

香港社區組織協會 香港中文大學社會工作學系 《香港弱勢家庭兒童及青少年精神健康狀況研究》發佈會 新聞稿

1. 引言

《聯合國兒童權利公約》訂明每個兒童均享有生存及發展權利(《公約》第 6 條)，締約國確認兒童有權享有可達到的最高標準的健康，並享有醫療和康復設施；締約國應努力確保沒有任何兒童被剝奪獲得這種保健服務的權利(《公約》第 24 條)；同時應獲得社會保障，並享有促進其身心、精神、道德和社會發展的生活水平。(《公約》第 26 及 27 條)。此外，世界衛生組織指出：「沒有精神健康就沒有健康」(there is no health without mental health)，可見精神健康對任何人均極為重要。

香港作為國際金融中心，經濟繁榮之餘，背後卻隱藏著不少結構性社會問題，其中弱勢家庭的兒童及青少年所面對的精神健康危機尤為值得關注。對這群處於社會資源分配弱勢的群體而言，他們的成長環境與城市的繁華景象形成強烈對比。經濟壓力、社會排斥，以及家庭功能失調等多重問題，構成了他們日常生活中的主要挑戰。

根據統計處資料，2023 年全港共有 955,500 名 18 歲以下的兒童，當中 215,000 名兒童生活在住戶入息中位數一半以下的貧窮家庭，包括 37,080 名(2023 年 12 月) 15 歲以下的兒童領取綜援，兒童貧窮率為 22.5%；約每五名兒童之中，便有一名生活在貧窮境況，仍待社會正視。

近年本港社會日益關注學童精神健康，惟社會較少檢視弱勢家庭兒童及青少年的精神健康狀況，他們成長中要面對經濟壓力、社會排斥，以及家庭功能失調等挑戰，直接影響未來發展。為了解弱勢家庭學童的具體情況，並探討影響精神健康的結構性因素，本會委託香港中文大學社會工作學系於 2024 年 3 月至 2025 年 2 月進行質性及量性研究，探討弱勢家庭兒童及青少年(包括：劏房家庭、新移民家庭、持雙程證家庭、綜援家庭及單親家庭¹)的生活狀況，並比對一般家庭²兒童數據，以及其他國家/地區之數據。

2. 研究目的

研究聚焦本港弱勢家庭的兒童及青少年，探討他們精神健康狀況及影響因素。研究有三大目標：(1)分析弱勢家庭兒童與青少年群體的精神健康問題的普遍性及其在不同家庭類型中的特徵；(2)建構多維度分析框架，解釋精神健康受結構性因素(如家庭背景、教育及社會支持)與個體性因素(如應對能力及心理因素)的影響；以及(3)根據實證研究結果，提出政策及服務建議以加強支援弱勢群體。

3. 研究結果

研究共收集 640 名受訪兒童及青少年的資料，其中有效樣本為 638 名。受訪兒童及青少年的年齡範圍介乎 5 至 20 歲，平均年齡為 11.2 歲，樣本涵蓋兒童至青少年的不同年齡層。受訪者包括 530 名來自弱勢家庭的兒童及青少年，108 位來自對照組家庭的兒童及青少年。

研究發現弱勢家庭的兒童及青少年在多個生活品質範疇均顯著低於對照組家庭，特別在生理健康、心理健康、情緒與表達、自主性、家庭關係與家庭生活、經濟資源、社交支持與學校環境等方面的差異最為明顯。在精神健康方面，弱勢家庭兒童及青少年的抑鬱傾向、焦慮傾向之平均分數均顯著高於對照組家庭兒童及青少年。弱勢家庭兒童及青少年的希望感顯著低於對照組。從希望感的分類來看，「低希望(Low Hope)」的弱勢家庭受訪者佔 6.1%，「輕微希望(Slight Hope)」的受訪者多達 64.7%，「中度希望(Moderate Hope)」及「高度希望(High Hope)」的受訪者不足三成，顯示大多數弱勢兒童及青少年希望感較低，對未來較為悲觀。在網絡成癮風險上，達到網絡成癮的臨界水平的弱勢兒童及青少年(即總分得分大於或等於 28)佔弱勢兒童及青少年樣本 19.7%。

3.1 弱勢因素累積愈多 生活品質和精神健康愈差

¹ 參考政府統計處《2021 年人口普查》數據、政府精準扶貧文件，以及本會的估算，本港身處弱勢家庭的兒童(18 歲以下)人數約為：劏房家庭(約 4.3 萬名兒童)、新移民家庭(6 萬名兒童)、持雙程證家庭(~5 萬名兒童)、綜援家庭(約 4 萬名兒童)、單親家庭(9.53 萬名兒童)，合共弱勢家庭兒童人數約為 29 萬人。

² 此處所指的「一般家庭」，是指不屬於以下五類情況的家庭：劏房戶、新移民、持雙程證人士、領取綜援者及單親家庭。

研究發現弱勢累積種類與生活品質之間普遍存在顯著負相關，顯示隨著弱勢類型數量的增加，兒童及青少年的生活品質（健康、心理、社交與教育等）顯著下降。在其他精神健康與行為因素方面，弱勢種類越多者，在多數心理（例如希望感、抑鬱及焦慮傾向）或行為（例如網絡成癮風險）指標表現顯著不利傾向。

3.2 學童愈年長 生活品質及精神健康越差

研究發現，生理健康、心理健康、自我認知、家庭關係與家庭生活、經濟狀況與學校適應在不同教育程度的兒童及青少年之間存在顯著差異，其中高中生的分數顯著較低。結果顯示，高中生的生理及精神健康狀況較差，並且對自我能力的評價較低，家庭生活、學校適應及經濟狀況亦面臨較大挑戰。在精神健康方面，高中組的抑鬱傾向、焦慮傾向顯著高於其他組別、學業壓力較高，網絡成癮傾向亦較明顯。

3.3 弱勢兒童及青少年存在網絡成癮風險

在網絡使用狀況方面，弱勢家庭兒童及青少年每日平均上網或使用電子設備時數為 2.53 小時，個人所擁有的電子設備數目平均為 1.60 台。與衛生署發表的《學生健康服務二〇二三 / 二四學年周年健康報告》結果類似。進一步的相關分析結果顯示，網絡使用時間的延長與精神健康惡化、情緒困擾升高及網絡使用困擾增加之間呈現一致性趨勢，突顯數位行為對弱勢兒童心理狀態的潛在影響。

3.4 弱勢家庭兒童及青少年精神健康的主要影響因素

在心理健康方面，兒童及青少年若對自身的生理健康評價較高、自我認知更正面、自主性更強，並且擁有較良好的家庭關係、更高的社會與朋輩支持，以及較健康的網絡使用習慣，其心理健康水平亦相對較高，亦即他們對生活更感滿意且更為正面。其中，生理健康與家庭關係為預測心理健康變化的最重要變項。

在抑鬱 / 焦慮傾向方面，生理健康同樣是顯著的預測因素。認為自身生理狀況較差的弱勢兒童及青少年，其抑鬱與焦慮傾向更為明顯。此外，感到不被接納或遭遇欺凌，以及承受較大學業壓力的兒童及青少年，出現抑鬱 / 焦慮風險相對較高；學業壓力和社會接納與欺凌為預測抑鬱 / 焦慮傾向的最具影響力之變項。

4. 政策建議

研究建議以「多層次、跨領域、針對性」為原則，強化弱勢家庭兒童及青少年的精神健康支援，從生理健康、精神健康、家庭支援、學校制度與社區層面，多元角度建構支援網絡，實現更包容和公平的成長環境：

- 4.1 **擴展學童營養計劃 提升學童生理健康：**為改善弱勢學童的生理健康狀況，政府應重新審視現有營養資助計劃，擴展至非午餐時段，減少營養斷層，並設立「學童早餐站」、推行「學生早餐券」與「課後餐券計劃」等措施。
- 4.2 **加強體適能及運動 強化弱勢學童健康：**為提升弱勢兒童的運動參與度與身體發展，應推行「動態課堂」、提供「體育消費券」，並加強對不同年齡層兒童服務需求的評估，確保弱勢學生能公平參與社區體育與發展服務。
- 4.3 **深化「三層支援模式」識別支援高風險學生：**現行「三層支援模式」未能充分針對弱勢群體的特殊處境，當局應深化模式針對性，發展以社會處境為導向的精神健康教育內容，並引入「弱勢家庭識別因子」作為風險評估工具。當局應提供家長情緒支援與應對課程，設立「高風險學生名冊」、文化適應評估工具及教師培訓指引，提升整體校園支援效能。
- 4.4 **營造非競爭學習氛圍 設外展隊助高風險家庭：**學校應加強精神健康教育，推動家長教育、減少過度競爭與課業壓力、強化反歧視文化與欺凌處理流程，並優化教育心理服務及網絡成癮防治。在社區與服務機構層面；當局應成立「家庭精神健康外展服務隊」，建立「區本精神健康支援協作網絡」，並擴展共創明「Teen」等跨界合作計劃。
- 4.5 **設中學生課後支援計劃 增加學習支援：**因應學業壓力對弱勢學童情緒的影響，當局應着力減輕學業壓力和提供課後學習支援，包括：增加學習資助、延長服務時間、開放校園設施，並推行「中學生課後學習支援計劃」和補底性小班教學。此外，亦應加強功課輔導、提升學習津貼、檢討網費津貼金額，優化社區學習空間（如「社區客廳」），減低家庭社經地位差距導致的學習不平等。

2025 年 5 月 4 日