مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (39) العدد (1) 2017
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (39) No. (1) 2017

تأثير سياسة الرعاية التمريضية على عسرة البلع عند مرضى الجهاز العصبي في وحدات الرعاية المركزة

الدكتورة سوسن غزال*
الدكتور عبد الهادي سلامة**
كامل الحريري***

(تاريخ الإيداع 29 / 8 / 2016. قُبِل للنشر في 5 / 1 /2017)

□ ملخّص □

تُعد عسرة البلع من أهم المضاعفات الشائعة عند مرضى الجهاز العصبي في وحدات الرعاية المركزة. **الهدف:** هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير سياسة الرعاية التمريضية على عسرة البلع عند مرضى الجهاز العصبي في وحدات الرعاية المركزة. **أدوات البحث وطرائقه :** أجُريت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من (40) مريضاً موزعين على أربعة مجموعات (تمرين (Shaker)، مناورة (Mendelsohn)، تمرين (Shaker) ومناورة (Mendelsohn)، المجموعة الضابطة) في قسم الرعاية المركزة في مستشفى الأسد الجامعي والمستشفى الوطني ممن يعانون من عسرة بلع، جُمعت البيانات باستخدام استمارة تتضمن البيانات الشخصية واستمارة تتضمن مقياس شدة عسرة البلع. **النتائج :** خلُصت النتائج إلى أن تطبيق تمرين (Shaker) ومناورة (Mendelsohn) مع بعض كان له الأثر الأكبر على إنقاص شدة عسرة البلع، وأوصت الدراسة بضرورة تطبيق تمرين (Shaker) ومناورة (Mendelsohn)، عند المرضى الذين لديهم عسرة بلع.

الكلمات المفتاحية: تمرين (Shaker)، مناورة (Mendelsohn)، عسرة البلع، مرضى الجهاز العصبي.

*أستاذ دكتور – قسم تمريض البالغين – كلية التمريض _ جامعة تشرين– اللاذقية– سورية.
**مدرس – قسم التخدير والانعاش – كلية الطب_ جامعة تشرين – اللاذقية– سورية.
***طالب دراسات عليا (ماجستير)– تمريض الحالات الحرجة _ عام في كلية التمريض _ جامعة تشرين– اللاذقية– سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (38) العدد (6) 2016
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (38) No. (6) 2016

Effect of Nursing Care Policy on Dysphagia in Neurological System Patients in Critical Care Units.

Dr. Sawsan Ghazal [*]
Dr. Abed Alhadi Salama[**]
Kamel Alhariri[***]

(Received 29 / 8 / 2016. Accepted 5 / 1 / 2017)

□ ABSTRACT □

Dysphagia considers the most important and common in neurological system patient on critical care units. **Objective**: The aim of this study was to study the effect of nursing care policy on dysphagia in neurological system patients in critical care units. **Material and method**: the study was conducted on 40 patients divided on four groups (Shaker Exercise, Mendelsohn maneuver, [Shaker Exercise, and Mendelsohn maneuver] and control group) in critical care units in the Assad university hospital and the National Hospital whom have dysphagia. The data was collected by using the personal information form, and the dysphagia severity scale. **Results**: This study showed that Shaker Exercise, and Mendelsohn maneuver together were the most effective in reduce dysphagia levels and recommended about importance of Shaker Exercise, and Mendelsohn maneuver for patients with dysphagia.

Keyword: Shaker Exercise, Mendelsohn maneuver, Dysphagia, Neurological system patient.

***Professor , Department of Adult Nursing, faculty of nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
[**]**Assistant Professor, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
[**]**Postgraduate Student , Department Critical Care Nursing. Faculty nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

يقوم الجهاز العصبي بتنسيق كل وظائف الجسم، إذ يساعد الإنسان بالتكيف مع جميع المتغيرات التي يتعرض لها سواء داخل الجسم أو في المحيط الخارجي، ويتكون الجهاز العصبي من قسمين رئيسين هما الجهاز العصبي المركزي الذي يتضمن الدماغ والحبل الشوكي والسائل الدماغي الشوكي، والجهاز العصبي المحيطي الذي يتضمن الأعصاب القحفية والأعصاب الشوكية والقسم الحسي والقسم الحركي[1].

وتعود الأمراض العصبية لاضطرابات في الدماغ أو في الحبل الشوكي والأعصاب المنتشرة في الجسم، إذ تتحكم هذه العناصر مع بعضها البعض في عمل الجسم، وفي الأمراض العصبية يمكن أن يحدث اضطراب في الحركة أو الكلام أو البلع أو التنفس أو قابلية التعلم، كما إن من الممكن أن تحدث مشاكل في الذاكرة أو الإحساس أو المزاج العام[2].

وتُعد عملية البلع من العمليات الحيوية التي يقوم الجهاز العصبي بتنظيمها، إذ تتألف من ثلاث مراحل وهي المرحلة الفموية والمرحلة البلعومية والمرحلة المريئية [3]، وتعتبر عسرة البلع عرض شائع عند مرضى الجهاز العصبي وبشكل خاص عند مرضى السكتة الدماغية، ومرضى باركنسون، ومرضى التصلب اللويحي المتعدد، ومرضى الزهايمر[4]، وتُعرف عسرة البلع بأنها صعوبة في عبور الطعام من الفم إلى المعدة [5]، وتنجم عسرة البلع التالية للأمراض العصبية عن اعتلال حسي حركي على مستوى الفم والبلعوم والمري[6].

وتؤدي عسرة البلع لحدوث مضاعفات مثل سوء تغذيه وتجفاف ناجم عن نقص في فعالية البلع، وغصص واستنشاق الذي يؤدي لدخول الطعام أو السوائل إلى المجرى التنفسي وهذا يؤدي لحدوث مضاعفات على مستوى الجهاز التنفسي مثل ذات الرئة الاستنشاقية[7].

وبسبب خطورة مضاعفات عسرة البلع كان من الضروري إيجاد سياسات وتمارين لإعادة تأهيل المرضى الذين لديهم اضطراب في وظيفة البلع بشكل مبكر منعاً لتطور هذه المضاعفات، وهناك العديد من السياسات والتمارين المتبعة في إعادة تأهيل وظيفة البلع مثل تغيير وضعية الرأس والعنق، وسياسة تحفيز البلع من خلال المنبهات الحسية، ومناورات البلع مثل مناورة (Mendelsohn)، وتمارين إعادة تأهيل البلع مثل تمرين (Shaker)، وسياسة تغيير قوام الطعام مثل تعديل قوام الطعام ليصبح لين[8].

يُعد تمرين (Shaker) سياسة فعالة في إعادة تأهيل وظيفة البلع وذلك من خلال تنشيط حركة وقوة العضلات فوق وتحت اللامية وتنشيط وزيادة انفتاح المصرة المريئية العلوية وهذا بدورة يضمن سير عملية بلع آمنة ويخفف من حدوث المضاعفات[9]، وأجُريت دراسة من قبل (Kyoung K et al, 2015) حول تأثير تمرين (Shaker) على وظيفة البلع عند مرضى السكتة الدماغية أظهرت أن تمرين (Shaker) يُعزز وظيفة البلع من خلال تنشيط حركة الحنجرة وضمان إغلاق مجرى الهواء وتسهيل وتسريع عبور الطعام خلال البلعوم وبالتالي التقليل من حدوث الاستنشاق[10].

وتعد مناورة (Mendelsohn) أيضاً من السياسات الفعالة والمتبعة في إعادة تأهيل وظيفة البلع وذلك من خلال زيادة التقلصات في جدران البلعوم مما يساهم في عبور الطعام خلال البلعوم بشكل أسرع وزيادة حركة الحنجرة للأعلى مما يضمن إغلاق مجرى الهواء وبالتالي منع حدوث الاستنشاق [11]، وأجُريت دراسة من قبل (Gary H et al, 2013) حول تأثير مناورة (Mendelsohn) على مدى حركة اللامية وانفتاح المصرة المريئية العلوية عند مرضى

السكتة الدماغية إذ أظهرت هذه الدراسة إن مناورة (Mendelsohn) تعزز مدى حركة اللامية وانفتاح المصرة المريئية العلوية وبالتالي تعزيز عملية البلع عند مرضى السكتة الدماغية[12].

أهمية البحث وأهدافه:

تعد عسرة البلع من الأعراض الشائعة عند مرضى الجهاز العصبي، فهي تؤدي لحدوث مضاعفات خطيرة تؤثر على حالة المريض الصحية والاجتماعية، إذ إن (50%) من مرضى السكتة الدماغية يكون لديهم عسرة في البلع[13]، و(77%) من مرضى باركنسون يكون لديهم عسرة في البلع [14]، لذلك كان من الضروري تدبير عسرة البلع، وأجريت الكثير من الأبحاث في مجال تدبير عسرة البلع وكان لها نتائج متفاوتة في التخفيف من شدة عسرة البلع، وبناء على ذلك أُجري هذا البحث للحصول على نتائج أكثر فعالية في تدبير عسرة البلع من خلال تطبيق سياستين من سياسات إعادة تأهيل البلع لمعرفة أن تطبيقهما معاً يعطي نتائج أكثر فعالية أم تطبيق كل واحد على حدا.

طرائق البحث ومواده:

تصميم البحث: تجريبي (Experimental Study). **مكان البحث:** أُجري هذا البحث في مستشفى الأسد الجامعي والمستشفى الوطني قسم الرعاية المركزة في مدينة اللاذقية. في الفترة الواقعة بين 2015/9/1 حتى 2016/3/1.

العينة:

أُجري هذا البحث على عينة قوامها (40) مريضاً ذكراً بالغاً تم اختيارهم بطريقة الاعتيان العشوائي البسيط من المقيمين في المستشفى، وتراوحت أعمارهم بين 40–70 سنة. قسمت العينة عشوائيا على أربعة مجموعات. 1–المجموعة التجريبية الأولى قوامها 10 مرضى طُبق عليها السياسة الأولى 2–المجموعة التجريبية الثانية قوامها 10 مرضى طُبق عليها السياسة الثانية 3–المجموعة التجريبية الثالثة قوامها 10 مرضى طُبق عليها السياسة الثالثة 4–المجموعة الضابطة قوامها 10 مرضى تُركت لروتين المستشفى.

معايير الاستبعاد:

تم استبعاد المرضى فاقدي الوعي والمرضى الذين لديهم أنبوب أنفي معدي ومرضى كسور العمود الفقري ومرضى ارتفاع الضغط داخل القحف ومرضى الجراحة الصدرية والمرضى الذين لديهم مشاكل في البلعوم والحنجرة والمري (استئصال الحنجرة، سرطان الرأس والعنق، دوالي في المري).

أدوات البحث:

الأداة الأولى وهي استمارة تقييم تتألف من قسمين:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية لأفراد العينة وهي (العمر، مستوى التعليم، .....)

القسم الثاني: بيانات الحالة الصحية للمريض وتشمل (التشخيص الطبي، السوابق المرضية).

الأداة الثانية: وهي مقياس شدة ونتائج عسرة البلع Dysphagia Outcome and Severity Scale

تم استخدام مقياس شدة عسرة البلع الذي التي طوره (Karen) وآخرون عام 1999 وهو عبارة عن مقياس يتألف من سبع درجات (1–7): (7) لا يوجد عسرة بلع، (6): المريض قادر على البلع، ولكن يوجد تأخر في عملية

البلع، (5): عسرة بلع خفيفة، (4): عسرة بلع خفيفة إلى متوسطة، (3): عسرة بلع متوسطة، (2): عسرة بلع متوسطة إلى شديدة، (1) عسرة بلع شديدة.

الطرق:

1-الحصول على الموافقات الرسمية المطلوبة لإجراء البحث وجمع البيانات.

2-تطوير الأداة الأولى وترجمة الأداة الثانية إلى اللغة العربية من قبل الباحث، وتم عرض الأدوات على خمسة خبراء في مجال الطب والتمريض وخبير في مجال الإحصاء بهدف الموافقة والتصديق على المحتوى.

3-أُجريت الدراسة الدليلية على (4) مرضى تم اختيارهم بطريقة الاعتيان العشوائي لاختبار وضوح الأدوات ولتحديد نقاط الضعف، وتم تعديل الأداة الأولى وفق النتائج وقد تم استبعاد هؤلاء المرضى من عينة الدراسة.

4-جُمعت البيانات قبل تطبيق سياسات الرعاية التمريضية من أفراد المجموعات (ال مجموعة الأولى السياسة الأولى، المجموعة الثانية السياسة الثانية، المجموعة الثالثة السياسة الثالثة، المجموعة الرابعة الضابطة) باستخدام الأداة الأولى بجزأيها الأول والثاني ومن ثم تقييم شدة عسرة البلع باستخدام الأداة الثانية.

5-تم تطبيق مراحل السياسة الأولى على المجموعة التجريبية الأولى وهي:

وضع المريض بوضعية الاستلقاء الظهري مع عدم وجود مخدة تحت الرأس.

يثني المريض رأسه لمدة دقيقة بحيث يرى أصابع قدمه ثم يسترخي لمدة دقيقة (نستخدم الأداة الثالثة لتحديد الزمن).

تم تكرار هذا التمرين ثلاث مرات في اليوم لمدة أربع اسابيع.

يطبق هذا التمرين قبل ساعة من تناول الطعام.

6-تم تطبيق مراحل السياسة الثانية على المجموعة التجريبية الثانية وهي:

إعطاء المريض قطعة صغيرة من الطعام أو كمية قليلة من السوائل.

وضع السبابة والإبهام على تفاحة آدم لنشعر بحركتها نحو الأعلى أثناء البلع.

عندما تصل الحنجرة لأعلى مستوى نثبتها بواسطة السبابة والإبهام لمدة (5) ثواني ثم نتركها (نستخدم الأداة الثالثة لتحديد الزمن).

تم كرار هذا التمرين ثلاث مرات مع كل عملية بلع كل يوم لمدة أربع أسابيع.

7-تم تطبيق مراحل السياسة الثالثة على المجموعة التجريبية الثالثة وهي:

تمرين (Shaker):

وضع المريض بوضعية الاستلقاء الظهري مع عدم وجود مخدة تحت الرأس.

يثني المريض رأسه لمدة دقيقة بحيث يرى أصابع قدمه ثم يسترخي لمدة دقيقة (نستخدم الأداة الثالثة لتحديد الزمن).

تم تكرار هذا التمرين ثلاث مرات في اليوم لمدة أربع اسابيع.

يطبق هذا التمرين قبل ساعة من تناول الطعام.

مناورة (Mendelsohn):

إعطاء المريض قطعة صغيرة من الطعام أو كمية قليلة من السوائل.

وضع السبابة والابهام على تفاحة آدم لنشعر بحركتها نحو الأعلى أثناء البلع.

عندما تصل الحنجرة لأعلى مستوى نثبتها بواسطة السبابة والإبهام لمدة (5) ثواني ثم نتركها (نستخدم الأداة الثالثة لتحديد الزمن).

تم تكرار هذا التمرين ثلاث مرات مع كل عملية بلع كل يوم لمدة أربع أسابيع.

8-تم ترك المجموعة الضابطة لسياسة المستشفى.

9-تم جمع البيانات وتنظيمها في جداول ليتم تحليلها باستخدام البرامج الإحصائية المناسبة.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

الجدول رقم (1) توزع العينة وفقاً للبيانات الديموغرافية والصحية:

البيانات الديموغرافية		التكرار	النسبة %
العمر	28-18	0	%0
	39-29	0	%0
	50-40	14	%35
	60-51	11	%27.5
	70-61	15	%37.5
المجموع		40	%10
الجنس	ذكور	20	%50
	اناث	20	%50
المجموع		40	%100
الحالة الاجتماعية	أعزب	0	%0
	متزوج	23	%57.5
	مطلق	11	%27.5
	أرمل	6	%15
المجموع		40	%100
مستوى التعليم	امي	0	%0
	تعليم اساسي	20	%50
	تعليم ثانوي	12	%30
	تعليم جامعي	8	%20
المجموع		40	%100
بيانات الحالة الصحية			
التشخيص الطبي	سكتة دماغية	40	%100
المجموع		40	%100
السوابق المرضية	لا يوجد	13	%32.5
	ارتفاع ضغط شرياني	12	%30
	ارتفاع سكري	9	%22.5
	نقص تروية قلبية	6	%15
المجموع		40	%100

يبين الجدول رقم (1) توزع العينة وفق الخصائص الديموغرافية للمشاركين في الدراسة، حيث شكلت الفئة العمرية (61–70) سنة النسبة الأعلى 37.5% من العينة ،وكانت نسبة الذكور تعادل نسبة الإناث في العينة، بينما النسبة الأكبر من أفراد العينة كانوا من المتزوجين 57.5%، وكانت النسبة الأكبر من أفراد العينة من حملة شهادة التعليم الأساسي بنسبة 50%، وجميع أفراد العينة كانوا مصابين بمرض السكتة الدماغية وكانت النسبة الأكبر منهم لا تعاني من سوابق مرضية32.5%.

الجدول رقم (2) نتائج اختبار LSD لاختبار الفروق بين التطبيق القبلي
وباقي مراحل التطبيق في المجموعة التجريبيّة الاولى ومقارنتها مع المجموعة الضابطة:

التطبيق (J)	متوسط عسر البلع				Mean Difference (I-J)		Sig		القرار	
	المجموعة التجريبيّة	الانحراف المعياري	المجموعة الضابطة	الانحراف المعياري	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة
قبل التطبيق	3.7000	0.6749	4.7000	0.9487	–	–	–	–	–	–
نهاية الأسبوع الأول	3.9000	0.8756	4.7000	0.9487	−.20000	.00000	0.59	1.00	لا توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الثاني	4.5000	0.8498	4.7000	0.9487	−.80000−*	0	0.03	1.00	توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الثالث	5.1000	0.8756	5.2000	0.7888	−1.40000−*	−0.5	0.00	0.21	توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الرابع	5.8000	0.7888	5.2000	0.7888	−2.10000−*	−.500	0.00	0.21	توجد فروق	لا توجد فروق

بين الجدول رقم (3) أنّ الفروق بين متوسط درجة عسر البلع قبل التطبيق (3.7±0.67) ومتوسط درجة عسرة البلع في نهاية الأسبوع الأوّل (3.9±0.875) والبالغ 0.2−، والذي يدل على انخفاض في درجة عسرة البلع، إنّ هذا الفرق غير دال إحصائيّاً حيث إنّ احتمال الدلالة المقابل في المجموعة التجريبيّة 0.59 أكبر من 0.05. في حين أنّ باقي الفروق تدل على أنها ذات دلالة إحصائيّة بالتالي يمكن القول أنّ الفروق في متوسّط درجة عسرة البلع بحسب التطبيق في المجموعة التجريبيّة الاولى تظهر أثر للسياسة الأولى بدءاً من نهاية الأسبوع الثاني.

الجدول رقم (3) نتائج اختبار LSD لاختبار الفروق بين التطبيق القبلي
وباقي مراحل التطبيق في المجموع التجريبيّة الثانية ومقارنتها مع المجموعة الضابطة:

التطبيق (J)	متوسط عسر البلع				Mean Difference (I–J)		Sig		القرار	
	المجموعة التجريبيّة	الانحراف المعياري	المجموعة الضابطة	الانحراف المعياري	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة
قبل التطبيق	3.8000	0.7888	4.7000	0.9487	–	–	–	–	–	–

نهاية الأسبوع الأول	3.8000	0.7888	4.7000	0.9487	.00000	.00000	1.00	1.00	لا توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الثاني	3.8000	0.7888	4.7000	0.9487	.00000	0	1	1.00	لا توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الثالث	4.4000	0.9661	5.2000	0.7888	-.60000	-0.5	.11186	0.21	لا توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الرابع	4.8000	0.7888	5.2000	0.7888	-1.00000	-.50000	0.01	0.21	توجد فروق	لا توجد فروق

بين الجدول رقم (3) أنّه لا توجد فروق بين متوسط درجة عسر البلع قبل التطبيق (3.8±0.788) ومتوسط درجة عسر البلع في نهاية الأسبوع الأوّل والثاني (3.8±0.788). في حين أنّ باقي الفروق تدل على أنها ذات دلالة إحصائيّة بالتالي يمكن القول أنّ الفروق في متوسّط درجة عسرة البلع بحسب التطبيق في المجموعة التجريبيّة الثانية تظهر أثر للسياسة الثانية بدءاً من نهاية الأسبوع الثالث.

الجدول رقم (4) نتائج اختبار LSD لاختبار الفروق بين التطبيق القبلي
وباقي مراحل التطبيق في المجموعة التجريبيّة الثالثة ومقارنتها مع المجموعة الضابطة:

التطبيق (J)	متوسط عسر البلع				Mean Difference (I-J)		Sig		القرار	
	المجموعة التجريبيّة	الانحراف المعياري	المجموعة الضابطة	الانحراف المعياري	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبيّة	المجموعة الضابطة
قبل التطبيق	3.8000	0.7888	4.7000	0.9487	-	-	-	-	-	-
نهاية الأسبوع الأول	4.0000	0.9428	4.7000	0.9487	-.20000	.00000	0.53	1.00	لا توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الثاني	4.7000	0.6749	4.7000	0.9487	-.90000	0	0.01	1.00	توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الثالث	5.6000	0.5164	5.2000	0.7888	-1.80000	-0.5	0.00	0.21	توجد فروق	لا توجد فروق
نهاية الأسبوع الرابع	6.6000	0.5164	5.2000	0.7888	-2.80000	-.50000	0.00	0.21	توجد فروق	لا توجد فروق

يبين الجدول رقم (4) أنّه لا توجد فروق بين متوسط درجة عسر البلع قبل التطبيق (3.8±0.7888) ومتوسط درجة عسر البلع في نهاية الأسبوع الأوّل. في حين أنّ باقي الفروق تدل على أنها ذات دلالة إحصائيّة بالتالي يمكن القول أنّ الفروق في متوسّط درجة عسرة البلع بحسب التطبيق في المجموعة التجريبيّة الثالثة تظهر أثر للسياسة الثالثة بدءاً من نهاية الأسبوع الثاني.

الجدول رقم (5) مقارنة تأثير السياسة الأولى مع تأثير السياسة الثانية من حيث حجم الأثر بحسب زمن التطبيق:

زمن التطبيق	السياسة الأولى	السياسة الثانية
نهاية الأسبوع الأول	−0.20	0.00
نهاية الأسبوع الثاني	−0.80	0.00
نهاية الأسبوع الثالث	−1.40	−0.60
نهاية الأسبوع الرابع	−2.10	−1.00

من الجدول السابق نجد أن قيمة الأثر الناجم عن تطبيق السياستين يرتفع مع زيادة أيام التطبيق ولكن نجد بالمقارنة أن قيمة الأثر الناتج عن تطبيق السياسة الأولى في نهاية الأسبوع الرابع أكبر من قيمة الأثر الناتج عن تطبيق السياسة الثانية وهذا يدعم فرضية البحث التي تنص على أن تطبيق تمرين (Shaker) يؤثر إيجاباً على عسرة البلع أكثر من تطبيق مناورة (Mendelsohn).

مما سبق لاحظنا اختلاف في أثر سياسات الرعاية على درجة عسرة وبهدف المقارنة بين هذه السياسات أيّها كان أكثر تأثيراً من الناحية الإحصائيّة تمّ القيام بما يلي:

1-قبل التطبيق:

سيتمّ استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الجانب على الشّكل التالي:

الجدول رقم (6) نتائج تطبيق تحليل التباين أحادي الجانب:

مصدر التباين	Sum of	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.067	2	.033	.059	.943
Within Groups	15.300	27	.567		
Total	15.367	29			

نجد احتمال الدلالة 0.943 أكبر من 0.05 الأمر الذي يمكننا من قبول الفرض العدم بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في متوسّط درجة عسرة البلع بحسب السياسات المتبعة في مرحلة ما قبل التطبيق.

2-نهاية الأسبوع الأوّل للتطبيق:

سيتمّ استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الجانب على الشّكل التالي:

الجدول رقم (7) نتائج تطبيق تحليل التباين أحادي الجانب:

مصدر التباين	Sum of	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.200	2	.100	.132	.877

Within Groups	20.500	27	.759		
Total	20.700	29			

نجد احتمال الدلالة 0.877 أكبر من 0.05 الأمر الذي يمكننا من قبول الفرض العدم بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في متوسّط درجة عسرة البلع بحسب السياسات المتبعة في نهاية الأسبوع الأوّل لتطبيق السياسات.

3-نهاية الأسبوع الثاني للتطبيق:

سيتمّ استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الجانب على الشّكل التالي

الجدول رقم (8) نتائج تطبيق تحليل التباين أحادي الجانب:

مصدر التباين	Sum of	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.467	2	2.233	3.722	.037
Within Groups	16.200	27	.600		
Total	20.667	29			

نجد احتمال الدلالة 0.037 أصغر من 0.05 الأمر الذي يمكننا من رفض الفرض العدم بالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في متوسّط درجة عسرة البلع بحسب السياسات المتبعة في نهاية الأسبوع الثاني لتطبيق السياسات.

وعند تطبيق اختبار LSD ظهرت النتائج التالية:

الجدول رقم (9) نتائج اختبار LSD لمعرفة الفروق في متوسطات درجة عسرة البلع عند نهاية الأسبوع الثاني لتطبيق السياسات:

السياسة (I)		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					القرار	متوسّط العسر الأكبر عند
سياسة 1	سياسة 2	.70000	.34641	.053	لا توجد فروق	-
	سياسة 3	-.20000	.34641	.568	لا توجد فروق	-
سياسة 2	سياسة 1	-.70000	.34641	.053	لا توجد فروق	-
	سياسة 2	-.90000-*	.34641	.015	توجد فروق	السياسة الثالثة
سياسة 3	سياسة 1	.20000	.34641	.568	لا توجد فروق	-
	سياسة 2	.90000*	.34641	.015	توجد فروق	السياسة الثالثة

من الجدول نجد أنّ الفروق كانت ذات دلالة إحصائيّة عند المقارنة بين السياستين الثانية والثالثة فقط، وأظهر متوسط عسرة البلع أنّه الأكبر عند تطبيق السياسة الثالثة

4-نهاية الأسبوع الثالث للتطبيق:

سيتمّ استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الجانب على الشّكل التالي:

الجدول رقم (10) نتائج تطبيق تحليل التباين أحادي الجانب:

مصدر التباين	Sum of	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7.267	2	3.633	5.542	.010
Within Groups	17.700	27	.656		
Total	24.967	29			

نجد احتمال الدلالة 0.010 أصغر من 0.05 الأمر الذي يمكننا من رفض الفرض العدم بالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في متوسّط درجة العسر بحسب السياسات المتبعة في نهاية الأسبوع الثالث لتطبيق السياسات.

وعند تطبيق اختبار LSD ظهرت النتائج التالية:

الجدول رقم (11) نتائج اختبار LSD لمعرفة الفروق في متوسطات درجة عسرة البلع عند نهاية الأسبوع الثالث لتطبيق السياسات:

السياسة (I)		Mean Difference (I−J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					القرار	متوسّط العسر الأكبر عند
سياسة 1	سياسة 2	.70000	.36209	.064	لا توجد فروق	-
	سياسة 3	-.50000	.36209	.179	لا توجد فروق	-
سياسة 2	سياسة 1	-.70000	.36209	.064	لا توجد فروق	-
	سياسة 3	-1.20000-*	.36209	.003	توجد فروق	السياسة الثالثة
سياسة 3	سياسة 1	.50000	.36209	.179	لا توجد فروق	-
	سياسة 2	1.20000*	.36209	.003	توجد فروق	السياسة الثالثة

من الجدول رقم (**11**) نجد أنّ الفروق كانت ذات دلالة إحصائيّة عند المقارنة بين السياستين الثانية والثالثة فقط، وأظهر متوسط عسرة البلع أنّه الأكبر عند تطبيق السياسة الثالثة

5-نهاية الأسبوع الرابع للتطبيق:

سيتمّ استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الجانب على الشّكل التالي:

الجدول رقم (12) نتائج تطبيق تحليل التباين أحادي الجانب:

مصدر التباين	Sum of	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	16.267	2	8.133	16.147	.000
Within Groups	13.600	27	.504		
Total	29.867	29			

نجد احتمال الدلالة 0.000 أصغر من 0.05 الأمر الذي يمكننا من رفض الفرض العدم بالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في متوسّط درجة العسر بحسب السياسات المتبعة في نهاية الأسبوع الرابع لتطبيق السياسات.

وعند تطبيق اختبار LSD ظهرت النتائج التالية:

الجدول رقم (13) نتائج اختبار LSD لمعرفة الفروق في متوسطات درجة عسرة البلع عند نهاية الأسبوع الرابع لتطبيق السياسات:

السياسة (I)		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					القرار	متوسّط العسر الأكبر عند
سياسة 1	سياسة 2	1.00000*	.31740	.004	توجد فروق	السياسة الأولى
	سياسة 3	-.80000-*	.31740	.018	توجد فروق	السياسة الثالثة
سياسة 2	سياسة 1	-1.00000-*	.31740	.004	توجد فروق	السياسة الأولى
	سياسة 3	-1.80000-*	.31740	.000	توجد فروق	السياسة الثالثة
سياسة 3	سياسة 1	.80000*	.31740	.018	توجد فروق	السياسة الثالثة
	سياسة 2	1.80000*	.31740	.000	توجد فروق	السياسة الثالثة

من الجدول نجد أنّ الفروق كانت ذات دلالة إحصائيّة عند المقارنة بين السياستين الثانية والثالثة والأولى أيضاً، وأظهر متوسط عسرة البلع أنّه الأكبر عند تطبيق السياسة الثالثة

المناقشة

تُعرف عسرة البلع التالية للأمراض العصبية بأنها اضطراب في بلع الطعام والسوائل يحدث عند المرضى الذين لديهم اضطرابات عصبية مثل السكتة الدماغية ومرض باركنسون ومرض الزهايمر ومرض التصلب اللويحي، وتترافق عسرة البلع مع العديد من الأعراض والعلامات التي تؤثر على جودة الحياة عند المريض، وتتضمن صعوبة في بلع الطعام والسوائل يترافق مع الغصص أو السعال قبل أو أثناء أو بعد البلع، وأعراض ناتجة عن عدم فعالية تنظيف مجرى البلع من بقايا الطعام مثل الاستنشاق الذي يؤدي لحدوث ذات رئة استنشاقية التي تسبب الموت إذا لم يتم التدبير المناسب، وأيضاً أعراض أخرى مثل سوء التغذية الذي يؤدي لنقص الوارد الغذائي وفقدان الوزن والتجفاف[15,16].

ونظراً لخطورة مضاعفات عسرة البلع كان من الضروري البحث عن أساليب وتقنيات لإعادة تأهيل مريض عسرة البلع، وأجُريت الكثير من الأبحاث في مجال إعادة تأهيل مرضى عسرة البلع لمعرفة أفضل السياسات التي تساعد على تخفيف درجة شدة عسرة البلع وتعزيز جودة حياة المريض، ويوجد عدة سياسات لإعادة تأهيل وظيفة البلع عند مرضى الجهاز العصبي الذين يعانون من عسرة في البلع وتتضمن تقنيات تغيير الوضعية وهي (وضعية ثني الذقن، ووضعية رفع الذقن، ووضعية تدوير الرأس، ووضعية إمالة الرأس) إذ إن كل وضعية لها تأثيراتها الخاصة على وظيفة البلع، وسياسة التنبيه الحسي التي تتضمن تغيير خواص الطعام من ناحية (المذاق، والحجم، ودرجة الحرارة)، ومناورات إعادة تأهيل البلع التي تتضمن (مناورة (Mendelsohn)، ومناورة effortful swallow)، وتمارين إعادة تأهيل البلع التي تتضمن (تمارين مدى حركة ومقاومة حركة اللسان، و تمرين (Shaker)، وسياسة تغيير قوام الطعام وتتضمن (سوائل لزجة، وطعام لين)، وهذه السياسات لها تأثيرات متفاوتة في إعادة تأهيل وظيفة البلع[17].

وفي هذا السياق فإن البحث الحالي أجُري من أجل تقييم تأثير ثلاث سياسات تمريضية على عسرة البلع عند مرضى الجهاز العصبي، وبين البحث الحالي أن عينة البحث في كل من المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة

الضابطة كانت تعاني من عسرة البلع وقد انخفضت شدة عسرة البلع عند المرضى في المجموعات التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة بدرجات متفاوتة تبعاً لنوع السياسة المطبقة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية تأثير سياسة الرعاية التمريضية الأولى على عسرة البلع عند المجموعة التجريبية الأولى، نجد أنّ الفروق في درجة عسرة البلع كانت تنخفض في الشدّة مع مرور زمن التطبيق في المجموعة التجريبية الأولى وه ذا يوافق الدراسة التي أجريت من قبل (Rudberg I et al, 2015) إذ أثبتت هذه الدراسة أن تمرين (Shaker) يعزز وظيفة البلع من خلال زيادة قوة عضلات العنق التي تساهم في وظيفة البلع [18]، وهذا يتفق مع دراسة أخرى أجُريت من قبل (Shaker et al, 1997) اثبتت أن تمرين (Shaker) له تأثيرات إيجابية على في إعادة تأهيل مرضى عسرة البلع وذلك من خلال تعزيز انفتاح المصرة المريئية العلوية وارتفاع الحنجرة اثناء البلع مما يساهم في عملية بلع آمنة ويجنب حدوث المضاعفات[9].

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية تأثير سياسة الرعاية التمريضية الثانية على عسرة البلع عند المجموعة التجريبية الثانية فنلاحظ أن الفروق في درجة عسرة البلع كانت تنخفض في الشدّة مع مرور زمن التطبيق في المجموعة التجريبية الثانية، مما يدل على فعالية مناورة (Mendelsohn) في إعادة تأهيل عسرة البلع، وهذا ما أكدته دراسة أجريت من قبل (Gary H et al 2012) حول تأثير مناورة (Mendelsohn) على عملية البلع عند مرضى السكتة الدماغية، إذ أظهرت فعالية مناورة (Mendelsohn) في إعادة تأهيل عملية البلع من خلال تعزيز مدة حركة اللامية وتعزيز مدة انفتاح المصرة المريئية العلوية [19]، وهذا يتفق مع الدراسة التي أجُريت من قبل (Matthew R et al 2012) إذ أثبتت هذه الدراسة أن مناورة(Mendelsohn) لها تأثيرات إيجابية على جميع أنحاء البلعوم وتزيد من حركة قاعدة اللسان وهذا يعزز وظيفة البلع[20].

وبينت هذه الدراسة تأثير المشاركة في تطبيق تمرين (Shaker) ومناورة (Mendelsohn) بهدف الحصول على تأثير أكثر فعالية في إعادة تأهيل عسرة البلع تحت مسمى السياسة الثالثة، فأثبتت هذه الدراسة فعالية السياسة الثالثة في إعادة تأهيل المرضى الذين لديهم عسرة بلع، إذ أظهرت أن الفروق في درجة عسرة البلع كانت تنخفض في الشدّة مع مرور زمن التطبيق في المجموعة التجريبية الثالثة ، وهذه النتيجة توافق الكثير من الأبحاث التي أجرت دمج بين سياستين أو أكثر من سياسات إعادة تأهيل عسرة البلع، فأجُريت دراسة من قبل (Kellie s et al, 2003) حول تأثير تقنية التحفيز الحسي على وظيفة البلع، إذ أثبتت هذه الدراسة أن دمج أكثر من منبه من أجل تحريض البلع يعطي نتائج أكثر فعالية في إعادة تأهيل البلع[21].

وعند مقارنة تأثير سياسات الرعاية التمريضية الثلاث على درجة عسرة البلع لمعرفة أيّها كان أكثر تأثيراً من الناحية الإحصائيّة أظهرت هذه الدراسة أن السياسة الثالثة كانت أشد السياسات تأثيراً على إنقاص درجة عسرة البلع في نهاية الأسبوع الثاني والثالث والرابع وكانت السياسة الأولى أفضل من السياسة الثانية في تدبير عسرة البلع.

ونلاحظ من نتائج الدراسة الحالية أن المشاركة في تطبيق تمرين (Shaker) ومناورة (Mendelsohn) يعطي نتائج أكثر فعالية في إعادة تأهيل وظيفة البلع، إذ انخفضت درجة شدة عسرة البلع عند تطبيق السياستين مع بعض أكثر من تطبيق كل سياسة على حدا.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

تفيد سياسات الرعاية التمريضية في إنقاص شدة عسرة البلع عند مرضى الجهاز العصبي، حيث كان مستوى شدة عسرة البلع لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة الخاضعين للسياسة الثالثة هو الأدنى يليها المجموعة الأولى الخاضعين للسياسة الأولى ثم يليها المجموعة الثانية الخاضعين للسياسة الثانية بينما كانت أعلى مستويات شدة عسرة البلع عتد أفراد المجموعة الضابطة الذين تُركوا لروتين المستشفى.

التوصيات:

-إجراء دورة تدريبية وتعليم الكادر التمريضي إجراءات السياسة الثالثة وتطبيقها في المستشفيات لما لها دور كبير وفعال في إعادة تأهيل وظيفة البلع عند مرضى الجهاز العصبي.

-ينصح بتطبيق خطوات السياسة الثالثة عند كل مريض لديه عسرة بلع.

-القيام بالمزيد من الأبحاث الإضافية وزيادة عدد أفراد العينة ومدة البحث للتأكد من نتائج الدراسة التي توصلنا إليها.

-إجراء أبحاث جديدة باستخدام سياسات مختلفة بهدف الحصول على تأثير أكثر فعالية في تدبير عسرة البلع.

المراجع:

1. MARY C**,** DONNA M**,** SANDRA W, et al. *Anatomy and Physiology of the Nervous System***.** The Concept of Holism Applied to Critical Care Nursing Practice**,** 2008**.**

2. PIKE, Rockville (29 September 2014). *Neurologic diseases***.** Spanish. [Online], cited July 30/2016/from https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/neurologicdiseases.html#top.

3. ROBERT T, NORINE F, ROSEMARY M, et al**.** *Dysphagia and Aspiration Following Stroke*. September 2013.

4. MARLI´S; GONZA. *Dysphagia in Stroke and Neurologic Disease*. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 2008.

5. BALTIMORE, MARYLAND. *Swallowing Disorders*. North Wolfe Street 2013.

6. ARTHUR C. GUYTON, M.D. JOHNE. HALL,PH.D. *Text Book of Medical Physiology*. Physiology of gastrointestinal disorders. 1007, 1997.

7. CLAVÉ P, TERRE R, DE KRAA M. *Approaching oropharyngeal dysphagia.* Rev Esp Enferm Dig 96: 119-131, 2004.

8. GROHER ME, CRARY MA. Dysphagia: *Clinical Management in Adults and Children*. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier; 2010.

9. SHAKER R, KERN M, BARDAN E, et al. *Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise.* AmJ Physiol, 272: G1518–G1522, 1997.

10. KYOUNG K, et al. *Effects of neck exercises on swallowing function of patients with stroke*. The Society of Physical Therapy Science, 2015.

11. LAZARUS CL, LOGEMANN JA, SONG CW, et al. *Effects of voluntary maneuvers on tongue base function for swallowing*. Folia Phoniatr Logop; 54:171–6, 2002.

12. GARY H, YOUNGSUN K. *Effects of the Mendelsohn Maneuver on Extent of Hyoid Movement and UES Opening Post-Stroke1*. NIH Public Access, 2013.

13. PACIARONI M, MAZZOTTA G, COREA F, et al. *Dysphagia following stroke*. Eur Neurol; 51: 162–7, 2004.

14. EDWARDS LL, QUIGLEY EM, HARNED RK, et al. *Characterization of swallowing and defecation Parkinson's disease*. Am J Gastroenterol; 89: 15–25, 1994.

15. LOGEMANN JA. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Pro-ed, Austin, 1998.

16. SMITHARD D, et al. *Complications and outcome after acute stroke, does dysphagia matter?* Stroke, **27**(7):1200–1204, 1996.

17. LOGEMANN JA. *Treatment of oral and pharyngeal dysphagia.* Phys Med Rehabil Clin N Am 19(4): 803–816, ix, 2008.

18. RUDBERG I, et al. *Shaker Exercise Rehabilitation in Head and Neck Cancer and Stroke Patients with Dysphagia*. J Cancer Sci Clin Onco 2(2): 205, 2015.

19. GARY, H. et al. *Effects of Mendelsohn Maneuver on Measures of Swallowing Duration Post Stroke*. Top Stroke Rehabil;19 (3):234–243, 2012.

20. MATTHEW, R. et al. *High resolution manometry of pharyngeal swallow pressure events associated with effortful swallow and the Mendelsohn maneuver*. Dysphagia, 2012 September.

21. KELLIE, S. et al. *Effect of Mechanical, Cold, Gustatory and Combined Stimulation to The Human Anterior Faucial Pillars*. Dysphagia 18: 16-26, 2003.