

نمط استهلاك الغذاء والإصابة بالأمراض المزمنة عند المواطنين البالغين في المجتمع الإماراتي*

عبد الرحمن عبيد مصيقر
مركز البحرين للدراسات والبحوث - دولة البحرين

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على نمط استهلاك بعض الأغذية الشائعة ومدى انتشار الأمراض المزمنة عند البالغين الإماراتيين. واعتمدت الدراسة على مقابلة الأشخاص في منازلهم باستخدام استمارة خاصة تم اختبارها في دراسات سابقة وتم اختيار عينة الدراسة باستخدام طريقة التقسيم التناسبي من جميع مناطق الإمارات العربية المتحدة.

وبلغ حجم العينة ٢٢١٢ شخصاً بينهم ١١٢٢ رجلاً و ١٠٩٠ امرأة تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٧٠ سنة. وأوضحت نتائج الدراسة أن نمط استهلاك الغذاء عند المواطنين الإماراتيين لا يتماشى مع الحالة الاجتماعية والاقتصادية في دولة الإمارات العربية المتحدة، فقد وجد أن استهلاك بعض الأغذية المهمة للوقاية من الأمراض المزمنة مثل الخضراوات والفواكه مازال قليلاً. كما تبين وجود اختلافات معنوية بين النساء والرجال في نمط استهلاك بعض الأغذية وكذلك بين كبار السن (٥٠ سنة فأكثر) والشباب (أقل من ٥٠ سنة) وقد كانت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة عالية، وتزداد النسبة بارتفاع العمر. وقد وجد أن نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم ٦٪ عند عمر ٢٠-٢٩ سنة وترتفع إلى ١٤٪ عند عمر ٣٠-٣٩ سنة ثم إلى ٢٥٪ عند عمر ٤٠-٤٩ سنة وإلى ٣٣٪ عند عمر ٥٠-٥٩ سنة وتصل إلى أعلى معدل لها عند المرحلة العمرية ٦٠ سنة فأكثر (٤١٪). وقد كانت النسبة الكلية للإصابة بداء السكري ١١٪ عند الرجال و ١٤٪ عند النساء. وبالنسبة لتسوس الأسنان كانت النسبة ٤٦٪ عند الرجال و ٥٦٪ عند النساء، أما آلام الظهر فتبين أن ٢٩٪ من الرجال و ٤٧٪ من النساء مصابات به. وبلغت نسبة الإصابة الكلية بالأمراض المقابلة عند الرجال ٢٢٪ مقابل ٣٥٪ عند النساء. وأوصت الدراسة بالاهتمام بالبرامج الوقائية للسيطرة على الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الإماراتي.

* بإذن خاص من ندوة الثقافة والعلوم - دبي - دولة الإمارات العربية المتحدة.

المقدمة

تشهد دول الخليج العربية منذ اكتشاف النفط العديد من التغيرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية التي أثرت في نمط استهلاك الطعام وأسلوب المعيشة وتوعية الأمراض المنتشرة: فقد قل تناول الأغذية التقليدية كالخضراوات والفواكه الطازجة والتمر والسمك وازداد تناول اللحوم الحمراء والدجاج والبيض والأغذية السريعة والحلويات والمشروبات الغازية، وتغير أسلوب المعيشة (lifestyle) فازداد الاعتماد على الوسائل الحديثة في تصريف شؤون المنزل والاعتماد على السيارة في التنقل، وأصبح التلفزيون أهم وسيلة ترفيهية للأسرة الخليجية مما أدى إلى الجلوس ساعات طويلة لمشاهدته. وكل هذه العوامل ساهمت في الحياة الخاملة (Sedentary Lifestyle) وقلة ممارسة النشاط البدني وبالتالي ظهور الأمراض المزمنة المرتبطة بالتغير في أسلوب المعيشة والتغذية وأهمها أمراض القلب وداء السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان وتسوس الأسنان وآلام الظهر وآلام المفاصل والبدانة. وفي المقابل انخفضت بشكل ملحوظ بعض الأمراض المعدية حيث تمكنت هذه الدول من السيطرة على هذه الأمراض نتيجة تحسن الخدمات الصحية وانتشارها في جميع المناطق الجغرافية وارتفاع مستوى المعيشة والنظافة العامة.

وتشير بيانات منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة إلى أن تناول السعرات الحرارية في اليوم للفرد الإماراتي ارتفع من ٢٨١٤ سعرة حرارية في عام ١٩٦١ إلى حوالي ٣٣٠٩ سعرة حرارية في عام ١٩٩٠ أي بزيادة قدرها ١٨٪. أما بالنسبة للدهون فقد ارتفع نصيب الفرد اليومي من ٨٥ غراماً إلى ١١٢ غراماً خلال الفترة من ١٩٦١ - ١٩٩٠، وارتفع تناول البروتين في اليوم من ٧٣ غراماً إلى ١٠٢ غرام في نفس الفترة (FAO, 1995) كما ازداد تناول الأطعمة الحيوانية على حساب الأطعمة النباتية، وهذا بدوره قد أسهم في زيادة تناول الدهون الحيوانية والكوليسترول والتي تعتبر من العوامل المساعدة في الإصابة بأمراض القلب وبعض أنواع السرطان.

ويلاحظ أن الدراسات حول نمط استهلاك الطعام والأمراض المزمنة في دولة الإمارات العربية قليلة ومحدودة، حيث ركزت معظم تلك الدراسات على منطقة جغرافية معينة أو فئة عمرية أو جنس معين. ولا توجد حتى الآن دراسة وبائية تغطي جميع المناطق الجغرافية في دولة الإمارات العربية المتحدة. فمثلاً ركز المسح الغذائي الشامل الذي قامت به وزارة الصحة الإماراتية في عام ١٩٩٢ على نوع الأطعمة المتناولة في المناسبات الخاصة مثل الأعياد ورمضان، كما ركز المسح على الأطعمة المستخدمة في علاج بعض الأمراض المزمنة كالسكري وآلام المفاصل، ولكنه لم يتطرق إلى الإصابة بالأمراض المزمنة أو تناول الأغذية المختلفة. (Musaiger, 1992).

وفي دراسة أخرى عن علاقة تراكم الدهون بالإصابة بارتفاع ضغط الدم عند طلبة المدارس في مدينة العين بدولة الإمارات العربية المتحدة وجد أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم والإصابة بالبدانة عند طلبة المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين ٧-١٨ سنة (Moussa et al, 1994a). وفي دراسة أخرى قام بها نفس الباحثين للتعرف على العوامل المرتبطة بالبدانة عند هؤلاء الطلبة تبين أن التاريخ العائلي للبدانة وداء السكري والتدخين وعدم ممارسة الرياضة ونوع الغذاء المتناول علاقة ذات دلالة إحصائية بالإصابة بالبدانة (Moussa et al, 1994b).

وقام (El-Mugamer et al, 1995) بإجراء دراسة وبائية على البدو القاطنين في منطقة العين بدولة الإمارات العربية من ناحية الإصابة بالبدانة والداء السكري وارتفاع ضغط الدم وأوضحت الدراسة أن ٦٪ من البدو الرجال والنساء على السواء مصابون بالسكري وأن ١١٪ من الرجال، ٢٧٪ من النساء مصابون بالبدانة وأن حوالي ٢٤٪ من الرجال و ٢٠٪ من النساء مصابون بارتفاع ضغط الدم. وقد كانت نسبة الإصابة بهذه الأمراض أعلى عند البدو القاطنين في المناطق الحضرية مقارنة بالبدو القاطنين في المناطق الصحراوية.

وفي دراسة مبدئية عن ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم عند الرجال في دولة الإمارات العربية المتحدة وجد (Agrwal et al, 1994) أن نسبة الإصابة بارتفاع الكوليسترول تتراوح ما بين ٤٧٪ و ٥٢٪ عند الجنسيات العربية وما بين ٢٣٪ و ٤٥٪ عند الجنسيات غير العربية.

وتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على تأثير العمر والجنس في نمط استهلاك الغذاء وفي مدى انتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الإماراتي.

طريقة الدراسة وأدواتها

اختيار عينة الدراسة

اختيرت عينة من جميع الإمارات السبعة وهي أبوظبي، دبي، الشارقة، عجمان، أم القيوين، رأس الخيمة والفجيرة. ونظرا لعدم توفر بيانات كافية عن عدد المنازل التي يقطنها المواطنون في المناطق الجغرافية في كل إمارة (أثناء إعداد الدراسة) فقد تم التركيز على المناطق المعروفة والتي تقطنها نسبة عالية من الإماراتيين في كل إمارة، وتم اختيار عينة الدراسة باستخدام طريقة التقسيم التناسبي (Proportional Sampling Technique) أي أن تكون العينة المختارة من كل إمارة تتناسب مع الكثافة السكانية للمواطنين في الإمارة. وحرصت الدراسة على اختيار المواطنين الذين تزيد أعمارهم على ١٩ سنة (أي ٢٠ سنة وأكثر) وذلك لأن الأمراض المزمنة غالبا ما تبدأ في الظهور أو يتم اكتشافها بعد هذا العمر.

وقد شملت عينة الدراسة ٢٢١٢ شخصا بينهم ١١٢٢ رجلاً و ١٠٩٠ امرأة، وقد كان توزيع العينة كالتالي: ٢٨,٢٪ من أبوظبي (مع مدينة العين)، ٢٠,٢٪ من دبي، ١٤,٥٪ من الشارقة، ١,٣٪ من أم القيوين، ٧,٦٪ من الفجيرة، ٥,١٪ من عجمان و ١٣,١٪ من رأس الخيمة.

أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة على مقابلة الأشخاص في منازلهم عن طريق استمارة خاصة أعدت لهذا الغرض، وقد شملت الاستمارة بيانات عن الخلفية الاجتماعية لأفراد الفئة المستهدفة ونمط استهلاك الأغذية الشائعة والإصابة بالأمراض المزمنة وبعض الممارسات الصحية.

طريقة جمع البيانات

قامت مجموعة من طالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة بجمع البيانات وتدوينها في الاستمارة الخاصة بالدراسة وذلك عن طريق زيارة الأسر ومقابلة الأشخاص الذين تنطبق عليهم شروط الدراسة التي تتمثل في أن يكون الشخص قد تجاوز سن التاسعة عشرة وأن يكون إماراتي الجنسية، وأن يكون قادراً على الإجابة (غير مصاب بعجز يمنعه من الإجابة عن الأسئلة). وقد تم أخذ جميع الأشخاص المتواجدين في المنزل أثناء إعداد الدارسة وتطبيق عليهم هذه الشروط، وتم جمع بيانات الدارسة خلال الفترة فبراير - مايو ١٩٩٤.

تحليل البيانات والمعالجة الإحصائية

تم تفريغ البيانات وحفظها باستخدام برنامج D-Base، أما التحليل الإحصائي للبيانات فقد تم باستخدام برنامج EPI-INFO (WHO/CDC, 1990) واستخدم مربع كاي في المعاملات الإحصائية لقياس العلاقة بين بعض العوامل الاجتماعية مثل العمر والجنس واستهلاك الأغذية والإصابة بالأمراض المزمنة، وعُد أن الفرق معنوي وذو دلالة إحصائية عندما يكون مستوى الدلالة ٠,٠٥ أو أقل.

تعريف المؤشرات المستخدمة في الدارسة

- ١- العمر الحالي للشخص: (Age) وهو عمر الشخص عند إجراء الدارسة عليه.
- ٢- الجنسية: (Nationality) اعتبر الشخص إماراتياً في حالة حصوله على جواز سفر إماراتي بغض النظر عن أصله العرقي السابق (أي قبل الحصول على الجواز).
- ٣- مستوى تعليم الشخص: (Educational Level) وتم قياسه بأخر شهادة دراسية حصل عليها الشخص، وقد قسم المستوى التعليمي إلى ٣ فئات:
 - أ) مستوى تعليمي منخفض: وعُد الشخص ذا تعليم منخفض إذا كان أمياً أو يقرأ أو يكتب ولكنه لم يدرس في المرحلة الابتدائية.
 - ب) مستوى تعليمي متوسط: وشمل الأشخاص الذين درسوا أو حصلوا على الشهادة الابتدائية أو الإعدادية.
 - ج) مستوى تعليمي عال: وشمل الأشخاص الذين درسوا أو حصلوا على الشهادة الثانوية وما فوقها.
- ٤- الحالة الزوجية: (Marital Status) ويقصد بها الحالة الزوجية للشخص أثناء تجميع بيانات الدارسة، وقسمت إلى ٤ أقسام: أعزب (أي غير متزوج أثناء الدارسة) ومتزوج (أثناء الدارسة) ومطلق وأرمل.
- ٥- نمط استهلاك الغذاء: (Food Consumption Patterns) ويقصد به عدد مرات تناول الأغذية في

وتبين الدراسة أن غالبية أفراد العينة كانوا متزوجين (٧٥٪) والنسبة أعلى عند الرجال (٨٠٪) مقارنة بالنساء (٧٠٪) ويرجع ذلك إلى وجود نسبة عالية من النساء الأرمال (١١٪). والمعروف في معظم المجتمعات، أن نسبة الأرمال تكون أعلى عند النساء وذلك لطول متوسط عمر المرأة وقصر متوسط عمر الرجل، بالإضافة إلى تعرض الرجال إلى مخاطر المهنة وبالتالي الوفاة المبكرة.

ثانياً: نمط استهلاك الطعام

يعتبر نمط استهلاك الطعام من أهم العوامل المؤثرة في الإصابة بالأمراض المزمنة، فقد وجد أن الإكثار من الأغذية الغنية بالدهون والكوليسترول يساعد على الإصابة بأمراض القلب، وأن الأغذية الغنية بالمواد الكربوهيدراتية والألياف الغذائية مثل الحبوب الكاملة والخضراوات الورقية الخضراء والفواكه تساعد في الوقاية من بعض الأمراض المزمنة مثل داء السكري وأمراض القلب وبعض أنواع السرطان.

جدول (١)
الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة بحسب النوع

المجموع		نساء		رجال		الخصائص
العدد	%	العدد	%	العدد	%	
العمر (سنة)						
٧٧٢	٤٣,٩	٣٦٥	٣٣,٥	٤٠٧	٣٦,٣	٢٩-٢٠
٥٩٣	٢٦,٥	٣٤٠	٣١,٥	٢٥٣	٢٢,٥	٣٩-٣٠
٤١١	١٨,٦	١٩٨	١٨,٢	٢١٣	١٩,٠	٤٩-٤٠
٢٤٨	١١,٢	١٠٥	٩,٦	١٤٣	١٢,٧	٥٩-٥٠
١٨٨	٨,٥	٨٢	٧,٥	١٠٦	٩,٥	٦٠ فأكثر
مستوى التعليم						
٧٧٢	٣٤,٩	٤٧٨	٤٣,٩	٢٩٥	٢٦,٣	منخفض
٤٥٦	٢٠,٦	٢١٦	١٩,٨	٢٤٠	٢١,٤	متوسط
٩٨٣	٤٤,٥	٣٩٦	٣٦,٣	٥٨٧	٥٢,٣	عالٍ
الوظيفة						
١١٣٣	٥١,٢	٢٠٥	١٨,٨	٩٢٨	٨٢,٧	يعمل
١٠٧٩	٤٨,٨	٨٨٥	٨١,٩	١٩٤	١٧,٣	لا يعمل
الحالة الزوجية						
٣٥٢	١٥,٩	١٤٨	١٣,٦	٢٠٤	١٨,٢	أعزب
١٦٦٧	٧٥,٤	٧٦٩	٧٠,٥	٨٩٨	٨٠,٠	متزوج
٥٧	٢,٦	٤٩	٤,٥	٨	٠,٧	مطلق
١٣٦	٦,١	١٣٤	١١,٤	١٢	١,١	أرمل
٢٢١٢	١٠٠,٠	١٠٩٠	٤٩,٣	١١٢٢	٥٠,٧	المجموع

ولقد حدث تغير كبير في نمط استهلاك الطعام في دولة الإمارات العربية المتحدة فقد انحسر تناول الأغذية التقليدية مثل السمك والخضراوات والفواكه الطازجة والتمر وازداد تناول اللحوم الحمراء والدجاج والأغذية الغنية بالدهون، وأصبحت الوجبات السريعة والمشروبات الغازية من أهم الأغذية التي يتناولها الجيل الجديد ويعتمد عليها بشكل كبير في غذائه اليومي، وهذه الأغذية غالباً ما تكون غنية بالدهون والكوليسترول والملح والسعرات الحرارية. ويبين جدول (٢) النسبة المئوية لتكرار تناول بعض الأطعمة الشائعة عند المواطنين الرجال في دولة الإمارات العربية المتحدة. وبصفة عامة نجد أن هناك فروقاً ذات دلالة بين الشباب (٢٠-٤٩ سنة) وكبار السن (٥٠ سنة فأكثر) في تناول جميع الأطعمة معاً تناول الفواكه الطازجة حيث لم يلاحظ أي فرق ذي دلالة إحصائية. ونلاحظ أن كبار السن أكثر ميلاً لتناول السمك والحليب واللبن (الخض) والفواكه والخضراوات والخبز والأرز والشاي بشكل يومي مقارنة بالشباب. وهذا أمر متوقع حيث إن كبار السن عادة ما يميلون إلى تناول الأغذية التقليدية مثل الخضراوات والفواكه والسمك واللبن. ونلاحظ أن تناول البيض والجبن والدجاج أقل عند كبار السن مقارنة بالشباب.

ولقد كان الاختلاف أكثر وضوحاً في نمط تناول الطعام عند النساء كبيرات السن (٥٠ سنة فأكثر) والأصغر سناً (٢٠-٤٩ سنة)، ولم تلاحظ أية فروق ذات دلالة إحصائية بين هاتين الفئتين في تناول السمك والفواكه والخضراوات والأرز والخبز. وكما نجد أن الحليب واللبن يتم تناولهما بشكل أكبر عند كبيرات السن مقارنة بالأصغر سناً (مستوى الدلالة ٠,٠٠٥ و ٠,٠٠١ على التوالي) كما هو مبين في جدول (٣).

وباستثناء تناول اللحوم الحمراء والأرز واللبن والسمك فإن الاختلافات في نمط استهلاك الطعام بين الرجال والنساء كانت ذات دلالة إحصائية كما هو مبين في جدول (٤). ونلاحظ أن النساء أكثر ميلاً لتناول الدجاج والخضراوات والخبز والشاي بالحليب والبيض والجبن بشكل يومي مقارنة بالرجال.

إن الاختلافات في نمط استهلاك الطعام بين الرجال والنساء وكذلك بين كبار السن والأصغر سناً ترجع إلى عدة عوامل اجتماعية وفسولوجية. والدراسات حول الفروق بين العادات الغذائية عند الرجال والنساء في المجتمعات الخليجية قليلة جداً، حيث ركزت معظم الدراسات على النساء خاصة الأمهات. وفي دراسة حول العادات الغذائية عند طلبة المدارس الثانوية في البحرين وجد أن الذكور أكثر ميلاً لتناول الشاي واللحوم والأرز مقارنة بالإناث اللاتي كن أكثر ميلاً لتناول الجبن والمشروبات الغازية (Musaiger and Gregory, 1992).

ويعتبر عمر الشخص من العوامل المهمة المؤثرة في عاداته الغذائية، فالممارسات التقليدية المتعلقة بالتغذية عادة ما تكون أكثر انتشاراً عند كبار السن. وتشير الدراسات في دول الخليج العربية أن كبار السن يفضلون تناول الأغذية التقليدية خاصة السمك واللبن والتمر (Musaiger and Miladi, 1995) وهذا ينطبق على دراستنا الحالية.

ويعتبر التعليم من العوامل المؤثرة وبشكل كبير في العادات الغذائية في دولة الإمارات العربية المتحدة وبقية دول الخليج العربية، فقد تبين من الدراسات أن تعليم الأم له دور ملموس في تحسين الوضع التغذوي للأسرة، فكلما ارتفع مستوى تعليم الأم اهتمت أكثر بتناول الخضراوات والفواكه واللحوم والأسماك. ولقد وجد أن كفاية الوجبة المنزلية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى تعليم ربة الأسرة وأن الحصول على

الاحتياجات الغذائية اليومية كان أكثر عند الأمهات ذوات التعليم العالي (أمين، ١٩٩٧) وحتى بالنسبة لرب الأسرة ففي إحدى الدراسات (Musaiger, 1993) وجد أنه كلما ارتفع مستوى تعليم رب الأسرة ازداد تناول اللحوم الحمراء والدجاج والبيض والفواكه والحليب. وكثيراً ما ترجع الاختلافات بين كبار السن والشباب في نمط استهلاك الطعام في دول الخليج العربية إلى ارتفاع مستوى تعليم الفئة الشبابية.

وبصفة عامة نلاحظ أن نسبة لا بأس بها من الرجال (٨٠,٥٪) والنساء (٢٥٪) في دولة الإمارات العربية لا يتناولون الحليب أو نادراً ما يتناولونه، كما أن تناول اللبن والجبن قليل نسبياً وهذا يعطي مؤشراً أن الحليب ومنتجات الألبان لا يتم تناولها بكميات كافية، وقد توصل مصيقر ورضوان (Musaiger and Radwan, 1995) إلى نتائج مشابهة لهذه النتائج عند طالبات الجامعة في دولة الإمارات. والمعروف أن الحليب ومنتجات الألبان أغنى المصادر الغذائية لعنصر الكالسيوم المهم في تكوين العظام. وتتعرض الفتيات والمراهقات والنساء بصفة خاصة إلى نقص الكالسيوم مما يعرضهن إلى مرض هشاشة العظام (Osteoporosis) في الكبر، لذا فإن الاهتمام بتناول الأغذية الغنية بالكالسيوم أمر أساسي للوقاية من هذا المرض.

وتوصي الجمعيات المتخصصة في التغذية والمنظمات الدولية أن يتناول الفرد يومياً كميات كافية من هذه الأغذية (منتجات الألبان) وذلك للحصول على ما يحتاجه من الكالسيوم وبعض العناصر الغذائية الأخرى المهمة للجسم.

ومن أهم الجوانب الصحية التي تم ملاحظتها في نمط استهلاك الطعام في الدراسة الحالية قلة تناول الخضراوات والفواكه الطازجة، وتعتبر هذه الأغذية مصدراً مهماً لتزويد الجسم بالألياف الغذائية والفيتامينات والعناصر المعدنية. ويوصي اختصاصيو التغذية بتناول ما مقداره أربع حصص يومياً من هذه الأغذية وتعادل الحصة الواحدة نصف كوب من الخضراوات أو عصير الفاكهة أو حبة متوسطة من الفواكه، ونجد أن ٤٦٪ من الرجال و ٥٢٪ من النساء يتناولون الفواكه الطازجة يومياً. أما بالنسبة للخضراوات الطازجة فإن النسبة كانت أعلى (٦٠٪ و ٦٥٪ للرجال والنساء على التوالي). وهذا يعني أن حوالي نصف إلى ثلث البالغين في المجتمع الإماراتي لا يتناولون الفواكه والخضراوات الطازجة بشكل يومي، الأمر الذي يجب معالجته بالتوعية الصحية والغذائية، فبالإضافة إلى القيمة الغذائية لهذه الأطعمة، فهي تساعد على الوقاية من العديد من الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وبعض أنواع السرطان.

كما نلاحظ من الدراسة الحالية كثرة تناول الشاي، سواء بالحليب أم بدونه. وعادة ما يتم تناول الشاي بدون الحليب في دول الخليج العربية بعد وجبة الغذاء، أما الشاي بالحليب فغالبا ما يتم تناوله مع وجبة الإفطار والعشاء. وتكمن المشكلة في تناول الشاي مع الوجبة أو بعدها مباشرة بوجود مادة تسمى بالتانين (Tannin) تمنع امتصاص عنصر الحديد اللاهيمي (Non-haem iron) المهم لكريات الدم الحمراء.

ويعتبر فقر الدم الناتج عن نقص الحديد (Iron Deficiency Anaemia) من أكثر أمراض سوء التغذية انتشاراً في دولة الإمارات العربية المتحدة وتشير إحدى الدراسات إلى أن حوالي ٤٥٪ من الأمهات الحوامل في دولة الإمارات مصابات بفقر الدم الحديدي (Hossain et al, 1997). وفي دراسة أخرى على طلبة

جدول (٢)

النسبة المئوية لتكرار تناول الأطعمة في الأسبوع عند الرجال المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر

مستوى الدلالة	عدد مرات التناول في الأسبوع			العمر (سنة)	الغذاء	
	نادراً أو لايتناول	١-٣٪	٤-٦٪			يومياً٪
٠,٠٠٥	٢,٩	٧٦,٩	١٦,٣	٣,٩	٤٩-٢٠	اللحوم
	٦,٤	٧٨,٧	٩,٦	٥,٢	٥٠ فأكبر	الحمراء
٠,٠٠١	٢,٦	٦٨,٠	٢٤,١	٥,٣	٤٩-٢٠	الدجاج
	١٣,٣	٦٥,١	١٤,٩	٦,٨	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠٣	٣,٧	٥٦,١	٣٠,٠	١٠,٢	٤٩-٢٠	السمك
	٣,٢	٥٠,٦	٢٧,٣	١٩,٠	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١٧,٥	٣٠,٧	١٥,٢	٣٦,٥	٤٩-٢٠	الحليب
	٢١,٧	١٦,٩	١١,٦	٤٩,٨	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١١,٧	٤٨,١	٢٣,٤	١٦,٨	٤٩-٢٠	اللبن (الخض)
	١٢,٥	٣٦,١	٢٢,١	٢٩,٣	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠٤	١١,٧	٥٥,٧	٢٢,٥	٢٩,٢	٤٩-٢٠	البيض
	١٣,٧	٥٣,٤	١٧,٣	٤,٥	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	٧,٠	٤٦,١	٢٦,٩	٠,٢٠	٤٩-٢٠	الجبن
	١٩,٧	٤٠,٦	٢٠,١	١٩,٧	٥٠ فأكبر	
د.غ	٣,٦	٢٦,١	٢٦,١	٤٤,٢	٤٩-٢٠	الفواكه
	٣,٢	٢٤,٥	١٩,٣	٥٣,٠	٥٠ فأكبر	الطازجة
٠,٠٠٢	١,٨	١٦,٤	٢٣,٩	٧٥,٨	٤٩-٢٠	الخضراوات
	٣,٦	١١,٦	١٨,٩	٦٥,٩	٥٠ فأكبر	الطازجة
٠,٠٠١	١,٣	٨,٢	١٤,٩	٧٥,٦	٤٩-٢٠	الأرز
	٢,٤	٥,٦	٧,٢	٨٤,٧	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١,٢	١٤,٢	٢٠,٦	٦٤,٠	٤٩-٢٠	الخبز
	٠,٨	٧,٦	١٤,١	٧٧,٥	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١١,٧	٢٦,٥	١٤,٨	٤٧,١	٤٩-٢٠	الشاي
	١٩,٧	٢٢,٩	٦,٤	٥١,٥	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠٠٥	١٥,٠	١٥,٠	١٥,٣	٤٥,٥	٤٩-٢٠	الشاي
	١٨,٥	١٨,٥	١٤,١	٥٦,٢	٥٠ فأكبر	بالحليب

غ.د= غير دال (أي مستوى الدلالة أعلى من ٠,٠٥)

مستوى الدلالة= قيمة ح (p-Value)

جدول (٣)

النسبة المئوية لتكرار تناول الأطعمة في الأسبوع عند النساء المواطنات في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر

مستوى الدلالة	عدد مرات التناول في الأسبوع			العمر (سنة)	الغذاء	
	نادراً أو لاتتناول	١-٣%	٤-٦%			يوميًا/ %
٠,٠٢	٦,١	٧٩,٠	١٢,٩	٢,٠	٤٩-٢٠	اللحوم
	١٢,٨	٧٣,٨	١١,٨	١,٦	٥٠ فأكبر	الحمراء
٠,٠٠١	٤,٢	٦٢,٦	٢٤,٣	٨,٩	٤٩-٢٠	الدجاج
	١٣,٤	٥٨,٣	١٩,٣	٩,١	٥٠ فأكبر	
د.غ	٤,٣	٥٣,٦	٣٠,٠	١٢,١	٤٩-٢٠	السمك
	٤,٣	٥٣,٥	٢٣,٥	٣٩,٢	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠٥	٢٣,٧	٢٣,٨	١٣,٣	٣٩,٢	٤٩-٢٠	الحليب
	٣١,٦	١٦,٦	٧,٥	٤٤,٤	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١٢,٨	٤٥,٦	٢١,٥	٢٠,٠	٤٩-٢٠	اللبن (الخض)
	١٦,٠	٢٩,٤	٢١,٤	٣٣,٢	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١٣,٣	٤٢,٤	٢٨,٧	١٥,٦	٤٩-٢٠	البيض
	٢٣,٠	٤٨,١	١٣,٩	١٥,٠	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	٦,٢	٣٢,٧	٢٤,٦	٣٦,٥	٤٩-٢٠	الجبن
	٢٣,٠	٤٠,١	١٠,٢	٢٦,٧	٥٠ فأكبر	
د.غ	٣,٩	٢١,٨	٢١,٦	٥٢,٧	٤٩-٢٠	الفواكه
	٥,٣	٢٣,٠	٢٠,٣	٥١,٣	٥٠ فأكبر	الطازجة
د.غ	٢,٨	١٥,٩	١٨,٣	٦٣,٠	٤٩-٢٠	الخضراوات
	٣,٢	١٢,٣	١١,٨	٧٢,٧	٥٠ فأكبر	الطازجة
د.غ	٢,٤	٨,٢	١١,٣	٧٨,١	٤٩-٢٠	الأرز
	٣,٢	٤,٨	٦,٤	٨٥,٦	٥٠ فأكبر	
د.غ	١,١	١١,٣	١٤,٢	٧٣,٤	٤٩-٢٠	الخبز
	٠,٥	٨,٦	١٦,٠	٧٤,٩	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	٢١,٧	٢٥,٢	١١,٢	٤١,٩	٤٩-٢٠	الشاي
	٣٦,٤	٢١,٩	٤,٣	٣٧,٤	٥٠ فأكبر	
٠,٠٠١	١٦,٤	٢٠,٠	١٢,٤	٥١,٢	٤٩-٢٠	الشاي بالحليب
	٢٨,٩	١٥,٥	٥,٣	٥٠,٣	٥٠ فأكبر	

د.غ = غير دال (أي مستوى الدلالة أعلى من ٠,٠٥)

مستوى الدلالة = قيمة ح (p-Value)

جدول (٤)

النسبة المئوية لتكرار تناول الأطعمة في الأسبوع عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب الجنس

مستوى الدلالة	عدد مرات تناول في الأسبوع			النوع	الغذاء	
	نادراً أو لا يتناول	٣-١٪	٤-٦٪			يومياً٪
غ.د.	٣,٧	٧٧,٣	١٤,٨	٤,٢	ذ	اللحوم
	٧,٢	٧٨,١	١٢,٨	١,٩	أ	الحمراء
٠,٠٠٦	٥,٠	٦٧,٤	٢٢,٠	٥,٦	ذ	الدجاج
	٥,٨	٦١,٨	٢٣,٤	٩,٠	أ	
غ.د.	٣,٦	٥٤,٩	٤٩,٣	١٢,١	ذ	السماك
	٤,٣	٥٣,٦	٢٨,٩	١٣,٢	أ	
٠,٠٠٣	١٨,٥	٢٧,٦	١٤,٤	٣٩,٥	ذ	الحليب
	٢٥,٠	٢٢,٦	١٢,٣	٤٠,١	أ	
غ.د.	١١,٨	٤٥,٥	٢٣,١	١٩,٦	ذ	اللبن (الخش)
	١٣,٤	٤٢,٨	٢١,٥	٢٢,٣	أ	
٠,٠٠١	١٢,١	٥٥,٢	٢١,٣	١١,٤	ذ	البيض
	١٥,٠	٤٣,٤	٢٦,١	١٥,٥	أ	
٠,٠٠١	٩,٨	٤٤,٨	٢٥,٤	٢٠,٠	ذ	الجبن
	٩,١	٣٣,٩	٢٢,١	٣٤,٩	أ	
٠,٠٠١	٤,٧	٢٥,٧	٢٤,٦	٤٦,٢	ذ	الفواكه
	٤,١	٢٢,٠	٢١,٤	٥٢,٥	أ	الطازجة
٠,٠٠٨	٢,٢	١٥,٤	٢٢,٨	٥٩,٦	ذ	الخضراوات
	٢,٨	١٥,٣	١٧,١	٦٤,٧	أ	الطازجة
غ.د.	١,٥	٧,٧	١٣,٢	٧٧,٦	ذ	الأرز
	٢,٦	٧,٦	١٠,٥	٧٩,٣	أ	
٠,٠٠٦	١,١	١٢,٧	١٩,٢	٦٧,٠	ذ	الخبز
	١,٠	١٠,٨	١٤,٥	٧٣,٧	أ	
٠,٠٠١	١٣,٥	٢٥,٧	١٢,٩	٤٧,٩	ذ	الشاي
	٢٤,٢	٢٤,٧	١٠,٠	٤١,١	أ	
٠,٠٠٢	١٥,٨	٢١,٩	١٤,٤	٤٧,٩	ذ	الشاي
	١٨,٥	١٩,٣	١١,٢	٥١,٠	أ	بالحليب

ذ= ذكور أ= إناث

غ.د.= غير دال (أي مستوى الدلالة أعلى من ٠,٠٠٥)

مستوى الدلالة= قيمة ح (p-Value)

المدارس في دولة الإمارات وجد أن ٣٣٪ من الطلبة المواطنين في عمر ٦ سنوات مصابون بفقر الدم (Musaiger et al, 1996). ومن أهم العوامل المساعدة على التقليل من الإصابة بفقر الدم تناول الأغذية الغنية بالحديد مثل اللحوم الحمراء والكبد والسّمك والبقوليات والخضراوات الورقية، وتناول الفواكه الطازجة الغنية بفيتامين ج وعصائرها مع الطعام لأن هذا الفيتامين يساعد في امتصاص الحديد، والتقليل من شرب الشاي أو عدم شرب الشاي مع الوجبة أو بعدها مباشرة وذلك لتأثيره السلبي على امتصاص الحديد.

ثالثاً: الأمراض المزمنة

ازداد معدل الإصابة بالأمراض المزمنة في دولة الإمارات العربية المتحدة في السنوات العشر الأخيرة، وأصبحت هذه الأمراض مصدر قلق للجهات الصحية نتيجة التكاليف الباهظة التي تدفع لعلاج هذه الأمراض أو علاج مضاعفاتها ومن أهم هذه الأمراض ارتفاع ضغط الدم وداء السكري وأمراض القلب والسرطان وتسوس الأسنان والبدانة.

١- ارتفاع ضغط الدم (Hypertension)

يعتبر ارتفاع (فرط) ضغط الدم من الأسباب الرئيسية المؤدية إلى حدوث أمراض القلب، فهذا المرض يؤدي إلى زيادة الجهد الذي يبذله القلب لضخ الدم إلى الجسم، كما أن الشرايين بدورها تزيد من مقاومتها لتتحمل زيادة قوة اندفاع الدم، وهذه العملية تؤثر سلباً في القلب والشرايين واستمرارها يؤدي إلى ازدياد ضيق الشرايين الدقيقة نتيجة لزيادة سمك جدران هذه الشرايين وفقدان مرونتها، بالإضافة إلى ذلك فإن ارتفاع ضغط الدم يساعد على ترسب الدهون وبعض المواد الأخرى على الجدران الداخلية للشرايين مما يؤدي إلى ضيقها (ستراسر، ١٩٩٢).

وتشير إحصائيات وزارة الصحة إلى أن حوالي ١٢٪ من الوفيات الناتجة من أمراض الجهاز الدوري ناتجة من ارتفاع ضغط الدم، وأن نسبة الوفيات أعلى عند الإماراتيين مقارنة بغير الإماراتيين، كما أن نسبة الوفيات كانت أعلى عند النساء (١٨٪) مقارنة بالرجال (١٠٪) (Ministry of Health, 1992). ومن الدراسة الحالية نجد أن نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم كانت ٢٢٪ عند النساء و١٣٪ عند الرجال وكان الفرق بين هاتين النسبتين ذا دلالة إحصائية عالية (مستوى الدلالة ٠,٠٠٠١) كما هو مبين في جدول (٥).

وكما ارتفع مستوى العمر ازدادت نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم فنجد أن نسبة الإصابة ٦٪ عند عمر ٢٠-٢٩ سنة وترتفع إلى ١٤٪ عند عمر ٣٠-٣٩ سنة ثم إلى ٢٥٪ عند عمر ٤٠-٤٩ سنة وإلى ٣٣٪ عند عمر ٥٠-٥٩ سنة وتصل إلى أعلى معدل لها عند المرحلة العمرية ٦٠ سنة فأكثر (٤١٪). ويتشابه هذا النمط مع دراسة أخرى في مدينة العين بدولة الإمارات العربية المتحدة حيث وجد الباحثون أن ارتفاع ضغط الدم يرتفع مع زيادة العمر (El-Mugamer et al, 1995)، ووجدت هذه الدراسة أن ١٥٪ من الرجال عند عمر ٢٠-٢٩ سنة مصابون بارتفاع ضغط الدم ثم ترتفع النسبة إلى ٢٦٪ عند عمر ٤٠-٥٩ سنة وتصل إلى ٤١٪ عند عمر ٦٠ سنة فأكثر، أما عند النساء فقد كانت النسب ٨٪، ٢٦٪، ٣٩٪ للمراحل العمرية الثلاث على التوالي.

وتتقارب نتائج الدراسة الحالية مع دراسة مشابهة في دولة البحرين، حيث وجد أن نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم ٨٪ عند الرجال في المرحلة العمرية ٣٠-٧٩ سنة و١٧٪ عند النساء في نفس المرحلة العمرية (Musaiger and Al-Roomi, 1997). ويمكننا أن نعزو ارتفاع نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم عند النساء إلى زيادة التردد على العيادات الطبية خاصة عند فترة الحمل مما يؤدي إلى اكتشاف الإصابة بهذا المرض. وبصفة عامة فإن النساء أكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم مقارنة بالرجال.

جدول (٥)

نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة %		مستوى الدلالة	المجموع %
	رجال	نساء		
٢٩-٣٠	٤,٢	٨,٥	٠,٠٢	٦,٢
٣٩-٤٠	١٠,٣	١٦,٨	٠,٠٣	١٤,٠
٤٩-٥٠	١٨,٨	٣١,٨	٠,٠٠٣	٢٥,١
٥٩-٥٠	٢٧,٣	٤١,٩	٠,٠٢	٣٣,٥
٦٠ فأكثر	٣٢,١	٥٢,٤	٠,٠٠٧	٤١,٠
المجموع	١٣,٧	٢١,٨	٠,٠٠٠	١٧,٨

٢- داء السكري (Diabetes Mellitus)

تختلف نسبة انتشار داء السكري بحسب طريقة التشخيص وبصفة عامة وجد أن نسبة الإصابة بداء السكري في الدول العربية تتراوح بين ٦٪ إلى ٢٠٪ للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ١٥ سنة، ولقد سجلت أعلى المعدلات الإصابة في دول الخليج العربية، فمثلاً وجد أن ٢٦٪ من الرجال الذين تبلغ أعمارهم ٤٠-٥٩ سنة في دولة الكويت مصابون بداء السكري (Alwan, 1996).

وتكمن المشكلة في داء السكري في مضاعفاته سواء على صحة المصاب أو التكاليف المادية الذي تنفقها السلطات الصحية لعلاج المرض. والمعروف أن مضاعفات الداء السكري الطويلة الأمد تسارع حدوث تصلب الشرايين وأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وحدث العمى والفشل الكلوي وتلف الأعصاب وبالأخص أعصاب العين والجهاز التناسلي الذكري وازدياد خطر التشوه الخلقي عند أطفال الأمهات المصابات بداء السكري وأخير الموت المبكر (WHO, 1985).

ونلاحظ من الجدول (٦) أن نسبة الإصابة بداء السكري ١١٪ عند الرجال و١٤٪ عند النساء وأن الفرق بين الرجال والنساء ذو دلالة إحصائية (مستوى الدلالة ٠,٠٠٧) وتعتبر هذه النسب أعلى من تلك التي

وجدها (Al-Mugamer et al, 1995) في مدينة العين بدولة الإمارات العربية حيث وجد أن نسبة الإصابة بداء السكري كانت ٦٪ عند كل من الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٨٠ سنة وكانت أعلى نسبة للإصابة بداء السكري عند الفئة العمرية ٤٠-٥٩ سنة (١٦٪ و ١١٪ عند الرجال والنساء على التوالي). ويرجع الاختلاف بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة (Al-Mugamer et al, 1995) إلى أن الدراسة الأخيرة أجريت على مجموعة من بدو الإمارات في منطقة العين، بينما ركزت دراستنا على جميع المناطق الجغرافية في دولة الإمارات العربية المتحدة.

جدول (٦)

نسبة الإصابة بداء السكري عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

المجموع %	مستوى الدلالة	نسبة الإصابة %		العمر (سنة)
		رجال	نساء	
٣,٠	٠,٠٤	١,٧	٤,٤	٢٩-٢٠
٧,٣	٠,٢	٥,٥	٨,٥	٢٩-٣٠
١٨,٣	٠,٠٠٧	١٥,٥	٢١,٢	٤٩-٤٠
٣١,٥	٠,٢	٢٨,٠	٣٦,٢	٥٩-٥٠
٣١,٤	٠,٢	٢٧,٠	٣٦,٦	٦٠ فأكثر
١٢,٦	٠,٠٢	١١,٠	١٤,٢	المجموع

وقد أوضحت دراسة (Al-Mugamer et al, 1995) أن هناك اختلافات عرقية في الإصابة بداء السكري حيث تبين أن قبائل الشامسي كانوا أكثر عرضة للإصابة بداء السكري من القبائل الأخرى في منطقة العين وكانت نسبة الإصابة ١٩٪ عند قبائل الشامسي مقارنة بـ ٤٪ عند القبائل الأخرى. وقد أثبتت العديد من الدراسات أن بعض الأصول العرقية قد يكون لها استعداد أكبر للإصابة بداء السكري ومثال ذلك الزوج في الولايات المتحدة الأمريكية.

٣- أمراض القلب الوعائية (Cardiovascular Diseases)

أمراض القلب الوعائية هي السبب الرئيسي للوفيات في معظم الدول العربية وتعتبر القاتل الأكبر في المجتمعات الخليجية ولم يقتصر انتشارها في الفئات المترفة من المجتمع بل أصبحت الفئات الفقيرة تعاني من هذه الأمراض نتيجة عدة عوامل بيئية واجتماعية وغذائية. وتشكل أمراض القلب ٣٠٪ من الوفيات في دول الخليج العربية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٠).

وهناك العديد من العوامل المساعدة على حدوث أمراض القلب أهمها كثرة تناول الدهون والكوليسترول وارتفاع ضغط الدم وداء السكري والتدخين وتعاطي المشروبات الكحولية وقلة ممارسة النشاط البدني أو عدمها وزيادة الوزن والعمر والأصل العرقي وقلة تناول الأغذية الغنية بالألياف الغذائية والوراثة (WHO, 1995).

وتبلغ نسبة الإصابة بأمراض القلب في الدراسة الحالية حوالي ٥٪ ولم يلاحظ أية فروقات ذات دلالة إحصائية بين الرجال والنساء في الفئات العمرية المختلفة ما عدا الفئة العمرية ٥٠-٥٩ سنة حيث كانت نسبة الإصابة بأمراض القلب ١٥٪ عند الرجال و٦٪ عند النساء (مستوى الدلالة ٠,٠٠٤) ومن المعروف أن خطر الإصابة بأمراض القلب يزداد مع تقدم العمر، ولكن الخطر أقل عند النساء اللاتي لم يصلن بعد إلى فترة انقطاع الطمث. وبعد انقطاع الطمث يكاد الخطر يتساوى عند كل من النساء والرجال. وتشير العديد من الدراسات في دول الخليج العربية إلى أن نسبة الوفيات من أمراض القلب قبل عمر الستين سنة تبلغ الضعف إلى ثلاثة أضعاف عند الرجال مقارنة بالنساء (Musaiger and Miladi, 1996). وهذا ما توضحه الدراسة الحالية حيث نجد أن نسبة الإصابة بأمراض القلب في الفئة العمرية ٥٠-٥٩ سنة كانت ١٥٪ عند الرجال و٧٪ عند النساء ثم ارتفعت النسبة عند النساء بشكل ملفت للنظر في الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر، وبلغت ١٢٪ عند النساء مقابل ١٨٪ عند الرجال جدول (٧).

وتؤكد إحصائيات وزارة الصحة الإماراتية بعض هذه النتائج حيث وجد أن نسبة الوفيات نتيجة أمراض الجهاز الدوري الدموي (أمراض القلب) بلغت ٢٥٪ عند الرجال و٩٪ عند النساء في المرحلة العمرية ١٥-٤٤ سنة، ثم ارتفعت النسبة إلى ٣٦٪ و١٥٪ عند الرجال والنساء على التوالي في الفئة العمرية ٤٥-٥٩ سنة. وبلغت النسبة ٧٠٪ عند النساء و٣٧٪ عند الرجال في الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر (Ministry of Health, 1993) وهذه النسب متعلقة بالوفيات الناتجة عن أمراض القلب وليس الإصابة بهذه الأمراض لذا يجب أخذ هذا الجانب في الاعتبار عند تحليل بيانات الدراسة الحالية.

جدول (٧)

نسبة الإصابة بأمراض القلب عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة ٪		مستوى الدلالة	المجموع ٪
	رجال	نساء		
٢٩-٢٠	١,٥	٣,٣	٠,١٥	٢,٣
٣٩-٣٠	١,٦	٤,٤	٠,٠٨	٣,٢
٤٩-٤٠	٥,٢	٥,٦	٠,٠٩	٥,٤
٥٩-٥٠	١٤,٧	٥,٧	٠,٠٤	١٠,٩
٦٠ فأكثر	١٧,٩	١٢,٢	٠,٠٤	١٥,٤
المجموع	٥,٥	٥,٠	٠,٠٦	٥,٢

٤- ارتفاع الكوليسترول (Hypercholesterolemia)

يوجد اتفاق عام على أن زيادة تناول الدهون، خاصة الحيوانية المنشأ يلعب دوراً مهماً في الإصابة بالأمراض المزمنة مثل أمراض القلب وبعض أنواع السرطان. والكوليسترول من أكثر المواد الدهنية التي لها علاقة بأمراض القلب حيث يترسب على جدران الشرايين مما يؤدي إلى تضيقها وتصلبها وحدث تصلب الشرايين (Atherosclerosis) والذي يعتبر السبب الرئيسي لأمراض القلب (WHO, 1995).

ونلاحظ من الجدول (٨) أن حوالي ٦٪ من الإماراتيين مصابون بارتفاع الكوليسترول ويقصد به زيادة مستوى الكوليسترول في الدم عن المعدل الطبيعي، وغالباً لا يتم فحص الكوليسترول في الدم إلا عندما يشتكي المريض من أعراض أو الإصابة بأمراض القلب.

ولم يلاحظ أي فرق ذي دلالة إحصائية في ارتفاع الكوليسترول بين الرجال والنساء إلا عند الفئتين العمريتين ٣٠-٣٩ سنة (مستوى الدلالة ٠,٠٤) و ٤٠-٤٩ سنة (مستوى الدلالة ٠,٠٢). وبصفة عامة نجد أن ارتفاع الكوليسترول يزيد مع ارتفاع عمر الشخص، كما نجد أن نسبة الإصابة أعلى عند الرجال خلال المرحلة العمرية ٢٠-٤٩ سنة، ثم ترتفع نسبة الإصابة عند النساء في المرحلة العمرية ٥٠ فأكثر، كما هو مبين في جدول (٨).

جدول (٨)

نسبة الإصابة بارتفاع الكوليسترول عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة %		مستوى الدلالة	المجموع %
	رجال	نساء		
٢٩-٢٠	٢,٥	٢,٢	٠,٨	٢,٣
٣٩-٣٠	٨,٧	٤,١	٠,٠٤	٦,٢
٤٩-٤٠	١٠,٨	٤,٥	٠,٠٢	٧,٨
٥٩-٥٠	٩,٨	١٤,٣	٠,٣	١١,٧
٦٠ فأكثر	١٠,٤	١١,٠	٠,٩	١٠,٦
المجموع	٥,٩	٥,١	٠,٥	٦,١

٥- التدخين (Smoking)

لا يعتبر التدخين مرضاً مزمنياً. ولكن تم دراسته لاعتباره أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض المزمنة، وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية إلى أن وباء التدخين أخذ في الانتشار بشكل واسع، ولقد كان التدخين في السابق مقتصرًا على البالغين خاصة من الرجال، أما حالياً فإن نسبة المدخنين من المراهقين

والنساء قد ازدادت بشكل ملحوظ. ولقد تأكد بوضوح أن احتمال الإصابة بأمراض القلب يزيد بنسبة ٧٠٪ بين المدخنين عن الأشخاص الذين لا يدخنون. والتدخين هو عامل الخطر الأول لسرطان الرئة، أكثر الأنواع انتشاراً في دولة الإمارات العربية وبقية دول الخليج (بول وأنغال، ١٩٩٢).

وتشير الدراسة الحالية إلى أن ٢٥٪ من الرجال كانوا من المدخنين أثناء الدراسة مقابل ١,٦٪ من النساء. وبالرغم من أن نسبة التدخين عند الرجال أعلى منها عند النساء في جميع الدول العربية، إلا أن الانخفاض الكبير في نسبة المدخنات يرجع إلى عوامل أخرى مثل عدم تصريح النساء بأنهن يدخن وكذلك عدم اعتبار تدخين الشيشة نوعاً من التدخين وهذا ينطبق على الرجال كذلك. والمعروف أن بعض المواطنين من الرجال والنساء التابعين لأصول عرقية معينة يقومون بتدخين الشيشة (water - pipe) في المنزل وهو مألوف اجتماعياً عند هذه الفئات.

والفروق بين الرجال والنساء في التدخين ذات دلالة إحصائية في جميع المراحل العمرية جدول (٩). وعند مقارنة نسبة التدخين عند الرجال مع تلك التي أوردتها الدراسات الأخرى في دول الخليج العربية (Hamadeh, 1998) نجد أن نسبة الإصابة أقل عند المواطنين في الإمارات مقارنة بالنسب التي وجدت في دولة البحرين والكويت والسعودية. فمثلاً وجد مصيقر والرومي (Musaiger and Al-Roomi, 1997) أن ٤٥٪ من البحرينيين الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٧٩ سنة كانوا من المدخنين وهي نسبة مرتفعة جداً مقارنة بتلك التي أوردتها الدراسة الحالية، وقد يرجع ذلك إلى أن نسبة كبيرة من البحرينيين كانوا يدخنون الشيشة وهي التي تسمى محلياً (الكدو).

جدول (٩)

نسبة المدخنين عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة %		المجموع %
	رجال	نساء	
٢٩-٢٠	٢٥,١	١,٤	١٣,٩
٣٩-٣٠	٢٩,٢	٠,٩	١٣,٠
٤٩-٤٠	٢٥,٨	٣,٠	١٤,٩
٥٩-٥٠	١٨,٢	١,٩	١١,٣
٦٠ فأكثر	٢١,٧	٢,٤	١٣,٣
المجموع	٢٤,٨	١,٦	١٣,٥

٦- تسوس الأسنان (Dental Caries)

تسوس الأسنان من أكثر أمراض الصحة العامة انتشاراً في الدول العربية وتشير الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة انتشار تسوس الأسنان آخذة في الازدياد في هذه الدول. وللغذاء دور أساسي في تقليل حدوث التسوس أو زيادته وأثبتت الدراسات أن كمية تناول الأطعمة السكرية وتكرارها لها علاقة بتطور التسوس فكلما ازداد تناول هذه الأطعمة ازداد احتمال التسوس (مصيفر، ١٩٩٧).

ويتبين لنا من الجدول (١٠) أن ٥١٪ من الإماراتيين مصابون بتسوس الأسنان وقد كانت النسبة ٤٦٪ عند الرجال و٥٦٪ عند النساء والفرق بين هاتين النسبتين ذو دلالة إحصائية (مستوى الدلالة ٠٠٠٠٠٠) ولقد كان الفرق واضحاً وذا دلالة إحصائية بين الرجال والنساء عند الفئة العمرية ٣٠-٣٩ سنة (مستوى الدلالة ٠٠٠٠٠٢) والفئة العمرية ٤٠-٤٩ (مستوى الدلالة ٠٠٠٠٠١) ولم نستطع الحصول على دراسات مشابهة في دول الخليج العربية عن هذه المرحلة العمرية، حيث إن معظم الدراسات الخليجية ركزت على نسبة الإصابة بالتسوس عند طلبة المدارس (٦-١٨ سنة).

جدول (١٠)

نسبة الإصابة بتسوس الأسنان عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة %		مستوى الدلالة	المجموع %
	رجال	نساء		
٢٩-٢٠	٤٦,٦	٥٤,٢	٠,٣	٥٠,١
٣٩-٣٠	٤٣,٩	٥٧,١	٠,٠٠٢	٥١,٤
٤٩-٤٠	٤٣,٧	٦٣,٦	٠,٠٠٠١	٥٣,٣
٥٩-٥٠	٤٦,٩	٥٨,١	٠,١	٥٧,٧
٦٠ فأكثر	٥٤,٧	٤٣,٩	٠,٢	٥٦,٤
المجموع	٤٦,٢	٥٦,٤	٠,٠٠٠١	٥١,٢

٧- آلام الظهر (Back-pain)

تنتشر آلام الظهر بشكل كبير في المجتمعات المترفة، وقد أصبحت من أمراض العصر التي تعاني منها فئات عديدة في المجتمع وهناك العديد من الأسباب المؤدية إلى حدوث آلام الظهر مثل طريقة الجلوس الخاطئة والبدانة وقلة ممارسة الرياضة. وترتفع نسبة الإصابة بآلام الظهر عند النساء مقارنة بالرجال وذلك راجع إلى تعرض المرأة إلى الحمل مما يشكل عبئاً كبيراً على الظهر لذا نجد أن الشكوى من آلام الظهر تكون أعلى عند النساء في مرحلة الإنجاب ٢٠-٥٠ سنة.

وتؤكد بيانات هذه الدراسة ظاهرة انتشار آلام الظهر عند المرأة حيث نجد أن ٤٧٪ من النساء مقابل ٢٩٪ من الرجال قد أصيبوا بآلام الظهر وكان الفرق ذا دلالة إحصائية عالية (مستوى الدلالة ٠,٠٠٠١).

ونلاحظ أن نسبة الإصابة بآلام الظهر تزداد مع تقدم العمر وهي أعلى في جميع المراحل العمرية وكانت الفروق بين الرجال والنساء ذات دلالة إحصائية ماعدا في المرحلة العمرية ٦٠ سنة فأكثر حيث لم يوجد فرق ذا دلالة إحصائية بين الرجال والنساء جدول (١١).

جدول (١١)

نسبة الإصابة بآلام الظهر عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة %		مستوى الدلالة	المجموع %
	رجال	نساء		
٢٩-٢٠	٢٥,٦	٣٣,٤	٠,٠٢	٢٩,٣
٣٩-٣٠	٢٠,٦	٥٦,٨	٠,٠٠٠١	٤١,٣
٤٩-٤٠	٣١,٩	٥١,٥	٠,٠٠٠١	٤١,٤
٥٩-٥٠	٣٧,١	٥١,٤	٠,٠٢	٤٣,٢
٦٠ فأكثر	٤٦,٢	٥٢,٤	٠,٥	٤٩,٠
المجموع	٢٩,١	٤٧,٢	٠,٠٠٠١	٣٨,٠

٨- آلام المفاصل (Arthritis)

آلام المفاصل عرض شائع في المجتمعات الخليجية وقد يرجع إلى أسباب عديدة مثل طريقة الجلوس الخاطئة والبدانة والالتهابات الروماتزمية وغير ذلك. وعادة تكون الشكوى أعلى عند النساء مقارنة بالرجال ويعزى ذلك إلى ارتفاع نسبة البدانة عند النساء وقلة حركتهن أو عدم ممارستهن للرياضة وطريقة جلوسهن على الأرض مما يؤثر في المفاصل وبخاصة الركبة.

وتشير البيانات في جدول (١٢) إلى أنه كلما ارتفع عمر المواطن الإماراتي ازدادت نسبة الإصابة بآلام المفاصل بشكل ملحوظ حيث كانت نسبة الإصابة ١٤٪ في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ ثم تقفز النسبة إلى أعلى معدل لها وهو ٦٩٪ في الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر. وقد كانت الفروق ذات دلالة إحصائية بين الرجال والنساء في جميع الفئات العمرية. وبلغت نسبة الإصابة الكلية بآلام المفاصل عند الرجال ٢٣٪ مقابل ٣٥٪ عند النساء.

ولو اعتبرنا زيادة الوزن والبدانة سبباً رئيساً ومهماً للإصابة بآلام المفاصل وإلى حد ما بآلام الظهر فإننا نجد أن نتائج هذه الدراسة تتلائم مع الإصابة بالبدانة عند الإماراتيين، حيث أظهرت نتائج المسح الغذائي

الذي قامت به وزارة الصحة الإماراتية (Musaiger, 1992) أن نسبة الإصابة بالبدانة عالية عند النساء مقارنة بالرجال فقد كانت النسبة عند النساء ٥٩٪ و ٧٨٪ و ٧٢٪ في الفئات العمرية ٢٠-٢٩ سنة، ٣٠-٣٩ سنة و ٤٠-٤٩ سنة على التوالي أما نسبة الإصابة عند الرجال فقد كانت ٥٥٪ و ٥١٪ و ٦٢٪ لنفس الفئات العمرية على التوالي.

جدول (١٢)

نسبة الإصابة بآلام المفاصل عند المواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	نسبة الإصابة %		مستوى الدلالة	المجموع %
	رجال	نساء		
٢٩-٢٠	١٥,٧	١٦,٢	٠,٠٤	١٣,٦
٣٩-٣٠	١٧,٠	٢٧,٩	٠,٠٠٢	٢٣,٣
٤٩-٤٠	٢٢,٥	٤٥,٥	٠,٠٠٠١	٣٣,٦
٥٩-٥٠	٤٣,٤	٦١,٠	٠,٠٠٠٩	٥٠,٨
٦٠ فأكثر	٥٨,٥	٨٢,٩	٠,٠٠٠١	٦٩,٢
المجموع	٢٣,٣	٣٤,٥	٠,٠٠٠١	٢٨,٨

الاستنتاجات (Conclusion)

تعتبر هذه الدراسة هي الأولى من نوعها التي تكشف عن مدى انتشار الأمراض المزمنة ونمط استهلاك الطعام عند البالغين في المجتمع الإماراتي، ولكن هناك بعض المحددات (limitations) التي يجب أن توضع في الاعتبار عند قراءة وتحليل نتائج الدراسة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- ١- اعتمدت الدراسة على معرفة الإصابة بالأمراض المزمنة عن طريق التشخيص المسبق للشخص دون إجراء التشخيص الفعلي أثناء الدراسة، مما يعني أن هناك نسبة لا بأس بها قد تكون مصابة بالمرض ولم تجر أي تشخيص لها وهذا ينطبق بشكل أكبر عند الفئة العمرية ٢٠-٣٩ سنة.
- ٢- اقتصرت الدراسة على معرفة نمط استهلاك الغذاء لأطعمة محددة شائعة الاستهلاك في المجتمع الإماراتي ولكن لم تشمل أطعمة أخرى قد تكون ذات أهمية ولها علاقة بالأمراض المزمنة مثل الحلويات والشوكولاته والأغذية السريعة (وإن كان بعضها يدخل ضمن تناول اللحوم الحمراء والدجاج) وتناول البقوليات (وإن كان تناولها قليلاً في المجتمعات الخليجية).
- ٣- نظراً للنقص في الإحصائيات السكانية فقد لا تكون هذه الدراسة غطت جميع المناطق الجغرافية التي

يقطنها المواطنون، كما أنها لم تشمل بعض المناطق النائية وإن كانت الكثافة السكانية للمواطنين في هذه المناطق قليلة جداً.

وبالرغم من هذه المحددات إلا أن الدراسة الحالية تعتبر أساساً لأية دراسة مستقبلية لبحث مدى انتشار الأمراض المزمنة واستهلاك الطعام في المجتمع الإماراتي، وهي تساعد كثيراً في تحديد حجم العينة بحسب الإمارة والجنس والعمر. كما أن الدراسة تؤكد إحصائيات وزارة الصحة حول مدى الإصابة والوفيات الناتجة من أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم مما يستدعي أهمية وضع خطط وبرامج لمكافحة الأمراض المزمنة.

ويمكن تلخيص أهم استنتاجات الدراسة كالتالي:

- ١- لا يتمشى نمط استهلاك الغذاء مع الحالة الاجتماعية والاقتصادية للمواطنين في دولة الإمارات العربية المتحدة فما زال استهلاك بعض الأغذية المهمة للوقاية من الأمراض المزمنة مثل الخضراوات والفواكه الطازجة قليلاً، وقد يعزى ذلك إلى النقص في مستوى الوعي الصحي والغذائي عند المواطنين.
- ٢- توجد اختلافات جوهرية بين النساء والرجال في نمط استهلاك الغذاء وكذلك بين كبار السن والشباب في بعض الأغذية خاصة الأغذية التقليدية وهذا يستدعي أن تركز برامج التغذية على تحسين نمط استهلاك الغذاء عند الفئات العمرية المختلفة وكذلك عند الجنسين.
- ٣- كانت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة عند المواطنين عالية وتتطلب تدخلاً عاجلاً من الجهات الصحية لتقليل الإصابة بهذه الأمراض. وهذا ينطبق بشكل خاص على داء السكري وارتفاع ضغط الدم وتسوس الأسنان وآلام الظهر والتهابات المفاصل.
- ٤- بالرغم من انخفاض نسبة المواطنين المصابين بأمراض القلب إلا أن ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض والعوامل المؤدية لحدوث أمراض القلب كان عالياً مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم والتدخين.
- ٥- لقد كانت نسبة الأشخاص المصابين بأمراض القلب قليلة نسبياً ويرجع ذلك إلى عدة عوامل مثل عدم رغبة بعض الباحثين بالتصريح بإصابته بالقلب، وعدم معرفة البعض بأنهم مصابون بأحد هذه الأمراض حيث أنهم لم يذهبوا إلى الطبيب لتشخيص المرض أو أعراضه.

المراجع

- أمين، مجيد (١٩٩٧): أمراض الفم والأسنان، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، مصر.
- بول وانغال (١٩٩٢): مقاومة إغراء التدخين، مجلة منظمة الصحة العالمية - مايو، المكتب الإقليمي، منظمة الصحة العالمية، الاسكندرية، مصر.
- توماس ستراسر (١٩٩٢): خطر ارتفاع ضغط الدم، مجلة منظمة الصحة العالمية، مايو، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، الاسكندرية، مصر.

- مصيقر، عبدالرحمن (١٩٩٧): الأمراض المرتبطة بالتغذية فصل في كتاب (الغذاء والتغذية) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي، الاسكندرية، مصر .
- مصيقر، عبدالرحمن والنجار، لطيفة (١٩٩٤): الرضاعة الطبيعية وخصوبة المرأة في البحرين، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت .
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٠): الاضطرابات الغذائية السريرية الناجمة عن الرخاء في بلدان شرق البحر المتوسط، المكتب الإقليمي، الاسكندرية، مصر .
- Agrwal, M. M., Hughe, P. F. Haliga, A. A., Newma, P., SheekhHussein, M. M. and Shalabi, A. G. (1994): Relevance of cholesterol screening in UAE (Abstract). Workshop on Nutrition and Chronic Diseases in the Arab Middle East Countries, UAE University, Al-Ain.
- Alwan, A. A. (1996): Chronic diseases in the Eastern Mediterranean Region. In. Diet-Related Non-Communicable Diseases in the Arab Countries of the Gulf. FAO/RNE, Cairo, Egypt.
- EL-Mugamer, I. T., Ali-Zayat, A. S., Hossain, M. M. and Pugh, R. N. H. (1995): Diabetes, Obesity and hypertension in urban and rural people of bedouin origin in the United Arab Emirate. J. Trop. Ped. Hyg. 98, 407-415.
- FAO/RNE (1995): UAE Nutrition country profile. Food and Agriculture Organization, Regional Office For Near East Cairo, Egypt.
- Hamadeh, R. (1998): Smoking in the GCC Countries. Bahrain med Bull. 20,
- Hossain, M. M., et al (1997): Iron deficiency anaemia in the United Arab Emirates. In Prevention and Control of Micronutrients in the GCC Country. FAO/RNE, Cairo, Egypt.
- Ministry of Health (1992): Results of National Nutrition Survey. Abu-Dhabi, U.A.E.
- Ministry of Health (1993): Annual Report, 1992. Department of Preventive Medicine, Abu-Dhabi, U.A.E.
- Moussa, M. A. A., Skai, M. B., Selwane, S. B., Yaghy. O.Y.and Bin-Othman,S.A. (1994): Contribution of body fat to blood pressure level in school Children. Europ. J. Clin. Nutr. 48, 587-590.
- Moussa, M. A. A., Skai, M. B., Selwane, S. B., Yaghy. O.Y.and Bin-Othman,S.A. (1994): Factors associated with obesity in school children. Int. J. Obe.18, 513-515.
- Musaiger, A. O. (1992): Nutritional and Health Status of Omani Familie, UNICEF, Muscat, Oman.

- Musaiger, A. O. (1993): Socio-cultural and economic factors determining food consumption in the Arab countries J. Roy. Soc. Hlth. 113, 69-75.
- Musaiger, A. O., Abdul-Qhafour, A. and Radwan, H. (1996): Anaemia among 6 year children in United Arab Emirates. Europ.J.Clin.Nutr. 50, 636-637.
- Musaiger, A. O. and Al-Roomi, K. A. (1997): Prevalence of risk factors for cardiovascular disease among men and women in an Arab Gulf Community. Nutrition and Health. 149-157.
- Musaiger, A. O. and Gregory, W. B. (1992): Dietary habits of school children in Bahrain. J. Royl. Soc. Hlth. 112, 159-162.
- Musaiger, A. O. and Miladi, S. (1995): Food consumption Patterns and Dietary Habits in the Arab Countries of the Gulf. FAO/RNE, Cairo, Egypt.
- Musaiger, A. O. and Miladi, S. (1996): Diet-Related Non-Communicable Diseases in the Arab Countries of the Gulf. FAO/RNE/Cairo, Egypt.
- Musaiger, A. O. and Radwan, H. (1995): Social and dietary factors associated with obesity in university female students in United Arab Emirates. J. Roy. Soc. Hlth. 115, 69-99.
- WHO (1985): Diabetes Mellitus. Technical Report Series 727, Geneva.
- WHO (1995): Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Disease, Geneva.
- WHO/CDC (1990): EPI-INFO Programme. WHO, Geneva.