

السلوك الغذائي وعلاقته بالسمنة والحالة الصحية لعينة من طالبات جامعة
بغداد (مجمع الجادرية)

مها محمد نافع علي

كلية التربية للبنات/ جامعة بغداد

الخلاصة

شملت الدراسة 100 طالبة جامعية بطريقة عشوائية من مجمع الجادرية/ جامعة بغداد في الصفوف الدراسية الأربعة (الأول والثاني والثالث والرابع) ومن كليات مختلفة والتي تتراوح أعمارهن ما بين 19-30 سنة، إذ تم التعرف على مؤشر كتلة الجسم بعد قياس الوزن والطول ومعرفة الحالة الصحية لهن، أما السلوك الغذائي فقد تم التعرف عليه بأعداد استبانة خاصة بذلك، وبينت النتائج أن الفئة العمرية 22-24 قد سجلت أعلى نسبة زيادة في الوزن وهي 54.83%، في حين أن الفئة العمرية 25-27 قد سجلت أقل نسبة زيادة في الوزن حيث بلغت 35%، أما بالنسبة للسمنة فإن أعلى نسبة سجلت بلغت 65% للفئة العمرية 25-27 و 63.63% للفئة العمرية 28-30، أما الفئة العمرية 22-24 فقد سجلت أوطأ نسبة للسمنة بلغت 45.16%، وفيما يخص السلوك الغذائي فقد ظهر أن 15% من عينة الدراسة يتناولن وجبة الإفطار بشكل دائم وأن 78% يتناولن الوجبات الخفيفة والوجبات السريعة بشكل دائم، أما بالنسبة للحليب ومشتقاته والخضراوات والفواكه فكانت نسبة اللاتي يتناولنها بشكل دائم هي 23 و 17 و 22% على التوالي، وأن 88 و 65% منهن يتناولن الحلويات والمشروبات الغازية على التوالي، أما اللحوم فكانت نسبة الطالبات المتناولات منها بشكل دائم 86%، وإن ما يقارب 82% لا يمارسن الرياضة، كما لوحظ أن نسبة الإصابة بأمراض المفاصل هي 40% وبأمراض فقر الدم 35% وبأمراض داء النقرس 15% وبداء السكر 10% بين عينات الدراسة. الكلمات المفتاحية: السمنة، الوزن، مؤشر كتلة الجسم، السلوك الغذائي.

The nutritional behavior and its relation with obesity and health of a sample of female students at Baghdad university/ Jadiriyah complex.

Maha Muhammad Nafi' Ali

Women education college. Baghdad University

Abstract

Hundred female students were randomly selected from the four class levels (1st, 2nd, 3rd, and 4th of the various colleges of jadiriyah complex.

Their ages range from 19-30 years their body weight indicator was obtained after taking their height and weight as well as looking over their health status. As for the nutritional behavior, it was obtained via a questionnaire prepared for this purpose.

The survey results show that females of the age 22-24 years scored the highest increase percentage in weight amounted to 54.83% whereas those of the age 25-27 years scored the lowest increase in weight. As for obesity, the females of the age 25-27 years scored the highest percentage which was 65% while those of the age 22-24 years scored the lowest rate which was 46.14%.

As far as the nutritional behavior is concerned, it was found out that 15% of the samples had their breakfast regularly while 78% ate snacks and light meals regularly. As for milk and dairy products, vegetables and fruit regular consumption, the percentages were 23%, 17% and 22%, 88% and 65% of those female students had sweets and soft drinks. The percentage of consumed meat regularly was 86%. 82% of female students did not practice sports.

The survey came up with the fact that 40% of these students suffer from arthritis, 35% suffer from Anemia, 15% suffer from Gout and 10% suffer from Diabetes.

In light of these results raising the nutritional awareness is recommended among students concerning nutritional behavior through health education programs and reading health bulletins as well as urging students to practice physical activity.

Key words: obesity, weight, Body Mass Index (BMI), Nutritional Behavior.

المقدمة

تعد السمنة مشكلة عالمية ومظهراً من مظاهر العصر الحديث وما يرتبط بها من أمراض العصر مثل تصلب الشرايين والسكر وارتفاع ضغط الدم والتهابات المفاصل (12)؛ (10)، كما أنها تكون مقدمة لعدد من الأمراض المزمنة وتبعاتها النفسية والاجتماعية، ولعلاج السمنة يتطلب اجراء تداخلات غذائية وتعديل في السلوك الغذائي وممارسة الرياضة، وكما قد يفرض التدخل الدوائي والجراحي في حالات السمنة المفرطة التي لا تستجيب للتدخل التغذوي (16؛ 21).

لا يقتصر انتشار السمنة في الدول العربية على الطبقة الغنية من المجتمعات وإنما يشمل أيضاً الطبقات الفقيرة، وقد بلغت نسبة الوفاة الناجمة عن السمنة في دول الخليج ومصر والأردن 3% وفي الولايات المتحدة 24-27% (4؛ 6)، ويعزى عدد قليل من حالات السمنة للعوامل الوراثية أو لأسباب طبية أو للأمراض النفسية (15)، ومن ناحية أخرى فإن زيادة معدلات السمنة على المستوى الاجتماعي ترجع إلى الأغذية التي يسهل الحصول عليها وقلة النشاط الحركي أو البدني والاعتماد المتزايد على استخدام السيارات (11؛ 13)، وقد حددت إحدى الدراسات أجريت عام 2006 بأن هناك أخرى عوامل التي أسهمت في الزيادة الحالية في معدلات السمنة منها النوم غير الكاف والتدخين المتزايد والحمل في عمر متأخر وخلل في الغدد الصماء فضلاً عن أدوية مضادات الالتهاب غير النمطية التي يمكن أن تسبب في زيادة الوزن (14) ونظراً لأهمية موضوع السمنة وقلة الدراسات المنشورة عنها في العراق وقلة وعي الطالبات لأثر السمنة في الصحة ودورها السلبي في حدوث الأمراض المختلفة وبخاصة أمراض القلب والسكري وتصلب الشرايين، لذا فقد هدف هذا البحث الى تسليط الضوء على هذه المشكلة.

المواد وطرائق العمل

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة 100 طالبة من الصفوف الدراسية الأربعة (الأول والثاني والثالث والرابع) من كليات مجمع الجادرية جامعة بغداد، تراوحت أعمارهن بين 19-30 سنة، وقسمت العينة إلى فئات عمرية أربع هي 19-21 و 22-24 و 25-27 و 28-30 وكما مشار إليه في (الجدول، 1).

جدول (1): يبين خصائص عينة الدراسة من حيث العدد والفئات العمرية*.

العدد	الفئات
27	21-19
31	24 -22
20	27-25
22	30 -28
100	المجموع

*استبعدت المتزوجات من الدراسة.

حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI):

استخرج مؤشر كتلة الجسم (BMI) وفقا للمعادلة الآتية:

$$\text{مؤشر كتلة الجسم (BMI)} = \frac{\text{الوزن (كغم)}}{\text{الطول (م)}^2}$$

وذلك لغرض تحديد نسبة الزيادة بالوزن والسمنة حسب التصنيف المستعمل من قبل (3)، وبذلك فقد قسمت العينة الى فئات أربع وكما مشار إليها في (الجدول، 2).

جدول (2): تصنيف العينات بناء على مؤشر كتلة الجسم (كغم/م²)

مؤشر كتلة الجسم	الدرجة
أقل من 20	ضعيف
20 - 24.9	سليم (وزن طبيعي)
25 - 29.9	زيادة في الوزن
30 فأكثر	بدين

دراسة السلوك الغذائي:

ومن أجل دراسة السلوك الغذائي فقد تم جمع البيانات عن طريق ملء استمارة خاصة احتوت على مجموعة من الأسئلة: الأولى تم فيها اختيار مجاميع من الأغذية ومدى تكرار تناولها حيث تم تقسيم تكرار تناول الطعام إلى أقسام ثلاث هي دائماً وأحياناً وأبداً والثانية تم فيها توجيه بعض الأسئلة عن الحالة الصحية حيث كانت صيغة السؤال ما هي الأمراض التي تعاني منها.

التحليل الإحصائي:

تم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SAS واستخدام مربع كاي لمقارنة الفروق المعنوية بين النسب المدروسة، في حين قورنت الفروقات المعنوية بين المتوسطات باختبار أقل فرق معنوي L. S. D. (18).

النتائج والمناقشة

يلاحظ من النتائج المستحصل عليها في (الجدول، 3) عدم وجود فروقات معنوية على مستوى الطول، في حين وجدت فروقات معنوية بالنسبة للوزن بين الفئات العمرية المختلفة.

جدول (3): قياسات الوزن والطول لعينة الدراسة.

الوزن (كغم)	الطول (سم)	العدد	الفئة العمرية
*4.72 ± 85	12.52 ± 160	27	(21-19)
*5.06 ± 89	14.07 ± 168	31	(24 -22)
*5.48 ± 93	14.81 ± 170	20	(27-25)
*6.34 ± 103	15.28 ± 175	22	(30 -28)
*7.403	NS 13.77	-	قيمة L. S. D

NS غير معنوي على مستوى (P < 0.05)

*معنوي على مستوى (P < 0.05)

يتضح من (الجدول، 4) أن نسبة زيادة بالوزن كانت 54.83% للفئة العمرية 22-24 و40.74% للفئة العمرية 19-21 و36.36% للفئة العمرية 28-30 وهي نسبة أعلى من النتيجة التي توصل إليها كل من (19؛ 7؛ 8)، وأما بالنسبة للسمنة فأنها سجلت أعلى نسبة للفئة العمرية 25-27 حيث بلغت 65%، ويليه الفئة العمرية 28-30 حيث سجلت نسبة السمنة حوالي 63.63% وهذا يتفق مع نتائج بعض الدراسة الحديثة التي أكدت أنه كلما تقدم العمر هناك زيادة في الوزن تعزى الى قلة الطاقة المبذولة من قبل الشخص البالغ للاستهلاك الغذائي (2)، أما الفئة العمرية 22-24 فقد سجلت أقل نسبة وهي 45.16% وهذا يتفق مع النتائج التي ذكرها الباحث (17) وأعلى مما ذكره الباحث (5).

جدول (4): مؤشر كتلة الجسم لعينة الدراسة.

معدل BMI	سمين		زيادة في الوزن		وزن طبيعي		نحيف		العدد الكلي	الفئات العمرية
	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد		
0.04±3.12	59.25	16	40.74	11	-	-	-	-	27	(21-19)
0.06±3.15	45.16	14	54.83	17	-	-	-	-	31	(24 -22)
0.11±3.22	65	13	35	7	-	-	-	-	20	(27-25)
0.16±6.36	63.63	14	36.36	8	-	-	-	-	22	(30 -28)

ويبين (الجدول، 5) النسبة المئوية لتكرار بعض السلوك الغذائي الذي يشمل دائماً وأحيانا وأبدا لجميع النماذج، فبالنسبة لوجبة الإفطار، سجلت أعلى نسبة للطالبات اللاتي لا يتناولن وجبة الإفطار حيث بلغت 62% على الرغم من أهمية هذه الوجبة لأنها أساس للصحة العامة، وان 23% أحيانا و15% فقط اللاتي يتناولن وجبة الإفطار بشكل دائم، أما بالنسبة لتناول الوجبات الخفيفة والتي تعد وجبات إضافية ما بين الرئيسية فقد لوحظ أن 78% من الطالبات يتناولن وجبات خفيفة، أما نوع الطعام الغالب بمثابة وجبة رئيسية فهو الطعام البيتي، إذ أن 36% يتناولن دائماً طعاماً بيتياً يتضمن صحن الرز والمرق، بينما 52% من عينة الدراسة يتناولنها أحيانا، كما لوحظ أن نسبة 82% من العينة لا يمارسن الرياضة ابداً دون ذكر نوع الرياضة.

جدول (5): تكرار السلوك الغذائي.

سلوك الغذائي	دائماً	أحياناً	أبداً
	النسبة %	النسبة %	قيمة مربع كاي
تناول وجبة الإفطار	15	23	7.00**
تناول الوجبات الخفيفة	78	22	9.04**
تناول الطعام الغالب (بيتي)	36	52	5.85**
ممارسة التمارين الرياضية	13	5	9.05**

** (0.01): مستوى الدلالة المعنوي

يلاحظ من (الجدول، 6) مدى تكرار بعض أنواع الأغذية حيث وجد أن 54% يتناولن الحليب بصورة متذبذبة وكذلك الحال بالنسبة للخضراوات والفواكه فإن النسبة المئوية للاتي يتناولنها أحيانا هي 74 و78% على التوالي، وبالنسبة لتناول الحلويات والمشروبات الغازية فإن النسبة المئوية للاتي يتناولنها دائماً هي 65 و88% على التوالي وهي نسبة مرتفعة، ويعود سبب ارتفاع نسبة تناول المشروبات الغازية إلى الجو الحار في العراق ولرخص ثمنها وتوافرها بكميات كبيرة في الأسواق، أما بالنسبة لتناول اللحوم فإن 86% من العينة يتناولنها دائماً وهي نسبة مرتفعة أيضاً، وفيما يخص المكسرات لوحظ إن 79% يتناولها دائماً و19 و2% أحيانا وأبداً على التوالي، أما بالنسبة للخبز بأنواعه والأغذية المقلية والبقوليات فقد كانت النسبة عالية 92 و98 و75%، على التوالي وهي نسبة عالية لها أثر كبير في زيادة الوزن. وبصورة عامة لوحظ أن إقبال الطالبات على تناول اللحوم والأغذية المقلية والحلويات بشكل دائم يعد عاملاً أساساً في حدوث السمنة، وفي الوقت نفسه لابد من تقليل الوجبات الدسمة التي تقدمها الكافيتيريا (الوجبات السريعة) والاتجاه إلى الإكثار من تناول الفواكه والخضراوات والأغذية المنخفضة الدهون وكذلك الاتجاه إلى تقليل من تناول الحلويات والمشروبات الغازية وهذا يتفق مع ما ذكره (1) عن اعتماد طلبة الجامعة على الوجبات السريعة.

جدول (6): تكرار تناول بعض الأغذية لعينة الدراسة.

نوع الغذاء المتناول	دائما	أحيانا	أبدا
الحليب ومشتقاته	%23	%54	%14
الخضراوات	%17	%74	%9
الفواكه	%22	%78	%0
اللحوم	%86	%14	%0
الحلويات	%65	%35	%0
المشروبات الغازية	%88	%12	%0
المكسرات	%79	%19	%2
الجبس بانواعه	%92	%8	%0
الأغذية المقلية	%98	%2	%0
البقوليات	%75	%15	%10

يوضح (الجدول، 7) أن أكثر الأمراض المنتشرة بين الطالبات اللاتي يعانين السمنة هي التهاب المفاصل بنسبة بلغت 40% وهذا يتفق مع ما ذكره (20) بأن السمنة ترافقها مشاكل صحية كالتهاب المفاصل وداء السكري (النوع الثاني) وداء النقرس، وأيضا لوحظ من نتائج الدراسة بأن 35% من عينة الدراسة يعانين من فقر الدم على الرغم من كثرة تناول اللحوم من قبل العينة الا انه قد يعود الى أسباب أخرى منها فترة الطمث وأيضا نتيجة تناول أدوية مضادة للحموضة والالتهابات التي تقلل من امتصاص الجسم للحديد وهذا يتفق ايضا مع الدراسة (9) التي قام بها والذي توصل إلى أن قلة تناول الخضراوات والفواكه أو عدم تناول العصائر التي تحتوي على فيتامين C زادت من خطر الإصابة بمرض فقر الدم، اذ ان وجود هذا الفيتامين في الجسم يزيد من نسبة امتصاص الحديد.

جدول (7): نوع الأمراض بين عينة الدراسة.

نوع المرض	النسبة المئوية %
إمراض فقر الدم	35%
التهاب المفاصل	40%
داء النقرس	15%
داء السكري	10%

التوصيات

يشكل اتباع نظام غذائي غير صحي وعدم ممارسة نشاط رياضي كاف مؤشراً خطيراً، وأن السلوك الغذائي الخاطئ له تأثير سلبي لأن قد يستمر مدى الحياة ولهذا لا بد من نشر الوعي والثقافة الغذائية بين الطالبات فيما يخص السلوك الغذائي السليم وممارسة النشاط البدني الصحي.

المصادر

1. الهواري، عبد الرحمن فطيمة. (2004). أهم التحولات في الخط الغذائي للطلبة المتنقلين إلى المدن الجامعية من اجل الدراسة. المجلة العربية للغذاء والتغذية. 11: 136-146.
2. بلطيفة، لطيفة وجماعتها. (2004). مستوى المعرفة وسلوكيات النساء التونسيات حول الوقاية من السمنة عن طريق التغذية في الوسطين الحضري والريفي. المجلة العربية للغذاء والتغذية. 11: 179-189.
3. محمود، امال حسين وجماعتها. (2004). الحالة التغذوية ومؤشرات المقاييس الجسمانية للسيدات في مصر. المجلة العربية للغذاء والتغذية. 11: 98-106.
4. مصيقر، عبد الرحمن. (2001). أسس التغذية العلاجية. الطبعة الأولى، دار القلم، دبي، الامارات العربية. 133-141.
5. مصيقر، عبد الرحمن. (2010). العوامل الاجتماعية والصحية والغذائية المرتبطة بالسمنة عند النساء في دولة الإمارات العربية المتحدة. المجلة العربية للغذاء والتغذية. 36: 8-14.
6. Allison, D. B.; Fontaine, K. R.; Manson, J. E.; Stevens, J. and Valntallie. T. B. (1999). Annual deaths attributable to obesity in the United States. *Jama* 282 (16): 1530-1538.
7. Al- Nuaim, A.; Bamgbodye, E.; Al-Rubeaan, K. and Al-Mazrou, Y. (1997). Overweight and obesity in Saudi Arabian adult population, role of socio demographic variables. *J. Community Health*. 22: 211-223.
8. Al-Rashidi, A. E. (1999). Studying The Effect of Social Level and Food Habit on The Increasing Number of Overweight and Obese Female Students of Home Economics and Education college, General. Presidency of Girls College, Home Economics and Girls College. Jeddah, Sud: Arab a (Unpublished M. Sc. Thesis).
9. Al-Quaiz, J. M. (2001). Iron deficiency anemia. a study of risk factors. *Saudi Med. J.* 22(6): 490-506.
10. Bray, G. A. (2004). Medical consequences of obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 89: 2583-2589.
11. Drewnowski, A. and Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity the role of energy density and energy costs. *Am. J. Clin. Nutre.* 79(1): 6-16.
12. Grundy, S. M. (2004). Obesity metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 89(6): 2595-2600.

13. James, W. P. (2008). The fundamental drivers of the obesity epidemic, *Obes. Revs. Suppl.* 1: 6-13.
14. Keith, S. W.; Redden, D. T. and Katzmarzyk, P. T. (2006). Putative contributors. To the secular increase in obesity: Exploring the roads/ esstraveled, *Int. J. Obes.* 30(11): 1585-1594.
15. Lau, D. C.; Douketis, J. D.; Morrison. K, M.; Hramiak, I. M. and Sharma, A. M. (2007). Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMA. J.* 179(8): 1-13.
16. National Institute of Health. (1998). *Clinical Guidelines on The Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults.* Roc Kulle, MD: NHLB.
17. Rasheed, P.; Abou-Hozafa, B. M. and Khan, A. (1994). Obesity among young Saudi femal adults: a prevalence study on medical and nursing students. *Public Health.* 108(4): 289-294.
18. SAS. (2004). *SAS/ STAT Users Guide for Personal Computers.* Release 7.0 SAS Institute Inc., Cary, NC., USA. (SAS) = Statistical Analysis System.
19. Shimbo, S.; Moon, C. S.; Zhang, Z. W.; Watanabe, T.; Guo, Y. L.; Ma, W. C.; Nakatsuk, H.; Peng, C. J. and Ikeda, M. (1997). Nutritional evaluation of Chinese working women in the city. *Tainan.* 181(3): 339-352.
20. Tuckker, A.; Visscher, T. and Picavet, H. (2008). Overweight and health problems of the lower extremities: osteoarthritis, pain and disability. *Public Health Nutr.* 12(3): 1-10.
21. World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of WHO Consulation on Obesity.* Geneva, Switzerland, WHO.