

دولة ليبيا
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة طرابلس
كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة
مكتب الدراسات العليا والتدريب
قسم التدريب

دراسة بعنوان :

**دراسة السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)
وعلاقته بمؤشر كتلة الجسم (BMI) لممارسي النشاط الرياضي في
بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس**

مقدمة من الدارس

محمد أبو القاسم القمودي العداسي

الدارس بقسم التدريب بكلية التربية البدنية وعلوم الرياضة / جامعة طرابلس
ضمن متطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية " الماجستير "
في التربية البدنية وعلوم الرياضة

إشراف

الدكتور

وليد علي أحمد المرغني

أستاذ مساعد بقسم التدريب

بكلية التربية البدنية وعلوم الرياضة

جامعة طرابلس

2021م / 1442هـ

قرار المناقشة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً طَلَّكُمْ مِنْهُ شَرَابٌ وَمِنْهُ شَجَرٌ فِيهِ تُسِيمُونَ

(10) يُنْبِتُ لَكُمْ بِهِ الزَّرْعَ وَالزَّيْتُونَ وَالنَّخِيلَ وَالْأَعْنَابَ وَمِنْ كُلِّ

الثَّمَرَاتِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَةً لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ (11)

سورة النحل

إهداء

إلى والداي رحمهما الله... براً ووفاءً
إلى إخوتي وأخواتي ... محبةً وامتناناً
إلى زوجتي وأبنائي ... حباً وإخلاصاً
إلى أساتذتي الأفاضل ... تقديراً واحتراماً

أهدي ثمرة هذا الجهد

الدارس

شكر وتقدير

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على من لا نبي بعده سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

يقول الله عز وجل : (لئن شكرتم لأزيدنكم) ، ومن باب " من لا يشكر الناس لا يشكر الله"

كان لا بد علينا أن نكتب ونعبر ونخط بأيدينا أسمى وأجمل عبارات الشكر والتقدير لمن ترك تلك البصمة الرائعة في حياتنا ولمن بذل كل ما بوسعه من أجلنا ومن أضاء لنا الطريق في مجال تخصصنا.

وأخص بالشكر كل من الدكتور **وليد علي المرغني** على ما قدمه لي من نصح وارشاد طيلة فترة إنجاز هذه الرسالة العلمية فجزاه الله عني كل خير.

وأقدم بالشكر إلى الدكتور **فتحي انطاط معتوق** والدكتور **وليد محمد شيبوب** على تفضلهما بقبول مناقشة الرسالة والاستفادة منهما في إثراءها.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لكل الاساتذة الأفاضل الذين لم يبخلوا بعلمهم ووقتهم ولم يدخروا جهداً لمساعدتنا طيلة فترة دراستنا بالكلية.

كما لا يفوتني أن أشكر أفراد عينة الدراسة الذين كان لهم الفضل في الوصول الى نتائج هذه الدراسة .

وأخيرا وليس آخراً أتقدم بالشكر والإمتنان لكل الأهل والأصدقاء على وقوفهم بجانبني ، وتحملهم معي هموم الحياة وأعباء الدراسة ، فلهم مني جميعا كل الاحترام والتقدير وجزاهم الله كل خير.

قائمة المحتويات

ب	.....	قرار المناقشة
ج	.....	الاية القرانية
د	.....	إهداء
هـ	.....	شكر وتقدير
و	.....	قائمة المحتويات
ح	.....	قائمة الجداول
ي	.....	قائمة الأشكال
ي	.....	قائمة المرفقات

1 الفصل الأول : المقدمة 1

2	.....	1.1 مقدمة الدراسة :
4	.....	1.2 مشكلة الدراسة :
6	.....	1.3 أهداف الدراسة :
7	.....	1.4 تساؤلات الدراسة :
7	.....	1.5 مصطلحات الدراسة :

2 الفصل الثاني : الدراسات النظرية والدراسات السابقة 9

10	.....	2.1 الدراسات النظرية :
10	.....	2.1.1 الغذاء :
10	.....	2.1.2 التغذية :
11	.....	2.1.3 أهمية الغذاء :
11	.....	2.1.4 العناصر الغذائية (المغذيات) :
16	.....	2.1.5 أساسيات التخطيط للوجبات الغذائية:
16	.....	2.1.6 العادات الغذائية واضطرابات السلوك الغذائية:
21	.....	2.1.7 السلوك الغذائي واضطرابات الأكل:

27	2.1.8 النشاط الرياضي :
30	2.2 الدراسات السابقة
35	2.2.1 التعليق على الدراسات السابقة :
35	2.2.2 الاستفادة من الدراسات السابقة :

3 الفصل الثالث : إجراءات الدراسة 36

37	3.1 منهج الدراسة :
37	3.2 مجتمع الدراسة:
37	3.3 عينة الدراسة:
40	3.4 متغيرات الدراسة:
40	3.5 أدوات جمع البيانات :
40	3.5.1 المقابلة الشخصية :
40	3.5.2 أداة الدراسة مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) :
41	3.6 المعاملات العلمية لأداة الدراسة :
41	3.6.1 التحقق من صدق أداة الدراسة :
42	3.6.2 التحقق من ثبات أداة الدراسة :
42	3.7 تصحيح المقياس (مقياس ليكرت) :
43	3.8 الدراسات الإستطلاعية :
43	3.8.1 الدراسة الإستطلاعية الأولى:
43	3.8.2 الدراسة الإستطلاعية الثانية:
43	3.9 الدراسة الأساسية :
44	3.10 المعالجات الإحصائية :

4 الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها 45

46	4.1 عرض النتائج
46	4.1.1 عرض نتائج التساؤل الأول

49	4.1.2 عرض نتائج التساؤل الثاني.....
50	4.1.3 عرض نتائج التساؤل الثالث.....
57	4.2 مناقشة النتائج.....
57	4.2.1 مناقشة نتائج التساؤل الأول:.....
57	4.2.2 مناقشة نتائج التساؤل الثاني:.....
60	4.2.3 مناقشة نتائج التساؤل الثالث:.....

5 الفصل الخامس : الإستنتاجات والتوصيات 66

67	5.1 الإستنتاجات.....
68	5.2 التوصيات.....

70 المراجع

71	المراجع العربية :.....
75	المراجع الأجنبية :.....

قائمة الجداول

37	جدول 1 عدد أفراد عينة الدراسة ببعض الصالات الرياضية (قيد الدراسة).....
38	جدول 2 توصيف عينة الدراسة حسب متغيرات (تصنيف مؤشر كتلة الجسم، الجنس، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).....
41	جدول 3 صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون.....
42	جدول 4 معامل الثبات لمحاول المقياس بطريقة ألفا كرونباخ.....
46	جدول 5 نتائج اختبار كا2 لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي".....
47	جدول 6 جدول نتائج اختبار كا2 لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور الأكل العاطفي.....

جدول 7 نتائج اختبار كا2 لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور الأكل الخارجي	48
جدول 8 العلاقة بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) ومؤشر كتلة الجسم (BMI)	49
جدول 9 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير نوع الجنس	50
جدول 10 يوضح اختبار "ت" لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير نوع الجنس	50
جدول 11 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المرحلة العمرية	51
جدول 12 تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المرحلة العمرية	52
جدول 13 نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المرحلة العمرية	52
جدول 14 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المستوى التعليمي	54
جدول 15 تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المستوى التعليمي	55
جدول 16 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير الحالة الاجتماعية	55

جدول 17 تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير الحالة الاجتماعية.....56

قائمة الأشكال البيانية

- شكل بياني 1 توصيف عينة الدراسة حسب متغير الجنس.....39
- شكل بياني 2 توصيف عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية.....40
- شكل بياني 3 توصيف عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية.....39
- شكل بياني 4 توصيف عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.....39
- شكل بياني 5 توصيف عينة الدراسة حسب متغير تصنيف مؤشر كتلة الجسم.....38
- شكل بياني 6 العلاقة بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) ومؤشر كتلة الجسم (BMI).....49

قائمة المرفقات

مرفق 1 استمارة الاستبيان في صورتها الأولية

مرفق 2 استمارة الاستبيان في صورتها النهائية

1 الفصل الأول : المقدمة

1.1 مقدمة الدراسة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 أهداف الدراسة

4.1 تساؤلات الدراسة

5.1 مصطلحات الدراسة

الفصل الأول: المقدمة

1.1 مقدمة الدراسة :

تمثل التغذية جانباً مهماً - بالإضافة إلى الجوانب الأخرى - في تكوين الفرد لاسيما الأنشطة التي تمارس بهدف المحافظة على مستوى اللياقة الصحية والبدنية، حيث يلعب الغذاء الجيد دوراً مهماً في تكوين بنية الجسم ودعم نظم إنتاج الطاقة اللازمة لأداء المجهود، هذا بالإضافة إلى تأثير التغذية المهم في السمنة.

إن التغذية عنصر مهم في أي برنامج يهدف الى تحسين اللياقة البدنية، فالهدف الأساسي للتغذية هو تحسين اللياقة الصحية، وأن الحالة التغذوية لها تأثير مباشر على الأداء البدني والتكيف مع التدريبات لفترات طويلة، أي أنها تساهم بشكل كبير في الرفع من مستوى اللياقة البدنية العامة والخاصة. (Arazi & Hosseini , 2012)

إن الثقافة الغذائية تدفع الفرد باتباع عادات غذائية سليمة لنشر الوعي الغذائي الصحيح، حيث إن العادات والتقاليد الغذائية غير السليمة تلعب دوراً كبيراً في تدهور الحالة الصحية والنفسية.

ولقد تداخلت التغذية في السلوك والمزاج وعلم الأمراض وعلاج الأمراض النفسية والعقلية، حيث تمثل الاضطرابات النفسية والعصبية في الوقت الحاضر أكبر عبء عالمي للمرض، كما أن الاكتئاب والأمراض النفسية الأخرى هي أمراض مصاحبة عالية الخطورة للمخاطر الصحية الأخرى كخطر السمنة. (Owen & Corfe, 2017, p. 425)

إن هناك عدة عوامل تساعد في تحديد الاحتياجات الغذائية للممارس للنشاط الرياضي وهي :

• نوع النشاط (هوائي - لاهوائي).

• الجنس.

• الوزن.

• الطول.

• مؤشر كتلة الجسم (مؤشر كتلة الجسم).

• مرحلة التمرين (ما قبل التمرين، التمرين، الاستشفاء).

• التوقيت. (Athisayaraj, S. A, 2017)

ويشير (Clemon, M. P, 2014) إلى العديد من الأسباب الكامنة وراء ضعف التغذية

الرياضية وهي :

1. تجاهل تطبيق النظام الغذائي وعدم التقيد بتنفيذه رغم وعي الفرد بأهميته .
2. برامج التوعية الغذائية المقدمة للفرد غير دقيقة.
3. لا يتحصل الفرد مطلقا على معلومات في مجال التغذية.
4. الفرد غير مقتنع بأهمية التغذية وتأثيرها في الأداء الرياضي.
5. يعتقد بعض الأفراد أن سلوكهم الغذائي كافي.
6. تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية على اختيارات الطعام.

تعتبر الخيارات الغذائية الصحية والكافية ضرورية في حياة أي شخص ، ولكنها أكثر أهمية لأولئك الذين يمارسون النشاط الرياضي المنظم ، الأمر الذي يتطلب اهتمام أكبر بالتغذية الرياضية كعنصر أساسي لتجنب الإصابة والمرض . (Purcell, (Croll, J. K, et al., 2006, p. 710) L. K, Canadian Paediatric Society, & Paediatric Sports and Exercise Medicine Section, 2013, p. 200)

يحتاج الأشخاص إلى تبني سلوك غذائي متوازن ، لاسيما كلما تقدم الشخص في العمر لمنع مرض زيادة الوزن والسمنة، فزيادة الوزن بين الأشخاص يزيد من خطر السمنة، مما يزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض المصاحبة كأمراض القلب التاجية. (Muharrani, Achmad, & Sudiart, 2017, p. 8)

إن تعديل السلوك الغذائي للرياضي يتطلب توافر قدر معين من المعرفة الغذائية العامة والرياضية، وأن الممارسات الغذائية (الصحيحة أو الخاطئة) تؤثر بشكل كبير الحالة الصحية للفرد. (Trakman, G. L, Forsyth, A, Hoye, R, & Belski, R, 2018)

حاليا السمنة تعتبر المرض غير المعدية الأكثر انتشارا في كل أنحاء العالم، واعتبارها مرضا في حد ذاته، ليس لتراكم الدهون في ناحية معينة من الجسم أو لتراكمات قد تكون مشوهة للجسم، ولكن لكونها العامل المفجر لقائمة طويلة وأكيدة من الأمراض ولوجود صلة مباشرة بين السمنة والموت. (اليازدي و بوريجي، 2013، صفحة 9)

فبالإضافة إلى المشاكل الميكانيكية الناجمة عن زيادة الوزن مثل أمراض المفاصل والعمود الفقري، تؤدي السمنة إلى ظهور العديد من الأمراض مثل أمراض القلب والأوعية والسرطان والسكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني وتوقف التنفس الليلي، كما أن لها انعكاسا سلبيا على الحالة النفسية للمريض مؤدية لحدوث الاكتئاب وسوء تقدير الشخص لذاته، بالإضافة إلى تأثيرها السلبي

على الحياة الاجتماعية للشخص بما يتعرض له من تمييز وعزلة. (أبو حامد، 2009، الصفحات 9-10)

ومن جهة أخرى لعل أهم العوامل التي أدت إلى انتشار السمنة وعدم الوعي بالغذاء الصحي في وقتنا الحاضر هو تأثير البيئة التي نعيش فيها، حيث أن الإنسان في حاضرتنا يقوم باختيار المنتجات التي تتناسب وطريقة الطبخ والأكل التي ينتهجها، وبصفة عامة فإن ذوقه وما يكره من أغذية تبقى محددة بالعوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية. (بلعبيدي، 2008، صفحة 66)

أي أن البيئة في كثير من الأوقات تفرض على الأفراد أنواعا معينة من الأطعمة أو لا تتقبل اتجاه بعض الأفراد نحو الأنظمة الغذائية لانقاص الوزن مهما كان نوعه، كما أن ضعف المستوى الاقتصادي للعديد من الأشخاص الذين يعانون من السمنة والأمراض المتعلقة بها والمصاحبة لها قد يجعلهم غير قادرين على مقابلة واستشارة أخصائي التغذية أو المتابعة معه للوصول للوزن المثالي وتحسين حالتهم الصحية بتصحيح التغذية والسيطرة عليها وضمان حياة صحية بعيدا عن السمنة والأمراض المرتبطة بها. (البدرى ص.، 2015، صفحة 3)

إن العوامل المعرفية والسلوكية التي تحث على استهلاك الطاقة هي المكونات الرئيسية لتنظيم توازن الطاقة للفرد، وقد ثبت أيضا أنها ترتبط بتغيير الوزن.

ويعتبر مقياس سلوك الأكل الهولندي من المقاييس المعرفية المهمة التي تعنى بدراسة السلوك الغذائي والعوامل المرتبطة به من خلال الميل إلى تقييد الوعي بالمدخول الغذائي كوسيلة للتحكم في الوزن، كما يهتم بدراسة الإفراط في تناول الطعام استجابةً للحالات العاطفية السلبية أو وجود الأطعمة المستساغة والجذابة للغاية.

1.2 مشكلة الدراسة :

إن التغذية الجيدة المحسوبة بالسرعات الحرارية وفق الجهد البدني المبذول خلال الممارسة الرياضية تجعل تحرر الطاقة سهلاً وميسوراً وفقاً لاحتياجاتنا لها، فالغذاء الذي نتناوله يمد أجسامنا بالطاقة سواء للأعمال اليومية أو المجهود المضاف باعتبارنا نمارس نشاط بشكل منتظم، وتعد التغذية المتوازنة والمتكاملة أساساً في المحافظة على الصحة أو لإنقاص الوزن، أما التغذية الخاطئة تؤدي إلى اضطرابات في الصحة العامة وهو ما يساهم بشكل مباشر على خفض مستوى الأداء وظهور التعب بشكل مبكر خلال التمرين.

ويرى الكثير من المختصين والأطباء بأن السمنة مرض العصر الخطير الذي بدأ يحصد أرواح البشر وذلك لسببين بدني ونفسي، لارتباط السمنة بالكثير من الأمراض الخطيرة الأخرى مثل أمراض القلب وتصلب الشرايين وداء السكري والسرطان وارتفاع ضغط الدم وإلتهاب المفاصل.

فالسمنة ليست مجرد مرض يجب أخذ الحيطة منه بقدر ما هو ثقافة ووعي بمفهومها من جهة، ووعي بمفهوم التغذية الصحية اللازمة من جهة ثانية، ووعي بأهمية الممارسة الرياضية في حياتنا اليومية من جهة ثالثة.

ولقد جرت محاولات عديدة من قبل الأطباء ومتخصصي التغذية في سبيل مساعدة الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة للتخلص من أوزانهم الزائدة، إلا أن الكثير من هذه المحاولات كانت تبدأ بقوة ولكنها لا تلبث أن تضعف تدريجياً بعد فترة، نتيجة توقف هؤلاء الأفراد عن الاستمرار في برنامج الحمية لأسباب عديدة منها ضعف الدافعية وعدم القدرة على مقاومة الطعام وعدم تقبل التقيد ببرامج الحمية، بالإضافة إلى أسباب أخرى كثيرة تتعلق بالسمات الشخصية لدى هؤلاء الناس. (Khanam & Costarelli, 2008) (Serour, Alqhenaei, Al-Saqabi, Mustafa, & Ben-Nakhi, 2007)

وقد أجمعت الكثير من الدراسات الطبية والصحية على أن معظم هؤلاء الناس يحتاجون إلى إرشادات تتعلق بتعديل السلوك behaviour modification تساعد على الاستمرار في برامج الحمية حيث تكمن المشكلة الرئيسية في الآثار الحادة للعادات والسلوكيات الخاطئة وتأثيرها السلبي على برامج الحمية. (Al-Kandari, Vidal, & Thomas, 2008) (Al-Qaoud, Prakash, & Jacob, 2007)

من هنا بدأ بعض الباحثين في تطبيق البرامج النفسية والإرشادية لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة على تخفيف وضبط أوزانهم، حيث تؤكد نتائج بعض الدراسات على أن الممارسة الرياضية وبرامج الحمية بجانب الإرشاد المعرفي يشكلون عناصر مشتركة مهمة لإعداد برنامج حمية متكامل. (Stahre, L & Hallstrom, T, 2005) (Fossati, M, et al., 2004)

كما يؤكد باحثون آخرون بأن الإرشاد السلوكي المعرفي لا تعطي اهتماماً مؤقتاً في الحمية لنظام التغذية، لكنها تقدم مهارات حياة يومية تساعد الشخص على تحويل سلوكه الغذائي من السلوك المرضي إلى السلوك الصحي. (Wilfley, Kolko, & Kass, 2011)

كما يشير (Mustila, Keskinen, & Luoto, 2012) إلى أن الاهتمام بالأفراد وتقديم المشورة المناسبة لهم يقلل كثيراً من احتمالات تعرضهم للسمنة في مرحلة الرشد ، لكن لا يمكننا تصور إحداث تغيير في سلوك الإنسان سواء كان صغيراً أو كبيراً دون إجراء تعديل على أفكاره ومعتقداته المتصلة بذلك السلوك، حيث أن العلاقة بين سلوك الإنسان ومشاعره وأفكاره وثيقة.

واسترشادا بما سبق يستخلص الدارس أهمية السلوك الغذائي ودوره في المحافظة على صحة الفرد والعمل إما على رفع مستوى لياقته البدنية أو محاولة انقاص وزنه في حالة إصابته بالسمنة والوقوف على مسبباتها من حيث السلوك الغذائي المتبع للفرد، وباعتبار أن العديد من الأفراد لديهم تاريخ من عدم توازن الطاقة الذي من المحتمل أن يكون مرتبطاً بسلوكيات الأكل الرئيسية الثلاثة لمقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (ضبط النفس، الأكل الخارجي، الأكل العاطفي).

هذا وقد قام الدارس بزيارة ميدانية لبعض الساحات الشعبية الواقعة ضمن نطاق منطقة طرابلس، واستطلاع آراء بعض الممارسين للنشاط الرياضي فيها من حيث المداومة على الممارسة الرياضية وكذلك التعرف على سلوكهم الغذائي اليومي، حيث استخلص الدارس من هذه الزيارة "عدم اتباع الممارسين للنشاط الرياضي لنظام غذائي محدد، ورجحوا سبب ذلك لعدم قدرتهم على ضبط النفس حيال بعض الوجبات"، ومن هنا نبعت مشكلة الدراسة.

ونظراً للظروف المحيطة بممارسة النشاط الرياضي في الساحات المفتوحة (والتي من بينها عدم التزامهم بتوقيت معين ورغبتهم بالانصراف مباشرة بعد اكمال نشاطهم الرياضي بسبب التواجد في الهواء الطلق والذي قد يعرضهم للإصابة بضربة شمس أو البرد) قرر الدارس الاتجاه نحو الصالات الرياضية للتعرف على السلوك الغذائي للممارسين للنشاط الرياضي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) وعلاقته بمؤشر كتلة الجسم.

1.3 أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى دراسة السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) وعلاقته بمؤشر كتلة الجسم (BMI) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس من خلال التعرف على :

1. مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس.

2. العلاقة الارتباطية بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس ومؤشر كتلة الجسم (BMI).

3. الفروق في السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) بين ممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس طبقاً لمتغيرات (الجنس، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟

1.4 تساؤلات الدراسة :

1. ما مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس؟

2. ما هي العلاقة الارتباطية بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس ومؤشر كتلة الجسم (BMI) ؟

3. ما هي الفروق في مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) بين ممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس طبقاً لمتغيرات (الجنس، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟

1.5 مصطلحات الدراسة :

• التغذية:

هي "جميع العمليات المتعلقة بحصول الجسم على الغذاء والاستفادة منه وتخزينه لاستهلاكه عند ظروف النقص أو الاحتياج". (سيد، 2003)

• السلوك الغذائي:

هو "مجموعة السلوكيات الإيجابية والسلبية التي يتبعها الفرد في تناول الغذاء". (غراب،

2018)

• نقص التغذية:

هو "أن يستهلك الإنسان أقل مما يحتاج جسمه من الغذاء لفترة طويلة، مما يؤدي لظهور

أمراض عليه والتي تختلف باختلاف المغذيات الناقصة في غذائه". (مزوز، 2014، صفحة 26)

- **زيادة التغذية:**

هو "أن يستهلك الإنسان أكثر مما يحتاج جسمه من الغذاء لفترة طويلة، مما يؤدي إلى ظهور بعض أعراض سوء التغذية، ومنها السمنة". (مزوز، 2014، صفحة 26)

- **التغذية المناسبة (الكفاية الغذائية) :**

هي "وصول جميع المغذيات الضرورية والتي يحتويها الغذاء إلى جسم الإنسان للمحافظة على صحته في أفضل مستوى يمكن الوصول إليه". (مزوز، 2014، صفحة 26)

- **مقياس سلوك الأكل الهولندي: Questionnaire Dutch Eating Behavior (DEBQ)**

هو "عبارة عن استبيان (تقرير ذاتي) مكون من 33 عبارة تم تطويره لتقييم ثلاثة سلوكيات للأكل: تقييد الأكل (ضبط النفس)، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي، مع استخدام التدرج المناسب للمقياس، وتشير الدرجة العالية إلى تأييد أكبر للسلوك المتبع في الأكل". (Domoff, 2015)

- **ضبط النفس المعرفي "تقييد الأكل"**

هو "التقييد الواعي لتناول الطعام الذي يهدف إلى التحكم في وزن الجسم أو لتعزيز فقدان الوزن". (Abdella, El Farssi, Broom, Hadden, & Dalton, 2019)

- **الأكل العاطفي:**

هو "الإفراط في تناول الطعام كاستجابة للمشاعر السلبية المختلفة كالخوف والقلق والاكئاب وغيرها وعدم القدرة على مقاومة الإشارات العاطفية". (Abdella, El Farssi, Broom, Hadden, & Dalton, 2019)

- **الأكل الخارجي :**

هو "الإفراط في تناول الطعام استجابة للمنبهات الغذائية الخارجية، أي الأكل المصنع في الخارج". (Hirsch, et al., 2014)

- **مؤشر كتلة الجسم (BMI):**

هو "مقدار يربط بين وزن الجسم وطوله والعمر والجنس ، حيث يتم من خلاله تحديد إذا ما كان الجسم ملائماً أم لا ، أي أنه مقياس لكون الوزن طبيعياً بالنسبة للطول" . (أكاديمية شام للعلوم الطبية (مجموعة باحثين)، 2017، صفحة 1)

2 الفصل الثاني : الدراسات النظرية والدراسات السابقة

1.2 الدراسات النظرية

- 2.1.1 الغذاء
- 2.1.2 التغذية
- 2.1.3 أهمية الغذاء
- 2.1.4 العناصر الغذائية (المغذيات)
- 2.1.5 أساسيات التخطيط للوجبات الغذائية
- 2.1.6 العادات الغذائية واضطرابات السلوك الغذائية
- 2.1.7 السلوك الغذائي واضطرابات الأكل
- 2.1.8 النشاط الرياضي

2.2 الدراسات السابقة

- 2.2.1 التعليق على الدراسات السابقة
- 2.2.2 الاستفادة من الدراسات السابقة

الفصل الثاني: الدراسات النظرية والدراسات السابقة

2.1 الدراسات النظرية :

2.1.1 الغذاء :

هو مجموع المواد التي يتناولها الإنسان محتوية على العناصر الغذائية اللازمة للنمو وبناء الأنسجة وتجديدها ولتوليد الطاقة اللازمة للحركة ومقابلة احتياجات العمل وسلامة سير التفاعلات للتمثيل الغذائي . (عبدالوهاب ، 2017)

أو هو "كل مادة تدخل الجسم سواء على صورة أكل أو شرب أو حقن تحت الجلد بمواد غذائية" . (النهار و آخرون، 2010)

2.1.2 التغذية :

هي مجموعة العمليات المختلفة التي بواسطتها يحصل الكائن الحي على الغذاء أو العناصر الغذائية الضرورية. (مخوف، 2014، صفحة 291)

ويعرفها أيضا (سلامة ب.، 2007، صفحة 89) بأنها "مجموع العمليات التي بواسطتها يحصل الكائن الحي على المواد اللازمة لحفظ حياته ، وما يقوم به من نمو وتجديد للأنسجة المستهلكة ، وكذلك لتوليد الطاقة التي تظهر في صورة حرارة أو عمل جسماني".

كما يعرفها أحمد نصر الدين سيد (2003) بأنها "جميع العمليات المتعلقة بحصول الجسم على الغذاء والاستفادة منه وتخزينه للاستهلاك عند ظروف النقص أو الإحتياج".

ويمكن تعريف الحالة التغذوية بأنها هي "الحالة الصحية للفرد وعلاقتها بما يتناوله من عناصر غذائية في طعامه"، وتعتبر الحالة التغذوية محصلة لكل من:

- أ. مجموعة مايتناوله الفرد من غذاء بالنسبة إلى إحتياجاته الغذائية .
- ب. العناصر الغذائية التي يتناولها الفرد في الحاضر والماضي.
- ج. الأعراض والظواهر المرضية إن وجدت.
- د. الفحوصات الطبية والكيميائية ومعدل إفراز العناصر الغذائية مع البول والبراز والعرق.
- هـ. معدل النمو والتطور والنشاط. (الماحي، 2015، صفحة 17)

2.1.3 أهمية الغذاء :

وتتلخص أهمية الغذاء في الآتي :

- إنتاج الطاقة: من خلال الكربوهيدرات والبروتينات والدهون.
- البناء والتجديد: ويعتبر البروتين أهم عنصر في ذلك إلى جانب بعض المواد غير العضوية.
- الوقاية: كبعض الفيتامينات والأملاح المعدنية التي تعمل كعوامل مساعدة لبعض الإنزيمات (حمل ونقل وتنظيم) والتي تعمل على وقاية الجسم. (كماش ، 2013، صفحة 16)

2.1.4 العناصر الغذائية (المغذيات) :

الغذاء ضروري لإستمرار الحياة ، وتسمى المواد الموجودة فيه والتي لها دور أساسي في الحفاظ على حياة الإنسان بالمغذيات أو العناصر الغذائية Nutrients ، ويصنف علماء التغذية العناصر الغذائية إلى ست مجموعات رئيسية هي:

1. الماء.
 2. الكربوهيدرات.
 3. الدهون.
 4. البروتينات.
 5. الأملاح المعدنية.
 6. الفيتامينات. (عبدالوهاب ، 2017، الصفحات 40-41) (سلامة ع.، 2009، صفحة 10)
- وتُعرف الكربوهيدرات والبروتينات والدهون والماء "بالمغذيات الكبرى" لأن الجسم يحتاج إليها بكميات كبيرة، بينما تسمى الأملاح المعدنية والفيتامينات "بالمغذيات الصغرى" لأن الجسم يحتاج إليهما بكميات قليلة فقط ، كما أن الجسم يحتاج إلى كميات كبيرة من الماء، لأن الجسم يتكون إلى حد كبير من الماء حيث يتراوح من 50% إلى 75% من وزن جسم الإنسان. (الصفدي، 2002، الصفحات 13-14)

2.1.4.1 المغذيات الكبرى

2.1.4.1.1 الماء :

يعد الماء أهم العناصر الغذائية على الإطلاق قال الله تعالى (أُولَئِكَ الَّذِينَ كَفَرُوا أَنَّ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ كَانَتَا رَتْقًا فَفَتَقْنَاهُمَا وَجَعَلْنَا مِنَ الْمَاءِ كُلَّ شَيْءٍ حَيٍّ أَفَلَا يُؤْمِنُونَ) الآية 30 من سورة الانبياء.

فالماء ضروري للحياة إذ يقوم بعدد من الوظائف الهامة في جسم الإنسان وتموت كل الحيوانات إذا نقص الماء إلى حد معين مثل فقد 10 – 12% من ماء جسمها في حين تستمر حية إذا فقدت العناصر الغذائية الأخرى كالدهون والبروتين، ومن أهم وظائف الماء للإنسان :

- مكون هام لعمليات الهضم.
 - وسيلة نقل للعناصر الغذائية في داخل الجسم.
 - يقوم بجانب مركبات أخرى بتنظيم درجة حرارة الجسم.
 - إن وجود الماء في جسم الإنسان يعطيه المرونة اللازمة لحركة الأعضاء والمفاصل.
 - يحتاج الإنسان للماء كلما كبر حجمه أو زادت درجة حرارة الجو أو كثر نشاطه أو زاد إعماده على الأطعمة الجافة.
- ويمكن إجمال آثار نقص الماء في الجسم في النقاط التالية:

- الزيادة في سرعة النبض والتنفس.
- ارتفاع حرارة الجسم والشعور بالحمى.
- زيادة كثافة الدم وصعوبة جريانه. (مصيقر، أمين، و شاهين، 2005، الصفحات

(20-18)

2.1.4.1.2 الكربوهيدرات :

تشكل الكربوهيدرات الجزء الأكثر أهمية من غذاء الإنسان باعتبارها من المصادر الأساسية لتوليد الطاقة الحرارية في الجسم البشري، وهناك مصدرين أساسيين للحصول على الكربوهيدرات هما "مصدر حيواني، ومصدر نباتي". (عبدالحميد ، عبدالفتاح ، و السيد ، 2009، الصفحات 12-

(13)

تحتوي الكربوهيدرات على كل أنواع السكر والنشويات، وهي التي تمد الأحياء بالمصدر الرئيسي للطاقة ويزود كل جرام من الكربوهيدرات الجسم بحوالي 4 سُعرات حرارية ويمكن تقسيم الكربوهيدرات إلى :

أ. السكريات الأحادية :

- الجلوكوز (سكر العنب) الموجود في الفواكه، العسل...إلخ
- الفوكتوز (سكر الفواكه) الموجود في العديد من الفواكه .
- الجلاكتوز: أحد مكونات سكر الحليب .
- الماتوز: يوجد في النبات .

ب. السكريات الثنائية :

- السكروز (سكر القصب) ويتكون من الجلوكوز والفوكتوز .
- اللاكتوز (سكر الحليب) ويتكون من الجلوكوز والجلاكتوز .
- المالتوز (سكر الشعير) يتكون من جزئين من الجلوكوز .

ج. السكريات المعقدة :

- النشا: ونجده في بعض الخضراوات والفواكه .
- الجلايكوجين: ونجده في الخلايا الحيوانية مثل الكبد .
- السيليلوز: يزيد طول سلسلته عن 15 ألف وحدة جلوكوز ونجده في سيقان النباتات.

(كماش ، 2013، صفحة 149)

2.1.4.1.3 الدهون :

تعد الدهون مصدر للطاقة عالي الكثافة ، حيث يمكن للجرام الواحد من الدهون أن يزود الجسم بما مقداره 9.3 سُعْر حراري، أي أن السعرات الحرارية الناتجة عن احتراق جرام واحد من الدهون تساوي أكثر من السعرات الحرارية الناتجة عن احتراق جرام واحد من كل من الكربوهيدرات والبروتينات، وتتكون كل أنواع الدهون من كحول يسمى جليسيرول أو جلسيرين، ومواد أخرى تسمى الأحماض الدهنية، ويتكون الحمض الدهني من سلسلة طويلة من ذرات الكربون التي تتصل بها ذرات الهيدروجين، ولا يحتاج الرياضى لزيادة تناول الدهون إلا إذا استمر زمن الأداء الرياضى لأكثر من ساعة، غير أنه يفضل الإعتماد على الكربوهيدرات كمصدر للطاقة أثناء النشاط الرياضى. (كماش ، 2013 ، الصفحات 152-154) (عبدالحميد ، عبدالفتاح ، و السيد ، 2009، الصفحات 33-41)

وهناك ثلاثة أنواع من الأحماض الدهنية :

أ. الدهون المشبعة .

ب. الدهون الأحادية غير المشبعة.

ج. الدهون المتعددة غير المشبعة. (الماحي، 2015، صفحة 21) (مرتاب، 2013،
صفحة 112)

وتؤكد (Sygit, K, 2016) على ضرورة الإهتمام بنوع وكمية الدهون المستهلكة، حيث يؤدي الاستهلاك غير السليم لها لوجود مشاكل صحية وقد تؤدي لزيادة الوزن وتصلب الشرايين.

2.1.4.1.4 البروتينات :

تذكر آمنة الماحي (2016) نقلا عن مودامبي وراجاجوبال Mudambi, Rajagopal أن البروتينات تزود الجسم بالطاقة بحوالي أربع سُعرات حرارية لكل جرام واحد فقط، ولكنها فوق ذلك تعد من أهم مواد البناء للجسم، فالعضلات والجلد والشعر مثلا تتكون إلى حد كبير من البروتينات، بالإضافة إلى ذلك فإن كل خلية تحتوي على بروتينات تسمى الإنزيمات، وهذه الإنزيمات تعجل التفاعلات الكيميائية، ولا تستطيع الخلايا أن تعمل دون هذه الإنزيمات البروتينية، وكذلك تعمل البروتينات بمثابة هرمونات (مراسيل كيميائية) وأجسام مضادة لمحاربة الأمراض، وأفضل مصادر البروتينات هي الجبن والبيض والسّمك واللحوم الحمراء. (الماحي، 2015، صفحة 22)

والبروتينات جزيئات كبيرة معقدة التركيب تتكون من وحدات أصغر تسمى الأحماض الأمينية، ويجب أن يتلقى الجسم كميات كافية من 20 حمضًا من الأحماض الأمينية، يستطيع الجسم أن يصنع داخله 12 نوعا منها بكميات كافية بشرط توافر ما يكفي من النيتروجين، وهذا النيتروجين غير الضروري يأتي من الأحماض الأمينية غير الضرورية، وهناك ثمانية أحماض أخرى تسمى الأحماض الأمينية الضرورية، لا يستطيع الجسم صنعها أو لا يمكنه صنعها بكميات كافية. (بسطويسي ، 2008، صفحة 479)

2.1.4.2 المغذيات الصغرى

تلعب المغذيات الصغرى دورًا مهمًا في إنتاج الطاقة، وتوليف الهيموجلوبين، والحفاظ على صحة العظام، والوظيفة المناعية، وحماية الجسم من أضرار الأكسدة، كما أنها تساعد في تركيب وإصلاح الأنسجة العضلية أثناء الاستشفاء والتعافي من ممارسة الرياضة والإصابة.

2.1.4.2.1 الأملح المعدنية :

تعد العناصر المغذية الدقيقة من مقومات التغذية الجيدة ، فهي ذات فعالية تنظيمية حيوية توفر شروط التفاعلات الكيميائية في الخلايا وتساهم في عمل وظائف الجسم كافة، يلعب بعضها دوراً رئيسياً في بعض الأعضاء كالكالسيوم في العظام، والفلور في الأسنان، والحديد في الدم، ويتصف بعضها بخواص مضادة للأكسدة فتحمي الجسم من المؤثرات الخارجية مثل الحرارة وأشعة الشمس المباشرة أو من بواذر الهرم المبكر. (المأحي، 2015، صفحة 24)

ورغم أن جسم الإنسان يحوي على حوالي 4.4% فقط من الأملاح المعدنية غير أنها ضرورية للحياة، فقد أصبح معروفاً الآن حوالي 26 عنصر من الأملاح المعدنية المهمة لجسم الإنسان ، حيث تم تصنيفها إلى :

- عناصر موجبة: كالصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والمغنيسيوم.
- عناصر سالبة: كالكلور والفسفور والكبريت.
- عناصر تتواجد بكميات صغيرة: كالحديد واليود.
- عناصر تتواجد بكميات صغيرة جداً: كالنيكل والنحاس والألومنيوم والكوبلت والفلور والزرنيخ.
- عناصر تدخل في تركيب المواد العضوية: كالكربون والهيدروجين، الأكسجين، النيتروجين. (الببيك، أبوزيد، و عبده ، 2009، صفحة 50)

2.1.4.2.2 الفيتامينات :

الفيتامينات مركبات عضوية يحتاج إليها الجسم بكميات قليلة جداً حيث إنها ضرورية للصحة والإستقلاب، وتزداد الحاجة إليها بعض الشيء في بعض الظروف مثل التدريب الرياضي وعند تغير الضغط الجوي أو درجة الحرارة وكذلك في حالة بعض الأمراض، ولكن الجسم لا يستطيع تصنيعها بالكميات الكافية لاحتياجاته، لذلك يتحتم الحصول عليها من الغذاء، وتصنف الفيتامينات إلى مجموعتين تبعاً لقابلية الذوبان التي تحدد درجة ثباتها، ومصادرها الغذائية، وتوزيعها في سوائل الجسم وتخزين الأنسجة لها (الببيك، أبوزيد، و عبده ، 2009، صفحة 47) وهاتين المجموعتين هما:

أ. الفيتامينات الذائبة في الدهون: وتشمل فيتامين A، وفيتامين D، وفيتامين E، وفيتامين K.

ب. الفيتامينات الذائبة في الماء: وتشمل مجموعة فيتامين B المركب كالثيامين (B₁) ،
الريبوفلافين (B₂)، والنياسين، وحمض البانتوثينيك، والبيوتين، والبيريدوكسين (B₆)
وحمض الفوليك، وفيتامين (B₁₂)، وفيتامين C. (المأحي، 2015، صفحة 24) سلامة
ب.، 2007، الصفحات 140-141)

2.1.5 أساسيات التخطيط للوجبات الغذائية :

الكفاية: وهي الحصول على كافة المغذيات بالكميات اللازمة من الأطعمة المتناولة.

- أ. التوازن: وهو التأكد من أن جميع المواد والمجموعات الغذائية تكون شاملة وبالكميات الموصى بها .
- ب. الاعتدال: أي عمل نظام غذائي للفرد حسب احتياجه من الأطعمة والمشروبات تبعاً لعدد وحجم أو وزن الحصص الغذائية.
- ج. التنوع: ويعني ذلك تناول مجموعات مختلفة من الأطعمة.
- د. مراقبة السرعات الحرارية: أي مراقبة السرعات الحرارية المتناولة بما يتناسب مع احتياج الجسم دون زيادة أو نقصان. (مزوز، 2014، صفحة 32)

2.1.6 العادات الغذائية واضطرابات السلوك الغذائية:

2.1.6.1 مفهوم العادة والعادات الغذائية:

العادة نفسياً هي أنماط معتادة ومكتسبة ومتعلمة ومتكررة للفرد من السلوك، وتحدث ما قبل الشعور وليس بتفكير شعوري بشكل مباشر أو ملاحظ لأنها لا تلتقي مع تحليل الذات، ويقول علماء النفس أن العادة تتكون من ثلاثة عناصر مرتبطة ببعضها البعض:

- العنصر الأول: يتمثل في المعرفة أي المعرفة النظرية بالشيء المطلوب عمله .
 - العنصر الثاني: يكمن في الرغبة أي توفر الدوافع والحوافز والميل النفسي لعمل هذا الشيء .
 - العنصر الثالث: يتحدد في المهارة أي القدرة والتمكن من عمل هذا الشيء .
- وعليه فإذا توفرت هذه العناصر الثلاثة في عمل من الأعمال فقد أصبح عادة. (غراب،

2018، صفحة 59)

فالعادات الغذائية هي السلوك أو الطريقة المتبعة في إعداد وتناول الغذاء، تبدأ من فترة إنتاج أو حصاد الغذاء وحتى تناوله وتعتمد على مزيج من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية. (غراب، 2018، صفحة 59)

وتذكر (مرياح ، 2012، صفحة 21) بأن العادات الغذائية هي الطرق المتبعة في اختبار وتناول واستعمال الأغذية المتوفرة وهي تشمل جميع عمليات إنتاج الغذاء وتخزينه وتصنيعه وتوزيعه وتناوله، كذلك هي تعبير عن مظاهر السلوك الجماعي المتكرر في إعداد وتناول الطعام، تعتمد على مزيج من العوامل النفسية والاجتماعية وتختلف من حيث مدى شيوعها وانتشارها، فبعضها خاص بسود مناطق معينة أو مجموعات، و بعضها عام يسود المجتمع كله، ولكل مجتمع عاداته الغذائية التي تنسجم مع قيمه ومبادئه من ناحية الخير والشر والحلال والحرام والصح والخطأ .

2.1.6.2 العوامل المؤثرة في العادات الغذائية :

2.1.6.2.1 العوامل الاجتماعية:

أ. المستوى التعليمي :

تعتبر الأمية أحد العوامل التي تعيق تطوير وتحسين العادات وأنماط السلوكيات الغذائية والاستهلاكية كما أنها تعمل على انتشار العديد من الخرافات الغذائية وتحول دون إتباع الأساليب الصحية عند تناول الغذاء والأخذ بأسباب حمايته من التلوث، ويؤثر ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات تأثيرا كبيرا على الوعي الغذائي لهن وبالتالي على نمط الاستهلاك الغذائي والعادات الغذائية للأسرة.

وقد أثبتت الدراسات أن مستوى التعليم أكثر تأثيرا على العادات الغذائية واستهلاك الغذاء من العوامل الأخرى، وأن السيدات ذوات المستوى التعليمي المحدود يتناولن كميات أقل من مصادر البروتين الجيدة مثل اللحوم والدواجن، وكميات أكبر من السكريات مقارنة بالسيدات ذوات المستوى التعليمي المرتفع .

ب. الموقع الجغرافي :

يحدد الموقع الجغرافي للمنطقة نمط استهلاك الغذاء فيها ، فالدول المطلة على البحار غالبا ما يتناول سكانها المنتجات البحرية، في حين تعتمد الدول التي لا تطل على البحار على المنتجات الحيوانية، وبصفة عامة فإن الغذاء الرئيسي في الدول العربية يعتمد على القمح والأرز والذرة والبقوليات.

ج. المعتقدات الغذائية :

المعتقدات الغذائية مركب معقد من الصعب تتبعه، فكثير من الاعتقادات انتقلت من جيل إلى آخر وتغيرت مع التغيير الثقافي للمجتمع، ومعظم المعتقدات الغذائية مرتبطة بالديانات والسحر والخرافات، وتعتبر المعتقدات الغذائية مهمة في تناول أو رفض بعض الأغذية، فبينما يُقبل بعض المجتمعات على نوع معين من الأغذية والتي قد تكون مرفوضة في بعض المجتمعات الأخرى، وهناك الكثير من الخرافات المنتشرة في أنحاء كثيرة من العالم حول تأثير الأغذية على الإصابة بالأمراض أو الشفاء منها.

د. المناسبات الاجتماعية :

يعتبر الأعراس من أهم المناسبات الاجتماعية في كل البلاد العربية، وتختلف العادات الغذائية المرتبطة بالأعراس من بلد لآخر وان اتفقت جميعا في شئ واحد وهو الإفراط في تقديم الأطعمة والولائم، وأصبحت حفلات الأعراس وسيلة للمباهاة والتفاخر بين الأسر، وتقوم معظم الأسر بتقديم ولائم ضخمة تنحرف فيها الذبائح ويتوقف عددها على إمكانيات الأسرة المادية ومستواها الاجتماعي.

2.1.6.2.2 العوامل الاقتصادية:

هناك علاقة قوية بين سعر الغذاء ونمط الاستهلاك، فكلما ارتفع السعر قل الطلب على بعض الأطعمة ويزداد الطلب على الأطعمة الأرخص سعرا، ولكن ذلك ليس قاعدة عامة فبالرغم من ارتفاع الأسعار لبعض الأغذية مثل الأرز إلا انه مازال الطعام الأساسي في الوجبات الغذائية وهذا يساهم في دعم الدولة لهذه السلع، فخلال العقود الماضية فرضت الكثير من الحكومات أسعار ثابتة على المواد الغذائية والمحاصيل الزراعية وكانت المحصلة سلبية للمنتج والمستهلك، فالمنتج يرفض هذه الأسعار التي تتيح له هامشا ضيقا للربح ، أما المستهلك فلم يكن راضيا عن انخفاض جودة هذه الأغذية التي تباع من خلال الحكومة ولا عن زيادة الأسعار إذا ما أراد الحصول على منتجات غذائية عالية الجودة.

وتتحكم العديد من الدول في أسعار بعض السلع الضرورية كوسيلة لتحسين الوضع الغذائي لبعض فئات المجتمع، ويحدث دعم المواد الغذائية نتيجة ضغوط اجتماعية وسياسية واقتصادية ، ويهدف الدعم الغذائي إلى أن يتناول فئة من المجتمع محدودي الدخل وجبات كافية ومغذية دون زيادة في نسبة المصروف على الغذاء، ويعتمد ذلك على زيادة الدخل والثاني على خفض أسعار بعض الأغذية المتاحة لهذه المجموعة ، وقد يؤدي ذلك إلى توفر المواد الغذائية بسعر منخفض

ويترتب عليه تغيير في العادات الغذائية والاستهلاك الغذائي ومن ثم ظهور مشاكل غذائية كثيرة في المجتمع.

2.1.6.2.3 المعتقدات والمناسبات الدينية:

تتأثر العديد من العادات الغذائية بالمناسبات الدينية بدرجة كبيرة ويتناول الأفراد وجبات غذائية خاصة في هذه المناسبات مثل شهر رمضان وعيد الفطر والأضحى.

2.1.6.2.4 العوامل النفسية:

علاقة الإنسان بالطعام وتكوّن عاداته الغذائية تبدأ من الأيام الأولى من ولادته فوضعه على ثدي أمه بعد سويغات من ولادته تنمي لديه عادة الرضاعة الطبيعية، وتنظيم الأم لوجباته الغذائية تغرس فيه عادة الأكل بانتظام، وان إجبار الطفل باستمرار لإكمال طعامه تولد لديه عادة حب أو كره الطعام، كما ترتبط بعض العادات الغذائية الخاطئة بمشاكل نفسية ارتبطت بتناول الطعام كعادة كره شرب الحليب وتناول طبق السلطة أو الفاكهة وكثرة تناول الشوكولاته وغيرها من العادات السائدة.

كما ترتبط عادة الإفراط في تناول الطعام عند المراهقين إلى تعويض النقص في الدرجات أو عدم التآلف مع الأقران أو الشعور بالوحدة وعدم السعادة والاكتئاب.

وتؤثر الحالات النفسية على العادات الغذائية فالتوتر والقلق غالبا ما يؤديان إلى كثرة تناول القهوة والشاي والسجائر وقد يتطور الأمر إلى تعاطي الكحول والمخدرات لتخفيف حدة التوتر، كما يشعر الفرد بالأمان إذا تناول أطعمة معينة، وتذكر الأطعمة الشعبية بالمناسبات الأسرية الخاصة وتشعر بالارتياح النفسي والحنين إلى جو الأسرة.

2.1.6.2.5 العوامل الفسيولوجية:

تؤثر العمليات الفسيولوجية تأثيرا مباشرا على سلوك الفرد ومن تلك العوامل:

أ. الجنس والعمر:

تنمو العادات الغذائية مع الفرد منذ طفولته فالأسرة توفر للطفل البيئة المناسبة ليتعلم كيف وماذا يأكل؟ وهي المسؤولة عن نضج العادات الغذائية السليمة ومقاومة الضغوط النفسية والبيئية والبيولوجية والاستمتاع بالحياة أطول فترة ممكنة.

وقد أظهرت الدراسات انخفاض في معدل التمثيل القاعدي مع تقدم العمر ويرجع ذلك إلى للاختلاف في أسلوب الحياة حيث يميل الشخص لأن يكون أكثر راحة ويقل نشاطه، وبالتالي تقل الطاقة المستهلكة بالنسبة لوزن الجسم وقد يزداد الوزن نتيجة العادات المتأصلة منذ الصغر.

فعادة الطفل قبل سن المدرسة أن يأكل أي طعام يقدم له دون الاستفسار أو السؤال عن ذلك الطعام ، لاسيما إذا ترك في مجموعة صغيرة وتركت له حرية الاختيار لأن توفير الأغذية المناسبة له وعدم الإلحاح أو الضغط عليه غالبا يؤدي إلى تعويده على تناول جميع أصناف الأطعمة وبكميات مناسبة تفي باحتياجاته الغذائية اليومية، وبصفة عامة وجد أن تناول الأولاد للطعام اكبر من البنات في هذه المرحلة فالأولاد يتناولون اللحوم أكثر من البنات بعد السنة الأولى من العمر.

وتلعب المدرسة دورا كبيرا في تغيير السلوك الغذائي لمعظم الأطفال والاختلاط مع الجماعات يكسب الطفل وبعده المراهق خبرات جديدة ينقلها إلى المنزل، وفي مرحلة المراهقة يحدث تغيير ملموس في السلوك الغذائي للمراهق نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث له إذ يزداد نمو وسعة المعدة وهذا يؤدي إلى زيادة الشهية والإقبال على الطعام ، ويبدأ السلوك الغذائي للإناث في الاختلاف لأن الفتاة تبدأ بالاهتمام بقوامها وإتباع حميات غذائية قد تؤدي إلى ظهور أمراض سوء التغذية.

إن عملية النضج الجنسي والنفسي للمراهق قد تنعكس على عاداته الغذائية فقد يرفض اقتراحات الوالدين ويتناسى وجبة الإفطار ويرفض تناول أنواع من الأطعمة كنوع من إثبات الذات، أو متأثرا بأصدقائه، فتراه يفضل تناول الوجبات السريعة من الأسواق أو مطعم المدرسة، وهنا يمكن للأبوين مساعدته في المحافظة على وضعه الغذائي بإعطائه نوعا من الاستقلال والحرية في تناول الطعام.

بينما يختلف كليا هذا الأمر في مراحل متقدمة من العمر حيث يخضع تناول الطعام إلى عوامل أخرى سيتم ذكرها لاحقا.

ب. تذوق الطعام :

يرتبط السلوك الغذائي وتكوين العادات الغذائية بحاسة الذوق، فالشخص منذ ولادته تنمو لديه حاسة الذوق مثل الحلو والمر والحامض والمالح، وتختلف تلك الحاسة من شخص لآخر وكذا من مناسبة لأخرى.

ج. الإصابة بالأمراض :

تحدث الإصابة بالأمراض بعض التغيرات الفسيولوجية وتؤدي إلى تغيرات في العادات الغذائية، وهناك العديد من الأمراض التي تحدث على المريض إتباع نظام غذائي خاص يكون بعيدا عن عاداته الغذائية، ومن هذه الأمراض قرحة المعدة وضغط الدم وتصلب الشرايين والسمنة والسكري، فمريض السكر مثلا يتجنب العديد من الأطعمة المفضلة لديه ومن ثم يحدث له تغيير في عاداته الغذائية.

د. الوراثة :

يظهر دور الوراثة بصورة غير مباشرة في تحديد بعض من العادات الغذائية، فقد يرث الفرد بعض الصفات الوراثية مثل غياب بعض الانزيمات وبالتالي يؤثر ذلك على عادات الفرد الغذائية. (الغامدي، 2012، الصفحات 4-10)

2.1.6.2.6 المكانة الشعبية للأطعمة:

حيث يصعب تغيير العادات الغذائية في اتجاه معاكس لنمط الأكلات الشعبية المتبع في البيئة التي يعيش بها الفرد.

2.1.6.2.7 وسائل الإعلام والاعلانات التجارية للمنتجات الغذائية.

(مزوز، 2014، صفحة 14 ، 15)

2.1.7 السلوك الغذائي واضطرابات الأكل:

2.1.7.1 مفهوم السلوك الغذائي:

هو الطريقة التي يتبعها الشخص أو المجتمع في تناول الغذاء اليومي وما يقوم به من نشاط وحركة تؤثر في السلوك الغذائي. (حسين و سلمان، 2012، صفحة 16)

2.1.7.2 مفهوم اضطراب السلوك الغذائي أو اضطراب الأكل :

الإضطرابات الغذائية هي من الإضطرابات النفسية التي تتميز بوجود سلوكيات غير طبيعية في الأكل . (غراب، 2018، صفحة 63)

كما يضيف (غراب، 2018، صفحة 63) بأن اضطرابات الأكل هي اضطرابات نفسية تتعلق بعلاقة الناس مع الطعام أو ممارسة الرياضة أو الشكل العام للجسم (صورة المظهر الخارجي) أو قد تؤثر صورتهم العامة عن أنفسهم تأثيرًا سلبيًا على صحتهم، فقد نجد بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل على سبيل المثال - يأكلون بكميات قليلة مما يعرض

صحتهم للخطر أو يتناولون الطعام بكميات مفرطة مما يؤدي إلى إصابتهم بالقيء أو يتجهون لممارسة الرياضة بشكل قسري .

وتعرف أيضا بأنها اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات مابين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد والذي قد تصاحبه محاولات من الفرد التخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم. (جلابي، 2014، صفحة 12)

تمثل اضطرابات السلوكيات الغذائية العلاقة بين الحالة النفسية للفرد والرغبة الملحة في تناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ منذ زمن بعيد. عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ منذ زمن بعيد.

وأشارت نقلا (عزت، 2016، صفحة 2) عن فوريت وآخرون Foreyt et al أنه كان قديما يتم تصنيف اضطرابات الأكل ضمن الإضطرابات النفسية أو النفسجسمانية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للإضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1987 وأعقبه الدليل الرابع الصادر عام 1994 حيث تم تصنيف هذه الإضطرابات في فئة مستقلة ضمن اضطرابات الراشدين، أما التصنيف الدولي العاشر للإضطرابات السلوكية والنفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية بجنيف أوضح أن اضطرابات الأكل تتضمن فقدان الشهية العصبي، الشره أو النهمة العصبي وفرط الأكل المصحوب أو المرتبط باضطرابات نفسية أخرى، أما الدليل التشخيصي الخامس فقد حدد اضطرابات الأكل كالتالي: اضطراب بيكا أو اضطراب أكل التراب أو أكل مواد غير غذائية لفترات ممتدة، الإجتراء، التجنب أو التقيد في تناول الغذاء، فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي واضطراب الشراهة في الأكل.

2.1.7.3 أسباب اضطرابات السلوك الغذائي

2.1.7.3.1 بيبتيديات الأوبيويد (Opioid peptides)

لقد وجد أن بيبتيديات الأوبيويد تختلف عند الأفراد المصابين باضطرابات السلوكيات الغذائية، والأوبيويدات هي مواد شبيهة بالمواد المخدرة يتم إنتاجها في المخ، حيث تلعب دورا هاما في تناول الطعام (حيث هنا ترفع الشهية)، وفي الإستجابة للألم (تخفف الألم)، وفي المزاج (تحدث شعورا بالهدوء)، ولقد عزيت السرعة العالية للعدو الى إفراز الأوبيويدات لدى عدائي المسافات الطويلة، كما قد يكون لها علاقة في تنظيم الاستجابات السعيدة في تناول الأطعمة كالسكريات والأطعمة عالية الدهون، وليس من المصادفة أن هذه الأطعمة هي الأكثر استهلاكها خلال نوبة فرط الأكل،

كذلك تحفيز حالة حفظ الطاقة التي قد تزيد من قابلية رؤية الفرد لحجم جسمه إما ملائماً وإما كبيراً جداً. (مصيفر، 2009، صفحة 726)

2.1.7.3.2 البيبتيد العصبي Y (Neuropeptide Y) :

البيبتيد العصبي Y محفز قوي للشهية، ويعد واحداً من بين كيميائيات عديدة في المخ تمت دراستها عند الإصابة باضطرابات الأكل، ومما يدعو للدهشة أنه تم قياس مستويات هذا البيبتيد ووجد أن مستوياته مرتفعة لدى المصابين بالنهم العصبي من ذوي الوزن الطبيعي والذين تجنبوا فرط الأكل لمدة 30 يوم كاملاً، كذلك وجد أن مستويات البيبتيد العصبي Y المرتفعة قد وجدت أيضاً لدى الأشخاص نحيفي الوزن أو الذين استعادوا وزنهم والمصابين بالقهم العصبي (Anorexia nervosa) الأمر الذي خلف اندهاشاً كبيراً لدى الباحثين حيث أن المصابين بالقهم العصبي نحيفي الوزن والذين لم تظهر لديهم أي رغبة في الأكل كانت لديهم مستويات عالية من البيبتيد العصبي Y، ولذا فقد استنتجوا أن مستويات هذا البيبتيد قد تكون مسؤولة عن وسواس الأكل الملحوظة لدى هؤلاء الناس. (مصيفر، الموسوعة العربية للتغذية، 2009، صفحة 726، 727)

2.1.7.3.3 الأسباب النفسية:

تشير الكثير من الدراسات والبحوث النفسية على وجود ارتباطات وثيقة بين اضطرابات الطعام والأكل والمشكلات النفسية، كما أن هناك من الباحثين من ربط اضطرابات الأكل بالكمالية العصبية، والعوامل الخمس للشخصية، وتقدير الذات .. الخ، وقد أسفرت نتائج الدراسات إلى وجود ارتباطات وتأثيرات بين متغيرات المشاكل النفسية واضطرابات السلوك الغذائي. (مصيفر، 2009، صفحة 727)

2.1.7.4 أهم اضطرابات السلوك الغذائي أو اضطرابات الاكل:

2.1.7.4.1 فقدان الشهية العصبي (Anorexia nervosa):

إن مصطلح أنوروكسيا هو مصطلح يوناني ويعني "بلا شهية" فالشخص المصاب به يقوم بتجوية نفسه وانقاص وزنه بدرجة كبيرة جداً، ويصبح حاجسه قلة الأكل والنحافة ويستمر بالحمية لإعتقاد أن جسمه هو الشيء الوحيد الذي يسيطر عليه في حياته ، لذا يحاول الهروب من الأكل حتى عندما يصل وزنه لأقل من المعدل الطبيعي، وقد يلجأ لأي طريقة من أجل تجوية نفسه كتناول العقاقير أو ممارسة النشاط الرياضي أو الإمتناع عن تناول الطعام، ويحدد الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية DSMIV معايير الأنوروكسيا بأن يكون الوزن أقل من المعدل الطبيعي

مقارنة بالعمر والطول بزهاء 15% ، وكذلك الخوف الشديد من زيادة الوزن، بالإضافة إلى اعتقاده بتشوّه في صورة الجسم (على الرغم من النحافة الشديدة يظل يرى نفسه سمينا)، وأخيرا إنقطاع الطمث عند الإناث. (الفاخوري ، 2011، صفحة 138)

2.1.7.4.2 شره الطعام العصبي (Boulimia nervosa):

مصطلح البوليميا هو مصطلح يوناني تعني جوع الثور، حيث يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة فيأكل المريض بشراهة كميات كبيرة في مدة قصيرة، وبعدها يشعر بالذنب لعدم سيطرته على سلوك الأكل لديه، وأن معظم الذين يعانون هذا المرض هن من النساء، وقد تصل نسبة الوفيات منهن إلى 10%، أما معايير هذا الإضطراب فقد حددها الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية كالتالي:

- الأكل بشراهة كبيرة دون وقت محدد في السر والعلن، ثم بعد ذلك يتملّكه شعور بعدم السيطرة على الأكل، مما يدفعه للقيام بممارسة سلوكيات تعويضية غير ملائمة كالإستفراغ و أخذ المسهلات.
- كآبة شديدة والخجل أمام الآخرين .
- تحدث حلقات متكررة من الشراهة ومظاهر السلوك التعويضية بمعدل مرتين في الأسبوع لمدة لا تقل عن ثلاث أشهر. (الفاخوري ، 2011 ، صفحة 139)

2.1.7.4.3 الأكل العاطفي:

يعرّف بأنه استخدام الطعام كوسيلة للتعامل مع المشاعر بدلا من كونه وسيلة لإشباع الجوع، كتناول كيس كامل من رقائق البطاطا بسبب الملل، أو تناول كعكة تلو الأخرى أثناء التحضير للإمتحان، وهو سلوك من شأنه أن يؤثر على الوزن والصحة بشكل عام، ومن دوافعه:

- ربط تناول الطعام بالمشاعر مثل الحزن والوحدة والملل .
- العادات المكتسبة في مرحلة الطفولة مثل اسكات الطفل الصغير ببعض الحلوى.
- متعة تناول الطعام ، فالبعض يفضل تناول البيتزا حين يكون سعيدا والآخر يفضل تناول رقائق البطاطا والشوكولاته في أوقات الحزن. (مازوريك، 2011، الصفحات 90-91)

و قد توصل بعض الباحثين الى كيفية التمييز بين الجوعين الحقيقي و العاطفي كالاتي :

- عادة ما يأتي الجوع العاطفي فجأة، ليشعر الشخص أنه بحاجة ملحة للطعام، بينما الجوع الحقيقي يأتي بشكل تدريجي ولا تكون الرغبة بتناول الطعام ملحة جدا-إلا في حالات عدم تناول الطعام لفترة طويلة جدا- و يكون الجوع أذاك مرتكز في البطن عكس الجوع العاطفي.

- يقود الجوع العاطفي في بعض الأحيان الى تناول الطعام بطريقة شبه جنونية، كأكل كيس كبير من رقائق البطاطا أو علبة كبيرة من الثلجات دون الإكتراث بالشبع أو حتى الإستمتاع بالطعام، غالبا ما يكون ذلك متبوعا بشعور بتخمة وندم، بينما في الجوع الحقيقي ففيه يكون أكثر وعيا وغالبا ما يتوقف الفرد عند الشعور بالشبع.

2.1.7.4.4 الأكل الخارجي والوجبات السريعة :

لقد ظهر مفهوم الأطعمة السريعة في أواخر الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية عندما قامت بعض الشركات بعرض خدماتها على عمال المناجم، حيث أنها وجبات سهلة الحمل والتحضير يمكن تناولها في أي مكان ، السيارة، العمل، الطريق.. إلخ، مثل السندوتشات، الفطائر، البيتزا، المرق بأنواعه، البطاطا المقلية، الشاورما، الفول والفتافل الطعمية ... الخ.

يمكن تعريف الوجبات السريعة على أنها الأطعمة السابقة الإعداد أو التجهيز أو شبه مجهزة، و تكون جاهزة للتناول في بضع دقائق، بمعنى أنها الوجبة التي تحتوي على أطعمة سريعة التحضير في بضع دقائق أو أقل.

ومن عيوب الأطعمة السريعة ما يلي :

- تحتوي على كميات كبيرة من الدهون وبالتالي سرعات حرارية عالية .
- فقيرة في العناصر الغذائية المفيدة، مثل الفيتامينات وبعض الأملاح والمعادن الأساسية.
- غنية بالصوديوم الموجود بملح الطعام، ونسبة الألياف ضئيلة جدا .
- غيرت عادات الناس وأذواقهم .
- ساهمت في تفكيك الأسر وعدم اجتماعها وأرهقت ميزانية العائلة وأضافت إليها بنودا جديدة .(العمودي، 2015، الصفحات 7-10)

2.1.7.4.5 السمنة:

إن السمنة ليست مجرد مرض يجب أخذ الحيطة منه بقدر ما هو ثقافة ووعي بمفهومها من جهة، ووعي بمفهوم التغذية الصحية اللازمة من جهة ثانية، ووعي بأهمية الممارسة الرياضية في حياتنا اليومية من جهة ثالثة.

إن المتفحص لموضوع السمنة يجد عديد المفاهيم حول هذا الموضوع، فالسمنة تعرف بكونها "زيادة في نسبة الدهون المختزنة داخل الجسم وتحت الجلد عن الحد الطبيعي". (سلامه، 2005، صفحة 22)

كما تعرف بأنها "الزيادة التي تحصل في تخزين الدهون في جسم الإنسان، بحيث يزيد وزن الجسم لأكثر من 20% عن الوزن الطبيعي الذي يتناسب مع طول الإنسان وعمره". (منظمة الصحة العالمية، (مجموعة من الباحثين)، 2005، صفحة 265)

وفي تعريف آخر هي "زيادة وزن الجسم عن الحد الطبيعي بسبب تراكم الدهون والزيادة في الوزن لأكثر من 30% من الوزن المثالي، ينتج تراكم الدهون في الجسم عن زيادة حجم الخلايا الدهنية أو بسبب زيادة عددها، بحيث يحتوي جسم الانسان على حوالي 30 - 35 بليون خلية دهنية يزيد حجمها عند زيادة الوزن، ومع استمرار الزيادة تتكون خلايا دهنية جديدة، وهذه الخلايا الجديدة يصعب على الجسم التخلص منها فيما بعد". (مرياح، 2012، صفحة 25)

فبالإضافة إلى المشاكل الميكانيكية الناجمة عن زيادة الوزن مثل أمراض المفاصل والعمود الفقري، تؤسس السمنة لظهور العديد من الأمراض مثل أمراض القلب والأوعية والسرطان والسكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني وتوقف التنفس الليلي، كما أن لها انعكاسا سلبيا على الحالة النفسية للشخص مؤدية لحدوث الاكتئاب وسوء تقدير الشخص لذاته، بالإضافة إلى تأثيرها السلبي على الحياة الاجتماعية للشخص بما يتعرض له من تمييز وعزلة. (أبو حامد، 2009، الصفحات 9-10)

من جهة أخرى، لعل أهم العوامل التي أدت إلى انتشار السمنة وعدم الوعي بالغذاء الصحي في وقتنا الحاضر هو تأثير البيئات التي نعيش فيها، حيث أن الإنسان في حاضرتنا يقوم باختيار المنتجات التي يجد فيها أغذيته، وبصفة أشمل أذواقه وما يكره من أغذية تبقى محددة بالعوامل الاجتماعية، فالإنسان لا يستهلك ولا يندمج إلا مع منتجات معرفة ثقافيا وذات قيمة. (بلعبيدي، 2008، صفحة 66)

أي أن البيئة في كثير من الأوقات تفرض على الأفراد أنواعا معينة من الأطعمة أو لا تتقبل اتجاه بعض الأفراد نحو الريجيم مهما كان نوعه .كذلك فإن" :ضعف المستوى المادي للعديد من الأشخاص الذين يعانون من السمنة والأمراض المتعلقة بها والمصاحبة لها قد يجعلهم غير قادرين على مقابلة واستشارة أخصائي التغذية البشري أو المتبعة معه للوصول للوزن المثالي وتحسين حالتهم الصحية بتصحيح التغذية والسيطرة عليها وضمان حياة صحية بعيدا عن السمنة والأمراض المرتبطة بها. (البدري ص.، 2015، صفحة 3)

2.1.8 النشاط الرياضي :

2.1.8.1 تعريف النشاط الرياضي:

هو " الحركات البدنية المنظمة الموجهة غير المرتبطة بالكد العيشي التي تتطلب إستخدام العضلات الهيكلية في الجسم ويستثني من ذلك الحركة المرتبطة بالوظيفة والمهنة ويتضمن مجالات مختلفة مثل الألعاب وأنشطة الرياضة واللياقة البدنية ونمط الحركة التعبيرية المختلفة". (عثمان، 2015، صفحة 18)

2.1.8.2 الممارسة الرياضية:

هي عبارة عن "تمارين منظمة وألعاب ذات أصول وقواعد يقصد بها إلى تقوية الجسم، وتغذية العقل وتهذيب النفس بإكساب الفرد صفات حميدة كالمثابرة والصبر والتحمل". (الحاج، 2014، صفحة 7)

2.1.8.3 التمرين البدني:

هو نوع من النشاط البدني المقنن والمبني على تكرار حركة الجسم لغرض تطوير أو الحفاظ على اللياقة البدنية أو أحد عناصرها. (مصيفر، 2007، صفحة 115، 114)

2.1.8.4 خصائص النشاط البدني والرياضي:

إن للنشاط الرياضي جملة من الخصائص نذكر منها مايلي:

- أ. النشاط الرياضي عبارة عن نشاط اجتماعي وهو تعبير عن تلاقي متطلبات الفرد مع متطلبات المجتمع.
- ب. يعد جسم الإنسان وما يصدر منه من حركات المحور الأساسي في النشاط الرياضي.
- ج. النشاط الرياضي له العديد من المزايا التي تساعد الفرد على التكيف مع مختلف البيئات.

- د. يبرز جوهر القيم الإجتماعية النفسية مثل تقبل الخسارة ، الفشل ، النجاح ... الخ.
- ه. يشمل كل من التدريب والمنافسة و ما يتطلبه من مجهودات كبيرة.
- و. يمكن أن يكون فرديا أو جماعيا.
- ز. يمكن للفرد ممارسة النشاط البدني في أي مكان و أي زمان . (حوحامدي و عواد، 2017، صفحة 26)

2.1.8.5 أنواع النشاط الرياضي:

للنشاط الرياضي عدة أنواع منها كالتالي:

2.1.8.5.1 النشاط الرياضي الترويحي :

تعد الممارسة الرياضية أبرز الوسائل الترويحية البدنية الهادفة والمساهمة في تحقيق حياة متوازنة، وهو الهدف من اكتساب المهارات الحركية والرياضية والمعلومات المتصلة بها.

وعليه يصبح النشاط الرياضي نشاط ترويحي يستثمره الفرد في وقت فراغه، ما يعود عليه بالصحة الجيدة والارتياح النفسي والانسجام الاجتماعي، وتتمثل التأثيرات الإيجابية لهذا لنشاط الرياضي في:

- أ. البهجة والسعادة والاستقرار الانفعالي ونمو العلاقات الاجتماعية السليمة، وتوطيد العلاقات والصدقات.
- ب. التوجه للحياة وأداء واجباتها بشكل أفضل .
- ج. الصحة واللياقة البدنية وتحقيق الذات ونمو الشخصية . (بومعراف، 2014، صفحة 132)

2.1.8.5.2 النشاط الرياضي التنافسي :

موقف نزال حركي مشروط بقواعد تحدد الأداء، يتسم عادة بالاستثارة الانفعالية التي تدفع الرياضي إلى تعبئة وتوظيف طاقاته البدنية، لتحقيق ذاته الرياضية وتأكيدا وتمييزها على من ينافسه، وإذا تم التنافس الرياضي في إطار الأسس التربوية المؤكدة على ضرورة الالتزام بقواعد الشرف الرياضي، قبول قرارات الحكام، اللعب النظيف، التواضع عند الفوز...، يصبح من أهم القوى التي تدفع الأفراد لممارسة النشاط الرياضي، والمحفزة للرياضي للوصول لأعلى المستويات الرياضية.

تتطلب المنافسة الرياضية استخدام الرياضي لأقصى قدراته وعملياته العقلية والبدنية، لمحاولة تسجيل أفضل مستوى ممكن، مما يسهم في الارتقاء بالانتباه، الإدراك، التذكر، التصور والتخيل لدى الرياضي. (بومعراف، 2014، صفحة 132)

2.1.8.5.3 النشاط الرياضي التربوي:

النشاط الرياضي هو نشاط تربوي يعمل على تربية النشء تربية متزنة ومتكاملة من النواحي الوجدانية والاجتماعية والبدنية والعقلية، عن طريق برامج ومجالات رياضية متعددة، تحت إشراف قيادة متخصصة تعمل على تحقيق أهداف النشاط الرياضي بما يسهم في تحقيق الأهداف العامة للتربية البدنية في مراحل التعليم العام.

ويعرف (بومعراف، 2014، صفحة 133) نقلا عن وست بوشتر النشاط البدني التربوي بأنه "العملية التربوية التي تهدف إلى تحسين الأداء الإنساني من خلال وسيط هو الأنشطة البدنية المختارة".

وعلى هذا فالنشاط البدني التربوي عبارة عن نظام متكامل وشامل لا يهدف إلى إعداد الفرد بدنيا أو تلقينه بعض المهارات الحركية، وإيجاد فرص للترويح فحسب، بل هو تعليم الفرد الخلق الحسن والتربية المثلى لإعداده بذلك لمستقبل زاهر ونجاح وفعال. (بومعراف، 2014، صفحة 133)

2.1.8.5.4 النشاط الرياضي العلاجي:

تعد الممارسة الرياضية للمصابين وسيلة طبيعية للعلاج على هيئة تمارين علاجية تأهيلية، وكأحد المكونات الهامة للعلاج الطبيعي، والتي تساهم بدرجة كبيرة في استعادة اللياقة البدنية للمعوق، مثل استعادته للقوة العضلية والتوافق العضلي العصبي، العمل، السرعة، المرونة، وبالتالي استعادته لكفاءته ولياقته العامة في الحياة. (مهدي، 2019، صفحة 5)

كما أن الاشتراك في الأنشطة الرياضية يساعد كبار السن على الإقلال من ارتفاع ضغط الدم، وكذلك الإقلال من مستوى الجلوكوز في الدم واحتمال التعرض لمرض السكر مستقبلا، بالإضافة إلى أن هذه الأنشطة تساعد على الإقلال من كمية الدهون في الجسم والاحتراق الداخلي مما يقلل من التعرض للسمنة، كما أن الاشتراك في الأنشطة الرياضية يساعد في خفض الانفعالات والتوتر وضغوط الحياة. (مهدي، 2019، صفحة 5)

2.2 الدراسات السابقة

الدراسة الأولى: (بني هاني و الرعود، 2018)

العنوان : الوعي الغذائي المرتبط بالنواحي النفسية لدى فرق كرة القدم المحترفة في الأردن.

الهدف : التعرف على الوعي الغذائي المرتبط بالنواحي النفسية لدى فرق كرة القدم المحترفة في الأردن تبعاً لمتغيرات (الصفة، المركز، النادي، الجنسية، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم).

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي.

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 199 لاعب ومدرب واداري ومعالج .

أهم النتائج :

- مستوى الوعي الغذائي المرتبط بالنواحي النفسية جاء بدرجة منخفضة.
- حقق فريقا العقبة وذات رأس قد أفضل مستوى وعي غذائي مرتبط بالنواحي النفسية .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كافة متغيرات الدراسة باستثناء متغير النادي وجاء لصالح نادي العقبة وذات رأس.

الدراسة الثانية: تاتيانا فان سترين (van Strien, 2018)

العنوان : تقييم أسباب الأكل العاطفي وسبل العلاج من السمنة.

الهدف : التعرف على أسباب الأكل العاطفي وسبل العلاج من السمنة.

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي.

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 279 فرد .

أهم النتائج :

- ضعف الوعي بين الناس بخصوص العادات الغذائية.
- الأكل العاطفي قد يؤدي دور الوسيط بين الاكتئاب ومؤشر كتلة الجسم أو زيادة الوزن.

الدراسة الثالثة: (غراب، 2018)

العنوان : علاقة متغيرات مؤشر الكتلة الجسمية للوزن العادي والوزن الزائد والسمنة باضطراب السلوكيات الغذائية لدى المراهقين الممارسين للنشاط البدني الرياضي 15 – 18 سنة.

الهدف : التعرف على العلاقة بين متغيرات مؤشر الكتلة الجسمية للوزن العادي والوزن الزائد والسمنة باضطراب السلوكيات الغذائية للمراهقين الممارسين للنشاط البدني الرياضي.

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي .

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 100 تلميذ من التلاميذ الذين يزاولون دراستهم بثانوية محمد طاهر عمراني بدائرة سوق نعمان ولاية أم البواقي.

أهم النتائج :

- وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متغيري مؤشر كتلة الجسم للوزن الزائد والسمنة معاً باضطراب السلوكيات الغذائية.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيري مؤشر كتلة الجسم للوزن الزائد والسمنة مع النشاط البدني والرياضي.
- وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متغير مؤشر كتلة الجسم للوزن العادي أو الطبيعي باضطراب السلوكيات الغذائية.

الدراسة الرابعة: (البكري، 2018)

العنوان : النشاط البدني وعلاقته بمعدل السمنة وبعض مظاهر الحالة الانفعالية في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية.

الهدف : التعرف على :

- العلاقة بين النشاط البدني ومعدل السمنة وبعض مظاهر الحالة الانفعالية في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية.
 - أثر ممارسة الأنشطة الرياضية على الصحة العامة وبعض مظاهر الحالة النفسية.
- المنهج :** تم استخدام المنهج الوصفي .

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 1353 من الذكور والإناث تم اختيارهم عشوائياً من مجتمع الدراسة.

أهم النتائج :

- هناك تباين في مستويات الزيادة في الوزن بين الذكور والإناث، حيث يعاني 33.18% من الذكور من زيادة شديدة في الوزن ، بينما كانت النسبة أقل لدى الإناث 27.17% .
- مظاهر الحالة الانفعالية تميل الى المظاهر الايجابية.
- هناك علاقة ارتباط سالبة (عكسية) بين ممارسة النشاط البدني ومستوى السمنة .
- هناك علاقة ارتباط سالبة (عكسية) بين مستوى السمنة والمظاهر الايجابية للحالة الانفعالية .

الدراسة الخامسة: داتون و دوفي (Dutton & Dovey, 2016)

العنوان : التحقق من صحة استبيان سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) بين النساء المالطيات.

الهدف : التحقق من صحة استبيان سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) بين النساء المالطيات.

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي .

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 586 سيدة مالطية .

أهم النتائج :

- تشير النتائج إلى أن DEBQ أداة صالحة وموثوقة من الناحية النفسية لتقييم سلوكيات الأكل لدى النساء في المجتمع المالطي.
- هناك علاقة ارتباط بين الأكل العاطفي والمقيد في اتباع نظام غذائي وزيادة الوزن لدى النساء المالطيات.

الدراسة السادسة: ناغل ميكايلا وآخرون (Nagl, Hilbert, de Zwaan, Braehler, & Kersting, 2016)

العنوان : النسخة الألمانية من مقياس سلوك الأكل الهولندي: الخصائص النفسية، قياس الثبات ، والمعايير المستندة من المجتمع.

الهدف : تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الخصائص النفسية للنسخة الألمانية المكونة من 30 عنصرًا من مقياس DEBQ بما في ذلك ثبات القياس عبر الجنس والعمر ومؤشر كتلة الجسم في عينة ألمانية.

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي .

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 2513 من أفراد المجتمع الألماني .

أهم النتائج :

- تشير النتائج إلى أن مقياس DEBQ أداة صالحة وموثوقة من الناحية النفسية لتقييم سلوكيات الأكل في المجتمع الألماني حيث يتمتع المقياس بثبات عالي (ضبط النفس "الاكل المقيد" : $\alpha = 0.92$ ، الأكل العاطفي: $\alpha = 0.94$ ، الأكل الخارجي: $\alpha = 0.89$) ، وهي مناسبة لقياس أنماط تناول الطعام بشكل موثوق عبر متغيرات العمر والجنس ومؤشر كتلة الجسم.
- تناول الطعام الخارجي هو أسلوب تناول الطعام الأكثر انتشارًا لدى عموم السكان الألمان.
- سجلت النساء أعلى في محوري الأكل العاطفي والمقيد من الرجال ، وسجل الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن أعلى في جميع أنماط تناول الطعام الثلاثة مقارنة بالأفراد ذوي الوزن الطبيعي.
- هناك اختلافات صغيرة عبر العمر للأكل الخارجي.

الدراسة السابعة: برونو بول وآخرون (Brunault, P, et al., 2015)

العنوان: استبيان سلوك الأكل الهولندي: مزيد من التحقق من القياس النفسي والآثار السريرية للنسخة الفرنسية (DEBQ) لذوي الوزن الطبيعي والبدناء.

الهدف : تهدف الدراسة إلى :

- اختبار الخصائص النفسية للنسخة الفرنسية من استبيان سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) للأشخاص أصحاب الوزن الطبيعي والمرضى البدناء.

- تحديد العوامل المرتبطة بكل بعد من الأبعاد الثلاثة ل DEBQ: سلوك الأكل المقيد / ضبط النفس المعرفي (جهود واعية للحد من تناول الغذاء والسيطرة عليه)، والأكل العاطفي (الأكل استجابة لحالات الإثارة العاطفية مثل الخوف أو الغضب أو القلق)، والأكل الخارجي (الأكل استجابةً لإشارات الطعام الخارجية مثل البصر ورائحة الطعام).
 - تحديد كيفية تفسير النتائج من هذا المقياس لتوجيه الممارسة السريرية.
- المنهج:** تم استخدام المنهج الوصفي.

العينة: اشتملت عينة الدراسة على 74 فرد من ذوي الوزن الطبيعي و 75 من المرضى البدناء بجناح التغذية بالمستشفى الجامعي.

أهم النتائج:

- أثبتت النتائج صلاحية استخدام المقياس، حيث دعمت نتائجنا هيكلية الأبعاد الثلاثة (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي) لكل من أصحاب الوزن الطبيعي والمرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة.
- كانت معاملات ألفا كرونباخ مرتفعة جداً للأكل العاطفي والأكل الخارجي (0.90) وجيدة لتقييد الأكل المعرفي (0.81).
- كانت نتائج الأكل العاطفي وتقييد الأكل المعرفي أعلى بالنسبة للنساء ($P < 0.001$) والمرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة ($P < 0.05$).
- ارتبط تقييد الأكل المعرفي الأعلى بمؤشر كتلة الجسم ($p < 0.01$).

الدراسة الثامنة: أوسياس سيبوللا وآخرون (Cebolla, A, Barrada, J. R, Van Strien, T, Oliver, E, & Baños, R, 2014)

العنوان: التحقق من صحة استبيان سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) في عينة من النساء الإسبانيات.

الهدف: تهدف الدراسة إلى تقييم البنية الداخلية للنسخة الإسبانية لمقياس DEBQ باستخدام تقنيات القياس النفسي المحدثة في عينة من النساء.

المنهج: تم استخدام المنهج الوصفي.

العينة: اشتملت عينة الدراسة على 647 سيدة.

أهم النتائج:

- أثبتت النتائج صلاحية استخدام المقياس بالنسبة للسيدات الإسبانيات، حيث دعمت نتائجنا هيكلية الأبعاد الثلاثة (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي).
- ترتبط عوامل الأكل العاطفي والخارجي مع مؤشر كتلة الجسم.
- يرتبط الأكل الخارجي سلباً مع العمر.

الدراسة التاسعة: داكانييس وآخرون (Dakanalis, A, et al., 2013)

العنوان : النسخة الإيطالية من استبيان سلوك الأكل الهولندي خصائص القياس النفسي وثبات المقياس طبقاً للجنس ومؤشر الكتلة والعمر.

الهدف : التعرف على الملامح النفسية الأساسية لاستبيان سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) وثبات قياسه من خلال الجنس ومؤشر كتلة الجسم (الوزن الطبيعي / الوزن الزائد) والعمر.

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي.

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 990 من البالغين من كلا الجنسين .

أهم النتائج :

- أثبت النتائج صلاحية استخدام المقياس.
- العثور على فروق ذات دلالة إحصائية عند مقارنة الجنس ومؤشر كتلة الجسم والفئات العمرية في الأبعاد الثلاثة (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي).

الدراسة العاشرة: كوندريس ، فان سترين (Koenders & van Strien, 2011)

العنوان: الأكل العاطفي ، بديلاً عن سلوك نمط الحياة ، للتحكم في زيادة الوزن "دراسة مستقبلية لـ 1562 موظفًا".

الهدف : فحص الارتباط بين عوامل نمط الحياة - الرياضة، والكحول، والتغذية، وزيادة الوزن، والتدخين، وأنماط الأكل من تقييد الأكل المعرفي، والأكل الخارجي، والأكل العاطفي من جهة ، والتغير في مؤشر كتلة الجسم (BMI) من جهة أخرى.

المنهج : تم استخدام المنهج الوصفي.

العينة : اشتملت عينة الدراسة على 1562 موظف.

أهم النتائج :

- أثبت النتائج صلاحية استخدام المقياس بالنسبة للسيدات الإسمائيات، حيث دعمت نتائجنا هيكلية الأبعاد الثلاثة (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي) .
- هناك تأثير كبير للأكل العاطفي وممارسة الرياضة على التغيير في مؤشر كتلة الجسم.
- كان الأكل العاطفي المرتفع مرتبطاً بزيادة الوزن، بينما كان المستوى العالي من الرياضة مرتبطاً بفقدان الوزن.
- لم يثبت أن سلوك الأكل المقيد وسلوك الأكل الخارجي له تأثير كبير على التغيير في مؤشر كتلة الجسم، بينما تم العثور على تأثير متسق للرياضة على الأكل العاطفي.
- كان الارتباط بين تغيير مؤشر كتلة الجسم والأكل العاطفي أقل قوة للموظفين الذين لديهم مشاركة كبيرة في الرياضات الشاقة مقارنة مع أولئك الذين يعانون من انخفاض المشاركة في الرياضات الشاقة.

- تشير النتائج بأن النشاط البدني الشاق يمكن أن يخفف بالفعل من الارتباط الإيجابي بين الأكل العاطفي وزيادة وزن الجسم.

2.2.1 التعليق على الدراسات السابقة :

رغم تنوع أهداف الدراسات السابقة إلا أنها تتفق في تناولها لدراسة السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي، حيث تبين من هذه الدراسات مايلي:

- أ. أجريت جميع الدراسات ما بين عامي 2011 – 2018 مما يدل على حداثةها.
- ب. إتبع أغلب الدراسات المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي.
- ج. كانت العينة في الدراسات السابقة من كلا الجنسين وبأعمار مختلفة.
- د. أجريت الدراسات في مجتمعات مختلفة .
- هـ. تم استخدام استمارة الاستبيان في جميع الدراسات السابقة .
- و. استخدمت الدراسات السابقة معالجات إحصائية متعددة بهدف الوصول إلى النتائج.
- ز. توصلت الدراسات السابقة لمجموعة من النتائج التي أمكن للدارس الاستفادة منها والاستعانة بها في مناقشة نتائج الدراسة الحالية.

2.2.2 الاستفادة من الدراسات السابقة :

- أ. التعرف على الدراسات التي تناولت موضوع الدراسة الحالية.
- ب. التعرف على عناصر الضعف والقوة مما سهل له تحديد خطوات حل مشكلة الدراسة.
- ج. طريقة اختيار عينة الدراسة والمنهج المناسب لها.
- د. التعرف على حجم العينات التي شملتها الدراسات السابقة .
- هـ. إعداد أداة الدراسة والتعرف على صدق وثبات المقياس.
- و. التعرف على الوسائل الاحصائية المناسبة للدراسة الحالية .
- ز. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء ما توصلت إليه نتائج تلك الدراسات .

3 الفصل الثالث : إجراءات الدراسة

3.1 منهج الدراسة

3.2 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

3.4 متغيرات الدراسة

3.5 أدوات جمع البيانات

3.6 المعاملات العلمية لأداة الدراسة

3.7 تصحيح المقياس

3.8 الدراسات الإستطلاعية

3.9 الدراسة الأساسية

3.10 المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة

3.1 منهج الدراسة :

قام الدارس باستخدام المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي لملائمته طبيعة هذه الدراسة من حيث اعتمادها على جمع المعلومات والحقائق ثم القيام بتحليل النتائج وتفسيرها للوصول إلى استنتاجات وتعميمات تساعد في فهم الواقع بشكل أعمق.

3.2 مجتمع الدراسة:

تحدد مجتمع الدراسة من الأفراد المنتظمين على ممارسة النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس، حيث وافق عدد (510) فرد على المشاركة في الدراسة، والجدول رقم (1) يوضح ذلك :

جدول 1 عدد أفراد عينة الدراسة ببعض الصالات الرياضية (قيد الدراسة)

م	اسم الصالة	العدد	م	اسم الصالة	العدد
1	حلم المرأة	30	11	ماكس فيت	20
2	التمجيد	30	12	مركز الرشاقة	30
3	الفرس الأصيلة	30	13	الاتحاد	30
4	سلطان جيم (عدة فروع)	40	14	نادي قرطبة الرياضي	20
5	نجوم قرقارش	20	15	اليمامة	20
6	عاشور جيم (عدة فروع)	40	16	صالة ميدان الفروسية	30
7	أبطال ليبيا	20	17	الصالة العالمية	20
8	مدينة الجيم	20	18	لارزوا جيم	20
9	العلمين	20	19	سيدي خليفة	30
10	حبارات	20	20	الصالة الأولمبية	20
المجموع			510		

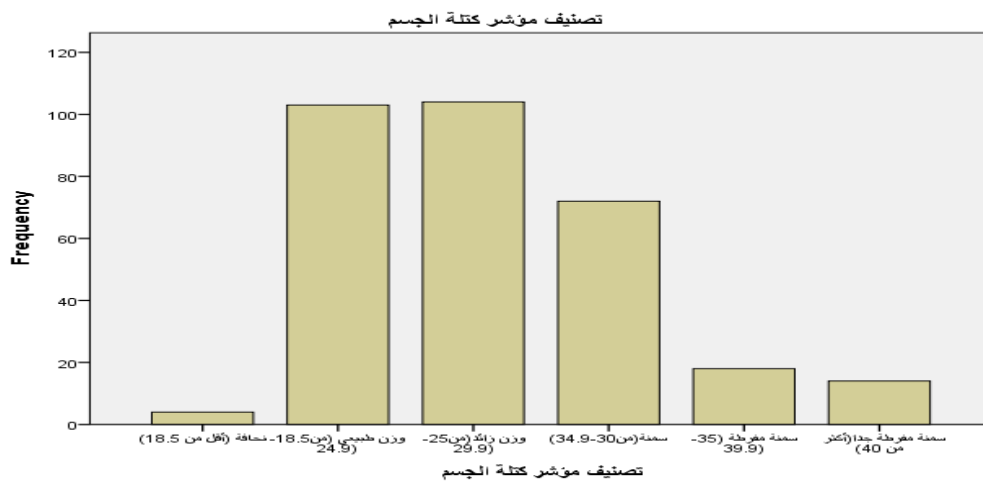
3.3 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة العشوائية من مجتمع الدراسة المكوّن من ممارسي النشاط الرياضي ببعض الصالات الرياضية بطرابلس للعام 2020/2019، حيث بلغ عدد أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية 35 فرد، بينما بلغ أفراد عينة الدراسة الأساسية 475 فرد ومن كلا الجنسين (199 إناث، 311 ذكور)، وبعد توزيع استمارات الاستبيان ومراجعة المسترجع منها من حيث استيفائها لشروط صحة الاستبيان بلغ عدد الاستمارات التي خضعت للتحليل الإحصائي

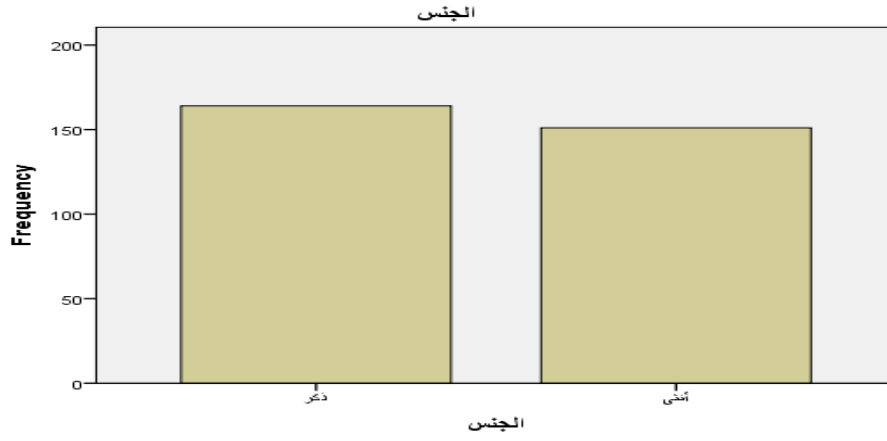
315 استمارة والجدول رقم (2) والأشكال البيانية (1، 2، 3، 4، 5) يوضّح توصيف عينة الدراسة الأساسية وفقاً لعدد الاستثمارات التي خضعت للتحليل الإحصائي.

جدول 2 توصيف عينة الدراسة حسب متغيرات (تصنيف مؤشر كتلة الجسم، الجنس، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)

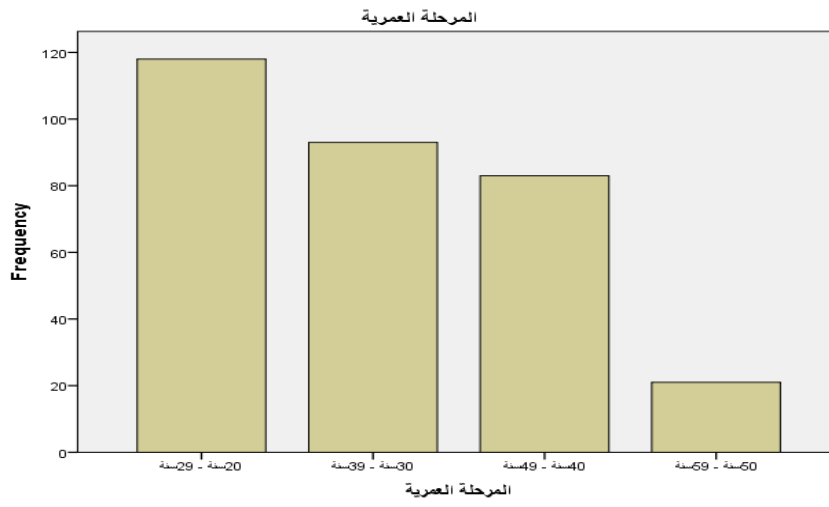
المتغيرات	التصنيف	العدد (ن)	النسبة المئوية (%)	المجموع
تصنيف مؤشر الكتلة	نحافة	4	1.3%	315
	وزن طبيعي	103	32.7%	
	وزن زائد	104	33%	
	سمنة	72	22.9%	
	سمنة مفرطة	18	5.7%	
	سمنة مفرطة جدا	14	4.4%	
الجنس	ذكر	164	52.1%	315
	أنثى	151	47.9%	
المرحلة العمرية (سنة)	20 – 29 سنة	118	37.5%	315
	30 – 39 سنة	93	29.5%	
	40 – 49 سنة	83	26.3%	
	50 – 59 سنة	21	6.7%	
المستوى التعليمي	شهادة متوسطة	123	39%	315
	شهادة جامعية	143	45.4%	
	شهادة عليا	49	15.6%	
الحالة الاجتماعية	أعزب	153	48.6%	315
	متزوج	114	36.2%	
	أرمل	23	7.3%	
	مطلق	25	7.9%	



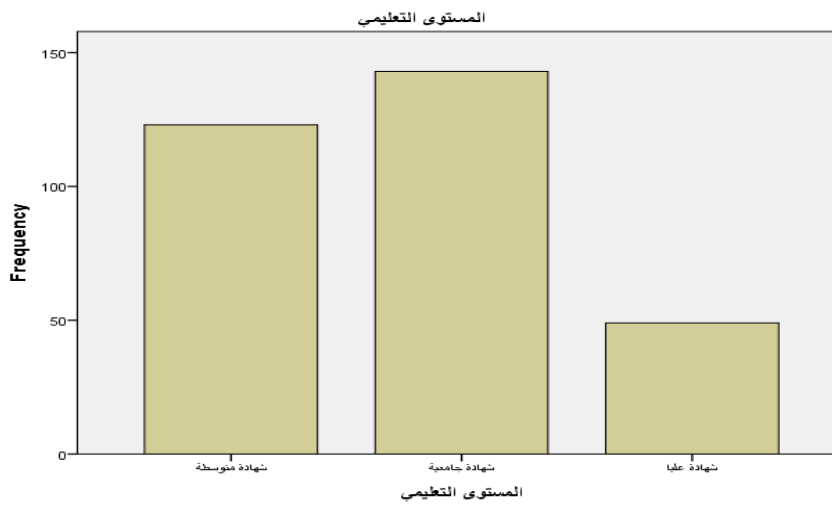
شكل بياني 1 توصيف عينة الدراسة حسب متغير تصنيف مؤشر كتلة الجسم



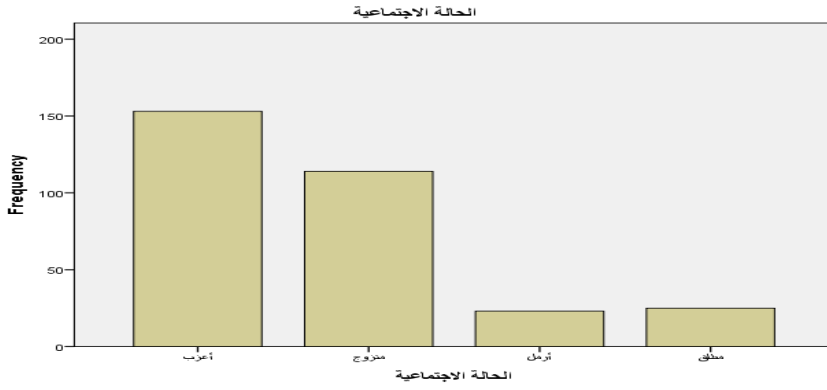
شكل بياني 2 توصيف عينة الدراسة حسب متغير الجنس



شكل بياني 3 توصيف عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية



شكل بياني 4 توصيف عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



شكل بياني 5 توصيف عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

3.4 متغيرات الدراسة:

المتغير التابع: مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي).

المتغيرات المستقلة: (الجنس، الحالة الاجتماعية، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، تصنيف مؤشر الكتلة)

3.5 أدوات جمع البيانات :

3.5.1 المقابلة الشخصية :

أجرى الدارس عدة مقابلات مع بعض الخبراء والمتخصصين في مجالات التغذية الرياضية وعلم النفس الرياضي والتدريب الرياضي وبعض أفراد مجتمع الدراسة من الممارسين للنشاط الرياضي في الصالات الرياضية، حيث تم طرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة.

3.5.2 أداة الدراسة مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) :

بعد الإطلاع على المراجع العلمية والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة كدراسة ناتيانا فان سترين (van Strien, Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity, 2018) ودراسة (غراب، 2018) ودراسة داتون و دوفي (Dutton & Dovey, 2016) ودراسة برونو بول وآخرون (Brunault, P, et al., 2015) ودراسة أوسياس سييولا وآخرون (Cebolla, A, Barrada, J. R, Van Strien, T, Oliver, E, & Baños, R, 2014) ودراسة داكناليس أنطونيوس وآخرون (Dakanalis, A, et al., 2013) ودراسة كوندرس، فان سترين (Koenders & van Strien, 2011) قام الدارس بترجمة المقياس وإعداده بصورته الأولية [مرفق رقم (1)]، تمهيدا لعرضه على الخبراء والمتخصصين لإبداء آراءهم حول مدى ملائمة المقياس للبيئة الليبية.

3.6 المعاملات العلمية لأداة الدراسة :

3.6.1 التحقق من صدق أداة الدراسة :

تعد الأداة صادقة إذا تمكنت من قياس ما صُممت لقياسه، وحددت مدى صلاحية درجاته للقيام بتفسيرات مرتبطة بالمجال المراد قياسه، وقد تم التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال :

3.6.1.1 التحقق من صدق المحتوى:

قام الدارس بعرض استمارة الاستبيان على مجموعة من الخبراء في مجالات التغذية الرياضية وعلم النفس الرياضي والتدريب الرياضي خلال شهر سبتمبر/2019 وذلك لإبداء الرأي حول مناسبة مكونات المقياس للبيئة الليبية وملائمته لقياس ما وضع لأجله.

حيث تمت موافقة السادة المحكمين علي محاور وعبارات المقياس بنسبة (100%) كما أوصى بعض الخبراء بعرض المقياس على متخصصين في اللغة العربية كي تتم صياغة العبارات بشكل صحيح وفيما لا يتعارض مع الترجمة العلمية للمقياس.

وبناء على ما أوصى به الخبراء والمتخصصين قام الدارس بتعديل صياغة بعض العبارات بما لا يتعارض مع الهدف من المقياس، ولتتسم أداة الدراسة بالوضوح وسلامة صياغتها لغوياً، حيث بلغ عدد العبارات التي تضمنتها المحاور الأساسية للدراسة 33 عبارة. (مرفق رقم 2)

3.6.1.2 التحقق من صدق الاتساق الداخلي :

تم حساب صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون كما يتضح من الجدول رقم (3) .

جدول 3 صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون

معامل الارتباط	محاور المقياس
**0.82	تقييد الاكل (ضبط النفس)
**0.85	الاكل العاطفي
**0.83	الاكل الخارجي

**قيمة ر الجدولية عند مستوى 0.01 = 0.457

يتضح من الجدول رقم (3) أن المقياس يتمتع بمعامل ارتباط دال احصائياً عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على الإتساق الداخلي بين درجات المحاور والمقياس ككل، حيث يذكر (Nunnally, J.C, 1987) أنه يمكن الاعتماد على درجة ارتباط $r \leq 0.70$.

3.6.2 التحقق من ثبات أداة الدراسة :

تم حساب معامل الثبات لأداة الدراسة من خلال حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمحاور المقياس، حيث تم توزيع الإستمارة على 29 فرد من الممارسين للنشاط الرياضي داخل الصالات الرياضية قيد الدراسة.

جدول 4 معامل الثبات لمحاور المقياس بطريقة ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل الثبات (ألفا كرونباخ)	محاور المقياس
10	0.92	تقييد الاكل (ضبط النفس)
13	0.96	الاكل العاطفي
10	0.93	الاكل الخارجي

حيث أظهرت النتائج من الجدول رقم (4) أن محاور المقياس تتمتع بمعامل ثبات عالي، مما يدل على أن حذف أي عبارة سيؤثر سلباً على المحور الذي تنتمي إليه، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Snoek, Engels, van Strien, & Otten, 2013, p. 83) حيث كانت قيم معامل ألفا كرونباخ 0.91، 0.93، 0.85 على التوالي، وأيضاً دراسة (Muharrani, Achmad, & Sudiart, 2017, p. 10) والتي كانت نتائج معامل ألفا كرونباخ فيها 0.764، 0.764، 0.797 على التوالي.

وهذا يعني أن جميع المعاملات ذات قيمة عالية لأن جميعها ≤ 0.70 ، وهي "القيمة الدنيا المقبولة لمعامل ألفا كرونباخ" بناء على ما أشار إليه (Kline, P, 1993)، حيث تعد هذه القيمة مؤشراً لصلاحية أداة الدراسة للتطبيق بغرض تحقيق أهدافها من خلال الاجابة على أسئلتها، مما يدل على إمكانية ثبات النتائج التي يمكن أن تسفر عنها عند تطبيقها.

3.7 تصحيح المقياس (مقياس ليكرت) :

قام الدارس باستخدام مقياس ليكرت الثلاثي لدرجة الموافقة حسب التنوع (نعم، أحياناً، لا)، حيث تم تحديد القيمة التي تأخذها "نعم" وهي (3)، والقيمة التي تأخذها "أحياناً" هي (2)، وأما القيمة التي تأخذها "لا" فهي (1) .

مستوى الاستجابة	لا	أحياناً	نعم
المتوسط الحسابي	1.00 – 1.66	1.67 – 2.33	2.34 – 3

3.8 الدراسات الإستطلاعية :

قام الدارس بإجراء دراستين استطلاعتين على عينة عشوائية ومن خارج عينة الدراسة الأساسية، حيث بلغ عدد أفرادها (35) فرد من الممارسين للنشاط الرياضي داخل الصالات الرياضية بطرابلس، وكانت كالاتي :

3.8.1 الدراسة الإستطلاعية الأولى:

تم إجراء الدراسة الإستطلاعية الأولى على عينة قوامها (6) أفراد من الممارسين للنشاط الرياضي داخل الصالات الرياضية بطرابلس وذلك يوم السبت الموافق 2019/10/19 للوقوف على السليبات التي يمكن أن تواجه الدارس أثناء تطبيق الدراسة الأساسية، وكذلك التعرف على الزمن المتوقع لملئ الاستمارة، إذ تراوح زمن تعبئتها ما بين (6 - 10) دقيقة.

3.8.2 الدراسة الإستطلاعية الثانية:

تم إجراء دراسة استطلاعية ثانية على عينة قوامها (29) فرد تم اختيارهم عشوائياً من الممارسين للنشاط الرياضي داخل الصالات الرياضية بطرابلس، حيث استغرقت الدراسة من يوم الإثنين الموافق 2019/10/28 إلى يوم الأربعاء الموافق 2019/11/06، بهدف ايجاد المعاملات العلمية للمقياس.

3.9 الدراسة الأساسية :

بعد التأكد من المعاملات العلمية لأداة الدراسة، قام الدارس بإجراء الدراسة الأساسية خلال الفترة من يوم الأربعاء الموافق 2019/11/20 إلى يوم السبت الموافق 2020/1/25، حيث تم توزيع الاستمارات على عينة الدراسة وإجراء الخطوات التالية:

- توزيع 475 استمارة على عينة الدراسة.
- استرجاع عدد 362 استمارة وبعد مراجعتها تم استبعاد الإستمارات غير المكتملة والتي بلغ عددها 47 استمارة.
- تفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج SPSS وبلغ عدد الإستمارات التي خضعت للتحليل الإحصائي 315 استمارة.
- تفرغ النتائج في جداول احصائية تمهيداً لتفسيرها ومناقشتها.

3.10 المعالجات الإحصائية :

تم استخدام برنامج SPSS في معالجة البيانات إحصائياً حيث تضمنت المعالجات الإحصائية

التالية:

- التكرار.
- النسبة المئوية.
- المتوسط الحسابي .
- الإنحراف المعياري.
- الوزن النسبي.
- معامل ارتباط بيرسون.
- معامل ألفا كرونباخ.
- اختبارات للعينات المستقلة.
- اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه.
- اختبار LSD للمقارنات البعدية.

4 الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها

1.4 عرض النتائج

2.4 مناقشة النتائج

الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها

4.1 عرض النتائج

4.1.1 عرض نتائج التساؤل الأول

جدول 5 نتائج اختبار كا² لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"

ن = 315

م	العبرة	التكرار والنسبة	الاستجابة			المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	كا ²	مستوى الدلالة	مستوى الاستجابة
			لا	أحيانا	نعم					
أ. تقييد الأكل " ضبط النفس "										
1	هل تتناول الطعام بكمية أقل من المعتاد إذا لاحظت زيادة في وزنك؟	ت %	132 %41.9	107 %34	76 %24.1	2.18	%72.7	*14.99	0.001	أحيانا
2	هل تحاول أن تأكل أقل مما تريد أثناء تناول الوجبات؟	ت %	130 %41.3	96 %30.5	89 %28.3	2.13	%71	*9.162	0.010	أحيانا
3	هل ترفض أن تأكل أو تشرب خوفاً من زيادة وزنك إذا دعاك شخص ما لتناول الأكل معه؟	ت %	92 %29.2	98 %31.1	125 %39.7	1.90	%63.3	5.886	0.053	أحيانا
4	هل تتحكم بالضبط في ما تأكله؟	ت %	125 %39.7	115 %36.5	75 %23.8	2.16	%72	*13.33	0.001	أحيانا
5	هل تأكل بوعي منتجات منخفضة الدهون لمحاولة انقاص الوزن؟	ت %	111 %35.2	93 %29.5	111 %35.2	2.00	%66.7	2.057	0.358	أحيانا
6	هل تقلل من تناول الطعام في الأيام اللاحقة بعد قيامك بالأكل أكثر من اللازم في يوم ما؟	ت %	125 %39.7	93 %29.5	97 %30.8	2.09	%69.7	5.790	0.055	أحيانا
7	هل تعتمد تناول كميات قليلة من الطعام بهدف ألا يزيد وزنك؟	ت %	131 %41.6	103 %32.7	81 %25.7	2.16	%72	*11.96	0.003	أحيانا
8	هل تحاول ألا تأكل بين الوجبات للتحكم في وزنك؟	ت %	114 %36.2	121 %38.4	80 %25.4	2.11	%70.3	*9.162	0.010	أحيانا
9	هل تحاول ألا تأكل في المساء خوفاً من زيادة وزنك؟	ت %	111 %35.2	123 %39	81 %25.7	2.10	%70	*8.194	0.012	أحيانا
10	هل تأخذ في الاعتبار وزنك الحالي عندما تنوي أكل طعام ما؟	ت %	127 %40.3	103 %32.7	85 %27	2.13	%71	*8.457	0.015	أحيانا
	المتوسط العام ومستوى الاستجابة للمحور الأول					2.10	%69.9			أحيانا

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (5) يتضح أن هناك تبايناً بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"، فقد بلغ المتوسط العام للمحور (2.10) وهو متوسط من الفئة الثانية من مقياس ليكرت الثلاثي حيث يقع بين (1.67 – 2.33) وهذه الفئة تشير إلى مستوى الاستجابة (أحيانا) وبوزن نسبي بلغ 69.9% على إجمالي عبارات المحور الأول .

وقد أظهرت نتائج اختبار كا² لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة أن هناك فروق دالة احصائياً بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة في العبارات (1، 2، 4، 7،

8، 9، 10) ولصالح الاستجابة الأكثر تكراراً، حيث تراوحت قيم مستوى الدلالة لها (0.001 – 0.015) وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، بينما لم تظهر هناك فروقا دالة احصائيا في العبارات (3، 5، 6) حيث كانت قيم مستوى الدلالة لهذه العبارات (0.053، 0.358، 0.055) على التوالي وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05.

جدول 6 جدول نتائج اختبار كا² لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور الأكل العاطفي

ن = 315

م	العبارات	التكرار والنسبة	الاستجابة			المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	كا ²	مستوى الدلالة	اتجاه الاستجابة
			نعم	أحيانا	لا					
ب. الأكل العاطفي										
11	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تتضايق؟	ت	51	118	146	1.70	%56.6	*45.39	0.000	أحيانا
		%	%16.2	%37.5	%46.3					
12	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالفراغ (عندما لا يكون لديك شيء آخر تفعله)؟	ت	123	124	68	2.17	%72.5	*19.56	0.000	أحيانا
		%	%39	%39.4	%21.6					
13	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالاكئاب؟	ت	61	126	128	1.79	%59.6	*27.68	0.000	أحيانا
		%	%19.4	%40	%40.6					
14	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالوحدة؟	ت	53	106	156	1.67	%55.8	*50.53	0.000	أحيانا
		%	%16.8	%33.7	%49.5					
15	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تفشل في إنجاز عمل ما؟	ت	73	95	147	1.77	%58.8	*27.51	0.000	أحيانا
		%	%23.2	%30.2	%46.7					
16	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تكون تشعر بالغضب؟	ت	60	105	150	1.71	%57.1	*38.57	0.000	أحيانا
		%	%19	%33.3	%47.6					
17	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالحزن؟	ت	65	104	146	1.74	%58.1	*31.26	0.000	أحيانا
		%	%20.6	%33	%46.3					
18	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالقلق؟	ت	50	121	144	1.70	%56.7	*45.73	0.000	أحيانا
		%	%15.9	%38.4	%45.7					
19	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بأن الأمور ضدك وكل شيء يحدث على نحو خاطئ؟	ت	62	102	151	1.72	%57.2	*37.85	0.000	أحيانا
		%	%19.7	%32.4	%47.9					
20	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالخوف؟	ت	68	107	140	1.77	%59	*24.74	0.000	أحيانا
		%	%21.6	%34	%44.4					
21	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بخيبة أمل اتجاه شخص ما؟	ت	76	106	133	1.82	%60.6	*15.49	0.000	أحيانا
		%	%24.1	%33.7	%42.2					
22	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالتوتر العاطفي؟	ت	156	94	65	2.29	%76.3	*41.16	0.000	أحيانا
		%	%49.5	%29.8	%20.6					
23	هل تريد أن تأكل شيئا عندما تشعر بالملل؟	ت	46	113	156	1.65	%55	*58.53	0.000	لا
		%	%14.6	%35.9	%49.5					
	المتوسط العام ومستوى الاستجابة للمحور الثاني					1.81	%60.3			أحيانا

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (6) يتضح أن هناك تباينا بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور الأكل العاطفي، فقد بلغ المتوسط العام للمحور (1.81) وهو متوسط من الفئة الثانية من مقياس ليكرت

الثلاثي حيث يقع بين (1.67 – 2.33) وهذه الفئة تشير إلى مستوى الإستجابة (أحيانا) وبوزن نسبي بلغ 60.3% على اجمالي عبارات المحور الثاني.

وقد أظهرت نتائج اختبار كا² لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة أن هناك فروقاً دالة احصائياً بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة في جميع عبارات المحور الثاني ولصالح الاستجابة الأكثر تكراراً، حيث كانت قيم مستوى الدلالة لجميع العبارات تساوي (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05.

جدول 7 نتائج اختبار كا² لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور الأكل الخارجي

ن = 315

م	العبارة	التكرار والنسبة	الاستجابة			المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	كا ²	مستوى الدلالة	مستوى الاستجابة
			لا	أحيانا	نعم					
ج. الأكل الخارجي										
24	هل تأكل أكثر من المعتاد عندما تجد نوع معين من الطعام تحبه؟	ت %	146 %46.3	118 %37.5	51 %16.2	1.70	%56.6	*45.39	0.000	أحيانا
25	هل تناول الطعام أكثر من المعتاد عندما تنتبع من الطعام راحة جيدة؟	ت %	68 %21.6	124 %39.4	123 %39	2.17	%72.5	*19.56	0.000	أحيانا
26	هل تسعى إلى تناوله إذا رأيت أكل لذيذ؟	ت %	128 %40.6	126 %40	61 %19.4	1.79	%59.6	*27.68	0.000	أحيانا
27	هل تأكله على الفور إذا قدم إليك طعام لذيذ؟	ت %	157 %49.8	105 %33.3	53 %16.8	1.67	%55.7	*51.51	0.000	أحيانا
28	هل تشعر بأنك ترغب في شراء شيء لذيذ عندما تمشي بجانب مخبز الحلويات؟	ت %	148 %47	95 %30.2	72 %22.9	1.76	%58.6	*28.93	0.000	أحيانا
29	هل ترغب في شراء شيء لذيذ عندما تمر من أمام مطعم؟	ت %	150 %47.6	105 %33.3	60 %19	1.71	%57.1	*38.57	0.000	أحيانا
30	هل تشعر بالرغبة في الأكل إذا رأيت الآخرين يأكلون؟	ت %	146 %46.3	104 %33	65 %20.6	1.74	%58.1	*31.26	0.000	أحيانا
31	هل يمكنك الامتناع عن تناول شيء لذيذ حقا؟	ت %	143 %45.4	121 %38.4	51 %16.2	1.71	%56.9	*43.96	0.000	أحيانا
32	هل تأكل أكثر من المعتاد عندما ترى الآخرين يأكلون؟	ت %	151 %47.9	101 %32.1	63 %20	1.72	%57.4	*37.11	0.000	أحيانا
33	هل تميل إلى تناول وجبة خفيفة عند انتظار وجبتك الرئيسية؟	ت %	141 %44.8	107 %34	67 %21.3	1.77	%58.8	*26.13	0.000	أحيانا
	المتوسط العام ومستوى الاستجابة للمحور الثالث					1.77	%59.1			أحيانا

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (7) يتضح أن هناك تبايناً بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) محور الأكل الخارجي، فقد بلغ المتوسط العام للمحور (1.77) وهو متوسط من الفئة الثانية من مقياس ليكرت الثلاثي حيث يقع بين (1.67 – 2.33) وهذه الفئة تشير إلى مستوى الإستجابة (أحيانا) وبوزن نسبي بلغ 59.1% على اجمالي عبارات المحور الثالث.

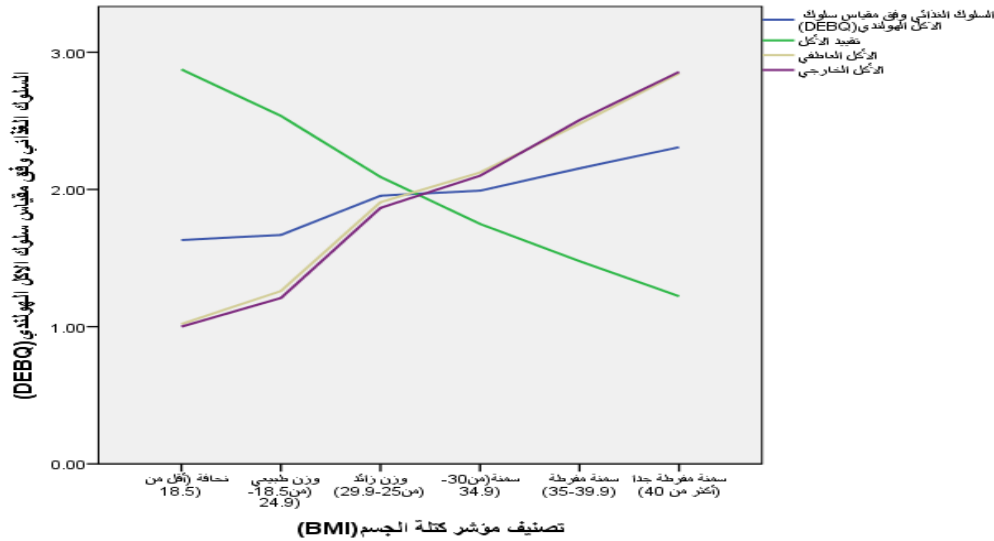
وقد أظهرت نتائج اختبار كا² لدراسة الفروق بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة أن هناك فروقاً دالة احصائياً بين تكرارات استجابات أفراد عينة الدراسة في جميع عبارات المحور الثالث ولصالح الاستجابة الأكثر تكراراً، حيث كانت قيم مستوى الدلالة لجميع العبارات تساوي (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05 .

4.1.2 عرض نتائج التساؤل الثاني

جدول 8 العلاقة بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) ومؤشر كتلة الجسم (BMI)

مؤشر كتلة الجسم (BMI)			العدد	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	
نوع العلاقة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط			
عكسية	0.000	**0.870-	315	المحور الثالث	تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"
طردية	0.000	**0.888			الأكل العاطفي
طردية	0.000	**0.873			الأكل الخارجي
طردية	0.000	**0.699			المقياس ككل

** ر الجدولية عند مستوى 0.01 = 0.254



شكل بياني 6 العلاقة بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) ومؤشر كتلة الجسم (BMI)

يتبين من الجدول رقم (8) والشكل البياني رقم (6) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01، حيث كانت العلاقة عكسية بين محور تقييد الأكل "ضبط النفس" مع مؤشر كتلة الجسم (BMI)، فكانت قيمة معامل الارتباط بينهما (-0.870) وبمستوى دلالة 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.01، بينما كانت العلاقة طردية بين محوري الأكل العاطفي والأكل الخارجي مع مؤشر كتلة الجسم (BMI) حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لكل منها (0.636، 0.742) على التوالي وبمستوى دلالة 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.01.

4.1.3 عرض نتائج التساؤل الثالث

• حسب متغير نوع الجنس

جدول 9 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير نوع الجنس

السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	نوع الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"	ذكر	164	2.1280	0.4074 ±
	أنثى	151	2.0583	0.4878 ±
الأكل العاطفي	ذكر	164	1.7312	0.4286 ±
	أنثى	151	1.8915	0.5510 ±
الأكل الخارجي	ذكر	164	1.6787	0.4587 ±
	أنثى	151	1.8775	0.5752 ±
المقياس ككل	ذكر	164	1.8460	0.2044 ±
	أنثى	151	1.9424	0.2722 ±

يتضح من الجدول رقم (9) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (تقييد الأكل "ضبط النفس" – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير نوع الجنس، حيث تبين أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" للذكور (2.095 ± 0.4484) وللإناث (2.0583 ± 0.4878)، ومحور الأكل العاطفي للذكور (1.7312 ± 0.4286) وللإناث (1.8915 ± 0.5510)، ومحور الأكل الخارجي للذكور (1.6787 ± 0.4587) وللإناث (1.8775 ± 0.5752)، بينما بلغ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس ككل للذكور (1.8460 ± 0.2044) وللإناث (1.9424 ± 0.2722).

جدول 10 يوضح اختبار "ت" لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير نوع الجنس

مستوى الدلالة	درجة الحرية	اختبار "ت"	الفرق بين المتوسطات	المتوسط الحسابي	نوع الجنس	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
0.168	313	1.382	0.0698	2.1280	ذكر	تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"	
				2.0583	أنثى		
0.004	313	*2.893	0.1603	1.7312	ذكر	الأكل العاطفي	
				1.8915	أنثى		

0.001	313	*3.405	0.1988	1.6787	ذكر	الأكل الخارجي
				1.8775	أنثى	

*قيمة ت الجدولية عند مستوى 0.05 = 1.984

يتضح من الجدول رقم (10) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير نوع الجنس بين استجابات عينة الدراسة حول محور تقييد الأكل (ضبط النفس المعرفي)، حيث أظهرت النتائج أن قيمة "ت المحسوبة" تساوي (1.382) وهي أصغر من قيمة "ت الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05 ، بينما كانت نتائج قيمة "ت المحسوبة" لمحوري الأكل العاطفي والأكل الخارجي تساوي (2.893، 3.405) على التوالي وهما أكبر من قيمة "ت الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، الأمر الذي يدل على أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين استجابات عينة الدراسة حول محور الأكل العاطفي والأكل الخارجي تعزى لمتغير نوع الجنس ولصالح الاناث.

• حسب متغير المرحلة العمرية

جدول 11 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المرحلة العمرية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المرحلة العمرية	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المرحور
0.4734 ±	2.2280	118	من 20 – 29 سنة	تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"	
0.4009 ±	2.0892	93	من 30 – 39 سنة		
0.3974 ±	1.9482	83	من 40 – 49 سنة		
0.4916 ±	1.9476	21	من 50 – 59 سنة		
0.4917 ±	1.6525	118	من 20 – 29 سنة	الأكل العاطفي	
0.4433 ±	1.7833	93	من 30 – 39 سنة		
0.4640 ±	2.0130	83	من 40 – 49 سنة		
0.5684 ±	1.9817	21	من 50 – 59 سنة		
0.5273 ±	1.6195	118	من 20 – 29 سنة	الأكل الخارجي	
0.4645 ±	1.7505	93	من 30 – 39 سنة		
0.4937 ±	1.9843	83	من 40 – 49 سنة		
0.6207 ±	1.9143	21	من 50 – 59 سنة		

يتضح من الجدول رقم (11) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المرحلة العمرية.

جدول 12 تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المرحلة العمرية

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المصدر	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
0.000	*7.643	1.445	3	4.334	بين المجموعات	تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"	
		0.189	311	58.787	داخل المجموعات		
			314	63.121	المجموع		
0.000	*10.339	2.343	3	7.029	بين المجموعات	الأكل العاطفي	
		0.227	311	70.478	داخل المجموعات		
			314	77.507	المجموع		
0.000	*9.002	2.318	3	6.954	بين المجموعات	الأكل الخارجي	
		0.257	311	80.073	داخل المجموعات		
			314	87.027	المجموع		

*قيمة "ف" الجدولية عند مستوى $0.05 = 3.0718$

يتضح من الجدول رقم (12) نتائج تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المرحلة العمرية، حيث أظهرت النتائج أن قيم اختبار "ف المحسوبة" للمحاور (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي) تساوي (7.643، 10.339، 9.002) على التوالي وهي أكبر من قيمة "ف الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير المرحلة العمرية، وللتعرف على اتجاه الفروق قام الدارس بإجراء اختبار LSD للمقارنات البعدية.

جدول 13 نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المرحلة العمرية

من 50 سنة	من 40 سنة	من 30 سنة	من 20 سنة	اختبار LSD	المتوسط الحسابي	المرحلة العمرية	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
*0.280	*0.280	*0.139		القيمة	2.2280	من 20 - 29 سنة	تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"	
0.007	0.000	0.022		مستوى الدلالة				
0.1416	*0.1411			القيمة	2.0892	من 30 - 39 سنة		
0.179	0.032			مستوى الدلالة				
0.0006				القيمة	1.9482	من 40 - 49 سنة		
0.996				مستوى الدلالة				

				القيمة	1.9476	من 50 - 59 سنة	
				مستوى الدلالة			
*0.329	*0.360	*0.131		القيمة	1.6525	من 20 - 29 سنة	الأكل العاطفي
0.004	0.000	0.048		مستوى الدلالة			
0.1984	*0.2297			القيمة	1.7833	من 30 - 39 سنة	
0.086	0.002			مستوى الدلالة			
0.0313				القيمة	2.0130	من 40 - 49 سنة	
0.788				مستوى الدلالة			
				القيمة	1.9817	من 50 - 59 سنة	
				مستوى الدلالة			
*0.295	*0.365	0.131		القيمة	1.6195	من 20 - 29 سنة	الأكل الخارجي
0.015	0.000	0.063		مستوى الدلالة			
0.1638	*0.234			القيمة	1.7505	من 30 - 39 سنة	
0.183	0.002			مستوى الدلالة			
0.0701				القيمة	1.9843	من 40 - 49 سنة	
0.572				مستوى الدلالة			
				القيمة	1.9143	من 50 - 59 سنة	
				مستوى الدلالة			

ويتضح من خلال الجدول (13) أن هناك فروقاً دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية في محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" بين الممارسين من المرحلة العمرية (20 - 29 سنة) والممارسين من جميع المراحل العمرية الأخرى ولصالح المرحلة العمرية (20 - 29 سنة)، وبين الممارسين من المرحلة العمرية (30 - 39 سنة) والممارسين من المرحلة العمرية (40 - 49 سنة) ولصالح المرحلة العمرية (30 - 39 سنة)، بينما لم تكن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين المراحل العمرية الأخرى عند المقارنة فيما بينها عند مستوى الدلالة 0.05.

كما يتضح من نفس الجدول أن هناك فروقاً دالة احصائياً عند مستوى 0.05 بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية على محور الأكل العاطفي بين الممارسين من المرحلة العمرية (20 - 29 سنة) والممارسين من جميع المراحل العمرية الأخرى ولصالح المرحلة العمرية ذات المتوسط الحسابي الأعلى، وبين الممارسين من المرحلة العمرية

(30 – 39 سنة) والممارسين من المرحلة العمرية (40 – 49 سنة) ولصالح المرحلة العمرية (40 – 59 سنة)، بينما لم تكن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين المراحل العمرية الأخرى عند المقارنة فيما بينها عند مستوى الدلالة 0.05.

ويتضح أيضاً أن هناك فروقاً دالة احصائياً عند مستوى 0.05 بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية على محور الأكل الخارجي بين الممارسين من المرحلة العمرية (20 – 29 سنة) والممارسين من المراحل العمرية (40 – 49 سنة) و (50 – 59 سنة) ولصالح المراحل العمرية (40 – 49 سنة) و (50 – 59 سنة)، وبين الممارسين من المرحلة العمرية (30 – 39 سنة) والممارسين من المرحلة العمرية (40 – 49 سنة) ولصالح المرحلة العمرية (40 – 59 سنة)، بينما لم تكن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين المراحل العمرية الأخرى عند المقارنة فيما بينها عند مستوى الدلالة 0.05.

• حسب متغير المستوى التعليمي

جدول 14 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
0.4638 ±	2.1098	123	شهادة متوسطة	تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"	
0.4350 ±	2.0979	143	شهادة جامعية		
0.4533 ±	2.0469	49	شهادة عليا		
0.4932 ±	1.7999	123	شهادة متوسطة	الأكل العاطفي	
0.4739 ±	1.7875	143	شهادة جامعية		
0.5692 ±	1.8885	49	شهادة عليا		
0.5208 ±	1.7748	123	شهادة متوسطة	الأكل الخارجي	
0.5039 ±	1.7434	143	شهادة جامعية		
0.6017 ±	1.8612	49	شهادة عليا		

يتضح من الجدول رقم (14) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المستوى التعليمي.

جدول 15 تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المستوى التعليمي

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المصدر	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
0.705	0.350	0.071	2	0.141	بين المجموعات	تقييد الأكل "ضبط النفس" المعرفي"	
		0.202	312	62.980	داخل المجموعات		
			314	63.121	المجموع		
0.459	0.781	0.193	2	0.386	بين المجموعات	الأكل العاطفي	
		0.247	312	77.121	داخل المجموعات		
			314	77.507	المجموع		
0.402	0.914	0.254	2	0.507	بين المجموعات	الأكل الخارجي	
		0.277	312	86.519	داخل المجموعات		
			314	87.027	المجموع		

*قيمة "ف" الجدولية عند مستوى 0.05 = 3.0718

يتضح من الجدول رقم (15) نتائج تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المستوى التعليمي، حيث أظهرت النتائج أن قيم اختبار "ف المحسوبة" للمحاور (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) تساوي (0.350 ، 0.781 ، 0.914) على التوالي وهي أصغر من قيمة "ف الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، الأمر الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

● حسب متغير الحالة الاجتماعية

جدول 16 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
0.4624	2.1209	153	أعزب	تقييد الأكل "ضبط النفس"	
0.4406	2.0711	114	متزوج		
0.4092	2.0739	23	أرمل		
0.4472	2.0600	25	مطلق		
0.5057	1.7883	153	أعزب	الأكل العاطفي	
0.4878	1.8171	114	متزوج		

0.4418	1.8528	23	أرمل	الأكل الخارجي
0.5516	1.8462	25	مطلق	
0.5335	1.7497	153	أعزب	
0.5150	1.7930	114	متزوج	
0.4577	1.8043	23	أرمل	
0.6123	1.8080	25	مطلق	

يتضح من الجدول رقم (16) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير الحالة الاجتماعية.

جدول 17 تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المصدر	السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)	المحاور
0.793	0.344	0.070	3	0.209	بين المجموعات	تقييد الأكل	
		0.202	311	62.912	داخل المجموعات	"ضبط النفس المعرفي"	
			314	63.121	المجموع		
0.894	0.203	0.050	3	0.151	بين المجموعات	الأكل العاطفي	
		0.249	311	77.356	داخل المجموعات		
			314	77.507	المجموع		
0.885	0.217	0.061	3	0.182	بين المجموعات	الأكل الخارجي	
		0.279	311	86.845	داخل المجموعات		
			314	87.027	المجموع		

*قيمة "ف" الجدولية عند مستوى 0.05 = 3.0718

يتضح من الجدول رقم (17) نتائج تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير الحالة الاجتماعية، حيث أظهرت النتائج أن قيم اختبار "ف المحسوبة" للمحاور (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) تساوي (0.217 ، 0.203 ، 0.344) على التوالي وهي أصغر من قيمة "ف الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي يتبين عدم فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

4.2 مناقشة النتائج

4.2.1 مناقشة نتائج التساؤل الأول:

ما مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس؟

من خلال النتائج الموضحة في الجداول (5، 6، 7) يتضح أن هناك تبايناً بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ)، فقد بلغ المتوسط العام للمحاور (تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي) (2.095، 1.808، 1.77) على التوالي وهي متوسطات من الفئة الثانية من مقياس ليكرت الثلاثي حيث تقع بين (1.67 – 2.33) وهذه الفئة تشير إلى مستوى الإستجابة (أحياناً) وبوزن نسبي بلغ (69.8%، 60.3%، 59.1%) على التوالي.

وهذا يتفق مع نتائج دراسات كل من (Silvaa, Capurro, Paz Saumann, & Slachevsky, 2013) و (Ouwens, M. A, Cebolla, A, & Van Strien, T, 2012) حيث يزداد مستوى سلوك تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"، بينما ينخفض مستوى سلوك الأكل العاطفي والخارجي.

فيما أظهرت نتائج دراسة (Dakanalis, A, et al., 2013, p. 194) أن الأكل الخارجي هو أكثر أنواع السلوك الغذائي انتشاراً في العينة ككل والعينات الفرعية من الرجال والنساء والوزن الطبيعي والوزن الزائد والأصغر سناً والأكبر سناً، يليه الأكل المقيد والأكل العاطفي.

4.2.2 مناقشة نتائج التساؤل الثاني:

ما العلاقة الارتباطية بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس ومؤشر كتلة الجسم (BMI)؟

يتبين من الجدول رقم (8) والشكل البياني رقم (6) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01، حيث كانت العلاقة عكسية بين محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" مع مؤشر كتلة الجسم (BMI)، فكانت قيمة معامل الارتباط بينهما (-0.870) وبمستوى دلالة 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.01، بينما كانت العلاقة طردية بين محوري الأكل

العاطفي والأكل الخارجي مع مؤشر كتلة الجسم (BMI) حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لكل منها (0.742، 0.636) على التوالي وبمستوى دلالة 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة 0.01.

وتشير النتائج بأن الأشخاص الذين يمارسون سلوك تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" أقل عرضة للسمنة وزيادة الوزن على عكس الأشخاص الذين يمارسون سلوك الأكل العاطفي وسلوك الأكل الخارجي الذين هم أكثر عرضة لزيادة الوزن والسمنة.

وهو ما تؤكدته نتائج دراسة (Andrés, Oda-Montecinos, & Saldaña, 2017, p. 153) بأن هناك ارتباط إيجابي كبير بين مؤشر كتلة الجسم وبين مستوى كل من "تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي" وفق مقياس DEBQ.

ولا تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Koenders & van Strien, 2011, p. 1287) حيث لم تظهر النتائج أي تغيير في مؤشر كتلة الجسم نتيجة سلوك تقييد الأكل.

كما لا تتفق مع نتائج دراسة (Snoek, Van Strien, Janssens, & Engels, 2007) التي ذكرت أن الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن يستخدمون سلوك تقييد الأكل، أي كان هناك ارتباط طردي موجب بين مؤشر كتلة الجسم وسلوك تقييد الأكل.

وهذا يتفق مع ما ذكره (Muharrani, Achmad, & Sudiart, 2017, p. 14) بأن ممارسة سلوك الأكل الخارجي كأسلوب لتناول الطعام يساهم بشكل كبير على زيادة الوزن، وأن سلوك الأكل الخارجي يدفع إلى زيادة الوزن أكثر من سلوك تقييد الأكل.

كما يضيف بأن أعلى نسبة من المستجيبين الذين تناولوا سلوك تقييد الأكل هم من أصحاب الوزن الطبيعي، يليهم المستجيبون الذين يعانون من الوزن الزائد. (Muharrani, Achmad, & Sudiart, 2017, p. 13)

بينما تشير دراسة (Sung, Lee, & Song, 2009) إلى أن تناول الطعام المقيد أو تناول الطعام العاطفي يمكن أن يكونا مؤشرا على زيادة الوزن على المدى الطويل وارتفاع مؤشر كتلة الجسم.

كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما ذكرته دراسة (Cebolla, A, Barrada, J. R, Van Strien, T, Oliver, E, & Baños, R, 2014) ودراسة (Bozan, Bas, & Ascí, 2011) بأن مؤشر كتلة الجسم تأثر بشكل كبير بمستوى سلوك الأكل العاطفي.

كما خلصت نتائج دراسة (van Strien, Herman, & Verheijden, 2012) إلى أن زيادة النشاط البدني قد يخفف من زيادة الوزن، ومع ذلك فإن الأشخاص الذين يمارسون الأكل العاطفي بشكل خاص هم أكثر عرضة لخطر زيادة الوزن، بسبب الإستهلاك المفرط للأكل وباعتبارهم قد يعانون من درجات عالية من اضطرابات الأكل، ولأن العواطف تعمل كعوامل رئيسية للإفراط في تناول الطعام أكثر من الإشارات البيئية الخارجية.

وتؤكد (Koenders & van Strien, 2011, p. 1287) بأن هناك تأثير رئيسي ثابت للأكل العاطفي وممارسة الرياضة معا على التغيير في مؤشر كتلة الجسم، حيث يرتبط الإفراط في تناول الطعام العاطفي بزيادة الوزن، بينما يرتبط مستوى الممارسة الرياضية وشدها بفقدان الوزن، الأمر الذي يشير إلى أن النشاط البدني يمكن أن يخفف بالفعل من الارتباط الإيجابي بين الأكل العاطفي وزيادة وزن الجسم ولكنه يبقى حلاً غير مجدي طالما استمرت مشكلة الإفراط في تناول الطعام نتيجة تدافع المشاعر .

وهذا يتفق مع ما أظهرته نتائج دراسة (Konttinen, Bénéard, et al., 2018) (Silventoinen, Sarlio-Lähteenkorva, Männistö, & Haukkala, 2010) بأن هناك ارتباط إيجابي بين الأكل العاطفي ومؤشر كتلة الجسم (BMI) لكلا الجنسين.

بينما أظهرت نتائج دراسات أخرى أمراً مغايراً وهو أن النساء أظهرن ارتباطاً أكبر من الرجال بين سلوك الأكل العاطفي ومؤشر كتلة الجسم (BMI). (Bénéard, et al., 2018) (Konttinen, Péneau, Ménard, Méjean, Bellisle, & Hercberg, 2013) (Haukkala, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen, & Jousilahti, 2009)

في حين لا تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أشارت إليه دراسة (Herman & Polivy, 2008) ، ودراسة (Koenders & van Strien, 2011) إلى عدم وجود علاقة بين سلوك الأكل الخارجي ومؤشر كتلة الجسم، وهو ما يعد نتيجة مفاجئة إلى حد ما نظراً للدور المحتمل للإشارات البيئية (الخارجية) في زيادة الوزن والسمنة.

كما اتفقت العديد من الدراسات على عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والوزن الطبيعي في مستوى سلوك الأكل الخارجي. (Poethos, Tapper, & Calitri, 2009) & (Sung, Lee, & Song, 2009) (van Strien, Herman, & Verheijden, 2012)

الأمر الذي قد يدل على أن تناول الطعام الخارجي (سلوك الأكل الخارجي) هو سمة عامة للمجتمع ككل بدلاً من كونه محددًا للأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة. (Poθος, Tapper, & Calitri, 2009)

4.2.3 مناقشة نتائج التساؤل الثالث:

ما هي الفروق في مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) بين ممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس طبقاً لمتغيرات (الجنس، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟

• متغير نوع الجنس :

يتضح من الجدول رقم (9) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل "ضبط النفس" – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير نوع الجنس.

حيث أظهرت نتائج دراسة (Abdella, El Farssi, Broom, Hadden, & Dalton, 2019) بأنه لم تكن هناك فروق دالة احصائية تعزى لمتغير الجنس بين متوسطات مؤشر كتلة الجسم أو سلوكيات الأكل.

يتضح من الجدول رقم (10) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير نوع الجنس بين استجابات عينة الدراسة حول محور تقييد الأكل (ضبط النفس المعرفي)، حيث أظهرت النتائج أن قيمة "ت المحسوبة" تساوي (1.382) وهي أصغر من قيمة "ت الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05.

ولا تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسات (de Lauzon, et al., 2004) و (Lesdéma, et al., 2012) و (Andrés, (Barrada, Van Strien, & Cebolla, 2016) و (Oda-Montecinos, & Saldaña, 2017) حيث أظهرت النتائج أن هناك تأثيراً كبيراً للجنس ومؤشر كتلة الجسم على المحور الفرعي تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"، حيث سجلت النساء مستوى أعلى بكثير من الرجال في سلوك تقييد الأكل.

كما أظهرت النتائج التي توصلت إليها (Saade, et al., 2019) بأن الإناث أكثر اهتماماً بالانخراط في سلوك تقييد الأكل من الذكور، وهذا يتفق مع النتائج السابقة التي أظهرت أن النساء أكثر اهتماماً بفقدان الوزن والنظام الغذائي (Phares V, Steinberg AR, & Thompson

(JK, 2004) ، بينما كان الرجال أكثر اهتمامًا ببناء الأجسام عن طريق ممارسة النشاط الرياضي.
(Ricciardelli LA, McCabe MP, & Banfield S, 2000)

بينما أظهرت نتائج الجدول (10) قيمة "ت المحسوبة" لمحوري الأكل العاطفي والأكل الخارجي والتي تساوي (2.893، 3.405) على التوالي وهما أكبر من قيمة "ت الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، الأمر الذي يدل على أن هناك فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير نوع الجنس بين استجابات عينة الدراسة حول محوري الأكل العاطفي والأكل الخارجي ولصالح الإناث.

حيث تشير دراسة (de Lauzon, et al., 2004) إلى أن هناك فروقا بين الجنسين لصالح النساء - وبغض النظر عن مستوى الأكل العاطفي -، حيث أن هناك ارتباط بين الجنس وزيادة الوزن والذي يعزى إلى أن الإفراط في تناول الطعام بعد المشاعر الأكثر وضوحًا لدى النساء أكثر منه لدى الرجال.

وهو ما أكدته دراسات أخرى ، حيث أظهرت المقارنة بين الجنسين بأن سلوك الأكل العاطفي لدى النساء أعلى من الرجال. (Péneau, (Barrada, Van Strien, & Cebolla, 2016)
(French, Jeffery, & Wing, Ménard, Méjean, Bellisle, & Hercberg, 2013)
1994)

● متغير المرحلة العمرية :

يتضح من الجدول رقم (11) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المرحلة العمرية.

كما يتضح من الجدول رقم (12) نتائج تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المرحلة العمرية، حيث أظهرت النتائج أن قيم اختبار "ف المحسوبة" للمحاور (تقييد الأكل، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي) تساوي (7.643، 10.339، 9.002) على التوالي وهي أكبر من قيمة "ف الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير المرحلة العمرية، وللتعرف على اتجاه الفروق قام الدارس بإجراء اختبار LSD للمقارنات البعدية.

حيث تشير نتائج (Snoek, Engels, van Strien, & Otten, 2013, p. 86) إلى أن التباين بين الأفراد في سلوك الأكل وحالات الوزن المختلفة يحدث في المرحلة العمرية الأصغر، وأيضا أسلوب الأكل قد يتأثر بشكل أكبر في سن مبكرة وكذلك الأمر بالنسبة لكبار السن.

وتؤكد نتائج دراسة (Abdella, El Farssi, Broom, Hadden, & Dalton, 2019) على أن هناك علاقات ذات دلالة إحصائية عالية بين سلوكيات الأكل، مع زيادة مؤشر كتلة الجسم كلما تقدم الشخص في العمر.

كما يؤكد (Barrada, Van Strien, & Cebolla, 2016, p. 208) بأن سلوك الأكل العاطفي والخارجي ينخفض كلما تقدم الشخص في العمر، بينما يميل سلوك تقييد الأكل إلى الزيادة كلما تقدم الشخص في العمر.

فبالنسبة لمحور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" فيتضح من الجدول (13) أن هناك فروقا دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية بين الممارسين من المرحلة العمرية (20 - 29 سنة) والممارسين من جميع المراحل العمرية الأخرى ولصالح المرحلة العمرية (20 - 29 سنة)، وبين الممارسين من المرحلة العمرية (30 - 39 سنة) والممارسين من المرحلة العمرية (40 - 49 سنة) ولصالح المرحلة العمرية (30 - 39 سنة)، بينما لم تكن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المراحل العمرية الأخرى عند المقارنة فيما بينها عند مستوى الدلالة 0.05.

أي أن الفروق لصالح المرحلة الأصغر عمراً عند مقارنتها بالفئة الأكبر عمراً، وهو ما يتفق مع ما ذكره (Bailly, Maitre, Amand, Hervé, & Alaphilippe, 2012) أن سلوك تقييد الأكل أعلى في المرحلة العمرية الأصغر (65 - 73 عاماً) منه في الفئة العمرية الأكبر (أكبر من 73 عاماً) وما يفسر ذلك هو محاولة التحكم في تناول الطعام وفق النظرية المقيدة للأكل، ولكن مع التقدم في العمر تحدث أحداث للأشخاص لا يمكن السيطرة عليها (كالكوارث، ووفاة الأهل والأصدقاء المقربين، وما إلى ذلك) مما يضع الشخص تحت ضغوط قاهرة قد يفقد فيها السيطرة والتحكم.

ولا يتفق هذا ما نتائج دراسة (Dakanalis, A, et al., 2013, p. 194) حيث لم يتم العثور على اختلافات كبيرة في مستوى سلوك تقييد الأكل تعزى لمتغير المرحلة العمرية.

أما بالنسبة لمحور الأكل العاطفي فيتضح من نفس الجدول أن هناك فروقاً دالة احصائياً عند مستوى 0.05 بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية بين الممارسين من المرحلة العمرية (20 – 29 سنة) والممارسين من جميع المراحل العمرية الأخرى ولصالح المرحلة العمرية ذات المتوسط الحسابي الأعلى، وبين الممارسين من المرحلة العمرية (30 – 39 سنة) والممارسين من المرحلة العمرية (40 – 49 سنة) ولصالح المرحلة العمرية (40 – 59 سنة)، بينما لم تكن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين المراحل العمرية الأخرى عند المقارنة فيما بينها عند مستوى الدلالة 0.05.

هذا وتشير دراسة (Dakanalis, A, et al., 2013, p. 194) إلى أن هناك فروق بين في مستوى سلوك الأكل العاطفي تعزى لمتغير المرحلة العمرية ولصالح الأشخاص أصحاب المرحلة العمرية الأكبر.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Braet, et al., 2008) ودراسة (Bailly, Maitre, Amand, Hervé, & Alaphilippe, 2012) اللتان أظهرتا أن انتشار الأكل العاطفي مرتبط بالعمر.

أما بالنسبة لمحور الأكل الخارجي فيتضح أيضاً أن هناك فروقاً دالة احصائياً عند مستوى 0.05 بين المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية بين الممارسين من المرحلة العمرية (20 – 29 سنة) والممارسين من المراحل العمرية (40 – 49 سنة) و (50 – 59 سنة) ولصالح المراحل العمرية (40 – 49 سنة) و (50 – 59 سنة)، وبين الممارسين من المرحلة العمرية (30 – 39 سنة) والممارسين من المرحلة العمرية (40 – 49 سنة) ولصالح المرحلة العمرية (40 – 59 سنة)، بينما لم تكن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين المراحل العمرية الأخرى عند المقارنة فيما بينها عند مستوى الدلالة 0.05.

كما اتفقت نتائج مجموعة من الدراسات على أن هناك تأثير للعمر على أسلوب الأكل الخارجي مما يشير إلى مستويات أعلى من الأكل الخارجي بين الفئات العمرية الأصغر سناً مقارنة بالفئات العمرية الأكبر سناً. من (Nagl, Hilbert, de Zwaan, Braehler, & Kersting, 2016) (Cebolla, A, Barrada, J. R, Van Strien, T, Oliver, E, & Baños, R, 2014) (Van Strien, Herman, & Verheijden, 2009)

• متغير المستوى التعليمي:

يتضح من الجدول رقم (14) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير المستوى التعليمي.

يتضح من الجدول رقم (15) نتائج تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير المستوى التعليمي، حيث أظهرت النتائج أن قيم اختبار "ف المحسوبة" للمحاور (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) تساوي (0.350 ، 0.781 ، 0.914) على التوالي وهي أصغر من قيمة "ف الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، الأمر الذي يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وتؤكد نتائج دراسة (بني هاني و الرعود، 2018) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في مستوى الوعي الغذائي المرتبط بالنواحي النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

أظهرت نتائج دراسة (Ross, 1994) أن السمنة والتي تسببها أنماط سلوك الأكل تختلف باختلاف العوامل الاجتماعية، لاسيما لدى الأشخاص الأكثر تعليماً.

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Barrada, Van Strien, & Cebolla, 2016, p. 208) بأنه على الرغم من وجود علاقة بين مستوى التعليم وسلوكيات الأكل وفق مقياس (DEBQ) إلا أنها غير دالة احصائياً .

• متغير الحالة الاجتماعية :

يتضح من الجدول رقم (16) كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) حسب متغير الحالة الاجتماعية.

كما يتضح من الجدول رقم (17) نتائج تحليل التباين ANOVA ذو الاتجاه الواحد لدراسة الفروق بين استجابات عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) حسب متغير الحالة الاجتماعية، حيث أظهرت النتائج أن قيم اختبار "ف المحسوبة" للمحاور (تقييد الأكل – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي) تساوي (0.203 ، 0.217 ، 0.344)

على التوالي وهي أصغر من قيمة "ف الجدولية" عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي يتبين عدم فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية.

حيث تؤكد بعض الدراسات على أنه لا تأثير للحالة الاجتماعية والزواج على مؤشر كتلة الجسم. (Rissanen, A. M, Heliövaara, M, Knekt, P, Reunanen, A, & Aromaa, (Shah, M, Jeffrey, R. W, Hannan, P. J, & Onstad, L, 1989) A, 1991)

كما تشير نتائج دراسة (بني هاني و الرعود، 2018) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في مستوى الوعي الغذائي المرتبط بالنواحي النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

بينما أشارت دراسات أخرى إلى أن المتزوجون كانوا ذوي وزن أعلى من غير المتزوجين. (Evers, 1987) (Croft, J. B, et al., 1992)

5 الفصل الخامس : الإستنتاجات والتوصيات

1.5 الاستنتاجات

2.5 التوصيات

الفصل الخامس: الإستنتاجات والتوصيات

5.1 الإستنتاجات

في ضوء أهداف الدراسة وفي حدود عينة الدراسة والأدوات المستخدمة وبعد أن تم تحليل البيانات المستقاة من استجابات المبحوثين وعرض النتائج ومناقشتها خلُصت الدراسة إلى النتائج التالية :

أ. بالنسبة لمستوى لسلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) لممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس.

1. هناك تباين بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك

الأكل الهولندي (DEBQ) لمحور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"، حيث بلغ

المتوسط العام للمحور (2.10) وبمستوى استجابة (أحياناً) وبوزن نسبي بلغ 69.9%.

2. هناك تباين بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك

الأكل الهولندي (DEBQ) لمحور الأكل العاطفي، حيث بلغ المتوسط العام للمحور

(1.81) وبمستوى استجابة (أحياناً) وبوزن نسبي بلغ 60.3%.

3. هناك تباين بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك

الأكل الهولندي (DEBQ) لمحور الأكل الخارجي، حيث بلغ المتوسط العام للمحور

(1.77) وبمستوى استجابة (أحياناً) وبوزن نسبي بلغ 59.1%.

ب. بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) ومؤشر كتلة الجسم (BMI):

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين محاور مقياس

سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) ومؤشر كتلة الجسم (BMI) وكانت العلاقة كالتالي:

1. كانت العلاقة عكسية بين محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" مع مؤشر كتلة الجسم

(BMI)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما (-0.870) وبمستوى دلالة 0.000 .

2. كانت العلاقة طردية بين محوري الأكل العاطفي والأكل الخارجي مع مؤشر كتلة الجسم

(BMI) حيث بلغت قيمة معامل الارتباط لكل منهما (0.742، 0.636) على التوالي

وبمستوى دلالة 0.000.

ج. بالنسبة للفروق في مستوى السلوك الغذائي وفق مقياس سلوك الأكل الهولندي (DEBQ) بين ممارسي النشاط الرياضي في بعض الصالات الرياضية الخاصة بطرابلس طبقاً لمتغيرات (الجنس، المرحلة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟

• بالنسبة لمتغير نوع الجنس :

1. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير نوع الجنس بين استجابات عينة الدراسة حول محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي".

2. توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير نوع الجنس بين استجابات عينة الدراسة حول محوري الأكل العاطفي والأكل الخارجي ولصالح الإناث.

• بالنسبة لمتغير المرحلة العمرية :

1. توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير المرحلة العمرية بين استجابات عينة الدراسة حول محاور (تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي"، الأكل العاطفي، الأكل الخارجي).

2. كانت الفروق في محور تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" لصالح المراحل العمرية الأصغر.

3. كانت الفروق في محور الأكل العاطفي لصالح المراحل العمرية ذات المتوسط الحسابي الأعلى.

4. كانت الفروق في محور الأكل الخارجي لصالح المراحل العمرية الأكبر.

• بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي بين استجابات عينة الدراسة حول محاور (تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي).

• بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية بين استجابات عينة

الدراسة حول محاور (تقييد الأكل "ضبط النفس المعرفي" – الأكل العاطفي – الأكل الخارجي).

5.2 التوصيات

في ضوء الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة يوصي الدارس بالآتي :

1. ضرورة تثقيف أفراد المجتمع وتوعيتهم بمخاطر السلوكيات الغذائية الخاطئة من خلال (الإعلام، النشرات، الملتقيات، الأساتذة.. الخ).

2. التخطيط للبرامج والأنشطة الرياضية التي تساعد على التخلص من السمنة والوزن الزائد على الصحة العامة للفرد والمجتمع "الأسباب والوقاية".
3. العمل على إعداد الدورات الثقافية والندوات العلمية عن مدى خطورة السمنة بالجامعة والأندية ومراكز الشباب وأهمية ممارسة النشاط الرياضي لمواجهتها.
4. إجراء دراسات تتناول معرفة العلاقة بين السلوكيات الغذائية ومؤشر كتلة الجسم لفئات عمرية مختلفة وللأنشطة الرياضية الأخرى.
5. إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية عن النشاط البدني ودوره في محاربة السمنة وأسبابها وأضرارها .
6. نشر الوعي والمعلومات الصحية حول فوائد ممارسة النشاط الرياضي ، واختيار الأوقات المناسبة لتنفيذ برامج الأنشطة الرياضية في الصالات المغلقة والساحات المفتوحة.

المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية

المراجع

المراجع العربية :

1. أسامة حوامدي، و إسلام عواد. (2017). علاقة مستوى النشاط البدني بظاهرة السمنة وزيادة الوزن لدى تلاميذ الطور الثانوي. الجزائر: مذكرة ماجستير في التربية البدنية ، جامعة أم البواقي.
2. أحمد بسطويسي . (2008). أسس ونظريات التدريب الرياضي. القاهرة: دار الفكر العربي ، ط1.
3. أحمد نصر الدين سيد. (2003). نظريات وتطبيقات فسيولوجيا الرياضة. القاهرة: دار الفكر العربي ، ط1.
4. أكاديمية شام للعلوم الطبية (مجموعة باحثين). (2017). مشعر كتلة الجسم ومشعر كتلة الدهون بالجسم. سوريا: أكاديمية شام للعلوم الطبية.
5. أكرم غراب. (2018). علاقة متغيرات مؤشر الكتلة الجسمية للوزن العادي والوزن الزائد والسمنة باضطراب السلوكيات الغذائية لدى المراهقين الممارسين للنشاط البدني الرياضي 15 - 18 سنة. الجزائر: رسالة ماجستير ، معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و البدنية ، جامعة العربي بن مهيدي -أم البواقي.
6. أمنة سليمان الماحي. (2015). تقييم الحالة الغذائية للأطفال دون عمر الخامسة بدار رعاية الطفل اليتيم المايقوما الخرطوم السودان. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي ، جامعة الرباط الوطني ، الخرطوم.
7. إيمان حسين، و جنان سلمان. (أبريل ، 2012). الوزن والسلوك الغذائي للاعمار 5 - 24 سنة في مدينة بغداد. المؤتمر الدوري الثامن عشر لكليات و أقسام التربية الرياضية في العراق. بغداد.
8. بهاء الدين إبراهيم سلامة. (2007). الصحة والتربية الصحية. القاهرة: دار الفكر العربي.
9. توفيق ادريس البكري. (2018). النشاط البدني وعلاقته بمعدل السمنة وبعض مظاهر الحالة الانفعالية في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية. مجلة البحث العلمي في التربية(19)، 575-596.

10. حازم النهار، و آخرون. (2010). *الرياضة والصحة في حياتنا*. عمان ، الاردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
11. خالد محمد سلامه. (2005). أثر نمط الحياة اليومي على نسبة الدهون ووزن الجسم لدى الشباب الجامعي الأصحاء. مصر: رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية الرياضية، جامعة الزقازيق.
12. ربي الفاخوري . (2011). اضطرابات الأكل لدى طلبة الصف العاشر وعلاقتها بصورة الذات و القلق و الممارسة الرياضية و عادات الأم الغذائية و بعض العوامل الديموغرافية. *مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس، 1*.
13. زين العابدين محمد بني هاني، و سيف علي الرعود. (2018). الوعي الغذائي المرتبط بالنواحي النفسية لدى فرق كرة القدم المحترفة في الاردن. *researchgate*. doi:10.13140/RG.2.2.22895.07841
14. سالم مهدي. (2019). دور النشاط البدني الرياضي التنافسي في التقليل من السلوك العدواني لدى المعوقين حركيا. الجزائر: رسالة ماجستير في النشاط البدني المكيف ، علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
15. سامي عامر مخلوف. (2014). مستوى الثقافة الغذائية لدى لاعبي المنتخب الاول لكرة القدم الخماسية بدولة ليبيا ، بحث منشور ، *المجلة العلمية لكلية التربية ، جامعة مصراته ، العدد4، 312-288*.
16. سمير أبو حامد. (2009). *البدانة مرض العصر من الأف الى الياء*. دمشق: خطوات للنشر والتوزيع، ط1.
17. سميرة الغامدي. (2012). مقياس السلوكيات الصحية. قسم الغذاء التغذية ، كلية الاقتصاد المنزلي ، جامعة الملك عبد العزيز .
18. سيرجي مازوريك. (2011). *التغذية الحسية -كيف تضمن فقد وزنك-*. القاهرة: مركز IMS للنشر و التوزيع.
19. شيماء عزت. (2016). الأمل وأساليب مواجهة الضغوط كمنبئات باضطرابات الأكل، *مجلة البحوث النفسية، 11(1)*.

20. صفاء عبدالواحد عثمان. (2015). واقع ممارسة النشاط الرياضي والعمل الإداري في الصالات الرياضية بولاية الخرطوم. السودان: رسالة ماجستير في التربية البدنية والرياضة، كلية الدراسات العليا ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
21. صفية ناجح نوري البديري. (2015). تصميم وتنفيذ نظام للمساهمة في أنظمة التغذية والصحة. الخرطوم، السودان: رسالة ماجستير في تقنية المعلومات، كلية علوم الحاسوب وتقنية المعلومات، جامعة النيلين.
22. صفية ناجح البديري. (2015). ، تصميم وتنفيذ نظام للمساهمة في أنظمة التغذية والصحة. الخرطوم، السودان: رسالة ماجستير في تقنية المعلومات، كلية علوم الحاسوب وتقنية المعلومات، جامعة النيلين.
23. عبدالرحمن عبدالوهاب . (2017). تقنين أنشطة التحمل الهوائية مصاحبة لنظام غذائي قليل الكربوهيدرات في عملية خفض الوزن وتحسين اللياقة القلبية التنفسية. رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد التربية البدنية والرياضية ، جامعة عبدالحميد باديس ، الجزائر.
24. عبدالرحمن مصيقر. (2007). *النشاط البدني والسمنة والتغذية*. الإمارات العربية: دار القلم للنشر والتوزيع ، ط1.
25. عبدالرحمن مصيقر. (2009). *الموسوعة العربية للتغذية*. بيروت: دار أكاديميكا للنشر والتوزيع الفني، ط1.
26. عبدالرحمن مصيقر، عزت أمين، و فاروق شاهين. (2005). *الحالة التغذوية للأطفال في مرحلة الحضانه في اليمن ، طرق القياس، الغذاء والتغذية*. بيروت: أكاديمية إنترناشونال للنشر والطباعة.
27. عصام حمدي الصفدي. (2002). *الحالة التغذوية ، التغذية في الحالات المرضية*. عمان: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
28. علي أحمد سلامة. (2009). *السمنة في الميزان*. الاردن: مكتبة الطالب الجامعي ، ط1.
29. علي البيك، عماد الدين أبوزيد، و محمد أحمد عبده . (2009). *سلسلة الاتجاهات الحديثة في التدريب الرياضي "نظريات – تطبيقات) التمثيل الغذائي ونظم الطاقة اللاهوائية والهوائية ، الجزء الاول*. الأسكندرية: منشأة المعارف.

30. غوثي مزوز. (2014). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لدى ممارسي الأنشطة البدنية الرياضية من تلاميذ المرحلة الثانوية. الجزائر: رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد التربية البدنية والرياضية ، جامعة عبد الحميد بن باديس _ مستغانم.
31. فاطمة الزهراء اليازدي، و شاکر أمير بوريجي. (2013). الإصابة بالسمنة وإدراك الضغوط النفسية. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 10.
32. فاطمة الزهراء مرياح . (2012). سوء التغذية لدى المتعلمين وعلاقته بالتحصيل الدراسي. الجزائر: رسالة ماجستير، جامعة وهران.
33. فاطمة جلابي. (2014). عرض حول اضطرابات الأكل عند الطفل و المراهق. الجزائر: قسم التربية الخاصة والتعليم المكيف، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
34. قادري الحاج. (2014). واقع الممارسة الرياضية في الطور الإبتدائي و أثرها على النمو النفسي الإجتماعي للتلاميذ. الجزائر: رسالة ماجستير في التربية البدنية والرياضية ، جامعة الجزائر.
35. كمال عبد الحميد ، أبو العلا عبدالفتاح ، و محمد السيد . (2009). *التغذية للرياضيين*. القاهرة: مركز الكتاب للنشر ، ط2.
36. محمد مرتاب. (2013). التغذية عند الرياضيين بين الاحتياجات الفعلية والمعتقدات الخاطئة. *مجلة أبحاث نفسية وتربوية ، العدد 6 ، مخبر التطبيقات النفسية والتربوية ، جامعة قسنطينة ، الجزائر*، 109-132.
37. مراد بلعدي. (2008). تأثير الوجبات السريعة على العادات الغذائية عند الشباب بمدينة قسنطينة. الجزائر: رسالة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة.
38. منظمة الصحة العالمية ، (مجموعة من الباحثين)؛. (2005). *الغذاء والتغذية*. بيروت: أكاديمية انترنشيونال للنشر والطباعة ، الطبعة2.
39. نادية صالح العمودي. (2015). *الوجبات السريعة بين الرفض والقبول*. الرياض: سلسلة مطبوعات التوعية ، كلية الاقتصاد المنزلي ، جامعة الملك عبد العزيز.

40. نسيمه بومعروف. (2014). تأثيرات النشاط البدني الرياضي في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، 8*، 140-125.

41. يوسف لازم كماش . (2013). *التغذية والنشاط الرياضي*. بغداد: دار دجلة ناشرون وموزعون.

المراجع الأجنبية :

42. Abdella, H., El Farssi, H., Broom, D., Hadden, D., & Dalton, C. (2019, February 12). Eating behaviours and food cravings; influence of age, sex, BMI and FTO genotype. *Nutrients, 11*(2), 377.

43. Al-Kandari, F., Vidal, V., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing & Health Sciences , 10*(1), 43-50.

44. Al-Qaoud, N., Prakash, P., & Jacob, S. (2007). Weight loss attempts among Kuwaiti adults attending the Central Medical Nutrition Clinic. *Medical Principles and Practice, 16*(4), 291-298.

45. Andrés, A., Oda-Montecinos, C., & Saldaña, C. (2017). Eating behaviors in a male and female community sample: psychometric properties of the DEBQ. *Terapia Psicológica, 35*(2), 153-164.

46. Arazi , H., & Hosseini , R. (2012). A Comparison of Nutritional Knowledge and Food Habits of Collegiate and Non-Collegiate Athletes. *SportLogia, e-ISSN 1986-6119, 8*(2), 100-107.

47. Athisayaraj, S. A. (2017). Importance of Sports Nutrition and Understanding Metabolism Process in Sports Activities. *A Multi - Disciplinary Refereed Journal, OUTREACH Vol. X - Special*(1), 1-7.

48. Bailly, N., Maitre, I., Amand, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite, 59*(3), 853-858.
49. Barrada, J. R., Van Strien, T., & Cebolla, A. (2016). Internal structure and measurement invariance of the Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) in a (nearly) representative Dutch community sample. *European Eating Disorders Review, 24*(6), 503-509.
50. Bénard, M., Bellisle, F., Etilé, F., Reach, G., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., & Péneau, S. (2018). Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*(1), 84.
51. Bozan, N., Bas, M., & Asci, H. (2011). Bozan, Nuray, Murat Bas, and F. Hulya Asci. "Psychometric properties of Turkish version of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). A preliminary results. *Appetite, 56*(3), 564-566.
52. Braet, C., Claus, L., Goossens, L., Moens, E., Van Vlierberghe, L., & Soetens, B. (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of health psychology, 13*(6), 733-743.
53. Brunault, P, Rabemampianina, I, Apfeldorfer, G, Ballon, N, Couet, C, Réveillère, C, . . . El-Hage, W. (2015). The Dutch Eating Behavior Questionnaire: Further psychometric validation and clinical implications of the French version in normal weight and obese persons. *La Presse Médicale, 44*(12), 363-372.

54. Cebolla, A, Barrada, J. R, Van Strien, T, Oliver, E, & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64.
55. Clemo, M. P. (2014, February). The Relationship between Nutrition Knowledge and Performance Measures in British Collegiate American Football Athletes. Hatfield, United British Kingdom, London: the University of Hertfordshire in partial fulfilment of the requirements of the degree of MSc by Research.
56. Croft, J. B, Strogatz, D. S, James, S. A, Keenan, N. L, Ammerman, A. S, Malarcher, A. M, & Haines, P. S. (1992). Socioeconomic and behavioral correlates of body mass index in black adults: the Pitt County Study. *American Journal of Public Health*, 82(6), 821-826.
57. Croll, J. K, Neumark-Sztainer, D, Story, M, Wall, M, Perry, C, & Harnack, L. (2006). Adolescents involved in weight-related and power team sports have better eating patterns and nutrient intakes than non- sport-involved adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(5), 709-717.
58. Dakanalis, A, Zanetti, M. A, Clerici, M, Madeddu, F, Riva, G, & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, 71, 187-195.
59. de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J.-M., Karlsson, J., . . . (FLVS) Study Group. (2004, September 1). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 Is Able to Distinguish among Different Eating Patterns in a General Population. *The Journal of Nutrition*, 134(9), 2372–2380.

- 60.Domoff, S. (2015). Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). *Springer, Singapore*.
- 61.Dutton, E., & Dovey, T. (2016, December 1). Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) among Maltese women. *Appetite, 107*, 9-14.
- 62.Evers, S. (1987). Economic and social factors associated with obesity in adult Canadians. *Nutrition Research , 7(1)*, 3-13.
- 63.Fossati, M, Amati, F, Painot, D, Reiner, M, Haenni, C, & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia. Eating and weight disorders, 9(2)*, 134-138.
- 64.French, S., Jeffery, R., & Wing, R. (1994). Food intake and physical activity: A comparison of three measures of dieting. *Addictive Behaviors, 19(4)*, 401-409.
- 65.Herman, P., & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: the sensory-normative distinction. *Physiology & Behavior, 94(5)*, 722-728.
- 66.Hirsch, O., Kluckner, V., Brandt, S., Moss, A., Weck , M., Florath, I., . . . Christiansen , H. (2014, August). restrained and external-emotional eating patterns in young overweight children—results of the Ulm Birth Cohort Study. *PloS one, 9(8)*.
- 67.Khanam, S., & Costarelli, V. (2008). Attitudes towards health and exercise of overweight women. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 128(1)*, 26-30.

- 68.Kline, P. (1993). *The Handbook of Psychological Testing*. London, UK: Routledge.
- 69.Koenders, P., & van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *53(11)*, 1287-1293.
- 70.Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, *53(1)*, 131-134.
- 71.Konttinen, H., Silventoinen, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Männistö, S., & Haukkala, A. (2010, September 22). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *92(5)*.
- 72.Lesdéma, A., Fromentin, G., Daudin, J.-J., Arlotti, A., Vinoy, S., Tome, D., & Marsset-Baglieri, A. (2012). Characterization of the Three-Factor Eating Questionnaire scores of a young French cohort. *Appetite*, *59(2)*, 385-390.
- 73.Muharrani, N. P., Achmad, E. K., & Sudiart, T. (2017). Effects of Restrained, External, and Emotional Eating Styles on Weight Gain Among Female Students at Faculty of Public Health, Universitas Indonesia. *The 1st International Conference on Global Health* (pp. 8-17). KnE Life Sciences.

74. Mustila, T., Keskinen, P., & Luoto, R. (2012). Behavioral counseling to prevent childhood obesity—study protocol of a pragmatic trial in maternity and child health care. *BMC pediatrics*, *12*(1), 93 -99.
75. Nagl, M., Hilbert, A., de Zwaan, M., Braehler, E., & Kersting, A. (2016, September 22). The German version of the Dutch eating behavior questionnaire: psychometric properties, measurement invariance, and population-based norms. *PloS one*, *11*(9), 1-15.
76. Nunnally, J.C. (1987). *Psychometric Theory, 2nd ed.*; McGraw-Hill: NY, USA,; McGraw-Hill: New York, 2nd ed.
77. Ouwens, M. A., Cebolla, A., & Van Strien, T. (2012). Eating style, television viewing and snacking in pre-adolescent children. *Nutricion hospitalaria*, *27*(4), 1072-1078.
78. Owen, L., & Corfe, B. (2017, July 14). The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing. *Proceedings of the Nutrition Society*, *76*(4), 425-426.
79. Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S. (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *The American journal of clinical nutrition*, *97*(6), 1307-1313.
80. Phares V, Steinberg AR, & Thompson JK. (2004). Gender differences in peer and parental influences: body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children. *J Youth Adolescence*, *33*(5), 421–429.
81. Pothos, E., Tapper, K., & Calitri, R. (2009). Cognitive and behavioral correlates of BMI among male and female undergraduate students. *Appetite*, *52*(3), 797-800.

82. Purcell, L. K., Canadian Paediatric Society, & Paediatric Sports and Exercise Medicine Section. (2013). Sport nutrition for young athletes. *Paediatrics & child health, 18(4)*, 200-202.
83. Ricciardelli LA, McCabe MP, & Banfield S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends and the media. *J Psychosom Res, 49(3)*, 189-197.
84. Rissanen, A. M., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., & Aromaa, A. (1991). Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. *European journal of clinical nutrition, 45(9)*, 419-430.
85. Ross, C. (1994). Overweight and depression. *Journal of health and social behavior, 35*, 63-79.
86. Saade, S., Hallit, S., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., . . . Obeid, S. (2019). Factors associated with restrained eating and validation of the Arabic version of the restrained eating scale among an adult representative sample of the Lebanese population: a cross-sectional study. *Journal of eating disorders, 7(1)*, 24.
87. Serour, M., Alqhenaei, H., Al-Saqabi, S., Mustafa, A.-R., & Ben-Nakhi, A. (2007). Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *British Journal of General Practice, 57(537)*, 291-295.
88. Shah, M., Jeffrey, R. W., Hannan, P. J., & Onstad, L. (1989). Relationship between socio-demographic and behaviour variables, and body mass index in a population with high-normal blood pressure: Hypertension Prevention Trial. *European Journal of Clinical Nutrition, 43(9)*, 583-596.
89. Silveira, J., Capurro, G., Paz Saumann, M., & Slachevsky, A. (2013). Problematic eating behaviors and nutritional status in 7 to 12 year-

- old Chilean children. *International journal of clinical and health psychology*. 13(1), 32-39.
- 90.Snoek, H., Engels, R., van Strien, T., & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, 87, 81-87.
- 91.Snoek, H., Van Strien, T., Janssens, J., & Engels, R. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23-32.
- 92.Stahre, L, & Hallstrom, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 51-58.
- 93.Sung, J., Lee, k., & Song, Y.-M. (2009). Relationship of eating behavior to long-term weight change and body mass index: the Healthy Twin study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(2-3), e98-e105.
- 94.Sygit, K. (2016). Principles of Nutrition in Sports Training and Health Training,. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie Kultura Fizyczna*, 15(4), 157-167.
- 95.Trakman, G. L, Forsyth, A, Hoye, R, & Belski, R. (2018, April 19). Development and validation of a brief general and sports nutrition knowledge questionnaire and assessment of athletes' nutrition knowledge. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 15(1), 1-8.

96. van Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18: 35, 1-8. doi:10.1007 / s11892-018-1000-x
97. Van Strien, T., Herman, P., & Verheijden, M. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52(2), 380-387..
98. van Strien, T., Herman, P., & Verheijden, M. (2012, December). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 59(3), 782-789.
99. Wilfley, D., Kolko, R., , & Kass, A. (2011). Cognitive-behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* , 20(2), 271-285.

المرفقات

مرفق 1 استمارة الاستبيان في صورتها الأولية

مرفق 2 استمارة الاستبيان في صورتها النهائية