

تأثير المعلومات المزودة بواسطة الفيديو على مستوى القلق وتعاون المريض لدى إجراء التنظير الهضمي العلوي

الدكتور مازن حيدر*

لينا علي كافي**

(تاريخ الإيداع 24 / 11 / 2015. قُبل للنشر في 7 / 3 / 2016)

□ ملخص □

يعدُّ التنظير الهضمي العلوي من الإجراءات الآمنة و يستخدم على نطاق واسع لأهداف تشخيصية و علاجية، فهذه الإجراءات يمكن أن تكون مؤلمة و مزعجة و تعاون المريض ضروري جداً للحصول على نتائج ناجحة. يعتبر القلق و الشدة النفسية من المشاكل الشائعة لدى المرضى الذين سيخضعون لإجراءات طبية باضعة، فالقلق قبل التنظير الهضمي العلوي يمكن أن يكون له نتائج سلبية و في بعض الأحيان قد يعيق إتمام الإجراء بشكل ناجح. فعادة خلال الممارسة الروتينية يستخدم التواصل اللفظي أو المكتوب لتزويد المريض بالمعلومات و معظم هذه المعلومات تركز على الإجراء نفسه و مضاعفاته. **الهدف:** تحديد تأثير المعلومات المزودة بواسطة الفيديو و المعلومات المزودة شفهيّاً على مستوى القلق و تعاون المريض لدى إجراء التنظير الهضمي العلوي. **طرق و أدوات البحث:** تم تطبيق الدراسة على ستين مريضاً من المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي و قد تم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، مجموعة تجريبية أولى تم تزويدها بالمعلومات بواسطة الفيديو (20) و مجموعة تجريبية ثانية تم تزويدها بالمعلومات شفهيّاً (20) و مجموعة ضابطة (20). تم عرض مقطع فيديو مدته 7 دقائق للمرضى في المجموعة التجريبية الأولى حول ضرورة إجراء التنظير الهضمي العلوي و تعاون المريض مع الطبيب خلال الإجراء مع التأكيد على المشاعر المحتملة التي يمكن أن يختبرها المريض، ثم تم قياس حالة القلق عبر استخدام مقياس سيبيلبرجر لحالة و سمة القلق و خلال الإجراء تم قياس درجة تعاون المريض عبر استخدام مقياس التناظرية البصرية. **الاستنتاج:** خلصت نتائج الدراسة إلى أن المعلومات المزودة بواسطة الفيديو تنقص من مستوى القلق و تزيد من تعاون المريض خلال الإجراء فيصبح بذلك أكثر استعداداً للخضوع لمثل هذه الإجراءات في المرات القادمة.

الكلمات المفتاحية: التنظير، المعلومات المزودة بالفيديو، مستوى القلق، تعاون المريض

* مدرس - قسم تمريض البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم تمريض البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Impact of video information on anxiety and intra procedural co-operation among the patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy

Dr. mazen haidar*
Lina kafi**

(Received 24 / 11 / 2015. Accepted 7 / 3 / 2016)

□ ABSTRACT □

Introduction: Upper gastrointestinal system endoscopy is a safe and widely used procedure for diagnosis and treatment purposes. Endoscopic procedures can be painful and uncomfortable and patient cooperation is very important for a successful result. Anxiety and stress are common problem in patients who have to undergo an invasive medical procedure. Anxiety before upper gastrointestinal endoscopy may have adverse consequences and can sometimes hamper successful completion of the procedure. In routine practice, verbal or written communication is used to inform the patient. Mostly this information is focused on the procedure itself and its complications. **Aim:** To investigate the effect of showing an informative video or providing verbal group education on anxiety and intra procedural co-operation among the patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy. **Material and methods:** sixty gastrointestinal endoscopy patients were randomly assigned to video (20) or verbal information (20) groups or control (20) group. Patients in the video group watched a 7-minute-long video about the necessity of the endoscopic procedure, doctor and patient cooperation, and possible complications, emphasizing the possible feelings the patients might experience. The patients' situational anxiety was measured using the State-Trait Anxiety Inventory's two scales (STAI-State and STAI-Trait). During the procedure we evaluate the patient's co-operation degree by using the Visual Analog Scale (VAS) with the doctors. **Conclusions:** It can be concluded that information by video helps reduce the anxiety of the patient, increases patient co-operation and the patient is much more readily convinced to undergo another procedure, in cases where a control is needed.

Key words: endoscopy, video information, anxiety, patient co-operation.

* Assistant Professor, Faculty of nursing, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

** Postgraduate Student, Faculty of nursing, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

مقدمة

يعتبر التنظير الهضمي العلوي من أحدث التقنيات المستخدمة حالياً لدقتها و نتائجها العالية، بذلك أحدث نقلة كبيرة جداً في تشخيص وعلاج أمراض المريء والمعدة و الاثني عشر، حيث يستخدم التنظير الهضمي العلوي في تشخيص أمراض المريء مثل مرض الجزر المعدي المريئي، تعذر ارتخاء المريء (الارتخائية)، و في تقييم أدبيات المريء المختلفة الناجمة عن بعض الأدوية و السموم، كما يستخدم في تقييم حالات ما قبل سرطان المريء مثل داء باريت، أما أمراض المعدة التي تستدعي إجراء التنظير تتضمن القرحة المعدية و قرحة العفج وسرطان الجهاز الهضمي. هذا ويمكن استعماله كوسيلة علاجية مثل استئصال البوليبيات أو علاج نزوف دوالي المريء عبر الربط أو التصليب أو الحقن وإزالة الأجسام الغريبة (2,1). يعتبر القلق من المشاكل الشائعة التي ترافق إجراء التنظير الهضمي العلوي، وذلك بسبب طريقة تنفيذ الإجراء والانزعاج المرافق له أثناء إدخال المنظار عبر الحلق والبلعوم و التي تتم غالباً والمريض في حالة وعي مما يؤدي لنقص في قدرة تحمل المريض للإجراء، حيث أوضح (felly et al 2008) أن المستويات العالية من القلق يمكن أن يكون له عواقب سلبية و زيادة في متطلبات التخدير في حين ذكر (Kutluturkan et al, 2010) أن القلق يزيد من طول مدة الإجراء و يزيد من احتمال المضاعفات التالية، و يضاعف إحساس المريض بالألم، و يزيد من صعوبة تعاون المريض مع الكادر الطبي و التمريضي مما يجعل الإجراء صعب الأداء على مقدمي الرعاية الصحية و يحول دون إتمامه (3,4). و أهم العوامل المؤثرة على مستوى القلق لدى هؤلاء المرضى هو عدم الفهم الواضح للإجراء في حد ذاته، و حول طريقة تنفيذه و النتائج المحتملة له، و الخوف من الألم و الاختناق أثناء إدخال الأنبوب، أو التشخيصات غير المتوقعة مثل السرطان، و عدم وجود مفهوم واضح حول التخدير و الأدوية المستخدمة فيه، بالإضافة إلى عدم حصول المرضى على معلومات كافية من مزودي الرعاية الصحية و على الرغم من أن القلق الخفيف يمكن أن يعالج عبر جهود معينة و لكن الحالة تصبح معقدة كثيراً و صعبة في حالات القلق الشديد (5,6). حيث عرّف سيبيلجر القلق كحالة عاطفية انفعالية من التوتر و العصبية و هذه الحالة تحدث و تنشط الجهاز العصبي و تزيد من ضغط الدم و تسرع القلب و طبقاً لنظرية القلق كما يطرحها سيبيلجر فإن ثمة جانبين أو مفهومين للقلق و هما: حالة القلق State و سمة القلق Trait و يشير مفهوم حالة القلق إلى القلق بوصفه "حالة انفعالية طارئة أو مؤقتة لدى الإنسان يختلف من حيث الشدة و يتذبذب من وقت لآخر و تبعاً لذلك ترتفع حالة القلق في الظروف التي ينظر إليها الشخص على أنها ظروف مهددة. أما مفهوم سمة القلق فإنه يشير إلى القلق بوصفه سمة ثابتة نسبياً للشخص البشرية و لكن يتفاوت الأفراد في درجة امتلاكهم لها مما يعكس فروقاً بينهم من حيث استعدادهم للاستجابة للمواقف الضاغطة بدرجات مختلفة من القلق (7).

و قد تقرر في العديد من الدراسات أن أفضل طريقة لتخفيف القلق و الشدة النفسية لدى المرضى قبل الإجراءات الطبية الباضعة هو تزويد المريض بمعلومات حول الإجراء و حول أشياء يمكن أن يراها أو يسمعها أو يشعر بها خلال إجراء التنظير الهضمي و الهدف من الإجراء ، طبيعة و تكرار المضاعفات المحتملة و كذلك الفوائد المرجوة يجب شرحها مفصلاً و تأثير المعلومات المزودة للمرضى خلال عملية الموافقة المسبقة على القلق مثار جدل و هناك اعتقاد سائد أن المعلومات المزودة الإضافية خصوصاً حول المخاطر و المضاعفات يمكن أن يسبب للمريض قلق مفرط أو غير ضروري و هناك دليل أن عكس ذلك قد يكون غير صحيح (8). و تشير الدراسات السابقة أن بعض المرضى يرغبون بتزويدهم بالمعلومات بينما آخرين يمكن أن يتجنبوا هذه المعلومات (9).

هذا و إن الوسيلة المثالية لتوفير المعلومات قبل الإجراءات الطبية لا تزال مبهمة. عادة و بشكل تقليدي يتم تزويد هذه المعلومات شفها من قبل الطبيب بوصفه عنصراً من عناصر الموافقة المسبقة للمرضى. وقد تحققت العديد من الدراسات باستخدام منشورات أو كتيبات لتطوير وتوحيد المعلومات المقدمة للمرضى ولكن الكثير من المرضى لا يقرؤوا هذه الأشكال بالضبط ولا يفهمون تماماً محتواها (10). و قد أظهرت هذه الدراسات أن الوسائط الإلكترونية مثل شريط صوتي أو شريط فيديو هي بدائل جيدة للتغلب على أوجه القصور في النشرات الإعلامية و هناك العديد من الأبحاث التي تمت مقارنة كفاءة المعلومات المقدمة بواسطة الوسائط المتعددة أو الفيديو مع عدمه على حالة القلق لدى المرضى الذين سيخضعون لتنظير الجهاز الهضمي في الأدبيات. و قد أظهرت هذه الأبحاث أن المعلومات التي يتم الحصول عليها عبر عرض شريط فيديو هو أكثر فائدة من المعلومات الشفهية و تضمن مستوى ثابت من المعلومات التي لا تخضع للقدرة المتفاوتة لمختلف مزودي الرعاية الصحية أو آراء الأطباء، كما أنها تساعد في التغلب على مشاكل الأمية لدى المرضى و المرتبطة بالمعلومات المكتوبة و هي أكثر فعالية من الطرق التقليدية الأخرى (11).

أهمية البحث و أهدافه:

استناداً إلى الخبرة العملية خلال الممارسة في الحقل السريري وجد أن المريض الذي سيخضع للتنظير الهضمي العلوي لديه مستوى عالٍ من القلق و التوتر الشديد يعكس سلباً على نتائج الإجراء نتيجة نقص المعرفة أو الخوف من حدوث المضاعفات. لذا تقرر إجراء هذا البحث للتحقيق في المنهج أو المقاربة الأفضل و الأنسب للتزويد بالمعلومات قبل إجراءات التنظير من أجل تحسين راحة المرضى و جودة الإجراء، و لتحديد تأثير المعلومات المزودة بواسطة الفيديو و المعلومات المزودة شفهاً على مستوى القلق و تعاون المريض أثناء إجراء التنظير الهضمي العلوي. وهنا تكمن أهمية البحث في تقديم معلومات مسموعة و مرئية للمريض تخاطب أكثر من حاسة و تستخدم أسلوباً مختلفاً لتطبيق الدراسة بالطريقة التي ذكرت و الذي يعتبر للتمريض دوراً مهماً فيها لضمان نجاح الإجراء و الحصول على نتائج جيدة.

طرائق البحث و مواد:

خطة البحث في هذه الدراسة تجريبية حقيقية و قد أجريت في المشفى الوطني في محافظة اللاذقية في قسم الاستقصاءات الوظيفية، حيث تم جمع البيانات في الفترة الواقعة بين 2015/1/15 و لغاية 2015/5/30م على عينة مؤلفة من 60 مريضاً من كلا الجنسين و الذين تتراوح أعمارهم بين 18 - 65 سنة و الذين سيخضعون للتنظير الهضمي العلوي لأول مرة في حين تم استبعاد كل المرضى الذين تم استخدام أدوية مهدئة أو مركنة وريدياً، و المرضى الذين لديهم مشاكل بالإدراك الحسي أو البصري. تم اختيار العينة بطريقة الاعتيان العشوائي حيث قسمت عشوائياً إلى ثلاث مجموعات متساوية.

- المجموعة التجريبية الأولى: مؤلفة من 20 مريضاً تم تزويدهم بالمعلومات بواسطة الفيديو.
- المجموعة التجريبية الثانية: مؤلفة من 20 مريضاً تم تزويدهم بالمعلومات شفهاً من خلال المقابلة المباشرة.
- المجموعة الضابطة: مؤلفة من 20 مريضاً تركوا للرعاية الطبية والتمريضية الروتينية وفق سياسة المشفى المعتمدة.

أدوات الدراسة:**الأداة الأولى: استمارة البيانات الديموغرافية و الحيوية**

الأداة الثانية: استمارة تحديد مستوى القلق لدى المريض : يتألف مقياس القلق من مقياسين فرعيين اثنين

يعتمدان أسلوب التقرير الذاتي وهما مقياس حالة القلق *scale state- anxiety* ومقياس سمة القلق *Trait- Anxiety scale*، و يتكون مقياس حالة القلق من عشرين عبارة تقريرية تستهدف تقدير مشاعر المشارك بالدراسة (المريض) في الطرف الراهن، أو "في هذه اللحظة بالذات" و الجوانب التي يتناولها هذا المقياس هي مشاعر التخوف أو التوجس *apprehension* و التوتر *tension* و العصبية *nervousness* و الهم أو الضيق *worry*. أما مقياس سمة القلق فيتكون أيضاً من عشرين عبارة تقديرية تستهدف مشاعر المريض بشكل عام⁽⁷⁾.

الأداة الثالثة: التي تم تطويرها من قبل الباحث بالاعتماد على استعراض المراجع ذات الصلة تم فيها استعمال مقياس (Visual Analog Scale) لتقييم درجة تعاون المريض مع الطبيب خلال الإجراء.

طرائق البحث: تم استعمال الأداة الأولى لكل المجموعات الثلاث و ذلك خلال المقابلة الأولى مع المريض و ذلك قبل حوالي من 1- 5 ساعة من موعد إجراء التنظير الهضمي ثم تم استعمال الأداة الثانية لتقييم مستوى القلق لدى المجموعات الثلاث مع إعطاء المرضى وقت كاف للإجابة عليها، بعد ذلك تم تزويد المرضى في المجموعة التجريبية الأولى بالمعلومات المتعلقة بالتنظير الهضمي العلوي عبر عرض مقطع فيديو مصمم من قبل الباحث بعد استعراض المراجع ذات الصلة يحتوي على البنود التالية (معلومات مع عرض توضيحي حول تعريف التنظير الهضمي العلوي و الهدف منه، تحضير المريض للإجراء، خطوات الإجراء، المشاعر التي قد يشعر بها المريض، المضاعفات المحتملة للإجراء، دور المريض خلال الإجراء، العناية التمريضية بعد الإجراء)، في حين تم تزويد المرضى في المجموعة التجريبية الثانية بالمعلومات ذاتها و لكن شفهاً، ثم تم تقييم مستوى القلق مرة ثانية باستعمال الأداة الثانية لدى المجموعتين التجريبيتين مع إعطاء المرضى وقت كاف للإجابة عليها. بعد ذلك تم تقييم درجة تعاون المريض خلال التنظير الهضمي باستعمال الأداة الثالثة و ذلك للأطباء الذين قاموا بالإجراء خلال وقت الدراسة لدى المجموعات الثلاث.

النتائج و المناقشة:

جدول رقم (1): توزع العينة تبعاً لمستوى حالة القلق لدى المجموعات الثلاث قبل تلقي المعلومات.

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية الأولى		المجموعة التجريبية الثانية (شفهي)		مستوى القلق
%	N	%	N	%	N	
	(20)		(20)		(20)	
15%	3	35%	7	20%	4	خفيف
70%	14	40%	8	65%	13	متوسط
15%	3	25%	5	15%	3	شديد
50.45±9.32		49.25±14.42		47.65±11.66		Mean ±SD

يبين الجدول (1) أن معظم أفراد العينة لديهم مستوى حالة القلق متوسطة بنسبة 70% في المجموعة الضابطة، و 40% في المجموعة التجريبية الأولى (فيديو)، و 65% في المجموعة التجريبية الثانية (شفهي).

جدول رقم (2): توزع العينة تبعاً لمستوى حالة القلق لدى المجموعات الثلاث بعد تلقي المعلومات.

المجموعة التجريبية الثانية (شفي)		المجموعة التجريبية الأولى (فيديو)		المجموعة الضابطة		مستوى القلق
%	N (20)	%	N (20)	%	N (20)	
95%	19	75%	15	15%	3	خفيف
5%	1	25%	5	70%	14	متوسط
0%	0	0%	0	15%	3	شديد
33.35±5.36		34.55±7.74		50.45±9.32		Mean ± SD

يبين الجدول رقم (2) أنه بعد تزويد المريض بالمعلومات تحول القلق المتوسط إلى قلق خفيف بنسبة 75% في المجموعة التجريبية الأولى (فيديو)، و 95% في المجموعة التجريبية الثانية (شفي)، في حين اختفى القلق الشديد إلى 0% في كلا المجموعتين التجريبتين الأولى و الثانية.

جدول رقم (3) مقارنة مستوى حالة القلق في المجموعة التجريبية الأولى قبل وبعد تلقي المعلومات بواسطة الفيديو.

التجريبية الأولى	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت) T	درجات الحرية (df)	الدلالة (Sig)	الفروق
قبل	20	49.25	14.418	14.70	6.165	19	0.000	يوجد فرق
بعد	20	34.55	7.735					

يبين الجدول رقم (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى قبل وبعد تلقي المعلومات بالفيديو، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت المعلومات بواسطة الفيديو.

جدول رقم (4) مقارنة مستوى حالة القلق في المجموعة التجريبية الثانية قبل وبعد تلقي المعلومات شفهاً.

التجريبية الثانية	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت) T	درجات الحرية (df)	الدلالة (Sig)	الفروق
قبل	20	47.65	11.658	14.30	6.537	19	0.000	يوجد فرق
بعد	20	33.35	5.363					

يبين الجدول رقم (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الثانية قبل وبعد تلقي المعلومات شفهيًا، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية الثانية بعد تلقي المعلومات شفهيًا.

جدول رقم (5): مقارنة مستوى حالة القلق بين المجموعات الثلاث قبل و بعد تلقي المعلومات

بعد تلقي المعلومات					قبل تلقي المعلومات						
الفروق	الدلالة (Sig)	قيمة (ت) T	الفرق بين المتوسطين	المتوسط الحسابي	الفروق	الدلالة (Sig)	قيمة (ت) T	الفرق بين المتوسطين	المتوسط الحسابي	N	المجموعة
يوجد فرق	0.000	5.870	15.9	34.55	لا يوجد فرق	0.756	-	1.200	49.25	20	تجريبية أولى
				50.45					50.45	20	ضابطة
يوجد فرق	0.000	7.111	17.1	33.35	لا يوجد فرق	0.407	-	2.80	47.65	20	تجريبية ثانية
				50.45					50.45	20	ضابطة
لا يوجد فرق	0.572	0.570	1.20	34.55	لا يوجد فرق	0.702	0.386	1.60	49.25	20	تجريبية أولى
				33.35					47.65	20	تجريبية ثانية

يوضح الجدول رقم (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى و الضابطة و بين المجموعة التجريبية الثانية و الضابطة و ذلك لصالح المجموعات التجريبية الأولى و الثانية.

جدول رقم(6): توزع العينة تبعاً لدرجة تعاون المريض ضمن المجموعات الثلاث:

P	شفهي		فيديو		ضابطة		درجة التعاون
	%	N	%	N	%	N	
0.005	%5	1	%0	0	%30	6	غير متعاون
	%20	4	%15	3	%35	7	متوسط
	%75	15	%85	17	%35	7	متعاون
	7.00±2.179		7.45±1.747		5.70±1.572		Mean ± SD

يظهر الجدول رقم (6) أن غالبية المرضى في المجموعة التجريبية الأولى (فيديو) كانوا متعاونين أثناء تنفيذ الإجراء و حوالي ثلاث أرباع المرضى في المجموعة التجريبية الثانية (شفهي)، في حين كان ثلث المرضى فقط متعاونين في المجموعة الضابطة.

جدول رقم (7) مقارنة بين المجموعات الثلاث في درجة تعاون المريض أثناء الإجراء.

المجموعة	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت) T	درجات الحرية (df)	الدلالة (Sig)	الفروق
تجريبية أولى	20	7.45	1.572	1.750	2.913	38	0.006	يوجد فرق
	20	5.70	2.179					
تجريبية ثانية	20	7.00	1.747	1.3	2.082	38	0.044	يوجد فرق
	20	5.70	2.179					
تجريبية أولى	20	7.45	1.572	0.45	0.856	38	0.397	لا يوجد فرق
	20	7.00	1.747					

يبين الجدول رقم (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعاون المريض خلال إجراء التنظير الهضمي العلوي و ذلك بين المجموعتين التجريبتين الأولى و الثانية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة.

المناقشة:

كشفت الدراسة الحالية أن غالبية المرضى في كل المجموعات (المجموعة التجريبية الأولى (فيديو)، المجموعة التجريبية الثانية (شفهي)، المجموعة الضابطة) قد عانوا من درجة متوسطة من القلق قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي. و حول ذلك فقد أقر (Rohde and Gebbensleben 2001) أن 67% من المرضى عانوا من القلق قبل التنظير الهضمي العلوي و 49% منهم عانوا من قلق مفرط⁽¹²⁾. و في نفس السياق قام الباحث (Unnal 2012) بتحديد مستويات القلق عند المرضى الذين سيخضعون للتنظير الهضمي وفق مقياس بيك للقلق فكان نسبة القلق الخفيف 78.9%، و المتوسط 15.6% و الشديد 5.5%⁽⁶⁾.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى حالة القلق بعد تزويد المرضى بالمعلومات بواسطة الفيديو في المجموعة التجريبية الأولى (فيديو) مما يدل ذلك على أن المعلومات التي تم تزويد المرضى بها كانت ذات فائدة و فعالية في خفض مستوى حالة القلق لديهم. و هذه النتائج كانت قد دعمت من قبل دراسة أجراها الباحث (Munch et al.1997) استخدم فيه الكمبيوتر لتزويد المرضى بالمعلومات فوجد أن 60% منهم انخفض لديهم مستوى القلق بشكل مهم، و 96% منهم صرحوا بأنهم شعروا بالاطمئنان كنتيجة لهذا التنظير⁽¹³⁾. كما أظهرت النتائج أيضاً عن فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى حالة القلق في المجموعة التجريبية الثانية (شفهي) بعد تزويد المرضى بالمعلومات شفهاً. و هذه النتائج كانت قد دعمت من قبل الدراسة السابقة الذي أجراها الباحث (Arabul 2013) حول تأثير المعلومات المزودة بواسطة الفيديو و المعلومات المزودة شفهاً على مستوى القلق و الرضا لدى المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي حيث وجد فيه أن مستوى حالة القلق قد انخفض بعد

تزويد المرضى بمعلومات حول الإجراء فكان متوسط حالة القلق 37 ± 10.0 في مجموعة الفيديو و 46 ± 9.09 في المجموعة الشفهية مع قيمة $(P=0.003)$ ⁽¹¹⁾.

أما بالنسبة لمستوى سمة القلق فقد لوحظ في الدراسة الحالية أن غالبية المرضى كان لديهم سمة قلق متوسطة في المجموعات الثلاث قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي و لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لسمة القلق بين المجموعات الثلاث سواء قبل أو بعد تزويد المرضى بالمعلومات، و إن كان هناك بعض الفروق في المتوسطات بين المجموعات تبقى هذه الفروق ضئيلة و لم ترتقي إلى مستوى الدلالة الإحصائية، و هذا يرتبط بالدرجة الأولى أن سمة القلق هي سمة ثابتة نسبياً بالشخصية و لا تتغير بتغير المواقف أو الظروف و تبقى مع مرور الزمن بعكس حالة القلق التي تتغير تبعاً للمواقف الضاغطة التي قد يتعرض لها الشخص⁽⁷⁾.

و هذا يتفق مع دراسة لـ (Jones 2004) الذي قال فيه أن هناك ارتباط بين التنظير الهضمي العلوي و مستوى حالة القلق و لكن سمة القلق لم تتأثر⁽¹⁴⁾. و في دراسة أخرى لـ (Ersöz 2010) حول تقييم مستويات القلق لدى المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي و السفلي حيث وجد فيها أيضاً زيادة في حالة القلق قبل التنظير الهضمي العلوي و السفلي من دون تغير في سمة القلق، كما لاحظ أن مستويات القلق لم ترتبط بنوع الإجراء، و وجد أن درجات حالة القلق قد زادت من 36.9 إلى 45.7 مع قيمة $(P=0.001)$ قبل التنظير الهضمي السفلي، و من 36.9 إلى 44.8 مع قيمة $(P=0.001)$ و ذلك خلال الساعات الأخيرة قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي مباشرة⁽¹⁵⁾.

كما كشفت الدراسة الحالية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى حالة القلق بين المجموعتين الأولى التي تم تزويدها بالمعلومات بواسطة الفيديو و الضابطة الخاضعة لروتين المشفى و هذه الفروق كانت لصالح المجموعة الأولى. و تعود هذه النتائج لاستخدام وسيلة الفيديو كوسيلة مساعدة في تقديم معلومات مسموعة و مرئية تخاطب أكثر من حاسة و ذلك حول التنظير الهضمي العلوي و كيفية إجرائه و التحضير له و مضاعفاته مما أدى إلى انخفاض مستوى القلق مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتزود بأي نوع من المعلومات. و هذه النتائج تتوافق مع دراسة أجريت من قبل (Pager 2005) حيث وجد أن المرضى الذين تزودوا بالمعلومات عبر مشاهدة فيديو قبل عمليات الساد كان لديهم قلق أقل و رضا أكبر و الإجراء كان أفضل و شعر المرضى بأنهم أفضل عند مقارنتهم بالمرضى في المجموعة الضابطة⁽¹⁶⁾. و في هذا السياق فقد درس العالم (ErsinGunay. et al 2014) تأثير المعلومات المزودة بالوسائط المتعددة خلال تنظير القصبات، و قد تبين أنها تقلل من حالة القلق و تنقص من جرعة المهدئات كما أنها تنقص من مدة الإجراء و تخفف من الصعوبات المرافقة لعمليات التنظير⁽¹⁷⁾.

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى حالة القلق بين المجموعتين الثانية التي تم تزويدها بالمعلومات شفهياً و المجموعة الضابطة الخاضعة لروتين المشفى و هذه الفروق كانت لصالح المجموعة الثانية. و تعود هذه النتائج لتلقي المرضى معلومات و شرح شفهي حول إجراء التنظير الهضمي العلوي. و هذه النتائج تتوافق مع دراسة لـ (Pehlivan et al. 2011) حول تأثير المعلومات المزودة على الإدراك و المطاوعة و مستوى القلق لدى المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي، حيث وجد أن المجموعة التي تم تزويدها بمعلومات شفهية كان لديهم مستوى قلق أقل مقارنة بالمجموعة التي تزودت بمعلومات مكتوبة و هذا يقترح أن المعلومات الشفهية أكثر فعالية من المعلومات المكتوبة و أسباب هذا التأثير الأفضل للمعلومات الشفهية من وجهة نظر الباحث يعتقد أنه يعزى إلى حقيقة أن المرضى يمكن أن يسألوا أسئلة و يشاركوا قلقهم و مخاوفهم و يستقبلوا توضيحات حول موضوعات غير مفهومة خلال التوضيح الشفهي و السبب الآخر أن المرضى قد لا يقرؤون المواد

المكتوبة⁽¹⁸⁾. وقد أقر (Mayberry 2001) في دراسة أجراها على 81 مريضاً ممن سيخضعون للتنظير الهضمي العلوي والسفلي فوجد أن 58 مريضاً منهم كانوا يفضلون التزوّد بالمعلومات شفهيّاً من قبل الطبيب، و 53% منهم كانوا يعتقدون أن المخاطر المتعلقة بالإجراء يجب أن تشرح لهم قبل الإجراء، كما و لاحظ أيضاً أن غالبية المرضى يفضلون التزوّد بمعلومات حول طريقة الإجراء و الهدف منه والمخاطر المحتملة⁽¹⁹⁾.

كما كشفت نتائج الدراسة الحالية عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية على مستوى حالة القلق بين المجموعة التجريبية الأولى (فيديو) و المجموعة التجريبية الثانية (شفهي)، حيث كانت الطريقتان ذات فائدة في خفض مستوى حالة القلق لدى المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي و إن كانت هناك بعض الفروق في المتوسطات لصالح المجموعة التي تلقت المعلومات بواسطة الفيديو و لكنها ليست هامة إحصائياً و قد تعود هذه النتيجة إلى أن الطريقتين معاً كانت ذات فائدة في تزويد المرضى بالمعلومات أو تعود إلى الفروق الشخصية و تفضيلات المرضى و في هذا الخصوص فقد ذكر (Miller 1983) أن الفروق الفردية في التأقلم مع الشدة النفسية المسببة قبل الإجراءات يمكن أن تكون السبب في اختلاف فعالية المعلومات المقدمة قبل الإجراءات الجراحية⁽⁹⁾.

و على النقيض الآخر و في دراسة أخرى للباحث (Levy et al. 1989) قسم المرضى لخمسة مجموعات تبعاً لتزويدهم بمعلومات قبل التنظير، مجموعة أولى لم يزودهم بمعلومات، و مجموعة ثانية زودهم بمعلومات بسيطة، و مجموعة ثالثة زودهم بمعلومات مفصلة، و رابعة زودهم بمعلومات مفصلة مع صور توضيحية، و خامسة زودهم بمعلومات مفصلة مع استخدام صور فيديو، و في نهاية الدراسة لم يجد هناك أي اختلاف بين المجموعات في درجات القلق حيث وجد أن المعلومات المفصلة لم تقلل من قلق المرضى⁽²⁰⁾.

أما بالنسبة للنتائج المتعلقة بدرجة تعاون المرضى خلال التنظير الهضمي العلوي فقد لوحظ أن غالبية المرضى في المجموعة التجريبية الأولى (فيديو) كانوا متعاونين أثناء تنفيذ الإجراء و حوالي ثلاث أرباع المرضى في المجموعة التجريبية الثانية (شفهي)، في حين كان ثلث المرضى فقط متعاونين في المجموعة الضابطة. و هذه النتيجة مدعومة من قبل دراسات أشارت فيه إلى أن المعلومات المرئية بواسطة الفيديو خلال القنطرة القلبية و جراحات الأوعية الإكليلية و التلاسيما و COPD تؤثر إيجابياً على تعاون المريض و نتائج المعالجة⁽²¹⁻²⁵⁾.

كما أكدت نتائج دراستنا الحالية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لدرجة تعاون المريض بين المجموعتين التجريبية الأولى و الضابطة و بين المجموعتين التجريبية الثانية (شفهي) و الضابطة و ذلك لصالح المجموعات التجريبية و حول هذا فقد درس (Mahajan 1997) في جامعة ميسوري في كولومبيا أكثر المتغيرات تنبؤاً لتعاون المرضى خلال التنظير الهضمي العلوي و استنتج أن العمر، و نوع الإجراء، و مقياس القلق كانت أفضل المنبئات لتعاون المرضى خلال الإجراء من وجهة نظر الطبيب⁽²⁶⁾. كما كشفت الدراسة أيضاً عن وجود علاقة بين درجة تعاون المرضى و سمة القلق ضمن المجموعات أي كلما انخفض مستوى سمة القلق كلما زادت درجة تعاون المريض و هذه النتائج تتوافق مع ما جاءت به دراسة لـ (Trevisani 2002) حول تقييم مستوى القلق خلال إجراء التنظير الهضمي التشخيصي و التي أوضح فيها أن تعاون المرضى كان مرتبطاً بشكل عكسي مع كل من حالة و سمة القلق و هذا يعني أنه كلما كان المريض أقل قلقاً و شدة قبل التنظير كلما ازداد درجة تعاونه و انصياعه مع الأوامر الطبية و التمريضية مما يجعل الإجراء سهلاً و طبعاً و قلت الصعوبات خلاله⁽²⁷⁾.

الاستنتاجات و التوصيات:

الاستنتاجات:

بينت نتائج الدراسة الحالية أن المعلومات المزودة بواسطة الفيديو و المعلومات المزودة شفهيًا ساهمت في خفض مستوى حالة القلق لدى المرضى الخاضعين للتنظير الهضمي العلوي من دون أي تأثير على سمة القلق، و زادت من درجة تعاون المرضى خلال الإجراء، كما تبين أن للإناث حالة و سمة قلق أعلى من الذكور.

التوصيات:

يوصى باعتماد سياسة تزويد المرضى بالمعلومات بواسطة الفيديو قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي لما له من فوائد في تخفيف قلق المرضى وزيادة تعاونهم خلال الإجراء و توفير كتيبات توضيحية و CD مرافقة له في قسم الاستقصاءات الوظيفية حول كيفية إجراء التنظير الهضمي العلوي والهدف منه متضمنًا صور و رسومات مع عروض فيديو وذلك قبل الموعد المقرر للإجراء و إجراء المزيد من الأبحاث الإضافية للمقارنة بين طرق تزويد المرضى بالمعلومات لمعرفة الطريقة المثلى، و لمعرفة تأثير المعلومات على مستوى القلق خلال إجراءات تشخيصية أخرى.

المراجع:

1. WILLIAMS, L. S; HOPPER,P. D.*medical surgical nursing,second edition.* published by Davis Company,USA,2003,P(482-90)
2. SUZANNE, C. et al. *Brunner &Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing, eleventh edition.* published by Lippincott Williams & Wilkins, 2008, P(951-64).
3. FELLE, C; PERNEGER, T. V.2008,*Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: A randomized control trial. BMC Gastroenterology, 8(1), 22.*
4. KUTLUTURKAN S, GÖRGÜLÜ, U. *The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomized control trial. International Journal of Nursing studies, 2010, 47(9), 1066-1073.*
5. KAMAN, C. Y.*The use of written information to relieve anxiety in patients undergoing endoscopy, Hong Kong, 2011.*
6. ÜNAL, H; ÖZÇÜRÜMEZ, G; SARITAFI, F; KORKMAZ, M; SELÇUK, H. *Which factors affect anxiety level before upper gastrointestinal endoscopy, Endoscopy, 20(3): 2012, 67-71*
7. ميخائيل، أمطانيوس "دراسة لمقياس القلق بوصفه حالة و سمة على عينات من طلبة الجامعات السورية"، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، 2(19): ، (2003) صص 11-
8. KERRIGAN, D.D.et al. Who's afraid of informed consent? *BMJ; 1993, 306: 298-300.*
9. MILLER, S. M; MANGAN, C.E. *Interacting effects of information and coping in adapting to gynaecological stress: should the doctor tell all? J PersSocPsychol, 45: 1983, 223-36.*
10. VAN ZUUREN, F.J, et al., *The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: A randomized control trial. Patient Education and Counseling,64(1-3), 2006173-182.*

11. ARABUL, M. *mpact of video information before unsedated upper gastrointestinal endoscopy on patient satisfaction and anxiety. PrzGastroenterol* 8 (1): 2013, 44–49.
12. GEBBENSLEBEN, B.L; ROHDE, H. *Anxiety before gastrointestinal endoscopy-a significant problem, Dtsch Med Wochenschr*, Oct 12;115(41):1990,1539-44.
13. MUNCH R, et al. *Experiences with a computer- assisted concept for patient education in gastroenterologic endoscopy, SchweizRundsch Med Prax*, 1997; 20: 1296-300.
14. JONES MP, EBERT C,C; SLOAN, T; SPANIER, J; BANSAL, A; HOWDEN, C.W; VANAGUNAS,A. D. *Patient anxiety and elective gastrointestinal endoscopy. J ClinGastroenterol.*; 38: 2004, 35-40.
15. ERSÖZ, F; TOROS, A.B; AYDOGAN, G;BEKTAFI, H. *Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and Colonoscopy, Turk J Gastroenterol*; 21 (1): 2010, 29-33.
16. PAGER CK. *Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery, Br J Ophthalmol*, 89: 2005, 10-3.
17. ERSIN GUNAY et al, *Impact of multimedia information on bronchoscopy procedure: is it really helpful?*
18. PEHLIVAN, S;OVAYOLU, N;KORUK, M;PEHLIVAN, Y. *Effect of providing information to the patient about upper gastrointestinal endoscopy on the patient's perception, compliance and anxiety level associated with the procedure, Turk J Gastroenterol*; 22 (1): 2011, 10-17
19. MAYBERRY MK, MAYBERRY JF. *Towards better informed consent in endoscopy: a study of information and consent processes in gastroscopy and flexible sigmoidoscopy, Eur J GastroenterolHepatol*; 13: 2001, 1467-76.
20. LEVY N, et al. *Does a detailed explanation prior to gastroscopy reduce the patient's anxiety? Endoscopy*, 1989; 21: 263-5.
21. KULIK JA, MAHLER HIM. 1987, *Effects of preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronarybypass surgery. Health Psychol*, 6: 525-43.
22. BLACK, I; MITCHELL, M. *Evaluation of a patient education program for chronic obstructive pulmonary disease, Mayo ClinProc*, 52: 1997, 106-11.
23. FISHER, I.et al. *Genetic counselling for beta-thalassaemia trait following health screening in a Health Maintenance Organisation: comparison of programmed and conventional counseling, Am J Hum Genet* 33: 1981, 987-94.
24. Uzark, K. *Use of videotape in the preparation of children for cardiac catheterisation. PediatrCardiol*, 3: 1982, 287-91.
25. HERRMANN, K.S; KREUZER, H. *A randomized prospective study on anxiety reduction by preparatory disclosure with and without video film show about a planned heart catheterization. Eur Heart J* 10: 1989,753-7.
26. MAHAJAN, R.J; JOHNSON, J.C; MARSHALL, J.B. *Predictors of patient cooperation during gastrointestinal endoscopy.J ClinGastroenterol*, Jun;24(4):1997, 220-3.
27. TREVISANI, L; SARTORIS;GAUDENZ,P;GILLIG;MATARESE,G. *Upper gastrointestinal endoscopy: are preparatory interventions or conscious sedation effective? A randomized trial. World J Gastroenterol*, 10: 2004, 3313-7.