

非傳染病直擊

二零一五年 三月



健康體重 健康兒童

要點

- ※ 在香港，小學生超重和肥胖的檢測率由一九九五／九六學年的 16.1%，增加至二零零八／零九學年的 22.2%，但隨後逐漸下降至二零一三／一四學年的 20.0%。在中學生中，相關的檢測率從一九九六／九七學年的 13.2% 增加至二零一三／一四學年的 19.5%。
- ※ 從懷孕到出生，以至兒童成長的環境中，每一個環節都有機會構成兒童超重或肥胖的風險。肥胖會對兒童的生理及心理社交健康帶來短期及長遠的影響。
- ※ 要預防兒童肥胖，應從胎兒時期開始，繼以健康的餵養方式養育孩子，讓他們在兒童和青少年時期維持良好的飲食習慣，並且促進他們保持適量的體能活動。

給家長協助兒童及青少年達到健康體重的提示

促進健康飲食

- ※ 應考慮以全母乳餵哺嬰兒至約 6 個月大，隨後逐漸引進固體食物，並持續餵哺母乳至幼兒 2 歲或以上
- ※ 兒童和青少年每天三餐要定時。按照他們的年齡和發育階段給予適當的分量
- ※ 教導並鼓勵兒童和青少年按健康食物金字塔的比例進食各種健康食物
- ※ 給兒童和青少年健康的小食及清水。避免提供高脂肪、高鹽和高糖的小食、汽水或其他含糖飲料。不以食物獎勵兒童
- ※ 盡可能與兒童和青少年在家一起用膳。外出用膳時宜選擇含較少脂肪、鹽和糖的健康菜式

促進體能活動

- ※ 令體能活動成為家庭日常生活的一部分
- ※ 多安排兒童和青少年參與戶外活動
- ※ 支持兒童和青少年參與運動或其他動態康樂活動
- ※ 贈送予兒童和青少年可促進體能活動的鼓勵或獎賞
- ※ 限制靜態的屏幕時間，例如看電視、使用電腦和其他電子屏幕產品

健康體重 健康兒童

兒童超重和肥胖構成公共衛生危機。在過去數十年，兒童和青少年超重和肥胖的問題在全球顯著增加。超重和肥胖的基本原因是所攝取和消耗的熱量出現失衡引起，這可以是由於一個或多個因素。超重或肥胖不單只與外表有關，很多醫學、社會和心理問題亦與兒童

超重或肥胖有關連。超重和肥胖，以及相關的疾病大都是可以預防的。因此，早在母親懷孕前已應積極採取有效的干預措施，以預防和控制兒童肥胖問題，並阻止甚至扭轉肥胖問題上升的趨勢。

全球兒童和青少年的過重和肥胖情況

問題的嚴重程度

要確定兒童和青少年的體重狀況，可採用多種不同的量度方式和標準，例如世界衛生組織（世衛）為 0 至 5 歲兒童制定的兒童生長標準及 5 至 19 歲兒童和青少年的生長參考數據。但無論是使用甚麼量度方式或標準，在很多國家中，兒童和青少年超重和肥胖的比率均有所上升^{1,2}。

全球年齡介乎 0 至 5 歲超重或肥胖的嬰幼兒，已從一九九零年的 3 200 萬增加至二零一三年的 4 200 萬。如果目前的趨勢持續，預計到二零二五年，超重和肥胖的 5 歲以下嬰幼兒將增加至 7 000 萬¹。同樣地，二零一三年全球疾病負擔研究指出，在已發展和發展中國家年齡介乎 2 至 19 歲的兒童和青少年的年齡標準化超重和肥胖比率，於一九八零年至二零一三年間亦有所上升（表一）²。

決定因素和促成因素

從懷孕到出生，以至兒童成長的環境中，每一個環節都有機會構成兒童超重或肥胖的風險¹。遺傳因素（例如肥胖的家族史³）會對容易肥胖的兒童引起一定作用，非遺傳的重要個人因素也可導致兒童超重和肥胖，包括產前產後的風險因素（例如母親患上妊娠期糖尿病、母親於懷孕時吸煙和嬰兒出生時體重較高）、生命早期的影響（例如非以母乳餵哺和在一歲前體重快速增長）、生活模式和行為因素（例如缺乏體能活動、看電視、攝取過量熱量和睡眠時間較短）^{4,6}。促使兒童肥胖快速增加，也包括一些社會因素（例如家長的親職教育方式）、經濟原因（例如缺乏可負擔的健康食物），以及其他環境影響（例如學校內缺乏健康食物的選擇、社區缺乏體能活動設施、大量針對兒童和家庭的高熱量食品和飲料的市場推廣）^{7,8}。

表一：一九八零年及二零一三年，按性別劃分已發展和發展中國家年齡介乎 2 至 19 歲兒童和青少年的年齡標準化超重和肥胖的比率

發展程度	性別	年份	
		1980	2013
已發展國家	男童	16.9%	23.8%
	女童	16.2%	22.6%
發展中國家	男童	8.1%	12.9%
	女童	8.4%	13.4%

資料來源：二零一三年全球疾病負擔研究。

健康風險和後果

超重或肥胖不單只是外表的問題。很多健康問題都與兒童肥胖有關連。與體重健康的兒童相比，肥胖的兒童有較多新陳代謝風險因素（包括腰圍增加、血壓上升、血糖耐量異常、血糖上升和不理想的血脂水平），並有較高風險患上糖尿病、脂肪肝、睡眠窒息症、哮喘和肌肉骨骼問題⁹⁻¹³。此外，肥胖的兒童亦有較大機會出現心理社交問題¹⁰。美國一項對象為超過 43 000 名年齡介乎 10 至 17 歲兒童的橫斷面研究發現，與不肥胖的兒童相比，肥胖的兒童出現內在化問題（例如自卑、意志消沉或情緒低落和社交退縮）的風險增加 59%，出現外在化問題（例如不服從、攻擊性和焦躁）的風險則增加 33%¹⁴。另外，荷蘭一項對象為 4 364 名兒童（平均年齡為 6.2 歲）的人口研究發現，肥胖的兒童被欺凌的風險是體重正常的兒童的約 2.3 倍¹⁵。

肥胖的兒童往往在長大後會依然肥胖。肥胖對健康帶來的不良影響不限於童年，也能延伸至成年。根據隊列研究估計，約 40% 至 70% 的青春前期肥胖兒童會成為肥胖的成年人¹¹。

香港兒童和青少年的超重和肥胖情況

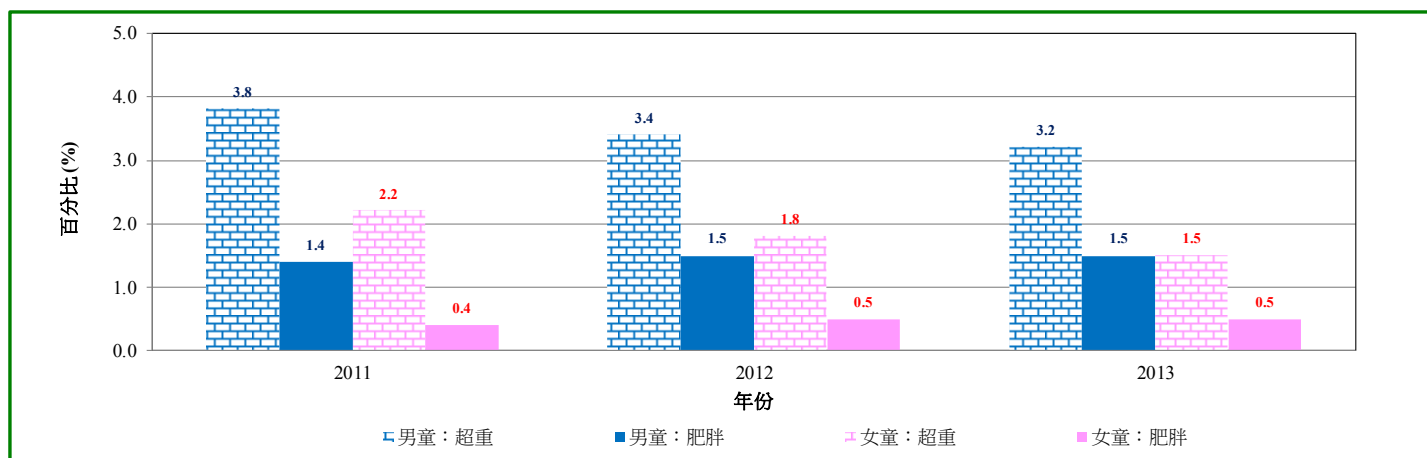
問題的嚴重程度

衛生署家庭健康服務的數據顯示，在學前兒童中，接受母嬰健康院服務的 4 歲兒童的過重比率，從二零一一年的 3.0% 下降至二零一二年的 2.6%，並在二零一三年進一步下降至 2.4%。在同一時期，兒童的肥胖比率維持在 1%。按性別劃分，男童出現超重和肥胖的情況較女童普遍（圖一）¹⁹。

兒童超重和肥胖對日後的健康影響尤甚嚴重，這包括增加患上心血管疾病（主要是冠心病和中風）、糖尿病、肌肉骨骼疾病，尤其是骨關節炎和某些癌症（例如結腸癌、乳癌和子宮內膜癌）的風險¹⁶。合併分析四項平均跟進年期為二十三年的前瞻性隊列研究顯示，童年時出現超重或肥胖而在成年後持續肥胖的人士，與童年時體重指標（BMI）正常而在成年後並不肥胖的人士比較，前者患上二型糖尿病的風險是後者的 5.4 倍，三酸甘油酯屬於高水平的風險是後者的 3.0 倍，患上高血壓的風險是後者的 2.7 倍，高密度脂蛋白膽固醇屬於低水平的風險是後者的 2.1 倍，低密度脂蛋白膽固醇的風險屬於高水平是後者的 1.8 倍，頸動脈粥樣硬化的風險是後者的 1.7 倍¹⁷。除此之外，一項對象為 227 000 名挪威青少年，而平均跟進年期為 34.9 年的大型隊列研究發現，年齡介乎 14 至 19 歲而體重指標屬最高類別的青少年，在中年時有較高風險死於冠心病、呼吸系統疾病、結腸癌和猝死¹⁸。

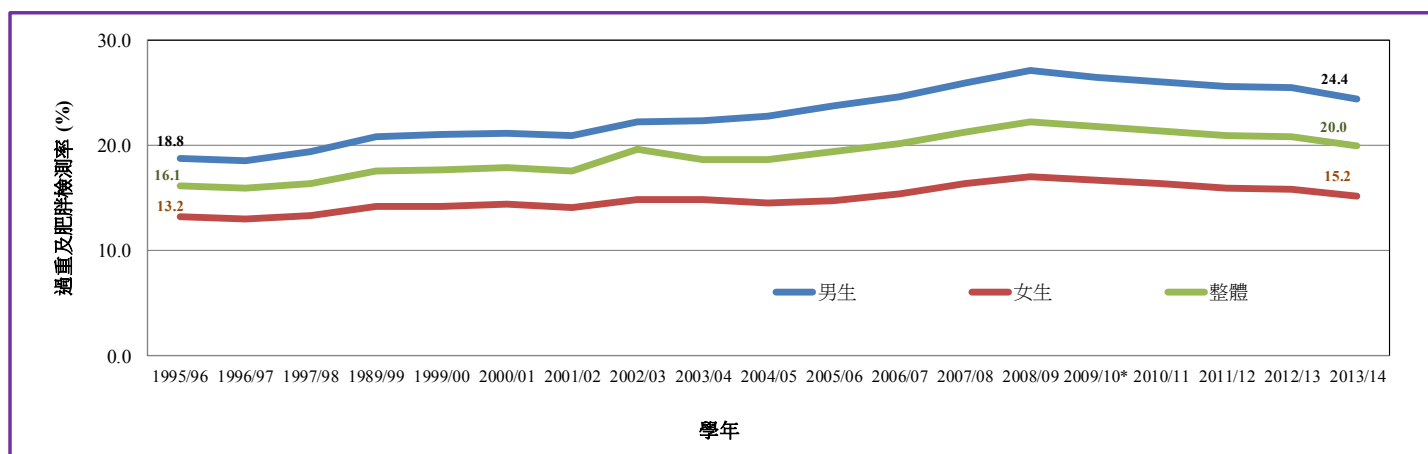
在學齡兒童和青少年中，衛生署學生健康服務所錄得小學生超重和肥胖的檢測率，由一九九五／九六學年的 16.1% 增加至二零零八／零九學年的 22.2%，但逐漸下降至二零一三／一四學年的 20.0%（圖二 a）。在中學生中，相關檢測率從一九九六／九七學年的 13.2% 增加至二零一三／一四學年的 19.5%（圖二 b）²⁰。

圖一：二零一一年至二零一三年按性別劃分 4 歲小童被歸類為超重及肥胖的比率

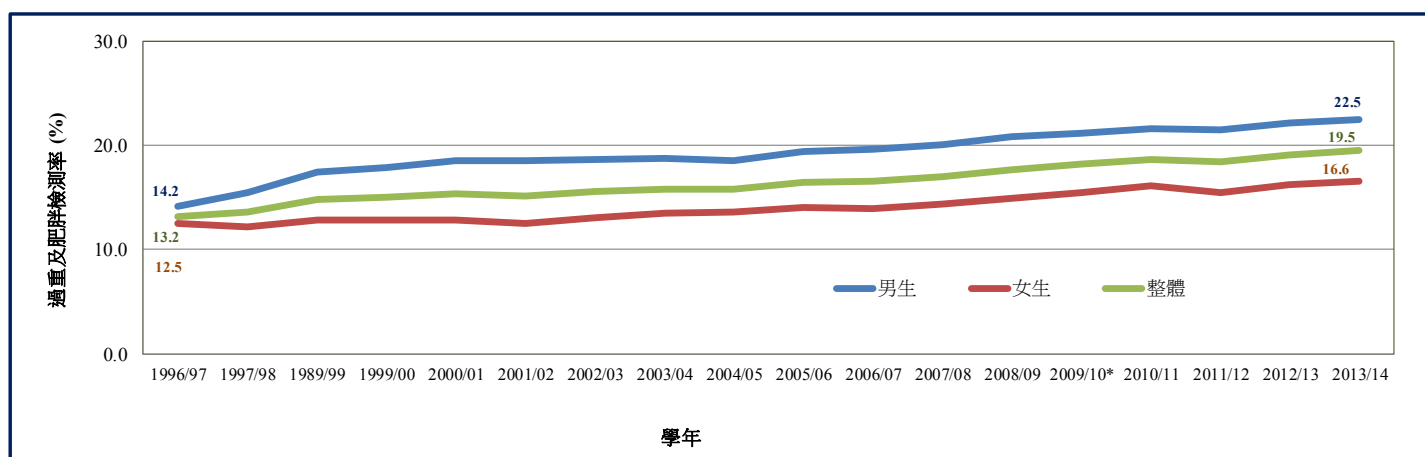


註：超重或肥胖的歸類是按世衛的兒童生長標準（0 至 5 歲）：超重是指 $2 < \text{體重指標的 } z \text{ 值} \leq 3$ ，肥胖是指體重指標的 $z \text{ 值} > 3$ 。
資料來源：衛生署家庭健康服務。

圖二 a：一九九五／九六學年至二零一三／一四學年按性別劃分小學生超重及肥胖的檢測率



圖二 b：一九九六／九七學年至二零一三／一四學年按性別劃分中學生超重及肥胖的檢測率



註：按前往衛生署學生健康服務中心的學生的身體測量數據。超重（包括肥胖）的定義：身高 55 至 175 厘米的男童，以及身高 55 至 165 厘米的女童，可透過「身高別體重圖表」來評估體重，即體重按身高調整後，超過體重中位數的 120% 定義為超重（包括肥胖）。若身高超過 175 厘米的男童或身高超過 165 厘米的女童，則需改用體重指標（BMI）來評估體重，體重指標達 25 或以上即屬肥胖。
*在二零零九／一零學年，因為學生健康服務須參與人類豬型流感疫苗接種計劃，所以只能為小一至中一學生提供年度檢查。因此，二零零九／一零學年的檢測率利用了二零零八／零九學年和二零一零／一一學年的平均數。

資料來源：衛生署學生健康服務。

風險因素

一項對象為 343 名年齡介乎 6 至 7 歲的香港華裔兒童的較早期研究發現，有肥胖母親和肥胖父親的兒童的超重風險，分別是父母不肥胖的兒童的 5.1 倍和 2.7 倍。調整父母肥胖的因素後，父親吸煙的兒童的超重風險，是父親不吸煙的兒童的約兩倍。超重的風險亦隨著較高出生時體重和攝取的能量而增加，卻隨著睡眠時間的延長而下降。出生時體重為 3.5 公斤或以上的兒童的超重風險，是出生時體重少於 3 公斤的兒童的 4.9 倍。每天平均攝取 1 600 千卡或以上的兒童的超重風險，是每天平均攝取少於 1 200 千卡的兒童的 2.6 倍。與每天睡眠時間少於 9 小時的兒童比較，每天睡眠時間為 11 小時或以上的兒童的超重風險減少 69%²¹。

同樣地，一項以 5 159 名小學生（平均年齡為 9.25 歲）為對象的研究發現，較短睡眠時間與較高的體重指標有相互關係。然而，補充睡眠可能會減低部分兒童超重和肥胖的風險。與平日每天睡眠時間少於 8 小時並在週末有補充睡眠（每天睡多於 8 小時）的兒童比較，平日每天睡眠時間少於 8 小時但在週末沒有補充睡眠的兒童的超重和肥胖風險增加 159%²²。另一項對象為 18 名年齡介乎 6 至 17 歲的肥胖兒童和 18 名以年齡和性別作配對的不肥胖兒童的研究也發現，與不肥胖的兒童相比，肥胖兒童的睡眠時間少 12%，靜態活動的時間多 51%，以及進行體能活動的時間少 30%²³。

研究也發現，兒童及青少年吃早餐的模式與較高的體重指標有關連。一項對象為 11 570 名年齡介乎 9 至 18 歲的香港華裔學生的研究發現，經常不吃早餐（每週吃 0 至 2 次）的學生的體重指標及身體脂肪百分比，較經常吃早餐（每週吃 5 至 7 次）的學生高²⁴。另一項跟進了 113 000 多名小學四年級學生，為期兩年的隊列研究

也發現，不吃早餐或不在家吃早餐的兒童的體重指標，比在家吃早餐的兒童增加得較多²⁵。

健康的影響

本地研究亦發現超重和肥胖影響兒童和青少年的健康²⁶。在二零零三年，香港一項對象為 2 102 名華裔青少年（年齡中位數為 16 歲）的隊列研究，探討超重或肥胖與新陳代謝反應的關連。結果顯示，超重和肥胖的男青少年和女青少年出現胰島素抗性的風險，分別是體重正常的男青少年和女青少年的約 21 倍和 10 倍。收縮壓上升和低水平的高密度脂蛋白膽固醇亦與超重和肥胖有關，這些都是將來患上心血管疾病的已知重要風險因素²⁷。另一項對象為 46 名肥胖的兒童（平均年齡為 10.8 歲）和 44 名以性別和年齡作配對的正常體重兒童的研究發現，肥胖的兒童患上阻塞性睡眠窒息症的風險增加 20%²⁸。

預防和控制兒童肥胖

促進健康飲食和適量的體能活動是控制兒童肥胖的重要元素。歷年來，衛生署與其他政府決策局和部門（例如教育局、康樂及文化事務署及食物環境衛生署）、社區伙伴和學術界合作，推行不同的公共衛生計劃，以預防及控制香港兒童的肥胖情況。例如，母乳餵哺可減低兒童出現肥胖和日後患上與肥胖有關的疾病（例如二型糖尿病）的風險²⁹。食物及衛生局於二零一四年四月，成立了「促進母乳餵哺委員會」（委員會）就著維護、推廣及支持母乳餵哺向政府提供具體建議，並監察相關計劃和服務的規劃及推行情況。委員會亦擬定了一個加強社區支援母乳餵哺的三年行動計劃，衛生署會與相關界別合作分階段推行有關的行動。

由於兒童和青少年大部分時間都會在學校渡過，中央健康教育組因此以環境為本的模式，於二零一二年推行了「幼營喜動校園」計劃，並自二零零六年起推行了「健康飲食在校園」運動，以促進學前兒童和學生健康飲食和體能活動參與。此外，學生健康服務監察學生體重，並為體重不理想的中小學生提供輔導。

家長和照顧者對預防和控制兒童肥胖也擔當著重要的角色。他們應清楚明白兒童的理想體重範圍。平衡兒童和青少年從飲食中攝取的熱量，與他們通過體能活動和正常生長消耗的熱量，是達至和保持健康體重的關鍵。健康的飲食習慣和積極參與體能活動的生活模式應從小養成。家長和照顧者應樹立良好的榜樣，並建立有利的環境，幫助兒童達至健康的體重。

促進健康飲食

兒童和青少年處於重要的成長階段，吃得好並吸收充足的營養，有助他們健康成長和發育。吃得好不僅與兒童和青少年進食的食物和分量有關，也與進食的時間和方式有關。以下是幫助兒童和青少年吃得好的一些提示：

- ※ 盡可能以母乳餵哺嬰幼兒。建議以全母乳餵哺嬰兒至約 6 個月大，隨後逐漸引進固體食物，並持續餵哺母乳至幼兒 2 歲或以上³⁰；
- ※ 兒童和青少年每日三餐要定時。在家中要以營養豐富的早餐為一天的開始，並在日常飲食中包含所有的食物類別。按照他們的年齡和發育階段給予適當的分量。要接受兒童有著自行調節攝取熱量的能力，不要強迫他們把全部食物吃完³⁰；

- ※ 教導並鼓勵兒童和青少年按健康食物金字塔的比例進食各種健康食物；
- ※ 給兒童和青少年健康的小食，例如新鮮水果、焗蛋或蔬菜三明治。減少提供低營養價值的預先包裝小食或高脂肪、高鹽和高糖的小食，例如蝦片、薯片、糖果、朱古力、曲奇餅、蛋糕或雪糕。不以食物獎勵兒童；
- ※ 清水是所有年齡人士的最佳飲料，包括兒童和青少年。避免向兒童和青少年提供汽水或其他含糖的飲料。要少喝純果汁，因為過量飲用也會增加卡路里和糖的攝取量，導致超重甚至肥胖；
- ※ 盡可能在家與兒童和青少年一起用膳。外出用膳時，宜選擇含較少脂肪、糖和鹽的健康菜式。光顧有「營」食肆，選擇「蔬果之選」和「三少之選」的有「營」菜式。

促進體能活動

建議 2 至 6 歲學前兒童每天累積至少 180 分鐘（3 小時）不同強度的體能活動³¹。學童每天應累積至少 60 分鐘（1 小時）中等至劇烈強度的體能活動。每天進行多於 60 分鐘的體能活動可帶來額外的健康益處³²。以下是能幫助兒童和青少年保持活躍的提示：

- ※ 令體能活動成為家庭日常生活的一部分，例如選定時間玩遊戲或晚飯後一起散步；
- ※ 多安排兒童和青少年參與戶外活動，例如與兒童和青少年到公園或遊樂場玩耍、去海灘或游泳池游泳、到自然公園或離島遠足或進行其他戶外活動；
- ※ 支持兒童和青少年參與他們感興趣的運動或其他動態康樂活動；

- ※ 贈送予兒童和青少年可促進體能活動的鼓勵或獎賞，例如贈送球類或三輪車給學前兒童；踏板車、單車和跳繩給學齡兒童；跑鞋、壁球拍或網球拍給青少年。確保禮物適合他們的發展階段，並提供所需防護裝備（例如頭盔、護膝和護腕）；
- ※ 限制靜態的屏幕時間，例如看電視、使用電腦和其他電子屏幕產品。應盡量避免 2 歲以下的幼童觀看屏幕。2 至 6 歲的兒童，如需要使用電子屏幕產品，應限制每天使用不多於多於兩小時，並由父母或教師指導及監督。6 至 12 歲的學生應每天花少於兩小時在電子屏幕產品上作娛樂用途，而 12 至 18 歲的學生應避免長時間面對屏幕。

如想獲得更多有關兒童和青少年健康的資訊，可瀏覽衛生署轄下相關部門的網站（方格一）。學生健康服務也推出了適合 iPhone/iPad 及 Android 平台使用（中英文版）的智能手機應用程式，專為學生而設，讓同學透過計算

身高別體重，並獲得健康飲食和運動的資訊。要下載這個應用程式，請瀏覽 http://www.studenthealth.gov.hk/tc_chi/mobile_app/mobile_app.html。

方格一：衛生署轄下相關部門提供兒童和青少年健康資訊的網站

家庭健康服務

（初出生至 5 歲的嬰幼兒）：
http://www.fhs.gov.hk/tc_chi/

中央健康教育組的「幼營喜動校園」運動
（年齡介乎 2 至 6 歲的學前兒童）：
<http://www.startsmart.gov.hk/tc/index.asp>

學生健康服務

（學齡兒童和青少年）：
<http://www.studenthealth.gov.hk/cindex.html>

中央健康教育組的「健康飲食在校園」計劃
（學齡兒童）：
<http://school.eatsmart.gov.hk/b5/template/home.asp>

終止兒童期肥胖症委員會

為了更有效提供實證協助應對兒童期肥胖症危機，世衛組織總幹事陳馮富珍醫生於二零一四年七月成立了一個高級別的「終止兒童期肥胖症委員會」。委員會由 15 名具備相關知識及遠見的各方卓越人士組成，當中包括香港特別行政區衛生署署長陳漢儀醫生。

委員會受命編寫一份報告，具體指出哪些方法和干預措施組合，可最有效地應對在世界各地不同環境下的兒童及青少年肥胖問題。委員會得到兩個特設工作小組的支持——「科學與證據問題特設工作小組」及「實施、監測和問責問題特設工作小組」。

如想知道更多有關「終止兒童期肥胖症委員會」的工作，請瀏覽 <http://www.who.int/end-childhood-obesity/zh/>。

參考資料

1. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Facts and Figures on Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization 2014.
2. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
3. Kanciruk M, Andrews JW, Donnon T. Family history of obesity and risk of childhood overweight and obesity: A meta-analysis. *Int J Med Health Pharm Biomed Eng* 2014; 8(5):244-56.
4. Han JC, Lawlor DA, Kimm SYS. Childhood Obesity – 2010: Progress and Challenges. *Lancet* 2010; 375(9727):1737-48.
5. Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008; 337:a1824.
6. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, et al. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child* 2012; 97(12):1019-26.
7. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. What are the Causes? Geneva: World Health Organization.
8. Karnik S, Kanekar A. Childhood obesity: a global public health crisis. *Int J Prev Med* 2012; 3(1):1-7.
9. Berardis S, Sokal E. Pediatric non-alcoholic fatty liver disease: an increasing public health issue. *Eur J Pediatr* 2014; 173(2):131-9.
10. Pulgaron ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther* 2013; 35(1):A18-32.
11. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003; 88(9):748-52.
12. Verbeeten KC, Elks CE, Daneman D, Ong KK. Association between childhood obesity and subsequent Type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2011; 28(1):10-8.
13. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004; 350(23):2362-74.
14. Halfon N, Larson K, Slusser W. Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of US children aged 10 to 17. *Acad Pediatr* 2011; 13(1):6-13.
15. Jansen PW, Verlinden M, Dommissie-van Berkel A, et al. Teacher and peer reports of overweight and bullying among young primary school children. *Pediatrics* 2014; 134(3):473-80.
16. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Why Does Childhood Overweight and Obesity Matter? Geneva: World Health Organization.
17. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med* 2011; 365(20):1876-85.
18. Bjorge T, Engeland A, Tverdal A, Smith GD. Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. *Am J Epidemiol* 2008; 168(1):30-7.
19. 香港特別行政區：衛生署家庭健康服務。接受母嬰健康院服務的兒童體重和身高統計數字。
20. 香港特別行政區：衛生署學生健康服務。已報名參加學生健康服務的中小學生體重和身高統計數字。
21. Hui LL, Nelson EA, Yu LM, et al. Risk factors for childhood overweight in 6- to 7-y-old Hong Kong children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(11):1411-8.
22. Wing YK, Li SX, Li AM, et al. The effect of weekend and holiday sleep compensation on childhood overweight and obesity. *Pediatrics* 2009; 124(5):e994-e1000.
23. Yu CW, Sung RY, So R, et al. Energy expenditure and physical activity of obese children: cross-sectional study. *Hong Kong Med J* 2002; 8(5):313-7.
24. So HK, Nelson EA, Li AM, et al. Breakfast frequency inversely associated with BMI and body fatness in Hong Kong Chinese children aged 9-18 years. *Br J Nutr* 2011; 106(5):742-51.
25. Tin SP, Ho SY, Mak KH, et al. Location of breakfast consumption predicts body mass index change in young Hong Kong children. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36(7):925-30.
26. Kong AP, Chow CC. Medical consequences of childhood obesity: a Hong Kong perspective. *Res Sports Med* 2010; 18(1):16-25.
27. Kong AP, Choi KC, Ko GT, et al. Associations of overweight with insulin resistance, beta-cell function and inflammatory markers in Chinese adolescents. *Pediatr Diabetes* 2008; 9(5):488-95.
28. Li AM, Nelsen AA, Wing YK. Obstructive sleep apnoea and obesity. *Hong Kong Med J* 2004; 10(2):144.
29. Stolzer JM. Breastfeeding and obesity: a meta-analysis. *Open J Prev Med* 2011; 1(3):88-93.
30. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. The Role of Parents. Geneva: World Health Organization.
31. 香港特別行政區：衛生署，二零一二年。幼兒喜動家長指南。
32. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization, 2010.

數據摘要

學前機構應向幼童提供營養豐富的食物，讓他們恆常參與體能活動，幫助他們在年幼時培養健康生活模式的行為。然而，學前機構的飲食及體能活動調查結果顯示，某些不健康的飲食習慣常見於香港的學前機構。

衛生署於二零一三年三月至六月期間進行了一項調查，共有350間學前機構完成了自填問卷。結果顯示，少於十分之一（9%）的學前機構有制定書面的校園健康飲食政策。雖然學前機構為學生預備食物時，表示一般會依從衛生署的營養指引（例如烹調前先把家禽的肥膏和皮切去、在生日會提供水果），但署方仍發現了一些「不健康」的處理方法（見下表）。就促進體能活動方面，13% 的學前機構制定了書面的校園體能活動政策。在正常的上學日，全日制低年級學生平均花 120分鐘（或每天體能活動建議量的 67%）進行體能活動，半日制低年級學生平均花 73 分鐘（或每天體能活動建議量的 41%）進行體能活動。

「不健康」的做法		調查結果
為學生預備飯菜時的烹調法和食材選擇 (基數：所有向學生供應食物的學前機構，不包括沒有提供數據者)	烹調時使用味精、雞粉、含鹽的調味料或其他預製醬汁	28%
	以加工或罐頭肉類預備飯菜	33%
	使用全脂奶製品或加糖的奶製品	54%
在生日會供應的食品和飲料 (基數：所有曾舉辦生日會的學前機構，不包括沒有提供數據者)	奶油蛋糕	42%
	加糖的果汁	14%
	香腸／火腿／魚蛋	10%
以食物獎勵學生 (基數：所有學前機構，不包括沒有提供數據者)	無相關指引	69%
	教職員曾以食物（包括餅乾、糖果或朱古力）獎勵學生。	64%

資料來源：衛生署，二零一四年。

在二零一二年，衛生署推行了「幼營喜動校園」計劃，鼓勵學前機構積極地訂立和實施健康飲食和體能活動政策，在校園和家庭裡締造健康飲食和恆常進行體能活動的環境和文化，協助幼童建立健康生活模式。要進一步了解這個計劃、取得營養和體能活動指引、教育資源，或下載「幼營喜動校園」食譜和餐單範本，請瀏覽 <http://www.startsmart.gov.hk/tc/index.asp>。

非傳染病直擊旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵 so_dp3@dh.gov.hk。

主編
程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生

范婉雯醫生

馮宇琪醫生

何琬琪女士

何家慧醫生

劉天慧醫生

李兆妍醫生

李元浩先生

吳國保醫生

尹慧珍博士

王曼霞醫生

黃詩瑤醫生