

[٨]

دور المشاركة المجتمعية
في تنمية وعي الأمهات بالعوادات الغذائية الخاطئة
التي تؤدي إلى سوء تغذية طفل الروضة

د.رندا مصطفى الديب

مدرس بقسم رياض الأطفال

كلية التربية - جامعة طنطا

د.إكرام حمودة الجندي

مدرس بقسم رياض الأطفال

كلية التربية - جامعة طنطا

دور المشاركة المجتمعية في تنمية وعي الأمهات بالعادة الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء تغذية طفل الروضة د. راندا مصطفى الديب* ، د. إكرام حمودة الجندي**

ملخص:

يهدف هذا البحث إلى دراسة دور المشاركة المجتمعية في تنمية وعي الأمهات بالعادة الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التغذية عند طفل الروضة وقد استخدمت الباحثتان مقياس لتقدير مدى وعي الأم بالعادة الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التغذية عند طفلها الأول، وقد طبق هذا المقياس على عينة مكونة من (٥٠٠) أم في مدينة طنطا ومدينة المحلة الكبرى في جمهورية مصر العربية (وكبر حجم العينة يهدف إلى التأكد من صدق وجود العادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التغذية)، وتجبب الأم على هذا المقياس بالنسبة لسلوكيات التي تمارسها مع طفلها. وقد تم التوصل إلى أكثر العادات الغذائية شيوعاً وقد تم تصنيفها إلى مجموعة من البنود وهي: تناول الطفل الأطعمة الخفيفة دون توقف، الإكثار من تناول النشويات، رفض الطفل تناول الخضروات، استخدام الطعام كمكافأة، الإحجام عن تناول وجبة الإفطار، تناول الطعام أمام التلفزيون، عدم تنويع الأطعمة المقدمة للطفل، وقد تم

* مدرس بقسم رياض الأطفال، كلية التربية - جامعة طنطا.

** مدرس بقسم رياض الأطفال، كلية التربية - جامعة طنطا .

اختيار هذه العادات في سوء التغذية بالتحديد استناداً إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أجرتها الباحثتان.

وتم إعداد برنامج تدريبي لتنمية وعي الأمهات بالعادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التغذية، وتطبيقها علي (٦١) أم اختيرت بطريقة عشوائية عن طريق التدريب المباشر مع الأمهات، وقد تم تصميم محتوى موضوعات البرنامج المقترح في ضوء مخرجات مقياس الوعي وتم تطبيق استمارة تقييم قبل تطبيق البرنامج التدريبي المقترح وبعدها لمعرفة مدى تحسن وعي الأمهات بهذه العادات الخاطئة. وتوصل البحث إلى أهمية المشاركة المجتمعية ودورها الفعال في توفير برامج وأنشطة عملية لزيادة ورفع وعي الامهات الصحي بالإضافة إلى أهمية أخذ الأمهات دورات وبرامج توعوية مهما كان مستواها التعليمي فهذا من شأنه رفع مستوي الوعي الصحي عندها وبالتالي لا يتعرض أطفالهن لسوء التغذية.

Abstrac:

This research aims to examine the role of community participation in the development of awareness of maternal dietary habits wrong that lead to malnutrition kindergarten children have been used researchers measure to assess the awareness of maternal dietary habits wrong that lead to malnutrition when her first child, has applied this measure on a sample from (500) or in the city of Tanta and Mahalla al-Kubra in the Arab Republic of Egypt (and the large sample size is designed to ensure the authenticity of the existence of dietary habits wrong that lead to malnutrition), and answer the mother on this scale for the behaviors practiced by with her baby. Has been reached more dietary habits common has been classified into a group of items, namely: eating baby foods and light without stopping, eat more carbohydrates, rejected child eating vegetables, using food as a reward, to refrain from eating breakfast, eating in front of the TV, not diversification of foods provided to children, has been selected these habits in malnutrition specifically based on the results of the survey conducted by the researchers.

Was prepared a training program for the development of awareness of maternal dietary habits wrong that lead to malnutrition, and apply them to (61) mother selected randomly through direct training with mothers, has been designed content topics proposed program in light output scale awareness was applied evaluation form before applying the training program proposed and then to see how improved awareness of mothers these habits wrong. and research found to the importance of community participation and effective role in providing programs and practical activities to increase and raise the awareness of mothers health in addition to the importance of taking mothers courses and awareness programs whatever their level of education, it would raise the level of health awareness then and therefore not expose their children to the malnutrition.

مقدمة:

تُعد مرحلة رياض الأطفال من المراحل الهامة جداً والحاسمة في صحة الطفل المستقبلية، ذلك لأنها الفترة التي يتم فيها وضع البذور الأولى للصحة الجيدة التي تتبلور ملامحها وتظهر في مستقبل حياة الفرد، كما أنها تتأثر بالسلوك والمعارف والثقافة الغذائية التي يكتسبها الطفل من خلال تفاعله مع الأسرة، الروضة، المجتمع.

كما أن لمرحلة رياض الأطفال خصوصيتها التي تميزها عن غيرها من مراحل التعليم قبل الجامعي، لأن الهدف الأسمى فيها والمحور الأساسي هو بناء الإنسان وهو المنتج الأهم لمنظومة التعليم في أي مرحلة، ومن الضروري أن تنطلق جميع الممارسات التربوية في مرحلة رياض الأطفال من معرفة بطبيعة المتعلمين ومتطلبات النمو المتوازن لهم في شتي الجوانب (المؤتمر العلمي السنوي لكلية رياض الأطفال، طفل الروضة، تربيته ورعايته، ٢٠٠٥).

وتعتبر التغذية من الموضوعات الهامة بالنسبة للأطفال، الأصحاء منهم والمرضى فالغذاء ضروري للسلامة العضوية والعقلية وأيضاً للتوافق الاجتماعي. والغذاء الجيد من أهم دعائم الصحة العامة، إذ يؤثر مستوى التغذية في الأطفال تأثيراً مباشراً على نموهم البدني والعقلي وعلى كفاءتهم العملية والذهنية ونشاط كافة أعضائهم. والغذاء غير المتوازن يؤدي إلى الإصابة بأمراض سوء التغذية المختلفة.

والأطفال هم أكثر الناس تعرضاً للإصابة بهذه الأمراض وتشير الإحصائيات أن حوالي ٤٠% من أطفال العالم يعانون من سوء التغذية وهناك حوالي ٢٥٠ و ٠٠٠ طفل يفقدون أبصارهم سنوياً بسبب نقص فيتامين (أ)، وقد قدر معدل الوفيات الناجمة عن سوء التغذية بنحو

٥٨% من إجمالي معدل الوفيات في عام ٢٠٠٩م في حين أقرت منظمة الصحة العالمية أن سوء التغذية تمثل المساهم الأكبر ضمن الأسباب المؤدية إلى وفاة الأطفال، ممثلةً نحو نصف الحالات جميعها (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠٠٧).

وقد ثبت علمياً أن سوء التغذية يتسبب في الضعف العام، وقلة النشاط، وضعف القدرة على الأداء العملي السليم، كما أنه ينتج عنه كثير من الأمراض؛ لذلك يمكن القول أن الأطفال تعتبر من الفئات الحساسة بالنسبة للتغذية وذلك لما تتميز به هذه الفترة من حياتهم بالنمو السريع (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠٠٧).

ولقد أصبحت المشاركة المجتمعية لمؤسسات المجتمع بكافة ضرورة حتمية فرضتها ظروف العولمة والتغيرات التي تمر بها كل المجتمعات. وتلعب الروضة دوراً حيوياً كمؤسسة تعليمية تخدم أطفالنا، وهي جزء لا يتجزأ عن المجتمع الذي تخدمه، ومن هنا فإن المشاركة المجتمعية هي الركيزة الأساسية لدعم وتحسين تربية الطفل داخل هذه المؤسسة التربوية، ومن أفضل سبل دعم المشاركة المجتمعية وتحقيق التواصل مع الأسرة والمجتمع المحلي، أن تدعم الروضة لأسرة الطفل؛ حيث تتفاوت الأسر في مستواها التعليمي والثقافي والاقتصادي الأمر الذي يتطلب أن تعمل الروضة كمؤسسة تربوية لدعم الأسر في قضايا الصحة وتعزيز التعلم وخلق مناخ إيجابي لنمو الطفل مما يساعد على النهوض برعاية وتربية الأطفال (على جوهر، محمد جمعة، ٢٠١٠، ٣٥).

والعلاقة بين البيت والروضة من الأمور الهامة في العملية التعليمية والتربوية؛ وذلك لما لها من أثر إيجابي في تذليل وحل

الصعوبات التي قد يتعرض لها الأطفال في النواحي التعليمية والتربوية بالإضافة إلى حل الكثير من المشكلات السلوكية والصحية (محمد قنديل, رمضان بدوى, ٢٠٠٤, ٤٢).

مبررات البحث:

- أصبح سوء التغذية مرض العصر الحديث مما شغل أذهان الأطباء والنفسيين للتصدي لهذه المشكلة الصحية، النفسية، الاجتماعية.
- تجنب العادات التي قد تسبب سوء التغذية أسهل كثيراً من محاولة التخلص منها، وأيضاً من تغيير العادات الراسخة.
- دور المشاركة المجتمعية في التوعية بالعناصر الأساسية في الغذاء الصحي السليم وتجنب العادات الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التغذية، مما يساعد الطفل على النمو السوي.

مشكلة البحث:

هدف المشاركة المجتمعية بين الأسرة والروضة مساعدة الطفل على التعلم لكي يتحقق النمو المتوازن للطفل نتيجة للعلاقة التكاملية بينهما، مما يدعو إلي مد يد التعاون لأولياء الأمور، وإشراكهم في تنفيذ وتطبيق الأنشطة التي تنمي وعيهم بالعادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية أطفالهم. ولكننا نفتقر إلي هذه النوعية من البرامج في الروضات في مصر ومن الدراسات التي توصلت إلي هذا دراسة فتحي عبد الرسول محمد (٢٠٠٠) وسامح جميل عبد الرحيم وفتحي كامل زيادي (٢٠٠١) أكدوا علي عدم وجود برامج مصرية في رياض الأطفال تقوم علي المشاركة بين المنزل والروضة، علي الرغم من أهميتها، وإدراجها ضمن المعايير القومية لرياض الأطفال في مصر. بالإضافة

إلى توصيات بعض الدراسات التي أشارت إلى ضرورة تصميم برامج مشاركة مجتمعية وأسرية بين المنزل والروضة مثل دراسة سامح جميل عبد الرحيم وفتحي كامل زيادي (٢٠٠١)، وحياء المجادي وفرماوي محمد (٢٠٠٣)، هيام ياقوت السطوح (٢٠٠٥)، ميك كولمان وآخرون (٢٠٠٦) Coleman, M.& all، أحمد يحيى الجبيلي وامين صبري نور الدين (٢٠٠٧)، كارسون (٢٠٠٩) Carson, J، ومعايير رياض الأطفال في مصر (٢٠٠٩).

ومما سبق يتضح أن هناك قصور في تفعيل برامج المشاركة المجتمعية في الروضة في مصر؛ ولهذا تری الباحثان ضرورة إجراء دراسة تستهدف قياس دور المشاركة المجتمعية في تنمية وعي الأمهات بالعادة الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء تغذية طفل الروضة وتظهر مشكلة البحث في السؤال الرئيسي التالي:

ما دور المشاركة المجتمعية في التوعية بالعادة الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء تغذية طفل الروضة؟

أهداف البحث:

- ١- التعرف على العادات الغذائية الخاطئة لدى أطفال الروضة.
- ٢- التعرف على معلومات وأساليب أمهات الأطفال الغذائية.
- ٣- تفعيل المشاركة المجتمعية بين المنزل والروضة لتحقيق الجودة المنشودة في رياض الأطفال.
- ٤- تحقيق التكامل بين المنزل والروضة لتنمية ورفع الوعي لدي الأمهات بالعادة الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء تغذية طفلها.
- ٥- تصميم برنامج تدريبي لتعديل العادات الغذائية الخاطئة لدى أطفال الروضة وأمهاتهن.

٦- التعرف على مدى فاعلية البرنامج التكاملي المقترح فى تعديل العادات الغذائية الخاطئة لأطفال الروضة وتوعية أمهاتهم بتعديل هذه العادات بغرض تحسين مستواهم الغذائى لدى عينة الدراسة.

أهمية البحث:

- ١- إلقاء الضوء على أهمية المشاركة المجتمعية في البرامج الموجهة لطفل الروضة ورفع مستوي الوعي لدى أولياء المور لتحقيق التكامل والتعاون في العملية التعليمية.
- ٢- تبصير القائمين على إعداد برامج وانشطة رياض الأطفال إلي ضرورة تخطيط برامج هدفها رفع الوعي لدى أولياء الأمور.
- ٣- رفع وعي أولياء الأمور وخاصة الأمهات بالأساليب الغذائية السليمة في تغذية طفل الروضة، وما يقدم لهم من برامج تربوية تنمي الوعي الصحي لديهم ولدى أطفالهم.
- ٤- توجيه نظر معلمات الروضة للاهتمام بالأنشطة والبرامج التي تنمي وترفع وعي الأمهات، ومشاركة المنزل لتحقيق التكامل المطلوب في النمو الصحي للأطفال.

فروض البحث:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوي وعي الأم ومستوي تعليمها.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلى والبعدى لمتوسطات درجات الوعي لصالح القياس البعدى.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الكسب فى الوعي باختلاف مستوى تعليم الأم (متوسط، فوق متوسط، عالى، فوق عالى).

حدود البحث:**حدود بشرية:**

تم تطبيق البحث علي أمهات متعلمات وأميات في مدينتي طنطا والمحلة الكبرى وعددهن (٥٠٠ أم)، لديهن أطفال في عمر ٤ - ٦ سنوات، (وكبر حجم العينة يهدف إلي التأكد من صدق وجود العادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء التغذية). ولم يؤخذ ترتيب الطفل في الاعتبار لأن سلوكيات ووعي الأم في تغذية طفلها الأول هو نفسه السلوك والوعي مع الطفل الثاني والثالث.

مصطلحات البحث:**١ - سوء التغذية Malnutrition:**

يشير مصطلح سوء التغذية إلي:

- الاستهلاك غير الكافي، أو الزائد أو غير المتوازن من المواد الغذائية، والتي تسفر عن ظهور بعضاً من اضطرابات التغذية (disorders)، اعتماداً على أي من تلك المكونات الغذائية هو من يمثل عنصر الزيادة أو النقصان في الوجبة الغذائية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧).
- جميع الحالات التي تعاني من تغذية غير سليمة خارجة عن المعايير العالمية لاحتياجات الإنسان الفعلية من المواد الغذائية، مما يؤدي إلى اعتلال الصحة والمرض (فيليب عطية، ١٩٩٢، ٤٥).
- غياب الغذاء المتوازن ونقص المواد الغذائية التي تصل لجسم الإنسان مما يؤدي إلى إصابته بمشاكل صحية، وليس الأمر في سوء التغذية يقف عند حد قياس الكمية التي يأكلها الإنسان أو الفشل في تناول

الأكل. ومن الناحية الطبية تشخص سوء التغذية بعدم تناول الكميات الملائمة من البروتينات والطاقة والمواد الغذائية الأخرى (أيمن مزاهرة، ٢٠٠١، ٤٥).

- الحالة التي يُغذَى فيها المرء بصورة رديئة- ليس ناتجاً فقط عن تناول كميات قليلة جداً من الغذاء، بل إنه ناتج عن خليط من العوامل منها: تناول كمية غير كافية من البروتينات، والمواد المؤدّة للطاقة والمغذيات الدقيقة، والالتهابات أو الأمراض المتكررة، وضعف الرعاية ورداءة ممارسات التغذية، وعدم ملائمة الخدمات الصحية، والمياه غير المأمونة والصرف الصحي غير الملائم (Pamela GK, 2007, P.437).
- وفي النهاية تعرف الباحثتان سوء التغذية إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس تقدير الأم للعادات الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التغذية عند طفلها.

المشاركة المجتمعية **Community Partnerships**:

- تلك العلاقة العضوية الوظيفية التكاملية ما بين الروضة والأسرة بهدف تكامل الجهود المبذولة وتواصلها لتربية طفل الروضة وفق النمط الأمثل الذي يتفق وقيم وعادات وتقاليد وضوابط ومعايير المجتمع، بحيث تتكامل وتتواصل الجهود المبذولة من الطرفين في هذا الصدد في إطار من التفاهم والتواصل والتعاون المستمر بما يحقق الأهداف التربوية والنفسية المنشودة (يسرى عبد الحميد، ١٩٩٧، ٥٦).
- تعني المشاركة في مجال التعليم والتعاون القائم على الشعور بالولاء والانتماء بين أفراد المجتمع ومنظماته وقياداته من خلال إسهام المواطنين بدرجة أو أخرى في تصميم العملية التعليمية".

- "والشراكة بين البيت والروضة هو أن ترى الروضة أنها امتداد للأسرة فالروضة والبيت ما هما إلا منظومة مفتوحة تمثل دائرتين تتفاهمان حول حياة الطفل حيث أنه محور جهودهما وأن وظيفة الروضة لا تختلف عن وظيفة الأسرة" (أنور جرجس، ٢٠٠٧، ٣١٢).
- يقصد بها في هذا البحث الاتصال بين المنزل والروضة في إطار توفير وسائل للاتصال بفاعلية عن طريق إلقاء المحاضرات عن طريق التعلم عن بعد (عن طريق النت) أو محاضرات متمثلة في طرح الأسئلة والمناقشة والحوار وعرض البوربوينت، برنامج وأنشطة منزلية.

٣- الوعي Awareness:

عملية مساعدة أو تقديم العون للأفراد حتى يتمكنوا من تحقيق الفهم اللازم لأنفسهم وتوجيهها بحيث يستطيعون الاختيار عن بينة، ويتخذوا من السلوك ما يسمح لهم بالتحرك في اتجاه هذه الأهداف التي اختاروها بطريقة تسمح بتقويم المسار بشكل تلقائي (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٠).

الإطار النظري للبحث:

أهمية المشاركة بين الروضة والأسرة:

تتضح أهمية المشاركة بين الروضة والأسرة من خلال تحقيقها

للأهداف التالية:

- مد جسر الثقة وتعميق التواصل والتعاون بين الروضة والأسرة.
- تفعيل دور أولياء الأمور في المشاركة في أنشطة الروضة.
- فهم دور الروضة ومسئوليتها كشريك في المساعدة في تربية الطفل.

- توفير الفرص للحوار الموضوعي حول الأمور التي تخص الطفل.
- تنمية شخصية الطفل بتدرج وثبات من خلال نموه في ظل بيئة المشاركة (محمد الاصمعي، ٢٠٠٠، ص ٨٨).
- بناء بيئة أسرية تدعم تعلم الأطفال في الروضة.
- تجنب الصراع الناتج عن تضارب الآراء بين الأسرة والروضة.
- تمكين أولياء الأمور من معرفة البرامج التربوية المناسبة لأطفالهم.
- تحقيق النمو المتوازن للطفل نتيجة العلاقة التكاملية بين المعلمة والآباء (أحمد يحيى الجبيلي وأمين صبري نور الدين، ٢٠٠٧، ص ٦٠).
- تغيير النظرة السلبية للروضة من قبل الأسرة والمجتمع، وإعادة الثقة فيها.
- اعتماد نموذج اتصال فعال من الروضة إلي المنزل ومن المنزل للروضة.
- تضيق الفجوة بين الأسرة والروضة، بما يحقق الاستمرارية التربوية لهما.
- توفير أفكار ومعلومات متطورة للأسر حول كيفية مساعدة الأطفال بالمنزل (هدى إبراهيم بشير ٢٠١٠، ص ٧٨).
- والمشاركة المجتمعية تتم من خلال:
 - المساهمة الإيجابية في إنجاح البرامج التعليمية والاجتماعية.
 - المساهمة في إشباع الحاجات وحل المشكلات.
 - تحقيق التعاون والتكامل بين وحدات المجتمع.
 - توفير إحساس قوى بالانتماء (Joyce L, 2008, P.121).
- ومن أهم مجالات المشاركة المجتمعية هي المشاركة الوالدية والأسرية.
- فوائد المشاركة الوالدية والأسرية:

أظهرت نتائج البحوث أن مشاركة الآباء في التربية والتعليم يمكن أن تساعد الأبناء والآباء والمعلمين والمدارس في كل مراحل التعليم المختلفة بدء من رياض الأطفال وحتى المدرسة الثانوية (أمل الانصاري، ٢٠٠٧، ص ٨١).

وتتمثل فوائد المشاركة الوالدية للأبناء في الآتي:

- اتجاهات إيجابية للأبناء أكثر نحو الروضة أو المدرسة.
 - جودة أعلى في أداء الواجبات المنزلية.
 - إكمال الواجبات المنزلية في عطلات نهاية الأسبوع.
 - تشابه الملاحظات بين الأسرة والروضة والمدرسة.
 - إنجاز تحصيلي أعلى في القراءة (Noreen's B, 2011, p.52).
- كما تتمثل المشاركة الوالدية للوالدين والمجتمع في الآتي:
- يصبح الآباء أكثر دعماً لأطفالهم.
 - تلقي الأفكار في الروضة أو المدرسة عن كيفية مساعدة الأطفال.
 - العلم على نحو أفضل بكيفية عمل الروضة أو المدرسة وما تقدمه من برامج.
 - تصبح وجهة نظر الآباء في المعلمين أكثر إيجابية.

وتتمثل فوائد المشاركة الوالدية للمعلمين بمؤسسات رياض الأطفال

في الآتي:

- تتحسن الروح المعنوية.
- يرفع الآباء من مستوى كفاءة المعلم.
- يناصر الوالدان الروضة أو المدرسة في عملها.
- يتحسن إنجاز الطالب (محمد قنديل، رمضان بدوي، ٢٠٠٤، ص ١١٩).

طرق تشجيع المشاركة الوالدية والأسرية:

- ابتداء مركز للوالدين.

ومركز الوالدين هو حجرة في المدرسة مخصصة لأولياء أمور الأطفال يقوم بالعمل فيه مجموعة من المتطوعين.

ويوفر هذا المركز للوالدين جو الترحاب وإجراء المحادثات والمعلومات المدرسية، كما تتوفر فيه كافة الأنشطة المنوعة مثل إمدادات لتطوع الوالدين.

(١) برنامج الزائر المنزلي:

يتكون برنامج الزائر المنزلي من أشخاص يقومون بزيارة المنازل لمساعدة الأسر على فهم ما يمكن أن يعملوه لتشجيع أطفالهم على النجاح المدرسي كما يقوم هؤلاء الزوار بنقل تساؤلات ومشكلات وحاجات الأسر إلى المدرسة. (خليل السعادات, ٢٠٠٢, ص ٢٤).

(٢) فرق البحث الاجتماعي:

تتكون فرق البحث الاجتماعي من المعلمين الذين يدرسون طرق تحسين المشاركة الوالدية هؤلاء المعلمون يجتمعون مرة على الأقل كل شهر لتكوين خلفية معرفية عن المشاركة الوالدية ويتلقون تدريبات ويجرون مقابلات مع الروضات الأخرى حول المواقف الفاعلة لتعزيز المشاركة الوالدية، ويناقشون جهودهم الناجحة التي قاموا بها لتفعيل مشاركات أولياء أمور الاطفال. وإرسال مذكرات إلى أولياء الأمور بانتظام تعترف فيها بأمر إيجابي قام به طفلهم في الروضة (عبد العزيز صديق, ٢٠٠٤, ص ٣٥٤).

قنوات الاتصال السليمة بين الأسرة والمدرسة:

هناك عدة أنواع من المشاركة الوالدية في الروضات والمدارس:

* الرعاية:

تتضمن الواجبات الأساسية للوالدين من إسكان وصحة وتغذية وأمان لأطفالهم كما ينبغي على الوالدين توفير الظروف المنزلية لأبنائهم للتعليم في كل السنوات الدراسية.

* التواصل:

تتضمن الواجبات الأساسية للمدرسة تواصلها مع المنزل (مثل كتابة المذكرات، والملاحظات، والخطابات الإخبارية، والتقارير، وعقد الاجتماعات، وإجراء المكالمات التليفونية مع الوالدين حول الطفل وكذلك إمداد الأسرة بالمعلومات (عن المدرسة ومقرراتها الدراسية وبرامجها والأنشطة التي تقدمها للأطفال).

ويوفر الآباء فرص التواصل بين المنزل والمدرسة ومد القنوات التفاعلية والتبادلية معها.

* التطوع:

يتطوع الوالدان بوقتهم ومواهبهم في الأنشطة المدرسية وجمع التبرعات لتجويد التعليم.

* التعلم المنزلي:

في المنزل يساعد الوالدين أطفالهم على أداء الواجبات المنزلية، ووضع أهداف تعليمية لهم، وتحفيزهم على تحقيق تلك الأهداف.

يشارك الوالدين في مجلس الآباء والأمهات ويشاركون في صنع قرارات تتعلق بسياسة المدرسة وقيادتها وتنظيم سير العمل بها وإمدادها بالمعلومات والجهود التي من شأنها تذليل الصعاب التي قد تعوق عمل المدرسة، كما يمكن أن يتشاركوا في إدارتها (Elsa A, 2002, p.321).

الخدمات الإرشادية التي يمكن أن تقدمها معلمة الروضة:

هناك عدد من الخدمات الإرشادية التي تقدمها معلمة الروضة للأطفال في مختلف مراحل التعليم لهم سواء من خلال الأسرة، أو المؤسسات التعليمية المتنوعة أو مراكز التوجيه والإرشاد النفسي أو العيادات الصحية، ومراكز الرعاية الاجتماعية الخاصة بهم.

ومن أبرز الخدمات التي تقدم للأطفال ما يلي:

- الخدمات الأسرية: تنصب الخدمة الأسرية لمعلمة الروضة علي دراسة العلاقات بين أعضاء الأسرة الواحدة، والعمل علي تغييرها بما يحقق النماء الايجابي للأبناء والتوافق السليم لكل أعضاء الأسرة بمن فيهم الابوين.

- الخدمات الصحية: تهتم معلمة الروضة بصحة الطفل وإجراء الفحوص الدورية المنتظمة كلما انتقل من مرحلة نمائية إلي مرحلة نمائية جديدة. وتعليم الطفل العادات الصحية السليمة بتدريبه علي إحداث السلوكيات السوية، وإرشاد الوالدين نحو تعليم أطفالهم العادات الصحية السليمة.

- الخدمات الاجتماعية: ومن الضروري الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية للطفل واكسابه الاستجابات السلوكية الاجتماعية المناسبة لقيم وعادات وتقاليد المجتمع ومعاييرها، وتعديل الاتجاهات السلبية للوالدين نحو

طفلهما، وتدعيم العلاقات بين كل من الطفل ووالديه وأخوته وأقرانه وجيرانه، وإبعاده عن مصادقة أقران السوء إلي جانب الاهتمام بالنواحي الروحية والاخلاقية من خلال تزويده بالقيم الدينية والأخلاقية (سامي محمد ملحم، ٢٠٠٧، ص ٢٩١).

أسباب سوء التغذية:

١- أسباب أساسية وتحدث بسبب عدم حصول الطفل على الغذاء

الكافي نتيجة:

* نقص فيتامين معين في النظام الغذائي (إحدى الفيتامينات فقط كافٍ للإصابة بسوء التغذية).

* الجهل بأنواع الطعام ذات القيم الغذائية المناسبة وتناول الأطعمة قاتلة الشهية.

* الأمراض النفسية مثل الاكتئاب وفقدان الشهية النفسي.

* عدم حصول الشخص على القدر الكافي من غذائه.

* العادات الخاطئة التي تمارسها الأم في تغذية طفلها.

* تناول أغذية معلبة بكثرة والأغذية المخللة.

* التهاب القولون، واضطرابات المعدة.

* تناول الغذاء في أوقات غير منتظمة.

* عدم التوازن الغذائي كما ونوعا.

* شرب المشروبات الغازية الملونة.

* الفقر وارتفاع أسعار الأغذية (محمد طه شلبي، ٢٠٠٤، ص

١٠٩).

٢- أسباب ثانوية وتحدث سوء التغذية رغم تناول الطعام المناسب
مثل:

* زيادة الحاجات الوظيفية (تحتاج النساء الحوامل والمرضعات كميات أكثر من الأغذية).

* زيادة الحاجات فى بعض الأمراض (تسمم الغدة الدرقية، الأمراض المزمنة).

* الأمراض التى تعوق عملية الهضم والامتصاص مثل التقيؤ، الإسهال المزمن، أمراض الكبد والكلى (رجاء محمد جميل، ١٩٩٢، ٢١).

أمراض سوء التغذية:

من الصعب حصر الأمراض المترتبة على سوء التغذية عند الأطفال، وذلك لكون عملية التغذية تؤثر على بنية الطفل الجسمية، العقلية وحتى النفسية ولكننا، سنقتصر الحديث على الأمراض التي تتعلق بالجانب الجسمي للطفل، وهي:

مرض البلاجرا: مرض غير معد ينشأ عن نقص في التغذية وليس مرضاً جينياً وإنما يرجع لنقص في الفيتامينات، ويصاب به عادة الفقراء أو الذين يفتقر غذائهم إلى التكامل والشمولية للعناصر الغذائية؛ وخاصة نقص مادة النياسين، ويعد فيتامين (ب٥) هو الفيتامين الأهم المانع للإصابة بالبلاجرا. وقد كان هذا المرض منذ عهد قريب منتشراً جداً فى الريف المصرى، وذلك نتيجة اعتماد الأهالى على دقيق الذرة فى غذائهم، وقد قل المرض كثيراً فى السنوات الأخيرة، وذلك لتغيير النظام الغذائي واكتسابهم عادات غذائية سليمة (إيمان بقاعي، ١٩٩٨، ٣٤).

السمنة: من أخطر الأمراض على صحة الإنسان لما تسببه الدهون من انسداد في شرايين القلب أو المخ. وهي عبارة عن تراكم كمية زائدة من الدهون في الجسم، مما يؤدي إلي زيادة غير طبيعية في الوزن بالنسبة للطول والعمر، بما يصل إلي أكثر من ٢٠% من الوزن الطبيعي (زينب محمود شقير، ٢٠٠٢، ١١).

أمراض نقص البروتين: وبصيب غالباً الأطفال الذين تكون أعمارهم ما بين سنة وثلاث سنوات، وذلك بسبب حاجتهم الأساسية إلي البروتين الكامل لتنمو أجسامهم ولتؤدي مختلف وظائفها، مثل صفار البيض والزيادي واللحم ولحم الدجاج والسمك. أعراضه: تغير لون الشعر وميله للاحمرار والسقوط كما تحدث التهاب بالجلد وتضخم الكبد (Appleton J, McCrea N, 2001, 140).

مرض الهزال: وينتج عن النقص المزمن والشديد في السعرات وبروتينات الغذاء؛ فيفقد الجسم ما فيه من بروتينات ودهون، حتى الدهون تحت الجلد، ويبقى الطفل مجرد هيكل من العظام المغطاة بالجلد وتتهار مقاومته. وقد تبين أن معدل الهزال بين الأطفال يصل إلي ٧٠% من نفس الفئة العمرية (Marotz, Rush, 2004, 75).

البري بري: البريري مرض ينشأ عن سوء التغذية، ينتشر بكثرة في الأماكن التي يعتمد فيها على الأرز الأبيض كغذاء أساسي إذ ينعدم فيه الفيتامين (ب ١) ويعالج بإضافة هذا الفيتامين إلي الطعام.

الكساح: وينتج عن نقص الكالسيوم وفيتامين (د) والكالسيوم أحد المعادن المهمة للجسم وهو أحد المكونات للبن الأم، ولكن نستطيع أن نحصل عليه من الألبان ومنتجاتها والأسماك وبعض الخضراوات والحبوب والبقول. وكذلك ينصح بتعرض الطفل لأشعة الشمس في الفترة

ما بين (٨-١٠) صباحاً وذلك كمصدر لفيتامين (د). عبد المجيد الشاعر, رشدي قطامش, ٢٠٠٠, ٧٠).

قصر القامة: مثلما يسبب سوء التغذية مرض فقر الدم، فإنه يؤثر أيضاً على عملية النمو الجسمي الخاصة بالأطفال، وقد تبين أن معدل انتشار قصر القامة، بسبب سوء التغذية المزمن، بين الأطفال أقل من ٥ سنوات، يصل إلى ٧ و ٧% من نفس الفئة العمرية.

مرض فقر الدم أو الأنيميا: من أكثر الأمراض المنتشرة بين الأطفال بسبب سوء التغذية، وقد تبين ما نسبته ٤٥% من الأطفال دون سن ٥ سنوات يعانون من فقر الدم. وينتج من نقص الحديد أو فيتامين (ب١٢) وأعراضه شحوب في البشرة والضعف العام والإرهاق الشديد وفقدان الشهية (Bogert, Lotta and others, 2001.p.349).

أثار سوء التغذية على الطفل :

يعاني الأطفال سيئو التغذية عادة من العوارض التالية:

- ١- نقص الحيوية والنشاط.
- ٢- فقدان الشهية مما يؤدي إلى سوء الحال أكثر فأكثر.
- ٣- نقص النمو وعدم اكتساب الوزن بالشكل الطبيعي إضافة إلى التأخر في المشي أو النطق.
- ٤- قلق واضطراب وبكاء مستمر دون علة ظاهرة وكذلك عدم القدرة على النوم.
- ٥- الاسهالات المتكررة والمقاومة للعلاج في أكثر الأحيان.
- ٦- الأمراض الجلدية كالأكزيما والطفح الجلدي.
- ٧- تكاثر الطفيليات في الجسم، ومنها الديدان في الأمعاء وأنواع الفطريات المختلفة التي تتكاثر على الجلد والأغشية المخاطية والتي قد لا تتجاوز

مع العلاج في ظل وجود واستمرار المشكلة الأساسية وهي سوء التغذية
(Fetty M, 2005, p.41).

إجراءات البحث:

١ - المنهج المستخدم:

منهج البحث:

وفقا لطبيعة البحث الحالي تم اختيار المنهج الوصفي التحليلي؛ حيث يعتبر من أنسب المناهج البحثية؛ وخاصة أن هذا المنهج لا يقتصر علي مجرد وصف البيانات وتبويبها، بل يقوم بفحص العوامل المتضمنة في المواقف وتحليلها، والوصول إلي مجموعة من النتائج ووضع تفسير لها، وربطها بأسبابها (جابر عبد الحميد جابر، أحمد خير كاظم، ١٩٧٨، ١٣٦).

كما أنه لا يزودنا فحسب بمعلومات علمية يمكن أن تستخدم لتبرير الموقف الحالي أو تحسينه، بل يمدنا أيضا بالحقائق التي يمكن أن تبني عليها مستويات أعلى من الفهم العلمي، ومن ثم فإنه يتطلب جمع رصيد من المعلومات والبيانات عن طبيعة الظواهر التربوية التي يتم دراستها والتنسيق بينها (ديوبولد.فان دالين، ١٩٨٩، ٣٣٤).

٢ - عينة البحث:

- اقتصرت عينة البحث على أمهات متعلمات وأميات في مدينتي طنطا والمحلة الكبرى وعددهن (٥٠٠ أم) (وكبر حجم العينة يهدف إلي التأكد من صدق وجود العادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء التغذية)، ولديهن أطفال في عمر ٤ - ٦ سنوات عن طريق:

- اختيار مجموعة كبيرة من الروضات في مدينة طنطا والمحلة الكبرى محل سكن الباحثان وتم إرسال المقياس لتوزعه معلمة الفصل على أمهات الأطفال في المستوى الأول والثاني من ٤ - ٦ سنوات.
- تم اختيار جميع الأمهات في ندوة قسم رياض الأطفال بكلية التربية جامعة طنطا ٢٠١١ واللاتي لهن أطفال في سن من ٤ - ٦ سنوات.
- وتم تجميع المقياس بعد التطبيق علي (٥٠٠) أم، ووصل العدد إلي ٣٠٠، وبعد الفرز واستخراج المقياس الناقص الإجابة عنه أو ناقص في البيانات وصل العدد النهائي إلي (٢٦٩) أم.
- بعد ذلك تم استخراج العادات الغذائية الخاطئة التي حصلت علي أعلي تكرار من الأمهات والاتفاق عليها. وتم إعداد برنامج تدريبي لرفع وعي الأمهات وتوعيتهن بالعادات الغذائية الخاطئة، وتم عرضه وتدريب الأمهات عليه في شكل برنامج تدريبي لمدة سبع أيام تشمل السبع العادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء التغذية عند طفل الروضة.
- تم عمل استمارة وتم تطبيقها علي عينة من الأمهات تم اختيارهن بطريقة عشوائية من العينة السابقة (٢٦٩) أم وكان عددهن (٦١) أم وبعد عرض البرنامج التدريبي علي العينة لمدة سبع أيام عن طريق طرح الأسئلة والمناقشة والحوار وعرض البوربوينت علي الأمهات تم تطبيق نفس الاستمارة بعدي علي نفس العينة.
- تم عمل الاحصاء.

٣- أدوات البحث:

- أولاً: إعداد مقياس تقدير الأم للعادات الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة "إعداد الباحثان".
- أعد مقياس تقدير الأم للعادات الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة تبعاً للخطوات التالية:

استخدمت الباحثتان مقياساً يقوم على تقدير الأم للعادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة، وقد تم اختيار الأم لكونها الأكثر التصاقاً واحتكاكاً بالطفل، ولا يمكن إغفال الدور الذي تقوم به في تقدير هذا السلوك.

وقد مر إعداد هذا المقياس بالخطوات التالية:

- تحديد الهدف من المقياس وهو تقدير العادة الغذائية الخاطئة المتبعة من الأم والتي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة عن طريق الأم.
- جمع العادات الغذائية الخاطئة الدالة على سوء التغذية عند طفل الروضة من: تعريفات سوء تغذية، والدراسات السابقة.
- عرض المقياس بصورته المبدئية على السادة المحكمين من أساتذة الطب وعلم النفس التعليمي وتربية الطفل. وقد طلبت الباحثتان من السادة المحكمين تقدير مدى مناسبة هذه العبارات لما تقيسه، ومناسبتها لطفل الروضة، وذلك بوضع علامة تحت خانة موافق إذا كانت مناسبة ووضع علامة تحت خانة غير موافق إذا كانت غير مناسبة، واقتراح التعديل المناسب لهذه العبارة. وقد اقترح المحكمون بعض التعديلات في بعض عبارات المقياس لتكون العبارة أكثر وضوحاً وتحديداً.
- تم إعداد المقياس بعد تعديل العبارات وفقاً لأراء السادة المحكمين ووضع العبارات البديلة، ثم طبق المقياس على عينة مكونة من ١٠ أمهات من أولياء أمور الأطفال الذين لديهم أطفال عندهم سوء تغذية، ووجدت الباحثتان أن هذه العبارات مناسبة من حيث الصياغة والتعبير والمضمون.

ثانياً: وصف المقياس:

يتكون المقياس من (٤٠) عبارة قسمت إلى محاور كل محور له عدد من العبارات:

• **الوزن النسبي الخاص بعادة تناول الأطعمة الخفيفة دون توقف في المقياس:**

(لا ضرر من تناول الأطعمة الخفيفة دون توقف ٢، أعطي طفلي عصائر طوال اليوم ٣، اسمح لطفلي بأن يأكل بين الوجبات كما يشاء ٦، أعطي طفلي عصير قبل الغذاء ١٥، اسمح لطفلي بتناول البسكويت والشيكولاته بين الوجبات ٣٢، أقدم لطفلي الأطعمة الخفيفة أثناء أداء الواجبات ٣٤).

الوزن النسبي الخاص بعادة الإكثار من تناول النشويات في المقياس: ٥ (أقدم لطفلي الأطعمة الدسمة ٩، اعتمد علي النشويات بكثرة في الوجبات الخفيفة ١٠، اسمح لطفلي بتناول أى كمية من الأطعمة النشوية ١٢، أعطي طفلي الأطعمة المحمرة معه في الروضة ١٦، أقدم لطفلي وجبة ثقيلة في العشاء كل يوم ٣٧).

الوزن النسبي الخاص بعادة رفض الطفل تناول الخضروات في المقياس: ٦ (أعطي طفلي فاكهة أو خضروات قليلاً جداً بين الوجبات ١، امنع طفلي من تناول الخضار عندما يشعر بالجوع بين الوجبات ٥، يرفض طفلي تناول الخضروات ١٣، أقدم الخضروات لطفلي عندما يطلبها فقط ١٧، احرص علي تناول طفلي بعض ثمار الخضار قبل النوم ٢٥، طفلي لا يأكل الخضروات الا اذا مشغولاً بمتابعة برامج التلفزيون ٣٩).

الوزن النسبي الخاص بعادة استخدام الطعام كمكافأة في المقياس:
 ٦ (أقدم لطفلى الحلويات أو الشيكولاته أو الايس كريم كمكافأة على تناول طعامه ١٨، أضيف جديداً إلي طعام طفلي مرة كل أسبوعين ٢٢، ارغم طفلى على الأكل بالتهديد او بالضرب ٢٤، اسمح لطفلى بمشاهدة التلفزيون كمكافأة على تناوله الطعام ٣١، أسمح لطفلى باللعب اذا تناول طعامه ٣٥، اسمح لطفلي بمشاهدة التلفزيون بعد تناول طعامه ٣٦).

الوزن النسبي الخاص بعادة الإحجام عن تناول وجبة الإفطار في المقياس: ٦ (يكتفى طفلى بقليل من كإفطار ٤، انزل طفلي للروضة بدون إفطار ٨، أقدم لطفلى نفس الإفطار كل يوم ١٤، يرفض الطفل تناول إفطاره قبل النزول للروضة ٢٣، اكتفى بكوب الحليب كبديل للطفل عن الإفطار ٢٩، احرص على تناول طفلى لطعام الإفطار قبل نزوله للروضة ٤٠).

الوزن النسبي الخاص بعادة تناول الطعام أمام التلفزيون في المقياس: ٥ (أقدم لطفلي وجبة العشاء أمام التلفزيون ١١، اشترى لطفلى الأطعمة التى يعلن عنها فى التلفاز ٢٦، يشاهد طفلي التلفزيون قليلاً جداً ٢٨، يتناول طفلي أطعمة خفيفة أثناء مشاهدته للتلفزيون ٣٠، طفلي لا يأكل إلا أمام التلفزيون ٣٣).

الوزن النسبي الخاص بعادة عدم تنوع الأطعمة المقدمة للطفل في المقياس: ٦ (اترك لطفلى حرية اختيار الطعام الذى يحبه ٧، أقدم لطفلي وجبات متوازنة قليلاً جداً ١٩، أقدم لطفلي المكسرات والشيكولاتة قبل الوجبة ٢٠، أضع مع سندوتشات طفلي ثمرة فاكهة أو خضار عند ذهابه للروضة مرة في الأسبوع ٢١، اسمح لطفلي بشرب المشروبات الغازية

أثناء تناول الوجبات ٢٧، احيل طفلى بالساعات كى يتناول طعامه
(٣٨).

والجدول التالي يبين أرقام هذه المحاور على المقياس.

الجدول رقم (١)

يبين أرقام هذه المحاور على المقياس

أرقام العبارات الدالة علياً في المقياس	المحور
٣٤ - ٣٢ - ١٥ - ٦ - ٣ - ٢	الوزن النسبي الخاص بعادة تناول الأطعمة الخفيفة دون توقف في المقياس: ٦
٣٧ - ١٦ - ١٢ - ١٠ - ٩	الوزن النسبي الخاص بعادة الإكثار من تناول النشويات في المقياس: ٥
٣٩ - ٢٥ - ١٧ - ١٣ - ٥ - ١	الوزن النسبي الخاص بعادة رفض الطفل تناول الخضروات في المقياس: ٦
٣٦ - ٣٥ - ٣١ - ٢٤ - ٢٢ - ١٨	الوزن النسبي الخاص بعادة استخدام الطعام كمكافأة في المقياس ٦
٤٠ - ٢٩ - ٢٣ - ١٤ - ٨ - ٤	الوزن النسبي الخاص بعادة الإحجام عن تناول وجبة الإفطار في المقياس ٦
٣٣ - ٣٠ - ٢٨ - ٢٦ - ١١	الوزن النسبي الخاص بعادة تناول الطعام أمام التليفزيون في المقياس ٥
٣٨ - ٢٧ - ٢١ - ٢٠ - ١٩ - ٧	الوزن النسبي الخاص بعادة عدم تنوع الأطعمة المقدمة للطفل في المقياس ٦

مفتاح التصحيح:

تم تقسيم المقياس إلى مدرج من ثلاث مستويات: دائماً، أحياناً، لا يحدث أبداً.

توضع درجات المقياس بالتدرج التالي (١، ٢، ٣) أعلى درجة في المقياس هي (١٢٠) وأقل درجة في المقياس (٤٠).

صدق المقياس:

وجدت الباحثتان أن أنسب طريقة لحساب صدق مقياس تقدير الأم لسلوك سوء التغذية عند طفلها هي حساب صدق المضمون Logical Content Validity ويطلق عليه اسم الصدق المنطقي Logical Validity أو صدق عينة الاختبار، وهذا المعنى الأخير هو الأقرب للمقصود. وقد تم الوصول إلى صدق المضمون من عرض المقياس في صورته النهائية مرة أخرى على مجموعة من المحكمين المتخصصين في تربية الطفل وعلم النفس والصحة النفسية وطب الأطفال والذين طلب منهم تقييم المقياس من حيث مناسبة مضمون العبارة لخصائص نمو الطفل من ٤ - ٦ ومناسبة كل عبارة لمحورها ومناسبة المقياس ككل لسوء التغذية، وقد تم حساب نسب الاتفاق في كل محور والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (٢)

يوضح نسب الاتفاق في كل محور من محاور الاستبيان

متوسط النسب المتوقعة لاتفاق المحكمين	محاور التحكيم
٩٨%	مناسبة المقياس ككل لقياس سوء التغذية
٩٥%	مناسبة مضمون العبارة لخصائص نمو الطفل من ٤ - ٦
٩٤% وهي نسبة اتفاق عالية تدل على صدق المقياس	متوسط مجموع المحاور
٨٩%	مناسبة كل عبارة لمحورها

ثبات المقياس:

تم استخدام طريقة إعادة تطبيق المقياس كطريقة من طرق تحديد معامل الثبات؛ لذلك أعادت الباحثتان تطبيق المقياس على عينة من ٢٥

أم، ووجدت الباحثان أن معامل الثبات = ٩٦٢, وهو معامل ثبات عالي، ويمكن الوثوق به والاطمئنان إلي النتائج التي يتم الحصول عليها بعد تطبيق المقياس علي عينة البحث.

ثالثاً: الصورة النهائية للمقياس:

تأسيساً علي آراء المحكمين، وبعد إجراء التعديلات علي الصورة الأولية لمقياس تقدير الأم للعادات الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة؛ أصبح المقياس في صورته النهائية، وهو عبارة عن ثلاث ورقات، تبدأ بصفحة الغلاف والتي بها اسم المقياس، يليها صفحة بها مقدمة والتعليمات، والتي تضمنت كيفية الإجابة علي المقياس، وبيانات أولية عن عمر الطفل ومستوي تعليم الأم، يليها مباشرة مفردات المقياس، والتي بلغ عددها أربعون مفردة، تقيس في مجملها وعي الأم بالعادات الغذائية الخاطئة التي تمارسها بالفعل في تغذية طفلها والتي تؤدي إلي سوء تغذية طفلها.

إجراءات تجربة البحث:

١ - التجربة الاستطلاعية للبحث:

أجريت التجربة الاستطلاعية بغرض حساب كل من صدق وثبات المقياس، فضلاً عن اكتساب خبرة التطبيق الميداني للبحث؛ والتعرف علي الصعوبات التي قد تواجه الباحثان أثناء تنفيذ التجربة الأساسية. وقد أجريت التجربة الاستطلاعية علي عينة عشوائية مكونة من (٢٥) أم متعلمة وغير متعلمة في مدينتي طنطا والمحلة الكبرى واللائي لديهن أطفال في الروضة. الأم المتعلمة كانت تقرأ لوحدها أم في حالة

الأم الأمية فكانت المعلمة أو إحدى الباحثان تقوم بالقراءة لها دون أي تتداخل.

٢- التجربة الأساسية للبحث:

- هدفت التجربة الأساسية للبحث إلى معرفة مدى وعي الأمهات سواء متعلمات أم غير متعلمات (أميات) بالعادات الغذائية الخاطئة والتي تؤدي إلى سوء تغذية طفلها. وللتحقق من هذا حُددت عينة البحث الأساسية من أمهات متعلمات وأميات في مدينتي طنطا والمحلة الكبرى وعددهن (٥٠٠ أم)، لديهن أطفال في عمر ٤ - ٦ سنوات.
- وتم تجميع المقياس بعد التطبيق علي (٥٠٠) أم، ووصل العدد إلى ٣٠٠، وبعد الفرز واستخراج المقياس الناقص الإجابة عنه أو ناقص في البيانات وصل العدد النهائي إلى (٢٦٩) أم.

خطوات إجراء البرنامج التدريبي:

أولاً: بعد تطبيق المقياس علي العينة تم تحديد أهم العادات والتي كانت أكثر تكرار، ووصل عددها إلى سبع عادات غذائية خاطئة تؤدي لسوء التغذية وكانت تمارسها الأم سواء كانت متعلمة أو أمية.

- العادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلى سوء تغذية الطفل:

وتقصد الباحثان بالعادات الغذائية الخاطئة التي تقع الأم فيها وتؤدي

إلى سوء تغذية طفلها علي:

- تناول الطفل الأطعمة الخفيفة دون توقف.
- الإكثار من تناول المشروبات.
- رفض الطفل تناول الخضروات.
- استخدام الطعام كمكافأة.

- الإحجام عن تناول وجبة الإفطار.
 - تناول الطعام أمام التلفزيون.
 - عدم تنويع الأطعمة المقدمة للطفل.
- ثانياً-** ثم تم عمل استمارة تقويم للعادات الغذائية الخاطئة وتطبيقها قبلي علي عينة البحث المكونة من (٦١) أم.
- ثالثاً-** تم تصميم برنامج تدريبي يتكون من سبعة محاضرات كل محاضرة تشمل عادة غذائية خاطئة، واعتمدت الباحثتان علي أسلوب تعلم يتضمن التعلم الذاتي للأمهات عن طريق المناقشة والحوار وعرض البوربوينت وطرح الأسئلة.
- وسوف يتم عرض محاضرتين كنموذج للبرنامج التدريبي وباقي المحاضرات في الملحق رقم (٣).

البرنامج التدريبي

المحاضرة الأولى - اليوم الأول

تناول الطفل الأطعمة الخفيفة دون توقف

الأهداف الإجرائية:

- أن تعرف الأم خطورة تناول الأطعمة الخفيفة دون توقف على الطفل.
- أن تستطيع الأم تنظيم أوقات تناول الطفل للطعام.
- أن تكتسب الأم مهارة إعداد وجبات خفيفة مشبعة وصحية.

الزمن: ٣٠ - ٤٥ دقيقة

الوسيلة: طرح الأسئلة والمناقشة والحوار وعرض عن طريق البوربوينت.

المحتوى: نبدأ المحاضرة بسؤال المتدربة لماذا يعتبر تناول الطفل الأطعمة الخفيفة دون توقف عادة خاطئة؟ بعد الحصول على إجابات مختلفة نبدأ في العرض.

المحاضرة: تناول الأطعمة الخفيفة مثل رقائق البطاطس والحلويات والمكسرات والمشروبات الغازية طوال اليوم يعني أن الطفل لن يشعر بالجوع عند حلول موعد تناول الوجبات اليومية العادية (حتى إن كانت تلك الأطعمة الخفيفة صحية)، فهي تجعل الطفل لا يدرك الشعور بالجوع أو الامتلاء، وتلك مهارة مهمة للغاية يحتاجها طوال حياته، إن تناول كميات صغيرة من الأكل بين الوجبات قد لا يساعد الأطفال علي أكل الوجبات الكاملة في المواعيد المحددة لها. وإذا جمع الطفل بين الوجبات اليومية وكميات الأكل الصغيرة التي يتناولها بينها فإنه قد يأكل من الطعام أكثر مما يحتاج إليه جسمه ومن ثم يزداد وزنه ويصاب بأمراض سوء التغذية (إيمان بقاعي، ١٩٩٨، ص ٣٤).

كيف يمكن التغلب على تلك العادة؟

١- وضع جدولاً لتلك الوجبات:

النظام يساعد الأطفال كثيراً، وبالتالي تقدم له الأم وجبتين أو ثلاث وجبات خفيفة (ما بين الافطار والغداء وما بعد الغداء وقبل النوم اذا شعر بالجوع). وتحاول جعله يجلس إلى طاولة الطعام عند تناول هذه الوجبات الخفيفة. وعند طلبه تناول شيء خفيف في وقت آخر خاصة اذا كان قد تناول طعاما قبل وقت قصير ولم يكن حتى يشعر بالجوع، تذكره أن موعد الوجبة الخفيفة التالية اقترب (وإذا لم ترغب في حرمانه من الأكل، تقدم له قطعة فاكهة لارضائه). قد يكون هذا الأمر صعبا في البداية، غير أنه مفيد فهو يمكن الأم من تنظيم فترات جوع الطفل بطريقة أفضل وكذلك إمكان التنبؤ بفترات الجوع. (Appleton J, McCrea N, 2001, 140).

٢- جعل الوجبات الخفيفة مشبعة:

الوجبات الخفيفة التي تحتوي على البروتين والفيتامين تجعل الطفل يشعر بالامتلاء والرضاء لفترة أطول، وبالتالي يبتعد عن تناول أطعمة أخرى خفيفة. وفيما يلي بعض الأطعمة التي يمكن للأم تقديمها له: زبدة الفول السوداني مع البسكويت المملح أو قطعة جبن على قطعة توست أسمر أو قطع تفاح مع زبادي محلي بالفواكه (عبد المجيد الشاعر، ٢٠٠٠، ٧٠).

٣- إبعاد المأكولات السريعة عن تناول يديه:

من الصعب المقاومة عندما تكون الأشياء التي يحبها أمامه وفي تناول يده. وعليه يجب إعادة تنظيم وضع الأطعمة في الأرفف والثلاجة بالمطبخ أي أن تكون الأطعمة الصحية في تناول يديه. البعد عن الوجبات التي تباع في المحلات لاحتوائها على نسبة عالية من الأملاح والدهون والتي تسبب زيادة الوزن والسمنة، وهذا يكون سبب في عودة الأسر من جديد على مائدة واحدة لتناول الغذاء سوياً بدلاً من الاغتراب الأسري (حنان إبراهيم فتوح سمك، ٢٠١٠، ٩٨).

المحاضرة الثانية: اليوم الثاني

الإكثار من تناول النشويات

الأهداف الإجرائية:

- أن تعرف الأم خطوة الإكثار من تناول النشويات على صحة الطفل.
- أن تعرف الأم أهمية احتواء طعام طفلها على البروتينات.
- أن تكتسب الأم مهارة إعداد أطعمة غنية بالبروتين محببة وشهية للطفل.

الزمن: ٣٠-٤٥ دقيقة.

الوسيلة: طرح الأسئلة والمناقشة والحوار وعرض عن طريق البوربوينت.
المحتوي: نبدأ المحاضرة بسؤال المتدربة لماذا يعتبر الإكثار من تناول النشويات عادة غذائية خاطئة؟ بعد الحصول على إجابات مختلفة نبدأ في عرض المحاضرة: يرفض الأطفال تناول الأطعمة الغنية بالبروتينات مثل اللحوم الحمراء ولحوم الدجاج والطيور، وبالتالي قد لا يحصلون على جميع المغذيات التي يحتاجون إليها مثل الزنك والحديد. مما يصيبهم بأمراض سوء التغذية (إيمان بقاعي, ١٩٩٨, ص ٦٧).

كيف يمكن التغلب على هذه العادة؟

١- **البداية بلطف:** العديد من الأطفال لا يحبون اللحم لخشونته ولأنه يأخذ وقتاً طويلاً في المضغ، ولهذا نجد أن معظم الأطفال يحبون قطع الدجاج فاللحم فيها مفروم ويسهل أكله.

٢- **تقديم البروتينات:** إذا لم يقبل الطفل تناول اللحوم نضيف بعض مصادر البروتينات إلى وجباته مثل الفاصوليا والبيض ومنتجات الألبان القليلة الدسم (Appleton J, McCrea N, 2001, 140).

٣- **تطوير النشويات:**

القمح الأسمر يجعلنا نشعر بالامتلاء أكثر كما أنه يزخر بالألياف والمغذيات، وإتباع «القاعدة الثلاثية» أي عند تقديم حبوب الإفطار مثل الكورن فليكس يجب أن تحتوي على ثلاثة جرامات من الألياف والبروتين ويجب ألا يكون السكر من بين الثلاثة مكونات الأولى (Fetty, 2005, p.124).

رابعاً- بعد تطبيق البرنامج التدريبي علي الأمهات لمدة سبع محاضرات علي مدار سبع أيام متتالية، بمعدل كل يوم محاضرة تشمل عادة غذائية خاطئة، تم التطبيق البعدي لاستمارة العادات الخاطئة لمعرفة مدي تحسن وعي الأمهات، يتبعه رصد لنتائج التجريب، ومعالجتها إحصائياً؛ لاستخلاص نتائج البحث ومناقشتها، وتفسيرها.

خطة التحليل الاحصائي (نتائج البحث وتفسيرها):

- ١- تم إجراء تحليل التباين الإحادي لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات الوعي باختلاف مستوى تعليم الأم.
- ٢- تم حساب الفروق بين القياس القبلي والبعدي لمعرفة تأثير البرنامج باستخدام اختبار (ت) للعينات المرتبطة.
- ٣- تم حساب درجة الكسب Gain (الفرق بين القياس البعدي والقياس القبلي، ثم تم إجراء تحليل التباين الإحادي On Way Anova لمعرفة تأثير مستوي تعليم الأم علي الاختلاف الحادث في الكسب.

نتائج البحث وتفسيرها:

١- النتائج المتعلقة بالفرض الأول:

ينص الفرض الأول على: يختلف مستوى الوعي باختلاف مستوى تعليم الأم
ولاختبار صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل التباين الإحادي لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات الوعي باختلاف مستوى تعليم الأم.
والجداول التالية توضح نتائج الإحصاء الوصفي وتحليل التباين الإحادي.

جدول رقم (٣)

الإحصاء الوصفي

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	(مستوى تعليم الأم)
٠.٨١	٤٥.٨	٥٨	متوسط
٠.٧٩	٥١.٣	٥٦	فوق متوسط
١.٢	٤٦.٤	٤٨	عالي
١.٢	٥١.٧	٥٧	فوق عالي
٠.٣٤	٥٧.٩	٥٠	أمي

جدول رقم (٤)

تحليل التباين الإحادي

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة عند مستوى ٠.٠١	٢٥.٥٦	١٢٢٠.٩	٤	٤٨٨٣.٥	بين المجموعات
		٤٧.٧	٢٦٤	١٢٦٠٧.٤	داخل المجموعات
			٢٦٨	١٧٤٤٩١.٠	الكلية

يشير جدول تحليل التباين إلي وجود تأثير دال إحصائياً لمستوى تعليم الأم على درجات الوعي مما يشير إلى إن وعي الأم يختلف باختلاف مستوى تعليمها. ومن ثم يتضح من هذه النتائج تحقق صحة الفرض الأول. والذي يدل علي وجود علاقة ارتباطية قوية موجبة دالة إحصائياً (عند ٠.٠١ و ٠) بين مستوي تعليم عينة البحث ومستوي الوعي الغذائي للعينة. وهذا العلاقة القوية بين مستوي تعليم الأم والوعي ترجعها الباحثان إلي أن وعي الأم قد يتزايد علي المدى البعيد لأن كلما كانت الأم متعلمة اتسعت درجة معارفها، وسوف تكتسب هذا الوعي عن طريق الاحتكاك، بالإضافة إلي أن الوعي ليس معناه تطبيق معرفة المعلومة

وهذا التأثير راجع إلي اكتساب المعلومات الصحية من توافر المستلزمات الصحية والعادات الغذائية السليمة علي المدى الطويل، وهذا يلقي لنا الضوء علي أن جميع الأمهات المتعلمات وغير المتعلمات يحتاجن إلي المزيد من برامج التوعية الغذائية من جميع الجهات ذات العلاقة وبكل الوسائل الممكنة كوزارة الصحة المتمثلة في المستشفيات والمراكز الصحية وجمعيات الأطفال الخيرية. وهذا ليتحسن وعي الأم وتبتعد عن الأساليب الخاطئة التي لها أثارها البعيدة في عملية سوء التغذية عند طفلها (ليندا دافيدوف، ٢٠٠٠، ٢٨).

٢- **النتائج المتعلقة بالفرض الثاني:** ينص الفرض الثاني علي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لمتوسطات درجات الوعي لصالح القياس البعدي.

ويتم اختبار صحة الفرض باستخدام اختبار (ت) للعينات المرتبطة وقبل أن تعرض الباحثان لنتائج اختبار (ت). تعرض الباحثان نتائج الإحصاء الوصفي

جدول رقم (٥)

نتائج الإحصاء الوصفي

الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	ن	القياس
٦.٩٥	٦٣.٣٧	٦١	قبلي
٧.٥٤	٧٣.٩٦	٦١	بعدي

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار (ت) للعينات المرتبطة

جدول رقم (٦)

يوضح نتائج اختبار (ت) للعينات المرتبطة

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدالة
قبلي	٦٣.٣٧	٦.٩٥	٦٠	١٠.٢٥	دالة عند مستوي ٠.٠١
بعدي	٧٣.٩٦	٧.٥٤			

يتضح من نتائج الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١) بين متوسطات درجات القياس القبلي والقياس البعدي حيث بلغت قيمة ت = ١٠.٢٥.

وكانت الفروق لصالح المجموعة ذات المتوسط الأكبر (القياس البعدي) وتشير هذه النتائج إلي صحة الفرض الثاني. نخلص مما سبق أن هناك فروق دال إحصائياً عند مستوي أقل أو أصغر (٠.٠١) بين متوسطات درجات القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الوعي لصالح القياس البعدي؛ ومن ثم تتأكد فاعلية البرنامج المقترح لرفع مستوي الوعي للأُم بالعادات الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة؛ ومن ثم يمكننا قبول الفرض الرئيسي الثاني للبحث لثبوت صحته.

١- النتائج المتعلقة بالفرض الثالث:

ينص الفرض الرئيسي الثالث للبحث الحالي علي أنه تختلف متوسطات درجات الكسب في الوعي باختلاف مستوى تعليم الأم (متوسط، فوق متوسط، عالي، فوق عالي).

لاختبار صحة هذا الفرض استلزم الأمر استخدام أسلوب تحليل التباين الإحادي. وتعرض الباحثان أولاً لجدول الإحصاء الوصفي لدرجات الكسب في الوعي.

جدول رقم (٧)

يوضح الإحصاء الوصفي لدرجات الكسب في الوعي

مستوى تعليم الأم	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
متوسط	١٠	٩.٢	٧.٥
فوق متوسط	٥	١٠.٨	٨.٣١
عالي	٣٨	١١.٦	٨.٦
فوق عالي	٨	٧.١	٥.٠٨

جدول رقم (٨)

يوضح تحليل التباين الإحادي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدالة
بين المجموعات	١٥٨.٩	٣	٥٢.٩	٠.٨	غير دالة
داخل المجموعات	٣٧٤١.٨	٥٧	٥٦.٦		
الكلية	٣٩٠٠.٧	٦٠			

يشير جدول تحليل التباين إلي عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمستوي تعليم الأم علي درجات الكسب. مما يشير إلى أن الكسب الحادث في مستوى الوعي نتيجة البرنامج لا يختلف باختلاف مستوى تعليم الأم. مما يشير إلى عدم تحقق صحة هذا الفرض. مما يدعونا إلي الاهتمام بتقديم برامج باستمرار لرفع مستوي الوعي عند الأم لتحمي طفلها من سوء التغذية، سوء كانت الأم متعلمة أو أمية. ويؤكد هذا الاستنتاج هو أن تحسن المعلومات لدي الأمهات كان نتيجة البرنامج المقدم لهن بالرغم من اختلاف مستويات تعليمهن. أن هذا شئ جيداً بالرغم من اختلاف المستوي التعليمي للأم المقدمة لها البرنامج الا أنه أعطت أثراً جيداً علي جميع الأمهات مما يشجعنا علي تقديم الكثير من البرامج والمحاضرات التوعوية للأمهات بغض النظر عن المستوي التعليمي لأنها سوف توتي

بنتائج إيجابية كما أشار البحث. ومن هنا يتضح ويبرز دور المشاركة المجتمعية في توفير وتصميم برامج وأنشطة تعليمية للروضات، وإلي ضرورة تصميم برامج مشاركة مجتمعية بين المنزل والروضة والمجتمع كما أوصت بذلك دراسة (سامح جميل عبد الرحيم وفتحي كامل زيادي (٢٠٠١)، وحياة المجادي وفرماوي محمد (٢٠٠٣)، هيام ياقوت السطوحى (٢٠٠٥)، ميك كولمان وآخرون (٢٠٠٦) coleman, M.& all، أحمد يحيى الجبيلي وامين صبري نور الدين (٢٠٠٧)، كارسون (٢٠٠٩) Carson, J.، ومعايير رياض الأطفال في مصر (٢٠٠٩).

استخدامات البحث:

- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج هذا البحث، يمكن استخدام الآتي:
- أن استخدام البرنامج المقترح القائم علي المشاركة المجتمعية ساهم في رفع الوعي بالعادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة.
- ملائمة طريقة تقديم البرنامج عن طريق المحاضرة وطرح الأسئلة والحوار وعروض البوربوينت جميع مستويات الأمهات المتعلمة والأمية؛ مما خلق بيئة مستمرة منشطة ومهيئة لتوجيهن توجيهاً مستمراً، مما ساعد في رفع وعي الأمهات الصحي بالعادات الغذائية الخاطئة التي تؤدي إلي سوء التغذية أطفالهن.
- تحتاج الأم مما كان مستوي تعليمها عالي أو متوسط أو أمي إلي برامج باستمرار لرفع مستوي الوعي عندها لتحمي طفلها من سوء التغذية. ومن ثم تتأكد فاعلية البرنامج المقترح لرفع مستوي الوعي للأم بالعادات الخاطئة التي تؤدي إلي سوء تغذية طفل الروضة.

إرشادات لتجنب الإصابة بسوء التغذية والحفاظ على التغذية السليمة:

- الغذاء المتوازن في مرحلة الحمل هي نقطة البداية للوقاية من سوء التغذية.
- الرضاعة الطبيعية من مراحل العمر الأولى حتى عمر السنتين هي أفضل غذاء للطفل.
- الاهتمام بالأطعمة المكملة من خلال دمج المجموعات الغذائية (عبد الرحمن محمد النجار، ٢٠٠٢، ٢٥).
- تناول الأغذية الغنية بالألياف مثل الفواكه والخضراوات والخبز الأسمر والألياف مهم جداً لتنظيم عمل الجهاز الهضمي والحد من الإصابة بسوء التغذية (حنان إبراهيم سمك، ٢٠١٠، ١٨٠).
- إعطاء الطفل ثلاث وجبات رئيسية متوازنة بينهما وجبتين خفيفتين (حمزة الجبالي، ٢٠٠٥، ٤٤).
- يراعي في الوجبات الخفيفة أن تعتمد أساساً على مواد البناء وخاصة اللبن ومنتجاته، وعلى الخضر والفاكهة حيث تمد الطفل باحتياجاته من الفيتامينات والأملاح المعدنية (أر ونس، هوس، غينتون، ٢٠٠٥، ١٠١).
- الابتعاد عن الوجبات السريعة الجاهزة والمقرمشات والحلويات لما تحتويه من نسب عالية من الدهون والمواد الحافظة والألوان الصناعية، وذلك لما تحمله من خطر على صحة الطفل. هذه المواد على المدى القريب تصيب الطفل بفقدان الشهية وعدم تناوله الوجبات العادية مما يصيبه بسوء التغذية حيث قد يعرضه للسمنة وعلى المدى البعيد قد يسبب زيادة استهلاك هذه المواد في زيادة تعرض الأطفال لخطر

الإصابة بالأورام السرطانية وقصور في وظائف الكبد، وقد تسبب حدوث الحساسية في بعض الأطفال.(Fetty, 2005, p.45).

- تناول السكر بكميات معقولة فالأغذية المحتوية على نسبة كبيرة من السكر تحتوي على سرعات حرارية عالية وقيمة غذائية منخفضة وتتسبب في السمنة وتسوس الأسنان.
- عند التخطيط لإعداد وجبات غذائية للأطفال في أي مرحلة من مراحل العمر يجب الأخذ في الاعتبار عادات وميول الأطفال الغذائية مثل تفضيلهم أو عدم تفضيلهم لبعض الأطعمة (جو أن برور، ٢٠٠٥، ٤٩٨).
- الحرص على تناول الأطعمة الغنية بالحديد مثل الكبد، اللحوم الحمراء والخضراوات ذا الأوراق الخضراء الداكنة، وتحسين امتصاص الحديد الموجود في الطعام المتناول عن طريق تناول الأطعمة الغنية بفيتامين (ج) لأنها تسهل امتصاص الحديد من مصادره النباتية.
- متابعة وزن الطفل الصحيح عن طريق طبيب مختص بالكشف الدوري، حيث أن الوزن والطول المثالي للأطفال من ٣ - ٦ سنوات:

العمر	الوزن	الطول
٣ سنوات	١٥ كجم	٩٦ سم
٤ سنوات	١٧ كجم	١٠٣ سم
٥ سنوات	١٨ كجم	١١١ سم
٦ سنوات	٢٢ كجم	١١٦ سم

- تناول الوجبات الخفيفة الصحية مثل الفواكه والخضراوات الطازجة، العصائر الطازجة، الزبادي، الجبنة قليلة الدسم، فتناول هذه المأكولات

- أفضل من تناول المقرمشات والشيكولاتة (عبد الرحيم صالح عبد الله، ٢٠٠١، ٥٢٨).
- تجنب الأكل أمام التليفزيون أو الكمبيوتر, لأن ذلك قد يؤدي إلى تقليل الشهية أو إلى الإفراط في الأكل المؤدي للسمنة (فاطمة المعضادي، ١٩٩٩، ٣).
 - الانتباه إلى مصروف الطفل فهو غالباً ما يستعمله لشراء أشياء غير مغذية.
 - أهمية احتواء الوجبات اليومية والأسبوعية على عناصر الغذاء كلها حتى يحصل الجسم على الغذاء اللازم لبنائه وتجديد خلاياه وإنتاج الطاقة اللازمة للقيام بالوظائف الحيوية (معهد التغذية, دليل الغذاء الصحي للأسرة المصرية، ٢٠٠٢).
 - القضاء على العادات الغذائية الضارة التي تفسد الهضم والامتصاص) شرب الشاي بعد الطعام مباشرة (أيمن مزاهرة، ٢٠٠٢، ١٤٨).
 - قاعدة متى وكيف: إن الأطفال يعرفون بالغريزة مقدار الطعام الذي يناسبهم ويعرفون أيضاً وقت جوعهم والكمية التي يحتاجون إليها ومتى يتناولون الطعام الذي يستطيع جهازهم الهضمي استيعابه، وعلى هذا فإن القاعدة التالية في منتهى الأهمية: (لا ترغمي طفلك على تناول المزيد من الطعام أو العودة إليه فوق ما تشتهيئه نفسه) لان الإلحاح المستمر على الطفل يجعله أحد اثنين: فإما أن يفقد رغبته ويتعود الأعراض وتتشأ مشكلة غذائية، وإما أن يرضخ ويقبل الاستزادة فيكتسب عادة سيئة وهي الإقبال على الطعام بلا جوع (رفعت محمد, ١٩٩٣، ١١).

توصيات:

- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج هذا البحث، يمكن استخدام الآتي:
- تبني استخدام البرنامج المقترح ضمن برامج المشاركة المجتمعية.
- وضع برنامج للتعليم الغذائي للأطفال يتضمن مساعدة هؤلاء الأطفال علي تعلم تناول أطعمة متنوعة، وزيادة إدراك الأطفال للأسباب التي يختارون وفقاً لها أنواع معينة من المأكولات، ومساعدة الأطفال في تنمية عادات غذائية إيجابية. وأن أهداف تدريس الأطفال عادات الأكل يمكن إنجازها داخل الروضة بتوفير الوجبات الخفيفة المغذية ومن خلال خبرات تحضير الأكل، ويكون المعلمون مسئولين عن جودة الطعام الذين يتم تقديمه للأطفال، وبالتالي يمكن للأطفال أن يختاروا نوع الطعام والكمية التي سوف يأكلونها.
- لا بد من تكاتف المجتمع في حل مشكلة سوء التغذية عند الأطفال، لأنها ليست مشكلة فردية ولن يمكن حلها بشكل فرد؛ فيجب أن يتم تنظيم برامج مركزة للآباء والأمهات، ويتم توعيتهم بأهمية الرياضة والنظام الغذائي والسلوك الصحي.
- التثقيف الصحي للأمهات بهدف زيادة وعيهن الغذائي فيما يتعلق بالحاجات الغذائية واكتساب العادات الغذائية السليمة.
- يجب منع الأطفال من تناول قاتلات الشهية قبل تناول وجبات الطعام بحوالي ساعتين دون اللجوء إلى العنف ويجب استعمال الحكمة والأسلوب السليم وعندها يشعر الطفل بالجوع ويقبل على تناول الغذاء الجيد المتزن.
- التخطيط السليم للخدمات الصحية العامة (سلامة الأغذية).

- الكشف المبكر للأمراض التي تؤدي إلى سوء التغذية وعلاجها.
- إضافة منهج أو دروس ضمن أنشطة الروضة للوعي الصحي ليتعلم الأطفال كيف يأكلون؟ وماذا يأكلون؟
- توجيه برامج رياض الأطفال المقدمة في الاعلام بأنواعه لتوعية الأمهات الصحية لحماية أطفالهن من سوء التغذية.

المراجع:

- أحمد يحيى الجبيلي وأمين صبري نور الدين (٢٠٠٧). تفعيل دور الأسرة في مراحل ما قبل المدرسة. الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج.
- أر ونس، هوس، غينتون (٢٠٠٥). من طفل إلى طفل. برنامج لتشجيع الأطفال الكبار على رعاية الصغار والاهتمام بصحتهم. ترجمة. منى حداد. إعداد معهد صحة الطفل في جامعة لندن.. لبنان: مؤسسة الأبحاث العربية.
- أمل الأنصاري (٢٠٠٧). دراسة المشاركة المجتمعية في تمويل المشروعات التعليمية مكملة لجهود وزارة التربية. وكالة الأنباء الكويتية. www.kuna.net.kw.
- المؤتمر العلمي السنوي لكلية رياض الأطفال (٢٠٠٠). طفل الروضة تربيته ورعايته لمواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين. جامعة القاهرة. ٢- ٤ أبريل.
- الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٧). برنامج صحة وسلامة أطفال المدارس.
- أنور جرجس (٢٠٠٧). المشاركة المجتمعية والتعليم المجتمعي مجلة المعلم. www.almuallem.net.
- إيمان بقاعي (١٩٩٨). تغذية وطعام الطفل " الأهمية والتطور ". عمان: دار الفكر اللبناني.
- أيمن سليمان مزاهرة (٢٠٠٢). موسوعة غذاء الطفل وتغذيته. لبنان: دار يافا للطباعة والنشر.
- أيمن سليمان مزاهرة (٢٠٠١). صحة الإنسان وسلامة الغذاء. عمان. الأردن: دار اليازوري.

- جابر عبد الحميد جابر. أحمد خير كاظم (١٩٧٨). "مناهج البحث في التربية وعلم النفس". ط٢. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جو أن برور (٢٠٠٥). مقدمة في تربية وتعليم الطفولة المبكرة من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصفوف الأولى. ترجمة سهى أحمد أمين وإبراهيم عبد الله الزريقات. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١). علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة). ط٤. القاهرة: عالم الكتب.
- حمزة الجبالي (٢٠٠٥). مشاكل النمو عند الطفل والمراهق وطرق تغذيته. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- حنان إبراهيم سمك (٢٠١٠). برنامج إرشادي لتوعية أمهات مرحلة رياض الأطفال لوقاية أطفالهن من الوزن الزائد والسمنة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة طنطا.
- حياة المجادي وفرماوي محمد فرماوي (٢٠٠٣). أساليب مشاركة الوالدين في برنامج رياض الأطفال في دولة الكويت. مجلة العلوم التربوية. ع ٢. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة.
- خليل السعادات (٢٠٠٥) المشاركة المجتمعية والتنمية البشرية. صحيفة الجزيرة. ٧ يناير المؤتمر العلمي السنوي الأول عن مستقبل التعليم في مصر بين الجهود الحكومية والخاصة ٢٥ - ٢٦ يونيو ٢٠٠٢. مشروع البيان الختامي.
- ديوبولد فان دالين (١٩٨٩). "مناهج البحث في التربية وعلم النفس". ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرين. ط ٣. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- رجاء محمد جميل (١٩٩٢). غذاء المرضى. بغداد. العراق: وزارة الثقافة العامة.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٢). إحذر اضطرابات الأكل. سلسلة الاضطرابات النفسية وسوماتية. المجلد الثاني. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سامح جميل عبد الرحيم وفتحي كامل زيادي (٢٠٠١). "دراسة تقييمية- الرعاية المتكاملة للطفل المصري بنهاية العقد الأول (٩١/٩٠/٨٩) في جمهورية مصر العربية". مجلة البحث في التربية وعلم النفس. مجلد ١٤. عدد ٤. كلية التربية. جامعة المنيا.
- سامي محمد ملحم (٢٠٠٧). الأسس النفسية للنمو في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن محمد النجار (١٩٩٣). صحة الطفل وتغذيته. ط ٢, عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- (٢٠٠٢). موسوعة رعاية الأم والطفل. ج ١ (صحة الأم والطفل). القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد الرحيم صالح عبد الله (٢٠٠١). نمو الطفل وتطبيقاته التربوية والرعاية الوالدية في سنواته الخمس الأولى. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.
- عبد العزيز صديق (٢٠٠٤). التكامل التربوي بين البيت والمدرسة, دمشق. سوريا: دار النمير.
- عبد المجيد الشاعر. رشدي قطامش (٢٠٠٠). التغذية والصحة. عمان: دار البازوري للنشر.
- على صالح جوهر, محمد حسن جمعه (٢٠١٠). الشراكة المجتمعية وإصلاح التعليم, الرياض. المكتبة العصرية.

- فاطمة أحمد المعضادي (١٩٩٩). تأثير الإعلانات التجارية في تكوين عادات الطفل الغذائية. مجلة بحوث الاقتصاد المنزلي. مجلد (٩). العدد (٣/ ٢). جامعة المنوفية.
- فيليب عطية (١٩٩٢). المشكلات الصحية في العالم الثالث. سلسلة عالم المعرفة العدد (١٦١) مايو. الكويت.
- ليندا دافيدوف (٢٠٠٠). السلوك الاجتماعي-الوراثة- البيئة والروابط الاجتماعية. ترجمة نجيب الفونس خزام وسيد الطواب. القاهرة.
- محمد الاصمعي (٢٠٠٠). الإصلاح التربوي والشراكة المجتمعية المعاصرة من المفاهيم إلى التطبيق. الأردن: مجموعة النيل العربية.
- محمد رفعت (١٩٩٣). صحتك غذاء. بيروت. لبنان: عز الدين للطباعة والنشر.
- محمد طه شلبي (٢٠٠٤). الأسس الصحيحة لتغذية الأطفال. مجلة رعاية وتنمية الطفولة. العدد (٢). المجلد (١) جامعة المنصورة.
- محمدمتولى قنديل ورمضان مسعد بدوي (٢٠٠٤) مهارات التواصل بين المدرسة والبيت. عمان. الاردن: دار الفكر العربي.
- معهد التغذية (٢٠٠٢). دليل الغذاء الصحي للأسرة المصرية. ط٤. وزارة الصحة والسكان. جمهورية مصر العربية.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٠). الرعاية الصحية الأولية. تقرير المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية. الصحة للجميع.
- هيام ياقوت السطوحي (٢٠٠٥). فاعلية برنامج مقترح للتكامل بين معلمات رياض الأطفال والأسرة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لطفل الروضة. رسالة ماجستير غير

منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة.

- هدي إبراهيم بشير (٢٠١٠). برنامج أنشطة قائم علي الشراكة الوالدية لتنمية بعض مهارات التفكير لدي طفل الروضة. مجلة الطفولة والتربية. العدد الثالث. السنة الثانية. جامعة الاسكندرية. يناير ٢٠١٠.
- نظم قسم الإعلام بالجامعة ندوة الإعلام الصحي) نحو شراكة مجتمعية لبناء وعي صحي فاعل(خلال الفترة من ١١ - ١٢ جمادى الآخرة ١٤٣٢هـ. الموافق ١٤ - ١٥ مايو ٢٠١١ بمركز الجامعة.
- وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٩). معايير رياض الأطفال في مصر. القاهرة.
- يسرى عبد الحميد (١٩٩٧) المشاركة المجتمعية والتنمية المتواصلة. مصر دار الخدمات الجامعية.

المراجع الأجنبية

- Appleton J., McCrea N. (2001). A Guide to Food and Nutrition in Early Childhood Programs, U.S; Colombia.
- Bogert, Lotta and Others (2001). Nutrition and Physical Fitness, 18th Edition.W.B. Saunders Co.
- Carson, J. (2009). Mothers as Partners in Early Childhood Education: Comparison of an Even Start &a Family Resource Center Program, PH.D., Brandeis University, AAT 3342168.
- Coleman, M.& all (2006). Parents as Teachers, Policy Implications for Early School Intervention, Paper Presented at the Annual Conference of the MCFR Fatherhood Motherhood in a Diverse

and Changing World 59th Arlington,
Georgia, 7- 10 November.

- Elsa AB (2002). Community Partnerships, Tesol Press. Utah state University.
- Fetty M (2005). Health & Nutrition. Steck–Vaughn, U.S. www.health.org
- Joyce L.E. (2008). School. Family. and Community Partnerships. West View Press.
- Marotz LR, Rush JM (2004). Health. Safety. and Nutrition for the Young Child. Thomson Delmar Learning. 5ed.
- Noreen's B. (2011). Community Partnerships for Child Development. Epstein Press.
- Pamela GK (2007). Food and Culture. Wadsworth Publishing.
- <http://www.ankawa.com/forum/index.php?topic>.
- <http://www.childclinic.net/pain/nutrition.html>
- <http://www/forum.stop55.com/129327.htm>
- <http://www.shrak.ang/showthread>.
- <http://www.dr.bandalotaibi.com/end/drbonder-/admin/upload5/3/27h.pdf>