生組織和聯合國兒童基金會的研究人員表示，如果可以提高口服補液鹽溶液的覆蓋率，腹瀉的死亡率可以降低 75%。家用口服補液鹽溶液的製作其實非常容易，所以在農村地區推廣也簡單有效。

建議健康推廣訊息：

1. 口服補液鹽溶液是治療腹瀉導致的脫水的最簡單有效的方法。
2. 通過親自操作，掌握口服補液鹽溶液的配製方法。
3. 了解口服補液鹽溶液的服用方法：小朋友每次喝一杯（250 毫升），成年人每次喝兩杯。每天喝六次，直至腹瀉停止。
4. 出現嘔吐或腹瀉時應開始服用口服補液鹽溶液。



口服補液鹽溶液的配製方法



* 口服補液鹽溶液（Oral Rehydration Solution, ORS）是世界衛生組織推薦的治療急性腹瀉脫水的處方。家用口服補液鹽溶液的配製比例為：1公升開水+6茶匙糖+半茶匙鹽，可參考世界衛生組織網站：<http://www.who.int/cholera/technical/en/>。

5.2 室內環境



農村的室內環境加上不良的生活習慣，可以引致不同的健康問題，造成不同程度的威脅和影響。例如：在房屋內散養牲畜，會增加疾病傳染的可能；在室內燃燒不當的物料，會導致敏感甚至中毒；在室內吸煙會使煙霧顆粒吸附在室內環境中，增加被動吸煙的健康風險；另外電線安裝不當或雜物堆積，更會構成火災隱患。

這裡將談及室內空氣污染和牲畜沒有被固定圈養的議題。

前期評估關注點

偏遠地區的生活習慣，會隨著環境不同而有其獨特的差異，在設計及決定活動前要留意以下要點：

- 基本生活條件（如住房結構等）
- 廚房位置和煮食燃料
- 房間的通風系統
- 家中有沒有防火設備
- 家中有沒有吸煙人士
- 取暖用具及燃料系統
- 牲畜與人混合居住
 1. 牲畜有沒有獨立的飼養範圍
 2. 牲畜飼養範圍與居所之間有沒有圍欄或有否清楚分隔

5.2.1 室內空氣污染

現有問題

在中國的農村地區，人們通常會用灶台或簡陋的爐子做飯或取暖，也會使用木柴、糞便、煤、炭、農作物廢料等作燃料。這些未經提煉的燃料，燃燒效率很低⁽⁸⁾，未充分燃燒的燃料會排放濃重的煙霧，對健康有一定危害⁽⁹⁾。當室內沒有煙囪或通風不良時，室內污染物的濃度更會升高，導致多種不良徵狀，如頭痛、頭暈和疲勞等，繼而引發哮喘、肺炎、支氣管炎或肺癌等疾病。

世界衛生組織 2012 年的數據⁽¹⁰⁾顯示，室內空氣污染每年造成 430 萬人死亡，佔全球死亡人數的 7.7 %。一項中國的研究更發現⁽¹¹⁾，由於大部分農村家庭的煮食任務都是由農村婦女擔當，長期暴露在油煙下的婦女的肺癌發病率是普通人的 4.1 倍。作為孩子的照顧者，她們煮食時通常要將孩子背在身上，而孩子長期處於煙霧的環境中，罹患急性呼吸道疾病的機會也大大增加。這不僅影響他們的成長，如沒有適當的處理，更容易引發肺炎等疾病。孕婦如果每天暴露於大量煙霧中，亦會增加嬰兒出生時體型細小和發育不良的機會⁽¹²⁾。

雖然 CCOUC 的項目未能夠改善村民家中煮食環境的設計，但至少能夠提高村民的自我保護意識。

建議健康推廣訊息：

1. 了解室內空氣污染的來源和對人體健康的影響。
2. 了解改善爐灶或燃料（如選用產生較少污染物的蜂窩煤、玉米）的方法，提高燃料燃燒的效率，減少排出有害物質。
3. 連接相應的排風措施或增加房間的通風性（如設有足夠的窗戶或安裝合適的煙囪），將油煙排到室外。
4. 廚房和其他房間應砌牆分隔。
5. 減少煙燻形式煮食，防止炒菜油溫過高。
6. 避免在室內燃燒垃圾（相關內容請參照 5.3.1 日常生活垃圾處理）。
7. 避免在室內吸煙（相關內容請參照 5.4.1 吸煙）。

更多有關室內空氣污染和相關健康干預措施的資訊，可參考：



世界衛生組織網站

<http://www.who.int/indoorair/en/>

5.2.2 牲畜分隔

現有問題

人畜共居的現象在農村十分常見。雖然大部分圈養的地方都有門栓，但是在白天為了餵飼方便，村民經常任由牲畜在房屋裡隨意走動，進入廚房和睡房。這不僅帶來異味，更令衛生環境惡化，例如牲畜糞便容易滋生蒼蠅和蚊蟲。如果房間通風不暢，更增加村民患傳染病的風險⁽¹³⁾。

一般農村的衛生條件相對較差，人與禽畜共同居住使得兩者的接觸更頻密，人類也更容易染上經由動物傳播的疾病。除了常見的蛔蟲、鉤蟲和條蟲外，近年爆發的禽流感亦是由人與動物接觸而造成。農村村民大多沒有意識到人畜共居對疾病傳播和健康的影響，包括由禽畜揚起的塵土容易引致呼吸道感染和過敏，禽畜的排泄物會引起食物中毒以及腸胃問題，嚴重者可能導致村民感染人畜共患的傳染病等。

雖然牲畜常常是農村家庭的主要經濟來源，而農村環境也有其獨特的條件和限制，但有證據顯示，簡單的人畜分離措施和保持圈養地方清潔衛生，能降低傳染病的風險，大大提高村民的健康水平⁽¹⁴⁾。

建議健康推廣訊息：

1. 牲畜隨意走入房間和室內會對人類健康造成負面影響。
2. 牲畜應與住所保持一定距離，尤其是廚房和儲存飲用水的地方。最理想是圈養牲畜的地方與住所相距十米。
3. 村民可以在室外用簡單圍欄設立獨立的牲畜間，將牲畜隔離飼養。牲畜的糞便要小心丟棄或製成肥料，避免污染到住所和儲存飲用水的地方。
4. 推廣人畜分隔時，可以結合口服補液鹽溶液的相關章節，推廣如有腹瀉問題時的簡單應對方法。



5.3 垃圾處理

隨著中國經濟發展和農民收入提高，農民的消費方式也有所變化。農村環境出現愈來愈多工業產品，產生愈來愈多不能自然分解的垃圾。目前，中國農村約有 6.1 億常住人口⁽¹⁵⁾，若以農村平均每人每天製造生活垃圾 0.5 千克計算，一年可產生約 1.1 億噸垃圾。垃圾處理與其健康推廣的主要目的，是希望降低隨處亂扔垃圾以及在室外和室內燃燒垃圾，對身體所造成的直接健康影響。

有些村落距離主幹道路較遠，即使垃圾能統一收集，卻很難運輸到就近的垃圾站。要務實地解決這個問題，除了加強硬件設施的配合（例如就近建垃圾填埋站或焚化爐，並有相關的政策支持，但這些措施在短期項目中很難做到），也可通過相關的健康推廣，讓村民了解到垃圾處理的問題和健康的關係，引起重視，減少隨處扔垃圾或在室內焚燒垃圾的行為。這裡將談到處理日常生活垃圾和農藥廢棄物的議題。

前期評估關注點

- 村內有否固體垃圾積存的問題？現有的固體垃圾棄置對環境有否帶來影響？
- 村民產生的垃圾種類和數量
- 村民平日處理垃圾的習慣（丟棄、燒、回收等）
- 村內日常垃圾分類的情況
- 正確處理有害垃圾的方法（農藥瓶、針筒等）
- 了解村裡現時處理垃圾的機制和機遇



垃圾處理的四個重要公共衛生原則

4R（Reduce, Reuse, Recycle and Replace）是現行國際上處理垃圾問題的通行原則。

減少垃圾的源頭產生量，即固體廢棄物減量（reduce）。目前許多國家都開始實施源頭減廢計劃，提倡通過減少過分包裝、限制企業產生的垃圾量，以及開徵垃圾收費等措施，將垃圾的產生量減至最少。在家庭及個人層面，應減少購買或囤積不需要的物品。

廢棄物的重複使用（reuse）旨在減少浪費，節約資源，還可以減少垃圾量。廢棄物的回收利用（recycle）則指充分利用垃圾中的各種有用成分，合理開發二次資源，而這需要建基於垃圾分類計劃之上。垃圾經過分類，有用的物資才能分類回收。另外選用較環保的物品代替對環境有害的物件（replace）如即用即棄產品，對減少垃圾製造量也是相當重要。固體廢棄物被最終處置前，盡量直接回收和利用有用物資，不僅有利於減少垃圾產生，促進循環再用，還可以減少垃圾處理的配套設施，減輕垃圾處理的負擔。

5.3.1 日常生活垃圾處理

現有問題

一些交通便利或經濟條件相對較好的村落，會統一收集垃圾並運到附近的填埋場，但大部分村落都面臨被日益增加的垃圾包圍的狀況。在農村常常可以見到隨意丟棄在路邊的垃圾，包括因現代生活方式而產生的廢物，如紙尿片和衛生巾，都缺乏妥善的處理。帶來以下危害：

- 對環境的影響：垃圾在堆積的過程中，其有機物會分解並產生惡臭，同時成為老鼠、蚊蠅等害蟲的繁殖場所，增加傳染病的傳播機會。另外，不少農村地區的村民將垃圾堆在河邊，希望水流大的時候可以沖走垃圾，但是這些垃圾可能會產生大量有毒物質，污染水源，引發疾病；而垃圾進入水道則有機會被其他生物如魚類吞食，令生物不正常地死亡，繼而影響食物鏈和生態平衡。
- 對人體的影響：垃圾一方面會對人造成直接傷害，如一些村民習慣赤腳走路，若踏上散落的玻璃碎渣或尖銳物品，容易受傷並有機會感染破傷風；另一方面垃圾會對人造成間接的傷害，例如當水源或農田受垃圾中的重金屬或有毒物質污染時，人的健康就會受到威脅。

我們在農村地區的入戶調查中發現，有逾八成的村民在家裡有燃燒垃圾（包括塑料製品）的習慣，但他們大部分都不知道垃圾處理不善所帶來的危害。

在很多沒有條件將垃圾統一運送到處理站的村落，村民面對垃圾愈堆愈多的問題，最後只能通過焚燒來解決。點火燃燒，待煙氣散後，剩下的灰燼不到原來垃圾體積的一成，這無疑是一種處理垃圾的方法。在有些需要室內取暖的地方，有時候更會將垃圾和其他燃料一起燃燒。

但值得注意的是，如今農村垃圾的成分跟以往相比已經發生很大變化，其中很多是以塑料為主的食物包裝袋。燃燒塑料不僅氣味刺鼻，而且會釋放多種有毒氣體，例如二噁英和一些多環芳香烴類物質，這些都是公認的致癌物。燃燒垃圾也會產生大量的可吸入顆粒物，增加人們罹患呼吸道感染、哮喘及其他呼吸道疾病的機會。即使在室外燃燒也有同樣的問題，同時殘留在灰燼中的重金屬等有害物質會污染土壤或進入水體污染水源。更多有關燃燒垃圾對環境和身體所造成的影響的更多資訊，請參考[附件七](#)。



建議健康推廣訊息：

1. 亂丟垃圾會對環境造成破壞，危害人和動物的健康。垃圾應放在垃圾桶內（如無垃圾桶可以使用紙箱或盆），亦要分類處理。
2. 不是所有垃圾都適合用燃燒的方法處理，燃燒某些垃圾（如塑料）會對人體和環境造成極為不良的影響。即使是適合燃燒的垃圾，也要集中在室外的指定地點燃燒（如遠離住房、人群、水源和動物出沒的地方），減低傷害。
3. 垃圾要分類，不同種類的垃圾都有不同的處理方法，處理不當會對人體和環境有害。
4. 如果垃圾是埋在家庭或公共的坑中，應每日在上面覆蓋一層約 10 厘米的土壤，防止如蚊蟲和老鼠等病媒在垃圾上繁殖。用籬笆將填埋場地隔開，避免兒童和動物進入，防止意外發生。
5. 特別值得注意的是兒童糞便的處理。一般而言，由於兒童本身的免疫力較差，兒童比成人更容易受到經糞便傳播疾病的感染。父母和監護人更應多了解安全的嬰幼兒糞便處理方法、洗衣規範、尿布（紙尿片）、尿壺或糞坑的使用，以便有效管理糞便。

不同種類垃圾的處理方法

垃圾種類	例子	處理方法
不可燃燒的垃圾	塑料袋、金屬、燈泡、玻璃瓶、陶瓷、電子用品、電池	先考慮循環再用。必須棄置的應統一回收或集中在同一地方填埋。填埋地點必須遠離住房、人群、水源和動物出沒的地方
可燃燒的垃圾	紙張、紙箱	先考慮循環再用。必須棄置的應集中在同一地方燃燒，燃燒地點必須遠離住房、人群、水源和動物出沒的地方
廚餘垃圾	水果皮、食物殘渣、牲畜糞便、樹葉	餵養牲畜、製作肥料或燃料

更多有關填埋垃圾要注意的地方，可參考：



環球計劃的《人道主義憲章與人道救援響應最低標準》⁽²⁾ 有關供水、環境衛生及衛生促進的最低標準部分

<http://www.oxfam.org.hk/filemgr/2128/plan2011.pdf>



垃圾處理和病媒控制

垃圾處理的原則包括減量、重覆利用和回收利用，本章節側重於回收利用的概念推廣。垃圾處理和傳染病媒介控制（vector control）也息息相關，前述的垃圾隨意堆放會引起蚊蟲滋生的問題，如果垃圾得以正確處理，可以有效控制病媒傳播的疾病。

另外，與垃圾處理息息相關的議題是環境污染，如推廣時間充裕，可以補充介紹在妥善處理垃圾問題後，長遠對水質和土質的改善和對當地環境的保護。

關於日常生活中有害垃圾的處理，將在下節 5.3.2 另作說明。

5.3.2 農藥垃圾

現有問題

農村常見的垃圾除了日常生活產生的廢物外，還包括農藥垃圾。農藥普遍具有急性毒性、慢性毒性和環境危害性，對人類健康和環境有很大的威脅⁽¹⁶⁾。農藥在現行的耕作體系中得到廣泛應用，它的使用與農民的生產密切相關，但農藥中毒*的案例也屢見不鮮。據統計⁽¹⁷⁾，1997年至2003年全國共有約10萬宗農藥中毒，其中生活性中毒(包括誤服、自殺等)佔74.61%，生產性中毒(指在施用農藥時沒有任何隔離保護措施，導致部分農藥進入體內)佔25.39%。另一方面，農藥垃圾的農藥殘留液會對土壤的質量造成破壞，還會污染農作物和影響水源，對環境和健康帶來隱患。故此，農藥的標識、儲存以至使用和回收，應該慎重處理。

建議健康推廣訊息：

1. 解釋如何正確理解農藥包裝上的劇毒標誌以及相關的說明，並小心儲存農藥。
2. 有些農民使用農藥時沒有保護自己，直接用手接觸農藥，容易受到這些化學物質的毒性影響。在使用農藥時(特別是噴灑農藥)應做好防護措施，尤其是臉部(眼、鼻、口)。
3. 因有些飼料和農藥跟麵粉看起來很相似，為免誤服農藥事件發生，農藥與食品應避免放在一起。
4. 農藥應存放在遠離水源的地方，以免水源受到污染。
5. 把農藥放置在兒童不容易接觸到的地方，防止他們把農藥當飲料喝。例如將農藥鎖於高櫃，並將鎖匙放在兒童拿不到的地方，提取農藥後要立刻將櫃鎖上。擺放農藥的地方應標上危險標誌，讓家庭和社區成員有所警惕。
6. 農藥瓶或殺蟲劑應小心棄置，使用後不能胡亂丟棄在田間或附近河流中，其包裝和盛載器可以通過統一填埋或回收的方法處理。

更多有關使用農藥的訊息，請參考以下資料：



世界衛生組織關於農藥的健康主題

<http://www.who.int/topics/pesticides/en/>

中華人民共和國《農藥管理條例》

http://www.gov.cn/gongbao/content/2002/content_61560.htm



香港漁農自然護理署《正確安全施用農藥》小冊子

純文字版：

http://www.afcd.gov.hk/tc_chi/publications/publications_qua/files/leaflet_ap_c.pdf

圖文版：

http://www.afcd.gov.hk/sc_chi/publications/publications_qua/files/leaflet_c.pdf



* 輕度農藥中毒的常見徵狀為頭痛、頭暈、噁心、倦怠、腹痛等，重度則出現痙攣、呼吸困難、昏迷、大小便失禁，甚至死亡。因此，凡帶有劇毒、高毒標識的農藥，其儲存和使用均須嚴格按照標籤上的建議進行⁽¹⁷⁾。

5.4 健康習慣

中國地域廣闊，省份之間的文化差距很大，而每個村莊更有其獨特的生活習慣、權威結構、習俗、需求和組織。健康習慣與文化、宗教、環境以及社會因素息息相關，在策劃健康教育時需要考慮這些因素。例如吸煙喝酒有時不僅被視為基本的社交禮儀，亦是男性的性別象徵。

這一節談及的包括吸煙、喝酒、慢性疾病要注意的飲食習慣、食物處理、兒童護齒、創傷和食物標籤等健康議題。在健康推廣活動中介紹這些內容時，應考慮加入其他章節的內容以作補充，例如講解吸煙問題時可以引入火災的概念，提醒吸煙時要注意安全；向小朋友講解刷牙的時候，可以引入飲食結構的概念，還可以加入飲用水安全，增強內容的全面性。

前期評估關注點

- 村民吸煙情況
- 村民對被動吸煙的認識
- 村民喝酒情況
- 村民飲食習慣和煮食習慣
- 村民對食物標籤的認識
- 向村醫了解當地常見疾病以及長期病患的發病率和平日的就醫情況
- 村裡兒童吃零食及刷牙情況

5.4.1 吸煙

現有問題

世界衛生組織指出，吸煙產生的煙霧中有超過 4,000 種化學物質，其中超過 250 種被證實對身體有害，而超過 50 種會致癌。被動吸煙對成人的影響包括增加心血管疾病和呼吸系統疾病的風險，而對孕婦來說容易導致初生兒體重過輕。在 2014 年，被動吸煙每年已造成超過 60 萬宗過早死亡案例⁽¹⁸⁾。

2008 年國家統計局的數據顯示⁽¹⁹⁾，中國 15 歲及以上男性吸煙率為 48%，而農村男性吸煙率高於城市男性；女性吸煙率為 2.6%，城市與農村差異不大。每天吸煙 20 支或以上的煙民比例，更由 2003 年的 51.3% 增至 2008 年的 61.6%。不同地區有不同的生活及吸煙習慣，像在雲南，很多村民會把煙絲放到煙筒裡抽水煙。由於煙葉在雲南是經濟支柱，煙草種植隨處可見。很多人見面第一個動作就是遞煙，村民對吸煙與其健康影響的知識非常有限，被動吸煙的概念也很薄弱。我們在當地農村地區的調查發現，超過一半村民不察覺室內吸煙和室外吸煙對健康的影響有任何分別。

建議健康推廣訊息：

1. 吸煙對健康的不良影響，特別是被動吸煙（二手煙）對孕婦和兒童健康的影響，鼓勵積極採取行動戒煙。
2. 一手煙和二手煙會帶來的各種疾病風險（請參考附件八）。
3. 戒煙除了改善自己和他人的健康，還可節省金錢。
4. 介紹如何減低吸煙對室內空氣的負面影響。例如不要在室內吸煙，或在室內吸煙時打開窗戶，以驅散煙味。



更多訊息，請參考：



世界衛生組織關於煙草的健康主題

<http://www.who.int/topics/tobacco/en/>

中國疾病預防控制中心控煙辦公室關於煙草的健康主題

<http://www.notc.org.cn/newycwh/>



戒煙不能單靠短期的宣傳教育，需要長期倡導戒煙服務以及家人朋友的支持才能達到理想效果。

戒煙過程非常漫長，可能會經歷很多次的嘗試和失敗，但這對健康非常重要。在宣傳過程中可以強調「協同效益」(co-benefit)，戒煙不僅減低吸煙帶來的各種疾病風險，同時改善了室內的空氣質量，為家人提供一個更加安全的居住環境，也可以節省買煙的支出，為家庭購買更多的生活所需。

針對未開始吸煙的人士作宣傳，須強調切勿嘗試吸煙，因為吸煙是會上癮的，一旦開始便很難戒除。

5.4.2 喝酒

現有問題

一份由中國保健協會、中華醫學會等多個單位聯合發布的《2007 年度中國 25 省民眾健康飲酒狀況調查報告》⁽²⁰⁾ 指出，中國民眾在飲酒常識、飲酒量、飲酒年齡和控制趨勢上均存在嚴重問題。男性和女性中飲酒人數的比例分別為 84.1% 和 29.3%，其中多達 65.4% 的飲酒者健康飲酒狀況不合格，僅有 0.51% 的飲酒者具有正確飲酒觀念，三成以上的酒民不贊同「過量飲酒有害健康，應控制飲酒的度和量」。

在中國少數民族聚居的地區，喝酒是很常見的社交習慣。適量喝酒能促進血液循環，對健康有一定的益處，但過量喝酒對身體卻有諸多危害。世界衛生組織指出，2013 年全球 5.9% 的死亡和酒精有關⁽²¹⁾。攝入過量酒精不僅會增加患上 200 多種疾病以及受傷的風險，同時還容易引致精神和行為障礙。常見疾病如肝硬化、肝癌、胃炎、胃潰瘍以及心血管病等很大程度和過量喝酒有關⁽²²⁾。過量喝酒的情況在農村不僅影響成年人，青少年喝酒的問題也非常值得關注。一份涵蓋貴州省九個農村地區的報告發現⁽²³⁾，15 至 18 歲年齡組別的喝酒率達 58.9%。此外，過量喝酒不單傷害自己的身體，也容易給家庭及他人造成不良影響。酗酒者的配偶及家人往往都深受酒後暴力之苦，如果能通過推廣措施改善過量飲酒的情況，受益的將不僅是喝酒人士。

建議健康推廣訊息：

1. 在短時間內，戒酒未必能夠成功，建議倡導村民了解無節制喝酒對健康的危害，並鼓勵村民通過逐漸減少喝酒量和喝酒次數，逐步達至戒酒。過量飲用酒精不但增加疾病和意外風險，長期過量飲用酒精，會嚴重影響健康，以下羅列了酗酒的一些長期影響：

中樞神經	加速腦部退化的過程、記憶力衰退、思考及判斷力減低、視力模糊、反應緩慢、失去協調能力、出現幻覺等
心理方面	性情大變、情緒不穩、抑鬱、失眠、有自殺衝動等
生理方面	心臟衰竭、血壓升高、脂肪肝（可引致肝硬化及肝癌）、食道炎、胃炎、胃潰瘍、陽痿等

（資料來源：東華三院——酗酒輔導服務）

2. 強調飲酒習慣會影響身邊的人（如酒醉後無法自理，要旁人幫助，誤了翌日的工作，甚至影響情緒作出暴力行為等）。
3. 戒酒應先從減少喝酒的份量和次數開始，例如從大的碗改成小的碗，往後再改成小杯。另外也可以從每天都喝的習慣改成兩天喝一次，再改成四天喝一次。最理想的是能夠「一天喝不超過一杯」和「一星期不超過五杯」。

更多資訊，請參考：



世界衛生組織關於喝酒的健康主題

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>

香港醫院管理局《脂肪肝治療》小冊子中關於肝臟功能、脂肪肝和肝硬化的資訊

<http://www21.ha.org.hk/files/pdf/more%20disease%20zone/treatment%20for%20fatty%20liver.pdf>



5.4.3 高血壓的認識和預防

現有問題

高血壓是其中一種在農村地區對村民健康影響愈來愈大的慢性疾病。中國的農村現在都成了慢性病高發地區*，據《中國居民 2002 年營養與健康狀況調查》的資料顯示，城市慢性病患者率為 19.3%，而農村亦達到 18.6%⁽²⁴⁾。慢性病一直被認為是一種「城市病」和「富貴病」，但是隨著經濟發展以及城市化的生活模式，它已經悄然侵入農村，對村民的健康造成不可忽視的影響。我們在調查中也發現，在逾四成因慢性病要長期藥物治療的受訪村民中，只有一半有能力按時買藥。這往往是因為村民的資源有限，如果覺得「自己扛得過去」，就不願看病；待病人的病情延誤至無法忍受而要再次就醫時，可能已經引發多種併發症，嚴重影響治療的成效。

根據世界衛生組織定義，高血壓是指收縮壓等於或高於 140mmHg，而舒張壓等於或高於 90mmHg。需要注意的是，單次超過這個數字並不能直接診斷為高血壓，需要多次不同時間的測量再觀察。不均衡的飲食，如過量攝取鹽分、缺少運動及肥胖等，均會增加患高血壓的風險。由於高血壓初期並沒有明顯的徵狀，很多村民並不知道自己血壓高的問題。如果可以及早發現，加以治療，不僅可以更容易控制病情，所涉及的醫療成本也可以大大降低。

建議健康推廣訊息：

1. 透過加深對高血壓的了解，意識到控制食鹽量和調整飲食結構的重要，並鼓勵懷疑出現徵狀的村民盡快求醫。
2. 高血壓是心血管疾病的一種，正常成年人的血壓值應為收縮壓 90-139mmHg，而舒張壓為 60-89mmHg。兒童的血壓值則受年歲、體型、性別和身體狀態等因素影響，應該較成人血壓為低[#]。孕婦的血壓值應低於未有懷孕時的數值，至於患有兩種或以上長期疾病（如心臟病、糖尿病）的人士，其血壓值亦會因其疾病而有所差異。
3. 高血壓的主要徵狀和可引致的後果包括：

主要徵狀	頭痛、氣促、頭暈、胸痛、心悸和鼻出血等
可引致的後果	心臟病發作、心臟擴大並引致力衰竭、中風、腎衰竭、視網膜病變等

（資料來源：世界衛生組織）

4. 高血壓的危險因素主要有吸煙、酗酒和食鹽過多。
5. 根據世界衛生組織建議，每人每天鹽分攝入量應控制在五克以內。
6. 預防高血壓的方法包括定期檢查血壓、低鹽飲食，以及保持正面和良好的情緒。
7. 以健康飲食金字塔講解均衡飲食的重要性。
8. 若時間許可，可加插吸煙和喝酒的健康資訊，作為輔助訊息。

* 據《中國衛生統計年鑒（2012）》數據顯示，中國農村居民高血壓、糖尿病和腦血管病的患病率，均位列中國農村居民慢性疾病患病率前十位。2003年農村居民高血壓患病率為1.64%，2008年為3.85%。

兒童的正常血壓值會隨著年歲遞升至正常成年人的數值。有關各年齡的正常數值，請參考美國國立衛生研究院（National Institutes of Health）——

男性兒童：<http://www.cc.nih.gov/ccc/pedweb/pedsstaff/bptable1.PDF/>

女性兒童：<http://www.cc.nih.gov/ccc/pedweb/pedsstaff/bptable2.PDF>

單靠一次測量並不可以直接診斷高血壓。個人必需於一段時間內持續測量（例如一個星期之內每天早晚測量）均高於正常血壓值，才可定義為患上高血壓。

更多資訊，請參考：



世界衛生組織關於高血壓的健康主題

<http://www.who.int/topics/hypertension/en/>

中華人民共和國衛生和計劃生育委員會疾病預防控制局
關於高血壓的健康主題

<http://www.moh.gov.cn/jkj/s10021/201507/e550ac0eb4a94749b3dcb89b47a1e03.shtml>



香港醫院管理局智友站網頁

http://www21.ha.org.hk/smartpatient/tc/chronicdiseases_zone/details.html?id=118#8

香港衛生署網頁關於均衡飲食和健康飲食金字塔的資訊

http://www.cheu.gov.hk/b5/info/exercise_07.htm



健康飲食金字塔

吃最少

脂肪、油、鹽
及糖類



吃適量

牛奶、奶類產品
及芝士類



瘦肉、家禽類、
魚類、豆類及
蛋類



吃多些

蔬菜及
瓜類



水果類

吃最多

穀類、
麵包、
飯、
粉及麵



* 每天應喝六至八杯流質飲品，如開水、清茶和清湯

（資料來源：香港衛生署中央健康教育組）

5.4.4 糖尿病的認識和預防

人們的飲食習慣和生活方式出現急劇變化，過量飲食和運動量不足導致成人糖尿病率在農村地區不斷飆升。1993 年，中國的糖尿病患病率為 1.9%；到 2003 年，患病率已升至 5.6%⁽²⁵⁾。根據 2010 年有關中國糖尿病的專題調查⁽²⁶⁾，中國 18 歲以上成人糖尿病患病率已達到 11.6%，患者高達一億一千三百九十萬。其中男性患病率為 12.1%，女性患病率為 11.0%；城市居民患病率為 14.3%，農村居民則為 10.3%。

研究結果還顯示，僅有 30.1% 的 II 型糖尿病患者知道自己有糖尿病，控制率僅為 39.7%，這反映糖尿病的早期發現、早期干預與早期治療已成為中國公共衛生事業需要迫切解決的問題⁽²⁷⁾。糖尿病是一種慢性病，當胰臟不能產生足夠的胰島素（I 型糖尿病）或者人體無法有效利用所產生的胰島素（II 型糖尿病）時，就會出現糖尿病。胰島素是一種調節血糖的荷爾蒙，能夠給予生命所需要的能量。如果糖不能進入細胞作為能量消耗掉，就會大量蓄積在血液中造成危害⁽²⁸⁾。

糖尿病初期的病徵並不明顯，包括口乾、尿頻、常有飢餓感、容易疲倦、體重下降、視力減退等，必須依靠個人和身邊親友對徵狀提高警覺，才能及早醫治並控制病情。如果未能控制病情，將會引致多種併發症如視網膜病變、白內障、青光眼、冠狀動脈栓塞、心臟衰竭、腦中風、腳部潰爛甚至壞死。肥胖、長期缺乏運動、吸煙和酗酒都是糖尿病的誘發因素。

建議健康推廣訊息：

1. 透過加深對糖尿病的了解，意識到調整飲食結構和改善個人習慣的重要性，並鼓勵懷疑出現糖尿病病徵的村民盡快求醫。
2. 講解糖尿病的成因、病徵和併發症風險。

糖尿病病徵	口乾、尿頻、常有飢餓感、容易疲倦、體重下降、視力減退等
糖尿病可能引起的併發症	視網膜病變、白內障、青光眼、冠狀動脈栓塞、心臟衰竭、腦中風、腳部潰爛甚至壞死

3. 強調健康飲食、經常做運動、保持正常體重和避免吸煙，可預防 II 型糖尿病或推遲其發病。
4. 以健康飲食金字塔講解均衡飲食的重要性。
5. 若時間許可，可加插吸煙的健康資訊，作為輔助訊息。

更多關於糖尿病的資訊，請參考：



世界衛生組織的資料簡報

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

中華人民共和國衛生和計劃生育委員會宣傳司關於糖尿病的健康主題

<http://www.nhfp.gov.cn/xcs/s3578/201604/41c62036d35e46b2981e70f35a15bf94.shtml>



5.4.5 食物安全處理

現有問題

食物安全包含食物供應（food availability）、食物可及性（food access）和食物處理（food use）三個方面。食物供應是指糧食是否充足並能持續供應；食物可及性是指人是否有足夠資源（如金錢）能獲取足夠食物維持均衡飲食；而食物處理不僅包括食物來源的安全性，也包括食物處理過程中各個環節的衛生保障，以及食物保存的方法，例如在安全的溫度下保存。隨著家用電器的普及，很多村民家裡都添置了電冰箱方便保存食物，但部份村落的供電時常不穩定，放進冰箱的食物在溫度的不斷變化下反而更易變質。

受制於農村的環境及個人的衛生意識，村民在處理食物的過程中會涉及不同程度的污染。我們在農村調查中發現，村民在處理生和熟的食物時通常都使用同一塊砧板，而在處理生的食物後不清洗砧板便處理熟食，很容易令熟食被污染。村民也經常忘記在處理食物前後洗手。食物安全有很多影響因素，世界衛生組織關於食物安全指引⁽²⁹⁾有以下五個方面：保持清潔、生熟分開、燒熟煮透、食物儲存、食材安全。

食品安全指引

食物安全	注意事項
保持清潔	- 處理食物前及準備食物的過程中應經常洗手 - 所有被食物接觸的表面以及容器在準備完之後要洗淨 - 保持廚房的乾淨，免受害蟲或其他動物的污染 - 如廁後要洗手
生熟分開	- 把生的肉或海鮮與熟的食物分開處理 - 要用獨立的刀或砧板處理生和熟的食材 - 食物儲存在容器中以防止生熟食物接觸
燒熟煮透	- 食物要煮得徹底，特別是肉、蛋和海鮮 - 包裝食物如炖湯之類要最少加熱至攝氏 70 度 - 肉汁要煮至變清，直到紅色完全消失 - 要徹底翻熱食物

食物安全	注意事項
食物儲存	• 將所有煮過或容易變質的食物冷藏（最好低於攝氏 5 度） • 煮過的食物在食用前要保持熱度（超過攝氏 60 度） • 即使放在冰箱裡，食物也不能放置太久 • 不要在室溫下解凍食物 • 煮過的食物不要在室溫下放置超過兩小時
食材安全	• 使用安全的水 • 選用經過衛生處理的食物，如巴氏消毒的牛奶 • 清洗水果和蔬菜，尤其是生吃的時候 • 盡量削皮 • 不要吃發霉的食物 • 不要食用過了保質期的食物 • 不要進食生肉和死因不明的牲畜或禽鳥

這一部分側重於食物處理過程中要注意的事項。

建議健康推廣訊息：

1. 做飯前做好準備（洗手、洗菜、洗用具）
 - 雙手在做飯前要清洗乾淨，因為會直接接觸食物，特別在如廁或給家養牲畜餵食後。
 - 做飯的材料在購買或運輸過程中有很多接觸細菌和病毒的機會，即使是自己家裡種的菜，也要清洗乾淨後才食用。
 - 煮食用具容易滋生細菌，使用前要清洗乾淨。
2. 處理食物時要將生熟分開
 - 生熟食物的交叉感染很容易引起食源性疾病，處理食物時要注意分開生熟。
 - 生熟分開指的是不使用同一塊砧板或同一把刀，處理生肉和煮熟了或直接生吃的食物；如果條件限制而沒有兩套砧板和刀，就要在每次處理生肉之後，徹底洗淨砧板和刀，再處理煮熟的食物。
3. 剩菜在食用前要再徹底加熱。
4. 可引入洗手的概念作為健康推廣活動的輔助訊息。

5.4.6 食物標籤

現有問題

食物標籤是指食品包裝上的文字、圖形、符號及一切說明，包括食品名稱、配料表、淨含量和規格、生產者和／或經銷商的名稱、地址和聯繫方式、生產日期和保質期、儲存條件、食品生產許可證編號、產品標準代號、營養資訊和特性，以及其他需要標示的內容。中國政府於2013年1月1日起實施《預包裝食品營養標籤通則》⁽³⁰⁾，強制所有預先包裝食品在其標籤上加上營養資料，包括能量、核心營養素的含量值及其佔營養素參考值的百分比。

飲食習慣與健康息息相關。每個人的營養需要及對食物的喜好各有不同，食物標籤有助人們了解食物的配料和營養含量，從而揀選適合的食物種類和份量。過往農村主要食用自己種養的農作物和牲畜，較少接觸預先包裝食物，加上教育水平偏低，故未必能完全掌握預先包裝食品上的食物標籤的意思和與健康的關係。教導村民正確理解食物標籤，還可避免一定的食物安全風險（如進食已過期食品、儲存方法有誤導致食物變壞）。

建議健康推廣訊息：

1. 簡介「預先包裝食品」上的食物標籤。
2. 推動成年人的脂肪、糖及鈉的每天攝取上限概念。

	每日攝取上限*	約相當於	攝入過量會增加以下風險
總脂肪	60 克	4 湯匙油	超重及肥胖症
鈉	2000 毫克	1 平茶匙鹽	高血壓和胃癌
糖	50 克	10 粒方糖／4 湯匙糖	超重、肥胖症及蛀牙

*按2,000千卡的膳食計算（資料來源：香港食物安全中心）

3. 簡介如何根據食物標籤選擇脂肪、糖及鈉較低的食物（特別是高血壓、糖尿病等慢性病患者或過重人士）。
4. 簡介保質期的重點概念（此日期或之前食用、此日期前最佳）。
5. 簡介「預先包裝食物」的常見儲存方式。

註：可透過健康飲食金字塔的概念，來推動均衡飲食的重要性。

更多有關食物標籤的資訊，請參考：



中華人民共和國衛生和計劃生育委員會關於營養標籤的健康主題
<http://www.moh.gov.cn/wsb/pzcyj/201207/55313.shtml>

香港食物安全中心的網站（www.cfs.gov.hk）及以下小冊子《營養標籤是甚麼？》

http://www.cfs.gov.hk/tc_chi/multimedia/multimedia_avr/files/fk6.pdf



《包裝食物睇標籤》

http://www.cfs.gov.hk/tc_chi/multimedia/multimedia_pub/files/Read_the_Food_Labels_c.pdf

5.4.7 牙齒和口腔健康

現有問題

隨著農村生活條件改善和飲食習慣改變，村民像生活在城市的人一樣，吃零食的現象變得普遍，但他們對牙齒和口腔的護理並不積極，使蛀牙*的情況愈來愈常見。由中國口腔醫學會和中國口腔清潔護理用品工業協會編寫的《中國口腔健康發展報告（2012）》⁽³²⁾指出，2005年，全國五歲兒童乳齒蛀牙率為66%，而十二歲恆齒蛀牙率為28.9%，情況令人憂慮。此外，對老年人口偏高的農村來說，老年人脫齒及患上牙周病的情況也日趨嚴重，對老年人的營養吸收和生活質素造成不容忽視的影響。

建議健康推廣訊息：

1. 蛀牙的成因和影響

蛀牙的成因	蛀牙是因細菌而導致牙齒組織內的礦物質流失。 牙齒表面經常黏附著一層牙菌膜。每次吃喝時，牙菌膜的細菌會分解食物中的糖分，產生酸素，酸素可致牙齒組織的礦物質流失。雖然唾液有中和酸素的作用，能夠減慢礦物質的持續流失，但是唾液是需要一段頗長時間中和酸素的。如果吃喝次數頻密，唾液就不能有效發揮作用，牙齒表面的礦物質就會持續流失，形成蛀牙。
蛀牙的影響	• 蛀壞的部分可能會發出異味，導致口臭，直接影響日常的社交生活。 • 蛀牙可能帶來持續不斷的疼痛，影響食慾、學業、工作、睡眠，甚至身體健康。 • 蛀牙嚴重時，細菌可能從牙髓經根尖孔擴散到鄰近的牙周組織，引致發炎，並可能產生膿腫。 • 到牙齒已受嚴重破壞，進行牙髓治療也可能無法把牙齒修復時，就必須把牙齒拔除。拔除牙齒後，相鄰的牙齒就可能會移向缺牙空位，造成牙齒移位。 • 如幼兒的乳齒因嚴重蛀壞而過早脫掉，可能會導致恆齒排列不整齊，影響咬合，甚至令恆齒不能長出。

（資料來源：香港衛生署口腔健康教育組網站<http://www.toothclub.gov.hk/>）

* 蛀牙又稱齲齒，指牙齒組織在以細菌為主的多個因素影響下，逐漸受侵蝕而形成缺損。這些細菌產生的毒素還會破壞牙齒周圍的牙齦組織，引發牙周病⁽³¹⁾。



2. 按時刷牙是預防牙周病和蛀牙最簡單有效的辦法。
3. 正確的刷牙方式不僅可以清除牙齒表面和牙齒之間的食物殘渣和牙菌膜，減少口腔內的細菌和其他有害物質（特別是兒童吃糖果之後殘留的糖分），防治多種口腔疾病，還可以適當按摩刺激牙周組織，增進牙齦組織的血液循環，促進牙齦健康。
4. 教導正確刷牙的時間和方法。應早晚刷牙，每次二至三分鐘，飯後要漱口。



更多口腔護理的資訊，請參考：



正確刷牙方法視頻

http://www.toothclub.gov.hk/chi/home_dv_4.html#

香港衛生署口腔健康教育組網站

<http://www.toothclub.gov.hk/>



5.4.8 家居意外

現有問題

農村人口老化，留守農村的老人缺乏壯年人照顧，甚至還要隔代照顧兒童。體力衰退加上安全意識不足，增加了家居意外和創傷的機會。根據《2013 中國衛生統計年鑒》⁽⁸⁾，損傷和中毒外部原因高踞農村居民主要死因第五位，佔 8.92%。在家中跌倒、遇溺、誤服農藥、燒傷、燙傷、觸電等在農村都是一些較常見的家居意外，故此教育村民預防家居意外非常重要。

以下是取材自香港衛生防護中心、香港消防署和 CCOUC 有關預防家居意外的方法，配合農村的環境後，對防範農村家居意外有一定的參考價值。

預防家居意外的方法

農村 家居意外	預防方法	若意外發生應如何處理
跌倒 ／ 破皮傷患	- 經常清理家中雜物，修補不平整的地面，以免絆倒 - 如有長者不良於行，應建立無障礙通道，以便其於家中走動，如有需要，使用手杖或助行工具 - 小心放置剪刀和農業用具等 - 避免讓兒童把玩或容易拿取到創傷性的工具 - 保持地面乾爽，有水漬或油漬應立刻抹乾 - 於家中裝置足夠電燈，保持光線充足 - 留意所穿衣服的衣袖或褲管是否過長 - 不可在無人看管情況下把孩子或嬰兒放置於高處，嬰兒床應加上圍欄	- 檢查傷者是否有瘀傷、骨折或頭部創傷 - 瘀傷可用冷水敷於患處，以求減輕腫脹痛楚 - 如有出血情況，檢查傷口有沒有異物。如無異物，可用一些清潔敷料覆蓋傷口，並用手在傷口上加壓止血，與及把傷肢提高，減少出血 - 如受傷部位出現任何畸形或腫脹情況，切勿移動傷處，立刻求援 - 遇上頭部創傷昏迷，即使只是短短幾秒又或持續頭痛、嘔吐、昏昏欲睡，都必須延醫診治
溺水	- 不應讓兒童獨自前往池塘、溪澗、江邊玩耍或游水。教導嬉水的危險性 - 水桶應蓋好，不可讓兒童接近	- 若兒童能大聲哭泣，一般情況都沒有生命危險。首先讓水吐出來，並讓孩子坐在膝蓋上，頭朝下拍打其背部，然後立即求醫 - 若兒童昏迷，要立即求醫，等候期間讓孩子側身，讓水和嘔吐物容易吐出來

農村 家居意外	預防方法	若意外發生應如何處理
誤服 農藥、 藥物或 危險品	- 切勿服食他人藥物 - 服藥或餵兒童服藥前清楚檢查藥物名稱、份量和服用時間 - 避免將多種藥物儲存於一個器皿內，以免混淆 - 藥物、化學物品（如農藥）和其他危險品（如火酒、汽油）應置於兒童接觸不到的地方，最理想是置於上鎖的櫃內 - 藥物、化學物品等應存放於原來之容器內，切勿以用來盛載食物的瓶子儲存，並要清楚貼上標籤，讓兒童明白及認識其危險性 - 不應告訴兒童藥物是「糖」、「糖水」等，以免給予兒童錯誤的印象	- 如傷者清醒而呼吸正常，可給予大量清水飲用，但切勿刺激傷者嘔吐，之後應前往就醫 - 如傷者昏迷，應盡快求醫 - 收集傷者服用過的藥物及嘔吐物交予醫護人員
燒傷 ／ 燙傷	- 小心爐火，煮食用具的手柄應向內擺放 - 小心處理滾油、滾水、滾湯等 - 沐浴或替兒童沐浴前緊記先試水溫 - 所有燙熱的食物和用具要置於桌子中央，並防止兒童攀爬桌上；避免使用桌布，以防因拉扯致打翻桌上物件 - 教導兒童不可隨便進入廚房，並且要遠離柴火 - 進食或餵兒童進食前先檢查食物溫度 - 生火用具放置在兒童接觸不到的地方 - 警惕兒童不要玩火	- 檢查身體被燒傷或燙傷的部分，用水喉沖洗受傷部位約10分鐘。如傷者感到冷或發抖，應停止沖洗 - 小心用清潔敷料弄乾傷處，並以敷料遮蓋傷口，用繃帶固定 - 切勿刺破水泡或除去黏在燒傷處的任何東西 - 切勿胡亂在傷口塗上豉油、牙膏或其他膏劑 - 如傷者呼吸異常、失去知覺或神智不清，應立刻求醫
觸電	- 留意兒童家中的舉動。教導兒童不可接觸電源如插座 - 捲好過長的電線，避免兒童拿電線把玩 - 將電器置於兒童不可觸及之處 - 不用的插座可裝上插蘇封套 - 如電線鬆散，插頭或插座有損毀跡象時，應立刻停止使用	- 立即關掉電源。切勿用身體任何部位接觸傷者，用不導電的物件如木條、掃帚或膠棍將傷者與觸電源隔開，並立即求醫 - 如傷者呼吸困難或昏迷，可置於仰臥姿勢，確保呼吸道暢通 - 觸電可能會灼傷皮膚深處，故可給予冷敷減輕傷害

窒息	- 長者及兒童不宜進食可能會引致哽塞的食物(如柔軟或黏性食物)，飯菜應切成小塊及去骨。兒童要在成人看管下進食 - 要把食物完全咀嚼才吞嚥。教導兒童不可一邊玩耍，一邊咀嚼食物 - 細小物件、繩索和膠袋要妥善收藏，避免兒童觸及 - 選購適合幼兒的玩具，確保玩具沒有容易鬆脫的細小部分 - 避免與嬰孩同睡。一歲以下幼兒睡覺時不可用枕頭。避免用太大的被鋪，切勿將被鋪遮蓋面部 - 不應讓兒童及嬰兒在沒有成人監督下自行使用奶瓶	- 立刻求援 - 必須盡快清除喉中的阻塞物。如患者清醒，鼓勵他用力咳嗽，將哽塞物咳出來 - 如果傷者不能說話或咳嗽，可站在他背後用兩手環抱其腰部，用力向內和向上推壓，重複五次，之後可用力拍打他的背部中央 - 若是兒童則可讓他伏在自己的膝上，頭部朝下，一手托住他的胸部，用另一手的掌跟拍打他的肩胛骨四至五下，使他吐出哽塞物 - 如遭繩勒頸，應迅速將傷者解下，檢查是否仍有氣息，口腔是否堵塞嘔吐物，並立即求醫
動物咬傷／ 螫傷 (如狗、蛇、 蝎子、蜂、 紅火蟻等)	- 為所飼養的牲口或寵物注射疫苗(如為犬隻注射預防狂犬病疫苗) - 進入草叢或樹林時，盡可能穿水鞋、長褲及戴手套，以防蛇咬 - 不要直接用手撥開枝葉、隨意翻動石頭或干擾動物和昆蟲的巢穴	- 立即用大量清水沖洗傷口 - 若傷口出血，應先按壓止血 - 若懷疑有中毒或過敏情況，速送醫院治理 - 醫護人員會按情況為傷者接種預防破傷風或狂犬病疫苗，給予藥物治療及傷口護理 - 切勿割開、吸啜或擠壓傷口，也不要緊索傷肢

(資料來源：CCOUC、香港衛生防護中心、香港消防處)

建議健康推廣訊息：

- 簡介常見的家居意外。
- 簡介各種家居意外的預防方法，以及意外發生後應如何處理。
- 鼓勵家庭成員互相照顧，若發現家中有機會發生危險，要及時處理，免生意外。
- 鼓勵鄰里之間要守望相助，特別要照顧獨居長者。如發現鄰里的作息與日常生活有所不同(如數天未有出門)，要及時察看是否有意外發生。

中國內地火警電話號碼：119

更多消防資訊，請參考公安部消防局網站：



家庭失火的自救方法

<http://www.119.gov.cn/xiaofang/tshzhsh/31648.htm>

逃生十三招

<http://www.119.gov.cn/xiaofang/tshzhsh/29507.htm>



5.5 備災減災



中國是全球面對自然災害風險種類最多及受災害影響最嚴重的國家之一。二十世紀九十年代初，自然災害在中國造成重大的人命傷亡和經濟損失，年均受災人口超過二億人次，造成的直接經濟損失超過一千億元人民幣⁽³³⁾。

中國約有一半人口分布在自然災害影響嚴重的地區，而這些人口當中有相當比例屬居住在農村偏遠地區的少數民族。這些地區的經濟、生活和教育條件都處於較低水平，資源相對匱乏，增加居民因災害而面對生命和財產損失的風險。

全球氣候變化讓世界各國發生極端天氣和氣象自然災害，發生得愈發頻密，而中國當然也備受這些災害的影響，備災減災遂成今天需要逼切關心的議題。少數民族居住的地區往往比較偏遠，一旦發生災害，外部援助很難及時進入，救災初期大多只能依靠居民自己的能力和準備。然而，一項 CCOUC 在中國農村地區開展的調查指出，只有 20-30% 的村民認為當災難來臨時，自己有能力保護自己和家人的安全。

前期評估關注點包括

- 受災難影響情況
- 災難種類
- 災難頻率
- 最近發生的災難
- 近年氣候變化的影響及趨勢
- 村裡有沒有相關的災難應變計劃、組織結構、預警系統？
- 村民對現有災難計劃、結構、組織預警系統的認識和使用
- 如有，何時？有沒有人命傷亡？有沒有財物損失？



這一節主要針對備災減災的意識及一些備災的應用知識，包括關於地震、水災、泥石流和火災的應對和健康風險，救援包的準備和應用等。編者鼓勵讀者把 5.1.4 口服補液鹽溶液的活動與防災教育一起進行。如對防災教育有興趣及想了解更多相關內容，可以參考 CCOUC 關於災害問題的網上課程 (<http://phpidccouc.conted.ox.ac.uk/>)。

5.5.1 地震

現有問題

中國是一個地震頻繁的國家。2008年5月12日，中國四川省汶川縣發生里氏特制8.0級特大地震；2010年4月14日，青海省玉樹縣發生7.1級地震；2013年4月20日，四川省蘆山縣發生7.0級地震；2013年7月22日，甘肅省岷縣、漳縣交界發生6.6級地震……這些地震對人命以及環境帶來極大影響。除了這些大地震，其實經常都有不同震級的地震在各地發生，造成的人員傷亡和經濟損失絕對不可小覷。從公共衛生的角度來看，雖然我們不能控制地震的發生，但如果易受災地區的居民對地震的備災及應變措施有基本的認識，傷亡便可能大幅減少。

建議健康推廣訊息：

1. 地震時如身處室內

以下三條原則是根據多個富有經驗的國際救援團隊及其成員經實踐後總結而得出，能最大限度減少地震造成的人員傷亡。

- 臥倒爬行（drop）：雙膝和雙手著地，匍匐前進
- 保護頭頸（cover）：雙手和雙臂緊貼頭部和頸部，以防頭頸被硬物直接擊中，如身邊有堅固的遮蓋物（如寫字桌），則應緊握遮蓋物並躲在其下
- 保持姿勢（hold on）：保護頭頸直至地震停止，如遮蓋物因地震而移動，人亦應緊握遮蓋物並隨之而移動

如所處的建築物並非抗震建築，則上述三條原則並不適用，此時應盡快離開該建築物，逃至空曠的地方。

2. 地震時如身處室外

- 避難時記得穿上鞋子和帶上救援包，應避免帶上體積龐大的物件
- 盡量離開受損建築物，跑到空曠平坦地區
- 躲開變壓器、高壓電線、電線杆、路燈等
- 遠離樹木、山坡、河流，小心落石、山崩、滑坡等情況發生
- 注意餘震的發生
- 不要擅自返回倒塌或半倒塌的家中

3. 震後被困或被埋壓怎麼辦？

- 保持冷靜，確保呼吸通暢，保存體力
- 如周圍是不結實的倒塌物或危險物，要小心移除
- 搬開身邊的碎磚和雜物，要小心避免再次坍塌
- 如聞到異味或灰塵太大時，設法捂住口鼻
- 避免大聲呼叫，使用口哨或敲擊石頭等方式求救，以保存體力；在可活動空間裡，設法尋找水源和食物

5.5.2 洪水

現有問題

洪水是因氣候變化變得更頻密的自然災害。以 2013 年為例，據國家防汛抗旱總指揮部辦公室統計⁽³⁴⁾，全國各省、市、自治區均遭受不同程度洪澇災害，部分地區山洪災害尤為嚴重。洪澇災害受災人口達 1.2 億，774 人因災死亡、374 人失蹤，洪澇災害直接經濟損失達 3,146 億元人民幣。如果易受災地區的居民能夠掌握防範暴雨洪澇、洪水來臨時以及水災後的應對措施，除了可減輕傷亡，更可減少洪水過後所可能出現的傳染病風險⁽³⁵⁾。

建議健康推廣訊息：

1. 暴雨洪澇的防範

- 選擇遠離溝壑而且地勢高平的地區建房
- 注意氣象部門的預告
- 如住房地勢低窪，收到洪澇預告應立即前往高地或安全地方暫避
- 如住房位處山坡旁或土石易崩塌之處，收到洪澇預告應盡快離開
- 在門口放置擋水板或堆土堆，疏通排水管道
- 於河邊、溪邊或海岸工作的人應盡早離開
- 將禽畜遷移往較安全的地方
- 及早計劃逃生路線，當洪水來臨時可在短時間內逃走
- 準備救援包和食物





2. 洪水的應對方法

暴雨洪澇來臨時需要注意：

- 向高處轉移，盡量避免攀爬電線杆
- 如被捲入洪水中，盡可能抓住固定的或能漂浮的東西（如船隻、木排、門板、木床），尋找機會逃生
- 來不及疏散時，要立即爬上屋頂、樓房高屋、大樹、高牆等，暫時避險等待救援，切勿嘗試自行游水脫險

暴雨洪澇來臨時要避開的危險區域：

- 電線杆及高壓電線塔周圍
- 山坡、魚塘、水庫、河流附近
- 除非洪水沖垮建築物或水面高過屋頂，否則不要冒險涉水逃離

水災後注意事項：

- 不要飲用受污染的水
- 不要食用洪水浸泡過的食物
- 小心電線
- 減少積水，防止蚊蟲滋生，以免增加傳染病風險

5.5.3 泥石流

現有問題

泥石流是指山區或其他地形險峻的地區，因為暴雨、暴雪或其他自然災害引發山體滑坡並帶有大量泥沙及石塊的特殊洪流⁽³⁶⁾。中國地勢地形多樣化，是泥石流災害常發的國家，頻發的地區主要分佈在雲南、四川、甘肅、陝西、西藏等地。近年最嚴重一次的特大泥石流災害在 2010 年 8 月 7 日於甘肅舟曲縣發生，共造成 1,000 多人死亡或失蹤，當地的基礎設施和經濟蒙受巨大損失。近年因氣候變化，很多乾旱地區也遭暴雨侵襲，乾旱疏鬆的土質不敵暴雨沖刷，造成山體滑坡。

建議健康推廣訊息：

1. 不尋常的聲音（如強風或樹木折斷）和景象（如石頭和泥沙流）都是泥石流的前兆。愈早發現泥石流，逃生的機會愈大。如果被困在泥石中，可以使用救援包中的口哨，哨聲比叫喊的聲音傳播得更遠，而且更節省體力。
2. 泥石流的主要徵兆——根據國家減災委員會辦公室的建議⁽³⁷⁾，暴風雨天氣須注意以下事項：
 - 如發現斜坡上的建築物開始變形、裂開、傾斜，或水位突然發生明顯變化，要趕快撤離
 - 溪流突然斷流或洪水突然大增，溝壑發出巨大的轟鳴聲或輕微的振動感，也是泥石流的前兆
 - 要特別留意以下幾種聲音：陡坡上石塊掉落、出現小崩塌、樹木斷開等
3. 身處滑坡山體上的泥石流應對方法
 - 盡快尋找周圍的安全地帶
 - 向滑坡兩邊逃離，不要朝著滑坡方向跑
 - 無法逃離時應迅速抱住樹木等固定物體
 - 用雙手保護頭部

5.5.4 火災

現有問題

農村房屋密集，建築材料的耐火程度一般較低，再加上電線老化、破損等，都有可能引發房屋火災。像廣西省和貴州省的一些村落，根據習俗房屋大多是木質結構，廚房又設置在室內，容易引發火災。故此如何處理火災是農村健康推廣的一個重要議題。



建議健康推廣訊息：

1. 不同起因的火災有不同的處理方法。在小火的情況下，可嘗試自行撲救。如果火勢猛烈，則要趕緊逃跑求救。

起火種類	撲滅方法
木材物品和建築物	用大量的水撲滅
電器	先切斷電源，再用滅火器撲滅；如沒有滅火器則可用濕毛毯代替。電視機著火應從側面撲救，以防顯像管爆裂傷人
油鍋	蓋上鍋蓋撲滅鍋內的火
汽油、煤油、酒精等易燃物體	用滅火器、沙子或濕毛毯撲滅

2. 火災的處理

- 密閉房間著火時，不要急於開啟門窗，以防空氣進入加大火勢
- 火勢難以控制時，要迅速逃生，不要因顧及財物而延誤時機；逃出火場後，不要輕易返回
- 煙氣窒息是火災致死的主因，火場中產生的濃煙將瀰漫整個空間，由於熱空氣上升的作用，大量的濃煙飄浮在上層，所以逃離火場時，不要站立行走，應迅速趴在地面上或蹲著，用摺疊多層的濕毛巾捂住口鼻，以免吸入濃煙
- 逃離途中若有火焰但不十分猛烈時，可以將衣服、鞋帽淋濕並用濕棉被包裹衝出火區

3. 身上著火的處理方法

- 分為四個步驟：停止、倒下、滾動、冷卻
- 要停止跑動，倒下來以手掩面並在地上滾動，再用水冷卻燒傷部位
- 如能以纖維織物（如毛氈、地氈、大毛巾等）裹著身體在地上滾動更好，但不應為尋找這些物件而延誤躺下滾動身體

4. 燒傷處理

- 分為四個步驟：沖、脫、蓋、送
 - 沖：把燒傷部位放在流動的水下沖
 - 脫：脫掉燒傷部位的衣物，如不方便可用剪刀剪開
 - 蓋：用紗布或乾淨的布蓋住燒傷部位
 - 送：緊急處理後趕緊送往醫院



更多燒傷處理資訊，請參考：



紅十字會與紅新月會國際聯合會《2011 年國際急救與復蘇指南》

http://www.redcross.org.hk/hcs_faht_files/news_events/2011Guideline.pdf

中華人民共和國公安部網站《對燒傷人員的急救處理》

<http://www.mps.gov.cn/n2256228/n2256229/n2256230/n2256237/c4148827/content.html>



5.5.5 備災救援包

現有問題

天災一旦在偏遠且道路交通不發達的地區發生，外部資源根本難以進入，救災初期大多只能依靠居民自救，而村民在災前自備的救援包尤為重要。可是，我們在工作中發現，很多村民根本沒有這個概念。受訪的村民只有 25% 左右認為準備救援包是重要的，而少於 5% 的村民家裡準備了救援包。很多村民都抱持聽天由命的態度對待不知何時會發生的災害，這種薄弱的防備意識令他們在頻繁的災難中蒙受更大損失。從防災救援的角度來說，提升這些村民的抗災能力，包括自我保護意識和備災知識十分重要。

我們雖然不能控制天災的發生，但我們深信災害防備能夠減低災害對人們健康所造成的負面影響。這部分主要介紹救援包的用途，並強調在災害前準備救援包的重要。

建議健康推廣訊息：

1. 救援包基本裝備應包括可支持及維持人體健康所需的基本物資。建議物品包括：水、口哨、手電筒、打火石、現金，以及證明身份的證件和家庭照片。對於有慢性疾病的人來說，救援包內更應該包括常用藥物。
2. 介紹救援包內的每一件物品的功能和使用方法。
3. 救援包須放置在容易拿到的地方，如大門或常用的桌子上。一旦有災害發生，就可以用最快速度拿到救援包並逃生。
4. 留意救援物資的應用期限，適時更換過期用品。



CCOUC 備災救援包基本內容

1. 水和衛生	肥皂 用來維持人的基本個人衛生 毛巾 毛巾不僅可以在泡浸冷水後放在受傷處外敷，也可以在受傷時用作包紮 1.5 公升水瓶 可用作盛載乾淨食水及制作口服補液鹽。水是維持生命的必需品，不但可以飲用，亦可用於保持衛生和煮食。為維持人體的基本機能，每人每天最低需要攝取 2.5 至 3 公升的水，如考慮到衛生及煮食的需求，每人每天的供水量應保證最少也達到 7.5 至 15 公升的水平⁽²⁾
2. 食物	易於保存的食物 作為短暫充飢的食物，特別留意營養吸收 1. 嬰兒：要餵哺母乳 2. 孕婦：避免食用未經煮熟的食物。要多吃高鈣的食物和全谷類澱粉、蔬菜、水果、魚和肉。要多喝水 3. 老年人：避免食用高鹽分的食物。要多吃高鈣食物、蔬菜、水果、魚和肉。要多喝水 慢性病患者的飲食指引 1. 高血壓：避免食用高鹽分的食物。要多吃高鉀、高鎂、高纖維的食物，如蔬菜、水果 2. 糖尿病：避免食用高糖分、高脂的食物。要多吃蔬菜、水果和全谷類澱粉。要少吃多餐
3. 衣物和居所	急救毯 1. 一般由具有熱反射功能的塑膠材料製成，可在低溫環境下使用 2. 使用時用急救毯包裹身體，減少從人體散發出來的熱量，防止體溫急劇下降 3. 急救毯也可作反射膜，向營救者發出信號 4. 在雨天，急救毯可用作雨披 手電筒 1. 注意手動電筒較電源充電的電筒理想 2. 一般手動電筒要打開手握把後面的開關，手握把會自動彈出，用單手輕鬆來回握放一段時間，然後將手握把收起，打開常亮開關便可以使用

CCOUC 備災救援包基本內容

3. 衣物和居所	萬用刀卡 多功能，體積小，攜帶方便。一般市面上出售的萬用刀卡均有如下幾個主要功能： 1. 罐頭刀：可用來打開鐵罐包裝的救援食物 2. 開瓶器：適合開啟飲料的瓶蓋 3. 螺絲刀（螺絲批）：角度、厚度合理，能夠鬆緊常用型號的螺絲 4. 側刀：可切割繩索，但需注意刃口鋒利，使用時要小心以免割手 5. 其他功能包括：直尺、定位扳手（士巴拿）、活扳手和方向指示 打火石 在極寒冷極潮濕的環境下，仍可引燃火種。特別在黑暗的情況下，火是最有效的信號方式
4. 健康服務	急救及常用藥品 用於處理緊急出血或感冒等常發疾病 現時服用的藥物的照片 照片須包括病人的名字和歲數，藥物名稱、份量以及主治功能 急救和口服補液鹽指引 有詳細步驟及相關圖示可以參照使用
5. 訊息	口哨 使用口哨是其中一個可以讓營救人員確定你所在位置的方法。當需要幫助時，使用口哨也比單純喊叫有效及省力 全家合照 家庭成員失散時方便其他人幫忙尋找 身份證照片 可表明身份及作災民登記之用 緊急聯絡人訊息 包括姓名、電話號碼等，家庭成員失散時方便其他人幫忙尋找 其他物品 少量現金以備不時之需

*應鼓勵村民根據自己的文化、宗教及當地可用的資源，自行準備其他物品並放進救援包。

更多備災應急和救援包資訊，請參考：



《首都市民防災應急手冊》

http://96181.bjhd.gov.cn/yjgl_59627/fzcs/201209/W020120905642740006387.pdf

第六章 實務經驗

要健康推廣活動順利進行，在策劃、抵達村莊以至活動當日都必須妥善安排。CCOUC推行的「中國農村少數民族健康計劃」也曾遇到不少難題和誤區，包括有物資在運送途中丟失，甚至有項目因未能進入村民的房子進行入戶調查而取消。這裡綜合出一些應注意的地方，讓有志於偏遠地區開展健康推廣活動的志願者參考。

6.1 準備工作

資料搜集

近年資訊發達，資料眾多，尤其是網上資料的準確程度有差異，因此進行資料搜集時，應多面向從不同渠道搜集資訊，包括當地政府、報章、志願機構、國際救援組織的網站等，加上其他組織所撰寫的文獻或分享，從多角度仔細考量，確保資訊準確全面。搜集到的資料應該與當地合作團體核實，然後才開始策劃活動，以免到步後才發現因資料不全或有誤，使設計的內容與實際情況不符，無法補救。

挑選合適人物進行需求評估

戶主（通常是家庭中輩份最高的男性）不一定是家居生活的決策人。根據 CCOUC 的經驗，家居生活決策人很多是戶主的妻子，更多是留在家中照顧孫兒的老人家或小孩子本身。要實地了解村裡真實的情況，找出適當的對象進行需求評估，以免調查結果有所偏差，影響項目的成效。

時間選擇

健康推廣活動應以不干擾村民日常生活作為前提。在前期評估時，要了解村民的作息時間、每個月份村內的節日和活動安排，以及村民的農忙時間，以便大部分村民能出席活動。若遇上事前不能預計的節慶或儀式（如婚嫁、喪禮），不要勉強村民出席健康推廣活動，應制定後備方案，如縮短活動時間，或派發小冊子和海報代替活動等。此外，若村落房屋分布分散，村民需要較長的時間徒步回家，活動就應該盡量避免在入夜後進行，以保障村民安全。

場地選擇

選取合適的活動場地時要特別考慮場地的特點，例如是在戶內還是戶外、是否配合受眾的數量、有沒有電力供應、照明及揚聲設備足夠與否等。戶內場地要特別注意可容納的人數；戶外場地則要加倍留意音響安排，準備擴音設備，確保所有到場的村民都能全程參與，還要準備雨天應急方案。

了解宣傳對象

若能充分了解宣傳對象的背景，健康活動推廣的成效一般會較為理想。如農村地區的教育及語文水平一般較低，在準備教學物資時應避免使用大量文字，應該改為以較簡單直接的圖像去表達所要推廣的訊息。活動方式也要考慮當地的習俗、禁忌和禮儀，如在回族地區展示的圖像，不要出現豬肉或酒瓶。在思想較保守的地區工作，穿著要注意端莊，避免穿戴過分暴露和誇張的衣飾。如果活動涉及相對敏感的議題如生殖健康，可考慮把男女參與者分開，否則會影響參與和效果。另外，翻譯員比較熟悉村裡情況，志願者不妨跟翻譯員保持良好關係，這樣能夠更了解當地的民生情況。





備災心態誤區

如果推行的是備災項目，要謹記村民面對災難的經驗一般較志願者豐富，志願者必須虛心講解和聆聽村民的體會和意見，同時要小心言辭，以免觸及曾經受災的村民的傷痛。

此外，不要誤以為災難頻發地區的村民都必定積極採取備災措施。根據一個於 2011 年在甘肅省偏遠回族地區進行的調查顯示⁽¹⁾，就算居於同一個災難頻發地區，曾經直接受到災難影響的村民，認為自己居住於高災害風險地區的比例是沒有受到災難影響的村民的 6.1 倍，而受訪的住戶中則只有 10.7% 備有救援包。故此，在推行備災項目時，要特別強調災難的影響，以及備災的重要性，確保村民願意採取備災措施。

內容設計

在設計活動時，必須確保內容清晰、簡明，貼近村民日常生活及宣傳主題。活動舉行前應爭取先跟村莊負責人討論一下內容和形式，以取得他們的支持和配合。此外，在設計內容時，應確保能與村民緊密互動（如設問答遊戲環節），甚或邀請村民參與其中，以加強投入感。如欲了解更多常見健康項目宣傳方法和注意事項，請參考[附件九](#)。



教學物資

在實地工作，要多考慮後備方案。在準備教學資料時，每一種教學物資最好準備一式兩份，並在運送途中分開擺放（如存放於不同的行李和車輛中），因為教學物資在運送途中可能受損或丟失。如教學物資保存完好，一份可留給當地村民作內容重溫，另一份則可自行保留，作為組織者的存檔。教學演示中使用的海報和道具，最好使用可以在當地製作或購買的材料，以便有需要時即場重製。



傳統農村城市化的影響

在傳統鄉村進行需求評估時要留意城市化對村民日常生活的影響。例如有些村落會將廁所建於池塘邊，村民的糞便成為魚群的飼料，魚群長大後成為村民的食物。過去村民自給自足，所飼養的魚群均在生態安全的環境下成長，這樣的做法並沒有為村民健康構成太大影響。然而，隨著生活現代化，村民進食外來食物或預先處理及包裝食物的機會增加，加上人口流動性高，村民在村外的飲食習慣會影響村落的生態安全。若在這些村落興建公共廁所，雖然可以推動健康意識，但若村民在這些跟廁所相連的公共魚塘捕魚作食物，則可能會增加村民進食受污染食物的風險。

另一個較顯著的例子是，現代化生活包括育嬰，都多標榜使用一次性用品例如尿片。我們發現村民使用尿片這種現代產品，既含有塑料成分，又不能隨便焚燒，而用填埋的方法則需要 450 年才能分解，對村落造成沉重的垃圾處理問題。若在需求評估時留意到村內屯積以嬰兒尿片為主的垃圾，便不妨在推廣活動中鼓勵村民使用傳統尿布，既保留傳統習慣，更可減低皮膚敏感的機會，也減少製造垃圾，相對環保。

6.2 健康教育活動

活動宣傳

要得到當地居民的支持及參與，需先行和村長或村內相關負責人溝通協調，讓他們幫忙安排及通知教育對象，在團隊抵達村莊後再確認。如當地有舉行村民例會的習慣，可建議村長在會議上宣布活動詳情（如時間、地點、活動對象等）和鼓勵村民積極參與。

如情況許可，應於活動舉行前至少一個星期，在村內當眼處或村民經常聚集的地方（如祠堂、市集、學校、醫療站、取水點、休憩／乘涼地方）張貼活動宣傳海報，確保村民有足夠時間編排日程以出席活動。

活動當日應安排組員盡量在村內走一圈，提醒村民活動即將舉行，並為有需要的人士提供協助（如請鄰居接送行動不便的村民到活動場地）。建議安排翻譯員同行，以便回答村民查詢。



活動流程

整個活動通常由幾個主題結合，每個主題的負責人應預先溝通和協調。活動流程設計好之後，應選出其中一個負責人或邀請其他志願者擔當主持人，保證整個活動的流暢性。策劃中也要額外考慮活動過程中所出現的突發狀況，例如停電、村民反應未如預期踴躍等。



現場控制

在實地進行任何公開活動，應對現場的活動控制有所安排。

健康推廣活動行將開始時，村民會逐漸在活動地點聚集起來。前期統籌的時候要妥善安排人手負責引導人流，在村民到場時向他們耐心講解，並安排他們入座。

婦女一般會帶著孩子來參加活動，若無專人照顧孩子，會影響婦女參與活動的積極性和投入程度。相反，若能安排一些組員專門負責照顧這些孩子，便能夠讓婦女更專心地投入到活動中去。其中一種方法是事先準備一些彩筆和畫紙，由組員負責指導孩子畫畫，或做一些簡單的教育活動。

在長者較多的社區，更要考慮行動不方便的長者的需要。例如在較長時間的活動中，確保有足夠的座位給殘疾或長者，並顧及天氣和活動時間的安排。



翻譯

在遍遠農村推廣健康項目時經常會遇到語言溝通障礙，除了少數民族的語言和文化差異外，由於村民的教育水平有限，很多都不懂普通話，項目負責人應與村長或村代表提前協調，以安排翻譯事項，並在教育活動前與幫忙翻譯的村民充分溝通。所有實地健康推廣活動都要從頭到尾綵排至少一次，確保翻譯清楚活動內容。至於一些以女性為主要對象的宣傳，則需要找一些教育水平較高、懂普通話和當地方言的婦女協助翻譯工作。



溝通技巧

志願者必須具備良好的溝通技巧，才能令村民領略和理解健康推廣的內容。以下是志願者向村民講解時的技巧：

- 態度應親切誠懇，保持笑容
- 咬字清楚、音量充足、節奏適中
- 面向教育對象，與所有人保持眼神接觸
- 訊息要簡短清楚，避免艱澀詞彙，多用具體的用語和例子



- 表達時需條理分明，由淺入深，強調重要的內容（例如向村民提問以加深記憶）
- 適當運用身體語言
- 適當運用教學物資（將重點以不同顏色列出或以圖像顯示）
- 不時查察村民是否理解教育內容，對方發言或詢問時要細心聆聽
- 遇到不懂的地方要坦誠告知

紀念品或物資派發

志願者必須考慮在推行健康推廣活動時所派發的紀念品或物資是否在農村適用。例如，要求村民在備災救援包中備有額外電池的可攜式收音機或電筒，在經濟及實用上並不可行。此外，要避免派發價格高昂的紀念品或物資，以免村民轉售，失去原有意義。

活動結束後記

志願者或機構單位應致力評估活動成效，及把活動成果或相關研究記錄與村內人士分享。成功的活動可以多加推廣，若能分享失敗的個案，也有其正面作用，讓其他人避免犯上同一錯誤。



志願者的態度和原則

不要輕易承諾

志願者在承諾每一項活動和服務前，應該分析工作目的及性質，認真地評估自己的能力、時間及工作方向，對承諾貫徹及盡力完成。

抱持尊重的精神

志願者要尊重當地的文化、語言、宗教和習慣。在進入村莊前，要先了解該村的基本情況，例如村民日常作息時間或生活習慣（如在回族地區居民並不食用豬肉）。如果是少數民族聚居地，更需注意村民是否有特別的禁忌，以免在探訪或進行健康推廣過程中造成不必要的麻煩和尷尬。

虛心學習及感恩的心態

志願者應客觀地了解村民的想法和需要，不應把自己的價值觀強加在對方身上。進行服務或健康推廣時，不應抱著施予恩惠的心態或優越感來參與。要明白村民願意招待村外訪客，花時間參與活動，其實是給予志願者機會上寶貴的文化與生活課；志願者若有機會在村民的家裡留宿數天，除可體會當地的生活習慣外，亦增加與村民溝通的機會。志願者所獲得的民間智慧是從書本學習不到的，將會受益匪淺。

以身作則

若志願者希望擔當宣傳健康及備災的工作，在村內作息時就要以身作則。例如不能在村中吸煙，不得在村裡亂丟垃圾，並應收集自己在村中活動所產生的垃圾，分類後再在離開村子時帶走。

第七章 中國農村的新健康議題

針對中國農村現今健康議題所作的研究眾多，但對即將出現的健康議題，又或是一些關於少數族群健康問題的討論卻未見熱烈。本部分希望就人口流動、老年問題、邊境城鎮的健康情況、種植業人士的健康和科技發展等議題引發討論，讓大家對這些可能即將對中國公共衛生事務產生重大影響的健康議題有所了解。

7.1 人口流動



Photo (<http://bit.ly/2a8BveN>) by Startrooper / CC BY 2.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>)

重點

- 中國城鄉之間的經濟發展不均衡，人口流動的方向往往是從農村流向城市。
- 大量青壯年勞動力流入城市，令農村流失人才；留守農村的人口存在許多健康風險。
- 進城打工的農村人口在城市面對許多挑戰，當他們回流農村時也衍生不少健康問題。
- 農村人口面對的養老和醫療負擔日漸加重。

了解一個國家或地區的人口狀況是進行科學決策的基礎，也是制訂人口政策的依據。一個國家或地區的人口變化及其未來趨勢，一般受生育、死亡和人口流動等因素影響。

中國一般農村地區的經濟發展落後於城市，隨著社會發展，許多農村人口都到城市尋找就業機會。眾多青年人從農村流入城市，導致農村人口老化，隔代育兒的情況日漸普遍。家庭結構的改變以及年輕勞動力的流失令農村失去活力，而農村人口老幼殘疾的形態對公共衛生也構成極大壓力，對農村人口的健康產生長遠影響。近年，外出打工的農村人口又出現回流的趨勢，進一步改變農村人口的健康狀況。

農村流入城市的人口特徵

在中國的二元戶籍制度下，人口分為農業戶口和非農業戶口。建國以來，政府實施嚴格的戶籍制度，用以保障種糧人數和限制人口流動，截至 80 年代中期，中國自農村流入城市的人口並不多⁽¹⁾。但隨著戶籍制度不斷改革，戶籍政策逐步放寬，農村人口逐漸進入城市從事非農業生產工作，成為推動中國工業化和城市化的重要力量。

根據 2010 年第六次全國人口普查數據顯示⁽²⁾，中國城鄉居住人口比例約為 49.68% 和 50.32%，與 2000 年第五次全國人口普查相比，城鎮人口比例上升了 13.46%；而居住地與戶口登記地所在的鄉鎮街道不一致（人戶分離），並且離開戶口登記地半年以上的人口為 261,386,075 人，比 2000 年第五次全國人口普查增長了 81.03%。

農村人口出外到城市工作，有利於農民充分利用農閒時間，增加家庭收入，縮小城鄉經濟差距，但也為農村帶來一系列的問題。首先，從農村流入城市的人口多為青壯年及受教育程度較高的一群，這對農村而言無疑是一種人才流失。據 2007 年開展的第二次全國農業普查資料顯示^(3,4)，2006 年末，農村勞動力資源總量為 53,100 萬人，農業從業人員 34,874 萬人，佔農村勞動力資源總量的 65.7%，而農村外出從業勞動力為 13,181 萬人。

第二次全國農業普查農村勞動力資源與就業比例

		農村勞動力資源	農業從業人員	農村外出從業勞動力
年齡	<20	13.1	5.3	16.1
	21-30	17.3	14.9	36.5
	31-40	23.9	24.2	29.5
	41-50	20.7	23.1	12.8
	>51	25	32.5	5.1
	總計	100	100	100
文化程度	文盲	6.8	9.5	1.2
	小學	32.7	41.1	18.7
	初中	49.5	45.1	70.1
	高中	9.8	4.1	8.7
	大專及以上	1.2	0.2	1.3
	總計	100	100	100
性別	男	50.8	46.8	64
	女	49.2	53.2	36
	總計	100	100	100

- 農村勞動力資源：是指2006年末農村住戶常住人口（即在本戶居住6個月以上人口）中16歲及以上具有勞動能力的人員。
- 農業從業人員：是指在2006年從業人員中，以從事農業為主的從業人員。包括中國境內全部農村住戶、城鎮農業生產經營戶和農業生產經營單位中的農業從業人員。
- 農村外出從業勞動力：是指農村住戶戶籍從業人員中，2006年到本鄉鎮行政管轄區域以外從業1個月及以上的人員。

（資料來源：修訂自第二次全國農業普查主要數據公報（第五號）、（第二號））

前述的表格顯示，2006 年中國農業從業人員中，僅約五分之一為 30 歲以下，50 歲以上的約佔三分之一；而農村外出從業勞動力中，超過一半為 30 歲以下，僅有 5.1% 年過 50 歲。小學學歷或以下人口約佔農業從業人員人口的一半，而在農村外出從業的勞動力中則不足五分之一。

對留守農村人口所造成的影響

大量農村人口進城工作，對於留守農村的人口而言，有著身體、精神和社會三方面的不良影響。

大量的青壯年，尤其是男性為主的勞動力外出打工，除會影響農業產量外，也加重老人和婦女的農務負擔⁽⁵⁾，增加老人和婦女在農業生產中受傷的風險。有研究指出，中國農村留守兒童的因意外而致傷患的發生率也遠高於有父母照顧的同齡人⁽⁶⁾。

除身體上的健康外，留守農村的兒童及老人，可能因青壯年人口移居城市而缺乏照顧，影響他們的精神健康^(7,8,9,10)。

從社會健康的角度而言，相對於非留守老人，留守老人的生活更為孤獨，與鄰居之間的溝通更少⁽¹¹⁾。近年，學者也指出留守兒童的心理、行為、體重管理⁽¹²⁾乃至人身安全都已成為重要的健康議題。此外，夫妻的長期分離可能對婚姻關係造成危機，因而，農村雙親外出打工的家庭一般比單親多，進一步加劇留守兒童和老人問題⁽¹³⁾。



Photo (<http://bit.ly/29BazST>) by Curt Carnemark / World Bank / CC BY-NC-ND 2.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>)

中國農村 7-17 歲青少年患有超重和肥胖趨勢 (1991 至 2006 年)

	年份					
	1991 (受訪人數 =1920)	1993 (受訪人數 =1792)	1997 (受訪人數 =1682)	2000 (受訪人數 =1650)	2004 (受訪人數 =1036)	2006 (受訪人數 =823)
超重 (%)	3.2	4.2	4.8	5.5	6.9	7.7
肥胖 (%)	1.3	1.6	1.7	1.5	2.7	4.3

(資料來源：Cui Z, Huxley R, Wu Y, Dibley MJ. Temporal trends in overweight and obesity of children and adolescents from nine Provinces in China from 1991 – 2006. *Int J Pediatr Obes.* 2010;5:365–74.)

流入城市人口所面對的難題

對外出打工的農村人口而言，流入城市工作既有利於提高家庭收入、擺脫貧窮，又有助推動城市的建設和發展。但相比起城市人口，農村人口的文化程度和知識水平相對較低，相關的職業技能培訓一般也不充分，導致農村人口在城市無論生活、就業和發展都面對許多困難，在衛生習慣、社會規範以及權益保障方面都面對極大的挑戰。

從 2004 年起，中國政府開始實施「農村勞動力轉移培訓陽光工程」，給予農村流入人口適度的上崗前培訓，協助提升他們在城市的職業技能和適應能力，加快融入城市社會的進程⁽¹⁴⁾。政府通過公開招標培訓基地以及安排培訓資金，補助受訓農民，為農村勞動力提供就業前的職業技能培訓^(15,16)。

例如，甘肅省扶貧基金會和蘭州東方學院自 2011 年起，多次派出培訓專家和教師，出動滿載培訓工具的廂式「大篷車」，深入甘肅省多個偏遠的鄉鎮和村落，為有意去長江三角、珠江三角及其他地方就業的農村人口進行各項技能培訓，每項專業的培訓期約為半個月，培訓內容涵蓋烹飪、電焊、酒店服務、鋼筋技工和泥瓦技工等。

除職業技能培訓外，針對《勞動法》、健康知識、職業健康與安全、社會保障和員工權利等方面的培訓，對增強流動人口的法律和健康意識，以及改善其在城市的生存困境有一定作用⁽¹⁴⁾。例如，2007 年中國衛生和計劃生育委員會（原稱為衛生部）等部門聯合發布《關於進一步加強工作場所夏季防暑降溫工作的通知》，訂明在高溫條件下應向勞動者支付高溫津貼；又如，於深圳市工作的結核病患者無論是否有深圳戶籍，都享有結核病的免費治療。

雖然國內有不少非政府組織已經通過各種方式針對農村人口開展培訓，培訓方式包括派發宣傳小冊子、開辦夜校和開設講座等，並且於培訓結束後開通免費諮詢熱線⁽¹⁷⁾，幫助農村人口適應城市的工作環境，但此類培訓多是入職後的在職培訓，關於入職前的非職業技能培訓並不多見。



Photo (<http://bit.ly/29Djj9h>) by Li Wenying / World Bank / CC BY-NC-ND 2.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>)



Photo (<http://bit.ly/29DjjKc>) by Joanne Wan / CC BY-NC-ND 2.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>)

回流農村所衍生的健康負擔

隨著新一代的農村人口繼續流入城市，老一代在外打工的農民不得不退出城市的勞動力市場⁽¹⁸⁾。老一代的流入人口隨著年齡增長，體力下降，往往因為無法應付工作單位所指派的體力勞動工作而失業。此外，老一代的流入人口由於學歷普遍較低，大多只能從事如建築業等的重體力工作，因而是遭受職業性損傷或殘疾的高危人群，一旦發生工作意外，往往會因為殘疾或喪失勞動能力而無法繼續工作，被迫返回家鄉⁽¹⁹⁾。屆時，養老問題和醫療問題將是他們需要面對的難關。

根據國家統計局發布的數據顯示⁽²⁰⁾，2014年中國農村外出從業勞動力的基本養老保險和醫療保險的參保率分別為16.4%和18.2%，而在中高齡農村外出勞動力主力從事的建築行業中，養老保險和醫療保險參保率僅為3.9%和5.4%。低參保率的成因除流動人口對社會保險的認識不足外，也包括中國流動人口保險的異地統籌制度不完善⁽²¹⁾。鑑於身體狀況不佳的農村勞動力會離開城市返回農村，農村外出勞動力的總體健康狀況可能被高估。

除了因為身體原因被迫回鄉外，也有為數不少的外出勞動力主動選擇回鄉，外出勞動力在城市打工過程中增長了知識和技能，是他們回鄉的重要因素。他們技藝熟練，且累積了一定的資本和經驗，較傾向於回農村創業⁽²²⁾，主動選擇回鄉的人也不乏是出於家庭責任的考慮⁽²³⁾。外出打工的女性選擇回鄉結婚的現象亦十分常見⁽²⁴⁾。

外出勞動力人口在回鄉後除了帶回收入、技術及城市化的思想觀念外，往往也帶回了一些健康問題和疾病風險^(25,26)。外出的勞動力人口在城市工作和生活的環境，往往人煙稠密，惡劣的環境令他們成為罹患多種傳染病的高危人群；當其回鄉後，容易把疾病如血吸蟲病和結核病^(27,28)傳染給其他村民。

一項於上海進行的研究指出，在農村外出的男性勞動力當中，衣原體感染、淋病和梅毒的患病率分別為3.5%、0.5%和1.0%⁽²⁹⁾，而中國男性總體衣原體感染的患病率僅為2.1%⁽³⁰⁾。研究亦指出，有外出打工經歷的農村人口因為生活和飲食習慣的改變，長期病患的風險也倍增。一些非傳染性疾病如高血壓、糖尿病、心血管疾病、氣管問題和各種癌症等，都變成中年農村居民的主要健康問題。例如，在男性當中，彝族農民、彝族外出打工勞動力和漢族城市居民的高血壓患病率分別為0.66%、4.25%和4.91%^(31,32)。

小結

中國城市發展的速度遠高於農村，隨著戶籍制度逐漸放寬，農村人口也逐步向城市移動。在這過程中，留守農村人口的健康問題和回流農村的外出勞動力的健康狀況必須得到正視，否則長遠來說會加劇農村的醫療需求。中國的農村人口勤勞務實，進城打工既是出於對城市生活的嚮往，也包含對家庭責任的承擔。然而，進城打工對農民來說存在很多未知數，其中包括城鄉生活不同、農業和非農業工作性質之別，而這些不同往往會衍生出許多健康風險。如果農民在入城打工前能先了解這些健康影響因素，就有助於他們事先考慮和規避風險，作出明智的抉擇，我盡我心，量力而行。

7.2 老人問題



重點

- 人口老化是一個全球問題。受城市化和人口遷移影響，中國農村出現愈來愈多留守老人。
- 空巢老人的孤獨程度較與子女同住的老年人為高。
- 中國農村有隔代撫養現象，祖父母大多有參與照顧孩子。
- 社會支持與老年人的心理健康存在正面的關係，良好的精神健康對體格有正面影響。
- 面對人口老化的趨勢，社會應考慮增加資源為老年人提供更多的支援，促進其健康並提升他們的生活質量，減輕社會因老年人口增加所引起的醫療負擔。

全球很多國家都正經歷人口老化，這是由預期壽命增加，同時生育率下降所造成^(1,2)。聯合國和中國的《老年人權益保障法》均把老年人定義為 60 歲或以上的人口^(3,4)。在中國，老年人口預計將從 2000 年佔總人口的 10% 增長到 2050 年的 30%⁽⁵⁾。在 1998 年，每一名老年人（即 60 歲或以上）就有超過六名適齡工作人士供養，然而到了 2040 年，每一名老年人就只有兩名適齡工作人士供養⁽⁶⁾。

截至 2013 年，居於農村地區的人口佔總人口 46.27%⁽⁷⁾，而農村和貧窮地區的老年人比例較城市和富裕地區的老年人比例高⁽⁸⁾，這是因為受人口流動的影響，農村的成年子女離開家園到城市找尋工作，留下年邁的父母在農村。留守老人一詞的出現，所指的就是愈來愈多老年人因成年子女離開農村謀生，不得不獨自留守在農村照顧家庭和耕地的現象。

根據世界衛生組織的定義，健康包括身體、精神與社會三個層面達到安康的狀態⁽⁹⁾。本篇文章將就這三方面去了解中國農村老年人的健康狀況。

身體機能衰退的影響

年齡增長一般會造成功能和能力下降。這些功能和能力通常以日常生活活動功能 (activities related to daily living, ADL) 和工具性日常生活活動能力 (instrumental activities of daily living, IADL) 來衡量, 包括「洗澡、進食、自行離開床或椅子、穿衣脫衣、在屋內行走、使用廁所」⁽¹⁰⁾ 和一些獨立生活必須要進行的活動如「使用電話、購物、煮食、做家務、服藥、處理財務事宜、洗衣服和能前往步行範圍以外的地方」⁽¹¹⁾。就算在同一個年齡層, 老年人之間的日常生活活動功能和工具性日常生活活動能力的高低可以差距很大, 但普遍來說依然是隨著年齡增長而下降。因此, 應考慮設置扶手、防滑貼片和低門檻等無障礙設施。

老化隨之而來的是生理功能的退化, 繼而引發各種疾病⁽¹¹⁾。如牙齒退化容易影響食物的消化, 繼而阻礙營養的攝入。中風、癌症或惡性腫瘤、白內障或青光眼是中國農村老年人最常見的三項影響日常生活活動的嚴重疾病類別⁽¹¹⁾。其他常見的慢性疾病包括心臟病、腦血管疾病、骨質疏鬆、關節炎／風濕、高血壓、脊髓灰質炎、支氣管炎或其他呼吸道疾病, 以及胃潰瘍或其他胃部疾病等^(11,12)。而老年人通常會同時患上幾種慢性疾病。

免疫系統的功能下降也會增加感染傳染病如細菌性痢疾的機會。細菌性痢疾會令患者腹瀉、發燒和胃痙攣持續大約一星期。一項於 2002 年在湖北省進行的調查⁽¹³⁾ 顯示, 老年人是感染細菌性痢疾發病率第二高的群組, 每年每 1,000 人中就有七個發病, 第一位則為五歲以下兒童。

隨著身體機能衰退, 老年人生活質素的其中一個重要指標是他們能否維持自主和獨立, 即老年人能否按自己的習慣和喜好去控制、執行和決定自己的日常生活, 以及能否在沒有或少量的協助下執行日常生活的事務⁽³⁾。在實踐的層面上, 可以是為老年人提供一個良好的環境, 如設立無障礙通道讓他們能方便地往來村莊和社區的基礎設施, 讓他們融入社區, 以及獨立地進行日常活動。

精神健康影響生活質素

老年人的精神健康會影響到他們的生活質量。隨著年齡增長, 他們面臨個性、心理功能 (如記憶、學習和智力)、感覺和知覺過程的變化⁽¹⁾。認知障礙逐漸取代慢性病成為導致日常生活活動能力下降的主要原因⁽¹⁰⁾。

抑鬱症是中國老年人需要面對的重要精神健康問題。一項研究指出在 1987 至 2012 年間, 中國有 23.6% 的老年人曾表現出抑鬱症徵狀; 2015 年, 中國湖南省留守農村的老人則有 36.9% 曾出現抑鬱症徵狀⁽¹⁴⁾。研究更指出, 獨居、子女的探訪次數少、受教育程度低、罹患長期病和缺乏身體運動的老年人更容易出現抑鬱症徵狀⁽¹⁴⁾。

此外, 生活滿意度和幸福感是量度精神健康的一些指標。這些主觀的內心感覺往往依賴外部環境形成。例如, 一個針對安徽省老年人的研究指出, 與子女關係親密的老年父母的精神健康比關係較弱的為佳⁽¹⁵⁾。許多研究都指出社會支持與老年人的精神健康存在著正面的關係, 良好的精神健康也會對體格有正面的影響。

老年社交困難令孤獨問題增加

社會健康和福祉是指個人與其他人的關係，以及個人與社會的互動和參與度。社會健康的一些評估方法包括個人與家人／朋友／鄰居等的關係、有需要幫助時能否獲得相關支持、是否和家人共住、親戚探訪的頻率、有否參與社區活動如宗教或長者活動等⁽¹⁶⁾。

由於健康狀態下降會導致社交困難，孤獨會隨著年齡增加變得更為顯著⁽¹⁵⁾。在中國，三代人同堂的家庭模式日漸消失，愈來愈多老年人獨居。現今的家庭模式導致家庭成員之間的交流減少，也令到老年人失去其中一項重要的精神支持。一個在湖北省進行的調查發現，「空巢老人」（即所有子女均不與同住的獨居長者）感到孤獨的程度（10.9% 感到中度孤獨）較那些與子女同住的老年人為高（6.3% 感到中度孤獨）⁽¹⁵⁾。除了空巢老人，那些從未結婚、配偶離世、離婚和沒有生兒育女的老年人也同樣與需要面對孤獨。

孤獨問題加上缺乏社會支持，就有機會出現虐待老人的情況⁽¹⁷⁾。一項針對湖北省農村老年人進行的調查發現，36.2% 的受訪者曾被虐待，比例遠遠高於西方國家（2%-10% 不等）⁽¹⁸⁾。最常見的虐待形式是心理虐待和照顧者疏忽照料⁽¹⁸⁾。為了解決這些問題，中國政府於 1996 年實施的《老年人權益保障法》⁽¹⁹⁾ 訂明「禁止歧視、侮辱、虐待或遺棄老年人」，並規定家庭成員要給予老年人經濟支持。此外，為防止社會疏忽照顧老年人，中國政府於 2012 年通過了新修訂的《老年人權益保障法》，當中訂明「與老年人分開居住的贍養人，應當經常看望或者問候老年人」。然而，現時關於這些法例的認知和執行情況的研究並不多，故難以考究其成效。



雖然年紀老邁，但中國的老年人仍然以不同方式協助家庭事務。有為數不少的農村老年人即使過了退休年齡仍然繼續工作，養活自己和家庭⁽²⁰⁾。一個協助老年人爭取權益、消除歧視和擺脫貧窮的國際非牟利組織 HelpAge International 表示，中國農村的老年人為了讓成年子女安心遷徙到其他地方尋求更好的就業機會，通常要負責照顧孫子、耕作，以及打理房子和資產⁽²¹⁾。一個在浙江省進行的調查顯示，照顧孩子和做家务是農村老人的主要消閒活動⁽²²⁾。中國農村的祖父母大多有參與照顧孫子。一項於 2014 年發表的研究結果顯示，當受訪者被問及他們曾否「在去年照顧孫子」，約 58% 的中國祖父母表示有，比起美國、歐洲國家和韓國為高⁽²³⁾。

社會對老年人的支援

與城鎮的老年人相比，農村老年人在閒暇時間會更多地選擇探訪親朋、拜訪朋友和社區鄰居⁽²²⁾。這或許反映出農村老年人所獲得的休憩資源較少，消閒活動的選擇也比較有限⁽²²⁾。中國政府提供的其中一個資源為老年人協會。截至 2010 年，全國共有超過 400,000 個老年人協會，共有逾 4300 萬會員⁽²⁴⁾。這些協會為老年人提供一個見面聊天和參與消閒活動的空間，讓他們組成一個支援網絡，互相支持、歡度節日、參與社區活動和保存文化傳統^(25,26)。面對人口老化的趨勢，社會應考慮增加資源為老年人提供更多的支援，促進其健康之餘也能提升他們的生活質素，以減輕社會因老年人口增加所引起的醫療負擔。

社會保障方面，中國城鎮的社會保障體系早在 1950 年代已經建立⁽²⁷⁾，但一直以來，中國農村的社會保障都只依賴家人供養和耕種土地獲取收入，僅有不足一成的農村居民享有養老保障⁽²⁸⁾。然而，由於城市化、家庭規模的縮小以及城鄉經濟差距的持續拉大⁽²⁸⁾，傳統的依靠家庭經濟支持的養老辦法或已不再適用。2014 年 2 月，中國政府決定將新型農村社會養老保險和城鎮居民社會養老保險兩項制度合併，打破中國養老保障的城鄉壁壘，推行統一的城鄉居民養老保險制度，這項新的制度將惠及原本城鎮養老保險覆蓋對象以外的城鄉居民⁽²⁹⁾。但不能否認的是，隨著中國農村人口老齡化的趨勢日益明顯，養老金負擔必然隨之加劇，中國養老保險基金的管理和可持續性將面臨許多挑戰。

小結

由於城市化、人口流動、缺乏養老金和依賴家人供養的關係，農村老年人的健康狀況與城市的老年人截然不同。中國的醫療衛生系統應做好準備，以應對人口的迅速老化，同時亦要透過政策、科研和循證干預措施相互配合，改善老年人的生活，包括為老年人增設無障礙設施和法律保障，以響應世界衛生組織倡議的「躍動晚年」計劃⁽³⁾。總括而言，提升老年人的生活質素，以及保障其獨立和自主的權利，是令農村老年人安享晚年，令勞動者免除後顧之憂的關鍵。

7.3 邊境城鎮



重點

- 中國的邊境城鎮與鄰國的交流緊密，由於邊境城鎮地理位置特殊，其相關的公共衛生問題亦比較複雜。
- 邊境城鎮的醫療服務、健康保障和健康促進均存在局限，是醫療衛生機構的重大挑戰。
- 中國的邊境城鎮在未來數年將會急速發展，故此調動資源興建醫療衛生基礎設施以及加強這些邊境城鎮提供醫療服務的力度是大勢所趨。

中國的邊境與 14 個國家接壤，包括阿富汗、不丹、印度、哈薩克、北韓、吉爾吉斯、老撾、蒙古、緬甸、尼泊爾、巴基斯坦、俄羅斯、塔吉克和越南，隨著邊境城鎮與鄰國的交流日趨緊密，相關的公共衛生問題也日漸浮現。



Photo (<http://bit.ly/29QSOS8>) by Ken Marshall / CC BY 2.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>)

邊境城鎮除了是地理上靠近邊境的地方外，也隨著政治邊界的出現而產生⁽¹⁾。兩個相鄰的邊境城鎮社區，人民很多時候都緣自同一個族群，因為政治邊界的劃分卻被分開成不同部分。雖然分處不同國家，毗鄰的邊境城鎮往往有相似的文化特徵和語言，這些文化與所屬國家中土地區反而有較大差異。以中國為例，邊境地區聚居很多少數民族，他們與鄰國人口的文化相近，甚至有血緣關係，但有異於佔大部分人口的漢族⁽²⁾。

邊境城鎮要面對的一大問題是安全。有些邊界的管制較為鬆懈，為越境犯案提供了土壤，增加跨境問題的出現，如非法貿易、有組織罪案甚至恐怖主義活動等，考驗國家的執法和管制能力⁽³⁾。與緬甸接壤的雲南省瑞麗市，非法越境、走私、非法逾期居留和僱用非法入境者是負責邊防管理的公安所面對的一大難題；瑞麗市發生的搶劫案中，有三分之一的犯案者都是境外人士⁽³⁾。

當鄰國局勢動蕩，這些干擾也可能會越過邊境，影響邊境城鎮的發展和穩定⁽²⁾。緬甸西北部曾於 2009 年發生一場小型軍事行動，超過 35,000 名平民和武裝士兵逃到中國雲南省。這次事件考驗了雲南省政府應對大規模突發事件的能力。即使雲南省政府很快就恢復了邊境城鎮的秩序，並在難民營提供食物、水和醫療等援助⁽⁴⁾，但事件仍為邊境地區增添不穩定因素⁽²⁾。

此外，有不少人會每周甚至每天過境，前往另一端的邊境城鎮進行貿易、運輸貨物、工作、探親等活動。邊境城鎮除了是貿易集中地外，往往也隨著人口頻密往返而成了販毒、非法移民、性交易和人口販運的中心。

邊境城鎮的公共衛生

邊境城鎮的人口來往頻繁，容易引起地區人口結構的持續變化，繼而影響當地流行病學特徵和疾病模式的演變，引發公共衛生問題。我們可以將這些問題歸納到醫療服務、健康保障和健康促進三個領域去探討⁽⁵⁾。

醫療服務

評估邊境城鎮的醫療服務水準，可跟據其服務的「可用」、「可及」和「相容」作為依據。

「可用」指醫療設施是否可供使用和地理位置的遠近，以及一系列的配套資源如醫護人員、醫院床位等，是否足夠應對社區的需要⁽⁶⁾。如果邊境城鎮的經濟高速發展，會吸引商人、工人和其他希望改善生活質素的人士前往當地。這些人口增長會為社區的健康和醫療系統構成壓力，要不斷擴大服務範圍和提升服務能力以滿足日益增長的醫療需求，在實踐中並不容易。

「可及」指在有需要時是否有能力獲得適切的服務和援助。一般而言，合資格的居民可以獲得政府津貼的醫療服務，但對於缺少相關證明文件的移民而言，即使在他們有醫療需求時，也難以得到本地的醫療照顧⁽⁶⁾。另一方面，無證移民、吸毒者和性工作者等被邊緣化人士，常常因為不願暴露身分，即使有病也不去尋求正規的醫療，又或是在求醫時因被歧視而得不到應有的照顧。缺乏傳染病知識的人士，令傳染病通過高危行為散播的機會大增。

「相容」指衛生服務的設置能否充分考慮當地的健康情況，以及文化和語言的適應程度。衛生部門應時刻了解醫療需求和疾病模式的變化，從而調整醫療服務⁽⁶⁾。

兩個國家的醫療系統差距也有機會加重醫療服務的負擔。例如，由於緬甸的醫療系統有所不足，在該國處於社會階梯上層的人有前往雲南省昆明市求醫的現象⁽³⁾，當邊境城鎮的醫療系統本身已經要應付人口增長所帶來的醫療需求時，還要處理專程前來求醫的入境人士和旅客，未免增加醫療系統的負擔。



Photo (<http://bit.ly/29lpnTv>) by Jonathan Kos-Read / CC BY- ND 2.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/2.0/>)

健康保障

沿著邊境或跨邊境的人口流動，增加了傳染病傳播的機會⁽⁷⁾，而人口流動若牽涉兩個國家，更增加疾病監控在管理和協調上的難度。衛生檢疫官員必須在邊境口岸進行檢疫，而邊境雙方的衛生部門也要經常保持聯繫。可是，單靠衛生檢疫官員在口岸站崗，查看入境人士有否感染傳染病⁽³⁾，只能有效檢測到出現了病徵的人士。

中國於 2009 年爆發 H1N1 流感，據一個關於其入境傳染病篩查有效性的分析指出⁽⁸⁾，在被確診感染 H1N1 的國際入境人士當中，只有 37% 是於邊境被檢測出來。約一半被確診感染的國際入境人士是在入境後一天或多天後才出現病徵，故此未能在邊境被檢測出來。利用邊境防疫控制去篩檢患者的方法，只能將 H1N1 疫情在中國延遲四天爆發。

愛滋病的傳播是另一個例子。中國與邊境國家如越南和緬甸努力協調⁽⁹⁾，在中國邊境口岸提供自願愛滋病測試，又投放資源在邊境地區實施跨境培訓⁽¹⁰⁾和技術交流⁽³⁾，其中雲南省政府就於 2013 年投放了一億一千一百萬元加強這方面的工作；政府又向感染愛滋病的高危人群如長途貨櫃車司機⁽¹¹⁾加強宣傳教育。雖然大眾對愛滋病的意識有所提升，但高危行為仍然維持在令人憂慮的水平⁽¹²⁾，其中一個愛滋病病例最多的雲南省，於 2013 年就有超過 10,000 宗確診新症⁽¹⁰⁾。

邊境兩國的衛生標準和社會經濟地位差距也會減弱健康保障的成效，導致疾病監控效率降低。例如，在雲南省致力減少當地傳染病的同時，有鑑於緬甸方面的管治問題和缺乏完善的公共衛生服務，引致當地出現很多未經檢測和沒有接受治療的疾病⁽³⁾，最終降低中國邊境城鎮的健康保障力度。

健康促進

邊境城鎮互相依賴共存，人口緊密往來又共享環境資源，故此邊境城鎮大都會受到鄰近國家所影響，反之所屬國家的健康狀況未必能完全反映這些邊境城鎮的健康情況。為了解邊境城鎮的特殊醫療衛生需求，有必要分開地域去分析健康需求，以及因應人口遷徙而定期進行人口和流行病學特徵檢查。

由於邊境城鎮人士有機會跨境工作，他們的健康可能會受鄰國的工作環境和條件所影響。若食物是從鄰國進口，那麼鄰國的農業標準（如使用肥料或殺蟲劑）、環境因素（洪水、乾旱和其他災難）等問題就會影響到邊境城鎮的食物安全。假若兩個邊境城鎮共享水源，但兩者用水和排水的做法不同，就有機會引致食水質素下降或水源污染等問題。

在健康教育方面，基於邊境城鎮地理位置上的獨特性、文化結構，以及與國內其他城鎮有所不同的醫療需求，健康教育材料應根據邊境城鎮和目標人群的需求而制定，包括材料的內容、所用的語言以及展示模式，而展示模式和語言則不應只考慮到當地人所用的語言和識字率，也應一併考慮跨境人士和有機會於境內逗留的人士的情況。此外，由於邊境城鎮是散播傳染病高危人群的聚居地，需要重視和保障高危人群使用醫療衛生服務的機會和權利。

中國政府的措施及其對邊境醫療衛生的影響

中國政府針對邊境地區開展了三個項目，分別為 1998 年的興邊富民行動、1999 年的西部大開發和 2003 年的振興東北老工業基地，以解決沿海地區和內陸地區經濟發展懸殊的問題⁽³⁾。這些項目旨在促進經濟發展和基礎設施建設，以及資助沿邊境的社會建設項目⁽³⁾。例如與緬甸接壤的雲南省瑞麗市，興邊富民行動資助健康教育項目和健康檢查，以減低跨境人士傳播愛滋病的機會⁽³⁾。而與蒙古接壤的二連，興邊富民行動資助醫療、衛生設施和教育基礎設施的興建，以滿足增長人口的需要⁽³⁾。

另一個將會對邊境地區帶來重大影響的政策，就是於 2013 年提出的「絲綢之路經濟帶和 21 世紀海上絲綢之路」（簡稱「一帶一路」）經濟合作概念。中國將會與鄰近國家加強多邊合作和經濟發展，促進邊境貿易、旅遊和文化合作⁽¹³⁾。這些合作不但增加貿易機會，還會通過交通和通訊等基礎設施，令邊境地區人民的往來增加⁽¹³⁾。

除了西藏之外，「一帶一路」經濟合作政策涉及所有中國的跨境地區，中國的邊境城鎮在未來數年將經歷資金大量流入、城鎮急速發展、人口迅速膨脹等情況。人口和貨物的交流增加將為公共衛生帶來重大挑戰，包括增加疾病傳播的機會，故此必須調動資源興建醫療衛生基礎設施，加強在這些邊境城鎮提供醫療服務的力度。

小結

上文陳述了很多處理邊境城鎮公共衛生問題所需要考慮的因素。邊境城鎮的人口遷徙和流動容易引起人口結構和流行病學特徵的變化，傳染病控制、高危人群聚居以及當地衛生服務「可用」、「可及」和「相容」上的種種局限，進一步考驗醫療衛生機構解決邊境城鎮居民公共衛生需求的能力。分地域開展健康需求分析、人口和流行病學特徵的定期檢查，以及對邊境城鎮居民使用衛生服務的機會和權利的高度重視，對有志於在邊境城鎮開展醫療衛生項目的組織和團體而言至關重要。

7.4 種植業與健康



Photo (<http://bit.ly/29wulAI>) by tefl Search / CC BY 2.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>)

重點

- 外界對與種植業相關的職業健康了解不足。尤其是種植業正面對莫大的轉變，令這公共衛生議題更顯重要。
- 從事種植業的工人與其他行業面對的問題頗為不同。他們的工作環境及危機對他們的身體、精神和社會健康有很大程度的影響。
- 在眾多有關種植業和健康相關的議題中，煙草種植和童工的議題需要繼續探討。

中國的種植業為國內整個農業發展的基礎。國內所種植的農作物品種繁多，因應每個地區的氣候及地理環境均有所不同，當中包括茶葉、花卉、水稻、馬鈴薯等。此外，中國亦為全球其中一大煙草種植國。在 2012 年，中國共種植了 320 萬噸煙草⁽¹⁾，其中雲南的煙草業最為龐大⁽²⁾。

不同規模的種植業的就業模式和分工有顯著分別。例如家庭運作的小型種植業，女性的參與度較高，通常由開始種植至銷售的所有階段均會參與其中⁽³⁾。至於使用機械化的大型商業化種植，僱主則較傾向按季節聘用男性的外省農民工⁽⁴⁾。

在種植煙草以外，種植業普遍缺乏行業監管。對於以家庭運作的種植業來說，由於協助打理家庭的種植園與一般家務的界線難以區分，助長了童工的出現^(4,5)。根據聯合國糧

食及農業組織的政策簡報指出，59% 的童工來自種植業或農業⁽⁵⁾。與工業和服務行業相比，種植業和農業對任何年齡的員工來說都較為危險，其中對兒童尤甚⁽⁵⁾。

這些童工大都被要求參與整個耕作過程，由於沒有保護措施，工作環境危機處處，容易造成與機器操作有關的職業意外⁽⁵⁾。職業性的健康危害對童工的影響更為嚴重，對他們的身體健全構成巨大的威脅。

本節將引用世界衛生組織對健康的定義——健康不僅指沒有疾病的狀況，更指身體、精神及社會三個層面達到安康狀態，探討種植業對人類健康所帶來的影響。

身體健康

種植業的工人面對各種不同的職業安全危機。當中最為常見的包括創傷、中毒和關節勞損。

種植業的工作環境惡劣，又有其他的職業危害，故此創傷在種植業很常見^(3,6)。使用農業機器有機會導致割傷和切傷⁽³⁾。跌傷在農業的工作環境也時有發生⁽³⁾。

研究發現較年輕的農夫受到非致命創傷的機會較高，而年長的農夫發生致命意外的比例則較高⁽⁶⁾。在中國，一部分農業活動仍然以小型工具進行，這解釋了為何創傷的主要原因都是與使用小型工具有關⁽³⁾。

使用殺蟲劑是其中一個職業性危害，對氣管和神經系統都有不良的影響⁽⁷⁾。一項研究指出，頻密使用殺蟲劑與農業工作者罹患膀胱癌有關⁽⁸⁾。使用殺蟲劑的情況也會帶來污水及廢物處理的問題。殺蟲劑的空瓶若處理不當，也增加職業性的健康風險。胡亂棄置廢物會引起環境問題，如食水和土壤污染，影響工人和種植園附近居民的健康。



Photo (<http://bit.ly/2a8E5S9>) by IFPRI-IMAGES / CC BY-NC-ND 2.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>)

另外一種在種植業常見的中毒與煙草種植有關。煙草萎黃病對煙草種植員的健康有一定的影響^(4,8)。長期接觸煙草有機會得到煙草萎黃病^(4,8)。慢性和長期吸收尼古丁已被證實對心血管系統有害並會致癌⁽⁸⁾。煙草萎黃病的病徵為嘔吐，頭暈等，較嚴重的脫水也時有發生⁽⁸⁾。

種植業工作的勞動強度較大，工人大多要以人手處理大量粗重工夫。這些不斷重複的繁重動作容易令工人出現與工作相關的筋骨勞損問題⁽⁹⁾。這些筋骨勞損有機會導致殘疾，對個人健康和其社交帶來極大的影響。

此外，種植業的市場結構本身也影響其員工的健康。在大型商業化的種植園工作，尤其是那些有較大權力控制市場需求的寡頭壟斷行業，通常會較為危險^(3,4)。由於員工的經濟自主能力低，他們並沒有能力和條件去改善工作環境，令他們的健康受到威脅^(3,4)。

大部分從事種植業的工人都面對貧困^(5,6)，其中以家庭模式運作並靠售賣農作物維生的人來說，這些農作物就是他們的主要收入來源。他們極度依賴單一或幾種農作物賺取收入，很少會採用農作物多樣化方式耕作。

以中國雲南省西雙版納的橡膠樹種植為例，橡膠樹是他們的主要收入來源，故此他們大多單一種植橡膠樹。由於種植橡膠樹使水源大量流失，現時西雙版納正面臨雨水稀少的問題，甚至有機會出現大型乾旱。種植單一農作物又會大量吸收泥土中的某些養分⁽⁸⁾，這促使農夫使用肥料補充養分，帶來與殺蟲劑相似的影響。單一種植某種植物，也有機會妨礙人們採納健康行為。其中一個經典例子是那些參與種植煙草的工人，其吸煙的機會也相對較高^(4,8)。

精神健康

種植工作是一個壓力非常大的行業。工作環境惡劣，工作疲憊加上重複又瑣碎的工作，也會影響種植工人的精神健康^(6,8)。收成季節工作量突然飆升及突然增加的工時，也會對他們的精神健康構成壓力。

上文提及，以家庭模式運作並且以售賣農作物維生的家庭，都普遍傾向種植單一植物。過度依賴某一種植物作為收入來源，會對財政帶來極大的不穩定。家庭收入的浮動直接影響到種植工人的生計，這種壓力也會對他們的精神健康造成影響。

殺蟲劑在種植業的使用率非常普遍，工人使用不當的話，殺蟲劑的毒性有機會滲入末梢神經系統或中樞神經系統^(6,7)。例如使用有機磷農藥有可能影響工人的精神健康，它可以導致慢性抑鬱症等精神病，甚至出現自殺傾向⁽⁷⁾。

剝削童工在種植業屢見不鮮，他們甚至有機會遭受到虐待和性暴力⁽⁵⁾，故此，童工的精神健康問題也不容忽視。

社會健康

種植業工人的社會健康問題也同樣值得關注，特別是那些在大型商業化種植場工作的種植業工人，他們的社會健康通常都較差⁽⁴⁾。

由於要維持一個可觀的利潤，大型種植場都會以機械化生產，通常只會在收成季節才會聘用季節性的農民協助工作。這些季節性勞工要到不同的種植場工作維持收入^(3,4)，這種需要不斷流動，以及按季節勞動的情況，使他們難以建立社交關係，而大部分更難以在其工作的地方得到充分的醫療保障。



Photo (<http://bit.ly/29wuu6R>) by Chris Tse / CC BY-ND 2.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/2.0/>)

至於童工方面，他們有些是在課餘的時候到種植場工作，但也有若干是全職工人⁽⁵⁾。他們在種植園的工作，加上還要幫忙做家務，難以兼顧學業。對全職的童工而言，他們較難與同齡的兒童建立社交網絡。他們備受社會隔離，而這種隔離會構成惡性循環，令他們童工的身分更難被發現⁽⁵⁾。

小結

氣候變化、糧食危機等令種植業受到不同層面的挑戰。種植業對工人的職業危害往往被忽略，從公共衛生的角度了解農民的工作和健康極為重要，而種植業對童工的出現和健康影響也不容漠視。

在各種不同的種植中，煙草種植對公共衛生所帶來的挑戰較為獨特，除了與種植有關的職業安全問題外，還有煙草種植本身所帶來更長遠的公共衛生問題，值得繼續探討。



Photo (<http://bit.ly/29P9gmg>) by keso s / CC BY-NC-ND 2.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>)

7.5 農村醫療的科技革命

重點

- 科學技術的發展對公共衛生影響深遠，其運用可貫穿整個健康護理過程。
- 科學技術的發展除有可能為健康帶來前所未有的幫助外，也可能帶來技術引入前所不曾有過的傷害。
- 當需要決定是否引入並使用某項技術時，應充分考慮多方面因素才作出選擇。

二十一世紀科學技術的發展一日千里，科學技術在推動社會發展中的作用也日趨顯著。中國的科學技術領域近年快速發展和普及，以通訊業為例，據 2015 年中華人民共和國工業和信息化部數據^(1,2)，中國流動電話用戶已接近 13 億，流動電話普及率為每百人 94.5 部；流動互聯網用戶接近 9.5 億，普及率約為 68.9%；互聯網寬頻用戶超過 2 億，普及率約為 15.3%。



Photo (<http://bit.ly/29QTpDw>) by Jens Schott Knudsen / CC BY-NC 2.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/>)

通訊技術的發展和普及，打破了地理上的局限，大大拉近了城市和農村之間的距離，為遠程醫療提供了技術基礎。透過先進的通訊技術，令公共衛生服務的供求雙方毋須面對面的接觸，也能完成諮詢甚至診斷的過程。例如，Swinfen Charitable Trust (SCT) 自 1999 年起向多個國家的醫護人員提供免費醫療建議⁽³⁾，醫護人員可通過電子郵件將一些醫學上的疑難問題聯同相關資料一併發到 SCT 尋求援助。

科學技術對公共衛生的影響遠不止於此。一個於浙江農村地區進行的研究顯示，引入適宜的科學技術，有利於提高農村人口公共衛生服務的可用和可及程度⁽⁴⁾，而且科學技術的運用也絕不僅限於診斷一個方面，而是貫穿健康護理的整個過程，包括疾病預防、健康防護和健康促進；診斷；治療；康復；紓緩治療等五個方面。

疾病預防、健康防護和健康促進

相對治療疾病，預防疾病、健康防護和健康促進在降低發病率和死亡率，以及保障健康方面更具成本效益。養成健康的生活方式和生活習慣是達致疾病預防、健康防護和健康促進的有效途徑。隨著流動通訊設備日益普及，通過流動設備提供與醫療衛生相關的服務（mHealth）已日漸成為傳播健康資訊的重要途徑。

近年來，研究 mHealth 的效果已成為一個熱門課題，有系統性綜述文獻指出通過手機發送提示短訊，能有效提高衛生服務項目的參加率^(5,6)；另外也有系統性綜述文獻指出，發送手機短訊能有效引導健康的生活方式，包括減輕體重和戒煙⁽⁷⁾。雖然上述文獻提及的研究並非在中國農村開展，但鑑於發送手機短訊成本較低，而且手機在中國農村的普及率也愈來愈高，mHealth 也許能為在農村開展疾病預防、健康防護和健康促進工作提供新思路。

另一個科技應用於中國農村的例子是遠程心臟病篩檢。中國心臟病問題嚴重，據世界衛生組織資料顯示⁽⁸⁾，2010 年中國城鎮和農村心臟病死亡率分別為每十萬人有 154.8 人和 163.1 人，分別佔城市和農村總死亡人數的 20.9% 和 17.9%。

2011 年 9 月，一項名為「移動心健康」的項目在山東省、安徽省、四川省和重慶市部分資源匱乏的社區開展⁽⁹⁾。該項目利用一個設置在社區衛生服務中心的心血管病監測系統，以及具有內置心電圖傳感功能的手機操作。使用者只需將手機握在手中 30 秒，其心電數據即能通過 3G 網絡實時傳送給位於北京的心臟專科醫生。截至 2014 年，該項目已為逾萬名使用者提供篩檢服務，其中 1,700 名轉診到上級醫院。

診斷

結核病與貧窮之間的聯繫已經被廣泛研究，貧窮既是患結核病的原因也是結果⁽¹⁰⁾。結核病在中國農村地區的患病率約為城市地區的兩倍⁽¹¹⁾，是制約農村地區發展的重大疾病之一，及早診斷並進行正規治療是對抗結核病的關鍵。常用的結核病診斷方法包括痰塗片和結核菌培養、胸部 X 光以及活體組織切片。但由於痰塗片檢驗的靈敏度低，細菌培養所需時間較長，而一些先進技術由於所需設備昂貴、操作專業，成本較高，難以廣泛運用於中國結核病高發的農村及貧困地區。

世界衛生組織於 2011 年出版的《新興衛生技術綱要》⁽¹²⁾提及一種名為恆溫核酸擴增系統（Isothermal nucleic acid amplification system）的技術，可以簡單、經濟、準確並快速地診斷結核病，該技術提出一種簡易的結核 DNA 檢測技術，可以通過便攜的儀器，在兩個小時內得到檢測結果，其靈敏度和特異度分別為 99% 及 94%，操作人員只需通過簡單的培訓就可以使用，適用於農村地區或基層醫院。

治療

農村地區通過引入適宜的醫療設備及技術，使原來需要去市區大醫院才能完成的治療現在能在農村醫院解決，有利於提高農村醫療服務的可及和便捷程度，減輕村民的疾病負擔⁽¹³⁾。



不過，在落後地區引入新的醫療技術，不一定能為當地帶來實際的好處。

CCOUC 及無止橋慈善基金幾年前曾一起到訪一個位於黃土高原上的回族村落，團隊在開展公共衛生教育工作的過程中察覺，當地婦女對乳癌問題十分關切，於是團隊在當地婦女的請求下為她們進行乳房檢查。

檢查後發現，幾乎所有婦女的胸部都至少有兩條手術傷疤，而其中少數婦女胸部的手術傷疤竟有五條之多。在進行深入訪談後，CCOUC 團隊了解到由於當地婦女絕少有機會接觸健康教育知識，對正常的月經期乳房脹痛現象並不了解。她們轉而向鎮醫院求診，但鎮醫院醫生的醫術並不精湛，認為既然婦女們擔心乳房內有硬塊，加上罹患乳癌的可能性又不能完全被排除，覺得透過手術切除硬塊是最徹底消除風險的方法，適逢當地醫院已經引入乳房硬塊切除手術，因而建議婦女動刀。

雖然引入適宜的科學技術能有助提高農村地區醫療衛生機構的水平，保障農民的健康，但引入技術的同時也要讓醫護人員掌握相關的知識和進行適當的培訓，否則就會如上述的例子，使得婦女白白花費手術費外，還要無辜挨刀。

康復

評估身體機能狀況是衡量病人康復進度的重要指標，亦是醫護人員制定下一階段康復計劃的基本依據。為醫護人員提供多元的即時數據，如體溫、血壓、心跳率和血糖等，有助醫護人員全面並準確地跟蹤及研判病人的康復狀況，及時作出反應；而跟蹤記錄和監控儀器亦有助於提醒病人進行康復性的機能訓練。

通過便攜式的傳感器和遠程技術，監控身體機能訊息，在國外已被廣泛應用於研究和康復領域，包括睡眠、體育活動及其他康復性活動⁽¹⁴⁾。農村地區手機網絡的快速發展*為在農村地區遠程、連續地傳輸病人身體機能數據提供了一定的可能性。然而，內置傳感器的無線移動設備雖然性能優越，但價格較為昂貴，未必適用於中國的農村地區。替代的方案可以是醫院通過手機應用程式或短訊息，按時提醒病人進行康復性活動或測量某項身體指標，病人則可通過較為廉價的電子測量器材，進行測量並通過手機傳送給醫護人員。

*截至2015年6月，中國網民中農村網民佔27.9%，規模達1.86億，較2014年底增加800萬人。2015年上半年新增網民1894萬人，其中農村網民佔48.0%，而在農村地區新增的網民中，使用手機上網的達69.2%⁽¹⁵⁾。

紓緩治療

根據世界衛生組織的定義，紓緩治療是指通過預防和減輕病人痛苦，從而提高病人及其家屬的生活質量⁽¹⁶⁾，其主要目的不在於治癒疾病，而在於令病人能在生命的最後階段有尊嚴地離世。如果病人能在家中進行紓緩治療，透過視頻會議等方法聯繫醫護人員，既能免除奔波勞累之苦，醫護人員也能透過視像畫面了解病人的情緒和身體狀況，有效提高病人及其家屬的生活質量。一項研究指出，通過視頻醫療會議方式可以促進醫患溝通和提高病人滿意度⁽¹⁷⁾。

圍繞紓緩治療和部分紓緩治療手段所引發的爭議一直沒有間斷，其中一個爭論點在於過度運用施加於人身體上的科技，是否缺乏對生命的尊重。在中國，由於紓緩治療的理念與普通民眾心中積極搶救的觀念相悖，而且紓緩治療所需的資源和配套要求也較高，因而紓緩治療這一概念在中國仍處於起步階段。

對科學技術的追求

隨著健康護理過程的不斷推進，所需要用到的科學技術也愈加先進，配套和要求也愈來愈高，如果不進行多方面的考慮，片面地追求和迷信科學技術，最終可能適得其反。衡量一項醫療衛生技術是否能真正發揮作用，可參照 Robert J Maxwell 提出的六個原則^(18,19)，包括：可及 (access)、相關 (relevance)、效益 (effectiveness)、公平 (equity)、接受 (acceptability) 以及效率 (efficiency)。

「可及」是指該項服務能為社區人群所使用；「相關」指該項服務能切合社區人群的實際需求；「效益」指該項服務能對社區人群有用；「公平」指服務能公平地惠及社區中的人群；「接受」指服務能被社區中的人群所接受；「效率」指服務能以最少的資源惠及最多的所需人群。

科學技術於健康方面的應用範圍十分廣泛，其中爭議比較大的課題包括基因改造食品、試管嬰兒和基因治療等。運用這些科技除了會引發一系列道德爭議外，其安全問題亦仍然未有定論，對於此類技術應持謹慎的態度。

小結

總括而言，將科技應用於中國農村地區仍有很大的發展空間，但其實踐也面臨許多困難。當需要決定是否引入某項技術時，應充分考慮各方面的因素，既包括技術本身的考量，也應該考慮配套設施以及相關的培訓是否能配合；既包括技術本身的實用性，也應該考慮該項技術能惠及的人群範圍；既考慮該項技術能帶來的好處，也應該考慮技術存在的隱患，才能作出明智的選擇。

附件

附件一

中國公民健康素養基本知識與技能

中國衛生部於2008年1月4日發布了《中國公民健康素養——基本知識與技能（試行）》。它是全球首份由政府頒布的有關公民健康素養的官方公告。

健康素養就是指一個人能夠獲取和理解基本的健康訊息和服務，並運用這些訊息和服務做出正確的判斷和決定的能力，以維持並促進自己的健康。

一、基本知識和理念

1. 健康不僅僅是沒有疾病或虛弱，而是身體、心理和社會適應的完好狀態。
2. 每個人都有維護自身和他人健康的責任，健康的生活方式能夠維護和促進自身健康。
3. 健康生活方式主要包括合理膳食、適量運動、戒煙限酒、心理平衡四個方面。
4. 勞逸結合，每天保證7-8小時睡眠。
5. 吸煙和被動吸煙會導致癌症、心血管疾病、呼吸系統疾病等多種疾病。
6. 戒煙愈早愈好，甚麼時候戒煙都為時不晚。
7. 保健食品不能代替藥品。
8. 環境與健康息息相關，保護環境促進健康。
9. 獻血助人利己，提倡無償獻血。
10. 成人的正常血壓為收縮壓低於140毫米汞柱，舒張壓低於90毫米汞柱；腋下體溫攝氏36-37度；平靜呼吸每分鐘16-20次；脈搏每分鐘60-100次。
11. 避免不必要的注射和輸液，注射時必須做到一人一針一管。
12. 從事有毒有害工種的勞動者享有職業保護的權利。
13. 接種疫苗是預防一些傳染病最有效、最經濟的措施。
14. 肺結核主要通過病人咳嗽、打噴嚏、大聲說話等產生的飛沫傳播。
15. 出現咳嗽、咳痰兩周以上，或痰中帶血，應及時檢查是否得了肺結核。
16. 堅持正規治療，絕大部分肺結核病人能夠治愈。
17. 愛滋病、乙肝和丙肝通過性接觸、血液和母嬰三種途徑傳播，日常生活和工作接觸不會傳播。
18. 蚊子、蒼蠅、老鼠、蟑螂等會傳播疾病。
19. 異常腫塊、腔腸出血、體重減輕是癌症重要的早期報警信號。
20. 遇到呼吸、心跳驟停的傷病員，可通過人工呼吸和胸外心臟按壓急救。
21. 應該重視和維護心理健康，遇到心理問題時應主動尋求幫助。
22. 每個人都應當關愛、幫助、不歧視病殘人員。
23. 在流感流行季節前接種流感疫苗可減少患流感的機會或減輕流感的症狀。
24. 妥善存放農藥和藥品等有毒物品，慎防兒童接觸。
25. 發生創傷性出血，尤其是大出血時，應立即包紮止血；對骨折的傷員不應輕易搬動。

二、健康生活方式與行為

26. 勤洗手、常洗澡，不共用毛巾和洗滌用具。
27. 每天刷牙，飯後漱口。
28. 咳嗽、打噴嚏時遮掩口鼻，不隨地吐痰。

29. 不在公共場所吸煙，尊重不吸煙者免於被動吸煙的權利。
30. 少飲酒，不酗酒。
31. 不濫用鎮靜催眠藥和鎮痛劑等成癮性藥物。
32. 拒絕毒品。
33. 使用衛生廁所，管理好人畜糞便。
34. 講究飲水衛生，注意飲水安全。
35. 經常開窗通風。
36. 膳食應以穀類為主，多吃蔬菜水果和薯類，注意葷素搭配。
37. 經常食用奶類、豆類及其製品。
38. 膳食要清淡少鹽。
39. 保持正常體重，避免超重與肥胖。
40. 生病後要及時就診，配合醫生治療，按照醫囑用藥。
41. 不濫用抗生素。
42. 飯菜要做熟；生吃蔬菜水果要洗淨。
43. 生、熟食品要分開存放和加工。
44. 不吃變質、超過保質期的食品。
45. 婦女懷孕後及時去醫院體檢，孕期體檢至少五次，住院分娩。
46. 孩子出生後應盡早開始母乳餵養，六個月合理添加輔食。
47. 兒童青少年應培養良好的用眼習慣，預防近視的發生和發展。
48. 勞動者要了解工作崗位存在的危害因素，遵守操作規程，注意個人防護，養成良好習慣。
49. 孩子出生後要按照計劃免疫程序進行預防接種。
50. 正確使用安全套，可以減少感染愛滋病、性病的危險。
51. 發現病死禽畜要報告，不加工、不食用病死禽畜。
52. 家養犬應接種狂犬病疫苗；人被犬、貓抓傷、咬傷後，應立即沖洗傷口，並盡快注射抗血清和狂犬病疫苗。
53. 在血吸蟲病疫區，應盡量避免接觸疫水；接觸疫水後，應及時預防性服藥。
54. 食用合格碘鹽，預防碘缺乏病。
55. 每年做一次健康體檢。
56. 繫安全帶（或戴頭盔）、不超速、不酒後駕車能有效減少道路交通傷害。
57. 避免兒童接近危險水域，預防溺水。
58. 安全存放農藥，依照說明書使用農藥。
59. 冬季取暖注意通風，慎防煤氣中毒。

三、基本技能

60. 需要緊急醫療救助時撥打 120 急救電話。
61. 能看懂食品、藥品、化妝品、保健品的標籤和說明書。
62. 會測量腋下體溫。
63. 會測量脈搏。
64. 會識別常見的危險標識，如高壓、易燃、易爆、劇毒、放射性、生物安全等，遠離危險物。
65. 搶救觸電者時，不直接接觸觸電者身體，會首先切斷電源。
66. 發生火災時，會隔離煙霧、用濕毛巾摀住口鼻、低姿逃生；會撥打火警電話 119。

附件二

聚焦小組問題示例

你們好，我是__（姓名）__，來自__（單位）__。這次想跟大家談一談你們的生活狀況。參與這次的研究是自願性質，大家可以自由參加。大家的意見和分享對我們計劃將來的服務非常重要，所以希望你們踴躍發言。以下的分享會絕對保密，也請大家尊重別人的分享。（在接下來的一個小時左右，我們會談一談你們的生活、健康、心理狀況和醫療的問題。）如有任何疑問，可致電__（聯絡電話）__聯絡__（單位）__項目負責人__（姓名）__。

首先，大家有沒有問題？如果沒有問題的話，我想請大家簡單介紹自己。

1. 社區健康

- 你們居住在這條村多久？
- 有新搬入來的村民嗎？
 - 如有，多少？約佔這條村百分之幾？
 - 如有，你認為新來這條村的人如何？
- 你們認為這條村裡的人關係如何？
- 當你們有需要時，你們會向誰尋求幫助？
- 你們現在的身體狀況如何？
 - 好（% 佔所有被訪者的百分比）：哪方面？
 - 差（% 佔所有被訪者的百分比）：哪方面？你們做了什麼去改善差的健康狀況？
- 你們家人現在的身體狀況如何？【五歲以下的孩子、老人（家中有多少老人有長期病患？長期吃藥？主要在哪裡得到藥品？））、女性、男性】
- 這條村有什麼主要疾病？為什麼會有這個印象？

2. 醫療服務

- 當你們有小病，在哪裡尋求保健服務？怎樣去？要多久才到達？

提示：村醫（%）

市醫院（%）

鄉鎮醫院／衛生所／衛生室（%）

中草藥醫生／接骨師（%）

縣人民醫院（%）

其他（%）

- 當你們有大病，在哪裡尋求保健服務？怎樣去？多久才到達？

提示：村醫（%）

市醫院（%）

鄉鎮醫院／衛生所／衛生室（%）

中草藥醫生／接骨師（%）

縣人民醫院（%）

其他（%）

- 你們尋求衛生保健服務前會考慮哪些因素？

提示：收費（%）

信任（%）

遠近（%）

沒有其它選擇（%）

品質（%）

其他（%）

- 如果你們患上急病或有嚴重意外，你們會怎麼辦？

- 你們在哪裡獲得健康資訊？

提示：政府（%）

村長（%）

家人（%）

朋友（%）

鄰居（%）

電視／電台（%）

報紙（%）

互聯網（%）

衛生所（%）

學校（%）

3. 災害應變

- 你們認為自己生活在一個高災難風險的地區嗎？如是，是什麼災難？

提示：自然：地震、森林火災、泥石流、水災、暴雨、風暴等

人為：家居火災、交通意外、機械事故／意外等

- 你們有經歷過災難嗎？

如有，何時：_____

災難的種類？

提示：自然：地震、森林火災、泥石流、水災、暴雨、風暴等

人為：家居火災、交通意外、機械事故／意外等

褐色部分是部分問題的答案提示，旨在為被訪者提供回答的思路，在提問時不必讀出

- 你們有沒有因此而受傷？
- 你們的家人有沒有因此而受傷？
- 你們有沒有任何財產損失？

提示：房屋、農作物、家畜、生計

- 你們認為自己／你們的家人有能力保護你們的健康及安全？為什麼？
- 對於整體的災難應變，你們準備好了嗎？
- 你們有沒有想過準備一個災難救援包？為什麼？
- 你們或你們的家人是否已經有一個災難救援包？
如有，是在什麼時候開始備有這災難救援包？
災難救援包裡面包括什麼？（不用提示）

包括了：_____

如沒有，為什麼沒有？

- 你們會考慮準備一個災難救援包嗎？
 - 會（%）
 - 不會（%）為什麼？
- 你們認為災難時攜帶常服藥物重要嗎？
- 你們有沒有準備好任何藥物？

如有，什麼種類：_____

如沒有，為什麼沒有？

結語：

除了我們剛才討論過的主題以外，有沒有一些對你們的健康和生活來說很重要的東西想跟我們分享？如果沒有的話，很感謝大家今天的分享和意見。我們也非常歡迎你們單獨來跟我們談一些對你來說很重要的意見。我們再一次謝謝大家。

附件三

聚焦小組被訪者基本資料

姓名：_____

性別：男 / 女

年齡：_____

村（第幾組）：_____

當地戶口：_____

民族（漢／其他民族）：_____

職業：_____

戶內人數：_____

家庭每年總收入：¥_____

1. 500 元或以下
2. 501- 1,000 元
3. 1,001- 1,500 元
4. 1,501- 2,000 元
5. 2,001- 2,500 元
6. 2,501- 3,000 元
7. 3,000 元以上
8. 不知道

主要的經濟來源是：

1. 種植／售賣農作物
2. 養殖／售賣牲畜家禽
3. 打工
4. 做生意、買賣
5. 為村民服務（村裡的職務如村醫等）
6. 沒有明確的經濟來源
7. 其他：_____

教育程度：

- | | | |
|------------------|-------|----------|
| 1. 文盲 | 3. 小學 | 4. 初中 |
| 2. 沒有受過正式教育（會看字） | 6. 大專 | 7. 大學及以上 |
| 5. 高中／中專 | | |

附件四

以下問卷僅為示例，實際的調查問卷可以此為基礎，但其具體應用要根據當地環境、文化和聚焦小組問卷的研究結果作出調整。假如訪問回族地區居民，則跳過題目 HC9 中關於豬隻的問題；又如被訪地區明確禁酒，則與喝酒相關的問題亦應省去。

健康及災難應變調查研究問卷示例

村名：

調研時期：YYYY / MM / DD – YYYY / MM / DD

你好！我們來自_____（單位），我們正在村裡進行一項調研，希望了解你們的生活、健康和衛生的情況。我們希望能與你們家的戶主，或者是一位對家裡基本情況非常了解的成年家庭成員做一個訪談。這個訪談大概需要 30 分鐘，我們的談話內容將會嚴格保密，訪談內容只會用於我們的研究，不會透露予其他人。此項訪談是自願參加的，如果訪談中途你想退出，我們可以隨時停止。請問你願意接受這個訪問嗎？

☐ 願意（完成家庭調查基本情況，開始訪談） ☐ 不願意（在家庭訪問統計表中記錄結果）

注意：每一戶完成一份家庭調查問卷，該問卷最好由戶主完成。如果戶主不能完成，那麼應當由一位對本戶組成情況、基本資訊、經濟狀況都非常了解的成年的家庭成員完成。

家庭調查基本情況（Household Survey Information）

HS1 訪問日期（YYYY / MM / DD）： ____ / ____ / ____	HS2 訪問員姓名：
HS3 居民小組編號／名稱：	HS4 門牌號碼：
HS5 房屋在地圖上的編號或房屋及所在地的特徵（以便回訪）：	HS6 受訪者選擇方法： ☐ 1. 受訪者是戶主／最了解本戶情況的成年家庭成員 ☐ 2. 家中只有受訪者一位成年人 ☐ 3. 家中只有受訪者一人願意參加訪談或可以交流
HS7 訪談開始時間（時：分）： _____：	HS8 訪談結束時間（時：分）： _____：

受訪者背景 (Respondent Background)

RB1 受訪者姓名：_____

☐ 997. 不知道

☐ 998. 拒絕回答

RB2 受訪者性別：

☐ 1. 男

☐ 2. 女

RB3 受訪者年齡：_____

☐ 997. 不知道

☐ 998. 拒絕回答

RB4 受訪者民族：

☐ 1. 村內主要民族_____

☐ 2. 漢族

☐ 3. 其他，請註明_____

☐ 997. 不知道

☐ 998. 拒絕回答

RB5 受訪者是不是戶主？

☐ 1. 是

☐ 2. 不是

☐ 997. 不知道

☐ 998. 拒絕回答

RB6 受訪者最高教育程度（請問你有沒有上過學，如果上過，最後讀到哪個階段？）

☐ 1. 文盲

☐ 2. 未受過正式教育，但會看字

☐ 3. 小學肄業或在讀

☐ 4. 小學畢業

☐ 5. 初中肄業或在讀

☐ 6. 初中畢業

☐ 7. 高中／中專／職高肄業或在讀

☐ 8. 高中／中專／職高畢業

☐ 9. 大專／大學肄業或在讀

☐ 10. 大專／大學畢業或以上

☐ 997. 不知道

☐ 998. 拒絕回答

RB7 受訪者目前主要從事什麼工作？

☐ 1. 務農／養殖

☐ 2. 做生意

☐ 3. 打工

☐ 4. 學生

☐ 5. 沒有特定工作

☐ 6. 其他，請註明_____

☐ 997. 不知道

☐ 998. 拒絕回答

家庭情況 (Household Characteristics)

HC1 請問家裡一共有多少人？(僅包括戶口上的成員，不包括經濟獨立但已分家的家庭成員) _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

家庭成員清單：我想先了解一下你們家裡有哪些人，以及他們的年齡、教育和健康情況

HM1 序號	HM2 與 受訪者 關係 *	HM3 性別 1. 男 2. 女	HM4 年齡	HM5 最高 教育 程度 **	HM6 健康及醫療情況						HM7 個人習慣		HM8 過去 一年， 是否外 出打過 工？ ***	HM9 是否 擁有 手機？ ***	
					A. 是否經醫生診斷過有以下疾病？				B. 是否需 要長期 藥物 治療？ ***	C. 是否有 穩定的 藥物 供應？ ***	D. 過去一年 看過 幾次病？ 沒有， 填寫 0	A. 有吸煙 的習慣 嗎？ ***			B. 有喝酒 的習慣 嗎？ ***
					A1. 高血壓 ***	A2. 糖尿病 ***	A3. 風濕 ***	A4. 如有其他疾病/ 殘疾情況，包括 自我診斷的疾 病，請註明							
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
* 與受訪者關係：		1. 本人 2. 配偶 3. 父母 4. 岳父母/公婆 5. 兒女 6. 女婿/兒媳 7. (外) 孫子/女 8. (外) 孫媳婦/女婿 9. 兄弟姐妹 10. 兄弟姐妹的配偶 11. 侄子/侄女 (兄弟姐妹的子女) 12. 其他親屬 13. 其他非親屬													
** 最高教育程度：		1. 文盲 2. 未受過正式教育，但會看字 3. 小學肄業或在讀 4. 小學畢業 5. 初中肄業或在讀 6. 初中畢業 7. 高中/中專/職高肄業或在讀 8. 高中/中專/職高畢業 9. 大專/大學肄業或在讀 10. 大專/大學畢業或以上 997. 不知道 998. 拒絕回答													
*** 通用編碼：		1. 有/需要/是 2. 沒有/不需要/否 888. 不適用 997. 不知道 998. 拒絕回答													

HM10 家庭成員清單完成情況： ☐ 1. 全部完成（所有家庭成員資料已列出）
☐ 2. 部分完成（至少列出受訪者資料）

請根據家庭成員清單，直接填寫 **HC2 至 HC6**，毋須再詢問。若清單資料不全，請逐題詢問

HC2 戶內各年齡段人數（沒有該年齡段成員，填寫 0）

A. 小於 5 歲 : _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
 B. 60 歲或以上 : _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

 C. 小於 15 歲 : _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
 D. 15 至 64 歲 : _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
 E. 65 歲或以上 : _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HC3 家中 7-14 歲的兒童是否全都在讀書？

☐ 1. 是 ☐ 2. 不是
☐ 888. 不適用（家中沒有 7-14 歲兒童）
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HC4 家中有沒有至少一個人完成 6 年或以上的教育？

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HC5 過去一年家中有多少人外出打工？（如果沒有，填寫 0）： _____

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HC6 家中有手機的人數？（如果沒有，填寫 0）： _____

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

請繼續詢問。

HC7 家中有多少畝農業用地？（如果沒有，填寫 0）： _____ 畝

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HC8 家中有沒有飼養任何牲畜、家禽？

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HC9 如果飼養了牲畜家禽，請列出品種和數量（如果沒有，填寫 0）

A. 牛		☐ 997. 不知道	☐ 998. 拒絕回答
B. 馬／驢／騾子		☐ 997. 不知道	☐ 998. 拒絕回答
C. 羊		☐ 997. 不知道	☐ 998. 拒絕回答
D. 豬		☐ 997. 不知道	☐ 998. 拒絕回答
E. 雞／鴨／鵝		☐ 997. 不知道	☐ 998. 拒絕回答

HC10 請問家中主要收入來源是什麼？（只選最主要的一項）

- ☐ 1. 種植／售賣農作物
 ☐ 2. 養殖／售賣牲畜家禽
☐ 3. 打工
 ☐ 4. 做生意、買賣
☐ 5. 為村民服務（村醫等）
 ☐ 6. 沒有明確收入來源
☐ 7. 其他：_____
 ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HC11 家庭每年總收入大概是多少？ ¥ _____

- ☐ 888. 不適用（沒有明確收入）
 ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HC12 家中有沒有人可以上網？

- ☐ 1. 有
 ☐ 2. 沒有
 ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HC13 你上網的目的主要是什麼？（選出最主要的三項並按重要程度排序）

- ☐ 1. 瀏覽新聞或社會資訊
 （如天氣訊息）
 ☐ 2. 實用資訊
 （如政府措施、日常訊息）
☐ 3. 學習知識
 ☐ 4. 登錄社交平台
☐ 5. 遊戲娛樂
 ☐ 6. 工作相關
☐ 7. 其他：_____
 ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

健康和醫療（Health and Healthcare）

請根據家庭成員清單中的 HM6 直接填寫 HH1 至 HH5，毋須再詢問

HH1 家中有長期疾病的人數（如果沒有，填寫 0）： _____

- ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HH2 家中同時患有兩種或以上長期疾病的人數（如果沒有，填寫 0）： _____

- ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HH3 家中需要長期藥物治療的人數？（如果沒有，填寫 0）： _____

- ☐ 888. 不適用
 ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HH4 家中需要長期藥物治療的成員是不是都有穩定的藥物供應？

- ☐ 1. 是（需要的人都有）
 ☐ 2. 不是（有人沒有）
☐ 888. 不適用（沒人需要藥物治療）
☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HH5 過去一年，家中的人一共看過多少次病？（如果沒有，填寫 0）： _____

- ☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

請繼續詢問。

HH6 總體上來說，你覺得你現在的健康狀況怎麼樣？

- ☐ 1. 很差
 ☐ 2. 差
 ☐ 3. 一般
 ☐ 4. 好
 ☐ 5. 很好
☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HH7 與一年前相比，你認為你現在的健康狀況是：

- ☐ 1. 好很多
 ☐ 2. 好一些
 ☐ 3. 相若
 ☐ 4. 差一些
 ☐ 5. 差很多
☐ 997. 不知道
 ☐ 998. 拒絕回答

HH8 家中 60 歲或以上的老人有多少位打過破傷風預防針？（如果都沒有打過，填寫 0）： ____

☐ 888. 不適用（家中沒有 60 歲或以上老人）

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH9 過去一個月，家中 5 歲以下兒童有沒有出現過腹瀉（拉肚子）情況？

（注：一日三次或以上大便為拉肚子）

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 888. 不適用（家中沒有 5 歲以下兒童）

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH10 在過去一個月，家中其他人（除 5 歲以下兒童）有沒有出現過腹瀉（拉肚子）的情況？

（注：一日三次或以上大便為拉肚子）

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH11 如果家中有人出現腹瀉（拉肚子）情況，一般會怎麼處理？

（注：一日三次或以上大便為拉肚子）

☐ 1. 什麼都不做，等自然恢復 ☐ 2. 自己吃藥（中草藥或自己買的藥）

☐ 3. 看醫生 ☐ 4. 其他，請註明 _____

☐ 888. 不適用（家中從沒出現過腹瀉）

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH12 在過去一年，家中總體而言拉肚子的情況是？

（注：一日三次或以上大便為拉肚子）

☐ 1. 一樣 ☐ 2. 多了 ☐ 3. 少了

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH13 你之前有沒有聽過腹瀉（拉肚子）後，可以服用由乾淨的飲用水、鹽和糖配製而成的液體，以預防脫水？

☐ 1. 聽說過 ☐ 2. 沒聽說過 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH14 過去一年，家中有沒有人經歷過食物中毒？

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH15 過去一年，家中有沒有人經歷過農藥中毒？

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH16 過去一年，你或者家人有沒有遇過由於付不起錢而沒有去看病的情況？

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 888. 不適用（過去一年不需要看醫生）

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH17 如果你們家人需要看病的話，通常是去哪裡看？

☐ 1. 市醫院 ☐ 2. 縣醫院 ☐ 3. 鄉／鎮衛生院 ☐ 4. 村裡診所／村醫

☐ 5. 其他，請註明 _____ ☐ 888. 不適用（從不需要看病）

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HH18 你們家有多少人參加了新型農村合作醫療？（如果沒有，填寫 0） _____

☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

健康相關行為 (Health-related Behaviours)

請根據家庭成員清單中 HM7 直接填寫 HB1 至 HB4，毋需再詢問
HB1 家中有抽煙習慣的人數 (如果沒有，填寫 0)： _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
HB2 家中 18 歲以下成員中有抽煙習慣的人數 (如果沒有，填寫 0)： _____ ☐ 888. 不適用 (家裡沒有 18 歲以下成員) ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
HB3 家中有喝酒習慣的人數 (如果沒有，填寫 0)： _____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
HB4 家中 18 歲以下成員中有喝酒習慣的人數 (如果沒有，填寫 0)： _____ ☐ 888. 不適用 (家裡沒有 18 歲以下成員) ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

請繼續詢問。

HB5 如果家中有人有喝酒的習慣，他們一般喝哪些類型的酒？

- ☐ 1. 啤酒 ☐ 2. 白酒 ☐ 3. 啤酒和白酒都有 ☐ 4. 其他
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB6 你認為過量喝酒對身體健康有沒有不良影響？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB7 經常有人在你們的屋內 (室內) 抽煙嗎？

- ☐ 1. 每天都有 ☐ 2. 偶爾有 (每月都有) ☐ 3. 從來沒有
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB8 你認為抽煙對抽煙者自己的身體健康有沒有不良影響？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB9 你認為抽煙對周圍不抽煙的人的身體健康有沒有不良影響？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB10 你一般在吃飯前會洗手嗎？

- ☐ 1. 大多數時候都洗 ☐ 2. 有時候洗 ☐ 3. 一般不洗
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB11 你一般在上完廁所以後會洗手嗎？

- ☐ 1. 大多數時候都洗 ☐ 2. 有時候洗 ☐ 3. 一般不洗
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

HB12 你們家中的人有刷牙的習慣嗎？

- ☐ 1. 家中每個人都有刷牙的習慣 ☐ 2. 家中部分人有刷牙的習慣
☐ 3. 家中的人都沒有刷牙的習慣 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

食物安全 (Food and Safety)

FS1 你們家飯桌上的食物大部分是自己種的、外面買的，還是有其他來源？（只選最主要的一項）

- ☐ 1. 自家種植 ☐ 2. 購買 ☐ 3. 其他，請註明_____
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

FS2 通常的情況下，你家有足夠的食物可以供全家人吃飽嗎？

- ☐ 1. 足夠 ☐ 2. 勉強夠／差不多 ☐ 3. 不夠
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

FS3 如果家中在用餐後有吃不完的食物，一般怎麼處理？

- ☐ 1. 放進冰箱 ☐ 2. 室溫保存，下次再吃
- ☐ 3. 餵牲畜家禽 ☐ 4. 倒掉
- ☐ 5. 其他，請註明_____ ☐ 888. 不適用（一般沒有剩餘的食物）
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

FS4 在購買或食用購買的包裝食物前，你會檢查保質期嗎？

- ☐ 1. 一般都會 ☐ 2. 有時候會
- ☐ 3. 一般不會 ☐ 888. 不適用（不食用包裝食品）
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

FS5 你以前有沒有聽過或注意到食品包裝上的營養成分標籤？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

FS6 家中煮飯最主要使用什麼作為燃料？（如果使用多種燃料，只記錄最常用的一種）

- ☐ 1. 電 ☐ 2. 木柴／柴草
- ☐ 3. 煤炭 ☐ 4. 木炭
- ☐ 5. 動物糞便 ☐ 6. 其他，請註明_____
- ☐ 888. 不適用（家中不煮飯）
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

水和衛生 (Water and Sanitation)

WS1 你們家中飲用水的主要來源是什麼？

- ☐ 1. 自來水 ☐ 2. 管井 ☐ 3. 挖的水井 ☐ 4. 泉水
☐ 5. 雨水 (用水窖／蓄水池等收集) ☐ 6. 河／溪／湖／塘／渠
☐ 7. 瓶裝水 ☐ 8. 其他，請註明 _____
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS2 獲取飲用水來回一趟要多久時間？

- ☐ 1. 立刻 (自來水) ☐ 2. 五分鐘以內 ☐ 3. 30 分鐘以內
☐ 4. 超過 30 分鐘 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS3 飲用水水源供水穩定嗎？

- ☐ 1. 一直都有水 ☐ 2. 偶爾沒水 ☐ 3. 經常沒水
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS4 一般來說，飲用水夠用嗎？

- ☐ 1. 夠用 ☐ 2. 差不多／剛好 ☐ 3. 不夠用
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS5 你擔心飲用水水源的品質嗎？

- ☐ 1. 擔心 ☐ 2. 不擔心
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS6 如果擔心，擔心什麼方面？(請直接記錄) _____

- ☐ 888. 不適用 (不擔心) ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS7 取水後，你們一般是直接飲用還是會處理一下再喝？

- ☐ 1. 直接飲用 ☐ 2. 處理後再飲用
☐ 3. 有時候直接飲用，有時候先處理一下
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS8 如果處理，採用什麼方法？(可選多項)

A. 煮沸	☐ 1. 用 ☐ 2. 不用 ☐ 888. 不適用 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
B. 加入消毒劑	☐ 1. 用 ☐ 2. 不用 ☐ 888. 不適用 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
C. 過濾	☐ 1. 用 ☐ 2. 不用 ☐ 888. 不適用 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答
D. 其他，請註明 _____	

WS9 你們家其他生活用水 (例如洗菜、洗手、洗衣服) 的主要來源是什麼？

- ☐ 1. 自來水 ☐ 2. 管井 ☐ 3. 挖的水井 ☐ 4. 泉水
☐ 5. 雨水 (用水窖／蓄水池等收集) ☐ 6. 河／溪／湖／塘／渠
☐ 7. 瓶裝水 ☐ 8. 其他，請註明 _____
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS10 家中有沒有儲水的地方或容器（水窖、水池、水缸、水桶等）？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS11 每月大概需要多少錢付水費或買水？

- ☐ 1. 不需要付費 ☐ 2. <50 元 ☐ 3. 50-100 元 ☐ 4. >100 元
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WS12 你們家中的人一般在哪裡上廁所？

- ☐ 1. 自家的廁所 ☐ 2. 村裡公用廁所 ☐ 3. 野外／田地
☐ 4. 其他，請註明_____ ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

垃圾處理（Waste Management）

WM1, WM2 主要垃圾類型和處理方法。先詢問主要垃圾類型（WM1），不用讀出選項，根據受訪者的回答，選擇相應的種類，可選多項。同時注意觀察周圍環境，需要時可以追問。然後根據回答的種類，詢問如何處理該類垃圾（WM2）。

WM1 你們家中主要有哪種類型的垃圾？				WM2 一般如何處理這類垃圾 (每類垃圾只選一種處理方法)											
	有	沒有	拒絕回答	不懂處理	隨意丟棄	焚燒	集中存放	掩埋	餵養牲畜	變賣	其他請註明	不適用	不知道	拒絕回答	
A. 農作物廢料（秸稈等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
B. 廚房廢棄物（剩菜剩飯等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
C. 廢紙（書報／紙箱等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
D. 塑膠（瓶／袋／包裝等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
E. 玻璃（瓶／罐等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
F. 金屬（瓶／罐等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
G. 織物（衣物，毛巾等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
H. 農藥容器	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
I. 廢電池	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
J. 醫療垃圾 （過期藥品、注射器、針頭等）	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	
K. 其他，請註明_____	1	2	998	0	1	2	3	4	5	6	7. _____	888	997	998	

WM3 如果使用焚燒的方法來處理垃圾，一般在哪裡燒？

- ☐ 1. 室內 ☐ 2. 室外 ☐ 3. 有時在室內，有時在室外
☐ 4. 其他，請註明_____ ☐ 888. 不適用（不焚燒垃圾）
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WM4 你們家使用農藥嗎？（如果 WM1 中已回答主要垃圾有農藥容器，就毋須再詢問，直接選擇 1，繼續下面的問題）

- ☐ 1. 使用 ☐ 2. 不使用
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WM5（如果使用農藥）你們家一般怎麼處理曾經盛載農藥的包裝或容器？

- ☐ 1. 隨意丟棄 ☐ 2. 焚燒 ☐ 3. 集中存放
☐ 4. 掩埋 ☐ 5. 重複使用，用來盛載其他東西
☐ 6. 其他，請註明_____ ☐ 888. 不適用（不使用農藥）
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WM6 (如果使用農藥)使用農藥前會先了解包裝上的標籤內容嗎?

- ☐ 1. 一般都會 ☐ 2. 有時候會 ☐ 3. 一般不會 ☐ 888. 不適用(不使用農藥)
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WM7 你對村裡的垃圾處理狀況滿意嗎?

- ☐ 1. 滿意 ☐ 2. 不滿意 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WM8 如果不滿意,是哪些方面不滿意?(開放性問題,請適當記錄) _____

- ☐ 888. 不適用(滿意村裡垃圾處理情況)
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

WM9 你擔不擔心現時處理垃圾的方法會影響自己和家人的健康?

- ☐ 1. 擔心 ☐ 2. 不擔心 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

災難應對 (Disaster Preparedness)

DP1 你認為自己生活的地區容易受到災難(包括自然災害和人為事故)的影響嗎?

- ☐ 1. 容易 ☐ 2. 不容易 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP2 (如果容易受災難影響)你們這裡(生活的地區)有哪種最常見的自然災害或人為事故?
 (只選一項)

- ☐ 1. 地震 ☐ 2. 森林火災 ☐ 3. 泥石流 ☐ 4. 水災 ☐ 5. 暴雨
☐ 6. 風暴 ☐ 7. 旱災 ☐ 8. 沙塵暴 ☐ 9. 家居火災
☐ 10. 交通意外 ☐ 11. 機械事故/意外 ☐ 12. 其他,請註明_____
☐ 888. 不適用(不容易受到災難) ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP3 你自己或家人有沒有經歷過任何災難?

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP4 (如果經歷過災難)對你們家影響最大的那次是什麼時候? _____

- ☐ 888. 不適用(沒有經歷過災難) ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP5 (如果經歷過災難)對你們家影響最大的那次是哪種災難?

- ☐ 1. 地震 ☐ 2. 森林火災 ☐ 3. 泥石流 ☐ 4. 水災 ☐ 5. 暴雨
☐ 6. 風暴 ☐ 7. 旱災 ☐ 8. 沙塵暴 ☐ 9. 家居火災
☐ 10. 交通意外 ☐ 11. 機械事故/意外 ☐ 12. 其他,請註明_____
☐ 888. 不適用(沒有經歷過災難) ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP6 在對你們家影響最大的那次災難中,你家裡有沒有任何人受傷或者死亡?

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 888. 不適用(沒有經歷過災難)
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP7 在對你們家影響最大的那次災難中,你家裡有沒有受到任何經濟損失(例如房屋/農作物/牲畜/生意)?

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 888. 不適用(沒有經歷過災難)
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP8 如果將來有災難或事故發生，你認為你們家中的人有能力保護自己的健康及安全嗎？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP9 如果家中有人患病而需要長期吃藥，你認為發生災難時攜帶這些藥物重要嗎？

- ☐ 1. 重要 ☐ 2. 不重要 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP10 你認為發生災難時需要攜帶救援包嗎？（如果受訪者沒聽過，請先解釋救援包的概念：救援包內包括一系列物品，發生災難時受災人群可以用來自救互救，爭取時間等待救援）

- ☐ 1. 需要 ☐ 2. 不需要 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP11 你家中是否有救援包嗎？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

DP12 你知不知道救援包中應該備有哪些物品？

- ☐ 1. 知道 ☐ 2. 不知道 ☐ 3. 不確定 ☐ 998. 拒絕回答

DP13 你的救援包會放什麼物品（不要讀出選項，根據村民的回答圈出相應選項序號）：

- ☐ A. 肥皂 ☐ B. 毛巾 ☐ C. 裝水的密封容器（水瓶或水壺）
☐ D. 急救毯 ☐ E. 手電筒 ☐ F. 多功能工具（萬用刀卡之類）
☐ G. 打火石 ☐ H. 哨子 ☐ I. 急救用品（創口貼，紗布繃帶等）
☐ J. 常用藥品（感冒／頭痛藥等） ☐ K. 家庭成員照片
☐ L. 家庭成員身份證／戶口簿的影本或照片 ☐ M. 其它_____
- ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答_____

DP14 關於救援包，你有沒有什麼問題想問？ _____

氣候變化（Climate Change）

CC1 你認為這幾年的天氣有沒有反常？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

CC2 如果覺得反常，是哪些方面反常？

- ☐ 1. 氣溫 ☐ 2. 雨水 ☐ 3. 災害發生次數
☐ 4. 其它 ☐ 888. 不適用（不覺得反常）
☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

CC3 你知道什麼是全球氣候變化嗎？

- ☐ 1. 知道 ☐ 2. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

CC4 總體來說，你認為自己有沒有能力應對天氣反常所帶來的影響呢？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

CC5 你認為自己的行為會不會影響天氣變化呢？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

CC6 你認為氣候變化對健康有沒有影響？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 997. 不知道 ☐ 998. 拒絕回答

環境觀察 (Environment Assessment)

環境觀察過程中，有六處需要拍攝照片（水源、廁所、廚房、房屋外觀、動物飼養處以及房屋牆壁），請事先徵得受訪者同意。

EA1 房屋地面主要材料是（只選一項覆蓋大部分地面的材料）：

- ☐ 1. 天然泥土／沙石 ☐ 2. 原始的木板／竹條 ☐ 3. 木地板
☐ 4. 水泥／磚石 ☐ 5. 瓷磚 ☐ 6. 塑膠
☐ 7. 其他，請註明_____

EA2 房屋外牆的主要材料是（只選最主要的一項材料）：

- ☐ 1. 木 ☐ 2. 竹 ☐ 3. 石頭 ☐ 4. 磚塊
☐ 5. 水泥牆面 ☐ 6. 夯／泥土 ☐ 7. 其他，請註明_____

EA3 冬天家中取暖的燃料主要是（只選一項最主要的材料）：

- ☐ 1. 電 ☐ 2. 木柴／柴草 ☐ 3. 煤炭 ☐ 4. 農作物秸稈
☐ 5. 動物糞便 ☐ 6. 不適用（無需取暖） ☐ 7. 其他，請註明_____

EA4 家中是否有以下設備或裝置？（無法直接觀察時才詢問）

	1. 有	2. 沒有	3. 不能分辨
1. 電力供應	☐	☐	☐
2. 收音機	☐	☐	☐
3. 電視機	☐	☐	☐
4. 固定電話	☐	☐	☐
5. 電冰箱	☐	☐	☐
6. 電飯煲	☐	☐	☐
7. 洗衣機	☐	☐	☐
8. 空調	☐	☐	☐
9. 電腦	☐	☐	☐
10. 衛星接收器	☐	☐	☐
11. 汽車／摩托車／農務車	☐	☐	☐
12. 太陽能設備（太陽能灶、熱水器等）	☐	☐	☐
13. 樓梯	☐	☐	☐

EA5 觀察家中的水源，並拍攝一張照片。觀察水源是否受到保護？

- ☐ 1. 是 ☐ 2. 不是 ☐ 3. 無法觀察（水源太遠）
☐ 4. 無法判斷是否受到保護 ☐ 888. 不適用（使用自然水）

EA6 如果家中有儲水的地方或容器，請觀察是否有蓋：

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 888. 不適用（家中沒有儲水裝置）

EA7 家中有沒有洗手的地方？（家人一般在什麼地方洗手？能帶我去看看嗎？）

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 3. 據受訪者說有洗手之處，但未能看到（太遠）
☐ 4. 無法判斷

EA8 如果家中有洗手的地方，請觀察洗手處是否有水（檢查水龍頭、水盆等）？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 888. 不適用（家中沒有洗手的地方）
☐ 4. 無法判斷

EA9 如果家中有洗手的地方，請觀察洗手處是否有肥皂、清潔劑等？如果直接觀察不到，可詢問受訪者後再觀察。

- ☐ 1. 直接觀察到有 ☐ 2. 詢問後觀察到有 ☐ 3. 沒有
☐ 4. 無法判斷 ☐ 888. 不適用（家中沒有洗手的地方）

EA10 如果有用來洗手的肥皂或清潔劑，請記錄所有觀察到的種類（可選多項）：

	1. 有	2. 沒有	888. 不適用
A. 肥皂／香皂	☐	☐	☐
B. 液體肥皂／洗手液	☐	☐	☐
C. 其他清潔劑（洗衣粉、洗碗液、洗潔精等）	☐	☐	☐
D. 其他，請註明_____			

EA11 家中有沒有洗澡／沖涼的地方？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 3. 無法判斷

EA12 如果家中有廁所，拍攝一張照片，並觀察是怎麼樣的設施。

- ☐ 1. 沖水式 - 連接化糞池／管道排水系統／糞坑
☐ 2. 沖水式 - 沖到附近其他地方（河／街道／開放式溝渠等）
☐ 3. 沖水式 - 不知道沖到哪裡 ☐ 4. 旱廁 - 有隔板 ☐ 5. 旱廁 - 無隔板
☐ 6. 其他，請註明_____
☐ 888. 不適用（家中無廁所）

EA13 家中廁所情況：

	1. 是	2. 否	3. 不能分辨	888. 不適用 （家中無廁所）
A. 是否直接可見糞便？	☐	☐	☐	☐
B. 是否有明顯臭味？	☐	☐	☐	☐
C. 是否有很多蒼蠅或蚊蟲？	☐	☐	☐	☐

EA14 家裡煮飯的地方是在哪裡？請拍一張照片（含灶台、火塘、爐子等）。

- ☐ 1. 單獨一間房間 ☐ 2. 室內其他地方，沒有專門的廚房 ☐ 3. 室外
☐ 4. 其他，請註明_____
☐ 888. 不適用（家中不煮飯）

EA15 如果煮飯處在室內，該房間有沒有通風處（例如窗戶、排氣口之類）？

- ☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有
☐ 3. 難以判斷，請說明_____
☐ 888. 不適用（不在室內煮飯）

EA16 如果煮飯處在室內，該房間通風狀況是：

- ☐ 1. 良好 ☐ 2. 普通 ☐ 3. 侷促
☐ 4. 難以判斷，請說明_____
☐ 888. 不適用（不在室內煮飯）

EA17 觀察房屋外觀，並拍一張照片。與村內其他房屋相比，如何評價該房屋的品質水準？

- ☐ 1. 遠高於平均水準 ☐ 2. 稍高於平均水準 ☐ 3. 和其他房屋差不多
☐ 4. 稍低於平均水準 ☐ 5. 遠低於平均水準

EA18 住戶環境：下列各條關於住戶房屋及周圍環境的描述是否正確？

	1. 是	2. 否	3. 無法回答	888. 不適用
1. 房屋周圍／院子有很多蒼蠅和蚊子（明顯超過五隻）	☐	☐	☐	☐
2. 房屋周圍／院子整潔有序	☐	☐	☐	☐
3. 房屋／院子的地面上有積水	☐	☐	☐	☐
4. 積水的表面可以看到蚊子或其幼蟲	☐	☐	☐	☐
5. 有固定的地方圈養牲畜家禽（例如豬棚）請拍一張照片	☐	☐	☐	☐
6. 飼養的動物家禽可以隨意進入房子	☐	☐	☐	☐
7. 房屋內部保管整理得很好	☐	☐	☐	☐
8. 房屋內部明亮（白天不需要開燈就可以閱讀問卷內容）	☐	☐	☐	☐
9. 房屋／院子地面上有人或動物糞便	☐	☐	☐	☐
10. 房屋／院子內有堆積的垃圾（隨地都是，沒有清理）	☐	☐	☐	☐
11. 房屋的牆壁上懸掛或黏貼著照片、海報、獎狀等裝飾物 請拍一張照片	☐	☐	☐	☐
12. 房屋周圍隨意棄置可回收的玻璃瓶（啤酒瓶等）	☐	☐	☐	☐
13. 房屋周圍收集放置可回收的玻璃瓶（啤酒瓶等）	☐	☐	☐	☐
14. 房屋周圍有流浪狗在走動（不屬於屋主的狗）	☐	☐	☐	☐
15. 房屋為兩家或以上的人共住（例如兄弟、親戚）	☐	☐	☐	☐
16. 房屋因空氣不流通而產生異味	☐	☐	☐	☐
17. 房屋有裂縫或已經破損	☐	☐	☐	☐

訪談過程反饋（Feedback）

FB1 被訪者的普通話水平：

☐ 1. 很好 - 交流完全沒有困難☐ 2. 一般 - 基本可以交流☐ 3. 不好 - 需要翻譯

FB2 被訪者開放和配合程度：

☐ 1. 完全配合 ☐ 2. 有些保守／迴避☐ 3. 非常抗拒／不合作

FB3 訪談時有其他家人、朋友或鄰居在場嗎？

☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有

FB4 在場人員是否有些時候替被訪者回答問題，或參與回答問題的討論？

☐ 1. 是 ☐ 2. 否☐ 888. 不適用（沒有其他人在場）

FB5 本次訪談翻譯的姓名：_____

☐ 888. 不適用（沒有使用翻譯）

FB6 批註／特別事項：_____

訪談結束，請到問卷第一頁記錄訪談結束時間。

附件五

後勤工作清單

工作範圍	注意事項	出發前（星期）							負責人	完成	備註
		1	2	3	4	5	6	>6			
註冊和報名	接受報名及志願者遴選										
	通知志願者第一次簡報詳情										
	確認參與活動的志願者										
	收集志願者的個人資料，包括旅遊證件副本										
	獲取協辦單位邀請信										
	派發邀請信予志願者										
健康須知和 應急計劃	查看項目點的潛在健康風險和傳染性疾病										
	為志願者進行衛生簡報										
	獲取當地醫療設施的地址和聯繫方法										
	準備志願者健康狀況清單和緊急聯絡人資料予隊長和醫療支援										
	準備急救箱										
	擬定緊急事故應急方案										
保險	購買旅遊保險										
	收集志願者旅遊保險資料										
	簡介旅遊保險保障範圍										
團隊裝備	印刷橫幅、隊衣和姓名牌										
	提供裝備清單予志願者準備										
	檢查裝備性能及補充所需物品										
	準備過關使用的裝備清單										
	修訂及列印入戶調查問卷										
	確保健康推廣活動的物資齊備										
	綜合活動物資清單，清楚標記所有行李										

		出發前（星期）							負責人	完成	備註
工作範圍	注意事項	1	2	3	4	5	6	>6			
交通安排	準備前往項目點的路線圖和項目點地圖										
	索取內地交通報價										
	確定和預訂內地交通工具										
	索取司機聯繫方法和車牌號碼										
	索取航班報價										
	確定航班和座位										
	向志願者確定航班資料										
住宿安排	查看項目點的賓館／酒店										
	查詢訂房狀況										
	確認預訂並了解付款方法										
	為志願者安排房間										
安全考慮	查看當地有沒有安全問題										
	安排志願者第二次簡報										
財政安排	確定資金來源和財政預算										
	預備活動所需的現金										
	確定要購買的器材和紀念品清單										
	確定要購買的急救藥物和用品										
	計算和確定所需的膳食數量和金額										
項目點安排	確認司機聯絡方法										
	確定翻譯員數量 （進行入戶調查和健康推廣活動）										
	確定老師和班級數量 （於學校進行健康推廣活動）										
	確定廚師數量（如有需要）										
	聯誼活動或晚宴安排										
	了解需向多少個單位致送紀念品										
第三次簡介	確定出發當日的集合點和時間										
	向志願者派發各樣物資										
	重申活動重點和注意要項										

附件六

健康習慣：個人和社區衛生

世界衛生組織《社區和社區衛生工作者指南》從多方面討論健康習慣，其中一個章節聚焦個人和社區衛生（總結如下表），當中很多跟 5.1 節「水和健康」的內容有關，如洗手和對水源的保護等。

範疇	教育焦點
個人衛生	• 下列情況應該使用肥皂洗手： - 煮飯前 - 吃飯前或給孩子餵食前 - 如廁後或幫孩子清理排泄物後 • 須徹底清洗手心、手背、手指間及指甲縫內的污垢 • 應經常清理廁所以保持清潔
食物衛生	• 生的食物要徹底煮熟 • 煮完的食物應盡早食用 • 食物應儲存在冰箱 • 如果停電，不要直接食用冰箱內的食物 • 要徹底翻熱食物 • 生和熟的食物要分開存放 • 保持廚房乾淨和乾爽 • 使用水和清洗劑清洗砧板和碗筷
飲水安全	• 即使看起來很乾淨，水中也可能有病菌 • 喝水前要先將水煮沸 • 飲用水要放在乾淨有蓋的水桶內，並需在存放 24 小時內飲用 • 從容器中取水，要使用帶手柄的乾淨水杯或其他器具
水井／水源	• 不要在飲用水源附近排便 • 不要在飲用水源附近洗澡、洗衣服或洗碗筷 • 公眾水井在不使用時，要加上蓋掩蓋避免污染 • 水桶不使用時要掛起（不能放置在骯髒的地面） • 水井附近的地方和手泵要保持乾淨 • 定期清理水源附近的廢物和死水 • 應定期清潔盛水的器皿
照顧病人	• 在照顧病人時，接觸他們以及他們的糞便、嘔吐物和衣物後要清洗雙手 • 不要在公眾水源裡清洗病人的衣物 • 病人的衣物和床單在正常清洗前，要用 5% 的氯水消毒、在沸水中攪拌或在太陽下曬乾

附件七

焚燒垃圾對身體和環境的影響

- 焚燒垃圾對人體有害，因為垃圾燃燒時會釋放有毒物質，如：
 1. 二噁英：它可以透過呼吸進入人體，容易令人（尤其小孩和老人家）生病。它也會對身體其他部分，如神經、內分泌和生殖系統造成損害。
 2. 苯並芘：有機會引致肺癌。
 3. 帶有微粒的煙：可透過呼吸進入肺部，長時間吸入這些微粒會增加患呼吸道感染、哮喘、氣促、胸痛等機會。
 4. 若氧氣不足，空氣不流通（例如在所有窗戶都關閉的環境或在不空曠的地方），焚燒垃圾會釋出一氧化碳。人體吸入後會減低血紅細胞的携氧能力，肺部發育不完全的小孩、老人家及患有心肺疾病的人士尤需注意。
- 燃燒垃圾亦會破壞環境，焚燒垃圾釋出的二噁英可存在於水和泥土內，容易被農作物吸收；村民如食用這些農作物，可能同時吸收二噁英，對身體產生不良影響。
- 燃燒某些垃圾特別危險，如：
 1. 含塑料的垃圾（塑料袋、包裝袋）
 2. 金屬、玻璃、陶瓷和電子用品處理方法：統一收集或集中在指定地點填埋
- 即使是一些可燃燒的垃圾，也要集中在指定地點燃燒，遠離房屋和動物，減低傷害。

附件八

一手煙和二手煙引致的健康風險

一手煙	捲煙內主要引致癌症的物質來自焦油，吸煙亦是引發多種致命癌症的原因： • 口腔癌與咽喉癌 • 肺癌 • 食道癌 • 膀胱癌及腎癌 • 胰腺癌 • 胃癌 • 肝癌 • 子宮頸癌 • 血癌 吸煙者患肺癌的機會比非吸煙者高 900%（10 倍），煙癮大的吸煙者患肺癌的機會更高 1400%（15-25 倍）。吸煙還會引致心血管疾病（冠狀動脈心臟病（冠心病）、動脈瘤、末梢血管病、中風）、呼吸系統疾病、生殖系統疾病，並增加患上不同疾病（如黃斑病變）的風險。
二手煙	即時健康影響 • 眼睛受刺激、頭痛、咳嗽、喉部疼痛、暈眩和噁心等 • 成年哮喘病患者的肺功能明顯下降；兒童的初發哮喘病亦可由家中的二手煙引致 • 暴露在二手煙的環境下 30 分鐘，心臟的血液流量因而減低 長遠健康影響 • 長期接觸二手煙的人，患上與吸煙有關疾病的風險比吸煙者要高 • 胎兒增加自然流產的機會、嬰兒出生時體重過輕或妊娠期較短，較大機會患上嬰兒猝死綜合症，對認知及行為發展有不良影響 • 呼吸系統——肺部功能受到一定程度的損壞，肺部發育延遲和減緩；患上呼吸系統疾病和刺激徵狀如咳嗽、黏液分泌過剩和喘鳴的風險較一般兒童高，患上中耳炎的機會高一倍，囊狀纖維化症狀惡化等 • 影響血管及心臟健康，增加患上心臟病及中風危機 • 癌症——二手煙可引致非吸煙者患上肺癌，二手煙物質已被美國環境保護總局介定為引致肺癌的原因之一，並被列為甲級致癌物，增加患上癌症的風險

（資料來源：香港吸煙與健康委員會<http://www.smokefree.hk/>）

附件九

常見健康項目宣傳方法

展示海報、派發紀念品或以工作坊、話劇、表演、遊戲、小組討論等方式傳遞資訊，都是較常見的健康項目宣傳方法。以下列出各方法需注意的事項：



海報

1. 海報要根據教育內容調整大小
2. 海報／橫幅的圖片面積要夠大
3. 如印刷海報必須盡早聯繫印刷公司，預留足夠時間印製
4. 在印刷公司提取海報製成品時，需檢查確保沒有錯漏，並需預留時間以防出現任何錯誤時需要重新印刷
5. 如果自己製作海報，要選擇合適的紙張，考慮防水問題，以及能否在長途旅程中保存。同時要準備及攜帶相關的製作材料，如剪刀、彩色筆、記號筆、膠水等



工作坊

1. 與展示海報比較，工作坊能讓村民有更高程度的參與，但後勤準備也較複雜；須留意工作坊場地安排和人流控制，也要考慮時間安排
2. 工作坊講解後，應邀請村民再演示一次，以鞏固所學內容，盡量找一些語言表達能力高的村民參與演出



話劇／表演／遊戲

1. 確保劇本編寫良好，保證演出流暢
2. 與觀眾緊密互動
3. 邀請村民參與，情況許可下，請當翻譯的村民擔任其中一些角色
4. 事前與當翻譯的村民一起排練，聽取他們的意見



小組討論

1. 當村民的住屋比較分散，很難把他們集中一處時，可考慮以小組討論的形式進行健康推廣。從了解他們對主題的看法開始，讓他們通過討論自行比較正確和錯誤的行為對健康的影響
2. 小組討論容易被健談的參與者主導，因此要特別關注那些較沉默的參與者
3. 一般建議每組六至八人，人數太少不容易激發討論，人數太多則沒有足夠時間讓每個人發表自己的看法

紀念品

1. 紀念品是傳遞資訊的途徑之一，可以提醒農村地區民眾相關的健康訊息
2. 若紀念品的數量龐大，便要確保有足夠時間尋找贊助、購買及安排運輸
3. 可以製作有宣傳資訊的紀念品，如扇、杯子、日曆等
4. 紀念品要具實用價值，最好能持續使用，例如可充電的手電筒比使用電池的手電筒更適合農村社區
5. 盡量在當地製作或購買紀念品，增加將來持續使用的機會



參考文獻

第一章 中國醫療概況

- 1) 中華人民共和國國家統計局。中國統計年鑒〔互聯網〕。2015。2016年2月17日取自 <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexch.htm>
- 2) 鄒東濤主編。中國改革開放30年(1978～2008)(發展和改革藍皮書(No.1))。中國：社會科學文獻出版社；2008。
- 3) 黃玉珊，曾林淼，李幼平，周新偉，劉鵬，鍾大可。我國農村衛生改革政策系統回顧及績效評價研究。中國循證醫學雜誌。2012，12(3)：293－304。
- 4) 中華人民共和國衛生部。中國衛生統計年鑒〔互聯網〕。2010。2015年11月5日取自 <http://www.nhfpc.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2010/index2010.html>
- 5) 中華人民共和國國務院新聞辦公室。中國的醫療衛生事業。中國：人民出版社；2012。
- 6) 中華人民共和國國家發展計劃委員會。醫藥價格政策指南。中國：中國物價出版社；2001。
- 7) 中華人民共和國國務院。關於深化醫藥衛生體制改革的意見。中國：人民出版社；2009。
- 8) 中華人民共和國國家衛生及計劃生育委員會。2015中國衛生和計劃生育統計年鑒。2015。
- 9) 孟慶躍，楊洪偉，陳文，孫強，劉曉雲。轉型中的中國衛生體系。世界衛生組織；2015。2016年2月4日取自 http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/china_health_systems_review_cn.pdf
- 10) 新華社。國務院機構改革和職能轉變方案(提交十二屆全國人大一次會議審議)〔互聯網〕。2013年3月10日。2016年2月4日取自 http://news.xinhuanet.com/2013lh/2013-03/10/c_114968104.htm
- 11) 方小平。赤腳醫生與合作醫療制度——浙江省富陽縣個案研究。二十一世紀。2003，10：87－97。
- 12) 中華人民共和國統計信息中心。第三次國家衛生服務調查分析報告〔互聯網〕。2013。2015年10月28日取自 <http://www.nhfpc.gov.cn/cmsresources/mohwsbwstjxxzx/cmsrsdocument/doc9908.pdf>
- 13) 李俊。我國改革開放以來的人口流動與農村社會結構變遷。蘭州學刊。2011，10：56－62。
- 14) 劉繼同。中國醫藥衛生體制改革發展與新型衛生保健體系的政策涵義。社會保障研究。2013，1：125－134。
- 15) 中華人民共和國國家統計局。中國統計年鑒。中國：中國統計出版社；1989。
- 16) World Health Organization. Health Care Financing in Rural China: New Rural Cooperative Medical Scheme [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 5]. Available from: http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_09_03-china_nrcms.pdf
- 17) 中華人民共和國衛生部統計信息中心。2008中國衛生服務調查研究〔互聯網〕。2009。2015年12月16日取自 <http://www.nhfpc.gov.cn/cmsresources/mohwsbwstjxxzx/cmsrsdocument/doc9911.pdf>
- 18) Wang M, Fang H, Bishwajit G, Xiang Y, Fu H, Feng Z. Evaluation of rural primary health care in Western China: A cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(11):13843–60.
- 19) 中華人民共和國國家衛生計生委基層衛生司。2015年國家基本公共衛生服務項目一覽表〔互聯網〕。2016年2月4日取自 <http://www.nhfpc.gov.cn/jws/zcwj/201506/61340494c00e4ae4bca0ad8411a724a9.shtml>
- 20) 中華人民共和國衛生部。中國公民健康素養——基本知識與技能(試行)。中國：人民衛生出版社；2008。
- 21) 中華人民共和國衛生部婦幼保健與社區衛生司、中國健康教育中心、衛生部新聞宣傳中心。首次中國居民健康素養調查報告〔互聯網〕。2009。2015年11月4日取自：<http://wenku.baidu.com/view/651453a5f524cbbf121840a.html>
- 22) 中華人民共和國國家民族事務委員會。中華民族概況〔互聯網〕。2016年1月4日取自：<http://www.seac.gov.cn/col/col110/index.html>
- 23) 中華人民共和國國家統計局。2010年第六次全國人口普查主要數據公報(第1號)〔互聯網〕。2015年11月4日取自：http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/201104/t20110428_30327.html
- 24) 中華人民共和國國務院新聞辦公室。《中國的民族政策與各民族共同繁榮發展》白皮書〔互聯網〕。2016年1月4日取自：<http://www.scio.gov.cn/zhzc/8/1/document/1005878/1005878.htm>
- 25) 中華人民共和國國家統計局。中國2010年人口普查資料〔互聯網〕。2016年1月4日取自：<http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm>

第二章 公共衛生原則

- 1) 陳英凝。公共衛生與通識教育——跨單元議題剖析。香港教育圖書公司；2015。
- 2) Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948.
- 3) Howard G, Bogh C, Goldstein G, Morgan J, Prüss A, Shaw R, Teuton J. Healthy Village: A guide for communities and community health workers [Internet]. World Health Organisation. 2002 [cited 2017 May 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42456/1/9241545534.pdf>
- 4) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health (working paper). Stockholm, Sweden: Institute for Further Studies; 1991.
- 5) Leavell H, Clark E. Preventive medicine for the doctor in his community an epidemiologic approach. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1958.
- 6) WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. 1986 Nov 21 [cited 2015 Dec 4]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

第三章 健康推廣理論模型

- 1) Rimer BK, Glanz K. Theory at a glance: a guide for health promotion practice. 2005.
- 2) Lewis G, Sheringham J, Bernal JL, Crayford T. Mastering public health: a postgraduate guide to examinations and revalidation. CRC Press; 2014 .
- 3) Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38–48.
- 4) Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes. 1991;50(2):179-211.
- 5) Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
- 6) Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ. 2000 Sep 16;321(7262):694–6.
- 7) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. Br Med J. 2008;337(September):979–83.
- 8) Medical Research Council. A framework for the development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London: MRC; 2000.

第四章 從理論到實踐

- 1) Belbin M. Team roles at work. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1993.
- 2) Tuckman BW. Developmental sequence in small groups. Psychological bulletin. 1965 Jun; 63(6): 384-99.

第五章 中國農村健康現有問題及推廣項目訊息

- 1) Howard G, Bogh C, Goldstein G, Morgan J, Prüss A, Shaw R, Teuton J. Healthy Village: A guide for communities and community health workers [Internet]. World Health Organisation. 2002 [cited 2017 May 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42456/1/9241545534.pdf>
- 2) 環球計劃。人道主義憲章與人道救援響應最低標準（第三版）。2011。
- 3) 聶青和。感染性腹瀉病。中國：人民衛生出版社；2011。
- 4) 魏承毓。我國感染性腹瀉的基本狀況與防控對策。海峽預防醫學雜誌。2006；12(3)：1－4。
- 5) 林玫。感染性腹瀉流行病學研究現況。中國熱帶醫學。2008；8(4)：675－677。
- 6) Rosa G, Miller L, Clasen T. Microbiological effectiveness of disinfecting water by boiling in rural Guatemala. *Am J Trop Med Hyg*. 2010；82(3): 473－477.
- 7) UNICEF, WHO. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. New York: UNICEF/WHO. 2009.
- 8) Ruiz-Mercado I, Masera O, Zamora H, Smith KR. Adoption and sustained use of improved cookstoves. *Energy policy*. 2011；39: 7557－7566.
- 9) Lewis JJ, Pattanayak SK. Who adopts improved fuels and cookstoves: a systematic review. *Environ Health Perspect*. 2012 May；120(5): 637－645.
- 10) WHO. Global Health Observatory (GHO) data [Internet]. Geneva；2012 [Cited 2015 Dec 29]. Available from: http://www.who.int/gho/phe/indoor_air_pollution/burden/en/
- 11) 施海龍，何欽成，戴曉淳，周寶森。非吸煙女性肺癌危險因素的研究。中國肺癌雜誌。2005；8(4)：280－283。
- 12) Zhang J, Smith KR. Indoor air pollution from household fuel combustion in China: a review. Paper presented at: The 10th International Conference on Indoor Air Quality and Climate; 2005 Sep 4－9; Beijing, China.
- 13) WHO. The control of neglected zoonotic diseases: a route to poverty alleviation. Geneva: WHO; 2006.
- 14) 肖奇友，Zhen FF。新發病毒性人畜共患傳染病的影響因素、預防與控制。中華流行病學雜誌。2006；27(12)：1089－1092。
- 15) 中華人民共和國國家統計局。2014年國民經濟和社會發展統計公報（互聯網）。2015。2016年1月18日取自 <http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01&zbs=A0A0A&sj=2014>
- 16) 王琛，張偉，郭永華，趙珊紅。農藥包裝運輸的危險性分類與標籤。農藥。2011；7：534-538。
- 17) 陳曙陽，王鴻飛，尹英。我國農藥中毒的流行特點和農藥中毒報告的現狀。中華勞動衛生職業病雜誌。2005；23(5)：336－339。
- 18) WHO. Tobacco: fact sheet [Internet]. 2016 Jun [Cited 2017 Jan 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- 19) 中華人民共和國國家統計局。第四次國家衛生服務調查主要結果（互聯網）。2008。2015年12月29日取自 http://www.stats.gov.cn/ztjc/ztsj/hstjnj/sh2008/201208/t20120828_73594.html
- 20) 「健康飲酒中國行」活動組委會。2007年度中國25省民眾健康飲酒狀況調查報告。2008。
- 21) WHO. Alcohol: fact sheet [Internet]. 2015 Jan [Cited 2015 Dec 29]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- 22) WHO. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. 2014 [Cited 2015 Dec 29]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- 23) 王荷菱，孫洪，潘曉英。貴州省農村居民飲酒狀況調查。貴州醫藥。2012；36（9）：842-844。
- 24) 李立明，饒克勤，孔靈芝。中國居民2002年營養與健康狀況調查。中華流行病學雜誌。2005；26（7）：478-484。
- 25) 中華人民共和國國家衛生及計劃生育委員會。2013中國衛生統計年鑒。2013。

- 26) 徐瑜，畢宇芳，王衛慶，趙文華，寧光。中國成人糖尿病流行與控制現狀——2010年中國慢病監測暨糖尿病專題調查報告解讀。中華內分泌代謝雜誌。2014年3月；30(3)：184-186。
- 27) 中華人民共和國中央政府。大型調查顯示，我國成人糖尿病患病率達11.6%〔互聯網〕。2013年09月04日。2015年12月29日取自 http://www.gov.cn/jrzq/2013-09/04/content_2481339.htm
- 28) WHO. Diabetes: fact sheet [Internet]. 2016 Nov [Cited 2017 Jan 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- 29) WHO. Five keys to safer food manual [Internet]. 2006 [Cited 2015 Dec 29]. Available from: http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf
- 30) 中華人民共和國衛生部。預包裝食品營養標籤通則〔互聯網〕。2011年10月22日。2015年12月30日取自 <http://www.moh.gov.cn/cmsresources/mohjcg/cmsrsdocument/doc13261.pdf>
- 31) 白玥，江虹，劉童童，王新倫。我國兒童齲病現狀及影響因素研究。中國健康教育。2011；27(10)：777-780。
- 32) 胡德渝主編。中國口腔健康發展報告(2012)。社會科學文獻出版社；2011。
- 33) Blaikie P, Cannon T, Davis I, Wisner B. At risk: natural hazards, people's vulnerability, and disasters. London: Routledge; 1994.
- 34) 國家防汛抗旱總指揮部辦公室。關於2013年防汛抗旱工作的報告〔互聯網〕。2014年1月13日。2015年12月30日取自 http://fkh.mwr.gov.cn/ldjh/201401/t20140114_547362.html
- 35) WHO. Flooding and communicable diseases fact sheet [Internet]. [Cited 2015 Dec 30]. Available from: http://www.who.int/hac/techguidance/ems/flood_cds/en/index1.html
- 36) 中國氣象局。我國泥石流分布特點〔互聯網〕。2013年4月7日。2015年12月30日取自 http://www.cma.gov.cn/2011xzt/20120816/2012081601_4_1_1/201208160101/201304/t20130407_210253.html
- 37) 國家減災委員會辦公室。城市防災減災掛圖系列〔互聯網〕。2013。2015年12月30日取自 <http://www.cma.gov.cn/2011xzt/2013zhuan/20130506/201305060606/201305060607/201305/P020130510343875472457.pdf>

第六章 實務經驗

- 1) Chan EY, Kim JH, Lin C, Cheung EY, Lee PP. Is previous disaster experience a good predictor for disaster preparedness in extreme poverty households in remote Muslim minority based community in China?. Journal of Immigrant and Minority Health. 2014 Jun 1;16(3):466-72.

第七章 中國農村的新健康議題

7.1 人口流動

- 1) Yusuf S, Saich A, editors. China urbanizes: consequences, strategies, and policies. World Bank Publications; 2008.
- 2) 中華人民共和國國家統計局。2010年第六次全國人口普查主要數據公報(第1號)〔互聯網〕。2015年11月4日取自：http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/201104/t20110428_30327.html
- 3) 中華人民共和國國家統計局。第二次全國農業普查主要數據公報(第五號)〔互聯網〕。2015年11月4日取自：http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/nypcgb/qgnypcgb/200802/t20080227_30465.html

- 4) 中華人民共和國國家統計局。第二次全國農業普查主要數據公報（第二號）[互聯網]。2015年11月4日取自：http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/nypcgb/qgnypcgb/200802/t20080222_30462.html
- 5) Biao X. How far are the left behind left behind? A preliminary study in rural China. *Population, Space and Place*. 2007 May 1;13(3):179-91.
- 6) Shen M, Yang S, Han J, Shi J, Yang R, Du Y, et al. Non-fatal injury rates among the “left-behind children” of rural China. *Inj Prev*. 2009;15(4):244-7.
- 7) Liu L-J, Guo Q. Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res*. 2007 Aug 17;16(8):1275-80.
- 8) Liu L-J, Guo Q. Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res*. 2008 Aug;17(6):823-30.
- 9) Gao Y, Li LP, Kim JH, Congdon N, Lau J, Griffiths S. The impact of parental migration on health status and health behaviours among left behind adolescent school children in China. *BMC Public Health*. 2010 Jan;10(1):56.
- 10) Wen M, Lin D. Child development in rural China: children left behind by their migrant parents and children of nonmigrant families. *Child Dev*. Jan;83(1):120-36.
- 11) Lin K, Yin P, Loubere N. Social support and the “left behind” elderly in rural China: a case study from Jiangxi Province. *J Community Health*. 2014;39(4):674-81.
- 12) Cui Z, Huxley R, Wu Y, Dibley MJ. Temporal trends in overweight and obesity of children and adolescents from nine Provinces in China from 1991 – 2006. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5:365-74.
- 13) 譚深。中國農村留守兒童研究述評。中國社會科學。2011；1：138-50。
- 14) 宗成峰，朱啟臻。農民工生存狀況實證分析。中國農村觀察。2007；1（73）：47-53。
- 15) Cooke F. Labour market regulations and informal employment in China. *J Chinese Hum Resour Manag*. 2011 Sep 13;2(2):100-16.
- 16) 中華人民共和國中央人民政府。實施農村勞動力轉移培訓「陽光工程」[互聯網]。2015年11月4日取自：http://www.gov.cn/ztl/nmg/content_404978.htm
- 17) Chan CK. Community-based organizations for migrant workers’ rights: the emergence of labour NGOs in China. *Community Dev J*. 2013;48(1):6-22.
- 18) Peilin L, Feng T. A Cross Generational Comparison of the Social Cohesion of Migrant Workers in China. *Chinese J Sociol* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 12];32(5):1-24. Available from: <http://www.society.shu.edu.cn/EN/abstract/abstract12821.shtml#>
- 19) Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011;89(11):788-97.
- 20) 中華人民共和國國家統計局。2014年全國農民工監測調查報告[互聯網]。2015年11月4日取自：http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201504/t20150429_797821.html
- 21) Xu Q, Guan X, Yao F. Welfare program participation among rural-to-urban migrant workers in China. *Int J Soc Welf*. 2011 Jan 28;20(1):10-21.
- 22) Ma Z. Urban labour-force experience as a determinant of rural occupation change: evidence from recent urban-rural return migration in China. *Environment and Planning A*. 2001. p. 237-55.
- 23) Wang WW, Fan CC. Success or failure: selectivity and reasons of return migration in Sichuan and Anhui, China. *Environ Plan A*. SAGE Publications; 2006 May 1;38(5):939-58.
- 24) Ma E. “Naked” bodies: Experimenting with intimate relations among migrant workers in South China. *Int J Cult Stud*. 2005;8(3):307-28.
- 25) Hansen P. Long March, Bitter Fruit: The Public Health Impact of Rural-to-Urban Migration in the People’s Republic of China. *Stanford J East Asian Aff*. 2001;1:75-85.
- 26) Mou J, Griffiths SM, Fong H, Dawes MG. Health of China’s rural-urban migrants and their families: a review of literature from 2000 to 2012. *Br Med Bull*. 2013;106(1):19-43.

- 27) Huang Y-X, Manderson L. The social and economic context and determinants of schistosomiasis japonica. *Acta Trop.* Jan;96(2-3):223–31.
- 28) Jia ZW, Jia XW, Liu YX, Dye C, Chen F, Chen CS, et al. Spatial analysis of tuberculosis cases in migrants and permanent residents, Beijing, 2000–2006. *Emerg Infect Dis.* 2008;14(9):1413–20.
- 29) He NA, Detels R, Zhu J, Jiang Q, Chen Z. Migrants in a Metropolitan Area of Eastern China. 2005;32(5):286–92.
- 30) Parish WL, Laumann EO, Cohen MS, Hoffman I, Wang T. Population-Based Study of Chlamydial Infection in China A Hidden Epidemic. 2003;289(10):1265–73.
- 31) He J, Klag MJ, Whelton PK, Chen JY, Mo JP, Qian MC, et al. Migration, blood pressure pattern, and hypertension: the Yi Migrant Study. *Am J Epidemiol.* 1991 Nov 15;134(10):1085–101.
- 32) Gong P, Liang S, Carlton EJ, Jiang Q, Wu J, Wang L, et al. Urbanisation and health in China. *Lancet.* Elsevier; 2012 Mar 3;379(9818):843–52.

7.2 老人問題

- 1) Phillips JE, Ajrouch KJ, Hillcoat-Nalletamby S. Key Concepts in Social Gerontology [Internet]. SAGE Publications; 2010 [cited 2015 Oct 5]. Available from: https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=odGt_sfuyEIC&pgis=1
- 2) WHO. World Report on Ageing and Health [Internet]. Geneva; 2015 [Cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- 3) WHO. Active Ageing: A Policy Framework [Internet]. 2002 [Cited 2016 Jan 30];1–60. Available from: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/
- 4) 中華人民共和國中央人民政府。中華人民共和國老年人權益保障法〔互聯網〕。2015年11月4日取自：http://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm
- 5) United Nations. World Population Ageing: 1950–2050 [Internet]. 2007 [Cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
- 6) Zimmer Z, Kwong J. Family Size and Support of Older Adults in Urban and Rural China: Current Effects and Future Implications. *Demography.* 2003;40(1):23–44.
- 7) National Bureau of Statistics of China. China Statistical Yearbook 2014: Population and Its Composition [Internet]. China Statistics Press; 2014 [Cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2014/indexeh.htm>
- 8) Yi Z. The main Features of Population Aging and Policy Considerations in China. *Popul Econ* [Internet]. 2001 [cited 2015 Oct 6];05. Available from: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-RKJJ200105000.htm
- 9) Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948.
- 10) Zhang W, Li S, Feldman MW. Gender Differences in Activity of Daily Living of the Elderly in Rural China: Evidence from Chaohu. *J Women Aging.* 2005;17(3):91–106.
- 11) Li C, Wu W, Jin H, Zhang X, Xue H, He Y, et al. Successful aging in Shanghai, China: definition, distribution and related factors. *Int Psychogeriatrics.* 2006;18(03):551–63.
- 12) Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ.* 2011;89(11):788–97.
- 13) Centers for Disease Control and Prevention. Shigella – Shigellosis [Internet]. CDC Centers for Disease Control and Prevention. 2015 [cited 2015 Oct 26]. Available from: <http://www.cdc.gov/shigella/>
- 14) He G, Xie J, Zhou J, Zhong Z, Qin C, Ding S. Depression in left-behind elderly in rural China: Prevalence and associated factors. *Geriatrics & Gerontology International.* 2015;16(5):638–643.

- 15) Liu L-J, Guo Q. Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res.* 2007;16(8):1275–80.
- 16) Chen R, Wei L, Hu Z, Qin X, Copeland JR, Hemingway H. Depression in Older People in Rural China. 2005;165.
- 17) Dong X, Simon MA. Urban and rural variations in the characteristics associated with elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population. *J Elder Abuse Negl.* 2013;25(2):97–125.
- 18) Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2012;7(3):e33857.
- 19) 全國人民代表大會。老年人權益保障法（修訂草案）全文 [互聯網]。2015 年 11 月 4 日取自：http://www.npc.gov.cn/npc/xinwen/lfgz/flca/2012-07/06/content_1729109.htm
- 20) Dwayne B, Brandt L, Fan JZ. Ceaseless Toil? Health and Labour Supply of the Elderly in Rural China. Working paper, University of Toronto; 2003.
- 21) HelpAge International. A snapshot of older people's lives in rural Shaanxi [Internet]. 2010 [Cited 2016 Jan 30]. Available from: <https://www.ageinternational.org.uk/Documents/A%20snapshot%20of%20older%20people's%20lives%20in%20rural%20Shaanxi.pdf>
- 22) Su B, Shen X, Wei Z. Leisure life in later years: Differences between rural and urban elderly residents in China. *J Leis Res.* 2006;38(3):381–97.
- 23) Ko PC, Hank K. Grandparents caring for grandchildren in China and Korea: Findings from CHARLS and KLoSA. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2014;69:646–51.
- 24) 中華人民共和國中央人民政府。4000 多萬老年人通過各級老年協會參與社會發展 [互聯網]。2015 年 11 月 4 日取自：http://www.gov.cn/jrzq/2011-11/25/content_2003626.htm
- 25) 夏柱智，楊春滋。回鄉記：老年人協會、福利院都管理得不錯 [互聯網]。2015 年 11 月 4 日取自：http://www.guancha.cn/XiaZhuZhi/2015_02_26_310317_s.shtml
- 26) 王振，劉林。「禮俗社會」視角下的農村老年協會作用研究。中國農業大學學報（社會科學版）。2014；31（4）：98–106。
- 27) Shi, S.J. Left to market and family – again? Ideas and the development of the rural pension policy in China. *Social Policy and Administration*, 2006;40(7): 791–806.
- 28) Shen C, Williamson JB. China's new rural pension scheme: can it be improved? *International Journal of Sociology and Social Policy.* 2010;30(5):239–50.
- 29) China seeks unified pension scheme before 2020 [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 3]. Available from: http://www.chinadaily.com.cn/china/2014-02/26/content_17307934.htm

7.3 邊境城鎮

- 1) Buursink J. The binational reality of border-crossing cities. *GeoJournal.* 2001;54(1):7–19.
- 2) Freeman C. Fragile Edges Between Security and Insecurity: China's Border Regions. In: Guo R, Freeman C, editors. *Managing Fragile Regions Method and Application*. 1st ed. Springer-Verlag New York; 2011. p. 23–47.
- 3) Freeman C, Thompson D. China on the Edge: China's Border Provinces and Chinese Security Policy. Washington DC; 2011.
- 4) Thompson D. Border Burdens: China's Response to the Myanmar Refugee Crisis. *WSI China Secur.* 2009;5(3):13–23.
- 5) Griffiths S, Jewell T, Donnelly P. Public health in practice: the three domains of public health. *Public Health.* 2005;119(10):907–13.

- 6) Inniss JP, Nesman T, Mowery D, Callejas LM, Hernandez M. Serving Everyone at the Table: Strategies for Enhancing the Availability of Culturally Competent Mental Health Service (Making children's mental health services successful series). 2009.
- 7) U.S. – Mexico Cross-Border Health [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2014 [cited 2015 Oct 6]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertained/tips/us-mexico-health.html>
- 8) Yu H, Cauchemez S, Donnelly CA, Zhou L, Feng L, Xiang N, et al. Transmission dynamics, border entry screening, and school holidays during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic, China. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2012 May [cited 2015 Oct 2];18(5):758–66. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3358060&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 9) Des Jarlais DC, Johnston P, Friedmann P, Kling R, Liu W, Ngu D, et al. Patterns of HIV prevalence among injecting drug users in the cross-border area of Lang Son Province, Vietnam, and Ning Ming County, Guangxi Province, China. *BMC Public Health*. 2005 Jan;5:89.
- 10) Yongqi H, Anfei G. Yunnan takes action to stem spread of HIV/AIDS [Internet]. *China Daily USA*. 2014 [cited 2015 Oct 29]. Available from: http://usa.chinadaily.com.cn/epaper/2014-02/21/content_17297789.htm
- 11) Yang W. Yunnan battles new strain of HIV. *China Daily Asia* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 29]; Available from: http://www.chinadailyasia.com/chinafocus/2015-09/16/content_15317333.html
- 12) Xiao Y, Kristensen S, Sun J, Lu L, Vermund SH. Expansion of HIV/AIDS in China: Lessons from Yunnan Province. *Soc Sci Med*. 2007;64(3):665–75.
- 13) Vision and Actions on Jointly Building Silk Road Economic Belt and 21st-Century Maritime Silk Road [Internet]. People's Republic of China; 2015 [cited 2015 Oct 7]. Available from: http://en.ndrc.gov.cn/newsrelease/201503/t20150330_669367.htm

7.4 種植業與健康

- 1) Food and Agriculture Organization of the UN. FAOSTAT [Internet]. [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://faostat3.fao.org/download/Q/QC/E>
- 2) 胡德偉，毛正中，石堅，陳文東。中國的煙草稅收及其潛在的經濟影響。2008。
- 3) Xiang H, Wang Z, Stallones L, Keefe TJ, Huang XU, Fu X. Agricultural work-related injuries among farmers in Hubei, People's Republic of China. *American journal of public health*. 2000 Aug;90(8):1269.
- 4) Riquinho DL, Hennington EA. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Jun;17(6):1587-600.
- 5) Food and Agriculture Organization of the UN. Breaking the rural poverty cycle: Getting girls and boys out of work and into school. Gender and rural employment policy brief [Internet]. 2010 [Cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://www.fao.org/docrep/013/i2008e/i2008e07.pdf>
- 6) Din NC, Ghazali SE, Ibrahim N, Ahmad M, Said Z, Ghazali AR, Razali R, Shahar S. Health needs assessment of older people in an agricultural plantation. *International Journal of Gerontology*. 2014 Sep 30;8(3):120-6.
- 7) Cha ES, Lee YK, Moon EK, Kim YB, Lee YJ, Jeong WC, Cho EY, Lee IJ, Hur J, Ha M, Lee WJ. Paraquat application and respiratory health effects among South Korean farmers. *Occupational and environmental medicine*. 2012 Jun 1;69(6):398-403.
- 8) Schmitt NM, Schmitt J, Kouimintzis DJ, Kirch W. Health risks in tobacco farm workers—a review of the literature. *Journal of Public Health*. 2007 Aug 1;15(4):255-64.
- 9) Henry LJ, Esfehiani AJ, Ramli A, Ishak I, Justine M, Mohan V. Patterns of work-related musculoskeletal disorders among workers in palm plantation occupation. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2013 Feb 14:1010539513475657.

7.5 農村醫療的科技革命

- 1) 中國工業和信息化部。2015 年 8 月通信業主要指標完成情況（二）[互聯網]。2015 年 11 月 4 日取自：<http://www.miit.gov.cn/n1146312/n1146904/n1648372/c4324197/content.html>
- 2) 中國工業和信息化部。2015 年 8 月通信業主要指標完成情況（一）[互聯網]。2015 年 11 月 4 日取自：<http://www.miit.gov.cn/n1146312/n1146904/n1648372/c4324192/content.html>
- 3) Smith AC, Bensink M, Armfield N, Stillman J, Caffery L. Telemedicine and rural health care applications. *J Postgrad Med.* 2005;51(4):286–93.
- 4) Ren J, Liu C, Gao Q-S, Yang L, Huang X, Guo Q. Use of appropriate healthcare technologies: a cross-sectional study in rural Zhejiang of China. *BMC Health Serv Res.* 2015 Jan;15(1):295.
- 5) Guy R, Hocking J, Wand H, Stott S, Ali H, Kaldor J. How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis and systematic review. *Health Serv Res.* 2012 Apr;47(2):614–32.
- 6) Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane database Syst Rev.* 2013 Jan;12:CD007458.
- 7) Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P, et al. The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS Med. Public Library of Science;* 2013 Jan 15;10(1):e1001362.
- 8) WHO. Cardiovascular diseases [Internet]. [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/factsheets/cvd/en/>
- 9) Ni Z, Wu B, Samples C, Shaw RJ. Mobile technology for health care in rural China. *Int J Nurs Sci.* 2014 Sep;1(3):323–4.
- 10) Jackson S, Sleigh AC, Wang GJ, Liu XL. Poverty and the economic effects of TB in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006 Oct;10(10):1104–10.
- 11) WHO. Tuberculosis in China [Internet]. [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/factsheets/tuberculosis/en/>
- 12) WHO. Compendium of new and emerging health technologies. World Health Organization; 2012.
- 13) 李鵬，閔娟，楊雲華，劉英虹，楊文秀。天津市農村衛生適宜技術推廣與應用的效果。中國全科醫學。2011；25：2940–2。
- 14) Appelboom G, Yang AH, Christophe BR, Bruce EM, Slomian J, Bruyère O, et al. The promise of wearable activity sensors to define patient recovery. *J Clin Neurosci.* Elsevier Ltd; 2014;21(7):1089–93.
- 15) 中國互聯網絡中心。第 36 次中國互聯網絡發展狀況統計報告。2015。
- 16) WHO. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. World Health Organization; [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 17) Holland DE, Vanderboom CE, Ingram CJ, Dose AM, Borkenhagen LS, Skadahl P, et al. The feasibility of using technology to enhance the transition of palliative care for rural patients. *Comput Inform Nurs.* 2014 Jun;32(6):257–66.
- 18) Maxwell RJ. Quality assessment in health. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1984;288(6428):1470–2.
- 19) Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qual Health Care.* 1992;1(3):171–7.



Collaborating Centre for Oxford University and CUHK
for Disaster and Medical Humanitarian Response
CCOUC 災害與人道救援研究所

電話：+852 2252 8850

網址：www.ccouc.org

電郵：ccouc@cuhk.edu.hk

地址：香港沙田威爾斯親王醫院公共衛生學院

