



林淑萱

壹、前言

有鑒於全球非傳染性疾病的危害與負擔日益沉重，2004年世界衛生大會決議，當前世界各國最重要的健康策略，乃為推動健康飲食與提高身體活動量，以緩和或減少非傳染性疾病的負擔。過去肥胖並不被認為是病，但現在歐美國家大多已經將它視為一種慢性病(Kurzer & Cooper, 2011:114)，甚至有人視其為文明病的「隱形殺手」。如何有效控制肥胖盛行率，讓國民吃得健康，活化身心健康，已成為世界各國重要的政策目標。

文獻資料顯示，肥胖嬰兒成為肥胖成人的機率為瘦或正常體重嬰兒的二倍(游素玲, 2000: 21)，加上醫療費用日益增長，決策者不得不斤斤計較，想辦法控制費用的支出。近來醫療院所也扮演控管個人生活習慣的角色，減重團體、體重控制營隊的開辦，健保也給付嚴重肥胖者的手術費用。雖然批判理論以「醫療化」(medicalization)評論醫療干預過多個人的

生活層面之現象，但這趨勢似乎已成為難以逆轉的局面。

肥胖兒童與肥胖成人因為年齡的差異性，在心智成熟度、經濟獨立、與食品的選擇、採購、烹調等決定權有所不同，受到重要他人或是廣告等的影響程度也有差別。肥胖的治療與介入策略多元化，但適用於成人肥胖者的手術或是藥物治療並不適用於肥胖兒童，由健康促進的策略反倒是比較有效，譬如改變久坐的生活型態，改變不健康的飲食習慣與增加運動量等(Lobstein, T. et al., 2004: 6)近來社會工作注重方案績效評估與可責性，由社會生態理論等觀點來探討導致肥胖的因素，擷取統合國內外介入肥胖兒童的實務經驗與實證研究，以及社會工作者在跨專業團隊中應如何扮演並充分發揮角色功能，將是本文關注與陳述的重點。

貳、相關的理論

一、社會生態理論(social ecological

theory)

社會生態模式由 Bronfenbrenner 提出，闡述個人的行為如何受到家庭與外在環境的影響，如果將家庭系統（微視系統）視為影響兒童行為發展的圓心，則中間系統、外系統及鉅視系統是環繞著此圓心的圓圈。中間系統包含了家庭與其他機構的相互關係，例如學校、同儕、宗教組織、安親班等等；外系統並未直接影響兒童行為，但與家庭交互作用彼此互相影響，例如母親的工作時間過長無法準備餐食，經常購買速食影響兒童的健康；鉅視系統則是影響個人的社會文化因素，例如廣告、媒體與社會規範、政策、制度等。

Bronfenbrenner 融合社會學與發展心理學的精義，認為人類發展是「個體知覺及因應其所處環境方面的持續改變」，個體與其環境是「相互型塑」(mutually shaping)的。要瞭解人類的發展必須要看其系統內部(within)、系統間(between)、超越(beyond)系統，及其橫跨(across)系統的互動，如家庭、學校、職場、生態等，強調多重環境對人類行為及其發展的影響（林萬億，2010：29-31）。

總之，社會生態觀點提供了一種多變項體系研究的有用概念架構，藉此強調制度為基礎(institution-based)的社會方案設計，在影響兒童的行為上比家庭更大。社會工作者較不會陷入個人與家庭歸因的思考，而是將微視的個人、家庭、同儕、學校出發，到外部的社區、職場，再到政策、文化、媒體、社會、政治、經濟等鉅視體系均納入思考。因此，社會工作者在處理

兒童問題時，不僅要處理兒童本身個人因素，對於個體有影響的系統如家庭、同儕、學校、社區，甚至國家政策都需要介入（林萬億，2010：29-31）。以此觀之，近年來社區營造、社區充權的開展，社工的參與投入，強調人與環境的互動，目的在協助社區居民意識到當地的需求，可以改善進而提昇社區的能量與居民的生活品質。醫務社工在社區健康營造領域裡秉持「以社區為基礎」的福利服務信念，協助志工的招募、培訓與管理，提供社會福利資源窗口聯繫，以及案主資源需求的協尋與整合。但是受限在醫院社區醫學部，社工的角色功能若能有充分的授權，更能發揮得淋漓盡致，例如：建構社區支持網絡，協助社會行銷等公益活動。

二、以家庭為中心的服務模式

兒童服務取向從照顧兒童走向預防工作，其目標是提供家庭支持，強化家庭功能。以家庭為中心的服務模型是考量在家庭的脈絡與家人的親密關係中能夠深入瞭解家庭動態與協助其成員。因此，進行家庭介入時應考量每個家庭獨特的信念、價值與功能型態，使用彈性的介入方法，如此才能回應家庭的特殊需求，增強其與服務提供者建立協力合作關係的意念，進而支持家庭達成最佳服務。

以肥胖兒童的家庭為例，或許伴隨著貧窮、低品質的住宅、高壓力、社會排除、低自尊等複雜的需求與問題。因此，對這類家庭的社會服務就必須以家庭為中心來思考其總體需求，提供一個以家庭為中心

的支持方案，增強家庭的優勢，培養家庭的能力，而不只是單獨提供對肥胖兒童的協助。反之，增加家庭社會資本(social capital)與強化人際網絡，才是促進家庭成員的最大福利。

三、跨理論模式 (Transtheoretical Model, TTM)

近年來對於健康行為的促進發展出許多相關的理論，例如：健康信念模式、自我效能理論、社會行為理論以及計畫行為理論等，並且陸續應用於實證研究。以下將介紹跨理論模式運用於肥胖兒童健康行為的促進與改變。

最近一期的 *Social Work in Health Care* (Sealy & Farmer, 2011: 274-291)刊登「父母親對於肥胖兒童的飲食與體能活動的階段性改變之影響」(Parents' Stage of Change for Diet and Physical Activity: influence on childhood obesity)，就是採跨理論模式針對 6~12 歲兒童父母進行研究。它擷取並統整各種不同行為改變的理論，認為個體在朝向行為改變的過程是經過系列性的五個階段：

1. 意圖前期(Precontemplation)
2. 意圖期(Contemplation)
3. 準備期(Preparation)
4. 行動期(Action)
5. 維持期(Maintenance)。

每個階段有其不同的行為特性表現。以體能活動為例說明如下：

1. 意圖前期：個體沒有想到要運動，很少知覺(awareness)到自己不運動以及該

行為對於健康的影響。

2. 意圖期：個體有想到要運動，或許更進而比較參與活動的利害關係以及機會成本等。

3. 準備期：個體開始運動，但是呈現不規律的狀態。

4. 行動期：個體積極規律地參與運動但期間不足半年。

5. 維持期：個體積極規律地參與運動且持續期間超過半年以上，也就是運動已納入生活的內涵。

參考行為改變的不同階段應有不同的因應與介入(intervention)方法：在意圖前期需要誘導個體具備健康知識，提升其健康意識與知覺；意圖期則需要哪裡可以獲得資源，需要投入的時間與費用等資訊；準備期則需要確認最近的狀況如何，設定個人欲達成的長短期目標；行動期則需要監控改變的行為並且獲得家人與朋友等初級團體(primary group)的支持；維持期則繼續監控行為，定期再評估是否有需要做調整或新的嘗試。

研究結果的意涵：以上述的研究為例，所欲達成的減重目標與食物的份量、飲食的脂肪含量、蔬果的攝取量以及體能活動等有密切關聯，但是父母行為改變有限，較明顯的是肥胖兒童減少食物份量與脂肪含量的攝取，但是蔬果的攝取量與體能活動的增加未有顯著差異。TTM 介入模式的關鍵在於區分受試者所處的不同行為改變階段，而提供不同的介入方法。但往往因為在意圖前期與意圖期的受試者多於準備期，因此，監控運動養成習慣性的例

行活動並非容易，介入的成效有限。再者，父母本身體位超標達 73%，子女則有 40%，是否因家族聚集(familial aggregation)不容易減重、仍有待進一步探討。

參、肥胖問題的形成與後果

一、何謂兒童肥胖？

兒童肥胖症是指兒童體內脂肪積聚過多，體重超過按身高計算的平均標準體重 20%，或者超過按年齡計算的平均標準體重加上兩個標準差以上時，即為肥胖症。衛生署 2008 年調查，臺灣成人過重或肥胖比率達 44.1%，其中男性 50.8%，女性 36.9%，學齡兒童每 4 人有 1 個體重過重或肥胖。如果到了青少年還是胖小孩，超過三分之二機率會成胖成人。國民健康局依 2009 年「國民健康訪問調查」（國小學童完訪樣本數 2,179 人），發現國小學童日常飲食中喝含糖飲料及吃油炸食品的情形嚴重，7 成 4 的國小學童在調查日前 1 天喝了含糖飲料；約有 5 成 6 的國小學童每天的食物中有一半以上為油煎或油炸；國小學童平日看電視及打電腦的時間平均約 2 小時，假日面對螢幕超過 4 小時（陳燕華，2011）。

肥胖在歷史上曾是一種富裕、高社會地位，甚至象徵著健康與美麗，以中國唐朝時代楊貴妃為代表。然而隨著時代的推移，審美的觀念已經受到西方世界與媒體的深遠影響。胖瘦的分類並非原本有的，是社會文化建構的產物，更由於現代醫學的研究，明瞭肥胖對個人的身心發展會有

諸多不良的影響，因此，探討其形成因素更為介入方法的首要工作。

二、肥胖的形成

肥胖的形成是因為個體攝取的熱量高於身體消耗的熱量，由於熱量攝取過多，使過剩的熱量在人體內以脂肪形式儲存。而造成身體內熱量攝取與消耗失去平衡的原因，有以下幾點：

(一)遺傳因素

肥胖家族的形成主要和遺傳有關，所謂家族聚集(familial aggregation)與家族的飲食形態和生活習慣有密切關聯性，因此，臨床上看到肥胖家長帶著肥胖子女來看診，經過問診瞭解他們一家人常吃油炸食物、速食，休閒活動以看電視居多，且經常是邊看邊吃零食的「Couch Potato」。

(二)環境因素

環境因素包括了個人的生活型態與飲食行為，以及個人與外在環境的互動關聯，因此，學校、社區以及媒體等都應涵蓋在內。有些學童因為家裡不開伙，成了「外食族」，住家學校鄰近速食店，在食物的選擇上傾向於選擇高熱量食物，長期攝取高脂肪(energy-dense diets high in fat)、高醣類食物便易形成肥胖。而運動是消耗能量的主要方式，運動量不足就會降低能量消耗，也使得多餘熱量以脂肪型態儲存於身體中。此外，消費文化的盛行，跨國速食廣告大刺刺行銷，利用兒童對新奇玩具的偏好心理，加上婦女就業增加，

採買現成食品或外食的家庭增多，因此，肥胖已經成爲家庭的隱憂。

(三)心理因素

有些人常常藉由暴飲暴食來發洩空虛寂寞、焦慮、憤怒和悲傷等負面情緒。在暴飲暴食的情況下患者通常無法控制自己進食的情緒，通常稱此症狀爲貪食症(bulimia nervosa)。這類肥胖患者通常不易維持體重或使體重減輕，因此需要專業醫師或心理治療師協助。

(四)其他因素

近來有研究報告指出睡眠時間太少會導致兒童瘦體素分泌減少，瘦體素有抑制食慾以及促進身體代謝的功能，長期分泌不足，容易影響兒童胃口變好造成肥胖。有些疾病也可能導致肥胖，這些疾病包括低甲狀腺症，憂鬱症、代謝、內分泌、神經疾病等。服用某些藥物如類固醇和抗憂鬱藥也會造成肥胖。

三、肥胖兒童的健康問題

(一)生理層面

研究顯示肥胖會影響個體在身體組成、心肺耐力、肌力與耐肌力、柔軟度等體適能要素(李淑貞, 2001: 57)。兒童肥胖其未來人生的健康較正常體位兒童易亮起紅燈，提高罹患以下疾病的風險：心血管疾病與高血壓、中風、糖尿病、骨骼異常、呼吸中止，某些癌症例如乳癌、大腸癌、攝護腺癌、胰臟癌等與肥胖有密切相

關。由於疾病的相乘交互作用(multiple interactive effect)將縮減下一代的預期壽命。

(二)心理層面

現代社會普遍認爲「肥胖不是福」「肥胖不好看」，從小灌輸的觀念，兒童常會把這種恐懼內化爲自身的價值體系，視肥胖爲壓力來源之一。根據國外學者 Dreimane 與同事的研究，肥胖兒童對自己的身體意象(body image)是負面否定的，低度自尊與羞愧感(Egan, 2010: 87-88)。肥胖的學生因體型會成爲同學捉弄揶揄、排擠的對象，被取「大肥豬」、「大庫呆」等綽號，加上社會的烙印(stigma)，更深化其不良的自我概念(謝寒琪, 2003)。

(三)人際關係與學習

肥胖兒童對自己的身體意象經常抱持否定，心理發展受挫，情緒容易低落，缺乏自信心，連帶對交友與學習也喪失信心與興趣，習慣當孤鳥，不利於校園內強調團體互動與合作學習。

肆、他山之石

一、健康促進的脈絡

公共衛生社會工作(陳武宗, 2010: 197)是醫務社會工作領域的一支，近年來隨著國際健康促進領域發展與健康城市理念的推動，針對特定區域與人口群的健康議題所進行的運作方式也日漸受到社工社群的重視與參與。

早期健康議題的探討大多偏重於個人生理、家庭成員的互動關係，但是社會流行病學(social epidemiology)的興起，對於影響健康的社會因素逐漸獲得重視，因此，生理心理社會模式(biopsychosocial model)也風行一時。但是隨著少數團體受到不平等對待，殖民文化的重視，新社會模式(new social model)的觀點考量到社會排除(social exclusion)、反壓迫與對抗歧視(Gould, 2010: 17)，因此，健康責任的承擔與歸因(attribution)由責難個人與家庭，轉變為社會集體的責任。

健康促進活動與方案在這氛圍與脈絡下必然會有所省思與調整，公共衛生界學者 Braveman & Williams (2011)提出影響健康的直接衝擊(downstream social determinants)與間接衝擊(upstream social determinants)的社會決定因子，前者是指短暫但關係緊密互動頻繁、具有明顯的影響力，例如個人行為與健康照護；後者是指透過直接衝擊因子來影響個人健康，例如個人獲得健康生活、職場的機會與資源，對於健康的自主權等。因此，有成效的健康促進方案不僅要改變個人的行為模式，相關的利害關係人(stakeholders)例如家人、朋友與學校、社區，甚至應擴及國家的健康照護體系如何運作，社會對於弱勢族群提供的服務與社會津貼等也應該納入考量。

二、國外經驗分享

(一)英國的經驗(WHO, 2009)

英國政府提出跨部門的方案，打出「健

康的體重、健康的生活」(Healthy weight, Healthy lives)的口號，花費約 3 億 7200 萬英鎊對抗肥胖，其策略包括：採用社會行銷模式(social marketing model)，創造更佳健康的誘因，提供個人化的建議與支持，實施學童減重計畫，學校裡增加運動量、培養每日從事體能活動的習慣，改變學校午餐、限制看電視時間與提供健康教育；實施兒童體能管理師的證照制度；在食品消費方面，禁止不健康食品的廣告，促使選擇較健康的食品；食品供給的改革：建立健康食品標示制度，限制在鄰近學校與公園開設速食店，限制甜的氣泡飲料販售給小學的學童，增加經濟弱勢地區新鮮蔬果店的開張；並連結 2012 年奧運，投資於打造健康城鎮成為環境改變的先驅。上述活動由中央政府領軍，並提供工具箱等資源給地方提供服務者，建立資訊分享的管道，妥善分配與運用經費，進而強化政府與民間團體、業界的夥伴關係。

(二)法國的經驗(WHO, 2009)

法國教育部為了加強體能鍛鍊，規定小學生須保證每周 3 個小時的體育課，提供支持性的校園環境給學童，重要措施如下：改進學校販賣部，停止晨間點心時間，停止使用自動販賣機，增加飲水機的設置與配送免費的水果給學童；此外，用心設計教案與強化學校健康服務，雖然法國學童的健康教育主要由學校護士承擔，但根據最新規定，今後健康教育也可以在學校餐廳裏進行。餐廳有時可以邀請營養師演講；同時，餐廳菜單也要更加平衡和多樣

化。

社區減重方案方面以 Aquitaine 為例，2004 年 11 月起展開方案的運作，由地方政府代表、健康照護保險基金會、衛生教育體育部門、運動休閒協會與市議會等組成跨部門的委員會，訓練地方相關的專業人員，提供早期肥胖篩檢、預防與照護服務。由於法國政府相當重視人才的養成，例如方案管理師的培育計畫，開發訓練的工具，並且鼓勵社區以自給自足永續發展的模式開創適合當地預防兒童肥胖方案，因此成效卓著。

(三)美國的經驗(White House, 2010)

2010 年初組成兒童肥胖症專責小組(Task Force on Childhood Obesity)，成員主要來自內政部、農業部、衛生與人類服務部、教育部、其他行政主管部門。工作團隊的行動計畫，包括五大目標七十項具體建議，概述如下：

1.兒童出生就能獲得健康的生活

為達成第一個目標建議涵蓋：懷孕婦女獲得良好的產前照顧、支持母乳餵養、食用營養豐富的食物，提供兒童獲取體能活動的機會，讓兒童可以鍛鍊身體。子目標設定為增加兒童蔬果的攝取量，減少加糖的食品等。

2.充權(Empowering)家長和兒童照顧者

此目標是工作團隊的教育對象為父母和兒童照顧者，提供最新的「飲食指南」(Dietary Guidelines)，方便美國人閱讀而設計的營養標示和食品菜單；改進醫療服務

和檢查，包括測量身體質量指數(BMI)，預期 2012 年達成所有的基層照護醫師會為兒童檢測 BMI；減少市場供應不健康的食品給兒童。

3.學校提供健康的食品

第三個目標是公立學校開始提供兒童健康的選擇，以及改善學校販售營養食品的品質，提供營養教育。專責小組建議：提高學校的營養標準；美國農業部提供改善營養品質的商品給學校；要求食品業者要拿出新現有的產品與新配方，使食物中的營養標準符合飲食指南並吸引兒童。

4.改善獲得健康食品與花費負擔的起

降低健康食品價格，開發或重新制訂更健康食品，消除甜品，該目標是試圖解決根本的問題，讓健康食品的選擇更容易獲得和負擔的起。報告指出，在過去 30 年中，水果和蔬菜的價格上揚較碳酸飲料多了近兩倍。由於蔬果的價格高，降低消費者購買健康食品的能力，因此，專責小組建議提供經濟誘因(economic incentive)，提高生產健康食品，以及開創更多的機會獲取在地產品與健康食品。

5.兒童獲得更多的體能活動

專責小組建議學校體能活動應適用於所有兒童，無論是體育課或是課後活動；改善兒童獲得公園、遊樂場、室內和戶外的休閒活動；建議兒童和青少年每天至少有 60 分鐘的運動。

2010 年 12 月美國國會通過修正「兒童營養法」(Child Nutrition Act, CNA)，授權地方政府決定學校販賣機和餐廳販售的食物，美國農業部將擬定新的營養標準，

例如受學生歡迎的漢堡和披薩等食物，要能使用更瘦的肉或全麥麵皮，讓食品更符合健康。學校園遊會、校慶等活動若販售不健康的食品，將受到限制。此外，增加兒童體能活動與休閒場地、為父母設計兒童照顧教育等內容。

眼看兒童肥胖問題日漸嚴重，民間兒童健康團體也頻頻向速食業者施壓，美國日前亦宣布將有 19 家以上的連鎖餐飲(約 15000 家店)，配合推出兒童健康餐，包括漢堡王等連鎖店。業者表示會增加蔬果、瘦肉蛋白、全穀類與低脂奶製品的餐點，以降低孩童的糖、鈉、脂肪之攝取。美國速食業龍頭麥當勞宣布(2011 年 7 月)，所有快樂兒童餐都將開始配有附餐水果或蔬菜，盡量減低薯條份量，要讓小朋友吃得健康(聯合報，2011)。

(四) 歐盟的經驗(Kurzer & Cooper, 2011: 113-117)

新功能主義(Neo-Functionalism)認為功能合作還是需要政治菁英的促成，超越國家組織的建立才有可能達到政治整合。初期經濟整合由簡入繁，不斷擴大範圍，延伸到其他部門的影響力，最後到政治上的整合，這種「擴散效應」(spillover effect)是整合的重要關鍵。

以歐盟為例(Kurzer & Cooper, 2011: 113-117)，受到 WHO 研究報告“Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health”以及“WHO’s Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic”等影響，在 2000 年代中期開始重視肥胖問題。

歐洲執委會官員利用政治的擴散效應，致力於透過國際組織的結盟，參照專家的科技知能，由營養與公共衛生領域著手來對抗肥胖，涵蓋公共衛生政策、消費者保護、農漁業政策、環境政策等。例如共同農業政策(Common Agricultural Policy, 簡稱 CAP)目標在於適當利用生產因素增加農業生產力；確保農業生產者公平生活水準；穩定農產品市場；確保農產品供應；確保消費者合理價格等。

此外，由建立夥伴關係的達成，將所有的政策利害關係人(stakeholders)，包括業者、地方政府代表、非營利組織、消費者團體等，納入對話與資訊交換建構的平臺(EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health)，大家集思廣益激盪出創意，並且很快的將好點子散播，其他會員國複製這套優良模式，彼此互利共生。換言之，肥胖議題交錯複雜，歐盟會員國的才能與資源不足以因應，所以採納 WHO 的建議，等於是站在巨人的肩膀上，縮短摸索、嘗試錯誤的時間。這也是超越國家組織實踐健康的公共政策整合的典範。

伍、社會工作的角色

一、國內兒童肥胖的對策

國內學齡兒童每四個人有一個體重過重或肥胖，加上父母不注意又沒意識到問題的嚴重性，整合性政策與方案的不足等也是值得探討的議題。健保雖然有給付嚴重肥胖者減重手術，但是一般建議接受手術的年齡介於 14 歲至 65 歲、非內分泌系

統問題而導致的肥胖、無主要精神疾病或藥物濫用病史、無主要器官功能異常且能接受全身麻醉及手術的危險者。坊間的減重方法五花八門，除了各種的減肥食譜，有些是偏方，尚有「抽脂」手術。以醫學的觀點而言，這些減重方法效果大多不能持久、甚至有些方法對身體有不同程度的負面作用。

綜觀研究報告，肥胖兒童有效的控制體重方法應是良好的飲食習慣與運動雙管齊下，醫學界不建議手術或藥物治療。肥胖兒童的減重應由肥胖兒童本人、家長、教師、醫療保健團隊等共同參與。目前減重成效往往在減重團體或活動結束之後，因為缺乏團體的凝聚力與約束力，如果家長與教師沒有持續激勵、支持與監督，要求未成年兒童自我激勵可能有困難，也就是說，內控型兒童比較能持續控制體重，但是外控型兒童自我功能無法抵擋本我的欲求，因此成效曇花一現又回到原點。

二、社工的角色

(一)提供直接服務

社工提供直接服務的場所相當廣泛，以案主為肥胖兒童的服務場景，大多是學校社工在學校裡，或是醫務社工由醫院小兒科轉介的個案，或是參與醫院社區醫學部承辦的當地「社區健康營造中心」活動。

有關肥胖兒童的行為改變，父母與照顧者的角色相當重要，若能積極參與方案活動，以耐心、關心與支持外，可適度監督控管兒童的飲食與運動習慣，因此，社

工提供以家庭為中心的服務模式，與兒童父母一起討論，扮演諮商輔導的角色，由社會生態觀來探討確認問題與評估需求，與家庭成員建立工作夥伴的關係，並運用優勢觀點與充權來提升服務對象的自信與自尊，發展策略目標。此外，對於父母與照顧者的困惑與問題，例如健康資訊如何取得或是如何申請補助等提供諮詢服務。因此，在提供直接服務的過程中，社工的角色多元且隨著情境的需要與改變，可以是赋能者(enabler)、教育者、資訊提供者或是諮商輔導者。

(二)倡導(advocacy)

社工審視當前國內環境與可運用的資源，可以從事倡導的議題如：

1.制定健康的公共政策(healthy public policy)

學者提出研究報告睡眠太少容易造成肥胖。學童的睡眠品質與足夠的睡眠時間與教育政策、社會福利政策（住宅）、環境衛生等息息相關。再者，健康步道、綠地、運動場所等密度低，也需要相關部門溝通協調提出整合性的政策加以解決。因此，若要持續且有效地控制肥胖的盛行，社工應倡導制定健康的公共政策，不再侷限於醫療衛生層面的公共的衛生政策(public health policy)；也就是為了使民眾能動得健康、吃得健康、吃得安心、吃得環保、吃得營養，生活與飲食的所有相關政策都應加以統整，例如：社會福利、醫療衛生、環境、教育、交通、休閒娛樂、農業、貿易、傳播文化等，如此才能建構

完備的肥胖防治政策。

2. 與國際接軌

文化的傳播效應不可忽視，國際組織與機構例如：世界衛生組織(WHO)、聯合國世界糧農組織(Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO)、國際肥胖研究學會(International Association for the Study of Obesity, IASO)與其下的單位國際肥胖專責小組(International Obesity Task Force, IOTF)等，經常有研究報告發表，或是相關的國際學術性研討會，這是國內擷取新知與技能的好機會，因此政府應該投資補助相關單位出國取經或從事研究。

3. 培育人才與證照制度

飲食、運動與健康有密切關聯。WHO於渥太華舉辦第一屆「健康促進全球會議」(Global conference on health promotion)，發表渥太華憲章(Ottawa Charter)，開啓公共衛生的新紀元，就不斷強調發展個人健康管理的技能(Baum, 2008: 36)。動機對減重很有影響力，但也要靠堅定的自我監控，如果每天自我監控飲食配合運動，雙管齊下便可以控制體重，活化身心健康。但是人性弱點，若能透過方案管理師、體能管理師的培育（例如法國、英國）與通過國家考試取得證照，由專業人員來協助監控與督促個人做好健康管理，並且提供個人化的諮詢服務，將能收事半功倍之效。

4. 制訂實施相關法案

肥胖嬰兒成爲肥胖成人的機率爲瘦或正常體重嬰兒的二倍，但是國內許多嬰幼兒飲食教育皆爲商業化（尤其是奶粉），而

少爲公衛、預防醫學、幼教體系等重視，父母往往對於兒童飲食不是太忽略就是太緊張，政府需要再大力推廣母乳之虞，也應重視宣導正確副食品及培養良好幼兒飲食習慣的衛教觀念（盧立卿、何沛穎，2010：397）。以日本爲例，爲培養日本民眾對「食」的相關概念，實現健全的飲食生活，並永續傳承其飲食文化，自2005年起實施「食育基本法」，加強日本國民對「食」的關注力及應具備的態度。2010年12月美國國會通過修正「兒童營養法」(Child Nutrition Act, CNA)，授權地方政府決定學校販賣機和餐廳販售的食物，美國農業部也將擬定新的營養標準。而我們的國民營養法草案仍是只聞樓梯響未見人下來，若能及早通過與實施，將有助於國人建立正確健康飲食觀念、養成適當健康飲食習慣、均衡攝取各類有益健康食物、控制肥胖盛行率。

5. 建立夥伴關係

很多政策的制定都需要透過溝通協調等途徑，將所有的政策利害關係人(stakeholders)，包括業者、地方政府代表、非營利組織、消費者團體等，納入對話與資訊交換建構的平臺，大家集思廣益，激盪出創意，彼此互利共生，開創新局。因此，歐盟的經驗值得仿效。

(三) 方案設計與評估者

在科際整合的專業團隊裡，社工與其他專業人員例如醫師、護理師、營養師、體能管理師等協力合作(collaboration)，對於減重方案的活動設計以趣味性、啓發

性、可獲性(availability)、持續性、可負擔性(affordability)等為原則，例如以口訣：「根莖葉花果、紅白綠黃黑，天天五七九，健康更長久」寓教於樂或是顏色來代表食品的營養，讓兒童對於衛教不會感覺是說教。每次活動結束應該作滿意度調查，整個活動結束之後作方案的績效評估，除了可責性外，更是促使改進與自我激勵的動力。此外，若是要從事服務的創新，例如對於弱勢團體擬以食物券(food stamps)或是配送免費的蔬果代替現金給付，達成社會控制的目標，但也應該分析成本效益，以及瞭解接受給付者的看法與感受，也就是預估(assessment)可行性。

(四)研究者

現代科學注重實證研究(evidence-based research)，因此，社工在專業團隊裡協同研究，不論是質性或量化，都應該有系統化與嚴謹的態度。目前國內對於肥胖兒童的研究，大多是碩士論文，偏向方案成效的評估，或是父母的社會經濟地位、食品衛生與營養知識、自己購買與烹調的頻率、對於肥胖的認知、是否監督肥胖兒童的飲食與運動等因素如何影響肥胖兒童。由於研究期間較短，通常先有前測，配合活動幾週結束就後測，樣本數不多，且受限於經費，因此，研究結果無法類推、概化到其他地區或其他學校學童。若是政府能提供經費補助，有較充裕經費可以從事大型且採跨理論、或是以家庭為中心的介入模式，蒐集到較為豐富與實證資料，應該有助於制定肥胖兒童防治的策略。

此外，現有文獻統計資料很多來自先進國家，本土的研究可以探討的議題如：兒童肥胖前三名分別是嘉義縣、臺南縣、新竹縣，其中影響因子為何？臺灣某些弱勢族群例如原住民族其預期壽命(life expectancy)較短，那麼兒童肥胖比率是否較其他族群高？兩者間有無關聯？學校附近速食店的家數與兒童肥胖有無關聯？這些都值得社工本著關懷弱勢、社會福利資源配置的公平原則為前提來進行研究。

在飲食營養議題的研究層面，社工也可以投入成為協同研究人員。例如：「臺灣國民營養健康狀況變遷調查」於 1993～1996 年針對 4～12 歲兒童的飲食習慣作評估，2001～2002 年則是針對國小學童進行營養健康狀況變遷調查，2005～2008 年是針對 1～6 歲幼兒進行營養健康狀況變遷調查，至於 0～1 歲嬰兒的營養狀況變遷調查則仍欠缺。因此，未來對於母乳攝取量的評估，兒童飲食的整合型研究有待更深入探討(盧立卿、何沛穎，2010：398)。

(五)公眾代言人

社工可以代表消費者團體，呼籲業者善盡社會責任，多多販賣全麥麵皮或高纖少糖少油的健康食品，利用傳播效應在媒體上代言，從事社會行銷(例如英國)，喚起社會大眾多多關注肥胖議題。此外，參與學校家長會事務，呼籲支持健康的校園環境，作法：增設飲水機並定期維護、配送免費的水果給學童、鼓勵學童走路上學、經常與社區合辦體能活動等。

陸、結語

肥胖症在全球的死亡率排名第十五，因此有人以文明病的「隱形殺手」警告世人不要忽視其威脅性。預防勝於治療，由生命歷程(life course)觀點應由產前教育開始，鼓勵婦女以母乳哺育，嬰兒出生後提供均衡的飲食，兒童從小培養運動的習慣，實踐健康的飲食觀念，減少久坐不動的生活型態，將可降低肥胖的風險。

雖然健康促進的概念已為世人所接受，然而肥胖兒童的問題與需求不是單一部門可以解決的，防治策略應該是跨機構跨專業的協力合作，尤其要將兒童與其父母或是主要照顧者納入服務對象，以家庭為中心、社區為基礎的服務模式出發，制定健康的公共政策，提供健康的學校環境，滿足個別兒童的需求與支持其行為朝向健康的生活型態。

或許有人認為兒童肥胖是一種慢性病，應該由小兒科醫師領導專業團隊。但是社工的專業倫理注重的是目標的達成而不是計較頭銜，同時隨著新興慢性病的增加，公共衛生社工除了在肥胖兒童的健康促進議題可以發揮多元的角色功能外，服務身心障礙的肥胖兒童，社區健康促進、職場健康促進等領域也有待開發或強化。尤其有關肥胖兒童的研究，國內的文獻資

料相對於國外顯得貧乏，本土的實證研究有需要加把勁。因為社工專業化與綜融的發展取向，與其他專業領域的工作夥伴若能不斷的切磋、琢磨與省思，可以累積將理論概念轉化為實務技能的資產，樹立最佳服務(best practice)的典範。雖然公共衛生社工在臺灣社會的角色功能與定位還處於模糊的地位，但只要大家肯努力，充分發揮角色功能與創意，相信被社會大眾與專業團隊肯定的日子即將不遠。

在衛生福利部即將成立的時刻，我們呼籲決策者在整合相關單位和專業人員時不存有門戶之見，應審慎定奪。以肥胖兒童的需求與問題為例，涵蓋的層面有生理、心理、經濟、人際關係與學習等，除了公共衛生與小兒醫學專業外，誠如本文所述也需要社會工作、營養學、體能休閒活動、心理學、交通規劃等領域的人才；也就是說，制定健康的公共政策除了衛生福利部的綜合規劃司、心理健康司、福利服務司、國民健康署、中央健保局等單位參與外，教育部、交通及建設部等單位也應該受邀共商，跨領域跨部門的整合是有其必要性，如此才能集思廣益激盪出更完備的策略，讓更多人受益，社會更祥和健康。

(本文作者林淑萱現為空中大學面授講師)

參考文獻

李淑貞(2001)。身體活動與兒童青少年肥胖。國家衛生研究院論壇。

- 林萬億(2010)。建構以家庭為中心社區為基礎的社會福利服務體系。社區發展季刊 129：20-51。
- 陳武宗(2010)。促進健康、社會工作與老人服務方案。社區發展季刊 132：189-206。
- 陳燕華(2011)。談預防兒童肥胖。衛生署國民健康局健康九九網站健康專欄。
- 游素玲(2000)。兒童之肥胖問題與對策。國家衛生研究院論壇。
- 盧立卿、何沛穎(2010)。國際間對嬰幼兒飲食營養建立之現況分析。臺灣衛誌 29(5)，384-400。
- 謝寒琪(2003)。一個肥胖兒童的故事：肥胖兒童的人際關係與自我認同。國立花蓮師範學院國民教育研究所碩士論文。
- 麥當勞兒童餐九月起附蔬果，聯合報，2011-7-26。
- Baum, F.(2008). *The New Public Health*. New York: Oxford University.
- Braveman, P., Egerter, S., and Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual review of Public Health*, 32: 381-98.
- Egan, M. (2010). Evidence-based intervention for social work. Chap.4 Obesity. PP.80-104. New York: Routledge.
- Gould, N. (2010). *Mental Health Social Work in Context*. New York: Routledge.
- Kurzer, P. & Cooper, A. (2011). Hold the croissant! The European union declares war on obesity. *Journal of European Social Policy*, 21(2): 107-119.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). Obesity in Children and Young People: a crisis in public health. In IASO International Obesity TaskForce, *Obesity Reviews*, PP.4-85. http://www.iaso.org/site_media/uploads/report.pdf.
- Sealy, Y. M., & Farmer, G. L. (2011). Parents' Stage of Change for Diet and Physical Activity: influence on Childhood Obesity. *Social Work in Health Care*, 50(4): 274-91.
- WHO (2009). Report of the WHO Forum and Technical Meeting on Population-based Prevention Strategies for Childhood Obesity. Geneva. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf>
- White House Task Force on Childhood Obesity Report to the President 2010. <http://letsmove.gov/white-house-task-force-childhood-obesity-report-president>