دراسة مدى تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية ونمط الحياة على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط في سوريا

الدكتورة ملداء الأتاسي، الجامعة السورية الخاصة

الملخص:

تعتبر حمية البحر الأبيض المتوسط نموذج صحي غذائي يحمي من الكثير من الأمراض ولكن كثيرا من العوامل تؤثر على استهلاكه وتختلف من بلد لآخر. الغاية من هذه الدراسة هو تقدير مدى اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط لدى عينة في سوريا ودراسة العوامل الإقتصادية والإجتماعية ونمط الحياة التي أثرت على مدى اتباع هذه الحمية. تتألف العينة من 1000 شخص 516 إمرأة و 484 رجل تتراوح أعمارهم بين 18–65 سنة من كل الأطياف الإجتماعية والإقتصادية، وزعت عليهم استمارات تتضمن الإستهلاك الغذائي من كل المجموعات الغذائية وأسئلة عن الوضع الإقتصادي والإجتماعي وبعض العادات الغذائية ونمط الحياة ثم تمت دراسة اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط عن طريق حساب Mediterranean Adequacy Index MAI لهذه العينة ومن ثم دراسة العوامل الإقتصادية والإجتماعية ونمط الحياة التي أثرت على اتباع هذه الحمية عن طريق استعمال البرنامج الإحصائي SPSS. كان متوسط MAI للعينة (1.87±1.52)، (1.91±1.56) للنساء و(1.83±1.47) للرجال مع عدم وجود فروق إحصائية بالنسبة للرجال والنساء، بينما كانت هناك فروق إحصائية بالنسبة لقيمة MAI للفئات العمرية الثلاثة (30–18) و(50–31) و(65–51) حيث أن أقلها عند فئة الشباب وأكثرها عند فئة المتقدمين بالعمر. وتبين أن النشاط الفيزيائي والتدخين وبدانة أحد الوالدين لا تؤثر على MAI بينما كان الوضع الإقتصادي والعمل وتناول الفطور الصباحي وتناول السناك والطعام خارج المنزل له تأثيره الواضح على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط.

المفتاح: حمية البحر الأبيض المتوسط، العوامل الإقتصادية والإجتماعية ونمط الحياة

Studying the effects of socioeconomic variables on the adherence to Mediterranean Diet in Syrian population

Abstract:

The Mediterranean Diet is a healthy diet which protects from many diseases, but many factors could affect the adherence and vary from country to country. The purpose of this study is to assess the adherence to Mediterranean Diet of the sample, then studying the economic and social factors and lifestyle which affect the adherence to Mediterranean diet. The sample was composed of 1000 people (516) women (484) men aged from 18-65 years from all the economic and social levels, they filled a semi-quantitative food frequency questionnaire. we used the SPSS program to study the effects of the variables on MAI. The average MAI of the sample was (1.52±1.87), (1.56±1.91) for women and (1.47±1.83) for men with the absence of statistical differences between men and women, while there were statistical differences between the value of MAI between the three age groups (18-30), (31-50) and (51-65), the lowest MAI belongs to the youth group and the highest to the oldest group as many. The physical activity, smoking and the family history of obesity did not affect the MAI while the economic factors, work, breakfast, eating snacks and eating outside, all has affected the adherence to Mediterranean diet.

Key words: Mediterranean Diet, Socioeconomic factors, lifestyle

مقدمة:

إن حمية البحر الأبيض المتوسط هي نموذج صحي غذائي وكذلك هي نموذج ثقافي كما عرفه (1) Ancel keys في عام 1960، ومنذ حينها فإن عدة دراسات صنفته كعامل وقائي ضد الأمراض المزمنة، حيث لاحظت دراسات عديدة خلال العشر سنين الأخيرة العديد من الإرتباطات بين الحالة الصحية وحمية المتوسط حيث أن هذه الحمية قد حسنت الكثير من عوارض الأمراض القلبية التاجية (3) وأثبتت حمايتها من تطور مرض السكري نمط2 والضغط الشرياني والخثار الوعائي وهشاشة العظام وكذلك فائدته في أمراض السرطان: مثل سرطان الثدي والمعدة والأمعاء والشرج والبروستات. (9-2)

تعرف حالياً حمية البحر الأبيض المتوسط بالنموذج الغذائي المتبع على طول البحر الأبيض المتوسط، وقد تم الحفاظ إلى حد ما على هذا النموذج في بعض مناطق البحر الأبيض المتوسط. وما تتميز هذه الحمية باعتمادها على استهلاك الأغذية النباتية من حبوب، بقول، مكسرات، بذور وزيت الزيتون (كمصدر أساسي للزيوت)، الاستهلاك المنخفض إلى المتوسط من مشتقات الحليب (معظمها من الجبن واللبن)، وكذلك من البيض والدجاج والاستهلاك المتوسط إلى العالي من السمك والمنخفض من اللحم واللحوم المطبوخة خلال الوجبة (10).

تعد سوريا منتجاً غنياً لهذه المواد الغذائية من فواكه وخضار وزيتون، ولذلك فإن اتباع هذه الحمية هوضروري من الناحية الصحية والاقتصادية، ولكن اتباع هذه الحمية قد تراجع بسبب التعرض لتأثير الأنماط الغذائية الغربية والتي بدأت تغزوالمنطقة منها: البيتزا، الحلويات، المعجنات والمأكولات السريعة التحضير والجاهزة و"السندويشات " والمشروبات الغازية. ويلاحظ كذلك نمط آخر متداولاً إلى حد ما عند بعض الفئات مثل: مشتقات الحليب الخالي الدسم والخبز الكامل عند بعض الأشخاص الذين يخافون من زيادة الوزن. وكذلك فإن تغير نمط الحياة والاتجاه نحوالأعمال المكتبية وتغير الظروف الاقتصادية قد أثر على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط.

وإن الغاية من هذه الدراسة هي معرفة العوامل الاقتصادية والاجتماعية ونمط الحياة التي أثرت على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط في هذه العينة.

هدف البحث:

تهدف الدراسة إلى مدى اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط لدى عينة في سوريا و دراسة العوامل الإقتصادية والإجتماعية ونمط الحياة التي أثرت على اتباع هذه الحمية.

الطرق ومواد البحث:

أجريت الدراسة على عينة عشوائية حيث تم جمع العينة بأسلوب العينة البسيطة بحجم قدره 1000شخص من كل الأطياف الاجتماعية والاقتصادية ومستوى التعليم. وتتراوح أعمارهم بين 18–65 سنة من النساء والرجال. جمعت العينة في مدينة دمشق، وتضمنت أشخاصاً قد انتقلوا من ريف دمشق ومن المحافظات الأخرى بسبب الأزمة الحالية. وقد ضمت العينة موظفين قطاع عام وخاص وغير عاملين وأعمال حرة.

جرت الدراسة بين شهري تشرين الأول من عام 2015 حتى أيار 2016، وزعت عليهم استمارات كانت قد طبقت على عينة تجريبية لفحص الجودة والوضوح، ولقد تم التأكيد عند توزيع الإستمارات على سرية المعلومات وتطبيقها فقط لأغراض البحث. وقد تمت مقابلة كل شخص وتم شرح مضمون الإستمارة وطريقة تعبئتها وقد كانت الإستجابة مقبولة.

الإستمارة

1–النظام الغذائي: تتضمن الإستمارةالإستهلاك الغذائي خلال السنة الأخيرة حيث تم استجواب الأشخاص عن تكرار استهلاكهم للمأكولات (أبداً أونادرا، في اليوم، في الأسبوع وفي الشهر)، وتتضمن الاستمارة كل الأطعمة التي تم استهلاكها والتي تدخل ضمن العادات الغذائية في سوريا سواء التقليدية أوغير التقليدية (حلويات وشيبس). وتتضمن 26 نوع من أنواع الأغذية وهي الحبوب ويتضمن: الخبز بأشكاله العديدة: (خبز (عربي

أوأجنبي..)، معكرونة، أرز وبرغل) وبقول: (عدس، فول أوحمص)، بيض، بطاطا، خضار(نيئة وطازجة)، فواكه مجففة، حليب، جبن، لبن، لبنة، دجاج، لحم أحمر، سمك، الزبدة والسمن الحيواني، المشروبات الغازية أوالمحلاة، الحلويات العربية أوالأجنبية والمكسرات. وقد تم وضع بجانب كل نوع من أنواع الطعام الحصة المستعملة أوالمقادير المستعملة عادة بالأدوات المنزلية المستخدمة (كأس، ملعقة، كمشة...).

2-المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية

قسمت العينة حسب الدخل إلى منخفض: حيث كان الدخل:منخفض 20000> ومتوسط:20000-50000 وعالي 50000<، وكذلك قسمت العينة حسب مستوى التعليم إلى: طالب، حامل للشهادة الإبتدائية، الإعدادية، الثانوية، الشهادة الجامعية وخريج المعاهد. ودرست القصة الوراثية فقسمت العينة إلى أشخاص كان أحد والديهم بديناً أولم توجد قصة بدانة وراثية، وكذلك قسمت العينة إلى أشخاص يعيشون لوحدهم أومع أشخاص آخرين.

3- نمط الحياة:

قسمت العينة إلى مدخنين وغير مدخنين ومدخنين سابقين أما بالنسبة للنشاط الفيزيائي، فقد قسمت العينة إلى عدة مستويات: جلوس: أي أن الأشخاص لا يمارسون أي نوع من أنواع الرياضة، مستوى عالي من النشاط الفيزيائي (Kcal/min 7<) مثل: رياضة الجري لمسافات طويلة، سباق ركوب الدراجات والسباحة السريعة... ومتوسط (7-4 Kcal/min) مثل: المشي السريع، ركوب الدراجة والسباحة المتوسطة الشدة... ومنخفض (Kcal/min 4>) مثل: المشي البطيء و streching....

أما من حيث العادات الغذائية فقد أخذ بعين الإعتبار ما يلي: تناول الفطور الصباحي/اسبوع، تناول الطعام خلال مشاهدة التلفزيون/اسبوع، تناول الطعام خارج المنزل/اسبوع وتناول السناك أوالنقارش/يوم.

4- اتباع حمية المتوسط

إن طريقة: MediteraneanAdecuacy Index (MAI) (11،12) هي طريقة سهلة ومتبعة في العديد من البلدان، وهي ناتجة عن تقسيم الأغذية التي تعتبر من منتجات البحر الأبيض المتوسط (غرام/يوم) وهي: الحبوب، البقول، البطاطا، الخضار، الفواكه، الفواكه المجففة والطازجة، المكسرات، السمك وزيت الزيتون على الأطعمة التي هي ليست من منتجات البحر الأبيض المتوسط (غرام/يوم) وهي: الحليب، الجبن، اللبن، اللحم الأحمر والأبيض، البيض، دهون حيوانية، مرطبات وحلويات وبسكويت، وكلما ارتفعت قيمة MAI كان اتباع حمية الأبيض المتوسط أكثر.

$$MAI=\frac{\text{الحبوب+ البقول+ البطاطا+ الخضار+ الفواكه المجففة والطازجة+ المكسرات+ السمك + زيت الزيتون (غ/يوم)}}{\text{حليب+ جبن+ لحوم+ بيض+ دهون حيوانية+ مرطبات ومشروبات غازية+ حلويات (عربية وأجنبية) (غرام/يوم)}}$$

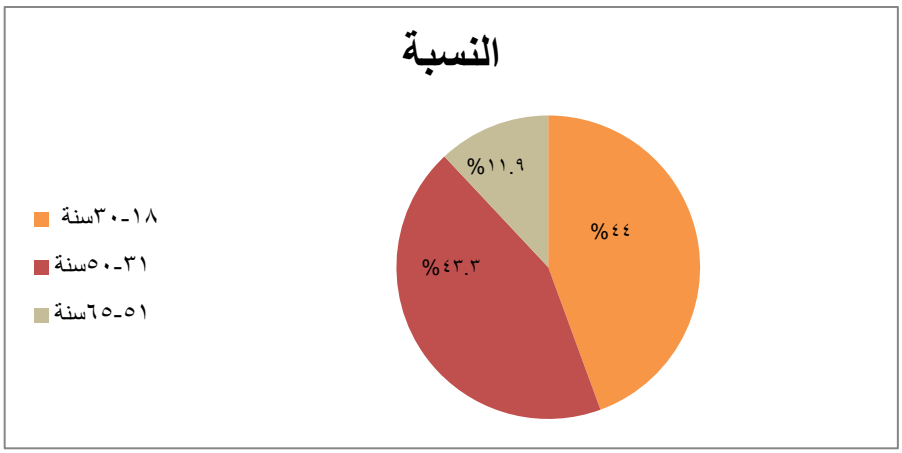
الإحصاء

تم استعمال برنامج SPSS لإجراءات المعادلات الإحصائية وتم استعمال Independent sample test عند مقارنة MAI مع بدانة الوالدين والجنس والعيش لوحده أم لا، و One way Anova عند مقارنة MAI مع المستوى الإقتصادي والتعليمي والنشاط الفيزيائي والتدخين وبقية المتغيرات مثل: الفطور الصباحي وتناول السناك أوالنقارش والطعام خارج المنزل وتناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون، بينما تم استعمال كروس ويليس عند مقارنة MAI بالنسبة للفئات العمرية واستعمل Gramer و PH لمقارنة MAI بالنسبة للذكر أوالأنثى والعمر وبقية العوامل.

النتائج والمناقشة:

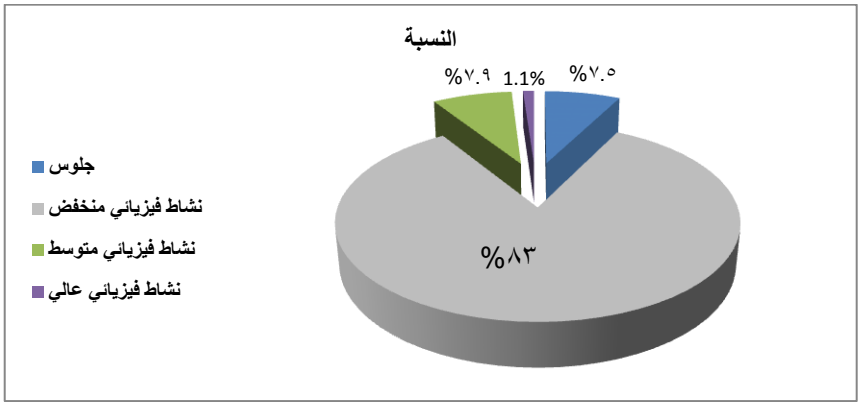
تتألف العينة من 1000 شخص (516) امرأة و(484) رجل، وقد أظهرت النتائج أنه لم يكن هناك فروق إحصائية بين قيمة MAI بالنسبة للنساء (1.56±1.91) والرجال (1.47±1.83) p=0.08.

وقد قسمت العينة إلى 3 فئات عمرية: 30-18، 50-31، 65-51 سنة، وحسب الـMAI لدى هذه الفئات العمرية وكان المتوسط لديهم هو: (1.03 ± 1.22) وفئة الشباب (1.73±2.43) لفئة متوسطي العمر و(1.83±1.85) لفئة المتقدمين في العمر، وقد وجدت فروق إحصائية بالنسبةلمختلف الأعمار p<0.001 (الشكل 1).



الشكل 1: النسبة المئوية للفئات العمرية

وكانت أغلبية العينة تمارس النشاط الفيزيائي الخفيف ونسبتهم 83.5 % و7.5% لا تمارس الرياضة (جلوس) و7.9% تمارس الرياضة المتوسطة بينما فقط 1.1% تمارس الرياضة الشديدة، حيث كانت قيم MAI المتوسطة لديهم هي (0.7± 1.35) للرياضة الخفيفة و(1.38±1.39) للمتوسطة و(0.6±1.3) للشديدة، ولم يلاحظ وجود فروق إحصائية في قيمة MAI بالنسبة لمستويات النشاط الفيزيائي (الشكل 2)



الشكل 2: النسبة المئوية للأشخاص الذين يمارسون النشاط الفيزيائي

تبين أن نصف العينة كانت من الدخل المتوسط حيث بلغت نسبتهم 50%، بينما بلغت نسبة الفئة القليلة الدخل 34% والعالية الدخل 15.6%. أما متوسط MAI لهذه الفئات فهي (1.82±2.7) لدى أصحاب الدخل المنخفض و(1.1±1.3) لدى أصحاب الدخل المتوسط و(1.27 ± 1.34) لأصحاب الدخل العالي، وقد وجدت فروق إحصائية بالنسبة لفئة الدخل المنخفض وكل من ذوي الدخل المتوسط والعالي ($p<0.05$).

أما نسبة الأشخاص الذين كان أحد والديهم بدينين فكانوا 37.5% وهي أقل من نسبة الأشخاص الذين كان والديهم ليسوا بدينين، حيث كان متوسط MAI لديهم (2.01 ±

1.6) في الحالة الأولى و(0.7 ± 1.46) في الحالة الثانية ولم يلاحظ فروق إحصائية بالنسبة للحالتين.

وكانت أغلبية الأشخاص لا تعيش لوحدها وبلغت نسبتهم 97.4% وكانت قيم الMAI لديهم (1.8±1.5) ولم تلاحظ فروق إحصائية بالنسبة للأشخاص اللذين يعيشون لوحدهم والذين لا يعيشون لوحدهم، مع وجود نقص واحد في تسجيل هذه الحالة.

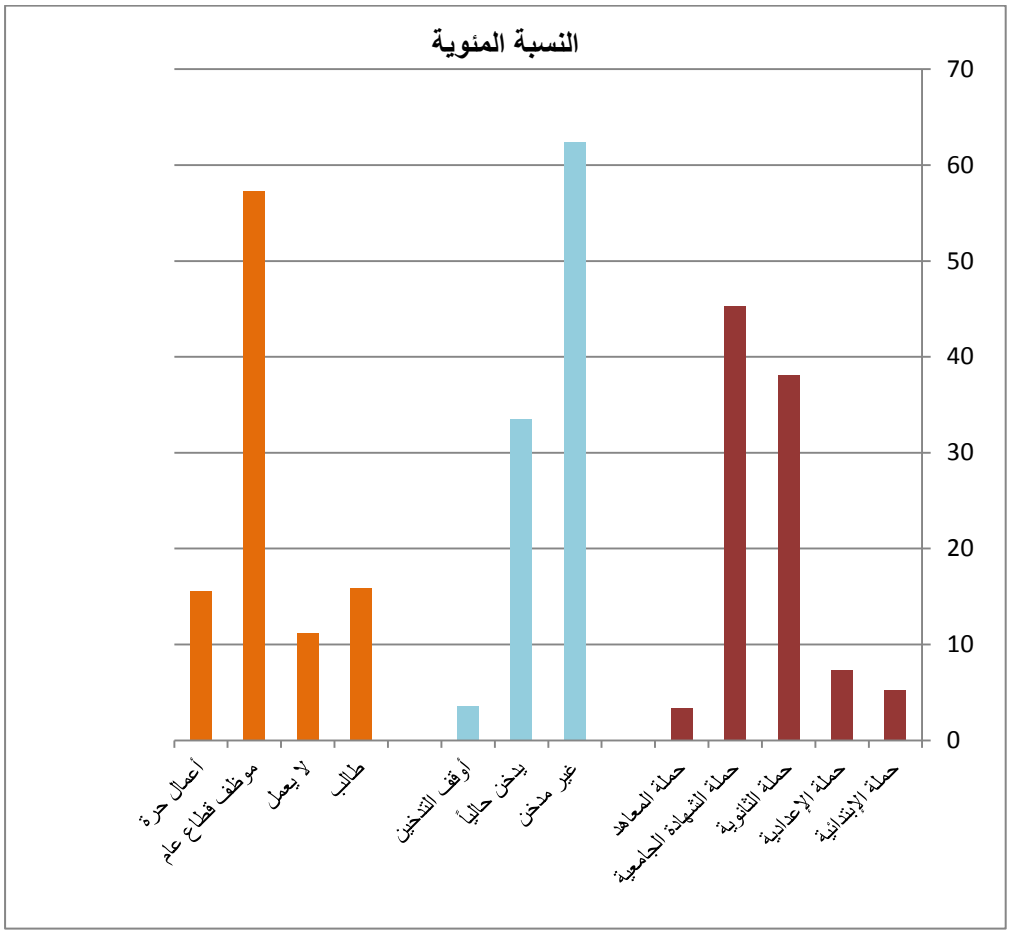
وكانت نسبة الأشخاص من حيث مستوى التعليم كما يلي: 5.3% من حملة الشهادة الإبتدائية، 7.3% من حملة الإعدادية، 38.3% حملة الثانوية، 45.3% الشهادة الجامعية و3.4% من حملة شهادة المعاهد مع غياب 6 أشخاص عن تسجيل نوعية التعليم (الشكل 3)، وكان متوسط MAI لدى هؤلاء كالتالي (4.1 ± 2.28) (1.48±1.05)، (1.37±1.2)، (1.49±1.95)، (2.31±2.2) بالترتيب وقد وجدت فروق إحصائية معنوية بمستوى 0.05. أما نسبة غير المدخنين فكانت هي العظمى حيث بلغت 64.2% وأقلها هم الذين توقفوا عن التدخين 3.6% والمدخنين الحاليين 33.5% مع غياب 5 أشخاص عن توصيف التدخين (الشكل 3).

وكانت النسبة العظمى من موظفي القطاع العام (57.3%) والباقي موزعين بين طلاب (15.9%) وغير عاملين (11.2%) وأعمال حرة (15.6%) وقد بلغ متوسط MAI لديهم بالترتيب: (1.96±1.67)، (0.99±1.14)، (0.6±1.2) وأعمال حرة (2.50±1.54)، وقد لوحظت فروق إحصائية معنوية بالنسبةلقيم MAI وانواع العمل بمستوى 0.05 (الشكل 3)

إن الغالبية العظمى من العينة تتناول الفطور يومياً (56.6%) وبينما (9.7%) لا تتناول الفطور أبداً و(6.1%) تتناول الفطور يوماً في الأسبوع، وقد وجدت فروق إحصائية بالنسبة لعدد الأيام الذين يتناولون فيها الفطور خلال الأسبوع وقيم MAI بمستوى 0.05.

وقد وجد أن (36%) من العينة لا تتناول الطعام خارج المنزل و25% منهم يتناولون الطعام خارج المنزل مرة واحدة فقط وحوالي (9.9%) يأكلون خارج المنزل يومياً، وقد وجدت فروق إحصائية بالنسبة للذين يتناولون الطعام خارج المنزل وقيم MAI بمستوى

0.05.إن غالبية العينة لا تتناول النقارش أوالسناك (37.5%) أو تتناوله مرة واحدة فقط (31.4%) مع عدم تسجيل لحالتين فقط من العينة، وقد سجلت فروق إحصائية بالنسبة لعدد المرات التي تتناول فيها العينة النقارش وقيم MAI بمستوى 0.05.



الشكل 3: النسبة المئوية للتعليم، والتدخين والعمل

وإن أغلب العينة لا تتناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون 42.8% أوتتناوله يومياً حين المشاهدة (19.3%) مع عدم وجود فروق إحصائية بالنسبةلعدد مرات تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفاز وقيم MAI.

إن هذا البحث هوالأول من نوعه لتقدير قيمة الإلتزام بحمية البحر الأبيض المتوسط وكان المتوسط هو(1.87±1.52) وقد تراجعت هذه القيمة عن قيمة مسبقة 2.25 بين عامي 2003-2000 و3.35 بين عامي 1965-1961 بسبب الأزمة في سوريا حيث أن منتجات البحر الأبيض المتوسط من الزيتون والفواكه والخضار تعتبر غالية الثمن مما يصعب على أفراد المجتمع تناولها بكمية كافية بالمقارنة مع المنتجات غير المتوسطية مثل الدسم والحلويات والمشروبات الغازية والمرطبات ومنتجات الحليب. وقد تراجعت هذه القيم في ايطاليا أيضاً حيث كانت في عام 1960 في Nicoreta (7.5) وبلغت في عام 1991(3.9) في إيطاليا (13) بشكل عام، أما قيمة MAI في اسبانيا فكانت 1.1(14).

ولوحظ أن قيمة MAI في سوريا هي أقل من جارتها تركيا والتي تطل على المتوسط أيضاً حيث كانت قيمة MAI بين عامي 2000 و2003 (2.80) و(5.03) بين عامي 1965-1961، وكذلك في اليونان والتي تعتبر من أهم الدول المتبعة لحمية البحر الأبيض المتوسط حيث تراجعت القيمة من 5.54 بين عامي 1965- 1961 إلى (2.04) بين عامي 2003-2000. وكذلك كان الفرق واضحاً مع مصر حيث كانت قيمة MAI بين عامي 2003-2000 هي (4.09)، وبالنسبة لقيمة MAI في لبنان فكانت 1.71 بين عامي 2000 و2003 وتراجعت هذه القيمة عن (2.7) بين عامي 1965-1961. أما في المغرب فكانت قيمة الإلتزام بحمية البحر الأبيض المتوسط عالية وقد حافظت على هذه القيمة خلال العقود الأخيرة منذ عام 1965 (3.37) وحتى عام 2003 (3.25)، ويجب الأخذ بعين الإعتبارالإختلاف في المجوعات الغذائية التي تتضمنها قيمة MAI السابقة والتي نتجت عن بحوث قامت بها منظمة الأغذية والزراعة (FAO) (14). ويلاحظ مما سبق التراجع الكبير خلال العقود الأخيرة لقيم MAI في كل البلدان السابقة مما يهدد بالإبتعاد عن هذه الحمية ويؤثر على الصحة مستقبلاً.

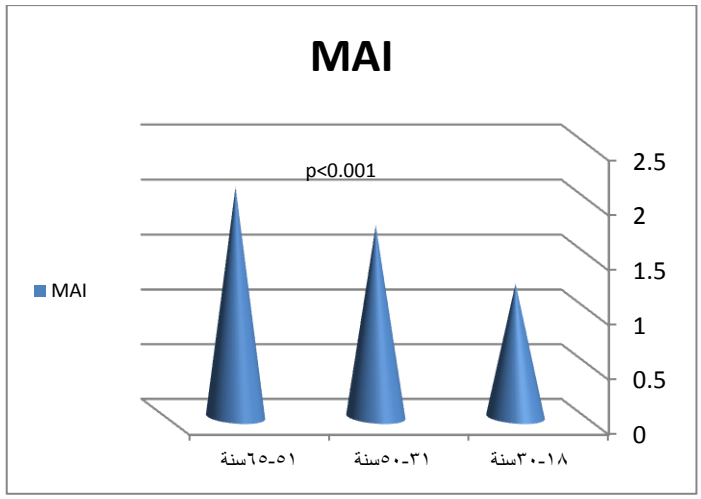
وقد كان اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط متقارباً بين الرجال والنساء ولم يؤثر الجنس على درجة اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط مما يبين أن الوعي لأهمية حمية البحر الأبيض المتوسط كان متقارباً على الرغم من الميل عادة للنساء إلى منتجات البحر

الأبيض كالفواكه والخضار للحفاظ على الرشاقة، ولكن قد يكون استهلاك الرجال من غير منتجات البحر الأبيض المتوسط مثل اللحم واللبن قد أثر على النتيجة مما يحتاج ذلك إلى دراسة مفصلة من حيث نوعية الإستهلاك. وفي دراسة تمت في اسبانيا أظهر الرجال والنساء نسباً متقاربة مع ميل أكثر للنساء من حيث اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط (55–60%) للنساء مقابل (% 45–40) للرجال (15)، وظهرت نفس النتيجة في دراسة أخرى في إسبانيا تمت من قبل Patino–Alonzo et al (16،17،18) مما يؤكد أن النساء هم أكثر ميلاً واهتماماً بالصحة والنصائح الغذائية. واختلفت نتائج الدراسة في ايطاليا فكانت النسبة متقاربة من حيث اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط بين النساء والرجال (19).

وقد لوحظت فروق إحصائية معنوية p<0.001 بالنسبةلمختلف الفئات العمرية حيث أن الإلتزام بحمية البحر الأبيض المتوسط كان أقله عند فئة الشباب وأكثره عند فئة الأعمار المتقدمة، مما يدل على أن فئة الشباب هي الأقل اتباعاً لحمية البحر المتوسط بسبب تناولها للمأكولات الغربية والجاهزة والسريعة التحضير وخصوصا الطلاب يليها فئة البالغين، وأما الأكثر اتباعا لحمية المتوسط هم المتقدمين بالعمر (جدول 1 والشكل 4)، لوحظت نفس النتائج في دراسة تمت في ايطاليا في كل من عامي 1967 و1999 حيث أظهرت النتائج أن المتقدمين بالعمر هم الأكثر التزاما بحمية البحر المتوسط بينما كانت فئة الشباب هي أقل التزاماً بها(13). وفي دراسة في اسبانيا كانت القيمة العليا للالتزام بحمية المتوسط هي عمر 43 سنة (15) مع وجود فروق إحصائية بالنسبةلمختلف الأعمار p<0.001.

جدول 1: قيم MAI بالنسبة للفئات العمرية

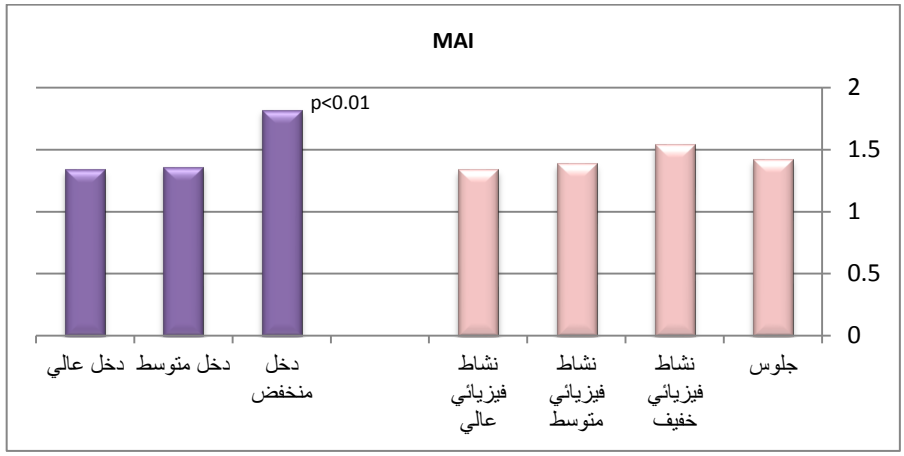
	18–30	31–50	51–65
العدد	441	433	119
MAI	1.22±1.03	1.75±2.43	1.83±1.85
P<0.001			



الشكل 4: قيم MAI بالنسبة للفئات العمرية

إن غالبية الشعب السوري لا يمارس الرياضة أويمارس رياضة خفيفة وغالبا ما تكون رياضة المشي حيث بلغت نسبتهم عند الطبقة متوسطة الدخل (40.2%)، وكذلك عند فئة الدخل المنخفض والتي غالباً ما تكون وسيلة للتنقل أكثر منها كرياضة متبعة (30.6%) ، بينما الأقلية هم من يمارسون الرياضة الشديدة مثل الجري السريع وحمل الأوزان...وهم غالباً من فئة الشباب (9%) بالمقارنة مع 0% و2% لكل من فئتي العمر 30–50 و51–65 سنة وكذلك تتوزع الرياضة المتوسطة بين الفئات العمرية كالتالي: 53% لفئة الشباب و20% لفئة العمر المتوسط و6% لفة العمر المتقدم. ولا تؤثر الرياضة على الإلتزام بحمية المتوسط في سوريا (الشكل 5). وكما في دراسة أخرى أجريت في لبنان كانت أغلبية العينة 48.1% تمارس الرياضة الخفيفة ونتجت عن هذه الدراسة ان هناك ارتباط بين ممارسة الرياضة واتباع حمية البحر المتوسط. بينما ظهرت فروق إحصائية على مستوى $p<0.01$ في حالة الجلوس في إحدى الدراسات في إيطاليا (19) و $p<0.001$ في اسبانيا (15).

وإن نصف العينة المدروسة كانت من ذوي الدخل المتوسط حوالي 50% والأقلية من ذوي الدخل العالي 15.6%. وقد أثر الدخل على قيمة MAI وبالتالي الإلتزام بحمية البحر الأبيض المتوسط حيث كانت هناك فروق إحصائية بالنسبةلذوي الدخل المنخفض مع ذوي الدخل العالي والمتوسط بقيمة $p<0.05$، بينما لم تكن هناك فروق إحصائية بالنسبة لذوي الدخل المتوسط والعالي، وكان الأقل دخلاً هم الأكثر اتباعا لحمية البحر الأبيض المتوسط (2.72±1.82) مما يدل على أن الأشخاص الذين هم من ذوي الدخل المحدود كانوا متباينين من حيث اتباعهم لحمية المتوسط فمن جهة لغلاء المنتجات المتوسطية من فواكه وخضار ومكسرات وزيت زيتون ومن جهة لأن الأطعمة الجاهزة والسريعة التحضير هي مكلفة في بعض الأحيان وينبغي شراؤها ولا تحضر في المنزل ومن جهة لاعتمادهم على الحبوب والبقول الأرخص ثمناً (خبز، بقول، حمص وعدس). وفي دراسة أجريت في لبنان لم يظهر علاقة بين مستوى الدخل ودرجة الإلتزام بحمية المتوسط بينما كانت هناك فروق إحصائية في دراسات تمت في إسبانيا وقد أظهرت أن اتباع حمية المتوسط هوالأكثر كلفة ولذلك فإن الوضع الإقتصادي يشكل عائقاً أمام الإلتزام بحمية المتوسط (20،21).



الشكل 5: قيم MAI بالنسبة للنشاط الفيزيائي والمستوى الاقتصادي

إن البدانة في سوريا تزداد يوماً بعد يوم بسبب الاتجاه إلى النظام الغذائي الغربي، وفي دراسة أجريت في سوريا كانت النتائج تشير إلى أن 78% من العينة كان أحد والديهم

بدينين، وفي دراستنا كان متوسط MAI هوأعلى في حالة أن أحد الوالدين كان بديناً مع عدم وجود فروق إحصائية في الحالتين، ولكن في دراسة أخرى في لبنان وفرنسا وإسبانيا وجد ارتباط خفيف بين MAI وبدانة الوالدين (22) (جدول 2).

جدول 2: قيم MAI بالنسبة للقصة الوراثية

بدانة أحد الوالدين	كان أحد الوالدين بديناً	لم يكن أحد الوالدين بدينا
العدد	375	625
MAI	1.61±2.1	1.46±1.78

وقد وجد بأن قيم MAI متقاربة جداً عند الأشخاص الذين يعيشون لوحدهم أويعيشون مع أشخاص آخرين، وكانت نسبة الذين يعيشون وحدهم هي قليلة وأكثرهم من الطلاب بينما كانت الأغلبية تعيش ضمن العائلة وخصوصاً في هذه الأزمة ولم يوجد فرق إحصائي بالنسبةللحالتين (جدول 3).

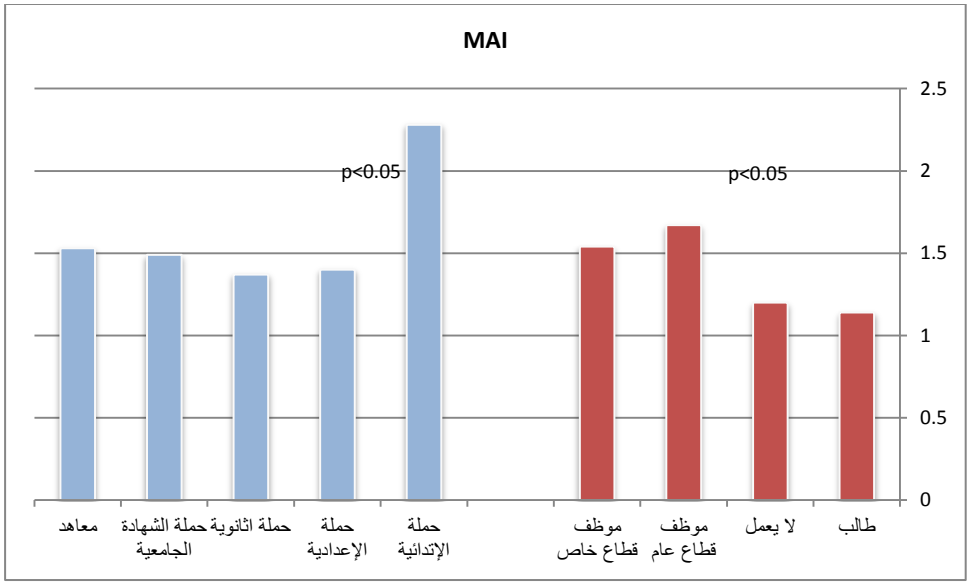
جدول 3: قيم MAI حسب معيشة الشخص لوحده أومع أشخاص آخرين

هل يعيش الشخص لوحده	يعيش لوحده	لا يعيش الشخص لوحده
العدد	21	974
MAI	1.51±1.58	1.51±1.88

أما بالنسبة لمستوى التعليم فكان الفرق واضحاً عند حملة الابتدائية والمعاهد، مما يشير إلى أن الطبقة غير المتعلمة تلتزم أكثر بحمية البحر الأبيض المتوسط، لأنهم غالباً من طبقة العمال الذين لم يتأثروا بالنظام الغذائي الغربي، ويعتمدون أكثر على المأكولات التقليدية أوالشعبية : البقول (العدس، الفول والحمص أوالمسبحة) والخبز وخصوصاً خلال أيام العطل حيث أن الطبق الرئيسي هو"فتة الحمص والفول بالزيت والمسبحة..." بالإضافة إلى تناول الأطباق التقليدية الأرخص ثمناً كالعدس مع الأرز أوالبرغل

(مجدرة)... وهذا ما يزيد من قيمة MAI لديهم. أما حملة بقية الشهادات الإعدادية والثانوية والجامعية فلا فرق إحصائي بالنسبة لهم، ولكن يوجد فرق مع حملة الابتدائية والمعاهد، وغالباً ما يكون حملة الشهادة الجامعية هم من موظفي القطاع العام أوالخاص أوالأعمال الحرة، ويكون استهلاكهم للمأكولات السابقة أقل على حساب المنتجات غير المتوسطية مثل اللحوم أواللبن أوالمشروبات الغازية والمحلاة والحلويات (الشكل 6). وهذا يختلف عن دراسات أخرى أجريت في إسبانيا وفرنسا وإيطاليا واليونان ولبنان (22) حيث أثبتت أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كان اتباع حمية المتوسط هوأكبر وهذا ما أثبته أيضا (Darmon&Drewnowski) (23) حيث أنه كلما زاد المستوى التعليمي زادت المعرفة عن النظام الغذائي الجيد وبالتالي المحافظة على حياة صحية سليمة من الأمراض.

أما من ناحية العمل فإن الموظفين لديهم MAI هي العالية والأقل هم من فئة الطلاب، وهذا ما يتوافق مع ما ذكر حيث أن أغلب موظفي القطاع العام هم أيضا من حملة الشهادات الإعدادية والثانوية والجامعية، أما الطلاب فهم الأقل اتباعاً لحمية البحر الأبيض المتوسط لأنهم يعتمدون غالباً على الأطعمة الجاهزة والأكثر تأثراً بالنظام الغذائي الغربي، وكذلك فإن غير العاملين يتبعون غالباً نظاماً غذائياً غير مطابق للتغذية الصحيحة كونهم يقضون أغلب وقتهم في المنزل ولا يعملون، ولذلك فإن نظامهم الغذائي أقرب إلى العشوائية وعدم الإلتزام بتوقيت ونظام غذائي محدد يتخلله الكثير من النقارش والسناك التي لا تنتمي إلى منتجات البحر المتوسط وقد لوحظت فروق إحصائية بالنسبة لفئة الطلاب وغير العاملين مع فئة الأعمال الحرة وموظفي القطاع العام بمستوى 0.05 أي أن العمل يؤثر على قيمة MAI ومن يعملون يلتزمون أكثر بحمية المتوسط من غير العاملين أو الطلاب (الشكل 6).



الشكل 6: قيم MAI بالنسبة للمستوى التعليمي والعمل

إن غالبية العينة كانت من غير المدخنين ثم من المدخنين، أما الذين أقلعوا عن التدخين فهم أقلية وهذا يتطابق مع عادات الشعب السوري، حيث أن الذين يقلعون عن التدخين هم أقلية لصعوبة ترك التدخين، وقد لوحظ أن قيمة MAI لدى الذين أقلعوا عن التدخين هي الأعلى (1.62±1.35) تليها عند غير المدخنين (1.57±1.88) وأقلها عند المدخنين (1.39±1.89)، ولكن مع عدم وجود فروق إحصائية، ونستنتج أن التدخين لا يؤثر على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط في العينة في سوريا.

وقد ظهرت نتائج عكسية في البلد المجاور لبنان، حيث أن عدم التدخين كان له الأثر الإيجابي على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط، وكذلك ظهرت نفس النتيجة في كل من فرنسا واسبانيا(22).

إن أغلبية العينة تتناول الفطور وهذا يتطابق مع عادات الشعب السوري والذي يعد فطوره متنوعاً عادة من مشتقات الحليب والزعتر والخبز والزيتون...حيث شكلت 65.6% وحوالي 10% لا تتناول الفطور أبداً، والباقي تتفاوت نسبة عدد تناولهم للفطور خلال الأسبوع، حيث أن الغالبية العظمى إما تتناول الفطور يومياً أولا تتناوله، وغالباً تتناول

الناس الفطور أيام العطلة أكثر من أيام العمل وهم عادة يتناولون الفطور مرتين/اسبوع. وظهرت فروق إحصائية بالنسبةللذين يتناولون الفطور والذين لا يتناولونه ، فإن فطوراً واحداً يؤثر على اتباع حمية المتوسط وكان هذا التأثير سلبياً، حيث أن الذين لم يتناولوا الفطور كانت لديهم قيمة MAI هي الأعلى (4.5±2.25) يليها الذين تناولوا الفطور مرتين (1.80±1.83). وهذه النتائج معاكسة لما وجد في لبنان وفرنسا وإسبانيا حيث وجد أن تكرار عدد مرات الفطور كان مرتبطاً مع زيادة اتباع حمية البحر المتوسط (22). وكان عدد مرات تناول الفطور في الأسبوع هوالأقل عند الطلاب وغير العاملين حيث أنهم غالباً لا يتناولون الفطور ويقفزون مباشرة إلى وجبة الغذاء.

وكان متوسط تناول الفطور الصباحي عند النساء هو(2.62±4.88)/اسبوع وعند الرجال هو(2.61±4.99)/اسبوع مع عدم وجود فروق إحصائية بالنسبةللنساء والرجال p=0.55. وكانت النتائج مشابهة للبلد المجاور لبنان حيث كان متوسط تناول الفطور هو(2.9±4.6)/اسبوع عند النساء و(2.9±4.8)/اسبوع عند الرجال مع وجود فروق إحصائية p<0.05 (22) (جدول 4).

إن النسبة الأكبر من العينة لا تتناول الطعام خارج المنزل وخصوصا في الظروف الحالية ونظراً للكلفة الإضافية، بينما الأقلية تتناول الطعام مرة اسبوعياً خارج المنزل وغالباً في أيام العطل الأسبوعية، أما من يأكلون يومياً خارج المنزل فهم 9.9% وغالباً هم من الطلاب حيث بلغ متوسط تناول الطعام خارج المنزل لدى الطلاب وهوالأعلى (2.3±3.2) بينما عند العاملين في القطاع العام (1.9±1.55) والقطاع الخاص (1.1±2.06) مع وجود فروق إحصائية p<0.001، وإن تناول الطعام خارج المنزل قد أثر سلبياً على حمية المتوسط حيث أنه بمجرد تناول الطعام مرة واحدة أوأكثر قد أثر على إتباع حمية البحر المتوسط بمستوى p=0.05 ونفس النتائج ظهرت في دراسة في لبنان وفرنسا وإسبانيا حيث أن تناول الطعام خارج المنزل قد أثر سلبياً على إتباع حمية المتوسط بينما أثر ايجابياً في إيطاليا (22).

وقد وجدت فروق إحصائية بين تناول الطعام خارج المنزل عند الرجال (2.43±2.19)/اسبوع والنساء (1.97±1.49)/اسبوع p<0.001 (جدول 4)، وظهر

نفس الفرق في دراسة في لبنان حيث كان عند النساء (1.5±1.0)/اسبوع وعند الرجال (2.5± 2.4)/اسبوع (22)، وبسبب طبيعة الحياة المختلفة عند الرجال والنساء في كل من البلدين. (جدول 4)

وفيما يتعلق بتناول السناك فإن أغلبية العينة لا تتناول السناك (37.5%) أوتتناوله مرة يومياً (31.4%)، وإن الغالبية من متناولي السناك هم من الطلاب، حيث أن متوسط عدد مرات تناول السناك/يوم عندهم (2.29±2.3)/يوم ويليهم غير العاملين (2.04±1.7)/يوم، أما من يعملون في القطاع العام أوالخاص فيتناولون عدداً أقل من النقرشات وأقل من غير العاملين مع ظهور فروق إحصائية $p<0.001$. بينما لم تظهر فروق إحصائية في عدد تناول النقارش بين الرجاء (1.57±2.1)/يوم والنساء (1.6±2.1)/يوم (جدول 4)، وظهرت نفس النتيجة في لبنان حيث لم توجد فروق إحصائية بين النساء والرجال. وقد لوحظ في دراستنا وجود فروق إحصائية بالنسبةلعدد مرات تناول السناك وMAI فمجرد تناول السناك مرة واحدة أوأكثر يؤثر على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط وكان هذا التأثر سلبياً أي أن الذين لا يتناولون السناك كانت لديهم قيمة MAI هي الأعلى (2.7±1.9)، وذلك لأن النقارش في سوريا تحوي المأكولات الغير متوسطية من الحلويات: بسكويت أوكاتو، وقد ظهرت نفس النتيجة في إسبانيا حيث ظهرت علاقة سلبية بين تناول السناك واتباع حمية المتوسط بينما كانت العلاقة إيجابية في كل من إيطاليا ولبنان وكانت العلاقة إيجابية ضعيفة في كل من اليونان وفرنسا (22).

إن حوالي 50% من العينة لا تتناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون ومن لديهم عادة مشاهدة التلفزيون أثناء الطعام هم حوالي 20% مما يدل على التفاوت في نمط الحياة، ولم توجد فروق إحصائية بالنسبةلمشاهدة التلفزيون مع MAI أي لم يؤثر مشاهدة التلفزيون على إتباع حمية البحر الأبيض المتوسط، بينما أثرت مشاهدة التلفزيون سلباً على إتباع حمية البحر الأبيض المتوسط في إسبانيا، ولم تظهر فروق إحصائية بالنسبة للنساء (2.46±2.09)/اسبوع والرجال (2.8±2.4)/اسبوع في سوريا (جدول 4) بينما

ظهرت في لبنان p<0.001 (22) وذلك لأن مشاهدة التلفزيون في لبنان قد تترافق مع مع تناول المشروب و"المازة اللبنانية".

جدول 4: متوسط عدد المرات في اليوم أوالأسبوع لتناول الفطور، السناك وتناول الطعام خارج المنزل أوأثناء مشاهدة التلفزيون

	نساء	رجال
متوسط عدد مرات تناول السناك/يوم	1.60±2.12	1.58±2.8
عدد مرات الفطور/اسبوع	4.88±2.62	4.99±2.61
متوسط عدد مرات تناول الطعام خارج المنزل	1.49±1.97*	2.19 ±2.43 *
متوسط تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفاز/اسبوع	2.09±2.46	2.43±2.81

*P<0.001

ولوحظ مما سبق أن الانحراف المعياري في بعض القيم كان كبيراً وذلك لاختلاف نوع الغذاء والاستهلاك بين الأفراد وكذلك نمط الحياة والبعيد عن الرتابة والروتين في تناول الأطعمة، حيث أن المواعيد المحددة في تناول الطعام هي ليست من ميزات الشعب السوري الذي يميل أكثر إلى العشوائية في تناول الوجبات بالإضافة إلى الحياة الاجتماعية وكثر المناسبات واللقاءات والتي تجعله بعيداً عن النظام الصحي المناسب.

الإستنتاجات والتوصيات:

نستنتج مما سبق أن اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط قد تأثر بعدة عوامل وهي الناحية التعليمية والإقتصادية والعمل وتناول الفطور الصباحي وعدد مرات تناول السناك وتناول الطعام خارج المنزل. أما التدخين وتناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون والرياضة وبالنسبة للذكر أوالأنثى فلم يؤثر على اتباع حمية البحر الأبيض المتوسط.

ومن هنا نستنتج أن اتباع العادات الغذائية الصحية منها قلة تناول السناك أوالنقارش وتناول الفطور الصباحي يومياً على الرغم أنه لم يؤثر على اتباع حمية المتوسط إلا أنه قد أثبتت الدراسات أهمية الفطور الصباحي الذي يجب أن يشكل 20% من مجموع الحريرات المتناولة، والتقليل من تناول الطعام خارج المنزل وذلك لإحتواء الوجبات غالباً على الدهون الحيوانية والحلويات...وتحضير الوجبات الصحية داخل المنزل واللجوء إلى العمل لأنه ينظم الحياة ومن ضمنها الوجبات الغذائية وربط التعليم بالتوعية الغذائية مع تحسن الوضع الإقتصادي الذي يؤهب إلى زيادة تناول الفواكه والخضار وزيت الزيتون وبالتالي زيادة اتباع حمية المتوسط.

المراجع:

1- Serra-Majem L, Trichopoulou A, Ngo de la Cruz J, Cervera P, Garcia Alvarez A, La Vecchia C, Lemtouni A &Trichopoulos D (2004). Does the definition of the Mediterranean diet need to be updated? Public Health Nutr 7, 927–929.

2- Trichopoulos D, Lagiou P. Mediterranean diet and cardiovascular epidemiology.Eur J Epidemiol 2004;19:7- 8.

3- Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, et al. The diet and 15-year death rate in the Seven Countries Study. Am J Epidemiol 1986;124:903–15.

4- Martinez-Gonzalez MA, Sanchez-Villegas A. The emerging role of Mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern?Eur J Epidemiol 2004;19: 9–13.

5- Assmann G, de Backer G, Bagnara S, et al. International consensus statement on olive oil and the Mediterranean diet: implications for health in Europe. The Olive Oil and the Mediterranean Diet Panel. Eur J Cancer Prev 1997;6:418 –21.

6- De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. Final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation 1999;99:779–85.

7- Schroder H, Marrugat J, Vila J, Covas MI, Elosua R. Adherence to the traditional mediterranean diet is inversely

associated with body mass index and obesity in a Spanish population. J Nutr 2004;134:3355– 61.

8- Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Das UN, Stefanadis C. Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults: The ATTICA Study. J Am CollCardiol 2004;44:152– 8.

9- Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. N Engl J Med 2003;348:2599–608.

10- Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A et al. (1995) Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. Am J ClinNutr 61, Suppl. 6, 1402S–1406S.

11- Alberti-Fidanza A, Fidanza F. Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. Public Health Nutr 2004;7:937e41.

12- Fidanza F, Alberti A, Lanti M, Menotti A. Mediterranean Adequacy Index: correlation with 25-year mortality from coronary heart disease in the Seven Countries Study. NutrMetabCardiovasc Dis 2004;14:254e8.

13- Alberti-Fidanza A, Fidanza F. Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. Public Health Nutrition 2004; 7(7), 937–941.

14- Balanza R, Garcia-Lorda P, Perez-Rodrigo C, Aranceta J, BulloBonet M, Salas-Salvado J. Trends in food availability determined by the Food and Agriculture Organization's food balance sheets in Mediterranean Europe in comparison with other European areas. Public Health Nutrition 2006; 10(2), 168–176

15- Miguel A. Martınez-Gonzalez, Garcia-Lopez M, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Martinez-Lapiscina E, Delgado-Rodriguez M, Vazquez Z, Benito S, Beunza J B. Mediterranean diet and the incidence of cardiovascular disease: A Spanish cohort. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2009) xx, 1-8

16- Nasreddine L, Hwalla N, Sibai A, Hamzé M, Parent-Massin D (2006) Food consumption patterns in an adult urban population in Beirut, Lebanon. Public Health Nutr 9:194–203

17- Patino-Alonso MC, Recio-Rodrيguez JI, Magdalena Belio JF, Colominas- Garrido R, Lema-Bartolomé J, GómezArranz A, Agudo- Conde C, Gomez-Marcos MA, Garcia-Ortiz L; EVIDENT Group- 2013. Factors Associated with adherence to the Mediterranean diet in the adult population. J AcadNutr Diet S2212-2672(13)01252-5

18- Fagerli RA, Wandel M (1999). Gender differences in opinions and practices with regard to a 'healthy diet'. Appetite 32:171–190

19- PitsavosChr, Panagiotakos D, Tzima N, ChrysohoouCh, Economou M, Zampelas A, Stefanadis Ch. Adherence to the Mediterranean diet is associated with total antioxidant capacity in healthy adults: the ATTICA study. *Am J ClinNutr*2005;82:694 –9

20- Olmedo-Requena R, Fernلndez JG, Prieto CA et al (2013). Factors associated with a low adherence to a Mediterranean diet pattern in healthy Spanish women before pregnancy. Public Health Nutr 18:1–9

21- Lopez CN, Martinez-Gonzalez MA, Sanchez-Villegas A et al (2009). Costs of Mediterranean and western dietary patterns in a Spanish cohort and their relationship with prospective weight change. J Epidemiol Community Health 63:920–927

22- Naja F, Hwalla N, Itani L, Baalbaki Sh, Sibai A, Nasreddine L. A novel Mediterranean diet index from Lebanon: comparison with Europe. Eu J Nutr, www. Springerlink.com. access on 6 November 2014.

23- Darmon N, Drewnowski A (2008). Does social class predict diet quality? Am J ClinNutr 87:1107–1117

.