

ȘCOALA DOCTORALĂ

Domeniul: Psihologie

Educația pentru nutriție și impactul ei asupra indicatorilor asociați calității vieții

Rezumat

Coordonator:

Prof. Univ. Dr. Constantin Ticu

Doctorand:

Cîrțiță Andreea-Elena căs. Chirilă

Iași

2019

CADRUL TEORETIC

Cercetarea de față a avut ca și obiectiv evaluarea impactul educației pentru nutriție asupra calității vieții, respectiv indicatorilor asociați – locul controlului sănătății, setarea mentală pentru schimbare, auto-eficacitatea consumului de fructe și legume. Din perspectivă practică, un obiectiv secundar al prezentei cercetări a fost acela de a construi o intervenție care să vizeze educația pentru nutriție. Acest aspect constituie o necesitate în contextul actual. Educația pentru nutriție face parte din categoria strategiilor de prevenție primară, a căror implementare se impune, în România, ca urmare a constatării uneia dintre cele mai mari rate de mortalitate din Uniunea Europeană, datorate afecțiunilor non-transmisibile. Educația pentru nutriție nu este una suficient implementată, în România, în domeniul medical. Pe de altă parte, deși există programe izolate privind acest tip de prevenție, abordarea propusă este una care se rezumă strict la educația pentru nutriție, în formă informativă. Însă, deși informațiile privind o alimentație sănătoasă sunt disponibile în diverse forme (tot mai multe publicații accesibile publicului larg atrăgând atenția asupra importanței acestora, la acestea adăugându-se și sursele disponibile în mediul virtual), tendința de complianță a populației, în acest sens, este una redusă.

În primul capitol al lucrării, pornind de la concluziile studiilor empirice recente, am punctat faptul că, pe lângă foamea fiziologică, mai există o serie de alți factori ce determină acțiunea de a consuma alimente (plăcerea experiențiată în momentul consumului, disponibilitatea alimentelor, respectiv recompensarea). Acești factori declanșatori ai acțiunii de a mânca produc o serie de alte efecte. Recompensarea cu alimente este realizată prin intermediul unora specifice – cele potențate din punctul de vedere al gustului. În această categorie, sunt incluse alimentele consistente și concentrate caloric – abundente în zahăr, făină rafinată, sare și grăsimi. Ceea ce este interesant, în acest sens, este faptul că alimentele acestea pot genera un răspuns neuronal specific adictiv (Corwin & Grigson, 2009; Gerhardt, 2011; Krashes & Krawitz, 2014). De asemenea, alimentele concentrate caloric pot conduce la apariția deficitelor asemănătoare stării

de dependență, ele fiind considerate o importantă sursă de motivare, ce poate conduce la mâncatul excesiv, contribuind, astfel la apariția supraponderabilității. Mecanismul de adaptare neuronală care e activat de alimentele dense caloric este similar, așadar, oricăror alte substanțe care provoacă dependență. Dintr-o perspectivă evoluționistă, alimentele dense caloric sunt preferate, deoarece ele pot fi rapid convertite în energie. Instinctual vorbind, oamenii sunt mai degrabă încântați de alimentele concentrate (Berridge, 2003).

În acest sens, există o serie de consecințe negative atât la nivel fiziologic – consumul în exces fiind unul dintre factorii care determină afecțiuni non-transmisibile, cât și la nivel psihologic – apariția tulburărilor de alimentație.

În partea teoretică a lucrării, am inclus un **review sistematic**, având ca și criterii de incluziune: (a) ca studiile să fie bazate pe intervenție pentru educația în nutriție; (b) să aibă participanți cu vârstele cuprinse între 15-65 ani; (c) design-ul studiului să fie cvasi-experimental și experimental; (d) să fie disponibile în limba engleză, format full-text; (e) să fie realizate între anii 2010-2016. Review-ul sistematic a inclus 23 de studii, a căror abordare a fost atât de grup, cât și personalizată, participanții înregistrând, în ambele cazuri, diferențe semnificative în ce privește variabilele auto-raportate (calitatea vieții, cunoștințe despre nutriție, consumul auto-raportat de alimente), dar și cu privire la indicatorii obiectivi (circumferința abdominală, a bicepsului, măsurători biochimice, indicele de masă corporală).

Pe de altă parte, intervențiile prezentate în cadrul studiului anterior nu abordează, decât într-o măsură redusă, comportamentul alimentar ca fiind unul supus riscului adictiv. Considerăm important să amintim definiția dependenței, pentru a discuta implicațiile acesteia: “un comportament repetat, care are sau nu legătură cu abuzul de substanțe, legat de care o persoană se simte forțată să continue, în ciuda impactului negativ pe care acțiunea sa îl are asupra propriei vieți (...)” (Mate, 2017). Prin urmare, educația pentru nutriție va avea efect asupra participanților, atât timp cât ea este însoțită de includerea, în procesul schimbării comportamentului alimentar, a dinamicilor psihologice și emoționale. Aducem în discuție implicațiile consumului de alimente ca având un efect adictiv, pornind de la premisa că mâncarea rafinată, nesănătoasă, provoacă în creier dependență din punct de vedere chimic, din cauza efectelor asupra endorfinelor, zahărul furnizând o doză rapidă de endorfine și crescând temporar nivelul serotoninei (Colantuoni, 2001).

Un **al doilea studiu** din cadrul părții teoretice explorează efectul adictiv al alimentelor menționate anterior, aducând în discuție mâncatul emoțional, ca și punct de plecare al acestuia. Mâncatul emoțional se referă la tendințele de a mânca, în ciuda lipsei nevoii fiziologice, în contextul existenței unor indici emoționali (Arnou, Kenardy & Agras, 1995). Cei care utilizează mâncatul emoțional ca și strategie de coping raportează un mai mare consum de alimente dulci și cu un conținut ridicat de grăsimi (Camilleri et al., 2014). Acesta are un efect temporar al reducerii stresului, ajută la diminuarea emoțiilor și afectelor negative și îmbunătățește starea dispozițională, prin modificarea neurotransmițătorilor dopaminei din creier (Macht, 2008). Mâncatul emoțional este definit ca fiind o disfuncționalitate în reglarea comportamentului alimentar, care conferă o stare de confort temporar, fiind urmat de consecințe aversive (D'arrigo, 2007) sau ca o tendință de a consuma hrană în exces, ca și răspuns la activarea emoțională (Spoon, 2007). Alimentele abundente caloric generează, atunci când sunt consumate, o perturbare a apetitului. Astfel, centrul de recompensare din creier primește un *input* al serotoninei, dopaminei și opioidelor endogene, generând un *output* pentru neuronii din hipotalamus, care se ocupă cu reglarea apetitului (Erlanson-Albertsson, 2005).

Mantau, Hattula și Bornemann (2018) au realizat o investigație a factorilor ce determină mâncatul emoțional. Astfel, pe baza literaturii de specialitate, ei au identificat determinanții psihologici (sensibilitatea la recompensă, reevaluarea cognitivă, mâncatul restricționat și impulsivitatea), determinanți individuali (nivelul stresului, nivelul de foame), respectiv determinanții biologici (greutatea corporală, sexul biologic), propunând un model conceptual în cadrul căruia alegerea alimentelor este mediată de acești factori. Tendința de a mânca emoțional diferă, însă, în funcție de specificitatea emoțiilor. Astfel, unele emoții cum ar fi furia, atât ca emoție, cât și ca trăsătură, nu generează acest impuls, în timp ce anxietatea o generează (Schneider, Panza, Appelhans et al., 2012). Însă, mâncatul emoțional nu poate fi indus doar de emoții negative, ci și de cele pozitive, uneori, într-o mai mare măsură (Evers, Adriaanse, de Ridder et al., 2015). Braden, Musher-Eizenman, Watford et al. (2017), au arătat că, în cazul participanților supraponderali/cu obezitate, tendințele de a mânca erau declanșate de depresie, anxietate/furie, tulburări de alimentație și dificultăți de reglare emoțională. Pe de altă parte, mâncatul declanșat de emoții pozitive nu a fost asociat cu urmări negative. Cu alte cuvinte, diferența dintre cele 2 tipuri de emoții declanșatoare ar fi aceea că, în ciuda faptului că emoțiile pozitive ar declanșa, și ele, acțiunea de a mânca, acesta nu ar putea deveni parte dintr-o tulburare

de alimentație, ci ar fi, mai degrabă, asociat cu un specific hedonic sau extern. Emoțiile pozitive au fost asociate și cu plăcerea de a mânca și o motivație crescută de a se bucura de această experiență (Van Strien, Cebolla, Etchemendy et al., 2013).

Pe de altă parte, există, o meta-analiză realizată de Cardi, Leppanen și Treasure (2015) care au arătat că, în contextul inducerii unei stări pozitive sau negative, participanții se vor supraalimenta, comparativ cu cel al inducerii unei stări neutre. Alte studii realizate în laborator au evidențiat faptul că mâncatul emoțional este, mai degrabă, declanșat de emoții negative, decât de cele pozitive sau neutre (Van Strien et al., 2013). Mâncatul emoțional nu a fost asociat în cadrul acestui studiu cu o stare de sănătate redusă. Pe de altă parte, cel generat de depresie a fost asociat cu un nivel redus de stare de bine psihologică, cu abilități reduse de reglare emoțională, ca și cu alte simptome specific tulburărilor de alimentație, contrar mâncatului ca și răspuns la emoțiile pozitive.

În același timp, în afară de emoții, mai există o serie de dovezi privind tendințele de a mânca emoțional, în contextul stării de plictiseală. Astfel, solicitarea de a realiza o sarcină plictisitoare a fost asociată cu dorința intensă de a mânca (Monyhian, 2015), starea de plictiseală având un caracter predictiv asupra consumului caloric, respectiv de grăsimi.

Mâncatul emoțional se poate dezvolta ca și un comportament învățat în copilărie, rezultând din interacțiunea cu părinții sau persoanele cu atașament primar, care au comportamente alimentare dezechilibrate. Zocca, Shomaker, Tanofsky-Kraff et al. (2011) a concluzionat faptul că un comportament alimentar dezechilibrat al mamei este asociat cu supraalimentarea sau creșterea în greutate a copilului. Mâncatul poate deveni emoțional, în momentul în care copiilor li se oferă hrană, într-o stare dispozițională intensă (de anxietate sau furie). De aceea, copiilor care li se oferă alimente ca și strategie de liniștire mănâncă mai multă ciocolată atunci când sunt într-o stare emoțională negativă, comparativ cu copiii cărora nu li se oferă. Părinții utilizează aceste strategii pentru a-i calma, ea fiind considerată o modalitate de intensificare a conectării. Mai mult decât atât, ea ar putea fi considerată singura strategie cunoscută de mamele mai puțin competente emoțional (Hamburg, Finkenauer & Schuengel, 2014). Morris, Silk, Steinberg et al., (2007) au sugerat faptul că reglarea emoțională ar putea fi modelată de abordarea parentală în contexte emoționale, de atașament sau de stil parental, ca și de învățarea socială. Un nivel ridicat al abuzului emoțional poate prezice o reglare emoțională disfuncțională (Mills, Newman, Cossar, et al., 2015). De aceea, adolescenții se pot regăsi în situația de a nu deține “unelte” pentru a-și

regla emoțiile, găsiind maniere de *coping* adaptative, învățate în copilărie. Reglarea emoțională este un proces ce continuă a fi învățat în adolescență, iar provocările, în acest sens, pot apărea ca și rezultat negativ al faptului de a fi respins sau în context de depresie și anxietate (Carthy, Horesh & Apter, 2010). Mâncatul emoțional reprezintă tendința de disociere față de cognițiile negative și starea dispozițională (Cooper, Wells & Todd, 2004). Acesta este prezis de abuzul emoțional, gen și dificultăți de reglare emoțională. Reglarea emoțională disfuncțională este prezisă de un nivel ridicat al abuzului emoțional, în timp ce dificultatea de reglare emoțională este prezisă de neglijare, din punct de vedere parental. În cazul adolescenților, reglarea emoțională mediază relația dintre “tratamentul” emoțional negativ și comportamente alimentare (Mills et al., 2015).

În cadrul articolului teoretic, bazându-ne pe literatura de specialitate, am propus două strategii alternative în vederea schimbării comportamentului alimentar, pe termen lung: conștientizarea emoțională și *mindfulness*-ul, respectiv strategiile de reglare emoțională. Există o serie de studii care arată faptul că tehnicile de *mindfulness* moderează dorința intensă de a mânca (Alberts, Mulken, Smeet et al., 2010, Alberts, Thewissen & Raes, 2012), fiind negativ asociate cu mâncatul emoțional (Lattimore, Fisher and Malinowski, 2011). *Mindfulness*-ul ar putea influența în mod direct tendințele de implicare în mâncatul necontrolat, prin intermediul eliminării reactivității la senzațiile interne sau indicii din mediu. Alberts et al. (2010, 2011, 2012) au arătat faptul că intervențiile bazate pe *mindfulness* pot reduce reactivitatea la factori declanșatori ai comportamentului alimentar problematic, putând dezvolta capacitatea de a reduce identificarea cu gândurile disfuncționale, imaginea sau greutatea corporală. Mâncatul emoțional se referă la eforturile conștiente ale individului de a influența modul, tipul și momentul experiențierii și exprimării emoțiilor (Gross, 2002). Reglarea emoțională poate fi definită ca fiind “o serie de procese prin intermediul cărora emoțiile pot fi ele însele reglate... acestea fiind automate sau controlate, conștiente sau inconștiente” (Gross, 2007). Ea reprezintă un construct multidimensional, caracterizat de autocontrol comportamental, conștientizare emoțională, toleranță la situațiile de stres (Gratz & Roemer, 2004).

Reglarea emoțională este definită ca referindu-se la o serie de procese ce implică emoții, acestea putând fi automate, controlate, conștiente sau inconștiente (Gross, 2007). Reglarea emoțională este un comportament învățat, prin intermediul legăturii cu persoanele de atașament primar, care să îl învețe pe copil cum să-și eticheteze și să-și regleze emoțiile. Pe de altă parte,

dificultățile copilului de a-și regla emoțiile pot surveni ca urmare a faptului că ele sunt pedepsite sau neglijate, ceea ce poate genera dificultatea de recunoaștere, exprimare, dar și reglare a lor. Această dificultate în educația parentală poate fi identificată ca fiind o formă de abuz emoțional sau neglijare (Ehring & Quack, 2010).

Reglarea emoțională a fost dovedită a fi baza sănătății fizice și psihice a oamenilor (Gross, 2007). Strategiile specifice reglării emoționale sunt clasificate ca fiind maladaptative sau adaptative. Cele din prima categorie includ ruminația, evitarea, supresia, fiind mai degrabă asociate psihopatologiei (incluzând aici și tulburările de alimentație) și se manifestă prin activarea fiziologică și descreștere în exprimarea comportamentală, fără să diminueze experiențierea emoțională (Gross, 2002). Pe termen lung, strategiile maladaptative au fost asociate cu atașament evitant, suport social redus, tendințe depresive, stimă de sine scăzută, satisfacție a vieții redusă, stare de bine redusă (Gross & John, 2004). Strategiile adaptative includ acceptarea, rezolvarea de probleme, reevaluarea cognitivă, distragerea, umorul. De asemenea, ele se manifestă prin tendințe emoționale negative și activare psihologică redusă, experiențiere emoțională pozitivă. Atunci când mâncatul emoțional este utilizat ca și strategie de coping maladaptativă, aceasta ar putea cauza pierderea controlului asupra mâncatului. Adolescenții care experiențiază pierderea controlului adoptă strategii maladaptative, emițând auto-evaluări negative și ruminații. Mai mult decât atât, adolescentele care raportează pierderea controlului asupra mâncatului sunt mai predispuse la a dezvolta tulburări de alimentație, ca și consecință a faptului că experiențiază emoții intense, pe care nu reușesc să le regleze în mod adaptativ (Goosens et al., 2016).

Pornind de la toate aspectele menționate mai sus, propunem ca educația privind schimbarea comportamentului alimentar să includă și componenta educației emoționale, ca și parte componentă importantă, în cadrul acestui proces. În această manieră, schimbarea ar putea avea o mai mare rată de succes, putând fi una pe termen lung. În ce privește educația emoțională, prima etapă ar fi aceea de conștientizare emoțională, prin intermediul căreia oamenii să-și orienteze atenția la modul de manifestare a emoției. *Mindfulness*-ul, ca și tehnică de conștientizare, a fost dovedit în cadrul a numeroase studii ca având un impact al diminuării dorințelor intense de a mânca sau a riscului de dezvoltare a unei tulburări de alimentație.

O altă manieră alternativă, în cadrul procesului de schimbare a comportamentului alimentar, este aceea de utilizare a strategiilor de reglare emoțională, ce ar putea determina generarea unui

răspuns educat, asertiv, opus celui instinctual. Această abordare ar putea diminua efectele potențial negative ale tendinței încercării de a evita impactul emoțional, putând genera consecințe pozitive asupra stării de bine psihologice, sociale și personale.

Tendința de a alege mâncatul ca și strategie de reglare emoțională apare ca urmare a modului în care oamenii au fost învățați în copilărie să facă față emoțiilor negative, determinând-o să pară o strategie “la îndemână”. Acest aspect face ca tendința de alegere spre consum a alimentelor abundente caloric, în contexte emoționale, să fie singura strategie cunoscută pentru reglare emoțională, făcând să pară alegerea potrivită, în contextul în care gustul este procesat, în creier, mai rapid decât senzația de sănătate. Pe de altă parte, practicile de auto-control determină ca hrana sănătoasă să fie apreciată prin raportare la beneficiile acesteia (Hare, Camarer & Rangel, 2009). Recomandările unei evaluări pozitive a alimentelor sănătoase e recomandat să fie făcute prin echivalarea alimentelor cu nutrienții și sănătatea. În acest context, considerăm că, în abordarea schimbării comportamentului alimentar, *strategiile de reglare emoțională* ar trebui să constituie o componentă la fel de importantă, ca și *educația pentru nutriție*, în sine.

În capitolul II, am discutat despre constructele psihologice ce sunt implicate în schimbarea comportamentului alimentar. Astfel, având în vedere valența adictivă a unora dintre alimente, ne-am propus să abordăm schimbarea, din perspectiva modelului Health Action Process Approach (Schwartz, 2008). Această abordare a fost utilizată în nenumărate alte studii ce vizau schimbarea unor comportamente nocive sănătății, cu sau fără potențial adictiv.

Am inclus, de asemenea, în partea teoretică, și alte constructe relevante schimbării comportamentului alimentar - calitatea vieții, setarea mentală pentru schimbare, locul controlului sănătății, respectiv auto-eficacitatea consumului de fructe și legume.

Astfel, ceea ce am urmărit să testăm a fost eventualitatea în care schimbarea comportamentului alimentar ar putea fi generată de o abordare intervențională care să includă atât componenta informativă – educația pentru nutriție, cât și pe cea a generării schimbării, atât din punctul de vedere al constructelor riscului perceput, expectanțelor cu privire la rezultate, intenției, planificării și strategiilor de *coping*, cât și prin intermediul evidențierii *utilizării mâncatului (emoțional) ca și strategie maladadaptivă de reglare emoțională*. Am vizat, în principal, impactul pe care educația pentru nutriție, în forma propusă, va genera diferențe semnificative cu privire la variabilele menționate anterior.

STUDII EMPIRICE

Lucrarea de față cuprinde, pe lângă cele două articole teoretice incluse în primul capitol (Chirilă, 2017; Chirilă & Constantin, 2019, in press), și trei studii empirice. Primul articol conține două substudii; astfel, primul substudiu a fost unul longitudinal, care a prezentat forma unei scale construite, *Scala setării mentale pentru schimbare*, ce a fost validată preliminar pe populația românească, cu vârsta cuprinse între 16 și 53 de ani; de asemenea, în cadrul acestuia, ne-am propus să explorăm relațiile statistice dintre setarea mentală pentru schimbare, auto-eficacitate, reușită și persistență motivațională (Chirilă & Constantin, 2016); prin intermediul celui de-al doilea substudiu, în cadrul căruia a fost utilizată aceeași scală, ne-am propus să verificăm calitățile psihometrice ale acesteia. Cel de-al doilea studiu a urmărit adoptarea a două scale pe populația românească – *Scala auto-eficacității consumului de fructe și legume* (De Vet, De Nooijer, De Vries et al., 2006) și *Scala locului controlului sănătății* (Wallston & Wallston, 1978), prin intermediul verificării calităților psihometrice; cel de-al treilea studiu este unul de tip cvasi-experimental și urmărește să testeze impactul educației pentru nutriție (care să includă schimbarea, abordată atât din perspectivă cognitivă – *Health Action Process Approach*, cât și emoțională) asupra calității vieții și indicatorilor asociați acesteia.

Principalele obiective urmărite au fost:

1. Construirea unui instrument care măsoară stadiabilitatea schimbării, care să permită identificarea cât mai precisă a acesteia și să poată fi utilizată în intervențiile ce vizează diminuarea comportamentelor nocive sănătății (Setarea mentală pentru schimbare). În această etapă (substudiul 3a), a construirii și validării preliminare a scalei, se urmărește testarea relațiilor dintre setarea mentală și alte variabile relevante schimbării – auto-eficacitatea, persistența motivațională și reușita. Ne așteptăm ca setarea mentală pentru schimbare să prezică reușita, ca persistența motivațională să o influențeze semnificativ, să existe o asociere pozitivă între setarea mentală pentru schimbare și auto-eficacitate, respectiv o corelație pozitivă între setarea mentală pentru schimbare și persistența motivațională. Studiul 3b urmărește să testeze calitățile psihometrice ale *Scalei setării mentale pentru schimbare*, pe un lot diferit de participanți, care să corespundă criteriilor de incluziune: a) să aibă vârsta cuprinse între 16 și 53 de ani; b) să nu fi

fost diagnosticați cu boli cronice sau cancer; c) să nu le fie contraindicat consumul de fructe și legume; d) să răspundă afirmativ la întrebarea dacă vor să aducă îmbunătățiri alimentației; e) participantele să nu fie însărcinate, la momentul completării scalelor.

Implicații/aport: Rezultatele acestui studiu vor evidenția forma finală, robustă a Scalei Setării Mentale pentru Schimbare, care va putea fi utilizată și în alte cercetări, ce vor viza schimbarea comportamentelor nocive sănătății. De asemenea, prin intermediul studiului, se urmărește identificarea relațiilor semnificative dintre setarea mentală pentru schimbare și variabilele pe care literatura de specialitate le evidențiază ca fiind relevante, în procesul de schimbare a comportamentelor nocive sănătății.

2. Adaptarea culturală și validarea pe populația românească a două instrumente care măsoară auto-eficacitatea consumului de fructe și legume (De Vet, 2006), respectiv locul controlului sănătății. Pentru aceasta, au fost alese spre adaptare două scale ce au fost folosite în studii anterioare – Scala Locului Controlului Sănătății și Auto-eficacitatea consumului de fructe și legume.

Scala Locului Controlului Sănătății diferențiază între 3 factori (locul intern al controlului sănătății, locul extern al controlului sănătății – alții puternici, și locul extern al controlului sănătății - șansa (Wallston & Wallston, 1978). Auto-eficacitatea consumului de fructe face parte din cadrul unui instrument mai amplu, numit *Food Frequency Questionnaire*, și a fost construit pe 3 dimensiuni: Stadiile Schimbării, Balanța decizională și Auto-eficacitatea consumului de fructe și legume. Dintre acestea, a fost preluată doar ultima dimensiune.

Implicații/aport: Rezultatele acestui studiu vor fi primele care vor verifica proprietățile psihometrice ale scalelor amintite anterior. Ele vor putea fi folosite ulterior în alte studii care vor viza măsurarea auto-eficacității consumului de fructe și legume, respectiv locul controlului sănătății.

3. Concluziile cercetărilor anterioare arată faptul că educația pentru nutriție, realizată la nivelul populației non-clinice, este o strategie implementată și adoptată insuficient, consecințele fiind atât unele la nivel fiziologic, cât și unele la nivel psihologic. În ce privește cea de-a doua categorie, urmărim să abordăm schimbarea și din perspectivă emoțională. Participanții ar putea, astfel, conștientiza implicațiile utilizării mâncatului emoțional, utilizat ca și strategie de reglare

emoțională maladaptativă. Obiectivul acestei cercetări este acela de a evalua eficacitatea programului intervențional asupra calității vieții, locului controlului sănătății, auto-eficacității consumului de fructe și legume și setării mentale.

Implicații/aport: rezultatele acestui studiu ar putea fi utilizate ulterior și de către alți specialiști care urmăresc să implementeze un program de educație pentru nutriție, atât informativ, cât și formativ (schimbarea fiind abordată din perspectiva modelului Health Action Process Approach – Schwartz, 2008, dar și din perspectivă emoțională, ca și factor implicat în declanșarea unui comportament alimentar dezechilibrat).

Astfel, partea aplicativă a lucrării cuprinde 3 capitole, corespondente studiilor empirice: un studiu ce a vizat validarea preliminară a instrumentului ce măsoară setarea mentală pentru schimbare, acestuia adăugându-i-se verificarea calităților psihometrice pe un lot diferit de participanți, un alt studiu ce a urmărit validarea pe populația românească a două instrumente care măsoară auto-eficacitatea consumului de fructe și legume și locul controlului sănătății, respectiv un ultim studiu de tip cvasi-experimental ce a avut ca scop educația pentru nutriție și verificarea efectului acesteia asupra calității vieții, setării mentale pentru schimbare, locului controlului sănătății și auto-eficacității consumului de fructe și legume.

Studiul 1 a urmărit construirea și validarea unei scale care și-a propus să măsoare setarea mentală pentru schimbare. Pornind de la etapizarea setării mentale din cadrul studiilor de specialitate, primul obiectiv al primului substudiu a fost acela de a construi o scală care să poată fi folosită în schimbarea comportamentelor nocive sănătății, care a fost preliminar validată. Scala vizează posibilitatea încadrării individuale în stadii, cu privire la progresul până la reușita scopurilor personale propuse. Cel de-al doilea obiectiv al primului substudiu a fost acela de a verifica dacă alte variabile relevante - auto-eficacitatea și persistența motivațională – sunt incluse în cadrul acestui proces al reușitei scopurilor personale, pe un eșantion de 202 participanți români cu vârste cuprinse între 16-53 de ani, dintre care 74,3% sunt subiecți de gen feminin, iar 25,7% sunt subiecți de gen masculin. Rezultatele obținute sugerează că setarea mentală pentru schimbare prezice reușita scopurilor personale, iar persistența motivațională o influențează. Cel de-al doilea substudiu a urmărit verificarea calităților psihometrice a scalei, realizată pe un eșantion de 220 de participanți, cu vârstele cuprinse între 16-53 de ani, dintre care 76.6% sunt de gen feminin, iar 23.4% sunt de gen masculin.

Pentru identificarea conținuturilor unei scale de evaluare a setării mentale, într-o primă etapă am realizat un studiu calitativ, în cadrul căruia am cerut unui număr de 40 de experți să definească principalele etape pe care le parcurg (dintr-o perspectivă cognitivă și decizională) de la conștientizarea necesității unei schimbări, până la realizarea ei definitivă.

Analiza noastră a fost ghidată de intenția de a determina stadiile predictive ale procesului atingerii scopurilor. Pentru validarea scalei setării mentale, au fost examinați cei 5 factori inițiali a câte 5 itemi, în cadrul analizei factoriale. Am folosit analiza componentelor principale și soluția Varimax, care s-a dovedit a fi mai comprehensivă și mai rezonabilă din punct de vedere teoretic, în ce privește structura factorilor și valorile obținute (Hancock & Mueller, 2010). Au fost examinate soluțiile pentru 3, 4 sau 5 factori. A fost preferată soluția cu 4 factori, explicând 47,435% din varianță. Ulterior, a fost verificată consistența internă, prin intermediul *Alpha Cronbach*. Valorile *Alpha Cronbach* au fost moderate: 0.627 pentru factorul Decizie (grupează 5 itemi), 0.761 pentru factorul Devenire (grupează 7 itemi). Valoarea *Alpha Cronbach* pentru factorul Planificare a fost de 0.498, inacceptabilă, prin urmare, am eliminat itemul 10, ceea ce a dus la o creștere a valorii de până la 0.606 (factorul grupând în final 3 itemi). Valoarea *Alpha Cronbach* pentru factorul Acțiune a fost de 0.635, iar eliminarea itemului 5 a dus la o creștere a valorii de până la 0,761. Eliminarea altor itemi nu ar duce la o creștere semnificativă a valorii *Alpha Cronbach*. Utilizând același lot de subiecți, am testat relația dintre setarea mentală pentru schimbare, auto-eficacitate, persistență motivațională și reușită. Rezultatele au arătat faptul că setarea mentală explică 19.6% din varianța reușitei proiectelor personale, persistența motivațională influențează semnificativ reușita proiectelor personale, $z = -2.330, p < 0.05$, există o asociere nesemnificativă statistic între setarea mentală pentru schimbare și auto-eficacitate, $p = 0.09 > 0.05$, în timp ce 2 factori ai persistenței motivaționale, respectiv “concentrarea pe sarcinile zilnice” $r(202) = 0.179, p = 0.005$ (one-tailed) și “urmărirea scopurilor pe termen lung” $r(202) = 0.149, p = 0.01$ (one-tailed), corelează semnificativ cu setarea mentală pentru schimbare.

Substudiul următor a verificat calitățile psihometrice ale Scalei Setării Mentale pentru Schimbare. Astfel, a fost calculată consistența internă pentru fiecare dintre factorii acesteia: pentru factorul Decizie, *Alpha Cronbach* = 0.848; pentru factorul Planificare, *Alpha Cronbach* = 0.847; pentru factorul Acțiune, *Alpha Cronbach* = 0.911; pentru factorul Devenire, *Alpha Cronbach* = 0.938, existând o corelație puternică pozitivă între scorul total al Deciziei și cel la Planificării ($r = .661, p = 0.00$), respectiv o corelație puternică pozitivă între scorul total al

Deciziei și Acțiunii ($r = .625, p = 0.00$). Pe de altă parte, între Decizie și Devenire, există o corelație pozitivă moderată ($r = .351, p = 0.00$). Asocierea dintre Planificare și Acțiune este una semnificativă și puternică ($r = .765, p = 0.00$), la fel și cea dintre Planificare și Devenire ($r = .573, p = 0.00$). De asemenea, factorul Acțiune corelează puternic și pozitiv cu factorul Devenire ($r = .806, p = 0.00$). Pentru analiza confirmatorie, am luat în considerare varianta în care (a) cele 4 variabile latente corelează (versiunea originală, obținută ca urmare a analizei exploratorii); (b) există 3 factori corelați, iar două dintre variabilele latente, Decizie și Planificare, sunt reunite într-un singur factor – Decizie Planificată; (c) structurarea factorilor Decizie și Planificare într-ună singură variabilă latentă, și a factorilor Acțiune și Devenire într-o variabilă latentă; acestea corelează. Modelul factorial cel mai adecvat a fost acela în care factorii Decizie și Planificare au făcut parte dintr-un singur factor, menținând factorii Acțiune și Decizie separați.

Rezultatele acestui studiu arată faptul că forma finală a Scalei Setării Mentale pentru Schimbare poate fi utilizată în cercetare, *aceasta fiind un instrument valid ce poate fi utilizat atunci când se urmărește schimbarea comportamentelor nocive sănătății.*

Studiul 2 a avut ca și obiectiv validarea pe populația românească a două scale ce măsurau locul intern al sănătății, respectiv auto-eficacitatea consumului de fructe și legume (*Health Locus of Control Scale* – HLCS, Wallston & Wallston, 1978; *Self-efficacy for fruits and vegetables* – SEFL, De Vet et al., 2006). Lotul de cercetare a fost constituit din 220 de participanți cu vârstele cuprinse între 16 și 53 de ani, dintre care 23,4% de genul masculin, iar 76.6% de genul feminin. După ce scala a fost tradusă prin intermediul metodei *back-translation*, am verificat consistența internă comparativă a acesteia. Astfel, factorul Locul Controlului Intern (ILC) a avut o valoare Alpha Cronbach de .722 (versiune originală - .75); factorul Locul controlului extern bazat pe alții puternici a avut o valoare de .723 (versiune originală - .73); factorul Locul Controlului extern - șansa (CH) = .719 (versiune originală - .68). Am verificat normalitatea distribuției factorilor, constatând faptul că aceștia sunt distribuiți normal. De asemenea, există o corelație negativă moderată între variabilele Locul intern al controlului și locul extern al controlului bazat pe șansă ($r = -.446, p = .00$). În ceea ce privește asocierea dintre locul intern al controlului și locul extern al controlului extern - alții puternici, există o corelație negativă modestă ($r = -.134, p = 0,04$). Locul extern al controlului bazat pe șansă se asociază pozitiv, însă cu o intensitate scăzută, cu locul extern al controlului bazat pe alții puternici ($r = .270, p = 0.00$).

Pentru realizarea analizei confirmatorii, am testat două modele factoriale: a) unul care respecta structura propusă de Wallston & Wallston (1978), în cadrul căreia există 3 factori (locul controlului intern al sănătății, locul controlului extern – șansa, respectiv locul controlului extern – alții puternici), dintre care ultimii 2 factori corelează; (b) unul în care itemii erau împărțiți în 2 factori ce nu corelează, unul dintre ei întrunind itemii conținuți în locul controlului extern – șansa și alții puternici. Modelul cel mai adecvat statistic a fost cel care respecta structura inițială a scalei, cu eliminarea a doi itemi din cadrul factorului Locul Controlului Extern – șansa.

Pentru validarea SEFL, am utilizat același lot de subiecți, constituit din 220 de participanți cu vârstele cuprinse între 16 și 53 de ani, dintre care 23,4% de genul masculin, iar 76.6% de genul feminin. După ce scala a fost tradusă prin intermediul metodei back-translation, am verificat consistența internă comparativă a acesteia. Astfel, pentru factorul Auto-eficacității Consumului de fructe, $Alpha\ Cronbach = 0.831$ (versiune originală, $Alpha\ Cronbach = 0.90$), iar pentru factorul Auto-Eficacității Consumului de Legume, $Alpha\ Cronbach = 0.88$ (versiune originală, $Alpha\ Cronbach = 0.88$). Distribuțiile acestor factori fiind anormale, s-a recurs la normalizarea acestora. Pentru analiza confirmatorie a SEFL, au fost testate două modele ipotetice: unul în care cei doi factori corelează, respectiv unul în care există un singur factor, în care sunt conținuți toți itemii. Modelul cel mai adecvat a fost cel în cadrul căruia itemii erau conținuți într-un singur factor.

Rezultatele acestui studiu au evidențiat forma adaptată pe populația românească a celor două scale, SEFL și HLCS, ce vor putea fi folosite în cadrul altor cercetări.

Studiul 3 este unul cvasi-experimental, având ca obiectiv să testeze impactul unui program de educație pentru nutriție, în forma propusă, asupra calității vieții, locului controlului sănătății, auto-eficacității consumului de fructe și legume și setării mentale pentru schimbare. În cadrul acestui studiu, au participat 149 de participanți, cu vârstele cuprinse între 18 și 53 de ani, dintre care 56 (37.6%) sunt de gen masculin, iar 93 (62.4%) sunt de gen feminin. Dintre aceștia, 31 (20.8%) au studii liceale, 66 (44.3%) au studii de licență, 46 (30.9%) au studii de master, iar 6 (4%) au studii de doctorat. Aceștia au fost distribuiți în 3 grupe: două grupe de intervenție și un grup de control, de tipul listă de așteptare.

Participanții din cele două grupe de intervenție au parcurs demersul celor două *workshop*-uri de educație pentru nutriție. Menționăm faptul că educația pentru nutriție a cuprins informații din cadrul programului *Plant-based*, eCornell, S.U.A. Participanții din cadrul grupului de intervenție

II au parcurs, adițional acestei componente informative, și o altă intervenție de tip formativ. Aceasta s-a bazat, în cadrul unui sesiuni de întâlnire, pe modelul HAPA (Schwartzler, 2008), iar în cadrul celeilalte, obiectivul a fost acela de conștientizare emoțională, asociată comportamentului alimentar. Înaintea începerii workshop-urilor de nutriție, participanții din cadrul fiecărui grup de intervenție au completat evaluarea pretest. Fiecare dintre cele două *workshop*-uri de nutriție a avut o durată cuprinsă într-o oră și jumătate și două ore. În cadrul acestora, au avut loc discuții referitoare la nutrienți, categoriile acestora, precum și evidențierea efectului consumului excesiv de proteine sau carbohidrați simpli asupra organismului. Cele două întâlniri au fost finalizate prin solicitarea participanților de a defini un stil de viață sănătos, și a puncta beneficiile acestuia, bazate pe aspectele discutate. Ulterior, ei au formulat principii ale unui comportament alimentar sănătos. La finalul celor două *workshop*-uri de nutriție, participanții au trecut prin evaluarea intermediară, în cadrul căreia au completat aceleași scale administrate la momentul pretest. În ce privește structura intervenției formative, am utilizat structura intervenției HAPA, invitând participanții să discute despre aspectele implicate în procesul de schimbare a comportamentului alimentar – la nivelul intenției, riscului perceput în continuarea comportamentului alimentar dezechilibrat, expectanțelor cu privire la aceasta, acțiunilor ce ar putea contribui la realizarea intenției de schimbare, auto-eficacității redresării, planificării de mese, auto-eficacității menținerii.

În cadrul celei de-a doua sesiuni, am enumerat motivele pentru care oamenii consumă alimente, punctând foamea fiziologică, plăcerea, recompensarea cu alimente și consumul datorat disponibilității lor în proximitate. Ulterior, am inițiat discuția despre emoțiile asociate unui comportament alimentar ce nu este datorat foamei fiziologice, explicând și conceptul de dependență de mâncare - *food addiction*. Am explicat, ulterior, asocierea dintre emoțiile negative și impulsul de a mânca, reprezentând o tendință de a scăpa de conștientizarea de sine negativă (Heatherton & Baumeister, 1991), sau cu scopul de a crește experiențierea de senzații/emoții pozitive (Fairburn & Cooper, 1982), sau ca tentativă de a atribui stresul perceput mâncatului, distrăgând, astfel, atenția de la sursa originală de stres (Herman & Polivy, 1988). Participanții au fost invitați să discute, apoi, despre propriile emoții, senzații declanșatoare ale mâncatului emoțional, dar și despre strategii alternative ale acestuia.

Ulterior, a fost inițiată discuția despre reglarea emoțională (Gross, 2007), diferențiind între diverse tipuri de strategii și oferind explicații în legătură cu utilizarea mâncatului ca și

strategie de *coping*. Am discutat, de asemenea, în cadrul intervenției, despre identificarea emoției, ca și primă strategie de conștientizare, după care am discutat despre pașii următori (observarea manifestării ei în corpul fizic, informația pe care emoția o transmite, identificarea stimulului declanșator). Fiecare dintre participanți și-a identificat, astfel, propria modalitate prin intermediul căreia va identifica dacă starea de foame pe care o vor simți va fi una fiziologică sau una emoțională. Menționăm faptul că participanții au fost recrutați prin intermediul invitațiilor trimise prin *e-mail*, diferitor companii din municipiul Iași.

Participanții din cadrul grupului de control de tip “listă de așteptare” au primit un e-mail cu invitația de a participa la programul de educație pentru nutriție, în cadrul unui grup ce urma să fie organizat ulterior.

Într-o primă fază, am verificat omogenitatea grupelor experimentale, din punct de vedere statistic. Nu au existat diferențe semnificative între grupe, la momentul pretest, cu excepția unei diferențe între grupul de control și grupul de intervenție I, cu privire la auto-eficacitatea consumului de fructe și legume. Au existat efecte semnificative la nivel de intragrup, atât pentru participanții din grupul de intervenție II (ce a parcurs programul, în totalitate), cât și pentru cei din grupul de intervenție I (ce a parcurs doar cele două workshop-uri de educație pentru nutriție). Efectele semnificative de la momentul posttest au fost constatate în ce privește variabilele: locul controlului intern al sănătății, locul controlului extern – șansa, locul controlului extern – alții puternici, setarea mentală pentru schimbare, sănătatea mentală. Rezultatele obținute cu privire la locul controlului intern al sănătății sunt congruente cu cele ale autorilor Vincent & Guinn (2001, apud Grotz e al., 2011), care susțin faptul că percepția locului controlului poate fi schimbată, având efecte pozitive asupra propriei responsabilități în ce privește sănătatea și încrederea în sine. Pe de altă parte, un loc al controlului intern al sănătății ar putea motiva în direcția acordării unei mai mari atenții comportamentelor echilibrate și nutriției (Sak, Wiechetek, Jarosz et al., 2013), permițând faptul de a deține un nivel mai ridicat al conștientizării cu privire la aceste aspecte. Rezultatul referitor la obținerea unui mai bun rezultat cu privire la setarea mentală pentru schimbare este congruent cu observația autorilor Bernandes și Caramori (2011), care susțin faptul că îmbunătățirea consumului de legume și fructe ar putea fi o strategie pe termen lung a schimbării, existând progrese treptate, în acest sens. Pentru participanții din cadrul grupului de intervenție II, s-au constatat diferențe semnificativ mai mari în ce privește auto-eficacitatea consumului de legume și fructe. Acest din urmă rezultat este similar altor studii în

cadrul cărora participanții au înregistrat o creștere semnificativă a consumului de fructe și legume, ca urmare a intervenției experimentale aplicate (Correa, Reed, & McCool, 2016; Robinson, Tidwell, Briley et al., 2015; Brown, O'Connor, & Savaiano, 2014; Gans, Risica & Dulin-Keita, 2015; Jancey, Dos Remedios Monteiro, Dhaliwal et al., 2014; Alexander, McClure, Calvi et al., 2010). Pe de altă parte, pentru participanții din cadrul grupului de intervenție I, s-au constatat diferențe semnificative între momentele pretest-posttest, în ce privește indicele de masă corporală. Efecte similare au fost obținute în urma studiilor autorilor Shariatjafari et al. (2012), care a constatat doar în educația pentru nutriție. Acest aspect ne indică faptul că scăderea în greutate poate fi determinată și doar de simpla expunere la informații. Pe de altă parte, nu cunoaștem în ce măsură acesta este un efect care se menține în timp. Rezultatele posttest au fost colectate la un interval de 10 săptămâni după momentul pretest, existând și o evaluare follow-up, programată la 6 săptămâni după momentul posttest, însă, responsivitatea participanților la acest moment a fost una redusă.

În ce privește diferențele inter-grup, diferențe semnificative dintre grupul de intervenție II și cel de intervenție I au fost constatate cu privire la locul controlului intern al sănătății, acesta fiind mai ridicat în cazul participanților din primul grup. Cu toate că, la nivel teoretic, controlul intern al sănătății a fost asociat cu comportamentele sănătoase, iar un control extern, bazat pe șansă/destin a fost corelat negativ cu practicarea comportamentelor sănătoase, rezultatele studiilor sunt contradictorii în ce privește locul controlului extern ce plasează responsabilitatea propriei sănătăți asupra puterii altora (spre exemplu, medici) (Wallston et al., 1978, apud Grotz, et al., 2011). Însă, balanța tinde să incline în confirmarea faptului că un loc intern al controlului sănătății ar genera practicarea mai multor comportamente sănătoase, în timp ce un loc extern al controlului sănătății, practicarea a mai puține comportamente benefice sănătății (Wardle & Steptoe, 2003). Pe de altă parte, s-a constatat un efect semnificativ de interacțiune al locului controlului sănătății și setării mentale pentru schimbare, asupra calității vieții. Reamintim studiul autorilor Miniszewska, Juczyński, Ograczyk et al. (2013), conform cărora locul intern al sănătății a fost corelat cu o calitate a vieții ridicată, în timp ce participanții care au înregistrat un loc extern al sănătății au înregistrat o calitate a vieții scăzută. În acest caz, însă, lotul acestui studiu era unul clinic, participanții fiind diagnosticați cu psoriazis. Acest aspect ar putea fi generat de faptul că, atunci când un pacient diagnosticat plasează responsabilitatea afecțiunii sale asupra celorlalți – chiar fiind alții puternici, cu atât mai mult persoana în cauză s-ar putea disocia de propriul

control, concentrându-se doar pe afecțiunea suferită. Pe de altă parte, setarea mentală pentru schimbare este un concept care plasează controlul asupra eforturilor proprii, tranzitarea de la un stadiu la altul realizându-se în acest mod.

S-au constatat diferențe semnificative între participanții din grupul de intervenție II și cei din grupul de control, în sensul că primii au înregistrat o medie mai ridicată comparativ cu cei din urmă al auto-eficacității consumului de fructe și legume, setării mentale pentru schimbare, sănătății fizice, locul controlului sănătății și calității vieții. În cadrul altor intervenții similare, calitatea vieții a fost semnificativ mai ridicată, însă, la nivel intra-grup (Wan Dali et al., 2014; Katcher, Ferdowsian, Hoover et al., 2010; Hălmăjan, 2014). Participanții din cadrul grupului de intervenție II au avut un efect semnificativ mai scăzut, la momentul posttest, în ce privește locul controlului extern – șansa.

S-au constatat diferențe semnificative între grupul de intervenție I și grupul de control, în sensul că participanții din primul grup au înregistrat un efect semnificativ mai ridicat în ce privește, auto-eficacitatea consumului de fructe și legume, setarea mentală pentru schimbare, și calitatea vieții. Participanții din grupul de intervenție I au înregistrat un nivel semnificativ mai scăzut în ce privește locul controlului extern – alții puternici, respectiv alții puternici, comparativ cu participanții din grupul de control. S-a constatat un efect semnificativ de interacțiune al locului controlului intern al sănătății și setării mentale pentru schimbare, asupra sănătății mentale, pentru participanții din grupul experimental, fiecare dintre cele două variabile independente având și efect principal asupra sănătății mentale. Faptul că educația pentru nutriție poate genera efecte semnificative asupra acestor variabile este confirmat și de studiul realizat de Wan Dali et al. (2014), care au obținut diferențe semnificative, la nivelul grupului de intervenție, asupra calității vieții și auto-eficacității.

Acest studiu cvasi-experimental este primul de tip educație pentru nutriție, realizat în România, ce include componenta emoțională asociată comportamentului alimentar. Rezultatele noastre sugerează faptul că, la nivelul populației non-clinice din România, includerea componentei emoționale în cadrul educației pentru nutriție determină rezultate diferite și cu privire la locul controlului intern al sănătății, în sensul de creștere semnificativă a acestuia, comparativ cu participanții care au parcurs doar componenta informativă.

Acest studiu și-a propus să evidențieze impactul educației pentru nutriție, în forma prezentată, asupra calității vieții și indicatorilor asociați acesteia, la nivelul populației non-clinice, ca și

formă de prevenție primară. Scopul secund al acestui studiu a fost acela de a oferi specialiștilor în domeniu un instrument eficient care să poată preveni atât tulburări la nivel psihologic, de alimentație, cât și pe cele la nivel fiziologic.

CONTRIBUȚII PERSONALE ȘI IMPLICAȚII PRACTICE

Lucrarea prezentă contribuie la completarea literaturii psihologice și medicale, dedicată comportamentului alimentar, cu un model de educație pentru nutriție, științific validat, atât din perspectiva abordării informative, cât și a celei formative. Ne-am propus să evaluăm eficiența acestui tip de intervenție asupra calității vieții, locului controlului sănătății, setării mentale pentru schimbarea comportamentului alimentar și auto-eficacității consumului de fructe și legume.

Pe de altă parte, intervenția cvasi-experimentală deschide calea pentru viitoare intervenții ce-și propun să includă componenta emoțională asociată comportamentului alimentar.

Studiile efectuate în cadrul acestei cercetări oferă instrumente validate pe populația românească non-clinică, ce pot fi utilizate în viitoare cercetări și intervenții ce își propun evaluarea/schimbarea comportamentelor nocive sănătății participanților. Acestea măsoară setarea mentală pentru schimbare, locul controlului sănătății și auto-eficacitatea consumului de fructe și legume.

Din punct de vedere practic, rezultatele studiilor pot avea mai multe implicații. Cercetarea și-a propus, în acest sens, să atragă atenția asupra unor acțiuni pe care oamenii le-ar putea adopta din perspectiva prevenției, pentru ca, în acest fel, ei să preîntâmpine eventualele complicații.

În ce privește perspectiva psihoterapeutică, e important ca, atunci când ne propunem să schimbăm un comportament ce are un substrat adictiv, să analizăm și aspectele ce au condus la acel comportament, el putând fi o consecință. Până la urmă, una dintre diferențele privind efectul adictiv al alimentelor abundente caloric și cel al altor substanțe care declanșează același răspuns neuronal este aceea că acțiunea de a mânca pe fond emoțional sau în mod excesiv este, practic, o dependență convenientă și acceptată social, în orice situație. Pe de altă parte, efectul așteptat al fiecăreia dintre aceste două tipuri de manifestări comportamentale este similar: dorința de

anesteziere emoțională. Conștientizarea emoțională asociată comportamentului alimentar ar putea fi, în acest sens, o primă măsură.

De asemenea, acest program experimental ar putea deveni o intervenție psihoterapeutică de grup. Dinamica de grup a fost un bun facilitator al schimbării, în cadrul studiului cvasi-experimental. Intervenția ar putea fi livrată atât față în față, cât și online. Cercetarea prezintă oferă răspunsuri cu privire la eficiența ei asupra calității vieții și a indicatorilor acesteia asupra participanților non-clinici. În cazul în care centrele medicale ar dori să o adopte ca și strategie de prevenție primară, ea ar putea deservei acestui scop.

În ce privește limitele acestui studiu, aducem în discuție, în primul rând, faptul că emoțiile asociate comportamentului alimentar nu au fost evaluate. Aceasta ar fi putut permite evidențierea specificității factorilor declanșatori, din această perspectivă. De asemenea, au fost întâmpinate dificultăți din punctul de vedere al retenției participanților. Intervenția, pentru participanții din grupul de intervenție II, a presupus 4 întâlniri cu o frecvență de o întâlnire pe săptămână, unele grupe fiind diferite de altele prin aceea că acestea au avut loc și în lunile de vară, ceea ce a sporit dificultatea menținerii participării. Pe de altă parte, pentru participanții din grupul experimental II ce au parcurs intervenția experimentală în totalitate, există riscul să fi acordat răspunsuri contaminate de tendința de fațadă. S-a încercat, de asemenea, și crearea unei comunități *online*, dar efectul nu a fost cel scontat, cu privire la menținerea unor obiective specifice ale schimbării comportamentului alimentar.

Într-o eventuală intervenție viitoare, ne propunem să accentuăm caracterul aplicativ al conceptelor aduse în discuție. Astfel, în ce privește componenta emoțională, abordarea ar putea fi aceea de a pune în aplicare unele tehnici de reglare emoțională.

Însă, într-o primă etapă, ar fi important să identificăm nevoile specifice ale participanților, aceștia putând diferi din punctul de vedere al stadiului de schimbare în care se află. Ei ar putea fi diferiți și în ce privește eventualitatea în care tendințele de a mânca pe fond emoțional ar putea genera mâncatul compulsiv. De asemenea, abordarea personalizată ar putea include, în cadrul intervenției, ședințe de psihoterapie individuală sau posibilitatea de a consulta un medic nutriționist, în cazul unei stări de sănătate precare.

Având în vedere faptul că intervenția și-a dovedit eficiența, atât în cazul grupului ce a parcurs doar componenta educației pentru nutriție, cât și în cazul grupului ce a parcurs și componenta formativă, sugerăm ca, în cercetările similare viitoare, să existe, în structura educației pentru

nutriție, și includerea componentelor cognitive și emoționale, pentru o abordare integrativă a acestei problematici.

Bibliografie selectivă

1. Alberts, H.J., Mulkens, S., Smeets, M. & Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention, *Appetite*, 55 (1), 160-163.
2. Alberts, H. J., Thewissen, R. & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behavior. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behavior, food cravings, dichotomous thinking and body image concern, *Appetite*, 58 (3), 847-851.
3. Alexander, G., McClure, J., Calvi, J., Divine, G., Stopponi, M., & Rolnick, S. (2010). A Randomized Clinical Trial Evaluating Online Interventions to Improve Fruit and Vegetable Consumption. *American Journal Of Public Health*, 100 (2), 319-326.
4. Arnow, B., Kenardy, J. & Agras, W (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (1), 79-90.
5. Bernardes, S., & Caramori, P. (2011). Stages of change for fruit and vegetable intake among patients with atherosclerotic disease. *Appetite*, 57 (3), 656-660.
6. Berridge, K. C. (2003). Pleasures of the brain. *Brain and cognition*, 52 (1), 106-128.
7. Brown, O., O'Connor, L., & Savaiano, D. (2014). Mobile MyPlate: A Pilot Study Using Text Messaging to Provide Nutrition Education and Promote Better Dietary Choices in College Students. *Journal Of American College Health*, 62 (5), 320-327.
8. Camilleri, G., Méjean, C., Kesse-Guyot, E., Andreeva, V., Bellisle, F., Hercberg, S. & Péneau, S. (2014). The Associations between Emotional Eating and Consumption of Energy-Dense Snack Foods Are Modified by Sex and Depressive Symptomatology. *The Journal of Nutrition*, 144 (8), 1264-1273.
9. Carthy, T., Horesh, N., Apter, A. & Gross, J. J. (2010). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (1), 2010, 23-36.
10. Chirilă, A. E. (2017), Intervention Strategies in Changing Nutritional Behavior. A Systematic Review, *Bulletin of Integrative Psychiatry*, 1 (72).
11. Chirilă, A. E., Constantin T. (2016), Mindset for Change, Motivational Persistence and Self-Efficacy in Personal Goal Achievement, *Annals of the Al. I. Cuza University, Psychologies Series*, 2016, 25 (1).

12. Cooper, M.J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa, *British Journal of Clinical Psychology*, 43 (1), 2004, p. 1-16.
13. Correa, L., Reed, D. & McCool, B. (2016). The Effect of a Pilot Nutrition Education Intervention on Perceived Cancer Risk in a Rural Texas Community. *Texas Public Health Journal*. 68 (1), 14-19.
14. Corwin, R. & Grigson, P. (2009). Symposium Overview—Food Addiction: Fact or Fiction?. *The Journal of Nutrition*, 139 (3), 617-619.
15. D'Arrigo, T. (2007). Emotional eating: A sneak attack on weight loss, *Diabetes Forecast*, 60 (23).
16. De Vet, E., De Nooijer, J., De Vries, N. K., & Brug, J. (2006). The Transtheoretical model for fruit, vegetable and fish consumption: associations between intakes, stages of change and stage transition determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3 (1), 13.
17. Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion regulation in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41 (4), 2010, 587-598.
18. Erlanson-Albertsson, C., (2005). Appetite regulation and energy balance. *Acta Paediatrica*, 94 (0), 40-41.
19. Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: an undetected problem, *British Medical Journal* (Clinical research ed.), 284 (6323), 1153–1155.
20. Gearhardt, A. (2011). Neural Correlates of Food Addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68 (8), 808.
21. Goossens, L., Van Malderen, E., Van Durme, K. & Braet, C. (2016). Loss of control eating in adolescents: Associations with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. *Eating Behaviors*, 22, 156-163.
22. Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guildford Press.
23. Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T. & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health & Medicine*, 16 (2), pp.129-140.
24. Hamburg, M. E., Finkenauer, C., & Schuengel, C. (2014). Food for love: the role of food offering in empathic emotion regulation. Hypothesis & Theory. *Frontiers in Psychology*, 5.

25. Hälmäjan, A. (2014). The impact of health education programs on the quality of life in hypertensive patients. *Transylvanian Journal of Psychology*, 2, 199-221.
26. Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge-eating as escape from self-awareness, *Psychological Bulletin*, 110 (1), 86-108.
27. Jancey, J., Dos Remedios Monteiro, S., Dhaliwal, S., Howat, P., Burns, S., Hills, A., & Anderson, A. (2014). Dietary outcomes of a community based intervention for mothers of young children: a randomised controlled trial. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 11 (1).
28. Katcher, H., Ferdowsian, H., Hoover, V., Cohen, J. & Barnard, N. (2010). A Worksite Vegan Nutrition Program Is Well-Accepted and Improves Health-Related Quality of Life and Work Productivity. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 56 (4), 245-252.
29. Krashes, M. & Kravitz, A. (2014). Optogenetic and chemogenetic insights into the food addiction hypothesis. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8.
30. Lattimore, P., Fisher, N. & Malinowski, P. (2011). A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite*, 56 (2), 241-248.
31. Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50 (1), 2008, 1-11.
32. Mantau, A., Hattula, S. & Bornemann, T. (2018). Individual determinants of emotional eating: A simultaneous investigation. *Appetite*, 130, 93-103.
33. Mate, G. (2017). *Pe tărâmul fantomelor întunecate. Prizonieri în lumea dependenței*. Editura Herald.
34. Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J. & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation, *Child Abuse and Neglect*, 39, 156-166.
35. Miniszewska, J., Juczyński, Z., Ograczyk, A. and Zalewska, A. (2013). Health-related Quality of Life in Psoriasis: Important Role of Personal Resources. *Acta Dermato Venereologica*, 93 (5), pp.551-556.
36. Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg L., Myers, S. S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16 (2), 2007, 361-388.

37. Moynihan, A., Tilburg, W., Igou, E., Wisman, A., Donnelly, A. & Mulcaire, J. (2015). Eaten up by boredom: consuming food to escape awareness of the bored self. *Frontiers in Psychology*, 6.
38. Robinson, J. N., Tidwell, D. K., Briley, C. A., Williams Jr, R. D., Taylor, W. N., & Threadgill, P. (2015). Eve's apple: a faith-based nutrition education pilot program for african american women. *American Journal of Health Studies*, 30 (2).
39. Sak, J., Wiechetek, M., Jarosz, M., Pawlikowski, J., Kapusta, A., Rejdak, L., & Książek, P. (2013). Health behaviors and psychological health control types among university students. *Polish Journal of Public Health*, 123 (3).
40. Schneider, K. L., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Oleski, J., & Pagoto, S. L. (2010). Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite*, 55 (3), 701-706.
41. Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57 (1), 1-29.
42. Van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-Garcia, M., Botella, C., & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20-25.
43. Wallston, K. A., & Strudler Wallston, B. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6 (1), 160-170.
44. Wan Dali, W. P., Shahril, M. R. & Lin Lua, P. (2014). Outcomes on psychological factors and nutrition-related quality of life: evaluation of a 10-week nutrition education intervention in university students. *Asean Journal of Psychiatry*, 15 (1); 39-53.
45. Wardle, J. & Streltze, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (6), 440-443.
46. Zocca, J. M., Shomaker, L. B., Tanofsky-Kraff, M., Columbo, K. M., Raciti, G. R., Brady, S. M. & Yanovski, J. A. (2011). Links between mothers' and children's disinhibited eating and children's adiposity. *Appetite*, 56 (2), 324-331.