

فاعلية برنامج تعديل السلوكيات الغذائية للمراهقين

The Effectiveness of Adolescent Eat Behavior Modification Program

مزوز بركو

ليلى درياس*

مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي جامعة باتنة1 الجزائر

mazouz_fouz@yahoo.fr

driasaadileila@gmail.com

تاريخ القبول : 2022/3/19

تاريخ الاستلام: 2022/2/09

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على فعالية برنامج تعديل السلوك الغذائي القائم على المقاربة المعرفية و المطبق على عينة من 15 مراهق ذو مستوى جامعي و ثانوي ، تراوحت أعمارهم من 14 إلى 21 سنة ، طبق عليهم استبيان السلوك الغذائي المصمم من طرف الباحثين قبل وبعد الاستفادة من البرنامج.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات القبلية و البعدية للسلوك الغذائي ، كما أظهر البرنامج أثرا قدره 67% في تحسين الس لوك الغذائي و بين حساب مؤشرات ثبات التغيير للمشاركين في البرنامج بعد تحديد نقطة القطع أن 09 من المشاركين تحسنت سلوكياتهم حيث لم يعودوا بحاجة لأي تدخل إرشادي أو تربوي في حين أن الباقي بالرغم من تحسن درجات سلوكياتهم الغذائية في القياس البعدي إلا أنهم مازالوا بحاجة للمزيد من التدخل التربوي و بهذا حقق البرنامج أثرا ذو دلالة إكلينيكية في تعديل السلوك الغذائي.

الكلمات المفتاحية:

المراهقين : السلوك الغذائي الصحي : برنامج تعديل السلوك الغذائي: الدلالة الإكلينيكية لجاكوبسون ترواكس JT.

Abstract:

The current study aimed to identify the effectiveness of Eat Behavior Modification Program which based on cognitive approach in enhancing the eat behavior .the program was applied to 15 university and secondary adolescent , The ages ranged between (14-21) years ,and a healthy nutrition behavior questionnaires validated by the researcher, was used . The study's results showed a statistically significant differences in health eating behavior ,the training program showed an impact by 67.7% in enhancing healthy eating behavior , from the use of the JT method, the effectiveness of the program's use was verified, considering the statistical significance found in the pre-test for the post-test and The results of the Reliability change index (RCI) and the cut-off, the nutrition behavior of 09 participants has improved without the further need of counseling or guidance , as for the rest , they are still in need of intervention despite their nutritional improvement.

Keywords :

Adolescent; healthy eat behavior; Eat Behavior Modification Program ; clinical significance Jacobson –Truax method .

مقدمة:

منذ التسعينات كان موضوع صحة الأطفال و المراهقين موضوع دراسات وبائية كثيرة خاصة في الدول المتقدمة ، و يعتبر التغير في أسباب الوفيات لدى هذه الفئة خاصة المراهقين من الدواعي الحيوية لهذه الدراسات ، حيث أنه من 5 إلى 10% من الوفيات تتسبب فيها إعاقات (موروثة من مرحلة الطفولة أو خلال مرحلة المراهقة) أو الأمراض المزمنة (Nicolas.Zadanowicz,2001,11)، و لما كان أسلوب الحياة و السلوكيات الصحية الممارسة من المسببات الرئيسة للأمراض المزمنة و بعض الإعاقات ، اقترنت دراسة صحة هذه الفئة بتحديد و تقييم سلوكياتها الصحية باعتبارها محددات أساسية للصحة كما سبق الإشارة إليه ، و تضم هذه المحددات جملة من السلوكيات نذكر منها ما يتعلق بالأمن و السلامة (أثناء القيادة أو ممارسة أي نشاط آخر)، الجنس ، اعتماد المواد المخدرة ، تعاطي التبغ و الكحول و الغذاء ، هذا الأخير من السلوكيات التي لازالت تنال نصيبا هاما من الدراسات على غرار باقي السلوكيات ، خاصة في ظل حالة التحول الغذائي (Nutritional Transition) التي أصبح العالم يعاني منها و التي بدأت بوادر أثارها السلبية تظهر بشدة خاصة لدى فئة الشباب و هذا نظرا للارتباط القوي بين نوعية ، كمية ، و تيرة و كيفية ما يتناوله الطفل و المراهق و حالته الصحية ، حيث تعتبر التغذية من أهم العوامل المشكلة لنمط حياتهم ، و التي تسهم في شعورهم بحسن الحال.

تعتبر الجزائر من الدول التي تتميز بخريطة سكانية يافعة جدا ، حيث تشكل نسبة الشباب ما يناهز ثلثي المجتمع و هو ما يحتم الحفاظ على هذه الثروة البشرية عن طريق الحفاظ على مستويات جيدة من الصحة لهذه الفئة ، من خلال تحقيق جملة من الشروط على غرار توفير اللقاحات الأساسية للحماية من الأمراض الوراثية و الوبائية ، و توفير كل الإمكانيات الخاصة بالمتابعة الصحية على مستوى الهياكل الصحية المتوفرة على اختلاف أنواعها و بالطبع الحرص على توفير مستوى جيد من الأمن الغذائي سواء من حيث الكمية أو النوعية ، هذه الأخيرة يتطلب تجسيدها تظافر جهود القطاعات السياسية ، الاقتصادية ، الصحية و بالطبع العلمية من خلال البحث العلمي الذي يبحث في المتغيرات ذات الصلة بالموضوع و التي تمس هذه العينة . إن استغلال نتائج الأبحاث العلمية تصبح بالضرورة بمكان للحفاظ على الثروة الصحية للشباب، و لعل التعليم من القنوات الرئيسية بعد الأسرة التي يمكن من خلالها تمرير التعليمات ، التوجيهات و الإرشادات أو بشكل أعم السياسات الصحية التغذوية .

لكن للأسف الجزائر من الدول التي تعاملت مع هذا الموضوع بشكل محتشم حيث اقتصر تدخلاتها على بعض النصوص التعليمية في المناهج الدراسية خاصة الابتدائية ، وبعض ما نجده على مستوى الأعمال البحثية الجامعية -الأكاديمية - التي عادة لا يتم استغلالها أو تجسيدها على أرض الواقع وحتى في أحسن الأحوال التي يتم فيها تطبيق هذه البرامج لا تحظى بالمتابعة والتقييم العلميين الدقيقين لمدى فعاليتها على الفئات المستهدفة . ولهذا السبب و من خلال هذه الورقة البحثية سنحاول الوقوف على ماهية وطبيعة المعارف الغذائية التي يمكن أن يتضمنها برنامج لتعديل السلوك الغذائي لدى المراهقين ، و ما مدى فعالية برنامج تعديل السلوك الغذائي المقترح في تحسين السلوكيات الغذائية لدى عينة من المراهقين .

وبهذا يمكن تلخيص أهداف الدراسة الحالية الى :

✓ بناء برنامج لتعديل السلوك الغذائي للمراهقين.

✓ تطبيق البرنامج على عينة من المراهقين.

✓ التأكد من فعالية البرنامج .

كما مكنت الدراسة الباحثين من الاحتكاك بفئة المراهقين والتفاعل معهم خلال البرنامج التدريبي لتعديل السلوك الغذائي وهو ما سيفسح المجال لتنقيح البرنامج وتطويره لاحقا بالإضافة إلى توظيف أساليب حساب حجم الأثر والدلالة الإكلينيكية لتقييم عملية التدخل التي يوفرها البرنامج.

1. اشكالية الدراسة :

سنبدأ بطرح سؤال أعتقد أنه مهم ويسبق التساؤل عن السلوك الغذائي الصحي وهو ماذا يعني الغذاء الصحي بالنسبة لنا ؟ يعتقد Aress وزملاؤه (2016) كما ورد في (Mariya.v,2017,16,5) أن الغذاء الصحي يرتبط بجوانب مختلفة من الصحة ،ليس فقط الجسدية (الأمراض) ولكن بالجوانب الاجتماعية ،الروحية ،الثقافية والانفعالية و بحسن الحال ،فعندما يختار الأفراد تناول غذاء صحي فان قراراتهم لا تركز حصريا على الإجابة عن ماذا سنأكل لكنها تثير انشغالات أخرى عن كيف ، متى ، كم ومع من سنأكل .

يبدوا مما سبق وكأن الأفراد قد وضعوا ضمريا توجها نظريا حول مفهومهم للغذاء الصحي يحوي شقين أساسيين :الأول يتعلق بخصائص الغذاء الصحي (ماذا نأكل) والثاني يتعلق بالأنماط أو الأساليب أو الطرق التي نأكل بها (كيف نأكل) ؟

من خلال الاطلاع على التراث العلمي حول موضوع الغذاء نجد أن أغلب الدراسات ركزت على الشق الأول بامتياز لتجيب عن سؤال جوهري هو ما الذي يجعل هذا الغذاء مفيد أو مضر بالصحة ؟ متجاهلة سؤالاً مهماً هو تمثلاث ، اعتقادات و تقييمات الأفراد ليس فقط حول طبيعة الغذاء الصحي كمثير توفره البيئة بل وحول أنماط الممارسات الغذائية المفيدة أو المضرة بالصحة كاستجابة سلوكية ، معرفية و انفعالية لهذا المثير أو بعبارة أبسط كيف يجب أن نتناول الغذاء.

ولتدارك هذه الفجوة يجب الوقوف مبدئياً على مؤشرات بغاية الأهمية وهي : أفكار أو معتقدات الأفراد حول خصائص الغذاء الصحي ، و أفكارهم و معتقداتهم حول خصائص السلوك الغذائي الصحي

بالنسبة للمؤشر الأول القائم على اتخاذ قرار حول ما هو مفيد أو مضر للصحة من أغذية فهو يخضع لعدد كبير من العوامل ، فالأفراد يميلون لاستعمال اختصارات معرفية لتصنيف الجيد و المضر للصحة من جملة الأغذية المتوفرة ، فالأسيويين مثلاً يصنفون الأغذية إلى حارة و باردة في حين يصنفها البريطانيون بسهولة الهضم و صعوبة الهضم ، وهو ما يتبناه الأسيويين فنجدهم يتجنبون الأغذية المشوية لأنها حسيم صعبة الهضم و على العكس من ذلك يعتقد الغربيون أن الأغذية المشوية مفيدة جداً للصحة . في بعض الحالات يقترن الغذاء الجيد بخاصية الطبيعي في مقابل المصنع أو يفضل البعض الطبيعي في حين يعتقد أن الغذاء المصنع خاصة المبستر آمن لأن نسبة تلوثه ضئيلة جداً ، وفي حالات أخرى يميل الأفراد إلى الأغذية قليلة الدسم والملح و السكر في مقابل كثيرة الدسمة ، المالحه و الحلوة كمحك آخر لاتخاذ القرار بشأن الغذاء الصحي ، كما يتجه الأفراد كذلك لتصنيف العقائدي القائم عن المباح (الحلال المسموح) و المحضور (المحرم المرفوض) ، كما تشكل بعض فترات الحياة محكاً آخر لتحديد الغذاء الصحي أو غير الصحي كفترات الحمل و الرضاعة عند المرأة ، أين تتحول بعض الأغذية التي كانت من قبل صحية إلى مضرة كبعض الهارات القوية أو القهوة و الشاي و الأمر سيان عندما يتعلق الأمر بالمستوى الصحي لبعض الأفراد فيصبح مثلاً تناول الأغذية الغنية بالألياف رغم كونها مفيدة للصحة مضرة جداً لمن يعاني من مرض كرون .

ما سبق نجد أن اعتماد تصنيف للأغذية الصحية بالصعوبة بمكان لاعتبارات مختلفة ، و هي تتباين من مجتمع لأخر ومن فرد لأخر ومن فترة عمرية لأخرى .

أما بالنسبة للمؤشر الثاني الذي تشكله الطريقة ، الوقت ، الوتيرة ... التي نأكل بها فتعتقد الباحثين من خلال قراءاتهم إلى غياب تحديد نظري أو على الأقل نموذج نظري لنمط السلوك الغذائي الصحي وما يبرر ذلك هو التباين في المحكات التي يتبناها كل مجتمع في تحديد طبيعة هذه السلوكيات ، فالمجتمع الفرنسي مثلا يربطها بالسعرات الحرارية المتوازنة و استساغة الطعام ، في حين يعتقد الأمريكي أن السلوك الغذائي الصحي يجب أن يعتمد على تنظيم تناول الوجبات و عدم تجاوز أي واحدة خاصة وجبة الفطور مع أهمية غناها بالبروتينات الحيوانية ، أما البريطانيون فيؤكدون على ضرورة الجلوس عند الأكل و الانتظام في تناول الوجبات أما الأتراك فيركزون على عدم تناول الأكل في ساعات الليل المتأخرة و احترام مواقيت الوجبات و عدم تجاوز الوجبة الصباحية ، في حين أن اليابانيين يصرون على الاستمتاع بالوجبات الخفيفة و عدم الأكل في المساء (Mariya V,2017,18-21)، أما المجتمعات المسلمة فنجد أن التعاليم الدينية وفرت المحكات المحددة لما هو الصالح للصحة من سلوكيات غذائية كالاعتدال في كمية ما نتناوله ، الجلوس و تصغير اللقمة ، تجنب التخمرة و النظافة و غيرها ، و بهذا يصبح على غرار تحديد الغذاء الصحي ، تحديد السلوك الغذائي الصحي أمرا صعبا يتطلب أولا نتائج علمية موثوقة عن جملة الأنظمة الغذائية المفيدة للصحة و ثانيا توظيف تدخلات عملية لتوطين تلك النتائج في الذهنيات .

إذا مجرد توفر الغذاء ليس كافيا للارتقاء بالصحة و الحفاظ عليها ما لم يكن مرتكزا مفصليا للممارسات صحية تقود الأفراد إلى :

-تحقيق تغذية متوازنة تتيح الفرصة للحصول على جميع العناصر الغذائية الضرورية للجسم و التي توفرها مواد غذائية متنوعة ، و من هنا يصبح سلوك التنوع و التكامل بين مختلف العناصر الغذائية أثناء الوجبات سلوكا صحيا بامتياز .

-الحفاظ على سلامة الغذاء من التلوث بمراعاة سلوكيات السلامة و النظافة بدءا من اقتناء الغذاء (اختيار الأقل تلوثا بالمبيدات ، و الذي يحتوي اقل نسبة من المواد الحافظة و الملونات و النكهات الصناعية ...) إلى تحضيره (تفادي أواني الطهي المتأكسدة ، اعتماد الطهي على

البخار بدل القلي في الزيوت...الخ) وأخيرا وصولا إلى تناوله (الحرص على نظافة الأيدي و الفم و مكان و أدوات تقديم الطعام...الخ).

-الحرص على أن يتحقق من خلال ممارسة مختلف السلوكيات الغذائية الوظائف الاجتماعية ، الانفعالية و الرمزية التي تجعل منها خبرة يومية مدعمة للصحة الجسمية ، النفسية و الاجتماعية .

-رفع مستوى الوعي الصحي بانتهاج سلوك البحث المعرفي الذاتي المستمر حول كل ما يتعلق بالتغذية و الصحة .

محددات السلوك الغذائي الصحي :

الوعي و الحدس كمحكات لتحديد السلوك الغذائي الصحي : يعتبر الوعي الغذائي محور أساسي من محاور الوعي الصحي و، هو ترجمة المعارف حول التغذية السليمة المتوازنة إلى سلوكيات غذائية صحية يومية. و بهذا فإن انخفاض الوعي الغذائي يؤثر سلبا على معدلات الحياة و مستويات الصحة ، إذ تشير الدراسات إلى أن 10 ملايين طفل في عمر أقل من 5 سنوات يموتون سنويا و أن سوء التغذية (الزيادة -النقصان) يتسبب في وفاة أكثر من نصفهم (Somiya.Gubti, 2014,199) قد تبرر المجاعات في الدول الفقيرة هذا الرقم إلى حد ما ، إلا أن الكثير من الدراسات ترجع معظم حالات سوء التغذية (المسببة للوفيات) إلى الجهل بأصول التغذية الصحيحة أولا ثم عدم تطبيقها حتى في أكثر البلدان تقدما، التي يعاني منها القليل من فقائها لضعف إمكاناتهم والغني فيها يعاني منها بسبب جهله أو تجاهله بالأسلوب الوقائي والصحي في الغذاء: أي بسبب ضعف أو انعدام وعيه الغذائي.

يعتبر الاعتماد على مفهوم الوعي أو الحدس في التغذية من المقاربات الحديثة لدراسة السلوك الغذائي لدى الإنسان و التي تعتمد على مؤشرات الجوع و الشبع و الانفعالات المصاحبة أكثر من المثيرات البيئية (التعليمية مثلا) المؤثرة في التغذية كسلوك حيوي ، ففي الوقت الذي يتحكم الوعي و القصد في اختيار الطعام كاستجابة صحية مثلى لمطلب بيولوجي هو الحصول الغذاء و تحقيق للمتعة الحسية و النفسية و الجسمية من خلال: حسن اختيار العناصر الغذائية و انسب الأوقات لتناولها ، غياب الإفراط و الاعتدال في الحصول على الطعام ، الأكل ببطء..الخ وهو ما يصطلح عليه بالتغذية الواعية ، يظهر السلوك الغذائي الحدسي كسلوك لا مشروط في اختيار الغذاء أو طريقة ووقت تناوله أو

كميته ونوعه ، و الذي لا يحكمه سوى إشارات الجوع والشبع و تلبية فورية مستعجلة لحاجة الأفراد للاستمتاع ، خفض القلق أو كاستجابة مرضية (خاصة في اضطراب الشراهة العصبية أو نوبة الأكل...الخ).

بغض النظر عن الآثار الصحية المترتبة عن هذا السلوك، يتأثر كلا النمطين بالحالة النفسية(كالانفعالات) ،الوضعية الفسيولوجية (عصبية كانت أو هرمونية ،مراكز الجوع و الشبع و التذوق)، النسق الثقافي البيئي (كالعادات و التقاليد الغذائية) والمستوى المعرفي(كطبيعة إدراك القيم الصحية المرتبطة بالغذاء (Karine ,G,2013,26-28)

يندرج النمط الأول من السلوك الغذائي ضمن السلوكيات الصحية الايجابية وهو ما تؤكدته الكثير من الدراسات :فلقد توصل Framson(2009) وزملاؤه في دراسة على عينة مكونة من 303 فرد تتراوح أعمارهم بين 18 و 80 سنة إلى وجود علاقة عكسية بين سلوك التغذية الواعية ومؤشر كتلة الجسم وهو ما يدل على أن هذا النوع من السلوك الغذائي يدعم الصحة بشكل ايجابي .(Framson, C ,and coll,2009 ,1439) ، أما النمط الثاني فيقع على الطرف السلبي للسلوكيات الصحية و نضرب مثال على ذلك من خلال طبيعة الأخذ الغذائي غير الصحي (المعتمد على ما توفره مطاعم الأكل السريع) الذي يميز ما يتناوله طلبة الجامعات أثناء الدراسة أو العمال أثناء الدوام ، وهو النمط الذي يتناول فيه الأفراد ما يناهز كوبين من السكر المكرر يوميا (Melissa N Laska,2014,2136)

العادات والمعتقدات الثقافية كمحكات لتحديد السلوك الغذائي الصحي : العادات الغذائية تعبير عن مظاهر السلوك الجمعي المتكرر في إعداد و تناول الطعام وهي تعتمد على مزيج من العوامل النفسية ،الاجتماعية و الاقتصادية و تختلف من حيث انتشارها فمنها خاص يسود مناطق معينة أو مجموعات معينة و بعضها يسود المجتمع ب كله و لقد عرفها Dean و Bogs بأنها الطرق المتبعة في اختيار و تناول و استعمال الأغذية المتوفرة وهي اشمل جميع عادات إنتاج الغذاء ، تخزينه ، تصنيعه و تناوله.(عبد الرحمن مصيقر، 69، 2004)

و تعرف Mead (1945) العادات الغذائية بأنها خيارات الأفراد و الجماعات ، كاستجابة للضغوط الاجتماعية ، الثقافية لأجل الانتقاء ، الاستهلاك و الاستغلال الجزئي للمصادر الغذائية المتوفرة .(Igor De Garine, 1988, 30) . ينطوي هذا التعريف على إشارة واضحة عن الارتباط الوثيق بين العادة الغذائية و الاعتقاد السائد حول مدى أهمية تلك العادة في

حياة الأفراد من النواحي الدينية ، الاقتصادية ، الاجتماعية وبالطبع الصحية ، ولعلنا نجد في ما تقدمه دراسات أنثروبولوجيا الغذاء إجابات واقعية عن طبيعة العلاقات التبادلية بين عناصر الثقافة المادية المرتبطة بالغذاء كطرق الإنتاج ، الحفظ ، التخزين ، الاستهلاك .. الخ والعناصر غير المادية (المعنوية) المرتبطة بالتنظيم الاجتماعي المسئول في غالب الوقت عن خياراتنا ، تفضيلاتنا واستبعاداتنا (احجاماتنا) الغذائية، بكل ما يحتويه من معتقدات دينية (أغذية طقوسية)، جمالية (للتسمين والتحفيف والمحافظة على الشباب... الخ) ، علاجية (للإخصاب مثلا) ، وتقوم الأسرة باعتبارها نواة المجتمع بتربية الطفل وتعريفه بالعادات والسلوكيات الغذائية الممارسة مشكلة بهذا اتجاهاته المرتبطة بالغذاء بما يتفق مع ما يعرف بالعرف الغذائي وهو جملة الآداب الغذائية السائدة في المجتمع .

ولما كانت التغذية وما يرتبط بها من سلوكيات حاجة لا تتوقف عن الإلحاح على الشخص ، فإنها أخذت مغزى اجتماعي ورمزي ، كما أنها شكلت قنوات للتواصل وأصبحت وسيلة لإنشاء الارتباطات والالتزامات وممارسة التأثيرات عليه (أي الفرد) كوحدة بيولوجية ، نفسية و اجتماعية .(دراس ليلى ، 2018،4) ، ومما لا شك فيه أن لكل مجتمع عادات في طريقة تناول الطعام فمنها ما يتعلق بطريقة الجلوس ، ومنها ما يتعلق بالفئات الجنسية التي تتناول الوجبة الغذائية مع بعضها ومنها ما يتعلق بالكلام أثناء الأكل ، والتي قد يكون للدين ، البيئة أو التاريخ دور فيها(أحمد عمارة ، 2015) ، لكنها في الأخير تشكل النمط الغذائي للأفراد ، ففقر وجبة الإفطار الموروثة من النظام الغذائي الفرنسي لدى الجزائريين على سبيل المثال تشكل أحد ملامح الحالة الغذائية للمجتمع الجزائري ، وعادة تقسيم الغذاء إلى قسمين الأفضل للذكور والأقل للإناث ساهمت بشكل واسع في عدم حصول إناث المجتمعات العربية على احتياجاتهن من العناصر الغذائية الضرورية .

بالرغم من تنوع المحددات واختلاف تصنيفاتها إلا أنه لن تغير من كون هذا السلوك موجه لضمان حسن الحال (Bien être) والراحة الجسمية، النفسية والاجتماعية للأفراد ، وهو ما ينسجم تماما مع تصور منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة وبهذا يمكن الجزم بأنه لا وجود لسلوك غذائي مرضي أو غير صحي ما لم تكن نتائجه مضرّة بالصحة . (Patricia ,F.G and Edouard,G,2012) .

تعتبر فئة الشباب من أطفال ومراهقين من الشرائح التي يمكن وصفها بالهشبة ، حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات الوبائية إلى ارتباط ما يتناولونه بمخاطر التعرض لعدد لا بأس به من الأمراض المزمنة كالسكري ، هشاشة العظام ، الاضطرابات النفسية و السرطانات المختلفة ، كما أنها ستساهم لا محال في تحديد ملامح صحتهم على المدى الطويل بما فيها الوقاية من الأمراض والتي تعتبر الإستراتيجية الأنجع في مجال مكافحة المرض قبل ، بعد و أثناء ظهوره (WHO, 2016).

كما سبق الإشارة إليه فان التغييرات السريعة وغير الصحية التي طالت طبيعة السلوكيات الغذائية الممارسة لدى هذه الفئة والتي تتسم في الأغلب بالإفراط في تناول الأغذية المشبعة بالدهون و المواد السكرية و النشوية ناهيك عن اضطراب وتيرة الأكل و تدني الأخذ الغذائي من العناصر والمغذيات الضرورية و المناسبة للمتطلبات النمائية لهذه المرحلة من الحياة بالموازاة مع ارتفاع المدخول من الطاقة ، أفرزت تداعيات خطيرة على الصحة النفسية (كاضطرابات التغذية بكل أنواعها ، تشوه صورة الجسم و انخفاض تقدير الذات و الاكتئاب ... الخ) و الجسمية (السمنة و كل ما يرتبط بها من أمراض مزمنة) و اجتماعية (العزلة الاجتماعية و ضعف التواصل بسبب عدم تحقق الوظيفة الرمزية للتغذية ... الخ) لدى هذه الفئة شديدة الحساسية .

وفي هذا الاتجاه تؤكد الدراسات المسحية للسلوكيات الغذائية التي قامت بها الدول - و لا تزال -كإجراء وقائي لمواجهة عامل الخطر المرتبط بالتغذية لدى مجتمعاتها بأن ما يتناوله الأطفال و المراهقين بعيدا كل البعد عن كونه من عوامل الحماية الصحية التي تطمح الدول والمنظمات العالمية التي تعنى بالصحة و الغذاء أن تصل لها ، فكنندا مثلا تؤكد أن نسبة التقيد بممارسة السلوكيات الغذائية الموصى بها ، لم تتجاوز لدى هذه الفئة نسبة 33% ، أما الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية فتؤكد أن أقل من 30% من فئة الأطفال و المراهقين يلتزمون ببعض التعليمات الغذائية الصحية و الباقي قد يتجاوز استهلاكهم للسكر كوين في اليوم و يتناولون وجبات سريعة مشبعة بالكربوهيدرات و الدهون على الأقل بمعدل خمس مرات في الأسبوع (Melissa N Laska, and all, 2014,1) ، ووفقاً لجمعية الصحة بالكلية الأمريكية (2006) ، كشفت دراسة أجريت عام 2004 أن 7.3٪ فقط من

المتمدرسين يتناولون خمس من الفواكه والخضروات يوميًا (Ameer D , 2009,145),
(Michael D. Basil & Debra Z. Basil

أما سويسرا فقد أعلنت على أن نسبة البدانة لدى فئة الشباب خاصة ما بين 15 و 24 سنة قد تضاعفت خلال العشرين سنة الماضية . (Jessica,Cannole ,2016,4)
أما المملكة البريطانية فقد أعلنت عن زيادة قدرها 49% في نسبة حالات الاستشفاء و الإقامة بالمستشفى للفئة بين 10 و 19 سنة بسبب اضطرابات الأكل المختلفة وهذا خلال 12 شهرا (جوان 2011-جوان 2012) (Knightsmith .P, J. and all,2013,1004)
و لقد دقت الولايات المتحدة الأمريكية ناقوس الخطر عندما تضاعف عدد الوصفات الطبية الموجهة لعلاج السكري من النوع الثاني لدى الشباب خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2005 و ارتفاع عدد البدناء من أطفال ومراهقين (2-19 سنة) بـ 19% خلال فترة زمنية وجيزة (إحصائيات Centers of disease control and prévention 2018) وكذا بسبب تزايد حالات الاكتئاب وتراجع القدرات المعرفية لذات الفئة و ارتباطها بشدة مع حالات تراجع الأخذ الغذائي من الأوميغا3 و الفيتامين أ و ب ، معلنة ضرورة تفعيل برامج الوقاية للحد من تفاقم الوضعية الغذائية السيئة التي يعاني منها الشباب الأمريكي و التي تنبأ بتداعيات خطيرة على صحة المجتمع الأمريكي في الأجل القريبة ، و تعتبر المحاضرة التي شهدها البيت الأبيض في أواخر سنة 1960 و التي ضمت مجموعة كبيرة من مختصي التغذية و الأطباء للحديث حول موضوع " التغذية ، المغذيات و الصحة " من أولى الخطوات العملية التي سلطت الضوء كما أشار إليه Marion Nestlet (أستاذ الصحة و التغذية بجامعة نيويورك) ليس فقط على نقص العناصر المغذية بل أثار السلوكيات الغذائية و طبيعة الأخذ الغذائي على صحة المجتمع بصفة عامة و صحة الفئة الشابة (أطفال و مراهقين) بصفة خاصة . (Amanda, K and all, 2012,12) ، و في هذا السياق انتهجت الكثير من الدول سياسة الترويج للبرامج التربوية الغذائية بهدف نشر التوعية الغذائية و بالتالي تعديل السلوكيات الغذائية بشكل مدعم للصحة .

على مستوى الجزائر مع كل أسف لم يحضى التعامل مع الموضوع بالجديّة اللازمة و بمراجعة الباحثين ما تم تقديمه من برامج و بالرغم من ثراء البرامج و تنوعها ، إلا أن دراسة فعاليتها و طبيعتها أثرتا اقتصرتا على أساليب إحصائية بسيطة لا تسمح بتحديد حجم الأثر الحقيقي الذي أحدثتها على مستوى العينات المستفيدة من التدخلات ، لهذا

السبب حاولت الباحثتان بعد تصميم برنامج مناسب لعينة الدراسة أن تقفا على دراسة هذه الجزئية المهمة جدا من خلال تقصي مدى صحة فرضية أن يكون للبرنامج أثرا فعليا في تعديل السلوكيات الغذائية لعينة المراهقين .

ولهذا الغرض تم إجراء الدراسة وفقا الخطوات التالية :

2-التحديد الاجرائي لمتغيرات الدراسة

1.2. السلوك الغذائي الصحي : ويقصد به جملة السلوكيات الغذائية المدعمة للصحة التي

يتبناها المراهق ويمارسها في حياته اليومية وإجرائيا هو كذلك الدرجة التي يحصل عليها المراهق

في استبيان السلوكيات الغذائية الصحية المعد من طرف الباحثين

2.2. برنامج تعديل السلوك الغذائي: ويقصد به مجموع اللقاءات التعليمية الموجهة للمراهقين و

التي تشكل التغذية الصحية موضوعها الأساسي .

3.2. المراهقين : ويقصد به كل من تراوح سنه من 13 إلى 21 سنة من الجنسين و قبل المشاركة

في برنامج تعديل السلوك الغذائي بشكل طوعي.

4.2.الدلالة الاكلينيكية لجاكوبسون وترواكس : ويقصد بها القيمة العملية أو التطبيقية أو

أهمية تأثير التدخل والذي يؤدي إلى فرق حقيقي في حياة العملاء وتقاس عن طريق حساب

مؤشر ثبات التغيير (RCI) الذي يساوي الفرق بين درجات القياس القبلي والبعدي مقسوما على

الخطأ المعياري للفرق وبعد ذلك تحدد درجات القطع ليصنف المريض مثلا في إحدى المجموعات

الأربع: (تعافى ، تحسن ، بدون تغيير ، تدهور) . (Jacobson, N. S., 2002)

3. اجراءات الدراسة :

1.3 الحدود المكانية:

تمت الدراسة على مستوى احد مراكز التدريب والاستشارات النفسية على مستوى مدينة باتنة و

الذي كان مجهزا بكل الوسائل التعليمية اللازمة لتنفيذ البرنامج.

2.3. الحدود الزمانية:

استغرقت الدراسة مدة ثلاث أشهر موزعين كمايلي : الشهر الأول الموافق لشهر مارس 2018 من

اجل جمع العينة و شهرين يوافقان أفريل و ماي 2018 لتنفيذ البرنامج ، بالإضافة إلى جلسة

دامت ساعتين ونصف خلال شهر سبتمبر 2018 تم خلالها جمع المشاركين من اجل القيام بعملية

تقييم من خلال : النقاش حول التطورات الحاصلة على مستوى السلوكيات الغذائية الممارسة و كذا من خلال تطبيق استبيان السلوكيات الغذائية (القياس البعدي).

3.3. الحدود البشرية :

شكل 15 مراهق (10 إناث و 5 ذكور) حدود الدراسة البشرية وتم انتقاؤهم خلال اليوم الدراسي حول الطفل و المرض المزمن و الذي انعقد يوم 06 مارس 2018 بجامعة العلوم الإسلامية بباتنة و الذي تدخلت فيه الباحثين بمداخلة بعنوان : الوظيفة الغذائية أولى محددات الصحة لدى الأطفال.

عملية الانتقاء خضعت للشروط التالية :

- ✓ السن : من 14 إلى 21 سنة.
- ✓ عدم المعاناة من مرض يعيق الوظيفة الغذائية .(عينة غير سريرية)
- ✓ الالتزام الطوعي بالمشاركة في البرنامج .
- ✓ موافقة الأولياء لمن هم اقل من 18 سنة .

4.3. منهج الدراسة :

تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي ، القائم على إخضاع عينة تجريبية واحدة لبرنامج تعديل السلوك الغذائي الصحي ثم القيام بقياس قبلي وبعدي للعينة لدراسة أثر البرنامج في تحسين الممارسة الغذائية .

5.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

استخدمت المتوسطات والانحرافات المعيارية ، اختبار كولموغوروف و شابيرو ويلك للتحقق من شرط الاعتدالية ، كما استخدم اختبارات للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فروق بين القياس القبلي و البعدي في متوسطات السلوكيات الغذائية الممارسة و كذا نسب الكسب للتعرف على حجم الأثر (فعالية البرنامج) و بالتالي مدى قبول البرنامج من عدمه و في الأخير الدلالة الإكلينيكية لجاكوبسون و ترواكس مع مؤشرات التغير (RCI) للتعرف على مدى التغير الحاصل على مستوى كل فرد من العينة .

6.3. الطريقة والأدوات :

1.6.3 أدوات الدراسة :

تمت الاستعانة باستبيان السلوكيات الغذائية الصحية المعد من طرف الباحثين . و المكون من 16 بند ، حيث يوافق كل بند ممارسة سلوك غذائي صحي ، تتم الإجابة عليه من خلال ثلاث بدائل : دائما و توافقها الدرجة 2 ، أحيانا و توافقها الدرجة 1 و نادرا

وتوافقه الدرجة 0 و بهذا يصبح كل من تحصل على 32 يتمتع بأقصى درجة من السلوكيات الغذائية الصحية. وتمتع الاستبيان بدرجة ثبات جيدة (ر: 0.834) وبقدرة تمييزية جيدة (ت: 24.77 عند 0.00) وباستقرار عبر الزمن (ر: 0.89) .

تم الاعتماد على وسائل مادية كأجهزة الحاسوب ، جهاز العرض (Data Show) ، مطبوعات ورقية ، صور فوتوغرافية .

2.6.3. برنامج تعديل السلوك الغذائي : وهو موضح في الجدول الموالي :

أ-الإطار النظري للبرنامج:يتبنى هذا البرنامج المبادئ المعرفية السلوكية بطرقها وفناتها
ب-الهدف العام من البرنامج:تحسين السلوكيات الغذائية الممارسة من طرف المراهقين.
ج-الأهداف الإجرائية:

-أن يتحصل المراهقين على معارف صحيحة ودقيقة حول ماهية الغذاء الصحي .
-أن يتحصل المراهقين على معارف صحيحة ودقيقة حول شروط الغذاء الصحي .
-أن يتحصل المراهقين على معارف صحيحة ودقيقة حول علاقة وتأثير الغذاء على الصحة الجسمية ، النفسية والاجتماعية .

-أن يتدرب على تحديد الوجبات الصحية من المكونات الغذائية المتوفرة.
-أن يتدرب على مراقبة ما ، كيف ، أين ، وكم يتناول من أطعمة صحية .
-أن يتدرب على مراقبة وزنه.

د-طبيعة البرنامج:جماعي وجلسات مغلقة.

هـ- عدد الجلسات: 16 جلسة

و- زمن الجلسة:90 دقيقة لكل جلسة.

ي-جلسات البرنامج:

-الجلسة الأولى:الجلسة الافتتاحية

الهدف:الألفة، جمع معطيات عن المشاركين ، اجراء القياس القبلي للسلوكيات الغذائية السائدة .
الانخراط في المجموعة،وتقليل إحساس العزلة/المشاركة.
التمارين:إعطاء واجب منزلي و يتمثل في قائمة بالمعلومات حول شروط التغذية السليمة و أهم المشكلات أو المعيقات التي تواجههم في تبني السلوكيات الغذائية الصحية

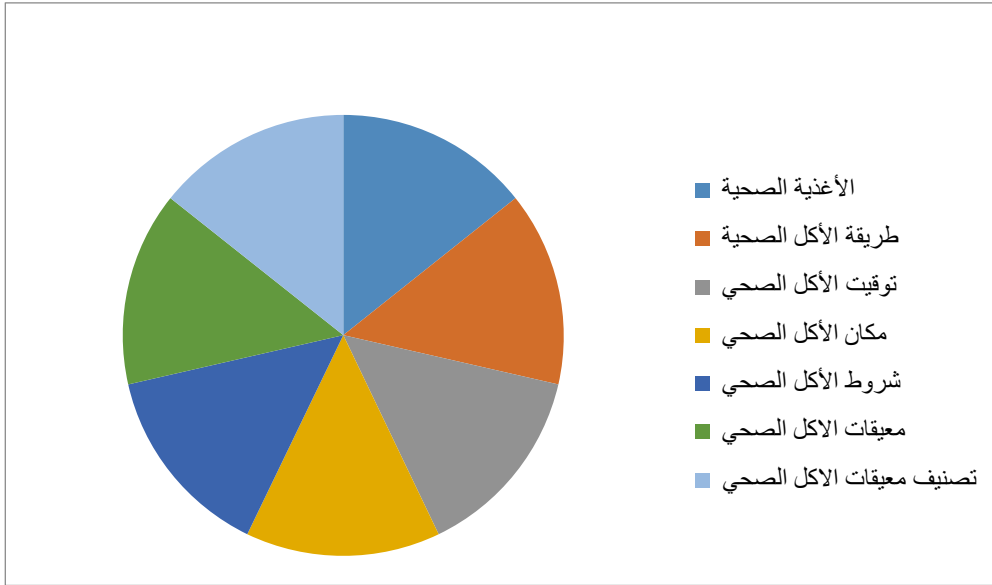
-الجلسة الثانية:

الهدف: الاتفاق على المعارف ، الممارسات والمشكلات المشتركة .

المحتوى : حصر المراهقين للمشكلات والمعارف والسلوكيات الممارسة في الحياة اليومية .

الوسيلة :

الشكل 01 : دائرة المعلومات .



التقنية التعليمية : البناء المعرفي : الشرح ، التوضيح (المدرّب) و التلخيص و الترتيب حسب الأهمية

-الجلسة الثالثة :

الهدف: تحديد محاور الجلسات .

المحتوى: العناصر المكونة للجلسات المتفق عليها .

الوسيلة: جداول المحتويات (اقتراح المواضيع والوسائل الممكنة)

التقنية التعليمية: المناقشة و الحوار

- الجلسات :4 إلى 16 ، و تحتوي على أربع محاور أساسية وهي :

أ- التغذية والصحة (3 جلسات)

ب- تنظيم استهلاك الغذاء :الأساليب الغذائية الصحية (4 جلسات)

ج- برنامج تعديل السلوك الغذائي : تغذية حكيمة و متوازنة (4 جلسات) .

د- تقييم المعارف الغذائية ووسائل تجاوز معيقات الممارسة الغذائية الصحية .(جلسة)

و تقوم كلها على أسلوب التعديل المعرفي و هي قابلة للتعديل من حيث التوزيع الزمني و المحتوى

حسب حاجات المستفيدين من البرنامج .

التقنية التعليمية : البناء المعرفي : الشرح ، التوضيح (المدرّب) و التلخيص و الترتيب حسب الأهمية
-الجلسة الثالثة :

الهدف: تحديد محاور الجلسات .

المحتوى: العناصر المكونة للجلسات المتفق عليها .

الوسيلة: جداول المحتويات (اقتراح المواضيع و الوسائل الممكنة)

التقنية التعليمية: المناقشة و الحوار

- الجلسات :4 إلى 16 ، و تحتوي على أربع محاور أساسية وهي :

أ- التغذية و الصحة (3 جلسات)

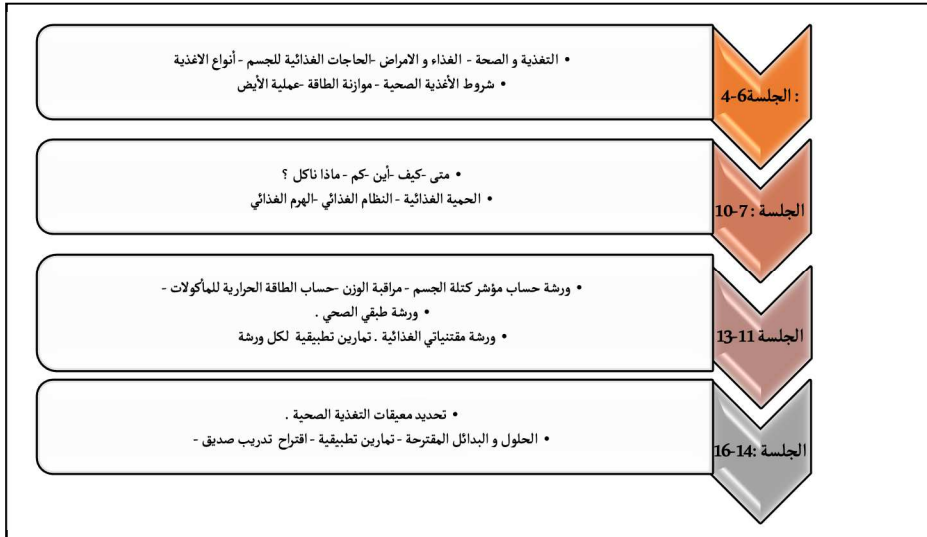
ب- تنظيم استهلاك الغذاء :الأساليب الغذائية الصحية (4 جلسات)

ج- برنامج تعديل السلوك الغذائي : تغذية حكيمة و متوازنة (4 جلسات) .

د- تقييم المعارف الغذائية ووسائل تجاوز معيقات الممارسة الغذائية الصحية .(جلسة)

و تقوم كلها على أسلوب التعديل المعرفي و هي قابلة للتعديل من حيث التوزيع الزمني و المحتوى حسب حاجات المستفيدين من البرنامج .

شكل رقم 02: توزيع و مضمون الجلسات



وتم استخدام الوسائل التالية بما يتناسب مع محتوى كل جلسة :
الجدول 01 : الوسائل المستخدمة في البرنامج

وسائل	الأدوات
العرض	الحاسوب-لوحات و هواتف ذكية
التعليم	مطبوعة تعليمية - يوتوب - الهرم الغذائي - فيديو تعليمي
التقييم	استبيان السلوك الغذائي الصحي -تمارين تطبيقية (التخطيط لوجبات صحية ، الموازنة الطاقوية للأغذية - المغذيات - المكونات الأساسية للغذاء -تصنيف الاغذية -.....الخ)

تم تطبيق البرنامج على العينة الموصوفة أدناه ، حيث كان متوسط السن 17.8 و مؤشر كتلة جسم 21.7

الجدول 02 : المتوسط والانحراف المعياري للسن و مؤشر كتلة الجسم

المتغير	السن	مؤشر كتلة الجسم BMI
المتوسط	17.8	21.7027
الانحراف المعياري	1.74	2.11699

جدول 03: توزيع العينة حسب الجنس و المستوى التعليمي

المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	10	66.7
	5	33.3
المستوى التعليمي المجموع	15	100.0
جامعي	09	60
ثانوي	06	40
المجموع	15	100

يظهر من خلال الجدولين أعلاه أن متوسط سن العينة هو 17.8 سنة بانحراف معياري 1.74 ، يتمتع أفراد العينة بمؤشر كتلة جسم طبيعي و قدر متوسطه 21.7 بانحراف معياري 2.11، كما أن النسبة الأكبر كانت للمشاركين كانت لطلبة الجامعة (60%) و للإناث (66.7%).

7.3. إجراءات التحقق من فرضية الدراسة :

جاءت فرضية الدراسة كما يلي : نتوقع أن يكون للبرنامج أثر في تعديل السلوكيات الغذائية للمراهقين المستفيدين من البرنامج ،ولفحص هذه الفرضية تم القيام بالخطوات التالية :

1.7.3. التحقق من شرط الاعتدالية لاستجابات العينة على استبيان السلوكيات الغذائية

الصحية في القياسين القبلي والبعدي:

ولهذا الغرض استخدم اختبار كولموغروف وشايرو وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول

رقم 04

جدول 04: نتائج اختبار الاعتدالية للسلوك الغذائي الصحي

Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			السلوك الغذائي الصحي
الدلالة	ddl	القيمة	الدلالة	ddl	القيمة	
.029	15	.866	.007	15	.260	القياس القبلي
.548	15	.951	.200*	15	.142	القياس البعدي

يظهر من الجدول أعلاه أن استجابات أفراد العينة تتبع التوزيع الطبيعي ، حيث كانت نتائج اختبار كل من كولموغروف وشايرو غير دالة ، وبهذا يكون قد تحقق شرط الاعتدالية وبالتالي يمكن القيام بالاختبارات الإحصائية المناسبة للتحقق من الفرضية .

2.7.3. استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات السلوكيات الغذائية الصحية لأفراد

العينة في القياسين القبلي والبعدي وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم 05:

جدول 05: المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات السلوك الغذائي للعينة في القياس القبلي والبعدي

الانحراف	المتوسط		ن	السلوك الغذائي
	الخطأ المعياري	المتوسط		
القيمة			القيمة	
3.38484	.87396	11.8	15	القياس القبلي
3.83219	.98947	25.4	15	القياس البعدي

نلاحظ من الجدول أن متوسط ممارسة السلوكيات الغذائية في القياس القبلي كان 11.8 بانحراف معياري 3.38 في حين أن متوسط ممارسة السلوكيات الغذائية في القياس البعدي كان 25.4 بانحراف معياري 3.83 و يبدو أن الفارق بين المتوسطات كبير وهو ما قد يدل على أن البرنامج أحدث فرقا في مستوى ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية . وللتأكد من معنوية هذا الفرق استخدم اختبارات للعينات المترابطة .

3.7.3 إجراء اختبارات للعينات المترابطة : تم استخدام هذا الاختبار للتحقق من معنوية

الفروق في المتوسطات وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي :

جدول 06: نتائج اختبارات للعينات المترابطة

القيمة	الفروق بين القياسين
-13.6000	المتوسط
2.94	الانحراف المعياري
0.76095	الخطا المعياري
15.23208-	مجال الثقة 95% الأعلى
11.96792-	الأدنى
-17.872	ت
14	درجة الحرية

يظهر من الجدول أعلاه أن متوسط الفروق بين القياسين بلغت -13.60 بانحراف معياري 2.94 وأن قيمة ت قدرت بـ 17.872 عند مستوى الدلالة 0.00 وهو ما يدل على أن الفروق بين متوسطات السلوكات الغذائية في القياس القبلي و البعدي كانت معنوية.

4.7.3. حساب حجم التأثير: تم استخدام معادلة ماك جيوجان Mcguigan لحساب نسبة

الكسب التي يرمز لها بالرمز G وكانت النتائج كما يلي :

$G = \frac{\text{متوسط القياس البعدي} - \text{متوسط القياس القبلي}}{\text{الدرجة العظمى للمقياس} - \text{متوسط القياس القبلي}}$

$$0.67 = \frac{(11.8 - 32)}{(11.8 - 25.4)}$$

أظهرت نتائج المعادلة أن قيمة الكسب كانت 0.67 ما يعني ان نسبة التأثير كانت 67% وهي نسبة مقبولة لأنها تجاوزت 60% وبهذا يمكن القول أن برنامج تعديل السلوك الغذائي مقبول وفعال .

5.7.3. حساب الدلالة الاكلينيكية : تم استخدام طريقة جاكوبسون ترواكس Jacobson –Turax وكانت النتائج كمايلي :

أ. حساب مؤشرات التغير (RCI): واستخدمت المعادلة التالية : الفرق بين درجات القياس القبلي و البعدي لأفراد العينة مقسوم على الخطأ المعياري للفرق ، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي :

جدول 07: قيم مؤشر (RCI) لأفراد العينة

المشارك	قيمة RCI	مشارك	قيمة RCI	المشارك	قيمة RCI
01	7.89	6	17.11	11	19.74
02	13.16	7	17.11	12	19.74
03	15.79	8	19.01	13	21.05
04	17.11	9	18.62	14	21.05
05	21.05	10	18.62	15	25.00

ب. حساب نقطة القطع: تم استخدام المعادلة (A) لحساب نقطة القطع وكان الاختيار بسبب عدم توفر معلومات عن العينات التي لا تحتاج المشاركة في برنامج تعديل السلوك الغذائي (يعني العينة ذات الممارسة الغذائية المدعمة للصحة صحية)

$$A = \text{متوسط الدرجات القبلية (لعينة المشاركين في البرنامج)} + 2 * \text{الانحراف المعياري لدرجاتهم القبلية} = 11.8 + (3.38 * 2) = 18.56$$

من خلال مؤشرات التغيرات ودرجة القطع يمكن تصنيف المشاركين إلى أربع فئات : فئة المشاركين الذين تعدلت سلوكياتهم الغذائية ولم يعودوا بحاجة للتدخل وهم من تجاوزوا نقطة القطع وكان RCI موجبا ، المشاركين الذين تحسّنوا وهم المشاركون الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع لكن المحددة لكن تحسّنت درجاتهم البعدية فهم مازالوا بحاجة للتدخل ، المشاركون الذين لم يتغيروا أي لم يحدث تغيير لدرجاتهم والمشاركين المتدهورين الذين تراجعت درجاتهم.

يوضح الجدول الموالي تصنيف المشاركين بعد الاستفادة من برنامج تعديل السلوك الغذائي :

جدول 08: تصنيف المشاركين المستفيدين من البرنامج

المشارك	التصنيف	المشارك	التصنيف	المشارك	التصنيف
01	تحسن لكن مازالوا بحاجة للتدخل	06	تحسن لكن مازالوا بحاجة للتدخل	11	لم يعودوا محتاجين للتدخل
02	تحسن لكن مازالوا بحاجة للتدخل	07	تحسن لكن مازالوا بحاجة للتدخل	12	لم يعودوا محتاجين للتدخل
03	تحسن لكن مازالوا بحاجة للتدخل	08	لم يعودوا محتاجين للتدخل	13	لم يعودوا محتاجين للتدخل
04	تحسن لكن مازالوا بحاجة للتدخل	09	لم يعودوا محتاجين للتدخل	14	لم يعودوا محتاجين للتدخل
05	لم يعودوا محتاجين للتدخل	10	لم يعودوا محتاجين للتدخل	15	لم يعودوا محتاجين للتدخل

4-مناقشة النتائج :

تعتبر السلوكيات الغذائية من الممارسات المعقدة الناتجة عن تضافر العوامل الذاتية ، الاجتماعية الثقافية ، الانفعالية والبيئية ، هذه الأخيرة التي تسهم بشدة في إتباعها توزيعا طبيعيا وهو ما أشارت إليه نتائج الدراسة ، فالأفراد يتعرضون لنفس العوامل البيئية "الحضرية" التي يرى Berkman و Kawachi وزملاؤهم (Helène Chaire, 2012) أنها تؤثر في السلوكيات وفي الصحة بغض النظر وبشكل مستقل عن نكون ، حيث يؤكد

Saadi Lahlou (2011) في هذا السياق أن مختلف المجموعات البشرية التي تقع ضمن نفس

النطاق الجغرافي تتبع نفس الآلية في ممارسة السلوكيات الغذائية بما فيها الصحية ، كما يدعم تقاسم العينة لخصائص المراهقة من اعتدالية التوزيع وهذا بسبب تشابه العوامل الذاتية والاجتماعية العلائقية لدى المراهقين .

كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوكيات الغذائية المدعمة للصحة لدى المشاركين و لصالح القياس البعدي و إن كنا في هذه المرحلة لا نستطيع الجزم بفعالية البرنامج ، إلا أن الشواهد تنبؤ ببعض التحسن ، حيث أظهر المراهقين المشاركين خاصة الذكور ممارسات غير اعتيادية كإعداد الوجبات الصحية و تقديم النصائح لأسرهم و حث أصدقائهم على تعديل سلوكياتهم الغذائية ، كما أن النقاشات الجانبية أظهرت ارتفاعا محسوسا في اتجاهات العينة الايجابية نحو الصحة و التغذية الصحية خاصة منذ الجلسة الرابعة التي شكلت منعطفًا حقيقيا في طبيعة التفاعل الذي تميز بالإثراء و الشغف المعرفي ، مستوى الالتزام بالحضور و الانتباه خلال الجلسات .

لقد أظهرت نتيجة اختبار 'ت' للعينات المترابطة وجود فروق معنوية عند مستوى الدلالة 0.000 بين متوسطات السلوكيات الغذائية الصحية قبل و بعد الاستفادة من البرنامج ، و مع هذا لم يحسم هذا الاختبار حجم الفرق الذي أحدثه البرنامج و لا الخطأ المرتبط بتقديرنا لفعالية هذا البرنامج لذا كان بالضرورة بمكان الاستعانة بمعادلات نسب الكسب لتقدير حجم تأثير البرنامج و قدرت نتيجة GAIN RATIO بـ 0.67 ما يعني أن البرنامج مقبول و فعال و أن ما أظهره المشاركون من تغيير على مستوى ممارساتهم الغذائية كان نتيجة لاستفادتهم من البرنامج . لكن السؤال الذي يطرح نفسه بإلحاح و هو : ما هي درجة الفرق الحقيقي أو التغيير ذو المعنى الذي أحدثه البرنامج في حياة المشاركين و بالتحديد في مستوى ممارستهم للسلوكيات الغذائية المدعمة للصحة ، و لهذا الغرض و بالاعتماد على معادلة جاكوبسون و ترواكس اتضح أن نقطة القطع (فيما يخص درجات السلوك الغذائي الصحي الممارس) التي يجب على المشاركين تجاوزها قدرت بـ 18.56 و بالرجوع إلى مؤشر ثبات التغيير المحسوب لكل مراهق مشارك بالبرنامج تمكن 09 من أصل 15 مشترك من أن يصنفوا ضمن الأفراد الذين تحسنت سلوكياتهم الغذائية و لم يعودوا بحاجة للتدخل

الإرشادي التغذوي في حين أن باقي العينة أحرزوا تقدماً في مستوى الممارسة الغذائية الصحية لكنهم مازالوا بحاجة للاستفادة من برامج إرشادية أو برامج التربية الصحية .

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (فؤاد الجوالدة وآخرون، 2012) والتي أسفرت عن فروق دالة إحصائية في مستوى السلوكيات الغذائية المدعمة للصحة لدى عينة مكونة من 15 طفل بعد استفادتهم من برنامج إرشادي حول التغذية السليمة ، و تتطابق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة دانماركية هدفت إلى التعرف على اثر برنامج مقترح للمعرفة الغذائية عن طريق تدريس السلوكيات الغذائية على رفع الوعي الغذائي والعادات الغذائية لدى المراهقين المتمدرسين ولتحقيق ذلك استخدم الباحثون المنهج شبه التجريبي حيث طبقت الدراسة على عينة من التلاميذ : ذكور و إناث في سن (14) سنة وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية 64 تلميذ و تلميذة بينما بلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة 63 و تم تطبيق الدراسة على 4 مدارس بالدنمارك ، و أسفرت نتائجها عن الأثر الايجابي للبرنامج في رفع الوعي الغذائي لدى العينة .(القص صليحة ، 20، ص16).

5- خاتمة :

التغذية هي أكثر من مجرد مجموعة مواد غذائية ، عناصر مغذية ، وجبات أو سعرات حرارية ، كما أنها تتجاوز بكثير مجرد عملية انتقال المواد المغذية وغيرها من السلوكيات الغذائية : فهي إذا عملية متشعبة النشاطات كالتسوق ، الطبخ والأكل وكلها تتأثر بالرغبات ، الحاجات والقيم فأن نتغذى بشكل سليم ، صحي وواع يتطلب روتيناً خاصاً واتخاذ قرارات تكيفية متجددة والتي بدورها تحتاج لمهارات ومعارف متنوعة ، خاصة وأن التغذية لا تحدث في فضاء فارغ فالأطر الاجتماعية والثقافية تحدد طبيعتها وفي الوقت ذاته تعكس مدركات الأفراد وحقائق أوضاعهم الاجتماعية ،الاقتصادية والثقافية ما يرتبط بها من سلوكيات ، ولهذا يتطلب أي تدخل تربوي ،تعليمي أو إرشادي أن يأخذ بعين الاعتبار إضافة إلى ما سبق ذكره طبيعة وخصائص الفئة المستهدفة ، حيث تفرض كل فئة الوسائل والأساليب التي تريد أن تتعلم وتندرب بها .

وهو ما لمسناه على مستوى هذه الدراسة ،فمقارنة بتدخلات قامت بها الباحثين مع فئات أكبر سناً أو الفئات التي تعاني أمراضاً مزمنة أو فئة أطفال المدارس الابتدائية ، كانت هذه التجربة أكثر ثراء من الناحية المعرفية و أكثر تفاعلية و حيوية - إن صح القول - كما أن نسبة التقدم التي أحرزها المشاركون في تعديل سلوكياتهم الغذائية على المدى القصير كانت مرتفعة و جعلت نسبة كبيرة منهم

يبتعدون عن المدى غير الصحي للسلوكيات الغذائية أما الباقي فقد أظهروا تحسنا ملحوظا وإن كانوا لا يزالون بحاجة للمزيد من التدخلات الإرشادية أو ربما التدخلات العلاجية و هو ما سيتطلب متابعتهم لاحقا لتشخيص الأسباب التي وقفت عائقا أمام رفع درجة الوعي الصحي الغذائي و أمام فرصة تصنيفهم ضمن الأفراد الذين لم يعودوا بحاجة لأي تدخل.

المراجع :

- أحمد بن عمارة.(2015).تأثيرات انماط البيئة في تغيير العادات الاجتماعية الغذائية ، دراسة ميدانية بصحراء وادي سوف ،واد العلتدة نموذجا ،رسالة دكتوراة ،جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، .
- القص صليحة .(2016).فاعلية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر و تنمية الوعي الصحي لدى المراهقين ،رسالة دكتوراه منشورة ،جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر.
- فؤاد، الجوالدة ، وايناس ، محمد (2012).أثر برنامج ارشادي قائم على التثقيف الغذائي في تنمية التفاعل الاجتماعي و السلوك الغذائي لدى الأطفال ذوو الإعاقات الحركية ،مجلة جامعة النجاح للأبحاث في العلوم الإنسانية ، مجلد 26 .
- عبد الرحمن عبيد مصيقر.(2004) . العادات الغذائية و الحالة التغذوية في الإمارات العربية المتحدة : دراسة ميدانية ، المجلة العربية للغذاء و التغذية ، العدد 10 .
- دراس ليلي .(2018). ورقة عمل بعنوان تقييم معلمي المدارس الابتدائية لجودة الخدمة في المطاعم المدرسية من وجهة نظر المعلمين ، مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني للصحة المدرسية المنعقد يوم 14 مارس 2018 ، مخبر المسألة التربوية في الجزائر -جامعة محمد خيضر -بسكرة ، الجزائر .
- Aina ,R.(2012).la valeur perçue dans l'alimentation sante :conceptualisation et mesure dans une perspective expérientielle ,thèse de doctorat ,université Panthons Assas, France.
- Ameer Deshpande , Michael D. Basil & Debra Z. Basil.(2009). Factors Influencing Healthy Eating Habits AmongCollege Students: An Application of the HealthBelief Model , Health Marketing Quarterly, 26:145–164, 2009Copyright#Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 0735-9683 print=1545-0864 onlineDOI: 10.1080/07359680802619834.
- Ammanda, K.& Marion, S.& Myriem, R.& all .(2012).La malbouffe aux Etats Unis :les causes et les conséquences, disponible sur <http://Essec-Ms Marketing /Intelligence économique>.
- Cristina, Grabovschi.(2011). L'alimentation selon l'âge et la culture : Une analyse logico-naturelle des représentations construites par des enfants canadiens/québécois et roumains ; Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de docteur (PhD) en Sciences humaines appliquées .
- Framson C, Kristal, A.R, Schenk, J.M, and coll(2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. J. Am Diet Assoc,109(8).
- Igor De Garine.(1988).Anthropologie de l'alimentation et pluridisciplinarité ,ECOL.HUM ,vol 22.
- Jessica Cohen , Kathy F.Yates , Michelle Duang and Antonio Lonvit .(2011).Obesity , orbitofrontal strcture and function associated with food choices : A cross sectional study , Available at : <http://bmjopen.bmj.com>.
- Johannes Hebebrand and all .(2014).eating addiction rather than food addiction better captures addictive –like eating behavior ,J ,neuroscience and behavioral reviews 47 available at [www.elsevier .com/locate/newbiorev](http://www.elsevier.com/locate/newbiorev)

- Karine,G.(2013).Manger avec sa tête ou selon ses sens :perception et comportement alimentaire ,thèse de doctorat en nutrition ,université Aval Quebec ,Canada .
- Knightsmith. P, Treasure.j and Schmidt.U .(2013). Spotting and supporting eating disorders in school:recommendations from school staff,J . HEALTH EDUCATION RESEARCH Vol.28 no.6 2013.
- Mariya Voytyuk.(2017).Lay theories of healthy eating :insights from cross-cultural , a dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for degree doctor of philosophy .
- .-McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? Behavior Therapy, 33,529-550. DOI: 10.1016/S0005-7894(02)80015-6.
- Melissa N Laska and all.(2014). How we eat what we eat: identifying meal routines and practices most strongly associated with healthy and unhealthy dietary factors among young adults ,J Public Health Nutrition ,N 18(12), 2135–2145.
- Nicolas ,Zadanowicz .(2001).La sante a l'adolescence :un processus d'internalisation lié a la dynamique familiale, thèse de doctorat en Biomédicales , université catholique De Louvain , faculté de médecine.
- Patrica F. G et Edouard G.(2012). Endocrinologie Nutrition ,6eme edition ,edition Vernazobres –Grego.
- Somiya Gutbi Salim Mohammed. (2014). Ifants feeding and wearing practices amo,g mothers in northern Kordofan state Sudan , European Scientific Journal August 2014 edition