



المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل The Scientific Journal of King Faisal University

العلوم الأساسية والتطبيقية
Basic and Applied Sciences



A Study on Healthy Behaviour (Nutritional Education and Motor Function) of a Sample of Saudi Women and Its Impact on Health Status

Abeer Ahmad¹, Angelika Ploeger², Johann Christoph Klotter³

¹Independent Researcher

²Department of Organic Food Quality and Food Culture, Faculty of Organic Agricultural Sciences, University of Kassel, Kassel, Germany

³Department of Public Health Nutrition, Faculty of Nutritional, Food and Consumer Sciences, Fulda University of Applied Sciences, Fulda, Germany

دراسة السلوك الصحي (الثقافة الغذائية والنشاط الحركي) لعينة من النساء السعوديات وأثرها على الحالة الصحية

عبير أحمد¹، أنجليكا بلويغر²، يوهان كريستوف كلوتر³

¹باحث مستقل

²قسم جودة الأغذية العضوية والثقافة الغذائية، كلية العلوم الزراعية العضوية، جامعة كاسل، كاسل، ألمانيا

³قسم الصحة العامة التغذوية، كلية علوم الغذاء والتغذية والمستهلك، جامعة فولدا للعلوم التطبيقية، فولدا، ألمانيا

KEYWORDS

الكلمات المفتاحية

Al Bahah, Mecca, nutritional habits, obesity, older generation, young generation

الباحة، الجيل الأكبر، السمنة، العادات الغذائية، جيل الشباب، مكة

RECEIVED

05/04/2020

ACCEPTED

05/06/2020

PUBLISHED

01/12/2020



<https://doi.org/10.37576/sj/21263>

ABSTRACT

Saudi women are an important component of national development in all fields as they represent almost half of the total population. The prevalence of obesity among Saudi women increased by 5.9% between 2010 and 2016. They are at greater risk than they were a decade ago for cardiovascular diseases and diabetes when compared to men. Therefore, the main aim of this research is to study the changing patterns and development of chronic non-communicable diseases among women in Saudi Arabia. Specifically, this research examines differences in healthy behaviour (nutritional education and physical activity) between two different generations of women in Saudi Arabia, and the change from a traditional diet to a more modern western diet and whether this might lead to weight gain and the spread of associated chronic diseases. The results of a comparison between two different generations of women in two different generations of women from the cities of Makkah and Al-Bahah showed that both young and elderly women in Al-Bahah had better health and engaged in healthier behaviour than women in Makkah. The results also confirm the hypothesis of a diet change in Saudi Arabia, which is also reflected in health. The study recommends modifying healthy behaviour with a traditional diet and lifestyle, for it may help improve the health of the Saudi population.

مصادر أخرى مثل إحصاءات البنك الدولي وتقارير الأمم المتحدة. وكذلك أجريت دراسات أخرى في المملكة العربية السعودية لمقارنة الأنماط الزمنية للأمراض المزمنة وعوامل الخطر على النساء [Aljohara *et al.* 2014].

أوضحت النتائج أنه خلال الفترة ما بين عامي 2010 و 2016 ارتفع معدل انتشار الوزن الزائد أي مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد عن 25 كجم/م² لدى النساء السعوديات بنسبة 5.9% (من 65.9% إلى 71.8%) وفقاً لبيانات منظمة الصحة العالمية [WHO 2013 a, GHO 2016].

ما بين عامي 1996 و 2011 تفاقم الخمول البدني المبلغ عنه ذاتياً لدى النساء (من 84.7% إلى 98.1%)، وازداد انتشار التدخين لدى النساء (من 0.9% إلى 7.6%). كذلك بلغ انتشار متلازمة التمثيل الغذائي لدى النساء (42%). وبالتالي تزداد احتمالية تعرض المرأة السعودية لمخاطر التعرض للسمنة، والإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، ومرض السكري [Aljohara *et al.* 2014].

كما أن هنالك عوامل نفسية، واجتماعية، وثقافية، تؤثر على صحة الإنسان، وتؤدي إلى تطور أمراض السمنة والتغذية (مثل داء السكري من النوع 2) [Brombach 2011]، كذلك يوجد عوامل لا يمكن التأثير عليها مثل العمر والجنس وعلم الوراثة [BZgA *et al.* 2004]، ولكن في معظم الحالات يمكن أن تتأثر بعوامل أخرى.

قدمت مارجريت وايتهيد وجوران دالغرين (1991) أربعة مستويات مختلفة تؤثر على الصحة والرفاهية انظر الشكل 1:

- السلوك الشخصي وأسلوب الحياة (المستوى الأول)،
- الدعم والتأثير من البيئة الاجتماعية (المستوى الثاني)،
- ظروف المعيشة والعمل (المستوى الثالث)،
- الظروف الاقتصادية والثقافية والمادية و البيئية (المستوى الرابع).

المخلص

تعد المرأة السعودية عنصراً مهماً من عناصر القوة المساهمة في التنمية الوطنية، في جميع المجالات. السعوديات يمثلن نصف المجتمع تقريباً من إجمالي السكان. زاد معدل انتشار السمنة لدى السعوديات بنسبة 5.9% ما بين عام 2010 إلى عام 2016؛ لذلك من المحتمل أن تكون المرأة السعودية عرضة لخطر أكبر مما كانت عليه للإصابة بالأمراض. وقد حتم ذلك إجراء هذا البحث لدراسة النمط المتغير للأمراض المزمنة بين النساء في المملكة العربية السعودية وتطورها. ويهدف هذا البحث إلى دراسة الاختلافات في السلوك الصحي في مدينتين لها نمطان غذائيان مختلفان، بين جيلين مختلفين، ومدى احتمالية حدوث تغيير في النمط الاستهلاكي من اتباع النظام الغذائي التقليدي إلى النظام الغذائي الغربي الأكثر حداثة، وأثر ذلك في زيادة الوزن، وانتشار الأمراض المزمنة المرتبطة بالسمنة. وأظهرت نتائج المقارنة بين الجيلين المختلفين أن كلا من فتي الشباب وكبيرات السن في الباحة يتمتعن بصحة أفضل، ويظهرن سلوكاً صحياً معززاً للصحة أكثر من النساء لكلا الجيلين في مكة. وتؤكد نتائج الدراسة فرضية وجود ارتباط بين تغير النظام الغذائي في المملكة العربية السعودية والصحة العامة. وقد أوصت الدراسة بأهمية تعديل السلوك الصحي إلى نظام غذائي متوازن من ناحية السرعات والحركة كإجراء وقائي بما يسهم في تحسين صحة السعوديات.

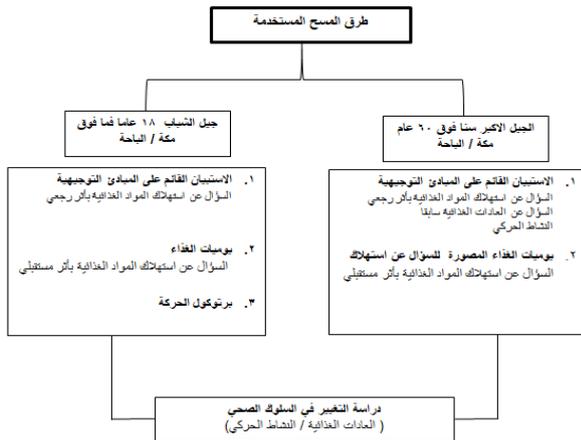
1. المقدمة

تعد المرأة السعودية عنصراً مهماً من عناصر القوة المساهمة في التنمية الوطنية في جميع المجالات؛ وذلك استناداً إلى نتائج أحدث 11 مسحاً من مسوح الهيئة العامة للإحصاء في عام 2020، وذلك للوصول إلى إحصاءات متنوعة عن المرأة في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية، والتعليمية، والصحية، والثقافية. وتمثل السعوديات نصف المجتمع تقريباً بنسبة (49%) من إجمالي السكان (15 سنة فأكثر)، بنسب متقاربة في معظم المناطق الإدارية، وبلغ متوسط أعمار السعوديات 28 سنة [General Authority for Statistics 2020].

فالتركيز على هذه الفئة من حيث سلامتها صحياً، وخلوها من الأمراض، وتقديم النصائح لمكافحة الأمراض أمر هام. ومن جهة أخرى فإن المرأة السعودية هي المسؤولة عن صحة وغذاء أفراد أسرتها؛ لذلك كان التركيز على هذه الفئة أمراً ضرورياً، لدراسة النمط المتغير للأمراض المزمنة غير المعدية بين النساء في المملكة العربية السعودية وتطورها.

ومن خلال البحث في الأدبيات الطبية في PubMed عن الكلمات الرئيسية: "معدلات الأمراض غير المعدية في المملكة العربية السعودية" و "عوامل الخطر بالنسبة للنساء" ظهرت نتيجة واحدة فقط: "صحة المرأة في المملكة العربية السعودية: مراجعة الأمراض غير المعدية وعوامل الخطر الخاصة بها". نُشرت هذه الدراسة في عام 2013 وجمعت لها بيانات وطنية بين عامي 1996 و 2011. استخدمت هذه الدراسة بيانات جمعت في مسوحين وطنيين كبيرين: الأول كان في الفترة من 1990-1993، بينما كان الثاني في الفترة من 1995-2000. أشارت هذه الاستطلاعات إلى أنماط واتجاهات فيما يتعلق بتعاطي التبغ والأمراض المزمنة وعوامل الخطر المرتبطة بها. تم إجراء جميع الاستطلاعات تحت رعاية وزارة الصحة السعودية مع جمع بيانات من

الشكل 2: طرق المسح المستخدمة لدراسة السلوك الصحي (العادات الغذائية والنشاط الحركي) للجيلين.



2.1. عينه الدراسة:

إجمالي حجم العينة للنساء الأكبر سناً 120 امرأة (60 امرأة من مكة و60 امرأة من الباحة) أما بالنسبة للجيل الأصغر سناً، فقد كان حجم العينة 30 امرأة (15 امرأة من مكة و15 من الباحة). ونظراً لوجود دافع ضئيل للمشاركة في مثل هذه المسوحات الغذائية، كما أن اللاتي وافقن على المشاركة قد لا يحتفظن بالسجلات بالكامل [Straßburg 2010] بما يمكن أن يشوه العينة، لذا فقد تم تخصيص زيادة حجم العينة بمعدل 10% منذ البداية؛ للتغلب على التشويه الذي قد يطرأ على البيانات.

بالنسبة لاختيار العينة، فقد تم اختيار المشاركات في المسح عن طريق العينات العمدية (القصدية). وبالتالي فهي "غير احتمالية". هذا يعني أن فرص اختيار مجموعة معينة من الأشخاص لا يمكن التنبؤ بها [Paier 2010]. وتتلخص عيوب هذه العينات غير الاحتمالية في أنها لا تمثل المجتمع المأخوذة منه تمثيلاً صحيحاً، وبالتالي فإن العينة التي تم الحصول عليها لا تمثل جميع النساء السعوديات.

2.2. فترة المسح:

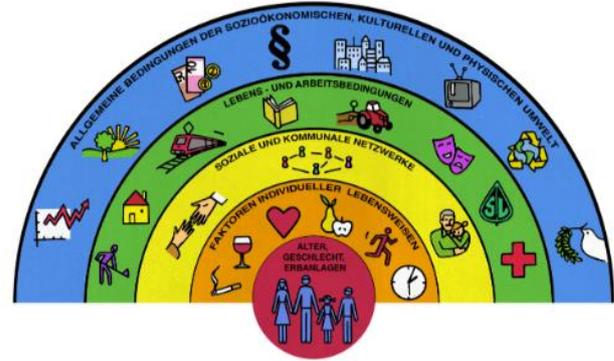
اختيار فترة المسح، تم مراعاتها أيضاً نظراً لأن عادات الغذاء في المملكة العربية السعودية تخضع للتقلبات الموسمية؛ فكثير من الناس يأكلون أطعمة مختلفة في أشهر الشتاء عنها في أشهر الصيف الدافئة. لذلك تم مراعاة التأثيرات الموسمية [Straßburg 2010]. ولذلك فقد أجري المسح في وقت تكون فيه درجات الحرارة معتدلة نسبياً حتى لا تميل المشاركات في المسح إلى استهلاك طعام معين بكثرة، وقد استغرقت عملية المسح عامين متتالين. روعي أيضاً عدم وجود مناسبات دينية أثناء إجراء المسح مثل شهر رمضان الكريم، أو العيدين: الأضحى والفطر؛ لأن العادات الغذائية في هذه المناسبات تختلف اختلافاً كاملاً عن العادات الغذائية في الأشهر العادية، ويفضل العديد من الأسر تناول أطعمة معينة في هذه الأشهر، مما يعطي نتائج غير دقيقة عن استهلاك المواد الغذائية.

شملت الاستقصاءات الجوانب الديمغرافية والاجتماعية والصحية. كما تم طرح أسئلة حول النشاط البدني، وكذلك حول ثقافة الأكل.

فيما يتعلق بالحالة الصحية، فإن السؤال الأول المطروح هو ما إذا كان الشخص الذي أجريت معه المقابلة مريضاً. إذا كان الجواب نعم، يتم طرح المزيد من الأسئلة حول هذا المرض، ومن ثم يمكن مقارنة مجموعتين بهذه الطريقة: المرضى والأصحاء.

نظراً لأن عادات تناول الطعام للأفراد - وليس استهلاك الطعام لمجموعات من الناس - هي موضوع هذا البحث، كان من الضروري إجراء المقابلة الشخصية لكل مشارك وليس السؤال في مجموعات.

الشكل 1 محددات الصحة [BZgA et al. 2004].



في نهج تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، يتم التمييز بين هدفين (الظروف المحيطة بالشخص وسلوك الشخص نفسه). ولا ينبغي النظر إلى المستويات الأربعة بمعزل عن بعضها البعض، لأنها تؤثر على بعضها البعض؛ حيث تتأثر طريقة الحياة الفردية أيضاً بالبيئة الاجتماعية [BZgA et al. 2004].

البحث الحالي يحاول التركيز على هذه الجوانب مجتمعة؛ فقد أثبتت الوقاية الأولية نجاحها بشكل خاص في مجال الأمراض غير المعدية، وتشير الأدبيات العلمية إلى أن بعض السلوكيات - على سبيل المثال السلوك الغذائي أو النشاط البدني - له نصيب كبير في تطوير الصور السريرية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية أو السرطان، إلا أنه تم استغلال الإمكانيات الوقائية فيها حتى الآن جزئياً فقط [Brombach 2011].

لذلك كان من المهم دراسة السلوك الصحي من جميع الجهات لعينة من النساء السعوديات لمعرفة مدى انتشار هذه الأمراض، ورسم طرق الوقاية الأولية لهذه الأمراض، وهو أهم أهداف التغذية الصحية العامة (PHN) Public Health Nutrition.

ومن أبرز السياسات المقترحة للحد من هذه الأمراض، وتعزيز الصحة، استخدام نهجين مختلفين للوقاية من الأمراض والمخاطر الصحية: تحديد النساء المصابات بالأمراض واستهدافهن للتدابير الوقائية الفردية (نهج عالي المخاطر) وأيضاً تعديل عوامل الخطر لحدوث المرض بين السيدات السعوديات، ووضع (استراتيجية سكانية) [Knorpp, Kroke 2009].

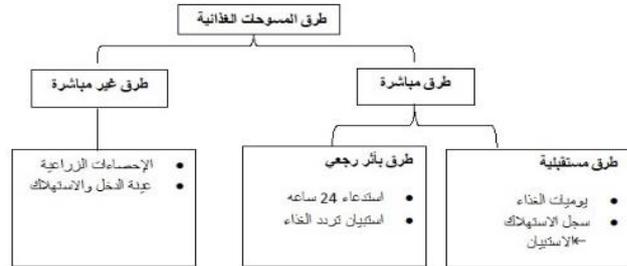
2. المواد وطرق العمل

لدراسة السلوك الصحي (العادات الغذائية والنشاط الحركي) لعينة من النساء السعوديات في مدينتين مختلفتين: (مكة المكرمة والباحة). وبين جيلين مختلفين (الجيل الأكبر سناً 60 عاماً فما فوق، والجيل الأصغر سناً 18 عاماً إلى أقل من 60 عاماً) ومعرفة انتشار الأمراض المزمنة، تم جمع بيانات خاصة لهذا العمل، وتحليلها عن طريق العديد من أدوات المسح، كما يشير الشكل رقم 2. مزيد من التفاصيل عن طرق المسح انظر (3.2 طرق جمع المعلومات وأدوات المسح)

2.3. طرق جمع المعلومات (أدوات المسح):

يمكن تنفيذ طرق مسح النظام الغذائي بالطرق المباشرة أو غير المباشرة. وتتميز الطرق المباشرة عن الطرق غير المباشرة، بكونها توفر معلومات أكثر دقة حول استهلاك الغذاء أو معلومات حول جانب من جوانب الفرد، بينما تلخص الطرق غير المباشرة المعرفة حول مجموعة أو مجموعات كاملة من السكان (انظر الشكل 3) [Straßburg 2010].

الشكل 3: طرق المسوحات الغذائية [Straßburg 2010].



تحدد الأساليب بأثر رجعي السلوك الغذائي الماضي للمشاركين. يمكن القيام بذلك من قبل محاور مدرب جيداً، أو باستخدام استبيان، كما هو الحال في هذا العمل. يمكن أن تتكون الفترة الماضية من يوم واحد (استدعاء على مدار 24 ساعة) حتى عدة أسابيع أو أشهر أو سنوات. الأدوات التالية مناسبة للبحث بأثر رجعي: استدعاء على مدار 24 ساعة (سجل تذكير 24 ساعة) [Straßburg 2010].

تتمثل إحدى المزايا الرئيسية للطرق الاسترجاعية في أن النظام الغذائي نفسه لا يمكن أن يتأثر بالمسح؛ لذا فهو ليس طريقة تفاعلية، بمعنى أن المفحوص لا يغير إجابته بطريقة إيجابية وفق ما ينتظره الفاحص، وأحد العيوب الأخرى هو أن النتائج تعتمد على سعة ذاكرة المشاركين [Straßburg 2010]. تم استخدام مجموعة من الطرق الرجعية والمستقبلية لهذا البحث والدمج بينها للحصول على مزايا كل طريقة وخفض نسبه عيوبها لضمان دقة النتائج وهي كالتالي:

2.3.1. الاستبيان القائم على المبادئ التوجيهية

تم اختيار المسح عن طريق الاستبيان القائم على المبادئ التوجيهية كأداة المسح الأولى، والتي يتم إجراؤها في شكل مقابلة شخصية على أساس المقابلات التوجيهية، وليس على شكل استبيان مكتوب؛ لأنه عند الإجابة على الاستبيانات كتابة بدون وجود الفاحص، يمكن أن يحدث سوء فهم، وقد لا تتطابق الإجابات مع السؤال، خاصة مع النساء الأكبر سناً في سن 60 وما فوق وبعضهن أقل تعليماً، وفي حالة استخدام الاستبيان المكتوب دون توجيه قد يكون تحليل النتائج وإمكانية المقارنة معقداً في وقت لاحق. ويقدم الاستبيان القائم على المبادئ التوجيهية - كما يتم إجراؤه في الورقة - ميزة القدرة على المساعدة في حالة سوء الفهم وجعل النتائج أكثر قابلية للمقارنة. كما أن هذا النوع من المقابلات الإرشادية مناسبة لمجالات البحث الأقل بحثاً [Hopf 2012]. استخدمت هذه الأداة للجيلين ولكن يختلف استبيان الجيل الأكبر عن الاستبيان الذي حصل عليه الجيل الأصغر؛ بسبب صغر سنهم، وبالتالي قلة تجاربهم الحياتية، فلا يلزمهم بالإدلاء بأي تصريحات عن سلوك الأكل السابق؛ لذلك سئلوا فقط عن سلوك الأكل الحالي. أما أسئلة الجيل الأكبر سناً من خلال إجاباتها، فنستطيع المقارنة بين السلوك الصحي السابق والحالي لهن؛ ولذلك تم استخدام الأسئلة المفتوحة لهذا الغرض. وتوجد بالفعل استبيانات متعددة في الأدبيات، تغطي مجالات الأمراض المزمنة وموضوع ثقافة الأكل في الأدب الأوربي، ومع ذلك، تم التخطيط لوضع استبيان توجيهي منفصل لإجراء المسوحات الخاصة بهذا البحث.

تم النظر إلى العديد من الاستبيانات الموجودة لإنشائها مثل درجة مخاطر مرض السكري الألمانية (DRS) Diabetes Risk Score، التي يتم طلب مؤشر كتلة الجسم والعمر والجنس فيها. يعتمد DRS على استبيان (FINDRISC)

Finnish Diabetes Risk Score الفنلندي، والذي تمت ترجمته إلى الألمانية من قبل عالم ألماني، وتم تطويره إلى درجة مخاطر مرض السكري الألمانية [Schuppenies et al. 2006]. تم استخدام استبيان The (EPIC) European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition المستخدم في الدراسة الموسعة لدراسة الأمراض المزمنة والعادات الغذائية في ألمانيا. هناك العديد من الأسباب التي أدت إلى تطوير استبيان جديد. كان يجب ترجمة كل شيء إلى اللغة العربية أولاً، ولكن أيضاً الاختلافات في عادات الأكل بين السكان الألمان والسعوديين تتطلب إيجاد أسئلة مصممة خصيصاً للسكان السعوديين، مثل البيانات المتعلقة باستهلاك لحم الخنزير والكحول التي لا يتم استهلاك أي منهما في المملكة العربية السعودية [Schulze et al. 2007]. لذلك تم تصميم استبيان المبادئ التوجيهية بشكل مثالي لاحتياجات هذا البحث واستخدامه لإجراء المزيد من الفحوصات في المملكة العربية السعودية (أو في الدول العربية الأخرى التي لديها عادات غذائية مماثلة).

نظراً لأن العينة المدروسة في هذا البحث، يتكون جزء كبير منها من كبار السن، وهنا تلعب سعة الذاكرة دوراً مهماً في طرق المسح بأثر رجعي؛ لأن الذاكرة قصيرة المدى تتدهور في الشيخوخة. وقد يتم تقديم معلومات من المشاركين مع إمكانية الإفراط في الإبلاغ أو النقص لبعض المغذيات كرد فعل للمشاركين على التوقعات الشخصية للفاحص (السلوك الاجتماعي المرغوب فيه) [Straßburg 2010].

لهذا السبب، تتم مقارنة البيانات المتعلقة بسلوك الأكل التي تم الحصول عليها من خلال استبيان تردد الغذاء بأثر رجعي مع يوميات الغذاء (الكتاب المصور) بأثر مستقبلي. ميزة الكتاب المصور سهولة استخدامه لتسجيل الاستهلاك في حالة وجود صعوبة في القراءة أو الكتابة.

2.3.2. يوميات الغذاء/الكتاب المصور

جرى تسجيل استهلاك الغذاء لأفراد عينة الدراسة من خلال آليتين: الأولى باستخدام الكتاب المصور للنساء الأميات والأكبر سناً، والأخرى بواسطة نموذج يوميات الغذاء للنساء الأصغر سناً، بالإضافة إلى من ترغب في ملئه من النسوة الأكبر سناً اللاتي يجدن القراءة والكتابة.

يوميات الغذاء التي كانت على شكل جدول تسجل الطعام المتناول، ووقت تناوله، وطريقة تحضيره، ومكان تناوله، سواء داخل المنزل أو خارجه. وتم السؤال أيضاً: "مع من تم تناول هذه الوجبة؟"، على سبيل المثال: مع أفراد الأسرة، أو الأصدقاء، أو بدون رفقة.

تم إنشاء يوميات الغذاء المصور لهذا العمل استناداً إلى دفتر الصور الخاص بـ (IARC) International Agency for Research on Cancer لعرض الأطعمة التي يتم استهلاكها في المملكة العربية السعودية في صور. وهكذا تتمكن النساء من تحديد نوع الأطعمة المتناولة بسهولة، وطلب تسجيل الأطعمة المتناولة لمدة أسبوع كامل؛ لدراسة الاختلافات في العادات الغذائية طيلة أيام الأسبوع و أيام العطل الأسبوعية. هذه الأداة مناسبة للدراسة مع عدد كبير من المشاركين؛ لأنه يمكن تنفيذها وتقييمها بسرعة. بالإضافة إلى ذلك، ليس من الضروري أن يكون المحاور والمستجيب في نفس المكان. يتم عرض صفحة كمثال ليوميات الغذاء المصور في الشكل 4

بمساعدة هذه الاستبيانات، تم تطوير استبيان منفصل لتسجيل النشاط البدني. في البداية، يتم طرح السؤال حول القيود الجسدية المحتملة، أي ما إذا كان الشخص بحاجة إلى المساعدة في المهام اليومية (الاستحمام، وما إلى ذلك). إذا كان الجواب نعم، يتم طرح السؤال: منذ متى ولماذا. قد يكون السبب هو زيادة مؤشر كتلة الجسم أو مشاكل العظام أو أسباب أخرى. إذا لم يكن لدى الشخص قيود جسدية، فسيتم سؤاله عن النشاط البدني. تم طلب نشاط الأيام السبعة الماضية، بحيث يمكن ملاحظة الاختلافات بين الأسبوع وعطلة نهاية الأسبوع. كما يؤخذ في الاعتبار أي اختلافات في الأنشطة بين المدينتين.

أما بالنسبة للجيل الأصغر سناً، فبعد إجراء الاستبيان القائم على المبادئ التوجيهية، تم تسليم بروتوكول الحركة لمدة سبعة أيام. وفيه يسجل المفحوص كل نشاط حركي، رياضياً كان أو يومياً على حد سواء. ميزة تحديد الفترة هي أنه يمكن تحديد الاختلافات المحتملة بين أيام الأسبوع وعطلة نهاية الأسبوع. يمكن أيضاً إجراء مقارنة بين سلوك الحركة بين المدينتين.

3. النتائج

3.1. نتائج الجيل الأكبر سناً:

3.1.1. الخصائص الديموغرافية

من أجل مقارنة نساء الجيل الأكبر سُنلت 60 امرأة من الباحة و60 امرأة من مكة عن أسلوب حياتهن. كانت أعمار جميع النساء اللاتي تمت مقابلتهن على الأقل 60 سنة (الباحة 60-93 سنة، مكة المكرمة 60-88 سنة) وكان لديهن مستوى تعليمي مختلف، وكذلك ظهر تباين في دخل الأسرة، يتراوح الدخل بين 6000 و14000 ريال سعودي في مكة والباحة.

تعيش جميع النساء الستون في الباحة في منزل مع أسرهن الكبيرة. وبالنسبة للحالة الاجتماعية فإن 46 من 60 امرأة (76,6%) من الباحة متزوجات ويعيشن مع أزواجهن. 14 أرملة (23,4%). خمس من 60 امرأة في الباحة أميات وعشْرُ نساء يستطعن القراءة فقط دون الكتابة بدون تعليم رسمي. دخل الأسرة في الباحة يتراوح بين 6000 و10000 ريال.

في مكة، تعيش 26 من 60 امرأة (43,3%) في منزل مع أسرهن الكبيرة، و12 امرأة (20%) يعيشن في منزل مع أسرهن على أن لكل جيل شقته الخاصة، و22 امرأة (36,7%) يعيشن بمفردهن، وحالتهن الاجتماعية سبع وثلاثون امرأة (61,7%) متزوجة و22 أرملة (36,6%). امرأة واحدة غير متزوجة (1,7%) وتعيش في شقة منفصلة في منزل عائلتها. أكملت 24 امرأة (40%) من مكة المكرمة تعليمهن المتوسط والباقيات يحملن الشهادة الابتدائية 36 امرأة (60%)

3.1.2. مؤشر كتلة الجسم

يعد الشخص الذي يكون مؤشر كتلة الجسم لديه 25 كجم/م² أو أكثر، في عداد من يعاني من زيادة الوزن. يعاني الشخص من السمنة عند مؤشر كتلة الجسم 30 كجم/م². وكلاهما مرض مزمن يحد من جودة الحياة ويزيد من خطر الإصابة بالأمراض والوفيات. لمعرفة توزيع النساء في كلتا المدينتين في فئات مؤشر كتلة الجسم، تم في هذه الدراسة، قياس كتلة الجسم للنساء شخصياً من قبل الباحثة؛ لتفادي أي خطأ في البيانات، خصوصاً مع النساء الكيبرات في السن والأميات. ودلت المقارنة بين مكة والباحة على وجود اختلافات واضحة في كتلة الجسم، حيث كانت 7 نساء فقط في مكة (12%) يتمتعن بوزن طبيعي، في حين أن ما يقارب نصف عدد نساء الباحة (25=41,6%) كن يتمتعن بالوزن الطبيعي. عدد النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن في الباحة (30=50%) أقل بكثير عن مكة (43=71,7%). فيما يتعلق بالسمنة: 10% من النساء اللاتي تمت مقابلتهن من مكة المكرمة (6) يعانين من السمنة، بينما في الباحة 4 نساء فقط (6,7%). وتعاني 4 نساء في مكة (7%) وامرأة في الباحة (1,7%) من السمنة المفرطة (انظر الجدول 1).

3.1.3. الحالة الصحية

يختلف انتشار الأمراض بشكل واضح بين مكة والباحة: ستة من النساء في

الشكل 4: نموذج لبعض محتويات يوميات الغذاء المصور.



2.3.3. بروتوكول الحركة

يمثل تقييم النشاط البدني بدقة تحدياً؛ نظراً لوجود العديد من الطرق المختلفة [Gaede-Illig et al. 2014] فوقاً لـ Beneke، حيث يمكن تقسيم طرق القياس إلى الفئات الثلاثة التالية:

- الفئة 1: تمثل طريقة المياه ذات العلامات المزدوجة Die Doubly Labeled Water – Methode (DLW) = وقياس السرعات الحرارية غير المباشر طرقاً ذات درجة عالية من الدقة في تحديد استهلاك الطاقة.
- الفئة 2: المقاييس (مقاييس الخطوات أو عداد الخطى)، وأجهزة مراقبة معدل ضربات القلب وأجهزة استشعار التسارع (مقاييس التسارع) هي موضوعية ومناسبة للفحوصات السريرية. أجهزة القياس هذه أكثر دقة من طرق القياس غير المباشرة التي تندرج تحت الفئة الثالثة وتشكل في الغالب مشكلة اقتصادية لارتفاع أسعارها [Müller, Winter, Rosenbaum 2010].
- الفئة 3: هذه استبيانات أو مذكرات أو مقابلات، أي الأساليب الذاتية، وهي مناسبة للدراسات الوابئة مع عدد كبير من المشاركين [Rosenbaum Müller, Winter, 2010].

يعتبر مسح الاستبيان هي الطريقة الأكثر شيوعاً والأرخص. ومع ذلك، تستند المعلومات الواردة في هذه الإجراءات إلى المعلومات الشخصية لتقييم الحركة. قد يؤثر ضعف الذاكرة أو الرغبة الاجتماعية بالظهور بالسلوك الحركي الصحيح؛ فقد يؤدي إلى إضعاف جودة القياس وبالتالي تصوير النشاط بشكل مبالغ فيه. كمثل على هذه الفئة استبيان النشاط البدني الدولي (IPAQ) International Physical Activity Questionnaire وهو استبيان معترف به دولياً يستخدم في العديد من البلدان لتقييم النشاط البدني [Gaede-Illig et al. 2014].

أظهرت التجربة الأولى مع أربع سيدات كبيرات في السن أن أجهزة القياس ليست مناسبة لهذه المجموعة فوق 60 عاماً. تم توزيع عداد الخطى، لكن استخدمته فقط لمدة يومين وذكرن أنهن لم يكن مرتاحات باستخدام مثل هذا الجهاز. لذلك فإن قياس النشاط البدني في سياق هذا العمل تم بطرق غير مباشرة مثل الفئة 3، وهي كتابة بروتوكولات ويوميات الحركة للنساء الأصغر سناً والاستبيانات والمقابلات المسجلة للنساء الأكبر سناً.

لإعداد استبيان الحركة، تم أولاً إجراء بحث منهجي في الأدبيات، عن استبيان مناسب لتسجيل النشاط البدني لكبار السن لاستخدامه. تم العثور على مجموعه من ثمانية استبيانات للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 70 وما فوق:

- استبيان بايكي المعدل لكبار السن [Voorrips et al. 1991].
- استبيان زوتفن للنشاط البدني [Caspersen et al. 1991]: Westerterp [1992].
- مقياس النشاط البدني للمسنين [Washburn et al. 1993].
- مسح بييل للنشاط البدني [DiPietro et al. 1993].
- النشاط البدني للأبطال [Stewart et al. 2001].
- استبيان كبار السن [Stewart et al. 2001].
- استبيان النشاط البدني الدولي IPAQ [Trampisch et al. 2011].

(10%) في مكة و (6,7%) في الباحة.

بالنسبة لاستهلاك لحوم الأسماك، يوجد فرق كبير بين المدينتين في تناولها، حيث أفادت (21,7%) من نساء مكة بتناول الأسماك مره أسبوعياً و الغالبية من نساء مكة (78,3%) أفادت بتناول السمك ثلاث مرات في الشهر تقريباً. وتتناول النساء في الباحة السمك بصورة أقل عنه في مكة؛ حيث إن (11,7%) فقط من إجمالي النساء يتناولن السمك مرتين شهرياً، والفئة الأكبر من حيث العدد (88,3%) امرأة يتناولن السمك مرة شهرياً.

وذكر الاستهلاك اليومي للوجبات السريعة (تشمل الفلافل) من قبل نصف جميع النساء في مكة (50=30%) و9 نساء في الباحة (15%)، و أفادت 12 امرأة في مكة المكرمة (20%) و 11 في الباحة (18,3%) بأنهن يستهلكن الوجبات السريعة من ثلاث إلى أربع مرات في الأسبوع. العدد هو نفسه تقريباً في كلتا المدينتين، ويقل الاستهلاك إلى مرة أو مرتين في الأسبوع، حيث تتناول 11 امرأة في مكة المكرمة (18,3%) و 14 في الباحة (23,3%).

7 نساء فقط في مكة (11,7%) لا يأكلن الوجبات السريعة، في حين أن هذه النسبة أعلى بكثير في الباحة: 26 امرأة (43,4%).

يتم استهلاك المشروبات الغازية أو المشروبات السكرية (النشاي المحلى) مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع في مكة المكرمة من قبل 47 امرأة (78,3%) وفي الباحة 12 امرأة (20%) مرة أو مرتين في الأسبوع، تشرب 10 نساء في مكة (16,7%) و6 في الباحة (10%) هذه المشروبات. 3 نساء فقط في مكة (5%) لا يشربن المشروبات الغازية، بينما 42 امرأة في الباحة (70%) لا يتناولن هذه المشروبات (انظر الجدول رقم 2).

جدول 2 عادات الاستهلاك للجيل الأكبر سناً في مكة و الباحة (مكة 60ن: الباحة 60ن=)

الباحة	مكة	المغذيات
الاستهلاك اليومي %		
50	75	منتجات القمح الأبيض
33,3	16,7	منتجات القمح الأسمر
16,7	8,3	منتجات النوعين
الفواكه		
78,3	35	يومياً
21,7	65	3/2 مرات في الأسبوع
الخضروات		
71,7	70	يومياً
15	10	3/2 مرات في الأسبوع
13,3	15	مره/ في الأسبوع
-	5	لا يستهلك
الحليب ومشتقاته		
11,7	15	يومياً
88,3	46,7	4/3 مرات في الأسبوع
-	38,3	2/1 في الأسبوع
اللحوم		
78,3	58,3	يومياً
15	31,7	4/3 مرات في الأسبوع
6,7	10	2/1 في الأسبوع
الأسماك		
-	21,7	اسبوعياً
-	78,3	3 مرات شهرياً
11,7	-	مرتان شهرياً
88,3	-	مره شهرياً
الوجبات السريعة		
15	50	يومياً
18,3	20	4/3 مرات في الأسبوع
23,3	18,3	2/1 في الأسبوع
43,4	11,7	لا يستهلك
المشروبات الغازية		
20	78,3	3/2 مرات في الأسبوع
10	16,7	2/1 في الأسبوع
70	5	لا يستهلك

3.1.5. النشاط البدني

في مكة المكرمة 9 نساء بحاجة لاستخدام كرسي متحرك و5 يستخدمن عصا للمشي، على الرغم من أنهن لا يبلغن من العمر 70 عامًا، أي لا تستطيع 14 امرأة من مكة المكرمة (23,3%) المشي، في حين كانت جميع

مكة المكرمة (10%) لم يكن لديهن أي مرض مزمن، بينما في الباحة 24 (40%) من 60 امرأة يتمتعن بصحة جيدة (انظر الجدول 1).

في مكة المكرمة، تعاني 34 امرأة (57%) من السكري الدرجة الثانية، و17 (28%) من ارتفاع ضغط الدم وفرط الكوليسترول، من بينهم 12% شكاوى روماتيزمية إضافية. خضعت 3 نساء أخريات (5%) لجراحة في القلب.

في الباحة، 20 امرأة (33%) مصابات بالسكري من الدرجة الثانية، و14 (23%) ارتفاع ضغط الدم، وامرأتان (3%) ارتفاع ضغط الدم مع ارتفاع الكوليسترول.

جميع النساء البالغ عددهن 120، في كل من مكة والباحة، لديهن قريب (جد، عم، عمه، إخ) مصاب بمرض مزمن غير معد: (السكري 2، ارتفاع ضغط الدم المزمن، وأمراض القلب). 41 امرأة في مكة المكرمة (68%) و 36 في الباحة (60%) لديهن شخص في أسرهن المباشرة (الأباء والأمهات والأبناء) يعاني من أحد الأمراض المزمنة غير المعدية.

7 نساء (12%) يدخن في مكة، و 11 (18%) كُن يدخن من قبل، و 42 امرأة (42%) كُن من غير المدخنات، و مقارنة بالبيانات الوطنية للمملكة العربية السعودية، فإن البيانات الواردة من نساء مكة التي تم جمعها في هذا البحث أعلى بنسبة 12% من القيمة الوطنية البالغة 9% [WHO 2015b]، ومع ذلك، لم تدخن أي من نساء الباحة في أي وقت مضى (انظر الجدول رقم 1)

جدول 1 الحالة الصحية للجيل الأكبر سناً الباحة ومكة (مكة 60ن: الباحة 60ن=)

الحالة الصحية	مكة	الباحة
أصحاء	10	40
مرضى	90	60
استهلاك التبغ		
مدخنه	12	-
مدخنه سابقه	18	-
لم يسبق لها التدخين	70	-
BMI		
وزن طبيعي	12	41,6
زيادة وزن	71	50
سمنة	10	6,7
سمنة مفرطة	7	1,7

3.1.4. العادات الغذائية

نصف النساء اللاتي شملهن الاستطلاع في الباحة 30 (50%) قالوا إنهن يستهلكن منتجات الدقيق الأبيض يومياً، بينما 45 (75%) في مكة يأكلن منتجات الدقيق الأبيض يومياً.

يستهلك الحبوب الكاملة ربع الذين شملهن المسح في مكة المكرمة (16,7%) والثالث 20 (33,3%) في الباحة يومياً. يتم تناول كل من منتجات الحبوب الكاملة والدقيق الأبيض من قبل 5 نساء (8,3%) في مكة المكرمة و 10 نساء (16,7%) في الباحة كل يوم.

21 امرأة في مكة (35%) يأكلن الفاكهة كل يوم، بينما أكثر من ضعف عدد النساء في الباحة (47=78%) يقمن بذلك. أفادت 39 امرأة في مكة (65%) بتناول الفاكهة مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع بينما في الباحة 13 (21,7%) من يفعلن ذلك. لا تكاد النساء من مكة والباحة يختلفن في استهلاكهن اليومي للخضروات: 43 امرأة (71,7%) في الباحة و 42 في مكة (70%) يأكلن الخضار يومياً. وأفادت 3 نساء في مكة (5%) أنهن لم يستهلكن الخضار.

بالنسبة لاستهلاك وتناول الحليب أو منتجات الألبان يومياً: أفاد 9 نساء في مكة (15%) و 7 في الباحة (11,7%). 28 امرأة في مكة (46,7%) و 53 في الباحة (88,3%) بتناول الحليب ومشتقاته ثلاث إلى أربع مرات في الأسبوع. 23 امرأة في مكة (38,3%) تشرب الحليب فقط أو تتناول منتجات الألبان مرة أو مرتين في الأسبوع.

35 امرأة في مكة المكرمة (58,3%) و 47 امرأة في الباحة (78,3%) تتناول اللحوم يومياً. بينما يستهلك (31,7%) امرأة في مكة اللحوم ثلاث إلى أربع مرات في الأسبوع. بينما تقل النسبة لنفس عدد مرات تناول الباحة إلى (15%). عدد قليل جداً من النساء في كلتا المدينتين لا يفضلن تناول اللحم

والغداء والعشاء، فضلاً عن تناول الوجبات الخفيفة.

ذكرت 13 امرأة من جميع المفحوصات في مكة (86,7%) أنهن يستهلكن منتجات الدقيق الأبيض يوميًا، بينما 3 نساء (20%) في الباحة يأكلن منتجات الدقيق الأبيض يوميًا. يتم استهلاك منتجات الحبوب الكاملة من قبل عدد أقل بكثير من النساء في مكة (2=13,3%) بينما في الباحة يزيد استهلاك النساء لها (12=80%). ومن الملاحظ أنه كلما كبر الشخص زاد استهلاك الحبوب الكاملة.

3 نساء (20%) يأكلن الفاكهة في مكة يوميًا، بينما ذكرت 8 نساء (53,3%) ذلك في الباحة. عندما يتعلق الأمر باستهلاك الخضروات، هناك فرق كبير بين المدينتين: ذكرت 4 نساء (27%) في مكة أنهن يأكلن الخضروات الطازجة كل يوم، مقارنة بأكثر من ثلاثة أضعاف عدد النساء في الباحة (12=80%).

أما فيما يتعلق بالحليب أو منتجات الألبان، فقد أفاد 5 نساء في مكة (33%) و9 نساء في الباحة (60%) على استهلاكها وتناولها بشكل يومي. في المقابل 9 نساء من مكة (60%) و 6 نساء من الباحة (40%) يستهلكن الحليب أو منتجات الألبان مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع. كما أفادت امرأة واحدة من مكة (7%) بأنها لا تستهلك الحليب ولا مشتقاته لأسباب صحية.

سبع نساء من مكة (46,7%) وتسع نساء من الباحة (60%) يتناولن اللحوم يوميًا. وباقي النساء في كلتا المدينتين يتناولن اللحوم ومنتجاتها مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيًا (انظر الجدول 4).

تتناول امرأتان من الباحة (13%) الأسماك مرة في الأسبوع، بينما تتناول 7 نساء من مكة (46,7%) نفس المقدار، بينما 13 امرأة (87%) من الباحة يتناولن الأسماك مرة في الشهر و 8 نساء (53,3%) من مكة يتناولن نفس المقدار.

بينما تستهلك امرأتان (13,3%) في مكة الوجبات السريعة يوميًا، وتمتنع جميع النساء في الباحة عن تناولها بهذا المقدار. يتفق عدد النساء في كل من مكة والباحة 13 (86,7%) بأنهن قد يستهلكن هذه الوجبات من مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيًا.

يتم استهلاك المشروبات الغازية أو المشروبات السكرية (الشاي المحلى) يوميًا من قبل 8 نساء (53,3%) في مكة المكرمة و10 نساء (66,7%) في الباحة. من المهم التمييز بين المشروبات الغازية والشاي المحلى، لأن الجيل الشاب يستهلك الكثير من المشروبات الغازية، ولكن الأكبر سنًا يشرب الشاي مع السكر. يتم استهلاك الشاي الأسود بكميات كبيرة في كل من مكة والباحة حيث يُشرب عدة مرات في اليوم (3-5 مرات)، ويُستهلك ما معدله 2 إلى 3 أكواب مع ملعقتين صغيرتين من السكر لكل منهما. أظهرت دراسة تناولت بيانات مسح الصحة العالمي، بشأن العلاقة بين استهلاك الشاي الأسود والمؤشرات الصحية الرئيسية في العالم، أن متوسط استهلاك الشاي الأسود في السعودية يبلغ 2-4 أكواب في اليوم، وهذا يضع المملكة العربية السعودية في المركز الثامن، من بين أعلى استهلاك للشاي الأسود في 50 دولة تم فحصها، وهو ما أكدته البيانات الواردة في هذا الفحص أيضًا [Beresniak et al. 2012].

جدول 4 عادات الاستهلاك للجيل الأصغر سنًا في مكة والباحة (مكة=15 ن؛ الباحة=15 ن)

المغذيات		مكة	الباحة
الاستهلاك اليومي			
منتجات القمح الأبيض	86,7	20	
منتجات القمح الأسمر	13,3	80	
منتجات النوعين	-	-	
الفواكه			
يوميًا	20	53,3	
3/2 مرات في الأسبوع	80	46,7	
الخضروات			
يوميًا	27	80	
3/2 مرات في الأسبوع	73	20	
الحليب ومشتقاته			
يوميًا	33	60	
3/2 مرات في الأسبوع	60	40	
لا يستهلك	7	-	
اللحوم			

النساء في الباحة قادرات على المشي باستثناء 9 (15%) منهن بحاجة إلى عصا للمشي.

3.2. الجيل الأصغر سنًا:

3.2.1. الخصائص الديموغرافية

كما ذكر سابقاً، تم اختيار المسح القائم على المبادئ التوجيهية كأداة مسح لكل من الشباب وكبار السن (انظر الطرق). وقد أجريت المقابلات في أحد مراكز التسوق للمواد الغذائية في كلتا المدينتين. وقد تم اختيار يوم السبت لإجراء المسح فيه؛ حيث إن يوم السبت هو يوم التسوق الرئيسي للعائلات في المملكة العربية السعودية؛ حيث إنه يصادف عطلة نهاية الأسبوع فيكثر المتسوقون في هذا اليوم، ويمكن الحصول على عينات مختلفة الخصائص ولا يتم الاقتصار على فئة معينة. كما طلب من الأشخاص الذين تمت مقابلتهم الاحتفاظ بيوميات الغذاء وبرتوكول الحركة. استغرقت المقابلات ما بين 15 و25 دقيقة، حسب الشخص الذي تمت مقابلته. جميع النساء 30 (15 مكة/ الباحة) المشاركات في البحث أتممن الإجراءات المطلوبة منهن حتى النهاية. كان جميع المستجيبات تتراوح أعمارهن بين 18 و59 عاماً، وكان لديهم مستوى تعليمي مختلف جداً، كان دخل الأسرة بين 4000 و10000 ريال سعودي.

3.2.2. مؤشر كتلة الجسم

كان أقل من ربع المشاركات في مكة يتمتعن بوزن طبيعي $n=3$ (20%) بينما في الباحة $n=5$ (33%). النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن مع مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30 كجم / م². 9 منهن (60%) في مكة و8 نساء في الباحة (53,7%). أما مجموعهن اللاتي يعانين من السمنة مع مؤشر كتلة الجسم بين 30 و39 كجم / م²، 2 منهن في مكة المكرمة و2 في الباحة (13,3%). وكان لدى امرأة واحدة (6,7%) في مكة مؤشر كتلة جسم يزيد عن 40 كجم / م² (41 كجم / م²)، والذي يصنف على أنه سمنة مفرطة. بينما لا تعاني أي امرأة في الباحة من السمنة المفرطة (انظر الجدول 3)

3.2.3. الحالة الصحية

من بين النساء اللاتي أجريت معهن المقابلات في مكة $n=8$ (53,3%) نساء كنّ مصابات بمرض السكري النمط الثاني. بينما في الباحة تعاني $n=3$ (20%). المتبقي من النساء لا يعانين من أي مرض مزمن (انظر الجدول 3)

بالنسبة للأمراض المزمنة الأخرى، تعاني 6 نساء في مكة من ارتفاع ضغط الدم. المرأة التي كان مؤشر كتلة جسمها 41.3 كجم / م²، قد بترت قدمها اليسرى، والذي حدث لها نتيجة مضاعفات مرض السكري.

من بين 15 امرأة في مكة تتعاطى 4 نساء فقط (26,7%) منتجات التبغ (سجائر، شيشة) بينما لا توجد أي امرأة تدخن في الباحة.

جدول 3 الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم للجيل الأصغر سنًا بين مكة (n=15) والباحة (n=15)

الحالة الصحية	مكة	الباحة
أصحاء	46,7	80
مرضى	53,3	20
استهلاك التبغ		
مدخنه	26,7	-
لم يسبق لها التدخين	73,3	-
BMI		
وزن طبيعي	20	33
زيادة وزن	60	53,7
سمنة	13,3	
سمنة مفرطة	6,7	-
إجمالي العينة	100	100

3.2.4. العادات الغذائية (يوميات الغذاء)

تسجيل عادات الغذاء لدى المشاركات في الاستبيان القائم على المبادئ التوجيهية بأثر رجعي وتمت مقارنتها بيوميات الغذاء بأثر مستقبلي، حيث يتمكن الفاحص من معرفة العادات الغذائية بصورة أدق. كان معدل الاستجابة ليوميات الغذاء 100%. تنقسم النتائج إلى معلومات عن الإفطار

4. المناقشة

كان البحث عن مؤلفات علمية حول تغير ثقافة الأكل في المملكة العربية السعودية صعباً. حتى الآن لا توجد دراسات تصف هذا التغيير. ورقة العمل هذه المستلة من رسالة دكتوراه بعنوان "وصف التغيرات في ثقافة الغذاء في المملكة العربية السعودية وأسبابها وأهميتها للحالة الصحية للسكان" [Ahmad 2018] هي أول دراسة علمية تتناول ثقافة الأكل في المملكة العربية السعودية. على الرغم من أن دراسة د. محمد الشهري الصحية وأسلوب الحياة في المملكة العربية السعودية (1996) أظهرت كيف يؤثر السلوك على الصحة [Al-Shahri 1996]، لكن مصطلح ثقافة الأكل على هذا النحو لم يظهر بعد في الأدب السعودي.

تؤكد نتائج هذا العمل فرضية تغير النظام الغذائي في بعض مناطق المملكة العربية السعودية أكثر من غيرها، والذي ينعكس أيضاً على الحالة الصحية، ويمكن أن يساعد تعديل السلوك الصحي إلى نظام غذائي متوازن ونشاط حركي مميز في تحسين صحة النساء السعوديات.

تظهر المقارنة بين جيلين مختلفين من مكة والباحة أن كلا من الشابات وكبيرات السن في الباحة يتمتعن بصحة أفضل ويظهرن سلوكاً صحياً معززاً للصحة من النساء لكلا الجيلين في مكة. على سبيل المثال، فإن نسبة النساء ذوات الوزن الطبيعي في جيل الشباب أعلى بنسبة 13% في الباحة عنها في مكة المكرمة (20% إلى 33%) وما يقرب من أربعة أضعاف في الجيل الأكبر سناً.

تحت عنوان "النظام الغذائي والنشاط البدني والمخاطر الجسمانية لسمنة المراهقين في جنوب غرب المملكة العربية السعودية"، د. أحمد محفوظ وآخرون (2011) ظهر سوء الصحة في الشابات السعوديات، تبين ذلك في تعاطي التبغ، ونقص النشاط البدني، وزيادة وزن الجسم [Mahfouz et al. 2011]. وهو ما أكدته نتائج العمل الحالي؛ لذلك من المهم للغاية عند تقديم التوصيات، ووضع الخطط والتدابير، لتعزيز الصحة العامة، وتنفيذها بشكل متسق للوقاية من الأمراض، أن يراعى تخطيط، وتنفيذ برامج وطنية، للوقاية والحد من السمنة، لدى المراهقات (استراتيجية عالية المخاطر).

من خلال البحث في الأدبيات لوحظ أن دراسات الانتشار للأمراض المزمنة غير المعدية قليلة جداً، وتدرس الحالات في بعض المدن، ولكن لا توجد بيانات تمثيلية للبلد بأكمله؛ لذلك من المهم معرفة معدل انتشار هذه الأمراض؛ من أجل تقييم تأثير البرامج. وأيضاً وضع الخطط لتعزيز الصحة للحد من عوامل الخطر، وأن تكون الاستراتيجية لكافة السعوديات (استراتيجية سكانية).

أحد الجوانب المهمة في المقارنة بين المدينتين، ومع الربط بين العوامل الديموغرافية، والحالة الصحية، ومؤشر كتلة الجسم، لوحظ أن التعليم لا يؤثر بشكل كبير على تحسين الحالة الصحية؛ فبالرغم من أن عدد النساء المتعلمات في مكة لكلا الجيلين أكبر منه في الباحة، إلا أن الحالة الصحية لنساء مكة أقل مما هي عليه عند نساء الباحة، ويظهر الاختلاف أيضاً بوضوح في توزيع مؤشر كتلة الجسم، حيث إن غالبية النساء المتمتععات بوزن طبيعي لكلا الجيلين نجدهم في الباحة.

كذلك من النتائج المهمة للمناقشة، أنه في كلا الجيلين باختلاف المدينتين، لوحظ ارتباط إيجابي بين من يتمتعن بوزن مثالي بعادات غذائية صحية ونشاط رياضي وحركي مميز، بالإضافة إلى أنهن لا يعانين من أي أمراض مزمنة، هذه المجموعة تتميز باستهلاك الحبوب الكاملة والخضروات والفاواكه يومياً، ولا يفضلن تناول الوجبات السريعة مطلقاً، ويتميز نشاطهن الحركي والرياضي الملموس أكثر من غيرهن (انظر الجدول 5)

60	46,7	يوميًا
40	53,3	3/2 مرات في الأسبوع
الاسماك		
13	46,7	1 في الأسبوع
87	53,3	مرة في الشهر
الوجبات السريعة		
-	13,3	يوميًا
86,7	86,7	3/2 مرات في الأسبوع
13,3	-	لا يستهلك
المشروبات الغازية أو المشروبات السكرية		
66,7	53,3	3/2 مرات في الأسبوع
33,3	46,7	2/1 في الأسبوع
-	-	لا يستهلك

أكثر من نصف السيدات من مكة يغادرن المنزل في الصباح، دون تناول وجبة الإفطار. يتم تناول الوجبة الأولى فقط خلال فترة الراحة الأولى في العمل أو في الجامعة، 9 سيدات (60%) عادة ما يفضلن المنتجات الجاهزة على الإفطار، ويشربن كوباً من الشاي الأسود مع السكر على الفطور. في الباحة، يتناول أغلبية جيل الشابات 11 امرأة (73.3%) وجبة الإفطار قبل مغادرة المنزل، تتكون هذه الوجبة من المكونات الصحية الطازجة مثل الحليب والبيض والجبن. 9 نساء (60%) من الباحة يتناولن فوجاناً أو أكثر من القهوة البيضاء العربية على الإفطار. بالنسبة للغذاء يتم تناوله في مكة المكرمة بين الساعة 15:00 و 17:00. أما في الباحة، فتتناول من تمت مقابلتهن بين الساعة 12:00 و 15:00. ويتكون الغذاء في مكة من الأرز واللحوم، مع قطع من الخضار المطبوخة، على النقيض من ذلك في الباحة يؤكل الخضار طازجاً كطبق جانبي مع الأرز واللحوم.

يتناول النساء العشاء في كل من مكة والباحة حتى وقت متأخر من الليل. يقدم العشاء في مكة المكرمة بين الساعة 10 مساءً وحتى الساعة 1 صباحاً، في الباحة تتناول النساء طعام العشاء حتى الساعة 10 مساءً على أقصى تقدير.

بالنسبة للوجبات الخفيفة في مكة يتناول 4 نساء (26,7%) القهوة العربية مع التمر أو ألواح الشوكولاتة (كيت كات، سنكرز، إلخ). أو الحلويات العربية مثل البقلاوة والكنافة. يتم تناول المكسرات أو رقائق البطاطا أو الكعك كوجبة خفيفة لأكثر من نصف عدد النساء 13 (86,7%). ثماني نساء (53,3%) من مكة اللاتي تمت مقابلتهن، يستهلكن مثل هذه الوجبة الخفيفة أكثر من مرة واحدة في الأسبوع والنساء الخمس الأخريات (33,3%) يتناولن حتى مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع في الباحة. يتناول عدد كبير من النساء 9 (60%) وجبات خفيفة تتكون من الفاكهة، والقهوة العربية، والتمر، أو الموز، مع العسل والسمن. بشكل عام يمكن القول إن استهلاك منتجات الألبان بين المشاركات في مكة المكرمة كان منخفضاً جداً.

تختلف عادات تناول الطعام خلال الأسبوع في مكة عن عطلات نهاية الأسبوع، خاصة من حيث كمية الطعام المستهلك. في الباحة لا يمكن أن يرى هذا الاختلاف.

3.2.5. النشاط البدني

تم الرد على النشاط الرياضي (الإجابة على السؤال "هل تمارسين الرياضة؟" بـ "نعم" من قبل 5 نساء (33,3%) في مكة و امرأة واحدة (6,7%) في الباحة.

في مكة، أفادت امرأتان (13,3%) فقط من أصل 15 امرأة أنهن يمارسن 30 دقيقة من التمارين مرتين في الأسبوع. تمارس هاتان المرأتان الرياضة في المنزل مع المعدات، على سبيل المثال مع دراجة التمرين والسير. مقارنة بمكة، هناك امرأة واحدة تمارس الرياضة في الباحة، في المنزل أيضاً.

يظهر تقييم سجلات الحركة للمشاركات، أن أغلب النساء المفحوصات في كلتا المدينتين غير نشيطات بدنياً ولا يحققن توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن النشاط البدني.

على الرغم من أن عدد النساء اللاتي يمارسن الرياضة في مكة مرتفع مقارنة بالباحة، فإن النشاط اليومي أعلى بشكل ملحوظ في الباحة.

جدول 5 ارتباط السلوك الصحي السليم (غذائي وحركي) على الحالة الصحية والوزن

المؤشرات الصحية/ السلوك الصحي	الجيل الأكبر سنًا =60		الجيل الأصغر سنًا =15	
	مكة	الباحة	مكة	الباحة
لا تعاني من أي أمراض	6	24	7	12
تتمتع بوزن مثالي	7	25	3	5
تتناول منتجات الحبوب الكاملة يوميًا	5	10	2	12
تتناول الفواكه يوميًا	21	47	3	8
تتناول الخضروات يوميًا	42	43	4	12
لا تتناول الوجبات السريعة مطلقًا	7	26	-	2
لديها نشاط حركي مميز	5	37	3	7
لديها نشاط رياضي مميز	-	-	5	1
لا تدخن	-	-	-	-

قد تصاب النساء اللاتي لا ينتمين إلى المجموعة عالية الخطورة بمرض مزمن؛ مجرد أنهم يكبرن في مجتمع غير صحي. من بين النساء الذين تمت مقابلتهم كجزء من هذا البحث، أولئك اللاتي يتمتعن بصحة جيدة حاليًا، ولكن قد يصبين بأمراض مزمنة في المستقبل، على الرغم من عدم وجود استعداد وراثي للقيام بذلك؛ بسبب نمط الحياة الحديث المحفوف بالمخاطر في كثير من النواحي (نقص النشاط البدني، والتغذية غير الصحية)؛ لذلك من المهم أن تأخذ الوقاية في الاعتبار (نهج السكان) لمساعدة الفرد على الحد من العوامل التي تهدد الصحة في سلوكه.

أسهم هذا العمل العلمي في وصف السلوك الصحي لجيلين مختلفين، بين منطقتين مختلفتين في المملكة العربية السعودية. ومن خلال نتائج هذا العمل يمكن استخلاص الكثير من التدابير. ولكن ما يؤخذ على النتائج عدم تمثيلها لجميع السعوديات؛ لأن العينة غير احتمالية.

5. دراسات مستقبلية

من المفيد إنشاء دراسة مستقبلية لإضافة مصفوفة ارتباط بين من يتمتعن بوزن مثالي وما يميزهن من عادات غذائية ونشاط حركي.

لوحظ قلة تناول الأسماك لكلا الجيلين في الباحة عمًا هو عليه في مكة، كما تستهلك الأسماك ومنتجات الألبان - بشكل عام - بقلة بين النساء السعوديات. قد يكون من المفيد دراسة الأثر المترتب على ذلك.

يظهر تقييم سجلات الحركة للمشاركات، أن أغلب النساء المحوصات في كلتا المدينتين غير نشيطات بدنيا، ولا يحققن توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن النشاط البدني. ينصح بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى قلة النشاط البدني بين السعوديات، حركيا كان أو رياضيا.

نبذة عن المؤلفين

عبيد أحمد

باحث مستقل، 00966555570035، abeer.ahmad1405@hotmail.com

دكتوراه في العلوم الزراعية العضوية قسم جودة الأغذية العضوية والثقافة الغذائية من جامعة كاسل، ألمانيا. ماجستير صحة عامة تغذوية من كلية علوم الغذاء والتغذية والمستهلك من جامعة فولدا للعلوم التطبيقية، ألمانيا. بكالوريوس تغذية وعلوم أطقمة من جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية. أبرز الأنشطة منشور لدى مكتب الطلبة الأجانب في جامعة فولدا بعنوان "المواسم الألمانية والطعام العربي للطلاب العرب في ألمانيا". التدريب لدى وزارة البيئة وحماية المناخ والزراعة وحماية المستهلك بولاية هيسن، ألمانيا

أنجليكا بلويغر

قسم جودة الأغذية العضوية والثقافة الغذائية، كلية العلوم الزراعية العضوية،

جامعة كاسل، كاسل، ألمانيا، 00495542981714، a.ploeger@uni-kassel.de

بروفيسور بلويغر عالم زائر لبرنامج الدكتوراه "أنظمة الغذاء المستدامة والزراعية" (SAFS)، بتمويل من مؤسسة فولكس فاجن ومؤسسة روستافيلي في جورجيا، رئيس قسم الشراكات الخاصة لتنظيم الأغذية المستدامة. من أهم مجالات البحث: جودة الأغذية العضوية والثقافة الغذائية، الدراسات الغذائية، الإنتاج والاستهلاك المستدام لتنظيم الزراعة والغذائية المستدامة. منذ عام 2019 عضو المجلس الاستشاري للوزارة الاتحادية للتعاون الاقتصادي والتنمية (المحاور العضوية لأفريقيا)

يوهان كريستوف كلوتر

قسم الصحة العام التغذوية، كلية علوم الغذاء والتغذية والمستهلك، جامعة

فولدا للعلوم التطبيقية، فولدا، ألمانيا، 00496619640372،

christoph.klotter@oe.hs-fulda.de

بروفيسور كلوتر متخصص في علم نفس الصحة والتغذية، أستاذ مشارك

تشير المعلومات الديموغرافية إلى أن متوسط العمر المتوقع في مكة هو أقل من 5 سنوات عنه في الباحة (الباحة 93 ومكة 88 سنة). لا تظهر عائلات الباحة اختلافاً كبيراً في طريقة حياتهم. كلا الجيلين يعيشان معاً في عائلاتهم الكبيرة. وبمقارنة مكة التي أظهرت تطوراً مختلفاً، غالباً ما تعيش العائلات الشابة الآن في منازلها الخاصة ولم تعد تعيش في منزل الوالدين.

لا تدخن النساء في الباحة، وتعدّ ظاهرة غير مقبولة في مجتمعين، بينما تنتشر هذه الظاهرة أكثر في مكة، ولا يتم استنكارها لكل من الشباب والأجيال الأكبر سناً (تأثير الظروف الاجتماعية والثقافية المحيطة على سلوك الشخص وبالتالي على الصحة).

في الباحة، أهم جانب من جوانب استهلاك الطعام لأكثر من نصف النساء هو الشبع. وينعكس هذا في حقيقة أن عادات الأكل لا تزال كما كانت من قبل. يساعد الطعام على البقاء والتكيف مع الحياة اليومية. في مكة تركز النساء على طعم ومظهر الطعام. قد يكون لشريعة الحج أثر على العادات الغذائية. هناك مجموعة كبيرة من الأطباق العالمية في مكة، والتمتع بالطعام هو أهم الجوانب التي تحرص عليها أكثر من نصف النساء. في الباحة، يتم تناول الطعام التقليدي في الأيام العادية. بينما تستهلك هذه الأطباق في مكة، للاحتفالات أو أثناء التجمعات العائلية. هنا يظهر أيضاً تأثير الظروف المحيطة على السلوك الغذائي).

في مكة أجابت النساء بأهن يأكلن بشكل مختلف اعتماداً على المواسم الدينية، الدببارة أو المعمول يتم تناولها بكثرة في شهر الحج؛ حتى يتم تجنب تناول اللحوم في ذلك الوقت، بعكس الباحة، عادة ما يتم استهلاك الداغيبس والعصيدة طوال السنة (تأثير الظروف المحيطة على السلوك الغذائي).

في الباحة تقضي النساء الكثير من الوقت في الطبيعة، بينما في مكة تقضي النساء أوقات فراغهن في مراكز التسوق، على سبيل المثال، وبسبب الظروف المناخية في مكة والتي تجعل من ممارسة الرياضة في الهواء الطلق أكثر صعوبة. (تأثير البيئة على السلوك الصحي).

وقد أظهر ذلك أحد الجوانب المهمة الأخرى في المقارنة بين المدينتين في النشاط البدني. جميع نساء الجيل الأكبر سناً في الباحة يؤدين فريضة الصلاة قياماً، بينما لا تستطيع حتى واحدة من كل خمس نساء في مكة (11=18%) القيام بذلك ويصلين جلوساً باستخدام الكرسي، متبعت للركض. كذلك النساء في الباحة ما زلن يأكلن على الأرض، مما يدل على أنهن أكثر قدرة على الحركة، لأن الوقوف يحتاج لياقة. من ناحية أخرى يأكل جميع النساء في مكة على طاولة الطعام، لأنه لم يعد بإمكانهن الجلوس على الأرض. هذه اللياقة البدنية العالية واضحة أيضاً في الأعمال المنزلية. هنا يظهر أيضاً تأثير مؤشر كتلة الجسم على النشاط الحركي، حيث إن أغلب نساء الباحة يتمتعن بمؤشر كتلة جسم أقل من النساء في مكة؛ مما جعلهن أنشط بدنياً.

كل تلك التأثيرات تفسر بوضوح أهمية محددات الصحة الأخرى المحيطة بالشخص، مثل العوامل الاجتماعية والظروف البيئية والثقافية إلخ، التي يجب مراعاتها عند رسم خطط تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، فالظروف المحيطة بالشخص لا تقل أهمية عن سلوك الشخص نفسه.

outcomes for interventions. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), 1126–41.

Straßburg, A. (2010). Ernährungserhebungen Methoden und Instrumente. *Ernährungs Umschau*, 8(10), 422–30.

Trampisch, U.S., Platen, P., Moschny, A. And Hinrichs, T. (2011). Die Eignung von Fragebögen zur Erfassung der körperlichen Aktivität älterer Erwachsener für den Einsatz in einer epidemiologischen Studie. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 62(10), 329–33.

Washburn, R., Smith, W., Jette, M., Janney, A. (1993). The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(2), 153–62.

Westerterp, K. (1992). Physical activity and physical activity induced energy expenditure in humans: Measurement, determinants, and effects. *Frontiers in Physiology*, 4(90), n/a.

WHO (2013a). *World Health Organization, Global Infobase. Data for saving lives. Geschätzte Prävalenz von Übergewicht (BMI \geq 25 kg/m²) bei Männern und Frauen im Alter von über 15 Jahren für 2005 und 2010 im KSA*. Available at: <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx> (accessed on 11.12.2016)

WHO (2015b): *World Health Organization-Tobacco Country Profile— Saudi Arabia*. Available at: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/sau.pdf (accessed on 11/12/2016)

Voorrips, L., Ravelli, A., Dongelmans, C., Deurenberg, P. and Staveren, W. (1991). A physical activity questionnaire for the elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 23(8), 9–74.

في جامعة فولدا منذ عام 2001. أهم مجالات التدريس علم النفس الغذائي و السلوك الغذائي، علم اضطرابات الطعام، طرق و مجالات المشاريع البحثية و البحث الكمي. اعداد التقارير الصحية ومشاريع تعزيز الصحة لشركات التأمين مثل AOK. مدير برنامج تعزيز الصحة في مكان العمل.

المراجع

Ahmad, A.A. (2018). *Beschreibung des Wandels der Esskultur in Saudi-Arabien (KSA) und dessen Ursachen sowie die Bedeutung für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung*. PhD Thesis, University of Kassel, Kassel, Germany.

Aljoharah, M.A., Siddiqui, A.R., Qureshi, R.H., Fouda, M.A., AlMuneef, M.A., Habib, F.A. and Turkistani, I.M. (2014). Women health in Saudi Arabia review of non-communicable diseases and their risk factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(2), 422–31.

Al-Shahri, M.Z. (1996). Health and lifestyle: A Saudi profile. *Journal of Family and Community Medicine*, 3(2), 3–21.

Beresniak, A., Duru, G., Berger, G. and Bremond, D. (2012). Relationships between black tea consumption and key health indicators in the world. *BMJ Journals*, 2(648), n/a.

Brombach, C. (2011). Soziale Dimensionen des Ernährungsverhaltens Ernährungssociologische Forschung. *Ernährungs Umschau*, 6(2011), 318–24.

BzGA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (nach Wilkinson und Marmot) (2004). *Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?*. Germany: Bundesministeriums für Gesundheit.

Dipietro, L., Caspersen, C., Ostfeld, A. and Nadel, E. (1993). A survey for assessing physical activity among older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(5), 628–42.

Gaede-Illig, C., Zachariae, S., Menzel, C. and Alfermann, D. (2014). Körperliche Aktivität erfassen – ein Vergleich vom IPAQ-SF und dem SenseWear Pro Armband. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 65(6), 154–9.

General Authority for Statistics (2020). *The General Authority for Statistics issues a special report on Saudi women on the occasion of International Women's Day 2020*. Available at: <https://www.stats.gov.sa/ar/news/384> (accessed on 07/03/2020)

GHO=Global Health Observatory (2016). *Overweight and Obesity*. Available at: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/ (accessed on 10/12/2017)

Hopf, C. (2012). Qualitative Interviews ein Überblick. In: Flick, U. and Kardorff, E. (eds) *Qualitative Forschung, Ein Handbuch*. Germany: bei Rowohlt's enzyklopädie Taschenbuch Verlag.

Knorpp, L. and Kroke, A. (2009). Salzreduktion als bevölkerungsbezogene Präventionsmaßnahme. *Ernährungs Umschau*, 16(4), 405–15.

Mahfouz, A.A., Shatoor, A.S., Khan, Y.Y., Daffalla, A.A., Mostafa, O.A., and Hassanein, M.A. (2011). Nutrition, physical activity, and gender risks for adolescent obesity in Southwestern Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol*, 17(5), n/a.

Müller, C., Winter, C. and Rosenbaum, D. (2010). Aktuelle objektive Messverfahren zur Erfassung körperlicher Aktivität im Vergleich zu subjektiven Erhebungsmethoden. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 61(1), 11–8.

Paier, D. (2010). *Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Wien: Facultas Verlag.

Schuppenies, M., Jacobey, H., Bornstein, S. And Schwarz, P. (2006). FINDRISK: Finde das Risiko! Entwicklung eines Fragebogens zur Einschätzung des Diabetesrisikos. *Ernährungs Umschau*, 10(53), 386–9.

Schulze, M., Hoffmann, K., Boeing, H. And Georg, H. (2007). Der Deutsche Diabetes-Risiko-Score (DRS). Ein validiertes Instrument zur präzisen Bewertung des individuellen Diabetesrisikos. *Ernährungs Umschau*, 3(7), 122–7.

Stewart, A.L., Mills, K.M., King, A.C., Haskell, W.L., Gillis, D and Ritter, P.L. (2001). CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: