

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI, CLUJ-NAPOCA  
FACULTATEA DE ȘTIINȚE POLITICE, ADMINISTRATIVE ȘI ALE COMUNICĂRII  
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE ADMINISTRATIVE ȘI POLITICI PUBLICE

# Alfabetizarea în sănătate și alimentație: Exemple de bune practici și oportunități pentru dezvoltarea de politici publice

*Rezumatul tezei*

Conducător de doctorat:

**Prof. Univ. Dr. Răzvan Mircea Cherecheș**

Student doctorand:

**Mădălina Adina Coman**

**Cluj-Napoca**

**2021**

# Cuprins

|                                                                                                            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Mulțumiri</b> .....                                                                                     | <b>3</b>  |
| <b>Lista publicațiilor</b> .....                                                                           | <b>4</b>  |
| <b>Lista abrevierilor utilizate în text</b> .....                                                          | <b>5</b>  |
| <b>Rezumat</b> .....                                                                                       | <b>6</b>  |
| <b>Lista figurilor utilizate în text</b> .....                                                             | <b>11</b> |
| <b>Lista tabelelor utilizate în text</b> .....                                                             | <b>12</b> |
| <b>Capitolul 1. Alfabetizare, alfabetizare în sănătate, alfabetizare alimentară</b> .....                  | <b>13</b> |
| 1.1. Alfabetizare: definiție, istorie și statistici .....                                                  | 13        |
| 1.1.1. Alfabetizare și sănătate .....                                                                      | 14        |
| 1.1.2. Instrumente de măsurare a alfabetizării, politici, intervenții și programe de alfabetizare .....    | 15        |
| 1.2. Alfabetizare în sănătate: definiție, istorie și statistici .....                                      | 16        |
| 1.2.1. Alfabetizare în sănătate și educație .....                                                          | 19        |
| 1.2.2. Caracteristici și tipuri de alfabetizare în sănătate .....                                          | 20        |
| 1.2.3. Alfabetizare în sănătate și sănătatea umană .....                                                   | 22        |
| 1.2.4. Instrumente de măsurare a alfabetizării în sănătate .....                                           | 23        |
| 1.2.5. Intervenții și programe de alfabetizare în sănătate .....                                           | 24        |
| 1.2.6. Politici de alfabetizare în sănătate.....                                                           | 26        |
| 1.2.7. Statistici de alfabetizare în sănătate .....                                                        | 28        |
| 1.3. Alfabetizare nutrițională și alimentară: definiție, istorie și statistici .....                       | 29        |
| 1.3.1. Inițiative de politici, instrumente de măsurare și intervenții pentru alfabetizarea alimentară..... | 32        |
| 1.3.2. Statistici despre alfabetizarea alimentară.....                                                     | 33        |
| <b>Capitolul 2: Educație</b> .....                                                                         | <b>34</b> |
| 2.1. Definiție și istorie .....                                                                            | 34        |
| 2.2. Tipuri de educație .....                                                                              | 35        |
| 2.2.1. Formală .....                                                                                       | 35        |
| 2.2.2. Non-formală.....                                                                                    | 38        |
| 2.2.3. Informală.....                                                                                      | 39        |
| 2.3. Educația în România.....                                                                              | 40        |
| 2.3.1. Educația formală .....                                                                              | 40        |

|                                                                                                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3.2. Educația non-formală și informală.....                                                                                                                         | 41        |
| <b>Capitolul 3: Metodologia și obiectivele de cercetare ale tezei .....</b>                                                                                           | <b>42</b> |
| <b>Capitolul 4: Alfabetizarea în sănătate și alimentară în regiunea de nord-vest a României: un studiu de validare a instrumentului HLS-EU-Q16.....</b>               | <b>44</b> |
| 4.1. Introducere.....                                                                                                                                                 | 44        |
| 4.2. Scop și obiective.....                                                                                                                                           | 45        |
| 4.3. Metodologie.....                                                                                                                                                 | 46        |
| 4.3.1. Design-ul studiului.....                                                                                                                                       | 46        |
| 4.3.2. Locația studiului, populație și eșantionare.....                                                                                                               | 46        |
| 4.3.3. Colectarea de date .....                                                                                                                                       | 46        |
| 4.3.4. Protejarea subiecților umani .....                                                                                                                             | 47        |
| 4.3.5. Instrumentul de cercetare.....                                                                                                                                 | 47        |
| 4.3.6. Analizarea datelor .....                                                                                                                                       | 49        |
| 4.4. Rezultate .....                                                                                                                                                  | 49        |
| 4.4.1 Comportamente generale legate de sănătate .....                                                                                                                 | 51        |
| 4.4.2. Cunoștințe despre nutriție și alimentație.....                                                                                                                 | 51        |
| 4.4.3. Scala de alfabetizare în sănătate .....                                                                                                                        | 52        |
| 4.4.4. Validarea HLS-EU-Q16 pentru populația din România.....                                                                                                         | 54        |
| 4.4.5. Predictorii ai alfabetizării în sănătate.....                                                                                                                  | 56        |
| 4.4.6. Alfabetizarea în sănătate și alfabetizarea alimentară.....                                                                                                     | 56        |
| 4.5. Discuții.....                                                                                                                                                    | 58        |
| 4.6. Concluzii.....                                                                                                                                                   | 61        |
| 4.7. Finanțare .....                                                                                                                                                  | 61        |
| <b>Capitolul 5: Identificarea programelor și politicilor nutriționale existente folosind interviurile cu părțile interesate: o oportunitate pentru schimbare.....</b> | <b>63</b> |
| 5.1. Introducere.....                                                                                                                                                 | 63        |
| 5.2. Scop și obiective.....                                                                                                                                           | 68        |
| 5.3. Metodologie.....                                                                                                                                                 | 68        |
| 5.3.1. Design-ul studiului.....                                                                                                                                       | 68        |
| 5.3.2. Colectarea de date .....                                                                                                                                       | 68        |
| 5.3.3. Instrumentul de cercetare.....                                                                                                                                 | 69        |
| 5.3.4. Analizarea datelor .....                                                                                                                                       | 69        |
| 5.4. Rezultate .....                                                                                                                                                  | 69        |

|                                                                                                                                                      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.4.1. Tema 1. Practici legate de îmbunătățirea alfabetizării alimentare .....                                                                       | 70         |
| 5.3.2. Tema 2. Probleme existente în domeniul de alfabetizare în sănătate și alfabetizare alimentară.....                                            | 80         |
| 5.4.3. Tema 3. Soluții pentru îmbunătățirea alfabetizării alimentare.....                                                                            | 88         |
| 5.5. Discuții.....                                                                                                                                   | 95         |
| 5.6. Concluzii.....                                                                                                                                  | 98         |
| <b>Capitolul 6: Educație formală și non-formală combinată: un model educațional pentru îmbunătățirea alfabetizării alimentare a studenților.....</b> | <b>99</b>  |
| 6.1. Introducere.....                                                                                                                                | 99         |
| 6.2. Scop și obiective.....                                                                                                                          | 100        |
| 6.3. Metodologie.....                                                                                                                                | 101        |
| 6.3.1. Design-ul studiului.....                                                                                                                      | 101        |
| 6.3.2. Modelul educațional folosit în studiu .....                                                                                                   | 101        |
| 6.3.3. Participanți .....                                                                                                                            | 102        |
| 6.3.4. Caracteristici ale campaniilor de sănătate folosite în studiu .....                                                                           | 102        |
| 6.3.5. Focus grupuri și participanți .....                                                                                                           | 103        |
| 6.3.6. Analizarea datelor .....                                                                                                                      | 104        |
| 6.4. Rezultate .....                                                                                                                                 | 104        |
| 6.5. Discuții.....                                                                                                                                   | 115        |
| 6.6. Concluzii.....                                                                                                                                  | 118        |
| 6.7. Finanțare .....                                                                                                                                 | 118        |
| <b>Capitolul 7: Concluzii generale ale tezei .....</b>                                                                                               | <b>119</b> |
| <b>Referințe.....</b>                                                                                                                                | <b>126</b> |
| <b>Anexe .....</b>                                                                                                                                   | <b>164</b> |
| Anexa A .....                                                                                                                                        | 164        |
| Anexa B .....                                                                                                                                        | 184        |
| Anexa C .....                                                                                                                                        | 187        |

**Cuvinte cheie:** alfabetizare în sănătate, alfabetizare nutrițională, alfabetizare alimentară, nutriție, HLS-EU-Q16, politici publice, sănătate publică, programe de sănătate, intervenții în domeniul sănătății, politici de sănătate publică

# Rezumat

## **Raționamentul din spatele cercetărilor**

Alfabetizarea în sănătate reprezintă un concept important deoarece le permite oamenilor să-și dezvolte abilități și competențe pentru a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la sănătate, având un impact atât asupra lor cât și a familiilor acestora.

Persoanele care au un nivel adecvat de alfabetizare în sănătate își asumă un rol activ legat de sănătatea lor, sunt capabile să navigheze sistemele sanitare și sunt implicate în toate aspectele legate de sănătate din societatea lor. Alfabetizarea alimentară este o subcomponentă a termenului mai larg de alfabetizare în sănătate care ajută persoanele în a avea o relație sănătoasă cu alimentația și nutriția acestora. Aceasta le oferă cunoștințe și abilități care duc, în cele din urmă, la o stare îmbunătățită de sănătate și o calitate mai bună a vieții. Educația non-formală are potențialul de a ajuta oamenii să învețe mai bine folosind metode care pot fi complementare sistemului formal educațional.

Obiectivul pe termen lung al acestei teze a fost să înțeleagă mai bine conceptele de alfabetizare în sănătate și alfabetizare alimentară și să exploreze aceste concepte în contextul cultural din România pentru a oferi posibile soluții pentru îmbunătățirea acestor tipuri de alfabetizare și pentru a explora diverse propuneri de politici publice care ar putea fi adoptate la nivel național. Prezenta teză este constituită din șapte capitole referitoare la sănătatea publică și politicile publice din perspectiva alfabetizării în sănătate și alimentară și a educației non-formale cu scopul de a explora idei suplimentare de îmbunătățire a acestor concepte în populația românească.

Primele două capitole oferă o imagine de ansamblu asupra conceptelor de alfabetizare, alfabetizare în sănătate, alfabetizare în nutriție, educație, și au rolul de a pune bazele pentru restul tezei. Sunt prezentate definiții, istoria dezvoltării conceptului, statistici, modele conceptuale, cele mai bune practici și cercetarea de ultimă oră pentru toate conceptele. Mai mult, relațiile dintre concepte sunt explorate mai profund și sunt prezentate direcțiile viitoare de studiu.

Al treilea capitol prezintă metodologia și obiectivele prezentei teze și ajută la tranziția spre capitolele cu implicație practică ale acestei teze.

În capitolul patru, conceptele de alfabetizare în sănătate și nutrițională au fost explorate într-un eșantion de populație din regiunea de Nord-Vest a României. Capitolul are ca rezultat validarea scalei HLS-EU-Q16 pentru populația din România și explorează predictorii ai alfabetizării în sănătate. Rezultatele capitolului arată că scala este fiabilă pentru a fi utilizată pentru populația românească și că vârsta, sexul, educația, starea de sănătate auto-raportată și conceptele de alfabetizare în nutriție sunt toate predictorii ai alfabetizării în sănătate. Studiul se încheie prin formularea de recomandări și viitoare direcții pentru studii în domeniul alfabetizării în sănătate.

Capitolul cinci explorează programele și politicile legate de nutriție din perspectiva a diferite persoane cheie din România, folosind interviul ca și instrument de cercetare. Capitolul identifică politicile și programele existente privind nutriția din România și identifică probleme existente la nivel național. Răspunsurile de la interviurile cu părțile interesate au ajutat la identificarea posibilelor domenii de intervenție și au oferit idei de politici publice care pot fi puse în aplicare la nivel național.

Capitolul șase se concentrează pe proiectarea, implementarea și testarea pilot a unui model educațional care combină educația formală și non-formală pe un eșantion de studenți universitari. Acest capitol explică toți pașii modelului și furnizează o evaluare a testării pilot, folosind focus grupul ca și metodă de evaluare. Rezultatele focus grupurilor arată că modelul a oferit rezultate promițătoare și este potrivit pentru a fi utilizat într-un cadru de educație formală, cum ar fi universitățile. Capitolul se încheie cu recomandări suplimentare pentru adaptarea metodelor de educație non-formală la cea formală în context educațional.

Capitolul șapte compilează rezultatele principale din capitolele patru, cinci și șase și oferă recomandări pentru îmbunătățirea politicilor și practicilor în domeniul alfabetizării în sănătate și a alfabetizării nutriționale. De asemenea, prezintă principalele constatări ale prezentei teze, identificând predictorii alfabetizării în sănătate, acțiunile existente, inițiativele și problemele legate

de alfabetizarea nutrițională în România, precum și idei de politici și programe pentru viitoare cercetări în acest domeniu.

O descriere detaliată a fiecărui capitol este oferită în rândurile de mai jos.

## **Capitolul 1 - Alfabetizare, alfabetizare în sănătate, alfabetizare alimentară**

Acest capitol reprezintă o introducere în subiectul tezei mele și prezintă conceptele de alfabetizare, alfabetizare în sănătate și alfabetizare alimentară. Pentru fiecare concept sunt prezentate definiții, modul în care conceptul a evoluat în timp și statistici relevante pentru aceste concepte. De asemenea, se face conexiunea lor cu domeniul sănătății și se prezintă cele mai importante intervenții, programe și politici publice referitoare la aceste concepte.

Scopul alfabetizării este de a ajuta indivizii să-și atingă obiectivele, să participe la societate și să își dezvolte în mod constant cunoștințele pentru a-și atinge potențialul (Montoya, 2018). Potrivit UNESCO, alfabetizarea implică un continuum de învățare reprezentând o abilitate care cuprinde elemente sociale și culturale și nu doar capacitatea de a citi și a scrie (Mkandawire, 2018; Street & Street, 1984). De asemenea, alfabetizarea în domeniul conținutului este definită ca nivelul abilităților de citire și scriere necesare pentru a citi, a înțelege și a reacționa la materialele instructive adecvate într-un anumit domeniu (Readence, Bean și Baldwin, 2004). Cercetarea în domeniul alfabetizării a investigat efectele analfabetismului asupra sănătății și a constatat că majoritatea adulților care se confruntă cu dificultăți de citire au avut, de asemenea, rezultate mai slabe asupra sănătății sau o stare de sănătate mai precară (Holt și colab., 1992; Rudd, Colton și Schacht, 2000). Dificultățile de alfabetizare cresc riscul de sărăcie sau excluziune socială al oamenilor, le îngreunează păstrarea unui loc de muncă și limitează implicarea și oportunitățile lor sociale, politice, culturale (OECD, 2015).

Alfabetizarea în sănătate poate fi considerată a face parte din sfera de alfabetizare a domeniului conținutului, deoarece se concentrează în mod special pe alfabetizarea legată de sănătate. Cu toate acestea, alfabetizarea în sănătate este privită în mod distinct de alfabetizare, fiind legată de aceasta numai prin intermediul unor concepte. Alfabetizarea în sănătate este strâns legată de alfabetizare și implică cunoștințele, motivația și competențele oamenilor pentru a accesa, înțelege, analiza și aplica informații pentru a forma judecăți și pentru a lua decizii în viața de zi

cu zi în ceea ce privește asistența medicală, prevenirea bolilor și promovarea sănătății, pentru menținerea și îmbunătățirea calității viața în cursul vieții (Sørensen și colab., 2012). La început, alfabetizarea în sănătate a fost considerată un concept unidimensional, axat în principal pe capacitatea de citire și alfabetizarea funcțională în sănătate. În timp ce cercetările ulterioare au arătat că este un concept multidimensional, luând în considerare abilitățile necesare pentru identificarea și transformarea informațiilor în cunoștințe și acțiune. Există trei tipuri diferite de alfabetizare în sănătate care arată dimensiunile multiple ale conceptului: alfabetizare funcțională, interactivă și critică în sănătate (Nutbeam, 2008). Studiile efectuate în domeniul sănătății au identificat alfabetizarea în sănătate ca fiind un potențial mediator între factorii determinanți sociali ai sănătății și rezultatele legate de sănătate. Vârsta, sexul, educația, veniturile, rasa și etnia au fost toate asociate cu niveluri de alfabetizare a sănătății și rezultate legate de sănătate. Persoanele în vârstă, bărbații, persoanele cu mai puțină educație, persoanele cu un statut socio-economic mai scăzut și persoanele din diferite grupuri vulnerabile au fost identificate ca fiind expuse riscului pentru niveluri mai scăzute de alfabetizare în materie de sănătate, deci o stare de sănătate mai slabă. (Kutner, Greenberg, Jin și Paulsen, 2006; Osborn și colab., 2011; Sentell și Halpin, 2006).

Alfabetizarea nutrițională este conceptualizată ca fiind o formă specifică de alfabetizare a sănătății care reflectă „capacitatea de a putea accesa, interpreta și utiliza informațiile nutriționale” (Blitstein și Evans, 2006; Carbone și Zoellner, 2012; Silk și colab., 2008). Termenul este adesea folosit interschimbabil cu alfabetizarea alimentară, pe care definiția cea mai citată o descrie drept „schela care împuternicește indivizii, gospodăriile, comunitățile sau națiunile să protejeze calitatea dietei prin schimbare și să consolideze rezistența alimentară în timp. Acesta este compus dintr-o colecție de cunoștințe, abilități și comportamente interdependente necesare pentru a planifica, gestiona, selecta, pregăti și mânca alimente pentru a satisface nevoile și a determina aportul” (Vidgen & Gallegos, 2014). Cercetările ulterioare au clasificat alfabetizarea nutrițională ca un subset al alfabetizării alimentare (Vidgen & Gallegos, 2014).

## **Capitolul 2: Educație**

În capitolul doi se prezintă conceptul de educație prin trecerea în revistă a definiției educației, istoricul educației și statistici despre educație. De asemenea, se discută despre diverse forme ale educației cum ar fi cea formală, informală și nom-formală.

UNESCO a declarat că educația „va permite tuturor persoanelor să participe eficient într-o societate liberă, să promoveze înțelegerea, toleranța și prietenia între toate națiunile și toate grupurile rasiale, etnice sau religioase” (UNESCO, 2020b). Pentru a realiza acest lucru, educația are rolul de a facilita învățarea utilizând metode variate, cum ar fi predarea, instruirea, cercetarea dirijată, povestirea și discuția. De obicei, procesul educațional este ghidat de educatori, dar există și diferite forme de autoeducare, deoarece educația este un proces care are loc pe parcursul întregii vieți. Spre sfârșitul anului 1990, OCDE împreună cu alți experți din domeniul educațional au definit tipurile de educație la care este expus pe toată durata vieții: educație formală, educație informală și educație non-formală (OECD, 2020). Educația formală poate fi definită ca învățarea intenționată, care este organizată, structurată și ghidată de un curriculum. Acest tip de învățare este organizat de o instituție și are cursuri de credit, obiective de învățare și rezultate așteptate (Ainsworth, Sarah și Eaton, 2010). Educația non-formală include diverse situații de învățare structurate care nu au nivelul de curriculum, cursuri de credit și certificări care sunt tipice pentru sistemul de educație formală și care pot sau nu să fie intenționate și organizate de o instituție. Educația non-formală are loc de obicei ca parte a altor activități (Ainsworth și colab., 2010). Potrivit UNESCO, „caracteristica definitorie a educației non-formale este aceea că este o adăugare, alternativă și / sau o completare a educației formale în cadrul procesului de învățare pe tot parcursul vieții a indivizilor”. (UNESCO, 2012). Educația informală este un tip de învățare nestructurat și are loc fără a fi ghidat de vreun obiectiv sau curriculum. Acest tip de învățare este cel mai spontan, astfel se poate întâmpla oriunde și în orice moment (Ainsworth și colab., 2010). Principala diferență între educația informală și cea non-formală este faptul că educația non-formală are de obicei un obiectiv de învățare și adesea un facilitator, în timp ce educația informală are loc într-o manieră nestructurată, fără ca cineva să o faciliteze.

### **Capitolul 3: Metodologia și obiectivele tezei**

În cadrul acestui capitol este prezentată metodologia, scopul și obiectivele fiecărui studiu individual care reprezintă contribuția personală în cadrul prezentei teze.

Capitolul patru este reprezentat de o abordare cantitativă folosind un design transversal de studiu care evaluează nivelul de alfabetizare în materie de sănătate și alfabetizare a persoanelor din regiunea de nord-vest a României utilizând chestionarul ca și metodă de cercetare.

Capitolul cinci este reprezentat de o abordare calitativă prin realizarea de interviuri semi-structurate cu părțile interesate din România care sunt implicate în domeniul nutriției.

Capitolul șase este reprezentat de o abordare calitativă prin realizarea unor focus grupuri de discuții cu studenți care au participat la o intervenție test-pilot privind nutriția.

#### **Capitolul 4: Alfabetizarea în sănătate și alimentară în regiunea de nord-vest a României: un studiu de validare a instrumentului HLS-EU-Q16**

Scopul acestui studiu a fost de a explora relațiile dintre alfabetizarea în domeniul sănătății și alfabetizarea alimentară într-un eșantion de populație românească din regiunea de nord-vest a României.

Obiectivul 1: Validarea instrumentului HLS-EU-Q16 de alfabetizare a sănătății pe 1600 de locuitori din regiunea de nord-vest a României pe o perioadă de 12 luni.

Obiectivul 2: Evaluarea asocierii dintre alfabetizarea sănătății, alfabetizarea alimentară și caracteristicile socio-demografice pentru 1600 de locuitori din regiunea de nord-vest a României pe o perioadă de 12 luni.

Pentru realizarea acestui studiu a fost selectat un eșantion reprezentativ, stratificat aleatoriu din regiunea de nord-vest a României, urmând regulile de eșantionare probabilistică a listelor electorale, proporțional cu mărimea localităților selectate aleatoriu din județele românești Bihor, Sălaj, Bistrița-Năsăud, Maramureș și Cluj. În cadrul celor cinci regiuni, 43 de orașe și sate au fost selectate aleatoriu folosind site-ul random.org, probabilitatea selecției fiind proporțională cu dimensiunea populației. Punctele de prelevare au fost distribuite proporțional cu distribuția populației - au fost selectate inițial locurile de votare, apoi străzile de plecare de la fiecare loc de votare. Criteriile de eligibilitate pentru participanți au fost: 18 ani sau peste, rezidența și limba română, fără semne clare de dizabilități psihologice sau de învățare și disponibilitatea de a răspunde la sondaj. Datele au fost colectate în weekend între martie și noiembrie 2019 folosind dispozitive mobile de către 12 tehnicieni de teren instruiți și plătiți, iar platforma Survey Monkey a fost utilizată pentru colectarea datelor și completarea formularului de sondaj. Chestionarul elaborat pentru acest studiu a evaluat variabilele legate de alfabetizarea sănătății, alfabetizarea alimentară și date socio-demografice. Majoritatea eșantionului au fost reprezentat de femei (61,2%) și cea mai mare parte a eșantionului trăiește în mediul rural (52,1%). În ceea ce privește educația, cea mai comună formă de educație absolvită de respondenții noștri a fost liceul (44,1%),

urmată de universitate (30,1%). Doar un mic procent din eșantionul nostru (0,6%) nu a avut educație formală. Majoritatea eșantionului nostru a fost angajat (44,2%), urmat îndeaproape de persoanele pensionate sau care trăiau din ajutorul social (41,9%). Majoritatea eșantionului nostru a fost căsătorit (67,1%), au fost cupluri care trăiau cu copiii (30,9%) și au fost respondenți care au raportat că au copii (79,9%). Majoritatea eșantionului a considerat că sănătatea lor este bună în general (43,3%), doar 14,8% declarând că au o stare de sănătate proastă sau foarte proastă. Jumătate din eșantion (50,6%) a raportat că sunt interesați de subiectele nutriționale, iar un sfert din eșantion (25,5%) a declarat că nu sunt cu adevărat interesați. Majoritatea participanților au considerat că este ușor pentru ei să găsească informații despre nutriție (41,5%), să evalueze dacă un produs alimentar este sănătos (47,8%) și să evalueze impactul pe termen lung al obiceiurilor alimentare asupra sănătății (50,4%). Pentru a valida scala HLS-EU-Q16 pentru populația din România, a fost efectuată o analiză factorială exploratorie (EFA) în SPSS pentru toți cei 16 itemi. Rezultatele EFA au arătat o valoare Kaiser-Meyer-Okin (KMO) de 0,850, susținând adecvarea eșantionării pentru analiză. Rezultatele obținute pentru scala de alfabetizare în sănătate îi susțin componenta factorială și fiabilitatea, cu un Alfa Cronbach de  $\alpha = 0,841$ . Rezultatele scalei HLS-EU-Q16 au arătat că majoritatea eșantionului, 59,2%, are un nivel suficient de alfabetizare în sănătate, în timp ce 33,2% au un nivel problematic de alfabetizare în sănătate și 7,5% au un nivel inadecvat de alfabetizare în sănătate.

Pentru a evalua predictorii alfabetizării în sănătate, a fost realizat un model de regresie liniară.

Vârsta, sexul, educația și sănătatea auto-raportată au fost toate asociate cu alfabetizarea în domeniul sănătății la un nivel semnificativ de  $p=0,000$ , locul de reședință a fost singurul care nu a prezentat nicio asociere cu alfabetizarea în sănătate. Un alt model de regresie liniară a fost utilizat pentru a evalua relația dintre alfabetizarea în domeniul sănătății și alfabetizarea alimentară.

Vârsta, sexul, educația și sănătatea auto-raportată au rămas asociate cu alfabetizarea în materie de sănătate și toate restul variabilelor au fost semnificative statistic. Cunoștințele cu privire la impactul pe termen lung al obiceiurilor alimentare asupra sănătății au avut cea mai puternică relație cu alfabetizarea în materie de sănătate, urmată de cunoștințe despre găsirea de informații despre subiecte nutriționale și interes pe teme nutriționale. Studiul nostru a demonstrat un scor similar de alfabetizare în materie de sănătate cu studii mari efectuate în Franța, Danemarca și Islanda, iar alfabetizarea limitată a sănătății a fost legată de sex, vârstă, educație, starea de sănătate auto-raportată și alfabetizarea alimentară, similar cu alte cercetări din domeniu (Duplaga,

2020; Gustafsdottir et al., 2020; Levin-Zamir et al., 2016; Lorini et al., 2019; Tang Svendsen et al., 2020; Vandenbosch, Van den Broucke, et al., 2016).

## **Capitolul 5: Identificarea programelor și politicilor nutriționale existente folosind interviurile cu părțile interesate: o oportunitate pentru schimbare**

Scopul acestui studiu a fost de a evalua cunoașterea programelor, acțiunilor și politicilor privind nutriția și de a explora direcțiile viitoare ale implicațiilor politicii și practicii într-un eșantion de părți interesate române din domeniul nutriției.

Obiectivul 1: Desfășurarea de interviuri cu părțile interesate din domeniile legate de nutriție și alimente până la saturarea datelor, pe o perioadă de cinci luni.

Obiectivul 2: Extragerea de informații relevante legate de politici și programe din interviurile părților interesate pentru a îmbunătăți alfabetizarea alimentară în România.

Obiectivul 3: Formularea a cel puțin o soluție care trebuie întreprinsă la nivel național, legată de domeniul nutrițional în România.

Interviurile au fost colectate între lunile martie - iulie 2020. Fiecare interviu a durat între 26 - 57 de minute și a fost realizat utilizând platforma Zoom de conferință video (n = 20) și prin telefon (n = 2), în funcție de preferințele și disponibilitatea părților interesate. Toate interviurile au fost înregistrate și transcrise. Nu au fost oferite stimulente participanților la acest studiu. Un total de 22 de interviuri au fost colectate de la părțile interesate, 15 femei și 7 bărbați. Aceștia erau părți interesate cu interes pentru nutriție din sectorul de elaborare a politicilor, sectorul medical, sectorul educației, sectorul ONG-urilor, sectorul public și sectorul privat. Părțile interesate au oferit informații despre experiența lor în domeniul nutriției și și-au exprimat opiniile personale cu privire la îmbunătățirea alfabetizării sănătății și a alimentației populației românești. Trei teme principale au apărut din interviurile cu părțile interesate cu 17 subteme care explică (1) acțiunile și inițiativele existente pentru a explica alfabetizarea alimentară în România, (2) au identificat probleme care interferează cu dezvoltarea în continuare a conceptului și (3) idei de politici și programe. pentru îmbunătățirea în continuare a alfabetizării alimentare.

Rezultatele au arătat că există un sistem existent prin care populația are acces la unele informații nutriționale, fie prin factori culturali, fie prin acces la sfaturi medicale. În afară de aceasta, există unele programe existente care vizează îmbunătățirea alfabetizării alimentare și există legislație și unele structuri organizaționale în legătură cu acest domeniu.

Cu toate acestea, studiul a evidențiat unele aspecte care ar putea lipsi sau ar putea să nu fie pe deplin funcționale și care împiedică procesul de alfabetizare alimentară în România. Una dintre principalele probleme discutate este faptul că legislația nu este implementată și pusă în aplicare în mod corespunzător, creând lacune în eforturile de îmbunătățire a sănătății și a alfabetizării alimentare în România. Unele exemple includ legislații care au fost deja ratificate, dar care nu sunt aplicate, cum ar fi Legea nr. 256/2015 (stabilirea rolului dieteticianului și organizarea și funcționarea Colegiului Dieteticienilor din România), care a fost aprobat doar în 2019 și încă nu are nicio normă în vigoare și nu este implementat (Stoian, 2016). Un alt exemplu ar fi Legea nr. 123/2008 care interzice vânzarea de mâncăruri rapide și alimente procesate în școli sau într-un interval al școlii, care nu este aplicată în totalitate, astfel copiii având acces la alimente nesănătoase. Lipsa educației și a cunoștințelor legate de alimentație și nutriție a fost evidențiată ca fiind problematică în studiul nostru, iar educația pentru sănătate în școală poate constitui o soluție pentru populația tânără. Pentru adulți, nu au existat programe sau intervenții sistematice la nivel național pentru a crește alfabetizarea alimentară. Există servicii de prevenire acoperite de Legea nr. 95/2006 care oferă controale de sânge anuale, dar nu există un alt sistem de urmărire pentru a evalua conformitatea cu recomandările medicale. Aceste probleme au fost semnalate de respondenți, considerând că personalul medical ar trebui să beneficieze de educație medicală continuă în nutriție și ar trebui să aibă proceduri de screening bine stabilite și programe de urmărire pentru a putea oferi sfaturi nutriționale actuale și fiabile. Rezultatele sunt în concordanță cu constatările din alte țări, care arată cunoștințe reduse pe teme nutriționale în rândul personalului medical și solicită competențe în îngrijirea pacienților legate de nutriție în rândul practicienilor medicali (Grammatikopoulou și colab., 2019). Alte aspecte care au fost identificate de către părțile interesate ca lipsite sau problematice sunt legate de structura națională existentă în România, care este legată de nutriție. Faptul că nu există un ghid național existent actualizat, nici un Colegiu al Dieteticienilor și nici o structură adecvată pentru a le încorpora în sistemul de sănătate publică dovedește că domeniul nutriției este încă neglijat și nu funcționează corespunzător la nivel național. Sunt recomandate cu tărie acțiuni pentru crearea normelor și ghidurilor necesare pentru îmbunătățirea acestor aspecte, deoarece studiile au arătat că este o măsură eficientă (Harris, Drimie, Roopnaraine și Covic, 2017; Pelletier, Menon, Ngo, Frongillo și Frongillo, 2011). Acest studiu a oferit mai multe recomandări bazate pe literatura existentă. Aceste recomandări au potențialul de a ajuta factorii de decizie politică și cercetătorii în domeniul

sănătății publice să dezvolte legislație și programe adecvate menite să îmbunătățească alfabetizarea alimentară a populației române și pot duce la schimbări semnificative de comportament la nivel național.

### **Capitolul 6: Educație formală și non-formală combinată: un model educațional pentru îmbunătățirea alfabetizării alimentare a studenților**

Scopul acestui studiu a fost de a oferi un model care să combine educația formală și non-formală care poate fi ușor adaptată și aplicată într-un context universitar.

Obiectivele sunt:

Obiectivul 1: Proiectarea unui model combinat de educație formală și non-formală pentru îmbunătățirea alfabetizării alimentare a studenților pe parcursul unui semestru.

Obiectivul 2: Implementarea modelului pentru o perioadă de cinci luni într-un mediu formal, cum ar fi o universitate.

Obiectivul 3: Evaluarea rezultatelor modelului folosind cel puțin două focus grupuri cu studenții ca abordare calitativă.

Modelul conceput pentru acest studiu a avut două componente: educația formală și educația non-formală. Modelul este construit pe baza teoriei învățării experiențiale, care se regăsește și sub denumirea de „învățare prin realizare” (Roberts, 2003). Teoria a fost utilizată pentru a crea un obiectiv de învățare, și anume pentru a crește alfabetizarea alimentară a participanților prin expunerea lor la o situație din viața reală în care au trebuit să creeze o campanie de sănătate pentru populație, fiind responsabili de toate fazele o astfel de sarcină: de la găsirea informațiilor necesare care se potrivesc mai bine subiectului lor, elaborarea materialelor, testarea prealabilă, implementarea și evaluarea campaniei de sănătate. Modelul educațional formal și non-formal a fost implementat pe parcursul unui semestru (5 luni) într-un eșantion de studenți de la Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România. Componenta formală a fost evaluată folosind sarcini în timpul semestrului, un examen oral și o prezentare a rezultatelor campaniei, componente care au fost toate notate.

Componenta non-formală a fost evaluată folosind focus-grupuri care au explorat dacă s-au produs modificări în alfabetizarea studenților, ca urmare a implementării campaniei, chiar dacă aceștia nu au fost grupul țintă pentru informațiile utilizate. După ce și-au prezentat campaniile și au fost notate, 28 de echipe de studenți (16 echipe formate din 3 studenți și 8 echipe formate din 2

studenți) care au manifestat un efort și o implicare deosebită în proiectarea, implementarea și evaluarea campaniilor lor de sănătate au fost rugați să participe la un focus grup. Numărul final de participanți la focus grupuri a fost de 64 de studenți. Rezultatele acestui studiu au arătat că, după implementarea campaniilor de sănătate, cunoștințele studenților în nutriție s-au schimbat, doar prin expunerea la informații despre nutriție ca parte a cercetării lor pentru campanii. Chiar dacă studenții nu au fost ținta principală pentru schimbarea comportamentului, așa cum a fost grupul lor țintă, au raportat totuși că au aflat informații noi de care nu erau conștienți, mai ales în ceea ce privește consumul de zahăr, proteinele vegetale, dar și informații generale despre nutriție de care nu erau conștienți sau o considerau un mit. Cercetările efectuate în alte țări au arătat că educația non-formală s-a dovedit a fi foarte eficientă pe o serie de grupe de vârstă, sexe și naționalități, chiar din anii 1970 (Underwood, 2012). Studiile efectuate pe diferite forme de educație non-formală au arătat că există diferite setări în care oamenii pot învăța despre nutriție, chiar dacă scopul activității principale nu este educația nutrițională. Câteva exemple de astfel de locuri sunt: tabere de vară (Rosenkranz, Rodicheva, Updike, Rosenkranz și Dzewaltowski, 2017; Ventura și Garst, 2013), spitale, când oamenii merg la tratament sau la controale (del Río et al., 2019; Raber, Crawford și Chandra, 2017) sau utilizând tehnici de gamificare (DeSmet și colab., 2014; Nour, Yeung, Partridge și Allman-Farinelli, 2017; Yien, Hung și Hwang, 2011). Rezultatele au arătat, de asemenea, că găsirea mai multor informații despre nutriție i-a făcut pe studenți să fie mai responsabili la ceea ce au mâncat, mai ales pentru că au trebuit să ofere informații și sfaturi altora despre importanța nutriției asupra sănătății. Cercetările anterioare au demonstrat că nivelurile mai ridicate de cunoștințe legate de sănătate și nutriție sunt asociate cu mai puține comportamente alimentare nesănătoase (Huang, Yang și Chiang, 2020; Yang, Luo și Chiang, 2019). Alte rezultate privind percepțiile au arătat că, după ce au obținut informații despre nutriție prin campaniile de sănătate pe care le-au implementat, studenții au simțit un sentiment de vinovăție atunci când au consumat alimente despre care știau că sunt nesănătoase. Rezultatele noastre sunt similare cu alte descoperiri din literatura de specialitate care raportează sentimentele de vinovăție atunci când consumăm alimente nesănătoase, cum ar fi gustări (Hsieh, 2004). Modelul educațional are potențialul de a informa politicile educaționale pentru a integra educația non-formală în structurile formale, cum ar fi universitățile și liceele. Modelul ar putea contribui la îmbunătățirea coerenței dintre educația formală și non-formală și poate avea potențialul de a recunoaște nu numai potențialul educației non-formale, ci și de a face pași importanți pentru

stabilizarea și consolidarea legăturilor dintre actorii instituționali și părțile interesate sector non-formal și nu numai.

Utilizarea modelului educațional explicat în acest capitol are potențialul de a îmbunătăți alfabetizarea alimentară a studenților și, în consecință, alfabetizarea lor în materie de sănătate și rezultatele lor în materie de sănătate. În afară de aceasta, adoptând acest model la nivel național, România poate adera la recomandările Uniunii Europene de recunoaștere și includere a educației non-formale în planul nostru național și de a crea educație pentru sănătatea nutrițională a studenților.

### **Capitolul 7: Concluzii generale ale tezei**

În acest capitol au fost prezentate concluzii generale bazate pe cele trei capitole anterioare.

Câteva dintre aceste concluzii generale sunt:

1. Educația și alfabetizarea stau la baza alfabetizării în sănătate și alimentare, dotând oamenii cu abilități de bază de citire și scriere, cunoștințe, alfabetizare funcțională și sporind abilitatea lor individuală. Aceste capacități îi vor ajuta să ia măsuri legate de sănătatea și obiceiurile lor alimentare.
2. Validarea instrumentului de evaluare a alfabetizării în sănătate HLS-EU-Q16 pentru regiunea de nord-vest a României și evaluarea asocierii dintre alfabetizarea în domeniul sănătății, alfabetizarea alimentară și datele socio-demografice. Din câte știm, nu există o altă scală pentru evaluarea alfabetizării în sănătate validată pentru populația din România.
3. Procentul persoanelor cu niveluri scăzute de alfabetizare în domeniul sănătății din regiunea de nord-vest a României este de 41%, iar vârsta, sexul, educația, starea de sănătate auto-raportată și alfabetizarea alimentară s-au găsit ca predictorii ai alfabetizării în sănătate. Mai mult, studiul nostru a arătat predictorii alfabetizării în sănătate, printre care alfabetizarea alimentară a fost unul dintre cei mai puternici predictorii. Aceste descoperiri sunt extrem de utile deoarece adaugă informații valoroase din România la baza de date științifică internațională privind sănătatea și alfabetizarea alimentară.
4. Rezultatele interviurilor cu părțile interesate au relevat mecanismele existente pentru îmbunătățirea alfabetizării alimentare (și, prin urmare, a alfabetizării în sănătate), a politicilor legate de nutriție, a unor programe care vizează îmbunătățirea nutriției și a structurilor medicale existente pentru probleme nutriționale. Cu toate acestea, rezultatele au arătat că legislația

existentă nu este implementată sau pusă în aplicare în mod corespunzător, programele existente nu sunt la nivel național, nu au întotdeauna continuitate, nu vizează întreaga populație, iar domeniul asistenței medicale necesită o îmbunătățire a politicilor legate de alfabetizarea în nutriție și alimentație pentru profesioniștii din domeniul sănătății și implicarea adecvată a dieteticienilor din sistemul de sănătate.

5. Soluțiile identificate de părțile interesate s-au concentrat pe consolidarea structurii organizaționale și a infrastructurii la nivel național pentru acțiuni și programe mai bune legate de domeniul nutrițional și crearea, implementarea și aplicarea politicilor de îmbunătățire a alfabetizării alimentare.

6. În cele din urmă, a fost dezvoltat un model educațional ca parte a prezentei teze, model care combină educația formală și non-formală și care a reușit să îmbunătățească cunoștințele, atitudinile și comportamentele alimentare și nutriționale pe termen scurt ale studenților universitari. Acest model are potențialul de a ajuta studenții să-și îmbunătățească cunoștințele despre alimente și nutriție, lucrând pur și simplu pentru sarcinile necesare în timpul unui anumit curs. Modelul poate fi ușor adaptat și utilizat pentru studii și intervenții ulterioare asupra studenților universitari.

7. Munca întreprinsă ca parte a prezentei teze oferă o viziune holistică asupra domeniilor de alfabetizare în sănătate și alfabetizare alimentară și testează o soluție viabilă pentru îmbunătățirea acestor concepte. Aceste rezultate pot fi utilizate în continuare pentru îmbunătățirea politicilor de sănătate publică legate de nutriție, dezvoltarea de intervenții și programe și crearea de acțiuni care să ducă la o societate mai educată în materie de sănătate. Astfel de schimbări implementate la nivel național au potențialul de a îmbunătăți calitatea vieții și sănătatea generală a populației din România.