

第三號健康專題報告書

長者健康

香港特別行政區政府

衛生署

疾病預防及控制部 長者健康服務

2004

© 中華人民共和國香港特別行政區政府
二零零四年 版權所有

ISSN 1683-8874

ISBN 962-85048-0-0

香港特區政府衛生署編製

衛生署疾病預防及控制部
香港灣仔皇后大道東 213 號胡忠大廈 18 樓

衛生署長者健康服務
香港灣仔皇后大道東 183 號合和中心 35 樓 3502-4 室

如有需要，請聯絡衛生署疾病預防及控制部或長者健康服務。
本報告書亦可在衛生署網頁下載，網址 <www.info.gov.hk/dh/diseases/index-c.htm>

政府印務局印
(採用環保油墨及取材自可再生木材的紙張印製)

前言

香港和許多其他地方一樣，人口正邁向老齡化。年屆 65 歲或以上人口所佔比例將由 2001 年的 11% 增加至 2031 年的 24%，即香港人口的四分之一。人口老齡化，無論對個人或整體社會都具有相當深遠的影響。

人口老齡化影響經濟及令社會服務需求增加，因此許多人不免集中注意力於這些挑戰，而鮮有認同或公正評價長者對社會的貢獻。若要致力為所有年齡的人士建立一個健康的社會，我們每個人均須對老齡化及長者採取較平衡的看法。

這份「長者健康」報告旨在展示香港長者的健康概況，以事實及數據澄清有關老齡化及長者的常見謬誤，並對相關課題提供較平衡的看法。報告雖然沒有全面探討長者面對的所有健康問題，但可為正在或有意致力改善長者健康的人士，提供方便的參考。

要締造一個真正有利長者渡過積極和健康晚年的社會環境，社會各界人士必須攜手合作。我衷心希望這份報告可以喚起社會人士對有關課題的關注和作出更廣泛討論，俾能增強各界別及組織間的合作，同心協力促進長者健康。

衛生署署長
林秉恩醫生

本報告書是衛生署疾病預防及控制部
定期公布的《健康專題報告書》系列之一。

目錄

前言	頁次
目錄	iii
統計撮要	v
報告摘要	x
	xiv
1 導言	1
1.1 老齡化的世界	1
1.2 本報告的目的	3
1.3 釋義	4
1.4 涵蓋範圍	6
2 人口	7
2.1 長者數目	7
2.2 婚姻狀況	10
2.3 居住情況	11
2.4 住屋	13
2.5 教育	14
3 經濟	16
3.1 資產	16
3.2 受薪及非受薪工作	17
3.3 收入及支出	19
4 健康風險及行爲	20
4.1 吸煙	20
4.2 運動	22
4.3 飲食習慣	24
4.4 過重及肥胖	27
4.5 口腔健康	28
4.6 休息及睡眠	30
4.7 性生活	31
4.8 服用藥物、中藥產品或食品	33
4.9 社區參與及閒暇消遣	34

4.10	預防性護理	36
4.11	虐待及疏忽照顧	38
5	健康狀況	40
5.1	60 及 80 歲後的平均預期壽命	40
5.2	自我評估的健康狀況	42
5.3	慢性疾病	44
5.4	抑鬱、殘疾、老年癡呆症及需接受照顧程度	47
5.5	死亡	53
6	醫療健康服務的使用	56
6.1	醫療健康服務的開支	56
6.2	入住醫院情況	57
6.3	向醫生及牙醫求診情況	59
7	總結	60
	參考書目	62
	附錄	66
	1. 聯合國「安老要義」	66
	2. 報告意見問卷	68

統計圖一覽

頁次

1	按國民生產總值(GNP)水平劃分，1965 年及 1998 年出生時的平均預期壽命的改變	1
2	2002 年及 2050 年於若干選定國家年屆 60 歲及以上人口所佔比例	2
3	1981 年中、2001 年中及 2021 年中香港人口金字塔	7
4	按年齡組別及性別劃分，1981 年中至 2021 年中香港 65 歲及以上人士數目(以千人計)(2011 年中及 2021 年中的數字由 2001 年中數字推算所得)	8
5	按性別劃分，1981 至 2002 年香港人口出生時的平均預期壽命	9
6	按擁有資產類別劃分，2000 年香港年屆 60 歲及以上人士資產擁有比例	16
7	按藥物種類數目劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上有定期服用藥物的會員在登記為會員前服用經處方西藥的比例	33
8	按在日常生活會參與的活動類別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士的比例	34
9	按年齡劃分，2002 年香港 65 歲及以上婦女曾接受子宮頸細胞檢驗的比例	36
10	按性別劃分，1981 至 2031 年香港 60 歲及 80 歲長者的平均預期壽命(2011 年、2021 年及 2031 年的數字由 1999 年年中數字推算所得)	40
11	按慢性疾病類別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士患上最常見五類慢性疾病的比例	44
12	按選定的殘疾類別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士患有殘疾的比例	48
13	1992 至 2002 年香港 65 歲及以上人士以及所有年齡人士的自殺率	55

統計表一覽

頁次

1	按婚姻狀況、年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上人士的數目(以千人計)及所佔比例	10
2	按居住情況、年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上居於家庭住戶人士的數目(以千人計)和所佔比例	11
3	按房屋類型、居所租住權劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上居於家庭住戶人士的數目(以千人計)及所佔比例	13
4	按教育程度 (最高就讀程度)、年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上人士的數目(以千人計)及所佔比例	14
5	按年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上人士的勞動人口參與率	17
6	按每月主要職業收入及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上就業人士(不包括非受薪家庭工作者)所佔比例	18
7	按年齡劃分，2001 年香港每日吸煙者及曾經每日吸煙但已戒煙者的數目 (以千人計)、百分比及比率	21
8	按食物種類劃分，1994 年香港 60 歲及以上人士的飲食習慣	25
9	按年齡組別及性別劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上會員以體重指標界定的體重分佈比例	27
10	按年齡組別及性別劃分，1998 至 2000 年香港 61 歲及以上參與立法會選舉及區議會選舉人士的數目(以千人計)	35
11	按性別劃分，1999 年香港 65 歲及以上人士自我評估的整體健康狀況的比例	42
12	按年齡組別及性別劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上會員患糖尿病及膽固醇過高的比例	46

13	按年齡組別及性別劃分，1991 至 1992 年香港 70 歲及以上人士的中風發病率	49
14	按年齡組別及性別劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上會員在登記為會員前 6 個月內曾有跌倒紀錄的比例	50
15	按年齡組別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士綜合認知及活動能力衰退程度的比例	51
16	按年齡組別及性別劃分，1992 年、1997 年及 2002 年香港 65 歲及以上人士的死亡率(每 100 000 人計)	53
17	按五大死亡原因、年齡組別及性別劃分，2002 年香港 65 歲及以上人士的死亡率(每 100 000 人計)	54
18	以入院人數、住院日數、出院及死亡人數排序，2001 年香港 65 歲及以上人士入院的五大病症	57

統計撮要

在本報告內，健康的定義為「不單指個人體格及心理的良好狀況，而且亦指香港整體年長人口的社交、情緒及文化的良好狀況」。這報告採用了來自不同資料來源的多個重要指標，以便全面展示我們年長人口的健康狀況。

人口

- ✦ 於 2001 年中，共有 753 600 位年屆 65 歲及以上的長者，佔香港總人口的 11.2%。到了 2021 年中，長者數目將達 140 萬人，佔香港人口的 17.2%。
- ✦ 女性長者較男性長者長壽。於 2002 年，男性的出生時的平均預期壽命為 78.6 歲，女性則為 84.5 歲。女性長者在整體長者人口中佔 53.8% 的較大比重。
- ✦ 在 2001 年的長者中，有 59.9% 為已婚人士，只有小部分 (4.1%) 從未結婚。喪偶的女性長者遠較男性長者多 — 比例約為 4.2 名女性長者比一名男性長者。
- ✦ 於 2001 年，87.5% 居於家庭住戶的長者與配偶、子女及/或其他人同住。約有 49 000 (6.6%) 長者住在安老院舍。
- ✦ 在 2001 年，有少於五分之一 (18.4%) 長者具中學或更高教育程度；而 42.4% 則未受教育或只有幼稚園程度，女性長者方面，有關比率更高達 58.9%。

經濟

- ✦ 於 2001 年，年屆 65 歲及以上長者的勞動人口參與率為 7.2%。每月主要職業收入中位數為 6 000 元。

- ✦ 於 2000 年，估計每五位 60 歲及以上的長者中，便有一位參與照顧家庭成員。
- ✦ 於 2003 年 11 月底，有超過 67 000 名年屆 60 歲或以上的長者於社會福利署登記為義工。
- ✦ 截至 2002 年底，約有 149 000 位 (18.9%) 年屆 65 歲或以上的長者接受綜合社會保障援助的經濟支援。

健康風險及行爲

- ✦ 有每日吸煙習慣的長者比率，已由 1998 年的 13.9% 下降至 2001 年的 12.9%。
- ✦ 2001 年的一項運動參與情況調查顯示，49% 年屆 65 歲及以上的長者參與不同類別和活動量的運動，包括游泳、緩步跑、遠足或步行。在 2002 年於 42 310 位長者健康中心的登記會員中，有 89.5% 的長者每星期至少運動三次。
- ✦ 1994 年的一項有關年屆 60 歲及以上長者的統計顯示，超過 85% 的長者每日均有進食水果及超過 90% 有進食蔬菜，而只有小部分 (少於 4%) 報稱經常進食膽固醇含量較高的肥肉、罐頭食品、內臟或海產。據 2002 年的主題性住戶統計調查反映，有 57 900 位 (7.5%) 長者有飲用酒精類飲品的習慣，其中大部分 (84.8%) 為男性。調查亦顯示約有 65 500 位 (8.5%) 長者已經戒酒。
- ✦ 在 2002 年長者健康中心的 42 310 位長者會員中，34.6% 的女性長者及 32.4% 的男性長者過重 (即體重指標 25.0 – 29.9 kg/m²)。另有 6.4% 女性長者及 3.2% 男性長者過胖 (即體重指標 ≥ 30.0 kg/m²)。
- ✦ 2001 年口腔健康調查報告顯示，差不多所有 (98.7%) 居於社區尚有牙齒的長者表示會每日刷牙，有三分之二長者在睡前會刷牙。然而，只有 1.6% 長者每日使用牙線清除牙垢。
- ✦ 1999 年的一項研究發現，每四位年屆 70 歲或以上居於社區的長者中，便有一位表示睡不安穩；有 38.2% 患上失眠；2.8% 在過去的一年內曾服用安眠藥。

- ✦ 據 2001 年本地一項研究反映，有 41.5% 年屆 61 至 70 歲的年長男性在點算前 6 個月報稱有性伴侶。在這些有性伴侶的受訪者中，有 56.4% 對當中每次或大部分性交經驗感覺滿意。
- ✦ 1999 年一項住戶統計顯示，有 14.5% 的長者曾服用中藥產品或食品。在 2002 年於長者健康中心的 42 310 位登記會員中，有 61.8% 的長者在登記前有定期服用經處方的西藥，其中 14.2% 服用 5 種或以上西藥。
- ✦ 據 2000 年一項有關年屆 60 歲或以上長者的統計反映，收看電視節目或收聽電台節目是他們最受歡迎的家居消閒活動，而出外飲茶或咖啡則是最常被提及的戶外活動。
- ✦ 在 1998 及 2000 年的立法會選舉中，有超過 273 000 位年屆 61 歲及以上的長者參與投票。
- ✦ 2002 年一項統計顯示，有 9.4% 的女性長者曾接受子宮頸細胞檢查。於 2003 年，有超過 52 000 位居於院舍的長者接受流行性感冒防疫注射，整體覆蓋率為 90.6%。

健康狀況

- ✦ 於 2001 年，香港年屆 60 歲的男士及女士，預期可以分別平均多活 21 年及 26 年。以 1999 年中的數據推算，預期於 2031 年活至 80 歲的男士及女士可分別多活 9 年及 12 年。
- ✦ 2002 年一項統計顯示，有 31.0% 年屆 65 歲及以上居於社區的長者自覺其健康極好、十分好或好；而 23.0% 則認為其健康差勁。
- ✦ 據一項 2000 年的統計反映，在年屆 60 歲及以上居於社區的長者中，71.8% 報稱患上最少一種慢性疾病。最常見的慢性疾病是高血壓 (47.2%)、關節炎 (40.6%) 及眼疾 (23.9%)。
- ✦ 1994 年一項於年屆 70 歲及以上正接受高齡及傷殘津貼的長者進行的研究發現，分別有 29.2% 及 41.1% 的男性長者及女性長者具抑鬱症狀。

- ✦ 於 2000 年，估計有 15.0% 年屆 60 歲及以上的殘疾人士，主要殘疾類別是身體活動能力受限制 (6.6%)、視覺有困難 (5.5%) 及聽覺有困難 (4.3%)。
- ✦ 1995 年一項研究估計，香港有 6.1% 年屆 70 歲及以上的中國籍長者患有老年癡呆症。
- ✦ 於 2000 年，一項透過綜合住戶統計調查的特別調查反映，87.5% 居於社區年屆 60 歲及以上的長者並沒有任何認知或活動能力衰退的情況。
- ✦ 於 2002 年，共有 26 220 位長者死亡，整體死亡率為每 100 000 個年屆 65 歲及以上的人士便有 3 374.5 人死亡。頭三號殺手為惡性腫瘤、心臟病及肺炎。

醫療健康服務的使用

- ✦ 於 2001 至 2002 年，醫院管理局為 65 歲及以上的長者提供健康護理服務的支出，每 1000 人約為 1 750 萬元。
- ✦ 於 2002 年，年屆 65 歲及以上人士和其他年齡組別人士相比，在統計前十二個月內曾入住醫院的住院率以長者為最高，達每 1 000 人有 158 人。於 2001 年導致長者入院最常見的原因是慢性阻塞性氣管病，若論入院人數及佔用病床總數，最大的原因則是腦血管病。
- ✦ 據 2002 年的主題性住戶統計調查反映，約有 223 000 位長者在調查前三十日內曾向醫生求診，長者就醫率為每 1 000 人有 289 人。與其他年齡組別人士比較，年屆 65 歲及以上的長者在調查前十二個月內曾向牙醫求診的比率最低，每 1 000 人只有 161 人。

報告摘要

現今社會許多人常以負面態度看待老年。這種現象或由多種因素造成，但往往由於對老化過程和老年人認識不足，導致許多人對長者有負面的描繪，因而令個別長者的自信心受到嚴重損害，同時也貶低他們的潛能和忽略他們對社會的貢獻。

謬誤： 老年始於 60 或 65 歲。

事實： 歲數不一定真實反映生理上的狀態。一些人到了 40 歲可能已經呈現老態，另一些人到了 85 歲仍可以享受豐盛而有貢獻的人生。

謬誤： 長者都是一樣的。

事實： 基於各種因素，每個人的老化過程不一。不同人士對老化的適應，差別甚大。

謬誤： 性別與老化過程無關。

事實： 男女老化過程有別。女士雖然壽命較長，但她們報稱患有較多慢性疾病。

謬誤： 大多數長者均居於安老院舍。

事實： 香港大部分長者與家人一同生活，只有 7% 的長者居於安老院舍。

謬誤： 長者無法學習新事物。

事實： 儘管學習的方式有所改變，學習能力不會隨年齡衰退。由於長者有較豐富的知識及經驗，對於很多新事物，他們的學習能力並不比年輕人遜色。

謬誤： 長者對社會造成經濟負擔，而且沒有任何貢獻。

事實： 許多長者在老年時期仍繼續工作，維持他們自己和其他人的生活。許多婦女從沒放棄持家責任或照顧家人。另一些長者則擔任義工服務社會。

謬誤： 大多數老年人生活於貧苦中，倚靠綜援作為其主要收入來源。

事實： 長者和各種年紀的人士無異，各有不同的經濟環境。許多老年人過着經

濟穩定的退休生活，毋須倚賴綜援。

謬誤： 戒煙對老年人來說為時已晚。 他們無法停止吸煙，而且戒煙對他們並無好處。

事實： 即使是較年長的人士，只要放棄吸煙，身體會馬上開始修復由吸煙造成的損害，減少患上與吸煙有關的疾病的機會。 因此，吸煙者透過戒煙來改善健康永遠不會為時太晚，而且有許多長者已經成功戒煙。

謬誤： 由於身體虛弱，運動對長者並不安全。

事實： 任何年齡的人士均應要有定期運動的習慣。 長者雖較常面對例如身體虛弱、步履不穩或患有慢性病等情況，但並不表示他們不適合進行運動。事實上，適當運動對保持健康十分重要，而且可以幫助延緩體能衰退。關鍵在於慢慢開始，然後按照個別的身體狀況逐步加強。

謬誤： 要有健康的晚年，關鍵在於父母的健康。

事實： 身體的老化情況並不單單取決於遺傳基因。 除了極少數的例外，只有約 30% 的身體老化情況是遺傳因素所致，而 70% 則歸因於個人的生活方式，例如飲食和行爲。

謬誤： 年紀大了，牙齒便會自然脫落。

事實： 晚年失去牙齒並非人生自然會發生的事。 若能在口腔健康習慣方面作出改善，便可保持口腔健康，預防牙齒脫落。

謬誤： 失眠是年老帶來的必然現象。

事實： 失眠通常由多種因素造成。 精神病、神經系統及其他內科疾病亦能影響睡眠。 如將失眠視為正常現象，可能會忽視背後的問題，如抑鬱症。

謬誤： 長者不應有性生活。 況且，他們對此已不再有興趣。 繼續有性生活的長者是不道德的。

事實： 性行爲和性慾並不會隨年長而消失。 年紀大不會令人自動喪失對性的興趣。 有頗大部分的長者仍對性感興趣，並能進行性行爲和享受性愛。 同時，性生活並不限於實質的性交活動，亦包括親密的身體接觸。

謬誤： 長者多是孤獨的，不大外出參與社交活動。

事實： 很多退休人士均有參與多種室內休閒及戶外康樂活動，並維持活躍而獨立的生活。 不少長者和年輕人一樣，興趣廣泛，並有不同樂在其中的嗜好。

謬誤： 年老必然健康衰退。
事實： 年齡增長並不等於健康衰退。雖然與老化有關的慢性疾病及功能衰退可能會為長者（尤其是年紀老邁的人士）的日常生活帶來考驗，但大部分長者都認為其健康尚佳或相當好，大致無礙。

謬誤： 老年人患上慢性疾病是無可避免的。
事實： 雖然長者較常患上慢性疾病，但這並不一定是由老化直接造成。從生物學的角度，老化所帶來的退化速率因人而異。一些退化（例如骨質疏鬆、視力改變、皮膚失去彈性等）可早在三十歲便出現。不健康的生活方式和接觸環境污染物亦會令退化加速。

謬誤： 長者感到抑鬱實屬正常。
事實： 雖然抑鬱可視為喪失親朋時一種可以理解的反應，而且老年人較常有這種經歷，但抑鬱不應被輕視或被視為正常。抑鬱是一種疾病，應予正視及適當治理。

謬誤： 記憶力隨年齡衰退，使老年癡呆症遲早出現。
事實： 記憶力減弱不等於患上老年癡呆症。老年癡呆症影響 6% 的長者。雖然記憶力減弱的確影響許多長者，但大部份長者仍可在記憶力減損的情況下應付自如。

謬誤： 大部分年長者無可避免會成為殘疾人士，需要倚賴他人。
事實： 殘疾雖會隨年齡日漸增加，但並非是無可避免的老化結果。許多長者在去世前一直獨立生活。而且，通過使用多種康復服務及輔助器具，殘疾長者可加強自我照顧能力，從而過着獨立和滿足的生活。

謬誤是成功步入老年的人為障礙。這些謬誤令長者及將步入晚年的人士對年紀漸長產生憂慮及恐慌。社會需要「剔除」這些與年齡有關的謬誤，並對老年抱正面的態度而非負面的觀點。有關統計數字顯示，未來的長者將較其上幾代有更高的教育程度、在整个人生中使用更好的醫療服務，而且生活環境更佳、經濟上更富裕。

在延長壽命方面的過往成就，促使我們追求更大的進步——不單為生命增添年歲，更要為老齡注入生氣。無論就個人以至社會而言，我們需要全面的促進健康活動，以及透過各年紀級別人士的通力合作，把政府與非政府的資源及專業知識集中起來，達到成功步入老年的目的。

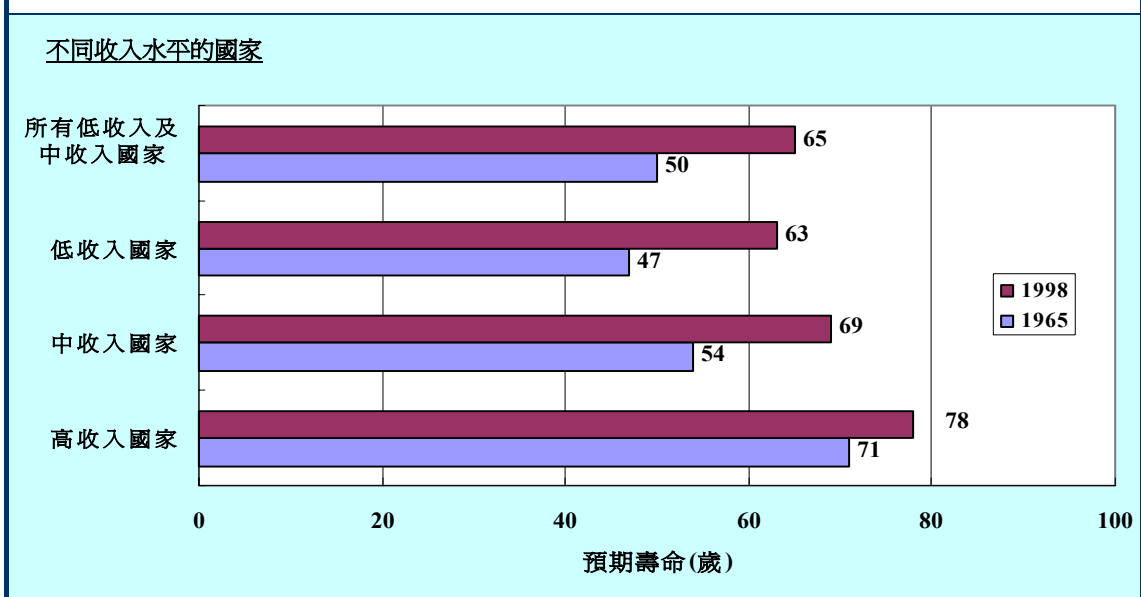
1. 導言

1.1 老齡化的世界

人口老齡化可說是過去數十年來公共衛生的一項最大成就。由於衛生、房屋及營養日益改善，加上醫藥創新及改進，人類壽命逐漸延長。

在 1980 至 1998 年間，全世界的出生時的平均預期壽命由 61 歲攀升至 67 歲 [1]。由 1965 至 1998 年間，以低收入國家出現的升幅百分比為最高 (圖 1) [1]。由於生育率持續下降，加上世界各地的人口均漸趨長壽，預期「世界人口步向銀髮族」的趨勢將會繼續下去 [2]。

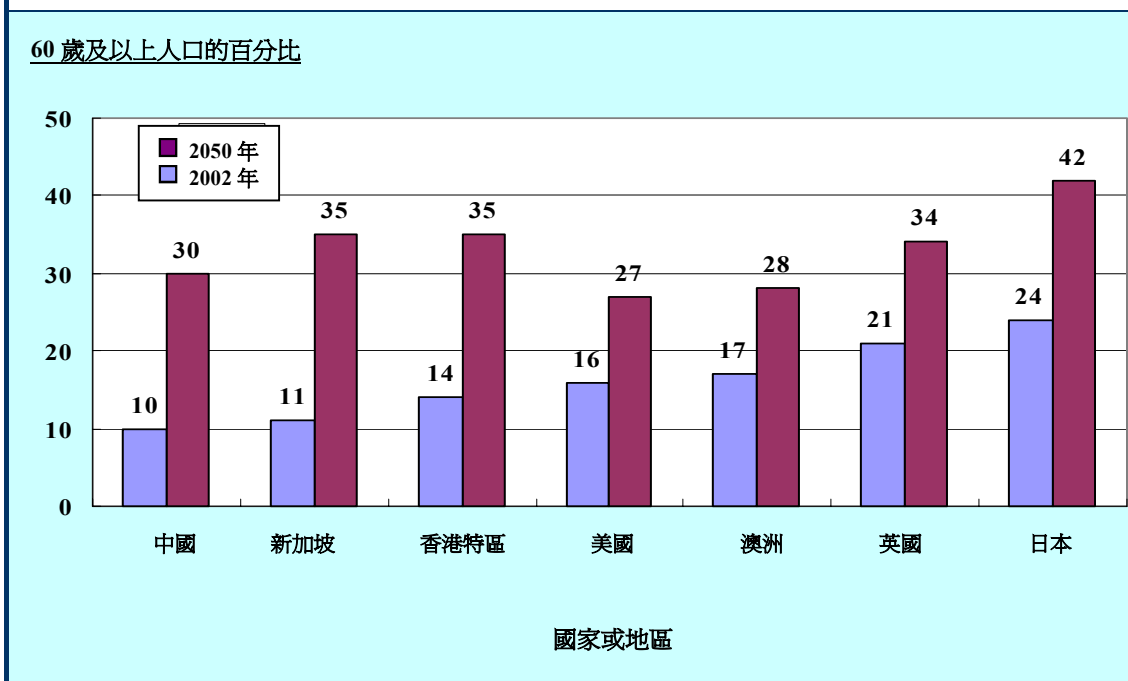
圖 1：按國民生產總值 (GNP) 水平劃分，1965 年及 1998 年出生時的平均預期壽命的改變



附註： 高收入國家指 1998 年每年人均 GNP 等於 9 361 美元或以上的國家/地區(香港亦屬於此類別)；
中收入國家指 1998 年每年人均 GNP 為 761 至 9 360 美元的國家/地區；
低收入國家指 1998 年每年人均 GNP 等於 760 美元或以下的國家/地區。
資料來源：2003 年聯合國資料。

世界各地差不多每一個國家的人口均日漸老齡化 (圖 2)。全球年屆 60 歲及以上人士的數目已由 1950 年的 2 億人增至 2002 年的 6.29 億人。到了 2050 年，該數目將會增至接近 20 億。若論所佔比例，目前每 10 個人中便有一個年屆 60 歲及以上；到了 2050 年，聯合國預期每五個人便有一個年屆 60 歲或以上 [1]。

圖 2：2002 年及 2050 年於若干選定國家年屆 60 歲及以上人口所佔比例



資料來源：2003 年聯合國資料。

1.2 本報告的目的

長者是我們人口中重要而又日益增長的部分。然而，現今社會許多人往往以負面的態度看待年長這個課題。無論是在語言、傳媒以至大眾娛樂中，「老」往往被等同為身體衰弱、記憶力衰退及多種殘障。年長者通常被描述為貧窮、負累、衰弱、對兩性關係沒有興趣及孤獨的。他們被視作頑固和無法學習新事物。步入老年常常被視為生活貧困或需在安老院舍終老 [3]。

這些對長者的慣性及負面看法實是老年歧視，如同種族歧視及性別歧視一樣，有損個人的潛能和忽略長者在我們的社會中所作出的實際貢獻。這種普遍對長者的負面描繪、對步入老年的預期或恐懼，可歸因於我們對長者有所誤解和對步入老年缺乏理解。然而，每個人均應記得，人皆會老。今日的年輕人宜向長者借鏡，以便為自己的未來作出更好的準備。

本報告扼述香港現今長者人口的健康情況。透過引用來自多個不同資料來源之研究證據，澄清有關老年及長者的各種常見謬誤，最終目的並非為了掩飾或否認有關年老的事實，而是協助社會人士對長者採取一種較平衡的看法。這不單令現今的長者受益，而且會惠及所有未來的長者，讓他們可以為自己的晚年作更好的計劃。

*社會正趨老齡化。今日的年輕人宜向長者借鏡，
以便為自己的未來作出更好的準備。*

1.3 釋義

世界衛生組織 (世衛) 把健康界定為「一種生理、心理及社交方面的完全良好狀況，而非單單指沒有患病或身體不適」[4]。這個定義集中於個人方面。此外，就長者而言，健康受多種其他因素影響，包括長者主觀對自身健康及身體機能的看法。

一個人到了哪個年紀才算老？大家對這一點並沒有普遍的共識，數十年前，年屆 50 歲便已算老年，但時至今日，50 歲只不過是中年而已。為方便制訂政策，許多已發展國家均以 55 歲、60 歲、65 歲或 70 歲為到達退休及有資格領取老年退休金的年齡。在香港，不同政府部門以不同的年齡準則來訂定資格或作其他用途。一般而言，統計數字通常按照世界衛生組織的一貫做法以 65 歲來界定長者。但無論採用哪個年齡作準則，重要的是明白歲數本身並不可準確標示隨着老年而來的改變。

老化是每一個人在一生中都要經歷的漸進過程，其中包括生理、人際關係以及心理上的範疇。一個人不會突然變「老」。老化帶來的改變可以出現於任何年齡，而改變的速度則因人而異，並且可以受多種外在因素影響。事實上，不健康的習慣例如吸煙及缺乏運動均會加速老化過程，因此一個人可能在 40 歲時已經「步入老年」。反過來說，一個較年長的人可能在生理上較其歲數上的年齡年輕。有時，一個較年長的人可以同時是既「年老」又「年輕」，例如一個年長但「心境青春者」便可在人際關係上或心理上表現出青春氣息。所以，老化是一種非常個人的經驗。

謬誤： 老年始於 60 或 65 歲。

事實： 歲數不一定真實反映生理上的狀態。一些人到了 40 歲可能已經呈現老態，另一些人到了 85 歲仍可以享受豐盛而有貢獻的人生。

年長者和其他年齡組別的人士一樣，各不相同。他們來自不同的文化、經濟及社會背景，有不同的生活模式和經驗、個人資源和成就。即使年紀相若的長者，亦會有明顯不同的生理特徵、健康和機能狀況、活動參與及獨立程度。事實上，他們是各年齡組別中最不相同的一羣 [3]。

隨着醫療科技的進步、市民健康的改善，以及社會服務的發展，「老化」的經驗亦已有實質改變。今日的長者與其前輩大不相同。他們更健康、更能言善道、掌握更多資源及更獨立。不少人比上幾代人更長壽、更富足，以及過着更愉快的生活。

*隨着年歲漸長，每位或每一代的長者均會
積累其獨特的歷史及文化經驗。因此，我們應視
每位長者為彌足珍貴的個體，並予以尊重。*

1.4 涵蓋範圍

在本報告內，「長者」、「年長者」或「老年人」泛指年屆 65 歲或以上的成年人，特別說明則除外。

本報告引述的數據主要來自 2001 年人口普查，其中包括大量長者的人口統計及社會經濟方面的最新資料。此外，亦參考政府統計處撰寫的報告、衛生署長者健康服務所收集的數據，以及其他一些專題研究。由於本報告僅旨在讓讀者概括認識一些較重要並能影響長者的健康課題，故並未全面闡述與年長人口健康及生活狀況有關的所有事宜。此外，基於必須呈列長者人口中多種不同經驗及情況，所以在個別題目下的資料詳盡程度亦有取捨。讀者可能需要就個別題目參考其他文件以取得更詳細的資料。同時，本報告為說明中心主題及概念而引述的一些專題研究，可能有研究方法上的局限，例如樣本規模相對較小，因此參考數據未必可引申至整體長者人口的情況，讀者在理解這些數據時應加注意。

本報告首先檢視在人口統計、社會及經濟各範疇中長者的健康及生活狀況，內容包括在教育、房屋及生活安排、就業及財務方面的資料。接著，本報告會呈列若干數據，以反映能負面或正面影響長者健康的一些行為或生活方式，例如吸煙、運動、飲食習慣、過胖、口腔健康、休息及睡眠、服用藥物及其他物品、閒暇消遣、社區參與、預防性護理及虐老。有關健康狀況、發病率及死亡率的一章則呈列了一系列健康指標的資料。然後，本報告會集中介紹長者使用健康服務的情況。最後則討論社會人士可如何在社區中推動健康的老年。

謬誤： 長者都是一樣的。

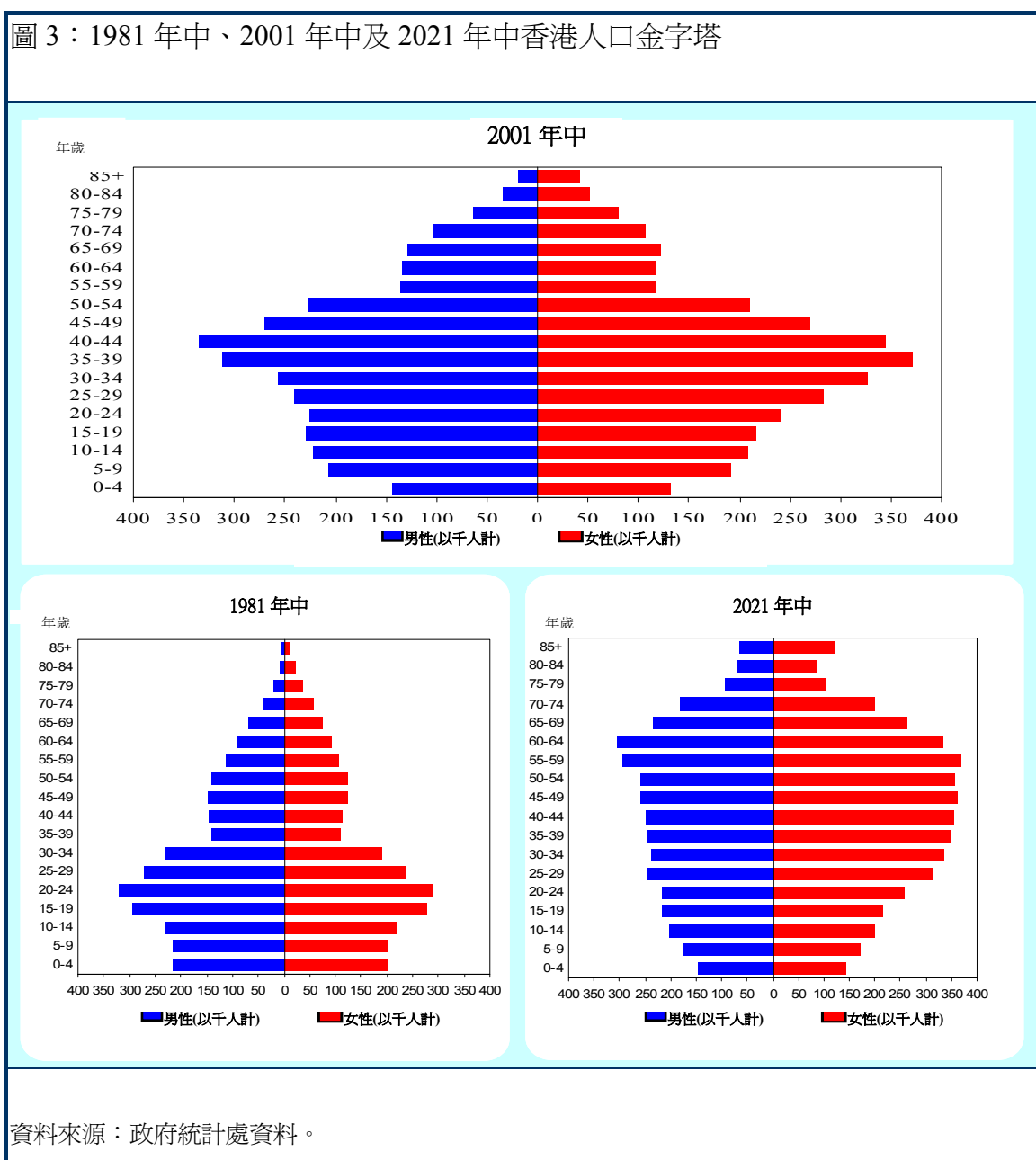
事實： 基於各種因素，每個人的老化過程不一。不同人士對老化的適應，差別甚大。

2. 人口

2.1 長者數目

香港一如其他許多已發展國家，年屆 65 歲及以上的人口在過去數十年間大幅增長。長者的數目由 1981 年中的約 344 000 人，增至 2001 年中的超過 753 600 人。政府統計處（統計處）預計，到了 2021 年中，長者的數目將達 140 萬人，佔香港人口 17.2%（圖 3）[5]。

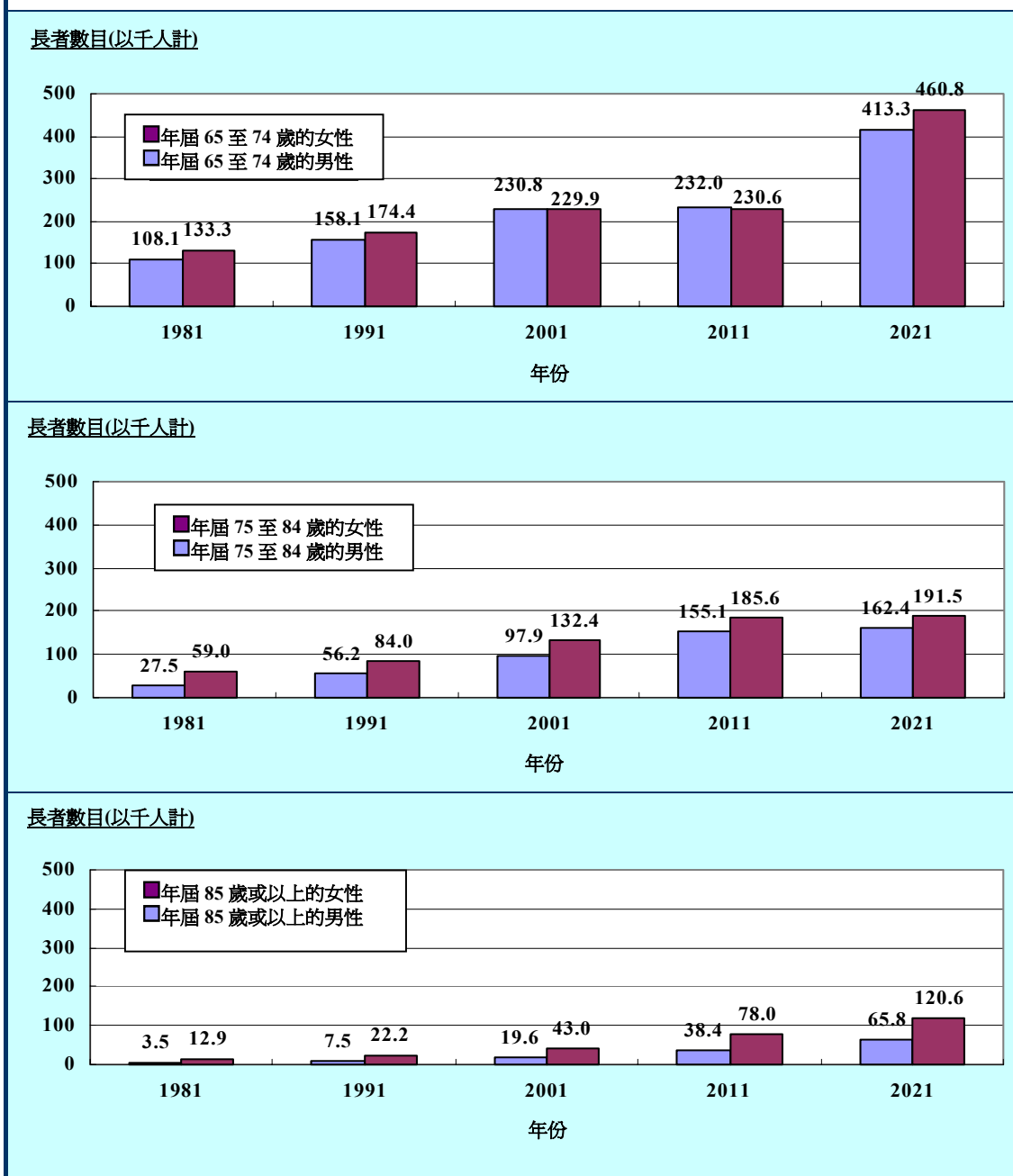
圖 3：1981 年中、2001 年中及 2021 年中香港人口金字塔



資料來源：政府統計處資料。

在年屆 65 歲及以上的人士中，增長最快速的預計為「最老的長者」(85 歲及以上)。於 2001 年中，有 62 600 人屬於這個年齡組別。到了 2021 年中，預計屬於這個年齡組別的人士數目將增加約三倍，達 186 300 人 (圖 4) [5]。

圖 4：按年齡組別及性別劃分，1981 年中至 2021 年中香港 65 歲及以上人士的數目 (以千人計) (2011 年中及 2021 年中的數字由 2001 年中數字推算所得)

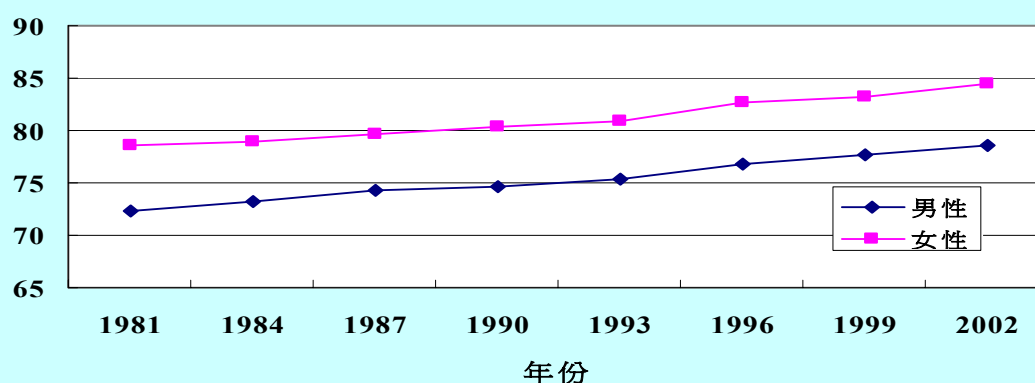


附註：由於四捨五入關係，圖表內個別項目的數字加起來可能與總數略有出入。
資料來源：政府統計處資料。

若論性別的分佈，香港和其他國家的情況相似，同樣是女性長者多於男性長者。這是因為在過去數十年間，女性一直較男性長壽 (圖 5)。於 2002 年，男性在出生時的平均預期壽命為 78.6 歲，而女性則為 84.5 歲，兩者相距 5.9 歲 [6]。

圖 5：按性別劃分，1981 至 2002 年香港人口出生時的平均預期壽命

預期壽命(歲)



附註： 基於下列原因，由 1996 年起的數據已予修訂：

- 1) 自 2000 年 8 月起匯集人口數字的方法有所改變；
- 2) 2001 年人口普查結果提供了最新的基準人口數據；
- 3) 結集出生時的平均預期壽命的方法有若干改進。

資料來源：政府統計處資料。

於 2001 年中，所有年屆 65 歲及以上人士中，女性佔 53.8%，而且女性長者所佔的比重更隨年齡上升。儘管在 65 至 74 歲這個年齡組別中男性和女性的數目相若，在 75 至 84 歲這個年齡組別的女性則較男性多，佔整體的 57.5%。這種情況在 85 歲及以上的年齡組別內更為明顯，比例約每三個人當中便有兩個是女性 [5]。

謬誤： 性別與老化過程無關。

事實： 男女老化過程有別。女士雖然壽命較長，但她們報稱患有較多慢性疾病。

2.2 婚姻狀況

一些研究顯示，單身的男性長者較易抑鬱及自殺 [7]，可見婚姻狀況會影響長者的心理社交健康。從實際的角度來看，若年長者健康欠佳、生病或已殘障，是否有配偶確會影響其生活安排及有沒有人照顧。

在 2001 年的長者中，有 59.9% 為已婚人士，只有小部分 (4.1%) 從未結婚 [8]。喪偶的女性長者遠較男性長者多 (4.2 名女性長者比一名男性長者)。於每個年齡組別中，喪偶的女性長者均比喪偶的男性長者佔較大比例 (表 1) [8]。出現這種差異的原因包括中年男士的死亡率比女士高，以及妻子通常比丈夫年輕。

表 1：按婚姻狀況、年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上人士的數目 (以千人計) 及所佔比例

年齡	從未結婚		已婚		喪偶		離婚/分居		總計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
65-74 歲	12.7 (5.5%)	4.6 (2.0%)	191.0 (83.2%)	131.1 (57.3%)	19.8 (8.6%)	87.2 (38.1%)	6.1 (2.7%)	5.8 (2.5%)	229.6 (100%)	228.7 (100%)
75-84 歲	4.3 (4.5%)	5.4 (4.1%)	69.0 (71.6%)	38.9 (29.7%)	21.3 (22.1%)	84.7 (64.8%)	1.7 (1.8%)	1.7 (1.3%)	96.3 (100%)	130.7 (100%)
85 歲及以上	0.6 (3.0%)	2.8 (6.7%)	10.7 (55.9%)	6.5 (15.3%)	7.6 (39.7%)	32.9 (77.4%)	0.3 (1.5%)	0.3 (0.7%)	19.2 (100%)	42.5 (100%)
總計	17.6 (5.1%)	12.9 (3.2%)	270.8 (78.4%)	176.5 (43.9%)	48.7 (14.1%)	204.8 (51.0%)	8.1 (2.4%)	7.7 (1.9%)	345.2 (100%)	401.9 (100%)

資料來源：2002 年政府統計處資料。

2.3 居住情況

一如婚姻狀況，居住情況能影響健康狀況及有否人照顧。不愜意的居住安排和缺乏社會支援，是影響長者產生抑鬱的危險因素。

隨着社會改變及愈來愈多人選擇建立核心家庭，許多人以為與以往上幾代比較，愈來愈多家庭不再照顧年長父母。然而，2001年人口普查顯示，居於社區的長者中，有87.5% (594 000人) 與配偶、子女及/或其他人同住，而只有12.5% 獨自居住。在獨居長者中，女性的數目多於男性 (前者57.5%、後者42.5%)，這種情況以最年長的長者尤其顯著 (表2) [8]。

表2：按居住情況、年齡組別及性別劃分，2001年香港年屆65歲及以上居於家庭住戶人士的數目 (以千人計) 和所佔比例

年齡	獨居		與配偶同住		與子女同住		與配偶及子女同住		與其他人同住		總計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
65-74歲	23.4 (10.6%)	24.1 (10.9%)	52.0 (23.7%)	43.4 (19.7%)	20.0 (9.1%)	76.0 (34.5%)	118.3 (53.8%)	68.8 (31.2%)	6.0 (2.7%)	8.3 (3.8%)	219.7 (100%)	220.6 (100%)
75-84歲	10.8 (12.4%)	19.9 (12.4%)	24.7 (28.5%)	12.9 (28.5%)	14.4 (16.6%)	55.3 (16.6%)	33.7 (38.9%)	13.7 (38.9%)	3.1 (3.6%)	10.1 (3.6%)	86.7 (100%)	111.9 (100%)
85歲及以上	1.9 (13.4%)	4.7 (18.4%)	3.6 (25.3%)	1.0 (3.8%)	3.7 (25.7%)	14.8 (57.5%)	4.3 (29.6%)	0.9 (3.3%)	0.9 (6.0%)	4.3 (17.0%)	14.4 (100%)	25.7 (100%)
總計	36.0 (11.2%)	48.7 (13.6%)	80.3 (25.0%)	57.3 (16.0%)	38.1 (11.9%)	146.1 (40.8%)	156.3 (48.7%)	83.4 (23.3%)	10.0 (3.1%)	22.7 (6.3%)	320.9 (100%)	358.2 (100%)

資料來源：2002年政府統計處資料。

部份長者因各種健康及社會問題無法於社區內獨立生活，而需要安老照顧及居於院舍。2001年接近人口普查時，約有 49 000 (6.6%) 長者住在安老院舍。截至 2003 年 9 月底，則約有 55 000 位長者居於安老院舍 [9]。這些長者中有許多均是年紀老邁和身體十分虛弱，需要經常照顧以協助日常生活。

謬誤：大多數長者均居於安老院舍。

事實：香港大部分長者與家人一同生活，只有 7% 的長者居於安老院舍。

2.4 住屋

住屋情況反映社會經濟地位，能影響長者自我照顧及自我肯定能力，這亦是他們能否安渡晚年的重要因素 [2, 10]。

2001 年人口普查顯示約有 226 110 位 (33%) 長者居於自置的私人永久性房屋 (表 3)。與整體人口比較，有較大比例的長者租住公營房屋 (前者有 32.7%、後者有 43.2%) [8]。

表 3：按房屋類型、居所租住權劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上居於家庭住戶人士的數目 (以千人計) 及所佔比例

房屋類型	居所租住權				總計
	自置 – 有按揭 /貸款	自置 – 沒有按揭 /貸款	租戶 (包括獨自租住/ 主要租住/ 共同租住/分租)	其他 (包括免租/ 由僱主提供)	
公營租住房屋	---	---	292.9 (87.2%)	0.5 (2.8%)	293.4 (43.2%)
資助出售房屋	49.2 (52.8%)	45.7 (19.7%)	0.5 (0.2%)	0.5 (2.6%)	95.9 (14.1%)
私人永久性房屋	43.9 (47.2%)	182.2 (78.5%)	39.3 (11.7%)	13.5 (76.9%)	278.9 (41.1%)
其他	0.015 (0.0%)	4.3 (1.8%)	3.3 (1.0%)	3.1 (17.7%)	10.7 (1.6%)
總計	93.1 (100.0%)	232.2 (100.0%)	336.0 (100.0%)	17.5 (100.0%)	678.8 (100.0%)

資料來源：2002 年政府統計處資料。

2.5 教育

教育程度影響社會經濟地位，也是晚年能否保持健康及生活安穩的重要因素。由於五十年代以前在香港受教育的機會不多，時下長者群的平均正規教育水平遠低於較年輕的成年人。

於 2001 年，具中學或以上教育程度的長者只有 18.4%，相比之下，年屆 15 歲及以上的整體成年人口中則有 75.0% 具中學或以上教育程度。此外，有 58.9% 的女性長者及 23.3% 的男性長者從未受教育或只有幼稚園教育程度 (表 4) [8]。

表 4：按教育程度 (最高就讀程度)、年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上人士的數目 (以千人計) 及所佔比例

年齡	未受教育/ 幼稚園程度		小學程度		中學/預科程度		專上教育程度		總計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
65-74 歲	46.4 (20.2%)	120.8 (52.8%)	116.0 (50.5%)	79.4 (34.7%)	52.5 (22.9%)	22.8 (10.0%)	14.7 (6.4%)	5.7 (2.5%)	229.6 (100%)	228.7 (100%)
75-84 歲	26.8 (27.8%)	84.3 (64.5%)	47.3 (49.0%)	34.2 (26.2%)	17.8 (18.5%)	10.2 (7.8%)	4.5 (4.6%)	1.9 (1.4%)	96.3 (100%)	130.7 (100%)
85 歲及以上	7.1 (36.9%)	31.6 (74.3%)	7.6 (39.7%)	8.1 (19.1%)	3.5 (18.1%)	2.3 (5.4%)	1.0 (5.3%)	0.5 (1.2%)	19.2 (100%)	42.5 (100%)
總計	80.3 (23.3%)	236.7 (58.9%)	170.9 (49.5%)	121.7 (30.3%)	73.8 (21.4%)	35.3 (8.8%)	20.2 (5.9%)	8.1 (2.0%)	345.2 (100%)	401.9 (100%)

資料來源：2002 年政府統計處資料。

然而，低知識水平並不妨礙長者參與學習。許多長者均透過參加識字班和按本身興趣追尋知識，達致自我提升及與時並進。研究資料顯示，如能給予較多時間，並採用「實踐學習」的方法 [11]，長者的學習能力並不比年輕人遜色。

教育是安享成功晚年的關鍵因素。
終生學習人人合宜。

香港社會服務聯會於 2001 年進行的一項調查發現，30.3%的長者綜合服務及社區中心會員在 9 個月內曾參加最少一項課程。這些課程包括基本識字、電腦應用及語言等多種科目 [12]。

謬誤： 長者無法學習新事物。

事實： 儘管學習的方式有所改變，學習能力不會隨年齡衰退。由於長者有較豐富的知識及經驗，對於很多新事物，他們的學習能力並不比年輕人遜色 [11]。

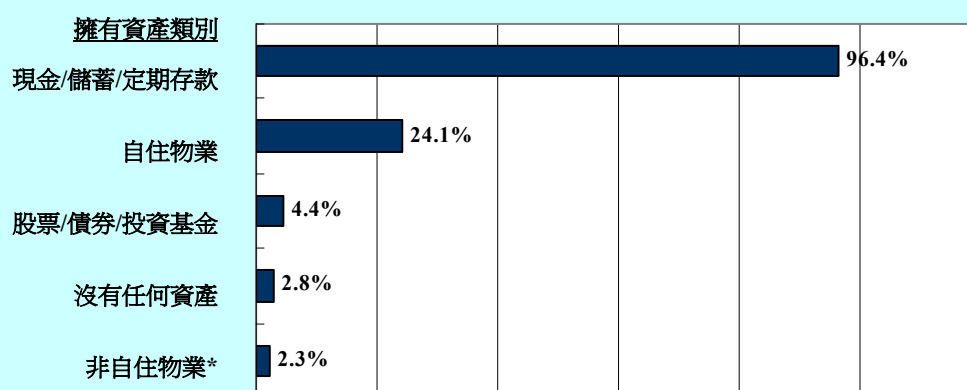
3. 經濟

3.1 資產

資產是顯示年長者經濟安穩程度及良好狀況水平的重要指標。他們擁有的資產愈多，在步入老年時維持理想生活水平的能力便愈強。

統計處於 2000 年就年屆 60 歲及以上人士進行的一項調查顯示，大多數 (96.4%) 的長者擁有「現金 / 儲蓄或定期存款」；只有 2.8% 的年長者於統計時沒有任何資產 (圖 6) [13]。

圖 6：按擁有資產類別劃分，2000 年香港年屆 60 歲及以上人士資產擁有比例



附註： *例如店舖及租用房屋單位。
可選多個答案。

資料來源：2001 年政府統計處資料。

3.2 受薪及非受薪工作

儘管有強制退休政策、失業或健康等因素影響就業，許多長者仍沒有選擇退休，而是繼續工作，為社會及整體經濟作出貢獻。

於 2001 年，約有 54 000 位 (7.2%) 長者投入勞工市場，分別佔 12.6% 及 2.6% 的男性及女性長者 (表 5) [8]。由於許多婦女在結婚生育後離開勞工市場，性別分佈上的差異可以理解。隨着預期壽命延長及出生率下降，預計未來將會有更多長者，包括婦女，繼續工作。

表 5：按年齡組別及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上人士的勞動人口參與率

性別/年齡	勞工人口參與率		
	男性	女性	總計
65-74 歲	17.0%	3.8%	10.4%
75-84 歲	4.4%	1.2%	2.6%
85 歲及以上	2.2%	0.4%	0.9%
總計	12.6%	2.6%	7.2%

資料來源：2002 年政府統計處資料。

2001 年的就業長者有較多從事「基層工作」(39.5%)，約五分一 (18.7%) 是經理、行政人員或專業人士，13.6% 任職「服務業工人及店舖銷售工人」。有 66.0% 的就業長者為僱員，而僱主與自僱人士的比例分別為 18.1% 及 12.4%。值得注意的是，有 3.5% 的就業長者為非受薪家庭工作者 [8]。

於 2001 年，就業長者每月主要職業收入中位數為 6 000 元，即約為整體人口相關中位數 (10 000 元) 的六成。有超過一半的就業長者 (54.6%) 月薪為 6 000 元及以上 (表 6)。年長男性每月主要職業收入中位數較女性高 (前者 6 500 元、後者 4 200 元) [8]。

表 6：按每月主要職業收入及性別劃分，2001 年香港年屆 65 歲及以上就業人士 (不包括非受薪家庭工作者) 所佔比例

性別	每月主要職業收入 (港元)			
	5999 或以下	6000-9999	10 000-19 999	20 000 或以上
男性	40.1%	27.8%	18.2%	13.9%
女性	69.7%	14.6%	9.0%	6.8%
總計	45.4%	25.5%	16.6%	12.6%

附註：由於四捨五入關係，統計表內個別項目的數字加起來可能與總數略有出入。
資料來源：2002 年政府統計處資料。

不再從事受薪工作，並不意味停止參與及不再貢獻社會。許多已退休的長者仍協助處理家務、照顧孩童以便他們的母親能投入勞工市場。於 2000 年，統計處估計有 22.1% 年屆 60 歲及以上的年長者負責照顧家庭成員 [13]。截至 2003 年 11 月底，有 67 501 位年屆 60 歲或以上的長者於社會福利署義務工作統籌課登記為義工 [9]。

謬誤： 長者對社會造成經濟負擔，而且沒有任何貢獻。

事實： 許多長者在老年時期仍繼續工作以維持自己和其他人的生活。此外，不少長者以非受薪家庭工作者的身份工作，而且許多婦女從沒放棄持家及照顧家人的責任。另一些人則擔任義工，為家人及社區作出重大貢獻。研究資料顯示，生產力並不會隨年齡大幅下降，工作態度及投入感對工作能力的影響比年齡更大。

3.3 收入及支出

長者退休後的收入水平，對其能否享受健康和稱心滿意的生活方式有很大影響。足夠的收入，關係一系列的物質安排，例如房屋質素及種類、飲食、衣著、交通、醫療及健康護理支出，均影響健康。此外，足夠的收入亦容許長者參與文化，康樂及社交活動 [14]。

除了從受薪工作賺取收入外，長者亦有其他多種收入途徑，包括財務投資的利息、子女或親戚的支援以及退休金。然而，亦有部分長者需要倚賴綜合社會保障援助 (綜援)。截至 2002 年 12 月底，有 149 024 位 (18.9%) 65 歲或以上的長者正接受綜援的資助。在這些長者中，66% 為單身長者，其中以女性為較多 (53%)。於 2002 至 2003 年度，一位年長的單身綜援受助者每月平均取得金額 3 980 元。此外，領取高齡津貼的長者共有 455 740 位，佔 65 歲及以上長者的 58%。70 歲及以上長者的每月津貼為 705 元；毋須先進行經濟狀況調查，共有 65% 領取。65 至 69 歲長者的每月津貼為 625 元；須先進行經濟狀況調查，共有 43.0% 領取 [9]。

與仍就業人士比較，已屆退休年齡的人士的支出水平往往較低，支出模式亦不同。支出固然反映財務狀況是否良好，然而，在年紀較大的年齡組別中，支出亦受多種其他因素影響，例如「切勿浪費」的價值觀較為普遍、他們需為家庭提供的經濟支持較少。在支出項目方面，統計處於 2000 年進行的一項調查顯示，95.6% 年屆 60 歲及以上的長者，每月要自付一個或多個項目的開支。最常被提及的支出項目為食物及交通 [13]。

謬誤：大多數老年人生活於貧苦中，倚靠綜援作為其主要收入來源。

事實：貧窮並不源自年長。長者和各種年紀的人士無異，各有不同的經濟環境。許多老年人過着經濟穩定的退休生活，毋須倚賴綜援。

4. 健康風險及行爲

4.1 吸煙

吸煙被公認爲引致非傳染性疾病最重要而又可以改變的危險因素，對年輕或老年人皆然。而且，吸煙亦是導致早逝的一個主要而又可以避免的原因 [2]。許多長者在吸煙害處廣爲人知以前已經開始吸煙。累積了數十年吸煙的損害，他們往往患上與吸煙有關的疾病，例如肺癌、慢性阻塞性氣管病及冠狀動脈心臟病(冠心病)，後者更是致命的主因。雖然許多人以爲對長期吸煙者來說，戒煙並無多大好處，但實際上，任何時間戒煙均有益健康。一些研究指出，即使是年紀很大的人，戒煙亦會對健康帶來極大好處 [15]。

*從一開始就不吸煙或在任何年紀戒煙，
都可以減少疾病和延年益壽。*

統計處於 2001 年進行的一項主題性住戶統計調查指出，12.9%年屆 60 歲及以上的長者爲每日吸煙者，比率較中年組別低。一如其他年齡組別，年長的每日吸煙者所佔百分比，已由 1998 年的 13.9%下降至 2001 年的 12.9%。同時，有較大比例的已戒煙人士爲長者〔表 7〕[16]。

表 7：按年齡劃分，2001 年香港每日吸煙者及曾經每日吸煙但已戒煙者的數目 (以千人計)、百分比及比率

年齡組別	習慣每日吸煙者			曾經每日吸煙的已戒煙者		
	人數 (以千人計)	百分比	比率*	人數 (以千人計)	百分比	比率*
15-19 歲	20.6	3.0%	4.5%	2.4	1.1%	0.5%
20-29 歲	113.3	16.4%	12.1%	10.0	4.8%	1.1%
30-39 歲	156.4	22.6%	12.1%	22.8	10.8%	1.8%
40-49 歲	170.8	24.7%	14.1%	43.5	20.6%	3.6%
50-59 歲	101.9	14.7%	14.8%	36.2	17.1%	5.2%
≥60 歲	129.4	18.7%	12.9%	96.0	45.5%	9.6%
整體	692.5	100.0%	12.4%	210.9	100.0%	3.8%

附註： *在個別年齡組別內每千人中所佔的人數。

由於四捨五入關係，統計表內個別項目的數字加起來可能與總數略有出入。

資料來源：2001 年政府統計處資料。

雖然沒有資料顯示這些已戒煙者在甚麼年紀時戒煙，但一項於長者健康服務進行的隨機抽樣電話調查發現，701 位曾於 2000 年使用長者健康中心的年長吸煙者中，25.5% 已於 2 年的跟進期內成功戒了煙 [17]，顯示長者也有能力成功戒煙。

謬誤： 戒煙對長者來說為時已晚。他們無法停止吸煙，而且戒煙對他們並無好處。

事實： 即使是較年長的人士，只要放棄吸煙，身體會馬上開始修復由吸煙造成的損害，減少患上與吸煙有關的疾病的机会。因此，吸煙者透過戒煙來改善健康永遠不會為時太晚，而且有許多長者已經成功戒煙。

4.2 運動

老年不應成為積極生活的障礙。消極而靜態的生活方式，是促使日後健康和機能衰退的重要危險因素。然而，缺乏運動的生活可以改變 [18]。患有慢性痛症、退化性關節炎或其他慢性疾病的人，更應定時運動 [19]。與年輕人一樣，經常運動的長者也可以從運動中得益，例如增強肌肉力量，減少肌肉疼痛等 [20]。運動亦可改善長者的情緒 [21] 及身體機能 [22]。

*保持適量運動是促進長者身心健康的
重要又可行之道。*

儘管活動量會隨年齡增長而下降，許多長者仍然保持活躍和參與體育活動。1995 至 1996 年一項研究心血管危險因素的報告指出，有 40.2% 年齡 60 至 74 歲的長者表示在過去一個月內曾做運動以促進身體健康，其中有超過五分之四的長者有 12 節或更多長達 30 分鐘的運動 [23]。2001 年的一項運動參與情況調查亦顯示，49% 年齡 65 歲及以上的長者參與不同類別和活動量的運動，包括游泳、緩步跑、遠足或步行 [24]。

在 2002 年長者健康中心的 42 310 位登記會員中，有 89.5% 的長者每星期至少運動三次。在有進行運動的長者中，最常做的是伸展運動 (41.9%)，其次是傳統運動如太極 (21.4%)、散步 (21.0%)，及帶氧運動 (11.3%)。他們大部份 (84.6%) 每次運動最少 30 分鐘 [17]。

謬誤： 由於身體虛弱，運動對長者並不安全。

事實： 任何年齡的人士均應要有定期運動的習慣。長者雖較常面對身體虛弱、步履不穩或患有慢性病等情況，但並不表示他們不適合進行運動。事實上，適當運動對保持健康十分重要，而且可以幫助延緩體能衰退。關鍵在於慢慢開始，然後按照個別的身體狀況逐步加強。

4.3 飲食習慣

營養是保持晚年健康的重要因素。然而，一些長者對食物的誤解，往往影響了他們的飲食習慣。例如認為牛肉「毒」便避免食用，或相信湯水含有烹調材料的精華，因而喜歡以豬骨或雞腳來熬湯喝，以強化骨骼，卻忽略了骨湯比瘦肉湯含有更高脂肪及膽固醇。

一如其他年齡組別的人士，長者的飲食亦應按照健康飲食金字塔的指引。飲食應該定量定時及以低飽和脂肪、低鹽、低糖但高鈣為主，應多選擇植物性食物如五穀和蔬果，再配以適量的蛋白質食物如肉類等。

*健康飲食的三大要素是：多種類、適量及平衡。
達致此目標的最佳方法是按照健康飲食金字塔的指引選擇食物。*

於 1994 年就 1 480 位 60 歲及以上長者進行的一項調查顯示，86.2%的長者每日均有進食水果及超過 90%每日有進食蔬菜。雖然只有少數受訪長者（少於 4%）表示經常食用膽固醇含量較高的肥肉（如牛腩、臘肉、肥豬肉）、罐頭食品、內臟（如肝、腦、心、腸及腎）或海產（如魷魚、墨魚、蝦及蟹肉），但有五分之一受訪者經常飲用骨頭湯、忌廉湯、或其他脂肪含量高的湯，以及有八分之一長者經常食用油炸食物（如春卷、雞翼）(表 8) [25]。

表 8：按食物種類劃分，1994 年香港 60 歲及以上人士的飲食習慣

食物種類	頻密度		
	從未/很少	偶爾	經常
骨頭湯、忌廉湯、其他脂肪含量高的湯	58.7%	21.6%	19.7%
油炸食品(如春卷、雞翼)	60.9%	27.0%	12.2%
肥肉(如牛腩、臘肉、肥豬肉)	85.7%	10.4%	3.9%
魷魚、墨魚、蝦及蟹肉	84.0%	12.7%	3.3%
罐頭食品(午餐肉、鹹牛肉、肉腸)	72.2%	24.7%	3.1%
內臟(如肝、腦、心、腸及腎)	90.2%	8.1%	1.7%

附註：由於四捨五入，所以相加後或不等於 100%。
資料來源：1997 年 Leung and Lo。

飲酒習慣並不普遍。除了酗酒有害健康外，酒精與藥物的相互作用所造成的影響對長者尤其不可忽視。統計處於 2002 年進行的一項主題性住戶統計調查反映，有 57 900 位 (7.5%) 長者有飲用酒精類飲品的習慣，其中大部分 (84.8%) 為男性。調查亦顯示約有 65 500 位 (8.5%) 長者已戒酒 [26]。於長者健康中心的會員中，有飲酒習慣的情況並不常見。在 2002 年的 42 310 位會員中，只有 3.7% 有飲酒習慣，另有 15.8% 只會在社交場合或特別情況下飲酒 [17]。

謬誤： 要有健康的晚年，關鍵在於父母的健康。

事實： 身體的老化情況並不單單取決於遺傳基因。雖然遺傳因素對達致百歲人瑞十分重要，避免死於中年卻取決於生活方式。除了極少數的例外，只有約 30% 的身體老化情況是遺傳因素所致，而 70% 則歸因於個人的生活方式，例如飲食和行爲。

4.4 過重及肥胖

過重及肥胖的問題遍及所有年齡組別和社會階層，除了可縮減壽命外，亦增加患上多種慢性疾病的風險，包括糖尿病、膽石、心臟病，中風、乳癌及結腸癌，同時亦令膝關節毛病及靜脈曲張惡化。

過重及肥胖一般以體重指標 (BMI) 來量度及界定。世界衛生組織界定體重指標 25kg/m^2 或以上為過重，而 30kg/m^2 或以上則為肥胖。在 2002 年長者健康中心的 42 310 位長者會員中，34.6% 的女性及 32.4% 的男性過重；6.4% 的女性及 3.2% 的男性屬肥胖 (表 9) [17]。

表 9：按年齡組別及性別劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上會員以體重指標界定的體重分佈比例

年齡組別	過輕 (體重指標少於 20kg/m^2)		適中 (體重指標 $20-24.9\text{kg/m}^2$)		過重 (體重指標 $25-29.9\text{kg/m}^2$)		肥胖 (體重指標 30 或多於 30kg/m^2)		總計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
65-69 歲	3.2%	3.2%	58.7%	54.2%	35.0%	35.9%	3.1%	6.7%	100%	100%
70-74 歲	4.7%	3.8%	57.8%	53.3%	33.7%	36.0%	3.8%	6.9%	100%	100%
75-79 歲	5.5%	4.7%	60.3%	53.5%	31.2%	35.3%	3.0%	6.5%	100%	100%
80-84 歲	6.8%	7.3%	63.9%	59.2%	27.0%	28.9%	2.3%	4.6%	100%	100%
85 歲及以上	11.1%	11.6%	65.1%	61.4%	22.1%	23.9%	1.7%	3.1%	100%	100%
總計	4.9%	4.5%	59.5%	54.5%	32.4%	34.6%	3.2%	6.4%	100%	100%

資料來源：2002 年長者健康中心資料。

4.5 口腔健康

很多人對牙齒的脫落原因有誤解，譬如有 60.0%以上的長者認為年紀大了，失去牙齒是必然的 [27]。事實上，蛀牙及牙周病能導致牙齒脫落，而這並非老年無可避免的情況。

口腔護理不足，可能是由於對蛀牙及牙周病的成因缺乏認識。2001 年口腔健康調查報告顯示，約有三分之一至三分之二年齡介乎 65 至 74 歲居於社區的長者不知道蛀牙及牙周病的成因和預防方法 [27]。

最佳的口腔護理方法包括：用合適的牙刷及含氟化物的牙膏妥善清潔牙齒，並輔以齒隙清理、定期檢查牙齒、保持良好的飲食習慣及避免吸煙和飲酒。在居於社區的長者中，只有 9.1%定期檢查牙齒。差不多所有 (98.7%) 尚有牙齒的長者表示會每天刷牙，而三分之二在睡前會刷牙。然而，這羣長者中只有 1.6%表示每日使用牙線清除牙垢。雖然他們吃零食的習慣並不常見，但每五位長者中便有一位表示有吸煙的習慣 [27]。

*長者的口腔健康護理包括 3 方面：
護理牙齒及牙齦、定期檢查牙齒，
以及護理可脫下的假牙。*

若論口腔健康狀況，2001 年口腔健康調查報告顯示，只有 8.6%居於社區年屆 65 至 74 歲的長者完全沒有牙齒；及 49.7%的長者尚有多於 20 顆牙齒〔恆齒原有 32 顆〕以維持最基本功能。超過一半居於社區的長者患有未經治理的蛀牙，而且，這些長者中亦有超過一半有牙周袋 [27]。從口腔健康行為的調查結果看來，這些長者可能會繼續出現新的蛀牙及牙周病，甚或會有進一步的牙患以致最終牙齒脫落。

長者的口腔健康習慣尚需進一步改善，因此推廣口腔健康應以居於社區的長者為目標，設法改善口腔護理，以防牙齒脫落。

謬誤： 年紀大了，牙齒便會自然脫落。

事實： 晚年失去牙齒並非人生自然會發生的事。若能在口腔健康習慣方面作出改善，便可保持口腔健康，預防牙齒脫落。

4.6 休息及睡眠

睡眠欠佳於長者相當普遍，這或與步入老年的生理變化及許多其他因素有關，包括自覺健康欠佳、身體不適、所服藥品（例如若干高血壓藥、利尿藥、尼古丁或咖啡因）、情緒問題（如抑鬱或焦慮）、以及生活出現重大改變（包括失去配偶或改變居住環境）等因素。一般而言，長者的「睡眠安穩程度」（即睡眠時間與躺在床上總計時間的比率）會較年輕者低，而且斷斷續續的睡眠亦比較普遍。患有失眠的長者有時候會獲醫生處方安眠藥，但長期服用這些安眠藥可能會帶來危險，例如跌倒、失去工作能力，以及增加患病及死亡率 [28]。

未經處方使用安眠藥可構成危險。
吸煙、喝酒、喝咖啡及茶對睡眠均有不良影響，可免則免。
日間適量運動則有助晚上入睡。

1999 年一項就 1 034 位 70 歲或以上居於社區的長者進行的研究發現，有 75.0% 的長者表示睡不安穩以及有 38.2% 的長者患有失眠。該研究亦指出，只有 2.8% 的長者曾在一年內服用安眠藥 [29]。

謬誤： 失眠是年老帶來的必然現象。

事實： 失眠通常由多種因素造成。精神病、神經系統及其他內科疾病亦能影響睡眠。如將失眠視為正常現象，可能會忽視背後的問題，如抑鬱症。

4.7 性生活

現今社會對長者的性生活仍存有種種負面看法。許多人的一貫看法是以為長者對性沒有興趣、性無能，以及沒有性生活。而長者有性生活一直被認為是不恰當和不道德的。家庭成員、照顧者以至整體社會都傾向忽略長者的性需要。

在 1999 年一項訪問了 847 位 60 至 99 歲男女長者的研究發現，受訪者普遍對性行為有誤解及甚少有性生活：75.1%的受訪者覺得長者甚少需要或不需要性生活；只有 13.5%的受訪者在過去 2 個月內曾與異性進行性交 [30]。

2001 年一項訪問了 258 位 61 至 70 歲男性的男士健康調查顯示，41.5%的受訪者在過去 6 個月內有性伴侶。在這些有性伴侶的受訪者中，有 56.4%對當中每次或大部分性交經驗感覺滿意 [31]。

另一項在 2002 年訪問了長者健康中心 519 位 65 至 95 歲男性長者的調查指出，約有 48.7%的受訪者認為性對長者並不重要，而 23.9%的受訪者則同意長者有性行為是不恰當的。然而，當受訪者被問及其性慾及過去一年的性行為時，66.7%的受訪者表示有性慾；14.8%曾進行手淫，而 53.2%則有性生活。在那些已婚或與人同居的受訪者中，表示在過去一年內與妻子、女朋友(若有)、性工作者(若有)進行性交時感覺滿意(在過半次數中)的百分比分別為 69.7%、64.3%和 83.3% [32]。

謬誤： 長者不應有性生活。況且，他們對此已不再有興趣。繼續有性生活的長者是不道德的。

事實： 性行為和性慾並不會隨年長而消失。年紀大不會令人自動喪失對性的興趣。有頗大部分的長者仍對性感興趣，並能進行性行為和享受性愛。同時，性生活並不限於實質的性交活動，亦包括親密的身體接觸。

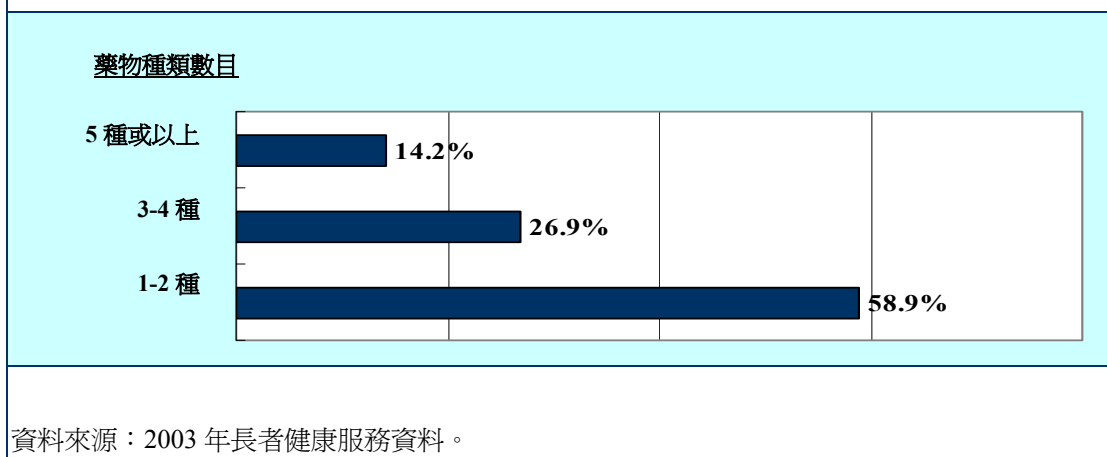
4.8 服用藥物、中藥產品或食品

許多長者均患有慢性疾病，因此使用藥物的情況很常見。部份長者亦會服用成藥如維他命及止痛藥。由於他們很多時會服用不只一種藥物，因此有需要特別注意因藥物、飲食和疾病之間相互影響而可能產生的不良後果，以及因藥物混淆和未能遵從服用指示而產生的問題。

香港許多長者採用中藥產品及食品作治療或保健用途。統計處於 1999 年進行的一項主題性住戶統計調查研究了中藥產品及食品的使用情況，結果反映有 14.5% 的長者在過去一個月內曾服用中藥產品或食品，有五分之二曾使用中藥作外敷用途 [33]。

在 2002 年於長者健康中心登記為會員的 42 310 位長者中，過半數 (61.8%) 在登記前有定期服用經處方的西藥，而其中有 14.2% 服用超過 5 種或以上西藥(圖 7)。在定期服用藥物的受訪者中，約有 2.6% 在遵從服藥指示方面有問題，例如不依時服用，或不依照處方的服藥次數及份量 [17]。

圖 7：按藥物種類數目劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上有定期服用藥物的會員在登記為會員前服用經處方西藥的比例



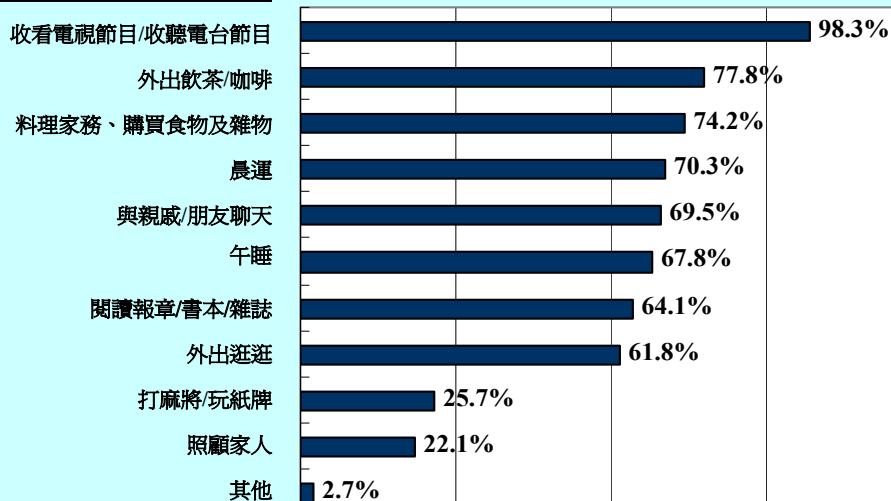
4.9 社區參與及閒暇消遣

參與康樂及閒暇活動，對保持身心健康及社交生活相當重要。退休被視作卸下家庭和工作責任，和享受康樂社交活動的時間。然而，並不是所有長者均渴望外出及保持「忙碌」。和年齡因素相比，個人性格或環境因素對參與康樂活動的程度影響更大 [34]。

統計處於 2000 年就年屆 60 歲及以上人士進行的一項綜合住戶統計調查顯示，有頗大部分長者在日常生活中參與多種不同康樂及閒暇活動。在不同的日常活動中，「收看電視節目或收聽電台節目」是最受長者歡迎的家居消閒活動，而「外出飲茶或咖啡」則是最常被提及的戶外活動 (圖 8) [13]。

圖 8：按在日常生活會參與的活動類別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士的比例

在日常生活會參與的活動類別



附註：可選多個答案。

資料來源：2001 年政府統計處資料。

謬誤： 長者多是孤獨的，不大外出參與社交活動。

事實： 很多退休人士均有參與多種室內休閒及戶外康樂活動，並維持活躍而獨立的生活。不少長者和年輕人一樣，興趣廣泛，並有不同樂在其中的嗜好。

香港所有不同年紀的人士都有同等的公民權利，可以融入社會、結社、投票或參選。在 1998 和 2000 年度的立法會選舉中，有超過 273 000 位 61 歲及以上的長者參與投票 (表 10) [35]。截至 2003 年 11 月底，有超過 67 000 位 60 歲或以上的長者於社會福利署義務工作統籌課登記為義工，為不同的義工計劃作出貢獻 [9]。

表 10：按年齡組別及性別劃分，1998 至 2000 年香港 61 歲及以上參與立法會選舉及區議會選舉人士的數目(以千人計)

年齡組別	1998 年 立法會選舉				1999 年 區議會選舉				2000 年 立法會選舉			
	登記選民		投票人數		登記選民		投票人數		登記選民		投票人數	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
61-65 歲	90.4	71.0	54.4	41.4	89.1	71.2	34.3	27.3	93.3	75.1	49.1	38.3
66-70 歲	79.5	64.6	46.8	35.1	82.7	67.0	33.0	24.8	89.1	72.5	46.8	34.4
71 歲及以上	113.2	119.5	52.8	43.2	121.1	127.6	41.3	35.6	133.0	141.4	58.6	48.0
總計	283.1	255.1	154.1	119.8	293.0	265.8	108.6	87.7	315.3	289.1	154.5	120.7

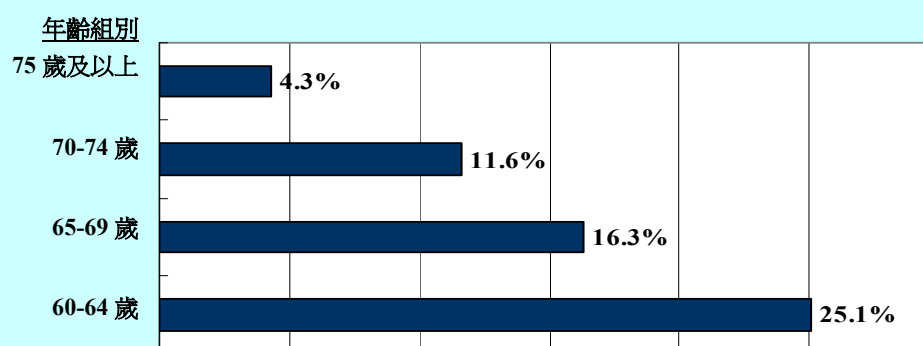
資料來源：政府統計處資料。

4.10 預防性護理

很多重要的疾病例如某些癌症、高血壓或糖尿病，在早期均無跡可尋。因此患者包括長者往往不知道自己患上這些疾病。定期的健康檢查可及早發現一些疾病，有助在健康未受嚴重損害前進行有效的治療。

雖然癌症可能發生在任何年紀，但在長者較為常見。第二層的預防工作，即及早察覺，已被證明是一種有效的預防措施。例如透過子宮頸細胞檢驗，可及早驗出癌病前期的細胞變化。雖然現時已有較多長者使用預防服務，但情況仍可以進一步改善。例如在 1999 年，65 歲及以上婦女的子宮頸癌發病率便遠高於 40-44 歲組別的婦女，前者每十萬人有 39.4 人，後者則為每十萬人有 16.2 人。雖然患癌比率傾向隨年齡增加，但這種差異部分亦可能是因為長者較少注意預防疾病。統計處於 2002 年進行的一項主題性住戶調查顯示，只有 9.4% 年屆 65 歲及以上的年長婦女曾接受子宮頸細胞檢驗 (圖 9) [26]。

圖 9：按年齡劃分，2002 年香港 65 歲及以上婦女曾接受子宮頸細胞檢驗的比例



資料來源：2003 年政府統計處資料。

量度血壓能幫助減低老人發病及死亡率。原因是因為循環系統疾病在老年人中很常見，而且治療高血壓已被證實可減少相關的併發症。研究證據亦已確定血壓普查及治療的成效 [36]。1995 至 1996 年一項心血管疾病危險因素研究指出，分別有 24.5%及 18.8%年齡 65 至 74 歲的男、女長者患有輕度高血壓。至於年長男性及女性明確患有高血壓的比率，則分別為 26.5%及 35.7% [23]。於 2002 年，長者健康中心登記會員患有高血壓的比例為 46.5% [17]。

肺炎及下呼吸道感染是導致長者死亡的重要原因。流行性感冒防疫注射可減低包括肺炎等併發症的發病率，從而減少長者的住院及死亡率。因此，有可能因流行性感冒而出現併發症的長者，應接受防疫注射 [37]。由於居於院舍的長者有較大機會在流感爆發期內受感染，衛生署每年均為他們免費提供流行性感冒防疫注射。於 2003 年，有超過 52 000 位居於院舍的長者曾接受防疫注射，整體覆蓋率為 90.6% [17]。同年，患上慢性疾病和有經濟困難的長者，政府亦為他們免費提供流行性感冒防疫注射。

4.11 虐待及疏忽照顧

基於種種原因，部分長者較易受到虐待及疏忽照顧。虐老泛指「傷害長者福祉或安全的行爲，或不作出某些行爲以致長者的福祉或安全受到傷害」。這些行爲包括身體虐待（如毆打）、心理虐待（包括任何可能危害或損害長者心理健康的行爲或態度，例如羞辱、孤立等）、侵吞財產（例如侵吞或濫用長者金錢、物業及資產）、性侵犯、遺棄（照顧者或監護者在沒有合理原因下遺棄長者，以致傷害長者的身心）以及疏忽照顧（嚴重或長期忽視長者生活上的基本需要）[38]。

長者往往對受虐感到尷尬、羞愧或不安，因而對舉報及求助卻步，因此虐老事件可能不爲人所知。一些受害人不願意承認受到虐待，是因爲害怕遭遺棄、報復或被送入院舍，部份甚至不察覺自己正受到虐待。由於由社會福利署管理，用以搜集長者受虐個案資料的「虐待長者個案中央資料系統」於 2004 年 3 月份才開始運作，所以目前未能完全掌握問題的普遍程度和嚴重性。

虐老是一個十分複雜的問題，背後往往有長期性的社會因素，例如施虐者與長者之間長期關係惡劣。虐老的危險因素包括倚賴、缺乏緊密的家庭聯繫、缺乏經濟和社區支援等等。照顧者面對照顧工作所帶來的壓力、勞累、以及照顧者本身缺乏支援和欠缺照顧體弱長者的技巧，都可能是導致虐待及疏忽照顧長者的原因。其他社會因素，例如對老年人的歧視和對老齡化的誤解，均令長者較易成爲受害者。同時，受害者也可能持有同樣負面的態度，視惡意的對待爲咎由自取，故此令揭發虐待長者的事件增添困難 [39]。

要引起公眾對虐老問題的關注，可以在社會廣泛推行教育活動，使公眾認識老年健康和如何與長者改善關係及溝通，以及了解虐待長者問題。各種社區資源和支援網絡，例如訓練照顧者及提供暫托服務以紓緩照顧者壓力，都有助減輕問題。

*虐老是社會的悲劇，而且可能不為人所知。
照顧長者是每個家庭的責任，
任何年紀的人都不應受到身體或精神上的虐待。
照顧者在遇到壓力時應尋求協助，以避免虐老問題發生。*

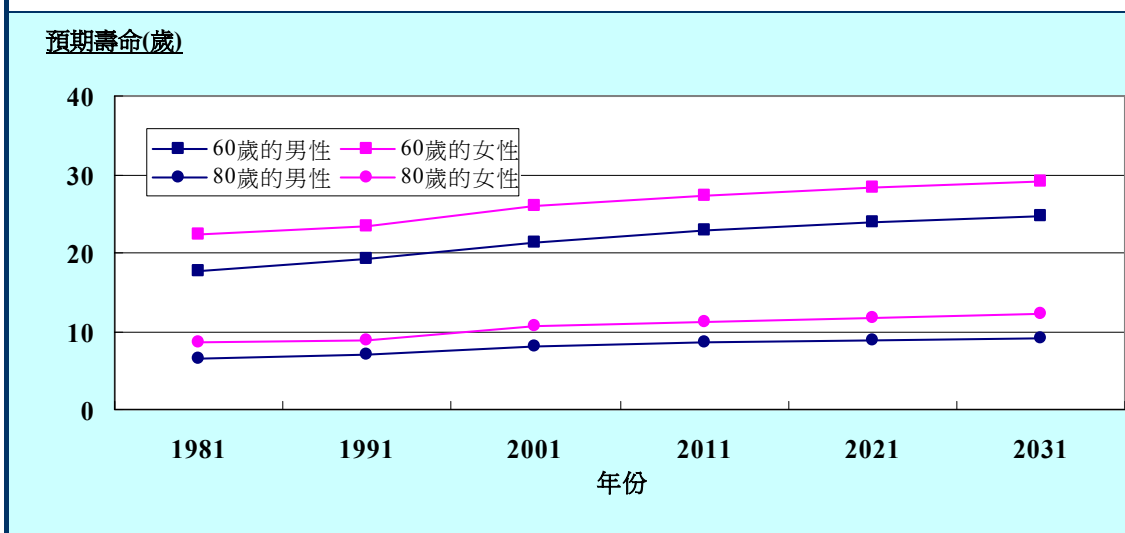
5. 健康狀況

5.1 60 歲及 80 歲後的平均預期壽命

平均預期壽命延長，反映人口健康狀況有所改善。香港人愈趨長壽，長者亦不例外。這可歸因於保健服務的改進和擴展、生物科學及醫療科技的進步、有效的預防及控制疾病公共衛生措施，以及長者本身對促進及保持健康有更深入了解。

若以現時的死亡率趨勢推算，香港於 2001 年時年屆 60 歲的婦女預期可以再多活 26 年，較 1981 年時年屆 60 歲的婦女約長壽 4 年。而年屆 60 歲的男性則預期可以再多活 21 年，較 1981 年時年屆 60 歲的男性長壽 3.7 年 (圖 10) [40]。

圖 10：按性別劃分，1981 至 2031 年香港 60 歲及 80 歲長者的平均預期壽命 (2011 年、2021 年及 2031 年的數字由 1999 年年中數字推算所得)



附註： 基於下列原因，由 1996 年起的數據已予修訂：

- 1) 自 2000 年 8 月起匯集人口數字的方法有所改變；
- 2) 2001 年人口普查結果提供了最新的基準人口數據；
- 3) 結集出生時的平均預期壽命的方法有若干改進。

資料來源：政府統計處資料。

有關推算顯示，於 2031 年時年屆 80 歲的男性長者預期可再多活 9 年，而女性長者則再多活 12 年，分別較 2001 年時年屆 80 歲的長者長壽 1 歲及 1.6 歲 [40]。

*長壽是人類世代追求的目標。
人口老齡化是人類的偉大成就，
亦是面對未來的一大挑戰 [2]。*

5.2 自我評估的健康狀況

單是年齡的增長並不是健康必定會衰退的指標。經濟有困難、教育水平較低及缺乏人脈網絡的人，自我評估的健康狀況往往較差。在長者而言也是一樣 [41]。

一項於 2002 年進行的主題性住戶統計調查顯示，約有三分之一 (31.0%) 年屆 65 歲及以上居於社區的長者自評其健康為極好，十分好或好，而 46.0% 的長者則自評為一般。只有少於四分之一 (23.0%) 認為本身健康差勁 [26]。

1999 年的《香港住戶統計調查報告》發現，認為自己健康良好的男性長者較同齡的女性為多 (表 11) [42]。2002 年另一項在 647 名長者健康中心會員進行的有關健康的生活質素研究調查發現，女性長者在全部八個 SF-36 健康調查範疇均獲較低分數，顯示女性長者自評的健康狀況較同齡的男性長者差，這些範疇包括體能、因身體健康問題引致角色上的限制、身體痛楚、一般健康狀況、活力、社會功能、因情緒問題引致角色上的限制，以及精神健康狀況 [43]。

表 11：按性別劃分，1999 年香港 65 歲及以上人士自我評估的整體健康狀況的比例

性別	自我評估的健康狀況				
	極好	十分好	好	一般	差
男性	6.1%	11.6%	22.6%	45.1%	14.6%
女性	6.3%	13.5%	16.8%	47.4%	16.0%
總計	6.1%	12.6%	19.4%	46.4%	15.5%

資料來源：1999 年香港住戶統計調查報告。

男性與女性自評健康狀況的差別，或可反映他們遇到的不同健康問題及程度。這些分別亦表示他們對健康的不同感受和反應，包括對疾病適應力和對健康的期望。

謬誤： 年老必然健康衰退。

事實： 年齡增長並不等於健康衰退。雖然與老化有關的慢性疾病及功能衰退可能會為長者（尤其是年紀老邁的人士）的日常生活帶來考驗，但大部分長者都認為其健康尚佳或相當好，大致無礙。

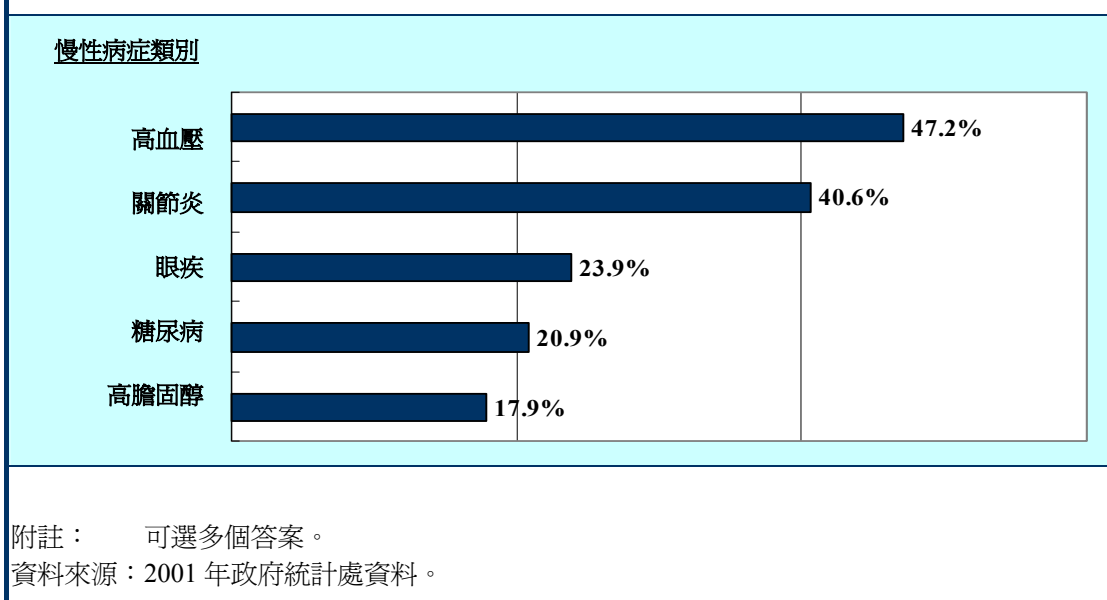
5.3 慢性疾病

慢性疾病即指長期性的病患。慢性疾病一旦令長者無法參與社會功能，便會對長者、其家人以至社會造成沉重的負擔。然而，並非所有慢性疾病均會令患者喪失獨立能力。如能適當處理，許多患上慢性疾病的長者均能享受積極、有貢獻及豐盛的人生。

統計處於 2000 年進行的一項綜合住戶統計調查，研究了香港長者的人口特徵、健康及經濟概況，結果顯示 71.8% 年屆 60 歲及以上居於社區的長者報稱患有最少一種慢性疾病，而五分之一的受訪者有兩種、11.8% 有三種、9.9% 有四種或以上的慢性疾病 [13]。

最常見的慢性疾病為高血壓、關節炎及眼疾 (圖 11)。和同齡的男性長者相比，有較大比率的女性長者報稱患有慢性疾病 [13]。一項就 1998 至 1999 年度 12 間長者健康中心會員進行的研究亦有類似發現 [44]。

圖 11：按慢性疾病類別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士患上最常見五類慢性疾病的比例



高血壓是長者最常患有的慢性病症。於 2000 年，香港差不多有一半 (47.2%) 年屆 60 歲及以上的長者患有高血壓，需要定期覆診及治療 [13]。

關節炎 (風濕) 並非單一的疾病。這是一籃子超過 100 種牽涉關節及其他軟組織的疾病的統稱，包括退化性關節炎、類風濕性關節炎、痛風症、滑囊炎、纖維肌痛症或紅斑狼瘡等。這些疾病均會引致痛楚、殘障、和限制患者日常活動的能力 [45]。於 2000 年，有 40.6% 年屆 60 歲或以上的長者報稱患有關節炎 [13]。雖然關節炎通常無法根治，但痛楚及殘障的程度則可透過不同治療方法和生活方式的調節予以減輕。

*健康問題及隨之而來的症狀例如疼痛或機能障礙，
通常歸因於病症而非老化。
適當治療這些病症可改善患者的生活質素。*

視力障礙是影響長者生活質素的一個重要健康問題。它不但直接影響長者與家人及朋友的溝通，令長者無法全力投入康樂及社區活動，並且削弱長者的獨立能力，甚至令長者與社會隔離。同時，視力障礙亦是導致長者跌倒以及患上抑鬱的重要成因。1998 年一項就居於沙田區 60 歲或以上長者進行的研究發現，69.6% 的視障問題是由白內障、青光眼或與年齡有關的視網膜黃斑退化所致。其中 7.9% 的受訪者有一只眼睛失明，而 1.8% 的受訪者則雙目失明 [46, 47]。

謬誤： 老年人患上慢性疾病是無可避免的。

事實： 雖然長者較常患上慢性疾病，但這並不一定是由老化直接造成。從生物學的角度，老化所帶來的退化速率因人而異。一些退化（例如骨質疏鬆、視力改變、皮膚失去彈性等）可早在三十歲便出現。不健康的生活方式和接觸環境污染物亦會令退化加速 [48]。

患有糖尿病及膽固醇過高的比率隨年齡上升而增加。統計處於 2000 年進行的一項住戶調查發現，香港年屆 60 歲及以上居於社區的長者中分別有 20.9% 及 17.9% 表示患有上述病症 [13]。於 2002 年，在長者健康中心年屆 65 歲及以上的會員中，整體的糖尿病患病率為 15.2%。而膽固醇過高（定義為膽固醇總含量 > 6.2 mmol/L）的整體患病率為 18.8%。在所有年齡組別中，女性的比例均明顯較高（表 12）[17]。

表 12：按年齡組別及性別劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上會員患糖尿病及膽固醇過高的比例

年齡組別	糖尿病			膽固醇過高 (> 6.2 mmol/L)		
	男性	女性	整體	男性	女性	整體
65-69 歲	13.5%	13.7%	13.6%	13.3%	23.8%	20.3%
70-74 歲	16.5%	15.8%	16.1%	12.3%	22.8%	18.9%
75-79 歲	15.9%	15.9%	15.9%	11.2%	21.8%	17.9%
80-84 歲	15.8%	15.3%	15.5%	9.9%	21.2%	17.2%
85 歲及以上	14.4%	12.8%	13.3%	11.5%	18.2%	16.0%
整體	15.5%	15.1%	15.2%	12.1%	22.5%	18.8%

資料來源：2002 年長者健康服務。

5.4 抑鬱、殘疾、老年癡呆症及需接受照顧程度

「抑鬱」一詞通常被用來描述一種大部分人一生中某些時候曾經歷的情緒問題。然而，抑鬱亦是一種嚴重疾病，在長者當中往往未被充分呈報及診斷。抑鬱可以影響生活的各個層面，包括身體健康、社交活動、對生活及工作的滿足感。由於長者較常遭遇逆境，如喪偶、失去朋友及健康欠佳，所以他們較容易患上抑鬱。但是，這並非步入晚年的自然結果。抑鬱是可以醫治的疾病，因此值得及早診斷以便適當處理。

採用本地確認的量度工具，例如老人抑鬱評估表，有助臨床察覺抑鬱的病徵。1994 年一項於 70 歲及以上正接受高齡及傷殘津貼的長者進行的研究中，便使用了一份包含 15 個項目的老人抑鬱評估表。結果發現具有抑鬱症狀的男性及女性分別為 29.2% 及 41.1%。同時，長者具抑鬱症狀的比例亦會隨年齡增加 [49]。

抑鬱是引致自殺的重要危險因素。於 2002 年就香港長者自殺問題進行的一項研究顯示，有 75% 死於自殺的長者曾於自殺前的一個月內向醫生求診 [50]。因此，若能及時發現長者有自殺的念頭，並能提供支援以適當處理如抑鬱等危險因素，可幫助防止長者自殺。

謬誤： 長者感到抑鬱實屬正常。

事實： 雖然抑鬱可視為喪失親朋時一種可以理解的反應，而且老年人較常有這種經歷，但抑鬱不應被輕視或被視為正常。抑鬱是一種疾病，應予正視及適當治理。

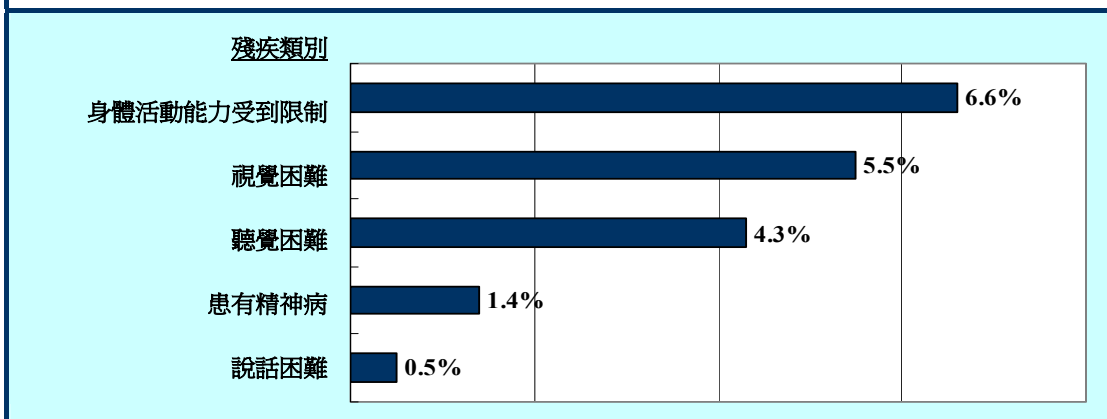
殘疾的定義為任何令活動能力受制或受損長達六個月或以上的體能障礙。這些情況影響患者日常工作的能力，而且導致老年人在很多日常生活起居方面需要倚賴他人，諸如家務、準備膳食以至進餐、沐浴等等。

*導致殘疾的三大主因為中風、老年癡呆症及股骨骨折。
採取同時針對多種因素的預防方法，有助減低殘疾的風險。*

一項於 1991 至 1992 年度就 70 歲及以上長者進行的研究發現，導致殘疾的三大主因是中風、老年癡呆症及股骨骨折 [51]。在 2000 年，估計有 15.0% 年齡 60 歲及以上的長者有殘疾，主要的殘疾類別包括身體活動能力受到限制 (6.6%)、視覺困難 (5.5%) 及聽覺困難 (4.3%) (圖 12) [52]。

儘管身體殘疾，仍有 9.2% 活動有困難的受僱人士及 20.1% 視覺有困難的受僱人士為年屆 60 歲及以上的長者 [52]。

圖 12：按選定的殘疾類別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士患有殘疾的比例



附註：可包括多種殘疾。

資料來源：2001 年政府統計處資料。

中風是導致長者殘疾的重要原因，它能影響患者的所有功能：包括活動及感覺能力、平衡、語言、對周圍的感應及認知能力，因而可以嚴重影響患者參與各種日常活動及社交活動的能力。

一項就 2 032 位 70 歲及以上的長者進行的研究顯示，中風的發病率介乎 70 至 74 歲男女長者的低於 1%，至 80 至 84 歲的女性長者的 4%和 85 歲及以上男性長者的約 3% (表 13) [53]。

表 13：按年齡組別及性別劃分，1991 至 1992 年香港 70 歲及以上人士的中風發病率

性別	年齡組別				
	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90 歲及以上
男性	0.4%	1.2%	0.8%	3.1%	2.8%
女性	0.8%	1.6%	4.0%	1.8%	0.9%

資料來源：Woo 等 1998 年的資料。

對長者而言，在不同類別的受傷種類中，跌倒及道路交通意外最為常見。年齡增長、患有慢性疾病、視力受損、服用多種藥物、認知能力受損和缺乏運動 [54]，均與長者容易受傷及跌倒有甚大關連。

跌倒可以為許多長者帶來很嚴重的後果，影響其健康、活動能力及生活質素。不少長者因跌倒而股骨折斷，繼而導致殘疾甚至須入住院舍。於 2002 年，在 18 間長者健康中心的 42 310 位會員中，約有十分之一 (9.6%) 長者在登記為會員前 6 個月內曾跌倒至少一次，其中有 7.1% 更曾跌倒超過兩次。而且，事發比率更隨年齡上升，由年屆 65 至 69 歲的長者的 8.3%，升至年屆 85 歲及以上的人士的 13.4% (表 14) [17]。

表 14：按年齡組別及性別劃分，2002 年香港長者健康中心 65 歲及以上會員在登記為會員前 6 個月內曾有跌倒紀錄的比例

性別	年齡組別				
	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85 歲及以上
男性	5.0%	5.6%	7.1%	8.7%	11.7%
女性	10.1%	11.0%	12.4%	13.5%	14.2%
總計	8.3%	9.0%	10.5%	11.8%	13.4%

資料來源：2003 年長者健康服務。

隨着老化而出現的生理轉變亦令長者更容易發生道路交通事故，尤其是行人傷亡事故。在 2002 年 4 805 宗的行人傷亡個案中，60 歲及以上人士佔總數的 21.9%。若論受傷程度，他們則分別佔所有輕傷及重傷行人個案的 17.5% 及 31.3%。此外，他們在行人死亡事故中亦佔十分明顯的比重，佔 2002 年所有行人死亡個案的 65.1% [55]。

*由於長者身體較為虛弱，因此當他們遇上意外時便較容易受傷，受傷後亦需要較長時間才能康復。
而且，因受傷而死亡的機會亦較高。
交通意外並非無可避免的，由於受傷行人的死亡率相當高，行人安全應更受到關注。*

一個常見有關老年的誤解，是認為記憶力必定會隨着年紀增長而衰退以至變成老年癡呆症。老年癡呆症是一種認知能力受損的疾病，其特點包括患者逐漸無法應付日常事務、性格轉變，進而失去獨立生活的能力。雖然老年癡呆症的發病率隨年齡增加，但它並非老化過程中無可避免的一環。

於 1995 年一項就超過 1 000 位 70 歲及以上的中國籍長者進行的研究發現，在這個年齡組別的長者中，估計有 6.1% 患有老年癡呆症。與男性長者 (4.7%) 比較，女性長者的患病比率 (7.1%) 較高。老年癡呆症患病率隨年齡上升，增幅約為每 5 年上升一倍。年屆 90 歲時，約有四分之一長者會有老年癡呆症 [56]。

若以老年癡呆症類別劃分，有64.6%患上阿茲海默氏症，29.3%患上血管性癡呆症，而6.1%則屬其他類別 [56]。經常參與刺激智能的休閒活動如閱讀、棋盤遊戲、彈奏樂器、跳舞、旅遊、從事零碎雜務、編織及園藝，均可以減低患上阿茲海默氏症的風險。

謬誤： 記憶力隨年齡衰退，使老年癡呆症遲早出現。

事實： 記憶力減弱不等於患上老年癡呆症。老年癡呆症影響 6.1% 年屆 70 歲或以上的長者。雖然許多長者均受記憶力減弱影響，但大部份長者仍可在記憶力減損的情況下應付自如。

統計處於 2000 年進行的綜合住戶統計調查反映，年屆 60 歲及以上居於社區的長者中，有認知能力衰退和活動能力衰退情況的長者分別只有 11.1% 及 2.9%。綜合以上兩種衰退情況來統計，發現大部份(87.5%)長者並沒有任何認知或活動能力衰退的情況 (即第零級)；只有 6.9% 長者的綜合衰退程度達第一級，達第二級或以上衰退程度者則少於 6%。整體上，於長者出現認知及/或活動能力衰退情況的百分比隨年齡增加 (表 15) [13]。

表 15：按年齡組別劃分，2000 年香港 60 歲及以上人士綜合認知及活動能力衰退程度的比例

年齡	綜合認知及活動能力衰退程度						
	第零級	第一級	第二級	第三級	第四級	第五甲級	第五乙級
60-64 歲	95.6%	3.2%	1.1%				
65-69 歲	90.7%	7.6%	0.4%	0.9%	0.3%		
70-74 歲	90.1%	4.9%	2.1%	1.5%	0.3%	0.2%	0.8%
75 歲及以上	74.1%	11.3%	3.0%	3.8%	1.2%	2.7%	3.9%
整體	87.5%	6.9%	1.3%	1.7%	0.4%	0.8%	1.3%

附註： 長者的綜合衰退程度級別愈高，表示他愈需要依靠他人的協助來完成日常活動。

資料來源：2001 年政府統計處資料。

謬誤： 大部分年長者無可避免會成為殘疾人士，需要倚賴他人。

事實： 殘疾雖會隨年齡日漸增加，但並非是無可避免的老化結果。許多長者在去世前一直獨立生活。而且，通過使用多種康復服務及輔助器具，殘疾長者可加強自我照顧能力，從而過着獨立和滿足的生活。例如白內障患者可經手術後重見光明，各種助行器亦令長者維持活動能力。

5.5 死亡

在過去數十年間，香港老年人的死亡率持續下降。於 1992 年，65 至 74 歲、75 至 84 歲及 85 歲或以上三個年齡組別的死亡率，分別為每十萬人有 2 436.9 人、5 976.0 人、及 12 358.3 人。到了 2002 年，相應的比率下降至 1 728.1 人、4 443.3 人及 10 961.4 人。於 2002 年，共有 26 220 位年屆 65 歲及以上的長者死亡，整體死亡率為每十萬人有 3 374.5 人。於每個年齡組別中，男性的死亡率均比同齡的女性高 (表 16) [57]。

在未來 30 年內，由於公共衛生改善、醫學進步及社會經濟逐步發展，預計年長男性及年長女性的死亡率均會繼續下降，但下調幅度會較小 [40]。

表 16：按年齡組別及性別劃分，1992 年、1997 年及 2002 年香港 65 歲及以上人士的死亡率(每 100 000 人計)

年齡組別	1992 年			1997 年			2002 年		
	男性	女性	總計	男性	女性	總計	男性	女性	總計
65-74 歲	3 176.4	1 747.8	2 436.9	2 558.9	1 333.0	1 931.8	2 270.4	1 183.9	1 728.1
75-84 歲	7 450.5	4 982.8	5 976.0	6 176.6	3 901.4	4 851.0	5 779.4	3 441.9	4 443.3
85 歲及以上	12 867.5	12 180.7	12 358.3	12 834.5	11 042.3	11 572.3	12 853.1	10 097.4	10 961.4
總計	4 610.7	3 564.5	4 026.6	4 001.0	3 012.5	3 461.4	3 907.0	2 917.2	3 374.5

附註： 1996 年以後的年齡組別死亡率，是根據以「居住人口」方法而非「廣義時點」方法計算的人口估計數字匯集。同時，於 2001 年 3 月進行的人口普查為自 1996 年中期人口統計以來匯集的人口估計數字提供修訂的基準。

資料來源：政府統計處及衛生署資料。

在過去三十年內，長者最主要的死亡原因一直是惡性腫瘤（癌症）心臟病及肺炎。於 2002 年，這三類病症合共佔全港長者死亡原因的 57.1% (表 17) [57]。

惡性腫瘤方面，最常見的致命癌病為肺癌、肝癌、以及結腸癌。在 2002 年，每十萬位年屆 65 歲及以上的長者中，上述三類惡性腫瘤的死亡人數分別為 333.1 人、101.4 人及 100.0 人 [57]。

急性心肌梗塞及其他缺血性心臟病共佔所有心臟病死因的三分之二以上 (分別為 35.3% 及 32.2%)，死亡率分別為每十萬名年屆 65 歲及以上長者便有 192.7 人及 175.4 人 [57]。

表 17：按五大死亡原因、年齡組別及性別劃分，2002 年香港 65 歲及以上人士的死亡率(每 100 000 人計)

年齡組別	惡性腫瘤		心臟病		肺炎		腦血管病		慢性下呼吸道病症	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
65-74 歲	983.3	468.1	301.2	186.0	156.8	53.6	177.7	129.0	176.8	41.6
75-84 歲	1 871.9	958.1	823.7	633.9	648.4	309.7	562.6	426.0	589.6	191.3
85 歲及以上	2 492.9	1 601.7	2 175.4	1 958.9	2 502.4	1 865.8	1 364.9	1 333.3	1 341.2	562.8
總計	1 020.6		545.2		384.0		359.7		248.5	

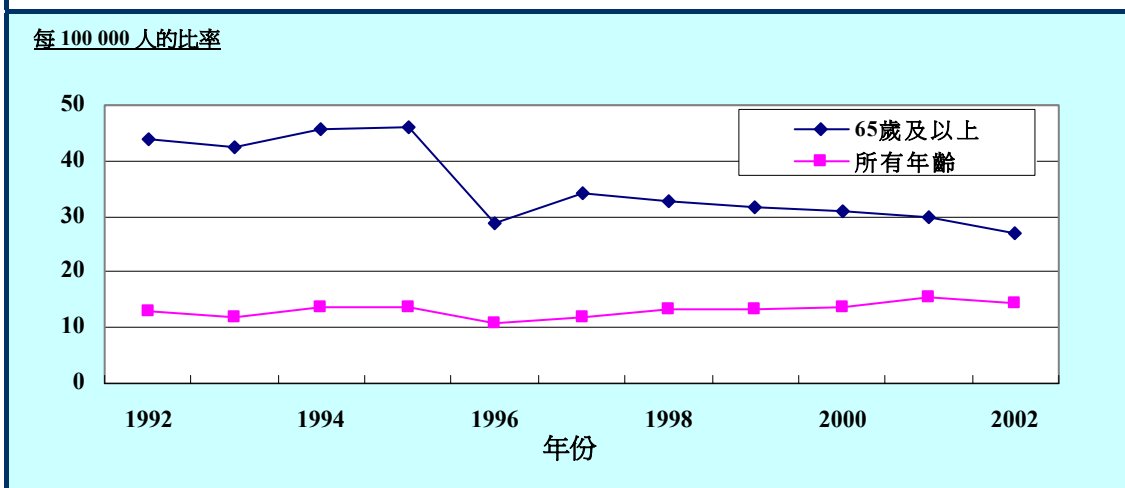
附註：由 2001 年起，疾病及死因是根據《疾病和有關健康問題的國際統計分類》(ICD)第十次修訂本分類。死因排次的疾病組別亦根據 ICD 第十次修訂本重組，並加入新的疾病組別。2001 年的數字未必可與以往年份以 ICD 第九次修訂本匯集的數字作比較。慢性下呼吸道病症自 2001 年起便納入為一個死因排次的疾病組別。

有關數字是根據以「居住人口」方法計算的人口估計數字匯集。同時，於 2001 年 3 月進行的人口普查為匯集人口估計數字提供基準。

資料來源：政府統計處及衛生署資料。

自殺死亡數字通常可反映因抑鬱而致死亡的數目。香港是世界上長者自殺率最高的地方之一。由 1981 至 1995 年期間，香港約有 35% 自殺死亡人士為 60 歲或以上的長者 [58]。自 1995 年起，雖然整體自殺率趨升，但香港的長者自殺率卻有下降趨勢 (圖 13)。一項於 2000 年 3 月至 2001 年 6 月進行的本地就自殺個案的心理解剖研究顯示，雖然大部分自殺個案的長者均患有慢性疾病，但其中很少需要完全倚賴他人照顧 [50]。

圖 13：1992 至 2002 年香港 65 歲及以上人士以及所有年齡人士的自殺率



資料來源：政府統計處及衛生署資料。

於 2002 年，有 116 位 65 歲及以上的男性長者及 89 位同齡的女性長者自殺，而自殺死亡率分別為每十萬人便有 32.3 人及 21.3 人。最常用的方法是自高處跳下及自縊 [57]。

研究指出，約有 70% 自殺死亡的長者曾顯示若干先兆。他們可能直接或間接向家人、照顧者、專業的醫護人員或社工表示自殺的意圖。

6. 醫療健康服務的使用

6.1 醫療健康服務的開支

由於長者有較多健康問題，他們會較常使用醫護服務。除了治療疾病以外，爲了促進及保持健康，他們亦應定期檢查身體健康狀況。目前政府的醫護政策是沒有人會因爲經濟欠佳而無法獲得足夠的醫護服務，香港的長者因此毋須擔心得不到適當的醫療護理。除了使用公營醫護系統外，他們亦有使用其他私營醫療服務。

醫院管理局是醫療服務的主要提供者，負責提供住院留醫服務、普通科及專科診療所、老人專科的家居及院舍外展服務。在 2001 至 2002 年，爲 65 歲及以上的長者提供健康護理服務的支出，每 1000 人約爲 1 750 萬元 [59]。

在所有 65 歲及以上的人士中，約有十二分之一 (7.9%) 的長者，享有僱主或機構提供的醫療福利或有醫療保險保障 [26]。

不論年紀，每個人均有權享用社會能負擔的醫療服務。
及早和有效的疾病預防，可減少昂貴的住院需求。
適當的治療，亦可減少長者患上治療成本高昂的
嚴重疾病及併發症的機會。

6.2 入住醫院情況

長者是主要的醫院服務使用者。他們遠較其他年齡組別人士有更大機會入住醫院，而且留院時間更長。政府統計處的報告顯示，與所有其他年齡組別人士比較，年屆 65 歲及以上的長者在接受訪問前十二個月內有最高的入院比率。在 2002 年，每 1 000 人便有 158 人 [26]。

「入院數目」指在點算前十二個月內病人入住醫院的次數，並包括轉院的數字。一名病人可能同一段時間內入住超過一間醫院。舉例說，若一個人在一家醫院內接受手術，然後在兩個星期後轉往另一家醫院接受三個星期的康復治療直至出院，那麼他每次前往一家不同的醫院，便算作入院一次。在 2002 年，於 121 700 位 65 歲及以上的住院病人中，有 84 500 位在過去一年內曾入院一次，而 37 200 位則曾入院兩次或以上 [26]。

於 2001 年，65 歲及以上長者入院的五大原因 (以人數計) 為腦血管病 (中風)、白內障、慢性阻塞性氣管病、缺血性心臟病以及下呼吸道感染。若以佔用病床總數計，五大主要病患為中風、慢性阻塞性氣管病、下呼吸道感染、股骨骨折以及心臟衰竭。若以住院個案次數計算，慢性阻塞性氣管病所佔的出院及死亡個案較中風為多 (表 18) [60]。

表 18：以入院人數、住院日數、出院及死亡人數排序，2001 年香港 65 歲及以上人士入院的五大病症

排次	入院人數 (病人數目)	住院日數 (佔用病床日數)	出院及死亡人數 (人次)
1	中風 (13 454)	中風 (375 414)	慢性阻塞性氣管病 (30 530)
2	白內障 (11 561)	慢性阻塞性氣管病 (238 022)	中風 (20 072)
3	慢性阻塞性氣管病 (11 336)	下呼吸道感染 (184 031)	慢性腎病 (16 818)
4	缺血性心臟病 (9 426)	股骨骨折 (136 722)	缺血性心臟病 (14 536)
5	下呼吸道感染 (7 982)	心臟衰竭 (112 108)	心臟衰竭 (12 737)

資料來源：醫院管理局《住院病人統計數字》。

慢性疾病是長者最常見的入院原因，其中許多並非無可避免。

例如中風、慢性阻塞性氣管病及缺血性心臟病，均與吸煙有關。股骨骨折亦是入院的一個重要原因，而這又與骨質疏鬆症及跌倒有關。因此致力減少吸煙及跌倒應可減少這方面的醫療開支。

6.3 向醫生及牙醫求診情況

長者經常求診，即於門診或急症室接受非住院護理服務。2002年一項主題性住戶統計調查顯示，約有223 100位長者在調查前三十日內曾向醫生求診，就醫率為每1 000人有289人。若與其他年齡組別人士的就醫率比較，長者的就醫率排行第二。若按性別分析，女性長者的求診率較男性長者高（每1 000人名女性長者中有304人，相對每1 000名男性長者中有272人）[26]。

另一方面，長者向牙醫求診的比率卻較其他年齡組別人士低。2001年口腔健康調查報告顯示，只有9.1%年屆65至74歲居於社區的長者及2.8%居於院舍的長者定期檢查牙齒 [27]。2002年一項主題性住戶統計調查指出，約有124 300位年屆65歲及以上的長者在過去十二個月內曾向牙醫求診。與其他年齡組別人士比較，長者向牙醫求診的比率最低，為每1 000位年屆65歲及以上長者有161人。男性長者向牙醫求診的比率較女性長者略高（每1 000名男性中有164人，女性則為每1 000人有159人）[26]。

長者的就醫及接受牙醫診治情況反映他們對
一般的醫療護理及口腔護理抱有不同態度。
若要改善長者的口腔健康狀況，長者應定期接受牙醫檢查。

7. 總結

對「老齡化」及「老年人」抱有錯誤的固有觀念，會妨礙長者達致身心健康。近年政府及其他機構，致力改善長者的健康，保障他們日後的經濟穩定，並提供更多支援服務以助他們保持獨立。老年人多病、被動、倚賴他人及頑固的形象雖已淡化，但依然存在。尤應注意的是，我們的大部分長者均沒有功能障礙。雖然年老與身體殘疾及慢性病問題有一定關連，但老化並不同於衰弱及多病。此外，長期患病或殘障亦不一定阻礙長者的活躍程度。要在個人及社會層面向成功的老齡化，我們需要消除與老齡化有關的誤解，以正面態度看待老年，移去各種人為障礙，使社會成功邁向老齡化。

今日的長者一般較上一輩有更高的教育程度、經濟上更寬裕、享有更方便的醫療服務、應變能力更強、生活條件更佳以及掌握更多現代科技。未來的一群將有更大優勢。各方面的證據顯示，大部分長者健康、獨立而且快樂。在享有長壽之餘，我們希望更進一步，為晚年注入生氣和活得健康。要使老齡化成爲一種正面的經歷，我們在延長壽命的同時，亦必須維持聯合國所倡議積極晚年的三大支柱 — 健康、參與和保障 [2]。

許多導致老年殘障及慢性疾病的主要成因是可以避免的。尤其是非傳染性疾病，如糖尿病、冠心病、骨質疏鬆症及慢性阻塞性氣管病等。它們是導致長者殘障及病榻纏綿之主要原因，有別於急性傳染病是由單一病原引起，它們涉及多種誘發因素經年累月始造成。眾所周之，生活習慣如吸煙、缺乏運動及不良飲食方式，就是影響這些疾病產生的主要因素。因此，要減低這些致病因素積累而帶來的患病危險，不能單靠針對長者的介入工作，而是要涵蓋整個人生。事實上，預防必須從小開始，即由嬰兒期、童年、青少年期、成年期以至老年。因此，促進健康老齡化的一個重點，是建立健康的生活模式。我們面對的挑戰是鼓勵市民大眾（包括最老的長者）減低可以預防的患病風險，以增加他們的健康歲月。對於需要護理的人來說，確保他們能得到適當的醫療及其他服務，可以減低需要倚賴他人照顧的風險及減少殘障。

健康飲食、適量運動、避免吸煙和酗酒，加上保持愉快心境，有助預防各種退化現象。而自我肯定對健康亦有重大影響，長者的能力和成就需要得到認同。一些能促進長者自我肯定的創新計劃應予以鼓勵。成功的晚年意味持續融入社會。因應長者的基本人權、能力、需要及喜好，來促使他們參與社會經濟、文化及精神活動的計劃，均應予以支持。公共衛生政策應該回應長者在社會、財政及人身安全方面的需要，確保他們在無法自給自足和保障自己時，得到照顧

和庇護，以及維持尊嚴 [2]。 各界人士可以參考聯合國所倡議的十八項「安老要義」(見附錄 1)，營造一個理想環境，使長者以至整體社會均可受惠。

老齡化是社會的福氣和成就。 每個人均會老，所有任何年紀的人士，都應致力提倡優質生活和健康晚年，以達致老有所養、老有所屬、老有所為。 照顧長者固然是每個家庭的責任，而政府每一個層面及社會各界別，亦必須參與其事，共同攜手合作，以滙集資源和動員各界網絡，協力締造一個真正支持積極、健康老齡化的環境。

參考書目

1. *The UN Programme on Ageing*. 2003, New York: Division for Social Policy and Development, United Nations.
2. *Active Ageing: A Policy Framework*. 2002, Geneva: World Health Organization.
3. *Ageing: Exploring the Myths*. 1999, Geneva: World Health Organization.
4. *The Constitution of the World Health Organization*. WHO Chronicle, 1947. 1: p. 29.
5. *Information from Census and Statistics Department*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
6. *Hong Kong in Figures*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
7. Canetto, S.S., *Gender and Suicide in the Elderly*. Suicide Life Threat Beh, 1992. 22(1): p. 80 - 97.
8. *2001 Population Census Thematic Report: Older Persons*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
9. *Information from Social Welfare Department*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Social Welfare Department.
10. Kendig, H. and Gardner, I., *Unraveling Housing Policy for Older People*, in *The National Strategy for an Ageing Australia: Attitude, Lifestyle and Community Support, Discussion Paper*. 2000, Canberra: Commonwealth of Australia.
11. *AARP Survey on Lifelong Learning*. 2000, Washington, DC: American Association of Retired People.
12. *Learning Needs and Preferences of Members of Multi-Service Centres for Elderly and Social Centres for Elderly*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Hong Kong Council of Social Service.
13. *Special Topics Report No.27: Social-Demographic, Health and Economic Profiles of Elderly People and Soon-to-Be Old People*. 2001, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
14. Lynch, J. and Kaplan, G., *Socioeconomic Position*, in *Social Epidemiology*, Berkman, L. and Kawachi, T., Editors. 2000, New York: Oxford University Press.
15. Burns, D.M., *Cigarette Smoking among the Elderly: Disease Consequences and the Benefits of Cessation*. Am J Health Promot, 2000. 14(6): p. 357 - 361.
16. *Thematic Household Survey Report No 5: Patterns of Cigarette Smoking*. 2001, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.

17. *Data from Elderly Health Services*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Elderly Health Services, Department of Health.
18. Hui, S., *Hong Kong Sports Development Board Research Report No.4 : Health and Physical Activity in Hong Kong - a Review*. 2001, Hong Kong Special Administrative Region: Hong Kong Sports Development Board.
19. *American College of Sports Medicine's Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities*. 1st ed. 1997, USA: Human Kinetics.
20. Koltyn, K., *Using Physical Activity to Manage Pain in Older Adults*. JAPA, 2002. **10**: p. 226 - 239.
21. Arent, S., Landers, D., and Etnier, J., *The Effects of Exercise on Mood in Older Adults: A Meta-Analytic Review*. JAPA, 2000. **8**: p. 407 - 430.
22. Worm, C., *Effects of a Multicomponent Exercise Program on Functional Ability in Community-Dwelling, Frail Older Adults*. JAPA, 2001. **9**: p. 414 - 424.
23. Janus, E.D., *Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study 1995-1996*. 1997, Hong Kong: University of Hong Kong.
24. *Sports Participation Survey*. 2001, Hong Kong Special Administrative Region: Hong Kong Sports Development Board.
25. Leung, E. and Lo, M., *Social and Health Status of Elderly People in Hong Kong*, in *The Health of the Elderly in Hong Kong*, Lam, S., Editor. 1997, Hong Kong: Hong Kong University Press.
26. *Thematic Household Survey Report No.12: Health Status of Hong Kong Residents; Doctor Consultation; Hospitalization; Dental Consultation; Provision of Medical Benefits by Employers/Companies and Coverage of Medical Insurance and Their Utilization of Medical Services*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
27. *Oral Health Survey 2001: Common Dental Diseases and Oral Health Related Behaviour*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Department of Health.
28. Wroble, R. and Nagle, B., *Insomnia in the Elderly: Assessment and Management in a Primary Care Setting*. JOCM, 2000. **7**(3): p. 50 - 58.
29. Chiu, H.F.K., Leung, T., Lam, L.C.W., et al., *Sleep Problems in Chinese Elderly in Hong Kong*. Sleep, 1999. **22**(6): p. 717 - 726.
30. Chung, C., Chan, C., and Yue, X., *Study on Elderly People's Sexual Attitudes, Behaviours and Ways of Coping with Sexual Distress in Hong Kong 1999*. 1999, Hong Kong.
31. *Men's Health Survey*. 2001, Hong Kong: Family Planning Association of Hong Kong.
32. *Survey on Sexual Behaviour in Elderly Male Clients of Elderly Health Centres*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Elderly Health Services, Department of Health.

33. *Thematic Household Survey Report No.3: The Usage of Chinese Medical Products and Food*. 2000, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
34. *Health Status of Older People. Preliminary Findings from a Survey of the Health and Lifestyle of Older Australian*. 1996, Melbourne: Victoria Health Promotion Foundation.
35. *Women and Men in Hong Kong: Key Statistics*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
36. Straus, S.E., Majumdar, S.R., and Mcalister, F.A., *New Evidence for Stroke Prevention: Scientific Review*. JAMA, 2002. **288**(11): p. 1388 - 1395.
37. Ross, N. and Haven, B., *Predictors of Successful Ageing: A Twelve-Year Study of Manitoba Elderly*. AJPH, 1991. **81**: p. 63 - 68.
38. *Procedural Guidelines for Handling Elderly Abuse Cases (處理虐老個案程序指引)*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Social Welfare Department.
39. Quinn, M. and Tomita, S., *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Intervention Strategies*. 1986, New York, NY: Springer.
40. *Hong Kong Population Projections: 2002 - 2031*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
41. Wilkinson, R. and Marmot, M., *The Solid Facts: Social Determinants of Health*. 1998, Geneva: World Health Organization.
42. *Hong Kong Household Survey Report, in Improving Hong Kong's Health Care System: Why and for Whom?* 1999, Hong Kong Special Administrative Region: Health, Welfare and Food Bureau.
43. So, K., *Association between Self-Rated Health Problems and Health-Related Quality of Life (HRQOL) - a Study in Chinese Elderly Attending Elderly Health Centres in Hong Kong*. 2002, Hong Kong: Chinese University of Hong Kong.
44. Lee, R.S.Y., Ho, K.S., Chua, K.L., et al., *Elderly Health Centres - the First Year Experience*. Hong Kong Practitioner, 2002. **24**: p. 530 - 539.
45. *Special Focus: Healthy Ageing*. Chronic Disease Notes and Reports, 1999. **12**(3): p. 1 - 15.
46. Lau, J.T., Lee, V., Fan, D., et al., *Knowledge About Cataract, Glaucoma and Age Related Macular Degeneration in the Hong Kong Chinese Population*. Br J Ophthalmol, 2002. **86**(10): p. 1980 - 1084.
47. Michon, J.J., Lau, J., Chan, W.S., et al., *Prevalence of Visual Impairment, Blindness, and Cataract Surgery in the Hong Kong Elderly*. Br J Ophthalmol, 2002. **86**(2): p. 133 - 139.
48. Barrett, Y., *Why and How Do We Age?* in *Celebrating Age*, Allen, C., Editor. 1996, Aldershot: Avebury.

49. Woo, J., Ho, S.C., Lau, J., et al., *The Prevalence of Depressive Symptoms and Predisposing Factors in an Elderly Chinese Population*. Acta Psychiatr Scand, 1994. **89**(1): p. 8 - 13.
50. Yip, P., Chi, I., and Chiu, H., *A Multi-Disciplinary Study on Elderly Suicides in Hong Kong*. 2002, Hong Kong: Center for suicide research and Prevention, University of Hong Kong.
51. Woo, J., Ho, S.C., Yu, L.M., et al., *Impact of Chronic Diseases on Functional Limitations in Elderly Chinese Aged 70 Years and Over: A Cross-Sectional and Longitudinal Survey*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 1998. **53**(2): p. M102 - M106.
52. *Special Topics Report No.28: Persons with Disabilities and Chronic Diseases*. 2001, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department.
53. Woo, J., Ho, S.C., Yuen, Y.K., et al., *Cardiovascular Risk Factors and 18-Month Mortality and Morbidity in an Elderly Chinese Population Aged 70 Years and Over*. Gerontology, 1998. **44**(1): p. 51 - 55.
54. Ho, S.C., Woo, J., Chan, S.S., et al., *Risk Factors for Falls in the Chinese Elderly Population*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 1996. **51**(5): p. M195 - M198.
55. *Road Traffic Accident Statistics*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Transport Department.
56. Chiu, H.F.K., Lam, L.C.W., Chi, I., et al., *Prevalence of Dementia in Chinese Elderly in Hong Kong*. Neurology, 1998. **50**(4): p. 1002 - 1009.
57. *Mortality Statistics*. 2003, Hong Kong Special Administrative Region: Census and Statistics Department and Department of Health.
58. Chi, I., Yip, P., and Yu, G., *Elderly Suicides in Hong Kong*. 1997, Hong Kong: Befriender International.
59. *Controlling Officer Report*. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Hospital Authority.
60. *In-Patient Statistics in 2001*. 2001, Hong Kong Special Administrative Region: Hospital Authority.

附錄 1:

1991 年聯合國 安老要義

1991 年 12 月 16 日，聯合國大會採納十八項《聯合國安老要義》(第 46/91 號決議)，這些原則分爲五大範疇：

獨立

1. 長者應能通過提供收入、家庭和社會支援以及自助，享有足夠的食物、水、住屋、衣著和保健。
2. 長者應有工作機會或其他創造收入機會。
3. 長者應能參與決定何時及有多快從勞動力市場退下。
4. 長者應能參加適當的教育和培訓計劃。
5. 長者的居住環境必須安全，並應能配合長者之喜好及能力之轉變。
6. 長者應能盡量在自己家中生活。

參與

7. 長者應維持與社會之融合，積極參與制定和執行直接影響其福祉的政策，並將其知識和技能傳給子孫後輩。
8. 長者應能尋求和發展爲社會服務的機會，並以志願工作者身份擔任與其興趣和能力相稱的職務。
9. 長者應能組織長者協會或類似組織。

照顧

10. 長者應能按照每個社會的文化價值觀，享有家庭和社區的照顧和保護。
11. 長者應享有醫療健康服務，以幫助他們保持或恢復身體、精神和情緒上的理想水平並預防或延緩疾病的發生。
12. 長者應享有各種社會和法律服務，以提高其自主能力並使他們得到更好的保護和照顧。
13. 長者應能享用適當的院舍照顧，並於人道及安全的環境中得到保護、康復及社交與心理上的激勵。
14. 居住在任何收容所、安老院或醫療設施的長者，均應能享有人權和基本自由，包括充份尊重他們的尊嚴、信仰、需要和私隱，及為自己選擇照顧方式和生活質素的權利。

發揮自我

15. 長者應有追尋充份發揮自我潛力的機會。
16. 長者應能享用社會的教育、文化、精神和文娛資源。

尊嚴

17. 長者應能生活得有尊嚴、有保障，並且不受剝削或身心虐待。
18. 任何長者，不論其年齡、性別、種族或族裔背景、殘疾或其他狀況，均應受到公平對待，而且不論其經濟貢獻多少均應受到尊重。

附錄 2:

報告意見問卷

我們希望本報告能為你及貴機構提供有關香港長者健康狀況的有用資料。你的回應有助我們改進和編撰日後的報告書。請告訴我們：

你認為本報告書哪些資料最有用？

你希望日後的報告書可加入哪些額外的資料？

你對本報告書有其他建議或意見嗎？

請告知你的職業，或你本人的工作性質。

請將問卷填妥後以郵遞或傳真方式送交：

香港灣仔皇后大道東213號

胡忠大廈18樓

衛生署

疾病預防及控制部收

傳真號碼：2575 4110

謝謝你撥冗填寫問卷。