DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

مستوى اليقظة الدوائية وعلاقتها بالتوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن ذوي الأمراض المزمنة

د. مها حسن صبحي الترك
استشارية نفسية أسرية، المملكة الأردنية الهاشمية
البريد الالكتروني: altourkma@gmail.com

الملخص

هدفت الدراسة للكشف عن مستوى اليقظة الدوائية وعلاقتها بالتوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن ذوي الأمراض المزمنة في محافظة العاصمة عمان بالمملكة الأردنية الهاشمية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير مقياسين لليقظة الدوائية والتوافق الزواجي، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياسين من صدق وثبات، وقد استخدم المنهج الوصفي الارتباطي التحليلي حيث تم اختيار عينة من كبار السن بطريقة عشوائية من المراجعين للعيادات الخاصة في المحافظة بواقع (20) عيادة، وقد استجاب على المقياسين عينة من كبار السن بلغت (320) فردا، حيث أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود مستوى متوسط من اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي سواء بالدرجة الكلية أو الأبعاد، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائية بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي في الدرجة الكلية والأبعاد، كما تبين من النتائج أن التوافق الزواجي لا يختلف تبعا للجنس، بينما أشارت النتائج أن اليقظة الدوائية كانت أفضل لدى النساء منها لدى الرجال، وفي ضوء النتائج تم الخروج ببعض التوصيات منها العمل على تنمية كل من اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة.

الكلمات المفتاحية: اليقظة الدوائية، التوافق الزواجي، كبار السن، ذوي الأمراض المزمنة.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

The Level of Pharmacovigilance and its Relationship to Marital Adjustment among a Sample of Elderly Individuals with Chronic Diseases

Dr. Maha Hassan Sobhi Al-Turk
Family Psychological Consultant, Hashemite Kingdom of Jordan
Email: altourkma@gmail.com

ABSTRACT

This study aimed to examine the level of pharmacovigilance and its relationship to marital adjustment among a sample of elderly individuals with chronic diseases in the Capital Governorate (Amman), Hashemite Kingdom of Jordan. To achieve the study's objectives, two scales—one for pharmacovigilance and one for marital adjustment—were developed, and their psychometric properties (validity and reliability) were verified. A descriptive-correlational analytical approach was employed; a sample of elderly individuals was randomly selected from patients visiting private clinics (totaling 20 clinics) within the governorate. A total of 320 elderly individuals responded to the scales. Statistical analysis indicated a moderate level of both pharmacovigilance and marital adjustment, regarding both total scores and individual dimensions. The results also revealed a statistically significant positive correlation between pharmacovigilance and marital adjustment across both total scores and dimensions. Furthermore, the findings showed no difference in marital adjustment based on gender, whereas pharmacovigilance levels were higher among women than among men. Based on these results, several recommendations were made, including efforts to enhance both pharmacovigilance and marital adjustment among elderly individuals with chronic diseases.

Keywords: Pharmacovigilance, Marital Adjustment, Elderly, Chronic Diseases.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

الإطار النظري:

تعد الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية التي تواجه كبار السن، إذ يزداد احتمال اجتماع أكثر من حالة مرضية لدى الشخص الواحد مع التقدم في العمر، مثل السكري وأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وأمراض الجهاز التنفسي والاضطرابات العضلية والمفصلية وغيرها، ولذلك أصبحت رعاية كبار السن المصابين بالأمراض المزمنة تتطلب منظورًا متكاملًا لا يركز على المرض وحده، وإنما يأخذ في الاعتبار القدرات الوظيفية والنفسية والبيئة الاجتماعية والعائلية التي يعيش فيها الفرد وقدرته على اليقظة عند استخدام الأدوية المختلفة، وبنفس الوقت تأثير ودور ذلك في توافقه الزواجي.

ومن المنظور الحديث، يُنظر إلى كبار السن كأفراد يمتلكون قدرات وخبرات متنوعة يمكنهم الاستمرار في التعلم، العمل، والمشاركة المجتمعية متى توفرت البيئة الداعمة، وبذلك لا تقتصر الرعاية على علاج الأمراض، بل تمتد إلى المحافظة على الاستقلالية، والقدرة الوظيفية، والكرامة، وجودة الحياة (WHO, 2025).

حيث تُعرّف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة بيولوجيًا بأنها تراكم تدريجي للأضرار الجزيئية والخلوية عبر الزمن، مما يؤدي إلى انخفاض القدرات البدنية والعقلية وزيادة احتمالية الإصابة بالأمراض، وتتفاعل هذه التغيرات البيولوجية مع الخصائص الفردية والبيئة الاجتماعية والمادية، وبناءً عليه، يرتبط مفهوم "الشيخوخة الصحية" بالحفاظ على القدرة الوظيفية التي تمكّن الفرد من تحقيق الرفاه والقيام بالأشياء ذات القيمة في حياته (WHO, 2025)

تتسم المرحلة العمرية المتقدمة بزيادة احتمال ظهور عدد من المشكلات الصحية، إلا أن وجود هذه المشكلات يختلف بصورة كبيرة بين الأفراد، ومن أبرز الحالات الصحية المرتبطة بالتقدم في العمر: ضعف السمع، ومشكلات البصر، وآلام الظهر والرقبة، والتهاب المفاصل، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، والاكتئاب، والخرف، كما تزداد احتمالية وجود أكثر من مرض مزمن لدى الشخص في الوقت نفسه، الأمر الذي يجعل الرعاية الصحية لكبار السن أكثر تعقيدًا من التعامل مع مرض واحد بصورة منفصلة (WHO, 2025).

ولا تقتصر المشكلات الصحية لدى كبار السن على الأمراض المزمنة، بل تظهر أيضًا حالات غالبًا ما تنتج عن مجموعة من العوامل المتداخلة، ومن أبرزها الضعف والهشاشة، والسقوط، وسلس البول، والهذيان، وقرح الضغط. وتكتسب هذه المشكلات أهمية خاصة لأنها قد تؤدي إلى انخفاض الاستقلالية والقدرة على أداء الأنشطة اليومية، وقد تزيد الحاجة إلى الرعاية والمساندة من الأسرة أو مقدمي الخدمات (WHO, 2025).

كما يظهر التراجع في القدرة الذاتية وهي مجموع القدرات الجسدية والعقلية والنفسية للفرد (الحركة، القوة البدنية، الحيوية، القدرات الحسية، والمعرفية)، ويركز الطب الحديث على اكتشاف التراجع في هذه القدرات مبكرًا لإبطائه أو المحافظة عليه (WHO, 2017).

ومن المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يواجهها كبار السن الوحدة والعزلة الاجتماعية، ولا سيما عندما تتغير شبكة العلاقات الاجتماعية نتيجة التقاعد، أو فقدان الزوج أو الأصدقاء، أو ضعف الحركة، أو مشكلات السمع والبصر، أو الإصابة ببعض الأمراض، وتفرق الأدبيات بين الوحدة باعتبارها شعورًا مؤلمًا بالانفصال أو عدم وجود علاقات مرضية، وبين العزلة الاجتماعية التي تشير إلى محدودية الاتصالات والتفاعلات الاجتماعية، وقد ارتبطت العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة لدى كبار السن بزيادة مخاطر بعض النتائج السلبية مثل الاكتئاب والتدهور المعرفي وبعض المشكلات الصحية (National Institute on Aging [NIA], 2022).

كما يمكن أن يواجه كبار السن مشكلات مرتبطة بالصورة الاجتماعية للشيخوخة والتمييز على أساس العمر؛ إذ قد تنظر بعض المجتمعات إلى الشخص المسن باعتباره ضعيفًا أو عاجزًا أو عبئًا على الأسرة والمجتمع، وهي نظرة قد تؤدي إلى تقليل فرص مشاركته واتخاذه للقرارات المتعلقة بحياته، وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن الصور النمطية والمواقف التمييزية تجاه العمر يمكن أن تؤثر في السياسات والفرص المتاحة لكبار السن، ولذلك فإن مواجهة التمييز العمري تعد جزءًا من الاستجابة الصحية والاجتماعية للشيخوخة (WHO, 2025).

وتتمثل إحدى أهم حاجات كبار السن في الحاجة إلى الرعاية الصحية المتكاملة والمستمرة، بحيث لا تقتصر الرعاية على تشخيص الأمراض وعلاجها، وإنما تشمل تقييم القدرات الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية، واكتشاف التراجع في هذه القدرات في وقت مبكر، ووضع خطة رعاية تناسب احتياجات الشخص وظروفه، ولهذا طورت منظمة الصحة العالمية نهج الرعاية المتكاملة لكبار السن الذي يقوم على تقييم الشخص بصورة شاملة، وتحديد احتياجاته الصحية والاجتماعية، ووضع خطة رعاية شخصية ومتابعة تنفيذها (WHO, 2025).

ويحتاج كبار السن كذلك إلى المحافظة على الاستقلالية والقدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية؛ فالرعاية الجيدة

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

لا تعني القيام بكل شيء نيابة عن الشخص المسن، وإنما مساعدته على المحافظة على قدرته على القيام بما يستطيع القيام به بنفسه، ولهذا تؤكد منظمة الصحة العالمية أهمية التدخلات التي تستهدف الحركة والقوة والتغذية والقدرات الحسية والوظائف المعرفية والنفسية، إلى جانب التعامل مع الأمراض المزمنة والمتلازمات المرتبطة بالشيخوخة (WHO, 2017).

وتبرز أيضًا الحاجة إلى الدعم النفسي والاجتماعي، إذ يحتاج كبار السن إلى المحافظة على العلاقات الأسرية والاجتماعية، والشعور بالانتماء والتقدير، والمشاركة في الأنشطة التي تمنح حياتهم معنى، ويكتسب هذا الجانب أهمية خاصة لدى الأشخاص الذين يواجهون الوحدة أو فقدان الأصدقاء أو الزوج أو انخفاض قدرتهم على الحركة، ولذلك فإن تعزيز التواصل الاجتماعي والحد من العزلة لا يمثلان جانبًا ترفيهيًا في حياة كبار السن، بل يرتبطان بالصحة النفسية والرفاه وجودة الحياة (NIA, 2022).

ويحتاج كبار السن كذلك إلى الدعم في إدارة الأمراض المزمنة والأدوية والتغذية والنشاط البدني، خصوصًا عندما يعاني الشخص من أكثر من حالة صحية في الوقت نفسه، وتؤكد منظمة الصحة العالمية أهمية تقديم تدخلات متعددة المكونات تشمل التغذية المناسبة والنشاط البدني وإدارة الأمراض المزمنة، مع إشراك الشخص المسن وأسرته ومقدمي الرعاية في الخطة العلاجية والرعائية (WHO, 2017).

ويُعد الألم من الخبرات الإنسانية المعقدة التي لا تقتصر على الإحساس الجسدي، وإنما تتضمن أيضًا مكونات انفعالية ونفسية واجتماعية، وقد عرّفت الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP) الألم بأنه خبرة حسية وانفعالية غير سارة ترتبط، أو تشبه تلك المرتبطة، بضرر نسيجي فعلي أو محتمل، ويؤكد هذا التعريف أن الألم خبرة شخصية تختلف من فرد إلى آخر، وتتأثر بدرجات متفاوتة بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولذلك لا يمكن تفسير شدة الألم دائمًا من خلال مقدار الضرر الجسدي الظاهر وحده (Raja et al., 2020).

ولا يعني استمرار الألم المزمن بالضرورة استمرار وجود تلف نسيجي جديد أو متزايد؛ فقد يستمر الألم نتيجة تغيرات معقدة في معالجة الجهاز العصبي للإشارات المرتبطة بالألم، إلى جانب تأثير العوامل النفسية والاجتماعية، ولذلك أصبح الاتجاه الحديث في فهم الألم المزمن قائمًا على النموذج الحيوي–النفسي–الاجتماعي، الذي يرى أن شدة الألم وتأثيره في حياة الفرد تنتج عن التفاعل بين الحالة الجسدية، والاستجابات الانفعالية والمعرفية، والسياق الاجتماعي والبيئي الذي يعيش فيه الشخص (Raja et al., 2020; IASP, 2023)

ويتميز الألم المزمن كذلك بأنه قد يصبح في بعض الحالات المشكلة الصحية الرئيسة أو الغالبة لدى الشخص، بدلًا من أن يكون مجرد عرض مصاحب لمرض آخر، ولهذا ميز التصنيف الدولي للأمراض في نسخته الحادية عشرة بين أنماط مختلفة من الألم المزمن، ومنها الألم المزمن الأولي والألم المزمن الثانوي، ويتميز الألم المزمن الأولي بوجود ألم مستمر أو متكرر يرتبط بضيق انفعالي ملحوظ أو إعاقة وظيفية، مع إسهام العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في الحالة (Treede et al., 2019).

وتظهر العلاقة بين الألم المزمن والصحة النفسية بصورة واضحة في الأدبيات الحديثة؛ إذ قد يرتبط استمرار الألم بزيادة احتمالية ظهور أعراض الاكتئاب والقلق والضيق الانفعالي، كما يمكن أن تؤثر المشكلات النفسية بدورها في إدراك الألم والتعامل معه، وهذا يؤكد الطبيعة التفاعلية للعلاقة بين الألم والصحة النفسية، بحيث لا يمكن في كثير من الحالات التعامل مع الألم المزمن بوصفه مشكلة جسدية منفصلة عن الحالة النفسية للفرد (Raja et al., 2020).

وتقدم دراسة حديثة واسعة النطاق دليلًا قويًا على حجم هذه المشكلة؛ فقد شملت مراجعة منهجية وتحليلًا بعديًا 376 دراسة و347,468 شخصًا من 50 دولة، ووجدت أن الأعراض السريرية للاكتئاب ظهرت لدى نحو 39.3% من البالغين الذين يعانون من الألم المزمن، في حين ظهرت أعراض القلق لدى نحو 40.2% منهم، كما كانت معدلات الاكتئاب والقلق أعلى لدى الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن مقارنة بالمجموعات الضابطة السريرية وغير السريرية (Aaron et al., 2025).

وتكتسب مشكلة الألم المزمن أهمية خاصة لدى كبار السن؛ لأن التقدم في العمر يرتبط بزيادة انتشار عدد من الحالات الصحية المزمنة التي قد يصاحبها الألم، كما أن وجود أكثر من مرض لدى الشخص في الوقت نفسه قد يجعل تقييم الألم وعلاجه أكثر تعقيدًا، ولذلك فإن وجود الألم المزمن لدى كبار السن قد يترافق مع انخفاض القدرة الوظيفية، ومحدودية الحركة، واضطرابات النوم، وزيادة الاعتماد على الآخرين، الأمر الذي يجعل الألم عاملًا مهمًا في المحافظة على الاستقلالية وجودة الحياة في هذه المرحلة العمرية (IASP, 2023; Treede et al., 2019).

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

وفيما يتعلق باليقظة الدوائية تؤكد منظمة الصحة العالمية أن اليقظة الدوائية تمثل نشاطًا مستمرًا لمراقبة سلامة الأدوية، ولا سيما بعد طرحها للاستخدام الواسع؛ إذ قد تظهر بعض المشكلات الدوائية أو التفاعلات الضارة عندما يستخدم الدواء في أعداد كبيرة ومتنوعة من المرضى وفي ظروف الحياة الواقعية، وهي ظروف يصعب تمثيلها بصورة كاملة خلال مراحل التطوير والتجارب السابقة للتسويق، ولذلك فإن المراقبة بعد التسويق تسهم في استكمال المعرفة المتعلقة بسلامة الدواء، والكشف عن إشارات السلامة التي قد لا تكون واضحة قبل استخدام الدواء على نطاق واسع (World Health Organization, 2006)

ومن المنظور التنظيمي الحديث، لا تقتصر اليقظة الدوائية على الأدوية التقليدية، بل تشمل الأدوية واللقاحات والمنتجات العشبية والتكميلية والمنتجات البيولوجية، كما تشمل أنشطة اكتشاف إشارات السلامة وتقييمها وفهمها والوقاية من المشكلات المرتبطة بالمنتجات الطبية، وتصف منظمة الصحة العالمية اليقظة بأنها وظيفة تنظيمية أساسية تسهم في ضمان سلامة المنتجات الطبية المستخدمة في السوق، وتحسين الاستخدام الآمن والرشيد والفعال لها (World Health Organization, 2025)

وتنبع أهمية اليقظة الدوائية من أن استخدام الأدوية، على الرغم من فوائده العلاجية، قد يرتبط بآثار ضارة أو تفاعلات غير مرغوبة، وقد تكون بعض هذه المشكلات نادرة أو غير متوقعة أو مرتبطة بخصائص معينة لدى المرضى، ولذلك توفر اليقظة الدوائية نظامًا مستمرًا لاكتشاف مشكلات السلامة وتقييمها وفهمها، بما يسمح باتخاذ الإجراءات المناسبة للحد من مخاطرها وتحسين مأمونية العلاج، وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن دمج اليقظة الدوائية في البرامج الصحية التي تستخدم الأدوية يعد عنصرًا أساسيًا لتحسين استخدام الموارد الصحية ومنع الأضرار التي يمكن تجنبها (World Health Organization, 2006)

وتزداد أهمية اليقظة الدوائية في اكتشاف إشارات السلامة النادرة أو غير المتوقعة؛ إذ إن معرفة السلامة طويلة الأمد للمنتج الدوائي لا تكتمل بمجرد الحصول على ترخيص التسويق، وإنما تتطور مع استمرار استخدام المنتج ومراقبته في أعداد كبيرة من السكان، ولذلك تعتمد أنظمة اليقظة الدوائية على جمع البلاغات والمعلومات المتعلقة بالأحداث الضارة، والتحقيق فيها وتحليلها بحثًا عن أنماط أو إشارات غير معتادة يمكن أن تستدعي مزيدًا من التقييم أو التدخل التنظيمي (World Health Organization, 2006)

كما تسهم اليقظة الدوائية في تحسين سلامة النظام الصحي والتعلم من المشكلات المرتبطة بالأدوية؛ فدورة اليقظة الدوائية لا تنتهي بمجرد الإبلاغ عن الحدث، وإنما تشمل الإبلاغ والتحقيق وتحليل البيانات وتحديد الأسباب والتواصل مع الأطراف المعنية، ثم استخدام النتائج لتحسين الممارسات والسياسات والإجراءات المتعلقة باستخدام الأدوية. وبذلك يمكن أن تسهم المعلومات الناتجة عن اليقظة الدوائية في منع تكرار بعض المشكلات وتعزيز الاستخدام الآمن والرشيد للأدوية (World Health Organization, 2004)

وتبرز مجالات وأنشطة اليقظة الدوائية فيما يلي:

1- **اليقظة الدوائية للأدوية والمستحضرات العلاجية**: تمثل متابعة سلامة الأدوية والمستحضرات العلاجية المجال الأساسي لليقظة الدوائية، وتشمل اكتشاف الآثار الضارة والمشكلات المرتبطة باستخدام الأدوية، وجمع التقارير المتعلقة بها وتحليلها، وتقييم إشارات السلامة، واستخدام النتائج في اتخاذ التدابير المناسبة لحماية المرضى وتحسين الاستخدام الآمن والرشيد للأدوية (World Health Organization, 2004)

2- **اليقظة الخاصة باللقاحات**: تمثل سلامة اللقاحات مجالًا متخصصًا ضمن أنشطة اليقظة المتعلقة بالمنتجات الطبية، وتركز على رصد الأحداث الصحية التي تحدث بعد التطعيم، وتقييمها والتحقق من العلاقة المحتملة بينها وبين اللقاح، مع الأخذ في الاعتبار أن حدوث حدث صحي بعد التطعيم لا يعني تلقائيًا أن اللقاح هو سبب الحدث، وتندرج هذه الأنشطة ضمن أنظمة مراقبة السلامة الخاصة باللقاحات (World Health Organization, 2012)

3- **اليقظة الدوائية للمنتجات العشبية والتكميلية والبيولوجية**: تشمل اليقظة الدوائية الحديثة مراقبة سلامة المنتجات الطبية المختلفة، ولا تقتصر على الأدوية الكيميائية التقليدية؛ إذ تشير منظمة الصحة العالمية صراحة إلى أن المراقبة تشمل الأدوية العشبية والتكميلية واللقاحات والمواد البيولوجية، ويهدف ذلك إلى اكتشاف وتقييم المشكلات المتعلقة بهذه المنتجات وتحسين مأمونيتها عند استخدامها من قبل المرضى (World Health Organization, 2025)

4- **الإبلاغ التلقائي عن التفاعلات الدوائية الضارة**: الإبلاغ التلقائي ليس نوعًا من اليقظة الدوائية بالمعنى نفسه الذي تمثله اللقاحات أو المنتجات العشبية، وإنما هو إحدى آليات جمع معلومات السلامة، ويعتمد على تقديم

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

بلاغات عن الأحداث أو التفاعلات الدوائية المشتبه بها إلى أنظمة اليقظة الدوائية، ثم تحليل هذه البلاغات للكشف عن إشارات السلامة، وتوضح منظمة الصحة العالمية أن دورة اليقظة تشمل التعرف إلى الحدث، والإبلاغ عنه، والتحقيق في طبيعته وأسبابه، وتحليل البيانات والتواصل بشأن نتائجها (World Health Organization, 2006)

5- **مشاركة المرضى والجمهور في اليقظة الدوائية**: تعد مشاركة المرضى والجمهور اتجاهًا مهمًا في اليقظة الدوائية الحديثة، إذ يمكن للمرضى الإبلاغ مباشرة عن التفاعلات الدوائية التي يختبرونها أو المساعدة في توفير معلومات عنها، وقد أظهرت مراجعة منهجية لـ 26 دراسة من 14 دولة أن المعرفة، والدور والهوية الاجتماعية/المهنية، والمعتقدات المتعلقة بنتائج الإبلاغ، والسياق البيئي والموارد، كانت من أبرز المجالات المرتبطة بسلوك المرضى والجمهور تجاه الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية (Shafei et al., 2023).

ومن النظريات المفسرة لليقظة الدوائية ما تطرقت له نظرية السلوك المخطط (Theory of Planned Behavior) والتي تعد أكثر النظريات دعمًا بصورة مباشرة في الأدبيات التي بحثت سلوك الإبلاغ عن الأحداث الدوائية الضارة، وتفترض النظرية أن النية لأداء السلوك تتأثر بثلاثة مكونات رئيسة هي الاتجاه نحو السلوك، والمعيار الذاتي، والسيطرة السلوكية المدركة، وأن النية والسيطرة السلوكية المدركة ترتبطان بالسلوك الفعلي (Zhou et al., 2018) حيث تسمح إطار المجالات النظرية (Theoretical Domains Framework - TDF) بفحص مجموعة واسعة من العوامل المحددة لسلوك الإبلاغ، وأظهرت مراجعة منهجية أن أهم المجالات المؤثرة تتضمن: المعرفة، الهوية المهنية والاجتماعية، المعتقدات حول النتائج، والسياق البيئي والموارد، ويشير ذلك إلى أن الامتناع عن الإبلاغ لا يعود فقط لنقص المعرفة، بل يتأثر بعدم إدراك جدوى الإبلاغ أو تعقيد الإجراءات (Shafei et al., 2023)

كما يفسر المنظور النظري الاستنباطي، توظيف نموذج المعتقدات الصحية لتفسير بعض الجوانب النفسية المرتبطة بسلوك المريض تجاه الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية؛ إذ يفترض النموذج أن السلوك الصحي يتأثر بإدراك الفرد لقابليته للتعرض للخطر، وشدة نتائجه، والفوائد المتوقعة من السلوك، والعوائق المدركة، والمحفزات التي تدفع إلى الفعل، وبناءً على ذلك، يمكن افتراض أن إدراك المريض لخطورة التفاعل الدوائي، وإدراك الفائدة المحتملة من الإبلاغ عنه، وانخفاض العوائق أمام الإبلاغ، إلا أن هذا يمثل تطبيقًا نظريًا للنموذج على اليقظة الدوائية، وليس دليلًا على أن نموذج المعتقدات الصحية وضع أصلًا لتفسير سلوك الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية (Rosenstock et al., 1988).

ويختلف التوافق عن "الرضا الزواجي"؛ فالرضا يعكس تقييم الفرد لسعادته الشخصية، بينما يُعد التوافق مفهوماً أوسع يشمل الرضا كأحد مكوناته، إلى جانب الاتفاق، والتماسك، والتعبير عن المودة (Bradbury et al., 2000). وتنبع أهمية التوافق الزواجي من كونه أحد المؤشرات المهمة على جودة العلاقة بين الزوجين، كما أن العلاقة الزوجية لا تقتصر آثارها على الزوج والزوجة، وإنما تمتد إلى المناخ الأسري بصورة عامة؛ فقد أظهرت مراجعة منهجية شملت (20) دراسة أن التوافق الثنائي بين الزوجين يرتبط بالمناخ الانفعالي للأسرة، وبالتحالف الوالدي أو المشاركة الوالدية، كما يرتبط بقدرة الأسرة على مواجهة الأحداث الضاغطة وتحقيق قدر أفضل من الصحة الأسرية، حيث تتجاوز آثار التوافق الزواجي الزوجين لتشمل البناء الأسري ككل من خلال: المناخ الأسري: الارتباط الوثيق بالمناخ الانفعالي للأسرة وجودة المشاركة الوالدية، والدعم النفسي: توفير بيئة تفاعلية إيجابية تمثل مصدراً للدعم النفسي والاجتماعي، مما يقلل من المشكلات النفسية الناتجة عن الصعوبات الزوجية المستمرة، وإدارة الأزمات: تعزيز قدرة الأسرة ككل على التكيف مع الأحداث الضاغطة ومواجهة الأزمات الحياتية الصعبة(Jiménez-Picón et al., 2021)

يمكن تناول التوافق الزواجي من خلال مجموعة من الأبعاد التي تعكس طبيعة العلاقة بين الزوجين، ويُعد نموذج Spanier من النماذج الأكثر وضوحًا في هذا المجال، إذ حدد أربعة أبعاد رئيسة للتوافق الزواجي:

1- **البعد الأول: الإجماع أو الاتفاق الثنائي** (Dyadic Consensus) ويشير إلى درجة الاتفاق بين الزوجين في القضايا المختلفة التي ترتبط بحياتهما المشتركة، مثل الأمور المالية، والقرارات الأسرية، والقيم، والأنشطة الاجتماعية، والعلاقات مع الآخرين، وكلما تمكن الزوجان من الوصول إلى قدر مناسب من الاتفاق والتفاوض في هذه القضايا، ارتفع مستوى التوافق بينهما (Spanier, 1976).

2- **البعد الثاني: الرضا الثنائي** (Dyadic Satisfaction) ويشير إلى درجة شعور الزوجين بالرضا والارتياح تجاه العلاقة الزوجية، وإلى مستوى الاستقرار الذي يشعران به داخل الزواج، بما في ذلك انخفاض مؤشرات عدم

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

الاستقرار أو التفكير في إنهاء العلاقة، ويعكس هذا البعد الجانب التقويمي والوجداني للعلاقة، أي الطريقة التي ينظر بها الزوجان إلى جودة زواجهما ومدى إشباعه لحاجاتهما وتوقعاتهما (Spanier, 1976).

3-**البعد الثالث: التماسك الثنائي** (Dyadic Cohesion) ويشير إلى درجة المشاركة والتعاون والقيام بالأنشطة المشتركة بين الزوجين، وإلى مدى شعورهما بأنهما يعملان معًا كوحدة زوجية مترابطة، ويظهر التماسك من خلال مشاركة الوقت والأنشطة والاهتمامات، والتعاون في مواجهة المشكلات، وتبادل الدعم، وهي جوانب تساعد على تقوية الرابطة الزوجية وتعزيز الإحساس بالشراكة (Spanier, 1976).

4- **البعد الرابع: التعبير عن المودة** (Affectional Expression) ويشير إلى قدرة الزوجين على التعبير عن الحب والاهتمام والمشاعر الإيجابية تجاه بعضهما بعضًا، ويتضمن ذلك التعبير اللفظي وغير اللفظي عن العاطفة، وإظهار الاهتمام والتقدير والتقارب بين الزوجين، ويشير وجود هذا البعد ضمن بناء التوافق إلى أن العلاقة الزوجية المتوافقة لا تقوم على الاتفاق في القرارات فقط، وإنما تحتاج أيضًا إلى إشباع الاحتياجات العاطفية وإظهار المودة بين الزوجين (Spanier, 1976).

ومن النظريات المفسرة للتوافق الزواجي نظرية التبادل الاجتماعي (Nakonezny & Denton, 2008) والتي تشير إلى العلاقات الزوجية باعتبارها علاقات تقوم على تبادل المنافع والتكاليف بين الطرفين، بحيث يقيم كل طرف بصورة مباشرة أو غير مباشرة ما يحصل عليه من العلاقة وما يقدمه فيها، ولا تقتصر هذه المنافع على الجوانب المادية، وإنما تشمل الحب والدعم والتقدير والأمان والمشاركة والمساندة النفسية والاجتماعية، ومن هذا المنظور يمكن فهم التوافق الزواجي في ضوء إدراك الزوجين لمدى إيجابية العلاقة والتوازن النسبي بين ما يحصلان عليه وما يقدمانه، إضافة إلى مستوى الالتزام بالعلاقة، كما تفيد في تفسير اختلاف مستوى التوافق بين الأزواج؛ فقد يكون الزوجان في الظروف نفسها، لكن أحدهما قد يرى أن العلاقة تحقق له قدرًا مرتفعًا من الدعم والإشباع، في حين قد ينظر الطرف الآخر إليها بصورة أكثر سلبية، ومن ثم فإن إدراك الفرد للمنافع والتكاليف والبدائل المتاحة والالتزام بالعلاقة يمكن أن يؤدي دورًا في تقييمه للعلاقة الزوجية وفي مستوى التوافق الذي يشعر به داخلها (Nakonezny & Denton, 2008).

بينما تقدم نظرية التعلق (Hazan & Shaver, 1987) تفسيرًا مهمًا للعلاقات العاطفية بين الراشدين، إذ ترى أن الإنسان يميل إلى تكوين روابط عاطفية توفر له الأمان والقرب والدعم، وقد طبّق Hazan وShaver مفاهيم نظرية التعلق على الحب الرومانسي والعلاقات العاطفية لدى الراشدين، وناقشا ثلاثة أنماط رئيسة للتعلق هي: التعلق الآمن، والتعلق التجنبي، والتعلق القلق/المتردد، وبيّنا أن أنماط التعلق ترتبط بالطريقة التي يعيش بها الأفراد علاقاتهم العاطفية وبنماذجهم الذهنية عن أنفسهم وعن الآخرين، وبتطبيق هذا المنظور على التوافق الزواجي، وشعور الزوجين بالأمان العاطفي والثقة والقدرة على طلب الدعم وتقديمه قد يساعد على بناء علاقة أكثر استقرارًا وتوافقًا، في حين أن أنماط التعلق غير الآمنة قد ترتبط بصعوبات في القرب العاطفي أو الخوف من الرفض أو الهجر أو الميل إلى تجنب التقارب. ومن ثم تساعد نظرية التعلق على تفسير أحد الجوانب النفسية العميقة التي يمكن أن تؤثر في طبيعة التفاعل والتوافق بين الزوجين (Hazan & Shaver, 1987).

كما تنظر نظرية النظم الأسرية (Jiménez-Picón et al., 2021) إلى الأسرة باعتبارها نظامًا من العلاقات المترابطة، بحيث لا يمكن فهم سلوك أحد أفراد الأسرة بصورة كاملة بمعزل عن التفاعلات التي تحدث بين بقية أفراد النظام، ووفق هذا المنظور، فإن العلاقة الزوجية تمثل نظامًا فرعيًا داخل الأسرة، ويتأثر التوافق بين الزوجين بالتفاعلات المتبادلة بينهما وبالظروف والضغوط التي يمر بها النظام الأسري ككل، ولذلك فإن المشكلة الزوجية لا تُفهم بالضرورة بوصفها مشكلة فردية لدى أحد الزوجين، وإنما يمكن النظر إليها باعتبارها جزءًا من نمط تفاعلي أوسع داخل الأسرة

وبناء على ذلك تسعى الدراسة الحالية للعمل على الربط بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في تزايد تعقيد العلاج الدوائي لدى كبار السن المصابين بالأمراض المزمنة؛ إذ غالبًا ما يتعايش الشخص المسن مع أكثر من مرض مزمن في الوقت نفسه، الأمر الذي قد يستدعي استخدام عدة أدوية بصورة متزامنة، ويزيد من احتمالات التداخلات الدوائية والاستعمال غير الملائم للأدوية وظهور التفاعلات الدوائية الضارة، وتزداد أهمية اليقظة الدوائية لدى كبار السن بسبب التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالتقدم في

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

العمر؛ ويمكن أن تؤثر التغيرات المرتبطة بالعمر في طريقة امتصاص الأدوية وتوزيعها واستقلابها وإطراحها، ولا تقتصر المشكلة على حدوث التفاعلات الدوائية الضارة، وإنما تمتد إلى القدرة على اكتشافها والانتباه إليها والإبلاغ عنها والتعامل معها بصورة صحيحة؛ فاليقظة الدوائية لا تعني مجرد معرفة أسماء الأدوية وآثارها الجانبية، وإنما تتضمن الانتباه إلى المشكلات المرتبطة باستخدام الدواء، وملاحظة الأعراض غير المعتادة، ومعرفة متى ينبغي طلب المساعدة الصحية، والتواصل مع مقدمي الرعاية الصحية بشأنها، ومن جهة أخرى، فإن الأمراض المزمنة لا تؤثر في الجانب الصحي للفرد فقط، وإنما قد تمتد آثارها إلى العلاقة الزوجية؛ وتتطلب الإصابة المزمنة في كثير من الحالات تعديلات في الأدوار اليومية، ونمط الحياة، والمسؤوليات الأسرية، وطريقة اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج والرعاية، وتزداد أهمية العلاقة بين المرض المزمن والتوافق الزواجي عندما تتطلب الحالة الصحية متابعة علاجية مستمرة واعتمادًا على الزوج أو الزوجة في بعض جوانب الرعاية، وتظهر المشكلة بصورة أكثر وضوحًا عندما يتطلب المرض المزمن استخدامًا طويل الأمد لعدة أدوية؛ لأن المسؤولية عن متابعة مواعيد الأدوية وجرعاتها، وملاحظة آثارها، والتعامل مع الأعراض الجانبية، ومراجعة الطبيب، قد تصبح جزءًا من الحياة اليومية للزوجين، وقد تؤثر في توزيع الأدوار والتعاون بينهما.

ومن هنا تبرز الحاجة إلى دراسة العلاقة بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن ذوي الأمراض المزمنة؛ فاليقظة الدوائية قد تعكس درجة من الوعي والانتباه والمسؤولية في التعامل مع العلاج، بينما يمثل التوافق الزواجي قدرة الزوجين على التعاون والتفاهم والتكيف مع متطلبات الحياة الزوجية، وبناءً على ما سبق، تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الكشف عن مستوى اليقظة الدوائية لدى كبار السن ذوي الأمراض المزمنة، والتعرف إلى مستوى التوافق الزواجي لديهم، والكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرين، بما يمكن أن يسهم في توسيع فهم العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالتعامل الآمن مع الأدوية لدى كبار السن، وعدم الاقتصار في دراسة اليقظة الدوائية على الجوانب الطبية والصيدلانية وحدها، وتكمن مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي: ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة؟

أسئلة الدراسة الفرعية:

1. ما مستوى اليقظة الدوائية لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة في محافظة عمان؟
2. ما مستوى التوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة في محافظة عمان؟
3. هل يوجد علاقة ارتباطية بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة في محافظة عمان؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس؟

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة مما يلي:

أولا: الأهمية النظرية

1. تتناول اليقظة الدوائية من منظور يرتبط بسلامة استخدام الأدوية لدى كبار السن من ناحية نفسية، في الوقت الذي تتناول فيه التوافق الزواجي بوصفه أحد المؤشرات المهمة على جودة العلاقة الزوجية.
2. تكتسب الدراسة أهميتها من طبيعة فئة كبار السن ذوي الأمراض المزمنة؛ فهذه الفئة غالبًا ما تواجه تعدد الأمراض وتعدد الأدوية.
3. تسهم الدراسة في إثراء الجانب النظري المتعلق بالعلاقة بين المرض المزمن والحياة الزوجية؛ إذ لا تقتصر آثار المرض المزمن على الفرد.
4. تسهم الدراسة في دعم الاتجاه الذي ينظر إلى إدارة الأمراض المزمنة باعتبارها عملية تشاركية بين المريض والأشخاص المقربين منه، وليس مسؤولية فردية للمريض فقط.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية

1. قد تساعد نتائج الدراسة المرشدين التربويين والنفسيين في تحديد مستوى اليقظة الدوائية لدى كبار السن ذوي الأمراض المزمنة، والكشف عن الجوانب التي تحتاج إلى مزيد من التوعية والتدريب.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

2. يمكن أن تسهم نتائج الدراسة في توجيه العاملين في الرعاية الصحية إلى أهمية البعد الأسري في سلامة استخدام الأدوية لدى كبار السن.
3. يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في تصميم برامج إرشادية وتثقيفية موجهة لكبار السن وأزواجهم.
4. قد تساعد الدراسة الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في المؤسسات الصحية ومراكز رعاية كبار السن على فهم بعض العوامل المرتبطة بالتوافق الزواجي لدى المسنين المصابين بالأمراض المزمنة.
5. يمكن أن توفر الدراسة أساسًا لبناء دراسات لاحقة تتناول متغيرات أكثر تخصصًا، مثل الالتزام الدوائي، والوعي بالآثار الجانبية، والخوف من الأدوية، والدعم الزوجي، وجودة الحياة، والعبء النفسي لمقدمي الرعاية، وعلاقتها بسلامة استخدام الأدوية والتوافق الزواجي.
6. التعامل مع الأمراض المزمنة لدى كبار السن لا يحدث في فراغ، وإنما ضمن الأسرة وشبكة من العلاقات الاجتماعية.

مفاهيم الدراسة:

تتناول الدراسة الحالية المفاهيم والتعريفات التالية النظرية والإجرائية:

1-اليقظة العقلية:

تعرف منظمة الصحة العالمية اليقظة الدوائية بأنها: العلم والأنشطة المتعلقة باكتشاف الآثار الضارة للأدوية، وتقييمها، وفهمها، والوقاية منها، أو أي مشكلة أخرى مرتبطة بالأدوية، ويُظهر هذا التعريف أن اليقظة الدوائية لا تقتصر على تسجيل الآثار الجانبية، وإنما تتضمن سلسلة متكاملة من الأنشطة تبدأ باكتشاف الحدث أو المشكلة المرتبطة بالدواء، ثم تقييمها وفهمها، وصولًا إلى اتخاذ التدابير المناسبة للوقاية منها أو الحد من آثارها، كما تحدد منظمة الصحة العالمية هدفين أساسيين لليقظة الدوائية يتمثلان في تعزيز رعاية المرضى وسلامتهم فيما يتعلق باستخدام المنتجات الدوائية، ودعم برامج الصحة العامة من خلال توفير معلومات موثوقة ومتوازنة تساعد على تقييم العلاقة بين مخاطر الأدوية ومنافعها (World Health Organization, 2004) وتعرف إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها كبير السن المصاب بأمراض مزمنة والمراجع للعيادات على المقياس المطور في الدراسة الحالية.

2-التوافق الزواجي:

يشير إلى قدرة الزوجين على التكيف المتبادل وتحقيق الاتفاق والتعاون في الحياة المشتركة. لا يعني هذا التوافق غياب الخلافات، بل القدرة على إدارتها لضمان استمرار العلاقة بشكل مُرضٍ، بوصفه عملية تفاعلية تتأثر بالظروف والضغوط الأسرية (Spanier, 1976). ويعرف إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها كبير السن المصاب بأمراض مزمنة والمراجع للعيادات على المقياس المطور في الدراسة الحالية.

3-كبار السن

يشير مفهوم "كبار السن" إلى الأشخاص الذين بلغوا مرحلة متقدمة من العمر، إلا أن تحديد هذه الفئة لا يعتمد على العمر الزمني وحده؛ إذ تختلف مظاهر الشيخوخة بدرجة كبيرة بين الأفراد تبعًا لصحتهم الجسدية والنفسية، وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية، والبيئة المحيطة(World Health Organization, 2025) . ويعرف إجرائيا بهذه الدراسة بأنه أحد الأشخاص الذين بلغوا الستين من العمر ويراجع العيادات الصحية في محافظة عمان.

4-الألم المزمن:

يعرف بأنه الألم الذي يستمر أو يتكرر لمدة تتجاوز ثلاثة أشهر، وبذلك يختلف عن الألم الحاد الذي يرتبط غالبًا بإصابة أو مرض حديث ويؤدي وظيفة إنذارية تساعد على حماية الجسم، وعندما يستمر الألم لفترة طويلة، فإنه قد يتحول من مجرد عرض لمرض أو إصابة إلى مشكلة صحية قائمة بذاتها تحتاج إلى تقييم وعلاج وتأهيل مستمر، وتشير الجمعية الدولية لدراسة الألم إلى أن الألم المزمن يُعد حالة متعددة العوامل، تتداخل في نشأتها واستمرارها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (International Association for the Study of Pain [IASP], 2023).

الدراسات السابقة:

فيما يلي أهداف الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية مرتبة من الأقدم إلى الأحدث:

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

تناولت دراسة (Flor et al., 1987) أثر الألم المزمن في العلاقة الزوجية والصحة النفسية والجسمية مقارنة بمرضى السكري، وأظهرت النتائج تعرض مرضى الألم المزمن وأزواجهم لتغيرات ملحوظة في الرضا الزواجي والجنسي، وارتبط التوافق الزواجي لدى الأزواج بإيجابية مع رضا المرضى ومزاج الأزواج أنفسهم. كما ارتبط المزاج السلبي للأزواج بتقييم السلبي للألم وبانخفاض التوافق والسيطرة على الحياة.

كما تناولت دراسة (Lewis et al., 1989) أثر المرض المزمن لدى الزوجة في أداء الأسرة والعلاقة الزوجية من وجهة نظر الزوج، وأظهرت النتائج أن زيادة مطالب المرض ارتبطت بزيادة مستويات الاكتئاب لدى الأزواج، وأن التوافق الزواجي يتأثر بمستوى اكتئاب الزوج ونوع مرض الزوجة. كما ارتبط التوافق الزواجي المرتفع بزيادة الحوار والتواصل الأسري لمواجهة أعباء المرض.

وبحثت دراسة (Revenson & Majerovitz, 1991) أثر التهاب المفاصل الروماتويدي المزمن لدى أحد الزوجين في الشريك الآخر، وأظهرت النتائج أن التوافق الزواجي المرتفع ارتبط بانخفاض الأعراض الاكتئابية لدى الزوج، كما أدى الدعم الاجتماعي خارج المؤسسة الزوجية دورًا وقائيًا(Stress buffer) ، إذ كان الأزواج الذين يمتلكون دعمًا إضافيًا أقل تأثرًا بالضغوط الناجمة عن شدة مرض الشريك.

وتناولت دراسة (Dunn et al., 1994) نوعية الحياة لدى أزواج المرضى الخاضعين لغسيل البريتون المتنقل المستمر (CAPD) بينت النتائج أن معظم الأزواج أظهروا نوعية حياة بمستوى متوسط، وكان التوافق الزواجي والدخل المالي من أبرز المتغيرات المرتبطة إيجابيًا بنوعية حياة الزوج الشريك.

كما تتبعت دراسة (Northouse et al., 2000) أنماط التكيف لدى مرضى سرطان القولون وأزواجهم خلال السنة الأولى بعد الجراحة، أظهرت النتائج أن الأزواج أظهروا مستويات أعلى من الضيق الانفعالي ودعمًا أقل مقارنة بالمرضى أنفسهم، كما كانت النساء أكثر عرضة للضيق الانفعالي ومشكلات الأدوار، وتراجعت بعض مؤشرات الأداء الأسري مع مرور الوقت.

وبحثت دراسة (Daneker et al., 2001) العلاقة بين الاكتئاب وعدم الرضا الزواجي لدى مرضى الفشل الكلوي النهائي الخاضعين للغسيل الدموي وأزواجهم، وأظهرت النتائج وجود ارتباط وثيق بين اكتئاب المريض واكتئاب الزوج، بينما لم ترتبط الشدة الموضوعية للمرض مباشرة بالتكيف الزواجي، مما يشير إلى أن الإدراك النفسي والدعم الاجتماعي أشد تأثيرًا من شدة المرض الفسيولوجية.

وقارنت دراسة (Ascher et al., 2010) بين مرضى الخرف الجبهي الصدغي (FTD) ومرضى ألزهايمر ومقدمي الرعاية من أزواجهم في الرضا الزواجي واللغة الانفعالية، وأظهرت النتائج أن أزواج مرضى الخرف الجبهي الصدغي سجلوا مستويات أقل من الرضا الزواجي، واستخدموا لغة انفعالية سلبية بنسبة أعلى أثناء النقاشات مقارنة بمقدمي الرعاية لمرضى ألزهايمر.

وتناولت دراسة (Rhee & Lee, 2013) صعوبات تنظيم الانفعال والتوافق الزواجي لدى مرضى السرطان وأزواجهم باستخدام نموذج التأثير المتبادل (APIM) أظهرت النتائج أن صعوبات تنظيم الانفعال لدى أحد الزوجين لم تؤثر فقط في توافقه الخاص، بل امتد تأثيرها لتخفيض التوافق الزواجي لدى الشريك الآخر أيضًا.

وهدفت دراسة (Gupta et al., 2015) إلى تقييم KAPs يقصد به قياس وفحص هذه العناصر الثلاثة (المعرفة، الاتجاهات، والممارسات) باستخدام الاستبانة؛ لمعرفة الفجوة بين ما يعرفه الكادر الصحي (Knowledge)، وما يؤمن به(Attitudes) ، وما يطبقه فعلياً في المستشفى(Practices) المتعلقة باليقظة الدوائية لدى العاملين الصحيين في مستشفى تعليمي بجنوب الهند، وشملت الدراسة 101 مشاركًا من الأطباء والصيادلة والممرضين باستخدام استبانة مقطعية، وأظهرت النتائج أن 62.4% حددوا تعريف اليقظة الدوائية بصحيح، وكان 75.2% على علم بالبرنامج الوطني، ورغم أن 64.4% واجهوا تفاعلات ضارة لدى المرضى، فإن 22.8% فقط قاموا بالإبلاغ عنها.

كما هدفت دراسة (Suyagh et al., 2015) إلى تقييم معرفة الصيادلة وممارساتهم واتجاهاتهم نحو اليقظة الدوائية والإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة في الأردن، اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي على عينة من 208 صيادلة باستخدام استبانة منظمة ومتحقق من صدقها، وأظهرت النتائج تدني مستوى الوعي والمعرفة المتعلقة باليقظة الدوائية وانخفاض معدل الإبلاغ الفعلي، وتمثلت أبرز العوائق في: نقص المعلومات المتاحة عن المريض، عدم توافر نموذج الإبلاغ عند الحاجة، وغياب المعرفة بنظام الإبلاغ الوطني.

وهدفت دراسة (Alshammari et al., 2015) إلى تحديد معرفة واتجاهات وممارسات مقدمي الرعاية الصحية تجاه اليقظة الدوائية ومعوقات الإبلاغ في مركز الحسين للسرطان في الأردن، واتبع الباحثون المنهج

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

الوصفي المقطعي بتوزيع استبانة على الصيادلة والأطباء والممرضين، واستُرجع 306 استبيانات بنسبة استجابة 82%. استخدمت الدراسة استبانة من 27 بندًا تم اختبار صدقها في دراسة استطلاعية، ومقياس ليكرت الخماسي لقياس الاتجاهات، وأظهرت النتائج أن الصيادلة والممرضين كانوا أكثر معرفة مقارنة بالأطباء، مع وجود اتجاهات إيجابية عامة نحو اليقظة الدوائية بمتوسط 3.87 من 5.

وأجرى (Seid et al., 2018) دراسة هدفت إلى تقييم معرفة واتجاهات وممارسات العاملين الصحيين تجاه الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة في مرافق مدينة غوندار بإثيوبيا، وشملت الدراسة 102 من الممارسين الصحيين (61 ممرضًا، 16 مسؤول صحة، و25 صيدليًا). أظهرت النتائج أن 47% من المشاركين امتلكوا معرفة كافية بالإبلاغ عن التفاعلات الدوائية (أي أن 53% لديهم معرفة غير كافية)، في حين كان لدى 86.3% اتجاه إيجابي، ولم يقم أكثر من نصف المشاركين بالإبلاغ الفعلي، مع ارتباط عدم التدريب بانخفاض المعرفة والممارسة.

وتناولت دراسة (Sharkas, 2018) تقييم المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة باليقظة الدوائية والإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة لدى الأطباء في وزارة الصحة الأردنية، اتبعت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، وشملت عينة مكونة من 106 أطباء في 20 مركزًا صحيًا، واستُخدمت استبانة ذاتية التعبئة تضمنت 4 أجزاء: البيانات العامة، المعرفة، الاتجاهات، والممارسات، أظهرت النتائج انخفاضًا في المعرفة والممارسة؛ إذ بلغ متوسط المعرفة 1.5 ± 1.2 من 5، ومتوسط الممارسة 5.5 ± 1.8 من 15، بينما كانت الاتجاهات إيجابية بدرجة مرتفعة بمتوسط 9.3 ± 1.3 من 10. كما أفاد 95.2% من المشاركين بأنهم نادرًا أو لم يستخدموا نموذج الإبلاغ.

وأجرى (Öztürk & Dayapoğlu, 2019) دراسة حول الزواجي لدى 154 امرأة مصابة بالتصلب المتعدد (MS)في تركيا، وأظهرت النتائج أن مستوى التوافق الزواجي كان متوسطًا بوجه عام، وكان أدنى لدى المصابات بالنمط الثانوي التقدمي، كما انخفض التوافق الزواجي مع زيادة مدة الإصابة وتكرار دخول المستشفى وعدد النوبات.

وهدفت دراسة (Gidey et al., 2020) إلى تقييم معرفة واتجاهات وممارسات العاملين الصحيين حول الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة في إقليم تيغراي بإثيوبيا، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي بتوزيع 362 استبانة، استجاب منها 307 مشاركين (190 ممرضًا، 63 صيدليًا، و54 طبيبًا) بنسبة استجابة 84.8%، وأظهرت النتائج أن 58.3% من المشاركين كان لديهم معرفة ضعيفة، بينما أظهر 59.9% اتجاهات إيجابية، وامتلك 32.1% ممارسة جيدة للإبلاغ، كما ارتبطت الخبرة المهنية (10 سنوات فأكثر) بممارسة أفضل للإبلاغ.

وقام (Alwhaibi et al., 2020) بدراسة هدفت تقييم معرفة واتجاهات وممارسات صيادلة المستشفيات الحكومية تجاه اليقظة الدوائية في نجران بالمملكة العربية السعودية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي عبر استبانة ذاتية التعبئة استجاب لها 102 صيدلي (نسبة استجابة 70.3%)، وأظهرت النتائج أن 42% حددوا مفهوم اليقظة الدوائية بصورة صحيحة، و68.3% حددوا مفهوم التفاعل الدوائي الضار بدقة، بينما كان 95% على علم بنظام الإبلاغ، وأفاد 71.3% بسبق إبلاغهم عن تفاعلات دوائية ضارة.

وتناولت (Ruiz-Marin et al., 2021) التوافق الزواجي وعلاقته بالاضطرابات النفسية لنوعية الحياة ونوم 130 مريضًا بالسرطان، وأظهرت النتائج أن 15% من المرضى يعانون من ضعف التوافق الزواجي، ووجدت الدراسة ارتباطًا دالاً إحصائيًا بين ضعف التوافق الزواجي وارتفاع مستويات الاكتئاب والقلق والأرق والأفكار الانتحارية لدى المرضى.

وهدفت دراسة (Alwhaibi et al., 2022) إلى دراسة المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة باليقظة الدوائية لدى الممارسين الصحيين في السعودية، وتناولت الدراسة كادرًا صحيًا متعدداً بهدف قياس الفجوة بين المعرفة النظرية والممارسة الميدانية، وخلصت إلى وجود تفاوت ملموس في المعرفة والتطبيق الفعلي بين التخصصات الصحية، مع التوصية بأهمية تعزيز البرامج التدريبية المتخصصة.

هكما هدفت دراسة (Alsheikh & Alasmari, 2022) إلى تقييم معرفة واتجاهات وممارسات الصيادلة المجتمعيين بشأن اليقظة الدوائية في السعودية، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي وشملت 1172 صيدليًا مجتمعيًا عبر استبانة إلكترونية، وأظهرت النتائج أن 86.7% يعرفون المركز الوطني للتيقظ والسلامة الدوائية، و70.8% يعرفون نموذج الإبلاغ، و94% أقروا بأهمية الإبلاغ في رعاية المرضى، وخلصت الدراسة إلى وجود مستوى جيد نسبياً من المعرفة والاتجاهات لدى صيادلة المجتمع.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

وهدفت دراسة (Madae'en et al., 2025) إلى قياس المعرفة والاتجاهات والتصورات لدى طلبة الصيدلة في الأردن نحو اليقظة الدوائية، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي وشملت 370 طالبًا من الجامعات الأردنية، وأظهرت النتائج أن غالبية الطلبة يملكون اتجاهات إيجابية، إلا أن 61% فقط تلقوا تعليمًا في هذا المجال، و69% شعروا بالاستعداد للإبلاغ، وخلصت الدراسة إلى وجود تحسن في المعرفة مع استمرار النقص في الممارسة الفعلية، موصيةً بزيادة التطبيق العملي.

التعقيب على الدراسات السباقة:

يتبين من الدراسات السابقة أنها تناولت متغيري الدراسة بشكل منعزل، ولم تقم بالربط بين المتغيرين معا وهو ما ستقوم به الدراسة الحالية التي تحاول الربط بين التوافق الزواجي واليقظة الدوائية لدى فئة مهمة وهي فئة كبار السن المعانين من أمراض مزمنة وهم فئة تحتاج للاهتمام والرعاية، وبنفس الوقت تحاول دراستهم في البيئة العربية وتحديدا في الأردن وهو ما لم تتجه له أي من الدراسات السابقة، وتستفيد الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في صياغة مشكلة الدراسة واختيار المنهجية وتحديد الأدوات والاستعانة بها عند تطويرها في ومناقشة النتائج واثرائها.

حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: طبيعة العلاقة الارتباطية بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة

الحدود الزمانية تم تطبيق أدوات الدراسة من 2026/6/1-2026/7/1.

الحدود المكانية: العيادات الصحية الخاصة في محافظة عمان

الحدود البشرية: جميع كبار السن المراجعين للعيادات الصحية الخاصة المنتشرة في محافظة عمان والمصابين بأمراض مزمنة.

منهجية البحث الدراسة:

لتحقيق أهداف البحث الحالي تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي لمناسبته لأهداف الدراسة.

مجتمع الدراسة:

جميع كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة الذي تزيد أعمارهم عن 60 سنة.

عينة الدراسة:

تم توزيع المقياسين على جميع كبار السن المراجعين للعيادات الصحية حيث تم الاتفاق مع 20 عيادة صحية تم اختيارها عشوائيا في محافظة العاصمة عمان، على الطلب من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة على مدار شهر بالطلب من كبار السن تعبئة المقياسين حيث استجاب على المقياسين ما مقداره (320) فردا، ولا يوجد حصر محدد لمجتمع الدراسة.

أدوات الدراسة:

تم تطوير مقياسي الدراسة وتوزيعهم ورقيا على نماذج قوقل على كبار السن المصابين بأمراض مزمنة، وفيما يلي وصف للمقياسين:

أولا: مقياس اليقظة الدوائية

تم تطوير مقياس اليقظة الدوائية بتقديرات كبار السن بالاستعانة بالأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة كدراسة (Živanović et al, 2022; Tavares et al, 2025; El-Dahiyat et al, 2023) ويتكون من (30) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة وهي:

البعد الأول: اليقظة الدوائية للأدوية والمستحضرات العلاجية، وعدد فقراته (6) فقرات.

البعد الثاني: اليقظة الخاصة باللقاحات، وعدد فقراته (6) فقرات.

البعد الثالث: اليقظة الدوائية للمنتجات العشبية والتكميلية والبيولوجية، وعدد فقراته (6) فقرات.

البعد الرابع: الإبلاغ التلقائي عن التفاعلات الدوائية الضارة، وعدد فقراته (6) فقرات.

البعد الخامس: مشاركة المرضى والجمهور في اليقظة الدوائية، وعدد فقراته (6) فقرات.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

أولا: صدق مقياس اليقظة الدوائية:

1-الصدق الظاهري: بهدف التحقق من صدق مقياس اليقظة الدوائية، تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين البالغ عددهم (10) محكم من ذوي الخبرة والاختصاص في الإرشاد النفسي والتربية الخاصة والقياس والتقويم العاملين في الجامعات الأردنية بهدف التحقق من الصدق الظاهري، وتم الأخذ بملاحظتهم بعين وتعديل صياغة (5) فقرات.

2-**صدق البناء:** تم التحقق من الصدق البنائي لمقياس اليقظة الدوائية من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (30) كبار السن من داخل مجتمع الدراسة ومن خارج العينة الأساسية، حيث تم حساب معاملات الارتباط بين عبارات المقياس والبعد التابعة له، والدرجة الكلية للمقياس، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، وتعطي القيم الواردة بالجدول رقم 1 التالي يبين مؤشرات صدق بناء مقياس اليقظة الدوائية:

جدول1 : معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من مقياس اليقظة الدوائية والدرجة الكلية للمقياس ودرجة البعد

م	الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	م	الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	م	الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد
1	**0.54	**0.50	11	**0.59	21	**0.52	**0.66	**0.62
2	*0.45	*0.41	12	**0.51	22	*0.45	**0.60	**0.53
3	**0.69	**0.62	13	*0.41	23	*0.38	**0.58	**0.54
4	**0.61	**0.54	14	**0.64	24	**0.60	*0.44	*0.40
5	**0.58	**0.54	15	**0.70	25	**0.66	**0.58	**0.52
6	*0.47	*0.44	16	**0.75	26	**0.71	**0.53	**0.49
7	**0.64	**0.60	17	**0.73	27	**0.69	**0.64	**0.59
8	**0.62	**0.58	18	**0.64	28	**0.59	**0.70	**0.69
9	**0.71	**0.65	19	**0.60	29	**0.54	**0.68	**0.65
10	**0.77	**0.72	20	**0.58	30	**0.53	**0.62	**0.58

**** دالة عند مستوى 0.01 *دالة عند مستوى 0.05.**

يتبين من نتائج الجدول السابق أن جميع فقرات مقياس اليقظة الدوائية كانت مرتبطة مع البعد والدرجة الكلية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية بين (0.72-0.38) وبين الفقرة مع البعد بين (0.41-0.77). مما يدل على تمتع المقياس بدرجات مناسبة من صدق البناء الداخلي.

ثانيا: ثبات المقياس:

لإيجاد مؤشرات ثبات المقياس طبق على (30) فردا من كبار السن من خارج العينة المستخدمة بالدراسة، وحسبت دلالات ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا، والثبات بطريقة الإعادة للاختبار من خلال تطبيق الاختبار على عينة وإعادة تطبيقه بعد أسبوعين على نفس العينة، والجدول رقم 2 يوضح ذلك:

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

جدول2: معاملات الثبات لأبعاد مقياس اليقظة الدوائية والدرجة الكلية

البعد	عدد الفقرات	الاتساق الداخلي	الثبات بطريقة الإعادة للاختبار
اليقظة الدوائية للأدوية	6	0.87	0.88
اليقظة الخاصة باللقاحات	6	0.82	0.83
اليقظة الدوائية للمنتجات العشبية والتكميلية والبيولوجية	6	0.85	0.91
الإبلاغ التلقائي عن التفاعلات الدوائية الضارة	6	0.90	0.93
مشاركة المرضى والجمهور في اليقظة الدوائية	6	0.83	0.95
الدرجة الكلية	30	0.91	0.94

يتبين من نتائج التحقق من الثبات وجود مستويات مناسبة من الثبات حيث بلغت قيمة معامل الثبات لمقياس اليقظة الدوائية للدرجة بطريقة الاتساق الداخلي (0.91) وتراوحت للأبعاد بين (0.82-0.90) مما يشير إلى ثبات جيد جدا، كما بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة الإعادة للاختبار للدرجة الكلية (0.94) وللأبعاد تراوحت بين (0.83-0.95) وهي قيم مناسبة مما يشير إلى ثبات ممتاز.

تصحيح مقياس اليقظة الدوائية: تم استخدم مقياس ليكرت الخماسي للتقدير على المقياس (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة)، جميع الفقرات ذات اتجاه إيجابي، وتكون أعلى درجة يمكن الحصول عليها على المقياس (150) وأدنى درجة (30)، حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى مستوى مرتفع من اليقظة الدوائية، بينما الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض مستوى اليقظة الدوائية، ويتم الحكم على المستوى بالاعتماد على معادلة المدى من خلال المعيار التالي: من 1-2.33 مستوى منخفض من اليقظة الدوائية، ومن 2.34-3.67 مستوى متوسط من اليقظة الدوائية، ومن 3.68-5 مستوى مرتفع من اليقظة الدوائية.

ثانيا: مقياس التوافق الزواجي

تم تطوير مقياس التوافق الزواجي بتقديرات كبار السن بالاستعانة بالأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة كدراسة (Spanier, 1976; Fowers, & Olson, 1989; Busby et al, 1995)

ويتكون من (20) فقرة موزعة على أربعة أبعاد رئيسة وهي:

البعد الأول: الإجماع أو الاتفاق الثنائي، وعدد فقراته 5 فقرات

البعد الثاني: الرضا الثنائي، وعدد فقراته 5 فقرات

البعد الثالث: التماسك الثنائي، وعدد فقراته 5 فقرات

البعد الرابع: التعبير عن المودة، وعدد فقراته 5 فقرات

أولا: صدق مقياس التوافق الزواجي:

1-الصدق الظاهري: بهدف التحقق من صدق مقياس التوافق الزواجي، تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين البالغ عددهم (10) محكم من ذوي الخبرة والاختصاص في الإرشاد النفسي والتربية الخاصة والقياس والتقويم العاملين في الجامعات الأردنية بهدف التحقق من الصدق الظاهري، وتم الأخذ بملاحظتهم بعين وتعديل صياغة (7) فقرات.

2-**صدق البناء:** تم التحقق من الصدق البنائي لمقياس التوافق الزواجي من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (30) كبار السن من داخل مجتمع الدراسة ومن خارج العينة الأساسية، حيث تم حساب معاملات الارتباط بين عبارات المقياس والبعد التابعة له، والدرجة الكلية للمقياس، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، وتعطي القيم الواردة بالجدول رقم 3 التالي يبين مؤشرات صدق بناء مقياس التوافق الزواجي:

جدول 3 : معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من مقياس التوافق الزواجي والدرجة الكلية للمقياس ودرجة البعد

م	الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	م	الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	م	الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

1	**0.68	**0.62	8	**0.58	**0.52	15	**0.63	**0.61
2	**0.60	**0.52	9	**0.64	**0.62	16	**0.67	**0.62
3	**0.58	**0.53	10	**0.58	**0.54	17	**0.52	*0.48
4	*0.46	*0.41	11	**0.63	**0.59	18	**0.58	**0.53
5	**0.58	**0.53	12	**0.74	**0.70	19	**0.63	**0.58
6	**0.62	**0.58	13	**0.58	**0.54	20	**0.70	**0.66
7	**0.62	**0.59	14	**0.78	**0.73			

**** دالة عند مستوى 0.01 *دالة عند مستوى 0.05.**

يتبين من نتائج الجدول السابق أن جميع فقرات مقياس التوافق الزواجي كانت مرتبطة مع البعد والدرجة الكلية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية بين (0.41-0.73) وبين الفقرة مع البعد بين (0.46-0.78). مما يدل على تمتع المقياس بدرجات مناسبة من صدق البناء الداخلي.

ثانيا: ثبات المقياس:

لإيجاد مؤشرات ثبات المقياس طبق على (30) فردا من كبار السن من خارج العينة المستخدمة بالدراسة، وحسبت دلالات ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا، والثبات بطريقة الإعادة للاختبار من خلال تطبيق الاختبار على عينة وإعادة تطبيقه بعد أسبوعين على نفس العينة، والجدول رقم 4 يوضح ذلك:

جدول 4: معاملات الثبات لأبعاد مقياس التوافق الزواجي والدرجة الكلية

البعد	عدد الفقرات	الاتساق الداخلي	الثبات بطريقة الإعادة للاختبار
الإجماع أو الاتفاق الثنائي	5	0.77	0.84
الرضا الثنائي	5	0.75	0.83
التماسك الثنائي	5	0.79	0.89
التعبير عن المودة	5	0.80	0.82
الدرجة الكلية	20	0.83	0.90

يتبين من نتائج التحقق من الثبات وجود مستويات مناسبة من الثبات حيث بلغت قيمة معامل الثبات لمقياس التوافق الزواجي للدرجة بطريقة الاتساق الداخلي (0.83) وتراوحت للأبعاد بين (0.75-0.80) مما يشير إلى ثبات جيد جدا، كما بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة الإعادة للاختبار للدرجة الكلية (0.90) وللأبعاد تراوحت بين (0.82-0.89) وهي قيم مناسبة مما يشير إلى ثبات ممتاز.

تصحيح مقياس التوافق الزواجي: تم استخدم مقياس ليكرت الخماسي للتقدير على المقياس (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة)، جميع الفقرات ذات اتجاه إيجابي، وتكون أعلى درجة يمكن الحصول عليها على المقياس (100) وأدنى درجة (20)، حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى مستوى مرتفع من التوافق الزواجي، بينما الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض مستوى التوافق الزواجي، ويتم الحكم على المستوى بالاعتماد على معادلة المدى من خلال المعيار التالي: من 1-2.33 مستوى منخفض من التوافق الزواجي، ومن 2.34-3.67 مستوى متوسط من التوافق الزواجي، ومن 3.68-5 مستوى مرتفع من التوافق الزواجي.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

الأساليب الإحصائية

- تم استخدام معاملات الارتباط وكرونباخ ألفا وقيمة ت للتحقق من الصدق والثبات.
- تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة عن السؤال الأول والسؤال الثاني.
- تم استخراج معاملات ارتباط بيرسون للإجابة عن السؤال الثالث.
- للإجابة عن السؤال الرابع تم استخدام اختبار ت للعينات المستقلة.

تحليل ومناقشة نتائج البحث

كشفت نتائج التحليل الإحصائي لبيانات كبار السن عينة البحث عن النتائج التالية:

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشته: ما مستوى اليقظة الدوائية لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة في محافظة عمان؟

للإجابة عن السؤال الحالي تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف على مستوى اليقظة الدوائية، والجدول 5 التالي:

جدول5: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمقياس اليقظة الدوائية لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	التقدير
1	اليقظة الدوائية للأدوية والمستحضرات العلاجية	2.87	0.71	%57.4	1	متوسط
2	اليقظة الخاصة باللقاحات	2.81	0.74	%56.2	2	متوسط
3	اليقظة الدوائية للمنتجات العشبية والتكميلية والبيولوجية	2.80	0.76	%56.0	3	متوسط
4	الإبلاغ التلقائي عن التفاعلات الدوائية الضارة	2.46	0.64	%49.2	5	متوسط
5	مشاركة المرضى والجمهور في اليقظة الدوائية	2.66	0.71	%53.2	4	متوسط
	الدرجة الكلية	2.72	0.37	%54.4		متوسط

يتبين من نتائج السؤال الحالي أن مستوى اليقظة الدوائية لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة جاء بمستوى متوسط بالدرجة الكلية بمتوسط حسابي بلغ (2.72) وانحراف معياري (0.37) وبنسبة مئوية بلغت (54.4%)، كما جاءت الأبعاد بمستوى متوسط، وجاء أعلى بعد هو اليقظة الدوائية للأدوية والمستحضرات العلاجية، ثم بعد اليقظة الخاصة باللقاحات، ثم بعد اليقظة الدوائية للمنتجات العشبية والتكميلية والبيولوجية ثم بعد مشاركة المرضى والجمهور في اليقظة الدوائية، ثم بعد الإبلاغ التلقائي عن التفاعلات الدوائية الضارة. ويمكن تفسير ذلك إلى أن كبار السن ذوي الأمراض المزمنة يكتسبون مع مرور الوقت خبرة عملية في التعامل مع أدويتهم نتيجة الاستخدام المستمر والمتكرر، ويصبحون أكثر معرفة بأسماء بعض الأدوية ومواعيد تناولها وبعض الأعراض التي تظهر لديهم إلا أن هذه الخبرة لا تعني بالضرورة امتلاك معرفة علمية كافية بالآثار الجانبية أو التداخلات الدوائية، ومن التفسيرات المحتملة أن تعدد الأمراض والأدوية لدى أفراد العينة يجعل عملية متابعة العلاج أكثر تعقيدا، فكبار السن المصابين بأكثر من مرض قد يستخدم عددا من الأدوية في الوقت نفسه وقد تكون لكل دواء آثاره الجانبية وتعليماته الخاصة، مما قد يزيد العبء المعرفي لديهم المطلوب لمتابعة العلاج، وبنفس الإطار إن المعلومات التي يحصل عليها المسن عند وصف الدواء قد تكون مركزة على كيفية تناول الدواء أكثر من تركيزها على كيفية اكتشاف المشكلة الدوائية والتعامل معها، وكانت جميع الأبعاد بدرجة متوسطة نتيجة أن المسن لديه سلوكيات صحيحة لدى بعض أفراد العينة من مثل الالتزام بمواعيد الدواء أو استشارة الطبيب عند حدوث المشكلة، مقابل وجود ممارسات أخرى أقل انتظاما من مثل الاحتفاظ بقائمة محدثة لجميع الأدوية. وتتفق نتيجة

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

السؤال الحالي مع نتيجة دراسة(Gupta et al., 2015) وتتفق مع نتيجة دراسة (Seid et al., 2018) ودراسة (Sharkas, 2018) كما تتفق مع نتيجة دراسة (Gidey et al., 2020) ونتيجة دراسة (Alwhaibi et al., 2020) ومع نتيجة دراسة (Alwhaibi et al., 2022) دراسة(Madae'en et al., 2025) بينما تختلف مع نتيجة دراسة(Suyagh et al., 2015) كما تختلف مع نتيجة دراسة (Alshammari et al., 2015)كما تختلف مع نتيجة دراسة(Alsheikh & Alasmari, 2022)

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشته: ما مستوى التوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة في محافظة عمان؟

للإجابة عن السؤال الحالي تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف على مستوى التوافق الزواجي، والجدول 6 التالي:

جدول 6: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمقياس التوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	التقدير
1	الإجماع أو الاتفاق الثنائي	3.06	0.60	%61.2	1	متوسط
2	الرضا الثنائي	2.65	0.73	%51.2	3	متوسط
3	التماسك الثنائي	2.40	0.71	%48.0	4	متوسط
4	التعبير عن المودة	2.75	0.65	%55.0	2	متوسط
	الدرجة الكلية	2.70	0.41	%54.0		متوسط

يتبين من نتائج السؤال الحالي أن مستوى التوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة جاء بمستوى متوسط بالدرجة الكلية بمتوسط حسابي بلغ (2.70) وانحراف معياري (0.41) وبنسبة مئوية بلغت (54.0%)، كما جاءت الأبعاد بمستوى متوسط، وجاء أعلى بعد هو بعد الاجماع او الاتفاق الثنائي ثم تلاه التعبير عن المودة ثم تلاه الرضا الثنائي ثم جاء بالأخير التماسك الثنائي. ويفسر ذلك في ضوء طبيعة المرحلة العمرية والحالة الصحية لأفراد العينة فالإصابة بالأمراض المزمنة في مرحلة كبار السن لا تؤثر في الجانب الصحي فقط، وانما قد تفرض على الزوجين إعادة تنظيم حياتهما اليومية، وتعديل بعض الأدوار والمسؤوليات، والتكيف مع القيود التي قد تفرضها حالتهم الصحية، والمرض المزمن قد يزيد من الاعتماد المتبادل بين الزوجين فمع التقدم في العمر قد يحتاج احد الزوجين بتحمل أعباء الرعاية بصورة مستمرة، كما يفسر بأن التوافق الزواجي يتأثر بتغير طبيعة الحياة المشتركة، فكثير من الأزواج ينتقلون من حياة كانت قائمة على العمل وتربية الأبناء والنشاط الاجتماعي إلى حياة أكثر هدوءا، وقد تصبح الصحة والمرض والعلاج من الموضوعات المركيزة في حياتهم اليومية، كما قد يمثل المرض المزمن مصدرا للضغط النفسي لدى الزوجين فالتعامل المستمر مع الأعراض والعلاج والخوف من تدهور الحالة الصحية وعدم اليقين بشأن المستقبل كلها عوامل يمكن ان تستنزف الموارد النفسية للزوجين، كما قد يكون التوافق الزواجي بمستوى متوسط ناتجا عن وجود عاملين متعاكسين في الوقت نفسه فمن ناحية، يمكن أن يؤدي طول سنوات الزواج إلى زيادة الألفة والمعرفة المتبادلة والخبرة في التعامل مع الخلافات والظروف الصعبة، ويمكن للأمراض المزمنة والتقدم في العمر أن يفرضا أعباء جديدة لم تكن موجودة في المراحل السابقة من الحياة الزوجية، ولذلك قد يستطيع الزوجان المحافظة على علاقتهما وتجنب الانهمار او الصراع الشديد، ولكن في الوقت نفسه لا يستطيعان الوصول الى مستوى مرتفع جدا من الرضا والتوافق بسبب الضغوط الصحية والوظيفية والاجتماعية المستمر، كما ان المستوى المتوسط قد يعكس قدرة الزوجين على التكيف مع المرض دون ان يعني ذلك خلو العلاقة من الضغوط، ويمتلك خبرة طويلة في الحياة الزوجية تساعدهم في المحافظة على قدر من الاستقرار والتوافق رغم المرض، فالزواج طويل المدى قد يكون قد مر عبر سنوات من الازمات والخبرات المشتركة، مما يوفر للزوجين انماطا متراكمة في التواصل وحل المشكلات وتقاسم المسؤوليات، ويمكن ان يحافظ الزوجان على مستوى متوسط من التوافق حتى عندما تزداد الأعباء الصحية، وتتفق مع نتيجة دراسة(Dunn et al., 1994) كما تتفق مع نتيجة دراسة (Öztürk & Dayapoğlu, 2019) (Ruiz-Marin et al., 2010) (Ascher et al., 2010) بينما تختلف مع نتيجة دراسة

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

2021)

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشته: هل يوجد علاقة ارتباطية بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى عينة من كبار السن المصابين بأمراض مزمنة في محافظة عمان؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج معامل ارتباط بيرسون بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة، والجدول 7 التالي يبين النتائج

جدول7: معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة

البعد	الاتفاق الثنائي	الرضا الثنائي	التماسك الثنائي	التعبير عن المودة	الدرجة الكلية
اليقظة الدوائية للأدوية والمستحضرات العلاجية	**0.28	**0.33	**0.24	**0.31	**0.35
اليقظة الخاصة باللقاحات	*0.17	*0.19	*0.20	**0.25	**0.29
اليقظة الدوائية للمنتجات العشبية والتكميلية والبيولوجية	**0.22	**0.30	**0.28	**0.34	**0.39
الإبلاغ التلقائي عن التفاعلات الدوائية الضارة	**0.41	**0.25	**0.31	**0.24	**0.41
مشاركة المرضى والجمهور في اليقظة الدوائية	**0.20	**0.26	**0.24	**0.31	**0.32
الدرجة الكلية	**0.31	**0.29	**0.28	**0.34	**0.44

****دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01).**

يتبين من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية ارتباطية إيجابية دالة إحصائيا بين مستوى اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي حيث بلغ معامل الارتباط بين المتغيرين بالدرجة الكلية من وجهة نظر الأمهات (0.44) كما تبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي في جميع الأبعاد، بمعنى أنه كلما زاد مستوى اليقظة الدوائية لدى كبار السن زاد لديهم التوافق الزواجي، وكذلك العكس صحيح، ويمكن تفسير ذلك بأن الأسرة والعلاقة الزواجية تمثلان سياقا مهما لإدارة المرض المزمن والعلاج الدوائي، فكلما كان الزوجان أكثر قدرة على التواصل والتعاون وتقاسم المسؤولية في مواجهة المتطلبات الصحية، وقد أصبح من المتوقع أن يظهر لدى المسن اهتمام أكبر بمتابعة أدويته والانتباه إلى أثارها ومشكلاتها والتعامل معها بصورة أكثر انتظاما، وقد يكون التوافق الزواجي المرتفع بيئة داعمة لليقظة الدوائية، فالزواج أو الزوجة المتوافقان قد يتبادلان المعلومات المتعلقة بالعلاج، ويذكر أحدهما الاخر بمواعيد الدواء، ويراقبان ظهور الاعراض غير المعتادة ويشجعان على مراجعة الطبيب عند حدوث مشكلة، وهذا التفسير يجد دعما مباشرا في إدارة الأدوية ارتبطت بانخفاض العبء على مقدم الرعاية، كما يمكن تفسير العلاقة في الاتجاه المقابل أيضا أي ان ارتفاع اليقظة الدوائية قد يسهم في تخفيض بعض مصادر التوتر داخل الحياة الزوجية، فالمسن الذي ينتبه إلى ادويته وبتابع اعراضه وبعرف متى يحتاج إلى استشارة الطبيب، وقد يكون أقل عرضة لبعض المشكلات التي قد تؤدي إلى اضطراب الروتين الأسري أو زيادة اعتماد احد الزوجين على الآخر بصورة مفاجئة، كما يمكن تفسير العلاقة الإيجابية نظرا لأن التوافق الزواجي يعكس في جانب منه جودة التواصل بين الزوجين فالزوجان المتوافقان يكونان أكثر قدرة على الحديث عن المشكلات الصحية وطلب المساعدة وتبادل المعلومات واتخاذ القرارات بصورة مشتركة، كما قد تؤدي العلاقة الزوجية المتوترة إلى تجنب الحديث عن المرض أو الدواء أو عدم التعاون في متابعة العلاج. وتتفق النتيجة الحالية مع نتيجة دراسة(Flor et al., 1987) ومع نتيجة دراسة(Lewis et al., 1989) ، ومع نتيجة دراسة(Revenson & Majerovitz, 1991) ودراسة(Daneker et al., 2001) وتختلف مع نتيجة دراسة (Rhee & Lee, 2013)

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع ومناقشته: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس؟

للإجابة عن السؤال تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياسي اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي في ضوء الجنس (ذكور، إناث)، ولذلك تم استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة للمقارنة بين المتوسطات الحسابية، والجدول 8 التالي

جدول 8: اختبار (ت) للعينات المستقلة لمقارنة المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياسي اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة

المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
اليقظة الدوائية	ذكر	90	2.57	0.47	318	-4.71	0.00
	انثى	230	2.78	0.31			
التوافق الزواجي	ذكر	90	2.74	0.37	318	0.58	0.53
	أنثى	230	2.71	0.42			

يوضح الجدول السابق لنتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة لمقارنة المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على عدم وجود فروق في التوافق الزواجي تبعاً للجنس حيث بلغت قيمة ت (0.58)، بينما يتبين وجود فروق لدى كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة في اليقظة الدوائية حيث بلغت قيمة ت (4.71) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية (α=0.01) ولصالح الإناث اللواتي يمتلكن يقظة دوائية أفضل من الذكور. ويمكن تفسير ذلك بأن المرأة قد تكون أكثر انتباها للتفاصيل المرتبطة بالصحة والمرض والأدوية، وأكثر متابعة للأعراض والتغيرات التي قد تظهر بعد تناول الدواء، وهو ما قد ينعكس على قدرتها في ملاحظة الآثار الجانبية والاستفسار عنها ومتابعة التعليمات العلاجية، وتدعم الأدلة هذا التفسير بصورة غير مباشرة، كما أن المرأة قد تكون أكثر انتباها للتغيرات الجسدية واكثر ميلا إلى طلب المعلومات الصحية والتواصل مع مقدمي الرعاية الصحية، وقد يكون الوعي الصحي احد التفسيرات المحتملة لهذه النتيجة، فهناك ارتباط بين الثقة الصحية والقدرة على التعامل مع الادوية لدى كبار السن المصابين بأمراض مزمنة، أما فيما يتعلق بالتوافق الزواجي في مرحلة كبر السن فهو يمثل نتاجا تراكميا للعلاقة الزوجية عبر سنوات طويلة وليس سلوكا صحيا محددا يمكن أن يتأثر بالجنس بالدرجة نفسها، التي قد تتأثر بها اليقظة الدوائية، فبعد سنوات طويلة من الحياة المشتركة قد تكون الخبرات المشتركة والتكيف مع المرض وتقاسم المسؤوليات وأساليب التواصل قد أسهمت في بناء مستوى من التوافق لدى كلا الزوجين، كما أن التوافق الزواجي قد يكون اكثر ارتباطا بالتواصل والدعم المتبادل وطريقة إدارة المرض داخل العلاقة من ارتباطه بجنس الزوج. وتتفق نتيجة السؤال الحالي مع نتيجة دراسة (Northouse et al., 2000)

توصيات الدراسة

بناء على نتائج الدراسة فإنه يوصى بما يلي:

- العمل على تحسين المعرفة باليقظة الدوائية من خلال برامج متخصصة يقدمها المرشدون لدى كبار السن
- العمل على مساعدة كبار السن لتحسين التوافق الزواجي بما ينعكس على حياتهم النفسية.
- الاستفادة من جانب كالتوافق الزواجي للعمل على تنمية اليقظة الدوائية لدى كبار السن
- الاستفادة من اليقظة الدوائية المرتفعة لدى النساء وتشجيع الرجال على الالتزام باليقظة الدوائية كما تفعل النساء.
- تقديم برامج مشتركة لدى كل من الرجال والنساء فيما يتعلق بالتوافق الزواجي.
- اجراء مزيد من الدراسات التي تدعم اليقظة الدوائية والتوافق الزواجي لدى كبار السن المصابين بأمراض مزمنة.

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

المراجع

1. Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., Vitalicia, L., Rogers, A. B., Wegener, S. T., & Dudeney, J. (2025). Prevalence of depression and anxiety among adults with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 8(3), Article e250268. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0268
2. Alsheikh, M. Y., & Alasmari, M. M. (2022). A national survey of community pharmacists' viewpoints about pharmacovigilance and adverse drug reaction reporting in Saudi Arabia. Frontiers in Pharmacology, 13, Article 819551. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.819551
3. Alwhaibi, M., AlRuthia, Y., Balkhi, B., Alshammari, T. M., Albekairy, A. M., Alshaya, O. A., Alalwan, A. A., & Alhawassi, T. M. (2022). Knowledge, attitudes, and practices related to pharmacovigilance among healthcare professionals in Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal, 30(1), 34–40. https://doi.org/10.1016/j.jsps.2021.10.004
4. Ascher, E. A., Sturm, V. E., Seider, B. H., Holley, S. R., Miller, B. L., & Levenson, R. W. (2010). Relationship satisfaction and emotional language in frontotemporal dementia and Alzheimer disease patients and spousal caregivers. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 24(1), 49–55. https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181bd66a3
5. Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. Journal of Marriage and the Family, 62(4), 964–980. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
6. Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. Journal of Marital and Family Therapy, 21(3), 289–308. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x
7. Daneker, B., Kimmel, P. L., Ranich, T., & Peterson, R. A. (2001). Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. American Journal of Kidney Diseases, 38(4), 839–846. https://doi.org/10.1053/ajkd.2001.27704
8. Dunn, S. A., Lewis, S. L., Bonner, P. N., & Meize-Grochowski, R. (1994). Quality of life for spouses of CAPD patients. ANNA Journal, 21(5), 237–246.
9. El-Dahiyat F, Abu Hammour K, Abu Farha R, Manaseer Q, Al Momanee A, Allan A, Alkhawaldeh R. Jordanians' knowledge, attitude and practice regarding adverse drug reactions reporting. Saudi Pharm J.(2023). Jul;31(7):1197-1201. doi: 10.1016/j.jsps.2023.05.016. Epub 2023 May 18. PMID: 37273263; PMCID: PMC10236368.
10. Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, O. B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences. Journal of Psychosomatic Research, 31(1), 63–71. https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90099-7
11. Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH marital inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. Journal of Marital and Family

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

Therapy, 15(1), 65–79. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x
12. Gidey, K., Seifu, M., Hailu, B. Y., Asgedom, S. W., & Niriayo, Y. L. (2020). Healthcare professionals knowledge, attitude and practice of adverse drug reactions reporting in Ethiopia: A cross-sectional study. BMJ Open, 10(2), Article e034553. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034553
13. Gupta, S. K., Nayak, R. P., Shivaranjani, R., & Vidyarthi, S. K. (2015). A questionnaire study on the knowledge, attitude, and the practice of pharmacovigilance among the healthcare professionals in a teaching hospital in South India. Perspectives in Clinical Research, 6(1), 45–52. https://doi.org/10.4103/2229-3485.148816
14. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52(3), 511–524. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511
15. International Association for the Study of Pain. (2023). Definitions of chronic pain syndromes. IASP.
16. Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Systematic review of the relationship between couple dyadic adjustment and family health. Children, 8(6), 491. https://doi.org/10.3390/children8060491
17. Lewis, F. M., Woods, N. F., Hough, E. E., & Bensley, L. S. (1989). The family's functioning with chronic illness in the mother: The spouse's perspective. Social Science & Medicine, 29(11), 1261–1269. https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90066-X
18. Madae'en, S., Dmour, I., Alrosan, A. Z., Alwidyan, T., Alrosan, K., Alqhewii, T., Alnsairat, A., Madain, R., & Smadi, T. (2025). Pharmacovigilance in pharmacy education: Students' knowledge, attitude and perception: A cross-sectional study in Jordan. Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 17(11), Article 102442. https://doi.org/10.1016/j.cptl.2025.102442
19. Nakonezny, P. A., & Denton, W. H. (2008). Marital relationships: A social exchange theory perspective. The American Journal of Family Therapy, 36(5), 402–412. https://doi.org/10.1080/01926180701647264
20. National Institute on Aging. (2022). What do we know about healthy aging? National Institutes of Health.
21. Northouse, L. L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S., & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. Social Science & Medicine, 50(2), 271–284. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00281-6
22. Öztürk, S., & Dayapoğlu, N. (2019). Women with multiple sclerosis and marital adjustment: A sample from Turkey. The American Journal of Family Therapy, 47(3), 137–147. https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1632755
23. Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. Pain, 161(9), 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

24. Revenson, T. A., & Majerovitz, S. D. (1991). The effects of chronic illness on the spouse: Social resources as stress buffers. Arthritis Care & Research, 4(2), 63–72. https://doi.org/10.1002/art.1790040203
25. Rhee, Y. S., & Lee, I. J. (2013). A study on the relationship between difficulties in emotion regulation and marital adjustment in cancer patients and their spouses. Health and Social Welfare Review, 33(1), 629–663. https://doi.org/10.15709/hswr.2013.33.1.629
26. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 15(2), 175–183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203
27. Ruiz-Marín, C. M., Molina-Barea, R., Slim, M., & Calandre, E. P. (2021). Marital adjustment in patients with cancer: Association with psychological distress, quality of life, and sleep problems. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(13), Article 7089. https://doi.org/10.3390/ijerph18137089
28. Schumm, W. R., Scanlon, E. D., Crow, C. L., Green, D. M., & Buckler, D. L. (1983). Characteristics of the Kansas Marital Satisfaction Scale in a sample of 79 married couples. Psychological Reports, 53(2), 583–586. https://doi.org/10.2466/pr0.1983.53.2.583
29. Seid, M. A., Kasahun, A. E., Mante, B. M., & Gebremariam, S. N. (2018). Healthcare professionals' knowledge, attitude and practice towards adverse drug reaction reporting at the health center level in Ethiopia. International Journal of Clinical Pharmacy, 40(4), 895–902. https://doi.org/10.1007/s11096-018-0682-0
30. Shafei, L., Mekki, L., Maklad, E., Alhathal, T., Ghanem, R., Almalouf, R., Stewart, D., & Nazar, Z. (2023). Factors that influence patient and public adverse drug reaction reporting: A systematic review using the theoretical domains framework. International Journal of Clinical Pharmacy, 45(4), 801–813. https://doi.org/10.1007/s11096-023-01591-z
31. Sharkas, G. F. (2018). Survey on the knowledge, attitudes and practices of physicians towards pharmacovigilance in Jordanian health centres. International Health, 10(5), 363–370. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy029
32. Solanke, B. P., Birhare, P., Sinha, S., & Dahiya, N. (2024). A questionnaire-based study on the knowledge, attitude and practice on pharmacovigilance among pharmacists and nursing staff at teaching hospitals. Medical Journal, Armed Forces India, 80(Suppl. 1), S167–S173. https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2023.03.005
33. Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38(1), 15–28. https://doi.org/10.2307/350547
34. Suyagh, M., Farah, D., & Abu Farha, R. (2015). Pharmacists' knowledge, practice and attitudes toward pharmacovigilance and adverse drug reactions reporting process. Saudi Pharmaceutical Journal, 23(2), 147–153. https://doi.org/10.1016/j.jsps.2014.07.001
35. Tavares, S. S., Cruz, L. N., Castro, J., & Lopes, L. C. (2025). Barriers to and facilitators of healthcare professionals in ADR reporting in a tertiary care hospital in India. BMJ Open, 25(166), https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-

DOI: https://doi.org/10.33193/JEAHS.54.2026.819
e-ISSN: 2709-071X
p-ISSN: 2709-0701
مجلة العلوم التربوية والإنسانية
Journal of Educational and Human Sciences
www.jeahs.com
Volume (54) - November 2026
العدد (54) - نوفمبر 2026

12139-w
36. Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Luda, E., Nicholl, B., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W. S., & Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain, 160(1), 19–27. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384
37. World Health Organization. (2004). Pharmacovigilance: Ensuring the safe use of medicines. World Health Organization.
38. World Health Organization. (2006). The safety of medicines in public health programmes: Pharmacovigilance an essential tool. World Health Organization.
39. World Health Organization. (2012). Definition and application of terms for vaccine pharmacovigilance. World Health Organization.
40. World Health Organization. (2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155010-9.
41. World Health Organization. (2025). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). World Health Organization. ISBN 978-92-4-010372-6.
42. World Health Organization. (2025). Pharmacovigilance strategies and safety monitoring of medicinal products. World Health Organization.
43. Zhou, X., Zhang, X., & Patel, A. (2018). Choosing appropriate theories for understanding hospital reporting of adverse drug events: A theoretical domains framework approach. BMC Health Services Research, 18(1), Article 512. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3331-x
44. Živanović, D., Javorac, J., Stojkov, S, Show all 6 authors. (2022). Measuring pharmacovigilance knowledge and attitudes among healthcare sciences students: development and validation of a universal questionnaire. Pharmacy, 10(2), 32. https://doi.org/10.3390/pharmacy10020032