



وقائع

حلقة العمل حول

حالة الغذاء والتغذية في مجلس التعاون
لدول الخليج العربية: بين الواقع والتطلعات

العين ٢٢ - ٢٤ مايو ١٩٩٥



إعداد

عبد الرحمن مصيقر

سمير الميلاوي



جامعة الإمارات العربية المتحدة
كلية العلوم الزراعية
قسم علوم الغذاء والتغذية
بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة
المكتب الأقليمي - القاهرة



وقائع حلقة العمل
حول حالة الغذاء والتغذية
فى مجلس التعاون لدول الخليج العربية
بين الواقع والتطلعات

العين ٢٢ - ٢٤ مايو ١٩٩٥

إعداد

الدكتور عبدالرحمن عبيد مصيقر
قسم علوم الغذاء والتغذية
كلية العلوم الزراعية
جامعة الإمارات العربية المتحدة - العين

الدكتور سمير الميلادي
منظمة الأغذية والزراعة
المكتب الأقليمي - القاهرة

الطبعة الأولى ١٩٩٥
جامعة الإمارات العربية المتحدة

وقائع حلقة العمل حول حالة الغذاء والتغذية
فى مجلس التعاون لدول الخليج العربية
(العين ٢٢ - ٢٤ مايو ١٩٩٥)

إعداد

عبد الرحمن عبيد مصيقر - سمير الميلادي

الطبعة الأولى ١٩٩٥

جامعة الإمارات العربية المتحدة - العين

اللجنة التنظيمية

د . عبد الرحمن مصيقر - رئيساً

د . محمد زين علي

السيد محفوظ بن طرش

المنسقون

أ.د . نهاد داغر - عميد كلية العلوم الزراعية

د . سمير الميلادي - منظمة الأغذية والزراعة

د . عبد الرحمن مصيقر - كلية العلوم الزراعية

تقديم

عقدت أول ندوة للغذاء والتغذية في دول الخليج العربية في عام ١٩٨٠ في البحرين وذلك بتنظيم من منظمة اليونسيف ومنظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة، وتبين من خلال الدراسات القليلة التي قدمت في هذه الندوة أن مشاكل التغذية منتشرة بشكل كبير في دول الخليج العربية وأن هناك حاجة ماسة إلى التنسيق والتعاون بين القطاعات المختلفة لمكافحة هذه المشاكل . وخلال الفترة ١٩٨١ - ١٩٩٥ حدثت العديد من التغييرات في دول مجلس التعاون الخليجي وأنشأت أقسام للتغذية في معظم هذه الدول وتم إعداد عدد كبير من الدراسات والبحوث المتعلقة بالغذاء والتغذية ، بالإضافة إلى أن جميع دول المجلس التزمت بتوصيات المؤتمر الدولي المعني بالتغذية والذي عقد في روما عام ١٩٩٢ والتي حثت توصياته إلى أهمية إنشاء لجنة وطنية للتغذية الغرض منها إعداد خطة وطنية للنهوض بالحالة التغذوية في كل بلد . لذا فإن حلقة العمل الحالية تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية :

- ١ - تقييم الوضع الحالي للغذاء والتغذية في دول مجلس التعاون الخليجي .
- ٢ - متابعة توصيات المؤتمر العالمي للتغذية مع التركيز على الجوانب التالية :
 - أ - حماية المستهلك من خلال تحسين الرقابة الغذائية .
 - ب - تشجيع التغذية الصحية وتغيير نمط الحياة .
 - ج - الوقاية من بعض أمراض نقص العناصر الدقيقة .
 - د - تقييم وتحليل ورصد الحالة التغذوية في المجتمع .

ونأمل أن تكون توصيات هذا الحلقة قابلة للتطبيق ، وأن تساعد في الخروج بخطة عمل للتنسيق والتعاون بين دول مجلس التعاون الخليجي في مجال التغذية والرقابة الغذائية ، كما نأمل أن تساعد هذه الحلقة دول المجلس في بلورة تصوراتها حول الخطة الوطنية للنهوض بالتغذية .

د . عبدالرحمن مصيقر

رئيس اللجنة التنظيمية

المحتويات

الصفحة

١	.....	كلمة مدير جامعة الإمارات العربية المتحدة	-
٢	.....	كلمة عميد كلية العلوم الزراعية	-
٣	.....	توصيات حلقة العمل	-
		متابعة توصيات المؤتمر الدولي المعني بالتغذية	-
٥	.....	سمير الميلادي	-
		الوضع التغذوي في مجلس التعاون لدول الخليج العربية : بين الواقع والتطلعات	-
١٠	.....	عبدالرحمن مصبقر	-
		تقرير حول الندوة شبه الإقليمية حول التثقيف الغذائي في دول الخليج العربي	-
٢٢	.....	عبدالرحمن مصبقر	-
		الحدود والمواصفات لجودة الأغذية في مجلس التعاون الخليجي	-
		(مثال من دولة الإمارات العربية المتحدة)	-
٢٩	.....	موسى علي - محمدزين علي	-
		الحاجة إلى التخطيط الصحي لحل مشاكل التغذية	-
٤٠	.....	سعيد بن أسحاق	-
		الوضع التغذوي في المملكة العربية السعودية	-
٤٧	.....	أحمد الشوشان	-
		الوضع التغذوي في دولة الكويت	-
٥٦	.....	نوال القعود - فوزية العوضي	-
		مشاكل التغذية في سلطنة عُمان	-
٦٨	.....	دينا العصفور - نايلة نوري	-
		الوضع التغذوي في البحرين	-
٧٣	.....	عبدالرحمن مصبقر	-
		حالة التغذية في دولة الإمارات العربية المتحدة	-
٨٥	.....	عبدالرحمن مصبقر - عبد الغفار عبد الغفور	-
		واقع الرقابة الغذائية في إمارة دبي	-
٩٦	.....	خالد شريف	-
		الرقابة على الأغذية في دولة قطر	-
١٠٣	.....	أحمد قطب	-

الصفحة

- ١١٤ - الرقابة الغذائية في البحرين
زكريا خنجي - عبدالرحمن مصيقر
- ١٢١ - دور مركز رقابة الأغذية والبيئة في حماية المستهلك والحد من التلوث الغذائي
أمين يوسف - حسن الكثيري
- ١٢٦ - الرقابة الغذائية في المملكة العربية السعودية
عبدالرحمن الخليفة
- ١٣٥ - الرقابة الغذائية في دولة الكويت
عبدالله الشمري
- ١٣٩ - تقييم البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال في دول مجلس التعاون الخليجي
(مثال من البحرين وسلطنة عُمان)
عبدالرحمن مصيقر
- ١٥٣ - البرامج التي تقوم بها وزارة الصحة للوقاية والسيطرة على مشاكل التغذية في
دولة الإمارات العربية المتحدة
هاجر الحوسني - ماري كليز
- ١٥٨ - تقييم خدمات التغذية في مستشفيات دولة الإمارات العربية المتحدة
رشدي عبدالمنعم
- ١٦٢ - الأنشطة والبرامج المتعلقة بتحسين الوضع الغذائي والتغذوي في دولة الكويت
زهزم موسى
- ١٦٩ - الخطة الوطنية للنهوض بالتغذية في المملكة العربية السعودية
محمد الجاسر
- ١٧٦ - جمعية التغذية العربية ودورها في النهوض بالتغذية في دول مجلس التعاون الخليجي
عبد الرحمن مصيقر
- ١٨٠ - المشاركون في حلقة العمل

كلمة سعادة مدير جامعة الإمارات العربية المتحدة
الدكتور هادف بن جوعان الظاهري

الساده الحضور من دول مجلس التعاون الخليجي

نرحب بكم أجمل ترحيب في بلدكم الثاني دولة الإمارات العربية المتحدة ونشكركم لتحمل عناء السفر لحضور هذا الأتتماع .

أخواني - أخواتي تعتبر التغذية من الركائز الأساسية للتنمية الصحية وقد بدأت دول مجلس التعاون تولي اهتماماً كبيراً لموضوع التغذية والغذاء وذلك راجع إلى إنتشار بعض المشاكل الغذائية وتأثيرها الصحي والأجتماعي على المجتمع .

ولا نخفي عليكم أن التغييرات الأقتصادية والأجتماعية التي حدثت في منطقة الخليج خلال الثلاث عقود الماضية أدت إلى العديد من التغييرات في سلوكياتنا وعاداتنا الغذائية ، فقد أنحسر تناول الأغذية التقليدية كالسمك والتمر والخضروات الطازجة خاصة عند الجيل الجديد وأزداد تناول اللحوم والدواجن والأغذية الغنية بالدهون والسكريات والقليلة في الألياف الطبيعية ، كما تغير أسلوب الحياة حيث قلّة الحركة وممارسة التمارين الرياضية وكثير الأعتقاد على الوسائل الحديثة في التنقل وتحضير الطعام وتصريف شؤون المنزل مما ساعد في ظهور نمط آخر من الأمراض تسمى بأمراض الوفرة . وهي أمراض القلب والسرطان والسكري والسمنة وأصبحت هذه الأمراض تشكل تحدياً كبيراً للجهات الصحية في المنطقة . وبالمقابل مازالت بعض أمراض سوء التغذية منتشرة في هذه الدول خاصة فقر الدم الذي ينتشر بصفة خاصة في الأطفال الصغار والمراهقات والأمهات الحوامل .

أخواني وأخواتي إن تشابه الظروف الأجتماعية والأقتصادية في دول مجلس التعاون الخليجي يحتم التنسيق والتعاون بين هذه الدول لوضع برامج فعالة وعملية لمكافحة مشاكل التغذية ، ويأتي إجتماعكم هذا كحجر أساس لهذا التنسيق ، خاصة وأن المشاركين يمثلون نخبة من المختصين في شؤون الغذاء والتغذية في بلدان المنطقة .

لقد درجت جامعة الإمارات العربية المتحدة في أحتضان العديد من الندوات والمؤتمرات التي تهدف إلى خدمة المجتمع في جميع النواحي الصحية والأجتماعية سواء في منطقة الخليج أو المنطقة العربية . ونحن إذا نبارك لكم هذا الأتتماع الهام نأمل أن يحقق أهدافه والخروج بتوصيات علمية وعملية تخدم شعوب المنطقة .

ولا يفوتني في هذا المقام أن أشكر منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة لتعاونها المستمر في دعم البرامج والأنشطة الزراعية والغذائية في دولة الإمارات العربية المتحدة .
وأخيراً أود أن أكرر شكري لحضوركم وأتمنى لكم أجتتماع مثمر وأقامه سعيدة .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،

كلمة عميد كلية العلوم الزراعية
الدكتور نهاد داغر

سعادة مدير الجامعة
سعادة نواب المدير
أيها الضيوف الكرام
الأخوه والأخوات الأفاضل

أنه لمن دواعي فخري وإعتزازي أن أرحب بكم جميعاً بمناسبة افتتاح حلقة العمل هذه حول حالة الغذاء والتغذية في مجلس التعاون لدول الخليج العربية . أن هذا الاجتماع يعقد تجاوباً مع توصيات المؤتمر العالمي للتغذية الذي عقد في مقر منظمة الأغذية والزراعة الدولي في روما في ديسمبر ١٩٩٢ .

أن الهدف الأساسي لعقد هذه الحلقة هو وضع إستراتيجية وطنية وإقليمية لمكافحة مشاكل الغذاء والتغذية في دول الخليج العربية . ولكي تتمكنوا من وضع هذه الأستراتيجية عليكم أولاً أن تتعرفوا على الوضع التغذوي ووضع الرقابة الغذائية في دول مجلس التعاون الخليجي كما وتأخذوا بعين الاعتبار البرامج الصحية والغذائية القائمة حالياً في هذه الدول .

أن هذا العمل الذي أنتم بصدد القيام به عمل هام وأساسي لأنه من المعروف أن مشاكل التغذية تؤثر على الحالة الصحية والعقلية للأفراد وبالتالي تعوق من الأنتاجية وتنمية المجتمع ، وهناك العديد من مشاكل الغذاء والتغذية في دول الخليج العربية التي تتطلب وضع خطط عاجلة لمكافحتها ويمكن تقسيم هذه المشاكل إلى نوعين رئيسيين :-

- ١ - مشاكل متعلقة بالتخمة والتمدن مثل أمراض القلب والسكر وارتفاع ضغط الدم والسمنة .
- ٢ - مشاكل متعلقة بنقص في بعض العناصر الغذائية مثل فقر الدم الغذائي ونقص فيتامين معين وغيرها من حالات سوء التغذية .

أن وضع مثل هذه الأستراتيجية من قبلكم أيها الأخوه والأخوات سيكون له صدى مهماً وسيسجله مجلس التعاون الخليجي ومعه جامعة الإمارات العربية المتحدة متمثلة بقسم علوم الغذاء والتغذية في كلية العلوم الزراعية الذي بدأ في الآونة الأخيرة في تحقيق المزيد من التنسيق والتعاون في مجال التغذية مع المؤسسات الإقليمية والدولية من أجل تحسين الوضع التغذوي في هذه المنطقة .

وفي الختام يطيب لي أن أقدم شكري لسمو الشيخ نهيان بن مبارك آل نهيان وزير التعليم العالي والبحث العلمي - الرئيس الأعلى للجامعة لتشجيعه كل هذه النشاطات العلمية المتعلقة بخدمة المجتمع وسعادة مدير الجامعة الدكتور هادف الظاهري لرعايته هذه الندوة وحضور هذا الأفتتاح وأتوجه بالشكر أيضاً إلى منظمة الأغذية والزراعة الدولية لتعاونها معنا لعقد حلقة العمل هذه ، كما لا يفوتني أن أشكر جميع الذين حضروا من الخارج للإشتراك في هذا النشاط متمنياً لكم جميعاً إجتماعاً منتجاً وإقامة سعيدة في مدينة العين .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

توصيات حلقة الغذاء والتغذية
فى مجلس التعاون لدول الخليج العربية

(العين ٢٢ - ٢٤ مايو ١٩٩٥)

التوصيات العامة :

- (١) تكوين لجنة للغذاء والتغذية على مستوى المجلس تتكون من مجموعة من المتخصصين فى مجال التغذية والرقابة الغذائية وتتبع الأمانة العامة لمجلس التعاون . ومن أهم أعمال هذه اللجنة وضع إستراتيجية للأمن الغذائي وبرامج مكافحة مشاكل التغذية فى دول المجلس .
- (٢) تعزيز فكرة إنشاء مركز للغذاء والتغذية لدول مجلس التعاون الخليجي يكون مقره إحدى دول المجلس ويشارك فى التدريب وأجراء البحوث المتعلقة بالتغذية والرقابة الغذائية بالإضافة إلى أعداد برامج التثقيف الغذائي .
- (٣) العمل على عقد إجتماعات دورية بين المتخصصين فى الغذاء والتغذية فى دول المجلس الغرض بحث مشاكل الغذاء والتغذية والبرامج المشتركة فى الوقاية والسيطرة عليها .

التوصيات المتعلقة بمشاكل التغذية

- (١) إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بالكشف عن الأسباب والعوامل المؤدية إلى حدوث مشاكل التغذية خاصة فقر الدم ونقص اليود والأمراض المزمنة مثل السكري والسمنة وأمراض القلب والسرطان .
- (٢) حث الدول الأعضاء على إنشاء أقسام أو برامج للمعلومات الغذائية فى الوزارات أو الجهات ذات العلاقة لغرض توفير البيانات والأحصائيات اللازمة ، مع دعم إنشاء نظام للترصد الغذائي فى كل دولة .
- (٣) التركيز على التدريب فى مجال التغذية وذلك لصقل الخبرات المحليه ويجب أن يشمل التدريب جميع الأشخاص العاملين فى مجالات التغذية وكذلك أولئك العاملين فى القطاعات ذات العلاقة مثل القطاع الصحي والزراعي والأجتماعي .
- (٤) حث دول المجلس على تشكيل لجنة وطنية للتغذية فى كل دولة تضم جميع الجهات ذات العلاقة تكون مهمتها وضع الخطة الوطنية للنهوض بالتغذية فى الدولة .
- (٥) إيجاد وسائل فعالة لمشاركة القطاع الخاص فى برامج الغذاء والتغذية القائمة فى دول المجلس ومن أهم المجالات التي يمكن أن يساهم فيها القطاع الخاص المشاركة فى عقد الندوات والمؤتمرات وتقديم الدعم المادي للدراسات والبحوث والمشاركة فى عمل الوسائل التثقيفية .
- (٦) دعم وتعزيز برامج التثقيف الغذائي فى دول المجلس وذلك بتوفير الكوادر الوطنيه المتخصصة فى التثقيف الصحي والغذائي وأعداد برامج تثقيفية مدروسة وموحده لدول المجلس .

- (٧) إدخال التغذية في المناهج الدراسية (المدرسية والجامعية) مع التركيز على طرق الوقاية ومكافحة المشاكل الغذائية السائدة في المجتمع الخليجي .
- (٨) الأستعانة بالمنظمات الدولييه خاصة منظمتي الأغذية والزراعة والصحة العالمية في تقديم المشورات الفنية في مجال الغذاء والتغذية والمشاركة في وضع الخطط والبرامج الغذائية .
- (٩) يجب أن تلعب الجامعات والمؤسسات التعليمية في المنطقة دوراً رئيسياً في دعم برامج التدريب الغذائي وصقل الكوادر الوطنييه وأجراء البحوث والدراسات الغذائية في دول المجلس .

التوصيات المتعلقة بالرقابة الغذائية

- (١) مراجعة وتقييم التشريعات الغذائية المستخدمة حالياً في دول المجلس وذلك لغرض تعديلها لتلائم الوضع الراهن لرقابة الأغذية .
- (٢) إصدار مواصفات قياسية تغطي مختلف السلع الغذائية المتداولة مع التركيز على تحديد الحدود اللازم أجراءها لكل سلعة غذائية .
- (٣) توفير الحد الأدنى من المؤهلات العلمييه عند تعيين المفتشين في مجال الأغذية وذلك لرفع كفاءة التفتيش الغذائي .
- (٤) إصدار دليل موحد وعملي للتفتيش الغذائي للأستعانة به في أغراض التدريب في دول المجلس .
- (٥) الدعم الفني والبشري لمختبرات الأغذية في دول المجلس مع التركيز على تأهيل الكوادر الوطنييه والأهتمام بأدخال نظام الجودة في جميع مختبرات رقابة الأغذية للتأكد من كفاءة العمل ودقته .
- (٦) التنسيق والتعاون بين أجهزة مختبرات الأغذية والرقابة الغذائية في دول المجلس من خلال اللقاءات الدورية والاتصال المباشر .
- (٧) يجب أن تكون القرارات التي تصدرها سلطات رقابة الأغذية بكل دولة في المجلس فاصلة ونهائية وراعية طبقاً للقوانين المعمول بها في كل دولة .
- (٨) الإستفادة من خبرات وأمكانيات الجامعات ومراكز البحوث في المنطقة لدعم برامج الرقابة الغذائية .
- (٩) حث دول المجلس في المشاركة الفعالة في مداوات هيئة دستور الأغذية التابعة لمنظمتي الأغذية والزراعة والصحة العالمية .
- (١٠) وضع برامج تدريبية موحده لصقل مهارات مفتشي الأغذية والعاملين في مجال الرقابة الغذائية ويجب أن تراعى هذه البرامج الظروف الخاصة بدول مجلس التعاون الخليجي .
- (١١) تشجيع إنشاء جمعيات حماية المستهلك في دول المجلس .
- (١٢) تشديد الرقابة على الأغذية المستوردة وتبادل المعلومات حول الأغذية المرفوضة في أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي .
- (١٣) الأهتمام بتوعية المستهلك في مجال صحة الأغذية بأعداد برامج متخصصة في هذا المجال وبأستخدام تقنيات الأعلام الحديثة .
- (١٤) العمل على مراقبة وضبط صيغ الأعلانات الغذائية المضللة خاصة المعروضة في التلفزيون .

متابعة توصيات المؤتمر الدولي المعني بالتغذية

سمير الميلادي

منظمة الأغذية والزراعة - المكتب الاقليمي - القاهرة

مقدمه

أوصى المؤتمر الدولي المعني بالتغذية والذي عقد في روما عام ١٩٩٢ بأهمية وضع خطط وطنية لتحسين الحالة الغذائية للدول وذلك قبل نهاية عام ١٩٩٤ ، ومن الضروري أن تستند هذه الخطط إلى تحليل الوضع التغذوي القطري وأن يتم أعدادها بمساهمة فعالة من كل من الوزارات والمجتمعات المحليه والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات القطاع الخاص ذات الصلة ، ويجب تخصيص وحشد الموارد الماليه والبشريه اللازمه للتنفيذ ، كما يجب إعداد مقترحات بالأولويات المتعلقة بالبحوث والتدريب في مجال الغذاء والتغذية وإقامة الروابط بين القطاعات الحكومية وغير الحكومية والمؤسسات الأكاديمية الملائمه . وقد أبدت معظم دول الشرق الأدنى إلتزاماتها بمتابعة توصيات المؤتمر الدولي وقامت بالتنسيق مع العديد من الجهات الحكوميه وغير الحكوميه لوضع مسوده للخطة الوطنيه للتغذية ، وتهدف هذه الورقه إلى أستعراض أهم الجوانب المتعلقة بالنهوض بالتغذية في دول مجلس التعاون الخليجي وذلك بناءً على توصيات المؤتمر الدولي المعني بالتغذية .

حماية المجتمع عن طريق تحسين نوعية الأغذية وسلامتها

يجب أن تحتوي إمدادات الأغذية على قدر ملائم من العناصر المغذية وأن تتوافر بتنوع وكمية كافيين ، وألا تشكل الأغذية تهديداً لصحة المستهلك بسبب الملوثات الكيميائية أو البيولوجية أو أي ملوثات أخرى . وتكفل الرقابة على سلامة الأغذية وجودتها الحفاظ على الخصائص المرغوب توافرها في الأغذية أثناء مراحل إنتاجها ومناولتها وتصنيعها وتعبئتها وتوزيعها وإعدادها ، وهذا أمر يعزز إتباع نظم غذائية صحية ، ويقلل من خسائر الأغذية ، ويشجع التجارة المحلية والدولية في الأغذية . ومن الضروري وضع برامج فعالة للرقابة على نوعية الأغذية وسلامتها ، ويمكن أن تشكل هذه البرامج بعض التدابير مثل إصدار التشريعات واللوائح والمعايير ووضع نظم للتفتيش الفعال ولرصد تطبيق التشريعات واللوائح ، بما في ذلك إجراء التحليلات المختبرية اللازمة . وينبغي للحكومات أن تتعاون تعاوناً وثيقاً مع الجهات ذات العلاقة للقيام بالأنشطة التالية :-

(أ) إتخاذ تدابير شامله تكفل الرقابة على نوعية الأغذية وسلامتها بغرض حماية صحة المستهلكين والمنتجين

وضمن سلامة الإنتاج وجودة التصنيع ونزاهة الممارسات التجارية وتعزيز هذه التدابير .

(ب) وضع تدابير لحماية المستهلك من الأغذية غير المأمونة أو منخفضة النوعية ، أو المغشوشة ، أو ذات

العبوة المغلوطة أو الملوثة . ولايد أن تشمل هذه التدابير نصوصاً تتعلق بالمستويات الدنيا المقبولة لجودة

الأغذية وسلامتها ، والطرق المختلفة لإنتاج الأغذية وتصنيعها وتغليفها ووضع البيانات على العبوات

وتخزينها ، وشروط عرضها وتوزيعها .

- (ج) إعطاء أولوية لإقامة البنيات الأساسية للرقابة على نوعية الأغذية وسلامتها ، تشمل مرافق للتفتيش على الأغذية وأخذ العينات والمرافق المختبرية ، لضمان تطبيق القوانين واللوائح ، واستيفاء المنتجات المخصصة للاستهلاك المحلي والتصدير للشروط المعمول بها .
- (د) تشجيع التعاون بين قطاع الأغذية والحكومة والمستهلكين .
- (هـ) إقامة علاقات عمل فعّالة مع الصناعات الغذائية ، بما فى ذلك منتجى الأغذية ومصنعوها وموزعوها للتأكد من أن نظم الرقابة على النوعية القائمة فى مجال الصناعات الغذائية تكفل ضمان الإلتزام بأحكام القوانين واللوائح .
- (ز) القيام ، من خلال التشريعات واللوائح القطرية وغير ذلك من التدابير الملائمة ، بتنفيذ الإتفاقات الدولية المعقودة بشأن تسويق وتوزيع الكيماويات الزراعية ، مثل مدونة السلوك الدولية بشأن توزيع المبيدات وإستعمالها .
- (ط) توعية المستهلكين من أجل خلق جمهور ذا خلفيه واعيه وتحلى بممارسات منزلية مأمونة .
- (ي) تشجيع البحوث الخاصة بنوعية الأغذية وسلامتها ، بما فى ذلك أغذية الفطام مع مراعاة الظروف الإجتماعية والأقتصادية للإنتاج وتقنيات المناولة والتخزين .
- (ك) وضع برامج لمراقبة ورصد الأمراض والملوثات التي تنتقل عن طريق الأغذية .

الوقاية من نقص مغذيات دقيقة محددة ومكافحته

- يعتبر نقص العناصر المغذية الدقيقة من المشاكل الصحية الهامة فى الدول النامية ، فهذا النقص شائع على نطاق واسع ، ولو أن إنتشار نقص عنصر بعينه قد يتفاوت تفاوتاً كبيراً داخل البلدان وفيما بينها . وتكتسب حالات نقص فيتامين "أ" (بما فى ذلك البيتاكاروتين) واليود والحديد أهمية خاصة بسبب عواقبها الصحية الخطيرة وإنتشارها على نطاق جغرافي واسع والإلتزام العالمي بمكافحتها .
- وإدراكاً لما يتطلبه الأمر من موارد وتنسيق ودعم على المستويات الدولية والأقليمية والقطرية ، ينبغي للحكومات أن تقوم ، بالتعاون مع الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص / الصناعة وغير ذلك من مجموعات الخبراء والمجتمعات المحلية ، بإعتماد التوليفة الملائمة من الإستراتيجيات التالية :-
- (أ) تقدير مدى إنتشار نقص المغذيات الدقيقة ، وتقييم نطاقها الوبائي ووضع سياسة وقائية قطرية استناداً إلى طبيعة توزيع هذا النقص وأسبابه وشدته ، وتبعاً للموارد المتاحة .
- (ب) صياغة وتنفيذ برامج لمعالجة نقص العناصر المغذية الدقيقة والوقاية منه ، وتشجيع نشر المعلومات التغذوية ، وإعطاء أولوية للرضاعة الطبيعية وللأساليب الغذائية الأخرى القابلة للاستمرار والتي تشجع التنوع الغذائى من خلال إنتاج وأستهلاك الأغذية الغنية بالعناصر المغذية الدقيقة ، بما فى ذلك الأغذية التقليدية الملائمة .

- (ج) ضمان إعطاء أعلى درجات الأولوية للإستراتيجيات الغذائية القابلة للإستمرار ، والموجهة بصفة السى فئاتان ممن يعانون من نقص الحديد وفيتامين أ ، مع إعطاء الأفضلية للأغذية المتوافرة محلياً ومراعاة العادات الغذائية المحلية .
- (هـ) إتخاذ التدابير ، حيثما أمكن ذلك ، لضمان تدعيم الأغذية أو المياه بالمغذيات الدقيقة الضرورية وسن التشريعات ذات الصلة ، إذا كانت إمدادات الأغذية لا توفر مستويات كافية من هذه العناصر فى النظام الغذائى ، وينبغي تقييم هذا التدعيم بصفة منتظمة .
- (و) تنفيذ برامج التوعية والتدريب فى مجال التغذية على مستوى المجتمعات المحلية والمدارس والمستوى القطري لتوفير المعلومات عن الإعداد السليم للأغذية ، والقيمة التغذوية للعناصر الدقيقة ومدى توافرها بيولوجياً وغير ذلك من العوامل الأخرى التى تؤثر على حالة العناصر المغذية الدقيقة ، وخاصة بين صغار السن ، والترويج لإستهلاك الأغذية الغنية بهذه العناصر .
- (ز) دعم البحوث المتعلقة بدور العناصر المغذية الدقيقة فى ضمان الصحة والأصابة بالمرض ، ووضع قوائم للحصر وجداول تركيبة الأغذية للمصادر الغذائية ، ذات الأهمية الفعلية أو المحتملة ، المحتوية على المغذيات الدقيقة ، ومن بينها الخضروات والفاكهة الخضراء والصفراء ، وزيت النخيل والأسماك وما يتوافر محلياً من المصادر الغذائية الأخرى المحتوية على العناصر المغذية الدقيقة ، وبأغذية الفطام ، وبالعوامل المؤثرة على التوافر البيولوجي للعناصر المغذية .
- (ح) تنمية القدرات المؤسسية والموارد البشرية على نحو قابل للإستمرار بما فى ذلك تدريب المهنيين وغير المهنيين وقيادات المجتمع المحلي من أجل تحقيق أهداف الوقاية من نقص العناصر المغذية الدقيقة ومكافحته .

الترويج للنظم الغذائية السليمة وأزهاط الحياه الصحية

- (أ) تقييم مدى قوة العلاقة بين نوعية النظام الغذائى والأمراض فى إطار الظروف الخاصة لكل دولة وتحديد أنسب الأهداف التغذوية على ضوء إنتشار الأمراض الناجمة عن نقص العناصر المغذية والأمراض المزمنة المرتبطة بنوعية النظام الغذائى .
- (ب) تنفيذ وتدعيم تصميم برامج تثقيف غذائى ملائمة مرتكزة على المجتمع المحلي ومرتبطة باستراتيجيات مناسبة للاتصالات مثل بيان المحتوى التغذوي للعبوات الغذائية ، لتمكين الأفراد والأسر من إختيار النظام الغذائى الصحى ، واعطاء أولوية خاصة لضمان وصول هذه البرامج الى الفئات المستهدفة .
- (و) التشجيع على تكييف المعلومات الغذائية والإستهلاكية وبرامج التدخلات لكي تتلاءم مع الإختلافات فى الأحوال الإجتماعية والإقتصادية والحواجز اللغوية والمعتقدات والمواقف الحضارية أزاء الأغذية والصحة والمرض .

- (هـ) تشجيع المعرفة منذ سن مبكرة بالأغذية والتغذية وسلامة الأغذية وتحضيرها ، والنظم الغذائية السليمة وأنماط الحياة الصحية وذلك عن طريق الإستعانة بالمناهج المدرسية والمعلمية والمشتغلين بالمهن الصحية ، وعن طريق تدريب العاملين فى مجال الإرشاد الزراعي .
- (و) تشجيع المرافق النظامية لتقديم الخدمات الغذائية وقطاع توريد الأطعمة على توفير وجبات غذائية صحية والترويج لها .
- (ز) إتخاذ الإجراءات الملزمة لمكافحة التدخين وإساءة إستعمال الكحول والمخدرات .
- (ح) رعاية وتعزيز البرامج الرياضية بما يعود بالنفع على الجميع ، مع إستهداف الأطفال والمجموعات شديدة التعرض للخطر ، وتوفير المرافق الترفيهية والرياضية بمشاركة منظمات المجتمع المحلي والمنظمات العامة والخاصة .

تقييم الأوضاع الغذائية وتحليلها ورصدها

- يُعد توافر المعلومات عن طبيعة الأنواع المختلفة من المشكلات التغذوية ومدى حجمها وشدتها وأسبابها ، وعن الموارد وكيفية تبدلها على مر الزمن ، أمراً جوهرياً لوضع وتنفيذ ورصد وتقييم سياسات وبرامج فعالة لتحسين التغذية وفى هذا الصدد ، ينبغى للحكومات بالتعاون الوثيق مع جميع الأطراف المعنية ، القيام بالأنشطة التالية :-
- (أ) تحديد المشكلات التغذوية ذات الأولوية فى كل دولة لمعرفة أسبابها وتخطيط التدابير العلاجية الملزمة وتنفيذها ، ورصد الجهود المبذولة لتحسين الوضع التغذوي وتقييمها .
- (ب) إنشاء أو تعزيز أجهزة جمع البيانات وتحليلها وتبليغها ضمن الأطر المؤسسية الملزمة ، وذلك بطريقة قابلة للإستمرار من أجل تلبية أولويات إحتياجات القائمين على التخطيط ووضع السياسات ، ومديري البرامج وقيادات المجتمعات المحلية ، من المعلومات ذات الصلة التي تلزمهم فى معالجة المشكلات التغذوية بتوفير تدريب أساسي ومستمر للعاملين فى الوزارات والمؤسسات المختصة ، وذلك فى مجال جمع البيانات وتحليلها وعرضها وإستخدامها .
- (ج) الإستفادة القصوى من مصادر البيانات ونظم المعلومات المتوفرة ، تلافياً لإزدواج الجهود وتشجيعاً لإتباع منهج منسق متعدد القطاعات فى إتخاذ الإجراءات اللازمة .
- (د) إستحداث وتعزيز الأنشطة المتعلقة برصد النمو وتشجيعه ومراقبة التغذية فى إطار نظم الرعاية الصحية الأولية .
- (ح) تشجيع البحوث وتدريب العاملين فى مجال التغذية ، وخاصة فيما يتعلق بعلوم الأغذية والتغذية والبيولوجيا وسمية الأغذية والأوبئة والعلوم الأنسانية والإجتماعية والتدخلات ذات الصلة .
- (خ) تشجيع ودعم التعاون الأقليمي والدولي فى مجال جمع المعلومات المتعلقة بالأغذية والتغذية وعلى الأطلاق بأنشطة المراقبة والإنذار المبكر . وينبغى أن يشمل ذلك أيضاً تكوين القدرات اللازمة داخل البلدان المختلفة ، وتشجيع إنشاء مراكز إتصال فى مجال التدريب والبحاث على المستويين القطري والأقليمي .

(هـ) دعم وتشجيع الأنشطة المتعلقة بتنمية واستغلال المعلومات الخاصة بمكونات الأغذية المحلية .

المراجع

- ١ - منظمة الأغذية والزراعة (١٩٩٢) التغذية والتنمية - تقرير عالمي ، روما ، إيطاليا .
- ٢ - منظمة الأغذية والزراعة (١٩٩٢) التقرير النهائي للمؤتمر الدولي المعني بالتغذية ، روما ، إيطاليا .

الوضع التغذوي في مجلس التعاون لدول الخليج العربية بين الواقع والتحديات

عبدالرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

مقدمة

منذ اكتشاف النفط ومنطقة الخليج العربي تشهد العديد من التغيرات في البنية الاقتصادية والاجتماعية ، وقد أدت هذه التغيرات إلى إحداث تحول كبير في العادات الغذائية ونمط الحياة والمعيشة مما أثر على ظهور ما يسمى بأمراض التمدن أو الأمراض المزمنة خاصة تلك المرتبطة بالتغذية وفي المقابل لم تختفى أمراض نقص التغذية وذلك راجع بصفة خاصة إلى نقص الوعي الصحي والتغذوي عند أفراد المجتمع فالتحسن في الخدمات الصحية والحياة الاجتماعية والاقتصادية لم يتبعه تحسن مواز في المعلومات والثقافة الصحية والغذائية . ويمكن تقسيم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي مرت بها المنطقة إلى حقتين رئيسيتين :

حقبة ما قبل النفط (قبل عام ١٩٤٠) .

كان عدد سكان دول المنطقة صغيراً جداً وغالبيتهم من البدو أو المزارعين ، وكانت المهن الرئيسية لأفراد المجتمع الزراعة وصيد الأسماك والغوص والرعي وتربية الماشية . أما بالنسبة للحالة الصحية فقد كانت سيئة ، فانتشار أمراض سوء التغذية كان كبيراً خاصة عند الأطفال الصغار والأمهات وكانت وفيات الأطفال عالية مثلها مثل العديد من الدول الفقيرة . ومن أكثر الأمراض إنتشاراً في هذه الفترة الملاريا وأمراض العيون والطفيليات المعوية وأمراض الجهاز التنفسي خاصة السل الرئوي والعديد من الأمراض المعدية .

الحقبة النفطية

وهذه يمكن تقسيمها إلى ٣ مراحل رئيسية :

المرحلة الأولى (١٩٤٠ - ١٩٦٠)

حدث تغير بسيط في بعض دول المنطقة خلال هذه المرحلة خاصة في الكويت والبحرين ، وبدأ السكان يزحفون من الريف أو البدو إلى المدن الرئيسية وبدأ الإنتاج الزراعي بنحسر نتيجة نزوح عدد كبير من العمال الزراعيين إلى العمل في القطاع النفطي الذي بدأ يزدهر وينمو بشكل مطرد ، كما حدث تدفق بسيط للعمال الوافدة إلى هذه المنطقة وحدث تحسن ملموس في بعض الخدمات الصحية مما أدى إلى بعض الأنخفاض في الأمراض المعدية ولكن وفيات الأطفال تمت مرتفعة في هذه المرحلة ولم يحدث تغير كبير في نمط العادات الغذائية بالرغم من بدء دخول الأغذية المعلبة والمصنعة إلى أسواق المدن الرئيسية ، أما الرضاعة الطبيعية فكانت هي النمط السائد لتغذية الطفل وكانت تستمر لمدة عامين أو أكثر .

المرحلة الثانية (١٩٧٠ - ١٩٨١) (الطفرة النفطية)

حدث تغير سريع في جميع الجوانب الصحية والأقتصادية والأجتماعية خلال هذه المرحلة وذلك راجع إلى ارتفاع أسعار النفط بشكل مفاجئ وكبير خاصة بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، وكذلك إلى زيادة أنتاج النفط في دول المنطقة وبالتالي إرتفاع مستوى الدخل ، وبدء التيار الكهربائي والمياه الصالحة للشرب تصل إلى المناطق القروية والبدو وأزداد نزوح السكان من هذه المناطق إلى السكن والعمل في المناطق الحضرية التي توسعت إلى عدة أضعاف مساحتها السابقة . وحصلت في هذه المرحلة هجرة ضخمة في فترة قصيرة لم تشهدا أي منطقة في العالم خلال هذه الفترة حيث تدفق الملايين من العمال والفنيين من مختلف أنحاء العالم إلى العمل في دول الخليج التي كانت تحتاج إلى هذه العماله نتيجة التوسعات والمشاريع الأقتصادية والصحية الكبيرة . وحصل تحسن كبير في الخدمات الصحية والتعليمية مما ساهم في التقليل من إنتشار الأمراض المعدية والسيطرة على بعضها وإنخفاض معدل وفيات الأطفال ، كما أن نسبة الأمية بدأت تنخفض وذلك راجع إلى إنخراط غالبية الأطفال والشباب في المدارس ، كما تم فتح فصول لمحو الأمية في مناطق عديدة في كل دوله خليجية .

أما من الناحية الغذائية فقد حدث إنخفاض سريع في نسبة الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن من الثدي وبدأت الأمهات في إدخال أغذية الفطام المصنعة في سن مبكرة من عمر الطفل مما أثر على نمو وصحة الأطفال . وحدث تغير كبير في نمط أستهلاك الطعام وأزداد الأعتماذ على الأغذية المعلبة والمحفوظة وبدء غزو الأغذية السريعة التي أصبحت جزء من العادات الغذائية خاصة عند الشباب والمراهقين ، وإزداد أعتماذ الناس على الأجهزة الكهربائية في المنزل وأستخدام السيارة والأعتماذ على الخدم في تصريف شئون المنزل مما قلل من الحركة وممارسة الرياضة وهذا ساعد في ظهور الأمراض المزمنة المرتبطة بالتغذية .

المرحلة الثالثة (١٩٨٢ - ١٩٩٥)

بالرغم من إستمرار التطور والتنمية الأقتصادية في بلدان المنطقة إلى أن التدهور السريع الذي حدث في أسعار النفط (المورد الرئيسي لهذه الدول) شكل عقبة لبعض برامج التنمية . وبدأت الدول بتطبيق سياسة ترشيد الأنفاق وأنخفاض الطلب على العماله الوافدة نتيجة توقف أو تقليص بعض المشاريع ، كما أهتمت بعض الدول بوضع أولويات لبرامج التنمية ، ومع ذلك فقد أستمر نمو بعض الصناعات خاصة الصناعات التي تعتمد على مشتقات النفط ، كما أزهزت وبشكل كبير الصناعات الغذائية وبدأت بعض الدول تصدر منتجات هذه الصناعات إلى دول المنطقة والدول العربية الأخرى وقد وصلت الصناعات الغذائية في بعض الدول مثل المملكة العربية السعودية والأمارات إلى مرحلة متقدمة تنافس بل تتفوق على مثيلتها في الدول المتقدمة .

ومن الناحية الصحية أستمر التحسن في الوضع الصحي والأنخفاض الكبير في وفيات الأطفال حتى وصل معدل وفيات الأطفال الرضع إلى أقل المعدلات في الدول النامية ، كما إنخفضت الأمراض المعدية وأستطاعت دول الخليج القضاء على بعضها وتطورت الخدمات الصحية بشكل لافت للنظر وأصبحت تصل إلى جميع المناطق حتى النائية منها .

ولا بد من أن تكون هناك ضريبة لهذا التحسن في المستوى المعيشي والاقتصادي وقد كانت الضريبة من الناحية الصحية والتغذوية إستفحال الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري وتسوس الأسنان والسرطان وأصبحت هذه الأمراض تشكل قلقاً للجهاز الصحية وتستنزف نسبة كبيرة من ميزانياتها السنوية وللأسف الشديد أهتمت هذه الدول بتوفير الأجهزة والكوادر الطبية لعلاج هذه الأمراض دون التركيز على البرامج الوقائية للتقليل أو السيطرة عليها .

مشاكل التغذية في دول مجلس التعاون الخليجي

يمكن القول إن هناك ثلاثة أنواع من مشاكل التغذية في دول الخليج العربية : النوع الأول يتعلق بالمشاكل المرتبطة بالنقص في العناصر الغذائية مثل فقر الدم الناتج عن نقص الحديد ونقص في عنصر اليود وفيتامين د والطاقة الحرارية ، والنوع الثاني يتعلق بالأمراض المتعلقة بالزيادة في تناول الغذاء والتغير في أسلوب الحياة مثل السمنة والسكري وأمراض القلب والسرطان وارتفاع ضغط الدم ووهن العظام . أما النوع الثالث فهو المتعلق بالتلوث الغذائي والبيئي خاصة التلوث بالمبيدات الحشرية وسموم الافلاتوكسين الخطره والتلوث بالرصاص ، وسوف نتطرق بأيجاز لهذه المشاكل .

(١) مشاكل التغذية المرتبطة بنقص عنصر أو أكثر من العناصر الغذائية

يعتبر فقر الدم الناتج عن نقص الحديد من أهم مشاكل التغذية التابعة لهذه الفئة من المشاكل ويتعرض الرضع وأطفال ما قبل السن المدرسي والمراهقات والنساء الحوامل للإصابة بهذا المرض بشكل أكبر من غيرهم من فئات المجتمع ، وما زالت الدراسات حول حجم الإصابة بهذا النوع من فقر الدم قليلة ومعظم هذه الدراسات تعتمد على مستوى الهيموجلوبين في الدم وهذا لا يعتبر مؤشراً كافياً بل يفضل استخدام مؤشرات أخرى معه ، كما أن انتشار الإصابة بفقر الدم الوراثي (الذي ليس له علاقة بالغذاء) لعب دوراً كبيراً في ارتفاع نسبة الأشخاص المصابين بنقص الهيموجلوبين في الدم في منطقة الخليج .

وبصفة عامه فإن نسبة الإصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد عاليه عند أطفال ما قبل السن المدرسي وتصل إلى ٦٠٪ في بعض الحالات وتتراوح النسبة عند تلاميذ المدارس (٦ - ١٨ سنه) بين ١٢٪ و ٤٥٪ وعادة تكون الإصابة عالية عند الفتيات في سن المراهقة (١٣ - ١٨ سنه) وتصل الإصابة إلى أكثر من الضعف مقارنة مع الأولاد في نفس المرحلة العمرية . أما بالنسبة للنساء الحوامل فتتراوح الإصابة بين ٢٥ إلى ٥٠٪ .

وتشير الدراسات في المملكة العربية السعودية أن نقص فيتامين د منتشر بشكل لافت للنظر في بعض مناطق المملكة ويعتقد أن هذه المشكلة موجودة في جميع الدول الخليجية وقد يرجع سبب الإصابة بهذا النقص إلى قلة تناول الأغذية الغنية بفيتامين د وتلك المدعمة بهذا الفيتامين وتبين من بعض الدراسات أن معظم الأغذية والأطباق الشعبية في المنطقة لا تحتوي على نسب كافية من فيتامين د بل أن عدد كبير منها لا يحتوي إطلاقاً

على هذا الفيتامين ، كما أن عادة لف الأطفال المولودين حديثاً بالقماش لفترات طويلة وقلة التعرض لأشعة الشمس الخفيفه ساعد في تفاقم هذه المشكلة .

وبالرغم أن منظمة الصحة العالمية لم تدرج دول الخليج من ضمن الدول التي تعاني من نقص اليود إلا أن المؤشرات القادمة من المملكة العربية السعودية ودولة الإمارات العربية المتحدة أوضحت أن هذه المشكلة موجودة في بعض المناطق الجبلية وأنه من المهم وضع خطط وبرامج للوقاية من هذا المرض .
ومن ضمن المشاكل المنتشرة وبشكل كبير عند الأطفال إنخفاض معدل النمو ويقصد به نقص الوزن أو الطول بالنسبة لعمر الطفل . فقد أوضحت العديد من الدراسات أن أوزان وأطوال الأطفال في منطقة الخليج أقل من تلك التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية لنفس الأعمار وقد كان الفرق واضحاً بعد السنه الأولى من عمر الطفل ويستمر الفرق بين نمو الطفل الخليجي والنمو المثالي طوال سنوات حياته . وتبين أن أفضل حالات لنمو الأطفال كانت عند أطفال الكويت وقد يرجع ذلك إن الكويت كانت سباقه في تطوير الخدمات الصحية مما انعكس على حاله التغذية للأطفال ، كما أن تزواج نسبة كبيرة من الكويتيين مع زوجات من دول الشام ومصر ساهم في تحسين أطوال أطفالهم .

(٢) المشاكل المرتبطة بالزيادة في تناول الغذاء والتغير في نمط الحياه

في ظل الوفرة الأقتصادية أصبحت الوجبات الغذائية بصفة عامه غنية بالطاقة الحرارية والدهون وخصوصاً الدهون الحيوانية وقليلة في الألياف الغذائية والكربوهيدرات المركبة وأزداد تناول السكريات والأغذية المملحة ، ومع قلة ممارسة الرياضة والأجهاد اليومي في العمل وأرتفاع نسبة المدخنين أصبحت هذه العوامل تعرض حياة المجتمع لخطر الأصابة بالأمراض غير السارية مثل أمراض الأوعية الدموية ومرض السكري وأرتفاع ضغط الدم والسمنه وهشاشة العظام وبعض أنواع السرطانات والتي أصبحت من أهم المشاكل الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي .

وتشير إحصائيات وزارات الصحة في دول المجلس أن أمراض القلب والدورة الدموية تمثل ٢٠ - ٣٠٪ من أجمالي الوفيات وتعتبر السبب الرئيسي للوفاه في هذه الدول . ويأتي السرطان في المرتبة الثانية أو الثالثة من حيث سبب الوفاه ويعتبر سرطان الرئة أهم أنواع السرطانات أنتشاراً عند الرجال ويلي ذلك سرطان الجهاز الهضمي والمرتبط كثيراً بالتغير في نمط العادات الغذائية وقلة تناول الخضروات والفواكه الطازجة والأغذية الغنية بالألياف . كما أرتفعت حالات الأصابة بسرطان الثدي عند المرأة وسرطان البروستاتا عند الرجل ويعتقد أن الأغذية الغنية بالدهون لها دور في هذين النوعين من السرطان .

أما مرض السكري فقد أصبح من أكثر الأمراض المزمنه إنتشاراً في دول الخليج ويعتبر أحد العوامل الرئيسية للأصابة بأمراض القلب وتتراوح نسبة الأصابة عند الأشخاص البالغين من ١٠٪ إلى ١٤٪ وترتفع نسبة الأصابة بصورة كبيرة مع تقدم العمر وتصل إلى حوالي ٢٠٪ عند الأشخاص فوق الخمسين عاماً ، وتكمن الخطورة في مرض السكري في مضاعفاته الصحية ، فهو يعتبر السبب الرئيسي لحالات العمى عند كبار السن كذلك يسبب ضعف حساسية الجلد ومضاعفات في الجهاز الدوري والأصابة بأرتفاع ضغط الدم والفشل الكلوي .

وينتشر ارتفاع ضغط الدم بصورة أكبر من داء السكري وقد يرجع ذلك إلى نمط التغذية والأصابة بالسمنة وتصل نسبة الأصابة بارتفاع ضغط الدم إلى ٣٠٪ خاصة عند النساء كبيرات السن ويعتبر هذا المرض أحد العوامل الرئيسية المزدية للأصابة بأمراض القلب .

وتنتشر السمنة بشكل مخيف في المجتمعات الخليجية وأصبحت أهم عوامل الخطر المؤدية إلى حدوث العديد من الأمراض المزمنة وترتفع النسبة بشكل كبير عند النساء مقارنة بالرجال ويقدر أن حوالي ٢٥ - ٤٥٪ من الرجال في دول مجلس التعاون الخليجي مصابين بزيادة الوزن والسمنة وتتراوح النسبة عند النساء من ٥٠٪ إلى ٧٠٪ وتعتبر هذه النسب من أعلى المعدلات في العالم وترجع الأصابة بالسمنة في دول المجلس إلى عدة عوامل أهمها قلة الحركة وقلة ممارسة التمارين الرياضية وتناول الأغذية الغنية بالدهون ، وبالنسبة للمرأة الخليجية فأن تكرار الحمل والولادة بدون وجود مسافات كافية بين الحمل والآخر يعتبر من العوامل المهمة في زيادة الوزن .

(٣) التلوث الغذائي

إن التوسع في الصناعات بمختلف أنواعها وأزدياد استخدام المبيدات الحشرية في الزراعة وكذلك استخدام السيارات في التنقل لعب دوراً في تلوث البيئة والغذاء ، وتشير الدراسات أن تلوث الثروة السمكية بالمخلفات الصناعية والنفطيه من المشاكل الهامة التي تواجهها دول المجلس ، كما أن الأستخدام الخاطئ للمبيدات الحشرية ويشكل واسع ساهم في زيادة نسبة بقايا المبيدات في المنتجات الزراعية المستهلكة في المنطقة .

وأوضحت بعض الدراسات في الكويت والمملكة العربية السعودية وقطر أن نسبة الرصاص في دم الأطفال أعلى من الحد المسموح به ويعنى ذلك تلوث الغذاء أو البيئة بالرصاص وكشفت هذه الدراسات أن الأستخدام الخاطئ للطب الشعبي وبعض أدوات التجميل كان له دوراً في التسمم بالرصاص . ويجب إلا نغفل أن تدفق الأغذية من كل مكان في العالم على منطقة الخليج خلق صعوبة كبيرة في الرقابة عليها والعديد من هذه الأغذية قد تحتوى على مواد ممنوع استخدامها مثل بعض المضادات التي تسبب السرطان وهذا يعرض المجتمع إلى خطر كبير خاصة الأطفال الصغار .

أسباب مشاكل التغذية

أثبتت الدراسات أن مشاكل التغذية ترجع لمجموعة من الأسباب عادة ماتكون متداخلة مع بعضها البعض وهذه الأسباب قد تكون إجتماعية أو صحية أو اقتصادية أو حتى نفسية ويمكن تلخيص أهم أسباب مشاكل التغذية في دول الخليج كالتالي :

(١) إنحسار الرضاعة الطبيعية : وجد أن العديد من الأمهات في الخليج قد تركن الرضاعة الطبيعية وإتجهن إلى إستخدام الرضاعة بالقنينة (الصناعية) وقد يؤدي ذلك إلى سوء التغذية في حالة عدم تحضير الحليب الإصطناعي بالطريقة الصحية أو تحضيره بطريقة غير صحية مما يساعد على تلوته وإصابة الطفل بالإسهال أو أمراض أخرى .

(٢) **القطام المبكر** : تقوم نسبة كبيرة من الأمهات بإدخال أغذية أخرى غير حليب الأم في سن مبكر قد يصل إلى الأيام الأولى بعد الولادة وهذا يساعد على تقليل فرصه الأستمرار في الرضاعة الطبيعية وإذا كان الغذاء المقدم فقير في محتواه من العناصر الغذائية فإن ذلك يساعد على إصابه الطفل بسوء التغذية لو أستمرت الأم في إعطاء هذا الغذاء لفترة طويلة .

(٣) **نقص في تناول عنصر أو أكثر في الغذاء** : أن نمط التغذية غير المتوازنة والإعتماد على أغذية محدودة وعدم التنوع في الطعام قد يساهم في حدوث نقص في أحد العناصر الغذائية نتيجة عدم وجوده في الأغذية المحدودة المقدمه للفرد ، فقد يكون غذاء الفرد قليل في محتواه من البروتين أو عنصر الحديد أو فيتامين د أو غيرها من العناصر مما يسبب سوء تغذية ناتج عن نقص أحد هذه العناصر .

(٤) **العادات الغذائية الخاطئة** : تعتبر العادات الغذائية غير السليمة من أهم العوامل المؤدية إلى مشاكل التغذية في مجتمع الخليج خاصة عند الأطفال والمراهقين حيث يكثرون من تناول الأغذية غير المفيدة مثل الحلويات والشوكولاته وغيرها ، وهذا يعرضهم إلى تسوس الأسنان خاصة مع عدم الأهتمام بالعادات الصحية في تنظيف وغسل الأسنان والقم ، كما أن الأكثار من تناول الدهون خاصة الحيوانية وقلة تناول الأغذية الغنية بالألياف الطبيعية ساهم في ظهور بعض المشكلات الصحية المرتبطة بالتغذية .

(٥) **إنتشار الأمية** : لازالت نسبة الأمية عند كبار السن مرتفعة في منطقة الخليج خاصة عند الأمهات ، والأمية تعنى عدم الإلمام بالقراءة والكتابة ، والشخص الأمي يجد صعوبة في قراءة وفهم المعلومات الصحية والتغذوية المقدمة له ، كما يعاني الشخص الأمي من نقص في المعلومات المتعلقة بالتحضير الصحي والسليم للغذاء وهذا بدوره قد يؤثر على الحالة الصحية للشخص أو الأسرة .

(٦) **الإصابة بالأمراض المعدية** : تشير الإحصائيات الصحية في دول الخليج أن الإصابة ببعض الأمراض مازالت مرتفعة خاصة عند الأطفال قبل السن المدرسي وتنخفض بدرجة ملحوظة عند أطفال المدارس . وتؤدي الأمراض المعدية إلى إستنزاف الطاقة والعناصر الغذائية من الجسم وإذا لم يتغذى الطفل جيداً فإن نموه قد يتأثر ويقل عن المعدل الطبيعي . ولقد تبين أن الإصابة بالديدان المعوية مرتفعة نسبياً عند أطفال الإبتدائي في بعض المناطق في دول الخليج العربية مما يساهم في حدوث نقص في التغذية عند هؤلاء الأطفال .

(٧) **التغير في نمط الحياة** : إن قلة ممارسة التمارين الرياضية والحياه الخاملة والإجهاد العقلي في العمل وإرتفاع نسبة المدخنين خاصة بين الشباب لعبت هذه العوامل دوراً في الأصابة ببعض الأمراض المزمنة المتعلقة بالتغذية مثل أمراض القلب .

إنحسار الرضاعة الطبيعية في دول الخليج

بعد حليب الأم أفضل غذاء للطفل خلال السنة الأولى من عمره وهو يفي بجميع المتطلبات الغذائية حتى الشهر الرابع إلى الشهر السادس من عمر الطفل . وينمو العديد من الأطفال نمواً حسناً حتى نهاية الشهر السادس دون الحاجة الى أطعمة إضافية ، بينما يحتاج أطفال آخرون إلى مقادير أكبر من الطاقة والعناصر الغذائية من تلك

التي يوفرها حليب الأم بعد الشهر الرابع . لذا فقد أوصت معظم الجهات الصحية بالبدء في إدخال أطعمة أخرى غير حليب الأم عند نهاية الشهر الرابع لضمان إستمرار نمو الطفل بشكل سليم وصحي .
وقد كانت الأم الخليجية تستمر في أرضاع طفلها حتى نهاية العام الثاني ويستمر بعضهن إلى العام الثالث من عمر الطفل أما في الوقت الحاضر فقد حدث إنحسار كبير في الأرضاع من الشدي وأتجهت العديد من الأمهات إلى الأرضاع الاصطناعي وأصبحت الرضاعة المختلطة (الرضاعة الطبيعية + الرضاعة الاصطناعية) هي النمط السائد في تغذية الطفل خلال الشهور الأولى من عمره وكلما إرتفع عمر الطفل قلة نسبة الأرضاع من الشدي ، ففي المملكة العربية السعودية وجد أن ٦٨٪ من الأمهات يرضعن أطفالهن عند الولادة وتقل النسبة إلى ٣٨٪ عند الشهر السادس وإلى ٢٢٪ عند نهاية العام الأول .

العوامل المؤثرة على استمرار الرضاعة الطبيعية في دول الخليج العربية

هناك عدة عوامل إقتصادية وإجتماعية ساهمت بشكل أو بآخر في إنحسار الأرضاع من الشدي في دول المنطقة ويمكن أن نبين أهم هذه العوامل كالتالي :

١ - **أرتفاع مستوى الدخل** : لقد أدى أرتفاع الدخل في منطقة الخليج نتيجة الطفرة النفطية إلى التقليد والمحاكاة مع الأنماط الغربية ونظراً لتوفر القوة الشرائية فقد أتجهت العديد من الأسر ذات المستوى الأقتصادي والمتوسط إلى ترك الرضاعة الطبيعية وإستخدام الحليب الاصطناعي . وفي دراسة في البحرين وجد أن ١٧٪ من الأمهات ذوات المستوى الأقتصادي العالي أدخلن الحليب الاصطناعي قبل إستكمال الطفل شهره الأول ، وتنخفض النسبة إلى ١٣٪ عند ذوات المستوى الأقتصادي المتوسط ، بينما تصل إلى ١٪ عند الأسر الفقيرة . وفي دراسة أخرى في الكويت وجد أنه كلما أرتفع مستوى دخل الأسرة إنخفضت طول فترة الرضاعة الطبيعية فنجد أن متوسط طول فترة الأرضاع من الشدي ٧ر٦ شهراً عند الأم في الأسرة التي راتبها حوالي ٤٠٠ دينار كويتي وتنخفض الفترة إلى ٨ر٤ شهراً عند الأم التابعة لأسرة دخلها الشهري أكثر من ١٢٠٠ دينار .

(٢) **عمل المرأة** : لقد أرتفعت نسبة النساء الملتحقات بالعمل في دول المنطقة وتبع ذلك قلة في الوقت اللازم للأهتمام بتغذية ورعاية الطفل ، مما أضر العديد من الأمهات العاملات إلى فطام أطفالهن في سن مبكرة وأدخال أغذية الأطفال الجاهزة . وفي إحدى الدراسات في البحرين تبين أن نسبة الأمهات العاملات اللاتي يرضعن أطفالهم طبيعياً كانت ٦٩٪ مقابل ٧٤٪ للأمهات غير العاملات وفي الكويت وجد أن طول فترة الأرضاع من الشدي كانت ٧ أشهر عند الأم غير العاملة و٣ر٨ شهراً و٤ر٤ شهراً عند الأمهات العاملات في الشؤون الإدارية والفنية على التوالي .

(٣) **الأمية وتعليم الأم** : لقد أوضحت الدراسات أن الأم المتعلمة أكثر استعداداً لترك الرضاعة الطبيعية وإستخدام أغذية الأطفال في وقت مبكر ، ففي الكويت وجد أنه كلما أرتفع مستوى تعليم الأم أنخفضت طول فترة الأرضاع من الشدي فقد تبين أن متوسط الرضاعة الطبيعية ٩ر٥ شهراً عند الأم الأمية وتنخفض إلى ٣ر٤ شهراً عند الأم الجامعية . كما أظهر المسح الصحي في الكويت أن تعليم الأب يلعب دوراً كذلك في إنحسار

الرضاعة الطبيعية حيث وجد أن نسبة الأرضاع من الثدي كانت ٤٧٪ عند الأمهات المتزوجات من زوج أمي وتنخفض النسبة إلى ٢١٪ عند الأمهات المتزوجات من زوج ذو تعليم عال (ثانوية فأعلى) . وفى سلطنة عمان تبين أنه لا يوجد إختلاف جوهري فى نسبة الأرضاع من الثدي بين الأمهات الأميات والمتعلمات (٥١٪ و ٤٧٪) وهناك مؤشرات تدل على أن التعليم له دور إيجابي فى الأرضاع الطبيعي ففي دراسة عن العوامل المؤثرة على الرضاعة الطبيعية فى البحرين وجد أن متوسط فترة الرضاعة من الثدي يزداد مع ارتفاع مستوى تعليم الأم ، وقد يرجع ذلك إلى زيادة الوعي الصحي عند الأمهات المتعلمات وأهتمامهن بالرضاعة الطبيعية لما لها من فوائد صحية ونفسية على الأم والطفل ، ولكننا نحتاج إلى المزيد من الدراسات عن دور التعليم فى تغذية الطفل .

(٤) **النقص فى المعلومات المتوفرة للأم والمرتبطة بغذاء الطفل وتغذيته** : لازالت برامج التثقيف الصحي فى دول المنطقة لا توفر المعلومات الكافية والمرتبطة بالظروف المحلية من ناحية العادات الغذائية والتقاليد السائدة ونوع الأطعمة المتوفرة وتهتم الكثير من أجهزة التثقيف الصحي بإصدار الكتيبات والملصقات وهذه الوسائل لها تأثير ضعيف على أقتناع الأم أو رفع مستوى وعيها . وبالإضافة إلى ذلك فإن النقص فى المعلومات منتشر بين العاملين فى القطاع الصحي ولقد أوضحت إحدى الدراسات فى سلطنة عُمان أن نسبة كبيرة من المرضين والمرضات العاملين فى المستشفيات والمراكز الصحية يجهلون بعض الأسس السليمة فى تغذية الطفل مثل السن المناسب لأدخال أطعمة الفطام وطول فترة الأرضاع الطبيعي وطريقة معالجة الأسهال عند الأطفال ونظراً لأن هؤلاء يعتبرون أحد المصادر الرئيسية للمعلومات الصحية للأم (خاصة الأم الأمية) فإن العديد من الأمهات فى المنطقة يتلقين معلومات خاطئة أو ناقصة عن تغذية أطفالهن مما يؤثر على صحة الطفل . وفى البحرين صرحت ٦٧٪ من الأمهات بأنهن أستخدمن أغذية الأطفال الجاهزة بناءً على توصيات بعض الممارسين الصحيين .

(٥) **تأثير الإعلانات التجارية** : لقد ساهمت الإعلانات التجارية فى السبعينات فى تشجيع الأم على ترك الأرضاع الطبيعي واستخدام أغذية الأطفال الجاهزة ، وفى البحرين تبين أن الإعلان التلفزيوني قد لعب دوراً هاماً فى تغيير السلوك الغذائي للأمهات ومن ضمن ذلك الإتجاه إلى شراء أغذية الفطام المعلبة . وفى عام ١٩٨١ قامت جميع دول الخليج بإيقاف الاعلان التلفزيوني عن أغذية الأطفال خاصة بدائل لبن الأم مما قلل من تأثير هذا النوع من الاعلان ، ولكن الشركات المصنعة لأغذية الأطفال أخذت فى إتباع طرق أخرى من وسائل ترويج مبيعاتها مثل توزيع الكتيبات والنشرات والعينات المجانية فى المراكز الصحية وعلى الأطباء ، وفى العيادات الخاصة ما أثر بشكل أو بآخر على استمرار الأم فى الرضاعة الطبيعية .

(٦) **عزل الأطفال المولودين حديثاً عن أمهاتهم وتقديم حليب الأطفال الاصطناعي لهم** : وساعد هذا على زيادة الإعتماد على الحليب الاصطناعي وترك الأرضاع الطبيعي . فقد وجد أن تعويد الطفل منذ ولادته على الحلمه الاصطناعية وحليب الأطفال الجاهز يساعد على عزوفه عن الأرضاع من الثدي ، كما أن تقديم الحليب الاصطناعي للأطفال الأصحاء فى المستشفيات يغرس عند الوالدين الإعتقاد بأن حليب الأم غير كاف لنمو الطفل وأنه يجب تدعيمه بالحليب المجفف . وقد بينت إحدى الدراسات فى دولة الإمارات العربية المتحدة أن ١٩٪ - ٥ من الأطفال فى المناطق القروية والحضرية قد أعطى لهم الحليب الاصطناعي بعد الولادة مباشرة .

وتدعى بعض الأمهات بأنهن يكن منهكات بعد الولادة مباشرة ولهذا فأنهن لا يستطعن أرضاع أطفالهن ولكن وجد أن وضع الطفل على ثدي الأم بعد الولادة لا يسبب أي إجهاد أو تعب للأم ، وأوضحت الدراسات أن الأم التي تبدأ فى أرضاع طفلها فى وقت مبكر بعد الولادة تستمر فى أرضاعه من الثدي لفترة أطول من الأم التي بدأت أرضاع طفلها فى وقت متأخر ، أي بعد ١٢ ساعة من الولادة .

(٧) إنتشار أغذية الأطفال الجاهزة ورخص ثمنها (النسبي) : لقد قامت شركات أغذية الأطفال بأغراق أسواق المنطقة بكل أنواع الحليب الأصطناعي وأغذية الفطام وقد ساهم ذلك فى سهولة إقتنائها وتوفرها فى كل منزل ، فقد تبين أنه حتى فى المناطق الجبلية والصحراوية توجد أماكن لترويج أغذية الأطفال ، وما يفاقم الوضع عدم وجود تشريعات متكاملة لتسويق حليب الأطفال ، فقد أوصت الأمانة العامة لوزراء صحة دول الخليج العربية بضرورة تطبيق المسودة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم (حليب الأطفال) ولكن للأسف فإن جميع دول المنطقة لم تطبق هذه المسودة بالشكل المطلوب مما خلق ثغرات لشركات أغذية الأطفال للنفوذ إلى الأسواق بدون التقيد ببعض المواصفات .

وفى إحدى الدراسات عن البطاقة الإعلامية على أغذية الأطفال المتوفرة فى أسواق كل من البحرين وسلطنة عُمان تبين أن البطاقة الاعلامية لأغذية الأطفال يتقصها بعض الأشتراطات الهامة والتي تؤثر على صلاحية وطريقة إستخدام هذه الأغذية مثل كتابة ظروف التخزين وطريقة التحضير والمعلومات الغذائية ، وجميع هذه الأشتراطات حرصت عليها المسودة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم .

(٨) إنتشار بعض الإعتقادات الخاطئة : إن هناك العديد من الإعتقادات غير الصحيحة المنتشرة بين أوساط المجتمع الخليجي والتي أدت الى قلة الإعتماد على حليب الأم ، ففي سلطنة عمان مثلاً وجد أن ٢٥٪ من الأمهات يعتقدن أن حليب الأم فى الأيام الأولى بعد الولادة (اللبأ) يكون ضاراً للطفل ، لذا تقوم الأمهات بالإمتناع عن تقديم هذا الحليب فى الأيام الأولى وتلجأ إلى الرضاعة الأصطناعية ، وهذا يشجع الإستمرار فى هذا النوع من الرضاعة ، ومن الإعتقادات الشائعة أن الرضاعة من الثدي تؤدى إلى ترهل الثدي وهذا الإعتقاد خاطئ، للحقيقة أن الثديين يبدآن بالتضخم أثناء الحمل وتلجأ بعض الأمهات إلى تركهما بدون إستخدام حمالات الصدر (سوتيان) المناسبة مما يساهم فى أضعاف عضلات الثدي ولو أستخدمت الأم حمالات صدر أكبر بحيث تتناسب مع الزيادة فى حجم الثديين لما أدى ذلك إلى ترهل الثدي لذا فإن الأرضاع الطبيعي برئى من هذا الإتهام ويقع اللوم كله على الأم التي لا تعرف كيف تعتني بثديها .

التثقيف الغذائي فى دول الخليج

يعتبر التثقيف الغذائي حجر الزاوية لتحسين الحالة التغذوية والصحية فى المجتمع ، فالدول الخليجية تحتاج إلى برامج جادة ومؤثرة لكي ترفع من الوعي الصحي والغذائي للأفراد ولا يمكن أن يتم ذلك إلا بتوفر الدراسات الكافية عن العوامل المرتبطة بمشاكل التغذية ودراسة العادات الغذائية وتقييمها وكذلك معرفة القيمة الغذائية للأطعمة الشعبية المتداولة وللأسف الشديد فإن برامج التثقيف الغذائي فى المنطقة لم تحقق الأهداف المرجوه منها وذلك راجع للأسباب التالية :

١ - **النقص في عدد المتخصصين في مجال التثقيف الصحي والغذائي** : وتعد هذه من أهم المشاكل التي تواجهها دول المنطقة ككل وقد أثر ذلك على كفاءة وجودة البرامج القائمة حالياً وهذا بدوره أدى إلى ضعف الاستفادة من هذه البرامج .

٢ - **النقص أو ضعف التخطيط لبرامج التثقيف الغذائي** : معظم برامج التثقيف الصحي والغذائي المنفذة حالياً غير قائمة على أساس مدروس بل هي غالباً ماتكون وليدة الحاجة الآتية أو في المناسبات الصحية والاجتماعية ، كما لا يوجد تخطيط لإختيار مواضيع محددة أو وضع أولويات في برامج التثقيف الصحي والغذائي . ولا يمكننا تعميم هذا الكلام على جميع البرامج القائمة في المنطقة ، فهناك بعض البرامج أكثر تنظيماً واعداداً مثل برنامج سلامتكم وبعض برامج اليونسيف في سلطنة عُمان .

(٣) **ضعف التنسيق بين الجهات ذات العلاقة** : مثل وزارة الصحة ووزارة العمل والشؤون الإجتماعية والمنظمات الدولية وقد يكون ذلك وليد عدة إعتبرارات مثل البيروقراطية في المعاملات الإدارية وقلة إهتمام المسؤولين بمثل هذه البرامج والنقص في خبرات القائمين بهذا البرنامج .

(٤) **الأختيار الخاطئ للمجموعة المستهدفة** : أن الأهتمام والتركيز على الأم في برامج التثقيف الغذائي أمر غير كاف لإحداث التغيرات المطلوبة في العادات الغذائية بل يجب الإهتمام برب الأسرة (أو الأب) نظراً لما يلعبه من دور كبير في إتخاذ القرار في المنزل ، كما يجب أن تشمل المجموعة المستهدفة صانعي القرار في البلد حيث أن إقتناعهم بخطورة المشاكل الغذائية وإدراجها ضمن الأولويات يساعد بشكل كبير على دعم برامج التثقيف الغذائي .

(٥) **الأمية وقلة الوعي الصحي بين أفراد المجتمع** : أن ارتفاع نسبة الأمية بين الأمهات والإخفاض النسبي في الوعي الصحي والغذائي لغالبية أفراد المجتمع يشكل عقبة كبيرة أمام برامج التثقيف الغذائي في دول المنطقة ، فإصدار الكتيبات التثقيفية لم يكن له تأثير ملموس على الممارسات الصحية للأفراد نظراً لعدم إلمام نسبة كبيرة من أفراد المجتمع بالقراءة والكتابة . هذا بالإضافة الى قلة إهتمام فئات أخرى بقراءة هذه الكتيبات ، وهذا يقودنا إلى أهمية إختيار الوسيلة الأكثر تأثيراً على هذه الفئة (مثل الأذاعة المسموعة والمرئية) .

(٦) **تأثير المربيات والحادامات الأجنبية على العادات الغذائية** : لقد كثر في الآونة الأخيرة الإعتماد على المربيات الأجنبية في إعداد الطعام وتغذية الأطفال مما أدى الى أن تلعب المربية دوراً مهماً في تشكيل العادات الغذائية للأسرة ، وبناء عليه فإن عملية التثقيف الغذائي يجب أن تشمل المربيات حتى يمكن تحسين العادات الغذائية خاصة للأطفال . ولكن المشكلة الحقيقية تكمن في أن الغالبية من هؤلاء المربيات لا يعرفن اللغة العربية بالإضافة إلى تدني مستوى تعليمهن وهذا بدوره يشكل جانباً سلبياً في برامج التثقيف الغذائي .

(٧) **التعارض بين ما يبشه الأعلان التجاري وما تقدمه برامج التثقيف الغذائي** : لقد قامت الشركات التجارية بإستخدام وسائل الأتصال لغرض ترويج مبيعاتها وحقت بذلك تأثيراً ملموساً على الإتجاهات والعادات الغذائية لأفراد المجتمع وأتجه العديد من الأفراد إلى تصديق ماتقوله الأعلانات التجارية بالرغم من أن

بعض الفقرات الإعلانية قد تكون مضللة أو غير صحيحة . وقد نجح الإعلان في إحداث هذا التأثير نتيجة التخطيط المدروس لإحتياجات ورغبات الناس والإستخدام الجيد للمؤثرات السمعية والمريه كالموسيقا والألوان ، وخلق ذلك نوعاً من البلبلة في ذهن المشاهد ، فبينما ينصح البرنامج التشقيفي بالإبتعاد عن تقديم المشروبات الغازية أو الحلويات للأطفال مثلاً نجد أن الفقرة الاعلانية تركز على متعه الأطفال وصحتهم وهم يتناولون هذه الأغذية ، لذا يجب أن تعرض برامج التشقيف الغذائي بشكل جذاب ومؤثر كما يجب أن توضع بعض الرقابة على الصيغ الاعلانية المضللة وغير الصحيحة .

٨ - تعدد القنوات التلفزيونية : وهذا يجعل من الصعب على برامج التشقيف الغذائي الوصول إلى الفئة المستهدفة ، فكيف يمكن أن نضمن أن الأفراد المستهدفين يشاهدون البرنامج المبت من قناه الكويت مثلاً مع قنوات أخرى منافسة مما يشكل عقبة في تحديد حجم جمهور المشاهدين . وقد أكدت دراسة في البحرين أن ٥٥٪ من الأفراد المترددين على المراكز الصحية يفضلون مشاهدة قنوات الدول الخليجية الأخرى ، وهنا تنبع ضرورة قيام برامج تشقيفية غذائية مشتركة بين دول الخليج على غرار برامج سلامتكم .

صعوبات برامج الوقاية والسيطرة على مشاكل التغذية في دول الخليج

- هناك العديد من المعوقات التي تحد من كفاءة برامج الوقاية والسيطرة على مشاكل التغذية في دول مجلس التعاون الخليجي ويمكن تلخيص هذه المعوقات كالتالي :
- ١ - الأهتمام والتركيز على البرامج الصحية العلاجية خاصه تلك المتعلقة بالأمراض المزمنة مع قلة الأهتمام بالبرامج الوقائية مما يشكل عبئاً مادياً كبيراً على دول المجلس نتيجة الحاجة إلى الأجهزة الحديثة في علاج هذه الأمراض وللحد من ذلك يجب أن تعطى برامج الوقاية الصحية والغذائية حقها من الأهتمام فهي السبيل الوحيد للحد من أنتشار أمراض التغذية .
 - ٢ - النقص في الدراسات الوبائية المتعلقة بالعوامل المرتبطة أنتشار أمراض التغذية ، وبدون هذه الدراسات سيكون من الصعوبة إعداد برامج وقائية فاعله .
 - ٣ - النقص أو الضعف في أجهزة المعلومات الصحية والغذائية مما يجعل من عملية الترصد الغذائي أو الأكتشاف المبكر للأمراض الغذائية عملية صعبة .
 - ٤ - ضعف وقلة برامج التوعية الغذائية خاصة تلك التي تهتم بالمشاكل الغذائية السائدة في المجتمع الخليجي .
 - ٥ - النقص في المعلومات الصحية والغذائية عند أفراد المجتمع وكذلك عند بعض العاملين في القطاع الصحي والأجتماعي والزراعي خاصه المعلومات المتعلقة بطرق الوقاية والسيطرة على أمراض التغذية .
 - ٦ - عدم وجودسياسة أو خطة واضحة المعالم للغذاء والتغذية في دول المجلس وهذا يؤثر بشكل كبير على جميع البرامج والأنشطة الغذائية القائمة .
 - ٧ - النقص في المتخصصين في مجال التغذية والرقابة الغذائية مما يؤثر على كفاءة الأنشطة الغذائية .
 - ٨ - قلة وأحياناً غياب التنسيق بين الجهات ذات العلاقة في البرامج الغذائية .

الخلاصة

أدى التغيير الاقتصادي والاجتماعي الذي حدث في منطقة الخليج العربي خلال الثلاث عقود الماضية إلى حدوث العديد من التغيرات في الحالة الصحية والتغذية في مجتمعات هذه المنطقة . ويمكن القول أن هناك ٣ أنواع من مشاكل التغذية منتشرة في هذه الدول : مشاكل التغذية المرتبطة بنقص في العناصر الغذائية مثل الإصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد وعوز اليود والنقص في نمو الأطفال ، ومشاكل التغذية المرتبطة بالتغيير في نمط الحياة مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان والسمنة وتسوس الأسنان . أما النوع الثالث من المشاكل فهو التلوث الغذائي والبيئي والذي أصبح بشكل متدياً كبيراً لحكومات دول الخليج . وقد لعبت مجموعة من العوامل في خلق هذا الخليط من المشاكل أهمها إنخفاض الوعي الغذائي والصحي للمجتمع والتغيير في العادات الغذائية والإتجاه نحو النمط الغربي في استهلاك الطعام بالإضافة إلى قلة الحركة وقلة ممارسة التمارين الرياضية وإنتشار التدخين خاصة بين أوساط الشباب . وللأسف الشديد لا توجد خطط وسياسات واضحة المعالم للوقاية والسيطرة على مشاكل التغذية في المنطقة . وتواجه هذه الدول تحديات عديدة للتغلب على هذه المشاكل مثل النقص في الكفاءات الوطنية وضعف التنسيق بين الجهات ذات العلاقة والنقص في التدريب الغذائي والتغذوي بالإضافة إلى عدم إعطاء الأهتمام الكافي للتغذية في البرامج الصحية والاجتماعية . لذا فإن التنسيق والتعاون بين دول مجلس التعاون الخليجي في وضع الخطط والبرامج التغذوية يعتبر من الوسائل الفعالة لمواجهة بعض هذه التحديات .

المراجع

عبدالرحمن مصيقر (١٩٩٠) . تغذية الطفل في الخليج العربي (مضامينها الاجتماعية والتربوية) ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، الكويت .

Musaiger, A.O. (1987). The state of food and nutrition in the Arabian Gulf countries. Wld Rev. Diet. Nutr. 52,

Musaiger, A.O. (1990). Promoting mother and child nutrition in the Arab Gulf. Food Policy, February, 8-12.

Musaiger, A.O. (1990). Nutritional status of mother and children in the Arab Gulf countries. Hlth Promotion Int. 5, 259-268.

Musaiger, A.O. (1994). Diet-related chronic diseases in the Arab Gulf: the need for action. Ecol. Food Nutr. 32, 19-94.

تقرير
حول الندوة شبه الإقليمية
حول التثقيف الغذائي في دول الخليج العربي

عبدالرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

عقدت في دولة البحرين في الفترة ما بين ٢٦ - ٢٨ يناير ١٩٨٧ الندوة شبه الإقليمية حول التثقيف الغذائي في دول الخليج العربي ، وذلك بتنظيم من وزارة الصحة بدولة البحرين ومنظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة . وتعتبر هذه الندوة الأولى من نوعها في المنطقة وقد أقيمت نظراً للحاجة الماسة لبرامج التثقيف الغذائي من أجل توعية المجتمع الخليجي من مخاطر الزيادة أو النقصان في التغذية ومدى تأثير ذلك على صحة المواطن .

أهداف الندوة

- ١ - إستعراض ومناقشة الأساليب الحديثة المتبعة في برامج التثقيف الغذائي خاصة تلك الموجهة للجمهور .
- ٢ - عرض تجارب دول المنطقة في مجال التثقيف الغذائي والبرامج الجاري تنفيذها حالياً .
- ٣ - تحديد أهم المواضيع والمشاكل الواجب معالجتها من خلال برامج التثقيف الغذائي .
- ٤ - مناقشة إمكانية التعاون الإقليمي في إنتاج برامج تثقيفية مشتركة تعالج المشاكل الغذائية والتغذوية المنتشرة في المنطقة .

الجهات المشاركة

- ١ - بعض دول المنطقة وهم دولة البحرين والمملكة العربية السعودية ودولة الكويت .
 - ٢ - الفنيون المسؤولون عن وضع وتنفيذ البرامج التثقيفية الغذائية والصحية أو تلك البرامج ذات الصلة بالغذاء والتغذية .
 - ٣ - المنظمات الدولية ذات الصلة بالموضوع مثل منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة ومنظمة اليونسكو ومنظمة اليونسيف (المكتب الأقليمي في أبوظبي ومكتب البحرين) .
 - ٤ - الأشخاص المهتمون بالتثقيف ولاسيما أولئك الذين تتطلب أعمالهم أجزاء مثل هذا التثقيف .
- هذا وبلغ عدد المشاركين في هذه الندوة ٣١ شخصاً يمثلون ٣ دول خليجية و٣ منظمات ووزارات أخرى ذات العلاقة بالموضوع .

برنامج عمل الندوة

تضمن برنامج عمل الندوة خمس جلسات رئيسية تم تقسيمها كالتالي :

الجلسة الأولى : أهمية التثقيف الغذائي الموجه للجمهور ونشاطات بعض المنظمات الدولية في ذلك . ولقد تم عرض ومناقشة بعض الأوراق الفنية المختصة بأهمية وطرق استخدام وسائط الاتصال لإجراء حملات التثقيف الغذائي . كما تم عرض نشاطات منظمة اليونيسكو ومنظمة اليونيسيف في مجال التثقيف الغذائي وخاصة تلك التي تم القيام بها في منطقة الخليج .

الجلسة الثانية : عرض لتجارب بعض الدول العربية في مجال التثقيف الغذائي . وقد أختصت هذه الجلسة بعرض تجارب كل من تونس من خلال برنامج (الدكتور حكيم) ، وتجربة السودان من خلال برنامج (وجبات الفطام) ، وتجربة باص التثقيف الغذائي في دولة البحرين ، وتجربة مؤسسة الإنتاج البرامجي المشترك لدول الخليج العربي المتمثلة في برنامج (سلامتک) .

الجلسة الثالثة : الأوراق القطرية للدول الخليجية المشاركة . حيث تم عرض ومناقشة الأوراق القطرية لدولة البحرين والمملكة العربية السعودية ودولة الكويت ، وتضمنت هذه الأوراق عرضاً لنشاطات التثقيف الغذائي القائمة حالياً في كل دولة ، والجهات والمؤسسات التي تقوم بهذه النشاطات ، وفئات الجمهور المستهدفة من قبل برامج التثقيف الغذائي ، والمواضيع التي تعالجها هذه البرامج ، والوسائط الإعلامية المستخدمة ، والصعوبات التي تواجهها هذه البرامج ، ثم عرض للنشاطات المستقبلية في مجال التثقيف الغذائي .

الجلسة الرابعة : أعمال اللجان . حيث تم تقسيم المشاركين إلى ٣ لجان رئيسية كالتالي :

أ - اللجنة الأولى : وتختص بتحديد فئات الجمهور الواجب تثقيفه ووضع قائمة بالمواضيع ذات الأولوية بالنسبة للمنطقة في مجال التثقيف الغذائي .

ب - اللجنة الثانية : وتقوم بوضع المواصفات اللازمة في برنامج التثقيف الغذائي من ناحية المحتوى العلمي والأسلوب المتبع مع بعض الاقتراحات حول الشكل الفني .

ج - اللجنة الثالثة : وتقوم بوضع مسودة لمشروع أقليمي لتنسيق وتبادل برامج الأذاعة والتلفزيون المتخصصة في التثقيف الغذائي .

الجلسة الخامسة : وفيها تم مناقشة تقارير اللجان وقراءة التوصيات ومناقشتها .

تقارير اللجان : نظراً لأهمية المواضيع التي ناقشتها اللجان المختلفة فإننا سنقدم عرضاً لأهم ما احتوته تقارير هذه اللجان وذلك حتى يمكن الاستفادة منها من قبل الجهات المهتمة بالموضوع .

تقرير اللجنة الأولى :

أولاً - الفئات المستهدفة الواجب تثقيفها :

١ - المسؤولون وصانعو القرار .

٢ - الأمهات (ربة الأسرة والأم العاملة) .

٣ - الممارسون الصحيون وخاصة الأطباء والمرضات والمثقفات الصحيات .

٤ - طلبة المدارس .

٥ - رب الأسرة .

٦ - خطباء المساجد ورجال الدين .

- ٧ - المشرفون والمشرفات الإجتماعيات فى المدارس والمراكز الإجتماعية .
 - ٨ - الشباب فى الأندية .
 - ٩ - العاملون فى مجال تحضير وإعداد الطعام .
 - ١٠ - العاملات فى الجمعيات النسائية والأهلية .
 - ١١ - فئات المرضى وخاصة أولئك الذين يحتاجون إلى تغذية خاصة .
- ثانياً : المواضيع ذات الأولوية التي يجب معالجتها فى برامج التثقيف الغذائي :

١ - تغذية الطفل الرضيع

- يتم التركيز على الرضاعة الطبيعية خاصة خلال الأربعة شهور الأولى من عمر الطفل .
- تذكر بعض الحلول لبعض المشاكل التي تعترض الأم المرضع مثل رفض الطفل للرضاعة وأوقات الرضاعة .
- التركيز على التدرج فى إدخال الأطعمة الأضافية للطفل بجانب الإستمرار فى الرضاعة الطبيعية .
- تذكر أمثلة عن نوع وطريقة تحضير بعض الأطعمة التكميلية المقدمة للطفل الرضيع مع الأهتمام بالأغذية الدارجة .

٢ - العادات الغذائية أثناء الحمل وفترة النفاس

- تصحح بعض الأعتقادات والممارسات الخاطئة المتعلقة بتغذية الأم الحامل والمرضع .
- تعطى أمثلة للأغذية الواجب تناولها أثناء فترتي الحمل والنفاس .

٣ - تغذية الطفل ما قبل السن المدرسي (١ - ٥ سنوات)

- التركيز على أهمية التغذية فى هذه المرحلة العمرية ومدى علاقتها بنمو وصحة الطفل .
- تذكر بعض الحلول للمشاكل التي تصيب هؤلاء الأطفال مثل الأصابة بالأمراض المعدية وفقد الشهية ونقص أو زيادة الوزن .
- تعطى أمثلة للأغذية الواجب توافرها لهؤلاء الأطفال مع التركيز على الأطعمة المتوافرة فى البيئة المحلية .

- التركيز على أهمية هذه المرحلة العمرية فى إكتساب الأطفال للعادات الغذائية الحسنة .

٤ - التغذية فى السن المدرسي (٦ - ١٨ سنة)

- التركيز على أهمية الأظفار لمزاولة النشاط المدرسي .
- الأهتمام بالتغذية المدرسية ودورها فى تعويض وجبة الأظفار فى حالة عدم تناولها .
- الأهتمام بالمشاكل الغذائية التي تصيب الأطفال فى هذه المرحلة مثل فقر الدم والسمنة والنحافة وتسوس الأسنان .
- الأهتمام بالتغذية فى سن المراهقة .

٥ - التغذية أثناء المرض

- تنمية وعي المواطنين بأهمية التقيد بالأنظمة الغذائية عند الإصابة بالمرض مع التركيز على الأمراض التالية : السكر والسمنة وضغط الدم وفقر الدم وأمراض القلب .
- ٦ - الطرق الصحية في تحضير وطهي الطعام
 - يتم التركيز على تصحيح بعض الممارسات الخاطئة في تحضير وطهي الأطعمة في منطقة الخليج .
- ٧ - العادات الغذائية
 - التركيز على تصحيح بعض العادات الغذائية السيئة مثل الاسراف في تناول الطعام أثناء المناسبات الإجتماعية (رمضان والأعياد وحفلات الزواج) .
 - تعطى أمثلة لبعض العادات الغذائية الحسنة مع الأستشهاد في العادات الغذائية الحسنة المتبعة في المجتمع الإسلامي للوجبات الشعبية وكيفية تكاملها غذائياً .
 - تعطى معلومات عن القيمة الغذائية للوجبات الشعبية وكيفية تكاملها غذائياً .
 - الأهتمام بتناول بعض الأطعمة الشعبية المفيدة كالتمر والدبس واللبن الرائب .
- ٨ - التغذية والرياضة
 - التركيز على المجهود الذي يبذله الرياضي ومدى علاقته بنوع الأغذية الواجب تناولها .
 - تعطى أمثلة لوجبات مختلفة تناسب مع الألعاب الرياضية المختلفة والشائعة في المنطقة .
 - تصحح بعض الأعتقادات الخاطئة المتعلقة بتغذية الرياضيين .
- ٩ - تغذية كبار السن
 - تذكر أهم الأمراض التي يعاني منها كبار السن وارتباطها بالتغذية .
 - تعطى أمثلة للأغذية التي ينصح بتقديمها للكبار .
 - يركز على تحضير وطهي الأغذية لكبار السن وبخاصة لأولئك المصابين ببعض الأمراض .
 - يركز على الرعاية الصحية والغذائية لكبار السن وموقف الدين الإسلامي من ذلك .

تقرير اللجنة الثانية :

الصيغ الملائمة لبرامج التثقيف الغذائي ، وهذه تم تقسيمها إلى مرحلتين :

- ١ - المرحلة الأولى وتتضمن النشاطات التالية :
 - تحديد المشكلات التغذوية الرئيسية في المنطقة .
 - تخصيص حلقة تثقيفية لكل موضوع أو مشكلة .
 - إختيار وسائط الأنصال المناسبة لعرض الموضوع أو المشكلة .
 - توظيف الإخراج الفني .
 - إعتناء الأسلوب الأمثل في عرض المعلومات .

- إختيار التوقيت المناسب لعرض البرنامج .
- إعداد برامج إضافية لتعزيز عملية التثقيف الغذائي .
- إجراء عمليات التقييم وتصحيح مسار البرنامج .
- ٢ - المرحلة الثانية وتتضمن المحتوى العلمي والأسلوبي للبرنامج وذلك بإتباع النشاطات التالية :
 - التأكد من صحة المعلومات العلمية والبيانات ومصادرها .
 - جعل المادة العلمية سهلة التناول من قبل الجمهور وتبسيط المعلومات المقدمه .
 - يراعي البرنامج الخلفية الإجتماعية والأقتصادية للمجتمع المستهدف وإبراز الجوانب المرتبطة بحياة الأفراد اليومية .
 - إبراز الجانب الوظيفي من المشكلة المثارة بغية الإستفادة من المنجزات وإنعكاسها على أنماط السلوك .
 - الأستفادة من الخبراء من تربيين وفنيين وعلميين لإضفاء الطابع العلمي والتربوي المتكامل على البرنامج .
 - إجراء الفحص الأولي للبرنامج قبل تعميمه .

تقرير اللجنة الثالثة :

وأختص هذا التقرير بأعداد مسودة مشروع شبه إقليمي لإنتاج وتبادل برامج الأذاعة والتلفزيون الخاصة في التثقيف الغذائي وشمل التقرير الجوانب التالية :

١ - مبررات المشروع

- تشابه المشاكل الغذائية في دول المنطقة .
- النقص في المواد التثقيفية السمعية والبصرية المحلية والمتعلقة بالغذاء والتغذية .
- الإنتشار النسبي للأمية وخاصة بين الأمهات .
- التقارب الكبير في العادات والتقاليد الإجتماعية بين أفراد دول المنطقة .
- إنتشار الوسائط الإعلامية خاصة الراديو والتلفزيون وإعتبارها أهم مصادر المعلومات الغذائية .
- قلة التكاليف في حالة إعداد برنامج مشترك .
- أهمية التوعية الغذائية للتقليل من إنتشار أمراض سوء التغذية .
- تبادل الخبرات والتجارب بين المتخصصين في مجال التثقيف الغذائي .
- سهولة تغطية الفئات المستهدفة من خلال وسائط الأعلام .

٢ - أهداف المشروع

- تحسين المستوى الصحي والتغذوي لأفراد المجتمع الخليجي .
- تصحيح الأعتقادات والعادات الغذائية الخاطئة والمنتشرة في دول المنطقة .
- توعية المواطن الخليجي بالتغذية الصحيحة وحمايته من مخاطر تلوث الأغذية والغش التجاري .

- نشر الثقافة الصحية المتعلقة بالغذاء والتغذية بين مختلف فئات المجتمع .
- الاستفادة من الأماكن الإعلامية المتوافرة في دول المنطقة ومن الكوادر المحلية في إنتاج وإعداد برنامج مشترك في مجال التثقيف الغذائي .
- ٣ - إستراتيجية عمل المشروع
 - تجميع وتقييم المواد التثقيفية الخاصة بالغذاء والتغذية في دول الخليج العربية وإختيار المناسب منها .
 - حصر الكوادر المحلية المتخصصة في البرامج الإعلامية التثقيفية .
 - تحديد أهم المواضيع ذات الأولوية بالتثقيف الغذائي حسب ما جاء في تقرير اللجنة الأولى .
 - وضع المواصفات الفنية والعلمية للبرنامج حسب ما جاء في تقرير اللجنة الثانية .
 - تدريب الأشخاص الفنيين القائمين بإعداد البرنامج (إذا لزم ذلك) .
 - إشراك جميع الجهات والمؤسسات ذات العلاقة والموجودة في دول المنطقة .
 - وضع خطة عمل لتنفيذ المشروع .
 - تقييم المشروع .
 - تعميم المشروع .
- ٤ - المؤسسات والجهات المعنية بالمشروع الموجودة في دول المنطقة :
 - الأمانة العامة للصحة للدول العربية في الخليج .
 - مؤسسة الإنتاج البرامجي المشترك .
 - مجلس التعاون لدول الخليج العربية .
 - المركز العربي للوسائل التعليمية .
 - مركز التربية لدول الخليج العربي .
 - برنامج الخليج العربي لدعم المنظمات الدولية .
 - الصندوق العربي للتنمية الإجتماعية .
 - المنظمات الدولية وخاصة منظمة الأغذية والزراعة واليونسيف واليونيسكو ومنظمة الصحة العالمية .
 - مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
 - مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية .
 - جهات أخرى .

التوصيات

- إوصت الندوة في ختام جلستها الخامسة بالتوصيات التالية :
- ١ - أهمية توحيد المصطلحات المستخدمة في التغذية وذلك بالتعاون مع المنظمات العربية والدولية ذات العلاقة .
- ٢ - اعتماد أسلوب التخصصات المتداخلة في ترسيم مناهج التثقيف الغذائي في التربية النظامية وغير النظامية .

- ٣ - الأهتمام بإنتاج مواد تثقيفية فى مجال الغذاء والتغذية تعالج المشاكل الخاصة بالمنطقة حسب ما جاء فى تقرير اللجنة الأولى .
- ٤ - العمل على إعداد مشروع خليجى لإنتاج المواد التثقيفية فى مجال الغذاء والتغذية ، وفق ما جاء فى تقرير اللجنة الثالثة .
- ٥ - تطوير وسائط الأعلام المسموعة والمرئية والمطبوعة بغية بث الرسالة التثقيفية الغذائية .
- ٦ - تنسيق وتبادل الخبرات بين الجهات المسؤولة عن التثقيف الغذائى فى دول المنطقة .
- ٧ - إشراك الهيئات والمؤسسات الأهلية فى حملات التوعية الشاملة للتثقيف الغذائى .
- ٨ - إعداد وتدريب العاملين فى كافة القطاعات ذات العلاقة فى مجال التثقيف الغذائى وخاصة الصحة والتربية والأعلام والشؤون الإجتماعية .
- ٩ - إنشاء وحدة معلومات فى إحدى الدول الخليجية تختص بجمع وتوثيق كافة البيانات والأحصائيات والدراسات والمصادر المؤلفة لتكون مرجعاً لكافة العاملين فى حقل التثقيف الغذائى .
- ١٠ - الإستفادة من المعلومات والدراسات والبحوث المتعلقة بالتثقيف الغذائى التى تصدرها المنظمات الدولية والأقليمية ذات العلاقة .
- ١١ - إجراء دراسات ومسوح ميدانية للكشف عن الأوضاع الغذائية لمختلف فئات المجتمع حتى يمكن الحصول على بيانات كافية عن أبعاد المشكلة المراد معالجتها فى برامج التثقيف الغذائى .
- ١٢ - إعداد خطة مبرمجة للتثقيف الغذائى معتمدة أساساً على نتائج البحوث والدراسات التى أجريت فى المنطقة .
- ١٣ - تكوين لجنة للتثقيف الغذائى على مستوى كل دولة خليجية لتقوم بوضع السياسة العامة على المستوى الوطنى وتحديد الدور الذى تقوم به كل جهة لتنفيذ هذه السياسة وتنسيق العمل بين الأجهزة المعنية بالتثقيف الغذائى .
- ١٤ - الأستعانة بالمنظمات والهيئات الدولية لتوفير الدعم المادى والفنى لتخطيط وتنفيذ وتقييم برامج التثقيف الغذائى .

الحدود والمواصفات لجودة الأغذية في مجلس التعاون الخليجي (مثال من دولة الإمارات العربية المتحدة)

موسى على أحمد

مختبر الصحة العامة - بلدية دبي

محمدزين علي

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

المقدمة

شهدت تجارة وتصنيع الأغذية تطورات كبيرة مما ساعد في تنوع الأغذية المحفوظة والمعلبة ، هذا بالإضافة إلى تطور وسائل النقل خاصة البحرية والتي ساهمت في وصول كميات وأنواع مختلفة من الأغذية إلى دول المنطقة . ومع تعدد مصادر الأغذية والشركات المنتجة لها وتنوع إنتاجها زاد الغش والتقليد وتكونت شركات متخصصة لذلك وأصبح تصدير أغذية ملوثة أو مقلدة وغير مطابقة للمواصفات يتم بمعرفة وتحت حماية الدول المصدرة ، وأبرمت عدة إتفاقيات دولية لضمان إنسياب الأغذية بين الدول وفض أي نزاعات قد تنشأ في هذا الصدد . وقد راعت كثير من هذه الإتفاقيات حقوق المنتجين وأهملت بشكل واضح المستهلكين وحقهم في الحصول على غذاء سليم وصحي .

ولازالت دولة الإمارات تعتمد إلى حد كبير على إستيراد الأغذية ، ولا تسمح سياسة الدولة بإعتماد شركات منتجة بعينها والسماح لها بتسويق منتجاتها كما هو الحال في معظم الدول المتقدمة ، ومعنى ذلك أنه يحق لإي شخص في أي بقعة من الأرض تصنيع أغذية وإرسالها لموانئ الدولة ويكون الفيصل هو التفتيش الدقيق والتحليل المكثف لإتخاذ قرار سريع حول صلاحية الغذاء للإستهلاك .

ومت في السنوات الأخيرة حركة إستيراد وتصدير الأغذية بالدولة وزاد ذلك من العبء المناط بأجهزة الرقابة ، حيث يتم تفتيش وتحليل الأغذية عند إستيرادها وعند إعادة التصدير لإعطاء شهادة صحية تثبت صلاحية الغذاء عند وقت التصدير أو إعادته .

وظلت الرقابة الغذائية (بعناصرها المختلفة) تلعب دوراً أساسياً في حماية المستهلك من الأغذية الفاسدة . وقد تطورت في السنوات الأخيرة أنظمة الرقابة وأستكملت حلقات عناصرها وأصبحت تقوم بدور نشط في بلدان الخليج بصورة عامه ودولة الإمارات بصورة خاصة . وانشئت أربع مختبرات في دولة الإمارات العربية المتحدة في كل من أبوظبي ودبي والشارقة والعين وتم دعمها بالأجهزة المتطورة والكفاءات الفنية اللازمة لإجراء مختلف التحاليل على الأغذية لتحديد صلاحيتها للإستهلاك حسب المواصفات المعمول بها . ولازال أمام هذه المختبرات طريق طويل في مجال الأبحاث والدراسات المتعلقة بالظروف المناخية المحلية .

أن المسئوليات والتحديات التي تواجهها هذه المختبرات كبيرة ولا يمكن بالطبع الوصول إلى ما أنجزته الدول المتقدمة في هذا الشأن ، إلا أن معدل تطور المختبرات المحلية والخليجية يسير بصورة سريعة سيمنحها ، وخلال فترة قصيرة من اللحاق بالركب بالدول المتقدمة وستكون مصدراً ورافداً هاماً للمعلومات الفنية لإجهزة المواصفات بالمنطقة وربما العالمية حسب تصورنا .

أما العنصر الثاني لأجهزة رقابة الأغذية فهو التفتيش الغذائي ، الذي يواصل التطور ولكن بصورة بطيئة مقارنة بالمختبرات وقد تمكنت بعض أقسام التفتيش في دول الخليج من تطوير بعض الأساليب الناجحة في مجال التفتيش على المطاعم وأماكن بيع الأغذية والمطلوب الآن وبشكل عاجل دعم أجهزة التفتيش بالعناصر المؤهلة وتنظيم دورات تدريبية متصلة لرفع المستوى الفني للتفتيش لحماية المستهلك وضمان تداول أغذية سليمة .
وفي هذا المجال تحتاج أجهزة التفتيش في المنطقة إلى رسم سياسة واضحة لأخذ العينات وبرامج محكمة تحدد نوعية العينات وطرق أخذ العينات المثلثة . وتبدو الحاجة إلى التنسيق بين أجهزة الرقابة على مستوى دول مجلس التعاون وخلق قنوات اتصال لتبادل المعلومات حول شحنات الأغذية المفروضة .
ويعتبر جهاز المواصفات العنصر الثالث من عناصر الرقابة الغذائية ، ويلعب دوراً هاماً كدليل للمختبرات والتفتيش الغذائي في ضبط حركة إستهلاك الغذاء . وسير إستصدار المواصفات على مستوى المنطقة ببطء ، وقد إنعكس ذلك سلباً على أجهزة التفتيش والمختبرات وأدى في كثير من الأحيان إلى إرباك هذه الأجهزة وتضارب قراراتها فيما تختص بشحنات الأغذية . والمطلوب الآن تكوين لجان فنية متخصصة لإعداد وتقييم مشاريع المواصفات مستعينة بالدراسات الميدانية والأبحاث التي تقوم بها مختبرات رقابة الأغذية في دول مجلس التعاون الخليجي ، ولكل السلع الغذائية المتداولة .

التحليل والحدود المطبقة لتحديد صلاحية الأغذية للإستهلاك

تقوم المختبرات بدولة الإمارات بإجراء العديد من الدراسات والمسوحات المكثفة لمختلف الأغذية لإستنباط أنواع التحاليل التي يجب أن تجرى بشكل دوري وتلك الأختيارية والتي يتم إجراؤها تحت ظروف معينة وتحددها طبيعة ومصدر الغذاء وإحتمالات التلوث من هذا المصدر أو بلد المنشأ . ومثال ذلك ما قامت به مختبرات رقابة الأغذية بدولة الإمارات من مسح مكثف لأنواع أغذية الرضع والأطفال المتداولة بالدولة قبل عدة سنوات لتحديد محتواها البكتيري وأستخدمت نتائج هذه المسوحات في تحديد نوعية التحاليل الميكروبيولوجية المطلوبه وحدودها . وأثبتت نتائج هذه الدراسة أن معظم الشركات المؤهلة في هذا المجال والمعروفة عالمياً كانت تنتج حليب أطفال يحتوي على عدد قليل من البكتريا وعليه ، وبعد تحليل نتائج البحث ، حدد العدد الكلي من البكتريا المسموح به بألف بكتريا بالجرام . و نتج عن ذلك خروج الكثير من الشركات المنتجة لأغذية الأطفال من أسواق الدولة ، خاصة شركات من دول العالم الثالث ، والتي كانت تغمر الأسواق بمنتجات منخفضة الجودة ورخيضة الثمن لأنها لم تستطيع إستيفاء هذه الحدود . وبناء على ذلك أستخدم حد العدد الكلي للبكتريا ليس فقط لتحديد المعيار الصحي اللازم لسلامة الأغذية ذات الطبيعة الحساسة ، بل لأختيار وإنتخاب الأجود والسماح بتداوله في الأسواق .

كذلك أجريت دراسة أخرى لتحديد فترة صلاحية أنواع البيض ، المحلي والمستورد ، المتداولة في الدولة . وتم تخزين البيض على درجة حرارة 4م° وهي درجة التبريد التي تحددها المواصفات العالمية ، ودرجة 7م° كمتوسط للتبريد التجاري ، ودرجة 22م° لتمثل درجة حرارة الغرفة المكيفة و 30م° كمتوسط لدرجات الحرارة بدون تكييف . وقد أستخدمت نتائج هذه الدراسة لوضع الحدود لصلاحية البيض وتحديد درجات الحرارة المثلى للتخزين .

وقد تم إعداد المواصفات الميكروبيولوجية للأغذية وأجازتها في عام ١٩٨٥ في دولة الإمارات العربية المتحدة وتحدد هذه المواصفات التحاليل الروتينية والأختبارية التي يجب إجراؤها لكل نوع من الأغذية وحدود الرفض . وقد كونت مؤخراً لجان فنية لمراجعتها على ضوء مشروع المواصفة الخليجية (الحدود الميكروبيولوجية للسلع والمواد الغذائية - الجزء الأول) . وغطت التحاليل الميكروبيولوجية المنصوص عليها في المواصفة لكل غذاء التحاليل المتعارف عليها دولياً حسب نوع الغذاء واحتمالات التلوث بل شملت تحاليل أخرى لبعض الملوثات ، ورغم ضعف احتمالات تواجدها إلا أنها قد توجد أحياناً ويمكن أن تسبب مشاكل صحية . هذا إلى جانب بعض التحاليل الإختبارية التي يتم إجراؤها على بعض الأغذية حسب مصدرها وبلد المنشأ . وظهرت مؤخراً أنواع من البكتريا التي يمكن أن تنتقل بالغذاء وتسبب بعض الأمراض والتسممات . وأكدت النشرات والبحوث العلمية أهمية هذه البكتريا لما سببته في السنوات الأخيرة من أمراض وتسممات جماعية و من أهم أنواع هذه البكتريا هي :

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. <i>Listeria monocytogens</i> | 4. <i>Enteropathogenic E. coli</i> |
| 2. <i>Yersinia enterocolitica</i> | 5. <i>Aeromonas hydrophila</i> |
| 3. <i>Campylobacter jejuni</i> | |

ومثل هذه البكتريا لم تتضمن في معظم المواصفات الميكروبيولوجية العالمية ، ربما لعدم إكتمال الدراسات الخاصة بالجرعة المسببة للأمراض . ونعتمد أنه قد آن الأوان لإضافة تحاليل الكشف عن هذه البكتريا إلى بعض الأغذية الحساسة والهامة . ويقوم مختبر الصحة العامة ببلدية دبي في الوقت الحاضر بدراسة حول هذا الموضوع سيتم رفعها بعد مناقشتها في اللجنة الفنية إلى الهيئة الخليجية للمواصفات .

أما التحاليل الكيميائية التي تجرى على الأغذية فتغطي ثلاثة مستويات وهي :

- ١ - مكونات الأغذية من العناصر الغذائية والتي من أهمها الفيتامينات والأملاح المعدنية وتغطي كذلك بعض إختبارات الجودة .
- ٢ - مضافات الأغذية بأنواعها المختلفة ومدى مطابقتها لمواصفات النوعية والكمية .
- ٣ - الملوثات الكيميائية للأغذية .

وقد صدر قرار من مجلس أمانة البلديات بدولة الإمارات العربية المتحدة ليكون ترتيب مصدر الحدود

الكيميائية التي تطبق على الأغذية حسب الترتيب التنازلي التالي :

- ١ - مواصفات دولة الإمارات العربية المتحدة .
- ٢ - مشاريع مواصفات هيئة المواصفات لدول مجلس التعاون الخليجي .
- ٣ - المواصفات المطبقة في أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي .
- ٤ - لجنة دستور الأغذية التابعة لمنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة .
- ٥ - مواصفات دول السوق الأوروبية أو إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية .
- ٦ - مواصفات أي دولة أخرى .

وإستناداً إلى هذا التسلسل ، وضعت مواصفات لحدود مضافات وملوثات الأغذية الكيميائية وقد قام مختبر الصحة العامة ببلدية دبي وضمن نظام تأكيد الجودة بوضع دليل متكامل لمواصفات الأغذية يمكن أن تسترشد به أجهزة المواصفات في دول المجلس . وعلى أي حال ، فإن التحاليل والحدود الكيميائية للأغذية معقدة ومتجددة ويتم من

حين لآخر إكتشاف ملوثات جديدة لها خطورتها على الصحة . وهناك خلاف كبير بين الدول حول حدود الرفض للملوثات والمضافات الكيميائية نتيجة لتضارب نتائج مراكز الأبحاث حول سمية هذه الملوثات والمضافات . ونعتقد أن المختبرات فى دول مجلس التعاون أمامها تحديات كبيرة لدراسة سمية الملوثات وسمية وثبات المضافات فى الأغذية المختلفة .

مستوى التلوث فى الأغذية المستوردة والمصنعة محلياً

تقوم المختبرات بإجراء تحاليل روتينية لمنتجات المصانع المحلية وفق برنامج محدد لذلك يحدد دورية العينات حسب نوع وحساسية الغذاء والنتائج السابقة للتحاليل . فمثلاً لا يسمح لسيارات الحليب المبستر والمنتجات اللبنية المحلية بالتوزيع فى إمارة دبي إلا إذا مرت سيارة التوزيع على المختبر لأخذ عينات وإجراء تحاليل سريعة يستخدم فيها أجهزة ميكروبيولوجية متطورة وتحديد صلاحية هذه المنتجات فى وقت قصير . وبشكل عام نستطيع أن نقول أن المصانع المحلية قد إستقرت فى السنوات الأخيرة وأصبح وجود ملوثات فى إنتاجها أمراً نادراً بعد أن كشفت السلطات الصحية الرقابة عليها والزمتهما بتطبيق شروط صحية محكمة .

أما بالنسبة للأغذية المستوردة فإن سلطات الرقابة الغذائية تقوم ومن حين إلى آخر ، برفض بعض الشحنات لعدم مطابقتها للمواصفات المعمول بها وإعدامها أو أرجاعها إلى مصدرها . وقد بينت الدراسات التي قام بها مختبر الصحة العامه ببلدية دبي تلوث بعض الأغذية المتداولة مما يستدعى تكثيف الجهود لضمان عدم وصول مثل هذه الأغذية للمستهلك . وفى هذا الخصوص فإن هيئة المواصفات لدول مجلس التعاون الخليجي يجب أن تبادر بتنظيم مسوحات تقوم بها المختبرات لتحديد مستوى التلوث فى الأغذية ولمعرفة مصادرها المختلفة وتوزيع نتائج هذه المسوحات بعد تعميمها على أجهزة الرقابة بدول المجلس حتى تعم الفائدة .

وفى دراسة حول تلوث الأغذية المستوردة والمحلية ببكتريا *Listeria monocytogenes* والمسببه للأمراض المنقولة عبر الأغذية . تبين تلوث الأغذية شبه المطبوخة ، خصوصاً البيرجر والكفتة وكرات اللحم بهذه البكتريا بنسبة (٣٥٪) . وتعتبر هذه النسبه عاليه وتتطلب تدخل أجهزة رقابة الأغذية ومواصفاتها للتأكد من خلو الأغذية من مثل هذه البكتريا (جدول رقم ١ و ٢) .

ويوضح الجدول رقم (٣) مستوى تلوث اللحوم والدواجن بأنواع البكتيريـه *Faecal Coliforms* . *Campylobacter Sp.* , *Salmonella sp.* . وقد أظهرت نتائج هذه المسوحات تلوث الدواجن المحليه بالسالمونيلا بنسبة ٦٩٪ والمستوردة بنسبة ٤٢٪ ، وبمعدلات تفوق الحدود المسموح بها ، مما يؤكد عدم جدوى تطبيق المواصفات الحاليه والتي تحدد معدل التلوث المسموح به بالسالمونيلا فى الدواجن .ولو طبقنا هذا الحد محلياً ، فإنه يعنى خلو الأسواق من الدواجن أو ندرتها . أما بخصوص بكتريا *Yersinia enterocolitica* فإن مستوى التلوث قد وصل إلى ٢٠٪ فى اللحوم ، كما هو مبين فى جدول (٤) . ومع احتمالات التلوث العرضي ، فإن وضع المنتجات الملوثة بهذه البكتريا فى المبردات له خطورته على المستهلك إذ تستطيع هذه البكتريا النمو فى درجات الحرارة المنخفضة .

أما بالنسبة لتلوث الأغذية بالمواد الملونة غير المسموح باستخدامها ، حسب الحدود الواردة من الهيئة الخليجية للمواصفات وخاصة حلويات الأطفال فقد وجد أن أخطر الملونات هي صبغات النسيج والتي وجدت في ٦٥٪ من المخلات المتداوله في المطاعم (جدول ٥) ، هذا بالإضافة إلى تواجد مواد ملونة أخرى في البفك ورقائق البطاطس بحدود أعلى مما هو مسموح به (راجع جدولي ٧ و٦) . أما بالنسبة لحامض البنزويك (جدول رقم ٨) فقد التزمت شركات الأغذية بالحدود المطبقة في دولة الإمارات العربية المتحدة (١٥٠ جزء في المليون) مقارنة بحدود أعلى مطبقة في كل من أمريكا وكندا ودول السوق الأوروبية المشتركة . وتشير أحصائيات مختبر بلدية دبي إلى تلوث المكسرات بسموم الأفلاتوكسين (جدول رقم ٩) خصوصاً الواردة من الهند والتي يدخل في تركيبها الفول السوداني بحدود عالية تفوق ٥٠ ضعف ما هو مسموح به . وقد صدر حديثاً قرار من اللجنة الفنية بالأمانة العامة للبلديات بالدولة بتشديد الرقابة على هذه الأغذية وعدم السماح بدخولها للدولة إلا بعد إجراء التحاليل اللازمة . كما أجريت التحاليل على حوالي ٩٧٠ نوع من مختلف أنواع الأغذية لكشف المعادن الثقيله ، وأثبتت النتائج أن معدل التلوث كان أقل بكثير من الحدود المسموح بها بإستثناء البهارات التي وجد بها نسبة من الرصاص تفوق قليلاً الحد المسموح به .

تقييم حدود بعض الملوثات والمضافات الغذائية

أفرزت تجربة تطبيق المواصفات الميكروبيولوجية للأغذية بدول الخليج في العشر سنوات الماضية بعض السلبيات وتقوم لجان فنية الآن بدراستها تمهيداً لإقتراح التعديل المناسب . وبشكل عام ظلت الحدود الميكروبيولوجية المطبقة في منطقة الخليج تتسم بالتشدد في معظم بنودها مقارنة بالكثير من المواصفات العالمية وذلك لإرتفاع درجة الحرارة والرطوبة النسبية في هذه المنطقة إلى جانب بعض الإعتبارات الأخرى مثل طبيعة المستهلكين والطريقة التي يتعاملون بها مع الأغذية أثناء تداولها وتخزينها . ونتج عن هذا التشدد في الحدود الميكروبيولوجية رفض كثير من شحنات الأغذية بعد أن تعدت الحدود المسموح بها في الدولة وقد تسبب ذلك في بروز خلافات مع الشركات المنتجة والتي ظلت تحاول عن طريق حكوماتها تعديل هذه الحدود . ولنبرز جانباً من أوجه هذه الخلافات في الأمثلة التالية :

١ - تلوث حليب وأغذية الأطفال ببكتريا الباسيلوس سيريروس *Bacillus cereus*

أن الحد المسموح به لهذه البكتريا حسب مواصفات دولة الإمارات العربية المتحدة هو صفر للجرام بينما تسمح معظم الدول بحد يتراوح ما بين ٥٠ - ٢٠٠ خلية / جرام . وأوضحت المسوحات التي أجريت أن الشركات المؤهلة تستطيع مقابلة هذا الحد وذلك لتطبيقهم نظام صحي دقيق في الإنتاج . وفي هذه الحالة لا بد من إعتبار العادات الغذائية السائدة عند كثير من الأمهات واللاتي لا يقمن بإعداد زجاجة الرضاعة حسب التعليمات المطلوبة ، فمثلاً تستخدم الأمهات لتجهيز زجاجة الرضاعة مياه بدرجة حرارة عالية كقيلة بإحداث الصدمة الحرارية التي تتطلبها جراثيم هذه البكتريا لإنبات الخلايا الحضرية . هذا إلى جانب ترك زجاجة الحليب لفترة طويلة قبل إستعمالها بواسطة الأطفال والذي يساعد على نمو الخلايا الحضرية لهذه البكتريا وتكاثرها ومن ثم إفراز السموم الضارة بالصحة .

٢ - تلوث الدواجن ببكتريا السالمونيلا Salmonella

أن كثير من مواصفات الدول المتقدمة لم تضمن تحليل السالمونيلا ضمن التحاليل التي تجرى على الدواجن ، ربما لوجودها في بيئة تربية الدواجن بصورة طبيعية وصعوبة التخلص منها أثناء عمليات الذبح والإعداد . ومن ناحية أخرى ، فإن معظم حالات التسمم الجماعية بالسالمونيلا ، حسب ما ورد في النشرات الصحية الدورية ، قد كان مصدرها أما دواجن ملوثة أو نتيجة لتلوث أغذية أخرى بشكل عرضي من الدواجن ومنتجاتها .

أن الحدود المطبقة في دولة الإمارات العربية المتحدة تسمح بنسبة ٢٠٪ كحد أعلى من حجم العينة للتلوث بالسالمونيلا (١ من ٥) في الدواجن المجمدة ونسبة ٤٠٪ (٢ - ٥) للمبردة بإعتبار درجات الحرارة المستخدمة لنزع الريش أثناء إعداد الدواجن . ومعظم الدواجن المستوردة والمنتجة محلياً تحتوي على بكتريا السالمونيلا بنسب أعلى من هذه الحدود ، وقد قامت بعض الدول بتطبيق برامج عملية ناجحة لتقليل نسبة تواجد السالمونيلا بالدواجن أو التخلص منها نهائياً مثل السويد والبرازيل والبنغال .

وأمامنا الآن أحد ثلاث خيارات في هذا الموضوع الذي أثار الكثير من الجدل :

(أ) : غض النظر عن وجود السالمونيلا في الدواجن ، كما هو الحال في معظم دول العالم بما فيها الدول المتقدمة وذلك لصعوبة التخلص من السالمونيلا أثناء إنتاج الدواجن والإعتماد على التشقيف الصحي لتحاشي التلوث العرضي .

(ب) : تطبيق حدود السالمونيلا على جميع شحنات الدواجن المستوردة والمنتجة محلياً حتى لو أدى ذلك إلى الإعتماد على مصادر معينة تستطيع إستيفاء الحدود . وهذا معناه حصر شركات إنتاج الدواجن في تلك التي طبقت برامج لرقابة السالمونيلا وتقليلها والتي لا تتعدى أصابع اليد الواحدة .

(ج) : تشجيع ودعم إنشاء مزارع محلية للدواجن على درجة عالية من الجودة ووضع برامج لمراقبة السالمونيلا والزام هذه المزارع بتطبيقها والإعتماد بشكل كبير على هذا الإنتاج المحلي والسماح فقط بالإنتاج العالمي المطابق للمواصفات .

٣ - تلوث بعض الأغذية ببكتريا الليستيريا Monocytogenes Listeria

أن المواصفات المحلية ومشروع المواصفة الخليجية للتحاليل والحدود الميكروبيولوجية للأغذية ومعظم المواصفات العالمية لم تضمن التحليل للكشف عن هذه البكتريا في الأغذية ، ربما لحداثة تمييزها كبكتيريا مسببة للأمراض المنقولة عن طريق الأغذية ، إلى جانب بعض الصعوبات التي واجهها الباحثون في هذا المجال في تحديد الجرعة المسببة للمرض . وقد أثبتت دراسة حديثة أجريت بمختبر الصحة العامة ببلدية دبي تلوث اللحوم شبه المطبوخة مثل الهمبورجر والكفتة وغيرها بنسب عالية من هذه البكتريا (حوالي ٣٠٪) وفي غياب الكشف الدقيق في القنوات الصحية والمستشفيات لأعراض المرض الناتج من تناول أغذية ملوثة بهذه البكتريا ، خاصة للنساء الحامل . فإن الوضع قد يتطلب وقفة وقرار يحمي المستهلكين من هذا المرض الذي ينتقل عبر الغذاء . ونعتقد أن الوقت قد حان لتضمين تحاليل الكشف عن هذه البكتريا للأغذية الجاهزة وشبه المطبوخة وعدم السماح بتداولها إلا إذا كانت خالية تماماً من بكتريا الليستيريا مونوسايتوجنس .

٤ - المحلي الصناعي Acesulfame K

يستخدم هذا المحلي الصناعي في الآونة الأخيرة كبديل للسكرين والأسبارتيم . وقد تقدمت بعض شركات المشروبات الغازية بطلبات للأمانة العامة لبلديات الدوله للسماح باستخدامه . وقد قامت اللجنة الفنية للأمانة العامة لبلديات الدوله بتجميع المعلومات وتحليلها والتشاور مع مراكز الأبحاث والمنظمات العالمية وبعض الجهات المعنية بتقييم سمية الإضافات ، وخلصت للنتائج التالية في هذا الشأن :

(أ) سمحت مواصفات دول السوق الأوروبية المشتركة باستخدام هذا المحلي بحد أقصى ٣٥٠ جزء في المليون في المشروبات . وقد سمحت بتداوله بعض الدول الأوروبية مثل بريطانيا وأسبانيا وفرنسا وإيطاليا وتحفظت على السماح باستخدامه دول أخرى مثل ألمانيا .

(ب) تلقت اللجنة الفنية خطاباً من قسم المواصفات بهيئة أبحاث الأغذية البريطانية يشير إلى أن هيئة مواصفات السوق الأوروبية المشتركة قد كونت لجنة مؤخرأ لإعادة النظر في استخدام Acesulfame K في المشروبات .

(ج) على الرغم من أن الشركات التي طالبت باستخدامه ذات جنسية أمريكية في الأصل ، إلا أن الحكومة الأمريكية ممثلة في إدارة الأغذية والعقاقير (F D A) لم تسمح باستخدامه حتى الآن ، وتقوم مراكز أبحاثها بدراسة سميته و ثباته في المشروبات ، خاصة الغازية منها . هذا يعني أن مثل هذه الشركات تقوم بتجريب هذا المحلي الصناعي خارج الولايات المتحدة الأمريكية منذ سنوات قبل طرحه في أسواقها المحلية . وعلى ضوء ماتقدم صدر قرار من الأمانة العامة للبلديات بالدوله ، إستناداً على توصيات اللجنة الفنية بعدم السماح باستخدام هذا المحلي الصناعي في المشروبات ، وتواصل اللجنة الفنية متابعة أبحاث إدارة الأغذية والعقاقير (F D A) في هذا الخصوص .

٥ - كمية الملونات المسموح باستخدامها في الأغذية .

سمحت مواصفات دولة الإمارات العربية المتحدة حسب القائمة المعتمدة من مجلس إدارة هيئة المواصفات الخليجية باستخدام ١٣ نوعاً من الملونات الصناعية ومنعت استخدام بعضها مثل Patent blue و Amaranth و Green S و V ، رغم السماح باستخدامها في دول السوق الأوروبية المشتركة وقد استندت هيئة المواصفات الخليجية على آراء ونتائج أبحاث وإدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية (F D A) والتي منعت استخدام هذه المواد الملونة في الولايات المتحدة الأمريكية . وكما هو معروف فإن استخدام الملونات الصناعية المسموح بها شائع في عدد من الأغذية والتي قد تؤدي إلى بعض الأعراض والأمراض مثل ظهور الرشح الجلدي والحساسية عند الأطفال وقد أثبتت المسوحات التي قامت بإجرائها مختبرات رقابة الأغذية بالدوله ، مثل مختبر الصحة العامة ببلدية دبي ومركز رقابة الأغذية والبيئة ببلدية أبوظبي على بعض الأغذية والوجبات الخفيفة التي يستعملها الأطفال احتواء هذه الأغذية على كميات كبيرة من الملونات تفوق بكثير الحد المسموح به عالمياً . وبناء على هذه المعطيات فأنا نقترح تعديل المواصفات الخليجية الخاصة بالملونات لتتضمن حداً أقصى من هذه الملونات ونوصي بأن لا يزيد الحد عن ٢٠٠ جزء في المليون ، مثلما هو سائد في معظم دول العالم .

أن مضاد الأكسدة Tertiary Butyl Hydro Quinone - TBHQ سمحت به كثير من المواصفات العالمية ، خصوصاً في الزيوت . وقد سمحت لجنة الخبراء المشتركة لمضافات الأغذية JECFA التابعة لمنظمة الأغذية والزراعة العالمية باستخدام هذا المركب في الأغذية وكذلك الـ F D A والسوق الأوربية المشتركة والعديد من دول العالم . إلا أن عدم وجود TBHQ في قائمة المضافات الغذائية المسموح بها من قبل هيئة المواصفات الخليجية قد تسبب في رفض كثير من شحنات الزيوت ، لذا نقترح أن تعيد هيئة المواصفات الخليجية النظر في السماح باستخدام TBHQ على ضوء نتائج مراكز الأبحاث العالمية والتي أثبتت عدم خطورته على الأغذية .

التوصيات

من خلال هذه النظرة السريعة والتي تعكس تجربة دولة الإمارات العربية المتحدة في مجال المواصفات والتفتيش الغذائي وواقع مختبرات رقابة الأغذية ، يمكننا أن نوصى بالتالي :

(أ) في مجال المواصفات القياسية للأغذية :

الأهتمام باستحداث المواصفات التي تواكب التطور الهائل في صناعة وإستيراد الأغذية ، إعتماًداً على البحوث المكثفة والمسوحات العاجلة لمختلف أنواع الأغذية المتداولة على مستوى دول مجلس التعاون الخليجي ، وتحديد نوع التحاليل الواجب إجراؤها والحدود لكل نوع من أنواع السلع الغذائية .

(ب) في مجال التفتيش الغذائي

١ - الأهتمام بتطوير الأماكنيات البشرية والفنية على مستوى المنطقة لمقابلة التحدى الهائل والذي نجم عن التجارة الواسعة للأغذية في المنطقة .

٢ - إتباع أنظمة مشتركة ومربوطة بشبكات المعلومات للتفتيش على الأغذية من قبل دول مجلس التعاون الخليجي وتوفير المعلومات الفورية عن حالات الرفض للأغذية وأسباب ذلك الرفض لكل دول المنطقة .

(ج) في مجال مختبرات رقابة الأغذية

١ - الأهتمام بالكادر الوطني والمدرب للقيام بالتحاليل في هذا المجال .

٢ - الأهتمام بإتباع التحاليل والتقنيات الحديثة لكشف ما يستجد من ملوثات فيزيائية أو كيميائية أو ميكروبيولوجية في مجال رقابة الأغذية .

(د) توصيات عامه

١ - الأهتمام بربط جهات رقابة الأغذية في دول مجلس التعاون الخليجي بشبكة للمعلومات على مستوى المواصفات وأنظمة التفتيش والتحاليل وطرق إجرائها ، وكذلك حالات الرفض للأغذية في أي دولة من دول المجلس .

٢ - الأهتمام بالقطاع الخاص وعقد الإجتماعات والندوات التثقيفية في مجال رقابة الأغذية بشكل مشترك بين الجهات الصحية والقطاع الخاص حتى يساهم ذلك في إيجاد الأرضية المشتركة لرقابة الأغذية بين المنتج والمستهلك .

Table 1
Survey for the presence of *Listeria* species in different foods in UAE

Category	No. of samples analysed		No. of Positive samples	
	Imported	Local	Imported	Local
I. Raw foods				
a. Fresh meat				
1. Beef	15	-	1	-
2. Goat	17	-	1	-
3. Sheep	24	-	5	-
4. Camel	-	14	-	-
b. Fish	-	44	-	2
c. Fresh chicken	-	30	-	10
d. Frozen chicken	39	-	32	-
e. Vegetables	99	84	2	2
Total	(366)		(55)	
II Semi Processed meat	-	107	-	34
Total	(107)		(34)	
III Processed foods				
a. Pastzd. fresh and reconstituted milk	-	182	-	-
b. Cheese	196	53	4	-
c. Ready-to-eat foods	-	107	-	-
d. Traditional foods	-	90	-	-
Total	(628)		(4)	

Table 2
Listeria species isolated from foods during the survey

Category	<i>Listeria monocytogenes</i>	<i>Listeria innocua</i>	<i>Listeria welshimeri</i>	<i>Listeria seeligeri</i>
I. Raw foods				
a. Fresh meat				
1. Beef	-	1	-	-
2. Goat	-	1	-	-
3. Sheep	-	5	-	-
4. Camel	-	-	-	-
b. Sea foods	-	2	-	-
c. Poultry				
1. Fresh chicken	1	8	1	-
2. Frozen chicken	18	14	-	-
d. Vegetables	-	4	-	-
II Semi processed meats	12	20	2	-
III Processed foods				
a. Pastzd. milk	-	-	-	-
b. Cheese	2	2	-	-
c. Ready-to-eat foods	-	-	-	-
d. Traditional foods	-	-	-	-

Table 3
جدول (٣)

Survey of *Campylobacter* species in association with *Salmonella* and Faecal coliforms

Type of sample	No. of sample units positive								
	<i>Campylobacter</i>			<i>Salmonella</i>			Faecal coliforms		
	Smp	Pos	%	Smp	Pos	%	Smp	Pos	%
1. Local Chicken, Chilled	58	3	5.2	42	29	69	33	33	100
2. Imported Chickens, Frozen	50	0	0	50	21	42	50	18	36
3. Chicken Liver, Chilled	16	0	0	16	14	87.5	16	16	100
4. Imported lamb, Chilled	5	0	0	5	3	60	5	5	100
5. Imported mutton, Frozen	6	0	0	6	2	33.3	6	5	83.3
6. Beef burger, Frozen	6	0	0	6	0	0	6	4	66.7
7. Chicken burger, Frozen	6	0	0	6	0	0	6	2	33.7
8. Beef burger sandwiches	5	0	0	5	0	0	5	0	0
9. Beef sandwich (Shawarma)	10	0	0	10	0	0	10	3	30
10. Chicken sandwich (Shawarma)	10	0	0	10	0	0	10	2	20
11. Chicken barbecue (Whole)	10	0	0	10	0	0	10	3	30

Survey for the presence of *Yersinia enterocolitica* in different foods in UAE.

FOOD TYPE	NO. OF SAMPLES	POSITIVE SAMPLES
Pasteurized milk	160	1 (0.6%)
Raw milk	75	0
Meat and Burgers	126	25 (20%)
Cold Salads	134	4 (2.9%)
Sea foods	73	3 (4.1%)
Chicken	434	36 (8.3%)
Water	30	1* (5.0%)
Miscellaneous Ready-to-eat foods	75	0
Cheese	15	1 (6.6%)

* Waste water

Table 5 : Detection of Unpermitted Colours in Foods

S. No.	Description	No. of Samples Analyzed	No. of Unfit Samples	% Unfit Samples	Total Dye Content in Unfit Samples (Range in ppm)	Remarks
1	Hard-boiled Confections, Coated Nuts, Chocolates, Chewing Gum & Misc. Sweets	790	42	5.32		Amaranth, Patent Blue V, Green S, textile dyes
2	Pickled Vegetables	85	55	64.7		Textile dyes
3	Snack Foods (Crisps, Chips, Cheese balls)	416	4	0.96		Amaranth, Unidentified Colour
4	Soft Drinks, Squash & Syrups	812	4	0.49		Green S Patent Blue Y
5	Miscellaneous Foods	987	5	0.51		Amaranth Green S
	Total	3090	110	3.56		

Table 6 : Quantity of Added Colours in Foods in U.A.E.

S. No.	Description	No. of Samples Analyzed	No. of Unfit Samples	% Unfit Samples	Total Dye Content in Unfit Samples (Range in ppm)	Remarks
1	Snack Foods (Cheese balls, Pofaki Curls, Crisps)	29	12	41.4	210 -- 1336	Tartrazine and Sunset Yellow found and Quantity exceeds 200 ppm
2	Soft Drinks	46	---	0.0	---	Permitted colours found Quantity is less than 200 ppm
3	Concentrates (Syrups, Squash)	6	---	0.0	---	Permitted colours found Quantity is less than 200 ppm
4	Sweets & Confections	24	4	16.7	236 -- 428	Permitted colours found Quantity exceeds 200 ppm
	Total	105	16	15.2		

**Table 7 : Detection of Permitted Colours In Foods
Where Addition of Colours is not Allowed**

جدول (٧)

S. No.	Description	No. of Samples Analyzed	No. of Unfit Samples	% Unfit Samples	Remarks
1	Tomato Ketchup & Sauce	214	6	2.80	Tartrazine, Ponceau 4R
2	Tomato Paste	142	12	8.45	Ponceau 4R, Erythrosine
3	Saffron	24	6	25.0	Sunset Yellow, Tartrazine Ponceau 4R, Carmoisine
	Total	380	24	6.32	

Table 8 : Status of Benzoic Acid in Processed Foods in U.A.E.

جدول (٨)

S. No.	Description	No. of Samples Analyzed	No. of Unfit Samples	% Unfit Samples	Range (ppm) in Unfit Samples	Remarks
1	Soft Drinks	229	6	2.62	226 -- 245	> 150 ppm limit
2	Fruit Juices and Drinks	861	3	0.35	185 -- 230	> 150 ppm limit
3	Squash, Syrup and Concentrates	117	3	2.56	733 -- 808	> 150 ppm limit on dilution
4	Ketchups and Sauces	282	8	2.84	387 -- 758	> 250 ppm limit
5	Miscellaneous Foods (Pickles, etc.)	124	2	1.61	542 -- 1018	> 500 ppm limit
	Total	1613	22	1.36		

Table 9 : Assessment of Aflatoxin Levels in Foods in U.A.E.

جدول (٩)

S. No.	Food Item	No. of Samples Analyzed	No. of Positive Samples	% Positive Samples	No. of Unfit Samples	% Unfit Samples	Range of Toxins in Unfit Samples	Remarks
1	Peanuts	108	36	33.3	16	14.8	48.6 -- 897	High level (>500 ppb) in 4 samples -- High B ₁ & B ₂
2	Peanut Butter	26	8	30.8	0	0	---	Satisfactory
3	Peanut Candy, Balls & Chocolate	28	22	78.6	12	42.9	24.6 -- 1108	High level (>500 ppb) in 6 samples -- High B ₁ & B ₂ -- High G ₁ & G ₂ in 1 sample
4	Pistachio Nuts	32	7	21.9	2	6.25	120.4 -- 416	-- High B ₁ & B ₂
5	Maize	14	1	7.14	0	0	---	Satisfactory
6	Parboiled Roce	12	0	0	0	0	---	Satisfactory
7	Dried Figs & Apricots	16	2	0	0	0	---	Satisfactory
8	Almonds and Cashew Nuts	26	0	0	0	0	---	Satisfactory
9	Desiccated Coconut	14	0	0	0	0	---	Satisfactory
	Total	276	76	27.5	30	10.9	24.6 -- 1108	

الحاجة إلى التخطيط الصحي لحل مشاكل التغذية

سعيد بن أسحاق

وزارة الصحة - أبوظبي - دولة الإمارات العربية المتحدة

مقدمه

لقد قفز التخطيط الصحي إلى مقدمة إهتمامات الدول وأولوياتها بعد أن كان لا يشكل أي أهمية مقارنة مع مجالات التخطيط الأخرى مثل التخطيط الاقتصادي والسياسي ، ولكنه مع تطور الخدمات الصحية والحاجة إليها في العالم والتنافس بين الدول في الحصول على أفضلها ظهرت الحاجة الملحة للتخطيط الصحي ، ونظراً لارتفاع تكاليف الخدمات الصحية فأن موضوع التخطيط الصحي أصبح من المواضيع الأساسية في الخطط العامه للدول أن لم يكن في مقدمة هذه الخطط .

وإذا نظرنا إلى تجارب الدول الأخرى في عملية التخطيط نرى أنه لا توجد أي دولة في العالم يعمل نظامها الصحي بطريقة فعالة ومجديه حتى تلك التي نعتقد أن برامجها الصحية هي الأنسب لحل مشاكلنا الصحية ، ولا نتوقع أن نجد الحل لمشاكلنا في دول أخرى . ولا يعنى ذلك أن نتجاهل الخبرات والدروس التي تقدمها هذه الدول الجيدة منها وغير الجيدة . وقد يرى البعض أن مشاكلنا الصحية تكمن في إتباع أنظمة الدول الأخرى ويرى آخرون أن هذه الأنظمة غير صالحة لنا ، إلا أنه من الأفضل أن نبني الجسور بين كلا الجانبين بحيث نساوي بين حقائق ما يمكن التعليم منه مع تلك التي علينا عدم نقلها لعدم جدواها آخذين بعين الأعتبار القواعد والأسس التاريخية والثقافية والأقتصادية لنظامنا الصحي .

الأساليب التي أتبعتم فى السابق لحل مشاكل التغذية

لحل أي مشكلة غذائية يجب أن توجه الجهود إلى جذور المشكلة وأسبابها الأساسية وخلال العقود الثلاث الماضية نفذت حكومات عديدة برامج في التغذية إلا أن معظم هذه البرامج كانت مشتته وينقصها التنسيق والتخطيط السليم وأثر ذلك على نتائج هذه البرامج . ولكن هذا لا يمنع من وجود بعض البرامج الناجحة التي نفذتها بعض الدول وتمكنت من تحقيق نتائج ملموسة في تخفيض نسبة إنتشار أمراض سوء التغذية .

حدث في الآونة الأخيرة أهتمام متزايد بالنجاح المحدود الذي حققته برامج التغذية في دول كثيرة ، وكان هناك شعور متزايد بأنه بالرغم من أن مشكلة التغذية مشكلة صحية ، إلا أنها تؤثر في جميع الجهود التي تبذل من أجل تحقيق التنمية القومية وتتاثر بها . وقد بدأ خبراء التخطيط وصانعي القرار يعيدون النظر في مشاكل التغذية فعقدت العديد من المؤتمرات والندوات وتجمعت الخبره عن استخدام الأساليب الحديثة والتحليلية في التخطيط للغذاء والتغذية وكانت العقبة الرئيسية التي تحد من فعالية التخطيط قصر النظر بالنسبة للمشكلة وعدم كفاية الإجراءات المتخذة لتحديد وتصميم وتقييم الوسائل التي تؤثر على التغذية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة .

الحاجة إلى أسلوب جديد فى التخطيط الصحى للتغذية

إذا ما أريد للتخطيط الصحى المعنية بالنهوض بالتغذية أن تحقق النتائج المرجوه فإنه يجب أن توضع فى الاعتبار الظروف الاجتماعية والأقتصادية السائدة فى البلد ، وبدون شك فى المناطق المختلفة داخل البلد . فهناك أختلافات مهمه فى توفير الموارد الطبيعية والقوى البشرية المدربه المتاحة للتخطيط والعوامل الأقتصادية وغيرها من البرامج الحكومية ، وكذلك فى توفير المعلومات اللازمة لتقييم الموقف بالنسبة للغذاء والتغذية ولتحديد المشروعات والتحضير لها .

ومن المحتمل أن تؤثر جميع مصادر التباين هذه تأثيراً قوياً على التأكيد الذى ينبغى أن يضاف على مختلف خطط الغذاء والتغذية . وهناك متغيرات كثيرة تجعل من المستحيل التوصل إلى نمط أو نموذج محدد شامل . ومن الأهمية بمكان ذلك التفاوت فى الموارد المالىه فى كل بلد وكذلك القدره على إتخاذ القرار والتنفيذ وفى بعض الدول يتوفر هذا العاملان مما يمكن من وضع برنامج شامل للغذاء والتغذية . وفى دول أخرى تكون الموارد المتاحة محدودة ، مع توفر احتمالات لتخطي المصاعب الحالىه خلال فترة قصيرة . وهناك دول تفتقر إلى الموارد البشرية المدربه بشكل كبير وهذه الدول تجد صعوبة فى أعداد خطط واقعية ومتكاملة ومعظم دول الخليج قد تكون تابعة لهذه الفئة . إن إتخاذ القرارات وتحديد الأولويات على أسس سليمة هى فى الدرجة الأولى أكثر أهمية بالنسبة لهذه الدول ، غير أن أساليب التخطيط وأختيار البرامج يجب أن تعتمد على تقدير واقعي للموارد المالىه والبشرية المتوفرة .

وهناك ضرورة يتطلبها التخطيط الفعال للتغذية وهى تلافى الإجراءات التى قد تؤدي إلى تفاقم المشكلة الغذائية أو تلك التى لا يكون لها أثر أو يكون أثرها ضئيلاً وغير كاف . وبناء عليه فإن عملية التخطيط يجب أن تسمح بتقييم الإجراءات وذلك منعاً لحدوث المضاعفات السلبية التى قد تحدث بدون الألتفات إليها .

تخطيط وتنفيذ البرامج الصحيه المتعلقة بالتغذية

١ - تحليل مشكلة التغذية

يبدأ التخطيط للبرامج الصحيه الموجهه لتحسين الحالة الغذائية بالتعرف على الأساليب الكامنه وراء إنتشار المشكلة ومدى إنتشارها وهذا يتضمن العوامل الاجتماعية والأقتصادية والسلوكية وكذلك الديموغرافية . كما يجب التعرف على الفئات الأكثر تضرراً بهذه المشكلة . ولا يتم ذلك إلا عن طريق الدراسات والبحوث الوبائية ، وبما أن تنفيذ مثل هذه الدراسات يتطلب أشخاص ذو خبرات ومؤهلات فى مجال البحوث فإن التنسيق والتعاون بين المؤسسات والجهات ذات العلاقة أمراً بالغ الأهمية لنجاح هذه الدراسات وهذا يشمل وزارة الصحة والجامعات ومؤسسات البحث العلمى وكذلك المنظمات الدولية .

٢ - التعرف على الإجراءات المناسبة

فى الدول التى تكون فيها المعلومات قليلة أو نادرة فإنه يجب تحضير بيان مبسط يوضح الأدله المتوفرة على وجود مشاكل التغذية وأن كان ذلك لا يعتبر شاملاً من ناحية التغطية القومية وقد لا يعكس الصورة الحقيقية لحجم المشكلة إلا أنه يساعد على بلورة فكرة عامه حول المشكلة الغذائية . ورغم أن ذلك فإن هذه المعلومات قد تبيِّن

المجتمعات أو المناطق التي تعاني من المشاكل ، مما يساعد في اتخاذ القرارات حول حل هذه المشاكل أو التركيز عليها .

كما يجب التعرف على البرامج الصحية القائمة حالياً ولها علاقة بحل المشكلة ، وفي هذه الحالة يجب أن تقيم هذه البرامج لغرض التعرف على أوجه النقص فيها وكيفية ربطها بالمشكلة الغذائية . وقد تكون هذه البرامج كافية بحد ذاتها أو في حاجة إلى التوسع أو إعادة تخطيطها أو اختصارها .

٣ - متطلبات التنظيم لتخطيط برامج التغذية

من العرض السابق نجد أن الحاجة إلى طريقة لضمان أن عملية التخطيط تتخذ إتجاهاً واقعياً بالنسبة لحل مشكلة التغذية وطبقاً للهيكل الإداري الحالي في معظم وزارات الصحة في دول الخليج فإن الوزارة يكون لديها إدارة أو قسم مركزي للتخطيط الصحي يكون مسؤولاً عن وضع إستراتيجية للتنمية الصحية . ويجب هنا أن تكون هذه الإستراتيجية جزءاً من الإستراتيجية العامة أو الخطه العامه للدولة وذلك راجع إلى أن أسباب المشاكل الغذائية ليست صحيه فقط بل هناك العديد من الأسباب الأتتماعية والسلوكية والزراعية وغيرها . ويفضل تشكيل لجنة مشتركة بين الوزارات لمناقشة وتنسيق خططها وتوجيهها نحو التنمية القومية الشاملة .

وفي الحقيقة فإن جهاز التخطيط الصحي يجب أن يكون في وضع يمكنه من أن يطلب من الوزارات المختلفة أن تشارك في الحوار وأن توفر المعلومات المتعلقة بالمشاكل الصحية والغذائية وينبغي أن يكون في مقدور هذا الجهاز أن يقوم بتحليل مستقل وأن يقدم العون إلى الجهات والوزارات ذات العلاقة في تحديد البرامج الموجهة لحل المشاكل الصحية والغذائية .

ومن المهم أن يتوفر في هذا الجهاز الخبرات الفنية والتحليلية الخاصة به وأن يكون في مقدوره الإستعانة بالخبرات الأخرى في مجال التغذية والصحة العامه والأقتصاد والأحصاء والتعليم والإدارة وغيرها من المجالات الهامه في التخطيط .

ومن أهم أوجه التخطيط قدرته على التكيف مع التجارب والأوضاع غير المتوقعة ، وتتطلب هذه القدره الأهتمام بتقييم السياسات والبرامج ومراقبة الحالة الصحية والغذائية والمتغيرات الرئيسية التي تتحكم فيها .

٤ - طرق تنفيذ برامج التغذية

مهما كانت الأعادة في صياغة البرامج الصحية والغذائية على المستوى المركزي فإنها لن تعود بالنتائج المرجوه إلا إذا تواجدت أجهزة كافية لتنفيذها على المستوى المحلي ، وقد فشلت الكثير من البرامج الصحية المدروسة جيداً في الماضي لعدم أخذ هذا العامل في الأعتبار . وفي الحالات التي تكون فيها الموارد والقوى البشرية المدربة محدودة للغاية يتحتم العناية بتفاصيل تنفيذ البرامج .

ويتحدد إطار المؤسسات المشتركة في البرنامج الصحي أو الغذائي حسب طبيعة ومضمون البرنامج فبعض البرامج تحتاج إلى جهود وتظافر مؤسسات أخرى غير وزارة الصحة لكي يتم تنفيذها ونجاحها مثلاً بالنسبة للتغذية المدرسية يقع العبء الأكبر على وزارة التربية والتعليم وليس وزارة الصحة وبدون التعاون والتنسيق بين هاتين الوزارتين فإن البرنامج لن يحقق الهدف المرجو منه .

المراجع

- ١ - منظمة الصحة العالمية (١٩٨٠) إستراتيجيات الغذاء والتغذية فى مجال التنمية القومية ، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط - الأسكندرية .
- ٢ - منظمة الصحة العالمية (١٩٩١) نحو سياسة وطنية للتغذية ، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط - الأسكندرية .

(ملحق)

رسم خطة وطنية للتغذية

(مبادئ توجيهية هامة للقطاع الصحي)

- لما كان يتعين على القطاع الصحي القيام بالدور الرائد في بدء عملية رسم خطة وطنية للتغذية ، فمن المهم أن يتذكر المرء بعض المبادئ الإرشادية ، وفيما يلي قائمة بمبادئ توجيهية :
- ١ - إن رسم خطة وطنية للتغذية ليس بالأمر الهين ، فهو يحتاج إلى الأهتمام بإنشاء قاعدة بيانات وتحليل المشاكل القائمة ومحدداتها الرئيسية وتحديد الآثار التغذوية لجميع السياسات وخطط العمل القطاعية ، وأخيراً بتعيين أهداف وغايات وأطر زمنية لكل خطة عمل قطاعية بحيث تتجمع مزايا التدابير القطاعية في مجال تعزيز التغذية .
 - ٢ - والأندفاع نحو رسم خطة وطنية للتغذية تستند إلى (الإنطباعات والنوايا العامة) عمل خاطئ ، فهذه الخطة لا يمكن تطبيقها عملياً .
 - ٣ - ولن تكون للخطة الوطنية للتغذية المرسومة بدقة أية فائدة إن لم تطبق عملياً ، وتنفيذ أي خطة أصعب من رسمها . فالتنفيذ يتطلب توجيهات ذات قوة من أعلى مستويات إتخاذ القرار ، والتغذية لا تخص قطاعاً حكومياً بمفرده ومن ثم فرعايتها لا تكون من قطاع بالذات دون غيره ، فلن تقارن هذا بأية خطة صحية تحظى على الفور برعاية وزارة الصحة .
 - ٤ - وأول خطوة تتخذها وزارة الصحة هي أن تنشئ مركز إتصال مختص بالتغذية وتزوده بالدعم اللازم لإكتساب المقدره التقنية بغية القيام بتحليل للوضع وتحديد وإقرار الأولويات من بين المشاكل الرئيسية للتغذية ورسم وتنفيذ البرامج التصحيحية الملائمة .
 - ٥ - وإعداد إستراتيجية للتغذية في القطاع الصحي ترسم وفق الحالة التغذوية السائدة في القطر وتوافر الموارد التقنية والمالية هو الخطوه الأولى في سبيل رسم خطة وطنية للتغذية .
 - ٦ - وينبغي تصميم إستراتيجية التغذية في القطاع الصحي بحيث تبين ، ولو بأسلوب بالغ التعميم ، ما تستطيع القطاعات الأخرى عمله للإضافة إلى الإستراتيجية وإكمالها .
 - ٧ - وينبغي إستخدام هذه الإستراتيجية (كأداة) لتوعية القطاعات الأخرى المعنية ولدعمها كلما إحتاج الأمر لذلك ، من أجل صياغة التدابير المتعلقة بالتغذية . وهناك أربعة إدارات أو وزارات ، وهي الأغذية والزراعة والتعليم والتنمية الريفية ، تعد القطاعات الرئيسية غير المختصة بالصحة والمعنية بتعزيز التغذية .
 - ٨ - ولا يمكن أن يتم التنسيق في فراغ ، فلا ينبغي بذل أي جهد لإنشاء آلية تنسيق وطنية إلى أن تبدأ القطاعات المعنية الرئيسية (التفكير) في مكافحة سوء التغذية . ولا يكون للتنسيق أي مغزى إلا عندما يكون هدفه ضمان عدم وجود إزدواجية في الجهود وعدم إغفال أية مجالات رئيسية وعدم تضارب الجهود القطاعية بعضها مع بعض بل أن تتلانى ويكمل بعضها بعضاً .

المصدر : منظمة الصحة العالمية / المكتب الإقليمي في الأسكندرية (١٩٩١) نحو سياسة وطنية للتغذية .

٩ - وينبغي الشروع في هذه المرحلة بإنشاء لجنة تنسيق وطنية لشؤون التغذية . وهناك أيضاً ينبغي للقطاع الصحي ، بسبب ظهوره (راعياً للتغذية) أن يأخذ بزمام المبادرة . ومع هذا ينبغي أن يدرس بدقة الموقـع الإداري للجنة . وثمة إتجاه عام بأن تتخذ اللجنة مقرأ لها في القطاع الصحي ، وهناك قد لا تكون لها فعالية كبيرة . والوضع الأمثل هو يكون مقر اللجنة في مستوى عال نسبياً ، كأن يكون في وزارة التخطيط أو في أمانة رئيس الوزراء .

١٠ - ولجنة التنسيق الوطنيـه لشؤون التغذية هي المسؤولة عن إقامة أسس التعاون والتنسيق المشتركين بين القطاعات المعنية بما يؤدي في النهاية إلى رسم سياسة وطنية للتغذية . كذلك فإن لجنة التنسيق الوطنية لشؤون التغذية هي مسؤولة عن رصد الخطـه .

١١ - إن أعداد الخطه يقتضي قدراً كبيراً من التحليل المتعمق لنتائج تحليل الوضع لإسقاطات المتغيرات الرئيسية ، وفي الوقت ذاته تحليل وتحديد الآثار التغذوية لجميع السياسات والخطط القطاعية . والبلدان المؤهلة للأضطلاع بممارسات من هذا النوع ليست كثيرة ، ولا هي تدرك ضرورة القيام بهذه المهمة ، وواضح أن الأمر يحتاج إلى بدائل بسيطة .

١٢ - وينبغي لوحدة التغذية في القطاع الصحي ، بما لها من الخبرة والدراسة اللازمتين أن تقدم المشورة إلى لجنة التنسيق بغية إتباع أسلوب أكثر بساطة ، على أن تكون هذه تدابير مؤقتة . ونقدم فيما يلي اثنين من البدائل التي يجرى اعتمادها بوجه عام :

(أ) يستطيع كل قطاع غير القطاع الصحي ، باتخاذ إستراتيجية التغذية التي يتبعها القطاع الصحي قاعدة له أن يحدد التدابير التي تكمل وتتم الجهود التي يبذلها القطاع الصحي . ومن أمثلة ذلك ، أن يقدم قطاع الرعاية الإجتماعية التغذية التكميلية للأطفال قبل سن المدرسة ، وأن تدمج مواضيع التغذية في مناهج المدارس الإبتدائية وأن ينتج قطاع الأغذية أغذية مجهزة ورخيصة الثمن لقطاع الأطفال . وتكـون محصلة هذا الجهد هي (إستراتيجية بدائية متعددة القطاعات) .

(ب) وبإمكان وحدة التغذية أن تشرع في عملية لتحليل الآثار التغذوية للسياسات وخطط العمل في القطاعات الأخرى ، مثل تأثير تدابير دعم الأغذية على السكان بصفة عامة ، ولا سيما على القطاعات الضعيفة إقتصادياً ، ومدى نجاح نظام التوزيع العام للأغذية في حماية الحالة التغذوية لهذه المجموعات من السكان ، وما إذا كانت الصناعة الوطنية للأغذية موجهة بشكل محدد إلى حماية فئتي الدخل المتوسط والمتدني . ويمكن تجميع هذه الآثار معاً وهو ما يسمى عموماً بالصلة التغذوية بين التدابير القطاعية ، بحيث تمثل إستراتيجية بسيطة للتغذية - أو بديلاً بسيطاً لسياسة وطنية للتغذية .

١٣ - وجدير بالذكر أن مسؤولية (الريادة) هذه لوحدة التغذية في القطاع الصحي لا يمكن في معظم الحالات أن ينفذها مركز إتصال مختص بالتغذية بمفرده أو تنفذها وحدة (تضم موظفاً أو موظفين اثنين) . لذا فمن المهم للغاية أن ينشئ مركز الأتصال المختص بالتغذية صلات عملية مع مراكز الأتصال في القطاعات الأخرى ، ومع المدارس الطبية والزراعية ذات المصلحة في التغذية والإهتمام بها ، ومع الجامعات ومعاهد البحوث العاملة في ميدان التغذية ، ومع أية هيئات تقنية أخرى في القطر يكون بوسعها دعم ومساعدة وحدة التغذية والتعاون معها .

- ١٤ - وتعد قضايا الأغذية والزراعة من الإعتبارات الرئيسية فى وضع خطة وطنية للتغذية ، فتوافر الكميات والنوعيات الكافية من الأغذية بأسعار يمكن تحملها هو الشرط الأساسي لوضع سياسة تغذوية . ومع ذلك فكثيراً ما ينعدم فى الممارسة الفعلية وجود التفاعل بين قطاعي الأغذية والزراعة . فينبغي لوحدة التغذية فى القطاع الصحي أن تبدأ بإجراء مباشر مع قطاعي الأغذية والزراعة بشأن قضايا أساسية محددة منها مايلي :
- (أ) الإعتبارات التغذوية فى التخطيط الزراعي وهو مجال كثيراً ما يهمل بصفة عامه ، وهو كذلك مجال له أولوية عالية بالنسبة لمنظمة الأغذية والزراعة .
- (ب) الإعتبارات التغذوية فى تصدير وإستيراد الأغذية .
- (ج) الإعتبارات التغذوية فى إنتقاء الأغذية التي تدخل فى برامج إعانات دعم الأغذية .
- (د) الإعتبارات التغذوية فى برنامج التوزيع العام للأغذية .

الوضع التغذوي في المملكة العربية السعودية

أحمد عبدالرحمن الشوشان

قسم علوم الأغذية - كلية الزراعة - جامعة الملك سعود

الرياض - المملكة العربية السعودية

المقدمة

بدأت التنمية في المملكة العربية السعودية منذ أربعين عاماً وأخذت نهجها العلمي في الخطط الخمسية ابتداءً من العام ١٣٩٠ هـ مستندة إلى أسس من التخطيط الشامل واتباع سياسة الأقتصاد الحر القائم على اعتماد القيم والتعاليم الإسلامية. ومع نهاية الخطة الخمسية الرابعة تجسدت البنية الوطنية العامة بسبق متميز في إستكمال الخدمات والمرافق التي شملت كافة قطاعات الدولة وأوجه الحياة العامة. وبالرغم أن المملكة تمتلك احتياطي كبير من النفط ومع ما تشهده الظروف الأقتصادية العالمية من ركود عام، فقد أجهت التنمية الأقتصادية للأخذ بمتطلبات واقعية في التقليل من الاعتماد على الصادرات النفطية للتغلب على آثار الركود مع المحافظة على خطط التنمية واستمرار عمليات الإنتاج.

وفي إطار تحقيق الاكتفاء الذاتي من الإحتياجات الغذائية وتقليل الإعتتماد على الأغذية المستوردة بلغ متوسط معدل النمو السنوي للزراعة خلال الفترة ١٩٧٠ - ١٩٩٢ ما يقرب من ١٨,٨٪ مما نتج عنه تزايد في معدلات إنتاج مختلف السلع الغذائية المحلية، ومن المتوقع أن يبلغ متوسط معدل النمو الحقيقي للقطاع الزراعي حوالي ٧٪ سنوياً بنهاية الخطة الخامسة هذا العام ١٤١٥ هـ.

وأوضح إصدار وزارة التخطيط عن منجزات الخطة الخمسية للدولة (١٣٩٠ - ١٤١٣ هـ) أن الإيرادات الحكومية خلال العام ١٤٠٠ هـ بلغت ٢١١,٢ بليون ريال.

أدت هذه النقلة النوعية التي شهدتها المملكة خلال العقدين الماضيين إلى تغير كبير في الحياة الإجتماعية وماتضمنه من العادات والأنماط التغذوية العامة تبعاً للموقع الجغرافي ودرجة الأتصال المتاحة بالعالم الخارجي. ومن الملاحظ في هذا الصدد أن المدن الكبرى والمناطق القريبة منها كانت الأكثر تأثراً بمسائل تنظيم النسل وإنخفاض معدل التكاثر الأسري والتبدلات النوعية في مصادر الغذاء وأساليب إعداده وتقديمه لأفراد الأسرة. كما أدى إتجاه المرأة للعمل إلى زيادة الأعتتماد على الأغذية الجاهزة والوجبات السريعة بدرجة ملحوظة. وفي المقابل فإنه بالرغم من شمولية الخدمات الإجتماعية والتعليمية العامة، إلا أنه تسود في المناطق النائية وبعض المناطق الريفية طبيعة حياة إجتماعية تقليدية تتسم بتعدد الولادات والأسكان الجماعي والإبقاء على نمط تعاقب أفراد الأسرة على المتاح من الوجبة المعدة منزلياً، من نوعيات محدودة من الغذاء، تبعاً للجنس والعمر.

وبشكل عام فإن العوامل السابقة يضاف إليها ما يتمتع به المجتمع السعودي من تعدد في موارد الغذاء والقوة الشرائية المتاحة، وما أحدثته الحياة المعاصرة من تبدل في السلوكيات العامة باللجوء لإستخدام العمالة بصفة عامة والإعتتماد على العمالة المنزلية بصورة خاصة، مع صبغة الطابع الإستهلاكي العام، جميعها أثرت في تغير ملحوظ

فى وتيرة الحياة الإجماعية والأنماط التغذوية السائدة فى المجتمع السعودى وساهمت فى إحداث تغيرات جذرية فى سوق الإستيراد والإنتاج الغذائى خلال العقدين الماضيين . فعلى سبيل المثال أرتفع إنتاج القمح بالمملكة من ٢٦ ألف طن فى عام ١٩٧٠ إلى ٢٤ مليون طن خلال العام ١٩٩٢ محققاً بذلك إكتفاء مع تصدير للفائض ، كذلك تزايد إنتاج الخضار والفواكه إلى معدلات قياسية .

وفى إطار المخصصات من الطاقة والعناصر الغذائية فقد سجلت الموازنات الغذائية التى تصدرها إدارة الدراسات الأقتصادية والأحصاء بوزارة الزراعة والمياه أرتفاع فى إجمالى المستهلك الفردى منها إلى مستويات كبيرة قد يكون لها إنعكاسات صحية رغم تقدير مدلولاتها الإثباتية ، فمثلاً أرتفع نصيب الفرد من السرعات الحرارية بشكل حاد خلال الفترة ١٩٧٤ - ١٩٨٩ بنسبة تجاوزت ٧٠٪ حيث قدر المستهلك منها ٣٠٦٤ سعة / يوم للفرد الواحد فى نهاية تلك الفترة . كذلك أرتفع معدل إستهلاك البروتين بنسبة ٦٠٪ ، بإجمالى قدره ٨٢٤٤ غرام / يوم للفرد ، بينما قدر تزايد الإستهلاك من إجمالى الدهون بنسبة ٣٠٠٪ تقريباً ٩٠٤٤ غرام / يوم للفرد الواحد بنهاية الفترة أعلاه . أيضاً فقد قدرت الزيادة فى إسهام المصادر الحيوانية من المستهلك الفردى من الطاقة ٤٪ ، ومن البروتين ١٠٪ تقريباً عن كل يوم ، بينما أنخفض معدل المصادر الحيوانية من إجمالى المستهلك من الدهون ٨٪ تقريباً خلال الفترة السابقة . وبالنظر إلى معدل إستهلاك المجموعات والأصناف الغذائية فقد سجلت زيادة متوسطة أربعة أضعاف فى مجموعة الدهون والزيوت المستهلكة للفرد خلال العام الواحد ، وثلاثة أضعاف إستهلاك منتج البيض . كما تضاعف الإستهلاك السنوي للفرد من البقول مع أرتفاع فى معدلات إستهلاك السكر واللحوم والأسماك قدره ٩٠٪ تقريباً . أيضاً وبنفس الطريقة سجل أرتفاع قدره ٨٠٪ ، ٦٠٪ ، ٢٥٪ فى إستهلاك القمح والأرز ، الفواكه ، ومنتجات الألبان على التوالي للفترة ١٩٧٤ - ١٩٩٨ وحتى نهاية ١٩٩٣ .

الحالة الصحية العامة .

باعتبار المساحة الشاسعة للدولة فان من الطبيعى أن تظهر إختلافات وتباينات بين المناطق بشكل عام وبين السكان فى البدو عنها فى المناطق الحضرية تمس الأوضاع والحالة الصحية عامة . فبينما يغلب على سكان المناطق الحضرية القريبة من المدن الأخذ بأساليب الحياة العصرية والإستفادة من الخدمات التعليمية والأجتماعية والصحية لتحسين نوعية الحياة وإستغلال المرافق والخدمات الصحية المعنية برعاية الأمومة والطفولة ورفع مستوى الحالة الصحية مثلاً ، ففي المقابل تضصف كفاءة إستغلالها من قاطنى المناطق البدوية بدرجات متباينة إنعكست على الحالة الصحية للأمهات ومعدلات وفاة المواليد ومستوى نمو الأطفال فى بعض تلك المناطق . وباتجاه معاكس فقد يكون لهذا التباين مردود إيجابى لصالح البدو مثل نقص معدلات التلوث الجوى والفرصة المتاحة للسكان للإبقاء على بعض الأنماط التغذوية التى تحكم موارد الغذاء وإستهلاكه من مصادره المحلية الطبيعية مع ما يرافق الوتيرة السلسة للحياة الإجماعية الريفية من إستقرار نفسى يستبعد الآثار السلبية لإرهاصات المدنية المعاصرة بأوجهها المتعددة ويقلل من آثارها الصحية المتجسدة بمجمل الأمراض الناجمة عن الوفرة والضغط النفسى .

المؤشرات الصحية المرتبطة بنقص التغذية

من أوائل الدراسات التي تطرقت للحالة التغذوية للأطفال تلك التي أجريت في العام ١٩٦٧ في المنطقة الغربية من المملكة حيث أظهرت أن منحنيات الوزن والطول للأطفال السعوديين تقل عن المعيار الأمريكي لنفس الفئة من العمر . وأظهرت دراسة أجريت في عام ١٩٨٤ لتقدير القياسات الجسمية للرضع عند الولادة أن المعدل العام للولادات منخفضة الأوزان كان ٤٪ رضيع لأمهات سعوديات ينتمين إلى وسط متميز اجتماعياً ، وفي دراسة أخرى أجريت لتحديد معيار محلي لمنحنيات نمو الأطفال واستخدم فيها عينه تقدر بـ ٩٠٢٨ مولود حي في عمر ٢٤ - ٤٢ أسبوع يمثلون نسبة ٢٧٫٦٪ من إجمالي الولادات بالرياض خلال الفترة ١٩٨٤ - ١٩٨٦ ، تبين أن متوسط الوزن كان ٣٢٦ كيلو غرام وأن متوسط الطول عند الولادة كان ٤٩٧١ سبتمبر . ومن خلال محاولة بحثية لإرساء منحني وطني محلي للنمو ، وجد في دراسة على ٢٩٦٢ طفل في عمر ٦ - ١٥ سنة من المنطقة الشرقية بالمملكة أن أوزان الأطفال الذكور تقل عن الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية لنفس مستويات الطول . كما أظهرت نتائج دراسة حديثة شملت ٢٦٧٧ طفل من ٣٣ مدرسة حكومية بمدينة الرياض أن معطيات الوزن والطول للأطفال من الجنسين كانت أقل من المتوسط المعياري بينما لم يعاني ذوي العمر ست سنوات من خلل في النمو الطولي .

وللنظر في مشاكل نقص التغذية والحالة التغذوية ، تبين من الدراسة الريفية أن من بين ٨٢٧ طفل قبل سن المدرسة ٣٠٪ يعانون من الهزال بدرجات متفاوتة بين الحاد والمزمن منهم ٢٦٪ في حالة تستدعي عناية فورية . وأظهرت نفس الدراسة أن من بين ٥٣٥ طفل أخضعوا للمعاينة الاكلينيكية ١٨٪ تقريباً لديهم أعراض مرضية واضحة يحتاج ٦٠٪ منهم إلى عناية طبية .

وأوضحت دراسة أجريت في المنطقة الغربية أن ٣٤٪ من الأطفال من أسر بدوية أقل من خمس سنوات مصابون بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد . وفي دراسة أجريت في الرياض على ٢٠٨ من الأطفال في عمر ٣ أشهر إلى ٥ سنوات ، وجد أن ٣٨٪ مصابين بفقر الدم وأن نسبة ٢٢٫٦٪ منهم في حدود الأصابة . ومن خلال دراسة أخرى أجريت في العام ١٩٨٧ شملت ٣٣٣ طفل معافى لتقدير مستوى إنتشار حالات فقر الدم للأطفال في عمر الولادة إلى ١٥ شهر ، تبين أن ٣٣٪ في عمر ٥ - ٦ أشهر لديهم نقص في تركيز عنصر حديد ، بينما يتزايد معدل النقص إلى أقل من ١٢ مكجم / لتر مع العمر بمعدل ١٤٫٥٪ . وفي بحث لتقييم تغذية الطالبات في المدارس الابتدائية بالمنطقة الشرقية وجد أن معدل الأصابة بفقر الدم بحدود ٢٦٫٤٪ من بين الطالبات في عمر ٦ - ١٢ سنة . كما تبين من مسح أجرى في مركز رعاية الأمومة والطفولة بالرياض أن ٤٣٪ من الرضع السعوديين يشبهه بأنهم مصابين بفقر الدم . وأظهرت دراسة حديثة أجريت بمنطقة جدة بالمملكة على ١١٩ امرأة سعودية أن ٢٣٫٥٪ في منتصف فترة الحمل مصابات بفقر الدم ، بينما ١٨٪ مصابات بفقر الدم عند نهاية فترة الحمل .

المؤشرات الصحية المرتبطة بالوفورة

حول إنتشار مرض السكر أظهرت إحدى الدراسات على مراجعي مراكز الرعاية الصحية في الرياض أن معدل إنتشار السكر كان ٢٤٫٢٪ ، بينما أتضح من دراسة أخرى على ريف المنطقة الغربية أن معدل الإنتشار العام للسكر كان ٤٫٣٪ تقريباً وأن معدل إنتشار المرض يتفاوت بين الجنسين تبعاً للعمر والدخل الفردي .

ولدراسة معدل السمنة بين مختلف الفئات في المجتمع السعودي ، فقد وجد في بحث شمل ١٣٨٥ امرأة سعودية غير حامل خلال مراجعة مراكز ريفية وحضرية صحية ، أن زيادة الوزن والسمنة تصل إلى ٧٣٪ من المراجعات ، وكانت البدانة قد سبق تقديرها في عينة ٢٤٤٩ امرأة سعودية غير حامل من الريف بالمنطقة الغربية بحوالي ٣٩٪ تقريباً لنفس الحدود القياسية . كما أظهرت دراسة أجريت على ٥٢٢٢ فرد من الجنسين في نفس المنطقة وتبين أن معدل السمنة يكون بفارق إحصائي أعلى بين الذكور المصابين بمرض السكر . وفي دراسة أخرى على مراجعي العيادات الخارجية كان معدل زيادة الوزن بين ٥٧٢ امرأة سعودية غير حامل ٣٢٪ وكانت نسبة البدانة ٤٤٫١٪ . وفي المنطقة الشرقية أظهرت دراسة على ٥٩٥ امرأة سعودية غير حامل من مركز صحي حضري أن معدل البدانة كان ٣١٪ . ويبدو أن السمنة أعلى عند ربات البيوت الأقل تعليماً وفي عمر أكبر من ٤٥ سنة خاصة الأراامل والمطلقات ، كما أن البدانة ترتبط طردياً مع زيادة عدد مرات الحمل .

وسجل تقرير وزارة الصحة أن عدد حالات الأورام الخبيثة المسجلة رسمياً لدى مركز الأورام بالرياض خلال الفترة ١٩٧٥ - ١٩٩٢ بلغ ١٥٣٠٥ حالة كان منها ٢٧٪ تقريباً بين الأطفال . كما سجل التقرير للعام ١٤١٣ هـ إجمالي ٢٥ صنف من الأمراض الشائعة ، جاء في مقدمتها التهابات الجهاز التنفسي وأمراض المعدة ، بينما كانت معدلات مرض السكر وفقر الدم وارتفاع الضغط بين السعوديين منها ٢٫٢٪ ، ١٪ ، ١٫٤٪ على التوالي وبلغت حالات مضاعفات الحمل للأنثى السعوديات وغير السعوديات ٤٫٣٪ تقريباً نسبة إلى الإجمالي المسجل من كل منها . كما كانت نسبة الخلو من تسوس الأسنان عند عمر ٦ سنوات ٢١٪ تقريباً . كما كان متوسط فقدان الأسنان في الأعمار ٣٥ - ٤٤ سنة ما يقرب من ٤٫٩٪ . وبالنظر إلى عدم إشمال التقرير على العدد الفعلي للمراجعين أو النسبة التقريبية للتغطية من إجمالي السكان فإن من المتعذر تقرير المعدل الواقعي للأمراض الشائعة التي تضمنها التقرير بين الفئات المختلفة . إلا أنه لافتراض إجتهادي أن معدل تغطية الرعاية الصحية لنسبة ٨٠٪ من السعوديين خلال العام ١٤١٣ هـ ، فإن معدل أمراض السكر وفقر الدم وارتفاع الضغط تصبح على التوالي ٦٫٤٪ ، ٢٫٧٪ ، ٤٫١٪ بينما تمثل حالات مضاعفات الحمل ١٢٫٧٪ عند الأنثى من المراجعين للمراكز الصحية بالمملكة .

هشوات المرض والوفاة

في مجال الخدمة الوقائية ومكافحة الأمراض سجل التقرير الصحي السنوي تلاشي الأمراض المعدية التي يشملها الترصد الدولي وإنحسار المستهدفة بالتحصين منها وكذلك الأمراض حيوانية المنشأ . وسجل التقرير ١٢٫٥٪ و ٢٫٥٪ من البروسيلا والسالمونيلا على التوالي . أما حالات الأسهال فقد وجد أن ٦٫٤٥٪ من حالات الأسهال المسجلة كانت بين الأطفال دون الخامسة من العمر مع إنحسار لحالات الوفاة الناجمة عنه إلى معدل وفاة ١٠٠/٧ ألف حالة إسهال تقريباً . كذلك تمت السيطرة على إصابات البلهارسيا التي تقلصت إلى معدل أقل من الواحد / ١٠٠ ألف من السكان بنسبة ٢٨٫٠٪ من إجمالي المفحوصين في المناطق الموبوءة بإعتبار أن ٦٧٪ من الحالات كانت لغير السعوديين . وفي مجال مكافحة الملاريا فقد إنخفضت الإصابات بمعدل ٦٫٣٪ خلال الفترة ١٩٩٢ - ١٩٩٣ م حيث شكلت الحالات الوافدة من الهند ٦٢٪ من إجمالي الحالات .

ويشير التقرير الصحي الأخير ١٤١٣ / ١٤١٤ هـ إلى أنه وعلى مدى الخمس سنوات الأخيرة حدث إنخفاض ملحوظ في نسبة المواليد المتوتى بالنسبة للمواليد الأحياء بالرغم من زيادة أعداد المواليد بمستشفيات وزارة الصحة . حيث بلغ إجمالي الولادات للعام ١٤١٣ هـ ٢٤٢٧٩١ حالة تقريباً ، وبالمقابل أرتفع توقع الحياة عند الميلاد خلال العام ١٩٨٧ إلى ٦٨ر٦ سنة للجنسين بزيادة قدرها ١١ سنة تقريباً عنها في عام ١٩٧٣ . وبينما وصل المعدل النسبي للمواليد المتوتى والمتوفين عقب الولادة خلال العام ١٤٠٩ هـ إلى ٢١ر٨ ، فقد سجل إنخفاض إلى ٢ ، ١٧ / ١٠٠٠ طفل حي خلال العام ١٤١٣ هـ .

الذائمه

نظراً لما تتسم به طبيعة الإنعكاسات المرضية المرتبطة بالتغذية من حيث تأثيرها بالمدى الزمني ، فإن من الممكن إعتبار معدلاتها الحالية بالملكة كنتيجة مرجعية ليس لنمط الإستهلاك الآتي وإنما بصورة أدق لما كان سائداً في المجتمع السعودي أبان فترة الإنتعاش الإقتصادي خلال العقدين الماضيين . وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى الدراسات التي أجريت في أواخر السبعينات والثمانينات كمؤشر مقبول في تفسير الظواهر الصحية التي يعيشها المجتمع حالياً وهذا مايمكن أن تخدم به مثلاً دراسة المسح الأسرى للتعداد السكاني والدراسات الأخرى التي أنجزت خلال تلك الفترة .

وعلى الرغم من توفر عدد من الدراسات التي تناولت الأبعاد الصحية التغذوية لفئات المجتمع السعودي ، إلا أن معظمها ركز على نمط إستطلاعي بين الحالات الواردة للمراكز الصحية وقت المراجعة مما يجعل تعميم نتائجها على الأصحاء مسألة غير مأمونة . كما أن بعض الدراسات ركزت على التحديد المبدي لقياسات النمو ومعدلات الأمراض المزمنة غير الوبائية في المجتمع السعودي . وبالأضافة إلى تصور هذا النمط البحثي عن التفسير العلمي لمجمل الآثار الناجمة عن الظواهر البيئية والإجتماعية والإقتصادية على الحالة الصحية عامة والتغذية بشكل خاص . فان ما تتسم به غالبيتها من محدودية العينة والأقتصار على المناطق الحضرية الرئيسية وعدم التركيز على الفئات الحساسة من المجتمع ، في مجملها عوامل أدت الى تفاوت مدلولات البيانات وأغفال مؤشرات هامة .

التوصيات

تجمع المؤشرات الصحية العالمية على حساسية العوامل البيئية التغذوية كمحدد رئيس لمستوى الحالة الصحية العامة التي يتمتع بها الأفراد في أي مجتمع . كما أنه لا مجال لتجاوز المردودات الأقتصادية والإجتماعية التي يضيفها رفع مستوى الوعي وتحسين الحالة التغذوية ودورها في التوفير المادي للأنفاق الصحي في مرافق المعالجة والعناية الطبيه وتحسين نوعية الحياة الإجتماعية بشكل عام . وإذا كانت المملكة قد خطت بشكل متميز وسبق حضاري في جميع أوجه الحياه وأنه أمكن في ظل الأهتمام الرسمي بالقطاعات الصحية الحد من كثير من الأمراض المستهدفة بالتحصين والمعدية منها ، فان كل ذلك لا يستثنى من مواجهة التزايد الملحوظ في معدلات الأمراض الحديثة الأخرى والتي تمثل أمراض الوفرة منها نصيب واضح .

وبالنظر إلى أهمية التعرف على الوضع التغذوي وتقدير معدلات الأمراض المنعكسة عنه بصورة دقيقة ، نرى أن توجه العناية لإعادة إجراء مسح تغذوي شامل يغطي عينة ممثلة احصائياً من جميع مناطق المملكة الريفية والحضرية وأن تستغل في ذلك مسح التعداد السكاني بعد إستكمال عناصر إستبيانته لتشمل المؤشرات والمعايير الصحية المطلوبة .

كما يمكن إستنباط الضرورة الملحة لإعادة صياغة التفكير الرسمي المرتبط بالخطة الصحية لتبني توجهات أكثر عملية في مجال توجيه الأستهلاك الغذائي ومتابعته والتعامل الفاعل مع الأمراض المرتبطة بالتغذية للحد منها وتلافي كثير من انعكاساتها على الحياة الإجتماعية . وهنا نفتح أن تضمن الخطة الخمسية للدولة إشارة واضحة بهذا المضمون تعمل من خلالها وعلى تحقيق أهدافها القطاعات التعليمية والتجارية والزراعية والصحية والبحثية ونعيد طرحنا لإنشاء مركز تغذوي متخصص يضم ممثلين عن الجامعات والقطاعات ذات العلاقة لتحقيق التوصيات الصادرة عن المؤتمر الدولي للتغذية .

المراجع

- مصلحة الاحصاءات العامة (١٩٨٣) . التغذية في المملكة العربية السعودية ، وزارة المالىة والاقتصاد الوطني ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- وزارة التخطيط (١٩٩٤) . منجزات خطة التنمية (١٣٩٠-١٤١٣هـ) ، خطة التمييه الخامسة ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- وزارة الزراعة (١٩٩٠) . الموازنة الغذائية للمملكة العربية السعودية (١٩٨٧-١٩٨٩) ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- وزارة الصحة (١٩٩٣) . التقرير الصحي السنوى ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- Abahessen, M., Harrison, G., Pearson, P., (1981). Nutritional status of Saudi Arabian preschool children in the Eastern Province. Ecol. of Food and Nutr. , 10: 163-168.
- Ahmed, A., Mahmoud, M., (1992). The prevalence of hypertinsion in Saudi Arabia. Saudi Med. J., 13(6): 548-550.
- Ahmed, M., An overview of daibetes mellitus in the Kingdom of Saudi Arabia (Abstract of the symposium on nutrition) King Faisal Specialist Hospital and Research Center. Riyadh, Saudi Arabia.
- Al-Fawaz, I., (1993). Surveilliance for iron-deficiency anemia at a well baby clinic in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Med. J. 14(1): 43-47.
- Al-Frayh, A., Haque, K., (1993). Intrauterine and fetal growth standards of Saudi Arabia and the Gulf region. Saudi Med. J. 14(2): 133-137.
- Al-Hazzaa, H., Suliman, M., Al-Mobaireedk, K., Al-Attas, O., (1993): Prevalence of coronary artery disease factors in Saudi Arabia. J. Saudi Heart Assoc. 5(3): 126-133.
- Al-Mazrou, Y., Aziz, K., Khalil, M., (1994). Breastfeeding and weaning practices in Saudi Arabia. J. Trop. Pediatrics, 40:267-271.
- Al-Nozha, M., El-Shabrawy, M., Karar, A., (1993). A community-based epidemiological study of hypertension in Riyadh region. J. Saudi Heart Assoc. 5(1): 25-30.
- Al-Othaimen, A., Sowaya, W., Tannous, R., Villanueva, B., (1988). A. nutrition survey of infants and pre-school children in Saudi Arabia. Saudi Med. J. 9: 40-48.
- Al-Shammari, S., Khoja, T., Al-Maatouq, M., Al-Nuaim, L. (1994). High prevalence of clinical obesity among Saudi femals: a prospective, cross-sectional study in the Riyadh region. J. Trop. Med. Hyg. 97: 183-188.
- Al-Shoshan, A., (1992). Saudi Arabia. The country nutrition profile. Dec. 1991, FAO/WHO/ICN, Rome, Italy.

- Al-Shoshan, A., (1993). The growth pattern of the selected primary school children in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. Saudi Med. J. 14(1): 53-58.
- Babiker, M., Al-Omair, A., Al-Jishi, N., et al, (1989). Prevalence of iron deficiency in Saudi children from birth to 15 months of age. Ann. Trop. Pediatrics, 9(2): 111-114.
- Bhatty, M., Saha, A., Nasser, A., (1978). An initial attempt in establishing norms of growth patterns of school children in Saudi Arabia. In: Proceedings of the 6th Saudi Medical Conference (March 1981). Jeddah; King Abdulaziz University, 661-664.
- Binhend, T., Larbi, E., Absood, G., (1991) Obesity in a primary health care center: a retrospective study. Ann Saudi Med. 11(2):163-166.
- Elidrissy, A., Taha, S., (1981). Rickets in Riyadh. In: Mahgoub ES., et al. eds. Proceedings of the 5th Saudi medical meeting. Riyadh, University of Riyadh, 33: 47-53.
- Fatani, H., Mira, S., El-Zubeeir, A., (1987). Prevalence of diabetes mellitus in rural Saudi Arabia. Diabetes Care, 10(2): 180-187.
- Fonseca, V., Tongia, R., El-Hazmi, M., and Abu-Aisha, H., (1984). Exposure to sunlight and vitamin D deficiency in Saudi Arabian women. Postgraduate Medical J. 60(707): 589-591.
- Hafez, A., Marshall, I., (1982). A survey of anemia from June 1981 to Jan. 1982 in the department of primary care: "Riyadh, Al-Kharj Hospital program". In: Proceedings of the 7th Saudi medical conference, Dammam, King Faisal University, 503-505.
- Inam, S., Cumberbatch, M., Judzewitsch, R., (1991). Importance of cholesterol screening in Saudi Arabia. Saudi Med. J. 12(3): 215-221.
- Khoza, S., Baroum, S., Salim, S., et al (1994). Iron status in pregnant Saudi Arabian women in the Jeddah area . Saudi Med. J. 15(1): 43-47.
- King Abdulaziz City for Science and Technology (1991). Evaluation of the nutritional status of the people of Saudi Arabia. Reports of the consecutive six-month periods.
- Madani, K., Khashoggi, R., Al-Nowaisser, A. Nasrat, H., Khalil, M., (1994). Lactation amenorrhoea in Saudi women. J. Epd. Comm. Health, 48:286-289.
- Naquib, N., Sadek, A., (1988). Child development and iron deficiency anemia: A screening study on Middle Eastern children using the Denver Development Screening Test. Ann Saudi Med. 6(5): 414A.
- NcNiel, JR. (1968). Variations in the response of childhood iron-deficiency anemia to oral iron. Blood , 31: 641-646.
- Niazi, G., (1994). Haematological profile of Saudi newborn. Saudi Med. J. 15(3): 243-249.

- Raheed, P., Al-Yousef, N., Al-Dabal, B., (1989). Nutritional profile of Saudi primary school girls in an urban region. Ann Saudi Med. 9(5): 371-377.
- Rasheed, P., Rahman, J. (1991) Anthropometry of Saudi Neonates. Saudi Med. J. 12(3): 191-195.
- Sebai, ZA. (1987). Health in Saudi Arabia. The Directorate of Scientific Research. The KACST, 61-73.
- Sebai, ZA., El-Hazmi, M., Serenius, F., (1981). Health profile of preschool children in Tammia villages, Saudi Arabia. In: Priorities in Child Care. Saudi Med. J. 2(suppl 1): 68-71.
- Sebai, ZA., Reinke, WA. (1981). Anthropometric measurements among pre-school children in Wadi Turaba, Saudi Arabia, J. Trop. Pediatrics , 27: 150-154.
- Serenius, F., Elidrissy, A., and Dandona, P., (1984). Vitamin D nutrition in pregnant women at term and in newly born babies in Saudi Arabia. J. Clinical Path. 37(4): 444-447.
- Serenius, F., Fougereuse, D. (1981). Health and nutritional status in rural Saudi Arabia. Saudi Med. J. 2(suppl 1): 10-22.
- Taha, S., Abdullah, M., Jowda, M., Akbar, J., (1984). Size at birth of live-born Saudi infants. British J. Obst. Gyna., Dec. 91: 1197-1202.

الوضع التغذوي فى دولة الكويت

نوال القمود - فوزية العوضي

إدارة التغذية والأطعام - وزارة الصحة - دولة الكويت

مقدمة

شهدت الكويت العديد من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية منذ إكتشاف النفط خلال الثلاثين سنة الماضية مما أثر على الحالة التغذوية فى المجتمع وتغير عاداته الغذائية . وقد أتصفت مرحلة ما قبل إكتشاف النفط بقلّة الدخل الفردي اليومي وإرتفاع نسبة الأمية خاصة عند النساء ، وضعف الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية ، كما أن الأغذية المتوفرة كانت محدودة كمياً ونوعاً . وكان الناس يعتمدون على الأسماك ولحوم الأبل والتمر والأرز كمصادر أساسية للغذاء ، ونتيجة لسوء الأوضاع البيئية والاقتصادية أنتشرت أمراض نقص التغذية مثل نقص الوزن وفقر الدم . وكان لإكتشاف النفط الأثر الأكبر فى تطوير وتحسين الخدمات الصحية والتعليمية وغيرها ، فمثلاً إرتفع عدد المستشفيات من ١١ إلى ١٦ مستشفى وعدد المراكز الصحية من ٥٣ إلى ٦٨ مركزاً خلال الفترة ١٩٨٠ - ١٩٨٩ ونتيجة للتحسن الكبير فى الحالة الصحية أرتفع متوسط عمر الفرد الكويتي ووصل إلى ٦٩ سنة للذكور و ٧٤ سنة للإناث ويعتبر هذا المعدل من أعلى المعدلات فى العالم العربي .

وقد كان للغزو العراقي الغاشم على دولة الكويت أثراً كبيراً فى إنخفاض مستوى الخدمات الصحية من حيث عدد أسرة المستشفيات وعدد الأطباء والهيئة التمريضية إلا أن معدلات هذه القوى العاملة لكل ١٠٠٠٠ من السكان قد أظهرت إرتفاعاً خلال عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٣ وذلك لإنخفاض إجمالي عدد السكان .

وحدث تغير فى نمط أستهلاك الطعام وزاد الأقبال على الأطعمة الجاهزة والمعلبة والمجمدة أرتفع إستهلاك الدهون والسكريات ، وفى دراسة للعوضي وزملاءها تبين أن فى الفترة ما بين سنة ١٩٧٥ إلى ١٩٨٥ إرتفع المعدل اليومي لإستهلاك السعرات الحرارية من ٢٧٤٥ سعر حراري إلى ٣٣١١ سعر حراري . كما أرتفع معدل إستهلاك البروتين من ٨٢٫٢ غرام إلى ٩٧٫٦ غرام ، وأرتفع معدل إستهلاك الدهون من ٧٣٫٦ إلى ١٠٧ غرام .

الرضاعة الطبيعية

كانت الرضاعة الطبيعية من العادات الغذائية المتوارثة عند الكويتين ، حيث كانت الأمهات ترضع أبنائها لمدة عامين أو أكثر ولكن بعد دخول الحليب الأصطناعي للكويت وسهولة الحصول عليه ساعد ذلك على إنخفاض نسبة الأمهات اللاتي يستخدمن الرضاعة الطبيعية . وفى دراسة لأمين وزملاءه تبين أن ٦٠٫٦٪ من الأمهات إستخدمن الرضاعة الطبيعية و ١٣٫٦٪ إستخدمن الرضاعة الصناعية و ٢٥٫٨٪ إستخدمن الرضاعة المختلطة وتبين أن أهم أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية : عدم كفاية حليب الأم (٣٠٫٧٪) ، الحمل (١٤٫٧٪) - مرض الأم (١٢٪) ، رفض الطفل للرضاعه (١٠٫٦٪) ورغبة الأم فى التوقف عن الإرضاع (٦٫٦٪) . كما لوحظ أن مستوى تعليم الأم له دور كبير فى طول فترة الرضاعة الطبيعية (جدول ١) .

المشاكل التغذوية للأطفال دون السن المدرسي أوزان المواليد حديثي الولادة

تشير الدراسات إلى أن أوزان المواليد الكويتيين حديثي الولادة في ارتفاع مستمر ، ففي عام ١٩٧٧ وجد أن متوسط أوزان المواليد الكويتين ٣ر٢١ كيلو غرام وأن ٦٧٪ كانت أوزانهم أقل من ٢ر٥ كيلو غرام (مواليد ناقصي الوزن) أما في عام ١٩٩٠ فقد ارتفع متوسط أوزان المواليد الكويتيين إلى ٣ر٣٥٠ كيلو غرام وتبين أن نسبة المواليد ناقصي الوزن أنخفضت إلى ٣ر٨٪ . وفي دراسة حديثة قام بها أمين وزملاءه في عام ١٩٩١ وصل متوسط أوزان المواليد الكويتيين إلى ٣ر٥ كيلر غرام وأنخفضت نسبة المواليد ناقصي الوزن إلى ٣ر٤٪ ، كما أتضح من الدراسة أن طول ووزن الأم وعمرها يتناسبوا تناسباً طردياً مع وزن الطفل ومع طول فترة الحمل .

معدلات النمو

دلت الدراسات على أن " نقص التغذية " لا يعتبر مشكلة رئيسية عند أطفال الكويت ، فمن نتائج الدراسة المحلية حول مقاييس الأجسام البشرية التي أجريت في عام ١٩٧٩ تبين أنه من بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦ - ٩ شهراً (موزعين على محافظات الكويت الخمس) ، كان معدل الأصابة بالهزال حوالي ١٪ فقط (الوزن بالنسبة للطول أقل من ٨٠٪) أما معدل الأطفال ناقصي الوزن فكان ٣ر٨٪ (الوزن بالنسبة للسن أقل من ٩٠٪) وتزيد عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢ - ٣ سنوات إلى ٧ر٨٪ . كما سجلت محافظة الجهراء أعلى نسبة للأطفال المصابين بالهزال تحت سن الخامسة تليها محافظة الأحمدى . وقد يرجع ذلك إلى أن هاتين المحافظتين من المحافظات ذات الحالة الاقتصادية والاجتماعية المتواضعة مقارنة ببقية المحافظات .

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد

في دراسة شملت الأطفال ما بين ٦ - ٦٠ شهر تبين أن ٥٠٪ منهم يعانون من فقر الدم (مصطفى وآخرون ، ١٩٧٩) كما تبين أنه لا توجد فروق في نسبة الأصابة بفقر الدم بين الجنسين فالأصابة عند الأناث كانت ١٢٪ ، أما بالنسبة للذكور فكانت ١١٪ .

تسوس الأسنان

تبين من المسح الصحي للأسنان طلبية المدارس (١٩٩٣) أن هناك زيادة في نسبة تسوس الأسنان مقارنة بعام ١٩٨٢ ، حيث بلغت نسبة الطلبة الذين يعانون من تسوس الأسنان ٦٣٪ في عمر ١٢ سنة و ٧١٪ في عمر ١٥ سنة أما في سنة ١٩٩٣ فقد بلغت نسبة الطلبة الذين يعانون من تسوس الأسنان حوالي ٧٩٪ في عمر ١٢ سنة و ٨٦٪ في عمر ١٥ سنة . أما عند عمر ٧ سنوات فقد بلغ متوسط الأصابة بتسوس الأسنان (٦٧٪) وعند عمر ٦ سنوات ١٠ر٢٪ وقد يرجع ذلك الى إستعمال الرضاعة الأصطناعية في فترة النوم .

الكساح

تشير احصائيات وزارة الصحة إلى وجود ١٠٠ حالة كساح سنوياً في مستشفى الفروانية و ٣٥٠ حالة في مستشفى الجهراء و ١٠٠ حالة في مستشفى العدان و ١٠٠ حالة في مستشفى الأحمدى ، لكن لا توجد أحصائيات دقيقة عن نسبة إنتشار هذا المرض وتجري الآن دراسة لمعرفة أسباب إنتشار الكساح .

مشاكل التغذية عند أطفال المدارس

تشير نتائج دراسة مسحية أجريت على طلبة المدارس في المرحلة العمرية (٦ - ١٧ سنة) أن نسبة الأصابة بنقص التغذية الحاد بلغت ٨.٠٪ بين الإناث و ١.٠٪ بين الذكور كما تبين من الدراسة أن نسبة ٦٥٪ من العينة كانت أوزانهم طبيعية ونسبة ٢٢٪ يعانون من السمنة ، كما تبين أن هذه النسب مقارنة للمقاييس العالمية . وأتضح من الدراسة أيضاً أن معدل النمو قد تحسن خلال الفترة ١٩٥٧ - ١٩٨٤ . ويعزى ذلك إلى تحسن الوضع الاقتصادي والتغذوي ، كما أن حالات التزاوج المختلط بين الكويتيين وغيرهم من الجنسيات الأخرى كان له أثر كبير في هذا الجانب .

وفي دراسة حديثة عن حالة التغذية عند طلبة المدارس أجريت عام ١٩٩٠ تبين أن حالات نقص التغذية (أقل من ٨٥٪ بالنسبة لمتوسط الوزن للطول) كانت ٣٣.٥٪ وكان ذلك واضحاً أكثر عند الإناث (٤٤.٤٪) عنه عند الذكور (٢٢.٥٪) وبينما بلغ معدل الأصابة بالسمنة عند الإناث ١٤.٦٪ وهي أعلى من الذكور (٥.٨٪) وفي دراسة قامت بها وحدة التغذية في وزارة الصحة تبين أن ١١٪ من الذكور و ١٧.٩٪ من الإناث في سن ٦ - ٩ سنوات يعانون من السمنة و ٣.٠٪ من الذكور و ٢٩.٧٪ من الإناث في سن ١٠ - ١٣ سنة يعانون من السمنة (الوزن بالنسبة للطول أكثر من ١٢٠) .

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد

أظهرت الدراسة التي قامت بها عيد وزملاءها في عام ١٩٨٤ أن ٣٧.٣٪ من الذكور و ٢٠.٨٪ من الإناث في سن ٦ - ٩ سنوات يعانون من فقر الدم وأن النسب كانت ٤٪ عند الذكور و ٢٤.٩٪ عند الإناث في سن ١٠ - ١٣ سنة و ٣٪ عند الذكور و ٢٩.٥٪ عن الإناث في سن ١٤ - ١٧ سنة (والجدول رقم ٢ يبين أهم الدراسات المتعلقة بفقر الدم في الكويت) .

مشاكل التغذية عند البالغين

المشاكل التغذوية عند الحوامل

في عام ١٩٧٦ وجد أن ٣١٪ من الأمهات الحوامل يعانين من فقر الدم و ٣.٥٪ منهن يعانين من لين العظام كما وجد أن نسبة عالية منهن يعانين من الأصابة بالطفيليات ، وفي دراسة أخرى أجريت في عام ١٩٩٠ وجد أن ٣٦.٨٪ من الكويتيات و ٤٣.٩٪ من غير الكويتيات مصابات بفقر الدم .

السمنة

تعتبر السمنة من أكثر المشاكل التغذوية المنتشرة بين السكان وقد يرجع ذلك لقلّة النشاط الحركي وتغير العادات الغذائية وفضّ الحياه ، وفي دراسة قام بها مصطفى وآخرون في عام ١٩٨١ وجد أن ٦٠٪ من النساء و ٣٤٪ من الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ - ٤٩ سنة مصابين بالسمنة وأن ١١٪ من المصابين بالسمنة يعانون من ارتفاع ضغط الدم و ٢٢٪ يعانون من ارتفاع في نسبة الكوليسترول (٢٥٠ - ٢٩٩ ملجرام) ، وفي دراسة أخرى شملت النساء فقط تبين أن السمنة تزداد بزيادة العمر ووجد أن السمنة كانت ٢١٪ عند اللاتي تقل أعمارهن عن

٢٠ سنة وترتفع النسبة إلى ٥٧٪ عند اللآتي تزيد أعمارهن عن ٤٠ سنة كما لوحظ أيضاً أن معدل السمنة يقل مع ارتفاع الدخل والمستوى التعليمي ويرتفع مع زيادة عدد الأطفال. ويوضح الجدول رقم ٣ نسب انتشار السمنة في الكويت .

وفى دراسة عن السمنة عند الرجال أجريت حديثاً (١٩٩٣) تبين أن ٢٦٫٤٪ من الرجال مصابين بالسمنة وتزيد السمنة بين طلبة الجامعة (٣١٫٣٪) ومع أزيد دخل الأسرة (أكثر من ٨٠ دينار كويتي) وتبين من الدراسة أيضاً أن العوامل الإجتماعية (مثل كثرة الجلوس فى الديوانية) لها أثر فى زيادة السمنة عند الرجال .

أمراض القلب

تعتبر أمراض القلب أحد الأسباب الرئيسية للوفيات فى الكويت ومع ذلك فقد لوحظ إنخفاض فى معدل الوفيات الناتجة عن أمراض القلب فى السنوات الأخيرة وفى عام ١٩٩٣ كان أهم سبب أحادي للوفاة فى الكويتيين وغير الكويتيين وفى الذكور والأناث على حد سواء هو القصور الدموي فى القلب حيث بلغ معدل الوفاة منه ٣٨٫٦ لكل ١٠٠٫٠٠٠ من السكان وقد بلغ عدد المترددين على عيادات أمراض القلب سنة ١٩٩٣ حوالى ٢٠١٥١ من الرجال و ١١٧٥٦ من النساء .

وبما أن معظم حالات الوفاة الناتجة عن أمراض القلب تكون مفاجأة دون أعراض مسبقة فمن الضروري الوقوف على العوامل المؤثرة على الأصابة بأمراض القلب ، وأهم هذه العوامل إرتفاع الدهون فى الدم وأرتفاع ضغط الدم والتدخين وقلة النشاط الرياضى .

مرض السكري

أن معدل الأصابة بمرض السكري فى تزايد مستمر مع أرتفاع المعدل عند الكويتيين مقارنة بغير الكويتيين (١٧٫٨ / ١٠٠٠ و ١٣٫٣ / ١٠٠٠ على التوالي) وأرتفاع نسبة الأصابة عند النساء منها عند الرجال (النساء : الرجال ١٤ : ١) كما وجد أن نسبة الأصابة أعلى عند كبار السن (٥٠ - ٥٩ سنة) وعند الأشخاص الذين يعانون من السمنة .

وفى آخر احصائيه بلغ عدد حالات مرض السكري ٤٧٫٠٠٠ مصاب أي حوالى ٦٫٦ لكل ألف كويتي (فوق سن ١٥ سنة) كما تُشخص سنوياً حوالى ٣٠٠٠ حالة جديدة أي بمعدل ٨٫٥ لكل ألف كويتي (فوق سن ١٥ سنة) حسب التقارير السنوية لوزارة الصحة . وتشير إحدى الدراسات إلى أن معدل الأصابة بسكر الحمل حوالى ٣٫٨٪ ويصاحب ذلك تشوهات خلقية للجنين بنسبة ٣٫٣٪ إذا ما قورنت بمعدل التشوهات الخلقية لأجنة الأمهات غير المصابات بالسكر ١٫٥٪ .

وقد أهتمت دولة الكويت بالسيطرة على هذا المرض ومحاولة الحد من مضاعفاته وذلك بتوفير ١٥ عيادة للسكر موزعة على جميع المناطق الصحية لتخدم السكان فى جميع أنحاء الكويت بالإضافة إلى عيادات السكر المتوفرة فى المستشفيات كما تم توفير فى كل عيادة كادر طبي وتمريضي وأخصائي تغذية .

السرطان

يعتبر السرطان السبب الثالث للوفيات في الكويت بعد أمراض القلب والحوادث ، ويأتي سرطان الجهاز الهضمي في مقدمة هذه الوفيات بمعدل ٧ر٥ لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان ، وكانت النسبة في الكويتيين أكثر من ضعفي غير الكويتيين ، أما سرطان الجهاز التنفسي فيأتي في المرتبة الثانية ، وتشير الدلائل الى أن حياة الرفاهية التي يعيشها المجتمع الكويتي وزيادة إستهلاك الدهون واللحوم وقلة إستهلاك الألياف و كذلك زيادة إستهلاك الأغذية الجاهزة والتدخين قد ساهمت في ارتفاع معدل الإصابة بالسرطان .

معدل الوفيات

إنخفض معدل الوفيات بنسبة ١٤٪ في الفترة مابين سنة ١٩٨٣ الى ١٩٩٣ وكان الانخفاض ملحوظاً في وفيات الأطفال الرضع حيث أنخفض معدل وفيات الرضع بمقدار ٣٥٪ وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع مستوى الخدمات الصحية وتحسن المستوى التغذوي . وكان السبب الرئيسي لوفيات الرضع يرجع إلى الاضطرابات الناتجة عن الأبيكار وانخفاض وزن المولود (المعدل ٣ر٤ لكل ١٠٠٠ مولود حي) يتبعه التشوهات الخلقية ثم قلة الأكسجين داخل الرحم وقد بلغ معدل الوفيات للفئة العمرية أقل من سنة حوالي ١٣ لكل ١٠٠٠ من السكان . ويرتفع معدل الوفيات كلما تقدم العمر إلى أن يصل إلى ١٠.١٩ لكل ألف من السكان في الفئة العمرية ٨٠ - ٨٤ سنة ويزيد معدل الوفيات في الذكور عنه في الإناث . وتعتبر أمراض القلب والدورة الدموية والسرطان والحوادث الأسباب الرئيسية للوفيات في الكويت ، ومع ذلك فقد لوحظ إنخفاض في الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والسرطان ، أما معدل وفيات الأمومه فقد أنخفض بشكل ملحوظ ، إذ أنخفض المعدل من ١٤ر٤ لكل ١٠٠.٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٨٣ الى صفر في عام ١٩٩٢ .

التوصيات

- ١ - تشجيع البحوث والدراسات في مجال التغذية ليتسنى للجهات المعنية في وضع الحلول المناسبة لمشاكل التغذية .
- ٢ - عمل بنك للمعلومات التغذوية للرجوع إليها وقت الحاجة .
- ٣ - تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية .
- ٥ - التركيز على التوعية التغذوية لتشمل جميع أفراد المجتمع وذلك من خلال وسائل الأعلام المرئية والمسموعة والمقروءة .

- Abdella, N., Al-Yusuf, A.R. and Bajaj, J.S. (1988). Diabetes mellitus in the Arab World, World Book of Diabetes in Practice, Vol. 3, L.P. Krall editor.
- Al-Awadi, F., Nowaid, H. Kholi K., Hassan, S. (1976). Nutritional status of pregnant in Kuwait nutrition department, Ministry of Health, Kuwait.
- Al-Awadi, F., Nowaid, H., and Abdulla, H. (1977). Evaluation of average birth weight of Kuwaiti infant. Nutrition department, Al-Sabah hospital, Ministry of Public Health, Kuwait (mimeo graph)
- Al-Awadi, F., Amine, E.K. (1986). Nutrition assessment in Kuwait proceeding of the regional seminar on nutrition assessment in the nearwest. Food and Agriculture Organization and National Nutrition Institute , Cairo, Egypt.
- Al-Awadi, F., and Amien E.K. (1989). Overweight and obesity in Kuwait. J. Royal Soc. Hlth. 109:175.
- Al-Awadi, F., and Amine, E.K. (1989). The change in food and nutrition patterns in Kuwait. J. Egypt. Publ. Hlth. Assoc. 64: 475.
- Al-Awadi, F., Rahman, M., and Thomas, M., (1990) . Study of obesity with hyperlipidaemia in Kuwait adults. J. Kuwait med. Assoc. 24: 161.
- Al-Awadi, F., and Amine, E.K. (1990). Study of the Nutritional status of school student at the intermediate level in Kuwait. J. Med. Res. Instit. 2, 59.
- Al-Awadi, F., and Amine, E.K., (1992). Factors affecting birth weight in Kuwait, Part 2 pregnancy characteristics and health factors. J. Egypt Publ. Hlth. Assoc. 67:53.
- Amine, E.K. Al-Awadi, F., and Rabie, M. (1989). Infant feeding patterns and weaning practices in Kuwait. J. Royal. Soc. Hlth. 109:178.
- Amine, E.K., and Al-Awadi F., (1991). Factors affecting birth weight in Kuwait, Part 1 Materna, dietary and socioeconomic factors, J. Egypt Publ. Hlth Assoc. 66: 625.
- Amine, E.K., Al-Awadi, F., and Goulam , Z., (1994). Under-weight and obesity among adult male in Kuwait. J. Med. Res. Instit. (in press)

جدول (١) توزيع الأطفال حسب فترة الرضاعة الطبيعية ومستوى تعليم الأم في الكويت

فترة الرضاعة الطبيعية (بالاشهر)																	
متوسطة الفترة بالاشهر	المجموع		+ ١٥		١٥ - ١٢		١٢ - ٩		٩ - ٦		٦ - ٣		٣ - ١		أقل من شهر		المستوى التعليمي للأم
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٩٩	١٠٠	٥٦٨	٢٦,٧	١٥٢	٢٢,٩	١٣٠	١١,٣	٦٤	٥,٣	٣٠	٨,١١	٦٧	١٢,٥	٧١	٩,٥	٥٤	غير متعلمة
٥٨	١٠٠	٩١٦	١٠,٦	٩٧	٥,٨	٥٣	٩,٦	٨٨	٨,٦	٧٨	١٨,٥	١٦٥	٣٤,٩	٣٢٠	١٢,٤	١١٤	إبتدائي
٤٣	١٠٠	٣٨٨	٢,٦	١٠	٢,٦	١٠	٤,١	١٦	١٧,٠	٦٦	٢٤,٧	٩١	٢٣,٠	١٢٨	١٦,٠	٩٢	ثانوي
٤٢	١٠٠	٧١٥	٣,٩	٢٨	٣,٢	٢٣	٥,٧	٤١	١٠,٠	٧٠	٢١,٨	١٥٦	٣٧,٦	٢٦٩	١٧,٩	١٢٨	جامعي
٦٠	١٠٠	٢٥٨٧	١١,٠	٢٨٧	٨,٣	٢١٦	٨,١	٢٠٩	٩,٥	٢٤٥	١٨,٧	٤٨٤	٣٠,٥	٧٨٨	١٣,٨	٢٥٨	الأصلي

المصدر : أمينة وآخرون (١٩٩٢)

جدول (٢) معدل إنتشار فقر الدم الناتج عن نقص الحديد في الكويت

المرجع	السنة	مستوى الهيموجلوبين	الجنس	العمر (سنة)	النسبة المئوية (%)	
العوضي عيد	١٩٧٦	(١٢ ملغرام / ١٠٠ مل)	إناث	حوامل	٣١.٠	
	١٩٨٤	(١٢ ملغرام / ١٠٠ مل)	ذكور	٩ - ٦	٣٧.٣	
			إناث	٩ - ٦	٢٠.٨	
				ذكور	١٣ - ١٠	٤٠.٠
				إناث	١٣ - ١٠	٢٤.٩
				ذكور	١٤ - ١٧	٣٠.٠
				إناث	١٤ - ١٧	٢٩.٥
	المسح الصحي	١٩٨٥	(١٢ ملغرام / ١٠٠ مل)	إناث	٢٠ فأكثر	٤٧.٠
ذكور				٢٠ فأكثر	٦٣.٠	
داوود	١٩٩٠	(١١ ملغرام / ١٠٠ مل)	إناث	حوامل		
			كويتات		٣٦.٩	
			غير كويتات		٤٣.٩	

المصدر : وحدة التغذية (١٩٩٥)

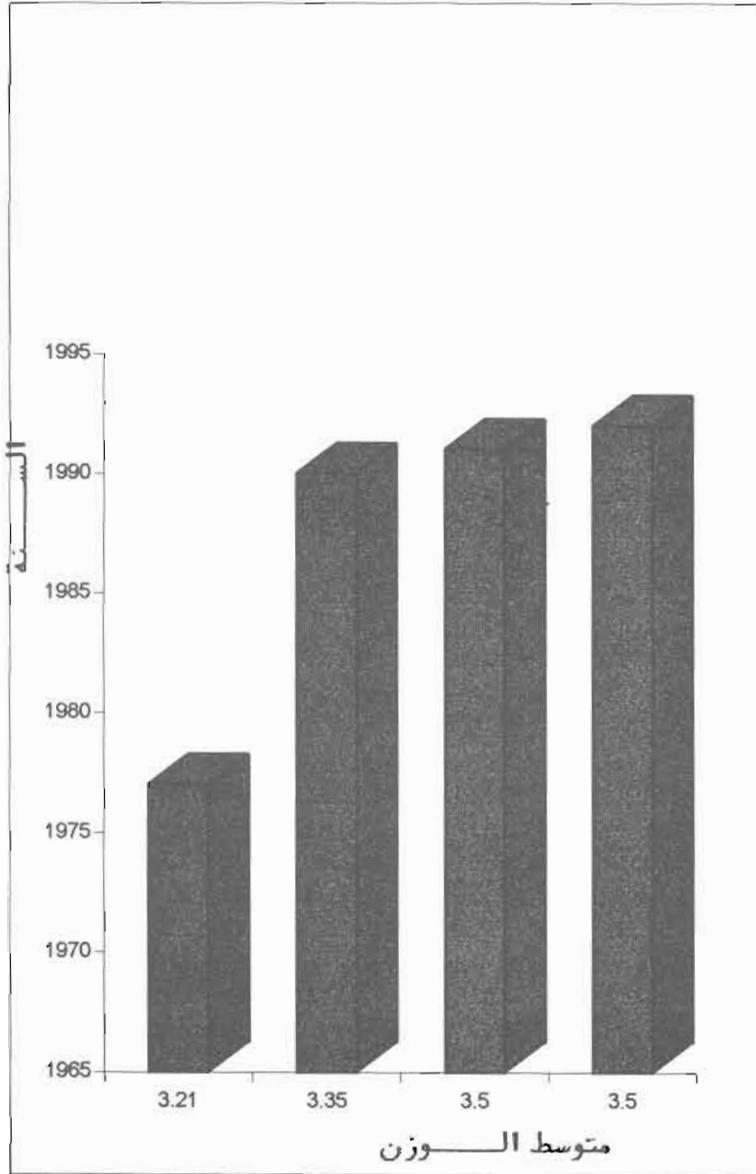
جدول (٣) معدل إنتشار السمنة فى الكويت حسب السن والجنس

المصدر	معدل الإنتشار %	الجنس	الفئة العمرية
وحدة التغذية (١٩٧٩)	١٫٨	مشترك	٦ - ٥٩ شهر
وحدة التغذية (١٩٨١)	٢٤٫٦	ذكور	٦٠ - ١٨ سنه
	٤٧٫٩	إناث	
معهد الكويت للأبحاث العلمية (١٩٨٤)	٩٫٠	ذكور	٦ - ٩ سنه
	٨٫٥	إناث	٦ - ٩ سنه
	٢١٫٣	ذكور	١٠ - ١٣ سنه
	٢٣٫٧	إناث	١٠ - ١٣ سنه
المسح الصحي (١٩٨٥)	٤٩٫٠	ذكور	١٣ + سنه
	٥٩٫٠	إناث	
وحدة التغذية ١٩٩٢	١١٫٠	ذكور	٦ - ٩ سنه
	٣٫٠	إناث	٦ - ٩ سنه
	١٧٫٩	ذكور	١٠ - ١٣ سنه
	٢٩٫٧	إناث	١٠ - ١٣ سن

المصدر : وحدة التغذية (١٩٩٥)

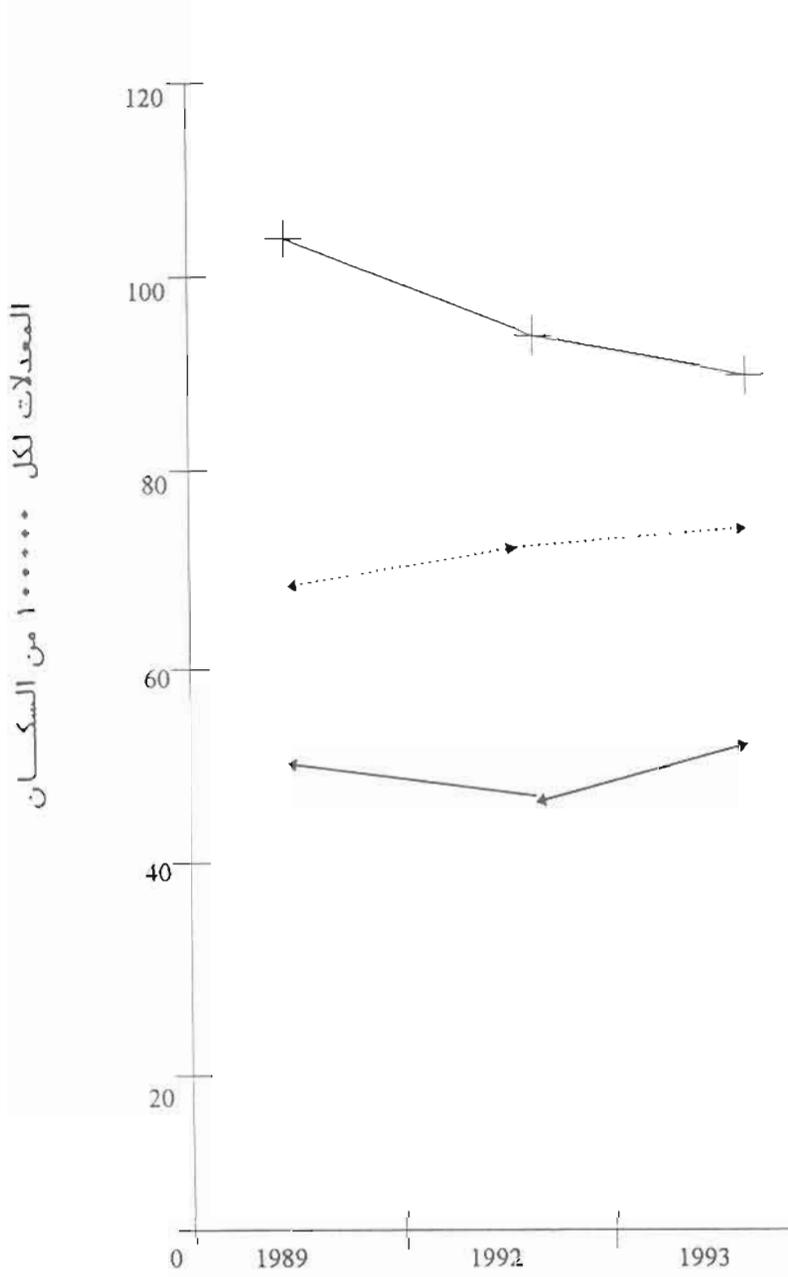
متوسط أوزان المواليد الكويتيين

متوسط الوزن	السنة
3.21	1977
3.35	1990
3.5	1991
3.5	1992



Death rates due to Heart disease (1983 - 1993)

معدلات الوفاة من أمراض القلب (1993- 1983)



LEGEND

—+—+— Kuwaiti

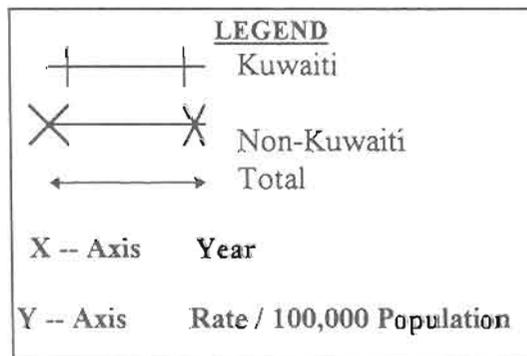
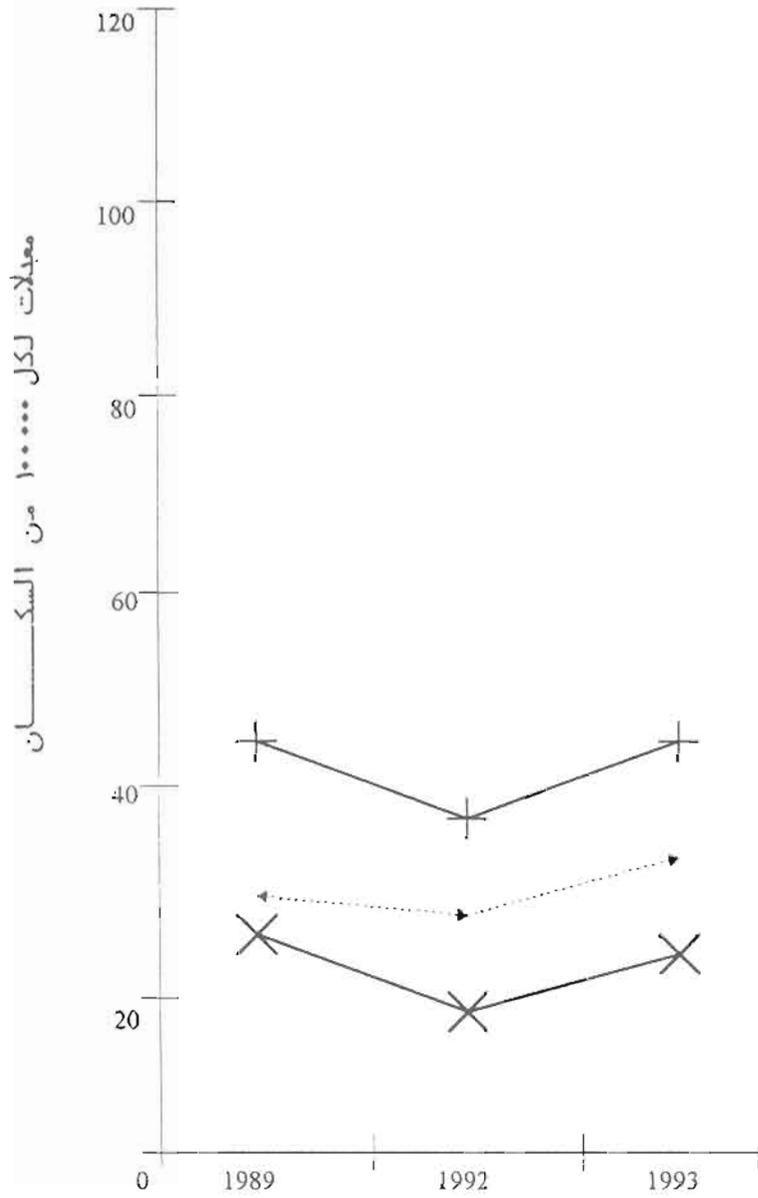
←·····→ Non-Kuwaiti

←————→ Total

X -- Axis Year

Y -- Axis Rate / 100,000 Population

Death rates due to Malignant Neoplasm (1983 - 1993)
معدلات الوفاة من الأورام الخبيثة (1993-1983)



مشاكل التغذية في سلطنة عمان

دينا العصفور - نايلة نوري

وزارة الصحة - مسقط - سلطنة عمان

مقدمة

منذ بداية السبعينات وسلطنة عمان تشهد نهضة مباركة ومسيرة ثابتة نحو تحسين الخدمات الصحية والاجتماعية والزراعية ، وقد تمخض ذلك بتحسين كبير في المؤشرات الصحية والاجتماعية . فمثلاً ارتفع متوسط العمر للفرد العماني إلى ٦٧ سنة بعد أن كان في الخمسينات ، وانخفض معدل وفيات الأطفال من ١٨٠ لكل ١٠٠٠ مولود في عام ١٩٦٠ إلى ٢٣ لكل ١٠٠٠ مولود في عام ١٩٩٢ ويعتبر هذا الإنخفاض من الإنجازات النادرة في الدول النامية حيث أن النسبة العظمى من الإنخفاض في نسبة الوفيات حدثت في الثمانينات وبداية التسعينات أي خلال عشرة سنوات فقط .

أما من ناحية نوعية مشاكل التغذية المنتشرة في سلطنة عمان فهي لا تختلف عن تلك الموجودة في بقية دول مجلس التعاون الخليجي فما زالت مشكلة فقر الدم الحديدي ونقص النمو عند الأطفال الصغار منتشرة وبالمقابل إزدادت حالات الإصابة بالأمراض المزمنة مثل أمراض الدورة الدموية والسكري والسرطان . وتحاول هذه الورقة تسليط الضوء على أهم مشاكل التغذية في سلطنة عمان .

التوزيع السكاني في سلطنة عمان

لا تختلف التركيبة العمرية في سلطنة عمان عن تلك السائدة في العديد من الدول النامية والخليجية والتي تتميز بقاعدة عريضة من الأطفال والشباب وتصل نسبة الأطفال الأقل من ١٠ سنوات إلى حوالي ٣٤٪ ، أما الشباب في عمر ١٠ إلى ٤٠ سنة فقد بلغت نسبتهم حوالي ٥٩٪ من عدد السكان العمانيين . وعند احتساب عدد السكان الكلي (أي العمانيين وغير العمانيين) نجد ارتفاع نسبة الذكور التي تتراوح أعمارهم بين ٢٩ - ٤٩ سنة وذلك ناتج للعمالة الوافدة ، وبالرغم من ذلك فإن السلطنة تعتبر من أقل الدول الخليجية من ناحية نسبة غير العمانيين والتي تبلغ حوالي ٢٧٪ من تعداد السكان

أسباب الوفاة

أسفرت الجهود المستمرة لوزارة الصحة في تطوير الخدمات الصحية في حدوث إنخفاض نسبة الوفيات خاصة تحت سن الخامسة من ٩٠ إلى ٣٦ لكل ألف طفل خلال الفترة ١٩٨٠ - ١٩٩٠ وفي عام ١٩٩٣ أنخفضت النسبة إلى ١٤ لكل ألف طفل .

وتعتبر أمراض الجهاز الدوري السبب الرئيسي للوفيات للبالغين وتمثل ٣٦٪ من أسباب الوفاة تليها الحالات التي تنشأ في فترة الولادة حيث تبلغ النسبة ١٢٪ ، ثم تأتي الأورام في المرتبة الثالثة بنسبة ٨٥٪ (جدول ١) .

مشاكل التغذية

سوء التغذية أو نقص النمو عند الأطفال

تواجه سلطنة عُمان نفس المشكلة التي تواجهها معظم دول مجلس التعاون الخليجي وهي نقص النمو عند الأطفال ما دون سنه العاشرة وإنتشار نسبة التقزم (قصر القامة) والنحافة (نقص الوزن) وتتراوح نسبة إنتشار قصر القامة من ١٠٪ إلى ٤٥٪ أما إنخفاض الوزن فتتراوح نسبته من ٦٪ إلى ٤٢٪ (جدول ٢) ، وهذه النسب تتشابه إلى حد كبير مع بقية الدول الخليجية باستثناء دولة الكويت .

ومن المفيد أن ننوه إن أنتشار سوء التغذية يختلف باختلاف المنطقة الجغرافية والحاله الصحية والأجتماعية للأسرة حيث نجد أن في المناطق الحضريه والأسر ذات الحاله الأجتماعية المرتفعة ينخفض فيها نسبة إنتشار سوء التغذية . ومن العوامل المؤثرة على إنتشار سوء التغذية الأمراض المعدية خاصة عند الأطفال ما دون الخامسة وكذلك العادات الغذائية الخاطئة .

فقر الدم الغذائي

يعتبر نقص الحديد أكثر أنواع فقر الدم الغذائي المنتشر في السلطنة وتشير الدراسات المحدودة التي أجريت في السلطنة أن نسبة إنتشار فقر الدم الحديدي ليست قليلة وهي تبلغ حوالي ٥٠٪ عند الأمهات الحوامل وأكثر من ٥٠٪ عند الأطفال دون الخامسة وكذلك تلاميذ المدارس (جدول ٣) . ولكن معظم هذه الدراسات ركزت على نسبة الهيموجلوبين في الدم والذي يعتبر مؤشراً غير كافياً لقياس نقص الحديد ، وبالرغم من ذلك فإن هذه المؤشرات تعني أن مشكلة نقص الحديد قائمة وتتطلب وضع برامج جاده للوقاية والسيطرة عليها .

أمراض القلب

إزدادت نسبة الإصابة بأمراض القلب وأرتفاع ضغط الدم في سلطنة عُمان وذلك راجع إلى التغير الكبير في نمط الحياه وقلة ممارسة التمارين الرياضية والتغير في نوعية الأغذية المتناولة حيث أزداد تناول الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات وقل تناول الأغذية الغنية بالألياف الطبيعية .

ولا توجد دراسات حول عوامل الخطر المؤدية إلى حدوث أمراض القلب وأشارت إحدى الدراسات إلى أن ٢٨٪ من المصابين بأمراض القلب يعانون من أرتفاع ضغط الدم ، بينما يعاني ٣٢٪ منهم من السمنة ، وأن ٢٦٪ من هؤلاء لا يمارسون أي نوع من أنواع الرياضة و٢٥٪ يعانون من أرتفاع نسبة الكوليسترول . ويشير المسح الوطني للسكر أن نسبة أرتفاع الكوليسترول عند الأشخاص البالغين تتراوح بين ٢٣ إلى ٤١٪ وهي مرتفعة في المناطق الحضريه وتقل إلى حد ما في المناطق القرويه . أما نسبة أرتفاع ضغط الدم فتتراوح بين ٦٪ إلى ١٧٪ .

مرض السكر

أظهر المسح الوطني للسكر أن حوالي ١٠٪ من البالغين في سلطنة عُمان مصابين بمرض السكر وتتراوح النسبة من ٧٪ إلى ١٣٪ حسب المنطقة وهو بصورة عامة أكثر إنتشاراً عند النساء مقارنة بالرجال . ويعتبر مرض السكر من عوامل الخطر الهامه المرتبطة بأمراض القلب لذا فإن الجهود يجب أن تتركز في وضع برامج وقائية والسيطرة على هذا المرض .

السمنة

بالرغم من أن المعدل القومي للأصابة بالسمنة عند البالغين في سلطنة عُمان أقل من بقية الدول الخليجية إلا أن السمنة بدأت تزحف بشكل كبير خاصة عند النساء وبدأت تمثل عاملاً هاماً للأصابة بالسكر وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب . وتختلف نسبة الأصابة حسب المنطقة الجغرافية وسجلت أعلى نسبة للأصابة بالسمنة في منطقة ظفار تليها مسقط ، أما أقل نسبة فقد كانت في منطقة مسندم هذا بالنسبة لنتائج المسح الوطني للسكر . ويشير المسح الوطني للتغذية (١٩٩١) أن ٢٧٪ من الأمهات العمانيات مصابات بزيادة في الوزن وأن ٢٧٪ مصابات بالسمنة وتراوح نسبة الأصابة بالسمنة من ٩٪ إلى ٥٧٪ حسب المنطقة الجغرافية ، ويعتقد أن هناك العديد من العوامل الصحية والإجتماعية التي ساعدت على ظهور السمنة في سلطنة عمان أهمها قلة الحركة و قلة أو عدم ممارسة التمارين الرياضية خاصة عند النساء وكذلك نوعية الأغذية المتناوله والغنية بالدهون بالإضافة إلى تكرار الحمل والولادة وعوامل إجتماعية أخرى .

الخاتمة

تعاني سلطنة عُمان من نفس مشاكل التغذية الموجودة في بقية دول الخليج العربية وهذا راجع إلى تشابه العوامل الإجتماعية والأقتصادية في هذه الدول . وقد أهتمت وزارة الصحة بمشاكل التغذية وأجرت العديد من الدراسات على المستوى الوطني للتعرف على أبعاد هذه المشاكل وحدتها وتوزيعها الجغرافي وذلك بغرض وضع البرامج اللازمة للوقاية والسيطرة عليها .

وتقوم وزارة الصحة بالتعاون والتنسيق مع الزارات الأخرى بالإضافة إلى منظمة اليونيسيف بأجراء مجموعه من البرامج الهادفة إلى تقليل نسبة الأصابة ببعض الأمراض ومن ضمنها الأمراض المرتبطة بالتغذية . كما أن البرامج التي تقوم بها الخطه الوطني للمرأة والطفل تنصب جميعها نحو تحسين الحاله الصحيه والتغذوية للأم والطفل بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامه .

المراجع

- ١ - وزارة الصحة (١٩٩١) المسح الوطني للسكر ، مسقط ، سلطنة عُمان
- ٢ - وزارة الصحة (١٩٩٤) التقرير السنوي ، ١٩٩٣ ، مسقط ، سلطنة عُمان .
- ٣ - عبد الرحمن مصيقر (١٩٩٢) الحاله الصحيه والغذائية للأسرة العمانية ، منظمة اليونيسيف ، مسقط ، سلطنة عُمان .

جدول (١) أهم أسباب الوفيات في سلطنة عُمان (١٩٩٣)

نوع المرض	الوفيات	%
أمراض الجهاز الدوري	٧٧٨	٣٦٫٤
حالات معينة تنشأ في فترة الولادة	٢٦٣	١٢٫٣
الأورام	١٨٢	٨٫٥
الأمراض المعدية والطبيلية	١٦٧	٧٫٨
الآصابات والتسمم	١٦١	٧٫٥
أمراض الجهاز التنفسي	١٢٧	٥٫٩
أمراض الجهاز الهضمي	٧٧	٣٫٦
أمراض الحمل والولادة	١	--
أسباب أخرى	٣٧٧	١٣٫٧
المجموع	٢١٣٣	١٠٠٫٠

جدول (٢) نسبة الأطفال المصابين بنقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والتقزم (الطول بالنسبة للعمر) في سلطنة عُمان حسب العمر والجنس

العمر (بالسنوات)	نقص الوزن		التقزم	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٫٥	١٩٫٠	١٣٫٥	٩٫٣	١٢٫٤
٢٫٥	١٩٫٢	١٦٫٦	١٧٫٣	١١٫٩
٣٫٥	٢٣٫٨	٢٦٫٤	٢٥٫٢	٢٢٫٩
٤٫٥	٣٠٫٠	٣٠٫٣	٢٥٫٨	٢٩٫٤
٥٫٥	٢٨٫٠	٢٣٫٨	٢٣٫٨	٢٦٫٣
٦٫٥	٣٠٫٧	٢٤٫٠	٢٥٫٤	٢٠٫٩
٧٫٥	٢٩٫٠	١٩٫٤	٢٦٫٨	١٦٫١
٨٫٥	٣٥٫٣	١٨٫٣	٢٢٫٨	١٩٫٣
٩٫٥	٣١٫٧	٢٦٫٠	٢٠٫٤	٢١٫٢

تم احتساب نقص الوزن والتقزم على أساس أقل من سالب المتوسطين الحسابيين ($- 2SD$) لمقياس منظمة الصحة العالمية للطول والوزن حسب العمر .
المصدر : عبد الرحمن مصيقر (١٩٩٢)

جدول (٣) نسبة الإصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد في سلطنة عمان

نسبة الإصابة بفقر الدم الحديدي		الأشخاص المبحوثين	الدراسة (السنة)
أناث	ذكور		
٪ ٥٤	--	النساء الحوامل	(١٩٨٦) دافيدسون
٪ ٥٩	٪٦١	أطفال ١ - ٥ سنوات	(١٩٩٢) مصيقر
٪ ٧٩	٪٧٧	٦ - ١٤ سنه	(١٩٩٢) مصيقر
٪ ٥٣	٪٥٥	البالغون (١٥ سنه فأكثر)	(١٩٩٢) مصيقر
٪ ٥٠	--	النساء الحوامل	(١٩٩٣) الصحة العالمية

الوضع التغذوي في البحرين

عبدالرحمن مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

مقدمة

تعتمد دولة البحرين على إستخراج النفط كمورد أساسي للدخل وذلك حتى بداية الثمانينات ولكن الأنحسار في كمية النفط المستخرجة شجع الدوله في تنوع مواردها الأقتصادية وتم التركيز على أن تكون البحرين مركز مالي هام في المنطقة وذلك بتشجيعها للبنوك والمراكز الماليه كما أهتمت الدوله بالسياحه والمشاريع السياحيه وأصبحت هذه الأنشطة تمثل عصباً أساسياً للدخل القومي .

وكما حدث في بقية دول الخليج العربية فقد شهدت البحرين تغيرات أقتصادية وأجتماعية كبيرة خلال الثلاثة عقود الماضية أدت إلى تغير في نمط الحياة وإستهلاك الغذاء وهذا بدوره أنعكس على الحاله الصحيه والغذائية للمجتمع وأختفت أمراض عديدة ولكن ظهرت أمراض أخرى ، وتحاول هذه الورقة إستعراض أهم الجوانب المتعلقة بحالة الغذاء والتغذية في دولة البحرين .

النمو السكاني ،

أجرى أول تعداد للسكان في البحرين في عام ١٩٤١ وقد بلغ عدد السكان في تلك الفترة ٩٠ ألف نسمة وبعد مرور ٥٠ عاماً أصبح تعداد السكان حوالي نصف مليون نسمة أي حوالي ٥ أضعاف ما كان عليه في عام ١٩٤١ . وقد تراوح معدل النمو السكاني من ٢.٣٪ خلال الفترة ١٩٤١ - ١٩٥٠ إلى ٢.٩٪ خلال الفترة ١٩٨١ - ١٩٩١ . وسجل أعلى نمو للسكان خلال ١٩٦٥ - ١٩٧١ حيث بلغ المعدل ٣.٥٪ وبلغت نسبة غير البحرينيين حوالي ٣٦٪ من عدد السكان في عام ١٩٩١ أي بزيادة قدرها ٤٪ عن عام ١٩٨١ .

الوضع الزراعي والغذائي

تواجه الزراعة في البحرين العديد من الصعوبات التي تؤثر بشكل مباشر على الإنتاج الزراعي وتوفير بعض المحاصيل الغذائية . وقد كانت البحرين تعتمد بشكل كبير على الزراعة وصيد الأسماك وإستخراج اللؤلؤ كمورد أقتصادي قبل عام ١٩٦٠ ولكن بعد أكتشاف النفط والطفرة التي حصلت في أسعاره خلال الفترة ١٩٧٣ - ١٩٨٠ حصل تدهور كبير في الإنتاج الزراعي ، وذلك راجع للعديد من الأسباب أهمها نزوح العمال الزراعيين للعمل في القطاع الصناعي والتجاري مما أدى إلى قلة الأيدي العاملة الزراعية كما حصل تدهور في خصوبة التربة وندرة المياه الصالحة للري بالأضافة إلى تقلص الرقعة الزراعية نتيجة استخدامهما في المشاريع التجارية والسكنيه . وقد أثرت هذه العوامل على كمية ونوعية الإنتاج الزراعي وأصبحت البحرين تعتمد اعتماداً كلياً على إستيراد

الأغذية ماعدا بعض أنواع الخضروات التي تنتج محلياً ويتغذى إنتاجها الأستهلاك المحلي في بعض المواسم ومن أهمها الطماطم والملفوف والبصل الأخضر والخس والقرع والخيار المحلي والقربيط .

وبالرغم من التدهور السريع الذي حصل لإنتاج النخيل إلا أن الرطب والتمر مازالا من المحصولات الزراعية التي تنتج في البحرين ولكن هذا الإنتاج لا يغطي الأستهلاك المحلي والطلب المتزايد على الرطب والتمر مما حدى إلى الأعتقاد على الدول المجاورة خاصة المملكة العربية السعودية في تلبية الأحتياجات المحلية في الرطب والتمر . أما الثروة السمكية فقد كانت أفضل حالاً مقارنة بالإنتاج الزراعي حيث أهتمت الدولة بتنمية هذا القطاع من خلال بعض الإجراءات الكفيلة بحماية الإنتاج السمكي الذي يغطى ٧٠٪ من الأستهلاك المحلي ، وبالرغم من ذلك فإن تنمية الثروة السمكية تواجه العديد من العقبات مثل النقص في الأيدي العاملة والوسائل الحديثه في صيد الأسماك وقلة الأستثمارات في القطاع السمكي والنقص في التشريعات التي تحدد طرق الصيد وتداول وتسويق الأسماك . كما أن عمليات الحفر والردم التي تجرى باستمرار في السواحل أثرت بشكل كبير على الثروة السمكية هذا بالإضافة إلى تلوث مياه الخليج بالنفط الذي يحدث بين فترة وأخرى أو بالمخلفات الصناعية والفضلات الآدمية والذي بدوره يؤثر على الثروة السمكية .

أما بالنسبة للتصنيع الغذائي فقد حدث تقدم ملحوظ في بعض الصناعات الغذائية مثل صناعة الألبان وإنتاج الدواجن ، كما ظهرت بعض الصناعات الخفيفة في إنتاج بعض الأغذية ومنتجات الجيوب ، ولكن مازال هذا الإنتاج يواجه منافسة شديدة من الدول المجاورة من حيث النوعية والكمية .

الحالة الصحية

حدث تحسن كبير في الوضع الصحي خلال العقدين الماضيين نتيجة تطور الخدمات الصحية والبيئية في المجتمع ، وبناء عليه حدث إنخفاض كبير في معدل وفيات الأطفال وإنتشار الأمراض السارية والمعدية ووصل وفيات الأطفال الرضع البحرينيين إلى ٢١ لكل ١٠٠٠ مولود في عام ١٩٩١ . ويسير الوضع الصحي في البحرين نحو الأتحفاض في معدلات الأصابة بالأمراض السارية وظهور الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغير في نمط الحياه مثل أمراض القلب والسكر والسرطان وأرتفاع ضغط الدم ، وتشير البيانات إلى إنخفاض معدل الأصابة بجميع الأمراض السارية خلال العشر سنوات الماضية ولم تسجل أي حالة للدفتريا أو شلل الأطفال والسعال الديكي منذ عام ١٩٨٠ .

نمط إستهلاك الغذاء في البحرين

مازالت الإحصائيات عن الأستهلاك الغذائي في البحرين محدودة ، ومعظم الدراسات المحلية ركزت على نمط الأستهلاك والعادات الغذائية لفئات معينة من المجتمع خاصة الأم الحامل والمرضع وأطفال المدارس . والبيانات الوحيدة المتوفرة عن الأستهلاك العام للغذاء هي بيانات دراسة ميزانية الأسرة التي قام بها الجهاز المركزي للأحصاء في عام ١٩٨٤ .

وبصفة عامة فإن أستهلاك الأغذية التقليدية مثل التمر والسّمك واللبن قد إنخفض بشكل كبير بينما أزداد أستهلاك اللحوم الحمراء والدواجن والأغذية المصنعة ، ويعتقد أن هذه التغيرات فى نمط الأستهلاك الغذائى بالأضافة إلى التغير فى أسلوب الحياة ساعد بشكل كبير فى تفشى أمراض القلب والسرطان والسكر .

وتشير الدراسات إلى أن أستهلاك الأطفال الصغار وطلبة المدارس من الخضروات والفواكه أقل من المعدل اليومى المطلوب وهذا يعنى قلة تناول الأغذية الغنية بالفيتامينات والأملاح المعدنية والألياف الطبيعية . وبالمقابل وجد أن هؤلاء الأطفال يعتمدون فى تغذيتهم على البطاطس المقلية والمشروبات الغازية والشوكولاته والحلويات ، وهذه الأغذية فقيرة القيمة الغذائية ولا توفر العديد من العناصر الغذائية الهامة للجسم ، وقد يؤثر هذا النمط الغذائى على ظهور بعض الأمراض المزمنة بعد البلوغ خاصة تسوس الأسنان وأرتفاع ضغط الدم .

مشاكل التغذية

يمكن تقسيم مشاكل التغذية فى البحرين إلى ٣ فئات رئيسية : الفئة الأولى تتعلق بالمشاكل المرتبطة بنقص النمو عند الأطفال والنحافة والنقص فى بعض العناصر الغذائية مثل الحديد . أما الفئة الثانية فتتعلق بمشاكل التغذية المرتبطة بالتغير فى نمط الحياة مثل أمراض القلب والسكر والسرطان وأرتفاع ضغط الدم والسمنة . والفئة الثالثة تتعلق بالمشاكل المرتبطة بالتلوث الغذائى . وسوف يتم التركيز على مشاكل التغذية المرتبطة بالنقص فى العناصر الغذائية وتلك المرتبطة بالتغير فى نمط الحياة فى هذه الورقة .

أولاً : مشاكل التغذية المرتبطة بالنقص فى العناصر الغذائية

إنخفاض معدل النمو عند الأطفال : تدل الدراسة التى أجرتها منظمة اليونيسيف فى عام ١٩٨١ أن نسبة الأصابة بسوء التغذية بين أطفال ما قبل السن المدرسى (أقل من ٦ سنوات) ليست قليلة ، فحوالى ١٥٪ من هؤلاء الأطفال مصابين بسوء التغذية (الهزال ، الوزن بالنسبة للطول) وإذا أخذنا مقياس الوزن بالنسبة للعمـر (نقص الوزن) فإن نسبة الأصابة ترتفع إلى ٦٧٪ ومعظم هذه الأصابات من الدرجة الأولى (البسيطة) . وثبلغ نسبة الأصابة بنقص الوزن عند أطفال المرحلة الإبتدائية ٦٧٪ وتنخفض إلى ٤٧٪ و ٤٩٪ عند تلاميذ المرحلتين الأعدادية والثانوية على التوالى .

وتشير الدراسة التى قام بها مصيقر والصيد (١٩٩٠) عن الوضع التغذوي لأطفال ما قبل السن المدرسى أن هناك تحسناً فى نسبة الأصابة بسوء التغذية حيث وجد أن ٢٢٪ من الأطفال مصابين بنقص الوزن وأن ٢٥٪ مصابين بالتقزم (نقص الطول بالنسبة للعمر) وأن ٥٪ مصابين بالهزال . كما أجريت دراسة حول نمو أطفال تلاميذ المدارس فى عام ١٩٨٦ وتبين أن معدلات نمو أطفال المدارس أقل من المستوى العالمى وأن الفرق بين معدل البحرينيين والمعدل العالمى كان واضحاً فى الطول أكثر منه فى الوزن (جدول ١) .

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد : يعتبر فقر الدم الناتج عن نقص الحديد من أكثر أمراض سوء التغذية إنتشاراً عند الأطفال الصغار وتلاميذ المدارس والأمهات الحوامل . وتشير الدراسة التى قامت بها منظمة اليونيسيف فى عام ١٩٨٠ أن ٣٠٪ من تلاميذ المرحلة الإبتدائية مصابين بفقر الدم مقارنة بـ ٣٦٪ و ٣١٪ من

تلاميذ المرحلتين الإعدادية والثانوية على التوالي . وقد وجد أن النسبة أعلى عند البنات مقارنة بالأولاد ، فحوالي ٥٠٪ من الأناث في المرحلتين الإعدادية والثانوية مصابات بفقر الدم ، بينما نجد النسبة ٢٢٪ عند الأولاد في المرحلة الإعدادية و ٢١٪ في المرحلة الثانوية (جدول ٢) .

وفى دراسة حديثة عن الأصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد وجد أن هناك تحسناً ملحوظاً فى نسبة الأصابة بفقر الدم حيث وجد أن حوالي ٢٢٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٨ سنة سنة مصابين بفقر الدم .

أما بالنسبة للنساء فقد أوضحت الدراسات أن حوالي ٥٠٪ من الأمهات الحوامل مصابات بفقر الدم الحديدي وفى دراسة حديثة على الأمهات وجد أن نسبة الأصابة بفقر الدم كانت ٣٧٪ أي بإنخفاض قدره ١٣٪ وهو إنخفاض بسيط خلال عشر سنوات وتبين أن الأصابة بفقر الدم كانت ٤٤٪ عند الأمهات من الطبقة الاجتماعية المنخفضة وتنخفض إلى ٣٢٪ عند الطبقة الاجتماعية المتوسطة والعالية .

وقد ترجع الأصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد إلى عدة عوامل أهمها تناول أغذية فقيرة فى عنصر الحديد والأصابة بالطفيليات والأمراض المعدية (خاصة عند الأطفال) والأكثار من تناول الأغذية التي تقلل من إمتصاص الحديد مثل الشاي والقهوة والبقوليات و الحمل المتكرر بدون إعطاء فترة كافيته بين الولادات .

ثانياً : مشاكل التغذية المرتبطة بالتغير فى نمط الحياة

أن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي حدثت للمجتمع البحريني خلال العقدين الماضيين لعبت دوراً كبيراً فى تغيير نمط الحياة فأصبح الاعتماد على السيارة فى المواصلات والاعتماد على الأدوات الكهربائية فى تنظيف المنزل وإعداد الطعام أمراً ضرورياً وساعد ذلك على تقليل الحركة والنشاط الجسماني ، هذا بالإضافة إلى نوعية الأعمال التي يزاولها المواطنون والتي أغلبها من النوع الذي لا يتطلب جهداً جسمانياً مثل الأعمال الإدارية . كما أن ارتفاع متوسط الدخل الشهري والتحسين فى مستوى المعيشة أدى إلى التغير فى العديد من العادات الغذائية وأصبح نمط استهلاك الغذاء قريب من النمط الغربي أي أغذية غنية بالدهون والمواد البروتينية وقليلة فى المواد النشوية المركبه والألياف الطبيعية . كل هذه العوامل ساهمت فى ارتفاع حالات الأصابة بالأمراض المرتبطة بالتغير فى نمط الحياة أو الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكر والسرطان والسمنة .

العوامل المرتبطة بالأمراض المزمنة فى البحرين

فى دراسة حول العوامل المرتبطة بالأمراض المزمنة للمتريدين على المراكز الصحية شملت ٥٧٠ شخصاً تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٧٠ سنة تبين أن نسبة الأصابة بأمراض السكر وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل وآلام الظهر والسمنة أعلى عند النساء مقارنة بالرجال ، أما أمراض القلب فقد وجدت متساوية عند الجنسين ونسبتها كانت منخفضة جداً ويرجع لتردد المصابين بأمراض القلب على المستشفيات . وعند ربط العمر بالأمراض المزمنة تبين أن ١٪ من البالغين الذين تقل أعمارهم عن ٣٠ سنة مصابين بمرض السكر وترتفع النسبة إلى ٩٪ عند الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و ٤٩ سنة ثم تقفز النسبة إلى ٢٥٪ عند الذين تزيد أعمارهم عن ٤٩ سنة . وبالنسبة للأصابة

بارتفاع ضغط الدم فقد كانت النسب ١٢٪ و ٩٪ و ١٩٪ على التوالي ، وترتفع نسبة الأصابة بالتهابات المفاصل وآلام الظهر بصورة كبيرة عند المتقدمين فى السن فتتراوح نسبة التهابات المفاصل من ٥٪ إلى ٣٤٪ بينما تتراوح نسبة آلام الظهر من ١١٪ إلى ٣٥٪ ، عند الأقل من ٣٠ سنة والأكبر من ٤٩ سنة على التوالي .
ومن الطريف أن الدراسة أوضحت أن نسبة الأصابة بالأمراض المزمنة كانت أكثر عند المتزوجين مقارنة بغير المتزوجين فقد كانت نسبة الأصابة بالسكر ٧٪ عند المتزوجين وحوالي ٥٪ عند غير المتزوجين ووجدت نفس النسب للأصابة بارتفاع ضغط الدم ، أما بالنسبة للالتهابات المفاصل وآلام الظهر فقد كانت النسبة أعلى عند المتزوجين كما وجد أن ١٤٪ من المتزوجين مصابين بالتهابات المفاصل مقابل ٩٪ عند غير المتزوجين ، وفى حالة آلام الظهر كانت النسبة ١٨٪ عند المتزوجين مقابل ١٣٪ عند غير المتزوجين . أما بالنسبة لأمراض القلب فقد كانت النتيجة عكسية حيث وجد أن ١٨٪ من المتزوجين مصابين بأمراض القلب مقابل ٣٪ عند غير المتزوجين وهذا يتطابق مع العديد من الدراسات فى المجتمعات الغربية .

وعند تحليل النتائج بالنسبة للحالة الزوجية والجنس تبين أن المرأة المتزوجة أكثر عرضة للأصابة بالسكر وارتفاع ضغط الدم والسمنة والتهابات المفاصل وآلام الظهر من الرجل المتزوج . كما كانت المرأة المتزوجة أكثر أصابة بالتهابات المفاصل وآلام الظهر من نظيرتها غير المتزوجة وقد يرجع ذلك إلى أعباء الحمل والولادة والعناية بالأطفال للمرأة المتزوجة مقارنة بالمرأة غير المتزوجة .

ومن الأمور اللافتة للنظر أن نسبة المدخنين لا تختلف بين المتزوجين وغير المتزوجين من الرجال ، فقد تبين أن ٣٠٪ من الرجال المتزوجين كانوا مدخنين أثناء إجراء الدراسة مقابل ٣٣٪ فقط عند غير المتزوجين ، أما بالنسبة للنساء فكانت النسبة ١٣٪ عند النساء المتزوجات مقابل ٣٪ فقط عند غير المتزوجات . وهذا يعنى أن المرأة المتزوجة بالإضافة إلى أعباء الحمل والولادة فأنها تضيف عامل خطر آخر وهو التدخين مقارنة بالمرأة غير المتزوجة .
ومن أهم الجوانب التي أفرزتها الدراسة أن ممارسة الرياضة بأنواعها تقل بشكل كبير بعد الزواج سواء عند المرأة أو الرجل وهذا يعلى ارتفاع الأصابة بآلام الظهر والمفاصل عند المتزوجين حيث أن الرياضة تساعد على تقليل فرص الأصابة بهذه الأمراض .

كما وجد أن هناك فرقاً واضحاً بين الذين يمارسون الرياضة والذين لا يمارسونها من ناحية الأصابة بالأمراض المزمنة ، وقد وجد أن ٦٦٪ من المصابين بمرض السكر لا يمارسون الرياضة ، أما بالنسبة لارتفاع ضغط الدم فقد كانت النسبة ٧٠٪ . وهذا يبين لنا أهمية التمارين الرياضية فى الوقاية من الأمراض المزمنة ، وعموماً فإن الدراسه كشفت أن ممارسة الرياضة تقلل مع تقدم العمر وأن الأشخاص الذين تعدوا سن الـ ٤٩ سنة هم الأقل ممارسة للرياضة مع أنهم معرضين للأمراض المزمنة بصورة أكبر من غيرهم الأصغر سناً .

وتشير الدراسة إلى العديد من العادات الصحية والغذائية السيئة والمنتشرة عند البالغين فى البحرين فبالإضافة إلى قلة ممارسة الرياضة وارتفاع نسبة التدخين فإن غالبية البالغين يفضلون الأغذية الملحة (٨٨٪) والأغذية السكرية والحلوه (٧٩٪) والتي تعتبر عامل مساعد للأصابة بارتفاع ضغط الدم وتسوس الأسنان على التوالي ، ولا توجد أي فروق ذات دلالة بين كبار السن وصغار السن فى تفضيل هذه الأطعمة .

وعند ربط الأصابة بالسمنة مع بعض الأمراض المزمنة كشفت الدراسة عن نتائج مثيرة للأهتمام فقد كانت نسبة الأصابة بالسكر عاليه عند المصابين بالسمنة (٢٤٪) مقارنة بـ ٦٪ عند غير المصابين بها وكانت نسبة الأصابة بارتفاع ضغط الدم ١٨٪ و ٦٪ عند المصابين بالسمنة وغير المصابين بالسمنة على التوالي . أما التهابات المفاصل فقد تبين أن ٢٧٪ من السمينين مصابين بها مقابل ١١٪ عند غير السمينين . كما وجد أن السمنة تلعب دوراً كبيراً في الأصابة بآلام الظهر فقد أوضحت الدراسة أن ٤٢٪ من السمينين مصابين بآلام الظهر مقابل ١٥٪ عند غير السمينين .

وبالرغم أن هذه الدراسة تمثل شريحة محدودة في المجتمع وهم المترددين على المراكز الصحية إلا أن نتائج الدراسة تتطابق إلى حد كبير مع دراسة أخرى أجريت حديثاً في المجتمع البحريني ، كما أن إرتباط السمنة والرياضه والتدخين ببعض الأمراض المزمنة تؤكدتها الدراسات في المجتمع الغربي وأن برامج الوقاية من هذه الأمراض يجب أن تركز على ممارسة الرياضة خاصة عند النساء وكبار السن بالإضافة الى ممارسة العادات الغذائية والصحية السليمة .

أمراض القلب

تعتبر أمراض القلب السبب الرئيسي للوفيات في البحرين ويقدر أن ٣٠٪ من الوفيات ناتجة عن الأصابة بأمراض القلب (جدول ٣) ، وتبلغ النسبة ٣ : ١ عند الرجال مقارنة بالنساء . وفي دراسة حديثة قام بها الرومي وزملاءه (١٩٩٤) حول العوامل المرتبطة بالأصابة بأمراض القلب تبين أن ممارسة الرياضة والأصابة بالسكر وأرتفاع ضغط الدم والعمر وقلة تناول الخضروات والفواكه الطازجة من أهم العوامل المساعدة في حدوث أمراض القلب في البحرين .

وأوضحت الدراسة أن نسبة الأصابة بأمراض القلب تزداد مع زيادة العمر وأن حوالي ٤٢٪ من المصابين بالذبحة الصدرية هم عند عمر ٦٠ سنة فأكثر ، كما تبين أن الأشخاص الذين يزالون الرياضة أقل عرضة للأصابة بالذبحة الصدرية مقارنة بالذين لا يمارسون الرياضة . أما الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم فأنهم أكثر عرضة للأصابة بالذبحة الصدرية بمقدار خمس مرات مقارنة بغير المصابين ، وبلغ معدل الخطر حوالي ٣ مرات عند المصابين بالسكر وخلصت الدراسة إلى أن عوامل الخطر المعروفة عالمياً مثل عدم ممارسة الرياضة والأصابة بالسكر وأرتفاع ضغط الدم والعمر والجنس لها نفس التأثير في البحرين ، بل أن الأصابة بالسكر وأرتفاع الضغط كان لها تأثير أكبر عما وجدته الدراسات الغربية ، وهذا يعني الأهتمام بوضع برامج خاصة للوقاية والسيطرة على أمراض القلب .

داء السكري

يعتبر داء السكري من الأمراض التي تمثل مشكلة صحية كبيرة في المجتمع البحرين كما أنها تستنزف نسبة كبيرة من ميزانية الصحة وذلك ناتج لطول فترة جلوس مريض السكر في المستشفى وللمضاعفات الصحية التي يحدثها المرض التي تتطلب علاج طويل . ويقدر أن ٤٪ من نسبة وفيات البالغين في البحرين كانت نتيجة مرض السكري هذا ناهيك أن نسبة كبيرة من الوفيات يكون السكري عامل مساعد فيها مثل أمراض القلب . وتظهر الوفيات الناتجة عن السكري بصفة عامه بعد سن الـ ٤٥ سنة ، وبين ١٥ - ٥٤ سنة فأن معدل الوفيات الناتجة عن السكري كانت أربع أضعافها عند الرجال مقارنة بالنساء ، ولكن بعد ٥٥ سنة وجد أن نسبة الوفيات ترتفع بشكل ملحوظ عند النساء وبشكل أكبر من الرجال (وزارة الصحة ، ١٩٩٢) .

والنوع الثاني من داء السكر (الذي يعتمد على الأنسولين) هو الأكثر إنتشاراً في البحرين ، وتعتبر السمنة أهم عامل لظهور هذا النوع من السكر والمعروف أن الشخص المصاب بالسمنة خاصة الخطره يكون أكثر عرضة للأصابة بداء السكري مقارنة بالشخص السليم . كما أن ارتفاع معدل العمر عند الفرد البحريني ساعد على ظهور داء السكري .

وتشير أحدث الدراسات إلى أن حوالي ٩٪ من أفراد المجتمع الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ الى ٧٩ سنة مصابين بداء السكري وأن الأصابة أعلى عند النساء (١٢٫٤٪) مقارنة بالرجال (٦٫٤٪) . وترجع أهمية الأهتمام بالسيطرة على السكري إلى المضاعفات الصحية العديدة التي يسببها هذا المرض خاصة حالات العمى والسكتة الدماغية والذبحة الصدرية بالإضافة الى الأضطرابات العصبية .

السرطان

إزدادت حالات الأصابة بمرض السرطان في البحرين بشكل كبير خلال العشر سنوات الماضية وقد يرجع ذلك إلى تحسن التشخيص بالإضافة إلى التغير في العادات الغذائية وازدياد حالات التلوث البيئي الذي يلعب دوراً هاماً في الأصابة بالسرطان ، وقد أرتفعت حالات الوفيات بالسرطان من ٢٫٥٪ في عام ١٩٧٦ إلى ١٢٪ في عام ١٩٩٠ ، وبصفة عامه فإن نسبة الأصابة أكثر عند الرجال مقارنة بالنساء . وتشير إحصائيات وزارة الصحة أنه عند عمر ٣٥ - ٥٤ سنة كان معدل وفيات السرطان أكثر عند النساء ولكن عند عمر ٥٥ سنة فأكثر نجد أن معدل الوفيات كان حوالي الضعف عند الرجال مقارنة بالنساء .

وبصفة عامه فإن ٣٣٪ من الوفيات الناتجة عن السرطان كانت لسرطان الرئة يليها سرطان الجهاز الهضمي (٢٢٪) ثم سرطان الكبد (٧٪) ثم سرطان الثدي (٦٪) . وقد أوضحت الدراسات الوبائية أن هناك علاقة بين الطعام الذي يتناوله الشخص والأصابة بالسرطان فقد تبين أن كثرة تناول الأغذية الدهنية والمحتويه على نسبة قليلة من الألياف مرتبط مع الأصابة بسرطان الجهاز الهضمي . أما سرطان الرئة فهو مرتبط بشكل كبير بالتدخين والذي إزداد تعاويه بشكل كبير في البحرين خاصه .

تسوس الأسنان

يعتبر تسوس الأسنان من الأمراض المرتبطه بالتغذية وذلك راجع إلى أن كثرة تناول المواد الكربوهيدراتية يلعب دوراً هاماً في الأصابة بهذا المرض ، وتشير الأحصائيات أن الأصابة بتسوس الأسنان قد إزداد بشكل لافت للنظر في البحرين . وفي دراسة قام بها المبيض وزملاءه (١٩٨٠) تبين أن ٤٦٫٨٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١١ سنة مصابون بتسوس الأسنان . وفي دراسة قامت بها ويستوتر (١٩٨٦) تبين أن نسبة الأصابة بتسوس الأسنان كانت ٦٨٪ عند الأطفال الذين بلغت أعمارهم ٦ سنوات و ٤٦٪ عند الأطفال الذين كانت أعمارهم ١٢ و ١٥ سنة على التوالي (جدول ٤) .

أن كثرة تناول الحلويات وقلة الأعتناء بنظافة الأسنان من الأسباب الرئيسية للأصابة بتسوس الأسنان في البحرين ، وقد أوضحت الدراسات أن تلاميذ المدارس بالإضافة إلى أطفال ما قبل السن المدرسي يكثرون من تناول الأغذية الغنية بالمواد الكربوهيدراتية مثل المشروبات الغازية والحلويات والشوكولاته خاصة بين الوجبات الرئيسية ، لذا فإنه يجب الأهتمام بوضع برامج وقائية للأصابة بتسوس وأمراض الأسنان .

السمنة

أصبحت السمنة أحد الأمراض الرئيسية في المجتمع البحريني ، وأرتفعت الأصابة بها بشكل مخيف خاصة عند النساء ، وفي المسح الغذائي الذي قامت به منظمة اليونيسيف في عام ١٩٨٠ تبين أن حوالي ٤٠٪ من الأمهات مصابات بالسمنة وأن حوالي ٣٪ من تلاميذ المدارس و ١٥٪ من تلميذات المدارس في المرحلة الثانوية مصابات بزيادة الوزن . وفي عام ١٩٨٩ أجريت دراسة حول الأصابة بالسمنة عند طلبة المرحلة الثانوية (١٥ - ٢٢ سنة) وتبين أن ١٥٪ من الأولاد و ١٨٪ من البنات مصابات بالسمنة . وفي دراسة حديثة حول معدل الأصابة بالسمنة في المجتمع البحريني تبين أن أكثر من ٦٧٪ من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ - ٧٩ مصابين بالسمنة وكانت النسبة ٥٧٪ عند الرجال و ٧٩٪ عند النساء (جدول ٥) .

وترجع أسباب الأصابة بالسمنة في المجتمع البحريني إلى عدة عوامل أهمها قلة الحركة وعدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام والأكثار من تناول الأغذية الغنية بالدهون وتكرار الحمل والولادة عند المرأة ، بالإضافة الى عدة عوامل إجتماعية مثل تقبل المجتمع للمرأة المملوء مما ساعد النساء على زيادة أوزانهن .

وفي دراسة عن بعض العوامل المرتبطة بالسمنة عند النساء في البحرين وجد أن السمنة أكثر إنتشاراً عند المرأة في المناطق الحضرية وعند ذوات التعليم المنخفض والنساء غير العاملات وكبيرات السن والمتزوجات والآتي لا يمارس الرياضة بانتظام وكذلك عند الآتي لديهن أقارب مصابين بالسمنة . كما أوضحت الدراسة أن النساء السمينات أكثر تصديقاً للبدع والخرافات الغذائية .

الخطة الوطنية للتغلب على مشاكل التغذية في البحرين

من أجل الوقاية والسيطرة على مشاكل التغذية في البحرين قامت وزارة الصحة وبالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية بعقد حلقة عمل لوضع صيغة لخطة وطنية للتغذية ، وقد كانت أهداف هذه الحلقة تحديد المسؤوليات الرئيسية للقطاعات المختلفة في مجال الغذاء والتغذية وتعزيز البرامج الصحية المرتبطة بالتغذية وكذلك التنسيق والتعاون مع القطاعات ذات العلاقة من أجل السيطرة على أمراض التغذية ، وقد خلصت حلقة العمل هذه بالتوصيات التالية (وزارة الصحة ١٩٩٤) :

- ١ - إنشاء لجنة للتغذية على مستوى الدولة يشترك فيها ممثلون من جميع القطاعات ذات العلاقة وذلك للعمل على تنسيق البرامج المرتبطة بالتغذية .
- ٢ - التأكيد على مشاركة القطاع الخاص في برامج ونشاطات التغذية .
- ٣ - التنسيق مع وزارة الأعلام لإعداد برامج للتثقيف الغذائي .
- ٤ - تطوير وتحسين المناهج الدراسية وأدخال معلومات ذات علاقة بالمجتمع المحلي .
- ٥ - الأهتمام بالتغذية المدرسية ووضع نوع من الضوابط على المقصف المدرسي .
- ٦ - إجراء التدريب التغذوي للعاملين في القطاعات ذات العلاقة مثل وزارات الصحة والزراعة والتربية والعمل والشؤون الإجتماعية .

- ٧ - حث المصانع الوطنية وتشجيعها على إنتاج أغذية صحية .
- ٨ - تعزيز وتقوية جهاز الرقابة على الأغذية .
- ٩ - تشجيع الدراسات والبحوث التي تتطرق للكشف عن مشاكل التغذية في المجتمع .

المراجع

- الجهاز المركزي للأحصاء (١٩٩٢) . المجموعة الاحصائية السنويه لعام ١٩٩١م، البحرين
- Al-Roomi, K., Musaiger, A.O. and Al-Awadi, A. (1994). Lifestyle patterns and the Risk of acute myocardial infarction in a Gulf Arab Population. Int. J. Epid. 23, 931-939.
- Amine, E.K. (1981). Bahrain, Nutrition Status Survey. UNICEF/Gulf Area Office, Abu-Dhabi, UAE.
- Ministry of Health (1992). Annual Report, 1991, Bahrain.
- Ministry of Health (1994). Workshop on Establishing National Plan of Action, Bahrain.
- Musaiger, A.O. (1995). Factors associated with chronic diseases among adults attending health centers in Bahrain (in press).
- Musaiger, A.O. et al (1989). Growth patterns of school children in Bahrain. Ann Hum. Biol. 16, 155-167.
- Musaiger, A.O. and Al-Sayyad, J. (1990). Nutritional Status of Mothers and Children in Bahrain. Ministry of Health, Bahrain.
- Westwater, A. (1986). School dental survey, Bahrain. Ministry of Health, Bahrain.

جدول (١) : نسبة الأصابة بسوء التغذية عند أطفال ما قبل السن المدرسي في البحرين (١٩٩١)

العمر (سنه)	الجنس	نقص الوزن %	قصر القامه %
١ - ٢	ذكور	٣١٫١	٣٩٫٣
	إناث	١٧٫٩	٢٨٫٦
٢ - ٣	ذكور	١٨٫٦	٢٣٫٥
	إناث	١٤٫١	١٤٫٣
٣ - ٤	ذكور	٢١٫٦	١٧٫٦
	إناث	١٣٫٠	١٨٫٥
٤ - ٥	ذكور	٣١٫٧	٢٢٫٤
	إناث	١٢٫٥	٢٠٫٦
٥ - ٦	ذكور	٢٨٫١	٢١٫٩
	إناث	١٢٫٥	١٨٫٨

المصدر : مصيقر والصيد (١٩٩١)

جدول (٢) : نسبة الأصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد في البحرين (١٩٨٠)

العمر	الجنس	الموقع	نسبة الأصابة
١ - ٥ سنوات	ذكور	المناطق الحضرية	٣٣٫٨%
	إناث		٢٥٫٤%
	ذكور	المناطق القروية	٤٤٫٨%
	إناث		٣٣٫٨%
٦ - ١٨ سنه	ذكور	المناطق الحضرية	١٩٫٥%
	إناث		٣١٫٥%
الأمهات الحوامل	ذكور	المناطق القروية	٢٢٫٦%
	إناث		٥٥٫٨%
			٥٠%

* يعتقد أن النسبة قلت إلى النصف خلال الفترة (١٩٨٠ - ١٩٩٥) خاصة عند أطفال المدارس

جدول (٣) : نسبة الأصابة بالوفيات نتيجة الأمراض المزمنة المرتبطة بالتغذية فى البحرين (١٩٧٦ - ١٩٨١)

المرض	نسبة الوفيات ١٩٧٦	نسبة الوفيات ١٩٩١
أمراض القلب	٪ ٢٥١	٪ ٣٠
السرطان	٪ ٢٣	٪ ١٠١
التغذية والتمثيل الغذائي (السكرى)	٪ ٠٢	٪ ٥١

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

جدول (٤) نسبة الأصابة بتسوس الأسنان عند تلاميذ المدارس فى البحرين (١٩٨٥)

العمر	الجنس	نسبة الأصابة
٦ سنوات	ذكور	٪ ٧٥
	أناث	٪ ٦٢
١٢ سنه	ذكور	٪ ٤٠
	أناث	٪ ٥١
١٥ سنه	ذكور	٪ ٥٤
	أناث	٪ ٥٥

المصدر : ويستوتر (١٩٨٦)

جدول (٥) : نسبة الأصابة بالسمنة في البحرين

الفئة والعمر	الجنس	نسبة الأصابة بالسمنة %
تلاميذ المدارس		
١٥ - ١٧ سنة	ذكور	١٧ر٣ %
١٨ - ٢٠ سنة		١٣ر٦ %
١٥ - ١٧ سنة	إناث	١٤ر٨ %
١٨ - ٢٠ سنة		٢١ر٨ %
النساء		
٣٠ - ٧٩ سنة		٧٩ % (٣١ % زيادة وزن + ٤٨ % سمنة)
الرجال		
٣٠ - ٧٩ سنة		٥٧ % (٣٦ % زيادة وزن + ٢١ % سمنة)

المصدر : مصيقر وآخرون (١٩٩٣) والرومي وآخرون (١٩٩٤)

حالة التغذية في دولة الإمارات العربية المتحدة

عبدالرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

عبدالغفار محمد عبدالغفور

إدارة الرعاية الصحية الأولية - وزارة الصحة - دولة الإمارات العربية المتحدة

مقدمة

أدى التغيير الاقتصادي والاجتماعي السريع في العقدين الماضيين إلى تغييرات كبيرة في عادات المجتمع الإماراتي وتركيبته السكانية ، وهذا بدوره انعكس على الحالة الصحية والتغذية ، فأرتفع مستوى الدخل ساعد الأسرة على الاتجاه إلى تناول الأغذية الغنية بالبروتين الحيواني واللحوم والدجاج وزيادة تناول الدهون ، كما ساعد على الاعتماد على الخدم والمريبات وأقتناء السيارة في التنقل وكل ذلك ساهم في تقليل حركة المواطن وبالتالي تعرضه للسمنة .

وحدث تغيير ملحوظ في نمط الأمراض فبينما كانت الأمراض المعدية ونقص التغذية سائدة في المجتمع الإماراتي ظهرت أمراض جديدة تسمى بأمراض فرط الغذاء وهي السمنة وأرتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب ، وأصبحت هذه الأمراض السبب الرئيسي للوفاة في المجتمع الإماراتي . وبالمقابل حصل إنحسار شديد في الرضاعة الطبيعية فبينما كانت الأم الإماراتية تعتمد على حليبها كغذاء رئيسي للطفل وتستمر في أرضاعة لفترة تصل إلى عامين ، إنخفضت نسبة الأرضاع الطبيعي حتى نجد أن بعض الأمهات لا يكملن شهر واحد في أرضاع أطفالهن . وبدأت الأم الإماراتية بمحاكاة المجتمع الغربي وأتجهت إلى استخدام القنينة أو الرضاعة وإدخال أغذية الفطام الجاهزة (بدلاً من تلك التي كانت تحضرها في المنزل) في سن مبكرة من عمر الطفل مما ساهم في خلق بعض المشاكل الصحية والتغذوية عند الأطفال .

كما أن التغيير الذي حصل في العادات الغذائية والأهتمام بالوجبات السريعة المليئة بالدهون والكوليسترول والملح خاصة عند الجيل الجديد خلق وضعاً غذائياً خاصاً ، يتطلب تسليط الضوء عليه لمحاولة تعديله . فالجيل الجديد لا يتناول الفواكه والخضروات الطازجة إلا نادراً وتعتبر المشروبات الغازية والبطاطس المقلية والشوكولاته الأغذية الرئيسية التي يعتمد عليها في غذاءه اليومي ، وهي أغذية فقيرة في قيمتها الغذائية ولا توفر المتطلبات الغذائية اليومية للنمو مما أثر سلباً على صحتهم .

الرضاعة الطبيعية ونمط تغذية الطفل

أجريت بعض الدراسات حول الرضاعة الطبيعية وعادات الفطام عند الأطفال في دولة الإمارات العربية المتحدة ويشير أول مسح غذائي والذي أجري في عام ١٩٨١ أن نسبة الأمهات اللاتي أرضعن أطفالهن من الثدي قد إنخفضت وأن غالبية الأمهات بدأن في إدخال الحليب الاصطناعي في سن مبكرة من عمر الطفل خاصة في الشهرين

الأوليين ، وفى عام ١٩٩٢ أجرى المسح الغذائى الثانى وتبين أن ٣٢٫٨٪ من الأمهات أرضعن أطفالهن طبيعياً و ٢٢٫٤٪ إستخدمن الحليب الأصطناعى والباقي (٤٤٫٨٪) إستخدمن الرضاعة الطبيعية والصناعية على السواء . وقد كانت أعلى نسبة لممارسة الرضاعة الطبيعية عند الأم فى إمارة أبوظبى (٣٨٫٥٪) وكذلك فى إمارات أم القيوين والفجيرة وعجمان (٣٧٫٥٪) كما هو مبين فى جدول (١) . ولا يمكن إستنتاج نمط الرضاعة الطبيعية الحقيقي بهذه النتائج وذلك راجع إلى أن السؤال لم يركز على فترة زمنية معينة فى الرضاعة ، مما يشتت الأجابة ويترك مجالاً واسعاً للأم فى إختيار الفترة التى أرضعت فيها طفلها .

ويعتبر وقت البدء فى الإرضاع الطبيعى من العوامل المهمة فى تشجيع الرضاعة من الثدي ، فقد وجد أن عزل الأطفال المولودين حديثاً عن أمهاتهم وتقديم الحليب الأصطناعى لهم قد ساعد على زيادة الاعتماد على هذا الحليب وترك الرضاعة من الثدي . وقد أظهر المسح أن ٥٩٫٩٪ من الأمهات قمن بإرضاع أطفالهن مباشرة بعد الولادة وهذا مؤشر جيد ويعنى أن هناك توجهاً عند العاملين الصحيين فى مستشفيات الولادة فى تشجيع الرضاعة الطبيعية وكانت النسبة عالية عند الأمهات فى إمارة أبوظبى (٧٨٪) مقارنة ببقية الإمارات (تتراوح النسبة ما بين ٣٢٫١٪ إلى ٦٣٫٦٪) . أما بالنسبة لطريقة الأرضاع فقد تبين أن غالبية الأمهات يرضعن حسب الطلب أى كلما جاع الطفل (٧٧٪) . كما هو مبين فى جدول (٢) .

وتفيد بيانات المسح الغذائى (١٩٩٢) أن ٣٣٫٣٪ من الأمهات أرضعن أطفالهن لمدة شهر إلى ٣ شهور و ٢٣٫٦٪ أرضعن أطفالهن لمدة ٤ - ٦ شهور . وعند مقارنة هذه النتائج مع نتائج المسح الغذائى الأول (١٩٨١) نجد أن هناك إنحساراً طفيفاً فى طول فترة الرضاعة عند الأم الإماراتية ، فقد كانت نسبة اللآتي يرضعن أطفالهن لفترة أطول من عام واحد ٣٦٪ فى الدراسة التى أجريت عام ١٩٨١ وأنخفضت النسبة إلى ٢٢٫٧٪ فى عام ١٩٩١ أى بإنخفاض مقداره حوالي ١٤٪ . ومن المفيد أن ننوه هنا أن نسبة إنخفاض الرضاعة الطبيعية كانت أساساً عالية فى عام ١٩٨١ عند مقارنتها فى السبعينات .

ووجد أن أهم سبب لإيقاف الرضاعة الطبيعية إعتقاد الأم أن حليبها غير كاف لتغذية الطفل (٢٣٫٢٪) يلي ذلك رفض الطفل (٩٫٥٪) ثم مرض الأم (٤٫١٪) . ومن اللافت للنظر أن ٥٣٫٨٪ من الأمهات لم يعطين أى سبب لإيقاف الرضاعة الطبيعية ولا يوجد تفسير لهذه النتيجة غير المتوقعة ، وقد يرجع ذلك إلى أن صيغة السؤال لم تكن مفهومة عند الباحثات والأم على السواء .

تشير النتائج أن نسبة عالية من الأمهات يقمن بإدخال أغذية أخرى غير حليب الأم إلى أطفالهن فى سن مبكرة جداً ، فحوالي ٨٩٪ من الأمهات أدخلن أغذية أخرى مكتملة لحليب الأم فى الشهرين الأولين ، وهذا يؤثر بصورة سلبية على إستمرار الأرضاع الطبيعى . ونجد أن الأمهات فى رأس الخيمة (٢٢٫٥٪) وفى إمارات أم القيوين والفجيرة وعجمان (١٦٫٧٪) أكثر ميلاً فى إدخال الأغذية التكميلية فى سن متأخرة (بعد الشهر الثانى) مقارنة بالأمهات فى الإمارات الأخرى . وتبين أن أكثر من ٦٠٪ من الأمهات يفتن أطفالهن عن الرضاعة الطبيعية قبل نهاية الشهر الثانى (جدول ٣) .

مشاكل التغذية عند الأطفال

إن الدراسات حول الحالة التغذوية للأطفال والبالغين في دولة الإمارات العربية مازالت قليلة ومحدودة . ويبين المسح الغذائي (١٩٨١) أن نسبة إنتشار أمراض سوء التغذية عال عند أطفال ما قبل السن المدرسي وأطفال المدارس ولوحظ أن أوزان وأطوال الأطفال ما قبل السن المدرسي تبدأ في النقصان مقارنة بالوزن والطول المثالي (المقياسي) بعد السنة الأولى من العمر حيث يصل إلى ٨٠٪ من المقياس الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية . أما بالنسبة لأطفال المدارس فقد أظهرت الدراسة أن وزنهم أقل من الوزن المقياسي بالنسبة لأعمارهم في جميع الإمارات

إنخفاض النمو عند أطفال المدارس

يستهدف المسح الغذائي (١٩٩٢) التعرف على الحالة التغذوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة إلى ١٠ سنوات وذلك عن طريق أخذ أوزانهم وأطوالهم ومحيط أذرعهم . وعند مقارنة وسيط وزن وطول هؤلاء الأطفال مع الوسيط المقياسي الذي توصى به منظمة الصحة العالمية تبين أن هناك نقصاً في نمو أطفال الإمارات عند جميع الأعمار . ويزداد الفارق تدريجياً كلما كبر عمر الطفل ، فمثلاً نجد أن وسيط وزن الطفل الإماراتي الذكر في عمر ١٥ سنة هو ١٠.٥ كيلو غرام مقابل ١١.٢ كيلو غرام للوسيط المقياسي أي بنقص قدره (٠.٧ كيلو غرام) أو حوالي ٦٪ من المعدل المطلوب ثم نجد أن الفجوة تقل وتصل إلى ٣.٠ كيلوغرام عند عمر ٢.٥ سنة ، ولكن بعد ذلك نلاحظ أن الفجوة تزداد تدريجياً حتى تصل إلى ١٢ كيلوغرام عند عمر ١٠.٥ سنة وتكاد تنطبق نفس الملاحظات على أوزان الأطفال الإناث (جدول ٤) .

أما بالنسبة للطول والذي يعتبر مقياساً مهماً للتغذية في الصغر فأنا نلاحظ أن نقص الطول (أو التقزم) يبدأ منذ العام الأول ويستمر حتى العام العاشر من عمر الطفل الإماراتي ، وقد كان أقل فرق في الطول بين الوسيطين (الإماراتي والعالمي) عند عمر ٢.٥ سنة حيث كان الفرق حوالي ١.٨ سم عند الطفل الإماراتي الذكر و٨.٤ سم عند الطفل الإماراتي الأنثي . ويزداد الفرق بعد ذلك بشكل ملحوظ حتى يصل إلى أعلى معدل له عند عمر ١٠ سنوات . وبصفة عامة فإنه لا يوجد فرق بين أوزان الأطفال الإماراتيين الذكور والإناث ولكن هناك فرق بسيط بين أطوال الجنسين حيث نلاحظ أن الذكور أطول من الإناث في معظم المراحل العمرية (جدول ٥)

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد

أوضح المسح الغذائي الأول (١٩٨١) أن فقر الدم الناتج عن نقص الحديد منتشر بشكل كبير عند أطفال ما قبل السن المدرسي وأطفال المدارس (٦ - ١٤ سنة) وتشير النتائج إلى أن النسبة تتراوح من ١٣٪ إلى ٦٧٪ عند أطفال ما قبل السن المدرسي ، وهذا يعتمد حسب الموقع الجغرافي حيث أن نسبة الإصابة كانت أعلى في المناطق البدوية النائية . وبالنسبة لأطفال المدارس فقد تراوحت النسبة من ١٠٪ إلى ٥٧٪ حسب عمر الطفل والمنطقة . ويعتقد أن نسبة فقر الدم الحديدي قد إنخفضت بشكل كبير مقارنة بأوائل الثمانينات وتدل المؤشرات إن النسبة عند أطفال المدارس قد تكون إنخفضت إلى حوالي ٢٥٪ .

الحالة التغذوية للبالغين

ركز المسح الغذائي (١٩٩٢) على استخدام الوزن والطول وحساب مؤشر كتله الجسم (BMI) عند الآباء والأمهات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٧ و ٥٠ سنة وتشير النتائج إلى أن حوالي ٤٪ من الأمهات المبحوثات نحيفات و ٢٥٪ معتدلات الوزن و ٣٢٫٨٪ زائدات الوزن وحوالي ٣٨٪ سمينات ونجد أن نسبة السمنة ترتفع بشكل ملحوظ مع زيادة العمر عند الأم حتى تصل إلى أقصى معدل لها عند عمر ٣٠ - ٣٩ سنة وهذا يطابق مع ما وجد في دول الخليج الأخرى حيث تبين أنه بعد سن الثلاثين تبدأ السمنة في الارتفاع بشكل كبير مقارنة مع الأمهات الأقل من ٣٠ سنة . وتعد نتائج هذا المسح ناقوس الخطر حيث أن نسبة الإصابة بالسمنة تعتبر عالية وتتقارب مع مثيلاتها في بقية الدول الخليجية ، والمعروف أن السمنة عامل خطر للعديد من الأمراض مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل وبعض حالات السرطان ، لذا يجب أن تركز برامج الصحة الوقائية على تقليل الإصابة بالسمنة . أما بالنسبة للرجال فيبدو أنهم في حالة تغذية أفضل من النساء حيث نجد أن ٤٠٪ من الآباء معتدلي الوزن وأن ٤٠٪ مصابين بزيادة الوزن وحوالي ١٦٪ مصابين بالسمنة ، كما لا يوجد أي زيادة في السمنة مع زيادة عمر الأب بل أن النسبة تتأرجح مع تغير عمر الأب (الجدولين ٦ و ٧) .

الإصابة بالسمنة عند طالبات الجامعة والعوامل المؤثرة عليها

في دراسة حديثة عن العوامل الاجتماعية والغذائية المرتبطة بالسمنة عند طالبات الجامعة اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و ٣٠ سنة وجد العديد من المفارقات فقد تبين أن حوالي ٢٠٪ من الطالبات مصابات بزيادة الوزن وأن ٩٪ فقط مصابات بالسمنة ولكن في المقابل تبين أن ٢٠٪ من الطالبات نحيفات أي أن وزنهن أقل من الوزن المناسب لطولهن .

وأوضحت الدراسة أن السمنة منتشرة بشكل أكبر عند غير الإماراتيات مقارنة بالإماراتيات وقد كانت النسبة ٣٣٪ و ٢٨٪ على التوالي . كما وجد أن تعليم الأب ليس له تأثير على السمنة ولكن عند قياس تأثير تعليم الأم وجد أن السمنة أكثر إنتشاراً عند الطالبات اللاتي لديهن أمهات أميات ، وقد يكون ذلك مرتبط بالحالة الاجتماعية والأقتصادية للأسرة أكثر منه بتعليم الأم .

أما من ناحية تأثير الخدم في المنزل فقد تبين أن السمنة أكثر إنتشاراً عند الطالبات التي ليس لديهن خادمة في المنزل وقد يرجع ذلك الى الحالة الاجتماعية للأسرة ، ويلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في الإصابة بالسمنة فقد وجد أن ٣٠٪ من الطالبات اللاتي ينتمين الى أسرة يوجد أحد أفرادها سميناً مصابات بالسمنة ، وتنخفض النسبة إلى ٢٤٪ عند الطالبات اللاتي لا يوجد أحد من أفراد أسرهن مصاباً بالسمنة ، وتبين أن السمنة عند أحد الوالدين لها تأثير أكبر .

وأوضحت الدراسة أن نسبة الإصابة بالسمنة كانت الضعف عند الطالبات اللاتي تتناول وجبة الغذاء مقارنة بتلك التي لا تتناول هذه الوجبة وقد يرجع ذلك إلى أن معظم الطالبات السمينات لا يتناولن الإفطار وبالتالي فأنهن يتناولن وجبة غداء دسمة . كما وجد أن الطالبات اللاتي لا يتناولن الأغذية بين الغداء والعشاء أكثر عرضة للإصابة بالسمنة ، أما من ناحية تناول العشاء فقد كانت نسبة الإصابة بالسمنة أعلى عند الطالبات اللاتي لا يتناولن هذه الوجبة ٣٣٪ مقابل ٢٨٪ عند الطالبات اللاتي يتناولن هذه الوجبة .

الأمراض المزمنة المرتبطة بالتغذية

إزداد معدل الإصابة بالأمراض المزمنة في دولة الإمارات العربية المتحدة في السنوات العشر الأخيرة وأصبحت هذه الأمراض مصدر قلق للجهات الصحية نتيجة التكاليف الباهظة التي تتطلب لعلاجها أو علاج مضاعفاتها ومن أهم هذه الأمراض السكري وأمراض الجهاز الدوري والسرطان وارتفاع ضغط الدم وتسوس الأسنان .

أمراض القلب

وتعتبر أمراض القلب السبب الرئيسي للوفيات في دولة الإمارات سواء عند الرجال أو النساء وتشير بيانات وزارة الصحة أن ٢٠٪ من الوفيات في الدولة نتيجة الإصابة بأمراض القلب . وتحديث ٢٥٪ من الوفيات الناتجة عن هذه الأمراض عند الرجال عند سن ١٥ - ٤٤ سنة مقابل ٩٪ عند النساء وعند سن ٤٥ - ٥٩ سنة فأن النسبة ترتفع إلى ٣٩٪ عند الرجال و١٥٪ عند النساء ، أما بعد سن ال ٦٠ عاماً فأن الوفيات الناتجة عن أمراض القلب كانت الضعف عند النساء مقارنة بالرجال (٧٠٪ و ٣٧٪) على التوالي ويعتبر احتشاء عضلة القلب أكثر أنواع أمراض القلب حدوثاً (٣٧٪) يليه المرض المخي الوعائي بنسبة (٢٥٪) ثم أقفار القلب بنسبة (١٨٪) وأخيراً ارتفاع ضغط الدم بنسبة (١٨٪) .

داء السكري

مازالت الدراسات عن انتشار داء السكري محدود في دولة الإمارات العربية المتحدة وتشير إحدى الدراسات الأولية أن ١٧٪ من النساء عند عمر ٢٠ - ٦٠ سنة مصابات بداء السكري . وفي دراسة أخرى على المجتمع الإماراتي تبين أن ١١٪ من الرجال عند عمر ٢٠ - ٧٠ سنة و ١٤٪ من النساء عند نفس المرحلة العمرية مصابين بداء السكري . ويؤدي مرض السكري إلى حدوث العديد من المضاعفات الصحية التي تتطلب فترات طويلة لعلاجها مثل المضاعفات في قرنية العين والكليتين والجهاز العصبي والتناسلي والشرابين . ويعتبر السكري المسؤول الأول عن حالات العمى عند كبار السن ، ويقدر أن ٤٪ من الوفيات السنوية في الدولة نتيجة الإصابة المباشرة بهذا المرض ، كما أنه يعتبر من الأسباب الرئيسية للإصابة بأمراض القلب .

ارتفاع ضغط الدم

تشير بيانات وزارة الصحة إلى أن الوفيات الناتجة من ارتفاع ضغط الدم أعلى عند الرجال مقارنة بالنساء وأوضحت إحدى الدراسات الأولية أن نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم ١٤٪ عند الرجال و ٢٢٪ عند النساء في المرحلة العمرية ٢٠ - ٧٠ سنة وترتفع الإصابة بشكل ملحوظ مع تقدم العمر فقد بلغت الإصابة عند النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ٢٠ - ٢٩ سنة حوالي ٨٪ حتى تصل إلى ٤٢٪ عند النساء اللاتي بلغت أعمارهن ٥٠ - ٥٩ سنة ، ويعتقد أن ارتفاع نسبة الإصابة بهذا المرض عند النساء كبيرات السن ساعد في زيادة حدوث الوفيات الناتجة من أمراض القلب .

السرطان

إن نسبة الوفيات الناتجة من السرطان في المجتمع الإماراتي عالية عند الرجال مقارنة بالنساء ويعتبر السرطان السبب الثالث للوفيات في دولة الإمارات . ويعتبر سرطان الجهاز الهضمي (٢٩٪) أكثر أنواع السرطانات إنتشاراً يليه سرطان الجهاز التنفسي (٢٤٪) ثم سرطان الثدي (٩٪) وسرطان الرحم (٧٪) عند النساء . وقد أرتفعت حالات الوفيات الناتجة عن السرطان من ٢١٪ في عام ١٩٨٨ إلى ٢٤٪ في عام ١٩٩٢ . ومن أهم العوامل المرتبطة بالسرطان في المجتمع الإماراتي التغيير في العادات الغذائية والأكثار من تناول الدهون وقلّة تناول الخضروات والفواكة الطازجة والأغذية الغنية بالألياف الطبيعية ، بالإضافة الى التدخين والتلوث البيئي .

الخلاصة

تفيد نتائج الدراسات والمؤشرات القليلة عن مشاكل التغذية في دولة الإمارات العربية المتحدة إن مشاكل نقص التغذية خاصة فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بالإضافة إلى الأمراض المزمنة المرتبطة بالتغذية تمثل أهم مشاكل التغذية في الدولة . وهناك العديد من العوامل التي ساعدت على تفاقم حدوث هذه المشاكل أهمها نقص الوعي الصحي والتغذوي عند قطاع كبير من المجتمع والتغيير في نمط إستهلاك الطعام والأتجاه إلى النمط الغربي في تناول الطعام المتمثل في زيادة تناول الدهون خاصة الحيوانية وقلّة تناول الأغذية الغنية بالألياف ، بالإضافة إلى قلّة ممارسة الرياضة المنتظمة وإنتشار عادة التدخين خاصة عند الرجال وكذلك تعرض الأم للتدخين نتيجة ممارسة هذه العادة من قبل زوجها أو أحد أفراد أسرتها .

ولكي يتم الوقاية والسيطرة على مشاكل التغذية يجب القيام بالمزيد من الدراسات والبحوث المتعلقة بحجم الأصابة بهذه الأمراض والفئات الأكثر حساسية للأصابة بها ، كما يجب أن تتعرف هذه الدراسات على العوامل الرئيسية المؤدية للأصابة بأمراض التغذية وإيجاد الحلول المناسبة للتقليل من تأثير هذه العوامل . ومن الأمور الهامة الأهتمام بالتوعية التغذوية من خلال وسائل الأتصال المختلفة مع التركيز على تصحيح العادات الغذائية السائدة في المجتمع ، ولا تتم هذه الأنشطة إلا من خلال التنسيق بين الجهات الحكومية ذات العلاقة والمؤسسات غير الحكومية من أجل وضع خطة وطنية شاملة لمكافحة أمراض التغذية .

المراجع

- ١ - عبد الرحمن مصبقر (١٩٩٥) عوامل الخطر المرتبطة بأمراض القلب في المجتمع الإماراتي (تحت النشر) .
- ٢ - عبد الرحمن مصبقر وفاطمه حنايا (١٩٩٥) بعض العوامل الصحية والأجتماعية المرتبطة بالأمراض المزمنة عند النساء الإماراتيات (تحت النشر) .
- ٣ - عبد الرحمن مصبقر (١٩٩٢) العادات الغذائية والحالة التغذوية للأسرة في دولة الإمارات العربية المتحدة - وزارة الصحة - أبوظبي .

- ٤ - وزارة الصحة (١٩٩٣) التقرير السنوي ١٩٩٢ ، إدارة الطب الوقائي ، أبو ظبي .
- ٥ - علي عثمان (١٩٨١) المسح الغذائي للأطفال في دولة الإمارات العربية المتحدة ، منظمة اليونسيف ، أبو ظبي .

جدول (١) غط الرضاعة الطبيعية في دولة الإمارات العربية المتحدة حسب الأماره

المجموع		آخر		رأس الخيمة		الشارقة		دبي		أبوظبي		طريقة الأرضاع
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٣٢ر٨	١٥١	٣٧ر٥	١٢	٢٨ر٣	١٣	٣٤ر٠	٣٣	٢٢ر٦	٢٤	٣٨ر٥	٦٩	رضاعة طبيعية
٢٢ر٤	١٠٣	٩ر٤	٣	٣٢ر٦	١٥	٢٦ر٨	٢٦	٣٤ر٠	٣٦	١٢ر٨	٢٣	رضاعة صناعية
٤٤ر٨	٢٠٦	٥٣ر١	١٧	٣٩ر١	١٨	٣٩ر٢	٣٨	٤٣ر٤	٤٦	٤٨ر٦	٨٧	رضاعة مختلطة
١٠٠ر٠	٤٦٠	١٠٠ر٠	٤٦	١٠٠ر٠	٩٧	١٠٠ر٠	٩٧	١٠٠ر٠	١٠٦	١٠٠ر٠	١٧٩	المجموع

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

جدول (٢) طريقة الرضاعة الطبيعية في دولة الإمارات العربية المتحدة حسب الأماره

المجموع		آخر		رأس الخيمة		الشارقة		دبي		أبوظبي		طريقة الأرضاع
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٧٧ر١	٣٥٦	٩٧ر٠	٣٢	٧٠ر٨	٣٤	٦٣ر٩	٦٢	٦٩ر٨	٧٤	٨٦ر٥	١٥٤	حسب الطلب
١٦ر٩	٧٨	٠٠ر٠	٠٠	٢٥ر٠	١٢	٢٥ر٨	٢٥	١٨ر٩	٢٠	١١ر٨	٢١	حسب جدول زمني
٦ر١	٢٨	٣ر٠	١	٤ر٢	٢	١٠ر٣	١٠	١١ر٣	١٢	١ر٧	٣	غير مبين
١٠٠ر٠	٤٦٢	١٠٠ر٠	٣٣	١٠٠ر٠	٤٨	١٠٠ر٠	٩٧	١٠٠ر٠	١٠٦	١٠٠ر٠	١٧٨	المجموع

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

جدول (٣) : عمر الطفل عند الفطام في دولة الإمارات العربية المتحدة حسب الاماره

المجموع		آخر		رأس الخيمة		الشارقة		دبي		أبوظبي		عمر الطفل (بالشهور)
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٤١٫٦	١٣١	٣٨٫١	٨	٥٠٫٠	١٥	٤٠٫٦	٢٦	٥٥٫٤	٤٦	٣٠٫٨	٣٦	الشهر الأول
٢٠٫٦	٦٥	٢٣٫٨	٥	١٣٫٣	٤	٢٥٫٠	١٦	١٩٫٣	١٦	٢٠٫٥	٢٤	الشهر الثاني
٨٫٦	٢٧	٣٫٥	٢	٦٫٧	٢	١٠٫٩	٧	٣٫٦	٣	١١٫١	١٣	الشهر الثالث
٨٫٦	٢٨	٤٫٨	١	٦٫٧	٢	١٠٫٩	٧	٦٫٠	٥	١١٫١	١٣	الشهر الرابع
٢٠٫٣	٦٤	٢٣٫٨	٥	٢٣٫٣	٧	١٢٫٥	٨	١٥٫٧	١٣	٢٦٫٥	٣١	الخامس فما فوق
١٠٠٫٠	* ٣١٥	١٠٠٫٠	٢١	١٠٠٫٠	٣٠	١٠٠٫٠	٦٤	١٠٠٫٠	٨٣	١٠٠٫٠	١١٧	المجموع

* غير مبين = ١٤٧ أم (يشمل الأمهات المرضعات) .

جدول (٤) وسيط أوزان وأطوال أطفال الإمارات الأناث اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١ إلى ١٠ سنوات
مقارنة مع الوسيط المقياسي الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية

العمر (سنه)	وسيط الوزن (كيلو غرام)		وسيط الطول (سنتمتر)	
	الإمارات	الصحة العالمية	الإمارات	الصحة العالمية
١ -	١٠.٢	(١١.٢)	٧٦.٥	(٨١.٧)
٢ -	١٢.٠	(١٢.٣)	٨٥.٠	(٨٩.٨)
٣ -	١٤.٠	(١٥.٤)	٩٢.٠	(٩٨.٥)
٤ -	١٥.٠	(١٧.٢)	٩٩.٠	(١٠٥.٨)
٥ -	١٧.٠	(١٩.١)	١٠٥.٠	(١٢٣.٥)
٦ -	١٩.٠	(٢١.٢)	١٠٩.٥	(١٣٠.١)
٧ -	٢٠.٠	(٢٣.٦)	١١٦.٥	(١٣٦.٣)
٨ -	٢٤.٠	(٢٦.٦)	١٢٢.٠	(١٤٢.٣)
٩ -	٢٥.٠	(٣٠.١)	١٢٥.٠	(١٤٨.٥)
١٠ -	٢٨.٠	(٤٠.٠)	١٣١.٠	(١٥٤.٣)

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

جدول (٥) وسيط أوزان وأطوال أطفال الإمارات الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ١ إلى ١٠ سنوات
مقارنة مع الوسيط المقياسي الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية

العمر (سنه)	وسيط الوزن (كيلو غرام)		وسيط الطول (سنتمتر)	
	الإمارات	الصحة العالمية	الإمارات	الصحة العالمية
١ -	١٠.٥	(١١.٢)	٧٧.٠	(٨١.٧)
٢ -	١٣.٠	(١٣.٣)	٨٨.٠	(٨٩.٨)
٣ -	١٤.٠	(١٥.٤)	٩٢.٠	(٩٨.٥)
٤ -	١٦.٠	(١٧.٢)	١٠٠.٠	(١٠٥.٨)
٥ -	١٧.٠	(١٩.١)	١٠٧.٥	(١٢٣.٥)
٦ -	١٩.٠	(٢١.٢)	١١٠.٠	(١٣٠.١)
٧ -	٢١.٠	(٢٣.٦)	١١٦.٠	(١٣٦.٣)
٨ -	٢٢.٠	(٢٦.٦)	١٢١.٠	(١٤٢.٣)
٩ -	٢٥.٠	(٣٠.١)	١٢٧.٠	(١٤٨.٥)
١٠ -	٢٨.٠	(٤٠.٠)	١٣٣.٠	(١٥٤.٣)

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

جدول (٦) : الحالة التغذوية للأمهات في دولة الإمارات العربية المتحدة حسب العمر

العمر (سنة)	نحيفه %	سليمه %	زائدة الوزن %	سمينه %	المجموع %
١٧ - ١٩.٥	٥.٩	٣٥.٣	٤٧.١	١١.٨	١٠٠.٠
٢٠ - ٢٩.٩	٦.٧	٣٤.٦	٣١.٧	٢٦.٩	١٠٠.٠
٣٠ - ٣٩.٩	٣.٣	١٩.٢	٣٣.٩	٤٣.٦	١٠٠.٠
٤٠ فأكثر	٢.٧	٢٤.٩	٣١.٥	٤٠.٨	١٠٠.٠
المجموع (العدد الكلي)	٣.٩ (٣٦)	٢٥.٠ (٢٣٢)	٣٢.٨ (٣٠٤)	٣٨.٣ (٣٥٥)	١٠٠.٠ (٩٢٧)

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

جدول (٧) الحالة التغذوية للآباء في دولة الإمارات العربية المتحدة حسب العمر

العمر (سنة)	نحيف %	سليم %	زائد الوزن %	سمين %	المجموع %
٢٠ - ٢٩.٩	٧.٨	٣٧.٥	٣٥.٩	١٨.٨	١٠٠.٠
٣٠ - ٣٩.٩	١.٥	٤٧.٠	٣٦.٥	١٥.٠	١٠٠.٠
٤٠ - ٤٩.٩	٣.١	٣٤.٧	٤٤.٠	١٨.٢	١٠٠.٠
٥٠ فأكثر	٤.٥	٤٠.٦	٤١.٠	١٣.٩	١٠٠.٠
المجموع (العدد الكلي)	٣.٦ (٢٩)	٤٠.٣ (٣٢٢)	٤٠.٣ (٣٢٢)	١٥.٨ (١٢٦)	١٠٠.٠ (٧٩٩)

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

واقع الرقابة الغذائية فى إمارة دبي

خالد شريف

قسم مراقبة الأغذية - بلدية دبي - دولة الإمارات العربية المتحدة

مقدمة

تتمتع دولة الإمارات العربية المتحدة بصفة عامة وإمارة دبي بصفة خاصة بمكانة تجارية عالمية كبيرة وزيادة فى حركة تجارة وصناعة الأغذية وفى عدد المؤسسات الغذائية حيث بلغت كمية الأغذية المستوردة خلال عام ١٩٩٤ حوالي ٨ ر ٢ طن وعدد المؤسسات الغذائية حوالي ٤٥٠٠ ، وقد أدى ذلك الى إهتمام بلدية دبي بوضع نظام رقابي فعال لضمان سلامة الأغذية المستوردة والمصنعة محلياً والمتداولة فى الأسواق والمؤسسات الغذائية وغيرها من أماكن عرض وتداول الأغذية . وقد أرتكزت بلدية دبي على مبدئين لضمان الرقابة الفعالة وهما :

- ١ - تشديد الرقابة على جميع الأغذية المستوردة والمصنعة محلياً والمتداولة فى الأسواق وذلك بإصدار عدد من الأوامر المحلية وتطبيق القوانين الاتحادية والتشريعات الخاصة بصحة وسلامة الأغذية لتدعيم التوازن فى جانبي الرقابة الغذائية التشريعي والتنفيذي .
- ٢ - تبسيط عملية التفتيش الغذائي وذلك باستخدام أنظمة وأساليب حديثة تضمن رقابة فعالة وتقلل الوقت والجهد بالنسبة للجهاز التفتيشي والتجار أو أصحاب المؤسسات الغذائية وتضمن سلامة الأغذية وصلاحيتها للأستهلاك الأدمي .

مهام جهاز الرقابة الغذائية فى إمارة دبي

شعبة رقابة تجارة الأغذية

تقوم هذه الشعبة بالكشف الظاهري على جميع الأغذية المستوردة والمصدرة والمعاد تصديرها عبر منافذ الإمارة البحرية والجوية والبرية وتطبيق الأمر المحلي رقم ٢٣ لسنة ٨٣ والخاص ببطاقة المادة الغذائية والأمر المحلي رقم ٥١ لعام ١٩٩٠ بشأن مراقبة الأغذية وتنظيم تداولها والقانون الإتحادي رقم ٤ لسنة ٧٩ بشأن قمع الغش التجاري والتدليس فى الأغذية المتداولة . ويتم أخذ عينات من المواد الغذائية بشكل عشوائي من الأرساليات الى مختبر الصحة العامة للفحص الكيميائي والجراثومي والتلوث بالأشعاع .

كما تقوم هذه الشعبة بمراقبة والمستندات والشهادات الصحية المرفقة مع الأرسالية للتأكد من صحتها واصدار الشهادات الصحية للأغذية المصدرة والمعاد تصديرها بعد الكشف الظاهري عليها وأخذ العينات المطلوبة للفحص المخبري . وأعطاء الإستشارات الفنية الخاصة بقوانين الأغذية للتجار والمستوردين .

شعبة صحة وسلامة الأغذية

من أهم مهام هذه الشعبة التفتيش الروتيني المبرمج باستخدام الحاسب الآلي على جميع المؤسسات ومصانع

الأغذية وتطبيق الأمر الإداري رقم ٢٠ بشأن دليل تصنيع واعداد وطبخ وتخزين وتعبئة ونقل وبيع الأغذية المخصصة للأستهلاك الآدمي . وتطبيق القانون رقم ٣٨ لسنة ١٩٨٩ بشأن الشروط الصحية والفنية الواجب توافرها لتخزين المواد الغذائية المعدة للأستهلاك الآدمي . وتطبيق القانون رقم ٥١ لسنة ١٩٨٩ بشأن مراقبة الأغذية وتنظيم تداولها. كما تقوم الشعبة بأخذ عينات من المصانع والمؤسسات الغذائية وأماكن بيع وتحضير الأغذية وعينات مياه الشرب من المصانع والمؤسسات الغذائية والعمارات السكنية والمساجد والحدائق العامة والتفتيش والكشف الظاهري على جميع الخضروات والفواكة واللحوم والأسماك فى الأسواق التابعة للبلدية ، وإصدار تراخيص المؤسسات الغذائية بعد إستيفاء الشروط الصحية وأعطاء الإستشارات الفنية فيما يتعلق بصحة وسلامة الأغذية . وتهتم الشعبة بالتوعية الغذاء وهى تقوم بأعطاء محاضرات تثقيفية عن صحة وسلامة الأغذية فى المدارس والمؤسسات الإجتماعية ، وتدريب ورفع مستوى الوعى الصحي لدى العاملين فى مجال الأغذية فى جميع المرافق الغذائية.

القوانين والأوامر المحلية الخاصة بصحة وسلامة الأغذية القانون الإتحادي رقم (٤) سنة ١٩٧٩ بشأن قمع الغش والتدليس فى المعاملات التجارية ويتعلق هذا القانون بالجوانب التالية :

- ١ - كمية المواد والمواصفات الخاصة بالوزن والحجم .
- ٢ - الجهة أو البلد التي أحضرت منه البضاعة وتاريخ الصنع أو الإنتاج .
- ٣ - طريقة صنع البضاعة .
- ٤ - نوع البضاعة أو أصلها أو منشأها أو مصدرها .
- ٥ - أهم صفات المنتج .
- ٦ - وجود براءة إختراع أو علامات تجارية أو غير ذلك من حقوق الملكية الصناعية أو أي امتيازات أو أي مميزات تجارية أو صناعية .

الأمر المحلي رقم (٣٨) لسنة ١٩٨٩ بشأن الشروط الصحية والفنية الواجب توافرها لتخزين المواد الغذائية المعدة للأستهلاك الآدمي فى أمانة دبي

وينطبق هذا القانون عند تخزين المواد الغذائية سواء كانت مواد أولية خام أو نصف مصنعة أو مصنعة بالكامل وسواء كانت لدى المنتج أو الصانع أو المستورد أو بائع الجملة أو بائع المفرق أو لدى أي شخص مرخص له لحفظ هذه الأغذية لغرض عرضها للبيع ، وتقسم الأغذية الى مجموعتين :

- أ - الأغذية المبردة والمجمدة .
 - ب - الأغذية المعبأة والمواد الغذائية الخام .
- وتطرقت بنود هذا الأمر إلى الجوانب التالية :
- درجات حفظ الأغذية .
 - وجود ميزان حرارة لتسجيل درجات الحرارة .

- عملية فصل الأغذية عند التخزين لمنع التلوث التبادلي .
 - نوع البرادات والمعدات المستخدمة في ذلك .
 - نوع الجدران والأرضيات والأسقف لمستودعات الأغذية الجافة .
 - طريقة تخزين الأغذية الجافة في المستودعات .
 - توفير الأضاءة الطبيعية والصناعية .
 - إصدار الشهادات الصحية للعاملين في مستودعات الأغذية .
 - إصدار الشهادات الصحية للعاملين .
- الأمر المحلي رقم (٥١) لسنة ١٩٩٠ بشأن مراقبة الأغذية وتنظيم تداولها : وتشمل بنود هذا الأمر مايلي
- الحالات التي يحظر بها تداول الأغذية .
 - الحالات التي تعتبر فيها الأغذية ضارة أو فاسدة أو تالفة .
 - الحالات التي تعتبر فيها الأغذية مغشوشة .

- الأمر المحلي رقم (٣٣) لعام ١٩٨٨٣ بشأن بطاقة المواد الغذائية
- ويتعلق هذا الأمر بكافة البطاقات الخاصة بالمواد الغذائية المعبأة والمعلبة والمنتجة محلياً ، وكذلك المواد الغذائية المستوردة إضافة الى الإشتراطات الأخرى المنصوص عليها في المواصفات القياسية ، حيث يشرح الأمر في بنوده مايلي :-
- التعاريف الخاصة بالأغذية والتي يقصد بها بعض الكلمات والعبارات المنصوص عليها في الأمر .
 - الأشتراطات العامة للأغذية والخاصة بوصف المادة الغذائية .
 - بيانات البطاقة للمادة الغذائية والتي تشمل اسم المادة المعبأة ومكوناتها والمواد المضافة ، وصافي المحتويات وأسم الصانع ، وتاريخ الصنع ، وبلد المنشأ ... الخ .

- الأمر المحلي رقم (٧٣) لسنة ١٩٩٣ بشأن اعتماد فترة صلاحية المواد الغذائية
- يتعلق هذا الأمر بفترة الصلاحية للمنتجات الغذائية والواردة ضمن القائمة المرفقة بالأمر ، حيث أن القائمة تحتوي على أسم المادة الغذائية ونوعها ودرجة الحرارة المناسبة لحفظها .
- كما تستعين البلدية ببعض القوانين والتشريعات العالمية كمرجع لها مثل المواصفات الميكروبيولوجية للألبان المبسترة والتي وضعها دستور الأغذية وقوانين المضافات الغذائية والمبيدات الحشرية والملوثات .

التنسيق اليومي بين قسم رقابة الأغذية ومختبر الصحة العامة بالبلدية يقوم قسم رقابة الأغذية بوضع البرامج الخاصة بأخذ العينات في المواني والمطارات والمؤسسات الغذائية والمصانع وأخذ شكاوي الجمهور والتسممات الغذائية . وترسل العينات الى مختبر الصحة العامة للقيام بالتحليل

اللازم لهذه العينات على أسس علمية بحيث يمكن إتخاذ القرار في وقت مناسب مع الأخذ في الاعتبار مصدر ونوع العينة الغذائية .

اللجنة العليا لرقابة الأغذية ببلدية دبي

تم تشكيل لجنة عليا للرقابة على الأغذية مكونة من ٥ أعضاء وهم مدير إدارة الصحة ونيساً للجنة و ٣ أعضاء من قسم رقابة الأغذية وعضو من مختبر الصحة العامة . وتختص هذه اللجنة بوضع السياسة العليا للرقابة الغذائية في الإمارة لمتابعة تنفيذ القوانين واللوائح الخاصة بتجارة وتخزين وتداول الأغذية في الإمارة ، حيث تجتمع اللجنة هذه مرتين كل أسبوع . أما في مجال صحة وسلامة الأغذية في أماكن اعدادها وتحضيرها ، فقد وضعت البلدية أنظمة وأساليب حديثة لضمان الرقابة ورفع كفاءة التفتيش ورفع المستوى الصحي في المؤسسات الغذائية ومن هذه الأنظمة :

أ - نظام التفتيش المبرمج باستخدام الحاسب الآلي

وهو نظام يساهم بشكل مباشر في تنظيم عمليات التفتيش اليومية باستخدام الحاسب الآلي وأعتمد النظام على مدى خطورة المؤسسة ، حيث أعطيت للمؤسسات ذات الخطورة العالية عدد زيارات روتينية مبرمجة أعلى من المؤسسات ذات الخطورة الأقل ، وفي كل أسبوع تصدر قائمة مبرمجة مدون فيها أسماء المؤسسات الغذائية وعناوينها حيث يقوم المفتش ومن خلال القائمة بالتنفيذ وتغطية هذه القائمة وقد ساعد هذا النظام على مايلي :

- ١ - تغطية شاملة لجميع المؤسسات ومصانع الأغذية في الإمارة مع توفير الوقت والجهد بالنسبة للمفتش .
- ٢ - توفير إحصائيات دقيقة وسهلة عن أنواع الزيارات وأنواع المخالفات .
- ٣ - التأكيد على نوعية التفتيش وليس عدد مرات التفتيش .

ب - نظام العقوبة بالنقاط لمؤسسات وأماكن تصنيع وإعداد وبيع الأغذية

وهذا النظام يعطي فرصاً للمخالفين من المؤسسات والشركات المتعاملة في مجال بيع وصناعة المواد الغذائية لمراقبة مؤسساتهم بشكل أفضل تلافياً من إتخاذ قرار بالأغلاق أو إيقاف الترخيص عن طريق احتساب نقاط لكل مخالفة في المؤسسة ، كما يساهم في إعطاء المخالفين الوقت الكافي لتصحيح وإزالة المخالفات الصحية وقد ساعد هذا النظام على إعطاء فكرة عامة عن المستوى الصحي للمؤسسات الغذائية وإجبار أصحاب المؤسسات على تصحيح الأمور السلبية عند تراكم النقاط ، وتحسين جهاز التفتيش ورفع كفاءة المفتش وإتخاذ قرار حاسم وفعال في حالة تراكم المخالفات .

ج - نظام تحليل الأخطار باستخدام نقاط الرقابة المبرمجة

هذا النظام صالح للتطبيق على المؤسسات الكبيرة مثل الفنادق والمصانع وشركات التموين .. الخ ، وفي هذا النظام يتم تشكيل لجنة عليا لمتابعة وضبط سير العمل عن طريق تحديد مراكز الخطر في خط الإنتاج ، ومتابعة ذلك دورياً من قبل هذه اللجنة وسوف تكون مكونة من مدير المؤسسة ومدير الإنتاج ومسؤول الصيانة ومدير المختبر .

أن الهدف من هذا النظام هو تحقيق رقابة أفضل على الأغذية لتأمين سلامتها وإستخدام أسلوب أكثر دقة وتنظيماً للسيطرة على الأخطار الناتجة إذا ما قورنت بالرقابة التي توفرها التفتيشات الروتينية ، ويتميز هذا النظام بقدرته على تحديد المناطق (النقاط الحرجة) التي لا تتم ملاحظتها أو أكتشافها بوسائل التفتيش التقليدية ، كما يركز على النقاط التي لم يحدث فيها أي خطأ مسبقاً مما يجعل هذا النظام مفيد بشكل خاص بالعمليات والأنظمة الجديدة والمستحدثة ، ويتكون هذا النظام من خمسة نقاط :

- ١ - إعداد رسم بياني لعمليات إنتاج الأغذية من البلدية وحتى النهاية .
- ٢ - الاتفاق على تحديد الأخطار بعد المراجعة وتحديد النقاط الحرجة بالتفصيل .
- ٣ - الاتفاق على الأخطار المرتبطة بالنقاط الحرجة .
- ٤ - وضع ضوابط قوية من شأنها إزالة الأخطاء ومراقبتها .
- ٥ - مراجعة برنامج تحليل الخطر بإستخدام شخص مؤهل مستقل .

مشاكل التلوث الغذائي في أماره دبي ومدى إنتشارها

مشكلة الملوثات الغذائية مشكلة عالمية وذلك راجع لأخطارها الصحيه وهناك ملوثات كيميائية وجرثومية كثيرة يمكن أن تصل الى الطعام من مصادر متعددة تؤدي الى أحداث الضرر الصحي للإنسان أو أصابته بأمراض معينة ، لذلك فان الحرص على سلامة الغذاء من الملوثات من الأمور الأساسية التي يجب أن توضع في الاعتبار من قبل جهاز الرقابه على الأغذية ،

وتشير الأحصائيات إلى أن حوالي ٥٪ من الأغذية المستوردة أو المنتجة محلياً كانت غير صالحة للأستهلاك الآدمي وذلك لعدة أسباب كما هو مبين في الجدول التالي

السنة	عدد العينات المأخوذة	عدد العينات الغير صالحة	النسبة المئوية
١٩٩٠	٢٣٩٩٥	١١٠٩	٤٫٦٪
١٩٩١	٢٦١٤٧	١٠٤٠	٣٫٩٪
١٩٩٢	١٧١٢٧	٨٠٨	٤٫٧٪
١٩٩٣	١٩٠٦٦	١١٨١	٦٫٠٪
١٩٩٤	١٦٢٣١	٧٥٠	٤٫٦٪

التسممات الغذائية في دبي

التسمم الغذائي هو حالة مرضية ناتجة عن تناول طعام ملوث بأحد الملوثات ويكون مصدر التلوث أما جرثومياً أو كيميائياً أو فيروسياً أو بالفطريات أو بالأشعاع وينتج عنه عدة أعراض مختلفة ويؤدي في قليل من الأحيان الى الموت ، وتعتبر نسبة التسممات الغذائية في منطقة ما مؤشراً على المستوى الصحي لتلك المنطقة وفاعلية الرقابة الغذائية فيها . وتشير الأحصائيات المتوفرة إن حالات التسمم الغذائي في أماره دبي قليلة جداً وكان عدد حالات المبلغ

عنها فى عام ١٩٩٤ حوالى ثلاثة عشر حالة ، وأثبتت التحاليل المخبرية أن هذه التسممات راجعة إلى التلوث البكتيرى .

عدد حالات التسمم الغذائى المبلغ عنها فى أمانة دبي (١٩٩٢ - ١٩٩٤)

السنة	حالات تم التبليغ عنها	الحالات المثبتة	عدد الأشخاص المسعفين
١٩٩٢	١٠	٤	٢٢
١٩٩٣	٤	--	--
١٩٩٤	١٠	٣	٨

أما عن التسمم الكيمائى فلم ترد أى حالة تسمم أو تلوث كيمائى وقد يرجع ذلك إلى التركيز على عملية فصل المواد الكيمائية عن المواد الغذائية أثناء التخزين أو التحضير ، واستخدام معدات ذات نوعية جيدة غير قابلة للتفاعل عند تحضير المواد الغذائية .

التطورات المستقبلية لجهاز الرقابة الغذائية

تطبيق نظام تصنيف المؤسسات الغذائية الى عدة درجات :

تم فى بداية العام الحالى وضع الأساسات الأولية لتطبيق هذا النظام حيث سيتم توزيع جميع أنشطة المواد الغذائية الى ثلاث فئات وهى :-

- فئة أ : مؤسسات ذات الخطورة العالية .
- فئة ب : مؤسسات ذات الخطورة المعتدلة .
- فئة ج : مؤسسات ذات الخطورة الأقل .

وسيتم تصنيف الأنشطة فى كل فئة الى خمس درجات وفق المعايير الفنية المحددة لكل فئة وكل درجة ، بناء عليه سيتم تعديل عدد الزيارات التفتيشية بحيث يعطى المؤسسات ذات الدرجات المتدنية تركيز أكثر فى عدد الزيارات من أجل رفع المستوى الصحى فيها ، وهذا التصنيف يساعد على :

- ١ - حصر المؤسسات السيئة من خلال الدرجات المتدنية .
- ٢ - يساهم فى تطوير جهاز التفتيش .
- ٣ - يساعد أصحاب المؤسسات على تحسين مستواهم الصحى .
- ٤ - يعتبر كجائزة للمؤسسات الجيدة .
- ٥ - يعطى المستهلك فكرة عن المؤسسة التى يختارها .

استخدام الحاسب الآلى لضبط عملية دخول المواد الغذائية عبر المطار والموانئ

يهدف هذا النظام الى تحديد وضبط عملية أخذ العينات من جميع الموانئ البحرية والجوية حتى لا يكون هناك

إزدواجية في أخذ العينات بين هذه الموانئ ، وقد تم الاعتماد على نوع الأغذية ومصدرها ودرجة خطورتها وسيمكن هذا النظام القائمين على هذا العمل من معرفة الأغذية الداخلة في جميع الموانئ مع نتائج التحاليل وتقارير التفتيش مما يعطى رقابة أفضل على نقاط العبور البحرية والجوية والبرية .

نظام ضبط النوعية

في هذا النظام سيتم ضبط وتوحيد جميع الإجراءات الإدارية والميدانية التي تتم داخل قسم رقابة الأغذية ، حيث سيتم تدوينها مع كافة المعلومات الضرورية للموظف عن طبيعة العمل وما يناط به من مهام ، كما سيساهم بشكل فعال في إعطاء الثقة ومتابعة وتنظيم سير العمل اليومي للقسم مع إيجاد الأخطاء اليومية التي قد نواجهها والعمل على تصحيحها . هذا وسيتم الإنتهاء من عمل الدراسات على هذا النظام قريباً وسوف نقوم بتطبيقه بعد عمل دورات تخصصية لموظفي القسم لإستيعاب هذا النظام مع توفير الظروف المناسبة لذلك .

التوصيات

- ١ - تطوير جهاز الرقابة الغذائية وذلك بزيادة البرامج التدريبية التي يجب أن تكون دورية لرفع الكفاءة ومتابعة ما يستجد في الرقابة الغذائية .
- ٢ - تبادل المعلومات بين دول المنطقة والهيئات المتخصصة وذلك للحد من الكثير من الظواهر والتلاعبات الخطيرة في مجال الرقابة الغذائية ويساعد على تحسين الأداء .
- ٣ - عمل دليل المفتش ليكون مرجعاً لجهاز الرقابة على الأغذية في المنطقة بحيث يحتوي هذا المرجع على المعلومات العلمية والفنية والعملية والإدارية المتعلقة بالرقابة الغذائية .
- ٤ - تطوير تشريعات الرقابة الغذائية سواء تلك المتعلقة بالعقوبات أو القوانين أو الإجراءات الخاصة بالرقابة
- ٥ - توحيد أسلوب الرقابة الغذائية عبر منافذ منطقة الخليج .
- ٦ - عمل نشرة دورية متخصصة بالرقابة الغذائية في دول المجلس.
- ٧ - التركيز على عملية التثقيف الغذائي والصحي في عملية التفتيش والرقابة الغذائية .

الرقابة على الأغذية فى دولة قطر

أحمد رمزي قطب

المركز الاقليمي لرصد تلوث الأغذية والمختبرات المركزية

وزارة الصحة العامة - دولة قطر

مقدمة

أولت دولة قطر اهتماماً خاصاً بمراقبة الأغذية عقب حادث مؤسف وقع فى يونيو ١٩٦٧ حيث أصيب مئات من الأشخاص بالتسمم أثر تناولهم خبزاً من دقيق مستورد من الولايات المتحدة الأمريكية أتضح أنه كان ملوثاً بمبيد حشري سام وأودى الحادث بحياة عدد من الأشخاص . وأظهر التحقيق أن الدقيق تلوث بمبيد (الأندرين) الذي كان محمولاً على ظهر نفس سفينة الشحن ومستورداً لإيران .

وعلى أثر هذا الحادث أتخذت الدولة إجراءات وقائية فورية فشكلت فى وزارة الصحة العامة فريقاً من المفتشين الصحيين للتفتيش على الأغذية المستوردة وأنشأت بها مختبراً صغيراً للتحليل الكيمائية البسيطة وشملت هذه الإجراءات إصدار لوائح تنظيمية بشأن الأغذية المستوردة وأصدرت قانونها الأول لمراقبة الأغذية ، ثم أستدعت الدولة المنظمات الدولية المتخصصة (.الأغذية والزراعة الدولية و الصحة العالمية) لدراسة الوضع وإقتراح نظام مناسب لإحكام الرقابة على الأغذية .

وبناء على مقترحات منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية أقامت الدولة مبنى خاصاً بالمختبرات إنتهى بناؤه عام ١٩٧٣ وبدأ اعداده وتجهيزه بالأدوات والأجهزة العلمية عام ١٩٧٤ ، ثم بدأت مرحلة من التعاون بين دولة قطر ومنظمة الأغذية والزراعة الدولية عام ١٩٧٥ بمشروع مشترك أستمر أربع سنوات وأدى إلى تطوير التشريعات واللوائح وتحديث جهاز مراقبة الأغذية بالدولة .

التشريعات

على أثر الحادث المؤسف المشار إليه سارعت الحكومة إلى إتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة التي شملت صدور القانون الأول لرقابة الأغذية عام ١٩٦٧ ، ثم القانون الخاص بالمبيدات عام ١٩٦٨ . وقد طالب القانون رقم ١٨ لسنة ١٩٦٧ بشأن مراقبة الأغذية للأستهلاك الأدمي بقيام جهاز للتفتيش على الأغذية المستوردة وعلى الأسواق الداخلية وجمع العينات اللازمة لفحصها وإنشاء مختبر يقوم بإجراء التحاليل العلمية المناسبة على العينات المرسله من قبل الجهاز التفتيشي وإصدار تقرير علمي عن مدى صلاحية المادة الغذائية للأستهلاك الأدمي .

وقد أعطى القانون المذكور سلطة الأشراف على هذين الجهازين لوزارة الصحة العامة الى أن عدل بموجب القانون رقم ٢ سنة ١٩٦٩ حيث أشرتكت البلديات فى الأنشطة التفتيشية فأعطيت حق التفتيش على الأسواق المحلية والمؤسسات التي تتعامل فى الأغذية داخل قطر .

ثم صدر القانون رقم (٨) لسنة ١٩٩٠م بشأن تنظيم مراقبة الأغذية الأدمية ووزع الأختصاصات الخاصة بأنشطة مراقبة الأغذية على الوجه التالي :

- ١ - تتولى وزارة المالية والاقتصاد مسئولية المواصفات والمقاييس بالتنسيق مع وزارة الصحة ووزارة الشؤون البلدية والزراعة وتصبح هذه المواصفات رسمية بعد صدورها من مجلس الوزراء .
- ٢ - تتولى وزارة الصحة العامة مسئولية مراقبة الأغذية المستوردة عند وصولها إلى مراكز الدخول إلى قطر وتلك المصدرة إلى الخارج .
- ٣ - تتولى وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون البلدية والزراعة مسئولية مراقبة الأغذية المستوردة بعد الأفراج عنها والسماح بدخولها إلى الأسواق المحلية وكذلك الأغذية المنتجة محلياً وكذا مراقبة جميع المؤسسات المحلية المتعاملة في المواد الغذائية .

نظام مراقبة الأغذية

يشمل نظام مراقبة الأغذية بدولة قطر عدداً من الأجهزة تنتمي إلى ثلاث وزارات مختلفة هي

- ١ - وزارة الصحة العامة .
 - ٢ - وزارة الشؤون البلدية والزراعة .
 - ٣ - وزارة المالية والاقتصاد والتجارة .
- وفيما يلي نبذة مختصرة عن هذه الأجهزة الرقابية .

أولاً : جهاز المواصفات القياسية

ينتمي هذا الجهاز إلى إدارة المواصفات والمقاييس وحماية المستهلك بوزارة المالية والاقتصاد والتجارة والجهاز مسئول عن المواصفات القياسية للمواد بصورة عامة بما في ذلك المواد الغذائية وهو حلقة الأتصال مع هيئة المواصفات والمقاييس لدول مجلس التعاون ويتولى هذا الجهاز مسئولية الإجراءات المتعلقة بإصدار المواصفات القياسية للأغذية وذلك بالتنسيق مع وزارة الصحة العامة أساساً وكذلك مع وزارة الشؤون البلدية والزراعة ، وهذا الجهاز في الوقت الحاضر لديه خبير مؤهل في المواصفات وعدد محدود من المساعدين .

ثانياً : جهاز التفتيش

يتقاسم مسئوليات هذا الجهاز ثلاث جهات تنتمي إلى ثلاث وزارات مختلفة هي وزارة الصحة العامة - وزارة الشؤون البلدية والزراعة ، وزارة المالية والاقتصاد والتجارة ، وجميع المفتشين العاملين في هذا الجهاز مخولون سلطة مأموري الضبط القضائي بموجب القانون رقم (٨) لسنة ١٩٩٠ في ضبط وإثبات الجرائم التي تقع بالمخالفة لأحكامه والقرارات المنفذة له .

أ - قسم صحة المواني .

هذا القسم هو أحد أقسام إدارة الخدمات الوقائية بوزارة الصحة العامة وهو مسئول عن إجراءات التفتيش الصحي بمراكز الدخول إلى قطر ويشمل القسم ثلاث وحدات أساسية هي :

- ١ - وحدة النقل البري .
- ٢ - وحدة النقل البحري .
- ٣ - وحدة النقل الجوي .

ومعظم أنشطة هذا القسم تتركز على التفتيش على المواد الغذائية المستوردة لدولة قطر والمصدرة منها ، والقسم يديره شخص مؤهل ويساعده رئيس وحدة صحة المواني (ماجستير) ويعمل بالقسم ٥٢ مفتشاً أحدهم خريج جامعي (بيطري) والباقون معظمهم من خريجي معهد العلوم الصحية الذي كان يعمل بقطر حتى عام ١٩٩٢م حيث أغلق بعد ذلك (شهادة المعهد تعادل شهادة الثانوية العامة) .

ب - أقسام التفتيش الصحي في البلديات

يوجد بكل بلدية قسم للتفتيش الصحي ويدخل التفتيش على الأغذية ضمن صلاحياته بإستثناء بلدية الدوحة العاصمة التي يوجد بها " قسم مراقبة الأغذية " يختص بالتفتيش على الأغذية وعلى جميع المؤسسات التي تتعامل في الأغذية ومصانع الأغذية ويتبع هذا القسم (الشعبة البيطرية) التي تختص بالتفتيش على اللحوم والأسماك . ويضم قسم مراقبة الأغذية ببلدية الدوحة ٣٧ مفتشاً منهم ٣١ من خريجي معهد العلوم الصحية و٦ جامعييون ورئيس القسم ونائبه من خريجي معهد العلوم الصحية وللقسم أخصائي حاصل على الدكتوراه ويشرف على الأعمال الفنية للقسم . كما تضم الشعبة البيطرية التابعة لهذا القسم ١٢ طبيباً بيطرياً ويرأس الشعبة طبيب بيطري . وأعداد المفتشين المسؤولين عن مراقبة الأغذية في بقية البلديات محدودة وربما لا يزيد العدد الكلي لهم عن ١٠ مفتشين .

ج - إدارة المواصفات والمقاييس وحماية المستهلك

تتبع هذه الإدارة وزارة المالية والأقتصاد والتجارة وأحد أقسامها يختص بأنشطة حماية المستهلك التي تشمل حماية المستهلك ضد الغش في المواد الغذائية ومفتشو القسم لهم صفة مأموري الضبط القضائي ولهم حق جمع العينات وأرسالها للتحليل بالمختبرات المركزية بوزارة الصحة العامة ، ومن الصعب تحديد القوة العاملة في هذا الجهاز في مجال الأغذية حيث أن الجهاز مسئول عن مشاكل حماية المستهلك بصورة عامة في جميع المجالات

ثالثاً : جهاز التحاليل العلمية

يتولى مسئوليات هذا الجهاز المختبرات المركزية بوزارة الصحة العامة وتقوم هذه المختبرات بتحليل جميع العينات الواردة إليها من جميع أجهزة التفتيش الغذائي بالدولة وبدأت هذه المختبرات عملها عام ١٩٧٥م على أساس خطة عمل خمسية (١٩٧٥ - ١٩٨٠) . بدأت بالتحاليل الكيميائية الخاصة بمراقبة جودة الأغذية ومياه الشرب ثم التحاليل الميكروبيولوجية في الأغذية والمياه ثم بدأت في الخطة الثانية (١٩٨٠ - ١٩٨٥) في التوسع لتشمل عدداً من مجالات رصد التلوث البيئي بصورة عامة وفي مارس ١٩٧٩ م أختيرت هذه المختبرات من قبل منظمتي الصحة العالمية والأغذية والزراعة الدولية لتصبح مركزاً مشاركاً في البرنامج الدولي الخاص برصد ملوثات الأغذية . وقد قبلت دولة قطر هذا الأختيار ووافقت على إنشاء < المركز الاقليمي لرصد تلوث الأغذية > بموجب قرار مجلس الوزراء في مايو ١٩٧٩ م وأصبحت هذه المختبرات المركز الثامن عشر ضمن مجموعة المراكز الدولية المشاركة في هذا البرنامج .

كما طلبت منظمة الصحة العالمية أن يقوم المركز بوظائف إقليمية تمثل منطقة الخليج فيما يتعلق برصد ملوثات الأغذية ، وفي عام ١٩٨٤م أختارت المنظمة هذا المركز ليكون مركزاً تدريبياً لمنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط في مجال التحاليل الخاصة بملوثات الأغذية .

أهداف ومهام المركز والمختبرات

تهدف أنشطة المركز والمختبرات أساس إلى رفع نسبة الحماية التي يجب توفيرها للأشخاص في قطر ضد الأخطار الصحية والغش في تداول إستهلاك الأغذية وضد الأخطار الصحية الناجمة عن التلوث البيئي بصورة عامة وذلك عن طريق إجراء التحاليل العلمية الفيزيائية والكيميائية والميكروبيولوجية والبيولوجية اللازمة لتطبيق المواصفات القياسية ورصد الملوثات الكيميائية والميكروبيولوجية في الأغذية والمياه والبيئة ، وتشمل هذه الأنشطة المهام الأساسية التالية :

- ١ - إجراء تحاليل ضبط الجودة ورصد ملوثات الأغذية ومياه الشرب .
- ٢ - رصد ملوثات البيئة البحرية والأسماك في الخليج .
- ٣ - رصد ملوثات مياه المجاري المعالجة ومياه برك السباحة العامة .
- ٤ - إجراء التحاليل الخاصة بالمواد السامة في مجالات المبيدات والكيماويات والأشعاع النووي ودخان التبغ .
- ٥ - إجراء التحاليل المتعلقة بأنشطة صحة البيئة والصحة المهنية.
- ٦ - تحاليل نباتات البيئة القطرية لمعرفة قيمتها الغذائية أو العلاجية أو مدى سميتها .
- ٧ - إجراء تحاليل الجودة على مواد التجميل ورصد المواد الضارة الداخلة في تركيبها .
- ٨ - وضع المواصفات القياسية التي تحتاجها دولة قطر للأغذية ومياه الشرب وتحديث هذه المواصفات .
- ١٠ - إجراء البحوث العلمية التي تهدف إلى حل المشاكل التي تواجه دولة قطر في مجالات الأغذية والمياه والبيئة أو المشاركة في إجرائها بالتنسيق مع الجهات العلمية الأخرى بالدولة كجامعة قطر أو مع الدول الأخرى في المنطقة أو مع المنظمات الدولية المتخصصة .

الهيكل التنظيمي لجهاز الرقابة على الأغذية

يشمل الهيكل التنظيمي للمختبرات أربع مجالات رئيسية وهي :

أولاً : الأغذية

ويشمل هذا المجال تحاليل جودة الأغذية ورصد ملوثاتها الكيميائية والميكروبيولوجية ويهتم هذا المجال أساساً بجميع أغذية الإنسان المصنعة والطازجة ولكنه أيضاً يقدم خدمات التحليل العلمي لكثير من جهات الدولة في النباتات الطبية ونباتات البيئة القطرية والمواد المنشطة وأغذية الحيوان والدواجن ، ويضطلع المركز الاقليمي لرصد تلوث الأغذية بمسئوليات هذا المجال .

ثانياً : المياه

ويشمل هذا المجال تحاليل جودة مياه الشرب من كل المصادر ورصد ملوثاتها الكيميائية والميكروبيولوجية سواء كانت مياه الشبكة الرئيسية أو الجوفية أو المعبأة .

ثالثاً : رصد التلوث البيئي

ومن بين الدراسات التي تشملها أنشطة هذا المجال رصد ملوثات البيئة البحرية في المياه القطرية من الخليج حيث تشارك المختبرات في تنفيذ هذه الدراسة التي تشرف عليها المنظمة الاقليمية لحماية البيئة البحرية (الكويت) وذلك بالتنسيق مع اللجنة الدائمة لحماية البيئة في قطر ، كما تقوم المختبرات برصد الملوثات الضارة في مياه المجاري المعالجة التي تستخدم في الري والمخلفات الصلبة التي قد تؤدي إلى تلوث البيئة .

رابعاً: رصد السموم والمواد الخطرة

ويتناول هذا المجال التحاليل المطلوبة في حالات التسمم بهذه المواد إضافة الى تحاليل دخان السجائر لمعرفة مدى مطابقتها للوائح المطبقة في دول مجلس التعاون بالنسبة لمستوى النيكوتين والقطران .

إنجازات المركز والمختبرات

اجرت المختبرات خلال عام ١٩٩٣م أكثر من ١٧٥ ألف تحليل علمي على أكثر من ٧١٠٠ عينة تمثل مختلف المجالات في الأغذية والمياه والبيئة والسموم . وقد كان لنتائج هذه التحاليل أثر ملموس في إحكام وسائل مراقبة الأغذية المستوردة والمنتجة محلياً مما أدى إلى تحسين درجة جودتها كما ساهمت هذه التحاليل في حل عدد من القضايا الجنائية المتعلقة بالسموم وفي علاج عدد من الحالات المرضية الصعبة وعلى سبيل المثال :-

- ١ - تم رفض عدد من شحنات الزيوت والدهون التي أظهرت التحاليل غشها أو فسادها كما تم إعدام كميات منها ثبت فسادها في الاسواق المحلية .
- ٢ - تم رفض عدد من شحنات الدجاج واللحوم المجمدة أظهرت التحاليل مخالفتها للمواصفات القطرية وخصوصاً بالنسبة لتلوثها ببكتريا التسمم الغذائي من نوع السلمونيلا .
- ٣ - تم رفض عدد من شحنات منتجات اللحوم لتلوثها بلحم الخنزير .
- ٤ - تم رفض عدد من شحنات الخضروات المجمدة بسبب تلوثها ميكروبيولوجياً .
- ٥ - تم رفض عدد من شحنات منتجات الألبان بسبب تلوثها بالبكتريا الضارة وعدم مطابقتها للمواصفات القطرية
- ٦ - أدت التحاليل إلى رفض عدد من شحنات المشروبات والعصائر بسبب إرتفاع نسبة الكحول بها عن الحد الأقصى المسموح به .
- ٧ - تم مصادرة بعض المواد الغذائية التي اكتشف أنها تحتوي على ألوان غير مسموح بها للأستهلاك الآدمي
- ٨ - تم رفض عدد من شحنات الأسماك ومنتجاتها والتي أظهرت التحاليل فسادها أو إصابتها بالطفيليات .
- ٩ - تم رفض عدد من شحنات البيض المستورد كما تم إعدام كميات من المنتج المحلي ثبت تدهوره في الأسواق المحلية .
- ١٠ - تم رفض عدد من شحنات الأرز لإرتفاع الإصابة الحشرية بها ولعدم مطابقتها للمواصفات .
- ١١ - تم رفض عدد من شحنات البهارات والتوابل لعدم مطابقتها للمواصفات .
- ١٢ - تم رفض عدد من شحنات ملح الطعام لإرتفاع مستوى الشوائب وعدم مطابقتها للمواصفات .

- ١٣ - كشفت تحاليل مياه الشرب عن عدد من المخالفات من بينها بعض المخالفات الخطيرة كارتفاع نسبة الرصاص فى مياه الشرب فى بعض المدارس والتي أظهرت التحاليل أيضاً أن رداءة المبردات والمرشحات المستعملة كانت السبب الرئيسى لهذا التلوث .
- ١٤ - أظهرت تحاليل البيئة البحرية فى المياه القطرية للخليج وجود عدد من الملوثات ومن أهمها مركبات الكلور العضوي والمركبات البترولية والمعادن الثقيلة ومستويات هذه الملوثات فى المياه والأسماك وأن كانت دون الحدود القصى المسموح بها إلا أنها من الأهمية بحيث يجب متابعتها باستمرار للتأكد من إتجاهاتها المستقبلية .
- ١٥ - ساعدت التحاليل بالتعاون مع عدد من الأجهزة المختصة بالدولة فى حل عدد من القضايا الجنائية المتعلقة بالسموم وقضايا التسمم الغذائي .
- ١٦ - ساعدت التحاليل الدقيقة التى أجرتها مختبرات المركز للمستشفيات على التوصل إلى التشخيص الدقيق لبعض الحالات الصعبة من المرضى (كالتسمم بالرصاص) وعلى ضبط نظام العلاج والجرعات العلاجية للبعض الآخر (تحاليل الألومنيوم لمرضى غسيل الكلى وتحاليل الليثيوم للأمراض النفسية) .
- ١٧ - أدت نتائج تحاليل الصحة العامة التى أجريت على المتعاملين بالأغذية وأصحاب المهن إلى كشف عدد من الحالات المعديّة التى تم إستعبادها من العمل حتى تم علاجها .

أضواء على أخطر المخالفات وأهم النتائج

- ١ - التسمم بالرصاص .
- أكدت التحاليل لعام ١٩٩٣م ماسبق أن أشارت إليه تقارير الأعوام الماضية من وجود التسمم الخطير بالرصاص فى الأطفال ، ومن بين ٥٢٠ مريضاً (٣٥٩ طفلاً ، ١٦١ رجلاً) شملتهم الدراسة عام ١٩٩٣ وجد حوالي ١٦٠ طفلاً يزيد مستوى الرصاص فى دماهم عن الحد الاقصى للمستوى الطبيعى وأن من بين هؤلاء الأطفال وجد أكثر من ٥٠ طفلاً مستوى الرصاص لديهم مرتفع بصورة خطيرة ، وجدير بالذكر أن التسمم بالرصاص فى الأطفال خطير ويؤدي إلى التخلف العقلي .
- ٢ - عوامل مسببة للسرطان فى الأغذية
- (أ) وجدت ١٠ عينات مواد غذائية تحتوى على ألوان صناعية ممنوعة .
- (ب) وجدت ٦ عينات من منتجات لحوم تحتوى على نسب مرتفعة من أملاح النيترات والنيتريت .
- (ج) وجدت ٨ عينات زيوت متزنخة .
- ٣ - التلوث بالميكروبات المرضية
- (أ) وجدت ٣٣ عينة مواد غذائية ملوثة ببكتريا التسمم الغذائي من السلمونيللا .
- (ب) وجدت ١٦ عينة مواد غذائية ملوثة ببكتريا التسمم الغذائي من نوع ستاف أورييس .
- (ج) وجدت ٤٥ عينة مواد غذائية ملوثة بالبكتريا القولونية البرازية منها ٣١ عينة ملوثة ببكتريا ايشيريشيا كولاي المرضية .

٤ - الكحول ومشتقات الخنزير

- (أ) وجدت ٣ عينات مشروبات تحتوي على نسب مرتفعة من الكحول .
(ب) تم إكتشاف عدد كبير من منتجات اللحوم المعلبة من إنتاج شركة اورية كبرى وكانت محتوية على لحم الخنزير .

٥ - تلوث مياه الشرب

- (أ) وجدت ٨ عينات مياه شرب ملوثة بالبكتريا القولونية .
(ب) وجدت ١٠٠ عينة مياه شرب ملوثة بالمعادن الثقيلة السامة (الرصاص والكاديوم) حيث كانت مستوياتها أعلى من الحدود القصوى لمنظمة الصحة العالمية .

٦ - تلوث البيئة البحرية

- (أ) تم الكشف عن أن الزئبق كان السبب الرئيسي لموت أعداد كبيرة من الأسماك وصلت إلى الشواطئ القطرية خلال سبتمبر ١٩٩٣م وأن هذه الأسماك قد تعرضت لحادث تلوث كيميائي خارج المياه القطرية وربما وقع الحادث في المياه الاقليمية لدولة الإمارات العربية المتحدة .
(ب) وجدت عينة أسماك ملوثة بمبيد حشري .

القوة العاملة والتدريب والبحوث

القوة العاملة في هذه المختبرات في الوقت الحاضر تشمل سبعة من الحاصلين على الدكتوراه وأحدى عشر من الحاصلين على الماجستير و أربعة من الحاصلين على البكالوريوس إضافة إلى ستة من المتدربين الوطنيين القطريين خريجي جامعة قطر .

وخلال السنوات العشر الماضية قدم المركز عدداً من الدورات التدريبية في عدد من مجالات رصد ملوثات الأغذية لمرشحين من قبل بعض المنظمات الدولية من البحرين ومصر والسودان والعراق والصومان واليمن الجنوبي . كما تشارك هيئة العمل بالمركز في الدورات التدريبية التي تنظم لمفتشي الأغذية في الأجهزة التفتيشية المختلفة بالدولة وبالرغم من عدم وجود مخصصات مالية للبحوث والنقص في القوة العاملة إلا أن المركز تمكن من إنجاز عدد من الدراسات تم نشر بعضها في الدوريات العلمية العالمية وكثير من نتائج هذه الدراسات يحتاج إلى اعداد للنشر ، ومن أهم هذه الدراسات :

- ١ - كشف غش الزيوت : رسالة دكتوراه تم إعدادها بمختبرات المركز ونوقشت بجامعة ويلز بالمملكة المتحدة عام ١٩٨٧ ، وتم نشر عدد من نتائجها في بعض الدوريات العلمية .
- ٢ - دراسة محتوى أسماك الخليج من الأحماض الدهنية : حيث تم دراسة عشرين نوعاً من الأسماك الشائعة بمياه الخليج وتم نشر نتائج هذه الدراسة .
- ٣ - التسمم بالرصاص : تم إعداد تقرير خاص عن دراسة محدودة أكدت وجود التسمم بالرصاص في بعض الأطفال في قطر ووضع التقرير أساساً لدراسة موسعة تحتاج إليها جميع دول الخليج العربية .

- ٤ - كشف التلوث بلحم الخنزير : طور المركز عدداً من طرق التحليل للمساعدة فى زيادة دقة الطرق المستعملة حالياً فى كشف التلوث بمنتجات الخنزير وقد تم نشر إحدى هذه الطرق .
 - ٥ - تحسين طرق التحليل : تم تطوير بعض الطرق السريعة فى عدد من مجالات تحاليل الأغذية والمياه باستعمال الطرق البولاروجرافية كالفيتامينات والمعادن الثقيلة وعدد من مضافات الأغذية .
- رابعاً: التنسيق بين أجهزة الرقابة**
- نظراً لتوزيع أنشطة الرقابة على الأغذية بين عدد من الأجهزة التي تنتمى إلى عدد من الوزارات فإن كفاءة عملية الرقابة تتوقف على مدى التنسيق بين هذه الأجهزة ، وتمثل عملية التنسيق حالياً فى الآتى :
- ١ - تم تشكيل لجنة وطنية إستشارية للمواصفات القياسية للمواد من ممثلين عن الوزارات ذات العلاقة ويشارك فى عضوية اللجنة ممثلين عن الوزارات المختصة بالرقابة على الأغذية وهى وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون البلدية والزراعة ووزارة المالية والأقتصاد والتجارة .
 - ٢ - تقوم الجهات المختصة بالرقابة على الأغذية بالدعوة لعقد إجتماعات بين الحين والآخر للتنسيق فيما بينها ومناقشة أي مقترحات من شأنها تحسين الإجراءات الرقابية .

المشاكل والتوصيات

أولاً : المواصفات القياسية

- تم إصدار المواصفات القياسية للأغذية بدولة قطر خلال فترة عمل مشروع مراقبة الأغذية (١٩٧٥ - ١٩٧٩) المشترك مع منظمة الأغذية والزراعة الدولية وأُعتمدت تلك المواصفات فى ذلك الوقت على المواصفات الأمريكية والأنجليزية والدولية (CAC) مع الأخذ فى الاعتبار الظروف المحلية السائدة فى دولة قطر المناخية والاجتماعية والدينية . وبعد تطوير أجهزة المواصفات والمقاييس الخليجية تم إنشاء هيئة المواصفات والمقاييس لدول مجلس التعاون وبدأت الهيئة فى إصدار المواصفات القياسية للأغذية وقد أُعتمدت دولة قطر على ماصدر عن الهيئة من مواصفات وصدرت بصورة رسمية عن مجلس الوزراء .
- وأهم مصادر المواصفات القياسية المطبقة حالياً فى قطر هى :
- ١ - الحدود الميكروبيولوجية للأغذية والمياه : قام المركز الأقليمي لرصد تلوث الأغذية بإعداد هذه المواصفة وأصدرتها وزارة الصحة العامة عام ١٩٨٧ م .
 - ٢ - البطاقة الإعلامية : تطبق قطر المواصفة الخليجية الصادرة عن هيئة المواصفات والمقاييس لدول مجلس التعاون .
 - ٣ - المواصفات الأخرى الصادرة عن هيئة المواصفات والمقاييس لدول مجلس التعاون وعدد هذه المواصفات حتى الآن محدود .
 - ٤ - مواصفات قطرية أخرى وتشمل المشروبات غير الحكولية و ملح الطعام و الحدود القصوى للرصاص والحديد فى الألبان المكثفة .

٥ - بقية المواصفات : المصدر الأساسي هو لجنة دستور الأغذية (CAC) .

وتعتبر قطر ذات وضع جيد بالنسبة لما يتوفر لديها من مواصفات قياسية للأغذية والمياه وأدى تطبيق هذه المواصفات خلال العشرين عاماً الماضية ومنذ بدء عملية تحديث أجهزة الرقابة على الأغذية في منتصف السبعينيات إلى تحسن ملموس في جودة المواد الغذائية المستوردة إلى قطر .

وبالرغم من الجهود الضخمة التي تبذلها هيئة المواصفات والمقاييس لدول مجلس التعاون في إصدار المواصفات الحديثة إلا أن أسلوب عمل الهيئة يحتاج إلى مراجعة لتحسين كفاءة إنشئتها حيث أصبحت الدول الأعضاء تعتمد على مساعدات الهيئة لها في إمدادها بالمعلومات المتعلقة بالمواصفات وتنتظر من الهيئة إصدار المزيد من المواصفات القياسية في أقصر وقت ممكن . وتقوم الهيئة طبقاً للأسلوب المتبع حالياً بإستقبال مشاريع المواصفات المقترحة من الدول الأعضاء ثم تمرير هذه المشاريع على كل دولة لدراسة وإقتراح ما تراه من تعديلات . وعادة ما تكون هذه المشاريع ضعيفة الصياغة وركيكة في ترقيمها كما أنه يصعب أن يكون لدى كل دولة على حدة مجموعة متكاملة من الخبراء في كل مجال من مجالات المواصفات القياسية . ويقترح لتطوير أسلوب عمل الهيئة أن تقوم بتشكيل لجان متخصصة من الخبراء على مستوى دول مجلس التعاون تختص كل منها بمجال من مجالات الأغذية المختلفة على غرار اللجان العالمية لدستور الأغذية وأن توفر الهيئة المخصصات المالية اللازمة لعمل هذه اللجان وتقوم كل لجنة بوضع أسلوب عملها وتنظيم قوائم بأولويات المواصفات المطلوب منها إعدادها تمهيداً لإصدارها . وتشكيل مثل هذه اللجان قد يكون ممكناً على مستوى المنطقة بينما هو متعذر على كل دولة على حدة .

ويقترح أن تكون المهام الأساسية لهذه اللجان على الوجه التالي :-

- ١ - تقوم اللجنة بإعداد قائمة بأولويات المواصفات القياسية المطلوب إصدارها في مجال تخصصها .
- ٢ - تختار اللجنة من المواصفات القياسية لدستور الأغذية العالمي ما يمكن تبنيه طبقاً لقائمة الأولويات .
- ٣ - تقوم الهيئة بإصدار ما تتبناه اللجان المتخصصة من مواصفات باللغة الإنجليزية .
- ٤ - تتولى اللجنة بعد ذلك بأسلوب عمل مستمر إعداد المواصفات التي ليس لها نظير في دستور الأغذية العالمي .

- ٥ - تتولى اللجنة بالتنسيق مع لجنة خاصة بالصياغة والترجمة إعداد النصوص المحسنة من مشاريع المواصفات وإصدارها باللغتين العربية والإنجليزية .

ثانياً : التفتيش

تعاني أجهزة التفتيش على الأغذية بدولة قطر وربما بدول مجلس التعاون بصورة عامة من بعض أوجه القصور التي تسبب في إنخفاض كفاءة هذه الأجهزة وأهم أوجه القصور :

- ١ - إنخفاض المستوى التعليمي للعاملين في هذا المجال بصورة عامة حيث لا يشكل الجامعيون منهم إلا نسبة ضئيلة من مجموع العاملين .
- ٢ - عدم توفر الأماكن المناسبة من أجهزة وأدوات التفتيش والفحص وجمع العينات مع عدم توفر خطة علمية للتفتيش .

٣ - تبعث أنشطة التفتيش بين أكثر من وزارة أو جهة إدارية مع غياب نظام فعال للتنسيق .

وللحد من أوجه القصور هذه فإنه يقترح تغذية الوحدات التفتيشية تدريجياً بالخريجين الجامعيين ذوي التخصصات القريبة من الأغذية والإهتمام ببرامج التدريب المكثفة لإعدادهم . على أن تشمل برامج التدريب توفير الأجهزة والأدوات الخاصة بالفحوص التفتيشية وجمع العينات طبقاً لخطة علمية عملية مكتوبة . وأنشطة أجهزة التفتيش تكون أكثر كفاءة إقتصادياً وتنفيذياً إذا توحدت تحت مظلة إدارية واحدة . فإذا تعذر التوحيد فيجب وضع خطة فعالة للتنسيق بين الأجهزة المشاركة في هذه الأنشطة .

ثالثاً : التحاليل العلمية

من المؤكد أن المختبرات العلمية هي أكثر أجهزة الرقابة تكلفة إلا أنه بدونها أو بوجودها ضعيفة تصبح العملية الرقابية كلها غير ذات جدوى . وتشكل التحديات الخاصة بدقة التحاليل العلمية المطلوبة لرصد الآثار الدقيقة من الملوثات من قبيل المبيدات وسموم الفطريات والمعادن الثقيلة عبئاً لا يجب التخلي عنه بغرض توفير في المخصصات المالية حيث أثبت الواقع أن مثل هذه التخلي يتمخض في النهاية عن إنفاقات باهظة لعلاج ما سببته هذه السموم من أمراض .

إن دولة قطر لديها مختبرات جيدة وتحتاج إلى إستمرارية التطوير لمواكبة التحديات الخاصة بالتحاليل الدقيقة مما يتطلب زيادة الدعم لهذه المختبرات ويشفع لهذه المختبرات في ضرورة تقديم هذه الدعم باستمرار أنه لو لم يكن لها من إنجازات سوى نجاحها في كشف انتشار تلوث الأغذية بالرصاص عام ١٩٧٩ م ووجود التسمم بالرصاص في بعض الأطفال في قطر مما أدى إلى سلامة علاجهم وبالتالي حمايتهم من التخلف العقلي لكفى ذلك حافزاً على ضرورة توفير الدعم المطلوب .

والدعم المطلوب يشمل تطوير أجهزة وإمكانات التحليل وتوظيف المحللين العلميين من ذوي العلم والخبرة العالية في المجالات التخصصية المختلفة، ولقد أظهرت دراسة المقررات الوظيفية للمختبرات المركزية بوزارة الصحة العامة أن القوة العاملة الحالية فيها تقل عن نصف القوة المطلوبة كحد أدنى لمواجهة المجالات الواسعة للتحاليل وحجم العمل المطلوب إنجازها .

إن هذه المختبرات هي الوحيدة في المنطقة التي لديها برامج خارجية وداخلية لضبط جودة التحاليل ، وهذه البرامج ضرورية لضمان دقة التحاليل خصوصاً تحت ظروف العبء الضخم من العمل المفروض عليها بالنسبة لإمكانياتها ، وتحتاج هذه البرامج بالطبع إلى دعم مادي قوى . ولدى هذه المختبرات مكتبة متواضعة تحتاج إلى تطوير بإمدادها بعدد إضافي من الدورات العلمية الهامة وبعض المراجع والكتب الأساسية .

رابعاً : البحوث والدراسات

إن أحد المهام الرئيسية التي اقترح أن يقوم بها المركز الأقليمي لرصد تلوث الأغذية هو إجراء البحوث والدراسات التي تهدف إلى حل المشاكل التي تواجه دولة قطر في مجالات الأغذية والتغذية والمياه والبيئة أو المشاركة في إجرائها بالتنسيق مع الجهات العلمية الأخرى بالدولة كجامعة قطر أو مع الدول الأخرى بالمنطقة أو مع المنظمات الدولية المتخصصة . وبسبب عدم وجود مخصصات مالية لهذه الدراسات فإن المركز لم يستطع أن ينفذ خطته لهذه الدراسات ولكنه استطاع إجراء عدد محدود منها وذلك على حساب أنشطة أخرى .

وقد قدم المركز خطته لهذه الدراسات لوزارة الصحة العامة وشملت الخطة عدداً من الموضوعات الهامة في مجالات التغذية وملوثات الأغذية ورصد ملوثات البيئة البحرية والأسماك ، وتنفيذ هذه الخطة يحتاج إلى مخصصات مالية حددتها الخطة .

المراجع

- أحمد رمزي قطب (١٩٩٤) . تقرير موجز عن أنشطة المختبرات خلال عام ١٩٩٣ م . وزارة الصحة العامة .
- أحمد رمزي قطب وألان تورمان سبير وفضل الرحمن محمود علوي (١٩٧٩) . تقرير عن رقابة الإغذية بقطر - تقرير قدم لحكومة دولة قطر أعد بالتعاون بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الإغذية والزراعة الدولية .
- Abo-Hadeed A.M.F. (1987). A study of the purity of edible vegetable oils with special emphasis on corn oil. Ph.D. Thesis, University of Wales.
- Abo-Hadeed, A.M.F. and Kotb, A.R. (1988). A method for the quantitative determination of individual oils in a blend. JAOCE, Vol. 65, No. 12: 1922-1926.
- Abo-Hadeed, A.M.F. and Kotb, A.R. (1993) Detection of small amounts of lard in other animal fats. Qatar University Sc. J., 13(1): 30-39.
- Boutrif, E. (1987). Report on duty travel to Doha, Qatar, FAO.
- FAO (1980). Food quality control, Qatar. Project findings and recommendations.
- Kotb, A.R. (1991). ESN - Nutrition country profile - Qatar, FAO.
- Kotb, A.R. (1992). Lead poisoning in Qatar, The forgotten epidemic. Ministry of Health, Qatar.
- Kotb, A.R. and Abo-Hadeed A.F. (1991) Omega-3 polyunsaturated fatty acid content of some popular of Arabian Gulf Fish. Food Chemistry 40: 185-190.

الرقابة الغذائية فى البحرين

زكريا عبدالقادر خنجي

إدارة المختبرات - وزارة الصحة - البحرين

عبدالرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

مقدمه

تعتمد البحرين اعتماداً كبيراً على الأغذية المستوردة لتلبية الطلب المتزايد على الاستهلاك الغذائي المحلي ، ويقدر أن أكثر من ٩٠٪ من إحتياجات البحرين الغذائية يتم إستيرادها من الخارج ، وقد خلق هذا الوضع ضغطاً كبيراً على أجهزة الرقابة الغذائية فى الدولة ، فمثلاً فى عام ١٩٩١ قامت وزارة الصحة برفض أكثر من ٨٠٠ طن من المواد الغذائية وإعدام حوالي ١٤٠٠ طن ، وتعتبر هذه الكميات كبيرة لدولة مثل البحرين الذي يقدر عدد سكانها بنصف مليون نسمة فقط . وبخلاف جميع دول مجلس التعاون فأن وزارة الصحة فى البحرين هى المسئولة الأولى على الرقابة الغذائية ولا يتعدى دور الجهات الأخرى أعداد أو المشاركة فى أعداد المواصفات والمقاييس الغذائية ، ولكن توجد لجنة مشتركة تضم جميع الوزارات ذات العلاقة ومهمتها الأساسية تنسيق جهود الرقابة على الأغذية .

الهيكل التنظيمي لجهاز الرقابة الغذائية فى البحرين

يخضع جهاز الرقابة الغذائية فى دولة البحرين إلى إدارة الصحة العامة التابعة لوزارة الصحة ، وهو جزء من واجبات ومسئوليات ثلاثة أقسام رئيسية وهى : قسم مراقبة الأغذية ، قسم صحة البيئة وقسم المختبر الذي الحق مؤخراً لإدارة المختبرات بنفس الوزارة .

قسم صحة البيئة

يقوم بالتعاون مع قسم المختبرات، بمراقبة سلامة جودة المياه من الناحية الكيميائية والبكتولوجية ، حيث يقوم المفتشون الصحيون العاملون فى هذا القسم بأخذ عينات يومية من خزانات المياه الرئيسية ومن نقاط مختلفة فى شبكة التوزيع ، بالإضافة إلى أخذ عينات شبه دورية من المنازل ، الفنادق والمدارس وما شابه ذلك ، على فترات متفاوتة تختلف باختلاف ضغط العمل . ومن الناحية الكيميائية يتم فحص المياه من بعض العناصر الكيميائية وتركيزها ، أما من الناحية البكتولوجية فإن المياه تفحص من حيث أحتوائها أو عدم أحتوائها على البكتريا الممرضة .

قسم مراقبة الأغذية

وهو القسم الذي يتكفل بهام الرقابة الغذائية وبصفة عامه يتوزع نشاطه إلى جهتين : مراقبة الأغذية المستوردة ومراقبة مؤسسات الأغذية وكذلك الأغذية المعروضه فى الأسواق .

مراقبة الأغذية المستوردة

يتم مراقبة الأغذية المستوردة عن طريق منافذ الدولة الرئيسية وهي أربعة :

- ١ - ميناء سلمان البحري وهو أكبر منفذ تستورد من خلاله المواد الغذائية .
- ٢ - المطار الدولي والذي من خلاله يتم إستيراد معظم الفواكه والخضروات الطازجة ، اللحوم والدواجن المبردة ، البيض ومعظم الأغذية سريعة التلف .
- ٣ - ميناء المحرق وهو ميناء صغير يقع فى جزيرة المحرق ويتم من خلاله إستيراد بعض أنواع الفواكه والخضروات الطازجة الآتية من الدول المجاورة .
- ٤ - جسر الملك فهد الذي يربط بين المملكة العربية السعودية والبحرين ، وهو المنفذ البري الوحيد لجزيرة البحرين ، ويتم من خلاله إستيراد معظم أنواع الحليب ومنتجاته والعصائر والعديد من الأغذية المنتجة فى السعودية .

يقوم مفتشوا هذا القسم بالكشف الظاهري على الأغذية ومدى مطابقتها البطاقة الإعلامية مع المواصفة الخليجية ومن ثم الأفراج عنها ليتم تداولها فى الأسواق المحلية . إلا أنه تأخذ بعض العينات العشوائية وخاصة من اللحوم والأسماك المجمدة والدواجن والعصائر والآيس كريم والحليب ومنتجاته وترسل إلى المختبر للتحليل البكتولوجي ، أما التحليل الكيميائي فيجرى عادة للعصائر المختلفة والزيوت وبعض أنواع من الحليب ومنتجاته . كما يتم عمل تقارير شهرية عن جميع أنواع الأغذية التي دخلت البلاد أو رفضت خلال تلك الفترة مبيناً ذلك بالأرقام والأوزان . بالإضافة إلى أن مفتشوا هذا القسم يقومون بزيارات للحاويات داخل الميناء أو خارجها وذلك للفتيش على محتوياته من مواد غذائية .

مراقبة الأغذية داخل الدولة

ويتفرع هذا النشاط إلى فرعين متكاملين ، أحدهما مهمته القيام بعملية التسجيل الصحي للمحلات المتعامله بالغذاء والأخرى القيام بالفتيش على محلات بيع وتداول الأغذية .

التسجيل الصحي للمحلات المتعامله بالفاء

يقوم هذا الفرع من القسم بتسجيل جميع المحلات التي تتعامل فى الأطعمة فى سجلات خاصة وضعت خصيصاً لذلك ، حيث يتم عمل سجل خاص لكل فئة من هذه المحلات حسب نوع المعامله التي تزاول بالمحل ، كما يتم إصدار شهادات التسجيل الصحي للمحلات بعد التأكد من إستيفائها للأشتراطات الصحية المطلوبة من قبل المفتش الصحي ، ويبين فى هذه الشهادات نوع المعامله المراد مزاولتها بالمحل وإسم وصاحب المحل وعنوانه وتاريخ إصدار الشهادة ، على أن يعاد تجديدها سنوياً ، كما يقوم القسم بوضع ملفات خاصة للمفتشين التي من المفروض أن تشمل كل الإخطارات التي تعطى للمحلات ذات العلاقة بالمواد الغذائية وملاحظاتهم وتقاريرهم . وللأسف فان كل هذه العمليات مازالت تجرى يدوياً من غير أن يتم إستخدام جهاز الكمبيوتر مما ينتج عنه ضياع الكثير من الأوراق والنتائج والتقارير الشهرية وما شابه ذلك .

التفتيش على محلات بيع وتداول الأغذية

لقد تم تقسيم البحرين إلى ثلاثة مناطق رئيسية وتسعة مناطق أخرى ، وتخضع كل منطقة تحت إشراف مفتش صحي أو أكثر ، ويقوم المفتشون الصحيون بالكشف الظاهري على المواد الغذائية التي تنتج أو تحضر وتتداول في هذه المحلات ، ويكون المفتش الصحي مسئولاً عن عملية التفتيش لجميع المحلات الواقعة في تلك المنطقة .

مشاكل التلوث الغذائي في الدولة ومدى إنتشارها

تلوث وفساد الأغذية

لم توضع تقارير الصحة العامة بالشكل الكافي نوعية عينات الأغذية التي تم فحصها بكتيولوجياً خلال الأعوام الماضية فهي قامت بتقسيم المواد الغذائية إلى ثلاثة أنواع : الحليب ومنتجاته ومواد غذائية و مشروبات ، وهذا التقسيم يجعل من الصعب التعرف على الأغذية الأكثر فحصاً فالمواد الغذائية الأساسية كاللحوم والدواجن والأسماك والمعلبات وما شابه ذلك تم جمعها في تصنيف واحد. وعلى الرغم من ذلك فإن الإحصائيات تشير أنه في عام ١٩٩١ تم فحص حوالي ٢٩٢٧٧ عينة غذائية في مختبر الصحة العامة ، وكانت النتيجة أن ٦٦٪ منها غير صالحة للإستهلاك الآدمي ، وذلك بزيادة قدرها حوالي ٢٧٪ عن السنة التي قبلها (١٩٩٠) ، ولقد وجد في الكثير من الأحيان أن التلوث البكتيري وخاصة بالبكتريا المرضية والتي من أهمها السالمونيلا والمكورات العنقودية الذهبية والليستريا وعصويات سيرووس (على التوالي) تعد من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى هذه المشكلة .

الأمراض المحمولة بالغذاء

الأمراض الفيروسية

وجد أن الغذاء يتعرض لأنواع عديدة من الفيروسات التي تتخذها وسيلة إنتقال فقط ، فهي لا تتناسخ أو تتضاعف فيه ، ولقد أكدت الدراسات أن هذه الأنواع العديدة ليست كلها ذات أهمية في إصابة الإنسان بالأمراض المختلفة ، إنما يمكن تمييز مجموعة منها أطلق عليها اسم (الفيروسات المعوية) التي وجد أنها تنتقل عن طريق الأوعية الدموية المبطنه للأمعاء إلى النسيج المختص ، وهناك تتناسخ وتتضاعف فتسبب إنهاك النسيج وتلفه وبذلك تحدث مضاعفات فتظهر على هذه الإنسان أعراض المرض ، أما بقية الفيروسات فأنها تفرز وتطرح مع البراز إلى خارج الجسم . وبالرغم من الأنواع العديدة من (الفيروسات المعوية) التي تنتقل عن طريق الغذاء الملوث ، إلا أن من أهمها فيروسات التهاب المعدة والأمعاء .

وتشير تقارير إدارة الصحة العامة بوزارة الصحة لسنة ١٩٩٠ إلى زيادة عدد حالات التهاب الكبد في البحرين حيث بلغت حوالي ٣٨٠ حالة وذلك بزيادة قدرها ١٧٢٪ عن السنة التي قبلها (١٩٨٩) ، ويعتبر التهاب الكبد من النوع (أ) الأكثر إنتشاراً . وعلى الرغم من الإنخفاض في نسبة الأصابة بالتهاب الكبد الفيروسي بحوالي ٢٨٪ في عام ١٩٩١ بالمقارنة بالعام الذي قبله ، إلا أن نسبة الأصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (أ) في عام ١٩٩١ مازالت هي النسبة الأعلى (٦٢٪) بالمقارنة مع بقية الأنواع من الألتهابات الكبدية الفيروسية .

الأمراض البكتيرية

السالمونيلس

بدأ الاهتمام بتسجيل حالات الإصابة ببكتريا السالمونيلا كأحد البكتريا المسببة للأمراض المحمولة بالغذاء منذ عام ١٩٧٧ ، وذلك بسبب تزايد ظهور أعراض الإصابة بمثل هذه البكتريا . وعلى الرغم أن نسبة الإصابة ببكتريا السالمونيلا قد تناقصت فى عام ١٩٩١ بالمقارنة مع العام الذي سبقه (١٩٩٠) حيث بلغت نسبة التراجع حوالي ٢٤٪ ، إلا أن تقارير الصحة العامة تشير إلى تزايد نسبة الإصابة أو بالأحرى عدم تناقصها بشكل ملحوظ منذ عام ١٩٧٧ حتى عام ١٩٩١ ، فقد بلغت نسب الإصابة بالسالمونيلس بالمقارنة مع بقية الأمراض المحمولة بالغذاء فى الأعوام الممتدة ما بين ٨٨ - ١٩٩١ حوالي (٢٥٩ - ٢٤٧ - ٣٠٢ - ٣٢١٪ على التوالي) .

التيفوئيد

تشير إحصائيات إدارة الصحة العامه إلى أن نسبة الزيادة فى عدد حالات الإصابة بالتيفوئيد قد بلغت ٣٩٪ فيما بين العامين ١٩٩٠ و ١٩٩١ ، وتشكل نسبة الحالات الواردة حوالي ٨٣٪ منها بالمقارنة مع بقية الحالات الأخرى . وعند دراسة حالات الإصابة بالتيفوئيد بالمقارنة مع الفئات العمرية وعدد السكان يتضح أن حالات الإصابة تتركز فى الفئة العمرية الممتدة ما بين ٥ سنوات و ٣٤ سنة حيث أن نسبة الإصابة قد بلغت فيما بين الأعوام ١٩٨٨ إلى ١٩٩١ حوالي (٨٩٢ - ٨٧٣ - ٧٧٣ - ٨١٥٪ على التوالي) إلا أن تقارير وزارة الصحة السنوية توضح أن مرض التيفوئيد لم يعد تلك المشكلة الصحية المستعصية ، وإنما زيادة نسبة الحالات تدل فى كثير من الأحيان على تزايد عدد الحالات الوافدة والتحسن فى تسجيل ورصد تلك الحالات .

الشيغلوسس

لم تبدأ حالات بكتريا الشيغلا بصورته العلمية المعتمدة على نتائج المختبر إلا فى حوالي عام ١٩٩٨ ، وأما قبل ذلك فكانت التسجيلات تعتمد على الأرقام التقديرية ، وكثيراً ما كانت تختلط نتائج وأعراض الدوسنتاريا البكتيرية بالدوسنتاريا الأميبية (داء الأميبا) حيث تسجل تحت أسم مرض واحد . وقد أشارتقرير الصحة العامة لعام (١٩٩١) إلى أن نسبة الإصابة بالشيغلوسس أرتفعت بنسبة ٣١٪ عن السنة التي قبلها (١٩٩٠) ، وتتركز نسبة الزيادة فى الفترة العمرية الممتدة ما بين (صفر - ٤ سنوات) حيث وصلت نسبة الإصابة فى الأعوام الممتدة بين ١٩٨٨ إلى ١٩٩١ بالمقارنة مع بقية الفئات العمرية إلى حوالي ٤٥٠ - ٤٩٧ - ٤٣٧ - ٤٤٧٪ على التوالي ، وهذا مؤشر يدل على أهمية الألتفات الخاص للأطفال والرضع للمحافظة عليهم من داء الشيغلوسس ، وربما وضع برامج خاصة للتحكم فى نسبة إنتشار الإصابة كما هو الحال بالنسبة لداء السالمونيلس .

التسمم الغذائي

عند الإشارة لمصطلح التسمم الغذائي في تقارير الصحة العامة بوزارة الصحة فإن ذلك يعني في كثير من الأحيان حالة مرضية تظهر أعراضها في شكل إسهال وقئ وغثان ، على أن لا تكون الأصابة ناتجة عن بكتيريا السالمونلا ، وأما فيما عدا ذلك فإنها حالة مرضية قد تكون ناتجة عن بكتريا غير معلومة أو سمومها أو ماشابه ذلك ولكن قد يبدو أن الكثير من حالات التسمم الغذائي نتيجة للأصابة ببكتريا المكورات العنقودية الذهبية فقد أثبت الفحص المخبري خلال عام ١٩٩١ أن ٩٠٪ من بكتيريا المكورات العنقودية الذهبية التي تم عزلها كانت في الأغذية المطبوخة المعدة للإستهلاك الآدمي ، وهذا قد يكون مؤشراً على أن هذه الأغذية قد تلوثت بفعل الإنسان نفسه .

وعلى الرغم من الزيادة الكبيرة في حالات التسمم الغذائي خلال السنوات الأخيرة والتي وصلت إلى ١٩٥٠٪ كما هو الحال بين عامين ١٩٨٣ - ١٩٨٧ إلا أنه من الملاحظ تذبذب عدد الحالات في السنوات المختلفة بالإضافة إلى تدني نسبة الحالات لكل ١٠ آلاف نسمة من السكان حيث وصلت عام ١٩٨٤ إلى ٠.٢ حالة وهذه الأشكال قد تكون عائدة إلى عدة أسباب منها :

- ١ - إهمال المستشفيات والمراكز الصحية في تسجيل الحالات المرضية المتعلقة بالتسمم الغذائي .
- ٢ - عدم إهتمام المصابين بالتسمم الغذائي في زيارة العيادات الطبية لأخذ العلاج المناسب خاصة إذا كانت الأعراض بسيطه .

التسمم بالافلاتوكسين

في الدراسة التمهيدية التي أجريت على بعض الأغذية الطازجة في البحرين وجدت مادة الافلاتوكسين في حوالي ٣٨٪ من بين ٨٠ عينة ، وكشفت الدراسة عن وجود سموم الأفلاتوكسين B في عينتين من الفول السوداني ذات الغلاف حيث كان مستواها أقل بكثير مما حددته المواصفات الأمريكية ، وكما وجدت سموم الأفلاتوكسين B أيضاً في الفستق المحمص بمعدل عالٍ جداً يفوق المستوى المقرر . وعلى الرغم من النتائج السلبية لمعظم الأغذية التي تم فحصها ، إلا أن الدراسة تشير الى وجود مشكلة التلوث بالافلاتوكسين في البحرين فهذه المعدلات من هذه السموم من المفروض أن تشير الأهتمام بها وخاصة سموم الأفلاتوكسين B كأكثر أنواع الأفلاتوكسين إنتشاراً وخطورة ، لذلك لا بد من إجراء دراسات مسحية لترصد سموم الأفلاتوكسين.

التلوث الكيميائي للأغذية

على الرغم من قلة الدراسات المتوفرة في البحرين عن تلوث الأغذية بالمواد الكيميائية أو التسمم الكيميائي ، إلا أن الدراسات التي تم إجراؤها في دول الخليج العربية تشير إلى أن هذه النوعية من التسمم تشكل نوعاً من الخطورة على صحة الإنسان وخاصة للأطفال الرضع والصغار ، وفي البحرين وجدت إحدى الدراسات أن مستوى الرصاص في الخبز البحريني يتراوح ما بين (٠.٣١ - ١٣٨ ر ملغم / ١٠٠ غرام) بمتوسط يقدر بحوالي ٠.٩ ر. ولا توجد أسباب واضحة يمكن أن تفسر وجود هذه النسبة من الرصاص في الخبز إلا أنه يعتقد أنها

ناجمة من حرق مادة الكيروسين المستخدمة فى الأفران الإعتيادية أو أن تكون ناتجة من تلوث حبوب القمح ببعض المبيدات قبل الحصاد .

وتشكل بقع الزيت ، وخاصة الزيت الخام التي يتكرر تواجدها فى مياه الخليج العربي مصدر آخر من مصادر التلوث بالمعادن الثقيلة حيث أثبتت الفحوصات وجود بعض المواد المشتبه أن تكون من المواد المسرطنة فى أنسجة الكائنات البحرية التي تعرضت لبقعة من الزيت ، فتنقل هذه المادة المسرطنة عبر السلسلة الغذائية مع تراكمها باستمرار حتى تصل إلى الإنسان ، وغني عن الذكر أن بقعة الزيت التي تكونت خلال حرب الخليج الأخيرة (٩٠ / ١٩٩١) عرضت المنطقة لمشاكل كثيرة أثرت على الثروة السمكية فقد ثبت وجود العديد من الأسماك الملوثة ببقايا البترول .

وليس هذا فحسب وإنما تعتبر معامل تكرير البترول مصدر آخر لتلوث البحر وكائناته الحيه ببقايا من النفط للمتدفق . فصانع التكرير (فى البحرين) تستخدم كميات كبيرة من الماء فى عمليات التصنيع والتبريد المختلفة ، وهذه المياه تحمل معها كميات من النفط وبعض من المخلفات الكيميائية التي يمكن أن تصل الى البحر أثناء تفريفها فيه ، وبالإضافة إلى ذلك فان مخلفات معامل التكرير التي تتدفق إلى البحر تكون محتوية على بعض المعادن الثقيلة والكبريت والأمونيا والفينول والسيانيد وهذه المركبات ذات تأثير سلبي على الكائنات البحرية والبيئة البحرية بصورة عامة ، لذلك فإنه من المحتمل أن تكون الأسماك التي يتم إصطيادها فى مثل هذه المناطق ملوثة ببعض المواد الكيميائية الخطيرة .

التوصيات

- ١ - إعادة صياغة قانون الصحة العامة ، فأن القانون الحالي تنقصه بعض الجوانب الهامة بتطبيق إجراءات الرقابة الغذائية .
- ٢ - إستحداث قانون خاص للرقابة الغذائية ، فليس من الحكمة الإعتماد على قانون الصحة العامة ذو النقاط الضيقة أو المدموجة بمواد غير واضحة المعالم ، والعالم يتجه حالياً نحو الأهتمام بسلامة الأغذية وطرق تداولها وتصنيعها .
- ٣ - أعداد مواصفات خاصة للتحاليل الكيميائية والميكروبيولوجية ، بحيث يمكن الإعتماد عليها فى تحديد مدى صلاحية أو عدم صلاحية المواد الغذائية .
- ٤ - تركيز أنشطة خدمات الرقابة الغذائية ، والتفتيش الصحي فى البحرين على بعض القضايا المتعلقة بصحة وسلامة الغذاء من غير الأهتمام الكافي بالتلوث الكيميائي وما شابه ذلك ، وقد يرجع ذلك إلى محدودية خدمات التحليل ، لذلك فان التفتيش يجب أن يركز بالإضافة إلى الجانب الذي يقوم به على الطـــــــرق الصحية للتخزين والحفظ و طرق الطبخ و تنظيف المواد والأدوات والطرق التي يتم بها التعقيم والتطهير وتصميم المطبخ والتجهيزات ومن المهم أن يركز التفتيش أيضاً على عوامل وجود الطفيليات فى الغذاء .

- ٥ - دعم خدمات التحليل من الناحية الكمية والكيفية ، وهذا يمكن أن يتم بتدريب الفنيين وإجراء المزيد من الأختبارات الكيميائية كقياس بقايا المبيدات الحشرية فى الغذاء و الافلاتوكسين والمضافات الغذائية ، الهرمونات وما شابه ذلك .
- ٦ - تحضير مواصفات ومقاييس ذات علاقة بظروف البحرين ، وهذه المواصفات يجب أن تشمل تحديد نسبة السموم الفطرية فى الطعام و المضافات الغذائية و المبيدات الحشرية و المعادن الثقيلة .
- ٧ - إعداد دورات للمفتشين وفني المختبر ، وذلك لتحديث المعلومات وزيادة المهارات الميدانية ، والتدريب الخارجى للمشرفين لإكسابهم مهارات جديدة والإطلاع على القوانين الحديثة بالإضافة إلى تحديث معلوماتهم ومهاراتهم فى التفتيش على الأغذية .
- ٨ - التعاون مع الجهات الحكومية الأخرى والأشخاص العاملين والمتخصصين فى مجال الغذاء مثل إدارة الثروة السمكية وجمعية المهندسين ومصانع الأغذية وغيرها من المؤسسات ذات الصلة .

المراجع

- Bin-Dyna, K.M., Jaidah, J.H. and Musaiger, A.O. (1992). Microbial foodborne diseases in Bahrain. Proceedings of Workshop on Food Additives and contaminants. Food and Environment Center, Abu-Dhabi, UAE.
- Musaiger, A.O. (1990). Food quality assurance in Bahrain. Proceedings of 1st Middle East International Conference for Quality Challenge. Bahrain Society of Engineers, Bahrain, pp 41-46.
- Musaiger, A.O. (1995). Current situation of food-borne diseases in Bahrain: Implications for prevention and control. Dairy, Food and Environmental Sanitation 15, 1, 21-27.
- Musaiger, A.O., Dannish, S.A. and Khunji, Z.A. (1990). Aflatoxin in raw foods commonly consumed in Bahrain. Centre for Studies and Research, Bahrain.
- Public Health Directorate (1992). Annual Report 1991, Ministry of Health, Bahrain.
- Zainel, A.J. (1989). Coastal sea-water pollution from sewage discharges in Bahrain. Bahrain Centre for Studies and Research, Bahrain.

دور مركز رقابة الأغذية والبيئة فى حماية المستهلك والحد من التلوث الغذائى

أمين محمد يوسف - حسن سعيد الكثيرى

مركز رقابة الأغذية والبيئة - بلدية أبوظبي - دولة الإمارات العربية المتحدة

المقدمة

لقد شهد القرن العشرين خصوصاً فى الخمسين سنة الماضية إهتماماً كبيراً من دول العالم بإنشاء جهاز لمختبرات الرقابة وجودة الغذاء وتركز إهتمام الدول المتقدمة فى النهوض بتلك المختبرات والأرتقاء بطرق البحث والتحليل وتصنيع أجهزة التحليل ذات التقنية المتقدمة . وأنعكس هذا التطور والأرتقاء على ظروف الحياة المعيشية فى دول الخليج وبالتحديد فى دولة الإمارات العربية المتحدة التي دخلت فى مرحلة نهضة وتقدم فاقت التوقعات المحليه والدولية فاقبمت مشاريع البنية الأساسية ودعمت بكافة متطلبات التنمية ، ولم تغفل إمارة أبوظبي الدور الذي يلعبه الغذاء فى هذه الطفرة وفى مستقبل حياة الإنسان الذي وفرت له الدولة كل متطلبات الحياة الرغدة . وكان إهتمام بلدية أبوظبي بقيام مختبر يقوم بدور رقابة الأغذية والمحافظة على جودتها ناتج من عدة أسباب :

- (١) الظروف المناخية التي تتميز بها دولة الإمارات من إرتفاع فى درجات الحرارة والرطوبة والملوحة .
- (٢) إرتفاع نسبة الإستهلاك الفردي للغذاء مقارنة بالدول المتقدمة والدول النامية .
- (٣) تعدد الجنسيات التي تقطن دولة الإمارات العربية المتحدة .
- (٤) الطفرة الإنمائية فى مختلف القطاعات .
- (٥) رغبة السلطات المحلية فى تقنين رقابة وسلامة وجودة الغذاء لتقليل التالف منه .
- (٦) إهتمام إمارة أبوظبي برقابة ورصد تلوث البيئة .

وفى عام ١٩٧٥ أنشأت البلدية مختبراً للفحص الميكروبيولوجي (الأحياء المجهرية) تركّز نشاطه على فحص اللحوم بكادر فني صغير لم يتجاوز ثلاثة أشخاص فى المباني القديمة فى قسم الصحة وكانت له شعبة واحدة تقوم بالتحليل الميكروبيولوجية والكشف الظاهري على نطاق محدود . وظلت عملية التطوير بهذا المختبر مستمرة حتى تم إنشاء مركز رقابة الأغذية والبيئة الذي جاء تنويجاً لهذا الأهتمام من قبل الدائرة بقرار من المجلس التنفيذي محدداً أهدافاً أوسع وأشمل للمركز تمثلت فى الآتي :

- (١) التفتيش والكشف على المواد الغذائية المستوردة أو المعروضة أو المقدمة للإستهلاك البشري كغذاء ، والتأكد من سلامتها وخلوها مما يضر بصحة الإنسان أو بيئته .
- (٢) التأكد من جودة وسلامة كل ماهر مستعمل لتعبئة أو تغليف أو حفظ أو تداول أي مادة مستوردة أو معروضة أو مقدمة للإستهلاك البشري كغذاء .
- (٣) التأكد من سلامة البيئة والكشف عن مصادر التلوث وأيجاد الحلول العلمية للقضاء على تلك المصادر .
- (٤) اقتراح المواصفات والشروط والضوابط التي تحكم جودة وسلامة الغذاء والبيئة .

(٥) تشجيع ودعم البحوث والدراسات خاصة تلك التي تساعد في وضع المواصفات القياسية وفي وضع

الضوابط العامة لتحليل وتقييم الغذاء والبيئة ومدخلاتها .

(٦) تدريب الكوادر الفنية العاملة في المجالات الخاصة بالمركز .

(٧) تقديم الإستشارات الفنية للجهات المعنية بتداول الغذاء وتصنيعه .

بعض نشاطات مركز رقابة الأغذية والبيئة في الحد من التلوث الغذائي

مراقبة مياه الشرب في منطقة أبوظبي التعليمية

يعتبر الماء عنصراً أساسياً في حياة كل كائن حي ، وهو يشكل مكوناً رئيسياً في تغذية الإنسان وفي حياته اليومية بشكل عام ولذلك فإن المحافظة على هذا المصدر نقياً وخالياً من التلوثات يعد مطلباً أساسياً ورئيسياً لمراكز الرقابة والجهات المتعددة في الدولة . وعلى هذا الأساس قام مركز رقابة الأغذية والبيئة مع وزارة التربية والتعليم ودائرة الماء والكهرباء ودائرة الأشغال بالاتفاق على وضع مواصفات خاصة بالخزانات والمرشحات على أن يقوم المركز بعمل فحوصات شهرية على الخزانات والمرشحات وأن يعد المواصفات الفنية لذلك ويراقب الشركات العاملة في الصيانة ، وقد بدأ العمل بهذا البرنامج عام ١٩٩٢ ومازال مستمراً حتى الآن حفاظاً على صحة المستهلك . وحقق البرنامج نجاحاً كبيراً حيث حصل تطور سريع ومردود إيجابي فيما يتعلق بالمحافظة على المياه . وقد كانت نسبة الخزانات غير الصالحة ١٥٪ عام ١٩٩٢ وأنخفضت الى ٥٪ في عام ١٩٩٤ وأرتفعت نسبة الخزانات الصالحة من ٣٦٪ الى ٨٨٪ ، ومازالت عملية الرقابة مستمرة على مياه المدارس .

الأبحاث والدراسات والمؤتمرات التي تمت بالمركز

تم في مركز رقابة الأغذية والبيئة مجموعة من الدراسات والأبحاث وكذلك ندوات ومؤتمرات علمية شارك فيها نخبة من العلماء المتخصصين من داخل وخارج الدولة ، وقد عقد المؤتمر العلمي الأول تحت عنوان " نظم وإدارة المختبرات " ثم مؤتمر علمي ثاني تحت عنوان " مضافات وملوثات الأغذية " بالأشتراك مع منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة . وكان الهدف من هذه المؤتمرات والندوات والأبحاث العلمية خدمة المجتمع والقاء الضوء على بعض المشاكل في مجال الغذاء وإيجاد الحلول المناسبة لها . وسوف يتم إلقاء الضوء على بعض هذه البحوث على سبيل المثال لا الحصر .

(١) **التركيب الكيميائي لمياه الشرب في دولة الإمارات العربية المتحدة .**

ناقش هذا البحث التركيب الكيميائي في المياه ووجد أن المياه الجوفية في المنطقة الغربية ، حيث تمت الدراسة على مياهها ، تحتوي على نسبة عالية من الأملاح ، كذلك لوحظ أرتفاع نسبة الفلورايد في بعض المناطق وسجلت حالات من التسمم الفلوري في هذه المناطق ولم تسجل الدراسة أي تلوث كيميائي أو ميكروبي في مياه الشرب الناتجة عن التحليه ووجدت أنها مطابقة للمواصفات العالمية .

(٢) **التركيب الكيميائي لحليب الإبل**

تولى الدولة اهتماماً خاصاً بالأبل والذي كان يمثل المصدر الرئيسي للغذاء لسكان الصحراء وتمتاز الأبل بمقدرتها على إنتاج حليب يتناسب مع حاجة الإنسان في المناطق الجافة من حيث النوعية ، فهي فسيولوجياً قادرة على أن تتأقلم وتنتج حليباً بمحتويات عالية من العناصر الغذائية التي تلبى حاجة الإنسان في هذه المناطق وفي فترة

الصيف وعندما يكون الجفاف في ذروته فإن الأبل تستطيع أن تنتج حليب ذا نسبة عالية من الماء (تصل الى أكثر من ٩٠٪) ونسبة لاكتوز عالية تليها حاجة صفارها وكذلك حاجة البدو الذين يعتمدون عليها من الماء ، وهو العنصر الأهم في هذه الظروف ، ولا يتم ذلك في الحيوانات الأخرى كالأبقار والأغنام ، التي تنتج حليباً بنسبة عالية من المواد الدسمة والصلبة وكمية مياة أقل لا تتناسب وحاجة الأنسان وصغار الحيوانات تحت ظروف الجفاف .

ونظراً لأهمية الأبل و حليبها فقد تمّت دراسة مفصلة لأكثر من ٣٦٠ عينة من حليب الأبل في دولة الإمارات العربية المتحدة والتي يبلغ عدد الأبل فيها حوالي الـ ٧٠٠٠٠ رأس تنتج سنوياً مايربو من ١٠ مليون لتر من الحليب وأكثر من ٣ مليون كيلو غرام من اللحوم وتعادل كمية الحليب هذه حوالي ٥٥٪ من إجمالي كمية الحليب المستهلكة وفي بعض المناطق في الدولة فإن هذه النسبة تصل الى ١٦٪ من إجمالي الحليب المستهلك . وقد روعي في هذه الدراسة جانبين أولهما كمية الحليب المنتجة يومياً وخلال كل فترة إدرار ، أما الجانب الآخر فهو نوع الحليب المنتج وكمية ونوعية العناصر التي يتكون منها ، و تبين من هذه الدراسة أن حليب الأبل يتكون من ١١٫٥٪ إجمالي المواد الصلبة و ٣٪ بروتين و ٣٫٥٪ دهون و ٤٫٢٪ سكر الحليب اللاكتوز و ٨٨٫٥٪ ماء .

(٣) تعرض الأطفال الى الافلاتوكسين M1 في حليب الأم في أبوظبي

أجريت هذه الدراسة في مختبر رقابة الأغذية والبيئة في بلدية أبوظبي وبالتعاون مع جامعة سري في بريطانيا لتقييم مستوى التلوث في حليب الأم بالافلاتوكسين M1 المشتق من الافلاتوكسين الأم M1 السام جداً والسرطاني والذي هو ناتج من تلوث الغذاء بفطريات الأسبرميس فلانين وبارايتكس ونومنس ، وهذه الأغذية تتلوث نتيجة عدم تخزينها في الظروف الجيدة أو الملائمة للتخزين وقد لوحظ وجودها في مسح شامل مسبق على كثير من المكسرات والبقوليات وخاصة المواد التي تحتوي على نسبة عالية من النشويات وكذلك حليب البقر نتيجة تغذية الحيوان على أعلاف ملوثة . وجمعت حوالي ٤٤٥ عينة من حليب الأم لمعرفة وجود الأفلاتوكسين وتأثيره على الأم والطفل ومدى تسرب الأفلاتوكسين من غذاء الأم الى حليبها لأن سم الافلاتوكسين ينتقل عبر السلسلة الغذائية من دون أن يتأثر بالتمثيل الغذائي ، فوجوده في الغذاء الذي تتناوله الأم وفي العمليات البيولوجية للجسم يتحول إلى نوع آخر من السموم يوجد في حليب الأم ، وقد أكدت الدراسة وجود هذه المادة السامة في حليب الأم بنسب لا يستهان بها — ويؤثر ذلك على كمية الحليب المفروزة وكذلك القيمة الغذائية لحليب الأم وهذا يعود الى أن الأم لا تهتم بغذائها من حيث تناول وجبة غذائية متنوعة المصادر وذات قيمة غذائية عالية لتحفظ نفسها وطفلها من التعرض للأفلاتوكسين .

(٤) مخاطر استخدام المواد الملونة في الأغذية مع دراسة للطلونات في بعض الأغذية المتداولة في سوق دولة الإمارات العربية المتحدة .

تمت الدراسة على مائة أسرة في منطقة أبوظبي من جنسيات مختلفة ، ووجد أن ١٣ أسرة يعاني أطفالها من بعض المظاهر المرضية مثل الصداع وارتفاع درجة الحرارة وبعض النزلات الربوية والنشاط الغير طبيعي عند الأطفال . ولوحظ أن بعض هذه الأعراض تظهر بعد تناول الأطفال لمواد غذائية تحتوي على (E102 & E110) وقد أوصت الدراسة باعادة النظر في استخدام المواد الملونة في الأغذية وعدم الإفراط في تناولها وإعادة النظر في نظام المقصف المدرسي وكذلك القيام بدراسات أشمل على مستوى الدولة ومنطقة الخليج .

إن مثل هذه الدراسات والبحوث لها أهمية كبيرة فى عمليات التصنيع المحلي ووضع المواصفات وفى عملية رفع الوعي الغذائي عند المستهلك وكلها تصب فى توفير الغذائي الأمن السليم ، وعملية الرقابة لا تقف عند التحاليل فقط بل تبدأ من المادة الخام ، وكذلك رقابة وسائل الحفظ والتخزين والتعامل مع الغذاء بشكل سليم ويحاول مركز رقابة الأغذية والبيئة أن يلعب دوراً هاماً فى هذا الجانب بالتنسيق مع بقية المؤسسات العاملة فى الدولة .

المراجع

- (١) خليفة يوسف حسن (١٩٧٦) التركيب الكيميائي لمياه الشرب فى دولة الإمارات - جامعة الخرطوم السودان .
- (٢) د . متوكل محمد أحمد (١٩٨٨) تحليل ونوعية حليب الأيل - جامعة ريدنج - المملكة المتحدة .
- (٣) د . أنوار مظهر سعد (١٩٩٢) تعرض الأطفال الرضع الى الافلاتوكسين فى حليب الأم فى أبوظبى .
- (٤) حسن سعيد الكثيري و سامية عبد اللطيف (١٩٩٢) مخاطر إستخدام المواد الملونة فى الأغذية - مركز رقابة الأغذية والبيئة بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة - روما .

نتائج فحص مياه الشرب في مدارس منطقة ابو ظبي التعليمية

سنة ١٩٩٥	سنة ١٩٩٤	سنة ١٩٩٣	سنة ١٩٩٢	نتائج فحص المياه في المدارس
٨٨	٨٦	٨٣	٣٦	خزان صالح لتخزين المياه
١١,٥	١٣,٥	١٦	٤٩	خزان يحتاج نظام
٠,٥	٠,٥	١	١٥	خزان غير صالح
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	الجموع
٩٩,٥	٩٢	٧٨	١٨	براد صالح
٠,٥	٧	١٩	٦٨	براد يحتاج نظام
٠	١	٣	١٤	براد غير صالح
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	الجموع

الرقابة الغذائية فى المملكة العربية السعودية

عبدالرحمن الخليفة

قسم علوم الأغذية - كلية الزراعة - جامعة الملك سعود
الرياض - المملكة العربية السعودية

مقدمه

يعتبر أنتاج الغذاء أو حفظه فى أماكن بعيدة عن المستهلك من أهم التطورات الغذائية التي ظهرت فى المجتمعات الحديثة . وحيث أن المستهلك فى مثل هذه الظروف ليس لديه معلومات كافية عن كيفية تداول هذه الأغذية فإنه لا يمكنه معرفة ما إذا كان تناول هذه الأغذية مأمون أم لا ، وبناء عليه فالمستهلك فى حاجة للحماية من الأغذية غير المأمونة . ونظراً للظفرة الكبيرة فى مجال الصناعات الغذائية خلال السنوات الماضية فالأدوات التي كانت تستخدم فى الماضي تغيرت تغيراً جذرياً فعلى على سبيل المثال حصل تغير ملحوظ فى تصنيع اللحوم والدواجن فقد كانت هذه اللحوم تباع طازجة وفى نفس اليوم ، أما الآن فقد إختلف الوضع باللحوم والدواجن لتذبح وتصنع فى أجهزة حديثة ذات تقنية عالية وتشحن إلى بلدان متفرقة وبعيدة فى جميع أنحاء العالم لتصل إلى المستهلك . لهذا كان لابد من مواكبة التغيرات فى الصناعات الغذائية بتغيرات فى أسلوب الرقابة الغذائية . فالرقابة فى الماضي كانت تعتمد على الشكل الخارجى ومنها يحكم على صلاحية الغذاء ، أما اليوم فقد تغير الوضع فالأخطار أصبحت غير مرئية كالتلوث الميكروبي والكيميائي ، لذا وجب علينا إستخدام طرق حديثة ومتطورة للرقابة على الأغذية وأن نواكب هذا التطور فى مجال التصنيع بتطوير طرق الرقابة خاصة وأن عملية الرقابة الغذائية ليست بالمهمة السهلة .

الهيكل التنظيمي لجهاز الرقابة الغذائية فى المملكة العربية السعودية والجهات المشاركة

إن عملية الرقابة الغذائية تنطلق من مسئولية سلامة المواد الغذائية سواء المحلية أو المستوردة والمتداولة فى الأسواق والمحلات التجارية ، وإن الهدف النهائى من هذه الرقابة هو سلامة وصحة المستهلك وإطمئنانه إلى خلو الأغذية المتداولة من أي مواد ضارة أو غش أو تدليس . وتبدأ مسئولية أجهزة الرقابة الغذائية منذ بدء إنتاج الأغذية المحلية أو من لحظة الوصول إلى البلاد بالنسبة للأغذية المستوردة وحتى الوصول إلى المستهلك . وتعتبر المملكة العربية السعودية من أوائل الدول التي إهتمت بموضوع الرقابة على الأغذية ، حيث بدأت فى مشروع الرقابة الفعلية على الأغذية حينما طلبت فى عام ١٩٦٧ المساعدة الفنية من منظمة الأغذية والزراعة لمشروع مراقبة جودة الأغذية . وقد طلب من المعهد المركزى لأبحاث الغذاء والتغذية بمدينة زست بهولندا لإدارة هذا المشروع ، وكان من الأهداف الرئيسية إقامة مختبرين لمراقبة الجودة فى مدينة جدة والدمام فى عامي ١٩٦٨ و١٩٦٩ على التوالي ، وقد تم التشغيل والتدريب للفنيين السعوديين وبدأت الصياغة لمشروع المواصفات القياسية للأغذية وتم التشغيل فى المرحلة الأولى من المشروع كخطوة أولى للرقابة على الأغذية ومن ثم بدأ التطوير فى أجهزة الرقابة الغذائية فى المملكة .

التشريعات

- يعتبر المرسوم الملكي رقم ١٥ لسنة ١٩٦١ (١٣٨١/٨/١١ هـ) لمكافحة الغش التجاري هو أول التشريعات المتعلقة بالرقابة على الأغذية في المملكة ويحرم هذا المرسوم إستيراد أو بيع أو شراء الأغذية المغشوشة أو الفاسدة أو غير الصالحة للإستهلاك الآدمي بصفة عامة ويخول لمعالي وزير الصحة الصلاحية في تقرير الآتي :
- ١ (المواصفات التي يجب مراعاتها في الأغذية حتى يمكن إعتبارها صالحة للإستهلاك الآدمي .
 - ٢ (الحالات التي تعتبر فيها الأغذية فاسدة .
 - ٣ (طرق أخذ العينات .
 - ٤ (الحالات التي يلزم فيها إجراء الفحص لها في المختبرات .

في عام ١٩٧٠ بدأ تطبيق المواصفات القياسية للمواد الغذائية كما أعدتها وزارة الصحة (قرار وزاري في ٢٦ مايو ١٩٦٥ م) . وفي عام ١٩٧٢ م أنشأت إدارة حماية المستهلك تحت إشراف وزارة التجارة وعهد إليها مسؤولية تنفيذ الأنظمة المتعلقة بمكافحة الغش التجاري وحماية المستهلك من الغش والتدليس .

وفي عام ١٩٧٢ م صدر المرسوم الملكي رقم م / ١٠ بتاريخ ٣/٣/ ١٣٩٢ هـ والخاص بإنشاء الهيئة العربية السعودية للمواصفات والمقاييس وهي هيئة مستقلة يتولى معالي وزير التجارة رئاسة مجلس إدارتها . وحديثاً حددت المادة الرابعة عشر من نظام مكافحة الغش التجاري الصادر بالمرسوم الملكي رقم م / ١١ في ٢٩ / ٥ / ١٤٠٤ هـ الجهات الحكومية المشاركة في الرقابة الغذائية ومسئولية كل منها وطرق التنسيق بينها ونصها كالتالي :

مادة ١٤ :

(أ) يتولى ضبط مايقع من مخالفات لأحكام هذا النظام ولائحته والتحقيق فيها موظفون عن وزارة التجارة ووزارة الشؤون البلدية والقروية وأية جهة حكومية أخرى ترى وزارة التجارة الإستعانة بموظفيها ويصدر بتعيينهم قرار من وزير التجارة بعد موافقة جهاتهم ، ولهؤلاء الموظفين دخول المحلات الموجودة فيها السلع الخاضعة لأحكام هذا النظام وعليهم ضبط المخالفات والتحفظ على السلع موضوع المخالفة وعلى المستندات المتعلقة بها عند الإقتضاء ولهم أخذ العينات للتحليل وفقاً لما تقرره اللائحة ، كما لهم عند الإقتضاء الإستعانة برجال الشرطة .

(ب) يجوز للموظفين المشار إليهم آنفاً في الفقرتين (أ) و(ب) مصادرة أو إتلاف السلعة بعد ثبوت فسادها أو غشها وفقاً لما تقرره اللائحة أو القرار المشار اليه في الفقرة (ب) من هذه المادة .

الجهات المشاركة والتنسيق بينها

١ (وزارة التجارة (الإدارة العامة لجودة النوعية والرقابة)

تعتبر وزارة التجارة (الإدارة العامة للجودة النوعية والرقابة) أهم سلطة رقابية على الأغذية في المملكة العربية السعودية إذ أنها الجهة المسؤولة عن تنظيم الرقابة على جميع الأغذية المستوردة عدا المواد التي لها علاقة بالمحاجر البيطرية (الحيوانات الحية) أو المحاجر الزراعية (البذور) والأغذية المحلية عدا المواد الغذائية السريعة الفساد وإن كانت في بعض الأحيان يكون لها الحق في مراقبة هذه المنتجات ، وتجري عمليات الرقابة للكشف عن

غش وتزييف الأغذية ومن ذلك يتضح أنها الجهة الرئيسية المناط بها تطبيق وتنفيذ النظام فى اللائحة التنفيذية للنظام الصادر بالقرار الوزاري ١٣٢٧/٣/١ فى ١٤٠٥/٦/١ هـ .

وتوجد فروع للإدارة العامة للجودة والتنوعية والرقابة فى جميع فروع الوزارة كما توجد أكثر من ١٠٠ هيئة لضبط الغش التجاري فى مدن وقرى المملكة تابعة للإدارة لضبط الغش التجاري ، وتوجد حالياً تسع مختبرات للرقابة الغذائية فى جميع منافذ المملكة الرئيسية وظيفتها مراقبة الأغذية المستوردة والقيام بالتحاليل للأغذية المضبوطة محلياً .

٢) وزارة الشؤون البلدية والقروية (الإدارة العامة لصحة البيئة)

تقوم وزارة الشؤون البلدية والقروية ممثلة بالإدارة العامة لصحة البيئة والتي يوجد لها فروع فى جميع البلديات والمجمعات القروية ببعض المهام فى مجال الرقابة الغذائية حسب مانص عليه قرار معالي وزير الشؤون البلدية والقروية رقم ٦/١١٠٢ فى ١٤٠٥/٦/٤ هـ ويتضمن الرقابة على الأغذية سريعة الفساد وهى : الخضروات والفواكه الطازجة واللحوم والدواجن والأسماك الطازجة والمبردة والبيض الطازج والحليب ومنتجاته التي لا تزيد فترة صلاحيتها عن ثلاثين يوماً ، وكذلك المعجنات والحلوى والمشروبات التي يتم إعدادها وتقديمها فى المطاعم والفنادق والمؤسسات الأخرى وأيضاً الخبز بأنواعه المختلفة .

٣) هيئات رقابية وتفتيشية أخرى

توجد فى المملكة العربية السعودية بعض الهيئات الرقابية على الأغذية معظم نشاطاتها ذات طبيعة تنظيمية ولكن ليس لقرارات بعضها صفة الإلزام .

الهيئة العربية السعودية للمواصفات والمقاييس

هى هيئة تشريعية مسؤولة عن وضع واعتماد نصوص المواصفات القياسية الوطنية المتعلقة بالقياس والرموز وتعريف المنتجات والسلع وأساليب أخذ العينات وغيره والتي من ضمنها المنتجات الغذائية إضافة إلى ذلك فلها دور فى إصدار علامة الجودة للمصانع الوطنية .

وزارة الزراعة

تقوم وزارة الزراعة بمراقبة مزارع اللحوم والدواجن المحلية لمعالجة المشاكل وتذليل الصعوبات ، كما تقوم بالاشراف على فسح الحيوانات الحية عن طريق المحاجر البيطرية ، والبذور عن طريق المحاجر الزراعية وكذلك المبيدات بأنواعها .

وزارة الصناعة

تقوم وزارة الصناعة بمراقبة المصانع لمعالجة المشاكل وتذليل بعض الصعوبات التي تواجه الصناعة المحلية ، إضافة إلى إصدار التراخيص لمصانع الأغذية الوطنية .

وزارة الصحة

إن وزارة الصحة دائماً ماتكون شريكة أصلاً فى العديد من الإجراءات خاصة بالنسبة للوبائيات ، وكذا تقوم الوزارة بالتسجيل والترخيص للأغذية الخاصة سواء المحلية منها أو المستوردة .

وزارة الداخلية

تقوم وزارة الداخلية بدور فعال في مجال الرقابة الغذائية حيث تقوم بتسخير إمكانياتها في سبيل تحقيق أهداف هذه الرقابة بل وتشارك بفاعلية في العديد من المواقع خاصة تلك التي لا يتواجد فيها مندوبون لوزارة التجارة .

٤) حددت المادة (١٩) من اللائحة التنفيذية لنظام مكافحة الغش التجاري للمختبرات الرقابية التي يعهد اليها بالرقابة المخبرية ويؤخذ بتقاريرها عند الإقتضاء ، وتنص المادة على مايلي :

مادة (١٩) يكون أخذ العينات للفحص أو التحليل عند وجود شبهة قوية في الغش أو الفساد أو عدم الصلاحية بمعرفة الموظفين المختصين وفقاً لحكم المادة (١٤ - أ) من النظام وذلك وفقاً للقواعد والإجراءات التالية :

أ - يتم إثبات واقعة أخذ عينات في محضر الضبط ولايستحق صاحب السلعة أي مقابل عن العينات ومع ذلك يجب بالنسبة للسلع غير الغذائية ذات القيمة المادية الكبيرة إعادتها للتاجر إذا ماثبت من الفحص والتحليل صلاحيتها .

ب - يتم أخذ العينات بطريقة عشوائية وتحديد كمياتها بالنظر للكمية المضبوطة ونوع العبوات على أن يراعى بقدر الإمكان أخذ ثلاث عينات متماثلة ، فإذا تعذر ذلك بسبب قلة الكمية فيكتفى بعينة واحدة .

ج - يراعى بالنسبة للعبوات الكبيرة استخدام وسائل سحب العينات المناسبة وأواني الحفظ ووسائل النقل التي لا تؤدي إلى تلوث العينات أو تغيير صفاتها .

د - توضع كل عينة داخل حرز وتوقع أو تختم بخاتم محرر المحضر ويعلق عليها بطاقة لها كعب بها البيانات الآتية

١) أسم العينة .

٢) أسم صاحب العينة ومحل إقامته .

٣) تاريخ أخذ العينة .

٤) اسم أخذ العينة ووظيفته وتوقيعه على البطاقة وبين على الكعب تاريخ أخذ العينة وفحصها والرقم السري لها .

هـ - تدون البيانات الواردة بالبطاقة الخاصة بالعينة في دفتر بأرقام متتابعة لكل سنة ويرصد رقم القيد ثم ترسل أحد العينات إلى المختبر بعد نزع البطاقة دون الكعب وتسلم العينة الثانية مختومة إلى صاحب الشأن أو من يمثله ويحتفظ بالعينة الثالثة لدى الجهة الإدارية المختصة لحين ورود نتائج الفحص والتحليل المخبري .

و - تختص بالفحص والتحليل مختبرات مراقبة الجودة النوعية التابعة لوزارة التجارة أو مختبر يصدر بإعتماده من وزير التجارة .

ز - يتعين إتمام الفحص والتحليل خلال مدة لا تتجاوز خمسة عشر يوماً من تاريخ أخذ العينة .

ح - إذا أثبت الفحص أو التحليل عدم مطابقة السلعة في متطلباتها للمواصفات يتم إخطار التاجر بذلك ويؤخذ عليه تعهد بعد التصرف في الكميات المحجوزة وعلى الموظف المختص الرفع عن ذلك مباشرة إلى مرجعة لإكمال الإجراءات النظامية .

ط - إذا لم يبلغ التاجر بنتيجة الفحص والتحليل فى ميعاد غايته شهر من تاريخ أخذ العينة إعتبرت إجراءات الحجز كأن لم تكن مالم يشعر التاجر بسبب التأخير قبل نهاية هذه المدة .

ي - السلع التي يتعذر أخذ عينة منها وفقاً للإجراءات المبينة بالبنود السارية تصدر بالإجراءات الخاصة بها تعاميم من الإدارة العامة للجودة النوعية والرقابة وإلى أن تصدر هذه التعاميم يستمر العمل بالقواعد والإجراءات السابقة حالياً فى هذا الشأن .

مما تقدم يتضح أن الهيكل التنظيمي لأجهزة الرقابة والتفتيش الغذائي خاصة فى وزارة التجارة (الإدارة العامة للجودة النوعية والرقابة - الفرع ، أقسام التنفيش .. الخ) وفى وزارة الشؤون البلدية والقروية (خاصة الإدارة العامة لصحة البيئة ، وإدارات صحة البيئة فى الأمانات .. الخ) والجهات التي تشارك بفاعلية مثل وزارة الصحة (الطب الوقائي) والأجهزة المعنية فى وزارة الداخلية والتي تشارك بتعميم من المسؤولين لتسيير أمور الرقابة ومعاونة القائمين عليها . تمثل هذه الهياكل مجتمعة الهيكل التنظيمي لجهاز الرقابة الغذائية فى المملكة وهو الجانب الرقابي التفتيشي . أما هيكل المختبرات الرقابية فهو بتشكيلاته وأقسامه التشكيلي المعتمد لمختبرات مراقبة الجودة النوعية وأقسام الفحص والتحليل المختلفة التي تقوم بدورها الفعال فى هذا الخصوص .

مشاكل التلوث الغذائي ومدى إنتشارها

إن التكنولوجيا المتقدمة التي حدثت بعد نهاية الحرب العالمية الثانية زادت من كفاءة الإنتاج الزراعي والصناعات الغذائية ، وأصبح من مشاكل هذا التطور فى مجال الصناعات الغذائية التخوف من سلامة الأغذية المستهلكة ، لذا كان لا بد من الترصّد والتحكم فى هذه الأخطار والتي من بينها :

١ - أخطار كيميائية تشمل :

(أ) مضافات الأغذية (المباشرة أو غير المباشرة) .

(ب) المبيدات الحشرية .

(ج) ملوثات كيميائية أخرى .

٢ - أخطار ميكروبيولوجية .

٣ - السموم الطبيعية .

٤ - أخطار إشعاعية :

(أ) الغبار الذري المتساقط .

(ب) التلوث الأشعاعي

(ج) معاملة الأغذية بالأشعاع .

و تتولى الرقابة المخبرية فى المملكة العربية السعودية التأكد من الإلتزام بالمتطلبات الكيميائية والجراثومية والطبيعية فى جميع عينات الأغذية التي تقوم بإخضاعها للفحص والتحليل . وهناك إتصال وتنسيق مباشر بين وزارة الصحة والجهة التشريعية المختصة بالتوصيف والإدارة العامة للجودة و النوعية والرقابة فى وزارة التجارة لتحقيق السيطرة المستمرة على جميع أنواع التلوث والفساد سواء ذلك بالنسبة للأمراض البكتيرية والفيروسية المنقولة بالأغذية

حيث يحظر إستيراد بعض الأغذية من البلدان الموبوءة بالكوليرا ، كما تحظر التشريعات إستيراد لحوم الحيوانات ومنتجاتها من البلدان الموبوءة بأمراض تخضع للوائح الصحة البيطرية وطبقاً للقوائم المرافقة للاتحة الحجر البيطري . هذا كما يتم فحص الأغذية التي يتحمل تلوثها بالمكروبات الميكروبية أو السموم الفطرية الأفلاتوكسين حتى لايسمح بالأجازه الا بعد التأكد من السلامة وطبقاً لما حددته الجهات المختصة من معايير ، كما أن التلوث بالمعادن الثقيلة أمر حددته المواصفة القياسية الوطنية لكل منتج وكذلك التلوث البيئي وبقايا المبيدات الحشرية التي يتم إستخدامها والتلوث الاشعاعي .

النشاطات القائمة حالياً للرقابة على الأغذية

١ البرامج

- التدريب المستمر
- الندوات والمحاضرات
- اللقاءات بين المختصين فى وزارة الصحة والجهات الرقابية المعنية .
- إستقدام الخبراء المختصين حسب الظروف .
- التعاون مع المنظمات الدولية

٢ - التشريعات

تم تشكيل اللجان الفنية المختصة لوضع المواصفات القياسية أو تحديث ما يحتاج منها لذلك ، وتضم هذه اللجان العناصر الرقابية والإنتاجية والصحية والتشريعية حيث يعكس كل عضو إهتمامات الجهة التي يمثلها ويتم التنسيق بين التشريعات والقوانين والأنظمة المتعلقة بالرقابة وربطها بالمواصفات القياسية الوطنية الملزومة تحقياً لأهداف موحدة ولمنع عملية الإزدواجية سواء فى المهام أو الصلاحيات أو الجهود التي يتم بذلها من الجهات ذات العلاقة .

٣ - البطاقة الاعلامية والتفتيش على الأغذية

تعتبر البطاقة هى المرشد الأول الذي يهتدى به المستهلك ليقرر شراء المنتج أو عدم شراؤه ، وتحرص الجهات المعنية على النقاط التالية بالنسبة للبطاقة الاعلامية :

- (١) دقة ووضوح المعلومات .
 - (٢) تطابق المعلومات مع الحقيقة الثابتة للنوعية وتركيبها الفعلي .
 - (٣) تمكين المستهلك من الإختيار بحرية بين البدائل المتماثلة .
 - (٤) إشتراطات وضوابط الأغذية الخاصة والتوجيهات الغذائية الضرورية .
- وقد حددت المواصفات رقم ١٩٨٤/١ الضوابط المتعلقة بالبطاقة الاعلامية بدقة ضماناً لتحقيق الأهداف كما أن مواصفة كل صنف من الأغذية ساهمت فى إستكمال الصورة .

الخانمه

إن الرقابة على الملوثات فى المنتجات الغذائية تعتبر من أهم البرامج الرقابية لما لها من تأثير على الصحة سواء على المستوى القريب أو البعيد ، وإن أي جهاز رقابي لابد وأن يكون لديه بعض الثغرات والتي من الممكن أن تسمح بوجود بعض الملوثات ، ولذلك نجد فى جميع الدول المتقدمة هيئة للرصد والتحكم الغذائي ، وإن إنشاء مثل هذه الهيئة فى دول مجلس التعاون الخليجي يعتبر أمر ضرورياً لإحكام الرقابة على الأغذية والحد من التلوث البيئي ومثل هذه الهيئة لابد أن تدعم بمركز معلومات والقيام بتحليل العينات سنوياً باستخدام طرق التحليل الحديثة المختلفة وباستخدام الأجهزة الحديثة حتى يمكن الكشف على التلوث الغذائي خاصة عندما يكون بكميات قليلة جداً. إضافة إلى الأجهزة فإن استخدام طرق الاستخلاص مهمة جداً ، لذا فلا بد أن يكون الفنيين القائمين بعمليات التحليل على درجة عالية من التدريب . كما يجب تضافر الجهود بين الجهات الرقابية ما أمكن ذلك . و لابد من إجراء دراسات لمعرفة مايتناوله الأفراد من أهم الملوثات حسب أعمارهم .

ومن أهم الملوثات التي يجب الاهتمام بها :

- الملوثات الكيميائية الناتجة من المواد المستخدمة فى تصنيع أو تغليف الأغذية .
 - المواد المضافة .
 - الملوثات غير العضوية فى الغذاء .
 - السموم الطبيعية .
 - النيتريت والمركبات ذات العلاقة .
 - المواد العضوية الموجودة فى البيئة .
 - بقايا المبيدات .
 - المواد المشعة .
 - بقايا الأدوية فى الحيوانات (محفزات النمو ، المضادات .. الخ) .
- ويوجد فى المملكة العربية السعودية مشروع لدراسة الملوثات فى الأغذية المتواجدة فى أسواق المملكة سواء المحلية منها أو المستوردة يقوم به قسم علوم الغذاء فى كلية الزراعة بجامعة الملك سعود فى الرياض وبدعم وتمويل من مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية .

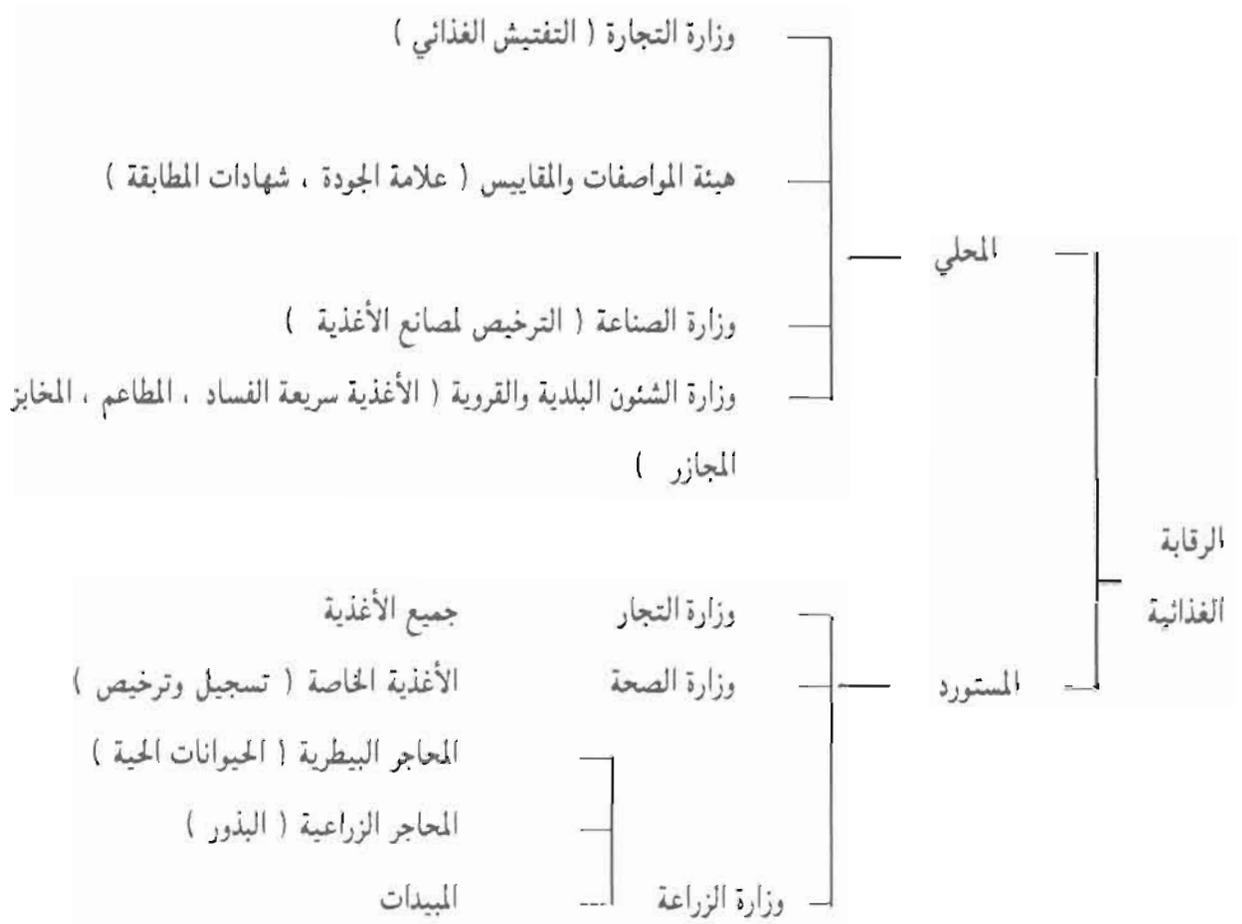
التوصيات

- ١ - إيجاد حلقات إتصال دائمة بين أجهزة الرقابة المختلفة .
- ٢ - إيجاد هيئات ترصد لدراسة نسبة التلوث الغذائي المتواجد فى الأسواق ومقارنتها مع الدول الأخرى .
- ٣ - القيام بدراسات لمعرفة كمية مايتناوله الفرد من الملوثات الغذائية .

المراجع

- (١) جون نيكرسون ولويس رنسيغالي (١٩٨٥) أسس علوم الأغذية . ترجمة واصل أبو العلا وصباحي بسيوني - الدار العربية للنشر والتوزيع .
- (٢) سمير غنيم (١٩٨٩) موسوعة قوانين مراقبة الأغذية المحلية والمستوردة وتنظيم تداولها . مكتبة النهضة المصرية - جمهورية مصر العربية .
- (٣) منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة - منظمة الصحة العالمية (١٩٩٣) مبادئ إرشادية بشأن إقامة نظام وطني فعال للرقابة على الأغذية . القاهرة - جمهورية مصر العربية .
- (٤) منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (١٩٨٤) التنفث على الأغذية - روما .
- (٥) وزارة البلديات (بدون تاريخ) . أنظمة وتعليمات صحة البيئة في بلديات المملكة العربية السعودية . المملكة العربية السعودية
- (٦) وزارة التجارة (١٤٠٨ هـ) نظام مكافحة الغش التجاري ولائحته التنفيذية . وزارة التجارة - المملكة العربية السعودية .
- (٧) وزارة التجارة (١٤٠٩ هـ) مجموعة الأنظمة التجارية . الرياض - المملكة العربية السعودية .

الهيكل التنظيمي لجهاز الرقابة الغذائية في المملكة العربية السعودية



الرقابة الغذائية في دولة الكويت

عبدالله الشمري

إدارة الأغذية لشئون الأغذية المستوردة - بلدية الكويت - دولة الكويت

المقدمة

ساهمت عملية إنتاج الغذاء وتطوير التصنيع الغذائي في توفير العديد من أنواع الأغذية واستخدام الكثير من المواد الكيميائية في عمليات معاملة ومعالجة الأغذية لحفظها لفترات طويلة ، بالإضافة الى استخدام المبيدات الحشرية للقضاء على الآفات الزراعية لزيادة الإنتاج الزراعي وكذلك الهرمونات لزيادة الإنتاج الحيواني بهدف توفير إمدادات غذائية كافية . وبغض النظر عن طبيعة المادة الغذائية وقيمتها التغذوية فإن جميع مراحل إنتاج الغذاء أو حفظه أو تداوله يمكن أن تشكل تهديداً لصحة واقتصاد الأفراد والبلدان إذا لم تتم مراقبتها على نحو مناسب لأن كل خطوة من عمليات إنتاج أو حفظ الأغذية قد تكون مصدراً محتملاً للتلوث أو الغش ، وإذا كانت دول العالم تولى اهتماماً كبيراً لموضوع الرقابة الغذائية فإن الحاجة لذلك في الكويت أكبر وذلك لأعتماد الدولة على أستيراد الغذاء الذي يقدر بـ ٩٠٪ من الأغذية المستهلكة . وتعتبر أنشطة الرقابة الغذائية صمام الأمان لحماية المستهلك من الأغذية التي تشكل ضرراً على صحته .

وتتعدد وسائل وإجراءات الرقابة الغذائية فوجود مواصفات قياسية معتمدة ومختبرات لتحليل الأغذية وجهاز تفتيش متدرب من العوامل الأساسية لنجاح أجهزة الرقابة الغذائية ومن الضروري وجود قوانين ولوائح تنظم إجراءات الرقابة وتلزم تطبيقها وتنفيذها وتجعلها أدوات فعالة في تحقيق رقابة دقيقة على الأغذية .

تعريف الرقابة الغذائية

يقصد بالرقابة الغذائية (حسب تعريف منظمة الأغذية والزراعة) جميع الأنشطة الألزامية لضمان سلامة وجودة الأغذية ، وتهدف الى المحافظة على صحة المستهلك ومحاربة الغش والتضليل وتشمل على ثلاثة عناصر أساسية :-

١ - إصدار اللوائح والقوانين والمواصفات القياسية .

٢ - مختبرات تحليل الأغذية والمعونة الفنية .

٣ - التفتيش على الأغذية وأماكن تداولها وإنتاجها وتخزينها .

وفي السنوات الأخيرة ظهرت ثورة في أنظمة الرقابة الغذائية فلم تعد تقتصر أنشطة الرقابة على سلامة وصلاحية الأغذية إنما توسعت هذه الأنشطة فأصبحت أنشطة الرقابة تغطي الجوانب التالية :-

١ - جودة الغذاء .

٢ - سلامة الممارسات الزراعية .

٣ - سلامة ممارسات التصنيع الغذائي .

٤ - سلامة وصحة متداولي الأغذية

- ٥ - تطوير تكنولوجيا الأغذية وتقديم المساندة الفنية لمصنعي الأغذية .
- ٦ - مساندة التصدير .
- ٧ - توعية المستهلك .
- ٨ - حماية الاقتصاد الوطني .

وأصبحت الدول سواء المصدرة أو المستوردة تعمل جاهدة على تطبيق أنشطة الرقابة بمفهومها الواسع من أجل رضاء ورفاهية وصحة شعوبها ، ويوجد حالياً في معظم إن لم يكن في جميع الدول نظم رقابة غذائية فعالة وبصفة خاصة الدول المصدرة للأغذية لحماية منتجاتها من الرفض ومنع هذه المنتجات سمعة تجارية جيدة تساعد في تسويقها .

نظام الرقابة الغذائية في دولة الكويت

تولى دولة الكويت إهتماماً كبيراً لموضوع مراقبة الأغذية سواء المستوردة أو المنتجة محلياً وتتوزع مهام الرقابة على عدة جهات رسمية :

- * وزارة الصحة .
- * بلدية الكويت .
- * وزارة التجارة والصناعة .
- * الهيئة العامة لشئون الزراعة والثروة السمكية .

ولكل جهة من هذه الجهات مسؤوليتها وهناك وسائل لتنسيق انشطتها لضمان تعزيز وتكامل هذه الجهود وعدم تشتيتها ، وفيما يلي توضيح للأنشطة التي تقوم بها هذه الجهات :

بلدية الكويت

تقوم إدارة الأغذية والمراقبات التابعة لها بانجاز المهام المكلفة بها البلدية والتي تتضمن :

- ١ - سحب عينات من ارساليات الأغذية الواردة إلى البلاد وكذلك عينات من الأغذية المنتجة محلياً وتلك المتداولة (بصفة دورية) للفحص المخبري للتأكد من صلاحيتها للأستهلاك الآدمي ومطابقتها للمواصفات القياسية المعتمدة .
- ٢ - التفتيش على أماكن تداول الأغذية مثل المصانع والمخازن وأماكن عرض وبيع المواد الغذائية للتأكد من مطابقتها للشروط الصحية وكذلك صحة متداولي الأغذية وتحرير المخالفات وفق الضوابط القانونية وتنفيذ العقوبات (حسب نوع المخالفة) .
- ٣ - الرقابة على المسالخ .

وتحكم أنشطة البلدية القوانين واللوائح الصادرة في هذا الشأن مثل لائحة الأغذية ٢١ / ٩٢ .

وزارة التجارة والصناعة

تقوم إدارة المواصفات والمقاييس بوضع المواصفات القياسية لمختلف المواد الغذائية وطرق تحليلها وفترة صلاحيتها وتعتبر جميع المواصفات القياسية المعتمدة الخاصة بالأغذية الزامية ، وهناك مواصفات قياسية كويتية

وخليجية و عربية والصادرة عن لجنة دستور الأغذية التابعة للأمم المتحدة وألوية التطبيق للمواصفات الخليجية المعتمدة في حالة توفرها أو الكويتية . وكلفت وزارة التجارة والصناعة ووزارة الصحة وبلدية الكويت تطبيق المواصفات على كافة الأغذية سواء المستوردة أو المنتجة محلياً والتأكد من ذلك . أما ادارة حماية المستهلك بوزارة التجارة والصناعة فتقوم من خلال قانون قمع الغش التجاري بحملات تفتيشية لضبط المخالفات وإحالتها للنيابة .

ويتبع ادارة المواصفات والمقاييس مختبر ضبط الجودة ونظراً لظروف الغزو العراقي الغاشم وما نتج عنه من دمار فقد تم سرقة المختبر وتدميره وتقوم الوزارة حالياً بإعادة تجهيز هذا المختبر ، ولكن نظام ضبط جودة الأغذية غير مطبق في الكويت لعدم توفر الإمكانيات اللازمة لتنفيذه ، لذا فإنه لا توجد علامة ضبط الجودة للمنتجات الكويتية .

وزارة الصحة

يقوم قسم مختبرات الصحة العامة بوحديّة الكيمائية والبكتيريولوجية بفحص عينات عشوائية لجميع إرساليات المواد الغذائية الواردة إلى البلاد لإصدار شهادة الصلاحية ومطابقة المواصفات القياسية للإفراج ، وكذلك فحص العينات التي ترسلها بلدية الكويت من الأغذية المنتجة والمتداولة في الأسواق المحلية بالإضافة الى إصدار شهادات إعادة التصدير والشهادة المعتمدة لتصدير المنتجات المحلية لدول الخليج العربية . و يقوم قسم الصحة الوقائية ممثلاً في وحدة التغذية ووحدة صحة البيئة بالمشاركة في إنجاز المهام المكلفة بها من وزارة الصحة فتقوم وحدة التغذية بمراقبة تداول الأغذية الخاصة وأغذية الأطفال والمشاركة في وضع المواصفات القياسية وكذلك تقديم المشورة الفنية في الجوانب التي لها علاقة بالصحة والجوانب التغذوية أما وحدة صحة البيئة فهي تشرف على فحص متداولي الأغذية ومنحهم شهادة اللياقة الصحية والتفتيش على المصانع وأماكن تجمع العمال والمعسكرات والتأكد من تطبيق الشروط الصحية لهذه الأماكن وكذلك تدرس الشروط الصحية لمنح التراخيص لفتح مصانع ومخازن الأغذية وكذلك التأكد من صلاحية المياه المستخدمة .

الهيئة العامة لشئون الزراعة والثروة السمكية

تتولى الهيئة العامة لشئون الزراعة والثروة السمكية مراقبة الإنتاج الزراعي التي تنتجها المزارع المحلية وكذلك الإنتاج الحيواني مثل الدواجن والمواشي والأسماك المحلية بالإضافة الى مراقبة إستيراد وأستخدام الأعلاف .

وسائل تنسيق عمل الجهات المعنية بشئون الرقابة الغذائية

من وسائل تنسيق جهود وأنشطة هذه الجهات وجود اللوائح والقرارات والقوانين التي تجدد إختصاصات كل جهة من هذه الجهات وتنظم عملها ، كما أن أنشاء مجلس شئون الأغذية كجهة عليا ساعد في الأشراف والتخطيط والتنسيق وتعزيز التعاون بين هذه الجهات ويتم ذلك من خلال وجود أعضاء من كل جهة ذات العلاقة في عضوية المجلس بالإضافة إلى المشاركة في اللجان الفرعية الدائمة المنبثقة عن المجلس .

كما توجد لجنة الأغذية المستوردة التي تضم ممثلين من ذوي الإختصاص والخبرة من بلدية الكويت ووزارة الصحة ووزارة التجارة والزراعة والإدارة العامة للجمارك. وتعد هذه اللجنة اجتماعات أسبوعية للنظر في الإرساليات

التي تستدعى إتخاذ إجراءات بالتنسيق والأتفاق بين هذه الجهات . كما يجب ونحن نستعرض أنشطة الرقابة التي تقوم بها الجهات الرسمية المعنية الا نغفل أهمية دور الرقابة الذاتية للتاجر أو المصنع الذي يسعى الى توفير أغذية مطابقة للمواصفات وصالحة وذات جودة عالية فى سبيل خدمة المستهلك وحماية سلعته التجارية .

تقييم البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال فى دول مجلس التعاون الخليجي (مثال من البحرين وسلطنة عمان)

عبدالرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة

مقدمة

تشير العديد من الدراسات التي أجريت فى دول الخليج العربية إلى أن نسبة الإصابة بأمراض سوء التغذية بين الأطفال مازالت مرتفعة بالرغم من تحسن الوضع الإقتصادي والصحي فى هذه الدول . ويرجع ذلك إلى عدة عوامل إجتماعية وصحية ، ومن بين هذه العوامل الإستخدام الخاطى لأغذية الأطفال وإدخالها فى سن مبكرة من حياة الطفل الرضيع مما يؤثر على صحته ونموه .

وقد ساهم التغيير فى أنماط الإستهلاك الغذائي بالإضافة إلى ضعف الإنتاج الغذائي المحلي إلى إزدياد الإعتماد على الأطعمة المعلبة والمحفوظة ومن ضمنها أغذية الأطفال بمختلف أنواعها وأصبحت هذه المنطقة أرضاً خصبة لشركات الأغذية لترويج منتجاتها . ومع كثرة أصناف وأنواع أغذية الأطفال المتوفرة فى الأسواق أصبح المستهلك يعتمد على البطاقة الإعلامية للأغذية إعتقاداً كبيراً فى تحديد نوع الغذاء الذي يريد أن يتناوله وحتى الممارسين الصحيين أصبحوا يعتمدون على البطاقة الإعلامية لمعرفة مزايا وكيفية تحضير هذه الأغذية وذلك لتقديم النصح والإرشاد الكافي للأمهات .

أن البيانات المكتوبة على البطاقة الإعلامية للأغذية مهمة للمصنع والمستهلك على السواء ، فالمصنع يحاول أن يوفر البيانات التي تهتم المستهلك وتعرفه بمحتويات السلعة كما أنها وسيلة للتنافس مع السلع المشابهة ، أما المستهلك فهو يعتمد على هذه البيانات لمعرفة مزايا السلعة ومدى ملائمتها للإستهلاك . وتعتمد أجهزة الرقابة كذلك على البطاقة الإعلامية لمعرفة مدى مطابقتها للإشترطات والتشريعات المحلية ومدى مطابقة محتويات العبوة للبيانات المكتوبة على بطاقتها . لذا نجد أن التشريعات الغذائية فى جميع البلدان تحتوي على بنود خاصة للبطاقة الإعلامية للأغذية .

ونظراً لأن أغذية الأطفال خاصة حليب الأطفال الرضع أو ما يسمى بدائل لبن الأم تعتبر من الأغذية الخاصة التي لها تأثير على نمو الطفل فقد إهتمت معظم الدول بوضع إشترطات إضافية للبطاقة الإعلامية لهذه الأغذية تراعى النواحي الصحية والغذائية . وقد أوصت المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية على أن تصمم بطاقات حليب الأطفال بشكل لا يشبث من ممارسة الرضاعة الطبيعية وعدم تضليل المستهلك عند إستخدامه لهذه الأغذية .

وتشير المؤشرات فى منطقة الخليج أن البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال لم تأخذ الإهتمام الكافي بل أن أغلب دول المنطقة تطبق الإشترطات العامة للبطاقة الإعلامية للمواد الغذائية على أغذية الأطفال . وهذا الإجراء وأن كان مهماً إلا أنه لا يقدم الدعم المطلوب لحماية المستهلك من سوء إستخدام أغذية الأطفال . كما أن هذا الوضع ساعد العديد من الشركات المصنعة لأغذية الأطفال فى عدم وضع بعض البيانات الهامة على بطاقة هذه الأغذية .

وهذا البحث هو محاولة لتقييم وضع البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال في الخليج مع إختيار البحرين وسلطنة عمان كنموذج لما هو سائد في المنطقة ومن الصعب القول أن نتائج هذا البحث يمكن تعميمها على جميع دول المنطقة ، ولكن المعطيات المتوفرة تبين لنا أن هناك تشابه كبير في الأشرطاط والتشريعات المتعلقة بالأغذية بين دول الخليج العربية بخاصة مع وجود المنظمة الخليجية للمواصفات والمقاييس .

أهداف البحث

- ١ - دراسة البيانات المكتوبة على البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال في كل من البحرين وسلطنة عمان .
- ٢ - قياس مدى تطبيق الإشرطاط المتعلقة بالبطاقة الإعلامية للأغذية على تحسن البيانات المكتوبة على البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال .

طريقة ومنهج البحث

لقد تم إجراء البحث على ٣ مراحل زمنية ، المرحلة الأولى في عام ١٩٨٤ في دولة البحرين والمرحلة الثانية في عام ١٩٨٧ في دولة البحرين كذلك ، أما المرحلة الثالثة فهي عام ١٩٨٨ في سلطنة عمان وقد تم جمع البيانات كالتالي :

قام أحد أخصائي التغذية بإدارة الصحة العامة في البحرين بزيارة محلات السوبر ماركت والبقالات وتدوين البيانات المكتوبة على أغذية الأطفال التي تباعها هذه المحلات وذلك في إستمارة خاصة أعدت لهذا الغرض . وقد تم دراسة البيانات التالية : تاريخ الإنتاج ، تاريخ الإنتهاء ، الكتابة باللغة العربية ، كتابة ظروف التخزين وكتابة المعلومات الغذائية . ولقد تم حصر ٢٠٣ نوعاً من أغذية الأطفال في المرحلة الأولى (عام ١٩٨٤) ، أما في المرحلة الثانية فلقد تم حصر ١٨٣ نوعاً من هذه الأغذية والجدول رقم (١) يبين لنا أنواع أغذية الأطفال التي شملتها الدراسة في المرحلتين .

أما في المرحلة الثالثة (عام ١٩٨٨) فلقد قام الباحث بجمع عينات من أغذية الأطفال التي تباع في السوبر ماركت في سلطنة عمان ونظراً لضيق الوقت وزيادة التكاليف فلقد تم جمع ٤٢ نوعاً من أغذية الأطفال وبالإضافة إلى البيانات السابقة ذكرها فلقد تم دراسة بيانات أخرى عن طريق التحضير وكتابة عمر الطفل وعبارات عن تشجيع الرضاعة الطبيعية ووجود صورة طفل على العلب وكتابة قائمة المحتويات .

ولقياس مدى تأثير الإشرطاط على نوع البيانات المدونة في أغذية الأطفال فلقد تم مقارنة البيانات التي تم دراستها في عام ١٩٨٤ مع تلك التي تم دراستها في ١٩٨٧ أي قبل عامين وبعد عامين من تطبيق إشرطاط البطاقة الإعلامية للأغذية في البحرين .

النتائج والمناقشة

أولاً : المعلومات المكتوبة على البطاقة الإعلامية

تاريخ الإنتاج

لا تركز المواصفات الغذائية في بعض الدول على تاريخ الإنتاج بل تكتفي بوجود تاريخ الصلاحية . ولكن نجد أن المواصفات في جميع الدول الخليجية تلزم المصنع بضرورة وضع تاريخ الإنتاج على المواد الغذائية . وهذا إجــــراء

حسن حيث أن العديد من المحلات التجارية في المنطقة ليس لديها وسائل تخزين مناسبة مما يؤثر على فترة صلاحية المنتج وبالإضافة إلى إرتفاع نسبة الرطوبة والحرارة في هذه الدول فإن كتابة تاريخ الإنتاج يعتبر مؤشراً مهماً لمعرفة مدى تحمل المنتج (durability) لهذه الظروف وبقاءه صالح للإستهلاك الآدمي بخاصة إذا عرفنا أن تاريخ الإنتهاء قد وضع بناء على مناخ دولة المنشأ والتي في أغلب الأحوال تختلف عن البلد المستهلك . ومن الجدولين رقم (٢) و (٣) نجد أن جميع أغذية الأطفال سواء في البحرين أو في سلطنة عُمان قد كتب عليها تاريخ الإنتاج .

تاريخ إنتهاء الصلاحية

تعرف لجنة دستور الأغذية التابعة لمنظمتي الصحة العالمية والغذاء والزراعة الدولية تاريخ الإنتهاء بأنه التاريخ الذي يبين نهاية فترة بيع المنتج ، تحت ظروف تخزينية معينة . ويعتبر تاريخ الإنتهاء من أهم البيانات التي يهتم المستهلك في قراءتها على البطاقة الإعلامية وبالتالي فإن هذه البيانات تحدد كثيراً عملية شراء المنتج الغذائي . وفي دراسة عن سلوك المستهلك في البحرين وجد أن ٦٣٪ من المستهلكين البحرينيين يهتمون بقراءة تاريخ إنتاج وإنتهاء السلعة الغذائية . وتشير نتائج هذا البحث أن جميع أغذية الأطفال سواء في البحرين أو في سلطنة عُمان قد كتب عليها تاريخ الإنتهاء (الجدولين رقم ٢ و ٣) .

كتابة البيانات باللغة العربية

يعتبر كتابة البيانات باللغة العربية من الأمور التي يجب أن توضع في الاعتبار في جميع السلع سواء الغذائية أو غير الغذائية . وتوصى الإشتراطات المتعلقة بالبطاقة الإعلامية للأغذية في جميع دول الخليج العربية بأن تكون اللغة العربية هي إحدى اللغات المستخدمة في البطاقة الإعلامية .

ومن البيانات المدونة في جدول رقم (٢) نجد أن الكتابة باللغة العربية لم تكن موجودة في بعض أغذية الأطفال في البحرين فمثلاً ٣٢٪ من أطعمة الفطام المصنعة من الحبوب و٤٣٪ من أطعمة الفطام المصفاه و٩٥٪ من حلويات (desserts) الأطفال لم يكتب عليها باللغة العربية . أما في سلطنة عُمان فقد وجد أن جميع أطعمة الفطام المصفاه التي أجريت عليهم الدراسة لم يكتب عليها باللغة العربية . وقد يرجع هذا النقص إلى أن الدراسة أجريت في عامي ١٩٨٧ و ١٩٨٨ حيث كان هناك تدرج في تطبيق البطاقة الإعلامية بخاصة من ناحية كتابة المعلومات باللغة العربية الأمر الذي يتطلب وقتاً أطول للشركات المصنعة الأجنبية في تطبيقه . ومن الأنصاف أن نقول أنه في الوقت الحاضر فإن البطاقة الإعلامية لمعظم الأغذية في المنطقة مكتوبة باللغة العربية ، فقد طرأ تحسن كبير في هذا المجال .

ومن الأمور الجديرة بالأهتمام أن معظم البيانات والمعلومات المكتوبة باللغة العربية على أغذية الأطفال أما مترجمة حرفياً من الإنجليزية أو اللغات الأخرى وأما مكتوبة بطريقة يصعب قراءتها . وفي الحالة الأولى فإن الترجمة الحرفية تؤدي إلى ضعف في المفهوم مما يسبب قلة إستيعاب المعلومات المكتوبة أو إستيعابها بطريقة غير صحيحة . أما في الحالة الثانية فإن صعوبة قراءة المعلومات يؤدي إلى نقص في المعلومات التي يريد أن يحصل عليها المستهلك وبالتالي نقص في معرفة مزايا وطريقة تحضير أغذية الأطفال . ويرجع هذا العامل إلى عدم إهتمام شركات الأغذية بإعطاء مساحة كافية للكتابة باللغة العربية . ويجب هنا أن تقوم أجهزة التفتيش والرقابة بالتركيز على هذه الناحية بحيث تكون اللغة العربية على الأغذية مكتوبة بحروف واضحة ومقروءة ومفهومة للمستهلك العربي .

كتابة ظروف التخزين

بالرغم من أن معظم الأسر في دول المنطقة لديها ثلاجات لحفظ الأطعمة إلا أن استخدام الثلاجة غالباً ما يكون خاطئاً وذلك راجع إلى قلة الوعي الصحي بين غالبية الأمهات . والكثير من الأمهات لا يعرفن أين يحفظن علبه حليب الأطفال بخاصة بعد فتحها . ونظراً للمناخ الحار والرطب لدول المنطقة فإن احتمال فساد أغذية الأطفال يكون وارداً إذا لم تحفظ هذه الأغذية في المكان المناسب . لذا يجب أن يذكر على أغذية الأطفال خاصة علب الحليب مكان الحفظ قبل وبعد فتح العلبه . كما يجب ألا يغفل عن بالنا أن العديد من المتاجر في المنطقة لا تحفظ أغذية الأطفال بالشكل الصحيح وكثيراً ما توضع هذه الأغذية في واجهة المحل بحيث تكون عرضة لأشعة الشمس وتقلبات الطقس مما يؤثر على فترة صلاحيتها . ومن الجدولين رقم (٢) و (٣) نلاحظ أن نسبة كبيرة من أغذية الأطفال في البحرين لم يكتب عليها ظروف التخزين وتتراوح النسبة من ٣١٪ إلى ٥٠٪ من هذه الأغذية . أما في سلطنة عُمان فقد وجد أن ٣٦٪ من أغذية الفطام المصنعة من الحبوب لم يكتب عليها ظروف التخزين .

ويرجع النقص في كتابة ظروف التخزين إلى عدم وجود اشتراطات في مواصفات البطاقة الإعلامية تنص على ضرورة كتابة ظروف التخزين . وهذا ساعد في عدم إهتمام الشركات المنتجة بكتابة هذه المعلومات ، وطبعاً هذا في صالحها (الشركات) لأن تخزين الأغذية في ظروف سيئة يسارع من فسادها وبالتالي يساعد في طلب شحنات جديدة . وليس بالضرورة أن تكتب ظروف التخزين على جميع الأغذية المعلبة والمحفوظة ولكن هناك بعض الأغذية التي تتطلب عناية خاصة عند تخزينها مثل الأطعمة المثلجة ومنتجات الألبان ، كما أن هناك أغذية لها أهمية خاصة من الناحية الصحية كأغذية الأطفال ومثل هذه الأغذية يجب أن يكتب عليها ظروف التخزين قبل وبعد الإستعمال .

طريقة التحضير

تصر المواصفات الغذائية في بعض الدول على ضرورة كتابة طريقة التحضير (لبعض الأغذية التي تحتاج إلى تحضير خاص قبل تناولها) بشكل مفهوم وواضح مع إستخدام الإيضاحات والرسومات كلما أمكن ذلك . وتشترط المواصفة الأمريكية للأغذية على ضرورة كتابة طرق تحضير حليب الأطفال وكيفية التعقيم للماء والقنينات والحلمات وتوضيح كمية الماء المطلوب إضافتها إلى الحليب بالوزن والحجم ، كما يجب أن تكتب عبارة تحذيرية عن خطورة التحضير الخاطئ لحليب الأطفال ، وعبارة أخرى تقول أنه يفضل مراجعة الطبيب لمعرفة إستخدام حليب الأطفال .

أما المدونة الدولية لتسويق حليب الأطفال فتوصي بضرورة وجود تعليمات عن التحضير الملائم وكتابة تحذير عن المخاطر الصحية المترتبة عن التحضير الخاطئ وبيان بوجوب عدم إستعمال حليب الأطفال إلا بمشورة أحد العاملين الصحيين فيما يتعلق بالحاجة إلى إستعماله والطريقة الصحيحة للإستعمال .

أن كيفية تحضير غذاء الطفل (سواء كان حليب الأطفال أو أغذية الفطام) مثل إضافة الماء أو الحليب وكميتها وطريقة تعقيم الأدوات كلها مهمة في إعداد غذاء خال من التلوث خاصة للأم المتعلمة التي تقوم بقراءة المعلومات المكتوبة على البطاقة الإعلامية وكذلك للممارسين الصحيين الذين تقع على عاتقهم شرح طريقة التحضير للأمهات . وقد أوضحت الدراسات في كل من السعودية والبحرين والكويت أن هناك نسبة كبيرة من الأمهات لا يقمن بالتحضير الصحيح لحليب أطفالهن مما يؤدي إلى الإصابة بالإسهال والتأثير على كمية المغذيات المقدمة للطفل الرضيع .

وتوضح نتائج البحث أن طريقة التحضير قد تم كتابتها على جميع علب حليب الأطفال في سلطنة عُمان وعلى ٩٣٪ من أغذية الفطام المصنعة من الحبوب و٨٣٪ من أغذية الفطام المصفاه (جدول ٣) وهذا يعطي مؤشراً جيداً إلى إهتمام الشركات المصنعة بطريقة تحضير هذه الأغذية . بالرغم من عدم وجود نص بضرورة كتابة طريقة التحضير في إشتراطات البطاقة الإعلامية للأغذية .

كتابة المعلومات الغذائية

أن وجود المعلومات الغذائية على أغذية الأطفال تعتبر من الأمور المهمة للعاملين في الحقل الصحي لمعرفة التركيب الغذائي لهذه الأغذية وبالتالي تقييمها من الناحية الصحية والتغذوية ، ولكن من الملاحظ أن المعلومات الغذائية مكتوبة بطريقة علمية بحيث يجد المستهلك غير المتخصص صعوبة في تفسيرها وفهمها ومثال ذلك أن العديد من المستهلكين لا يعرفون إذا كانت المعلومات الغذائية محسوبة على أساس الوزن الجاف (البودره) أو بعد تحضير الحليب مع الماء . وهناك أمهات لا تعرف ماذا يعني جرام لكل ١٠٠ جرام من الغذاء ، وبعض المستهلكين يعتقدون أن كمية المغذيات المذكورة على العلبة هي لكل محتويات العلبة وليس لكل ١٠٠ جرام من الغذاء .

ويوضح البحث الحالي أن المعلومات الغذائية مكتوبة على جميع علب حليب الأطفال في البحرين وعلى ٦٢٫٥٪ من هذه العلب في سلطنة عُمان ، أما أغذية الفطام المصنعة من الحبوب فقد وجد أن المعلومات الغذائية قد كتبت على ٩٣٪ و ١٠٠٪ من هذه الأغذية في كل من البحرين وسلطنة عُمان على الترتيب ، ولكن وجد أن هناك نقصاً ملحوظاً في كتابة المعلومات الغذائية على أغذية الفطام المصفاه (٦١٪ و ٥٨٪ في البحرين وسلطنة عُمان على التوالي) كما هو مبين في الجدولين (٢) و (٣) .

كتابة عمر الطفل المناسب

أثبتت الدراسات أن غالبية الأمهات في منطقة الخليج يدخلن أغذية الفطام في سن مبكرة من عمر الطفل ، وهذا يؤثر على صحة ونمو الطفل . وبناء عليه فقد أتفقت جميع المؤسسات الصحية في دول الخليج العربية على أن تقوم البرامج الإرشادية بتوجيه النصح للأمهات بإدخال أغذية الفطام مع نهاية الشهر الرابع من عمر الطفل . وللأسف فإن بعض أغذية الفطام لا يكتب عليها السن المناسب لإدخال هذه الأغذية . وتبين نتائج هذا البحث أن عمر الطفل قد كتب على جميع علب حليب الأطفال وأغذية الفطام المصنعة من الحبوب ولكن على ٦٦٫٧٪ من أغذية الفطام المصفاه في سلطنة عُمان (جدول رقم ٣) .

وجود صورة لطفل على أغذية الأطفال

أن وجود صورة لطفل صحي ومبتسم على أغذية الأطفال يعتبر من العوامل المؤثرة على عملية شراء هذه الأغذية حيث أن غالبية الأمهات في المنطقة من ذوات التعليم المنخفض والأميات ، لذا فإن وجود صورة لطفل على العلبة يساهم في المفاضلة في إختيار العلبه . ولقد أوصت المدونة الدولية لتسويق حليب الأطفال بأنه ينبغي إلا يكون على العبوة أو بطاقة التعريف أي صورة لأطفال رضع أو صور أخرى أو نصوص توحى بمثالية إستعمال أغذية الرضع

وبين البحث أن جميع علب حليب الأطفال في سلطنة عُمان لا يوجد عليها صورة طفل ، ولكن توجد مثل هذه الصورة على ٥٠٪ من أغذية الفطام (جدول رقم ٣) . ونعتقد أنه من الأفضل أن تمتد إشتراطات البطاقة الإعلامية لتشمل جميع أغذية الفطام وليس حليب الأطفال فقط .
العبارة التوضيحية عن أهمية حليب الأم

توصى المدونة الدولية لتسويق حليب الأطفال بأن يكتب على علب حليب الأطفال عبارة تبين تفوق الرضاعة الطبيعية وأهميتها . وتوضح نتائج البحث أن ٨٧٫٥٪ من علب حليب الأطفال في سلطنة عُمان قد كتب عليها عبارة توضيحية عن أهمية الرضاعة الطبيعية ، ومثل هذه العبارة لم تكتب على بقية أغذية الأطفال . ومن الأفضل أن تذكر عبارات مشابهة على أغذية الفطام لأن معظم الأمهات يبدأن بإدخال هذه الأغذية في سن مبكرة من حياة الطفل وبوجود عبارة مشجعة لحليب الأم فإن ذلك يساهم في إستمرارية الأرضاع الطبيعي أثناء فترة الفطام . ويمكن كتابة عبارات مثل " أن جميع أغذية الأطفال ليست بديلاً مناسباً لحليب الأم " أو " إستمري في إرضاع طفلك من ثديك لأطول فترة ممكنة " أو " أن أغذية الفطام هي مكملة للأرضاع من الثدي وليست بديلة عنه " . أن مثل هذه العبارات تخدم العديد من الجهود التي تقوم بها المؤسسات الصحية في المنطقة .

كتابة قائمة المحتويات

بصفة عامة فإن جميع علب أغذية الأطفال يكتب عليها قائمة بالمحتويات ، حيث أن هذه القائمة هي من ضمن الإشتراطات المطلوبة في البطاقة الإعلامية للأغذية . ومن الجدول رقم (٣) نلاحظ أن حوالي ٩٤٪ من حليب الأطفال و ٨٥٫٧٪ و ١٠٠٪ من أغذية الفطام المصنعة من الحبوب والمصفاة على الترتيب قد كتب عليها قائمة بالمحتويات .

ثانياً : تأثير إصدار إشتراطات البطاقة الإعلامية على نوع المعلومات المكتوبة على البطاقة الغذائية

لفرض معرفة مدى التحسن الذي يمكن أن يطرأ على نوع المعلومات المكتوبة على البطاقة الإعلامية للأغذية فقد تم قياس بعض المعلومات المكتوبة على البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال قبل عامين وبعد عامين من تطبيق الإشتراطات المتعلقة بالبطاقة الغذائية في البحرين . والجدول من رقم ٤ إلى رقم ٩ توضح لنا أهم النتائج ، ويمكن القول بصفة عامة أنه بعد إصدار إشتراطات البطاقة الغذائية قد طرأ تحسناً ملحوظاً في نوعية المعلومات المكتوبة على البطاقة الإعلامية ليس لأغذية الأطفال فحسب بل لجميع الأغذية وهذا التحسن أنصب على تواريخ الإنتاج والإنتهاء والكتابة باللغة العربية .

ومن الجداول السابقة الذكر نجد أن أفضل تحسن حصل في كتابة تاريخ الإنتاج ، أما الكتابة باللغة العربية فلم يحدث لها تحسن يذكر خلال فترة البحث وقد يرجع ذلك إلى أن الجهات المختصة في البحرين قد أعطت مهلة زمنية للتجار لتطبيق البطاقة الغذائية ، لذا فقد حدث تأخر في تطبيق الكتابة باللغة العربية لأن مثل ذلك يأخذ وقتاً أطول من قبل الشركات الأجنبية . ولو درسنا البطاقة الغذائية لأغذية الأطفال حالياً لوجدنا أن جميعها قد كتب عليها باللغة العربية .

أما بالنسبة للمعلومات الغذائية فمازال هناك نقصاً في كتابتها على البطاقة الإعلامية وقد يرجع ذلك إلى أن الإشتراطات لا تتطلب ضرورة كتابة المعلومات الغذائية على الأطعمة المعلبة والمحفوظة . وكذلك بالنسبة لكتابة ظروف التخزين حيث نلاحظ أنه طراً نقصاً أكبر في كتابة ظروف التخزين بعد تطبيق الإشتراطات . وكما قلنا سابقاً فإن بعض شركات الأغذية إستغلت عدم وجود نص صريح يوصى بضرورة كتابة ظروف التخزين وقامت بالغاء كتابة هذه المعلومة أو عدم الإهتمام بكتابتها .

الإستنتاجات

من خلال هذا العرض السريع لنتائج البحث يمكن أن نستنتج التالي :

- (١) أن البطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال مازال ينقصها بعض الإشتراطات الهامة والتي تؤثر على صلاحية وطريقة إستخدام هذه الأغذية مثل كتابة التخزين وطريقة التحضير والمعلومات الغذائية .
- (٢) أن إصدار إشتراطات خاصة بالبطاقة الإعلامية للأغذية قد ساهم في تحسين نوع المعلومات المكتوبة على البطاقة الإعلامية وهذا التحسن أنصب على ما هو مطلوب في هذه الإشتراطات خاصة تواريخ الإنتاج والإنتهاء .

التوصيات

- (١) نظراً للأهمية الصحية لأغذية الأطفال فإنه يجب أن تكون هناك بعض الإشتراطات الإضافية المتعلقة بالبطاقة الإعلامية لهذه الأغذية بحيث نضمن الإستخدام الأمثل لها .
- (٢) أن تسارع دول الخليج العربية إلى تبني المدونة الدولية لحليب الأطفال والصادرة من قبل منظمة الصحة العالمية ووضعها موضع التنفيذ .
- (٣) أن تحتوي الإشتراطات المتعلقة بالبطاقة الإعلامية لأغذية الأطفال على فقرة واضحة توصي بضرورة كتابة ظروف التخزين قبل وبعد فتح العلبة وكذلك طريقة التحضير .
- (٤) أن تجرى دراسات عن تركيب ومحتويات أغذية الأطفال التي تباع في أسواق المنطقة ومدى مطابقتها ذلك مع البطاقة الإعلامية .
- (٥) أن يكون هناك تنسيق وتعاون في مجال التحاليل الغذائية بين دول المنطقة مع التركيز على أغذية الأطفال .

المراجع

- عبدالرحمن مصيقر (١٩٨٢) تصرفات المستهلك في مجال شراء الاغذية من محلات السوبرماركت في البحرين ، وزارة الصحة ، البحرين .
- محمود خصاونه (١٩٨٦) دور المنظمة العربية للمواصفات والمقاييس في وضع المواصفات العربية الموحدة للمنتجات الغذائية . ورقة مقدمة الى المؤتمر العربي الاول للمواصفات والمقاييس للمنتجات الغذائية - الشارقة ، دولة الامارات العربية المتحدة .
- منظمة الصحة العالمية (١٩٨١) المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الام ، جنيف .
- Codex Alimentarius Commission (1981). Codex Standard and Guidelines for the Labelling of Foods and Food Additives. FAO/WHO, Rome.
- Musaiger, A.O. (1987). The State of Food and Nutrition in the Arabian Gulf Countries. Wld. Rev. Diet. Nut. 54: 105-173.
- Musaiger, A.O. (1984). Studies on Nutrition in Bahrain, Ministry of Health, Bahrain.
- Musaiger, A.O. and Lankarani S. (1986). A Study on Baby Foods Available in Bahrain. Ministry of Health, Bahrain.
- O,Donovan, D.J. et al (1985). Dangerous infant feeding preparation techniques: the role of maternal methods and improper formula in Riyadh (Saudi Arabia) J. Trop. Ped. 31: 94-96.
- Office of the Federal Register National Archives and Records Administration (1986). Code of Federal Regulation, Food and Drug, No. 21. US Government Printing Office, Washington, pp 69-76.
- Portoian-Shuhaiber, S. and Al-Rashied, A.A. (1986). Feeding practices and electrolyte disturbances among infants admitted with acute diarrhoea - A survey in Kuwait, J. Trop. Ped. 32: 168-173.

جدول رقم (١)

عدد وتوزع أغذية الأطفال التي شغلها البحث في عامي ١٩٨٤ و ١٩٨٧

١٩٨٧	١٩٨٤	نوع الغذاء
١٤	١٧	حليب الأطفال
٥٨	٣٧	أغذية النظام الممنعة من الحبوب
٦٩	٩٧	أغذية النظام الممنعة
٢٠	٢٣	حلويات
١٣	٢٦	عمير فواكه
٩	٢	بسكويت
١٨٢	٢٠٢	المجموع

جدول رقم (٢)

البيانات المكتوبة على البطاقة الفئوية لأطعمة الأطفال في البحرين (١٩٨٧)

نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الفئوية						البيانات
المحتويات %	عمر الأطفال %	أطعمة الأطفال المصنعة %	أطعمة الأطفال المصنعة من الحبوب %	حليب الأطفال %		
١٠٠	٩٢	١٠٠	١٠٠	١٠٠	تاريخ الإنتاج	
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	انتباه الملاحين	
٥	٩٢,٣	٥٦,٣	٦٨,١	١٠٠	الكتابة باللغة العربية	
١٠٠	١٥,٤	٥٢,٢	٩٣,١	١٠٠	كتابة المعلومات الفئوية	
٢٥	٦١,٥	٦٠,٩	٦٥,٥	٥٠	ظروف التخزين	

جدول رقم (٣)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لأطعمة الأطفال
في سلطنة عمان (١٩٨٨)^{*}

نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية			البيانات المكتوبة
أغذية الفطام المصفاه	أغذية الفطام المصنعة من الحبوب %	حليب الأطفال %	
١٠٠	١٠٠	١٠٠	تاريخ الانتاج
١٠٠	١٠٠	١٠٠	تاريخ الانتهاء
صفر	١٠٠	١٠٠	الكتابة باللغة العربية
٥٨,٣	١٠٠	٦٢,٥	المعلومات الغذائية
١٠٠	٦٤,٣	١٠٠	ظروف التخزين
٨٣,٣	٩٣	١٠٠	طريقة التحضير
٦٦,٧	١٠٠	١٠٠	عمر الطفل المناسب
صفر	١٤,٣	٨٧,٥	عبارة عن الرضاعة الطبيعية
٥٠	٥٠	صفر	وجود صورة طفل على العلبة
١٠٠	٨٥,٧	٩٣,٧	قائمة المحتويات

* عدد العلب الداخلة في الدراسة كالتالي : ١٦ لحليب الأطفال ، ١٤ لأغذية الفطام المصنعة من الحبوب و ١٢ لأغذية الفطام المصفاه في زجاجه .

جدول رقم (٤)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لحليب الأطفال في البحرين (١٩٨٢ - ١٩٨٤)

التغير النسبي	نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية		البيانات
	عام ١٩٨٢	عام ١٩٨٤	
صفر %	١٠٠	١٠٠	تاريخ الانتاج
صفر %	١٠٠	١٠٠	انتهاء الصلاحية
+ ٦ %	١٠٠	٩٤	الكتابة باللغة العربية
صفر %	١٠٠	١٠٠	كتابة المعلومات الغذائية
- ٥٠ %	٥٠	١٠٠	ظروف التخزين

جدول رقم (٥)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لأطعمة الفطام المصنعة من الحبوب
في البحرين (١٩٨٢ - ١٩٨٤)

التغير النسبي	نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية		البيانات
	عام ١٩٨٢	عام ١٩٨٤	
+ ٥ %	١٠٠	٩٥	تاريخ الانتاج
صفر %	١٠٠	١٠٠	انتهاء الصلاحية
- ٢٦,٥ %	٦٨١	٩٤٦	الكتابة باللغة العربية
- ٦٩ %	٩٣١	١٠٠	كتابة المعلومات الغذائية
- ٣٠,٣ %	٦٥٥	٣٥٢	ظروف التخزين

جدول رقم (٦)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لأطعمة الفطام المصفاه
(Strained) في البحرين (١٩٨٤-١٩٨٧)

التغير النسبي	نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية		البيانات
	عام ١٩٨٧	عام ١٩٨٤	
% ٥٣٦+	١٠٠	٤٦٤	تاريخ الانتاج
% ٣+	١٠٠	٩٧	انتهاء الصلاحية
% ١٨٤+	٥٦٥	٣٨١	الكتابة باللغة العربية
% ٦٨+	٥٢٢	٤٥٤	كتابة المعلومات الغذائية
% ٣٥-	٦٠٩	٩٥٩	ظروف التخزين

جدول رقم (٧)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لحلويات الأطفال
(desserts) في البحرين (١٩٨٤-١٩٨٧)

التغير النسبي	نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية		البيانات
	عام ١٩٨٧	عام ١٩٨٤	
% ٧٤+	١٠٠	٢٦	تاريخ الانتاج
صفر%	١٠٠	١٠٠	انتهاء الصلاحية
% ٣٤-	٥	٣٩	الكتابة باللغة العربية
% ٢٦+	١٠٠	٧٤	كتابة المعلومات الغذائية
% ٧١-	٢٥	٩٦	ظروف التخزين

جدول رقم (٨)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لعصير الأطفال
في البحرين (١٩٨٤ - ١٩٨٧)

التغير النسبي	نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية		البيانات
	عام ١٩٨٧	عام ١٩٨٤	
+ ٩٤ %	٩٢	٣٨	تاريخ الانتاج
+ ٢٣ %	١٠٠	٧٧	انتهاء الصلاحية
+ ٥٤٣ %	٩٢٣	٣٨	الكتابة باللغة العربية
- ٣٨٦ %	١٥٤	٥٤	كتابة المعلومات الغذائية
- ٢٣٥ %	٦١٥	٨٥	ظروف التخزين

جدول رقم (٩)

البيانات المكتوبة على البطاقة الغذائية لبسكوت الأطفال
(Rusks) في البحرين (١٩٨٤ - ١٩٨٧)

التغير النسبي	نسبة ما هو مكتوب على البطاقة الغذائية		البيانات
	عام ١٩٨٧	عام ١٩٨٤	
صفر %	١٠٠	١٠٠	تاريخ الانتاج
صفر %	١٠٠	١٠٠	انتهاء الصلاحية
- ٣٣٣ %	٦٦٧	١٠٠	الكتابة باللغة العربية
- ١١ %	٨٩	١٠٠	كتابة المعلومات الغذائية
- ٢٢٣ %	٧٧٨	٦٧	ظروف التخزين

البرامج التي تقوم بها وزارة الصحة للوفاية والسيطرة على مشاكل التغذية فى دولة الإمارات العربية المتحدة

هاجر الحوسنى - ماري كلير شامية
إدارة رعاية الأمومة والطفولة - وزارة الصحة - أبوظبي

مقدمة

ان الإتجاهات العالمية تدعو إلى إعطاء التغذية أولوية قصوى فى البرامج الصحية والإجتماعية فى أي مجتمع وبما أن التغذية موضوع ذا علاقة بجميع أوجه الحياة وجميع قطاعات المجتمع بأعمارها المختلفة فان إنشاء قسم للتغذية فى وزارة الصحة يكتسب أهمية خاصة ، وبما أن إدارة رعاية الأمومة والطفولة مسؤولة عن توفير الرعاية الشاملة لأهم فئتين فى المجتمع ، الأمهات والأطفال ، فان إنشاء هذا القسم ضمن صلاحيات هذه الإدارة يعتبر الأختيار المنطقي ليكون نواة وحلقة وصل بين جميع الأنشطة التغذوية داخل وخارج وزارة الصحة . وقد تم الموافقة رسمياً على إنشاء شعبة التغذية فى إدارة رعاية الأمومة والطفولة بتاريخ ٨ نوفمبر ٩٤ لممارسة المهام التالية (كما جاء فى القرار الوزاري)

- ١ - إجراء الأبحاث والدراسات للتعرف على المشاكل الصحية المتصلة بأنماط التغذية فى دولة الامارات العربية المتحدة وتحديد أسبابها المباشرة والعوامل الثانوية المؤثرة فيها .
- ٢ - إعداد البرامج اللازمة لعلاج المشاكل المتعلقة بتغذية الأسرة وتقديم النصح للهيئات والأفراد فى هذا الشأن .
- ٣ - جمع المعلومات الخاصة بتطوير الأنظمة الغذائية وتوثيقها وتوظيفها فى أغراض الرعاية الصحية للأمهات والأطفال (والمستفيدين من الخدمات الصحية العامة) .
- ٤ - إعداد البرامج اللازمة لتحقيق الأنماط الصحية للتغذية فى ضوء المعلومات الدقيقة والمفاهيم الصحية .
- ٥ - المشاركة فى إعداد مشروع الخطة الوطنية للتغذية فى دولة الإمارات العربية المتحدة وذلك بالتنسيق مع الدوائر والجهات ذات العلاقة فى الدولة .
- ٦ - إعداد البرامج التدريبية فى مجال التغذية للموظفين المعنيين فى وزارة الصحة وفى الوزارات والدوائر الأخرى ذات العلاقة .

برامج ادارة رعاية الأمومة والطفولة المتعلقة بالنهوض بالحالة الغذائية

باشرت إدارة رعاية الأمومة والطفولة بالبرامج المتعلقة بالتوعية والتثقيف الغذائي كجزء من نشاطاتها المتعددة الهادفة الى تأمين العناية والرعاية الصحية اللازمة للأم والطفل . ومن الأنشطة التي قامت بها الإدارة خلال العامين الماضيين من خلال مراكزها المنتشرة فى جميع الإمارات :

- ١ - قياس نمو وتطور الطفل : وهو قياس هام للكشف المبكر عن أي خلل فى صحة الطفل والذي يعكس وضعة التغذوي ، لذلك أهتمت الإدارة بأن تتم خطوات هذه القياسات بمنتهى الدقة وبالأسلوب الصحيح ، ولتحقيق

ذلك تم تدريب وتجهيز الهيئة التمريضية مما جعل منها مجموعة مهيئة للقيام بأخذ القياسات المطلوبة لنمو الطفل وتدوينها وقراءتها وبالتالي إساءة النصح والإرشادات عند الحاجة .

٢ - سجلات الحوامل : وهي سجلات جديدة ومتطورة خاصة بمتابعة الحامل والتي تشمل على بيانات مستوفاة يمكن عن طريقها الكشف المبكر عن أي خلل في صحة الأم الحامل .

٣ - تشجيع الرضاعة الطبيعية : لقد عملت إدارة رعاية الأمومة والطفولة على تضافر كل الجهود لدعم وتشجيع وحماية الرضاعة الطبيعية وشجعت العديد من المستشفيات لتصبح مستشفيات (صديقة للطفل) وفكرة المستشفى تعتمد على التركيز على إحتياجات الأم ومولودها الجديد ونجاح عملية الرضاعة الطبيعية . ولإنجاح الرضاعة الطبيعية لابد لجميع المستشفيات ومراكز الولادة التقييد بتنفيذ الخطوات العشر المعتمدة من قبل اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية ولدعم هذا النشاط قامت إدارة رعاية الأمومة والطفولة بعمل الخطوات التالية :

(أ) تنظيم ورشة عمل حول (تشجيع ودعم وحماية الرضاعة الطبيعية) بالأشتراك والتعاون مع منظمة الصحة العالمية .

(ب) إصدار تعميم لجميع الهيئات المعنية بالتقييد بالنشاطات المتعلقة بتشجيع الرضاعة الطبيعية .

(ج) الإشتراك في الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية حيث أقامت الإدارة الندوات والمحاضرات ووزعت على الأطباء تعهد لدعم الجهود والألتزام بالمنظمة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم .

٤ - إجراء بعض الدراسات التغذوية مثل دراسة صحة الطفل والمسح الغذائي لمواطني دولة الإمارات العربية المتحدة .

٥ - التثقيف التغذوي المستمر للعاملات الصحيات في جميع مراكز الأمومة والطفولة ، وبرنامج التثقيف التغذوي هو جزء من برنامج متكامل يتضمن عدة مواضيع ، ويشمل هذا البرنامج إلقاء المحاضرات والتطبيق العملي في ورشات عمل متتالية .

الدورات والندوات حول التغذية التي قامت بها إدارة رعاية الأمومة والطفولة في الآونة الأخيرة

١ - مشاكل نقص التغذية وتم تقديمها في ورشة عمل (تفهم عوامل الخطرة في مجال رعاية الأمومة والطفولة) والتي عقدت في ديسمبر ١٩٩٣ .

٢ - عمل مسح على طلبة المدارس الثانوية بدبي بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم ، حول التغذية وعلاقتها بالرياضة ، وقد تم تقديم النتائج في المؤتمر الرابع للطب الرياضي وكذلك في الدورة التي عقدت بالشارقة عن الطب الرياضي في آسيا وذلك في مارس ١٩٩٤ .

٣ - تنظيم دورة حول النمط الصحي للمرأة بدولة الإمارات أبريل ١٩٩٤ ، حيث تم مناقشة الغذاء الصحي وعلاقته بفترات ما قبل وبعد إنقطاع الطمث .

برامج وحدة التغذية

جاءت وحدة التغذية لمتابعة ودعم مبادراته إدارة رعاية الأمومة والطفولة من نشاطات لنشر التوعية الصحية والغذائية ، وذلك بتعزيز البرامج التي تتوجه إلى جميع أفراد المجتمع وبالأخص إلى الأم والطفل ووضع الخطط والمدرسة التي من شأنها التأثير إيجابيا على الحالة الصحية والتغذية للمجتمع ، ومن أجل القيام بمهامها على أكمل وجه وتحقيق الأهداف المرجوه ، توزع وحدة التغذية نشاطاتها إلى ثلاث نشاطات أساسيه :

- ١ - نشر المعلومات الصحيحة عن الغذاء المتوازن والتغذية لجميع أفراد المجتمع .
 - ٢ - تخطيط وإجراء الدراسات والبحوث للتعرف على المشاكل والحاجات الغذائية فى المجتمع الإماراتي .
 - ٣ - التدريب المستمر لجميع العاملين الصحيين الذين لهم تأثير مباشر أو غير مباشر على تحسين الوضع التغذوي وهذه المهام المتعددة ستكون نواة لأنشاء نظام لمراقبة ومتابعة الوضع التغذوي لدولة الإمارات .
- وتراعى وحدة التغذية فى تخطيط وتنفيذ مهامها التوصيات الصادرة عن مؤتمر التغذية العالمي فى روما ١٩٩٢ ، ومن البرامج والأنشطة التي باشرت بها وحدة التغذية .

١ - بالإضافة الى دعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية التي تشارك فيها وحدة التغذية إدارة رعاية الأمومة والطفولة تتوجه الشعبة نحو متابعة نمو الطفل وتعريف الأمهات على الطرق والأساليب الصحيحة للفظام . ولتحقيق هذا الهدف تقوم الشعبة بتحضير الدليل الغذائي للرضع والأطفال ، والذي سيتم وتوزيعه فى جميع مراكز الأمومة والطفولة وفى حال عدم وجود إحصائية تغذية فى المركز ستقوم الوحدة بتدريب الهيئة التمريضية المعنية لتتمكن من توصيل المعلومات للأمهات بطريقة صحيحة وبمبسطة .

٢ - جمع المعلومات المتعلقة بالغذاء والتغذية فى الدوله وتصنيفها بحيث تكون شعبة التغذية المصدر الأساسي لجميع المراكز الصحية ذات العلاقة .

٣ - إنشاء مركز لمراقبة الوزن فى الجمعيات النسائية والذي يعتبر مركزاً تشخيصياً تعطى من خلاله النصائح للسيدات والشابات بواسطة أخصائيات التغذية لمعالجة المشاكل الغذائية الخاصة وتوجيههن نحو تأمين غذاء متوازن لهن ولعائلاتهن على السواء ، بالإضافة الى ذلك يساهم هذا البرنامج فى جمع معلومات عن المشاكل الغذائية التي تعاني منها المرأة ووضع خطط مناسبة للوقاية منها .

٤ - إنشاء عيادات تخصصية للتغذية فى جميع المراكز، وقد أنشأت أول عيادة للتغذية فى مركز المدينة فى أبوظبى حيث ستخضع للتقييم المستمر لمعرفة مدى الإستفادة من خدماتها وتصنيف المترددين عليها من حيث الحالة الصحية والجنس والسن تمهيداً لتعميم عيادات مماثلة لها فى بقية المراكز . وساعد هذا البرنامج على جمع الإحصائيات عن الحالات المرضيه السائدة فى الدوله مثل مرض السكرى وأمراض القلب والسمنة ويرتكز عمل العيادة على تقديم الإرشادات الغذائية والنصائح للمراجعين كل حسب حالته الصحية وحاجاته الغذائيه .

٥ - إقامة دورات تثقيفية وورشات عمل للطلبة والمدرسين فى جميع المراحل التعليمية وذلك بالتنسيق مع إدارة الصحة المدرسية .

البرامج المستقبلية لشعبة التغذية

١ - الأبحاث والدراسات العلمية :

تعتبر الأبحاث العلمية من المكونات الأساسية لإنشاء نظام للمعلومات في التغذية ، والذي سيوفر التقييم المستمر للحاجات الغذائية للمجتمع وكذلك تقدير البرامج التي قامت بها الوحدة .

ولا تتوفر حالياً دراسات كافية عن أسباب المشاكل الغذائية والتغذوية في دولة الإمارات ، وغياب مثل هذه الدراسات يؤثر بشكل كبير على وضع البرامج الفعالة للقضاء أو تقليل الإصابة بمشاكل التغذية ، لذا فمن أهم واجبات الوحدة هي الاعداد أو المشاركة في الدراسات والبحوث بالأمراض الغذائية. ولا يمكن احداث مثل هذا التعديل الا عن طريق التخطيط السليم للبرامج والتقييم المستمر لكشف أي نقاط ضعف فيها .

ومن النشاطات المستقبلية التي من شأنها النهوض بالمعرفة الغذائية :

أ - انشاء مركز لتزويد المعلومات المتعلقة بالغذاء والتغذية لجميع أفراد المجتمع ، ومراجعة وتقييم المواد التثقيفية باستمرار .

ب - العمل مع القطاعات العامة والخاصة لتوصيل المعلومات السليمة و نشر الوعي الغذائي لمختلف أفراد المجتمع وذلك عن طريق المراكز التالية :

المراكز والمنظمات النسائية : وتعتبر هذه المراكز النواة لنشر التوعية الغذائية .

البلديات : التعاون والعمل مع مركز مراقبة البيئة والغذاء وذلك لتعزيز المعرفة عن البطاقة الاعلامية للأغذية وتوعية المستهلك بالنسبة إلى نوعية وسلامة الطعام ووضع الإشتراطات والمواصفات الغذائية خاصة تلك المتعلقة بالقيمة الغذائية للأطعمة المصنعة والمحفوظة .

المراكز الصحية : العمل مع جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة بهدف تعزيز صحة الأم والطفل من خلال المراقبة والمتابعة المستمرة لوضعيهما التغذوي ، وكذلك توفير الإستشارات الغذائية لجميع الأفراد من كل الأعمار .

المدارس والجامعات : والتي تعتبر المحور الأساسي لزيادة المعرفة والوعي عند الأطفال والشباب على السواء ، ومن الأنشطة التي من شأنها بلورة الوعي الغذائي .

أ - انشاء مساق دراسي عن الغذاء والتغذية لجميع المراحل ، وادخال مادة الاقتصاد المنزلي أو التربية الأسرية للفتيات في المرحلة الثانوية .

ب - اللقاء المحاضرات والقيام بورشات عمل عن التغذية لجميع المراحل الدراسية .

ج - التعاون مع الجامعات في الأنشطة التغذوية في المجتمع وتطوير المواد التثقيفية .

الأعلام والصحافة : التعاون مع جميع وسائل الاعلام مثل الراديو والتلفزيون والمجلات والصحف لدعم رسالة التوعية الغذائية من خلال إنتاج برامج تعليمية ومقالات تثقيفية عن أهمية الغذاء المتوازن ، والعادات الغذائية .

٣ - برامج التدريب الغذائي

- يعتبر التدريب في مجال الغذاء والتغذية من أهم البرامج التي تقوم بها الوحدة ويشمل التدريب الفئات التالية .
- أ - المرضات والعاملون الصحيون : تقام لهم دورات تدريبية قصيرة ومتوسطة (أسبوع أو أسبوعين) لغرض صقل معلوماتهم وخبراتهم في الرعاية التغذوية لمختلف أفراد المجتمع .
- ب - الأطباء الممارسون : تقام لهم دورات مكثفة تتعامل مع الجانبين الوقائي والعلاجي للتغذية ، ويشمل جميع أخصائيو التغذية وكذلك المتخرجين حديثاً في مجال الغذاء والتغذية .
- ث - المدرسون والأخصائيون الإجتماعيون : وتقام لهم دورات قصيرة (١ - ٣ أيام) لإثراء معلوماتهم في مجال الغذاء والتغذية بالإضافة الى الرعاية الغذائية للأطفال وطلبة المدارس .
- ج - الفنيون في مراكز مراقبة النشاء ومراكز تحضير الطعام وتقام لهم دورات مكثفة عن صحة الغذاء والجدير بالذكر أنه لا سبيل لإنجاح هذه البرامج المتعددة إلا من خلال التعاون بين وحدة التغذية والتنسيق وجميع القطاعات الخاصة والعامه التي لها علاقة مع هذه البرامج (الوزارات ، المراكز الصحية والمستشفيات ، الجامعات) .
- الخ (ولهذا الغرض ستؤلف لجنة من جميع القطاعات المعنية والتي من شأنها العمل على وضع تنفيذ ومتابعة الخطط والبرامج التغذوية .

المراجع

- ١ - وزارة الصحة (١٩٩٤) القرار الوزاري الخاص بإنشاء شعبة التغذية في إدارة رعاية الأمومة والطفولة في وزارة الصحة - أبوظبي .
- ٢ - إدارة الطب الوقائي (١٩٩٢) التقرير السنوي - وزارة الصحة ، دولة الإمارات العربية المتحدة .
- ٣ - وزارة الصحة (١٩٨٩) الهيكل التنظيمي ، دولة الإمارات العربية المتحدة .
- ٤ - عبد الرحمن مصبقر (١٩٩٤) مقترح حول نشاطات وفعاليات وحدة التغذية في قسم الطب الوقائي - وزارة الصحة - دولة الإمارات العربية المتحدة .
- ٥ - إدارة رعاية الأمومه والطفولة (١٩٩٤) تقرير حول خدمات الإدارة ، وزارة الصحة ، أبوظبي .

تقييم خدمات التغذية فى مستشفيات دولة الإمارات العربية المتحدة

رشدي بدير عبدالمنعم

منطقة الفجيرة الطبيه - وزارة الصحة - دولة الإمارات العربية المتحدة

مقدمه

تمثل المستشفى إحدى المؤسسات الهامة فى الدوله وهى تعمل على تقديم الخدمات العلاجية لأفراد المجتمع وبذلك تسهم فى رفع المستوى الصحي بالبلاد ومن ثم توفير الظروف المناسبه لتحقيق الأهداف الإنتاجية والأقتصادية بمستويات عاليه من الكفاءة .

وتمثل التغذية جانباً هاماً من جوانب الرعاية التي توفرها المستشفيات للمرضى ، والغذاء يلعب دوراً أساسياً فى علاج كثير من الأمراض ، وأحياناً يكون العلاج الوحيد فى بعض الحالات المرضيه مثل الأمراض المزمنه كمرض السكر والسمنة وضغط الدم وأمراض القلب - هذا علاوة على أن حالة المريض النفسيه تستدعي أن تقدم له أطعمه شهية ومتنوعه بقدر الأمكان حتى يقبل عليها أي يجب أن نوليه عناية خاصة لمساعدته على سرعة الشفاء .
والمستشفى تختلف عن أي مؤسسة أخرى فى النواحي الغذائية وذلك لأن المستشفى تقدم الغذاء لفئات مختلفة - مثل المرضى وهم قسمان - قسم يتناول غذاء عادي وقسم آخر يحتاج إلى تغذية علاجية خاصة تختلف حسب طبيعة المرضة .

وتستعرض هذه الورقة بعض خدمات التغذية فى مستشفيات دولة الإمارات العربية المتحدة وتقييم هذه

الخدمات .

الإدارة والإشراف

تبدأ عملية التغذية فى المستشفيات من وقت أن يحدد الطبيب نوع الغذاء اللازم للمريض ثم تقوم المرضه المسئوله عن القسم بكتابة أمر الوجبات اليومي بناء على تعليمات الطبيب سواء بالنسبة للطعام العادي أو العلاجي - بعد ذلك ترسل هذه الطلبات إلى رئيسة هيئة التمريض والتي تقوم بدورها بالتدقيق عليها حسب سجلات المرضى وإعتمادها ويتم إرسال جميع أوامر الوجبات اليومية إلى أخصائي التغذية حيث يقوم بعمل بيان يومي بعدد الوجبات ونوع الغذاء المحدد لكل منها وكذلك الأغذية اللازمة للعاملين بالمستشفى من فنيين وإداريين . وعلى ضوء هذه البيانات تحدد كميته المواد الغذائية اللازمة طبقاً للمقتنات المحددة لمختلف الفئات - حيث يعطى التعليميات إلى مشرف خدمات الأاطعام بالمستشفى وبدوره يعطى التعليميات إلى أمين المخزن بصرف المواد الغذائية اللازمة ويتم تسليمها إلى أخصائي التغذية بالمستشفى وبالتالي يقوم بفحصها من حيث الجودة والصلاحيه ومستوى النظافة والأوزان والعدد ، وبعد ذلك يقوم رئيس الهاء والطهاه ومساعدهم والعاملون بالمطبخ بالاعداد والطهي .

كل هذه الخدمات السابقة تتم تحت الإشراف الدقيق لأخصائي التغذية ومساعدته ومشرف خدمات الاطعام .

ويتم العمل فى قسم التغذية بالمستشفيات عن طريق طرح مناقصه بواسطة قسم المشتريات بوزارة الصحة بشأن

القيام بخدمات تربيته وتغذية المستشفيات ، حيث يقوم المتعهد بتقديم الأطعمة وتوفير الأغذية لجميع المستشفيات وكذلك توفير الكادر الوظيفي المطلوب وذلك حسب الشروط والمواصفات الواردة بالعقد .

العاملون :

أ - أخصائي التغذية : يتواجد في كل مستشفى على الأقل عدد (٢) من أخصائي التغذية ومدربين تدريباً كافياً وجمعيتهم حاصلين على شهادة البكالوريوس وبعضهم خريجي كليات العلوم الزراعية والبعض الآخر تخصص تغذية - ويقع عليهم مسئولية وضع الجدول الغذائي الإعتيادي للمستشفى وذلك في حدود عقد التغذية المبرم بين الوزارة ومتعهد التغذية ، وكذلك وضع التغذية المناسبة لكل مريض حسب حالته المرضية ، عاداته الغذائية تعليمات الطبيب المعالج .

ب - يتوفر في جميع المستشفيات الكادر الوظيفي المطلوب وذلك تبعاً لعدد أسرته بكل مستشفى (وذلك حسب عدد الأسرة المشغولة فعلاً والتي يرجع تقديرها إلى إدارة المستشفى) .

لجنة إستلام المواد الغذائية

توجد لجنة لإستلام المواد الغذائية المورده من قبل المتعهد بالمستشفى ، وتتكون من مسئول التغذية ورئيسة هيئة التمريض ومسئول إداري من إدارة المستشفى ، مما يتيح فرصة لإختيار الأطعمة الصالحة ورفض الأغذية التالفة أو الفاسدة ، كذلك تقوم اللجنة بتقديم التقارير الشهرية عن حالة التغذية لإدارة المستشفى .

الهيكل التنظيمي لقسم التغذية

يختلف الهيكل التنظيمي بقسم التغذية من مستشفى لآخر وذلك تبعاً لحجم واحتياج كل مستشفى وكذلك تبعاً لتوفر أخصائي التغذية ، ويستخدم هذا التنظيم في المستشفيات التابعة للوزارة حيث يتوفر فيها أخصائي التغذية ولديه مساعد أو مساعدين . ويلاحظ في هذا التنظيم أن أخصائي التغذية يتعاون مع رئيس الأطباء في وضع أسس التغذية العلاجية بالمستشفى : كما يلاحظ من هذا التنظيم وكذلك من العدد المسموح به من العاملين لكل مستشفى حسب شروط عقد التغذية أن عدد العاملين وتوزيع المسئوليات عليهم داخل قسم التغذية مناسب جداً مع حجم العمل بكل مستشفى . ويتم تسجيل البيانات الغذائية الخاصة بالمرضى في سجلاتهم الطبيه في جميع المستشفيات وكذلك يتم ذكر أعداد المرضى المسموح لهم بالتغذية بالأنابيب في أمر الوجبات اليومي ، بينما لا يتم ذكر أعداد المرضى الخاصة بالتغذية الوريدية في أمر الوجبات .

قوائم الطعام المستخدم في المستشفيات

هناك نوعين من القوائم الغذائية التي يتم إستعمالها في المستشفيات :

القوائم الاختيارية : تعطى المريض فرصه للأختيار من بين أصناف معينه في كل وجبة ولذلك فان كميات الأطعمة التي يتركها المريض (فضلات) تكاد تكون معدومه نظراً لأن المريض هو الذي يختار أنواع الطعام ونجد أن أخصائي التغذية يقوم في هذه الحالة بمراجعة الأطعمة التي أختارها المريض يومياً للتأكد من أن المريض قد حصل فعلاً على إحتياجاته الغذائية خاصة إذا كان سيبقى في المستشفى لمدة طويلة .

القوائم الدورية : وتعد القوائم لمدة (٤) أسابيع مع مراعاة تخطيط الوجبات لليوم كله كوحده متكامله مع تحاش التكرار فيها إلى أقصى حد ممكن ويتم تغييرها شهرياً مع إجراء بعض التعديلات اللازمة بهدف زيادة

تقبل المرضى للأطعمة المقدمة أو لتلاقي أي صعوبات فى الإعداد والطهى وكذلك يتم تعديلها حسب المواسم وتوافر الأَطعمه فى السوق .

التجهيزات والمعدات بمطابخ المستشفيات

كل مستشفى بها مطبخ مناسب وصحي ومعدّ إعداداً سليماً مما يؤدي إلى حسن سير العمل وكذلك توجد به أجهزة ومعدات كافيه ، ولقد تم تخطيط المطابخ بطريقة منظمة مما أدى إلى وضع الأجهزة والأثاث بطريقة سليمة وبالتالي أدى هذا النظام إلى تقليل الجهد والنفقات والحصول على وجبات شهيه محتفظة بروقتها وقيمتها الغذائية ، ويمتاز مطبخ كل مستشفى بتوفير الأجهزة والمعدات والأدوات مما يؤدي إلى سهولة إنجاز العمل فى الوقت المحدد .

توريد الأغذية إلى المستشفيات

يتم توريد الأغذية لجميع المستشفيات على الأقل مرتين فى الأسبوع وذلك بواسطة متعهد التغذية ، حيث يتم التوريد فى عربات مجهزة بثلاجات وذلك حسب شروط عقد التغذية ، ويوجد مكان منفصل وخاص لإستلام المواد الغذائية لمطبخ المستشفى فقط ، وهذا المكان مزود برصيف تفرغ عن سطح الأرض بحوالي ١٠٠ - ١٢٥) متر حتى يسهل تفرغ الأطعمة من عربات النقل وهو مكان متسع مما يسمح بمراجعة الخامات الواردة للمستشفى ، وتشمل عملية الفحص المواصفات والكميات والحجم والعدد ، كما أنه مزود بميزان خاص بذلك .

تخزين المواد الغذائية بمطابخ المستشفيات

صممت مطابخ المستشفيات بحيث أن مخازن المواد الغذائية موجودة فى الوسط بين مكان إستلام المواد الغذائية وصالة المطبخ ، ونجد أن المخازن قريبة من كل كل منهم وبذلك يقل الوقت والمجهود اللازم لنقل الأطعمة ، ويتوفر فى المخازن الموجودة فى المستشفيات معظم الشروط الصحية المطلوبة .

إعداد وطهى الطعام

يتم صرف الطعام المخصص للمستشفى سواء (للمرضى أو المناوبين) حسب الأوزان المقررة وبناء على عقد التغذية المبرم بين وزارة الصحة ومتعهد التغذية ، ثم يتم نقل كل صنف من الطعام مباشرة إلى المنطقة المخصصة لتجهيزه ، حيث توجد أماكن منفصلة لإعداد وتجهيز كل من المواد الغذائية التالية (اللحوم - الأسماك - الخضروات - الفواكة) . ويتم إعداد وتجهيز الطعام الطبي فى أواني منفصلة عن الطعام العادي ، كما أنه يتم إعداد وتجهيز الطعام الخاص بتغذية المرضى بالأنابيب فى مكان منفصل . وجميع العمليات السابقة تتم تحت إشراف أخصائي التغذية شخصياً وبشارك فى ذلك مشرف خدمات الأَطعم ورئيس الطهاه

توزيع الطعام على المرضى

يتم توزيع الطعام للمرضى طبقاً لأختيارهم من قائمة الطعام الأختيارية أو الدوريه حيث يتم تقسيم الأغذية داخل صالة المطبخ (أي خدمة مركزية) على الأطباق وذلك باستخدام معايير خاصة لبعض الأطعمة والبعض الآخر بالعدد ، ثم تغطى هذه الأطباق وتوضع على صوان الطعام ، حيث يتم وضع بطاقات خاصة بألوان مختلفة بأنواع الوجبات الغذائية المختلفة وتكتب اسم الوجبة على البطاقة باللغتين العربية والإنجليزية .

التوصيات

- ١ - إصدار كتيب بالمقننات الغذائية الخاصة بالمرضى والفنيين والعاملين بالمستشفيات ، ويجب أن يحتوي على أمثلة نموذجية للأغذية فى الأمراض المختلفة والتعليميات الخاصة بها وأمثلة لبديلات الأطعمة وكذلك أمثله لمحتويات بعض الأطعمة من الألياف والكولسترول .
- ٢ - تنظيم دورات تدريبية لأخصائيى الغذية وذلك لتزويدهم بأحدث المعلومات فى علم التغذية وتخطيط الوجبات
- ٣ - تنظيم برامج توعية غذائية للمرضى حتى يسهل عليهم الإلتزام بأي نظام غذائى سواء داخل أو بعد مغادرتهم المستشفى ، وكذلك للعمل على تحسين العادات والممارسات الغذائية الخاصة بهم .
- ٤ - تزويد المستشفيات بعدد كاف من أخصائيات التغذية ، وذلك حتى يتاح تخصيص إحداهن للعمل بالعيادات الخارجية بالمستشفى ، وذلك لمساعدة مرضى هذه العيادات على معرفة صلة الغذاء بأمراضهم وعلى فهم وإستيعاب النظام الغذائى الواجب إتباعه .
- ٥ - إنشاء دبلوم تخصص فى تغذية المستشفيات والتغذية العلاجية .
- ٦ - يفضل أن تكون جميع أوزان المواد الغذائية المسموح بها سواء للمرضى أو الفنيين والإداريين بالمستشفيات محسوبة على أساس الوزن الطازج (المأكول) وليس على أساس وزنها بعد الطبخ وذلك لسهولة العمل بأقسام التغذية .
- ٧ - يفضل كتابة أمر الوجبات اليومى بالمستشفيات مرتين يومياً ، حيث يكون هناك أمر وجبات يومى خاص بوجبتى العشاء والفتار ، وأمر وجبات يومى آخر خاص بوجبة الغذاء ، وذلك حتى يمكن حصر الأعداد الفعلية للمرضى الذين يتم صرف طعام لهم .
- ٨ - يفضل إدراج المواد الغذائية الطبية ضمن بنود عقود التغذية وذلك لكي يتم تحضير الأغذية العلاجية الخاصة (بتغذية المرضى بالأنابيب) بطريقة صحية ودقيقة .
- ٩ - تنظيم دورات تدريبية فى التشقيف الغذائى للأطباء والهيئة التمريضية مع التأكد على أهمية دور أخصائى التغذية كعضو من أعضاء فريق الرعاية الصحية بالمستشفى .
- ١٠ - فرص الرقابة على نوعية الأغذية التى تجلب مع الأهل والأصدقاء بخاصة إلى المرضى الذين يحتاجون إلى نظام غذائى خاص ، مع التأكيد على منع دخولها بقدر الإمكان داخل المستشفيات .
- ١١ - إنشاء وحدات لأمراض التغذية والميتابولزم فى المستشفيات تزود بعيادة متخصصة وأسرة ومعمل وذلك لمعالجة أمراض سوء التغذية .

الأنشطة والبرامج المتعلقة بتحسين الوضع الغذائي والتغذوي في دولة الكويت

زمزم الموسى

وحدة التغذية - وزارة الصحة - دولة الكويت

مقدمة

يبلغ عدد سكان الكويت حسب آخر التقديرات حوالي ١٤٨٤ر٤٣١ نسمة يمثل الكويتيون ٤٣٪ منهم أما الباقي فهو خليط من العديد من الجنسيات أهمها العربية والهندية والفلبينية . وتعتمد الكويت اعتماداً أساسياً على استخراج النفط كمصدر رئيسي للدخل وشهدت الدولة خلال العقدين الماضيين زيادة كبيرة في الدخل نتيجة إرتفاع صادراتها من النفط وقد انعكس ذلك على المستوى المعيشي للمجتمع وحدث تغير كبير في أسلوب الحياة وأصبحت الأغذية متوفرة بكميات تفوق إحتياجات الفرد ، كما أثر ذلك على الحركة وممارسة التمارين الرياضية وهذه العوامل لعبت دوراً هاماً في ظهور أمراض القلب والسرطان والسمنة . كما تشير الدراسات إلى إنتشار أمراض سوء التغذية المتمثلة في نقص العناصر الغذائية مثل عوز الحديد ، ولا يخفى علينا أن التقدم في الصناعات الخفيفة قد ساهم إلى حد ما في التلوث البيئي والذي انعكس بدوره على الغذاء وأصبح التلوث الغذائي من المشاكل الصحية التي تولى اهتماماً خاصاً من قبل الجهات المعنية بالأمر .

البرامج المتعلقة بالغذاء والتغذية

تتعدد الأنشطة والبرامج الغذائية والتغذوية في دولة الكويت وتساهم عدة جهات حكومية وأهلية في تنفيذ هذه الأنشطة والبرامج وفيما يلي بيان موجز عن الأنشطة والبرامج القائمة حالياً والتي لها صلة بالغذاء والتغذية

- ١ - مراقبة الأغذية وحماية المستهلك .
- ٢ - رصد الموارد الغذائية .
- ٣ - برامج الإنتاج الغذائي .
- ٤ - مراقبة الحالة التغذوية والصحية لفئات عمرية مختلفة في المجتمع .
- ٥ - التوعية والتثقيف التغذوي للمجتمع .
- ٦ - الإرشاد والرعاية الغذائية والتغذوية للمرضى .
- ٧ - برامج التدريب والتأهيل للكوادر البشرية .
- ٨ - البحوث والدراسات العلمية .

دور الجهات الحكومية والأهلية فى تنفيذ هذه الأنشطة والبرامج وزارة الصحة

تساهم وزارة الصحة من خلال وحدة التغذية بقسم الصحة الوقائية والتي تختص بالأنشطة والبرامج التغذوية الوقائية الموجه للمجتمع وإدارة التغذية والأطعام التي تختص بالأنشطة والبرامج التغذوية العلاجية وكذلك قسم مختبرات الصحة العامة فى تنفيذ معظم الأنشطة والبرامج المشار إليها أعلاه ونوضحها فيما يلي :

مراقبة الأغذية وحماية المستهلك

- ١ - يتولى قسم مختبرات الصحة العامة إجراء جميع التحاليل البكتريولوجية والكيميائية للأغذية المستوردة أو المنتجة محلياً للتأكد من مطابقتها للمواصفات القياسية وصلاحيتها للإستهلاك الأدمي .
- ٢ - تتولى وحدة التغذية بقسم الصحة الوقائية الرقابة الصحية على تداول أغذية الأطفال (بدائل حليب الأم وأغذية الفطام) والتأكد من مطابقتها للمواصفات القياسية والشروط الصحية والتغذوية وتطبيق بنود المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم الصادرة من منظمة الصحة العالمية . كما تقوم وحدة التغذية بتسجيل وتنظيم تداول الأغذية ذات الإستعمالات الخاصة التي كان يطلق عليها الأغذية الصحية سابقاً .
- ٣ - تشارك وحدة التغذية وقسم مختبرات الصحة العامة فى جميع اللجان الفنية التي تقوم بوضع المواصفات القياسية للأغذية وإبداء الرأي بالمواصفات القياسية الخليجية .
- ٤ - تتولى وحدة صحة البيئة بقسم الصحة الوقائية الرقابة الصحية على المياه سواء مياه الشرب أو المياه المعالجة المستخدمة للأغراض الزراعية .
- ٥ - يتولى قسم الصحة الوقائية إصدار شهادات اللياقة الصحية لجميع متداولي الأغذية فى البلاد .
- ٦ - تشارك وحدة التغذية فى لجنة توعية المستهلك التابعة لإدارة حماية المستهلك بوزارة التجارة والصناعة .
- ٧ - يشارك قسم الصحة الوقائية بالرقابة الصحية على المقاصف والكافتيريات المدرسية .
- ٨ - تتولى مراكز الصحة الوقائية بالمستشفيات الرقابة الصحية على الأغذية المقدمة لسنلاء المستشفيات للتأكد من صلاحيتها وكذلك اللياقة الصحية للعاملين فى مطابخ المستشفيات .
- ٩ - يتولى قسم الصحة الوقائية تطبيق نظام الترصد لحالات التسممات الغذائية .
- ١٠ - يشارك قسم الصحة الوقائية فى تنفيذ إجراءات الترخيص لإقامة منشآت وحرف إنتاج الأغذية

مراقبة الحالة التغذوية والصحية لفئات عمرية مختلفة فى المجتمع .

تقوم وحدة التغذية حالياً بوضع نظام للترصد التغذوي لمراقبة الحالة التغذوية والصحية للمجتمع الكويتي بالإستعانة بأحد الإستشاريين من منظمة الأغذية والزراعة وقد تم منذ سنتين تطبيق برنامج الترصد للأطفال الرضع حتى عمر سنة من خلال برنامج التطعيم المطبق فى دولة الكويت كما تم خلال هذا العام إدخال برنامج الترصد للمواليد الكويتيين وتلاميذ المدارس من المرحلة العمرية من ٦ - ١٣ سنة .

التوعية والتثقيف التغذوي

تعتبر وزارة الصحة الجهة المسؤولة عن تنفيذ جميع برامج التوعية والتثقيف التغذوي وتساهم وزارات أخرى مثل وزارة التربية ووزارة الشؤون الإجتماعية والعمل ووزارة الإعلام وبعض الهيئات التعليمية مثل الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب في تنفيذ برامج التوعية والتثقيف التغذوي من خلال التعاون مع وزارة الصحة وتعتمد أنشطة التوعية بشكل رئيسي على إصدار المطبوعات مثل النشرات والملصقات والكتيبات وإقامة الندوات والمحاضرات والمعارض والبرامج الإذاعية والتلفزيونية ، ويشكل النقص الحاد في الكوادر الوطنية المتخصصة في مجال التثقيف التغذوي أهم عقبة تحول دون التوسع في أنشطة التوعية وتنفيذ الخطط الموضوعية بالإضافة إلى عدم وجود مركز أو وحدة متخصصة في إنتاج الوسائل الإيضاحية وكذلك عدم توفر الموارد المالية الكافية .

الإرشاد والرعاية الغذائية والتغذية للمرضى

تقوم إدارة التغذية والأطعام بوزارة الصحة بالمسئولية الكاملة في تقديم خدمات التغذية العلاجية لـمستشفيات والمستشفيات والمراكز العلاجية التخصصية بالإضافة إلى العيادات لإستقبال المراجعين الراغبين في الحصول على الأنظمة الغذائية لإنقاص الوزن أو زيادته أو نظام غذائي لحالات مرضية خاصة مثل ارتفاع ضغط الدم أو القلب أو الداء السكري وغيرها من الأمراض التي تتطلب نظام غذائي مناسب للحالة المرضية .

تدريب وتأهيل الكوادر الوطنية

تقوم كل من وحدة التغذية بقسم الصحة الوقائية وإدارة التغذية والأطعام بتدريب طلبة كلية العلوم الصحية عملياً أثناء السنوات الدراسية طبقاً للنظام التعليمي المطبق بالكلية بالإضافة إلى المشاركة في الدورات التدريبية التخصصية أو التنشيطية التي تقيمها الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب أو أي جهة حكومية أخرى أو الإدارات والأقسام الأخرى بالوزارة . كما يشارك متخصصين بالوزارة في تدريس بعض المقررات الدراسية في كلية العلوم الزراعية بالإضافة الى إقامة دورات تدريبية للعاملين بوزارة الصحة أو الوزارات والمؤسسات الأخرى بالدولة في مجالات الغذاء والتغذية .

البحوث والدراسات العلمية

تعتبر وزارة الصحة الجهة التي يقع على عاتقها إجراء الدراسات والبحوث في مجال التغذية ، أما الدراسات والبحوث في مجال الإنتاج الغذائي أو سلامة الغذاء فتشارك في تنفيذها عدة جهات فسي الدولة مثل معهد الكويت للأبحاث العلمية وجامعة الكويت والهيئة العامة لشؤون الزراعة والثروة السمكية . ويشكل نقص الموارد المالية والكوادر البشرية المتخصصة ذوي الخبرة عائق كبير في إجراء البحوث والدراسات العلمية .

الهيئة العامة لشئون الزراعة والثروة السمكية

تقوم الهيئة العامة لشئون الزراعة بتنفيذ عدة برامج تهدف إلى زيادة الإنتاج الغذائي الحيواني والنباتي من أجل تحقيق أمن غذائي للدولة ويفضل هذه البرامج أستطاعت الدولة في عام ١٩٨٩ - ١٩٩٠ (قبل الغزو مباشرة) الوصول الى النسب التالية في الإكتفاء الذاتي لبعض السلع الغذائية

الغذاء	نسبة الإكتفاء الذاتي
الخضروات الطازجة	٪٢٤
الأعلاف الخضراء	٪٦٠
لحوم الدواجن	٪٥١
البيض	٪٤٧
اللحوم الحمراء	٪١٢
الحليب ومنتجاته	٪٢٠
الأسماك الطازجة	٪٥٠
الروبيان	٪١٠٠

إلا أن الغزو العراقي العاشم دمر القطاع الزراعي أدى إلى إنخفاض الإنتاج الغذائي وتوقف بعض المصانع والشركات المنتجة وتعمل الدولة حالياً على إستعادة النشاط الزراعي والوصول إلى أعلى نسبة من الإكتفاء الذاتي في بعض السلع الغذائية الممكن إنتاجها حتى يمكن تحقيق أمن غذائي للدولة ، وطبقاً للبيانات الصادرة عن الهيئة العامة لشئون الزراعة والثروة السمكية يمكن القول إن إنتاج بعض السلع الغذائية قد وصل إلى نفس النسب السابقه (قبل الغزو) ويوضح الجدول التالي نسبة الإكتفاء الذاتي من السلع الغذائية خلال عام ١٩٩٢

الغذاء	نسبة الإكتفاء الذاتي
اللحوم الحمراء	٪ ٨٢
لحوم الدواجن	٪ ٢٢,٣٤
البيض	٪ ١٥,٤٨
الحليب	٪ ١٦,٥٧
أسماك طازجة أو مجمدة	٪ ٥٨,٥١
روبيان طازج ومجمد	٪ ١٠٦,٠٠

وزارة التجارة والصناعة

تعتبر وزارة التجارة والصناعة الجهة التشريعية فيما يخص إصدار المواصفات والمقاييس للأغذية وقوانين الإستيراد والإنتاج الغذائي المحلي وقوانين حماية المستهلك ويعاونها في تنفيذ هذه التشريعات كل من وزارة الصحة وبلدية الكويت وتتيح القوانين المعمول بها إستيراد المواد الغذائية دون تحديد للكمية أو النوعية لكل من لدية ترخيص تجاري عام للإستيراد ولا يحدد الترخيص التجاري نوع السلعة الموصف لها في هذه الحالة .

وزارة التربية والتعليم

تتولى وزارة التربية مسئولية توفير التغذية المدرسية وفي النظام الحالي المعمول به تقوم وزارة التربية بتوفير وجبة غذائية مجانية للأطفال في مرحلة الرياض فقط بينما يتم توفير أطعمة للتلاميذ في المقاصف والكافتيريات في جميع المراحل الدراسية الابتدائية والمتوسطة والثانوية وتقوم وزارة الصحة بتحديد أنواع الأطعمة والرقابة الصحية عليها .

ولا تدرس علوم التغذية ضمن المقررات الدراسية لأي مرحلة دراسية ولكن توجد بعض المعلومات الغذائية والصحية في بعض المقررات الدراسية مثل مادة العلوم بالإضافة الى مادة الإقتصاد المنزلي للبنات في المرحلة المتوسطة والثانوية .

وزارة الإعلام

تساهم وزارة الإعلام في توعية المجتمع من خلال البرامج الإذاعية والتلفزيونية والمجلات والصحف اليومية .

معهد الكويت للأبحاث العلمية

يساهم المعهد في إجراء البحوث والدراسات العلمية في مجال تكنولوجيا الأغذية والمواصفات والسلامة الغذائية وموارد المياه والثروة السمكية وكذلك في أنشطة التدريب .

جامعة الكويت

تساهم الجامعة في مجال البحوث والدراسات العلمية وأنشطة التدريب .

الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب

تمنح الهيئة دبلوم في تخصص التغذية أو الأغذية وهي الشهادة العلمية الوحيدة التي تؤهل كوادر وطنية للعمل في مجالات الغذاء والتغذية ، ونظراً لعدم وجود حوافز تشجيعية للمتخصصين في التغذية حدث عزوف للشباب للدراسة والإلتحاق بالأعمال المتعلقة بالأغذية والتغذية . كما لا يتوفر في الدولة أي مؤسسة تعليمية لتخريج كوادر وطنية من حملة الشهادة الجامعية بسبب عدم وجود قسم علمي لتدريس التغذية سواء في الجامعة أو الهيئة .

بلدية الكويت

تتولى بلدية الكويت تنفيذ جميع إجراءات الرقابة على الأغذية المستوردة أو المنتجة محلياً عدا الفحص المخبري الذي تقوم به وزارة الصحة . ويوجد في دولة الكويت نظام متكامل للرقابة على الأغذية ، كما تقوم بلدية الكويت برصد الأغذية المستوردة وتسجيل بيانات صلاحية الأغذية المتداولة في الكويت .

الصادرة بالقرار الوزاري رقم ٢٣١ لسنة ١٩٨٩ وعضويتها في لجنة الأغذية المستوردة واللجان الفنية لوضع المواصفات القياسية للأغذية واللجنة العليا للرقابة الصحية على المقاصف والكافتيريات المدرسية ولجنة تقييم الإعلانات المتعلقة بالصحة والتغذية المشكلة بالقرار الوزاري رقم ٥٠ لسنة ١٩٩٣ ، وعملها كجهة فنية لتقديم المشورة فيما يتعلق بالجوانب التغذوية لكافة قطاعات الدولة . كما تم تكليف الوحدة بالعمل كأمانة سر لمجلس شئون الأغذية لمساعدة المجلس في مباشرة أعماله وفي إجراء التنسيق بين جميع الجهات المعنية بشئون الغذاء والتغذية في الدولة . وتتولى الوحدة حالياً وضع نظام للترصد التغذوي لدولة الكويت وإجراء المسوح والدراسات الميدانية لتقييم الحالة التغذوية لأفراد المجتمع ودراسة مشكلات سوء التغذية والأمراض المزمنة المرتبطة بالتغذية والسائدة في المجتمع .

الخطة الوطنية للنهوض بالتغذية فى المملكة العربية السعودية

محمد بن صالح الجاسر

إدارة التغذية - وزارة الصحة - الرياض - المملكة العربية السعودية

مقدمة

إن مظاهر سوء التغذية بالأفراط أو التفريط بتناول العناصر الغذائية موجودة فى المملكة فمازالت حالات فقر الدم ونقص عنصر الحديد وحالات سوء التغذية بعوز الطاقة والبروتين والكساح موجودة جنباً إلى جنب مع حالات أمراض الرفاهية كالبدانة والداء السكري وأمراض القلب الوعائية وأرتفاع التوتر الشرياني وبعض أنواع السرطانات والتي بدأت تزداد إنتشاراً يوماً بعد يوم . وعلى الرغم من التقدم والتحسن الملحوظ فى إنخفاض نسبة الوفيات العامة ووفيات الأطفال فى السنة الأولى إلا أن هذه النسب مازالت تعتبر عالية مقارنة مع الدول الصناعية . وتشير الأحصاءات المتوفرة إلى زيادة إنتاج المحاصيل الزراعية والحيوانية ومراقبة إستيرادها لتأمين حد معقول من الأمن الغذائي مما رفع مستوى المتوفر من العناصر الغذائية إلى حدود الأحتياجات العالمية . كما تشير الأحصاءات إلى أرتفاع عدد المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات العلاجية والوقائية فى جميع أنحاء المملكة . ويضاف لهذا التطور الكبير تحسن الحالة الأقتصادية والأجتماعية والتعليمية وتحسن خدمات صحة البيئة ونجاح عمليات التلقيح الواسعة لدى الأطفال والأمهات مع تقدم الخدمات فى المجال الزراعي والبيطري وخدمات الرقابة على سلامة الغذاء منذ وصول الأغذية إلى موانئ المملكة حتى وصولها إلى المستهلك مما انعكست آثارها على الحالة التغذوية .

أهداف الخطة الخمسية فى المجال التغذوي التي اقترحتها إدارة التغذية فى وزارة الصحة لعام ١٤١٥ هـ - ١٤٢٠ هـ .

- تتلخص أهداف الخطة الخمسية المقترحة فى المجال التغذوي بما يلي :
- ١ - القضاء على سوء التغذية الحاد والمتوسط عند الأطفال دون سن الخامسة .
 - ٢ - خفض معدلات المواليد الجدد ناقصي الوزن إلى أقل من ١٠٪ .
 - ٣ - خفض معدل أنتشار فقر الدم بنقص الحديد بين النساء والأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من ثلث معدلاتها الحالية .
 - ٤ - القضاء على الأضطرابات الناتجة عن نقص اليود فى أماكن التوطن .
 - ٥ - خفض معدلات الأصابة بالسمنة إلى النصف .
 - ٦ - تشجيع جميع الأمهات على الرضاعة الطبيعية .
 - ٧ - رصد النمو فى جميع المراكز الصحية وإتخاذ الإجراء السليم للوصول إلى المعدلات الطبيعية .
 - ٨ - نشر المعلومات التغذوية والصحية التي تساعد على ضمان الأمن الغذائي .

الاستراتيجيات التغذوية المقترحة

تحددت الاستراتيجيات اللازمة لتحقيق هذه الأهداف وفق المحاور الثمانية التي أقرها المؤتمر الدولي للتغذية الذي عقد في روما ١٩٩٢ ووافقت عليه المملكة مع باقي دول العالم ونستعرضها كمايلي :

- ١ - تحسين الأمن الغذائي للأسرة .
- ٢ - حماية المستهلكين من خلال تحسين نوعية الأغذية وسلامتها .
- ٣ - رعاية الفئات المحرومة إجتماعياً وأقتصادياً والفئات الحساسة من الناحية التغذوية مع العناية بشكل خاص بتشجيع الرضاعة الطبيعية .
- ٤ - الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها .
- ٥ - الترويج للأغذية الملائمة وأنماط الحياة الصحية .
- ٦ - الوقاية من نقص المغذيات (العناصر الغذائية الدقيقة) .
- ٧ - تقييم الأوضاع التغذوية ورصدها .
- ٨ - ادراج الأهداف التغذوية في البرامج والسياسات الأثمانية .

منجزات المملكة فى مرحلة ما بعد مؤتمر روما للتغذية ١٩٩٢ م

رفعت اللجنة الوطنية المشتركة للغذاء والتغذية المكونة من ممثلين من وزارة الصحة والتجارة والزراعة والمياه والشئون البلدية والقروية والهيئة العربية السعودية للمواصفات والمقاييس تقريرها عن منجزات الملكة لإجتماع الأسكندرية فى سبتمبر ١٩٩٤ م الذى تضمن أعمال القطاع الزراعي فى زيادة المنتجات الزراعية والحيوانية وزيادة الوعي للمزارعين ، وتوفير مياه الشرب على مستوى المملكة ، والأهتمام بالأغذية وسلامتها عن طريق وضع المواصفات والأشترطات الصحية للأماكن والعاملين واقامة المختبرات المتخصصة والبحوث الميدانية ، كما تضمن التقرير أعمال القطاع الصحي وتنفيذ برامج مكافحة الأمراض المعدية ورعاية الأمومة والطفولة وتشجيع الرضاعة الطبيعية والتوعية الصحية والتغذوية واقامة الدورات التدريبية فى مجالات التغذية والتغذية العلاجية ، كذلك إستعرض التقرير دور قطاع التعليم والتوعية ودور قطاع الأعلام والتخطيط والخدمات الإجتماعية وقطاع البحث العلمي وقطاع المال بما فيه مساعدات الحكومة السعودية الأنسانية الرامية للتخلص من الجوع والمجاعات .

خطط العمل المستقبلية

نقترح فيما يلي بعض خطط العمل المستقبلية لمعالجة المشكلات التغذوية فى المنطقة وتحقيق الأهداف التى ذكرت سابقاً

- ١ - رعاية الفئات الحساسة .
 - أ - الأطفال الرضع .
 - تشجيع الرضاعة الطبيعية .
 - توسعة تطبيق المستشفيات صديقة الطفل .
 - الحث على إصدار تشريع يختص بتسويق حليب الأطفال .

خطوات التنفيذ

- تدريب العاملين
- تثقيف وأعلام وتوعية
- تطوير البرامج المدرسية ذات العلاقة
- تشجيع إقامة جمعيات لتشجيع الرضاعة الطبيعية أو التنسيق مع الجمعيات الحالية لإشراك المجتمع .
- إصدار تشريعات تساعد الأم المرضع العاملة على أداء مهمتها مثل إنشاء دور الحضانة واطالة أجازة الأمومة في أماكن العمل .
- رصد وتقييم ومتابعة النشاطات .

الجهات المشاركة

- إدارة التغذية في وزارة الصحة
- الرعاية الصحية المدرسية
- المراكز الصحية الأولية
- التوعية الصحية
- الشؤون الاجتماعية
- الأعلام والهيئات الدولية
- الجمعيات الأهلية

ب - الأطفال قبل سن المدرسة :

- تغذية سليمة
- متابعة النمو
- التطعيم
- تأهيل غذائي للمصابين بنقص التغذية
- المباشرة بين فترات الحمل
- الرصد التغذوي
- دعم الأسر الفقيرة بالأغذية التكميلية

خطوات التنفيذ

- إستكمال تجهيزات المراكز الصحية
- متابعة تنفيذ البطاقة الصحية
- توفير صالات للمحاضرات ومطابخ للتعليم
- أعلام وتثقيف وتوعية
- تدريب العاملين

الجهات المشاركة

- إدارة التغذية
 - المراكز الصحية الأولية
 - الجمعيات الخاصة صديقة المراكز الصحية الأولية
- ج - **الأمهات الحوامل والمرضعات :**

- رعاية الحوامل والمرضعات
- توعية صحية وتغذية
- متابعة وزن الحامل
- تقدير نسبة الهيموجلوبين
- تقدير نسبة سكر الدم
- توفير خدمات تنظيم الأسرة
- توفير التغذية التكميلية للأمهات الفقيرات
- الرصد التغذوي

خطوات التنفيذ

- دعم المراكز الصحية بالأمكانيات والأموال وخدمات المعامل
- تدريب العاملين على التوعية والتثقيف والرصد
- إدخال بعض مناهج التوعية التغذوية والصحية بمناهج التعليم الرسمية
- إصدار التشريعات بهدف حماية الأم الحامل والمرضع

الجهات المشاركة

- إدارات وزارة الصحة ذات العلاقة
- الشؤون الاجتماعية
- وزارة الإعلام
- الإرشاد الزراعي
- الجمعيات الأهلية
- رعاية الشباب

التغذية المدرسية :

- د - تحديد نوعيات الأغذية التي تباع فى المقاصف وأهمها وجود الفواكه والحليب
- تقديم الأغذية التكميلية متى دعت الحاجة
- تقديم وجبة متكاملة وخاصة للفئات الفقيرة
- توفير الرعاية الصحية والتطعيمات

- تشجيع الرياضة البدنية
- التوعية التغذوية من خلال المناهج الرسمية والنشاطات المدرسية
- الرصد التغذوي والمتابعة

خطوات التنفيذ

- تحسين حالة المقاصف
- رصد ميزانية فى حالة تقديم التغذية التكميلية والوجبة المتكاملة

الجهات المشاركة

- الصحة المدرسية فى وزارة المعارف ورئاسة تعليم البنات
- إدارة التغذية فى وزارة الصحة
- وزارة الأعلام والهيئات الدولية
- رعاية الشباب

مرضى المستشفيات والمصحات والمراكز الصحية الأولية

- توفير الاحتياجات التغذوية حسب حالة المريض
- توفير العدد الكافي من الكوادر المتخصصة وتدريبهم
- توفير متطلبات التثقيف التغذوي : مطابخ تعليمية - وسائل سمعية وبصرية - مطبوعات - دلائل حميات غذائية - أفلام تعليمية
- رصد الحالة التغذوية ومتابعة التنفيذ

خطوات التنفيذ

- تطوير الوثيقة العامة للتغذية حسب الاحتياج
- متابعة تدريب الأخصائيين وتأهيلهم
- متابعة الجهود لتنفيذ دورات فى التغذية العلاجية
- استقطاب وتحسين أوضاع الأخصائيين وذلك بضمهم للكادر الصحي
- توفير المطابخ التعليمية ووسائل التوعية
- إنشاء الجمعية الوطنية للغذاء والتغذية
- تنفيذ برامج مكافحة الأمراض غير المعدية :
 - أ - مكافحة داء السكري
 - ب - مكافحة أمراض القلب الوعائية
 - ج - مكافحة السمنة
 - د - مكافحة فقر الدم الغذائي
 - هـ - مكافحة السرطانات
 - و - مكافحة عوز اليود

الجهات المشاركة

- إدارات وزارة الصحة ممثلة في :
- الوكالة المساعدة للصحة الوقائية
- إدارة التغذية
- الإدارة العامة للمستشفيات
- الإدارة العامة للمراكز الصحية الأولية
- الإدارة العامة للمختبرات المركزية
- الإدارة العامة للأحصاء الصحي الحيوي
- التوعية الصحية
- القطاعات الأخرى غير الصحية : وزارة التجارة - وزارة الزراعة والمياه - وزارة المعارف - رئاسة تعليم البنات - الجامعات - الجمعيات الأهلية
- رعاية الشباب - الأعلام - الهيئات الدولية - الصناعة - المؤسسة العامة للمطاحن والفلال - الجمعيات الخيرية النسائية

الترصد الغذائي والتغذوي :

- إدخال نظام الترصد الغذائي والتغذوي ضمن خدمات الرعاية الطبية في المستشفيات والمراكز الصحية للكشف المبكر على حالات سوء التغذية وتسجيلها والإبلاغ عنها عن طريق مديريات الشؤون الصحية في المناطق ورفعها لإدارة التغذية لتحليلها .
- دعم باقي القطاعات : زراعة - تجارة - شؤون بلدية وقروية - معارف - رئاسة تعليم البنات للقيام بنفس المهمة .

خطوات التنفيذ

- توفير إمكانيات الاتصال (الحاسوب أو الفاكس وربطها بإدارات التغذية في جميع القطاعات) .
- توفير دليل تدريب العاملين على رصد الحالات الغذائية والتغذوية وتسجيلها والإبلاغ عنها .
- تدريب كافة العاملين في وحدات الرصد على إداء مهامهم ومتابعة التنفيذ .

الجهات المشاركة :

- أقسام التغذية في المستشفيات والإدارات - إدارة التغذية - إدارة الأحصاء الصحي الحيوي - التوعية الصحية - الإدارة العامة للمستشفيات - الإدارة العامة للمراكز الصحية الأولية - إدارات التغذية في القطاعات الأخرى - إدارات الأحصاء في القطاعات الأخرى .

- ٣ - أدماج الأهداف والمكونات التغذوية في سياسات البرامج الأثمانية :
- أدماج الأهداف في السياسات - مثال ما أقرحته إدارة التغذية في الخطة الخمسية ١٤١٤ هـ - ١٤١٥ هـ متضمناً بعض الخطوات الاستراتيجية لتحقيق هذه الأهداف
 - توعية صانعي القرار ومسئولي التخطيط
 - تعزيز الروابط والتنسيق بين الجهات المشاركة
- خطوات العمل التنفيذية**
- عقد المؤتمرات والندوات وحلقات العمل واللقاءات العملية
 - إنشاء المجلس الوطني للغذاء والتغذية
 - استصدار قرار لإنشاء اللجنة المشتركة للغذاء والتغذية
- الجهات المشاركة**
- وزارات الصحة - الزراعة والمياه - الصناعة - الشؤون البلدية والقروية - التجارة - المعارف - التعليم العالي - الأعلام - الهيئة العربية السعودية للمواصفات والمقاييس
 - رعاية الشباب .

جمعية التغذية العربية ودورها فى النهوض بالتغذية فى دول مجلس التعاون الخليجي

عبدالرحمن عبيد مصيقر

قسم علوم الغذاء والتغذية - كلية العلوم الزراعية - جامعة الإمارات العربية المتحدة - العين

مقدمة

تعتبر جمعية التغذية العربية أول جمعية عربية تختص بشئون الغذاء والتغذية فى الوطن العربي ، وقد عقد الأتجماع التأسيسي فى مدينة العين فى يوم الأثنين الموافق ٢١ نوفمبر ١٩٩٤ وتحت رعاية جامعة الإمارات العربية المتحدة . وجمعية التغذية العربية جمعية علمية غير حكومية وغير سياسية وليس من غايتها الربح المادي وتراعى الآداب والنظام العام والألتزام بالقوانين المعمول بها فى الدول العربية عند القيام بأنشطتها العلمية .

أهداف الجمعية

- تهدف جمعية التغذية العربية الى العمل على :
- ١ - تعزيز وتطوير برامج التغذية فى الدول العربية .
 - ٢ - التعاون والتنسيق فى مجالات التغذية فى الدول العربية .
 - ٣ - نشر الوعي التغذوي فى المجتمعات العربية من خلال وسائل الإتصال المختلفة .
 - ٤ - إجراء البحوث والدراسات المتعلقة بالتغذية .
 - ٥ - تبادل المعلومات والخبرات فى مجال التغذية بين دول المنطقة والأعضاء وذلك من خلال إقامة المؤتمرات وحلقات العمل والندوات وأي وسائل أخرى تحقق ذلك .
 - ٦ - إجراء الدورات التدريبية المتعلقة بالتغذية فى دول المنطقة .
 - ٧ - تقديم الإستشارات التغذوية للهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية فى المنطقة .
 - ٨ - تطوير المناهج المتعلقة بالتغذية فى المؤسسات التعليمية فى المنطقة .
 - ٩ - التعاون والتنسيق مع المنظمات الدولية فى مجال النشاطات والبرامج المتعلقة بالتغذية فى المنطقة .
 - ١٠ - عقد مؤتمر للتغذية كل ٣ سنوات فى إحدى الدول العربية .

العضوية : تنقسم العضوية فى جمعية التغذية إلى ثلاثة أنواع : عضو عامل وعضو مشارك وعضو فخري .
العضو العامل : ويشمل الفئات التالية :

- ١ - الأشخاص الذين يحملون شهادة معتمدة فى التغذية .
- ٢ - الجمعيات الوطنية المتعلقة بالتغذية ومراكز بحوث التغذية وأتحادات التغذية أو أي مجمرة علمية لها علاقة مباشرة بنشاطات التغذية فى المنطقة .
- ٣ - أقسام التغذية فى وزارات الصحة والزراعة والتجارة وغيرها وكذلك أقسام الغذاء والتغذية فى الجامعات والمؤسسات العلمية والتعليمية فى المنطقة .

العضو المشارك : ويشمل الفئات التالية :

- ١ - الأشخاص الذين يحملون شهادات معتمدة في تخصصات لها صلة بالتغذية مثل الصناعات الغذائية وغيرها .
- ٢ - الجمعيات والإتحادات ومراكز البحوث الإقليمية التي تعمل في المنطقة ولها صلة غير مباشرة بنشاطات التغذية مثل مراكز البحوث الزراعية والصحية وتصنيع الأغذية وغيرها .
- ٣ - المعاهد التعليمية والتدريبية التي لها صلة بالغذاء والتغذية مثل المعاهد الصحية ومؤسسات التدريب في مجال الرقابة الغذائية وغيرها .
- ٤ - المنظمات الدولية التي لها فروع في الدول العربية .
- ٥ - مختبرات الأغذية الموجودة في المنطقة سواء المرتبطة بالمؤسسات الحكومية أو الأهلية .

العضوية الشرفية :

- أ - وتمنح لمن يقدم للجمعية العون المادي أو المعنوي أو لمن يسهم في تطوير مجالات إهتماماتها .
- ب - يتم ترشيحه من قبل مجلس الإدارة .
- ج - يشترط صدور قرار من الجمعية العمومية بالموافقة على اختياره .
- د - يمكنه حضور إجتماعات الجمعية العمومية إلا أنه لا يملك حق التصويت .
- هـ - يعفى من تسديد أو دفع أي اشتراكات سنوية .

طريقة الانضمام الى جمعية التغذية :

- أ - تقدم طلبات الانضمام للجمعية كتابياً الى السكرتير العام .
- ب - يتم عرض طلب الانضمام على مجلس الإدارة في أول إجتماع له للبت في قبول الطلب أو رفضه خلال ٦ أشهر من تاريخ تقديمه .
- ج - يخطر مقدم الطلب كتابياً بقرار مجلس الإدارة بالقبول أو الرفض وبنوعية العضوية (عاملة أو مشاركة) . وفي حالة الرفض يجب أن توضح أسباب الرفض ولا يجوز إعادة النظر في الطلبات التي سبق للمجلس رفضها إلا بعد مرور عام من تاريخ قرار الرفض أو بعد ٣ أشهر في حالة تبدد اختصاص الشخص أو نوع نشاط الجمعية المتقدمة بطلب العضوية .

توصيات أجتتماع تأسيس جمعية التغذية العربية

- (أ) الموافقة على إنشاء جمعية التغذية العربية .
- (ب) الموافقة على النظام الأساسي للجمعية الذي تم إعداده من قبل المنسق العام بعد إجراء التعديلات المطلوبة .
- (ج) الموافقة على عقد المؤتمر العربي للتغذية في إحدى الدول العربية وفي موعد يحدد بعد الإتصالات مع جميع المشاركين والدولة المستضيفة للمؤتمر .
- (د) تكوين لجنة مصغرة من د. عبد الرحمن مصيقر - جامعة الإمارات ، والدكتور عبد المنعم حسن - وزارة الصحة العامة - قطر والدكتور خالد المدني - وزارة الصحة - السعودية ، للقيام بالأعمال التالية :

- ١ - الأعداد والتنظيم لعقد المؤتمر العربي الأول للتغذية في إحدى الدول العربية وذلك بالتشاور والتنسيق مع نقاط الإتصال في كل دولة واللجنة المنظمة للمؤتمر في الدولة المستضيفة لهذا المؤتمر .
- ٢ - المشاركة مع اللجنة المنظمة للمؤتمر ونقاط الإتصال في إعداد البرنامج العلمي وتشكيل اللجان الأخرى ذات العلاقة .
- ٣ - العمل على عقد إجتماعات دورية مع حلقات الإتصال بغرض تنسيق الجهود ولعقد المؤتمر الأول للتغذية وأشهار الجمعية .
- ٤ - ترويج أهداف الجمعية في المنطقة العربية والإتصال مع الجمعيات والإتحادات ومراكز البحث العلمي في الوطن العربي وغيرها لغرض حثها على الإشتراك في جمعية التغذية العربية .
- ٥ - إعداد نشرة تعريفية (مؤقتة) تتعلق بنشاطات جمعية التغذية العربية وذلك بالتنسيق مع نقاط الإتصال .
- ٦ - إعداد مقترح لإصدار مجلة علمية محكمة باسم جمعية التغذية العربية .
- ٧ - العمل على إيجاد شعار أو أكثر للجمعية لغرض عرضه على أقرب إجتماع لحلقات الإتصال وبالتالي إقراره كشعار للجمعية .
- ٨ - العمل على إيجاد دعم مالي ومعنوي من الجهات العلمية والمنظمات الدولية والشركات والهيئات الأخرى .

(هـ) تعيين شخص أو أكثر في كل بلد كنقطة إتصال وذلك لغرض القيام بالمهام التالية :

- ١ - التنسيق مع المنسق العام في الجوانب التنظيمية والإدارية لعقد المؤتمر العربي الأول للتغذية .
- ٢ - الترويج للأشتراك في جمعية التغذية العربية وحث الجمعيات ومراكز البحث العلمية وأقسام التغذية وغيرها في بلدة على الإشتراك والمساهمة في جمعية التغذية العربية .
- ٣ - تزويد المنسق العام بالأخبار والمعلومات المتعلقة بنشاطات التغذية لغرض عرضها في النشرة التعريفية خاصة تلك المتعلقة بترويج جمعية التغذية العربية .

دور جمعية التغذية العربية في النهوض بالتغذية في دول الخليج

تشكل دول الخليج العربية ركيزه أساسيه لجمعية التغذية العربية ، كما أن العديد من المؤسسات غير الحكومية ذات العلاقة بالتغذية المتواجدة في دول الخليج أبدت إستعدادها في تقديم الدعم المادي للجمعية . وبناء عليه فإن دول مجلس التعاون الخليجي يمكنها الأستفاده من أنشطة الجمعية في تحقيق بعض الأهداف المرتبطة بالنهوض بالتغذية في مجتمعات الخليج دون المرور بالمعاملات البيروقراطية الحكوميه ، ومن أهم الجوانب التي يمكن تحقق دعماً لأنشطة التغذية في دول الخليج :

- ١ - التنسيق مع الجمعية في إجراء الندوات والحلقات العلمية في إحدى دول مجلس التعاون الخليجي مما يسهل من حضور أكبر عدد من المهتمين بالتغذية في المنطقة لهذه الندوات .

- ٢ - العمل على إعداد الدراسات والبحوث المتعلقة بالكشف عن المشاكل الغذائية في منطقة الخليج .
- ٣ - إعداد الكتيبات والمنشورات التثقيفية التي تركز على تصحيح العادات الغذائية السيئة في دول الخليج .
- ٤ - عمل الدورات التدريبية في التغذية في إحدى دول مجلس التعاون الخليجي .

المشاركون فى حلقة العمل حول
حالة الغذاء والتغذية فى مجلس التعاون لدول الخليج العربية بين الواقع والتطلعات

العين ٢٢ - ٢٤ مايو ١٩٩٥

الإمارات العربية المتحدة

سعيد بن أسحاق
مدير الرعاية الصحية
منطقة العين الطبيه
وزارة الصحة - أبوظبي

هازي كلير

مسؤولة التغذية - وحدة التغذية
إدارة رعاية الأمومه والطفوله
وزارة الصحة - أبوظبي

حسن الكثيري

رئيس مختبر الأغذية والمواصفات
مركز رقابة الأغذية والبيئه
بلدية أبوظبي - أبوظبي

متوكل محمد

كبير المحللين
مركز رقابة الأغذية والبيئه
بلدية أبوظبي - أبوظبي

موسى على

رئيس مختبر الصحة العامه
بلدية دبي - دبي

خالد شريف

مساعد رئيس شعبة تفتيش الأغذية
بلدية دبي - دبي

عبدالرحمن مصيقر
أستاذ مشارك
قسم علوم الغذاء والتغذية
كلية العلوم الزراعية
جامعة الإمارات العربية المتحدة

ناجي أبو رميله
أستاذ التغذية
قسم علوم الغذاء والتغذية
كلية العلوم الزراعية
جامعة الإمارات العربية المتحدة

محمدزين علي
مدرس
قسم علوم الغذاء والتغذية
كلية العلوم الزراعية
جامعة الإمارات العربية المتحدة

زهور الصباغ
مسؤولة التثقيف الصحي
قسم التثقيف الصحي
بلدية دبي - دبي

ميرفت شعبان
أخصائية تغذية
إدارة الطب الوقائي - العين

وفاء أبوعلي
مسؤولة التثقيف الصحي
إدارة الطب الوقائي - دبي

عبدالغفار عبدالغفور
مدير الصحة المدرسية
وزارة الصحة - أبوظبي

ندى أبو الأديب
مسؤولة التغذية
منطقة العين الطبية
العين

رشدي عبد المنعم
رئيس قسم التغذية
منطقة الفجيرة الطبية
الفجيرة

البحرين

زكريا عبد القادر خنجي
أخصائي أغذية
إدارة المختبرات
وزارة الصحة - المنامة

سلطنة عُمان

نايله نوري
مسؤولة التغذية
المستشفى السلطاني
وزارة الصحة - مسقط

قطر

ميسون مرقبة
مديرة إدارة التغذية
مؤسسة حمد الطبية
الدوحة

أحمد قطب
مدير المركز الأقليمي لرصد تلوث الأغذية
وزارة الصحة العامه
قطر

الكويت
فوزية العوضي
مديرة إدارة الأغذية والأطعام
وزارة الصحة العامه - الكويت

نوال القعود
رئيسة قسم التغذية
إدارة الأغذية والأطعام
وزارة الصحة العامه - الكويت

زهمز موسى
رئيسة وحدة التغذية
إدارة الصحة العامه
وزارة الصحة العامه - الكويت

عبد الله الشمري
مدير إدارة الأغذية لشؤون الأغذية المستوردة
بلدية الكويت - الكويت

المملكة العربية السعودية
أحمد الشوشان
أستاذ مشارك
قسم علوم الغذاء
كلية الزراعة - جامعة الملك سعود
الرياض

عبدالرحمن الخليفة
أستاذ مشارك
قسم علوم الغذاء
كلية الزراعة - جامعة الملك سعود
الرياض

محمد الجاسر
مدير إدارة التغذية
وزارة الصحة
الرياض

منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة
سمير الميلادي
المستشار الأقليمي للتغذية
المكتب الأقليمي
القاهرة - جمهورية مصر العربية

