

DIRECȚII DE ORIENTARE CĂTRE UN COMPORTAMENT ALIMENTAR RAȚIONAL ÎN RÂNDUL COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

Olga Cernelev¹, Ovidiu Tafuni²

¹Cercetător științific, doctorand, Centrul Național de Sănătate Publică

²Dr.șt.med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu” Chișinău

REZUMAT

În rezultatul evaluării experienței generale în literatura de specialitate, s-a constatat o evidențiere clară a influenței negative a obiceiurilor alimentare nesănătoase (consumul redus de fructe, legume, cereale integrale, etc.; consumul sporit de dulciuri, băuturi nealcoolice îndulcite, etc.) asupra stării de sănătate a

tinerei generații. Astfel, o direcție importantă orientată către un comportament alimentar rațional în rândul copiilor și adolescenților este reprezentată de elaborarea și implementarea programelor școlare bazate pe promovarea obiceiurilor alimentare sănătoase de la o vârstă fragedă.

Cuvinte-cheie: **comportament alimentar rațional, program, școală**

Orientations for healthy eating behavior among children and adolescents

ABSTRACT

In result of evaluating the overall experience in literature, there was a clear highlight of the negative impact of unhealthy eating habits (low consumption of fruits, vegetables, whole grains, etc.; increased consumption of sweets, sweetened soft drinks, etc.) on the health status of the young genera-

tion. Thus, an important direction towards a healthy eating behavior among children and adolescents is the development and implementation of school-based programs based on promotion of healthy eating behavior from an early age.

Key-words: **healthy eating behavior, programs, school**

Rezultate

Alimentația reprezintă o parte esențială a vieții umane. Conform psihologului din cadrul Universității din Pennsylvania, Paul Rozin „mâncarea progresează de la a fi o sursă de nutriție, o plăcere senzorială la a fi un marker social, o experiență estetică, o sursă de semnificație și metaforă și, deseori, o entitate morală”. Nu-

meroase dovezi științifice internaționale și naționale demonstrează că un comportament alimentar echilibrat și rațional, în special în rândul copiilor și adolescenților a devenit una din cele mai mari provocări ale timpurilor noastre. Potrivit lui Davis și Carpenter (2009) elevii instituțiilor de învățământ în cantinele cărora se realizau produse de tip fast-food consumau o cantitate redusă de fructe și legume și o cantitate sporită de bă-

* **Autor corespondent:** Olga Cernelev, Centrul Național de Sănătate Publică, Chișinău, Republica Moldova, email: ocernelev@cnsnp.md

Articol primit: 27.12.2016, acceptat: 17.01.2017, publicat: 27.01.2017

Citare: Cernelev O, Tafuni O. Orientations for healthy eating behavior among children and adolescents. Journal of School and University Medicine 2017;4(1): 48-52

uturi nealcoolice îndulcite ceea ce a condus la apariția supraponderabilității și a obezității. [1]

Rezultatele studiilor desfășurate în România au arătat următoarele. Proportia adolescenților care iau micul dejun regulat variază între 35% și 68%, respectiv un procent mediu de 53% nu servesc zilnic micul dejun. Se remarcă o tendință semnificativă de scădere a luării micului dejun de la vârsta de 11 ani la cea de 13 ani. La sfârșit de săptămână, procentul copiilor care servesc micul dejun crește față de zilele de școală. Procentul adolescenților care nu iau niciodată micul dejun este alarmant și variază între 20% (băieți, 11 ani) și 32% (fete, 15 ani). Consumul zilnic de fructe scade semnificativ cu vârsta, de la 11 ani la 15 ani, atât pentru băieți, cât și pentru fete, iar băieții consumă semnificativ mai puține fructe decât fetele la vârsta de 15 ani. În jur de 1/3 dintre elevi consumă cel puțin odată pe zi legume, excepție făcând grupul de băieți de 15 ani, unde consumul este și mai redus. De asemenea, s-a constatat că aproximativ 50% din tineri consumă în exces sucuri cu adaos de zahăr. Acest consum este prevalent în rândul copiilor (atât fete cât și băieți) proveniți din familii afluate socio-economic. Elevii din București, zona de Sud și Sud-Vest declară un consum mai frecvent al băuturilor carbogazoase. Consumul zilnic de cartofi prăjiți și cipsuri este prezent în aproximativ 20% la copiii de 11 și 13 ani (fete și băieți) și 10% la cei cu vârsta de 15 ani. [2]

Studiul MAMM (Măsurarea Aportului de Macro- și Micronutrienți) desfășurat pe o perioadă de 2 ani (2005-2007) pe un eșantion de 394 de copii cu vârste între 3 și 6 ani înscriși în instituțiile educative (creșă, grădiniță) a constatat că peste 90% dintre copiii preșcolari din România au carențe de calciu. Circa 99.7% dintre copii au deficiențe de vitamina D, iar 45% dintre ei preferă dulciurile în loc de legume, fructe și lactate. Peste 70% dintre copiii cu vârste între trei și șase ani consumă legume și fructe doar de două-trei ori pe săptămână. Doar 27% consumă zilnic lapte și iaurt. Potrivit părinților, copiii resping produsele lactate proaspete deoarece: – “nu îi place copilului” (77%) – “produsele lactate nu sunt sănătoase” (25%), ceea ce arată o informare insuficientă și ignoranța părinților. De asemenea, datele au stabilit că 75% dintre copii au cinci mese pe zi, dar peste weekend mănâncă mai mult decât în timpul săptămânii. Mai mult de 50% dintre copii depășesc rația calorică

standard recomandată echivalentă cu 1800 de kilocalorii pe zi. [3]

Datele studiului desfășurat în 20 de școli din Cluj-Napoca, pe un eșantion de 7904 copii din clasele I-XII, în anul 2008, a arătat o prevalență a supraponderabilității de 12.8%, iar a obezității de 8.2%. Cea mai mare prevalență s-a înregistrat la grupa de vârstă 6-10 ani atât pentru supraponderabilitate (15.9%), cât și pentru obezitate (13.3%), iar cea mai mică la adolescenți (7.6% pentru supraponderabilitate și 3.8% pentru obezitate). [4]

În Republica Moldova, rezultatele studiului de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS, 2012) arată că în rândul copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-5 ani, șase procente au retard statural (înălțime mică pentru vârstă), două procente au retard ponderal (greutate mică pentru înălțime) și doi la sută sunt subponderali (greutate mică pentru vârstă). De asemenea, circa cinci la sută dintre copii sunt supraponderali (greutate mare pentru înălțime). A cincea parte dintre copii suferă de anemie (21%). Șaptezeci și nouă la sută dintre copiii cu anemie prezintă o formă lejeră, 70% – o formă moderată și 5% – o formă severă. Prevalența anemiei descrește consecvent odată cu vârsta de la patruzeci și unu la sută la copiii din grupul de vârstă 6-9 luni până la paisprezece la sută – la copiii cu vârsta de 48-59 de luni. Cei mai defavorizați sunt copiii din aria rurală, din regiunile Sud și Centru, cei din a patra naștere, din gospodăriile cele mai sărace și cu nivelul de studii medii a mamei. Anemia este mai frecventă la copiii născuți la intervalele mai mici de 24 luni și 24-47 luni între nașteri. [5]

Studiul “Sănătatea adolescenților, factorii determinanți comportamentali și sociali” (HBSC, 2014) desfășurat în Republica Moldova, a constatat că fiecare al 8-lea adolescent are exces de masă corporală, iar la fiecare al 5-lea se evidențiază un deficit de masă corporală. Totuși, odată cu avansarea în vârstă s-a observat o tendință de normalizare a Indicelui de Masă Corporală de la 57.8% la 11 ani până la 75% la 17 ani. Ratele supraponderabilității și obezității în rândul băieților sunt mai mari comparativ cu cele ale fetelor în toate categoriile de vârstă. Cea mai mare rată fiind la băieții de 11 ani (19.3%), care scade până la 12.2% la 17 ani. În rândul fetelor, rata supraponderalității atinge maximum la 13 ani (13.5%). Procentul acestora se micșorează mai mult decât de două ori către

vârsta de 17 ani (5.6%). De asemenea, doar 6 din 10 adolescenți au indicat că iau micul dejun în săptămâna de lucru, iar fiecare al 10-lea – nu consumă micul dejun, unde fetele mai des decât băieții (în 13.1% și 8.4% respectiv). Numai 1/3 din respondenți au indicat că ar consuma fructe zilnic, iar 20.9 % consumă fructe săptămânal sau mai rar. Doar 4 din 10 respondenți consumă legume, iar circa 1/5 consumă legume săptămânal sau chiar mai rar. Important de menționat că, 30.1% din adolescenți consumă produse alimentare cu conținut sporit de zahăr (bomboane, ciocolată, etc.), iar 10 % din aceștia consumă băuturi nealcoolice îndulcite o dată pe zi sau chiar mai des, fără diferențe importante de gen sau vârstă. [6]

Conform raportului elaborat de către American Dietetic Association, direcțiile de orientare către un comportament alimentar rațional în rândul copiilor și adolescenților se bazează pe implicarea părinților în educația nutrițională precum și elaborarea și implementarea programelor de instruire, consiliere și asistență privind promovarea obiceiurilor alimentare sănătoase în instituțiile de învățământ general (școli, grădinițe). În acest context, se creează un mediu propice pentru prevenirea bolilor netransmisibile legate de dietă, subnutriție și deficiențele nutriționale în rândul copiilor și adolescenților. [7, 8]

Cercetările internaționale subliniază diferite grade de eficacitate a programelor școlare bazate pe promovarea obiceiurilor alimentare sănătoase precum și practicarea regulată a activității fizice. [9-11]

Mai puțin se știe despre motivul pentru care anumite programe implementate în școli sunt mai eficiente decât altele în sporirea nivelului cunoștințelor privind beneficiile alimentației echilibrate și a activității fizice asupra stării de sănătate a copiilor și adolescenților. De obicei, curricula din unele instituții școlare reprezintă un adjuvant al programelor naționale de stat. [12]

Cu toate acestea, potrivit lui Montgomery și Willis, analiza cost-beneficiu a programului școlar EFNEP (Expanded Food and Nutrition Education Program) a demonstrat că pentru fiecare dolar cheltuit pentru instruire, s-a economisit o sumă echivalentă între 3.63-10.64 \$ pentru asistența medicală. [13]

Potrivit datelor reviuului literaturii privind eficacitatea programelor școlare în domeniul nutriției și activității fizice, s-a constatat că în SUA sunt implemen-

tate programe eficiente conduse de către Cooperative Extension Family și Consumer Scientists. Din acestea fac parte următoarele: „Kids for Health” în Arkansas; „Fun 5 to Rescue” în Hawaii; „Power Panther” în Kansas; „Fitness Rocks” în Kentucky; „Fit Kids” în Tennessee; „Jump into” în Texas, etc. Rezultatele acestor programe se bazează pe cunoștințe, abilități și atitudini care favorizează schimbarea comportamentului alimentar în rândul copiilor și adolescenților. Pe termen lung, programele menționate pun accentul pe dezvoltarea personală, alimentație echilibrată în familie, siguranța alimentară, etc. [14-17]

Într-un studiu din Marea Britanie bazat pe stabilirea eficacității programului școlar în domeniul promovării obiceiurilor alimentare sănătoase în rândul a 636 de copii, cu vârsta medie de 8.4 ani, s-a constatat o sporire a consumului de legume în grupul de intervenție. [18]

Un alt studiu desfășurat printre 1434 de elevi din California a demonstrat eficacitatea programului școlar prin sporirea activității fizice și scăderea IMC-ului printre băieți, dar nu și fete. [19]

Pentru ca un program școlar orientat spre promovarea unui comportament alimentar rațional în rândul copiilor și adolescenților să fie eficient este necesară abordarea următoarelor aspecte.

Programul școlar trebuie elaborat în baza rezultatelor estimării situației curente privind comportamentul alimentar în rândul copiilor și adolescenților. Acesta va fi orientat spre aplicarea unor măsuri sistemice ce ar contribui la adoptarea unor obiceiuri alimentare sănătoase, reducerea semnificativă a prevalenței bolilor netransmisibile legate de dietă, subnutriție și deficiențele nutriționale precum și îmbunătățirea calității vieții tinerei generații. De asemenea, în procesul de elaborare, programul școlar, trebuie consultat cu participanții (copii, părinți, profesori, medici, etc.), autoritățile publice, societatea civilă, etc. în scopul consolidării parteneriatului intersectorial precum și fortificării capacităților de intervenție preventivă în domeniul nutriției în cadrul instituțiilor de învățământ general. Activitățile din cadrul programului școlar vor fi orientate spre rezultate concrete, clare și documentate, iar resursele financiare, materiale, umane și de timp trebuie să fie argumentate corespunzător. [20-22]

O altă particularitate importantă pentru sporirea eficienței programului școlar în domeniul nutriției

constă în abordarea unei curricule funcționale în dependență de vârstă, diversitate (tip consumator – vegetarian, lacto-vegetarian, etc.) și nivelul abilităților copiilor și adolescenților. Programul trebuie să fie bazat pe implicarea familiei (părinți, bunei, etc.) în procesul de instruire, consiliere și asistență nutrițională. [7, 21]

Pentru asigurarea eficienței programului școlar în domeniul nutriției, toate măsurile trebuie monitorizate și evaluate în mod continuu și pe toată perioada de implementare. Activitatea de monitorizare a activităților programului școlar va include colectarea, prelucrarea și analiza datelor, identificarea efectelor neprevăzute în baza setului de indicatori care vor permite urmărirea și evaluarea în dinamică a realizării obiectivelor programului elaborat. Activitatea de evaluare va include elaborarea în baza indicatorilor de monitorizare a rapoartelor anuale de evaluare care vor servi drept bază pentru adoptarea deciziilor și formularea propunerilor de îmbunătățire a măsurilor planificate în procesul de instruire, consiliere și asistență nutrițională în instituțiile de învățământ. [23-26]

Concluzii

1. Dovezile internaționale și naționale demonstrează că un comportament alimentar rațional, în special în rândul copiilor și adolescenților, reprezintă una din cele mai mari provocări ale timpurilor noastre.

2. Direcțiile de orientare către un comportament alimentar rațional în rândul copiilor și adolescenților se bazează pe elaborarea și implementarea programelor de instruire, consiliere și asistență privind promovarea obiceiurilor alimentare sănătoase în instituțiile de învățământ general (școli, grădinițe) cu implicarea părinților în educația nutrițională.

Bibliografie

1. Davis B, Carpenter C. Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *American Journal of Public Health*, 2009;99(3):505-510
2. HBSC, 2010. România. <http://www.aspgorj.ro/promovare/raport%20HBSC%20dec2010.pdf>
3. Studiul MAMM (Măsurarea Aportului de Macro- și Micronutrienți), România.
4. Văleanu C, Tătar S, Nanulescu M, Leucuta A, Ichim G. Prevalence of obesity and overweight among school children in Cluj Napoca, *Acta Endocrinologica* 2009;V(2): 213-219

5. MICS 2012. Republica Moldova. http://cnspl.md/wp-content/uploads/2014/09/Studiul-populational_MICS4_Republica-Moldova_WEB_CNSP.pdf

6. HBSC, 2014. Republica Moldova.

7. file:///C:/Users/user_2/Desktop/aliment%20insti%20preuniv/mda_national_hbsc_report_2016_rom_en_rus.pdf

8. American Dietetic Association Position Statement. Position of the American Dietetic Association: Individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *Journal of American Dietetic Association* 2006;106(6):925-945

9. Pyle SA, Sharkey J, Yetter G, Felix E, Furlong MJ, Poston WS. Fighting an epidemic: The role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools* 2006;43:361-376

10. Sahota P, Rudolf MJ, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Randomized controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal* 2001;323:1-5

11. Sallis JF, McKenzie TL, Conway TL, Elder JP, Prochaska JJ, Brown M, Zive MM, Marshall SJ, Alcaez JE. Environmental intervention for eating and physical activity: A randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24:209-217

12. Sallis JF, Alcaez JE, McKenzie TL, Hovell MF. Predictors of change in children's physical activity over 20 months in Project SPARK: Variations by sex and level of adiposity. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;16:222-229

13. Parsad B, Lewis L, Westat I. Calories in, calories out: Food and exercise in public elementary schools, 2005. National Center for Education Statistics, (ERIC Document Reproduction Service No. ED491691) 2006

14. Montgomery S, Willis W. Fiscal year 2005 impact and review of the expanded food and nutrition education program. 2006. http://www.csrees.usda.gov/nea/food/efnep/pdf/2005_impact.pdf

15. Broberg DM, Broberg KA, McGuire JK. Policy approaches to offset childhood food insecurity and obesity. *Journal of Family and Consumer Sciences* 2009;101(1): 44-49

16. American Dietetic Association Position Statement. Position of the American Dietetic Association: Benchmarks for nutrition programs for child care settings. *Journal of The American Dietetic Association* 2005;105(6):979-986

17. Casey A. Kids Count state-level data set. 2003. http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/04/child-trends-2008_11_14_rb_schoolenviron.pdf

18. Arkansas Center for Health Improvement. Tracking progress: The third annual Arkansas assessment of childhood and adolescent obesity, 2006. ACHI Web site: <http://www.achi.net>

19. Sahota P, Rudolf MJ, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Randomized controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal* 2001;323:1-5

20. Sallis JF, McKenzie TL, Conway TL, Elder JP, Prochaska JJ, Brown M, Zive MM, Marshall SJ, Alcaez JE. Environmental intervention for eating and physical activity: A

randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24,:209-217

21. Kettner PM, Moroney RM, Martin LL. *Designing and managing programs: An effectiveness-based approach* (2nd ed.) 1999. Thousand Oaks, CA: SAGE

22. Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Klesges LM, Bull S, Glasgow RE. Behavior change intervention results in community settings: How generalizable are the results? *Health Promotional International* 2004;19(2):235-245

23. Eck S, Straempler B, Raby A. Once upon a time in America: Interactive nutrition evaluation. *Journal of Nutrition Education & Behavior* 2005;37(1):46-47. Retrieved from Academic Search Elite.

24. Estabrooks PA, Dzewaltowski DA, Glasgow RE, Klesges LM. Reporting of validity from school health pro-

motion studies published in 12 leading journals. *Journal of School Health* 2003;73(1): 21-28

25. Fitzpatrick JL, Sanders JR, Worthen BR. *Program evaluation: Alternative approaches and practical guidelines* (3rd ed.) 2004. Boston: Pearson Education, Inc.

26. LaPelle NR, Zepka J, Ockene JK. Sustainability of public health programs: The example of tobacco treatment services in Massachusetts. *American Journal of Public Health* 2006;96(8):1363-1369

27. Michael S, Dittus P, Epstein J. Family and community involvement in schools: Results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *Journal of School Health* 2007;77:567-579