

The Islamic University of Gaza  
Deanship of Research and  
Graduate Studies  
Faculty of Arts  
Master of social work



الجامعة الإسلامية بغزة  
عمادة البحث العلمي والدراسات العليا  
كلية الآداب  
ماجستير الخدمة الاجتماعية

تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة  
للخدمة الاجتماعية للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية  
(دراسة مطبقة على مستشفى الوفاء وحمد للأطراف الصناعية)  
"A Proposal for Professional Intervention from  
the Perspective of the General Practice of Social  
Work to Reduce Problems for Stroke"  
(A Study Applied to AL-Wafa and Hamad  
Hospital For Prosthetics)

إعداد الباحث

رامي عماد صبحي الغفير

إشراف الدكتور

أحمد محمد الرنتيسي

قُدمت هذه الدراسة إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير  
في الخدمة الاجتماعية بكلية الآداب في الجامعة الإسلامية بغزة

جمادي الاول/ 1444هـ - ديسمبر/ 2022م

## إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الدراسة الموسومة بـ:

تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة  
للخدمة الاجتماعية للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية  
(دراسة مطبقة على مستشفى الوفاء وحمد للأطراف الصناعية)  
**"A Proposal for Professional Intervention from  
the Perspective of the General Practice of Social  
Work to Reduce Problems for Stroke"  
(A Study Applied to AL-Wafa and Hamad  
Hospital For Prosthetics)**

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الدراسة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الدراسة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

### Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	رامي عماد صبحي الغفير	اسم الطالب:
Signature:	رامي عماد صبحي الغفير	التوقيع:
Date:	2022/12/03م	التاريخ:

## نتيجة الحكم على الرسالة



هاتف داخلي: 1150

الجامعة الإسلامية بغزة  
Islamic University of Gaza

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا

الرقم ج م غ /35/ .....  
Ref. ....  
التاريخ .....  
Date ..... 2022/12/03 م

### نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ رامي عماد صبحي الغفير لنيل درجة الماجستير في كلية الآداب/ قسم الخدمة الاجتماعية وموضوعها:

" تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية "

(دراسة مطبقة على مستشفى الوفاء وحمد للأطراف الصناعية)

**A Proposal for Professional Intervention from the Perspective of  
the General Practice of Social Work to Reduce Problems for  
Stroke "**

**) A Study Applied to AL-Wafa and Hamad Hospital For  
(Prosthetics**

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم السبت 9 جمادي الأولى 1444 هـ الموافق 2022/12/03م الساعة الواحدة مساءً، في قاعة مؤتمرات مبنى طيبة اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. أحمد محمد الرنتيسي	مشرفاً ورئيساً	.....
د. وليد شلاش شبير	مناقشاً داخلياً	.....
د. عميد أحمد بدر	مناقشاً خارجياً	.....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية الآداب/قسم الخدمة الاجتماعية. واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله تعالى ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

عميد البحث العلمي والدراسات العليا

أ. د. يوسف إبراهيم الجيش



## الملخص

هدفت الدراسة إلى معرفة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية وحصرها، والتوصل إلى إعداد تصور مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي، حيث استخدم الباحث أداتين من إعداديه، وهما: أداة استبار خاصة بعينة مصابي السكتة الدماغية؛ للتعرف على مشكلاتهم، ومعرفة الدوافع والأسباب المؤدية لها، وكيفية وضع الحلول المناسبة وفق إطار مهني وعلمي منظم، وأداة الاستبيان؛ لتحديد طبيعة الأدوار المتوقعة للأخصائيين الاجتماعيين والتي تساهم في العمل مع المصابين، وتحديد المعوقات التي تواجه الأخصائيين والمقترحات التي يمكن استخدامها لمواجهة هذه المعوقات، والاستفادة منها في بناء تصور مقترح للبرنامج الذي تحاول الدراسة الوصول إليه، وطبقت الدراسة على عينة قسدية غير احتمالية قوامها (88) من مصابي السكتة الدماغية في مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي ومستشفى حمد للتأهيل والأطراف الصناعية، وعدد (10) من الأخصائيين الاجتماعيين والمهنيين العاملين بكلا المستشفيات.

### وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1. إن مصابي السكتة الدماغية يعانون من صعوبة المشكلات التي تواجههم بعد الإصابة، حيث أكدت الدراسة على أن المصابين يعانون من المشكلات الاقتصادية التي جاءت بنسب مرتفعة، وبمتوسط حسابي (4.36)، ويليه المشكلات النفسية التي جاءت بنسب مرتفعة ومتوسط حسابي (4.34)، ويليه المشكلات التأهيلية التي جاءت بنسب مرتفعة، وبمتوسط حسابي (4.26)، ويليه المشكلات الاجتماعية بنسبة مرتفعة وبمتوسط حسابي (3.98)، ويليه المشكلات الأسرية التي جاءت بنسب مرتفعة ومتوسط حسابي (3.95).

2. وأظهرت نتائج الدراسة أن الأدوار المتوقعة للإخصائيين الاجتماعيين والمهنيين بمستشفيات التأهيل الطبي بقطاع غزة جاءت بنسبة مرتفعة، وبمتوسط حسابي (4.76)، وجاءت المقترحات للحد من المعوقات بنسبة مرتفعة جداً (4.47)، وجاءت المعوقات التي تواجههم بنسبة متوسطة، وبمتوسط حسابي (2.90).

وتوصلت الدراسة إلى: وضع تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: تصور مقترح من منظور الممارسة العامة، الممارسة العامة الخدمة الاجتماعية، مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

## Abstract

This study aimed to identify and delimit the problems facing stroke patients and to arrive at a proposal from the perspective of general practice in social work to reduce the problems of stroke sufferers. This descriptive study followed the social survey method, where the researcher used two tools he prepared. The first tool was a special questionnaire for a sample of stroke sufferers to identify their problems, know the motives and causes that lead to their problems, and how to put forth appropriate solutions according to an organized professional and scientific framework.

The second tool was a questionnaire designed to determine the nature of the expected roles of social workers that contribute to working with the stroke patients, and to identify the obstacles facing social workers and the proposals that can be used to confront these obstacles and to benefit from them in building a proposal for the program that the study is trying to reach. The study was applied to a purposive non-probability sample of (88) stroke patients at Al-Wafa Hospital for Medical Rehabilitation and Hamad Hospital for Rehabilitation and Prosthetics, and (10) social workers and professionals working in both hospitals.

The study reached a set of results, the most important of which are the following:

1. Stroke sufferers have difficulty problems facing them after injury. The study confirmed that sufferers have high rates of economic problems, with average calculation. (4.36), followed by psychological problems with high ratios and average arithmetic (4.34), followed by qualifying problems with high ratios, with average calculation (4.26), followed by social problems with a high ratio and with an average calculation (3.98), followed by family problems with high ratios and average arithmetic (3.95).
2. The results of the study showed that the expected roles of social workers and professionals in the Gaza Strip's medical rehabilitation hospitals were high, with an average arithmetic (4.76), proposals to reduce disabilities by a very high ratio (4.47), and obstacles to them by an average calculation (2.90).

The study concluded by suggesting a proposal for professional intervention from the perspective of general practice in social work.

Keywords: Proposal for Professional Intervention from the Perspective, General Practice of Social Work, problems of stroke sufferers.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يُرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ

[المجادلة: 11]

## الإهداء

- أهدي رسالتي وعملي هذا خالصة لوجهه الكريم، وأهديها إلى معلمي الأول رسولنا محمد صلى الله عليه وسلم، الذي أشواق له ولم أره، ولكنني أتبع سننه وخطاه... ومن ثم أهديها لروح أخي الكبير والسند الذي لطالما حلمت بأن يشاركني فرحتي هذه الشهيد الغالي على قلبي المقدم/ سامي عماد الغفير والذي كان له البذرة الأولى من بداية التعليم الجامعي حتى وصلت لهذه الدرجة بفضل الله عز وجل.
- إلى والدَي الغاليين على قلبي حفظهما الله ورعاهما.
- إلى روح أصدقائي الشهداء الذين مضوا في طريقهم إلى ربهم لجنة عرضها كعرض السماوات والأرض، رحمهم الله وأسكنهم فسيح جناته.
- إلى زوجتي، وأبنائي الأعزاء.
- إلى إخواني وأخواتي، عزوتي وسندي في هذه الدنيا.
- إلى كل من وقف معي وساندني بكل الظروف، إلى أولئك الأشخاص المجهولين في الأرض المعروفين في السماء عند الله، أهدي لكم هذا العمل وأشكركم على وقتكم معي لإكمال دراستي العليا والحصول على درجة الماجستير.
- إلى كل الأصدقاء وزملاء العمل وكل من عرفني وكان لي عونًا في إكمال دراستي.

إلى هؤلاء جميعًا أهدي رسالتي

الباحث: رامي عماد الغفير

## شكرٌ وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة على المبعوث رحمة للعالمين نبينا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى الله وصحبه ومن صار على هديه إلى يوم الدين.

امتثالاً لقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: «من لا يشكر الناس لا يشكر الله»، وبعد أن أتمّ الله نعمته عليّ إذ أتممت هذه الدراسة العلمية.

كما وأتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور/ أحمد محمد الرنتيسي - أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك الذي تكرم بالإشراف على هذه الرسالة، وأطل بكرمه وعلمه، والرأي السديد حتى وصلت لهذا العمل المتواضع، حفظه الله، فلك مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

وأتقدم بخالص الشكر والعرفان إلى اللجنة المناقشة: المناقش الداخلي د. وليد شبير- أستاذ علم الاجتماع المشارك.. حفظه الله، والمناقش الخارجي د. عميد أحمد بدر- عميد كلية التنمية الاجتماعية بجامعة القدس المفتوحة.. حفظه الله.

كما أتقدم بالشكر والتقدير والمحبة إلى المحكمين الدكاترة من جامعات جمهورية مصر العربية والجامعات الفلسطينية؛ لتحكيم أدوات الدراسة، أيضاً لا أنسى أن أشكر هذا الصرح الشامخ الجامعة الإسلامية وأساتذتي على ما قدموه لي من علم ومعرفة.

الباحث: رامي عماد الغفير



## فهرس المحتويات

أ.....	إقرار
ب.....	نتيجة الحكم على الرسالة
ت.....	المخلص
ث.....	Abstract
ج.....	الآية القرآنية
ح.....	الإهداء
خ.....	شكر وتقدير
د.....	فهرس المحتويات
س.....	فهرس الجداول
ص.....	فهرس الملاحق
1.....	1 الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2.....	1.1 مقدمة:
4.....	2.1 الدراسات السابقة:
4.....	1.2.1 المحور الأول: الدراسات العربية
8.....	2.2.1 المحور الثاني: الدراسات الأجنبية
12.....	3.2.1 التعقيب على الدراسات السابقة:
12.....	1.3.2.1 أوجه الاتفاق بين الدراسات السابقة:
13.....	2.3.2.1 أوجه الاختلاف بين الدراسة الراهنة والدراسات السابقة:
14.....	3.3.2.1 أوجه الاستفادة من الدراسة الراهنة والدراسات السابقة:
14.....	3.1 مشكلة الدراسة:
15.....	4.1 أهمية الدراسة:
15.....	5.1 أهداف الدراسة:
16.....	6.1 تساؤلات الدراسة:
16.....	7.1 مفاهيم الدراسة:

20	الفصل الثاني: السكتة الدماغية
21	1.2 مقدمة:
22	2.2 أنواع السكتة الدماغية الأكثر شيوعًا:
23	3.2 أسباب حدوث السكتة الدماغية:
23	1.3.2 الأسباب الأكثر شيوعًا التي تؤدي للإصابة بالسكتة الدماغية:
24	2.3.2 فرص الإصابة بالسكتة الدماغية:
24	4.2 أعراض السكتة الدماغية:
25	5.2 مشكلات مصابي السكتة الدماغية:
25	1.5.2 المشكلات الاجتماعية:
28	2.5.2 المشكلات الاقتصادية:
29	3.5.2 المشكلات النفسية:
31	1.3.5.2 أسباب المشكلات النفسية:
33	2.3.5.2 أنواع المشكلات النفسية التي قد تواجه مصابي السكتة الدماغية: ....
35	4.5.2 المشكلات الأسرية:
37	5.5.2 المشكلات التأهيلية:
39	6.2 احتياجات المصابين بالسكتة الدماغية:
41	3 الفصل الثالث: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية
42	1.3 مقدمة ونشأة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:
43	2.3 فلسفة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:
43	3.3 خصائص الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:
44	
46	4.3 أهداف الممارسة العامة:
46	5.3 مستويات الأنساق التي يتعامل معها أسلوب الممارسة العامة للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:
48	
49	6.3 أنساق الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية: ...
52	7.3 أسس وعناصر الممارسة العامة للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية: .....
52	8.3 النظريات والنماذج والاستراتيجيات التي تركز عليها الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية: .....

9.3	مهارات الممارسة العامة التي يستخدمها الممارس العام مع مصابي السكتة الدماغية: .. 56
10.3	الصعوبات التي تواجه استخدام مهارات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية: .. 57
11.3	أدوار الممارس العام للخدمة الاجتماعية مع مصابي السكتة الدماغية: ..... 58
4	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية..... 61
1.4	مقدمة: ..... 62
2.4	نوع الدراسة: ..... 62
3.4	منهج الدراسة: ..... 62
4.4	مجالات الدراسة: ..... 63
5.4	أدوات الدراسة: ..... 64
1.5.4	أداة استتبار لمصابي السكتة الدماغية: ..... 64
2.5.4	أداة استبيان الأخصائيين الاجتماعيين: ..... 68
6.4	صدق الاستبانة: ..... 69
7.4	الأساليب الإحصائية: ..... 73
5	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها ..... 75
1.5	مقدمة: ..... 76
2.5	عرض الجداول الخاصة بمصابي السكتة الدماغية: ..... 76
1.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب النوع: ..... 76
2.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية: ..... 76
3.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية: ..... 77
4.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي: ..... 78
5.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب منطقة السكن: ..... 78
6.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الإصابة بالسكتة الدماغية: ..... 79
7.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب نوع العمل السابق: ..... 79
8.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة: ..... 80
9.2.5	توزيع عينة الدراسة حسب الوضع الاقتصادي للأسرة: ..... 80
3.5	الإجابة عن أسئلة الدراسة: ..... 81

90	4.5 عرض الجداول الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين:
90	1.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب النوع:
91	2.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية:
91	3.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية:
92	4.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:
92	5.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة:
93	6.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب مكان العمل:
<b>6 الفصل السادس: النتائج العامة للدراسة والتصور المقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية.</b>	
109	1.6 النتائج الخاصة بوصف عينة الدراسة:
110	2.6 النتائج الخاصة بالإجابة عن أسئلة الدراسة:
111	3.6 التصور المقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:
114	1.3.6 الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح:
115	2.3.6 خطوات برنامج التدخل المهني:
116	3.3.6 أهداف التصور المقترح:
116	4.3.6 أنساق التعامل في التصور المقترح للتدخل المهني:
117	5.3.6 إستراتيجيات التصور المقترح للتدخل لحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:
119	6.3.6 التكنيكيات المستخدمة في التصور المقترح للتدخل المهني:
120	7.3.6 الأدوات المهنية التي يستخدمها الممارس العام في التصور المقترح:
121	8.3.6 أدوار الممارس العام لتحقيق أهداف التصور المقترح:
122	9.3.6 مهارات الممارس العام المهنية المستخدمة في التصور المقترح للتدخل المهني:
122	10.3.6 الأساليب المهنية التي يستند عليها التصور المقترح:
124	<b>المصادر والمراجع</b>
133	<b>الملاحق</b>

## فهرس الجداول

- جدول (1.4): درجات مقياس ليكرت الخماسي ..... 65
- جدول (2.4): معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال التابعة له ... 66
- جدول (3.4): معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للاستتار ..... 67
- جدول (4.4): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاداة ..... 68
- جدول (5.4): درجات مقياس ليكرت الخماسي ..... 69
- جدول (6.4): معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال التابعة له ... 70
- جدول (7.4): معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للاستتبان ..... 72
- جدول (8.4): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاداة ..... 73
- جدول (1.5): توزيع عينة الدراسة حسب النوع ..... 76
- جدول (2.5): توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية ..... 76
- جدول (3.5): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية ..... 77
- جدول (4.5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي ..... 78
- جدول (5.5): توزيع عينة الدراسة حسب منطقة السكن ..... 78
- جدول (6.5): توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الإصابة بالسكتة الدماغية ..... 79
- جدول (7.5): توزيع عينة الدراسة حسب نوع العمل السابق ..... 79
- جدول (8.5): توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة ..... 80
- جدول (9.5): توزيع عينة الدراسة حسب الوضع الاقتصادي للأسرة ..... 80
- جدول (10.5): المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة .... 81
- جدول (11.5): المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة .... 82
- جدول (12.5): المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ..... 85
- جدول (13.5): المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ..... 87
- جدول (14.5): المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ..... 88
- جدول (15.5): توزيع عينة الدراسة حسب النوع ..... 90
- جدول (16.5): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية ..... 91
- جدول (17.5): توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية ..... 91
- جدول (18.5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي ..... 92
- جدول (19.5): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة ..... 92

- جدول (20.5): توزيع عينة الدراسة مكان العمل..... 93
- جدول (21.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية..... 93
- جدول (22.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية..... 94
- جدول (23.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة..... 96
- جدول (24.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع..... 98
- جدول (25.5): معوقات تتعلق بنسق الاخصائي الاجتماعي..... 100
- جدول (26.5): معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية..... 102
- جدول (27.5): معوقات تتعلق بنسق المؤسسة..... 103
- جدول (28.5): معوقات تتعلق بنسق المجتمع..... 104
- جدول (29.5): مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية..... 106

## فهرس الملاحق

- ملحق (1): استبار يقبس حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكطة الدماغية.....134
- ملحق (2): استبيان يقبس دور الأخصائي الاجتماعي مع أنساق التعامل مع المشكلات التي تواجه مصابي السكطة الدماغية.....138
- ملحق (3): قائمة بأسماء السادة محكمي أدوات الدراسة.....144
- ملحق (4): خطابات تسهيل مهمات.....145

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة



## الفصل الأول الإطار العام للدراسة

### 1.1 مقدمة:

شهد العالم في الوقت الحاضر بعض التغييرات في نظرتة للأخلاقيات التي تسوده، فاليوم لم يعد عالماً يتقبل وفاة أو إعاقة الملايين من الناس نتيجة الإصابة بالأمراض أو وقوع أحداث طارئة أو مفاجئة، فأخلاقيتنا بدأت ترتفع بقدر ما أصبح لدينا من إمكانيات وقدرات جديدة، وأصبح العالم ينظر لحالات العجز والإعاقة نفس نظرة البشرية الراضة للعبودية والفرقة العنصرية، وزاد إدراكنا لأهمية حقوق المصابين بالأمراض وخاصة مصابي أمراض السكتة الدماغية في المجتمع؛ لأن هذه الفئة لها حق الحياة والنمو الصحي، فهم بحاجة للحماية في مراحل النمو المختلفة بكل الإمكانيات والقدرات المتوفرة، فإذا لم تبذل العناية الكافية لها أصبحت قوة معطلة في المجتمع وطاقمة معطلة لعملية الإنتاج، ويؤدي عدم الاهتمام بعلاج مشكلات ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية إلى انحراف الكثيرين منهم لإحساسهم بالنقص ولشعورهم بالضيق من جراء نبذ المجتمع لهم. (مخولف، 2018، ص9)

ويعيش الإنسان اليوم في عصر مملوء بالتوترات والاتصالات والمسئوليات والواجبات التي تستنزف الطاقة الجسمية والفكرية، ويعد مرض السكتة الدماغية أحد هذه الأمراض التي انتشرت بشكل كبير في الآونة الأخيرة مما ينتج عنها قصور حركي وتوقف لنشاطات الحياة اليومية، وتودي بالفرد المصاب إلى وضعه في سجن مفتوح يرى أمامه كل شيء ولا يستطيع عمل أي شيء، وهنا يزداد الشعور بالآلام والوصول إلى حالة من الحزن والإحباط والعزلة لمصابي السكتة الدماغية؛ لاعتقاده بأنه قد لا يستطيع التحرك مرة أخرى، وأنه قد وصل إلى مرحلة العجز وملازمة الفراش. (الغمري، 2005)

وتحتل السكتة الدماغية في المرتبة الثانية لأكثر أسباب الوفاة شيوفاً في مختلف أنحاء العالم، وتكون السكتات الدماغية أكثر شيوفاً بين كبار السن بالمقارنة مع البالغين الأصغر سناً؛ وذلك بسبب زيادة خطر الاضطرابات التي تؤدي إلى السكتات الدماغية مع التقدم في السن، وتشير الإحصائيات الحديثة لمنظمة الصحة العالمية لعام 2022 إلى أن ما يزيد عن ثلثي السكتات الدماغية تحدث عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً، وتكون السكتة الدماغية أكثر شيوفاً عند النساء بالمقارنة مع الرجال، كما أن حوالي 60% من وفيات السكتة الدماغية تحدث عند النساء، وقد يعود ذلك لأن النساء يُصبن بالسكتة الدماغية في عمر أعلى قليلاً (بشكل وسطي) من الرجال (سيليا تومس/ ريم ضوا، 2022).

أما في فلسطين فقد شهد المجتمع الفلسطيني زيادة مرتفعة في عدد الإصابات بالسكتة الدماغية وقد أشارت البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2021 أن نسبة 10.71% من الأفراد يتعرضون للوفاة بسبب الإصابة بالسكتة الدماغية، وبالتالي هذا الرقم يعتبر مؤشر خطر، ولا بد من تذليل كل الصعوبات للمرضى للتعافي من الآثار الناتجة عن الإصابة بالسكتة الدماغية وذلك من خلال توفير العلاج التأهيلي المناسب لهم، وتوفير الأدوية التي تساعد في علاج السكتة الدماغية. (مركز الإحصاء الفلسطيني، 2021)

إن ظهور مهنة الخدمة الاجتماعية نتيجة ومحصلة لتطور الرعاية الاجتماعية، وشيوع المشكلات الاجتماعية على مستوى الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات حتى أصبحت بعض المشكلات عالمية في طبيعتها مما جعل الخدمة الاجتماعية تتعامل في مستويات ممارستها على كافة المستويات استجابة للتغيرات المجتمعية والتطورات المعاصرة، فالخدمة الاجتماعية لا تتسم بالسكون أو التوازن، ولكن تتسم بالديناميكية والتغيير لإحداث التنمية الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للارتقاء بالإنسان في المجتمع. (السروجي، 2009، ص23)

ومن الاتجاهات الحديثة التي برزت في ممارسة الخدمة الاجتماعية اتجاه الممارسة العامة الذي ينظر إليها على أنها اتجاه الممارسة المهنية الذي يركز فيه الأخصائي الاجتماعي كممارس عام في عمله بالمستشفى، وفي تعامله مع الموقف الذي يتعامل معه بطريقة شمولية عامة متكاملة لا تتفصل أجزاؤه أو مكوناته، بل تتعامل مع كل هذه المكونات والتبادل والتفاعل التي يحدث بينها دون أي محاولة لتجزئ الموقف أو تخصيص الممارسة، حيث مركز اهتمام الممارس العام هو الظواهر والمشكلات التي يعاني منها المرضى. (حبيب، وآخرون، 2014، ص403)

ويعتمد منظور الممارسة على تكامل المعرفة التي يعتمد عليها والتي تستمد من مصادرها المتعددة، حيث تبنى على نموذج تضامني يركز على التبادلية بين نسق التعامل وفريق العمل والمهنيين الآخرين، إلى جانب التأكيد على جوانب القوة في أنساق التعامل وأساليب تلك الأنساق في العمل لمواجهة الموقف الإشكالي. (أبو المعاطي، 2009، ص194)

وتعتبر الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي إحدى المجالات الهامة في الخدمة الاجتماعية وهي تعمل في نطاق المؤسسات الصحية من خلال العلاقة بين الأخصائي والطبيب وهيئة التمريض؛ بهدف مساعدة المصاب على الاستفادة الكاملة من العلاج المقدم له من ناحية، ومن ناحية أخرى مساعدته على التكيف مع بيئته الاجتماعية بعد الخروج من المستشفى. (السروجي، 2000، ص59)

ويصف الباحث أن مجال الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفيات التأهيل الطبي بقطاع غزة إحدى المجالات الهامة في الخدمة الاجتماعية، وهي تعمل في نطاق المؤسسات الصحية من خلال العلاقة بين الأخصائي وفريق التأهيل الطبي؛ بهدف مساعدة المصاب على الاستعادة الكاملة من العلاج المقدم له من ناحية، ومن ناحية أخرى مساعدته على التكيف مع بيئته الاجتماعية بعد الخروج من المستشفى، وأن لمهنة الخدمة الاجتماعية الطبية دورًا بارزًا ومهمًا في التعامل مع مصابي السكتة الدماغية من خلال العمل على مساعدتهم في مواجهة الصعوبات التي تواجههم على الصعيد الاجتماعي والشخصي واضطرابات الشخصية بسبب الآثار الناجمة عن السكتة الدماغية والجانب الأسري والسلوكي والاقتصادي، والتي قد تعوق العملية العلاجية للمصاب. وحتى نستطيع الوصول لتعافي المصاب من إصابته لابد من توفر جو من الهدوء والاستقرار النفسي والوجداني لمصاب السكتة الدماغية؛ حتى نعمل في جو إيجابي مهياً للعلاج والتدخل الاجتماعي؛ لمساعدته في مواجهة الصعوبات الاجتماعية التي تواجهه أثناء تلقيه العلاج للسكتة الدماغية.

## 2.1 الدراسات السابقة:

تعد الإصابة بالسكتة الدماغية من أحد الأمراض الصحية التي قد تصيب أي فرد من أفراد الأسرة، وكونها دراسة مهمة أثارت اهتمام العديد من الباحثين الذين قاموا بدراستها من عدة اتجاهات، وفي الدراسة سيعرض الباحث بعض الدراسات التي تناولت موضوع الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية فيما يلي:

### 1.2.1 المحور الأول: الدراسات العربية

1. دراسة عفت، صفية وآخرون (2011) بعنوان: "العوامل المنبئة بحدوث اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية وعواقبها في عينة من مرضى السكتة الدماغية من المصريين".

أهداف الدراسة: يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض حدوثاً بعد السكتة الدماغية، بالإضافة إلى تأثيره السيئ على معدل الشفاء، وقد وجد أن معدل حدوث الاكتئاب بعد السكتة الدماغية يتراوح بين (20-60%). تهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على العوامل المساهمة في حدوث اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية في عينة من المرضى المصريين وتقييم العلاقة بين هذه العوامل وشدة الاكتئاب وتأثير الاكتئاب على جودة وكفاءة الحياة، وكذلك العلاقة بين الاكتئاب والقائم على رعاية المريض. العينة البحثية وطريقة البحث: تضمنت الدراسة (120) مريضاً مصرياً من الجنسين من مرضى حوادث الأوعية الدموية المخية، تراوح متوسط أعمارهم ما بين 40-65 سنة،

وقد تم اختبار المرضى إكلينيكيًا، بالإضافة إلى الأشعة التشخيصية، ثم تم الفحص النفسي بواسطة مقياس ميني لتشخيص الأمراض النفسية ومقياس هاميلتون لشدة الاكتئاب ومقياس بارثل لأنشطة الحياة اليومية، ثم مقياس جودة الحياة لمرضى الاكتئاب، وأخيرًا مقياس الإجهاد للقائمين على رعاية المرضى. نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة ازدياد حدوث اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية لدى الرجال (63%)، بينما ازدادت شدة الاكتئاب لدى النساء (77.2%)، كما أظهرت النتائج عن وجود ارتباط واضح بين الإصابات في الفص الجبهي سواء الأيمن أو الأيسر وحدث الاكتئاب (35%)، ومن الجدير بالذكر أن الدراسة وجدت أن تعرض المريض لضغوط نفسية شديدة قبل حدوث المرض تزيد من فرصة حدوث الاكتئاب وكذلك من شدته، حيث وجد أن (22%) من مرضى الاكتئاب تعرضوا لهذه الضغوط. كما أظهرت النتائج عن وجود ارتباط واضح بين انخفاض جودة الحياة وحدث الاكتئاب، كما أظهرت الدراسة أيضًا وجود (73%) من مرضى الاكتئاب يعانون من ضعف شديد في الأداء الوظيفي والأنشطة الحياتية اليومية. وبدراسة تأثير الضغط والجهد على الشخص القائم على رعايته. الاستنتاج: توصي الدراسة ببحث العوامل المؤثرة في اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية في دراسات طويلة المدى (مستقبلية) نظرًا لأهمية هذه العوامل في التنبؤ بحدوثه، وبالتالي الوقاية منه، وكذلك الاهتمام بالقائم على الرعاية وضرورة تأهيله.

**2. دراسة القليوبي (2016) بعنوان: "تأثير التدريبات الوظيفية باستخدام التنبه الحراري لتنمية المستقبلات الحسية الميكانيكية لدى مصابي الشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية لكبار السن".**

هدفت الدراسة إلى التعرف على تصميم تدريبات وظيفية تأهيلية لتحسين المستقبلات الحسية الميكانيكية للنصفي الجسم المصاب بالشلل الناتج عن السكتة الدماغية لدى كبار السن. حيث استخدم الباحث المنهج التجريبي باستخدام التصميم ذي المجموعة التجريبية الواحدة للقياسين القبلي والبعدي للمتغيرات قيد البحث، وتم اختيار العينة بالطريقة العمدية، من المصابين بالشلل النصفي المترددين - على مركز العلاج الطبيعي بشها بمدينة المنصورة وبلغ عددهم (7) مصابين، وتراوح أعمارهم بين 50-65 سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لعينة البحث في متغيرات المدى الحركي والقوة العضلية ومتغيرات القدرة الوظيفية، ويعزو الباحث ذلك إلى استمرارية العينة في تنفيذ التدريبات الوظيفية قيد البحث، الأمر الذي ساهم بصورة إيجابية في تنمية المدى الحركي والقوة العضلية والقدرات الوظيفية للجزء المصاب، واقتربهما إلى اقرب ما يكون من القوة والمدى الطبيعي لجزء السليم، وهذا يشير إلى إيجابية وفاعلية الدمج بين التنبه الحراري ومجموعة التدريبات الوظيفية الموضحة

قيد البحث، وتؤكد نتائج نسب التغيير، حيث بلغت نسبة التحسن في متغيرات البحث (أكثر من 90 %) مما انعكس على أداء المصاب بالشلل من كبار السن أقرب ما يكون من الحالة الطبيعية.

3. دراسة عطيتو، شمس الدين (2017)، بعنوان: "تأثير برنامج تأهيلي بدني على المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية".

هدفت الدراسة إلى بيان مدى تأثير برنامج تأهيلي بدني على المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية، وقد أجريت الدراسة على عدد (6) من المصابين بالشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية، واستخدم الباحثان المنهج التجريبي لملاءمته لطبيعة الدراسة، وتمثلت أهم النتائج في تحسن الحالة العامة للجسم وخاصة الكفاءة الحركية والوظيفية، وتحسن حالة المصابين بالشلل من ضعفهم وتمكنهم من العودة للمجتمع وممارسة أنشطتهم وحياتهم المعيشية بشكل شبه طبيعي.

4. دراسة خاطر (2017) بعنوان: "تأثير برنامج علاجي لتحسين بعض القدرات البدنية والحركية لمرضى الشلل النصفي الطولي الناتج عن السكتة الدماغية".

هدفت الدراسة إلى تأثير برنامج علاجي لتحسين بعض القدرات البدنية والحركية لمرضى الشلل النصفي الطولي الناتج عن السكتة الدماغية، وقد أجريت الدراسة على عدد (7) من المصابين بالشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية، واستخدم المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة لملاءمته لطبيعة البحث. وتمثلت أهم النتائج في: تحسن في مستوى القدرات البدنية والحركية، وسرعة تحسن المصاب، وعدم الوصول إلى المرحلة المرضية وملازمة الفراش بكل ما يحتويه من أمراض، ورفع المستوى الوظيفي والميكانيكي لحركة الرجل والذراع المصابة بالشلل، كما أدى تحسن العامل النفسي وإزالة الاكتئاب وعدم وصول المصاب إلى مرحلة التوحد والعزلة.

5. دراسة صقر وآخرون (2018)، بعنوان: "تأثير برنامج تحفيز البصر على الوظيفة الإدراكية عند مرضى السكتة الدماغية".

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير تطبيق برنامج التحفيز البصري على الوظيفة الإدراكية بعد الإصابة بالسكتة الدماغية، وأجريت الدراسة في قسم الأمراض الباطنة - الشعبة العصبية في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية، وتم اختيار عينة مؤلفة من (30) مريضاً "مصاباً" بالسكتة الدماغية بطريقة عشوائية من كلا الجنسين، وقد قسموا إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية طبق عليها برنامج التحفيز البصري، والمجموعة الضابطة تركت لروتين الرعاية المتبع في المستشفى، وتم قياس مستوى الإدراك باستخدام مقياس موكا لكلا المجموعتين قبل وبعد شهر من تطبيق برنامج

التحفيز البصري. خلصت نتائج الدراسة إلى: تحسنت الوظيفة الإدراكية عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، ويعود هذا التحسن إلى تطبيق برنامج التحفيز البصري، إن تطبيق برنامج التحفيز البصري يساهم في تحسين الوظيفة الإدراكية لدى مرضى المجموعة التجريبية، وتراجع الوظيفة الإدراكية عند مرضى المجموعة الضابطة.

**6. دراسة الشيخ (2019)، بعنوان: "تأثير برنامج مقترح للعلاج الطبيعي والتمارين العلاجية لمصابين بالشلل الناتج عن السكتة الدماغية".**

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير برنامج مقترح للعلاج الطبيعي والتمارين العلاجية للمصابين حديثاً بالشلل الناتج عن السكتة الدماغية، وقد أجريت الدراسة على عدد (6) ممن يعانون من الشلل الطولي الناتج عن السكتة الدماغية، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتمثلت أهم النتائج في: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في سرعة المشي وقوة القبضة مما يعزز من قدرة المصاب على استعادة تكيفه مع بيئته، وتفاعله بعد تلقيه العلاج والتأهيل الطبي.

**7. دراسة خاروفه (2019)، بعنوان: "مستوى قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة".**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى قلق الموت ما بعد السكتة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالسكتة، والتعرف إلى الفروق في المتوسطات الحسابية لقلق الموت لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار الإصابة، ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية). لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وذلك بتطبيق مقياس قلق الموت المكون من (24) فقرة من تطوير الباحثة على عينة متيسرة، حيث اشتملت العينة على (50) فرداً. تم إجراء البحث في جميع أقسام جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة. كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت تعزى لمتغيرات الدراسة جميعها (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى العلمي، عدد الأبناء، مستوى الدخل، تكرار السكتة ووجود أقارب توفوا بجلطة دماغية).

**8. دراسة المغازي (2020)، بعنوان: "دقة الإدراك البصري وسرعة المعالجة المعرفية والتفاعل بينهما كمتنبئات بالحسبة الكلامية لدى عينة من المتعافين من السكتة الدماغية".**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أحجام العلاقات الارتباطية ووجهتها بين كل من

دقة الإدراك البصري، وسرعة المعالجة المعرفية، والحبسة الكلامية لدى عينة من المتعافين من السكتة الدماغية والأصحاء، وتحديد مدى الإسهام الفردي والتفاعلي لدقة الإدراك البصري وسرعة المعالجة المعرفية في التنبؤ بالحبسة لدى عينة من المتعافين من السكتة الدماغية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. وتكونت عينة الدراسة من (80) مشاركًا مقسمة إلى مجموعتين: (40) متعافياً من السكتة الدماغية بمتوسط عمر (43.2) عامًا، وانحراف معياري (12.63) عامًا، و(40) من الأصحاء، وكان متوسط أعمارهم (43.1) عامًا، وانحراف معياري (12.9) عامًا، والذين تراوحت أعمارهم بين (24 - 64) عامًا. وقد تم تطبيق عدد من الأدوات مثل المقابلة المبدئية لتحديد المستوى الاجتماعي والاقتصادي، والصورة المختصرة لبطارية سرعة المعالجة المعرفية، واختبار الأشكال المتضمنة الصورة الجمعية، وبطارية الاختبار الإكلينيكي لتفاحم أعراض الحبسة الكلامية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقات ارتباطية موجبة بين كل المقاييس الفرعية لأدوات الدراسة لدى عينة الأصحاء والمتعافين من السكتة الدماغية، كما ساهم كل من دقة الإدراك البصري وسرعة المعالجة المعرفية في التنبؤ بالحبسة الكلامية، وأسهم أيضًا التفاعل بينهما في التنبؤ بالحبسة الكلامية لدى عينة المتعافين من السكتة الدماغية.

#### 9. دراسة المدهون (2021)، بعنوان: "تقبل المرض وعلاقته بالمرونة النفسية ومعنى

الحياة لدى زوجات مصابين الجلطة الدماغية بمحافظة غزة".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تقبل المرض وعلاقته بالمرونة النفسية ومعنى الحياة لدى زوجات مصابين السكتة الدماغية بمحافظة غزة، وتكونت العينة من (132) من زوجات مصابين السكتة الدماغية بمحافظة غزة في عام 2020م، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي باستخدام مقياس تقبل المرض واستبانة المرونة النفسية واستبانة معنى الحياة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج بضرورة إجراء المزيد من الدراسات النفسية حول موضوع مرضى السكتة الدماغية وعلى زوجاتهم، واختيار عينات أكبر من التي قام بها الباحث، والاهتمام في هذه الفئة.

#### 2.2.1 المحور الثاني: الدراسات الأجنبية

##### 1. دراسة (Akram, 2010) بعنوان: "مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي بين الأشخاص

ذوي الإعاقة البدنية".

هدفت الدراسة إلى الوقوف على مستوى مفهوم الذات، والتكيف الاجتماعي للأشخاص مصابي السكتة الدماغية، وتهدف الدراسة أيضًا إلى معرفة دور مراكز التأهيل، والمؤسسات في بناء مفهوم الذات بين الأشخاص المرضى، ومعرفة العوامل المؤثرة على التكيف الاجتماعي لهم،

والعلاقة بين التكيف ومفهوم الذات، وتكونت عينة الدراسة من (70) مريضاً، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة إيجابية قوية بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي، وأن مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لمصابي السكتة الدماغية جسدياً يختلف كثيراً بين الذين ينتمون إلى بعض مراكز إعادة التأهيل، وأولئك الذين لا ينتمون إلى أي مركز من مراكز إعادة التأهيل، فهؤلاء الذين لا ينتمون إلى أي مركز من مراكز إعادة التأهيل أقل تقبلاً لذواتهم وأقل تكيفاً اجتماعياً من الذين ينتمون إلى أي من مراكز إعادة التأهيل.

**2. دراسة (Bualar, 2012) بعنوان: "النساء ذوات الإعاقة الجسدية والقبول الاجتماعي في المجتمع غير ذوي الإعاقة".**

هدفت هذه الدراسة لاستكشاف الأسباب التي تعوق مشاركة المرأة من مصابي السكتة الدماغية في المجتمع، وكانت العينة مكونة من (20 امرأة)، أشارت النتائج إلى أن ما يعيق قبولها اجتماعياً مخاوف الأسرة التي تتخذ انطباعاً خاطئاً عن المرأة المصابة على الرغم من إظهار قدرتها على مواجهة أعباء الحياة اليومية، وأن نظرة المجتمع للنساء المعوقات جسدياً بسبب عدم تماثلها بالشفاء من السكتة الدماغية على أنها معطلة تماماً، وأن اعتمادها الكلي يكون على الأسرة.

**3. دراسة (Abdi & kianoush, 2016) بعنوان: "تحديات توفير خدمات إعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة الناتجة عن السكتة الدماغية".**

هدفت الدراسة إلى معرفة حجم التحديات التي تواجه المصابين من ضعف المعرفة والدراية العلمية بالإعاقة التي نتجت عن الإصابة بالسكتة الدماغية والموقف السلبي تجاه ذوي المصاب، وعدم كفاية الدعم للأشخاص المرضى والمشاكل الفردية لمقدمي الخدمات، ومشاكل التكلفة والوصول للمؤسسة التأهيلية، وقد أكدت هذه الدراسة على أن خطة إعادة التأهيل للأشخاص مصابي السكتة الدماغية تتطلب فهماً عميقاً ومشاركاً للتحديات التي تواجه توفير خدمات التأهيل لهم، وأن فهم هذه التحديات سيساعد صانعي القرارات ومقدمي الخدمات والأشخاص ذوي المرضى وعائلاتهم، واستخدمت هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي، وكانت عينة الدراسة مكونة من (50) مريضاً، وزعت عليهم الاستبانة كأداة من أدوات الدراسة، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى أن التحديات التي تواجه توفير الخدمات التأهيلية هي الأهم بالنسبة للأشخاص مرضى السكتة الدماغية الذين يحتاجون إلى تلقي هذه الخدمات، وأوصت بإجراء أبحاث علمية ودراسات؛ لتوضيح التحديات التي تؤثر على توفير خدمات إعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة بشكل معمق.



4. دراسة (Lemmi, Blanchet, 2016) بعنوان: "إعادة التأهيل المجتمعي للأشخاص ذوي الإعاقات البدنية والعقلية الناتجة عن السكتة الدماغية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط مراجعة منهجية".

هدفت الدراسة إلى تأهيل مصابي السكتة الدماغية، وتأهيل أسرهم ومقدمي الرعاية لهم، وتوعية المجتمع الذي يعيشون فيه، وتوفير الخدمات والبرامج التدريبية لهم قد يكون فعالاً جداً في تنمية قدراتهم وتحسين أدائهم الاجتماعي، وتحسين نوعية الحياة لديهم، وقد أجريت مراجعة منهجية لتقييم فعالية إعادة التأهيل الطبي للأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية والعقلية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، أو أسرهم أو مقدمي الرعاية والمجتمع. واستخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وكانت عينة الدراسة مكونة من (15) شخصاً من ذوي الإعاقة، وتم تحديد 15 دراسة مؤهلة، (10) منها كانت تلقت التأهيل الطبي واستقادت في التعافي السريع من السكتة الدماغية، اقترحت الدراسة أن التأهيل الطبي قد يكون فعالاً في تحسين النتائج السريرية وتعزيز أداء ونوعية حياة الشخص المعاق ومقدم الرعاية له، ومع ذلك يجب تفسير هذا الاستنتاج بحذر بسبب قلة عدد الدراسات، والمخاوف بشأن جودة الدراسة، ونقص المعلومات حول فعالية تكلفة التدخلات.

5. دراسة (Pereirj et al., 2016) بعنوان: "خدمات إعادة التأهيل البدني للأشخاص ذوي الإعاقة".

هدفت الدراسة الراهنة إلى معرفة واقع خدمات إعادة التأهيل المقدمة لفئة ذوي الإعاقة الناتجة عن الإصابة بالسكتة الدماغية، وأيضاً خدمات النظام الصحي والتي من المفترض أن تقدم لمصابي السكتة الدماغية بمستويات راقية تخدم مصلحة المصابين في تلقي العلاج الصحي المناسب لهم وبالتالي المصابين بحاجة إلى تلقي خدمة الرعاية الصحية ذات جودة عالية جداً مقارنة بدول العالم المتطورة في المجال الصحي، واعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي، حيث كانت عينة الدراسة تشمل (70) شخصاً من ذوي الإعاقة، وقد توصلت النتائج إلى أن هناك العديد من المعوقات التي تواجه توفير الخدمات التأهيلية أهمها سوء تنظيم شبكات الرعاية لمتحدي الإعاقة الناتجة عن الإصابة بالسكتة الدماغية.

6. دراسة (Silva et al., 2016) بعنوان: "منظور الناجين ما بعد السكتة الدماغية".

هدفت دراسة الحالة إلى محاولة تفسير وفهم تجربة ثمانية ناجين ما بعد تعرضهم للسكتة الدماغية، تم جمع البيانات من خلال مقابلات شبه منظمة ومن خلال استخدام التحليل الموضوعي النوعي، تكونت عينة الدراسة من ثلاثة رجال وخمس نساء، وتبين من خلال الدراسة بأن تجربة

السكتة الدماغية ولدت مشاعر سلبية مثل: الخوف من الموت والعجز، وفقدان الاستقلالية، وعدم القدرة على العمل. وكان للدعم الاجتماعي من الأسرة وللجانب الديني أهمية للتمكن من التعامل مع التغييرات في الحياة اليومية، ووجود عدم كفاءة لشبكة الرعاية الصحية، كما تشير نتائج الدراسة إلى ضرورة وجود تثقيف صحي حول الأعراض التنبؤية للجلطة الدماغية، والتوعية من آثار هذا المرض على حياة الناجين، والحاجة إلى فرق رعاية صحية متعدد التخصصات؛ لتشجيع روح المبادرة من أفراد أسرة الناجين من السكتة الدماغية.

7. دراسة (Langhammer et al., 2018) بعنوان: "العودة إلى العمل بعد إعادة التأهيل المتخصص دراسة استطلاعية مع الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة الذين أصيبوا بالسكتة الدماغية في سبعة بلدان".

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى إمكانية الأشخاص بعد التعرض بالسكتة الدماغية من العودة إلى العمل، والحفاظ على الوضع المالي، ووصف متابعتهم العلاج، ومدى مشاركتهم في شبكات التواصل الاجتماعي والأنشطة الترفيهية، اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي، وشملت الدراسة عينة مكونة (260) شخصًا، وقد قام بالمشاركة بهذه الدراسة سبع دول، ومنها تسعة مراكز تأهيل متخصصة (ومن بينها كانت دولة فلسطين، حيث شاركت جمعية بيت لحم العربية في الضفة الغربية ومستشفى الوفاء للتأهيل الطبي في قطاع غزة)، وأظهرت النتائج بأن معدل العمل قبل بداية السكتة الدماغية يبلغ من (27-86%)، وقد تراوحت نسبة العودة إلى العمل من (11-43%) وبالتالي فإن كثيرين أفادوا بانخفاض الوضع المالي من (10-70%) بعد مرور ستة أشهر على الإصابة، ومن (10-80%) بعد (12) شهرًا من الإصابة. وقد أظهرت الدراسة تباين إمكانية الحصول على خدمات متابعة ما بعد انتهاء التأهيل في مختلف البلدان من (24-100%) في الستة أشهر الأولى، ومن (21-100%) بعد مرور (12) شهرًا، وقد كان العلاج الطبيعي هو أكثر الخدمات متابعة بعد عملية الخروج من المراكز، وقد كان الأشخاص المصابون بسكتة دماغية أقل نشاطًا في مجال التواصل على شبكات التواصل الاجتماعي، وأيضًا في مجال المشاركة بالأنشطة الترفيهية، وتظهر الدراسة أيضًا بأن التعليم والعمر ونوع الإعاقة مؤشرات مهمة تؤثر على مدى إمكانية العودة للعمل، ولوحظ في هذه الدراسة أن هناك اختلافًا بين البلدان يعود لمدى انتشار البطالة فيها، وكان إجماع من قبل المرضى على انخفاض درجة الرضى عن الحياة بعد التعرض للسكتة الدماغية.

### 3.2.1 التعقيب على الدراسات السابقة:

#### 1.3.2.1 أوجه الاتفاق بين الدراسات السابقة:

يتضح من خلال عرض نتائج الدراسات العربية والأجنبية السابقة في موضوع الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية ما يلي:

1. من خلال استعراض الدراسات العربية والأجنبية تبين أنها اتفقت على أنه توجد علاقة بين الحد من مشكلات المصابين وبين بعض المتغيرات "نتائج التحسن لدى المصابين في المستوى الحركي والحسي والإدراكي والتأهيلي والقدرات البدنية والجانب الاجتماعي والنفسي"، كدراسة (عبدالعال، وآخرون، 2011)، ودراسة (القليوبي، 2016)، ودراسة (عطيتو، 2017)، ودراسة (خاطر، 2017)، ودراسة (Langhammer et al., 2018).

2. اتفقت دراسة كل من دراسة (القليوبي، 2016)، ودراسة (Lemmi, Blanche et al., 2016)، ودراسة (عطيتو، 2017)، ودراسة (خاطر، 2017)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المغازي، 2020) مع دراسة الباحث على أهمية الدمج الاجتماعي قبل خروج المصاب من المستشفى للمجتمع.

3. يتضح من الدراسات السابقة فعالية استخدام نماذج وبرامج للتدخل المهني في الخدمة الاجتماعية في الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، وذلك في ضوء بعض المتغيرات، وهي التكيف مع البيئة والاندماج مع المجتمع، واستعادة الدور الاجتماعي والمكانة الاجتماعية، وتحسن الأداء الاجتماعي والأسري والنفسي لذوي مصابي السكتة الدماغية، وتحسن القدرات الحركية والتأهيلية. وهذا ما أكدته دراسة (Akram, 2010)، ودراسة (Bualar, 2012)، ودراسة (Abdi, 2016)، ودراسة (Lemmi et al., 2016)، ودراسة (Langhammer et al., 2018)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المغازي، 2020)، ودراسة (المدهون، 2021). ومن هنا جاء دافع الباحث لإعداد تصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

4. تبين أن بعض الأخصائيين الاجتماعيين يواجهون نقصاً في مهارات العملية الشخصية في نطاق العمل الاجتماعي والمهني والتثقيف الصحي للمصابين، والحد من المعوقات التي تواجههم أثناء توفيرهم للخدمات الصحية للمصابين وقلة الخبرات في وضع تصور

مقترح للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، دراسة (خاروفه، 2019) ودراسة (Silva et al., 2016)، ودراسة (Pereirj et al., 2016)، ودراسة (Langhammer et al., 2018).

5. اتفقت الدراسة الراهنة مع دراسة (Langhammer et al., 2018)، حيث كانت الفئة المستهدفة من الدراسة متشابهة في العديد من المتغيرات مثل المكان لنوع الإصابة ومصير المصاب بعد الخروج من المستشفى، والاندماج المجتمعي والعودة للحياة الاجتماعية والعمل. وبالرغم أنها دراسة أجنبية تضمنت سبع دول في تطبيق هذه الدراسة إلا أن اختيار مستشفى الوفاء الطبي بقطاع غزة والجمعية العربية للتأهيل الطبي في بيت لحم، وكلا المركزين يتبع للتأهيل الطبي في فلسطين، وكلاهما من أحد هذه الأماكن التي طبقت عليها الدراسة، مما يعزز واقع التأهيل الطبي في مستشفى الوفاء.

#### 2.3.2.1 أوجه الاختلاف بين الدراسة الراهنة والدراسات السابقة:

1. تناولت الدراسات والبحوث السابقة واقع مشكلات مصابي السكتة الدماغية من عدة اتجاهات، حيث تطرقت الدراسات العربية والأجنبية السابقة للمشكلات الحركية والحسية والبدنية والنفسية والاقتصادية لمصابي السكتة الدماغية، مثل: دراسة (Akram, 2010)، ودراسة (عبدالعال، آخرون، 2011)، ودراسة (Bualar, 2012)، ودراسة (Abdi, 2016)، ودراسة (Lemmi et al., 2016)، ودراسة (Langh, 2018)، ودراسة (Langhammer et al., 2019)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المغازي، 2020)، ودراسة (خاروفه، 2019)، ودراسة (المدهون، 2021). بينما ركزت الدراسة الراهنة على المشكلات السابقة، وأضافت إليها المشكلات الاجتماعية والأسرية والتأهيلية.

2. إن الدراسة الراهنة تتميز عن غيرها من الدراسات السابقة في وضع تصور مقترح يعمل على الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، وتطرق الباحث لكافة المشكلات التي تواجه المصاب، وغالبية الدراسات السابقة استخدمت التدخل المهني ولكن بشكل مختصر، ولم تتطرق لوضع تصور للتدخل المهني.

3. خلصت نتائج الدراسات السابقة إلى العمل على زيادة الوعي والتثقيف الصحي واهتمام المصابين بالجانب الصحي والحسي والحركي مثل: دراسة (Silva et al., 2016) ودراسة (Langhammer et al., 2018)، ولم تتطرق هذه النتائج والتوصيات للبحث في تطوير مهارات الباحثين وتحسين قدراتهم المهنية والارتقاء بجودة العمل، وتسهيل الدور الإعلامي للاهتمام بهذه الفئة مصابي السكتة الدماغية، وهذا ما أكدته الدراسة الراهنة.

4. تختلف الدراسة الراهنة عن الدراسات السابقة من حيث العينة والأهداف، حيث طبقت هذه الدراسة على عينة من مصابي السكتة الدماغية وعددهم (88) مصابًا من مختلف الأعمار ومن كلا الجنسين، أيضًا تتطرق هذه الدراسة لدراسة عينة من الأخصائيين الاجتماعيين ومعرفة واقع عملهم مع المصابين.

### 3.3.2.1 أوجه الاستفادة من الدراسة الراهنة والدراسات السابقة:

1. المساهمة في تحديد وصياغة مشكلة الدراسة: حيث استند إليها الباحث في تحديد أهم القضايا المثيرة والتي من الواجب تناولها بالبحث والدراسة.
2. المساهمة في صياغة وتحديد تساؤلات الدراسة، وبالتالي انطلقت الدراسة من خلال ما تم استخلاصه من نتائج الدراسات السابقة؛ لتحديد تساؤلات الدراسة الحالية، والتي لم يسبق تناولها بهذا التوسع العلمي لمشكلات المصابين بالسكتة الدماغية في البحث والدراسة العلمية.
3. وضع تصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية (الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والأسرية والتأهيلية).

### 3.1 مشكلة الدراسة:

زاد معدل حدوث الإصابة بالسكتات الدماغية بين أفراد المجتمع، وحسب إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية بغزة بلغ عدد مصابي السكتة الدماغية لعام 2021 (2036) مصابًا بالسكتة الدماغية في مشافي وزارة الصحة والمراكز التأهيلية الخاصة، وأن نسبة 16.5% من مصابي السكتة الدماغية تلقوا الرعاية الصحية والتأهيلية. (وزارة الصحة الفلسطينية، 2021)

وتعتبر هذه النسبة ليس بالقليلة؛ لأن مصابي السكتة قد يكونون أحد أفراد الأسرة أو أرباب الأسر ولديهم مسؤوليات تجاه أسرهم ومجتمعهم، بالإضافة إلى ذلك أنهم يعانون من العديد من إعاقات ما بعد السكتة الدماغية، حيث تؤدي الإصابة لعدة مشاكل اجتماعية واقتصادية ونفسية وتأهيلية وأسرية وبيئية: مثل العبء المالي وعدم القدرة على أن يكونوا منتجين، بالإضافة إلى الاكتئاب والإحباط، وبالتالي ينتج عنه نقص الدافعية لإعادة التأهيل، مما يؤثر على نتائجهم العلاجية، لذلك فإن التدخلات الطبية وحدها ليست كافية، وتبين أن التعامل مع هذه الفئة من المصابين كان له من الآثار الإيجابية الواضحة في تحقيق التماثل والشفاء للمصاب في فترة زمنية قصيرة بسبب تقبله لإصابته وتحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والأسري ودمج المصاب في مجتمعه، وتعاون الجمعيات الطبية التي تهتم باستكمال العلاج التأهيلي بعد خروج المصاب من المركز التأهيلي، ومواصلة الانتفاع من خدمة التأهيل الاجتماعي ودمج المصاب مع بيئته الاجتماعية، والتهيئة المنزلية وتهيئة بيئة العمل لمصابي السكتة الدماغية التي تحتاج فترة وجيزة

من استعادة القدرات الحركية والتغلب على الإعاقة، ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة للتوصل إلى وضع تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

#### 4.1 أهمية الدراسة:

1. تكمن أهمية الدراسة في الاهتمام المتزايد والواضح من قبل وزارة الصحة الفلسطينية ومؤسسات حقوق الإنسان، والمؤسسات الدولية كمنظمة MSF & UNRWA & WHO الداعمة للجانب الصحي والاجتماعي للمرضى وعلى وجه الخصوص ذوي الإعاقة، ويندرج من ضمنهم مصابو السكتة الدماغية والتي تعد شريحة من المجتمع، وأنها بحاجة للوقوف معهم في توفير العلاج الطبي المناسب لهم؛ لإعادة دمجهم في مجتمعهم.
2. هناك أعداد ليست بالقليلة من مصابي السكتة الدماغية بناء على إحصائيات مركز الإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة الفلسطينية.
3. تكمن أهمية الدراسة في اهتمام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية بالحد من المشكلات التي يعاني منها مصابو السكتة الدماغية؛ لتمكينهم من مواجهة مشكلاتهم الحياتية وأداء أدوارهم في المجتمع بشكل مؤثر وفعال.
4. قلة الدراسات والبحوث العلمية في حدود علم الباحث التي تناولت موضوع الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، ووضع تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية.
5. حاجة المجتمع الفلسطيني لمثل هذه الدراسات؛ وذلك لإثراء مهنة الخدمة الاجتماعية في الممارسة النظرية والمهنية، خاصة في اتجاه الممارسة العامة مع شريحة مهمة في المجتمع، وهي فئة مصابي السكتة الدماغية؛ وذلك لمساعدة المهتمين والمسؤولين والأخصائيين الاجتماعيين في حماية وتوفير العلاج المناسب لهذه الشريحة المهمة من المجتمع.
6. إضافة هذه الدراسة إلى المكتبات الجامعية؛ لتكون مرجعاً لكل الباحثين المهتمين بالدراسات التي تهتم بهذا الجانب.

#### 5.1 أهداف الدراسة:

1. تحديد مشكلات مصابي السكتة الدماغية بمراكز التأهيل الطبي بقطاع غزة.

2. الكشف عن أدوار الأخصائيين الاجتماعيين في الحد من المشكلات التي تواجه المصابين بالسكتة الدماغية.
3. الكشف عن المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين أثناء عملهم في الحد من المشكلات التي تواجه المصابين بالسكتة الدماغية.
4. وضع مقترحات للتخفيف للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة.
5. التوصل إلى تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة.

### 6.1 تساؤلات الدراسة:

1. ما مشكلات مصابي السكتة الدماغية بمراكز التأهيل الطبي بقطاع غزة؟  
ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية الآتية:  
أ. ما المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟  
ب. ما المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟  
ج. ما المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟  
د. ما المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟  
هـ. ما المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟
2. ما أدوار الأخصائيين الاجتماعيين في الحد من المشكلات التي تواجه المصابين بالسكتة الدماغية؟
3. ما المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟
4. ما المقترحات للتخفيف والحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

### 7.1 مفاهيم الدراسة:

1. مفهوم التدخل المهني: (Professional Intervention) مجموعة الأنشطة المهنية المنظمة والخطوات التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي بدءًا من تقدير الموقف وتحديد أهداف التدخل واستراتيجياته وتكتيكاته في إطار خطة التدخل، ثم تطبيق الخطة، وأخيرًا تقييم نتائج التدخل والإنهاء. (أبو المعاطي، 2009، ص9)

ويشير مفهوم التدخل المهني: إلى عمليات وأنشطة الخدمة الاجتماعية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، وتحتوي على جمع المعلومات وتحليلها والمهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بما يؤدي إلى التغيير المطلوب للعملاء. (محرم، 2000، ص18)

ويعرف الباحث التدخل المهني: مجموعة الأنشطة التي يمارسها المتخصص الاجتماعي المهني باستخدام كافة مهاراته ومعارفه وخبراته في إحداث تغيير مرغوب فيه في حياة العميل والبيئة الاجتماعية المحيطة به، ويتضمن ذلك استخدام إستراتيجيات حقيقية، ولها هدف واضح ومعترف بها ضمن إطار العمل بهم في الخدمة الاجتماعية، وتتواءم مع مشكلات مصابي السكتة الدماغية، منها المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والبيئية والتأهيلية.

## 2. مفهوم الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية: (General practice of Social Work)

اتجاه الممارسة المهنية الذي يركز فيه الأخصائي الاجتماعي على استخدام الأنساق من البيئة والأساليب والطرق الفنية لحل المشكلة، دون تفضيل التركيز على تطبيق طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية في إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم واضحاً في الاعتبار كافة أنساق التعامل (فرد، أسرة، جماعة صغيرة، منظمة مجتمع) مستنداً على أسس معرفية ومهارية وقياسية تعكس في تعاملها التخصصات الأخرى لتحقيق الأهداف وفقاً لمجال الممارسة. (أبو المعاطي، 2009، ص59)

ويرى "روبرت باركر" **Robert Barker**: أن الأخصائي الاجتماعي (الممارس العام) ذلك المتخصص المهني الذي يكتسب معارف الممارسة ومهارتها على نطاق واسع دون الارتباط بإطار نظري معين أو طريقة معينة، حيث يقوم بتقدير مشكلات العملاء، وإيجاد الحلول المناسبة لهم بصورة شمولية ومتكاملة تتناول جميع الأنساق التي تتضمنها هذه المشكلات. (Barker,1999,p192)

كما وتعرف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية بأنها: "منهج واحد لطبيعة الممارسة يعتمد على المشكلات الاجتماعية والحاجات الإنسانية وليس على تفضيل المؤسسة لتنفيذ طريقة معينة للممارس. ويختار الأخصائي الاجتماعي النظريات وأساليب التدخل المهني المتعددة مستخدماً منظور الأنساق البيئية وعملية حل مشكلة أنساق العملاء. (حبيب، 2003، ص59)

## ويعرف الباحث الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

منظور يعتمد على مجموعة من الخطوات المرتبة والمنقاة وفقاً للأساليب الحديثة، للعمل



مع مصابي السكتة الدماغية، تقوم على الاختيار الحر لنظريات ونماذج وأدوار وتكنيكيات ومهارات التدخل المهني، تهدف لحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية عن طريق تصور مهني مقترح.

### 3. المشكلة: (Problem)

المشكلة هي حالة من عدم الرضا أو نتيجة غير مرغوب فيها، والشعور بوجود عوائق لا بد من تجاوزها لتحقيق هدف ما، وتنشأ من وجود عدة أسباب معروفة أو غير معروفة، وهي تحتاج لعمل دراسات عنها؛ للتعرف عليها ومحاولة حلها للوصول إلى الأهداف المرجوة، كما تختلف المشكلات من حيث نوعها ودرجة حدتها وتأثيرها. (سرحان، 2006، ص8)

**وتعرف المشكلة:** بأنها المسألة أو المسائل ذات الصفة الجماعية التي تتناول عددًا من الأفراد في المجتمع، تحول دون قيامهم بأدوارهم بها، وفق الإطار المتفق عليه والذي تقع على المستوى العادي للجماعة. (توفيق، 2008، ص28)

### 4. المشكلة في الخدمة الاجتماعية: (Problem in Social Work)

تعرف بأنها: صعوبة يواجهها الفرد في موقف حياته الحالي في علاقاته مع شخص أو أشخاص آخرين، أو في أدائه مهمة أو أكثر من مهام حياته اليومية، وهذه الصعوبة تزعجه أو تؤذيه بطريقة ما وتسبب له اضطرابًا عاطفيًا، لذلك فهو يسعى للتخلص منها أو التخفيف من حدتها على الأقل. (على، 2004، ص42)

**ويعرف الباحث المشكلة:** بأنها "مجموعة المواقف غير المعهودة التي يمكن أن تواجه عينة الدراسة مصابي السكتة الدماغية المقيمين بقطاع غزة"، ويتمثل الموقف غير المعهود ما ترتب على هذه الإصابة من معاناتهم للعديد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والتأهيلية والبيئية، وتقاس بدرجة استجابات أفراد عينة الدراسة على أدواتها المتمثلة الاستبار بمجالاتها المختلفة؛ لغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة".

### 5. السكتة الدماغية: (Thrombosis Cerebral)

تعرض جزء من الدماغ للضرر نتيجة نقص تدفق الدم إليه أو تمزق وعاء دموي، أي حدوث نزيف في الدماغ، وتؤدي بعض السكتات الدماغية إلى انهيار المصاب وفقدانه الوعي فجأة، وغالبًا ما ينتج هذا النوع من السكتات عن نزيف كبير في الدماغ، وهي متميزة للغاية لدرجة ابتكر معها الإغريق القدماء مصطلح «السكتة» (apoplexy)، وهو الاسم القديم لها باللغة الإنجليزية

(الاسم الجديد المتداول هو Stroke) السكتة الدماغية، ويشار إليها أحياناً باسم حادث الأوعية الدماغية (CVA)، إهانة الأوعية الدماغية (CVI)، أو هجوم الدماغ بالعامية، هو فقدان وظيفة الدماغ بسبب اضطراب في إمدادات الدم إلى الدماغ. (Meyer,2013, P8 -11)

#### 6. تعريف مصابي السكتة الدماغية: (Stroke Sufferers)

هم أشخاص أصيبوا بخلل أو تعطل في أحد وظائف الجسم نتيجة إصابة تعرض لها الدماغ، حيث ينقطع فيها الدم بصورة مفاجئة عن جزء من المخ بانسداد الشرايين Clogged arteries وهو أحد فروع الشريان المخي الأوسط، ولا بد أن يحدث للمصاب بعض الأعراض والتوابع من الإصابة، ويحدث أن نصفة المضاد قد شلَّ شللاً تاماً أو شبه تام، أو مؤقتاً، وهذا ما يعرف بالشلل النصفي Hemiplegia، فإذا حدثت الجلطة في النصف الأيسر من المخ يحدث شلل في النصف الأيسر. (Jia-Hua,2015,P298-308)

#### تعريف الباحث لمصابي السكتة الدماغية:

هم أشخاص تعرضوا للإصابة بالسكتة الدماغية نتيجة خلل أصاب الدماغ ونتج عنها فقدان أو قصور في الحركة، ومشاكل في الجانب الإدراكي والمعرفي والانفعالي والسلوكي للشخص المصاب مما يستدعي التدخل الطبي وخضوعه لبرنامج تأهيل طبي واجتماعي ونفسي؛ لإعادة بعض من القدرات التي فقدها، وإعادة دمجها في المجتمع وممارسة نشاطه الاجتماعي والحياتي بشكل طبيعي نوعاً ما.

## الفصل الثاني السكتة الدماغية

## الفصل الثاني

### السكتة الدماغية

#### 1.2 مقدمة:

تعد السكتة الدماغية من الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز، ويعتبر التقدم في العمر من أهم عوامل الخطورة لحدوث السكتة الدماغية، يتم تشخيص السكتة الدماغية عن طريق تقييم عصبي دقيق، وتؤثر السكتة الدماغية جسديًا وعقليًا وعاطفيًا على المرضى، أو يكون تأثيرها مزيجًا من الثلاثة. (سلمان، 2021، ص2)

للسكتة الدماغية مجموعة من عوامل الخطورة أهمها التقدم بالسن، حيث يمثل المسنون ثلثي الإصابات، وغالبًا ما تسبب السكتة الدماغية خللاً في الوظيفة الحركية مثل عجز حركي نصفي أو كلي يؤدي لتراجع قدرة المصاب على تلبية احتياجاته واعتماده على الآخرين، وكذلك يحدث لدى السكتة العديد من المضاعفات والعقبات والاختلالات النفسية للسكتة. (CAMPBELL, 2019, p118-119)

وتؤثر السكتة الدماغية على جميع جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والتأهيلية والنفسية، وإضافة إلى ذلك الحالة الفسيولوجية والنفسية للمرضى كالاكتئاب والقلق وهما شائعتان بين الناجين بعد السكتة الدماغية ويؤديان إلى المرض المطول وتأخير الاستشفاء.

(ESSA A, 2011, P316-329)

في المملكة المتحدة، يصاب حوالي 110 آلاف شخص بسكتة دماغية للمرة الأولى في كل عام، أي ما نسبته (اثنتان بالألف) سنويًا. ويرتفع خطر السكتة الدماغية مع تقدم المرء في السن، وهو عادة ما يكون عند الرجال أكثر من النساء. (ليندلي، 2014، ص1)

وهناك نوعان رئيسيان من السكتة الدماغية هما: نقص التروية والنزف، حيث يمثلان ما يقرب من 85% و15%، على التوالي. (Kumar, Vinay, et al., 2010, PP.1290-1298)

وعند حدوث السكتة الدماغية، يؤدي انقطاع الأكسجين والجلوكوز إلى تلف معظم الخلايا المخية. ومن ثم بعد ذلك يندفع الدم من جديد، ويحدث نوبة أخرى من تلف للخلايا الدماغية، ومن ثم تسترد عافيتها بعد الإصابة بعدة أيام، ويعتبر النوع الإقفاري هو النوع الأكثر شيوعًا من السكتة الدماغية لدى كبار السن، بسبب انسداد الأوعية الدموية عن طريق التجلط أو الانضمام الشرياني، أو عن طريق السكتة الدماغية وهي فقدان وظيفة نسيج الدماغ بسبب اضطراب تدفق الدم إليه. (Hacke, W., Kaste, 2008, p1317-1329)

وتعتبر السكتة الدماغية الإقفارية النوع الشائع من حالات السكتة الدماغية لدى البالغين وتنتج من انسداد الأوعية الدموية أو لحدوث الخثرة في الشرايين، أدى إلى نقص التروية.

## 2.2 أنواع السكتة الدماغية الأكثر شيوعًا:

1. سكتة دماغية خثارية (Thrombotic stroke): يحدث هذا النوع من السكتة

الدماغية عندما تتكوّن خثرة/ جلطة Thrombus في أحد الشرايين المسؤولة عن توريد الدم إلى الدماغ. تخثر الدم يحدث عادة في المناطق التي كانت قد تضررت من جراء مرض تصلب الشرايين، وهو مرض تنسد فيه الشرايين بسبب تراكم الترسبات الدهنية.

هذه العملية تحدث في أحد شريانيّ الرأس (kueh - ROT - id) الموجودين في مؤخر العنق والمسؤولين عن توريد الدم إلى الدماغ، مثل الشرايين الأخرى في منطقة الرقبة والدماغ.

2. سكتة دماغية صمية (Stroke Embolic): يحدث هذا النوع من السكتة الدماغية

عند تكوّن خثرة أو جسيم آخر في داخل أحد الأوعية الدموية البعيدة عن الدماغ، في منطقة القلب، عادة فيجرفها تيار الدم معه حتى تستقر في وعاء دموي.

3. السكتة الدماغية النزفية (Hemorrhagic Stroke): تحدث هذه السكتة عندما يبدأ

أحد الأوعية الدموية في الدماغ بالنزف أو بالتمزق، هذا النزف قد يحدث نتيجة بعض الحالات الطبية التي تؤثر على الأوعية الدموية، مثل فرط ضغط الدم غير المعالج: ويعني توسع كيسي غير طبيعي في شريان أو أكثر. (أبو حامد، 2009، ص17-18)

ولابد للإشارة هنا إلى أن السكتة الدماغية من الناحية الطبية تسمى بالحادث الوعائي

الدماغي، وتدعى بالعامية بالجلطة الدماغية، وتعرف بحدوث اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ يتظاهر بعجز في وظيفة عصبية أو أكثر حركية أو حسية أو حاسية أو استعرافية، وينجم هذا الاضطراب عن انسداد شريان دماغي بسبب تشكل خثرة سادة مصدرها شرايين العنق عادة، أو بسبب انطلاق صدمه مصدرها القلب غالبًا، وهذا ما يدعى بالسكتة الإقفارية أو الاحتشاء الدماغي، ويشكل هذا النوع من السكتات 80% من مجمل السكتات، وينتج عنه تمزق الشريان الدماغي مما يؤدي لتوضع الدم داخل النسيج الدماغي (يدعى بالنزف الدماغي ويشكل 15% من مجمل السكتات)، أو تمزق تشوه وعائي خلقي مما يؤدي لتوضع الدم في سمك الغشاء العنكبوتي، وهذا ما يدعى بالنزف السحائي (ويشكل 5% من مجمل السكتات)، هذان النوعان بالسكتة النزفية، وتشكل 20% من مجمل السكتات، حيث تعرف السكتة الدماغية بحادثة وعائية دماغية

(Cerebrovascular accident – CVA) تحدث عندما يتوقف، أو يتعرقل بشدّة تدفق الدم إلى أحد أجزاء الدماغ، مما يحرم أنسجة المخّ من الأكسجين الضروري جدّاً ومواد التغذية الحيوية الأخرى، ومن جراء ذلك، تتعرض خلايا المخ للموت خلال دقائق قليلة. (ليندلي، 2014، ص13)

### 3.2 أسباب حدوث السكتة الدماغية:

1. يعتبر ارتفاع الضغط الشرياني مسؤولاً عن 70 – 80% من حالات النزف الدماغية، حيث يؤثر ارتفاع ضغط الدم المتواصل (المزمن) على جدران الشرايين الدماغية صغيرة الحجم إلى تغيرات في بنية جدرانها، وفي لحظة ما يتمزق أحدها مما يسبب حدوث النزف الدماغية، يتكون الارتفاع المفاجئ (الحاد) لضغط الدم الشرياني كافيًا لتمزق شريان دماغي خاصة عند وجود سوابق لارتفاع ضغط الدم الشرياني غير المعالج أو الداء السكري.
2. زيادة ميوعة الدم؛ بسبب تناول مميعات الدم (مضادات فيتامين k)، أو بسبب خلل وراثي في عوامل تخثر الدم.
3. تشوه أوعية الدماغ خلقي المنشأ.
4. اعتلال أوعية الدماغ النشواني، حيث تترسب بروتينات شاذة في جدران الأوعية صغيرة الحجم، وهو المسؤول عن حوالي نصف حالات النزف الدماغية عند الأشخاص فوق سن السبعين من العمر. (أبو حامد، 2009، ص30-31)

### 1.3.2 الأسباب الأكثر شيوعًا التي تؤدي للإصابة بالسكتة الدماغية:

1. التقدم في السن.
2. ارتفاع ضغط الدم.
3. التدخين.
4. مرض السكري.
5. مشاكل القلب (الرجف الأذيني)، واضطرابات في الدم.
6. قلة ممارسة التمارين.
7. فقر الدم المنجلي).
8. الإفراط في تناول المشروبات الممنوعة. (ليندلي، 2014، ص33)

### 2.3.2 فرص الإصابة بالسكتة الدماغية:

1. **مرض السكر:** يدمر ويتلف الأوعية الدموية مما يجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة بالسكتة الدماغية، في حالة الإصابة بسكتة دماغية عندما تكون نسبة السكر في الدم مرتفعة، يجعل ذلك الإصابة في المخ أكثر شدة.
2. **الوزن والتمارين الرياضية:** نسبة الإصابة بالسكتة الدماغية ترتفع في حالة كون وزنك زائدًا، يمكن تقليل هذا الخطر بممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم يوميًا. من أشكال الرياضة المفضلة المشي أو تمارين تقوية العضلات أو تمارين حمل الأثقال.
3. **الأدوية:** تعاطي بعض الأدوية قد يزيد من فرص الإصابة بالسكتة الدماغية، على سبيل المثال الأدوية التي تسبب زيادة سيولة الدم والتي يصفها بعض الأطباء لمنع تكون الجلطات الدموية يمكن في بعض الأوقات أن تكون سببًا في الإصابة بالسكتة الدماغية من خلال النزيف. الدراسات ربطت أيضًا بين العلاج الهرموني لأعراض انقطاع الطمث عند السيدات وزيادة فرص الإصابة بالسكتة الدماغية. أيضًا الجرعات القليلة من الأستروجين في حبوب منع الحمل يمكن أيضًا أن تزيد من فرص الإصابة بالسكتة الدماغية.
4. **المرحلة العمرية:** أي شخص معرض للإصابة بالسكتة الدماغية حتى الأجنة في رحم الأم، لكن بشكل عام فرص الإصابة تزيد كلما تقدم عمر الشخص وتتضاعف هذه الفرص مع كل عقد من الزمان بعد عمر الـ 55 عامًا.
5. **التاريخ العائلي:** السكتة الدماغية قد تنتشر داخل العائلة الواحدة. الشخص وأقاربه قد يتشاركون في الميل للإصابة بضغط الدم المرتفع أو مرض السكر، بعض السكتات الدماغية قد تحدث بسبب اضطراب جيني يمنع تدفق الدم إلى المخ.
6. **الجنس (النوع):** السيدات أقل تعرضًا للإصابة بالسكتة الدماغية من الرجال في نفس المرحلة العمرية، لكن السيدات اللاتي يصبن بالسكتة الدماغية لاحقًا بشكل يجعل فرصهم في الشفاء والتعافي منها أقل وأكثر عرضة للموت بسببها.
7. **العرق (المنشأ):** بعض الأعراق تعتبر أكثر عرضة من غيرها للإصابة بالسكتة الدماغية، ومنها الأمريكيون من أصول أفريقية، والأمريكيون اللاتينيون. (Robert et al., 2013, P.16)

### 4.2 أعراض السكتة الدماغية:

1. **عضلة أو ضعف في الوجه أو الذراع أو الساق، خاصة في جانب واحد من الجسم.**

2. الارتباك أو صعوبة التحدث أو فهم الكلام.
3. مشكلة في الرؤية بإحدى العينين أو كليهما.
4. صعوبة المشي والدوخة، وفقدان التوازن أو التنسيق.
5. صداع شديد بدون سبب معروف.

وكذلك يجب رؤية الطبيب فوراً عند ملاحظة أي من الأعراض التالية حتى عند اختفائها:

- أ. الوجه: إذا ابتسم الشخص المصاب وتدلّى جانب من وجهه.
- ب. الذراع: إذا لم يستطع رفع ذراعه للأعلى.
- ج. الكلام: إذا كان كلامه غريباً أو متداخلاً. (ليندلي، 2014، ص77)

## 5.2 مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

مما سبق، يتضح للباحث أن هذه المشاكل غير المرغوب فيها تسبب عائقاً لمصابي السكتة الدماغية، وتحول بينه وبين ممارسة حياته الطبيعية، مما يؤثر على حركته الجسمية وسلوكه الاجتماعي والنفسي. فالإصابة تعد عقبة تؤدي إلى وجود مشكلات متعددة والتي يجب التغلب عليها بشكل أو بآخر؛ حتى تستمر الحياة بشكل طبيعي.

المشكلات التي يعاني منها مصابو السكتة الدماغية التي استطاع الباحث حصرها،

وهي كالتالي:

1. المشكلات الاجتماعية.
2. المشكلات الاقتصادية.
3. المشكلات النفسية.
4. المشكلات الأسرية.
5. المشكلات التأهيلية.

## 1.5.2 المشكلات الاجتماعية:

وتُعرف المشكلة الاجتماعية على أنها "ظاهرة اجتماعية صاخبة تعكر حياة عدد كبير من الناس نظراً لما تسببه من آثار سلبية على نمط علاقاته وتفاعله، وتحتاج لاتخاذ عمل جماعي منظم يستهدف القضاء عليها وإزالة آثارها المدمرة. (الديب، 1998، ص216-217)



وتعرف كذلك بأنها "المواقف التي تضطرب فيها علاقة الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي، أو ما يمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد". (سرحان، 2006، ص383)

ويمكن عرض المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها مصابو السكتة الدماغية فيما يلي:

1. صعوبة التكيف مع المجتمع، فنظرات العطف أو الاشمئزاز أو الازدراء التي يلقاها المصاب من المارة تقتل فيه كل أمل، حيث يؤثر على توافقه الذاتي في قبول إعاقته، فالقبول الاجتماعي لإصابته أصعب بكثير من القبول الذاتي لها، فقد يستطيع مصاب السكتة الدماغية أن يتوافق مع ذاته ويتقبل إعاقته إلا أن رفض المجتمع له سواء كان شعوريًا أو غير شعوري يقلل إلى حد كبير من توافقه الخارجي مع المجتمع، بل في توافقه الشخصي مع ذاته، ومن ناحية أخرى فما زال المجتمع بخدماته وتنظيماته غير معدّ لتقبل مصابي السكتة الدماغية، فما زال يعامل على أنه يمكن الانتفاع بالمؤسسات الخدمية كالشخص السليم متجاهلين احتياجاته الخاصة وفرديته المتميزة.

2. التمايز في المكانة والدور الاجتماعي في المجتمع بين مصابي السكتة الدماغية والأسوياء.

3. إن غالبية المصابين بالسكتة يعتبرون من الفئات غير العاملة في المجتمع، ولا تسهم في عمليات الإنتاج الفعلية بعد إصابتهم وما نتج عنها من قصور حركي، حيث نجد أن هذه الفئات وأسرهم تعيش على المساعدات المالية أو من نظم الضمان والتأمينات الاجتماعية التي تستنزف من الدخل القومي. (فوزان، 2004، ص117-118)

4. المشكلات الترويحوية: تؤثر الإصابة على قدرة المصاب على الاستمتاع بوقت الفراغ، سواء بالنشاط الترويحي الإيجابي أو بالنشاط الترويحي السلبي (غير الموائم لإصابته)، فممارسة المصاب لأي نوع من أنواع النشاط يتطلب طاقات خاصة قد لا تتوفر عنده، كما أن أجهزة الترويح العامة معدة أساسًا للأصحاء، فضلًا عن العقبات التي تصادف المصاب عند ارتياد أماكن التهوية أو الحدائق العامة وما أشبه.

وتؤثر الإصابة على قدرة المصاب في الاستمتاع بوقت فراغه سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو النشاط الترويحي الجماعي، وقد يرجع ذلك إلى ما يجده الفرد من صعوبة في التعبير عما يريده، لأن تحقيق ذلك يتطلب شخصًا يملك مهارة خاصة، وعدم استثمار

وشغل الفراغ بطريقة سليمة ربما يقرب المصاب إلى سلوك انحرافي في بعض الأحيان.  
(المعاطي، 2012، ص249)

5. صعوبة ممارسة مصابي السكتة الدماغية للنشاط الرياضي والاجتماعي الذي يناسب قدراتهم الحركية.

6. إن مصاب السكتة قد يدفعه حماسه لممارسة بعض الأنشطة مع أقرانه من الأشخاص الأسوياء، وغالبًا ما يصاب في نهاية الأمر بالإحباط مما يؤدي إلى مزيد من مشاعر النقص لديه. (فهمي، 2005، ص154)

7. مشكلات الصداقة: تحتل جماعة الرفاق والأصدقاء أهمية قصوى في حياة مصابي السكتة، وشعوره بعدم الندية مع الآخرين قد يؤدي إلى الانطواء والعزلة، وقد يلجأ بعض المصابين إلى إغراء الآخرين؛ من أجل تبادل الصداقة معهم، وقد يلجأون في سبيل ذلك إلى السرقة أو الاحتيال أو الكذب، وقد ينصاع المصاب لقيم الأصدقاء الجدد وأضرارهم، وربما لا يستبعد لأي صديق أن يفعل أي شيء لإشباع الحاجة للصداقة بأن يتواجد ضمن أي جماعة، وفي سبيل ذلك أيضًا قد يرتبط بجماعات ذات آراء متطرفة كملاذم من هجرة الناس الآخرين له. (عبده، 2004، ص42)

وقد تحد الإصابات بالسكتة الدماغية وما نتج عنها من قصور حركي من قدرة المصاب على بناء علاقات صداقة مع الأشخاص الأسوياء الذين ربما يرفضون الارتباط به؛ لعدم قدرته على مجاراتهم أو لمجرد كونه شخصًا خارجًا عن المألوف لديهم. (فتوح، 1998، ص31)

8. عدم شعور مصاب السكتة الدماغية بالمساواة مع زملائه، وعدم شعور هؤلاء الزملاء بكفاءته لهم مما يؤدي إلى اتجاهات سلبية لينكمش المصاب على نفسه وينسحب من هذه الجماعات. (فوزان، 2004، ص117-118)

9. مشكلات الدمج الاجتماعي: يواجه مصاب السكتة الدماغية صعوبات في إعادة دمجهم في المجتمع: مثل عدم تمكنه من الذهاب للعمل، وقيامه بالزيارات الاجتماعية للأقارب والجيران، وعدم رغبته في الاحتكاك مع محيطه الاجتماعي بسبب الإعاقة الناتجة عن السكتة الدماغية وما نتج عنها من فقدانه للحركة حتى لو كانت بشكل مؤقت أثناء تلقيه العلاج التأهيلي وفقدانه للدور الاجتماعي، وإحساسه بالفجوة بينه وبين المحيط الاجتماعي،

وبالتالي شعوره بالبعد عن المجتمع هروباً من واقع إصابته المؤلمة، وعدم قدرته على ممارسة الأنشطة الحياتية كما كان في السابق. (رجب، 1993، ص50-51)

## 2.5.2 المشكلات الاقتصادية:

تتعدد المشكلات الاقتصادية التي يعاني منها مصابو السكتة الدماغية والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

تتسبب الإصابة في الكثير من المشاكل الاقتصادية التي قد تدفع المصاب إلى مقاومة العلاج، أو تكون سبباً في انتكاس المرض ومنها:

1. تحمل كثير من نفقات العلاج.
2. قد تكون الحالة الاقتصادية سبباً في عدم تنفيذ خطة العلاج.
3. قد تؤدي الإصابة إلى ترك المصاب لعمله أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، فضلاً عن المشكلات التي تؤثر على أمنه وسلامته، مما يؤدي إلى نقص العائد الاقتصادي له مع زيادة مصاريفه.
4. ارتفاع تكاليف العلاج وطول فترته، وإجراء الجراحات، وتكاليف الإقامة في المستشفيات، أو أجور الأطباء أو ثمن الدواء.
5. ارتفاع تكاليف الأجهزة التعويضية وصعوبة الحصول عليها. (موسى، 2002، ص309)
6. قد تؤدي الإصابة في كثير من الأحيان إلى البطالة وفقدان العمل أو قلة الإنتاجية، مما قد يؤثر على الدخل الاقتصادي، ويزداد الأمر سوءاً حيث تعكس طبيعة الفقر وعدم توافر المهن، وزيادة تكاليف العلاج والتأهيل أو عدم توافرها إلى الكثير من المشاكل الاقتصادية لدى الشخص المصاب.
7. قد يؤدي انخفاض دخل المصاب إلى استئانة الأسرة، وقد تضطر إلى بيع بعض ممتلكاتها إن وجدت، أو خروج الأبناء للعمل. (شقيير، 2002، ص50)
8. ارتفاع تكاليف تعليم المصابين سواء كانت المراحل الدراسية لفئة طلبة المدارس أو المرحلة الجامعية، وهي من أهم المشاكل التي تواجه أسرة المصاب، حيث نجد أن المدارس التي تتولى تعليم المصاب بالسكتة الدماغية تتطلب مبالغ باهظة تفوق معظم الأسر التي تلحق أبناءها بهذه المدارس. (كلير، 2000، ص29-30)

9. وجود مصاب في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية؛ لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، فضلاً عن تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها المصاب، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص المصاب والتي قد تكلف أكثر من النقود التي تنفقها على أفراد أسرته الأصحاء، ناهيك عن أن بعض الزوجات يتركن أعمالهن بعد إصابة رب الأسرة من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة له مما يقلل من دخل الأسرة. (فهمي، 1997، ص255)

ويرى الباحث، أنه في جميع الحالات يجب أن يعمل الأخصائي الاجتماعي على المساعدة على توفير المساعدات المالية من خلال شبكة علاقاته مع مؤسسات المجتمع المدني، والمؤسسات الخيرية والمساعدات الحكومية من خلال وزارة التنمية الاجتماعية التي تخدم المصاب وأسرته طيلة فترة علاجه أو تأهيله حتى لمنع حدوث مضاعفات ومشاكل اقتصادية قد تعيق العملية العلاجية.

### 3.5.2 المشكلات النفسية:

تتعدد المشكلات النفسية التي يعاني منها مصابو السكتة الدماغية والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

1. **الشعور بالنقص:** وهو اتجاه يحمل المصاب على الاستجابة للخوف الشديد والقلق والاكنتاب، وشعوره بأنه دون غيره، وميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطوي على التنافس والنقد، وقد يكون لدى المصاب عقدة النقص، وهي الاستعداد اللاشعوري المكبوت، وينشأ من تعرضه لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل. (رجب، 1993، ص56-59)

2. **الشعور بالعجز:** وهو الاستسلام للقصور الحركي، وقبولها بواقعها وبعجزها ليتولد لدى الفرد إحساس بالضعف والاستسلام لهذا الضعف مع رغبة انسحابيه شبه دائمة وسلوك سلبي اعتمادي. (صالح، 2005، ص190)

3. **الشعور بعدم الأمن:** وهو إحساس عام بالقلق والخوف من المجهول وتوجس الشر شبه الدائم، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر أو اللزمات الحركية أو التقلب الانفعالي، وقد تكون له أعراض غير ظاهرة كالأضطرابات الجسمية السيكوسوماتية. (فهمي، 2005، ص150)

4. **الشعور بالذنب:** قد تؤدي الإصابة إلى ظهور مشاعر سلبية جديدة كالشعور بالذنب، لاعتقاد البعض بأن ذلك انتقام من السماء نتيجة خطأ ارتكبه الفرد. (ماهر، 2005، ص44)

5. **الشعور بالخلج:** يخجل معظم المصابين من إصابتهم وما نتج عنها من تغيرات جسمية، والخلج هو مجموعة مترابطة من الانفعالات والاتجاهات الخاصة بالتفاعل والألفة في المواقف الاجتماعية، مما يقلل دخول الفرد في علاقة مع الآخرين. (عكاشة، 2002، ص338)
6. **الشعور بالإحباط:** تؤدي الإصابة بشعور المصاب بالإحباط، والإحباط نعني به هنا هو حالة انفعالية غير سارة قوامها الشعور بالفشل وخيبة الأمل، تتضمن إدراك الفرد وجود عقبات أو عوائق تحول دون إشباعه لما يسعى إليه من حاجات ودوافع وبلوغه ما يسعى إلى تحقيقه من أهداف خاصة به. (حنورة، 1998، ص37)
7. **الشعور بالقلق:** يصاحب القصور الحركي الناتج عن الإصابة إحساس بالقلق بصفة مستمرة وخاصة إذا كانت الإصابة مستجدة وليست وراثية، والقلق حالة وجدانية غير سارة تتسم بالخوف والتوجس وتوقع الأخطار والكوارث، حيث يكون هناك خوف مستمر من السيارات والحوادث. (عبد المعطي، 2003، ص325)
8. **عدم الاتزان الانفعالي:** وهو عدم تتاسب الانفعال مع الموقف صعودًا أو هبوطًا، وهي سمة وإن كانت شائعة في كثير من الأنماط العادية، إلا أنها تأخذ صفة العمومية عند مصابي السكتة الدماغية، وقد يؤدي هذا الشعور إلى توليد مخاوف وهمية مبالغ فيها مما يؤدي إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان. (القريطي، 1999، ص160-161)
9. **الاعتمادية:** قد ينتج عن الإصابة أن يكون المصاب معتمدًا دائمًا على الآخرين، فيكون صاحب شخصية اعتمادية، أي اعتماد الشخص على الآخرين وعدم استطاعته تحمل المسؤولية، وألا يكون له قدرة على اتخاذ القرار، وهو دائمًا يفضل أن يكون تابعًا لغيره، وإذا فقد ذلك الشخص الإنسان الذي يعتمد عليه (تتمثل بالزوجة - الأبناء - الأب - الأم - الأخ) أصابه قلق وتوتر بالغ، ولا يستطيع التصرف بوجه عام. (ابراهيم، 2002، ص197)
10. **العدوانية:** قد يمارس المصاب سلوكًا عدوانيًا نحو الغير، والعدوان هو إيذاء للغير أو للذات أو لهما معًا، والمعتدي يعاني من إحباط شديد سابق أو متوقع، أو أن لديه شعورًا بالنقص، أو هو في حاجة إلى توكيد الذات، أو هو رد فعل لعدوان وقع عليه بالفعل، والعدوان وسيلة لاستعادة التوازن النفسي دو النظر على من يقع. (حيدر، 1999، ص207)
11. **سيادة مظاهر السلوك الدفاعي:** وأبرزه الإنكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير، والسمة الدفاعية للمصاب تكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائمًا من الآخرين سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة، أو بصورة غير مباشرة كالإهمال، أو عدم إعارته الاهتمام الكافي. (شفيق، 2006، ص308)

12. **التقمص:** قد تدفع الإصابة بالمصاب إلى تقمص الشخصية الاجتنبية، وفيها يميل الشخص لاجتتاب الآخرين خوفاً من رفضهم إياه، وخشية منهم، ورغم أنه في داخله يتمنى تكوين علاقات مع الأفراد، إلا أنه غالباً ما يفشل في ذلك، وتجده كثيراً ما يشكو من فشله في تكوين علاقات طيبة مع الناس أو زيادة المقربين إليه، والذين في العادة يكونون محدودين للغاية، وهو يفضل دائماً العزلة والانفراد بذاته، وتحدث له غالباً أعراض قلق مع الآخرين. (الشربيني، 2001، ص15)

### 1.3.5.2 أسباب المشكلات النفسية:

#### 1. أسباب حيوية:

وهي أسباب عضوية المنشأ تطراً على مراحل نمو الإنسان مثل وراثه عيوب خلّقية كالعاهات والتشوهات الخلّقية، أو تغيير في الكروموسومات أو الجينات، أو إفراز الغدد الصماء في الجسم. (الزعيبي، 2013، ص15)

#### 2. أسباب نفسية:

وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي، ويتعلق بالنمو النفسي المضطرب للمصاب بالسكتة الدماغية مثل الصراعات الداخلية والإحباط، وعدم إشباع الحاجات النفسية للمصاب ومن هذه الحاجات:

أ. **الحاجة إلى الحب:** وتعتبر من أهم الحاجات النفسية، فالإنسان العادي أو المصاب يحتاج بصفة مستمرة إلى أن يشعر بأنه محبوب من الآخرين خاصة الوالدين والإخوة والأخوات والزوجة والأبناء، والذي يحرم من إشباع هذه الحاجة الرئيسية ينمو ليشعر طوال حياته بالجوع والحرمان العاطفي، ويعيش مستقبل حياته باحثاً عن الحب الذي يشعر بأنه لن يجده مدى الحياة، وحتى لو وجده لا يعرف كيف يحافظ عليه ولا يثق به؟ وذلك لما يعانيه من اضطرابات نفسية جعلته جانحاً دائماً ومتعطشاً للحب.

ب. **الحاجة إلى الأمن والطمأنينة:** يحتاج المصاب بالسكتة طوال فترة مرضه إلى الشعور بالأمن؛ لأن ذلك يشعره بالاستقرار النفسي والاطمئنان، ويترتب على ذلك شعوره الدائم بعدم التهديد وعدم الاستقرار والشعور بالخوف من المستقبل والأيام والمعاناة من الصراعات النفسية الدائمة كنتيجة لذلك.

ج. **الحاجة إلى التقدير والاحترام والإحساس بالقبول:** يجب ألا يفرض على المصاب الأوامر والنواهي بالقوة، وألا يكون مهانًا بين أفراد أسرته، وألا يكون عرضة للتهكم أو السخرية التي تشعره بفقدان احترامه، والواقع أن الحرمان من هذه الحاجة يؤدي لفقدان الطفل الكثير من مقومات شخصيته وكرامته وكيانه ليعاني من الضغوط والإحباطات التي تؤثر على نموه النفسي.

د. **الحاجة لتقبل الذات والآخرين:** فالطفل في حاجة إلى أن يتقبل نواقص نموه وأوجه القصور التي يعاني منها كنتيجة لإعاقات جسمية وخلقية، وأن يشعر بقدرته وتميزه على غيره في مجالات أخرى حتى يرضى عن نفسه ويتقبلها؛ لكي لا يقع فريسة للاضطرابات والمشكلات النفسية.

هـ. **الحاجة إلى الشعور بالسعادة خلال فترة طفولته:** وهذه الحاجة تحدث إذا شعر الطفل بالحب والأمن والتقدير. (الزعبي، 2013، ص15)

### 3. أسباب بيئية:

وهي الأسباب التي تحيط بالفرد مثل انخفاض المستوى الثقافي والصحي والاقتصادي للأسرة والمصاب بالسكتة الدماغية، والتي تمنعه من إشباع حاجاته المختلفة، بالإضافة إلى كثرة الخلافات الأسرية لتفكك الأسرة.

**ومن أهم الأسباب البيئية اتباع أساليب وطرق تعامل خاطئة مع المصاب ونذكر منها:**

1. **أسلوب التذبذب في المعاملة:** وهو من أشد الأساليب خطورة على شخصية المصاب وعلى صحته النفسية، حيث تتأرجح المعاملة بين الشدة واللين على نفس المواقف، وهذا التذبذب في معاملة المصاب وعدم الثبات والاستقرار يجعله يعيش في حيرة دائمة وقلق وعدم الاستقرار مما يؤدي إلى إيجاد شخصية غير قادرة على اتخاذ أي قرار في الأسرة وفقدانه لبعض الصلاحيات.

2. **أسلوب التسلط والحرمان:** ومعناه الرفض والمنع الدائم لمطالب المصاب التي يعتقد الأهل أنها مطالب كثيرة، أو اللوم والعقاب والحرمان المستمر.

3. **أسلوب الإهمال والنبذ:** ومعناه نبذ المصاب وتركه دون رعاية أو تشجيع عند قيامه بسلوك مرغوب، أو عدم تأنيبه على السلوك الخاطئ، أو عدم إشباع حاجاته المختلفة مما يشعر المصاب بعدم الأمان، ويؤدي هذا إلى ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

4. أسلوب التدليل: ويتمثل في التراخي والتهاون في معاملة المصاب وعدم توجيهه لتحمل المسئوليات والأعباء التي تناسب وضعه الصحي بعد الإصابة بالسكتة الدماغية بقصد إشباع حاجاته التي يريدتها بغض النظر لأي اعتبار، وهذا يؤدي إلى أن يتعرض للاضطراب النفسي عندما تقف أي عقبة في طريق حياته.

5. أسلوب الاختلاف في المعاملة: وهذا الأسلوب يؤدي إلى تكوين شخصية حقودة ومليئة بالغيرة. (الزعبي، 2013)

2.3.5.2 أنواع المشكلات النفسية التي قد تواجه مصابي السكتة الدماغية:

### 1. الاكتئاب: (Depression)

يعد من أكثر المشكلات النفسية التي قد تحدث في أي وقت بعد التعرض للإصابة بالسكتة الدماغية، ويتمثل في شعور المصاب بحالة من الحزن الشديد المستمر ناتج عن الظروف الأليمة وعدم القدرة على الإحساس بالسعادة، ومن أعراضه الإرهاق وضعف النشاط والبكاء وعدم التركيز. (الطيب، 1994، ص46)

من أهم أسباب الاكتئاب:

- أ. التوتر الانفعالي والظروف المحزنة.
- ب. الحرمان وفقد الحب والعطف والشعور بالوحدة والعزلة.
- ج. الإحباط وخيبة الأمل.
- د. الشعور بالعجز والتوتر.
- هـ. الاضطرابات الفسيولوجية مثل: اضطراب الغدة الدرقية.
- و. فقدان المصاب الشعور بالأمان والراحة والاهتمام.
- ز. تغير الروتين اليومي لمصاب السكتة والتنزه والترفيه. (مكنزي، 2013، ص81)

### 2. الخوف: (Fear)

يعتبر الخوف شعورًا طبيعيًا يوجد عند معظم البشر، فهو جزء من شخصية الإنسان ، ولكنه عندما يزداد عن المعدل الطبيعي الذي يهدف إلى حماية الطفل من كل ما قد يؤذيه يتحول إلى مشكلة نفسية تؤثر على الطفل ليشعره بالقلق أو الاكتئاب مما يؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي، وقد يتحول الخوف الطبيعي إلى خوف مرضي، وهذا ما يسمى بالفوبيا ليخاف



مصاب السكتة من الأشياء غير المخيفة، وبالتالي تعيق العملية التأهيلية العلاجية للمصاب، وبسبب الخوف قد تطول فترة العلاج واستعادة بعض القدرات الحركية التي فقدتها بسبب الإعاقة التي نتجت بعد الإصابة بالسكتة الدماغية. (مجدي، 2016، ص114)

### 3. الضغط النفسي: (Psychological stress)

هو أحد مظاهر الانفعالات النفسية، الذي قد يؤدي بالمصاب إلى اختلال في توافقه العصبي والحركي، مما يؤثر بدرجة ملحوظة على مستوى أدائه للأنشطة اليومية، وكذلك هو أحد المتغيرات النفسية المهمة التي ينبغي المحافظة على استقراره ومحاولة استثماره كدافع إيجابي لتحقيق أفضل النتائج. (Oates, 2004, p.1515)

يعاني المصابون من العديد من الآثار النفسية ومن أهمها:

- أ. الشعور بالنقص والإحساس وبالذونية.
- ب. الانطوائية لما لها من آثار سيئة على التكيف والتوافق.
- ج. عدم القدرة على الاعتماد على النفس، والاتكالية وعدم القدرة على القيادة والرغبة الدائمة في الاعتماد على الآخرين.
- د. ضعف الشعور بالانتماء، مما يجعل المصاب في حالة عدم توافق مع المجتمع.
- هـ. صعوبة تكوين علاقة مع الأشخاص العاديين.
- و. الشعور بالتوتر الداخلي وعدم الاتزان الانفعالي نتيجة سيطرة الإعاقة عليه.
- ز. الاستعطاف ومحاولة جذب الانتباه بالأساليب المختلفة. ( إبراهيم، 2002، ص3)

ويرى الباحث هنا، أن الإصابة بالسكتة الدماغية تجعل الفرد في حالة معنوية سيئة نتيجة لإحساسه بالعجز من دون الآخرين كما قد تدفعه إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية بصورة مستمرة، وقد يتعرض المصاب إلى أنواع متعددة من صور الإحباط واليأس نتيجة الفشل الذي يتعرض له سواء في عمليات العلاج أو التأهيل، أو السلوك الاجتماعي السليم مع الآخرين.

ومن المشاكل النفسية التي يعاني منها المصاب هي ضعف الثقة بالنفس وعدم الثبات العاطفي، ويكون ذلك لإحساسهم بالعجز الحركي المستمر، وعدم إمكانهم القيام بجميع الأعمال والأنشطة المختلفة، وكذلك ظهور علامات التعب والإجهاد عند بذل النشاط، والتغيير المفاجئ في التصرفات والانفعالات من حالة إلى أخرى، إن ذلك يؤدي حتمًا إلى ضعف الثقة بالنفس ومحاولة

الهروب من هذه المواقف، والابتعاد عن الآخرين والميل إلى الانطواء، وجميع هذه التصرفات تقلل من التفاعل العاطفي مع من يحيط بهم من أفراد وجماعات. (الجبور، 2015، ص4)

إن آثار وجود مصاب بالسكتة ذو احتياج خاص في الأسرة لا تقتصر على الزوجة أو الأبناء أو الوالدين وإنما تمتد لتشمل بقية أفراد الأسرة بما فيهم الإخوة الأسوياء، إذ إن تكليفهم بمسؤوليات رعاية أخيهم المصاب قد تشعرهم بالضغط النفسي، وقد تتتابهم مشاعر الشعور بالذنب والغضب وسرعة الاستثارة وحسد أخيهم المصاب على الرعاية والاهتمام الذي يحظى به من الوالدين، وفي الوقت نفسه قد تكون هناك آثار نفسية واجتماعية إيجابية على الإخوة، تتمثل في القدرة على التحمل والصبر والمثابرة على العمل، والإنسانية والحنان في التعامل مع الآخرين، وعدم اتباع السلوك العدواني في ظل المشكلات، فضلاً عن زيادة تكاتف أفراد الأسرة وتضامنهم نحو أخيهم ذي الاحتياج الخاص. (لعبيبي، 2012، ص5)

وعلى ما يبدو أن الآثار النفسية والانفعالية للإنسان متلازمة مع الآثار الاجتماعية، والوحدة تؤثر بالأخرى وتتفاعل معها، فالعزلة الاجتماعية تؤدي للاستجابات العصبية، والاستجابات العصبية تؤدي لمزيد من العزلة الاجتماعية. (القريطي، 2010، ص23)

ويسهم فقدان الثقة بالنفس شعور المصاب بالعجز عن التكيف مع الموقف الجديد، وليس هناك من جدل أن عدم الثقة بالنفس وبالآخرين والإحساس بعدم الانتماء للجماعة تزيد من إحساسهم بالتبعية والالتكالية واعتمادهم على الآخرين مما يؤثر سلباً في حالتهم النفسية وتكوين صورة محبطة وسلبية لذواتهم. (نصر الله، 2008، ص42)

## 4.5.2 المشكلات الأسرية:

إن إصابة الفرد بالسكتة وما ينتج عنها من إعاقة حركية هي إصابة لأسرته في نفس الوقت، حيث إن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن الجدي، ووضع المصاب في أسرته يحيط بعلاقتها قدر من الاضطراب طالما كانت إصابته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي بالكامل، كما أن سلوك المصاب المسرف في الغضب أو القلق أو الاكتئاب يقابل من المحيطين به سلوك مسرف في الشعور بالذنب والحيرة مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وهذا يتوقف على مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما، ومدى الالتزام الديني بين أفراد الأسرة، وتتضمن المشكلات الأسرية ما يلي:

1. عدم كفاءة الدور الاجتماعي الذي يقوم به المصاب كفرد من أفراد الأسرة.

2. النزاع المستمر بين الزوجين خاصة إذا كانت أسباب الإصابة وراثية ومتجذرة بالعائلة من الأجيال السابقة.

3. قلة وعي الأسرة بالأسلوب الواعي السليم للتعامل مع المصاب.

4. زيادة النزاعات الزوجية، خاصة إذا كانت الإعاقة مفاجئة لرب الأسرة وعائلها الوحيد، وما يترتب على ذلك من آثار على مستوى معيشتها، وقيامه بدوره واضطراب علاقاتها. (سرحان، 2006، ص8)

5. التفكك الأسري بعد إصابه أحد الزوجين بالسكتة وغيابه عن الأسرة.

6. تعرض الأبناء الأطفال للتشرد للشوارع والتسرب المدرسي والتسول لتوفير المال.

7. تنازع الأبناء على السلطة وإدارة المنزل في ظل غياب رب الأسرة، وفقدان السلطة الأبوية بسبب الإصابة.

8. تزداد المشكلات الأسرية بصفة خاصة إذا كانت المصابة أنثى يخشى عليها من عقبات التقدم للزواج منها، وما قد يحيط هذه الإصابة من ظروف يحمل أحد الوالدين الآخر بمسئوليتها، ويزيد من مشاعر الذنب والحزن والحيرة، كما أن هذه المشكلات تزداد أيضًا إذا كان المعاق هو الابن الوحيد للأسرة. (فوزان، 2004، ص116)

وبالتالي، نجد أن هناك بعض العادات التي تزيد من المشاكل الأسرية، خاصة إذا كانت الإصابة بالسكتة الدماغية سببها وراثي، فهنا تظهر المنازعات والخلافات الظاهرة أو غير الظاهرة بين الزوجين، أو تشكل عقبات أمام المتقدمين لمصاهرتها ظنًا من المحيطين أن الإصابة بهذا المرض تنتقل من السلالات، حتى في تلك الإصابات التي لا تكون الوراثة سببًا فيها. ويتوقف نمو المشكلات الأسرية على:

أ. مدى الالتزام الديني لأفراد الأسرة.

ب. تعليم الوالدين.

ج. ثقافتهما الذاتية.

د. معارفهما عن الإصابة وأسلوب رعاية المصاب. (أبو المعاطي، 2004، ص284)

## 5.5.2 المشكلات التأهيلية:

وهي مشكلات يتعرض لها المصاب، وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة خارج نطاق الفرد، فبالنسبة لما هو مرتبط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى اتكالية المصاب وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه، أما العوامل التي تكون خارج نطاق الفرد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقاً لطبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين بالعملية التأهيلية. (عبد اللطيف، 1999، ص98)

ومن المشكلات التي تواجه العملية التأهيلية للمصاب ما يلي:

1. خلو مراكز ومكاتب التأهيل من الإشراف الطبي والنفسي الدائم والمباشر، حيث إن تردد هؤلاء المهنيين على هذه المكاتب ضعيف للغاية.
2. عدم توافر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي، وعدم توفير الفنيين للعلاج، وخاصة في المحافظات النائية.
3. مقاومة المصاب نفسه لعملية التأهيل، نظرًا لأنها عملية تدعو إلى هجر أمر مألوف إلى أمر آخر غير مألوف. (فهيم، 2005، ص281)
4. يتطلب التأهيل إمكانيات مادية وبشرية هائلة، خاصة إذا تم مراعاة تأهيل المصاب بالسكتة الدماغية كفرد له فرديته، وليس كفئة أو طائفة خاصة، حيث لابد من مراعاة الفروق الفردية بينهم في اختيار العمل والتدريب عليه، وهنا تظهر المهارة في أكثر من عمل للفئة الواحدة، ويزيد كم ونوعية وإنتاج المصابين بالسكتة الدماغية.
5. عدم وجود مقاييس مقننة تقيس قدرات المصاب سواء عند التأهيل المهني، كعملية تستهدف اختيار المهنة أو الحرفة المناسبة للفرد المصاب، أو عند التوجيه المهني، كعملية تستهدف اختيار الفرد المناسب لمهنة بعينها. (سرحان، 2006، ص388)

احتياجات مصابي السكتة الدماغية وارتباطها باحتياجات هرم ماسلو (Maslow's)

:(pyramid needs)

ارتبط مفهوم الاحتياجات أو الحاجات من الناحية العلمية والاجتماعية والنفسية بكتابات ومناقشات علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية، والنفس، والبيئة، والاقتصاد والطب وكافة المعنيين بدراسة الإنسان؛ للوصول به إلى إشباع حاجاته المتعددة إلى أقصى ما تسمح به إمكانياته، وإمكانات المجتمع الذي ينتمي إليه الإنسان.

والحاجات هي «أشياء ضرورية يشعر الفرد بأنه محروم منها، فيشعر بالتوتر والقلق وعدم الاتزان، ويصاحبه شعور قوي بضرورة إشباعها، وإذا تم إشباعها يعود إليه اتزانه ويزول الشعور بالتوتر والقلق، علمًا بأن هذه الحاجات لا يمكن إشباعها تمامًا؛ لأنها تتجدد بصورة دائمة. (حنا، 2010، ص37)

كما تعرف الحاجة أيضًا على أنها «حالة من النقص والافتقار أو الاضطراب الجسمي أو النفسي وإن لم تلق إشباعًا أثارت لدى الفرد نوعًا من الضيق والتوتر لا يلبث أن يزول متى أشبعت الحاجة. (مخلوف، 2000، ص302)

ويمكن تصنيف الحاجات إلى حاجات عامة لمصابي السكتة الدماغية وما نتج عنها من قصور حركي.

الاحتياجات العامة: من خلال دراسة الباحث اتضح لديه أن بعض العلماء ومنهم العالم ماسلو حدد نظامًا هرميًا للحاجات، يمتد من أكثر الحاجات فسيولوجية والتي يجب أن تشبع أولاً، إلى أكثرها نضجًا من الناحية النفسية.

ويرى ماسلو أن هناك خمس فئات أو مستويات تقع فيها حاجات الإنسان الأساسية، وهي:

1. **الحاجات الجسمية الفسيولوجية:** وهي الأكثر أساسية، والتي تتمثل في السعي نحو توفير الأكل، والماء (الشراب) والملبس، والسكن، والزواج، وعلماء الخدمة الاجتماعية يضيفون إلى هذه الحاجات حاجات أخرى مثل الحاجة إلى التعليم، والرعاية الصحية، باعتبار أن التعليم هو عملية خاصة بالعقل والعمليات الإدراكية التي تتطلب رعاية نموها، إلى جانب رعاية الصحة البدنية من جوانبها المتعددة.

2. **الحاجة إلى الأمن والأمن النفسي:** ولا تقتصر الحاجة هنا على الجانب النفسي فقط ولكن تمتد لتشمل الأمن الاجتماعي، بمعنى أن يكون الفرد آمنًا على توفير المعيشة اللائقة لنفسه وذويه حاليًا ومستقبلاً.

3. **الحاجة إلى الانتماء والحب والعطف:** ويقصد بها الحالة أو العلاقة الاجتماعية التي تسود حالة الإنسان، والشعور بالحنان والعطف والمودة، والدفء والسكينة كما في علاقة الأمومة، والأبوة، وصلة الشخص الموجبة بالمحيطين به، وهذه الحاجة وقيمتها في ناحيتين، هما حاجة الشخص أن يحب غيره، وحاجة الشخص أن يشعر بحب غيره له، وحينما يحرم الإنسان من هذين النوعين من الحب يسود الحالة النفسية الضيق، والتوتر والشعور بالنقص. (عبد، 2003، ص260)

4. **الحاجة إلى تقدير الذات:** وهي حاجة الإنسان إلى أن يكون موضع قبول وتقدير واعتبار من الآخرين، وإلى أن يكون بمنأى عن استهجان المجتمع ونبذه، وهي حاجة ترضيها شعور الفرد بأن له قيمة وأن وجوده وجهوده لازمين للآخرين، ويزداد شعور الفرد بالأمن والتقدير الاجتماعي حينما ينتمي إلى جماعة قوية يتقمص شخصيتها ويوحد نفسه بها، ومتى شعر الفرد بالانتماء إلى هذه الجماعة فإن ولاءه سيكون لها، وقوام هذا الشعور أنه جزء متكامل من جماعة يتعاون أفرادها ويتساندون ويهتم بعضهم ببعض.

5. **الحاجة إلى التحصيل والإنجاز، والتعبير عن الذات:** وتتلخص في حاجة الفرد إلى التحصيل في أساليب خبراته، ومهاراته ومعارفه الوظيفية أو التعليمية من خلال تنظيم التدريب، والتعليم الذاتي والتشجيع عليه، وحضور الحلقات النقاشية، والمؤتمرات، والرحلات العلمية، التي يمكن من خلالها زيادة التحصيل والإنجاز المتميز، وبالتالي كل ما يشبع الفرد فضوله العلمي. (ربيع، 2021، ص165)

## 6.2 احتياجات المصابين بالسكتة الدماغية:

### 1. الاحتياجات اجتماعية وتتمثل في:

أ. احتياجات علاقية مثل: توثيق صلات المصاب بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع السلبية له.

ب. احتياجات تدعيمية مثل: الخدمات المساعدة التربوية والمادية والاتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية، وكلها تدعم القيم الاجتماعية المختلفة.

ج. احتياجات ثقافية مثل: توفير الالتحاق بالنوادي والمراكز الثقافية ومجالات المعرفة.

د. الاحتياجات الأسرية مثل: التوافق والتماسك الأسري وتمكين المصاب من الحياة الأسرية الصحيحة. (صالح، 2017، ص216)

وفي دراسة قام بها Taub Diane عن المرأة المعاقة حركيًا وجد أن المرأة المعاقة حركيًا في حاجة للتطبيع الاجتماعي مع إعاقتها الحركية من خلال التفاعل مع الآخرين من الأسوياء، وهي في حاجة لخطط تنموية للتفاعل والألفة مع الآخرين الأسوياء. (Taub, Diane, 2004, p169)

### 2. الاحتياجات النفسية وتتمثل في:

حاجات المصابين هامة وضرورية، ولا بد من مساعدتهم على إشباعها حتى يتمكنوا من وضعهم الجديد، ويتجنبوا مواقف الإحباط ومشاعر الألم والحزن والتوتر والقلق والتي تجعلهم عاجزين عن إقامة علاقات مع الآخرين، وما يترتب على ذلك من عدم الاتزان أو اختلال أو اهتزاز الشخصية، مما يجعلهم مهينين للانحراف أو الأمراض النفسية: ويمكن توضيح أهم الاحتياجات النفسية فيما يلي:

أ. الحاجة إلى الاستقلال.

ب. الحاجة إلى الاختلاط بالمجتمع والآخرين.

ج. الحاجة إلى الجو الأسرى المستقر.

د. الحاجة إلى تدعيم الثقة بالنفس.

هـ. الحاجة إلى الحب والحنان الواعي المستتير. (غباري، 2003، ص64)

### 3. الاحتياجات التأهيلية خاصة في مجال التوجيه المهني لمصابي السكتة الدماغية:

وتشتمل على تهيئة سبل التوجيه المهني المبكر والاستقرار فيه لحين الانتهاء من العملية التأهيلية:

أ. التدريب المهني في الحرف التي تناسب ميول هؤلاء المصابين وقدراتهم.

ب. تزويدهم ببعض الخامات البسيطة لمساعدتهم في عمليات التشغيل البسيطة، ثم مساعدتهم على تسويق هذه المنتجات بعد ذلك.

ج. احتياجات تشريعية: مثل إصدار التشريعات في محيط تشغيل المصابين وتوفير فرص العمل التي تناسبهم.

د. حاجات محمية: تتعلق بإنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المصابين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

هـ. احتياجات اندماجية: مثل توفير فرص الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنباً إلى جنب. (صالح، 2017، ص217)

## الفصل الثالث

# الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية



## الفصل الثالث

### الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية

#### 1.3 مقدمة ونشأة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

يرجع ظهور مفهوم الممارسة العامة إلى المحاولات الأولى لتطوير مفهوم موحد لممارسة الخدمة الاجتماعية والذي يركز على مفهوم النظرة الشمولية، وتعتبر الممارسة العامة أحد اتجاهات الممارسة المعاصرة التي يركز على العلاقة بين الأنساق المتعددة لإحداث التغييرات، وتؤدي إلى زيادة الأداء الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن، أو أنه نموذج يربط بين الممارسة المباشرة والممارسة غير المباشرة، وتستخدم فيه مداخل مختلفة لتحديد ممارسة تشمل على بيئة الموقف الذي يعاني منه الإنسان، ويرتبط بمدى متنوع من المشكلات في مؤسسات مختلفة بؤرة اهتمامها الواسعة هي العلاقة بين الناس وبيئاتهم التي تحيط بهم، ولقد تحدث جونسون Johnson عن الممارسة العامة بأنها البدء بقرار يتعلق بالوحدة موضع الاهتمام هل هي الفرد - الأسرة - الجماعة - المؤسسة - أو المنظمة - المجتمع؟ (السنهوري، أبو المعاطي، 1992، ص19)

اتجهت الخدمة الاجتماعية في الستينات والسبعينات في المجتمع الأمريكي إلى الاعتماد على مدخل واحد يوجه الممارسة أطلق عليه المدخل الشامل، وهو يتميز بالعمومية والشمول في الممارسة؛ لأنه لا يرتبط بطريقة ما من طرق الخدمة الاجتماعية، كما لا يستند بشكل مباشر على نظرية معينة من النظريات الموجهة للممارسة، هو لا يعبر عن وجود طريقة للخدمة الاجتماعية، ولكنه يعيد صياغة المهنة بشكل جديد يهدف إلى مساعدة الأخصائيين الاجتماعيين، وعلى اختيار أنسب الأساليب المتعلقة بالاتصال بالوحدات الإنسانية؛ لكي يتعاملوا معها بكفاءة وفاعلية، كما يساهم في مواجهة الاحتياجات المتغيرة التي تدخل في مجال عملهم. (السروجي، 2010، ص222)

سأتناول في هذا الفصل عدة مواضيع هامة في العمل مع مصابي السكتة الدماغية، مثل فلسفة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، وما هي الحقائق التي ترتكز عليها الممارسة العامة؟ ومن ثم خصائص الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، وكذلك أهداف الممارسة العامة، والتطرق إلى مبررات استخدام الممارسة العامة للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية، ومن ثم مستويات الأنساق التي يتعامل معها أسلوب الممارسة العامة للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية وبعدها،

وأسس عناصر الممارسة العامة، وأيضًا المداخل والنظريات والاستراتيجيات التي تركز عليها الدراسة في العمل مع حالات مصابي السكتة الدماغية، وفي نهاية هذا الفصل سأقوم بتوضيح ما هي أدوار الممارس العام للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

### 2.3 فلسفة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

تنبثق فلسفة الممارسة العامة للخدمة مع مصابي السكتة الدماغية من فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال الإعاقة الحركية التي تركز على عدة حقائق تشكل فلسفتها للعمل في هذا المجال ومنها:

1. **الحقيقة الأولى:** إن عجز الإنسان هو ظاهرة طبيعية تفرض وجودها دائمًا خاصة في مجتمعنا الحديث، ونتيجة لهذا التعقد الهائل في طبيعة الحياة الاجتماعية المعاصرة (الحصار الإسرائيلي على قطاع غزة، وقلة الإمكانيات الطبية لعلاج المرضى والمصابين والحروب المتكررة والحوادث والتصنيع) أدى ذلك إلى زيادة نواحي العجز وتعدد مظاهره، كما زاد بالتالي من أعداد المرضى وذوي الإعاقة والمصابين بالسكتة الدماغية والعجزة زيادة ملموسة.
2. **الحقيقة الثانية:** عجز الإنسان هو عجز نسبي أصاب وظيفة أو أكثر من وظائفه الاجتماعية، ولا يعنى هذا بالضرورة عجزًا كليًا أو شاملاً يصف صاحبه بالعجز التام . وعليه فإن الشخص العاجز في نفس الوقت يكون قادرًا تحت ظروف تدريبات خاصة.
3. **الحقيقة الثالثة:** أسباب عجز الإنسان غالبًا ما تنجم عن عدم التفاعل الدائم بين الفرد وبيئته، ومن ثم فإن التفاعل يمكن أن يحدث التوائم المطلوب والتغيير في كل من الفرد العاجز أو المصاب والبيئة ذاتها؛ لتحقيق التكيف المناسب.
4. **الحقيقة الرابعة:** العناية بالمصابين وعلاجهم التأهيلي كفئة أصابتها درجة من درجات العجز واجب أخلاقي إنساني تفرضه القيم الدينية والإنسانية المختلفة التي تستمد منها مهنة الخدمة الاجتماعية قيمها للتعامل مع عملائها، لذا لا بد من احترام آدمية مصاب السكتة الدماغية والتعامل معه كإنسان له احتياجاته ومشكلاته، وعلى المجتمع أن يساعده على إشباع تلك الاحتياجات وحل المشكلات.

5. **الحقيقة الخامسة:** العناية برعاية المصاب وتوفير خدمات التأهيل تجنب المجتمع أعباءً كثيرة متزايدة مستقبلاً، لذا فإن رعاية هذه الفئة من شأنها أن تخفف من حدة المشكلات والآلام التي يتعرضون لها في حياتهم، وتقليل الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عليها من فشل وانحراف وحقد، ويحقق لهم السعادة والشعور بالأمن، بمعنى أن هذه الرعاية تحولهم إلى مواطنين منتجين يسهمون قدر استطاعتهم في زيادة دخل المجتمع، وعلى العكس فإن إهمالهم يعرض المجتمع لخسائر فادحة تفوق في المدى البعيد ما ينفق على برامج الرعاية الخاصة بهم، وعند الالتزام بهذه الحقائق الخمس التي تستند عليها ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الإعاقة، حيث يمكن للأخصائي الاجتماعي كممارس عام تحقيق أهداف ممارسة الخدمة الاجتماعية فيه بأقصى كفاءة ممكنة، وتمكينه كذلك من مواجهة العقبات والمعوقات التي تحد من التحاقهم بفرص العمل. (أبو المعاطي، 1999، ص406)

### 3.3 خصائص الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

1. تتكون الممارسة العامة من معارف ومهارات وقيم مهنية منتقاة لمواجهة المشكلات التي تحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية في الالتحاق بفرص العمل والتي تعتمد على:
  - أ. فن المعرفة الحرة لدى الأخصائيين الاجتماعيين وفريق التأهيل الطبي.
  - ب. الإطار النظري الكلي (الشمولي) لأسس ممارسة الخدمة الاجتماعية .
  - ج. وجه نظر النسق الأيكولوجي، ومدخل الحاجات والتمكين .
  - د. العلاقات المتبادلة بين ومن خلال محتوى الممارسة الكلي (مجالات الممارسة)، ومؤسسات الممارسة الأولية للخدمة الاجتماعية، والمشكلات الاجتماعية للمصاب في بيئته.
  - هـ. قابلية للتطبيق مع مختلف أنساق العملاء (مصابو السكتة الدماغية - رجال الأعمال - أصحاب المصانع - مراكز التأهيل الطبي - المجتمع بمنظماته ومؤسساته المختلفة) من خلال مستويات متعددة للممارسة (صغرى - متوسطة - كبرى).
2. تتكون الممارسة من إطار نظري ذي أبعاد متعددة والذي يعكس:

- أ. الانتقاء الحر لنظريات ونماذج التدخل المهني لمواجهة المشكلات التي تحدّ من التحاق المصاب وغيرهم ممن أصابهم القصور الحركي الجزئي بفرص العمل .
- ب. التركيز على أبعاد المشكلة المرتبطة بعدم التحاق المصاب بفرص العمل .
- ج. التركيز على "المصاب - في بيئته " والتي تعكس العلاقات بين المشكلات الخاصة بمصابي السكتة الدماغية ومواقف وواقع الحياة المرتبطة بهم، والظروف الاجتماعية لهم.
3. تقدير متعدد الجوانب والذي يعتمد على:
- أ. فردية واختلاف أنساق العمل من المصابين والبيئات التي ينتمون إليها.
- ب. منظور الأنساق الأيكولوجية (البيئية)، والقوى والحاجات الخاصة بالمصابين.
- ج. لا يتقيد بإطار نظري أو نموذج أو نسق عميل محدد للتدخل المهني لمواجهة المشكلات التي تحد من التحاق المصابين بفرص العمل.
4. قواعد واستراتيجيات التدخل تركز على:
- أ. المشكلات المتفردة لنسق العمل من مصابي السكتة الدماغية واحتياجاته وموارده وأهدافه وظروفه البيئية.
- ب. العوامل البيئية لنسق العمل من المعاقين حركياً والتي تمثل هدفاً للتغيير (نسق الهدف).
- ج. حجم ومستوى نسق العمل (مصاب السكتة) المستهدف للتغيير. (حبيب، 2006، ص241-242)
5. ويرى كلاً من (أشمان وجرافتون) أن نموذج الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية يتصف بمجموعة من الخصائص يمكن توضيحها في الآتي:
- أ. يركز النموذج على أساس معرفي، ومجموعة من المهارات ومجموعة من القيم والتي تعكس طبيعته الخاصة في الخدمة الاجتماعية.
- ب. يتجه النموذج نحو حل المشكلة والتي لا تتصل فقط بمشكلات الأفراد، ولكن أيضاً مشكلات الجماعات والمنظمات، وحتى السياسات الاجتماعية، وبمعنى آخر فإن النموذج يرتبط بالأنساق الصغرى Micro Systems، والأنساق المتوسطة Mezzo Systems، والأنساق الكبرى Macro Systems، كأهداف للتغيير.

ج. إن نموذج الممارسة العامة يهتم بجوهر وأساس المشكلة، والتي يجب تحليله والتعامل معه من خلال مدى واسع من المداخل النظرية.

د. يستخدم نموذج الممارسة العامة أسلوب حل المشكلة Method Problem– Solving والتي تتسم بالمرونة المناسبة في التطبيق. (Krist-Ashman, 2019, p.9)

### 4.3 أهداف الممارسة العامة:

بما أن الخدمة الاجتماعية متضمنة في طبيعتها الممارسة العامة، وأن منظور الممارسة العامة هو وجهة نظر معينة لطبيعة ممارسة الخدمة الاجتماعية، لذلك فإن أهداف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية هي أهداف المهنة الأم، ألا وهي مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعاقين حركياً، ولكن يضاف إلى تلك الأهداف التي تقسم إلى أهداف وقائية وعلاجية وتنموية طبقاً لمنظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية.

ويمكن أن نوجز أهداف الخدمة الاجتماعية مع مصابي السكتة الدماغية على النحو التالي:

1. الأهداف الوقائية: يمكن تحديد الأهداف الوقائية مع مصابي السكتة الدماغية فيما يلي:

أ. المساهمة مع المهن الأخرى في إيقاف تيار العجز بالاكشاف المبكر لحالات السكتة الدماغية وما نتج عن الإصابة من قصور حركي، ومساعدتها حتى تصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكاناتها.

ب. توفير أساليب الوقاية اللازمة لهم نفسياً واجتماعياً وصحياً واقتصادياً. (أبو المعاطي، 2000، ص8)

ج. التفكير العلمي في مشكلات مصابي السكتة الدماغية، خاصة مشكلات التحاقهم بفرص العمل- أي النظر إلى مشكلاتهم نظرة علمية بما يساعد على فهم المشكلة وعلاجها، بل والوقاية منها مستقبلاً، وبذلك لا تقتصر أساليب الرعاية على النواحي العلاجية فقط، بل تتجه أيضاً إلى النواحي الوقائية.

2. الأهداف العلاجية: يمكن تحديد الأهداف العلاجية لمصابي السكتة الدماغية فيما يلي:

أ. المساهمة في تعديل اتجاهات أفراد المجتمع للاعتراف بمصابي السكتة الدماغية كفئة إنسانية لها الحق في الحياة الكريمة، وأن يعاملوا كمواطنين عاديين، وليسوا من الدرجة الثانية، وأن يكون لهم نفس الحقوق وعليهم نفس الواجبات اجتماعياً واقتصادياً، والتعامل معهم على أساس القدرة وليس العجز.

ب. المساهمة في توفير فرص العمل المناسبة لمصابي السكتة الدماغية وما يلزم ذلك من توفير الإمكانيات في نطاق المصانع والمؤسسات ذاتها، أو في نطاق التشريع لاستكمال الجهود التأهيلية التي تبذل في تحقيق أهدافها، ومساعدتهم على الاستفادة من التشريعات والقوانين التي تتضمن مزايا خاصة لهم سواء في مجال العمل أو في مجال الحياة العامة.

ج. توفير فرص وخدمات التأهيل المهني والتوجيه بما يناسب قدرات مصابي السكتة الدماغية. (عبد العظيم وآخرون، 2000، ص 64-65)

د. توفير فرص الخدمات الاجتماعية التي يحتاجها المصابون بمعرفة الأخصائيين الاجتماعيين كأعضاء في فريق التأهيل الطبي في مراكز ومستشفيات التأهيل الطبي، كما تهدف الخدمة الاجتماعية في جانبها العلاجي في مجال رعاية حالات التأهيل الطبي ومن ضمنهم مصابي السكتة الدماغية إلى تدعيم الوجود الاجتماعي لهم، وتحقيق تكيفهم مع البيئة، وتوجيه عملية التغيير التي تعزز عملية حل مشكلاتهم المتنوعة بعد اكتشافها، ومعرفة أسبابها والعمل على إزالة هذه الأسباب والتخفيف من آثارها. (أبو المعاطي، 1999، ص 406)

### 3. الأهداف التنموية: يمكن تحديد الأهداف التنموية مع مصابي السكتة الدماغية فيما يلي:

أ. تنوير الرأي العام عبر مختلف الوسائل الإعلامية المقروءة والمسموعة والمرئية بمشكلات مصابي السكتة الدماغية، وحثه على بذل الجهود لتقبلهم، ومساعدتهم لمواجهة مشكلاتهم وتوفير معاملة إنسانية لهم، ومساعدتهم على تخطي العقبات التي تواجههم.

ب. توفير فرص العمل للمصابين تتناسب مع ما تبقى لديهم من قدرات ومهارات.

ج. الدعوة إلى إصدار التشريعات والقوانين التي تكفل لهم فرص العمل المناسبة.

د. مطالبة المسؤولين المعنيين ورجال الأعمال بتشغيل مصابي السكتة الدماغية، وذلك وفقاً لقانون العمل الفلسطيني الذي يتيح ما نسبة 5% من مجموع الوظائف الحكومية أن يشغلها ذوو الإعاقة.

هـ. تشجيع إجراء الدراسات والبحوث العلمية التي تتناول مشكلات مصابي السكتة الدماغية، إلى جانب الاهتمام بعقد المؤتمرات العلمية التي تناقش احتياجات ومشكلات تلك الفئة والمساهمة في مساعدتها؛ بهدف تطوير أساليب الرعاية المتكاملة لهم.

و. المساهمة في توفير الإمكانيات المادية والبشرية المختلفة التي تساعد في تأهيل المصابين مهنيًا بما يتناسب مع القدرات والإمكانيات المتبقية لديهم، وتتمثل الإمكانيات المادية في المؤسسات- الأموال- الأجهزة التعويضية- الآلات والماكينات المستخدمة في تدريبهم للعمل عليها، والإمكانيات البشرية تتمثل في الخبراء القائمين على تدريبهم والإشراف. (عبد العظيم وآخرون، 2000، ص194-195)

ز. تشجيع الأخصائي الاجتماعي كممارس عام لمصابي السكتة الدماغية على المعرفة والارتباط بالأنساق التي تزودهم بفرص العمل لاستثمار قدراتهم إلى أقصى استثمار ممكن.

ح. تشجيع وتعزيز فعالية تلك الأنساق من خلال جهود الأخصائي الاجتماعي الممارس العام. (السنهوري، 2000، ص86-87)

### 5.3 مستويات الأنساق التي يتعامل معها أسلوب الممارسة العامة للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

يعمل الممارس العام مع أنساق متعددة لتحقيق أهداف مهنة الخدمة الاجتماعية، وذلك طبقًا للمستوى الذي يمارس فيه عمله. (Charist H. Zastrow H., 2000, p.49)

ويرى عبد العزيز النوحى أن هناك أربعة مستويات للتدخل هي: مستوى الميكرو، ومستوى الميزو، ومستوى الأكرزو، ومستوى الماكرو. (النوحى، 2007، ص33)

بينما يرى (Carolyn Meenghan) أن هناك مستويين للتدخل المهني، هما المستوى الأول (Micro)، والمستوى الثاني (Macro). (مرسي، 2003، ص41)

#### 1. مستوى الميكرو: (Micro system Level)

غالبًا ما توصف تلك الممارسة بالممارسة المباشرة، وذلك بالبحث عن أساس مشترك للعمل مع الأفراد والأسر والجماعات، والذين يعانون من مشكلات ومعوقات اجتماعية، أو معرضين للخطر ومساعدتهم على حل مشكلاتهم وأداء أدوارهم الاجتماعية، وهناك العديد من المواقف التي يحتاج فيها نسق العميل (المتدربون) إلى المساعدة في الخدمة الاجتماعية في إطار الممارسة العامة ومن أهم هذه المواقف:

أ. النقص في إشباع احتياجاتهم سواء مهنية أو تدريبية.

ب. وجود مشكلات ومعوقات تواجههم.

ج. حاجة العملاء (مصابو السكتة الدماغية) إلى اكتساب مهارات حياتية ومهنية معينة سواء ترتبط بأداء أدوارهم الاجتماعية، أو بالعلاقات والتفاعلات التي تحدث بينهم وبين الأنساق الأخرى التي يتفاعلون معها. (النوحي، 2007، ص41)

## 2. مستوى الماكرو: (Macro system Level)

تهدف ممارسة الخدمة الاجتماعية في هذا المستوى إلى تحسين وتغيير المجتمع الأكبر، وتتمثل أنشطتها في إدارة المؤسسات المقدمة للخدمات والأداءات السياسية والتنظيمات المجتمعية واللقاءات التعليمية العامة والاجتماعية، ويشير هذا المستوى إلى الأنشطة التي يقوم بها المهنيون والممارسون والتي تركز على البناءات التي من خلالها تقدم الخدمات وهي المنظمات والمؤسسات - الشبكات الاجتماعية - المجتمعات المحلية - المجتمع الوطني - المجتمع الإقليمي - المجتمع العالمي الشمولي. (السنهوري، 2001، ص317)

### 6.3 أنساق الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

تتكون أنساق الممارسة مع فئة مصابي السكتة الدماغية في إطار الممارسة العامة من ستة أنساق: هي نسق محدث التغيير، ونسق العملاء، ونسق الهدف، ونسق جهاز العمل، والنسق المهني، ونسق تحديد المشكلة. وفيما يلي مناقشة تفصيلية لهذه الأنساق:

#### 1. نسق محدث التغيير: (Change Agent System)

الأخصائي الاجتماعي الممارس العام هو نسق محدث التغيير، فهو الشخص المهني الذي يتولى مسؤولية ممارسة المهنية؛ لتحقيق أهدافها مع فئة مصابي السكتة الدماغية، فهو يتعامل مع عدة أنساق أخرى؛ لتحقيق أهداف علاجية وأهداف وقائية وأخرى إنمائية، ومن هذه الأنساق نسق العميل المتمثل في المعاقين حركياً كأفراد أو كجماعات، أو مع أسرهم، أو مع أصحاب الشركات أو المصانع، أو مع المسؤولين والمؤثرين في المجتمع، وأيضاً يمكن اعتبار فريق العمل الموجود في المؤسسة جزءاً من نسق محدث التغيير. (حبيب، 2006، ص375)

#### 2. نسق العميل (مصابو السكتة الدماغية): (Client System)

يمثل المصاب الكيان الذي يتعامل معه الأخصائي الاجتماعي لتوصيل الخدمة وتقديم المساعدة، وقد يكون نسق المصاب فرداً أو أسرة أو مجتمعاً، ويعتبر العمل مع حالات التأهيل ومن ضمنهم مصابي السكتة الدماغية هو أساس اهتمام الممارس العام في المؤسسة، حيث من أهم مسؤولياته هي مساعدتهم على أداء دورهم بأفضل أداء ممكن، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم



المتمثلة في توفير فرص عمل لديهم تساعد على إشباع احتياجاتهم، وتحقيق الأمن الاقتصادي لديهم، وكذلك إكسابهم الاتجاهات والقيم والمهارات والمعارف اللازمة، كما يساعدهم على التوافق مع المجتمع المحيط به. (سليمان وآخرون، 2004، ص104)

### 3. نسق الهدف: (Target System)

نسق الهدف هم الشخص أو الأشخاص، أو الجماعات أو المنظمات المراد تغييرهم لصالح نسق مصاب السكتة الدماغية، ونريد أن نشير إلى أن نسق الهدف قد يكون في بعض الأحوال هو نسق مصاب السكتة الدماغية، ونسق الهدف مع مصابي السكتة الدماغية يمكن أن يتكون من:

أ. **المصاب نفسه:** وذلك عندما تكمن المشكلة وأسبابها داخله، وبالتالي يعمل الممارس العام على إحداث التغيير فيه؛ لكي يمكن حل المشكلة، أو عندما يكون مطلوبًا إكسابه مهارات أو خبرات أو اتجاهات معينة .

ب. **أسرة المصاب أو النسق الأسري:** وذلك عندما تكمن أسباب المشكلة في نسق الوالدين أو في أحد أفراد الأسرة الآخرين، وبالتالي فالمطلوب من الأخصائي إحداث تغيير في الأسرة أو أحد أفرادها؛ من أجل تحقيق أهداف التدخل المهني.

ج. **النسق المؤسسي:** ويتمثل في فرق العمل بالمؤسسة، والذي يمثل في الأخصائيين الاجتماعيين، والأخصائيين النفسيين، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي التأهيل المهني؛ وذلك من أجل تأهيل المصاب للالتحاق بفرص العمل.

د. **النسق المجتمعي:** وتمثله المؤسسات الأخرى في المجتمع سواء الأهلية أو الحكومية وبعض قيادات المجتمع، ورجال العمال، وشركات العمل، ووسائل الإعلام، وذلك عندما تحتاج جهود التدخل المهني التأثير في سياسات المؤسسات الأخرى، وإيجاد نوع من التعاون والتكامل مع المؤسسات؛ لخدمة مصابي السكتة الدماغية، وذلك بتوفير فرص العمل لديه. (حبيب، 2010، ص375)

### 4. نسق العمل: (Action System)

ويشمل الأخصائي الاجتماعي محدث التغيير والأشخاص أو المؤسسات التي يتعاون معها؛ لتحقيق أهداف التدخل المهني، ويتكون نسق العمل مع مصابي السكتة الدماغية من الأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي التأهيل، ورجال الأعمال، وأصحاب المصانع، والقادة والمسؤولين في المجتمع. (السنهوري، 2007، ص263)

## 5. النسق المهني: (Professional System)

يتكون النسق المهني للممارسة العامة مع فئة مصابي السكتة الدماغية من نسق تعليم الخدمة الاجتماعية للممارسة العامة بنماذجها وأساليبها المهنية، وأيضًا التزام الأخصائي الاجتماعي الممارس العام بقيم ومعارف ومهارات مهنة الخدمة الاجتماعية، وخاصة الممارسة النوعية للمهنة مع فئة مصابي السكتة الدماغية

## 6. نسق تحديد المشكلة: (Problem Identification System)

هذا النسق يمثل الجزء الذي يهتم به الأخصائي الاجتماعي أو الحدود التي يعمل في إطارها؛ لتنفيذ التدخل المهني، فالأخصائي الاجتماعي الممارس العام يعمل على تحديد المشكلة في بداية تدخله المهني، وهذا يفيد في تحديد النطاق أو المدى الذي تبذل إليه جهود التدخل المهني لتحقيق الهدف من التدخل .

فعلى سبيل المثال، عندما يواجه مصابو السكتة الدماغية صعوبة في الحد من المشكلات التي تواجههم فإن الأخصائي الاجتماعي الممارس العام يطرح بعض التساؤلات حتى يمكنه تحديد المشكلة.

### ونطاق تدخله مثل:

أ. أين توجد أسباب المشكلة؟ هل هي في مصاب السكتة الدماغية نفسه، أو في أسرته، أو في المؤسسة، أو في المجتمع؟ وبالتالي يستطيع الأخصائي الاجتماعي تحديد نسق العمل .

ب. من هم الأشخاص أو المؤسسات المراد التأثير فيهم؛ حتى تكتمل جهود التدخل المهني؟ وبالتالي يمكن تحديد نطاق ومدى التدخل، وإلى أين تذهب جهود التدخل المهني؟ وهنا يتحدد نسق الهدف.

ج. ما المؤسسات أو الأشخاص المطلوب التعاون معهم من أجل تحقيق الهدف في التدخل؟ أي تحديد النسق المؤسسي أو جهاز العمل.

د. ما هي النماذج أو أساليب التدخل المهني المناسبة لتحقيق أهداف التدخل المهني؟ وهنا يتحدد النسق، وبذلك يكون الأخصائي الاجتماعي الممارس العام قد حدد المشكلة أو نسق تحديد المشكلة. (حبيب، 2010، ص378)

### 7.3 أسس وعناصر الممارسة العامة للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

1. الإطار النظري للدراسة، والذي يوضح العوامل المؤدية إلى الحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية .
2. نتائج الدراسات والبحوث السابقة، والنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية وما توصلت إليه من وصف وتحليل للعوامل المؤدية إلى الحد من المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية، وتحديد الدور الفعلي للأخصائيين الاجتماعيين تجاه هذه العوامل للحد من المشكلات.
3. مخرجات الدراسة الراهنة التي قام بها الباحث ومن ثم تطبيقها على عينة من مصابي السكتة الدماغية.
4. الإطار النظري للممارسة العامة باستخدام (نظرية الأنساق المفتوحة، ونظرية الأنساق الأيكولوجية، والنموذج المعرفي، والاستراتيجيات والتكنيكات والأدوار والمهارات المهنية التي تمثل الإطار المرجعي للأساليب الانتقائية للممارسة العامة، والتي تساهم في تحقيق التأهيل الاجتماعي لمصابي السكتة الدماغية.

### 8.3 النظريات والنماذج والاستراتيجيات التي تركز عليها الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحدّ من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

#### 1. نظرية الأنساق المفتوحة: (Open systems theory)

تدور هذه النظرية حول فكرة النسق الاجتماعي، والنسق مجموعة من الوحدات التي يسود بينها نوع من الاعتماد والتساند المتبادل في كل أجزاء النسق، والتي تتساند فيما بينها لتسهم في تحقيق وحدة متكاملة، وهي تتضمن عدة مفاهيم مثل (المدخلات - المخرجات - العمليات التحويلية - الرجوع).

وتعد المستشفى نسقًا اجتماعيًا يتضمن العلاقة ما بين نسق الخدمة الاجتماعية ونسق المرضى ومرافقيهم، ونسق الفريق العلاجي، ونسق المجتمع المحلي. (مسلم، 2004، ص220-145)

#### 2. نظرية الأنساق الإيكولوجية: (Ecological Systems Theory)

يمكن الاستفادة منها في هذه الدراسة من خلال توفير الوسائل المناسبة واللازمة لمصابي السكتة الدماغية، وترتيب كافة المعلومات التي تتجمع لديه عن كافة أنساق التعامل والتي تؤثر في حدوث المشكلات لدى مصابي السكتة الدماغية، والتي تتعلق بالعديد من الأنساق بما يكسب

تلك المعلومات معنى ذات دلالة معينة تساعد على التخفيف من المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية من خلال تفسير العلاقة بين المصاب والبيئة التي يعيش فيها سواء كانت البيئة الأسرية أو بيئة المجتمع المحلي، وأثر ذلك على وضع المصاب التفاعلي من جانب اجتماعي ونفسي. (أبو المعاطي، 2009، ص358)

### 3. النموذج المعرفي: (Cognitive Model)

يمكن الاستفادة منه في الدراسة الحالية للتخفيف من مشكلات المصابين من خلال تفسير هذه المشكلات ومن ثم تصحيح الاتجاهات والأفكار الخاطئة لدى المصاب حول مرضه بكافة أبعادها، وتنمية الوعي المعرفي للمريض حول مظاهر القصور الحركي بعد تعرضه للسكتة الدماغية، واستقرار الحالة الطبية بعد انتهاء مرحلة التأهيل الطبي، والعملية العلاجية المؤقتة كما نعلم وكيفية التصرف في المواقف الحياتية اليومية، وشعور المريض بالعجز مما يؤدي إلى استثمار جوانب القوة وزيادة الثقة بالنفس، وقدرة المصاب على تكوين أفكار عقلانية ذاتية جديدة تؤدي إلى تعديل السلوك عن طريق عدة أساليب منها: إعادة البناء المعرفي، وأسلوب الصمود أمام الضغوط وإكسابهم أنماط سلوكية جديدة إيجابية؛ للتعامل مع الواقع. (حبيب، 2014، ص273)

### 4. نموذج بيرلمان وجورين (Perlman & Gurin) لحل المشكلة:

قدم كل من بيرلمان وجورين (1972) نموذجًا لحل المشكلة حتى يمكن الاسترشاد به عند قيام الأخصائيين الاجتماعيين بمساعدة عملائهم (سواء كانوا أفرادًا أو جماعات، أو مجتمعات محلية) على مواجهة المشكلات التي يعانون منها مثل: المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية. إن هذا النموذج يمر بالعديد من المراحل التي تتضمنها على حلّ المشكلة في الآتي:

- أ. تحديد المشكلة التي يعاني منها مصابو السكتة الدماغية وصياغتها بطريقة مهنية.
- ب. رصد العلاقات بين الأنساق الخاصة بمصاب السكتة الدماغية، وإقامة خطوط الاتصالات التي تساهم في تحقيق الخطوات الأساسية للتدخل المهني مع المصاب.
- ج. وضع السياسة بمعنى اختبار واختيار من بين الحلول البديلة والسياسات ومسارات العمل مع المصابين.
- د. تنفيذ الخطط والبرامج في ضوء السياسة الموضوعة للسيطرة على مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

هـ. تعديل القرارات والأفعال من خلال استمرار عمليات المتابعة والتقييم والتقويم والتغذية العكسية من قبل الممارس العام. (أبو النصر، 2019، ص175)

## 5. الاستراتيجيات التي تركز عليها الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

تعد الاستراتيجية في الخدمة الاجتماعية المنهج الذي يتبعه الأخصائي لتحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية، وتتضمن الاستراتيجية مجموعة من المسلمات الأساسية توضح وجهة النظر التي تمثلها، وكذلك نقاط العمل بها وتسمى التكنيكيات.

ونعني هنا بالتكنيكيات: هو مصطلح ملازم للإستراتيجية، وهو يشير إلى الوسيلة أو الطريقة التي يستخدمها الممارس العام في تطبيق الإستراتيجية، فاختيار الممارس إستراتيجية معينة يفرض عليه أسلوب أو أساليب معينة؛ لترجمة هذه الإستراتيجية إلى واقع ملموس. (فهيم، 2007، ص233)

لقد تعددت تعريفات الإستراتيجية، ومن هذه التعريفات:

أ. **التعريف الأول:** هي تحديد الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها الأخصائي الاجتماعي، وكذلك الكيفية التي تحقق هذه الأهداف.

ب. **التعريف الثاني:** هي فن استخدام الموارد المتاحة بأفضل طريقة ممكنة تسهم في تحقيق الأهداف المرغوبة.

ج. **التعريف الثالث:** هي الإطار العام الذي يتبع لإحداث تغييرات مقصودة من خلال تحديد الأهداف بعيدة المدى. (أبو المعاطي، 2009، ص239)

ويمكن تحديد الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها في برنامج التدخل المهني للدراسة الحالية فيما يلي:

### 1. إستراتيجية البناء المعرفي:

يستخدم الباحث لهذه الإستراتيجية مع مصابي السكتة الدماغية؛ لتنمية وبناء معارف جديدة ترتبط بمشكلته؛ ليحل محلّ الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار عقلانية واقعية وبناءة في حياته اليومية، وتفاعله مع من حوله، وبالتالي نستطيع السيطرة على السلوكيات الخاطئة.

### 2. إستراتيجية تغيير السلوك:

يستخدم الباحث لهذه الإستراتيجية لتعديل وتغيير السلوكيات السلبية لدى مصابي السكتة الدماغية مثل الانطواء والسلبية، والعمل على تدعيم السلوكيات الإيجابية مثل الاعتماد على النفس والثقة بالنفس.

### 3. إستراتيجية التمكين:

يستخدم الباحث هذه الإستراتيجية؛ لتمكين المصابين من حق تقرير المصير بأنفسهم من خلال المشاركة في اتخاذ القرار على المستوى المحلي، وتدعيم مشاركة مصابي السكتة الدماغية في المنظمات؛ ليتحولوا من متلقين للخدمات إلى مقدم للخدمات.

### 4. إستراتيجية المساعدة الذاتية:

وتهدف هذه الإستراتيجية الى مساعدة المصاب في تعزيز قدراتهم ومهاراتهم في تعاونهم مع فريق العمل الطبي؛ لمساعدتهم في النهوض من جديد والتماثل في الشفاء.

### 5. إستراتيجية التشجيع:

حيث يقوم الباحث بتشجيع المصابين على الالتزام ببرامج التأهيل وحثهم على استثمار القدرات المتبقية لديهم.

### 6. إستراتيجية الإقناع:

حيث يقوم الباحث بإقناع مصابي السكتة الدماغية بضرورة الالتزام ببرامج التأهيل؛ لكي يتمكنوا من الحصول على فرصة علاجية يتخللها النجاح والتماثل بالشفاء.

### 7. إستراتيجية التفاعل الاجتماعي:

يهدف الباحث من استخدام هذه الإستراتيجية؛ لتنمية العلاقات الاجتماعية بين مصابي السكتة الدماغية والمحيط الاجتماعي به لتغيير السلوك الاجتماعي فيما يتعلق بالاشتراك والتفاعل في الأنشطة المختلفة للبرنامج.

### 8. إستراتيجية المدافعة:

يأتي الهدف من استخدام هذه الإستراتيجية في مساعدة مصابي السكتة الدماغية على فهم كيفية حماية حقوقهم فيما يتعلق بتلقي الرعاية والخدمات التي تشبه احتياجاتهم، (أي تأهيلهم ليلعبوا دور المدافع مستقبلاً).

### 9. إستراتيجية التعاون:

وتهدف هذه الإستراتيجية إلى تحقيق التفاعل بين مصابي السكتة الدماغية، والتعاون مع فريق العمل في الأنشطة المختلفة لبرنامج وممارستها.

## 10. إستراتيجية الاتصال:

وتهدف هذه الإستراتيجية إلى استقبال وإرسال لعمليات تفاعل بين الممارس العام، والمصادر التي تربطها بها علاقات رسمية أو ودية مع مصاب السكتة الدماغية، (بمعنى أنها تحقق عملية ترابط بين الممارس العام وبعض المؤسسات والمنظمات والمتخصصين الذين يساعدون الممارس العام في تحقيق برنامج التدخل المهني.

## 11. إستراتيجية المشاركة:

حيث يقوم الممارس العام بمساعدة مصابي السكتة الدماغية على المشاركة الفعالة في المجتمع، مما يساعد في دمج المصاب في المجتمع، وكسر حاجز الخوف من الانتقال للمحيط الاجتماعي بعد إحساس مصاب السكتة الدماغية بالقصور الحركي أثناء وبعد عملية التأهيل الطبي الخاصة به، وشعوره بالنبذ والرفض المجتمعي. (أبو المعاطي، 2009، ص83-151).

### 9.3 مهارات الممارسة العامة التي يستخدمها الممارس العام مع مصابي السكتة الدماغية:

1. **المهارة في تكوين العلاقة المهنية:** مع المرضى المصابين بالسكتة الدماغية- التخصصات المختلفة لفريق العمل - الهيكل الإداري للمؤسسة - المجال المكاني للدراسة - المؤسسات المجتمعية المدنية والحكومية المعنية بحقوق المرضى.
2. **المهارة في حل المشكلة:** الاستخدام الأمثل للطرق في اختيار حل المشكلة، وإشراك المصاب في الاختيار للحل، وإيجاد العديد من الحلول البديلة في حال عدم تمكنه من النجاح في الحل الأول، لذا يمكنه استبداله بحل آخر وطريقة أخرى ذات جدوى مثلى للحل.
3. **مهارة الإنصات الواعي:** مهارة الاستماع الجيد من قبل الممارس العام للمصاب والفهم الجيد لكل كلمة يقولها وتدوينها؛ لأنها سوف تساعدنا في معرفة كل ما يخص المصاب من معلومات في كافة جوانب الحل للمشكلة. (العتيبي، 2018، ص18)
4. **المهارة في إجراء المقابلات:** وهي تنظيم وترتيب المقابلات بين الممارس العام والمصاب، وأن يكون للمقابلة هدف واضح، وأن يتم الاتفاق مسبقاً بين الطرفين، وبعد الانتهاء منها الاطلاع على مجريات المقابلة وما توصلت إليه.
5. **المهارة في إدارة الحوار والمناقشات الجماعية:** استخدام الفنيات في إدارة الحوار الهادف والأدب الحوارى، وإعطاء الفرصة للمناقشة لجميع الأنساق الخاصة بالمصاب، والتعبير الجيد، وأن تكون المناقشة ذات فائدة تخدم الممارس والمصاب في الوصول للحلول، والوقوف على المعوقات التي تعترض المسيرة العلاجية للمصاب.

6. **المهارة في إدارة الوقت واستغلاله:** وهي بالدرجة الأولى من مهام الممارس العام في إدارة جيدة للوقت أثناء المقابلة، أو أي لقاء مع المصاب بحيث يمكنه من الاستغلال الأمثل للوقت لتحقيق أفضل النتائج.

7. **المهارة في التسجيل:** تسجيل وتدوين كل الملاحظات التي تخدم الممارس العام في المرحلة العلاجية مع المصاب، وللتسجيل فوائد كبيرة، ولها العديد من الضوابط تختلف من شخص لآخر وحسب اللقاء، هل يجب التسجيل فيه أم لا؟ وبالتسجيل نستطيع وضع النقاط على الحروف للعديد من الأفكار والاعتقادات التي تجول في أفكار المصاب، وطرق تفكيره في تخطي هذه المرحلة.

8. **المهارة في استخدام العلاقات الجماعية:** وهو أسلوب يساعد الممارس العام في توظيف كافة العلاقات التي تساهم في خدمة المصاب، والتعاون من أجل تقديم أفضل خدمة له، ومن خلالها يمكن أن تتضح بعض الحلول للمشاكل أو العقبات التي تعترض المصاب، وذلك من خلال التشاور والتحاوور مع أكثر من طرف.

9. **المهارة في الملاحظة الجيدة:** أسلوب مهاري يستخدمه الممارس بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في مراقبة السلوك العام للمصاب، وهل بحاجة للتعديل السلوكي أم لا؟ وبالملاحظة نتأكد من نجاحنا في كل خطوة من خطوات التدخل المهني.

10. **المهارة في الاتصال مع جماعة الأنساق التي يستهدفها برنامج التدخل المهني:** وبهذه الطريقة نستفيد من قوة العلاقة بين الأنساق المحيطة بالمصاب، والتي لها دور مهم في العملية العلاجية له، وتحفيزه على تخطي العقبات التي قد تعترضه في مراحل علاجه.

11. **المهارة في العمل الفرقي:** أن يستعين الممارس العام بكافة الزملاء من مختلف التخصصات، والتعامل الجيد والقوي مع الفريق العلاجي، وتسخير كل الجهود والإمكانات لخدمة المصاب. (أبو المعاطي، 2009، ص 375)

### 10.3 الصعوبات التي تواجه استخدام مهارات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

هناك صعوبات قد تواجه الأخصائي الاجتماعي عند استخدامه للمهارات المهنية في ممارسة الخدمة الاجتماعية:

1. **الصعوبة الأولى:** عدم وضوح الهدف من استخدام المهارات: يعتقد أن استخدام تلك المهارات يركز أساساً على استكمال مكونات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، وتأكيداً للشكل العام للممارسة والمظهر المناسب لها فقط.



2. **الصعوبة الثانية:** عدم توفر الاستعدادات اللازمة لاكتساب المهارات : ترتبط المهارات ارتباطاً وثيقاً بالاستعدادات الشخصية للأخصائي الاجتماعي، وقد لا يملك الأخصائي تلك الاستعدادات لأسباب ذاتية أو لأسباب أسرية وبيئية وغيرها.

3. **الصعوبة الثالثة:** عدم اهتمام المؤسسات باستخدام المهارات خلال الممارسة العامة: وهي صعوبة مؤسسة، حيث ترتبط بعض المؤسسات الاجتماعية بأعمال وأهداف محددة تسعى إلى تحقيقها دون النظر إلى أهمية المهارات التي يجب أن تتوفر في الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل فيها، وأهمية ما يتميز به من مهارات تساهم في تلك الأهداف. (منقريوس وأبو المعاطي، 2009، ص33)

### 11.3 أدوار الممارس العام للخدمة الاجتماعية مع مصابي السكتة الدماغية:

1. **دور المعلم:** مقدم المعلومات لمصابين حول خطوات اتخاذ القرارات الإيجابية والصحيحة، والبعد عن الاستعجال والاجتهاد.
2. **دور المرشد:** القيام بتوجيه وإرشاد المصاب عندما تكون هناك خدمة معينة يريدها، ولكن لا يعرف المكان أو الطريقة التي يحصل بها على الخدمة حيث يقوم الممارس بإرشاده إليها.
3. **دور الوسيط:** في حال وجود خلاف بين المصابين وكل الأنساق الاجتماعية المحيطة به سواء طاقم التأهيل أو أنساق الأسرة والبيئة المحيطة به.
4. **دور المسهل:** وهي تقديم التسهيلات للمصابين بصفة عامة بضمان حرية المصاب في العمل وحشد قدراته ودعمها؛ ليقوم المصاب بعمل ناجح، وتعريفه بمصادر الخدمات التي يحتاجها.
5. **دور الممكن:** لتمكين المصاب من اتخاذ القرارات التي تكون من صالحه، والتي تساعد في إدارة شؤون حياته الاجتماعية.
6. **دور المشجع:** عندما يقوم المصاب بسلوك إيجابي، وأيضاً تعديل بعض السلوكيات السلبية الخاطئة، وتشجيع العلاقات الاجتماعية الفاعلة بين الأنساق.
7. **دور المعالج:** ويتضمن العمل على تفهم مصابي السكتة الدماغية حول أسباب المشاعر السلبية التي يعاني منها نتيجة الإصابة والمرض، والعمل على تعديل السلوكيات غير المرغوبة لديهم بسلوكيات مرغوبة.

8. **دور المراقب:** القيام بملاحظة وتتبع السلوكيات والتصرفات وردود الأفعال الخاصة بجميع الأنساق؛ لمعرفة مدى التقدم الذي وصل إليه الممارس العام مع مصاب السكتة الدماغية، وخاصة أن الاتجاه دائماً يتم ترجمته إلى سلوك.

9. **دور المساعد:** ويتضمن مساعدة مصابي السكتة الدماغية على الاندماج في المجتمع، والتخفيف من حدة العزلة الاجتماعية، وزيادة الثقة في أنفسهم وقدراتهم، والعمل على تأهيلهم مهنيًا بما يتناسب مع قدراتهم.

10. **دور المفاوض:** عندما يكون هناك خدمات معينة أو أنشطة، أو حقوق لا يستطيع مصاب السكتة الدماغية الحصول عليها، فيتم التفاوض مع الأنساق ذات العلاقة، وبالتالي الحصول على ما يريده المصاب والذي يخدم وضعه الصحي، ولا يؤثر على العملية العلاجية والحياة المعيشية للمصاب.

11. **دور المشارك في المناقشات:** مثل النقاش في بعض الاجتماعات أو المقابلات الجماعية أو غيرها؛ من أجل تعديل بعض المفاهيم الخاطئة وتصحيحها. (أبو المعاطي، 2009، ص 355-357)

ويستنتج الباحث هنا من خلال ما تم عرضه والخبرة العملية في مجال التأهيل أن هناك بعض الأدوار الهامة له أثناء عملية الممارسة المهنية، ويعتمد هنا على مدى نجاح مبدأ العلاقة المهنية العلاجية والتقبل بين الأخصائي والمصاب، وتتسم هنا العلاقة بالتعاونية فيما بينهم؛ لضمان نجاح وتحقيق خطة العمل الاجتماعي والحصول على نتائج إيجابية، وللممارس العام دور مهم في العمل مع المصابين وذلك على النحو التالي:

1. **دور وقائي:** بحيث يتم إعطاء معلومات ومحاضرات وقائية مختلفة؛ لخلق وضع اجتماعي وصحي مترابط يهدف إلى التقليل من حدوث السكتة الدماغية والتحصير الجيد في حال حدوثها.

2. **دور علاجي:** بعد وقوع السكتة للشخص يبدأ إيضاح الجانب العلاجي من ناحية الطبيب المعالج، وإقناع أهل المصاب بأن الوضع الصحي قضاء وقدر، ومحاولة تفهم الوضع الصحي الجديد وتقبله، وتأهيل أهل المصاب لمواءمة الحياة الجديدة والتكيف معها، أيضاً عمل الزيارة المنزلية بصحبة أخصائي قسم العلاج الوظيفي؛ حتى يتم تأهيل المنزل لاستقبال وضع المصاب الصحي، ويكون الأخصائي الاجتماعي حلقة الوصل مع الكادر الطبي؛ حتى يتم استقرار حالة المصاب.

3. دور تتبعي: زيارة منزلية للمصاب من قبل الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي، والتأكد من أن الوضع النفسي والتأهيلي والاجتماعي بأحسن حال، وأن المصاب تم دمجهم مع المحيط الأسري ككل، ومحاولة دمجهم مع المجتمع الخارجي.

## الفصل الرابع الإجراءات المنهجية

## الفصل الرابع

### الإجراءات المنهجية

#### 1.4 مقدمة:

تعتبر منهجية الدراسة وإجراءاتها محورًا رئيسًا يتم من خلاله إنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة؛ لإجراء التحليل الإحصائي للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة المتعلقة بموضوع الدراسة، وبالتالي تحقق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

وبناء على ذلك تناول هذا الفصل وصفًا للمنهج المتبع ومجتمع وعينة الدراسة، وكذلك أداة الدراسة المستخدمة وطريقة إعدادها وكيفية بنائها وتطويرها، ومدى صدقها وثباتها، وينتهي الفصل بالمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

#### 2.4 نوع الدراسة:

انطلاقًا من مشكلة الدراسة، واتساقًا مع تساؤلاتها، والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية " Descriptive Analytical Studies " والتي تهدف إلى وصف موضوع أو مشكلة البحث، وتحديد خصائصها تحديدًا كميًا وكيفيًا، (رياض حمزاوي وآخرون، 1993، ص140)، وبالتالي تعتبر الدراسة الوصفية التحليلية من أنسب الدراسات التي تصلح لموضع الدراسة الراهنة.

والبحوث الوصفية التحليلية: تقوم بجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها؛ بهدف الوصول إلى تعميمات بشأن موضوع البحث، وبالتالي تعتبر الدراسة الوصفية التحليلية من أنسب الدراسات التي تصلح لموضوع الدراسة الراهنة.

#### 3.4 منهج الدراسة:

وتعتمد هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي لمصابي السكتة الدماغية باعتباره أحد المناهج الرئيسية التي تستخدم في البحوث الوصفية، والتي تهتم بدراسة الظواهر الموجودة في جماعة معينة وفي مكان معين، (رياض حمزاوي وآخرون، 1993، ص140)، ويساهم في الحصول على بيانات ضرورية؛ لفهم الواقع الأمبريقي، والإجابة عن تساؤلات الدراسة، كما أنه يساعد على الوصف والتفسير للظاهرة. (عبد العال، 1999، ص63-64)

واعتمدت الدراسة الراهنة على منهج المسح الاجتماعي بطريقة (العينة القصدية غير الاحتمالية) لمصابي السكتة الدماغية بمستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، وحمد للأطراف الصناعية، وبأسلوب الحصر الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، وحمد للأطراف الصناعية.

وقد استخدم الباحث مصدرين أساسيين للمعلومات:

1. المصادر الثانوية: حيث اتجه الباحث في معالجة الإطار النظري للدراسة إلى مصادر البيانات الثانوية، والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

2. المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع الدراسة لجأ الباحث إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة للدراسة، صممت خصيصاً لهذا الغرض.

#### 4.4 مجالات الدراسة:

##### 1. المجال المكاني:

تم تحديد المجال المكاني في مراكز التأهيل الطبي بقطاع غزة، وهما مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، ومستشفى حمد للتأهيل والأطراف الصناعية، حيث يعتبران من أهم مراكز التأهيل الطبي لمصابي السكتة؛ وذلك لما يقدمونه من خدمات تأهيلية وطبية لهذه الفئة.

وتم الاختيار لهذه المستشفيات للأسباب التالية:

- أ. تعاون وترحيب المسؤولين بالمراكز الخاصة بالتأهيل الطبي لتطبيق الدراسة.
- ب. تقدم المراكز السابقة " مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، ومستشفى حمد للتأهيل والأطراف الصناعية " الخدمة التأهيلية العلاجية لمصابي السكتة الدماغية.
- ج. ندرة الدراسات التي تم تطبيقها على المراكز السابقة " مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، ومستشفى حمد للتأهيل والأطراف الصناعية " بما يخص الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية.
- د. عمل الباحث سابقاً في مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية مما يسهل الصعوبات في عملية جمع البيانات.

## 2. المجال البشري:

مصابو السكتة الدماغية في كل من مستشفى الوفاء للتأهل الطبي، ومستشفى حمد للتأهيل والأطراف الصناعية وعددهم (88) مصابًا. تم اختيارهم وفقًا للشروط التالية:

- أ. أن يكون مصابًا بالسكتة الدماغية.
- ب. أن يتلقى العلاج الخاص به في كل من مستشفى الوفاء للتأهل الطبي، ومستشفى حمد للتأهيل والأطراف الصناعية بصورة مباشرة وغير مباشرة.
- ج. أن يكون المصاب واعيًا ومدركًا لما يدور حوله.
- د. ألا تقل مدة الاستفادة من خدمات التأهيل الطبي عن أسبوعين.
- هـ. ألا يقل عمر المصاب عن عام واحد.

وأيضًا، اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بأسلوب الحصر الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفى الوفاء، ومستشفى حمد وعددهم (10) أخصائيين والذين يقدمون خدمات التأهيل لمصابي السكتة الدماغية.

## 3. المجال الزمني:

تم جمع البيانات من مفردات الدراسة خلال الفترة ما بين 2022/6/6 حتى 2022/8/29

## 5.4 أدوات الدراسة:

الأداة هي الوسيلة التي تستخدم في البحث؛ لجمع البيانات والمعلومات المطلوبة، واتساقًا مع منهجية ومتطلبات الدراسة، فقد اعتمد الباحث على أداتين فرضتهما طبيعة الدراسة، وتمثلت في:

1. أداة استبار لمصابي السكتة الدماغية. (انظر ملحق 1).
2. أداة استبيان للأخصائيين الاجتماعيين. (انظر ملحق 2)

وفيما يلي عرض لهذه الأدوات:

## 1.5.4 أداة استبار لمصابي السكتة الدماغية:

اتساقًا مع متطلبات الدراسة ومنهجيتها، صمم الباحث أداة استبار لمصابي السكتة الدماغية مكونة من قسمين رئيسيين هما:

**القسم الأول:** وهو عبارة عن البيانات الأولية للمستجيبين (النوع، الحالة الاجتماعية، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، منطقة السكن، عدد سنوات الإصابة بالسكتة الدماغية، نوع العمل السابق، عدد أفراد الأسرة، الوضع الاقتصادي للأسرة).

**القسم الثاني: مجالات أداة الاستبيان وهم:**

**المجال الأول:** المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية، ويتكون من (6) فقرات.

**المجال الثاني:** المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية، ويتكون من (8) فقرات.

**المجال الثالث:** المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية، ويتكون من (10) فقرات.

**المجال الرابع:** المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية، ويتكون من (6) فقرات.

**المجال الخامس:** المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية، ويتكون من (9) فقرات.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي؛ لقياس استجابات المبحوثين لفقرات المقياس حسب جدول (1.4):

**جدول (1.4): درجات مقياس ليكرت الخماسي**

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة	الاستجابة
1	2	3	4	5	الدرجة

**صدق الأداة:**

يعني صدق الأداة تمثيلها للمجتمع المدروس بشكل جيد، أي أن الإجابات التي نحصل عليها من أسئلة أداة الاستبيان تعطينا المعلومات التي وضعت لأجلها الأسئلة (البحر والتنجي، 2014، ص14)، ويوجد العديد من الاختبارات التي تقيس صدق الأداة أهمها:

**أ. صدق المحتوى:**

تم التحقق من صدق محتوى أداة استبيان لمصابي السكتة الدماغية بعرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية في العديد من الجامعات المحلية والعربية منها، جامعة حلوان المصرية، جامعة أسيوط المصرية، جامعة الفيوم المصرية، جامعة دمياط المصرية، الجامعة الإسلامية بغزة، وجامعة الأقصى بغزة، وجامعة القدس المفتوحة بغزة. وأسماء المحكمين بالملحق رقم (3)، وقد استجاب الباحث لآراء المحكمين، وقام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء المقترحات المقدمة، وبذلك خرجت أداة الاستبيان في صورتها النهائية - انظر الملحق رقم (1، 2).



## ب. صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لأداة الاستبار بالتطبيق على عينة استطلاعية حجمها (30) مفردة، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال التابعة له، ويوضح جدول (2.4) أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ( $\alpha \leq 0.05$ )، إذ إن القيمة الاحتمالية للقرات كانت أقل من 0.05، وبذلك تعتبر تلك الفقرات صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول (2.4): معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال التابعة له

معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة
المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية		المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية		المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية		المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية		المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	
.772**	.1	.715**	.1	.512**	.1	.750**	.1	.757**	.1
.641**	.2	.788**	.2	.541**	.2	.608**	.2	.855**	.2
.643**	.3	.663**	.3	.568**	.3	.627**	.3	.765**	.3
.626**	.4	.807**	.4	.644**	.4	.492**	.4	.834**	.4
.609**	.5	.760**	.5	.516**	.5	.679**	.5	.431**	.5
.726**	.6	.703**	.6	.687**	.6	.523**	.6	.693**	.6
.685**	.7			.437**	.7	.542**	.7		
.583**	.8			.636**	.8	.717**	.8		
.533**	.9			.474**	.9				
				.553**	.10				

\*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ). \* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يتبين من جدول (2.4) أن معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه الفقرة جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وجاءت أغلب قيم معاملات الارتباط مرتفعة: حيث تراوحت في مجال المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بين (431، 855)، وفي مجال المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بين (437، 492)، وفي مجال المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بين (437، 687)، وفي مجال المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بين (663، 807)،

وفي مجال المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بين (533، .772) مما يدل على معاملات الارتباط المبينة دالة إحصائياً، وبذلك تعتبر تلك الفقرات صادقة لما وضعت لقياسه.

### ج. الصدق البنائي:

تم التحقق من الصدق البنائي من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية لأداة الاستبار.

وجداول (3.4) يوضح النتائج:

جدول (3.4): معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للاستبار

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	المحتوى	البعد
0.000	.825**	المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	الأول
0.000	.820**	المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.	الثاني
0.000	.795**	المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	الثالث
0.000	.814**	المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.	الرابع
0.000	.862**	المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	الخامس

\*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ). \* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يبين جدول (3.4) أن قيم معاملات الارتباط لأبعاد الأداة بالدرجة الكلية للأداة جاءت مرتفعة، إذ تراوحت بين (795، .862) وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على توافر درجة عالية من الصدق البنائي لمجالات الاستبار.

### ثبات الأداة: (Reliability)

أجرى الباحث خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقتين هما:

أ. طريقة التجزئة النصفية.

ب. معامل (ألفا كرونباخ).

### أ. طريقة التجزئة النصفية: (Split Half Method)

تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الفقرات الى جزأين حسب تسلسلها في المقياس (الفقرات

ذات الأرقام الفردية، والفقرات ذات الأرقام الزوجية)، وتشكيل مجموعتين متقابلتين من الفقرات، ثم يتم حساب معامل الارتباط بينهما باستخدام طريقة (سبيرمان براون) للتصحيح Spearman Brown Coefficient، بحسب المعادلة الآتية:

$$\frac{r}{1 + r}$$

معامل الثبات = حيث (r) معامل الارتباط، ويبين جدول (3.4) أن قيم معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون Spearman Brown) مرتفعة ودالة إحصائيًا.

### ب. معامل ألفا كرونباخ: (Cronbach's Alpha Coefficient)

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الأداة، ويبين جدول (4.4) أن قيم معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل بعد، وهذا يعني أن معامل الثبات مرتفع ودال إحصائيًا.

جدول (4.4): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاداة

معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية			المحتوى	البعد
	معامل الارتباط المصحح	معامل الارتباط	عدد الفقرات		
0.809	0.745	0.594	6	المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	الأول
0.752	0.752	0.603	8	المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.	الثاني
0.728	0.747	0.597	10	المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	الثالث
0.827	0.850	0.740	6	المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.	الرابع
0.807	0.844	0.730	9	المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية	الخامس
0.928	0.949	0.904	39	جميع الفقرات	

وبذلك تكون أداة الاستبار لمصابي السكتة الدماغية في صورتها النهائية كما هي في الملحق (1) وتكون قابلة للتوزيع، ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات أداة الاستبار مما يجعله على ثقة تامة بصحة الأداة وصلاحيتها لتحليل النتائج والإجابة عن أسئلة الدراسة.

### 2.5.4 أداة استبيان الأخصائيين الاجتماعيين:

اتساقًا مع متطلبات الدراسة ومنهجيتها صمم الباحث استبانة الأخصائيين الاجتماعيين،

حيث تتكون من قسمين رئيسيين هما:

**القسم الأول:** وهو عبارة عن البيانات الأولية للمستجيبين (النوع، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، مكان العمل).

**القسم الثاني:** مجالات الاستبيان وهي:

المجال الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية، ويتكون من (5) فقرات.

المجال الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية، ويتكون من (6) فقرات.

المجال الثالث: دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة، ويتكون من (6) فقرات.

المجال الرابع: دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع، ويتكون من (4) فقرات.

المجال الخامس: معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي، ويتكون من (5) فقرات.

المجال السادس: معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية، ويتكون من (4) فقرات.

المجال السابع: معوقات تتعلق بنسق المؤسسة، ويتكون من (5) فقرات.

المجال الثامن: معوقات تتعلق بنسق المجتمع، ويتكون من (5) فقرات.

المجال التاسع: مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية، ويتكون من (10) فقرات.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المبحوثين لفقرات المقياس حسب جدول (5.4):

**جدول (5.4): درجات مقياس ليكرت الخماسي**

الاستجابة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

#### **6.4 صدق الاستبانة:**

يعني صدق الاستبانة تمثيلها للمجتمع المدروس بشكل جيد، أي أن الإجابات التي نحصل عليها من أسئلة الاستبيان تعطينا المعلومات التي وضعت لأجلها الأسئلة (البحر والتتجي، 2014،

ص14)، ويوجد العديد من الاختبار التي تقيس صدق الاستبانة أهمها:

### 1. صدق الأداة:

#### أ. صدق المحتوى:

تم التحقق من صدق محتوى استبانة الأخصائيين الاجتماعيين بعرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية بالجامعات المحلية والعربية منها، جامعة حلوان المصرية، جامعة أسيوط المصرية، جامعة الفيوم المصرية، جامعة دمياط المصرية، الجامعة الإسلامية بغزة، وجامعة الأقصى بغزة، وجامعة القدس المفتوحة بغزة. وأسماء المحكمين بالملحق رقم (3)، وقد استجاب الباحث لآراء المحكمين وقام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء المقترحات المقدمة، وبذلك خرج الاستبيان في صورته النهائية - انظر الملحق رقم (1، 2).

#### ب. صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي للاستبانة، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال التابعة له، ويوضح جدول (6.4) أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ( $\alpha \leq 0.05$ )، إذ إن القيمة الاحتمالية للقرات كانت أقل من (0.05)، وبذلك تعتبر تلك الفقرات صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول (6.4): معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال التابعة له

معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	رقم الفقرة
مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية		دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع		دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة		دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية		دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية	
.751**	.1	.749*	.1	.779**	.1	.716**	.1	.890**	.1
.752**	.2	.879**	.2	.762**	.2	.706*	.2	.943**	.2
.746**	.3	.592*	.3	.758**	.3	.586*	.3	.721**	.3
.570*	.4	.718**	.4	.803**	.4	.809**	.4	.594*	.4

معامل بيرسون للاارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للاارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للاارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للاارتباط	رقم الفقرة	معامل بيرسون للاارتباط	رقم الفقرة
.852**	.5			.805**	.5	.918**	.5	.847**	.5
.777**	.6			.709*	.6	.927**	.6		
.849**	.7	معوقات تتعلق بنسق المجتمع		معوقات تتعلق بنسق المؤسسة		معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية		معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي	
.859**	.8	.813**	.1	.922**	.1	.894**	.1	.896**	.1
.739**	.9	.625*	.2	.772**	.2	.870**	.2	.969**	.2
.781**	.10	.888**	.3	.887**	.3	.957**	.3	.909**	.3
		.681*	.4	.657*	.4	.891**	.4	.968**	.4
		.844**	.5	.669*	.5			.879**	.5

\*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ). \* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يتبين من جدول (6.4) أن معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه الفقرة جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وجاءت أغلب قيم معاملات الارتباط مرتفعة: حيث تراوحت في مجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية بين (586، .943)، وفي مجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية بين (492، .927)، وفي مجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة بين (709، .805)، وفي مجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع بين (592، .879)، وفي مجال معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي بين (879، .969)، بينما في مجال معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية بين (870، .957)، وفي مجال معوقات تتعلق بنسق المؤسسة بين (657، .922)، بينما في مجال معوقات تتعلق بنسق المجتمع بين (625، .888)، وفي مجال مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية بين (570، .852)، مما يدل على معاملات الارتباط المبينة دالة إحصائياً، وبذلك تعتبر تلك الفقرات صادقة لما وضعت لقياسه.

### ج. الصدق البنائي:

تم التحقق من الصدق البنائي من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للاستبيان وجدول (7.4) يوضح النتائج:

جدول (7.4): معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للاستبيان

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	المحتوى	البعد
0.000	.818**	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية	الأول
0.000	.864**	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق اسرة مصاب السكتة الدماغية	الثاني
0.000	.830**	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة	الثالث
0.000	.879**	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع	الرابع
0.001	.869**	معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي	الخامس
0.002	.827**	معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية	السادس
0.009	.723**	معوقات تتعلق بنسق المؤسسة	السابع
0.000	.936**	معوقات تتعلق بنسق المجتمع	الثامن
0.011	.657*	مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية	التاسع

\*\* الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ). \* الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يبين جدول (7.4) أن قيم معاملات الارتباط لأبعاد الأداة بالدرجة الكلية للاستبانة جاءت مرتفعة، إذ تراوحت بين (0.795، 0.862)، وكانت جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05)، مما يدل على توافر درجة عالية من الصدق البنائي لمجالات الاستبيان.

## 2. ثبات الأداة: (Reliability)

أجرى الباحث خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقتين هما:

أ. طريقة التجزئة النصفية.

ب. معامل (ألفا كرونباخ).

### أ. طريقة التجزئة النصفية: (Split Half Method)

تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الفقرات إلى جزأين حسب تسلسلها في المقياس (الفقرات ذات الأرقام الفردية، والفقرات ذات الأرقام الزوجية) وتشكيل مجموعتين متقابلتين من الفقرات، ثم يتم حساب معامل الارتباط بينهما باستخدام طريقة (سبيرمان براون) للتصحيح Spearman Brown Coefficient، بحسب المعادلة الآتية:

$$r = \frac{2}{1 + r}$$

$$r + 1$$

معامل الثبات = حيث (ر) معامل الارتباط، ويبين جدول (7.4) أن قيم معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون Spearman Brown) مرتفعة ودالة إحصائيًا.

### ب. معامل ألفا كرونباخ: (Cronbach's Alpha Coefficient)

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الأداة، ويبين جدول (8.4) أن قيم معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل بعد، وهذا يعني أن معامل الثبات مرتفع ودال إحصائيًا.

جدول (8.4): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاداة

معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية			المحتوى	البعد
	معامل الارتباط المصحح	معامل الارتباط	عدد الفقرات		
0.829	0.823	0.652	5	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية	الأول
0.886	0.921	0.853	6	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية	الثاني
0.777	0.900	0.819	6	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة	الثالث
0.806	0.892	0.820	4	دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع	الرابع
0.955	0.989	0.978	5	معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي	الخامس
0.925	0.964	0.931	4	معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية	السادس
0.840	0.988	0.977	5	معوقات تتعلق بنسق المؤسسة	السابع
0.817	0.903	0.823	5	معوقات تتعلق بنسق المجتمع	الثامن
0.895	0.898	0.815	10	مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية	التاسع
0.886	0.983	0.967	50	جميع الفقرات	

وبذلك تكون استبانة الأخصائيين الاجتماعيين في صورتها النهائية كما هي في الملحق (2) وتكون قابلة للتوزيع، ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات الاستبيان مما يجعله على ثقة تامة بصحة الاستبيان، وصلاحيته لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة.

### 7.4 الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

1. النسب المئوية والتكرارات (Frequencies & Percentages): لوصف عينة الدراسة.
2. المتوسط الحسابي والوزن النسبي والانحراف المعياري.



3. اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، وكذلك طريقة التجزئة النصفية؛ لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.

4. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)؛ لقياس درجة الارتباط، استخدمه الباحث لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي للاستبانة.

5. معادلة المدى: تم تحديد طول الخلايا في استبانة مصابي السكتة الدماغية واستبانة الأخصائيين الاجتماعيين من خلال حساب المدى بين درجات المقياس (4=1-5)، ومن ثم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس؛ للحصول على طول الخلية أي (0.80=5÷4)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس وهي واحد صحيح)، وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا على النحو التالي:

أ. المتوسط الحسابي (من 1 - 1.80) درجة الموافقة "معارض بشدة".

ب. المتوسط الحسابي (أكبر من 1.80 - 2.60) درجة الموافقة "معارض".

ج. المتوسط الحسابي (أكبر من 2.60 - 3.40) درجة الموافقة "محايد".

د. المتوسط الحسابي (أكبر من 3.40 - 4.20) درجة الموافقة "موافق".

هـ. المتوسط الحسابي (أكبر من 4.20 - 5) درجة الموافقة "موافق بشدة".

## الفصل الخامس

### عرض نتائج الدراسة وتحليلها

## الفصل الخامس

### عرض نتائج الدراسة وتحليلها

#### 1.5 مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضًا لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة، واستعراض أبرز نتائج الأدوات والتي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، والوقوف على البيانات الشخصية للمستجيبين، لذا تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من أدوات الدراسة، إذ تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS)؛ للحصول على نتائج الدراسة التي تم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

#### 2.5 عرض الجداول الخاصة بمصابي السكتة الدماغية:

##### 1.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب النوع:

جدول (1.5): توزيع عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة المئوية %
ذكر	59	67.0
أنثى	29	33.0
المجموع	88	100.0

يتضح من جدول (1.5) أن ما نسبته 67.0% من عينة الدراسة (ذكور)، بينما 33.0% (إناث)، ويعزو الباحث إلى أن النتائج السابقة تتوافق مع شروط اختيار العينة وذلك بارتفاع نسبة الإصابة لدى الذكور، حيث حصل الذكور على أعلى مؤشر من النتائج في الإصابة بالسكتة الدماغية على خلاف الدول الأخرى بما يخص الارتفاع بنسب الإصابة لدى النساء، وبذلك أستطيع القول: أن مجتمعنا الفلسطيني وما يعانيه من ضغوط مستمرة وارتفاع البطالة، وقلة الدخل الشهري، والمشاكل النفسية التي سببها الحصار الإسرائيلي الخانق على قطاع غزة منذ أكثر من 16 عامًا كان كفيلاً بإصابة الذكور أكثر من الإناث بالسكتة الدماغية.

#### 2.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية:

جدول (2.5): توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية %
أعزب	14	15.9

44.3	39	متزوج
10.2	9	مطلق
29.5	26	أرمل
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (2.5) أن ما نسبته 15.9% من عينة الدراسة حالتهم الاجتماعية أعزب، 44.3% حالتهم الاجتماعية متزوج، 10.2% حالتهم الاجتماعية مطلق، بينما 29.5% حالتهم الاجتماعية أرمل، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية وتتوافق مع شروط اختيار العينة، وأن ارتفاع نسبة الإصابة لدى المتزوجين تُعزى للعديد من المشكلات النفسية والأسرية والاجتماعية التي تمر بها هذه الفئة، بينما انخفاض نسبة الإصابة لدى المطلقين ترجع إلى التوعية المجتمعية بأهمية هذه الفئة وانخراطها بالمجتمع، والحصول على المكانة الاجتماعية التي تؤهلها لإكمال الحياة الاجتماعية والأسرية والتعليمية عند البعض من خلال المشاريع التنموية التي تهتم بها المؤسسات ذات الصلة التي تهتم بفئة المطلقات.

### 3.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية:

جدول (3.5): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

النسبة المئوية %	العدد	الفئة العمرية
5.7	5	أقل من 20 سنة
29.5	26	20 - أقل من 40
28.4	25	40 - أقل من 60
36.4	32	60 فما فوق
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (3.5) أن ما نسبته 5.7% من عينة الدراسة فئتهم العمرية أقل من 20 سنة، 29.5% تتراوح أعمارهم من 20 - أقل من 40 سنة، 28.4% تتراوح أعمارهم من 40 - أقل من 60 سنة، بينما 36.4% أعمارهم 60 سنة فأكثر، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية وتتوافق مع شروط اختيار العينة، وأن ارتفاع نسبة الإصابة لدى كبار السن 60 سنة فما فوق، إنما هو أمر طبيعي يرجع إلى تدنى مستوى الصحة الجسمية لدى كبار السن، والإصابة بالأمراض المزمنة كمرض الضغط والسكر والشيخوخة والآلام المفصلية التي تصاحب هذه الفئة وتضائل الفحوصات الطبية الدورية لتلك الفئة مما يعرضهم للسكتات الدماغية المفاجئة، بينما انخفاض نسبة الإصابة لدى فئة الشباب أقل من 20 سنة، تُعزى إلى القوة البدنية والسلامة

الجسمية، والخلو من الأمراض التي تكون مسببة للإصابة بالسكتة الدماغية.

#### 4.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:

جدول (4.5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل العلمي
28.4	25	أساسي
45.5	40	ثانوية عامة
15.9	14	دبلوم متوسط
6.8	6	بكالوريوس
3.4	3	دراسات عليا
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (4.5) أن ما نسبته 28.4% من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي أساسي، 45.5% مؤهلهم العلمي ثانوية عامة، 15.9% مؤهلهم العلمي دبلوم متوسط، 6.8% مؤهلهم العلمي بكالوريوس، بينما 3.4% مؤهلهم العلمي دراسات عليا، ويعزو الباحث أن غالبية كبار السن من المصابين كانت مؤهلاتهم العلمية ثانوية عامة، حيث إن تلك المرحلة التعليمية هي التي كانت سائدة قديماً، لذلك جاءت النتيجة مرتفعة ما بين درجات المؤهل العلمي.

#### 5.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب منطقة السكن:

جدول (5.5): توزيع عينة الدراسة حسب منطقة السكن

النسبة المئوية %	العدد	منطقة السكن
10.2	9	شمال غزة
40.9	36	غزة
29.5	26	الوسطى
9.1	8	خانيونس
10.2	9	رفح
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (5.5) أن ما نسبته 10.2% من عينة الدراسة منطقة سكتاهم شمال غزة، 40.9% منطقة سكتاهم غزة، 29.5% منطقة سكتاهم الوسطى، 9.1% منطقة سكتاهم خانيونس، بينما 10.2% منطقة سكتاهم رفح، ويعزو الباحث أن أعلى نسبة من عينة الدراسة هم من سكان محافظة غزة؛ لأنها تمثل أعلى كثافة سكانية في قطاع غزة، والسبب الآخر هو وجود

مكان مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي بمنتصف مدينة غزة، ومستشفى حمد للأطراف الصناعية في شمال القطاع مما يسهل حركة الوصول من المصابين لكلا المستشفيات، أما انخفاضها في المناطق الجنوبية لقطاع غزة خانيونس ورفح؛ تعود إلى بعد المكان الجغرافي والتكلفة العالية للمواصلات اليومية في الذهاب للعلاج.

### 6.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الإصابة بالسكتة الدماغية:

جدول (6.5): توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الإصابة بالسكتة الدماغية

النسبة المئوية %	العدد	عدد سنوات الإصابة بالسكتة الدماغية
59.1	52	أقل من سنة
21.6	19	3-1
11.4	10	6-4
8.0	7	6 فأكثر
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (6.5) أن ما نسبته 59.1% من عينة الدراسة أجابوا أن عدد سنوات إصابتهم بالسكتة الدماغية أقل من سنة، 21.6% يتراوح عدد السنوات من 1 إلى 3 سنوات، 11.4% يتراوح عدد السنوات من 4 إلى 6 سنوات، بينما 8.0% عدد سنوات إصابتهم بالسكتة الدماغية 6 سنوات فأكثر، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية وتتوافق مع شروط اختيار العينة، وكون الباحث عمل سابقاً كأخصائي اجتماعي ضمن فريق التأهيل الطبي ولمدة 11 عامًا في مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي يؤكد من خلال الخبرة المهنية والعملية مع حالات الإصابة أن نسبة نجاح التأهيل الطبي لمصابي السكتة الدماغية تكون كبيرة في الأسابيع والشهور الأولى من الإصابة، وهذه الفترة المتوافق عليها علمياً في مجال طب التأهيل.

### 7.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب نوع العمل السابق:

جدول (7.5): توزيع عينة الدراسة حسب نوع العمل السابق

النسبة المئوية %	العدد	نوع العمل السابق
12.5	11	خاص
17.0	15	حكومي
20.5	18	حر
50.0	44	لا أعمل
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (7.5) أن ما نسبته 12.5% من عينة الدراسة أجابوا أن نوع عملهم السابق خاص، 17.0% نوع عملهم السابق حكومي، 20.5% نوع عملهم السابق حر، بينما 50.0% لا يعملون، ويعزو الباحث أن ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل من المصابين؛ إنما ترجع للعامل الاقتصادي المتدني للمجتمع الغزي، وتكمن أسبابه في ارتفاع نسبة الفقر والبطالة بسبب الحصار الإسرائيلي المفروض على قطاع غزة لأكثر من 16 عاماً وبشكل متواصل.

### 8.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة:

جدول (8.5): توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة

النسبة المئوية %	العدد	عدد أفراد الأسرة
21.6	19	أقل من 5
38.6	34	5-8
25.0	22	8 أفراد فأكثر
14.8	13	لا يوجد
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (8.5) أن ما نسبته 21.6% من عينة الدراسة أجابوا أن عدد أفراد أسرته أقل من 5 أفراد، 38.6% يتراوح عدد أفراد أسرته من 5-8 أفراد، 25.0% عدد أفراد أسرته 8 أفراد فما فوق، بينما 14.8% لا يوجد لديهم أفراد بالأسرة، يرى الباحث أن النتائج السابقة منطقية لمتوسط عدد أفراد الأسرة لسكان مدينة غزة.

### 9.2.5 توزيع عينة الدراسة حسب الوضع الاقتصادي للأسرة:

جدول (9.5): توزيع عينة الدراسة حسب الوضع الاقتصادي للأسرة

النسبة المئوية %	العدد	الوضع الاقتصادي للأسرة
34.1	30	سيئ
43.2	38	متوسط
22.7	20	جيد
100.0	88	المجموع

يتضح من جدول (9.5) أن ما نسبته 34.1% من عينة الدراسة أجابوا أن الوضع الاقتصادي للأسرة سيئ، 43.2% الوضع الاقتصادي لأسرهم متوسط، بينما 22.7% أجابوا أن الوضع الاقتصادي للأسرة جيد، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية وتتوافق مع الوضع الاقتصادي لسكان مدينة غزة.

### 3.5 الإجابة عن أسئلة الدراسة:

السؤال الأول: ما مشكلات مصابي السكتة الدماغية بمراكز التأهيل الطبي بقطاع غزة؟

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

- ما المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (10.5): المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة

م	المشكلات الاجتماعية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يشعر المصاب بالعزلة الاجتماعية بعد إصابته.	4.47	1.06	89.32	1	موافق بشدة
2.	ضعف العلاقات الاجتماعية مع الأقارب.	4.16	1.32	83.22	3	موافق
3.	يشعر المصاب بفقدان دوره الاجتماعي.	4.33	1.00	86.59	2	موافق بشدة
4.	النزب المجتمعي للمصاب وافتقار التعاون معه.	3.72	1.26	74.35	5	موافق
5.	قلة مشاركة المصاب في المناسبات الاجتماعية.	4.02	1.07	80.45	4	موافق
6.	التعرض للمضايقة والإساءة من الجيران بعد الإصابة.	3.13	1.58	62.53	6	موافق
المتوسط الحسابي العام		3.98	0.89	79.53		موافق

يتضح من جدول (10.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة تتراوح ما بين (3.13,4.47)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.98)، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل مصابي السكتة الدماغية على المجال بشكل عام، ويرى الباحث أن النتائج السابقة منطقية، ويعزو الباحث ذلك إلى أن المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية لها أثر كبير على المصاب مما يستدعي الأخذ بعين الاعتبار في التوعية المجتمعية لهذه الفئة وأسره في الحد من هذه المشكلات، والتقليل من تبعاتها الاجتماعية والأسرية على المصاب.

وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (1) والتي نصت على "يشعر المصاب بالعزلة الاجتماعية بعد إصابته" حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط



حسابي (4.47)، تليها الفقرة رقم (3) والتي نصت على "يشعر المصاب بفقدان دوره الاجتماعي" حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.33)، ويعزو الباحث إلى المخاطر التي تلحق بمصاب السكتة الدماغية بعد تعرضه للعزلة الاجتماعية، ومنها فقدان لدوره الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية، وقد تؤثر سلبيًا على عملية التأهيل الطبي.

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية** الفقرة رقم (6) والتي نصت على "التعرض للمضايقة والإساءة من الجيران بعد الإصابة" بمتوسط حسابي (3.13)، تليها الفقرة رقم (4) والتي نصت على "النبد المجتمعي للمصاب وافتقار التعاون معه" بمتوسط حسابي (3.72)، وهذه النتائج متوقعة ومنطقية بسبب عدم الرغبة في استمرار العلاقة الاجتماعية من قبل بعض الجيران والأقارب بسبب ما ينتج عن الإصابة من فقدان للقدرات الحركة وتغيرات شخصية وحركية للمصاب.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Langhammer et al., 2018)، ودراسة (Akram, 2010)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (خاطر، 2017)، والتي أكدت على أن ما يتعرض له المصاب من عدم الاندماج المجتمعي والعزلة الاجتماعية، وعدم التكيف مع المحيط الاجتماعي وفقدانه لدوره ومكانته الاجتماعية، وقلة مشاركته بالمناسبات والأنشطة المجتمعية، جميعها تعتبر من المشكلات التي تؤثر على الجانب الاجتماعي للمصاب وعلاقاته الاجتماعية، ولذلك أوصت النتائج بإعادة دمج المصاب مجتمعيًا، والعمل على تحسين علاقاته ومكانته الاجتماعية.

#### - ما المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (11.5): المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة

م	المشكلات الاقتصادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تأثير الوضع الاقتصادي للأسرة بسبب مرض أحد أفرادها.	4.64	0.71	92.73	1	موافق بشدة
2.	ضعف الدخل الشهري للأسرة يؤثر في تلبية احتياجاتهم الأساسية.	4.47	0.78	89.30	4	موافق بشدة
3.	قصور دور أهل المصاب في توفير المعونات الاقتصادية لأسرته.	4.02	1.20	80.46	7	موافق

4.	غياب دور المؤسسات الخيرية في دعم المصابين له أثر كبير في سوء الوضع الاقتصادي لأسرة المصاب.	4.14	1.00	82.76	6	موافق بشدة
5.	انقطاع الدخل الشهري بسبب الغياب عن العمل خلال فترة مرضه.	4.00	1.23	80.00	8	موافق بشدة
6.	ارتفاع تكاليف المصاريف العلاجية مما يؤثر بشكل كبير على تقديم أو استمرار العملية العلاجية.	4.62	0.65	92.41	3	موافق بشدة
7.	ارتفاع تكاليف الأدوات الطبية يؤثر على استمرار العملية العلاجية.	4.63	0.67	92.50	2	موافق بشدة
8.	قلة إمكانيات الأسرة من تسديد الديون المتراكمة بسبب الإصابة.	4.39	0.93	87.82	5	موافق بشدة
<b>المتوسط الحسابي العام</b>		4.36	0.56	87.27	موافق بشدة	

يتضح من جدول (11.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة يتراوح ما بين (4.00، 4.64)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.36) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل مصابي السكتة الدماغية على المجال بشكل عام، ويعزو الباحث أن المشكلات الاقتصادية التي تواجه الأسرة مثل فقدان الدخل الشهري والبطالة لدى أفراد الأسرة تؤثر سلباً على سير المرحلة العلاجية للمصاب سواء بالنفقة على الأسرة، أو التكلفة العلاجية والأدوية غير المتوفرة في المركز الطبي.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (1) والتي نصت على " تأثير الوضع الاقتصادي للأسرة بسبب مرض أحد أفرادها " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.64)، تليها الفقرة رقم (7) والتي نصت على " ارتفاع تكاليف الأدوات الطبية يؤثر على استمرار العملية العلاجية " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.63)، ويعزو الباحث أن النتائج منطقية، حيث إن وجود مريض عند أحد أفراد الأسرة فإنه يتقل كاهلها مادياً، لما يحتاجه المريض من أجهزة طبية تعويضية باهظة الثمن، وتزيد حدة المشكلات عند عدم قدرة مؤسسات المجتمع المدني ذات العلاقة بالجانب الصحي على توفير الأدوات الطبية بدون مقابل مادي.**

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (5) والتي نصت على " انقطاع الدخل الشهري بسبب الغياب عن العمل خلال فترة مرضه " بمتوسط حسابي (4.00)، تليها الفقرة رقم (3) والتي نصت على " قصور دور أهل المصاب في توفير المعونات الاقتصادية لأسرته " بمتوسط حسابي (4.02) ويعزو الباحث أن هذه النتائج منطقية مقارنة بالواقع الذي يعيشه**

المصاب، والخوف الدائم على أفراد أسرته بسبب غيابه عن العمل، وأن زيادة الاهتمام من قبل الأهل والأقارب مهم جدًا في تجاوز الفترة العلاجية المرضية لمصاب السكتة، ومساعدته في إعالة أسرته؛ كي يستطيع الاستمرار بالعملية العلاجية، وتعزيز الجوانب النفسية حول صحته الجسدية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Pereirj et al., 2018)، ودراسة (Langhammer )

(et al., 2016) حيث أكدت النتائج جميعها على تدني مستوى الدخل للأسرة، وقلّة فرصة العودة للعمل بسبب تدني المستوى الحركي للجسم بعد الإصابة، وقلّة الخدمات المقدمة من المؤسسات لصالح مصابي السكتة الدماغية، وصعوبة الحصول على الأدوات الطبية؛ بسبب الوضع الاقتصادي السيء وارتفاع تكلفة هذه الأدوات الطبية المساعدة، وكثرة الأعباء والديون على أسرة المصاب.

- ما المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (12.5): المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة

م	المشكلات النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	زيادة الاضطرابات النفسية بعد الإصابة.	4.71	0.63	94.19	1	موافق بشدة
2.	مشاعر النقص التي تصاحب المصاب تزيد من حدة المشكلات النفسية.	4.65	0.61	92.95	2	موافق بشدة
3.	شعور المصاب بعجزه بعدم القيام بدوره تجاه أسرته.	4.55	0.65	91.06	3	موافق بشدة
4.	يتولد شعور لدى المصاب بالقلق من الموت بعد الإصابة بالسكتة الدماغية.	4.38	0.99	87.59	6	موافق بشدة
5.	ذهاب أحد أفراد الأسرة للعمل يزيد من الضغوط النفسية للمصاب.	4.14	1.06	82.79	8	موافق بشدة
6.	شعور المصاب بالاختناق النفسي؛ لضعف تلبية المتطلبات الأسرية.	4.44	0.71	88.74	4	موافق بشدة
7.	شعور المصاب بالاكئاب الناتج عن الرقود بالسرير، والراحة الطبية التي يطلبها الطبيب منه حرصًا على سلامته.	4.41	0.83	88.28	5	موافق بشدة
8.	عدم اتزان المصاب انفعاليًا مما يولد لديه مخاوف وهمية.	3.99	1.09	79.77	9	موافق
9.	عدم المتابعة من قبل الطبيب النفسي له دور في زيادة حدة التوترات الانفعالية لدى مصاب السكتة.	3.91	1.07	78.14	10	موافق
10.	القلق المستمر بشأن التقارير اليومية من الفريق الطبي التأهيلي بشأن وضع الحالة الصحية للمصاب.	4.25	0.88	85.06	7	موافق بشدة
المتوسط الحسابي العام		4.34	0.49	86.80	موافق بشدة	

يتضح من جدول (12.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة يتراوح ما بين (4.71، 3.91)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.34) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل مصابي السكتة الدماغية على المجال بشكل عام، ويعزو الباحث أن المشكلات النفسية لها الأثر البالغ على استمرار العملية العلاجية، وقد تؤثر سلباً في استكمال البرنامج العلاجي للمصاب.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (1) والتي نصت على " زيادة الاضطرابات النفسية بعد الإصابة " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.71)، تليها الفقرة رقم (2) والتي نصت على " مشاعر النقص التي تصاحب المصاب تزيد من حدة المشكلات النفسية " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.65)، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية ومتوافقة مع طبيعة المصابين من حيث الإصابة بالاضطرابات والخوف والقلق، وبالتالي يعيق تقدم العلاج.**

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (9) والتي نصت على " عدم المتابعة من قبل الطبيب النفسي له دور في زيادة حدة التوترات الانفعالية لدى مصاب السكتة " بمتوسط حسابي (3.91)، تليها الفقرة رقم (8) والتي نصت على "عدم اتزان المصاب انفعاليًا مما يولد لديه مخاوف وهمية " بمتوسط حسابي (3.99)، ويرى الباحث أن النتائج السابقة منطقية ومتوافقة حيث إن عدم الاتزان الانفعالي للمصاب ينتج عنه عدة مشكلات نفسية، وقد تنعكس على الاستقرار الداخلي للمصاب وتأخير العمية العلاجية.**

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبد العال وآخرون، 2011)، ودراسة (Bualar, 2012) ودراسة (خاطر، 2017)، ودراسة (خاروفه، 2019)، ودراسة (المدهون، 2021)، وأكدت النتائج جميعها هنا على النظرة السلبية من أفراد المجتمع تجاه المصاب، وشعوره بالعجز تجاه أسرته وفقدانه لدوره بالأسرة، وقلقه المستمر من الموت بعد الإصابة بالسكتة الدماغية، والشعور بالاكنتاب الذي قد يزول بعد فترات طويلة من الإصابة، وذلك من خلال جلسات الدعم النفسي والتفريغ الانفعالي من قبل الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي.

**- ما المشكلات الاسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (13.5): المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة

م	المشكلات الأسرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يشعر المصاب بالتفكك الأسري.	4.31	1.14	86.19	2	موافق بشدة
2.	الخلافات الأسرية بين المصاب وأسرته.	4.01	1.38	80.24	4	موافق
3.	يشعر المصاب بفقدان دوره الاجتماعي داخل الأسرة.	4.36	0.97	87.21	1	موافق بشدة
4.	يشعر المصاب بعدم التوافق الأسري بينه وبين أفراد أسرته.	4.04	1.19	80.71	3	موافق
5.	تتفاقم المشكلات بين أفراد الأسرة بسبب إصابة أحد أفرادها.	3.95	1.17	79.05	5	موافق
6.	عزوف أحد الزوجين والتفكير بالانفصال بعد الإصابة.	3.00	1.71	60.00	6	موافق
المتوسط الحسابي العام		3.95	0.93	79.07	موافق	

يتضح من جدول (13.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة يتراوح ما بين (3.00، 4.36)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.95)، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل مصابي السكتة الدماغية على المجال بشكل عام، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث إن المشكلات الأسرية التي تواجه المصاب بعد تعرضه للسكتة الدماغية إنما هي أمر متوقع لدى العديد من الأفراد، وبالتالي هذه النتائج المرتفعة تؤكد مدى صعوبة هذه المشكلات على الحياة الأسرية للمصاب.

وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (3) والتي نصت على "يشعر المصاب بفقدان دوره الاجتماعي داخل الأسرة" حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.36)، تليها الفقرة رقم (1) والتي نصت على "يشعر المصاب بالتفكك الأسري" حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.31)، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث إن العديد من أرباب الأسر يعانون من فقدان دورهم ومكانتهم بالأسرة؛ نتيجة الإصابة. ويعزو الباحث ذلك؛ لضعف الترابط الأسري بين الأفراد، وبالتالي يُتوقع أن يحدث التفكك الأسري. وهذا ما أكدت عليه النتائج السابقة.

بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (6) والتي نصت على "عزوف أحد الزوجين

والتفكير بالانفصال بعد الإصابة " بمتوسط حسابي (3.00)، تليها الفقرة رقم (5) والتي نصت على " تتفاقم المشكلات بين أفراد الأسرة بسبب إصابة أحد أفرادها " بمتوسط حسابي (3.95)، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث إن إصابة أحد أفراد الأسرة بالسكتة الدماغية يزيد من الأعباء على كاهل الأسرة من تقديم الخدمات الصحية والرعاية اليومية للمصاب في ظل انشغال بعض أفراد الأسرة، وقلة وجود أشخاص يقدمون الرعاية للمصاب، وبالتالي تحدث خلافات أسرية بين الزوجين وبين أفراد الأسرة، وفي بعض الأسر قد يضطر أحد الزوجين للانفصال، وهذه مؤشرات تؤدي إلى زعزعة البناء الأسري، وتولد العديد من المشكلات إن وجد أطفال في الأسرة مثل: التسرب المدرسي والتسول، وبعض السلوكيات غير المرغوبة مجتمعيًا.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Akram,2010) ودراسة (Bualar,2012)، ودراسة (Abdi, 2016)، ودراسة (Lemmi et al., 2016)، ودراسة (Silva et al., 2016)، ودراسة (المدهون، 2021)، وأكدت النتائج جميعها هنا على أن الأسرة يصيبها العديد من المشكلات الاجتماعية مثل: التفكك الاجتماعي، ومشاكل بين الزوجين والانفصال في بعض الأحيان، والعجز عن القيام بأدوارهم وعدم الاستقلالية، ويعزو الباحث هنا إلى ضرورة تقديم الخدمات الاستشارية لأسر مصابي السكتة الدماغية، وتقديم التثقيف الصحي لهم حول أهمية تقديم الرعاية الصحية للمصاب، تفاديًا من تفاقم المشكلات الأسرية عند شعور المصاب بالتقصير تجاهه من قبل الأسرة.

#### – ما المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (14.5): المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة

م	المشكلات التأهيلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تأخر تلقي البرامج التأهيلية للمصاب عن الوقت المناسب للتأهيل.	4.53	0.93	90.57	2	موافق بشدة
2.	شعور المصاب بالتعب والألم بسبب جلسات العلاج الطبيعي اليومية.	4.56	0.76	90.93	1	موافق بشدة
3.	قلة الإمكانيات الطبية والتأهيلية في بعض المراكز الخاصة.	4.13	1.09	82.53	7	موافق بشدة

م	المشكلات التأهيلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
4.	ضعف التركيز والقدرة على استرجاع الأحداث الناتج عن الإصابة أثناء العملية التأهيلية.	4.37	0.90	87.36	4	موافق بشدة
5.	ضعف القدرات المهنية للكوادر المختصة بتأهيل مصابي السكتة الدماغية.	3.86	1.23	77.21	9	موافق
6.	صعوبة الحصول على الأجهزة الطبية لأسباب متعلقة بالإجراءات الأمنية في المعابر.	4.32	0.88	86.44	5	موافق بشدة
7.	بعد مكان السكن عن مركز التأهيل يؤخر العملية التأهيلية لبعض المصابين ذوي الدخل المحدود.	4.41	0.80	88.14	3	موافق بشدة
8.	ضعف الدعم الخارجي من المؤسسات المانحة أثر على إمكانيات مؤسسات التأهيل الطبي.	4.27	0.90	85.35	6	موافق بشدة
9.	عدم مواءمة منزل المصاب أثر بالسلب على مراحل التدخل المهني.	3.92	1.24	78.39	8	موافق
	<b>المتوسط الحسابي العام</b>	4.26	0.63	85.16		موافق بشدة

يتضح من جدول (14.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة يتراوح ما بين (3.86، 4.55)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.26) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل مصابي السكتة الدماغية على المجال بشكل عام، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، وتعبر عن المصادقية الفعلية للمشاكل التي يعاني منها مصاب السكتة الدماغية، ويؤكد الباحث كونه عمل سابقاً في مجال التأهيل الطبي كأخصائي اجتماعي على أهمية دراسة هذه المشكلات، وعند الاستماع لمشاكل المصابين كانت المشاكل التأهيلية حاضرة وبقوة من ضمن مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (2) والتي نصت على " شعور المصاب بالتعب والألم بسبب جلسات العلاج الطبيعي اليومية " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.55)، تليها الفقرة رقم (1) والتي نصت على " تأخر تلقي البرامج التأهيلية للمصاب عن الوقت المناسب للتأهيل " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.53)، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث يعاني مصابو السكتة من آلام جسدية بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية، وهذا مؤشر جيد للتماثل بالشفاء، بينما تأخر تلقي**



الجلسات العلاجية يقلل من فرصة التماثل للشفاء، وهذا يولد لدى المصاب العديد من المشكلات من كافة الجوانب سواء كانت نفسية، أو اجتماعية، أو اسرية، أو اقتصادية.

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية** الفقرة رقم (5) والتي نصت على " ضعف القدرات المهنية للكوادر المختصة بتأهيل مصابي السكتة الدماغية " بمتوسط حسابي (3.86)، تليها الفقرة رقم (9) والتي نصت على " عدم مواءمة منزل المصاب أثر بالسلب على مراحل التدخل المهني " بمتوسط حسابي (3.92)، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث إن المصاب عند الخروج من المستشفى للمنزل واستكمال البرنامج العلاجي في المنزل يحتاج أن يكون البيت مهياً وموائماً لإصابته؛ لكي لا تتولد لديه العديد من المشكلات اليومية؛ بسبب عدم المواءمة سواء أكانت على صعيد التنقل والتحرك بالمنزل، أو النظافة الشخصية والجسمية، أو الرعاية اليومية والخدمات الصحية بشكل عام. وأود التنويه هنا أن ضعف القدرات المهنية لمعالجي المصاب يعرقل عملية التماثل بالشفاء، لذلك وحسب النتائج السابقة ينصح بزيادة الوعي المهني لدى أخصائيي التأهيل والتعليم المستمر لهم؛ لتكون هناك خبرات ونتائج جيدة لدى المصابين.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (القليوبي، 2016)، ودراسة (Langhammer et al., 2016)، ودراسة (Lemmi, Blanche, et al., 2016)، ودراسة (عطيتو، 2017)، ودراسة (خاطر، 2017)، ودراسة (صقر، 2018)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المغازي، 2020)، حيث أكدت النتائج جميعها هنا على أن الصعوبات التي يواجهها المصاب في تلقي الجلسات والشعور بالتعب، وتأخر البرنامج العلاجي، ومعوقات ترجع للسكن وقلة الأجهزة الطبية، وصعوبة عمل المهام المنزلية للمصاب إنما هي من التحديات اليومية التي تواجه المصاب، واتفقت جميع الدراسات على إيجاد حلول لهذه المعوقات من خلال إيجاد دعم محلي أو خارجي لهذه الفئة، وتوفير كل ما يلزمها من خدمات وأجهزة ومعدات طبية، وبالتالي سيكون المحصلة هنا تحسن في الأداء الحركي والحسي والإدراكي، واستعادة المصاب قدر الإمكان بعض القدرات الحركية التي فقدها بسبب الإصابة.

#### 4.5 عرض الجداول الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين:

##### 1.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب النوع:

جدول (15.5): توزيع عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة المئوية %
ذكر	3	30

70	7	أنثى
100	10	المجموع

يتضح من جدول (15.5) أن ما نسبته 30% من عينة الدراسة ذكور، بينما 70% إناث، ويعزو الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث إن عدد الإناث الأكثر في العينة يرجع إلى اهتمام الإخصائيين الإناث وميولهم للعمل مع هذه الفئة من المصابين، ويفضل الذكور العمل في المجال الميداني كالباحث الاجتماعي.

#### 2.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية:

جدول (16.5): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

النسبة	العدد	الفئة العمرية
10	1	أقل من 30
60	6	30- أقل من 40
30	3	40- أقل من 50
100.0	10	المجموع

يتضح من جدول (16.5) أن ما نسبته 10% من عينة الدراسة فئتهم العمرية أقل من 30 سنة، 60% تتراوح فئتهم العمرية من 30- أقل من 40 سنة، بينما 30% تتراوح فئتهم العمرية من 40- أقل من 50 سنة، ويعزو الباحث أن متوسط عمر الأخصائيين الاجتماعيين من عينة الدراسة (30-40) هو العمر الذي يكون فيه الأخصائيون قد تكونت لديهم الخبرة المهنية والعلمية؛ ليكونوا قادرين على العطاء وإنجاز المهام المطلوبة منهم، وخدمة هذه الفئة من المصابين.

#### 3.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية:

جدول (17.5): توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية %	العدد	الحالة الاجتماعية
10	1	أعزب
90.	9	متزوج
100.	10	المجموع

يتضح من جدول (17.5) أن ما نسبته 10% من عينة الدراسة حالتهم الاجتماعية أعزب، بينما 90% حالتهم الاجتماعية متزوج، ويعزو الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع جدول رقم (17.5) الخاص بالحالة الاجتماعية أن نسبة (90.)، حيث يكون في هذه المرحلة قد تزوج

واستقرت حياته الاجتماعية.

#### 4.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:

جدول (18.5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل العلمي
30.	3	دبلوم متوسط
50.	5	بكالوريوس
20.	2	ماجستير
100.	10	المجموع

يتضح من جدول (18.5) أن ما نسبته 30% من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي دبلوم متوسط، 50% مؤهلهم العلمي بكالوريوس، بينما 20% مؤهلهم العلمي ماجستير، ويعزو الباحث أن نسبة الأخصائيين المهنيين في هذا المجال أغلبهم من حملة شهادات البكالوريوس، وهي على الأغلب الشهادة المعتمدة في التوظيف في كافة قطاعات العمل.

#### 5.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة:

جدول (19.5): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

النسبة المئوية %	العدد	سنوات الخبرة
50.	5	أقل من 5 سنوات
10.	1	5 - أقل من 10 سنوات
10.	1	10 - أقل من 15 سنة
30.	3	15 سنة فأكثر
100.	10	المجموع

يتضح من جدول (19.5) أن ما نسبته 50% من عينة الدراسة سنوات خبرتهم أقل من 5 سنوات، 10% تتراوح سنوات خبرتهم من 5 - أقل من 10 سنوات ومن 10 - أقل من 15 سنة، بينما 30% سنوات خبرتهم 15 سنة فأكثر، ويعزو الباحث أن أعلى نسبة الأخصائيين المهنيين العاملين في كلا المستشفيات هما من أصحاب الخبرات التي تتراوح حسب عينة الدراسة من الجدول (5.18) هي خبرتهم أقل من 5 سنوات، 10% ، ويرجع ذلك إلى الاهتمام الحديث بإدراج مهنة الخدمة الاجتماعية في العمل الطبي بغزة، وأيضًا إلى التطوير العلمي والمهني، والاهتمام بتنمية الكوادر المهنية العاملة مع المصابين من خلال الدورات المتقدمة والبرامج التربوية التي ينعكس على الأداء الوظيفي، وتنعكس نتائجها في العمل مع المصابين.

## 6.4.5 توزيع عينة الدراسة حسب مكان العمل:

جدول (20.5): توزيع عينة الدراسة مكان العمل

النسبة المئوية %	العدد	مكان العمل
70	7	مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي
30	3	مستشفى حمد للأطراف الصناعية
100	10	المجموع

يتضح من جدول (20.5) أن ما نسبته 70% من عينة الدراسة يعملون في مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي، بينما 30% يعملون في مستشفى حمد للأطراف الصناعية، ويعزو الباحث إلى أن نسبة الأخصائيين المهنيين العاملين في مستشفى الوفاء هي الأعلى إلى تنوع الأقسام في مستشفى الوفاء مثل: قسم مرضى الرجال، وقسم مرضى الحريم، وقسم المسنين، وقسم الخدمات الاجتماعية الخارجي للمصابين الذين يلتقون الخدمات الاجتماعية والأدوات الطبية وهم من خارج المستشفى، وكثرة عدد المصابين.

- ما أدوار الأخصائي الاجتماعي في التخفيف من حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟

- ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي

والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (21.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية

م	الأدوار مع نسق المصاب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	يقوم الأخصائي الاجتماعي بفتح ملف خاص لمتابعة حالة المصاب.	4.80	0.42	96.00	3	موافق بشدة
2.	تبصير المصاب بالحلول ومساعدته في اختيار الحل الأمثل لمشكلته.	4.70	0.48	94.00	4	موافق بشدة
3.	تقديم الدعم الاجتماعي للمصاب.	4.80	0.42	96.00	1	موافق بشدة
4.	تهيئة الأجواء الإيجابية للمصاب خلال فترة تلقيه العلاج.	4.70	0.48	94.00	4	موافق بشدة
5.	يحرص الأخصائي الاجتماعي على استخدام	4.80	0.42	96.00	1	موافق

بشدة				أساليب التفريغ الانفعالي للمصاب.
موافق بشدة	95.20	0.26	4.76	المتوسط الحسابي العام

يتضح من جدول (21.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال دور الاخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية يتراوح ما بين (4.80، 4.70)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.76)، وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام.

وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (3) والتي نصت على " تقديم الدعم الاجتماعي للمصاب "، والفقرة رقم (5) والتي نصت على " يحرص الأخصائي الاجتماعي على استخدام أساليب التفريغ الانفعالي للمصاب "حصلتا على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.80)، بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (2) والتي نصت على " تبصير المصاب بالحلول ومساعدته في اختيار الحل الأمثل لمشكلته "، تليها الفقرة رقم (4) والتي نصت على " تهيئة الأجواء الإيجابية للمصاب خلال فترة تلقيه العلاج " بمتوسط حسابي (4.70) لكل منهما، ويعتقد الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث برزت أهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع فئة مصابي السكتة الدماغية من خلال عمله مع هذه الفئة، والنتائج الإيجابية في العمل معهم من خلال تذليل الصعوبات لديهم ومساعدتهم على تقبل الإصابة والتأقلم معها، وهذا يساعد في تلقي الجلسات العلاجية، وبالتالي التماثل للشفاء لدى المصابين وشعورهم بالارتياح النفسي من خلال الاهتمام بهم وتفقد أحوالهم بشكل يومي.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Abdi, 2016)، ودراسة (Lemmi et al., 2016)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المدهون، 2021)، جميعها أكدت تقديم خدمات الدعم الاجتماعية والمساندة للمصاب، وتهيئة الأجواء الإيجابية والتقبل والتهيئة النفسية للمصاب؛ لتقبل الإصابة والتعاون مع الفريق الطبي المختص في عملية التأهيل الطبي وبالتالي التماثل للشفاء.

- ما دور الاخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (22.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية

م	الأدوار مع نسق الأسرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
---	-----------------------	-----------------	-------------------	--------------	---------	---------------

موافق بشدة	2	92.00	0.52	4.60	1. يحرص الأخصائي الاجتماعي على توفير بيئة أسرية مستقرة تتقبل وجود المصاب وتهتم في شؤونه.
موافق	6	84.00	0.63	4.20	2. المساعدة في حل المشكلات التي تواجه أسرة المصاب في ظل غيابه.
موافق بشدة	4	88.89	0.53	4.44	3. يقوم بتوفير المساعدات المالية لأسرة المصاب من خلال تحويل الحالة إلى المؤسسات المختصة.
موافق بشدة	1	93.33	0.50	4.67	4. يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً مهماً في العمل على تماسك الأسرة.
موافق بشدة	3	90.00	0.71	4.50	5. يحرص الأخصائي الاجتماعي في مشاركة أفراد أسرة المصاب من خلال إعداد مؤتمر الحالة.
موافق بشدة	5	86.00	0.95	4.30	6. التخفيف من حدة القلق لدى أسرة المصاب بعد غيابه من القيام بأدواره داخل الأسرة.
موافق بشدة		88.83	0.51	4.44	المتوسط الحسابي العام

يتضح من جدول (22.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية يتراوح ما بين (4.20، 4.67)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.44) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، ويعتقد الباحث أن النتائج السابقة منطقية، حيث إن عمل الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المصاب يساعد في فهم كل احتياجات المصاب وأسرته، وهنا أستطيع القول: أن مؤتمر الحالة الذي يضم كل أفراد الأسرة والأقارب يساعد في تذلل الصعوبات التي قد تواجه المصاب، وتوفر له بيئة سليمة خالية من المشكلات التي قد تعيق العملية العلاجية.

وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (4) والتي نصت على " يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً مهماً في العمل على تماسك الأسرة " حصلت على المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (4.67)، تليها الفقرة رقم (1) والتي نصت على " يحرص الأخصائي الاجتماعي على توفير بيئة أسرية مستقرة تتقبل وجود المصاب وتهتم في شؤونه " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.60)، يرى الباحث أن تماسك الأسرة هنا حصلت على مؤشر مرتفع، ويدل ذلك على الحرص التام من قبل الأخصائي على قوة البناء الأسري وتماسكه مما ينعكس بشكل إيجابي على المصاب وأسرته.

بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة تليها الفقرة رقم (2) والتي نصت على " المساعدة في حل المشكلات التي تواجه أسرة المصاب في ظل غيابه " بمتوسط حسابي (4.20)، تليها الفقرة رقم (6) " التخفيف من حدة القلق لدى أسرة المصاب بعد غيابه من القيام بأدواره داخل الأسرة" بمتوسط حسابي (4.30) ويعزو الباحث أن التخفيف من حدة القلق لدى أفراد الأسرة بسبب غياب أحد الأفراد إنما هو من أهم أهداف العملية العلاجية والشعور بالأمان وعدم القلق.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Pereirj et al., 206)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المغازي، 2020)، ودراسة (المدهون، 2021). والتي أكدت هذه الدراسات على أهمية عمل الأخصائي الاجتماعي في تقديم الخدمات الاجتماعية للمصابين، والحرص على التماسك والترابط بين أفراد الأسرة، ودمج المريض مع أسرته وتوفير كل ما يلزم؛ للحفاظ على الاستقرار الأسري الذي له الانعكاس الإيجابي على نفسية المصاب وشعوره بالاطمئنان على أسرته.

#### - ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (23.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة

م	الأدوار مع نسق المؤسسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	التشبيك مع المؤسسات الدولية ومؤسسات المجتمع المدني التي تقدم الخدمات الطبية وأجهزة تعويضية للمصابين.	4.40	0.97	88.00	4	موافق بشدة
2.	يعمل الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق مهني؛ لتقديم تسهيلات لحصول المصاب على الخدمة المناسبة له.	4.50	0.53	90.00	1	موافق بشدة
3.	القيام بمهام البحث الاجتماعي للعمل على مواءمة مرافق المنزل؛ لتتناسب الوضع الصحي للمصاب الجديد.	4.30	0.67	86.00	6	موافق بشدة
4.	تذليل إجراءات المؤسسة في حصول مصابي السكتة الدماغية على الخدمات الصحية.	4.40	0.52	88.00	2	موافق بشدة
5.	التعاون مع إدارة المؤسسة في الأنشطة التي تخدم مصابي السكتة الدماغية.	4.40	0.52	88.00	2	موافق بشدة

6.	التواصل مع إدارة المؤسسة لشرح احتياجات مصابي السكتة الدماغية، والعمل على إشباعها.	4.30	0.48	86.00	5	موافق بشدة
المتوسط الحسابي العام		4.38	0.44	87.67	موافق بشدة	

يتضح من جدول (23.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة يتراوح ما بين (4.30، 4.50)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.38) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، وهذا يعود لأهمية عمل الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، ويعمل وفق إطار المؤسسة ووفق خطة تدير عمله، وأيضًا يعمل كعضو أساسي في فريق التأهيل الطبي في المستشفى؛ ليكون على اطلاع مستمر مع الفريق على سير العملية العلاجية، ويحقق وجوده ضمن الفريق نجاحًا للعمل، وتمائل المصاب بالشفاء.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (2) والتي نصت على " يعمل الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق مهني؛ لتقديم تسهيلات لحصول المصاب على الخدمة المناسبة له " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.50)، تليها الفقرتان رقم (4 و5) " تذليل إجراءات المؤسسة في حصول مصابي السكتة الدماغية على الخدمات الصحية، التعاون مع إدارة المؤسسة في الأنشطة التي تخدم مصابي السكتة الدماغية " حيث حصلنا على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.40) لكل منهما، ويعتقد الباحث أن النتائج السابقة جاءت لتؤكد دور الأخصائي الاجتماعي في تسهيل وتذليل الصعوبات التي قد تعترض المصاب خلال الفترة العلاجية له، وهنا أستطيع القول: أن للمؤسسة دورًا مهمًا في الحث على الأنشطة وأساليب الترفيه والترفيه على المصاب لما له من أهمية في تحقيق الاستقرار النفسي والشعور بالراحة لديه، مما يعطينا فرصة كبيرة جيدة في استمرار العملية العلاجية للمصاب، ونجاح الخطة العلاجية والتمائل بالشفاء إلى حد ما.**

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (6) والتي نصت على " التواصل مع إدارة المؤسسة لشرح احتياجات مصابي السكتة الدماغية والعمل على إشباعها " بمتوسط حسابي (4.30)، تليها الفقرة رقم (3) والتي نصت على " القيام بمهام البحث الاجتماعي للعمل على مواءمة مرافق المنزل لتتناسب الوضع الصحي للمصاب الجديد " بمتوسط حسابي (4.30)، وهنا أستطيع القول من خلال تجربتي العملية في هذا المجال: أن هناك صعوبات ومعوقات تعود لافتقار المؤسسة للدعم المادي المحلي منها والدولي، والتبرعات من مؤسسات المجتمع المدني**



التي من شأنها تعمل على توفير احتياجات المصابين سواء أكانت أدوات طبية، أو أدوية علاجية، أو مساعدات عينية، أو مساعدات نقدية. ويعزو الباحث ذلك الانخفاض في النتائج لقلّة المشاريع الداعمة للمؤسسات؛ بسبب الحصار الإسرائيلي الجائر على قطاع غزة.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Pereirj et al., 2016)، ودراسة (Abdi, 2016) دراسة (Langhammer et al., 2018)، والتي أكدت هذه الدراسات جميعها على أهمية دور المؤسسة أو مركز التأهيل في توفير الخدمات للمصاب، وبالتالي حصول المصاب على خدمات صحية متطورة وتوفير خدمة علاجية، ونظام صحي متقدم يواكب المعايير الدولية، والتغلب على الصعوبات التي تواجه المصاب من خلال الاهتمام الواضح من قبل المؤسسة في تلبية احتياجات المصاب، مما يعطي لهذه المؤسسة مكانة مجتمعية ومركزاً مرموقاً وفائق الجودة في تقديم الخدمة مثل: مستشفى الوفاء الطبي، ومستشفى حمد للأطراف الصناعية، وبشهادة من مراكز طبية دولية متقدمة مثل: Norwegian Sons Hospital ومدينة حمد الطبية بدولة قطر.

#### - ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع:

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (24.5): دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع

م	الأدوار مع نسق المجتمع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تهيئة البيئة الاجتماعية التي يعيش بها المصاب في تقبل إصابته في المجتمع.	4.56	0.53	91.11	2	موافق بشدة
2.	دمج المصاب مع المجتمع المحيط به مثل: جماعة الأصدقاء والجيران والمسجد وزملاء العمل.	4.30	0.67	86.00	4	موافق بشدة
3.	تشبيك المصاب بمؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الطبية التي تقدم له الخدمات العلاجية والأدوية والأجهزة التعويضية.	4.60	0.52	92.00	1	موافق بشدة
4.	حث أسرة المصاب على الترفيه؛ للتخفيف من حدة الضغوط التي عانى منها.	4.40	0.52	88.00	3	موافق بشدة
	المتوسط الحسابي العام	4.47	0.31	89.33		موافق بشدة

يتضح من جدول (24.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع يتراوح ما بين (4.60، 4.30)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.47) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، ويعزو الباحث أن هذه النتائج منطقية وتتفق مع الدراسة، وهنا تُظهر النتائج أهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع المجتمع لخدمة المصاب، وفهم المجتمع المحيط به، وتسخير الإمكانيات المجتمعية لخدمته.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (3) والتي نصت على " تشبيك المصاب بمؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الطبية التي تقدم له الخدمات العلاجية والأدوية والأجهزة التعويضية- " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.60)، تليها الفقرة رقم (1)، والتي نصت على " تهيئة البيئة الاجتماعية التي يعيش بها المصاب في تقبل إصابته في المجتمع " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.56)، ويعزو الباحث أن ارتفاع النتائج من عينة الدراسة والتي تؤكد على أهمية التشبيك مع مؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الطبية التي تدعم المصابين بكل ما يلزم من أدوات طبية وجلسات علاجية، وتهيئة للمنزل وتوفير الخدمات للمصابين في كافة المجالات.**

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (2) والتي نصت على " دمج المصاب مع المجتمع المحيط به مثل جماعة الأصدقاء والجيران والمسجد وزملاء العمل " بمتوسط حسابي (4.30)، تليها الفقرة رقم (4) والتي نصت على " حث أسرة المصاب على الترفيه؛ للتخفيف من حدة الضغوط التي عانى منها " بمتوسط حسابي (4.40)، ويعزو الباحث إلى انخفاض النتائج التي تؤكد على صعوبة الوضع الاقتصادي لأسر المصابين، وعدم المقدرة لديهم على ترفيهه وتغيير الجو للمصاب، والروتين اليومي والبعد الاجتماعي وضعف أصاب العلاقة مع الأقارب والجيران بعد الإصابة.**

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Akram, 2010)، ودراسة (Bualar, 2012)، ودراسة (Langhammer et al., 2018)، ودراسة (الشيخ، 2019)، ودراسة (المغازي، 2020) وأكدت هذه الدراسات على تهيئة البيئة الاجتماعية وتكيفه معها وإعادة دمج المصاب بالمجتمع، وإعادة تكيفه مع البيئة المحيطة به، وتشبيك المصاب مع الوزارات ومؤسسات المجتمع المدني التي تقدم الخدمات الصحية والاجتماعية والنفسية لمصابي السكتة الدماغية، مما ينعكس على تقبل المصاب لإصابته وشعوره بالاهتمام والرعاية والرضا المجتمعي، وبالتالي تحقيق الرضا النفسي لما هو عليه من وضع صحي وتكيف مع إصابته.

- ما معوقات الأخصائي الاجتماعي في التخفيف من حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟

## - معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (25.5): معوقات تتعلق بنسق الاخصائي الاجتماعي

م	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	ضعف الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي.	2.70	1.34	54.00	4	محايد
2.	قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بالمشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.	3.00	1.49	60.00	2	محايد
3.	نقص المهارة في إدارة المقابلات المهنية مع المصابين.	2.70	1.34	54.00	4	محايد
4.	نقص المهارات المرتبطة باستخدام الإستراتيجيات والأساليب العلاجية المناسبة (الإقناع - التعاون - التفاوض - التوسط - التوجيه).	3.20	1.32	64.00	1	محايد
5.	نقص المهارة في إعداد التقارير والبحوث العلمية.	2.90	1.60	58.00	3	محايد
	<b>المتوسط الحسابي العام</b>	2.90	1.31	58.00		محايد

يتضح من جدول (25.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق الاخصائي الاجتماعي يتراوح ما بين (2.70، 3.20)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (2.90)، وهذا يعني أن هناك حياداً من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، ويرى الباحث أن النتائج السابقة منطقية وتتوافق مع عينة الدراسة، وبالفعل يوجد قصور لدى الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في هذا المجال، ويرجع ذلك؛ لقلة توفر الدورات العلمية المتقدمة في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية والتي من شأنها مواكبة التطور العلمي والعملية والمهاري لدى الأخصائيين مما يعزز قوة العمل الاجتماعي، ويعطي صورة إيجابية عن أداء الأخصائيين الاجتماعيين.

وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (4) والتي نصت على " نقص المهارات المرتبطة باستخدام الإستراتيجيات والأساليب العلاجية المناسبة (الإقناع - التعاون - التفاوض - التوسط - التوجيه)" حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.20)، تليها الفقرة رقم (2) والتي نصت على " قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بالمشكلات الأسرية التي

تواجه مصابي السكتة الدماغية " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.00)، يرى الباحث أن اكتساب الأخصائي الاجتماعي المهارات في تطبيق إستراتيجيات التدخل المهني والأساليب العلاجية تؤهل الأخصائيين في التعمق في العمل مع المصابين.

بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرات رقم (1) (3) والتي نصت على " ضعف الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي " بمتوسط حسابي (2.70) لكلا منهما، " نقص المهارة في إدارة المقابلات المهنية مع المصابين " ويرى الباحث أن الأخصائي الاجتماعي يحتاج لإعداد مهني جيد قادر على إدارة المقابلات والجلوس مع المصابين، والقيام بالمهام المنوطة به.

**- معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية:**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (26.5): معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية

م	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	حساسية تعامل مصابي السكتة الدماغية مع الأخصائي الاجتماعي.	3.50	1.35	70.00	2	موافق
2.	عدم الفهم الواضح لأهداف المستشفى وقوانينها.	3.60	1.26	72.00	1	موافق
3.	عدم تقبل المصاب للأخصائي الاجتماعي والمستشفى.	3.00	1.49	60.00	3	محايد
4.	التخوف من التجارب السابقة والتردد في الاستمرار بالعملية العلاجية للمصاب.	2.80	1.32	56.00	4	محايد
	المتوسط الحسابي العام	3.23	1.23	64.50		محايد

يتضح من جدول (26.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية يتراوح ما بين (2.80، 3.60)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.23) وهذا يعني أن هناك حياداً من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، ويرى الباحث هنا أن هناك حساسية شديدة في التعامل ما بين الأخصائي والمصاب؛ وذلك كون المصاب تعرض للعديد من الاضطرابات النفسية والتي أثرت على تعامله مع المحيطين به ومع العاملين معه من الأخصائيين في مختلف المجالات، وبذلك يكون الأخصائي الاجتماعي على قدر من الثقة في مراعاة مشاعر المصاب، والتخفيف من حدة الضغوطات والاضطرابات من خلال خطة عمل يسعى بها على توفير جو لدى المصاب قابل لتقبل إصابته والتكيف معها، والسعي للعلاج والتماثل بالشفاء.

وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (2) والتي نصت على " عدم الفهم الواضح لأهداف المستشفى وقوانينها " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.60)، تليها الفقرة رقم (1) والتي نصت على " حساسية تعامل مصابي السكتة الدماغية مع الأخصائي الاجتماعي " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.50)، ويرى الباحث هنا أن النتائج جاءت متوافقة مع الواقع، حيث إن العديد من المصابين يجهلون قوانين المستشفى وأهدافها برغم التوعية التي يقوم بها الأخصائي للمصاب لحظة دخوله للمستشفى، إلا أن بعض المصابين يسعى لتحقيق أهدافه العلاجية حسب ما يراه من جهة واحدة، وهذا الأمر يتطلب جهداً من الأخصائيين في توضيح بعض الأهداف والسياسات التي تحكم العمل في المستشفى نقادياً لإحساس المصاب بفقدان الثقة بالمستشفى، حيث لم تتوافق مع رؤيته العلاجية بسبب وضعه

الصحي، وغالبا ما نرى مصابين لديهم الاستعجال في التماثل للشفاء، وهذا بعلم التأهيل الطبي غير موجود؛ لأن التأهيل لابد أن يأخذ وقته؛ حتى يحقق الأهداف العلاجية مع المصاب.

بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (3) والتي نصت على " عدم تقبل المصاب للأخصائي الاجتماعي والمستشفى " بمتوسط حسابي (3.00) تليها الفقرة رقم (4) والتي نصت على " التخوف من التجارب السابقة والتردد في الاستمرار بالعملية العلاجية للمصاب " بمتوسط حسابي (2.80)، ويرى الباحث هنا أن النتائج منطقية لعينة الدراسة على هذا التساؤل؛ لأنه صادفني في عملي السابق في مجال التأهيل الطبي أن بعض المصابين غير متقبل للأخصائي الاجتماعي والمستشفى كونه تعرض لخبرات سابقة، أو تجارب لمصابين آخرين من نفس إصابته بآت بالفشل، ويعتقد هنا المصاب أنه قد يحصل على هذه التوقعات، وبدورنا هنا كأخصائيين يتوجب علينا أن نحترم رأي المصاب وحرية تفكيره، وأن نقوم بتغيير بعض الاتجاهات الخاطئة لدى المصاب، وتعديل الأفكار السلبية تجاه عمل الأخصائي الاجتماعي والمستشفى؛ لنعيد الثقة للمصاب، وبالتالي حصوله على الخدمة العلاجية بالشكل المطلوب.

#### - معوقات تتعلق بنسق المؤسسة:

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (27.5): معوقات تتعلق بنسق المؤسسة

م	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	عدم وجود تعاون بين إدارة المؤسسة والأخصائي الاجتماعي.	2.90	1.45	58.00	3	محايد
2.	قلة الأجهزة الطبية التي تستخدم في مجال تأهيل مصابي السكتة الدماغية.	2.90	1.60	58.00	4	محايد
3.	عدم قدرة المؤسسة على إيجاد حلول لمشكلات مصابي السكتة الدماغية.	2.70	1.34	54.00	5	محايد
4.	نقص في إعداد الأخصائيين العاملين في المجال الطبي بالمؤسسة.	2.90	1.37	58.00	2	محايد
5.	ضعف إمكانيات المؤسسة وغياب المشاريع والبرامج التطويرية.	3.00	1.05	60.00	1	محايد
	<b>المتوسط الحسابي العام</b>	2.88	1.07	57.60		محايد

يتضح من جدول (27.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق المؤسسة يتراوح ما بين (3.00، 2.70)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (2.88) وهذا يعني أن هناك موافقة حياد من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (5) والتي نصت على " ضعف إمكانيات المؤسسة وغياب المشاريع والبرامج التطويرية " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.00)، تليها الفقرة رقم (3) والتي نصت على " عدم قدرة المؤسسة على إيجاد حلول لمشكلات مصابي السكتة الدماغية " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.70)، بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية الفقرة رقم (3) والتي نصت على " عدم قدرة المؤسسة على إيجاد حلول لمشكلات مصابي السكتة الدماغية " بمتوسط حسابي (2.70)، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية لعينة الدراسة، حيث إنه لا تخل مؤسسة من المعوقات التي تواجهها أثناء ممارستها لعملها، وهنا أستطيع القول: أن بعض المؤسسات التي تعمل في مجال التأهيل قد تواجهها العديد من المعوقات، ويعود أغلبها لقلة إمكانيات هذه المؤسسات وشح الموارد والمشاريع التنموية، وضعف تطوير الكادر المهني، ويعود هذا للسبب الأكبر وهو الحصار الإسرائيلي الجائر المفروض على قطاع غزة منذ سنوات طويلة، وكما نستطيع التغلب على هذه المعوقات لا بد من البحث عن الأساليب البديلة في توفير المشاريع التنموية وتنمية الكادر المهني وتعزيز التطوير العلمي لدى الأخصائيين وصقل المهارات والخبرات العلمية الجديدة المواكبة للحدثة العملية في أغلب المجالات من خلال تفعيل دور قسم الموارد البشرية (Human Resources).

#### - معوقات تتعلق بنسق المجتمع؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (28.5): معوقات تتعلق بنسق المجتمع

م	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	ضعف ثقافة المجتمع في التعامل مع المصاب.	4.20	0.79	84.00	1	موافق
2.	تفكك الروابط الاجتماعية بين الجيران وعدم التعاون ينعكس على تقبل المجتمع للمصاب.	4.10	0.74	82.00	2	موافق
3.	ضعف التشبيك بين المؤسسة ومؤسسات المجتمع المحلي.	3.20	1.23	64.00	5	محايد

م	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
4.	النظرة السلبية من بعض أفراد المجتمع تجاه المصاب.	3.40	1.26	68.00	4	محايد
5.	غياب الدور الإعلامي والوعي المجتمعي تجاه رعاية المصابين.	3.70	1.06	74.00	3	موافق
	<b>المتوسط الحسابي العام</b>	3.72	0.79	74.40		موافق

يتضح من جدول (28.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق المجتمع يتراوح ما بين (4.20، 3.20)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.72)، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية لعينة الدراسة، حيث إن للمجتمع دوراً مهماً في العملية العلاجية للمصاب، حيث يبرز التعاون من قبل المجتمع المحيط بالمصاب وتقبله مجتمعياً بحالته الصحية الحالية بعد تعرضه للسكتة الدماغية، وما أدت إلى تغيرات على مستوى صحة المصاب وعلاقاته الاجتماعية، وأن المصاب يشعر بالقلق المستمر حول وضعه الصحي الحالي وما كان عليه في السابق من ممارسة حياته الاجتماعية، ودوره بالمجتمع سواء أكان موظفاً، أو طالباً، أو رب أسرة، أو ذا مكانة اجتماعية، وهنا يبرز دور الأخصائي الاجتماعي في دمج المصاب مع المجتمع المحيط به وتهيئته قبل الخروج من المستشفى والانخراط بالمجتمع ومن خلال خبراتي السابقة في هذا المجال يتعين على الأخصائي اشراك كل من له صلة مجتمعية بالمصاب من خلال اشراكه في مؤتمر الحالة أثناء العملية العلاجية للمصاب والتنسيق مع كل جهة يتعامل معها المصاب سابقاً كمكان عمله ومنزله والمسجد وأثناء تنفيذ الخطة العلاجية من قبل فريق التأهيل الطبي يتم عمل عدة زيارات منزلية للمصاب والمجتمع المحيط به وعمل موائمة بيئية للمصاب حتى يستطيع الخروج بأمان لمنزله وممارسة حياته الطبيعية بشكل جيد وتلافي شعور المصاب بالصدمة المجتمعية عند خروجه من المستشفى للمنزل بعد استكمال خدته العلاجية.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (1) والتي نصت على " ضعف ثقافة المجتمع في التعامل مع المصاب " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.20)، تليها الفقرة رقم (2) والتي نصت على " تفكك الروابط الاجتماعية بين الجيران وعدم التعاون ينعكس على تقبل المجتمع للمصاب " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.10)، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية لعينة الدراسة، وعليه أن يقوم الأخصائي بعمل توعية مجتمعية للمجتمع المحيط بالمصاب وتقوية الروابط الاجتماعية من خلال الزيارات**



اليومية للمصاب من قبل الأقارب والجيران وأسرّة المصاب ذات الدرجات القرابية الأولى والثانية، ولما لهم من دور مؤثر على قبل المصاب.

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية** الفقرة رقم (3) والتي نصت على " ضعف التشبيك بين المؤسسة ومؤسسات المجتمع المحلي " بمتوسط حسابي (3.20)، تليها الفقرة رقم (4) والتي نصت على " النظرة السلبية من بعض أفراد المجتمع تجاه المصاب " بمتوسط حسابي (3.40)، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية لعينة الدراسة، ويتوجب على الأخصائي الاجتماعي القيام بورش عمل ولقاءات مجتمعية من خلال المؤسسة ومؤسسات المجتمع المدني، وحث الدور الإعلامي على أهمية هذه الفئة، وكيفية التعامل معها كونها شريحة من شرائح المجتمع من خلال اللقاءات التلفزيونية، وعبر الإذاعات المحلية على المذيع من خلال استضافة أطباء وأخصائيين اجتماعيين ذوي خبرة ومكانة مجتمعية، ويسلط الضوء حول أهمية الترابط المجتمعي مع فئة مصابي السكتة الدماغية، وأهميته في تغيير النظرة السلبية للمصاب، وتقديم العون له والمساعدة من كافة فئات المجتمع.

- ما المقترحات للتخفيف من حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (29.5): مقترحات لحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية

م	المقترحات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1.	تنمية القصور المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.	4.50	0.53	90.00	4	موافق بشدة
2.	تطوير المهارات للأخصائي الاجتماعي في إدارة المقابلات المهنية مع مصابي السكتة الدماغية.	4.40	0.52	88.00	7	موافق بشدة
3.	تعريف المصاب بالفهم الواضح لأهداف المؤسسة وقوانينها.	4.40	0.84	88.00	7	موافق بشدة
4.	تقبل المصاب للأخصائي الاجتماعي وفريق التأهيل والمؤسسة.	4.50	0.71	90.00	4	موافق بشدة
5.	الفهم الكامل من إدارة المؤسسة لدور	4.78	0.44	95.56	1	موافق

م	المقترحات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
	الأخصائي الاجتماعي مع المصابين.					بشدة
6.	توفير كافة الإمكانيات للعمل مع المصابين.	4.20	0.92	84.00	10	موافق
7.	توعية المجتمع في التعامل مع مصابي السكتة الدماغية.	4.60	0.70	92.00	3	موافق بشدة
8.	زيادة التشبيك بين مركز التأهيل ومؤسسات المجتمع المحلي.	4.50	0.71	90.00	4	موافق بشدة
9.	تغيير النظرة السلبية لأفراد المجتمع تجاه المصاب.	4.60	0.52	92.00	2	موافق بشدة
10.	زيادة اهتمام الدور الإعلامي تجاه فئة مصابي السكتة الدماغية.	4.30	0.82	86.00	9	موافق بشدة
	<b>المتوسط الحسابي العام</b>	4.47	0.52	89.33		موافق بشدة

يتضح من جدول (29.5) أن المتوسطات الحسابية لمجال مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية يتراوح ما بين (4.20، 4.78)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.47)، وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على المجال بشكل عام، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية لعينة الدراسة، وتتوافق مع الدراسة الراهنة، حيث إن أي عمل يواجه معيقات، وبالتالي يجب العمل على الحد من هذه المعوقات من خلال تطوير الأداء المهني للمؤسسة من خلال التطوير والتنمية والارتقاء في العمل الاجتماعي مع المصابين، واستحداث طرق جديدة ومواكبة للتطور العلمي والمهني، والاستعانة بخبرات من أماكن مشابهة محلياً وعربياً ودولياً، وأستطيع القول هنا: أن كلا المستشفيين وهما الوفاء وحمد للتأهيل الطبي يواكبون التطور المهني في الفترة الأخيرة بشكل ملحوظ مما انعكس إيجابياً على الأداء المهني مع المصابين وتطوير الكادر الاجتماعي.

**وباستعراض ترتيب الفقرات تبين أن أعلى الفقرات أهمية الفقرة رقم (5) والتي نصت على " الفهم الكامل من إدارة المؤسسة لدور الأخصائي الاجتماعي مع المصابين " حصلت على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.78)، تليها الفقرة رقم (9) والتي نصت على " تغيير النظرة السلبية لأفراد المجتمع تجاه المصاب " حصلت على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (4.60)، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية لعينة الدراسة، ويتم ذلك من خلال تعزيز دور الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة وتوفير الموارد له المتاحة سواء كانت موارد مالية أو بشرية ذات خبرة، ومنحه المساحة الكافية لتطوير العمل، واستحداث الأنشطة والأساليب التي تعمل على**

الارتقاء المهني التي ينتج عنها مخرجات عمل إيجابية يستفيد منها المصاب.

**بينما تبين أن أقل الفقرات أهمية** الفقرة رقم (6) والتي نصت على "توفير كافة الإمكانيات للعمل مع المصابين" بمتوسط حسابي (4.20)، تليها الفقرة رقم (10) والتي نصت على "زيادة اهتمام الدور الإعلامي تجاه فئة مصابي السكتة الدماغية" وبتوسط حسابي (4.30)، ويرى الباحث هنا أن النتائج السابقة منطقية، وتتوافق مع الدراسة الراهنة، ويتم ذلك من خلال العمل على إبراز أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، ومشاركته في الأنشطة والمؤتمرات المحلية والدولية، وهذا ينعكس بصورة إيجابية على تسليط الضوء على العمل الاجتماعي في هذه المؤسسة مع فئة مصابي السكتة الدماغية، من خلال نشر قصص نجاح على وسائل التواصل الاجتماعي للعديد من المصابين مما تم شفاؤهم من الإصابة، وعادوا للمجتمع بخير كما كانوا بالسابق، أو بأقل الضرر من ناحية الإصابة، والعمل على توفير الإمكانيات اللازمة للمصابين من أدوات طبية مساعدة وبرامج علاجية من شأنها أن تعمل على تغيير الروتين اليومي للمصابين من خلال الحفلات والرحلات الترفيهية ومساعدات عينية ومادية سواء من داخل المؤسسة، أو من خلال مؤسسات المجتمع المدني ذات الصلة.

## الفصل السادس

النتائج العامة للدراسة والتصوير المقترح من  
منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية  
للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية

## الفصل السادس

### النتائج العامة للدراسة والتصور المقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية

#### 1.6 النتائج الخاصة بوصف عينة الدراسة:

##### 1. بخصوص مصابي السكتة الدماغية، أشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- أ. النسبة الأكبر من المصابين هم من فئة الذكور وعددهم 59 مصابًا، بنسبة 67.0 % من أفراد عينة الدراسة.
- ب. النسبة الأكبر من المصابين من حيث الحالة الاجتماعية (متزوج) وعددهم 39 مصابًا بنسبة 44.3 % من أفراد عينة الدراسة.
- ج. النسبة الأكبر من المصابين من حيث الفئة العمرية تتراوح أعمارهم فوق 60 سنة، عددهم 32 مصابًا، بنسبة 36.4% من أفراد عينة الدراسة.
- د. النسبة الأكبر من المصابين من حيث المؤهل العلمي (ثانوية عامة) عددهم 40 مصابًا، بنسبة 45.5% من أفراد عينة الدراسة.
- هـ. النسبة الأكبر من المصابين من حيث منطقة السكن (مدينة غزة) عددهم 36 مصابًا، بنسبة 40.9% من أفراد عينة الدراسة.
- و. النسبة الأكبر من المصابين من حيث عدد سنوات الإصابة (أقل من سنة) 52 مصابًا، بنسبة 59.1% من أفراد عينة الدراسة.
- ز. النسبة الأكبر من المصابين من حيث نوع العمل السابق (لا أعمل) عددهم 44 مصابًا، بنسبة 50.0% من أفراد عينة الدراسة.
- ح. النسبة الأكبر من المصابين من حيث عدد أفراد الاسرة (5-8) عددهم 34 مصابًا، بنسبة 38.6% من أفراد عينة الدراسة.
- ط. النسبة الأكبر من المصابين من حيث الوضع الاقتصادي للأسرة (متوسط) عددهم 38 مصابًا، بنسبة 43.2% من أفراد عينة الدراسة.

## 2. بخصوص الأخصائيين الاجتماعيين، أشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- أ. النسبة الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين هم من الإناث وبلغت نسبتهم 70.0% من أفراد العينة.
- ب. النسبة الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين من حيث الفئة العمرية هي لمن كانت أعمارهم 30- أقل من 40 سنة، بنسبة 60.0% من أفراد العينة.
- ج. النسبة الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين من حيث الحالة الاجتماعية هي للمتزوجين بنسبة 90.0% من أفراد العينة.
- د. النسبة الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين من حيث المؤهل العلمي كانت لحملة البكالوريوس بنسبة 50.0% من أفراد العينة.
- هـ. النسبة الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين من حيث سنوات الخبرة هم من كانت سنوات خبرتهم أقل من 5 سنوات، بنسبة 50.0% من أفراد العينة.
- و. النسبة الأكبر من الأخصائيين الاجتماعيين من حيث مكان العمل (مستشفى الوفاء) بنسبة 70.0% من أفراد العينة.

## 2.6 النتائج الخاصة بالإجابة عن أسئلة الدراسة:

السؤال الأول: ما مشكلات مصابي السكتة الدماغية بمراكز التأهيل الطبي بقطاع غزة؟  
ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

### 1. ما المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ما بين (3.13,4.47)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.98) وهذا يعني أن هناك موافقة.

### 2. ما المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ما بين (4.00، 4.64)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.36) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

### 3. ما المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ما بين (4.71، 3.91)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.34) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

### 4. ما المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ما بين (4.36، 3.00)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.95)، وهذا يعني أن هناك موافقة.

### 5. ما المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية بقطاع غزة ما بين (4.55، 3.86)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.26) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

**السؤال الثاني: ما أدوار الأخصائي الاجتماعي في التخفيف من حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟**

#### 1. ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية ما بين (4.80، 4.70)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.76) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

#### 2. ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية ما بين (4.67، 4.20)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.44) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

#### 3. ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة ما بين (4.50، 4.30)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.38) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

#### 4. ما دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع؟

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع ما بين (4.60، 4.30)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.47) وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.

السؤال الثالث: ما معوقات الأخصائي الاجتماعي في التخفيف من حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟

##### 1. معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي ما بين (3.20، 2.70)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (2.90)، وهذا يعني أن هناك حيادًا.

##### 2. معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية ما بين (3.60، 2.80)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.23)، وهذا يعني أن هناك حيادًا.

##### 3. معوقات تتعلق بنسق المؤسسة

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق المؤسسة ما بين (3.00، 2.70)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (2.88)، وهذا يعني أن هناك موافقة حياد.

##### 4. معوقات تتعلق بنسق المجتمع

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال معوقات تتعلق بنسق المجتمع ما بين (4.20، 3.20)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (3.72)، وهذا يعني أن هناك موافقة.

السؤال الرابع: ما المقترحات للتخفيف من حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية؟

##### 1. مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية

جاءت المتوسطات الحسابية لمجال مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية ما بين (4.78، 4.20)، وقد حصل هذا المجال على متوسط حسابي عام (4.47)، وهذا يعني أن هناك موافقة بشدة.



### 3.6 التصور المقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

#### 1.3.6 الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح:

1. الإطار النظري للممارسة العامة باستخدام الإستراتيجيات والتقنيات والأدوار والمهارات المهنية التي تمثل الإطار المرجعي للأساليب الانتقائية للممارسة العامة، والتي تساهم في الحد من مشكلات لمصابي السكتة الدماغية، ونتائج الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية.

2. الموجهات النظرية والتي تم الاستعانة بها في هذه الدراسة:

#### أ. نظرية الأنساق الأيكولوجي: (Ecological Systems Theory)

يمكن الاستفادة منها في هذه الدراسة من خلال توفير الوسائل المناسبة واللازمة لمصابي السكتة الدماغية، وترتيب كافة المعلومات التي تتجمع لديه عن كافة أنساق التعامل والتي تؤثر في حدوث المشكلات للمصابين، والتي تتعلق بالعديد من الأنساق بما يكسب تلك المعلومات معنى ذات دلالة معينة تساعد على التخفيف من المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية من خلال تفسير العلاقة بين المصاب والبيئة التي يعيش فيها، سواء كانت البيئة الأسرية أو بيئة المجتمع المحلي، وأثر ذلك على وضع المصاب التفاعلي من جانب اجتماعي ونفسي.

#### ب. نظرية الأنساق المفتوحة: (Open systems theory)

تدور هذه النظرية حول فكرة النسق الاجتماعي، والنسق مجموعة من الوحدات التي يسود بينها نوع من الاعتماد والتساند المتبادل في كل أجزاء النسق، والتي تتساند فيما بينها؛ لتسهم في تحقيق وحدة متكاملة، وهي تتضمن عدة مفاهيم مثل (المدخلات - المخرجات - العمليات التحويلية - الرجوع).

وتعد المستشفى نسقًا اجتماعيًا مفتوحًا يتضمن العلاقة ما بين نسق الخدمة الاجتماعية ونسق المرضى ومرافقيهم، ونسق الفريق العلاجي، ونسق المجتمع المحلي.

#### ج. النموذج المعرفي: (Cognitive Model)

يمكن الاستفادة منه في الدراسة الحالية للتخفيف من مشكلات مصابي السكتة الدماغية من خلال تفسير هذه المشكلات، ومن ثم بتصحيح الاتجاهات والأفكار الخاطئة لدى المصاب حول مرضه بكافة أبعادها، وتنمية الوعي المعرفي للمريض حول مظاهر الإعاقة الحركية المؤقتة

كما نعلم، وكيفية التصرف في مواقف الإعاقة، وشعور المريض بالعجز مما يؤدي إلى استثمار جوانب القوة وزيادة الثقة بالنفس، وقدرة المصاب على تكوين أفكار عقلانية ذاتية جديدة تؤدي إلى تعديل السلوك عن طريق عدة أساليب منها: إعادة البناء المعرفي، وأسلوب الصمود أمام الضغوط، وإكسابهم أنماطاً سلوكية جديدة إيجابية؛ للتعامل مع الواقع.

3. خبرات الباحث في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية، والعمل مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي سابقاً.

4. نتائج الدراسة الراهنة التي حددت مشكلات مصابي السكتة الدماغية، وأدوار الأخصائيين الاجتماعيين، والمشكلات التي تواجههم، وتوصل الباحث لطرق الحد من هذه المشكلات والمعوقات.

### 2.3.6 خطوات برنامج التدخل المهني:

1. الارتباط: يعد الارتباط أولى خطوات التدخل المهني، ويتم فيه بناء الاتصالات وتكوين العلاقات المهنية مع الأنساق التي يستهدفها التصور المقترح وأي أطراف متصلة بالمشكلة، وجمع البيانات والمعلومات عن مصابي السكتة الدماغية، والتعرف عليهم، والتمهيد لتكوين علاقات مهنية معهم.

2. مرحلة التقدير: والتقدير عبارة عن العملية التي يتم من خلالها جمع المعلومات المرتبطة بالمشكلة والمتمثلة في تحديد الصعوبات التي تواجه تحقيق التأهيل الاجتماعي لمصابي السكتة الدماغية، وذلك بهدف التحديد الدقيق للمشكلة، وقد تم ذلك من خلال تحديد الباحث لمشكلة الدراسة، وكذلك دراسة تقدير الموقف.

3. مرحلة التخطيط: وتتم في هذه المرحلة تحديد خطة التدخل والتخطيط لتنفيذها، وتحديد جدول زمني لبرنامج التدخل المهني؛ لتحقيق أهدافه والمتمثلة في تحقيق التأهيل الاجتماعي، كذلك التعاقد الشفهي أو التحريري بشأن المسؤوليات والمهام بين الباحث وأنساق التعامل المتفق عليها في خطة التدخل، بالإضافة إلى تحديد الإستراتيجيات والتقنيات والأدوار والمهارات التي يستخدمها الباحث في برنامج التدخل المهني؛ لتحقيق التأهيل الاجتماعي لمصابي السكتة الدماغية.

4. مرحلة التنفيذ: في هذه المرحلة ينفذ ما تم الاتفاق عليه من الممارس العام وأنساق التعامل، والمشاركة في تنفيذ المسؤوليات الخاصة بهم في خطة العمل المتفق عليها؛ لإحداث التغيير المطلوب.

5. **التقييم والإنهاء** : والتي تعني إنهاء الصلة بين الممارس العام وأنساق التعامل، وذلك بعد تحقيق الأهداف التي تم الاتفاق عليها.

6. **المتابعة**: وهي التعرف على مدى نجاح برنامج التدخل المهني لمصابي السكتة الدماغية.

### 3.3.6 أهداف التصور المقترح:

اتفاقاً مع أهداف الدراسة الراهنة، فإن التصور المقترح يسلط الضوء على هدف رئيس هو (الحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية).

**ويتحقق الهدف الرئيس من خلال مجموعة من الأهداف الفرعية التالية:**

1. حصر جميع المشكلات التي تواجه المصاب والتعمق بدراساتها.
2. مساعدة المصابين في وضع حلول للمشكلات التي تواجههم.
3. توفير الاحتياجات الطبية اللازمة للمصابين من خلال العملية العلاجية.
4. توفير المساعدات المادية والعينية للمصابين ذوي الدخل السيء، والتمكين الاقتصادي للأسرة.
5. تسخير كافة الإمكانيات في المراكز الطبية والتأهيلية للمصاب أثناء فترة العلاج.
6. التعديل السلوكي للمعتقدات الخاطئة لمصابي السكتة الدماغية حول الإصابة.
7. عقد دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين متقدمة؛ لتطوير أداء العمل.
8. التشبيك مع مؤسسات المجتمع المدني الصحية؛ لتقديم خدماتها لمصابي السكتة الدماغية.
9. تنمية وعي أسرة المصاب حول كيفية التعامل معه، واحترام كينونته الإنسانية.
10. إلحاق المصاب بمراكز التأهيل المهني؛ لتدريبه على مهنة تناسب وضعه الحالي بعد الإصابة.
11. تنمية الوعي المجتمعي بفئة مصابي السكتة الدماغية.
12. تسليط الضوء والإعلام لأهمية فئة مصابي السكتة الدماغية بالمجتمع والتعامل الأمثل معهم.

### 4.3.6 أنساق التعامل في التصور المقترح للتدخل المهني:

تتمثل أنساق التعامل في برنامج التدخل المهني للدراسة الحالية في الآتي:

1. نسق محدث التغيير: الباحث الذي يقوم بتنفيذ برنامج التدخل المهني، بالإضافة إلى فريق العمل.

2. نسق العميل: (مصابو السكتة الدماغية - مجموعة من المصابين من نفس درجة الإصابة)، وهي أيضًا نسق هدف في نفس الوقت.

3. نسق الهدف (المستهدف بالتغيير): مساعدو الباحث لصالح نسق العميل (مصابو السكتة الدماغية)، يتمثل في مصابي السكتة الدماغية، ويتم التدخل معهم كأفراد وكمجموعة تتكون منها أسرة في مجتمع كبير مستقبلاً وذلك من خلال الآتي:  
- مساعدة مصابي السكتة الدماغية على إدراك مظاهر حقوقهم في العلاج.

4. نسق الفعل:

أ. المؤسسة (مركز التأهيل الطبي)، ويقصد الباحث بمركز التأهيل الطبي هو مكان يتلقى فيه مصاب السكتة الدماغية الخدمة العلاجية مثل: مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية، ومستشفى حمد للأطراف الصناعية بما تملكه من إمكانيات وموارد وبرامج علاجية.

ب. المجتمع (المحيط الاجتماعي).

### 5.3.6 إستراتيجيات التصور المقترح للتدخل للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية:

والإستراتيجية تعني بتحديد الأهداف التي يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى تحقيقها، وكذلك الكيفية التي تحقق هذه الأهداف، ويمكن تحديد الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها في برنامج التدخل المهني للدراسة الحالية فيما يلي:

1. إستراتيجية البناء المعرفي: وتهدف إلى تنمية وبناء معارف جديدة لمصاب السكتة الدماغية ترتبط بمشكلته؛ ليحل محل الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار عقلانية واقعية وبناءة في حياته اليومية وتفاعله مع من حوله، وبالتالي نستطيع السيطرة على السلوكيات الخاطئة.

2. إستراتيجية تغيير السلوك: وتهدف إلى تعديل وتغيير السلوكيات السلبية لدى مصاب السكتة الدماغية مثل الانطواء والسلبية، والعمل على تدعيم السلوكيات الإيجابية مثل الاعتماد على النفس والثقة بالنفس.

3. **إستراتيجية التمكين:** وتهدف إلى تحرير الطاقات الكامنة وتعزيزها وتطويرها، وحث المصاب على العمل من خلال توجيهه للتدريب والتأهيل المهني، واكتساب الخبرات وإنشاء المشاريع الصغيرة، والتي سوف تكون حلاً مناسباً للاستقرار الأسري والاجتماعي والاقتصادي والنفسي.
4. **إستراتيجية المساعدة الذاتية:** وتهدف إلى مساعدة مصابي السكتة الدماغية في تعزيز وتنمية قدراتهم ومهاراتهم في تعاونهم مع فريق العمل الطبي؛ لمساعدتهم في النهوض من جديد والتماثل في الشفاء، ومن ثم الانطلاق للمجتمع من جديد، وإشغال أوقات الفراغ بما ينفع المصاب وأسرته.
5. **إستراتيجية التشجيع:** حيث يقوم الأخصائي بتشجيع المصاب على الالتزام ببرامج التأهيل، وحثهم على استثمار القدرات المتبقية لديهم لما له من أهمية في نجاح العملية العلاجية.
6. **إستراتيجية المشاركة:** حيث يقوم الممارس العام بمساعدة المصابين على المشاركة الفعالة في المجتمع والتي من خلالها يستطيع المصاب استعادة مكانته الاجتماعية والتفاعل مع المجتمع المحيط به.
7. **إستراتيجية الإقناع:** حيث يقوم الممارس العام بإقناع المصاب بضرورة الالتزام ببرامج التأهيل؛ لكي يتمكنوا من الحصول على فرصة علاجية يتخللها النجاح والتماثل بالشفاء، وإقناعه بما يدور من حوله، وما هي النتائج الإيجابية والسلبية حول موضوع الالتزام في عملية التأهيل الطبي؟
8. **إستراتيجية التفاعل الاجتماعي:** يهدف الممارس العام من استخدام هذه الإستراتيجية في تنمية العلاقات الاجتماعية بين مصابي السكتة الدماغية والمحيط الاجتماعي به؛ لتغيير السلوك الاجتماعي فيما يتعلق بالاشتراك والتفاعل في الأنشطة المختلفة للبرنامج.
9. **إستراتيجية التعاون:** وتهدف هذه الإستراتيجية إلى تحقيق التعاون الإيجابي بين مصابي السكتة الدماغية مع فريق العمل في الأنشطة المختلفة بالبرنامج وممارستها.
10. **إستراتيجية الاتصال:** وتهدف إلى إرسال واستقبال عمليات تفاعل بين الممارس العام والصادر التي تربطها بها علاقات رسمية أو ودية، (بمعنى أنها تحقق عملية ترابط بين

الممارس وبعض المؤسسات والمنظمات والمتخصصين الذين يساعدون الممارس في تحقيق برنامج التدخل المهني).

### 6.3.6 التكنيكيات المستخدمة في التصور المقترح للتدخل المهني:

1. **تكنيك العمل المشترك:** حيث يقوم الأخصائي بمساعدة فريق العمل بمكاتب التأهيل الاجتماعي على القيام بأدوارهم؛ لتحقيق أهداف عملية التأهيل، ولتحقيق المساندة المعرفية والوجدانية والمادية للمصابين.
2. **تكنيك المناقشة الجماعية:** حيث يقوم الأخصائي باستخدام المناقشة الجماعية لعرض ومناقشة احتياجات ومشكلات مصابي السكتة الدماغية.
3. **تكنيك الندوات التثقيفية:** حيث يقوم الأخصائي بعقد الندوات التثقيفية لمصابي السكتة الدماغية والمحيطين بهم بأساليب التواصل الأمثل بالشكل الذي يساعد على بناء شخصية متكاملة للمصابين.
4. **تكنيك التوضيح:** حيث يقوم الأخصائي بتوضيح المشكلات أو العضلات التي يعجز المصاب عن فهمها والتي قد تشكل عائقاً في عملية التأهيل الطبي والاجتماعي.
5. **تكنيك القصة:** يستخدم الأخصائي هذا الأسلوب؛ لأنه من الأساليب المهمة وذات تأثير كبير، وتساعد في إيصال كثير من المعاني بطريقة سلسلة وسهلة وسريعة، وتعطي عدداً كبيراً من النماذج الإيجابية التي يمكن الاحتذاء بها؛ لتوعية المصابين بأهمية علاجهم والاستمرارية في تلقي العلاج.
6. **تكنيك التدعيم:** حيث يقوم الأخصائي بدعم المصاب في إبراز مواقف القوة في شخصيته، والتعامل الإيجابي مع المواقف الإشكالية التي يواجهها والتصدي لها.
7. **تكنيك حل المشكلة:** يتم من خلال قيام الممارسين المهنيين بعرض مشكلة مصابي السكتة الدماغية، وتوضيح المخاطر التي يتعرضون لها، وعرض آليات حلها، وعرض المواقف والمشكلات التي تعرض لها؛ من أجل الوقوف على أساسيات حل المشكلة وتطبيقها على المواقف والمشكلات المشابهة.
8. **تكنيك النمذجة:** يعد أسلوب النمذجة من أهم الأساليب المستخدمة في تعلم عدد من المهارات الاجتماعية، وذلك من خلال التعرف إلى النماذج السوية في البيئة والافتداء

بها، فهذا الأسلوب مفيد في إعطاء نماذج مشرفة تؤكد على المكانة الاجتماعية، وكيف أثرت هذه النماذج عليهم وعلى أسرهم ومجتمعاتهم؟

### 7.3.6 الأدوات المهنية التي يستخدمها الممارس العام في التصور المقترح:

1. المقابلات بأنواعها الفردية والجماعية والمشاركة: ويتم إجراء هذه المقابلات مع كل الأنساق التي يستهدفها التصور المقترح للتدخل المهني؛ بهدف الحصول على البيانات والمعلومات لتنظيم العمل وتنسيق الجهود؛ من أجل تنفيذ محتوى برنامج التدخل المهني.
2. الاستبيان والاستبار: حيث سيتم تطبيقها على عينة من مصابي السكتة الدماغية والأخصائيين الاجتماعيين العاملين؛ لمعرفة بعض الجوانب الخاصة حول خدمة التأهيل الطبي، ومدى الاستفادة الفعلية منها، وانعكاسها على المصاب بالإيجابية.
3. المحاضرات والندوات: حيث يتم التنسيق لتنظيم بعض المحاضرات والندوات لنسق الهدف مثل تنظيم ندوة تختص بتنمية الجانب المعرفي حول ما يعانيه مصابو السكتة الدماغية من مشكلات يومية، وطرق والمساعدة في إيجاد حلول لها.
4. الأنشطة الفنية والثقافية: وذلك من خلال تنظيم بعض الأنشطة الفنية الثقافية للفتيات واشتراكين فيها؛ لإتاحة الفرصة للتعبير عن واقع مصابي السكتة الدماغية، ومحاولة إدماجهم في تفاعلات جماعية موجهة.
5. الاجتماعات: ويتم استخدام الاجتماعات مع جميع الأنساق التي يشملها برنامج التدخل المهني، حيث يتم إجراء بعض الاجتماعات مع نسق العمل وتنظيم وتنسيق الجهود، وكذلك إجراء بعض الاجتماعات مع نسق العميل.
6. المسابقات: وسوف تستخدم المسابقات؛ بهدف زيادة معارفهم وتدعيم أفكارهم من خلال الطرق المختلفة سواء بشكل التعبير الفني أو الثقافي.
7. ورش العمل، حيث يتم تقسيم الجماعة التجريبية إلى مجموعتين، ثم يطرح عليهم إحدى القضايا المتعلقة بحقوق المرضى (لندافع عنهم من الاستغلال)، وتناقش كل مجموعة بطرق فكرية مختلفة تعبر عن رأيهم وقدرتهم المعرفية عن هذا الموضوع.
8. المناقشة الجماعية: وتستخدم مع مصابي السكتة الدماغية كجماعات؛ وذلك لمناقشة المشكلات التي تواجههم والتي تساهم في تدني تمكّنهم من تحقيق التأهيل الاجتماعي.

9. الزيارات المنزلية والميدانية: وذلك بزيارة منزلية لمصابي السكتة الدماغية الذين توقف لديهم العلاج التأهيلي وخرجوا للمنزل، وتأتي الزيارة لتقييم البيئة المنزلية، وأيضًا للاستفادة من موارد المجتمع المحلي من زيارة المؤسسات والجمعيات المختلفة لذلك.
10. مؤتمر الحالة: ويتم من خلاله إشراك كل المحيطين بالمصاب في وضع الخطة العلاجية، ومعرفة جميع جوانب المشكلة ودراستها وتحليلها، وإبداء الرأي الذي يخدم في مصلحة المصاب.

### 8.3.6 أدوار الممارس العام لتحقيق أهداف التصور المقترح:

1. دور المعلم: ويتضمن مساعدة المصابين على تعلم وتنمية مهارات التواصل، وحل المشكلة، وكيفية تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين بشكل سليم.
2. دور المرشد: ويتضمن إرشاد وتوجيه المصابين إلى التوجهات الصحيحة، مما يساعدهم على فهم دورهم بشكل صحيح في العملية العلاجية.
3. دور الوسيط: ويتضمن توسط الممارس المهني بين المصاب وبين المجتمع المحيط به، ومساعدته في تلبية الرغبات والاحتياجات وتسهيل الحصول عليها.
4. دور المشجع: تشجيع المصاب على تطوير قدراته ومهاراته، وإعطاء المحفزات التي تساعد على رفع المعنويات والإرادة الداخلية في تحدي الإصابة والتماثل بالشفاء.
5. دور جامع وتحليل البيانات: يتضمن جمع البيانات والمعلومات عن مصابي السكتة الدماغية، والعوامل المؤثرة على تنمية مهاراتهم وتنظيم المعلومات التي تم جمعها وتحليلها بما يساهم في تقدير الموقف كأساس لتحقيق أهداف التصور.
6. دور الممكن: ويتضمن مساعدة المصاب على فهم ذاته، واكتشاف قدراته، واستثمار إمكانياته، وكيفية استغلالها لصالحه، وتنمية مهاراته.
7. دور المعالج: ويتضمن العمل على تفهم المصابين أسباب المشاعر السلبية التي يعاني منها نتيجة الإصابة والمرض، والعمل على تعديل السلوكيات غير المرغوبة لديهم بسلوكيات مرغوبة.
8. دور المساعد: ويتضمن مساعدة المصاب على الاندماج في المجتمع والتخفيف من حدة العزلة الاجتماعية، وزيادة الثقة في أنفسهم وقدراتهم، والعمل على تأهيلهم مهنيًا بما يتناسب مع قدراتهم.



### 9.3.6 مهارات الممارس العام المهنية المستخدمة في التصور المقترح للتدخل المهني:

1. المهارة في تكوين العلاقة المهنية مع (المرضى المصابين بالسكتة الدماغية- التخصصات المختلفة لفريق العمل - الهيكل الإداري للمؤسسة - المجال المكاني للدراسة - المؤسسات المجتمعية المدنية والحكومية المعنية بحقوق المرضى).
2. مهارة الإنصات الواعي.
3. المهارة في إجراء المقابلات.
4. المهارة في إدارة الحوار والمناقشات الجماعية.
5. المهارة في حل المشكلة.
6. المهارة في إدارة الوقت واستغلاله.
7. المهارة في التسجيل.
8. المهارة في استخدام العلاقات الجماعية.
9. المهارة في مساعدة الفتيات على التعاون.
10. المهارة في الملاحظة الجيدة.
11. المهارة في الاتصال مع جماعة الأنساق التي يستهدفها برنامج التدخل المهني.
12. المهارة في العمل الفرقي.
13. المهارة في التفاوض مع الأنساق المختلفة للبرنامج.
14. المهارة في استخدام وسائل الاتصال والإعلام المختلفة.
15. المهارة في الوساطة.
16. المهارة في فهم الأنساق المجتمعية ومتغيراتها وسياقاتها المجتمعية.
17. المهارة في تقييم النتائج.

### 10.3.6 الأساليب المهنية التي يستند عليها التصور المقترح:

ويعتمد الإطار التصوري على مجموعة من الأساليب المهنية منها:

1. التوضيح والتغيير.

2. التشجيع والمبادرة.
3. التوجيه والنصح والإرشاد.
4. الإقناع.
5. إعادة تشكيل البناء المعرفي.
6. تعديل السلوك.
7. القدوة والنمذجة.
8. التوعية والإرشاد.
9. التدعيم.

## المصادر والمراجع

## المصادر والمراجع

### أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (2002). *القلق قيود من الوهم*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، مروان عبد المجيد. (2002). *التربية الرياضية للإعاقة البصرية*. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (2003). *مجالات الممارسة المهنية*. ط2. مكتبة زهراء الشرق.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (2009). *الاتجاهات الحديثة في الرعاية والخدمة الاجتماعية القاهرة*. نور الإيمان.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (2009). *الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية أسس نظرية ونماذج تطبيقية*. القاهرة/ شبرا الخيمة: نور الإيمان للطباعة.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (1999). *مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية*. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (2000). *الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية*. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (2004). *الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول العربية والخليجية*. سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية، الكتاب الثالث والعشرون مكتبة زهراء الشرق.
- أبو المعاطي، ماهر علي. (2009). *إستراتيجيات وأدوات التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية*. المكتب الجامعي الحديث.
- أبو النصر، مدحت. (2019). *الشباب وصناعة المستقبل*. المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- أبو حامد، سمير. (2009). *الجلطة الدماغية*. خطوات للنشر والتوزيع.
- أبوالمعاطي، ماهر علي. (2012). *الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين*. دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- البحر، غيث والتنجي، معن. (2014). *التحليل الاحصائي للاستبيانات باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics*. مركز سبر للدراسات الإحصائية والسياسات.
- بهادر، سعدية محمد. (2011). *برامج تربية الطفل ما قبل المدرسة*. دار المسيرة.
- توفيق وآخرون، عصام. (2008). *المشكلات الاجتماعية المعاصرة*. مداخل نظرية، دار الفكر للنشر والتوزيع.

الجبور ، نايف ومفضي . (2015). الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقات المختلفة من وجهة نظر معلمي ومعلمات التربية الرياضية في المدارس الحكومية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة البلقاء التطبيقية.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2021). تقرير عدد إصابات السكتة الدماغية المسجلين بمستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية.

حبيب وآخرون، جمال شحاته. (2014). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب والمجال المدرسي. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان.

حبيب، جمال شحاته. (2006). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الشباب. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.

حبيب، جمال شحاته. (2010). اتجاهات حديثة وقضايا وبحوث في ممارسة وتعليم الخدمة الاجتماعية. المكتب الحديث.

حبيب، جمال شحاته. (2010). الممارسة العامة منظور حديث في الخدمة الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث.

حسن، عبد المحي محمود صالح. (2017). متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية. دار المعرفة المصرية.

الحمداني، موفق. (2006). مناهج البحث العلمي. الأردن: مؤسسة الوراق للنشر.

حمزاوي وآخرون، رياض. (1993). البحث في الخدمة الاجتماعية كفكر وتطبيق. دار الحكيم للطباعة والنشر.

حنا، مريم. (2010). الرعاية الاجتماعية والنفسية للفئات الخاصة والمعاقين. المكتب الجامعي الحديث.

حنورة، مصري عبد الحميد. (1998). الشخصية والصحة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية.

حيدر، فؤاد. (1999). الشخصية والسلوك - دراسات نظرية وتطبيقية. دار المؤلف الجامعي للطباعة والنشر.

خاروفة، ميرنا. (2019). مستوى قلق الموت ما بعد الإصابة بالجلطة الدماغية لدى عينة من المرضى المصابين بالجلطة الدماغية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة بيت لحم، فلسطين.

خاطر، عبد الرحمن حسانين. (2017). تأثير برنامج علاجي لتحسين بعض القدرات البدنية والحركية لمرضى الشلل النصفي الطولي الناتج عن الجلطة المخية (رسالة ماجستير). كلية التربية الرياضية للبنين، جامعة بنها.

الديب، محمد نجيب توفيق. (1998). الخدمة الاجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين. مكتبة الأنجلو

المصرية.

ربيع، محمد شحاته. (2021). *قياس الشخصية*. دار المسيرة.

رجب، نادية وأحمد. (1993). *الأسرة ورعاية الطفل*. القاهرة: مطابع العمرانية.

الزعيبي، احمد محمد. (2013). *الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية*. دار زهران.

سرحان، نظيمة أحمد محمود. (2006). *منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين*. دار الفكر العربي.

السروجي، طلعت. (2000). *مشكلات وقضايا خدمات الرعاية الاجتماعية كتوجهات إستراتيجية بحوث*

التخطيط الاجتماعي. دراسة لتحليل مضمون بريد الأهرام، بحث منشور، مجلة كلية الآداب، جامعة

حلوان.

السروجي، طلعت. (2009). *الخدمة الاجتماعية أسس النظرية والممارسة*. المكتب الجامعي الحديث.

السروجي، طلعت. (2010). *الخدمة الاجتماعية الدولية*. مكتبة الانجلو المصرية.

سليمان وآخرون. (2004). *الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة*. المؤسسة الجامعية

للدراستات والنشر والتوزيع.

السنهوري، أحمد محمد، أبو المعاطي، ماهر على. (1992). *الممارسة العامة المتقدمة هوية للتخصص*

في مجالات الخدمة الاجتماعي. دراسة نظرية، القاهرة، المؤتمر العلمي الثاني عشر للخدمة

الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

السنهوري، أحمد محمد. (2001). *الممارسة العامة المتقدمة في الخدمة الاجتماعية*. ط3. دار النهضة

العربية.

السنهوري، أحمد محمد. (2007). *موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات*

القرن الواحد والعشرين الميلادي. دار النهضة العربية.

سيليا تومس، ريم ضوا. (11.4.2022). *السكتة الدماغية، هل يمكن العودة للحياة الطبيعية؟ Made*

*for minds*. <https://p.dw.com/p/49mYd>

الشرييني، لطفي. (2001). *الاكتئاب- المرض- والعلاج*. منشأة المعارف.

شفيق، محمد. (2006). *الإنسان والمجتمع، مقدمة في علم النفس الاجتماعي*. المكتب الجامعي الحديث.

شقيير، زينب. (2002). *خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة*

*والمعوقين*. القاهرة/ مصر: مكتبة النهضة المصرية.

الشيخ، هويدا حيدر. (2019). *تأثير برنامج مفتاح للعلاج الطبيعي والتمرينات العلاجية للمصاب حديثاً*

بالشلل الناتج عن الجلطة الدماغية. مجلة العلوم التربوية، 20(1)، كلية التربية البدنية والرياضة،

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

صالح، عبد المحي محمود حسن. (2005). *الرعاية الاجتماعية (تطورها- قضايا)*. دار المعرفة

الجامعية.

- صقر، فاطمة حلاج، وآخرون. (2018). تأثير برنامج تحفيز البصر على الوظيفة الإدراكية عند مرضى السكتة الدماغية. *Tishreen University Journal-Medical Sciences Series, 40(6)*.
- الطيب، محمد عبد الظاهر. (1994). *مبادئ الصحة النفسية*. دار المعرفة الجامعية.
- عبد العظيم، صفاء، السنهوري، احمد محمد وآخرون. (2000). *أهداف وفلسفة العمل مع الفئات الخاصة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة*. ط ٢. مركز السوق الريادي، جامعة حلوان.
- عبد اللطيف، رشاد احمد (1999). *نماذج ومهارات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية*. المكتب الجامعي الحديث.
- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2003). *الاضطرابات النفسية في الطفولة والمرافقة (الأسباب- التشخيص- العلاج)*. مصر: دار القاهرة.
- عبد، بدر الدين كامل. (2003). *الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية*. المكتب الجامعي الحديث.
- عبد، على إسماعيل علي. (2004). *المهارات الأساسية في ممارسة خدمة الفرد*. دار المعرفة الجامعية.
- العتيبي، وآخرون. (2018). *برنامج مقترح لتنمية مهارات الأخصائيات الاجتماعيات العاملات بمؤسسات الأيتام (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- عطيتو، شمس الدين. (2017). *برنامج تأهيلي تأثير بدني على المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية (رسالة ماجستير منشورة)*. مجلة كلية التربية الرياضية، جامعة جنوب الوادي.
- عفت، صفية، وآخرون. (2011). *المجلة العربية للطب النفسي*. 22(1)، اتحاد الاطباء النفسانيين العرب الأردن.
- عكاشة، محمود فتحي وزكي. (2002). *مدخل إلى علم النفس الاجتماعي*. المكتب الجامعي الحديث.
- غباري، محمد. (2003). *رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية رعاية المعوقين*. المكتب الجامعي الحديث.
- الغمري، بكري. (2005). *الإصابات الرياضية والتأهيل البدني*. دار المنارة للنشر.
- فتوح، مدحت فؤاد. (1998). *تنظيم مجتمع المعاقين*. دار النهضة العربية.
- فهمي، سامية محمد، محمود منال طلعت. (2005). *مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، نماذج لمجالات الممارسة*. دار المعرفة الجامعية.
- فهمي، محمد سيد. (1997). *مقدمة في الخدمة الاجتماعية*. دار المعرفة الجامعية.
- فهمي، محمد سيد. (2005). *التأهيل المجتمعي لنوي الاحتياجات الخاصة*. المكتب الجامعي الحديث.

فهيم، محمد. (2007). *الخدمة الاجتماعية التطور الطرق المجالات*. دار الوفاء الطباعة والنشر.

فوزان، عبد الله محمد عبد المحسن. (2004). *مشكلات المعوقين وأسرههم*. دار الزهراء للنشر والتوزيع.

القريطي، عبد المطلب أمين. (1999). *الصحة النفسية*. دار الفكر العربي.

القريطي، عبد المطلب أمين. (2010). *دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام*. مجلة الإرشاد النفسي، 23(22).

القليوبي، محمد جودة. (2016). *تأثير التدريبات الوظيفية باستخدام التنبيه الحراري لتنمية المستقبلات الحسية الميكانيكية لدى مصابي الشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية لكبار السن*. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، 17 (77).

كلير فهيم. (2003). *أبنائنا ذوي الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية*. مكتبة الأنجلو المصرية.

لعبيبي، حسام عبد الحمزة. (2012). *المشكلات الاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في العراق* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القادسية، كلية الآداب، قسم علم الاجتماع، المجموعة العربية للتدريب والنشر.

ليندلي، ريتشارد لاين. (2014). *السكتة الدماغية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع*.

ماهر، أحمد وأدم. (2005). *التربية الرياضية للمكفوفين*. مكتبة الأنجلو المصرية.

مجدي، أحمد محمد. (2016). *علم النفس المرضي*. دار المعرفة المصرية.

محمود، سلمان. (2021). *انتشار الاكتئاب والقلق بين مرضى الشيوخ بعد السكتات الدماغية*. مجلة جامعة تشرين، 43(6)، سلسلة العلوم الطبي.

مخولف، إقبال إبراهيم. (2000). *الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين*. المكتب الجامعي الحديث.

المدهون، فريد. (2021). *تقبل المرض وعلاقته بالمرونة النفسية ومعنى الحياة لدى زوجات مصابين الجلطة الدماغية بمحافظة غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية بغزة، مكتبة الجامعة الالكترونية.

مرسي، أحمد زكي محمد. (2003). *استخدام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التأهيل الاجتماعي لمدمني الهيروين* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان كلية الخدمة الاجتماعية.

مروان، عبد المجيد ابراهيم. (2002). *الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة*. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

مسلم، علي سيد. (2004). *التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع باستخدام نموذج العمل مع مجتمع المنظمة لتحسين العلاقات التعاونية للعاملين بالمجال الطبي*. مجلة الخدمة الاجتماعية، 22(48)، جامعة الأزهر.

المغازي، سامية حسن علي. (2020). *دقة الإدراك البصري وسرعة المعالجة المعرفية والتفاعل بينهما*



كمتنبئات بالحبسة الكلامية لدى عينة من المتعافين من السكتة الدماغية. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، 8(1).

مكنزي، كوام. (2013). *الاكتئاب*. *المجلة العربية*.

منصور، إيهاب. (2005). *برنامج تمارينات لتأهيل العضلات العاملة على الذراع بعد تسليك العصب الاوسط لليد اليسرى*، جامعة طنطا، مصر (رسالة ماجستير منشورة). جامعة طنطا.

منقريوس، نصيف فهمي، أبو المعاطي، ماهر علي. (2009). *تعليم وممارسة المهارات في المجالات الإنسانية والخدمة الاجتماعية*. ط3. *المكتب الجامعي الحديث*.

موسى، رشاد علي عبد العزيز. (2002). *علم نفس الإعاقة*. مكتبة الأنجلو المصرية.

نصر الله، عمر عبد الرحيم. (2008). *الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع*. دار وائل للطباعة والنشر.

النوحي، عبد العزيز فهمي. (2007). *الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية (عملية حل المشكلة) ضمن إطار نسقي إيكولوجي*. ط 6. *سمير للطباعة*.

وزارة الصحة الفلسطينية. (2021). *التقرير الصحي السنوي 2020*.

#### ثانيا: المراجع الاجنبية:

- Abdi, K., Arab, M., Khankeh, H. R., Kamali, M., Rashidian, A., Farahani, F. K., & Shemshadi, H. (2016). Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 13 (4), 1-11.
- Akram, I., & Akram Naseem, M. (2010). Self-concept and social adjustment among physically Handicapped persons. *European Journal of social sciences*, 15 (1), 7-85.
- Asirvatham, A. R., & Marwan, M. Z. (2014). Stroke in Saudi Arabia: a review of the recent literature. *Pan African Medical Journal*, 17 (1).
- Barker, R. (1999). *The social work dictionary*. edition (Washington: NASW press).
- Bualar, T. (2012). Physically disabled women and social acceptance in non-disabled community: Evidence from rural Thailand. *European Journal of Social Sciences*, 29 (3), 366-376.
- Campbell, B. C., De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwamm, L. H., Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2019). Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers*, 5 (1), 1-22.
- da Silva, J. K., da Silva Carvalho Vila, V., Martins Ribeiro, M. F., & Vandenberghe, L. (2016). Survivors' perspective of life after stroke. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18.
- de Souza Pereira, J., & Machado, W. C. A. (2016). Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with

- Disabilities:(dis) articulation in the Fluminense Central-South region, Rio de Janeiro, Brazil. *Physis*, 26 (3), 1033.
- ESSA A, TAMER H, EL BATCH A. Study of Incidence, *Risk Factors And Outcome Of Acute Cerebrovascular Stroke Patients*. Journal of American Science. (2011). 7 (11) 316- 329
- HACKE, W., KASTE, M., BLUHMKI, E. et al. (2008). *Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke*. In N Engl J Med. no. 359, p. 1317-1329.
- Iemmi, V., Blanchet, K., Gibson, L. J., Kumar, K. S., Rath, S., Hartley, S.,... & Kuper, H. (2016). Community-based rehabilitation for people with physical and mental disabilities in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Development Effectiveness*, 8 (3), 368-387.
- Kirst-Ashman, K. K., & Hessenauer, S. L. (2019). *Empowerment series: understanding human behavior and the social environment*. Cengage Learning.
- Kumar, Vinay, *et al.* (2010). Robbins and Conran pathologic basis of disease. (8th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier: 1290–1298
- Labruyère, R., Gerber, C. N., Birrer-Brütsch, K., Meyer-Heim, A., & van Hedel, H. J. (2013). Requirements for and impact of a serious game for neuro-pediatric robot-assisted gait training. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 3906-3915.
- Langhammer, B., Sunnerhagenk, S., Sallstrom, S., Backer, F., & Stanghelle, JK. (2018). *Return to work after specialized rehabilitationAn explorative longitudinal study in a cohort of severely disabled persons with stroke in seven countries*. *Brain Behav.* 2018; e01055. <https://doi.org/10.1002/brb3.1055>.
- Oates, Christina Mellissa, (2004). *Does recreational swimming program improve the self-esteem of children with physical disabilities possible underlying mechanism*. 1515
- Reamer, F. G. (2018). Social work values and ethics. In *Social Work Values and Ethics*. Columbia University Press.
- Taub, D. E., McLorg, P. A., & Fanflik, P. L. (2004). Stigma management strategies among women with physical disabilities: Contrasting approaches of downplaying or claiming a disability status. *Deviant Behavior*, 25 (2), 169-190.
- Xu, J. H., Huang, Y. M., Ling, W., Li, Y., Wang, M., Chen, X. Y., ... & Zhao, H. L. (2015). Wen Dan Decoction for hemorrhagic stroke and ischemic stroke. *CoImplementary Therapies in Medicine*, 23(2), 298-308.
- Zastrow, C. (2000). *Introduction to social work and social welfare*. London wads worth publishing company.



الملاحق

ملحق (1): استنبار يقيس حدة المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية



الجامعة الإسلامية بغزة  
عمادة البحث العلمي والدراسات العليا  
كلية الآداب  
ماجستير الخدمة الاجتماعية

الموضوع: تحكيم استبيان (مصابي السكتة الدماغية)

سعادة/ة الدكتور/ة..... حفظه الله

تحية طيبة وبعد...

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان:

"تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية"

(دراسة مطبقة على مستشفى الوفاء وحمد للأطراف الصناعية)

دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية من كلية الآداب بالجامعة الإسلامية بين يديك قائمة تُمثل مشكلة الدراسة، أهداف الدراسة، وتساؤلات الدراسة وذلك على النحو التالي علماً بأن هذه الاستبانة تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط:  
مشكلة الدراسة:

تتمحور مشكلة الدراسة بشكل أساس حول مصابي السكتة الدماغية ومشاكلهم، حيث زاد معدل حدوث الإصابة بالسكتات الدماغية بين أفراد المجتمع، وحسب إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية بغزة والبالغ عددهم 2036 مصاباً بالسكتة الدماغية لعام 2021 في مشافي وزارة الصحة والمراكز التأهيلية الخاصة، وأن نسبة 16.5% من مصابي السكتة الدماغية هم من تلقوا الرعاية الصحية والتأهيلية، وتعتبر هذه النسبة ليست بالقليلة؛ لأن مصابي السكتة هم من أرباب الأسر ولديهم مسؤوليات تجاه أسرهم ومجتمعهم، بالإضافة إلى ذلك أنهم يعانون من العديد من الإعاقات ما بعد السكتة الدماغية، حيث تؤدي الإصابة لعدة مشاكل اجتماعية واقتصادية ونفسية وتأهيلية، مثل: العبء المالي، وعدم القدرة على أن يكونوا منتجين، بالإضافة إلى الاكتئاب والإحباط، وبالتالي ينتج عنه نقص الدافعية لإعادة التأهيل، مما يؤثر على نتائجهم العلاجية، لذلك فإن التدخلات الطبية وحدها ليست كافية للسيطرة على مشاكلهم، حيث يحتاجون إلى تدخلات مهنية اجتماعية واقتصادية ونفسية وأسرية وتأهيلية لمواجهة المشكلات الناتجة عن السكتة الدماغية. ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة؛ للتوصل إلى تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية؛ للحد من مشكلات مصابي السكتة الدماغية.

الباحث/ رامي عماد الغفير

فقرات الاستبيان:

الرجاء وضع إشارة (✓) في المكان الذي يعبر عن رأيك في الفقرة:

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
<b>المحور الأول: المشكلات الاجتماعية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية:</b>						
1.	يشعر المصاب بالعزلة الاجتماعية بعد إصابته.					
2.	ضعف العلاقات الاجتماعية مع الأقارب.					
3.	يشعر المصاب بفقدان دوره الاجتماعي.					
4.	النبذ المجتمعي للمصاب وافتقار التعاون معه.					
5.	قلة مشاركة المصاب في المناسبات الاجتماعية.					
6.	التعرض للمضايقة والإساءة من الجيران بعد الإصابة.					
<b>المحور الثاني: المشكلات الاقتصادية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية:</b>						
1.	تأثير الوضع الاقتصادي للأسرة بسبب مرض أحد أفرادها.					
2.	ضعف الدخل الشهري للأسرة يؤثر في تلبية احتياجاتهم الأساسية.					
3.	قصور دور أهل المصاب في توفير المعونات الاقتصادية لأسرته.					
4.	غياب دور المؤسسات الخيرية في دعم المصابين له أثر كبير في سوء الوضع الاقتصادي لأسرة المصاب.					
5.	انقطاع الدخل الشهري بسبب الغياب عن العمل خلال فترة مرضه.					
6.	ارتفاع تكاليف المصاريف العلاجية مما يؤثر بشكل كبير على تقديم أو استمرار العملية العلاجية.					
7.	ارتفاع تكاليف الأدوات الطبية يؤثر على استمرار العملية العلاجية.					
8.	قلة إمكانيات الأسرة من تسديد الديون المتراكمة بسبب الإصابة.					
<b>المحور الثالث: المشكلات النفسية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية:</b>						

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
1.	زيادة الاضطرابات النفسية بعد الإصابة.					
2.	مشاعر النقص التي تصاحب المصاب تزيد من حدة المشكلات النفسية.					
3.	شعور المصاب بعجزه بعدم القيام بدوره تجاه أسرته.					
4.	يتولد شعور لدى المصاب بالقلق من الموت بعد الإصابة بالسكتة الدماغية.					
5.	ذهاب أحد أفراد الأسرة للعمل يزيد من الضغوط النفسية للمصاب.					
6.	شعور المصاب بالاختناق النفسي لضعف تلبية المتطلبات الأسرية.					
7.	شعور المصاب بالاكئاب الناتج عن الرقود بالسرير والراحة الطبية التي يطلبها الطبيب منه حرصًا على سلامته.					
8.	عدم اتزان المصاب انفعاليًا مما يولد لديه مخاوف وهمية.					
9.	عدم المتابعة من قبل الطبيب النفسي له دور في زيادة حدة التوترات الانفعالية لدى مصاب السكتة.					
10.	القلق المستمر بشأن التقارير اليومية من الفريق الطبي التأهيلي بشأن وضع الحالة الصحية للمصاب.					
<b>المحور الرابع: المشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية:</b>						
1.	يشعر المصاب بالتفكك الأسري.					
2.	الخلافات الأسرية بين المصاب وأسرته.					
3.	يشعر المصاب بفقدان دوره الاجتماعي داخل الأسرة.					
4.	يشعر المصاب بعدم التوافق الأسري بينه وبين أفراد أسرته.					
5.	تتفاقم المشكلات بين أفراد الأسرة بسبب إصابة أحد أفرادها.					

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
6.	عزوف أحد الزوجين والتفكير بالانفصال بعد الإصابة.					
<b>المحور الخامس: المشكلات التأهيلية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية</b>						
1.	تأخر تلقي البرامج التأهيلية للمصاب عن الوقت المناسب للتأهيل.					
2.	شعور المصاب بالتعب والألم بسبب جلسات العلاج الطبيعي اليومية					
3.	قلة الإمكانيات الطبية والتأهيلية في بعض المراكز الخاصة.					
4.	ضعف التركيز والقدرة على استرجاع الأحداث الناتج عن الإصابة أثناء العملية التأهيلية.					
5.	ضعف القدرات المهنية للكوادر المختصة بتأهيل مصابي السكتة الدماغية.					
6.	صعوبة الحصول على الأجهزة الطبية لأسباب متعلقة بالإجراءات الأمنية في المعابر.					
7.	بعد مكان السكن عن مركز التأهيل يؤخر العملية التأهيلية لبعض المصابين ذوي الدخل المحدود.					
8.	ضعف المدعّم الخارجي من المؤسسات المانحة أثر على إمكانيات مؤسسات التأهيل الطبي.					
9.	عدم مواءمة منزل المصاب أثر بالسلب على مراحل التدخل المهني.					

الباحث/ رامي عماد الغفير



ملحق (2): استبيان يقيس دور الأخصائي الاجتماعي مع أنساق التعامل مع المشكلات  
التي تواجه مصابي السكتة الدماغية



الجامعة الإسلامية بغزة

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا

كلية الآداب

ماجستير الخدمة الاجتماعية

استبيان (الأخصائيين الاجتماعيين)

تحية طيبة وبعد...

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان:

"تصور مقترح للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للحد من مشكلات مصابي  
السكتة الدماغية"

(دراسة مطبقة على مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي ومستشفى حمد للأطراف الصناعية)

دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية من كلية الآداب بالجامعة الإسلامية.

بين يديك قائمة تُمثل مشكلة الدراسة، أهداف الدراسة، وتساؤلات الدراسة وذلك على النحو التالي علماً

بأن هذا الاستبيان يستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

مشكلة الدراسة:

تتمحور مشكلة الدراسة بشكل أساسي حول مصابي السكتة الدماغية ومشاكلهم حيث زاد معدل حدوث الإصابة بالسكتات الدماغية بين أفراد المجتمع، وحسب إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية بغزة والبالغ عددهم 2036 مصاباً بالسكتة الدماغية لعام 2021 في مشافي وزارة الصحة والمراكز التأهيلية الخاصة، وأن نسبة 16.5% من مصابي السكتة الدماغية هم ممن تلقوا الرعاية الصحية والتأهيلية، وتعتبر هذه النسبة ليست بالقليلة؛ لأن مصابي السكتة هم من أرباب الأسر ولديهم مسؤوليات تجاه أسرهم ومجتمعهم، بالإضافة إلى ذلك أنهم يعانون من العديد من الإعاقات ما بعد السكتة الدماغية، حيث تؤدي الإصابة لعدة مشاكل اجتماعية واقتصادية ونفسية وتأهيلية: مثل العبء المالي، وعدم المقدرة على أن يكونوا منتجين، بالإضافة إلى الاكتئاب والإحباط، وبالتالي ينتج عنه نقص الدافعية لإعادة التأهيل، مما يؤثر على نتائجهم العلاجية، لذلك فإن التدخلات الطبية وحدها ليست كافية للسيطرة على مشاكلهم، حيث يعاني مصابو السكتة الدماغية من العديد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والأسرية والتأهيلية والتي لها تداعيات خطيرة على توافقه الاجتماعي والنفسية.

الباحث/ رامي عماد الغفير

أولاً: البيانات الأولية:

الرجاء وضع إشارة (✓) في المكان الذي يعبر عن رأيك في الفقرة:

1. النوع:  ذكر  أنثى
2. الفئة العمرية:  أقل من 30 سنة  30 - أقل من 40  40 - أقل من 50  50 سنة فأكثر
3. الحالة الاجتماعية:  أعزب  متزوج  مطلق  أرمل
4. المؤهل العلمي:  دبلوم متوسط  بكالوريوس  ماجستير  دكتوراه
5. سنوات الخبرة:  أقل من 5 سنوات  5 - أقل من 10 سنوات  10 - أقل من 15 سنة  15 سنة فأكثر
6. مكان العمل:  مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي  مستشفى حمد للأطراف الصناعية

\*\* ملاحظة: المقياس المستخدم للإجابة مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة، موافق، محايد، معارض، معارض بشدة)

ثانيًا: فقرات الاستبيان:

الرجاء وضع إشارة (✓) في المكان الذي يعبر عن رأيك في الفقرة:

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
<b>دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق مصاب السكتة الدماغية:</b>						
1.	يقوم الأخصائي الاجتماعي بفتح ملف خاص لمتابعة حالة المصاب.					
2.	تبصير المصاب بالحلول ومساعدته في اختيار الحل الأمثل لمشكلته.					
3.	تقديم الدعم الاجتماعي للمصاب.					
4.	تهيئة الأجواء الإيجابية للمصاب خلال فترة تلقيه العلاج.					
5.	يحرص الأخصائي الاجتماعي على استخدام أساليب التفريغ الانفعالي للمصاب.					
<b>دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق أسرة مصاب السكتة الدماغية:</b>						
1.	يحرص الأخصائي الاجتماعي على توفير بيئة أسرية مستقرة تتقبل وجود المصاب وتهتم في شؤونه.					
2.	المساعدة في حل المشكلات التي تواجه أسرة المصاب في ظل غيابه.					
3.	يقوم بتوفير المساعدات المالية لأسرة المصاب من خلال تحويل الحالة إلى المؤسسات المختصة.					
4.	يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً مهماً في العمل على تماسك الأسرة.					
5.	يحرص الأخصائي الاجتماعي في مشاركة أفراد أسرة المصاب من خلال إعداد مؤتمر الحالة.					
6.	التخفيف من حدة القلق لدى أسرة المصاب بعد غيابه من القيام بأدواره داخل الأسرة.					
<b>دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المؤسسة:</b>						
1.	التشبيك مع المؤسسات الدولية ومؤسسات المجتمع المدني التي تقدم الخدمات الطبية وأجهزة تعويضية للمصابين.					
2.	يعمل الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق مهني لتقديم تسهيلات لحصول المصاب على الخدمة المناسبة له.					

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
3.	القيام بمهام البحث الاجتماعي للعمل على موازنة مرافق المنزل لتناسب الوضع الصحي للمصاب الجديد.					
4.	تذليل إجراءات المؤسسة في حصول مصابي السكتة الدماغية على الخدمات الصحية.					
5.	التعاون مع إدارة المؤسسة في الأنشطة التي تخدم مصابي السكتة الدماغية.					
6.	التواصل مع إدارة المؤسسة لشرح احتياجات مصابي السكتة الدماغية والعمل على إشباعها.					
<b>دور الأخصائي الاجتماعي مع نسق المجتمع:</b>						
1.	تهيئة البيئة الاجتماعية التي يعيش بها المصاب في تقبل إصابته في المجتمع.					
2.	دمج المصاب مع المجتمع المحيط به مثل جماعة الأصدقاء والجيران والمسجد وزملاء العمل.					
3.	تشبيك المصاب بمؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات الطبية التي تقدم له الخدمات العلاجية والأدوية والأجهزة التعويضية.					
4.	حث أسرة المصاب على الترفيه للتخفيف من حدة الضغوط التي عانى منها.					
<b>معلومات تتعلق بنسق الأخصائي الاجتماعي:</b>						
1.	ضعف الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي.					
2.	قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بالمشكلات الأسرية التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.					
3.	نقص المهارة في إدارة المقابلات المهنية مع المصابين.					
4.	نقص المهارات المرتبطة باستخدام الإستراتيجيات والأساليب العلاجية المناسبة (الإقناع - التعاون - التفاوض - التوسط - التوجيه).					
5.	نقص المهارة في إعداد التقارير والبحوث العلمية.					
<b>معلومات تتعلق بنسق مصاب السكتة الدماغية:</b>						
1.	حساسية تعامل مصابي السكتة الدماغية مع الأخصائي الاجتماعي.					

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
2.	عدم الفهم الواضح لأهداف المستشفى وقوانينها.					
3.	عدم تقبل المصاب للأخصائي الاجتماعي والمستشفى.					
4.	التخوف من التجارب السابقة والتردد في الاستمرار بالعملية العلاجية للمصاب.					
<b>معوقات تتعلق بنسق المؤسسة:</b>						
1.	عدم وجود تعاون بين إدارة المؤسسة والاختصاصي الاجتماعي.					
2.	قلة الأجهزة الطبية التي تستخدم في مجال تأهيل مصابي السكتة الدماغية.					
3.	عدم قدرة المؤسسة على إيجاد حلول لمشكلات مصابي السكتة الدماغية.					
4.	نقص في إعداد الأخصائيين العاملين في المجال الطبي بالمؤسسة.					
5.	ضعف إمكانيات المؤسسة وغياب المشاريع والبرامج التطويرية.					
<b>معوقات تتعلق بنسق المجتمع:</b>						
1.	ضعف ثقافة المجتمع في التعامل مع المصاب.					
2.	تفكك الروابط الاجتماعية بين الجيران وعدم التعاون ينعكس على تقبل المجتمع للمصاب.					
3.	ضعف التشبيك بين المؤسسة ومؤسسات المجتمع المحلي.					
4.	النظرة السلبية من بعض أفراد المجتمع تجاه المصاب.					
5.	غياب الدور الإعلامي والوعي المجتمعي تجاه رعاية المصابين.					
<b>مقترحات للحد من معوقات العمل مع مصابي السكتة الدماغية:</b>						
1.	تنمية القصور المعرفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع المشكلات التي تواجه مصابي السكتة الدماغية.					
2.	تطوير المهارات للأخصائي الاجتماعي في إدارة المقابلات المهنية مع مصابي السكتة الدماغية.					

م	البيان	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
.3	تعريف المصاب بالفهم الواضح لأهداف المؤسسة وقوانينها.					
.4	تقبل المصاب للأخصائي الاجتماعي وفريق التأهيل والمؤسسة.					
.5	الفهم الكامل من إدارة المؤسسة لدور الأخصائي الاجتماعي مع المصابين.					
.6	توفير كافة الإمكانيات للعمل مع المصابين.					
.7	توعية المجتمع في التعامل مع مصابي السكتة الدماغية.					
.8	زيادة التشبيك بين مركز التأهيل ومؤسسات المجتمع المحلي.					
.9	تغيير النظرة السلبية لأفراد المجتمع تجاه المصاب.					
.10	زيادة اهتمام الدور الإعلامي تجاه فئة مصابي السكتة الدماغية.					

الباحث/ رامي عماد الغفير

ملحق (3): قائمة بأسماء السادة محكمي أدوات الدراسة

الاسم	الدرجة العلمية
1. د. أحمد علي حجازي	أستاذ مساعد - قسم الخدمة الاجتماعية تخصص مشكلات اجتماعية - جامعة دمياط - مصر
2. د. أحمد وهبي حسين	دكتوراه في قسم مجالات الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم - مصر
3. د. إسماعيل الرحل	دكتوراه - محاضر وأستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد بجامعة الأقصى - بغزة
4. د. أمجد محمد المفتي	أستاذ مشارك - رئيس قسم الخدمة الاجتماعية بالجامعة الإسلامية - بغزة
5. د. رشا عبد الباري	دكتوراه في قسم تنظيم المجتمع - جامعة أسيوط - مصر
6. د. رمضان أبو الفتوح السيد	دكتوراه - في قسم العمل مع الجماعات - جامعة حلوان - مصر
7. د. زياد كرت	دكتوراه خدمة فرد (غير متفرغ)
8. د. سناء فارس	دكتوراه فلسفة الخدمة الاجتماعية - قسم تنظيم المجتمع - جامعة أسيوط - مصر
9. د. غادة عبد العال	أستاذ مساعد - قسم خدمة فرد كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة أسيوط - مصر
10. د. محمد اسماعيل مطر	دكتوراه - محاضر غير متفرغ بجامعة القدس المفتوحة - بغزة.

ملحق (4): خطابات تسهيل مهمات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية بغزة  
The Islamic University of Gaza

الرقم ... ج. من غ. / ٦٠١٠ / ٠٠٠ / Ref

التاريخ ... ٢٠٢١ / ١١ / ٢١ م Date

الأخ / أستاذ / أستاذة  
د. فخرية الخضير

الأخ الفاضل / المدير الطبي لمستشفى الوفاء

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع / تسهيل مهمة باحث

بداية نسأل الله لكم ولمؤسستكم العريقة دوام التقدم والنجاح، وبخصوص الموضوع أعلاه يقوم الطالب/ رامي عماد الغفير برقم جامعي ١٢٠٢٠٠٠٥٠ والمقيد بالدراسات العليا (ماجستير الخدمة الاجتماعية) بدراسة علمية بعنوان (خدمات التأهيل الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة) ويحتاج إلى بيانات ومعلومات عن خدمات التأهيل الاجتماعي في مؤسستكم العامرة.

خالصين لكم حسن تعاونكم، والله يحفظكم ويرحمكم.

الأخوة والأخوات د. سارة لانا  
د. فخرية الخضير

د. أمجد محمد الخطيب

رئيس قسم الخدمة الاجتماعية

د. أمجد محمد الخطيب





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية بغزة  
The Islamic University of Gaza

قسم الخدمة الاجتماعية

هاتف ٢٣٦٠

الرقم ...ج.ص.غ./٦٩٠/Ref

التاريخ ٢٠٢١/١١/١١ م Date

الأخ الفاضل/ مدير مستشفى حمد للأطراف

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع / تسهيل مهمة باحث

بداية نسأل الله لكم ولمؤسستكم العريقة دوام التقدم والنجاح، وبخصوص الموضوع أعلاه يقوم الطالب/ رامي عماد الغفير برقم جامعي ١٢٠٢٠٠٠٥٠ والمقيد بالدراسات العليا (ماجستير الخدمة الاجتماعية) بدراسة علمية بعنوان (خدمات التأهيل الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة) ويحتاج إلى بيانات ومعلومات عن خدمات التأهيل الاجتماعي في مؤسستكم العاصرة.

هاجرين لكم ضمن تعاونكم، والله يعتطفكم ويرحمكم.

أ. مراد سبر ... ج.ص.غ.

لا مانع مني من خدمتكم  
فارس جابر الإبراهيم  
مستشاركم  
مستشاركم

د. هبة أبو حيا

٢٠٢١/١١/١١

رئيس قسم الخدمة الاجتماعية

د. أمجد محمد المغني

