فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لتحقيق الأمن الغذائي للأطفال

Effectiveness of Using Social Work Professional Intervention The Program on Achieving the food Security for Children

إعداد

جيهان عبدالفتاح محمد عبدالخالق الحريشى

أخصائية بمكتبة الطفل بالفيوم

ملخص البحث :

يهدف البحث الحالي إلي اختبار فاعلية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية في تحقيق الأمن الغذائي للطفل ، ولتحقيق أهداف البحث قامت الباحثة بتطبيق مقياس الأمن الغذائي علي الأطفال عينة البحث (القياس القبلي) ثم قامت بعد ذلك بإجراء برنامج التدخل المهني علي عدد (20) مفردة تم اختيارهم بالطريقة العمدية وفق شروط محددة ، وتم تطبيق الدراسة بمكتبة الفيوم للطفل خلال العام 2020 –2021م ، وقد توصلت الباحثة من خلال البرنامج وبعد إجراء القياس البعدي لمقياس الأمن الغذائي إلي مدي فاعلية برنامج التدخل المهني الحالي للخدمة الاجتماعية في رفع وعي الطفل بقضية الأمن الغذائي من حيث المفهوم ، والسلوكيات المرتبطة به لتحقيق الأمن الغذائي للطفل وتوصي الباحثة بتطبيق مثل تلك البرامج علي الأطفال لتنمية معارفهم بالممارسات الصحيحة للحفاظ علي سلامتهم.

الكلمات المفتاحية : (الأمن الغذائي – الطفل – التدخل المهني – الخدمة الاجتماعية).

Research Summary :

The current research aims to test the effectiveness of the professional intervention program for social work to achiev food security for the child, and to achieve the objectives of the research, the researcher applied the food security measure on children, the research sample **(pre-measurement),** and then conducted a professional intervention program on the number (20) individuals who were selected In an intentional manner according to specific conditions, the study was implemented in the Fayoum Children's Library during the year 2020-2021, and the researcher reached through the program and after conducting the post-measurement of the food security scale to the extent of the effectiveness of the current professional intervention program for social work in raising the child's awareness of the issue of food security in terms of concept , And behaviors associated with it to achieve child food security, The researcher recommends applying such programs to children to develop their knowledge of correct practices to maintain their safety.

Key Words: (Food Security - Child - Professional Intervention - Social Service)

مقدمة عامة للدراسة:

يعتبر موضوع الأمن بصفة عامة والأمن الصحي بصفة خاصة من أهم الموضوعات التي تقوم مهنة الخدمة الاجتماعية بدراستها، مع جميع فئات المجتمع بالأخص فئة الأطفال الذين يعتبروا من أكثر الفئات المعرضة للخطر سواءً على المستوى العالمي أو المستوى العربي أو المستوى المحلى ، حيث يعتبر الطفل مثل الشجرة عندما يتم الاهتمام بها وهي صغيرة تنبت نباتاً حسناً وتثمر ثماراً حسناً بمعني أن الطفل عندما يتم رعايته والاهتمام به فإنه ينشأ نشأة اجتماعية وصحية سليمة، فكلما تم العناية بالطفل عناية كاملة من الجوانب النفسية والصحية والاجتماعية فإنه بذلك يصبح فرداً نافعاً في المجتمع يتمتع بالصحة البدنية والصحة النفسية السليمة التي تجعله يكون فرداً سليم العقل والبنيان يسهم في بناء المجتمع وتحقيق التنمية الاجتماعية والبشرية الشاملة. هنا نرى أن تبصير الطفل بالاهتمام بالصحة من الأمور المهمة التي تشكل حياته وشخصيته وأن الاهتمام بصحة الأطفال مسئولية جميع قطاعات الدولة التي تهتم بمجال الطفولة والتي على رأسها مهنة الخدمة الاجتماعية ، حيث تهدف إلى تحقيق الأمن الصحي للأطفال من خلال تبصير الأطفال بأهمية الغذاء الصحي لهم وأيضًا النظافة الشخصية في الملبس والشكل العام وأيضًا معرفتهم بأهمية الإسعافات الأولية وذلك لوقايتهم من الحوادث التي تحدث لهم وكيفية التعامل معها.

أولاً: مدخل إلي مشكلة الدراسة:

تُعد العلاقة بين أمن الإنسان والتنمية البشرية ذات ارتباط وثيق إذ تُعنى الأخيرة بتوسيع قدرات الأفراد والفرص المتاحة لهم، فالأمن الإنساني يهتم بتمكين الشعوب بين احتواءٍ أو تجنبٍ للمخاطر التي تهدد حياتهم وسبل معيشتهم وكرامتهم، والمفهومان ينظران في الوضع الإنساني بكل أبعاده ومن بين الجوانب التي تهدد أمن الإنسان في بعده الاجتماعي هو سوء الوضع الصحي الذي يضع أمن الإنسان موضع تهديد يلزم احتوائه، هذا التغير في النظرة للأمن الإنساني صاحبة تغير في مفهوم الصحة العالمية نتيجة التطور التكنولوجي والتقني وزيادة تطور المواصلات والاتصالات، وإلغاء أي حدود افتراضية بين الدول وخاصة في مجال تنقل الأشخاص والبضائع[i].

ويعتبر الإنسان غاية عملية التنمية وفي نفس الوقت يعتبر الرافعة الرئيسية لهذه العملية بل يعد العنصر البشري الكفء من أهم موارد المجتمع الذي يجب الاهتمام به ورعايته حتى يتمكن من أداء دوره والمساهمة الفعالة في الأنشطة التنموية في المجتمع ومن ثم فإن نجاح أي جهد تنموي يعتمد في المقام الأول على السلامة الجسمية والعقلية والنفسية للإنسان حتى يمكن توظيفه واستثماره من أجل تحقيق التنمية لذا كان من الضروري الاهتمام بالمجال الصحي كأحد مجالات التنمية الاجتماعية بل والتأكيد على أهمية الأسلوب الوقائي في الرعاية الصحية وخاصة الوعي الصحي[ii].

وتحتل الصحة مكانة أساسية في مجال التنمية البشرية كونها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني ، فبقاء واستمرارية الإنسان والحماية من المرض هما صلب الرفاه البشري ومن منطلق إن الصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم أما تردي الصحة في حالات المرض والإصابة والعجز فإنه يقلص تلك القدرة على تلبية احتياجاته وأمام تزايد الدعوات المنادية بضرورة توفير الرعاية

والصحية وتحسينها من طرف المنظمات والهيئات العالمية المختلفة والمختصة في مجال الصحة وكذا ما تبذله الدول من مجهودات قصد توفير وتحسين رعاية صحية لمواطنيها بالإضافة إلى هذا فإن التنمية البشرية تجعل من الصحة ركيزة أساسية ضمن مؤشراتها التي تعتمد عليها في إعداد وإصدار تقاريرها حول وضعية التنمية البشرية في مختلف دول العالم[iii].

فالاهتمام بصحة الفرد يعتبر الأساس لبقائه فالرعاية الصحية تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية وتوفر الخدمة الصحية اللازمة في حالة المرض وذلك عن طريق المستشفيات وغيرها من المصحات الطبية ولا شك إن توفير الصحة يعتبر من الحقوق الرئيسية للأفراد ، فقد كانت الدول تنظر إلى الخدمات الصحية على أنها خدمات اجتماعية ليست ذات صفة انتاجية تجود بها الدول وتمنحها لشعوبها إذا توافر لديها فائض في ميزانيتها أما إذا قصرت تلك الموارد فإنها تمنعها عن الشعب ولا تقوم بها، إلا إن هذه النظرة اعتبرت نظرة تقليدية وتغيرت بعدما تبين إن خطط التنمية لا تقف على رأس المال المادي وإنما لابد من العامل الذي يستثمر هذا المال العامل المتعلم المثقف المدرب والمكتمل الصحة[iv].

وتضيف الباحثة إلي ذلك إنه لا يمكن فصل التنمية البشرية عن الصحة فإذا كانت الدول تريد أن تستغل رأس المال البشري المتوفر لديها فلا بد من الاهتمام به صحيًا لأنه لا يمكن لفرد مريض أو عليل أن يقوم بعمل أو يقوم بمجهود من مجهودات التنمية بكل جوانبها فلا بد من تكامل جميع جوانب التنمية البشرية المتمثلة في التنمية الصحية والعلم وتوفير الموارد. ، ولتحقيق ذلك فيجب الاهتمام بالجوانب الصحية وذلك من مرحلة الطفولة.

كما تعتبر مرحلة الطفولة من أهم فترات الحياة لما لها من أثر خطير في توجيه حياة الإنسان في مراحل حياته التالية فالأطفال هم لبنات البناء الذي سيؤثر علي غد المجتمع فهم يحملون على عاتقهم مسئولية البناء والتعمير والتنمية وتعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل العمر، فهي المرحلة التي تشكل الأساس في بناء الشخصية الإنسانية حيث تتضح فيها المواهب والقدرات وتكتسب فيها القيم والاتجاهات ويتم فيها تعلم الأنماط السلوكية السليمة لأن الطفل في هذه المرحلة يكون قابلاً للتأثير والتوجيه والتشكيل الأمر الذي يدفعنا إلي الاهتمام بما يواجه هذه المرحلة العمرية والعمل على الاهتمام بالبرامج والخدمات والرعاية الاجتماعية التي تسهم في تكوين جيل قادر على البذل والعطاء خالي من الأمراض والعقد النفسية[v].

فالطفل في هذه المرحلة كالزهرة اليانعة التي تحتاج إلى الرعاية والحب والحنان حتى يستطيع أن يصمد في وجه الريح فأطفالنا دائمًا في حاجة ماسة إلى التوجيه والمتابعة لجميع تصرفاتهم وسلوكياتهم فالطفل بدون رعاية كالسيارة المنطلقة بدون سائق في مفترق الطرق لذا يجب علينا كآباء ومربين أن نهتم بهم بصفة مستمرة وأن ندعمهم دائمًا بما يساعد على اكتساب المعارف والقيم والمهارات بطريقة محببة إليهم وفي حدود إمكاناتهم وقدراتهم فكل ما يكتسبه الطفل من مهارات وخبرات وما يحصل عليه من معارف يرسخ في ذهنه ويؤثر في جميع مراحل عمره التالية[vi].

وتولي الحكومات في مختلف دول العالم أهمية خاصة للأطفال وذلك لكونهم يمثلون قطاع من السكان له خصائصه ومكوناته النفسية والاجتماعية والعقلية المتميزة وهذه الأهمية تتطلب ضرورة توفير كافة الوسائل والإمكانات لتقديم مختلف الخدمات الأساسية التي تعوزها خصائص وسمات واحتياجات هذه المرحلة وبما يؤدي

إلى إعداد جيل قوي قادر على صياغة وصنع مستقبل أفضل لمجتمعه، لذا فقد شهدت السنوات الأخيرة في كثير من الدول من بينها مصر تزايدًا في الاهتمام بالطفل بعد أن ظل خلال عصور طويلة يعاني من القصور الواضح في الخدمات وأنماط الرعاية الخاصة به وإن هذا الاهتمام قد تفاوتت فيه المجتمعات من حيث السبق والدرجة والتطور فقد عرفته المجتمعات المتقدمة أولاً ثم أخذ ينتشر في غيرها من المجتمعات؛ لذلك أصبح الاهتمام برعاية الطفولة مقياسًا لتقدم وتطور كل المجتمعات وقد أدى هذا الاهتمام إلى إدراك الاجتماعيين في الدول النامية لأهمية تأثير الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية على الطفل وازدياد الوعي لديهم بأن هذه الأوضاع قد تساعد على إشباع حاجاتهم، لهذا تأتي رعاية الأطفال والاهتمام بهم في مقدمة مجالات الرعاية الاجتماعية[vii].

مما سبق نرى أن مرحلة الطفولة من المراحل المهمة جداً لثلاثة أسباب وهي:

1- إنها مرحلة طويلة الأمد وذات حاجة لرعاية خاصة لأنها تعني المدة التي لا يستغني فيها الطفل عن أبويه بل يحتاج فيها إلى أبويه فهو يصل للدنيا وهو يشعر بالعجز.

2- إنها مرحلة قابلة للتكوين والتوجيه والبناء فالطفل يأتي إلى الدنيا وهو مزود بالطاقات والاستعدادات والميول والقدرات المختلفة، وقادر على الملاءمة بين نفسه من ناحية، وبين ما تتطلبه المواقف الحياتية في البيئة التي نشأ فيها من ناحية أخرى.

3- إنها مرحلة الاستعداد للمستقبل فهي تعد حجر الزاوية لبناء الإنسان وتشييد حضارته وضمان تقدمه. لذا فإننا نجد أن قضايا الطفولة قد أخذت في الوقت المعاصر حظًا ليس بالقليل من الدراسات والبحوث لأن الناظر في الطفولة في خريطة البناء التربوي يجدها نصف الحاضر وأمل المستقبل[viii].

فرعاية الطفل تعني إنها المجهودات المبذولة لوقاية وحماية الطفل ، فتسهيل عملية رعاية وحماية الطفل لها الأثر البليغ على النمو الفيزيقي والنفسي للطفل من خلال ممارسة الأنشطة اليومية للطفل ، وكذلك عملية تناول الأطعمة والأغذية التي تساهم في بناء صحة الطفل، وحماية ووقاية الطفل لا تقوم من فراغ، بل تقوم بها مؤسسات ومراكز تقدم برامج علمية لرعاية الطفولة وحمايتها، وأيضًا الحماية الصحية تدخل ضمن برامج رعاية الأطفال من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية التي تحافظ على صحة الطفل بجانب تعليمهم عادات غذائية سليمة تحافظ على صحتهم[ix].

وترى الباحثة إن الطفل مثل الشجرة عندما يتم الاهتمام بها وهي صغيرة تنبت نباتًا حسنًا وتثمر ثمارًا حسنةً بمعنى إن الطفل عندما تتم رعايته والاهتمام به فإنه ينشأ نشأة اجتماعية وصحية سليمة، فكلما تمت العناية بالطفل عناية كاملة من الجوانب النفسية والصحية والاجتماعية فإنه بذلك يصبح فردًا نافعًا في المجتمع يتمتع بالصحة البدنية والصحة النفسية السليمة التي تجعله يكون فردًا سليم العقل والبنيان يسهم في بناء المجتمع وتحقيق التنمية الاجتماعية والبشرية الشاملة. هنا نرى إن تبصير الطفل بالاهتمام بالصحة من الامور المهمة التي تشكل حياته وشخصيته.

وإن تمتع الأطفال بأعلى مستوى من الصحة يمكن الوصول إليه، يعد حقًا من حقوقهم الأساسية، فمن واجب الدولة والمجتمع توفير كافة الظروف والوسائل المناسبة ليصبح هذا الحق سهلاً متوفرًا، ومكفولاً لجميع الأطفال دون استثناء وذلك بالعمل على حماية الأطفال ورعايتهم صحيًا ونفسيًا وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم

المختلفة ومساعدتهم على النمو الشامل المتوازن، فإذا كان التعليم حقًا من حقوق المواطنة تكفله دول العالم المختلفة وتقره في قوانينها فإن الصحة والعناية بها يعد حقًا آخر من الحقوق التي ينبغي أن يتمتع بها كل مواطن ومن واجب الدولة أن تكفله، إن صحة الفرد يمثل واحدًا من أبرز اهتمامات كل الحكومات في دول العالم المختلفة[x].

ولا تقل أهمية الأمن الصحي كأحد أنواع الأمن في الوطن العربي عن أهمية الأمن الغذائي والأمن السياسي وذلك لما للصحة من تأثيرات مباشرة في العديد من جوانب الحياة الاجتماعية منها والاقتصادية في المجتمع المريض لا يستطيع الانتاج بشكل صحيح، ومن ناحية أخري فإن الأمن الصحي يعد ثمرة من ثمار التنمية الاقتصادية والبشرية على حد سواء وهو يعكس محصلة التفاعل بين الأرض بكافة مواردها والإنسان بمختلف قدراته وعليه فإن الأمن الصحي يتأثر تأثيرًا كبيرًا بمستوي الموارد والتنمية الاقتصادية في الدول لكنه لا يتشكل كليًا بها، وتلعب الأولوية التي تعطي للاستثمار في المجال الصحي قياسًا إلى الاستثمارات الأخرى دورًا هامًا ، كما تلعب دورًا هامًا فعالية وعدالة نظم تقديم الخدمات الصحية أيضًا[xi].

وإن تحقيق الأمن الغذائي كأحد أشكال الأمن الصحي هو التزام قائم على الحكومات تجاه مواطنيها فهو التزام متفرع من التزام أعمق بتوفير وحماية حقوق الإنسان بمقتضى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة عام 1948م ومن هذه الحقوق: الحق في مستوى معيشة لائق للفرد وأسرته الوارد في المادة (25) من هذا الإعلان وهو تتضمن بالضرورة كفالة الغذاء الكافي للفرد وأسرته وقد جاء النص عن الحق في الغذاء الكافي على نحو صريح في المادة (11) من المعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر عن الأمم المتحدة في عام 1996م ، ولذا فإن الحكومات ملتزمة بالمحافظة على حق كل مواطن في الحصول على ما يكفيه من الغذاء وتأمينه ضد التعرض للجوع وتحريره من الجوع إذا وقع فريسة له، وقد وجد هدف الحق في الغذاء مكانًا مرموقًا على قائمة الأهداف الإنمائية للألفية التي أقرها المجتمع الدولي في عام 2000م فقد تضمن الهدف الأول من هذه الأهداف تخفيض نسبة الناس الذين يعانون من الجوع إلى نصف ما كانت عليه في عام 1990م وذلك بحلول عام 2015م[xii].

ويعتبر الأمن الغذائي مصطلحًا شديد التعقيد وهو لا يعني فقط زيادة الانتاج الزراعي أو الحصول على ما يسد حاجة الإنسان وجوعه حتى لو كان بانتظام بل يتضمن أن تكون الوجبات التي يحتاجها الإنسان متنوعة ومغذية إضافة إلى إنه كمفهوم يشمل كذلك الخدمات وتوفير وسائل تأمين حياة إنسانية مريحة فقد تضمن تعريف الأمن الغذائي في البيان الختامي لمؤتمر قمة الغذاء الذي عقد في روما في نوفمبر من عام 2009م أربعة مؤشرات وهي (وفرة الغذاء – إمكانية الحصول عليه، استقرار إمداداته في السوق– القدرة على استخدامه) ، وبقدر ما يكون الأمن الغذائي متحقق في دولة من الدول بقدر ما تكون هذه الدولة قوية ومحافظة على سيادتها وأمنها القومي[xiii].

والأطفال يحتاجون إلى النمو بشكل منتظم لكي يكونوا أقوياء وأذكياء ولا ينمون بشكل منتظم عندما لا يحصلون على ما يكفي من الغذاء السليم أو عندما يمرضون فمن الضروري أن يقوم الآباء والأمهات بمراقبة نمو الأطفال بانتظام وبالطبع فإن الحالة الاقتصادية لها تأثير كبير في نوع الغذاء الذي يتناوله الأفراد وكميته ولقد وجد أن غذاء الفقير في كميته ونوعه يكون شائعاً بين الطبقات ذات المستوي الغذائي المنخفض ولقد أشارت

دراسة **(Abbussy,1972)** إلى إن متوسط أطوال وأوزان أطفال الطبقات الاقتصادية والاجتماعية المرتفعة كان أفضل من الطبقات المتوسطة والمنخفضة ومشكلة فقر الأطفال لا يمكن حلها بدون تحديد احتياجات الأسر الفقيرة والتدخل المبكر والمباشر في حياة الأطفال الفقراء وتقديم الخدمات الصحية بالتغذية الصحيحة للأطفال والرعاية المتميزة ومرحلة الطفولة المبكرة[xiv].

فالأمراض المعدية تكثر بين الأطفال الذين يسلكون سلوكًا غير صحي وأن إصابة الطفل بالأمراض تقلل من قدرته علي التحصيل وتعطل الطاقات الكامنة التي تؤدي به إلى النبوغ لذلك يجب على المدرسة في مرحلة الابتدائية غرس العادات الصحية السليمة في الأطفال ، وإن الجهود المبكرة في المنزل والمدرسة يمكن أن تؤدي إلي إكساب الطفل السلوكيات الصحيحة وتنمية العادات الصحية المرغوبة فالتأثيرات الإيجابية خلال هذا الوقت يمكن أن تساعد الطفل لتحقيق صحة إيجابية[xv].

فتعزيز الصحة لا يمكن التحدث عنه في أنه مرض أو عافية من المرض ولكن أيضًا مفهوم الصحة يجب أن يرتبط بالنسق الثقافي والفكري المرتبط بالشخص وما يحمله من ثقافة صحية وقيم ومعتقدات، فالثقافة الاجتماعية والصحية تعمل على تعزيز مفهوم الأمن الصحي للأطفال ، وأيضًا الثقافة الصحية هي مفتاح عمليتي الممارسة والسلوك المرتبط بالفرد وأصحاب العلم والمهن ، لذا فإن عملية دعم الصحة والأمن الصحي يجب دراستها لنسق ثقافي يتم ممارسته ، فالثقافة والكفاءة في الثقافة الصحية ترتبط بمعرفة الأمراض وطرق العلاج والوقاية معًا[xvi].

وأما عن العوامل المؤثرة على الوعي الغذائي للأطفال ومستوي الوعي الثقافي والغذائي للأطفال فقد توصلت العديد من الدراسات والبحوث إلى العديد من النتائج والتي تذكر الباحثة منها علي سبيل المثال وليس الحصر:

أكدت دراسة (وئام عبد العزيز العاشق، علي محمد الصبي ، 2008) وعنوانها: تقييم مستوي الثقافة الصحية في مجال الأمراض المعدية لدى متعلمي الصف التاسع من مرحلة التعليم الأساسي ، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها تدني مستوي الثقافة والوعي الصحي لدى متعلمي مرحلة التعليم الأساسي (عينة الدراسة) مما يؤكد عدم وجود ثقافة صحية لديهم وإن المناهج الدراسية لا تخدم الثقافة الصحية لدى الطفل بصورة جيدة ومقبولة وقد أوصت الدراسة بضرورة العمل على رفع الثقافة الصحية لدى متعلمي التعليم الأساسي[xvii].

وتؤكد دراسة (Moryah Stella From et al, 2011) وعنوانها: هل الأطفال لديهم وعي بالطعام غير الآمن وكيفية إدارة موارد التغذية، وقد توصلت إلى أن الأطفال ليس لديهم وعي بالتغذية الصحية لديهم وليس لديهم عادات غذائية سليمة تساعدهم على النمو السليم، وإن مستوي الثقافة الصحية لديهم منخفض حتى بعد التغذية، وإنهم ليس لديهم وعي بالاحتياجات الغذائية في مرحلة النمو الخاصة بهم وكذلك الأسر ليس لديها وعي بالمتطلبات الغذائية المطلوبة لنمو أبنائهم بطريقة صحيحة[xviii].

وفي تقرير لجمعية التنمية الصحية والبيئية المصرية بعنوان :الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، 2005م)، فقد توصل التقرير والدراسة إلى إن الحالة الصحية والأمن الصحي للأطفال في مصر يشوبها بعض القصور مثل: إن الأطفال يعانون من انتشار الأنيميا بينهم كنوع من أنواع سواء التغذية وانتشار حالات

من التقزم نتيجة الفقر الغذائي وغياب الوعي الصحي بالحالة الغذائية، كما يعاني الأطفال من نقص حاد في الوزن[xix].

وتؤكد دراسة (فاطمة الزهراء مرياح ، 2012م) وعنوانها : سوء التغذية لدى المتمدرس وعلاقته بالتحصيل الدراسي، وقد توصلت الدراسة للعديد من النتائج من أهمها: إن هناك علاقة بين سوء التغذية والتحصيل الدراسي لدي المتمدرس وهي علاقة عكسية بمعني إنه كلما زاد سوء التغذية كلما ضعف التحصيل الدراسي للطالب وهذا الأمر لا يرتبط بالمستوى الاقتصادي للأسرة لأن الباحثة لاحظت إنه يوجد أسر ذات حالة اقتصادية عالية ولكن أبنائها يعانون من سوء التغذية، وإنما وجدت الباحثة إن أمراض سوء التغذية المرتبطة بالطفل هنا متعلقة بسوء التربية الصحية وقلة الوعي الصحي من الأسرة والطالب بأهمية الغذاء المتوازن وغياب الثقافة الغذائية مما يترتب عليه أمراض صحية منها هشاشة العظام وفقر الدم والتعب السريع وضعف المناعة والتعرض للأمراض المعدية والطفيليات بجانب تدني مستوى التحصيل الدراسي[xx].

وأكدت دراسة (بعنوان: صحة الأطفال والمراهقين وجودة الرعاية الصحية، 2011م): حول الأمن الصحي للطفل على إن الصحة أو فقر الصحة لدى الطفل يكون له انعكاساته على الطفل ليس في المستقبل فقط ولكن أيضًا انخفاض وضعف الصحة يرتبط بانخفاض التحصيل الدراسي لدى الطفل الدارس في مرحلة التعليم، كما إن فقر الصحة يرتبط أيضًا بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية للطفل وهو ما يكون له الأثر السيئ على الانتاجية لدى الطفل، أكدت الدراسة على أن ضعف الأمن الصحي للطفل ينعكس على سلوكياته مع أقرانه بالمدرسة وإن غياب الثقافة الصحية والوعي الصحي لدى الطفل قد نتج عنه مشكلات صحية مثل انخفاض الوزن والأنيميا والإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكر وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر للبيئة المحيطة بالطفل على أمنه الصحي فوعي من حوله بالثقافة الصحية تجعل الطفل في حالة صحية جيدة وخاصة الوعي بالعادات الغذائية الصحيحة[xxi].

وتوصلت دراسة (إشراقة عبد الله علي النعيم، 2006م) وعنوانها: أثر العادات الغذائية على المستوى الغذائي والصحي للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وقد توصلت الدراسة إلى إنه يوجد سلوكيات صحية غير سليمة تمارس من قبل الطفل والأم منها إضافة النطرون إلى الطعام مما يقلل من القيمة الغذائية للطفل مما يصيبه بأمراض سوء التغذية وإن الأطفال لا يتناولون قدرًا كافيًا من الطعام ولا يسد حاجاتهم الغذائية اليومية الموصي بها للأطفال، وإن الأطفال يتناولون أطعمة تتكرر يوميًا ولا يوجد فيها تجديد مما يضعف الصحة العامة للطفل[xxii].

- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في صياغة أهداف الدراسة الراهنة حيث كانت معظم تلك الدراسات دراسات وصفية تحليلية توصلت إلى نتائج مرتبطة بأبعاد الأمن الغذائي للطفل وتلك النتائج هي المنطلق الذي منه سوف تبني الباحثة برنامج التدخل المهني الخاص بدراستها.
- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في صياغة فروض الدراسة الراهنة .
- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في صياغة في تدعيم مشكلة الدراسات بالدراسات السابقة .
- إن كل تلك النتائج أكدت إن مستوي الوعي الغذائي والثقافة الصحية لدى الأطفال جاءت منخفضة هذا الأمر الذي يؤكد أهمية برامج التثقيف الغذائي للطفل لرفع الوعي الغذائي لديه لخفض مخاطر الأمن

الصحي للطفل وهو ما يؤكد أيضًا أهمية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية في الدراسة الحالية لتحقيق الأمن الغذائي للأطفال من خلال زيادة معارفهم وقيمهم وسلوكياتهم.

وهو ما يؤكد أهمية الدراسة الحالية التي تقوم على استخدام برنامج للتدخل المهني من منظور الخدمة الاجتماعية لتحقيق الأمن الغذائي للطفل فرعاية الطفولة تعتبر من المجالات الهامة لمهنة الخدمة الاجتماعية لكنها جزء من العمل الميداني للرعاية الاجتماعية التي تهدف إلى تحقيق الرفاهية للأطفال وإن كل الخدمات التي تقدم من خلال المؤسسات الاجتماعية أو المنظمات المعنية بالطفولة تضع في مقدمة خدماتها رفاهية الطفل من جانب والعمل على تحسين ظروف الأسرة لما ينعكس على ذلك من رعاية للأطفال وتعرف رعاية الطفولة على إنها مجال متخصص من مجالات الخدمة الاجتماعية يهتم بأداء الأدوار المختلفة، والمشاكل التي تتداخل فيها العلاقات بين الوالدين والأطفال، كما أن الطفولة الحقل المتخصص في الخدمة الاجتماعية وتعني بخدمات من شأنها أن تقدم الحلول لمشاكل الأطفال الذين لم تتح لهم الفرصة لإشباع حاجاتهم الاجتماعية بقدر مناسب داخل الأسرة أو المجتمع[xxiii].

كما إن الخدمة الاجتماعية من المهن الأولية والأساسية التي وجدت بالمجتمع من أجل مساعدة الأطفال والأسرة والطفل يقوم على بعدين رئيسيين هى رفاهية ورعاية الطفل والصحة العقلية لكل من الطفل والأسرة لهذا فإن هذه الأبعاد من المهم للأخصائيين الاجتماعيين التعرف وجمع معلومات وافية عنها، وعمل الخدمة الاجتماعية بمجال الطفولة له تاريخ بعيد وطويل بدأ من جزء مبكر من هذا القرن في أواخر عام 1800م، وكانت في بداية القرن التاسع عشر ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأطفال تهتم بقضايا مثل الإهمال والإساءة للطفل، كما إن تطورها وصل إلى مساعدة الأطفال العاديين والمعاقين وكانت تقوم مساعدتها على تقديم المساعدات المالية والدفاع عن حقهم في التعلم، ثم تطورت الخدمة الاجتماعية للتعامل مع مشكلات الأطفال السلوكية والاضطرابات النفسية والقيام بتنمية المعارف والسلوكيات والتثقيف لدى الأطفال باعتماد الأخصائيين الاجتماعيين على النظريات السلوكية والتعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية التي تحدث مع الطفل داخل أسرته[xxiv].

كما تعمل الخدمة الاجتماعية مع الأطفال في جوانب أخرى مثل تدريب الأطفال على المهارات وكذلك التدريب على السلوكيات وتنمية الجوانب الانفعالية عندهم، كما إن الخدمة الاجتماعية تواجه مشكلات الأطفال التي تواجههم مثل إساءة المعاملة بكل أنواعها النفسية والبدنية وحمايتهم من المخاطر الاجتماعية والبيئية التي قد تواجههم ومواجهة التحديات التي تقف عقبة أمام النمو السوي للأطفال في كافة الجوانب النفسية والاجتماعية والبدنية وتنمية الوعي الذاتي لديهم بكل قضاياهم[xxv].

وبناءً على ما سبق عرضه من إطار نظري لمشكلة الدراسة ونتائج الدراسات السابقة يمكن للباحثة أن تقول إن الأمن الغذائي من الأمور الهامة التي يجب الاهتمام بها وفيما يخص الطفل لأن الطفل هو لبنة الحاضر وأمل المستقبل لذا لابد منا الاهتمام به اهتمامًا كبيرًا حتى ينشأ هؤلاء الأطفال نشأة قوية ويكونون سواعد صحيحة تعمل على تحقيق التنمية بكافة مستوياتها، وأيضًا بناءً على نتائج الدراسات السابقة ، وبناءً علي ذلك فإن القضية الرئيسية للدراسة الحالية تتحدد في فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لتحقيق الأمن الغذائي للأطفال.

ثانيًا: أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

1- إثراء الجانب النظري لمهنة الخدمة الاجتماعية عمومًا ومجال الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الطفولة بصفة خاصة.

2- التوصل إلى نتائج من برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لتحقيق الأمن الغذائي للأطفال من خلالها يمكن مساعدة المسئولين وصانعي القرار للتعامل مع مشكلات الأمن الغذائي للطفل من خلال زيادة الوعي لديه.

3- الاهتمام بالوعي والأمن الغذائي للطفل يعد من أفضل مجالات الاستثمار للمستقبل لما سيكون له من أثر في جعل الأطفال ينمون نموًا صحيًا سليمًا يجعلهم صالحين وقادرين على صنع المستقبل والمشاركة في عمليات التنمية بكافة أشكالها ومستوياتها.

ثالثًا: أهداف الدراسة:

يتمثل الهدف الرئيسي للدراسة الحالية في اختبار فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لتحقيق الأمن الغذائي للطفل، وينبثق منه أهداف فرعية هي:

1- اختبار فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية وتنمية معارف الطفل بالعادات الغذائية السليمة والمرتبطة الأمن الغذائي .

2- اختبار فاعلية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية وتنمية معارف الطلاب بالمشكلات المترتبة علي العادات الغذائية غير السليمة والمرتبطة بالأمن الغذائي .

3- اختبار فاعلية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية وتنمية سلوكيات الطفل نحو ممارسة العادات الغذائية السليمة والمرتبطة بالأمن الغذائي .

رابعاً : فروض الدراسة :

تنطلق الدراسة الراهنة من فرض رئيسي مؤداه" "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الأمن الغذائي للطفل باستخدام برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لصالح الصالح القياس البعدي ، **وللتحقق من صحة الفرض الرئيس لابد من اختبار الفروض الفرعية التالية:**

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس معارف الطفل بالعادات الغذائية السليمة والمرتبطة الأمن الغذائي

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس معارف الطلاب بالمشكلات المترتبة علي العادات الغذائية غير السليمة والمرتبطة بالأمن الغذائي

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الطفل نحو ممارسة العادات الغذائية السليمة والمرتبطة بالأمن الغذائي

خامساً : مفاهيم الدراسة :

تقوم الدراسة الحالية علي المفاهيم التالية:

1- مفهوم الطفل:

يعرف الطفل بأنه: "هو الذي لم يبلغ بعد حد النضج وحسب طبيعة استعمال اللفظ فما دام الولد في بطن أمه فهو جنين أي لفظ وليد أو رضيع ثم صغير، ويمكن تقسيمها إلى المرحلة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة ومن الناحية القانونية هناك تحديد واضح لتعريف الطفل فهو وفقًا لمعايير القانون الدولي هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر[xxvi].

ويعرف الطفل إجرائيًا في تلك الدراسة بأنه: ذلك الطفل الملتحق بالمرحلة الابتدائية من مراحل التعليم وحصل على أقل درجات في مقياس الأمن الغذائي.

2- مفهوم الأمن الغذائي:

يعتبر الغذاء شرطًا أساسيًا من شروط بقاء الكائن البشري وهذا البقاء مرهون بتأمين قضية الغذاء ، وقد قامت إحدى المنظمات العالمية بتوحيد الرؤى حول قضية الأمن الغذائي نتيجة اهتمامها بهذه القضية المتعلقة بالإنسان ، فقد عرفت الأمن الغذائي بأنه توافر الغذاء لكل فرد من الشعب في أي فترة بكمية ونوعية كافية تضمن له حياة صحية وسليمة ونشطة[xxvii].

وتعرفه الباحثة إجرائيًا في الدارسة الحالية بأن الأمن الغذائي هو تحقيق كم المعرف والسلوكيات التي تتيح للطفل أمن غذائي وسلوكيات غذائية سليمة تحافظ على صحته وسلامته البدنية والنفسية وفق مقياس الأمن الغذائي الذي أعدته الباحث.

سادساً: المنطلق النظري للدراسة: تنطلق الدراسة الحالية من مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي .

سابعاً : الاجراءات المنهجية للدراسة :

(أ) نوع الدراسة : انطلاقًا من مشكلة الدراسة الحالية واتساقًا مع أهدافها التي تسعى الباحثة لتحقيقها فقد تم تحديد نوع الدراسة الحالية فهي دراسة تنتمي إلى نمط الدراسات التجريبية .

(ب) نوع المنهج : ووفقًا لنوع الدراسة فإن المنهج المستخدم هو المنهج التجريبي باستخدام أسلوب المجموعة التجريبية الواحدة بتصميم التجربة القبلية والبعدية وتم استخدام المجموعة الواحدة لصغر حجم العينة.

(ج) أدوات الدراسة: اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على أداة رئيسية وهى مقياس الأمن الغذائي للطفل.

1- وصف المقياس: هو مقياس الأمن الغذائي تم تطبيقه على الأطفال المترددين على مكتبة الطفل وهم عينة الدراسة الحالية من إعداد الباحثة ، يتكون من (21) فقرة وكانت استجابات المقياس هي **(موافق – الى حد ما – غير موافق).**

2- خطوات بناء المقياس : -

تم بناء المقياس وفق الخطوات التالية:

الخطوة الأولى :- وهى خطوة تحديد الهدف من المقياس وهو مقياس الأمن الغذائي للطفل قبل وبعد التدخل المهني للخدمة الاجتماعية .

الخطوة الثانية :- تحديد مصادر بناء المقياس وكانت تلك المصادر على النحو التالي :

أ – الإطار النظري للدراسة ويشمل المراجع العربية والإنجليزية بجانب البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بأبعاد الدراسة الحالية والمقياس الحالي .

ب – الرجوع الى العديد من المقاييس المرتبطة بأبعاد الدراسة الحالية ومن هذه الدراسات ما يلى:

. مقياس ملحق رسالة ماجستير بعنوان برنامج مقترح لتنمية المفاهيم الصحية لدى طلبة الصف السادس بمحافظة غزة (للباحث ياسين سلمان محمد ، 2003 م) ، الفقرات التي تم الاستعانة بها للدراسة الحالية بعد إعادة صياغتها وهى : البعد الخاص بالغذاء الصحي الفقرات من (19 : 32)[xxviii].

2. مقياس ملحق برسالة دكتوراه بعنوان (فعالية برنامج تربية صحية في تغير سلوكيات الخطر وتنمية الوعى الصحي لدى المراهقين الباحث القص صليحة ، من (18:1) ما يخص الغذاء الصحي[xxix].

- **الخطوة الثالثة** : – تم إعداد المقياس لتحكيمه وقد تم طبع عدد (10) نسخة من المقياس لعرضة على الاساتذة بالجامعة وقد حرصت الباحثة على الأخذ بكل التوجيهات والتعديلات التي يبديها الأساتذة على المقياس.

3- صدق وثبات المقياس :

أ- الصدق الظاهرى " صدق المحكمين: تم عرض المقياس في صورته الأولية بما يحتوية من أبعاد وفقرات مرتبطة بكل متغير من المتغيرات على عدد (10) عضوًا من أعضاء هيئة التدريس (كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم – كلية الطب ، جامعة الفيوم).

حيث طُلب منهم قراءة العبارات والحكم على صلاحية كل عبارة من حيث:

أ- ارتباط العبارة بالمتغير المراد قياسه.

ب- ارتباط العبارة بمضمون وهدف القياس.

ج- إضافة عبارات تناسب أي بعد من أبعاد المقياس أو حذف بعض العبارات غير المرتبطة بالمقياس.

وفي ضوء هذا التحكيم تم حساب نسبة الاتفاق بين السادة المحكمين للعبارات التي يشملها كل بعد من أبعاد المقياس ، وتعد نسبة الاتفاق التي تصل إلى (80%) هي الأساس في الحكم على عبارات كل بعد من الأبعاد، وتم استبعاد العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق بين السادة المحكمين عليها عن أقل من (80%).

4- إجراءات ثبات المقياس:

تعتبر هذه الخطوة من أهم خطوات إعداد أداة القياس حيث تدل على ثبات المقياس والغرض من إعداده ليقيس ما وضع من أجله على نفس العينة وفى ظروف مختلفة ، واعطاء نفس النتائج ، ومن أهم الوسائل الاحصائية **هى طريقة "إعادة الاختبار Test . Retest"**، حيث يتم إجراء القياس على مجموعة من أفراد العينة ، ويتم إعادة نفس الاختبار على نفس المجموعة بعد فترة زمنية معينة، ويتم حساب معامل الارتباط بين القياسين لمعرفة ثبات المقياس ، وللتأكد من ثبات المقياس اتبعت الباحثة الخطوات الآتية:

1- طَبقت الباحثة المقياس على عدد(10) من مفردات البحث وهم الأطفال العينة الممثلة للدراسة.

2- تم التطبيق الثاني للمقياس على نفس العينة بعد مرور (15) خمسة عشر يومًا وهو الفارق الزمنى بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني.

2- تحليل محتوي التقارير الخاصة بأنشطة برنامج التدخل المهني .

قامت الباحثة بتحليل وتفسير محتوي التقارير لأنشطة برنامج التدخل المهني للمجموعة التجريبية وكان محتوى التقارير أنشطة برنامج التدخل وفقًا للتالي :

- اليوم والتاريخ .
- نوع النشاط الذي تم تنفيذه.
- المشاركون في تنفيذ النشاط.
- المستهدفون من تنفيذ النشاط.
- الزمن اللازم لتنفيذ النشاط.
- مكان تنفيذ النشاط.
- الاستراتيجيات والتكنيكات المستخدمة في النشاط.
- المردود المهني للنشاط .
- مهارات الإخصائي الاجتماعي (الباحث) القائم بالنشاط .

خامسًا: مجالات الدراسة:

أ- المجال (المكاني): تم تطبيق الدراسة الحالية بمكتبة الطفل بمحافظة الفيوم وقد تم اختيار ذلك المكان لعدة **أسباب هي :**

- إبداء إدارة المكتبة كل الترحيب بتطبيق الدراسة الحالية فيها وكذلك التعهد بتقديم كافة التسهيلات للباحثة لإتمام البرنامج التجريبي . – أنها مخصصة لعمل الطفل.
- أن هذه المكتبة تقدم كافة أنشطة التوعية والتثقيف العام ومنها برنامج التثقيف الصحي للطفل.
- تردد أعداد كبيرة من الأطفال وبأعمار مختلفة عليها.
- قابلية الأطفال المترددين على المكتبة للالتحاق بأنشطة برنامج التدخل المهني

ب- المجال البشري: يتمثل في التالي:

إطار المعاينة في مكتبة الطفل تمثل في(60) طفلاً كمجتمع دراسة من واقع سجلات المكتبة وقد تم اختيار عدد (20) مفردة منهم بالطريقة العمدية **وفق الشروط التالية :**

1 – تردد هؤلاء الأطفال على تلك المكتبة بطريقة منتظمة ومستمرة .

2- حصول هؤلاء الأطفال على أقل الدرجات في مقياس الأمن الغذائي .

3 – أن يكون عمر هؤلاء الأطفال من (8 : 12 عامًا).

4- أن تكون العينة مشتركة من بنين وبنات للتعرف على فروق الذكاء والاستجابة بين الجنسين.

ج- المجال الزمني: فترة اجراء الدراسة الميدانية وهى من 2019/4/1 حتى 2019/9/14.

سادسًا: المعالجات الاحصائية:

استخدمت الباحثة مجموعة من الاختبارات الإحصائية باستخدام برنامج **(spss v.22)** الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية :

- التكرارات والنسب المئوية. – معامل الارتباط بيرسون.
- المتوسطات الحسابية. – القوة النسبية والوسط المرجح.
- معامل ثبات (الفا – كرونباخ) – الفروق بين المتوسطات.
- الانحراف المعياري للفروق اختبار – اختبار(ت) للدلالة الإحصائية **(t.test)**.

سابعاً : التحليل الكمي والكيفي لنتائج الدراسة :

أولاً: النتائج الخاصة بوصف البيانات الأولية لأفراد عينة الدراسة:

فيما يلي النتائج الخاصة بوصف البيانات الأولية لأفراد عينة الدراسة:

1-النوع:

جدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا لمتغير للنوع (ن = 20)

م	المعاملات الإحصائية / النوع	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	ذكر	3	%15	2
2	انثى	17	%85	1
	المجموع	20	% 100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير النوع حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للنوع (ذكر) (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (15 %) من إجمالي

أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للنوع (انثى) (17) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (85 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

2- السن:

جدول رقم (2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا لمتغير للسن (ن = 20)

م	المعاملات الإحصائية / فئات السن	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	من 8 سنوات لأقل من 10 سنين	5	%25	3
2	من 10سنوات لأقل من 12سنة	6	%30	2
3	12فأكثر	9	%45	1
	المجموع	20	% 100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير السن حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للسن (من 8سنوات لأقل من 10 سنة) (5) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (25 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للسن (من 10سنوات لأقل من 12 سنة) (6) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (30%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للسن (12سنة فأكثر) (9) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (45 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

3-محل الاقامة:

جدول (3)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير محل الإقامة (ن = 20)

م	المعاملات الإحصائية / محل الإقامة	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	ريف	4	%20	2
2	حضر	16	% 80	1
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق أن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير محل الإقامة حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للنوع (ريف) (4) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (20 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا لمحل الإقامة (حضر) (16) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (80 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

4-الحالة التعليمية للأم:

جدول (4) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الحالة التعليمية للأم (ن = 20)

م	المعاملات الإحصائية / الحالة التعليمية للأم	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	لا تقرأ ولا تكتب	3	%15	2
2	مؤهل متوسط	2	%10	3
3	مؤهل عالي	15	% 75	1
	المجموع	20	% 100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير الحالة التعليمية للأم حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا (للمؤهل لا تقرا ولا تكتب) عدد (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (15%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للحالة التعليمية (مؤهل متوسط) عدد (2) فردين بنسبة مئوية مقدارها (10 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للحالة التعليمية (مؤهل عالي) عدد (15) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (75%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

5-الحالة التعليمية للأب:

جدول (5) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا لمتغير الحالة التعليمية للأب (ن = 20)

م	المعاملات الإحصائية / الحالة التعليمية للأب	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	لا يقرا ولا يكتب	3	%15	2
2	مؤهل متوسط	2	%10	3
3	مؤهل عالي	15	% 75	1
	المجموع	20	% 100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير الحالة التعليمية للأب حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا (للمؤهل لا يقرا ولا يكتب) عدد (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (15%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للحالة التعليمية (مؤهل متوسط) عدد (2) فردين بنسبة مئوية مقدارها (10 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعاً للحالة التعليمية (مؤهل عالى) عدد (15) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (75%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

6- وظيفة الأم:

جدول (6) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير وظيفة الأم ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / وظيفة الأم	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	ربة منزل	8	%40	2
2	موظفة حكومة	9	%45	1
3	موظفة قطاع خاص	3	%15	3
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير وظيفة الأم حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا لوظيفة " ربة منزل " عدد (8) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (40%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للوظيفة " موظفة حكومية " عدد (9) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (45%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للوظيفة " موظفى قطاع خاص" (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (20 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

7- وظيفة الأب:

جدول (7) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا وظيفة الأب ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / وظيفة الأب	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	موظف حكومة	13	%65	1
2	موظف قطاع خاص	2	%10	3
3	أعمال حرة	5	%25	2
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير وظيفة الاب حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للوظيفة " موظف حكومة" عدد (13) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (65%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة للوظيفة "موظف قطاع خاص " عدد(2) فردين بنسبة مئوية مقدارها (10%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للوظيفة " أعمال حرة" عدد (5) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (25.15 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

8- عدد أفراد الأسرة :

جدول (8) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير عدد أفراد الأسرة ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / عدد أفراد الأسرة	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	أقل من 4	1	%5	3
2	من 4 إلى 6	7	%35	2
3	6 أفراد فأكثر	12	%60	1
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير عدد أفراد الأسرة حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا عدد أفراد الأسرة أقل من 4 أفراد " عدد (1) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (5%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا لعدد أفراد الأسرة من 4 لأقل من 6 أفراد " عدد (7) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (35%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا لعدد أفراد الأسرة 6 أفراد فأكثر" (12) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (60 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

9- ترتيب بين الإخوة :

جدول (9) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير ترتيب بين الإخوة ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / ترتيب بين الإخوة	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	الأول	4	%20	2
2	الثاني	3	%15	3
3	الثالث	11	%55	1
4	أخرى تذكر (الرابع)	1	%5	4
5	أخرى تذكر (الخامس)	1	%5	4مكرر
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إ ن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير ترتيب بين **الإخوة** حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للترتيب الأول " عدد (4) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (20%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة للترتيب الثانى " عدد (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (15%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. ويبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للترتيب الثالث" (11) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (55 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. ويبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **للترتيب الرابع**" (1) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (5 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. ويبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **للترتيب الخامس**" (1) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (5 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.

10- السنة الدراسية للطفل

جدول (10) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير السنة الدراسية للطفل ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / السنة الدراسية للطفل	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	الثالث	4	%20	2
2	الرابع	1	%5	3
3	الخامس	1	%5	3مكرر
4	السادس	14	%70	1
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير السنة الدراسية للطفل حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا للصف الثالث الابتدائي " عدد (4) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (20%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعا للصف الرابع الابتدائي " عدد (1)

فردًا بنسبة مئوية مقدارها (5%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية. يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعا للصف الخامس الابتدائي (1) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (5 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.

– يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعا للصف السادس الابتدائي (14) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (70 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

11- الدخل الشهري:

جدول (11) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير الدخل الشهرى

م	المعاملات الإحصائية / الدخل الشهري	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	من 1000 الى اقل من 2000 جنية	8	% 40	2
2	2000 جنيهًا فأكثر	12	%60	1
	المجموع	20	% 100	

يتضح من الجدول السابق أن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير الدخل الشهري حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا (من 1000 لأقل من 2000 جنيهًا) عدد (8) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (40 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا (2000 جنيهًا فأكثر) عدد (12) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (60 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

12– مصدر الدخل:

جدول (12) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير مصدر الدخل ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / مصدر الدخل	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	راتب حكومي	7	%35	2
2	معاش	2	%10	3
3	عمل الاب	11	%55	1
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير مصدر الدخل حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا لمصدر " راتب حكومي " عدد (7) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (35%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا المصدر " معاش " عدد (2) فردين بنسبة مئوية مقدارها (10%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا المصدر " راتب حكومي (11) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (55 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

13- حالة المنزل :

جدول (13) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير حالة المنزل ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / حالة المنزل	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	وجود مياه نقية	13	%65	1
2	وجود صرف صحي	3	%15	3
3	وجود كهرباء	4	%20	2
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير حالة المنزل حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **وجود مياة نقية** " عدد (13) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (65%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **وجود صرف صحى** " عدد (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (15%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **وجود كهرباء** " (4) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (20 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية .

14- عدد الغرف بالمنزل :

جدول (14) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغير عدد الغرف بالمنزل ن= 20

م	المعاملات الإحصائية / عدد الغرف بالمنزل	التكرار	النسبة %	الترتيب
1	غرفتين	3	%15	3
2	ثلاث غرف	12	%60	1
3	أكثر من ثلاث	5	%25	2
	المجموع	20	%100	

يتضح من الجدول السابق إن توزيع أفراد عينة الدراسة من المجموعة التجريبية تبعًا لمتغير عدد الغرف بالمنزل حيث يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **وجود غرفتين** " عدد (3) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (15%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية . ، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **وجود ثلاثة غرف** " عدد (12) فردًا بنسبة مئوية مقدارها (60%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.، يبلغ عدد الأفراد في عينة الدراسة تبعًا " **وجود ثلاثة غرف فأكثر** " (5) أفراد بنسبة مئوية مقدارها (25 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة للمجموعة التجريبية.

ثانيًا: عرض ومناقشة درجات القياس القبلي لمقياس الغذاء الصحي :

جدول رقم (15) يوضح درجات القياس القبلي لعبارات مقياس الغذاء الصحي للأطفال ن=20

م	العبارة	موافق		إلى حد ما		غير موافق		التكرار المرجح	الوسط المرجح	الوزن المرجح	القوة النسبية (%)	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%					
1	أحرص على تناول الغذاء الصحي بشكل مستمر	1	%5	8	%40	11	%55	30	1.5	10	%50	1
2	أتناول وجبة الفطار قبل النزول من المنزل	1	%5	6	%30	13	%65	28	1.4	9.3	%46.7	3
3	أتجنب شراء الطعام من الباعة الجائلين في الشارع	1	%5	7	%35	12	%60	29	1.45	9.7	%48.3	2
4	أهتم بتناول العصائر الطازجة	1	%5	7	%35	12	%60	29	1.45	9.7	%48.3	2مكرر
5	أغسل الخضروات قبل الاكل	0	0	8	40	12	%60	28	1.4	9.3	%46.7	3مكرر
6	أهتم بقراءة تاريخ الصلاحية عند شراء المنتج	1	%5	5	%25	14	%70	27	1.35	9	%45	4
7	أتجنب المشروبات الغازية مثل البيبسي والكولا	1	%5	6	%30	13	%65	28	1.4	9.3	%46.7	3مكرر
8	أحرص على المضغ الجيد للطعام	8	%40	4	%20	16	%80	24	1.2	8	%40	7
9	أتناول القليل من المواد السكرية والنشوية	0	0	6	%30	14	%70	26	1.3	8.7	%43.3	5
10	أتناول كميات مناسبة من الماء	0	0	5	%25	15	%75	25	1.25	8.3	%41.7	6
11	أبتعد عن الطعام الذي يقف عليه الذباب	0	0	5	%25	15	%75	25	1.25	8.3	%41.7	6مكرر
12	أتجنب الوجبات الجاهزة مثل الكريب والبروستد	0	0	7	%35	13	%65	27	1.35	9	%45	4مكرر
13	أتجنب تناول الحلوة بكثرة	2	%10	4	%20	14	%70	26	1.3	8.7	%43.3	5مكرر
14	أتجنب تناول الخضروات غير قابلة للنضج	0	0	4	%20	16	%80	24	1.2	8	%40	7مكرر
15	أحرص على تناول كميات من اللحوم في الوجبة الرئيسية	1	%5	4	%20	15	%75	26	1.3	8.7	%43.3	5مكرر
16	أتجنب الإفراط في تناول المكملات الغذائية الاصطناعية	0	0	4	%20	16	%80	24	1.2	8	%40	7مكرر
17	أحرص على احتواء الوجبة الغذائية على جميع السعرات الطبيعية	0	0	4	%20	16	%80	24	1.2	8	%40	7مكرر
18	أتجنب العادات غير سليمة في تناول وجبة الإفطار	0	0	5	%25	15	%75	25	1.25	8.3	%41.7	6مكرر
19	أبتعد عن تناول الواجبات السريعة	0	0	5	%25	15	%75	25	1.25	8.3	%41.7	6مكرر
20	أقلل من تناول المعجنات والفطائر بجميع أنواعها	0	0	4	%20	16	%80	24	1.2	8	%40	7مكرر
21	أتجنب تناول الأجبان القديمة	0	0	5	%25	15	%75	25	1.25	8.3	%41.7	6مكرر
							المؤشر ككل	المتوسط المرجح	الوسط المرجح	مجموع الأوزان المرجحة	مجموع التكرارات المرجحة	القوة النسبية (%)
								26.1	1.30	182.9	549	%43.6 ضعيفة

يوضح الجدول السابق : مقياس الغذاء الصحى للأطفال:

وجاءت القوة النسبية بنسبة (43.6%) ومتوسط المرجح (26.1) وتعد هذه النسبة **ضعيفة** طبقًا للقوة النسبية التي حصلت عليها عبارات المؤشر في القياس القبلي نجد إنه جاء ترتيب العبارات على النحو التالي :

1- في الترتيب الأول جاءت عبارة رقم **(1)**" **أحرص على تناول الغذاء الصحى بشكل مستمر** بقوة نسبية **(50%)** ووسط مرجح **(1.5)** .

2- في الترتيب الثاني جاءت عبارة **(3-4)** " **أتجنب شراء الطعام من الباعة الجائلين في الشارع" أهتم بتناول العصائر الطازجة"** بقوة نسبية **(48.3%)** ووسط مرجح **(1.45)** .

3- في الترتيب الثالث جاءت عبارات **(2-5-7)**" **أتناول وجبة الفطار قبل النزول من المنزل" "أغسل الخضروات قبل الاكل "أتجنب المشروبات الغازية مثل البيبسي والكولا** " " بقوة نسبية (46.7%) ووسط مرجح (1.4).

4- في الترتيب الرابع جاءت عبارات (6-12)" **أهتم بقراءة تاريخ الصلاحية عند شراء المنتج "يساعدني الاخصائي الاجتماعي على تقبل اعاقة ابنانا " أتجنب الواجبات الجاهزة مثل الكريب والبروستد"** بقوة نسبية (45%) ووسط مرجح (1.35).

5- في الترتيب الخامس جاءت عبارة **(9-13-15)** " **أتناول القليل من المواد السكرية والنشوية" أ تجنب تناول الحلوة بكثرة " أحرص على تناول كميات من اللحوم في الوجبة الرئيسية"** بقوة نسبية (43.3%) ووسط مرجح (1.3) .

6- في الترتيب السادس جاءت عبارات **(10-11-18-19-21)** "**أتناول كميات مناسبة من الماء" أبتعد عن الطعام الذي يقف عليه الذباب" أتجنب العادات غير السليمة في تناول وجبة الإفطار" أبتعد عن تناول الواجبات السريعة" أتجنب تناول الأجبان القديمة** " بقوة نسبية (41.7%) ووسط مرجح (1.25) .

7- في الترتيب السابع جاءت عبارات **(8-14-16-17-20)** " **أحرص على المضغ الجيد للطعام" أتجنب تناول الخضروات غير قابلة للنضج" "أتجنب الإفراط في تناول المكملات الغذائية الاصطناعية " أحرص على احتواء الوجبة الغذائية على جميع السعرات الطبيعية** " " " بقوة نسبية (40%) ووسط مرجح **(1.2)** .

وتفسير نتائج القياس القبلي لبعد الغذاء الصحي للاطفال يتضح وجود نقص في مستوى المعارف بالغذاء الصحي لدى أعضاء الجماعة التجريبية حيث جاءت القوة النسبية لجميع عبارات البعد ضعيفة وتحتاج إلى مجموعة من الأنشطة المهنية التى تساعد الاطفال على تحسين مستوى المعارف لديهم بالنسة للغذاء الصحي السليم لديهم وهذا ما تسعى اليه الباحثة الى تفعيله من خلال أنشطة برنامج التدخل المهني .

ثانيًا : عرض ومناقشة درجات القياس البعدي لمقياس الغذاء الصحي للطفل :

جدول (16) يوضح درجات القياس البعدي لمقياس الغذاء الصحي للأطفال " ن=20

م	العبارة	موافق		إلى حد ما		غير موافق		التكرار المرجح	الوسط المرجح	الوزن المرجح	القوة النسبية (%)	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%					
1	أحرص على تناول الغذاء الصحي بشكل مستمر	14	%70	6	%30	0	0	54	2.7	18	%90	6
2	أتناول وجبة الفطار قبل النزول من المنزل	5	%25	15	%75	0	0	45	2.25	15	%75	9
3	أتجنب شراء الطعام من الباعة الجائلين في الشارع	15	%75	3	%15	2	%10	53	2.65	17.7	%88.3	7
4	أهتم بتناول العصائر الطازجة	16	%80	4	%20	0	0	56	2.8	18.7	%93.3	4
5	أغسل الخضروات قبل الأكل	19	%95	1	%5	0	0	59	2.95	19.7	%98.3	1
6	أهتم بقراءة تاريخ الصلاحية عند الشراء المنتج	17	%85	3	%15	0	0	57	2.85	19	%95	3
7	أتجنب المشروبات الغازية مثل البيبسى والكولا	14	%70	4	%20	2	%10	52	2.6	17.3	%86.7	8
8	أحرص على المضغ الجيد للطعام	14	%70	6	%30	0	0	54	2.7	18	%90	6مكرر
9	أتناول القليل من المواد السكرية والنشوية	14	%70	5	%25	1	%5	53	2.65	17.7	%88.3	7مكرر
10	أتناول كميات مناسبة من الماء	16	%80	4	%20	0	0	56	2.8	18.7	%93.3	4مكرر
11	أبتعد عن الطعام الذي يقف عليه الذباب	18	%90	2	%10	0	0	58	2.9	19.3	%96.7	2
12	أتجنب الواجبات الجاهزة مثل الكريب والبروستد	15	%75	5	%25	0	0	55	2.75	18.3	%91.7	5
13	أتجنب تناول الحلوى بكثرة	16	%80	2	%10	2	%10	54	2.7	18	%90	6مكرر
14	أتجنب تناول الخضروات غير قابلة للنضج	18	%90	2	%10	0	0	58	2.9	19.3	%96.7	2مكرر
15	أحرص على تناول كميات من اللحوم في الوجبة الرئيسية	17	%85	2	%10	1	%5	56	2.8	18.7	%93.3	4مكرر
16	أتجنب الإفراط في تناول المكملات الغذائية الاصطناعية	17	%85	3	%15	0	0	57	2.85	19	%95	3مكرر
17	أحرص على احتواء الوجبة الغذائية على جميع السعرات الطبيعية	15	%75	5	%25	0	0	55	2.75	18.3	%91.7	5مكرر
18	أتجنب العادات غير سليمة في تناول وجبة الأفطار	17	%85	3	%15	0	0	57	2.85	19	%95	3مكرر
19	أبتعد عن تناول الواجبات السريعة	15	%75	5	%25	0	0	55	2.75	18.3	%91.7	5مكرر
20	أقلل من تناول المعجنات والفطائر بجميع أنواعها	17	%85	3	%15	0	0	57	2.85	19	%95	3مكرر
21	أتجنب تناول الأجبان القديمة	17	%85	3	%15	0	0	57	2.85	19	%95	3مكرر
							المؤشر ككل	المتوسط المرجح	الوسط المرجح	مجموع الأوزان المرجحة	مجموع التكرارات المرجحة	القوة النسبية (%)
								55.14	2.76	386	1158	%91.9 قوية جدا

يوضح الجدول السابق : مقياس الغذاء الصحي للأطفال:

وجاءت القوة النسبية لهذا البعد بنسبة (91.9%) ومتوسط المرجح (55.14) وتعدهذه النسبة **قوية جدًا** طبقا للقوة النسبية التي حصلت عليها عبارات المؤشر في القياس البعدي نجد أنه جاء ترتيب العبارات على النحو التالي :

1- في الترتيب الأول جاءت عبارة **(5)" أغسل الخضروات قبل الاكل** "بقوة نسبية **(98.3%)** ووسط مرجح **(2.95)** .

2- في الترتيب الثاني جاءت عبارات **(11-14)** " **أبتعد عن الطعام الذى يقف عليه الذباب" أتجنب تناول الخضروات غير قابلة للنضج**" بقوة نسبية (96.7%) ووسط مرجح **(2.9)** .

3- في الترتيب الثالث جاءت عبارات **(6-18-20-21)**" **أهتم بقراءة تاريخ الصلاحية عند الشراء المنتج أتجنب العادات غير سليمة في تناول وجبة الأفطار" " أقلل من تناول المعجنات والفطائر بجميع أنواعها " أتجنب تناول الأجبان القديمة"** بقوة نسبية (95%) ووسط مرجح (2.85)

4- في الترتيب الرابع جاءت عبارات (4-10-15)" **أهتم بتناول العصائر الطازجة** " **أتناول كميات مناسبة من الماء**" **أحرص على تناول كميات من اللحوم في الوجبة الرئيسية**" بقوة نسبية (93.3%) ووسط مرجح (2.8).

5- في الترتيب الخامس جاءت عبارات **(12-17-19)**" **أتجنب الوجبات الجاهزة مثل الكريب والبروستد**" **أحرص على احتواء الوجبة الغذائية على جميع السعرات الطبيعية**"**أبتعد عن تناول الواجبات السريعة** " بقوة نسبية (91.7%) ووسط مرجح (2.75) .

6- في الترتيب السادس جاءت عبارة **(1-8-13)** " **أحرص على تناول الغذاء الصحي بشكل مستمر**" **أحرص على المضغ الجيد للطعام** " **أتجنب تناول الحلوى بكثرة** " بقوة نسبية (90%) ووسط مرجح (2.7) .

7- في الترتيب السابع جاءت عبارات **(3-9)** " **أتجنب شراء الطعام من الباعة الجائلين في الشارع** " **أتناول القليل من المواد السكرية والنشوية** " بقوة نسبية (88.3%) ووسط مرجح **(2.65)** .

8- في الترتيب الثامن جاءت عبارة (7) " **أتجنب المشروبات الغازية مثل البيبسي والكولا** " بقوة نسبية (86.7%) ووسط مرجح (2.6) .

9- في الترتيب التاسع جاءت عبارة (2) " **أتناول وجبة الفطار قبل النزول من المنزل** " بقوة نسبية (75%) ووسط مرجح (2.25) .

ومن خلال قراءة النتائج السابقة المتعلقة بالقياس البعدي لبعد الغذاء الصحي ويدل ذلك على ارتفاع مستوى الغذاء الصحي السليم لأعضاء المجموعة التجريبية في القياس البعدي لمقياس الامن الصحي للأطفال ويرجع السبب في ذلك إلى فعالية أنشطة برنامج التدخل المهني من أهم تلك الأنشطة التي ساعدت الاطفال في إحداث التغيير لديهم وهو تحقيق الغذاء الصحي السليم على سبيل المثال لبعض تلك الانشطة (مناقشة جماعية عن الغذاء الصحي وغير الصحي للاطفال – محاضرة عن الوعي الغذائي للطفل – ندوة عن الاستخدامات الخاطئة اثناء تناول الغذاء – ورشة عمل عن الرياضة وعلاقتها في بناء طفل قوي).

جدول رقم (17) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومتوسط الفروق بين القياسين القبلي والبعدى باستخدام (ت) لمقياس الغذاء الصحي للأطفال

القياس	م	ع	متوسط الفرق	الانحراف المعياري للفرق	قيمة ت المحسوبة	المعنوية
القبلي	27.55	1.79	30.85	3.17	43.57	0.05
البعدي	58.40	2.82				

باستقراء بيانات الجدول السابق وما تم بشأنها من معاملات إحصائية يتضح لنا وجود فروق دالة إحصائيا ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) بين الدرجات الحاصل عليها عينة الدراسة (قبل وبعد التدخل) فيما يتصل بالبعد الأول " تحقيق الغذاء الصحي" ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (43.57) في حين أن نظيرتها الجدولية عند مستوى معنوية (0.05) ولدرجة حرية (19) بلغت (2.62) وهذا يعنى أن قيمة ت المحسوبة > من ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) وعليه يمكن القول إن الدراسة أثبت صحة فرضها الفرعي الأول بحدود ثقة (0.95) " وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند درجة معنوية (0.05) وبدرجة ثقة (0.95%) بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على تحقيق الغذاء الصحي للطفل باستخدام برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية لصالح الصالح القياس البعدي"

ملاحق الدراسة : مقياس الغذاء الصحي للأطفال

م	العبارات	موافق	الي حد ما	غير موافق
1	أحرص على تناول الغذاء الصحي بشكل مستمر			
2	أتناول وجبة الإفطار قبل النزول من المنزل			
3	أتجنب شراء الطعام من الباعة الجائلين في الشارع			
4	أهتم بتناول العصائر الطازجة			
5	أغسل الخضروات قبل الأكل			
6	أهتم بقراءة تاريخ الصلاحية عند شراء المنتج			
7	أتجنب المشروبات الغازية مثل البيبسي والكولا			
8	أحرص على المضغ الجيد للطعام			
9	أتناول القليل من المواد السكرية والنشوية			
10	أتناول كميات مناسبة من الماء			
11	أبتعد عن الطعام الذى يقف عليه الذباب			
12	أتجنب الوجبات الجاهزة مثل الكريب والبروستد			
13	أتجنب تناول الحلوى بكثرة			
14	أتجنب تناول الخضروات الغير قابلة للنضج			
15	أحرص على تناول كميات من اللحوم في الوجبة الرئيسية			
16	أتجنب الإفراط في تناول المكملات الغذائية الاصطناعية			
17	أحرص على احتواء الوجبة الغذائية على جميع السعرات الطبيعية			
18	أتجنب العادات غير سليمة في تناول وجبة الأفطار			
19	أبتعد عن تناول الواجيات السريعة			
20	أقلل من تناول المعجنات والفطائر بجميع أنواعها			
21	أتجنب تناول الأجبان القديمة			

مراجع الدراسة:

(i) آسية ، بلخير (2018م) : الأمن الصحي العالمي ، متطلبات الترشيد وضرورات الاستدامة ، مجلة العلوم السياسية والقانونية ، العدد6، المجلد 2 ، المركز الديمقراطي العربي للدراسات السياسية والاستراتيجية والاقتصادية ، برلين ، ص ص241- 242.

(ii) أحمد ، عبد التواب جابر (2017م) : المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري ، دراسة ميدانية بإحدى قرى محافظة أسيوط، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، عدد 46، يوليو ، ص6

(iii) عورام ، مهدي (2018م) : الصحة من منظور التنمية البشرية، (سيسيولوجيا الصحة في المجتمع الجزائري)، مؤسسة حسين راس الجيل للنشر، ط1، الجزائر، ص121.

(iv) عورام ، مهدي : المرجع السابق ، ص125.

(v) محمد ، عبد الفتاح محمد (2012م) : ممارسات الخدمة الاجتماعية مع مشكلات الأسرة والطفولة ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ص، ص 145- 146.

(vi) عبد الجواد، سها بنت هاشم ، علي، أماني عبد الفتاح (2011م) : الثقافة الصحية لدي طفل الروضة وعلاقتها بمستويات قراءة الصور، مجلة القراءة والمعرفة، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد 121، نوفمبر ، ص 135.

(vii) غنيم ،عبد العزيز أحمد (2000م) : مؤشرات تخطيطية لإشباع احتياجات الطفولة (دراسة ميدانية من وجهة نظر أمهات في كل من الريف والحضر بمحافظة كفر الشيخ) ، مجلة البحوث النفسية والتربوية ، كلية التربية ، جامعة المنوفية ، مجلد 15، عدد 1، ص 205.

(viii) إبراهيم ، محمد ضياء الدين خليل(2014م) : حقوق الطفل مفهومها وتطورها عبر التاريخ البشري , أعمال المؤتمر الدولي السادس (الحماية الدولية للطفل) ، 20 – 22/ 11، طرابلس ، ص21.

(ix) Ostbye ,Truls Et Al (2015) : The Keys To Healthy Family Child Care Homes Interventions: Study Design And Rationale, Journal Of Contemporary Clinical Trials, Vol 40, U.S.A, , P.81.

(x) الرازحي ، عبد الوارث عبده سيف(2003م) : العادات غير الصحية لدى الأطفال اليمنيين من وجهة نظر أمهاتهم ، مجلة الطفولة والتنمية ، العدد 10، مجلد 3 م ، ص 13.

(xi) العبيدي ، أحمد حامد علي (2012م) : الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور سياسي ، مجلة دراسات إقليمية ، عدد 5، المجلد 12 ، مجلة صادرة عن مركز الدراسات الإقليمية ، ص2.

(xii) صابر ، سلوى فؤاد (2012م) : تأثير مشكلة الغذاء على الأمن الغذائي في مصر، مجلة مركز صالح عبد الله للاقتصاد الإسلامي، مجلد 16، عدد 46، أبريل، ص298.

(xiii) صابر ، سلوى فؤاد (2012م) : مرجع سبق ذكره، ص300.

(xiv) **الجمال ، رضا مسعد (2004):** برنامج لتنمية الوعي الغذائي الصحي لأطفال الحضانة وعلاقته بقدرتهم على الانتباه والتركيز، مجلة الطفولة والتنمية، عدد 14، مجلد 4، 2004م، ص ص 31-32.

(xv) صبري ، ماهر إسماعيل ، السيد ، منى عبدالمقصود(2007): **القصص الكاريكاتورية وأثرها في تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي به لدى الأطفال المعاقين سمعيًا**، سلسلة دراسات في التربية وعلم النفس، مجلد 1، عدد 4، أكتوبر ، ص12-13.

(xvi)A David Napier et al (2014) : **culture and health, the lancet emissio**n, vol. 384, No1, p 1607-1630.

(xvii) العاشق ، وئام عبد العزيز ، القصبي، علي محمد (2008م) : تقييم مستوى الثقافة الصحية في مجال الأمراض المعدية لدى متعلمي الصف التاسع في مرحلة التعليم الأساسي ، مجلة الجمعية المصرية للتربية العلمية ، مجلد 11، عدد 4 ، ديسمبر، ص ص 55-56.

(xviii) From, Noryah Stella et al (2011) : Children are aware of food insecurity and take responsibility for managing food resources, the journal of nutrition community and international nutrition, No23, December, p 1115- 1116.

(xix) الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر(2005م) : تقرير صادر عن جمعية التنمية الصحية والبيئية (برنامج السياسات والنظم الصحية) ، ص208- 209.

(xx) مرياح ، فاطمة الزهراء (2012م) : سوء التغذية لدى المتمدرس وعلاقته بالتحصيل الدراسي ، رسالة ماجستير، غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة وهران ، الجزائر, ص ص112، 113- 117.

(xxi) Institute Of Medicine And National Research Counsel (2011) : Child And Adolescent Health And Health The Care Quality, The National A Academics Press, U.S.A, , pp. 14 - 18.

(xxii) النعيم ، إشراقة عبد الله علي (2006م) : أثر العادات الغذائية على المستوى الغذائي والصحي للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، رسالة دكتوراه، غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الخرطوم ، السودان ، ص 192-194.

(xxiii) صالح ، عبد المحيي محمود حسن (2014): **الخدمة الاجتماعية مجالات الممارسة المهنية** ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ص261.

(xxiv) Petr ,Christopher G (2003) .: Social Work With Children And Their Families, Oxford University Press, Second Edition, U.S.A, p,p 6, 7, 8.

(xxv) Ferguson ,Harry (2014) : What Social Workers Do In Performing Child Protection Work, U.S.A, John Willey, P.P 10, 11.

(xxvi) نوفل ، زيزيت (2018م) : الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي للطفل، مجلة دراسات اجتماعية، صادرة عن المعهد المصري للدراسات، 19 أكتوبر، ص17.

(xxvii) سلاطنية بلقاسم ، عرعور مكيلة (2009): معالة تصويرية لمفهوم الأمن الغذائي وأبعاده ، مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد الخامس ، جامعة محمد خيضر – بسكرة ، جوان ، الجزائر ، ص6.

(xxviii) عبده ، ياسين سليمان (2003م) : برنامج مقترح لتنمية المفاهيم الصحية لدى طلبة الصف السادس بمحافظة غزة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين .

(xxix) صليحة ، القص (2016م) : فعالية برنامج تربية صحية في تغير سلوكيات الخطر وتنمية الوعى الصحي لدى المراهقين ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة محمد صيقر ، الجزائر