

Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca

Facultatea de Științe Politice, Administrative și ale Comunicării

Școala Doctorală de Administrație și Politici Publice

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**Tulburările de comportament alimentar la adolescenții români:
factori de risc biopsihosociali, comunicare parentală
și un model integrat de prevenție**

Coordonator științific:

Prof. univ. dr. Răzvan Mircea Cherecheș

Student doctorand:

Anca-Georgiana Gologan (căst. Ispas)

Cluj-Napoca

2026

Cuprinsul rezumatului

Cuprinsul tezei de doctorat

Cuvinte-cheie

1. Introducere

2. Sinteza cadrului teoretic

3. Metodologie și design de cercetare

4. Studiul 1. Riscul de tulburări de comportament alimentar la adolescenți

5. Studiul 2. Discuțiile despre greutate cu copiii

6. Studiul pilot exploratoriu

7. Scalarea intervențiilor educaționale: programele SPRINT și IMPACT

8. Foaia de parcurs pentru un ecosistem educațional integrat

9. Concluzii și contribuția originală a tezei

10. Limitele cercetării

11. Direcții viitoare de cercetare

Bibliografie selectivă

Cuprinsul tezei de doctorat

Lista de publicații	3
Lista de prescurtări folosite în text	4
Rezumat	5
Lista de figuri	10
Lista de tabele	11
Declarație privind utilizarea instrumentelor AI.....	12
1. Introducere	1
1.1. Paradoxul intervențiilor în sănătate publică: când soluțiile devin probleme	1
1.2. Educația pentru sănătate în România: o abordare fragmentată	3
2. Partea teoretică	5
2.1. Tulburări de comportament alimentar în rândul adolescenților și rolul factorilor de mediu	5
2.1.1. Definirea tulburărilor de comportament alimentar și clasificare	5
2.1.2. Prevalența și incidența globală și în Europa de Est ale TCA.....	8
2.1.3. Determinanți ai TCA	10
2.1.4. Delimitări conceptuale: pozitivitate, neutralitate, acceptare corporală	24
2.1.5. Stigmatizarea persoanelor care suferă de obezitate	27
2.1.6. Cultura dietelor și a stării de bine (wellness): de la idealuri corporale la comportamente disfuncționale.....	29
2.1.7. Intervenții educaționale pentru prevenirea tulburărilor de comportament alimentar la adolescenți	30
2.1.8. Eficacitatea globală a intervențiilor educaționale pentru prevenirea tulburărilor de comportament alimentar	33
2.2. Comunicarea parentală și stigmatizarea greutateii corporale: factori determinanți în riscul de tulburări de comportament alimentar la adolescenți	35
2.2.1. Fundamentele teoretice ale comunicării parentale despre sănătate	35
2.2.2. Stiluri de ghidare parentală în alimentație: ghidare activă versus ghidare restrictivă...37	
2.2.3. Stigmatizarea legată de greutate în relația părinte-copil.....	40
2.2.4. Evidențe internaționale: studii din SUA și Europa	43
2.2.5. Lacune în cercetarea românească și necesitatea contextualizării locale	45
2.2.6. Implicații pentru prevenția TCA.....	47
2.3. Model conceptual integral propus.....	49
3. Metodologie și obiective	52
3.1. Obiectivele generale.....	52
3.1.1. Obiective specifice.....	52
3.2. Întrebările de cercetare.....	55
3.2.1. Întrebarea de cercetare 1 (Studiul 1, Secțiunea 4.1)	55
3.2.2. Întrebarea de cercetare 2 (Studiul 2, Secțiunea 4.2)	56
3.2.3. Întrebarea de cercetare 3 (Studiul pilot, Secțiunea 4.3)	58
3.2.4. Întrebarea de cercetare 4 (Programele SPRINT și IMPACT).....	60

3.2.5. Întrebarea de cercetare 5: Fundamentarea empirică a unei foi de parcurs pentru un ecosistem educațional integrat	62
3.2.6. Sinteză: Arhitectura logică progresivă de la întrebări la răspunsuri	64
3.3. Designul cercetării și considerații etice	64
3.3.1. Aprobări etice și cadru legal	65
3.3.2. Consimțământ informat și participare voluntară.....	66
3.3.3. Protecția participanților vulnerabili și managementul riscurilor.....	66
3.3.4. Confidențialitate și protecția datelor.....	67
3.3.5. Supervizare și calificări ale echipei de cercetare	67
3.3.6. Transparență și conflicte de interese.....	68
4. Partea practică	69
4.1. Studiu observațional: Riscul de tulburări de comportament alimentar la adolescenți. Influența tiparelor alimentare, a activității fizice și a IMC.....	69
4.1.1. Introducere	69
4.1.2. Materiale și metode.....	72
4.1.3. Rezultate	78
4.1.4. Discuții.....	85
4.1.5. Limitări	93
4.1.6. Concluzii.....	94
4.1.7. Contribuții studiu	96
4.2. Studiu observațional: Discuțiile despre greutate cu copiii. Asocieri cu stigmatizarea, prejudecățile, atitudinile parentale și statusul ponderal al copilului	96
4.2.1. Introducere	96
4.2.2. Materiale și metode.....	98
4.2.3. Rezultate	103
4.2.4. Discuții.....	111
4.2.5. Limitări	114
4.2.6. Concluzii.....	117
4.2.7. Contribuții studiu	118
4.3. Cercetare pilot exploratorie: Testarea unei intervenții educaționale non-formale în școli (date nepublicate).....	119
4.3.1. Contextul și justificarea studiului	119
4.3.2. Intervenția educațională.....	120
4.3.3. Analiza statistică.....	122
4.3.4. Rezultate	124
4.3.5. Discuții.....	129
4.3.6. Concluzii și lecții pentru dezvoltarea intervențiilor viitoare.....	135
4.4. Scalarea intervențiilor educaționale: Programele SPRINT și IMPACT	136
4.4.1. De la studiul pilot la implementarea la nivel național	136
4.4.2. Date cantitative de implementare	138
4.4.3. Programul SPRINT: Educație nutrițională pentru preadolescenți	140
4.4.4. Programul IMPACT: Educație nutrițională pentru adolescenți.....	144

4.4.5. Concluzii, limitări și contribuții la științele implementării	151
5. Concluzii	153
5.1. Sinteza rezultatelor principale.....	153
5.2. Răspunsuri la întrebările de cercetare	156
5.3. Contribuția originală a tezei.....	158
5.4. Limitări fundamentale ale cercetării	160
5.5. Direcții viitoare de cercetare	161
5.6. Ecosistemul educațional integrat: fundamentare empirică și foaie de parcurs	162
5.7. Concluzii finale	166
Bibliografie	168
Anexe	

Cuvinte-cheie

tulburări de comportament alimentar, adolescenți, prevalență, stigmatizare legată de greutate, comunicare parentală, prejudecată internalizată, neutralitate corporală, prevenție, intervenții educaționale, scalabilitate, România

1. Introducere

1.1. Problema de cercetare

Comunicarea în sănătate publică a mobilizat în ultimele trei decenii resurse considerabile împotriva a ceea ce Organizația Mondială a Sănătății a numit „epidemie globală de obezitate”. Obezitatea la copii și adolescenți s-a cvadruplat între 1990 și 2022, afectând peste 390 de milioane de persoane cu vârste între 5 și 19 ani (WHO, 2025). Campaniile media, programele școlare de educație nutrițională și inițiativele guvernamentale au urmărit protejarea sănătății tinerilor prin promovarea alimentației echilibrate și a activității fizice. Literatura recentă documentează însă o consecință neintenționată a acestor eforturi: intervențiile centrate exclusiv pe combaterea obezității pot normaliza stigmatizarea persoanelor cu greutate mai mare și pot deteriora sănătatea mintală a adolescenților, inclusiv prin creșterea comportamentelor asociate tulburărilor de comportament alimentar (TCA).

Dovezile acestui paradox sunt convergente. O analiză sistematică a mesajelor anti-obezitate a arătat că astfel de campanii amplifică insatisfacția corporală și comportamentele nesănătoase de control al greutatei la adolescenți (Bristow et al., 2020), iar persoanele cu TCA diagnosticate percep aceste campanii ca declanșatori ai unor răspunsuri emoționale negative care întăresc tiparele alimentare disfuncționale (Bristow et al., 2023). Datele longitudinale arată persistența efectelor: adolescenții expuși la stigmatizare legată de greutate înainte de pandemia COVID-19 au avut șanse de aproape trei ori mai mari să dezvolte episoade de alimentație compulsivă în timpul pandemiei (Puhl et al., 2020). Relația dintre obezitate și comportamentele alimentare disfuncționale este bidirecțională: obezitatea predispune la practici dietetice nesănătoase care pot evolua către TCA, iar intervențiile centrate exclusiv pe reducerea greutatei pot intensifica acest ciclu în loc să îl întrerupă (Stabouli et al., 2021).

Mecanismele prin care intervențiile bine intenționate produc efecte adverse includ echivalarea simplificată dintre greutate și sănătate, mesajele bazate pe frică, screening-ul public al indicelui de masă corporală (IMC) în școli și internalizarea stigmei, adică procesul prin care

individul preia stereotipurile sociale negative despre corp ca pe niște convingeri personale. Studiile arată că internalizarea mediază relația dintre stigma experimentată și comportamentele alimentare nesănătoase, iar discriminarea legată de greutate trăită în copilărie se corelează cu psihopatologie crescută la vârsta adultă (Launius & Lydecker, 2024).

România a implementat între 2014 și 2020 programe de educație nutrițională în școli, precum „Școala Sănătoasă” și curriculumul opțional „Educație pentru Sănătate”, unele finanțate prin Fondul Social European. Cercetările documentează însă o distanță importantă între politicile declarate, care urmăreau strategii holistice conforme recomandărilor OMS, și practica școlară, care a reprodus frecvent screening-ul IMC, anunțarea publică a clasificărilor ponderale și concentrarea pe reducerea greutății (Laxer et al., 2019; Turner & D'Arpino, 2025). Curriculumul opțional „Educație pentru sănătate” ajunge, conform organizației Salvați Copiii, la aproximativ 6% dintre elevi, iar absența datelor oficiale despre acoperire, ore alocate și evaluare reflectă lipsa unei monitorizări sistematice (Salvați Copiii România, 2026). Abordarea predominantă tratează nutriția, activitatea fizică și sănătatea mintală ca domenii separate, ignorând dovezile privind interdependența lor și eficiența superioară a programelor integrate, precum Programul Norvegian pentru Imagine Corporală Sănătoasă (Sundgot-Borgen et al., 2018).

În acest peisaj, România se confruntă cu un deficit de date epidemiologice sistematice privind TCA la adolescenți, cu absența cercetării asupra factorilor de risc contextuali și cu lipsa programelor de prevenție validate. Teza de față răspunde acestor lacune printr-un demers translațional care leagă diagnosticul epidemiologic de dezvoltarea, testarea și scalarea unor intervenții educaționale adaptate contextului românesc.

1.2. Scopul și obiectivele cercetării

Teza își propune să dezvolte un model integrat de prevenție a TCA la copiii și adolescenții români, care echilibrează educația nutrițională cu promovarea neutralității corporale, combaterea stigmei legate de greutate și implicarea familiilor în comunicarea sănătoasă despre alimentație și corp, și să testeze fezabilitatea, acceptabilitatea și procesele de implementare ale acestui model. Cercetarea se concentrează pe etapa inițială de validare a intervenției; evaluarea eficacității pe termen lung și implementarea instituțională la scară națională rămân direcții pentru cercetări viitoare.

Scopul general a fost operaționalizat în cinci obiective specifice, secvențiale și interdependente. Obiectivul 1 (diagnostic epidemiologic) a vizat estimarea prevalenței riscului

de TCA, definit prin scor EAT-26 de cel puțin 20, la minimum 400 de adolescenți de 12-19 ani din Cluj-Napoca, cu identificarea asocierilor cu factori demografici, antropometrici și comportamentali. Obiectivul 2 (dinamica familiei) a urmărit investigarea asocierilor dintre stigmatizarea trăită de părinți, prejudecata internalizată, atitudinile anti-grăsime și tiparele de comunicare despre greutate cu copiii, pe minimum 400 de părinți, cu testarea statistică a medierii. Obiectivul 3 (dezvoltare și testare inițială) a presupus construirea unei intervenții educaționale non-formale de patru module și testarea fezabilității în trei licee clujene. Obiectivul 4 (scalare națională) a vizat extinderea intervențiilor optimizate în minimum 10 județe, prin voluntari instruiți, cu colectarea a minimum 1.500 de chestionare de la două grupe de vârstă. Obiectivul 5 (foaie de parcurs) a urmărit identificarea sistematică a limitărilor modelului intervențional punctual și fundamentarea empirică a unui ecosistem educațional cu componente complementare.

Fiecare obiectiv a fost tradus într-o întrebare de cercetare operaționalizată, cu variabile, instrumente și analize statistice specificate în avans. Împreună, cele cinci întrebări construiesc o arhitectură progresivă: de la măsurarea problemei (Întrebările 1 și 2), la testarea unei soluții (Întrebarea 3), la demonstrarea scalabilității ei (Întrebarea 4) și la planificarea extinderii sustenabile (Întrebarea 5).

1.3. Structura tezei

Lucrarea este organizată în cinci capitole. Capitolul 1 prezintă paradoxul intervențiilor în sănătate publică și fragmentarea educației pentru sănătate din România. Capitolul 2 dezvoltă cadrul teoretic: definirea și clasificarea TCA, prevalența, determinanții biologici, psihologici și socioculturali, delimitările conceptuale dintre pozitivitate, neutralitate și acceptare corporală, stigmatizarea, cultura dietelor, intervențiile educaționale și eficacitatea lor, comunicarea parentală despre greutate și, în final, un model conceptual integrat propus de autoare. Capitolul 3 expune obiectivele, întrebările de cercetare, designul și considerațiile etice. Capitolul 4 cuprinde partea practică: două studii observaționale publicate în revista *Nutrients*, un studiu pilot exploratoriu cu date nepublicate și documentarea scalării prin programele SPRINT și IMPACT. Capitolul 5 sintetizează rezultatele, răspunde întrebărilor de cercetare, formulează contribuția originală, limitele, direcțiile viitoare și foaia de parcurs pentru ecosistemul educațional integrat.

2. Sinteza cadrului teoretic

2.1. Tulburările de comportament alimentar la adolescenți și rolul factorilor de mediu

Capitolul teoretic pornește de la definirea și clasificarea TCA conform DSM-5 (anorexia nervosa, bulimia nervosa, tulburarea de alimentație compulsivă, ortorexia nervosa ca entitate încă nerecunoscută oficial) și de la datele de prevalență. La nivel global, o meta-analiză a 32 de studii din 16 țări, cu 63.181 de participanți de 6-18 ani, a estimat că aproximativ 22% dintre copii și adolescenți prezintă comportamente alimentare dezordonate, cu o proporție de 30% la fete față de 17% la băieți și cu creșteri direct proporționale cu vârsta și cu IMC-ul (López-Gil et al., 2023). Incidența raportată în Finlanda ajunge la 220 de cazuri la 100.000 de persoane pe an la adolescenții de 10-20 de ani.

Pentru Europa de Est, literatura rămâne fragmentară: anorexia și bulimia sunt raportate în majoritatea țărilor din regiune, dar datele provin din studii izolate, cu metode neuniforme și eșantioane nereprezentative (Brytek-Matera, 2023). În România, cercetarea s-a concentrat pe imaginea corporală și pe factorii psihosociali de risc, screening-ul clinic este inconsistent, iar profesioniștii raportează dificultăți în recunoașterea simptomelor precoce (Brumboiu et al., 2018). Experiența programului digital ProYouth din Ungaria arată că tinerii care accesează astfel de platforme prezintă deja preocupări semnificative legate de greutate, ceea ce indică o cerere mult peste capacitatea sistemelor de sănătate mintală din regiune (Szabo et al., 2015).

Secțiunea despre determinanți organizează factorii de risc pe trei niveluri: biologici și genetici (heritabilitate, neurobiologie, axa HPA, pubertate), psihologici și comportamentali (perfecționism, insatisfacție corporală, reglare emoțională, comorbidități cu tulburări anxioase, obsesiv-compulsive și post-traumatice) și socioculturali (idealuri corporale, media și rețele sociale, presiuni familiale și din grupul de egali). Tabelul 1 din teză clasifică factorii psihologici după rolul lor funcțional, ca factori predispozanți, precipitanți sau de menținere.

Delimitările conceptuale dintre pozitivitatea corporală, neutralitatea corporală și acceptarea corporală pregătesc principiul central al intervențiilor dezvoltate ulterior. Neutralitatea corporală, definită ca acceptare a funcțiilor corpului independent de aparență și ca recunoaștere a diversității corporale ca fapt normal, este preferată pozitivității corporale deoarece nu impune adolescentului obligația de a-și iubi corpul, o cerință care poate genera presiune suplimentară.

Stigmatizarea persoanelor cu obezitate este tratată ca sistem de stereotipuri și practici discriminatorii cu consecințe documentate asupra sănătății mintale, asupra evitării îngrijirii medicale și asupra comportamentelor alimentare (Tomiyaama et al., 2018). Cultura dietelor și a stării de bine este analizată ca sistem de credințe care prioritizează aspectul fizic în detrimentul sănătății funcționale, cu mesaje tipice precum dihotomizarea alimentelor în „bune” și „rele”, numărarea obsesivă a kaloriilor și glorificarea „alimentației curate”.

Ultimele două subcapitole ale primei părți trec în revistă intervențiile educaționale pentru prevenirea TCA și eficacitatea lor. Meta-analizele raportează o mărime medie a efectului modestă pentru programele de prevenție în ansamblu, cu programe de excepție precum The Body Project ($d = 0,72$). Ierarhizarea intervențiilor plasează pe primul loc abordările bazate pe disonanță cognitivă ($d = 0,50-0,75$ pentru insatisfacția corporală și simptomele TCA), urmate de alfabetizarea media și de programele multicomponente (Dunker et al., 2023). Concluzia secțiunii este că intervențiile adaptate cultural sunt mai eficiente decât cele importate fără ajustare, ceea ce transformă adaptarea la contextul românesc dintr-o opțiune într-o condiție de eficacitate (Munguia & Forbush, 2023).

2.2. Comunicarea parentală și stigmatizarea greutateii corporale

A doua parte a cadrului teoretic examinează comunicarea parentală ca factor determinant al riscului de TCA. Fundamentele teoretice includ teoria învățării sociale, modelele de socializare alimentară și cercetarea privind conversațiile părinte-adolescent despre alimentație, activitate fizică și greutate (Berge et al., 2015). Sunt distinse două stiluri de ghidare parentală: ghidarea activă, orientată spre sănătate și comportamente, și ghidarea restrictivă, centrată pe greutate și pe controlul aportului alimentar. Evidențele din SUA și Europa converg în a arăta că discuțiile centrate pe greutate, chiar bine intenționate, se asociază cu insatisfacție corporală, dietă restrictivă și comportamente compensatorii la adolescenți, în timp ce discuțiile despre sănătate au efect neutru sau protector.

Stigmatizarea legată de greutate în relația părinte-copil este analizată prin prisma internalizării: părinții care au experimentat stigmă pot prelua stereotipurile negative și le pot transmite copiilor prin comentarii, restricții sau presiuni. Scala modificată de internalizare a prejudecăților legate de greutate (WBIS-M) permite măsurarea acestui construct indiferent de categoria ponderală a respondentului (Pearl & Puhl, 2014). Subcapitolul dedicat lacunelor din cercetarea românească argumentează că rezultatele occidentale nu pot fi transferate direct, din cauza factorilor specifici post-comuniști: tranziția rapidă spre valorile occidentale privind

corpul, lipsa unei tradiții de alfabetizare critică față de media și absența educației pentru sănătate mintală din curriculum.

2.3. Modelul conceptual integrat propus

Pe baza literaturii revizuite, autoarea propune un model conceptual integrat, construit pe cadrul socio-ecologic (Sadownik, 2023) și adaptat pentru a articula contribuțiile literaturii despre TCA, stigmatizare și comunicare parentală (Figura 1 din teză). Modelul operează pe trei niveluri. La nivel macro, adolescenții români sunt expuși unei culturi a dietelor perpetuate prin rețele sociale, campanii de sănătate publică centrate pe greutate și norme care echivalează corpul subțire cu sănătatea și succesul social (Puhl & Heuer, 2009; Tomiyama et al., 2018). La nivel mezo, modelul propune o secvență de mediere: stigma experimentată de părinți în societate este internalizată cognitiv, generează atitudini anti-grăsime explicite și se manifestă comportamental prin comunicare critică despre greutate cu copiii. La nivel micro, comunicarea parentală critică alimentează un cluster de factori de risc pe două căi: calea cognitiv-emoțională (insatisfacție corporală, internalizarea idealului de subțirime, preocupare excesivă pentru corp) și calea comportamentală (dietă restrictivă, cicluri de restricție-compensare).

Două mecanisme acționează transversal prin toate nivelurile, cu roluri opuse. Stigmatizarea legată de greutate funcționează ca amplificator: normalizează discriminarea la nivel macro, determină părinții să transmită anxietate despre greutate la nivel mezo și produce auto-stigmatizare la nivel micro. Neutralitatea corporală funcționează ca factor protector: reduce impactul mesajelor societale, facilitează comunicarea parentală non-critică și protejează împotriva insatisfacției corporale. Modelul este explicit translațional, fiecare nivel identificând puncte concrete de intervenție testate empiric în partea practică a tezei: Studiul 1 pentru factorii individuali, Studiul 2 pentru secvența de mediere de la nivel familial, programele educaționale pentru promovarea neutralității corporale. Autoarea recunoaște că modelul necesită validare longitudinală și examinarea efectelor de moderare (gen, vârstă, mediu de rezidență).

3. Metodologie și design de cercetare

Teza a adoptat un design cu metode mixte secvențiale, care combină studii observaționale transversale cu cercetare intervențională exploratorie și cercetare de implementare. Alegerea reflectă logica translațională a demersului: mai întâi măsurarea problemei și a mecanismelor ei, apoi testarea la scară mică a unei soluții, apoi verificarea posibilității de a o extinde cu resurse limitate. În total, cercetarea a implicat peste 2.500 de

participanți: 423 de adolescenți în Studiul 1, 414 părinți în Studiul 2, 205 adolescenți înscriși în studiul pilot (67 finalizați) și aproximativ 1.660 de chestionare colectate prin programele SPRINT și IMPACT.

3.1. Întrebările de cercetare

Întrebarea 1 a vizat prevalența riscului de TCA ($EAT-26 \geq 20$) și asocierile acestuia cu genul, vârsta, mediul de rezidență, IMC-ul, aderența la dieta mediteraneeană (scor Medi-Lite), consumul de alimente ultraprocesate, nivelul activității fizice și consultarea anterioară a unui specialist, testate prin regresie logistică binară. Întrebarea 2 a vizat relația dintre stigmatizarea trăită de părinți, prejudecata internalizată (WBIS-M), atitudinile anti-grăsime (AFA), fobia de grăsime (UMB-FAT) și cinci tipuri de comunicare parentală (conversații despre greutate, conversații despre sănătate, comentarii despre propria greutate, despre greutatea altora și despre dietă sau exerciții), testată prin corelații, regresie ierarhică și analiză de mediere cu macro-ul PROCESS (Hayes, Model 4). Întrebarea 3 a vizat fezabilitatea intervenției pilot: rata de retenție, schimbările pre-post în cunoștințe și atitudini și barierele de implementare. Întrebarea 4 a operaționalizat scalarea pe patru dimensiuni: acoperire geografică, model descentralizat cu voluntari, adaptare pe grupe de vârstă și fezabilitatea colectării de date validate. Întrebarea 5 a fost structurată în trei componente: diagnosticarea limitărilor (I5a), cartografierea componentelor ecosistemului (I5b) și mecanismele sinergice propuse (I5c).

3.2. Considerații etice

Toate studiile au fost aprobate de Consiliul Științific al Universității Babeș-Bolyai (aprobarea nr. 224 din 27 februarie 2024). Pentru participanții minori s-a obținut consimțământul scris al părinților sau tutorilor legali, dublat de acordul personal al elevului; participanții adulți au furnizat consimțământ informat personal. Participarea a fost voluntară și anonimă, fără compensații. Protocoalele intervențiilor au inclus măsuri specifice de protecție pentru un public vulnerabil: încadrarea explicită a oricărei discuții despre comportamente TCA în registrul „acestea sunt dăunătoare și necesită ajutor specializat”, evitarea descrierilor detaliate ale metodelor restrictive sau purgative, furnizarea resurselor de ajutor la finalul fiecărei sesiuni și disponibilitatea facilitatorilor pentru conversații private. Declarația privind utilizarea instrumentelor de inteligență artificială, inclusă în teză, precizează că acestea au fost folosite pentru îmbunătățirea redactării și verificarea surselor, fără a interveni în conceptualizare, design, colectarea sau analiza datelor.

4. Studiul 1. Riscul de tulburări de comportament alimentar la adolescenți: influența tiparelor alimentare, a activității fizice și a IMC

Studiul, publicat în *Nutrients* (Ispas et al., 2025a), a folosit un design transversal pe un eșantion de conveniență format din 423 de adolescenți din șapte licee din Cluj-Napoca (George Coșbuc, Alexandru Borza, Ana Aslan, Augustin Maior, Nicolae Bălcescu, Spiru Haret și Spectrum). Profesorii au invitat elevii să participe în timpul orelor; au fost incluși toți cei care au returnat formularele de consimțământ și de acord. Compararea cu datele Institutului Național de Statistică pentru județul Cluj arată o distribuție pe sexe apropiată de populația de referință (52,7% fete în eșantion față de 48,9% în populație), dar o suprareprezentare a mediului urban (72,3% față de 57,2%), consecință anticipată a eșantionării din licee ale municipiului. Calculul dimensiunii eșantionului indica minimum 382 de participanți pentru un interval de încredere de 95% și o marjă de eroare de 5%.

4.1. Instrumente

Datele au fost colectate printr-un chestionar Google Forms completat în clasă. Înălțimea și greutatea au fost auto-raportate, iar IMC-ul a fost încadrat pe percentile conform referințelor OMS pentru 5-19 ani. Aderența la dieta mediteraneeană a fost măsurată cu scorul Medi-Lite, consumul de alimente ultraprocesate printr-un scor dedicat, activitatea fizică printr-un scor modificat care acoperă timpul liber, orele de educație fizică, pauzele și drumul spre școală, iar riscul de TCA prin scala EAT-26, cu pragul clinic de 20. Chestionarul a inclus și întrebări despre consultarea anterioară a unui specialist pentru probleme legate de greutate sau sănătate mintală.

4.2. Rezultate

Vârsta medie a fost de 16 ani ($DS = 1,3$). IMC-ul mediu a fost $21,45 \text{ kg/m}^2$ ($DS = 3,80$); 77,4% dintre participanți aveau greutate normală, 16,3% suprapondere și 5,6% obezitate. Băieții au avut un IMC mediu mai mare decât fetele (22,01 față de 20,95; $p = 0,004$), iar adolescenții din mediul rural un IMC mai mare decât cei din mediul urban (22,68 față de 20,98; $p < 0,001$). Aderența la dieta mediteraneeană a fost predominant moderată (69,5%), cu un scor Medi-Lite mediu de 5,74 ($DS = 1,77$), mai ridicat la fete. Consumul frecvent de fast food (61,5%), dulciuri (75,7%) și băuturi îndulcite cu zahăr (62,2%) a caracterizat majoritatea eșantionului; consumul de băuturi energizante a fost în principal rar (81,1%). Scorul mediu de activitate fizică a fost 3,33 pe o scală de la 1 la 5.

Scorul total mediu EAT-26 a fost 15,75 (DS = 14,07), cu o distribuție asimetrică pozitiv. 26,5% dintre participanți (n = 112) au obținut scoruri egale sau peste pragul clinic de 20. Consistența internă a scalei a fost excelentă ($\alpha = 0,908$), însă analiza factorială confirmatorie a structurii cu trei factori a indicat o potrivire suboptimală (CFI = 0,781; TLI = 0,759; RMSEA = 0,079; SRMR = 0,087, sub criteriile Hu & Bentler, 1999). După eliminarea a doi itemi cu încărcări scăzute (EAT19 și EAT26) și adăugarea a trei covarianțe reziduale, potrivirea s-a îmbunătățit fără a atinge standardele stricte. O analiză factorială exploratorie a evidențiat o soluție cu doi factori care explică 44,47% din varianță: „Dietă, preocupări legate de imaginea corporală și vinovăție asociată alimentației” și „Presiune socială și comportamente de pierdere a controlului”. Varianta cu 24 de itemi a avut $\alpha = 0,920$.

Regresia logistică binară multiplă (Tabelul 1) a fost semnificativă statistic ($\chi^2(7) = 38,24$; $p < 0,001$), a explicat 12,6% din varianța statutului clinic EAT-26 (Nagelkerke R^2) și a clasificat corect 73,9% dintre cazuri, cu un test Hosmer-Lemeshow nesemnificativ ($p = 0,791$).

Tabelul 1. Regresie logistică binară pentru predicția scorului EAT-26 egal sau peste pragul clinic (N = 418)

Predictor	uOR (simplă)	p	aOR (multiplă)	IC 95%	p
Gen (fată vs. băiat)	1,60	0,034	1,61	[1,01; 2,65]	0,044
Mediu (urban vs. rural)	1,36	0,195	1,06	[0,62; 1,79]	0,840
Vârstă (ani)	1,08	0,344	1,07	[0,90; 1,28]	0,450
IMC	1,06	0,035	1,05	[0,99; 1,12]	0,097
Scor Medi-Lite	0,97	0,673	0,92	[0,80; 1,05]	0,198
Scor alimente ultraprocesate	0,92	0,331	0,89	[0,75; 1,05]	0,172
Scor activitate fizică	0,87	0,284	0,98	[0,74; 1,31]	0,910
Consultare specialist (da vs. nu)	3,92	< 0,001	3,76	[2,20; 6,16]	< 0,001

Consultarea anterioară a unui specialist pentru probleme legate de greutate sau sănătate mintală a fost cel mai puternic predictor (aOR = 3,76; IC 95% [2,20; 6,16]). Autoarea interpretează această asociere ca indiciu al prezenței simptomelor deja instalate, nu ca factor protector: adolescenții ajung la specialist într-un stadiu avansat al problemei, ceea ce semnalează absența unor mecanisme sistematice de screening preventiv. Genul feminin a atins pragul de semnificație (aOR = 1,61; $p = 0,044$). IMC-ul a fost semnificativ doar în regresia simplă (uOR = 1,06; $p = 0,035$) și a rămas la limita semnificației în modelul ajustat. Vârsta, mediul de rezidență, aderența la dieta mediteraneeană, consumul de alimente ultraprocesate și activitatea fizică nu au prezis independent depășirea pragului clinic.

4.3. Discuții și concluzii

Prevalența de 26,5% se situează în intervalul raportat de studii comparabile din Europa de Vest (20-30%) și Statele Unite (20-25%). Eșantionarea de conveniență și acoperirea geografică restrânsă interzic extrapolarea acestei cifre ca estimare pentru populația adolescentă din România, dar ea indică o problemă substanțială în mediul urban liceal. Absența unei asocieri independente între comportamentele alimentare sau sportive și riscul de TCA sugerează că riscul măsurat ține în principal de factori psihosociali, precum stigmatizarea, cultura dietelor și influențele media, care nu au fost evaluate explicit în acest studiu. Limitele includ designul transversal, auto-raportarea datelor antropometrice și utilizarea scalei EAT-26 fără validare transculturală prealabilă pentru contextul românesc. Din perspectiva sănătății publice, rezultatele susțin reorientarea strategiilor de prevenție dincolo de educația nutrițională clasică, spre programe care includ acceptarea corporală, alfabetizarea media și identificarea timpurie a elevilor aflați în risc.

5. Studiul 2. Discuțiile despre greutate cu copiii: asocieri cu stigmatizarea, prejudecățile, atitudinile parentale și statusul ponderal al copilului

Al doilea studiu, publicat tot în *Nutrients* (Ispas et al., 2025b), a utilizat un design de anchetă transversală online (Google Forms, septembrie-decembrie 2024) pe un eșantion de conveniență de părinți din Cluj-Napoca, recrutați prin anunțuri pe rețele sociale și prin parteneriate cu școli. Din 448 de respondenți, după excluderea celor cu copii în afara intervalului 5-17 ani ($n = 12$), cu date antropometrice substanțial incomplete ($n = 20$) sau implauzibile ($n = 2$), eșantionul final a numărat 414 părinți, peste pragul de 384 calculat a priori. Autoarea semnalează explicit eroarea sistematică de selecție introdusă de colectarea online, în favoarea părinților cu educație superioară și acces la tehnologie, cu consecința probabilă a subestimării problemelor în segmentele socio-economice vulnerabile.

5.1. Instrumente

Chestionarul a cuprins date demografice, antropometrie auto-raportată pentru părinte și copil (cu percentile IMC pentru copii), cinci măsuri ale comunicării parentale adaptate cultural din cercetări anterioare (conversații despre sănătate, conversații despre greutate, comentarii despre propria greutate, despre greutatea altora și despre dietă sau exerciții), o întrebare dicotomică privind stigmatizarea trăită, scala WBIS-M pentru prejudecata internalizată ($\alpha = 0,94$), chestionarul AFA pentru atitudini anti-grăsime ($\alpha = 0,87$) și scala UMB-FAT pentru fobia

de grăsime ($\alpha = 0,84$). Instrumentele au fost administrate în versiuni traduse în limba română, iar coeficienții de fiabilitate calculați constituie o primă evaluare psihometrică a acestor scale la părinții români.

5.2. Rezultate

Părinții au fost predominant mame (91,8%), căsătorite (89,6%), cu studii superioare (78,5%); 36,8% aveau suprapondere sau obezitate. Copiii au avut vârsta medie de 10,05 ani ($DS = 1,71$); 22,2% au fost clasificați cu obezitate și 13,6% cu suprapondere. 44,7% dintre părinți au raportat că au fost tachinați sau tratați inechitabil din cauza greutateii. Comunicarea generală despre sănătate a fost cel mai frecvent tip de interacțiune ($M = 3,84$ pe o scală de la 1 la 5), iar discursul centrat pe greutate cel mai puțin frecvent ($M = 2,31$).

Corelațiile Spearman au arătat că prejudecata internalizată, mai mult decât stigmatizarea trăită, este corelatul robust al atitudinilor și al comunicării parentale: se asociază cu teama de grăsime ($\rho = 0,48$), cu atitudinile anti-grăsime ($\rho = 0,36$), cu conversațiile despre greutate cu copilul ($\rho = 0,24$) și cu comentariile despre propria greutate și despre greutatea altora ($\rho = 0,11$ fiecare). Atitudinile anti-grăsime explicite s-au asociat cel mai strâns cu comentariile despre greutatea altora ($\rho = 0,21$). Analiza de varianță a evidențiat diferențe semnificative ale frecvenței conversațiilor despre greutate în funcție de statusul ponderal al copilului ($F(3,401) = 55,91$; $p < 0,001$), cu valori mult mai mari la părinții copiilor cu obezitate.

Cinci regresii ierarhice (Tabelul 2) au introdus covariatele în primul bloc și predictorii psihosociali în al doilea. Modelul pentru conversațiile despre greutate a fost cel mai robust (R^2 ajustat = 0,306): percentila IMC a copilului a fost predictorul principal ($\beta = 0,44$; $p < 0,001$), urmată de prejudecata internalizată ($\beta = 0,25$; $p < 0,001$) și de vârsta copilului ($\beta = 0,18$). Stigmatizarea trăită a avut un efect direct invers, de mică amploare ($\beta = -0,09$; $p = 0,049$). Comentariile despre greutatea altora au fost prezise de atitudinile anti-grăsime ($\beta = 0,17$) și de fobia de grăsime ($\beta = 0,11$), nu de prejudecata internalizată. Pentru conversațiile generale despre sănătate și comentariile despre dietă sau exerciții, adăugarea predictorilor psihosociali nu a îmbunătățit modelul ($\Delta R^2 = 0,006$, $p = 0,663$, respectiv $\Delta R^2 = 0,014$, $p = 0,243$); aceste forme de comunicare au fost prezise de educația părintelui ($\beta = 0,20$) și de autoevaluarea sănătății.

Tabelul 2. Rezumatul analizelor de regresie ierarhică pentru predicția stilurilor de comunicare parentală (n = 384)

Variabilă dependentă	R ² ajustat	ΔR ² bloc 2	Predictori semnificativi (β)
Conversații despre greutate	0,306***	0,048***	Percentila IMC copil (0,44***); vârsta copilului (0,18***); prejudecată internalizată (0,25***); stigmatizare trăită (-0,09*)
Comentarii despre propria greutate	0,092***	0,023*	Educația părintelui (0,20***); vârsta copilului (0,21***); prejudecată internalizată (0,13*)
Comentarii despre greutatea altora	0,084***	0,082***	IMC parental (-0,12*); atitudini anti-grăsime (0,17**); UMB-FAT (0,11*)
Comentarii despre dietă/exerciții	0,039**	0,014	Educația părintelui (0,20***)
Conversații despre sănătate	0,045**	0,006	Educația părintelui (0,20***); autoevaluarea sănătății (0,15**); IMC parental (-0,12*)

Notă: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Analizele de mediere (PROCESS Model 4, 5.000 de eșantioane bootstrap, cu controlul covariatelor demografice și antropometrice) au fost compatibile cu un model în care prejudecata internalizată mediază relația dintre stigmatizarea trăită și comunicarea despre greutate. Efectul indirect a fost semnificativ pentru conversațiile despre greutate (0,105; IC 95% [0,048; 0,172]) și pentru comentariile despre propria greutate (0,055; IC 95% [0,004; 0,116]). Modelul paralel pentru comentariile despre greutatea altora nu a evidențiat efecte indirecte semnificative prin niciun mediator. Autoarea precizează că designul transversal permite doar evaluarea plauzibilității secvenței de mediere, nu confirmarea cauzalității sau a precedenței temporale.

5.3. Discuții și concluzii

Studiul oferă prima investigație sistematică din România a comunicării parentale despre greutate și susține secvența propusă în modelul conceptual: stigma trăită se internalizează și se traduce în conversații centrate pe greutate, în special cu copiii cu percentile IMC ridicate. O cale distinctă, a judecății sociale, leagă atitudinile anti-grăsime explicite de comentariile despre greutatea altora. Discuțiile generale despre sănătate rămân independente de stigmă și prejudecăți și se asociază cu educația parentală mai ridicată și cu o sănătate autoevaluată mai bună, conturând o alternativă protectoare. Implicația pentru intervenții este directă: abordarea prejudecății internalizate a părinților și reîncadrarea conversațiilor despre corp în jurul sănătății și al funcționalității pot cultiva dialoguri familiale de susținere. Limitele includ eșantionul omogen (mame cu educație superioară, mediu urban), auto-raportarea, colectarea datelor exclusiv de la părinți și absența stratificării pe grupe de vârstă ale copiilor.

6. Studiul pilot exploratoriu. Testarea unei intervenții educaționale non-formale în școli

Studiul pilot, cu date nepublicate, a testat în perioada martie-mai 2023 fezabilitatea unei intervenții educaționale de patru module a câte 50 de minute, implementate pe parcursul a trei săptămâni în trei licee din Cluj-Napoca. Materialele au fost adaptate din curriculumul proiectului european Breaking Weight Bias, dezvoltat inițial pentru profesioniștii din sănătate, sub coordonarea unui dietetician autorizat cu experiență în nutriție comunitară. Adaptarea a păstrat acuratețea științifică, dar a ajustat limbajul, exemplele și activitățile la nivelul de dezvoltare al adolescenților și la realitatea românească.

Tabelul 3. Structura modulelor educaționale din studiul pilot

Modul	Titlu	Obiective principale
1	Imaginea corporală și stima de sine	Înțelegerea imaginii corporale; identificarea influențelor externe (social media); promovarea acceptării diversității corporale
2	Înțelegerea stigmei legate de greutatea corporală	Recunoașterea prejudecăților; înțelegerea efectelor adverse; dezvoltarea empatiei; promovarea unui mediu incluziv
3	Înțelegerea și provocarea culturii dietei	Definirea culturii dietelor; demontarea miturilor; gândire critică față de mesajele media; relație echilibrată cu alimentația
4	Efectele dietelor și TCA	Riscurile dietelor restrictive; recunoașterea semnelor TCA (AN, BN, TAC, ON); încurajarea căutării ajutorului specializat

6.1. Rezultate

Din 205 adolescenți înscriși, 67 au completat ambele evaluări, ceea ce corespunde unei rate de abandon de 67,3% și unei rate de retenție de 32,7%, peste pragul de 30% fixat ca prag de fezabilitate. Eșantionul final a avut vârsta medie de 15,74 ani, distribuție echilibrată pe gen și 76,1% participanți din mediul urban. La evaluarea inițială, 61% dintre participanți urmau sau urmaseră o dietă, dar doar 9% consultaseră un specialist înainte; peste 40% raportau exercițiu fizic intensiv cu scop explicit de control al greutății; aproximativ 2% raportau comportamente purgative frecvente.

Testele McNemar și testul de omogenitate marginală au evidențiat schimbări semnificative în cunoștințele declarative după intervenție. Proporția celor care înțeleg că restricția calorică poate duce ulterior la creștere în greutate a urcat de la 29,9% la 92,6% ($p < 0,001$), 62,7% dintre participanți trecând de la răspuns greșit la răspuns corect. Recunoașterea faptului că greutatea nu se menține după o dietă restrictivă a crescut de la 7,5% la 65,7%; mitul

somnului sub cinci ore ca fiind sănătos a scăzut de la 72,3% la 20,0%; intenția de a consulta un specialist a crescut de la 43,3% la 70,2% ($p = 0,001$). Pentru mesajele culturii dietei, tranzițiile au fost unanime: afirmația „sănătatea este direct proporțională cu greutatea” a fost identificată ca problematică de 0% dintre participanți înainte și de 100% după intervenție, iar dihotomizarea alimentelor în „bune” și „rele” de 30,6% înainte și 100% după.

Pentru dimensiunea neutralității corporale, acordul cu afirmația „Corpul meu are multe funcții, nu doar aspectul fizic” a crescut de la 46,3% la 86,6% ($p < 0,001$), iar autopercepția vizuală, singura variabilă atitudinală cu diferență semnificativă, s-a îmbunătățit (mediana de la 2 la 3 pe o scală de la 1 la 5; $p < 0,001$). Identificarea corectă a definiției stigmatizării a crescut de la 48,5% la 97%. Analizele pe subgrupuri au arătat că fetele au progresat mai frecvent de la dezacord la acord privind funcțiile corpului, iar participanții mai tineri au fost cei care au renunțat mai des la clasificarea alimentelor în „bune” și „rele”.

6.2. Lecții și limite

Autoarea prezintă studiul pilot ca etapă exploratorie, nu ca demonstrație de eficacitate. Rata de abandon de 67,3% este tratată drept principala lecție a cercetării: analiza ei a identificat bariere structurale (competiția pentru timpul adolescenților, lipsa stimulentele instituționale), motivaționale (absența implicării familiale și a unei componente sociale atractive) și temporale (structura extinsă pe trei săptămâni, cu multiple oportunități de întrerupere). Feedback-ul nestructurat de la participanți, facilitatori și profesori a documentat conflicte cu programul școlar, dependența de facilitatori externi, dar și factori facilitatori precum suportul activ al școlii și stilul de comunicare lipsit de judecată. Absența unui grup de control, eșantionul final redus, chestionarul ad-hoc nevalidat psihometric, efectele de plafon la unele măsurători post-intervenție și lipsa evaluărilor de urmărire limitează orice inferență cauzală; schimbările observate pot reflecta maturare, sensibilizare la test sau factori externi. Decizia care a decurs de aici a fost condensarea intervenției la două module și dezvoltarea unor componente familiale și de educație între egali.

7. Scalarea intervențiilor educaționale: programele SPRINT și IMPACT

Pe baza lecțiilor pilotului, intervenția a fost reprojecată în două programe diferențiate dezvoltamental și implementată între octombrie 2024 și iunie 2025 în 13 județe din România și în Republica Moldova, prin rețeaua de voluntari a Asociației Wello. Peste 20 de facilitatori, studenți și absolvenți de Nutriție și Dietetică, au urmat un training standardizat de două sesiuni

a câte trei ore (teorie și practică simulată) și au primit ghid de facilitator, prezentări și fișe de lucru. Au fost colectate aproximativ 1.660 de chestionare: 540 pentru SPRINT și 1.120 pentru IMPACT. Creșterea de la 67 la aproximativ 1.660 de chestionare reprezintă o îmbunătățire de aproape 25 de ori a capacității de mobilizare și menținere a participanților.

7.1. Programul SPRINT (9-11 ani)

SPRINT (Sănătate, Prevenție, Respect, Incluziune, Nutriție, Transformare) a adaptat principiile intervenției pentru preadolescenții din clasele a III-a până la a V-a, pornind de la constatarea că atitudinile despre corp și alimentație se formează în perioadele precoce ale dezvoltării (Dakanalis et al., 2017). Conceptele abstracte (cultura dietelor ca sistem sociocultural, mecanismele stigmatizării, neutralitatea corporală) au fost traduse în narațiuni și activități ludice: discuții ghidate despre „cum corpul nostru ne ajută să facem lucruri minunate” și despre „de ce e important să fim buni cu prietenii noștri, indiferent de cum arată ei”. Structura a fost condensată la două module a câte 45 de minute („Corpul meu, superputerea mea!” și „Prietenii fără prejudecăți”), iar instrumentul de evaluare a fost simplificat și administrat pe hârtie sub supravegherea învățătorilor.

7.2. Programul IMPACT (12-19 ani)

IMPACT a menținut populația liceală a pilotului și a integrat trei modificări principale: reducerea la două module a câte 50 de minute, implementate într-un interval de una până la două săptămâni; înlocuirea chestionarului ad-hoc cu trei instrumente validate internațional, Adolescent Food Habits Checklist (AFHC), Body Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA) și Social Media Disorder Scale (SMD), administrate pre și post; și extinderea de la trei licee la 13 județe. Conținutul a abordat explicit cultura dietelor, mecanismele stigmatizării, influența rețelelor sociale asupra imaginii corporale și legătura dintre restricția alimentară și TCA, cu protocoale stricte de siguranță pentru un public capabil să internalizeze profund mesajele despre corp.

7.3. Date de implementare și limite

Caracterul descentralizat al implementării, fără un sistem digital de monitorizare în timp real, a făcut imposibilă evidența exactă a participanților unici și a ratelor de retenție între module; feedback-ul informal al facilitatorilor indică rate estimate de finalizare de peste 70%, față de 32,7% în pilot. Observațiile nestructurate au evidențiat bariere logistice (săli inadecvate, suprapuneri cu examene, coordonare dificilă între programul voluntarilor și cerințele

administrative), receptivitate mai mare în școlile unde profesorii au promovat activ programul și dificultăți tehnice suplimentare în școlile rurale (internet instabil, lipsa dispozitivelor). Autoarea precizează că instrumentele validate din IMPACT nu au fost incluse pentru a evalua eficacitatea, obiectiv care ar presupune grup de control și randomizare, ci pentru a demonstra fezabilitatea colectării de date psihometrice validate la scară largă în context românesc. Datele colectate vor fi analizate în publicații ulterioare. Variabilitatea necontrolată în calitatea facilitării, absența evaluării fidelității la protocol și lipsa măsurătorilor de urmărire rămân limitări recunoscute explicit.

8. Foaia de parcurs pentru un ecosistem educațional integrat

Implementarea SPRINT și IMPACT a expus cinci limitări sistemice ale intervențiilor punctuale, identificate prin analiza SWOT și prin observații informale colectate de la directori, profesori și facilitatori: insuficiența temporală (două module a câte 50 de minute nu permit internalizare profundă), neglijarea contextului familial (deși Studiul 2 a arătat rolul comunicării parentale, intervențiile nu au integrat componente pentru părinți), dependența de voluntari externi cu disponibilitate limitată, lipsa integrării sistemice (programe percepute ca adăugiri la un curriculum deja supraîncărcat) și barierele geografice (participarea condiționată de prezența fizică).

Ca răspuns, teza cartografiază opt componente complementare, fundamentate teoretic în modelul socio-ecologic, în teoria sistemelor adaptive complexe și în efectele de rețea din difuziunea inovațiilor. Tabelul 4 sintetizează componentele, limitarea la care răspund și stadiul lor de implementare.

Tabelul 4. Componentele ecosistemului educațional și răspunsul la limitele sistemice

Componentă	Populație țintă	Răspunde la limita	Status implementare
SPRINT	Copii 9-11 ani	(componentă validată)	aprox. 540 chestionare, 13 județe
IMPACT	Adolescenți 12-19 ani	(componentă validată)	aprox. 1.120 chestionare, 13 județe
Food Hackers	Adolescenți 12-19 ani	Continuitate	Implementare 2025, neevaluat
Familia la Masă	Părinți	Context familial	Pilot octombrie-noiembrie 2025
Educație între egali	Adolescenți educatori	Voluntari + integrare	Pilot Colegiul Spectrum Cluj
Resurse pentru profesori	Profesori	Voluntari + integrare	aprox. 120 instruiți, aprox. 50% implementare
Ghid pentru părinți	Adulți, public general	Familie + acces	Septembrie 2025, distribuție națională

Componentă	Populație țintă	Răspunde la limita	Status implementare
Ghid pentru adolescenți	Tineri, public general	Acces	2024, peste 6.000 de descărcări

Tranziția de la programe izolate la ecosistem funcțional este susținută de patru mecanisme de interdependență propuse teoretic: feedback informațional între componente (datele IMPACT orientează adaptarea programului Familia la Masă, iar feedback-ul părinților informează modul în care IMPACT abordează comunicarea familială), expunere multiplă convergentă la mesaje consistente pe nivelurile individual, familial și școlar, efecte de rețea (un profesor instruit poate livra module la sute de elevi anual, un adolescent-educator poate transmite conceptele mai departe) și scalare sustenabilă printr-un model descentralizat care extinde acoperirea fără creșterea proporțională a resurselor.

Autoarea delimitează explicit contribuția tezei de ceea ce rămâne de demonstrat. Doar SPRINT și IMPACT au fost implementate și validate la scară națională. Celelalte șase componente au fost dezvoltate conceptual sau implementate parțial, fără grup de control, fără măsurători standardizate de eficacitate și fără evaluarea fidelității: Food Hackers a fost evaluat doar calitativ prin focus grupuri, Familia la Masă a avut o singură ediție pilot, educația între egali un pilot într-o singură școală, resursele pentru profesori nu au fost evaluate ca impact, iar pentru ghidurile digitale se cunoaște numărul de descărcări, nu utilizarea efectivă. Mecanismele sinergice rămân teoretice și necesită validare prin comparații experimentale între componente izolate, pachete integrate și ecosistem complet, pe un orizont de trei până la cinci ani.

Recomandările pentru stakeholderi decurg din această poziționare. Pentru decidenți (Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, autorități locale): integrarea elementelor de neutralitate corporală și combatere a stigmei în curriculumul național de educație pentru sănătate, evaluarea experimentală a componentelor, formarea și certificarea facilitatorilor și stimulente pentru integrarea în structurile permanente ale școlilor. Pentru școli: o configurație minimă (IMPACT, două module) și una optimă (IMPACT plus Familia la Masă plus instruirea a doi sau trei profesori), cu ghidurile digitale ca alternativă accesibilă pentru școlile rurale. Pentru ONG-uri și finanțatori: strategii de finanțare a pachetelor multi-nivel, cu prioritate pentru evaluarea riguroasă a componentelor existente și pentru investiții susținute în recrutarea, formarea și retenția voluntarilor. Pentru formatori și profesioniști din sănătate: stil empatic și lipsit de judecată, exemple concrete și locale, implicare activă prin exerciții în grupuri mici, colaborare între programele școlare și serviciile specializate pentru identificarea timpurie și referire.

9. Concluzii și contribuția originală a tezei

9.1. Răspunsurile la întrebările de cercetare

Întrebarea 1. În eșantionul studiat, 26,5% dintre adolescenți depășesc pragul clinic EAT-26, o prevalență comparabilă cu cea din Europa de Vest, care arată că TCA afectează și populațiile din Europa de Est, unde tranziția socio-economică și globalizarea influențelor culturale au creat un mediu favorabil acestor tulburări. Predictorii independenți au fost genul feminin și consultarea anterioară a unui specialist; comportamentele alimentare și sportive nu au prezis riscul, ceea ce indică natura predominant psihosocială a factorilor de risc și necesitatea reorientării prevenției dincolo de educația nutrițională clasică.

Întrebarea 2. Prejudecata internalizată acționează ca mediator între experiențele de stigmatizare ale părinților și frecvența conversațiilor centrate pe greutate cu copiii. Părinții adaptează comunicarea la statusul ponderal vizibil al copilului. Conversațiile generale despre sănătate urmează o cale distinctă, protectoare, legată de educație și de sănătatea autoevaluată, iar atitudinile anti-grăsime explicite se transmit în familie prin comentarii despre greutatea altora.

Întrebarea 3. Intervenția pilot poate fi implementată în mediul școlar și produce îmbunătățiri măsurabile în cunoștințele declarative, dar rata de abandon de 67,3%, dependența de facilitatori externi și absența grupului de control transformă rezultatele în constatări exploratorii care au fundamentat optimizările ulterioare.

Întrebarea 4. SPRINT și IMPACT demonstrează fezabilitatea scalării printr-un model de training structurat, materiale standardizate și parteneriate cu școli, cu 1.660 de chestionare din 13 județe colectate de peste 20 de facilitatori voluntari fără supraveghere constantă a specialiștilor. Adaptarea pe grupe de vârstă a fost raportată ca relevantă și acceptabilă.

Întrebarea 5. Diagnosticarea limitărilor a identificat cinci bariere structurale, cartografierea a produs opt componente în stadii variate de maturitate, iar mecanismele sinergice au fost fundamentate teoretic, cu validarea empirică rămasă ca agendă viitoare.

9.2. Contribuții empirice

Teza oferă primele date privind prevalența riscului de TCA într-un eșantion școlar din România, acoperind o lacună semnalată în literatura din Europa de Est și indicând o problemă mai severă decât se anticipa. Identificarea prejudecății internalizate ca mediator semnificativ

(efect indirect 0,105; IC 95% [0,048; 0,172]) constituie prima investigare sistematică din context românesc a mecanismelor prin care stigma se perpetuează între generații, cu aplicabilitate directă pentru designul intervențiilor parentale.

9.3. Contribuții metodologice și de implementare

Scalarea de la 3 școli și 67 de participanți la 13 județe și 1.660 de chestionare arată că intervențiile educaționale pot fi livrate printr-un model descentralizat bazat pe voluntari instruiți, fără nutriționiști-dieteticieni autorizați sau specialiști clinici la fiecare sesiune, o resursă rară în România și în alte țări din Europa de Est. Administrarea cu succes a instrumentelor AFHC, BESAA și SMD la peste 1.100 de adolescenți confirmă fezabilitatea colectării de date validate psihometric în sistemul educațional descentralizat. Combinarea alfabetizării nutriționale cu neutralitatea corporală, combaterea stigmei și implicarea contextului familial reprezintă o abordare nouă pentru contextul românesc, care acționează simultan la nivel individual, familial și școlar.

9.4. Contribuții practice

Cele două programe implementate la scară națională, materialele standardizate, rețeaua de facilitatori și profesori instruiți, ghidurile digitale pentru părinți și adolescenți și foaia de parcurs pentru ecosistemul educațional integrat constituie o bază operațională pentru cercetarea și practica viitoare. Contribuția constă în documentarea unui proces de dezvoltare bazat pe evidențe, în care Studiile 1 și 2 informează designul intervențiilor, și în oferirea unui model replicabil de cercetare translațională pentru sisteme cu resurse limitate.

10. Limitele cercetării

Interpretarea rezultatelor trebuie temperată de mai multe limite pe care autoarea le asumă explicit. Designul transversal al Studiilor 1 și 2 nu permite stabilirea direcției cauzalității: nu se poate afirma că IMC-ul ridicat cauzează TCA sau că stigma parentală precede internalizarea, ci doar că variabilele sunt asociate într-un moment dat. Absența grupurilor de control și a randomizării pentru studiul pilot, SPRINT și IMPACT înseamnă că schimbările observate nu pot fi atribuite cauzal intervențiilor; teza documentează fezabilitatea și scalabilitatea implementării (cercetare de implementare), nu eficacitatea clinică.

Validitatea măsurărilor este afectată de auto-raportarea datelor antropometrice, susceptibilă la subestimarea greutateii, și de utilizarea scalei EAT-26 fără validare transculturală

prealabilă; structura ei factorială variază între culturi, iar pragurile dezvoltate în contexte occidentale pot supraevalua sau subevalua prevalența reală în România. Validitatea externă este limitată de eșantionarea de conveniență, de proveniența predominant urbană a participanților și de nivelul educațional ridicat al părinților (78,5% cu studii superioare în Studiul 2); zonele rurale și familiile cu statut socio-economic precar sunt subreprezentate, deși SPRINT și IMPACT au extins acoperirea la contexte mai diverse.

Implementarea descentralizată prin peste 20 de facilitatori, fără supraveghere directă și fără evaluarea fidelității la protocol, a introdus o variabilitate imposibil de cuantificat, care reduce puterea de detecție a efectelor și complică interpretarea. Lipsa măsurătorilor de urmărire la 6, 12 și 24 de luni împiedică evaluarea sustenabilității schimbărilor, iar absența evaluărilor calitative riguroase limitează înțelegerea mecanismelor prin care intervențiile funcționează în viața de zi cu zi a participanților. Din cele opt componente ale ecosistemului, șase se află în stadii incipiente, iar mecanismele sinergice propuse rămân teoretice.

11. Direcții viitoare de cercetare

Agenda propusă este structurată pe trei orizonturi temporale. Pe termen imediat (0-18 luni): analiza și publicarea datelor SPRINT și IMPACT cu designuri adecvate pentru inferențe valide; validarea transculturală a instrumentelor EAT-26, AFHC, BESAA și SMD pe un eșantion reprezentativ național de peste 1.000 de adolescenți, cu analiză factorială confirmatorie și praguri de sensibilitate și specificitate stabilite prin comparație cu diagnosticul clinic; validarea psihometrică a chestionarului ad-hoc din pilot pentru a obține un instrument românesc de evaluare a alfabetizării critice despre diete și stigmatizare.

Pe termen mediu (2-4 ani): un trial randomizat la nivel de școală, cu aproximativ 30 de școli alocate în trei condiții (IMPACT singur, IMPACT combinat cu Familia la Masă, grup de control pe listă de așteptare) și un eșantion țintă de aproximativ 600 de adolescenți, cu măsurători la 6, 12 și 24 de luni pentru riscul de TCA, stima corporală, comportamentele alimentare și calitatea comunicării parentale; evaluarea riguroasă a componentelor în stadii incipiente (Food Hackers, educație între egali, ghiduri digitale); un studiu diadic pe 300 de perechi părinte-copil, analizat prin Actor-Partner Interdependence Model, pentru a depăși limita colectării datelor exclusiv de la părinți.

Pe termen lung (5-7 ani): un studiu longitudinal de cohortă pe 500 de adolescenți urmăriți timp de șase ani (12-18 ani), cu modelare pe curbe de creștere latentă pentru identificarea

traectoriilor de risc și a momentelor critice pentru intervenție; o analiză cost-eficiență care compară costurile pachetului integrat IMPACT plus Familia la Masă cu costurile tratamentului TCA instalat, exprimată în ani de viață ajustați la calitate; cercetare de implementare avansată în cadrul RE-AIM (acoperire, eficacitate în condiții reale, adoptare instituțională, fidelitate, sustenabilitate pe 3-5 ani).

Poziționarea finală a tezei rămâne una asumată: cercetarea documentează pentru prima dată în context românesc amploarea potențială a riscului de TCA la adolescenți, identifică un mecanism familial de transmitere a vulnerabilității și demonstrează fezabilitatea dezvoltării și scalării intervențiilor educaționale în condiții de resurse limitate. Ea nu revendică dovedirea eficacității. Ceea ce lasă în urmă este o bază metodologică, 1.660 de chestionare, materiale standardizate, o rețea de facilitatori și profesori instruiți, pe care evaluarea experimentală riguroasă, validarea pe eșantioane reprezentative și monitorizarea longitudinală vor putea construi, cu colaborare interinstituțională și finanțare susținută.

Bibliografie selectivă

Lista cuprinde sursele citate în prezentul rezumat. Bibliografia completă a tezei numără peste 300 de titluri și este disponibilă în lucrare, paginile 168 și următoarele.

- Berge, J. M., MacLehose, R. F., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Parent-adolescent conversations about eating, physical activity and weight: prevalence across sociodemographic characteristics and associations with adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 122-135.
- Bristow, C., Meurer, C., Simmonds, J., & Snell, T. (2020). Anti-obesity public health messages and risk factors for disordered eating: a systematic review. *Health Promotion International*, 35(6). <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa018>
- Bristow, C., Simmonds, J., Allen, K. A., & Mclean, L. (2023). 'It makes you not want to eat': Perceptions of anti-obesity public health campaigns in individuals diagnosed with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 31(1), 166-177. <https://doi.org/10.1002/erv.2950>
- Brumboiu, M. I., Cazacu, I., Zunquin, G., Manole, F., Mogosan, C. I., Porrovecchio, A., Peze, T., Tavolacci, M. P., & Ladner, J. (2018). Nutritional status and eating disorders among medical students from the Cluj-Napoca University centre. *Clujul Medical*, 91(4), 414-421. <https://doi.org/10.15386/cjmed-1018>
- Brytek-Matera, A. (2023). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Eastern Europe. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(4), 332-337. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0041>
- Dakanalis, A., Clerici, M., Bartoli, F., Caslini, M., Crocamo, C., Riva, G., & Carra, G. (2017). Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 20(6), 721-731. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0761-6>

- Dunker, K. L. L., Carvalho, P. H. B. d., & Amaral, A. C. S. (2023). Eating disorders prevention programs in Latin American countries: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4). <https://doi.org/10.1002/eat.23916>
- Hayes, A. F. (n.d.). The PROCESS macro for SPSS, SAS, and R. <https://www.processmacro.org/index.html>
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ispas, A. G., Forray, A. I., Lacurezeanu, A., Petreuş, D., Gavrilăş, L. I., & Cherecheş, R. M. (2025a). Eating Disorder Risk Among Adolescents: The Influence of Dietary Patterns, Physical Activity, and BMI. *Nutrients*, 17(6), 1067. <https://doi.org/10.3390/nu17061067>
- Ispas, A. G., Forray, A. I., Lacurezeanu, A., Petreuş, D., Gavrilăş, L. I., & Cherecheş, R. M. (2025b). Talking About Weight with Children: Associations with Parental Stigma, Bias, Attitudes, and Child Weight Status. *Nutrients*, 17(18), 2920. <https://doi.org/10.3390/nu17182920>
- Launius, K. N., & Lydecker, J. A. (2024). Early and current experiences of weight-based discrimination are associated with eating psychopathology, depression, and poor general health in adulthood. *Stigma and Health*, 11(1), 102-109. <https://doi.org/10.1037/sah0000527>
- Laxer, R. E., Dubin, J. A., Brownson, R. C., Cooke, M., Chaurasia, A., & Leatherdale, S. T. (2019). Noncomprehensive and Intermittent Obesity-Related School Programs and Policies May Not Work: Evidence from the COMPASS Study. *Journal of School Health*, 89(10). <https://doi.org/10.1111/josh.12820>
- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(4).
- Munguia, S. J., & Forbush, K. T. (2023). Development of an mHealth Functionality Focused Body Image Intervention for Latinx Women. *Journal of Clinical and Translational Science*, 7(s1), 54. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.254>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image*, 11(1), 89-92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5). <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Larson, N., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2020). Weight Stigma as a Predictor of Distress and Maladaptive Eating Behaviors During COVID-19: Longitudinal Findings From the EAT Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(10). <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa077>
- Sadownik, A. R. (2023). Bronfenbrenner: Ecology of Human Development in Ecology of Collaboration. In (Re)theorising More-than-parental Involvement in Early Childhood Education and Care (pp. 83-95). https://doi.org/10.1007/978-3-031-38762-3_4
- Salvați Copiii România. (2026). Educație pentru sănătate. <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/sanatate/educatie-pentru-sanatate>

- Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients*, 13(12). <https://doi.org/10.3390/nu13124321>
- Sundgot-Borgen, C., Bratland-Sanda, S., Engen, K. M. E., Pettersen, G., Friborg, O., Torstveit, M. K., Kolle, E., Piran, N., Sundgot-Borgen, J., & Rosenvinge, J. H. (2018). The Norwegian healthy body image programme: study protocol for a randomized controlled school-based intervention to promote positive body image and prevent disordered eating among Norwegian high school students. *BMC Psychology*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0221-8>
- Szabo, K., Czegledi, E., Babusa, B., Szumska, I., Tury, F., Sandor, I., & Bauer, S. (2015). The European Initiative ProYouth for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders screening results in Hungary. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 139-146. <https://doi.org/10.1002/erv.2345>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Turner, S., & D'Arpino, E. (2025). Opportunities for Policy Progress: The Role of Schools in Minimizing, Mitigating, or Perpetuating Weight-Based Stigma. *Journal of School Health*, 95(7), 560-565. <https://doi.org/10.1111/josh.70034>
- WHO. (2025). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>