

العنوان:	الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية: تصور لبناء نموذج اجتماعي صحي
المصدر:	مجلة الآداب
الناشر:	جامعة بغداد - كلية الآداب
المؤلف الرئيسي:	العموش، أحمد فلاح
مؤلفين آخرين:	الغرايبة، فاكر محمد عوض، الرحومي، سلامة محمد، قدرى، أمال(م. مشارك)
المجلد/العدد:	ع130
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2019
الشهر:	أيلول
الصفحات:	331 - 362
رقم MD:	1046349
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	AraBase, HumanIndex
مواضيع:	الصحة العامة، الوعي الصحي، الأمن الصحي، المشكلات الصحية، الطب الشعبي، المسؤولية الاجتماعية، الأسرة الإماراتية، المجتمع الإماراتي
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/1046349">http://search.mandumah.com/Record/1046349</a>

**الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية: تصوّر لبناء نموذج اجتماعي صحي**

أ.د. أحمد فلاح العموش

د. فاكّر محمد الغرابية

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع - جامعة الشارقة

قسم علم الاجتماع - جامعة الشارقة

[alomosh@sharjah.ac.ae](mailto:alomosh@sharjah.ac.ae)[falgharaibeh@sharjah.ac.ae](mailto:falgharaibeh@sharjah.ac.ae)

د. سلامة محمد الرحومي

أ.د. أمال قدري

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم التمريض - جامعة الشارقة

قسم علم الاجتماع - جامعة الشارقة

وجامعة الإسكندرية

[salrahoomii@sharjah.ac.ae](mailto:salrahoomii@sharjah.ac.ae)[amalkadrynicola@gmail.com](mailto:amalkadrynicola@gmail.com)**(مُلخَصُ البَحْث)**

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية بهدف المساهمة في تحقيق الأمن الصحي الذي يشكل جزءاً مهماً من الأمن الشامل (الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي والثقافي....) من خلال التعرف على أهم المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع الإماراتي ومدى اهتمام الناس بالطب الشعبي فضلاً عن دور الأنماط الثقافية والاجتماعية في زيادة المشكلات الصحية كما تهدف إلى التعرف على المسؤولية الاجتماعية للمواطنين نحو رعايتهم لصحتهم وشعورهم بالمسؤولية نحوها والتعرف على العادات الغذائية وعدم ممارسة الرياضة. وتم استخدام العينة العمدية لاختيار الاسر من جميع إمارات الدولة وبلغت (٩٠٦) اسرة من خلال مجموعة من الباحثين المدربين للقيام بجمع البيانات.

**الكلمات المفتاحية:** الوعي الصحي، الأسرة الإماراتية، المشكلات الصحية، الطب الشعبي، الأنماط الثقافية والاجتماعية، المسؤولية الاجتماعية.

**مقدمة:**

تعد أنماط التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي اعتمدت في دول مجلس التعاون الخليجي منذ أواسط السبعينات وحتى الآن من الأمور التي أعطيت أهمية خاصة للقطاع الصحي بوصفه أحد القطاعات المهمة في عملية التنمية، وكان حصاد هذا الاهتمام أن حققت الأقطار الخليجية مراكز متقدمة في ترتيب تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) لعام ١٩٩٨. وهذا يعكس تغيرات واضحة وملموسة في توفير المتطلبات الصحية، مما أدى إلى ارتفاع العمر

المتوقع عند الولادة، وانخفاض وفيات الأطفال الرضع، وتحسن مؤشرات البيئة الحياتية بصورة عامة. ويؤثر المستوى الصحي لأفراد المجتمع تأثيراً مباشراً على إنتاجية العمل، فكلما ارتفع المستوى الصحي كلما أمكن تخفيض وقت العمل في نفس الوقت الذي يمكن فيه زيادة الإنتاج كما أن البرامج الصحية تؤدي إلى تخفيض معدلات الوفيات بفاعلية.

ولكون مجتمع الإمارات مجتمعاً انتقالياً، فإن بيان مستوى الإدراك المجتمعي - البعد الذاتي The Subjective Dimension، فيما يتصل بتحديد الجوانب الإدراكية للمشكلات الاجتماعية (الوعي الصحي لدى الاسرة الإماراتية)، ومقارنتها بالحقائق الموضوعية (تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) لعام ١٩٩٨) أمر مهم لفهم إدراك السكان وتصورهم للأثر، والضرر الذي يقع على الفرد أو الجماعات نتيجة لظروف اجتماعية (المرض) التي لا يمكن قياسها على المستوى الموضوعي - الحقائق - وبالتالي فإن إدراك عدد كبير من أفراد المجتمع بالمشكلات الاجتماعية يؤدي إلى بيان أبعادها واتجاهاتها والخطورة الناجمة عنها، وهذا بدوره يبرز الشعور بضرورة التصدي المجتمعي لها، وذلك من خلال الاتفاق Consensus على هذه المشكلات والمهددات المجتمعية (العموش، ٢٠٠٨).

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأن الصحة هي حالة التكامل البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي وليست فقط الخوف من الأمراض والعاهاات ويعرف الوعي الصحي بأنه ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد. لقد أظهرت دراسة شركة إيدلمان لاستشارات العلاقات العامة عام (٢٠١١) في الامارات أن ٥٩% من الذين تم سؤالهم يعتقدون أنهم لا يمارسون الرياضة بالشكل الكافي، وقال ٣٩% أنهم لا يتبعون نظاماً غذائياً متوازناً، فيما قال ٢١% أن استهلاك التبغ أو التدخين بمختلف أنواعه يعد خطراً يهدد صحتهم، ويعتقد ١٨% أنه لا يوجد لديهم الحافز لكي يستجيبوا لمتطلبات الصحة الجيدة (الاتحاد، ٢٠١١).

تحرص دولة الإمارات على تطوير أنظمتها الوقائية للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع، وتوفير خدمات صحية شاملة ومميزة في بيئة صحية مستدامة وتشمل مبادراتها في هذا المجال (٢٠١٩) The official portal of AE Good health and well-being، وحسب إحصاءات ٢٠١٤، التي أطلقتها [الهيئة الاتحادية للتنافسية والإحصاء](#)، يمتلك القطاع الخاص ٧٩

مستشفى ويعمل به ١٠,١٦٥ طبيب و ١٦,٨٨٢ ممرضة. ويمتلك القطاع الحكومي ٣٦ مستشفى ويعمل به ٦,٥٠٤ أطباء و ١٦,٥٤٧ ممرضة.

إن ما يميز مستوى الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية هو استنادها على تحليل وتفسير الوعي الصحي وتركيزها على الجوانب الإدراكية، بمعنى ما تدركه الأسرة الإماراتية حول المعارف والمعلومات والخبرات الصحية. ولعل هذا ما يضيف على الدراسة جانبا تفسيرياً يسهم في الوصول إلى نتائج أكثر دقة وتعميماً في مجال الوعي الصحي. وقد شكلت الأسرة الإماراتية وحدة التحليل من أجل الوقوف على مستوى إدراكها ووعيتها بالوعي الصحي في مجتمع الإمارات.

### مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

إنّ تعزيز الممارسات الصحية واتخاذ الخطوات اللازمة لتحسين حماية المجتمع من المخاطر الصحية من الأمور الحاسمة الأهمية لضمان صحة الافراد وضمان البنية التحتية الاجتماعية في المستقبل وتحد من المشاكل الصحية عند الكبر ومشاكل الصحة النفسية كالاكتئاب أو القلق. وما يزيد من مخاطر التعرّض لتلك المشاكل تجارب العنف والإذلال والإنقاص من القيمة والفقر ومن الأمور التي يمكنها المساعدة على تعزيز الصحة النفسية بناء مهارات الحياة لدى الأطفال والمراهقين والكبار وتزويدهم بالدعم النفسي الاجتماعي في المدارس والجامعات والأماكن المجتمعية الأخرى من خلال نظام صحي متوازن وممارسة نظام حياة اجتماعي يتسم بالهدوء والاتزان بعيداً عن العنف والعصبية والغضب والقلق وممارسة الرياضة ولو بشكل جزئي. تسعى هذه الدراسة لبيان مستوى الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية وتحديد أهم المشكلات الصحية ومدى اهتمام الناس بالطب الشعبي ودور الأنماط الثقافية والاجتماعية في زيادة المشكلات الصحية.

وتسعى الدراسة للإجابة عن التساؤل الرئيسي الاتي حول ما مستوى الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية من خلال تحقيق الأهداف التالية:

### اهداف الدراسة:

- يسعى البحث الى فهم طبيعة مستوى الوعي الصحي لدى الاسرة الإماراتية كمدخل للأمن الشامل (الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي والثقافي).
- التعرف على مدى اهتمام الاسرة الإماراتية بالطب الشعبي ومدى تنامي الوعي بأهمية الطب الحديث .

**الإطار النظري:**

تستند دراسة الوعي الصحي لدى الاسرة الإماراتية على نظرية النسق System Theory لبارسونز (Parsons,1951,1955,1964,1967) و(Parsons & Bales) ويرى كل من (Turner,1998) و(Hamilton,1983) و(Ritzer,1992) بأن نظرية النسق هي تطويرا لمفهوم الأنموذج الثنائي لدوركايم (Durkheim,1983) والمركز على تقسيم النظام الاجتماعي إلى نمط بدائي ومتقدم، أو تقليدي أو صناعي، أو الجماعة والمجتمع. و انطلق بارسونز في تفسير النسق الاجتماعي من متغيرات النمط Pattern variables. ويرى (Zeuner, 2001) أن متغيرات النمط تعد أنموذجا ملائما لفهم تغير الوعي الصحي والية حكم الفاعل على تلك الظاهرة. وتنقسم متغيرات النمط إلى خمسة أنماط رئيسية نتناولها بالتحليل والنقاش وتشكل بالتالي نقطة ارتكاز في فهم وتحليل الأسرة الإماراتية والتغيرات المعاصرة التي طرأت عليها وانتقالها من النمط الأسري الممتد إلى النمط النووي وآليات حكم الفاعل على تلك الظواهر، وذلك على النحو الآتي:

**العمومية والخصوصية Universalism – particularism**

يسود متغير العمومية في المجتمعات المتحضرة، وهنا يحكم الفاعل على الموضوع وفقا لمعايير وأسس عامة تنطبق على كافة الموضوعات، وعلى سبيل المثال، فإن الأسرة في المجتمعات الحضرية يسود أفرادها متغير العمومية، وذلك لانتشار الدور وعلاقته بالتدرج الاجتماعي (الوعي الصحي). ويقابل العمومية متغير الخصوصية الذي يسود في العلاقات الأولية ويحكم الفاعل على الموضوع في هذه المجتمعات وفقا لمعايير وأسس خاصة، فعلاقة الأب بالأبناء مثلا في الجو الأسري تحكمها علاقات الخصوصية.

**الانجاز ونوعية الموضوع (العزو): Achievement – Ascription**

يحدد الفاعل متغير الانجاز في ضوء ما ينجزه ويكون حكمه قائما على أساس الانجاز، أما بالنسبة إلى متغير العزو فيكون حكم الفاعل أساسا على نوعية الموضوع بعيدا عن الانجاز. و يتصل العزو عادة بالمواضيع غير المكتسبة والموروثة، فعلى سبيل المثال يتصف المجتمع التقليدي بالعزو، فالوعي الصحي يرتبط بمتغير الانجاز ومدى ما تقدمه الدولة من خدمات للأفراد من رعاية صحية.

**الحياد الوجداني والوجدانية Neutrality – Affectivity**

يعني الحياد الوجداني التخلي عن المشاعر العاطفية، ويكون حكم الفاعل هنا من خلال الفعل العقلاني، وينطبق الحياد الوجداني بشكل عام على الوظائف المهنية والعلاقات الرسمية .

أما بالنسبة لمتغير الوجدانية، فسيطر من خلال العلاقات الأسرية والعاطفية وعلاقات الأقارب والأصدقاء، ويمكن القول بشكل عام أن الحياد الوجداني يسيطر في المجتمعات المتحضرة، بينما يهيمن متغير الوجدانية في المجتمعات التقليدية.

### التخصيص والانتشار Specificity – diffuseness

يعني متغير التخصيص الابتعاد عن المشاركة الفعلية في الحدث وذلك عن طريق تأدية الدور الرسمي، وهذا ينطبق على الأطباء في علاقاتهم مع المرضى أو علاقات المديرين مع العاملين. وعموما يسود متغير التخصيص في المجتمعات المتحضرة والمتقدمة، أما متغير الانتشار فيشير إلى المشاركة والعلاقات الاجتماعية، وهذا يتأتى من خلال العلاقات المتداخلة بين الفاعل والفاعلين، وهو ينطبق على الأب في علاقته مع أبنائه، أو الصديق مع أصدقائه، أو العلاقات القرابية داخل القرية التقليدية والبدائية بشكل عام.

### التوجه نحو الذات والجمعية Self-collective orientation

يشير متغير التوجه نحو الذات إلى البحث عن المصالح الخاصة والفردية بعيدا عن مصالح الجمعية والشعور الجمعي، أما التوجه نحو الجمعية فيعني التوجه نحو الجماعة والاندماج في حياتها. ويسيطر متغير الذات في المجتمعات المتحضرة. في حين يسيطر متغير الجمعية في المجتمعات التقليدية.

وترتبط متغيرات العمومية والانجاز والحياد الوجداني والذات بالأنشطة الوسيالية بينما ترتبط متغيرات الخصوصية والجمعية بالأنشطة التعبيرية، التي ترتبط بالمجتمعات التقليدية والبدائية المنعزلة من خلال أهمية العلاقات القرابية وسيادة نمط إنتاج غير مختلف متمسك بالبدائية وقلّة تقسيم العمل والتشابه والمماثلة في الأدوار والعلاقات. باختصار، تنطلق هذه الدراسة من متغيرات النمط في تفسير واقع الأسرة في مجتمع الإمارات كالعومومية والانجاز والتخصص والتوجه نحو الذات.

### الدراسات السابقة:

تعد دولة الإمارات العربية المتحدة دولة سريعة النمو تتألف من مجموعة متعددة الجنسيات ذات خلفيات تعليمية مختلفة ومعتقدات دينية وممارسات ثقافية، والتي تشكل تحديًا لاستراتيجيات الصحة العامة القائمة على السكان. تلخص النتائج التي توصلت إليها (2013) Tom Loney ومجموعة من المتخصصين في الصحة العامة من جامعة الإمارات والوكالات الصحية الحكومية المكلفة بالإبلاغ عن الحالة الصحية لسكان الإمارات العربية المتحدة من خلال جميع

الأدلة المتوفرة أن أعلى أربعة مشكلات رئيسية في الصحة العامة هي (١) شكلت أمراض القلب والأوعية الدموية لأكثر من ٢٥٪ من الوفيات في عام ٢٠١٠؛ (٢) تسببت الإصابات في ١٧٪ من الوفيات لجميع الفئات العمرية في عام ٢٠١٠ والسرطان حيث يمثل ١٠٪ من جميع الوفيات في عام ٢٠١٠.

وفقاً لنتائج مقياس تقييم التنمية الاقتصادية المستدامة الصادر عن مجموعة

بوسطن الاستثنائية تتفوق معايير الرعاية الصحية في دولة الإمارات على مثيلاتها إقليمياً وعالمياً. إن المتتبع لدراسة النسق الصحي وما يرتبط به من ممارسات وإجراءات سلوكية، العلاجية منها أم الوقائية، في مجتمع الإمارات، يلاحظ ندرة الدراسات المتعلقة بهذا الجانب. وعلى قلة هذه الدراسات فإنها ذات طابع محدود لا تعالج المشكلات السلوكية الصحية ومتغيراتها الاجتماعية والثقافية، سواء أكان ذلك على المستوى النظري أم التطبيقي. ونظراً لندرة هذه الدراسات، إلا أننا نستعرض هنا بعض الدراسات ذات الصلة بالموضوع على المستوى الخليجي والعربي، التي يمكن أن تخدم أهداف دراستنا الحالية.

وتشير وزارة الصحة (٢٠٠٨) في المملكة العربية السعودية إلى ضرورة ربط مفهوم الصحة العامة باللياقة البدنية ذلك لوجود علاقة بين مختلف مكونات اللياقة البدنية والصحة وأن أداء التمارين البدنية بصورة منظمة له علاقة وطيدة بتقليل أخطار الإصابة بأمراض الجهاز القلبي التنفسي، وكذلك التقليل من الاضطرابات الذهنية والتغلب على الضغوط اليومية، واللياقة البدنية تتحدد بمعايير وراثية ولها علاقة بدرجة النمو للفرد، وتعد التربية الرياضية وسيلة لتحسين مستويات اللياقة البدنية وبالتالي زيادة صحة الفرد وتقليل احتمالية إصابته بأمراض العصر المختلفة.

وفي دراسة أعدتها مجلة الرياضة والعلوم الطبية (٢٠١١) أشارت إلى مدى ارتباط نمو الحياة السكونية مع صحة الجسم في المملكة المتحدة. وقد أظهرت الدراسة وجود عوائق خارجية مثل نقص الوقت وقلة مستوى الوعي الصحي كأحدى العوامل الرئيسية التي تؤثر سلباً على صحة الجسم. أن مفهوم التثقيف والوعي الصحي يعني تثقيف الأفراد وإثارة وعيهم لغرض تغيير سلوكهم وعاداتهم خاصة في حالة انتشار الأمراض داخل المجتمع، وكذلك غرس العادات والتقاليد الاجتماعية التي من شأنها تدعيم الجانب الصحي وتطوره مثل ممارسة الرياضة والتغذية الصحية والعادات القوامية السليمة، أن مسألة اللعب في الوعي الصحي والنجاح في تأسيسه لدى الأفراد له علاقة وثيقة بتشكيل جانب مهم من جوانب شخصيتهم،

ولهذا فإن هذه المسألة يجب أن تلقى عناية مخطط لها ومقصودة شأنها في ذلك شأن العملية التعليمية النظامية في أي مستوى دراسي (ظاهر ٢٠٠٤) كما أن الهدف أيضاً من التثقيف والوعي الصحي من شأنه رفع المستوى الصحي للأفراد بصفة عامة مما يؤدي إلى زيادة الإنتاج والوفّر في الإنفاق العلاجي، حيث تظهر العلاقة وثيقة بين تناول الغذاء الجيد والنشاط الرياضي للتمتع بالصحة، وإرشاد الأفراد إلى الطرق التي يستطيعون بواسطتها تقييم حالتهم الصحية (حداد، ٢٠٠٠).

ويذكر (جلال الدين، ٢٠٠٥) أن الشخص الواعي صحياً هو الشخص المثالي المتمتع بدرجات ومستويات عالية من الصحة المتمثلة بالتكامل البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي والصحي وأن ممارسة الأنشطة الرياضية تعمل على الوقاية من أهم الأمراض العصرية مثل مرض السكري وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي والسمنة والوزن الزائد والتشوهات القوامية باعتبار أن الجانب الصحي يشمل على جانبيين أساسيين هما: الثقافة الصحية والتي تتمثل في اكتساب المعارف والمعلومات الصحية، والوعي الصحي والذي يتمثل في ممارسة وتطبيق تلك المعارف والمعلومات في الواقع العملي.

ويعرف (عليوة، ١٩٩٩) الوعي الصحي (Health Awareness) بأنه " ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد" في حين عرفها (قنديل، ١٩٩٠، ص ١٧٠) بأنها السلوك الايجابي الذي يؤثر ايجابيا على الصحة، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكاناته.

ففي دراسة أحمد العموش (٢٠٠٧)، عن "المشكلات الاجتماعية في مجتمع الإمارات: دراسة ميدانية"، على عينة من مقدارها (٥٠٠) مواطن ومواطنة، تبين أن من أهم المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع الإماراتي، تمثلت في ظاهرة التدخين وما ينجم عنها من مشكلات صحية وقد احتلت المرتبة الأولى من بين المشكلات، خاصة بين فئة الشباب، تليها المشكلات المتعلقة بالتلوث البيئي، وعدم نظافة المرافق العامة، وتفشي الأمراض، وسوء التغذية في أوساط الفئات الفقيرة من أبناء المجتمع، وظهر من نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائياً للمشكلات الصحية ومستوى الدخل الشهري لأفراد العينة، فكلما ارتفع مستوى الدخل كلما انخفضت عدد المشكلات الصحية التي يعانون منها.

وفي دراسة أخرى لأحمد العموش (٢٠٠٧)، حول "الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية للأسرة في مجتمع الإمارات: دراسة ميدانية" (٢)، على عينة مقدرها (٤٠٠) أسرة إماراتية، تبين من نتائج الدراسة بعض السلوكيات الصحية لأفراد العينة، في حالة الإصابة بالمرض، أن أكثر من نصف أرياب الأسر في العينة (٥٢,٢٥%) يذهبون بأفراد أسرهم عند حدوث المرض لأول مرة، إلى المستشفيات والعيادات الحكومية، وأن (٣٢,٧٥%) يذهبون بأفراد أسرهم إلى المستشفيات والعيادات الخاصة، فيما يقوم ما نسبته (١١,٧٥%) بزيارة المطوع، وأن ما نسبته (٣,٢٥%) قاموا بزيارة المتعاملين بالطب الشعبي. وتتفق هذه النتيجة حول الوعي بأهمية مراجعة المستشفيات والعيادات الحكومية مع نظرية النسق لبارسونز والتي أكدت أن متغير الانجاز يسود في الأسرة المعاصرة. فالوعي الصحي يرتبط بمتغير الانجاز ومدى ما تقدمه الدولة من خدمات للأفراد من رعاية صحية وهذا ينسجم مع نتائج دراسة (غباش، ١٩٩٧) حول الطب الشعبي في الإمارات. وأظهرت دراسة محمد المطوع (١٩٩١) حول "مشكلات الشباب في مجتمع متغير"، على عينة مقدرها (٥٤٨) طالباً وطالبة، وأشارت الدراسة إلى أهم المشكلات الصحية التي يعاني منها أفراد العينة في المراحل التعليمية الإعدادية والثانوية والجامعية، هي حب الشباب، الصداع، زيادة الوزن، ونقص الوزن، وأشارت النتائج إلى أن الإناث أكثر معاناة من هذه المشكلات من الذكور.

وبينت دراسة غادة سعد الطلحة (٢٠٠٧)، على عينة من مريضات السكري في مدينة الرياض، تكونت من (٤٢٠) مريضة بالسكري من النوع الثاني، وتراوحت أعمارهن من ٣٠ إلى ٧٥ سنة فأكثر، وشكلت المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض مجتمع الدراسة. وأكدت نتائج الدراسة على أن أسلوب الحياة والأجواء غير الصحية قد يتسببان في إصابة الشخص بالسليم بالأمراض المزمنة. وجاءت أهم نتائج الدراسة على النحو التالي: تزيد المخاطرة الصحية عند غير الملتزمات عن الملتزمات بالسلوك الصحي، وهذا يرجع إلى الدافع للوقاية وكفاية الذات الصحية، وتبين من نتائج الدراسة أيضاً وجود علاقة بين تقدير خطورة المضاعفات وبين السلوك الصحي العامل الأساسي للحد من الاتجاه نحو المخاطرة الصحية، والالتزام بالسلوك الصحي وذلك في متوسط درجات الدافع للوقاية وكفاية الذات الصحية. كما أظهرت الدراسة وجود علاقة طردية بين مستوى التعليم والسلوك الصحي، والعمر، والحالة الزوجية والدخل وبين السلوك الصحي مما يحدث تفاوتاً في درجات الدافع للوقاية.

والمتمعن بنتائج دراستنا الحالية، يرى أنها تتناغم مع نتائج الدراسات ذات الصلة، من حيث مستوى الوعي الصحي لدى الأسرة الإماراتية بهدف المساهمة في تحقيق الأمن الصحي الذي يشكل جزءاً مهماً من الأمن الشامل كما يتضح من الدراسات السابقة فإن مشكلات الثقافة الصحية والوعي الصحي هي مشكلة عالمية وما يميز الدراسة الحالية أنها من الدراسات القليلة جداً التي تناولت موضوع الثقافة الصحية ببعدها الاجتماعي والصحي بهدف الاستفادة من النتائج في بناء دليل تكاملي تدريبي للفئات المستهدفة في هذه الدراسة.

### مجتمع الدراسة والعينة

شمل مجتمع الدراسة المواطنين بدولة الامارات العربية المتحدة بعد تحديد المستشفيات في الامارات ومن ثم تم استخدام العينة العمدية لاختيار الاسر من جميع إمارات الدولة. وقد تم جمع البيانات من خلال مجموعة من الباحثين المدربين للقيام بجمع البيانات.

### الصدق والثبات

للتأكد من صدق الأداة تم عرضها على ثلاثة محكمين في مجال علم الاجتماع الطبي. وللتأكد من صدق الأداة تم اختبار أداة الدراسة باستخدام كرنباخ ألفا (Cronbach's Alpha)

### تحليل نتائج الدراسة

#### أولاً: الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة:

تبين مجموعة الجداول التالية وصف التوزيع التكراري والنسبي لعينة المجيبين والبالغ عددهم ٩٠٦ مبحوث، وتفصيلها كالاتي:

#### أولاً: التوزيع التكراري والإحصاءات الخاصة بالمتغيرات وعلاقتها بالنوع

##### ١- النوع

بالنظر الى جدول رقم (١) يتبين ان حجم العينة المبحوثة والتي قامت بملء الاستبانات بصورة صحية وتم تفريغ بياناتها ٩٠٦ مفردة من الجنسين، منهم ٣١٧ من الذكور فقط وهم يمثلون نسبة ٣٥% فقط من العينة في مقابل عدد ٥٨٩ من الإناث يمثلون نسبة ٦٥% من العينة، وفي الحقيقة فإن هذه النسبة تعكس سهولة الاتصال بالإناث اكثر من الذكور نظرا لطبيعة عمل الرجل في أماكن بعيدة وصعوبة التواصل معهم بينما الاناث معظمهم في أماكن قريبة مثل التدريس والدوائر الحكومية .

## جدول رقم (١) توزيع عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة
ذكر	317	35.0
انثى	589	65.0
المجموع	906	100.0

## ٢- العمر بالسنوات:

يوضح الجدول رقم (٢) والذي التوزيع العمري للعينة بصفة عامة يتضح لنا أن انه قد تم توكيد العمر إلى ست فئات بدأ من اقل ٢٠ سنة، حيث يتضح من الجدول أن الفئة العمرية (اقل من ٢٠) سنة هي الفئة العمرية الاولى في العينة حيث بلغ عددهم ١٤٥ مبحوث بنسبة مشاركة بلغت ١٦% من إجمالي العينة، ثم تلتها الفئة العمرية الثانية (من ٢٠ - ٢٩) حيث بلغ عددهم ٣٢١ بنسبة مشاركة ٣٥,٤%، ثم جاءت الفئة العمرية (من ٣٠ - ٣٩) حيث بلغ عددهم ٢٦٦ بنسبة ٢٩,٤% مع ملاحظة ان نسبة الفئة الثانية والفئة الثالثة ٦٥% من مجموع المبحوثين. وفي الفئة الرابعة (من ٤٠ - ٤٩) بلغ عددهم ١٢٥ شخص بنسبة ١٣,٨%، هذا وقد بلغت نسبة الافراد في الفئة (من ٥٠ - ٥٩) ٣٦ شخصا بنسبة ٤% فقط بينما جاءت في المرتبة الاخيرة الفئة العمرية (اكثر من ٦٠ سنة) حيث بلغ عددهم ١٣ فردا بنسبة ضئيلة بلغت ١,٤%.

## الجدول رقم (٢) توزيع عينة الدراسة حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة
اقل من ٢٠ سنة	145	16.0
٢٠-٢٩	321	35.4
٣٠-٣٩	266	29.4
٤٠-٤٩	125	13.8
٥٠-٥٩	36	4.0
٦٠ سنة فأكثر	13	1.4
المجموع	906	100.0

## ٣- مكان إقامة الأسرة:

نلاحظ جلياً بان معظم المبحوثين من اماره دبي حيث بلغ عددهم ٢٢٢ فرداً بنسبة ٢٤,٥% أي ما يشكل ربع الاسر ثم تأتي في المرتبة الثانية من اماره ابوظبي حيث بلغ عدد الاسر ١٨٠ فرداً بنسبة ٢٠% تقريباً وفي المرتبة الثالثة تأتي من اماره الشارقة حيث بلغ عدد الاسر ١٤٣ اسرة بنسبة ١٥,٨% وفي المرتبة الرابعة جاءت اماره عجمان بعدد ٩٣ اسرة بنسبة ١٠,٣% وفي المرتبة الخامسة حلت اماره راس الخيمة بعدد ١٠٦ اسرة وبنسبة ١١,٧% ، هذا وقد تلتها اماره الفجيرة بعدد ٨٤ اسرة وبنسبة ٩,٣%. أخيراً في المرتبة السابعة جاءت اماره ام القيوين بعدد ٧٨ وبنسبة بلغت ٨,٦% ، نلاحظ ان العينة من جميع امارات الدولة وهذا يعزز موثوقية الدراسة.

جدول رقم (٣) توزيع عينة الدراسة حسب مكان إقامة الأسرة

النسبة	التكرار	مكان إقامة الأسرة
19.9	180	إمارة أبوظبي
24.5	222	إمارة دبي
15.8	143	إمارة الشارقة
10.3	93	إمارة عجمان
11.7	106	إمارة راس الخيمة
8.6	78	إمارة أم القيوين
9.3	84	إمارة الفجيرة
100.0	906	المجموع

## ٤- المستوى الاجتماعي:

من الجدول رقم (٤) الخاص بتوزيع العينة حسب المستوى الاجتماعي يتضح لنا عدد العزاب بالعينة بلغ ٤٢١ مبحوث يمثلون نسبة ٤٦,٥% هذا وقد جاءت فئة المتزوجون في المرتبة الثانية بعدد ٤٠٩ بنسبة متقاربة مع الفئة الأولى وصلت الى ٤٥,١% فلو جمعنا هاتين النسبتين سوف يشكلون حوالي ٩٢% مما يعني يبقى نسب بسيطة لفئة المطلق ٥,٦% وفئة الارمل بنسبة ضئيلة ٢,٨%، ومن الجدول المرافق الخاص بالإحصاءات حول المستوى الاجتماعي نجد أن القيمة المنوالية للعينة لفئة الاعزب وشكل التوزيع ملتوي نحو فئة الاعزب والمتزوج لكون المتوسط الحسابي مساوي 1.6

## جدول رقم (٤) توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الاجتماعي

التكرار	النسبة	المستوى الاجتماعي
421	46.5	أعزب
409	45.1	متزوج
51	5.6	مطلق
25	2.8	أرمل
906	100.0	المجموع

## ٥- المستوى التعليمي

من خلال جدول رقم (٥) يتبين ان معظم المبحوثين من المرحلة الجامعية او ما فوق (أي البكالوريوس او ماجستير او دكتوراة) حيث بلغ عدد المبحوثين ٤٤١ بنسبة وصلت الى ٤٨,٧% تلتها مرحلة الثانوي بعدد ٣٢٠ مبحوث شكلت نسبة ٣٥,٣% ثم بلغ عدد تلتها مرحلة المتوسط بعدد ١٠٥ وبنسبة ١١,٦% كما يلاحظ جليا بان فئة الابتدائي بعدد بسيط ١٩ شخصا وبنسبة ٢,١% ممي يدلان هناك مصداقية لهذه العينة وفي المرتبة الأخيرة جاءت فئتي يقرأ ويكتب وامي مجتمعتين بعدد ٢١ وبنسبة ٢,٤% من المبحوثين هذا ويكون شكل التوزيع لصالح المتعلمين كما ان المنوال لهذه العينة هو جامعي فما فوق والوسط الحسابي ٥,٢ أي ما يعزز صدق العينة وتوفيق الباحث في استنتاجاته.

## جدول رقم (٥) توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
7	6	امي
1.7	15	يقرأ ويكتب
2.1	19	ابتدائي
11.6	105	متوسط
35.3	320	ثانوي
48.7	441	جامعي فما فوق
100.0	906	المجموع

## ٦- الدخل الشهري

جدول رقم (٦) توزيع عينة الدراسة حسب الدخل الشهري

النسبة	التكرار	الدخل الشهري
28.6	259	أقل من 10000 درهم
33.0	299	أقل من 10000-20000
23.8	216	أقل من 20000-30000 درهم
7.4	67	أقل من 30000-40000
7.2	65	40000 درهم فأكثر
100.0	906	المجموع

ومن الجدول رقم (٦) والذي يوضح توزيع العينة حسب دخل الاسرة:

- بلغ عدد الاسر الذين دخلهم اقل من ١٠ ألف درهم ٢٥٩ اسرة بنسبة ٢٨,٦%.
- وصل عدد الاسر الذين دخلهم ما بين ١٠ الى ١٩ الف درهم الى ٢٩٩ اسرة بنسبة ٣٣%.
- بلغ عدد الاسر الذين دخلهم ما بين ٢٠ الى ٢٩ الف درهم الى ٢١٦ اسرة بنسبة ٢٣,٨%.
- بلغ عدد الاسر الذين دخلهم من ٣٠ الى ٣٩ ألف درهم الى ٦٧ اسرة بنسبة ٧,٤%.
- هذا وفي مرتبة اعل الدخل من ٤٠ فما فوق بلغ عدد الاسر ٦٥ اسرة وبنسبة ٧,٢%.
- أن القيمة المنوالية للعينة هي فئة الدخل اكثر من ١٠ الى ١٩ الف درهما وكذلك الوسط الحسابي قد بلغ ٢,٣ واتواء لصالح الدخل المتوسطة.
- ان المنوال يساوي فئة من ١٠ الى ١٩ الف درهم أي يعني ان النسبة الأكبر من ذوي الدخل المتوسطة .

## ٧- المهنة وقطاع العمل:

جدول رقم (٧) توزيع عينة الدراسة حسب نوع المهنة أو قطاع العمل

النسبة	التكرار	نوع المهنة أو قطاع العمل
53.5	485	قطاع حكومي
23.1	209	خاص
23.4	212	طالب
100.0	906	المجموع

ومن الجدول رقم (٧) والذي يوضح توزيع العينة حسب قطاع العمل حيث بلغ عدد الموظفين في القطاع الحكومي ٤٨٣ وبنسبة ٥٣,٥% وفي المرتبة الثانية جاءت فئة الطلبة بعدد ٢١٢ وبنسبة ٢٣,٤% كما بلغ عدد المبحوثين في القطاع الخاص ٢٠٩ وبنسبة ٢٣,١%. ومن الجدول المرافق الخاص بالإحصاءات حول المهنة وقطاع العمل نجد أن القيمة المنوالية للعينة هي القطاع الحكومي وكذلك الوسط الحسابي قد بلغ ١,٧.

### تحليل المتوسطات ونوع التوزيع

- ١- نلاحظ ان المتوسط الحسابي عال للجنس وهذا يعني ان نسبة مشاركة الاناث اكثر من الذكور والتوزيع مائل لليسار نحو الاناث.
- ٢- متوسط المستوى التعليمي بلغ ٥,٢ من اصل ٦ خيارات وهذا يدل على مستوى تعليمي راق للعينة والتوزيع مائل لليسار نحو الشهادات العليا
- ٣- العمر له متوسط ٢,٥ ومائل لليمين لفئة الشباب وعموما معظم المبحوثين من سن ٢٠ الى ٤٠ سنة
- ٨- هل تمتعت بإجازتك خلال السنتين الأخيرتين

### جدول (٨) توزيع عينة الدراسة حسب تمتعهم بالإجازة خلال السنتين الأخيرتين

النسبة	التكرار	هل تمتعت بإجازتك خلال السنتين الأخيرتين
74.4	674	نعم
25.6	232	لا
100.0	906	المجموع

يتضح من جدول رقم ٨ ان الاثريه المبحوثين قد تمتعوا بإجازاتهم حيث بلغ عددهم ٦٧٤ مبحوث وبنسبة ٧٤,٤% والبقية لصاح عدم التمتع وربما لم يحصلوا على إجازة مرضية وبلغ عددهم ٢٣٢ بنسبة وصلت الى الربع تقريبا ٢٥,٦%

٩- مدة الاجازة:

يتبين من جدول رقم (٩) ان يوجد ٢٨٤ مبحوث كانت اجازتهم شهرا كاملا بعدد ٢٨٤ وبنسبة ٣١,٣% تلتها في المرتبة الثانية فئة الاجازة اقل من شهر بعدد مساوي تقريبا للفئة الأولى وصل الى ٢٧٨ وبنسبة ٣٠,٧% فلو جمعنا تلك الفتين مثلا لوجدنا ان نسبتها ٦٢% من المبحوثين وفي المرتبة الثالثة حلت فئة الاجازة اكثر من شهر بعدد وصل الى ٢٦٠ وبنسبة ٢٨,٧% اما القلة القليلة الباقية لم تتمتع او لم تحصل على إجازة حيث كان عددهم ٨٤ مبحوث وبنسبة ٩,٣%

وشكل التوزيع لصالح الاجازة شهر فاقل ويكون المنوال اقل من شهر والوسط الحسابي ٢,١ .

#### جدول (٩) توزيع عينة الدراسة حسب مدة الإجازة

النسبة	التكرار	مدة الإجازة
30.7	278	أقل من شهر
31.3	284	شهر
28.7	260	أكثر من شهر
9.3	84	لم يتمتع بإجازة
100.0	906	المجموع

١٠- نوع الاسرة :

يتبين من جدول رقم (١٠) ان اكثر من نصف العينة من فئة الاسرة زوج وزوجة وأبناء حيث وصل عدد المبحوثين الى ٤٩٣ بنسبة ٥٤,٤% تلتها فئة الاسرة الممتدة وهي زوج وزوجة وأبناء واعمام واجداد حيث وصل العدد الى ٢٤٢ وشكلوا ما نسبهم ٢٦,٧%، هذا وفي المرتبة الثالثة حلت أعيش لوحيد بعدد ١١٥ وبنسبة ١٢,٧% وفي المرتبة الأخيرة جاءت نوع اسرة زوج وزوجة بعدد ٥٦ وبنسبة ٦,٢%، نلاحظ شكل التوزيع لصالح فئة الزوج والزوجة والابناء والمنوال هو نفس هذه الفئة والوسط الحسابي ٣ تقريبا .

#### جدول (١٠) توزيع عينة الدراسة حسب نوع الأسرة

النسبة	التكرار	نوع الأسرة
12.7	115	أعيش لوحيد
6.2	56	زوج وزوجة فقط
54.4	493	زوج وزوجة أبناء فقط
26.7	242	تضم الآباء والأجداد والأعمام أيضا
100.0	906	المجموع

١١- نوع الاسرة :

جدول رقم (١١) يوضح التالي

اقل من ثلاث افراد وصل عدد المبحوثين الى ١٠٠ بنسبة ١١% .  
 من ٣ الى ٤ افراد ١٨٣ اسرة بنسبة ٢٠,٢% .  
 من ٥ الى ٦ افراد ٢٧٢ مبحوث وبنسبة ٣٠% .  
 من ٧ الى ٨ بلغ العدد ١٦٨ وبنسبة ١٨,٥% .

من ٩ الى ١٠ بلغ عدد الاسر ٨٦ اسرة شكلت نسبة ١٨,٥%. وفي المرتبة الخيرة حلت الاسر اكثر من ١١ فردا بعدد ٩٧ اسرة وبنسبة ١٠,٧% لوحيدي نلاحظ شكل التوزيع لصالح فئة ٥ الى ٦ أبناء وخذه الفئة تشكل والوسط الحسابي ٣,٣ .

جدول رقم (١١) توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة المقيمين

النسبة	التكرار	عدد أفراد الأسرة المقيمين
11.0	100	أقل من ٣ أفراد
20.2	183	3-4
30.0	272	5-6
18.5	168	8-7
9.5	86	9-10
10.7	97	فردا فأكثر 11
100.0	906	المجموع

١٢- حجم السكن (عدد الغرف)

يتبين من جدول رقم (١٢) ان حجم السكن لأربع غرف فاقل وصل عدد منازل المبحوثين الى ٣٠٨ شكلت نسبة اكثر من الثلث بقليل ٣٤% وفي نفس المستوى تقريبا فئة ٤ الى ٥ غرف بعدد ٣١٨ وبنسبة ٣٤,٩% هذا واحتلت المرتبة الثالثة المنازل المكونة من ٦ الى ٧ غرف وبنسبة ٢٠% تقريبا هذا وينظر بعين الاعتبار ان هناك نسبة لا باس بها لديها منازل كبيرة جدا وصل عددها ١٠٢ شكلت ما نسبته ١١,٣% وهذه النسبة الأقل ولكن ينظر اليها بانها نسبة غير بسيطة، نلاحظ شكل التوزيع لصالح فئة ٤ غرف او ٥ الى ٦ غرف والمنوال هو فئة ٥ الى ٦ غرف كحجم للمنزل اما الوسط الحسابي فهو ٢ مما يعني لصالح ٤ او ٥ او ٦ غرف.

جدول رقم (١٢) توزيع عينة الدراسة حسب عدد الغرف

النسبة	التكرار	عدد الغرف
34.0	308	أقل من ٤ غرف
34.9	316	4-6
19.9	180	6-7
11.3	102	غرف فأكثر ٨
100.0	906	المجموع

## ١٣- عدد الافراد لكل غرفة نوم

يتبين من جدول رقم (١٣) ان لكل غرفة فرديا هو الطابع الغالب في العينة حيث وصل العدد ٤٣٠ بنسبة وصلت الى ٤٧,٥% ثم تلتها في المرتبة الثانية فرد لكل غرفة بعدد ٢٨٧ شكلت ما نسبته ٣١,٧% واحتلت المرتبة الثالثة فئة ٣ افراد لكل غرفة بعدد ١٢٤ وبنسبة ١٣,٧% وفي المرتبة الأخيرة ٤ افراد فأكثر لكل غرفة وبسبة ٧,٢% كما نلاحظ شكل التوزيع لصالح فردين لكل غرفة والمنوال هو كذلك اما الوسط الحسابي ١,٩ وهو قريب من المنوال.

جدول رقم (١٣) توزيع عينة الدراسة حسب عدد الأفراد لكل غرفة نوم

عدد الأفراد لكل غرفة نوم	التكرار	النسبة
واحد	287	31.7
اثنان	430	47.5
ثلاث	124	13.7
أربع فأكثر	65	7.2
المجموع	906	100.0

## ١٤- الى أي مدى تهكم حالتك الصحية

يظهر جدول رقم (١٤) ان هناك وعيا صحيا بدرجة عالية حيث توزعت المراكز على التالي: المرتبة الأولى تبين ان هناك اهتمام بالصحة بدرجة عليا فقد وصل عدد المبحوثين الى ٤٤٥ فردا وبنسبة قريبة من النصف ٤٩,١% وفي المرتبة الثانية جاءت فئة الاهتمام بدرجة كبيرة حيث وصل عدد الافراد الى ٢٩٩ ونسبة الثلث ٣٣% وفي المرتبة الثالثة الاهتمام الى حد ما بعدد ١٣٨ مبحوث وبنسبة ١٥,٢% وفي المتربتين الأخيرتين حلتا الفئتين عد الاهتمام وعدم الاهتمام اطلاقا بعدد ونسب متساوية ١٢ لكل فئة ونسبة ١,٣% كما نلاحظ شكل التوزيع لصالح الاهتمام بالصحة والمنوال الاهتمام بالصحة بدرجة كبيرة جدا اما الوسط الحسابي فهو ٠,٨٦ لصالح الفئة الأولى.

جدول رقم (١٤) توزيع عينة الدراسة حسب إلى أي مدى تهكم حالتك الصحية

إلى أي مدى تهكم حالتك الصحية	التكرار	النسبة
بدرجة كيره جدا	445	49.1
بدرجة كبيرة	299	33.0
أحد ما	138	15.2
لاتهمني	12	1.3
لا تهمني إطلاقا	12	1.3
المجموع	906	100.0

## ١٥- هل تعاني من بعض الاعراض المرضية

يظهر جدول رقم (١٥) ان الغالبية لا تعاني من اعراض مرضية حيث وصل عددهم ٦٥٥ وبنسبة اكثر من الثلثين وصلت ال ٧٢,٣% والفئة التي تعاني من الأعراض المرضية بلغ عددهم ٢٥١ بنسبة ٢٧% يبين شكل التوزيع انه ملتوي نحو الفئة الخالية من الاعراض الصحية والمنوال هو كذلك ١,٧٢ فهو يجنح الى الأشخاص الخالين من الامراض.

## جدول رقم (١٥) توزيع عينة الدراسة حسب هل تعاني من بعض الأعراض المرضية

هل تعاني من بعض الأعراض المرضية	التكرار	النسبة
نعم	251	27.7
لا	655	72.3
المجموع	906	100.0

## ١٧- كم وزنك بالكيلو جرام

يظهر جدول رقم (١٧) ان فئة الوزن القليل اقل من ٦٠ كيلو جرام وصل عدد المبحوثين الى ٢٨٤ مبحثاً بنسبة ٣١,٣% واحتلت المرتبة الثانية فئة وزن من ٦٠ الى ٦٩ كيلو جرام بعدد ٢٥٤ فرداً وبنسبة وصلت الى ٢٨% وجاءت بالمرتبة الثالثة فئة من وزن ٧٠ الى ٧٩ كيلو جرام بعدد ٢٠٥ شكلت ما نسبته ٢٢,٨% وفي المرتبة الخيرة حلت فئة ٨٠ فاكتر حيث وصل العدد الى ١٦٣ ما نسبته ١٨% من المجموع الكلي كما يبين شكل التوزيع انه ملتوي نحو فئة اقل من ٦٠ كيلو جرام والمنوال هو هذه الفئة اما الوسط الحسابي ٢,٢٧ فهو يجنح من ٦٠ الى ٧٠ كيلو جرام.

## جدول رقم (١٧) توزيع عينة الدراسة حسب كم وزنك بالكيلو غرام تقريبا

كم وزنك بالكيلو غرام تقريبا	التكرار	النسبة
أقل من 60 كلغم	284	31.3
60-70 كلغم	254	28.0
71-79 كلغم	205	22.6
كلغم فأكثر 80	163	18.0
المجموع	906	100.0

## ١٨- كم طولك بالسنتيمتر

نلاحظ من جدول (١٨) أن ثلث العينة طولها اقل من ١٦٠ سم حيث وصل العدد الى ٣٠٥ وبسبة ٣٣,٧% وذلك نظرا لوجود الاناث بالعينة وفي المركز الأول احتلت فئة الطول من ١٦٠ الى ١٦٩ حيث بلغ العدد الى ٣٨٠ فردا ما نسبته ٤١,٩% وفي المرتبة الثالثة حلت فئة الطول من ١٧٠ الى ١٧٩ سم حيث بلغ العدد الى ١٧٨ ما نسبته ١٩,٦% وفي الأخيرة الفئة النادرة من البشر فئة الطول اكثر من ١٨٠ سم حيث وصل عددهم ٤٣ شكلت نسبة ٤,٧% كما يبين شكل التوزيع انه ملتوي نحو فئة ما بين ١٦٠ الى اقل من ١٧٠ سم وهي الفئة المنوالية والوسط الحسابي ١,٩٦ فهو يميل أيضا لتلك الفئة.

## جدول رقم (١٨) توزيع عينة الدراسة حسب كم طولك تقريبا بالسنتيمتر

النسبة	التكرار	كم طولك تقريبا بالسنتيمتر
33.7	305	أقل من 160
41.9	380	160-169
19.6	178	170-179
4.7	43	180 سم فأطول
100.0	906	المجموع

## ١٩- ما هي حالتك الصحية

نلاحظ من جدول (١٩) ان ربع العينة من ذو الصحة الممتازة حيث وصل عددهم الى ٢٣٠ فردا ما نسبته ٢٥,٤% وحلت في المركز الأول ذوي الصحة الجيدة حيث بلغ عددهم الى ٤٢٢ شخصا بنسبة ٤٦,٦% تلتها الاعتيادية بعدد ٢٢٩ فردا وبنسبة وصلت الى ٢٥,٣% وهي نفس فئة الصحة الممتازة اما المرتبة الأخيرة فكانت من أصحاب الصحة السيئة فقد بلغ عددهم الى ٢٥ فردا شكلت نسبة ٢,٨% كما يبين شكل التوزيع انه ملتوي نحو فئة الصحة الجيدة وهذا يعكس المجتمع الذي نعيش فيه وهي المنوال ويكون الوسط الحسابي ٢ مما يميل الى الصحة الجيدة.

## جدول رقم (١٩) توزيع عينة الدراسة حسب هل تعتقد ان حالتك الصحية

النسبة	التكرار	هل تعتقد ان حالتك الصحية هي
25.4	230	ممتازة
46.6	422	جيدة
25.3	229	عادية
2.8	25	سيئة
100.0	906	المجموع

**ثالثا : دراسة العلاقة الارتباطية بين المتغيرات الشخصية**

في الحقيقة تعد المتغيرات الشخصية من الأهمية بمكان في كافة التحليلات الإحصائية، ذلك أنها المحددة لطبيعة الأجوبة على بقية أسئلة الاستبانة، ويبقى فضلا عن ما سبق دراسة العلاقة الارتباطية بين هذه المتغيرات الشخصية، ولكون بعض هذه المتغيرات من المتغيرات الرقمية فقد استخدم معامل الارتباط بيرسون لتحديد العلاقة بين مجموعة المتغيرات الشخصية بالدراسة، ومن خلال البرنامج الإحصائي SPSS أمكن الحصول على مصفوفة الارتباط الموضحة في الجدول رقم (٢٠) ومنها يمكن الوقوف على ما يلي:

ليس هناك ارتباط تام بين متغير وآخر.

يعد متغير العمر من أكثر المتغيرات التي وجد ان بينها وبين المتغيرات الأخرى علاقات ارتباط، وتمثلت هذه العلاقات في:

٣- هناك علاقة ارتباط طردية عند مستوى معنوية اقل من ٠,٠٥ (اختبار طرفين) بين العمر والمستوى الاجتماعي حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ( $r=0.58$ ) وهذا يوضح الواقع البشري كلما زاد عمره ربما يصبح مطلقا او ارملا.

٤- يوجد علاقة ارتباط عكسية ما بين العمر ونوع المهنة عند مستوى معنوي اقل من ٠,٠

٥- هناك علاقة ارتباط طردية عند مستوى معنوية ٠,٠١ (اختبار طرفين) بين الجنس والمستوى التعليمي بمعنى م ذلك ان المستوى التعليمي الأعلى التي شارك منها المبحوثين كانت نسبة الاناث فيها أكبر من نسبة الذكور، في حين أن المستوى التعليمي الأدنى كانت نسبة الاناث فيها أقل من نسبة الذكور.

٦- يرتبط العمر مع متغير الدخل الشهري بعلاقة طردية على مستوى الدلالة ٠,٠ وهي اقل من ٠,٠٥

حيث بطبيعة الحال كلما ترقى الشخص في السلم الوظيفي يزيد دخله

٧- هناك علاقة ارتباط عكسية عند مستوى معنوية ٠,٠ (اختبار طرفين) مكان الإقامة والدخل الشهري بمعنى كلما اتجه الشخص الى الامارات الشمالية يكون دخله اقل

٨- يعد متغير المهنة هو المتغير التالي الذي وجد ان بينه وبين المتغيرات الأخرى علاقات ارتباط، وتمثلت هذه العلاقات مع جميع المتغيرات الأخرى على مستوى الدلالة اقل من ٠,٠٥

جدول رقم (٢٠) توزيع عينة الدراسة حسب الإجراءات التي تقوم بها عند الشعور  
باضطرابات او بأعراض مرضية

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة %
1	اراقب الاعراض المرضية ذاتيا	٥٢,٥	٣٧,٧	٩,٧	٨١
2	اعرض هذه الحالة على الاسرة / الاصدقاء/الأقارب	٤٠,١	٤٢,٩	١٧,٠	٧٤
3	انتاول عقاير او ادوية منزلية كانت تستعمل من قبل افراد الاسر	٢٠,٨	٣٢,٩	٤٦,٤	٥٨
4	اذهب الى الصيدلية وشراء ادوية بدون وصفة طبية	٢٢,٦	٣٥,١	٤٢,٣	٦٠
5	اعرض الحالة على مطبب او معالج شعبي. عطارين / مطبيين بالأعشاب	١٢,٨	٢٧,٩	٥٩,٣	٥١
6	الجا الى الله سبحانه وتعالى وطلب الشفاء وقراه القران	٦١,٩	٣٠,٦	٧,٥	٨٥
7	لا أقوم بعمل شيء وانما اوكل امري لله واراقب تطور هذه الاعراض	٢٢,١	٣٠,٦	٤٧,٤	٥٨
8	اذهب الى الطبيب النفسي عندما اشعر باضطرابات او بأعراض نفسية مرضية (لماذا الطبيب النفسي فقط) اقترح اذهب الى الطبيب	٢٠,١	٢٥,٧	٥٤,٢	٥٥

ثانياً: تحليل متغيرات الدراسة

١. وصف المتغيرات (الأسئلة):

في البداية نقوم باستخراج المؤشرات أو الإحصاءات الأساسية لمتغيرات الدراسة المتمثلة في عدد (٨٩) سؤالاً المطلوب من المبحوثين الإجابة عليها، حيث تم عرض العديد من المؤشرات كما في الجداول التالية:

أ-المحور الأول ما الإجراءات التي تقوم بها عند الشعور باضطرابات او بأعراض مرضية

يتبين من معامل كرونباخ الفا لجميع الأسئلة المتعلقة بهذا المحور ان هناك قبول على نوعية الأسئلة المقدمة من قبل الباحث حيث بلغ هذا المعامل الى ٠,٥١.

وهذا مقبول احصائيا, نلاحظ ان هناك شبه اجماع على الفقرة (١ و ٦) حيث بلغ دليل الموافقة على ٨١% و ٨٥% على التوالي حيث المبحوثين يراقبوا الاعراض المرضية ودائما يطلبون من الله الشفاء بعد ذهابهم الى الأطباء حيث دليل الموافقة ضعيف نوعا ما على الفقرات (٣، ٥، ٧، و ٨) واحصائيا اذا كان دليل الموافقة اقل من ٣٣% يعني عدم الموافقة على الفقرة اذا كان ما بين ٣٣% الى ٦٦% يكون محايد اذا كان اكثر من ٦٦% يكون موافقة على الفقرة مثلا الفقرة ٤ (اذهب الى الصيدلية وشراء الادوية بدون وصفة طبية دليل الموافقة ٦٠% هذا لا يعني ان ٦٠% من المبحوثين يذهبون الى الصيدلية لشراء الادوية بدون وصفة لكن المعامل قريب من نسبة ٦٦% أي ان هناك نسبة لا باس بها من الناس موافقين على هذه الفقرة رغم انها تقع في المنطقة المحايدة.

#### جدول رقم (٢١) متى تذهب او تراجع الجهات الطبية المتخصصة

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة %
1	بشكل دوري	٢٨,٣	٤٩,٣	٢٢,٤	٦٩
2	عند الشعور المباشر بالأعراض المرضية	٥٣,٣	٣٧,٦	٩,١	٨١
3	عندما اشعر بالعجز التام وعدم المقدرة على تحمل المرض	٥٤,٦	٢٦,٣	١٩,١	٧٩
4	عندما تفشل جهود الاسرة او الأصدقاء في علاج المرض	٣٢,٦	٣٢,٣	٣٥,١	٦٦
5	بعد ممارسة العلاج المنزلي دون جدوى	٣٣,٤	٣٦,١	٣٠,٥	٦٨
6	عندما اشعر ان العلاج الشعبي الذي تناولته لم يكن مجديا	٢٧,٣	٣٠,٢	٤٢,٥	٦١
7	عندما اشعر باضطرابات نفسية فقط	١٧,١	٢٩,٠	٥٣,٩	٥٤
8	عندما اشعر باضطرابات جسدية او جسدية	٣٥,٨	٤٠,٨	٢٣,٤	٧١

**ب-المحور الثاني متى تذهب او تراجع الجهات الطبية المتخصصة**

يتبين من معامل كرونباخ الفا لجميع الأسئلة المتعلقة بهذا المحور ان هناك قبول على نوعية الأسئلة المقدمة من قبل الباحث حيث بلغ هذا المعامل الى ٠,٦٦ وهذا مقبول احصائيا

نلاحظ ان هناك شبه اجماع على جميع الفقرات حيث بلغ دليل الموافقة على اكثر من ٠,٦٦ باستثناء الفقرة (٦ و ٧) حيث كانت الموافقة في المنطقة المحايدة كما يتبين حيث المبحوثين عند شعورهم بالمرض او بالعجز التام او الشعور بإضرابات جسدية يذهبون للطبيب او الجهات الطبية

كما نلاحظ انه لا يوجد اجماع على الفقرتين (عند الشعور ان العلاج الشعبي الذي تناولته لم يكن مجديا او عندما اشعر باضطرابات نفسية فقط) لا يتشجعون للذهاب الى الطبيب.

**ج- المحور الثالث من يتخذ القرار بالذهاب الى الطبيب او الى الجهات الطبية المتخصصة**

نلاحظ ان دليل الموافقة على هذا المحور منخفض بعض الشيء (٠,٣٨٥) ويتقد ان الأسئلة تحاكي العقل وهناك تردد واضح بالإجابات من قبل المبحوثين. يوجد موافقة على الفقرة الأولى والثانية حيث بلغ دليل الموافقة على ٠,٨٣ و ٠,٧٨ على التوالي

اما الفقرتين ٣ و ٤ (الصيدلي والأصدقاء) لا يؤثران بذهاب المبحوث الى الجهات الطبية حيث بلغ دليل الموافقة ٠,٥٤ و ٠,٦١

جدول رقم (٢٢) من يتخذ القرار بالذهاب الى الطبيب او الى الجهات الطبية المتخصصة

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة %
1	انا وحدي	٥٢,٥	٣٧,٧	٩,٧	٨٣
2	الاسرة	٤٨,١	٣٦,٦	١٥,٢	٧٨
3	الصيدلي او المعالج الشعبي	١٥,٦	٣١,٣	٥٣,١	٥٤
4	الأصدقاء	٢١,٣	٤٠,٠	٣٨,٧	٦١

**د- المحور الرابع : الاعتقاد بأسباب المرض**

نلاحظ ان دليل الموافقة على هذا المحور عالي وموثوق بهذه الأسئلة حيث بلغ معامل كرمباخ الفا الى (٠,٨٤)

كما يتبين ان الأسباب الرئيسة للمرض

١- القضاء والقدر ٢- تقلبات المناخ والطقس ٣- اهمال الشخص بنفسه وعدم الاهتمام بنفسه ٤- التلوث ٥- خلل وراثي

حيث هناك دليل موافقة عال كما يتبين بالجدول ادناه

اما الأسباب الأخرى لا يؤمنون بها مثل (أرواح شريرة او تلبس من الجن او عمل السحر او عدم الوفاء بالندر) حيث دليل الموافقة ضعيف كما في الجدول التالي:

جدول رقم (٢٣) توزيع عينة الدراسة حسب الاعتقاد بأسباب المرض

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة %
1	الازمات المالية والوضع الاقتصادي السيء	١٩,٢	٣١,٥	٤٩,٣	٥٧
2	نتيجة اضطرابات نفسية	٢٠,٥	٤٠,٧	٣٨,٧	٦٠
3	القضاء والقدر	٥٥,٢	٣٠,٤	١٤,٥	٨٠
4	أرواح شريرة او تلبس من الجن	١٣,٩	٢٠,٦	٦٥,٥	٤٩
5	ذنب او خطيئة او اعمال سيئة يرتكبها الانسان	١٧,١	٣٥,٧	٤٧,٢	٥٧
6	عدم الوفاء بالندر	١٦,١	٣١,٧	٥٢,٢	٥٥
7	التغيرات التكنولوجية الحديثة	٢٣,٣	٤١,٣	٣٥,٤	٦٣
8	الثقافة الوافدة	٢١,٠	٣١,٥	٤٧,٦	٥٨
9	تقلبات المناخ والطقس	٥٣,٣	٣٣,٨	١٢,٩	٨٠
10	خلل وراثي موجود بالإنسان	٣٦,٩	٣٩,٠	٢٤,٢	٧١
11	تخوف من المستقبل وضغوط العمل	٢٥,٩	٤٢,٧	٣١,٣	٦٥
12	تغير طبيعة العلاقات الاسرية (المشكلات الاسرية)	٢٧,٢	٤٦,٩	٢٥,٩	٦٧
13	اهمال الشخص بنفسه وعدم الاهتمام بنفسه	٤٩,٠	٣٦,٢	١٤,٨	٧٨
14	الحسد والنظرة من الناس الاخرين	٢٦,٠	٤٠,٨	٣٣,١	٦٤
15	عمل السحر	١٧,٢	٣٢,٢	٥٠,٦	٥٥
16	التلوث	٤٢,٨	٣٧,٥	١٩,٦	٧٤

## ر- المحور الخامس: عادات الافراد

نلاحظ ان دليل الموافقة على هذا المحور مساوي الى ٠,٦٤ وهذا مقبول احصائيا  
كما يتبين ان عادات الافراد ١- التزم بنصائح وإرشادات الأطباء المتخصصين دائما  
٢- اكمل الدواء ٣- انتظر ساعة على الأقل بعد الاكل ثم اذهب الى النوم ٤- احرص ان  
يكون طعامي من الخضروات والفواكه حيث دليل الموافقة عال كما يشير الجدول ادناه:

جدول رقم (٢٤) توزيع عينة الدراسة حسب عادات الافراد

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير وافق %	دليل الموافقة %
1	التزم بنصائح وإرشادات الأطباء المتخصصين دائما	٦٠,٢	٣٦,٦	٣,٢	٨٦
2	اكمل الدواء الذي اعطاني إياه الطبيب حتى نهاية العلاج	٥٣,٩	٣٧,١	٩,١	٨١
3	اتناول الادوية التي يصفها لي أصدقائي او احد معارفي دون الرجوع الى الطبيب	١٥,٠	٢٩,٤	٥٥,٦	٥٣
4	استعمل الاحجية والتعاويد للوقاية من الامراض	١٣,٨	٢٠,١	٦٦,١	٤٩
5	اميل الى تناول الوجبات الدسمة	١٩,٥	٤٦,٠	٣٤,٤	٦٢
6	افضل النوم بعد الاكل مباشرة	١٥,٦	٣٤,٧	٤٩,٨	٥٥
7	انتظر ساعة على الأقل بعد الاكل ثم اذهب الى النوم	٤٤,٢	٤٣,٣	١٢,٦	٧٧
8	احرص ان يكون طعامي من الخضروات والفواكه	٣٨,٥	٤٨,٨	١٢,٧	٧٥
9	اتناول الوجبات الغذائية السريعة باستمرار	١٦,٣	٤٢,٧	٤٠,٩	٥٨
10	التزم بتناول وجباتي الغذائية بانتظام وبأوقات محددة	٢٩,٩	٥١,٩	١٨,٢	٧١
11	وجبتي الغذائية الرئيسية هي وجبة العشاء	١٥,٧	٣٠,٧	٥٣,٦	٥٤
12	اتبع أساليب غذائية صحية دائما (اقلال من الملح والدهون، تناول كميات صغيرة من الطعام وعلى فترات)	٣١,٧	٤٩,٠	١٩,٣	٧١

اما العادات الصحية غير ذات الاهتمام ١- تناول الادوية التي يصفها لي  
أصدقائي او احد معارفي دون الرجوع الى الطبيب ٢- استعمال الاحجية والتعاويد  
للقاية من الامراض ٣- افضل النوم بعد الاكل مباشرة ٤- وجبتي الغذائية  
الرئيسية هي وجبة العشاء حيث دليل الموافقة ضعيف كما في الجدول اعلاه.

ز- المحور السادس: التعرف على مدى اهتمام الناس بالطب الشعبي/الطب  
التقليدي القديم

نلاحظ ان كرونباخ الفا على هذا المحور مساوي الى ٠,٦٤ وهذا مقبول  
احصائيا ويعني ان المبحوثين على دراية بالأسئلة، يتبين ان دليل الموافقة ضعيف  
على معظم الفقرات باستثناء الفقرة ١ (استعمل الأعشاب في علاج اوجاع المعدة  
والزكام) حيث بلغ دليل الموافقة ٠,٦٨ وهذا يدل بوضوح ان المبحوثين غي مهتمين  
بالطب الشعبي وتوابعه

جدول رقم (25) توزيع عينة الدراسة حسب مدى اهتمام الناس بالطب الشعبي/الطب التقليدي القديم

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة %
1	استعمل الأعشاب في علاج اوجاع المعدة والزكام	٢٩,٧	٤٣,٣	٢٧,٠	٦٨
2	اميل الى العلاج بالكي لعلاج القراح والاورام السرطانية	٩,٤	٢١,٧	٦٨,٩	٤٧
3	افضل استخدام الحمامة للصحة والتعافي من بعض الامراض	٢٦,٩	٣٦,٠	٣٧,١	٦٣
4	الجا الى الطب الشعبي لعلاج الكسور او شروخ العظام	١٤,٩	٢٨,٠	٥٧,١	٥٣
5	استعمل الملح والبان العربي لعلاج الجروح	١٣,١	٢٥,٨	٦١,٠	٥١

س- المحور السابع : لدي وعي بعلامات تدل على احتياجي الى فيتامين د

نلاحظ ان دليل الموثوقية كرمباخ الفا على هذا المحور مساوي الى ٠,٧٥  
وهذا مقبول احصائيا ويعني ان المبحوثين على دراية بالأسئلة واجوبتها. يبين  
الجدول ادناه ان المبحوثين ليس لديهم المعرفة الكافية بأثار نقص فيتامين د سوى  
فقرة الم العظام حيث بلغ دليل الموافقة الى ٠,٨١ اما باقي الفقرات (الاكتئاب  
وتعرق الراس وارتفاع ضغط الدم ... الخ) حيث دليل الموافقة دون ٦٦% لكنه

قريب من ذلك وهذا يدل على الحيرة وانه يسمعون لأول مرة بهذه الاثار المدمرة للجسم.

جدول رقم (٢٦) توزيع عينة الدراسة حسب الوعي بعلاجات تدل على احتياجي الى فيتامين د

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة %
1	الم بالعظام	٥٥,٠	٣٠,٤	١٤,٧	٨١
2	اكتئاب	٣٠,٧	٣٣,١	٣٦,٢	٦٥
3	زيادة بالوزن او السمنة المفرطة	٢٨,١	٣٥,٤	٣٦,٤	٦٤
4	تعرق الراس	٢٤,٨	٣٢,١	٤٣,٠	٦١
5	مشاكل معوية	٢٢,٤	٣٣,٩	٤٣,٧	٦٠
6	الازمة (الربو)	١٧,١	٣٠,٩	٥٢,٠	٥٥
٧	ارتفاع ضغط الدم	٢١,٣	٣٠,٥	٤٨,٢	٥٥

#### ص- المحور الثامن : لدي وعي بتوفر فيتامين د في :

دلت بيانات الدراسة ان دليل الموثوقية كرمباخ الفا على هذا المحور مساوي الى ٠,٧٥ وهذا مقبول احصائيا ويعني ان المبحوثين على دراية بالأسئلة واجوبتها يبين الجدول ادناه ان المبحوثين لديهم المعرفة الكافية أي الأطعمة يوجد فيها فيتامين د باستثناء مادة الصويا حيث دليل الموافقة اكبر من ٠,٦٦ على الغالبية العظمى .

#### هـ- المحور التاسع : ممارسة الرياضة

دلت بيانات الدراسة ان دليل الموثوقية كرونباخ الفا على هذا المحور مساوي الى ٠,٦٣ وهذا مقبول احصائيا ويعني ان المبحوثين على دراية بالأسئلة واجوبتها في هذا المحور

يبين الجدول ادناه ان المبحوثين لديهم موافقة على (ممارسة الرياضة/ بشكل مستمر بالنادي، وممارسة الرياضة بشكل مستمر في شكل فردي ولديهم الوقت والصحة والمكان المناسب) فكل الإيجابيات في هذا المحور نالت على درجة موافقة لان عدم الموافقة على النفي هي موافقة.

و- المحور العاشر: التعرف على مدى وعي المبحوثين بقضايا وجرائم المخدرات والايديز

دلت بيانات الدراسة دليل الموثوقية كرونباخ الفا على هذا المحور الذي يساوي ٠,٨٨ وهذا رقم عال ويعني ان المبحوثين على دراية بالأسئلة واجوبتها في هذا المحور كل الفقرات نالت على الموافقة من خلال الجدول ادناه وهذا يدل انه يوجد ثقافة سائدة عن قضايا وجرائم المخدرات والايديز.

#### ي- المحور الحادي عشر: التعرف على مدى وعي المبحوثين بالأخطاء الطبية

يبين دليل الموثوقية كرونباخ الفا على هذا المحور الذي يساوي ٠,٨٩ وهذا رقم عال ويعني ان المبحوثين على دراية بالأسئلة واجوبتها في هذا المحور كل الفقرات نالت على الموافقة من خلال الجدول ادناه وهذا يدل انه هناك وعي المبحوثين بالأخطاء الطبية.

جدول رقم (٢٧) توزيع عينة الدراسة حسب التعرف على مدى وعي المبحوثين بالأخطاء الطبية

الرقم	الفقرة	موافق %	محايد %	غير موافق %	دليل الموافقة
1	التدخل الجراحي	٣٣,٧	٤١,٥	٢٤,٨	٧٠
2	سقوط المريض اثناء تواجده بالمستشفى	٢٨,٦	٤٣,٩	٢٧,٥	٦٧
3	تنفيذ العلاج ( medication error )	٢٨,٧	٤٢,٤	٢٨,٩	٦٧
4	العدوى المصاحبة لمقدمي الرعاية الصحية (عدم التزام مقدمي الرعاية الصحية بغسل الايدي)	٣٣,٣	٤٢,٦	٢٤,١	٧٠
5	عدم التأكد من شخص المريض ( patient identification )	٣٠,٥	٤٣,٧	٢٥,٨	٦٨
6	عدم التواصل بين أعضاء الفريق الطبي بشكل جيد	٣١,٨	٤٣,٥	٢٤,٧	٦٩

#### التعرض للشمس

يلاحظ ان نسبة ٧٦% يتعرضون للشمس يوميا و ٢٤% لا يتعرضون للشمس يوميا وان ٥٤% يتعرضون للشمس اقل من ساعة و ٢٧% ما بين ساعة وساعتين و ١٩% اكثر من ساعتين

**مصدر الحصول على العادات الصحية**

يلاحظ جليا ان المصدر الأساس هو الانترنت حيث وصلت نسبة هذا المصدر الى ٧٢% تلتها المجالات بنسبة ٧,٣% وفي المركز الثالث جاءت الصحف بنسبة ٦,٢%

**الخلاصة**

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على الوعي الصحي لدى الاسرة الإماراتية وخلصت الى النتائج المهمة الآتية:

- بينت نتائج الدراسة ان هناك وعيا صحيا بدرجة عالية حيث تبين أن هناك اهتمام بالصحة بدرجة عالية وفي المرتبتين الأخيرتين حلتا الفئتين عدم الاهتمام وعدم الاهتمام اطلاقا.
- أظهرت نتائج الدراسة ان الغالبية لا تعاني من اعراض مرضية حيث وصل عددهم ٦٥٥ وبنسبة اكثر من الثلثين وصلت ال ٧٢,٣% والفئة التي تعاني من الأعراض المرضية بلغ عددهم ٢٥١ بنسبة ٢٧%
- دلت نتائج الدراسة ان الأسباب الرئيسية للمرض القضاء والقدر وتقلبات المناخ والطقس واهمال الشخص بنفسه وعدم الاهتمام بنفسه والتلوث ووجود خلل وراثي.
- بينت نتائج الدراسة ان المبحوثين ليس لديهم المعرفة الكافية بأثار نقص فيتامين
- دلت نتائج الدراسة ان نسبة ٧٦% يتعرضون للشمس يوميا و ٢٤% لا يتعرضون للشمس يوميا وان ٥٤% يتعرضون للشمس اقل من ساعة و ٢٧% ما بين ساعة وساعتين و ١٩% اكثر من ساعتين
- اشارت نتائج الدراسة ان العادات غير الصحية هي تناول الادوية التي يصفها لي أصدقائي او احد معارفي دون الرجوع الى الطبيب.
- أظهرت نتائج الدراسة أهمية العمل على نشر الوعي الصحي من خلال البرامج الإعلامية المرئية وغير المرئية ووسائل التواصل الاجتماعي.

## المراجع العربية والانجليزية

١. العموش، أحمد (٢٠٠٨)، الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية للأسرة في مجتمع الإمارات: دراسة ميدانية، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، الشارقة.
٢. العموش، أحمد (٢٠٠٨). المشكلات الاجتماعية في مجتمع الإمارات - مجلة العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت 36, 113-158.
٣. محمد عبد الله المطوع، "مشكلات الشباب في مجتمع متغير"، مجلة كلية التربية والآداب، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العين، ١٩٩١ .
٤. الطلحة، غادة سعد (٢٠٠٧)، الأجواء غير الصحية تؤثر على الدافعية الوقائية لمرضى السكري، عن جريدة الرياض، العدد ١٤٢٥٥، ٥ يوليو.
٥. تقرير التنمية البشرية (١٩٩٨) الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) لعام
٦. (الاتحاد، ٢٠١١): <https://www.alittihad.ae/article/112503/2011/>
٧. الهيئة الاتحادية للإحصاء (٢٠١٤)، ابوظبي، الامارات .
٨. غباش، ربيعة عبيد (١٩٩٧): الطب في الامارات العربية المتحدة، منشورات المجمع الثقافي ، أبوظبي،
٩. الأجندة الوطنية لدولة الإمارات (٢٠٢١)، ابوظبي، الامارات .
١٠. عليوة، علاء الدين، (١٩٩٩)، الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.
11. Alomosh, A. (2008). Social problems in the UAE society. Journal of Social Science, 36, 113-158.
12. [An analysis of the health status of the United Arab Emirates: the 'Big 4' public health issues](#). Tom Loney, Tar-Ching Aw, Daniel G. Handysides, Raghieb Ali, Iain Blair, Michal Grivna, Syed M. Shah, Mohamud Sheek-Hussein, Mohamed El-Sadig, Amer A. Sharif, Yusra El-Obaid.
13. Durkheim, Emile (١٩٩٩), The Division of Labor in Society, N. Y. The Free Press.
14. Glob Health Action. 2013; 6: 10.3402/gha.v6i0.20100. Published online 2013 Feb doi: 10.3402/gha.v6i0.20100PMCID: PMC3566378
15. Good health and well-being Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages - Read about the UAE's efforts to fulfill the SDG '[Good health and well-being](#)' on the UAE's SDGs portal.

<https://www.government.ae/en/about-the-uae/leaving-no-one-behind/3goodhealthandwellbeing>

16. Hamilton, Peter. 1983 Readings from Talcott Parsons, London: Tavistock Publications.
17. Turner, Jonathan H. (1998). The Structure of Sociological Theory. 6th ed. Cincinnati, OH: Wadsworth.
18. Ritzer, George, 1992 Sociological Theory, third edition, New York, McGraw-Hill.
19. Parsons, Talcott, 1988 Sociological Theory and Modern Society, New York, Free Press.
20. Parsons, Talcott (1984), Essays in Sociological Theory, N.Y., the free press.
21. Parsons, Talcott and Bales (1985), The Family, Socialization and Interaction process, N. Y., The Free Press.
22. Parsons, Talcott, (1995) The Social System, New York, Free Press,.
23. Williams, Brian; Stacey C. Sawyer, Carl M. Wahlstrom (20١٥). Marriages, Families & Intimate Relationships. Boston, MA: Pearson.
24. Zeuner, Lilli 2001. "Social Concepts between Construction and Revision." Danish National Institute for Social Research. Copenhagen.

## **Health awareness among Emirati family: Toward building health and social model**

**Ahmad Falah Alomosh, Professor of Applied Sociology,  
Department of Sociology, University of Sharjah, UAE.  
[alomosh@sharjah.ac.ae](mailto:alomosh@sharjah.ac.ae)**

**Fakir Al Gharaibeh , Associate Professor of Social Work,  
Department of Sociology, University of Sharjah, UAE.  
[falgharaibeh@sharjah.ac.ae](mailto:falgharaibeh@sharjah.ac.ae)**

**Salama Alrahoomi , Assistant Professor of Sociology,  
Department of Sociology, University of Sharjah,  
[salrahoomii@sharjah.ac.ae](mailto:salrahoomii@sharjah.ac.ae)**

**Amal Nicola , Professor of Nursing , University of Sharjah and  
Alexandria University [amalkadrynicola@gmail.com](mailto:amalkadrynicola@gmail.com)**

### **Abstract:**

This study aims to identify the level of health awareness among Emirati family by identifying the most important health problems suffered by the UAE society and the extent of people's interest in folk medicine as well as the role of cultural and social patterns in increased health problems. This study also aims to investigate the social responsibility to the citizens about their care for their health and their sense of responsibility towards it and learn about the dietary habits and lack of exercise.

**Key words:** Health awareness, Emirati Family, Health problems, Traditional medicine, Cultural Patterns, Social Responsibility.