الدعم الاجتماعي وعلاقته بمعدلات ضغط الدم في الأسرة الكويتية

يعقوب يوسف الكندري*

ملخص: تهدف هذه الدراسة بشكل عام إلى الكشف عن العلاقة بين التغير الاجتماعي والثقافي الذي أصاب البناء الخاص بالأسرة الكويتية وارتباطه بمعدلات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي. فهي تبحث مباشرة في علاقة نمط الأسرة الكويتية وشكلها وعلاقتها بالضغوط الاجتماعية والنفسية والدعم الاجتماعي، ومدى ارتباط ذلك بمعدلات ضغط الدم. بلغ حجم عينة هذه الدراسة 373 متزوجاً ومتزوجة من الكويتيين، وقد وزعت الاستبانة على المستشفيات الرئيسة الكبرى المنتشرة في الكويت. وأشارت النتائج إلى أن اتساع شبكة العلاقات الاجتماعية ترتبط بانخفاض معدلات ضغط الدم. فالأسرة الممتدة وما تقدمه من دعم اجتماعي لأفرادها يرتبط بانخفاض معدلات ضغط الدم والذي له علاقة مباشرة بأمراض القلب والشرايين، بعكس الأسرة التي ترتبط بشبكة علاقات اجتماعية أخف. وكذلك فحجم الأسرة ووجود الأخوة داخل منزل المعيشة قد يسهم في تلقي دعم اجتماعي، وهو يرتبط أيضاً بانخفاض معدلات ضغط الدم مع مراعاة بعض من العوامل الخاصة بطبيعة الأسرة مثل المحافظة على الاستقلالية في منزل الأسرة.

مصطلحات أساسية: الأسرة الكويتية، الدعم الاجتماعي، ضغط الدم، الصحة والمرض، المجتمع الكويتي.

---

* قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

تم تمويل هذا البحث من إدارة الأبحاث بجامعة الكويت، رقم المشروع OS 01/00، ويتوجه الباحث بالشكر للإدارة على دعمها للمشروع.

مقدمة:

مرت الكويت وسائر دول منطقة الخليج العربي بتغيرات اجتماعية وثقافية خلال العقود القليلة الماضية. وكان لاكتشاف البترول في هذه الدول الأثر البالغ في حدوث مثل هذه التغيرات، والتي أثرت بدورها في البناء الاجتماعي الخاص للمجتمع. ولم تسلم الأسرة الكويتية أيضا من عملية التغيير. فلقد أوضحت دراسات متعددة أثر التغير الاجتماعي والثقافي Sociocultural Change وعملية التحديث Modernization الذي أصاب البناء الأسري في المجتمع الكويتي خلال العقود الماضية. فالأسرة النواة Nuclear Family – بوصفها واحدة من أبرز السمات التي كانت تميز الأسرة في المجتمع الغربي – أصبحت مفضلة عند كثير من الكويتيين (Abdullah, 1999; Al-Thakeb, 1985).

وفي المقابل كان للتحديث والتغيرات الاجتماعية الثقافية الأثر الكبير أيضاً في انتشار الأمراض العصرية المزمنة. فلقد أشار كثير من الدراسات في هذا المجال إلى تأثير عمليتي التغير الاجتماعي والثقافي وعملية التحديث في انتشار الأمراض المزمنة مثل مرض السكر (Crews, Bindon, & Ozeran, 1991; Eaton, 1977) وارتفاع ضغط الدم (Dressler, 1982; Hassoun, 1996)، وأمراض القلب والشرايين (Crews, 1988) وغيرها من الأمراض. ولا تقتصر أسباب انتشار هذه الأمراض على العلل الطبية أو الجينية البحتة فحسب، ولكنها تتجاوزها إلى عوامل اجتماعية وثقافية أسهمت بشكل كبير في تفاقمها وانتشارها في المجتمعات المعاصرة والمتحضرة. فلقد كان لعملية التحديث والتغيرات الاجتماعية الثقافية أبرز الأثر في انتشار مثل هذه الأمراض المزمنة. ومثال على تلك التغيرات الاجتماعية الثقافية – كما سبقت الإشارة – التغير في شكل الأسرة ونمطها، والذي أثر بشكل فاعل في صحة الفرد في المجتمع.

ولعل القاعدة العلمية في مجال الدراسات الحيوية الثقافية Biocultural studies تؤكد أن عدم النجاح أو التعارض أو الصراع الذي يحدث للفرد داخل مجتمعه قد يُحدث ضغوطا اجتماعية ونفسية تنعكس بدورها على صحته العامة. ومع التغيرات السريعة التي صاحبت المجتمعات المتحضرة بشكل عام، ومجتمعات الخليج العربية المحلية بشكل خاص، فإن بعضاً من مقومات حدوث الأمراض قائمة بشكل لافت للنظر، وذلك لحدوث كثير من حالات الصراع والتعارض والضغوط بوصفها نتيجة أساسية لعمليات التغير. فالتغير في نمط الأسرة وشكلها صاحبه عملية تغير

في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، وصاحبه أيضاً تغير في مقدار الدعم الاجتماعي ومستواه الذي يتلقاه الفرد من هذه الشبكة. الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى التعرض لمؤثرات متفاوتة من الضغوط الاجتماعية والنفسية من هذا المحيط. وما يهمنا في هذا الجانب هو التأثير الذي أحدثه هذا التغير في معدلات ضغط الدم وتحديد دور أحد أبرز العوامل المؤدية إلى حدوث ارتفاع في هذه المعدلات، والمتمثل في مستوى الدعم الاجتماعي وشبكة العلاقات الاجتماعية من المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد وبخاصة الأسرة. وقبل الدخول في تفصيل حول مناقشة هذا الموضوع، فإنه من المناسب أن يتم تحديد المفهوم الخاص بارتفاع ضغط الدم وإبراز أهم العوامل والمسببات التي تسهم في التأثير في ارتفاع معدلاته.

ارتفاع ضغط الدم ومسبباته:

من المعروف طبياً أن ضغط الدم عبارة عن القوة الدافعة للدم عبر الأوعية الدموية. وينقسم ضغط الدم – كما هو معروف – إلى قياسين أساسيين: وهما: ما يسمى بضغط الدم الانقباضي Systolic Blood Pressure (SBP)، وضغط الدم الانبساطي Diastolic Blood Pressure (DBP). وتشير الدراسات الخاصة بضغط الدم إلى أن الشخص يعد مصاباً بارتفاع ضغط الدم عندما يكون ضغط الدم الانقباضي (SBP) فوق المقياس 140 أو عندما يكون ضغط الدم الانبساطي فوق المقياس 90 (انظر: حصة الناصر، 1999؛ مايو كلينيك، 2000؛ Dressler, 1982, 1994; Ryan, *et al.,* 1994). ولا يوجد خط فاصل يوضح بالتحديد إذا ما كان الشخص يعاني من ارتفاع ضغط الدم من عدمه، ولكن المقياس المشار إليه يوضح أن الشخص وصل إلى المستوى المرضي والذي يتطلب من خلاله العلاج الدوائي.

ومن أبرز العوامل التي تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم العوامل الخاصة بالسمنة، والضغوط الاجتماعية والنفسية الشديدة التي يواجها الفرد، والتغير في نوعية الغذاء وكميته، والاندماج في المجتمعات المتحضرة، والتدخين، والتغير في نمط الحياة وأسلوبها، وزيادة نسبة الملح في الطعام، إضافة إلى الاستعداد الوراثي (Crews, 1988; Dressler, 1982; Dressler *et al.,* 1987; Hassoun 1996; McGarvey & Baker, 1979; Ryan, *et al.,* 1994). هذه العوامل مجتمعة تعد مسؤولة عن إحداث هذا المرض المنتشر بصورة كبيرة، ولقد تم استخلاص استنتاج عام مؤداه أن

ارتفاع ضغط الدم يتحدد بعاملين أساسيين: هما العامل البيئي، والعامل الوراثي (Ward, 1995).

فالعوامل المؤدية إلى ارتفاع ضغط الدم هي تلك العوامل التي تسمى بالعوامل البيئية، وهي العوامل التي ارتبطت بتغيرات سلوكية وثقافية حدثت للمجتمع – دون إنكار للتأثير الوراثي – ومن ثم أسهمت في زيادة معدلات ضغط الدم في المجتمعات التي مرت بعملية تغير اجتماعي ثقافي وتحديث، وبخاصة تلك المجتمعات التي أصابتها عملية التغير بشكل سريع. فالعوامل البيئية المحيطة بالإنسان في حياته اليومية تعد من أبرز المؤثرات في ضغط الدم.

الدعم الاجتماعي:

هناك تعريفات متعددة للدعم الاجتماعي أو ما يسمى بالمساندة الاجتماعية Social Support، فعرفها «كوب» Cobb (1976) بأنها انتماء إدراك لشبكة اتصالات اجتماعية وواجبات متبادلة عن طريق المجموعة الموجودة داخل الشبكة الاجتماعية. فتتم عملية الاعتماد المتبادل وتشابه القيم المتعارف عليها التي يحملها أعضاء الشبكة، وتنشأ من خلالها في النهاية علاقة ود وحب واعتناء متبادلة.

وعرفها «كوهين» وزملاؤه Cohen, *et al.* بأنها المتطلبات الخاصة بالفرد الذي يطلبها من البيئة المحيطة سواء أكانوا أفرادا أم جماعات تساعد هذا الشخص على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة. وعرفتها أيضا «ساراسون» وآخرون Sarason *et al.* (1990) بأنها شعور الإنسان بوجود أشخاص مقربين يقفون بجانبه عند حاجته إليهم. ويحدد «ليفي» Leavy هذه الفئة المساندة بأنها قد تكون من أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران أو الزملاء في العمل، والذين يشاركون الفرد مشاركة وجدانية ويدعمونه معنويا (انظر: علي عبدالسلام علي، 1997).

ويجب في هذا المقام أن نميز بين ما يسمى بشبكة العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي. فتعرف شبكة العلاقات الاجتماعية بأنها مجموعة من الأشخاص الذين يعرفون ويتفاعلون مع فرد محدد أو مجموعة من الأفراد. ومن الممكن أن يعرف هؤلاء الأشخاص بعضهم بعضاً، ومن الممكن في أحيان كثيرة ألا يعرف بعضهم بعضا (Milardo, 1988). فكما يذهب الشناوي وعبدالرحمن إلى أنه ليست كل شبكة علاقات اجتماعية تعد شبكة مساندة، بل المساندة منها هي التي تميل إلى دعم متلقي المساندة ورفاهيته. والمساندة هنا مكونة من شقين: الشق الأول مرتبط

بعملية إدراك لوجود عدد معين كاف من الأشخاص الذين يمكن أن يرجع إليهم الشخص، أو ما يسمى بعدد الاتصالات الاجتماعية Social Contacts. والشق الآخر مرتبط بعملية الرضا الذي يشعر به الفرد من هذه المساندة المتاحة والاعتقاد بكفاية الدعم، أو ما يسمى بالرضا عن العلاقات الاجتماعية (Kaplan, *et al.,* 1993 ,Satisfaction with Social Relations؛ وانظر أيضاً: حسين علي فايد، 1998).

ومن منطلق منحى الدراسات الوبائية Epidemiological Approach يرى كثير من الباحثين أن العلاقات الاجتماعية الشخصية وقوتها أو ضعفها تؤدي دوراً كبيراً في إحداث الأمراض. فالبيئة الاجتماعية الخاصة بالفرد بشكل عام والأفراد الذين يحيطون بالإنسان بشكل خاص يسهمان بوصفهما عوامل مهمة بشكل كبير في حدوث المرض. فبمقدار قوة العلاقات الاجتماعية الشخصية – والتي تؤدي دوراً أكبر من العوامل المحيطة الأخرى في إسهامها في حدوث المرض – بمقدار ما تشكله في حماية الإنسان من التعرض لكثير من الأمراض (Sarason, *et al.,* 1990). فالمسألة هنا تأخذ جانباً نفسياً مهماً في عملية تلقي الدعم والمساندة من مجموعة من الأفراد والتي تخفف من الأحداث الحياتية الضاغطة على الإنسان.

علاقة الدعم الاجتماعي بالصحة والمرض:

عني عدد غير قليل من الدراسات الخاصة بالدعم الاجتماعي بموضوع الصحة والمرض. فلقد ركز كثير من الباحثين والمهتمين على كيفية تأثير الدعم الاجتماعي في الوضع الصحي للفرد داخل المجتمع. فقد ركز «كوهين وويلز» Cohen & Wills (1985) على تأثير الدعم الاجتماعي ودوره المباشر بوصفه مانعاً أو حاجزاً يقف أمام الضغوط الحياتية. فالتأثير الإيجابي للدعم الاجتماعي من الممكن أن يحدث للإنسان، وذلك بسبب العلاقات الاجتماعية ودورها الكبير الذي يزود الإنسان بخبرة إيجابية وحالة من الاستقرار؛ ومن ثم تزوده بدور مكافئ في المجتمع. فالعلاقات الاجتماعية كما يرى ثويتس Thoits (1985) من الممكن أن تسهم في شعور الشخص بالهوية، وتعد مصدرا من مصادر التقويم الإيجابي والكفاءة الشخصية (انظر: Kaplan, *et al.,* 1993).

كما أوضح كثير من الباحثين وجود علاقة وطيدة بين المعيشة وسط جماعة داعمة ومقدار الضغوط الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الفرد، فالجماعة الداعمة تخفف من حدة الضغوط، ومن الممكن أن يتعرض الإنسان إلى كثير من

الأمراض والعواقب الصحية الوخيمة نتيجة لتعرضه لمثل هذه الضغوط. فلقد ذهب عدد من الباحثين إلى إبراز تأثير هذه الضغوط الاجتماعية والنفسية في جهاز المناعة. فالجماعة الداعمة تخفف من حدة الضغوط الاجتماعية والنفسية؛ وفي المقابل فإن الوحدة أو العزلة الاجتماعية تساعد على زيادة تأثير هذه الضغوط في الإنسان في ظل غياب العلاقات الاجتماعية الداعمة. فهي بذلك تؤثر في جهاز المناعة، والتي يمكن أن تسبب له في النهاية كثيراً من الأمراض. ولقد تم توضيح ذلك بالدراسة العلمية الطبية، بحيث إن الأشخاص الذين يعيشون في عزلة اجتماعية يكونون معرضين للأمراض أكثر من غيرهم، وذلك نتيجة للخلل الهرموني المسؤول عن إحداث بعض العوائق المرضية التي يمكن أن تصيب الإنسان (Kennedy, *et al.,* 1990). فهناك تأثير إيجابي للرفقة الاجتماعية التي يمتلكها الفرد في وظيفة جهاز المناعة.

ولقد أشارت الدراسات الخاصة بعلم الأوبئة إلى ارتباط الدعم الاجتماعي ببعض من النتائج الصحية الخاصة بالفرد. فقد دلت بعض الدراسات إلى ارتباط الدعم الاجتماعي بمعدلات الوفاة، وارتفاعه عند الأشخاص الذين يتلقون دعما اجتماعيا أقل من غيرهم. على سبيل المثال، أوضحت إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن الرجال الذين يعيشون في ظل شبكة علاقات اجتماعية قليلة، هم أقل معدلاً في العمر من ذوي الشبكة الاجتماعية المكثفة. وقد تم تحديد مقياس الدعم الاجتماعي – في هذه الدراسة – بإرجاعه إلى عدة أمور مثل: الحالة الزواجية، وعدد الأصدقاء والأقرباء القريبين من الشخص، والاشتراك في نشاطات الكنيسة، وكذلك عضوية اللجان والمجموعات ذات الاهتمام المشترك. وقد أشارت دراسات أخرى أيضا إلى علاقة الدعم الاجتماعي بأمراض خطرة مثل سرطان الثدي. فعلى الرغم من أن سبب الوفاة الناتج عن سرطان الثدي، على سبيل المثال، يعتمد على الحالة المرضية ودرجة خطورتها، فقد أوضح بعض الدراسات أن عدد الأشخاص الداعمين في حياة المرأة له ارتباط إيجابي بزيادة طول فترة البقاء على قيد الحياة. أما على مستوى أمراض القلب، فقد أظهرت نتائج دراسة أجريت على 142 امرأة تعاني من أمراض القلب، أن النساء قد قدمن من بيئة عمل اجتماعية ضاغطة ويتلقين دعماً اجتماعياً منخفضاً (انظر: Kaplan, *et al.,* 1993).

ومما لا شك فيه أن عملية التغير التي تحدث في أي مجتمع تحمل معها تغيرا في نمط العلاقات، وشبكة العلاقات الاجتماعية. وكذلك الحال بالنسبة للدعم

الاجتماعي الذي يتعرض له الفرد. فعملية التغير في العلاقات الداعمة ترتبط بشكل مباشر بالوضع الصحي للإنسان في الثقافة المحددة. فالمرض هنا من الممكن أن يتحدد ويبرز من خلال شكل العلاقات الاجتماعية الداعمة والمساندة للإنسان وحجمها. فبمقدار تلقي المساعدة والدعم الاجتماعي، يكون التباين في حدوث الأمراض داخل المجتمع.

الدعم الاجتماعي وعلاقته بضغط الدم:

ركز كثير من الأدبيات الغربية الحديثة في مجال ما يسمى ببيولوجيا المجموعات السكانية Human Population Biology على دراسة تأثير عمليتي التغير الاجتماعي والثقافي والتحديث في أمراض التدهور المزمنة Chronic Degenerative Diseases. ولقد حظيت الأسرة والتغيرات التي طرأت عليها وتأثيرها في بعض الأمراض العصرية – ومنها ارتفاع ضغط الدم – بنصيب وافر من هذه الدراسات. فارتبط كثير من الدراسات بالدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الأسرة في شكليها الممتد والنواة.

وقد تركزت الدراسات الخاصة بالمجتمع الأمريكي على دراسة ثقافة الأمريكيين السود (ذوي الأصول الإفريقية) African Americans والدور الذي تؤديه الأسرة الممتدة في توفيرها للدعم الاجتماعي لأفرادها من مختلف الأعمار. وقد أدى الدعم الاجتماعي دوره الكبير في السابق ليوازن بين عمليات الاضطهاد التي تواجه جماعة أصحاب البشرة الداكنة في الولايات المتحدة الأمريكية ومعدلات ضغط الدم. فقام الدعم الاجتماعي بالدور الموازن في هذه العملية (Dressler, 1991). ولقد أشارت دراسة أخرى أجراها دريسلر Dressler (1996) إلى أن أهم ما يميز مجتمع الأمريكيين السود في الولايات المتحدة الأمريكية هو انتماؤه إلى مؤسسة اجتماعية داعمة Supportive Social Institution، وهي تلك التي تتعلق بالأسرة الممتدة التي ينتمي إليها الفرد. فالأسرة الممتدة التي ينتمي إليها الفرد في هذا المجتمع تؤدي دورا مهما وبارزا في التأثير في معدلات ضغط الدم. فهي تخفف من حدة التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية، والوضع السياسي الذي كان يعاني منه السود في المجتمع الأمريكي. فعلى الرغم من هذه الضغوط والآثار الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لهذه الفئة، والانضمام إلى هذه المؤسسة الداعمة والمتمثلة في الأسرة الممتدة، ارتبط بشكل مباشر مع التأثير في مستويات ضغط الدم لهذه المجموعة، وذلك لما تقدمه من دعم اجتماعي لأفرادها.

فالبناء الأسري يعتمد على شبكة علاقات اجتماعية تحقق قدرا من الدعم والمساندة الاجتماعية لأبناء الأسرة. وقد أكدت الأدبيات الخاصة بالضغوط الاجتماعية والنفسية أهمية شبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالفرد والدعم الذي يتلقاه من الأسرة وتأثير ذلك في الصحة العامة وفي ارتفاع ضغط الدم بالتحديد. وفي هذا الصدد أشارت الدراسة التي قام بها «ولدرون» وآخرون (Waldron, *et al.,* 1982) إلى ما يسمى بالخلل أو التعطيل الثقافي Cultural Disruption، والتي عزاها الباحثون إلى غياب (أو التغير الذي حصل على) شبكة العلاقات التعاونية المتبادلة المرتبطة بالأسرة كأحد أبرز الأسباب لهذا الخلل الثقافي، وهذه بدورها أثرت في وجود الفروق الخاصة في ضغط الدم. فتوصلت هذه الدراسة إلى أن ضغط الدم يعد أكثر ارتفاعا في نمط الأسرة النواة الغالبة، أو الأسرة غائبة الأب، على العكس من الأسرة الممتدة. وهذا يعزز الفرض الذي يبرز دور المساندة أو الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من أبناء أسرته في الحد من ارتفاع معدلات ضغط الدم.

وهناك أيضا دراسات مشابهة أشارت إلى ارتباط نمط الأسرة وشكلها وما توفره شبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بها من دعم اجتماعي بمعدلات ضغط الدم، مثل دراسة جن هونغ وماك كيرفي Chin-Hong & MeGarvey (1996) على مجتمع الساماوا، ودراسة «دريسلر» Dressler (1982) المشهورة على مجتمع الهنود الغربيين West Indies. ففي تلك الدراسة الرائدة في مجال التأثيرات الاجتماعية والنفسية في ضغط الدم، أوضح دريسلر – وكنتيجة تكيفية للوضع الاجتماعي السائد في هذا المجتمع – أن الزواج المتعدد بين السود في ثقافة المجتمع الكاريبي Caribbean يعد زواجاً مرتبطاً بانخفاض ضغط الدم. فهو نمط تكيفي لهذا المجتمع، والذي ارتبط بهذا النوع من الزواج. ويفسر ذلك على أن هذا النوع من الزواج يربط الأسرة بشبكة علاقات اتصالات كبيرة يدعم بعضها بعضاً، وهي من ثم ترتبط بانخفاض ضغط الدم الانقباضي والانبساطي لهذه المجموعة السكانية.

وقد أشار دريسلر Dressler (1982) في الدراسة نفسها إلى ما يسمى بـ «المجتمع الودود» Friendly Society ومدى الارتباط به وتأثيره في انخفاض ضغط الدم الانقباضي والانبساطي من خلال ما يقدمه من مساندة ودعم اجتماعي. وقد عرف دريسلر Dressler هذه الجماعة الودودة بأنها تلك الجماعة التي تتبادل فيها المساعدة والدعم بين أعضائها، وهي التي تقدم لأفرادها دعما في المرض، أو

الوفاة، أو أي ضرر من الممكن أن يتعرض له الفرد المنتمي إليها. هذه الجماعة تسهم في انخفاض ضغط الدم للأفراد المنتمين إليها.

وفي دراسة خاصة عن تأثير وجود عدد من الأقارب داخل محيط الأسرة الواحدة، أشارت دراسة «بايرد» وآخرين (Byard, *et al.,* 1989) إلى أن هناك علاقة بين الأزواج الذين يعيشون في منزل واحد مع آخرين من أقاربهم والانخفاض في معدلات ضغط الدم الانقباضي. وهذا بطبيعة الحال يوضح أهمية الوضع الداخلي الخاص بالأسرة وأعداد المقيمين في داخلها وما يقدمونه من دعم لبقية أفراد الأسرة.

وعلى مستوى الفروق الفردية بين الجنسين في مستويات ضغط الدم، أوضح «ويلسون، وأمبي – ثورنهل» Wilson & Ampey-Thornhill (2001) أن هناك اختلافات في مقدار الدعم الاجتماعي المقدم للذكور والإناث الشباب في مجتمع الأمريكيين السود، وهذا انعكس بدوره على وجود فروق في معدلات ضغط الدم بين الجنسين باتجاه الإناث. وقد رد الباحثان عناصر الدعم الاجتماعي هنا إلى الدعم العاطفي المتفاوت بين الجنسين. وقد أشارت «ساراسون» وآخرون أيضا Sarason, *et al.*(1990) إلى أن البيئة التي ينمو فيها الطفل إذا كانت داعمة ويتلقى من خلالها علاقات اجتماعية داعمة منذ الصغر فإن ذلك يؤثر في صحته العامة بشكل كبير في المستقبل. فهنا من الممكن القول بأن الأسرة الممتدة يمكن أن تُحدث نوعا من الدعم الاجتماعي لأفرادها منذ فترة الطفولة، وبناءً عليه فإنها ترتبط بمستقبله الصحي العام.

أما على المستوى المحلي فإن الدراسات التي تناولت العلاقة بين الدعم الاجتماعي وارتفاع معدلات ضغط الدم نادرة جدا. وعند إجراء مسح للدراسات السابقة العربية في هذا المجال، فهناك دراسة واحدة، على حد علم الباحث، أوضحت وبإشارة عاجلة ارتباط الدعم الاجتماعي بضغط الدم. فقد قام عبدالله Abdullah (1999) بدراسة أشار فيها إلى وجود علاقة بين مرض ارتفاع ضغط الدم وبعض المتغيرات الاجتماعية والخصائص البيولوجية عند مجموعة سكانية محددة في المجتمع الكويتي. ومن الخصائص التي أشار إليها الباحث، وعلى وجه مختلف عن الدراسات السابقة، وجود علاقة بين ارتفاع معدلات ضغط الدم عند الأفراد الذين يعيشون في أسرة ممتدة وانخفاضه عند الأفراد الذين يعيشون في الأسرة النواة.

وقد يرجع سبب ذلك كما أرجعه الكاتب إلى إمكانية حدوث بعض أنواع من الصراعات والخلافات الأسرية بين أفراد الأسرة في المنزل الواحد والذي يزيد من مقدار الضغوط الاجتماعية والنفسية.

ويتضح من خلال العرض السابق مدى تأثير الدعم الاجتماعي والارتباط الأسري في معدلات ضغط الدم. فمشاركة الآخرين الفرد في أحزانه وأفراحه ومشاعره تخفف بشكل مباشر من حدة الضغوط الاجتماعية والنفسية التي قد يكون قادرا على مواجهتها أكثر من الأشخاص الذين لا يجدون من يشاركهم ويعينهم على مواجهة هذه الضغوط. فلقد اقتصرت معظم الدراسات وتركزت على المجتمع الغربي. ومن ثم فهناك حاجة إلى إدراك العلاقة ذاتها وتوضيحها على المجتمع المحلي. ولذلك فقد تكون الدراسة الحالية دراسة مكملة وامتدادا للدراسة التي قام بها عبدالله (Abdullah, 1999) على المجتمع الكويتي. فتكمن أهميتها في كونها من الدراسات الأولى في الكويت التي تجمع بين الجوانب الثقافية والجوانب الصحية والطبية. فالدراسات البيوثقافية نادرة إن لم تكن معدومة في الكويت.

هدف الدراسة:

تحاول هذه الدراسة بشكل عام أن تبحث العلاقة بين التغير الاجتماعي والثقافي الذي أصاب البناء الخاص بالأسرة الكويتية والعلاقات الخاصة بأفرادها وارتباطه بمعدلات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي. فهي تبحث مباشرة في علاقة نمط الأسرة الكويتية وشكلها بالضغوط الاجتماعية والنفسية، ومدى ارتباط ذلك بمعدلات ضغط الدم. وتركز هذه الدراسة بوجه خاص على مقدار الدعم الذي يتلقاه الفرد داخل الأسرة وخارجها وعلاقته بارتفاع معدلات ضغط الدم.

فهذه الدراسة تحاول ربط أهم التغيرات التي حصلت في حجم الأسرة، وطبيعة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة ومدى ارتباط ذلك كله بمعدلات ضغط الدم. وتلقي هذه الدراسة أيضاً الضوء على الفروق بين الجنسين (الزوجين) في مستويات ضغط الدم.

وبشكل أكثر تحديدا، فإن هذه الدراسة تختبر الفروض التالية:

1 – هناك علاقة بين عدد الأولاد للزوج أو الزوجة وبين مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي.

2 – هناك علاقة بين عدد الإخوة والأخوات للزوج أو الزوجة وبين مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي.

3 – هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الأصدقاء والأقرباء وبين مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي.

4 – هناك فروق بين الاتصال مع الأصدقاء (اتصال مستمر، أو اتصال منقطع أو معدوم) وبين مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي.

5 – توجد فروق بين الأزواج الذين يعيشون في الأسر النواة وبين الأزواج الذين يعيشون في الأسر الممتدة في مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي.

6 – توجد فروق بين الذكور والإناث في مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي.

منهج البحث وإجراءاته

بلغ حجم عينة هذه الدراسة 373 مفردة (164 ذكراً، 209 إناث، ومتوسط العمر 38.6؛ انحراف معياري + 9.97). ويقتصر أفراد العينة على فئة المتزوجين والمتزوجات من الكويتيين فقط دون غيرهم، وذلك لمعرفة عملية تكيفهم في البيئة الأسرية التي يعيشون فيها. وتم توزيع الاستبانة، والتي تعد الأداة الرئيسة في الدراسة الحالية، على المستشفيات الرئيسة الكبرى في الكويت. وتم اختيار أفراد العينة من المترددين على العيادات الخارجية، وذلك لضمان عدم ارتباط الأمراض التي يعانون منها أو التي راجعوا هذه المستشفيات على أساسها بارتفاع ضغط الدم. ولقد تمت المقابلات وتوزيع الاستبانات في الفترة الصباحية من الدوام الحكومي الرسمي في هذه المستشفيات، مع مراعاة أن تتم عملية اختيار أفراد العينة بطريقة عشوائية من قبل المترددين على هذه العيادات. هذا وقد تم استبعاد كثير من الاستبانات، وذلك لعدم استكمال المبحوثين لبيانات مهمة أو عدم رغبتهم في أخذ بعض من المقاييس الفيزيقية مثل مقياس ضغط الدم على فترات ثلاث متتالية، والذي يعد متغيراً أساسياً في هذه الدراسة. إضافة إلى ذلك تم استثناء المرضى الذين يعانون من ارتفاع في ضغط الدم. حيث إنه قد خُصِّص سؤال يطلب من المبحوث الإجابة عن إذا ما كان يعاني من ارتفاع ضغط الدم أصلاً ويتناول أدوية خاصة بهذا المرض أم لا. وبناءً عليه فقد تم إلغاء عدد من الاستمارات التي

أجابت بالإيجاب، وذلك لحرص الباحث على قياس الأصحاء من المتزوجين ذكورا وإناثا، وحتى لا تؤثر الأدوية المستخدمة في عملية القياس. هذا وقد استغرقت فترة جمع البيانات قرابة ستة أشهر ابتدأت من أوائل نوفمبر من عام 2000.

وسبب اختيار هذه المراكز الطبية لهذه الدراسة هو إمكانية إجراء القياسات الفيزيقية والقياسات الطبية الخاصة بضغط الدم من قبل متخصصين، وحتى يكون لقراءة ضغط الدم مستوى من الثقة بسبب الحاجة إلى تحديد الأرقام الدقيقة لكل قراءة. ولتحقيق أقصى قدر من عملية التمثيل للمجتمع الكويتي بجميع فئاته وأفراده، حسب إمكانية الباحث وطبيعة هذه الدراسة، فقد روعي في عملية توزيع الاستبانة على هذه المراكز الصحية عملية النسبة والتناسب في حجم الأفراد الذين يقطنون المحافظات المتعددة في الكويت، وذلك اعتماد على المجموعة الإحصائية السنوية لعام 1999 (وزارة التخطيط، 1999)، وبعد عملية حصر أفراد العينة ومن واقع المجيبين، فقد كان توزيع العينة كما يلي: 20.4% من محافظة العاصمة، و19.1% من محافظة حولي، و10.5% من محافظة الأحمدي، و34.1% من محافظة الفروانية، و15.8% من محافظة الجهراء. وعلى الرغم من ذلك فإن عملية تعميم النتائج يجب أن تؤخذ بحذر شديد.

اعتمد الباحث في عملية المقابلات وتوزيع الاستبانة على عدد من الممرضات ممن لديهن خبرة في سلك التمريض. وذلك يعود في حقيقته إلى سببين أساسيين: الأول يتعلق بسهولة الاتصال مع جمهور المبحوثين داخل هذه المستشفيات من قبل الممرضات. فالأجهزة متوافرة داخل هذه البيئة، وقد تكون هي البيئة المناسبة لإجراء المقاييس الطبية المتعددة وتسجيل نتائجها. والسبب الآخر يتعلق بموضوع المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة. فهي مقاييس طبية وفيزيقية خاصة بالطول والوزن وقياس ضغط الدم الانقباضي والانبساطي والذي يحتاج إلى دقة بالغة في عملية القياس والقراءة. فالعاملون في سلك التمريض يعدون من أصحاب الخبرة في هذا المجال، إضافة إلى ذلك كله، فقد تم التحقق من دقة النتائج الخاصة بها، وخصوصا القراءات الخاصة بضغط الدم من قبل الباحث.

مرت عملية بناء الاستبانة الخاصة بهذه الدراسة بعدة مراحل، فقد تمت عملية إعداد القائمة الأولية، ثم عرضها على مجموعة من الزملاء في القسم العلمي لتحكيم

الاستبانة، وطلب منهم تحديد مواطن الغموض فيها وإن كانت لديهم أي إضافات أو تعديلات، وبعد عملية المراجعة وتوزيعها على مجموعة من عينة هذه الدراسة بوصفها إجراءً استطلاعياً Pilot Study، تمت صياغة الصحيفة بشكلها النهائي. تكونت صحيفة الاستبيان من جزءين أساسيين: الجزء الأول احتوى على القسم الخاص بالبيانات الثقافية والاجتماعية المتعلقة بالمبحوث. وقد احتوى هذا الجزء على المتغيرات الديموغرافية، إضافة إلى الأسئلة الخاصة بشكل الأسرة، وحجمها، وبنيتها وشبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالمبحوث وأفراد أسرته ومحيطه الاجتماعي. وطلب من المبحوثين الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بعدد الأولاد وعدد الإخوة والأخوات، ومع مَنْ يعيشون في المنزل، وإذا ما كان أحد من الأقارب يعيش معهم في المنزل نفسه وعددهم، وغير ذلك من الأسئلة المتعلقة بطبيعة الأسرة وحجمها.

إضافة إلى ذلك فقد تم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي «لزيمت» وآخرين (1988) والذي قام بتعريبه واستخدامه حامد المطيري (2000) في دراسة حديثة. وقد أثبت هذا المقياس ثباته بدرجة عالية. فلقد بلغ معامل كرونباخ 0.93. ويشمل هذا المقياس 12 عبارة تقيس في مجملها مقدار الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من محيطه الاجتماعي بشكل عام مثل: «يوجد في حياتي إنسان عزيز أجده عندما أحتاج إليه»، و«يوجد في حياتي إنسان عزيز أشركه في فرحي وأحزاني»، و«أفراد أسرتي يحاولون مساعدتي إلى أبعد حد»، و«أحصل على التعاطف والتأييد الذي أحتاجه من أفراد أسرتي»، و«أصدقائي يسعون بجدية لمساعدتي»، وغيره من العبارات المتعلقة بهذا الجانب. ويجاب عن هذه البنود بمقياس سداسي يبدأ بموافق تماما وينتهي بغير موافق تماما. وقام الباحث أيضا بقياس درجة الثبات في هذه الدراسة الاستطلاعية Pilot Study وأثبت المقياس من خلالها درجة عالية من الثبات.

ونظراً لما يحققه الأصدقاء من دور مهم في عملية تقديم الدعم الاجتماعي للفرد، فقد تم سؤال المبحوثين عن مدى الاتصال بالأصدقاء. فتم تقسيم الاتصال إلى قسمين: اتصال مستمر (والذي شمل الاتصال اليومي أو شبه اليومي بهم)، والاتصال المتقطع أو المعدوم. وفيما يتعلق بالوضع المعيشي داخل الأسرة، طلب من المبحوثين تحديد إذا ما كان الزوجان يعيشان مع أسرة الزوج أو الزوجة أو

يعيشان بمفردهما مستقلين. إضافة إلى الطلب منهما تحديد إذا ما كانا يملكان مطبخا معزولا من عدمه، وإذا ما كانا يعيشان في أسرة أهل الزوج أو الزوجة، وذلك لتحديد مدى استقلاليتهما في شئونهما المنزلية الخاصة.

أما الجزء الآخر من البيانات فقد احتوى على المقاييس الفيزيقية والطبية والتي روعي أن تتم عملية تدوين البيانات فيه من قبل مساعدات الباحث أنفسهن. وشمل هذا الجزء تسجيل قراءات ضغط الدم؛ إضافة إلى قياس الوزن والطول بهدف الحصول على مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index (BMI) والذي يعد تقديرا جيدا لسمنة الجسم لكونه أحد المتغيرات الضابطة التي تم استخدامها.

عند عملية الإجابة عن أسئلة الاستبانة وأخذ المقاييس الفيزيقية، روعي بأن يأخذ المبحوث استراحة مدة 10 دقائق قبل أخذ القراءة الأولى لضغط الدم، وذلك حتى لا تتأثر نتيجة القياس بالحركة والمجهود المبذول من المبحوث. وهي الفترة التي يكون خلالها المبحوث موجودا داخل غرفة الانتظار. وبعد مضي فترة عشر الدقائق وأخذ القراءة الأولى لضغط الدم، يقوم المبحوث بالإجابة عن أسئلة الاستبانة؛ وحين يفرغ من الإجابة عن أسئلته، يتم أخذ القراءة الثانية. وبعد فترة زمنية أخرى لا تتجاوز 10 دقائق، وبعد أخذ مقياس الوزن والطول، تتم عملية أخذ القراءة الأخيرة. حيث إن عملية تسجيل قراءة ضغط الدم تمت لثلاث مرات متعاقبة تفصل بينها فترات زمنية محدودة. ولقد قام الباحث بالاعتماد على متوسط القراءات الثلاث وتم تدوينها والاعتماد عليها في عملية التحليل. وروعيت الدقة في عملية أخذ القراءات الخاصة بضغط الدم. وكذلك روعي أن يكون جو الغرفة التي يتم فيها قياس ضغط الدم مناسبا حتى لا يتأثر الجهاز الخاص بالقياس بدرجات البرودة أو الحرارة. وقد اطمأن الباحث إلى سلامة الإجراءات في أخذ المقاييس الفيزيقية.

ومن المعروف أن ضغط الدم يتأثر بعوامل كثيرة، كما سبقت الإشارة. وبناءً على هذا الأساس تمت عملية ضبط المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في نتائج ضغط الدم مثل العمر، والجنس، والتدخين، والمستوى الاقتصادي، ومؤشر كتلة الجسم (BMI)، إضافة إلى النشاط الرياضي الذي تم تطوير مقياس خاص به من قبل الباحث يتكون من ثلاث عبارات تتعلق بمقدار النشاط والحركة أثناء العمل وخارجه، وإذا كان المبحوث يزاول التمارين الرياضية. ولقد حقق هذا المقياس قدرا عاليا أيضاً من الثبات. حيث بلغ معامل كرونباخ (0.86).

وقد تم إدخال البيانات الخاصة بالبحث في الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، النسخة العاشرة SPSS Version 10.0. واستُخدم اختبار «ت» t-test لفحص الفروق بين الأسر النواة والممتدة، واختبار الفروق بين الذكور والإناث، وكذلك الاتصال المستمر بالأصدقاء والاتصال المتقطع أو المعدوم بهم في مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي. وتم قياس معاملات الارتباط لفحص العلاقة بين متغيري الدعم الاجتماعي وعدد الأولاد وعدد الإخوة والأخوات من جهة ومتغير ضغط الدم الانقباضي والانبساطي من جهة أخرى.

النتائج

للتحقق من الفرض المتعلق بعلاقة ضغط الدم الانقباضي والانبساطي بعدد الأولاد والأخوة وقياس الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الأصدقاء والأقارب، حُسب معامل الارتباط (بيرسون) لقياس العلاقة بين هذه المتغيرات. ويوضح الجدول (1) مقدار هذه العلاقة.

جدول (1)
معاملات الارتباط لضغط الدم الانقباضي والانبساطي وكل من عدد الأولاد، وعدد الإخوة والأخوات ومقياس الدعم الاجتماعي لأفراد العينة

	عدد الأولاد		عدد الإخوة والأخوات		الدعم الاجتماعي من الأصدقاء والأقارب	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
ضغط الدم الانقباضي (SBP)	.335**	.243*	-.244**	-.064	-.229**	-.237**
ضغط الدم الانبساطي (DBP)	.125	.264*	-.162*	-.026	-.199*	-.164*

(*) دال إحصائياً عند مستوى 0.05..
(**) دال إحصائياً عند مستوى 0.01.

يتضح من جدول (1) أن هناك علاقة طردية وذات دلالة إحصائية بين عدد الأولاد وضغط الدم الانقباضي (SBP) ($r = .243; p < 0.05$)، وضغط الدم الانبساطي (DBP) ($r = .264; p < 0.05$) بالنسبة للإناث من أفراد العينة. أما بالنسبة للذكور فتشير البيانات إلى وجود علاقة طردية وذات دلالة إحصائية بين عدد الأولاد

وضغط الدم الانقباضي (SBP) ($r = .335$; $p < 0.01$)، في حين لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الأولاد وضغط الدم الانبساطي (DBP).

وفيما يتعلق بعدد الإخوة والأخوات بالنسبة للمبحوثين، فإن البيانات تشير إلى وجود علاقة سلبية وذات دلالة إحصائية بين عدد الإخوة والأخوات للذكور، وبين ضغط الدم الانقباضي (SBP) ($r = -.244$; $p < 0.01$)، وضغط الدم الانبساطي (DBP) ($r = -.162$; $p < 0.05$). أما فيما يتعلق بالإناث فإن البيانات تشير إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الإخوة والأخوات وكل من ضغط الدم الانقباضي (SBP)، وضغط الدم الانبساطي (DBP).

وعند استخدام مقياس الدعم الاجتماعي، ومقدار المساندة التي يتلقاها الفرد من الأصدقاء والأقارب بشكل عام وعلاقته بضغط الدم الانقباضي والانبساطي، فقد أشارت البيانات إلى وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين مقياس الدعم الاجتماعي وضغط الدم الانقباضي (SBP) ($r = -.229$; $p < 0.01$)، وضغط الدم الانبساطي (DBP) ($r = -.199$; $p < 0.05$)، بين الذكور. وأشارت البيانات أيضاً إلى وجود علاقة سلبية بين مقياس الدعم الاجتماعي وضغط الدم الانقباضي (SBP) ($r = -.237$; $p < 0.01$)، وضغط الدم الانبساطي (DBP) ($r = -.164$; $p < 0.01$) بين الإناث.

ولمعرفة الاتصال المستمر بالأصدقاء، وما يمثله من دعم ومساندة اجتماعية لأفراد العينة، فلقد تم تقسيم أفراد العينة إلى قسمين أساسيين، وذلك بعد أن أجابوا عن السؤال الخاص بالاتصال المستمر يوميا أو شبه يومي بالأصدقاء، أو الاتصال المتقطع أو عدم الاتصال بالأصدقاء. وللتحقق من الفروق بين الاتصال المستمر والاتصال المتقطع مع الأصدقاء في مستويات ضغط الدم الانقباضي (SBP) وضغط الدم الانبساطي (DBP)، تم حساب اختبار (ت) للوقوف على الفروق بين المجموعتين. والنتائج موضحة في جدول (2) الذي يشتمل على المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت).

جدول (2)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم «ت» لضغط الدم الانقباضي (SBP)، وضغط الدم الانبساطي (DBP) لدى أفراد العينة من الذكور والإناث والاتصال المستمر مع الأصدقاء

ذكور	ن	ضغط الدم الانقباضي (SBP)			ضغط الدم الانبساطي (DBP)		
		م	ع	ت	م	ع	ت
الاتصال المستمر بالأصدقاء	69	123.38	14.40	2.75**	82.17	6.21	1.61*
الاتصال المتقطع أو عدم الاتصال بالأصدقاء	61	130.0	12.93		84.17	9.67	
إناث		**م**	**ع**	**ت**	**م**	**ع**	**ت**
الاتصال المستمر بالأصدقاء	80	112.19	12.19	0.03	82.51	6.87	0.16
الاتصال المتقطع أو عدم الاتصال بالأصدقاء	104	112.19	10.71		82.34	6.74	

(*) دال إحصائيا عند مستوى 0.05.
(**) دال إحصائياً عند مستوى 0.01.

فيما يتعلق بالذكور يتضح من الجدول (2) ارتفاع متوسط ضغط الدم الانقباضي (SBP) عند الأشخاص الذين يتصلون اتصالا متقطعا أو الأشخاص الذين لا يتصلون نهائيا بالأصدقاء. والفرق هنا دال إحصائيا. وكذلك فقد أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات ضغط الدم الانبساطي (DBP). فالبيانات أشارت إلى ارتفاع في متوسط ضغط الدم الانبساطي (DBP) عند الأشخاص الذين يتصل بعضهم ببعض اتصالا متقطعا أو الأشخاص الذين لا يتصلون بالأصدقاء نهائيا مقارنة بالأشخاص الذين يتصلون اتصالا مستمرا بالأصدقاء. أما فيما يتعلق بالإناث من أفراد العينة، فالبيانات أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث اللاتي يتصلن بالأصدقاء بصورة مستمرة، أو اللاتي يتصلن اتصالا متقطعا أو لا يقمن بالاتصال نهائيا معهن في مستويات ضغط الدم الانقباضي (SBP) وضغط الدم الانبساطي (DBP).

وفيما يتعلق بالوضع الأسري الخاص داخل إطار العائلة الواحدة، أو البيت الواحد بالنسبة للزوجين، فقد تمت مقارنة الأزواج والزوجات الذين يعيشون في أسرة الزوج أو الزوجة من جهة، والأزواج الذين يعيشون باستقلالية في سكن

مستقل من جهة أخرى. وللتحقق من الفرض الخاص بالفروق بين هؤلاء الأزواج الذين يعيشون في سكن مستقل لكل من ضغط الدم الانقباضي (SBP) وضغط الدم الانبساطي (DBP)، فقد تم تقسيم النتائج في الجدول (3) إلى ثلاثة أجزاء (ذكور وإناث، ذكور فقط، إناث فقط)، وذلك لمعرفة الفروق في المتغيرين المذكورين.

جدول (3)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم «ت» لضغط الدم الانقباضي (SBP)، وضغط الدم الانبساطي (DBP) لدى الأزواج الذين يعيشون مع أهل الزوج أو الزوجة أو الذين يعيشون منفردين في أسرة مستقلة

	ن	ضغط الدم الانقباضي (SBP)			ضغط الدم الانبساطي (DBP)		
ذكور وإناث		**م**	**ع**	**ت**	**م**	**ع**	**ت**
سكن مع أسرة الزوج/الزوجة	88	120.60	10.33	2.87**	80.73	6.68	2.92**
سكن مستقل	239	125.1	13.15		83.39	7.52	
ذكور		**م**	**ع**	**ت**	**م**	**ع**	**ت**
سكن مع أسرة الزوج/الزوجة	48	122.17	11.34	2.20*	80.11	5.50	2.87*
سكن مستقل	108	127.8	14.43		83.39	8.71	
إناث		**م**	**ع**	**ت**	**م**	**ع**	**ت**
سكن مع أسرة الزوج/الزوجة	60	119.86	9.84	1.72	81.03	7.20	1.82
سكن مستقل	129	122.85	11.64		82.93	6.43	

(*) دال إحصائيا عند مستوى 0.05.
(**) دال إحصائيا عند مستوى 0.01.

بالنسبة للعينة الكلية فقد أوضحت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الأزواج الذين يعيشون في سكن مشترك مع أهل الزوج أو الزوجة، وبين الذين يعيشون في سكن مستقل. فالنتائج تشير إلى ارتفاع متوسط ضغط الدم الانقباضي (SBP) عند الأزواج الذين يعيشون في أسرة مستقلة. وكذلك فقد أشارت النتائج أيضا إلى ارتفاع متوسط ضغط الدم الانبساطي (DBP) عند الأزواج أنفسهم أكثر من الأزواج الذين يعيشون في أسرة مشتركة مع أهل الزوج والزوجة.

وعند تقسيم أفراد العينة تقسيما قائما على الجنس، فلقد أوضحت هذه الدراسة نتائج متباينة. ففيما يتعلق بالذكور فقد أشارت البيانات أيضا إلى ارتفاع

متوسط ضغط الدم الانقباضي (SBP) وضغط الدم الانبساطي (DBP) عند الأزواج الذين يعيشون في أسرة مستقلة أو أسرة نواة من الأزواج الذين يعيشون مع أسرة أهل الزوج أو أسرة أهل الزوجة. والفرق هنا أيضاً دال إحصائياً.

أما فيما يتعلق بالإناث أو الزوجات، فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الزوجات اللاتي يعشن في أسرة أهل الزوج أو الزوجة، وبين الزوجات اللاتي يعشن في أسرة مستقلة في مستوى ضغط الدم الانقباضي (SBP) والانبساطي (DBP). ولعل الملاحظ من البيانات الموضحة أن هناك ارتفاعاً طفيفاً في متوسط ضغط الدم الانقباضي (DBP) وضغط الدم الانبساطي (SBP) عند الزوجات اللاتي يعشن في أسرة مستقلة، ولكن هذا الفرق غير دال إحصائياً.

وعند إدخال متغير آخر ضمن هذه البيانات والمتعلق بوجود مطبخ معزول مستقل للأسرة، فقد أشارت النتائج إلى أمر مختلف بالنسبة للإناث. فلقد تم سؤال المبحوثين من الإناث فيما لو كن يعشن مع أهل الزوج أو الزوجة أو مع آخرين ولديهن مطبخ معزول ومستقل عن أفراد الأسرة الآخرين من أهل الزوج والزوجة. وبناء على هذا السؤال، تم تقسيم أفراد العينة من الإناث إلى قسمين، وتم الأخذ بعين الاعتبار الفئة التي أوضحت بأن لديهن مطبخا معزولا من أفراد العينة، وتم بعد ذلك اختبار الفروق بين العينتين مع الأخذ في الاعتبار الاستقلالية الأسرية بوجود المطبخ، وذلك بهدف إيجاد إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الزوجات اللاتي يعشن مع أهل الزوج أو الزوجة وبين الزوجات اللاتي يعشن في أسرة مستقلة تماما وفي بيت منفصل. والجدول (4) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) لدى هاتين المجموعتين.

جدول (4)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم «ت» لضغط الدم الانبساطي (SBP)، وضغط الدم الانقباضي (DBP) لدى الزوجات اللاتي يملكن مطبخا مستقلا ويعشن مع أهل الزوج أو الزوجة أو اللاتي يعشن وحدهن في أسرة مستقلة

الزوجات المستقلات بمطبخ منعزل في الأسرة	ن	ضغط الدم الانقباضي (SBP)			ضغط الدم الانبساطي (DBP)		
		م	ع	ت	م	ع	ت
سكن مع أسرة الزوج/الزوجة	61	119.26	10.65	2.18*	76.02	6.99	1.99*
سكن مستقل	47	124.22	12.92		79.61	6.47	

(*) دال إحصائيا عند مستوى 0.05.

يتضح من الجدول (4) ارتفاع متوسط ضغط الدم الانقباضي (SBP) وضغط الدم الانبساطي (DBP) لدى الزوجات اللاتي يعشن في أسرة مستقلة مقارنة بالزوجات اللاتي يملكن مطبخا مستقلا أو معزولا واللاتي يعشن مع أسرة الزوج أو الزوجة. حيث إن الزوجات اللاتي يعشن مع أهل الزوج أو الزوجة ولديهن مطبخ معزول أو مستقل قد سجلن انخفاضا في معدلات ضغط الدم كما أشارت النتائج الخاصة بهذه الدراسة. وهذه الفروق دالة إحصائيا.

خلاصة ومناقشة

يتضح من خلال استعراض النتائج العامة لهذه الدراسة ما يقوم به الدعم الاجتماعي من دور في التأثير في الوضع الصحي المتعلق بضغط الدم داخل الأسرة الكويتية. فالنتائج توضح أهمية العلاقات الإنسانية والاجتماعية التي فرضتها الظروف الحالية المرتبطة بعوامل التحديث وكيفية تأثيرها في الوضع الصحي على الأسرة. فقد أشار كثير من الدراسات المحلية إلى تأثير التحديث في طبيعة العلاقات الأسرية والنظام الزواجي السائد في المجتمع الكويتي (خالد الشلال Abdullah 1998; Al-Qashan 1995; Al-Thakeb, 1985; 1998). فعملية التغير في نمط الأسرة وحجمها صاحبتها عملية تغير في نمط العلاقات الاجتماعية السائدة، وصاحبتها أيضا عملية تغير في نمط المساندة والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الأفراد المحيطين. فالاتجاه نحو التغير في عملية التفضيل لتبني الوضع الأسري الغربي القائم على تفضيل العيش في الأسرة النواة بدلا من الممتدة – والذي أوضحته بعض الدراسات المحلية (Abdullah, 1998, Al-Thakeb, 1985) – انعكس أيضا تأثيره في المستوى الصحي في المجتمع، وهذا ما أوضحته النتائج المستخلصة للدراسة الحالية.

فقد أشارت هذه الدراسة إلى أهمية دور العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الشخص من أقربائه وأهله وأصدقائه. فكانت النتيجة العامة متوافقة مع التساؤل الفرضي العام، والذي تمثل في أن زيادة مستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من هؤلاء الأصدقاء والأقرباء، يقابله تأثير في ضغط الدم وانخفاضه، وهذا يعكس مدى تأثير الأصدقاء والأقارب بشكل عام في الجنسين. وهنا لم يتم تحديد فئة معينة من الأصدقاء والأقارب فقط، وإنما تم استخدام المقياس الذي نستخلص منه إذا ما كان المبحوث يتلقى دعماً اجتماعياً من محيطه العام. فلقد أشارت عبارات هذا المقياس إلى ما يلاقيه الفرد من دعم

ومساندة في الشدائد والأزمات التي قد يتعرض لها من محيطه بشكل عام دون تحديد (انظر الجزء الخاص بمنهج الدراسة). وذلك بطبيعة الحال أتى متوافقا مع الدراسات الخاصة التي اختبرت الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من محيطه العام مع مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي (Dressler, 1982, 1996).

فالدعم الاجتماعي بشكله العام والذي يتلقاه الشخص من محيطه يؤثر في مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي، وذلك من خلال تحقيقه التخفيف من هذه الضغوط الاجتماعية والنفسية كما أشارت إليها ساراسون وآخرون (Sarason *et al*., 1999). فهذا الدعم لا يقتصر على الأسرة وما يتلقاه منها من دعم فحسب، إنما يتعداه ليشمل المحيط العام الذي يدور حول الفرد. فالعضوية في الجمعيات والمنظمات التطوعية، على سبيل المثال، تؤثر في الصحة النفسية العامة للفرد وتخفف من الضغوط التي يتعرض لها (Dressler, 1982; House & Kann, 1985). فالضغوط التي يتعرض لها الفرد من الممكن أن تكون لها أعراض صحية ونفسية متعددة مثل الاكتئاب كأحد أبرز الأمراض النفسية. (انظر أيضا: عبدالستار إبراهيم 1998، Felton & Shinn, 1992; McIvor *et al.,* 1984; Mahon & Yarcheski, 2001). وحتى على مستوى الدراسات التي اهتمت بالهجرة وانتقال المهاجرين من مكان إلى آخر، فإن المحيط البيئي الداعم الذي يتلقاه المهاجر في البيئة المضيفة يرتبط ارتباطا وثيقا بالوضع الصحي للشخص وبانخفاض في معدلات ضغط الدم بالتحديد (Walsh & Walsh, 1987). فالمحيط الداعم من ثم يؤثر في صحة الفرد الجسمية والنفسية في وقت واحد، وهذا ما عززته نتائج الدراسة الحالية.

ولكن عند تحديد ذلك المحيط بالأولاد من جهة وعدد الإخوة والأخوات من جهة أخرى، فإن القضية مختلفة إلى حد ما. فقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين مستويات ضغط الدم الانبساطي والانقباضي وبين عدد الإخوة والأخوات عند الرجال فقط، ولم تظهر هذه العلاقة عند الإناث، ولعل ذلك يرجع إلى عوامل متعلقة بالوضع الاجتماعي القائم في المجتمع المحلي. فهو يعكس واقع الحال بالنسبة للزوجة في المجتمع الكويتي، ففي حال انتقالها إلى بيت الزوجية، فإن شبكة اتصالها بالإخوة والأخوات قد يقل عن درجته في السابق. فلقد أظهرت نتائج دراسة قام بها «ريدمان، ووايت» (Riedmann & White, 1996) عن اختلاف تأثير الأشقاء وتباينه بوصفهم مقدمين للدعم والمساندة الاجتماعية لإخوتهم في ثقافات متعددة. وقد تكون نتائج الدراسة الحالية انعكاسا لواقع مختلف في نمط الثقافة

الواحدة وعلى مستوى الفروق بين الجنسين في المجتمع الواحد. وإن كانت هناك حاجة إلى دراسات توضح هذه العلاقة، إلا أن الملاحظ أن هناك استقلالية للمرأة بمحيطها الأسري الخاص، وذلك نتيجة طبيعية لدورها في الأسرة المحلية. فهي بشكل عام منشغلة في المنزل وأعماله، ودورها بارز وأكثر أهمية من الرجل داخل نطاق الأسرة المحلية. هذا الانغلاق الذي يتصف به كثير من النساء قد يفرض عليها دعما أقل من الممكن أن تتلقاه من الإخوة، بعكس الرجل في المجتمع المحلي، والذي تتواصل علاقته بالمجتمع الخارجي وبإخوته بصورة أكبر من علاقة المرأة بهذا المجتمع. فوضع المرأة الكويتية الذي ارتبط بالمنزل قد يكون أحد العوامل الذي قلل من فرصة الاتصال الداعم بمحيط الإخوة. إن ذلك بلا شك يحتاج إلى دراسات أكثر عمقاً، وقياس جوانب ومتغيرات متعددة حتى يتم افتراض صحته.

أما فيما يخص عدد الأولاد، فقد أوضحت النتائج العلاقة الطردية بين عدد الأولاد ومستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي بالنسبة للإناث. أي أن النتائج أشارت إلى أن ازدياد عدد الأولاد يؤثر في زيادة معدلات ضغط الدم بشكل عام، وظهر التأثير بصور أكبر عند الإناث في مستوى ضغط الدم الانقباضي والانبساطي، في حين وجدت هذه العلاقة عند الرجال عند مستوى ضغط الدم الانقباضي فقط. فالعوامل العاطفية الخاصة بالمرأة قد ترتبط بشيء من التأثير بشكل أكبر من الرجل، وبخاصة عند المرأة العاملة والتي لديها أطفال كما وضحت بعض الدراسات (Luecken, *et al.,* 1997). إن هذه النتيجة تعرض جانبا من التأثير السلبي الذي يمكن أن تؤديه شبكة العلاقات الاجتماعية والذي قد يؤثر سلبا في بعض الأوقات في مستوى الصحة العامة. وذلك من خلال ما تفرضه شبكة العلاقات من التزامات وواجبات يحتاج الإنسان إلى تحقيقها وأدائها؛ إذ إنها تقع تحت مسؤوليته وعاتقه. وقد يكون عدد الأولاد وازديادهم هنا يرتبط بالجانب السلبي لهذه الشبكة، وذلك من خلال تأثيرها في ضغط الدم. فقد يكون التأثير السلبي في مستويات ضغط الدم نتيجة لزيادة عددهم كما جاء في نتائج هذه الدراسة. فلقد أشارت بعض الدراسات (Bigras *et al,* 1996; Crnic & Greenberg, 1990; McBride, 1989; Melson, *et al.,* 1998) إلى ما يسمى بالضغوط الوالدية Parenting Stress في إشارة إلى تأثير الأولاد والضغوط التي قد يسببونها لوالديهم سواء أكانوا مرضى أم أصحاء. ولعل هنا تبرز حاجة ملحة إلى دراسات مستقبلية توضح العلاقة بين حجم الأسرة أو عدد الأولاد وارتفاع مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي من خلال الوقوف على عامل أو متغير

مهم، وهو السن. فهناك حاجة إلى معرفة العلاقة بين تأثير الأولاد وعددهم على فئة المسنين من أفراد المجتمع ومقارنتهم بالفئات العمرية الأخرى، وذلك نتيجة لتأثير الرعاية التي من الممكن أن يتلقاها المسن وتأثيرها في مستواه الصحي. فلقد أوضحت دراسات متعددة (Choi & Wodarski, 1996; Jones & Vetter, 1984; Musil, 1998) أهمية الدعم الذي يتلقاه المسن من محيطه على وضعه الصحي بشكل عام.

يؤدي الأصدقاء وجماعة الصحبة دوراً مهماً في الجوانب الصحية للإنسان. فالصحبة الإيجابية تؤثر بشكل مباشر في إدخال السعادة والسرور في حياة الفرد، وهذا ما عززه عدد من الدراسات الخاصة بهذا الجانب (Burt, 1987; Kim & Stiff, 1991). فهي تنعكس على صحته النفسية، ومن ثم فإن لهم الدور الكبير في تخفيف الأحداث الحياتية الضاغطة. لقد أشارت الدراسة الحالية إلى دور الأصدقاء والاتصال بهم بشكل مستمر في التأثير في مستويات ضغط الدم، كما أشارت إلى تأثير ذلك في الذكور فقط دون الإناث. وبينت النتائج كذلك أن الأفراد الذين يتميزون باتصال مستمر بالأصدقاء سجلوا انخفاضاً في مستوى ضغط الدم الانقباضي والانبساطي عند الذكور، ولم تلاحظ هذه الفروق عند الإناث. وهذا قد يبرز الدور المهم للأصدقاء وجماعة الصحبة عند مجتمع الرجال في ثقافة المجتمع الكويتي. فتأثير الأصدقاء قد يكون أكثر هنا عند مجتمع الرجال مقارنة بمجتمع النساء والذي قد يعود إلى طبيعة المجتمع وظروفه الاجتماعية التي تجعل الذكور يملكون فرصا أكبر في الخروج من المنزل والاتصال بأكبر قدر من الأشخاص والأصدقاء في أماكن متعددة مثل الديوانيات (انظر: Abdullah, 1995)، والنوادي والملتقيات المتعددة، والتي قد تكون طبيعة المجتمع هي التي فرضت مثل ذلك النوع من العلاقات، وشبكة الاتصال المتعددة للرجل أوسع من تلك التي نجدها عند المرأة المنوط بها المكوث وقتاً أطول في المنزل للقيام بأعبائها وواجباتها المنزلية. وعلى الرغم من ذلك فإن عملية التغير التي طرأت على دور المرأة في المجتمع المحلي تفرض علينا حاجة ماسة لوجود دراسات مستقبلية توضح حجم العلاقات الاجتماعية للرجل والمرأة على حد سواء وعلاقاتها بمستوى ضغط الدم، وذلك بعد التغير الملحوظ في دور المرأة في الوقت الحاضر والتحول الذي بدأ يلاحظ بشكل مباشر في علاقاتها الاجتماعية.

ومما لا شك فيه أن عملية التغير الاجتماعي والثقافي فرضت نوعا من أنواع التغير في العلاقات داخل الأسرة الكويتية. فقد أصبح هناك تفضيل لنمط المعيشة المتمثل في الأسرة النواة والتي ارتبطت بعوامل التحديث، كما أشار إلى ذلك

(1985) Al-Thakeb و (1999) Abdullah في دراستهما عن الأسرة في المجتمع الكويتي. فالبناء الأسري الكويتي القديم والقائم على العلاقات الاجتماعية المترابطة داخل أسرة الأب أو الجد والتي تسمى بالأسرة الممتدة لم تعد مفضلة لدى كثير من الأسر في الوقت الحالي. فظهرت الأسرة الصغيرة أو النواة التي ميزت شكل البناء الأسري في المجتمع الكويتي. ولا شك في أن هذا الحجم من الأسرة قد يفرض نوعاً معيناً من أنواع العلاقات الاجتماعية السائدة. فلقد فرضت شبكة علاقات واتصال اختلفت عن شبكة العلاقات الاجتماعية السائدة في الوقت السابق. ولا شك في أن هذه الشبكة – وكما سبقت الإشارة – ارتبطت بالعوامل الصحية للوضع الخاص بالفرد داخل الأسرة. فلقد أشارت الدراسة الحالية إلى أن معيشة الزوجين في أسرة الزوج أو أسرة الزوجة ارتبطت بانخفاض في معدلات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي على كل من الزوج والزوجة مجتمعين. فالفروق دالة إحصائيا، كما سبقت الإشارة. وهذا يعطي مؤشراً إلى أن الأسرة والعلاقات الناتجة عنها والدعم الذي تؤديه لأعضائها بشكل عام يرتبط إيجابيا مع الوضع الصحي للأسرة ولأعضائها، وبالتحديد على مستوى ضغط الدم. فأعضاء الأسرة الممتدة وأفرادها يقدمون دعما اجتماعيا للزوجين، ويترتب على ذلك في النهاية انخفاض في مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي. ومن ثم فإن المعيشة في الأسرة الصغيرة أو الأسرة المستقلة تعد بعيدة إلى حد ما عن تلقي الدعم الاجتماعي المحيط بها.

وعند عملية فصل الذكور والإناث وإجراء اختبار قياس الفروق، اتضح أن هناك تفاوتا في التأثير في الذكور والإناث بين المعيشة في الأسرة الكبيرة (أسرة أهل الزوج أو أسرة أهل الزوجة)، والمعيشة في أسرة مستقلة. فالذكور في الأسرة المحلية التي تعيش في الأسرة الممتدة قريبة من أهل الزوج أو أهل الزوجة سجلوا انخفاضا في مستويات ضغط الدم مقارنة بالذكور الذين يعيشون في أسرة مستقلة، في حين لم تلاحظ مثل هذه الفروق عند الإناث. وهذه النتائج تعزز القول بأن المعيشة مع آخرين تزود دعما اجتماعيا للذكور بشكل أكثر من الإناث بشكل عام. ولكن عندما تم الأخذ بعين الاعتبار موضوع الاستقلالية الأسرية داخل البيت الكبير عند الإناث والذي تمثل في المعيشة في مكان منعزل كشقة مثلا داخل منزل أهل الزوج أو الزوجة، فالموضوع اختلف نوعا ما. فلقد ظهرت الفروق بين المعيشة في الأسرة النواة عن المعيشة في الأسرة الممتدة. فالزوجات اللاتي يعشن في مكان

مستقل داخل منزل أهل الزوج أو أهل الزوجة سجلن انخفاضا في مستويات ضغط الدم مقارنة بالإناث اللاتي يعشن في أسرة مستقلة بعيدة عن أهل الزوج أو أهل الزوجة. فالمعيشة داخل هذه الأسرة القريبة والمتلاصقة مع أفراد العائلة والذين يوفرون دعما اجتماعيا للأسرة شكلوا وضعا صحيا أكثر تكيفا للزوجات من اللائي يعشن مستقلات في بيوتهن الخاصة كما أوضحته هذه الدراسة. وهذا قد يدلل على مسألتين أساسيتين: الأولى تتعلق بحاجة الزوجة إلى تلقي الدعم من أسرة الزوج أو الزوجة أو الآخرين من محيط الأقارب مع محافظتها ورغبتها في الاستقلالية وتكوين منزل منفصل خاص بها له كيانه المستقل. فقد تبرز هذه القضية الحاجة إلى دراسة مَنْ يسكن ليس في البيت نفسه، وإنما في منزل ملاصق أو مقارب من سكن أهل الزوجة أو الزوج أو أي من الإخوة والأخوات. إذ إن ما عكسته نتائج هذه الدراسة فقط هو المعيشة في منزل صغير داخل منزل أكبر إن صح التعبير. فهناك استقلالية فردية للزوجة مع المحافظة على الوجود داخل نطاق الأسرة الأم الكبرى. الأمر الآخر وهو متعلق بأهمية استقلالية المطبخ في الأسرة المحلية. فالمطبخ هو المعيار الأساسي في عملية الفصل بين الأسرتين – الكبرى والصغرى – وهو الذي يعطي طابعا استقلاليا عن أسرة أهل الزوج أو الزوجة. فهنا المطبخ قد شكل مسألة مهمة عند الزوجات بسبب ارتباطه بمعايير اجتماعية متعددة تعكس الاستقلالية في الحياة الزوجية وتبعد الصراعات أو النزاعات الأسرية التي قد تنتج إزاء وجود مطبخ مشترك يجمع جميع أفراد الأسرة. فهي مسألة أدت دورا مهما عند الإناث أكثر من دورها في مجتمع الرجال الذي لم تشر الدراسة إلى أي تأثير له. فهي تعد إشارة إلى حالة من حالات الاستقرار داخل جماعة أسرية داعمة بالنسبة للزوجة في المجتمع المحلي. ولقد جاءت هذه النتائج مؤيدة للنتائج التي استخلصها عبدالله Abdullah (1999) في دراسته على عينة من مجموعة سكانية محددة في المجتمع الكويتي.

وعلى ضوء ما سبق يمكن القول بأن الوضع التكيفي الصحي الجديد في المجتمع المحلي، هو وجود الزوجين في استقلالية أسرية مع المحافظة على تلقي الدعم من أفراد الأسرة الكبيرة وأعضائها. والذي يفرض علينا في النهاية الحاجة إلى دراسات تفصيلية تعالج هذه المتغيرات.

لقد أشارت دراسات متعددة إلى ارتباط التحضر وعوامل التغير الاجتماعي والثقافي بارتفاع ضغط الدم. ولا شك – وكما هو معروف – في أن ارتباط ارتفاع ضغط الدم بعواقب صحية وخيمة من الممكن أن يؤثر سلبا في حياة الفرد وتعرضه

لإصابات أمراض القلب والشرايين المميتة. ومن المؤكد أيضاً أن هناك عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بأمراض ضغط الدم. فهناك عوامل أوضحتها دراسات متعددة بأنها من الممكن أن تكون ذات علاقة مع ارتفاع مستويات ضغط الدم الانقباضي والانبساطي. ولا شك في أنه من الصعب البحث عن العلاقة السببية في التأثير في مستويات ضغط الدم، إلا أن الأمر يستحق التوقف عند العوامل التي من الممكن أن تؤدي دوراً مهماً في التأثير في انخفاض ضغط الدم أو ارتفاعه. ولقد أشارت هذه الدراسة إلى جانب من جوانب العلاقة التي أوضحت إمكان تأثير الدعم الاجتماعي في مستويات ضغط الدم الانبساطي والانقباضي، والتي جاءت أيضا متوافقة مع الدراسات الغربية التي أوضحت وجود مثل هذه العلاقة بعد ما تم الأخذ بعين الاعتبار لكثير من المتغيرات التي من الممكن أن تؤدي دورا مؤثرا لدى أفراد العينة.

تلخيص لما سبق، فالعلاقات الاجتماعية وعملية الاتصال المباشر تؤدي دورا مهما في صحة المجتمع. فقد أشارت هذه الدراسة بشيء من الوضوح إلى ما يؤديه الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية من دور مهم في جانب من الجوانب الصحية للمجتمع، وهذا بطبيعة الحال يعزز من عملية التفاعل القائمة بين الجوانب الصحية والثقافية داخل إطار المجتمع، والذي يدعو في النهاية إلى التسليم بأن الجوانب المرضية لا يمكن حصرها ضمن نطاقها الصحي أو الطبي وتقديم المعونة والإرشاد داخل المصحات الإكلينيكية فحسب، وإنما تتعدى ذلك لتعزز دور العلوم الاجتماعية والسلوكية في تقديم التفسيرات والتبريرات لحدوث مثل هذه الأمراض. فتتولد هنا الحاجة إلى دراسات أخرى تعزز من نتائج الدراسة الحالية وتستكمل جوانبها المتعددة.

المصادر:

حامد نهار المطيري (2000). الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الأسر الكويتية محدودة الدخل. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 28(3): 65–86.

حسين علي محمد فايد (1998). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية. **دراسات نفسية**، 8(2): 155–191.

حصة عبدالرحمن الناصر (1999).ارتفاع ضغط الدم وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية: دراسة نظرية. بحث مقدم إلى مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، المنعقد بدولة الكويت بتاريخ 5–7 أبريل.

خالد الشلال (1998). تفضيلات الاختيار الزواجي ومعوقاته في المجتمع الكويتي. **حوليات كلية الآداب**، (18)، الرسالة الخامسة والعشرون بعد المائة.

عبدالستار إبراهيم (1998). **الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه.** الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

علي عبدالسلام علي (1997). المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات. **دراسات نفسية،** 7(2): 203–232.

مايو كلينك (2000). **ضغط الدم المرتفع.** شيلدون شيبس (معد). ترجمة: مركز التعريب والبرمجة. بيروت: الدار العربية للعلوم.

وزارة التخطيط (1999). **المجموعة الإحصائية السنوية.** الكويت: الإدارة العامة للإحصاء.

Abdullah, Y. (1995). The social functions of the diwaniyyah in Kuwaiti society. Unpublished master thesis. Ohio: The Ohio State University.

Abdullah, Y. (1999). *Consanguineous Marriage and its effects on the spousal* concordance among ''Al-Kandari'' in Kuwait. Unpublished Doctoral Dissertation. Ohio: The Ohio State University.

Al-Qashan, H. (1995). The impact of social demographic characteristics and marital communication patterns on the trend of family dissolution in Kuwait. Unpublished Dissertation. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Al-Thakeb, F. (1985). The Arab family and modernity: Evidence from Kuwait. *Current Anthropology,* 26: 575-580.

Bigras, M. et al. (1996). Discriminant validity of the parent and child scales of the parenting stress index. *Early Education and Development*, 7(2): 167-78.

Burt, R. (1987). A note on stranger, friends and happiness. *Social Networks,* 9: 311-331.

Byard, P.J.; Mukherjee, B.N.; Bhattacharya, S.K.; Russell, J.M.; and Rao, D.C. (1989). Familial aggregation of blood pressure and anthropometric variables in patrilocal household. *American Journal of Physical Anthropology,* 79(3): 305-11.

Chin-Hong PV., & McGravey (1996). Lifestyle incongruity and adult blood pressure in Western Samoa. *Psychosomatic Medicine*, 58: 131-7.

Choi, N. & Wodarski, J (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? *Social Work Research,* 20(1): 52-63.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine,* 38: 300-313.

Crews. D. (1988). Body weight, blood pressure and the risk of total and cardiovascular mortality in an obese population. *Human Biology*, 60: 417-433.

Crews, D., Bindon, J., & Ozeran J. (1991). Association of measures of body - habitués with diabetes, glucose and glycated hemoglobin in American Samoans, *Diabetes,* 40, 433A.

Crnic, K., & Greenberg, M. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61(5): 1628-1637.

Dressler, W. (1982). *Hypertension and cultural change: Acculturation and disease in the West Indies*. New York: Redgrave.

Dressler, W. (1991) Social support, lifestyle incongruity, and arterial blood pressure in a southern black community. *Psychosomatic Medicine*, 53: 608-20.

Dressler, W. (1996). Hypertension in the African American community: Social, cutlural and psychological factors. *Seminars in Nephrology,* 2, 71-82.

Dressler, W. *et al*. (1987). Arterial blood pressure and modernization in Brazil. *American Anthropologist,* 89: 398-409.

Eaton, C. (1977) Diabetes, culture change and acculturation: Biocultural analysis. *Medical Anthropology*, 1: 41-64.

Felton, B., & Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, 20(2): 103-15.

Hassoun, R. (1996). A bioanthropological perspective of hypertension in Arab - Americans in the metropolitan Detroit area (Michigan). Ph.D. Dissertation, University of Florida, Gainesville, Florida.

House, J., & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In: S Cohen, & S Syme, (Eds.), *Social Support and Health*. S. Orlando, FL: Academic Press.

Jones, DA., & Vetter, N.J. (1984). A survey of those who care for the elderly at home: Their problems and their needs. *Social Sciences Medicine,* 19(5): 511-514.

Kaplan, R.M., Sallis, J.F., & Patterson, Th.L. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.

Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J.K, & Glaser, R. (1990). Social support, stress, and immune system. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley.

Kim, H., & Stiff, J. (1991). Social network and the development of close relationships. *Human Communication Research*, 18 (1): 70-91.

Luecken, L.J, Suarez, E.C., Kuhn, C.M., Barefoot, J.C, Blumenthal, J.A., Siegler. I.C., & Williams, RB. (1997). Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59(4): 352-9.

Mahon, N.E., & Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. *West Journal of Nursing Research*, 23(4): 360-375.

McBride, B. (1989).Stress and fathers' parental competence: Implications for family life and parent educators. *Family Relations*, 38(4): 385-389.

McGarvey, S., & Baker, P. (1979). The effect of modernization and migration on Samoan blood pressures. *Human Biology*, 51:461-479.

McIvor, GP. *et al*. (1984). Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. *Journal of Clinical Psychology*, 40(4): 1028-1033.

Melson, G., Windecker-Nelson, E., & Schwarz, R. (1998). Support and stress in mothers and fathers of young Children. *Early Education & Development*, 9(3): 261-281.

Milardo, R. (1988). Families and social network: An overviews of theory and methodology. In R. M. Milardo (Ed.), *Families and social Network*. newbury Park: 13-47.

Musil, C.M. (1998). Health, stress, coping, and social support in grandmother caregivers. *Health Care Woment Int,* 19(5): 441-55.

Riedmann, A., & White, L. (1996). Adult sibling relationships: Racial and ethnic comparisons. *Advances in Applied Developmental Psychology*, 10: 105-126.

Ryan, A. *et al*. (1994). Relationship of blood pressure to fatness and fat patterning in Mexican American adults from the hispanic health and nutrition examination survey (HHNES, 1982-1984). *Collegium Anthropologi-cum*, 18: 89-99.

Sarason, B.R., Sarason, I.G., & Pierce, G.R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley and Sons.: 9-25.

Waldron, I. *et al*. (1982). Cross-cultural variation in blood pressure: A quantitative analysis of the relations of blood pressure to cultural characteristics, salt consumption and body weight. *Social Science & Medicine*, 4: 419-30.

Walsh, A., & Walsh, P. (1987). Social support, assimilation and biological effective blood pressure levels. *International Migration Review,* 21(3): 577-91.

Ward, R. (1990). Familial aggregation and genetic epidemiology of blood pressure. in: J.H.; Laragh, & B.M. Brenner., (Eds.) Hypertension: Pathophysiol-ogy, diagnosis and measurement. New York: Raven Press, 161-191.

Wilson, D.K., & Ampey-Thrnhill, G. (2001). The Role of gender and family support on dietary compliance in an African American adolescent hypertension prevention study. *Ann. Behavioral Medicine,* 23(1): 59-67.

مقدم في: أغسطس 2001.

أجيز في: فبراير 2002.

Sociology

Social Support and its Relation to Blood Pressure in Kuwaiti Family

Yagoub Yousif Al-Kandari[*]

High blood pressure (BP) is a major health problem world-wide. Many factors, especially stress, affect blood pressure. The main goal of this study is to examine sociocultural changes within the Kuwaiti family structure and their relation to Systolic Blood Pressure (SBP) and Diastolic Blood Pressure (DBP) levels. A sample of 373 married women and men were examined in major hospitals throughout Kuwait. Socicultural and physical information were requested from participants through a questionnaire. Data were entered in a SPSS program and t-tests and correlations were the major statistical analysis. The more social support a person receives, the lower is his/her SBP and DBP.

Because of the support received within the extended family from relatives, members of such families had a lower BP. Family size is also important in maintaining a lower BP, i.e. the more people in the household, the lower the level of BP compared to people living along in the same household. Some significant differences were found between males and females. More studies are needed to examine other variables.

Key words: Kuwait family, Social support, Blood pressure, Diseases and health, Kuwait sociaty.

* Dept. of Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Kuwait University.