



الوضع التغذوي والرقابة الغذائية في مجلس التعاون لدول الخليج العربية

تحرير

د. عبدالرحمن مصيقر

د. سمير الميلاوي



الوضع التغذوي والرقابة الغذائية في مجلس التعاون لدول الخليج العربية

تحرير

د. عبدالرحمن مصيقر
مركز البحرين للدراسات والبحوث
دولة البحرين

د. سمير الميلادي
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة
المكتب الإقليمي - القاهرة

الطبعة الأولى ١٩٩٨
منظمة الأغذية والزراعة - المكتب الإقليمي للشرق الأدنى - القاهرة
مركز البحرين للدراسات والبحوث - دولة البحرين

الاصدارات العلمية لمركز البحرين للدراسات والبحوث
بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة. المكتب الأقليمي للشرق الأدنى. القاهرة
ابريل ١٩٩٨ م

٦١٢,٣

٦٤٥ م

مصيفر ، عبدالرحمن

الوضع التغذوي والرقابة الغذائية في مجلس التعاون لدول الخليج العربية / تحرير
عبدالرحمن مصيفر ، سمير الميلاوي . - البحرين : مركز البحرين للدراسات والبحوث ،
١٩٩٨ - ١١٠ ص : جداول بيانية : ٣٠ سم . التغذية / الأغذية - رقابة / الخليج العربي /
مركز البحرين للدراسات والبحوث / منظمة الأغذية والزراعة .
(تمت الفهرسة بمعرفة إدارة المعلومات والترجمة والنشر بالمركز)

- رقم الإيداع بالمكتبة العامة ٢٢٧٥ د. ع / ٩٨

المحتويات

الصفحة

- الوضع التغذوي في مجلس التعاون لدول الخليج العربية
بين الواقع والتحديات ١
عبدالرحمن مصيقر
- الوضع التغذوي في المملكة العربية السعودية ١٣
أحمد عبدالرحمن الشوشان
- الوضع التغذوي في دولة الكويت ٢٢
نوال القعود وفوزية العوضي
- مشاكل التغذية في سلطنة عمان ٣٤
دينا العصفور ونائلة نوري
- الوضع التغذوي في البحرين ٣٩
عبدالرحمن مصيقر
- حالة التغذية في دولة الإمارات العربية المتحدة ٥١
عبدالرحمن مصيقر وعبدالغفار محمد عبدالغفور
- واقع الرقابة الغذائية في إمارة دبي ٦٢
خالد شريف
- الرقابة على الأغذية في دولة قطر ٦٩
أحمد رمزي قطب
- الرقابة الغذائية في البحرين ٨٠
زكريا عبدالقادر خنجي وعبدالرحمن مصيقر
- الرقابة الغذائية في المملكة العربية السعودية ٨٧
عبدالرحمن الخليفة
- الرقابة الغذائية في دولة الكويت ٩٦
عبدالله الشمري
- الحدود والمواصفات لجودة الأغذية في مجلس التعاون الخليجي ١٠٠
(مثال من دولة الإمارات العربية المتحدة)
موسى علي أحمد ومحمد زين علي

تقديم

عقدت أول ندوة للغذاء والتغذية في دول الخليج العربية في عام 1980 في دولة البحرين وذلك بتنظيم من منظمة اليونيسيف 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 1981 - 1997 حدثت العديد من التغيرات في دول مجلس التعاون الخليجي وأنشأت أقسام للتغذية في معظم هذه الدول وتم إعداد العديد من الدراسات والبحوث المتعلقة بالغذاء والتغذية . وفي عام 1995 عقدت حلقة العمل حول حالة الغذاء والتغذية في مجلس التعاون لدول الخليج العربية في مدينة العين بدولة الإمارات العربية المتحدة وتم تقديم مجموعة من الأوراق حول الوضع التغذوي والرقابة الغذائية في هذه الدول . وقد تم نشر وقائع الحلقة من ضمن مطبوعات منظمة الأغذية والزراعة ، المكتب الإقليمي في القاهرة . وقد نفذت الطبعة الأولى لهذه الوقائع .

ونظراً لأهمية الأوراق التي قدمت في هذه الحلقة فقد تم إختيار الأوراق المتعلقة بالوضع الغذائي في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ونشرها في الكتاب الحالي وذلك لكي تتم الاستفادة من المعلومات المتوفرة في هذه الأوراق لجميع المهتمين بشؤون الغذاء والتغذية في دول المجلس .

الوضع التغذوي في مجلس التعاون لدول الخليج العربية بين الواقع والتحديات

عبدالرحمن عبيد مصيقر

مركز البحرين للدراسات والبحوث - البحرين

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 ينحسر 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 الانخفاض 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 والاقتصادية والاجتماعية خلال هذه المرحلة وذلك راجع إلى ارتفاع أسعار النفط بشكل مفاجئ وكبير خاصة بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، وكذلك إلى زيادة إنتاج النفط في دول المنطقة وبالتالي ارتفاع مستوى الدخل ، وبدء التيار الكهربائي والمياه الصالحة للشرب تصل إلى المناطق القروية والبدو وازداد 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 العمالة نتيجة التوسعات والمشاريع الاقتصادية والصحية الكبيرة . وحصل تحسن كبير في الخدمات الصحية والتعليمية مما ساهم في التقليل من إنتشار الأمراض المعدية والسيطرة على بعضها وإنخفض 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 وازداد الأعتتماد على الأغذية المعلبة والمحفوظة وبدء غزو الأغذية السريعة التي أصبحت جزء من العادات الغذائية خاصة عند الشباب والمراهقين ، وازداد أعتتماد الناس على الأجهزة الكهربائية في المنزل وأستخدام السيارة والأعتتماد 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 الاقتصادية 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 وأنخفض 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 أزهرت 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 والإمارات 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 للجهات 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 فى دول مجلس التعاون الخليجي

يمكن القول إن هناك ثلاثة أنواع من مشاكل التغذية فى دول الخليج العربية : النوع الأول يتعلق بالمشاكل المرتبطة بالنقص فى العناصر الغذائية مثل فقر الدم الناتج عن نقص الحديد ونقص فى عنصر اليود وفيتامين د والطاقة الحرارية ، والنوع الثانى يتعلق بالأمراض المتعلقة بالزيادة فى تناول الغذاء والتغير فى أسلوب الحياة مثل السمنة والسكري وأمراض القلب والسرطان وارتفاع ضغط الدم وهن العظام . أما النوع الثالث فهو المتعلق بالتلوث الغذائى والبئى خاصة التلوث بالمبيدات الحشرية وسموم الافلاتوكسين الخطره والتلوث بالرصاص ، وسوف نتطرق بإيجاز 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 المدرسى 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 فى الدم وهذا لا يعتبر مؤشراً كافياً بل يفضل استخدام مؤشرات أخرى معه ، كما أن انتشار الإصابة بفقر الدم الوراثى (الذى ليس له علاقة بالغذاء) لعب دوراً كبيراً فى ارتفاع نسبة الأشخاص المصابين بنقص الهيموجلوبين فى الدم فى منطقة الخليج .

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

وتشير الدراسات فى المملكة العربية السعودية أن نقص فيتامين د منتشر بشكل لافت للنظر فى بعض مناطق المملكة ويعتقد أن هذه المشكلة موجودة فى 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 فى 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 وشكل 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 سباقاً في تطوير الخدمات الصحية مما انعكس على الحالة التغذوية 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 الحياة

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 الملحة ، 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 والسمنة 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 الوفاة ويعتبر سرطان الرئة أهم أنواع السرطانات أنتشاراً عند الرجال يلي ذلك سرطان الجهاز الهضمي والمرتبط كثيراً بالتغير في نمط العادات الغذائية وقلة تناول الخضروات والفواكة الطازجة والأغذية الغنية بالألياف . كما أرتفعت حالات الأصابة بسرطان الشدى 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 المزمنة 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 غط التغذية والأصابة بالسمنة وتصل نسبة الأصابة بارتفاع ضغط الدم إلى ٣٠٪ خاصة عند النساء كبيرات السن ويعتبر هذا المرض أحد العوامل الرئيسية المؤدية 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 فإن 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 والنفطية من المشاكل الهامة التي تواجهها دول المجلس ، كما أن الاستخدام الخاطئ للمبيدات الحشرية وبشكل 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 الاستخدام الخاطئ للطب الشعبي وبعض أدوات التجميل كان له دوراً في التسمم بالرصاص . ويجب إلا نفقل أن تدفق الأغذية من كل مكان في العالم على منطقة الخليج خلق صعوبة كبيرة في الرقابة عليها والعديد من هذه الأغذية قد تحتوي على مواد ممنوع استخدامها مثل بعض المضافات 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 وأنجهن إلى استخدام الرضاعة بالقبينة (الصناعية) وقد يؤدي ذلك إلى سوء التغذية في حالة عدم تحضير الحليب الإصطناعي بالطريقة الصحية أو تحضيره بطريقة غير صحية مما يساعد على تلوثه 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 المحدوده 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 السليمه 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 الأميه** : لازالت نسبة الأميه عند كبار السن مرتفعة في منطقة الخليج خاصة عند الأمهات ، والأميه 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 الحاله 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 فأن 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 الحياه** : 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 المزمنه المتعلقة بالتغذية مثل أمراض القلب .

إنحسار الرضاعة الطبيعية في دول الخليج

يعد 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 إلى 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 الثدي وأجهت 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 قلت نسبة الأرضاع من الثدي ، 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 الثدي 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 أجهت 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 الثدي ٧ر٦ شهراً عند الأم في الأسرة التي راتبها حوالي ٤٠٠ دينار كويتي وتنخفض الفترة إلى ٤ر٨ شهراً عند الأم التابعة لأسرة دخلها الشهري أكثر من ١٢٠٠ دينار .

(٢) **عمل المرأة** : لقد أرتفعت نسبة النساء المنتحقات بالعمل في دول المنطقة وتبع ذلك قلة في الوقت اللازم للاهتمام بتغذية ورعاية الطفل ، مما أضطر العديد من الأمهات العاملات إلى فطام أطفالهن في سن مبكرة وأدخال أغذية الأطفال الجاهزة . وفي إحدى الدراسات في البحرين تبين أن نسبة الأمهات العاملات اللآتي يرضعن أطفالهم طبيعياً كانت ٦٩٪ مقابل ٧٤٪ للأمهات غير العاملات وفي الكويت وجد أن طول فترة الأرضاع من الثدي 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 الثدي 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 ففى 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 الإلتجاه 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 الإعتقاد 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 يفرس 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 في أرضاع طفلها في وقت مبكر بعد الولادة تستمر في أرضاعه من الثدي لفترة أطول من الأم التي بدأت أرضاع طفلها في 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 في سهولة إقتنائها وتوفرها في كل منزل ، فقد تبين أنه حتى في المناطق الجبلية والصحراوية توجد أماكن لترويج أغذية الأطفال ، وبما 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 .

وفي إحدى الدراسات عن البطاقة الإعلامية على أغذية الأطفال المتوفرة في أسواق كل من البحرين وسلطنة عُمان تبين أن البطاقة الاعلامية لأغذية الأطفال يتقصها بعض الاشتراطات الهامة والتي تؤثر على صلاحية وطريقة إستخدام هذه الأغذية مثل كتابة ظروف التخزين وطريقة التحضير والمعلومات الغذائية ، وجميع هذه الاشتراطات 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 الإعتقاد على حليب الأم ، ففي سلطنة عمان مثلاً وجد أن ٢٥٪ من الأمهات يعتقدن أن حليب الأم في الأيام الأولى بعد الولادة (اللبأ) يكون ضاراً للطفل ، لذا تقوم الأمهات بالإمتناع عن تقديم هذا الحليب في الأيام الأولى وتلجأ إلى الرضاعة الأصطناعية ، وهذا يشجع الإستمرار في هذا النوع من الرضاعة ، ومن الإعتقادات الشائعة أن الرضاعة من الثدي تؤدي إلى ترهل الثدي وهذا الإعتقاد خاطئ فالحقيقة أن الثديين يبدأن بالتضخم أثناء الحمل وتلجأ بعض الأمهات إلى تركهما بدون إستخدام حمالات الصدر (سوتيان) المناسبة مما يساهم في أضعاف عضلات الثدي ولو أستخدمت الأم حمالات صدر أكبر بحيث تتناسب مع الزيادة في حجم الثديين لما أدى ذلك إلى ترهل الثدي لذا فإن الأرضاع الطبيعي يرى من هذا الإتهام ويقع اللوم كله على الأم التي لا تعرف كيف تعتني بثديها .

التثقيف الغذائي في دول الخليج

يعتبر التثقيف الغذائي حجر الزاوية لتحسين الحالة التغذوية والصحية في 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 في 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 الآنية أو في المناسبات الصحية والإجتماعية ، 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 اليونيسيف في سلطنة عُمان .

(٣) **ضعف التنسيق بين الجهات ذات العلاقة** : مثل وزارة الصحة ووزارة العمل والشئون الإجتماعية والمنظمات الدولية وقد يكون ذلك وليد عدة إعتبارات 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 التغييرات 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 إقناعهم بخطورة المشاكل الغذائية وإدراجها ضمن الأولويات يساعد بشكل كبير على دعم برامج التثقيف الغذائي .

(٥) **الأمية وقلة الوعي الصحي بين أفراد المجتمع** : أن أرتفاع نسبة الأمية بين الأمهات والإنتخفاض 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 والحاديات الأجنبية على العادات الغذائية** : لقد كثر في الآونة الأخيرة إلتعتماد 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 وحققت بذلك تأثيراً ملموساً على الإتجاهات والعادات الغذائية لأفراد المجتمع وأتجه العديد من الأفراد إلى تصديق ماتقولهُ 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 والمرئية كالموسيقا والألوان ، وخلق ذلك نوعاً من البلبلة في ذهن المشاهد ، فبينما ينصح البرنامج التثقيفي بالإبتعاد عن تقديم المشروبات الغازية أو الحلويات للأطفال مثلاً نجد أن الفقرة الاعلانية تركز على متعة الأطفال وصحتهم وهم يتناولون هذه الأغذية ، لذا يجب أن تعرض برامج التثقيف 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 التثقيف الغذائي الوصول إلى الفئة المستهدفة ، فكيف يمكن أن نضمن أن الأفراد المستهدفين يشاهدون البرنامج المبث 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 تثقيفية 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 خاصة 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 بأنتشار 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 الت رصد 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 خاصة 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 الأصابة 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 يشكل تحدياً 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 وانتشار 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.

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 إحتياطي كبير من النفط ومع ماتشده الظروف الأقتصادية العالمية من ركود عام، فقد أجهت التنمية الأقتصادية للأخذ بمتطلبات واقعية في التقليل من الأعتتماد 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 للقروض الزراعية 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 التكتل الأسرى والتبدلات النوعية في مصادر الغذاء وأساليب إعداده وتقديمه لأفراد الأسرة. كما أدى إتحاء 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 لإستقدام 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 ٤٢ 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 الإنمائية ، فمثلاً أرتفع نصيب الفرد من السرعات الحرارية بشكل حاد خلال الفترة ١٩٧٤ - ١٩٨٩ بنسبة تجاوزت ٧٠٪ حيث قدر المستهلك منها ٣٠٦٤ سعرة / يوم للفرد الواحد فى نهاية تلك الفترة . كذلك أرتفع معدل إستهلاك البروتين بنسبة ٦٠٪ ، بإجمالى قدره ٨٢ غرام / يوم للفرد ، بينما قدر تزايد الإستهلاك من إجمالى الدهون بنسبة ٣٠٠٪ تقريباً ٩٠ 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 التوالى 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 تضيف 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 إجتماعياً ، 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 ٢٧٦٪ 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 منحنى 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 الكليتيكية 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 ٢٢٦٪ 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 ١٤٥٪ . وفي بحث لتقييم تغذية الطالبات في المدارس الإبتدائية بالمنطقة الشرقية وجد أن معدل الأصابة بفقر الدم بحدود ٢٦٤٪ من بين الطالبات في عمر ٦ - ١٢ سنة . كما تبين من مسح أجرى في مركز رعاية الأمومة والطفولة بالرياض أن ٤٣٪ من الرضع السعوديين يشبه بأنهم مصابين بفقر الدم . وأظهرت دراسة حديثة أجريت بمنطقة جدة بالمملكة على ١١٩ امرأة سعودية أن ٢٣٥٪ في منتصف فترة الحمل مصابات بفقر الدم ، بينما ١٨٪ مصابات بفقر الدم عند نهاية فترة الحمل .

المؤشرات الصحية المرتبطة بالوفرة

حول إنتشار مرض السكر أظهرت إحدى الدراسات على مراجعي مراكز الرعاية الصحية في الرياض أن معدل إنتشار السكر كان ٢٤٢٪ ، بينما أتضح من دراسة أخرى على ريف المنطقة الغربية أن معدل الإنتشار العام للسكر كان ٤٣٪ 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٪ . 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 الأرمال 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 ٢٢٪ ، ١٪ ، ١٤٪ على التوالي وبلغت حالات مضاعفات الحمل للأنثى السعوديات وغير السعوديات ٤٣٪ 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 ٤٩٪ . 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 تصبغ على التوالي ٦٤٪ ، ٢٧٪ ، ٤١٪ بينما تمثل حالات مضاعفات الحمل ١٢٪ عند الأنثى من المراجعين للمراكز الصحية بالمملكة .

مؤشرات 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 ١٢٥٪ و ٢٥٪ من البروسيلا والسالمونيلا على التوالي . أما حالات الأسهال فقد وجد أن ٦٤٪ من حالات الأسهال المسجلة كانت بين الأطفال دون الخامسة من العمر مع إنحسار لحالات الوفاة الناجمة عنه إلى معدل وفاة ٧/١٠ ألف حالة إسهال تقريباً . كذلك تمت السيطرة على إصابات البلهارسيا التي تقلصت إلى معدل أقل من الواحد / ١٠٠ ألف من السكان بنسبة ٢٨٪ من إجمالي المفحوصين في المناطق الموبوءة بإعتبار أن ٦٧٪ من الحالات كانت لغير السعوديين . وفي مجال مكافحة الملاريا فقد إنخفضت الإصابات بمعدل ٦٣٪ خلال الفترة ١٩٩٢ - ١٩٩٣ م حيث شكلت الحالات الوافدة من الهند ٦٢٪ من إجمالي الحالات .

و يشير التقرير الصحي الأخير ١٤١٣ / ١٤١٤ هـ إلى أنه وعلى مدى الخمس سنوات الأخيرة حدث إنخفاض ملحوظ في نسبة المواليد المتوى بالنسبة للمواليد الأحياء بالرغم من زيادة أعداد المواليد بمستشفيات وزارة الصحة . حيث بلغ إجمالي الولادات للعام ١٤١٣ هـ ٢٤٢٧٩١ حالة تقريباً ، وبالمقابل ارتفع توقع الحياة عند الميلاد خلال العام ١٩٨٧ إلى ٦٨٦ سنة للجنسين بزيادة قدرها ١١ سنة تقريباً عنها في عام ١٩٧٣ . وبينما وصل المعدل النسبي للمواليد المتوى والمتوفين عقب الولادة خلال العام ١٤٠٩ هـ إلى ٢١٨ ، فقد سجل إنخفاض إلى ٢ ، ١٧ / ١٠٠٠ طفل حي خلال العام ١٤١٣ هـ .

الخاتمة

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 ما يمكن أن تخدم به مثلاً دراسة المسح الأسرى للتعداد السكاني والدراسات الأخرى التي أُجريت 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 قصور هذا النمط البحثي عن التفسير العلمي لمجمل الآثار الناجمة عن الظواهر البيئية والإجتماعية والإقتصادية على الحالة الصحية عامة والتغذية بشكل خاص . فإن 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 للأتفاق الصحي في مرافق المعالجة والعناية الطبية 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 ، فإن 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 نفترح 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 الاحماءات العامة (١٩٨٣) . التغذية في المملكة العربية السعودية ، وزارة المالىة والاقتصاد الوطنى ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- وزارة التخطيط (١٩٩٤) . منجزات خطة التنمية (١٣٩٠-١٤١٣هـ) ، خطة التنمية الخامسة ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- وزارة الزراعة (١٩٩٠) . الموازنة الغذائية للمملكة العربية السعودية (١٩٨٢-١٩٨٩) ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- وزارة الصحة (١٩٩٣) . التقرير الصحى 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.
- Binhemd, 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 amenorrhea 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., Fougrouse, 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 في 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 في المجتمع وتغير عاداته الغذائية . وقد أتصفت مرحلة ما قبل إكتشاف النفط بقلة الدخل الفردي اليومي وارتفاع نسبة الأمية خاصة عند النساء وضعف الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية ، كما أن الأغذية المتوفرة كانت محدودة كماً 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 في 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 في الحالة الصحية أرتفع متوسط عمر الفرد الكويتي ووصل إلى ٦٩ سنة للذكور و ٧٤ سنة للإناث ويعتبر هذا المعدل من أعلى المعدلات في العالم العربي .

وقد كان للغزو العراقي الغاشم على دولة الكويت أثراً كبيراً في 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 في نمط أستهلاك الطعام وزاد الأقبال على الأطعمة الجاهزة والمعلبة والمجمدة أرتفع إستهلاك الدهون والسكريات ، وفي دراسة للعوضي وزملاءها تبين أن في 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 ٨٢ر٢ غرام إلى ٩٧ر٦ غرام ، وأرتفع معدل إستهلاك الدهون من ٧٣ر٦ إلى ١٠٧ غرام .

الرضاعة الطبيعية

كانت الرضاعة الطبيعية من العادات الغذائية المتوارثة عند الكويتين ، حيث كانت الأمهات ترضع أبناءها لمدة عامين أو أكثر ولكن بعد دخول الحليب الأصطناعي للكويت وسهولة الحصول عليه ساعد ذلك على إنخفاض نسبة الأمهات اللاتي يستخدمن الرضاعة الطبيعية . وفي دراسة لأمين وزملاءه تبين أن ٦٠ر٦٪ من الأمهات إستخدمن الرضاعة الطبيعية و ١٣ر٦٪ إستخدمن الرضاعة الصناعية و ٢٥ر٨٪ إستخدمن الرضاعة المختلطة وتبين أن أهم أسباب التوقف عن الرضاعة الطبيعية : عدم كفاية حليب الأم (٣٠ر٧٪) ، الحمل (١٤ر٧٪) ، مرض الأم (١٢٪) ، رفض الطفل للرضاعه (١٠ر٦٪) ، ورغبة الأم في التوقف عن الإرضاع (٦ر٦٪) . كما لوحظ أن مستوى تعليم الأم له دور كبير في 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 الكويتيين ٣٢١ كيلو غرام وأن ٦٧٪ كانت أوزانهم أقل من ٢٥٥ كيلو غرام (مواليد ناقصي الوزن) أما في عام ١٩٩٠ فقد ارتفع متوسط أوزان المواليد الكويتيين إلى ٣٣٥٠ كيلو غرام وتبين أن نسبة المواليد ناقصي الوزن أنخفضت إلى ٣٨٪ . وفي دراسة حديثة قام بها أمين وزملاءه في عام ١٩٩١ وصل متوسط أوزان المواليد الكويتيين إلى ٣٥٥ كيلر غرام وأنخفضت نسبة المواليد ناقصي الوزن إلى ٣٤٪ ، 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 الإصابة بالهزال حوالي ١٪ فقط (الوزن بالنسبة للطول أقل من ٨٠٪) أما معدل الأطفال ناقصي الوزن فكان ٣٨٪ (الوزن بالنسبة للسن أقل من ٩٠٪) وتزيد عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢ - ٣ سنوات إلى ٧٨٪ . 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 والإجتماعية 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 (مصطفي وآخرون ١٩٧٩) كما تبين أنه لا توجد فروق في نسبة الإصابة بفقر الدم بين الجنسين فالأصابة عند الإناث كانت ١٢٪ ، أما بالنسبة للذكور فكانت ١١٪ .
تسوس الأسنان

تبين من المسح الصحي للأسنان طلبة 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 الإصابة بتسوس الأسنان (٦٧٪) وعند عمر ٦ سنوات ١٠٢٪ وقد يرجع ذلك إلى إستعمال الرضاعة الأصبغاعية 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 احصائيات 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 الإصابة بنقص التغذية الحاد بلغت ٠.٨٪ بين الإناث و ١٪ بين الذكور كما تبين من الدراسة أن نسبة ٦٥٪ من العينة كانت أوزانهم طبيعية ونسبة ٢٢٪ يعانون من السمنة ، كما تبين أن هذه النسب مقاربة 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 عبيد وزملاءه 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 لقلة النشاط الحركي وتغير العادات الغذائية وقط 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 إرتفاع ضغط الدم و ٢٢٪ يعانون من إرتفاع 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 اللاتي 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 أنتشار 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 أزياد 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 والإناث 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 الرياضي .

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٪ وبصاحب 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 قيأتي 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 أرتفاع معدل الأصابة بالسرطان .

معدل الوفيات

إنخفض معدل الوفيات بنسبة ١٤٪ في الفترة ما بين سنة ١٩٨٣ الى ١٩٩٣ وكان الأنخفاض ملحوظاً في وفيات الأطفال الرضع حيث أنخفض معدل وفيات الرضع بمقدار ٣٥٪ وقد يرجع ذلك إلى أرتفاع مستوى الخدمات الصحية وتحسن المستوى التغذوي . وكان السبب الرئيسي لوفيات الرضع يرجع إلى الأضطرابات الناتجة عن الأكار وإنخفاض 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 الأناث . 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

| متوسط الفترة بالأشهر | المجموع | | فترة الرضاعة الطبيعية (بالأشهر) | | | | | | | | | | | | أقل من شهر | المستوى التعليمي للأم | | |
|----------------------|---------|-------|-----------------------------------|-------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-----------------------|------------|---|
| | % | العدد | ١٥ + | | ١٥ - ١٢ | | ١٢ - ٩ | | ٩ - ٦ | | ٦ - ٣ | | ٣ - ١ | | | | العدد | % |
| | | | % | العدد | % | العدد | % | العدد | % | العدد | % | العدد | % | العدد | | | | |
| ٩,٨ | ١٠٠ | ٥٦٨ | ٢٦,٧ | ١٥٢ | ٢٢,٨ | ١٣٠ | ١١,٣ | ٦٤ | ٥,٣ | ٣٠ | ٨,١١ | ٦٧ | ١٢,٥ | ٧١ | ٩,٥ | ٥٤ | غير متعلمة | |
| ٥,٨ | ١٠٠ | ٩١٦ | ١٠,٦ | ٩٧ | ٥,٨ | ٥٣ | ٩,٦ | ٨٨ | ٨,٦ | ٧٩ | ١٨,٠ | ١٦٥ | ٣٤,٩ | ٣٢٠ | ١٢,٤ | ١١٤ | إبتدائي | |
| ٤,٣ | ١٠٠ | ٣٨٨ | ٢,٦ | ١٠ | ٢,٦ | ١٠ | ٤,١ | ١٦ | ١٧,٠ | ٦٦ | ٢٤,٧ | ٩٦ | ٣٣,٠ | ١٢٨ | ١٦,٠ | ٦٢ | ثانوي | |
| ٤,٢ | ١٠٠ | ٧١٥ | ٣,٩ | ٢٨ | ٣,٢ | ٢٣ | ٥,٧ | ٤١ | ١٠,٠ | ٧٠ | ٢١,٨ | ١٥٦ | ٣٧,٦ | ٢٦٩ | ١٧,٩ | ١٢٨ | جامعي | |
| ٦,٠ | ١٠٠ | ٢٥٨٧ | ١١,٠ | ٢٨٧ | ٨,٣ | ٢١٦ | ٨,١ | ٢٠٩ | ٩,٥ | ٢٤٥ | ١٨,٧ | ٤٨٤ | ٣٠,٥ | ٧٨٨ | ١٣,٨ | ٣٥٨ | الأجسامي | |

المصدر : أمين 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 | | ذكور | ٩ - ٦ | ٣٧٫٣ |
| | | | إناث | ٩ - ٦ | ٢٠٫٨ |
| | | | ذكور | ١٣ - ١٠ | ٤٫٠٠ |
| | | | إناث | ١٣ - ١٠ | ٢٤٫٩ |
| | | | ذكور | ١٧ - ١٤ | ٣٫٠٠ |
| | | | إناث | ١٧ - ١٤ | ٢٩٫٥ |
| المسح الصحي | ١٩٨٥ | (١٢ ملغرام / ١٠٠ مل) | إناث | ٢٠ فأكثر | ٤٧٫٠٠ |
| | | (١٤ ملغرام / ١٠٠ مل) | ذكور | ٢٠ فأكثر | ٦٣٫٠٠ |
| داوود | ١٩٩٠ | (١١ ملغرام / ١٠٠ مل) | إناث | حوامل | |
| | | | كويتات | | ٣٦٫٩ |
| | | | غير كويتات | | ٤٣٫٩ |

المصدر : وحدة التغذية (١٩٩٥)

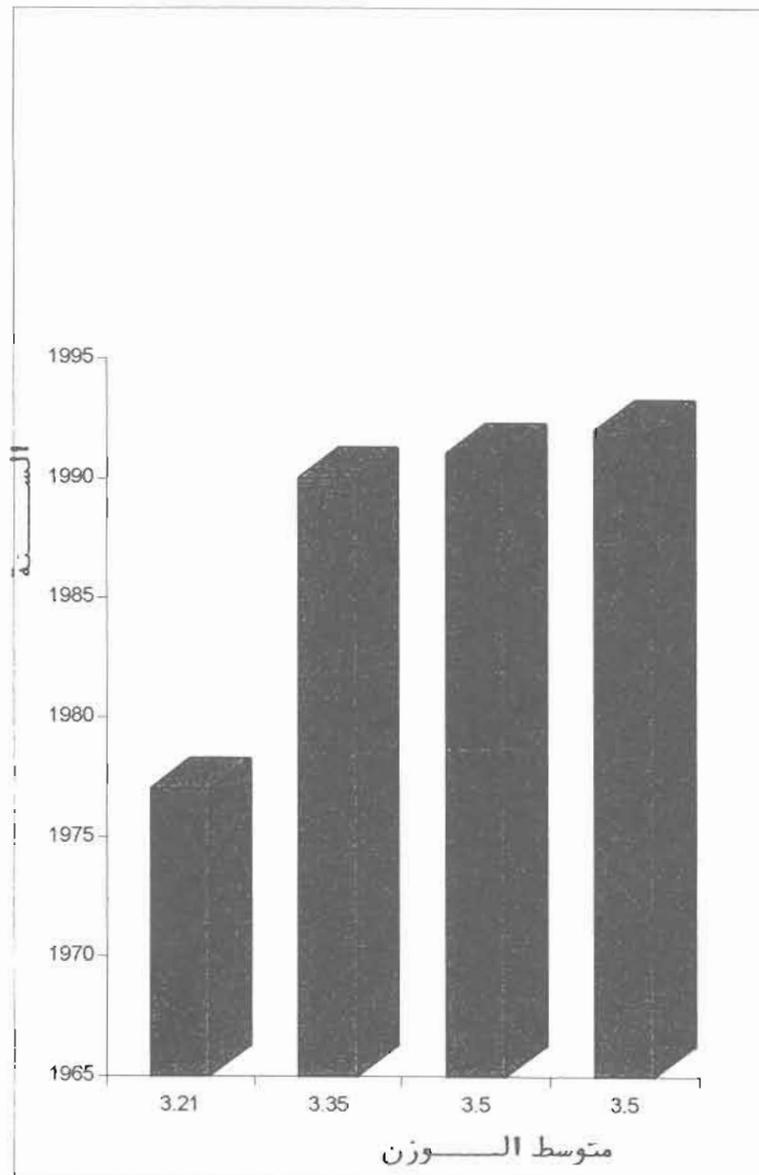
جدول (٣) معدل إنتشار السمنة في الكويت حسب السن والجنس

| الفئة العمرية | الجنس | معدل الإنتشار % | المصدر |
|---------------|-------|-----------------|---|
| ٦ - ٥٩ شهر | مشترك | ١ر٨ | وحدة التغذية (١٩٧٩) |
| ٦٠ - ١٨ سنه | ذكور | ٢٤ر٦ | وحدة التغذية (١٩٨١) |
| | إناث | ٤٧ر٩ | |
| ٦ - ٩ سنه | ذكور | ٩ر٠ | معهد الكويت للأبحاث العلمية (١٩٨٤) |
| ٦ - ٩ سنه | إناث | ٨ر٥ | |
| ١٠ - ١٣ سنه | ذكور | ٢١ر٣ | |
| ١٠ - ١٣ سنه | إناث | ٢٣ر٧ | |
| ١٣ + سنه | ذكور | ٤٩ر٠ | المسح الصحي (١٩٨٥) |
| | إناث | ٥٩ر٠ | |
| ٦ - ٩ سنه | ذكور | ١١ر٠ | وحدة التغذية ١٩٩٢ |
| ٦ - ٩ سنه | إناث | ٣٠ر٠ | |
| ١٠ - ١٣ سنه | ذكور | ١٧ر٩ | |
| ١٠ - ١٣ سن | إناث | ٢٩ر٧ | |

المصدر : وحدة التغذية (١٩٩٥) .

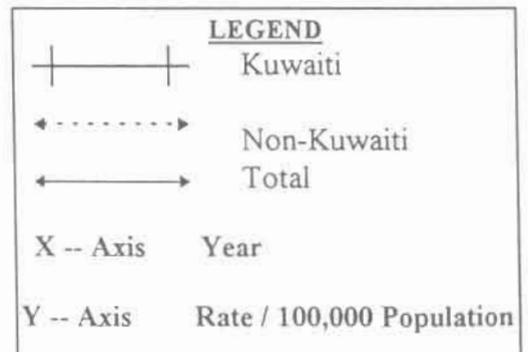
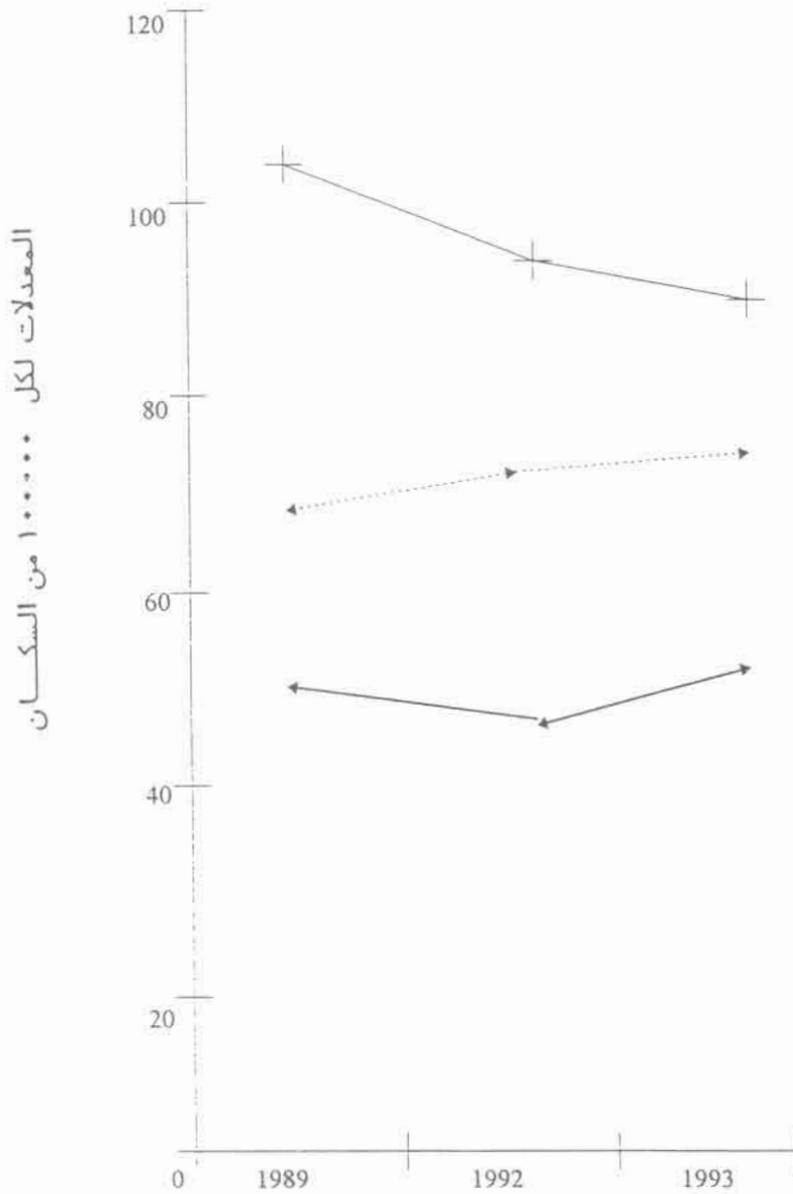
متوسط أوزان المواليد الكويتيين

| متوسط الوزن | السنة |
|-------------|-------|
| 3.21 | 1977 |
| 3.35 | 1990 |
| 3.5 | 1991 |
| 3.5 | 1992 |

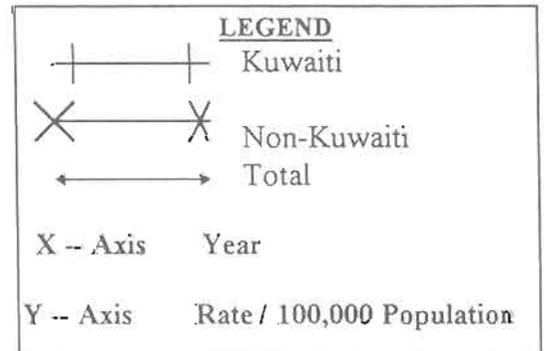
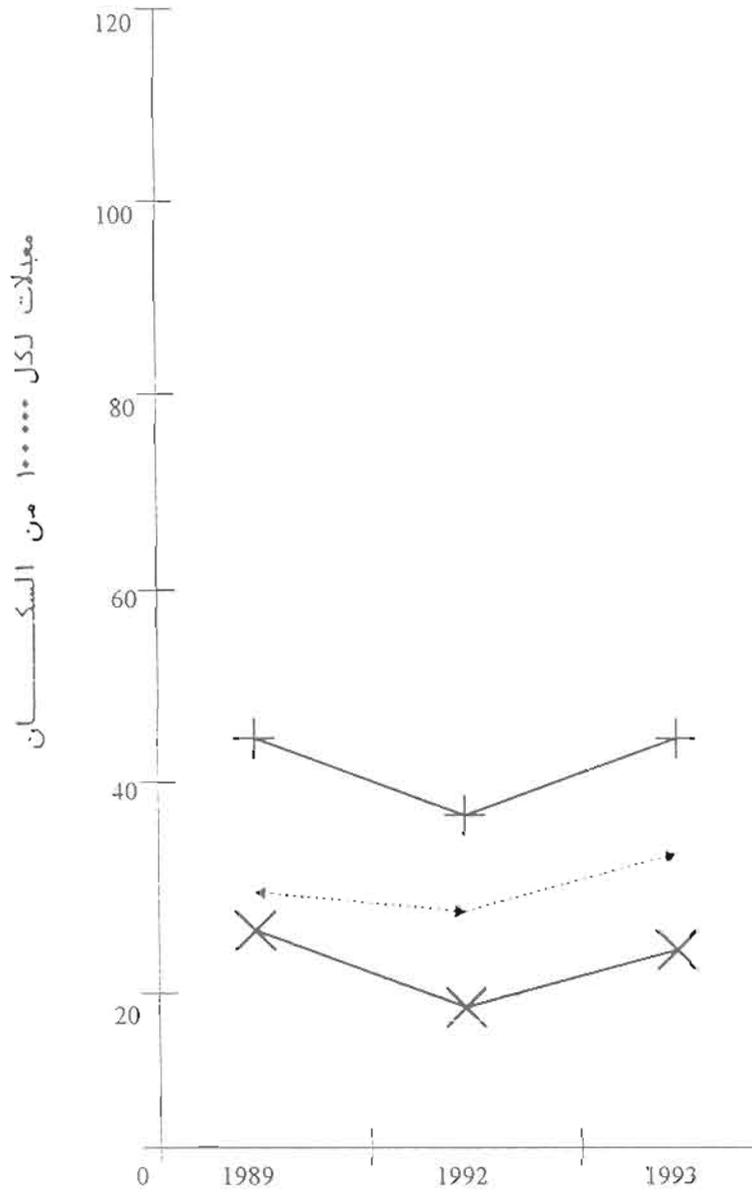


Death rates due to Heart disease (1983 - 1993)

معدلات الوفاة من أمراض القلب (1983 - 1993)



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



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 إزادات حالات الأصابة بالأمراض المزمنة مثل أمراض الدورة الدموية والسكري والسرطان . وتحاول هذه الورقة تسليط الضوء على أهم مشاكل التغذية في سلطنة عمان .

التركيبة السكانية 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 ٨٫٥٪ (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 والاجتماعية للأسرة حيث نجد أن في المناطق الحضرية والأسر ذات الحاله الاجتماعية 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

إزدادات نسبة الأصابة بأمراض القلب وأرتفاع ضغط الدم في سلطنة عُمان وذلك راجع إلى التغيير الكبير في نمط الحياه وقلة ممارسة التمارين الرياضية والتغيير 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 الحضرية 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 وتراوحت 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 المتناولة 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 الأقتصادية والأجتماعية 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 الوزارات 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 للمراه 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 | ٣٦ر٤ |
| حالات معينة تنشأ في فترة الولادة | ٢٦٣ | ١٢ر٣ |
| الأورام | ١٨٢ | ٨ر٥ |
| الأمراض المعدية والطفيلية | ١٦٧ | ٧ر٨ |
| الاصابات والتسمم | ١٦١ | ٧ر٥ |
| أمراض الجهاز التنفسي | ١٢٧ | ٥ر٩ |
| أمراض الجهاز الهضمي | ٧٧ | ٣ر٦ |
| أمراض الحمل والولادة | ١ | -- |
| أسباب أخرى | ٣٧٧ | ١٣ر٧ |
| المجموع | ٢١٣٣ | ١٠٠ر٠ |

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 |
| ١ر٥ | ١٩ر٠ | ١٣ر٥ | ٩ر٣ | ١٢ر٤ |
| ٢ر٥ | ١٩ر٢ | ١٦ر٦ | ١٧ر٣ | ١١ر٩ |
| ٣ر٥ | ٢٣ر٨ | ٢٦ر٤ | ٢٥ر٢ | ٢٢ر٩ |
| ٤ر٥ | ٣٠ر٠ | ٣٠ر٣ | ٢٥ر٨ | ٢٩ر٤ |
| ٥ر٥ | ٢٨ر٠ | ٢٣ر٨ | ٢٣ر٨ | ٢٦ر٣ |
| ٦ر٥ | ٣٠ر٧ | ٢٤ر٠ | ٢٥ر٤ | ٢٠ر٩ |
| ٧ر٥ | ٢٩ر٠ | ١٩ر٤ | ٢٦ر٨ | ١٦ر١ |
| ٨ر٥ | ٣٥ر٣ | ١٨ر٣ | ٢٢ر٨ | ١٩ر٣ |
| ٩ر٥ | ٣١ر٧ | ٢٦ر٠ | ٢٠ر٤ | ٢١ر٢ |

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 عُمان

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

الوضع التغذوي في البحرين

عبدالرحمن عبيد مصيقر

مركز البحرين للدراسات والبحوث - البحرين

مقدمة

تعتمد دولة البحرين على إستخراج النفط كمورد أساسي للدخل وذلك حتى بداية الثمانينات ولكن الانحسار في كمية النفط المستخرجة شجع الدولة في تنوع مواردها الاقتصادية وتم التركيز على أن تكون البحرين مركز مالي هام في المنطقة وذلك بتشجيعها للبنوك والمراكز المالية كما أهتمت الدولة بالسياحة والمشاريع السياحية وأصبحت هذه الأنشطة تمثل عصباً أساسياً للدخل القومي .

وكما حدث في بقية دول الخليج العربية فقد شهدت البحرين تغيرات اقتصادية وأجتماعية كبيرة خلال الثلاثة عقود الماضية أدت إلى تغير في نمط الحياة وإستهلاك الغذاء وهذا بدوره انعكس على الحالة الصحية 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 ٣.٦٪ 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 اقتصادي 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 بالإضافة إلى تقلص الرقعة الزراعية نتيجة استخدامها في المشاريع التجارية والسكنية . وقد أثرت هذه العوامل على كمية ونوعية الإنتاج الزراعي وأصبحت البحرين تعتمد اعتماداً كلياً على إستيراد

الأغذية ماعدا بعض أنواع الخضروات التي تنتج محلياً وتتغذى إنتاجها الاستهلاك المحلي في بعض المواسم ومن أهمها الطماطم والملفوف والبصل الأخضر والخس والقرع والخيار المحلي والقرنبيط .

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 الاستهلاك المحلي والطلب المتزايد على الرطب والتمر مما حدى إلى الاعتماد على الدول المجاورة خاصة المملكة العربية السعودية في تلبية الاحتياجات 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 يفتى ٧٠٪ من الاستهلاك المحلي ، وبالرغم من ذلك فإن تنمية الثروة السمكية تواجه العديد من العقبات مثل النقص في الأيدي العاملة والوسائل الحديثه في صيد الأسماك وقلة الاستثمارات 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 .

الذالة 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 وانتشار الأمراض السارية والمعدية ووصل وفيات الأطفال الرضع البحرينيين إلى ٢١ لكل ١٠٠٠ مولود في عام ١٩٩١ . ويسير الوضع الصحي في البحرين نحو الانخفاض في معدلات الإصابة بالأمراض السارية وظهور الأمراض غير السارية المرتبطة بالتغير في نمط الحياة مثل أمراض القلب والسكر والسرطان وارتفاع ضغط الدم ، وتشير البيانات إلى إنخفاض معدل الإصابة 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 الاستهلاك الغذائي في البحرين محدودة ، ومعظم الدراسات المحلية ركزت على نمط الاستهلاك والعادات الغذائية لفئات معينة من المجتمع خاصة الأم الحامل والمرضع وأطفال المدارس . والبيانات الوحيدة المتوفرة عن الاستهلاك 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) . وتبلغ 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 و٢١٪ في المرحلة الثانوية (جدول ٢) .

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

أما بالنسبة للنساء فقد أوضحت الدراسات أن حوالي ٥٠٪ من الأمهات الحوامل مصابات بفقر الدم الحديدي وفي 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 الأقتصادية المنخفضة وتنخفض إلى ٣٢٪ عند الطبقة الأقتصادية المتوسطة والعالية .

وقد ترجع الأصابة بفقر الدم الناتج عن نقص الحديد إلى عدة عوامل أهمها تناول أغذية فقيرة في 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 كافية بين الولادات .

ثانياً : مشاكل التغذية المرتبطة بالتغير في نمط الحياة

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

العوامل المرتبطة بالأمراض المزمنة في البحرين

في 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 الإصابة بالتهابات المفاصل وآلام الظهر بصورة كبيرة عند المتقدمين في السن فتتراوح نسبة التهابات المفاصل من ٥٪ إلى ٣٤٪ بينما تتراوح نسبة آلام الظهر من ١١٪ إلى ٣٥٪ ، عند الأقل من ٣٠ سنة والأكثر من ٤٩ سنة على التوالي .
ومن الطريف أن الدراسة أوضحت أن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة كانت أكثر عند المتزوجين مقارنة بغير المتزوجين فقد كانت نسبة الإصابة بالسكر ٧٪ عند المتزوجين وحوالي ٥٪ عند غير المتزوجين ووجدت نفس النسب للإصابة بارتفاع ضغط الدم ، أما بالنسبة للتهابات المفاصل وآلام الظهر فقد كانت النسبة أعلى عند المتزوجين كما وجد أن ١٤٪ من المتزوجين مصابين بالتهابات المفاصل مقابل ٩٪ عند غير المتزوجين ، وفي 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 في المجتمعات الغربية .

وعند تحليل النتائج بالنسبة للحالة الزوجية والجنس تبين أن المرأة المتزوجة أكثر عرضة للإصابة بالسكر وارتفاع ضغط الدم والسمنة والتهابات المفاصل وآلام الظهر من الرجل المتزوج . كما كانت المرأة المتزوجة أكثر إصابة 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 يعني أن المرأة المتزوجة بالإضافة إلى أعباء الحمل والولادة فإنها 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 يعلل ارتفاع الإصابة بآلام الظهر والمفاصل عند المتزوجين حيث أن الرياضة تساعد على تقليل فرص الإصابة بهذه الأمراض .

كما وجد أن هناك فرقاً واضحاً بين الذين يمارسون الرياضة والذين لا يمارسونها من ناحية الإصابة 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 في الوقاية من الأمراض المزمنة ، وعموماً فإن الدراسة كشفت أن ممارسة الرياضة تقل 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 في البحرين فبالإضافة إلى قلة ممارسة الرياضة وارتفاع نسبة التدخين فإن غالبية البالغين يفضلون الأغذية الملحة (٨٨٪) والأغذية السكرية والحلوة (٧٩٪) والتي تعتبر عامل مساعد للإصابة بارتفاع ضغط الدم وتسوس الأسنان على التوالي ، ولا توجد أي فروق ذات دلالة بين كبار السن وصغار السن في تفضيل هذه الأطعمة .

وعند ربط الأصابة بالسمنة مع بعض الأمراض المزمنة كشفت الدراسة عن نتائج مثيرة للأهتمام فقد كانت نسبة الأصابة بالسكر عالية عند المصابين بالسمنة (٢٤٪) مقارنة بـ ٦٪ عند غير المصابين بها وكانت نسبة الأصابة بإرتفاع 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 فى 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 فى المجتمع وهم المترددين على المراكز الصحية إلا أن نتائج الدراسة تتطابق إلى حد كبير مع دراسة أخرى أجريت حديثاً فى المجتمع البحريني ، كما أن إرتباط السمنة والرياضة والتدخين ببعض الأمراض المزمنة تؤكدتها الدراسات فى 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 فى البحرين ويقدر أن ٣٠٪ من الوفيات ناتجة عن الأصابة بأمراض القلب (جدول ٣) ، وتبلغ النسبة ٣ : ١ عند الرجال مقارنة بالنساء . وفى 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 فى حدوث أمراض القلب فى 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 بإرتفاع 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 فى البحرين ، بل أن الأصابة بالسكر وأرتفاع الضغط كان لها تأثير أكبر عما وجدته الدراسات الغربية ، وهذا يعنى الأهتمام بوضع برامج خاصة للوقاية والسيطرة على أمراض القلب .

داء السكري

يعتبر داء السكري من الأمراض التي تمثل مشكلة صحية كبيرة فى المجتمع البحرين كما أنها تستنزف نسبة كبيرة من ميزانية الصحة وذلك ناتج لطول فترة جلوس مريض السكر فى المستشفى وللمضاعفات الصحية التي يحدثها المرض التي تتطلب علاج طويل . ويقدر أن ٤٪ من نسبة وفيات البالغين فى 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 السمعة 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 الصحيه العديدة التي يسببها هذا المرض خاصة حالات العمى والسكتة الدماغية والذبحة الصدرية بالأضافة الى الأضطرابات العصبية .

السرطان

إزدادت حالات الأصابة بمرض السرطان في البحرين بشكل كبير خلال العشر سنوات الماضية وقد يرجع ذلك إلى تحسن التشخيص بالأضافة 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 فأن 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 فأن 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 الويائية أن هناك علاقة بين الطعام الذي يتناوله الشخص والأصابة بالسرطان فقد تبين أن كثرة تناول الأغذية الدهنيه والمحتويه على نسبة قليلة من الألياف مرتبط مع الأصابة بسرطان الجهاز الهضمي . أما سرطان الرئة فهو مرتبط بشكل كبير بالتدخين والذي إزداد تعاطيه بشكل كبير في البحرين خاصة .

تسوس الأسنان

يعتبر تسوس الأسنان من الأمراض المرتبطة 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 بالأضافة 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 و١٥٪ 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 و١٨٪ 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 و٧٩٪ 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 واللاتي لا يمارس الرياضة بانتظام وكذلك عند اللاتي 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 الإعلام 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 تنطرق 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 القامة % |
|------------------|-------|----------------|-----------------|
| ١ - ٢ | ذكور | ٣١ر١ | ٣٩ر٣ |
| | إناث | ١٧ر٩ | ٢٨ر٦ |
| ٢ - ٣ | ذكور | ١٨ر٦ | ٢٣ر٥ |
| | إناث | ١٤ر١ | ١٤ر٣ |
| ٣ - ٤ | ذكور | ٢١ر٦ | ١٧ر٦ |
| | إناث | ١٣ر٠ | ١٨ر٥ |
| ٤ - ٥ | ذكور | ٣١ر٧ | ٢٢ر٤ |
| | إناث | ١٢ر٥ | ٢٠ر٦ |
| ٥ - ٦ | ذكور | ٢٨ر١ | ٢١ر٩ |
| | إناث | ١٢ر٥ | ١٨ر٨ |

المصدر : مصيفر 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 | ٪٣٣ر٨ |
| | إناث | | ٪٢٥ر٤ |
| | ذكور | المناطق القروية | ٪٤٤ر٨ |
| | إناث | | ٪٣٣ر٨ |
| ٦ - ١٨ سنه | ذكور | المناطق الحضرية | ٪١٩ر٥ |
| | إناث | | ٪٣١ر٥ |
| الأمهات الحوامل | ذكور | المناطق القروية | ٪٢٢ر٦ |
| | إناث | | ٪٥٥ر٨ |
| | | | ٪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 في البحرين (١٩٧٦ - ١٩٨١)

| المرض | نسبة الوفيات ١٩٧٦ | نسبة الوفيات ١٩٩١ |
|--|----------------------|----------------------|
| أمراض القلب | ٪ ٢٥١ | ٪ ٣٠ |
| السرطان | ٪ ٢٣ | ٪ ١٠١ |
| التغذية والتعميل الغذائي (السكري) | ٪ ٠٢ | ٪ ٥١ |

المصدر : وزارة الصحة (١٩٩٢)

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

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

المصدر : ويستوتر (١٩٨٦)

جدول (٥) : نسبة الأصابة بالسمنة فى البحرين

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

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

حالة التغذية في دولة الإمارات العربية المتحدة

عبدالرحمن عبيد مصيقر

مركز البحرين للدراسات والبحوث - البحرين

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 كاللحوم والدجاج وزيادة تناول الدهون ، كما ساعد على الاعتماد على الحدم والمربيات 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 وأجهت إلى إستخدام 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 والتغذية 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 أجرى 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

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

ويعتبر وقت البدء في الإرضاع الطبيعي من العوامل المهمة في تشجيع الرضاعة من الثدي ، فقد وجد أن عزل الأطفال المولودين حديثاً عن أمهاتهم وتقديم الحليب الأصطناعي لهم قد ساعد على زيادة الأعتتماد على هذا الحليب وترك الرضاعة من الثدي . وقد أظهر المسح أن ٥٩٫٩٪ من الأمهات قمن بإرضاع أطفالهن مباشرة بعد الولادة وهذا مؤشر جيد ويعني أن هناك توجهاً عند العاملين الصحيين في مستشفيات الولادة في تشجيع الرضاعة الطبيعية وكانت النسبة عالية عند الأمهات في إمارة أبوظبي (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 أي كلما جاع الطفل (٧٧٪) . كما هو مبين في جدول (٢) .

وتفيد بيانات المسح الغذائي (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 الغذائي الأول (١٩٨١) نجد أن هناك إنحساراً طفيفاً في طول فترة الرضاعة عند الأم الإماراتية ، فقد كانت نسبة اللاتي يرضعن أطفالهن لفترة أطول من عام واحد ٣٦٪ في الدراسة التي أجريت عام ١٩٨١ وأنخفضت النسبة إلى ٢٢٫٧٪ في عام ١٩٩١ أي بإنخفاض مقداره حوالي ١٤٪ . ومن المفيد أن نتوه هنا أن نسبة إنخفاض الرضاعة الطبيعية كانت أساساً عالية في عام ١٩٨١ عند مقارنتها في 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 أي 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 في سن مبكرة جداً ، فحوالي ٨٩٪ من الأمهات أدخلن أغذية أخرى مكملة لحليب الأم في الشهرين الأولين ، وهذا يؤثر بصورة سلبية على إستمرار الأرضاع الطبيعي . ونجد أن الأمهات في رأس الخيمة (٢٢٫٥٪) وفي إمارات أم القيوين والفجيرة وعجمان (١٦٫٧٪) أكثر ميلاً في إدخال الأغذية التكميلية في سن متأخرة (بعد الشهر الثاني) مقارنة بالأمهات في الإمارات الأخرى . وتبين أن أكثر من ٦٠٪ من الأمهات يفتن أطفالهن عن الرضاعة الطبيعية قبل نهاية الشهر الثاني (جدول ٣) .

مشاكل التغذية عند الأطفال

إن الدراسات حول الحالة التغذوية للأطفال والبالغين في دولة الإمارات العربية مازالت قليلة ومحدودة . وبين 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

إستهدف 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 ١٠ر٥ كيلو غرام مقابل ١١ر٢ كيلو غرام للوسيط المقياسي أي بنقص قدره (٧٠٠ كيلو غرام) أو حوالي ٦٪ من المعدل المطلوب ثم نجد أن الفجوة تقل وتصل إلى ٣٠٠ كيلو غرام عند عمر ٢ر٥ سنة ، ولكن بعد ذلك نلاحظ أن الفجوة تزداد تدريجياً حتى تصل إلى ١٢ كيلو غرام عند عمر ١٠ر٥ سنة وتكاد تنطبق نفس الملاحظات على أوزان الأطفال الإناث (جدول ٤) .

أما بالنسبة للطول والذي يعتبر مقياساً مهماً للتغذية في الصغر فأننا 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 ٢ر٥ سنة حيث كان الفرق حوالي ١ر٨ سم عند الطفل الإماراتي الذكر و٨ر٤ 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 إستخدام 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 فى الأرتفاع بشكل كبير مقارنة مع الأمهات الأقل من ٣٠ سنة . وتدق نتائج هذا المسح ناقوس الخطر حيث أن نسبة الأصابة بالسمنة تعتبر عالية وتتقارب مع مثيلاتها فى 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 الأصابة بالسمنة . أما بالنسبة للرجال فيبدو أنهم فى 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 فى السمنة مع زيادة عمر الأب بل أن النسبة تتأرجح مع تغير عمر الأب (الجدولين ٦ و ٧) .

الأصابة بالسمنة عند طالبات الجامعة والعوامل المؤثرة عليها

فى 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 فى 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 مرتبطاً بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة أكثر منه بتعليم الأم .

أما من ناحية تأثير الخدم فى المنزل فقد تبين أن السمنة أكثر إنتشاراً عند الطالبات التي ليس لديهن خادمة فى المنزل وقد يرجع ذلك الى الحالة الاجتماعية للأسرة ، ويلعب العامل الوراثي دوراً هاماً فى الأصابة 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 الأصابة 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 الأفطار وبالتالي فأنهن يتناولن وجبة غداء دسمة . كما وجد أن الطالبات اللاتي لا يتناولن الأغذية بين الغذاء والعشاء أكثر عرضة للأصابة بالسمنة ، أما من ناحية تناول العشاء فقد كانت نسبة الأصابة 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 . وتحدث 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 الـ 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 محدوده 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 السنويه 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 والأمكشار من تناول الدهون وقلة 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 وقلة تناول الأغذية الغنية بالألياف ، بالإضافة إلى قلة 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 الهامه 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 مصيقر (١٩٩٥) عوامل الخطر المرتبطة بأمراض القلب في المجتمع الإماراتي (تحت النشر) .
- ٢ - عبد الرحمن مصيقر وفاطمه حنايا (١٩٩٥) بعض العوامل الصحية والأجتماعية المرتبطة بالأمراض المزمنة عند النساء الإماراتيات (تحت النشر) .
- ٣ - عبد الرحمن مصيقر (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) نمط 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 الأثبات اللآتي 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 المحليه 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 الآدمي .

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 والحدايق 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 الحام .
- وتطرق بنود هذا الأمر إلى الجوانب التالية :
- درجات حفظ الأغذية .
 - وجود ميزان حرارة لتسجيل درجات الحرارة .

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 أمتيازات 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 .
- وتطرق 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 فى ذلك .
 - نوع الجدران والأرضيات والأسقف لمستودعات الأغذية الجافة .
 - طريقة تخزين الأغذية الجافة فى المستودعات .
 - توفير الأضاءة الطبيعية والصناعية .
 - إصدار الشهادات الصحية للعاملين فى 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 والمعبأة والمنتجة محلياً ، وكذلك المواد الغذائية المستوردة إضافة الى الإشتراطات الأخرى المنصوص عليها فى المواصفات القياسية ، حيث يشرح الأمر فى بنوده مايلي :-

- التعاريف الخاصة بالأغذية والتي يقصد بها بعض الكلمات والعبارات المنصوص عليها فى 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 المسترة 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 فى 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 فى وقت مناسب مع الأخذ فى الأعتبار 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 ورئيساً للجنة و ٣ أعضاء من قسم رقابة الأغذية وعضو من مختبر الصحة العامة . وتختص هذه اللجنة بوضع السياسة العليا للرقابة الغذائية فى الأمانة لمتابعة تنفيذ القوانين واللوائح الخاصة بتجارة وتخزين وتداول الأغذية فى الأمانة ، حيث تجتمع اللجنة هذه مرتين كل أسبوع . أما فى مجال صحة وسلامة الأغذية فى أماكن اعدادها وتحضيرها ، فقد وضعت البلدية أنظمة وأساليب حديثة لضمان الرقابة ورفع كفاءة التفتيش ورفع المستوى الصحي فى المؤسسات الغذائية ومن هذه الأنظمة :

أ - نظام التفتيش المبرمج باستخدام الحاسب الآلي

وهو نظام يساهم بشكل مباشر فى 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 ، وفى 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 فى الأمانة 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 فى مجال بيع وصناعة المواد الغذائية لمراقبة مؤسساتهم بشكل أفضل تلافياً من إتخاذ قرار بالأغلاق أو إيقاف الترخيص عن طريق احتساب نقاط لكل مخالفة فى المؤسسة ، كما يساهم فى 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 فى حالة تراكم المخالفات .

ج - نظام تحليل الأخطار باستخدام نقاط الرقابة المبرجة

هذا النظام صالح للتطبيق على المؤسسات الكبيرة مثل الفنادق والمصانع وشركات التموين .. الخ ، وفى هذا النظام يتم تشكيل لجنة عليا لمتابعة وضبط سير العمل عن طريق تحديد مراكز الخطر فى 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 واستخدام 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 باستخدام شخص مؤهل مستقل .

مشاكل التلوث الغذائي في أمانة دبي ومدى إنتشارها

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

وتشير الأحصائيات إلى أن حوالي ٥٪ من الأغذية المستوردة أو المنتجة محلياً كانت غير صالحة للاستهلاك 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 إما 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 مؤشر على المستوى الصحي لتلك المنطقة وفاعلية الرقابة الغذائية فيها . وتشير الأحصائيات المتوفرة إن حالات التسمم الغذائي في أمانة دبي قليلة جداً وكان عدد حالات المبلغ

عنها في عام ١٩٩٤ حوالي ثلاثة عشر حالة ، وأثبتت التحاليل المخبرية أن هذه التسممات راجعة إلى التلوث اليكتيري .

عدد حالات التسمم الغذائي المبلغ عنها في 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 الكيميائي فلم ترد أي حالة تسمم أو تلوث كيميائي وقد يرجع ذلك إلى التركيز على عملية فصل المواد الكيميائية عن المواد الغذائية أثناء التخزين أو التحضير ، واستخدام معدات ذات نوعية جيدة غير قابلة للتفاعل عند تحضير المواد الغذائية .

التطورات المستقبلية لإجهاز الرقابة الغذائية

تطبيق نظام تصنيف المؤسسات الغذائية الى عدة درجات :

تم في بداية العام الحالي وضع الأساسات الأولية لتطبيق هذا النظام حيث سيتم توزيع جميع أنشطة المواد الغذائية الى ثلاث فئات وهي :-

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

وسيتم تصنيف الأنشطة في 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 في عدد الزيارات من أجل رفع المستوى الصحي فيها ، وهذا التصنيف يساعد على :

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

استخدام الحاسب الآلي 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 وسيتمكن 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 ينافيه 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 وساعد 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 اعدادة 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 .

التشويبات

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 أستركت 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 الإفراج 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 والمصدره منها ، والقسم يديره شخص موهل 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 فى البلديات

يوجد بكل بلدية قسم للتفتيش الصحي ويدخل التنفيس على الأغذية ضمن صلاحياته بإستثناء بلدية الدوحة العاصمة التي يوجد بها " قسم مراقبة الأغذية " يختص بالتفتيش على الأغذية وعلى جميع المؤسسات التي تتعامل فى 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 جامعيون 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 فى 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 فى المواد الغذائية ومفتشر القسم لهم صفة مأموري الضبط القضائي ولهم حق جمع العينات وأرسالها للتحليل بالمختبرات المركزية بوزارة الصحة العامة ، ومن الصعب تحديد القوة العاملة فى هذا الجهاز فى مجال الأغذية حيث أن الجهاز مسئول عن مشاكل حماية المستهلك بصورة عامة فى 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 فى الأغذية والمياه ثم بدأت فى الحطة الثانية (١٩٨٠ - ١٩٨٥) فى التوسع لتشمل عدداً من مجالات رصد التلوث البيئي بصورة عامة وفى مارس ١٩٧٩م أختيرت هذه المختبرات من قبل منظمي الصحة العالمية والأغذية والزراعة الدولية لتصبح مركزاً مشاركاً فى البرنامج الدولي الخاص برصد ملوثات الأغذية . وقد قبلت دولة قطر هذا الأختيار ووافقت على إنشاء < المركز الاقليمي لرصد تلوث الأغذية > بموجب قرار مجلس الوزراء فى مايو ١٩٧٩م وأصبحت هذه المختبرات المركز الثامن عشر ضمن مجموعة المراكز الدولية المشاركة فى 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 فى المياه القطرية من الخليج حيث تشارك المختبرات فى تنفيذ هذه الدراسة التي تشرف عليها المنظمة الاقليمية لحماية البيئة البحرية (الكويت) وذلك بالتنسيق مع اللجنة الدائمة لحماية البيئة فى قطر ، كما تقوم المختبرات برصد الملوثات الضارة فى مياه المجاري المعالجة التي تستخدم فى الري والمخلفات الصلبة التي قد تؤدي إلى تلوث البيئة .

رابعاً: رصد السموم والمواد الخطرة

ويتناول هذا المجال التحاليل المطلوبة فى حالات التسمم بهذه المواد إضافة الى تحاليل دخان السجائر لمعرفة مدى مطابقتها للوائح المطبقة فى 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 فى الأغذية والمياه والبيئة والسموم . وقد كان لنتائج هذه التحاليل أثر ملموس فى إحكام وسائل مراقبة الأغذية المستوردة والمنتجة محلياً مما أدى إلى تحسين درجة جودتها كما ساهمت هذه التحاليل فى حل عدد من القضايا الجنائية المتعلقة بالسموم وفى 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 فى 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 تحتوى 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 فى الأسواق المحليه .
- 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 رداة 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 القصوى 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 الكليه وتحاليل الليثيوم للأمراض النفسية) .
- ١٧ - أدت نتائج تحاليل الصحة العامة التى أجريت على المتعاملين بالأغذية وأصحاب المهن إلى كشف عدد من الحالات المعدية 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 دمائهم عن الحد الاقصى للمستوى الطبيعى وأن من بين هؤلاء الأطفال وجد أكثر من ٥٠ طفلاً مستوى الرصاص لديهم مرتفع بصورة خطيرة ، و جدير 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 السلمونيليا .
- (ب) وجدت ١٦ عينة مواد غذائية ملوثة ببكتريا التسمم الغذائي من نوع ستاف أوريس .
- (ج) وجدت ٤٥ عينة مواد غذائية ملوثة بالبكتريا القولونية البرازية منها ٣١ عينة ملوثة ببكتريا ايشيريشيا كولاي الممرضة .

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 اوربية 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 لفتشي 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 في زيادة دقة الطرق المستعملة حالياً في كشف التلوث بمنتجات الخنزير وقد تم نشر إحدى هذه الطرق .
- ٥ - تحسين طرق التحليل : تم تطوير بعض الطرق السريعة في عدد من مجالات تحاليل الأغذية والمياه باستعمال الطرق البولاروجرافية كالفيتامينات والمعادن الثقيلة وعدد من مضافات الأغذية .
- رابعاً: التنسيق بين أجهزة الرقابة

- نظراً لتوزع أنشطة الرقابة على الأغذية بين عدد من الأجهزة التي تنتمي إلى عدد من الوزارات فإن كفاءة عملية الرقابة تتوقف على مدى التنسيق بين هذه الأجهزة ، وتمثل عملية التنسيق حالياً في الآتي :
- ١ - تم تشكيل لجنة وطنية إستشارية للمواصفات القياسية للمواد من ممثلين عن الوزارات ذات العلاقة ويشارك في عضوية اللجنة ممثلين عن الوزارات المختصة بالرقابة على الأغذية وهي وزارة الصحة العامة ووزارة الشؤون البلدية والزراعة ووزارة المالية والاقتصاد 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 في ذلك الوقت على المواصفات الأمريكية والإنجليزية والدولية (CAC) مع الأخذ في الاعتبار الظروف المحلية السائدة في دولة قطر المناخية والاجتماعية والدينية . وبعد تطوير أجهزة المواصفات والمقاييس الخليجية تم إنشاء هيئة المواصفات والمقاييس لدول مجلس التعاون وبدأت الهيئة في إصدار المواصفات القياسية للأغذية وقد أعتمدت دولة قطر على ماصدر عن الهيئة من مواصفات وصدرت بصورة رسمية عن مجلس الوزراء .
- وأهم مصادر المواصفات القياسية المطبقة حالياً في قطر هي :
- ١ - الحدود الميكروبيولوجية للأغذية والمياه : قام المركز الأقليمي لرصد تلوث الأغذية بإعداد هذه المواصفات 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 الخكولية و ملح الطعام و الحدود القصوى للرصاص والحديد في 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 باستقبال 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 انخفاض كفاءة هذه الأجهزة وأهم أوجه القصور :

- ١ - انخفاض 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 - تبشر أنشطة التفتيش بين أكثر من وزارة أو جهة إدارية مع غياب نظام فعال للتنسيق .

وللحد من أوجه القصور هذه فإنه يقترح تغذية الوحدات التفتيشية تدريبياً 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 التوفير 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 وإمكانيات 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 الدوريات 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

- احمد رمزي قطب (١٩٩٤) . تقرير موجز عن أنشطة المختبرات خلال عام ١٩٩٣ م . وزارة الصحة العامة .
- احمد رمزي قطب وألان تورمان سبير وفضل الرحمن محمود علوي (١٩٧٩) . تقرير عن رقابة الاغذية بقطر - تقرير قدم لحكومة دولة قطر أعد بالتعاون بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الاغذية 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

مركز البحرين للدراسات والبحوث - البحرين

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 والفنادق 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 المعرضه .

قسم مراقبة الأغذية

وهو القسم الذي يتكفل بمهام 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 في 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 لمجزئة البحرين ، ويتم من خلاله إستيراد معظم أنواع الحليب ومنتجاته والعصائر والعديد من الأغذية المنتجة في السعودية .

يقوم مفتشوا هذا القسم بالكشف الظاهري على الأغذية ومدى مطابقتها البطاقة الإعلامية مع المواصفة الخليجية ومن ثم الأفراج عنها ليتم تداولها في 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 للتفتيش 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 بالتفتيش على محلات بيع وتداول الأغذية .

التسجيل الصحي للمحلات المتعامله بالغذاء

يقوم هذا الفرع من القسم بتسجيل جميع المحلات التي تتعامل في الأطعمة في سجلات خاصة وضعت خصيصاً لذلك ، حيث يتم عمل سجل خاص لكل فئة من هذه المحلات حسب نوع المعاملة التي تزاول بالمحل ، كما يتم إصدار شهادات التسجيل الصحي للمحلات بعد التأكد من إستيفائها للأشترطات الصحية المطلوبة من قبل المفتش الصحي ، وبين في هذه الشهادات نوع المعاملة 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 فإن كل هذه العمليات مازالت تجري 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 مسؤولاً عن عملية التفتيش لجميع المحلات الواقعة في تلك المنطقة .

مشاكل التلوث الغذائي في الدولة وسبل 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 ومشروبات ، 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 بالبكتيريا المرضية والتي من أهمها السالمونيلا والمكورات العنقودية الذهبية والليستيريا وعصويات سيروبيوس (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 المبطننة للأمعاء إلى النسيج المختص ، وهناك تتناسخ وتتضاعف فتسبب إتهاك 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 الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي بحوالي ٢٨٪ في عام ١٩٩١ بالمقارنة بالعام الذي قبله ، إلا أن نسبة الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (أ) في عام ١٩٩١ مازالت هي النسبة الأعلى (٦٢٪) بالمقارنة مع بقية الأنواع من الأتهابات الكبدية الفيروسية .

الأمراض البكتيرية السالمونيلس

بدأ الاهتمام بتسجيل حالات الأصابة ببكتريا السالمونيلا كأحد البكتريا المسببة للأمراض المحمولة بالغذاء منذ عام ١٩٧٧ ، وذلك بسبب تزايد ظهور أعراض الأصابة بمثل هذه البكتريا . وعلى الرغم أن نسبة الأصابة 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 الأصابة أو بالأحرى عدم تناقصها بشكل ملحوظ منذ عام ١٩٧٧ حتى عام ١٩٩١ ، فقد بلغت نسب الأصابة بالسالمونيلس بالمقارنة مع بقية الأمراض المحمولة بالغذاء فى الأعوام الممتدة ما بين ٨٨ - ١٩٩١ حوالي (٢٥٩ - ٢٤٧ - ٣٠٢ - ٣٢١٪ على التوالي) .

التيفويد

تشير إحصائيات إدارة الصحة العامة إلى أن نسبة الزيادة فى عدد حالات الأصابة بالتيفويد قد بلغت ٣٩٪ فيما بين العامين ١٩٩٠ و ١٩٩١ ، وتشكل نسبة الحالات الواردة حوالي ٨٣٪ منها بالمقارنة مع بقية الحالات الأخرى . وعند دراسة حالات الأصابة بالتيفويد بالمقارنة مع الفئات العمرية وعدد السكان يتضح أن حالات الأصابة تتركز فى الفئة العمرية الممتدة ما بين ٥ سنوات و ٣٤ سنة حيث أن نسبة الأصابة قد بلغت فيما بين الأعوام ١٩٨٨ إلى ١٩٩١ حوالي (٨٩٢ - ٨٧٣ - ٧٧٣ - ٨١٥٪ على التوالي) إلا أن تقارير وزارة الصحة السنوية توضح أن مرض التيفويد 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 .

الشيجلوس

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 الدوسنطاريا البكتيرية بالدوسنطاريا الأميبية (داء الأميبا) حيث تسجل تحت أسم مرض واحد . وقد أشار تقرير الصحة العامة لعام (١٩٩١) إلى أن نسبة الأصابة بالشيجلوسس أرتفعت بنسبة ٣١٪ عن السنة التي قبلها (١٩٩٠) ، وتتركز نسبة الزيادة فى الفترة العمرية الممتدة ما بين (صفر - ٤ سنوات) حيث وصلت نسبة الأصابة 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 الشيجلوسس ، وربما وضع برامج خاصة للتحكم فى نسبة إنتشار الأصابة كما هو الحال بالنسبة لداء السالمونيلس .

التسمم الغذائي

عند الإشارة لمصطلح التسمم الغذائي في تقارير الصحة العامة بوزارة الصحة فأن ذلك يعني في كثير من الأحيان حالة مرضية تظهر أعراضها في شكل إسهال وقيء وغيثان ، على أن لا تكون الأصابة ناتجة عن بكتيريا السالمونلا ، وأما فيما عدا ذلك فأنها 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 الأدمي ، 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 الأشكالية قد تكون عائدة إلى عدة أسباب منها :

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

التسمم بالأفلاتوكسين

في الدراسة التمهيدية التي أجريت على بعض الأغذية الطازجة في البحرين وجدت مادة الأفلاتوكسين 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 إلى وجود مشكلة التلوث بالأفلاتوكسين في البحرين فهذه المعدلات من هذه السموم من المفروض أن تشير الأهتمام بها وخاصة سموم الأفلاتوكسين B كأكثر أنواع الأفلاتوكسين إنتشاراً وخطورة ، لذلك لابد 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 إجرائها 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 الحبز 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 الحبز إلا أنه يعتقد أنها

ناجحة من حرق مادة الكيروسين المستخدمة فى الأفران الإعتيادية أو أن تكون ناجحة 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 تفرغها 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 - تركز أنشطة خدمات الرقابة الغذائية ، والتفتيش الصحي فى البحرين على بعض القضايا المتعلقة بصحة وسلامة الغذاء من غيرالأهتمام 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 الصحيحة للتخزين والحفظ وطرق الطبخ وتنظيف 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 الاقلاتوكسين 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 للمفتيشين وفنى 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.

الرقابة الغذائية في المملكة العربية السعودية

عبدالرحمن الخليفة

قسم علوم الأغذية - كلية الزراعة - جامعة الملك سعود

الرياض - المملكة العربية السعودية

مقدمه

يعتبر إنتاج الغذاء أو حفظه في أماكن بعيدة عن المستهلك من أهم التطورات الغذائية التي ظهرت في المجتمعات الحديثة . وحيث أن المستهلك في 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 في حاجة للحماية من الأغذية غير المأمونة . ونظراً للطفرة الكبيرة في مجال الصناعات الغذائية خلال السنوات الماضية فالأدوات التي كانت تستخدم في الماضي تغيرت تغيراً جذرياً فعلى سبيل المثال حصل تغير ملحوظ في تصنيع اللحوم والدواجن فقد كانت هذه اللحوم تباع طازجة وفي نفس اليوم ، أما الآن فقد اختلف الوضع فاللحوم والدواجن تذبح وتصنع في أجهزة حديثة ذات تقنية عالية وتشحن إلى بلدان متفرقة وبعيدة في جميع أنحاء العالم لتصل إلى المستهلك . لهذا كان لابد من مواكبة التغيرات في الصناعات الغذائية بتغيرات في أسلوب الرقابة الغذائية . فالرقابة في الماضي كانت تعتمد على الشكل الخارجي ومنها يحكم على صلاحية الغذاء ، أما اليوم فقد تغير الوضع فالأخطار أصبحت غير مرئية كالتلوث الميكروبي والكيميائي ، لذا وجب علينا استخدام طرق حديثة ومنتطورة للرقابة على الأغذية وأن نواكب هذا التطور في مجال التصنيع بتطوير طرق الرقابة خاصة وأن عملية الرقابة الغذائية ليست بالمهمة السهلة .

الهيكل التنظيمي لجهاز الرقابة الغذائية في المملكة العربية السعودية والجهات المشاركة

إن عملية الرقابة الغذائية تنطلق من مسئولية سلامة المواد الغذائية سواء المحلية أو المستوردة والمتداولة في الأسواق والمحلات التجارية ، وإن الهدف النهائي 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 اهتمت بموضوع الرقابة على الأغذية ، حيث بدأت في مشروع الرقابة الفعلية على الأغذية حينما طلبت في عام ١٩٦٧ المساعدة الفنية من منظمة الأغذية والزراعة لمشروع مراقبة جودة الأغذية . وقد طلب من المعهد المركزي لأبحاث الغذاء والتغذية بمدينة زست بهولندا لإدارة هذا المشروع ، وكان من الأهداف الرئيسية إقامة مختبرين لمراقبة الجودة في مدينة جدة والدمام في عامي ١٩٦٨ و١٩٦٩ على التوالي ، وقد تم التشغيل والتدريب للفنيين السعوديين وبدأت الصياغة لمشروع المواصفات القياسية للأغذية وتم التشغيل في المرحلة الأولى من المشروع كخطوة أولى للرقابة على الأغذية ومن ثم بدأ التطوير في أجهزة الرقابة الغذائية في 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 ويحول 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 المسئولة 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 ١/٣/١٣٢٧ 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 مسئولة عن وضع وأعتتماد 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 - **حدود المادة (١٩)** من اللائحة التنفيذية لنظام مكافحة الغش التجاري للمختبرات الرقابية التي يعهد إليها 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 ولا يستحق صاحب السلعة أي مقابل عن العينات ومع ذلك يجب بالنسبة للسلع غير الغذائية ذات القيمة المادية الكبيرة إعادتها للتاجر إذا ما ثبت 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 حين 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 .

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

جدول (١)

| 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

جدول (٢)

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

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 |

Table 4

(٤) جدول

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

(٥) جدول

| S. No. | Description | No. of Samples Analyzed | No. of Unfit Samples | % Unfit Samples | 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 V |
| 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.

(٦) جدول

| 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 | |

للحصول على نسخة إضافية يرجى الإتصال بـ :

المكتب الإقليمي للشرق الأدنى
منظمة الأغذية و الزراعة للأمم المتحدة
ص . ب : ٢٢٢٣
القاهرة - جمهورية مصر العربية
هاتف : ٣٣٧٢٢٢٩ - ٣٣٧٢٧٨٩
فاكس : ٣٤٩٥٩٨١
تلكس : FAONE UN ٢١٠٥٥

أو

مركز البحرين للدراسات و البحوث
دائرة المكتبة و المعلومات
ص . ب ٤٩٦
المنامة - دولة البحرين
هاتف : ٧٥٤٥٢٧ - ٧٥٤٧٥٧
فاكس : ٧٥٤٨٣٥

الأوصاف المستخدمة في هذا المطبوع و طريقة عرض موضوعاته لا تعبر عن أي رأي خاص لمنظمة الأغذية و الزراعة للأمم المتحدة فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة ، أو فيما يتعلق بسلطاتها أو بتعيين حدودها و تخومها .

