

The Relationship between the Level of Nutritional Awareness and Healthy Nutritional Behavior of Women in Lattakia city- Syria

Dr. Issa Abboud Dona*

(Received 14 / 11 / 2019. Accepted 18 / 2 / 2020)

□ ABSTRACT □

Researchers are increasingly interested in assessing the levels of nutritional awareness among children, adolescents and adults by studying the factors that cause obesity, identifying dietary dysfunction, and the dietary patterns followed by rapid developments in various aspects of economic, social and technological life. Find ways to reduce their spread as a serious disease that causes many chronic diseases that greatly increase the mortality rate.

The aim of the study was to evaluate the level of nutritional awareness among women in Syria, to assess their nutritional behavior, to study the relationship between the level of nutritional awareness and nutritional behavior, and the impact of nutritional awareness on obesity indicators of women. To achieve this, four main hypotheses were formulated. The researcher used the questionnaire tool to collect the data, which was analyzed using statistical tests, the most important of which were: the one-sample T. test and the Pearson Correlation. The researcher found several results, the most important of which is: a low overall assessment of the level of women's nutritional awareness, and for their nutritional behavior, and a strong positive correlation between the level of nutritional awareness and nutritional behavior.

Keywords: Nutritional awareness, Nutritional behavior, Obesity, Nutritional Habits, Nutritional Diet, Body Mass Index

* Associate Professor, Department of Maternity and Gynecological Nursing, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

العلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات في مدينة اللاذقية - سوريا

د. عيسى عبود دونا *

تاريخ الإيداع 14 / 11 / 2019. قَبْلُ للنشر في 18 / 2 / 2020)

□ ملخص □

تزايد اهتمام الباحثين بتقييم مستويات الوعي الغذائي لدى الأطفال والمراهقين والبالغين من خلال دراسة العوامل المسببة للسمنة، وتحديد الخلل في السلوك الغذائي، والأنماط الغذائية المتبعة والتي فرضتها التطورات المتسارعة في مختلف جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية، وتزايدت معدلات انتشار السمنة العالمية بشكل ملحوظ، مما يبرر أهمية إيجاد السبل اللازمة للحد من انتشارها باعتبارها من الأمراض الخطيرة التي تسبب العديد من الأمراض المزمنة والتي تزيد من معدل الوفيات بشكل كبير.

يهدف البحث إلى دراسة تقييم مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات في سورية، وتقييم سلوكهن الغذائي، ودراسة العلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي، وتأثير الوعي الغذائي على مؤشرات السمنة لدى السيدات، ولتحقيق ذلك تم صياغة أربع فرضيات رئيسية، واستخدم الباحث أسلوب الاستبانة لجمع البيانات التي تم تحليلها باستخدام اختبارات إحصائية أهمها: اختبار الوسط الحسابي One-Sample T. test، واختبار الارتباط التثائي Pearson Correlation. وقد توصل الباحث إلى عدة نتائج أهمها: وجود تقييم إجمالي ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لدى السيدات، ولسلوكهن الغذائي، ووجود علاقة طردية معنوية قوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي.

الكلمات المفتاحية: الوعي الغذائي، السلوك الغذائي، السمنة، العادات الغذائية، الحمية الغذائية، مؤشر كتلة الجسم.

* أستاذ مساعد في قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

مقدمة:

تنتج البدانة بسبب عدم قدرة الجسم على تحقيق التوازن بين الداخل إليه من السعرات الحرارية المكتسبة من تناول الطعام، وبين السعرات الحرارية التي يفقدها نتيجة الطاقة المستهلكة في النشاط العضلي والحركي، وتعد السمنة بمثابة حالة صحية حرجة تم تصنيفها على أنها مرض. والتي بدورها تسبب العديد من الأمراض المزمنة والتي قد ترتبط بارتفاع معدلات الوفيات. وبالتالي، تتطلب السمنة تدخلات لزيادة مستوى الوعي الغذائي على المستوى الوطني، وتوجيه الأفراد إلى نمط غذائي سليم يقوم على اتباع أنظمة غذائية متوازنة.⁽¹⁾

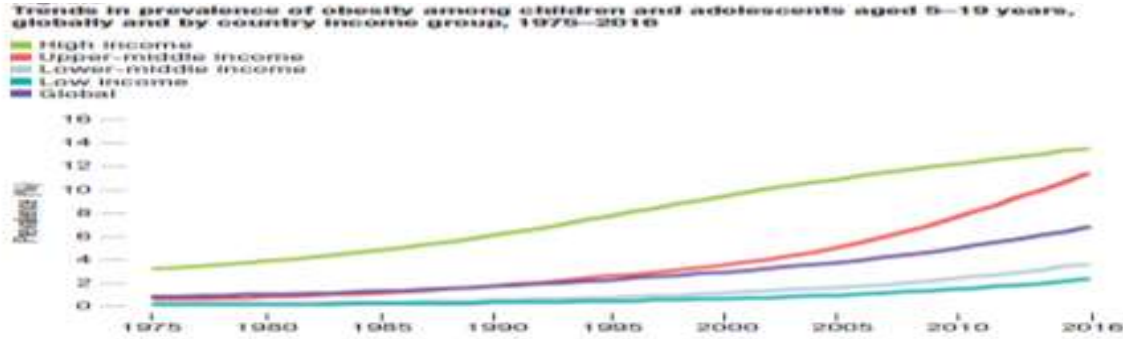
وعلى الصعيد العالمي، أكدت الدراسات الاستقصائية الوطنية للتغذية الصحية في عدة بلدان زيادة معدل انتشار السمنة السنوي ومحاولة الحد من انتشاره المتزايد. حيث أظهر انتشار السمنة اتجاهاً متزايداً في المسح الوطني للصحة والتغذية في الفترة 2005-2014 في كل من الولايات المتحدة وكندا وأوروبا، كما أن السمنة تعد من أبرز عوامل الخطر لزيادة انتشار السكتة الدماغية وحوادثها في البلدان المتقدمة في آسيا (Kim 2018).⁽²⁾ كما تضاعف انتشار السمنة في جميع أنحاء العالم ثلاث مرات تقريباً بين عامي 1975 و2016. وتشير الدراسات إلى أن النساء أكثر عرضة لزيادة الوزن والسمنة بسبب الإفراط في تناول الكربوهيدرات والسكر والدهون غير المشبعة وبالمقابل انخفاض الأنشطة البدنية وعدم ممارسة الرياضة بانتظام. وتشير الأدلة البحثية إلى أن 25٪ من النساء ذوات الوزن الزائد سيصبحن بدينات في وقت لاحق (WHO 2018).⁽³⁾

تعد أمراض السمنة من أكثر الأمراض خطورة والتي تهدد صحة المرأة لما لها من آثار سلبية تسبب العديد من الأمراض الخطيرة كأمراض السكر والقلب وارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة الكوليسترول الضار (LDL) المسبب الرئيس لتراكم الترسبات الدهنية في الشرايين، فضلاً عن الأمراض النسائية المتعددة المتعلقة بصعوبة الحمل وسرطان الثدي وسرطان بطانة الرحم وغيرها من الأمراض التي بدأت تزداد مع تزايد السلوك الغذائي المسبب للبدانة، وعدم تطبيق العادات الغذائية الصحية نتيجة تدني مستوى الوعي الغذائي لدى نسبة كبيرة من الشعوب، وتعاني البلدان النامية ومنها سورية من هذه المشكلة، حيث تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن تزايد انتشار السمنة لدى السيدات بمعدل أعلى من انتشاره بين الرجال، مما يبرر أهمية دراسة العلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات (Kim 2018).⁽²⁾

تعكس مؤشرات البدانة العالمية تدني مستوى الوعي الغذائي العالمي بشكل كبير؛ وفقاً للآتي:

مؤشر السمنة العالمي عند الأطفال دون الخمس سنوات حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن ما يقدر بـ 41 مليون طفل حول العالم دون سن 5 سنوات لعام 2016 يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. وفي إفريقيا، زاد عدد الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن دون سن الخامسة بنحو 50 في المائة منذ عام 2000. وكان ما يقرب من نصف الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة في عام 2016 يعيشون في آسيا. في تقرير آخر لمنظمة الصحة العالمية حول مؤشر السمنة العالمي عند الأطفال (5-19 سنة) ارتفع معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و19 عامًا بشكل كبير من 4٪ فقط في عام 1975 إلى ما يزيد قليلاً عن 18٪ في عام 2016، وقد حدث الارتفاع بالمثل بين كل من الذكور والإناث في عام 2016، حيث أن 18٪ من الإناث و19٪ من الذكور كانوا يعانون من زيادة الوزن، وأكثر من 340 مليون طفل ومراهق يعانون من

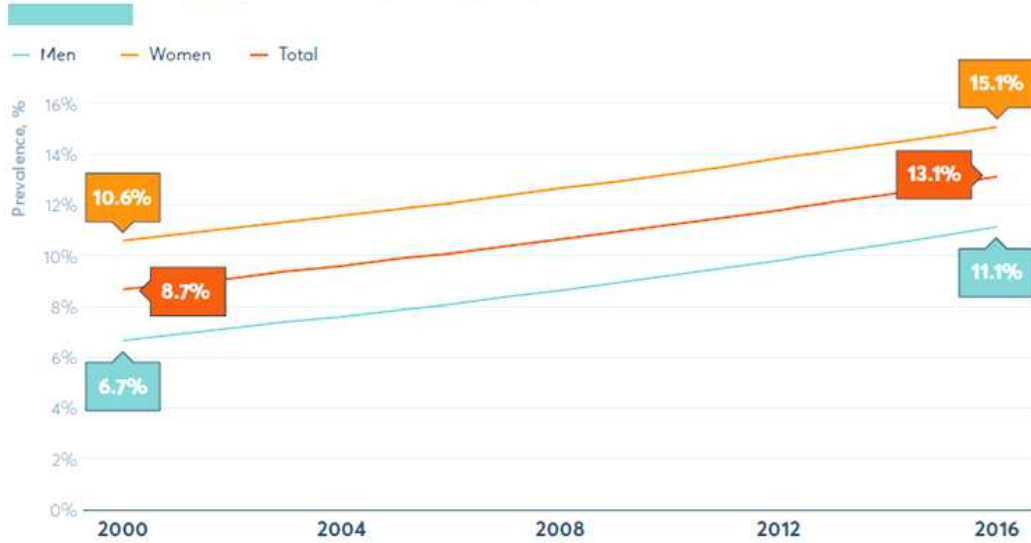
السمنة . بينما كان ما يقل قليلاً عن 1% من الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 19 عامًا يعانون من السمنة المفرطة في عام 1975، كان أكثر من 124 مليون طفل ومراهق (6% من الإناث و 8% من الذكور) يعانون من السمنة في عام 2016 (World Health Statistics 2018)⁽⁴⁾



. الشكل (1) اتجاهات انتشار السمنة عالمياً بين الأطفال والمراهقين من عمر 5-19 سنة

يشير تقرير التغذية العالمي إلى انتشار زيادة الوزن بين البالغين (18 سنة وأكثر)، حيث أن 2.01 مليار بالغ يعانون من زيادة الوزن (حوالي الثلث من البالغين في جميع أنحاء العالم) منهم 678 مليون بدين، و يتضح من الشكل (2) أن انتشار السمنة لدى السيدات في العالم بنسبة أكبر من الرجال (Global Nutrition Report, 2018). وتشير الأرقام إلى أن 39% من البالغين من العمر 18 عامًا فما فوق حول العالم يعانون من زيادة الوزن كان منهم 39% من الرجال، 40% من النساء؛ وحوالي 13% من السكان البالغين في العالم يعانون من السمنة المفرطة (11% من الرجال و 15% من النساء).⁽⁵⁾

FIGURE 2.3
Global prevalence of obesity (BMI ≥ 30) among adults aged 18 years and over, 2000–2016



Source: NCD Risk Factor Collaboration.

الشكل (2) انتشار السمنة عالمياً بين البالغين فوق 18 سنة

تعددت العوامل المؤثرة على السلوك الغذائي المسبب للسمنة ويمكن تسليط الضوء على أبرز هذه العوامل العادات الغذائية الخاطئة حيث أن نمط الحياة الغذائي الخاطئ هو العامل الأكثر شيوعاً، وخاصة بعد توجه نسبة كبيرة من الأشخاص إلى عدم التقيد بقواعد التغذية الصحية، وزيادة استهلاك الوجبات السريعة المشبعة بالدهون والغنية بالسعرات الحرارية نتيجة للتنمية الاقتصادية العالمية ونمط الحياة المتسارع . ويمكن للباحث أن يذكر بشكل مختصر أبرز العادات الغذائية الخاطئة التي تسبب السمنة وفقاً لآتي:

- تخفيض عدد الوجبات خلال اليوم.
- تجاوز وجبة الإفطار.
- تناول الطعام أمام التلفاز.
- تناول العصائر المحلاة بالسكر .
- تناول الوجبات غير المحضرة منزلياً.
- تناول الطعام في حالة عدم الشعور بالجوع.

وهناك عوامل مهمة تؤثر سلباً على السلوك الغذائي الصحي لدى السيدات ومن أهمها: الحميات الغذائية الخاطئة غير المتوازنة التي تتبعها السيدات، والتي تسبب لها العديد من المشكلات الصحية النسائية، بالإضافة إلى استخدام أدوية إنقاص الوزن، وتدني مستوى الجهد الفيزيائي المبذول لدى شريحة واسعة من المرضى، سواء من خلال الرياضة أو من خلال القيام بمختلف النشاطات والأعمال(Kuzbicka etal 2013).⁽⁶⁾

عدم الاهتمام بقراءة ملصقات الحقائق الغذائية حيث تشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن وزن الجسم يرتبط بشكل كبير مع الوعي بأهمية إدراك ملصقات الحقائق الغذائية واستخدامها، كما تبين الدراسات أن معدل استخدام الملصقات الغذائية كان أقل من معدل الوعي تجاهها، أي ليس بالضرورة أن يتم استخدامها من قبل الأشخاص رغم معرفتهم بها. (7) وكان معدل انتشار السمنة أعلى بكثير لدى الأشخاص الذين لم يكونوا على دراية بها ولم يستخدموها أيضاً، وانطلاقاً من ذلك ظهرت حاجة ملحة إلى وضع استراتيجيات عالمية لنشر الوعي الغذائي وتحفيز الشعوب على اتباع الخيار الغذائي الصحي؛ وأحد الوسائل المستخدمة هي ملصقات الحقائق الغذائية، وعلى الرغم من ذلك يلاحظ أن المستهلكين غير مباليين بشكل غير متوقع بالقيم الغذائية ونادراً ما يستخدمونها، مما قد يكون عاملاً يؤثر على السمنة، لذلك ينبغي أن تكون إستراتيجية الوقاية من السمنة وإدارتها هي تعزيز تصور المستهلكين تجاه مخاطر السمنة وتوعيتهم لأهمية قراءة واستخدام الملصقات الغذائية (Kim 2018). (2)

العوامل الديموغرافية كان معدل انتشار السمنة أعلى بكثير بين كبار السن، المتزوجين، وذوي الدخل الأسري المنخفض، وذوي المستوى التعليمي المنخفض (Chen, 2012؛ Lewis *et al*, 2009) (8-9)، ومن ناحية أخرى تشير الدراسات إلى توافر المعرفة الغذائية لدى الإناث بمعدل يفوق المعرفة الغذائية لدى الذكور، وزيادة مستويات المعرفة الغذائية بزيادة مستوى التحصيل العلمي. (Rose *et al*, 2016) (10)

تعتبر السمنة السبب الأول لكثير من المخاطر عند السيدات حيث ترتبط زيادة الوزن والسمنة بزيادة الوفيات في جميع أنحاء العالم أكثر من نقصان الوزن. كما يوجد على مستوى العالم عدد أكبر من السيدات الذين يعانون من السمنة المفرطة مقارنة بانخفاض الوزن، وهذا يحدث في كل منطقة باستثناء أجزاء من أفريقيا جنوب الصحراء وآسيا (WHO, 2018). (3)

وتعد زيادة الوزن والسمنة من عوامل الخطر المعروفة المسببة للأمراض غير السارية بين السكان في جميع أنحاء العالم لأنها تؤثر على خلل في العديد من الأنظمة بما في ذلك الأبيض، الأنظمة الهرمونية، الدورة الدموية، الكيمياء الحيوية، فيزيولوجية الأعضاء ووظائف الأعضاء الجزئية. ويكمن إيضاح العديد من الأمراض المزمنة بين النساء المرتبطة بزيادة الوزن والسمنة والتي تشكل عامل خطر للوفاة المبكرة بين النساء؛ على النحو الآتي:

- يرتبط مرض سكري الحمل ومرض السكري من النوع الثاني بزيادة الوزن والسمنة بسبب مقاومة الأنسولين من تراكم الأنسجة الدهنية. ويؤدي ارتفاع السكر في الدم لفترة طويلة إلى خلل في الخلايا البطانية لكل من الأوعية الدموية مما يؤدي إلى العديد من المضاعفات ذات الصلة (Chan *et al*, 2017). (11)

- أمراض القلب والأوعية الدموية ويرتبط مع أمراض الدسليبيديا (عسر شحميات الدم)، وتصلب الشرايين، ومتلازمة التمثيل الغذائي (Behl and Misra, 2017). (12)

- أمراض الكلى المرتبطة بالاستهلاك المفرط للأطعمة والمشروبات التي تحتوي على السكر وشراب الذرة عالي الفركتوز والدهون المتحولة (التقابلية) ويؤدي ترسب الأنسجة الدهنية خارج الرحم في الكبيبة إلى ضخامة الكبيبات. بالإضافة إلى ذلك، يؤدي الخلل البطاني وعملية الالتهاب إلى تصلب الكبيبات والفشل الكلوي (Kovesdy *et al*, 2017). (13) وتشير نتائج الدراسات إلى أن معدل انتشار مرض الكلى المزمن بين النساء البدينات هو 6.5 % (Fouad *et al*, 2016). (14)

- أمراض التنفس: حيث أن توقف التنفس أثناء النوم يؤثر على 20% من السكان البالغين. ويعد التحكم في الوزن أفضل وسيلة غير طبية لإدارة الحالة، وبالتالي قد يكون تحسين المعرفة الغذائية لدى الأفراد إستراتيجية مناسبة، رغم أن نتائج الأدلة التجريبية تشير إلى أن المعرفة الغذائية وحدها لا تكفي كإستراتيجية لتدخلات السيطرة على الوزن للأشخاص الذين يعانون من توقف التنفس الإنسدادي أثناء النوم. ومع ذلك، نظرًا لتعقيدات اضطرابات النوم، فإنها قد تكمل الإستراتيجيات الأخرى (Rose et al, 2016).⁽¹⁰⁾

- الكبد الدهني غير الكحولي (NAFLD) ويحدث عندما تتراكم الدهون الزائدة في خلايا الكبد مما يؤدي إلى ارتفاع إنزيمات الكبد، والتهاب الكبد الدهني، وتليف الكبد، وسرطان الكبد (Maskooni, 2017).⁽¹⁵⁾

- يرتبط السرطان بأمراض السمنة بما في ذلك سرطان الثدي والكبد والبنكرياس والكلى والقولون والمستقيم والمبيض وبطانة الرحم. حيث تشير الدلائل البحثية إلى أن السمنة واستقلاب الجلوكوز غير الطبيعي ومقاومة الأنسولين ترتبط بانتشار السرطان (Mitsuhashi, 2017).⁽¹⁶⁾ بالإضافة إلى ذلك، ترتبط السمنة مع الدسليبيديا بتطور السرطان لدى النساء بعد انقطاع الطمث (Kabat, 2018).⁽¹⁷⁾ وتنتج الخلايا الدهنية المتضخمة علامات الالتهاب المزمن والتسربن بما في ذلك الأستروجين والإنترلوكين وعامل نخر الورم وعامل نمو الأنسولين (ston et al, 2018).⁽¹⁸⁾ هذه الأمراض المزمنة ومضاعفاتها تؤثر على نوعية الحياة والعمر المتوقع للنساء ذوات الوزن الزائد والسمنة. لذلك من هنا أتت أهمية البحث حول دراسة العلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات مما يساعد على تشجيع محو الأمية الصحية للخيارات الغذائية الصحية وممارسة التمارين الرياضية بانتظام لفقدان الوزن بين النساء في جميع أنحاء العالم.

أهمية البحث وأهدافه:

تتجسد أهمية البحث من خلال أهمية تقييم الوعي الغذائي ودراسة علاقته بالسلوك الغذائي الصحي، ويكتسب نشر الوعي الغذائي أهمية كبيرة على المستوى الدولي كمسؤولية تقع على عاتق المنظمات الدولية بالدرجة الأولى، ووزارات الصحة المحلية، نظرًا لتزايد معدلات انتشار السمنة بشكل خطير في جميع دول العالم خلال العقود الأخيرة، وانعكاسات هذا الأمر السلبية على صحة الأفراد وزيادة احتمالات الوفاة المبكرة وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، وبالتالي من المهم تعزيز أنماط غذائية سليمة وتوفير المعلومات والإرشادات الصحية اللازمة لرفع مستويات الوعي الغذائي بالاعتماد على الخبراء والمتخصصين في هذه المجال.

ويهدف البحث إلى تقييم مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات السوريات، وتقييم السلوك الغذائي الصحي لهن، ودراسة العلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي الصحي، ومدى تأثير الوعي الغذائي على العادات الغذائية وزيادة الوزن لدى السيدات.

فرضيات الدراسة

يقوم البحث على الفرضيات الرئيسة الآتية:

1- توجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور الوعي الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي.

- 2-توجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور السلوك الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي.
- 3-توجد علاقة معنوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي لدى السيدات.
- 4-توجد فروق جوهرية بين مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات تبعاً لمتغير مؤشر كتلة الجسم.

طرائق البحث ومواده:

المكان:

تم إجراء هذا البحث في مشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية من تاريخ 25 كانون الأول 2018 ولغاية 3 نيسان 2019.

العينة:

يتألف مجتمع الدراسة من السيدات اللاتي يعانين من أمراض السمنة واللاتي يقصدن العيادات الخارجية في مشفى تشرين الجامعي لمعالجة المشاكل الصحية والتي يعتبر السمنة أحد مسبباتها. واقتصرت الدراسة على عينة ميسرة من السيدات اللواتي بادرن بالموافقة لتقديم البيانات الكاملة اللازمة لإتمام البحث، باستخدام أداة الاستبانة لقياس مستوى الوعي الغذائي وتقييم السلوك الغذائي لدى عينة الدراسة، وبلغ عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل 93 استبانة.

مواد البحث:

تعدّ هذه الدراسة دراسة ميدانية لدراسة العلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات، باستخدام أدوات البحث الآتية:

- 1- مؤشر كتلة الجسم Body mass index الذي قام الباحث بحسابه لكل مريضه شملتها الدراسة لتشخيص نوع السمنة وفق القانون الآتي: BMI = الوزن (كغ) / (الطول (م))²
- وتم إعطاء قيمة لكل تصنيف، كما تم استبعاد السيدات اللاتي لا يقع قيمة مؤشر كتلة أجسامهن ضمن المجالات الآتية:

مؤشر كتلة الجسم

BMI	30-25	35-30	40-35	أكثر من 40
التصنيف	زيادة في الوزن	سمنة خفيفة	سمنة متوسطة	سمنة مفرطة
قيمة المتغير	1	2	3	4

- 2- أسلوب الاستبانة التي تمّ تصميمها بالاستفادة من الدراسات السابقة التي استخدمت أدوات محكمة تتميز بالصدق والثبات بهدف قياس المتغير المستقل وهو مستوى الوعي الغذائي والمتغير التابع وهو السلوك الغذائي الصحي.⁽¹⁹⁾

طريقة البحث:

تم جمع البيانات باستخدام أسلوب المقابلة مع السيدات في مشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية بعد أخذ الموافقات من الجهات المعنية.

قام الباحث بتحليل البيانات باستخدام الاختبارات الإحصائية الآتية:

- 1 - الإحصائيات الوصفية: (التكرارات ، الوسط الحسابي، الانحراف المعياري).
- 2 - اختبار One-Sample Test .

4-اختبار التباين الأحادي One Way ANNOVA.

تم الاعتماد على معيار حكم مقياس ليكرت الخماسي في تحليل نتائج المتوسطات الحسابية وفق الآتي:

معيار حكم مقياس ليكرت الخماسي

4,21 5 -	4,20 - 3,41	- 2,61 3,40	2,60 - 1,81	1,8 - 1	المجال
جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيف	ضعيف جداً	التقييم

النتائج والمناقشة:

الدراسة الإحصائية

1-مقياس معامل الثبات Reliability Coefficient

بلغت قيم معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha كالآتي:

الجدول (1) اختبار ثبات أداة البحث Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	اختبار ثبات الاستبانة
.967	17	معامل الثبات لعبارات محور الوعي الغذائي
.913	13	معامل الثبات لعبارات محور السلوك الغذائي
.970	30	معامل الثبات لجميع بنود الاستبانة

يتبين من خلال الجدول (1) أنّ قيم معاملات الثبات لكلّ محور من محاور الاستبانة ولجميع عبارات الاستبانة تقع ضمن المجال [0.967 - 0.970]، وهي معاملات ثبات مقبولة.

1-تحليل إجابات أفراد العينة على محور الوعي الغذائي

فيما يلي الإحصائيات الوصفية الخاصة بكلّ بند من بنود الاستبانة المتعلقة بمحور الوعي الغذائي:

الجدول(2) الإحصائيات الوصفية لبنود الاستبانة الخاصة بمحور الوعي الغذائي

Sig	Std. Deviation	Mean	N	بنود الاستبانة
.003	1.098	2.66	93	1-أحرص على تناول ثلاث وجبات يومياً فقط في أوقاتها المحددة
.000	1.201	2.42	93	2-أحافظ على وزن مناسب لي باتباع نظام صحي متوازن بشكل دائم
.001	1.173	2.58	93	3-أحرص على تنويع الحصص الغذائية اليومية
.003	1.110	2.65	93	4-أجنب تناول الطعام بين الوجبات

.00 1	1.191	2.59	93	5-أتناول وجبات غذائية متوازنة صحية وخفيفة السعرات الحرارية
.00 6	1.145	2.67	93	6-أفضل الطعام المطهو عن الطعام المقلي
.00 3	1.188	2.62	93	7-أفضل تحضير الطعام في المنزل بدلاً من الوجبات الجاهزة
.00 9	1.201	2.67	93	8-أتناول المخللات والتوابل بكميات قليلة
.01 2	1.208	2.68	93	9-أتجنب تناول اللحوم قبل النشاط البدني مباشرة
.01 6	1.187	2.70	93	10-أتجنب شرب المنبهات بكثرة
.01 0	1.255	2.66	93	11-أتجنب تناول الحلويات بكثرة
.00 0	1.097	2.43	93	12-أتجنب شرب المياه الغازية بكثرة
.00 0	1.141	2.26	93	13-أتناول الدهون المشبعة (الحيوانية) بكميات محدودة
.00 0	1.195	2.35	93	14-أقرأ الملصقات الغذائية المتعلقة بالسعرات الحرارية عند شراء المواد الغذائية
.00 0	1.042	2.31	93	15-أتجنب تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفاز
.00 0	1.089	2.29	93	16-أمارس الرياضة بانتظام
.00 0	1.071	2.30	93	17-أتناول الخضراوات والفواكه يومياً

يبين الجدول (2) أن قيم المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة المتعلقة بمحور الوعي الغذائي للبنود رقم (2)، (3)، (5)، (12)، (13)، (14)، (15)، (16)، (17) تقع ضمن المجال (2.26 - 2.58) ويفرق معنوي وتقابل مستوى ضعيف للوعي الغذائي لدى السيدات محل الدراسة، بينما تقع قيم المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة المتعلقة بباقي البنود ضمن المجال (2.62-2.70)، ويفرق معنوي وتقابل مستوى متوسط للوعي الغذائي لدى السيدات محل الدراسة.

2-تحليل إجابات أفراد العينة على محور السلوك الغذائي الصحي:

فيما يلي الإحصائيات الوصفية الخاصة بكل بند من بنود الاستبانة المتعلقة بمحور السلوك الغذائي الصحي:

الجدول (3) الإحصائيات الوصفية لبنود الاستبانة الخاصة بمحور السلوك الغذائي الصحي

Sig	Std. Deviation	Mean	N	بنود الاستبانة
.001	1.247	2.55	93	18-أتجنب تناول الطعام عندما أشعر بالقلق
.000	.987	2.09	93	19-أتجنب تناول الطعام عندما أشعر بالغضب
.000	1.016	2.11	93	20-أتجنب تناول الطعام عندما أشعر بالملل
.000	1.191	2.19	93	21-أتجنب تناول الحلويات عندما أشعر بالحزن
.000	1.195	2.35	93	22-أتجنب الاستمرار بتناول الطعام حتى نفاذ الكمية في الطبق
.000	1.145	2.42	93	23-أتجنب الاستغناء عن وجبة الفطور
.005	1.232	2.63	93	24-أمارس الرياضة لتخفيف الضغط النفسي
.012	1.179	2.69	93	25-أتوقف عن تناول الطعام عندما أشعر بالشبع
.035	1.263	2.72	93	26-أتجنب شرب الماء قبل الطعام مباشرة أو بعده أو أثناءه
.014	1.288	2.67	93	27-أتجنب تناول الطعام عند الجلوس بجانب شخص يأكل
.000	1.072	2.22	93	28-أتجنب تناول الطعام كلما قمت باستنشاق رائحته
.000	.999	2.15	93	29-أتجنب تجربة المأكولات الجديدة بكثرة
.000	1.008	2.37	93	30-أتجنب تناول الطعام بسرعة

يبين الجدول (3) أن قيم المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة المتعلقة بمحور السلوك الغذائي الصحي رقم (18)، (19)، (20)، (21)، (22)، (23)، (28)، (29)، (30) تقع ضمن المجال (2.09 - 2.55) ويفرق معنوي وتقابل تقييم ضعيف للسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات محل الدراسة، بينما تقع قيم المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة المتعلقة بباقي البنود ضمن المجال (2.63 - 2.72)، ويفرق معنوي وتقابل تقييم متوسط للسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات محل الدراسة.

اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى:

الفرضية العدم: لا توجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور الوعي الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي.

الفرضية البديلة: توجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور الوعي الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي.

ويوضح الجدول الآتي المتوسط الحسابي لإجمالي قيم بنود محور الوعي الغذائي:

الجدول (4) One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
محور الوعي الغذائي	93	2.51	.92585	.09601

يبين الجدول (4) أنّ قيمة المتوسط الحسابي لإجمالي قيم بنود محور الوعي الغذائي تبلغ (2.51) وتقابل تقييم إجمالي ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لدى السيدات محل الدراسة.

لاختبار معنوية النتيجة السابقة واختبار صحة الفرضية الأولى تم إجراء اختبار One-Sample Test وفقاً للجدول الآتي:

الجدول (5) One-Sample Test

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
محور الوعي الغذائي	-5.007	92	.000	-.48071-	-.6714-	-.2900-

يبين الجدول (5) أنّ قيمة $Sig > 0.05$ وبالتالي نرفض العدم ونقبل البديلة: أي يوجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور الوعي الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي، أي ان الإجابات معنوية وذات دلالة إحصائية هامة. الفرضية الثانية:

الفرضية العدم: لا توجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور السلوك الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي.

الفرضية البديلة: توجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور السلوك الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي.

يوضح الجدول الآتي المتوسط الحسابي لإجمالي قيم بنود محور السلوك الغذائي:

الجدول (6) One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
محور السلوك الغذائي	93	2.39	.80111	.08307

يبين الجدول (6) أنّ قيمة المتوسط الحسابي لإجمالي قيم بنود محور السلوك الغذائي تبلغ (2.39) وتقابل تقييم إجمالي ضعيف للسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات محل الدراسة.

لاختبار معنوية النتيجة السابقة واختبار صحة الفرضية الثانية تم إجراء اختبار One-Sample Test وفقاً للجدول الآتي:

الجدول (7) One-Sample Test

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
محور السلوك الغذائي	-7.288	92	.000	-.60546-	-.7704-	-.4405-

يبين الجدول (7) أنّ قيمة $0.05 > \text{Sig}$ وبالتالي نرفض العدم ونقبل البديلة: أي يوجد فروق جوهرية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمحور السلوك الغذائي، وبين الوسط الحسابي الحيادي (3) الخاص بأداة القياس في مقياس ليكرت الخماسي، أي أن الإجابات معنوية وذات دلالة إحصائية هامة.

اختبار الفرضية الثالثة

الفرضية العدم: لا توجد علاقة معنوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي لدى السيدات.

الفرضية البديلة: توجد علاقة معنوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي لدى السيدات.

لاختبار الفرضية تم إجراء اختبار الارتباط الثنائي باستخدام معامل الارتباط بيرسون وفق الجدول الآتي:

الجدول (8) دراسة العلاقة بين الوعي الغذائي والسلوك الغذائي

		الوعي الغذائي	السلوك الغذائي
الوعي الغذائي	Pearson Correlation	1	.843**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	93	93
السلوك الغذائي	Pearson Correlation	.843**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

يتضح من خلال الجدول (8) أن معامل الارتباط البسيط المحسوب للعلاقة بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي لدى السيدات موجب و يبلغ (0.843) $< (0.70)$ وهو يعبر عن علاقة طردية جيدة وقوية بين المتغيرين وقيمه معنوية حيث أنّ قيمة $0.05 > \text{Sig}$ ؛ وبالتالي نرفض الفرضية العدم للفرضية الثالثة ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: توجد علاقة معنوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي لدى السيدات.

اختبار الفرضية الرابعة:

الفرضية العدم: لا توجد فروق جوهرية بين مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات تبعاً لمتغير مؤشر كتلة الجسم.

الفرضية البديلة: توجد فروق جوهرية بين مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات تبعاً لمتغير مؤشر كتلة الجسم.

ويوضح الجدول الآتي مستويات الوعي الغذائي لأفراد العينة حسب أنواع السمنة وفق مؤشر BMI من خلال قيمة المتوسط الحسابي لكل نوع:

الجدول (9) دراسة العلاقة بين الوعي الغذائي ومؤشر كتلة الجسم

	مؤشر كتلة الجسم	N	%	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الوعي الغذائي	زيادة في الوزن	17	18.3	3.2699	.60636	.14706
	سمنة خفيفة	26	27.9	2.7149	.61440	.12049
	سمنة متوسطة	31	33.4	2.4782	1.0859	.19503
	سمنة مفرطة	19	20.4	1.6471	.41409	.09500

يتضح من خلال الجدول (9) وجود تقييم متوسط لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي حققن زيادة في الوزن، وأيضاً للسيدات اللواتي يعانين من سمنة خفيفة، ووجود تقييم ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي يعانين من سمنة متوسطة، ووجود تقييم ضعيف جداً لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي يعانين من سمنة مفرطة.

لاختبار الفرضية الرابعة تم إجراء اختبار التباين الأحادي One Way ANNOVA وفق الجدول الآتي:

الجدول (10) الفروق بين مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات تبعاً لمتغير مؤشر كتلة الجسم

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	25.080	3	8.360	13.835	.000
Within Groups	53.782	89	.604		
Total	78.862	92			

يتضح من خلال الجدول (10) أن قيمة $0.05 > \text{Sig}$ وبالتالي نرفض العدم ونقبل البديلة: أي توجد فروق جوهرية بين مستوى الوعي الغذائي لدى السيدات تبعاً لمتغير مؤشر كتلة الجسم.

النتائج والمناقشة:

تشير نتائج الدراسة إلى وجود تقييم إجمالي ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لدى السيدات محل الدراسة، وأيضاً تشير النتائج إلى وجود تقييم ضعيف للسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات محل الدراسة، وبالتالي يتجه السلوك الغذائي الصحي لدى أغلب السيدات باتجاه السلوك الغذائي المسبب للسمنة بنسبة كبيرة.

حيث يشير مؤشر كتلة الجسم المحسوب للسيدات محل الدراسة إلى أن 18,3% من السيدات يعانين من زيادة في الوزن، و27,9% منهن يعانين من سمنة خفيفة، وتشير نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود تقييم متوسط لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي حققن زيادة في الوزن، وللسيدات اللواتي يعانين من سمنة خفيفة.

كما يشير مؤشر كتلة الجسم المحسوب للسيدات محل الدراسة إلى أن 33,4% من السيدات يعانين من سمنة متوسطة، ويقابل هذه الفئة وجود تقييم ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لديهن، فيما يشير مؤشر كتلة الجسم المحسوب للسيدات محل الدراسة إلى أن 20,4% من السيدات يعانين من سمنة مفرطة، ويقابل هذه الفئة وجود تقييم ضعيف جداً لمستوى الوعي الغذائي لديهن.

وعند إجراء اختبار الارتباط المعنوي بين مستوى الوعي الغذائي المتوافر لدى عينة الدراسة وبين السلوك الغذائي الصحي تبين وجود علاقة معنوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي المسبب للسمنة لدى السيدات، وهذه العلاقة طردية وموجبة وقوية، أي كلما انخفض مستوى الوعي الغذائي لدى السيدة كلما اتجه سلوكها الغذائي باتجاه السلوك الغذائي المسبب للبدانة، والعكس صحيح؛ ويشير اختبار التباين إلى أن وزن الجسم يتأثر بمستوى الوعي الغذائي المتوافر لدى أفراد العينة، فلما انخفض مستوى الوعي الغذائي زادت قيمة مؤشر كتلة الجسم، وبالتالي اتجه السلوك الغذائي باتجاه السلوك الغذائي المسبب للبدانة.

وتباينت النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة في الربط بين أبعاد الوعي الغذائي وبين السلوك الغذائي الصحي وأمراض السمنة باختلاف بيئة تطبيق الدراسة، واختلاف الثقافات الغذائية بين الدول، فقد توصلت دراسة (Rose et al, 2016)⁽¹⁰⁾ إلى وجود علاقة مهمة تربط بين مؤشر كتلة الجسم والمعرفة الغذائية المتوافرة لدى الأشخاص واختيارهم نمط غذائي سليم، وهي تتفق مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية، بينما كان الارتباط بين فهم واستخدام معلومات الملصقات الغذائية ومؤشر كتلة الجسم ضعيفاً في ستة بلدان أوروبية (Grunert et al, 2010)⁽²⁰⁾. وتوصلت دراسة (Sedibe et al, 2018) إلى أن التشابه في العادات الغذائية الخاطئة بين الأشخاص ترتبط بزيادة الوزن والتي تعاني منها الفتيات بمعدل أعلى من الذكور، كما أن معدل استخدام الملصقات الغذائية كان أقل من معدل الوعي تجاهها، أي ليس بالضرورة أن يتم استخدامها من قبل الأشخاص رغم معرفتهم بها (NCD, 2017)⁽⁷⁻²¹⁾. بينما توصلت دراسة (kim, 2018)⁽²⁾ إلى زيادة التوجه نحو عدم التقيد بقواعد التغذية الصحية، وانتشار السلوك الغذائي المسبب للبدانة بشكل كبير، حيث كان معدل انتشار السمنة أعلى بكثير لدى الأشخاص الذي لديهم ضعف بمستوى الوعي الغذائي.

ومما سبق تتفق النتائج التي توصل إليها الباحث مع أغلب ما توصلت إليه الدراسات في هذا المجال، مما يبرر خطورة إشكالية البحث وضرورة اتخاذ الإجراءات الوقائية التي تحد من انتشار أمراض السمنة.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات

- 1-يوجد تقييم إجمالي ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لدى السيدات محل الدراسة.
- 2-يوجد تقييم ضعيف للسلوك الغذائي الصحي لدى السيدات محل الدراسة، ويتجه السلوك الغذائي الصحي لدى أغلب السيدات باتجاه السلوك الغذائي المسبب للسمنة بنسبة كبيرة.
- 3-يوجد تقييم متوسط لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي حققن زيادة في الوزن، ولل سيدات اللواتي يعانين من سمنة خفيفة.
- 4-يوجد تقييم ضعيف لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي يعانين من سمنة متوسطة.
- 5-يوجد تقييم ضعيف جداً لمستوى الوعي الغذائي لفئة السيدات اللواتي يعانين من سمنة المفرطة.
- 6-توجد علاقة طردية موجبة وقوية بين مستوى الوعي الغذائي والسلوك الغذائي لدى السيدات.

7- يتأثر وزن الجسم بمستوى الوعي الغذائي المتوافر لدى أفراد العينة، فكلما انخفض مستوى الوعي الغذائي، زادت قيمة مؤشر كتلة الجسم وبالتالي اتجه السلوك الغذائي باتجاه السلوك الغذائي المسبب للبدانة.

التوصيات

1- ضرورة الاهتمام برفع مستويات الوعي الغذائي ومحو الأمية الغذائية من خلال تكثيف الحملات الإرشادية والتوعوية عبر جميع وسائل الإعلام، وجميع قنوات الاتصال الإلكترونية الحديثة، وذلك بإشراف متخصصين وخبراء في مجال التغذية لضمان سلامة محتوى المعلومات ودقتها.

2- توجيه السيدات باتجاه السلوك الغذائي الصحي، من خلال زيادة الوعي ونشر ثقافة التغذية الصحية.

3- إجراء المسوح والدراسات الميدانية بشكل مستمر بهدف تقييم تطور مستويات الوعي الغذائي بشكل مستمر، واتخاذ الإجراءات الوقائية التي تحد من انتشار السمنة.

4- زيادة الاهتمام بأمراض السمنة على المستوى الوطني بتخصيص شهر توعية بأمراض السمنة من كل عام، لإطلاق حملات مكافحة السمنة على المستوى الوطني باعتباره أحد الأمراض الخطيرة التي تستوجب الدعم والتوعية وتزويد الحالات الحرجة بالرعاية الصحية اللازمة.

Referensec:

1. DILLEN, SONJA ME VAN, GERRIT JAN HIDDINK, MARIA A KOELEN, CEES DE GRAAF , CEES MJ VAN WOERKUM ،2007. Exploration of possible correlates of nutrition awareness and the relationship with nutrition-related behaviors., Public Health Nutrition: 1 – 8.
2. - KIM, SANG DOL ،2018. Relationship between awareness and use of nutrition labels and obesity. Biomedical Research 2018; 29 (11): 2238-2242.
3. -WHO, World Health Organization ،2018. Obesity and overweight. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. -WORLD HEALTH STATISTICS ،2018. *monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.
5. -GLOBAL NUTRITION REPORT،2018. *Shining a light to spur action on nutrition*.
6. -KUZBICKA, KAROLINA DOMINIK RACHON (2013). *Bad eating habits as the main cause of obesity among children*, Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism, 19, 3, 107-110.
7. - NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC) ،2017. *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults*. Lancet , 390: 2627-2642.
8. CHEN X, JAHNS L, GITTELSON J, WANG Y،2012. *Who is missing the message? Targeting strategies to increase food label use among US adults*. Public Health Nutr , 15: 760-772.
9. -LEWIS JE, ARHEART KL, LEBLANC WG, FLEMING LE, LEE DJ, DAVILA EP،2009. *Food label use and awareness of nutritional information and recommendations among persons with chronic disease*. Am J Clin Nutr; 90: 1351-1357.

10. - ROSE ,SHIHO, JEFFREY PRETTO, CHRISTINE PAUL, BROOKE EMMETT ET AL ,2016 .*Relationships between nutritional knowledge, obesity, and sleep disorder severity*. journal Sleep Research, 25, 350–355.
11. - CHAN YY, LIM KK, KEE CC, CHEONG SM ET AL ,2017. *Physical activity and overweight/obesity among Malaysian adults: findings from the 2015 National Health and morbidity survey*,(NHMS) BMC Public Health, 17 -1-12.
12. -BEHL S, MISRA A ,2017. *Management of obesity in adult Asian Indians*. Indian Heart Journal, Volume 69, Issue 4, Pages 539-544.
13. -KOVESDY CP, FURTH SL, ZOCCALI C ,2017. *Obesity and kidney disease: Hidden consequences of the epidemic*. Journal of renal care, volume 43, issue 1, 3-10.
14. -FOUAD M, ISMAIL MI , GABALLAH A, REYAD E, ELDEEB S ET AL ,2016. *Prevalence of obesity and risk of chronic kidney disease among young adults in Egypt*, indian journal nephrol 26, 413-418.
15. - MASKOONI, MILAD DANESHI, SEYED ALI KESHAVARZ,ET AL ,2017. The effects of green cardamom on blood glucose indices, lipids, inflammatory factors, paraxonase-1, sirtuin-1, and irisin in patients with nonalcoholic fatty liver disease and obesity: study protocol for a randomized controlled trial, BMC 16: 260 – 269.
16. - MITSUHASHI, AKIRA, TAKASHI UEHARA, SHINSUKE HANAWA, MAKIO SHOZU ,2017 .*Prospective evaluation of abnormal glucose metabolism and insulin resistance in patients with atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer*, Supportive Care in Cancer, Volume 25, Issue 5, pp 1495–1501.
17. - KABAT,GEOFFREY C. MIMI Y. KIM, ROWAN T. CHLEBOWSKI, MARA Z. VITOLINS ET AL ,2018. *Serum lipids and risk of obesity-related cancers in postmenopausal women*. Cancer Causes & Control, Volume 29, Issue 1, pp 13–24.
18. - STONE, TREVOR W., MEGAN MCPHERSON, L. GAIL DARLINGTON ,2018. *Obesity and Cancer: Existing and New Hypotheses for a Causal Connection*. EBioMedicin, Volume 30, Pages 14–28.
19. - ANDERSON, AS, A BELL, A ADAMSON, P MOYNIHAN ,2001. *A questionnaire assessment of nutrition knowledge – validity and reliability issues*, Public Health Nutrition: 5(3), 497–503.
20. - GRUNERT KG, FERNANDEZ-CELEMÍN L, WILLS JM, STORCKSDIECK GENANNT BONSMANN S, NUREEVA L, 2010. *Use and understanding of nutrition information on food labels in six European countries*. J Public Health , 18: 261-277.
21. -SEDIBE, MODIEHI HEATHER, PEDRO T. PISA, ALISON B. FEELEY ,TITILOLA M. PEDRO,KATHLEEN KAHN, AND SHANE A. NORRIS, 2018. *Dietary Habits and Eating Practices and Their Association with Overweight and Obesity in Rural and Urban Black South African Adolescents* , Nutrients,10, 145, 1-18