تقييم الحالة الغذائية للنساء الحوامل في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية

*شيرين قيس عبدالله **أ. د. مروان علي عيسى،

(الإيداع: 4 كانون الثاني 2021، القبول: 16 آذار 2021)

الملخص:

تزداد الاحتياجات الغذائية للمرأة خلال فترة الحمل لتلبية متطلبات نمو الجنين وأنسجة الأم المرتبطة بالحمل. وبما أن الحالة التغذوية للحامل هي واحدة من أهم المحددات التي تؤثر على نتائج الحمل، فإن اتباع نظام غذائي سليم يعتبر من أولويات الرعاية المقدمة للحفاظ على صحة الأم والجنين وتحقيق الأمومة الآمنة المثلى.

تقييم الحالة الغذائية للنساء الحوامل في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية.

تمّ إجراء دراسة وصفية مستعرضة باستخدام عينة ملائمة مؤلفة من 200 سيدة حامل من مستشفى تشرين الجامعي في محافظة اللاذقية. تم جمع البيانات خلال الفترة الممتدة من شهر نيسان عام 2019 إلى شهر آذار عام 2020 . تم إكمال استبيان منظم حول المعلومات الاجتماعية والديموغرافية، وتم تقييم الحالة الغذائية من خلال مقياس مؤلف من 19 عنصراً بشأن الممارسات الغذائية واستمارة ملاحظة تم تطويرها من قبل الباحثة.

أظهرت النتائج أن حوالي ثلاثة أرباع العينة يزرن العيادة النسائية مرة كل شهر، و ربع العينة فقط مرة كل شهرين، وأن الغالبية العظمى أخذن مكملات غذائية (فيتامينات ومعادن) خلال الحمل، وأن ثلاثة أرباع العينة كان خضابهن طبيعياً بينما الربع الباقي من العينة لديهن فقر دم، كما أن الغالبية العظمى من عينة الدراسة كان محيط منتصف الذراع لديهن حسب المقياس يشير الى حالة طبيعية.

أوصت الدراسة الحالية بإجراء برامج تثقيفية تغذوية لتوعية السيدات حول الاحتياجات الغذائية والعناصر الواجب تناولها أو الامتناع عنها خلال فترة الحمل، بالإضافة إلى ذلك، يجب إجراء المزيد من الدراسات التي تعكس الحالة الغذائية والممارسات الصحية للسيدات الحوامل على مجتمع الأمومة مع حجم عينة أكبر.

الكلمات المفتاحية: الحالة الغذائية، النساء الحوامل.

*طالبة دراسات عليا (ماجستير)، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

** أستاذ، قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Assessment of the nutritional status of pregnant women at Tishreen University Hospital in Lattakia

Dr. Marwan Issa** Shireen Abdullah*

(Received: 4 January 2021 , Accepted: 16 March 2021)

Abstract:

A woman's nutritional needs increase during pregnancy to achieve the requirements of the fetus growth and the mother's tissues associated with pregnancy. Since the nutritional status of a pregnant woman is one of the most important determinants that affect the outcome of pregnancy, Following a proper diet is one of the priorities of the care provided to maintain the health of the mother and the fetus and achieve optimal safe motherhood. The aim of this study was to assess the nutritional status of pregnant women at Tishreen University Hospital in Lattakia. A descriptive cross-sectional study was performed using a convenience sample of 200 pregnant women at Tishreen university Hospital in Lattakia, Syria. Data were collected during the period of April 2019 to March 2020. A structured questionnaire on socio-demographic information was completed, and an assessment scale of 19 items concerning nutritional practice was measured . In addition to, an observation from developed by the researcher. The findings showed that the three quarters of participants visited the gynecological clinic once every month, only a quarter of participants visited the gynecological clinic once every two months. However, That majority of the participants took nutritional supplements (vitamins and minerals) during pregnancy. About three quarters of participants had normal hemoglobin level, while the remaining quarter of participants had anemia. Also, the vast majority of the study participants had normal value of mid-arm circumference according to the scale. This study recommended to conduct nutrition education programs to learn women about the nutritional needs and the elements to be consumed or avoided during pregnancy, In addition, more studies reflecting the nutritional status and health practices of pregnant women should be conducted on the maternal community with a larger sample size.

Key words: Nutritional status, pregnant women.

*Postgraduate Student (Master), Department of Maternity And Women's Health Nursing, Faculty Of Nursing ,Tishreen university, Lattakia, Syria.

**Professor, Department of Maternity And Women's Health Nursing, Faculty Of Nursing ,Tishreen university, Lattakia, Syria.

1- المقدمة:

يعتبر الحمل ظاهرة فيزيولوجية طبيعية تتصف بالعديد من التغيرات الهرمونية و الإستقلابية والنفسية، تركز هذه التغيرات المصاحبة للحمل على نمو وتطور الجنين. [2,1] وتزداد الاحتياجات الغذائية للمرأة خلال فترة الحمل لتلبية متطلبات نمو الجنين وأنسجة الأم المرتبطة بالحمل. وبما أن الحالة التغذوية للحامل هي واحدة من أهم المحددات التي تؤثر على نتائج الحمل، فإن اتباع نظام غذائي سليم يعتبر من أولويات الرعاية المقدمة للحفاظ على صحة الأم والجنين وتحقيق الأمومة الآمنة المثلى. أظهرت دراسة مورا ونستيل أنه من بين200 مليون امرأة حامل كل عام، تعاني العديد من النساء الحوامل في البلدان النامية من نقص التغذية وهذه المشاكل التغذوية تؤثر على نوعية حياة المرأة وجنينها. لذلك، يجب الحفاظ على التغذية الجيدة أثناء الحمل من أجل الحصول على نتائج سليمة تنعكس إيجاباً على صحة الأم والجنين وبالتالي تضمن الحفاظ على معدلات نمو طبيعية للجنين طوال فترة الحمل، كما أن اختيار الغذاء الصحي المتوازن يهيأ المرأة لعملية الولادة الآمنة الخالية من المضاعفات وما يتبعها من عملية إرضاع طبيعي. [5,4,3]

تقوم الممرضة بالعديد من المهام فيما يخص العناية بتغذية الحامل، وكل هذه المهام لا تقل أهمية عن عملية التقييم التي تقوم بها، حيث تمتلك الممرضة العديد من المعلومات والمهارات لمساعدة السيدات الحوامل على تحسين حالتهم الغذائية وذلك بالاعتماد على المعلومات التي يتم الحصول عليها أثناء التقييم، والتي نحدد من خلالها المشاكل التغذوية عند الحامل والاحتياجات الغذائية اللازمة وبالتالي العمل على حل تلك المشاكل و تأمين تلك الاحتياجات فالعناية التمريضية التغذوية تبدأ من التقييم الدقيق للحالة الغذائية وتنتهي بولادة سليمة خالية من المضاعفات. [6]

يتكون التقييم الغذائي للحامل من القصة الغذائية والفحص الفيزيائي والفحوص المخبرية حيث يتم تقييم النمو البدني والحالة الغذائية للحامل. يجب أن يبدأ التقييم الغذائي بالقصة الغذائية، تشمل القصة الغذائية أسئلة تتعلق بالعادات الغذائية حيث تقدم تلك الأسئلة معلومات حول المدخول اليومي من الأطعمة والسوائل، بالإضافة للأنواع والكميات المستهلكة. [7]

يعد الفحص الفيزيائي أيضاً مؤشراً هاماً ل تقييم الحالة التغذوية ، ويوفر بيانات مفيدة بشكل مسبق وفرصة لرصد آثار تطور الأمراض المرتبطة بالتغذية والتدخل التغذوي. تشمل المتغيرات التي تم أخذها في الاعتبار المظهر العام والقياسات كالطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم، ومن قياسات الأطراف محيط منتصف الذراع. [8]

اهتمّت العديد من الدراسات بتقييم الحالة الغذائية للنساء الحوامل، ومن هذه الدراسات دراسة قام بها (Salima *et al.*, 2011) في الجزائر، اشتملت الدراسة على130 امرأة حامل تتراوح أعمارهن بين19–45 سنة يقومون بزيارة عيادات ما قبل الولادة في مدينة تبسة الجزائرية. وهدفت الدراسة إلى تقصي وتقييم الحالة الغذائية للسيدات خلال فترة الحمل، حيث أظهرت النتائج أن 40% من النساء الحوامل يعانين من العديد من الأمراض مثل فقر الدم وارتفاع ضغط الدم والسكري والأمراض الالتهابية. كما بينت أن 17.70% من النساء اللواتي شملهن المسح تناولن الأدوية، و 33.85% تناولن المكملات، بالإضافة إلى ذلك بينت قيم الهيماتوكريت أنّ أكثر من نصف النساء الحوامل 55.45% في بداية فقر دم وبحسب قيم الهيموغلوبين فإنّ 26.67% من النساء مصابات بفقر الدم وذلك بالاعتماد على تعريف منظمة الصحة العالمية كمؤشر لفقر الدم (الهيموغلوبين أقل من 11غرام / ديسيلتر). [9] كما أظهرت الدراسة التي أجراها (Ramiah *et al.* , 2016) في سيرلنكا حول تقييم الحالة التغذوية للسيدات الحوامل (133 سيدة) أنّ 24.6٪ من الأمهات مصابات بفقر الدم، من بينهن 22.03٪ فقر دم خفيف و2.54٪ فقر دم معتدل. كما أنه وفقاً لمؤشر كتلة الجسم قبل الحمل، كان 15% يعانون من نقص وزن، 44.4% وزنهن ضمن المجال الطبيعي، 35.3% يعانون من زيادة وزن، 5.3% سمنة. [3]

يلعب الكادر التمريضي دوراً هاماً وحيوياً في رعاية الأمهات وعلى وجه الخصوص الحوامل في جميع أعمارهن وأماكن تواجدهن، ونظراً لخصوصية هذه المرحلة وما قد ينتج عنها من مضاعفات خطيرة أثناء الحمل والولادة يأتي الدور التمريضي الهام والمتمثل بالتقييم والتحري الدقيق وإجراء الفحص الفيزيائي لهؤلاء الأمهات والاكتشاف المبكر للمضاعفات والإحالة المبكرة للتقليل من هذه المخاطر لديهن، كما يقوم بتقييم البيئة الصحية والاجتماعية والثقافية للأم ، ويقدّم المعلومات حول أهمية متابعة الفحوصات أثناء الحمل بانتظام وحول المضاعفات التي تتعرض لها الأم والطفل نتيجة عدم كفاية الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة، ويضع خطط الرعاية التمريضية المناسبة للوقاية والعلاج والتثقيف بخصوص المشاكل التي تحدث أثناء الحمل والولادة، كما يقوم بالتوعية والتثقيف حول الصحة العامة وأهمية التغذية الكافية للحصول على أفضل النتائج. [11,10]

2- أهمية البحث وأهدافه:

2-1 أهمية البحث: يتضح مما سبق أن تغذية الأم خلال الحمل تلعب دوراً أساسياً في تحسين نتائج الحمل وعلى عكس العوامل الأخرى، مثل الوراثة أو الظروف الموجودة مسبقاً; فالحالة الغذائية قابلة للتغيير، وقد وثقت البحوث الحاجة الماسة للتغذية الجيدة لتحقيق نتائج الحمل الأمثل. [12] من هنا تأتي أهمية هذه الدراسة لتقييم الحالة الغذائية للحامل لمعرفة جوانب النقص والعوامل التي تؤثر سلباً على تغذيتها وبالتالي صحتها وصحة جنينها، وإعطاء صورة واضحة عن الحالة الغذائية للسيدات الحوامل مما يسمح بالتدخل لتلافيها ومنع حدوث الإمراضيات وتقليل معدل الوفيات الناجمة عن سوء التغذية وبالتالي تفادي المشاكل الصحية المحتملة التي يمكن أن تحدث أثناء أو بعد الولادة. بالإضافة إلى اعطاء نظرة واقعية علمية مدعّمة بالدليل البحثي العلمي للحالة الغذائية للحوامل، وتضيف للأدب النظري مرجعاً مهماً في تقييم الحالة الغذائية بما يسمح بالمقارنة والتطوير لهكذا دراسات، وفي ظل ندرة المراجع العربية تأتي هذه الدراسة كأوّل دراسة من نوعها في سوريا لتقييم الحالة الغذائية للنساء الحوامل في مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية.

2-2 هدف البحث: تقييم الحالة الغذائية للنساء الحوامل في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية.

2-3 سؤال البحث: ما هي الحالة الغذائية للسيدات الحوامل ؟

2-4 التعاريف الإجرائية:

الحالة الغذائية (Nutritional Status) : وتشمل الممارسات الغذائية، والقياسات الجسمية أو البدنية، والاختبارات الكيميائية الحيوية.

- **الممارسات الغذائية:**

تتضمن اسئلة حول العناصر الغذائية التي تتناولها السيدة أثناء الحمل من حيث العدد والكمية والنوع.

- **القياسات الجسمية أو البدنية (Anthropometric) :**

الوزن الحالي والوزن قبل الحمل، الطول، مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index (BMI) ، وقياس محيط منتصف أعلى الذراع Mild Upper Arm Circumference (MUAC).

- **الاختبارات الكيميائية الحيوية (Biochemical) :**

تركيز الهيموغلوبين والهيماتوكريت.

3- مواد وطرق البحث:

3-1 تصميم البحث: تم استخدم منهجية البحث الوصفي.

2-3 مكان وزمان البحث: أجري هذا البحث في مستشفى تشرين الجامعي التابع لوزارة التعليم العالي– محافظة اللاذقية في الفترة الزمنية الممتدة من شهر نيسان 2019 حتى آذار 2020.

3-3 عينة البحث: تم إجراء هذا البحث على عينة من النساء الحوامل وقدرها 200 سيدة تمّ اختيارهن بطريقة الإعتيان الملائم، والتي شملت جميع السيدات الحوامل اللواتي راجعن قسم العيادات النسائية لمستشفى تشرين الجامعي التابع لوزارة التعليم العالي – محافظة اللاذقية، مع توفر الشروط المطلوبة.

مواصفات أفراد العينة: السيدات في الشهر التاسع من الحمل، وتم استبعاد حالات الحمل المتعدد(التوائم)، الحوامل اللواتي لديهن مضاعفات كارتفاع التوتر الشرياني، السكري، أو الحمل عالي الخطورة.

4-3 أداة البحث: تم تطوير استمارة استبيان من قبل الباحثة لجمع البيانات الخاصة بالبحث بعد الاطلاع على المراجع ذات الصلة [16,15,14,13,3] . وقد اشتملت بصورتها النهائية على جزأين:

الأداة الاولى: استمارة استبيان تم تطويرها من قبل الباحثة وتشمل

1. البيانات الديموغرافية: العمر، الجنس، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، العمل، مكان الاقامة.
2. التاريخ الحملي: عدد الحمول، عدد الولادات، عدد الاجهاضات، عدد الاطفال الاحياء، عدد الزيارات للعيادة النسائية.
3. الممارسات الغذائية: تضمنت 19 سؤالاً حول الوجبات (العدد_ الكمية_ النوع)، السوائل، التدخين .

الأداة الثانية: استمارة ملاحظة تم تطويرها من قبل الباحثة تكونت من جزأين هما :

❖ **القياسات الجسمية أو البدنية (Anthropometric) وتشمل:**

- الطول: تم تسجيل الطول بالأمتار وذلك بوقوف السيدة على أرض مستوية مقابل جدار مستقيم ، ثم قياس المسافة من الأرض حتى أعلى نقطة في الرأس باستخدام شريط قياس متري غير قابل للتمدد وتم آخذ القياس إلى أقرب 0,1 سم.
- الوزن الحالي والوزن قبل الحمل: تم تسجيل الوزن بالكيلوغرام. وذلك بوقوف السيدة حافية القدمين وبلا حراك على الميزان وتم تسجيل الوزن إلى أقرب 100 غرام. درسنا نوعين من مؤشرات وزن الأم، بما في ذلك مؤشر كتلة الجسم قبل الحمل ومعدل زيادة الوزن الحملي(GWG) حيث تم حساب معدل الزيادة في الوزن عن طريق قياس وزن الأم في الزيارة السابقة للولادة وطرح الوزن قبل الحمل المبلغ عنه ذاتياً.
- مؤشر كتلة الجسم (BMI): تم حسابه وفقاً للمعادلة الآتية: الوزن بالكيلو غرام مقسوماً على مربع الطول بالمتر.
- محيط منتصف أعلى الذراع (MUAC): تم قياسه باستخدام شريط مرن في منتصف المسافة بين رأس الكتف ومرفق الذراع الأيسر والذراع معلقة بحرية بجانب المرأة، وتم تسجيل القياسات لأقرب 0,1 سم.

❖ **الاختبارات الكيميائية الحيوية (Biochemical):**

تم تصنيف وجود أو عدم وجود فقر دم خلال الحمل من خلال تعريف فقر الدم وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ويكون عندما يبلغ تركيز الهيموغلوبين أقل من 11 غ/دل، أو عندما يبلغ تركيز الهيماتوكريت أقل من 33%.

5-3 طرق البحث.

7- تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة للقيام بالبحث.

8- تم تطوير أداة البحث من قبل الباحثة بالاعتماد على المراجع المتعلقة بموضـــوع البحث، وتم تحديد مصـــداقيتها من خلال عرضـها على لجنة مؤلفة من ثلاث خبراء من أعضـاء الهيئة التدريسـية في قسـم تمريض الأمومة وصـحة المرأة

في كلية التمريض وتم إجراء التعديلات اللازمة.

9- تم إجراء دراسة استرشادية (**Pilot study**) باستخدام أداة البحث على 10 % من العينة أي 20 سيدة (تم استبعادهن من عينة الدراسة) لتقييم وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها لجمع البيانات، حيث كانت العبارات مفهومة وواضحة ولم تحتاج لأي تعديل.

10- تم التأكد من ثبات أداة الدراسة إحصائياً باستخدام معامل الثبات إلفا كرومباخ، والذي بلغ قيمته 0.74 .

11- تم جمع البيانات من قبل الباحثة باستخدام الأداة المطورة، بعد أخذ موافقتهن الشفهية على المشاركة في الدراسة، بعد شرح هدف الدراسة وأهميتها لهن عند جمع البيانات مع ضمان سرية المعلومات المذكورة ضمن الاستبيان واستخدامها لغرض البحث فقط مع التأكيد على حقهن في رفض المشاركة في الدراسة أو الانسحاب منها، وقد استغرق ملء الاستبيان وقتاً من 10 إلى 15 دقيقة.

12- تم استخدام استمارة استبيان (الأداة الأولى) في جمع المعلومات الديموغرافية، التاريخ الطبي و الحملي، والممارسات الغذائية. وللحكم على الممارسات الغذائية للسيدات في الدراسة تم وضع ثلاث إجابات لعبارات الممارسات الغذائية (نعم، لا، أحياناً)، تم تصنيفها على النحو التالي: درجتان للإجابة الصحيحة، ودرجة واحدة للإجابة الصحيحة غير الكاملة، بينما تم تسجيل درجة صفر للإجابة الخاطئة. وبناء على نسبة الاجابات الصحيحة يتم الحكم على الممارسات الغذائية للسيدة بأنها جيدة أو وسط أو سيئة.

يتم الحصول على نسبة الاجابات الصحيحة من المعادلة التالية:

نسبة الاجابات الصحيحة للسيدة =100 * عدد الاجابات الصحيحة/19 (عدد الاجابات الكلية).

وتصنف الممارسات الغذائية كالآتي:

ممارسات غذائية جيدة اذا كانت نسبة الاجابات الصحيحة أعلى من 75%.

ممارسات غذائية وسط اذا كانت نسبة الاجابات الصحيحة بين 50% و75%.

ممارسات غذائية سيئة اذا كانت نسبة الاجابات الصحيحة أقل من 50%.

13- تم استخدام استمارة ملاحظة (الأداة الثانية) حيث تم أخذ القياسات البشرية والتي تضمنت (الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم ومحيط منتصف أعلى الذراع) من قبل الباحثة باستخدام ادوات القياس المناسبة.

14- تم تحديد فئات مؤشر كتلة الجسم وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية كالآتي:

18.5> نقص وزن ، **18.5–24.9** وزن طبيعي ، **25.0– 29.9** زيادة وزن ، **30<** سمنة.

15- تم الاعتماد على مؤشر كتلة الجسم لتقدير الزيادة المطلوبة في الوزن خلال الحمل كالآتي:

مؤشر كتلة الجسم (الوزن/الطول2)	زيادة الوزن الكلية خلال الحمل (كغ)
نقص الوزن: **< 18,5**	**12.5-18**
الوزن الطبيعي: **18.5-24.9**	**11.5-16**
زيادة الوزن: **25.0-29,9**	**7-11.5**
السمنة: **30<**	**5-9**

16- تم تصنيف وجود او عدم وجود فقر دم خلال الحمل من خلال تعريف فقر الدم وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ويكون عندما يبلغ تركيز الهيموغلوبين أقل من 11 غ/دل.

17- تم تصنيف وجود سوء تغذية عن عدم وجوده وفقاً لمحيط منتصف اعلى الذراع بالاعتماد على القيمة 23سم، حيث أُعتبرت كل قيمة أقل من 23سم حالة سوء تغذية.

4- التحليل الاحصائي:

تم تفريغ البيانات ومعالجتها احصائياً باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS v20) ومن ثم عُرضت ضمن أشكال بيانية وجداول مناسبة. وتم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية: التكرار (N)، والنسبة المئوية (%)، والمتوسط الحسابي (M)، والانحراف المعياري (SD)، اختبار T. test لعينتين مستقلتين للفروق في متوسط الاجابات الصحيحة على الممارسات الغذائية تبعاً للمتغيرات (الديموغرافية) و (والحملية) المكونة من فئتين، اختبار One way ANOVA للفروق في متوسط الاجابات الصحيحة على الممارسات الغذائية تبعاً للمتغيرات (الديموغرافية) و (الحملية) التي تتضمن أكثر من فئتين، عامل الارتباط لـ "بيرسون" Pearson لدراسة العلاقة بين الممارسات الغذائية وقيم الهيماتوكريت عند عينة الدراسة، الفروق عند عتبة الدلالة ($p\ value \leq 0.05$) اعتبرت هامة إحصائيا وأشير لها بالرمز (*)، والفروق عند عتبة الدلالة ($p\ value \leq 0.01$) اعتبرت هامة جداً إحصائياً وأشير لها بالرمز (**).

5- النتائج:

الجدول رقم (1): التاريخ الحملي للسيدات المشاركات في الدراسة

المتغيرات	فئات المتغير	n= 200	
		N	%
عدد مرات الحمل	1- 2 مرة	117	58.5
	3 -4 مرة	79	39.5
	4 < مرة	4	2.0
عدد الولادات	0 ولادة	57	28.5
	1- 2 ولادة	109	54.5
	3 - 4 ولادة	34	17.0
	4 < ولادة	0	0
عدد الاجهاضات	0 اجهاض	131	65.5
	1- 2 اجهاض	61	30.5
	3 - 4 اجهاض	7	3.5
	4 < اجهاض	1	0.5
عدد الأطفال الأحياء	0 طفل	61	30.5
	1- 2 طفل	105	52.5
	3 - 4 طفل	34	17.0
	4 < طفل	0	0
عدد الزيارات إلى العيادة النسائية	مرة كل شهر	149	74.5
	مرة كل شهرين	40	20.0
	عند الضرورة	11	5.5

يبين الجدول رقم 1 التاريخ الحملي للسيدات المشاركات في الدراسة، حيث أظهر أن النسبة الأعلى من السيدات 58.5% قد حملن 1 – 2 مرة، بينما 39.5% حملن من 3 – 4 مرة. وبخصـــوص عدد الولادات فإن 54.5% ولدن 1– 2 مرة، تلاها 28.5% لم يسـبق لها الولادة، و17% فقط ولدن 3 – 4 مرات. أما بالنسـبة لعدد الاجهاضـات فإن النسـبة الأعلى منهن 65% لم يجهضن سابقاً، تلاها 30.5% أجهضن 1 – 2 مرة. ومن حيث عدد الأطفال الأحياء فإن النسبة الأعلى منهن 52.5% لـديهن 1 – 2 طفل، تلتها 30.5% ليس لـديهن أطفـال، و17% فقط لـديهن 3 – 4 أطفـال. كمـا أن 74.5% يقومون بزيارة العيادة النسائية مرة كل شهر، و20% مرة كل شهرين.

الجدول رقم (2): توزع عينة الدراسة حسب تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لهن قبل الحمل

تصنيفات مؤشر كتلة الجسم حسب (WHO)							
BMI <18.5 نقص وزن		BMI 18,5 – 24,9 وزن طبيعي		BMI 25,0 – 29,9 زيادة وزن		BMI > 30 السمنة	
N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
10	5.0	141	70.5	39	19.5	10	5.0

يبين الجدول رقم 2 توزع عينة الدراسة حسب تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لهن قبل الحمل، حيث أظهر أن النسبة الأعلى للسيدات 70.5% كان لديهن وزن طبيعي تلاها 19.5% لديهن زيادة وزن، ثم 5% فقط نقص وزن ونفس النسبة سمنة.

الجدول رقم (3): توزع عينة الدراسة حسب مستويات خضاب الدم

HB <11 فقر دم		HB ≥ 11 خضاب طبيعي	
N	%	N	%
49	24.5	151	75.5

يبين الجدول رقم 3 توزع عينة الدراسة حسب وجود وعدم وجود فقر الدم لديهن، حيث أظهر أن النسبة الأعلى للسيدات 75.5% كان خضابهن طبيعياً بينما 24.5% كان لديهن فقر دم.

الجدول رقم (4)": توزع عينة الدراسة حسب مستويات مقياس MUAC

MUAC <23 سوء تغذية		MUAC ≥ 23 طبيعي	
N	%	N	%
5	2.5	195	97.5

يبين الجدول رقم 4 توزع عينة الدراسة حسب مستوى مقياس MUAC، حيث أظهر أن معظم السيدات 97.5% كان محيط منتصف الذراع لديهن حسب المقياس يشير الى حالة طبيعية بالمقابل كان المقياس يشير عند 2.5% فقط الى وجود سوء تغذية.

الجدول رقم (5): الفروق في متوسط الاجابات الصحيحة للممارسات الغذائية تبعاً للبيانات الديموغرافية لعينة الدراسة

المتغيرات الديموغرافية والصحية		العدد N	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الاختبار	P. Value
العمر	< 20 سنة	20	10.7	2.278	F 0.185	0.831
	20– 35 سنة	152	10.7	2.142		
	35< سنة	28	10.5	3.872		
المؤهل العلمي	تعليم اساسي	27	8.7	1.941	F 15.116	0.000**
	تعليم ثانوي	70	10.6	2.258		
	جامعة أو أكثر	103	11.3	2.267		
الحالة الاجتماعية	متزوجة	194	10.8	2.382	T 2.470	0.014*
	أرملة	6	8.3	3.204		
الحالة الاقتصادية	سيئة	52	9.7	2.023	F 9.860	0.000**
	وسط	130	10.9	2.467		
	جيدة	18	12.5	2.307		
العمل	تعمل	80	10.5	2.037	T -1.195	0.233
	لا تعمل	120	10.9	2.678		
مكان الاقامة	الريف	107	10.4	2.681	T -2.022	0.045*
	المدينة	93	11.1	2.119		

يظهر الجدول رقم 5 بناءً على اختبار T. test لعينتين مستقلتين واختبار التباين الاحادي دلالة الفروق في متوسط الاجابات الصحيحة للممارسات الغذائية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لدى عينة الدراسة، حيث نلاحظ وجود دلالة هامة احصائياً لتلك الفروق لصالح المتوسط الأعلى مع متغيرات المؤهل العلمي (P= 0.000) والحالة الاجتماعية (P= 0.015) والحالة الاقتصادية (P= 0.000) ومكان الاقامة (P= 0.045) لأن (مستوى المعنوية أصغر من 0.05).. بينما نلاحظ عدم وجود أهمية إحصائية لتلك الفروق مع متغيرات العمر (P= 0.780) والعمل (P= 0.233) لأن (مستوى المعنوية أكبر من 0.05).

الجدول رقم (6): علاقة الارتباط بين الممارسات الغذائية والخضاب لدى عينة الدراسة

	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	معامل ارتباط بيرسونR	مستوى الدلالة P. value
الممارسات الغذائية	11.7	1.191	0.322	**0.000
الخضابHB	10.7	2.454		

يبين الجدول رقم 6 وجود علاقة ارتباط طردية لأن إشارة معامل الارتباط (بيرسون) ايجابية (R= 0.322) وذلك بين الممارسات الغذائية والخضاب عند عينة الدراسة، وهذه العلاقة متوسطة القوة لأنها بين 0.25 و 0.50، بحيث تزداد قيم الخضاب كلما زادت درجة الممارسات الغذائية، وكانت هذه العلاقة هامة جداً من الناحية الإحصائية (P=0.000) (مستوى المعنوية أقل من 0.05).

6- المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بتوزع عينة الدراسة تبعاً لبيانات تاريخهن الحملي، أن النسبة الأعلى للسيدات حوالي ثلاثة أرباع العينة يقومون بزيارة العيادة النسائية مرة كل شهر، و ربع العينة فقط مرة كل شهرين (جدول 1). قد يعود ذلك إلى إدراك السيدات أن التزامهن بالزيارة الدورية للطبيب يجنبهن حدوث أية مشاكل خلال فترة الحمل. وقد تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة أجراها (Prodhan et al. , 2016) في بنغلاديش حيث بينت أن ثلاثة أرباع العينة من النساء يمتنعن عن الفحص الذي له تأثير كبير على الأم والجنين في حين أن الربع الباقي فقط منهن يفحصن حالتهن الصحية بشكل منتظم [17] . وقد تعارضت أيضاً مع نتائج دراسة أجريت من قبل (Salima et al., 2011) في الجزائر والتي بينت أن نصف النساء اللاتي شملتهن الدراسة قد استشرن الأطباء أو القابلات مرة واحدة فقط، في حين أن النصف الآخر يزرن الطبيب من مرتين إلى أربع مرات خلال فترة الحمل. [9]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بتوزع عينة الدراسة حسب تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لهن قبل الحمل، أن حوالي ثلثي العينة كان لديهن وزن طبيعي تلاها أقل من ربع العينة لديهن زيادة وزن، و ما دون عشر العينة فقط نقص وزن ونفس النسبة سمنة (جدول2). قد يعود ذلك إلى أن ثلاثة أرباع العينة تراوحت أعمارهن بين 20–35 سنة بالتالي كنّ من فئة الامهات الراشدات، وبما أن أكثر من نصف العينة تعليمهن جامعي فهن يملكن معرفة كافية للحفاظ على وزنهن ضمن الحدود الطبيعية. تتفق هذه النتيجة مع ما ذكرته (Mohammadi et al. , 2018) بأن النسبة الأعلى للسيدات كن ذوات وزن طبيعي حيث كانت أكثر من نصف العينة بمؤشر كتلة جسم يتراوح بين 18.5 و24.9 كغ/م2 ، وما دون عشر العينة نقص وزن [15] . بينما لا تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Salima et al., 2011) التي أجراها في الجزائر التي أظهرت أن ربع العينة فقط لديهن وزن طبيعي بالإعتماد على تصنيف مؤشر كتلة الجسم، وثلث العينة لديهن زيادة وزن بالإضافة لنفس النسبة سمنة. [9]

بينت نتائج الدراسة الحالية أن ثلاثة أرباع العينة (75%) كان لديهن مستويات خضاب دم طبيعي بينما الربع الباقي من العينة (25%) لديهن فقر دم (جدول3). قد تعود هذه النسبة الجيدة إلى أن غالبية عينة الدراسة يتناولن مكملات غذائية مما يؤمن مدخولاً منتظماً من الحديد. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أُجراها (Ramiah et al. , 2016) حيث بينت نتائجها أن ربع العينة فقط من الحوامل لديهن فقر دم [3] . بينما تتعارض نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي أجراها Suchitra et

(al. , 2019) في الهند لمعرفة مدى انتشار فقر الدم، والسكري، والانسمام الحملي التي بينت أن حوالي نصف العينة لديهن فقر دم . [18]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بتوزع عينة الدراسة حسب مقياس MUAC، أن الغالبية العظمى لعينة الدراسة كان محيط منتصف الذراع لديهن حسب المقياس يشير الى حالة طبيعية (جدول4) قد تعود هذه النتيجة الجيدة لأن نسبة عالية من عينة الدراسة لديهن مؤشر كتلة جسم طبيعي. لا تتفق هذه النتيجة مع دراسة أجراها (Bari et al. , 2020) في مستشفى الأطفال في مدينة لاهور. حيث بينت نتائجها أنَه وحسب تصنيف MUAC كانت الحالة التغذوية ضمن النطاق الطبيعي موجودة في ثلث العينة فقط . [19]

بينت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة مهمة إحصائياً في متوسط الاجابات الصحيحة لأسئلة الممارسات الغذائية تبعاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، ومكان الإقامة. بينما نلاحظ عدم وجود أهمية إحصائية لتلك الفروق مع متغيرات العمر، والعمل (جدول5). قد تعود تلك النتيجة إلى أن المستوى التعليمي يعزز الثقافة والمعرفة بشكل عام والمعرفة الصحية بشكل خاص بالإضافة إلى أن الإقامة القريبة من مراكز الرعاية تجعل الممارسات الغذائية أفضل وذلك نتيجة الاستشارة المستمرة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أجراها (Ramiah et al. , 2016) في سيرلنكا وأشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين الحالة التغذوية والدخل الشهري، لكنها لم تتفق مع الدراسة الحالية من حيث إظهارها وجود علاقة ذات لالة إحصائية بين الحالة الغذائية وعمر الحامل، وأن مستوى التعليم ليس له أي تأثير على الوضع الغذائي [3] . كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة (ريما اليماني، 2008) السعودية التي أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة التغذوية للطالبات الحوامل بكليات البنات في مكة المكرمة ومتوسط الدخل الشهري، لكنها عارضت نتائج الدراسة الحالية عندما أظهرت وجود علاقة ذات دلالة مهمة إحصائياً بين الحالة التغذوية والعمر. [1]

أوضحت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة ارتباط طردية بين الممارسات الغذائية والخضاب عند عينة الدراسة، حيث تزداد قيم الخضاب كلما زاد مستوى الممارسات الغذائية، وكانت هذه العلاقة هامة جداً من الناحية الإحصائية (جدول6). ويمكن أن نبرر هذه العلاقة بأن ممارسات التغذية الجيدة توفر جميع العناصر الغذائية وبكميات صحيحة وبالتالي نتجنب حدوث فقر الدم ونحصل على قيم خضاب طبيعية. لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة أجرتها (Zillmer et al. , 2017) في إثيوبيا، حيث لم تجد تلك الدراسة علاقة بين فقر الدم والتنوع الغذائي للنساء الأثيوبيات الحوامل، على الرغم من أنه ثبت أن التنوع الغذائي مرتبط بتحسين كفاية المغذيات الحيوية. [20]

7- الاستنتاجات:

النسبة الأكبر من السيدات الحوامل يقومون بزيارة العيادة النسائية مرة كل شهر.

النسبة الأعلى للسيدات كان لديهن وزن طبيعي بالاعتماد على مؤشر كتلة الجسم.

النسبة الأعلى من السيدات الحوامل كانت مستويات خضاب الدم عندهن طبيعية.

معظم السيدات كان محيط منتصف الذراع لديهن حسب المقياس يشير إلى حالة طبيعية.

توجد علاقة ذات دلالة مهمة إحصائياً في متوسط الاجابات الصحيحة لأسئلة الممارسات الغذائية تبعاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، ومكان الإقامة.

لا توجد علاقة مهمة إحصائياً بين الممارسات الغذائية و متغير العمر، والعمل.

توجد علاقة ارتباط طردية بين الممارسات الغذائية والخضاب عند عينة الدراسة، حيث تزداد قيم الخضاب كلما زاد مستوى الممارسات الغذائية، وكانت هذه العلاقة هامة جداً من الناحية الإحصائية.

8- محدّدات الدراسة:

اختيار العينة الملائمة حدّ من تعميم النتائج

طول الاستبيان تطلّب وقت للإجابة عليه.

اقتصار العينة على الشهر التاسع من الحمل أدى إلى طول الفترة التي جمعت فيها البيانات.

9- التوصيات:إقامة برامج تثقيفية تغذوية لتوعية السيدات حول الاحتياجات الغذائية والعناصر الواجب تناولها أو الامتناع عنها خلال فترة الحمل. ضرورة وجود بروتوكول على شكل كتيب أو ملصق يتضمن الحصص الغذائية اليومية كي تتمكن السيدات الحوامل من الاطلاع عليه مباشرة عند الحاجة. إجراء المزيد من الدراسات التي تعكس الحالة الغذائية والممارسات الصحية للسيدات الحوامل على مجتمع الأمومة مع حجم عينة أكبر.

10- المراجع:

1. اليماني، ريما. (2008). تقييم الحالة التغذوية للطالبات الحوامل بكليات البنات بمكة المكرمة. رسالة ماجستير مقدمة إلى قسم التغذية وعلوم الأطعمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي: (تخصص تغذية عامة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
2. Ward Susan, L., & Hisley Shelton, M. (2009). Maternal-Child Nursing Care Optimizing Outcomes for Mothers. Children, and Families. philadelphia, FA Davis Co, 614.
3. Adikari, A. M. N. T., Sivakanesan, R., Wijesinghe, D. G. N. G., & Liyanage, C. (2016). Assessment of Nutritional Status of Pregnant Women in a Rural Area in Sri Lanka. Tropical Agricultural Research, 27(2), 203-211.
4. Mora, J. O., & Nestel, P. S. (2000). Improving Prenatal Nutrition in Developing Countries: Strategies, Prospects, and Challenges. The American journal of Clinical Nutrition, 71(5), 1353-1363.
5. Rusescu, A. (2005). Nutritional Status of Pregnant Women, Children Under Five Years Old and School Children Aged Six to Seven Years. Institute for Mother and Child Care, Romania. 1-20.
6. Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak, D. (1998). Maternity Nursing family Newborn & Women's Health.
7. Weber, J; Kelley, J. (2006). Health Assessment in Nursing, 3rd Edition. In: Sprengel, A. Chapter 9: Nutritional Assessment , USA: Lippincott Williams & Wilkins Company.
8. Madden, A. M., & Smith, S. (2016). Body Composition and Morphological Assessment of Nutritional Status in Adults: a Review of Anthropometric Variables. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 29(1), 7-25.
9. Taleb, S., Kaibi, M., & Deghboudj, N. (2011). Assessment of Nutritional Status of Pregnant Women Attending the City Tebessa PMI (Algeria). National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, 1(2), 97-105.

10. Littleton, L & Engebretson, J. (2013). Maternal, Neonatal, and Women's Health Nursing. 2th ed. USA: Mosby Company.
11. World Health Organization. (2002). Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training modules. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
12. Sonko, A. (2016). Assessment of Dietary Practice and Anthropometric Status of Pregnant Women in Aleta Chuko Woreda Southern Nations, Nationalities and People's Region/SNNPR/, Ethiopia. J Epidemiol Public Health Rev, 1(1), 1-9.
13. Diddana, T. Z., Kelkay, G. N., Dola, A. N., & Sadore, A. A. (2018). Effect of Nutrition Education Based on Health Belief Model on Nutritional Knowledge and Dietary Practice of Pregnant Women in Dessie Town, Northeast Ethiopia: A Cluster Randomized Control trial. Journal of Nutrition and Metabolism, 2018, 1-10.
14. Ahmadi, Z., & Garlipour, Z. (2020). Evaluation of Dietary Patterns and the Related Factors in Pregnant Women Who Referred to Health Centers in Qom, Iran. Archives of Hygiene Sciences, 9(2), 143-151.
15. Mohammadi, M., Maroufizadeh, S., Omani-Samani, R., Almasi-Hashiani, A., & Amini, P. (2019). The Effect of Prepregnancy Body Mass Index on Birth Weight, Preterm Birth, Cesarean Section, and Preeclampsia in Pregnant Women. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 32(22), 3818-3823.
16. Ververs, T., Antierens, A., Sackl, A., Staderini, N., & Captier, V. (2013). Which Anthropometric Indicators Identify a Pregnant Woman as Acutely Malnourished and Predict Adverse Birth Outcomes in the Humanitarian Context?. PLoS Currents, 5.
17. Prodhan, K., Islam, S., Alam, R., Vasker, K., Kabir, H., & Alim, A. (2016). Assessment on Nutritional Status of Pregnant Women and Their New Born Baby in the Hospitalized Care System. American Journal of Health Research, 4(6), 194-198.
18. Suchitra, R., & Parthasarathy, S. (2020). Assessment of Basic Nutritional Status and Awareness to Good Food Habits of Pregnant Women in a Semi Urban Indian Town-Kumbakonam Urban Rural Epidemiological Study-KURES-3. Current Research in Nutrition and Food Science Journal, 8(1), 303-307.
19. Bari, A., Sultana, N., Mehreen, S., Sadaqat, N., Imran, I., & Javed, R. (2020). Patterns of Maternal Nutritional Status Based on Mid Upper Arm Circumference. Pakistan Journal of Medical Sciences, 36(3), 382-386.
20. Zillmer, K., Pokharel, A., Spielman, K., Kershaw, M., Ayele, K., Kidane, Y., ... & Ghosh, S. (2017). Predictors of Anemia in Pregnant Women Residing in Rural Areas of the Oromiya Region of Ethiopia. BMC Nutrition, 3(1), 65- 73.