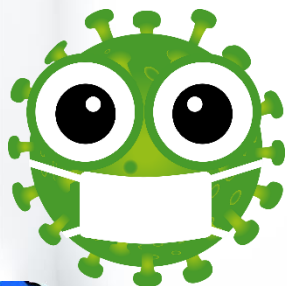


תזונה ואורח חיים בריא משפחתי בזמן הקורונה



לימור טל פוני

דיאטנית קלינית,
מנהלת המחלקה לתזונה,
מכבי שרותי בריאות



על מה נדון היום?

- < קשיים תזונתיים בתקופת הקורונה
- < אורח חיים בריא – אפשרי?
- < קידום אורח חיים בריא משפחתי - התערבויות
- < מיומנויות הוריות
- < תפקיד הרופא בקהילה
- < ויטמין D



אתגר אורח חיים בריא בשגרה

דפוסי התנהגות במשפחות המודרניות:

< נוכחות הורית ?

< פחות ארוחות משפחתיות

< סביבה אובסוגנית –

גישה חופשית יותר למזון, מזון מהיר מוכן, אכילה בחוץ

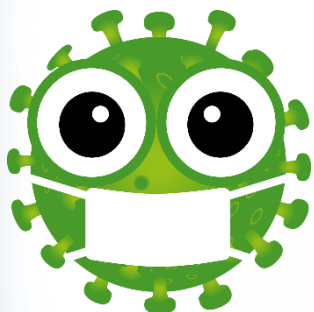
< הכנת אוכל ואכילה - בסדר עדיפות נמוך

< פחות פעילות גופנית משותפת

< פחות סמכות הורית



חווית ההורה והמשפחה בקורונה



- כולם בבית....
- אין שגרה
- מודאגים - אין חשק ופניות נפשית
- מתח, ויכוחים, קונפליקטים – גם סביב נושא האוכל.
- כעס שמלווה בהתבטאויות קשות.
- התעסקות מרובה סביב האכילה – "המטבח פתוח כל היום"
- "הוא לא אוכל...."
- קואליציות בתוך המשפחה.
- ההורים מתקשים בהצבת גבולות בתחומים רבים

אורח חיים בריא משפחתי

Guidelines

Recommendations

Encouraging Health Behavior Change: Eight Evidence-Based Strategies

התערבויות לשינוי התנהגות בריאות

BRIEF EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS FOR HEALTH BEHAVIOR CHANGE

Behavior	Technique	Description
All	SMART goal setting	Ensure that goals are specific, measurable, attainable, relevant, and timely.
	Problem-solving barriers	Identify possible barriers to change and develop solutions.
	Self-monitoring	Have patients keep a record of the behavior they are trying to change.
Physical inactivity	Physical activity prescription	Collaboratively work with the patient to pick an activity type, amount, and frequency.
Unhealthy eating	Small changes	Have patients choose small, attainable goals to change their diets, such as reducing the frequency of desserts or soda intake or increasing daily fruit and vegetable consumption.
	Plate Method	Encourage patients to design their plates to include 50 percent fruits and vegetables, 25 percent lean protein, and 25 percent grains or starches.
Lack of sleep	Brief behavioral therapy	After patients complete sleep diaries, use sleep restriction (reducing the amount of time in bed) and sleep scheduling (daily bed and wake-up times).
Medication nonadherence	Provide education	Instruct patients on drug therapy: indication, efficacy, safety, and convenience.
	Make medication routine	Add taking the medication to an existing habit to increase the likelihood patients will remember (e.g., use inhaler before brushing teeth).
	Engage social network	Close family members or friends can help fill pillboxes or remind patients to take their medications.
Smoking	Address the 5 Rs	Discuss the relevance to the patient, risks of smoking, rewards of quitting, roadblocks, and repeat the discussion.
	Set a quit date	Patients who set a quit date are more likely to stop smoking and remain abstinent.

The influence of parental
practices on child
promotive and preventive
food consumption behaviors:
a systematic
review and meta-analysis



Table 4 Moderator analysis of child healthy food consumption

Predictors	Moderator		K	Effect size
Restrictive Guidance	Age Group	POS	8	.03
		COS	3	.06
		FOS	2	.08
Availability	Age Group	POS	6	.16**
		COS	8	.26***
		FOS	1	.53***
Accessibility	Age Group	POS	1	.26***
		COS	2	.04
Modeling	Age Group	POS	9	.34***
		COS	7	.24***
		FOS	1	.42***
Pressure	Age Group	POS	8	-.06*
		COS	3	-.01
Reward with Verbal Praise	Age Group	POS	2	.26***
		COS	2	.04

Effect size calculations were based on the random effects model
K number of studies, Effect Size Pearson's r. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Table 5 Moderator analysis of child unhealthy food consumption

Predictors	Moderator		K	Effect size
Restrictive Guidance	Age Group	POS	9	-.03
		COS	3	-.19***
		FOS	3	-.20*
Availability	Age Group	POS	5	.37***
		COS	1	.22***
Modeling	Age Group	POS	2	.48***
		COS	3	.27***
Pressure	Age Group	POS	6	.05
		COS	3	.04
Reward with Verbal Praise	Age Group	POS	2	-.08**
		COS	2	-.02

Effect size calculations were based on the random effects model
K number of studies, Effect Size Pearson's r. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

תוצאות

- Results indicate that **availability and parental modeling** effects show the strongest associations with both healthy and unhealthy food consumption.
- In addition, the efficacy of some parenting practices might be dependent on the food consumption context and the age of the child.
- For **healthy foods**, active guidance/education might be more effective.
- For **unhealthy foods**, restrictive guidance/rule-making might be more effective.
- For children 7 and older, restrictive guidance/rule-making could be more effective in preventing unhealthy eating.
- For children 6 and younger, rewarding with verbal praise can be more effective in promoting healthy eating and in preventing unhealthy eating.

מסקנות

- This study illustrates that a number of parental behaviors are strong correlates of child food consumption behavior.
- More importantly, this study highlights 3 main areas in parental influence of child food consumption that are understudied:
 - (1) active guidance/education
 - (2) psychosocial mediators
 - (3) moderating influence of general parenting styles.

**Dietary Patterns of European
Children and Their Parents in
Association with Family Food
Environment:
Results from the I.Family Study**

תוצאות

Children were more likely to be allocated to the **Sweet & Fat DP** when their fathers were allocated to the Sweet & Fat DP and when they shared at least one meal per day (OR 3.18; 95% CI 1.84; 5.47).

Being allocated to the Sweet & Fat DP increased when the mother or the father was allocated to the Sweet & Fat DP and when **soft drinks were available** (OR 2.78; 95% CI 1.80; 4.28 or OR 4.26; 95% CI 2.16; 8.41, respectively).

Availability of soft drinks and **negative parental role modeling** are important predictors of children's dietary patterns.

Conclusions

- The **availability** of soft drinks during meals and **negative parental role modeling** are important predictors for intake of sweet and fat foods in children.
- Intervention strategies should focus on healthy shopping choices.
- Parents as **gatekeepers** for home food availability and as role models for children's eating behavior should be counseled in which foods should be consumed on a regular basis and which foods should be avoided at home.
- Not purchasing unhealthy foods will decrease their availability at home and during meals; thus, their consumption may be hampered and may decline in parents and their children.

Change in the family food environment is associated with positive dietary change in children

תוצאות

- After adjustments for child and family demographics, higher levels of perceived **food availability** at baseline was associated with greater reduction in saturated fat intake, where as higher perceived responsibility, restriction and pressure to eat were associated with lesser change in saturated fat.
- An increase in **nutrition knowledge, perceived responsibility and restriction** from baseline to week 12 were associated with greater reduction in saturated fat intake.

מסקנות

The **family food environment** inevitably plays an important role in the development of children's dietary habits.

The present study was able to quantify changes in the family food environment and identify a number of factors which were associated with a decrease in children's saturated fat intake.

Nutrition interventions target behaviour change as opposed to current behaviour, therefore the findings of this research may provide specific target for intervention strategies in the future

Associations between characteristics
of the home food environment and
fruit and vegetable intake
in preschool children:
A cross-sectional study

Table 2 Associations between CDQ score and characteristics of the home food environment: simple and multiple regression

Characteristic (n = 396)	Simple Regression		Multiple Regression	
	Regression co-efficient (95% CI)	p-value	Regression co-efficient (95% CI)	p-value
Parental role-modeling				
Daily serves of fruit & vegetables (F&V)	0.87 (0.64-1.11)	< 0.001	0.30 (0.09-0.50)	0.005
Occasions/day modeled F&V consumption	1.09 (0.78-1.40)	< 0.001		
Pressure to eat				
Pressure to eat	-0.78 (-1.40- -0.17)	0.012		
Parent providing behaviour				
Times/day parent provides F&V	2.22 (1.96-2.49)	< 0.001	1.80 (1.53-2.09)	< 0.001
Fruit and vegetable availability				
Different varieties of F&V in home	0.34 (0.25-0.43)	< 0.001	0.12 (0.03-0.20)	0.006
Fruit and vegetable accessibility*				
F&V kept in ready to eat format (Yes)	1.80 (0.87-2.73)	< 0.001	0.90 (0.20-1.60)	0.012
Mealtime practices*				
Always eat together as a family (7 nights per week)	0.90 (-0.02-1.82)	0.055		
Never eat dinner in front of TV (0 nights per week)	0.87 (-0.04-1.79)	0.061		
Family eats most meals at table/bench (All or most of the time)	0.48 (-0.86-1.82)	0.480		
Family eating policies* (% who all of most of the time ...)				
Ask child to eat everything on plate at dinner	-0.05 (-0.96-0.87)	0.922		
Restrict dessert if child does not eat dinner	-0.68 (-1.60-0.25)	0.151		
Reward with dessert if child finishes dinner	-0.79 (-1.79-0.21)	0.121		
Only allow child to eat at set mealtimes	1.38 (0.46-2.31)	0.003	1.00 (0.31-1.68)	0.006
Allow child to help him/herself to snacks	-1.59 (-3.90-0.72)	0.177		
Socio-demographic characteristics[#]				
Parental education - University	1.13 (0.22-2.05)	0.015		
Annual household income >\$100,000	0.87 (-0.05-1.79)	0.065		
Child gender	0.64 (-0.27-1.55)	0.169		
Child age	-0.12 (-0.87-0.64)	0.765		

* Dichotomous characteristics

[#] Parental education, household income and child gender were controlled for in the multivariate model but were not significant; p = 0.172, p = 0.848, p = 0.164 respectively.

תוצאות

The multiple regression analysis found positive associations between children's fruit and vegetable consumption and parental fruit and vegetable intake ($p = 0.005$), fruit and vegetable availability ($p = 0.006$) and accessibility ($p = 0.012$), the number of occasions each day that parents provided their child with fruit and vegetables ($p < 0.001$), and allowing children to eat only at set meal times all or most of the time ($p = 0.006$).

Combined, these characteristics of the home food environment accounted for 48% of the variation in the child's fruit and vegetable score.

מסקנות

This study identified a range of modifiable characteristics within the home food environment that are associated with fruit and vegetable consumption among preschool children. Such characteristics could be considered potential targets for interventions to promote intake among children of this age.

עודף משקל והשמנה בילדים



"נקודת הפתיחה" טרום הקורונה

מדינה	אחוז הילדים בגילאי 2-18 בעלי השמנה	אחוז הילדים בגילאי 2-18 בעלי עודף משקל
ישראל	12.6	28.8
יוון	9.2	31.4
אנגליה	7.8	27.7
הולנד	4.0	17.2
גרמניה	5.4	20.0
צרפת	5.3	18.0
ממוצע אירופי	7.4	23.0
ארה"ב	12.9	29.3
קנדה	9.4	23.8
רוסיה	7.0	20.2



המלצות למניעת השמנה



Guidelines

Recommendations

ESPGHAN - המלצות תזונתיות

1. אנרגיה – בהתאמה אישית
2. פחמימות – עדיפות לספיגה איטית והגבלת הפשוטות
3. מאקרונוטריאנטים - אין המלצות מיוחדות
4. מזון מהצומח – רצוי להרבות, תוך שמירה על איזון בין אבות המזון
5. מים - מקור עיקרי במקום משקאות ממותקים
6. מזון צפוף קלוריות וג'אנק פוד - צמצום מצריכתו
7. תדירות ארוחות - 4 ארוחות ביום לפחות
8. גודל מנה מותאם לגיל הילד
9. עידוד אכילת ארוחת בוקר
10. ארוחות משפחתיות - על בסיס יומי
11. מזון בריא ומגוון - צריך להיות זמין כחטיף



ESPGHAN - המלצות תזונתיות

- תכנית אכילה יומית מותאמת אישית
- קביעת כמות הקלוריות בהתאם לגיל, אנמנזה ושינויים במשקל. (הפחתה של 100-150 קלוריות ביום)
- תזונה מאוזנת מבחינת הרכב אבות המזון:
– אין עדיפות להרכב אבות מזון מסוים או לאסטרטגיה תזונתית מסוימת.





Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity

Deanna M. Hoelscher, PhD, RD, LD; Shelley Kirk, PhD, RD, LD; Lorrene Ritchie, PhD, RD; Leslie Cunningham-Sabo, PhD, RD; for the Academy Positions Committee

ABSTRACT

It is the position of the Academy of Nutrition and Dietetics that prevention and treatment of pediatric overweight and obesity require systems-level approaches that include the skills of registered dietitians, as well as consistent and integrated messages and environmental support across all sectors of society to achieve sustained dietary and physical-activity behavior change. This position paper provides guidance and recommendations for levels of intervention targeting overweight and obesity prevention and treatment from preschool age through adolescence. Methods included a review of the literature from 2009 to April 2012, including the Academy's 2009 evidence analysis school-based reviews. Multicomponent interventions show the greatest impact for primary prevention; thus, early childhood and school-based interventions should integrate behavioral and environmental approaches that focus on dietary intake and physical activity using a systems-level approach targeting the multilevel structure of the socioecological model as well as interactions and relationships between levels. Secondary prevention and tertiary prevention/treatment should emphasize sustained family-based, developmentally appropriate approaches that include nutrition education, dietary counseling, parenting skills, behavioral strategies, and physical-activity promotion. For obese youth with concomitant serious comorbidities, structured dietary approaches and pharmacologic agents should be considered, and weight-loss surgery can be considered for severely obese adolescents. Policy and environmental interventions are recommended as feasible and sustainable ways to support healthful lifestyles for children and families. The Academy supports commitment of resources for interventions, policies, and research that promote healthful eating and physical-activity behaviors to ensure that all youth have the opportunity to achieve and maintain a weight that is optimal for health.

J Acad Nutr Diet. 2013;113:1375-1394.

POSITION STATEMENT

It is the position of the Academy of Nutrition and Dietetics that prevention and treatment of pediatric overweight and obesity require systems-level approaches that include the skills of registered dietitians, as well as consistent and integrated messages and environmental support across all sectors of society, to achieve sustained dietary and physical-activity behavior change.

Position of the Academy of Nutrition and Dietetics

	Population	Strategies	Correspondence to staged approach for treatment of pediatric obesity ²²
Primary prevention	Population-wide interventions that include youth of all body sizes or weight	Eating and physical-activity messages or programs intended to prevent incidence of overweight/obesity and/or provide a supportive environment for weight maintenance	NA ^a
Secondary prevention	Overweight or obese youth with no weight-related comorbidities	More structured and involved eating and physical-activity programs intended to help overweight and obese youth obtain a healthy weight; may require medical approval or limited supervision	Stage 1: Prevention Plus Stage 2: Structured Weight Management Stage 3: Comprehensive Multidisciplinary Intervention
Tertiary prevention	Overweight or obese youth with comorbidities Severely obese youth	Intensive and comprehensive treatments for overweight and obese youth conducted under medical supervision with a focus on resolving weight-related comorbidities or at least decreasing their severity	Stage 1: Prevention Plus Stage 2: Structured Weight Management Stage 3: Comprehensive Multidisciplinary Intervention Stage 4: Tertiary Care Intervention

^aNA=not applicable.

אסטרטגיות טיפוליות למניעת השמנה והפרעות אכילה

• דיאטה-

מהווה גורם סיכון להשמנה והפרעת אכילה. רוב המחקרים מראים קשר בין ניסיונות דיאטה במשך הילדות לבין השמנה ואכילת יתר בהמשך.

• ארוחות משפחתיות-

ארוחות משפחתיות מהוות מודלינג אכילה של הורים לילדיהם. תדירות גבוהה של ארוחות משפחתיות נמצאה קשורה בשיפור איכות המאכלים שנאכלים ובהגנה מפני התנהגויות אכילה מופרעות.



אסטרטגיות טיפוליות למניעת השמנה והפרעות אכילה

• דיבור ממוקד משקל-

הערות סביב משקל של בני המשפחה או עידוד ירידה במשקל. מחקרים מצאו קשר בין דיבור של ההורים על משקל ודיאטה לבין התפתחות השמנה ו/או הפרעת אכילה.

• הקנטות לגבי משקל-

בין 30-40% מהילדים ו/או מתבגרים חווים הקנטות לגבי משקלם מצד בני המשפחה או ילדים בני גילם. הקנטות על המשקל של הילד/ה מצד המשפחה מנבאים התפתחות של השמנה, התקפי אכילה והתנהגויות של שליטה קיצוניות במשקל אצל בנים ובנות.

אסטרטגיות טיפוליות למניעת השמנה והפרעות אכילה

• דימוי גוף בריא-

כמחצית מהבנות בגיל ההתבגרות ורבע מהבנים בגיל ההתבגרות לא מרוצים ממראה גופם.

דימוי גוף נמוך ידוע כגורם סיכון להתפתחות הפרעות אכילה ו/או השמנה.

רמות גבוהות של אי שביעות רצון מהגוף קשורות ליותר התנהגויות אכילה מופרעות וניסיונות דיאטה אצל מתבגרים.



האומנם אפשר לשנות הרגלים?



חשיבות ההורה בהטמעת אורח חיים בריא

<עבודה עם ההורים היא גורם מרכזי

<ההורה כמודל לחיקוי עיקרי של הילד

<להורים השפעה על התנהגות אכילה ונורמות
המראה במשפחה



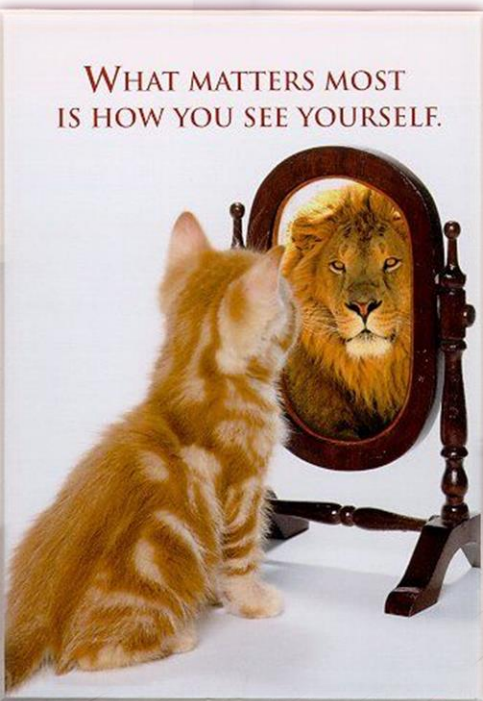
<לקיחת אחריות על תהליך השינוי

<מתן מיומנויות הוריות

<מערכות תמיכה במשפחה

הורה מודל לחיקוי

- אנו כהורים חשופים כל הזמן.
מה רואה הילד כשהוא מתבונן בנו ?
- הילדים מחקים את ההתנהגויות שלנו.
- הילדים ערים להתנהגויות שזכות לחיזוק.
- שליטה עצמית של ההורה.
- מסרים כפולים?
- בהורים גרושים - מי נושא באחריות?



הצבת גבולות

בשגרה:

- גבולות מסייעים בהתארגנות העולם הפנימי של הילד.
- טיפוח עצמאות.
- חיזוק היכולת לדחות סיפוקים.
- טיפוח כישורים חברתיים.

בתקופת הקורונה:

« אין כוח ופניות רגשית

« קושי בהצבת גבולות

« הרחבת טווח הגבול, גמישות?

« נוקשים?

« גבולות ברורים?

« עקביות?

מתי להגיד כן
מתי להגיד לא

גבו לות

חלוקת האחריות בנושא אכילה:
ההורים אחראים על מה, מתי והיכן
לאכול
הילדים אחראים על כמה ואם בכלל
לאכול.

אלין סאטר



אתגר ימי הקורונה:

קושי ומשבר

או

הזדמנות לשינוי?



האתגר התזונתי בתקופת הקורונה



האתגר בקורונה

- כולם בבית....
- אין שגרה, אין סדר יום
- דאגה של ההורים – אין כוח ופניות נפשית
- סגר
- פחות פעילות בחוץ, פחות פעילות
- קונפליקטים - גם סביב נושא האוכל.
- התעסקות מיותרת סביב האכילה
- סטרס שמוביל לאכילה רגשית
- הורים מתקשים בהצבת גבולות

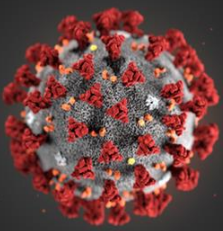


ההזדמנות בקורונה

- כולם בבית
- נוכחות הורית
- יש יותר זמן פנוי (זמן משותף)
- סגר – אפשר לבשל יחד
- אפשר לבצע פעילות גופנית יחד
- מערכת תמיכה משפחתית
- הזדמנות לשינוי ?



OPPORTUNITY

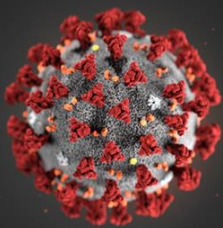


Brief Cutting-Edge Report

Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study

Objective: To test the hypothesis that youths with obesity, when removed from structured school activities and confined to their homes during the COVID-19 pandemic, will display unfavorable trends in lifestyle behaviors.

Methods: The sample included 41 children and adolescents with obesity participating in a longitudinal observational study located in Verona, Italy. Lifestyle information including diet, activity, and sleep behaviors were collected at baseline and three weeks into the national lockdown during which home confinement was mandatory. Changes in outcomes over the two study time points were evaluated for significance using paired t-tests.



Brief Cutting-Edge Report

Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study

Results: There were no changes in reported vegetable intake; fruit intake increased ($p=0.055$) during the lockdown. By contrast, potato chip, red meat, and sugary drink intakes increased significantly during the lockdown (p -value range, 0.005 to <0.001). Time spent in sports activities decreased ($X \pm SD$) by 2.30 ± 4.60 hours/week ($p=0.003$) and sleep time increased by 0.65 ± 1.29 hours/day ($p=0.003$). Screen time increased by 4.85 ± 2.40 hours/day ($p<0.001$).

Conclusions: Recognizing these adverse collateral effects of the COVID-19 pandemic lockdown is critical in avoiding depreciation of weight control efforts among youths afflicted with excess adiposity. Depending on duration, these untoward lockdown effects may have a lasting impact on a child's or adolescent's adult adiposity level.

מה קורה בחופש הגדול?

From Kindergarten Through Second Grade, U.S. Children's Obesity Prevalence Grows Only During Summer Vacations

Paul T. von Hippel¹ and Joseph Workman²

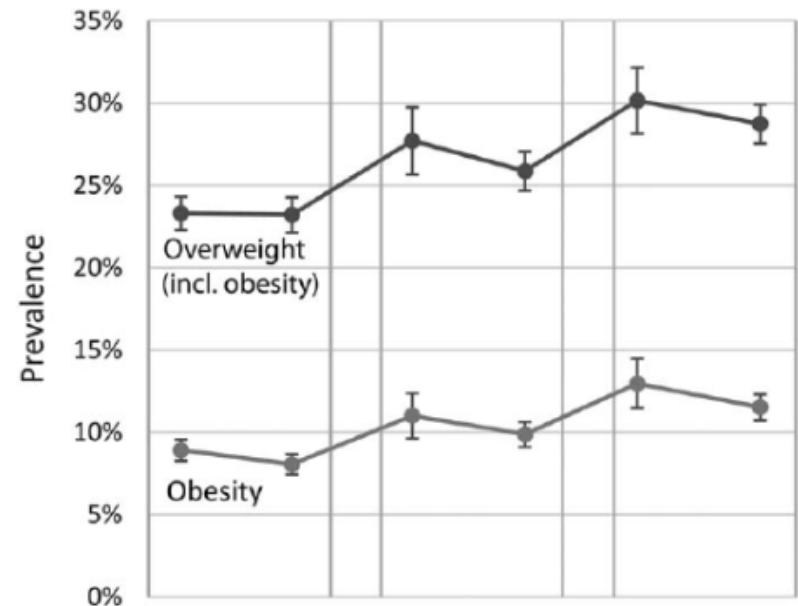
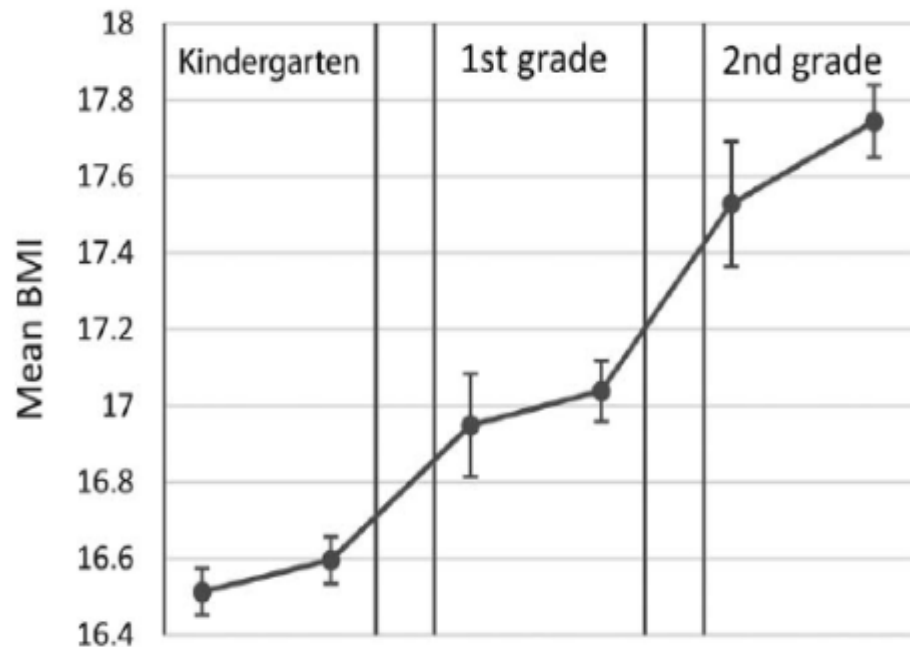
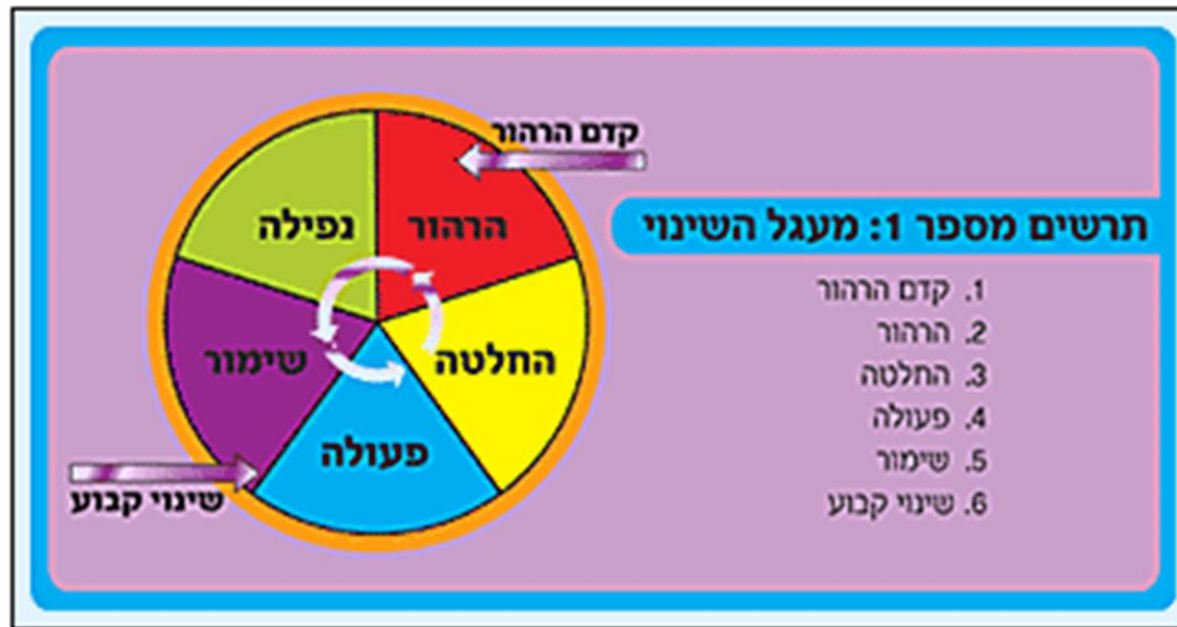


Figure 1 Mean BMI, overweight prevalence, and obesity prevalence in the fall and spring of each school year.



איך משנים את
המצב??

מעגל השינוי

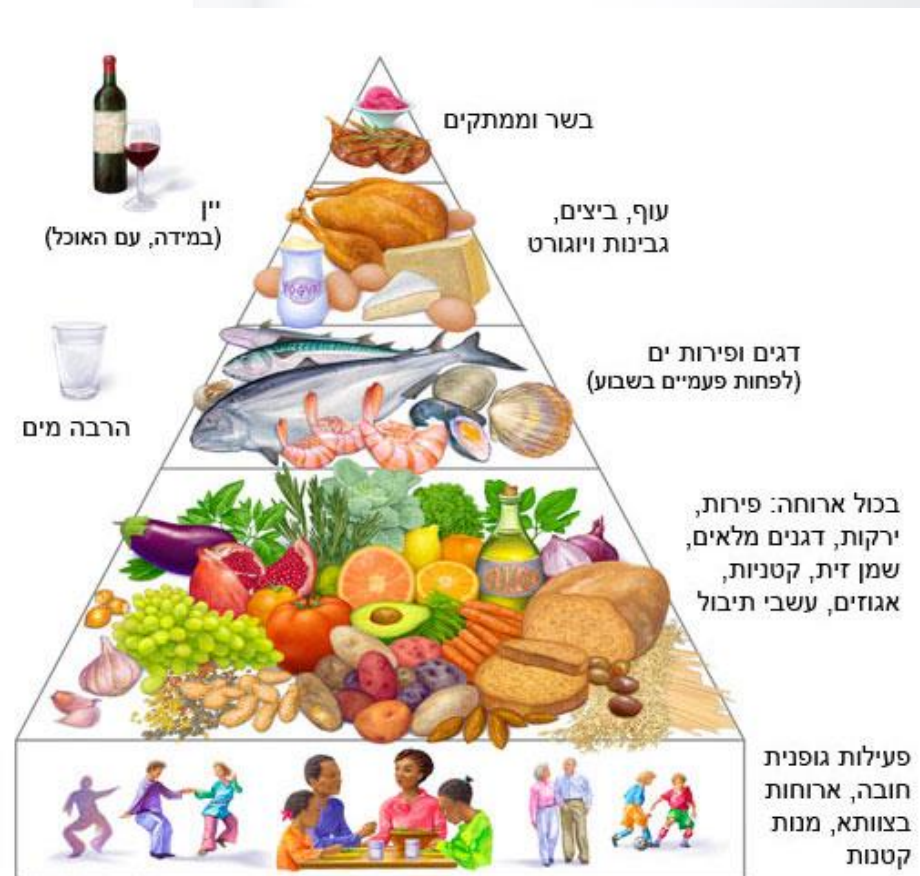


שישה שלבים בדרך אל השינוי

עקרונות מרכזיים בתזונה ים תיכונית

- התזונה צריכה להיות מגוונת, ומבוססת בעיקר על מזון שמקורו בצומח, טרי או קפוא, אשר לא עבר עיבוד או עבר עיבוד מינימאלי וללא תוספת של סוכר, מלח או רטבים עתירי קלוריות ושומן.

- מומלץ להשתמש בשיטות בישול המשמרות את רכיבי התזונה הטבעיים המצויים במזונות (למשל אידוי, הקפצה) ולהעדיף הכנה עצמית של מזון על פני רכישת מזון מוכן.



פעילות גופנית
חובה, ארוחות
בצוותא, מנות
קטנות

= תזונה ים תיכונית =

רצוי שהתזונה תכלול:

מומלץ להמעיט ככל האפשר בצריכת:



קטניות ודגנים
מלאים, לחם
מקמחים מלאים



ירקות ופירות שונים
ובמגוון צבעים
מסוגים - לפחות 5
מנות ביממה - רצוי
להמנע מהסרת
הקליפה



מאכלים עתירי
מלח, בעיקר
במוצרי מזון
מעובדים,
משומרים



בשרים עתירי
שומן, בעיקר
מעובדים עתירי
שומן ומלח



שומן מהצומח
(עדיפות לשמן זית
וקנולה, אבוקדו,
אגוזים, שקדים
וטחינה משומשום
מלא)



דגים שמנים
(2-3 מנות בשבוע)



מאכלים
ומשקאות עם
תוספת סוכר



מרגרינות
מוקשות ודברי
מאפה שיש בהם
שומן טרנס



שתיה מחבה
של מים



חלקים חים
של עוף, הודו
ובשר בקר



מוצרי חלב ותחליפיו
(2-3 מנות ביממה)

צלחת מאוזנת לילדים

חלבון
פחמימה
ירק



קורונה TIME



- הקפידו לשמור על סדר יום והרגלים קבועים.
- הזדמנות לארוחה משפחתית
- שלבו בשגרה פעילות משותפת
- עזרו לילדכם ללמוד את השגרה החדשה
- תכננו שגרה שתשמור על הכוחות של ההורים .
- סביבת מזון בריאה, כך שלילדים יהיה קל לבחור בריא
- חופש בחירה – במסגרת בריאה

תפקיד ההורה בהטמעת דפוסי אכילה



- נוכחות הורית וסמכותיות
- צמצום הסביבה האובסוגנית
- אורח חיים בריא (הרגלי אכילה)
- ארוחות מסודרות
- קיום ארוחה משפחתית
- חשיפה למגוון מזונות בריאים
- מתן דוגמא אישית
- עידוד אורח חיים פעיל

תפקיד ההורה בהטמעת

דפוסי אכילה

- חלוקת אחריות בין ההורה לילד סביב האכילה.

- להקפיד על ארוחות מאוזנות

- (חלבון, פחמימה, ירק)

- חיבור של האכילה לתחושת רעב ושובע

- להציע מגוון ולכוון את הילד, אך לתת לו

- אפשרויות לבחירה

- לשים לב לגודל מנה

- הנגישו ירקות ופירות טריים או סלטים בכל ארוחה

- ומה שותים – מים לרוויה

- אוירה חיובית ונעימה בזמן הארוחה

- שתפו את הילדים בתהליך הבישול

- שימו לב לסימון בחזית האריזה



המלצות לדפוסי תזונה בריאה



- גיוון מזונותיו של הילד
- אכילת דגנים מלאים, קטניות, פירות וירקות (סיבים תזונתיים)
- הימנעות ממזון מעובד ואולטרה מעובד
- העדפת מזון בבישול ביתי
- בחירה במזונות המכילים מעט מלח ונתרן
- הגבלת צריכת החטיפים והמתקים
- הקפדה על שתית מים והימנעות משתיה ממותקת

חשיבות ארוחה משפחתית

✓ ארוחות משפחתיות מסייעות
ליצירת תחושת שייכות
ולכידות משפחתית



✓ "ילדים ומתבגרים שאוכלים ארוחות
משפחתיות מסודרות מצליחים בכל
התחומים - לימודים, חברתית, ריגשית,
פחות שימוש בסמים ותחילת פעילות מינית
בגיל מתאים" (אלין סאטר, 2008).

מיומנויות הוריות



- עקביות
- הקטנת חשיפה לפיתויים
- תכנון
- קיום ארוחות משפחתיות
- לא להשתמש באוכל כפרס
- שעות הארוחות
- יצירת הזדמנויות לפ"ג
- התעסקות מינימלית עם המשקל

חשיבות הפעילות הגופנית

- חיונית כחלק מאורח חיים בריא

- שינוי מאזן האנרגיה בגוף – הגדלת ההוצאה האנרגטית



- חשיבות בעיצוב דימוי הגוף ולביטחון העצמי



שעות מסך....

✓ הורים מעצבים את הרגלי הצפייה של ילדיהם בטלוויזיה באמצעות הרגלי הצפייה של עצמם ובאמצעות הגבולות שמציבים

✓ צפייה בטלוויזיה חושפת את הילד בעל רגישות יתר, לגירויי מזון

✓ צפייה בטלוויזיה של יותר משעה ביום, נמצאה קשורה לצריכה גבוהה יותר של מזון מהיר וממתקים ונמוכה יותר של פירות וירקות.

מה תפקיד הרופא?



איך הרופא יכול לסייע למשפחה להתחיל שינוי?

- איתור קשיים
- ביצוע "מדידות גדילה"
- שיחה רותמת עם ההורים (MI, מעגל השינוי...)
- שיח על ההזדמנות לשינוי
- בילדים עם השמנה - התייחסות לנושא עודף המשקל של הילד בנוכחות הילד/הורה בלבד?
- בחינה מול ההורים האם מוטרדים מהנושא, האם הילד מוטרד מהנושא? האם לילד קשיים הקשורים להשמנה?
- האם נעשו נסיונות קודמים לטיפול? האם היו מוצלחים?
- הגדת מטרות ויעדים קטנים ברי יישום
- מתן הסבר להורים על חשיבות הטיפול, אפשרויות הטיפול, ההורים כסוכן השינוי בבית.
- הסבר כי מדובר בתהליך טיפולי
- הפניה לגורמי טיפול אחרים (דיאטנית)
- התייחסות לנושא בצורה רגישה ולא ביקורתית





Vitamin D
(Cholecalciferol)

The "Sunshine"
Vitamin

ויטמין D

- מייחסים לוויטמין D תפקיד בחיזוק מערכת החיסון, ובמניעת זיהומים כגון זהום בדרכי הנשימה.
- חסר בויטמין D נפוץ בישראל

Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data

BMJ 2017 ; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i6583> (Published 15 February 2017)

Results 25 eligible randomised controlled trials (total 11 321 participants, aged 0 to 95 years) were identified. IPD were obtained for 10 933 (96.6%) participants. Vitamin D supplementation reduced the risk of acute respiratory tract infection among all participants (adjusted odds ratio 0.88, 95% confidence interval 0.81 to 0.96; P for heterogeneity <0.001). In subgroup analysis, protective effects were seen in those receiving daily or weekly vitamin D without additional bolus doses (adjusted odds ratio 0.81, 0.72 to 0.91) but not in those receiving one or more bolus doses (adjusted odds ratio 0.97, 0.86 to 1.10; P for interaction=0.05). Among those receiving daily or weekly vitamin D, protective effects were stronger in those with baseline 25-hydroxyvitamin D levels <25 nmol/L (adjusted odds ratio 0.30, 0.17 to 0.53) than in those with baseline 25-hydroxyvitamin D levels \geq 25 nmol/L (adjusted odds ratio 0.75, 0.60 to 0.95; P for interaction=0.006). Vitamin D did not influence the proportion of participants experiencing at least one serious adverse event (adjusted odds ratio 0.98, 0.80 to 1.20, P=0.83). The body of evidence contributing to these analyses was assessed as being of high quality.

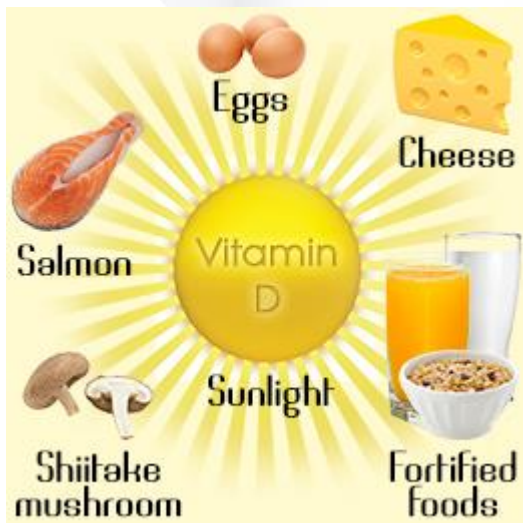
Conclusions Vitamin D supplementation was safe and it protected against acute respiratory tract infection overall. Patients who were very vitamin D deficient and those not receiving bolus doses experienced the most benefit.

דרכי להעלאת פעילות ויטמין D

חשיפה לשמש

נטילת תוסף ויטמין D

העשרת מוצרי חלב בויטמין D



Life-stage group [age and (gender)]	Calcium		Vitamin D	
	RDA (mg/day)	UL (mg/day)	RDA (IU/day)	UL* (IU/day)
1-3 yr (m/f)	700	2,500	600	2,500
4-8 yr (m/f)	1,000	2,500	600	3,000
9-18 yr (m/f)	1,300	3,000	600	4,000
19-50 yr (m/f)	1,000	2,500	600	4,000
51-70 yr (m)	1,000	2,000	600	4,000
51-70 yr (f)	1,200	2,000	600	4,000
71+ yr (m/f)	1,200	2,000	800	4,000

m: male; f: female; RDA: Recommended Dietary Allowance; UL: Tolerable Upper Intake level; IU: International Units. RDA indicates the intake level that covers the needs of $\geq 97.5\%$ of the population.

*UL indicates levels above which there is a risk of adverse events. The UL is not intended as a target intake (there is no consistent evidence of greater benefit at intake levels above the RDA).

מסקנות



- צריכת וויטמין D באוכלוסייה בישראל כמו גם בשאר המדינות המערביות – נמוכה מאד.
- מאחר ו- 90% מכמות הוויטמין D מקורה בחשיפה לשמש ובשנים האחרונות החשיפה לשמש מועטה- יש מחסור רב בוויטמין D גם בארץ שטופת שמש כמו ישראל, בעקר בחורף ובאביב.
- מספר מחקרים הראו רמות וויטמין D נמוכות באוכלוסייה בישראל.
- וויטמין D חיוני ביותר לחיזוק העצמות ולמניעת שברים, ויש לו יתרונות פוטנציאליים, אם כי לא מוכחים, בחיזוק המערכת החיסונית, מניעת זיהומים, חיזוק השרירים, מניעת דיכאון וסוכרת ועוד .
- יש המלצות בינלאומיות להעשרה בוויטמין D במספר מזונות ובעיקר בחלב, בנוסף לנטילת תוסף יומי , כך שהצריכה היומית בכלל האוכלוסייה מעל גיל שנתיים תהיה 600 יחידות בינלאומיות.
- תיסוף זה קיים בישראל באופן חלקי ביותר .



המלצות נייר העמדה בישראל

- בימים אלה, כשאנו יוצאים מחורף ארוך וקשה ללא חשיפה לשמש, ורוב הציבור בסגר בגלל מגפת נגיף הקורונה – COVID19 מומלץ לנקוט בפעולות לא שגרתיות כולל חשיפה קצרה לשמש, ונטילת תוסף יומי של ויטמין D במינון של 1000 יחידות ביום לכלל הילדים למשך 6 שבועות .
- אנו קוראים למשרד הבריאות לאמץ מדיניות העשרת חלב בויטמין D ללא דיחוי לטובת בריאות הציבור בישראל.

לסיכום

- תקופת הקורונה – מאתגרת אך גם יכולה להוות הזדמנות לשינוי וקידום אורח חיים בריא.
- נתוני השמנה בילדים מדאיגים, וזמן הקורונה עשוי לגרום לעליה בשכיחות השמנה.
- לרופא הילדים בקהילה תפקיד חשוב בקידום בריאות הילדים.
- לאור נתוני רמות נמוכות של ויטמין D, מומלץ לנקוט בפעולות לא שגרתיות כולל חשיפה קצרה לשמש, ונטילת תוסף יומי של ויטמין D במינון של 1000 יחידות ביום לכלל הילדים למשך 6 שבועות.



sk זהו, תודה.