

تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القثطرة القلبية

د. فريال نظامي **

حسن بستان حسين *

(الإيداع:3 كانون الثاني 2022، القبول:1 آذار 2022)

الملخص:

يعد القلق أحد المشكلات الرئيسية التي يعاني منها مرضى القثطرة القلبية؛ مما يشكل عائقاً حقيقياً أمام نجاح هذا الإجراء التشخيصي المهم، وغالباً ما يكون ذلك القلق نتيجة نقص معلومات المرضى حول إجراء القثطرة القلبية، لذا هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القثطرة القلبية، اشتملت عينة الدراسة على 50 مريض/ة قسموا بالتساوي ضمن مجموعتين تجريبية وضابطة، تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة من مركز الباسل لجراحة القلب في قسم القثطرة القلبية في مدينة اللاذقية، ولتحديد مستوى القلق تم استخدام استمارة (Beck Anxiety Inventory (BAI، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القثطرة القلبية أقل منه عند الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو. وقد أوصت الدراسة بضرورة اعتماد تقنية ومداخلة الفيديو التعليمي كإجراء ترميزي يتم من خلاله تثقيف المرضى وتزويدهم بالمعلومات اللازمة قبل إجراء القثطرة القلبية، وإجراء دراسات جديدة على عينة أوسع.

الكلمات المفتاحية: الفيديو التعليمي، القلق، القثطرة القلبية.

* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم ترميز البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية.

** أستاذ مساعد، قسم ترميز البالغين، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Effect of an Educational Video Intervention on Anxiety Level among Patients prior to Cardiac Catheterization

Hasan Bostan Hussein*

Dr.frial mahmoud nizamli**

(Received:3 January 2022 , Accepted:1 March 2022)

Abstract:

Anxiety is one of the common problems that cardiac catheterization patients face. Which constitutes a real obstacle to the success of this important diagnostic procedure, and this Anxiety is often due to the lack of patient information about the cardiac catheterization procedure. Therefore, the current quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of the educational video intervention on the level of anxiety in patients before performing cardiac catheterization, The study sample included 50 patients, who were randomly and equally divided into two groups (experimental and control). To determine the level of anxiety, the Beck Anxiety Inventory (BAI) questionnaire was used. as the results of the study showed that the level of anxiety in patients who were educated by an educational video before performing cardiac catheterization was lower than in those who were not educated by the video. The study recommended the necessity of adopting the educational video technique and intervention as a nursing procedure through which patients are educated and provided with the necessary information before performing cardiac catheterization, and conducting new studies on a wider sample.

Keywords: Educational video, anxiety, cardiac catheterization.

* Postgraduate Student (Master) – Adult Nursing Department – College of Nursing – Tishreen University – Lattakia.

** assistant professor, Department of Adult Nursing, College of Nursing, Tishreen University, Lattakia.

1. المقدمة

تأتي الأمراض القلبية الوعائية في صدارة أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم؛ ذلك أنّ عدد الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض يفوق عدد الوفيات الناجمة عن أيّ من أسباب الوفيات الأخرى، حيث توقعت منظمة الصحة العالمية (WHO) ارتفاعاً في معدل الوفيات جراء الداء القلبي التاجي من 17.1 مليون عام 2004 إلى 23.4 مليون عام 2030 [1]. كما تشير التقديرات إلى أن 54% من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في إقليم شرق المتوسط سببها أمراض قلبية وعائية. وتمثل الوفيات الناتجة عن الأمراض القلبية في سوريا ما يعادل 44% من إجمالي الوفيات بسبب الأمراض المزمنة؛ وقد أظهر المسح الذي أجري في مدينة حلب أن نسبة انتشار أمراض القلب بلغت 4.8%، وأن نسبة الوفيات الناجمة عنها قد بلغت 45.5% [2].

تعرف القثطرة القلبية بأنها إجراء باضع تستخدم للتشخيص والعلاج وتتم عبر إدخال أنبوب القثطرة إلى الشرايين التاجية عبر الشريانين الكعبري أو الفخذي تحت التخدير الموضعي، وهي نوعان؛ إما تشخيصية والتي تقوم بحقن مادة ظليلة تظهر على الأشعة السينية لتحديد مكان التضيق أو الانسداد في الأوعية التاجية، أو علاجية تتم عبر ادخال بالون في موقع الانسداد أو التضيق لتوسيع الشرايين المتضيقه، ويتم وضع شبكات لمنع عودة تضيقها [3]

هناك العديد من المشاعر التي تسبق اجراءها من أهمها القلق [4]. والقلق تعريفاً هو عبارة عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء ما، دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية [5]، وهو الشعور الرئيسي الذي يختبره المرضى قبل إجراء القثطرة حيث أن ازدياده يمكن أن يؤثر بشكل سلبي على الحالة النفسية والفيزيولوجية للأفراد فهو يسبب ارتفاع ضغط الدم، والقلق المتواصل قد يسبب تسرع القلب، خناق صدر، نقص تروية قلبية [6]. وقد أشارت الدراسات بأن القلق عادة ما يكون بأعلى مستوياته في مرحلة الانتظار مباشرة قبل الإجراء، ومن أهم مظاهره الخفقان والتعرق والارتعاش والرجفان وضيق التنفس والإحساس بالاختناق؛ بالإضافة للألم الصدري وعدم الراحة، و/أو انزعاج بالمعدة. حيث يستثير القلق الجهاز العصبي الودي مسبباً استجابات فيزيولوجية متعددة مثل اضطراب نظم القلب والتعرق وزيادة استهلاك الأوكسجين وارتفاع الضغط وزيادة قلوصلية القلب واضطرابات النظم، والتي قد تؤدي إلى تفاقم حالة المريض. وبناء عليه يمكن أن يكون لتلك الاستثارة تأثير سلبي على النتائج الصحية للمريض مثل رفض العلاج وعدم تحمل الألم قبل واثناء وبعد القثطرة [7،8]. ومن جهة أخرى فقد ظهرت أهمية تثقيف مرضى الشرايين التاجية لتخفيف القلق بشكل ملحوظ؛ وهنا ينبغي على الكادر التمريضي تطبيق استراتيجيات غير دوائية للسيطرة على قلق المريض، ونتيجة ما سبق بدأت تظهر أهمية الدعم المقدم من قبل العاملين الصحيين من أفراد ترميض وغيرهم، ويات هذا الدعم من أهم الخدمات التي تقدم لمرضى القثطرة القلبية من قبل أفراد الكوادر التمريضية [9].

في دراسة أمريكية قام بها (Stanley, 2020) بهدف تقييم تأثير الفيديو التعليمي على مستوى القلق لدى المرضى الذين ينتظرون الخضوع لإجراء قثطرة قلبية، بينت نتائجها أن مستوى القلق كان أقل لدى أفراد المجموعة التجريبية منه لدى أفراد المجموعة الضابطة، وقد اوصت الدراسة بتعميم هذه التجربة ليتم تطبيقها في جميع الوحدات الصحية التي تعنى بتقديم الخدمة الصحية لمرضى القلب وهم بانتظار الخضوع لإجراءات طبية سواء علاجية أو تشخيصية [10]. كما أجريت دراسة من قبل (Nastaran et al, 2021) لتقييم ومقارنة تأثير كل من تقنيتي البرامج التعليمية التلقينية وبرنامج تعليمي بمداخلة الفيديو على مستوى القلق لدى مرضى قصور القلب قبل إجراء القثطرة القلبية في جامعة مشهد الإيرانية، وبعد تطبيق البرنامج أظهر تحليل النتائج نجاح كلا التقنيتين في تقليل مستوى القلق لدى المرضى مع فروق ذات أهمية إحصائية لصالح تقنية مداخلة الفيديو التعليمي، ومن التوصيات التي خلصت لها تلك الدراسة ضرورة دمج الاستراتيجيات التعليمية لتثقيف أولئك المرضى مع الأخذ بعين الاعتبار مستواهم التعليمي وخطورة حالتهم الصحية [11]. بناء عليه نجد مدى أهمية تطبيق مداخلة

الفيديو التعليمي على المرضى واطلاعهم على مسار الخطط العلاجية الخاصة بهم؛ كخطوة مهمة جداً لضمان نجاح تلك الخطط العلاجية والحصول على النتائج المرجوة.

2. أهمية البحث و أهدافه:

أهمية البحث: تعتبر القسرة القلبية من التداخلات الطبية الاختيارية بشكل عام، وهو تداخل يتطلب بروتوكولاً محدداً يلزم المريض الدخول للمستشفى، وقد يكون انتظار الإجراء مصدرًا رئيسيًا للتوتر والقلق؛ وترتبط هذه المشاعر ارتباطاً مباشراً بالطبيعة الباضعة للإجراء والشكوك المتعلقة بالتشخيص، ومن خلال الممارسة اليومية، يلاحظ أن المرضى لا يفهمون بوضوح المعلومات التي يقدمها فريق الرعاية الصحية بسبب التوتر والقلق؛ في هذه الفترة من الانتظار والقلق، يتعرض الأقارب أيضاً للتوتر ويتبادلون تلك المشاعر والشكوك مع المرضى، وبالتالي يصبح الوضع أكثر تعقيداً لأفراد التمريض الذين يتعاملون مع هذه التجارب بشكل يومي؛ وفي روتين العمل، يجد أفراد التمريض صعوبة في التعامل مع قلق المرضى والأقارب في فترة ما قبل القسرة؛ وقد يتفاقم الموقف بسبب عدم وجود معايير تمريضية محددة تتعلق بدعم الأسرة، في مواجهة هذا الموقف، يجب أن تحصل الممرضات على أفضل المعلومات المتاحة لتقديم رعاية أفضل، وبالتالي تقليل عوامل التوتر لتقليل قلق المرضى وذويهم. وبناء عليه تتجلى لنا أهمية الدراسة الحالية التي تهدف إلى تقييم تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القسرة القلبية.

هدف البحث: تقييم تأثير مداخلة الفيديو التعليمي على مستوى القلق عند المرضى قبل إجراء القسرة القلبية.

فرضية البحث: سيكون مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسرة القلبية أقل من الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

3. طريقة البحث و مواده:

تصميم البحث: شبه تجريبي.

مكان وزمان البحث: أجري هذا البحث في مركز الباسل لجراحة القلب في قسم القسرة القلبية في مدينة اللاذقية، خلال الفترة الممتدة من 2021/8/25 حتى 2021/10/15.

عينة البحث: تضمنت العينة 50 مريض تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين: الأولى ضابطة تضم 25 مريض، يخضع أفرادها لروتين المستشفى، والثانية تجريبية ضم 25 مريض، يطبق عليها تداخل الفيديو التعليمي.

أدوات البحث: تم الاعتماد على أداتين لجمع البيانات من عينة الدراسة، وهي كالاتي:

الأداة الأولى: وتكونت من جزأين:

الجزء الأول: استمارة البيانات الديموغرافية : وتشمل معلومات حول (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، السكن، الوضع الاجتماعي، مستوى التعليم، المهنة)

الجزء الثاني: استمارة البيانات الصحية: وتشمل (تاريخ سابق لمرض، دخول سابق للمشفى، تدخين، تاريخ عائلي للأمراض القلبية).

الأداة الثانية: استمارة تحديد مستوى القلق Beck Anxiety Inventory (BAI) التي تم تطويرها بواسطة Beck et al 1988. والتي تم استخدامها لقياس شدة القلق لدى الافراد، وقد تم اثبات موثوقيتها بواسطة test retest

(r= 0.92)examination [12]، وتمت ترجمة BAI إلى اللغة العربية من قبل ليلى (2012) وتم الموافقة على

موثوقية النسخة العربية بعد اجراء اختبار Cronbach's Coefficient Alpha= 0,79 [13]، تحتوي الأداة المذكورة

على 21 عنصر تغطي 63 نقطة. كل عنصر يتم تقييمه بمقياس ذو 4 نقاط: لا على الاطلاق = (0)، خفيف لكن لا

تزعجني كثيراً = (1)، متوسط لكن يزعجني أحياناً = (2)، شديد يزعجني كثيراً = (3). كل عنصر هو ذاتي أو وصفي، يقيس الأعراض الجسدية والنفسية المرتبطة بالقلق. تم تلخيص العناصر لتحديد مستوى القلق، حيث ارتفاع معدل النقاط يعكس ارتفاع مستوى القلق، يحتوي مقياس BAI على معدل نقاط اعظمي 63 نقطة، حيث يكون القلق بأدنى مستوياته (0 إلى 7)، خفيف (8 إلى 15)، متوسط (16 إلى 25)، ومعدل 26 فما فوق يشير إلى مستوى قلق شديد.

طريقة البحث

9. تم الحصول على الموافقات المطلوبة من كلية التمريض وإدارة مركز الباسل في اللاذقية لجمع بيانات الدراسة.
10. تم تطوير أدوات الدراسة ومن ثم تم إجراء اختبار المصادقية عبر عرضها على لجنة من ثلاثة خبراء في كلية التمريض لبيان وضوحها وإمكانية تطبيقها، وقد تم الأخذ بجميع التعديلات.
11. أجريت دراسة دليبيه استرشاديه على 10% من العينة (تم استبعادهم منها)، لتقييم وضوح أدوات الدراسة وإمكانية تطبيقها، وقد تم إجراء التعديلات اللازمة.
12. تم استعمال الأداة الأولى لكلا المجموعتين (التجريبية والضابطة) من خلال المقابلة مع المريض، وذلك بعد حوالي نصف ساعة من وصول المريض إلى غرفته.
13. تم استعمال الأداة الثانية لتقييم مستوى القلق لدى المجموعتين مع اعطاء وقت كافي للإجابة عليها، وذلك من خلال سؤال المريض كيف تشعر الان ((في هذه اللحظة)) ويتم ذلك قبل 2-4 ساعة من إجراء القطرة القلبية.
14. تم تزويد المرضى في المجموعة التجريبية بالمعلومات المتعلقة بالقسطرة القلبية عبر عرض مقطع فيديو تعليمي مصمم من قبل الباحث بعد استعراض المراجع ذات الصلة يحتوي على البنود التالية (معلومات مع عرض توضيحي حول تعريف القطرة القلبية والهدف منها، خطوات الإجراء، المضاعفات المحتملة للإجراء، دور المريض خلال الإجراء) وذلك قبل 2 ساعة قبل إجراء القطرة، وبعدها تم أيضاً استعمال الأداة الثانية لتقييم مستوى القلق لدى المجموعتين.
15. تم ترميز البيانات المأخوذة من الاستبيانات، ومن ثم تفرغها ضمن برنامج التحليل الإحصائي SPSS V20، وقد تم استخدام الاختبارات الاحصائية التالية: (المتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) والتكرار (N) والنسبة المئوية (%). اختبار كاي تربيع (χ^2 Chi square)، الاختبار (T-independent test)).

4. النتائج:

الجدول رقم (1): توزيع الخصائص الديموغرافية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

P	χ^2	المجموعة التجريبية N=25		المجموعة الضابطة N=25		فئات المتغير	المتغير
		%	N	%	N		
0.592	1.048	0	0	0	0	29-18 سنة	العمر
		4	1	0	0	39-30 سنة	
		40	10	44	11	49-40 سنة	
		56	14	56	14	60-50 سنة	
0.758	0.095	72	18	68	17	ذكر	الجنس
		28	7	32	8	أنثى	
0.893	0.227	12	3	8	2	عازب	الحالة الاجتماعية
		72	18	76	19	متزوج	

		16	4	16	4	أرمل	
0.569	0.325	52	13	60	15	ريف	السكن
		48	12	40	10	مدينة	
0.244	2.747	52	13	68	17	ضعيف	الوضع الاقتصادي
		48	12	28	7	متوسط	
		0	0	4	1	جيد	
		0	0	0	0	ممتاز	
0.071	7.540	16	4	48	12	ابتدائي	مستوى التعليم
		28	7	20	5	اعدادي	
		28	7	8	2	ثانوي	
		28	7	24	6	جامعي	
		0	0	0	0	فوق جامعي	
0.416	2.131	44	11	28	7	موظف	المهنة
		48	12	68	17	عمل حر	
		8	2	4	1	متقاعد	

يظهر الجدول رقم 1 توزيع الخصائص الديموغرافية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث أظهر أن النسبة الأعلى لأفراد المجموعتين (56% ضابطة مقابل 56% تجريبية) كانوا من الفئة العمرية [50-60 سنة]، والنسبة الأعلى منهم (68% ضابطة مقابل 72% تجريبية) كانوا ذكور، و(76% ضابطة مقابل 72% تجريبية) متزوجين، ويسكن (60% ضابطة مقابل 52% تجريبية) في الريف. كما كان الوضع الاقتصادي ضعيفاً عند (68% ضابطة مقابل 52% تجريبية)، بينما كان مستوى تعليم النسبة الأعلى منهم 48% في المجموعة الضابطة هو ابتدائي، وتوزعوا بنسب متساوية 28% في المجموعة التجريبية بين الاعدادية والثانوية والجامعي، ومن حيث المهنة كانت النسبة الأعلى منهم (68% ضابطة مقابل 48% تجريبية) يعملون أعمالاً حرة.

الجدول رقم (2): توزيع الخصائص الصحية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

P	χ^2	المجموعة التجريبية N=25		المجموعة الضابطة N=25		فئات المتغير	المتغير
		%	N	%	N		
0.480	0.500	84	21	76	19	يوجد	تاريخ سابق لمرض
		16	4	24	6	لا يوجد	
-	-	80	20	80	20	يوجد	دخول سابق للمشفى
		20	5	20	5	لا يوجد	
0.733	0.117	76	19	80	20	يوجد	التدخين
		24	6	20	5	لا يوجد	
0.156	2.013	64	16	44	11	يوجد	تاريخ عائلي سابق للأمراض القلبية
		36	9	56	14	لا يوجد	

يظهر الجدول رقم 2 توزع الخصائص الصحية للمشاركين في الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث أظهر أن (76% ضابطة مقابل 84% تجريبية) لديهم تاريخ سابق لمرض، و(80% ضابطة مقابل 80% تجريبية) لديهم دخول سابق للمشفى، و(80% ضابطة مقابل 76% تجريبية) يدخنون، ومن حيث وجود تاريخ عائلي سابق للأمراض القلبية فلم يكن لدى النسبة الأعلى 56% للمشاركين في المجموعة الضابطة أي تاريخ سابق لتلك الأمراض، بالمقابل كان لدى 64% من المجموعة التجريبية تاريخ سابق للأمراض القلبية. ونلاحظ بشكل عام عدم وجود فروق معنوية ذات أهمية إحصائية (مستوى المعنوية $P > 0.05$) في توزيع الخصائص الصحية المدروسة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

الجدول رقم (3): مقارنة مستويات القلق لدى المشاركين بالدراسة في كل مجموعة وبين مجموعتي الدراسة قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو

P/ χ^2	المجموعة التجريبية N=25		المجموعة الضابطة N=25		مستوى القلق	التوقيت
	%	N	%	N		
0.381/ 3.020	4.0	1	4.0	1	متدني	قبل المحاضرة
	32.0	8	52.0	13	خفيف	
	36.0	9	32.0	8	متوسط	
	28.0	7	12.0	3	شديد	
0.000**/ 24.076	20.0	5	0	0	متدني	بعد المحاضرة
	44.0	11	4.0	1	خفيف	
	36.0	9	64.0	16	متوسط	
	0	0	32.0	8	شديد	
	**0.001 /17.0895		0.284 /7.589		P/ χ^2	

χ^2 : يشير إلى اختبار كاي تربيع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة. * ذو دلالة إحصائية هامة $P < 0.05$ ** ذو دلالة إحصائية هامة جداً $P < 0.001$

يبين الجدول رقم 3 مقارنة مستويات القلق لدى المشاركين بالدراسة في كل مجموعة وبين مجموعتي الدراسة قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو، حيث أظهر قبل تطبيق المحاضرة أن النسبة الأعلى للمشاركين 52% في المجموعة الضابطة لديهم مستوى خفيف من القلق، بالمقابل كانت النسبة الأعلى للمشاركين 36% في المجموعة التجريبية لديهم مستوى متوسط من القلق. وبعد تطبيق المحاضرة كان مستوى القلق متوسطاً لدى النسبة الأعلى من أفراد المجموعة الضابطة بنسبة 64%، بينما كان خفيفاً لدى 44% من أفراد المجموعة التجريبية. وأظهر الجدول أن اختلاف مستوى القلق بين المجموعتين قبل تطبيق المحاضرة لم يكن ذو دلالة إحصائية مهمة لأن (مستوى المعنوية $P > 0.05$)، بينما كان هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية مهمة ($P = 0.000$) في مستوى القلق بين المجموعتين بعد تطبيق محاضرة الفيديو. كما بين الجدول عدم وجود اختلاف ذو دلالة إحصائية مهمة في مستوى القلق في المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو لأن (مستوى المعنوية $P > 0.05$)، بينما أظهر وجود اختلاف ذو دلالة إحصائية مهمة ($P = 0.001$) في المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق محاضرة الفيديو. وبالنتيجة نقبل بفرضية الدراسة القائلة بأن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القنطرة القلبية أقل من الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

5. المناقشة:

تعتبر قسرة القلب من أكثر التقنيات والوسائل التشخيصية استخداماً في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من كونها الاختبار المفضل لتشخيص وعلاج أمراض الشرايين التاجية، إلا أنها لا تزال تسبب بعض المضاعفات المحتملة؛ وتعتبر قسرة القلب بشكل عام إجراءً اختياريًا يتبع فيه المريض بروتوكولاً يتطلب الدخول إلى المستشفى؛ وقد يكون انتظار الخضوع لإجراء القسرة القلبية مصدرًا رئيسيًا للتوتر والقلق، وهذا يجعل الوضع أكثر تعقيداً لفريق التمريض، فيجد أفراد التمريض صعوبة في التعامل مع قلق المرضى في فترة ما قبل إجراء القسرة، وقد يتفاقم ذلك بسبب عدم وجود معايير أو تداخلات تمريضية محددة تتعلق بدعم المرضى في مواجهة هذا الموقف [10].

بينت الدراسة الحالية من الجدول رقم (3) أنه قبل تطبيق المحاضرة كان مستوى القلق خفيف عند النسبة الأعلى من المرضى في المجموعة الضابطة، وكان متوسطاً لدى النسبة الأعلى من المرضى في المجموعة التجريبية، وبعد تطبيق المحاضرة ازداد مستوى القلق في المجموعة الضابطة من دون وجود دلالة إحصائية مهمة لهذا التغير، بينما تراجع ليصبح خفيفاً وبشكل هام إحصائياً عند أفراد المجموعة التجريبية، وبين الجدول عدم وجود أهمية إحصائية للاختلاف بين المجموعتين قبل تطبيق المحاضرة، بينما ظهر اختلاف مهم إحصائياً بين المجموعتين بعد محاضرة الفيديو، وهو ما يشير إلى أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسرة القلبية أقل منه عند الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

في لحظات انتظار الخضوع لأي إجراء أو تداخل طبي عادة ما يتراد القلق والخوف من المجهول كلما اقترب موعد ذلك الإجراء أو التداخل؛ ولكن في البداية كان القلق خفيفاً لدى أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطاً لدى نظرائهم في المجموعة التجريبية، الأمر الذي يمكن تبريره بأن معظم أفراد المجموعة التجريبية لديهم تجارب سابقة مع الأمراض القلبية مما جعل مستوى قلقهم أعلى، ولكن مشاهدتهم للفيديو التعليمي قد يكون ساهم بشكل جيد في تقليل مستوى القلق، بسبب زيادة معرفتهم ومعلوماتهم حول الإجراء وخطواته بالصوت والصورة، بينما تزايد القلق لدى أفراد المجموعة الضابطة.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة الأمريكية التي قامت بها (Stanley, 2020) أنفة الذكر؛ حيث بينت نتائجها أن مستويات القلق لدى المرضى المشاركين في المجموعة الضابطة ازدادت بعد تطبيق تداخل الفيديو التعليمي، بينما انخفضت مستوياته لدى مرضى المجموعة التجريبية بعد تطبيق التداخل، وقد أشارت نتائج تلك الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية مهمة بين المجموعتين بعد تطبيق تداخل الفيديو التعليمي، الأمر الذي يدل على نجاح تداخل الفيديو التعليمي في تخفيف القلق لدى المرضى قبل إجراء القسرة القلبية [10].

كما اتفقت النتيجة الحالية مع نتائج دراسات كل من (Nastaran et al, 2021) و (Torabizaeh et al, 2021) و (Keshvari et al, 2021) و (Shahpari et al, 2021) أنفة الذكر حيث بينت نتائج تلك الدراسات أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية متعلقة بمستويات القلق لدى المرضى بين ما قبل تطبيق التداخل التعليمي بالفيديو وبين ما بعده لصالح أفراد المجموعات التجريبية، حيث انخفضت مستويات القلق لدى أفراد تلك المجموعات على عكس أفراد المجموعات الضابطة التي ازداد لديهم مستوى القلق بعد تطبيق الفيديو التعليمي [11، 14، 15، 16].

على العكس من ذلك فإن النتيجة الحالية لم تتسجم مع نتائج الدراسة العراقية التي أجريت من قبل (Qasim & Kathim, 2017) أنفة الذكر، حيث بينت نتائجها أن مستويات القلق لدى المرضى في المجموعة التجريبية والضابطة طرأ عليها ازدياد طفيف بعد تطبيق تداخل الفيديو التعليمي ولم يكن هناك اختلاف مهم إحصائياً بين المجموعتين قبل أو بعد تطبيق التداخل بالفيديو، كما لم يكن هناك فروق ذات أهمية إحصائية في مستوى القلق بين الفترتين قبل وبعد التطبيق لدى كل من المجموعتين، وعليه فقد وجد الباحثان أن تطبيق تداخل الفيديو التعليمي لم يكن فعالاً في تخفيف القلق لدى المرضى الذين ينظرون إجراء القسرة القلبية [17].

كما لم تكن النتيجة الحالية متوافقة مع نتائج الدراسة البرتغالية التي أجريت من قبل (Rajendiran et al, 2011) أنفة الذكر، والتي بينت نتائجها عدم فعالية استخدام الفيديو التعليمي لتخفيف القلق لدى المرضى الذين ينتظرون موعد الخضوع لإجراء القسطرة القلبية، حيث أشارت نتائج تلك الدراسة إلى عدم وجود فروق هامة إحصائياً بين مستويات القلق لدى أفراد مجموعتي الدراسة لا قبل ولا بعد، وخاصة لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين ازداد لديهم مستوى القلق بشكل خفيف بعد تطبيق التداخل بالفيديو التعليمي [18].

ساهمت الدراسة الحالية في تقديم دليل ملموس على أن التداخل باستخدام الفيديو التعليمي يعتبر وسيلة فعالة لتقليل القلق والتوتر لدى المرضى في مرحلة ما قبل الخضوع لإجراء القسطرة القلبية، وهو يمكن أن يكون مفيداً ويساعد أفراد الكادر التمريضي على تقديم المعلومات للمرضى قبل الإجراء، ويمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في صياغة وتصميم برامج تعليمية قائمة على استخدام وسائل وتقنيات حديثة مرئية ومسموعة لتقديم المعلومات للمرضى الأمر الذي سوف يساهم في تقليل مستويات القلق لديهم

6. الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات: أظهرت الدراسة الحالية أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسطرة القلبية أقل منه عند الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو، وهذا يثبت فرضية البحث التي تنص على أن مستوى القلق لدى المرضى الذين تم تثقيفهم بواسطة فيديو تعليمي قبل إجراء القسطرة القلبية أقل من الذين لم يتم تثقيفهم بالفيديو.

التوصيات: على ضوء ما أفرزته الدراسة الحالية من نتائج يمكن اقتراح التوصيات التالية:

- إعادة إجراء الدراسة على عينة أكبر من المرضى للاستفادة منها في تعميم النتائج بشكل أدق وأشمل.
- الاعتماد على مداخل الفيديو التعليمي واعتباره إجراءً تمريضياً يتم تنفيذه روتينياً بهدف تقليل مستوى القلق لدى المرضى قبل إجراء القسطرة القلبية بعد إجراء المزيد من الدراسات .
- إجراء دراسة مماثلة لتقييم فعالية فيديو تعليمي على مستوى القلق الذين يخضعون لإجراءات غازية أخرى.

7. المراجع

1. عبد اللطيف، حسين فرج.(2009). الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط1، مكة المكرمة، دار حامد للنشر والتوزيع.
- 1- Cardiovascular diseases. (2015) reviewed in 22/10/2021. Available at https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/ar/ .
2. WHO. (2017). Cardiovascular diseases. Available at <http://www.emro.who.int/ar/health-topics/cardiovascular-diseases/index.html> reviewed in 22/10/2021
3. Dubey, L., Epstein, N. (2012). Cardiac catheterization and complications: initial experience. Journal of College of Medical Sciences–Nepal; 8(2): 1–6
4. Devcich, D., Ellis, C., Gamblec, G., Petriea, K. (2008). Psychological responses to cardiac diagnosis: Changes in illness representations immediately following coronary angiography. Journal of Psychosomatic Research; 65 (6): 553–556
5. Karadeniz, G., Altiparmak, S., Aydemir, O., Karadag, F. (2005). Anxiety and depression before coronary angiography. 3P Journal; 13: 43–7.

6. Beasley, M., Thompson, T., Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*; 34: 77–95.
7. Weeks, B., Nilsson, U. (2011). Music interventions in patients during coronary angiographic procedures: a randomized controlled study of the effect on patients' anxiety and well-being. *Eur J Cardiovasc Nurs*; 10: 88–93
8. Watkins, L., Blumenthal, A., Davidson, R., Babyak, A., Mccants, B., Sketch, H. (2006). Phobic anxiety, depression, and risk of ventricular arrhythmias in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*; 68(5): 651–656.
9. Stanley, L. (2020). The Effect of Pre-Procedural Video Education on Patients Undergoing Cardiac Catheterization. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Nursing Practice Degree. University of Maryland School of Nursing
10. Nastaran, M., Aghebati, N., FalSoleiman, H. (2021). Comparison the Effect of Organized education by Group discussion and |Im screening on Anxiety and Contrast-induced nephropathy in Coronary catheterization Patients; A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Cardiology*; 2(8): 92–99.
11. Beck, At., Epstein, N., Brown, G., Steer, A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and, clinical psychology*; 56: 893–97.
12. Laila, S. (2012). Impact of applying foot massage on physiological and, psychological status among critically ill patients. Unpublished doctorate dissertation, Faculty of Nursing, Alex University.
13. Torabizadeh, C., Roust, S., Kojouri, J. (2021). Efficacy of education delivery through multimedia and text messaging on the psychological parameters of patients scheduled for coronary angiography: a single-blind randomized controlled clinical trial. . *BMC Cardiovasc Disord*; 21(3): 1–10.
14. Keshvari, M., Yeganeh, M., Paryad, E. (2021). The effect of virtual reality distraction on reducing patients' anxiety before coronary angiography: a randomized clinical trial study. *Egypt Heart J*; 73(98): 1–20.
15. Shahpari, M., Heidari, S., Sadeghi, T. (2021). The effects of a telephone-based orientation program, delivered during the waiting time, on anxiety in patients undergoing coronary angiography. *Journal of Perioperative Nursing*; 34(1): 1–13.

16. Qasim, A., Kathim, H. (2017). Effectiveness of an Educational Video Intervention on Anxiety Level of Patients prior to Diagnostic Coronary Catheterization in Al-Nasiriya's Cardiac Center. IOSR Journal of Nursing and Health Science; 6(4): 57-64.
17. Rajendiran, M., Kulanthaiammal, C., Chockalingam, K. (2011). A Study To Assess The Effectiveness of Video Assisted Teaching On Anxiety and Depression Among Patients Subjected to Ptca And Their Spouses at Kmch, Coimbatore. Journal of Perioperative Nursing; 65(2): 12-23.