

## بررسی اثربخشی سه روش آموزشی متفاوت بر میزان اضطراب بیماران معرفی شده به آندوسکوپی

حمید پورشریفی<sup>۱</sup>، مریم دشمن شکار<sup>۲</sup>، محمدحسین صومی<sup>۳</sup>، سید داوود حسینی نسب<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران  
<sup>۲</sup> پژوهشگر، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران  
<sup>۳</sup> استاد، مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
<sup>۴</sup> استاد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

#### زمینه و هدف:

بیماری های گوارشی یکی از اختلالات شایع بوده و آندوسکوپی مهم ترین وسیله تشخیصی برای این اختلالات است. اضطراب احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته است که در وقوع مجدد موقعیت هایی که از قبل استرس زا بوده اند یا طی آن ها به فرد آسیب رسیده است، بروز می کند. اضطراب قبل از آندوسکوپی می تواند ناشی از نقص اطلاعات بیماران در مورد آن و ترس از بروز درد در هنگام انجام آندوسکوپی باشد که باعث کاهش تمایل بیماران و افزایش زمان انجام آندوسکوپی می شود. این مطالعه با هدف تعیین نقش روش های مختلف آموزش (شفاهی، کتبی، شفاهی-کتبی) در میزان اضطراب بیماران معرفی شده به آندوسکوپی انجام شد.

#### روش بررسی:

در یک مطالعه مورد-شاهدی از بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در فاصله زمانی اول دی ماه تا پایان اسفند ماه ۱۳۸۹ است. ۱۰۰ بیمار داوطلب بین سنین ۸۰-۱۸ سال که حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و برای اولین بار آندوسکوپی می شدند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های چهارگانه قرار گرفتند. در کلینیک سنجش اولیه اضطراب افراد انتخاب شده با پرسشنامه استاندارد اضطراب بک (شامل ۲۱ سوال) انجام شد. سپس اطلاعات لازم با استفاده از بسته های آموزشی توسط محقق به بیماران داده شد. روز بعد نیم ساعت قبل از انجام آندوسکوپی مجدداً پرسشنامه اضطراب بک توسط بیماران پر شد و اثر بخشی روش های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفت.

#### یافته ها:

نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب گروه شاهد با گروه شفاهی و گروه کتبی و گروه توأم (شفاهی-کتبی) پس از مداخله از لحاظ آماری تفاوت معنی دار دارد ( $p < 0/001$ ). ولی این تفاوت میانگین نمره اضطراب بین گروه شفاهی با گروه کتبی و گروه شفاهی-کتبی از لحاظ آماری معنی دار نبود ( $p > 0/32$ ).

#### نتیجه گیری:

ارائه اطلاعات به بیمار می تواند اضطراب بیماران را کاهش و این اثر مستقل از نوع آموزش (شفاهی، کتبی یا تلفیقی از هر دو) است. **کلید واژه:** آندوسکوپی، اضطراب، آموزش شفاهی، آموزش کتبی

گوارش / دوره ۱۸، شماره ۱ / بهار ۱۳۹۲ / ۳۲-۳۸

#### زمینه و هدف:

دستگاه گوارش همانند دیگر ارگان های بدن دچار بیماری ها و مشکلات می شود که تشخیص به موقع آنها بسیار حائز اهمیت است. روش های مختلفی برای تشخیص بیماری های گوارش مورد استفاده قرار می گیرند. پیشرفت های اخیر در روش های آندوسکوپی دستگاه گوارش، توانایی های تشخیصی و درمانی متخصصین گوارش را ارتقا بخشیده است. مطالعات نشان داده است با توجه به اثرات مفید و واضح، احساس ناخوشایند و اضطراب ناشی از این اقدام، تحمل مناسب بیمار برای انجام موفقیت آمیز

#### نویسنده مسئول: مریم دشمن شکار

تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، گروه روانشناسی

تلفن و نمابر: ۰۴۱۱-۳۳۶۷۴۷۹

پست الکترونیک: mdsh031080@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۲۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۱/۱۲/۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۱۰

دریافت نمایند، ولی عده ای دیگر فاصله زمانی حداقل یک هفته را توصیه می کنند. (۸)

بحث جدی که مطرح است این که آیا تمام انواع اطلاع رسانی ها فواید یکسانی دارند. شواهد نشان می دهد اغلب بیماران، علاقه مند به دریافت اطلاعات در مورد وضعیت و نحوه درمان هستند ولی در تعدادی از افراد دادن اطلاعات باعث افزایش سطح اضطراب می گردد. (۹) جلوگیری از اضطراب و یا کاهش شدت اضطراب هنگام انجام آندوسکوپی نه تنها باعث کاهش احساس ناراحتی می گردد، بلکه از طولانی شدن زمان انجام آندوسکوپی جلوگیری و عوارض آن را کاهش می دهد. (۱۰) شواهد محدودی در رابطه با اطلاع رسانی مورد نیاز بیماران از راههای مختلف و اثربخشی هر کدام وجود دارد. (۱۱)

بعضی از افراد معتقدند که کتابچه اطلاعات را بهتر است خود پزشک تهیه نماید، چون در مطالعه ای در مورد مراجعین به رادیولوژی مشخص شد که مراجعین، اطلاعات تهیه شده توسط افراد غیر پزشک را به خوبی دریافت نمی کنند. (۱۲) زمان آرایه اطلاعات به بیمار نیز مهم است. مطالعه ای نشان داد تنها ۵۴٪ کسانی که دفترچه حاوی اطلاعات را قبل از آندوسکوپی دریافت کردند، آن را خواندند ولی اگر ۲ تا ۴ هفته قبل فرستاده شود، ۹۵٪ آن را مطالعه می کنند. (۱۲)

محتوای اطلاعاتی که بایستی به بیماران منتقل شود نیز در کشورهای مختلف یکسان نیست. دستورالعمل ها نشان می دهند که اطلاعات باید شامل ماهیت اعمالی باشد که انجام خواهد شد؛ خطرات آندوسکوپی؛ منافع آندوسکوپی؛ جایگزین های آندوسکوپی؛ باشد. (۱۳)

### روش بررسی:

این پژوهش بر اساس اهداف و سؤالات طرح شده و با در نظر گرفتن نمونه مورد مطالعه، یک طرح شبه تجربی است. به عبارتی، روش تحقیق مورد استفاده، روش تجربی بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (آموزش و روش آموزشی) بر یک متغیر وابسته (میزان اضطراب) مورد بررسی قرار گرفته است. از بین مراجعه کنندگان به کلینیک تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در فاصله زمانی اول دی ماه تا پایان اسفند ماه ۱۳۸۹ صد نفر از بیماران داوطلب که بین ۱۸ تا ۸۰ سال سن داشتند و برای اولین بار جهت آندوسکوپی فرستاده می شدند و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند، انتخاب شدند. بیماران دارای سابقه آندوسکوپی قبلی، سابقه بیماری صعب العلاج، سابقه بیماری روانی شناخته شده، بیماران با سابقه اضطراب و اعتیاد و کسانی که تابعیت غیر ایرانی داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. افراد منتخب توسط پزشک پرسشنامه مربوط به برخی مشخصات فردی - اجتماعی را تکمیل می کردند و علایم حیاتی (تعداد تنفس، تعداد ضربان قلب و فشار خون) توسط محقق (دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی) اندازه گیری و یادداشت می شد. سپس برای تعیین میزان اضطراب پرسشنامه اضطراب بک در اختیار آنان قرار می گرفت

یک آزمون ایمن و همکاری وی برای پیگیری بعدی بیماری و درمان کامل با نتیجه مناسب، ضروری است. (۱) متأسفانه وجود باورهای غلط از جمله بروز درد، امکان خفگی و یا تشدید نگرانی های واقعی مثل امکان انتقال عفونت از طریق آندوسکوپ باعث تشدید ترس و اضطراب بیماران و به دنبال آن طولانی شدن زمان آندوسکوپی و نا رضایتی بیماران می گردد. مراجعه دیر هنگام به علت اضطراب ناشی از احتمال بیماری بدخیم و یا ترس از عوارض اقدامات تشخیصی به خصوص آندوسکوپی، باعث تأخیر تشخیص و متضرر شدن بیماران می گردد. (۲)

نگرانی و اضطراب لازمه ادامه حیات و تضمین کننده سعی و تلاش انسانها است، اما هنگامی که اضطراب شدت پیدا می کند منجر به کاهش عملکرد فرد می شود، به عنوان یک اختلال مطرح می گردد. اضطراب ناشی از آندوسکوپی در چهار گروه: اختلالات حسی مثل درد، پیامدهای نامناسب مثل ترس از تشخیص سرطان، عدم کارایی مثل اطلاعات ناکافی از اقدام درمانی و علل متفرقه مثل ترس از پزشک قرار می گیرد. (۳)

اضطراب از آندوسکوپی یک مشکل جدی در مراجعه کنندگان به درمانگاه های گوارش و بخش های تشخیصی و درمانی است. مطالعات نشان می دهند تعداد افرادی که اضطراب قبل از آندوسکوپی را تجربه می کنند، این اضطراب در حد نگران کننده ای بالا است و توصیه می شود برای کاهش ترس و نگرانی بیماران اقدامات جدی لحاظ گردد. (۴)

اضطراب باعث کاهش تحمل بیمار شده و همکاری افراد را در هنگام انجام آندوسکوپی کاهش می دهد و هر اندازه بیمار بی قرار و مضطرب باشد به همان اندازه زمان انجام اقدامات تشخیصی و عوارض آن افزایش یافته و توان تشخیصی و درمان پزشک کاهش می یابد. (۵) مولکاهی و همکاران عواملی چون سن پایین، جنس مونث، نوع آندوسکوپ و میزان آگاهی افراد را در سطح تحمل بیماران دخیل می دانند. (۶)

این که به چه طریق می توان از بروز اضطراب جلوگیری کرد یا شدت آن را کاهش داد، از دیرباز مد نظر صاحب نظران به خصوص متخصصین آندوسکوپی و روانشناسان قرار گرفته و برای پیدا کردن جواب مناسب پروژه های تحقیقاتی متعددی را طراحی و مقالات زیادی را منتشر کرده اند. در این میان اگرچه عده ای معتقدند دادن اطلاعات باعث نگرانی و عدم مراجعه تعدادی از معرفی شدگان به آندوسکوپی می شود (۷)، اما در اکثر موارد آرایه اطلاعات صحیح، همکاری بیماران را بهبود بخشیده و شدت اضطراب را کاهش داده است.

روش انتقال اطلاعات نیز بسیار مهم است. توجیه شفاهی بیمار و اطرافیان وی در مطب توسط پزشک، تهیه کتابچه و آرایه اطلاعات مکتوب به بیمار در مطب یا ارسال آن برای فرد از طریق پست یا پست الکترونیکی، تهیه لوح فشرده و پخش آن در مطب و یا تحویل آن به بیمار و یا ترکیبی از آنها مورد توجه بوده است. فاصله زمانی بین اخذ اطلاعات و آندوسکوپی هم مهم است. عده ای معتقدند بهتر است این فاصله کمتر باشد و به فاصله کمی قبل از آندوسکوپی در بخش مربوطه، بیماران اطلاعات لازم را

اطلاعات مربوط به داده های توصیفی گروه های چهار گانه در جدول ۱ خلاصه گردیده است. بررسی نتایج آزمون رابطه مجذور کای نشان داد که توزیع فراوانی جنسیتی در چهار گروه از لحاظ آماری معنی دار نیست.  $(\text{Chi-Square}=3/48 \text{ و } df=3, p=0/32)$  هم چنین بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که تفاوت میانگین سنی در چهار گروه از لحاظ آماری معنی دار نیست.  $(p=0/38)$

میانگین نمره پس آزمون در سه گروه شفاهی، کتبی و شفاهی-کتبی نسبت به گروه کنترل کمتر است. به طوری که این نمره در گروه شفاهی کمتر از همه گروه ها می باشد. (نمودار ۱)

نتایج حاصل از آزمون ویل کاکسون نشان داد که تفاوت میانگین نمره اضطراب در حالت قبل و بعد از مداخله در هر سه گروه آموزش دیده کاهش یافته (جدول ۲) و این کاهش از نظر آماری معنی دار است.  $(p<0/01)$  ولی در گروه شاهد افزایش میانگین نمره اضطراب در پس آزمون قابل مشاهده است (جدول ۲) که از نظر آماری نیز معنی دار است.  $(p<0/01)$

بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عامله با کنترل اثر متغیر نمره اضطراب قبل از مطالعه نشان داد که میانگین نمره اضطراب در گروه های مورد مطالعه در زنان بیشتر از مردان بوده است ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p=0/79)$ . با وجود این اثر تعاملی جنس با گروه های مورد مطالعه نیز از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p=0/09)$ . و میانگین نمره اضطراب در گروه های مورد مطالعه در سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بیشتر از تحصیلات عالی بوده است ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p=0/23)$ . با وجود این اثر تعاملی سطح تحصیلات با گروه های مورد مطالعه نیز از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p=0/77)$ .

میانگین نمره اضطراب در گروه های مورد مطالعه در گروه سنی های مختلف متفاوت بوده است ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p=0/85)$ . با وجود این اثر تعاملی سطح تحصیلات با گروه های مورد مطالعه نیز از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p=0/23)$ .

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که در واقع با حذف اثرات نمره پیش آزمون، میانگین نمرات گروه شاهد از بقیه گروه های دیگر بیشتر بود  $(p<0/03)$  و  $(F=3/11)$ . از این رو می توان نتیجه گرفت که آموزش به صورت شفاهی یا کتبی شفاهی-کتبی میانگین نمره پس آزمون را به مراتب کمتر می کند.

بررسی نتایج نشان می دهد که تفاوت میانگین نمره اضطراب گروه شفاهی با گروه کتبی و گروه توأم از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد  $(p>0/32)$  ولی تفاوت میانگین نمره اضطراب گروه شاهد با گروه شفاهی و گروه کتبی و گروه توأم از لحاظ آماری معنی دار می باشد  $(p<0/01)$ .

#### بحث :

مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد و سن افراد در بروز شدت اضطراب نقش واضحی ندارند و اگر چه میانگین نمره اضطراب در زنان بیش از مردان بوده ولی اختلاف به سطح معنی دار نرسیده است. آموزش

و پس از پر کردن پرسشنامه به صورت تصادفی در یکی از گروه های چهار گانه (۱-کنترل، ۲-آموزش شفاهی، ۳-آموزش کتبی و ۴-آموزش شفاهی-کتبی) قرار می گرفتند. بسته آموزشی به گروه های سوم و چهارم جهت مطالعه تحویل داده می شد. و برای گروه های دوم و چهارم همان مطالب به صورت شفاهی توسط محقق توضیح داده شد. در روز آندوسکوپي که فردای روز مراجعه به درمانگاه بود نیم ساعت قبل از آندوسکوپي مجددا پرسشنامه توسط پرستار آموزش دیده ای که اطلاعاتی در مورد قرار گیری افراد در گروه های چهار گانه نداشت در اختیار بیماران قرار می گرفت و پس از ده دقیقه پرسشنامه ها جمع آوری و علائم حیاتی بیماران توسط پرستار اندازه گیری و ثبت می شد. میزان مشارکت بیماران در مرحله دوم ۱۰۰٪ بود.

رئوس مطالب بسته های آموزشی شامل دلایل مربوط به انجام آندوسکوپي، منافع آندوسکوپي، از حجت آندوسکوپي به روش های دیگر و عوارض آندوسکوپي است که به زبان ساده و تحت نظر چند تن از اساتید بخش آندوسکوپي تهیه گردیده بود.

پرسشنامه یک دارای ۲۱ گزینه بوده و شدت اضطراب را در آزمودنی ها می سنجد. این پرسشنامه بر پایه ی مقیاسی از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود که گزینه ۱ صفر نمره، گزینه ۲ یک نمره، گزینه ۳ دو نمره و گزینه ۴ سه نمره می گیرد. و بالاترین نمره ای که به دست می آید ۶۳ است. بک، استیروگاریبن همسانی درونی آن را برابر با ۰/۹۲ گزارش کرده اند. هم چنین بازآزمایی یک هفته ای، پایایی پرسشنامه ی اضطراب بک را ۰/۷۵ برآورد کرده است. روایی محتوا، هم زمان، سازه ی تشخیصی و عاملی را برای این پرسشنامه بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده اند. (۱۴) هم چنین روایی محتوای فارسی این آزمون در بررسی اضطراب بیماران در مطالعه محمود علیلو و همکاران این پرسشنامه در فاصله ده روز دوبار بر روی ۳۰ گروه ۳۰ نفره از دانشجویان اجرا و همبستگی دو بار اجرای آن ۰/۸۶ به دست آمده است. (۱۵)

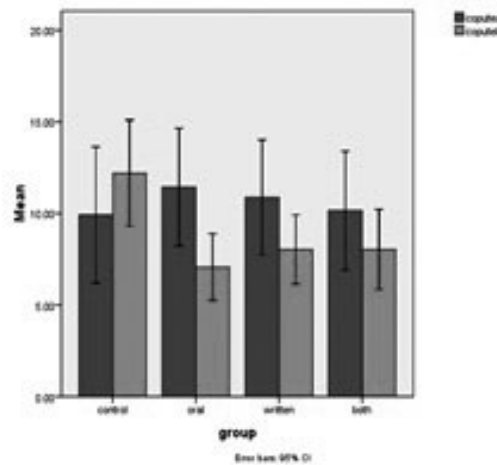
پس از جمع آوری داده ها به منظور توصیف داده ها، از شاخص های مرکزی و پراکندگی و به منظور بررسی سؤال های پژوهشی از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. برای مقایسه نمرات پس از بیان آنها به صورت رتبه ای از آزمون مجذور کای استفاده شده است. در صورت معنی دار بودن از آزمون تعقیبی (Post Hoc) مناسب جهت مقایسه های دوگانه استفاده شد. تمامی مراحل تجزیه و تحلیل آماری داده ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شده است. در این مطالعه مقدار  $p<0/05$  از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

#### یافته ها :

نمونه آماری انتخاب شده از بیماران، ۲۵ نفر به روش شفاهی، ۲۵ نفر به روش کتبی، ۲۵ نفر به روش شفاهی-کتبی و ۲۵ نفر گروه شاهد بودند.

جدول ۱: داده‌های توصیفی برای گروه‌ها به روش شفاهی، کتبی، شفاهی-کتبی و شاهد

متغیر	شاهد (%) تعداد ۲۵	آموزش شفاهی (%) تعداد ۲۵	آموزش کتبی (%) تعداد ۲۵	آموزش شفاهی-کتبی (%) تعداد ۲۵
جنس	مرد	۱۳ (٪۵۲)	۱۷ (٪۶۸)	۱۳ (٪۵۲)
جنس	زن	۱۲ (٪۴۸)	۸ (٪۳۲)	۱۲ (٪۴۸)
میانگین سن	۳۷/۲±۱۱/۰۹	۳۷/۲±۱۲/۶۹	۳۷/۳۲±۱۵/۱۵	۳۸/۶۷±۱۳/۲۹
میانگین نمره اضطراب پیش آزمون	۹/۹۲±۸/۹۸	۱۱/۴۴±۷/۷۷	۱۰/۸۸±۷/۶۱	۱۰/۱۶±۷/۸۵
میانگین نمره اضطراب پس آزمون	۱/۴۰±۷/۰۲	۷/۰۸±۴/۳۸	۸/۰۴±۴/۵۶	۸/۰۴±۵/۲۷



نمودار ۱: شاخص‌های توصیفی نمره اضطراب در دو زمان پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون نمره اضطراب در گروه‌ها به روش شفاهی، کتبی، شفاهی+کتبی و شاهد

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف از میانگین	پائین ترین نمره	بالا ترین نمره
پیش آزمون	شفاهی	۲۵	۱۱/۴۴	۷/۷۷	۱/۵۵	۲	۳۴
	کتبی	۲۵	۱۰/۸۸	۷/۶۱	۱/۵۲	۱	۳۲
	شفاهی + کتبی	۲۵	۱۰/۱۶	۷/۸۵	۱/۵۷	۲	۳۵
	شاهد	۲۵	۹/۹۲	۸/۹۸	۱/۷۹	۰	۲۶
پس آزمون	کل	۱۰۰	۱۰/۶۰	۷/۹۷	۰/۷۹	۰	۳۵
	شفاهی	۲۵	۷/۰۸	۴/۳۸	۰/۸۷	۲	۱۷
	کتبی	۲۵	۸/۰۴	۴/۵۶	۰/۹۱	۱	۲۱
	شفاهی + کتبی	۲۵	۸/۰۴	۵/۲۷	۱/۰۵	۲	۲۲
کل	شاهد	۲۵	۱۲/۲۰	۷/۰۲	۱/۴۰	۰	۲۳
	کل	۱۰۰	۸/۸۴	۰/۵۶	۰/۵۶	۰	۲۳

است. به نظر می‌رسد برقراری ارتباط مستقیم در کنار انتقال اطلاعات موثرترین شیوه کنترل اضطراب بیماران باشد. مطالعه ماهاجان و همکاران نشان داد که آماده سازی قبل از آندوسکوپی،

در هر سه شکل خود در کنترل اضطراب بیماران نقش بارزی داشته و بیشترین میزان تاثیر در آموزش شفاهی که پزشک مستقیماً اطلاعات ساختارمند مکتوب را به بیمار منتقل کرده است بیش از موارد دیگر

جدول ۳: تحلیل کوواریانس در گروه‌ها به روش شفاهی، کتبی، شفاهی-کتبی و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۲۴۵۳/۷۷	۷	۳۵۰/۵۳	۴۲/۶۷	<۰/۰۰۱
Intercept	۳۱۲/۱۲	۱	۳۱۲/۱۲	۳۸	<۰/۰۰۱
گروه‌های مورد مطالعه	۷۶/۸۰	۳	۲۵/۶	۳/۱۱	۰/۰۳
پیش آزمون	۱۹۰۳/۸۰	۱	۱۹۰۳/۸۲	۲۳۱/۷۸	<۰/۰۰۱
پیش آزمون گروه‌ها	۴۹/۵۰	۳	۱۶/۵۰	۲	۰/۱۱۸
خطا	۷۵۵/۶۶	۹۲	۸/۲۱		
کل	۱۱۰۲۴	۹۹			

یافته بودن اطلاعات ارایه شده به صورت شفاهی باشد. برای مثال اغلب پزشکانی که در مورد روند آندوسکوپی توضیح می‌دهند در مورد روش‌های دیگر و معایب و مزایای آنها توضیح نمی‌دهند. بیمار ممکن است حین دریافت اطلاعات شفاهی تمام مطالب را دریافت نکند ولی از پرسیدن امتناع کند در حالی که در صورت ارایه اطلاعات مکتوب خود می‌تواند قسمت مبهم را دوباره مطالعه کند. چون مطالعه فعلی ساختار مشخصی را برای ارایه اطلاعات شفاهی پیش بینی کرده بود و محتوای اطلاعات شفاهی تفاوتی با اطلاعات ثبت شده در متن نداشت که می‌تواند علت یکسان بودن اثربخشی آنها باشد. البته با توجه به ارجحیت تاثیر آموزش شفاهی نسبت به روش‌های دیگر احتمالاً برقراری ارتباط پزشک و بیمار تاثیر بیشتری از ارایه مکتوب اطلاعات دارد.

ارایه بسته آموزشی به بیماران علاوه بر فراهم کردن اطلاعات منجر به تحکیم رابطه درمانی نیز می‌شود. با اختصاص دادن زمانی برای آموزش، توجه بیمار به این نکته جلب می‌شود که یک تیم درمانی از قبل برنامه‌ای برای او تهیه کرده و همین موضوع اطمینان بیمار را جلب می‌کند و استرس ناشی از مراحل آندوسکوپی را کاهش می‌دهد. این موضوع ممکن است در جوامع شرقی که از لحاظ فرهنگی اهمیت بیشتری به روابط به خصوص ارتباط رودررو داده می‌شود واضح‌تر باشد.

### نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر حاکی از سودمندی آموزش بیماران قبل از انجام آندوسکوپی در کاهش میزان اضطراب آنهاست و این اثر مستقل از نوع آموزش (شفاهی، کتبی یا تلفیقی از هر دو) است. آموزش استفاده شده در این مطالعه بیشتر بر مسایل مربوط به انجام آندوسکوپی تاکید دارد و با ارایه آموزش، رابطه درمانی بیشتری را با بیماری که برای بار اول به بخش آندوسکوپی مراجعه کرده است برقرار می‌کند. این مداخله کم هزینه که در مدت زمان کوتاهی قابل انجام است در عین حال می‌تواند برای بیماران بسیار بار ارزش باشد.

به طور قابل ملاحظه‌ای اضطراب والدین و کودکان و نیاز به دفعات استفاده از آرام بخش‌ها را کاهش می‌دهد. (۱۶) رادین کاهش توجه بیمار از طریق تماس درمانی، دادن اطلاعات، مشاهده روند آندوسکوپی توسط بیمار، ارتباط درمانی، عطر درمانی و گوش دادن به موزیک حین انجام آندوسکوپی را در کاهش اضطراب دخیل می‌داند. (۱۷) هم چنین در مطالعه سالامور آموزش قبل از آندوسکوپی و بخش موسیقی حین آندوسکوپی، باعث جلوگیری از افزایش فشار دیاستولیک افراد شده است. (۱۸)

نتایج مطالعات لانیوس نشان داد که با تهیه یک کتابچه آموزشی و در اختیار بیمار قرار دادن شروع متوسط اضطراب، قبل و بعد از مطالعه کتابچه متفاوت است. (۱۹) استرمرو همکاران نقش بخش موسیقی و مذاکره با آندوسکوپ شونده‌گان را قبل از آندوسکوپی، در کاهش سطح اضطراب مورد بررسی قرار دادند. ولی بخش موزیک، بحث قبلی با بیمار و سکوت حین انجام آندوسکوپی در بهبود تحمل بیمار و کاهش سطح اضطراب نقشی نداشتند. (۲۰)

نتیجه این تحقیق مبتنی بر نقش آموزش همسو با تحقیقات قبلی است. مگوییر و همکاران در مطالعه‌ای با مقایسه اثر آموزش شامل اطلاعات و آموزش رفتاری همراه با ارایه اطلاعات به این نتیجه رسیده‌اند که دادن اطلاعات به تنهایی بهتر از دادن اطلاعات و آموزش رفتار، موجب کاهش اضطراب شده است. (۲۱) با توجه به این که اغلب این آموزش‌ها کمی قبل از انجام آندوسکوپی انجام می‌شوند ممکن است فرصت کافی برای تمرین وجود نداشته باشد و بنابراین آموزش رفتار نمی‌تواند چندان مفید باشد. این روش ممکن است حتی بار روانی بیشتری برای بیمار ایجاد کرده و اضطراب او را دو چندان کند. ولی در همین زمان انتقال اطلاعات در مورد روند انجام آندوسکوپی می‌تواند استرس بیماران را کم کند.

فلی و همکاران نتیجه ارایه اطلاعات به صورت کتبی را بهتر از سایر روش‌ها گزارش کرده‌اند. (۲۲) چنین تفاوتی در مطالعه فعلی به دست نیامد. یکی از علل مزیت ارایه اطلاعات مکتوب می‌تواند عدم ساختار

## REFERENCES

- Block B, Schachschal G, Schmidt H. Endoscopy of the upper gastrointestinal tract. 1st ed. Thieme Stuttgart 2005; 9-10.
- Carpenter, Aquino, Asgna. A core curriculum gastroenterology nursing. 4th ed. 2008.
- Maguire D, Walsh JC, Little CL. The effects of information and behavioral training on endoscopy patients clinical outcomes. *Patient Educ Couns* 2004;54:61-5.
- Gebbensleben B, Rohde H. Anxiety before gastrointestinal Endoscopy – a significant problem? *Dtsch Med Wochenschr* 1990;115:1539-44.
- Trevisani L, Sartori S, Putinati S, Gaudenzi P, Chiamenti CM, Gilli G, et al. Assessment of anxiety levels in patients during diagnostic endoscopy. *Recenti Prog Med* 2002;93:240-4.
- Mulcahy HE, Kelly P, Banks MR, Connor P, Patchet SE, Farthing MJ, et al. Factors associated with tolerance to, and discomfort with, unsedated diagnostic gastroscopy. *Scand J Gastroenterol* 2001;36:1352-7.
- Levy N, Landmann L, Stermer E, Erdreich M, Beny A, Meisels R. Does a detailed explanation prior to gastroscopy reduce the patient's anxiety? *Endoscopy* 1989;21:263-5.
- Pereira SP, Hussaini SH, Wilkinson ML. Informed consent for upper gastrointestinal endoscopy. *Gut* 1995;37: 151-3.
- Ley P, Lewellyn S. Improving patients understanding, recall, satisfaction and compliance. In: Broome A, Llewellyn S, eds. Health psychology: processes and applications. 2nd ed. London: Champion & Hallpp;1995:109-22.
- Campo R, Brullet E, Montserrat A, Calvet X, Moix J, Rué M, et al. Identification of factors that influence tolerance of upper gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:201-4.
- Kutluturkan S, Gorgulu U, Fesci H, Karavelioglu A. The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients anxiety: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010;47:1066-73.
- Hopper KD, Tenhave TR, Hartzel J. Informed consent forms for clinical and research imaging procedures: how much do patients understand? *AJR Am J Roentgenol* 1995;164:493-6.
- Bottrell MM, Alpert H, Fischbach RL, Emanuel LL. Hospital informed consent for procedure forms. *Arch Surg* 2000;135:26-33.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988;8:77-100.
- Mahmood Aliloo M, Hashemi Nosratabad T, Bairami M, Bakhsipoor A. Memory Bias and Memory Confidence in Obsessive - Compulsive Disorder (Checker-Type), Obsessive - Compulsive Personality, and Generalized Anxiety Disorder. *J Psychol* 2007;6:139-51.
- Mahajan L, Wyllie R, Steffen R, Kay M, Kitaoka G, Dettorre J, et al. The Effects of a Psychological Preparation Program on Anxiety in Children and Adolescents Undergoing Gastrointestinal Endoscopy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:161-5.
- Rudin D. Frequently overlooked and rarely listened to: music therapy in gastrointestinal endoscopic procedures. *World J Gastroenterol* 2007;13:4533.
- Salmore R, Nelson J. The Effect of Preprocedure Teaching ,Relaxation Instruction, and Music on Anxiety as Measured by Blood Pressures in an Outpatient Gastrointestinal Endoscopy Laboratory. *Gastroenterol Nurs* 2000;23:102-10.
- Lanius M, Zimmermann P, Heegewaldt H, Hohn M, Fischre M, Rohde H. Does an information booklet on gastrointestinal endoscopy reduce anxiety for these examinations? Results of a randomized study with 379 patients. *Z Gastroenterol* 1990;28:651-5.
- Stermer E, Levy N, Beny A, Meisels R, Tamir A. Ambience in the Endoscopy Room Has Little Effect on Patients. *J Clin Gastroenterol* 1998;26:256-8.
- Maguire D, Walsh JC, Little CL. The effects of information and behavioural training on endoscopy patients clinical outcomes. *Patient Educ Couns* 2004;54:61-5.
- Felly C, Pernegar TV, Goulet I, Rouillard C, Azar Pey N, Dorta G, et al. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone:a randomized trial. *BMC Gastroenterol* 2008;8:22.



# Evaluation of the Effectiveness of Different Teaching Methods on Anxiety in Patients Referred for Endoscopy

Hamid Poursharifi<sup>1</sup>, Maryam Doshmanshekar<sup>2</sup>, Mohammad Hossein Somi<sup>3</sup>,  
Seyed Davood Hosseinyasab<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Iran

<sup>2</sup> M.Sc. Student of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Internal Medicine, Liver and Gastrointestinal Diseases Research Centre, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran

## ABSTRACT

### Background :

Gastrointestinal disorders are common complaints for which endoscopy is one of the most important diagnostic procedures. Anxiety is an unpleasant, ambiguous feeling of apprehension and fear of an unknown origin that occurs during anxious and previously stressful situations or during an injury. Lack of sufficient information and fear of pain can cause anxiety prior to an endoscopy, reducing the trend of patients and increasing the endoscopy time. This study aims to evaluate the effectiveness of various teaching methods (oral, written, oral-written) on patient anxiety prior to an endoscopy.

### Materials and Methods:

This was a case-control study that enrolled 100 patients, 18-80 years of age, who had at least reading and writing literacy. Patients who referred to a specialized clinic at Tabriz University of Medical Sciences for their first endoscopy between December to March 2011 were selected. We randomly divided patients into four groups (oral, written, oral-written teaching, and control) after their first anxiety assessment with the Beck questionnaire. The information was given to patients by the investigator using the training packages. The next day, 30 minutes prior to the endoscopy, patients completed another Beck Anxiety questionnaire and the effectiveness of the different methods was evaluated.

### Results:

Mean anxiety scores decreased in all three teaching groups after intervention, which was statistically significant compared with the control group ( $p < 0.001$ ). The difference in anxiety scores between the teaching groups (written, oral, oral-written) was not statistically significant ( $p < 0.32$ ).

### Conclusion:

The provision of adequate information to patients about the endoscopy procedure, independent of the teaching method, can reduce patient anxiety.

**Keywords:** Endoscopy; Anxiety; Oral teaching; Writing teaching

*please cite this paper as:*

Poursharifi H, Doshmanshekar M, Somi MH, Hosseinyasab SD. Evaluation of the Effectiveness of Different Teaching Methods on Anxiety in Patients Referred for Endoscopy. *Govaresh* 2013;18:32-8.

### Corresponding author:

Maryam Doshmanshekar, M.Sc  
Department of Psychology, Islamic  
Azad University of Tabriz, Tbriz, Iran  
Telefax: + 98 411 3367479  
E-mail: mdsh031080@yahoo.com  
Received: 18 Nov. 2012  
Edited: 27 Feb. 2013  
Accepted: 28 Feb. 2013