



Food Insecurity and its Determinants among Palestinian Households in the South of the West Bank

انعدام الأمن الغذائي ومحدداته بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية

موسى راسم الحلايقة

إشراف: د. ميساء نمر

معهد الصحة العامة والمجتمعية

جامعة بيرزيت

2023



Food Insecurity and its Determinants among Palestinian Households in the South of the West Bank

انعدام الأمن الغذائي ومحدداته بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية

موسى راسم الحلايقة

تاريخ مناقشة الرسالة: 2023/6/13

إشراف: د. ميساء نمر

أعضاء لجنة النقاش:

د. عبد اللطيف الحسيني

د. حازم آغا

تم تقديم هذه الرسالة كجزء من متطلبات درجة الماجستير في الصحة العامة و المجتمعية من معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين.



**Food Insecurity and its Determinants among Palestinian
Households in the South of the West Bank**

انعدام الأمن الغذائي ومحدداته بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة
الغربية

Mousa Rasem Al-Halaika

Date of thesis defense: 13/6/2023

Thesis defense committee members:

Dr. Maysaa Nimer (supervisor)

Dr. Abdullatif Husseini

Dr. Hazem Agha

شكر وتقدير:

أود ان أتقدم بكامل الشكر والتقدير الى الأخت الدكتورة ميساء نمر، المشرفة على تفاصيل الرسالة بشكل كامل، وعلى جهودها الكبيرة، ودعمها المستمر والمتواصل، في جميع مراحل تنفيذ هذه الدراسة، حتى الانتهاء من الرسالة بشكل كامل ومناقشتها.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير الى الاخوة أعضاء لجنة المناقشة، د. عبد اللطيف الحسيني ود. حازم الاغا كمتحن خارجي، على كل ما قدموه من ملاحظات أولية قبل المناقشة وخلال المناقشة، لإظهار الرسالة بأفضل صورة.

شكرا لوالدي التي غمرتني بدعواتها الطيبة، ولزوجتي الداعمة والسند، في جميع مراحل دراستي.

وكل الشكر الى الأساتذة د. صبري صغير، د. رضوان القصراري، د. منال بدرساوي، لمساهماتهم ودعمهم خلال مرحلة تنفيذ الدراسة، والشكر موصول لجميع الزملاء اختصاصي التغذية، الذين قاموا بجمع البيانات من الأسر الفلسطينية، وكذلك الشكر للأمهات ولربات الأسر الفلسطينيات لتعاونهم في جمع البيانات.

جدول المحتويات

8	المُلخَص العام:
8	منهجية الدراسة:
8	نتائج الدراسة:
9	الخلاصة:
10	الفصل الأول:
10	المقدمة:
10	مشكلة الدراسة:
11	أهمية الدراسة:
12	اهداف الدراسة:
12	الفصل الثاني:
12	مراجعة الادبيات:
15	نسبة انعدام الأمن الغذائي وعلاقته بالمؤشرات التغذوية على مستوى العالم:
17	الاستهلاك الغذائي في المناطق التي تعاني من انعدام للأمن الغذائي:
17	المحددات الاجتماعية والاقتصادية وارتباطهما بانعدام الأمن الغذائي:
19	انعدام الأمن الغذائي وارتباطه وتأثيره على الصحة:
19	دور السياسات والقوانين في الحد من ارتفاع نسبة انعدام الأمن الغذائي:
21	فجوات البحث:
21	الفصل الثالث:
21	منهجية الدراسة:
21	تصميم الدراسة:
21	مكان تنفيذ الدراسة:
22	وصف العينة الكلية:

25	أدوات البحث:
27	تحليل البيانات:
28	المتغيرات الرئيسية التي تم قياسها بالاعتماد على المتغيرات المستقلة (Independent Variables)
30	الفصل الرابع:
30	النتائج:
30	القسم الاول:
30	الخصائص العامة لعينة الدراسة:
32	الاطفال الاقل من خمس سنوات (عددهم 151)
32	الاطفال بين 5-18 سنة وعدددهم (188)
33	البالغين < 18 سنة وعدددهم (488)
34	الأمن الغذائي على مستوى الأسرة
36	المعرفة والمواقف والممارسات المرتبطة بالتغذية:
46	وصف الاستهلاك الغذائي على مستوى الأسر:
49	القسم الثاني: تحليل العلاقات بين المتغيرات
49	علاقة الأمن الغذائي مع الخصائص العامة للأسرة:
52	القسم الثالث: علاقات متعددة الابعاد
54	القسم الرابع:
54	القوانين والتشريعات والسياسات ذات العلاقة بالأمن الغذائي في فلسطين
64	الفصل الخامس:
64	النقاش والاستنتاجات:
64	القسم الاول: ملخص عام حول النتائج
65	القسم الثاني:
65	انعدام الأمن الغذائي

66.....	الاستهلاك الغذائي.
67.....	المعرفة والمواقف والممارسات.
68.....	القوانين والتشريعات والسياسات ذات العلاقة بالأمن الغذائي.
69.....	الفصل السادس:
69.....	القسم الأول: الخاتمة والتوصيات:
71.....	القسم الثاني: محددات الدراسة:
71.....	المراجع والمصادر العلمية:
77.....	الاستبيان (ملحق رقم 1):

الملخص العام:

الأهداف: معرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية، تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية بين الأسر، وعلاقة الأمن الغذائي للأسر بالاستهلاك الغذائي.

منهجية الدراسة: تعتبر هذه الدراسة جزءاً من بحث وطني تم تنفيذه في عينة ممثلة من مناطق الضفة الغربية (شمال، وسط، جنوب)، وتمت الدراسة بالتعاون بين فريق بحثي في جامعة الخليل وجامعة بيرزيت وعدد من الجامعات الفلسطينية الأخرى. في هذه الرسالة قمنا بأخذ جزء من البيانات التي تم جمعها، وتم تحليلها للإجابة عن أسئلة البحث، حيث تم تحليل البيانات التي تم جمعها من الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية فقط.

بلغ العدد الكلي للأسر المشاركة في الدراسة 1400 أسرة، وبلغ عدد الأسر الخاصة بمنطقة جنوب الضفة الغربية والتي دخلت في هذه الرسالة 488 أسرة.

المتغيرات الرئيسية التي تم قياسها تضمنت: نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية، بالإضافة إلى المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية للفئات العمرية المختلفة، وكذلك الاستهلاك الغذائي بين الأسر. وقد تم أيضاً دراسة المتغيرات الثابتة الأخرى التي يمكن أن تؤثر على المتغيرات الرئيسية، وخاصة دخل الأسرة، التعليم، الجنس، الفئة العمرية، المهنة، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، والمحددات الصحية. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) طبعة 25.

نتائج الدراسة: بينت الدراسة بأن نسبة انعدام الأمن الغذائي في محافظات جنوب الضفة الغربية كانت 15.4 %، والنسبة تتفاوت بين الأسر حسب مكان السكن، بين المدينة أو القرية أو المخيم، بحيث كانت النسبة 12.7 %، 15.9 %، 29.8 % على التوالي. أما الأمهات فكانت معرفتها بالتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات 86 %، أما حول الممارسات المتعلقة بالتغذية للأطفال الأقل 5 سنوات، قليلة وغير كافية حيث كانت النسبة 28 %.

أما حول الممارسات المتعلقة بالتغذية للأطفال في عمر المدرسة (5-18)، وجدت الدراسة بأن الأمهات لديهن الممارسات الجيدة بالتغذية قليلة، حيث كانت النسبة 53 % لمن لديهن ممارسات جيدة.

أما فيما يتعلق بالممارسات عند الأمهات اتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية وخاصة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، كانت النسبة 83 % لمن لديهن ممارسات إيجابية، فيما يتعلق بفقر الدم من ناحية تناول أغذية ذات مصدر جيد للحديد فكانت النسبة 3 %.

أما فيما يتعلق بالمعرفة حول نقص فيتامين أ، فإن النسبة كانت 32.2% من النساء لديها معرفة حول نقص فيتامين أ والمشاكل التي تنجم عن نقصه وكيفية الوقاية منه ومصادره. أما فيما يتعلق بالممارسات اتجاه المشكلة المتعلقة بنقص فيتامين أ، كانت النسبة 5.9% ممارسات إيجابية، خاصة فيما يتعلق بمصادر فيتامين أ في الغذاء.

أما فيما يتعلق بمحتوى الأغذية المتناولة، نجد أن الأطفال الأقل من خمس سنوات لا يأخذون الكميات الكافية من العناصر الغذائية سواء الصغرى أو الكبرى، ومن الملفت بأنهم يأخذون كميات أقل من معدل الاحتياج اليومي لكل من فيتامين أ، وحمض الفوليك، وفيتامين ج. حيث بلغت نسبة الأطفال الذين يأخذون أقل من هذا المعدل: 90%، 71.4%، 66% على التوالي.

أما الأطفال واليافعين من عمر 5 إلى 18 سنة فلا يأخذون الكميات الكافية من جميع العناصر الغذائية الدقيقة (الفيتامينات والمعادن)، وبشكل ملفت فيتامين أ، والكالسيوم، والحديد. حيث بلغت نسبة الأطفال واليافعين الذين يأخذون أقل من المعدل المطلوب لهذه المواد هي: 99%، 99%، 88% على التوالي.

أما الأشخاص البالغين فيأخذون كميات عالية من الحد اليومي المرجعي لهم من العناصر الغذائية خاصة الكربوهيدرات، والدهون، على العكس عند المقارنة مع البروتين التي تصل ما نسبته 72% من الأشخاص البالغين الذين لا يأخذون احتياجاتهم من البروتين يومياً، أما الفيتامينات والمعادن في معظمهم يوجد نسب مرتفعة لا يأخذون الكمية الكافية اليومية، وخاصة فيتامين أ، وحمض الفوليك، والزنك، يأخذون كميات أقل من معدل الاحتياج اليومي من تلك العناصر، حيث كانت نسبهم: 97.6%، 88.4%، 68.1% على التوالي.

الخلاصة: من الواضح بأن الخصائص الاجتماعية والديموغرافية كان لها تأثيراً واضحاً على حالات انعدام الأمن الغذائي ولها ارتباطاً قوياً به وخاصة: مكان السكن، مستوى التعليم، دخل الأسرة، تلقي المساعدات الغذائية، وملكية البيت. كما أن الغذاء المتناول على مستوى الأسرة قليل في القيمة التغذوية والعناصر الغذائية الدقيقة، بالإضافة إلى أن المعرفة والمواقف والممارسات ذات العلاقة بالتغذية قليلة وخاصة الممارسات الجيدة بين الأسر، وبشكل خاص فيما يتعلق بتناول الأغذية ذات المصدر الجيد من عنصر الحديد، وكذلك المعرفة والممارسات الجيدة فيما يتعلق بتناول الأغذية ذات المحتوى الجيد من فيتامين أ.

أما فيما يتعلق بالسياسات العامة والتشريعات ذات العلاقة بأبعاد الأمن الغذائي، يوجد قوانين وسياسات تختص بالرقابة على الأغذية بشكل عام الذي يندرج تحت بُعد استخدام الغذاء، بالإضافة الى بعض القوانين والسياسات القليلة التي تهتم بالأبعاد الأخرى، وهي أيضاً مهمة وجزء كبير منها حديث بحيث نتوقع نتائجه بعد بضع سنوات.

ونلاحظ بأن افتقار الغذاء المتناول بالعناصر الغذائية الأساسية والمهمة كان واضحاً وخاصة في العناصر الغذائية الدقيقة، وهذا يتوافق مع القوانين التي تغطي هذه الجزئية. وبالتالي هناك ضرورة لدعم وتحديث السياسات والقوانين الموجودة بما يتلاءم مع جميع أبعاد الأمن الغذائي الأربعة.

الفصل الأول:

المقدمة:

تستمر الأبحاث العلمية بانه لا زال هناك زيادة مستمرة في العديد من المناطق في العالم التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي والجوع على حدٍ سواء، مما يترك عملاً كبيراً يتعين القيام به من أجل عالم أكثر أمنًا غذائياً. ومن المتوقع أن يكون الأمن الغذائي مشكلة سيتعين على البشرية معالجتها في المستقبل القريب والبعيد (Dillard, 2019).

تعتبر قضية الأمن الغذائي من أهم القضايا على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي والتي باتت ضمن الأجندة العامة في جميع أنحاء العالم (FAO et al., 2018a)، وفي فلسطين تم إدراجها على أجندة السياسة الوطنية للحكومة الفلسطينية للأعوام 2017-2022 (Delivery, 2016).

وحيث أن مشكلة الأمن الغذائي قد يساهم بها عوامل مختلفة، على مستوى السياسات والقوانين من جهة، وعلى مستوى وعي ومعرفة المجتمعات بالأمور المتعلقة بالتغذية مما ينعكس على ممارساتهم ومواقفهم، فإنه من المهم عند دراسة نسبة انعدام الأمن الغذائي تحديد العلاقة بين انعدام الأمن الغذائي والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والحالة التغذوية بشكل عام، ولا سيما أن عدداً قليلاً من الدراسات التي أجريت فيما يتعلق بانعدام الأمن الغذائي وربطه مع المعرفة والمواقف والممارسات، والعادات الغذائية في مختلف الفئات العمرية.

وبالتالي تهدف هذه الدراسة إلى: معرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية والعوامل المرتبطة به، تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية بين الأسر، وتحديد أنماط الاستهلاك الغذائي لدى الأسر وعلاقته مع الأمن الغذائي. كما تهدف إلى تحديد السياسات والقوانين المتعلقة بتوفير الغذاء واستهلاكه ومدى توافقها مع وضع الأمن الغذائي وأنماط الاستهلاك القائمة.

مشكلة الدراسة:

أظهرت الدراسات السابقة ان 27% من الشعب الفلسطيني يعاني من انعدام الأمن الغذائي، بنسبة 16% في منطقة الضفة الغربية و 47% في قطاع غزة (Fawwaz Abu Rmaileh et al., 2019). ولكن الدراسات لم تتحدث

عن علاقة الأمن الغذائي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسر الفلسطينية. وبناء على معرفة الباحثين وقراءتهم للأدبيات المتعلقة بالموضوع، فلا يوجد دراسات ركزت على الربط بين نسبة انعدام الأمن الغذائي في المجتمع والأنماط التغذوية ومعرفة الأفراد وممارساتهم المتعلقة بالتغذية. إضافة إلى ذلك، لا يوجد دراسات تطرقت إلى القوانين والتشريعات المختصة في توفر الغذاء واستهلاكه بين الأسر، حيث تلعب القوانين دوراً أساسياً في توفير والوصول إلى الغذاء في المجتمع مما يساهم في تعزيز الأمن الغذائي.

لذلك كان لابد من عمل دراسة بحثية للوقوف على الأسباب والتحديات التي تواجهها الأسر الفلسطينية وخاصة في منطقة جنوب الضفة الغربية ودراسة جميع الجوانب التي لها علاقة بنقص المغذيات، ومعرفة الاستهلاك الغذائي الحقيقي بين الأسر الفلسطينية. فمن هنا جاءت دراسة معرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي بأبعاده الأربعة، لتسليط الضوء على الأسباب الحقيقية وكيفية إيجاد حلول واقعية تحد وتقلل انعدام الأمن الغذائي الذي سوف ينعكس بشكل مباشر على تحسين الصحة والتغذية.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في معرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي في منطقة جنوب الضفة الغربية ومحاولة ربطه بالعديد من المتغيرات والجوانب سواء كانت من الجانب الاقتصادي والاجتماعي والديموغرافي، وكذلك الأنماط الغذائية المتبعة بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية.

كما تكمن أهمية هذه الدراسة بمثابة اثبات علمي وحقيقة مثبتة يتم ارسالها الى صناع القرار على المستوى الحكومي وخاصة القطاع الصحي بضرورة عمل تدخلات بالتعاون مع جميع القطاعات الحكومية (الزراعة، الاقتصاد، العمل، التنمية الاجتماعية، الإحصاء المركزي الفلسطيني)، وغير الحكومية كمؤسسات الأمم المتحدة الداعمة والممولة للعديد من المشاريع ذات العلاقة بالغذاء والتغذية والصحة منها (منظمة الزراعة والأغذية، منظمة الصحة العالمية، برنامج الغذاء العالمي)، والمؤسسات والاتحادات والجمعيات الأهلية غير الحكومية ك (اتحاد الصناعات الغذائية والزراعية، جمعية الغذاء والتغذية الفلسطينية، نقابة المهندسين الزراعيين)، بحيث يتم تكاتف هذه الجهود مع بعضها البعض ليتم تنفيذ وتحقيق أهداف التنمية المستدامة والتي ستعكس إيجاباً على الحد والتقليل من نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية ككل.

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو معرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي في منطقة جنوب الضفة الغربية وعلاقته مع الجانب الاقتصادي والاجتماعي والديموغرافي، وكذلك الأنماط الغذائية المتبعة بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية، من خلال الإجابة عن الأسئلة المحددة أدناه.

1. ما هي نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية؟
2. ما هي العوامل المؤثرة على نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية؟
3. ما هي نسبة المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالاستهلاك الغذائي وسلامة الغذاء بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية؟
4. ما مدى العلاقة بين انعدام الأمن الغذائي للأسر مع الاستهلاك الغذائي؟
5. ما هي العوامل المؤثرة على المعرفة والممارسات الاجتماعية ذات الصلة بالتغذية لدى الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية؟
6. ما هي علاقة المعرفة والممارسات الاجتماعية ذات الصلة بالتغذية مع انعدام الأمن الغذائي؟
7. ما هي علاقة المعرفة والممارسات الاجتماعية ذات الصلة بالتغذية مع الاستهلاك الغذائي؟
8. ما مدى العلاقة بين القوانين والسياسات ذات العلاقة ب الأمن الغذائي بنسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية؟

الفصل الثاني:

مراجعة الأدبيات:

نبذة عامة:

لقد مر تعريف الأمن الغذائي بالعديد من التطورات منذ أول فكرة له خلال مؤتمر الينابيع الساخنة للأغذية والزراعة في عام 1943. وقد انتهى تطور هذا المفهوم أخيراً الى أربعة مفاهيم تسمى "أبعاد الأمن الغذائي". توافر الغذاء، وإمكانية الوصول للغذاء، واستخدام الغذاء، واستمراره واستقراره (Dillard, 2019). إن الاختلافات في الأساليب التي تم استخدامها في تحديد الأمن الغذائي جعلت من الصعب وصف وجوده عبر البلدان والمجتمعات. بالنسبة للبعض، فإنه يشمل الجانب التغذوي والصحي بينما، بالنسبة للآخرين، يتعلق الأمر بالحصول على الغذاء ومدى توافره. إضافة الى ذلك، فمن الواضح أن الأمن الغذائي بتنوع طرق قياسه لم يتحقق بعد في معظم البلدان من العالم (Maxwell, 1990).

لقياس أبعاد الأمن الغذائي بمستوياته المختلفة تم اعتماد أداة (Radimer / Cornell) كأداة في تحديد الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي وتوفير المعلومات حول طبيعة المساعدات والامدادات الغذائية ومشاكل الدخل الغذائي التي تعاني منها الأسر والأفراد الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي، مما يشير إلى أن هذه التدابير قد تكون مفيدة للمجتمع (A. Kendall et al., 1996).

تمت دراسة انعدام الأمن الغذائي وارتباطه بمفهوم الجوع سواءً بتعريفه الضيق أو الواسع من خلال دراسة تقييمية هدفت إلى وضع مؤشرات تقييمية لدى النساء والأطفال شمال ولاية نيويورك (Radimer et al., 1992a). حيث تم من خلال هذه الدراسة تحديد المكونات الأساسية لمقياس انعدام الأمن الغذائي والجوع.

ولتحديد المعايير الأساسية للأداة تمت هذه الدراسة من خلال مقابلات للنساء لقياس مؤشرات الجوع بين النساء والأطفال في ولاية شمال نيويورك، وعند سؤال الأمهات حول تعريف الجوع بصيغته الضيقة؛ "هو عدم كفاية تناول الطعام"، قالت إحدى النساء إن الجوع هو "عندما لا أستطيع الحصول على ما يكفي من الطعام، أو لا أحصل على شيء على الإطلاق"، وأخرى قالت إن "الجوع" بالنسبة لها يعني "البقاء لمدة ثلاثة أيام أو أكثر على الأقل بدون طعام". شمل هذا التعريف الضيق للجوع الإحساس الجسدي بالجوع كما وصفه أحد الزوجين: "عندما لا تستطيع النوم لأن معدتك تؤلمك". وإحدى النساء وصفت الجوع بتعريفه الضيق هو المجاعة (Radimer et al., 1992a).

أما الجوع بمفهومه الأوسع شمل مشاكل تتعلق بالإمدادات والسلاسل الغذائية للأسر، وسوء جودة وجباتهم الغذائية، وما فعلوه لمحاولة الحفاظ على سلاسل غذائية منزلية كافية، ومشاعرهم حول وضعهم. قالت سيدة على سبيل المثال: "الجوع هو عدم وجود شيء في المنزل على الإطلاق". ولكن الجوع أيضًا هو عندما يتعين عليك تناول نفس الشيء طوال الأسبوع وليس لديك أي اختلاف عن ذلك، وستعلم في المدى القريب أو البعيد أنك ستفقد ذلك الغذاء (Radimer et al., 1992a).

يشمل هذا التصور للجوع على مستويين: مستوى الفرد ومستوى الأسرة. وكما وصفته هؤلاء النساء، "إن الجوع على المستوى الفردي يتكون من أربع مكونات. الأول هو مشكلة كمية الطعام المتناولة، الموصوفة بأنها غير كافية. العنصر الثاني هو مشكلة جودة الطعام المتناول، مع وصف عدم الكفاية التغذوية بجميع العناصر الغذائية (غذاء متوازن). العنصر الثالث للجوع هو نفسية. أما العنصر الرابع، العامل الاجتماعي، للجوع الفردي هو اضطراب النمط المعتاد لتناول ثلاث وجبات في اليوم. بشكل عام، تحدثت النساء عن "عدم تناول الطعام" كمشكلة لأنفسهن عندما يحدث ذلك لمدة يوم أو يومين، ووصفت هذه المشكلة بأنها مشكلة لأطفالهن عندما يذهبون دون وجبات محددة (Radimer et al., 1992b). المستوى الثاني من الجوع، الجوع الأسري، له

أيضاً أربع مكونات. الأول هو مشكلة كمية السلاسل الغذائية للأسر الموصوفة استنفاد الطعام. بينت النساء بهذه التصريحات: "الطعام الذي اشتريته لم يدم (أو نفذ)؛ المكون الثاني هو مشكلة تتعلق بجودة الإمدادات الغذائية للأسرة، والتي تحمل علامة طعام غير مناسب. العنصر الثالث عدم اليقين بشأن كفاية الإمدادات الغذائية للأسرة (ما إذا كان سيكون كافياً ومن أين سيأتي)، وهو القلق الغذائي المصنف، أما العنصر الرابع فهو اجتماعياً: الحصول على الغذاء بطرق غير مقبولة اجتماعياً. خلص هذا البحث أنه يمكن قياس الجوع مباشرة بطريقة صحيحة وموثوقة. من خلال أدوات للقيام بذلك في المنازل ومع النساء والأطفال (Radimer et al., 1992b).

في دراسة أخرى في لبنان، بينت النتائج أن النسخة العربية المعدلة من مقياس الوصول إلى انعدام الأمن الغذائي الأسري هي أداة دقيقة وموثوقة بها لتقييم انعدام الأمن الغذائي في القرى اللبنانية (Naja et al., 2015).

أظهرت الأدبيات أن الأفراد الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي تتأثر رفايتهم، بصرف النظر عن أعمارهم، كما أن انعدام الأمن الغذائي يحد ويعيق بأن يتمتع هؤلاء الأفراد بصحة سليمة وبحالة تغذية جيدة (Asfahani et al., 2019).

مقياس الأمن الغذائي يعتبر في السياق العالمي "The Food Insecurity Experience Scale" (FIES) "مقياس لتجربة انعدام الأمن الغذائي"، كما تعد قدرة الأسر والأفراد على الوصول إلى الغذاء أحد الجوانب الرئيسية للأمن الغذائي. تُعبر وتصف هذه الورقة وباستخدام نموذج راش (Rasch Model) التي تم تطويرها وجمعها من قبل منظمة الأغذية والزراعة (FAO) لتحديد مقياس تجربة انعدام الأمن الغذائي التي تتكون من ثمانية بنود كإجراء نحو إنشاء مؤشر للرصد العالمي لانعدام الأمن الغذائي. وهذه التجربة تمت بأخذ عينات ممثلة على المستوى الوطني من السكان البالغين، خلال الأعوام 2014 و2015 و2016 من 153 دولة أو منطقة، بهدف تطوير طرق لتقدير معدلات نسبة انعدام الأمن الغذائي عبر البلدان بمستوياته المختلفة، المتوسطة والشديدة، وكذلك إمكانية اعتماده من خلال المقارنة بين البلدان، تم استخدام إجراء يعتمد على متوسط الشدة المعيارية لكل عنصر من عناصر (FIES) الثمانية لتحديد وتوحيد مقياس مرجعي عالمي، يمكن على أساسه معايرة المقاييس التي تم الحصول عليها في كل بلد بشكل منفصل. أظهرت البيانات توافق كافي مع افتراضات نموذج راش " the Rasch model–based procedures developed to define the "eight–item" لإصدار مقاييس معتمدة وموثوقة لنسبة انعدام الأمن الغذائي في كل بلد (Cafiero et al., 2018).

نسبة انعدام الأمن الغذائي وعلاقته بالمؤشرات التغذوية على مستوى العالم:

عند استخدام نفس أداة قياس انعدام الأمن الغذائي (Radimer Cornell) في دراسة تمت في الاتحاد الروسي سنة 1998، تبين بأن نسبة انعدام الأمن الغذائي بين النساء كانت 77%، وبين الأسر كانت 70%، وكلاهما كانت أعلى بكثير من الأطفال حيث كانت 32% (Welch et al., 1998). وبالمقارنة مع دراسة تم تنفيذها في ولاية نيويورك كانت النسب لنفس الفئة والترتيب 46.8% و 25.9% و 18.3%، وفي كلا الدراستين نلاحظ بان نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأطفال اقل من الفئات الأخرى سواء على مستوى الأمهات او على مستوى الأسرة (Welch et al., 1998). في العاصمة الماليزية كوالالمبور وباستخدام نفس الأداة (Radimer / Cornell)، وجد أن 27.7% من الأسر و 10.9% من الأفراد يعانون من انعدام للأمن الغذائي، بينما 27% يقعون في فئة جوع الأطفال، حيث استهدفت هذه الدراسة الأسر الماليزية ذات الدخل المنخفض في المنطقة الحضرية في كوالالمبور، أما فيما يتعلق بسوء التغذية فان نقص الوزن وقصر القامة والهزال كانت 44.5%، 36.5%، و 30.7% على التوالي. وزيادة الوزن كانت 13.1% على أساس (Multinomial Logistic Regression) (Sharif & Merlin, 2001).

في دراسة تم تنفيذها في المجتمعات الريفية الفقيرة في ماليزيا، هدفها هي تحديد المؤشرات والنتائج الغذائية لانعدام الأمن الغذائي الأسري باستخدام أداة (Radimer / Cornell)، لتصنيف الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي وانعدام الأمن الغذائي. وجدت الدراسة ان 42% من الأسر آمنة غذائياً، و 14% تعاني من انعدام الأمن الغذائي، و 9.5% تعاني من انعدام الأمن الغذائي الفردي، و 34.5% تعاني من الجوع بين الأطفال. تم تصنيف الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي على أنها تعيش تحت خط الفقر ولديها حجم أسري أكبر وعدد أكبر من الأطفال والأطفال الملتحقين بالمدارس والأمهات غير العاملات (Shariff & Lin, 2004). في حين أن النساء اللواتي يعانين من انعدام الأمن الغذائي يعانين من زيادة الوزن (26%) والسمنة (30%) مقارنة مع النساء اللاتي يتمتعن بالأمن الغذائي كانت نسبة زيادة الوزن والسمنة بين 30% و 9% على التوالي، كما أن النساء اللاتي يعانين من انعدام الأمن الغذائي، 40% لديهن محيط خصر معرض للخطر < 88 سم، مقارنة بـ 29% بالنساء اللاتي يتمتعن بالأمن الغذائي (Shariff & Lin, 2004).

في دراسة حول الارتباط بين انعدام الأمن الغذائي الأسري والمخرجات التغذوية بين الأطفال في شمال شرق شبه جزيرة ماليزيا، خلصت الدراسة بان 16% آمنة غذائياً. و 29.6% تعاني من أدنى مستويات انعدام الأمن الغذائي شدة وتم تصنيفها على أنها "تعاني من انعدام الأمن الغذائي الأسري"؛ منها كانت 19.3% من تلك الأسر لديها بالغون يعانون من انعدام الأمن الغذائي، بينما 35% من الأسر لديها أطفال جائعون. وهذا يعني

أن الآباء كانوا لا يستطيعون أن يقدموا لأطفالهم كمية كافية ومناسبة من الطعام (Ali Naser et al., 2014).

أما فيما يتعلق بالحالة التغذوية للأطفال فقد كان متوسط وزن الجسم للأطفال في الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي أعلى بكثير من نظرائهم الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي. كانت متوسطات (Height For Age Z-Score) و (Weight For Age Z-Score) و (Weight For Height Z-Score) كلها سلبية، مما يشير إلى حالة تغذوية سيئة بشكل عام للأطفال في الدراسة (Ali Naser et al., 2014). كان معدل انتشار النتائج التغذوية عند الأطفال ضمن فئة انعدام الأمن الغذائي في شمال شرق شبه جزيرة ماليزيا على النحو الآتي: نقص الوزن 44.5%، وقصر القامة 41.6%، والهزال 24.1%، وهي نسبة أعلى بكثير من تلك الموجودة في الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي (Ali Naser et al., 2014).

كما أن نسبة انعدام الأمن الغذائي تتفاوت بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (15-24) عاماً في العالم العربي. فكان أقلها في لبنان بنسبة 3.1% وأعلىها في جنوب السودان بنسبة 92.4%، وبشكل عام كان 28.7% من عينة الشباب العربي يعانون من انعدام الأمن الغذائي في بلدانهم (Asfahani et al., 2019). أما في فلسطين، فمعظم البيانات المتوفرة حول نسبة انعدام الأمن الغذائي تبين بأن ثلث الشعب الفلسطيني يعاني من انعدام للأمن الغذائي بدرجة متوسطة إلى حادة، حيث أن انعدام الأمن الغذائي في الضفة الغربية يعادل 18% وهو أقل بكثير من قطاع غزة التي تشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلثي السكان (68.3%) يعانون من انعدام الأمن الغذائي (FAO et al., 2018b; Fawwaz Abu Rmaileh et al., 2019; WFP, 2018).

في دراسة تم تنفيذها في أواخر عام 2021 في المحافظات الجنوبية من فلسطين، كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي للأسر 71.5% بمستوياته المختلفة. بحيث 36.2% تعاني من انعدام أمن غذائي خفيف، و 13.8% تعاني من انعدام أمن غذائي اقل معتدل، و 21.5% تعاني من انعدام أمن غذائي حاد (el Bilbeisi et al., 2022).

أما المؤشرات التغذوية في فلسطين؛ بحيث يعتبر قصر القامة والذي يتم قياسه من خلال مقارنة الارتفاع (الطول لأقل من سنتين) مع العمر مؤشراً قوياً على المدى البعيد لقياس انعدام الأمن الغذائي. يعاني 8.7% من الأطفال الأقل من خمس سنوات من قصر القامة في الأعوام 2019-2020، وفي المقابل فإن الهزال والذي يتم قياسه من خلال مقارنة الوزن مع الارتفاع (الطول لأقل من سنتين) يعتبر مؤشراً لقياس انعدام الأمن الغذائي على المدى القريب، ويعاني ما نسبته 1.3% من الأطفال الأقل من خمس سنوات من الهزال. كما أن زيادة الوزن تشكل 8.6% بين الأطفال الأقل من خمس سنوات (PCBS, 2019)، بينما زيادة الوزن والسمنة

تشكل ما يقارب 25% بين طلبة المدارس (Ministry of health, 2018)، كما تعاني العديد من الفئات الضعيفة (النساء الحوامل والأمهات المرضعات والأطفال) في فلسطين من نقص في العناصر الغذائية الدقيقة (I. Elmadfa, A. Abu Rub, K. Ben-Abdullah, A.L. Meyer, A. Ramlawi, L. Bahar, N. Rizkallah, A. Skaik, Z. Zakout, 2013).

الاستهلاك الغذائي في المناطق التي تعاني من انعدام للأمن الغذائي:

تم تنفيذ دراسة في ولاية نيويورك الريفية، لدراسة العلاقة بين الجوع والأمن الغذائي على مستوى الأسرة ودراسة الأنماط الغذائية وتكرار استهلاك الفواكه والخضروات وحساب ومعرفة الطعام المتوفر من خلال (24 h recall) (A. Kendall et al., 1996).

خلصت الدراسة بأن الأشخاص الذين يتناولون أقل من احتياجاتهم من فيتامين ج، ومن الخضار والفواكه بأنهم يعانون من انعدام للأمن الغذائي أكثر من الذين يأخذون احتياجاتهم من نفس المجموعات الغذائية السابقة وأن تناول العناصر الغذائية أقل بالنسبة للمجموعة التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي باستثناء فيتامين أ والدهون (A. Kendall et al., 1996).

في الريف اللبناني تم تنفيذ دراسة حول دقة وموثوقية قياس الوصول إلى الأمن الغذائي الأسري، تبين بأن كمية ونوعية الغذاء بين تلك الأسر غير كافٍ، كما أنه يوجد ارتباطاً عكسياً بين انعدام الأمن الغذائي بمستويات تعليم الأم والأب، ومستوى الدخل، والوزن بالنسبة للعمر، والطول بالنسبة للعمر للطفل، وتوفير وكفاية النظام الغذائي لدى الاطفال. في المقابل، كان مؤشر معامل كتلة الجسم للأمر مرتبطاً إيجابياً مع انعدام الأمن الغذائي، وذلك باستخدام ارتباط بيرسون (Pearson's Correlation) (Naja et al., 2015).

المحددات الاجتماعية والاقتصادية وارتباطهما بانعدام الأمن الغذائي:

عند دراسة الحالة الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية للسكان في روسيا الاتحادية، وجد ارتباط واضح بتأثير هذه العوامل على ارتفاع نسبة انعدام الأمن الغذائي، والذي يتأثر بشكل مباشر أيضاً على معدل دخل الفرد والأسرة بشكل عكسي، بحيث يؤكد أن معدل دخل الأسرة قليل جداً لذلك كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي عالي. وأن انعدام الأمن الغذائي بين الأطفال له تأثير على التطور الإدراكي وفي المستقبل يؤثر على الإنتاجية عند البالغين (Welch et al., 1998).

كما تبين الدراسة التي نفذت في العاصمة الماليزية كوالالمبور بأن دخل الأسرة بشكل عام قد وجد أنه من العوامل الخطرة لانعدام الأمن الغذائي، وقد خلصت الدراسة أن مؤشرات الأمن الغذائي تعتبر من المكونات الأساسية للحالة الصحية والتغذية للأفراد والمجتمعات والدول (Sharif & Merlin, 2001).

في كندا خلال العام 2017-2018 وجد تفاوت في نسبة ودرجة انعدام الأمن الغذائي حسب المنطقة المستهدفة بحيث كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي في ولاية نونافوت 57% بحيث ان 28% من 57% تقريباً كانت تعاني من انعدام أمن غذائي شديد، أما في شمال غرب كندا كانت النسبة 21.6% يعانون من انعدام الأمن الغذائي، وأقلها كانت في ولاية كيبيك التي وصلت الى 11%، 27% من الأطفال دون سن 18 عاماً يعيشون في أسر تعاني من انعدام الأمن الغذائي (Tarasuk & Mitchell, 2017).

يرتبط انعدام الأمن الغذائي ارتباطاً وثيقاً بعوامل أخرى سواءً على الجانب الاجتماعي أو الاقتصادي. وهو أكثر انتشاراً بين الأسر ذات الدخل المنخفض، والأسر وحيدة الوالد، والأشخاص الذين يسكنون في بيوت مستأجرة، وأيضاً هناك تأثير وفرق بين الذين يُعرفون بأنهم من السكان الأصليين أو السود. في تلك الفترة (2017-2018 في كندا)، كان 65% من الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي تعتمد على الدخل من العمل. بينما أثر انعدام الأمن الغذائي على 60% من الأسر التي تعتمد على المساعدات الاجتماعية، و32% على الذين يعتمدون على تأمين العمل أو تعويضات العمال، و7% من الأسر التي تعتمد على المعاشات ودخول التقاعد (Tarasuk, 2005).

في دراسة نفذت في شمال شرق شبه جزيرة ماليزيا، وبخصوص الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسر، وجدت الدراسة فرق كبير بين الأمهات في الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي ولم يتلقوا أي نوع من التعليم أعلى من الأسر التي لم تعاني من انعدام الأمن الغذائي، في حين أن التعليم الثانوي العالي كان أعلى بين الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي (Ali Naser et al., 2014).

أظهرت نتائج اختبار فيشر الدقيق وجود ارتباط معنوي ($P = 0.047$) بين المستوى التعليمي للأمهات وانعدام الأمن الغذائي للأسرة. كما أن الأسرة ذات الحجم الأكبر تعاني من انعدام أمن غذائي أكثر من الأسر ذات الحجم الأقل (Ali Naser et al., 2014).

كما أظهرت دراسة في المحافظات الجنوبية (قطاع غزة) من فلسطين بوجود ارتباط واضح بين الدخل الشهري، وامتلاك المنزل، وحالة العمل مع انعدام الأمن الغذائي للأسرة. انعدام الأمن الغذائي كان واضحاً ومنتشراً بشكل كبير في المحافظات الجنوبية ومرتبب ارتباطاً وثيقاً بظروف المعيشة السيئة. لذلك خلصت الدراسة بضرورة مناقشة هذا الانتشار المرتفع على مختلف المستويات بجدية والنظر فيه على وجه السرعة (el Bilbeisi et al., 2022).

في قطاع غزة من فلسطين، أفاد صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وبرنامج الغذاء العالمي أن 23% من الأسر الفلسطينية لديها معدل استهلاك غذائي دون المستوى الأمثل. وأن 80% من هذه الأسر تتلقى بشكل أو بآخر مساعدات إنسانية. بحيث أن هذه الأسر لا تستهلك ما يكفي من المجموعات الغذائية ذات المحتوى الجيد من الحديد، مما يؤدي إلى ارتفاع مخاطر الإصابة بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد، بحيث أن تلك الأسر تحاول أن تتكيف بما هو موجود من الأغذية من خلال تقليل الكمية المتناولة من الطعام (Abuzerr et al., 2020; UNICEF, 2010).

انعدام الأمن الغذائي وارتباطه بالصحة وتأثيره عليها:

في دراسة نفذتها منظمة الأغذية والزراعة (FAO)، بأن معدلات النسب الوطنية لانعدام الأمن الغذائي المعتدل أو الشديد ترتبط ارتباطاً واضحاً بتأثير نقص التغذية مع العديد من المؤشرات المستخدمة مثل الدخل والصحة والرفاه (Cafiero et al., 2018).

وفي الضفة الغربية من فلسطين تم تنفيذ دراسة سنة 2019، تبين بأن الأشخاص الذين يعانون من انعدام أمن غذائي يكونون عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة أكثر من الذين لديهم أمن غذائي، بحيث تبين بأن انعدام الأمن الغذائي له تأثير سلبي على الصحة الذاتية والصحة النفسية، في حين يعاني حوالي 29% من الأفراد التي تزيد أعمارهم عن 35 عاماً من أمراض مزمنة (Fawwaz Abu Rmaileh et al., 2019). كما أن أكثر من 5% من الأطفال لم يرضعوا من أمهاتهم رضاعة طبيعية قط، وأكثر من 60% من الأطفال لا يرضعون رضاعة طبيعية فقط، بينما 44.2% تقريباً من الأطفال الأقل من خمس سنوات كانوا يعانون من الإسهال خلال آخر أسبوعين من تنفيذ المسح (Tomov et al., 1975).

وفي ذات السياق، في قطاع غزة، حوالي 18% من النساء الحوامل و14% من الأمهات المرضعات يعانين من سوء التغذية، وأن أكثر من 6% من الأطفال لم يرضعوا من أمهاتهم رضاعة طبيعية قط، وأكثر من 55% من الأطفال لا يرضعون رضاعة طبيعية فقط. كما يعاني أكثر من 40% من الأطفال التي تتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات من التهاب الجهاز التنفسي الحاد، بينما 40% تقريباً يعانون من الإسهال (Abuzerr et al., 2020; UNICEF, 2010).

دور السياسات والقوانين في الحد من ارتفاع نسبة انعدام الأمن الغذائي:

السياسات والبرامج مهمة في التخفيف من انعدام الأمن الغذائي بين الأسر بشكل عام وبين الأطفال بشكل خاص، حيث في الولايات المتحدة الأمريكية يوجد العديد من البرامج والاستراتيجيات المتنوعة التي يعتمدها

أطباء الأطفال في التخفيف ومعالجة مخاطر انعدام الأمن الغذائي؛ من خلال فحص مستويات انعدام الأمن الغذائي داخل مؤسسات الرعاية الصحية (Hartline–Grafton & Hassink, 2020).

حيث يوجد العديد من برامج التغذية الفيدرالية التي يتم ربطها بين الطفل وأسرته، كما يدعون أطباء الأطفال لعمل وتوحيد السياسات بما يضمن ويساعد في التخفيف من انعدام الأمن الغذائي من خلال معرفة أسبابه الحقيقية والجزرية (Hartline–Grafton & Hassink, 2020).

لمكافحة انعدام الأمن الغذائي في الولايات المتحدة كان لا بد من ضرورة توفير الدعم والتمكين السياسي من خلال مشاركة الأشخاص الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي في السياسات العامة ودمجهم بها كأحد الوسائل للقضاء على الجوع بحيث إذا أصبح هؤلاء الأشخاص والأسر أصحاب رأي في السياسة العامة زاد اندماجهم في المجتمع، وخاصة أن الولايات المتحدة تعتبر من أعلى معدلات انعدام الأمن الغذائي بين الدول الصناعية، حيث أن برامج المساعدات الخاصة بتمكين الأسر، وبرامج توفير الغذاء، لها دور في مكافحة الجوع لدى ملايين الأمريكيين ويمكن أن تكون بمثابة محطات قوية لتمكين الأشخاص المهمشين (Pine, 2022).

وعلى صعيد آخر نجد أن السياسات والبرامج مهمة في التخفيف والتقليل من انعدام الأمن الغذائي إذا كانت ضمن إطار زيادة المعرفة، وخلق الفرص، وزيادة التكافل الاجتماعي، مع الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الأساسية للأسر، مثل العديد من البرامج التي تتبناها أميركا، برنامج المساعدات الغذائية، بحيث أكثر من 25% من الأسر في أميركا تستفيد من هذا البرنامج، ومع ذلك يوجد 11% من الأسر تعاني من انعدام للأمن الغذائي (Miller & Thomas, 2020).

السياسات مهمة في التصدي والتخفيف من انعدام الأمن الغذائي وخاصة عند ربطه بأي مؤثرات ممكن أن تحدث سواء كوارث مناخية أو طبيعية أو حروب، بالإضافة إلى مؤشر الفقر، الناتج المحلي الإجمالي، برامج المساعدات الغذائية والقيمة التغذوية، جميعها مؤشرات مهمة في التنبؤ بانعدام الأمن الغذائي (Vilar–Compte et al., 2020).

وعليه فإن سياسات وبرامج حوكمة الأمن الغذائي مهمة ومناسبة تمامًا لمواجهة التحدي المعقد المتمثل في الجوع والحصول على نظام غذائي مغذي (Vilar–Compte et al., 2020).

أما في فلسطين نجد بأن هناك العديد من القوانين المهمة وذات العلاقة بانعدام الأمن الغذائي، كما أنه يوجد العديد من البرامج التي تندرج ضمن مساعدات غذائية ونقدية سواء ما تقوم به وزارة التنمية الاجتماعية على مستوى الدولة أو ما تقوم به منظمات الأمم المتحدة مثل الأونروا، وبرنامج الغذاء العالمي كمساعدات غذائية في فلسطين.

حيث أن البرامج والسياسات مهمة في الحد والتخفيف من نسبة انعدام الأمن الغذائي (Hartline–Grafton & Hassink, 2020)، كمان أن برامج المساعدات الغذائية له دور في مكافحة الجوع وتمكين الأسر المهمشة (Pine, 2022).

فجوات البحث:

بالرغم من وجود بعض المعلومات التي توضح نسبة انعدام الأمن الغذائي في فلسطين، إلا أن هناك حاجة لفهم ومعرفة العلاقة والارتباط بينه وبين المحددات المختلفة الأخرى. على سبيل المثال معرفة أسباب فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، وفيتامين أ، من خلال قياس التنوع الغذائي بين الأسر الفلسطينية. حيث أن عدد الدراسات في جميع أنحاء العالم عامة وفي فلسطين خاصة محدودة حول هذا الموضوع، لذلك سنقوم من خلال هذه الدراسة بمحاولة ربط العوامل المختلفة المتعلقة بالأمن الغذائي من خلال دراسة الأنماط الغذائية للأسر، وتحديد المعرفة والممارسات والمواقف ذات العلاقة بالأنماط الغذائية كمؤشر مهم في نسبة انعدام الأمن الغذائي بين الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية. إضافة إلى ربط ذلك بالسياسات والقوانين ذات العلاقة.

الفصل الثالث:

منهجية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة جزءاً من بحث وطني تم تنفيذه في عينة ممثلة من مناطق الضفة الغربية (شمال، وسط، جنوب)، وقامت جامعة الخليل بتنفيذ هذه الدراسة بالمشاركة مع عدد من الجامعات الفلسطينية. في هذه الرسالة قمنا بأخذ جزء من البيانات التي تم جمعها، وتحليلها للإجابة عن أسئلة البحث، وتم استخدام وتحليل البيانات التي تم جمعها من الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية فقط. وفيما يلي توضيح للمنهجية التي تم اتباعها في الدراسة:

تصميم الدراسة:

تم استخدام التصميم المقطعي لهذه الدراسة، حيث تم جمع البيانات من خلال زيارات ميدانية للأسر الفلسطينية لمعرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي مع الحالة التغذوية لتلك الأسر، إضافة إلى المعرفة والمواقف والممارسات داخل الأسرة الواحدة، إضافة إلى العوامل الاقتصادية والاجتماعية والجغرافية.

مكان تنفيذ الدراسة:

تم تنفيذ هذا الجزء من الدراسة في منطقة جنوب الضفة الغربية، ممثلة بمحافظة الخليل وبيت لحم مع العلم بان عدد سكان منطقة جنوب الضفة الغربية تقريبا مليون نسمة (PCBS, 2017).

وصف العينة الكلية:

الفئة المستهدفة:

الفئة التي تم استهدافها في هذه الدراسة للأسر الفلسطينية تتكون من المجموعات التالية:

1. الأمهات والآباء التي تزيد أعمارهم عن 18 سنة.
2. الأطفال الأقل من خمس سنوات.
3. الأطفال واليا فعيين في سن المدرسة (الأكبر من خمس سنوات والأقل من 18 سنة).
4. البالغين الأكبر من 18 سنة.

الجدول رقم (1): يبين نسبة السكان حسب الفئة العمرية في منطقة الضفة الغربية (كتاب فلسطين الاحصائي السنوي، PCBS, 2019).

المنطقة	الأسر التي يوجد فيها على الاقل طفل اقل من خمس سنوات	الأسر التي يوجد فيها على الاقل شخص بين 5-18 سنة	الأسر التي يوجد فيها على الاقل شخص بين 19-60 سنة	الأسر التي يوجد فيها على الاقل شخص واحد أكبر من ستون سنة
جنين	41.2%	55.1%	94.5%	20.4%
طوباس	42.5%	56.8%	95.2%	20.3%
طولكرم	36.6%	53.6%	93.5%	22.9%
نابلس	39.3%	55.7%	94.6%	21.7%
قلقيلية	42.8%	56.2%	94.9%	19.7%
سلفيت	43.0%	54.9%	94.0%	20.0%
رام الله والبيرة	39.5%	55.1%	94.5%	21.0%
أريحا	41.7%	58.4%	96.0%	19.5%
القدس (الضواحي)	41.6%	56.3%	95.0%	19.9%
بيت لحم	40.8%	54.5%	94.3%	20.5%
الخليل	52.1%	60.5%	96.3%	15.9%
المجموع	43.3%	56.6%	95.0%	19.6%

تخصيص العينة:

تخصيص العينة تم بالاعتماد على الطبقات الرئيسية والتي تم توزيع الأسر بناءً عليها.

الجدول رقم (2): توزيع المناطق بشكل تقريبي:

المنطقة	نسبة العينة (%)	عدد البيوت المستهدفة
شمال الضفة الغربية	37.1	520
وسط الضفة الغربية	28.6	400
جنوب الضفة الغربية	34.3	488
المجموع	%100	1400

تم اختيار المناطق بشكل عشوائي بحيث تشمل مدينة وقرية ومخيم.

نوع العينة والنهج المتبع:

نوع العينة تم تقسيمها على ثلاث مراحل حسب الآتي:

المرحلة الأولى: تم اختيار العينة أو المنطقة لتشمل جميع الطبقات (المنطقة، والنوع).

المرحلة الثانية: تم اختيار البيوت بشكل عشوائي وباستخدام تقنية المشي العشوائي.

المرحلة الثالثة: تم اختيار الفرد المؤهل في الأسرة المختارة في المرحلة الثانية من البيوت التي تم استهدافها وكانت في معظم الأسر ربة المنزل (الأم).

طبقات تصميم العينة:

حتى تكون العينة ممثلة، تم تقسيم الطبقات الى وحدات (أماكن) وفقاً للآتي:

المنطقة: شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية.

النوع: مدينة، قرية، مخيم.

إطار أخذ العينة:

تم الاعتماد على إطار أخذ العينات للمنطقة المستهدفة في الدراسة. بالإضافة إلى ذلك، يحتوي هذا الإطار على جميع التجمعات الفلسطينية أو مناطق العد (Enumeration Area) حسب آخر تعداد في فلسطين (كتاب فلسطين الاحصائي السنوي، 2019، PCBS). تم اعتبار هذه المنطقة بمثابة وحدات أخذ العينات الأولية أو وحدات المعاينة الأولية.

حجم العينة:

يبلغ حجم العينة الكلي 1400 أسرة، تم احتسابها بناءً على المعادلة أدناه:

$$n = \frac{t^2 * S^2 * (1 + nr\%) * Deff}{E^2}$$

$$S^2 = p(1 - p)$$

Where:

n : Total sample size.

t : Confidence level factor = 1.96 for confidence interval 95%.

S^2 : Variance, which is calculated for the main variable of interest.

p : the main variable of interest, ($P = 25\%$) The prevalence of household food insecurity in West Bank was (World Food Program, 2021).

$Deff$: design effect because of using the cluster sample and it supposed equal 1.15.

nr : non-response rate = 10%.

E : margin of error, which is around 2.5 %.

وبما أن الدراسة الحالية لرسالة الماجستير، تم التركيز على منطقة جنوب الضفة الغربية، وتم أخذ العينة المخصصة لهذه المنطقة والتي بلغت 488 أسرة وتحليل بياناتها.

المستجيبون للدراسة:

الأشخاص الذين يحق لهم الدخول في هذه الدراسة (Inclusion Criteria):

1. الأمهات والآباء الأكبر من 18 سنة.
2. الأسر التي يوجد بها أطفال أقل من خمس سنوات ويعيشون بنفس البيت مع امهاتهم، وإذا كان هناك أكثر من طفل في البيت الواحد أقل من خمس سنوات يتم اختيار طفل من بينهم عشوائياً.
3. الأسر التي يوجد بها أطفال ويافعين أكبر من خمس سنوات وأقل من 18 سنة ويعيشون بنفس البيت مع أمهاتهم، وإذا كان هناك أكثر من طفل في البيت الواحد من نفس الفئة العمرية يتم اختيار طفل من بينهم عشوائياً.
4. الأطفال الذين ولدوا ولادة طبيعية وكان وزنهم بين (2.5-4.5) كغم عند الولادة.
5. الأطفال الذين رضعوا من أمهاتهم على الأقل 4 شهور سواءً حصرياً أو جزئياً.

6. توقيع نموذج الموافقة للأسر التي وافقت على المشاركة في الدراسة (Signed Consent Form).

الأشخاص الذين لا يحق لهم الدخول في هذه الدراسة (Exclusion Criteria):

1. الأمهات الحوامل بعد الشهر الثالث.
2. الآباء الذين يعانون من إعاقات.
3. الأطفال والفتيان الذين يعانون من إعاقات.
4. الخدج الأقل من 37 أسبوع عند الولادة.
5. الرضع من أمهات مصابة بمرض السكري.
6. الأطفال الذين ولدوا بمضاعفات خلال الحمل.

أدوات البحث:

1. الاستبيان (ملحق رقم 1):

قام إحدى عشرة مساعدًا بحثيًا مدربًا (المحاورين)، بتنفيذ زيارات ميدانية منزلية لجمع جميع المعلومات البحثية ذات الصلة من خلال عمل مقابلات وجهًا لوجه، وتم إجراء المقابلات الفردية مع الأمهات، والأطفال دون سن الخامسة، والأطفال/اليافعين الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات إلى 18 سنة. يتألف الاستبيان من عدة عناصر: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، قياس انعدام الأمن الغذائي في الأسرة، التنوع والأنماط الغذائية (استدكار النظام الغذائي خلال ال 24 ساعة الماضية)، بالإضافة إلى المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية، وفيما يلي توضيح كل قسم.

الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للأسرة:

تم إجراء المقابلات مع الأمهات للحصول على معلومات مثل العمر، والتعليم، والمهنة، والدخل، وعدد أفراد الأسرة، معلومات إن وجدت حول المساعدات المالية التي تتلقاها الأسر من المؤسسات الحكومية أو غير الحكومية، أسئلة حول إنفاق الأسرة على الغذاء. تم احتساب عمر الأطفال بالأشهر الكاملة من تواريخ ميلادهم (من شهادات الميلاد) إلى يوم جمع البيانات.

تم تصنيف الأسر المعيشية على أنها إما أسر معيشية ذات عائل واحد (نتيجة الطلاق أو كونها أرملة)، أو أسر ذات معيّلين (حيث يعيش الزوجان في نفس الأسرة المعيشية).

قياس انعدام الأمن الغذائي بين الأسر:

تم تقييم نسبة انعدام الأمن الغذائي الأسري على مستوى الأسرة باستخدام مقياس الجوع (/ Radimer) Cornell المكون من 10 بنود (A. /V/ve Kendall et al., 1995a). انعدام الأمن الغذائي الأسري يتكون من أربع مكونات: كمية الغذاء، وجودة الغذاء، ومقبولية الغذاء، واليقين في الحصول على الغذاء. تم تعديل استبيان (Radimer / Cornell) واستخدامه لتقييم مدى قابلية تطبيق هذا الإجراء وصلاحيته وموثوقيته في سياق مختلف وبما يتلاءم ثقافيًا للأسر الريفية والحضرية.

التنوع والأنماط الغذائية:

في هذه الدراسة تم استخدام يومين على فترتين مختلفتين لمعرفة النمط الغذائي خلال الـ 24 ساعة الماضية لتحديد كمية العناصر الغذائية الكبرى والصغرى التي يستهلكها جميع المشاركين (Qasrawi & Abu Al-Halawa, 2022). طُلب من الأمهات استذكار جميع الاغذية وعدد مرات الرضاعة والطعام الذي يتناوله أطفالهن خلال الـ 24 ساعة الماضية. تم تقدير أحجام الأجزاء باستخدام أداة وطنية "الاطلس الغذائي الفلسطيني" الذي يعتمد على رموز لكل كمية غذاء (University, 2020). بحيث تم حساب جميع المغذيات بناءً على الاستهلاك الغذائي للفرد ومقارنتها مع الاحتياج اليومي (Academies, 2008; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, المرجعي, 2016).

المعرفة والمواقف والممارسات (KAP) ذات العلاقة بالتغذية:

تم استخدام دليل منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو) لتقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية في هذه الدراسة لإجراء مسوحات عالية الجودة على مستوى المجتمع المحلي للتغذية - والمعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالصحة (Lin & Dali, 2012). حيث طوّرت منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو) في عام 2014 نماذج المعرفة والمواقف والممارسات بناءً على الفئات العمرية وتم تصنيفها على النحو الموضح في الجدول رقم 6 (Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome., 2014).

جدول رقم (3): تقسيم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية لكل فئة عمرية

الرقم	الفئة العمرية	المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية
1	أقل من خمس سنوات	تغذية الرضع من 0-6 أشهر. تغذية الرضع وصغار الأطفال من (6-23) شهراً.
2	بين 5-18 سنة	النظام الغذائي بين طلبة المدارس (5-18 سنة).
3	أكبر من 18 سنة	سوء التغذية. فقر الدم. نقص فيتامين أ. السلامة الغذائية.

السياسات والقوانين ذات العلاقة بأبعاد الأمن الغذائي:

تم جمع السياسات والقوانين ذات العلاقة بأبعاد الأمن الغذائي، وعمل ملخص لها من أجل مقارنتها وربطها مع نسبة انعدام الأمن الغذائي. بالإضافة إلى معرفة مدى شمولية هذه السياسات والقوانين لتغطية جميع جوانب وأبعاد الأمن الغذائي؛ أم بحاجة إلى سياسات وقوانين أكثر نجاعة في مواجهة انعدام الأمن الغذائي.

تحليل البيانات:

تم استخدام الإحصاء الوصفي لوصف البيانات المستمرة والفئوية بما في ذلك نسبة انعدام الأمن الغذائي. واستخدام اختبار (Chi Square) لفحص العلاقة بين انعدام الأمن الغذائي الأسري والحالة التغذوية للمشاركين والمعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية بين المشاركين، باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) طبعة 25 لتحليل البيانات.

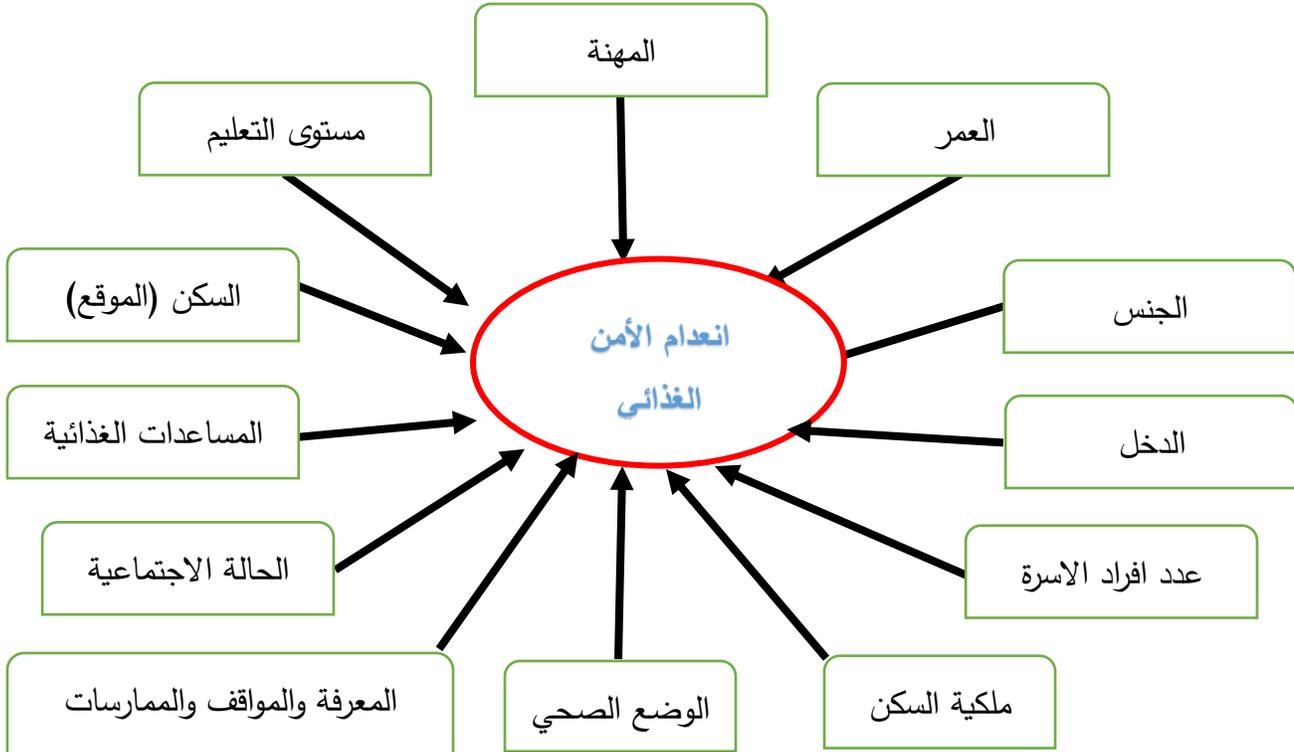
تم اعتماد قيمة (P=0.05) كارتباط حقيقي ذات دلالة احصائية (Significant).

تمت معالجة البيانات الغذائية من استنكار النظام الغذائي على مدار 24 ساعة (24 hour dietary recall)، من أجل حساب الجرامات الصافية من الأطعمة التي يستهلكها المشاركون وتم تحليل هذه المعلومات باستخدام برنامج إلكتروني محوسب (Food Composition Table)، يقوم بتحويل كل مادة غذائية إلى عناصر غذائية (كربوهيدرات، بروتين، دهون، فيتامينات، وأملاح معدنية) (Qasrawi & Abu Al-Halawa, 2022)، وتقييم الطاقة الداخلة للجسم والمغذيات للتأكد من كفايتها باستخدام المقدار الغذائي المرجعي (DRI) (Group,) (2019) من مختلف الفئات العمرية.

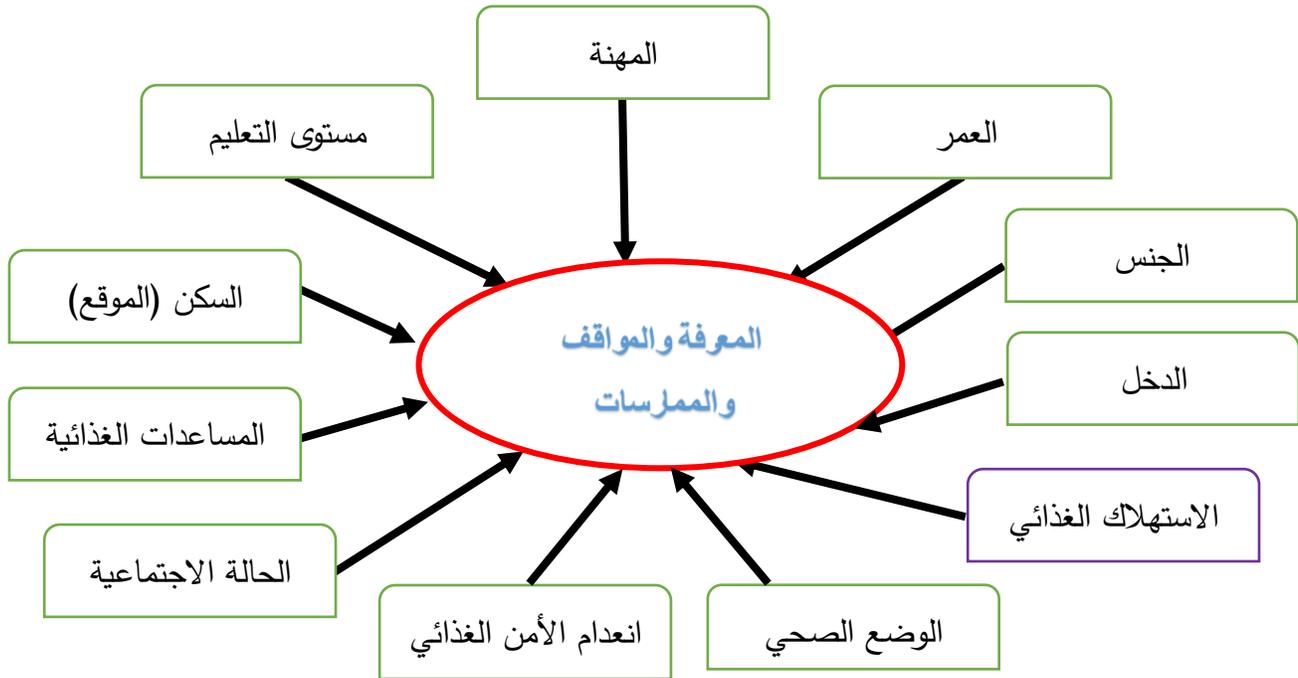
المتغيرات الرئيسية التي تم قياسها بالاعتماد على المتغيرات المستقلة (Independent Variables)

تم قياس ودراسة ثلاث متغيرات رئيسية في هذه الدراسة ومعرفة ما إذا كان هناك علاقة أو ارتباط مع العديد من المتغيرات المستقلة وهي الآتي:

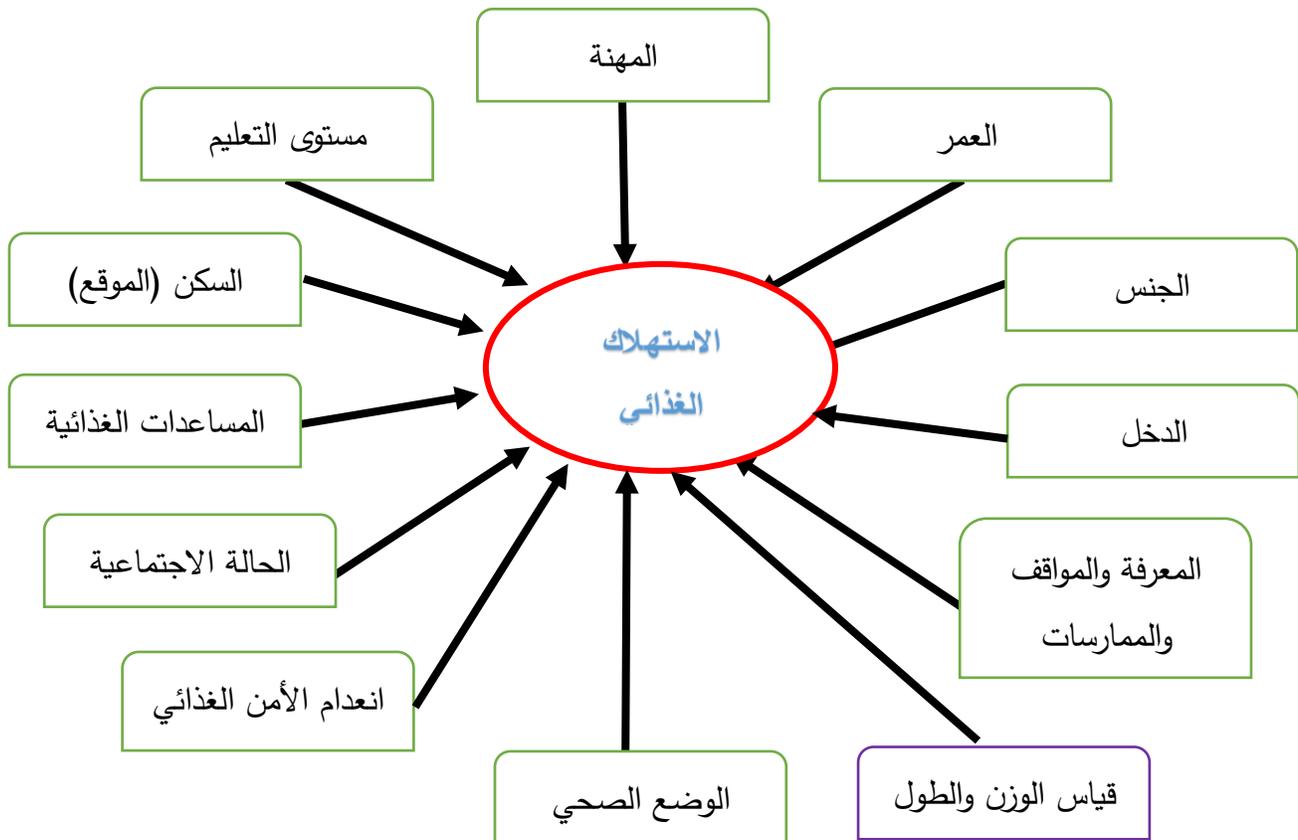
1. انعدام الأمن الغذائي: المتغير التابع (Dependent Variable)



2. المعرفة والمواقف والممارسات: المتغير التابع (Dependent Variable)



3. الاستهلاك الغذائي (Food Intake): المتغير التابع (Dependent Variable)



الفصل الرابع:

النتائج:

القسم الاول:

الخصائص العامة لعينة الدراسة:

كما هو موضح في الجدول أدناه رقم (4)، تم مسح وزيارة 488 منزلاً في منطقة جنوب الضفة الغربية (بيت لحم والخليل)، وكان الرجل هو من يترأس الأسرة ومصاريفها بنسبة كانت 92% والمرأة النسبة المتبقية، في المقابل تقريبا 40% من النساء (ربة الأسرة) حاصلن على شهادة الثانوية العامة أو أقل و60% منهن حاصلات على الشهادات الجامعية. أما فيما يتعلق بنسب البيوت التي تم زيارتها كان هناك ما نسبته 58.2% تسكن في المدينة و32.2% في الريف (القرية)، و9.6% في المخيم. وعند الاستفسار عن معدل حجم الأسرة التي تم استهدافها فوجدنا بأن معدل أفراد الأسرة الواحدة 4.6 في حين كان نسبة الأسر التي دخلها أقل من 2000 شيكل، تشكل 13% والأسر التي دخلها بين 2000-5000 شيكل، كانت نسبتها 64.5% والأكثر من 5000 شيكل، كانت نسبتها 22.5%. نسبة المساعدات التي تحصل عليها الأسر وجد بأن فقط 6% من الأسر تتلقى مساعدات سواء كانت مالية أو غذائية. وعند سؤالنا حول ملكية السكن كان 92.4% من الأسر يسكنون بيوت ملك والنسبة المتبقية إيجار وهي 7.6%، وحول سؤالنا عن عمل الزوج والزوجة وجدنا بأن 88% من الرجال يعملون وأن 25% من النساء تعمل. وحول الحالة الصحية للأب والأم كان 11% من الآباء يعانون من مشاكل صحية وأن 14% من الأمهات يعانين من مشاكل صحية.

جدول رقم (4): الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للأسرة: (العدد=488)

الخصائص العامة	العدد (%)
جنس رب الأسرة	
أنثى	39 (8)
نكر	449 (92)
عُمر رب الأسرة	
أقل من 30 سنة	196 (40.2)
من 31-40 سنة	118 (24.2)
أكبر من 40 سنة	174 (35.7)
مستوى التعليم	
ثانوي أو اقل	203 (41.6)

(58.4) 285			جامعي
			نوع المكان
(58.2) 284			مدينة
(32.2)157			قرية
(9.6) 47			مخيم
			عدد أفراد الأسرة
			دخل الأسرة (شيكل)
(13) 63			أقل من 2000
(64.5) 315			2000-5000
(22.5) 110			أعلى من 5000
			المساعدات الغذائية
(6) 28			نعم
(94) 460			لا
			ملكية البيت
(96.4) 451			ملك
(7.6) 37			إيجار
			عمل الأب
(88.3) 431			نعم
(11.7) 57			لا
			عمل الأم
(25.4) 124			نعم
(74.6) 364			لا
			وجود مشاكل صحية (الأب)
(10.9) 53			نعم
(89.1) 453			لا
			وجود مشاكل صحية (الأم)
(14.3) 70			نعم
(85.7) 418			لا
Range	SD	Mean	
19-83	12.36	36.4	عُمر رب الأسرة
1-9	2.11	4.6	عدد أفراد الأسرة

الأطفال الأقل من خمس سنوات وعددهم (151)

كما هو موضح في الجدول أدناه رقم (5)، فقد كانت نسبة الأطفال الذكور الأقل من خمس سنوات 51% والإناث نسبتهم 49%، المتوسط العمري لهم 30 شهراً، وتتراوح أعمارهم من (3-56) شهراً. وكانت أسباب الحمل لتلك الأطفال بمعدل 38.3 أسبوع وتتراوح بين (28-42) أسبوعاً. أما نسبة الأطفال الذين كانوا يعانون من مشاكل صحية من نفس الفئة العمرية 2.7%، والذين كانوا يتناولون أدوية 2%، ونسبة النساء الأمهات التي عانت من سكري الحمل كانت 3%.

جدول رقم (5): خصائص الأطفال الأقل من خمس سنوات: (العدد = 151)

الخصائص العامة		العدد (%)
الجنس		
أنثى		74 (49)
ذكر		77 (51)
وجود مشاكل صحية (الطفل)		
نعم		4 (2.7)
لا		147 (97.3)
وجود سكري حمل (الأم)		
نعم		4 (3)
لا		147 (97)
يأخذ دواء		
نعم		3 (2)
لا		148 (98)
Range	SD	Mean
3-56	16.8	30.3
28-42	2.6	38.3
العمر (الشهر)		
عمر الحمل (أسبوع)		

الأطفال واليا فعيين بين 5-18 سنة وعددهم (188)

حسب الجدول رقم (6)، نسبة الذكور في تلك الفئة العمرية كانت 42% ونسبة الإناث كانت 58%، ومستوى التعليم الابتدائي كان 86% والثانوي 14%. أما الذين يعملون كانت نسبتهم أقل من 1%، والذين يعانون من مشاكل صحية نسبتهم 1.6%.

جدول رقم (6): خصائص الأطفال والبالغين: 5-18 سنة: (العدد=188)

العدد (%)		الخصائص العامة
		الجنس
(58) 109		أنثى
(42) 79		ذكر
		مستوى التعليم
(86) 161		أساسي
(14) 27		ثانوي
		العمل
(0.6) 1		نعم
(99.4) 187		لا
		وجود مشاكل صحية
(1.6) 3		نعم
(98.4) 185		لا
Range	SD	Mean
5 -18	3.66	11.03
		العمر (سنة)

البالغين < 18 سنة وعددهم (488)

حسب الجدول رقم (7)، نسبة الذكور في تلك الفئة العمرية كانت 1.6% والإناث كانت 98.4%، ومستوى التعليم الثانوي أو أقل كانت 40% والتعليم الجامعي كانت نسبته 60%. أما الذين يعملون فكانت نسبتهم 25%، والذين يعانون من مشاكل صحية نسبتهم 13%.

جدول رقم (7): خصائص البالغين < 18 عاما: (العدد=488)

العدد (%)		الخصائص العامة
		الجنس
(98.4) 480		أنثى
(1.6) 8		ذكر
		مستوى التعليم
(40.4) 197		ثانوي أو أقل
(49.4) 291		جامعي
		يملك عمل
(25.4) 124		نعم
(74.6) 364		لا
		وجود مشاكل صحية
(13.1) 64		نعم
(86.9) 424		لا
Range	SD	Mean
18-83	12.4	36
		العمر (سنة)

الأمن الغذائي على مستوى الأسرة

تم تقسيم مستويات الأمن الغذائي لثلاثة مستويات وتم احتسابه باستخدام أداة رايدمير كورنيل للجوع والأمن الغذائي كالاتي:

- أ. قياس الأمن الغذائي على مستوى الأسرة.
- ب. قياس الأمن الغذائي على مستوى الفرد للبالغين.
- ت. قياس مستوى الأمن الغذائي على مستوى الفرد للأطفال.

وعليه وحسب الجدول رقم (8)، يبين المستويات الثلاثة وتفصيلاتها المختلفة، فمثلاً على مستوى الأسرة عندما سألنا رب/ة الأسرة هل تشعر/ تشعرين بالقلق من أن ينفذ الطعام أو المواد الغذائية اللازمة للطبخ قبل أن تحصل/ين على المال اللازم لشرائها كانت الإجابات (أحياناً) لدى ما نسبته 23%، و (دائماً) لدى ما نسبته 4.9% من تلك الأسر. وعلى المستوى الفردي للبالغين عند سؤالنا هل تشعر/ تشعرين بالجوع بشكل متكرر لأنه لا يوجد معك مال كافي لشراء الطعام، كانت الإجابة (أحياناً) لدى ما نسبته 8.2% من الأفراد البالغين. وعلى مستوى الأطفال وعند سؤالنا للأمم حول ما إذا لا تستطيع توفير وجبات طعام متوازنة لطفلها لأنه لا يوجد لديها المال الكافي لتوفير الطعام. كانت الإجابة (أحياناً) لدى ما نسبته 8.4%، و (دائماً) لدى ما نسبته 1% منهم.

الجدول رقم (8): أداة رايدمير كورنيل لقياس الجوع والأمن الغذائي

الرقم	السؤال	غير صحيح n (%)	احيانا n (%)	دائما صحيح n (%)
أ-على مستوى المنزل				
1.	أشعر بالقلق من أن ينفذ الطعام أو المواد الغذائية اللازمة للطبخ قبل أن أحصل على المال اللازم لشرائها	352 (72.1)	112 (23)	24 (4.9)
2.	الطعام والمواد الغذائية اللازمة للطبخ التي اشترتها للعائلة دائما تنفذ بسرعة ولا أملك المال لشرائها مرة أخرى	421 (86.3)	62 (12.7)	5 (1.0)
3.	لا يوجد عندي في المنزل كميات كافية من الطعام والمواد الغذائية اللازمة للطبخ لتحضير وجبات طعام للعائلة خلال النهار (من الفطور للعشاء) ولا أملك المال لشرائها	432 (88.5)	52 (10.7)	4 (0.8)
4.	ناكل نفس الطعام لعدة أيام متواصلة لأنه لدينا أصناف قليلة متوفرة من الطعام وليس لدينا المال لشراء المزيد	402 (82.4)	81 (16.6)	5 (1.0)
ب-المستوى الفردي – للبالغين				
5.	أشعر بالجوع بشكل متكرر لأنه لا يوجد معي مال كافي لشراء الطعام	455 (93.2)	33 (6.8)	0
6.	أتناول طعام أقل من احتياجي الحقيقي لأنني لا أملك المال الكافي لشراء الطعام	448 (91.8)	40 (8.2)	0

1 (0.2)	38 (7.8)	449 (92)	لم يكن عندي المقدرة على الأكل بشكل صحيح أو الأكل حتى الشبع لأنه لا يوجد لدي المال الكافي لشراء الطعام	7.
ج-المستوى الفردي – الاطفال				
1 (0.2)	41 (8.4)	446 (91.4)	لا أستطيع توفير وجبات طعام متوازنة لأطفالي لأنه لا يوجد لدي المال الكافي لتوفير الطعام	8.
0	29 (5.9)	459 (94.1)	لا يتناول طفلي كمية طعام كافية أو هناك نقص في الطعام دائما لأنني لا أملك المال لشراء الطعام	9.
1 (0.2)	24 (4.9)	463 (94.9)	أعلم أن أطفالي يكونوا جائعين في بعض الأحيان ولكن لا أستطيع ان أفعل شيء لأنه لا أستطيع أن أشتري كميات طعام أكبر مما أشتريه.	10.

وباستخدام أداة (Kendall) (A. /V/ve Kendall et al., 1995b)، وحسب الجدول رقم (9)، فقد تم تقسيم درجات انعدام الأمن الغذائي حسب المستويات آنفة الذكر بحيث على مستوى الأسرة تم تعريفه بانعدام الأمن الغذائي الخفيف (Mild Food Insecurity) والذي كانت نسبته 8.8%، وعلى مستوى الفرد للبالغين تم تعريفه بانعدام الأمن الغذائي المتوسط (Moderate Food Insecurity) والذي كانت نسبته 3.1%، وعلى مستوى الفرد للأطفال تم تعريفه بانعدام الأمن الغذائي الشديد (Sever Food Insecurity) والذي كانت نسبته 3.5%. في المقابل تم تجميع نسب انعدام الأمن الغذائي بحيث كان الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي 15.4%.

جدول رقم (9): مستويات انعدام الأمن الغذائي الأسري

95% CI	%	التكرار	مستويات انعدام الأمن الغذائي الأسري	/
0.811-0.877	84.6	413	الأمن الغذائي الأسري	1
0.065-0.117	8.8	43	انعدام الأمن الغذائي الأسري (خفيف)	2
0.017-0.050	3.1	15	انعدام الأمن الغذائي الفردي (متوسط)	3
0.020-0.055	3.5	17	قياس الجوع (حاد)	4
	%	التكرار	حالات الأمن الغذائي الكلي	/
0.811-0.877	84.6	413	أمن غذائي	1
0.123-0.189	15.4	75	انعدام الأمن الغذائي	2

المعرفة والمواقف والممارسات المرتبطة بالتغذية:

المعرفة والمواقف والممارسات حول: النظام الغذائي للأطفال تحت عمر 5 سنوات:

أما فيما يتعلق بمدى المعرفة والمواقف والممارسات المرتبطة بتغذية الأطفال الأقل من خمس سنوات، فقد تم تقسيمهم حسب الجداول رقم (10). حيث يظهر الجدول أنه عند سؤال الأم حول المعرفة حول تغذية الأطفال من عمر (6-23 شهراً)، وجدت الدراسة بأن الأمهات على معرفة بالتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات حيث كانت النسبة 86%، ولكن عند التفصيل حسب السؤال المطروح، فكان واضحاً بأن الأمهات لسن على معرفة كافية بالوجبات وتناسقها وملائمتها للطفل، وكذلك عدم معرفة بالتنوع الغذائي وجعل الغذاء المقدم للطفل ذات قيمة تغذوية عالية.

جدول رقم (10): المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية حول: النظام الغذائي للأطفال تحت عمر 5 سنوات: (العدد=151)

#	السؤال	يعرفون العدد (%)	لا يعرفون العدد (%)
1	إلى أي عمر ينصح أن تستمر الأم في الرضاعة؟	128 (84.8)	23 (15.2)
2	الفترة الموصى بها للرضاعة الطبيعية الحصرية؟	104 (68.9)	47 (31.1)
3	في أي عمر يجب أن يبدأ الأطفال في تناول الأغذية التكميلية بالإضافة إلى حليب الأم؟	104 (68.9)	47 (31.1)
4	سبب إعطاء الأغذية التكميلية في عمر ستة أشهر؟	146 (97.3)	5 (3.3)
5	قوام الوجبات	72 (47.7)	79 (52.3)
6	سبب قوام الوجبات	23 (15.2)	128 (84.8)
7	التنوع الغذائي وطرق إثراء العصيدة	43 (28.5)	108 (71.5)
8	التغذية المؤثرة (Responsive feeding)	144 (95.4)	7 (4.6)
/	المعرفة الكلية	نعم	لا
/	المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية حول: النظام الغذائي للأطفال تحت عمر 5 سنوات	130 (86.1)	21 (13.9)

أما الجدول رقم (11) فيظهر أنه عند سؤال الأم حول المواقف تجاه الممارسات المثالية المتعلقة بالأطفال من عمر (6-23 شهراً)، وجدت الدراسة بأن الأمهات على دراية كاملة حول المواقف المثالية المرغوبة والمتعلقة بالتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات حيث كانت النسبة 100% ذات مواقف إيجابية.

جدول رقم (11): المواقف تجاه الممارسة المثالية أو المرغوبة المتعلقة بالتغذية للأطفال تحت عمر 5 سنوات: (العدد=151)

#	السؤال	نعم	لا
1	الرضى الشخصي: ما مدى شعورك بالرضى في تحضير الطعام لطفلك؟	147 (97.4)	4 (2.6)
2	الفوائد المرجوة (perceived benefit): إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد إعطاء أنواع مختلفة من الطعام لطفلك كل يوم؟	143 (94.7)	8 (5.3)
3	العوائق المتصورة (Perceived barriers): ما مدى صعوبة إعطاء أنواع مختلفة من الطعام لطفلك كل يوم؟	14 (9.3)	137 (90.7)
4	الفوائد المرجوة (perceived benefit): إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد إطعام طفلك عدة مرات كل يوم؟	137 (90.7)	14 (9.3)
5	العوائق المتصورة (Perceived barriers): ما مدى صعوبة إطعام طفلك عدة مرات كل يوم؟	10 (6.6)	141 (93.4)
6	الفوائد المرجوة (perceived benefit): ما مدى فائدة الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بعد ستة أشهر في رأيك؟	142 (94)	9 (6)
7	العوائق المتصورة (Perceived barriers): ما مدى صعوبة الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بعد ستة أشهر؟	27 (17.9)	124 (82.1)
/	المجموع الكلي للمواقف	نعم	لا
/	المواقف الإيجابية المتعلقة بالتغذية	151 (100)	0 (0)

أما حول الممارسات المتعلقة بالتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات وحسب الجدول رقم (12)، وجدت الدراسة بأن الأمهات لديهن ممارسات قليلة وغير كافية للأمور ذات العلاقة بالتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات، حيث كانت النسبة 28% وهي قليلة جداً، ولكن عند التفصيل حسب السؤال المطروح، فكان واضحاً بأن الأمهات لا تقدم طعاماً كافياً بل منخفضاً لأطفالهن من معظم المجموعات الغذائية سواءً الحبوب، البقوليات، منتجات الألبان، اللحوم،

وكذلك لا يقدم للأطفال أغذية ذات مصدر جيد من فيتامين أ من الخضراوات والفواكه. أما فيما يتعلق بعدد الوجبات فكان عدد الوجبات المقدمة للطفل خلال 24 الساعة الماضية قليلة جداً.

جدول رقم (12): الممارسات والتنوع الغذائي للأطفال الأقل من 5 سنوات: (العدد = 151)

#	السؤال	نعم N (%)	لا N (%)
1	استمرار الرضاعة الطبيعية	77 (51)	74 (49)
/	التنوع الغذائي		
2	المجموعة 1: الحبوب والجزور والدرنات	107 (70.9)	44 (29.1)
3	المجموعة 2: البقوليات والمكسرات	50 (33.1)	101 (66.9)
4	المجموعة 3: منتجات الألبان	20 (13.2)	131 (86.8)
5	المجموعة 4: اللحم	18 (11.9)	133 (88.1)
6	المجموعة 5: البيض	19 (12.6)	132 (87.4)
7	المجموعة 6: الفواكه والخضروات الغنية بفيتامين أ	9 (6)	142 (94)
8	المجموعة 7: فواكه وخضروات أخرى	115 (76.2)	36 (23.8)
9	الحد الأدنى لتكرار الوجبة (Mean - SD)	(2.2 - 1.797)	
/	المجموع الكلي للممارسات	نعم	لا
/	حقق الحد الأدنى من درجات التنوع الغذائي	42 (27.8)	109 (72.2)

أ. المعرفة والمواقف والممارسات حول: النظام الغذائي للأطفال والياfeين في سن المدرسة (5-18 سنة):

أما فيما يتعلق بمدى المعرفة والمواقف والممارسات المرتبطة بالأطفال والياfeين في سن المدرسة (5-18) سنة، فقد تم تقسيمهم حسب الجداول رقم (13) أدناه. يظهر في الجدول أنه عند سؤال الأم حول المعرفة المرتبطة بالتغذية للأطفال في سن المدرسة، وجدت الدراسة بأن الأمهات على معرفة بالتغذية للأطفال في سن المدرسة، حيث كانت النسبة تقريبا 95%، وخاصة عند سؤالهن حول المشاكل التي يمكن أن يواجهها أطفالهن إذا لم يأكلوا قبل الذهاب للمدرسة (وجبة الإفطار)، وكذلك حول مخاطر تناول الكثير من الحلويات والساكر ولماذا تعتبر أمراً سيئاً.

جدول رقم (13): المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية حول: النظام الغذائي للأطفال من 5-18 سنة: (العدد = 188)

#	السؤال	يعرفون	لا يعرفون
---	--------	--------	-----------

N (%)	N (%)		
9 (4.8)	179 (95.2)	تبعات الجوع قصير الأمد في المدرسة	1
1 (0.5)	187 (99.5)	تجنب الحلويات والسكريات	2
لا	نعم	المعرفة الكلية	/
10 (5.3)	178 (94.7)	المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية	/

أما الجدول رقم (14)، فيظهر أنه عند سؤال الأم حول المواقف تجاه الممارسة المثالية المتعلقة بالأطفال في سن المدرسة، أظهرت النتائج بأنه لدى الأمهات اجمالاً مواقف إيجابية فيما يتعلق بالتغذية للأطفال الأقل من 18 عاماً، حيث كانت النسبة 98% ذات مواقف إيجابية.

جدول رقم (14): المواقف تجاه الممارسة المثالية أو المرغوبة المتعلقة بالتغذية للأطفال واليافعين من 5-18 سنة:

(العدد = 188)

#	السؤال	نعم N (%)	لا N (%)
1	الفوائد المرجوة: Perceived benefits: إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تناول وجبة الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة؟	181 (96.3)	7 (3.7)
2	العوائق المتصورة: Perceived barriers: ما مدى صعوبة تناول الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة؟	39 (20.7)	149 (79.3)
3	الفوائد المرجوة: Perceived benefits: إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تناول ثلاث وجبات في اليوم ووجبات خفيفة؟	167 (88.8)	21 (11.2)
4	العوائق المتصورة: Perceived barriers: ما مدى صعوبة تناول ثلاث وجبات في اليوم ووجبات خفيفة؟	8 (4.3)	180 (95.7)
5	الفوائد المرجوة: Perceived benefits: إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تناول أنواع مختلفة من الأطعمة في الوجبات؟	167 (88.8)	21 (11.2)
6	ما مدى صعوبة تناول أنواع مختلفة من الأطعمة في وجبات الطعام؟	8 (4.3)	180 (95.7)
/	المجموع الكلي للمواقف	نعم N (%)	لا N (%)
/	المواقف الإيجابية المتعلقة بالتغذية	185 (98.4)	3 (1.6)

أما حول الممارسات المتعلقة بالتغذية للأطفال في عمر المدرسة وحسب الجدول أدناه رقم (15)، وجدت الدراسة بأن نسبة الأمهات ممن لديهن الممارسات الجيدة ذات العلاقة بالتغذية قليلة وغير كافية للأطفال من عمر (5-18) سنة، حيث كانت النسبة 53%، ولكن عند التفصيل حسب السؤال المطروح، فكان واضحاً بأن الممارسات الخاصة بتناول الغذاء كوجبة إفطار وتفصيلها من حيث الزمان والمكان كانت النسب متفاوتة من حيث جيد أو سيئ (غير مرضي)، بحيث أن أكثر من الثلث ممارستهم من حيث المكان والزمان

غير جيدة، أما لتناول وجبة الغذاء فكان 93% ممارساتهم غير جيدة (Bad Practices) عن المكان الذي يتناولون فيه طعامهم، أما فيما يتعلق بوقت ومكان تناول وجبة العشاء فكان ما يقارب 25% منهم ممارستهم غير جيدة. أما الانطباع العام حول الممارسات المرتبطة بتناول وجبات الطعام مكاناً وزماناً كانت 47% غير جيدة.

جدول رقم (15): الممارسات المرتبطة بالتغذية للأطفال واليافعين من 5-18 سنة: (العدد = 188)

#	السؤال	جيد N (%)	سيء N (%)
1	هل تناولت الفطور قبل الذهاب إلى المدرسة؟	122 (64.9)	66 (35.1)
2	إذا كانت الإجابة نعم: في أي وقت؟	121 (64.4)	67 (35.6)
3	مكان الإفطار	103 (54.8)	85 (45.2)
4	تناول الغذاء	109 (58)	79 (42)
5	وقت الغذاء	176 (93.6)	12 (6.4)
6	مكان الغذاء	13 (6.9)	175 (93.1)
7	تناول العشاء	181 (96.3)	7 (3.7)
8	وقت العشاء	143 (76.1)	45 (23.9)
9	مكان العشاء	141 (75)	47 (25)
10	بالأمس أثناء النهار والليل هل أكلت أي شيء بين الوجبات؟	179 (95.2)	9 (4.8)
11	بالأمس خلال النهار والليل، هل اشتريت طعاماً من مالك الخاص؟	124 (66)	64 (34)
12	من أين اشتريت هذه الأطعمة؟	71 (37.8)	117 (62.2)
/	المجموع الكلي للممارسات	نعم N (%)	لا N (%)
/	الممارسات الجيدة المرتبطة بالتغذية	99 (52.7)	89 (47.3)

ب. **المعرفة والمواقف والممارسات حول: نقص التغذية للبالغين <18 سنة:**

عند دراسة المعرفة بين الأمهات تبين بأنهن على معرفة كافية حول علامات وأسباب والوقاية من سوء التغذية حسب الجدول رقم (16)، بحيث كانت نسبة معرفتهن 96% تقريباً.

جدول رقم (16): المعرفة بسوء التغذية بين الامهات: (العدد = 488)

#	السؤال	يعرفون N (%)	لا يعرفون N (%)
1	ما هي علامات نقص التغذية؟	465 (95.3)	23 (4.7)
2	ما هي أسباب نقص التغذية؟	457 (93.6)	31 (6.4)
3	من الذي يساعد الأم لمعرفة ما إذا كان الطفل ينمو بشكل جيد؟ اين يمكن ان تذهب؟	400 (82)	88 (18)
4	إذا كان الطفل لا يكتسب وزن، فماذا يعني ذلك؟ ماذا يمكن أن تكون الأسباب؟	459 (94.1)	29 (5.9)
5	ما الذي يجب أن نفعله لمنع نقص التغذية بين الرضع وصغار الأطفال؟	441 (90.4)	47 (9.6)
/	المجموع الكلي للمعرفة	نعم N (%)	لا N (%)
/	نسبة المعرفة الكافية	468 (95.9)	19 (4.1)

أما فيما يتعلق بالمواقف اتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية، كانت النسبة 29% لمن لديهم مواقف إيجابية، أي قليلة جدا مقارنة مع المعرفة كما هو موضح في الجدول رقم (17).

جدول رقم (17): المواقف المرتبطة بسوء التغذية بين الامهات: (العدد = 488)

#	السؤال	نعم N (%)	لا N (%)
1	ما مدى احتمالية تعرض طفلك لسوء التغذية في اعتقادك، أي توقف عن النمو أو فقدان الوزن؟	163 (33.4)	325 (66.6)
2	ما مدى خطورة نقص التغذية بالنسبة لصحة الطفل في رأيك؟	416 (85.2)	72 (14.8)
/	المجموع الكلي للمعرفة	نعم	لا
/	نسبة المواقف الإيجابية لسوء التغذية	142 (29.1)	346 (70.9)

أما فيما يتعلق بالمعرفة حول فقر الدم الناتج عن نقص الحديد وحسب الجدول (18)، فكانت النسبة جيدة بحيث كانت 91% من النساء لديهن معرفة حول فقر الدم الناتج عن نقص الحديد ومخاطر نقصه بالنسبة للأمهات والأطفال والأسباب المرتبطة به.

جدول رقم (18): المعرفة حول فقر الدم المرتبط بالتغذية عند الامهات: (العدد= 488)

#	السؤال	يعرفون N (%)	لا يعرفون N (%)
1	هل سمعت عن فقر الدم الناتج عن نقص الحديد؟	424 (86.9)	64 (13.1)
2	ما هي المخاطر الصحية التي يتعرض لها الرضع والأطفال الصغار بسبب نقص الحديد في النظام الغذائي؟	310 (63.5)	178 (36.5)
3	ما هي المخاطر الصحية التي تتعرض لها المرأة الحامل من نقص الحديد في النظام الغذائي؟	350 (71.7)	138 (28.3)
4	ما الذي يسبب فقر الدم؟	429 (87.9)	59 (12.1)
5	كيف يمكن منع فقر الدم؟	435 (89.1)	53 (10.9)
6	هل يمكنك سرد أمثلة للأطعمة الغنية بالحديد؟	345 (70.7)	143 (29.3)
7	عند تناول بعض الأطعمة أثناء الوجبات، تساعد بعض الأطعمة الجسم على امتصاص الحديد واستخدامه. ما هي تلك الأطعمة؟	296 (60.7)	192 (39.3)
8	تقلل بعض المشروبات من امتصاص الحديد عند تناولها مع الوجبات. اي واحدة؟	429 (87.9)	59 (12.1)
/	المعرفة الكلية	Yes	No
/	نسبة المعرفة الكافية	438 (89.8)	50 (10.2)

أما فيما يتعلق بالمواقف باتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية وخاصة فقر الدم الناتج عن نقص الحديد، كانت النسبة 94.5% اتجاه المواقف إيجابية، فيما يتعلق بفقر الدم من ناحية القابلية المتوقعة، والشدة والعوائق المتصورة التي يمكن أن تزيد من احتمالية الإصابة بفقر الدم حسب الجدول رقم (19).

جدول رقم (19): المواقف اتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية وخاصة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد بين الأمهات: (العدد = 488)

#	السؤال	نعم N (%)	لا N (%)
1	ما مدى احتمالية إصابة طفلك بنقص الحديد / فقر الدم في اعتقادك؟ أو ما مدى احتمالية إصابتك بنقص الحديد / فقر الدم في اعتقادك؟	219 (44.9)	269 (55.1)
2	ما مدى خطورة نقص الحديد / فقر الدم في رأيك؟	417 (85.5)	71 (14.5)
3	في رأيك، ما مدى جودة تحضير وجبات من الأطعمة الغنية بالحديد مثل لحم البقر أو الدجاج أو الكبد؟	399 (81.8)	89 (18.2)
4	ما مدى صعوبة تحضير وجبات الطعام الغنية بالحديد بالنسبة لك؟	145 (29.7)	343 (70.3)
5	ما مدى رضاك عن إعدادك لوجبات الطعام الغنية بالحديد؟	458 (93.9)	30 (6.1)
6	ما مدى إعجابك بمذاق [عنصر أو وجبة طعام غنية بالحديد]؟	378 (77.5)	110 (22.5)
/	المواقف الكلية	نعم	لا
/	نسبة المواقف (الانطباع) الإجمالي	461 (94.5)	27 (5.5)

أما فيما يتعلق بالممارسات اتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية وخاصة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، كانت النسبة 83% ممارسات إيجابية، فيما يتعلق بفقر الدم من ناحية تناول أغذية ذات مصدر جيد للحديد فكانت النسبة 3% وهي قليلة جداً، أما الممارسات المتعلقة بالغذاء المتناول الذي يساعد في امتصاص الحديد أو الأغذية التي تقلل من امتصاص الحديد، فكانت ذات مستوى عالي تصل الى 90% كما هو موضح في الجدول رقم (20)، أدناه.

جدول رقم (20): الممارسات اتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية وخاصة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد بين

الأمهات: 488

#	السؤال	جيد N (%)	غير جيد N (%)
1	تناولت أغذية غنية بالحديد خلال الالامس واليوم؟	23 (4.7)	465 (95.3)
2	هل تأكل عادة الفواكه الحمضية الطازجة؟	439 (90)	49 (10)
3	هل تشرب القهوة أو الشاي عادة؟	439 (91)	49 (9)
/	الممارسات الكلية	نعم	لا
/	نسبة الممارسات الكلية	401 (82.2)	87 (17.8)

أما فيما يتعلق بالمعرفة حول نقص فيتامين أ وحسب الجدول أدناه (21)، فكانت النسبة 32.2% من النساء لديها معرفة حول نقص فيتامين أ والمشاكل التي تنجم عن نقصه وكيفية الوقاية منه ومصادره.

جدول رقم (21): المعرفة حول نقص فيتامين أ المتربط بالتغذية عند الأمهات: (العدد = 488)

#	سؤال	يعرفون N (%)	لا يعرفون N (%)
1	هل سمعت عن نقص فيتامين أ في الجسم أو عدم توفر فيتامين أ في الأغذية؟	139 (28.5)	349 (71.5)
2	ما الذي يسبب نقص فيتامين أ في الجسم؟	178 (36.5)	310 (63.5)
3	كيف يمكن منع نقص فيتامين أ في الجسم؟	225 (46.1)	263 (53.9)
4	هل تعرف أي أطعمة من مصدر حيواني أو خضروات أو فواكه غنية بفيتامين أ؟	147 (30.1)	341 (69.9)
/	المعرفة الكلية	نعم	لا
/	نسبة المعرفة الكلية	157 (32.2)	331 (67.8)

أما فيما يتعلق بالمواقف اتجاه المشكلة المتعلقة بالصحة أو التغذية بسبب نقص فيتامين أ، كانت النسبة 63.3% اتجاه المواقف إيجابية من ناحية القابلية المتوقعة، والشدة والعوائق المتصورة التي يمكن أن تزيد من احتمالية الإصابة بنقص فيتامين أ حسب الجدول رقم (22)، أدناه.

جدول رقم (22): المواقف حول نقص فيتامين أ المتربط بالتغذية عند الأمهات: 488

#	السؤال	نعم N (%)	لا N (%)
1	إلى أي مدى تعتقد أن طفلك يعاني من نقص فيتامين أ في جسمه؟ أو ما مدى احتمالية نقص فيتامين أ في جسمك في اعتقادك؟	81 (16.6)	407 (83.4)
2	ما مدى خطورة نقص فيتامين أ في رأيك؟	189 (38.7)	299 (61.3)
3	إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تحضير وجبات تحتوي على أطعمة غنية بفيتامين أ مثل الجزر أو الخضار الورقية الخضراء أو البطاطا الحلوة أو الكبد؟	349 (71.5)	139 (28.5)
4	ما مدى صعوبة تحضير وجبات الطعام الغنية بفيتامين أ بالنسبة لك؟	191 (39.1)	297 (60.9)
5	ما مدى رضاك عن نفسك في إعداد وجبات الطعام الغنية بفيتامين أ؟	249 (51)	239 (49)
6	ما مدى إعجابك بمذاق [أدخل عنصراً أو وجبة غذائية غنية بفيتامين أ]؟ هل تكرهها أم تعجبك ولا تكرهها (محايدة) أم تحبها؟	324 (66.4)	164 (33.6)
/	المواقف الكلية	نعم	لا
/	نسبة المواقف (الانطباع) الاجمالي	309 (63.3)	179 (36.7)

أما فيما يتعلق بالممارسات اتجاه المشكلة المتعلقة بنقص فيتامين أ، كانت النسبة 5.9% ممارسات إيجابية، خاصة فيما يتعلق بمصادر فيتامين أ في الغذاء كما هو موضح في الجدول رقم (23)، أدناه.

جدول رقم (23): الممارسات حول نقص فيتامين أ المتربط بالتغذية عند الأمهات: (العدد= 488)

#	السؤال	جيد (%)، N	غير جيد (%)، N
1	بالأمس، أثناء النهار والليل، هل تناولت أيًا من الأطعمة الغنية بفيتامين أ؟	29 (5.9)	459 (94.1)
/	الممارسات الكلية	نعم	لا
/	نسبة الممارسات الجيدة الكلية	29 (5.9)	459 (94.1)

وصف الاستهلاك الغذائي على مستوى الأسر:

أ. الأطفال الأقل من خمس سنوات:

حسب الجدول رقم (24)، نلاحظ بأن الأطفال الأقل من خمس سنوات لا يأخذون الكميات الكافية من العناصر الغذائية سواء الصغرى أو الكبرى، ومن الملفت بأن الأطفال ضمن هذه الفئة العمرية يأخذون كميات أقل من معدل الإحتياج اليومي من العناصر: فيتامين أ، وحمض الفوليك، وفيتامين ج، حيث كانت نسبتهم، 90%، 71.4%، 66% على التوالي.

جدول رقم (24): متوسط الغذاء المتناول اعتماداً على معدل الغذاء المتناول المرجعي للأطفال الأقل من خمس سنوات:

(العدد 140)

Nutrient	Intake per RDI	N (%)
Macronutrient		
Calories (Kcal)	<RDI	62(44.3)
	≥RDI	78(55.7)
Carbohydrates (g)	<RDI	74(52.9)
	≥RDI	66(47.1)
Protein (g) ¹	<RDI	45(32.1)
	≥RDI	95(67.9)
Fat (g)	<RDI	83(59.3)
	≥RDI	57(40.7)
Vitamins		
Vit_A (mg)	<RDI	126(90)
	≥RDI	14(10)
Vit_B6 (mg)	<RDI	52(37.1)
	≥RDI	88(62.9)
Folate (mcg)	<RDI	100(71.4)
	≥RDI	40(28.6)
Vit_B12 (mg)	<RDI	57(40.7)
	≥RDI	83(59.3)
Vit_C (mg)	<RDI	92(65.7)
	≥RDI	48(34.3)
Minerals		
Calcium (mg)	<RDI	100(71.4)
	≥RDI	40(28.6)
Copper (mg)	<RDI	34(24.3)
	≥RDI	106(75.7)
Iron (mcg)	<RDI	104(74.3)

	≥RDI	36(25.7)
Selenium (mg)	<RDI	74(52.9)
	≥RDI	66(47.1)
Zinc (mg)	<RDI	68(48.6)
	≥RDI	72(51.4)

¹ Values for ages 1 to 5 years

ب. الأطفال واليا فعين بين 5-18 سنة:

الجدول رقم (25)، يبين بأن الأطفال من عمر 5 إلى 18 سنة لا يأخذون الكميات الكافية من جميع العناصر الغذائية الدقيقة (الفي تامينات والمعادن)، وبشكل ملفت في تامين أ، والكالسيوم، والحديد التي تصل نسبهم إلى 99%، 99%، 88% على التوالي (National Library of Medicine, 2006).

جدول رقم (25): متوسط الغذاء المتناول اعتماداً على معدل الغذاء المتناول المرجعي للأطفال واليا فعين من عمر 5-

18 سنة: (العدد 179)

Nutrient	Intake per RDA/RDI	N (%)
Macronutrient		
Carbohydrates (g)	<RDA	17(10.1)
	≥RDA	151(89.9)
Protein (g)	<RDA	7(3.9)
	≥RDA	172(96.1)
Vitamins		
Vit_A (mcg) ¹	<RDI	178(99.4)
	≥RDI	1(0.6)
Vit_B6 (mg)	<RDI	137(76.5)
	≥RDI	42(23.5)
Folate (mcg)	<RDI	162(90.5)
	≥RDI	17(9.5)
Vit_B12 (mcg)	<RDI	124(69.3)
	≥RDI	55(30.7)
Vit_C (mg)	<RDI	136(76)
	≥RDI	43(24)
Minerals		
Calcium (mg)	<RDI	177(98.9)
	≥RDI	2(1.1)
Copper (mg)	<RDI	87(48.6)
	≥RDI	92(51.4)
Iron (mcg)	<RDI	157(87.7)
	≥RDI	22(12.3)

Selenium (mg)	<RDI	123(71.9)
	≥RDI	48(28.1)
Zinc (mg)	<RDI	145(81)
	≥RDI	34(19)

¹Vit: Vitamin

ث. البالغين الأكبر من 18 سنة:

أما حسب الجدول رقم (26)، نلاحظ بأن الأشخاص البالغين يأخذون كميات عالية من الحد اليومي المرجعي لهم من العناصر الغذائية خاصة الكربوهيدرات والدهون على العكس عند المقارنة مع البروتين التي تصل ما نسبته 72% من الأشخاص البالغين لا يأخذون احتياجاتهم من البروتين يومياً، أما الفيتامينات والمعادن في معظمها يوجد نسب مرتفعة لا يأخذون الكمية الكافية اليومية، وخاصة فيتامين أ، وحمض الفوليك، والزنك، حيث يأخذون كميات قليلة جداً من معدل الإحتياج اليوم من تلك العناصر و التي كانت، 97.6%، 88.4%، 68.1% على التوالي (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2016).

جدول رقم (26): متوسط الغذاء المتناول اعتماداً على معدل الغذاء المتناول المرجعي للبالغين: (العدد=250)

Nutrient	Intake per RDA	N (%)
Macronutrients		
Calories (Kcl)	<RDA	65(26)
	≥RDA	185(74)
Carbohydrates (g)	<RDA	3(1.2)
	≥RDA	247(98.8)
Protein (g)	<RDA	181(72.4)
	≥RDA	69(27.6)
Fat (g)	<RDA	0 (0)
	≥RDA	250(100)
Vitamins		
Vit_A (mcg) ¹	<RDA	244(97.6)
	≥RDA	6(2.4)
Vit_B1 (mg)	<RDA	164(65.6)
	≥RDA	86(34.4)
Vit_B6 (mg)	<RDA	131(52.4)
	≥RDA	119(47.6)
Folate (mcg)	<RDA	221(88.4)
	≥RDA	29(11.6)
Vit_B12 (mcg)	<RDA	161(64.4)
	≥RDA	89(35.6)
Vit_C (mg)	<RDA	146(58.4)
	≥RDA	104(41.6)
Minerals		
Calcium (mg)	<RDA	150(60)
	≥RDA	100(40)

Iron (mcg)	<RDA	57(22.8)
	≥RDA	193(77.2)
Copper (mg)	<RDA	71(28.4)
	≥RDA	179(71.6)
Selenium (mg)	<RDA	164(65.6)
	≥RDA	86(34.4)
Zinc (mg)	<RDA	169(68.1)
	≥RDA	79(31.9)

القسم الثاني: تحليل العلاقات بين المتغيرات
علاقة الأمن الغذائي مع الخصائص العامة للأسرة:

الجدول رقم (27)، يصف انعدام الأمن الغذائي وعلاقته بكلا من الآتي:

1. مكان السكن: عند تفصيل انعدام الأمن الغذائي حسب المكان أو الموقع نلاحظ وجود ارتفاع ملحوظ واختلاف سواءً على مستوى المدينة أو القرية أو المخيم، ولكن على مستوى المخيم يوجد فرق كبير في نسبة انعدام الأمن الغذائي، بحيث كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي على مستوى المخيم تزيد الضعف عند المقارنة مع الأسر التي تسكن في المدينة أو القرية بحيث كانت النسب في المدينة والقرية والمخيم على التوالي 12.7%، 15.9%، 29.8%.
2. مستوى التعليم: حيث وجد تأثير ملحوظ بين مستوى التعليم بالمقارنة مع انعدام الأمن الغذائي.
3. معدل الدخل: حيث وجد تأثير ملحوظ مع الدخل الشهري بالمقارنة مع انعدام الأمن الغذائي.
4. المساعدات الغذائية: هناك تأثير واضح وملحوظ مع المساعدات الغذائية بالمقارنة مع انعدام الأمن الغذائي.
5. ملكية السكن: الأسر التي تمتلك مسكن تتمتع بأمن غذائي أكثر من الأسر التي تسكن ببيت للإيجار.

جدول رقم (27): علاقة بين انعدام الأمن الغذائي مع الخصائص العامة للأسرة

الفحص الإحصائي (Test Statistics)		انعدام الأمن الغذائي (n=75)	الأمن الغذائي (n=413)	المتغير
P value	X ²	N (%)	N (%)	
0.391	1.897			عُمر رب الأسرة
		25 (33.3)	171 (41.4)	أقل او يساوي 30 سنة
		19 (25.3)	99 (24.0)	من 30-40 سنة
		31 (41.3)	143 (34.6)	أكبر من 40 سنة

0.001	89.336			مكان السكن
		36(48)	248 (60)	مدينة
		25 (33.3)	132 (31.9)	قرية
		14 (18.7)	33 (8.1)	مخيم
0.001	83.187			مستوى التعليم
		54 (72)	149 (36.1)	ثانوية عامة او اقل
		21 (28)	264 (63.9)	جامعة
0.001	210.755			دخل الأسرة
		28 (37)	35 (8.5)	اقل من 2000 شيكل
		45 (60)	270 (65.4)	من 2000 – 5000 شيكل
		2 (3)	108 (26.1)	أكثر من 5000 شيكل
0.001	46.713			المساعدات الغذائية
		12 (32.1)	19 (4.6)	نعم
		88 (14.3)	394 (95.4)	لا
0.026	4.979			ملكية السكن
		63 (84)	388 (93.9)	ملك
		12 (16)	25 (6.1)	ايجار

علاقة الأمن الغذائي مع المعرفة والمواقف والممارسات للأسرة:

أما الجدول رقم (28)، فإنه يوضح العلاقة بين المعرفة والمواقف والممارسات والأمن الغذائي، بحيث يوجد ارتباط واضح بين معظم المتغيرات وخاصة المعرفة والمواقف والممارسات المرتبطة بفقر الدم ونقص فيتامين أ بين الأسر. بينما لا يوجد ارتباط واضح بالنسبة للمعرفة والمواقف المرتبطة بسوء التغذية.

الجدول رقم (28): إجمالي المعرفة والمواقف والممارسات المرتبطة بالتغذية بين الأسر للبالغين مع حالة الأمن الغذائي (العدد=488).

p-value*	انعدام الأمن الغذائي الأسري (N=75)	الأمن الغذائي الأسري (N=413)	المتغيرات
	المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية ذات العلاقة بسوء التغذية		
0.179	70 (93.3)	398 (96.4)	نعم
	5 (6.7)	15 (3.6)	لا

المواقف الايجابية المرتبطة بالتغذية ذات العلاقة بسوء التغذية			
0.099	27 (36)	115 (27.8)	نعم
	48 (64)	298 (72.2)	لا
المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية فيما يتعلق بنقص الحديد المرتبط بفقر الدم			
0.004	60 (80)	378 (91.5)	نعم
	15 (20)	35 (8.5)	لا
المواقف الايجابية المرتبطة بالتغذية فيما يتعلق بنقص الحديد المرتبط بفقر الدم			
0.013	66 (88)	395 (95.6)	نعم
	9 (12)	18 (4.4)	لا
الممارسات الجيدة المرتبطة بالتغذية فيما يتعلق بنقص الحديد المرتبط بفقر الدم			
0.05	67 (89.3)	334 (80.9)	نعم
	8 (10.7)	79 (19.1)	لا
المعرفة الكافية المرتبطة بالتغذية فيما يتعلق بنقص فيتامين أ			
0.004	14 (18.7)	143 (34.6)	نعم
	61 (81.3)	270 (65.4)	لا
المواقف الايجابية المرتبطة بالتغذية فيما يتعلق بنقص فيتامين أ			
0.005	37 (49.3)	272 (65.9)	نعم
	38 (50.7)	141 (34.1)	لا
*Chi-square test			

علاقة المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بفقر الدم مع استهلاك الحديد لدى البالغين في الأسرة:

أما الجدول رقم (29)، فإنه يوضح العلاقة بين المعرفة الكلية والمواقف والممارسات المتعلقة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد مع استهلاك الحديد لدى الافراد البالغين في الأسرة، بحيث يوجد ارتباط واضح في المواقف ذات العلاقة بالتغذية مع الاستهلاك الغذائي بين البالغين، أما إجمالي المعرفة والممارسات المرتبطة بالتغذية فلا يوجد ارتباط واضح لها مع الإستهلاك الغذائي للحديد.

الجدول رقم (29): العلاقة بين المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية حول فقر الدم الناتج عن نقص الحديد واستهلاك الحديد لدى البالغين (العدد = 250)

Variables	Iron intake < RDA N=57	Iron intake >= RDA N=193	p-value*
Module 6: Iron deficiency anemia.: No (%)			
Nutrition-related adequate knowledge			
Yes	50 (87.7)	175 (90.7)	0.333
No	7 (12.3)	18 (9.3)	
Nutrition-related positive attitudes			
Yes	57 (100)	180 (93.3)	0.031

No	0 (0.0)	13 (6.7)	
Nutrition-related good practices			
Yes	49 (86)	159 (82.4)	0.34
No	8 (14)	34 (17.6)	
*Chi-square test			

القسم الثالث: علاقات متعددة الأبعاد

في هذا القسم تم توضيح المتغيرات المختلفة التي تم دراستها كل على حدة، وربطها بالأمن الغذائي حسب الجدول رقم (30). بحيث أنه يوجد ارتباط قوي في معظم المتغيرات، حيث كان هناك ارتباطاً قوياً في مكان السكن، كذلك مستوى التعليم، ودخل الأسرة، ملكية السكن، والمواقف والممارسات بنقص فيتامين أ، جميعها كانت ترتبط ارتباطاً قوياً بنسبة إنعدام الأمن الغذائي، عند مقارنتها مع المتغيرات الأخرى. في بعض المتغيرات كانت العلاقة واضحة ولكن قلت واختفت هذه العلاقة عندما تم إضافة المتغيرات الأخرى مثل المساعدات الغذائية، المعرفة والمواقف والممارسات الكافية بالحديد المسبب لفقر الدم، وأيضاً المعرفة الكافية بنقص فيتامين أ. في المقابل لم يكن هناك ارتباطاً واضحاً بين عمر رب الأسرة وانعدام الأمن الغذائي.

جدول رقم (30): العلاقة بين الأمن الغذائي الأسري والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى الأسرة (488)

Adjusted*			Unadjusted*			المتغيرات المستقلة
p-value	95% CI	OR	p-value	95% CI	OR	
						عُمر رئيس الأسرة
0.801	0.418 – 1.961	0.906	0.177	0.837 – 2.627	1.483	أقل او يساوي 30 سنة
0.297	0.305 – 1.409	0.655	0.703	0.604 – 2.112	1.130	من 31-40 سنة
		Ref			Ref	أكبر من 40 سنة
						جنس رئيس الأسرة
0.942	0.310 – 2.971	0.959	0.356	0.648 – 3.339	1.471	ذكر
					Ref	انثى
						مكان السكن
0.027	1.122 – 6.763	2.754	0.003	1.428 – 5.982	2.923	مدينة
0.030	1.106 – 7.326	2.846	0.037	1.050 – 4.777	2.240	قرية
					Ref	مخيم
						مستوى التعليم
<0.001	0.147 – 0.588	0.294	<0.001	0.128 – 0.378	0.219	ثانوية عامة او أقل
					Ref	جامعة
						دخل الأسرة

<0.001	0.007 – 0.170	0.035	<0.001	0.005 – 0.102	0.023	أقل من 2000 شيقل
0.014	0.035-0.680	0.154	0.003	0.026 – 0.466	0.111	من 2000–5000 شيقل
					Ref	أكثر من 5000 شيقل
						المساعدات الغذائية
0.530	0.498 – 3.878	1.390	0.015	1.227 – 6.516	2.828	نعم
					Ref	لا
						ملكية السكن
0.014	1.278 – 8.576	3.311	0.004	1.143 – 6.184	2.956	ملك
					Ref	إيجار
						المعرفة الكافية بالحديد المسبب لفقر الدم
					Ref	نعم
0.111	0.187 – 1.188	0.472	0.003	0.191 – 0.719	0.370	لا
						المواقف الإيجابية ذات العلاقة بالحديد المسبب لفقر الدم
					Ref	نعم
0.676	0.360 – 4.828	1.318	0.011	0.144 – 0.775	0.334	لا
						الممارسات الجيدة ذات العلاقة بالتغذية ذات المصدر الجيد بالحديد المسبب لفقر الدم
					Ref	نعم
0.151	0.784 – 4.855	1.951	<0.001	2.945 – 16.453	6.961	لا
						المعرفة الكافية بنقص فيتامين أ
					Ref	نعم
0.759	0.407 – 1.924	0.885	0.008	0.234 – 0.802	0.433	لا
						المواقف الإيجابية بنقص بفيتامين أ
					Ref	نعم
0.034	0.252 – 0.947	0.488	0.007	0.307 – 0.829	0.505	لا
						الممارسات الجيدة ذات العلاقة بنقص فيتامين أ
					Ref	نعم
0.024	1.169 – 8.707	3.190	<0.001	2.801 – 13.239	6.090	لا
*Multinomial logistic regression model						

القسم الرابع:

القوانين والتشريعات والسياسات ذات العلاقة بالأمن الغذائي في فلسطين

تم جمع وتوثيق جميع القوانين والسياسات التي لها علاقة بالأمن الغذائي سواءً بشكل مباشر أو غير مباشر في فلسطين، ليتم وصف كل قانون أو تشريع كجزء مهم في ربطه بالأمن الغذائي وأهميته على المستوى الحكومي، والتشريعي، والسياسات، ويبين الجدول رقم (31) قائمة بهذه القوانين. بحيث يوجد أكثر من خمسين قانوناً وتشريعاً تتحدث عن توفير الغذاء ومراقبته، بالإضافة إلى سياسات واستراتيجيات تعنى بواقع الأمن الغذائي في فلسطين بهدف الحد من نسبة انعدام الأمن الغذائي. كما أن تلك القوانين تتراوح سنوات صدورها منذ العام 1947 بعضها يعود إلى حقبة الانتداب البريطاني، وبعضها الآخر قديم جداً ولم يتم تحديثه أو تعديله، مروراً بسياسات وقوانين واستراتيجيات حتى العام 2022، وجميعها صادرة عن الجهات الحكومية العليا حسب الحقبة الزمنية عند إصدار تلك السياسات والقوانين.

معظم القوانين والتشريعات كانت تتحدث عن مراقبة الغذاء فنياً، كأن يكون صالحاً للاستهلاك الآدمي بالإضافة إلى تحديد في تسعيرة بعض أنواع الغذاء لمنع الاحتكار والاستغلال، مع التركيز على فئة معينة من الأغذية كالخبز والمربي. كما أنه يوجد 33 قانوناً أو تشريعاً أو تعليماً يتحدث عن الرقابة على الأغذية مع تحديد بعض الأغذية بشكل خاص، وهناك قوانين كانت أكثر شمولية تضم الجانب الصحي والغذائي والتغذوي مثل قانون الصحة العامة الذي تحدث باستفاضة حول سلامة الأغذية مع التطرق بشكل بسيط إلى أهمية تغذية الأم والطفل بما ينعكس إيجاباً على الصحة بشكل عام. يوجد 6 تشريعات تتحدث عن توافر الغذاء في الأسواق الفلسطينية كأحد أبعاد الأمن الغذائي، و8 تشريعات وسياسات تتحدث عن أهمية الاستمرارية والاستقرار في الغذاء بشكل دائم وأن يكون هناك مخزوناً غذائياً لأي حالة طوارئ قد تحدث، وأخرى تحدثت حول كيفية استخدام الغذاء والتعامل معه وتخزينه حتى يصل إلى المستهلك آمناً وسليماً، ويوجد 3 تشريعات تحدثت حول إمكانية الوصول للغذاء من قبل جميع فئات ومكونات المجتمع الفلسطيني كبعد مهم في الحفاظ على الأمن الغذائي.

إضافة إلى ذلك، هناك أكثر من 4 تشريعات تحت مسميات السياسات والإستراتيجيات الخاصة بالأمن الغذائي وكيفية تحقيق الهدف الثاني من أهداف التنمية المستدامة، وخطط عمل تنفيذية في تحقيق وضمان أمن غذائي جيد بالأخذ بالاعتبار الأبعاد الأربعة للأمن الغذائي.

جدول رقم (31): القوانين والتشريعات والسياسات ذات العلاقة بالأمن الغذائي في فلسطين

الرقم	عنوان التشريع	الجهة / المؤسسة	سنة الإصدار	الحالة	ملخص عنه	أبعاد الأمن الغذائي
1	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (المواشي) وتعديلاته لسنة 1945	الانتداب البريطاني	1945	ساري المفعول	مرسوم بقانون مراقبة المواشي وضبطها واشهار أسعارها بشكل أساسي	استخدام الغذاء
2	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (العسل) وتعديلاته لسنة 1945	الانتداب البريطاني	1945	ساري المفعول	مرسوم بقانون مراقبة العسل سواءً من العش وضبطها واشهار أسعارها	استخدام الغذاء
3	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (النقانق ومنتجات اللحم) (المعدّل) لسنة 1945	الانتداب البريطاني	1945	ساري المفعول	مرسوم بقانون مراقبة النقانق ومنتجات اللحم سواءً حفظها وضبطها واشهار أسعارها	استخدام الغذاء
4	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (تصدير المواد الغذائية بالبريد) وتعديلاته لسنة 1946	الانتداب البريطاني	1946	ساري المفعول	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة المواد الغذائية بشكل عام وخاصة المواد التي يتم تصديرها وطرق حفظها ومنع تلوثها	استخدام الغذاء
5	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (الحد الأعلى لأسعار مسحوق الحليب) وتعديلاته لسنة 1946	الانتداب البريطاني	1946	ساري المفعول	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة اسعار الحليب (البودرة المجفف) وتحديدها	استخدام الغذاء
6	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (صنع الجبن وتعيين الحد الأعلى لأسعاره) وتعديلاته لسنة 1946	الانتداب البريطاني	1946	ساري المفعول	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة اسعار الاجبان وتحديد السقف الاعلى لسعرها	استخدام الغذاء

استخدام الغذاء	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة اسعار الحليب وتحديد السقف الاعلى لسعرها سواء المكثفة او السائلة	ساري المفعول	1946	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (الحد الأعلى لأسعار الحليب المكثف والمبخر) وتعديلاته لسنة 1946	7
استخدام الغذاء	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة اسعار الزبدة الأسترالية المستوردة وتحديد السقف الاعلى لسعرها	ساري المفعول	1946	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (مراقبة الزبدة الأسترالية الحكومية المستوردة والحد الأعلى لأسعارها) لسنة 1946	8
استخدام الغذاء	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة منتجات الالبان سواء التصنيعية ومنع تلوثها وكذلك تحديد السقف الاعلى لسعرها	ساري المفعول	1946	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (صنع منتجات الألبان والحد الأعلى لأسعارها) وتعديلاته لسنة 1946	9
استخدام الغذاء	مرسوم خاص هدفه تنظيم وضبط اسعار الاطعمة واستهلاكها وما يتصل بها	ساري المفعول	1946	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (الحد الأعلى لأسعار بعض المواد الغذائية) وتعديلاته لسنة 1946	10
استخدام الغذاء	مرسوم بقانون مراقبة الخضار والفاكهة الطازجة سواء حفظها وضبطها واشهار اسعارها	ساري المفعول	1946	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (الخضار والفاكهة الطازجة) وتعديلاته لسنة 1946	11
استخدام الغذاء	المقصود هو توثيق البيانات سواء كانت التصنيعية او الإدارية ضمن ارفقة موثقة في سجلات	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	إعلان مراقبة المواد الغذائية (مسك السجلات) وتعديلاته لسنة 1947	12
استخدام الغذاء	متخصص في ضبط ومراقبة الشوكولاتة بمختلف انواعها من حيث الجودة ومنع التلوث	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (الشوكولاتة) وتعديلاته لسنة 1947	13
استخدام الغذاء	متخصص في ضبط ومراقبة الشاي بمختلف انواعه من حيث الجودة ومنع التلوث	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (الشاي) وتعديلاته لسنة 1947	14

استخدام الغذاء	لا يجوز لأي شخص ان يبيع او يشتري لحم بقر او عجل او ان يتقدم لشرائه او ان يوافق على شرائه الا بعد كتب صريح من المراقب العام يفوضه بذلك. وهذا الحظر لا يشمل اللحوم المصنعة او اللحوم المستوردة المجمدة	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (حظر بيع لحم البقر والعجول) لسنة 1947	15
استخدام الغذاء	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة المواد الغذائية بشكل عام بمختلف انواعها من حيث الجودة ومنع التلوث	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (السلع الخاضعة للرقابة) وتعديلاته لسنة 1947	16
استخدام الغذاء	متخصص في ضبط وتنظيم موسم قطف الزيتون للحفاظ على خواصه الفيزيائية والكيميائية من حيث الجودة والكمية	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (تنظيم قطف الزيتون وعصره) وتعديلاته لسنة 1947	17
استخدام الغذاء	مرسوم متخصص في مراقبة المواد الغذائية بشكل عام بمختلف انواعها، والتأكد من مدى المطابقة مع الكشوفات والوثائق المعتمدة	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (كشوف تجار الجملة) وتعديلاته لسنة 1947	18
استخدام الغذاء	مرسوم متخصص في ضبط ومراقبة المواد الغذائية بشكل عام، وخاصة فيما يتعلق بسلاسل النقل في منطقة قطاع غزة	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (منع النقل) (في لواء غزة) لسنة 1947	19
استخدام الغذاء	قانون خاص هدفه تنظيم وضبط اسعار الاطعمة واستهلاكها وما يتصل بها	ساري المفعول	1947	الانتداب البريطاني	نظام مراقبة المواد الغذائية (ربط السلع) وتعديلاته لسنة 1947	20
استخدام الغذاء	متخصص في ضبط ومراقبة المربي بمختلف انواعها من حيث الجودة ومنع التلوث	ساري المفعول	1948	الانتداب البريطاني	مرسوم مراقبة المواد الغذائية (المربي الموحد) وتعديلاته لسنة 1948	21
استخدام الغذاء	ضبط ومراقبة الخبز من حيث تطبيق الشوط الصحية وخاصة في المخابز التي تقوم بتصنيع الخبز بكافة اشكاله وانواعه	ساري المفعول	1948	الانتداب البريطاني	نظام مراقبة المواد الغذائية (الخبز) وتعديلاته لسنة 1948	22

استخدام الغذاء	وهو يقضى بوضع أحكام لمراقبة إنتاج الاثمار الحمضية ومعالجتها وتصديرها والاعلان عنها، وغير ذلك من المسائل المتعلقة بصناعة الحمضيات	ساري بما لا يتعارض /الضفة الغربية وغزة	1948	الانتداب البريطاني	قانون مراقبة الحمضيات رقم 37 لسنة 1940 وتعديلاته	23
استخدام الغذاء	نظام مهتم في متابعة أسعار المواد الغذائية بشكل عام وتوفيرها	ساري المفعول	1959	لحكم الأردني (الضفة الغربية)	نظام مكتب التموين ومراقبة الأسعار نظام رقم (19) لسنة 1959	24
استخدام الغذاء	نظام مهتم في متابعة أسعار المواد الغذائية بشكل عام وتوفيرها مكمل للنظام رقم (19) لسنة 1959 فيما يتعلق بضبط وتحديد الاسعار	ساري المفعول	1959	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	نظام التموين والمراقبة وتحديد الأسعار نظام رقم (33) لسنة 1959.	25
استخدام الغذاء	قانون تنظيم وتطوير ومراقبة عمليات تسويق المنتجات الزراعية وال حيوانية في الأسواق المحلية والخارجية	ساري بما لا يتعارض/ال الضفة الغربية	1966	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	قانون تسويق المنتجات الزراعية والحيوانية [قانون مؤقت رقم 88] لسنة 1966	26
استخدام الغذاء	تنظيم وتطوير ومراقبة عمليات تسويق المنتجات الزراعية والحيوانية في الأسواق المحلية والخارجية وتحديد شروطها ومراقبة تنفيذها	ساري المفعول	1966	لحكم الأردني (الضفة الغربية)	قانون مؤقت رقم (88) لسنة 1966 بشأن تسويق المنتجات الزراعية والحيوانية	27
استخدام الغذاء	يحتوي على تعليمات فنية تطبيقها الزامي جزء من هذه التعليمات يهتم بالغذاء والتغذية من ناحية ضرورة مطابق الغذاء للمواصفات المعتمدة سواءً مواصفات ذات قيمة غذائية وصحية وتغذوية او من خلال ضبط وتوفير غذاء اماناً صحياً	ساري المفعول	2000	المواصفات والمقاييس الفلسطينية	قانون المواصفات والمقاييس الفلسطينية رقم (6) لسنة 2000 م	28
استخدام الغذاء	الحفاظ على سلامة الاغذية من خلال الرقابة والفحص المخبري ووصولها للمستهلك الفلسطيني امانة صحياً،	ساري المفعول	2004	وزارة الصحة	قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م	29

	وحظر الاغذية غير الصالحة للاستهلاك الادمي					
استخدام الغذاء	حماية المستهلك الفلسطيني من اي غش او غبن او تدليس، وحماية حقوقه بما ضمن عدم تعرضه لأي مخاطر صحية او خسائر اقتصادية، ومنع اي تلاعب او الاستغلال في الاسعار	ساري المفعول	2005	وزارة الاقتصاد الوطني	قانون حماية المستهلك رقم (21) لسنة 2005م	30
استخدام الغذاء	وحماية حقوق المستهلك الفلسطيني بما ضمن عدم تعرضه لأي مخاطر صحية او خسائر اقتصادية، ومنع اي تلاعب او الاستغلال في الاسعار، وحماية المستهلك الفلسطيني من اي غش او غبن او تدليس، تنفيذاً للقانون رقم 21 لعام 2005	ساري المفعول	2009	وزارة الاقتصاد الوطني	اللائحة التنفيذية لقانون حماية المستهلك رقم (17) لسنة 2009	31
استخدام الغذاء	تشمل جميع النشاطات والاهداف والأولويات لتحسين الحالة التغذوية بين جميع فئات المجتمع الفلسطيني	ساري المفعول	2017	وزارة الصحة	استراتيجية وسياسة وخطة العمل الوطنية الفلسطينية للتغذية	32
استخدام الغذاء	استراتيجية وطنية هدفها الأساسي ضمان غذاء اماً صحياً وغير ضار في الأسواق الفلسطينية	ساري المفعول	2017	وزارة الصحة / FAO	الاستراتيجية الوطنية لسلامة الأغذية 2017-2022	33
توافر الغذاء	يزود المزارعون والمؤسسات العامة بالغراس والبذور والنتاج الحيواني مجاناً ضمن شروط بهدف دعم المزارعين	ساري بما لا يتعارض/ال الضفة الغربية	1965	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	نظام تزويد المزارعين والمؤسسات العامة بالغراس والبذور والنتاج الحيواني مجاناً [رقم 65] لسنة 1965	34
توافر الغذاء	حماية الأشجار والمزروعات من أي ضرر قد يلحق بها سواءً عن قصد او غير قصد.	ساري بما لا يتعارض/ال الضفة الغربية	1966	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	قانون صيانة الأشجار والمزروعات [قانون مؤقت رقم 85] لسنة 1966	35

توافر الغذاء	يهتم بكل التفاصيل الخاصة ببيع، حفظ، تخزين، ونوع المشاتل ومواصفاتها والتقييد بشروط البيع	ساري بما لا يتعارض/ال الضفة الغربية	1983	الاحتلال الإسرائيلي (الضفة الغربية)	نظام بشأن تربية الأشتال وبيعها (يهودا والسامرة) لسنة 1983	36
توافر الغذاء	خاص بتنظيم انشاء معاصر زيت الزيتون والشروط الصحية والفنية الواجب توافرها في معاصر الزيتون من اجل الحفاظ على الخصائص الفيزيائية والكيميائية لزيت الزيتون كسلعة اساسية في فلسطين	ساري المفعول	2012	وزارة الزراعة	تعليمات رقم (1) وتعديلاته لسنة 2021م بتنظيم عمل معاصر الزيتون	37
توافر الغذاء	لا يجوز ادخال او نقل أي منتجات زراعية نباتية الى أراضي السلطة الفلسطينية الا بموجب تصريح زراعي لحماية والضبط عمليات التسويق	ساري المفعول	2012	السلطة الوطنية الفلسطينية	قرار مجلس الوزراء رقم (12) لسنة 2012م بنظام منع تهريب المنتجات النباتية	38
توافر الغذاء	انتاج اشتال مطابقة للمواصفات الفنية وخلوها من الآفات، ومنع انتشار تلك الآفات، والرقابة على انتاج وبيع الاشتال الزراعية بما يحقق حماية ودعم المزارع الفلسطيني، من خلال اعتماد مشاتل زراعية مرخصة حسب الاصول	ساري المفعول	2018	السلطة الوطنية الفلسطينية	قرار مجلس الوزراء رقم (14) لسنة 2018م بنظام المشاتل الزراعية	39
استمراره واستقراره	يهدف الى تحسين الزراعة من خلال فلاحه واستصلاح الأراضي ضمن قوانين تضبط ذلك بين المستفيدين	ساري المفعول	1958	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	نظام تحسين الزراعة والصناعة والإسكان وتعديلاته [رقم 1] لسنة 1958	40
استمراره واستقراره	رسوم مجانية ورمزية في بعض الاحالات، ضبط ومراقبة استيراد وتصدير الدواجن بما يضمن يخلوها من أي تلوث، وضمان سلامتها للمستهلك الادمي وضمان توافرها	ساري المفعول	1962	وزارة الاقتصاد الوطني	نظام رقم (8) لسنة 1962 استيراد وتصدير الدواجن (ساري في الضفة)	41

استمراره واستقراره	يهدف الى تنظيم البيع في السوق المركزي للخضار والفواكه وفرض رسوم وجباية على الخضار والفواكه بالاعتماد على الكمية والنوع	ساري بما لا يتعارض/ال ضفة الغربية	1963	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	نظام سوق الخضار والفواكه في مدينة أريحا وتعديلاته [رقم 76] لسنة 1963	42
استمراره واستقراره	هو نظام يتبع للهيئة المحلية التي تسمح ببيع الخضار والفواكه حسب الشروط والتعليمات الخاصة ببيع الخضار والفواكه بما يضمن توافرها واستقرارها على مدار العام	ساري المفعول	1998	وزارة الحكم المحلي	نظام اسواق الجملة للخضار والفواكه نظام رقم (13) لسنة 1998	43
استمراره واستقراره	يهدف الى وضع السياسات والخطط التنفيذية التي تهدف الى تحقيق التنمية الزراعية المستدامة والاستغلال الرشيد للموارد الطبيعية والزراعية، والمحافظة على الصحة النباتية والحيوانية، وتطوير الخدمات الارشادية ورفع الوعي الزراعي، وانشاء قاعدة احصائية للبيانات الزراعية وتشجيع ودعم وحماية الاستثمار الزراعي	ساري المفعول	2003	السلطة الوطنية الفلسطينية	قانون الزراعة رقم (2) وتعديلاته لسنة 2003	44
استمراره واستقراره	ضبط طرح العسل في الأسواق الفلسطينية ضمن شروط تمنع الغش والتدليس للمستهلك، بالإضافة الى مواصفات الزامية يجب التقييد فيها	ساري المفعول	2012	وزارة الزراعة	تعليمات رقم (4) لسنة 2012م بآلية تسويق عسل النحل	45
استمراره واستقراره	إعداد خطط وبرامج البحث العلمي الزراعي، التي تخدم أغراض التنمية الزراعية في فلسطين، وتحقق وتنفذ أهداف السياسة الزراعية استخدام التكنولوجيا الزراعية الحديثة المناسبة للظروف المحلية واعتمادها سواء فيما يتعلق بالإنتاج النباتي أو بالإنتاج	ساري المفعول	2015	السلطة الوطنية الفلسطينية	قرار مجلس الوزراء رقم (12) لسنة 2015م بنظام المركز الوطني الفلسطيني للبحوث الزراعية	46

	الحيواني والمائي لتطوير العمل الزراعي. تقديم الخدمات المخبرية فيما يتعلق بفحوصات التربة والمياه والأعلاف والزيوت والسمية وتحاليل الأسمدة وغيرها					
استمراره واستقراره	يهدف هذا القانون الى اعتماد وترخيص المخصبات الزراعية وهي عبارة عن "المادة الكيماوية أو العضوية الصلبة أو السائلة والتي تضاف إلى التربة لإصلاحها أو تحسين خواصها أو تضاف إلى النباتات لزيادة إنتاجها"	ساري المفعول	2018	السلطة الوطنية الفلسطينية	قرار مجلس الوزراء رقم (16) وتعديلاته لسنة 2018م بنظام المخصبات الزراعية	47
إمكانية الوصول للغذاء	مختص في إعفاء الحليب المجفف المعد لتغذية الأطفال من رسوم البيطرية، بالإضافة الى مراقبته والتفتيش الدوري الصحي عليه لضمان سلامته	ساري المفعول	1965	وزارة الاقتصاد الوطني	نظام رقم (52) وتعديلاته لسنة 1965 بشأن إعفاء الحليب المعد لتغذية الأطفال من رسوم البيطرية	48
إمكانية الوصول للغذاء	تخفيف العبء قدر المستطاع على المزارعين من خلال جدولة ديونهم للمساعدة في الاستمرار في فلاحه الارض	ساري بما لا يتعارض/الضفة الغربية	1966	الحكم الأردني (الضفة الغربية)	قانون معدل لقانون تسوية ديون المزارعين [رقم 15] لسنة 1966	49
إمكانية الوصول للغذاء	يهدف الى استيعاب فوائض المنتجات الزراعية التي لم تباع في أسواق الجملة وضمان تعويض للمنتجات الزراعية واتخاذ الوسائل لتخفيض نفقات الإنتاج والتسويق. ضمان توفير بالمنتجات الزراعية بأسعار مناسبة. تشجيع البحوث المتعلقة بالمنتجات الزراعية ومصنوعاتها والمبادرة إليها. تنظيم إنتاج وتسويق المنتجات الزراعية داخل المنطقة وخارجها	ساري بما لا يتعارض / غزة	1983	الاحتلال الإسرائيلي (قطاع غزة)	نظام تسويق المنتجات الزراعية (صندوق المنتجات الزراعية) (منطقة قطاع غزة) لسنة 1983	50

توافر والوصول واستخدام الغذاء واستقراره	تحدث عن نبذة عن القطاع الزراعي والتي تقدم وصفاً حول السياق العام للقطاع والقطاعات الفرعية والمؤسسات الفاعلة ومعوقات الأداء في القطاع الزراعي، تحليل الوضع الزراعي والتنمية الزراعية، تتحدث عن الاهداف المرجو تحقيقها خلال الست سنوات للوصول إلى الأهداف الاستراتيجية، توضح العلاقة الاستراتيجية مع أجندة السياسات الوطنية وأهداف التنمية المستدامة 2030 وفجوات التمويل	ساري المفعول	2017	وزارة الزراعة	استراتيجية القطاع الزراعي الوطنية (2017-2022)	51
توافر والوصول واستخدام الغذاء واستقراره	تهدف بشكل اساسي لتحقيق اهداف التنمية المستدامة وخاصة الهدف الثاني المعني بالقضاء على الجوع	سارية المفعول	2018	دولة فلسطين	الاجندة الوطنية لأهداف التنمية المستدامة 2020-2030	52
توافر والوصول واستخدام الغذاء واستقراره	سياسة وطنية هدفها تحسين الوضع التغذوي بين جميع شرائح المجتمع الفلسطيني وتحديد الاولويات التغذوية لذلك	سارية المفعول	2019	وزارة الزراعة / FAO	السياسة الوطنية للأمن الغذائي والتغذوي 2020-2022	53
توافر والوصول واستخدام الغذاء واستقراره	خطة تنفيذية تهدف الى جلب الموارد الإدارية والمالية لتحقيق الهدف الثاني من اهداف التنمية المستدامة	سارية المفعول	2019	وزارة الزراعة / FAO	خطة الاستثمار الوطنية للأمن الغذائي والتغذوي 2020-2022	54

الفصل الخامس:

النقاش والاستنتاجات:

القسم الأول: ملخص عام حول النتائج

بينت هذه الرسالة بأن نسبة انعدام الأمن الغذائي في جنوب الضفة الغربية هو تقريباً 15%. وعند أخذ الموقع الجغرافي للأسر المستهدفة فكانت الأسر التي تسكن في المخيمات أعلى بمقدار الضعف في معدل انعدام الأمن الغذائي مقارنة مع الأسر التي تسكن في القرى أو المدن. أما فيما يتعلق بالمعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بتغذية الأطفال الأقل من خمس سنوات، فكانت الأمهات على معرفة ودراية كافية بتغذية أطفالهن، أما الممارسات فكانت قليلة جداً (28%). أما فيما يتعلق بالمعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بتغذية الأطفال واليافعين في سن المدرسة، فكانت الأمهات على معرفة ودراية كافية بتغذية أطفالهن، أما الممارسات فكانت قليلة (53%). وبالنسبة للبالغين (الأمهات) فكانت على معرفة جيدة وكبيرة بأسباب والوقاية من أمراض سوء التغذية وكذلك ذات معرفة عالية ومواقف وممارسات جيدة اتجاه فقر الدم. أما بخصوص المعرفة والمواقف المتعلقة بمشكلة نقص فيتامين أ، فكانت مستويات المعرفة والمواقف قليلة لدى الأمهات، بحيث كانت نسبتهم 32%، 63%، على التوالي، أما الممارسات اتجاه المشكلة المتعلقة بفيتامين أ كانت النسبة قليلة جداً بحيث كانت أقل من 5%.

وفيما يتعلق بأنماط الاستهلاك الغذائي في الأسرة فكانت تتفاوت نوعاً ما من فئة عمرية لأخرى، ولكن كان واضحاً لدى الأطفال الأقل من خمس سنوات أن معدل تناول الدهون أعلى لدى الذين يتمتعون بأمن غذائي مقارنة مع الذين يعانون من انعدام للأمن الغذائي، أما فيتامين أ فكان مستواه أقل من الحد المرجعي اليومي الذي يجب أن يتناوله الفرد في جميع الفئات العمرية بحيث وصلت نسبة من يتناولون أقل من الحد المرجعي اليومي إلى 86% بين الأطفال الأقل من خمس سنوات، وأكثر من 97% لدى الفئات الأخرى. أما استهلاك عنصر الحديد فكان مستواه أقل من الحد المرجعي اليومي الذي يجب أن يتناوله الفرد في جميع الفئات العمرية بحيث وصلت نسبة من يتناولون أقل من الحد المرجعي اليومي إلى 70% لدى الأطفال الأقل من خمس سنوات، وأكثر من 87% لدى الأطفال واليافعين في سن المدرسة، وأقل من ذلك لدى البالغين. وفيما يتعلق بالمعرفة والمواقف والممارسات ذات العلاقة بسلامة الأغذية فكانت الأمهات على مستوى عالي من المعرفة والمواقف والممارسات بحيث وصلت النسبة لأكثر من 97%.

أما بخصوص القوانين والسياسات فكانت متعددة وكثيرة، ولكن جزء كبير منها قديم وبحاجة إلى تجديد والعمل الآخر أنها كانت لا تغطي جميع أبعاد الأمن الغذائي وخاصة فيما يخص جودة ونوعية الغذاء الذي يعتبر بعداً أساسياً في تحسين الصحة والتغذية.

القسم الثاني:

انعدام الأمن الغذائي

بعد التحليل المستفيض والكامل لمعظم المتغيرات ذات العلاقة وارتباطها بمستويات انعدام الأمن الغذائي، وبما أن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو معرفة نسبة انعدام الأمن الغذائي في مناطق جنوب الضفة الغربية، وقياس أنماط استهلاك الغذاء، ومعرفة نسبة المعرفة والمواقف والممارسات بين الأسر الفلسطينية. فقد أظهرت نتائج التحليل أن نسبة انعدام الأمن الغذائي في مناطق جنوب الضفة الغربية (15%) لا يختلف كثيراً عن نسبته في الضفة الغربية مجتمعة والتي كانت النسبة 13.6% عند تحليل الدراسة لجميع مناطق الضفة الغربية. ولكن عند المقارنة مع المحافظات الجنوبية (قطاع غزة) فكان هناك اختلاف كبير حيث كانت النسبة 71% حسب آخر دراسة تمت في القطاع (el Bilbeisi et al., 2022)، والذي يمكن ايعازه للعديد من الاسباب، منها لا على سبيل الحصر؛ الحصار الجائر والظالم منذ أكثر من 17 سنة، الحروب المتتالية والدمار الكبير الذي خلفه الإحتلال على قطاع غزة، وارتفاع معدلات البطالة وقلة الدخل.

وعند المقارنة مع دراسة نفذت في الأردن في العام 2020 كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي أعلى بكثير مما هو الضفة الغربية التي وصلت إلى 59% (Elsahoryi et al., 2020)، وكان ذلك واضحاً وتأثيراً مباشراً حول معدلات الدخل والأسر التي تعيش في بيوت مستأجرة.

أما في البرازيل في العام 2016 فقد كانت نسبة انعدام الأمن الغذائي أيضاً مرتفعاً عما هو في الضفة الغربية، وقريبة إلى النسبة في قطاع غزة، حيث كانت النسبة 65% (de Souza et al., 2016). وتم ايعاز ذلك بشكل مباشر بأن معدلات الدخل والأجرة أقل من الحد الأدنى للأجور، بالإضافة إلى أن رب الأسرة أيضاً لا يعمل لأكثر من ستة شهور خلال الفترة من (2004-2010)، بحيث أن أكثر من ثلث الأسر التي شملتها الدراسة عانت من انعدام الأمن الغذائي المعتدل بالظروف الديموغرافية، في حين الثلث الآخر ارتبط انعدام الأمن الغذائي المعتدل أو الحاد بالظروف الاجتماعية والاقتصادية، لا سيما تلك المتعلقة برب الأسرة.

أظهرت دراسة تم إجراؤها في الولايات المتحدة الأمريكية وجود ارتباط واضح وكبير بين الموارد المالية والدخل للأسرة مع نسبة انعدام الأمن الغذائي، حيث أنه كلما قلت مستويات الدخل ارتفعت مؤشرات انعدام الأمن الغذائي بين تلك الأسر، حيث أن الأسر التي دخلها السنوي أقل من 10,000 دولار لديها أعلى نسبة لمعدلات انعدام الغذائي، الذي وصل الى 43% (Orr et al., 2019).

وفيما يتعلق بالمؤهل العلمي للأمهات كان هناك ارتباط واضح بين المؤهل العلمي ونسبة انعدام الأمن الغذائي بحيث أن النسبة الأكبر لمعدلات انعدام الأمن الغذائي كانت بين الامهات اللواتي كان تعليمهن أقل من الثانوية العامة لنفس الدراسة التي تمت في الولايات المتحدة الامريكية (Orr et al., 2019)، وهذا كان منسجما مع ما بينته الدراسة الحالية في جنوب الضفة الغربية.

وفي دراسة تمت في مقاطعة بودوتشيري في الهند أظهرت بأن الأسر التي عندها أطفال، وتستخدم البطاقة التموينية التي تعطى للأسر التي تصنف تحت خط الفقر، بالإضافة إلى الحالة الاجتماعية والاقتصادية ومتوسط حجم الأسرة التي بلغت 4 أفراد، كان هناك ارتباطاً بشكل كبير بانعدام الأمن الغذائي. بحيث أن تلك الأسر ثلثها تعاني من انعدام الأمن الغذائي ويجب معالجتها لمنع الاضطرابات والمشكلات المرتبطة بالتغذية في المجتمع، وخاصة عند الأطفال (Nagappa et al., 2020). كما أنه وجد بأن 4% من أصل 71 أسرة عندها أطفال، كان على الأطفال تقليل وجباتهم الغذائية أو تناول كميات أقل من الطعام بسبب عدم وجود طعام كافي في المنزل (Nagappa et al., 2020).

الاستهلاك الغذائي.

وعند الحديث عن الاستهلاك الغذائي وتناول الوجبات الغذائية خلال الاربعة والعشرون ساعة الماضية، نلاحظ بان الاطفال الاقل من خمس سنوات في جنوب الضفة الغربية لا يأخذون الكميات الكافية من العناصر الغذائية سواء الصغرى أو الكبرى، وخاصة فيتامينات أ، وحمض الفوليك وفيتامين ج، يأخذون كميات قليلة جدا من معدل الاحتياج اليوم المرجعي من تلك العناصر التي كانت نسبتها، 90%، 71.4%، 66% على التوالي. أما عند المقارنة بقطاع غزة فكان هناك ارتباطاً واضحاً مع الاستهلاك الغذائي بانعدام الأمن الغذائي خاصة في استهلاك الدهون والبروتينات وفيتامين د، والزنك (El Bilbeisi et al., 2022a).

الأسباب كثيرة فيما يتعلق بوجود نقص في العناصر الغذائية بين معظم الفئات العمرية في منطقة جنوب الضفة الغربية، ومنها قلة المعرفة والممارسات المرتبطة بالتغذية، وهذا كان واضحاً وخاصة في نقص فيتامين أ والحديد

بين الأسر الفلسطينية، عدم استهلاك غذاء متوازن ومتنوع يحتوي على جميع المجموعات الغذائية خلال اليوم الواحد وهذا أيضا بحاجة الى ان يكون دخل الأسرة جيد، بالإضافة الى حجم الأسرة وعدد افرادها بحيث كلما كان حجم الأسرة اكبر كلما كان الانفاق على الغذاء اكبر وكلما احتاجت الأسر الى غذاء اكثر، وكلا السببين (دخل وحجم الأسرة) كانا واضحين في الدراسة من خلال وجود ارتباط قوي بين دخل وحجم الأسرة مع الأمن الغذائي.

وهذه النتائج تدل على ان الأسر الفلسطينية في منطقة جنوب الضفة الغربية تهتم بالكميات وبعيدا عن مدى جودتها التغذوية بحيث يكون التركيز تناول أغذية اقل سعرا وتحتوي على طاقة أكثر بغض النظر عن مدى افتقارها للمغذيات وخاصة الفيتامينات والاملاح المعدنية. وعند المقارنة مع دراسة تم تنفيذها في نيبال بين الأطفال الأقل من سنتين، كان هناك تأثيراً واضحاً بين التنوع الغذائي وانعدام الأمن الغذائي في نقص العناصر الغذائية (Akoto Osei, 2010).

المعرفة والمواقف والممارسات.

وعند الحديث حول المعرفة والمواقف والممارسات بين الامهات للأطفال الاقل من خمس سنوات نجد من خلال النتائج بانها قريبة من المعرفة والمواقف بين النساء في إيران وخاصة عند ربط العلاقة بين المعرفة والمواقف من جهة وبين الأمن الغذائي والتغذية التكميلية للأطفال من جهة اخرى (Yeganeh et al., 2018).

في جنوب افريقيا يشكل انعدام الأمن الغذائي مشكلة حقيقية ورئيسية وخاصة توفر الغذاء والحصول عليه بحيث ان 25% من الأسر تعاني من الجوع ولا يأكلون الكمية الكافية من الطعام، بالإضافة الى ان المعرفة والمواقف والممارسات التغذوية من الأمور المهمة والرئيسية وخاصة كيفية اختيار الغذاء واستخدامه والحفاظ عليه (MATHYE, 2015).

عند المقارنة، نلاحظ بان الأسر في جنوب الضفة الغربية كانت 14% من الأسر لديها معرفة غير كافية بالتغذية، واقل من 1% لديها مواقف غير جيدة، و72% لم تحقق الحد الأدنى من درجات التنوع الغذائي، فكانت الامهات لديهن مستوى قليل من المعرفة والمواقف بحيث كانت نسبتهن 32%، 63%، على التوالي، اما المعرفة الكافية والمواقف والممارسات اتجاه المشكلة المتعلقة بفيتامين أ فقد كانت قليلة وغير ايجابية، بحيث كانت النسب تقريبا 70%، 33%، 97% على التوالي. بينما في قطاع غزة حوالي 56% من الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي لديها معرفة غير كافية بالتغذية، (77.6%) لديها مواقف غير جيدة (سلبية) متعلقة بالتغذية، و(95.2%) لم تحقق الحد الأدنى من درجات التنوع الغذائي. معظم الأسر التي تتمتع بالأمن الغذائي 80.9% لديها معرفة

كافية تتعلق بالتغذية حول عواقب الجوع قصير الأمد في المدرسة، في حين أن 34.7% فقط من الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي لديها تلك المعرفة (El Bilbeisi et al., 2022).

وبالمقارنة مع دراسة تمت على الأمهات المهاجرات من أصل إسباني ويسكنون في نيويورك، وجدوا بان هناك ارتباطاً بانعدام الأمن الغذائي مع تقييد سلوكيات إطفام الأطفال من قبل الوالدين. كما ارتبط انعدام الأمن الغذائي بسلوكيات وممارسات التغذية المقيدة من قبل الالهل للأطفال الأقل من خمس سنوات وتزويدهم بأغذية ذات محتوى عالي من الطاقة (Orr et al., 2019). وعند المقارنة بدراسة تمت في الأردن لكبار السن وجد بان المعرفة الجيدة والمواقف والممارسات كانت قليلة وغير مرضية بحيث كانت النتائج 53%، 53%، 73%، على التوالي (Hammouh et al., 2023).

من الواضح ان الأسر الفلسطينية بحاجة الى رفع الوعي الصحي والتغذوي من خلال مقدمي الخدمات الصحية على مستوى الرعاية الصحية الأولية ومراكز الامومة الطفولة، واعتقد بان الأسر الفلسطينية غير مهتمة بالقضايا المتعلقة بالتغذية بالرغم من وجود العديد من برامج التوعية التي تقوم بها العديد من الجهات وعلى رأسها وزارة الصحة ومؤسسات المجتمع المدني التي تهتم بالصحة والتغذية.

القوانين والتشريعات والسياسات ذات العلاقة بالأمن الغذائي

كان هناك افتقار كبير في القوانين والتشريعات التي تغطي الجانب التغذوي او الاغذية التي تكون ذات قيمة تغذوية عالية، وهذا كان واضحا جدا في نتائج الدراسة التي بينت ان منطقة جنوب الضفة الغربية من ناحية القيمة التغذوية تستهلك كميات قليلة جدا من الاحتياج اليومي وخاصة من الفيتامينات والمعادن الضرورية للجسم، وخاصة فيتامين أ، والحديد الذي تم التركيز عليهما في هذا البحث، بحيث ان معظم الافراد من خلال هذه الدراسة التي تمت في منطقة جنوب الضفة الغربية على مستوى الأسرة لا يأخذون الاحتياج الكافي اليومي المرجعي من فيتامين أ، بحيث ان الاطفال الاقل من خمس سنوات، والاقل من 18 عاما، كان 86%، 100% على التوالي لا يأخذون الحد الكافي اليومي من فيتامين أ، اما الحديد ولنفس الفئات العمرية (الاطفال الاقل من خمس سنوات، والاقل من 18 عاما) كان 70%، 87% على التوالي لا يأخذون الحد الكافي اليومي من الحديد.

والقوانين والتشريعات مهمة في تحقيق الأمن الغذائي على مستوى الدولة، وكان هناك العديد من العوامل التي تؤثر بشكل مباشر على انعدام الأمن الغذائي سواء كانت على مستوى الحكومات والسياسات والتشريعات داخل البلد التي تضمن توفر الغذاء والحصول عليه او من خلال استخدام الغذاء والرقابة عليه كما ونوعاً، وحتى العوامل الفيزيائية

الحيوية مثل توفر الأرض والمياه وغيرها من العوامل الأخرى المرتبطة اجتماعية واقتصادية (Nagappa et al., 2020).

في دراسة تمت في الولايات المتحدة الأمريكية حول الممارسات والسياسات للحد ومعالجة انعدام الأمن الغذائي بين الأطفال، بينت أهمية العديد من البرامج والسياسات التي تتخذها الحكومة ومنها برامج تغذية طلاب المدارس، برامج التغذية لدعم الأسر ذات الدخل المحدود وغيرها الكثير (Hartline–Grafton & Hassink, 2020)

السياسات والبرامج المدعومة من الحكومة والجهات الأخرى ذات العلاقة بتحقيق الأمن الغذائي مهمة جدا في تحقيق الأمن الغذائي وخاصة بين الفئات الضعيفة داخل المجتمع. بحيث توفر الغذاء واستقراره هو من واجبات الدولة، بحيث شاهدنا الكثير من التجار يحتكرون السلع الغذائية وعدم طرحها في السوق للحفاظ على سعرها وغلائها وخاصة في المواسم والمناسبات العامة، وهنا يأتي دور الرقابة التي تستند على قوانين وتشريعات تضمن توفر السلع الغذائية للمستهلك الفلسطيني من خلال فرض غرامات وإجراءات عقابية لكل من يخالف.

وجود العديد من القوانين في تحقيق الأمن الغذائي في فلسطين كثيرة سواء كانت مباشرة او غير مباشرة، ولكن هذه القوانين بحاجة الى العديد من الإجراءات لضمان تحقيق الأمن الغذائي، ومنها تحديث تلك القوانين والتعليمات، إضافة الى ادخال العديد من البرامج والتشريعات التي تغطي جميع جوانب وابعاد الأمن الغذائي، والجزء الاخر الأهم ضمن الفجوات الموجودة في فلسطين والمهمة لضمان امن غذائي، ضرورة تطبيق التشريعات والقوانين بحزم وصرامة أكثر وإجراءات عقابية لغير الملتزمين سواء من قبل التجار، المستوردين، الموزعين. الخ.

التحديات أعلاه والفجوات أعلاه هي اسباب رئيسية في وجود العديد من الأغذية داخل الأسواق الفلسطينية ذات جودة رديئة وظروف تخزين سيئة، بالإضافة الى عدم السيطرة الكاملة من قبل الحكومة على المواد الغذائية التي تدخل الى فلسطين ينعكس سلبا لتحقيق الأمن الغذائي.

الفصل السادس:

القسم الاول: الخاتمة والتوصيات:

من خلال النتائج أعلاه والتي بينت بأن انعدام الأمن الغذائي بشكل عام ليس مرتفعاً في مناطق الضفة الغربية، والتي كانت نسبته 15% مقارنة مع ما هو موجود في المحيط وخاصة في قطاع غزة التي كانت النسبة 71%. ولكن هناك نقص واضح في الكميات المتناولة من الفيتامينات والمعادن بشكل عام مقارنة مع الحد المرجعي اليومي

وبشكل خاص مع فيتامين أ، والحديد التي تم دراستهم بشكل مفصل من ناحية الاستهلاك الكمي والنوعي بالإضافة الى المعرفة والمواقف والممارسات. وهذا يحتم على الجهات الصحية العاملة في فلسطين بضرورة العمل على رفع مستوى المعرفة لدى الأمهات فيما يتعلق بالاستمرار بالرضاعة الطبيعية لمدة عامين من عمر الطفل وكذلك المعرفة الكافية بالتنوع والتوازن الغذائي المهم للأطفال الأقل من خمس سنوات لمعظم المجموعات الغذائية، وكذلك رفع مستوى المعرفة لدى الأمهات فيما يتعلق بمصادر الفيتامينات بما في ذلك فيتامين أ.

أما في الفئة العمرية بين طلاب المدارس من حيث تناول الغذاء، ووقت تناول الغذاء، ومكان تناول الغذاء كانت النتائج غير مرضية، وعليه ومن خلال الشراكة الحقيقية والتعاون الوطيد بين وزارة الصحة ووزارة التربية وبالتعاون مع المجتمع المحلي، هناك ضرورة لتعزيز ورفع مستوى المعرفة بين الأسر على مستوى الوالدين وكذلك على مستوى المدرسة بأهمية تناول الغذاء وربطه مع المكان والزمان.

أما البالغين وخاصة الأمهات فهناك ضرورة لرفع مستوى الممارسات فيما يتعلق بأهمية تناول أغذية ذات مصادر جيدة من الحديد من خلال حملات توعوية على مستوى الوطن من قبل وزارة الصحة وجميع الجهات الشريكة لتعزيز مفهوم وأهمية الوقاية من فقر الدم. إضافة إلى ضرورة رفع التوعية بأهمية تناول فيتامين أ وما هي المصادر الغذائية الغنية به وذلك من خلال حملات توعوية وتثقيفية على مستوى الوطن من قبل وزارة الصحة وجميع الجهات الشريكة لتعزيز مفهوم وأهمية الوقاية من نقص فيتامين أ.

وفيما يتعلق بالمساعدات الغذائية، فهناك ضرورة لتصويبها بحيث يتم اخذ جميع الابعاد والمتغيرات للأسرة، بحيث تشمل الجانب الصحي، والتغذوي، الظروف المعيشية، والجانب الاقتصادي والاجتماعي.

ومن المهم ايضاً المتابعة المستمرة والحثيثة للعديد من البرامج المعتمدة في وزارة الصحة بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة في تطبيق فعلي لتلك البرامج المهمة في تحسين الوضع التغذوي والحفاظ على الأمن الغذائي، ومنها لا على سبيل الحصر برنامج تدعيم الأغذية الوطني، برنامج دعم وحماية وتشجيع الرضاعة الطبيعية، برنامج توسيم الأغذية الخاصة ببطاقة البيان، برنامج العيادات والمستشفيات صديقة الطفل.

من المهم جداً مراجعة وتحديث جميع القوانين والسياسات بما يتناسب والظروف الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي تعيشها الاسر الفلسطينية، وخاصة في ظل الارتفاع الكبير للأسعار وخاصة السلع الأساسية الاستهلاكية.

القسم الثاني: محددات الدراسة:

- اعتمدت الدراسة على بيانات تم جمعها من خلال فريق بحثي أكبر على مستوى الضفة، بحيث أننا تقيدنا بالأسئلة الموجودة في الاستبيان كما هي، ولم نتحكم بطريقة جمع البيانات بشكل كامل.
- تحليل الاستهلاك الغذائي على مستوى الأسرة والفرد أخذ جهداً كبيراً وبعض البيانات الخاصة بالاستهلاك الغذائي كانت غير واضحة مما ألزمتنا بأخذ عينة اقل من العينة الكلية.
- قد يكون المقياس الذي تم اعتماده في الدراسة لقياس انعدام الأمن الغذائي ليس الافضل من حيث الأخذ بعين الاعتبار كل بعد من أبعاد الأمن الغذائي بشكل منفصل.

المراجع والمصادر العلمية:

1. Abuzerr, S., Nasser, S., Yunesian, M., Hadi, M., Zinszer, K., Mahvi, A. H., Nabizadeh, R., Mustafa, A. A., & Mohammed, S. H. (2020). Water, sanitation, and hygiene risk factors of acute diarrhea among children under five years in the Gaza Strip. *Journal of Water Sanitation and Hygiene for Development*, 10(1), 111–123. <https://doi.org/10.2166/washdev.2019.072>.
2. Ali Naser, I., Jalil, R., Wan Muda, W. M., Wan Nik, W. S., Mohd Shariff, Z., & Abdullah, M. R. (2014). Association between household food insecurity and nutritional outcomes among children in Northeastern of peninsular Malaysia. *Nutrition Research and Practice*, 8(3), 304–311. <https://doi.org/10.4162/nrp.2014.8.3.304>.
3. Asfahani, F., Kadiyala, S., & Ghattas, H. (2019). Food Insecurity and Subjective Wellbeing Among Arab Youth Living in Varying Contexts of Political Instability. In *Journal of Adolescent Health* (Vol. 64, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.08.010>.
4. Cafiero, C., Viviani, S., & Nord, M. (2018). Food security measurement in a global context: The food insecurity experience scale. *Measurement: Journal of the International Measurement Confederation*, 116, 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2017.10.065>.
5. Delivery, S. (2016). Putting Citizens First. Putting Citizens First.
6. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, F. and D. A. (2016). Food Labeling: Revision of the Nutrition and Supplement Facts Labels. <http://federalregister.gov/a/2016-11867>.
7. Dillard, H. R. (2019). Global food and nutrition security: from challenges to solutions: Report of the international congress of plant pathology 2018, Boston, USA, 29th July – 3rd August 2018 with the title plant health in a global economy. *Food Security*, 11(1), 249–252. <https://doi.org/10.1007/s12571-019-00893-3>.
8. el Bilbeisi, A. H., Al-Jawaldeh, A., Albelbeisi, A., Abuzerr, S., Elmadfa, I., & Nasreddine, L. (2022). Households' Food Insecurity and Its Association with Demographic and Socioeconomic Factors in Gaza Strip, Palestine: A Cross-Sectional Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(2), 369–380. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i2.18>.

9. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, & WHO. (2018a). Food Security and Nutrition in the World the State of Building Climate Resilience for Food Security and Nutrition.
10. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, & WHO. (2018b). Food Security and Nutrition in the World the State of Building Climate Resilience for Food Security and Nutrition. www.fao.org/publications.
11. Fawwaz Abu Rmaileh, N., Hammoudeh, W., Giacaman, R., & Khammash, U. (2019). The relationship between food insecurity and health among Palestinians in the West Bank and Gaza Strip (Subjective health, chronic diseases, and food insecurity among Palestinians adults in the West Bank and Gaza Strip).
12. Food and Agriculture Organization of the United Nations Rome. (2014). Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices manual Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices manual. In Control. Food and Agriculture Organization of the United Nations. www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm.
13. Group, C. (2019). Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies Life Stage Vitamin A Vitamin C Vitamin D Vitamin E Vitamin K Thiamin Riboflavin Niacin Vita. www.nap.edu.
14. <http://www.pcbs.gov.ps>. (2017). كتاب فلسطين الإحصائي السنوي. <http://www.pcbs.gov.ps>.
15. I. Elmadfa, A. Abu Rub, K. Ben-Abdullah, A.L. Meyer, A. Ramlawi, L. Bahar, N. Rizkallah, A. Skaik, Z. Zakout, F. E.-A. (2013). Palestinian micronutrient survey.
16. Kendall, A., Olson, C. M., & Frongillo, E. A. (1996). Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(10), 1019–1024. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(96\)00271-4](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00271-4).
17. Kendall, A. /V/Ve, Olson, C. M., Yd, A. /, & Frohgillo, E. A. (1995a). Validation of the Radimer/Cornell Measures of Hunger and Food Insecurity. *J. Nutr* (Vol. 125). <https://academic.oup.com/jn/article/125/11/2793/4730527>.
18. Kendall, A. /V/Ve, Olson, C. M., Yd, A. /, & Frohgillo, E. A. (1995b). Validation of the Radimer/Cornell Measures of Hunger and Food Insecurity. *J. Nutr* (Vol. 125). <https://academic.oup.com/jn/article/125/11/2793/4730527>.
19. Lin, L. P., & Dali, W. P. E. W. (2012). The impact of nutrition education interventions on the dietary habits of college students in developed nations: A brief review. *Malaysian Journal of Medical Sciences* (Vol. 19, Issue 1).
20. Maxwell, S. (1990). Food Security in Developing Countries: Issues and Options for the 1990s. *IDS Bulletin*, 21(3), 2–13. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.1990.mp21003002.x>.
21. Ministry of health, nutrition department N. (2018). Palestine NNSS Report 2018.
22. Naja, F., Hwalla, N., Fossian, T., Zebian, D., & Nasreddine, L. (2015). Validity and reliability of the Arabic version of the Household Food Insecurity Access Scale in rural Lebanon. *Public Health Nutrition*, 18(2), 251–258. <https://doi.org/10.1017/S1368980014000317>.
23. National Library of Medicine. (2006). Appendix K Dietary Reference Intakes for Individuals Ages 4 Through 18 Years, Including Those Who Are Pregnant or Lactating The following tables include the Dietary Reference Intakes (DRIs) for schoolchildren. TABLE K-1 DRIs: Estimated Average Requirements for Groups.
24. PCBS. (2019). Palestinian Multiple Indicator Cluster.

25. Radimer, K. L., Olson, C. M., Greene, J. C., Campbell, C. C., & Habicht, J. P. (1992a). Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *Journal of Nutrition Education*, 24(1), 36S-44S. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(12\)80137-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80137-3).
26. Radimer, K. L., Olson, C. M., Greene, J. C., Campbell, C. C., & Habicht, J. P. (1992b). Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *Journal of Nutrition Education*, 24(1), 36S-44S. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(12\)80137-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80137-3).
27. Sharif, Z. M., & Merlin, A. (2001). Assessment of food insecurity among low income households in Kuala Lumpur using the radimer/Cornell food insecurity instrument-A validation study. In *Malaysian Journal of Nutrition* (Vol. 7, Issues 1–2).
28. Shariff, Z. M., & Lin, K. G. (2004). Indicators and Nutritional Outcomes of Household Food Insecurity among a Sample of Rural Malaysian Women. In *Pakistan Journal of Nutrition* (Vol. 3, Issue 1).
29. Tarasuk, V. (2005). Household Food Insecurity in Canada. In *Topics in Clinical Nutrition* (Vol. 20, Issue 4). <https://doi.org/10.1097/00008486-200510000-00003>.
30. Tarasuk, V., & Mitchell, A. (2017). HOUSEHOLD FOOD INSECURITY IN CANADA Acknowledgements. <https://proof.utoronto.ca/>.
31. Tomov, L., Nikolov, G., Avramova, F., & Lacheva, T. (1975). Bolest na Takayasu sus zasiagane na aortata, neñnite klonove i belodrobnata arteriia. In *Internal Diseases* (Vol. 14, Issue 4).
32. unicef.org, 2010 /statistics/index_24302.
33. UNICEF. (2010). The Situation of Palestinian Children in The Occupied Palestinian Territory, Jordan, Syria and Lebanon. *UNICEF.Org*, 26(3), 461–465.
34. Welch, K. J., Mock, N., & Netrobenko, O. (1998). Measuring hunger in the Russian Federation using the Radimer/Cornell hunger scale. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 76, Issue 2).
35. WFP. (2018). State of Palestine annual country report 2018 country strategic plan ACR reading guidance saving changing lives.
36. WHO. (2007). WHO Anthro for Personal Computers, Version 2. Software for Assessing Growth and Development of the World’s Children. WHO, Geneva. In *World Health Organization*.
37. WHO Anthro for Personal Computers, Version 3.2. 2. (2011). Software for assessing growth and development of the world’s children. *Geneva: WHO; 2010*.
38. Yeganeh, S., Motamed, N., Boushehri, S. N., Pouladi, S., & Ravanipour, M. (2018). Mothers’ knowledge and attitude toward food security in complementary feeding of 1-2 year-old offspring and its relation with demographic indices. *Evidence Based Care Journal*, 7(4), 22–29. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.26237.1607>.
39. PCBS. (2019). *كتاب فلسطين الاحصائي السنوي* ، pCBS.gov.ps.
40. Academies, N. (2008). Nutrition Standards and Meal Requirements for National School Lunch and Breakfast Programs. In *Nutrition Standards and Meal Requirements for National School Lunch and Breakfast Programs*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12512>
41. Akoto Osei, and N. H. (2010). Household food insecurity and nutritional status of children aged 6 to 23 months in Kailali District of Nepal.
42. de Souza, B. F. do N. J., Marin-Leon, L., Camargo, D. F. M., & Segall-Corrêa, A. M. (2016). Demographic and socioeconomic conditions associated with food insecurity in households

- in Campinas, SP, Brazil. *Revista de Nutricao*, 29(6), 845–857. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000600009>
43. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, F. and D. A. (2016). Food Labeling: Revision of the Nutrition and Supplement Facts Labels. <http://federalregister.gov/a/2016-11867>
 44. El Bilbeisi, A. H., Al-Jawaldeh, A., Albelbeisi, A., Abuzerr, S., Elmadfa, I., & Nasreddine, L. (2022a). Households' Food Insecurity and Their Association With Dietary Intakes, Nutrition-Related Knowledge, Attitudes and Practices Among Under-five Children in Gaza Strip, Palestine. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.808700>
 45. El Bilbeisi, A. H., Al-Jawaldeh, A., Albelbeisi, A., Abuzerr, S., Elmadfa, I., & Nasreddine, L. (2022b). Association of Household Food Insecurity With Dietary Intakes and Nutrition-Related Knowledge, Attitudes, and Practices Among School-Aged Children in Gaza Strip, Palestine. *Frontiers in Nutrition*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.890850>
 46. Elsayhori, N., Al-Sayyed, H., Odeh, M., McGrattan, A., & Hammad, F. (2020). Effect of Covid-19 on food security: A cross-sectional survey. *Clinical Nutrition ESPEN*, 40, 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.09.026>
 47. Fawwaz Abu Rmaileh, N., Hammoudeh, W., Giacaman, R., & Khammash, U. (2019). The relationship between food insecurity and health among Palestinians in the West Bank and Gaza Strip (Subjective health, chronic diseases, and food insecurity among Palestinians adults in the West Bank and Gaza Strip).
 48. Hammouh, F., Abdullah, M., Al-bakheit, A., Al-awwad, N. J., & Dabbour, I. (2023). Nutrition Knowledge, Attitudes, and Practices (KAPs) among Jordanian Elderly—A Cross-Sectional Study. 1–10.
 49. Hartline-Grafton, H., & Hassink, S. G. (2020). Food Insecurity and Health: Practices and Policies to Address Food Insecurity among Children. <https://frac.org/aaptoolkit>
 50. MATHYE, R. (2015). Nutrition Knowledge, Attitudes and Behaviour as well as Perceptions of Hunger and Food Security of Caregivers in a Resource limited Community (Bronkhorstspuit), Gauteng, Republic of South Africa Risuna Mathye.
 51. Miller, D. P., & Thomas, M. M. C. (2020). Policies to reduce food insecurity: An ethical imperative. In *Physiology and Behavior* (Vol. 222). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112943>
 52. Nagappa, B., Rehman, T., Marimuthu, Y., Priyan, S., Sarveswaran, G., & Kumar, Sg. (2020). Prevalence of food insecurity at household level and its associated factors in rural Puducherry: A cross-sectional study. *Indian Journal of Community Medicine*, 45(3), 303. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_233_19
 53. Orr, C. J., Ben-Davies, M., Ravanbakht, S. N., Yin, H. S., Sanders, L. M., Rothman, R. L., Delamater, A. M., Wood, C. T., & Perrin, E. M. (2019). Parental Feeding Beliefs and Practices and Household Food Insecurity in Infancy. *Academic Pediatrics*, 19(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.09.007>
 54. Pine, A. (2022). Combating food insecurity and creating sustenance: addressing the root causes of hunger in the US through political empowerment and public policy engagement. In *Local Environment*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/13549839.2022.2155943>
 55. Qasrawi, R., & Abu Al-Halawa, D. (2022). Cluster Analysis and Classification Model of Nutritional Anemia Associated Risk Factors Among Palestinian Schoolchildren, 2014. *Frontiers in Nutrition*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.838937>
 56. University, A.-Q. (2020). دليل الغذاء والكميات.

57. Vilar-Compte, M., Gaitan-Rossi, P., Flores, D., Perez-Cirera, V., & Teruel, G. (2020). How do context variables affect food insecurity in Mexico? Implications for policy and governance. *Public Health Nutrition*, 23(13), 2445–2452.
<https://doi.org/10.1017/S1368980019003082>.

الاستبيان (ملحق رقم 1):

العلاقة بين انعدام الأمن الغذائي الأسري ومحدداته في جنوب الضفة الغربية - فلسطين

عزيزتي المشاركة / عزيزي المشارك،

أنت مدعوة/ مدعو للانضمام إلى الدراسة البحثية المذكورة أعلاه. لقد تم اختيارك كمشارك/ة لأنك تستوفي/ن معايير المشاركة. تهدف هذه الدراسة إلى: (1) التعرف على نسبة انعدام الأمن الغذائي الأسري في الضفة الغربية. (2) تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بالتغذية في مختلف الفئات العمرية؛ (3) دراسة ارتباط انعدام الأمن الغذائي للأسر بالمدخول الغذائي، ومقاييس الجسم (الأنثروبومترية)، والممارسات الغذائية المرتبطة بالتغذية لدى مختلف الفئات العمرية؛ و (4) دراسة ارتباط المعرفة والممارسات الاجتماعية ذات الصلة بالتغذية بالمدخول الغذائي ومقاييس الجسم البشري لمختلف الفئات العمرية في محافظات الضفة الغربية.

خلال المقابلة سيتم طرح أسئلة متعلقة بالمعلومات المذكورة وذلك لجميع الفئات العمرية الموجودة في المنزل، وسيتم اخذ قياسات لكل فرد يتم مقابلته، وفي النهاية سيتم استنكار وجبات الغذاء التي تم تناولها في اليوم السابق لكل فرد ايضا. مع العلم انه سيتم التواصل معكم مرة اخرى لاحقاً عبر الهاتف لإعادة جزئية استنكار وجبات الغذاء لليوم السابق.

ستستغرق المقابلة حوالي 30-45 دقيقة، وسيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي نحصل عليها في سرية تامة ولن يتم الكشف عن إجاباتك واسمك، ولن يتم نشر أي معلومات من شأنها تمكين تحديد هوية أي مشارك. أيضاً، ليس عليك الإجابة على أي سؤال لا تريده، ويمكنك إيقاف المقابلة في أي وقت.

هل توافق على المشاركة في هذه المقابلة؟

الأم: نعم لا التوقيع -----

الطفل تحت سن 5 سنوات: نعم لا توقيع ولي الامر: -----

الطفل أو اليافع 5-18 سنة: نعم لا توقيع ولي الامر: -----

البالغ فوق سن 18 سنة: نعم لا التوقيع: -----

للتواصل خلال الاسبوع القادم، يرجى اعطاء رقم هاتف او محمول: ----- رقم اضافي

إذا كانت الإجابة بنعم، فانقل إلى السؤال التالي. إذا كان الجواب لا، أوقف المقابلة.

هل لديك أي سؤال قبل أن نبدأ؟

هل يمكنني البدء الآن؟

نشكرك على حسن تعاونك ونقدر قرارك الإيجابي للمشاركة في البحث

الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للأسرة		
1.	الاسم (الرقم التسلسلي)	
2.	الجنس	1-ذكر 2-أنثى
3.	العمر	
4.	المحافظة	
5.	طبيعة مكان السكن	1-مدينة 2-قرية 3-مخيم
6.	مستوى التعليم	1-أمي 2-تعليم أساسي 3-تعليم ثانوي 4-جامعي
7.	عدد أفراد الأسرة	
8.	دخل الأسرة	1-أقل من ألف شيكل 2- من 1000-2000 شيكل 3-2000-3000 شيكل 4- من 3000-5000 شيكل 5-أكثر من 5000
9.	هل تتلقى العائلة مساعدات غذائية	1-نعم 2-لا
10.	ملكية السكن	1-بيت ملك 2- بيت مستأجر
11.	طبيعة العمل (الأم والأب)	1-أعمل (الرجاء تحديد المهنة) 2- لا أعمل
12.	الحالة الاجتماعية	1-أعزب 2-متزوج 3-مطلق 4-أرمل
13.	هل تعاني من اي امراض او مشاكل صحية؟ (الأم والأب)	1- لا 2- نعم (الرجاء تحديد نوع المرض)

أداة رايمير كورنيل للجوع والأمن الغذائي			
الرقم	السؤال	غير صحيح	أحياناً
			دائماً صحيح
أ- على مستوى المنزل			
1	أشعر بالقلق من أن ينفذ الطعام أو المواد الغذائية اللازمة للطبخ قبل أن أحصل على المال اللازم لشرائها		
2	الطعام والمواد الغذائية اللازمة للطبخ التي اشتريها للعائلة دائماً تنفذ بسرعة ولا أملك المال لشرائها مرة أخرى		
3	لا يوجد عندي في المنزل كميات كافية من الطعام والمواد الغذائية اللازمة للطبخ لتحضير وجبات طعام للعائلة خلال النهار (من الفطور للعشاء) ولا أملك المال لشرائها		
4	نأكل نفس الطعام لعدة أيام متواصلة لأنه لدينا أصناف قليلة متوفرة من الطعام وليس لدينا المال لشراء المزيد		
ب- المستوى الفردي – للبالغين			

			أشعر بالجوع بشكل متكرر لأنه لا يوجد معي مال كافي لشراء الطعام	(5)
			أتناول طعام أقل من احتياجي الحقيقي لأنني لا أملك المال الكافي لشراء الطعام	(6)
			لم يكن عندي المقدرة على الأكل بشكل صحيح أو الأكل حتى الشبع لأنه لا يوجد لدي المال الكافي لشراء الطعام	(7)
ج-المستوى الفردي – الأطفال				
			لا أستطيع توفير وجبات طعام متوازنة لأطفالي لأنه لا يوجد لدي المال الكافي لتوفير الطعام	(8)
			لا يتناول طفلي كمية طعام كافية أو هناك نقص في الطعام دائما لأنني لا أملك المال لشراء الطعام	(9)
			أعلم أن أطفالي يكونوا جائعين في بعض الأحيان ولكن لا أستطيع ان أفعل شيء لأنه لا أستطيع أن أشتري كميات طعام أكبر مما أشتريه.	(10)

بيانات لفئة الأطفال تحت عمر 5 سنوات:

معلومات عامة		
1.	الاسم	
2.	الجنس	1-ذكر 2-أنثى
3.	تاريخ الميلاد	
4.	العمر	
5.	طول فترة الحمل بالأسابيع (Gestational age –weeks)	
6.	المحافظة	
7.	مكان السكن	1-مدينة 2-قرية 3-مخيم
التاريخ الطبي		
8.	هل يعاني الطفل من أي أمراض	1-نعم 2-لا
	إذا كان الجواب نعم، ما هو هذا المرض	
9.	هل أصيبت الأم خلال فترة الحمل بسكري الحمل	1-نعم 2-لا
10.	هل يتناول الطفل أدوية	1-نعم 2-لا
	إذا كان الجواب نعم، اذكر أسماء الأدوية	

القياسات الجسمية للأطفال تحت عمر 5 سنوات				
الرقم	القياس	القياس الأول	القياس الثاني	المتوسط الحسابي

1.	الوزن (كغم)		
2.	الطول (سم)		
3.	محيط منتصف الذراع العلوي (سم)		
4.	الوزن عند الولادة		

المعرفة والمواقف والممارسات حول إطعام الأطفال الصغار (6-23 شهر):

المعرفة	
استمرار الرضاعة الطبيعية	
1. تحقق إذا لزم الأمر: إلى أي عمر ينصح أن تستمر الأم في الرضاعة؟	
<input type="checkbox"/>	6 شهور أو أقل
<input type="checkbox"/>	11 شهر
<input type="checkbox"/>	12-23 شهر
<input type="checkbox"/>	24 شهر وأكثر
<input type="checkbox"/>	أخرى
<input type="checkbox"/>	لا أعرف
سن بداية الاغذية التكميلية	
2. في أي عمر يجب أن يبدأ الأطفال في تناول الأغذية التكميلية بالإضافة إلى حليب الام؟	
<input type="checkbox"/>	6 شهور
<input type="checkbox"/>	أخرى (حدد)
<input type="checkbox"/>	لا أعرف
سبب إعطاء الاغذية التكميلية في عمر ستة أشهر	
3. ما أهمية إعطاء الأغذية التكميلية بالإضافة إلى حليب الام للأطفال من سن ستة أشهر؟	
<input type="checkbox"/>	حليب الأم وحده غير كافٍ / لا يمكنه توفير جميع العناصر الغذائية اللازمة للنمو / من ستة أشهر، يحتاج الطفل إلى المزيد من الطعام بالإضافة إلى حليب الثدي
<input type="checkbox"/>	أخرى (حدد)
<input type="checkbox"/>	لا أعرف
قوام الوجبات	
4. يرجى إلقاء نظرة على هاتين الصورتين من العصيدة. أيهما تعتقد أنه يجب إعطاؤه لطفل صغير؟ (اعرض الصور / صور العصائد السمكية والمائية / الرفيعة وحدد أحد الخيارات الواردة أدناه بناءً على إجابة المشارك).	
<input type="checkbox"/>	العصيدة السمكية
<input type="checkbox"/>	العصيدة المائية
<input type="checkbox"/>	لا يعرف/تعرف
	
سبب قوام الوجبات	
5. لماذا اخترت تلك الصورة؟	
<input type="checkbox"/>	لأن العصيدة الأولى أتخن من الأخرى
<input type="checkbox"/>	لأن العصيدة السمكية مغذية أكثر / لأنها تُحضَّر بأنواع مختلفة من الأطعمة أو المكونات (تنوع غذائي)

<input type="checkbox"/> أخرى (حدد)
<input type="checkbox"/> لا أعرف
التنوع الغذائي وطرق إثراء العصيدة
لإطعام أطفالهم، تقدم العديد من الأمهات لهم عصيدة الأرز. من فضلك قل لي بعض الطرق لجعل عصيدة الأرز مغذية أكثر أو أفضل لصحة طفلك. دقق إذا لزم الأمر
6. ما هي الأطعمة أو أنواع الأطعمة التي يمكن إضافتها إلى عصيدة الأرز لجعلها مغذية أكثر؟ بإضافة:
<input type="checkbox"/> الأطعمة ذات المصدر الحيواني (اللحوم والدواجن والأسماك، (المعلاق: الأجزاء الداخلية للذبيحة) والبيض وما إلى ذلك)
<input type="checkbox"/> البقوليات والمكسرات: طحين الفستق والبقوليات الأخرى (البازلاء، الفاصوليا، العدس، .. إلخ)، بذور دوار الشمس، الفستق، فول الصويا
<input type="checkbox"/> الفواكه والخضروات الغنية بفيتامين أ (جزر، بطاطا حلوة، قرع أصفر، مانجو، بابايا، إلخ).
<input type="checkbox"/> الخضار الورقية الخضراء (مثل السبانخ) الأطعمة الغنية بالطاقة (مثل الزيت والزبدة / السمن)
<input type="checkbox"/> أخرى (حدد)
<input type="checkbox"/> لا أعرف
التغذية المؤثرة responsive feeding
7. هل تعرف أي طرق لتشجيع الأطفال الصغار على تناول الطعام؟
<input type="checkbox"/> الفت انتباههم أثناء الوجبات، تحدث إليهم، اجعل أوقات الوجبات سعيدة
<input type="checkbox"/> التصفيق بالأيدي
<input type="checkbox"/> اعمل وجوه مضحكة / العب / اضحك
<input type="checkbox"/> تفتح فمك على نطاق واسع / تمثّل أنك تأكل
<input type="checkbox"/> قل كلمات مشجعة
<input type="checkbox"/> اجذب انتباه الطفل
<input type="checkbox"/> أخرى (حدد)
<input type="checkbox"/> لا أعرف
المواقف تجاه الممارسة المثالية أو المرغوبة المتعلقة بالتغذية
الرضى الشخصي
8. ما مدى شعورك بالرضى في تحضير الطعام لطفلك؟
<input type="checkbox"/> لست راضياً
<input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة
<input type="checkbox"/> راض
إعطاء مجموعة متنوعة من الأطعمة (أغذية من مجموعات غذائية كثيرة)
الفوائد المرجوة perceived benefit
9. إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد إعطاء أنواع مختلفة من الطعام لطفلك كل يوم؟
<input type="checkbox"/> ليس جيداً
<input type="checkbox"/> لست متأكدًا
<input type="checkbox"/> جيد
العوائق المتصورة perceived barriers
10. ما مدى صعوبة إعطاء أنواع مختلفة من الطعام لطفلك كل يوم؟
<input type="checkbox"/> ليس صعب
<input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة
<input type="checkbox"/> صعب
إطعام الطفل بشكل مستمر
الفوائد المرجوة perceived benefit
11. إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد إطعام طفلك عدة مرات كل يوم؟
<input type="checkbox"/> ليس جيداً
<input type="checkbox"/> لست متأكدًا
<input type="checkbox"/> جيد
العوائق المتصورة perceived barriers
12. ما مدى صعوبة إطعام طفلك عدة مرات كل يوم؟
<input type="checkbox"/> ليس صعب
<input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة
<input type="checkbox"/> صعب
استمرار الرضاعة الطبيعية بعد ستة أشهر
الفوائد المرجوة perceived benefit
13. ما مدى فائدة الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بعد ستة أشهر في رأيك؟
<input type="checkbox"/> ليس جيداً
<input type="checkbox"/> لست متأكدًا
<input type="checkbox"/> جيد
العوائق المتصورة perceived barriers
14. ما مدى صعوبة الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بعد ستة أشهر؟

<input type="checkbox"/> ليس صعب	<input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة	<input type="checkbox"/> صعب
الممارسات		
استمرار الرضاعة الطبيعية		
15. هل كان (اسم الطفل) يرضع/ يتناول حليب الأم أمس نهائياً أو ليلاً؟		
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة

التنوع الغذائي
<p>الآن أود أن أسألك عن السوائل أو الأطعمة (الأخرى) التي أكلها (اسم الطفل) أمس أثناء النهار أو في الليل. أنا مهتم بما إذا كان طفلك قد حصل على العنصر حتى لو تم دمجها مع أطعمة أخرى. على سبيل المثال، إذا أكل (اسم الطفل) عصيدة مصنوعة من صلصة الخضار المختلطة، فيجب أن ترد بنعم على أي طعام أسأل عنه كان مكوّنًا في العصيدة أو الصلصة. يرجى عدم تضمين أي طعام يستخدم بكميات صغيرة كالتوابل أو البهارات (مثل الفلفل الحار أو التوابل أو الأعشاب أو مسحوق السمك)؛ سوف أسألك عن تلك الأطعمة بشكل منفصل.</p> <p>بالأمس أثناء النهار أو بالليل أكل (اسم الطفل):</p> <p>اقرأ قوائم الطعام. ضع خطأً تحت الأطعمة المقابلة المستهلكة وحدد العمود نعم أو لا بناءً على ما إذا كان قد تم استهلاك أي عنصر غذائي في القائمة. سجل عدد المرات عندما يكون ذلك مناسباً (في المجموعة 3).</p>

لا	نعم	قائمة الطعام	المجموعة الغذائية
		العصيدة أو الخبز أو الأرز أو المعكرونة أو غيرها من الأطعمة المصنوعة من الحبوب	مجموعة 1: الحبوب والجزور والدرنات
		البطاطا البيضاء، البطاطا الحلوة، الكسافا أو أي أطعمة أخرى مصنوعة من الجزور	
		أي أطعمة مصنوعة من الفول أو البازلاء أو العدس أو المكسرات أو البذور	المجموعة 2: البقوليات والمكسرات
		حليب أطفال صناعي (البودر)	المجموعة 3: منتجات الألبان
		كم مرة؟	
		الحليب: مثل الحليب المعلب أو البودرة أو الحليب الطازج كم مرة؟	
		اللبن الرائب	
		كم مرة؟	
		الجبن أو منتجات الألبان الأخرى	
		الكبد أو الكلى أو القلب أو لحوم الأعضاء الأخرى	المجموعة 4: اللحوم
		أي لحوم مثل لحم البقر أو الضأن أو الماعز أو الدجاج أو البط	
		الأسماك الطازجة أو المجففة والأسماك القشرية أو المأكولات البحرية	
		البيض	المجموعة 5: البيض
		اليقطين أو الجزر أو القرع الصيفي أو البطاطا الحلوة	المجموعة 6: الفواكه والخضروات الغنية
		أي خضروات خضراء داكنة (البروكلي، ورق السبانخ، الملوخية، ورق القرنبيط، وغيره)	بفيتامين أ

6.	مستوى التعليم	<input type="checkbox"/> أساسي	<input type="checkbox"/> ثانوي
----	---------------	--------------------------------	--------------------------------

القياسات الجسمانية للأطفال في سن المدرسة (5-18 سنوات):

1.	الطول (سم)
2.	الوزن (كغم)
3.	محيط منتصف الذراع العلوي (سم)

المعرفة والمواقف والممارسات حول: النظام الغذائي للأطفال في سن المدرسة (5 – 18 سنة):

المعرفة	
تبعات الجوع قصير الأمد في المدرسة	
1.	ما هي المشاكل التي يمكن أن يواجهها الأطفال إذا لم يأكلوا قبل الذهاب إلى المدرسة؟
<input type="checkbox"/>	يصبح لدى الأطفال اهتمام قصير <input type="checkbox"/> لديهم تركيز منخفض <input type="checkbox"/> لا يمكنهم الدراسة جيدًا <input type="checkbox"/> لا يؤدون جيدًا في المدرسة كما ينبغي <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
تجنب الحلويات والسكريات	
2. لماذا يعتبر تناول الكثير من الحلويات والسكريات أمرًا سيئًا للغاية؟	
<input type="checkbox"/>	لأنها يمكن أن تسبب تسوس الأسنان <input type="checkbox"/> لأنها غير مغذية <input type="checkbox"/> لأنها تتداخل مع الشهية <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
المواقف	
تناول الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة	
الفوائد المرجوة	
3.	إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تناول وجبة الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة؟
<input type="checkbox"/>	ليس جيدًا <input type="checkbox"/> لست متأكدًا <input type="checkbox"/> جيد
العوائق المتصورة	
4.	ما مدى صعوبة تناول الإفطار قبل الذهاب إلى المدرسة؟
<input type="checkbox"/>	ليس صعب <input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> صعب
تناول ثلاث وجبات في اليوم ووجبات خفيفة	
الفوائد المرجوة	
5.	إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تناول ثلاث وجبات في اليوم ووجبات خفيفة؟
<input type="checkbox"/>	ليس جيدًا <input type="checkbox"/> لست متأكدًا <input type="checkbox"/> جيد
العوائق المتصورة	
6.	ما مدى صعوبة تناول ثلاث وجبات في اليوم ووجبات خفيفة؟
<input type="checkbox"/>	ليس صعب <input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> صعب
تناول أنواع مختلفة من الأطعمة في أوقات الوجبات	
الفوائد المرجوة	
7.	إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تناول أنواع مختلفة من الأطعمة في الوجبات؟
<input type="checkbox"/>	ليس جيدًا <input type="checkbox"/> لست متأكدًا <input type="checkbox"/> جيد
العوائق المتصورة	
8.	ما مدى صعوبة تناول أنواع مختلفة من الأطعمة في وجبات الطعام؟
<input type="checkbox"/>	ليس صعب <input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> صعب
الممارسات	
تناول الفطور: الزمان والمكان	
9.	هل تناولت الفطور قبل الذهاب إلى المدرسة؟

نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/>
10. إذا كانت الإجابة نعم: في أي وقت؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بين الساعة 6 صباحًا و 9 صباحًا	بين الساعة 9 صباحًا والظهر	بين الظهر والساعة 3 مساءً
11. أين؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
البيت	المدرسة	في مكان آخر
تناول الغداء: الزمان والمكان		
12. إذا تم إجراء المقابلة قبل وقت الغداء، اسأل: هل تناولت الغداء بالأمس؟ إذا تم إجراء المقابلة بعد وقت الغداء، اسأل: هل تناولت الغداء اليوم؟		
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/>
13. إذا كانت الإجابة بنعم: في أي وقت؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بين الساعة 9 صباحًا والظهر	بين الظهر والساعة 3 مساءً	بين الساعة 3 مساءً و 6 مساءً
14. من يحضر غدائك؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أولياء الأمور في المنزل	كافيتريا المدرسة	يُشترى الغداء بمصروف الجيب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غير ذلك		
العشاء: الزمان والمكان		
15. هل تناولت العشاء بالأمس؟		
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/>
16. إذا كانت الإجابة بنعم: في أي وقت؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بين الساعة 3 مساءً و 6 مساءً	بين الساعة 6 مساءً و 9 مساءً	بين الساعة 9 مساءً و منتصف الليل
17. أين؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
البيت	المدرسة	في مكان آخر
الوجبات الخفيفة		
18. بالأمس أثناء النهار والليل هل أكلت أي شيء بين الوجبات؟		
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/>
الطعام المشتري		
19. بالأمس خلال النهار والليل، هل اشتريت طعامًا من مالك الخاص؟		
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/>
20. من أين اشتريت هذه الأطعمة؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
في المدرسة / الكافيتريا	في الشارع (من الباعة المتجولين)	أخرى

اليوم الأول: استذكار وجبات الغداء لليوم السابق

حدد، ماذا كان الأمس:

<input type="checkbox"/>						
السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

هل تصف الطعام الذي تناولته طفلك بالأمس بأنه غير اعتيادي مقارنة بالطعام الاعتيادي الذي تتناوله انت؟

نعم لا

الرقم	اسم الطعام	الوقت	وجبات (فطور، غداء، عشاء - أخرى)	مصدر الغذاء (تحضير بيئي - مطعم - سوبر ماركت - أخرى)	كمية (بالاعتماد على أواني المطبخ: ملعقة مغرفة، كأس، صحن)

3.	العمر (السنوات)	
4.	المحافظة	
5.	طبيعة مكان السكن	<input type="checkbox"/> مدينة <input type="checkbox"/> قرية <input type="checkbox"/> مخيم <input type="checkbox"/> أخرى
6.	مستوى التعليم	<input type="checkbox"/> أمي <input type="checkbox"/> اساسي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> جامعي
7.	طبيعة العمل	1-أعمل (الرجاء تحديد المهنة) 2- لا أعمل
8.	هل تعاني من اي امراض او مشاكل صحية؟	2- لا 2- نعم (الرجاء تحديد نوع المرض)

القياسات الجسمية للبالغين (<18 سنوات):

1.	الطول (سم)
2.	الوزن (كغم)
3.	محيط الخصر (سم)

المعرفة والمواقف والممارسات حول: نقص التغذية:

المعرفة	
1.	ما هي علامات نقص التغذية؟ <input type="checkbox"/> نقص الطاقة / الضعف: عدم القدرة على العمل أو الدراسة أو اللعب كالمعتاد (الإعاقة). <input type="checkbox"/> ضعف جهاز المناعة (يصبح مريضاً بسهولة أو يصبح مريضاً بشكل خطير). <input type="checkbox"/> فقدان الوزن / النحافة. <input type="checkbox"/> لا ينمو الأطفال كما ينبغي (يتعثر النمو). <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
2.	ما هي أسباب نقص التغذية؟ <input type="checkbox"/> عدم الحصول على ما يكفي من الطعام <input type="checkbox"/> الغذاء سائل ولا يحتوي على ما يكفي من العناصر الغذائية <input type="checkbox"/> المرض / المرض وعدم تناول الطعام <input type="checkbox"/> أسباب أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
3.	ما هي أسباب عدم حصول الناس على ما يكفي من الطعام؟ <input type="checkbox"/> عدم وجود نقود كافية لشراء الطعام <input type="checkbox"/> الطعام غير متوفر <input type="checkbox"/> أسباب أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
4.	من الذي يساعد الأم لمعرفة ما إذا كان الطفل ينمو بشكل جيد؟ اين يمكن ان تذهب؟ <input type="checkbox"/> اذهب إلى المركز الصحي / اسأل الطبيب أو الممرضة (أخصائي الصحة)، احصائي التغذية (ابحث عن خدمات الرعاية الصحية لمراقبة النمو). <input type="checkbox"/> آخر (حدد)

<input type="checkbox"/> لا أعرف
5. إذا كان الطفل لا يكتسب وزن، فماذا يعني ذلك؟ ماذا يمكن أن تكون الأسباب؟ <input type="checkbox"/> الطفل لا يأكل جيداً / الطفل لا يريد أن يأكل <input type="checkbox"/> قد يمرض الطفل كثيرًا <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
6. ما الذي يجب أن نفعله لمنع نقص التغذية بين الرضع (0-6 أشهر)؟ <input type="checkbox"/> الرضاعة الطبيعية حصريًا / تعطي حليب الثدي فقط <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> اذهب إلى المركز الصحي / المستشفى وتأكد من نمو الطفل (خدمات مراقبة النمو).
7. ما الذي يجب أن نفعله لمنع نقص التغذية بين الأطفال الصغار (6 - 23 شهرًا)؟ <input type="checkbox"/> أعط المزيد من الطعام <input type="checkbox"/> إطعام بشكل متكرر <input type="checkbox"/> انتبه أثناء الوجبات <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> اذهب إلى المركز الصحي / المستشفى وتأكد من نمو الطفل (خدمات مراقبة النمو)
المواقف اتجاه المشاكل المتعلقة بالصحة أو بالتغذية
نقص التغذية - القابلية المتوقعة
8. ما مدى احتمالية تعرض طفلك لسوء التغذية في اعتقادك، أي توقف عن النمو أو فقدان الوزن؟ <input type="checkbox"/> غير محتمل <input type="checkbox"/> أنت غير متأكد <input type="checkbox"/> محتمل
نقص التغذية - الشدة المتصورة
9. ما مدى خطورة نقص التغذية بالنسبة لصحة الطفل في رأيك؟ <input type="checkbox"/> ليست خطيرة <input type="checkbox"/> أنت غير متأكد <input type="checkbox"/> جددي
المعرفة والمواقف والممارسات حول: فقر الدم الناجم عن نقص الحديد
المعرفة
1. هل سمعت عن فقر الدم الناجم عن نقص الحديد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم: هل يمكن أن تخبرني كيف يمكنك التعرف على شخص مصاب بفقر الدم؟ <input type="checkbox"/> طاقة أقل <input type="checkbox"/> شحوب <input type="checkbox"/> أظافر مثنية <input type="checkbox"/> أكثر عرضة للإصابة بالمرض (أقل مناعة للعدوى) <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
2. ما هي المخاطر الصحية التي يتعرض لها الرضع والأطفال الصغار بسبب نقص الحديد في النظام الغذائي؟ <input type="checkbox"/> تأخر النمو العقلي والجسدي <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
3. ما هي المخاطر الصحية التي تتعرض لها المرأة الحامل من نقص الحديد في النظام الغذائي؟ <input type="checkbox"/> خطر الوفاة أثناء الحمل أو بعده <input type="checkbox"/> ولادة صعبة <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
4. ما الذي يسبب فقر الدم؟ <input type="checkbox"/> نقص الحديد في النظام الغذائي / تناول القليل جدًا وليس كثيرًا <input type="checkbox"/> نزيف حاد أثناء الحيض <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> المرض / العدوى (الملاريا، عدوى أخرى مثل فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز) <input type="checkbox"/> لا أعرف
5. كيف يمكن منع فقر الدم؟ <input type="checkbox"/> تناول الأطعمة الغنية بالحديد / اتباع نظام غذائي غني بالحديد <input type="checkbox"/> أخذ / تناول مكملات الحديد إذا وصفت <input type="checkbox"/> علاج الأسباب الأخرى لفقر الدم (الأمراض والالتهابات)، واطلب المساعدة من الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> استمرار الرضاعة الطبيعية (للرضع من عمر 6 إلى 23 شهرًا)

<input type="checkbox"/> تناول / إعطاء الأطعمة الغنية بفيتامين ج أثناء أو بعد الوجبات مباشرة	
6. هل يمكنك سرد أمثلة للأطعمة الغنية بالحديد؟ لحوم الأعضاء الداخلية للذبيحة (معلق) <input type="checkbox"/> الكبد <input type="checkbox"/> الكلى <input type="checkbox"/> القلب	
اللحوم الحمراء او البيضاء <input type="checkbox"/> لحم الضأن <input type="checkbox"/> الماعز <input type="checkbox"/> الدجاج <input type="checkbox"/> البط <input type="checkbox"/> البقر	
سمك ومأكولات بحرية <input type="checkbox"/> أسماك طازجة <input type="checkbox"/> أسماك مجففة <input type="checkbox"/> أسماك معلبة <input type="checkbox"/> الجمبري <input type="checkbox"/> روبيان <input type="checkbox"/> مأكولات بحرية	
7. عند تناول بعض الأطعمة أثناء الوجبات، تساعد بعض الأطعمة الجسم على امتصاص الحديد واستخدامه. ما هي تلك الأطعمة؟ <input type="checkbox"/> الأطعمة الغنية بفيتامين ج، مثل الحمضيات الطازجة (البرتقال والليمون وغيرها). <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف	
8. تقلل بعض المشروبات من امتصاص الحديد عند تناولها مع الوجبات. اي واحدة؟ <input type="checkbox"/> قهوة <input type="checkbox"/> شاي <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف	
9. أود أن أسالك عن أطعمة معينة قد تتناولها بمفردها أو كجزء من طبق. بالأمس، خلال النهار والليل، هل أكلت أيًا مما يلي؟ لحوم الأعضاء الداخلية للذبيحة (معلق) <input type="checkbox"/> الكبد <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> الكلى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> القلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اللحوم الحمراء والبيضاء <input type="checkbox"/> لحم بقر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لحم خروف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ماعز <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أرنب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
سمك ومأكولات بحرية <input type="checkbox"/> أسماك طازجة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أسماك مجففة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أسماك معلبة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> روبيان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> الجمبري <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مأكولات بحرية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
10. هل تأكل عادة الفواكه الحمضية الطازجة، مثل الليمون والجريب فروت وغيرها، أو تشرب العصير المصنوع منها؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم: يومياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة	
11. متى تأكل عادة الفواكه الحمضية الطازجة؟ <input type="checkbox"/> قبل الوجبة <input type="checkbox"/> خلال الوجبة <input type="checkbox"/> بعد وجبة الطعام <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة	
12. هل تشرب القهوة أو الشاي عادة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم: يومياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة	
13. متى عادة تشرب القهوة أو الشاي؟ <input type="checkbox"/> ساعتين أو أكثر قبل الوجبة <input type="checkbox"/> قبل الوجبة مباشرة <input type="checkbox"/> خلال الوجبة <input type="checkbox"/> بعد الوجبة مباشرة <input type="checkbox"/> ساعتين أو أكثر بعد الوجبة <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة	
المواقف فقر الدم الناجم عن نقص الحديد - القابلية المتوقعة	
14. ما مدى احتمالية إصابة طفلك بنقص الحديد / فقر الدم في اعتقادك؟ أو ما مدى احتمالية إصابتك بنقص الحديد / فقر الدم في اعتقادك؟ <input type="checkbox"/> غير محتمل <input type="checkbox"/> أنت غير متأكد <input type="checkbox"/> محتمل إذا لم يكن من المحتمل: هل يمكن أن تخبرني عن سبب عدم احتمال حدوث ذلك؟	
فقر الدم الناجم عن نقص الحديد - الشدة المتصورة	

15. ما مدى خطورة نقص الحديد / فقر الدم في رأيك؟ <input type="checkbox"/> ليست خطيرة <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> جدي
القناعات اتجاه الممارسة المثالية أو المرغوبة المتعلقة بالتغذية
تحضير وجبات الطعام الغنية بالحديد - الفوائد المرجوة
16. في رأيك، ما مدى جودة تحضير وجبات من الأطعمة الغنية بالحديد مثل لحم البقر أو الدجاج أو الكبد؟ <input type="checkbox"/> ليس جيدًا <input type="checkbox"/> لست متأكدًا <input type="checkbox"/> جيد
تحضير وجبات الطعام الغنية بالحديد - العوائق المتصورة
17. ما مدى صعوبة تحضير وجبات الطعام الغنية بالحديد بالنسبة لك؟ <input type="checkbox"/> ليس صعب <input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> صعب
الرضى الشخصي
18. ما مدى رضاك عن إعدادك لوجبات الطعام الغنية بالحديد؟ <input type="checkbox"/> غير راضي <input type="checkbox"/> راض بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> راض
المواقف اتجاه الطعام المفضل
19. ما مدى إعجابك بمذاق [عنصر أو وجبة طعام غنية بالحديد]؟ <input type="checkbox"/> لم يعجبني <input type="checkbox"/> أنت غير متأكد <input type="checkbox"/> اعجبني
المعرفة والمواقف والممارسات حول: نقص فيتامين أ
المعرفة
1. هل سمعت عن نقص فيتامين أ في الجسم أو عدم توفر فيتامين أ في الأغذية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا لا أعرف / لا إجابة إذا كانت الإجابة بنعم: هل يمكن أن تخبرني كيف يمكنك التعرف على شخص يفتقر إلى فيتامين أ في جسده أو جسدها؟ <input type="checkbox"/> ضعف / شعور بنشاط أقل <input type="checkbox"/> أكثر عرضة للإصابة بالمرض (أقل مناعة للعدوى) <input type="checkbox"/> مشاكل العين: العمى الليلي (عدم القدرة على الرؤية عند المساء وفي الضوء الخافت)، جفاف العين، تلف القرنية، العمى. <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
2. ما الذي يسبب نقص فيتامين أ في الجسم؟ <input type="checkbox"/> ضعف التنوع الغذائي <input type="checkbox"/> تناول القليل من الطعام / لا تأكل كثيرًا (تناول الطعام السيئ) <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
3. كيف يمكن منع نقص فيتامين أ في الجسم؟ <input type="checkbox"/> تناول الأطعمة الغنية بفيتامين أ - اتباع نظام غذائي غني بفيتامين أ <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> تناول الأطعمة المدعمة بفيتامين أ <input type="checkbox"/> تناول مكملات فيتامين أ <input type="checkbox"/> آخر (حدد)
4. هل تعرف أي أطعمة من مصدر حيواني أو خضروات أو فواكه غنية بفيتامين أ؟ الأطعمة ذات المصدر الحيواني <input type="checkbox"/> الكبد <input type="checkbox"/> الكلى <input type="checkbox"/> القلب <input type="checkbox"/> الحليب أو الجبن أو الزبادي أو غيرها من منتجات الألبان <input type="checkbox"/> صفار البيض / بيض الدجاج أو البط أو الطيور الأخرى خضروات برتقالية اللون <input type="checkbox"/> بطاطا حلوة <input type="checkbox"/> جزر <input type="checkbox"/> القرع الصيفي خضروات خضراء <input type="checkbox"/> السبانخ والملوخية ورق القرنبيط والبروكلي والخضروات الورقية الأخرى الفواكه (برتقالية أو صفراء اللون غير حمضيات) <input type="checkbox"/> مانجو نيئة <input type="checkbox"/> البابايا الناضجة <input type="checkbox"/> الشمام <input type="checkbox"/> مشمش <input type="checkbox"/> خوخ مجفف

الأطعمة المدعمة بفيتامين أ		
<input type="checkbox"/> الحبوب	<input type="checkbox"/> الحليب	<input type="checkbox"/> السكر مكرر
<input type="checkbox"/> زيوت ودهون الطعام	<input type="checkbox"/> زيوت ودهون الطعام	<input type="checkbox"/> زيوت ودهون الطعام
الأطعمة الأخرى		
<input type="checkbox"/> حليب الأم (للرضع 0-6 أشهر)	<input type="checkbox"/> أخرى (حدد)	<input type="checkbox"/> لا أعرف
الممارسات		
5. بالأمس، أثناء النهار والليل، هل تناولت أيًا من الأطعمة التالية؟		
الأطعمة ذات المصدر الحيواني		
الكبد <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	القلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الحليب أو الجبن أو الزبادي أو غيرها من منتجات الألبان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
صفار البيض / بيض الدجاج أو البط أو الطيور الأخرى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
خضروات برتقالية اللون		
بطاطا حلوة برتقالية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
جزر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
القرع الصيفي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
خضروات خضراء		
السبانخ والخضروات الورقية الأخرى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الفواكه (برتقالية أو صفراء اللون غير حمضيات)		
مانجو ناضج <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	بابايا ناضجة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	شمام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مشمش <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	خوخ مجفف <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الأطعمة المدعمة بفيتامين أ		
الحبوب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	السكر المكرر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الحليب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
زيوت ودهون الطعام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	زيوت ودهون الطعام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	زيوت ودهون الطعام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المواقف		
نقص فيتامين أ - القابلية المتوقعة		
6. إلى أي مدى تعتقد أن طفلك يعاني من نقص فيتامين أ في جسمه؟ أو ما مدى احتمالية نقص فيتامين أ في جسمك في اعتقادك؟		
<input type="checkbox"/> غير محتمل	<input type="checkbox"/> أنت غير متأكد	<input type="checkbox"/> محتمل
نقص فيتامين أ - الشدة المتصورة		
7. ما مدى خطورة نقص فيتامين أ في رأيك؟		
<input type="checkbox"/> ليست خطيرة	<input type="checkbox"/> غير متأكد	<input type="checkbox"/> جدي
تحضير وجبات الطعام الغنية بفيتامين أ - الفوائد المرجوة		
8. إلى أي مدى تعتقد أنه من الجيد تحضير وجبات تحتوي على أطعمة غنية بفيتامين أ مثل الجزر أو الخضار الورقية الخضراء أو البطاطا الحلوة أو الكبد؟		
<input type="checkbox"/> ليس جيدًا	<input type="checkbox"/> لست متأكدًا	<input type="checkbox"/> جيد
تحضير الوجبات بأطعمة غنية بفيتامين أ - عوائق متصورة		
9. ما مدى صعوبة تحضير وجبات الطعام الغنية بفيتامين أ بالنسبة لك؟		
<input type="checkbox"/> ليس صعب	<input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة	<input type="checkbox"/> صعب
الثقة بالنفس		
10. ما مدى رضاك عن نفسك في إعداد وجبات الطعام الغنية بفيتامين أ؟		
<input type="checkbox"/> راضي	<input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة	<input type="checkbox"/> غير راض
المواقف اتجاه فضليات الطعام		
11. ما مدى إعجابك بمذاق [أدخل عنصرًا أو وجبة غذائية غنية بفيتامين أ]؟ هل تكرهها أم تعجبك ولا تكرهها (محايدة) أم تحبها؟		
<input type="checkbox"/> أكره	<input type="checkbox"/> محايد	<input type="checkbox"/> أحب
المعرفة والمواقف والممارسات حول: سلامة الغذاء		
الممارسات		

1. بعد تحضير العشاء، تصبح أسطح المطبخ والأواني والمقالي والأطباق والأواني متسخة. هل يمكنك وصف كيفية تنظيفها عادة؟ <input type="checkbox"/> اكشط الطعام الزائد في سلة المهملات <input type="checkbox"/> اغسل بالماء الساخن <input type="checkbox"/> اغسلها بمنظف <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة
2. كيف يتم تخزين الأطعمة الطازجة القابلة للتلف مثل اللحوم النيئة والدواجن والمأكولات البحرية؟ <input type="checkbox"/> في الثلاجة (أقل من 5 درجات مئوية) / صندوق تبريد <input type="checkbox"/> مغطى (محمي من الحشرات والقوارض والآفات والغبار) <input type="checkbox"/> منفصلة عن الأطعمة المطبوخة أو الجاهزة للأكل <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف / لا إجابة
المعرفة
3. لماذا يجب منع اللحوم النيئة ومخلفاتها والدواجن والمأكولات البحرية من ملامسة الأطعمة الأخرى مثل تلك المطبوخة أو الجاهزة للأكل؟ <input type="checkbox"/> غالبًا ما تحتوي الأطعمة الحيوانية النيئة على الجراثيم (التي قد تنتقل إلى الأطعمة المطهية والجاهزة للأكل) <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
4. عند طهي الحساء واليخاني، ما العلامة التي تدل على أنها جاهزة وأمنة لتقديمها؟ <input type="checkbox"/> وصلوا لحد الغليان / مطبوخ جيداً <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
5. ما أنواع الطعام التي يجب وضعها في الثلاجة أو في مكان بارد، مثل صندوق الثلج أو صندوق التبريد؟ الأطعمة القابلة للتلف <input type="checkbox"/> لحمة <input type="checkbox"/> دواجن <input type="checkbox"/> أسماك <input type="checkbox"/> أغذية من البحر <input type="checkbox"/> الحليب / منتجات الألبان <input type="checkbox"/> الأطعمة المطبوخة <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
6. لماذا يجب على الشخص تجنب تناول بقايا الطعام التي لم يتم حفظها في مكان بارد؟ <input type="checkbox"/> لأن الطعام لم يعد آمنًا <input type="checkbox"/> ارتفاع درجات الحرارة يجعل الجراثيم تنمو بشكل أسرع <input type="checkbox"/> الأطعمة تفسد (تتكاثر الجراثيم بسرعة كبيرة ويمكن أن تسبب المرض) <input type="checkbox"/> أسباب أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
7. ماذا يجب أن تفعل قبل تناول الفواكه والخضروات النيئة؟ <input type="checkbox"/> اغسلهم بالماء <input type="checkbox"/> آخر (حدد) <input type="checkbox"/> لا أعرف
مواقف
التسمم الغذائي / المرض الناجم عن تناول طعام فاسد - حساسية
8. ما مدى احتمالية إصابتك بالمرض من تناول طعام فاسد في اعتقادك؟ <input type="checkbox"/> غير محتمل <input type="checkbox"/> أنت غير متأكد <input type="checkbox"/> محتمل
التسمم الغذائي / المرض الناجم عن تناول طعام فاسد - الشدة المتصورة
9. ما مدى خطورة المرض من تناول طعام فاسد في اعتقادك؟ <input type="checkbox"/> ليست خطيرة <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> جدي
حفظ الطعام القابل للتلف في مكان بارد، على سبيل المثال في صندوق تبريد أو في الثلاجة - الفوائد المرجوة
10. في رأيك، ما مدى جودة الاحتفاظ باللحوم أو الدواجن أو الأسماك أو المأكولات البحرية أو الأطعمة المطبوخة في مكان بارد، على سبيل المثال في صندوق تبريد أو في الثلاجة؟ <input type="checkbox"/> ليس جيدًا <input type="checkbox"/> لست متأكدًا <input type="checkbox"/> جيد
حفظ الطعام القابل للتلف في مكان بارد، على سبيل المثال في صندوق تبريد أو في الثلاجة - العوائق المتصورة
11. ما مدى صعوبة حفظ هذه الأطعمة في صندوق تبريد أو في الثلاجة؟ <input type="checkbox"/> ليس صعب <input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> صعب
إعادة تسخين بقايا الطعام قبل تناولها - الفوائد المرجوة
12. في رأيك، ما مدى فائدة إعادة تسخين بقايا الطعام قبل تناولها أو تقديمها؟ <input type="checkbox"/> ليس جيدًا <input type="checkbox"/> لست متأكدًا <input type="checkbox"/> جيد
إعادة تسخين بقايا الطعام قبل تناولها - العوائق المتصورة
13. ما مدى صعوبة إعادة تسخين بقايا الطعام قبل تناولها أو تقديمها؟ <input type="checkbox"/> ليس صعب <input type="checkbox"/> بدرجة متوسطة <input type="checkbox"/> صعب

