

## مستوى الوعي الصحي في بعدي السلوكيات الغذائية والنشاط البدني لدى المرأة العاملة

ط.د. درياس ليلي أ.د. مزوزبركو

جامعة الحاج لخضر، باتنة 01، الجزائر.

Mazouz\_fouz@yahoo.fr

driasaadileila@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2018/05/24 تاريخ القبول: 2019/01/08 تاريخ النشر: 2019/01/30

### الملخص:

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الوعي الصحي لدى عاملات قطاع الخدمات الجامعية لولاية باتنة في بعدي السلوكيات الغذائية والنشاط البدني و كذا تحديد علاقته ببعض المتغيرات . شملت الدراسة عينة من 100 عاملة بالقطاع وزعت عليهن استمارات أثناء مقابلة مباشرة و كانت مكونة من جزئين :الأول خاص بالمتغيرات الديمغرافية و الجزء الثاني لقياس الوعي في بعدي السلوك الغذائي و النشاط البدني ، تمت معالجة البيانات باستعمال التكرارات ،النسب المثوية ،المتوسط الحسابي ،الانحراف المعياري ،اختبارات للعينة الواحدة، معامل الارتباط الجزئي و النموذج الخطي العام (تحليل الانحدار الخطي البسيط) بعد تحديد ثلاث مستويات للوعي الصحي و هي :ضعيف ،متوسط و جيد .

أغلب العوامل تطبق معايير السلامة الغذائية الموصى بها (99٪)، في حين أن 34٪ فقط من العينة تتمتع بمستوى متوسط من الوعي الصحي المتعلق بالسلوكيات الغذائية و 57٪ لا تمارس النشاط البدني. كما أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق معنوية بين متوسط العينة في بعد السلامة الغذائية و المعيار العالمي في حين أن مستوى وعي العوامل فيما يخص التغذية الصحية لم يرقى للمعيار الذي أقرته منظمة الصحة العالمية، كما أن مستوى الوعي الصحي يتراجع مع التقدم في السن، كما أن مستوى الوعي الصحي لم يؤثر على إصابة العينة بالأمراض .

**الكلمات المفتاحية: الوعي الصحي؛ السلوك و الوعي الغذائي؛ الوعي بالنشاط البدني؛ عوامل قطاع الخدمات الجامعية.**

**Abstract:**

*The aim of this study was to determine the level of health awareness among the women's workers of the university services sector in the state of Batna in the eat behavior and physical activity, as well as determining its relationship with some variables.*

*The study included a sample of 100 workers in the sector, we had distributed a questionnaire of health awareness, composed of two parts: the first one is related to the demographic variables and the second part is used to measure the awareness of both eat behavior and physical activity. The data were processed using frequencies, percentages, arithmetic mean, The partial correlation coefficient and the general linear model (simple linear regression analysis) after the determination of three levels of health awareness who are: Poor, medium and good.*

*Most of the female workers apply the recommended food safety standards (99%), while only 34% of the sample has an average level of health awareness related to food behaviors and 57% do not practice adequate physical activity. The results of the statistical analysis showed no significant differences between the sample average in the food safety dimension and the standard of OMS, while the level of awareness of the female workers regarding healthy nutrition did not meet the WHO standard. The level of health awareness decreases with age and The level of health awareness did not affect the infection by Diseases. We conclude that the prediction of the health level of women workers requires the inclusion of a number of variables in addition to the level of health awareness*

**Keywords: health awareness, eating behavior ; nutrition awareness, physical activity awareness ; women workers in the university service sector.**

1- إشكالية الدراسة: منذ أكثر من قرن من الزمن اختلفت عوامل الخطر المرتبطة بالصحة و المرض لدى البشرية ، إذ تراجعت و بشكل ملحوظ الأمراض المعدية الحادة بسبب المكتشفات العلاجية كالمضادات الحيوية و اللقاحات بالإضافة إلى تحسن المعايير الصحية العامة كمعالجة النفايات و مياه الصرف الصحي ، في الوقت الذي استفحلت أمراض على درجة كبيرة من الخطورة هي نتاج أسلوب حياة الأفراد بكل ما تتضمنه من سلوكيات مضرّة بالصحة كالتدخين ، قلة الحركة و الحمول ، ارتفاع الوزن و سوء النظام الغذائي ... الخ، إن دور العوامل السلوكية في إحداث الأمراض الخطيرة جد واضح ، فالإصابة بالسكتة الدماغية تطال الذين يتسم نمط حياتهم بكثرة الجلوس ، انخفاض الحركة و ارتفاع نسبة الكوليسترول بسبب تناول المفرط للدهون ، ليس هذا فحسب بل يؤكد المختصون على أنه حتى طريقة تحضير الطعام ، أوقات و

تواتر تناوله ، طريقة إنتاجه و حفظه تشكل عوامل خطر مضرّة بالصحة. ( Padilla 2002 ) ، و لهذا و في سبيل تطوير الصحة ، و إيماناً منها بان النظام الغذائي غير الصحي و قلة النشاط البدني هي أحد أهم عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية أطلقت هيئة الأمم المتحدة في سبتمبر 2015 إستراتيجية تقوم أساساً على الترويج للتغذية الصحية للفئات شديدة الحساسية في المجتمع من نساء ، أطفال و مراهقين ( Francesca و زملاؤها، 2017 ) ، ناهيك عن مشروع 6000 خطوة فأكثر للحفاظ على الصحة و لقد فصلت في هذا المشروع النشاطات البدني اليومية الواجب ممارستها و تم اعتبار كل من كان عدد خطواته في اليوم اقل من 5000 خطوة فرداً خاملاً (bouger sante,2013) ، ولما كانت المرأة عنصراً محورياً في صحة المجتمع و مع تزايد الأعباء و المهام الموكلة إليها (خاصة بسبب خروجها للعمل ) التي فرضها التحول الاجتماعي أصبحت العناية بصحتها من خلال رفع وعيها الصحي ضرورة حتمية بل إستراتيجية فعالة لخفض انتشار الأمراض بكل تكاليفها المعنوية و المادية ، لذا تسعى منظمة الصحة العالمية إلى تحفيز النهوض بها هو مفيد من نظم غذائية و نشاط بدني للمرأة ، لأن تغيير السلوكيات اليوم سيعود بمزاياه على صحتها مستقبلاً (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2004 عن صحة المرأة ، إقليم إفريقيا و الشرق الأوسط) من جهة و لان صحة المرأة تستحق انتباهاً خاصاً بسبب خصائصها البيولوجية و السلوكية التي تتلاشى في بعض الظروف ، في نفس السياق و في زمن قريب أعلن الفاعلون في مؤتمر صحة المرأة السنوي الخامس والعشرين الذي عقد في أرلينغتون بولاية فرجينيا في أبريل الماضي ( 2017 ) و على رأسهم مكتب صحة المرأة التابع لإدارة الغذاء والدواء الأمريكي (FDA) على التقدم المحرز في دراسات مشكلات الصحة الخاصة بالمرأة ( Erwin M all and، 2017 ) من خلال التنوع في عينات الدراسة اخذين بعين الاعتبار خصوصيات دقيقة تتعلق (على سبيل المثال) بالمراهقات ، الحوامل ، المرضعات ، النساء في سن الإخصاب أو سن اليأس ، الأمهات ، المسنات و النساء العاملات و غيرها.

تتأثر صحة الفئة الأخيرة (العاملات) بجملة من العوامل الفردية النفسية و البيولوجية و البيئية و على رأسها بيئة العمل بحكم أنها تستنزف مساحة زمنية معتبرة من حياتها بالإضافة إلى ضعف تحكم المرأة العاملة في معيقاتها و الذي من شأنه تعريضها للمخاطر الصحية (Maraab,Y ,2009,50).

وهو ما يحدث فعلا خاصة في العمل الإداري حيث تتعرض المرأة العاملة لقوانين الدوام أكثر من الرجل ما يجد من حركتها و يجعلها حبيسة المكتب طيلة اليوم ما يضيف تهديدا آخر لصحتها ، ويعتبر هذا احد مظاهر التمييز الخفي بين الرجال و النساء في بيئة العمل كما تشير إليه تقارير منظمة العمل الدولية .فقد أشارت Clear.C (2015) في مقال نشرته مجلة صحة المرأة أن في الولايات المتحدة الأمريكية لوحدها هناك ما يقدر بـ 12٪ إلى 28٪ من النساء العاملات اللواتي يعملن أكثر من 48 ساعة في الأسبوع و هو ما يرتبط بالعديد من المخاطر الصحية والسلامة ، بما في ذلك السمنة، الإصابات أثناء العمل و اضطرابات الصحة الإنجابية، كما انه بمرور بمرور الوقت ، يرتفع لديهن عامل خطر الإصابة بنطاق واسع من الأمراض المزمنة ،ففي دراسة نشرتها الجامعة الاسترالية أعلنت أن أسبوع العمل الصحي للمرأة هو 34 ساعة ، لأن عمل المرأة لساعات طويلة يؤدي إلى تآكل صحتها العقلية و الجسمية كما يشير اليه Hong Deni لأنها تترك وقتا أقل لتناول الطعام بشكل جيد و العناية بنفسها بالشكل الصحيح ، لذا يوصي الخبراء بان تعمل النساء لساعات أقصر من أجل التعويض عن الوظائف غير مدفوعة الأجر التي تقوم بها العاملات بشكل يومي من عناية بالبيت و رعاية للأطفال .و من هذا المنطلق يصبح الوقوف على مستوى الوعي الصحي السائد لدى هذه الفئة من الخطوات الأساسية لتسطير أي مشروع لإنقاذ الصحة المجتمعية .و لقد جاءت الدراسة الحالية كمحاولة لتنفيذ هذه الخطوة (و إن كانت على المستوى المحلي الضيق ) من خلال الإجابة على تساؤلات حول مستوى الوعي الصحي لدى فئة النساء العاملات ، و مدى ارتباط هذا المستوى بمتغيرات مختلفة كالمستوى التعليمي ،السن ...الخ و كذا إلى أي مدى يمكن وضع نموذج تفسيري للإصابة بمختلف الأمراض .

2- **أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة الحالية إلى قياس مستوى الوعي الصحي في بعديه الغذائي و النشاط البدني لدى عاملات قطاع الخدمات الجامعية وتحديد العوامل ذات العلاقة والمؤثرة في الوعي الصحي .

وكذا التعرف على المتغيرات المؤثرة في ظهور الأمراض لدى العينة من خلال اقتراح نموذج تفسيري .

### 3- فروض الدراسة:

- 1- لا يختلف الوعي بالسلامة الغذائية لدى العينة عن المعيار العالمي .
- 2- يختلف الوعي بالتغذية الصحية السليمة عن المعيار الصحي العالمي .
- 3- تتأثر العلاقة الارتباطية بين الوعي الصحي و المستوى التعليمي بالعمر .
- 4- مستوى الوعي الصحي لدى العاملات ينأى بالمستوى الصحي (الإصابة / لا بأمراض )

### 4- متغيرات الدراسة:

4.1 **الوعي الصحي (السلوك الغذائي و النشاط البدني):** ويقصد به تجاوز مجرد مستوى الإلمام بجمللة المعلومات و المعارف المكتسبة المرتبطة بالصحة و الانتقال إلى الإحساس بالمسؤولية نحو صحتهم و صحة غيرهم من خلال ترجمة تلك المعارف إلى ممارسة فعلية عن قصد نتيجة الفهم و الاقتناع و تحويلها إلى عادات تمارس طوعيا دون تفكير هي عين الوعي الصحي HealthAwareness ( أحمد محمد بدح و اخرون، 2009، 12) و يشمل الوعي الصحي كل المواضيع ذات الصلة بالصحة كمواضيع الغذاء و النشاط البدني، أما الوعي الغذائي كمحور أساسي من محاور الوعي الصحي فهو ترجمة المعارف حول التغذية السليمة المتوازنة إلى سلوكيات غذائية صحية يومية و يعرف كذلك بأنه معرفة و فهم المعلومات الخاصة بالغذاء و التغذية الصحية و القدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة تكسبها شكل

العادة. (عبد الرحمن مصيقر ، العدد 28 ، ص 29) ، أما الوعي بالنشاط البدني فهو الممارسة الطوعية للنشاط البدني بهدف المحافظة على الصحة و تنميتها .

2-4 **عاملات قطاع الخدمات الجامعية** : و هن العاملات اللاتي تربطهن علاقة عمل بموجب عقد ( دائم ، مؤقت أو عقود الإدماج) مع المديرية الجهوية لقطاع الخدمات الجامعية المسيرة للاقامات الجامعية لولاية باتنة . و تتراوح الوظائف التي يشغلونها بين العمل الإداري و أعمال النظافة .

3-4 **مؤشر كتلة الجسم: BMI** و هو عبارة عن طريقة فنية للتعبير عن وزن الجسم BM في ضوء علاقته بطول القامة HT ومن و هو مؤشر ممتاز للتعبير عن درجة البدانة و لقد أوصى به Panel سنة 1985 كطريقة إكلينيكية لقياس البدانة لدى الأشخاص الراشدين و استخدمه Digirolano لتصنيف الأفراد إلى فئات وفقا لدرجة مؤشرهم المحسوب .

$$\text{BMI} = \text{BW} / \text{HT} * \text{HT}$$
 معادلة حساب المؤشر

حيث : وزن الجسم بالكيلوغرام = BW ، طول الجسم بالمتر = HT

جدول 1 : تصنيف الأفراد حسب مؤشر كتلة الجسم

مؤشر كتلة الجسم	الفئة
أقل من 18	نحيف
18-24.9	بدانة متوسطة
25-29.9	بدانة مرتفعة
أكبر من 30	بدانة مرضية

المرجع : (محمد نصر الدين رضوان ، 1997 ، ص 215)

## 5-طريقة إجراء الدراسة :

5-1 **منهج البحث** : تنتمي هذه الدراسة إلى البحوث الوصفية التي تستهدف تصوير و تحليل و فهم خصائص مجموعة معينة أو موقف معين يغلب عليه صفة التحديد عن طريق جمع البيانات ، تنظيمها ، تصنيفها و التعبير عنها كما وكيفا .(عبد الرحمن مصيقر ، 2015 ، 2) هي بهذا تقتضي إتباع منهج متعدد الأبعاد حيث سنقول بتحليل ووصف بعض السلوكيات الصحية و كذا مستويات البدانة و هو ما يتطلب تبني المنهج الوصفي التحليلي لوصف مستوى الوعي في محاور التغذية و النشاط البدني لدى أفراد العينة و المنهج الوصفي الإرتباطي للوقوف على طبيعة العلاقة بين مستوى الوعي الصحي و بعض المتغيرات و **المنهج الوصفي الفارقي** الذي نبحت من خلاله في الفروق فيما يخص الوعي الصحي لصالح بعض المتغيرات .

5-2 **عينة الدراسة** : تكونت عينة الدراسة من 100 عاملة على مستوى الاقامات الجامعية لمدينة باتنة .

5-3 **طريقة وأداة جمع المعلومات** : تم تزويد أفراد العينة بمطويات حول التغذية السليمة و النشاط البدني كما وصفته منظمة الصحة العالمية في اليوم العالمي للصحة لسنة 2015 المتعلق بمأمونية و سلامة الغذاء و الذي يوافق بنود البعد الأول في الاستمارة و قائمة بتعليقات كل من منظمة الصحة العالمية و منظمة الأغذية و الزراعة للأمم المتحدة حول التغذية السليمة و النشاط البدني و طلب من المفحوصات قراءة المطويات بتمعن أما العاملات ممن لا يستطعن القراءة فقد تم شرح المحتوى لهن بلغة عامية بسيطة . بعد أسبوع و زعت نسختين من الاستمارات على العاملات و طلب منهن طرح استفساراتهن إن وجدت قبل الشروع في الإجابة ، أما العاملات ذوات المستوى التعليمي المنخفض فقد قامت الباحثتان بتسجيل إجابتهن مباشرة بعد تقديم الشرح الملائم دون التأثير على طبيعة استجابتهن . بعد 4 أيام تمت إعادة تطبيق المقياس على نفس العينة . جمعت البيانات من استجابات العاملات على استمارة المعدة من طرف الباحثتين ، و التي تكونت من قسم

للمتغيرات الديمغرافية ( السن ،المستوى التعليمي ، الخبرة ، الحالة الاجتماعية ، المسافة بين العمل و المسكن ،الطول و الوزن ) و قسم لقياس مستوى الوعي الغذائي و الرياضي ،وزعت الإجابات بين بديلين ( نعم/ لا ) حيث تعطى الإجابة نعم القيمة 1 و الإجابة لا القيمة 0 و بهذا تنحصر درجات الاستجابة على المقياس في المجال [ 0،15 ] حيث حددت ثلاث مستويات للوعي : ضعيف ،متوسط ،جيد. تم حساب الخصائص السكومترية للاستمارة للتأكد من ثبات فقراتها و صدقها في قياس الوعي باستعمال طريقة إعادة تطبيق الاختبار، حيث كان معامل الارتباط مقبول و قدر ب 0.72 ، أما الصدق فقد تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية و قدر معامل الارتباط ب 0.63

4-5-الحدود الزمانية والمكانية: امتدت الدراسة منذ 2017/02/12 إلى غاية

2017/02/23 و تمت الإجراءات على مستوى بعض الاقامات الجامعية لمدينة باتنة (وسط -

غرب -شرق )

6- عرض النتائج و مناقشتها :

1- وصف تفصيلي للعينة :

جدول 2: توزيع العينة حسب متغيرات : السن، الخبرة المهنية، ومؤشر كتلة الجسم.

الانحراف المعياري	المتوسط	النسبة	التكرارات	المتغير (السن)
السن				
11.13	43.02	٪.28	28	0 ]:[20-30
		٪.18	18	1 : [30-40]
		٪.54	54	2 : <=40

خبرة العمل ( السنوات )				
7.58	12.89	٪.19	19	5-0
		٪.24	24	10-6
		٪.28	28	20-11
		٪.29	29	أكثر من 20
مؤشر كتلة الجسم				
4.03	26.22	٪.2	2	نحيفة (1)
		٪.36	36	بدانة متوسطة (2)
		٪.45	45	بدانة مرتفعة (3)
		٪.17	17	بدانة مرضية (4)
		100	100	المجموع

أكثر من نصف العينة (54٪) يفوق سنها الأربعين تليها العاملات التي تتراوح أعمارهن بين 20 و 30 سنة و يعود هذا التوزيع إلى العدد المعتبر من العاملات اللواتي استفدن من التقاعد المسبق ما فصح المجال لتوظيف خاصة خريجي الجامعات والمعاهد في إطار عقود ما قبل التشغيل و هو ما يفسر نسبة تواجدهن مقارنة بالفئة العمرية [30-40]. يتوافق ارتفاع نسبة الخبرة المعنية التي تجاوزت العشرين سنة (29٪) و التي تتراوح بين 11 و 20 سنة مع ارتفاع نسبة العاملات التي تجاوزت نسبة أعمارهن الأربعين سنة. أما بالنسبة لمؤشر كتلة الجسم فهو مرتفع لدى غالبية أفراد العينة سواء كان مؤشرا للبدانة المتوسطة (36٪) أو البدانة المرتفعة (45٪) ، أما البدانة المرضية فنسبتها كانت 17٪ و هي نسبة مرتفعة تمس حوالي خمس العينة في الوقت الذي لم تتجاوز فيه نسبة العاملات ذوات النحافة المرضية سوى 2٪ .

جدول 3: توزيع العينة حسب متغيرات : طبيعة الأسرة، الحالة الاجتماعية، المسافة بين العمل والسكن والمستوى التعليمي

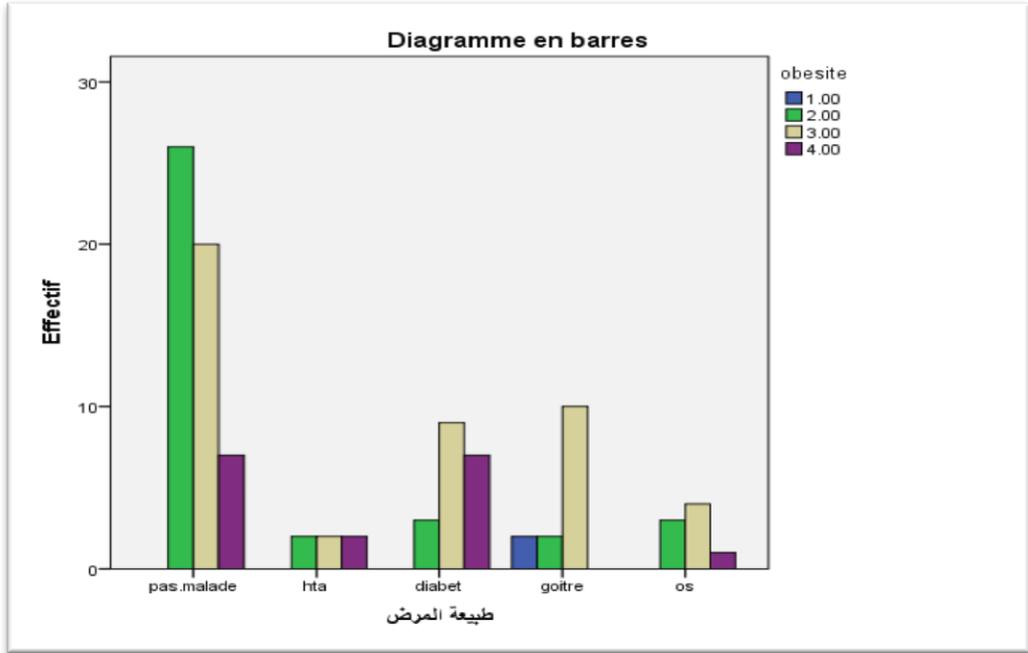
المتغير	التكرارات	النسبة %
<b>طبيعة الأسرة</b>		
نووية	64	64%
ممتدة	36	36%
<b>الحالة الاجتماعية</b>		
متزوجة -	60	60%
غير متزوجة	40	40%
<b>المسافة بين العمل والسكن</b>		
دون الحاجة للمواصلات	32	32%
المواصلات ضرورية للوصول للعمل	68	68%
<b>المستوى التعليمي</b>		
أمية	15	15%
ابتدائي	16	16%
متوسط	15	15%
ثانوي	27	27%
جامعي	27	27%

أغلب العائلات جامعيات أو ذوات مستوى ثانوي بنسب متساوية (27٪) ، نسبة 60٪ متزوجات ، و لان أغلبهن (64٪) يعشن ضمن إطار الأسر النووية فهن يقطن بسكنات تبعد مسافة تستدعي استخدام المواصلات العمومية أو الخاصة للوصول إلى مقرات العمل ( لان السكنات الايجارية منخفضة الثمن بالنسبة للعائلات المستأجرات أو التساهمية بالنسبة للعائلات المالكات لسكنهن تقع أغلبها في الأقطاب الحضرية الجديدة البعيدة عن مركز مدينة باتنة).

جدول 4: توزيع العينة حسب متغيرات الحالة الصحية

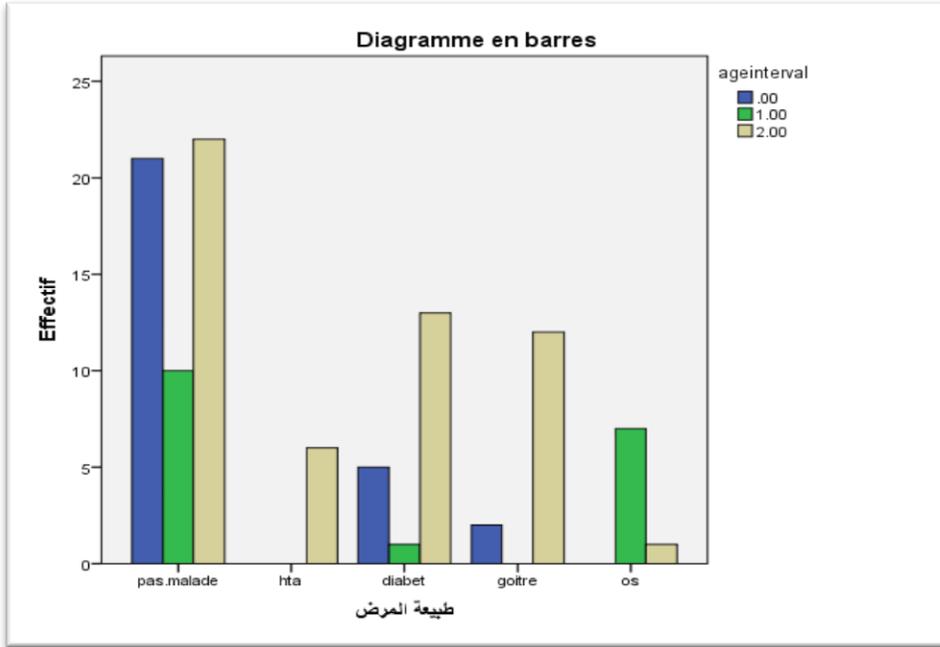
الحالة الصحية		
تعاين من مرض	47	٪47
لا تعاين من مرض	53	٪53
الأمراض المنتشرة لدى العينة التي تعاين من مرض مزمن		
ارتفاع ضغط الدم	6	٪12.76
السكري	19	٪40.42
أمراض العظام	14	٪29.78
اضطراب الغدة الدرقية	8	٪17.02

صرحت أكبر نسبة من العائلات (53٪) أنهم لا تعاين أمراضا عضوية مشخصة ، في حين باقى العينة جاءت أكبر نسبة للأمراض المشخصة لديهن 19٪ للسكري و 14٪ لأمراض العظام ، تليها اضطرابات الغدة الدرقية و ارتفاع ضغط الدم .



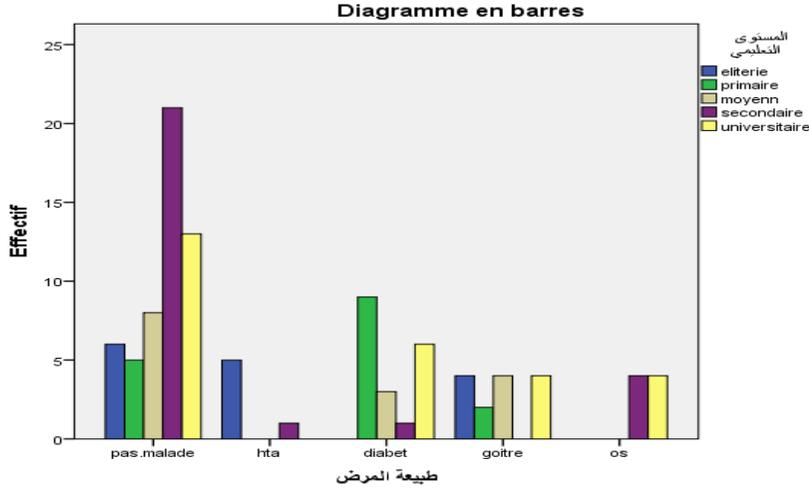
### مخطط رقم 01: توزيع الأمراض حسب مستويات مؤشر الكتلة (البدانة)

نلاحظ من خلال قراءة المخطط أن أعلى مستوى من غياب للأمراض كان لدى ذوات البدانة المتوسطة، في حين أن أعلى مستوى لكل من مرض السكري، اضطرابات الغدة الدرقية و أمراض العظام كان من نصيب ذوات مؤشر كتلة الجسم المرتفع (بدانة مرتفعة) ، يليه مباشرة مؤشر البدانة المرضية التي نجده حاضرا لدى المصابات بالسكري و ارتفاع ضغط الدم . أما ذوات النحافة المرضية فقد ظهر لديهن جميعهن اضطراب الغدة الدرقية وهو على الأرجح بسبب اقترانه باضطرابات الأيض المصاحبة لمشاكل إفراز الغدة الدرقية .



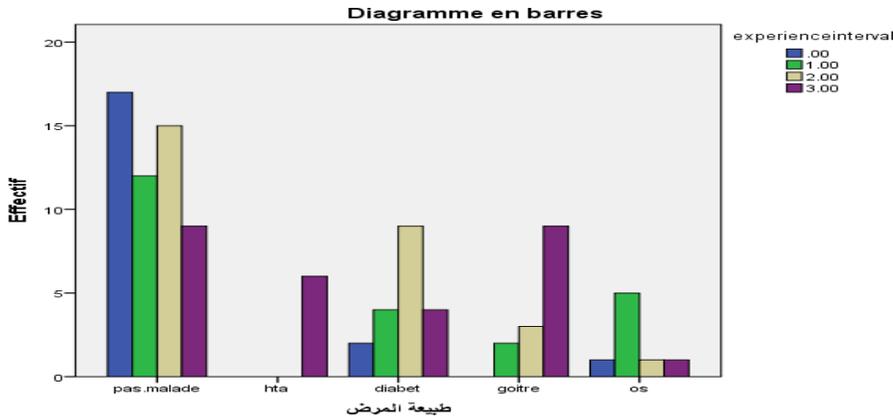
## مخطط رقم 2: توزيع الأمراض حسب الفئات العمرية.

أغلب المصابات بالسكري و اضطرابات الغدة الدرقية تجاوز سنهن الأربعين في حين أن كل المصابات بارتفاع ضغط الدم تنتمي لهذه الشريحة العمرية ، أما أمراض العظام فكانت أكثر انتشارا لدى الفئة العمرية بين 30 و 40 سنة (و هي المرحلة المثالية للإنجاب و تربية و عناية الأطفال ) ، أما بالنسبة للفئة العمرية اليافعة (20-30 سنة ) فإغلبهن صرحن بأنهن لاتعانين أمراضا معينة بالرغم من أنهن يرتبن في المرتبة الثانية بالنسبة للإصابة بداء السكري.



### مخطط رقم 03: توزيع الأمراض حسب المستويات التعليمية

تساوت الإصابة بأمراض العظام لدى الجامعيات و ذوات المستوى الثانوي في حين أن معظم الأميات صرحن بأنهن تعانين من ارتفاع الضغط الدموي و اضطراب الغدة الدرقية و لا تعانين من داء السكري (بالرغم من تلازم هذه الأمراض في اغلب الحالات)، أما بالنسبة لحالة المعافاة الجسدية فقد كانت النسبة الأكبر لذوات التعليم الثانوي تليها الجامعيات و جاءت النسبة الأقل لذوات التعليم الابتدائي .



المخطط رقم 4: توزيع الأمراض حسب الخبرة في العمل (00 : خبرة أقل من 5 سنوات 01:

خبرة من 6 إلى 10 سنوات 02: خبرة من 11 إلى 20 03: خبرة أكثر من 20 سنة)

كل المصابات بارتفاع ضغط الدم تجاوزت خبرتهن المهنية 20 سنة و جلهن مصابات بالسكري ، كما أنهن شكلن أكبر نسبة للمصابات باضطرابات الغدة الدرقية . أما ذوات الخبرة المهنية ( 11 - 20 سنة ) فغالبيةهن تعانين من السكري و بنسبة أقل أمراض العظام و اضطرابات الغدة الدرقية و صرحت اغلب العاملات حديثات العهد بالعمل عدم إصابتهن بأمراض عضوية.

جدول رقم 5: المتوسطات و الانحرافات المعيارية للسلوكيات الصحية الممارسة لدى العينة.

الانحراف المعياري	المتوسط	النسبة المئوية %		البنود
		لا	نعم	
0	1	0	100	أحرص على النظافة
0.49	0.61	61	39	أفضل بين الطعام النيئ والمطبوخ
0	1	0	100	أطهوا الطعام جيدا
0.25	0.93	7	93	أحتفظ بالطعام في درجة حرارة مناسبة
0	1	0	100	استخدم المياه النقية و المواد الخام المأمونة
0.50	0.52	48	52	أتناول يوميا الخضرا والفواكه
0.50	0.45	55	45	أتناول كميات معتدلة من

				الملح
0.50	0.47	53	47	أتناول كميات معتدلة من السكر
0.48	0.38	62	38	أتناول أغذية قليلة الدهون
0.50	0.50	50	50	أشرب كميات كافية من الماء
0.37	0.17	83	27	أقصد عملي مشيا على الأقدام
0.45	0.28	72	28	أمارس الرياضة مرة في الأسبوع على الأقل
0.49	0.61	39	61	أراقب وزني
0.46	0.31	69	31	أحرص على المشي نصف ساعة في اليوم
0.42	0.23	77	33	أفضل صعود الدرج على استعمال المصعد الكهربائي

## 6- 2 نتائج و مناقشة السلوكيات الغذائية و النشاط البدني :

جدول رقم 6: المتوسطات و الانحرافات المعيارية لأبعاد الاستمارة

الانحراف المعياري	المتوسط	ابعاد الوعي الصحي
0.52	4.54	بعد السلامة الغذائية
1.23	2.32	بعد التغذية الصحية
1.18	1.60	بعد النشاط البدني

جدول رقم 7: مستويات الوعي لدى العينة

مرتفع	متوسط	ضعيف	مستوى الوعي في :
%99	%1	%0	السلامة الغذائية
%17	%49	%34	التغذية الصحية
%6	%37	%57	النشاط البدني
%13	%87	%0	الصحي

يظهر من خلال الجدول رقم 5 أن كل المفحوصات تحرصن على : النظافة ، الطهو الجيد واستخدام المياه و المواد الخام النقية لكن بالرغم من أن نسبة 93% تحرصن على الاحتفاظ بالطعام في درجة حرارة مناسبة إلا أن فصل الطعام المطبوخ عن النيئ و الذي يعتبر احد شروط الحفظ السليم للأغذية لا تمارسه سوى 39% من العاملات وهو ما يدل على عدم درايتهن الكافية بهذه التعليمات و هو ما استشعرتة الباحثان أثناء المقابلات و مع هذا فان 55% من العاملات تحصلن على العلامة الكاملة فيما يخص السلامة الغذائية ، أما بالنسبة للتغذية الصحية السليمة كما توصي بها منظمة الصحة العالمية فهي كما يظهر في الجدول رقم 7 تتراوح بين الضعيفة و المتوسطة و نسبة

17٪ فقط ممن يمارسون التوصيات العامة الخاصة بالتغذية الصحية. يشير الجدول 5 إلى أن 61٪ من العاملات تراقب وزنهن بالرغم من أن 57٪ ذوات نشاط رياضي ضعيف، بل ان نسبة 53٪ (17 عاملة من أصل 32) منهن تستعملن المواصلات رغم إمكانية الاستغناء عنها، وتعلل من تمارسن هذا السلوك بضيق الوقت و كثرة الالتزامات المنزلية خاصة في الفترة الصباحية.

جدول 8: الارتباطات المعنوية لمتغيرات: المستوى التعليمي، الحالة الصحية و الاجتماعية و

عدد الأطفال و مؤشر كتلة الجسم

المتغيرات	عدد الأطفال	مؤشر كتلة الجسم
المستوى التعليمي	*0.215-	*0.216-
الحالة الصحية	*0.205-	**0.352-
الحالة الاجتماعية (متزوجات)		**0.285

يظهر من خلال الجدول 8 أن ارتفاع المستوى التعليمي يرتبط بانخفاض عدد الأطفال و هذا بسبب تأخر سن زواج أغلب العاملات لمزاوتهن الدراسة الجامعية و بسبب ولوجهن لعالم الشغل الذي يستنزف اغلب ساعات اليوم ( 8 ساعات لعاملات الإدارة و 6 لغير الإداريات ) كما أن مؤشر كتلة الجسم لديهن يرتبط عكسيا مع مستوى البدانة و الحالة الاجتماعية فالمتزوجات يملن لاكتساب الوزن تماشيا مع المعايير الجمالية للمنطقة ناهيك عن التغيرات الهرمونية المصاحبة للحمل و الولادة و الرعاية غير السليمة للحوامل و النفس من العاملات المتمثلة في التغذية الغنية بالدهون و الطاقة و قلة الحركة إتباعا للاعتقاد السائد بأنها الطريقة الأمثل للاهتمام بهن. كما تظهر النتائج إلى أن الحالة الصحية للعاملات تتجه نحو التدهور كلما زاد عدد الأطفال لديهن و كلما زاد مؤشر كتلة الجسم و هو ما تتفق عليه كل هيئات الصحة العالمية .

### 3-6 معالجة ونتائج الفرضيات :

الفرضية الأولى: لا يختلف مستوى السلامة الغذائية لدى العينة عن المعيار العالمي .

و لذلك تم استعمال اختبارات للعينة الواحدة ، لقدترته على المقارنة بين متوسط أداء العينة في مستوى السلامة الغذائية و المستوى الفرضي المعياري ، و كان هذا بعد التأكد من شروط تطبيق الاختبار .

أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود فروق معنوية بين متوسط العينة في بعد السلامة الغذائية و المعيار العالمي و المقدر بـ5 (باعتبار ضرورة ممارسة كل شروط السلامة الغذائية )، حيث قيمة ت=8.83 و قيمة دلالة 0.08 و هي غير دالة و بهذا نقبل الفرض الصفري و نرفض الفرض البديل :أي أنه لا يوجد اختلاف بين مستوى السلامة الغذائية لدى العينة مقارنة بالمستوى المعياري ، كما نلاحظ أن قيمة متوسط العينة في السلامة الغذائية هو 4.54 و هو قريب جدا من المتوسط الفرضي المعياري .

الجدول 10 : نتائج اختبارات للعينة الواحدة

المتغير	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة	درجة الحرية
بعد السلامة الغذائية	100	4.54	0.52	8.83	0.08	99

**الفرضية الثانية:** يختلف الوعي بالتغذية الصحية السليمة عن المعيار الصحي العالمي.

و لذلك تم استعمال اختبارات للعينات الواحدة ، أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية قيمة  $t=12.64$  و قيمة دلالة  $0.02$  و هي دالة ما يعني قبول الفرضية البديلة أي أنه توجد فروق معنوية بين متوسط العينة في بعد التغذية الصحية و المعيار العالمي و يظهر هذا الفرق من خلال انخفاض متوسط العينة في بعد التغذية السليمة و المقدر بـ  $2.32$  و هو أقل من المتوسط المعياري .

**الجدول 11: نتائج اختبارات للعينات الواحدة**

المتغير	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة	درجة الحرية
بعد التغذية الصحية	100	2.32	1.23	12.64	0.02	99

نلاحظ من خلال الجدولين 10 و 11 أن العوامل لا تتوفر لديهن المستوى المعياري للوعي الصحي في بعد التغذية الصحية في حين أن متوسط ممارسة شروط السلامة الغذائية لا يختلف عن المعياري العالمي .

**الفرضية 3:** تتأثر العلاقة بين الوعي الصحي و المستوى التعليمي بالعمر .

و للتأكد من الفرضية تم استخدام معامل الارتباط الجزئي لأنه يقوم على تثبيت أثر عامل السن بعزله إحصائياً و أسفرت المعالجة الإحصائية عن النتائج المبينة في الجدول 12 .

الجدول 12: نتائج معامل الارتباط الجزئي بين الوعي الصحي و المستوى التعليمي بعزل

متغير العمر

الارتباط بعد عزل متغير العمر	الارتباط قبل عزل متغير العمر
**0.326	**0.316

يشير من الجدول أعلاه إلى معنوية الارتباط بين الوعي الصحي و المستوى التعليمي سواء قبل أو بعد عزل متغير العمر ، إلا أنه ارتفع بعد العزل ما يجعل من العمر عامل مخفض للعلاقة بين الوعي الصحي و المستوى التعليمي و يمكن تفسير ذلك بسبب ما يصاحب التقدم في العمر من تزايد العبء في الالتزامات و التعرض المزمن لضغوط العمل .

الفرضية 4: يؤثر الوعي الصحي على ظهور الأمراض لدى المفحوصات و للتأكد من هذه الفرضية من خلال البحث عن نموذج خطي عام ذلك باستخدام تحليل الانحدار البسيط و أسفرت التحليل الإحصائي عن النتائج الموضحة في الجدول رقم 15،14،13

الجدول 13: جدول معامل التحديد و اختبار durbin watson

اختبار	الخطأ المعياري	adju R-sq معامل التحديد المعدل	R-sq معامل التحديد	R	النموذج
durbin watson	5.002	0.03	0.06	0.79 <sup>a</sup>	

B المتغير التابع

A الثابت

الجدول 14 : جدول تحليل التباين

الدالة	ف	مربع المتوسطات	درجة الحرية	مجموع المربعات	النموذج مصدر التباين في
0.19	1.729	0.433	1	0.433	الانحدار
		0.250	99	68.809	البواقي
			98	69.242	المجموع

الجدول 15 : جدول معاملات الانحدار

الدالة	ت	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية		النموذج
		Beta	A	الخطأ المعياري	
0.041	2.052	0.79	0.304	0.148	الثابت
0.190	1.315		0.23	0.017	الوعي الصحي

من خلال الجدول رقم 15 يظهر الثابت بمقدار 0.304 و معامل الانحدار بمقدار 0.23 و منه المعادلة تكون : الإصابة بالمرض =  $0.23 + 0.304 * \text{الوعي الصحي}$

وللتعرف على القدرة التفسيرية للنموذج نرجع إلى معامل التحديد المعدل الظاهر بالجدول رقم 13 و هو يساوي 0.03 ما يعني أن متغير الوعي الصحي لا يفسر سوى 3٪ فقط من الإصابة

بالمرض أو بعبارة أخرى 3٪ فقط من الإصابة بالمرض سببها مستوى الوعي الصحي و الباقي يعود لعوامل أخرى. أما عن معنوية النموذج و الذي جاء في مضمون الفرضية 4 ، فنرجع للجدول رقم 14 و نلاحظ أن الدلالة 0.19 أكبر من 0.05 و بالتالي نرفض الفرضية و نقبل فرضية أن نموذج الانحدار غير معنوي . و منه تصبح ضرورة إضافة متغيرات تنبؤية أخرى ضرورية .

#### 4-6 مناقشة عامة :

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى وعي العاملات فيما يخص شروط السلامة الغذائية لا يختلف عن المعياري العالمي (ت=8.83 و قيمة دلالة 0.08 ) في حين أنه لا تتوفر لديهن المستوى المعياري للوعي الصحي في بعد التغذية الصحية (ت=12.64 و قيمة دلالة 0.02 ) و هو ما يتوافق مع دراسة عبد الرحمن مصيقر (2003) حول النمط التغذوي لدى النساء الاماراتيات و التي أسفرت عن تدني الوعي الصحي التغذوي لديهن ، كما أنه على مستوى عينة الدراسة ، يلاحظ انخفاض تأثير المستوى التعليمي على الممارسات التغذوية و البدنية كلما تقدمن بالعمر .

اتضح على مستوى هذه الدراسة انه لا يمكن الاعتماد على المستوى الصحي فقط لتفسير ظهور الأمراض لدى العينة .

كما أظهرت الدراسة أن نسبة 54٪ من العاملات يفوق سنهن الأربعين و هو يوافق النسبة الأكبر لسنوات العمل التي تفوق 20 سنة و المقدرة بـ 29٪ ، تليها نسبة 28٪ للعاملات الأقل من 30 سنة و 18٪ للعاملات بين 30 و 40 سنة ، تتوافق هذه النسب مع نتائج دراسة استرالية توصلت إلى إن متوسط عمر النساء اللواتي يتجهن إلى سوق العمل هو في حدود 20 الى 30 سنة .

النسبة الأعلى من العاملات هن متزوجات و ربات بيوت ( 60٪) ، 64 ٪ منهن يعيشن في أسر نووية و هو ما يعكس التحول الاجتماعي الذي طال مجتمع المنطقة .

تستعمل 68٪ منهن المواصلات ( سيارات خاصة ،نقل جامعي ، نقل عمومي ) سواء بسبب بعد المسافة بين مقر السكن و العمل أو ربحا للوقت أو بسبب التقدم في وسائل النقل و إتاحتها مجانا (نقل جامعي) كما نلاحظ أن مستوى الوعي بالنشاط البدني منخفض ،حيث صرحن أن النشاط البدني لا يقع ضمن قائمة اهتماماتهن بسبب كثرة انشغالاتهن وغياب التشجيع من البيئة الاجتماعية و هو ما أشار إليه Vrazel وزملاؤه في دراستهم سنة 2008 و كذا دراسة و Swapna زملاؤه سنة 2015 التي أسفرت عن تراجع ممارسة النساء للنشاط البدني لنفس الأسباب التي تم الإشارة من طرف المفحوصات في عينة الدراسة ،كما تجدر الإشارة إلى أن العاملات اللاتي تعانين أمراضا معينة لا يمارسن نشاطا بدنيا ملائما و يقعن ضمن الفئة ضعيفة المستوى في ما يخص الوعي بالنشاط البدني لاعتقادهن كما صرحن بان الأمر لم يعد بالضروري بعد إصابتهم بالمرض ، و بهذا تكون هذه الأخيرات قد ضيعن على أنفسهن فرصة لتنشيط الدورة الدموية و التخلص من الوزن الزائد (فاطمة فائق ،2016) و فرصة لتفادي تشوهات العمود الفقري و تنمية عضلات الجسم بشكل متوازن ( أواز حمه نوري ، بدون تاريخ،20) كل هذا كما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية في تقريرها حول الصحة العالمية سنة 2015 حول أسلوب حياة الأفراد بما فيهم النساء نحو الخمول و الكسل و هو ما يؤكد الارتباط العكسي بين الوعي الصحي في بعد النشاط البدني لدى العينة (ر=0.123\* مستوى الدلالة 0.041) و مؤشر كتلة الجسم الذي تراوح عند أفراد العينة بنسبة كبيرة بين البدانة المرتفعة و المتوسطة و هو ما يتوافق مع دراسة Chang- Gyou و Yoon و آخرون (2016) التي تم إجراؤها على العاملات الكوريات و التي أظهرت ميل مؤشر كتلة الجسم إلى الارتفاع لدى العينة التي تتراوح ساعات عملها بين 40 و 60 ساعة أسبوعيا . بالرغم من اهتمام العاملات بمراقبة وزنهن إلا أنهن لم تقدمن على السلوك الصحي الذي من شأنه تخفيض مؤشر كتلة أجسامهن الذي أشار ياسين حبيب (2011) في دراسة تتبعية دامت

أربع سنوات إلى تحسنه بالإضافة إلى: انخفاض المكون الدهني ، ارتفاع المكون العضلي ،تحسن المؤشرات الحيوية كضربات القلب و مرات التنفس و السعة الحيوية و مؤشرات الطاقة لدى عينة من الطالبات بعد ممارستهم لنشاط بدني منتظم . لكن تجدر الإشارة إلى أن النشاط البدني لا يقتصر على ممارسة الرياضة بل هو جملة الأنشطة اليومية التي تمارسها المرأة يوميا كالتسوق ،الأعمال المنزلية ،صعود الدرج أو المشي... الخ ( OMS ,2015 ) ، و هو ما لا تقوم به المفحوصات حيث أن 77٪ لا تفضلن صعود الدرج و 63٪ لا تمشين و لو 30دقيقة يوميا و هو إجماع يترجم المستوى الضعيف للوعي بالنشاط البدني لديهن ( انظر جدول رقم6 ) و يرتبط بقوة مع الإصابة بالأمراض المزمنة و بهذا فان المفحوصات لم تتقيدن بما توصي به منظمة الصحة العالمية بضرورة ممارسة النشاط البدني بانتظام من اجل الصحة القلبية ،سلامة عملية الاستقلاب ( لتفادي الإصابة بداء السكري و السمنة ) ،الصحة العضلية الهيكلية ( لتفادي أمراض العظام المختلفة و خاصة ترقق و هشاشة العظام) ، الصحة الوظيفية ( الوقاية من السقوط ) ، الصحة النفسية ( الوقاية من الاكتئاب )والوقاية من السرطان خاصة سرطان القولون و الثدي الذي توصي الجمعية الأمريكية لسرطان النساء بضرورة ممارسة 150 دقيقة موزعة على مدار الأسبوع من النشاط البدني المعتدل لتفادي أو على الأقل تخفيض احتمال الإصابة به (2,2016, Mohamed Rachid) ،إن اجتماع نقص النشاط البدني بعوامل أخرى (كالضغوط المهنية الشديدة ، انخفاض الدخل ، تدني الوعي الصحي... الخ ) قد يعرضهن لخطر الإصابة به ، ففي دراسة حديثة أجريت بالعراق توصلت الأبحاث إلى وجود زيادة معنوية في الإصابة بسرطان الثدي نتيجة قلة الوعي الصحي ، الدخل ،تاريخ العائلة مع المرض و زيادة الأخذ في الأغذية الغنية بالطاقة و الملح التي يؤدي إلى الأكسدة الكامنة و عدم توازن الهرمونات ( Jangi Shawkat,2017,66 ) و هو ما نجده حاضرا بقوة على مستوى عينة الدراسة فهي تظهر ممارسات تغذوية خاطئة تترجم تدني مستوى الوعي الصحي في بعد التغذية السليمة ( انظر الجدول 7 ) ،حيث صرحت 62٪ من العائلات أنهن تتناولن أغذية غنية بالدهون كما صرحت أكثر من نصف العينة أنهن تتناولن كميات غير معتدلة من الملح و

السكر بنسبة 55 و 53٪ على التوالي ، كما أن نسبة 26.31٪ من المصابات بداء السكري في العينة لا تلتزم بالكميات الموصى بها من السكر و على العكس من ذلك كل المصابات بارتفاع ضغط الدم لا يتناولن كميات عالية من الملح و هو ما يختلف مع نتائج دراسة ( Mohamed Mahmoud,2017) حيث أشارت إلى عدم التزام عينة من 318 سيدة مصابة بارتفاع ضغط الدم بالكميات المعتدلة من الملح و هو ما يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر سنة 2017 حول تحقيق الجزائر الأهداف التوعوية الشاملة فيما يخص تناول الملح . ( W H O ,2017 )

أحسن سلوك غذائي تمارسه عينة الدراسة هو تناول الخضراوات والفواكه يوميا خاصة في وجود المطاعم الجامعية على مستوى أماكن عملهن و سهولة الحصول على الوجبات الغذائية المقدمة فيها و التي تقدم الخضراوات والفواكه بشكل يومي .

تمتاز عاملات قطاع الخدمات بمستوى مرتفع من الوعي بالسلامة الغذائية ، حيث أن نسبة 99 ٪ من العينة تحافظن على شروط السلامة الغذائية المتعلقة باستعمال المياه النقية و المواد الخام سواء كانت أغذية أو وسائل تحضير ، حفظ و طبخ و في هذا منفعة كبيرة على صحتهن . حيث أشارت كل من منظمة الصحة العالمية و منظمة الغذاء و الزراعة العالمية كما ورد في (علي نزار،رافد خليل ،2016،247) إلى أن استعمال أواني الألومنيوم على سبيل المثال من شأنه تعريض الغذاء للتلوث و العضوية للتسمم و بالتالي ارتفاع احتمال تشكل الأورام السرطانية ، تليف الكبد ، ضعف البصر و هشاشة العظام . إن ارتفاع نسبة تطبيق معايير السلامة الغذائية لدى العينة أمر مشجع و إن كنا نعتقد أنه لم ينبع عن دراية العاملات و إلمامهن بالمبررات العلمية لتلك الممارسات و هو ما وقفت عليه الباحثتان خلال حوارهن مع العاملات ، كان هذا فيما يخص مستوى الوعي الصحي لدى العينة أما عن باقي المتغيرات فبالنسبة للمستوى التعليمي فنلاحظ ان نسبة 54٪ من العاملات من ذوات المستوى الجامعي أو الثانوي موزعين مناصفة ، في حين تتوزع باقي العاملات تقريبا بالتساوي بين الأمية ، الابتدائي و المتوسط و هو ما يشير إلى القفزة النوعية في تعليم المرأة بهذه

المنطقة . تشير النتائج إلى العلاقة الطردية بين المستوى التعليمي للعينة و مستوى الوعي الصحي و هو ما تطابق مع توقعات الباحثان و مع نتائج دراسة مسحية لـ 350 سيدة أردنية ( أحمد نوري و هاني مسلم ، 20، 2013) و هو ما أكده تطبيق الجداول المتصالبة بوجود علاقة طردية قوية بين متغيري الحالة الصحية و المستوى التعليمي حيث كان مربع  $= 189.92$  و مستوى الدلالة  $= 0.000$  و هو أقل من  $0.005$  و تؤكد قيمة معامل فاي  $0.8$  قوة الارتباط بينهما وهو ما يفسر أن أعلى نسبة من العاملات اللاتي صرحن بأنهن لا تعانين مرضا ما هن جامعيات أو ممن ارتدن الثانوية بنسبة  $24.5\%$  و  $39.5\%$  على التوالي( مخطط رقم 3) في الوقت الذي ترتبط فيه الإصابة بمرض السكري و الضغط الدموي المرتفع بالمستويات الدنيا من التعليم و بهذا فان المستوى التعليمي و الإصابة بالمرض ليسا مستقلان.

بالنسبة للحالة الصحية، صرحت  $53\%$  من المفحوصات أنهن لاتعانين مرضا مزمنا في حين أن  $47\%$  تم تشخيص بعض الأمراض المزمنة لديهن و هي : ارتفاع ضغط الدم بنسبة  $12.76\%$  و مرض السكري بنسبة  $40.42\%$  و أمراض الغدة الدرقية بنسبة  $29.78\%$  و أخيرا أمراض الهيكل العظمي بنسبة  $17.02\%$ . يظهر من خلال المخطط رقم 01 أن العاملات النحيفات لاتعانين من ارتفاع ضغط الدم إطلاقا على مستوى العاملات اللواتي تعانين من الأمراض المزمنة ، في حين أن وجوده يظهر بقوة لدى ذوات مؤشر كتلة الجسم المرتفع ، هذا الأخير هو ما يميز العاملات اللاتي تعانين من داء السكري ، أما أعلى نسبة فقد كانت من نصيب أمراض الغدة الدرقية التي قدرت بـ  $71.4\%$  لدى العاملات اللواتي تعانين البدانة المرضية أما بالنسبة لأمراض العظام المختلفة ظهر أنها تمس اللواتي تعانين من البدانة المرتفعة بنسبة  $45\%$  .

و من هنا يظهر جليا الارتباط القوي بين مستويات البدانة المرتفعة المستدل عليها من خلال مؤشرات كتلة الجسم المرتفعة و ظهور أمراض الغدد ، العظام ، و اعتلالات الجهاز الدوراني لدى عينة البحث ، و يؤكد هذا التحليل أن تقريبا نصف العينة (  $49.1\%$  ) التي أكدت عدم معاناتها من

أمراض مزمنة كان مؤشر كتلة الجسم لديها يقع في المجال المعتدل ( 18-24.9). الملفت للانتباه هو أن العائلات المصابات بأمراض الهيكل العظمي رغم نسبتهم القليلة إلا أن أكثرهن ( 87.5%) يتراوح سنهن بين 30 و 40 سنة و من المتزوجات و هو ما يوافق فترة الإنجاب التي تتميز بتراجع نسب الكالسيوم و الفيتامين د3 بسبب الحمل و الرضاعة ، أما بالنسبة للعاملات المصابات بأمراض الغدة الدرقية ، أو ارتفاع ضغط الدم فيقعن ضمن الفئة العمرية التي تجاوزت الأربعين ذوات الخبرة الطويلة (أكثر من 20 سنة ) في العمل بنسبة 64.3% و 100% على التوالي (انظر مخطط رقم 4) من جهة و اللواتي يتميزن بمستويات منخفضة من الوعي بالتغذية السليمة و من جهة أخرى تقترن الإصابة بهذه الأمراض على وجه التحديد بسبب الازمان للتعرض لضغوط العمل من جهة و بسبب سن اليأس الذي غالبا ما ترافقه بعضا من هذه الأمراض و هو ما يتفق مع نتائج دراسة (Hadeel Fadeel (2015 التي أسفرت عن سوء النظام الغذائي للسيدات خلال هذه المرحلة مع ظهور أعراض داء السكري و مؤشر كتلة مرتفع يميل للبدانة المرتفعة.

#### 7- الاستنتاجات :

- توصلت الباحثتان إلى أن عاملات قطاع الخدمات الجامعة لمدينة باتنة :
- يتمتعن بمستوى مرتفع الوعي بالسلامة الغذائية و إن لم يكن على أسس معرفية .
- ضعف مستوى وعي العاملات الصحي في بعد التغذية الصحية و النشاط البدني خاصة و ارتفاعه في بعد السلامة الغذائية.
- ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض لدى العينة و ارتباطه بمستويات مرتفعة من البدانة .
- لم يظهر من النتائج أن الوعي الصحي و ما يرتبط به من ممارسات فعلية للسلوكيات المدعمة للصحة في بعدي الغذاء و النشاط البدني له أثر مباشر في ظهور بعض الأمراض .

## 8- التوصيات:

- توسيع عينات الدراسة للوقوف على مستوى الوعي الصحي .
- إخضاع عينة الدراسة لبرنامج تثقيف صحي و إجراء القياسات البعدية للتعرف على أثره في تنمية الوعي الصحي .
- إعادة بعث النشاط الرياضي للسيدات على مستوى الاقامات ( الذي كان رائجا في سنوات مضت ) بتحفيهن و تشجيعهن على النشاط البدني من خلال تخصيص ساعات للتدريب خلال ساعات الدوام

## المراجع :

- 1- أحمد، محمد بدح، و أيمن، سليمان مزاهرة، وزين، حسن بدران (2009)، الثقافة الصحية، الأردن دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة : 176
- 2 أحمد، نوري الشدايدة، وهاني، مسلم الضمور (2013).مستوى الوعي الغذائي لدى سيدات المجتمع الأردني في محاور الغذاء و التغذية و علاقتها ببعض المتغيرات،المجلة العربية للغذاء و التغذية،العدد 30 .
- 3-أواز حمة نوري، بعض تشوهات العمود الفقري و علاقتها بالاتجاه نحو النشاط الرياضي للطالبات بأعمار مختلفة. كلية التربية الرياضية،جامعة البصرة.
- 4- عبد الرحمن عبيدمصيفر.(2015)، تخطيط و كتابة البحوث الغذائية،المركز العربي للتغذية، ط2.
- 5- عبد الرحمن عبيدمصيفر (2013).المجلة العربية للغذاء و التغذية، العدد 28

6-فاطمة فائق جمعة .( 2016). تأثير الغذاء في ظهور أكياس المبايض لدى عينة من النساء بعمر 15-54 سنة في مدينة بغداد و علاقته ببعض المتغيرات. المجلة العراقية لبحوث السوق و حماية المستهلك ،المجلد 8 ،العدد 1 .

7-ياسين حبيب.(2011) . دراسة تتبعية مقارنة لتاثير النشاط البدني في الكتلة الشحمية و بعض المتغيرات الفيزيولوجية و مشر الطاقة للمزاولات و غير المزاولات للنشاط البدني،كلية التربية الرياضية ،جامعة البصرة .

8-21 Chang-Gyo Yoon , Mo-Yeol Kang, Kyu-Jung Bae and Jin-Ha Yoon.(2016).Do Working Hours and Type of Work Affect Obesity in South Korean Female Workers? Analysis of the Korean Community Health Survey , Journal of health promotion ,vol23,N1.

9-Clear .C Carosseau .(2015). Journal of health women ,vol24 n 10 .

10- Francesca, B and colleagues .(2017). Nutrition and health in women ,children and adolescents girls . J .the BMJ /supl1.

11-Hadeel ,Fadeel And Kadum ,MC ,and Mohamed F. Khalifa.( 2013). Effectiveness of physical education program on the domain of the university student's attitude towards physical fitness. Iraqi national journal of nursing specialitie ,vol26(2).

12-Hadeel F,Farhood,Ruaa,Abbas.(2015).dietary intake and eating habits with risk of prediabetes in postmenopausal women ,Iraqi J.com.med,vol4.

13-Irwin M. Feuerstein and all.(2018). Report from the NIH Office of Research on Women's Health :Working Together to Address Women's Health in Research and Drug Development: Summary of the 2017 Women's Health Congress Preconference Symposium ,Journal of wimen health ,vol27 ,n10, 2018.

14-Jangi,ShawkatSalai.(2017).association between nutrient content of food and occurrence of breast cancer ,a case control study,Kufa journal of nursing science ,vol 7,n1 ,April 2017.

15- Maarab Y. Abdulah Al-Fathy.(2009). Health status and levels of physical activity among married women during childbearing age in Mosul, Tikrit Medical 50 Journal 2009; 15(1):50-58

16-Mohamed Mahmoud,Mohamed.(2017).assesment of knowledge perception attitude and practice of elevated blood pressure in hypertensive patients ,AJPS,vol 17,n2 .

17-Mohamed Rachid,Ameen.(2016).assesment of physical activity of breast cancer patients attending Hiwa hospital in Sulaymaniacity,Kufa journal of nursing science ,vol6 ,n3,December 2016.

18-Padilla . M, Bricas, N, Khaldi , R, Haddad, M. (2002).Un model causal global de la consommation. Disponible sur [http://om.cih.eam.org/article.php?ID\\_PDF=3400048](http://om.cih.eam.org/article.php?ID_PDF=3400048).

19-Swapna.S Dave, Lynette.l.Craft,Promela Mehta.(2015). Life Stage Influences on U.S. South Asian Women's Physical Activity , American Journal of health promotion ,vol29,N3.

20-Organisation mondiale de la sante .(2015).bureau régional de la méditerranée orientale .

20-www.WHO.int/dietphysicalactivity/PA/recommandations-ar.pdf.

21-Vrazel Joellen , Ruth Saunders ,Sara Wilcox.(2008). An Overview and Proposed Framework of Social-Environmental Influences on the Physical-Activity Behavior of Women,American Journal of health promotion ,vol23,N1.

22- www.bouger.sante.ch.site/ap/recommandation/2013

23- World Health Organization - Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017

