

## تقييم الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية

د. أسامة سعيد بعجانو \*

(تاريخ الإيداع ٢٠٢٦ / ٢ / ٣ - تاريخ النشر ٢٠٢٦ / ٤ / ٨)

### □ ملخص □

تعتبر السكتة الدماغية السبب الثالث للوفاة والإعاقة في العالم وتشكل عبئاً اقتصادياً كبيراً متعلقاً بالصحة، ويتزايد عبء السكتة الدماغية باستمرار بسبب التغيرات الديموغرافية وعوامل الخطر القابلة للتعديل. لذا هدفت الدراسة الوصفية الحالية الى تحديد مستوى الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية. وذلك عند عينة متاحة مكونه من ٥٠ مريضة سكتة دماغية بمشفى اللاذقية الجامعي. وجمعت البيانات باستخدام استبيان مطور من قبل الباحث، حيث أظهرت الدراسة أن ٩٢% من المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالعلاج وسير المرض. وأن ٨٨% لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالمحور الجسماني. و ٧٢% لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بمحور الحمية الغذائية. وقد أوصت الدراسة على تطوير وتصميم منشورات وكتيبات تثقيفية تكون جزء من برامج تثقيفية لنشر الوعي والمعرفة حول مرض السكتة الدماغية، أسبابه ومضاعفاته وعلاجاته.... وجعل ذلك جزءاً من مسؤوليات المتقنين الصحيين والممرضين.

**الكلمات المفتاحية:** الاحتياجات التعليمية, السكتة الدماغية.

\* مدرس في قسم البالغين الباطني الجراحي في التمريض- الوكيل الإداري-رئيس قسم تمريض البالغين - كلية التمريض- جامعة الأندلس الخاصة للعلوم الطبية- طرطوس-القدموس /هـ: ٠٩٦٨٤٧٢٦١٨ /إيميل: osamasaied20232023@gmail.com

## Assessment the educational needs of stroke patients

Dr. Osama Saied Bajano\*

(Received 3/2/2026.Accepted 8/4/2026)

### □ABSTRACT □

Stroke is the third leading cause of death and disability worldwide and represents a significant economic burden related to health. The burden of stroke is constantly increasing due to demographic changes and modifiable risk factors. Therefore, the current descriptive study aimed to assess the educational needs of stroke patients. The study was conducted using a convenience sample of 50 stroke patients at Lattakia University Hospital. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher. The study revealed that 92% of patients had a high level of educational needs related to treatment and disease progression. 88% had a high level of educational needs related to the physical aspect, and 72% had a high level of educational needs related to the dietary aspect. The study recommended the development and design of educational publications and brochures to be incorporated into educational programs aimed at raising awareness and knowledge about stroke, its causes, complications, and treatments. This should be made part of the responsibilities of health educators and nurses.

**Keywords:** Educational needs, stroke.

\*Phd in adult Nursing - Lecturer at Al-Andalus University for Medical Sciences- Administrative Assistant- Head of the Adult Nursing Department - College of Nursing -Qadmus, Tartus, Syria Arab Republic- tel /0968472618/ Email:osamasaied20232023@gmail.com

## ١ - المقدمة:

السكتة الدماغية هي من أهم الأسباب الرئيسية للوفيات والعجز في العالم، ولها تأثيرات في الصحة وجودة الحياة، وتعتمد أنواع الإعاقات التي يمكن توقع حدوثها على أجزاء الدماغ التي تأثرت بالسكتة الدماغية نفسها؛ حيث يمكن أن تتأثر منطقة أو أكثر من الدماغ بتلك السكتة، مما يسبب مضاعفات مختلفة مثل مشاكل النطق واللغة وفقدان القدرة على الحركة والاضطرابات العاطفية ومشاكل الرؤية واضطراب التوازن والدوار وانخفاض في قدرات الرعاية الذاتية، ومن أهم عوامل الخطورة للإصابة بها ارتفاع الضغط، التدخين، السمنة، ارتفاع الكوليسترول، السكري، الرجفان الأذيني والإصابة بنوبة إقفارية عابرة (O'Donnell et al., 2010). تعرف منظمة الصحة العالمية (2022) (The World Health Organization) (WHO) السكتة الدماغية بأنها مرض دماغي وعائي يحدث بسبب انقطاع إمداد الدماغ بالدم إما بسبب تمزق الأوعية الدموية، فتدعى السكتة الدماغية النزفية (Haemorrhagic Stroke (HS)، والتي تشكل ١٥% من الإصابات أو بسبب الانسداد بخرثرة فتدعى السكتة الدماغية الإقفارية (Ischaemic Stroke (IS)، وهي الأكثر شيوعاً والتي تشكل ٨٠% من الإصابات، وتوجد حالة أخرى مشابهة هي النوبة الإقفارية العابرة (TIA) Transient Ischemic Attack وأحياناً تدعى السكتة أو النوبة الصغيرة حيث يتم وقف وصول الدم إلى الدماغ لفترة قصيرة والضرر الذي يصيب خلايا الدماغ ليس دائماً، ولكن إذا تمت الإصابة بها كبدائية، فالخطر يزداد بالإصابة بسكتة دماغية لاحقاً (Lawrence et al., (WHF., 2022); Han et al., 2011). (2010).

حسب احصائيات منظمة الصحة العالمية، يصاب كل سنة حوالي ١٥ مليون شخص بالسكتة. وبذلك تصل نسبة الإصابة حوالي ٢٥٠ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص، وتعتبر السكتات السبب الثالث للوفاة بعد أمراض القلب والسرطانات، والسبب الثاني للوفاة بعد سن الستين، حيث يموت حوالي ٥,٥ مليون شخص (٣ مليون امرأة و٢,٥ مليون رجل) بسبب السكتات، أيضاً تعتبر السكتات السبب الأول لحالة العجز الجسدي وفقدان الاعتماد على الذات، إذ يصاب ٥ مليون شخص كل سنة بدرجة مختلفة من العجز، وتعتبر السكتات السبب الثاني للعتة بعد داء الزهايمر، ويدعى هنا بالعتة الوعائي (Feigin., 2022). أظهرت أحدث بيانات لمنظمة الصحة العالمية المنشورة عام (٢٠٢٢) أن الوفيات الناجمة عن السكتة الدماغية في سوريا بلغت ٩,٨٠% من إجمالي الوفيات وهي السبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب ويبلغ معدل الوفيات حسب العمر ٧٩,٣١ لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان مما يضع سوريا في المرتبة ٩٥ في العالم (WSO., 2022).

في دراسة وبائية لـ "١٥٠" مريضاً قبلوا في قسم الأمراض الباطنة في مشفى تشرين الجامعي بتشخيص حادث وعائي دماغي خلال مدة الدراسة والتي استمرت عاماً واحداً، مع الإشارة لعدم توفر بيانات إحصائية محلية عن معدلات الحدوث في أعوام سابقة للمقارنة، حيث توزع المرضى على الشكل الآتي: "٧٩" أنثى: ٥٢,٦٦% من الحالات، و "٧١" ذكراً: ٤٧,٣٣% من الحالات، لوحظ ازدياد تدريجي في معدل الحدوث بدءاً من العقد الخامس من العمر، ليبلغ ذروته في العقد الثامن (٣١% من الإصابات) ولدى كلا الجنسين (Gony et al., 2006).

تقييم الاحتياجات هو عملية لتحديد وتلبية الاحتياجات، أو "الفجوات"، بين الظروف الراهنة والأوضاع المطلوب الوصول إليها، وغالبا ما تستخدم لتحسين أفراد أو برامج التعليم والتدريب، والمنظمات، أو المجتمعات المحلية، ويمكن أن تكون الحاجة هي الرغبة في تحسين الأداء الحالي أو لتصحيح نقص ما، وبالنسبة لمرضى السكتة الدماغية فإن عملية تحديد الاحتياجات التعليمية تعتبر بمثابة المؤشر الذي يوجه عملية تثقيفهم نحو الاتجاه الصحيح، بحيث يمكنه تحقيق كفاءة وحسن رعايتهم الذاتية والارتقاء بسلوكهم الصحي بما يخدم تلبية هذه الاحتياجات، وقد شددت الكثير من الدراسات على أهمية تحديد الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية، لأن نجاح أي برنامج تثقيفي لهم إنما يقاس بمدى التعرف إلى هذه الاحتياجات التعليمية وحصرها وتجميعها، كما أن أي برنامج تثقيفي لا يؤسس على قياس علمي للاحتياجات التعليمية بدقة ومهارة يجعل من هذا البرنامج جهدا لا جدوى منه، وتعتبر الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية المرتبطة بالحماية الغذائية وسير المرض وعلاجه، من أهم الجوانب التي تعترى إشكالية الاحتياجات التعليمية السكتة الدماغية ( Mutooly,2016).

ومن تلك الدراسات دراسة لتقييم الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية ومقدمي الرعاية لهم: مراجعة منهجية للأدبيات، وقد أظهرت النتائج أنه تم الإبلاغ من قبل مرضى السكتة الدماغية ومقدمي الرعاية عن احتياجات تعليمية متعددة ومتنوعة، لم يتم تلبيتها في كثير من الأحيان. وتركزت هذه الاحتياجات على المعرفة المتعلقة بالجوانب السريرية للسكتة الدماغية، والوقاية منها، وعلاجها، والتعافي الوظيفي. وشملت الاحتياجات الأكثر شيوعاً لمقدمي الرعاية ما يتعلق بنقل المرضى ورفعهم، والتمارين الرياضية، والتغيرات النفسية، والقضايا الغذائية. وقد أبدى المرضى ومقدمي الرعاية رغبتهم في الحصول على معلومات مصممة خصيصاً لحالتهم (Thóra et al., 2011).

دراسة أخرى في أميركا بعنوان اعتبارات واستراتيجيات لتثقيف مرضى السكتة الدماغية الذين يعانون من عجز عصبي. والتي هدفت الدراسة إلى زيادة الوعي وتوفير المعلومات لمقدمي الرعاية الصحية لتوجيه استراتيجياتهم التعليمية بشأن العقبات المحتملة التي قد تواجههم أثناء تثقيف المرضى الذين يعانون من عجز عصبي. وقد خلصت النتائج بأنه لا يُعد تثقيف المرضى حول عوامل الخطر الشخصية مؤشراً للجودة لبرامج السكتة الدماغية المعتمدة من قبل اللجنة المشتركة فحسب، بل يرتبط التثقيف أيضاً بانخفاض معدلات إعادة الإدخال إلى المستشفى. ومع ذلك، فإن تنوع العجز العصبي الذي يُلاحظ لدى مرضى السكتة الدماغية قد يُشكل عائقاً تعليمياً كبيراً. حيث إن فهم تعقيد وتأثير العجز العصبي الذي يُصيب المرضى الذين أصيبوا بسكتة دماغية قد يُساهم في تحسين جهود الوقاية الثانوية. يُعد مقدمو الرعاية الصحية القادرون على تقييم الاحتياجات التعليمية بشكل كامل، واستخدام هذه المعرفة لتخصيص التثقيف الصحي حول السكتة الدماغية، عنصراً أساسياً في تحسين نتائج علاج السكتة الدماغية من خلال إدارة عوامل الخطر والكشف المبكر عن السكتة الدماغية المتكررة (Laura et al.,2013).

إن جودة العلاقة بين عناصر التمريض والمريض مهمة لكلا الطرفين، فكلما كانت العلاقة أفضل من ناحية الاحترام المتبادل والمعرفة والثقة والقيم المشتركة ووجهات النظر حول المرض والحياة والوقت المتاح، تحسنت كمية وجودة المعلومات المرتبطة بالحالة المرضية للمريض والتي تنتقل في كلا الاتجاهين؛ مما يعمل على تعزيز دقة التشخيص وزيادة معرفة المريض حول حالته المرضية. من هنا نجد مدى أهمية المعلومات

التي يقدمها الكادر التمريضي للمرضى وذلك انطلاقاً من تلك العلاقة المبنية على الثقة والاحترام المتبادل، وهذا الأمر يفرض على مقدمي الرعاية التمريضية القيام بالكثير من الجهود الحثيثة لزيادة معلوماتهم ومعرفتهم حول الخطط العلاجية لجميع الأمراض ومنها مرض السكتة الدماغية والعمل على نقل هذه المعرفة للمرضى المفكرين لها وترسيخ مبدأ مشاركة المريض في تقييم خطة علاجه من خلال تثقيفه ورفع مستوى معرفته حول حالته المرضية.

## ١. أهمية البحث وأهدافه:

### أهمية البحث:

تنبثق أهمية هذه الدراسة من كونها تهدف إلى تقييم الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية والتي تعتبر حجر الزاوية في أي برنامج تثقيفي يتم لدعم المرضى المستهدفين، حيث يحدد مستوى هذه الاحتياجات ماهية المعلومات المطروحة في البرنامج المنشود، ومن هنا نجد أن عملية تحديد الاحتياجات التعليمية تعتبر بمثابة المؤشر الذي يوجه عملية تقديم الرعاية الصحية نحو الاتجاه الصحيح، بحيث يمكن تحقيق كفاءة وحسن أداء الممرضين وعناصر الفريق الصحي الآخرين والارتقاء بمهاراتهم وسلوكهم وتوجيه تفكيرهم واعتقاداتهم الصحية بما يتفق مع تصحيح اتجاهات المرضى واحتياجاتهم الفعلية، وقد تم التشديد دائماً على أهمية تحديد الاحتياجات التعليمية للمرضى سواء كانوا مزمين أم مؤقتين، لأن نجاح أي برنامج تثقيفي أو تعليمي إنما يقاس بمدى التعرف إلى مستوى الاحتياجات التعليمية وحصصها وتجميعها، كما أن أي برنامج صحي لا يؤسس على قياس علمي للاحتياجات التعليمية بدقة ومهارة يجعل من البرنامج التعليمي جهداً لا جدوى منه.

### هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية.

## مواد وطرق البحث

### ➤ مواد البحث

تصميم البحث: البحث وصفي

مكان البحث: أجري هذا البحث في قسم الداخلية العصبية في مشفى الجامعي باللاذقية .

زمان البحث: أجريت هذه الدراسة في الفترة الواقعة بين ٢٠٢٥/٤/١ ولغاية ٢٠٢٥/٦/٣٠

عينة البحث: أجريت الدراسة على عينة قوامها ٥٠ مريض/ة من مرضى السكتة الدماغية، واخذت بطريقة العينة المتاحة.

أداة البحث: تم جمع بيانات البحث الحالي باستخدام أداتين: الأداة الأولى وتحتوي جزأين هما:

أولاً. المعلومات الديموغرافية: (الجنس، العمر. الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي. المستوى

الاقتصادي)

ثانياً. المعلومات الحيوية: تاريخ تشخيص المرض، تاريخ بدء الأعراض، الأمراض الأخرى.

الأداة الثانية: وهي (استبيان تقييم الاحتياجات التعليمية لمرضى السكتة الدماغية) هذه الأداة تم

تطويرها من قبل الباحث بعد الاطلاع على المراجع المتعلقة بالموضوع. وتتألف من ثلاثة أجزاء رئيسية:

أولاً. الجزء الأول: يتضمن هذا القسم تقييماً لاحتياجات مرضى السكتة الدماغية المرتبطة بمحور العلاج وسير المرض ويشتمل على ١٧ بنداً وكل بند يحتمل إجابة واحدة إما (أهم = ٣) أو (أحياناً = ٢) أو (لا أهم = ١).

ثانياً: الجزء الثاني: يتضمن هذا القسم تقييماً لاحتياجات مرضى السكتة الدماغية المرتبطة بالمحور الجسماني: ويشتمل على ١٥ بنداً وكل بند يحتمل إجابة واحدة إما (أهم = ٣) أو (أحياناً = ٢) أو (لا أهم = ١).

ثالثاً: الجزء الثالث: يتضمن هذا القسم تقييماً لاحتياجات مرضى السكتة الدماغية المرتبطة بمحور الحماية الغذائية: ويشتمل على ١٢ بنداً وكل بند يحتمل إجابة واحدة إما (أهم = ٣) أو (أحياناً = ٢) أو (لا أهم = ١).

وتم وضع نظام لتحديد مستوى الاحتياجات التعليمية على الشكل التالي:

#### - الجزء الأول:

الدرجة	مستوى الاحتياجات
> ٢٨ درجة	منخفض
٢٨ - ٣٩ درجة	متوسط
< ٣٩ درجة	عالي

#### - الجزء الثاني:

الدرجة	مستوى الاحتياجات
> ٢٥ درجة	منخفض
٢٥ - ٣٥ درجة	متوسط
< ٣٥ درجة	عالي

#### - الجزء الثالث:

الدرجة	مستوى الاحتياجات
> ٢٠ درجة	منخفض
٢٠ - ٢٨ درجة	متوسط
< ٢٨ درجة	عالي

#### طرق البحث

١. تم الحصول على الموافقة الرسمية من إدارة المشفى اللادقية لجمع البيانات.
٢. تم تطوير الأداة من أجل جمع البيانات الخاصة بالبحث من قبل الباحث بعد مراجعة الأدبيات الحديثة المتعلقة بموضوع البحث.

٣. تم اختبار مصداقية الأداة عبر عرضها على لجنة من الخبراء في كلية التمريض وبالنتيجة تمت الموافقة عليها مع بعض التعديلات البسيطة.
٤. تم إجراء دراسة استطلاعية pilot study على ٥ مرضى يشكلون ١٠% من مجموع العينة، تم استبعادهم من الدراسة لاحقاً، وبالنتيجة كأداة الأداة واضحة وقابلة للتطبيق مع إجراء التعديلات اللازمة.
٥. تم إجراء اختبار الثبات على الأداة باستخدام كرومباخ ألفا وقد بلغت درجة الثبات (٠,٨٠).
٦. تم توزيع الأداة على عينة الدراسة بعد اخذ موافقتهم على الاشتراك بالدراسة وضمن خصوصيتهم وسرية المعلومات المأخوذة منهم وتم جمع البيانات من ١-٤-٢٠٢٥ وحتى ١-٦-٢٠٢٥.
٧. التحليل الإحصائي: بعد جمع البيانات تم تحليلها باستخدام برنامج SPSS لعرض النسب المئوية وجدولتها في جداول تعرض النتائج.

#### ٤ - النتائج

جدول رقم (٤) التوزع التكراري للأفراد العينة تبعاً للبيانات الشخصية:

عدد أفراد العينة N=50		المعلومات الشخصية	
النسبة المئوية %	التكرار N		
٤%	٢	٢٤-٣٥ سنة	العمر
٢٤%	١٢	٣٦-٥٠ سنة	
٧٢%	٣٦	<٥٠ سنة	
٣٦%	١٨	ذكر	الجنس
٦٤%	٣٢	أنثى	
٤٠%	٢٠	متزوج/ة	الحالة الاجتماعية
٣٢%	١٦	أرمل/ة	
١٦%	٨	عازب/ة	
١٢%	٦	مطلق/ة	
٨٠%	٤٠	منخفض	الحالة الاقتصادية
١٦%	٨	متوسط	
٤%	٢	مرتفع	
٨%	٤	أمي	المستوى التعليمي
٢٤%	١٢	ابتدائي	
٤٠%	٢٠	إعدادي	
٨%	٤	ثانوي	
٢٠%	١٠	جامعي	

أظهر الجدول رقم ٤ (التوزع التكراري للأفراد العينة تبعاً للبيانات الشخصية) أن ٧٢% من المرضى المشاركون في الدراسة كانت الأعمار لديهم أكبر ٥٠ سنة، و ٦٤% منهم إناث، و ٨٠% ذوي مستوى اقتصادي منخفض، بينما ٤٠% من أفراد العينة من المتزوجين، وظهرت الدراسة أن ٤٠% منهم يحوز شهادة التعليم الاعداي.

جدول (٥) توزع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الحيوية

		البند	
٤٠	٢٠	> من سنة	
		سنة - ٣ سنوات	
		< ٣ سنوات	
٤٤	٢٢	> من سنة	
		سنة - ٣ سنوات	
		< ٣ سنوات	
٢٠	١٠	ضغط	
		سكري	
		أمراض قلبية	
		التهاب كبدي	
		لا يوجد أمراض أخرى	

يظهر الجدول ٥ ( توزع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الحيوية) أن ٤٠% من المرضى المشاركين في الدراسة لديهم دخول سابق للمشفى من مدة أقل من سنة، و ٤٤% منهم أصيبوا منذ فترة أقل من سنة، ، ويبين الجدول أيضاً أن ٣٢% من المشاركين لديهم مرض الضغط، ولدى ٢٠% منهم سكري، ولدى ٢٨% منهم أمراض قلبية، بينما فقط ٨% منهم ليس لديهم أية أمراض أخرى.

الجدول رقم (٦) التوزع التكراري لأفراد العينة وفقاً لإجاباتهم على عبارات محور العلاج وسير المرض

لا أهتم		أحياناً		أهم		هل تهتم بالجوانب التالية؟
%	N	%	N	%	N	
٨	٤	٤٦	٢٣	٤٦	٢٣	١. معرفة وسائل تخفيف الشعور بالتعب بعد جلسات العلاج (التأهيل، الفيزيائي....)
٤	٢	٤٠	٢٠	٥٦	٢٨	٢. تخفيف درجة الألم الناتجة عن المرض
٢	١	٨	٤	٩٠	٤٥	٣. كفاية الاستعداد للعلاج
١٢	٦	٣٤	١٧	٥٤	٢٧	٤. الشخص الذي يجب أن أتصل به إذا كان هناك أي استفسار عن العلاج
-	-	٢٠	١٠	٨٠	٤٠	٥. وجود مجموعات تعليمية متاحة للتحدث مع الناس الآخرين الذين لديهم نفس المرض والأعراض
٢٤	١٢	٣٨	١٩	٣٨	١٩	٦. تأثير العلاج والأعراض على مجرى حياتي
١٤	٧	٢٨	١٤	٥٨	٢٩	٧. هل يؤثر العلاج في تغيير الأمور المعتادة التي يمكنني القيام بها مع عائلتي
٤	٢	١٤	٧	٨٢	٤١	٨. ضرورة الاختبارات قبل البدء بالعلاج
-	-	١٢	٦	٨٨	٤٤	٩. تأثير نتائج اختبارات الدم على تعديلات العلاج
١٦	٨	٤٠	٢٠	٤٤	٢٢	١٠. هل هناك علاجات بديلة
-	-	٥٤	٢٧	٤٦	٢٣	١١. تأثير المرض وأعراضه على حياتي في المستقبل
١٠	٥	٥٢	٢٦	٣٨	١٩	١٢. الجهة المساعدة للعائلة إذا كانوا بحاجة للمساعدة للتعامل مع مرضي
٦	٣	٤٤	٢٢	٥٠	٢٥	١٣. ماذا أفعل لو شعرت بالقلق إزاء مستقبلي
١٠	٥	٣٢	١٦	٥٨	٢٩	١٤. الآثار الجانبية المحتملة للعلاج وطرق التعامل معها
٤	٢	١٦	٨	٨٠	٤٠	١٥. الآثار الجانبية التي يجب أن أخبر بها الممرضة أو الطبيب
١٠	٥	٢٨	١٤	٦٢	٣١	١٦. مدة جلسات العلاج الطبيعي، الوظيفي، والنطق، واستخدام الأجهزة

المساعدة					
١٧	٢٤	٤٨	٢٦	٥٢	-
كيف تتم الإجراءات الاستقصائية					

يظهر الجدول ٦ (التوزع التكراري لأفراد العينة وفقاً لإجاباتهم على عبارات محور العلاج وسير المرض) أن ٩٠% من المرضى المشاركين في الدراسة يهتمون بمعرفة كيفية الاستعداد للعلاج، و ٨٨% منهم أيضاً يهتمون بمعرفة تأثير نتائج اختبارات الدم على تعديلات العلاج، كما يبين الجدول أن ٨٢% من المشاركين يهتمون بضرورة الاختبارات قبل البدء بالعلاج، و ٨٠% يهتمون بمعرفة الآثار الجانبية التي يجب إخبار الطبيب بها.

الجدول رقم (٧) التوزع التكراري لأفراد العينة وفقاً لإجاباتهم على عبارات المحور الجسماني

لا أهتم		أحياناً		أهتم		هل تهتم بالجوانب التالية؟
%	N	%	N	%	N	
٦	٣	٤٤	٢٢	٥٠	٢٥	١. كيفية التعامل مع الشعور بالدوار أو نوبات من الدوخة
١٠	٥	٣٢	١٦	٥٨	٢٩	٢. سبب الشعور تتميل أو خدر في الذراع أو الرجل أو كليهما وبنفس الجهة
٤	٢	١٦	٨	٨٠	٤٠	٣. سبب جفاف الفم وصعوبة في البلع
١٠	٥	٢٨	١٤	٦٢	٣١	٤. سبب الشعور بتخليط ذهني مفاجئ أو اضطراب بالكلام أو صعوبة في فهمه
١٤	٧	٢٨	١٤	٥٨	٢٩	٥. كيفية التعامل عند الشعور الغثيان و الإقياء
٨	٤	١٨	٩	٧٤	٣٧	٦. سبب اضطراب مفاجئ بالرؤية في إحدى أو كلتا العينين
-	-	١٠	٥	٩٠	٤٥	٧. اضطراب مفاجئ في المشي والتوازن
١٦	٨	٤٠	٢٠	٤٤	٢٢	٨. صداع شديد مفاجئ
-	-	٥٤	٢٧	٤٦	٢٣	٩. كيفية التعامل مع حدوث تشنجات وتغيرات نفسية (اكتئاب، قلق)
-	-	١٦	٨	٨٤	٤٢	١٠. كيفية التعامل مع صعوبة أداء أنشطة الحياة اليومية (الأكل، ارتداء الملابس، الاستحمام...)
١٤	٧	٢٨	١٤	٥٨	٢٩	١١. سبب الصعوبة في الدخول بالنوم
٨	٤	٤٦	٢٣	٤٦	٢٣	١٢. كيفية التصرف حيال الشعور بجفاف الفم وصعوبة البلع أكثر من المعتاد
٤	٢	٤٠	٢٠	٥٦	٢٨	١٣. عند الشعور بتخليط ذهني من سوف أخبر من مقدمي الرعاية الصحية
٤	٢	١٠	٥	٨٦	٤٣	١٤. سبب الشعور بارتخاء بالوجه ولقوة في الفم
١٢	٦	٣٤	١٧	٥٤	٢٧	١٥. كيف أمنع نوبات الدوخة والتخفيف من الدوار

يظهر الجدول ٧ (التوزع التكراري لأفراد العينة وفقاً لإجاباتهم على عبارات المحور الجسماني) أن ٩٠% من المشاركين في الدراسة يهتمون بوجود اضطراب مفاجئ في المشي والتوازن، و ٨٦% منهم يهتمون بمعرفة سبب الشعور بارتخاء بالوجه ولقوة في الفم، كما يبين الجدول أن ٨٤% من المرضى يهتمون بمعرفة كيفية التعامل مع صعوبة أداء أنشطة الحياة اليومية ، وأن ٧٤% منهم يهتمون بمعرفة سبب اضطراب مفاجئ بالرؤية في إحدى أو كلتا العينين.

الجدول رقم (٨) التوزع التكراري لأفراد العينة وفقاً لإجاباتهم على عبارات محور الحمية الغذائية

لا أهتم		أحياناً		أهتم		هل تهتم بالجوانب التالية؟
%	N	%	N	%	N	
٤٠	٢٠	٢٠	١٠	٤٠	٢٠	١. من المخول بإعطائي التفاصيل حول حميتي الغذائية؟

٤٦	٢٣	٤٦	٢٣	٨	٤	٢. الأطعمة المحظور علي تناولها
٤	٢	٤٠	٢٠	٥٦	٢٨	٣. الأطعمة المسموح لي أكلها
٦	٣	١٠	٥	٨٤	٤٢	٤. كيفية تأثير ما أتناوله من طعام على تقدم مرضي
١٢	٦	٣٤	١٧	٥٤	٢٧	٥. ماذا يمكنني أن أتناول من أطعمة أثناء جلسات التأهيل والتدريب كإدارة للضغط، وخطط السلامة
٤	٢	٣٠	١٥	٦٦	٣٣	٦. ماهي الأغذية التي تحتوي على العناصر الضرورية لجسمي
١٠	٥	٢٨	١٤	٦٢	٣١	٧. كيف لطبيعة الغذاء أن تؤثر على استعادة لياقتي
١٤	٧	٢٨	١٤	٥٨	٢٩	٨. عدد وكمية الوجبات التي يمكنني تناولها يومياً
٨	٤	٢٨	١٤	٦٤	٣٢	٩. أهمية اتباع الحمية الغذائية الخاصة بي بدقة
٥٦	٢٨	٤٠	٢٠	٤	٢	١٠. سبب فقدان شهيتي للطعام
٦	٣	١٤	٧	٨٠	٤٠	١١. هل علي تحديد كمية السوائل والعصائر التي أتناولها؟
٥٤	٢٧	٣٤	١٧	١٢	٦	١٢. هل بالإمكان استخدام المكملات الغذائية لتعويض ما أفقده منها

يظهر الجدول ٨ (التوزيع التكراري لأفراد العينة وفقاً لإجاباتهم على عبارات محور الحمية الغذائية) أن

٨٤% من المرضى يهتمون بمعرفة كيفية تأثير ما يتناولونه من طعام على تقدم مرضهم، كما يبين أن ٨٠% منهم أيضاً يهتمون بمعرفة ما إذا كان عليهم تحديد كمية السوائل والعصائر التي يتناولونها، ويظهر الجدول أيضاً أن ٦٦% منهم يهتمون بماهية الأغذية التي تحتوي على العناصر الضرورية للجسم، و٦٤% يهتمون بمعرفة أهمية اتباع الحمية الغذائية .

جدول رقم (٩) التوزيع التكراري لأفراد العينة تبعاً لمستوى احتياجاتهم التعليمية:

المستوى						المحور
عالي		متوسط		ضعيف		
%	N	%	N	%	N	
٩٢	٤٦	٨	٤	-	-	الأول(العلاج وسير المرض)
٨٨	٤٤	١٢	٦	-	-	الثاني(الجسماني)
٧٢	٣٦	٢٤	١٢	٤	٢	الثالث(الحمية الغذائية)

يظهر الجدول ٩ (التوزيع التكراري لأفراد العينة تبعاً لمستوى احتياجاتهم التعليمية) أن ٩٢% من

المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالعلاج وسير المرض، و فقط ٨% لديهم مستوى متوسط من الاحتياجات المرتبطة بنفس السياق. كما أن ٨٨% من المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالمحور الجسماني، و فقط ١٢% لديهم مستوى متوسط من الاحتياجات المرتبطة بنفس السياق. أما بالنسبة للمحور الثالث، فقد تبين أن ٧٢% من المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بمحور الحمية الغذائية، و ٢٤% منهم لديهم مستوى متوسط من تلك الاحتياجات، و فقط ٤% لديهم مستوى منخفض من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بنفس السياق.

## ٥- المناقشة

قد شاع في الربع الأخير من القرن العشرين العمل على تطبيق فكرة أن المرضى يجب أن يكون لديهم خيار في توفير الرعاية التي يحصلون عليها وأن يُمنحوا الحق في تقديم موافقة قائمة على الاطلاع على الإجراءات الطبية، وقد أثبت تطبيق هذه الفكرة نجاحه فقد وجد الباحثون والعاملون في القطاع الصحي أنه عندما تكون معلومات المريض حول حالته ضعيفة، فإن قدرة مقدم الرعاية الصحية على إجراء تقييم كامل تكون

معرضة للخطر ويصبح المريض أكثر عرضة لفقد الثقة في التشخيص والعلاج المقترح، مما يؤدي إلى انخفاض الامتثال لاتباع النصيحة الطبية بشكل فعلي (Moran.,2013) . مرضى السكتة الدماغية الذين يتلقون تأهيلاً ودورات تدريبية يستفيدون بشكل كبير لاستعادة الوظائف المعرفية والحركية، من خلال برامج متكاملة تشمل العلاج الطبيعي والوظيفي، تمارين تحفيز الدماغ، إعادة التأهيل المعرفي (حل المشكلات والذاكرة)، وتدريب مقدمي الرعاية لتهيئة البيئة المنزلية، مما يعزز الاستقلالية ويحسن جودة الحياة، وتعتمد الفعالية على التخصص والتدريب المبكر. (Laura et al.,2013)

دراسات وأبحاث عديدة تؤكد أن التأهيل المكثف والتدريب المستمر بعد السكتة الدماغية يحسن بشكل كبير من النتائج الوظيفية ونوعية الحياة للمرضى، حيث تساعد برامج إعادة التأهيل العصبي في استعادة المهارات الحركية، وتحسين الإدراك والتوازن واضطرابات المشي والقدرة على أداء الأنشطة اليومية، وتقليل المضاعفات المستقبلية، وتُظهر الأبحاث أن التدخل المبكر والمرونة الدماغية عاملان حاسمان في رحلة التعافي (Laura et al.,2013; ) .

أظهرت الدراسة الحالية أن أكثر من ثلث أرباع المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالعلاج وسير المرض، و فقط ٨% لديهم مستوى متوسط من الاحتياجات المرتبطة بنفس السياق، قد يكون ذلك نتيجة حرص المرضى على معرفة عوامل الخطورة والأعراض المبكرة للسكتة الدماغية وكيفية المشاركة بخطط العلاج. وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة أجريت في فرنسا بعنوان التعويض الدهليزي وإعادة التأهيل الدهليزي (مفاهيم واتجاهات حالية وحديثة) والتي هدفت الى تقديم المعرفة والمعلومات الحالية للأليات الكامنة وراء التعويض الدهليزي وإظهار كيفية إعادة التأهيل الدهليزي للمساعدة في استعادة وظيفة التوازن، حيث أظهرت الخلاصة أن التحليل الدقيق للمعلومات يكشف استراتيجيات التعويض الفعالة التي يمكن أن توجه إعادة التأهيل الدهليزي والتي تتدرج ضمن محور سير المرض وخطط العلاج (Deveze et al.,2014). كما اتفقت أيضاً مع دراسة تجريبية من ٣١ مريضاً أجريت في السويد والتي هدفت لمعرفة العلاقة بين السكتة الدماغية وعدم الثبات واضطرابات المشي، حيث أظهرت أن الدوار من الأعراض الشائعة لدى مرضى السكتة الدماغية وخاصة الإناث، ويؤثر بشكل سلبي في الصحة الذاتية والتنظيف ومعرفة حاجات المريض من محور سير المرض وطريقة علاجه يعزز من جودة حياة المرضى (Hansson et al.,2014). كما أظهرت الدراسة الحالية أن أكثر من ثلثي المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالمحور الجسماني، و فقط ١٢% لديهم مستوى متوسط من الاحتياجات المرتبطة بنفس السياق، يعزى ذلك لأهمية التأثيرات والاعاقات الجسمية المتمثلة بشلل الأطراف والخدر وغياب منعكسات وغيرها التي تنتج عن سير المرض. وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة تحليلية على ١٣١ مشاركا أجريت في سان باولو، تهدف الى تحديد العلاقة ووصفها بين شدة السكتة والاعاقة الناتجة عنها وجودة الحياة، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة احصائية هامة بين شدة السكتة والإعاقه وجودة الحياة، حيث إن التحديد المبكر لهذه العوامل السريرية والاجتماعية الديموغرافية ومقابلة هذه الحاجات عند المرضى يمكن أن تعزز التدخل الأفضل للأشخاص المصابين بالسكتة وتقليل الإعاقات وتحسين جودة حياتهم بما يخص المحو الجسماني. (Romos et al.,2018)

كما أظهرت الدراسة الحالية أن حوالي ثلثي المرضى لديهم مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بمحور الحماية الغذائية، و ٢٤% منهم لديهم مستوى متوسط من تلك الاحتياجات، و فقط ٤% لديهم مستوى منخفض من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بنفس السياق، قد يكون ذلك نتيجة إحساس المرضى المشاركين بأهمية التغذية ومدى عمق تأثيرها على مستوى التحاليل الدموية منها الشوارد وأهمها الصوديوم والشحوم الثلاثية والكوليسترول الأمر الذي أثر على نوعية تغذيتهم، اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة بعنوان التأثير السلبي للأمراض المصاحبة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكتة الدماغية مع تعديلها بواسطة جودة النظام الغذائي الجيد. وقد أظهرت النتائج أن جودة النظام الغذائي الجيدة ومعرفة الاحتياجات التعليمية الغذائية المناسبة للمرضى قد تُخفف من التأثير السلبي للأمراض المصاحبة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكتة الدماغية. لذلك ينبغي اعتبار جودة النظام الغذائي الذي يندرج ضمن المحور الحماية الغذائية تدخلاً استراتيجياً لتحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكتة الدماغية، وخاصةً أولئك الذين يعانون من أمراض مصاحبة، ولتعزيز الشيخوخة الصحية. (Thu et al., 2022)

## ٦- الاستنتاجات والتوصيات

### الاستنتاجات: اظهرت الدراسة الحالية أنه:

١. لدى ٩٢% من المرضى مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالعلاج وسير المرض.
٢. لدى ٨٨% من المرضى مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بالمحور الجسماني.
٣. لدى ٧٢% من المرضى مستوى عالي من الاحتياجات التعليمية المرتبطة بمحور الحماية الغذائية.

### التوصيات:

١. تطوير برامج تعليمية خاصة بمرضى السكتة الدماغية ،تعنى بزيادة معلوماتهم حول سير المرض وأعراضه وعوامل الخطورة وعلاجه والحماية الغذائية الخاصة به والنشاط البدني المتاح لهم، بحيث يشترك بهذه البرامج المرضى وأسرهم.
٢. تطوير وتصميم منشورات وكتيبات تثقيفية تكون جزء من برامج تثقيفية لنشر الوعي والمعرفة حول مرض السكتة الدماغية، أسبابه ومضاعفاته وعلاجاته.... وجعل ذلك جزءاً من مسؤوليات المتقنين الصحيين والمرضى.
٣. إعادة تطبيق الدراسة الحالية على شريحة أوسع من المرضى للحصول على قاعدة بيانات أشمل وأوسع وأكثر تفصيلاً ودقة.

## ٧- المراجع:

1. World Stroke Organization. 2022. *Global Stroke Fact Sheet*. International Journal of Stroke, Vol. 17, N. 1, pp 18-29.

2. World Health Federation, 2022 .Warning signs. Cardiovascular Health. World Heart federheart-world, 6 May.2025://http: www at available, [site web Federation Heart,February.
3. O'DONNELL, M., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H., CHIN, SL., RAO-MELACINI, P. 2010, *Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTER STROKE study): a case-control study*. Lancet (London, England),376(9735):112-23.
4. LAWRENCE, ES., COSHALL, C., DUNDAS, R., STEWART, J., RUDD, AG., HOWARD, R. 2010. *Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population*. Stroke,32(6):1279.84.
5. HAN, B., SONG, H., KIM, J. 2011. *Vestibular rehabilitation therapy: review of indications, mechanisms, and key exercises*. J Clin Neurol, Vol. 7,N. 4, PP184-96.
6. GONY, M., LIKA, E., AHMAD, Y. 2006. *Cerebrovascular accidents epidemiology - an analytical study*, 12-25.
7. FEIGIN. V. L. World Stroke Organization (WSO): *Global stroke fact sheet 2022*. Int. J,5 May.2025 Stroke available at : <https://doi.org/10.1177/17474930211065917;17:18-29>.
8. MUTOOLY, N. 2016.*Learning Needs of Chronic Renal Failure Patients*. Medical Egypt journal. Egypt,vol. 11,N. 3,PP 2-8.
9. THORA, B ., Vergunst, M ., Lindeman, E., Schuurmans, M. 2011. *Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature*. Patient Education and Counseling , Vol. 85, N. 1, PP 14-25.
10. THU, T. 2022. *Negative Impact of Comorbidity on Health-Related Quality of Life Among Patients With Stroke as Modified by Good Diet Quality*.
11. RAMOS-LIMA, M., BRASILEIRO, I., LAYANE DE LIMA, T., BRAGANETO, P. 2018. *Quality of life after stroke: impact of clinical and socio demographic factors*, Oct 8:73:e418.
12. HANSSON, E., BECKMAN, A., NASLUND, A., PERSSON, S., JANSON, S., TROEIN, M. 2014. *Stroke and unsteadiness - a cross-sectional study from primary health care*. Neuro Rehabilitation, Vol. 34, N.2,PP 221–6.
13. DEVEZE, A. 2014.*Vestibular compensation and vestibular rehabilitation.Current concepts and new trends* , Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology, 44, 49—57 331NA SALEEM1.
14. MORAN, A. 2013. *Information role in decries Anxiety for patients on Hemodialysis Therapy*. Canadian J of Humanities and Social Science, 3(1) 88-100.
15. LAURA, J., GRIFFIN, R., JOANNE, V., HICKEY, M . 2013. *Considerations and strategies for educating stroke patients with neurological deficits, UT School of Nursing, Methodist Sugar Land Hospital, Sugar Land, USA. 2. School of Nursing, University of Texas Health Science Center, Journal of Nursing Education and Practice, Houston, USA, Vol. 3, N. 8,PP 9-15.*