

青少年飲食問題與建議

Adolescent Eating Behaviors and Dietary Recommendations

蔡淑芳

Tsai, Shu-Fang

私立中華醫事學院食品營養系 講師

澳洲 Australian Catholic University 教育學院博士候選人

摘要

依 1993-1996 年國民營養調查，指出我國青少年攝取的蛋白質及脂肪比例過高，而鈣、鐵、維生素B₁、B₂、B₆與葉酸有不足的情形。青少年受生理、心理與環境的影響，其飲食問題包括省略餐食、喜好點心、速食與含糖飲料、蔬果吃得少，及以節食減輕體重等。

WHO(世界衛生組織)的全球健康計劃中，提出學校是促進青少年健康的最佳場所，其可在供應的膳食中添加富含鈣質與鐵質的食物、蔬菜及水果以預防貧血及營養相關的慢性疾病；並藉由教育引導正當的飲食習慣、態度及均衡飲食的知識，以預防肥胖或營養不良，且增加運動，能使青少年獲得良好的健康。對於青少年的營養要特別注意，使其在可能懷孕之前改善營養，以降低母親及胎兒的死亡率。另外，青少年如與家人共同進食，可改進青少年的飲食習慣及生活型態。

According to the Nutrition and Health Survey in Taiwan (NAHSIT 1993-1996), the percentage of protein and fat intake by adolescents is too high, whereas intake of calcium, iron, and vitamins-B₁, B₂, B₆, folic acid is deficient. Skipping meals, consumption of snacks, fast foods and sugar-rich beverages combined with a lack of vegetables and fruit intake and dieting are characteristic behaviors among adolescents. These behaviors are influenced by physiological and psychological needs and social environment.

In its Global Health Initiative, WHO suggests that schools are suitable settings to promote adolescent health by adding food rich in calcium and iron, and vegetables and fruit to their diet to prevent anemia and nutrition related chronic disease. Education about appropriate eating behavior, attitudes and knowledge of balanced diets may help prevent obesity or under-nutrition. Increasing physical activity will also help adolescents maintain better health. Adolescent girls particularly require knowledge of changes in nutritional status before pregnancy in order to decrease maternal and fetus mortality. Having meals with the family can assist adolescents to develop healthy eating behaviors.

關鍵字：青少年 (adolescent)、飲食問題 (eating behaviors)、
飲食建議 (dietary recommendation)

壹、前言

最近幾年來，西方速食產品盛行，許多青少年食用速食的比例增高，造成營養不均衡的現象。Bonow et al. (2002) 在世界心臟日指出青少年由於活動量少以及不良的飲食習慣，如高熱量、高飽和脂肪、高糖及精製醣類飲食，其取代了傳統的蔬菜、水果與全穀類，而造成體重過重、甚至於肥胖。過去 20 年來全世界兒童與青少年肥胖以比以往增加 2-4 倍，導致許多青少年罹患高血壓及第二型糖尿病，而發展為心臟疾病、腎病變、痛風等，甚至出現脂肪肝、肝硬化與動脈硬化的現象(National Cholesterol Education Program, 1992；Williams et al., 2002；郝立智, 2003；王建楠與吳重達, 2003)。而肥胖的青少年約有 70% 會發展成為肥胖的成人，因此如何改正青少年的飲食習慣，實為刻不容緩的事。

本文首先以 1993-1996 年國民營養健康狀況變遷調查(NAHSIT I)的結果，探討我國青少年的飲食狀況與營養問題。其次，指出國內外相關的飲食問題及造成的原因，接著以 WHO 提出的全球學校健康促進計劃，探討學校如何引導青少年建立良好飲食習慣的方法及實例，以制定國家營養政策、計劃，設計完善的健康教育課程。

貳、我國青少年的飲食狀況與營養問題

依衛生署公佈 1993-1996 國民營養健康狀況變遷調查資料中，有關青少年的飲食狀況敘述如表 1（我國青少年年齡層在 13-18 歲之間，但有些人發育較慢，因此將 13-18 歲與 19-44 年齡層的資料皆列出，以供參考）：

表 1：1993-1996 國民營養健康狀況變遷調查摘錄

種類	13-18 歲	19-44 歲	備註
奶類	0.7-0.8 杯/天	0.5 杯/天	13-18 歲為所有年齡層最高者，但仍未達衛生署「每日飲食指南」1-2 杯的標準
蔬菜	2.2-2.3 次/天	2.5-2.6 次/天	比「每日飲食指南」3 份的標準稍微不足
水果	0.8-0.9 次/天	0.8-1.1 次/天	皆未達「每日飲食指南」2 份的標準
肉、魚、蛋、豆類	3.2-3.7 次/天	3.1-3.5 次/天	比「每日飲食指南」4 份的標準稍微不足
高脂肪食物	1.2 (女) -2.8 (男) 次/天	1.7 (女) -3.5 (男) 次/天	13-18 歲為所有年齡層最低者,19-44 歲所有年齡層最高者
油炸食物	1.2-1.4 次/天	0.6-0.8 次/天	隨年齡層升高而降低
以滷汁、豬油或湯汁拌飯	28.8 (女) -38.9 (男) %	16.4 (女) -28.3 (男) %	兩年齡層的男性以滷汁、豬油或湯汁拌飯者皆比女性多

主食類	37-38% (以西點為早餐); 68-79% (以乾飯為午餐); 74-82% (以乾飯為晚餐)	24-32% (以西點為早餐); 66-77% (以乾飯為午餐); 79-84% (以乾飯為晚餐)	早餐第二選擇為包子饅頭與乾飯，而午餐第二選擇皆為麵條
含糖飲料	2.4 (女) -4.9 (男) 次/天	1.0 (女) -2.7 (男) 次/天	兩年齡層的男性喝含糖飲料皆比女性多出一倍以上

由以上資料，知道我國 13-18 歲青少年在奶類、油炸食物、含糖飲料的選擇及以滷汁、豬油或湯汁拌飯的情形皆為所有年齡層最高者，其中肉類及蛋類的攝取量在 13-18 歲青少年為最高，而隨年齡的增加而減少，但魚類在此年齡層攝取最少，隨年齡的增加，攝取的頻率增加。而 19 歲以上的青少年所攝取的高脂肪食物，為所有年齡層中最高者，尤其是男性更高。

由其熱量及營養素的攝取量，與衛生署國人每日飲食建議攝取量 (RDNA) 比較，發現我國青少年營養素攝取不均衡，其中蛋白質及脂肪比例過高，尤其是男性攝取蛋白質的量佔建議量的 128-137%，是所有年齡層中最高的；礦物質中，鈣質在各年齡層攝取量普遍不足，鐵質缺乏情形以女性較嚴重；而維生素 B 群中以維生素 B₆ 缺乏最為嚴重，其次為葉酸，而維生素 B₁ 及 B₂，除 13-18 歲青少年的攝取量不足外，各年齡層攝取量普遍皆已足夠。青少年應參考此結果，作為改進飲食習慣之依據。

參、國外青少年常見的飲食問題

國外對於青少年飲食習慣之研究相當多、其與我國青少年飲食有許多相似之處，茲探討如下：

一、省略餐食

Worthington-Roberts et al. (1996) 提到青少年省略餐食的情形，因年齡增加而愈嚴重，由於許多青少年離家唸書或工作，外食機會增加而導致，青少年在一天的餐食中，晚餐是較為正常的一餐。我國 1993-1996 國民營養健康狀況變遷調查資料中，亦有相同的結果，其中指出我國青少年的飲食中有 92.3% (13-18 歲) -96.0% (19-44 歲) 每天都吃晚餐，其比例雖為三餐中最高者，但吃晚餐的比例仍比其他年齡層稍低，而青少年吃早餐的比例為 66% (19-44 歲) -72.5% (13-18 歲)，是所有年齡層中最低者，此點應加強宣導。

依 Worthington-Roberts et al. (1996) 提到許多青少年不吃早餐 (Mitchell, 1997)，青少年情形更為嚴重，因為她們相信不吃早餐可以控制體重，但是她們在早上 10 點多或中午時，因為很餓，會比有吃早餐者吃下更多的食物。研究發現有規律的餐食頻率會因收入及社會地位的增加而較高。

二、喜歡吃點心

青少年期特別喜歡吃點心，其成為重要的第四餐，對於快速生長及高活動量的青少年需高熱量點心，但是如果熱量需求較少者，可能會因吃點心而少吃富含營養的食物，導致對身體不良的影響 (Mitchell, 1997)。Whitney, Cataldo, Debruyne and Rolefes (1998) 提到青少年一天吃的點心的熱量大約佔

國外青少年常見的飲食問題：

- 一、省略餐食
- 二、喜歡吃點心
- 三、喜歡吃速食
- 四、喜歡含糖飲料
- 五、蔬菜、水果吃得少
- 六、節食

每天總熱量的 1/4，其由點心中獲得豐富的蛋白質、維生素B₁、B₂、B₆、鎂及鋅，但是其中所含的維生素A、葉酸、鈣及鐵有不足的情形。如果青少年吃的是營養的點心，例如牛奶、優格、果汁、蔬菜及水果，則可獲得相當多的鈣、鎂及維生素C(Mitchell,1997)。

三、喜歡吃速食

美國青少年喜歡食用速食的原因包括太容易得到速食(Worthington-Roberts, et al., 1996；彭田、郭憲文與邱淑玲, 1992)、價錢便宜、符合年輕人的預算，所提供的食物容易被接受且所需使用的餐具很少，同時速食餐廳提供一個讓青少年覺得輕鬆、舒適的環境(Mitchell, 1997；彭田、郭憲文與邱淑玲, 1992)，青少年可以由速食店、便利商店、電影院、球場等地方買到速食，因此增加吃速食的機會、影響其飲食習慣。洪建德(1994)指出我國由於西方速食產品的大量引進，加上工業化的影響、許多母親須上班、製備食物時間較少，而速食方便、給人衛生、安全的感覺，因此食用速食的機會增加；而對台北市國中的研究中，發現高社經地位家庭的青少年，購買速食的情形較中、低社經地位家庭的青少年多(張美玲, 2004)。此外，在對某高中的研究中指出(呂蘭花, 2003)，學生每週攝取 1-3 次西式速食者佔 17.4%，發現學生缺乏速食營養知識及拒絕攝取速食的技巧，並發現對於攝取速食的行為，來自同儕的社會支持較父母親高。

吃速食的成人及兒童比沒有吃者，攝取較高的熱量、油脂、飽和脂肪、鈉、碳酸飲料，而攝取較少的維生素 A 及 C(Williams, 1994；Williams, 1997)，同時因牛奶、蔬菜與水果的量攝取不足，易造成鈣質、維生素 B₂、葉酸與纖維素缺乏(Worthington-Roberts et al.,1996)。

四、喜歡含糖飲料

Mitchell(1997)指出青少年飲食習慣很容易受同儕的影響(Worthington-Roberts et al. 1996)，形成一種共同的文化，許多青少年喜歡喝含糖飲料，就是因為這個原因。此外，青少年看電視或上網的時間多，亦會造成喝較多含糖飲料，而增加體重。

五、蔬菜、水果吃得少

青少年喜歡喝容易買得到、且方便食用的加工果汁、果菜汁，不喜歡吃新鮮水果，尤其是不住在家裡的青少年，因為水果須自行購買、處理，且考慮到沒有冰箱可以貯藏的問題，因此很少有意願購買，而餐廳所製備的蔬菜也與家中的少量製備，在味道上有些差異，因此減低青少年選擇的意願，許多學校營養午餐的蔬菜也因此剩下許多。根據 Neumark-Sztainer, Wall, Perry and Story(2003)研究指出，青少年蔬果的攝取量與家庭中容易取得蔬果(張玉鳳, 2001)及對蔬果味道的喜好性有極強的相關性，而研究中同時發現如果對蔬果味道的喜好性較低，但因為容易取得蔬果、仍然會增加其攝取量；因此建議要讓青少年增加蔬果的攝取，需增加蔬果的容易取得性，例如各學校餐廳提供平價新鮮蔬果、並提供蔬果處理服務，以增加青少年蔬果攝取量。

500 大卡早餐飲食舉例

(以平時可以買得到、容易接受的為主、甲與乙對於青少年較合適，因牛奶中鈣質較多)

甲 低脂鮮奶 240c. c. 1 杯
三明治

土司 2 片
荷包蛋 1 個 (用油 1 茶匙)
萵苣 2 片
蕃茄 半個 (與萵苣共 50 克)
蘋果 1 個 (可食部份 110 克)
柳丁 1 個 (可食部份 130 克)
*此兩種水果可以新鮮果汁代替，即喝 2 個柳丁榨的果汁

乙 低脂牛奶 240c. c. 1 杯
(25 克奶粉)

饅頭(大) 1/2 個 (60 克)
烤肉片 1 片 (熟 30 克)
炒雪裡紅 50 克(用油 1 茶匙)
*如改為小黃瓜 50 克(夾入饅頭)
可用瑪琪琳 1 茶匙塗抹饅頭
木瓜 1 塊 (可食部份 200 克)
*木瓜可與牛奶打成木瓜牛奶
奇異果 1 個 (可食部份 110 克)

丙 豆漿 240c. c (加糖 5 克)

饅頭(大) 1/2 個 (60 克)
用瑪琪琳 1 茶匙塗抹饅頭
豬肉鬆 20 克
蕃茄 1 個
蓮霧 225 克 (約 3 個)
葡萄 100 克 (約 13 粒)

丁 蕃薯稀飯 1 碗

蕃薯 1 個 (可食部份 60 克)
荷包蛋 1 個 (用油 3/4 茶匙)
涼拌豆腐 1/2 塊 (嫩豆腐)
涼拌空心菜 100 克(香油 1/4 茶匙)
蘋果 1 個 (可食部份 110 克)
蕃石榴 70 克

(作者自編)

六、節食

許多青少年受社會強調瘦的觀念(Whitney, et al.,1998 ; Williams, 1997) 以及廣告瘦身的衝擊(Mitchell, 1997), 使他們重視自己的外表及體重(莊文芳, 1998 ;張為揚, 2003), 雖然體重在標準範圍之內, 但自認為體重過重, 他(她)們會以節食來減輕體重(Worthington-Roberts, et al., 1996 ;張為揚, 2003), 其中以青少女此種情形最多, 而節食會造成營養在質與量都不均衡(Boschi, Siervo, D'orsi, Margiotta, Trapanese, Basile, Nasti, Papa, Bellini&Falconi, 2003)。

肆、青少年健康行動計劃

一、WHO 青少年健康行動計劃 (Action for adolescent health-toward a common agenda)

1995 年世界衛生組織(WHO)與 UNFPA 及 UNICEF 組成一個研究團隊, 對於青少年健康問題的解決付諸行動, 依照已開發國家的經驗, 首先必須:

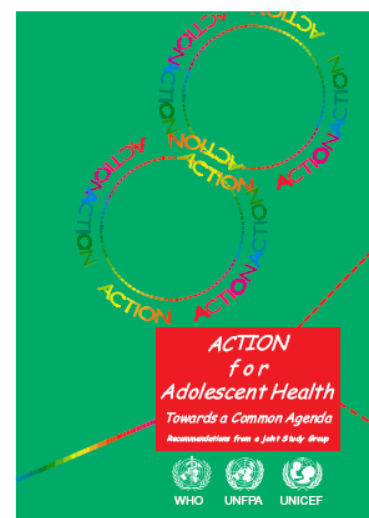
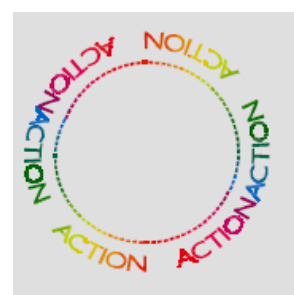
1. 回顧有關青少年健康主要介入的有效的科學證據。
2. 加強對於青少年健康的計劃。
3. 發展國家計劃的一般架構。
4. 建議最首要的行動以提升及增強青少年健康的計劃, 包括需要全球及地區支持的國家層級計劃。

其次, 研究團隊指出成功的計劃必須提供青少年支持及有機會去達到以下事項, 包括:

1. 獲得正確的資訊。
2. 建立生活的技巧。
3. 獲得諮商(尤其是在有危機的時刻)。
4. 使用健康服務(包括生育健康)。
5. 住在一個安全及支持的环境。

而計劃同時必須考慮青少年個別的需求與情況而有所差異。社會環境鼓勵個人的發展及健康的行為, 而政策及媒體可加強青少年正向的準則, 此外, 讓青少年對影響生活的事項參與決定、使其對家庭及社區有貢獻, 而提供符合基本的安全需求、使其有歸屬感、有自信, 同時給予生活技巧的訓練, 都可以促進青少年的整體發展, 而也因此使青少年有動機去學習健康的行為。在此計劃中, 其提出基本的工作包括:

1. 促進架構的使用於青少年健康的國家計劃。
2. 發展明確及固定的目標。
3. 在國家方面, 要增強及擴大與國際相關機構合作, 且與非政府組織、但支持青少年建康的機構合作。
4. 支持國家計劃
5. 將此一般與相關的議題告知三個機構的管理部門, 依照其建議行動, 但要考慮每個機構不同的工作、結構及佔優勢的地方。



http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/WHO_FRH_ADH_97.9.pdf

(一) WHO 全球學校健康促進計劃(Promoting health through schools : The

WHO's Global Health Initiative, 1996)，包含下列項目：

1. 對於學校的投資要增加及擴大。
2. 對女孩的全面教育參與要增強。
3. 每個學校要提供學生安全的學習環境及教職員一個安全的工作場所。
4. 每個學校要提供所有的學生學習促進健康及生活的技能。
5. 每個學校必須作為更有效率的健康促進的入口及著手進行健康介入的工作。
6. 發展政策、法規及指標以確保地方、國家及國際間資源的確認、分配、協調、調動以支持學校健康。
7. 老師及學校教職員應給予適當的尊重及必須的支持，使她們能在學校環境中宣導健康的觀念。
8. 社區與學校要一起工作，推動健康及教育。
9. 學校的健康計劃要有良好的設計、推動與評價以確保有成功的成就及結果。
10. 國際間的支持必須更多，以促進國家、社區與學校的健康及教育能力。

(二) 健康促進的學校計劃之建議(Delisle, Chandra-Mouli and Benoist)

Delisle 等人指出以學校為主的健康及營養計劃，需考慮已開發國家青少年獨特的營養問題及應優先考慮的健康議題，是一個最好的促進青少年營養的管道，例如可以使青少年在學校的飲食中獲得微量元素的添加，而且在學校的計劃花費最少，因為可透過對老師的受訓，傳遞營養及飲食概念；其對健康促進的學校計劃之建議如下：

1. 研究以發展青少年專用的身體測量參考資料，需要橫向及縱向的研究青少年的發展及成熟狀況，而此點被認為是最重要的。
2. 學校必須定期測量學生的身高及體重，對照 BMI(身體質量指數)，以了解其是否體重過重，而給予適當的指導。
3. 研究微量元素對於骨骼礦質化、快速生長的時間及青少年、青少年的成熟的重要性，尤其是維生素 A、鈣、鋅及鐵。
4. 研究以食品與健康為基礎，使用不同管道以添加微量元素，尤其是鐵與維生素 A 的增加，但要考慮製造的成本效益問題。
5. 透過城市學校系統，促進青少年的健康飲食習慣及生活型態，以減少青少年肥胖及其他慢性疾病的危險，同時學校要與健康中心密切聯繫，且配合社區發展計劃。
6. 對於青少年營養的計劃，需要訂定國家層級的政策來達到。
7. 了解青少年對與健康相關議題的看法如營養等，是對於發展有效的策略很重要的，其必須考慮文化、同儕、家庭等因素。

8. 改善青少年的營養是相當重要的，使青少年在可能懷孕之前改善其營養狀況，可減少青少年及胎兒的死亡率，且也可能減少因營養不良、貧窮與慢性疾病而造成的後果。
9. 市場的商品必須考慮青少年的喜好，可用來作為飲食行為改變的工具。

而學校要特別加強對青少年健康的促進及教育項目為：

1. 鼓勵健康飲食及運動。
2. 增強青少年的自信、使其作為對抗造成飲食習慣不利環境的一種動力。
3. 藉由教導正確的態度及行為以預防肥胖及不正常的飲食。
4. 篩選出可能有肥胖、營養不良及飲食問題的青少年，並將其轉介到合適的健康服務中心。
5. 加強宣導對於母乳哺餵的正向態度。
6. 注重選擇多樣化的食物種類，多吃蔬菜、水果及其他來源的纖維，適量飽和脂肪及富含與鐵的食物。

(三) 南澳洲的健康促進學校(Health Promoting Schools in South Australia-Sahps)

南澳洲的健康促進學校是由 Department of Human Service 及 Department of Education, Training and Employment 共同執行的計劃，其是指學校提供一個適合學習與健康的 support 環境，HPS(健康促進學校)的觀念包括三方面的影響：

1. **正式的課程**：將健康教育包含於健康及體育教育的課程中，為正式課程的一部份；而在教學上應創造機會讓學生專心學習課程內容、學習的作業與評價的方法，且有所回應。
2. **學校的組織、特質與環境**：在 HSP 的環境中，工作人員參與決策而且支持其專業的發展，且 HSP 的政策與過程要與課堂教學計劃中的健康訊息是一致的，例如學校福利社需提供健康的食品，以與老師教導的選擇有營養的食物相配合
3. **學校與社區的相關性**：促進學校、家庭與社區的聯繫是在 HSP 中非常重要的一部份，包括學校、父母、社區團體、政府及非官方的健康及社會機構的合作關係是使 HSP 計劃成功的重要因子，例如民間機構可贊助教學材料作為課程的教材。

(四) 美國的健康促進學校政策

美國政府在 1970 年起，疾病管制局(CDC)已經將學校的健康教育列為國家的重點項目，美國國會要求 CDC 為學校環境中設置與健康教育相關事項，包括 30 個專業與自願服務的機構，協助 CDC 發展政策及高品質的指導方針，CDC 提供領導、支持及協助學校計劃有意義的健康教育。1994 年美國 CDC 開始學校健康政策及研究計劃

(School Health Policy and Program Study-SHPPS)，其提供 5 個學校健康計劃的要素：

1. 教育服務
2. 健康服務
3. 營養服務
4. 體育教育
5. 提供健康的環境

CDC 將資料編輯且寫成指導方針，藉以提升健康計劃的許多要素的效率，同時 CDC 在 13 州成立綜合的學校健康計劃 (Comprehensive Program of School Health)，協助青少年發展技能及學習避開高危險的行為如抽煙、運動量不足及其他非健康習慣的問題，學生獲得指示及練習作決策的過程、彼此交流及如何抗拒同儕的壓力，這些方法使他們對於健康習慣做了好的決定。此外，Dr. Koop 提出 “Shape up America” 的計劃，主張社區及雇主發展計劃，給予民眾及員工動機以鼓勵運動，其為促進理想體重及良好身體狀況的策略。例：美國 Massachusetts Department of Education 提出的學校營養計劃包括：學校牛奶計劃、學校早餐計劃、學校午餐計劃、課後點心計劃、夏天食品供應等計劃。

(五) 菲律賓學校營養計劃

菲律賓 Department of Health 與 WHO 及 UNFPA 合作的青少年健康與發展計劃，其中以學校為主的營養計劃 (School-based Nutrition Program)，指出教師可利用學校的校園教導學生種植蔬菜與水果，其可提供學校學生及其家庭改變飲食習慣，學校菜圃可發展作為策略的一部份，使更多的蔬菜及水果加入飲食中，以提升營養品質，其計劃的目的包括：

1. 重視飲食多樣性及蔬菜與水果在健康所擔任的角色。
2. 教導如何種植蔬菜並且照著去做。
3. 利用學校早餐吃自己種的蔬菜。
4. 使用種菜的經驗促進同儕間的合作、訓練青少年負起責任、培養其自信及自尊心。

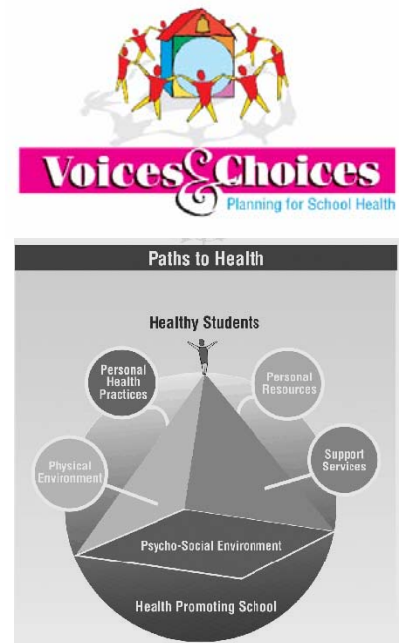
此計劃中並提出家庭對青少年營養的重要性，如青少年由家庭獲得良好的飲食習慣，則比較能對抗外界不良的影響，而研究亦指出青少年肥胖許多原因是有肥胖的家族史及獨自進食而造成的，因此，讓青少年與家人進食可以保護青少年以對抗肥胖。

二、加拿大對青少年的營養與健康政策

由加拿大營養政策與促進部 (ONPP) 負責，其包括健康與食品兩方面，其為線上資料庫，結合與加拿大人健康相關的健康、農業、教育、社會及經濟等部門，除提供營養與健康的最新研究資訊外，更提供營養教育者及健康

專家的飲食指導方針，並制定、推動與評估相關政策以促進健康為目的。舉例說明如下：

- **Voices and Choices web site-planning for school health**：其由 Population and Publication Health Branch (PPHB) 負責，這是一個在加拿大很實用的計劃，學校可自己使用的線上工具，方便且省錢，其步驟如下：
 1. 首先成立一個學校健康委員會，允許登錄後、進入計劃系統。
 2. 依照指引完成學生需求評估問卷與學校學生統計資料問卷。
 3. 藉由問卷結果學校可得到學校學生健康分析圖。
 4. 可由 Data Entry Software 指引中得到結果的說明，並可與指引中類似的學校資料相比較、也可以與國家資料相比較。
 5. 依照指引中的方法，提出一個綜合且包含費用的學校健康計劃。
 6. 制定行動的計劃，包括短期、中期、長期政策。
 7. 再檢查並評估活動的過程與成果。
 8. 跟著方法作，即可慶祝成功。



http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/vc-ss/pdf/guide_fin_e.pdf

三、美國小兒科醫生以社區為導向的健康服務教育課程

美國 Massachusetts General Hospital 的小兒科醫生共同以社區為導向的健康服務作為其繼續教育的課程，其比傳統的醫院為主的醫療服務是更好的模式。其對青少年的飲食問題訂出計劃，茲將其中有關營養及飲食習慣不良的部份重點摘要如下：

- 目標：了解青少年的飲食及飲食管理
- 目的：
 1. 評估及篩選青少年的飲食狀況
 - (1) 使用篩檢工具評估身高體重，劃出標準生長曲線與計算身體質量指數(BMI)。
 - (2) 使用一些問題來進一步評估肥胖、營養不良及飲食不正常的危險，其問題例如看電視的時間、對於流行食品的喜好、注意身體的形象等。
 - (3) 得知家庭醫療史，以評估其肥胖及其他醫療問題如高血壓等疾病
 - (4) 得知家庭心理醫療史，以與飲食史一起評估營養問題及飲不正常情形。
 - (5) 做身體檢查，以找出可能為飲食不正常而造成的，如心博慢、低體溫、血壓改變等現象。
 2. 健康促進及疾病防治
 - (1) 宣導健康的青少年飲食。
 - (2) 認識一般飲食的缺陷症如缺鐵、缺鈣，以及其缺陷造成的後果。
 - (3) 告知有規律的身體活動的重要性，並建議活動的形式。
 - (4) 討論標準體重、整體健康、正常生理發展與生理功能之間的關係。
 - (5) 建議青少年認識不正常飲食的危險，並提出克服的方法。

- (6) 當青少年自己無法解決飲食的問題時，協助他們找出解決方法，包括與父母或專家的諮商。

3. 處理一般的問題

- (1) 體重稍過重的青少年。
- (2) 青少年鈣質攝取不足。
- (3) 青少年有缺鐵性貧血。
- (4) 青少年有心血管疾病。
- (5) 青少年太好動或飲食過量。

伍、結論與建議

爲了使我國青少年擁有健康的身體，可參考 WHO 提出的全球學校健康計劃，由學校負起推動青少年良好飲食習慣的責任，並配合家庭、醫院、健康服務機構、社區與其他自願服務機構，共同合作，以加速推動青少年的健康計劃，使青少年接觸健康的食物，並在一個支持的環境下，愉快地進食富含營養的食物。即從小學開始加強營養教育與心理建設，以培養青少年的自信心、使其不要太過於注重外在的形象，也應管制會造成不良示範的媒體節目與廣告，以降低對青少年負面的影響，而由相關單位製作生動、活潑的多媒體營養推廣教育影片，提供教學及傳播媒體宣導之用，以加強青少年正確的食物選擇觀念。

總括而言，學校、家庭與食品供應者應提供營養且健康的飲食給青少年，其包括低飽和脂肪、低膽固醇、低糖食物，並提供適量優質蛋白質、足夠的五穀類、纖維、鈣質及鐵質，同時響應「一天五蔬果」的飲食，培養正確的飲食習慣，並配合運動，以期擁有健康的身體，提昇全民優良生活品質。

參考文獻

1. 王建楠與吳重達 (2003)兒童與青少年肥胖症。當代醫學，30(9)，767-776。
2. 行政院衛生署 (1998)國民營養現況-1993-1996 國民營養健康狀況變遷調查結果。台北：作者。
3. 呂蘭花 (2003) 台北縣某私立中學高中部學生攝取西式速食行爲相關因素之研究。碩士論文。台北：國立台灣師範大學。
4. 洪建德 (1994)台北市士林北投區兒童及青少年飲食習慣、高膽固醇血症及膳食營養狀況。中華民國營養學會雜誌，18(2)，201-220。
5. 郝立智 (2003)肥胖症面面觀。當代醫學，30(8)，663-674。
6. 張維揚(2003)北部某醫學校院學生身體意象對減重意圖之影響及其相關因素之探討。碩士論文。台北：台北醫學大學。

7. 張美玲 (2004) 台北市國中學生對西式速食的消費者知識、態度與行為研究。碩士論文。台北：國立台灣師範大學。
8. 莊文芳 (1998) 影響台北市青少年對身體意象認知相關因素之探討。碩士論文。台北：國立陽明大學。
9. 彭田、郭憲文與邱淑玲 (1992) 中部專科學生對西式速食攝食行為的比較研究。公共衛生，19(3)，267-275。
10. 劉懿瑱 (2002) 青少年飲食保健專輯。仁愛醫訊，18(2)，8-10。
11. Adolescent and Youth Health and Development Training Programme- Nutrition in adolescence (n.d.). Department of Health in Collaboration with WTO and UNFPA. Volume 1-C: Facilitators' Guide.
12. Angley, L. and Young, A. (2001). An introduction to health promoting schools in South Australia: A joint Department of Human Services/Department of Education, Training and Employment Initiative. Adelaide : Government of South Australia.
13. Bonow, R. O., Smaha, L. A., Smith, S. C., Mensah, G. A. and Lenfant, C. (2002). World Heart Day 2002-The International Burden of Cardiovascular Disease: Responding to the Emerging Global Epidemic. *Circulation*, 106, 1602-1605.
14. Boschi, V., Siervo, D'orsi, P., Margiotta, N., Trapanese, E., Basile, F., Nasti, G., Papa, A., Bellini, O., and Falconi, C.(2003). Body composition, eating behavior, food-body concerns and eating disorders in adolescence girls. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 47(6), 284-293.
15. Delisle, H., Chandra-Mouli, V., and Benoist, B. (2001) Should adolescents be specially targeted for nutrition in developing countries? To address which problems, And How.
http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Adolescent_nutrition_paper.pdf. 27/06/2004
16. Guide to Implementation-Voices and Choices-PPHB-Health Canada (2004).
http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspvc/vc-ss/guide_e.html. 12/07/2004
17. Mitchell, M.K. (1997). Nutrition across the life span. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
18. National Cholesterol Education Program (NCEP1992). NCEP Expert Panel on Blood Cholesterol : Levels in children and adolescents : Highlights of the Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 89, 495-501.
19. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C. and Story, M. (2003). Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from Project EAT. *Preventive Medicine*, 37(3), 198-208.
20. Training Programme on Adolescent and Youth Health and Development For

Health and Non-Health Service Providers. Volume 1-C: Facilitators' Guide.
Department of Health in Collaboration with WHO and UNFPA.
<http://www.doh.gov.ph/ayhd/tp/Volume%201-D%20Module%20A/Module%20A%20Nutrition%20-%20Final-Handout.pdf> .23/07/2004

21. Whitney, E. N., Cataldo, C. B. and Rolfes, S. R. (1998). Understanding Normal & Clinical Nutrition. 3rd. edition. St. Paul : West Publishing Company.
22. WHO (1997). Action for adolescent health-toward a common agenda. Recommendation from a joint study group-WHO, UNFPA and UNICEF.
http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/WHO_F RH_ADH_97.9.pdf. 26/06/2004
23. Williams, C. L., Hayman, L. L., Daniel, S. R., Robison, T. N., Steinberger, J., Paridm, S. and Bazzarre, T. (2002). Cardiovascular health in childhood : A statement for health professionals from the committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the council on cardiovascular disease in the young, American Heart Association. *Circulation*, 106, 143-160.
24. Williams, S. R. (1997). *Essentials of nutrition and Diet Therapy*. 6th ed. Missouri : Mosby-Year Book, Inc.
25. Worthington-Roberts, B. S. and Williams, S. R. (1996). *Nutrition throughout the life cycle*. Missouri : Mosby-Year Book, Inc.