



علم النفس الطبي



القسم : الإرشاد النفسي

السنة : الخامسة



منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

علم النفس الطبي

الدكتور

محمد الشيخ حمود

أستاذ في قسم الإرشاد النفسي
في جامعة دمشق

الدكتور

محمد قاسم عبد الله

أستاذ في قسم الإرشاد النفسي
في جامعة حلب

جامعة دمشق

٨٣	خلل الحياة الاجتماعية
٨٤	الأطباء والمستشفيات : معضلة محبطة
٨٦	الإذعان أو المطاوعة - مقابل عدم الإذعان : قضية محورية
٨٨	سيكولوجية الإذعان والتزام المريض بتعليمات الطبيب
١٠٤	رفع مستوى إذعان المريض
١١٣	الفصل الخامس : العلاج النفسي لمرضى الجسم
١١٣	دور المعالج النفسي : قضايا نظرية ومهنية
١١٥	قضايا سيكودينامية
١٢١	الشخصية والأمراض الجسمية
١٢٥	الحالات الانفعالية والمرض العضوي
١٢٩	الفصل السادس : الضغط النفسي وطرق التعامل معه
١٣٠	معنى الضغط النفسي
١٣٨	التعامل مع الضغط النفسي
١٥٣	خفض إمكانيات الضغط النفسي
١٩٢	تطبيق فنيات تدبر الضغط النفسي في خفض مخاطر الإصابة بأمراض القلب
١٩٩	الفصل السابع : الألم : طبيعته وطرق تدبره
١٩٩	معنى الألم
٢٠٠	أشكال الألم
٢٠٥	كيف ندرك الألم
٢١٤-٢١٣	الألم الإكلينيكي : الحاد ، المزمن
٢١٦	العلاج الطبي للألم

٢٣٧	الفتيات السلوكية والمعرفية في علاج الألم
٢٣٨	التنويم المغناطيسي (بالإيحاء) والعلاج بالاستبصار الموجه
٢٤٥	العلاج بالتنبيه والعلاج الطبي الفيزيائي
٢٥٢	عيادات الألم
٢٥٧	الفصل الثامن : المستشفى : الدخول إليه والتكيف معه
٢٥٧	المستشفى : نظرة تاريخية
٢٦٧	دخول المريض إلى المستشفى
٢٧٥	التكيف الانفعالي داخل المستشفى
٣١١	دور علماء النفس في مساعدة المرضى داخل المستشفى
٣١٧	الفصل التاسع : سيكولوجية العلاقة بين المريض والطبيب
٣١٧	ما يفضلهُ المريض لدى الطبيب المتخصص بالرعاية الصحية
٣١٩	سلوك الطبيب ونمط الشخصية
٣٢٣	سلوك المريض ونمط شخصيته
٣٢٨	الالتزام بالتعليمات الطبية
٣٣٢	تفاعل الطبيب والمريض
٣٣٩	الفصل العاشر: التأهيل والتمكين للمرضى والعجزة في علم النفس الطبي
٣٤٠	طبيعة التأهيل وأشكاله
٣٤٣	التمكين



بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

تحظى الصحة الجسمية والنفسية باهتمام بالغ لدى العاملين في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية ولدى صناع القرار لما لها من أهمية كبيرة في رفع مستوى السلوك الصحي ومعالجة الأمراض والوقاية منها، وبالتالي رفع سوية نوعية الحياة. مع تزايد المخاطر العالمية المرافقة للعولمة - وأبرزها المخاطر الصحية التي تنتشر بشكل كبير وواسع في أرجاء العالم الذي أصبح " قرية صغيرة " ، ومع ما يظهر من أمراض كان آخرها أنفلونزا الخنازير والمخاوف المتزايدة من انتشاره والتي دفعت منظمة الصحة العالمية إلى رفع مستوى الحذر تظهر أهمية الرعاية الطبية للحفاظ على صحة الإنسان.

يعتبر ظهور ميدان علم النفس الطبي بوصفه أحد ميادين علم النفس التطبيقية مؤشراً بارزاً على أهمية تطبيق المبادئ النفسية والسلوكية في المجالات الطبية ورعاية صحة الإنسان باعتبارها ثروة مهمة لا بد من الاهتمام بجوانبها النفسية والجسمية والاجتماعية. ورغم تراكم المعلومات العلمية والمعارف الخاصة بذلك إلا أن لدى الكثير من الدارسين والباحثين العرب - على حد علمنا - معلومات قليلة جداً عن دور علم النفس في الميدان الطبي وفي مجال رعاية الصحة. ففي حين اعتبر هذا الميدان مرادفاً للطب النفسي في بعض البلدان - كما هو الحال في بريطانيا - في فترة من الفترات، إلا أنه ميدان جديد ومستقل من ميادين علم النفس التطبيقي الذي يطبق مبادئ علم النفس في المجال الطبي، مما دفع لإنشاء أقسام مستقلة لعلم النفس في كل مستشفى أو مركز يقدم الخدمات الطبية لمرضاه في معظم البلدان المتطورة. ومن أبرز الموضوعات التي يبحثها هذا الميدان : سيكولوجية مرضى الجسم، وسيكولوجية العلاقة بين

الطبيب والمريض، والتكيف مع المستشفى، والطرائق السلوكية والنفسية في تدبر الألم ، وفي تدبر الضغوط النفسية ومواجهتها.

يغطي هذا الكتاب عشرة فصول كل واحد منها يتناول موضوعاً مهماً من ميادين هذا العلم :

الفصل الأول يبحث في معنى علم النفس الطبي، وموضوعه، وكيفية نشأته، ويتطرق إلى بحث العلاقة بينه وبين علم النفس الإكلينيكي . أما الفصل الثاني فيتناول سيكولوجية المرضى وفقاً لمراحل العمر، مثل: سيكولوجية الطفل المريض، وسيكولوجية المريض المسن. أما الفصل الثالث فيركز على سيكولوجية مرضى الجسم والأمراض الجسمية ويتناول دور المرض الجسدي في تهديد الذات، ومراحل التكيف مع المرض، وآليات الدفاع النفسية التي يتبعها المريض معه.

يتناول الفصل الرابع الحياة الاجتماعية للمريض من جوانبها المختلفة وخاصة العلاقات الأسرية للمريض وبعض القضايا ذات الصلة. أما الفصل الخامس فيبحث في دور العلاج النفسي في الأمراض الجسمية. ويركز على بعض فنيات العلاج النفسي والسلوكي في معالجة مرضى الجسم، ولا يغفل الاتجاه التحليلي النفسي في معالجة المصابين ببعض الأمراض الجسمية.

أما الفصل السادس فيتناول معنى الضغوط النفسية ومظاهرها ودورها في حدوث الأمراض المختلفة، ويهتم بالفنون السلوكية والنفسية المختلفة في تدبر الضغوط النفسية وخفضها. والفصل السابع يتناول هذه الفنيات في معالجة الألم وتدبره . ويتمحور الفصل الثامن حول المستشفى كمؤسسة طبية ومكان ينطوي على مثيرات تهديد وبيئة جديدة تتطلب تكيفاً وتعاملاً معها بمن فيها من أشخاص كالأطباء وفريق التمريض. وتؤدي العلاقة بين الطبيب والمريض دوراً مهماً جداً في تقديم الخدمات الصحية ونجاح الخطة العلاجية وهذا مايتناوله الفصل التاسع.

أما الفصل العاشر والأخير فيبحث في مفهومي التمكين والتأهيل في علم النفس الطبي بسبب أهميتهما في رعاية المرضى والعجزة وخاصة الذين تعرضوا لصدمة وحوادث أو أمراض مميتة ومزمنة مثل: الشلل، والإيدز، وأمراض القلب. من هنا فإن العاملين في مجال الممارسة الطبية (أطباء، أطباء أسنان، أطباء نفس، معالجين نفسيين، أخصائيين اجتماعيين، وتمريض) بحاجة ماسة لهذه الموضوعات حتى يتم تقديم الخدمات الصحية على أكمل وجه.

إضافة إلى أن هذه الموضوعات تدرس لطلاب الإرشاد النفسي ، ولا يوجد كتاب يغطيها، فقد لاحظ المؤلفان قلة الكتب المنشورة في هذا الميدان مما دفعهما للبحث في موضوعاته والعمل على التأليف فيها. ويعتبر هذا الكتاب باكورة كتب علم النفس الطبي في العالم العربي باللغة العربية- على حد علم المؤلفين. أما الكتب المنشورة باللغات الأجنبية فهي أيضاً نادرة بعض الشيء ومبعثرة في عناوين كثيرة، ولا تغطي كل مفردات المقرر. من هنا فقد بذل مؤلفا الكتاب جهوداً مضاعفة للبحث والتأليف. نتمنى أن يرى فيه أبنائنا الطلبة ضالتهم العلمية ، وأن يرى فيه الباحثون والمختصون المعلومات التي ييغونها في هذا الميدان مما يساعدهم في أداء عملهم المهني. ونقدم الشكر لكل من أسهم في طباعة هذا الكتاب وإخراجه بهذه الصورة، وأن يحفظنا هذا على بذل المزيد من العمل والجهد.

والله من وراء القصد

دمشق: ٢٠٠٩/٤/١١

المؤلفان

أ. د. محمد الشيخ حمود

أ. د. محمد عبد الله



الفصل الأول

علم النفس الطبي

معناه، وموضوعه، ونشأته

تطور علم النفس تطوراً سريعاً في العقود القليلة الماضية ، وأصبح جزءاً متكاملًا من أنظمة تقديم الرعاية الصحية . وظهر هذا التطور والتوجه في المستشفيات وكليات الطب التي اشتملت على أقسام وبرامج متخصصة تقدم برامج نفسية تحت مسميات متعددة منها: طب الأسرة والمجتمع Community and Family Medicine، الطب السلوكي Behavioral Medicine، الطب البيئي Environmental Medicine، علم النفس التأهيلي Rehabilitation psychology، وعلم النفس الجسدي Somatic Psychology. وعلم نفس الصحة Health Psychology، وعلم النفس الطبي Medical Psychology. ويتزايد عدد طلاب الطب والتمريض في جميع بلدان العالم، ومع هذا التزايد ينظر إلى مبادئ علم النفس وتقنياته على أنها مفاهيم وطرائق مهمة تساعد على مزيد من فهم الصحة والمرض. والموضوعات التي يشتمل عليها مقرر علم النفس الطبي تعكس هذا التطور والاهتمام المتزايد به.

معنى علم النفس الطبي وموضوعه:

أبسط تعريف لكل فرع من فروع علم النفس ، هو النظر إلى الميدان أو المجال الذي يتعامل معه ويطبق فيه مبادئ السلوك. فحين نقول إن علم النفس التربوي هو تطبيق مبادئ علم النفس في مجال التربية ، وعلم النفس الصناعي ، هو تطبيق هذه المبادئ في " الصناعة" وعلم النفس العسكري هو

تطبيق مبادئ السلوك في " الجيش"، وعلم النفس العيادي هو تطبيق مبادئ السلوك في " العيادة" يمكننا القول بأن علم النفس الطبي هو تطبيق مبادئ السلوك في مجال " الطب" أو على " المرضى". ويعتبر علم النفس الطبي Medical Psychology أحد فروع الممارسة النفسية الإكلينيكية ، والذي يكون فيها المتخصص قد حصل على تعليم ، وتدريب وممارسة، ويكون متخصصاً بتقديم الوصفات الطبية (الروشنة) للمرضى الذين يعالجهم . وفي الولايات المتحدة الأمريكية مثل نيو مكسيكو، وليوزيانا ، والعديد من الأقسام العسكرية والدفاعية يقوم عالم النفس الطبي بتقديم وصفات طبية للمرضى الذين يعالجهم . ففي لوزيانا يعزى علم النفس الطبي إلى ذلك التخصص الذي يكون فيه عالم النفس قد حصل على تدريب وترخيص في وصف العلاج الدوائي للمريض ، ويعكس بدقة المصطلحات الدوائية التي تشتمل عليها مؤسسة تقديم الدواء في الولايات المتحدة.

ويعتبر علم النفس الطبي الفرع الخامس والخمسين (٥٥) بين فروع علم النفس التي تضمها الرابطة النفسية الأمريكية American Psychological Association (APA) .

وتعرفه هذه الرابطة بأنه " أحد فروع علم النفس الذي يعمل على تكامل طرق العلاج الجسمية (الطبية)، والنفسية (السلوكية) في معالجة الأمراض وتبهرها ، وخاصة الاضطرابات الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية واضطرابات سوء استعمال المواد المؤثرة والعقاقير.. فعالم النفس الطبي، مُرَخَّص له قانوناً لتقديم هذا النوع من العلاج ووصف الدواء ، ومراقبة أو متابعة المعالجة الطبية ، وغيرها من طرق التدخل العلاجي الجسدي والطبي ، كما يسهم في البحوث الطبية، والتشخيص". ويعرف علم النفس الطبي أيضاً ، بأنه " علم النفس العيادي أو الإكلينيكي المطبق في المشافي ، فعلماء النفس الطبي يقدمون -

في المستشفيات- الخدمات النفسية للمرضى المصابين بأمراض جسمية عضوية، كما أن لهؤلاء المختصين أسساً في التوجيه والخدمات السريرية" وفي إنكلترا يقصد بمصطلح علم النفس الطبي " الطب النفسي " psychiatry ، وهذه التسمية تعنى التسمية الأولى. هذا في بريطانيا، أما على مستوى العالم ، فإن علم النفس الطبي فرعٌ من فروع علم النفس، فقد انحصر في المؤسسات التدريسية الطبية، ولم يقيض له الدخول على مستوى واسع في الممارسة المهنية الطبية إلا في الولايات المتحدة الأمريكية (الحجار ، ١٩٩٠).

من خلال هذه التعريفات نستطيع أن نوضح طبيعة علم النفس الطبي وموضوعه:

- ١- إنه أحد فروع علم النفس الإكلينيكي (الممارسة العيادية).
- ٢- يشدد على تكامل العوامل العضوية، والنفسية، والاجتماعية في المرض.
- ٣- يركز في المعالجة على تفاعل طرق العلاج الطبي العضوي ، والنفسى ، والاجتماعي للمرضى.
- ٤- عالم النفس الطبي تأهل وحصل على ترخيص في وصف العلاج الدوائي للمرضى.
- ٥- المكان الأساسي لممارسة علم النفس الطبي هو في المستشفيات.
- ٦- بالرغم من أن الاهتمام الرئيسي لعالم النفس الطبي هو في معالجة الأمراض العقلية والانفعالية، والسلوكية والإدمان، إلا أنه يساهم مساهمة فعالة في تطبيق تقنيات العلاج النفسي للاضطرابات النفسية المرافقة للأمراض الجسمية والناجمة عنها، ومتابعة خطة علاجها بالتكامل مع الفريق الطبي. من جهة ثانية يرغب الأطباء في الحصول على معلومات من شأنها أن تساعد في اتخاذ القرارات الخاصة بمعالجة المرضى الجسميين ورعايتهم ، وبالرغم من

أن معظم هذا العمل ينتمي إلى علم النفس العصبي neuropsychology بسبب أهمية الجهاز العصبي في السلوك، فإن علم النفس الطبي يولي أهميته لتفاعل جميع العوامل في الحالة المرضية.

٧- علم النفس الطبي يُعرّف بأنه " علم النفس للأطباء " أو " علم نفس المرضى " لذلك فإن من أبرز الموضوعات التي يبحثها علم النفس الطبي وتُعكس هذه التسميات موضوع : سيكولوجية مرضى الجسم Psychology of Physically ill patients ، أو علم النفس الجسدي Somatic Psychology وسيكولوجية العلاقة بين الطبيب والمريض Doctor and Patient Interaction، وإشكالية تنفيذ المريض لتعليمات الطبيب المعالج وتسمى الإذعان أو المطاوعة Compliance ، وتطبيق تقنيات العلاج النفسي السلوكي لدى مرضى الجسم والإعاقات، وحالات العجز.

إن نظرة عامة على موضوعات هذا العلم توضح لنا بدقة موضوعه وطبيعته. فمن الموضوعات التي يبحثها علم النفس الطبي :

على المستوى العام:

- بحوث التأهيل والتمكين ، وإعادة التأهيل (علم النفس التأهيلي)
- الطب الاجتماعي والأسري
- دراسة الإرضاع والتمريض
- برامج الوقاية .
- الطب السلوكي
- معالجة الأمراض المزمنة
- الضغوط النفسية والأمراض الجسمية

- علم نفس طب الأطفال
- التغذية الراجعة الحيوية وتطبيقاتها
- على مستوى الموضوعات الخاصة : يبحث علم النفس الطبي في:
- سيكولوجية علاقة الطبيب والمريض
- سيكولوجية الألم وطرق تدبره
- التكيف مع مراكز الرعاية الصحية (كالمستشفى ومركز التأهيل الطبي)
- تقنيات الطب السلوكي في الأمراض الجسمية
- سيكولوجية المرضى الجسميين (سيكولوجية مرضى البدن)
- سيكولوجية الطفل المريض، والطاعن في السن.
- إشكالية تنفيذ المريض لأوامر الطبيب وتعليماته (المطاوعة للعلاج)
- الشخصية والأمراض الجسمية .
- المظاهر النفسية للأمراض الجسدية والعناية بها.
- مهارات التعامل والتكيف مع المرض.
- وتعتبر مجلة علم النفس الطبي البريطانية British Journal of Medical pasychology ، من المجلات الرائدة في هذا الميدان.
- ومن بين الموضوعات التي نشرت في أعدادها الصادرة عام ٢٠٠٠:
- العلاقة بين الإصابة بالسكري والمكونات النفسية
- دور الخجل ومشاعر الذنب في الأحداث الضاغطة للحياة
- نموذج إكلينيكي يستند إلى دور كل من الخجل ومشاعر الذنب في اضطراب الشدة بعد الصدمة النفسية.
- دور التفكك في ترميز الذاكرة الخاصة بالضغوط النفسية .

- متلازمة وحدة العناية المركزة بالمستشفى ، ودور التدخل النفسي فيها .
- بناء الذات لدى الفصامين .
- المعتقدات الشخصية والسمات النرجسية لدى المصابين باضطرابات الأكل.
- اتجاهات الشباب نحو الاكتئاب والموت.
- صورة الذات وسحب المعالجة لدى المرضى المصابين باضطرابات الأكل.

علاقة علم النفس الطبي بعلم النفس الإكلينيكي :

يعرف علم النفس الإكلينيكي بأنه " الدراسة العلمية للأفراد المضطربين نفسياً وذوي المشكلات السلوكية ، وتشخيصهم ومعالجتهم، وتقييمهم" وبذلك فإن مجال ممارسة علم النفس الإكلينيكي هو " العيادة" Clinic ، لذلك سمي علم النفس العيادي أو السريري ، لأن هدفه الأساسي تقييم الحالات المرضية وتشخيصها ومعالجتها.

من جهة أخرى فإن علم النفس الطبي هو " علم نفس المرضى" أو علم النفس في مجال الطب، وبذلك فإن مجال ممارسته هو الطب، إنه تطبيق مبادئ علم النفس وطرائقه العلاجية في مجال الطب بفروعه المختلفة (أمراض الجهاز التنفسي ، والهضم ، والقلب ، والعصبية ، والتناسلية ، والغدد...). إذاً ما هي نقاط التشابه والاختلاف بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الطبي؟

- ١- نقاط التشابه والاتفاق: كلاهما يطبقان تقنيات العلاج النفسي والسلوكي على المرضى، وكلاهما يتعاملان مع المرضى، ويستخدمان مناهج البحث، وأساليب التقييم ، والتشخيص والفحص نفسها تقريباً.

٢- نقاط الاختلاف: بينما يتعامل عالم النفس العيادي مع المرضى النفسيين وموضوع عمله الأساسي هو الأمراض النفسية، يتعامل عالم النفس الطبي مع المرضى الجسديين غالباً، وموضوع عمله الأساسي الأمراض الجسمية والسيكوسوماتية (الأعراض الجسمية الناتجة عن عوامل نفسية)، والسوماتوسيكولوجية (الأعراض النفسية الناتجة عن أمراض جسمية وإعاقات بدنية) . وفي حين لا يصف عالم النفس العيادي دواء، نرى أن عالم النفس الطبي قد درب ورخص له وصف العلاج الدوائي. من جهة ثالثة ، فإن مكان ممارسة علم النفس الإكلينيكي هو " العيادة"، أما المكان الرئيسي لممارسة علم النفس الطبي فهو " المستشفى". وحين نسعى إلى تفصيل هذه الفروق، يمكننا أن نتحدث عن نقاط اختلاف أخرى هي:

من حيث التطبيق والممارسة، فقد ميز روزماير في المؤتمر الثاني لعلم النفس الطبي في مدينة هامبورغ (١٩٧٨) بين العمل مع المرضى النفسيين (علم النفس الإكلينيكي أو العيادي) وبين العمل مع المرضى الجسديين أو المصابين بأمراض عادية (علم النفس الطبي). وبالرغم من أن عالم النفس الإكلينيكي هو الذي يتعامل مع المضطربين نفسياً ويضع خطط علاجية نفسية لهم، إلا أنه قد يواجه حالات تؤدي فيها العوامل العضوية دوراً كبيراً ، وهنا يقترب من علم النفس الطبي. من جهة ثانية فإن من بين المرضى الجسديين الذين يعانون من أمراض جسمية الطابع (وهي موضوع علم النفس الطبي) ، من يعانون من أعراض نفسية وسلوكية مزمنة من اكتئاب وقلق وغيرها، وهنا يقترب من علم النفس الإكلينيكي. من هنا نرى التداخل بين العلمين قائماً طالما لا نستطيع أن نفصل فصلاً قاطعاً بين الأمراض النفسية (التي يعالجها

علم النفس الإكلينيكي (وبين الأمراض الجسمية التي يعالجها) علم النفس في الطب ، والطب النفسي) .

ومن حيث المذهب والإطار النظري، نرى أن موقع علم النفس الطبي في مرحلة ما قبل العيادة (قبل قدوم المريض للعيادة أو المستشفى أو المركز) ، بينما علم النفس الإكلينيكي هو مادة تطبيقية في إطار الدراسة الأساسية لعلم النفس، وموقعه العيادة أو مركز العلاج. وبالمقدار الذي تجد فيه المجالات الطبية النفسية الجديدة المدخل إلى دراسة علم النفس يتقارب الفرق في الحدود بينهما.

أما من حيث مجالات البحث والموضوعات، فهناك الكثير من الموضوعات التي كانت تبحث سابقاً ضمن علم النفس العيادي والطب النفسي التقليدي أما الآن فأصبحت تدرس في مجال علم النفس الطبي ، ومن أبرز هذه الموضوعات :

- اضطرابات الشدة بعد الصدمة النفسية Post-tumatic stress

disorders، ويقترب تصنيفها ضمن علم النفس الطبي أكثر كلما ازداد تكرار تلك الارتكاسات في الأمراض وفي العمليات الطبية المستعصية (رضوان ، ٢٠٠٥).

- سلوكيات العادات الشاذة مثل اضطرابات الأكل والتدخين،

والإدمان على الكحولية ، فهذه الاضطرابات كانت تصنف تحت مصطلح " الإدمان " أو السلوك " المناهض للجماعة " أو تحت اسم " السلوكيات الشاذة " ، وهي ذات نوعية مرضية. ولكنها اليوم أصبحت من أهم موضوعات علم النفس الطبي ، وخاصة ضمن الطب السلوكي ، وعلم نفس الصحة. علماً أن هذه الاضطرابات تعالج تحت اسم الوقاية الأولية والأساسية من الأمراض

الجسدية ، أو تحت اسم مصطلح " منشأ مرضي سلوكي " الذي أطلقه ماتاراتسو عام ١٩٨٤.

- أسلوب التوافق أو مهارات التعامل والمواجهة coping skills ،

وهي أساليب التكيف مع الأمراض الجسدية وعواقبها المتنوعة.

- المطاوعة compliance أو الإذعان ، وهي استجابة المريض

لتعليمات الطبيب ودرجة تنفيذه لها. إنها تبحث مستوى تنفيذ

المريض لتعليمات المعالج الطبية والواجبات، والخطة العلاجية

التي يضعها له.

- سيكولوجية الألم، وهي من الموضوعات التي أصبحت تدخل

ضمن علم النفس الطبي على وجه العموم، رغم أن بعض علماء

النفس يدخلها في مجال علم نفس الصحة.

- أما على مستوى البحوث وطرائقها في كلا الفرعين ، عموماً

يمكننا القول بأن أبرز الفروق بين علم النفس الطبي والعيادي

أو الإكلينيكي هي في النقاط التالية :

١- غالباً يجري البحث في علم النفس الطبي في المؤسسات الطبية،

في حين أن علم النفس الإكلينيكي يفتقر لهذا.

٢- تنطلق الأسئلة في علم النفس الطبي من المسائل والموضوعات

الطبية بصورة أكثر من علم النفس الإكلينيكي، وبينما يكون

مصدر طرائق البحث هو في علم النفس ، فإن الطرائق

التشخيصية وطرق التأثير والتدخل في علم النفس الطبي غالباً

ما تتحدد من خلال الإطار الزمني وليس من النادر أن تجري

على الجهاز الطبي .

٣- كثيراً من أبحاث علم النفس الطبي هي عبارة عن أبحاث سبرية كشفية أو استقصائية explorative ودراسات استطلاعية أساسية أو استرشادية study-pilot يغلب عليها طابع الأبحاث الحقلية.

٤- تسود علم النفس الطبي ذرائعية الاتجاه الطبي السلوكي والإنساني على التحليلات ذات الأساس النظري والمنهجي. أما الخلافات بين الاتجاه الذي يميل أكثر إلى العلوم الطبيعية والاتجاه الذي يميل أكثر إلى العلوم النظرية فنجدها بالمقارنة في علم النفس الطبي وعلم النفس الإكلينيكي.

٥- يستند البحث في علم النفس الطبي إلى تشخيص قائم على اللحظة الراهنة، ولا يهدف إلى تأثيرات تفريقية لدى كثير من المرضى، أما في علم النفس الإكلينيكي فيغلب أن يكون عدد الأفراد المطلوب علاجهم الواقعين في مركز البحث والممارسة اقل ، غلا أنهم أصعب تشخيصاً وأكثر كلفة.

٦- متغيرات التقييم والبحث والتشخيص في علم النفس الطبي هي غالباً الاستبيانات والاختبارات والمقاييس نصف المقننة، على جانب بعض المقاييس النفسية العضوية أو النيوروسيكولوجية (النفسية - العصبية) وهي غالباً استبيانات ومقاييس مطورة تهدف إلى تحديد مواقع الخلل العضوي أو لتحديد مهارات وأساليب التعامل والمواجهة.

٧- نادراً ما يتجه البحث في علم النفس الطبي إلى دراسة أسباب الأمراض ومنشئها كما هو الحال في علم النفس الإكلينيكي . ففي علم النفس الطبي يتم التركيز على الظروف الراهنة

وعواقب المرض ، مع مراعاة الظروف الطبية التي يعانيها المريض.

تكامل الفرعين : لا يمكن لعلم النفس العيادي وعلم النفس الطبي أن يكونا أعداء، بل هما أشقاء (كما قال أحد علماء النفس) فعلم النفس العيادي يستفيد من علم النفس الطبي (علم نفس المرضى) حيث يتعلم منه أساليب التعامل مع المرضى وفهم طرائق تكيفهم وفشلهم، وبالمقابل فقد اغتنى علم النفس الطبي من الكثير من أنشطة وموضوعات علم النفس العيادي، وخاصة البحثية والتقييمية. من هنا يظهر تكامل هذين الفرعين من فروع علم النفس.(رضوان ، ١٩٩٥)

نشأة علم النفس الطبي:

ما هي الأطر النظرية " أو النماذج والاتجاهات " التي ساهمت في نشوء علم النفس الطبي؟

لقد تبين أن تغيراً كبيراً حدث في تنوع الأمراض وانتشارها خلال السنوات المائة والخمسين الماضية، فالأمراض التي كانت منتشرة بكثرة مثل الكوليرا والتيفوئيد قد أصبحت قليلة بسبب التحكم بها ، في حين ظهرت أمراض أخرى مثل أمراض القلب التاجية، والضغط الشرياني، والتي تزايد انتشارها خلال نفس الفترة. ويعتقد بعض الباحثين أن الأمراض الحالية تلعب فيها العوامل النفسية دوراً تقدر نسبته بـ ٣٠% . وبالمقابل فإن بعض الدراسات أشارت إلى أن ٦٠-٩٠% من الأمراض الحالية تؤدي فيها العوامل النفسية دوراً كبيراً . فقد ظهر أن ٥٩% من المرضى المترددين على العيادات الطبية يعانون من أمراض سيكوسوماتية مثل : الصداع التوترى ، وارتفاع الضغط، واضطرابات هضمية. والمرضى السيكوسوماتيين يصنفون تشخيصياً في الممارسة الطبية ، على أنهم " مرضى ذوو مشكلات " Problem patients ، على اعتبار أن مشكلاتهم

الصحية هي محصلة تفاعل شكاوى جسمية وعقلية ، وبالتالي لا يمكن تشخيصها ومعالجتها من منظور طبي أحادي الجانب. أي لابد من تشخيصها ومعالجتها من منظور تكاملي بيولوجي-نفسي-اجتماعي " بيوسيكوسوشيال" Biopsychosocial approach .

إطاراً أو " نموذجاً " جديداً في الطب

يكشف العالم " كون" عن مسار حركة التطور العلمي بأنها تجري على شكل تغيرات ثورية، تشبه القفزات، تهدم ماكان سائداً في ميدان من ميادين العلوم لتضع تعريفات جديدة عما سبقها، ويطلق على هذا الشكل أو النمط الجديد اسم النموذج paradigm ، ويعني النموذج " إطاراً يتضمن قوانين ونظرية وتطبيقاتها ووسائلها، ويكتسب الأنموذج سيادته وسيطرته في الميدان العلمي وفقاً لمدى تحقيقه لعدة أبعاد هي :

- ١- قدرته على حل المشكلات بفعالية أكبر في الميدان العلمي.
- ٢- مدى مطابقته للفهم الحقيقي للظاهرة المدروسة، ومن ثم تطبيق النظرية بكفاءة في التعامل مع الظاهرة.
- ٣- قدرته على التوصل إلى مناهج تؤدي إلى فهم أفضل للظاهرة، وبالتالي التوصل إلى أدوات ووسائل جديدة.

(العاسمي ، والرحال ، ٢٠٠٦)

لكل واحد منا (سواء كان طبيباً أم ممرضاً، أم مدرساً ، أم مريضاً) له فلسفته الخاصة المتعلقة بنظرته للمرض وفهمه له، وحتى حين نحاول أن نكون موضوعيين في النظرة هذه ، فإن مدركاتنا ومعتقداتنا تلعب دوراً مهماً في هذه النظرة وفي العلم يعتبر النموذج أو " الإطار " بمثابة نظرية فرعية ، تخضع للبحث والتمحيص من قبل العالم. وفي الحقيقة فإن النموذج أو الإطار الذي يتم

تبنيه هو الذي يحدد الطريقة التي ينظر من خلالها العالم إلى المشكلة أو " الظاهرة" موضع الدراسة. ومن المعروف أن هناك نماذج " وإطارات" نظرية متعددة في علم النفس مثل السلوكية ، والتحليلية ، والمعرفية ، والإنسانية . وتعتبر التحليلية والسلوكية أبرز نموذجين في فهم الظاهرة. ففي حين ينظر المحلل النفسي (صاحب النموذج التحليلي) إلى استجابات المريض على أنها نتيجة عوامل داخلية وصراعات لاشعورية، يرى السلوكي (صاحب النموذج السلوكي) الاستجابات على أنها نتيجة عوامل خارجية بيئية. إن كلا النموذجين من الاتجاهات العلمية النظرية البارزة في فهم سلوك الإنسان " المريض" ، مهمة وضرورية ، وبالتالي لا يمكن اعتبارها صحيحة أو خاطئة بشكل مطلق. وطالما أن من سمات أي علم من العلوم " النسبية" ، " والتطور" ، والمرونة، فإن هناك نماذج واتجاهات علمية تظهر وتساعد في مزيد من فهم الظاهرة المدروسة. والنماذج التي أسهمت في نشوء علم النفس الطبي، يمكن قد مرت بمراحل، كما يقول باكال (Bakal,2001)، يمكن إيجازها بما يلي :

نموذج (إطار) الثنائية:

يعتبر النموذج أو الإطار الثنائي أن الجسم والعقل وحدتان منفصلتان، وليس بينهما علاقة ، وقد سادت هذا النموذج النظري طويلاً، وبدأ على يد فلاسفة. أمثال ديكارت في القرن السابع عشر، حيث اعتبر الجسم والعقل وحدتان مستقلتان ، وأن كل واحدة منهما لها قوانينها السببية الخاصة بها. ويعتبر هذا النموذج النظري أن الثنائية هي اتجاه قوي في المجتمعات الغربية التي ترفض حقيقة أن المرض الجسدي والنفسي مترابطان بعضهما ببعض، وأن كل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر. ويعتقد بعض العلماء بأن قضية العلاقة بين الجسم والعقل يمكن حلها ببساطة من خلال تجنبها، وتجنب الحديث عنها كموضوع. بينما يرى

البعض الآخر أن القلق والاكتئاب كحالات نفسية أو عقلية يمكن أن تسبب صداعاً، وقرحة، ويمكن أن ترفع ضغط الدم.

ومن العوامل المهمة التي أسهمت في تكريس فكرة " الثنائية " التخصص في الحقول العلمية عامة والطبية خاصة. فقد ساد النموذج التخصصي في العلم، وأصبح مذهباً نظرياً يعتمد الأطباء والباحثون في النظر إلى الإنسان وفهمه. ومن المعروف أن كل تخصص مطلوب ، ومهم في طريقة النظر للأشياء، فعالم الكيمياء ينظر إلى المرض من وجهة نظر (إطار) أو نموذج كيميائي ، وعالم النفس ينظر إلى نفس المرض من منظور سلوكي أو تحليلي، أو معرفي . وهكذا. ولا توجد نظرية خاطئة بينها. ولكن المشكلة تبدأ حين يحاول كل متخصص أن يعمم هذا النموذج أو الإطار النظري له ليشمل كل وظائف الإنسان وسلوكه .

فالمرض من المنظور أو النموذج البيولوجي (الطبي) هو تسمية لحالة أو ظاهرة بيولوجية ، وهي ليست شيئاً ملموساً. فالمرض مفهوم أو تسمية لحالة بيولوجية أو عضوية تظهر من خلال أعراض أو علامات (مؤشرات) تعبر عنها. فلنأخذ على ذلك مثلاً من الأمراض النفسية، والعضوية. ففي الأمراض النفسية هناك المانيا Mania (الهوس) أو النيوراسينيا Neurasthenia (الوهن النفسي) وهذه المصطلحات مجرد " تسميات " لمرضين نفسيين ليس لها وجود فعلي عياني . من جهة أخرى فإن البكتريا Bacteria لها وجود حقيقي ملموس ، أما المانيا أو الهوس فليس لها وجود حقيقي ملموس كالبكتريا. إن الهوس أو الوهن النفسي كلاهما شروط أو حالات تشمل كامل الشخص وتمتد آثارها للشخص بكامله، وهي بذلك لا يمكن أن توجد بصورة مستقلة عن غيرها كما هو الحال في البكتريا أو في أي مرض جسمي. باختصار نقول إن النموذج أو المنظور البيولوجي الطبي ينظر للمرض - سواء كان جسدياً أم نفسياً -

كوحدة مستقلة عيانية ملموسة، وهذه نظرة جزئية لا تأخذ بعين الاعتبار الشخص الذي يحمل المرض . وتعتبر هذه الملاحظة مهمة جداً من أجل طريقة التعامل مع المرض ومعالجته . فالمنظور البيولوجي يتعامل مع المرض نفسه ، بدلاً من التعامل مع الشخص الذي يحمل المرض. فوضع تسمية للمرض disease هو عمل علمي يسهل قدرتنا على التعامل مع الشخص المريض ومعالجته.

إن الفشل في تطبيق هذه النظرة يجعلنا نواجه صعوبات جمة في تطبيق الاتجاه المتمركز على المريض patient-centered approach. هذا الاتجاه يشدد على أننا يجب أن نتعامل مع الشخص المريض بدلاً من المرض نفسه.

ليس جميع الأطباء أو علماء الطب يتقبلون أخذ العوامل والمتغيرات النفسية للمريض بعين الاعتبار حين معالجته . إنهم يفصلون بين المكونات العضوية الجسمية للمرض وبين العوامل أو المظاهر النفسية له . ومن وجهة النظر (النموذج) هذه يعتبر كلاً من المرض جهة والسلوكيات العقلية أو النفسية من جهة ثانية ظواهر مستقلة عن بعضها البعض . أي أنهم من أصحاب النموذج أو الإطار الثنائي Dualistic Paradigm أو التفكير الثنائي Dualistic thinking. وفوق ذلك فإن أصحاب هذا النموذج يعتقدون بأن الفهم الكامل والدقيق لأي مرض (جسدي أم نفسي) إنما يتم بلوغه حين نبحث في الأساس والعوامل العضوية العصبية والكيميائية التي تقف خلفه.

إن مثل هذا الاتجاه البيولوجي الطبي في النظر إلى الصحة والمرض قد ساد في المجتمع الغربي فترات طويلة جداً وما زال له مؤيديه ، وهو الذي يمثل العلاقة الوثيقة بين المعتقدات السائدة في المجتمع عموماً وبين التفكير العلمي أو الاتجاه العلمي الذي يمثلته.

هل يمكن أن نقصر تفسير الأداء الوظيفي الإنساني على المستوى البيولوجي فقط؟ بمعنى آخر : هل يمكن الاعتماد على النموذج أو الاتجاه البيولوجي العضوي في تفسير المرض؟ يبدو أن هذا السؤال صعباً، وخاصة بالنسبة للحالات النفسية ، فهذه الحالات لها بلا أدنى شك أساس عضوي بولوجي، ولكن وفي نفس الوقت ، لا يمكن تفسيرها كلياً استناداً إلى المنظور البيولوجي الفيزيولوجي وحده، أي لا يمكن الاقتصار على النموذج البيولوجي في فهم وتفسير الحالات أو الاضطرابات النفسية السلوكية. من هنا فقد حل محله النموذج أو الاتجاه الثاني وهو النموذج أو الإطار البيولوجي- النفسي أو ما يسمى البيوسيكولوجي Biopsychological Paradigm.

النموذج أو "الإطار" النفسي-البيولوجي في تفسير المرض:

لقد ظهر هذا النموذج من خلال تطور الدراسات الطبية والبيولوجية وخاصة البيوكيماوية التي بحثت الأسس البيوكيماوية للمرض. فالمرض بحد ذاته - من وجهة النظر الطبية العضوية - هو " شيئاً" أو " شرطاً" أو وضعاً condition يعمل بصورة مستقلة عن المتغيرات والعوامل النفسية والاجتماعية. ولكن هذه البحوث تحاول الآن تفسير المرض من خلال منظور أوسع يشمل العوامل والمتغيرات النفسية السلوكية والاجتماعية للمريض، حيث تؤدي هذه العوامل والمتغيرات دوراً مهماً في كل من الصحة والمرض. إن التغير الأساسي هو أن الباحثين من مختلف التخصصات العلمية يرون ضرورة الربط بين العوامل أو المتغيرات النفسية الاجتماعية والعضوية في كل من الصحة والمرض. وفوق ذلك فإن هذه المتغيرات أو العوامل تتفاعل مع العوامل العضوية والكيماوية. وهكذا يمكن القول بأن أي مرض تلعب فيه العوامل العضوية الكيماوية والنفسية الاجتماعية دوراً في حدوثه وتطوره ، وبالمقابل فإن للمرض آثاراً ونتائج مماثلة: عضوية كيماوية، ونفسية اجتماعية تصبح

ملازمة لها، وقد تكون من أهم المتغيرات التي تساعد في إزمان المرض وتطوره وتعقيده . ومن وجهة النظر التاريخية في الطب النفسي ، نلاحظ أن المرض بهذا النموذج أو الاتجاه يمكن أن يأخذ ثلاثة أشكال: الأمراض السيكوسوماتية، والأمراض الهسترية (التحويلية) والأمراض العضوية المنشأ.

١ - الأمراض السيكوسوماتية:

تعرف الأمراض السيكوسوماتية بأنها خلل في الأداء الوظيفي العضوي ينتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية انفعالية وليس مجرد عوامل عضوية كيميائية كما هو الحال في الأمراض عضوية المنشأ. إن العوامل النفسية الانفعالية والسلوكية التي تقف خلف هذه الأمراض متنوعة تشمل: صراعات نفسية ، وإحباطات ، وحالات من القلق والضغط النفسي، و الاستثارة الانفعالية المستمرة . ومن المعروف أن هذه التغيرات العضوية أو الجسمية التي ترافق الحالات الانفعالية متنوعة تشمل فيما تشمله تغيرات في كل من: ضربات القلب، والدورة الدموية، والتنفس، واستجابة الجلد، والغدد، والعضلات، والأوعية الدموية، والأعضاء الداخلية الحشوية من معدة وأمعاء. وكلما طال أمد هذه الحالات الانفعالية، كلما زادت التغيرات العضوية المرافقة لها اتجهت نحو مزيد من التعقيد والإزمان لتتحول إلى مرض سيكوسوماتي مثل الشقيقة، عصاب القلب . إن الأعراض العضوية في هذه الأمراض تشبه تماماً الأعراض العضوية الناتجة عن عوامل عضوية وكيميائية المنشأ . إلا أن الكثير من الناس يعتقدون بأن الأعراض الجسمية العضوية الناتجة عن عوامل نفسية سلوكية ليست بدرجة الخطر نفسها التي تحدثها العوامل الجسمية الكيميائية.

٢ - الأمراض الهسترية (التحويلية):

وتسمى الهستريا بالأمراض التحويلية لأنها خلل أو فقدان حسي أو حركي يحدث فجأة ، ولا يتذكر المصاب ما حدث حين ظهور هذه الأعراض أو الخلل.

ويحدث لدى المصاب حالة من فقدان حاسة من الحواس كالبصر، أو السمع، أو اللمس، أو يفقد القدرة على الحركة كالشلل. وحالات الهستيرية التحويلية ليست مرتبطة بخلل في النسيج والأعصاب، ولكن استمراريتها قد يقود إلى تغيرات عضوية جسمية، فالخلل يحدث على مستوى اللحاء أو القشرة المخية فقط. والمصاب قادر على القيام بأداء وظيفي، دون أن يؤدي نفسه. من هنا تعبر الأعراض الهستيرية بمثابة أسلوب تكيفي أو طريقة لحل المشكلات والصراعات النفسية التي يعانيها المصاب لاشعورياً، والتي فشل في حلها بطريقة موضوعية.

وقد تم التمييز بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيرية، فالاضطرابات الهستيرية التحويلية تحدث عادة على مستوى جهازي الحس والحركة، أما السيكوسوماتية فتحدث على مستوى الجهاز العصبي المستقل. من جهة ثانية تلعب العوامل الدافعية دوراً مهماً في ردود الفعل الهستيرية، في حين ليس لها هذه الأهمية في الأمراض السيكوسوماتية. ومع ذلك فقد أظهرت بعض الدراسات الحديثة أن العوامل الدافعية ليست مهمة في جميع الاضطرابات الهستيرية التحويلية، لأنها بمثابة حل للصراعات النفسية اللاشعورية التي يعانيها المصاب.

٣- الأمراض العضوية (البدنية):

تنشأ الأمراض العضوية عن عوامل طفيلية أو سمية، أو غيرها من العوامل الممرضة. ولعدة قرون مضت لم ينظر إلى الدور الذي تؤديه العوامل والمتغيرات النفسية في هذه الأمراض. فما هي الأمراض العضوية (الجسمية)؟ لا توجد إجابة دقيقة عن هذا التساؤل. حيث يعتقد بعض الباحثين أن الربو وارتفاع الضغط من الأمراض العضوية أو الجسمية، بينما يصنفها بعضهم الآخر ضمن الأمراض السيكوسوماتية. وبغض النظر عن تعريف هذه الأمراض،

هناك اتفاق بين العلماء والأطباء على أن هناك دلائل قوية تثبت دور العوامل النفسية والاجتماعية في جميع هذه الأمراض ومنها: الربو، السكري، أمراض القلب التاجية، ارتفاع الضغط، القرحة. فمرض السرطان يتأثر بالعوامل النفسية، حيث تبين أن مريض السرطان يعاني من عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، وأنه كالطفل الذي تنقصه العلاقة العاطفية مع والديه.

يمكن القول بأن التمييز بين الأمراض السيكوسوماتية، والهستيرية، والعضوية، وتصنيفها ينقصه الدعم العلمي. فجميع هذه الأمراض تتأثر بالعوامل البيئية، والنفسية، والعضوية الكيماوية. وبالرغم من ذلك لا نعرف حتى الآن كيف تتفاعل هذه العوامل والمتغيرات لتحداث المرض. فمثلاً، الضغط النفسي يقود إلى أمراض في القلب، ولكن لا نعرف تماماً كيف يحدث هذا. ولهذا السبب يركز الأطباء والباحثين على الخلل وعلى جهاز المناعة التي تقف خلف هذه الأمراض. ومع ذلك فقد تزايد الاهتمام بالإطار أو النموذج التكاملي: البيولوجي-النفسي - الاجتماعي في فهم وتفسير مختلف الأمراض، والذي أخذ يحتل مكانة مهمة في علم النفس الطبي والصحي.

الشخصية والمرض:

لقد بذلت جهد كثيرة في السنوات الخمسين الماضية، من أجل تحديد دور العوامل الشخصية (سمات الشخصية) لدى المرضى وفهمها. فمرضى الربو لديهم سمات شخصية متميزة، وكذلك الأمر لدى مرضى ضغط الدم، والشقيقة وغيرها من الأمراض. فمن أين أتى هذا التوجه، وما مصدره؟ ولماذا نعتقد بوجود علاقة بين سمات الشخصية والمرض؟

الإجابة عن هذين السؤالين، تأتي من علم النفس الفرويدي. فقد أكد فرويد العلاقة الوثيقة بين البناء النفسي للفرد والمرض الذي يعانيه. ووفقاً له، فإن هناك علاقة واضحة بين شخصية الفرد وتصرفاته وطريقة تعامله مع الاندفاعات

والرغبات. مثلاً شخصية الرشد تتصف بأنواع معينة من آليات الدفاع التي تسيطر عليها، والاستعمال المتكرر لهذه الآليات الدفاعية (من نكوص، وتثبيت، وإسقاط، وكبت) تتحدد منذ مراحل النمو المبكرة وخاصة في السنوات الخمس الأولى من العمر . والسؤال الآن: " لماذا يشدد فرويد على دور السنوات الخمس الأولى من العمر؟ " وفقاً لنظريته فإن هذه السنوات تمثل مراحل النمو النفسي- الجنسي الهامة (الفمية، الشرجية، القضيبيية) وكل واحدة منها تحمل صراعات نفسية يجب حلها قبل أن ينتقل الفرد إلى مرحلة النمو التي تليها . ففي المرحلة الفمية ، يسود مشاعر الاعتماد والاتكالية ، وتنشأ مشكلات متنوعة حين تكون الأم قاسية في تعاملها مع الطفل أو حين تكون غير قادرة على إشباع حاجاته ومتطلبات نمو هذه المرحلة. أو إذا كان لديها اتجاهات عدائية نحو وليدها.

لقد حاول عدد من أطباء النفس تبني وجهة نظر فرويد هذه في فهمهم للأمراض السيكوسوماتية ومعالجتها. فقد قدم ألكسندر (١٩٥٠) تفسيراً نظرياً سماه فرضية " الصراع النووي أو المصغر Nuclear conflict " . وتقول هذه الفرضية إن هناك صراعات نفسية لاشعورية محددة أو مركزية، تقود إلى حدوث شكاوي سيكوسوماتية معينة. وكل شكاوى " أو حالة مرضية" هي محصلة لصراعات نووية ومركزية . فالمشاعر العدائية اللاشعورية تساهم في حدوث أمراض الأوعية الدموية (مثل الشقيقة، وارتفاع الضغط، وعصاب القلب)، في حين أن مشاعر الاتكالية اللاشعورية، ورغبات الشخص اللاشعورية بأن يكون محبوباً، تساهم في حدوث أمراض في جهاز التنفس والهضم (مثل الربو، والسكري، والقرحة).

السلوك مقابل العرض:

يمثل الإطار أو الاتجاه السلوكي المتمثل بالمثير-والاستجابة (م - س) في النظر إلى الأمراض النفسية والجسمية ، النموذج البديل لنموذج المرض-

والشخصية الذي سبق ذكره . ويشدد هذا الاتجاه على العمليات البيئية ، والنفسية ، والعضوية التي تحافظ على المرض البدني (العضوي) أو العقلي (السلوكي) ، واستمراريته . ويستند هذا النموذج ، بقوة ، إلى نظرية فرويد التي تعتبر الأمراض الجسمية والنفسية بمثابة أعراض تنشأ من خبرات طفولية مكبوتة ويشدد على أن هناك علاقة وثيقة بين الذكريات والخبرات الطفولية المكبوتة وبين سلوك الراشد الحالي قبل أن تظهر الأعراض على شكل سلوكي مرضي . ولكي نفرق بين هذه النماذج والاتجاهات النظرية في تفسير المرض ، دعنا ننظر في حالة الذكر الذي يعاني من خوف شديد من النساء . إن مثل هذا الخوف قد يفسر على أنه أعراض symptomatic ناتجة من عقدة أوديب التي لم تحل صراعاتها (رغبة لاشعورية بالأم جنسياً) والتي حدثت في المرحلة القضيبية (في السنة الرابعة من العمر) من مراحل النمو النفسي-الجنسي . من الممكن أن تكون بداية هذا الخوف قد حدثت في هذه المرحلة المبكرة من الطفولة . ويمكن للطفل أن يكون قد استخدم أحلام اليقظة كآلية دفاع نفسية ، مما كون لديه حالة من مشاعر الذنب . وربما يكون قد أظهر ردود أفعال أو استجابات عضوية أو بدنية مرتبطة بالقلق الذي يشعر به حين يرى النساء ، والذي يستمر مع استمرار وجود والدته . إن بداية هذه الخبرة ، تكون على شكل نمط سلوكي behavior pattern يتضمن تجنب النساء في مرحلة الرشد. وتمثل الخبرة الأصلية قوة دافعية لسلوك الراشد . وحتى حين نرجع إلى هذه الخبرات ونخرجها إلى مستوى وعي صاحبها فلن يساعده ذلك على اكتساب المهارات الاجتماعية التي تجعله يتفاعل مع النساء ببساطة ، إن التركيز على مثيرات بيئية (كأن تكون النساء جذابات ، أو النظر إلى الحسنات منهن) ، يمكن أن يساعد في اكتساب مهارة ضرورية تبدل من الاستجابة غير المناسبة (التجنب) تجاه النساء (كمثير) ، (Backman, 1989) .

مكونات السلوك وفقاً لإطار أو نموذج علم النفس الطبي المعاصر:

لقد شهد تاريخ علم النفس حقبة طويلة من الصراع العنيف بين أنصار الوراثة وأنصار البيئة ، وقد تحيز عدد من العلماء إلى الوراثة وتأثيرها في تشكيل السلوك وبالتالي الفروق بين الأفراد. وظهرت نظريات تفسير السلوك الإجرامي بالعوامل الوراثية أو النكوبينية الولادية ، كما استند هؤلاء إلى النزعة الإجرامية في أسر بعينها. وكرد فعل على هذه النظرة المتطرفة المتحيزة لأثر العوامل الوراثية، ظهر فريق من العلماء الذين يرجعون التباين في سلوك الناس إلى عوامل بيئة اجتماعية ثقافية ، ويشددون على أن السلوك الإجرامي ينتقل من الآباء إلى الأبناء ليس عن طريق المورثات ، بل عن طريق التربية والتقليد أو ما يسمى " الوراثة السلوكية". وقد ساعد على وجود هذا التعارض ظهور العديد من الدراسات محكمة التصميم والتي أجريت على عينات متنوعة من المفحوصين . ومع تقدم علم النفس واتصاف بحوثه بمزيد من الدقة والضبط والتي أجريت على عينات متدرجة من القرابة ابتداء من التوائم المتطابقة والتي تمثل توفر العامل الوراثي بدرجة كبيرة، على الأفراد الذين لا قرابة بينهم حيث ينعلم دور الوراثة فيها. ونتائج هذه الدراسات، وغن لم تحدد دور كل من الوراثة والبيئة، إلا أنها قدمت إطاراً عاماً يقبله علماء النفس والأطباء ويعملون داخله ، وهو أن كلاً من الوراثة والبيئة يتفاعلان معاً ويحددان شخصية الفرد في حالتي الصحة والمرض . باستثناء بعض الصفات الجسمية القليلة التي تتحدد بالوراثة مثل : لون العينين ، والبشرة ، وكثافة الشعر ، وفصيلة الدم، يقابلها في الطرف الآخر قيم الفرد وثقافته ومعتقداته الدينية والاجتماعية التي تتحدد بالعوامل البيئية؛ فإن الشخصية بمختلف جوانبها المعرفية العقلية والانفعالية، والدافعية، بل حتى الجسمية ، تبدو محصلة لتفاعل العاملين معاً. من هنا تؤدي العوامل الوراثية دوراً أكبر في الصفات الجسمية، ويقل دورها بالتدريج، في

الصفات المزاجية الانفعالية ، ثم العقلية ، ثم الاجتماعية الأخلاقية ليكون للبيئة الدور البارز . من هنا يعتبر السلوك البشري محصلة للتفاعل القائم بين فئتين واسعتين من العوامل : البيولوجية العضوية، والنفسية الاجتماعية . وتشتمل الأولى على السمات الإرثية والنشاط البيوكيماوي، بينما تشتمل الثانية على التفاعل بينشخصي الاجتماعي والسمات الانفعالية، وأساليب التربية التي خضع لها الكائن البشري، والخبرات الحياتية المكتسبة، والأعراف الاجتماعية السائدة ، والبنية المعرفية من (من ذكاء، ونمط معرفي). من هنا يظهر تعقد السلوك البشري ، وفرديته ، بحيث لا يرد إلى عامل واحد في تفسيره ، ودراسته ، كما يظهر لنا صعوبة إخضاعه إلى قوانين المادة الجامدة.

رغم تعقيد السلوك الإنساني، فإن العلم يحاول استشفاف وتقصي القوانين والمبادئ التي تساعد على فهمه والتنبؤ به من خلال دراسة كل عامل من عوامل تكوين السلوك المذكورة أعلاه، أي تثبيت المتغيرات، كأن نقول مثلاً:

إن تربية من نوع ما (حرمان مثلاً) + سمات وراثية كذا + سمات بين شخصية اجتماعية كذا + بنية معرفية معينة = سلوكاً من نوع كذا.

لقد تمكن علم النفس الطبي من تحديد أنواع الشخصيات المؤهلة للإصابة بأمراض جسمية معينة. فالشخصية من النموذج (A) أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب الوعائية التاجية (قصور التربوية الإكليلية والانسدادات الوعائية) من الشخصية (B). والشخصية A تتصف بالطموح المرتفع، والمنافسة، والعدوانية، وعدم التحمل، وكثرة الأعمال ، وعدم التنظيم، وسرعة الأداء مما يجعلها في سباق مستمر مع الزمن في سبيل التفوق، وهذا يجعلها في حالة خوف، وقلق مستمرين، والتوتر النفسي المرافق لهذه الشخصية يزيد من التغيرات العضوية مثل فرط النشاط العصبي - الودي والغدي، والصمي، مما يؤثر في عمل جهاز القلب والدوران، مما يسهل وساطة - يحدث الإصابة في

الانسدادات الوعائية الإكليلية القلبية واختلاطاتها المميتة (الجلطة) . وتهدف معالجة هذا النوع من الشخصية ، إلى الإبقاء على الجوانب الإيجابية منها مثل : الطموح والسعي نحو التفوق ، والتنافس، وبالمقابل يتم العمل على كف (إطفاء) السلوكيات والسمات غير الإيجابية مثل : العدائية ، والقلق ، وعدم التنظيم.

١- العامل الإرثي (الجيني): من المعروف أن الصبغيات تحمل المورثات المسؤولة عن نقل السمات النفسية والجسمية والعقلية في الأسر. والكثير من الاضطرابات السيكياترية (الطب- نفسية) تورث بصورة استعدادات إلى الأجيال عبر الآباء مثل : أمراض القلق (مخاوف مرضية ، وساوس ، هيسترية، اكتئاب) والبارانويا، والفصام . وتلعب العوامل التربوية البيئية دوراً في إظهارها أو إخمدادها وجعلها كامنة. ومن المعروف أن أبحاث الهندسة الوراثية قد نجحت في اكتشاف الكثير من الصبغيات المسؤولة عن عدد من الأمراض والإعاقات النفسية والجسمية مثل متلازمة أو زملة داون (المنغولية) Down Syndrome التي تنشأ عن وجود صبغي ثالث في الكروموسوم رقم ٢١ (بدلاً من صبغيين اثنين) ، ومتلازمة تورنر Turner Syndrome وهو اضطراب يترافق عند المرأة بصغر القامة وبرقبة مكففة، وعقم جنسي، بسبب فقدان الصبغي " X " الجنسي . كما تبين حديثاً أن سبب الشذوذ الجنسي (الجنسية المثلية) عند الرجال والنساء هو وجود شذوذ في الصبغي الجنسي.

٢- العامل البيوكيميائي (الغددي الصمي) : إن مسألة العلاقة بين الجسم والنفس - التي تحدثنا عنها سابقاً- أضحت مسألة لاجدال فيها. فالحالة العضوية، والنفسية كلاً منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به (من هنا

ظهرت فروع السيكوسوماتية، والسوماتو سيكولوجية) . فـجهاز الغدد يلعب دوراً مهماً في سلوكنا وشخصيتنا، ومن المعروف أن الحالة الانفعالية للمرأة تتغير مع اقتراب موعد الطمث، بفعل تأثير جهاز الغدد الصم. والأقسام الرئيسية لجهاز الغدد الصم هي: الهيبوتلاموس (ما تحت المهاد)، والغدة النخامية، والكظرية، والإفراز الغدي الصمي العصبي . ومن المعروف أن الهيبوتلاموس مركز الكثير من العمليات الحيوية في الجسم مثل: الجوع والشبع، النوم واليقظة، السلوك الجنسي، وحرارة الجسم، والانفعالات.

٣- العامل البيئي والتربوي: حيث يتأثر سلوك الإنسان وشخصيته بالمؤثرات التربوية والبيئية التي تتفاعل في الإطار الاجتماعي العام الذي يعيشه هذا الفرد، من هنا تؤدي العوامل الاجتماعية من علاقات، وصداقة، وأساليب معاملة، دوراً مهماً في تكوين السلوك. وقد ثبت أن أساليب التنشئة الاجتماعية تلعب دوراً بارزاً في الشخصية بسوائها وشذوذها. فإذا كان العامل الإرثي يتمثل بصورة استعدادات هي أساس الصحة النفسية أو المرض النفسي، فإن العوامل البيئية والتربوية هي التي تكسب الفرد أساليب التعامل مع مواقف الحياة ومثيراتها، كما تنمو في أجواء أسرية معينة. فإذا كانت أجواء يسودها الاتفاق، والعطف، ومشاعر احترام الذات ، وتحمل المسؤوليات، فإن هذا سيساعد على السيطرة على الاستعدادات الوراثية للاضطراب النفسي (التي هي كامنة)، ويبقى الشخص يعيش حياة سوية ، دون أن يعاني مشكلات سلوكية معينة ، أما إذا كانت هذه العوامل عكس ذلك ، فإنها ستساهم في نشوء الأمراض النفسية عن طريق إتاحة الفرصة للعوامل الوراثية بالظهور. ويمكن أن نستشهد بما قاله عالم النفس المشهور أليس " رغم كثرة الأبحاث

والأعمال التي تناولت مسألة رعاية الطفل والعناية به تربوياً، حتى الآن لم تتخفّض نسبة الاضطرابات النفسية في المجتمع الأمريكي منذ عهد طويل . وأن كل فرد من اصل أربعة فيه ، يلتئم العلاج النفسي كل سنة . وأن اكبر دراسة تناولت شرائح واسعة من المجتمع الأمريكي تمت في نيويورك والتي أظهرت أن ما نسبته (٨) أشخاص من أصل (١٠) يعانون من اضطراب نفسي ما".

٤- يعتبر تأثير المحيط أو البيئة الاجتماعية من العوامل البيئية المهمة في تكوين شخصية الفرد. حيث يتعلم كل فرد سلوكيات الآخرين عن طريق التقليد، وتعتبر نظرية التعلم الاجتماعي والنمذجة من ابرز النظريات التي تؤكد ذلك . فالمراهق الذي ينخرط مع رفاق يدمون على التدخين أو المخدرات سيكتسب هذا السلوك الشاذ منهم، كما يتعلم الطفل السلوك العدواني من برامج التلفزيون، والأقران العدوانيين . ويشترط لمثل هذا التعلم أن يكون لديه الاستعداد الكافي لمجاراتهم وتقليد سلوكياتهم الشاذة والمضرة بالصحة (مسكر، تدخين، إدمان).

٥- العوامل المعرفية والخبرات الحياتية، ومستوى الذكاء:تؤدي البنية المعرفية للفرد دوراً مهماً في سلوكه، فالحوادث الخارجية ليس لها معنى بالنسبة للفرد، ولكنه يفسرها ويعطيها معنى وفقاً لنمط تفكيره وبنية المعرفة . والطريقة التي تفسر فيها الأحداث هي التي تشكل السلوك والانفعال . وتعتبر نظرية (إليس) عن العلاج العقلاني الانفعالي النموذج الأبرز الذي يمثل هذا الدور. ويرافق هذه العوامل الخبرات وأحداث الحياة نفسها التي يمر بها الشخص خلال مراحل حياته . وتلعب خبرات الطفولة دوراً مهماً في تكوين الشخصية في حالتي الصحة والمرض .

نموذج عن تكامل العوامل البيولوجية - النفسية - الاجتماعية في المرض:

من الأدلة التي توضح الدور الذي يؤديه تكامل كلاً من العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية في المرض والصحة، هو شعب " الشابييز " Chiapas وهم قبائل تسكن جنوب المكسيك وينحدرون من أصل إسباني ويمثلون سلالة امتزجت فيها عدة أعراق منها الإسبانية ، والهندية الأمريكية، والمكسيكية. وقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت عليهم تفاعل المتغيرات البيولوجية والنفسية، والاجتماعية . فالعمليات النفسية والاجتماعية، والسمات الشخصية تلعب جميعها دوراً متزامناً ومتكاملاً ، بحيث أن العوامل النفسية والاجتماعية تعادل في تأثيرها دور العوامل البيولوجية والعضوية في حدوث المرض ومعالجته . وقد ظهر هذا الدور من خلال الخطط العلاجية التي ركزت على جميع هذه العوامل في الشفاء. من جهة أخرى، فإن سمات الشخصية من مزاج، أو طباع، وذكاء، ومستوى التعليم، والخبرات السابقة تساهم جميعها في حدوث المرض وفي قدرة الشخص على التعامل معه، أو تدبره ومعالجته. وتعتبر هذه العوامل السيكلولوجية مهمة لأن المرض في جماعة ما يؤثر في سلوك الأعضاء الآخرين فيها. فالجماعة في هذه القبائل تعاند المرض وتعاديه antagonize ، لذلك تظهر سلوك الكراهية والنبذ للعضو المريض فيها ، هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن أن تقدم له الدعم والمساندة الانفعالية والاجتماعية التي يحتاجها لكي يتعامل مع المرض ويتصدى له، بحيث تعيد اندماجه في الجماعة بأقصر مدة ممكنة.

فهذه القبائل والشعوب لا تتجاهل الأسباب العضوية والكيميائية للمرض فالعوامل الجينية ، ومصادر الخلل العضوي والكيميائي بالجسم تؤدي دوراً مهماً فيه ولكن هذه العوامل يجب النظر إليها على أنها عوامل مساعدة في زيادة قابلية الفرد للمرض، وليست سبباً وحيداً له. والمرض العقلي لديهم يشبه أي مرض

جسمي آخر. إن الاكتئاب، والقلق، والبارانويا، جميعها لها مكونات " متغيرات " انفعالية ، وشخصية واجتماعية وعضوية تعمل مع بعضها البعض بالتزامن كما هو الحال في أي مرض جسمي آخر.

تجدر الإشارة إلى أن هذه القبائل تعيش حياة شبه تقليدية ، وبعيدة عن تقنيات الطب المعاصر، وتكنولوجيته العلاجية الحديثة ، وبالتالي لا يمكن تجزئة المرض (المريض) إلى مكونات " عوامل " عقلية وعضوية، أو نفسية وكيمائية، فالشخص المريض كل متكامل، وكذلك المرض نفسه.

ملخص

يعتبر علم النفس الطبي أحد فروع علم النفس الذي يطبق مبادئ السلوك في المستشفيات فهو علم نفس المرضى، ويبحث في موضوعات عديدة من أهمها: سيكولوجية مرضى الجسم، والعلاقة بين الطبيب والمريض، وإشكالية تنفيذ المريض لتعليمات الطبيب، أو المطاوعة والإذعان، والتأهيل والتمكين ، والألم ، والاضغوط وعلاقتها بالمرض الجسمي، والعلاج السلوكي للمرضى...الخ. ويتشابه علم النفس الإكلينيكي مع علم النفس الطبي في عدد من النقاط، كما يختلف عنه في نقاط أخرى. وقد كان هناك عدد من الاتجاهات النظرية التي ساهمت في نشوء علم النفس الطبي من أهمها : نموذج الثنائية ، والنموذج النفسي - البيولوجي الذي ظهر في الأمراض السيكوسوماتية والأمراض الهستيرية ، وأخيراً الاتجاه التكاملي الذي يعبر عن تفاعل العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية.

الفصل الثاني

سيكولوجية المريض وفقاً لمرحلة النمو

المرض ومراحل النمو:

مرحلة الرضاعة:

يمكن للطفل أن يتحمل فراق أمه (أو بديلها الذي يقدم له الرعاية) ، حتى الشهر التاسع من عمره . ومن الناحية النفسية يمكن القول إن هذه المرحلة هي السن النموذجي للدخول إلى المستشفى وإجراء عمليات جراحية ، وهناك عدة عوامل تؤثر في مثل هذه القرارات، منها: أن الطريقة التي يخبر بها الطفل عن المعالجة الطبية لم تفهم جيداً بعد ، كما أن تأثير مثل هذه القرارات عليه لم يتحدد بدقة . ووفقاً لأريكسون تعتبر مرحلة الرضاعة مرحلة تتكون فيها مشاعر الثقة وعدم الثقة ، وفي هذه المرحلة العمرية لا توجد لدى الطفل مفاهيم دقيقة يمكن من خلالها التعبير عن الحاجات ، لذلك فالأحداث المؤلمة كالعمليات الجراحية والصدمات البدنية لا يمكن للطفل تذكرها لاحقاً، لأنه غير قادر على التواصل والتعبير عن مشاعره باستثناء البكاء طبعاً . فهذه الخبرات تبقى لاشعورية لديه، وفي سنوات العمر اللاحقة يمكن لهذه المشاعر والخبرات الضاغطة أن تظهر بحيث تخلق أعراضاً مرضية جسمية أو نفسية لدى المريض.

مرحلة ما قبل المدرسة :

بعد الشهر التاسع تظهر أهمية الدعم الذي يتلقاه الطفل من والدته (أو القائم على رعايته) ، كما يظهر قلق الانفصال عن الأم بوضوح في سن الثالثة ، ويبدأ هذا القلق بالانحسار تدريجياً في سن السابعة والثامنة.

ففي السنتين الأوليين من الحياة ، يكون الأطفال اتكاليون على والديهم لا يعرفون لماذا لا يستطيعون تخفيف الألم والانزعاج عنهم . قد يستعمل الأطفال

الأكبر سناً آلية الإسقاط ، وقد يلومون والديهم أو أي من الراشدين المحيطين بهم على أنهم سبب مرضهم. إن ردود الفعل الانفعالي (الاستجابة الانفعالية) الأولية التي تظهر لديهم هي الغضب. وإذا لم يفهم الوالدين سبب هذه الاستجابات والسلوكيات الانفعالية، فإنهم يتصرفون بحماقة ، ويشعر الطفل حينها بأنه مهمل أو مرفوض .

ينفصل الأطفال عن والديهم حين دخولهم المستشفى، ولهذا الانفصال آثار خطيرة على نموهم الانفعالي ، أبرزها قلق الانفصال والالتكالية . ويشعر الأطفال أن غياب الوالدين يمثل تجاهلاً لهم. فالقلق والاكتئاب يجعل الأطفال المرضى يشعرون بالخوف من عدم وجود من يعتمدون عليهم في تلبية احتياجاتهم، وحمايتهم أو أنهم لن يرونهم ثانية.

قد لا يخبر الأهل طفلهم بأنه سيدخل المستشفى، ومن ثم يفاجأ الطفل بالابتعاد عن والديه وأخوته، وأنه دخل إلى المستشفى باعتبارها بيئة جديدة تمثل تقييداً لحرية وحركته. ولمنع الطفل من البكاء ، قد يخبر الأهل الطفل بأنه سيعود إلى المنزل ثانية وبأقرب فرصة ، وهذا ما يخلق عدم ثقة معهم ، وخاصة إذا طالّت مدة مكوثه في المستشفى.

وحيث إعداد الطفل المريض لزيارة الطبيب أو المستشفى، يجب إخباره عن الأشياء والمواقف التي سيمر بها ويعيشها هناك، وكذلك النتائج المتوقعة والمحتملة من وراء ذلك. وحين يتم إخبار الطفل بذلك، فيجب على الوالدين إتباع طريقة مبسطة وسهلة تخفف من قلق الطفل وخوفه. فقد يقوم الطبيب بإخبار والدي الطفل بالآثار والنتائج السلبية أو المزعجة التي قد تحدث، ويتم إعلام الطفل بذلك ، مثلاً " الآن ستشعر بوخز الإبرة، وستتناول الحقنة" ويمكن أن يعلمه بأن الدواء الذي سيأخذه سيخفف من الألم الذي يعانيه. إضافة إلى الصعوبات المرتبطة بالانفصال عن الوالدين، يتصف الأطفال بين سني (١-٣)

بالحركة والنشاط ، ولا يفضلون البيئة التي تقيد حركتهم ونشاطهم (كالمستشفى) والاهتمام بحرية الحركة والنشاط يقل بعد السابعة من العمر ، كما أن لغتهم لم تتطور بعد بالدرجة التي تشجعهم على التواصل ، قبل سن المدرسة ، ورغم ذلك فإنهم يتذكرون خبراتهم تلك .

تعتبر مرحلة الطفولة الأولى ، المرحلة التي يتحدى فيها الطفل مشاعر الخجل والشك ، ويطور مشاعر الذاتية والاستقلالية . فالتدريب على الإخراج الذي يحدث في هذه المرحلة ، يلعب دوراً مهماً في تطوير هذا السعي والكفاح . فهل سيصبح الطفل مريضاً ، وهل مرضه خطير؟ . إن التدريب على الإخراج قد يتداخل مع حالة المرض ، ويتأثر بنشاطه وسلوكه مع المحيطين به وخاصة والدته .

بعد سن الثالثة ، يصبح الأطفال أكثر وعياً بأنفسهم وبيئتهم ، وكذلك بأجسامهم ووظائف أعضاء الجسم ، ومثل هذا الفهم يجعلهم أكثر عرضة للخوف من التعرض للأذى والمرض ، مما يخلق لديهم حالة من سوء التكيف الانفعالي . ففي هذه السنوات يبدأ الأطفال بالتواصل ، ولكن فهم الواقع لم يصل مستواه بعد ، فهناك خيالات وتوهمات مرتبطة بالخوف من أذى الجسم ، ولذلك فإن التواصل مع الطفل وإخباره بما يحدث له دور مهم في خفض حدة الخوف والقلق . فالثقة أمر مهم ، وعلى الراشدين عدم تقديم وعود للطفل بأشياء لا يمكنهم التأكد منها ، أو غير واثقين منها . يؤكد بعض علماء النفس أن قلق الانفصال عن الوالدين ، والمشاعر المرتبطة بإمكانية تعرضه لمخاطر الإصابة والمرض ، قد ترتبط بشدة باهتمام الطفل بجسمه وانشغاله به في هذه المرحلة العمرية . وتستمر هذه المخاوف حتى مرحلة الرشد ، فالأطفال بين سني (٣-٦) يسيطرون على خيالهم خوف من بتر أحد أعضاء الجسم ، وبما أن الأطباء والفريق التمريض لا يخبرون الأطفال مباشرة بذلك ، فإن هذه المخاوف تزداد ، مما يساعد في نشوء حالة تبدد الشخصية depersonalization .

المرحلة الابتدائية من ٧-١٢:

في المرحلة المبكرة من المدرسة الابتدائية ، يتميز تفكير الأطفال بالحسية والواقعية ، ويفسرون المرض بطريقة بسيطة، حيث يعزونه إلى ذواتهم ، وقد يلومون أنفسهم لأنهم تناولوا طعاماً غير مناسباً . ومع نمو الوعي والأنا الأعلى لديهم، فإنهم يفسرون المرض " كعقاب لأنهم سيئون" ومن أبرز ردود الفعل والاستجابات الانفعالية التي تظهر لدى الأطفال هو الغضب الذي يوجه إلى الآخرين، وخاصة الوالدين والطبيب، كما يلومون أنفسهم على ما حصل . ومع تقدمهم بالعمر، يصبحون أقدر على فهم الواقع والتعامل معه بموضوعية ، حيث يميلون إلى التعامل مع القلق من خلال إتباع آلية دفاعية تسمى التبرير أو العقلنة rationalization . ففي هذه المرحلة العمرية يحتاج الطفل إلى المعلومات الواضحة، والواقعية . كما أن التفسيرات العيانية والواقعية تزيد من فهمه وثقته بمسببات المرض . وفي هذه المرحلة المبكرة من المدرسة الابتدائية يمكن للأطفال تحمل المرض وآثاره بدرجة أفضل من المرحلة التالية من نموهم. ومع ذلك فإنهم بحاجة إلى الدعم المناسب والإعداد الجيد، فقد يتحملون الانفصال عن الأم أو الوالدين مقارنة بمرحلة النمو السابقة. فالأطفال في هذه المرحلة أقدر على استخدام التبرير أو العقلنة كآلية دفاعية في التعامل مع المرض ومواجهته، كما أن القلق لديهم يتم تفسيره في ضوء وقائع وأحداث خبرها الطفل نفسه (Backman,1989).

البلوغ والمراهقة:

مع بدء البلوغ تتعقد ردود الفعل والاستجابات الانفعالية التي تصدر عن الطفل، والسؤال يسيطر على ذهن المراهق هو " لماذا أنا؟" حيث يبدأ بالظهور، فبعضهم قد يشعرون بالأسى والأسف ويعزون المرض إلى أنفسهم ، أو يفسرونها

تفسيرات غيبية دينية وفلسفية، وقد تسيطر على أذهانهم هذه الأفكار والتفسيرات كطريقة للتعامل مع المرض.

إن سعي المراهق لتكوين هويته الذاتية وفلسفته الخاصة بالحياة ، وتقبله من قبل الآخرين، جميعها ذات أهمية كبيرة في هذه المرحلة، فحين يصبح المراهق مريضاً يشعر بعدم الكفاءة، وضعف قدرته على السيطرة والتحكم. فتقدير الذات الذي تشكل من خلال تعزيز الأقران له ، قد يتعرض للخلل والتأثر، فيعجز المراهقين قد يستخدمون آلية " النكران " Denial بدرجة متطرفة حيث يرفضون أنهم مرضى وبعضهم الآخر قد ينغمس في ممارسة سلوكيات تؤثر سلباً على صحتهم مثل تناول المشروبات الغازية أو الروحية، وممارسة أنشطة تؤذي الصحة . أما عن طريقة التعامل مع هذه المشكلات فإنها تعتمد بدرجة كبيرة على ردود فعل المراهق حيال الآخرين ونفاعلمهم معه .

فالمراهقون قد يعانون من القلق من فقدان قدرتهم على السيطرة والتحكم الذاتي، وحين يعانون من مرض ما وخاصة إذا كان مرضاً خطيراً، فقد تظهر لديهم حالات نكوص regression فيصبح المراهق أكثر اتكالية على الآخرين وخاصة والديه ويسلك سلوكاً طفولياً، وقد ينسحب من البيئة الاجتماعية ويسيطر عليه الحزن الشديد. ونتيجة لذلك سيتأثر أدائه وتحصيله الدراسي، كما ستتأثر علاقاته الاجتماعية سلباً، مما يدفعه للغياب عن المدرسة. من جهة أخرى فإن أنشطته الاجتماعية قد تتناقص، ويسيطر عليه العزلة والشعور بالوحدة.

بالنسبة للمرض المزمن فقد يقوي من اعتماد المريض على الآخرين ، ويقود إلى ظهور انفعال الغضب الذي يظهر على شكل سلوكيات واقعية في محيطه باعتباره يخضع للكثير من الممنوعات في حياته اليومية. فالمريض المراهق الذي يعاني من السكري منذ طفولته ، قد تظهر لديه حاجة قوية إلى الاعتمادية أو الاتكالية ، وقد لا يتجاوز مرحلة الاعتمادية إلى مرحلة

الاستقلال، والانفصال ، والتفرد أو الاعتماد على الذات، مما ينكس مباشرة على أدائه الوظيفي المستقل في حياته اليومية المعتادة (Backman,1989) . .

سيكولوجية الطفل المريض

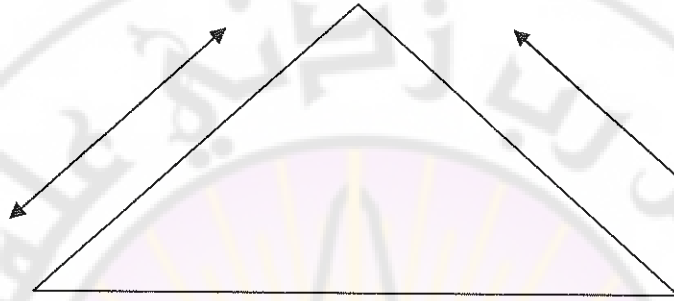
كثيراً ما يتعامل الطبيب ، تعاملًا خاطئاً، مع طفل يعاني من مرض جسمي ويظهر لديه سوء التكيف أو يعاني من مشكلات سلوكية ونفسية ، وقد يطبق تقنية علاجية غير نموذجية معه ، مما يقود إلى مشكلات أكثر تعقيداً في الحالة . من هنا يجب على الطبيب المعالج أن يتعرف على سمات شخصية الطفل المريض ، وأن يزيل مصادر الخوف ، ويزرع الثقة المتبادلة قبل تطبيق تقنيات العلاج الطبي .

تجدر الإشارة إلى أن مصادر الخوف، والقلق التي يعانيها " الطفل المريض " متنوعة: فقد تأتي من الطبيب المعالج نفسه، وقد تأتي من المنزل قبل وصوله إلى العيادة أو المستشفى ، أو من المستشفى، وما يحتويه من مكونات وأدوات. فحين يكون الطبيب هو السبب الرئيسي في مشكلات الأطفال المرضى، ومن طريقة استقباله للطفل، و تواصله اللفظي وغير اللفظي معه، يجب أن يخصص وقتاً كافياً لاستقباله، بطريقة تضيي المودة والألفة لديه. أما بالنسبة للعيادة أو المستشفى، فيجب تعريفه بجو العيادة أو المركز الطبي، وبالفريق العامل فيه بما يتناسب مع عمره .

وحين نتحدث عن العلاقة التكيفية والمطاوعة اللازمة لنجاح العلاج الطبي، لابد من اعتماد نموذج المثلث العلاجي الطبي الذي وضعه العلامة رايت Wright . وبالرغم من أن هذا النموذج قد صمم في مجال العيادة السنية (وطب الأسنان) إلا أنه طبق وعمم في مجال الرعاية والعلاج الطبي عموماً. والشكل رقم (١) يوضح هذا النموذج. ويبدو منه أن موضع الطفل هو في قمة

المثلث لأنه محط أنظار كل من والديه ومن الطبيب المعالج ، ويبين هذا المثلث نقطة الخلاف الرئيسية بين معالجة الأطفال والراشدين أو الطاعنين في السن.

الطفل المريض



الطبيب المعالج
الأهل (الأم)

الشكل رقم (١) المثلث العلاجي للعلامة رايت

يتبين من الشكل (١) أن موقع الطفل في قمة المثلث، فهو محط أنظار كل من والديه والطبيب . ويبين أيضاً، الفرق الأساسي بين معالجة الأطفال ومعالجة البالغين أو المتقدمين في السن. حيث تتضمن معالجة البالغين عادة علاقة شخص مع شخص آخر هي (المريض البالغ- الطبيب المعالج) ، في حين تركز معالجة الطفل على علاقة شخص مع شخصين هي (الطبيب- الطفل المريض والأهل). والعلاقة بين أركان المثلث دينامية ، لأنها في تغير مستمر، كما أن طبيعة هذه العلاقة متغيرة باستمرار بين الأطراف الثلاثة. والأسهم

المرسومة بين كل طرفين من أطراف العلاقة، إنما تعبر عن أن الاتصال تبادلي بينهما، أي أن كل منهما يؤثر ويتأثر في الآخر، ونحن أمام تغذية راجعة تبادلية يقدمها كل طرف من الأطراف الثلاثة أثناء عملية التفاعل (خرده جي والحجار ١٩٩٧).

ما السلوكيات اللاتوافقية (أو التي تعبر عن سوء التكيف) التي يظهرها الطفل المريض في تعامله مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعل معها؟ هناك الكثير من أشكال سوء التكيف التي تظهر لدى الطفل المريض، وهي في معظمها متعلمة و مكتسبة قائمة على خطأ في التنشئة الاجتماعية والمعاملة من قبل الوالدين أو المدرسة أو البيئة الاجتماعية المحيطة كالأقران . وتبدو هذه السلوكيات واضحة في العيادة أو المستشفى أو المركز الطبي الذي يتردد عليه الطفل المريض.

تصنيف السلوك التعاوني للأطفال:

يعتبر تصنيف عالم النفس فرانكل من أهم تصانيف السلوك التعاوني لدى الأطفال، حيث قسم هذا السلوك إلى أربعة أصناف تتراوح بين السلوك الإيجابي الواضح إلى السلوك السلبي الواضح، وهذه الأصناف هي:

- ١- الصنف السلبي الواضح ورمزه (- -) : ويتصف بالسمات السلوكية التالية: رفض الذهاب إلى العيادة أو المستشفى، ورفض المعالجة، البكاء الشديد، التهيج والاستثارة ، المقاومة الشديدة للمعالجة، رفض العلاج ، عدم الالتزام بتعليمات الطبيب، عدم متابعة الدواء .
- ٢- الصنف السلبي ورمزه (-) : ويتميز بالصفات السلوكية التالية: التردد في قبول المعالجة، عدم التعاون، تجنب الاتصال بصرياً مع الطبيب المعالج، عدم التعاون مع الممرضات.

٣- الصنف الإيجابي ويرمز به بـ (+) : ويتميز بالصفات السلوكية التالية:
يقبل المعالجة الطبية بحذر، متعاون بدرجة بسيطة ، يتقبل تعليمات
الطبيب وينفذ الخطة العلاجية بدرجة نسبية.

٤- الصنف الإيجابي الواضح، ويرمز له بـ (++) : وصفاته السلوكية :
يقيم علاقة ودية مع الطبيب، متعاون، ينفذ التعليمات الطبية وخطة
المعالجة، يظهر البهجة والاسترخاء بالمعالجة ، ويهتم باستكمال العلاج
حتى غايته.

أما العلامة رايت Wright فقد صنف الأطفال إلى ثلاثة فئات على مستوى
العمل العيادي الطبي، هذه الأصناف هي:

١- الطفل المتعاون : ويظهر استجابات تعاونية أثناء المعالجة شريطة أن
ينجح الطبيب في تبديد مخاوف الطفل واتجاهاته السلبية عن العيادة
والعلاج، وحين يطبق معه المقاربة المضغفة (المبددة) لاستجابات
الخوف والقلق والتي يرمز لها بـ T. S. D. وتمثل الأحرف الأولى لـ
(Tell-Show-Do) ، أي أخبر الطفل (T) وقل له باختصار عن
الإجراءات التي ستطبق عليه ، ثم اعرض له (S) وأطلععه عليها
بصرياً وعملياً، ثم اجعل المجهول معلوماً (D).

٢- الطفل الذي تنقصه القدرة على التعاون : وهذه الفئة من الأطفال المرضى
يصعب تكوين تواصل معهم ، ويظهرون مشكلات سلوكية معقدة ومتنوعة
وخاصة في المعالجة الطبية السنية. وتشمل هذه المجموعة الأطفال
المعوقون الذين تحول إعاقته من أن يتعاونوا مع الطبيب، ومن الصعب
تغيير سلوكياتهم السلبية أو غير التعاونية.

٣- الطفل الذي لديه قدرة كامنة على التعاون: وهؤلاء هم الأطفال وذوو
المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية، عن لديهم قدرة على التعاون

ولكن مشكلاتهم السلوكية تحول دون إظهارها والتعبير عنها في العيادة. ويمكن تعديل سلوك هؤلاء الأطفال إذا ما اتبع الطبيب تقنيات تعديل السلوك من إطفاء، وخفض حساسية منظم، وكف بالنقيض، وتعزيز، وتشكيل سلوك..الخ.

إن هذه الأصناف الثلاثة الرئيسية من سلوكيات الأطفال في الميدان الطبي والتي تعبر عن مشكلات سلوكية تعيق ممارسة العلاج ، قد سميت بالسلوك غير المنضبط ، وسلوك التحدي ، والسلوك الخجول ، والسلوك التعاوني المشوب بالحذر والتوتر، وسلوك النحيب .

١- فالسلوك غير المنضبط uncontrolled behavior وهو الذي يظهر لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-٦ سنوات، وفي الزيارات الأولى للطبيب عادة. يتسم سلوك الطفل بالبكاء، والغضب، والرفض الذي يكون كلامياً أو جسدياً، ويعبر عن خوف وقلق شديدين.

٢- سلوك المتحدي challengable behavior يظهر في كل الأعمار تقريباً وهو من سمات تأكيد الذات والاستقلالية. ويتظاهر هذا السلوك برفض تعليمات الطبيب وعدم تنفيذها، وظهور توتر عضلي يقاوم العلاج . أما في المراهقة فيعبر المراهق عن رفضه شفهيّاً، ولكنه لا يلبث أن يتقبل المعالجة.

٣- سلوك الخجول Shying behavior يظهر الطفل مطاوعة ظاهرة بالمعالجة، ولكنه في أعماق نفسه لا يقدر على تقبلها، وحين يمارس عليه الضغط يرتبك ويظهر سلوكاً عشوائياً يصعب السيطرة عليه . ومن أسباب هذا السلوك الخجول : الأسرة التي تقدم للطفل حماية زائدة، أو نشأ في بيئة منعزلة ويعاني من خوف من الغرباء . عادة لا يستوعب

هؤلاء الأطفال إرشادات الطبيب بسبب قلقهم المرتفع ، لذلك على المعالج أن يكرر عليهم تعليماتهم باستمرار .

٤- السلوك التعاوني المشوب بالتوتر والضغط النفسي Stressful behavior: يتميز هؤلاء الأطفال بتقبل المعالجة ولكن بتوتر وعدم طمأنينة. وقد يتظاهر بأعراض جسمية كتبدل نبرة الصوت، وحركات الجسم، والتوتر العضلي، والرجفة.

٥- سلوك النحيب أو الأنين: ويمكن التغلب على هذا السلوك من خلال تطبيق طريقة تثبتت الانتباه، وشرح خطوات العلاج الطبي. وقد يلجأ إلى الأنين الأطفال الذين لديهم قدرة كامنة على التعاون. ويعتبر الأنين نوع من البكاء التعويضي لأنه ليس بكاء حقيقياً وإنما يصدره الطفل ليحجب من خلاله المثيرات الصوتية، وهي طريقة للتعبير عن موقف غير سار لديه (Sarafino, 2005).

أسباب السلوكيات اللاتكيفية لدى الأطفال:

١- الهيمنة المتسلطة المفرطة: فالمعاملة التسلطية التي تهدف إلى تعليم الطفل الانصياع للأوامر والنواهي بهدف ضبط سلوكه داخل البيت وخارجه تضعف نمو الاستقلالية لديه، كما تضعف ثقته بنفسه، وتغرس مشاعر الذنب والدونية لديه. ونتيجة لهذه المعاملة يظهر عنده سلوك تجنبى انسحابي.

٢- فرط التسامح: الإفراط في الدلال والعطف تجعل الطفل يتمادى ويستهنتر بالقيم والأنظمة الاجتماعية، مما يجعله لا يقدر حقوق الغير، فيسعى لتلبية رغباته بغض النظر عن القيم والمعايير الاجتماعية ويصبح متمركزاً حول نفسه نرجسياً، كثيراً ما يتخطى الضوابط الاجتماعية، إضافة إلى انه كثير التعرض للإحباط في مراحل حياته اللاحقة.

٣- **القلق المرتفع:** ينتج القلق المفرط عند الوالدين من مأساة سابقة في الأسرة كفقْد أحد الأبناء ، و يترافق مع تعلق زائد من قبل الوالدين بالطفل وتقديم رعاية مفرطة له ، مما يؤدي إلى نشوء طفل خجول، وخائف، ويتجنب العلاقات مع الآخرين.

٤- **الاندماج الزائد:** حين يحاول الوالدين تحقيق آمالهم ورغباتهم في أطفالهم يحدث نوع من الاندماج الزائد، وإذا فشل الطفل في تحقيق تطلعات الأهل وطوحهم ، سيظهر الوالدين خيبة الأمل، حينها يشعر الطفل بذلك ويصبح انعزالياً وغير واثق من نفسه ، مما ينعكس على سلوكه في العيادة وتلقيه للعلاج.

سيكولوجية المريض المسن

تعتبر الشيخوخة من مراحل النمو المتأخرة التي تتدهور فيها القدرات العقلية والشخصية للمسن ، حيث يكون فيها محدود الطاقة نفسياً وجسماً وعقلياً، ولعل أول ميل نراه لدى الأطباء والمعالجين هو تجنب وضع خطط علاجية لهذه لأصحاب هذه الفئة العمرية ، هذه الخطط العلاجية التي تفرض أعباء على وظيفة المريض المتأذية وقدراته المتدهورة، وتكون النتيجة هي اختيار معالجة أقل تفضيلاً وأضيق نفعاً، ونرى بعض الأطباء والمعالجين يقتصرون على معالجة عدد قليل من المسنين بسبب الصعوبة التي يلاقونها في المعالجة. وبالرغم من ذلك هناك نظرة وظيفية أكثر إيجابية نحو المسن تقر بوجود مدى واسع من القدرات بين المسنين، يندمج بالبيئة وذلك كتحول مهم .

إن تقييم قدرات المرضى المتقدمين بالسن والتعرف على المتغيرات البيئية لديهم قد تتيح مدى أوسع من إمكانيات المعالجة ، والخيارات الإرشادية العلاجية من هنا يجب على المعالج أن يهتم بناحيّتين : الأولى ، قدرات المريض المسن

وصفاته الشخصية، والثانية ، التعرف على الظروف والمتغيرات البيئية المحيطة به والتي يعيش فيها .

العمر الزمني كمقياس:

إن التقدم الذي حصل في معظم المجتمعات، ومنها البلدان النامية، قد زاد من متوسط عمر الإنسان، حيث بلغ في البلدان الاسكندنافية ٧٥ عاماً، وفي سورية ٥٧ عاماً. وفي الولايات المتحدة الأمريكية تقدم للفرد امتيازات اجتماعية واقتصادية تساعد في دعم الرعاية الصحية. وبالرغم من أن التغيرات الجسمية والعقلية التي تحدث تصيب كل فرد مع تقدمه بالسن ، إلا أن هناك فروقاً فردية في مرحلة العمر التي تحدث فيها مثل هذه التغيرات ، فقد يحدث انحطاط القدرات العقلية في مرحلة مبكرة عند البعض، بينما يتأخر ذلك عند البعض الآخر. ويعتبر سن الخامسة والستين (٦٥) عموماً هو السن الذي تحدث فيه التغيرات الجسمية والعقلية ، وهو العمر الذي يعتبر بمثابة نقطة عبور كمؤشر للحالة الجسمية والنفسية والعقلية عند الفرد.

الشيخوخة كعملية تفاعلية:

يرافق الشيخوخة مجموعة من التغيرات التي تحدث نتيجة تفاعل عوام داخلية (حسي، جسمية ، نفسية) وعوامل محيطية بيئية، مما يؤثر في أداء المسن .

وإذا كان ضعف البصر عائقاً يحول دون أداء المسن لبعض الأعمال، غلا أنه ليس جميع المسنين الذين يعانون من ضعف البصر غير متكيفين مع محيطهم وبيئتهم التي يعيشون فيها. ومن أبرز التغيرات التي تحدث في الشيخوخة:

تغيرات في الحواس : ضعف البصر، والسمع، والشم والتذوق.

تغيرات نفسية : صعوبات في التعلم والتذكر، ضعف النشاط الجنسي ، ضعف في الأداء الحركي الدقيق.

وتمثل متلازمات الدماغ العضوية أو الاضطرابات العقلية الناتجة عن أذيات في الخلايا العصبية ، التصنيف الثاني الرئيس للاضطراب السيكيانري عند المسنين (خرده جي و الحجار، ١٩٩٧) . ومن الأعراض الرئيسية التي نصادفها في هذا الاضطراب الذهاني العضوي:

- اضطرابات في الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى.
- تلف في الوظائف العقلية .
- ضعف في المحاكمة العقلية
- خلل في التوجه الزماني والمكاني
- أذى في العاطفة السطحية.

التعامل مع الموت:

في مرحلة الشباب يفكر الإنسان في عدد السنين التي سيعيشها، أما في الشيخوخة فإنه يفكر في عدد السنين المتبقية . ويواجه المسن ثلاث مهمات رئيسية :

- التعامل مع واقع الموت الذي لا مفر منه ، مع الأمل بموت وشيك الوقوع.
- تحمل صعاب فقدان الزوج/الزوجة وموت الأصدقاء والأعزاء.
- مواجهة حالة الموت ذاته أثناء وقوعه.

ويقول بعض علماء النفس أن هناك ثلاث فئات من المسنين :

الأولى: يمثلون الأشخاص الذين يمتلكون القدرة على العبور إلى سن الشيخوخة بوعي ومواجهة الموت برضا من خلال النظر في إنجازاتهم السابقة، ويتصفون بقناعة عن حياتهم وسلوكهم السوي.

الثانية: وتمثل المسنين ممن هم أقل جرأة في تصور أنهم لابد زائلون ، فيعتمدون آليات دفاع نفسية مثل الإنكار والنكوص، والتبرير والهروب إلى سلوكيات غير سوية مثل الأدوية والكحول وغيرها .

الثالثة : المؤمنون الذين يتصفون بالإيمان بالبعث ومواجهة خالفهم يوم القيامة، ومثل هذا الإيمان يخفف عنهم كثيراً في تقبل الموت ومواجهته كقدر رباني نحو حياة أخرى خالدة تحمل سعادة موعودة لا تعادلها سعادة أخرى.

ويعتقد الكثير من الناس أن المرض حالة تلازم الشيخوخة، وأن تقدم العمر يرافقه زيادة في التعرض للمرض وللتغيرات الفيزيولوجية ، رغم أن بعضهم يحتفظ بلباقتة الجسمية. كما أن إهمال الأنشطة الوقائية في هذه السن يساعد في زيادة التعرض للأمراض المزمنة. من جهة ثانية كلما سيطرت المعتقدات السلبية على ذهن المسن (مثل توقع المرض) فإنه أقل قدرة على تبديل السلوكيات السيئة التي تضعف الصحة (Sarafino,2005) .

التقييم الطبي - النفسي لشخصية المسن:

على الاختصاصي النفسي أن يقوم بعملية تقييم شامل لشخصية المسن personality assessment ، وأول إجراء يقوم به هو تقييم العمليات العقلية وخاصة : التفكير والتذكر، والانتباه، ليتبين مدى ودرجة تأثيرها في سلوكه وحياته اليومية . فقد يصيب الخلل تسجيل المعلومات وتخزينها، أو استرجاع المعلومات الحديثة ، وقد يعاني من فقدان للمعلومات المألوفة . وقد يسيطر عليه ضعف في الاستدلال وتوتر الأفكار ، ومعالجة المعلومات مما يعيق من مدى انتباهه للمثيرات حوله . وعلى الاختصاصي أن يقيم درجة الوعي لدى المسن، فقد لا يكون خرف الشيخوخة هو المتلازمة المرضية الوحيدة التي يعاني منها. ويلعب التشخيص الفارقي دوراً مهماً في عملية التقييم ، ومن أبرز جوانب هذا التشخيص التمييز بين خرف الشيخوخة وبين الاكتئاب الذي كثيراً ما يتضمن

مؤشرات الخرف واضطراب الذاكرة وبطء التفكير، وكذلك التمييز بين خرف الشيخوخة والهذيان، وبين الاضطرابات العقلية الناتجة عن تناول العقاقير في معالجة الأمراض المختلفة التي يعاني منها المسن (عكاشة، ١٩٩٨). لابد من الإشارة إلى ضرورة لجوء المختص إلى أساليب التقييم كافة الممكنة من أساليب تقرير الذات وتقرير الآخرين وخاصة الأسرة، وكذلك الاختبارات وخاصة التقييم النفسي-العصبي، والملاحظة.

ملخص :

تختلف سيكولوجية المريض وفقاً لمرحلة النمو التي يمر بها، من الرضاعة إلى ما قبل المدرسة إلى المدرسة الابتدائية حتى البلوغ ، لكل مرحلة من هذه المراحل سمات سيكولوجية تؤثر في المرض وطريقة التعامل معه . وتعتبر سيكولوجية الطفل المريض ذات سمات خاصة من حيث طريقة التعاون وأشكال التعامل وقد وضع علماء النفس عدداً من النماذج التي تفسر سلوك الطفل المريض ، أما مرحلة الشيخوخة، فإنها تختلف عن غيرها من المراحل ، وبالتالي على الطبيب أن يهتم بالسمات الشخصية والانفعالية للمسن، فقد يؤخذ العمر الزمني كمقياس ، ويجب الاهتمام بالتعامل مع الموت وكيف ينظر المريض المسن إلى نهاية العمر . وقوم عالم النفس الطبي بإجراء تقييم طبي - نفسي لشخصية المسن

الفصل الثالث

سيكولوجية الأمراض الجسمية

العلاج النفسي متزامن مع العلاج الطبي وملزم له:

لكي يتمتع الشخص بالصحة يجب أن يتوافر لديه التكامل بين الكفاية والعافية الجسمية والنفسية والاجتماعية. وبالرغم من أن هذا القول يبدو شائعاً ومعروفاً ، إلا أن الدور الذي يلعبه اختصاصيو علم النفس والصحة النفسية في الاهتمام بالأمراض الجسمية والمرضى البدنيين ، لم يظهر إلا مؤخراً. وهؤلاء المختصين هم علماء النفس والخدمة الاجتماعية والإرشاد ، وقد أصبح هؤلاء جميعاً - إضافة إلى الأطباء والمربين - على وعي ودراية كاملة بأهمية الرعاية النفسية للمرضى الجسميين .

إن الرعاية النفسية لمرضى الجسم ذات فوائد كبيرة اقتصادية واجتماعية . وتلعب المؤسسات الصحية ومنظمات الحفاظ على الصحة ، والرعاية الصحية بما فيها الحكومات الفدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية ، دوراً هاماً في تقديم هذه الخدمات التي تقي من الاضطرابات وتساعد في معالجتها بفعالية .

وقد أظهرت البحوث العلمية المتخصصة أن برامج التدخل العلاجي النفسي السلوكي ذو أهمية كبيرة ضمن منظومة الخدمات الطبية. وحين يتم تطبيق هذه البرامج بفعالية فإنها تساعد في الدعم النفسي في المراحل الأولى، والمبكرة للمرض، وكذلك في المراحل المتقدمة منه، حيث أنها تسهل المعالجة الطبية وتسرع من الشفاء، كما أنها تساعد في تقليص معدل حدوث الأمراض. لقد وصف تاب (١٩٨٥) عدة مجالات تلعب فيها خدمات الصحة النفسية دوراً مهماً في معالجة الأمراض الجسمية :

١- الوقاية prevention وتشتمل على التدخل الذي يساعد في رفع مستوى العادات الصحية، ورفع مستوى الصحة النفسية، والسلوكيات الصحية السليمة (كالبوامج الخاصة بالحمية ، والتمرينات، والاسترخاء، وعادات التغذية، ونمط الحياة).

٢- الرعاية خارج المستشفى outpatient care وهي الخدمات التي تقدم للأفراد والمرضى الجسميين الذين لم يدخلوا المستشفى ، ويعانون من مشكلات نفسية مرتبطة مباشرة بالأمراض والشكاوي البدنية التي يعانونها. وقد تتطور هذه الأمراض والشكاوي الجسمية تحت ظروف القلق والضغط النفسي التي ترافقها (Morell, et al., 1995) ..

وقد تبين للعالم آسكين (Asken 1978) أن الغالبية العظمى من مرضى الجسم (٥٥%) يعانون من مشكلات نفسية ، وأن نسبة (٢٢%) لديهم ردود فعل نفسية شاذة تجاه حالتهم البدنية ، وأن (٢٤%) لديهم أعراض سيكوسوماتية ونسبة (٩%) يعانون من حالات سيكياترية (طب نفسية) . إن هذه النتائج تعكس بوضوح ما قلناه عن ضرورة إدخال المعالجة والرعاية النفسية لمرضى الجسم الذين لم يدخلوا أو يمكثوا المستشفى . ويمكن تقديم هذه الخدمات النفسية قبل دخول المريض المستشفى ، وأثناء المعالجة الطبية ، أو بعد خروجه من المستشفى ، وانتهاء العلاج الطبي اللازم.

٣- الرعاية داخل المستشفى inpatient care وتشمل هذه الخدمات إجراءات التقييم والقياس والمعالجة . فتقييم الحالة الصحية للمريض، وتاريخ الحالة (طبياً، ونفسياً، واجتماعياً) ، وتقييم سمات شخصية المريض باستخدام المقاييس النفسية ، تعتبر جميعها من الخدمات النفسية الضرورية لتحقيق فعالية المعالجة الطبية للمريض البدني . من هنا يكون تعاون الأخصائي النفسي مع الطبيب ومع أخصائي الخدمة الاجتماعية

حتى يتم تكامل الخدمات الصحية . ومن أبرز استراتيجيات التدخل النفسي للمريض الجسمي داخل المستشفى : العلاج الفردي ، والجماعي، وفنيات الاسترخاء، والتغذية الراجعة الحيوية، وتدريب المريض على تدبير الضغوط . وخلال هذه المرحلة من الرعاية في المستشفى، يساعد أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين المريض في تقديم المساندة الاجتماعية والدعم النفسي الاجتماعي للمريض ، إضافة إلى تقديمهم معلومات مهمة عن حالة المريض ، مما يساعد في وضع الخطة العلاجية النفسية والصحية .

٤- إعادة التأهيل rehabilitation يؤدي أخصائيو علم النفس والصحة النفسية دوراً مهماً في إعادة تأهيل الذين يعانون من إعاقات جسمية وأمراض مزمنة، وحالات العجز البدني (مثل إعاقات الجهاز العصبي والنخاع الشوكي، والإعاقة الحسية، والمتعددة، ومرضى السكري، والإيدز، والسرطان ..) وقد استعملوا في ذلك فنيات سيكولوجية وسلوكية متنوعة من أبرزها : التحليل النفسي، والعلاج السلوكي ، والتغذية الراجعة الحيوية لتدريب العضلات، وطرق تدبير الضغوط النفسية ، وإعادة البناء المعرفي للمرضى والمعاقين بهدف مساعدتهم في التكيف مع العجز أو الإصابة . إضافة إلى استعمالهم أساليب التقييم والقياس النفسي من أجل تقدير ما يملكه هؤلاء المرضى من إمكانيات وقدرات ومهارات ، تساعد في وضع خطة العلاج والتأهيل الطبي.

٥- البحوث العلمية researches ينشط علماء النفس في السنوات الأخيرة بإجراء البحوث العلمية في ميدان علم النفس الطبي وخدمات الصحة النفسية. وتركز بحوثهم على دراسة المظاهر النفسية للأمراض الجسمية، والعجز والإعاقة . وقد بحثوا في السلوكيات التي تعبر عن نمط

أو أسلوب الحياة والتي تساهم في حدوث الأمراض ، ومن بين هذه السلوكيات الشاذة : التدخين ، والإدمان أو سوء استعمال العقاقير، وعادات التغذية غير الصحية ، كما درسوا العوامل النفسية المرتبطة بأمراض جسمية معينة ، مثل العلاقة بين الاكتئاب والسرطان ، والعلاقة بين نمط الشخصية (أ) وأمراض القلب ، وهناك بحوث ركزت على آثار الخبرة في الصحة ، واثار الأدوية في السلوك والشخصية واثار كل من المرض والتدخل العلاجي في المرضى وأسرهـم ودور العوامل الثقافية والاجتماعية في الأمراض المختلفة . (Morell, et a ,1995) .

قضايا نفسية - اجتماعية والمرض الجسـمي

تهديد موجه نحو الأنا:

(س) رجل يعمل في مهنة حرة ، سقط عن المقعد ، ويعاني من مرض قلب. بعد أن دخل إلى غرفة العناية المركزة في المستشفى لتلقي العلاج اللازم بدأ يعاني من القلق والهم، وأصبح يخاف كثيراً على صحته ، وأصبح كثير التفكير بصحته، وعمله، إنه لا يستطيع البقاء بدون عمل فعمله بمثابة حياة له، ولكن كيف يعاود مزاولة عمله المجهد دون أن تتأثر صحته؟.

وحالة أخرى (ص) أم عمرها ٣٠ سنة لديها طفلة صغيرة ، وتعاني من ألم في الظهر ، وسمعت الطبيب يقول في إحدى المرات أن مرضها هو سرطان . وبعد عدة أشهر شعرت أن الموقف مضى دون معالجة كيميائية طبية ، وأن عليها أن تمارس حياتها وتتحرك من مكان إلى آخر بلا صعوبة حتى تقدم الرعاية اللازمة لصغيرتها .

هاتان حالتان تبيان كيف أن كل مريض ينظر إلى نفسه بطريقة مختلفة. في أحد الأيام كان كل واحد منهما سليماً ، وفي اليوم التالي شخصت حالته على أنه يعاني من مرض ما. فكيف تتم عملية الانتقال من حالة الصحة (العافية) إلى حالة المرض (اعتلال الصحة).إنها بمثابة انتقال مفاجئ ، أو تغير وظيفي خطير.

فالكثير من المواعيد ، والأنشطة، والمهمات اليومية المعتادة لدى الشخص سينالها الخلل والتبدل.والكثير من الأنشطة سيتم تجاهلها . إن الذات self و الأنا ego هي العنصر الجوهرى في مفهوم الشخص عن نفسه.ويمكن اعتبار " الأنا " The ego, The central core للعنصر والمكون الأساسي للذات ومفهوم الذات of the self and self-concept . والذات هنا قد أصبحت في حالة تهديد ، فالإحساس بالواقع أصبح خارج نطاق سيطرة " الأنا " ، إنهم غرباء عن الذات (Backman,1989).

لماذا أنا ؟

حين يهاجم مرض شخصاً ما ، وخاصة حين يكون خطيراً ، فإنه يتساءل " لماذا أنا بالذات؟ " ، فقد يشعر البعض بأنهم مذنبون ، وأن المرض هو عقاب نتيجة ارتكابهم خطأ أو ذنباً ما. ويعتبر البعض الآخر أنه عقاب غير عادل. وفي جميع الحالات يكون المريض شعوراً قوياً ، ويبحث عن معان حين يواجه الأزمة.وقد تبين من دراسة مطولة شملت (٢٨٧) مرضاً بالقلب، أن أولئك الذين استفادوا من خبرة المرض والمعاناة، واعتبروها بمثابة تحد لهم، كانوا أقل تعرضاً لهجمات المرض ونوبات القلب، كما كانت حياتهم أطول بمعدل (٨) سنوات من أولئك الذين لم يستفيدوا من الخبرة ونظروا إليها بياس وسلبية. فهؤلاء المرضى شعروا أنهم أكثر تحملاً للمسؤولية عن حياتهم، وقد كانوا أكثر فعالية في تغيير نمط حياتهم وعاداتهم السلوكية (أقل تدخيناً، وأكثر نشاطاً ممتعاً

وايجابياً) وكانوا أكثر سعياً للراحة والطمأنينة النفسية في أوقات الفراغ ، عكس أفراد المجموعة الثانية الذين كانوا أكثر عرضة للقلق ، واليأس، والضغط النفسي.

مراحل التكيف مع المرض الجسمي:

تختلف ردود أفعال المرضى تجاه مرضهم، والتي ترتبط أو لا ترتبط بالعجز الذي يعانونه . والمعالجون الذين يتعاملون مع مرضى الجسد بحاجة إلى معرفة الطريقة التي يتلقى بها المريض مرضه ، وكيف ينظر إليه . إنه بحاجة إلى معرفة ما يلي : كيف عرف المريض مرضه، وما معنى المرض بالنسبة له؟ وهل شعر بالعجز، وسيطرت عليه مشاعر اليأس ، كأن يقول " إن الحياة ليس لها معنى"؟ هل يشعر بأنه أصبح موضع اهتمام الآخرين ورعايتهم ، وأنه بحاجة إلى رعاية مستمرة طوال حياته من شخص محب ؟

يمر الناس عادة بعدة مراحل للتكيف ، حين تعرضهم لمرض ما وخاصة إذا كان مرضاً عضالاً ومسبباً للعجز، وردود الأفعال هذه مشابهة لتلك التي يخبروها حين يواجه أحدهم حالة فقدان أو حرمان (وفاة عزيز، خسارة، ترك عمل) فالمريض يظهر ردود فعل حيال مرضه " أزمتة" أثناء جلسة المعالجة ويظهر ذلك من خلال كلامه، وطريقة تعبيره، وملامح وجهه، وحركاته، مما يعبر بوضوح عن نظراته لمرضه وحالته. وهناك أربع مراحل للتكيف مع المرض والتعامل معه يمر بها المريض هي: النكران، اليأس، التفاوض، وأخيراً القبول. سنوضح هذه المراحل من خلال نموذج حالة.

أثناء الفحص الطبي كان (س) قلقاً، ولكنه متفائل أو غير يائس hopeful، وبعد التشخيص كانت هناك " الصدمة" ، فقد شخصت حالته المرضية، وبدا غير قادر على المواجهة، والتعامل مع حقيقة ما حدث. فقد هبطت حالته الانفعالية ، وضعفت طاقته ، وكأنه انعزل عن محيطه ، وكان هناك تنافراً معرفياً

cognitive dissonance لديه بين معتقداته وتفكيره من جهة وسلوكه واتجاهاته من جهة ثانية. وظهر لديه تفكك مؤقت للذات عن الجسم وعن المشاعر، وكأن الذات قد انشطرت عن الجسم والمشاعر (تبدد الشخصية) ، حيث قال " إن هذا لا يمكن أن يحدث معي". هذه المرحلة نسميها مرحلة " النكران " ، حيث ينكر المريض أو يرفض نتيجة التشخيص. وفي الكثير من الحالات يذهب المريض إلى أطباء آخرين للتأكد من دقة التشخيص ، ومما يعاينيه.

وبعد هذه المرحلة الأولية ، دخل (س) المرحلة الثانية التي نسميها " اليأس" والانحطاط، حيث يدرك المريض حقيقة ما حدث وواقع مرضه، ويعي أنه مريض ولكن يسطر عليه مشاعر الغضب التي تدخله إلى حالة من " اليأس" والكآبة، وانحطاط الطاقة ، حتى أنها تؤثر في أنشطته وسلوكياته اليومية المعتادة من نوم ، وطعام، وتفاعل، وعمل . ويسود تفكيره معتقدات ثابتة حول : الذات، الأسرة، الأصدقاء، العمل، والمعالجة ، ويفكر بما سيحل بها جميعها بعد الذي حدث . وبدأت تسيطر على (س) أفكار انتحارية ، وسعى في طلب العلاج النفسي للتخلص منها.

بعد مرحلة اليأس، والكآبة ، تأتي مرحلة التفاوض، وهي مرحلة التحكم والضبط، وفيها يسعى المريض إلى معرفة ما إذا كانت الأمور سيئة أم لا، إنها محاولة منه للتأكد مما إذا كانت حالته سيئة كما اعتقد في المرحلة السابقة . وفيها طلب (س) من المعالج أن يعرض له بدائل العلاج المختلفة وإجراءاتها.

في المرحلة الرابعة والأخيرة من مراحل التكيف مع المرض ، وهي مرحلة " التقبل"، يظهر لدى المريض سلوكيات كفاءة وفعالية تساعد في تنفيذ خطة المعالجة. فقد بدا (س) متقبلاً لحالته ، ووافق على خطة المعالجة مع الطبيب وهنا بدأت مساهمته الفعالة في تطوير مهارات وسلوكيات جديدة تساعد في العلاج، وتجنب الكثير من السلوكيات والمشكلات المعيقة له ، إنها مرحلة تجاهل

طرق وسلوكيات غير مفيدة، وتبني طرق وسلوكيات مفيدة وفعالة . غنها مرحلة تقبل ، تتطلب إعادة بناء للذات و" مفهوم الذات " ، والمرونة بخبرات انفعالية موجبة نحو الذات.

تتضمن عملية التكيف مع المرض البحث عن معنى للخبرة ، ومحاولة كسب مهارات السيطرة على المواقف الضاغطة والتحكم بها في الحياة عموماً . وهناك عدة عوامل تؤثر في طول عملية التكيف هذه، من أبرزها : طول فترة المعاناة المرضية الحالية ، ضعف النشاط البدني، وضعف القدرات الحسية والإدراكية ، درجة التقبل أو الرفض الذي خبره المريض من خلال ملاحظة الآخرين واهتمامهم به، المستوى العقلي والاجتماعي والاقتصادي للمريض وأسرته والتي تؤثر في مصادر الدعم والعلاج الممكنة ، وأساليب التحديات لدى المريض (Backman,1989) ..

يظهر أن سوء التكيف أو الفشل في التعامل مع المرض الجسمي، يتأثر بحالة الخوف التي تسيطر عليه، وانحطاط الطاقة، أو ضعف النشاط والحمول، وفقدان الاهتمام ، والاعتماد الواضح على الأسرة.

تجدر الإشارة إلى أن بعض المرضى يظهر لديهم نوع من التناقض الظاهري ، حيث يزيد عندهم النشاط والتفاعل الاجتماعي، ويصبحون أقل انكسالية وأكثر استقلالية ، كما تزيد طاقتهم على العمل تحت تأثير مخاطر المرض . إن بعض المشاعر السيئة الآن، ربما تدفع لظهور أفكار انتحارية في وقت لاحق.

محاولات التغلب أو المواجهة والتعامل : Trying to cope

إن التعامل مع المرض الجسمي coping أو التصدي له أو التغلب عليه، تتضمن عدداً من الأنشطة والسلوكيات التي تحافظ على التكامل والتوازن النفسي للمريض، وفي نفس الوقت تسهل المعالجة وتسرعها . فمهارات التعامل والتغلب على المرض يمكن أن تساعد المرضى على الاحتفاظ بالانفعالات (كالمخاوف)

في حدودها المقبولة ، كما تساعد في الاحتفاظ بتقدير الذات ، والعلاقات الاجتماعية التبادلية . وحين يواجه المريض مرضه الجسدي، فقد يتبع واحدة أو أكثر من استراتيجيات التعامل والتغلب أو التصدي من أهمها: أسلوب التعامل المتمركز على الفعل Action-Oriented coping والمتوجهة عادة نحو : السيطرة والتحكم Mastering ، والتحمل tolerating ، واختزال أو تقليل المطالب الخارجية، وخفض الصراعات النفسية الداخلية، مما يزيد من قدرات الشخص ومصادر الدعم الذاتي لديه (رضوان ، ٢٠٠٥) .

إن أسلوب التجنب والنكران Denial ذو قيمة كبيرة في المراحل الأولى من المرض، حيث تكون مصادر الدعم الانفعالية محدودة، وتحت ظروف معينة فإن نمط التعامل مع المرض ومواجهته يخلق حالة من الغضب، والإحباط، خاصة حين يؤدي التجنب والنكران دوراً في خفض مستويات القلق والاكتئاب الذي يعانيه المريض. بشكل أولي يمكن القول بأن التجنب أفضل من المواجهة والإحجام أفضل من الإقدام حيث يكون الموقف ليس تحت سيطرة المريض وتحكمه ، وعلى العكس من ذلك فحين يكون الموقف تحت سيطرة المريض وتحكمه ، فإن أسلوب المواجهة والإقدام والتصدي هو الأسلوب الأكثر فعالية في التعامل مع المرض. فالمواجهة تتيح للمريض أن يكسب فرصاً جديدة، في حين أن التجنب والإحجام أو الانسحاب فإنه يؤجل البحث عن طلب تقييم التشخيص ويخفض فرصة التدخل العلاجي الفعال، وحين يكون المرض خطيراً أو مزماً فالتأخير في طلب المعالجة ، سيولد عدداً من المشكلات الزوجية والأسرية والشعور بالعجز، والرفض . إن أمراضاً مثل : الربو، السكري ، السرطان ، تتطلب حذراً ودقة في التشخيص والمعالجة ، كما أن أساليب التعامل والتغلب التي تشتمل على التصدي والإقدام ، والعمل بفعالية ، والمشاركة، هي الأفضل في تجاوز الأزمة والتكيف معها . فقد تبين أن هؤلاء الأشخاص الذين يتصفون

بالفعالية، والمشاركة ، والتغلب أكثر قدرة على حل المشكلات ، ويظهرون درجات منخفضة من القلق والضغط النفسي، كما إنهم أكثر مطاوعة وتنفيذاً لتعليمات الطبيب وتنفيذ الخطة العلاجية . وقد تبين أن مرضى السرطان الذين اتبعوا أسلوب التغلب والتصدي، والمشاركة (بدلاً من التجنب والإحجام) كانوا أكثر قدرة على التعامل مع آثار المرض ومشكلاته ، وأقل تعرضاً للقلق والاكتئاب، كما أنهم عاشوا زمناً أطول من أقرانهم المنسحبين ، السلبيين. إن الذين اتبعوا أسلوب التعامل التجنبي ، وعدم المشاركة ، وعدم التغلب والتصدي كانوا أقصر عمراً .

إحدى استراتيجيات وأساليب التعامل والتغلب على المرض الجسدي والتي لم يعبرها المختصون اهتماماً كبيراً هي دور الدين والعقيدة في سلوك المريض. وبالرغم من أن المعتقدات الدينية لم تؤثر في طول حياة المريض ، أو تطور المرض لديه، إلا أن هناك علاقة موجبة بين الرضا عن الحياة وأسلوب التعامل مع المرض وتجنب آثاره. فكلما زاد رضا مريض السرطان عن حياته، كلما قل تعرضه لمشاعر الألم . ومن المعروف أن المعتقدات الدينية تمثل مصدر دعم وطمأنينة انفعالية للمريض، ومن الناحية النفسية والبدنية، فإنها تمثل منظومة دعم اجتماعي أيضاً في تأثيرها ، يأتي مثل هذا الدعم من الأصدقاء، والمقربين، وزملاء العمل، مما يقدم مساندة نفسية اجتماعية ترفع من مستوى تكيف المريض وتغلبه عن أزمته.

الضغط النفسي: يمثل تهديداً للتعامل مع المرض والتغلب عليه:

حين يخبر شخصاً ما ضغطاً نفسياً شديداً، فإن هناك خطراً يتمثل في أن قدرات هذا الشخص وأساليب تعامله مع المرض وتغلبه عليه ستتأثر سلباً بل وتضعف، محدثة أداء وظيفياً وسلوكياً مضطرباً لديه ، ومن أبرز هذه المخاطر ظهور: الألم ، القلق، وحتى الموت . ويوصف الضغط النفسي بأنه " حالة تكون

فيها المتطلبات غير العادية والمكثفة مهددة لصحة الفرد النفسية ، لتكامل شخصيته" ويجب أن نشير إلا أن ما يمثل ضغطاً نفسياً لشخص ما قد لا يكون كذلك لشخص آخر~، فالآثار النفسية للضغط يمكن تحديدها من خلال طبيعة الموقف الضاغط (المرض أو الأزمة) وما تعنيه بالنسبة لمفهوم الذات لديه. فما هي المواقف الضاغطة؟

المواقف الضاغطة stressful situations :

لقد حدد كورشين منذ ثلاثين سنة تقريباً (Korchin,1976) سبعة أنواع للمواقف الضاغطة ، كل واحد منها مرتبط مباشرة بضغط نفسي يخبره الشخص حين يعاني من مرض جسمي معين.

١- موقف ضاغط غير مؤكد وذو تأثير ضعيف: يمكن للضغط النفسي أن يحدث في مواقف غامضة أو غير محددة، أو عندما يمر الشخص بموقف جديد أو غير معروف له، وهذا يوضح بدقة الخبرات التي يمر بها الشخص حين يتعرض لمرض جسمي وخاصة في مراحله الأولى. فالمريض غالباً لا استوعب ما حدث له وحين يتم تشخيص حالته ، فإنه يبقى في حالة عدم تأكيد ويقين ، ولا يصدق ما يحدث . وفي حالات أخرى تقدم له معلومات بطريقة غير واضحة ، إما بسبب عدم تأكيد الطبيب المعالج نفسه ويريد أن يظهر سيطرته وفهمه للحالة ، أو بسبب خوفه وخشيته من أن يصبح المريض أكثر تدهوراً إذا تم إخباره بالمعلومات الصحيحة والسيئة . إن عدم التأكيد واليقين قد يخلق حالة من القلق الواضح، ويبدأ الذهن بإنتاج أفكار قد تكون أكثر سلبية وسوءاً من حقيقة الوضع الحال للمريض. إن التقليل من أثر المرض (كمثير ضاغط) يجب ألا يتم إغفاله، فالمريض الذين تعرضوا لمرض ما بعض الوقت، ربما يجدوا أنفسهم في موقف أقل انشغالاً ، كما يحدث في المستشفيات والمنازل أيضاً بنفس المستوى . ويجب الانتباه إلى أن

آثار الحرمان من المثيرات ليست مجرد آثار معرفية، فالبحوث المبكرة عن الحرمان الحسي ، قد أظهرت أن فقدان الاستثارة والحاجة للإثارة (الحرمان الحسي) يمكن أن يقود إلى خلل وسوء تنظيم سلوكي انفعالي . من جهة ثانية فإن شكل الحرمان الحسي ونوعه ، يمكن أن يحدث حين يخضع المريض لعمل جراحي أو يتعرض لحادثة ما . فالطفل (س) الذي يبلغ من العمر (٨) سنوات كان يلعب مع عدد من المراهقين حين تعرض لحادثة أثرت في عينه اليمنى وأعطبتها. وفي المستشفى حاول أن يظهر أن عينيه الاثنتين قد أصيبتا. وقد مكث في المستشفى عدة أيام غير قادر على الرؤية. وسيطر عليه الخوف والهلع طوال الوقت، كما سمع الأصوات التي تدور حوله والتي أعطته شعوراً داعماً بأن هناك من سيبقى بجانبه لمساعدته في المشي وفي تلبية احتياجاته (Morell, et al., 1995)..

٢- التزود بالمعلومات : عند الذهاب للقاء الطبيب في موعد تم تحديده مسبقاً يكون أسلوب التعامل الخاص بالفهم والاستيعاب على درجة كبيرة من الأهمية ، فحالة الإثارة والتنبه لدى المريض تكون مرتفعة، ويقدم الطبيب له معلومات تفصيلية تشمل : معلومات عن تشخيص حالته، ونوعها ودرجتها ومآلها، وطرق معالجتها. غن كمية المعلومات وحجمها، يعتبر بمثابة موقف ضاغط بحد ذاته . والمريض قد لا يتذكر الكثير مما يقوله له طبيبه من هذه المعلومات ، لذلك فإن بعض المرضى يكونون على وعي ودراية بهذه الظاهرة ، فيأخذون معهم شخصاً ما أو قريب للمساعدة في الموعد التالي .

٣- الخطر والتهديد: من أكثر مواقف الضغط النفسي وضوحاً ومعاناة لدى المرضى هو الشعور بالخطر والتهديد الموجه نحو الذات . إن الشعور بالتهديد الذي يتعرض له المريض يطال مكونات شخصيته كاملة وصحته

الجسمية والنفسية . ويحدث هذا فيما إذا كان التهديد واقعياً أو متوقعاً حدوثه . ففي حالة المرض الخطير أو المزمن (مثل السرطان ، الإيدز ، السكري، أمراض القلب) يعيش المريض مشاعر : الخوف من الموت، الألم، الرفض، العزلة والانسحاب. وبالرغم من أن الخطر قد لا يكون واقعياً ، فإن المريض يدركه على أنه كذلك وبالتالي يصبح مصدر ضغط نفسي شديد لديه. إن مبالغة المريض في تفسير المرض على أنه تهديد للحياة ، يساعد في تعرضه لمزيد من المعاناة والضغوط النفسية.

٤- الفشل في ضبط الذات والتحكم بالنفس. ويظهر ضعف التحكم بالذات حين يواجه الشخص مواقف تنطوي على أدوار سلبية أو هامشية ، وغير حاسمة مما يساعد في ظهور أعراض الاكتئاب. إن فقدان القدرة على التحكم والسيطرة بما يحدث ، وشعور الشخص بأنه سلبي وغير فاعل حيالها، تحدث لديه درجة عالية من اليأس والشعور بالعجز ، والقلق. ويحدث هذا بشكل خاص لدى الأفراد الذين يتصفون بدرجات عالية من التحكم الذاتي، ويكونون ذوي مصدر ضبط داخلي ، وصناع قرار في حياتهم.

٥- فشل تحكم الأنا: تتصف الأنا بالفعالية، مقارنة مع الذات التي تتصف بأنها موضوع. إن فشل الأنا وعدم فعاليتها ، قد يدفع الشخص المريض القيام بأنشطة بديلة مثل المطالعة ، وارتياح النوادي، واستعمال الكمبيوتر، وقراءة الكتب الطبية والبحوث المتعلقة بمرضه ، وذلك لاستعادة درجة من السيطرة والفعالية . ولكن حين تواجه الشخص عقبات تحول دون تنفيذ مثل هذه الأنشطة والفعاليات ، فإنه سيتعرض إلى درجة عالية من الضغط النفسي والقلق، والذي يحد من فعالية الأنا وسيطرتها.

٦- خطر موجه نحو تقدير الذات: قد يعتبر المريض أن مرضه بمثابة تهديد لمفهوم الذات لديه ، مما يضعف من تقديره لذاته. فالشكل السيئ، والإعاقة،

والوزن المنخفض ، تؤثر جميعها في صورة الجسم لديه body -image فيتكون لديه صورة سلبية عن جسمه ، مما يؤثر في علاقاته الاجتماعية. وتقديره لذاته. إن فقدان المكانة والموقع في العمل أو الأسرة وبين الأصدقاء، تؤثر سلباً في مفهوم الذات. باختصار ، إن مدركات المريض المشوهة والسلبية عن بدنه وحالته الجسمية ستؤثر على سلوكه وصحته النفسية.

٧- خطر تقدير الآخرين: يرتبط بخطر تقدير الذات، خوف المريض من فقدان تقدير الآخرين له واستحسانهم إليهم، ومن المعروف أن تقدير الذات يتعزز باستحسان الآخرين، من هنا نرى أن افتقاد حب شخص، أو مكانة بين آخرين مهمين، تمثل مصدر ضغط نفسي شديد لدى المريض، وقد ينظر لنفسه على أنه ثانوي ويتم تجاهله ، وليس له قيمة (Backman, 1989)..

ردود الأفعال تجاه المرض:

١- الغضب: من أصعب المشاعر التي تنشأ لدى المريض بوصفه رد فعل تجاه مرضه هو الغضب والذي يحدث بعد تشخيص المرض لديه وخاصة إذا كان خطيراً أو مزمناً. ويحدث الغضب من حالة إحباط ناتجة عن اليأس وعدم الأمل، وأنه سيعاني بمفرده هذه الحالة التي ستحرمه من الحياة. وقد تنشأ هذه من الشعور بالذنب. فالأطباء والمقربون، والأصدقاء، وذات المريض، تصبح جميعها مستهدفة لحالة الغضب لديه. ويكون كل واحد من هؤلاء مصدراً للتعبير عن مشاعر الغضب لديه.

٢- الخوف : هو رد الفعل الثاني لدى المريض وربما يتركه بحالة من الهلع أو استنفاد الطاقة والإنهاك. إن الخوف من المجهول، هو أحد النتائج المحتملة للمرض ، ويعتبر الخوف من المجهول المظهر الأساسي للقلق. ويقوم الذهن بتكوين تصورات وتخيلات وأفكار قد تكون أسوأ من واقع الحالة. فالخوف والقلق يؤثران في خبرة الألم، ويساعدان على

تطورها، وخاصة حين يفسر المريض الألم على أنه تهديد، مما يساعد في تطور مشاعر القلق لديه وتبدأ الحلقة المفرغة أو المعيبة بالظهور . إن خفض القلق قد يجعل المريض أكثر شعوراً بالراحة ، ولكن ليس بالضرورة أن يخفض من مشاعر الألم الجسدي لديه، وعلى العكس من ذلك، فإن خفض الألم الجسدي ليس دائماً متبوعاً بخفض الضغوط النفسية والقلق.

٣- الاكتئاب : من أكثر ردود الأفعال السيكولوجية التي تحدث لدى المرضى هو الاكتئاب. فمرضى الجسم الذين هم أكثر قلقاً واكتئاباً يميلون إلى البحث عن أطباء معالجين أكثر من المرضى الذين لا يعانون من هذه المشاعر والضغوطات الانفعالية. على كل، فإن الأطباء غالباً ما يقللون من أعراض الاكتئاب لدى مرضاهم ، أكثر مما يفعل المرضى أنفسهم. هناك الكثير من الدراسات التي أجريت لبحث الاكتئاب لدى مرضى الجسد، وتظهر التقديرات أن واحداً من ثلاثة من المرضى في المستشفيات يعانون من أعراض الاكتئاب الحاد والمتوسط. وأن اكتئاب المريض مرتبط بنوع المرض الذي يعانيه، وهذا ما يفسر الحدوث المرتفع والمتكرر للاكتئاب لدى المرضى في المستشفيات مقارنة مع المرضى خارج المستشفى.

وهناك صعوبات حقيقية في تشخيص الاكتئاب لدى مرضى الجسد، فقد لا يكون سهلاً تحديد ما إذا كانت الأعراض استجابة للمرض الجسدي الذي يعانيه المريض، أم أنها نتيجة له، أو مظهراً من مظاهر المرض النفسي المتزامن مع المرض الجسدي الذي يرافقه. وفي حالات أخرى يكون الاكتئاب مقنعاً ويظهر بمظاهر جسدية، وتشخص الحالة على أساس أنها مرض جسدي، في حين أن المشكلة الأساسية هي الاكتئاب، ولكنه عبر عن نفسه من خلال أعراض جسدية. من هنا فقد اعتبر بعض علماء النفس الطبي أن " من الصعب أن نحدد ما

إذا كان المرض عاملاً مسبباً للمرض الجسمي أم أنه رد فعل واستجابة له " فبعض أعراض الاكتئاب غير متشابهة لتلك التي تحدث نتيجة المرض الجسمي مثل : فقدان الشهية العصبي ، فقدان الوزن ، التأخر النفسي الحركي، والانحطاط البدني، وهذا ما يجعل تشخيص الاكتئاب في الأمراض الجسمية أكثر صعوبة . وبالرغم من أن المرضى قد يرفضون التعبير عن أعراض الاكتئاب لديهم ، إلا أنها تحدث بشكل دوري، وقد تعاود الظهور في مرات أخرى. تجدر الإشارة إلى أن هناك افتراض مؤداه أن الاكتئاب هو أحد العوامل البارزة المسببة للمرض الجسمي ، وقد ثبتت هذه الفرضية في العديد من الدراسات الإكلينيكية الحديثة، مما يدفعنا إلى القول بأن الاكتئاب من أسباب ظهور المرض الجسمي، وأنه من أبرز الاستجابات وردود الفعل التي تصدر عن المريض تجاه مرضه.

تهديد موجه نحو الذات:

١- مفهوم الذات المتبدل: استناداً إلى طريقها في الشفاء، بعد فترة طويلة من المعاناة مع المرض، تعرضت (س) لتغير كبير في مفهومها عن ذاتها . قبل المرض، كانت تصف نفسها بأنها " أكثر جاذبية، وأنها امرأة واضحة " ، ولكن بعد معاناتها الطويلة وخضوعها لفترة معالجة طويلة الأمد ، تغير الوضع، حيث أصبحت تقول " لا أملك أية طاقة ، وأشعر أنني قبيحة، والأيام تمر ولا يمكنني فعل شيء" إن محاولة إعادة اكتساب مفهومها عن ذاتها القديمة التي كانت تملكها ، بدت وكأنها بحاجة إلى جهد كبير، ولذلك فهي غير متأكدة من أنها تريد أن تكون أي شخص.

تتأثر صورة الذات بعدة عوامل ، منها : نوع المرض وطبيعة الأعراض الجسمية التي يعانيها المريض ، والآثار الجانبية للعلاج الطبي (الدوائي، الجراحي، الأشعة، الكيماوي) ، والبناء النفسي للمريض، والآثار

الاجتماعية التي تحدث في البيئة التي يعيشها الشخص (المنزل ، المستشفى ، العمل) . إن جميع هذه العوامل تتفاعل مع بعضها لتترك آثارها في مفهوم المريض عن ذاته .

- **المرض ومفهوم الذات:** هناك أمراض معينة بطبيعتها تحدث مشكلات فريدة من نوع خاص، ولكن أثر صورة الذات self-image ليست دائماً كما يتوقعها الشخص . ففي دراسة موضوعها مرضى تصلب الأنسجة تبين أن القلق حول صورة الجسم body-image أكثر حدوثاً في المرحلة المبكرة من المرض، حين شخّصت الحالة المرضية على أنها تعاني من ضعف في الإخصاب. واستنتج الباحثون أن هذا يعكس قلق المريض حول النسل، والإخصاب في المستقبل future frailty والطبيعة غير المطمأنة لمسار المرض ومآله. إن عد الإخصاب الفعلي الذي يحدث لاحقاً، ربما يهدد تكامل الجسم، والذي يلعب فيه مفهوم الذات وصورة الجسم دوراً مهماً، إلا أن التكيف النفسي الذي يأتي مع الزمن والتقدم في العمر، قد يناقض الأثر السلبي المتوقع لصورة الجسم.

- **الجراحة :** كثيراً ما تكون الجراحة هي العلاج الوحيد ، وفي هذه الحالة يمكن للجسم أن تتغير ، ويتعرض للتبدل لدى المريض ، ولكن صورة الجسم لا يمكن التنبؤ بها. فالأشخاص الأصحاء بمن فيهم الأطباء والممرضون، قد يسقطون مشاعر عدم طمأنينتهم وانزعاجهم من تغير شكل جسم المريض، ولكن الأكثر أهمية بالنسبة للمريض هو أن يبقى على قيد الحياة . إن تشويه صورة الجسم وتبدلها تحدث لدى المرضى الذين عانوا من سرطان الثدي، وأجريت لهم عمليات جراحية ، والذين خضعوا للعلاج الكيماوي والإشعاعي من المصابين بالسرطان . فقد تبين أن ٨٢% من هؤلاء المرضى تغيرت صورة الجسم لديهم.

تجدر الإشارة إلى أن الكثير من الدراسات التي أجريت على هذه الظاهرة تنقصها الضبط العلمي، من جهة ثانية تختلف صورة الجسم لدى المرضى الذكور عنها لدى الإناث اللواتي يلعب مظهر الجسم وشكله دوراً مهماً في تكيفهن وفي مفهومهن عن ذواتهن . إن النساء اللواتي تعرضن لاستئصال الثدي المصاب ، ينظرن إلى أنفسهن على أنهن قبيحات، وأنهن لسن إناث .، وبعضهن ترفضن النظر في المرأة، أو أن تخلعن ملابسهن أمام أزواجهن . والنساء اللواتي يتصفن بثدي كبير، يشعرن - بعد استئصال الثدي المصاب - بأنهن هناك عدم توازن وتكافؤ في صدورهن (Sarafino,2005) .

- **العلاج الكيماوي:** إن مشاعر الخوف والتوتر، والضييق التي يشعر بها المرضى من المعالجة الكيماوية تكون أعلى من غيرها ، فتعرض أنسجة الجسم للمواد الكيماوية يزيد من مخاوف المريض. والخلايا الصحية السوية (غير المصابة) التي ستتأثر بهذه المواد ستعرض للتخريب والخلل، أو أنها ستنمو بطريقة غير صحية قبل أن يتم تصحيح وضع الخلايا المصابة. ومن المعروف أن للمعالجة الكيماوية آثاراً جانبية خطيرة ومتنوعة، والتي تؤثر بدورها في صورة الذات لدى المريض، وفي قدرته على العمل والتكيف مع الحياة. ومن هذه الآثار التعب الشديد، والشعر بالإنهاك، فقدان الشهية، الدوخة، والغثيان، الإسهال، فقدان الشعر، تغير في لون الجلد، الاكتئاب. وتستمر هذه الأعراض باستمرار المعالجة التي تكون عادة في أيام محددة من كل أسبوع (Sarafino,2005) ..

- **العلاج بالأشعة :** يعتبر العلاج بالأشعة من أبرز تقنيات معالجة مرضى السرطان ، وحين يدخل المريض إلى غرفة الأشعة يشعر بالوحدة،

والخوف، وأنه ليس له أهميه ومعنى . والكثير من المرضى الذين يخضعون لهذه المعالجة تسيطر عليهم مشاعر: الخوف من الموت ، والتوتر، وقلق عما سيحدث.

- العلاج الطبي الدوائي: يفترض البعض أن استمرار العلاج الدوائي يتطلب من المريض أشخاصاً يعتمد عليهم من أجل مساعدته في تناول العلاج الدوائي، وذلك لشعوره بأنه غير قادر بمفرده على ذلك . والدوار قد يكون له تأثير كبير على الأداء الوظيفي العقلي المعرفي والانفعالي للمريض، فالمثبطات من الأدوية، مثلاً، تساعد على إيجاد حالة من التشويش الذهني، وضعف الوعي.

٢- التعامل مع الحرمان والموت: من الخبرات المربعة بالنسبة للمرضى هي أشكال الفقدان (الحرمان) التي يتعرضون لها ، فبالإضافة إلى فقدان أجزاء من الجسم، كفقدان طرف (في حالات الإعاقة)، أو عضو (كالثدي في السرطان) ، يعاني المريض من فقدان القدرة على التحكم في أنشطة الحياة اليومية ، وضعف الطاقة ، وضعف التفاعل مع أفراد الأسرة والأصدقاء ، وفقدان الشعور بهوية الذات الصحية ، وضعف القدرة على التحكم بأعضاء الجسم ، وحين يكون في المستشفى، فإنه يفقد الأشخاص المهمين في حياته الاجتماعية والذين أفهم. إن جميع حالات الحرمان (الافتقاد) هذه سواء كانت جسمية (كفقد عضو بدني) أو انفعالية (عطف الآخرين المهمين في حياته لغيابهم عنه) تحتاج تفعيل أو تعويض سيكولوجي (برازلتون، ٢٠٠٥) .

هناك حالات من الإحباطات والتقييدات (أو الممنوعات limitations) التي تسيطر على عملية المعالجة الطبية، فلنتأمل الحوار التالي " المضحك" ، الذي دار بين الطبيب ومريضه:

" عليك التوقف عن الشرب والتدخين" قال الطبيب للمريض .
" ولكني لا أشرب أو أدخن" أجاب المريض طبيبه .
" لا تمارس الجنس" قال الطبيب للمريض .
" إنني لا أهتم بممارسة الجنس " أجابه المريض .
" حسناً ماذا ترغب وتحب؟" قال الطبيب .
" الرقص" أجاب المريض وهو يبتسم .
" إذاً لا ترقص" قال الطبيب .

إن تقييد المريض عن الكثير من الأنشطة في حياته، تجعله غير قادر على أن يعيش حياته المعتادة . فهناك بعض الأنشطة والسلوكيات " الممنوعة "، وهناك أنشطة يجب عليه أن يطورها وينميها وفقاً لحالته الجسدية الجديدة حتى يصبح مستقلاً عن الآخرين لا يعتمد عليهم. بعضهم ينفذ التعليمات ويمتتع عن ممارسة كل الأنشطة التي تؤثر سلباً على صحته، وفقاً لتعليمات الطبيب ولكن بعضهم الآخر لا يبالي بذلك، ويستمر بممارسة السلوكيات التي اعتاد عليها قبل مرضه . والكثير من المرضى يتساءلون عما إذا كان باستطاعتهم المشي، أو قيادة السيارة، ، أو التزلج، أو ممارسة هواياتهم. ويحمل كل مريض رغبة داخلية وقوية في متابعة الأنشطة وممارسة حياته المعتادة ، وكثيراً ما يتساءل عن السلوكيات المتاحة له وتلك الممنوعة ، ويرتبط بعضها بدرجة اعتماده على الآخرين، ومساعدتهم له فيها، مما يحدد درجة استقلاليته (Sarafino,2005) .

٣- السعي نحو المكانة : هناك جدل يدور بين الأطباء وغيرهم من المتخصصين وهو أن الاهتمامات الطبية المرتبطة بالحياة والموت تحتل المرتبة الأولى وأن الحياة النفسية وقضايا نمط الحياة تأتي في

المرتبة الثانية . والذين يتعاملون مع مرض خطير يعرفون جيداً كيف أن قضية نوع الحياة لها أهمية خاصة ، فالألم العضوي ليس مجرد نوع من المعاناة التي يجب على المريض أن يتحملة ، فتجاهل الضيق والضغط الانفعالي ربما يكون طريقة لإجراء جراحة بدون تخدير .

- دور التفاهة والغرور أو الذات الاعتبارية: يمكن أن ينظر إلى التغيرات التي تحدث في المظهر الجسمي على أنها فقدان الذات الاعتبارية والأساسية ، لأن سوء المظهر يدفع المريض لطرح العديد من التساؤلات منها : " متى يمكنني أن أغسل شعري؟" ، " هل يمكن أن أظهر بمظهر حسن في الحفلة". وقد ينظر البعض من المحيطين بالمريض إلى هذه الأسئلة باستهتار، في حين أن المريض يجاهد باستمرار لإعادة كسب مركزه و"غروره" أو ذاته الاعتبارية ، وأن يدخل في العالم الاجتماعي بالصورة السابقة التي كان عليها قبل المرض. وهناك حقيقة واضحة وهي أن النرجسيين ربما يقللون من اهتماماتهم الطبية في محاولة منهم للحفاظ على صورة الذات المثالية، وفي حالة عدم مساعدتهم يعانون هؤلاء من الاكتئاب الشديد المرتبط بالمظهر الجسمي السيئ أو غير المقبول، وقد ينسحبون من الحياة الاجتماعية. لقد تبين أن العمر يؤثر في الطريقة التي يعالج بها الطبيب مريضه، وأن المتقدمين بالسن ربما يتلقون عناية أقل من المطلوب طالما أنه لم يقدم لهم العلاج الطبي الذي يقدم للمرضى الشباب. من جهة أخرى يعاني المرضى المسنين وبعض الإناث من الذين لا يملكون مظهراً جسيماً جميلاً ، من الشعور بالتفاهة و أنهم ليسوا موضع اهتمام ، وأنه لم يتم التعامل معهم بجدية . عموماً ، يعتبر المظهر الشخصي الجسمي موضع اهتمام رئيسي بغض النظر عن عمر المريض وجنسه. يعير بعض المعالجين اهتماماً خاصاً لقضية "

التفاهة" أو " الغرور" وحاجة المريض لأن يكون جذاباً وخاصة لدى النساء.

- فقدان الشعر: واحد من الموضوعات المهمة والأقل تفهماً في الميدان الطبي، هو فقدان الشعر لدى المريض نتيجة الجراحة أو المعالجة. فقد يتم حلق الشعر قبل العمل الجراحي، أو يسقط نتيجة العلاج الكيماوي، وحتى حين لا يكون شعر الرأس مهماً ، فإن شعر الأهداب والحوابب التي تتساقط ذات أهمية خاصة. ويعتبر الشعر من الأشياء التي لها قيمة خاصة في صورة الذات، كما أن لها معان كبيرة في حياة الشخص وخاصة النساء. إن واحد من الأخطاء التي يقع فيها بعض الأطباء هي أنه لا يعتبر قضية الشعر عند المريض مهمة على اعتبار أنه يتساقط أو يحلق في مكان محدد فقط، إلا أن هذه النظرة تختلف بالنسبة للمريض الذي يعتبر الشعر ليس مجرد " ظاهرة جمالية" بل مرتبط بمفهوم الذات وتقدير الذات " صورة الجسم". فحلق الشعر أو تساقطه وخاصة في منطقة العانة، تجعل الشخص ينظر إلى نفسه كأنه طفلٌ . من هنا فإن معظم المرضى يتعاملون مع فقدان الشعر بحذر شديد، حيث يستقون في الفراش بهدوء وحذر. ولأن موضوع الشعر والصلع من القضايا المهمة لدى المرضى، فقد تصبح قضية مركزية وحوار اهتمام المريض ، فقد يصبح بعضهم مكتئباً ، ويائساً ، وأن ذواتهم أصبحت مهددة " الشعور بتهديد الذات" (Backman,1989).

فقدان الخصوصية والسرية:

يرتبط بفقدان المكانة والمنصب فقدان الخصوصية والسرية (ويسمى الذات العورة) ، ويسأل الفريق الطبي عدداً من الأسئلة وخاصة تلك المرتبطة بالحياة الجنسية للمريض ، وحياته الانفعالية ، وأعضاء جسمه . فلا يوجد

جزء أو عضو لا يمكن التطرق إليه . ويسأل المريض العديد من الأسئلة التي يوجهها للمقيمين في المستشفى من مرضى ، وعاملين نفسيين ، وفريق طبي وقد يندهش المريض حين يعرف أن ما تم طرحه قد تم تسجيله وحفظه. فالفحوص الطبية تبين أن المريض قد وضع كامل حالته الجسمية والنفسية بيد الطبيب ، وأن كلاهما يتبنيان اتجاهاً طبياً اكلينيكيًا، ولكن في حالة المرض المزمن هناك نوع من الاستشارة والتوتر المتعلق بحياة المريض الشخصية وخصوصيته .

إن فقدان الخصوصية أو " الذات العورة " هي حالة تظهر بوضوح حين يكون المرضى في المستشفى ، ويعيشون مع آخرين في نفس الغرفة، وبفصل بينهما ستار خفيف جداً، بينما يكون الممر مشترك.

إن كل ما يدور من حديث يسمعه الطرف الآخر، وأكثر من ذلك فإن كل مريض يعرف مخاوف المريض الآخر وآلامه ، ومشاعره، وحياته الشخصية (Backman, 1989).

فقدان التحكم:

إن مساعدة المرضى لكي يمتلكوا إحساساً بالسيطرة والتحكم يعتبر أمراً ضرورياً في المعالجة النفسية ، ويحتل هذا الموضوع أهمية خاصة . من جهة أخرى، فإن الممارسة الطبية تتطلب مرضى مطيعين، منفعلين، بل واثكالين، وبالنتيجة فإنهم يفقدون القدرة على السيطرة والتحكم بحياتهم .

ويتوقع من المرضى أن ينفذوا المتطلبات وأن يشاركوا في تنفيذ الخطة العلاجية والتعليمات الطبية ، وحين لا يكون هذا متاحاً للفريق الطبي أو فريق الرعاية، يقع المرضى في حالة من الصراع النفسي . فبعضهم يطرح أسئلة تعبر عن قلق شديد يمرون به، وحاجة المريض لمعرفة درجة قدرته على التحكم في

شؤون الحياة ، ولما سيأتي لاحقاً، بينما يتجه بعضهم الآخر لقراءة الكتب الطبية أو الإطلاع على كل ما يقع تحت يديه في محاولة منه لفهم المزيد عن وضعه الصحي ومرضه ، وطرق العلاج المحتملة له. وقد يستجيب الطبيب لتساؤلات مريضه، ويقدم له معلومات تناسب فهمه، والوقت المتاح له .



الفصل الرابع

سيكولوجية الحياة الاجتماعية للمرضى

" الأبعاد والعلاقات الاجتماعية البين شخصية للمرضى الجسميين "

تغيرات في دينامية العائلة والعلاقات الأسرية :

إن الاتكالية الزائدة التي تحدثها الأمراض المزمنة يمكن أن تؤدي العلاقات بين أعضاء الأسرة. فبعض أفراد الأسرة قد يصبحون أكثر اتكالية ودفاعية ، وأكثر خوفاً من أن المريض سيواجه الموت أو أنه سيصبح عاجزاً أو ومعاقاً. وقد تأخذ هذه المخاوف مظاهر مختلفة، فقد تظهر بمظاهر القلق أو ما يسمى " الرعاية القلقة " ، هذه الرعاية القلقة مرتبطة بما " يمكن " وما " لا يمكن " للمريض أن يقوم به ويؤديه من أعمال. فقد يسيطر على المريض الغضب، وعدم الطاعة، ولا يلبي متطلبات الرعاية المقدمة له ، أو لا يستجيب للتعليمات والخططة العلاجية. ويعتقد أعضاء الأسرة بأنه لا أحد سيقدر الشكل الذي ستأخذه حياتهم بعد مرض أحد أعضائها ، وقد يبدأ الأمر بمشاعر الرفض، حيث يشعرون بأنهم مهملين وغير مهمين طالما أن معظم اهتمامهم قد تم توجيهه على المريض في العائلة.

قضايا مرتبطة بالوالد والطفل:

يتأثر الأطفال - في جميع مراحل أعمارهم - بدرجة كبيرة، إذا ما مرض أحد الوالدين. فالأطفال الصغار يواجهون صعوبات في طريقة تعاملهم مع مرض الوالد (الأب أو الأم)، أما الأطفال الأكبر سناً فتسيطر عليهم مشاعر الذنب، وتتنيد الذات، وقد يعانون من صراع نفسي بينهم وبين والديهم المرضى. فالوالد المريض مثلاً، قد يصبح متمركزاً حول ذاته، وتسيطر عليه مظاهر التمرکز حول الذات والمتطلبات الشخصية، في حين أن الأطفال الأكبر سناً تسيطر عليهم

حالة من الصراع النفسي بين متطلبات الوالد المريض المتزايدة التي يجب تلبيتها، وبين عجزهم، وضعف قدرتهم على تلبيتها. يعاني الطفل من صراع نفسي يتمثل في رغبة أساسية في مساعدة الوالد المريض وفي الشعور بالعجز تجاه ذلك، هذا من جهة الطفل، أما من جهة الوالدين، فيظهر الصراع النفسي الذي يعيشانه من خلال عاطفة المحبة والود والعطف للابن، والغضب لعجزه عن تلبية احتياجاتهما ، ويقع على عاتق الأبناء مسؤوليات متزايدة تجاه الوالد المريض (Morell, et al. ,1995)..

مرض هنتجتون كنموذج:

يعتبر مرض هنتجتون الذي يأخذ مظاهر الارتجاج والرقص غير الإرادي من الأمراض التي تولد الكثير من الصعوبات والمشكلات التي تواجه أسرة المريض، خاصة وأنه من الأمراض المزمنة والتي تسبب حالة من العجز. ورقص هنتجتون مرض عضوي يحدث عادة بعد سن الأربعين . وفي مراحله المبكرة يعاني المريض من القلق والعصبية، خاصة حين يدرك طبيعة مرضه، وسيره، وتطوره . أما في مراحله المتأخرة فيصبح المصاب متهيجاً ، عدوانياً ، ويعاني من فقدان السيطرة الإرادية على العضلات أو التحكم بها، وتنتشر هذه الحركات في أجزاء مختلفة من الجسم، ويستمر المرض لسنوات طويلة حتى يحدث الموت البطيء ، مع ما يرافق ذلك من ألم .

إن السلوكيات التي يعاني منها المريض تكون حادة وخطيرة، ويرافقها توتر شديد داخل الأسرة، إضافة إلى ذلك، يعاني أفراد العائلة من القلق، والمخاوف من وجود عوامل وراثية وراء المرض، قد تنقله إلى أعضاء آخرين فيها.

المريض الذي يعيش وحيداً:

لقد أكد شيلدون وزملاؤه منذ عام (١٩٧٠) أن الراشدين من مرضى السرطان الذين يعيشون وحيداً ومنعزلين يعانون مشكلات سلوكية أكثر من

غيرهم في التعامل مع مرضهم مقارنة بالمرضى الذين يعيشون مع أفراد أسرهم. وهذه ليست حالة عامة، وقد يحتاج الأمر التعرف على احتياجاته والعلاقات الأسرية للمريض . في بعض الأحيان يقوم الطبيب بإحالة المريض الوحيد (الأعزب) إلى المعالجة النفسية استناداً إلى الفرضية التي تقول بأن هذا المريض ليس له من يرجع إليهم من الأشخاص ، وبالتالي لا يتلقى المساعدة الاجتماعية اللازمة . ويكتشف الطبيب أن لدى بعض المرضى شبكة من الصداقات والعلاقات الاجتماعية ، أو لديهم شخص مقرب ولكنه لا يعرف شيئاً عن وضعهم. وبالمقابل فإن الشخص المتزوج أو الذي يملك أسرة لا يعني أنه يملك المساعدة الاجتماعية الكافية. فالكثير من المتزوجين لهم علاقات اجتماعية فقيرة مع أزواجهم وأولادهم، وقد يكون بحاجة ماسة للكثير من الدعم الاجتماعي الأسري بدرجة تفوق ما يحتاجه العزاب والوحيدين . فالمرضى العزاب أو الحيديين والذين يعيشون بعزلة، عادة ما يطورون أنظمة سلوكية تساعد على الاعتماد على الذات أو الاكتفاء الذاتي في تدبير شؤونهم. وحين يكون المريض ضعيفاً أو سقيماً سيواجه العديد من المشكلات ، ويصبح متردداً كثيراً في طلب مساعدة الأصدقاء ودعمهم، فالتطبخ والنظافة وتدبير شؤون المنزل ستتأثر بشكل سلبي . وإذا ظهر أن المريض يقترب من الموت ، فقد تنشأ مشكلات حول الأصدقاء والمقربين الذين سيهتمون به، وقد لا يستطيعون تدبير الشؤون الخاصة للمريض (Backman,1989).

خلل وتفكك في الحياة الاجتماعية:

بالمقارنة مع الكثير من الناس الأصحاء ، يعاني مرضى الجسم (المصابون بالأمراض العضوية) وحالات العجز الجسمي من الكثير من الصعوبات والمشكلات المرتبطة بكيفية التعامل مع مرضهم أعجزهم ومواجهته . فبعضهم غير واثق مما سيفعله أو يقوله، بينما بعضهم الآخر يخاف من العدوى أو الانتقال

بالوراثة ، سواء كانت واقعية أم متخيلة. وحين يصبح المرضى أكثر وعياً بحالات عجزهم ومرضهم، فإنهم يواجهون مشاعر العجز وقابلية تعرضهم للموت.

إن إحدى الشكاوى العامة أنه حين يصاب الشخص بمرض ما يتوقف الناس عن التواصل معه . ففي البداية، يزور المريض بعض الأصدقاء والمقربين ، أو يقدون له نوعاً من المساعدة التي تدخل في نطاق الدعم والمساندة الاجتماعية ولكن هذه المساندة تتناقص تدريجياً . فهناك فترات زمنية طويلة حتى يستطيع المريض الاعتماد على نفسه ، وخلال ذلك ينظر إليه الآخرون نظرة أسي وتأسف بسبب قلة حيلته وعجزه ، وأنهم ليسوا بحالة جيدة كما كانوا من قبل .

الأطباء والمستشفيات : المعضلة المحبطة المريض طريقة العلاج الطبي المعتادة أو الأولية ، ولكنه يخاف أيضاً م

الطبيب : مع مرور الوقت، فغن العلاقات التي يكونها المرضى مع كل من الأطباء والمرضون، تصبح من القضايا المركزية في المعالجة النفسية والرعاية الصحية الطبية . فالأطباء والمرضون يمثلون نماذج الوالدين بالنسبة للمرضى ، يتخللها صراعات نفسية بين الاعتمادية (أو الاتكالية) والسيطرة (أو التحكم) . فالأطباء والمرضون وغيرهم من الفريق الطبي هم مقدمو رعاية ، ولكنهم في بعض الأحيان جامدون أو باردون في تقديم مثل هذه الخدمات وفي علاقاتهم مع المرضى، من هنا تصبح عملية إنهاء المعالجة من العضلات الأساسية بحد ذاتها . ويخبر العديد من المرضى مشاعر الفراق والانفصال والفقدان وخاصة في الأمراض المزمنة أو الخطيرة مثل السرطان، كما يحدث بعد المعالجة الكيماوية، حيث يفقد ن عودة المرض ثانية بعد توقف العلاج الكيماوي الذي يعتبر علاجاً نهائياً وأخيراً.

- خبرة المستشفى: يحمل دور المريض في المستشفى الكثير من التناقضات، والضيق والتوتر. ففي إحدى الدراسات، دخل الباحث بنفسه إلى المستشفى لمدة خمس أيام على أنه يعاني من مرض حقيقي، ولكنه عانى من الوحدة والعزلة في اليوم الأول، ثم سيطرت عليه مشاعر الملل والضجر في اليوم الخامس. ففي اليوم الأول من دخوله المستشفى، كان موضع فحص وتشخيص طبي من قبل متخصص، أما في نهاية اليوم الخامس فقد سيطر عليه القلق والملل، وبدأت الأعراض البدنية بالظهور فعلياً (مثل ألم في الساقين) ، وبعد مغادرته المستشفى، قرر أن يمكث في المنزل ولا يذهب إلى العمل.

نظرياً، وبغض النظر عن علاقة المريض مع الأطباء والمرضى بالمستشفى فإن علاقتهم الاجتماعية ستصبح أكثر محدودة ، كما يسيطر على المريض شعور بعدم القيمة ، وضعف المكانة الاجتماعية. وقد تبين أن المرضى يقضون وقتاً طويلاً مع المساعدين والمدراء أكثر من الوقت الذي يقضونه مع فريق التمريض، والمعالجين، والمختصين بالعلاج الطبيعي والفيزيائي. فالمرضى أقل قدرة على تحديد ما يحدث لهم، وهذا يخلق لديهم حالة من الخوف والإحباط .

كما يخبر المرضى حالة من القلق تتعلق بالمواعيد المهمة التي يضعها الطبيب من أجل متابعة الحالة ومآلها، وخلال هذه المرحلة يسيطر على المريض حالة من عدم التنظيم ، والتوتر .

فالذين دخلوا المستشفى للمرة الأولى يمكن أن يكونوا أكثر اتباعاً لسلوكيات التفعيل acting out التي تظهر من خلال المطالعة وانشغالهم بقراءة بعض الكتب التي تحتوي على إرشادات ونصائح تساعد على التعامل مع المرض وظروف المستشفى (عبد الله، ٢٠٠٩) .

الإذعان (أوالمطاوعة) مقابل عدم الإذعان (عدم المطاوعة): قضية محورية

أشارت نتائج بعض الدراسات (Backman,1989) إلى أن نصف المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة فقط، يتبعون التوجيهات والتعليمات الطبية؟ وتعتبر هذه النتيجة درجة مطاوعة المرضى أو عدم مطاوعتهم (التزامهم بتعليمات الطبيب) مما يؤثر في المعالجة وسرعة الشفاء، كما تؤثر في طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض . وهناك العديد من الأسباب التي تمنع المريض من تنفيذ تعليمات طبيبه وتقيده بها منها :

١- النزعة الطفولية لدى المريض : في العلاج الطبي التقليدي الذي يشجع النزعات والصفات الطفولية لدى المريض، يقل تشجيع العلاقة مع الطبيب في المستشفى والتي تشبه علاقة الطفل بأبيه. فعلاقة المريض بطبيبه تشبه علاقة الطفل بأبيه.من هنا يقاوم بعض المرضى الإجراءات والفحوصات الطبية ، فلا يتبع الخطة العلاجية ، أو تناول الدواء بانتظام. فالمريض " الطفل" يخفي أشياء عن طبيبه "أباه" ، ومن ثم يخفي أشياء كثيرة لا يبوح بها، وبذلك يصبح الطبيب بمثابة " ناصح" أو مقدم نصائح وإرشادات.

٢- حماية زائدة من قبل الأسرة : ربما يتحمل أعضاء الأسرة مسؤوليات كبيرة تجاه مرض أحد أفرادها. وينتقدونه لأنه لم ينفذ تعليمات الطبيب مئة بالمئة، ويكون رد الفعل الناتج هو الغضب، مما يزيد من عدم مطاوعة المريض.

٣- تقديم صورة الذات: قد تساهم مشاعر الخجل والذنب المتعلقة بالمرض في عدم مطاوعة المريض وتنفيذه لتعليمات الطبيب. فالناس يتجنبون أن يكونوا مرفوضين من الآخرين لأن استحسان الآخرين وتقبلهم للشخص

أم مهم في رفع مستوى تقدير الذات، من هنا يتجنب الشخص عادة أن يكون مختلفاً عن الآخرين ويتجنب الاهتمام الخاص، وقد يجد المرضى أنفسهم منشغلون بأنشطة خطيرة ومؤذية لصحتهم مثل تناول أطعمة ممنوعة وتناول المشروبات الضارة.

٤- قضايا سيكودينامية : إن مقاومة المريض لتعليمات الطبيب وعدم التقيد بها ربما يكون نوعاً من رفض خطورة المرض، ونكران شدته. فعدم مطاوعة المريض قد يرتبط بالخوف من الاتكالية، والحاجة إلى السيطرة والتحكم الذاتي. فصعوبات طويلة الأمد تأخذ شكل نسيان مواعيد المراجعة، والفشل في تطبيق الوصفات الطبية. من هنا يعتبر مصطلح " المطاوعة " من المفاهيم التي تحمل مضامين السيطرة على الآخرين والتحكم بهم. فنقبل تعليمات الطبيب ربما ينظر إليه على أنه سلوك يعكس الوضع الصحي وتنظيم الذات لديه. على كل، هناك حالات أقل إتباعاً للنصائح الطبية أو أنها تدفع لممارسة سلوكيات غير تكيفية إذا كان الحظ أو القدر يلعب دوراً رئيسياً في معتقدات المريض. فمعالجة السكري مثلاً، يتطلب تنظيمًا دقيقاً للغذاء، وممارسة تمارين منظمة، وجرعات محددة من الأنسولين ، وكذلك مراقبة مستمرة لمستويات البول والدم وضغط الدم. وقد تنشأ الكثير من الآثار الخطيرة إذا لم ينفذ المريض مثل هذه التعليمات الطبية، ومن أبرز هذه الآثار ضعف البصر وفقدانه.

٥- معلومات خاطئة عن الدواء : بعض الأدوية مثل مضادات الالتهاب ، ومضادات الاكتئاب ، والمهدئات ، قد تأخذ عدة أيام وأسابيع حتى تظهر نتائجها. فإذا دخل المريض المستشفى قد يتوقف عن تناول الدواء قبل ظهور نتائج المعالجة الدوائية ، وبعضهم الآخر قد يتوقف منذ اللحظات

الأولى التي يشعر فيها ببعض التحسن . وفي حالات أخرى قد يسيء المريض فهم وتفسير الآثار الجانبية للدواء.

٦- المريض قد يكون جيداً ومطووعاً: الأطباء الذين يتواصلون مع مستجدات العلم والتخصص هم الأقدر على الحفاظ على صحة مرضاهم ومعالجتهم . وقد يتبعون معهم طرق علاج حديثة مقارنة مع الأطباء التقليديين أو المحافظين . والمريض الذي يتلقى علاجه مع طبيب خبير واسع الإطلاع ، سيتخلص من حالات الإحباط واليأس التي يعانيها (Sarafino,2005).

سيكولوجية الإذعان أو الالتزام بالتعليمات الطبية

تهمس المريضة في أذن والدتها وهي في غرفة الانتظار : " الآن لا تقولي للطبيب ، بأنني لم أتناول الدواء بانتظام". فالناس لا يلتزمون أو لا يتقيدون دوماً بالنصيحة الطبية أو بإرشادات الطبيب المعالج . فمصطلحي الالتزام adherence ، والإذعان compliance مفهومان يعبران عن درجة تقيد المريض والتزامه بنصائح الطبيب وخطة المعالجة . وبالرغم من أن للمفهومين نفس المعنى أو الغرض، إلا أن هناك اختلافاً بسيطاً في استعمالهما: فحين نستخدم مصطلح الالتزام، فإننا نشير على درجة تقيد المريض بنصيحة الطبيب وتعليماته الصحية والعلاجية، أما حين نستخدم مصطلح الإذعان ، فإنها تحمل معنى المطلب demand ، وبالتالي يكون مفروضاً على المريض أن ينفذ المطلب قسراً، وبالتالي عليه أن يذعن لنصيحة الطبيب، لذلك يفضل استعمال هذا المصطلح الأطباء الذين يتصفون بالسيطرة والتسلط أو الذين يعتمدون على نمط العلاقة المتمركزة على الطبيب .

في حين أن الأطباء الذين يعتمدون نمط العلاقة المتمركز على المريض يفضلون استعمال مصطلح التزام أو تأييد نصيحة الطبيب .

مدى وانتشار مشكلة عدم الالتزام بنصائح الطبيب:

إلى أية درجة تنتشر مشكلة عدم الالتزام بنصائح الطبيب المعالج ؟ إن الإجابة عن هذا السؤال ليست سهلة، كما يبدو للوهلة الأولى . فقبل كل شيء ، ربما يحدث عدم الالتزام بنصائح الطبيب ، بسبب اختلاف هذه النصائح وتنوعاتها . فقد يعجز المريض عن تناول الدواء عن طريق الفم أو بشكل مباشر، أو يفشل في ممارسة أنشطة التأهيل ، أو يتناول طعاماً ممنوعاً في بعض الأحيان (كمرضى السكري) ، أو بسبب تغيير في أساليب الحياة. من جهة ثانية فيمكن للمريض أن يخرق أو ينتهك violate الكثير من النصائح الطبية بطرق مختلفة (Morell, et al., 1995) ..

ربما لا يواظب المريض على تناول الجرعات المطلوبة من حيث كميتها، أو في الوقت اللازم لتناولها، وقد لا يستمر على تناوله حتى نهاية العلاج كما يجب، فيتوقف عن تناولها في مرحلة معينة. والسؤال هو " كيف يمكننا تقييم درجة إذعان المريض والتزامه بنصائح الطبيب وتناوله للدواء. هناك طرق متعددة لتقييم درجة التزام المريض ، ولكن لكل منها إيجابيات وسلبيات ، ومن أهم هذه الطرق ، طريقتان هما: الأولى، من خلال سؤال الطبيب المختص نفسه، حيث يمكننا أن نسأله عن درجة تقييد المريض بنصائحه الطبية، ولكن لهذه الطريقة مساوئ، منها أن الأطباء أنفسهم قد لا يعرفون بالضبط درجة التزام المريض وتقييده بالنصح الطبية، فربما يبالغون في ذلك، أو قد يكون تقييمهم ضعيفاً بالنسبة لبعض المرضى مقارنة بمرضى آخرين، من هنا يمكن القول بأن استعمال هذه الطريقة وحدها لا يمكن الركون إليها للتعرف على درجة التزام المريض بنصائح الطبيب . أما الطريقة الثانية ، فهي سؤال المريض نفسه ، وبالرغم من فائدة هذه الطريقة أيضاً، إلا أنها غير كافية، وقد لا تقدم معلومات دقيقة، فالمريض قد يبالغ القول بأنه يلتزم بتعليمات الطبيب ونصائحه ، في حين

أنه ليس كذلك ، لأنه يعلم أنه يجب أن يقوم بذلك . ولتجاوز مساوئ هاتين الطريقتين التي يمكن القول عنها بأنها طريقتان ذاتيتان (تتأثران بالعوامل الشخصية لكل من الطبيب والمريض) ، لذلك سعى الباحثون إلى اعتماد طرق أخرى أكثر موضوعية منها:

١- تقدير كمية الدواء يتناوله المريض (سواء كان سائلاً، أم أقراصاً)، فيمكن لنا أن نقيم درجة التزام المريض بنصائح الطبيب وتقيده بتناول الدواء، من خلال تقدير كمية الدواء المتبقي، حيث ننظر إلى علبه الدواء (السائل، أم الأقراص) ونحسبها أو نقدر كميتها المتبقية، فنحصل على إجابة عن درجة التزامه ، ومع أن هذه الطريقة مفيدة، إلا أنها غير دقيقة تماماً لأنها لا تبين لنا هل التزم المريض بتناول الدواء في موعده المحدد وبالأوقات التي يجب عليه استعمالها، لذلك يمكن أن نلجأ على الطريقة الثانية.

٢- التقارير التي تقدمها الأجهزة الطبية: وتتضمن هذه الطريقة استعمال أدوات تقييم وتسجيل إلكترونية عن الوقت الذي يتناول فيه المريض دوائه. وبالرغم من أن هذه الطريقة باهظة التكاليف، إلا أنها تقدم لنا تقييماً دقيقاً عن التزام المريض بتناول الدواء في الوقت المحدد وخاصة بالنسبة للمعالجة طويلة الأمد.

٣- الاختبارات والتحاليل الكيماوية المخبرية، فيمكن أن نقيم درجة التزام المريض بتناوله الدواء واتباعه نصائح الطبيب من خلال الفحوص الطبية والتحاليل المخبرية مثل: تحليل الدم، والبول. وبالرغم من أهمية هذه الطريقة ودقتها، إلا أنها لا تبين لنا، ما كمية الدواء الذي التزم به (الجرعات) ، ومنى (الوقت) ، كما أنها باهظة التكاليف أيضاً.

بغض النظر عن العضلات التي تخلقها عليّة تقييم درجة إزعاج المريض
لنصائح الطبيب أو التزامه بتناول الدواء، بإمكاننا أن نقدم إجابات عامة عن
السؤال الذي سبق وطرحناه ، وهو " ما مدى تقيّد التزام المريض بنصائح
الطبيب، وما نسبة انتشاره بين المرضى؟". أجرت بعض الدراسات من أجل
الإجابة عن هذا السؤال فتبين أن معدل عدم التزام المرضى بنصائح الطبيب
وتناول الدواء كان بنسبة (٤٠ %) ، أي أن ٢ من كل ٥ مرضى لا يلتزمون
بتعليمات الطبيب وتناول الدواء كما يجب، وأن نسبة (٦٠ %) هم الذين يلتزمون
بهذه النصائح والتعليمات، وأن هذا الالتزام يتأثر بعوامل مثل : نوع هذه
النصائح، وطول مدة تطبيقها، وحسب نوع المرض أو الحالة التي يعاني منها
المريض (حالة خطيرة، مزمنة، حادة..الخ) ، فقد بينت نتائج بعض
الدراسات ما يلي:

- إن التزام المريض بتناول الدواء بالنسبة للأمراض الحادة acute illnesses التي لا تحتاج فترة علاج طويلة، تكون نسبة التزام المريض فيها (٧٨ %)، أما نسبة الالتزام بالنسبة للأمراض المزمنة chronic illnesses التي تحتاج لفترة علاج أطول فبلغت (٥٤ %) فقط.
- إن معدل الالتزام بتناول الدواء من أجل الوقاية من الأمراض بلغ (٦٠ %) سواء كان قصير المدى (لفترة قصيرة) أم طويل المدى (لفترة طويلة).
- إن التزام المريض بجدول المواعيد والزمّن الخاص بتناول الدواء يكون أعلى وأكثر دقة حين يكون صادراً عن المريض، أو يكون قد اقترح المريض على الطبيب ذلك، بدلاً من أن يكون مفروضاً عليه من الطبيب.
- الالتزام بالتوصيات والنصائح الطبية تتغير مع الحياة، ولا تبقى على حالها مع تقدم الشخص بالعمر، فمن المعروف أن التوقف عن التدخين،

وإتباع نظام غذائي معين، متغيراً مهماً يؤثر في سلوك المريض، وأنه أقل إمكانية للتقيد به . فإذا نصح الطبيب مريضه بأن يقلع عن التدخين، فستكون هنا صعوبة من قبل المريض للالتزام بهذه النصيحة، والأمر نفسه ينطبق على التقيد بنظام غذائي معين (Hayes, et al, 1994).

ومع ذلك يجب أن يبقى في الأذهان نقطتين أساسيتين حول هذه النتائج المذكورة أعلاه : الأولى ، هي أن النسبة المئوية للالتزام قد تكون عالية مبالغ فيها (قد يكون السبب هو أن هذه الدراسات اعتمدت على مرضى لديهم الرغبة والدافعية في تنفيذ تعليمات الطبيب ورغبوا في المشاركة بالدراسة، كما أنه يصعب علينا أن نصل إلى تقييم دقيق لخصائص وصفات هؤلاء الأشخاص مما يؤثر في سلوكهم . الثانية، إن النتائج والنسب المئوية التي قدمتها هذه الدراسات لا تعكس حقيقة عدم التزام المرضى بنصائح الطبيب والتقيد بتناول الدواء، فبعضها ركز على درجة الالتزام بنظام الدواء، وتوقيته، أو بكميته، ولكن ليس بمختلف النصائح الطبية التي يقدمها الطبيب لمريضه (Cluss, 1985 & Epstein,).

لماذا يلتزم المرضى بنصائح الطبيب (وبالعلاج الدوائي) ولماذا لا يلتزمون بها ؟

لقد تبين أن الأطباء والمتخصصين لا يعرفون كيف ولماذا يلتزم المرضى بنصائحهم الطبية وإرشاداتهم في إتباع الدواء، فماذا يفكر ويعتقد الطبيب حين يعرف أن مريضه لم يلتزم بتعليماته الطبية، والنظام الدوائي العلاجي الذي قدمه له؟ يفكر الطبيب مباشرة بالآثار والنتائج الصحية المرتبة على عدم الالتزام هذا ، فقد يلقي اللوم على المريض لعدم تقيد بالتعليمات، وقد يصف مريضه بأنه " غير متعاون"، أو أنه عاجز عن تفهم النصيحة والتعليمات"، أو أن هذا المريض مر بخبرات ومواقف صعبة. لقد أظهرت نتائج الدراسات أن الأطباء والمرضى

جميعهم يؤثرون في درجة التزام المريض بالتعليمات الطبية والدواء أو عدم التقيد بها. وقد تم دراسة العديد من العوامل التي تؤثر في درجة التزام المريض بالدواء والنصائح الطبية، بعض هذه العوامل يتعلق بالنظام الدوائي نفسه ونوعيته، وبعضها الآخر يتعلق بالمرض ونوعه (حجار، ١٩٩٦).

أولاً- خصائص النظام العلاجي الدوائي والمرض باعتبارها من العوامل المؤثرة في التزام المريض بالعلاج:

تختلف أنظمة الدواء التي يقدمها الأطباء لمرضاهم بطرق متعددة، وذلك من حيث نوعها : شراب سائل، أقراص بالفم، أو غيرها، كما تختلف من حيث : كميتها، ودوامها أو طول فترة استعمالها، وسعرها أو تكاليفها المادية، ومن حيث آثارها الجانبية ، ودرجة تأثيرها أو مفعولها في جسم المريض وسلوكه . فلننظر في تأثير كل عامل من هذه العوامل في درجة التزام المريض بالدواء وتقيدته بتعليمات الطبيب، وكيف يتم ذلك .

- بعض الأنظمة الدوائية والعلاجية، تتطلب من المريض أن يغير عاداته السلوكية واليومية، مثلاً، من أجل الحفاظ على التمرينات الرياضية بانتظام، وخفض معدل السرعات الحرارية بالجسم ، وإيقاف التدخين، أو التوقف عن تناول المشروبات الكحولية. فهذه الأمثلة تقدم لنا بوضوح التغيرات التي يجب أن يقوم بها المريض حتى ينفذ تعليمات الطبيب، ونظامه العلاجي. وقد لاحظنا أن هذه التغيرات قد تكون صعبة لغاية بالنسبة لبعض المرضى، وذلك لأنها بمثابة عادات سلوكية ثابتة وراسخة، وخاصة حين يكون المرض الذي يعانيه المريض خطيراً ويتطلب مثل هذا التغيير، ففي هذه الحالة ستكون الصعوبة أكبر. لقد أظهرت بعض الدراسات أن الناس أقل التزاماً بنصائح الطبيب والنظام الدوائي حين يتطلب ذلك تغييرات في عاداته الشخصية أكثر منها بالنسبة

للاللتزام في تناول الدواء فقط، وهذا يعني أنه يسهل على المرضى التقيد أو الالتزام بتناول الدواء بانتظام، منه في تغيير العادات الشخصية لديهم.

- بعض العلاجات أكثر تعقيداً وتركيباً من بعضها الآخر، فإلعالج الدوائى الذى يكون نظامه معقدًا، كالتالى:

١- دواء (أقراص) مرتين يومياً: صباحاً، ومساءً.

٢- دواء شراب سائل: ثلاث مرات يومياً بعد الطعام.

٣- أقراص من نوع آخر: واحدة صباحاً، وأخرى قبل النوم. مثل هذا النوع من النظام العلاجي الدوائى أصعب فى التنفيذ والالتزام به من نظام علاجي دوائى آخر، لأنه معقد، وفيه تنوع فى الكميات، والأوقات، والأنواع. من هنا يمكننا القول بأنه كلما كان النظام العلاجي فى تناول الدواء معقدًا، كلما صعب على المريض الالتزام به وتنفيذه، وبالتالي تقل درجة الإذعان لنصائح الطبيب . إن النظام العلاجي الدوائى يزداد تعقيداً وصعوبة إذا كان المطلوب من المرضى مهمات صعبة ومتنوعة، كالمريض الذى يعاني من مرض الكلية kidney عليه أن يقوم بالكثير من الإجراءات الطبية ، مثل :

* عملية الديليزة hem dialysis أو غسيل الكلية بانتظام حيث يتم تصفية الدم وتنقيته، ويأخذ هذا الإجراء ما يقرب من ٤-٦ ساعات ثلاثة مرات أسبوعياً، وأثناء هذا الوقت يمكن للمريض أن ينام أو ينشغل بأي نشاط آخر كالقراءة مثلاً.

* على المريض أن يتناول كميات كبيرة من الدواء والفيتامينات - كأن يتناول جرعات كبيرة من الأقراص الدوائية.

* عليه أن يتبع نظاماً أو حمية غذائية قاسية بحيث تشمل على كميات كبيرة من الصوديوم، كملح الطعام، والبوتاسيوم، والفوسفور التي توجد في الخضار والفاكهة، إضافة إلى البروتينات الموجودة في اللحوم.

عموماً على مرضى الكلى أن يقوموا بهذه الإجراءات الطبية، وكلما قاموا بتنفيذها، كلما كانت درجة التزامهم بنصائح الطبيب ، وإذعانهم له عالياً.

- هناك عدد كبير من المرضى يفكرون بطول فترة تناول الدواء، وبتكاليف الدواء، وآثاره الجانبية، والتي تعتبر عوامل مهمة جداً تؤثر في درجة تقيد المريض بها وتنفيذه للإرشادات. فبالنسبة لطول فترة تناول الدواء، فقد أظهرت نتائج الدراسات أن تقيد المريض بتناول الدواء والتزامه به يضعف مع مرور الزمن. فالنظام العلاجي الدوائي الذي يجب على المريض تناوله لفترة قصيرة ، يوصف عادة للأمراض الحادة والفجائية، وقصيرة الأمد، وبالتالي يكون التزام المريض بها، وتقيد بنصائح الطبي على درجة عالية جداً وذلك عكس العلاج الدوائي الذي يوصف للأمراض المزمنة طويلة الأمد، والتي يضعف تقيد المريض بها ، وتنفيذه لها . أما بالنسبة لتكاليف الدواء (سعره)، و آثاره الجانبية ، فقد أظهرت النتائج البحثية أن تأثير هذين العاملين ليس ثابتاً. فقد تبين أن المريض الذي يلعب دور المرض (سلوك دور المرض أو تصنع المرض) لا يتأثر بهذه العوامل، فمثل هذا الشخص لا يمنعه غلاء الدواء والمعالجة من التزامه بتناول الدواء وتنفيذه لتعليمات الطبيب. من جهة ثانية ليس لجميع الأدوية آثاراً جانبية أو مزعجة، ولكن ماذا عن الأدوية التي يكون لها فعلاً مثل هذه الآثار، فهل ستؤثر في درجة التزام المريض بتناول الدواء؟ للإجابة عن هذا السؤال، فقد تبين أن بعض المرضى الذين تظهر لديهم مثل هذه الآثار الجانبية للدواء، تدفعهم لأن

يخفضوا من جرعاتها أو كمياتها، أو يقلصوا من فترة تناولها. من هنا يمكننا القول بأن تأثير عاملي تكلفة الدواء، وآثاره الجانبية على المريض، يمكنها أن تؤثر فعلاً بدرجة التزامها بتناولها، وتقيده بنصائح الطبيب حل ضرورة استعمالها (Safarino, 2001).

تأثير كل من: العمر، والجنس، والعوامل الاجتماعية الثقافية في التزام المريض بتناول الدواء، واتباعه نصائح الطبيب: الدراسات المبكرة التي أجرت لبحث تأثير كل من عمر المريض، وجنسه، وخلفياته الثقافية والاجتماعية، لم تجد تأثيراً لها في درجة التزام المريض بالعلاج الدوائي وتقيده به. فلم تجد هذه الدراسات علاقة بين التزام المريض بتناول الدواء، وبين كل من عمر المريض وجنسه، والخصائص الديمغرافية مثل: ثقافته، وطبقته الاجتماعية، وسلالته العرقية، وديانته.

فهل يمكننا الاستنتاج بأن هذه العوامل ليس لها تأثير في درجة إذعان المريض والتزامه بالعلاج الدوائي الذي يضعه الطبيب؟ يجب القول أولاً بأن تأثير كل عامل من هذه العوامل في التزام المريض بتناول الدواء لا يمكنه أن يعمل منفرداً أو منعزلاً عن العوامل الأخرى من هنا يجب التأكيد على أن تأثير هذه العوامل يكون مجتمعاً، وخاصة أنها متداخلة فيما بينها وتتبادل التأثير. وبالرغم من ذلك، فقد تبين أن بعض هذه العوامل ذو تأثير أوضح وأكبر من بعضها الآخر، فلنأخذ مثلاً على ذلك كلاً من العمر، والجنس، والخلفية الاجتماعية والثقافية للمريض.

فيما يتعلق بعمر المريض، فقد تبين أنه يؤثر في درجة التزام المريض بتناول الدواء وبنصائح الطبيب وذلك بطرق مختلفة، حسن عمر المريض، ونوع المرض الذي يعانيه، وقد تبين أن:

• فيما يتعلق بالمرضى من الأطفال فقد تبين أن الأطفال الصغار أكثر تقيداً والتزاماً بتناول الدواء (المضادات الحيوية) من الأطفال الأكبر سناً، كما أن التزام الطفل بتناول الدواء يتأثر بتوجيه الأهل.

• بالنسبة للأطفال والمراهقين من مرضى السكري، فقد تبين أن المراهقين أقل التزاماً بتناول الدواء والتقيد بالعلاج وخاصة الحماية، مقارنة بالأطفال.

• بالنسبة لمرضى الضغط الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٥-٨٤، فقد تبين أن التزام المرضى منهم الذين تجاوزوا سن الخامسة والسبعين (٧٥) هم الأقل التزاماً بتناول الدواء والمعالجة ، بينما كان هذا الالتزام أقصاه بين سني ٦٥-٧٤ سنة .

فالأطفال يمكنهم أن يصبحوا أكثر التزاماً بتناول العلاج الدوائي والتقيد بنصائح الطبيب مع تقدمه بالسن، وقدرتهم على تحمل المسؤولية، أما المراهقين فيمكن أن يكونوا أقل التزاماً من الأعمار الأخرى وخاصة بالنسبة للعلاج طويل الأمد (Morell, et al., 1995).

فيما يتعلق بجنس المريض، وخلفيته الاجتماعية والثقافية ، فإن تأثيرها في التزام المريض بتناول العلاج الدوائي وتنفيذ تعليمات الطبيب، إنما ترتبط بظروف، وشروط خاصة، فمثلاً، النساء الأكثر انشغالاً واهتماماً بأوزانهن هم الأكثر التزاماً وتنفيذاً بنصائح الطبيب وبالعلاج الذي يقدمه لهن من أجل خفض الوزن. من جهة أخرى فإن بعض الجماعات العرقية والثقافية، ربما تعتقد بأن الالتزام بتعليمات الطبيب أمراً مرتبطاً بالقيم الثقافية التي يلتزمون بها في سلوكهم اليومي، مما يزيد من نسبة الإذعان لإرشادات الطبيب لديهم ، كما أن نوع العلاج يختلف تأثيره من جماعة لأخرى ، فمثلاً، ربما يعتقد الأمريكي من

أصل هندي أنه لا يجب عليه تناول علاج دوائي (أقراص ، أو سائل) لفترات طويلة ، لأن مثل هذا العلاج يناقض ثقافته ودينه الذي يشدد على العلاج الطبيعي والروحي .

ثانياً- الخصائص النفسية لمريض وتأثيرها في درجة التزامه بتناول الدواء، وإدعائه لتعليمات الطبيب:

لقد بينا الفقرات السابقة أن تأثير كل من نوع المرض الذي يعانيه المريض وتكلفته تؤثر في درجة التزامه بتناول الدواء وذلك وفقاً لنظرة هذا المريض ورؤيته الخاصة . فإدراك المريض لخطورة حالته ، وتكلفة العلاج ، وإدراكه للفوائد التي سيجنيها من العلاج ستؤثر في درجة التزامه بهذا العلاج وبتعليمات الطبيب. وقد تحدثنا عن هذا عندما بحثنا نموذج القناعة والمعتقدات الصحية، والذي يبين لنا كيف تلعب معتقدات المريض وقناعاته الشخصية دوراً مهماً في اتباعه للسلوك الصحي، ومنها تنفيذ تعليمات الطبي ونصائحه باعتماد العلاج . من هنا يمكننا القول بأن المريض الذي يعتقد (ويقتنع) بأن مرضه خطيراً ، وأنه سيجني فوائد جمة من وراء العلاج الدوائي الذي وصف له ، فإنه سيلتزم به ، ويتقيد بتنفيذ تعليمات الطبيب ونصائحه، بل ويسعى لتجاوز الكثير من العقبات التي تحول دون تنفيذه لها.

لقد أظهر بعض الباحثين أن عدم التزام المريض بالدواء وعدم إدعائه لنصائح الطبيب يكون بعد تفكير ملي وترو ، وتمهل deliberate ، وأنه يستند إلى أسباب منطقية أو موثوقة ، بغض النظر عما إذا كانت هذه الأسباب طبية محضة. وهذا ما يسمى بعدم الإذعان المنطقي ، أو عدم الالتزام العقلاني rational nonadherence والسؤال هو : كيف يمكن لعدم الالتزام المنطقي أو العقلاني أن يكون عقلانياً ؟ يمكن للمرضى أن يتصرفوا بشكل عقلاني ومنطقي حين يفشلوا في تناول الدواء لأنهم:

- ١- يملكون سبباً أو مبرراً للاعتقاد بأن الدواء لا يساعدهم، أو لن يفيدهم.
 - ٢- يشعرون بأن الآثار الجانبية لهذا الدواء ستكون مزعجة، وتسبب الضيق لهم.
 - ٣- حين يكونون مشوشى الذهن، ولا يعرفون كم سيتناولون من الدواء (كميته)، ومتى (الوقت).
 - ٤- حين لا يملكون النقود الكافية لشراء الدواء وخاصة إذا كان باهظ الثمن.
- لا توجد أسباب غير منطقية أو غير مبررة ، ففي الكثير من الحالات يكون المرضى على صواب بعدم التزامهم بتناول الدواء أو بنصائح الطبيب، كما هو الحال حين يعانون من آثار جانبية خطيرة، أو متنوعة في صحتهم. فقد تبين أن الكثيرين من مرضى الربو لا يلتزمون بالعلاج وبنصائح الطبيب وذلك لأسباب غير مقصودة أو غير متعمدة unintentional reasons ، مثل النسيان وأن أكثر الأسباب المقصودة intentional reasons لديهم لعدم التزامهم بالدواء وإرشادات الطبيب هي الآثار الجانبية للدواء ، وتكلفته (Kaplan,&Simon,1991) .
- إن درجة التزام المرضى بتناول الدواء وإذعانهم لتعليمات الطبيب تتأثر بالعوامل المعرفية والانفعالية المتعلقة بإدراكهم لتوصيات الطبيب وفهمهم لنصائحه الطبية. فقد أظهرت نتائج الدراسات المتعلقة بتأثير العوامل المعرفية والانفعالية في استرجاع المرضى للمعلومات التي قالها الطبيب وتذكرهم لإرشاداته الطبية أن :
- المرضى أكثر نسياناً لما يقوله الطبيب لهم.
 - التعليمات والإرشادات الطبية التي يقولها الطبيب أكثر عرضة للنسيان من المعلومات والحقائق.

• كلما زادت كمية المعلومات التي يقولها المريض ، كلما زاد تعرضها للنسيان.

• يتذكر المرضى: ١- ما قالوه وتحدثوا عنه أولاً (في البداية)

٢ - وما يعتقدوا أنه الأكثر أهمية .

• المرضى الأكثر ذكاء لا يتذكرون أكثر من المرضى الأقل ذكاء.

• الأكبر سناً يتذكرون كمية من المعلومات اثر مما يتذكر الأقل عمراً.

• المرضى الأكثر قلقاً أكثر تذكرأ واسترجاعاً لما قالوه مقارنة بالأقل قلقاً أو غير القلقين.

• كلما كانت ثقافة المريض الطبية عالية، كلما زادت نسبة تذكره وتفهمه للنصائح الطبية.

ومن العوامل النفسية الأخرى التي تؤثر في التزام المريض بتعليمات الطبيب وتتناول الدواء الدعم أو المساندة الاجتماعية ، ويمكن القول بأن الأفراد الذين يتلقون الرعاية، والدعم، والمساعدة التي يحتاجون عليها من الآخرين أكثر التزاماً بتناول الدواء وتعليمات الطبيب من الأفراد الأقل تلقياً للدعم والمساعدة. ومثل هذا الدعم والمساعدة يمكن أن يتلقاها الفرد من والديه، أو أفراد أسرته، أو أقاربه، أو أصدقائه، ويمكنها أن تفيد في اتباع المريض لتعليمات الطبيب وتناول الدواء .

تفاعل المريض/الطبيب وتأثير كل منهما في الآخر:

يرجع مصطلح " دكتور " Doctor إلى أصل لاتيني docere والذي يعني " أن تعلم " ، " to teach " . وهناك نوعان من التعليم الجيد يشتملان على:

١- تفسير، أو شرح المعلومات بوضوح وبطريقة منظمة .

٢- وكذلك تقييم ما إذا كان المتعلم قد تعلم، وفهم هذه المعلومات.

من هنا يمكننا القول بأن بعض الأطباء هم معلمين جيدين ، وبعضهم الآخر ليس كذلك . والكثير من الأطباء ليسوا متأكدين من أن مرضاهم قد فهموا المعلومات /الإرشادات التي قدموها لهم، كما أن التواصل الناجح بين المريض والطبيب يشتمل على تأثير وتأثير، هذا التفاعل المتبادل، سينعكس على درجة التزام المريض بتعليمات الطبيب والدواء.

أولاً- التواصل مع المرضى:

لنفترض أن طبيبك قال لك " عليك أن تأخذ حبة كل ست ساعات "، فهل يعني هذا أنه يجب عليك أن تستيقظ في منتصف الليل لتأخذ حبة ؟ أو يكفي أن تتناولها خلال النهار فقط ؟ وهل يجب عليك أن تسأل طبيبك عن ذلك ؟ . أحياناً تكون المعلومات التي قدمها الطبي غير واضحة، وقد تتساءل عما إذا كانت هذه المعلومات دقيقة وواضحة ، ولكي تتأكد يمكنك أن تطرح عليه السؤال التالي : هل يجب علي تناولها كل ست ساعات بالضبط ؟ والطبيب الذي يكون واضحاً ودقيقاً عليه إن يجب، ويقول " عليك أن تستيقظ في الليل لتناول الدواء، منعاً من حدوث العدوى أو رجوع الأعراض " ، فإذا لم يقل الطبيب ذلك، سيحاول المرضى أن يجيبوا عن هذا السؤال بأنفسهم، وغالباً بشكل غير دقيق، أو مغلوطاً. (Morell, et al., 1995).

يغادر العديد من المرضى عبادة الطبيب أو مكتبه دون أن يعرفوا كيف سيتابعون العلاج الدوائي، ويواظبون عليه . ففي دراسة تم فيها مقابلة الكثير من المرضى في مراكز الرعاية الصحية ، بهدف الكشف عما إذا كان هؤلاء المرضى قد تأكدوا من معرفتهم وفهمهم لطريقة تناول الدواء والمواظبة عليه، وكذلك الكشف عما إذا كان التفاعل اللفظي الفعلي بين المريض والطبيب قد تضمن معلومات كافية عن كيفية تناول الدواء وفهم نصائح الطبيب الطبية ، وقد أظهرت النتائج أن :

١- معرفة المرضى لطريقة العلاج الدوائي وكيفية استعماله كانت

غامضة ومشوشة، فقد عبر نصف الذين تمت مقابلتهم عن عدم فهمهم ومعرفتهم بكيفية تناول الدواء، وأن واحد من كل خمسة ، لم يعرفوا الهدف، والطريقة التي يتم فيها تناوله.

٢- إن السبب الرئيسي وراء عدم فهمهم لكيفية تناول الدواء والمواظبة

عليه هي أن الطبيب نفسه لم يقدم لهم المعلومات الكافية ، فنصف الوصفات الطبية التي قدمت لهم لم تكن تشتمل على صفحة التعليمات الطبية عن استعمال الدواء.

٣- المرضى لم يسألوا إلا أسئلة محدودة جداً أثناء مقابلتهم للطبيب،

والكثيرين منهم لم يطرحوا أي سؤال عليه.

٤- تبين أنه كلما كانت تعليمات الطبي بوضحة، ومصرح بها، كلما

كان التزام المرضى بها أكثر، وكان تناولهم للعلاج الدوائي والمواظبة عليه أكثر .

يقضي الأطباء وقتاً قصيراً جداً في شرح التعليمات لمرضاهم أثناء الزيارة

بحيث لا تتعدى دقائق ، مما يسبب الكثير من المضاعفات في فهم التعليمات،

وكيفية تناول الدواء ، وحتى في عدم الالتزام بتناوله. وقد أجريت دراسة بحثت

في تقارير طبية عن مقابلات لأطباء مع مرضاهم في العيادات الخاصة وفي

المستشفيات والمراكز الصحية، وتبين أنه أثناء الزيارة والمقابلة، التي لم تستمر

لأكثر من ٢٠ دقيقة ، لم يقض الأطباء إلا دقيقة واحدة، أي بنسبة (٥ %) من

زمن المقابلة والتواصل مع المريض ، ليشرح له طريقة تناول الدواء، وطبيعة

المرض، وكيفية معالجته. والملفت في هذه الدراسة، إن الأطباء أنفسهم قرروا

أنهم تواصلوا جدياً مع مرضاهم وشرحوا لهم طبيعة المرض، وعلاجه، وكيفية

تناول الدواء ، وحين تم طرح السؤال التالي عليهم: كم من الوقت أمضيته في

تقديم المعلومات لمرضاك ؟ فإن الإجابة كانت أن كل واحد منهم أمضى وقتاً أطول بكثير مما ذكره المرضى أنفسهم، وهذه النتيجة تعبر عن عدم تناسق أو صدق إجابات طرفي التفاعل . وفي دراسات أخرى، تم التوصل إلى أن الأطباء يقضون وقتاً أطول في التفاعل مع مرضاهم وتقديم معلومات كافية عن تناول الدواء ، وأن طول الفترة التي يقضيها الطبيب في تقديم المعلومات لمرضاه كانت حوالي (١٠ %) من زمن الزيارة أو اللقاء (Dimatteo,1985) .

يمكننا أن نقول بأنه كلما زاد تواصل الطبيب مع مريضه، وكلما قدم له معلومات كافية، وواضحة ، عن طبيعة مرضه، وكيفية معالجته، وتناول الدواء واستعماله، كلما زاد من التزام المريض بهذه التعليمات وبالتالي تقيد بالنصائح الطبية حتى يحقق العلاج أغراضه.

ثانياً-التزام المريض بالتعليمات وتناول الدواء ، وصلته بتفاعل الطبيب /المريض:

كما تبين سابقاً، فإن الناس يفضلون نمط العلاقة المتمركزة على المريض أي تلك التي يكون فيها المريض فعالاً ويتحدث عن حالته. وقد أظهرت نتائج الدراسات أن الأشخاص الذين يكونون علاقات إيجابية وفعالة، وجيدة مع أطباءهم هم الأكثر تقيداً بتعليمات هؤلاء الأطباء والتزاماً بتناول الدواء بشكل دقيق . فقد تبين أن الكثير من أمهات المرضى من الأطفال لم يتلقين عبارات واضحة عن الكثير من المعلومات الخاطئة التي تكونت لديهن حول أسباب أمراض أطفالهن ، وأن أكثرهن لم يكن راضيات عن طبيعة العلاقة والتفاعل الذي يتم مع الطبيب ، وأن أكثر العضلات التي واجهتهن ، هي أنه لم تتم الاستجابة لأسئلتهم ، ولم يعمل هؤلاء الأطباء على خفض القلق الذي كن يشعرن به أثناء اللقاء . من جهة ثانية فقد تم بحث وتقييم ما إذا كان الالتزام بتناول الدواء وتنفيذ التعليمات الطبية مرتبط برضا أمهات المرضى وطمأنينتهن أثناء الزيارة

ولتحقيق هذا الهدف، فقد قام الباحثون بزيارة الأمهات بعد أسبوع أو أسبوعين من زيارتهن لعيادة الطبيب ، من أجل تقييم درجة التزام أبنائهن المرضى بتعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام ، وقد تم ذلك من خلال مقابلة الأم ، واستجابتها لكيفية تناول ابنها للدواء. وقد ظهر أن الأمهات اللواتي كن أكثر رضا من زيارة الطبيب ، وأكثر قناعة وطمأنينة ، ودفعاً ، هن الأكثر تواصلًا ، وتفهماً لتعليمات الطبيب ، وأن أبنائهن يتبعن تنفيذ تعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام (Kaplan,&Simon,1991).

باختصار يمكننا القول، إن الأسباب التي تدفع المريض لتنفيذ تعليمات الطبيب والتفكير بتناول العلاج الدوائي ، أو عدم التفكير به، يرتبط بخصائص المريض النفسية ، وبشخصية الطبيب ومهاراته، وبنوعية العلاقة بين الطرفين. فكيف يمكننا أن نغير سلوك المريض من عدم الالتزام بتناول الدواء وتعليمات الطبيب إلى التزام، وانتظام في تناوله؟ وما هي الإجراءات التي يمكننا اتباعها لتحسين التزام المريض ، والتفكير بالتعليمات الطبية؟ هذا ما سنجيب عنه في الفقرة التالية.

رفع مستوى إدعان المريض والتزامه بالتعليمات وبالعلاج الدوائي، وتحسينه :

إن رفع مستوى التزام المريض بتناول الدواء وتفيد بنصائح الطبيب، يساعد على بلوغ أهداف العلاج ، فما أهمية التزام المريض بتناول الدواء وامتناله لنصائح الطبيب؟ يسعى العاملون في الخدمات الصحية إلى تعليم المريض التفكير بتعليمات الطبيب وتناول الدواء وفقاً لهذه التعليمات ، فهل الالتزام الضعيف ، أو عدم التفكير بتناول الدواء بشكل كامل ، يعتبر أمراً مقبولاً من قبل الطبيب ؟ أي ما هو مستوى الالتزام الذي يجب أن يتقده به المريض ليحقق نتائج إيجابية من العلاج الدوائي؟ وما هو مستوى الامتثال الذي يعتبر مقبولاً ؟

أولاً- عدم الالتزام بتناول الدواء، أو عدم الامتثال لتعليمات الطبيب وعواقبها الصحية:

عند عدم التزام المريض بتناول الدواء بانتظام ووفقاً لتعليمات الطبيب ، فإن مخاطر صحية يمكن توقعها، وقد تحدث مشكلات صحية جديدة لم تكن موجودة في السابق ، أو تطور المشكلة الصحية الأساسية لدى المريض وتتجه نحو مزيد من التعقيد .

فقد تبين أن نسبة (٢٠ %) من المرضى المقيمين بالمستشفيات يعانون من حالات مرضية ناتجة عن عدم تقيدهم بتناول الدواء بانتظام ، وعدم امتثالهم لتعليمات الطبيب. كما تبين أن مرضى القلب الذين والنوبات القلبية الذين لم يتقيدوا بتناول الدواء بانتظام ، ولم يمتثلوا لنصائح الطبيب وتعليماته ، هم أكثر عرضة للموت بنسبة تزيد (٣) مرات، مقارنة بأقرانهم من المرضى الذين التزموا بهذه التعليمات والدواء .

إن عدم الالتزام بتعليمات الطبيب وبتناول الدواء بانتظام لا تحدد بمفردها الحالة الصحية للمريض وذلك لسببين : الأول هو أن بعض العلاجات أو الأدوية قد تكون مؤذية لصحة المريض، وتكون لها آثاراً جانبية خطيرة أحياناً، من هنا يجب على المرضى مراقبة حالتهم الصحية بدقة، وإخبار الطبيب بما يلاحظونه حالاً، والسبب الآخر هو أن بعض الأطباء يصفون أدوية لمرضاهم تكون غير ضرورية، ولا لزوم لها ، بهدف تحقيق أغراض معينة ، مثل تحقيق رضا المريض، وإشباع رغباته، وحاجاته النفسية ، أو لتجنب بعض المخاطر النفسية والشخصية . ففي أكثر الحالات، تتفق توصيات الطبيب والأدوية التي يصفها مع حالة المريض الصحية ومشكلاته وهذه هي القاعدة الطبية، ولكن حتى حين يقدم للمريض تعليمات أو أدوية معينة ، فنحن أمام حالتين ، الأولى : هي أن الذين يلتزمون بها قد لا يظهرون الفوائد والنتائج الصحية المرغوبة من ورائها،

والثانية ، هي أن البعض قد يظهر فوائد صحية، وتحسن حالتهم أكثر من غيرهم (Hayes, et al, 1994) .

ترتبط أهمية الامتثال لتعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام بدرجة وثيقة بمشكلة المريض الصحية أو المرض الذي يعانيه، وبنوع العلاج أو الدواء الذي يناسبه . فمرضى ارتفاع الضغط، مثلاً، عليهم أن يتناولوا (٨٠ %) من الدواء الذي يوصف لهم بانتظام حتى يحقق العلاج النتائج المرغوبة في خفض مستوى ضغط الدم لديهم ، أما بالنسبة لأمراض أو مشكلات صحية أخرى فإن تناول نسبة (٨٠ %) من الدواء ليست ضرورية، فهناك حالات مرضية غير خطيرة ، ويكون تناول نسبة (٥٠ %) من الدواء كافياً لتحقيق أغراض المعالجة، ففي حالات صحية بسيطة يكون تناول (١٠ %) من البنسلين كافياً لخفض المشكلة والأعراض .

من هنا نتحدث عن حالة من الالتزام نسميها الالتزام غير الصحي *unhealthful adherence* أو الامتثال غير المفيد ، والذي يمكن تعريفه بأنه " النقطة أو العتبة التي تقع دون تحقيق أدنى مستوى من الفائدة والنتائج الصحية المطلوبة - علاجياً، ووقائياً- التي يجب أن يلتزم بها المريض في تناول الدواء الذي وصفه له الطبيب". فإذا لم يتناول المريض الدواء إلى هذه العتبة (بهذا المستوى)، فلن يحقق النتائج الصحية المطلوبة من ورائه.

من هنا يجب على المرضى الالتزام بهذا المستوى من الدواء حتى تتحقق الفوائد الصحية . وهناك نقطتين يجب توضيحهما ، بهذا الخصوص : الأولى هي أن الالتزام التام بتناول الدواء والامتثال المطلق لتعليمات الطبيب قد لا يكون ضرورياً أو لازماً في الكثير من الحالات، والثانية ، هي أن مستويات الالتزام الفعلية التي يعتمد عليها المريض بتناول الدواء قد لا تكون كافية ، فهي بحاجة إلى تفعيل وتحسين، حتى يحقق العلاج أغراضه.

ثانياً- طرائق تحسين التزام المريض بالدواء وتفعيل امتثاله لتعليمات

الطبيب:

بدلاً من محاولة الأطباء منع حدوث عدم التزام المريض بتناول الدواء، عليهم أن يطبقوا إجراءات تساعد في تحسين هذا التزام وتفعيل تطبيق التعليمات الطبية، فما هي الطرائق التي يمكن إتباعها لتحقيق هذا الغرض؟ أظهرت بعض الدراسات التي أجريت للإجابة عن هذا السؤال ، أن أول خطوة يجب على الأطباء اتبعها حين لا يلتزم المريض بتناول الدواء هي تقديم المعلومات إليه، وشرح طريقة تناوله وتكرار هذه المعلومات عدة مرات حتى يفهمها. إن تقديم المعلومات للمريض، عن حالته أو مرضه، وعن طريقة المعالجة، وكيفية استعمال الدواء، والتأكد من فهمه لها تساعد مجملها على خفض معدل عدم التزام المريض ، وبالتالي تحسين امتثاله لتعليمات الطبيب بتناول الدواء بدقة.

والطريقة الأخرى، هي تحسين تواصل الطبيب مع مريضه، لأن نوع التواصل وطريقة التفاعل التي يعتمدها الطبيب يمكن أن تفعل وتطور، بحيث تساعد في رفع مستوى التزام المريض بالتعليمات الطبية. وقد هدفت بعض الدراسات إلى تصميم برامج لتدريب الأطباء على التواصل، وتنفيذها عبر جلسات محددة، بهدف رفع مستوى تواصلهم مع المرضى وتفعيلها بما يحقق الأهداف الصحية المطلوبة، منها مثلاً كيفية التعامل مع المرضى القلقين، أو ذوي الحساسية العالية ، أو أصحاب المزاج الصعب ، بما يساعد على رفع مستوى التزام هؤلاء المرضى بتناول الدواء بانتظام والتقيد بالتعليمات. وقد تم تقسيم الأطباء المبحوثين إلى مجموعتين : الأولى، تمثل المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج التدريبي ، والثانية المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لبرنامج، وقد تبين أن أطباء المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج قد أمضوا وقتاً أطول في تقديم المعلومات لمرضاهم أثناء الزيارة واللقاء، مما رفع من مستوى التزام

المرضى بتعليماتهم وتقيدهم بتناول الدواء بانتظام ، وذلك على عكس أطباء المجموعة الضابطة (Hall,1990) .

ولأن غالبية المرضى ، لا يفهمون تعليمات الطبيب ، أو توصياته الطبية ، فبإمكان الأطباء أن يتعلموا على تقنيات نوعية ومحددة حول طريقة تقديم المعلومات، والنصائح، والتوصيات لتكون أكثر فعالية. ومن أبرز هذه الطرق التي يجب على الأطباء إتباعها:

- ١- استعمال كلمات واضحة أثناء التواصل، بحيث تكون العبارات بلغة مفهومة وفقاً للغة المريض ولهجته، وفقاً لمستوى فهمه وتفكيره ومعارفه.
- ٢- استعمال كلمات حسية، وملموسة، وواقعية بدلاً من الكلمات، أو العبارات المجردة ، ويمكن ذلك من خلال الأمثلة الواقعية، كأن يقول الطبيب لمريضه ما يلي: " عليك أن تمشي كيلومتراً واحداً كل يوم ، في الأسبوع الأول ، و تمشي ٢ كيلومتر يومياً في الأسبوع الثاني "، بدلاً من أن يقول له " عليك أن تمارس الرياضة يومياً".
- ٣- يمكن للطبيب أن يوزع تناول المريض للدواء على فترات أو دفعات، بدلاً من استعمالها كاملة لفترة واحدة متواصلة. فمن المعروف أن الكثير من المرضى يتقيدون بتناول الدواء في المراحل الأولى من المعالجة، ثم ينسونها أو يتجاهلوننها في الأوقات اللاحقة (بعد فترة زمنية)، وخاصة بالنسبة للأمراض المزمنة التي يكون علاجها طويل الأمد. من هنا يمكن للطبيب أن يوزع تناول الدواء على مراحل، يتخللها فترات استراحة، وذلك حسب نوع المرض والدواء الذي يقدمه.
- ٤- على الطبيب أن يطلب من مريضه مراجعته بعد فترة زمنية معينة ، من أجل متابعة حالته، وأن يأتي المريض بالدواء المتبقي ، بحيث يتعرف على كمية ما تناوله ، ودرجة تقيده بالعلاج الدوائي الذي وصفه له.

تعتبر هذه الطرائق، فنيات سلوكية مفيدة في تحسين التزام المريض بالعلاج الدوائي وامتثاله لتعليمات الطبيب وخاصة بالنسبة للمعالجة قصيرة الأمد short-term (ذات الفترة المحدودة) كما في الأمراض الحادة acute diseases، ولكنها ليست مفيدة بالنسبة للمعالجة طويلة الأمد long-term (ذات الزمن الطويل) كما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة chronic diseases مثل السكري، والقرحة، والربو. لذلك اتجه الباحثون إلى وضع فنيات وطرائق تساعد في تحسين التزام المريض بتناول الدواء طويل الأمد، وتوصلوا على عدة طرائق منها:

١- الدعم أو المساندة الاجتماعية، فيمكن للطبيب أن يشرك أهل المريض وأقربائه ، وأصدقائه لمساعدته في تناول الدواء وتنفيذ تعليمات الطبيب بدقة ، ومتابعتهم له باستمرار. ويمكن لهذه المساعدة وهذا الدعم أن يساعد في تكوين اتجاهات إيجابية لدى المريض، كما أن تلقيه للمعززات، والتشجيع، والمساندة أثناء تنفيذه لتعليمات الطبيب وتناول الدواء، تجعله جميعها أكثر التزاماً وتقيداً بها ، وتنفيذاً لتعليمات الطبيب. ويمكن للمريض أن يتلقى الدعم الاجتماعي ليس فقط من الأهل والأقارب ، والأصدقاء ، بل من المؤسسات الصحية، كمراكز الرعاية الأولية ، والخدمات الطبية، وغيرها، ما يقدم لها الدعم والمساعدة، والتي تزيد من تقديره لذاته، وشعوره بالانتماء.

٢- هناك عدد من التقنيات السلوكية التي تساعد المريض وترفع من درجة التزامه ، وتنفيذه للتعليمات الطبية العلاجية ، من هذه التقنيات :

أ- تكيف نظام العلاج الدوائي tailoring the regimen ليناسب حالة المريض . فالكثير من الأدوية يمكن تعديلها لتناسب عادات المريض ودافعيته ، فمثلاً ، تناول حبة دواء في المنزل بعد

الإفطار، أو قبل النوم ، يسهل تنفيذها من قبل الكثير من الناس بدلاً من إعطاء دواء يجب تناوله في منتصف النهار.

ب- تقديم تذكرات وملحوظات، أو مفكرة يومية، تتضمن إشارات تساعد المريض على أن يتذكر تناول الدواء والأنشطة الصحية التي وصفها الطبيب، ويمكن أن تكون جانب الهاتف، أو في مذكرة المواعيد ، كما أن علبة الدواء نفسها يمكن أن تتضمن مؤشراً على تناوله بحيث تبقى مع أغراضه الشخصية.

ت- مراقبة الذات، حيث يسجل المريض ما يقوم به من أنشطة علاجية سواء كانت تناول الدواء ، أو ممارسة تمارين ، أو حماية غذائية (ما يتناوله من طعام يومياً)، بحيث يسجل كل واحدة منها في سجل خاص ، بما يتيح له أن يلاحظ ما يقوم به من سلوكيات علاجية صحية.

ث- التعاقد السلوكي behavioral contracting ، وفيها يتناقش الطبيب مع مريضه ويتحاوران حول النظام العلاجي الدوائي وغير الدوائي، والأهداف المرجوة منه، والمكاسب التي سيحققها المريض حين ينجح في تنفيذها.

إن الفوائد التي تحققها هذه الطرق تجعل المريض أكثر نشاطاً وفعالية في تنفيذ التعليمات الطبية . ومن الممكن أن يتم ذلك بمساعدة الطبيب ، أو فريق التمريض، أو الأهل، والأصدقاء. إن هذه الطرق التي تزيد من التزام المريض بتناول الدواء ، وتنفيذ التعليمات ، تقع بالدرجة الأولى على عاتق الطبيب المتخصص الذي يؤدي دوراً نشطاً في مساعدة المريض ، إلا أن هناك طرقاً وتقنيات أخرى يقع عبء تنفيذها على أخصائيين آخرين، مثل متخصصي الخدمة الاجتماعية الطبية، والتمريض، والأخصائيين النفسيين الذين يمكنهم القيام بأدوار

فعالة تساعد المريض على تنفيذ التعليمات وتناول الدواء والعلاج بانتظام
(Turk & Meichenbaum, 1991).

المعالجة النفسية لعدم إزعاج المريض أو مطاوعته:

إن تقنيات العلاج النفسي السلوكي قد ثبتت فعاليتها في معالجة معضلة عدم المطاوعة لدى المرضى ، وتحسين التزامهم وتنفيذهم لتعليمات الطبيب . فقد استخدمت تقنية التدريب على توكيد الذات لمعالجة عدم مطاوعة مرضى السكري وقد حققت نتائج جيدة في تعديل سلوكياتهم الصحية من حيث تحسين تحكمهم بعادات الغذاء ، والأنشطة والتمرينات ، وانتظام تناول العلاج الدوائي . وقد تبين أن هذه التقنية العلاجية السلوكية تعلم المريض كيف يتعامل مع الفريق الطبي ويتفاعل معه . فالتقنيات السلوكية تساعد المرضى على تعلم النظر بطريقة نقدية وبناءة ، بما يحافظ على صورة الذات وتقدير الذات .

وقد طبقت تقنية التعزيز بهدف تحسين طواعية المريض، فالمكافآت تستخدم بهدف تحسين السلوك السوي وتعزيزه، ويستخدم العقاب بهدف خفض السلوكيات غير السوية مما يساعد في تحسين طواعية المريض وتنفيذه لإرشادات الطبيب. وقد استخدمت طريقة التواصل من خلال المكالمات الهاتفية مع المرضى وقد تحسن أداؤهم وأصبحوا أكثر التزاماً ولكن فقط خلال أثناء فترة العلاج .



الفصل الخامس

العلاج النفسي لمرضى الجسم

دور المعالج النفسي: قضايا نظرية مهنية وتطبيقية

تحدث المشكلات الجسمية والنفسية متزامنة مع بعضها البعض ، وبالتالي فإن العلاقة المهنية الوثيقة بين الطبيب والمعالج النفسي ذات أهمية خاصة ، كما أنها ضرورية لتحسين الخدمات الطبية. فالعديد من الأطباء يفترضون أن المشكلات الانفعالية للمريض - ومن ضمنها الألم، هي ببساطة جزءاً من الحالة والعملية، ويظهر ذلك من خلال العمل الجراحي حين تصدر عبارات تقول " يارب ساعدهم" والتي تعني مساعدتهم في التخلص من الألم. وعادة لا يشخص الطبيب الأمراض السيكياترية (الطب النفسية) التي يواجهها لدى المريض، ولكنه بالمقابل يحاول تفسير المشكلات الانفعالية التي قد يعانيها مرضى الجسم، كما يقوم بإجراءات عامة للتعامل معها بدلاً من إحالتها إلى مختصين بالعلاج النفسي. فالأمراض العقلية التي قد تظهر لدى مرضاه يقوم بإحالتها إلى اختصاصي العلاج النفسي، ولكنه يحاول المساعدة في التعامل مع المشكلات النفسية الخفيفة. من جهة ثانية هناك مشكلات نفسية شديدة ومتنوعة تحدث لدى المرضى المصابين بالأمراض المميتة مثل أمراض القلب والسرطان، والإيدز ، فهذه الحالات يتعاون فيها المعالج النفسي ضمن فريق متكامل في العلاج. إن إحالة المرضى الجسميين إلى مختصين بالعلاج النفسي ، ولو لفترة وجيزة، يكون لها تأثيراً مهماً وفعالاً في برامج الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى.

الاستشارات النفسية داخل المستشفى:

قد يحال للمعالج النفسي حالات تعاني من مرض جسدي ودخلت المستشفى لأسباب مختلفة ، وهي بحاجة إلى استشارة نفسية متخصصة أو تقييماً

للشخصية والسلوك . ومع أن المعالجين النفسيين قد ينظرون إلى أنفسهم على أنهم بمثابة دعم ومصدر مساندة انفعالية للمرضى ، فإنهم قد لا يتقبلون مثل هذه الحالات بسهولة ويسر ، لأسباب متعددة أهمها أنهم لم يحصلوا على معلومات شاملة عن حالة المريض، وثانيها أنهم بحاجة إلى إذن رسمي لتقديم استشاراتهم. وبالمقابل فإن الطبيب نفسه قد لا يكون مطمئناً إلى الدور الذي سيقوم به المعالج النفسي ، وربما يتعلق الأمر بمعتقداته عن العلاج النفسي والاستشارة النفسية.

إن الدور الذي يؤديه المعالج النفسي يتعلق على المؤهلات التي يحملها، وعلى وضعه أو مكانته في المستشفى : فهل هو عضو ضمن فريق المعالجة ؟ وهل تنظيم المستشفى يتيح تقديم مثل هذه الاستشارات النفسية ؟ وهل فريق المعالجة يتقبل المعالج النفسي ؟ فإذا كان أعضاء المستشفى متخصصون ويعملون كفريق مع كل حالة من الحالات سيتاح للمعالج النفسي ملاحظة المريض بانتظام ودراسة حالته النفسية وتتبعها جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي والجراحي.

الإحالة إلى الأطباء:

تتطلب بعض الحالات السيكيائية ، والتي تعاني من اضطرابات سلوكية وانفعالية إحالة إلى الأطباء المختصين داخل المستشفى ، ومن أبرز الاضطرابات النفسية التي يعانيها المرضى توهم المرض hypochondriasis .

وبعض هؤلاء المرضى قد لا يتقبلون عملية إحالتهم إلى الطبيب في المستشفى لإجراء فحوص طبية جسمية لهم، وقد تسيطر عليهم آلية النكران denial وإذا لاحظ المعالج النفسي أن حالة المريض الجسمية الذي يعاني من توهم المرض خطيرة ، عليه أن يعرفه بالمخاطر الناتجة ويوضح به ضرورة مثل هذه الإحالة لإجراء الفحوص الطبية اللازمة . من جهة ثانية فإن بعض الأطباء قد يكونوا حذرين في التطرق للحياة الشخصية والنفسية للمريض

ويشعرون بأنهم يتدخلون في جوانب خاصة من حياة المرضى مما تعامل معها المعالج النفسي، وقد يشعر بعضهم بأن مثل هذه المعلومات ليست مفيدة في العلاج الطبي والدوائي الذي يطبقونه عليهم.

قضايا سيكودينامية

ميكانزمات الدفاع :

هناك فرق بين مفهومي : التعامل أو المواجهة coping وآليات أو ميكانزمات الدفاع defense mechanism . بالرغم من أن المفهومين يشيران إلى سلوكيات حماية ودفاع عند الفرد ، ويحققان إشباعاً لحاجات لديه ، إلا أن هناك بعض الفروق بينهما . فاستجابات التعامل (المواجهة والتصدي) هي سلوكيات مرنة flexible وتكيفية adaptive وهي تحت متناول الشعور أو الوعي ، فهي شعورية conscious ، إنها تحت مستوى التحكم الإرادي الواعي للفرد، وهي أكثر فعالية وكفاءة. بالمقابل فإن آليات الدفاع أقل مرونة وأكثر تصلباً وجموداً rigid ، وغالباً تكون غير تكيفية unadaptive ، وهي في مستوى اللاشعور أي أنها لاشعورية وغير خاضعة للتحكم الإرادي الواعي للفرد . ومع أنها تساعد الفرد على الأداء السلوكي الوظيفي، إلا أنها محدودة، وتتبع طريقة غير مرنة في أداء وظيفتها. ومن آليات الدفاع النفسية : الكبت، والكظم ، والإسقاط، والنكوص ، والتماهي أو النقمص، وأحلام اليقظة ، والرد المعاكس ، والسلبية ، والإبدال أو الإزاحة .

إن كل مريض من مرضى الجسم والأعضاء يمر بموقف من المواقف التي يستخدم فيها آليات الدفاع النفسية وخاصة انه يقع تحت تأثير ضغوط نفسية ومخاوف . وقد تتدهور آليات الدفاع وتقل في مساعدة المريض على مواجهة مرضه مما يضعه في موقف عاجز والفاشل في التعامل مع المرض ومع موقف حياته اليومية . وفي بعض الأحيان، تكون آليات الدفاع التي اعتاد الشخص

اتباعها في الظروف العادية مثل النكران والتجنب، قد تصبح أكثر جموداً في مساعدته على التعامل مع الموقف الحالي كما هو الحال حين يصاب بمرض جسمي معين. من هنا فإن آليات الدفاع التي نجحت في تحقيق التكيف في ظروف عادية قد تفشل في مساعدته حين يمرض.

الكبت: يمنع الكبت وعي الفرد من فهم أفكاره المضطربة ، وانفعالاته الحقيقية. إنها تصد الفرد عن التعامل مع الأفكار والمشاعر الحقيقية التي يمر بها، وقد تكون هذه المشاعر والأفكار فرح وسرور أو ذكريات ومخاوف منذ الطفولة، ولكنها تبقى مكبوتة في اللاشعور . وحين يصبح الشخص مريضاً فإن هذه المشاعر والذكريات المكبوتة (مثل الاتكالية، أو الإهمال والرفض) قد تظهر وتطفو على السطح.

حين يحدث المرض، وتطور فترة المعالجة مع الزمن، أو حين تستغرق عملية العلاج زمناً طويلاً، فقد يشعر الأطباء بالفشل، كما يحالون رفض مشاعر المريض السلبية ونكرانها . وقد يفترض الطبيب أن التعايش مع المرض ومعالجته ربما يزيد من فهم المريض وقوته. في الواقع ، ربما يخفض الطبيب من مخاوف مريضه، أو على العكس قد يولد لديه مخاوف جديدة. فإجراء عملية جراحية للمرة الثالثة، ربما يجعل المريض أكثر قلقاً من المرات السابقة " الآن أعرف لماذا أنا قلق ومهموم " أو " كنت محظوظاً في المرتين السابقتين ، ولكن الحظ سيفارقني الآن ".

النكران والانسحاب : يعتبر النكران بمثابة عجز سيكولوجي ورفض لقبول واقع ما يحدث، وهو آلية دفاع شائعة في مواجهة الأمراض الجسمية والإعاقة. ومع أن الشخص العقلاني يعرف ما حدث ، إلا أن المخاطر والتعقيدات يتم تجاهلها أو اختزالها إلى حدودها الدنيا . فالنكران قد يظهر وكأنه نقل أو إزالة للموضوعات والأحداث من اللاشعور، وتجنب بقائها تحت هذه الشروط ، وقد

يأخذ شكل الرفض الشعوري أو اللاشعوري لتقبل الممنوعات والتقييدات التي يواجهها : فمريض القلب مثلاً يبدأ بالتدخين بشراهة مرة ثانية، وبعد مدة وجيزة جداً من إجراء العمل الجراحي . إن الحاجة لبلوغ الشفاء من المرض الخطير ومعالجته قد تقود المرضى إلى النكران أو عدم رد الفعل حين يحدث شيء خاطئ . فمرضى القلب قد يتجاهلون مشكلات البصر والرؤية التي ترافق المرض، حتى تظهر أمراض خطيرة في الرؤية كضعف البصر أو العمى . ففي مثل هذه الحالات لا يخدم النكران كوظيفة دفاعية وحماية للذات، ولكنه على العكس من ذلك، يزيد من مشكلات المريض وتعقد حالته. فقد أظهرت بعض الدراسات الطولية التتبعية على مرضى القلب التاجي أن النكران يكون مفيداً ومساعداً في المراحل الأولى للمرض ، ولكنه ليس كذلك في المراحل التالية والمتأخرة. وهناك قضية أخرى وهي طريقة الطبيب في مساعدته للمرض، حيث يتساءل الطبيب المعالج عن أفضل طريقة يساعد فيها مريضه في مواجهة حقيقة المرض واتخاذ القرار المناسب بذلك . فإذا استمر الطبيب والأسرة في مجارة المريض واتفاقهم معه على نكران حقيقة المرض، فقد يصبح المريض أكثر خوفاً وقلقاً، مما يزيد من مشكلاته الصحية. ومن الآثار السلبية الأخرى للنكران، أن طول فترة استخدام هذه الآلية مع الزمن ، يعيق الأداء الوظيفي التكيفي للمريض بحيث يضعف جهاز المناعة لديه. وقد تبين أن النساء المصابات بالسرطان ، واللواتي تقبلن حقيقة حالتهن وتشخيصها، ولكنهن رفضن الضيق والتوتر والقلق الانفعالي المرافق، قد اضعف لديهن الخلايا الدفاعية في جهاز المناعة، وكن أسرع في الموت.

العقلنة أو التبرير : هي آلية دفاعية أخرى لعزل المشاعر عن الأفكار ونظام التفكير لدى الشخص ، حيث يكون التركيز على المنطق والمعرفة . إنها محاولة للتحكم في الموقف حين يشعر الفرد بأنه غير قادر على السيطرة على الموقف

أو المرض والتحكم به ، فيوجد مبررات منطقية تخفف عنه مشاعر الضيق واللوم. من هنا يعتبر التبرير طريقة للتعامل مع الموقف الذي لا يخضع سيطرة المريض وضبطه، فنراه يلجأ لمطالعة الكتب، أو قراءة مقالات عن المرض، وقد يسأل أسئلة في محاولة منه لفهم طبيعة المرض وسياقه ، وتطوره ومآله.

النكوص: حين يعاني المريض من مرض خطير، فإنه يسلك سلوكاً نكوصياً يرجع فيه إلى مرحلة نمو سابقة كان قد مر بها في حياته، كأن يبكي أو يطلب مساعدة . وحين يشعر بأنه عاجز عن التعامل مع الموقف فإنه يتصرف من خلال إتباع سلوكيات طفلية، ويمكن لهذه الآلية أن تشبع حاجاته الحالية وترضيها، ولكنه يدافع ويجاهد ضد المرض وسوء التنظيم الذي يعانيه. وإذا استمرت سلوكيات النكوص لديه لفترة طويلة، فقد يتسبب ذلك في إيجاد حالة من الضيق والكدر الشديد، بل والإنهاك الذي يطال المريض، وأسرته، وغيرها من القائمين على رعايته.

عزل أو إزاحة المشاعر والانفعالات : يفيد عزل المشاعر أو إزاحة الانفعالات بحيث يتم تجزئتها وإبعادها عن سياق التفكير، وبذلك تصبح مستقلة عن منظومة التفكير لدى المريض. فقد تأخذ تظهر من خلال النقاش المستمر حول المرض، أو طرح أسئلة متنوعة عن سيره مما يؤثر في تكيف المريض وعائلته . ومثل هذه السلوكيات ربما تسيء إلى التكيف الجيد والحسن. تجدر الإشارة إلى أن بعض الأطباء وفريق التمريض قد يرون في هذه السلوكيات جوانب ايجابية يتم تفضيلها لأنها تسهل التعامل مع المريض. ولكن بالمقابل، فإن التوتر، والضيق، والإنهاك الشديد، يعيق عمل هذه الآلية الدفاعية عن أداء وظيفتها، وتصبح غير فعالة.

المقاومة: يقاوم المرضى والمصابين بأمراض مزمنة المعالجة ، وقد لا يوافقون أو يدفعون تكاليف المعالجة ، حيث يبخلون على أنفسهم في العلاج

ودفع تكاليفها . إنهم ينكرون حالاتهم المرضية ، أو يستمرون في استعمالها لمواجهة مشكلاتهم الانفعالية التي يعيشونها. ونتيجة لذلك يرتبط القلق بالمرض وقد يقاومون الدخول في المعالجة النفسية " أريد مزيداً من القوة العاطفية ، يمكن السيطرة ، لا أعرف إذا ما كنت قادراً على التعامل مع الموقف" . إن مقاومة المعالجة قضية مهمة تواجه الفريق الطبي أيضاً. فالمقاومة تعيق المريض من تناول الدواء ، والانتظام في المعالجة ، حيث نرى المريض غير مطاوع ولا ينفذ التعليمات الطبية. من جهة ثانية، يمكن للمقاومة أن تكون كالنكوض والسلبية، طريقة لجذب انتباه الآخرين، وطلب انتباههم، ومساعدتهم.

الطرح أو النقل: نظرياً، يعتبر الطرح بمثابة نزعة ينقل (يطرح) فيها الشخص مشاعر وانفعالات يشعر بها حياء والديه (أو من يقوم مقامهما) نحو أشخاص آخرين مهمين في حياته، وقد يكون هذا الشخص هو الطبيب المعالج نفسه حيث يصبح موضع نقل ومحط مشاعر المريض. فإذا كانت الحاجات والدوافع والذكريات المكبوتة منذ الطفولة قد خرجت، فإن علاقة جديدة قد تتشكل.

١- الطرح والمعالج النفسي: من الأدوار المهمة التي يقوم بها المعالج أثناء معالجة المرضى ، مساعدتهم على فهم الطريقة التي تؤثر فيها أفكارهم ومشاعرهم بأفكار ومشاعر الآخرين ، وكيف تتأثر بها أيضاً. فالعلاقة مع الآخرين مهمة جداً حين يصبح الشخص مريضاً، لأن العلاقات الشخصية والتبادلية مع الآخرين تتغير مع حدوث المرض الجسمي . فالشخص الاتكالي قد يصبح أكثر اتكالية على أصدقائه أو زوجه ، أو أطفاله ، أو على المختصين أنفسهم من أطباء، ومعالجين نفسيين، وممرضين. وقد تنشأ بعض الصراعات أثناء تقديم خدمات الرعاية، وخاصة حين يكون لدى المريض رغبة

قوية في الاستقلالية وإحساس قوي بالذات. قبل المرض، قد يحدث مستوى جيد من التوافق والانسجام، ولكن بعد المرض قد تنشأ العديد من القضايا التي تحتاج إلى حل، وتطفو على السطح العديد من العضلات، فمن يملك القوة؟ ومن يضع المتطلبات؟ ومن الشخص الذي يكون في مركز الاهتمام، وبؤرة الانتباه؟ وحالما يتم التعامل مع مقاومة المريض للعلاج النفسي، يصبح المريض أكثر اتكالية على معالجه، ويحتاج لمزيد من الفهم، والإصغاء، وأحياناً طريقة "غير معروفة" أو جديدة لمساعدته. فليس من المستغرب أن يقابل المعالج مريضه وهو يسيطر عليه حاجاته ودوافعه اللاشعورية نحو أمه، وتظهر عملية الطرح هذه بقوة، خاصة مع المرضى الجسميين أو الذين يعانون من أمراض عضوية، لأن المريض يمر بأزمة فشلت في مواجهتها مختلف آليات الدفاع النفسية. فالغضب، والمثالية، والاتكالية، تمثل عينة من مؤشرات الطرح التي تظهر خلال العلاقة العلاجية. والعمل مع نماذج المقاومة هذه قد يتطلب تغييراً في الأدوار، أو استدعاء أشخاص آخرين إلى بيئة المريض ومجاله الحيوي.

٢- الطرح والفريق الطبي : العلاقة الخاصة للمريض مع أطبائه وممرضيه يمكن أن تنشئ صراعات تتعلق بموضوع الاتكالية والعلاقة مع الإدارة أو ممثلي السلطة في المستشفى. فالطبيب الذي يقضي وقتاً مع المريض والذي يسعى لمعرفة المريض شخصياً قد يشعر بنوع من الدفء والرعاية وحين يحيل الطبيب مريضه إلى العلاج النفسي، فإن المشاعر التي يتم طرحها ونقلها تكون عادة سلبية. وقد يسيء المريض تفسير إحالته إلى المعالجة النفسية، مما

يضعف ثقته بالطبيب الذي أحاله، وأنه غير قادر على التعامل مع حالته.

على المعالج أن يفتح على مريضه بحيث يسمع منه مايقوله، ويعرف مشاعره ، وهذا مايدفعه للاعتقاد بان الطبيب مهتم به وبمشكلاته. ومن المهم أن يتعرف إلى الأسباب التي تقف خلف عملية الطرح أو غيرها من آليات الدفاع النفسية (Sarafino,2005) .

الشخصية والأمراض الجسمية:

نمط الشخصية والتكيف مع المرض العضوي أو الجسمي:

استناداً إلى نمط الشخصية، تظهر لدى الناس أمراض جسمية معينة ، كما يتبعون أساليب تكيف وتعامل مختلفة باختلاف هذه الأنماط كما يقول بيكل (Bakal,2001) وهي:

المريض ذو الشخصية الحدية : borderline

المرضى الذين يتصفون بصفات الشخصية الحدية يظهرون العديد من المشكلات التي تتعلق بطريقة تدبر المرض ومعالجته.فيظهر لدى هؤلاء المرضى الاندفاعية ، وسلوكيات غير متوقعة تتراوح بين المثالية وبين تبخيس الآخرين . قد يظهر هؤلاء وكأنهم أسوياء في بعض الأحيان، ولكن مزاجهم يتحول من الهدوء والاستقرار إلى التهيج والاستثارة ، من هنا تظهر لديهم أعراض القلق ، والاكتئاب، والعصبية .

إن المرضى المصابين بأمراض عضوية ويتصفون بالشخصية الحدية، يعانون من صراع بين الرغبة في تكوين علاقة وبين تهديد التجاهل والإهمال. ويغض النظر عن الحاجة للدعم والمساندة، فإن هؤلاء المرضى يعرفون كيف

يرفضون تعليمات الطبيب وتوجيهاته.إنهم يدخلون المعالجة وفقاً لأجندتهم وبرنامجهم الخاص في الشفاء. خلال فترة المعالجة ، قد يظهر هؤلاء المرضى أفكاراً انتحارية ، ويتردد دخولهم على غرفة الطوارئ ، من هنا تظهر لديهم مشاعر الغضب والإحباط تجاه الفريق الطبي الذي يرعاهم. أما بالنسبة للجلسات العلاجية الأولى، فيظهر لدى هؤلاء المرضى آلية النكران ورفض المعالجة ، إضافة إلى الكآبة، والانتكالية الزائدة، كما يقاومون الكثير من الموضوعات والإجراءات اللازمة للمعالجة. مثل هؤلاء المرضى كثيرون الطلاب، وسريعو الغضب، حيث يظهرون مشاعر العداء تجاه الفريق الطبي عامة وطبيبهم المعالج خاصة.أما بالنسبة للمعالجة، فمن المتوقع أن تطول فترة معالجة المرضى الذين يحملون صفات الشخصية الحدية، وفي أحيان أخرى يتطلب علاجهم النفسي سنة على الأقل حتى يصبح بالإمكان تطبيق خطة العلاج الطبي لمرضهم الجسدي.

المريض ذو الشخصية الوسواسية القهرية obsessive-compulsive:

المرضى الذين يتصفون بالشخصية الوسواسية القهرية ، يهتمون كثيراً بالتفاصيل، والانشغال بأمور تتصل بالقواعد والأنظمة ، والرتابة ، لأنهم يسعون نحو المثالية والكمال. من هنا يواجهون صعوبات كبيرة في اتخاذ القرارات . إن فقدان القدرة على السيطرة والتحكم يمثل أكبر تهديد نفسي للمرضى الذين يتصفون بهذه الصفات الشخصية . فهؤلاء المرضى عرضة للإحباط ، والقلق حين تسير الأمور على غير ما يجب ، أو حين يحدث بعض التغيير في روتين حياتهم اليومية.وتكون استجاباتهم لمثل هذه التغيرات، القيام بسلوكيات متصلبة ، كما يسعون كثيراً للحصول على مزيد من المعلومات عن حالتهم المرضية وأعضائهم الجسمية.ويحتاج هؤلاء عادة غلى إشراف قليل .

المريض ذو الشخصية الهستيرية:

تتصف هذه الشخصية بالمبالغة في التعبير عن الانفعالات وردود الفعل المبالغ فيها تجاه الأحداث الصغيرة ، كما يتصفون بالحاجة المتزايدة لجذب انتباه الآخرين واهتمامهم . مثل هؤلاء المرضى يتصفون بالاتكالية ، ويشبهون الشخصية الحدية من حيث ظهور بعض الأفكار والمحاولات الانتحارية . إن المريض الذي يتصف بهذه الشخصية يعتبر المرض الجسمي الذي يتعرض له بمثابة تهديد للذكورة والأنوثة.فهو شخصية درامية تمثيلية . وتهدف المعالجة النفسية إلى إعادة طمأننته ، وتقديم الدعم اللازم الذي يرفع من مستوى جاذبيته وقوته البدنية.

المريض ذو الشخصية النرجسية:

يتصف المريض النرجسي بالإحساس بالعظمة وأهمية الذات، وتضخيم الإنجازات والانشغال بأحلام اليقظة المتعلقة بالنجاح والتفوق والطموح. مثل هؤلاء المرضى لا يتعاطفون مع الآخرين ، كما يحسدون من يتصورون أنهم أحسن منهم. إنهم يشعرون بالخجل حين لا يتلقون التقدير اللازم.من جهة أخرى فإن المريض الذي يحمل هذه الصفات يسعى لأن يكون شعبياً ومعروفاً، ولكن ليس لديه إلا القليل جداً من التعاطف مع الغير، من هنا نلاحظ التعاطف الوجداني لديه ضعيفاً . يعتبر المريض أن مرضه الجسمي هو تهديد لصورة الذات . أما الذين يتعرضون لبعض أشكال العجز أو الإعاقة ، فتختل صورة الجسم لديهم مما يجعلهم في مواجهة صعوبات كبيرة ، ولذلك فإن التدخل العلاجي يهدف إلى رفع مستوى تقدير الذات وصورة الجسم .

المريض صاحب الشخصية الفصامية :

تتصف الشخصية الفصامية بالعزلة وعدم التواصل مع الآخرين، وتفضل الأنشطة الفردية، وصعوبة التعبير عن المشاعر لدرجة المبالاة . لدى المريض

الذي يتصف بهذه الصفات خيال جامح ، ونادراً ما يُقبل على الزواج . المريض الجسمي الذي ينتمي لهذه الشخصية كثيراً ما يستخدم النكران كآلية دفاعية، ويتبع الانسحاب لتحقيق مسافة حيوية مريحة له تبعده عن الآخرين. وتهدف المعالجة إلى احترام رغبات هذا المريض، وبنفس الوقت مساعدته على تنفيذ المتطلبات الطبية والخطة العلاجية .

المريض ذو الشخصية الزورقة (البارانونية):

تتسم هذه الشخصية بالشك والريبة وسوء الظن بالآخرين، وسوء تفسير الأفعال الصادرة عنهم حتى المقربون، وتسيطر على الشخص الغير المرضية، ويرى أفعال الآخرين على أنها عدائية ، وأن هناك مؤامرات تحاك ضده. ويظهر لدى الشخص مشاعر الاضطهاد وأنه معاقب على أفعال معينة سبق وارتكبها. من هنا يتردد على لسانه عبارات " أنا مظلوم " ، ويحمل ذكريات سيئة عن المحيطين به . ومن سمات هذه الشخصية : تضخيم الأمور، والاستثارة .

المريض صاحب الشخصية المراقية (توهم المرض):

لقد تبين أن ٣٠%-٥٠% من المترددين على العيادات الطبية ، لا يعانون من مرض جسمي معين، وأن ٢٥% - ٤٠% من المرضى الذين يدخلون المستشفيات لا يعانون من أمراض جسمية محددة. كما أن ٥% من المرضى الذين لم يدخلوا المستشفيات إنما يعانون من توهم المرض ، حيث تتحول الضغوط الانفعالية إلى شكاوي جسمية. والمرضى المصابون بتوهم المرض يبالغون في الاهتمام بحالتهم الصحية وأجسامهم. وتعتبر الأعراض القلبية، والتنفسية، والألم من أكثر الشكاوي التي تظهر لديهم. والكثير من هذه الشكاوي تكون غامضة وغير محددة تشبه الإحساسات الجسمية العادية التي تظهر لدى الأسوياء ويتجاهلها ولا يهتمون بها، ولكن هؤلاء المرضى يبالغون فيها حين تظهر لديهم. لقد تبين أن هؤلاء المرضى يستفيدون من الرعاية النفسية حين يتلقون الاهتمام

الكافي ، ويكونون موضع انتباه . تجدر الإشارة إلى أن بعض الأطباء يشخص العديد من الحالات الطبية على أنها مراقبة (تعاني توهم المرض) حين يعجز عن تشخيص دقيق للحالة ، وحين تكون ناتجة عن ضغوط نفسية يمر بها.

الحالات الانفعالية والمرض العضوي الجسدي:

هناك علاقة تأثر وتأثير بين الحالة الانفعالية والمرض الجسدي . ويبحث علماء النفس والأطباء نوع وطبيعة العوامل النفسية والبيولوجية التي تسبب المرض العضوي ، وتساعد في تطوره وتأزمه . ومن أبرز الحالات الانفعالية التي ترتبط بالأمراض الجسمية : الاكتئاب والقلق .

الاكتئاب:

أظهرت دراسة قام بها زيرنيك وزملاؤه (Ziarnik,Freeman,Sherrad,Calyn,1977) أن المرضى المصابين بالكلية والذين ماتوا بعد سنة من إصابتهم كانوا يعانون من درجات مرتفعة من الاكتئاب، والقلق، والعجز، والانشغال المستمر بحالتهم البدنية . أما الذين عاشوا فترة أطول فقد كانوا يعانون من درجات منخفضة من الاكتئاب . ويبقى التساؤل الأساسي : هل ردود الفعل أو الحالات الانفعالية هي سبب المرض العضوي أم أنها نتيجة له ؟

إن دور الاكتئاب في حدوث مرض السرطان وتطوره كان موضع اهتمام العديد من الأطباء . على الرغم من أن الدراسات الحديثة قد أظهرت أن الاكتئاب لا يرتبط بتطور مرض السرطان ، فقد أظهرت دراسة تتبعية طبق فيها مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية أنه من بين ١٠% من المرضى الذين تعرضوا للسرطان كان هناك ٢٤% منهم قد حصلوا على درجات عالية من الاكتئاب ، بينما ١٨% منهم لم يحدث لديهم أي مرض. لقد أظهرت دراسة حديثة أن العلاقة بين الانفعالات والمرض العضوي أكثر تعقيداً مما يبدو للوهلة الأولى، كما أنها تعكس تدخل عوامل أخرى في هذه العلاقة .

القلق :

لقد بحث روزنمان تأثير القلق على جهاز القلب وعمله، مما يوضح العلاقة بين الجسم والعقل . ومع أن هناك علاقة وثيقة بين القلق والأمراض العضوية الجسمية مثل ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب التاجية، والموت المفاجيء فإن من الصعوبة بمكان - حتى الوقت الحاضر - أن نفصل بين السبب والنتيجة . فقد تبين أن هنا خللاً في عمل القلب ووظائفه لدى المصابين بالقلق ، وأن المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع والخوف بما فيها القلق وألم الصدر والذين يعالجون على أنهم مرضى بالعصاب ، يعانون من أمراض جسمية تقف خلف هذه الحالات الانفعالية . إن للغضب والعدوان آثاراً جسمية مباشرة ترتبط بالأمراض العضوية وخاصة أمراض القلب ، وارتفاع الضغط الشرياني والصداع وغيرها. إن العلاقة بين أمراض القلب التاجية وبين نمط الشخصية (أ) قد بحثه روزنمان ورفاقه، حيث تبين أن أصحاب هذه الشخصية الذين يتصفون بالعدائية والتنافس، والشعور بضيق الوقت، وكثرة الأعمال وعدم التنظيم، تساعد على حدوث أمراض القلب، وأن هذه الأمراض أكثر حدوثاً لدى هذه الفئة من الأشخاص . وبالمقابل فإن الأشخاص ذوي الشخصية (ب) الذين يتصفون بالهدوء ، والتنظيم ، والتحمل أقل عرضة لأمراض القلب. وقد تبين أن صفات الشخصية (أ) تظهر لدى الذكور والإناث العاملين والعاملات وربات البيوت، وأن ربات البيوت ذوي الشخصية (أ) قد اظهروا تكيفاً زواجياً ضعيفاً ، وكانوا أكثر تعرضاً للضغوط النفسية ، والمشكلات الصحية، وأكثر خوفاً من الفشل مقارنة بأصحاب الشخصية (ب) . وقد استخدم الباحثون أدوات وأساليب تقييم متعددة للتعرف إلى نمط الشخصية المهيمنة للإصابة بأمراض القلب، وتبين أن العلاقة بين نمط الشخصية (أ) وهذه الأمراض أكثر تعقيداً مما يبدو للوهلة الأولى . من جهة ثانية فإن التعرف إلى مكونات الشخصية التي تؤثر في الصحة وحدوث

المرض ، قد أظهرت أن العدائية (كسمة للشخصية أ) تعتبر منبئاً جيداً لحدوث نوبات القلب . وبغض النظر عن نتائج مختلف الدراسات حول هذا الموضوع، فإن هناك عدة تساؤلات تبقى بحاجة لإجابة: إلى أي درجة تسبب سمات الشخصية المرض الجسمي؟ وهل هناك أنماطاً معينة للشخصية أكثر ارتباطاً بأمراض جسمية وعضوية معينة؟ وهل هناك سمات عامة للشخصية أكثر عرضة للإصابة بالمرض الجسمي؟ (Bakal,2001).



الفصل السادس

الضغط النفسي والتعامل معه

تمهيد: تعتبر الضغوط النفسية خبرة انفعالية جسمية يمر بها جميع الناس كما أنهم يختلفون في طرق تعاملهم معها، فبعضهم يواجه الموقف ويحاول دراسته واتخاذ تدابير حياله ، بينما بعضهم الآخر يتهرب منه. إن هذه الأساليب في التعامل تترك آثارها على صحة الفرد وشخصيته . من هنا تظهر العديد من ردود الأفعال التي يوجدها الضغط وطريقة التعامل معه في الفرد . وحين يدوم الضغط فترات طويلة، قد يسعى الفرد في طلب العلاج الطبي، وحين تستمر الأعراض العضوية له، فقد يصبح مزمناً ، بحيث يعمل على الإصابة بأمراض خطيرة كأمراض القلب، والسرطان وغيرها.

سنتحدث في هذا الفصل عن الطرق والأساليب (الفنون) التي يتبعها الناس مع الضغط ، وسنحاول الإجابة عن عدة تساؤلات منها: ما هو التعامل؟ وما طبيعته؟ وهل هناك طرائق وأساليب (فنيات) في التعامل أكثر فعالية من غيرها؟ وحين يواجه الناس ضغوطاً نفسية، كيف يتعاملون معها محاولين خفضها؟ كيف تطبق طرائق وفنيات تدبر الضغوط لخفض مخاطر الإصابة بأمراض القلب؟ ولكننا سنبدأ بتحديد معنى الضغط النفسي.

خبرة الضغوط النفسية (حياتنا والضغط stress)

عندما تسمع شخصاً ما يقول " إنه تحت تأثير ضغط نفسي شديد " أو أنه " يعيش ضغطاً نفسياً مرتفعاً"، ستتكون لديك فكرة عما يقصده هذا الشخص. عادة، فإن مثل هذه العبارة تعني أن الشخص غير قادر على التعامل مع متطلبات بيئته، وأنه يشعر بالتوتر، وعدم الارتياح نتيجة ذلك. وسوف تعرف ذلك لأنك بالتأكيد قد مررت بمثل هذه الخبرات التي نسميها الضغط النفسي psychological stress

في حياتك . وبسبب انتشار هذه الظاهرة ومعايشتنا لها في حياتنا، فقد تقول إن معنى الضغط النفسي بسيط وغير معقد. دعنا نرى كيف ينظر علماء النفس للضغط النفسي، وكيف يعرفونه.

ماذا يعني الضغط النفسي:

ينظر علماء النفس لمفهوم الضغط النفسي من ثلاث زوايا أو طرق :
الطريقة الأولى ، تركز على البيئة **environment** ، ويعرفون الضغط النفسي بأنه **مثير stimulus** ، ويركز الناس وفق هذه الطريقة على مصدر التوتر أو سببه **tension source or case of** باعتباره حدثاً أو مجموعة ظروف مثل ضغط العمل المرتفع أو ما يسمى " عبء العمل " . والأحداث أو الظروف المسببة للتوتر " الضغط " ندرکها على أنها مهددة لنا أو مؤذية ، لذلك فإنها تستثير لدينا مشاعر التوتر والتي نسميها " ضغوطات stresses " . إن الباحثين الذين يعتمدون هذه الطريقة في بحث الضغط النفسي، فإنهم يدرسون آثارها المختلفة على الشخص، ومن هذه الأحداث الضاغطة : ١- أحداث كارثية **catastrophic events** مثل الأعاصير والفيضانات والزلازل، والبراكين، ٢- أحداث عظيمة في الحياة مثل فقدان عزيز، أو فقدان عمل أو خسارة مادية ، ٣- ظروف متأزمة مثل العيش مع ألم مستمر وشديد كالتهاب المفاصل .

الطريقة الثانية التي ينظر من خلالها علماء النفس إلى الضغط النفسي، هي أنه استجابة **response** ويركزون على ردود فعل الشخص على الموقف الضاغط أو مصدر الضغط النفسي، أي كيف استجاب الشخص مع التهديد الناتج عن الحدث الضاغط نفسه. والكثير من الناس يستخدمون مفهوم "الضغط" للإشارة إلى حالة التوتر التي يعانونها ، كأنهم يقولون " أشعر بضغط نفسي مرتفع عندما أقدم محاضرة أو أتناول بحث من موضوع ما"، إن مثل هذه الاستجابة تحتوي على مكونين "أو عنصرين" أساسيين هما: المكون النفسي

الذي يتضمن السلوك ، والأفكار، والانفعالات كما هو الحال عندما تشعر " بالعصبية"، والمكون الثاني وهو الفيزيولوجي الذي يتضمن إثارة الجهاز العصبي الذاتي، وما ينتج عنه من : تسرع في ضربات القلب، واختلال الدورة الدموية، والتنفس، والغدد وخاصة الأدرينالين . إن الاستجابة ببعديها الفيزيولوجي والنفسي للضغط نسميها كرباً أو ضيقاً strain . فمفهوم الكرب أو الضيق يعني استجابة الفرد العضوية والنفسية لمصدر الضغط.

الطريقة الثالثة التي ينظر من خلالها علماء النفس إلى الضغط النفسي
هي أنه عملية *process* تتضمن كلا من المثير والاستجابة معاً، ولكن مع إضافة بعد آخر وهو : العلاقة بين الشخص والبيئة (Lazarus, 1987 & Folkman,) . إن الضغط النفسي باعتباره " عملية" يتضمن تفاعلاً مستمراً وتكيفات متواصلة تصدر عن الشخص نسميها علاقة تبادلية بين الشخص وبيئته transactional relation ، بحيث إن كل منهما يؤثر بالآخر ويتأثر به فالشخص يؤثر في بيئته، كما أن البيئة تؤثر فيه ، من هنا يتبادلان التأثير والتأثر خلال هذه العلاقة المستمرة ، ويسعى الفرد جاهداً للتكيف أثناءها حتى يحفظ التوازن بينه وبينها. ووفقاً لهذا المنظور في تعريف الضغط النفسي، فإنه ليس مجرد مثير، أو استجابة فقط، ولكنه فوق ذلك عملية يكون الشخص عضواً فاعلاً فيها من خلال ما يحمله من عمليات معرفية (كالمعتقدات والأفكار، والمدركات، والانتباه والتذكر) والحالة الانفعالية (من مشاعر يحملها ، أو حالات وجدانية) . ويختلف الناس فيما بينهم في درجة استجاباتهم الانفعالية (الكرب أو الضيق) الذي يشعرون به عندما يواجهون نفس الموقف الضاغط ، مثل فقدان العمل ، أو الخسارة ، فبعضهم يعاني من كرب أو ضيق شديد " كاستجابة " لهذا الموقف الضاغط، في حين أن بعضهم الآخر تكون استجابته أخف وطأة وأقل ضيقاً لهذا الضاغط .

ويعرف الضغط النفسي بأنه " الحالة التي يعانيها الشخص حين تكون العلاقة التبادلية بينه وبين بيئته غير منسجمة وحين يدركها على أنها لا تلبي المتطلبات البيولوجية والنفسية والاجتماعية لشخصيته، سواء على مستوى واقعي أم متخيل" ، وينطوي هذا التعريف على أربعة عناصر:

١- يفرض الضغط النفسي على الشخص بما يحمله من مصادر بيولوجية ونفسية واجتماعية أن يتعامل coping مع الصعوبات التي ترافق الأحداث التي يواجهها . إن مصادر شخصيته (مكونات الشخصية البيولوجية والنفسية والاجتماعية) قد تكون محدودة، بحيث لا تتيح للشخص القدرة على التعامل مع هذه المشكلات أو التصدي لها، فيصبح عرضة للمرض . في بعض الحالات يكون تأثير الضغوط ، وفشل الشخص في مواجهتها ، متمركزاً على المكونات البيولوجية لشخصيته (كالشعور بالضعف العام والإعياء الجسدي) ، مع العلم أن الكرب أو الضيق (الضغط كاستجابة) ستظهر آثاره في جميع مكونات الشخصية البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

٢- إن كلمة متطلبات demands تعني جميع المصادر والإمكانات التي نحملها في شخصيتنا بهدف حشدنا لمواجهة الضغط النفسي وما يتطلبه للتعامل معه.

٣- حين تكون العلاقة بين هذه المتطلبات التي يحتاجها الموقف الضاغط، ومصادر الشخصية من أجل المواجهة، فإن حالة من عدم الانسجام هي التي تسيطر. من هنا فإن فشل مصادر الشخصية في مواجهة متطلبات الموقف الضاغط سيخلق حالة من عدم الانسجام بين الشخص والموقف البيئي، مما ستتبعكس آثاره على مكونات الشخصية وستظهر أعراض الضغط النفسي.

٤- إن مصطلح العلاقة التبادلية transaction بين الشخص أو مصادر الشخص من جهة ومتطلبات الموقف الضاغط كما يظهرها التعريف من جهة أخرى، تشير إلى أن هذه العلاقة تبادلية التأثير والتأثر ، فالشخص سيؤثر في الموقف البيئي الضاغط، والأخير سيؤثر في الشخص . ولكن هذه العلاقة التبادلية هي نفسها تتأثر بالعديد من العوامل منها : خبرة الشخص السابقة وسمات شخصيته (فيما يتعلق بالشخص) من جهة أولى ، وبالموقف وخصائصه ومصادره (الموقف البيئي الضاغط) من جهة أخرى. فإذا كان الشخص قد مر في مواقف ضاغطة سابقاً وفشل في مواجهتها نتيجة ضعف مصادر المواجهة الجسمية والنفسية في شخصيته، سيكون عرضة للتأثر في الموقف الضاغط الحالي، كما أن قلة المعلومات المتاحة عن الموقف، أو قلة التدريب، تجعله يشعر بالعجز، وقد تسيطر عليه نتيجة ذلك أعراض اليأس والتشاؤم.

تقييم الأحداث على أنها ضغط نفسي:

كيف نقيم الأحداث على أنها ضاغطة أو مصدر تهديد؟ أو بمعنى آخر: ما الذي يجعلنا ندرك الموقف على أنه موقف ضاغط؟

إن العلاقة التبادلية بين الشخص والموقف الضاغط يتضمن عادة عملية تقييم تصدر عن الشخص سماها لازاروس " التقييم المعرفي cognitive appraisal " ، (Folkman, & Lazarus, 1987) والتقييم المعرفي هو عملية عقلية يقيم الفرد عن طريقها نوعين من العوامل : ١- يقيم ما إذا كانت متطلبات أو خصائص موقف ما تحمل تهديداً له ولسعادته أو صحته، ٢- يقيم المصادر المتاحة لديه لمعرفة ما إذا كانت تلبي متطلبات الموقف أم لا. إن هذين العاملين يعبران عن وجود نوعين من التقييم : تقييم أولي ، وتقييم ثانوي .

التقييم الأولي والتقييم الثانوي:

التقييم الأولي : قلنا إن الشخص حين يقيم إذا ما كانت متطلبات أو خصائص موقف ما تحمل تهديداً له ولسعادته أو صحته فإنه يقوم بتقييم أولي. فحين نواجه أحداثاً تحمل إمكانية الضغط النفسي ونشعر بأعراض الألم ، أو الدوخة ، أو الإعياء ، فإننا نحاول أن نقيم معنى هذا الموقف بالنسبة لصحتنا، مثل هذا النوع من التقييم نسميه تقييماً أولياً primary appraisal ، ويسعى هذا التقييم للإجابة عن السؤالين التاليين: " ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة لي؟ ، وهل سأكون سليماً جيداً أم سأنزعج واضطرب منه؟" إن التقييم الأولي المتعلق بالألم والدوخة أو الإعياء ، يمكنها أن تقدم لك ثلاثة أحكام أو إجابات :

١- إنه موقف لا علاقة له irrelevant " أي موقف لا يجب الاكتراث به"

كما هو الحال حين ترى أن مثل هذه الأعراض قد حدثت معك في السابق واستمرت لفترة قصيرة ولم تحدث لديك أي مرض أو اضطراب.

٢- إنه جيد good (إنه لطيف، إيجابي)، إنه موقف يجب أن أبذل مزيداً من الجهد من أجل تخطيه والفوز به، كما هو الحال حين التقدم لاختبار أو مقابلة هامة " إن هذا العنصر للموقف الضاغط، يدفع الفرد لمزيد من العمل، لأنه يحرض قدراته وإمكاناته البيولوجية والنفسية والاجتماعية".

٣- إنه موقف ضاغط نفسياً stressful ، ويحدث حين تشعر بالخوف من ظهور أعراض المرض، فيكون الموقف ذا طابع تهديدي، وأن مصادر مواجهته لديك غير كافية.

من هنا نلاحظ أن الإجابة (الحكم) على الموقف، لسؤالك التقييمي ، إذا كانت من النوع الثالث " موقف ضاغط" ، فإن هناك ثلاثة إمكانات:

الأول: تجنب الضرر harm-loss وجزى إلى كمية الأذى الذي حدث حين يكون الشخص عاجزاً أو يشعر بالألم نتيجة الخلل أو الإصابة الشديدة .

بعض الناس الذين يمرون بضغوط نفسية بسيطة ربما يعتبرونها (يقيمونها) على أنها كارثية " ضخمة" ، مما يزيد من تأثيرها لديهم بحيث يشعرون أنها ضغط نفسي شديد، ويعيشون الموقف على أنه كذلك (Ellis,1987) .

الثاني: التهديد threat وهو توقع الأذى أو الضرر مستقبلاً ، مثلاً حين يكون شخص ما قد أجرى عملية جراحية وأكمل المعالجة، سيواجه بعدها (مستقبلاً) مشكلة إعادة التأهيل وصعوباتها، والتكلفة المادية الكبيرة لها. وهكذا فإن تقييم الضغط النفسي، يعتمد على كل من تجنب الضرر من جهة، والتهديد من جهة ثانية.

الثالث: التحدي challenge ويمثل إمكانية القيام بعمل أو إنجاز متطور، كالتمكن أو الإتقان ، أو نفع يناله عن طريق استعمال مصادر جديدة لمواجهة ما يتطلبه الموقف .

قد نخبر أحياناً ضغوطاً نفسية حين يكون الموقف الضاغط غير مرتبط بنا مباشرة ، فإذا كان هناك أشخاص يمرون بضغوط نفسية، كمعاناتهم للألم، أو تهديد لحياتهم بسبب المرض، فربما نتأثر لحالتهم ، وربما نشعر أننا نحن معرضون لمثل هذه الضغوط. لقد بينت التجارب النفسية الكلاسيكية أن التقييم التعاطفي empathic appraisal (التقييم المسند إلى المشاركة الوجدانية) عن طريق رؤية طلاب لفيلم يعرض مواقف ضاغطة ومؤثرة تمثل تهديداً لحياة الأفراد، فإن استجاباتهم النفسية والعضوية كانت تمثل الحالات التي كانوا يشاهدونها بحيث إنهم عاشوا نفس المشاعر والضغوط والتهديد. وقبل التجربة تم تقسيم المفحوصين من الطلاب إلى مجموعات بحيث إن كل مجموعة ترى الفيلم من وجهة نظر مختلفة. فالمجموعة الأولى، شاهدت الفيلم بدون وجود قاطرة كبيرة أو أصوات مرافقة، والثانية، كانت تسمع صوت القاطرة، مع أصوات تعبر عن الضرر والصدمة المسببة للألم، باعتبارها تمثل خطراً شديداً قد وقع ، والثالثة ، رأت القاطرة وهي تصطدم بأفراد سببت لهم تشوهات مختلفة ، مع

ما يرافق ذلك من أصوات، و عويل ، وهلع . فقد كانت ردود أفعال المجموعات الثلاث مختلفة حسب درجة التعاطف الوجداني الذي عاشه المفحوصون . فقد كانت درجة الضغط النفسي أعلى لدى المجموعة الثالثة التي رأت وسمعت ما حدث نتيجة معاشتها (مشاركتها الوجدانية) للحدث، في حين لم يشعر أفراد المجموعة الأولى بأية مشاعر أو استجابات ضاغطة. تؤكد هذه النتيجة أن استجابة الأفراد للموقف الضاغطة تستند إلى التقييم الأولي التفاعلي primary empathic appraisal

التقييم الثانوي : ذكرنا أن الشخص يقيم المصادر المتاحة لديه لمعرفة ما إذا كانت تلبي متطلبات الموقف أم لا ، فإنه بذلك يقوم بإجراء تقييم ثانوي . فنحن نستمر بتقييم المصادر المتاحة لنا من أجل التعامل مع الموقف ومواجهته coping . ومع ذلك في العادة ننشغل بتقييم ما نحمله من إمكانيات وقدرات ومصادر متاحة لنا " تقييم ثانوي" بعد أن نقيم الحدث " الموقف ومتطلباته وخصائصه" وما إذا كان يمثل تهديدا وضغطاً "تقييم أولي"، إلا أن التقييم الثانوي لا يتبع دوماً التقييم الأولي، لأن كلا النوعين من التقييم متداخلان ، وفي الكثير من الحالات يكون التقييم الثانوي لمحدودة المصادر والإمكانات التي نحملها ، أو للضعف الذي نتصف به، يمكنه أن يقود مباشرة إلى تقييم أولي لتهديد ما في موقف نمر به.إننا نكون على وعي كامل بالتقييم الثانوي حين نحكم على موقف ما بأنه ضاغط ومهدد، ونحدد ما إذا كانت مصادرنا وقدراتنا كافية للتعامل مع مخاطر هذا الموقف، وتهديده، وتحديه (راجع الإجابات والاحتمالات الثلاث في الفقرة السابقة) . وهاك بعض الأمثلة عن التقييم الثانوي:

- لا يمكنني القيام بذلك، أعرف أنني سأفشل.
- سأحاول ، ولكن الفرص ستكون ضئيلة.
- يمكنني القيام بذلك، إذا تمت مساعدتي.

• إذا فشلت هذه الطريقة، سأحاول اتباع طرق أخرى غيرها.

• يمكنني القيام بذلك إذا بذلت مجهوداً كبيراً جداً.

• لا مشكلة ، يمكنني فعل ذلك.

إن ظروف الضغط النفسي خبرات نمر بها جميعاً، ولكنها تعتمد على نتائج تقييمنا لهذه العلاقة بين الموقف والشخص (يدخل فيها البيئة أو الموقف، والشخص نفسه وما يحمله من سمات)، ونركز على كلمة تقييم " العلاقة" لأننا في النتيجة نحن نقيم الكائن (أي علاقة الفرد بالموقف)، وهل يمكن أن يحدث التناسق والانسجام بين "الشخص" (إمكانياته ومصادره) والموقف البيئي (بظروفه وخصائصه) فكان الحكم هو على " العلاقة "بهدف معرفة ما إذا كان التناسق سيحدث بينهما أم لا. ففي حالة حدوث التناسق، فإن إمكانات الشخص ستلبي متطلبات الموقف وسيتم تجاوزه والتعامل معه والتصدي له ، أما إذا كانت نتيجة التقييم تعبر عن عدم التناسق ، فإن إمكانات الشخص لن تلبي متطلبات الموقف، وبالتالي سيحدث الضغط النفسي ، وما يترتب عليه من تهديد، ومخاطر جسمية ونفسية.

ويمكننا أن نتساءل: هل يمكن أن يحدث الضغط النفسي، من دون القيام بتقييم معرفي؟ يقول بعض الباحثين إن الضغط النفسي قد يحدث في حياتنا من دون تقييم معرفي (أولي وثانوي) ، وذلك حين نعيش مواقف طارئة ، أو مفاجئة . افترض أنك تسير في سيارتك، وعندما اقتربت من الإشارة ، التي كانت خضراء ثم أصبحت حمراء ، وتوقفت فجأة حين أضاء الضوء الأحمر، واللحظة لا تتعدى جزءاً من الثانية، سمعت صوت الفرامل وشعرت بتوتر شديد في جسمك ، وأنت تردد " يا الله " ، وإذ باصطدام يحدث من الخلف ، فالسائق الذي خلفك قد صدمك ، وحطم جزءاً من سيارتك. فحين تقول " يا الله" فإن هذا

ليس تقييماً معرفياً، إنها ببساطة استجابة تعبر عن رد فعل انعكاسي . ولكن استجابة الضغط النفسي تكون قد حدثت للتو حين شعرت بالتوتر في جسمك، يتبعها مشاعر feelings ، وكذلك تقييم appraisal. ففي المواقف الطارئة تتضمن استجابة الضغط النفسي حالة من الصدمة ، يكون فيها الشخص مذهولاً ومرتبكاً ، وكأنه فاقد الوعي (Shontz, 2000) ، وقد تستمر هذه الحالة من المشاعر لدقائق أو لساعات، وقد تطول أكثر من ذلك. من هنا يمكن القول إن عملية التقييم المعرفي تكون مستبعدة في الضغوط النفسية التي تحدث في المواقف الطارئة والمفاجئة.

التعامل مع الضغط النفسي

=====

يعاني جميع الأفراد في مختلف الأعمار من الضغوط النفسية كما يحاولون التعامل معها . ففي مرحلة الطفولة، يتعلم الأطفال التحكم بالمشاعر المرافقة للضغط النفسي وإدارتها وذلك أثناء تعرضهم للكثير من مواقف الخوف في حياتهم. ومن أبرز المخاوف المنتشرة بين الأطفال الخوف من البرق والرعد ، وقد قام بعض الباحثين بدراسة الطرق التي يتعلمها الطفل للتحكم بهذه الخوف وخفضه ، والتي من أبرزها إعادة طمأنة الذات، ومحاولة القول للطفل " إنه مجرد صوت ، ولا يؤذيك " ، وبعد ثلاث سنوات، وحين سمع الطفل صوت الرعد والبرق ، وكان في فراشه ، فقد سمع الصوت ، ولكنه ظل مائتاً في سريره بهدوء ، وبعد سنتين من هذه الحادثة ، استطاع الطفل أن يعلم أخوه الصغير أن صوت البرق والرعد لا خطر منه ، وأنه مجرد صوت لا يؤذي وبذلك تمكن من مهارة تهدئة أخوه الصغير علاوة على تحكمه في حالته الانفعالية .

ماذا نعني بمفهوم " التعامل " :

بسبب أن الضيق النفسي والجسمي المرافق للضغط غير مريح، بل ومزعج ، فإن الناس يندفعون للقيام " بأشياء أو سلوكيات "معينة من أجل خفضه، وهذه " الأشياء والسلوكيات" هي ما نقصده بمفهوم " التعامل" coping.

فما هو " التعامل"؟ هناك تعريفات متعددة لمفهوم التعامل.سوف نعتمد التعريف الذي يتفق مع تعريفنا السابق لمفهوم الضغط النفسي. فقد عرفنا الضغط النفسي (انظر الفصل الثالث) على أنه يتضمن إدراك التناقض بين متطلبات الموقف ومصادر أو إمكانيات الفرد. ويعني أن إمكانيات الفرد ومصادر القدرة لديه لا تلبي متطلبات الموقف. وحين ينشغل الفرد في التعامل من أجل خفض هذا الضغط ، فإن عدداً من أنشطة التعامل تجاهه من أجل خفض هذا التناقض ، أو خفض تقييم الشخص لهذا التناقض. فمفهوم " التعامل" هو عملية يحاول الفرد من خلالها أن يتدبر أو يتحكم manage بالتناقض المدرك بين متطلبات الموقف ومصادره الشخصية أثناء تقييمه للموقف الضاغط. وكلمة إدارة أو تدبر manage في هذا التعريف مهمة لأنها تشير إلى أن جهود التعامل يمكن أن تكون مختلفة ولا تقود بالضرورة إلى حل للمشكلة. ومع أن جهود التعامل تكون متركز على المشكلة أو الموقف، إلا أنها قد تساعد الشخص على تعديل إدراكه للتناقض الذي لاحظته سابقاً في الموقف ، وقد يتحمل ، أو يوافق على التهديد أو الأذى ، أو يهرب أو يتجنب الموقف. فالطفل الذي يواجه اختباراً ما يعيش موقف ضغط نفسي في المدرسة ، وقد يتعامل مع هذه المشاعر بإظهار الغثيان أو ألم البطن أو بالبقاء في المنزل.

نحن نتعامل مع الضغط النفسي عن طريق اتباع أساليب معرفية وسلوكية مع البيئة. فلنفترض أنك تعاني من الوزن الزائد (البدانة) والتدخين، وأن طبيبك قد نصحك بأن تخفف وزنك وان تقلع عن التدخين لأنهما عوامل خطر على

صحتك لأنهما يساعدان في حدوث مرض القلب لديك. فالتهديد الذي يواجهك هو العجز (المرض) أو الموت، فهذا يمثل ضغط نفسي بالنسبة لك، ولكن ليس باستطاعتك تعديل سلوكك من حيث تخفيف وزنك أو الإقلاع عن التدخين ، فكيف " سنتعامل " cope مع هذا الموقف الضاغط stressful situation ؟ بعض الأفراد قد يتعاملون مع هذا الموقف الضاغط عن طريق البحث عن مزيد من المعلومات حول الطرق التي يمكن أن يحسن من خلالها قدرته على سلوكه. والبعض الآخر قد يذهب للبحث عن طبيب آخر ليس بهذه الدرجة من الصرامة في التوجيهات. وبعضهم الآخر قد يعزو صحته إلى الدهون، وليس إلى التدخين أو زيادة الوزن، في حين يبقى بعضهم المشكلة عالقة. وفي حين يسعى البعض الآخر إلى خفض مشاعر الضيق والقلق الناتجة عن الضغط النفسي من خلال استهلاكه المتزايد للكحول، مما يضيف خطراً إلى خطر، فإننا نرى بعضهم يتبع طرقاً مختلفة عن ذلك بحيث يحاولون تدبر أو إدارة التناقض بين متطلبات الموقف والمصادر الذاتية عن طريق إعادة تقييم له.

فعملية التعامل " أو التدبر " ليست حادثة مفردة وحيدة، ولكنها تتضمن عدد من الطرق " أو صفقات المعاملة " transactions مع البيئة، وبذلك فإنها تمثل عملية من سلسلة خطوات أو مراحل كما يقول لازاروس وفولكمان:

" إن التقييم ،إعادة التقييم للتناقض أو الفجوة بين الشخص وبيئته ، تتم باستمرار وبدون انقطاع ،، وينتج التحول من جهود التعامل الموجهة لتعديل البيئة ، أو التعامل مع مصادر الشخص، بحيث يحدث تعديل في معنى الموقف أو الحدث أو زيادة في التناقض. وقد ينتج التحول عن البيئة التي تكون مستقلة عن الشخص وعن أنشطته للتعامل. وبغض النظر عن ذلك فإن أي تحول في العلاقة بين البيئة والشخص ستقود إلى إعادة تقييم ما حدث، ومغزاه، وما يمكن أن يحصل . إن إعادة التقييم هذه ستؤثر في طرق التعامل اللاحقة التي سيتبعها الفرد "

(Lazarus & Folkman, 1987) . ويبدو من هذا النص أن الشخص أثناء محاولته التعامل مع التناقض الحاصل بين مصادره وإمكاناته الذاتية وبين متطلبات بيئته (باعتبار التناقض: موقفاً ضاغطاً) فإنه يسعى باستمرار لإعادة تقييم الموقف مما يحدث تعديلاً في النظر لمتطلبات الموقف أو لكشف مصادر شخصية جديدة، وفي جميع الحالات قد تقود إعادة التقييم هذه إلى طريقة مناسبة للتعامل مع الموقف الضاغط وخفض تأثيراته.

إن التعامل مع التهديد الذي ينتج عن مرض خطير، قد يدفع الشخص إلى بذل جهود للتعامل والتدبر بحيث تعدل من نمط حياته ، أو أن يتلقى مزيد من التشجيع أو العلاقات الاجتماعية الأفضل مع الطبيب أو أفراد الأسرة. فمثل أساليب التعامل هذه بالبحث عن مصادر مواجهة (كالدمع الأسري مثلاً) قد تتيح له خفض التهديد الناتج عن الموقف الضاغط، وذلك على العكس من الشخص الذي يتجاهل المشكلة الذي سيؤدي تجاهله لها إلى مزيد من التهديد والخطر على صحته وعلى علاقاته بالآخرين. إن كل تحول أو تنقل باتجاه أو آخر سيتأثر بطريقة التعامل التي يتبعها الشخص وسينعكس ذلك على طرق التعامل المقبلة أيضاً. من هنا يكون التأثير والتأثر متبادلاً بين طرق التعامل والموقف الضاغط.

وظائف التعامل :

لقد تأكدت الآن أن الناس يملكون عدداً كبيراً من الطرق للتعامل مع الضغوط النفسية، ولذلك، حاول الباحثون أن يدرسوا هذه الطرق والوظائف وكيفية تطبيقها.

وظائف التعامل : وفقاً لعالم النفس المشهور لازاروس وزملاؤه ، فإن التعامل يمكن أن يخدم في تحقيق وظيفتين رئيسيتين:
الأولى: يمكن للتعامل أن يعدل المشكلة alter problem أو المثير المسبب للضغط النفسي.

الثانية: يمكن للتعامل أن ينظم الاستجابة الانفعالية للمشكلة regulate emotional response.

سوف نتحدث عن هاتين الوظيفتين بشيء من التفصيل:

١- التعامل من خلال التركيز على الانفعال emotional- focused coping :

وتتعلق هذه الوظيفة بالتحكم بالاستجابات الانفعالية التي ترافق الضغط النفسي فيمكن للفرد أن ينظم الاستجابة الانفعالية من خلال طرق سلوكية عديدة. فالفرد الذي يمر بموقف ضاغط سيعاني من مشكلات انفعالية تعتبر ردود فعل ناتجة عن الموقف الضاغط، مثل الضيق، والقلق، والكآبة، واليأس والعجز، وغيرها، ويمكن أن يقوم بطرق للتعامل مع ردود الفعل الانفعالية هذه، وذلك باتباع أساليب سلوكية مثل: تناول الكحول، الأدوية، التدخين، البحث عن الدعم الاجتماعي مثل الدعم الانفعالي، ودعم تقدير الذات، من الأصدقاء والأقارب، أو عن طريق الانشغال بأنشطة معينة كالرياضة أو مشاهدة التلفاز، كل ذلك يتيح للفرد أن يعدل الموقف الضاغط من خلال تعديل آثاره الانفعالية. ويمكن للفرد أن يغير من معنى الموقف كأن يقرر أن هناك أشياء سيئة في الحياة أكثر من تغيير العمل كأن يقول لنفسه " لقد تركتني زوجتي ولكنني تأكدت أنني لست بحاجة إليها"، ومن الطرق نكران الأحداث غير السارة. وقد ذكر بعض الباحثين أن طرق التعامل التي تركز على الانفعال، يمكن أن نقسمها إلى فئتين: فئة الأساليب الفسيولوجية وهي اللجوء إلى بعض المهدئات، والمسكنات، وأساليب الاسترخاء، وفئة الأساليب النفسية الداخلية كإتباع حيل الدفاع النفسية الأولية اللاشعورية، كالنكوص، والتوحد، والتبرير، والكظم، والإسقاط.

يميل الأفراد إلى اتباع طريقة التركيز على الانفعال حين يعتقدون أن بإمكانهم القيام بعمل شيء ما لتغيير الموقف الضاغط (أو على الأقل آثاره

الانفعالية) ، والمثال الذي يوضح ذلك ، هو أنه حين يموت شخص عزيز، يبحث الفرد عن دعم انفعالي، أو يسعى إلى تغيير المصادر الذاتية لديه، لأن التناقض بين مصادره الذاتية (إمكانياته) والموقف البيئي (الحدث الضاغط ومتطلباته)، لا يزال كبيراً، من هنا فإنه يبحث عن مصدر دعم اجتماعي يتيح له إمكانية حل مثل هذا التناقض وتخفيف آثار الضغط. فالطفل الذي يحاول جاهداً أن يكون الأول في صفه أو يسعى ليكون الطالب المتفوق في المدرسة كما يرغب أهله أن يكون عليه، إلا أنه لا يستطيع بلوغ هذا المستوى بسبب إمكانياته، ربما يعجز عن تحقيق المستوى الأدنى المطلوب منه، وبذلك فقد يتبع طرق للتعامل بحيث يعيد تقييم الموقف من جديد، ويقول " سأنسحب " أو " لست بحاجة للحب وتقدير الوالدين إذا كان سينتج عن التفوق".

٢- التعامل من خلال التركيز على المشكلة problem-focused coping:

وهي المحاولات السلوكية النشطة التي يقوم بها الفرد للتعامل مع المشكلة مباشرة بصورة عقلانية وواقعية. فإذا كان الفرد في الطريقة السابقة، يركز على ردود أفعال الانفعالية للموقف الضاغط، فإنه يركز هنا على المشكلة أو الحدث مباشرة، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة أو الحدث، والاستفادة من الخبرات السابقة، واقتراح بدائل للتعامل مع مصدر الضغط ثم اختيار أفضلها، ووضع خطة واقعية لمواجهة هذه المشكلة . من هنا فإن هذه طريقة التعامل هذه تهدف على خفض متطلبات الموقف الضاغط، أو توسيع مصادر الشخص الذاتية وإمكانياته. فالتركيز هنا يكون على أحد عناصر الموقف الضاغط ، فإذا كان الموقف الضاغط يمثل تناقضاً وعدم تجانس بين متطلبات الموقف، ومصادر الشخص الذاتية وإمكانياته، فإنه في هذه الطريقة يركز على عناصر الموقف الضاغط كمشكلة، فلما أن يسعى إلى خفض متطلبات الموقف، وإما أن يسعى للبحث عن مصادر ذاتية جديدة لديه يمكن أن تلبي تلك المتطلبات. والحياة اليومية

تقدم لنا الكثير من الأمثلة عن هذا النوع من التعامل الذي يركز على المشكلة مثل : تنظيم بيئة العمل وتغيير شروطه، وجعله أكثر هدوءاً ، التفاوض في بعض القضايا مباشرة ، وكشف بدائل حلول لها، وضع جداول منظمة لدراسة أو المذاكرة ، وضع جدول يومي لتنظيم شؤون الحياة اليومية، استعمال مفكرة خاصة بذلك، اختيار أنشطة بديلة لممارستها، أو البحث عن خدمات طبية جديدة، أو تعلم مهارات جديدة.. فالناس يميلون لاستعمال طرق عدد للتعامل مع المشكلة، ويحدث ذلك حين يقيم الشخص الموقف ويتبين له أنه ليس بإمكانه أن يعدل من متطلبات الموقف ولا من مصادره الذاتية، لذلك يسعى للبحث عن مصادر جديدة تخفف من الضغط .

إلى أي درجة يستعمل الناس طريقتي التعامل اللتين تركزان على الانفعال، المشكلة، في مواجهة الضغط النفسي خلال حياتهم اليومية؟

درس بعض الباحثين هذا الموضوع وذلك على عينة مؤلفة من (٢٠٠) من المتزوجين (أزواج couples) باستعمال طريقة المسح والاستبيانات، وقد تم اختيارهم لأنهم تعرضوا حديثاً لأزمات أو أحداث حياة ضاغطة، ثم أجابوا عن الأسئلة التي يشملها الاستبيان . وقد ظهرت بعض النتائج المثيرة للاهتمام. فالأزواج (الذكور) استعملوا طريقة التعامل التي تركز على المشكلة أكثر من الطريقة التي تركز على الانفعال في التعامل مع الأزمات وأحداث الحياة الضاغطة، بينما الزوجات (الإناث) على العكس من ذلك فقد استعملوا طريقة التعامل التي تركز على الانفعال أكثر من الطريقة التي تركز على المشكلة. كما تبين أن المتزوجون ذوي المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والتعليمية ، العليا هم الأكثر استعمالاً لطريقة التعامل التي تركز على المشكلة، عكس ذوي المستويات الاجتماعية ، والاقتصادية ، والتعليمية الدنيا ، الذين استعملوا بنسبة أكبر طريقة التعامل التي تركز على الانفعال. وحين كان الحدث الضاغط هو وفاة

في الأسرة ، فلم تتبع طريقة التركيز على المشكلة ، وإنما حل محلها طريقة التركيز على الانفعال . وبالمقابل حين كانت الأزمة أو الحدث الضاغط ، مرض ومشكلات مالية أو اقتصادية، كان اللجوء إلى طريقة التعامل التي تركز على المشكلة هي الأكثر استعمالاً. ويبدو أن هذه النتائج منطقية وواقعية، فحين يحدث وفاة في الأسرة ، فإن التعامل مع مثل هذا الحدث لا يمكن أن يتم باتباع طريقة التركيز على المشكلة (خاصة وأن حرية التحرك في التغيير بمثل هذا الحدث ضئيل جداً) ، من هنا يسعى الشخص للتعامل مع الآثار الانفعالية لهذا الحدث ، من أجل التخفيف من الكآبة والحزن، وقلق المستقبل الذي يعيشه الشخص. وعلى العكس من ذلك ، فحين يكون الموقف الضاغط حدثاً أو أزمة اقتصادية مالية أو مرض، يمكن للشخص أن يتعامل معه بالتركيز على المشكلة عقلياً ومنطقياً سعياً لحلها، أكثر من إتباع طريقة التركيز على الانفعال.(عبد الله ٢٠٠٩)

ويمكن للشخص أن يستخدم طريقتي التعامل في آن واحد لمواجهة حدث ضاغط معين . فحين يواجه الفرد مشكلة اقتصادية أو اجتماعية ، فقد يبحث عن مصدر للمعلومات من أجل يزيد من معرفته بحلول المشكلة، ويسعى لاتخاذ قرار بشكل معرفي، أو لتغيير الحدث الذي يؤدي إلى شعور بالضغط النفسي، ففي هذه الحالة يعتمد التعامل الذي يركز على المشكلة. ولكنه في نفس الوقت، قد يسعى للتحكم في التوتر الانفعالي الذي نتج عن الحدث الضاغط، فيستخدم آليات دفاعية مثل النكران، أو التفكير التفاعلي، أو البحث عن الدعم الانفعالي من الآخرين، وبذلك فإنه يتبع طريقة التعامل بالتركيز على الانفعال.

طرق التعامل ومهاراته أو استراتيجياته:

ما أنماط مهارات التعامل واستراتيجياتها التي يتبعها الناس لتعديل المشكلة أو لتنظيم الاستجابة الانفعالية والتحكم بها حين يخبرون موقف ضغط نفسي؟ هناك عدد من مهارات التعامل واستراتيجياتها التي يسود استعمالها بين الناس،

وقد وضع لازوروس وزملاؤه قائمة بهذه المهارات بعضها يركز على المشكلة وبعضها الآخر يركز على الانفعال. هذه المهارات والاستراتيجيات هي:

١- حل المشكلة problem-solving (وهي مهارة بالتركيز على المشكلة): وتشتمل هذه المهارة أو الاستراتيجية على تحليل الموقف بهدف الوصول إلى الحل، ثم تنفيذ هذا الحل بطريقة صحيحة. مثلاً، المريض في المستشفى الذي يحتاج إلى اختيار طبيب متخصص من أجل معالجة مرضه الخطير، ربما يبحث عن طبيب متخصص أو يطلب معلومات إضافية عن المتخصصين في المستشفى قبل أن يختار طبيباً معيناً.

٢- التعامل عن طريق المواجهة confrontive coping (وهي مهارة بالتركيز على المشكلة): القيام بفعل تأكيدى، غاباً ما يتضمن على الغضب، وذلك من أجل تغيير الموقف.

٣- البحث عن مساندة أو دعم اجتماعي (يمكن أن يكون بالتركيز على المشكلة أو على الانفعال): فحين يسعى الشخص إلى طلب الدعم المعلوماتي، كأن يطلب المريض معلومات إضافية من الممرضات أو الأصدقاء عن المتخصصين بالمستشفى (دعم بالتركيز على المشكلة)، أما حين يطلب دعماً انفعالياً من أفراد الأسرة والأصدقاء، بهدف تخفيف القلق والكآبة لديه، فإنه يعتمد طريقة التركيز على الانفعال (دعم بالتركيز على الانفعال) .

٤- الهروب والتجنب أو الانسحاب escape-avoidance (تعامل بالتركيز على الانفعال): التفكير التأملى حول الموقف أو القيام بعمل ما من أجل التهرب من الموقف والانسحاب منه. فقد ينشغل المريض في المستشفى بأحلام اليقظة والتخيل بحيث يبتعد عن المشكلة، أو يتجنب التعامل معها عن طريق كثرة النوم أو الإفراط في تناول الكحول .

٥- التحكم الذاتي self-control (تعامل بالتركيز على الانفعال):وهي محاول الشخص أن يعدل من مشاعره أو أفعاله حيل الموقف الضاغط. ففي مثالنا السابق عن المريض بالمستشفى، ربما يخفي مشاعره من أجل أن منع حالته الانفعالية من الظهور للآخرين أثناء تفاعله معهم.

٦- تقبل المسؤولية وتحملها accepting responsibility (تعامل بالتركيز على المشكلة):وهي تقدير أدوار الآخرين في مشكلته، بحيث يثمن الفرد ما قام به الآخرون من أدوار في محنته، ولكنه في نفس الوقت يضع الأمور في نصابها ويتحمل مسؤولياته في بعض التصرفات.ففي مثالنا السابق عن مريض المستشفى، كأن يقوم بتعليم نفسه وقراءة الكثير من المرض الذي يعانیه بحيث يحسن من استجابته للمعالجة، وبالتالي تساعد في تحسين صحته مستقبلاً.

٧- إعادة التقييم الإيجابي positive reappraisal (تعامل بالتركيز على الانفعال): وهي محاول الشخص أن يوجد معاني جيدة للمشكلة وأن يستفيد من هذه الخبرة بما يساعد في نموه الشخصي،وأحياناً من وجهة نظر دينية. فالمريض بالمستشفى ربما يصبح رجلاً قوياً أو أحسن حالاً بسبب هذه الخبرة ولأنه شعر بأن هذا الموقف قد طور من شخصيته وتعلم منه الكثير.

ويمكن للشخص أن يطبق عدداً من المهارات والاستراتيجيات في الوقت نفسه حين يمر بأزمة أو موقف ضاغط . فالمريض بالمستشفى في مثالنا السابق، طبق جميع مهارات التعامل لمواجهة الموقف . من جهة أخرى فإن الطرق أو مهارات التعامل التي تركز على الانفعال ذات أهمية كبيرة لأنها تتداخل مع طلب المعالجة الطبية ، أو تتضمن سلوكيات غير صحية مثل التدخين أو الكحول ، أو خفض التوتر. وعادة فإن معظم الناس يستعملون هذه السلوكيات في التعامل (أي التدخين، وتناول الكحول) من أجل خفض المشاعر والحالات الانفعالية التي يثيرها الموقف الضاغط.

إن كل مهارة أو طريقة من طرق التعامل هذه واسعة وعامة جداً، ويمكن تطبيقها بطرق ومواقف كثيرة ومتنوعة. ولكي نبين كيف يستعمل الناس طرق التعامل التي تركز على الانفعال، يجب أن نوضح الاختلافات بين مهارات التعامل هذه. مثلاً يمكن لبعض الناس أن يستعملوا طريقة التعامل التي نسميها التفريغ الانفعالي emotional discharge والتي تشتمل على طرح المشاعر المرافقة للموقف الضاغط والتعبير عنها ، وكثيراً ما تستعمل هذه الطريقة بالتزامن مع الدعم الاجتماعي من قبل الأصدقاء وأفراد الأسرة ، وقد تتضمن إطلاق النكات، والمزاح. ويمكن لطريقة التفريغ الانفعالي أن تساعد الناس في التعامل مع المواقف الضاغطة مثل الأمراض المزمنة، خاصة وإن هذه الأمراض تطول فترتها، ويعاني المريض من مشاعر متناقضة ومتنوعة خلالها، وبذلك تتيح له مهارة التفريغ الانفعالي والدعم الاجتماعي الانفعالي أن يتعامل بإيجابية مع هذه المشاعر ، وبالتالي تتحسن حالته الانفعالية. أما الطريقة البديلة لتفريغ المشاعر، فهي التي نسميها مهارة التفكير الاقتحامي أو التطفلي intrusive thought كأن يسيطر على الشخص تخيلات عن استمرار الحدث الضاغط، ويفكر كيف أنه يعاني من اللوم بسبب هذه المشكلة أو الأزمة مما فيبالغ بأفكاره من ضخامة الحدث المؤلم الضاغط. والأشخاص الذين تسيطر عليهم أفكار تطفلية واقتحامية من هذا النوع، يملكون عادات صحية سيئة وفقيرة مقارنة بالأشخاص الذين لا تسيطر عليهم مثل هذه الأفكار. وبالعكس من ذلك، فقد تبين أن الأشخاص الذين يعبرون عن مشاعرهم السلبية بالكتابة على الورق (دفاتر مذكرات) أو يتحدثون عنها (للآخرين)، يخفضون من آثار الضغط النفسي ويحسنون من صحتهم. وهناك طريقة أخرى يمكن استعمالها للتعامل مع الضغوط النفسية وهي إعادة التفسير أو التحديد المعرفي cognitive redefinition وهي استراتيجية يحاول الفرد من خلالها أن يضع الوجه الجيد

والإيجابي للموقف محل الوجه السيء والسلبى له. كأن يلاحظ الفرد أن الأشياء يمكن أن تكون أسوأ، وذلك عن طريق المقارنة مع الأشخاص الذين كانوا أسوأ حالاً، أو أن يرى أشياء إيجابية وجيدة تنمو بغض النظر عن المشكلة. ويعني ذلك يركز الفرد على الوجهة الإيجابية والجيدة في الموقف، سواء تم من خلال المقارنة مع أناس آخرين، أو من المقارنة بين جوانب الموقف نفسه. ومن الطرق التي يتعامل فيها الناس مع الموقف الضاغط آليات الدفاع النفسية اللاشعورية defense mechanisms والتي تتضمن تحريفاً للذكريات، والأفكار، والمشاعر أو الواقع بطريقة ما. فحين يكون أمراً ما مؤلماً ن يمكن للشخص أن ينكر هذا الشيء، ويرفض وجوده. من هنا يمكن للفرد أن يستعمل ما نسميه النكران أو الرفض denial وهي آلية دفاع سلوكية نفسية ينكر فيها الشخص الواقع المؤلم، ويرفض وجوده. فالشخص الذي تم تشخيصه على أنه يعاني من مرض عضلي جسمي-نفسى، يمكن أن يرفض ذلك، أي رفض الاعتقاد بأنه هذا المرض قد حدث له. وقد يلجأ إلى آلية دفاع أخرى تسمى التبرير أو العقلنة intellectualization وهي التعامل مع الحدث الضاغط أو مواجهته بطريقة عقلية مجردة. والكثير من الممرضين والأطباء يستعملون آلية التبرير والعقلنة أجل توضيح جوانب علمية منطقية عن مرض الشخص خاصة في الأمراض المزمنة والجسمية-النفسية (Newman & Stone, 1996).

ربما تكون قد لاحظت أن بعض طرق التعامل مع الحدث الضاغط تجعل الفرد يزد من انتباهه attention أو يركز على هذا الموقف، وطرق التعامل التي تركز على المشكلة هي التي تتصف بهذه الخاصية. وبالمقابل هناك طرق أخرى في التعامل وخاصة التي تركز على الانفعال، تتيح للفرد أن يتجنب أو ينسحب avoidance من الموقف الضاغط. وهكذا فإن التعامل الذي يركز على المشكلة أو الموقف الضاغط هو سلوك تعامل إقدامي تركيزي، أما التعامل

الذي يركز على الانفعال فهو سلوك تعامل انسحابي تجنبى هروبي . وفي كلا الحالتين ، فإن الاستراتيجيتان مفيدتان في بعض الظروف . من هنا قد تكون الاستراتيجية الأولى مفيدة في موقف ما، بينما تكون الاستراتيجية الأخرى مفيدة في موقف آخر. وقد أجريت دراسة للكشف عن فعالية هاتين الاستراتيجيتين (الإقدام أو المواجهة، الإحجام أو التجنب)، وتوصلت إلى النتيجتين التاليتين:

الأولى، استراتيجية الإحجام أو التجنب مفيدة للتعامل أساساً مع المواقف الآنية وقصية الأمد.

الثانية ، أن استراتيجية الإقدام والمواجهة مع المشكلات طويلة الأمد كما في الأمراض المزمنة.

فعالية استراتيجية التجنب قد تكون تقدم بعض الفائدة بالنسبة للزوجين المتزوجين حديثاً في أسابيع حياتهم الأولى ، ولكنها لا تنفع مع مرور الزمن، لذلك بعد فترة على زواجهم، لابد من اتباع استراتيجية المواجهة (Taylor, 1983).

نمو مهارات التعامل وأساليبه

لقد افترض علماء النفس منذ فترة طويلة أن مهارات التعامل تتغير خلال حياة الفرد عبر مراحل نموه المختلفة. ولكن طبيعة هذه التغيرات ليست واضحة تماماً بسبب نقص الدراسات حول هذا الموضوع، وبشكل خاص نقص الدراسات التتبعية الطولانية. تظهر بعض مظاهر هذا التغير منذ سنوات النمو المبكرة من حياة الطفل . فالواليد حديثاً لا يستطيعون التعامل بفعالية مع الضغوط التي يرمون بها . فعندما يقوم طبيب الأطفال بإجراء فحص طبي للطفل، نرى أن الطفل يتعامل مع هذا الموقف من خلال محاولته منعه، وبذلك يظهر الطفل الصغير سلوك تعامل طابعه منع الطبيب من فحصه. ومع تقدم الطفل بالعمر فإننا نلاحظ أن الطفل يواجه مواقف انفعالية كالخوف، وينمي بذلك طرق للتعامل مع

هذه الانفعالات ، ويكتسب الطفل العديد من مهارات التعامل مع نمو عملياته وقدراته المعرفية . وخلال السنوات اللاحقة من عمره يكتسب الطفل استراتيجيات معرفية للتعامل مع المواقف الضاغطة ، فقد يتعلم الطفل التفكير بالأشياء المختلفة، وخاصة القيام بعمل شيء ما لوقاية نفسه من موقف ضاغط أو انفعالي، وهكذا حتى يتمكن من تنظيم مشاعره باتباع طريقة التعامل التي تركز على الانفعال مثل إعادة التأهيل المعرفي، فنراه يقول لنفسه " يمكنني القيام بذلك". وحين يعاني الوالدان أو أحد أفراد الأسرة من مرض عضال أو مرض مزمن كالسرطان مثلاً، يستطيع الأطفال والمراهقون أن يستعملوا مهارات التعامل التي تركز على المشكلة ولكن بدرجة محدودة جداً والأكثر بينهم هو استعمال التعامل الذي يركز على الانفعال مثل مشاهدة التلفاز، والقيام بنشاط معين، أو لعبة ما بهدف التعامل مع الموقف الضاغط. وهكذا فإن طريقة التعامل التي تركز على المشكلة لا تنمو إلا في مرحلة متقدمة بعد المراهقة، واكتمال النضج العقلي والجسمي.

للأسف لا توجد إلا بضع دراسات تناولت تغيير مهارات التعامل في مرحلتها المراهقة والرشد. ففي إحدى الدراسات التي استعملت المقابلة والاستبيان أداة لها وذلك بهدف مقارنة طرق التعامل مع المنغصات اليومية خلال المرحلة المتوسطة من العمر (الرشد) ومرحلة الشيخوخة لدى الرجال والنساء. وقد تبين أن الراشدين من الذكور والإناث قد استعملوا مهارات التعامل التي تركز على المشكلة، في حين أن المسنين استعملوا مهارات التعامل الذي يركز على الانفعال (Compas, Worsham & Howell, 1996).

لماذا ينتقل الراشدون من اتباع طريقة التعامل التي تركز على المشكلة إلى طريقة التعامل التي تركز على الانفعال حين يتقدمون بالسن ويصبحوا معمرين؟ إن هذا التغير يحدث بسبب الفروق بين الناس فيما يجب أن يتعاملوا معه حين

يتقدمون بالسن . فحين يدخل الشخص مرحلة التقاعد ، يواجه ضغوطاً متعددة تتعلق بالفراغ ، وقلة الأنشطة مما يؤثر في صحته، كما انه أكثر مكوئاً في المنزل، لذلك تزداد الضغوط المتعلقة بالصدقة، والمال، والأسرة . وقد تكون الأفعال بالمواجهة أكثر الطرق فعالية لمواجهة هذه الظروف الضاغطة بالنسبة للراشد قبل التقاعد، بينما يصبح الدعم الانفعالي هو السائد في الشيخوخة. هل توجد فروق جنسية، وثقافية اجتماعية في استراتيجيات التعامل؟

لقد بينت نتائج بعض الدراسات حول الفروق بين الجنسين في طرق التعامل ومهاراته أن الرجال أكثر استخداماً لاستراتيجيات التعامل التي تركز المشكلة، وذلك عكس النساء اللواتي قررن أنهن أكثر استعمالاً لاستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال حين مواجهة الضغوط النفسية والأحداث الضاغطة. ولكن حين كان الرجال والنساء متجانسون من حيث المستوى التعليمي والمهني، لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بينهم. وتفترض مثل هذه النتيجة أن الأدوار الجنسية الاجتماعية societal sex roles تلعب دوراً مهماً في أنماط التعامل وطرقه لدى الذكور والإناث (Sarafino,2001).

أما فيما يتعلق بالفروق الثقافية والاجتماعية في طرق التعامل واستراتيجياته، فقد بين بيلينغ وموس (Moos, & Billing, 1981) ، أن الأفراد ذوو المستوى الاقتصادي والتعليمي العالي أكثر استخداماً لاستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة مقارنة بذوي المستوى الاقتصادي والتعليمي المنخفض .

ويمكننا القول إن جميع طرق التعامل مفيدة في خفض الضغوط النفسية لدى جميع الناس، كما أنها تخفف من احتمال تعرض الفرد للضغوط لاحقاً، ولكن بعضها أكثر فعالية في خفض تأثير بعض الأحداث من بعضها الآخر، وأن ذلك يرتبط بمستوى الشخص الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي.

خفض إمكانيات وقوع (ركاز) الضغط النفسي

=====

هل يمكن للأفراد أن يكونوا محصنين ضد التعرض للضغوط النفسية؟ إن حياة بعض الناس يمكنها أن تخفض من إمكانية احتمال (ويشير مصطلح potential الإمكانية أو الجهد والقوة الكامنة، ويمكن ترجمتها إلى ركاز) تطور الضغوط النفسية وبالتالي حين التعامل مع المشكلات حين تواجههم. وتعتبر الوقاية والمنع الخط الأولي للدفاع ضد الضغوط. وسننظر إلى بعض الطرق التي تساعد الناس في منع حدوث الضغوط النفسية أو منع تطورها وتقليلها حين تحدث لهم .

تحسين أو تطوير الدعم الاجتماعي لدى الفرد enhancing social support

جميعنا نستعين بالآخرين ونطلب مساعدتهم حين نواجه مشكلة معينة أو ضغط نفسي ما أو حدث طارئ وغير متوقع في مراحل حياتنا . وحين نعجز عن تجاوز هذه الأزمة ، فإننا تسعى لطلب الدعم من الآخرين ، لأننا ندرك قيمة مثل هذا الدعم بالنسبة لنا. ولكن يجب أن نعرف أن الدعم الاجتماعي لا يعتبر مفيداً ومساعداً لنا بعد حدوث الضغط أو المشكلة أو الأزمة ، ولكنه يساعد في منع تطورها منذ حدوثها ، أي منع تعقدتها حين يقدم الدعم فور حدوث الأزمة أو الضغط. مثلاً الدعم الوسيطي أو العيني يفيد الزوجين في بداية حياتهما الزوجية كتقديم معونة مالية لشراء المنزل، كما أن الهدايا العينية التي تقدم لهما حين يسكن المنزل تكون مفيدة، كتقديم طقم مفروشات ، أو مكتب ، أو براد..الخ. وهناك كثير من الناس لا يتلقون أي نوع من أنواع الدعم الاجتماعي في حياتهم رغم حاجتهم لمثل هذا الدعم ، مثلاً :

• بالرغم من أن الرجال لهم شبكة علاقات اجتماعية أوسع من النساء، إلا أن النساء أكثر تقدماً للدعم الاجتماعي بأشكاله المختلفة ، وأكثر فعالية في تقديمه.

• المسنون يعيشون في ظروف منعزلة، ووحيدين، وبالتالي ليس لديهم إلا عدد محدود وقليل جداً من الأشخاص الذين يمكنهم الاعتماد عليهم أو طلب الدعم منهم.

• إن شبكة العلاقات الاجتماعية مرتبطة بالاتيكيك الاجتماعي ، والمستوى التعليمي والاقتصادي للفرد، وبالتالي كلما قل مستوى أتيكيك الفرد ومستواه التعليمي والاقتصادي كلما قلت شبكة العلاقات الاجتماعية وبالتالي انخفض الدعم الاجتماعي.

• من جهة أخرى فإن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد الذي ينتمي لمستوى تعليمي واقتصادي منخفض، تكون أقل تنوعاً مقارنة بالشبكة الاجتماعية لفرد ذو مستوى اقتصادي وتعليمي مرتفع والذي نرى أن شبكة علاقات الاجتماعية تنصف بالتنوع.

يعتبر الدعم الاجتماعي عملية ديناميكية dynamic process لأن الناس جميعهم بحاجة للدعم، وعليهم تقديمه للآخرين حين الحاجة، وهكذا فالدعم عملية حركية مستمرة لأننا ننتقل الدعم حين نحتاجه، ونقدمه لآخرين حين يحتاجونه. ولكن هناك عدة عوامل تؤثر في تلقي الفرد للدعم أو تقديمه للآخرين حين الحاجة. ومن أبرز هذه العوامل مزاج الشخص نفسه person temperament فالأفراد يختلفون فيما بينهم من حين حاجتهم للتواصل والعلاقات واهتمامهم بها ، كما يختلفون من حين سعيهم للمودة والألفة . فالذين يسعون لتكوين علاقات وتواصل مع الآخرين هم أكثر سعياً لتقديم الدعم الاجتماعي لهم حين يحتاجونه ، كما أنه أكثر تقبلاً للدعم حين يحتاجه ، وذلك بالمقارنة مع الذين لا يسعون

لتكوين علاقات اجتماعية ، ويتصفون بضحالة التواصل الاجتماعي . ويجب الإشارة إلى أن هذه النزعة مرتبطة بخبرات الشخص ، فالأطفال الذين تلقوا رعاية جيدة ومودة من أسرهم، كما أن لهم علاقات اجتماعية جيدة مع أقرانهم فإنهم سيتعلمون المهارات الاجتماعية اللازمة ومنها مساعدة الآخرين وتلقي مثل هذه المساعدة حين الحاجة . لقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الناس الذين تعاملوا جيداً مع الأحداث الضاغطة والأزمات الاجتماعية في حياتهم تميزوا بأنهم " أكثر جاذبية attractive واحتراماً regarded من قبل الآخرين، وأقل ميلاً للانسحاب وتجنب المواقف الضاغطة" مقارنة بأقرانهم الذين لم يتعاملوا جيداً مع أحداثهم الضاغطة. إن مثل هذه النتيجة مثيرة للاهتمام كثيراً، لأنها تبين أن " الأشخاص الذين هم بحاجة ماسة للدعم الاجتماعي ، قد يكونوا أقل ميلاً لتلقي مثل هذا الدعم من الآخرين" .

إن الجهود من أجل تحسين قدرة الفرد على تلقي الدعم الاجتماعي وتقديمه للآخرين حين الحاجة يبدأ منذ مرحلة مبكرة من الطفولة، وخاصة في سنوات المدرسة الابتدائية. وتعتبر إجراءات المعلم التي يشجع فيها الأطفال على العمل التعاوني واللعب المشترك، بداية لنمو التواصل والتفاعل الاجتماعي. ويمكن للمعلم أن يشجع السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى طلابه حين يطلب منهم أن يقرأوا قصة معينة لطلاب الصف، وحين يطلب منهم أن يلعبوا ألعاباً مناسبة، أو تمثيل أدوار اجتماعية في القصة. ويمكن لمعلمين استعمال هذه الطرق لدى المراهقين في مرحلتي التعليم المتوسط والثانوي.

أما في مرحلة الرشد فيمكن تطوير أفراد الفرد الاجتماعية على تلقي الدعم الاجتماعي وتقديمه للآخرين من خلال الانضمام لجماعات اجتماعية معينة أو مؤسسة اجتماعية ما، كالمؤسسات الدينية، أو نادي معين سواء كان ثقافي أو رياضي ، أو ما يسمى جماعات المساعدة الذاتية self-help group .

إن لمثل هذه المؤسسات أو التنظيمات الاجتماعية دوراً مهماً وفائدة كبيرة لأنها تتيح للأفراد الذين يمرون بضغوط نفسية أو مشكلات معينة متشابهة أن يتبادلوا الأحاديث حولها، وبالتالي يتشاركوا التواصل الاجتماعي حولها، بما يتيح لكل منهم أن يقدم دعماً اجتماعياً للآخر، وأن يتلقى هو مثل هذا الدعم، من هنا تحتل الصداقة مكانة مهمة في هذا السياق. وتشبه جماعات المساعدة الذاتية ما نعيشه اليوم في حياتنا حين يجتمع عدداً من الأصدقاء أو المعارف، ويقومون بإنشاء ما يسمى "جمعية" يدفع كل منهم مبلغاً معيناً، ويأخذها الشخص الذي يحتاجها، وذلك لفترة زمنية معينة. فهذا النوع من العمل الجماعي، يدخل في سياق الدعم الاجتماعي العيني أو الواسيلي لأنه يتضمن تقديم معونة مادية للشخص. ففي الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول المتقدمة، تم تشكيل جمعيات لفئات مختلفة من الناس (مثل جمعية المسنين، جمعية المرضى المزمنين، جمعية المعاقين، جمعية المدمنين، جمعية مرضى الإيدز) لتقديم مختلف أنواع الدعم التي يحتاجونها (Moos, & Billing, 1981).

يمكن للمجموعات الاجتماعية داخل كل مجتمع أو بلد أن تؤدي دوراً مهماً في تحسين مصادر الدعم الاجتماعي لدى الناس من خلال إنشاء برامج تقدم لمساعدة الأفراد في تطوير شبكة علاقاتهم الاجتماعية وتطويرها. ويمكن تطوير الدعم الاجتماعي من خلال جلسات العمل وفي بيئة العمل التي يشتغل فيها الشخص. ويمكن للعمال أن يعملوا ذلك بطرق عديدة منها: تنظيم العمل على شكل مجموعات أو فرق عمل وتقديم تسهيلات لهم بحيث يتاح لكل منهم أن يقدم شيئاً ما أثناء تناول الغداء مثلاً، فيمكن لمجموعة معينة أن يقوم كل شخص فيها بتحضير شيء ما، ثم يتم تبادل الأدوار بحيث، والأمر نفسه بالنسبة لقيام بمهمة معينة في العمل بحيث تكون محصلة التعاون تسهيل إنجاز المهمة من خلال العمل المشترك. حين يقوم الأفراد بذلك سيتعلمون السلوك الاجتماعي والمهارات

الاجتماعية ، مما يشجعهم على ممارستها في عطلة نهاية الأسبوع، بحيث نرى بعضهم يتفق على القيام بنشاط جماعي معين ، بعدها يتم تعميم هذا السلوك إلى حياتهم اليومية والشخصية لنرى تبادل تقديم الدعم الاجتماعي فيما بينهم بأشكاله المختلفة (دعم مادي، تقديم معلومات، دعم تقدير الذات، دعم انفعالي..).

تحسين التحكم الذاتي لدى الشخص وتطويره improving ones : personal control

الشخص الذي يمر بأحداث ضاغطة أو ضغوط نفسية شديدة ويرى أنه لا يستطيع التحكم بها ، فإنه قد يقف عن المحاولة فيقول بينه وبين نفسه " أوه وما الفائدة ، ماذا يمكننا أن نفعل " وبذلك يسيطر عليه مشاعر اليأس والعجز، ويخاف أن محاولاته المقبلة ستؤدي إلى الفشل حتماً، وذلك عكس الشخص الذي يملك تحكماً بالأحداث والضغوط التي يمر بها، فيسيطر عليه التفاؤل، والقوة والمقدرة. فالشخص الذي يعجز عن التحكم يحتاج إلى مساعدة نفسية تنمي لديه ما يسمى الفعالية الذاتية وخفض مشاعر اليأس، والتشاؤم، والعجز لديه.

كيف يمكن تنمية شعور الناس بالقدرة على التحكم الذاتي؟ إن تنمية إحساس الفرد بقدرته على التحكم الذاتي ، تبدأ منذ الصغر حين يكون طفلاً، وذلك من خلال والديه ، ومعلميه ، والقائمين على رعايته والذين يظهرون له مشاعر الحب والاحترام ، والمودة ، لأنها تعتبر بمثابة بيئة مثيرة تنمي لديه القدرة على العمل ، والأداء ، والكفاءة. وحين يواجه هذا الطفل تحديات أو مواقف بمثابة تحدي له ، فإنه يسعى جاهداً لبلوغ الهدف، كما أن المحاولات المستمرة التي يقوم بها ، تنمي لديه الشعور بالقوة ، والتحكم ، من هنا يجب أن نضع الأطفال أمام مواقف تحدي أو متطلبات عليهم تخطيها وبدون أن نقدم لهم مساعدة، لأننا حين نقدم لهم المساعدة كأننا ننجز العمل عنهم، وبالتالي سيضعف

لديهم الحس بالقدرة والكفاءة ، وقد شدد عالم النفس المشهور سيلغمان على أن تطوير الكفاءة الذاتية لدى الطفل، تنمي لديه الشعور بالنفول، والأمل.

في مرحلة الرشد ، يمكننا تنمية القدرة على التحكم الذاتي لدى الراشد من خلال العمل، وبيئة العمل لديه، كأن نكلف الفرد القيام بعمل معين، أو مهمة تتطلب منه اتخاذ قرار فيها، أو معضلة تتطلب حلاً. كأن نطلب من العامل أن يقدم لنا حلاً عن طرق تطوير الإنتاج أو تحسين جودته. والأمر نفسه بالنسبة للمسن في دار الرعاية أو في المنزل، يمكن أن نكلفه القيام بمهام معينة مناسبة له ويستطيع فيها أن يتحمل المسؤولية، كإعداد وجبة غداء، أو طبخ، أو القيام بنشاط اجتماعي معين. ولأن التحكم الذاتي هو جوهر العمل الجاد والمقدرة، يجب أن نشجع الأفراد على العمل الجاد والذي ينطوي على تحدي لهم بما يساعد في تحسين صحتهم عموماً (Kobasa,1986).

تنظيم عالم الفرد وتحسينه organizing ones world:

" أين وضعت المفاتيح؟" عبارة يتكرر تردادها على ألسنتنا أو على ألسنة آخرين نتصل بهم يومياً . لقد مررت أو سمعت بشخص لديه موعداً مهماً ويسعى مسرعاً إليه حتى لا يتأخر عنه . إن معظم الناس يختبرون ضغوطاً نفسية لأنهم يتعجلون ويشعرون بأن ليس لديهم الوقت الكافي لإنجاز مهماتهم اليومية. إنهم بحاجة إلى تنظيم عالمهم الخاص من أجل أن تحدث الأشياء كما يجب وبانتظام. فالالتزام بموعد مهم، والقيام بعمل ضروري في وقته، ووضع الأشياء في موضعها الصحيح، كلها أمثلة عما يجب أن يتم تنظيمه جيداً حتى ينجز بفمالية وبدون التعرض للتوتر والضغط. إن تنظيم عالم الشخص يمنع حدوث الإحباط والضغط النفسي . والطريقة الجيدة والمفيدة في هذا الشأن هي إتباع ما نسميه إدارة الوقت أو تدبره time management، ويتضمن هذا الإجراء ثلاثة عناصر أساسية :

١- وضع الأهداف set goals: وتشتمل على الأهداف طويلة المدى كالحصول على عمل في السنة المقبلة، أو التحضير للسفر من أجل إنجاز عمل بعد أشهر، وأهداف قصيرة المدى كمتابعة مهمات أو أعمال خلال الأسبوع.

٢- تحديد ما يجب عمله أو وضع قائمة بالأعمال والمواعيد التي يجب القيام بها، بحيث تجعلك متذكراً باستمرار ما عليك القيام به، ويمكن تدوين هذه الأعمال والمواعيد أو تخزينها في ذاكرتك، ويتم هذا بالنسبة لما يجب القيام به كل يوم.

٣- وضع جدول يومي أو مفكرة تتضمن ما يجب إنجازه في الموعد المحدد من اليوم. وإذا حدث وظهرت مهمة أو موعد مفاجئ لم يدون في المفكرة، فيجب إدخاله فيها ولذلك على المفكرة أن تكون مرنة بحيث يمكن أن ندون أو ندخل فيها ما يجب القيام به من مهمات مفاجئة أو طارئة.

وبشكل عام نقول هناك عدد من المبادئ الخاصة بإدارة الوقت ، يجب التقيد بها:

١- حدد أهدافك في الحياة: عليك أن تحدد القيم، والأنشطة، والمهمات في حياتك ، لأنها بمثابة خريطة الطريق التي توجهك في حياتك وتنظم وقتك ويفضل تقسيم هذه الأهداف إلى طويلة الأجل (بعيدة)، وقصيرة الأجل (أنية).

٢- رتب أولوياتك: يمكن ترتيب أولوية الأنشطة أو الأهداف من حيث أهميتها. فهناك قاعدة شهيرة تقول، أنك إذا بذلت ٢٠% من جهدك، فستحصل على ٨٠% من نتيجة العمل التي تمثل المكافأة أو التعزيز، أما إذا بذلت ٨٠% من جهدك، فستحصل على ٢٠% من تلك المكافأة

أو التعزيز، ومن ثم يجب عليك تحديد أولوياتك بالنسبة لكل ما ستقوم له من أنشطة أو أهداف ذكرتها في الفقرة السابقة (١).

٣- خطط لحياتك وقم بكتابة ذلك: فهناك مفهوم خاطئ يزيد من الوقت المخصص لإتمام أية مهمة. فالدقائق القليلة التي تُقضى للتخطيط سيتم توفير أضعافها لاحقاً، وعليك استخدام دفتر لتدوين المهمات التي عليك القيام بها، وتخطط لتنفيذها.

٤- عليك تفويض بعض المهمات للآخرين: إن الاعتقاد بأنه يجب القيام بكل شيء بأنفسنا من أهم مصادر الضغوط النفسية، لذلك يجب إلقاء نظرة على جدول الأعمال وتحديد المهمات التي يمكن توكيلها للآخرين.

٥- حدد نظاماً لحياتك: لأن الفوضى وعدم التنظيم يجعلنا نقوم بمهام غير مهمة أو تأخذ من وقتنا كثيراً مما يجعلنا نمر بالإحباط. فالتنظيم مهم وفق القاعدة التالية: "مكان لكل شيء، ويكون كل شيء في مكانه".

٦- تجنب تسويف الأمور: فتأجيل عمل اليوم إلى الغد تؤدي إلى تراكم الأعمال في الحياة.

٧- اترك فراغات في جدول أعمالك: لا تملأ جدول أعمالك أو المفكرة بالكامل، بل اترك بعض الفراغات فيها، حتى إذا ظهر عمل أو نشاط أو مهمة طارئة يجب تنفيذها، يمكن أن تدونها في لتجزها في وقتها.

٨- تنظيم الوقت لقيام بشيء واحد في كل مرة: لا يجور القيام بعدة مهمات أو أشياء في وقت واحد.

٩- حدد أفضل وقت للعمل : عليك أن تحدد الوقت المناسب لك للقيام بمهامك ، فمعظم الناس يرغبون إنجاز مهامهم منذ الصباح، ويتضاءل

تدريجياً الإنجاز بحلول الغداء، وذلك مع التضاؤل التدريجي للجهد واستنفاد الطاقة . ولذلك خطط لتنفيذ مهامك الأقل أهمية في الأوقات التي تقل فيها مستويات الطاقة لديك.

١٠- تجنب المثالية : إذا ردت أن تتجز كل شيء بالتمام وبصورة مثالية نموذجية، ستجد من الصعب عليك تغيير سرعتك حسب الأولويات، لأن الشخص المثالي يهتم بالتفاصيل ، ولا يهتم بالأمور العامة.

١١- يجب إيجاد التوازن في الحياة: يجب أن تتنوع في الأنشطة والمهام في حياتك ، وتوزعاً بشكل متوازن بين العمل، والمنزل ، ووقت الفراغ والنشاط البدني ، والنشاط الذهني (عبدا لله ، ٢٠٠٦) .

التمارين البدنية وعلاقتها بالضغط النفسي والصحة:

نسمع كل يوم في الراديو، ونرى في التلفاز، ونقرأ في الصحف ، تقارير تفيد بأن للتمارين البدنية والرياضة دوراً مهماً خفض الضغوط النفسية وتأثيرها على الصحة. وتشتمل هذه التقارير على قوائم تبين أن ممارسة الرياضة والتمارين الحركية أو البدنية ذات تأثير إيجابي ليس فقط على الصحة الجسمية (البدن) بل وعلى الصحة النفسية والعقلية أيضاً لأنها تخفف الضغوط القلق والعدائية، والكآبة، والتوتر . والسؤال هو هل يمكن للتمارين الحركية والبدنية أن تخفف من إمكانية حدوث الضغوط النفسية وأثرها السلبي على الصحة ؟ لقد حاولت العديد من الدراسات الإجابة عن هذا التساؤل مستخدمة طرائق البحث الارتباطية والاسترجاعية ، وأظهرت أن الناس الذين يمارسون التمارين البدنية أقل قلقاً، وكآبة وأقل تعرضاً للضغوط النفسية من الذين لا يمارسونها (Kobasa, 1986) . وبالرغم من اتفاق هذه النتيجة مع ما هو معروف عن أهمية التمارين البدنية أو الرياضة وتأثيرها الإيجابي في خفض الضغوط النفسية والانفعالات السلبية ، إلا أن هناك معضلتين في تفسيرها : الأولى هي أن

بعض الدلائل قد أشارت إلى أن جزءاً من انخفاض الضغط النفسي والانفعالات السلبية ، ربما يعزى إلى توقعات الشخص ومعتقداته حول أهمية الرياضة ، وأن هذه المعتقدات هي التي أدت إلى خفض الشعور بالضغط النفسي والانفعالات السلبية . وهذا يعني أن السبب المباشر لانخفاض مستوى الضغط الذي يشعر به الفرد ليس ممارسة التمرينات البدنية بحد ذاتها بل معتقداته عن دورها الإيجابي والصحي . والمعضلة الثانية ، هي أن نتائج الدراسات الارتباطية قد أثبتت وجود علاقة بين ممارسة التمرينات البدنية والضغوط النفسية ولكنها لم تحدد ما إذا كانت التمرينات هي السبب وراء خفض الضغوط وتحسين الصحة. ومن المعروف أن البحوث الارتباطية تدرس العلاقة وقوتها فقط، ولكنها لا تبحث أيها السبب وأيها النتيجة. و بالتالي ربما لا يكون سبب خفض الضغط هو ممارسة التمرينات. من هنا يجب أن نجيب عن التساؤلات التالية : " هل التمرينات البدنية هي السبب وراء خفض الشعور بالضغوط النفسية؟ " ، " وهل الأفراد الأكثر ممارسة للتمرينات البدنية هم أقل شعوراً بالضغوط النفسية والقلق، وضيق الوقت في حياتهم اليومية؟ " ، " وهل هناك عوامل أخرى قد تتدخل في هذه العلاقة السببية ؟ " . إن هذه الأسئلة لا يمكن الإجابة عنها باستخدام طرق البحث الارتباطية والاسترجاعية. ولحسن الحظ توجد دلائل قوية تثبت الفوائد التي تقدمها التمرينات والرياضة في خفض التوتر والضغط، والقلق وبالتالي تحسين الصحة.

في دراسة تجريبية قام بها غولدوتر وكواليس (Sarafino,2001) درساً فيها أثر التمرينات البدنية على عمل الجهاز القلبي الوعائي ومشاعر القلق لدى عينة من الرجال تتراوح أعمارهم بين ١٩-٣٠ سنة وقد تم اختيارهم عشوائياً وقسموا إلى مجموعتين: الأولى، خضعت لبرامج تمرينات رياضية وحركية جيدة ومنتظمة يومياً وبمعدل خمس ساعات في الأسبوع مثل السباحة،

والجري و الكرة وغيرها ، أما المجموعة الثانية فخفضت لبرامج تدريبية متوسطة أو قليلة فقط. وقد تم إجراء فحص لعمل الجهاز الوعائي للقلب، ومعدل القلق وذلك قبل التمرينات وبعدها، تبين أن أفراد المجموعة الأولى أوفر حظاً من الناحية الصحية (الجسمية والنفسية) حيث كان عمل الجهاز الوعائي للقلب، منظماً ومعدل القلق انخفض لديهم مقارنة بأفراد المجموعة الثانية. وهناك دراسات أخرى توصلت إلى نفس النتيجة حول تأثير التمرينات الرياضية والحركية في خفض الضغوط النفسية وتحسين الصحة.

وهناك دراسات أخرى هدفت إلى استقصاء أثر التمرينات الرياضية والحركية على كل من ضغط الدم ومعدل ضربات القلب. وهنا أيضاً تم استخدام طريقة البحث الارتباطية، وتبين أن الأشخاص الذين يمارسون التمرينات البدنية كانوا أقل تعرضاً لردود فعل الجهاز القلبي الوعائي الناتج عن الضغط النفسي، كما كانوا أقل تعرضاً لضغط الدم مقارنة بالأفراد الذين لم يمارسوا هذه التمرينات. ولكن إحدى الدراسات استخدمت طريقة البحث التجريبية من أجل كشف العلاقة السببية (أيهما السبب وأيها النتيجة) ، وذلك على عينة من الشباب الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين (١٩-٢٧ سنة)، والذين لم يمارسوا أعمالاً خطيرة، ولم تظهر لديهم علامات ردود الفعل الجسمية خلال السنة الأخيرة من التجربة. وبعد أربعة أشهر، قضا المفحوصون مدة شهر كامل في ممارسة واحدة من الأنشطة الأربعة التالية حيث وزعت المجموعات وفقاً لها : ١- نشاط (أو تمرين) ثانوي منتظم، ٢- نشاط منتظم دون العادي والذي تضمن أسبوعين من الاستراحة في المستشفى ، ٣- نشاط منظم عالي المستوى والذي تضمن نشاطاً عادياً إضافة إلى ثلاث جلسات من التمرينات المتنوعة أسبوعياً، ٤- نشاط منتظم ومتنوع التمارين، يتضمن الأنشطة العادية (التي تشبه السابقة) ولكن أضيف إليها تمرينات متنوعة يومية بدلاً من أسبوعية.

وقد امتدت فترة كل تمرين أو نشاط (٤٠) دقيقة، ثم تم قياس معدل ضغط الدم، وضربات القلب بعد شهر من ممارسة هذه التمرينات. وحين قدم المفحوصون إلى المختبر من أجل هذه الفحوصات، أخذوا فترة استراحة قبل البدء بمستوى النشاط التالي. وبالمقارنة بين المعطيات التي الحصول عليها من النشاط والتمرينات ثانوية المستوى (المجموعة ١)، كان هناك نوعين من التمرينات (هما المجموعتين الثالثة والرابعة) التي خفضت معدل ضربات القلب ١٢ % ، كما انخفض معدل ضغط الدم الانقباضي والانقباضي بنسبة ٨ %، في حين لم يظهر أي تغير لدى المجموعة التي تلقت مستوى النشاط دون العادي (المجموعة ٢) . وقد أظهرت دراسات أخرى النتائج نفسها على عينات من المتقدمين بالسن .

والسؤال الذي يواجهنا الآن هو التالي: هل يمكن للتمرينات الحركية أو البدنية أن تقي الناس من الأمراض الناتجة عن الضغوط النفسية ؟ هناك دراستين كانت نتائجهما موجبة، حيث أظهرت أن التمرينات البدنية تقي الناس من الأمراض التي تنتج عن الضغوط. واحدة من هاتين الدراستين استعملت طريقة البحث الاسترجاعية على عينة من الرجال الذين عانوا من ضغوط نفسية متوسطة وشديدة خلال السنوات الثلاث الأخيرة. لقد تبين أن الذين كانوا يمارسون تمرينات منتظمة أظهروا درجات منخفضة جداً في الأعراض المرضية التي ينتجها الضغط النفسي، وذلك على العكس من الذين لم يمارسوا مثل هذه التمرينات البدنية فقد أظهروا درجات عالية من الأعراض المرضية. أما الدراسة الثانية فقد استخدمت طريقة البحث الاستقبالية، والتي تتبعت ممارستهم للتمرينات ونمط حياتهم، مع قياس الأمراض التي تعرضوا لها وذلك خلال تسعة أسابيع . وقد تبين أن الذين حصلوا على درجات عالية من الضغط النفسي كانت صحتهم أسوأ من أقرانهم ، فالضغط كان له تأثير سلبي على الصحة.

ويمننا تلخيص فوائد التدريبات البدنية في خفض الضغوط وتحسين الصحة،
بما يلي:

١- تعد ممارسة التدريبات الرياضية طريقة فعالة للتخلص من التوتر العضلي وتراكم الأدرينالين، حيث يتراكم الأدرينالين بكثرة نتيجة المعاناة من الضغط والتوتر الشديدين. وبذلك فإن ممارسة الرياضة أو التدريبات البدنية تحافظ على سلامة الدورة الدموية، وتقلل مكن ارتفاع ضغط الدم، كما تعمل على تقوية الجهاز المناعي للجسم في مواجهته للأمراض المختلفة.

٢- تحسن الرياضة من الحالة المزاجية للشخص وصورته أمام نفسه وشكله وتحكمه بوزنه. كما أنها فعالة في تخليص الذهن من الأفكار المثيرة للتوتر والقلق. فيتم أثناء ممارسة التدريبات أفراد هرمونات داخل الجسم مثل الاندومورفين Endomorphines والتي تعد بمثابة مضادات طبيعية للاكتئاب، كما أنها تحسن من الحالة المزاجية للشخص.

٣- يفضل تخصيص ٢٠ - ٣٠ دقيقة للتدريب مرتين أو ثلاث كل أسبوع، على أن تتمهل في البداية ثم تزيد فيما بعد. ويجب أن يتضمن التدريب البدني المثالي الجوانب التالية: القوة والمرونة، والتحمل. وتعد الحركات الإيقاعية البسيطة كالسباحة، وركوب الدراجة، والمشي، من أفضل أنواع التدريبات الرياضية الشاملة.

٤- يعد معدل ضربات القلب أفضل مقياس للياقة الجسم. فأغلب لاعبي القوى العالميين يكون معدل ضربات القلب لديهم في وقت عدم ممارستهم لأي نشاط ٤٠ نبضة فقط في الدقيقة، وعلى العكس من ذلك، من الممكن أن يتراوح معدل ضربات القلب للشخص الذي ليست لديه لياقة جيدة في وقت عدم ممارسته لأي نشاط. من ٩٠ - ١٠٠ نبضة في

الدقيقة . وهناك مؤشر آخر لصحة القلب وهو السرعة التي يعود عندها معدل ضربات القلب إلى الوضع الطبيعي بعد ممارسة أحد التمرينات العنيفة أو القاسية.

الاستعداد لأحداث الحياة الضاغطة : preparing for stressful events

لقد تحدثنا في هذا الفصل وفي سابقه أيضاً، عن عدد كبير من أحداث الحياة الضاغطة ومصادرها، بدءاً من المضايقات والمنغصات اليومية كحركة السير، والمشادات الكلامية مع الآخرين، وفي المدرسة مروراً بضغوط العمل، وانتهاء بضغوط شديدة كالطلاق، والتعرض لمرض خطير. ويمكننا خفض إمكانية (ركاز) الضغط النفسي، عن طريق الإعداد لهذه الأحداث. مثلاً، يمكن للوالدين أن يساعدوا الطفل الذي سيدخل الروضة أو أول يوم بالمدرسة، عن طريق الذهاب معه لرؤيتها والتعرف على موقعها وأفرادها من معلمين ومشرفين واللعب معه بعض الوقت (Sarafino,2001).

يعتبر عالم النفس المشهور جينس إيرنج (Janis Iring,1958) ، من الباحثين الرواد الذين درسوا طرق إعداد الناس للأحداث الضاغطة. ففي إحدى دراساته ، بين أن المرضى الذين يعانون من مستويات متوسطة من القلق قبل إجراء العملية الجراحية لهم، قد اظهروا تكيّفاً أفضل بعد العملية من أقرانهم الذين كانت معدلات القلق لديهم مرتفعة أو منخفضة. وانطلاقاً من هذه النتيجة فقد افترض (إيرنج) أن درجة من الهم worry أو القلق anxiety حول الحدث الضاغط يعتبر أمراً ضرورياً وحالة تكيفية سوية، لأنه بمثابة محرض أو دافع يدفعنا للتعامل مع هذا الحدث ومواجهته ، وقد سمي هذه الحالة (أو المستوى من الهم أو القلق) باسم "عمل الهم" the work of worrying ، وقد وصف ثلاث مراحل لهذه العملية أو الحالة :

١- في المرحلة الأولى يتلقى الفرد معلومات عن الحدث الضاغط، مما يثير لديه القلق.

٢- في المرحلة الثانية، يقوم ببناء توقعات وتصورات عن طريق استعادة الحدث على المستوى الذهني أو العقلي.

٣- في المرحلة الثالثة والأخيرة، يحشد الفرد إمكانيات التعامل واستراتيجياتها ومهاراتها لديه من أجل أن يطمأن نفسه حول نتائج الحدث الضاغط.

إن المرضى الذين لديهم مستويات منخفضة من القلق أو الهم ، ليس لديهم دافعية كافية من أجل إتمام العملية ، والذين لديهم مستويات مرتفعة منها تعرضوا للتشويه والتحريف الذي فقد من إمكانياتهم على المواجهة والتعامل بسبب الخوف الذي يعانونه . وقد أثبتت نتائج بعض الدراسات فرضية (إيرنغ) هذه ، وخاصة الدراسات التي أظهرت أن المستويات المنخفضة من القلق لا تتيح لفرد النجاح في التعامل مع الشفاء من العمل الجراحي والتكيف معه ومواجهته . والذي يمكن استنتاجه من هذه الدراسات أنه كلما زاد الخوف لدى المرضى قبل العمل الجراحي preoperative ، كلما ساء تكيفهم وتعاملهم بعد العمل الجراحي postoperative . فالنتائج والآثار التي تحدث بعد العملية الجراحية قد أظهرت أن هؤلاء المرضى الذين كان خوفهم مرتفعاً ، يعانون من :

- شكوى ومعاناة مستمرة من الألم.
- زيادة في تناول كمية الأدوية المسكنة للألم.
- زيادة في أعراض القلق والاكتئاب .
- طول فترة البقاء بالمستشفى بعد العملية.

إن هذه النتائج السلبية التي يعانيها المريض بعد العملية الجراحية لدى المرضى ذوي الخوف والقلق المرتفع ، تفترض أنه يجب مساعدة المرضى من أجل التعامل حالتهم بعد العملية الجراحية والتكيف معها حين الشفاء.

هناك دراسات متعددة أجريت بهدف التعرف إلى أفضل الطرق أكثرها فعالية في إعداد الأفراد نفسياً للتكيف بعد العمليات الجراحية. وبعضها بحث فعالية طريقة العلاج النفس المختصر **brief psychotherapy** والتي يعبر فيها الفرد عن قلقه وهمه ، ثم يتلقى الدعم الاجتماعي الانفعالي وإعادة الطمأنينة. إلا أن فعالية هذه الطريقة ليست واضحة تماماً، من هنا فقد تم دراسة فعالية طرق أخرى مثل التنويم المغناطيسي **hypnosis** مثل إعطاء المريض بعض الإيحاءات أثناء تنويمه، بما يخفف من شعوره بالألم بعد الجراحة ، وتعتبر هذه الطريقة مفيدة وفعالة خاصة بالنسبة للمرضى القابلين للإيحاء ، ولكننا مازلنا بحاجة إلى دراسة متى وكيف يتم تطبيق هذه الطريقة بالشكل الأمثل (Barber,1986).

ومن بين الطرق الفعالة في إعداد الأفراد للضغوط النفسية الناتجة عن العمل الجراحي ، تلك التي تهدف إلى تحسين مشاعر المريض وقدرته على التحكم **feeling of control** . ففي إحدى الدراسات تم تطبيق طريقة تحسين قدرة المريض على التحكم السلوكي **behavioral control** عن طريق تعليمه كيف يخفف من مشاعر الضيق والألم، وتعزيز إعادة تأهيله من خلال مهمات معينة، كالقيام بتمارين لأعضاء جسمه كالأطراف، وتمينات للتنفس، وغيرها. ومن الطرق الأخرى التي تم دراستها تحسين قدرة المريض على التحكم المعرفي **cognitive control** عن طريق تعليم المريض وتدريبه على تركيز انتباهه وتفكيره في الجوانب الإيجابية ، والمظاهر السارة، والنتائج المفيدة التي ستنتج عن العملية الجراحية. وهناك طريقة أخرى تم بحثها وهي التحكم بالمعلومات

informational control وفيها تقدم للمريض معلومات عن الأحاسيس والمشاعر، والإجراءات التي سيخبرها قبل وبعد العملية الجراحية. إن كل واحدة من طرق التحكم هذه ، تساعد في تحسين تكيف المرضى، وتعليمهم مهارات التعامل الجيد مع الضغط النفسي الذي تولده العمليات الجراحية.

خفض ردود فعل الضغط النفسي،

" تدبر الضغط النفسي وإدارته "

=====

يكتسب الناس مهارات التعامل من خلال خبراتهم وتجاربهم اليومية، والتي تتضمن استراتيجيات قاموا بمحاولتها سابقاً، وطرق شاهدوها لدى الآخرين. ولكن أحياناً، المهارات التي تعلموها قد لا تكون مناسبة أو فعالة بالنسبة للضغوط التي يمرون بها، إما بسبب شدة الضغط النفسي وخطورة الحدث الذي يخبرونه أو لأنه لا يلين وعصي على التعامل. ففي بعض الحالات، تفيد بعض الطرق التي تعلموها في خفض آثار بعض الضغوط النفسية لفترة وجيزة فقط، إلا أنها تكون ذات آثار خطيرة على المدى الطويل (مثل تناول العقاقير، والكحول). فطرق التعامل هذه يمكن أن تطبق لدى بعض الأفراد الذين تكون ضغوطهم النفسية عالية لأنه ينقصهم الدعم الاجتماعي، والتحكم الذاتي، إلا أن مشكلات التعامل تحدث لدى أفراد يعانون من ضغوط نفسية بسيطة أيضاً. فحين يعجز الأفراد عن التعامل بفعالية مع الحدث الضاغط، فإنهم بحاجة إلى مساعدة لتعلم طرق تكتيفية جديدة لتدبر مثل هذا الضغط النفسي.

وهناك تقنيات متعددة متاحة لمساعدة الفرد على تدبر الضغط النفسي وإدارته . إن تقنيات تدبر الضغط هي فنيات نفسية سلوكية، ولكن بعضها دوائياً أيضاً تستخدم تحت إشراف طبي.

العلاج الدوائي :

هناك أنواع كثيرة من العقاقير التي يمكن للأطباء أن يوصفوها لمرضاها
تساعد في تدبر الضغط وخفضه ، ولكننا سنركز على اثنين منها
هما: البنزوديازيبان benzodiazepines وصادات بيتا beta-blockers ،
ويمكن لهذين العقارين أن يخفضا التنبه العضوي أو الإثارة الفيسيولوجية،
ومشاعر القلق لدى الشخص . فالبنزوديازيبان، والذي يشتمل على عقاقير
أو أدوية تسمى تجارياً : فاليوم Valium ، وليبريوم Librium ، تعمل على
تنشيط النواقل العصبية التي تخفض من النقل العصبي الحيادي أو الكامن في
الجهاز العصبي المركزي. أما صادات بيتا مثل الإنديرال Inderal فتعمل على
صد أو منع نشاط العصبونات الذاتية أو المستقلة (الخلايا العصبية المتواجدة في
الجهاز العصبي المستقل) في الجهاز العصبي المحيطي، والتي يتم تحريضها
كثيراً بسبب أفراد الأدرينالين والنور أدرينالين (البنفرين، و النورابنفرين). إلا أن
صادات بيتا لا تسبب النعاس والخمول بنفس الدرجة التي تسببها عقاقير
البنزوديازيبان، وذلك لأن تأثيرها يكون في الجهاز العصبي المحيطي، وليس في
الجهاز العصبي المركزي. ويتم استعمال هذه الأدوية خلال الأزمات الحادة،
مثل التي تحدث بعد وفاة عزيز، أو حين يتعلم المريض طرق نفسية وسلوكية من
أجل التعامل مع مثل هذه الأزمات. ومع ذلك هناك الكثير من الناس يتناولون هذه
الأدوية بسبب تأثيرها طويل الأمد في خفض الضغوط والانفعالات السلبية.

طرق العلاج السلوكية والمعرفية:

لقد طور علماء النفس العديد من الفنيات أو الطرق التي يمكن أن يتعلمها
الناس من أجل التعامل مع الضغوط النفسية والأزمات، بعضه يركز على الأسرة
بشكل رئيسي، وبعضها الآخر يركز على تفكير الشخص. وقد ثبتت فعالية هذه

الطرق. ومن أبرزها، الاسترخاء وخفض الحساسية المنظم، والتغذية الراجعة الحيوية، والنمذجة أو الاقتداء، والتقنيات المعرفية.

أولاً- الاسترخاء وخفض الحساسية التدريجي والمنظم:

يعتبر الاسترخاء relaxation عكس التنبه أو الإثارة arousal ، وبذلك يعتبر الاسترخاء طريقة جيدة من أجل خفض التوتر والضغط النفسي، " هذا ممكن". ولكن ربما تقول " حين يظهر الضغط ، فإن قول الاسترخاء أسهل من ممارسته". فحين نمر بحدث ضاغط وتوتر ، يكون القول أسهل من الفعل فيما يتعلق بممارسة الاسترخاء وتطبيقه. ولكن في الحقيقة الأمر ليس كذلك دوماً، فالاسترخاء يمكن تطبيقه بسهولة إذا كنا نعرف تطبيقه، حين نتعرض لضغط وتوتر، فممارسة الاسترخاء ليس أمراً صعباً إذا كنا متدربين على تنفيذه بشكل جيد . ومن التقنيات التي يمكن تعلمها بهدف التحكم بالمشاعر السلبية والتوتر والضغط هي ما نسميه " الاسترخاء العضلي التصاعدي progressive muscle relaxation " ويسمى أحياناً اختصاراً " بالاسترخاء التصاعدي " والذي يتعلم فيها الشخص أن يركز انتباهه على مجموعة من عضلات جسمه بشكل متناوب، بحيث يطبق عليها الشد (التوتر) ، والاسترخاء (الراحة)، ويقوم بمقارنة ذهنية لكلا الحالتين.

إن الفرضية التي تستند إليها هذه التقنية، هي أن تعليم الفرد كيفية تطبيق الاسترخاء على عضلات جسمه، تساعد على خفض أو تقليص معدل الضغط النفسي الذي يعاني منه، ويعتبر عالم النفس الفيسيولوجي أيدمون جاكبسون (Edmund Jacobson, 1938)، رائد هذه التقنية في العلاج النفسي. فقد طور أداة لقياس معدل النشاط الكهربائي في ألياف العضلات. وباستعمال هذه الأداة، فقد وجد أن المفحوصين يمكنهم أن يخفضوا معدل التوتر في هذه العضلات بمجرد أن ندرهم على " شدها، واسترخائها" ، ثم وجد أن توتر العضلة يمكن

خفضه أكثر إذا تعلم المفحوص أو المتدرب أن يركز انتباهه على أحاسيسه ومشاعره حيال عمليتي الشد (التوتر) والاسترخاء (الراحة)، بالنسبة لكل عضلة من عضلات جسمه . وقد اكتشف علماء النفس أن الأسباب التي تجعل استرخاء العضلات تخفض من الضغط النفسي، هي أن هذه التقنية تعمل على تنبيه وتحريض الأفكار السارة لدى الشخص (Peveler & Johnston, 1986).

ومع أن هناك عدة أنواع لتقنية التدريب على الاسترخاء التصاعدي ، إلا أنها جميعها تحدث نفس النتائج والآثار الصحية. مثلاً، قد يبدأ الشخص بتطبيق الاسترخاء من اليدين ، ثم الرأس والجبهة، وأسفل الوجه، ثم الرقبة، تليها الكتفين ، ثم الصدر، والمعدة ، وانتهاء بالأطراف السفلية. وبالنسبة لك عضلة (أو مجموعة عضلات) يجب أن يستمر الشد (توتر العضلة) مدة تتراوح بين ٧-١٠ ثوان، بعدها يعود إلى استرخائها لمدة ١٥ ثانية، وعلى الشخص أن يركز انتباهه ليقارن بين الحالتين (الشد والرخي)، ويمكن تكرار ذلك بالنسبة لنفس العضو أو الجزء من الجسم ، مرتين أو ثلاث مرات كل جلسة، بحيث تستمر الجلسة لمدة ٢٠ - ٣٠ دقيقة. يجب تطبيق تقنية الاسترخاء بهدوء ، وبجو هادئ لا يوجد فيه مشتتات للذهن، ويمكن للشخص أن يقوم بها وهو مستقل على الأريكة ، أو وهو جالس على الكنب في وضع مريح.

لقد تم تطبيق تقنية الاسترخاء في تدبر الضغط النفسي وتخفيضه على الراشدين ، أما الأطفال فيخبرون الضغوط النفسية، ولكن لا يملكون قدرة على التعامل معها وتدريبها بفعالية. ولحسن الحظ هناك عدد من الطرق السلوكية والمعرفية التي يمكن أن يتعلمها الراشدون ويطبقونها على أطفالهم ويدربوهم عليها بسهولة. ويعتبر الاسترخاء مثال على ذلك ، فيمكن للأب أن يدرب ابنه على تطبيقها. من جهة أخرى ، يمكن للراشدين أن يجعلوا الأطفال يشاهدونهم وهم يطبقون هذه التقنية . وبذلك يكون الأب أو الراشد بمثابة قدوة ونموذج يتيح

للطفل أن يتعلم منه ويقلده . وحين يتعلم الأطفال والراشدون فنية الاسترخاء يمكنهم فعل ذلك حين يريدون . وبعد أن يتمكن الفرد (وساء طفل أم راشد) من تطبيق تقنية الاسترخاء بعد التدريب عليها، يمكنه أن يختزلها بحث يقصر من مدتها، أو ينجزها بسرعة وسهولة حين يعاني أي موقف ضاغط أو أزمة . من هنا تعتبر طريقة الاسترخاء المختصر brief relaxation مفيدة لأنها تمر بخطوات هي: ١- أخذ نفس عميق (شهيق بعمق ثم زفير)، ٢- أن تقول لنفسك " استرخ"، لأن الاسترخاء يجعلك هادئاً ومرتاحاً، ٣- أن تفكر أفكاراً إيجابية ومفيدة لبضع ثوان . وبهذه الطريقة يمكنك أن تدرب العديد من الأشخاص (في عائلتك أو غيرهم) على استعمال هذه التقنية حين يخبرون ضغوطاً نفسية، أو منغصات حياة يومية.

على الرغم من أن الاسترخاء طريقة مفيدة للتعامل مع الضغوط النفسية وخفض آثارها، إلا أنها غالباً ما تستعمل بالتزامن مع طريقة خفض الحساسية التدريجي systematic desensitization والتي تعتبر طريقة مفيدة وفعالة في خفض القلق، والتوتر، والخوف. وتستند هذه الطريقة إلى الفرضية التي تقول إن المخاوف سلوك متعلم عن طريق الاشتراط الكلاسيكي، والذي بموجبه يقترن بين موقف أو موضوع ما مع حدث سلبي غير سار. فإذا اقترن ذهاب الشخص إلى طبيب الأسنان بموقف ألم أو خبرة سيئة، سيصبح موضوع أو موقف طبيب الأسنان مثير للحساسية sensitized لدى هذا الشخص (والمقصود بالحساسية هنا الإثارة والتنبه والتوتر الذي يخلقه الموقف، وبالتالي يختلف معناها هنا عن معناها على المستوى الجسمي مثل الحساسية للغبار، أو لمواد معينة)، وهكذا سيكون لدى الشخص حساسية (إثارة وتوتر) من طب الأسنان. والحساسية هي طريقة إشرط كلاسيكي تعتمد على إعادة أو فك الارتباط (الاقتران) الذي حدث بين الموقف (أو الموضوع كطبيب الأسنان هنا) وبين الخبرة الانفعالية غير

السارة (أي الحساسية والإثارة)، ويتم ذلك عن طريق تكوين ارتباط جديد بين الموقف (المثير للحساسية والتوتر) وبين خبرة سارة أو جديدة.

ومن التجارب الرائدة في مجال معالجة الخوف والقلق والتوتر في علم النفس الحديث ، ما قامت به ماري جونز (١٩٢٤) لعلاج طفل عمره ثلاث سنوات من الخوف، حيث كانت تجلس الطفل في حجر أمه وتعطيه الحلوى التي يحبها ثم تقرب له مصدر الخوف (فأر أبيض) يوماً بعد يوم حتى أصبح الطفل بعد عدة أيام يلمس الفأر ويلعب معه. ونقوم فكرة التخلص التدريجي أو المنظم من الحساسية على أساس أنه لو أمكن أن نكون استجابة مضادة للقلق أو التوتر أو الخوف لدى الشخص ، فإن بإمكاننا عن طريق تقريب مثير الخوف والقلق بالتدريج أن نتطفى استجابة الخوف أو القلق لدى الفرد. وبذلك فإن مكونات هذه الطريقة في تدبر التوتر والضغط، تنحصر في ثلاثة عناصر:

- ١- الوصول إلى استجابة مضادة لاستجابة القلق والتوتر، والتدريب عليها.
- ٢- تدريج مثير القلق أو التوتر والضغط.
- ٣- تنفيذ العلاج (أي الاقتران).

وبالنسبة للاستجابة المضادة للخوف، هناك عديد من الاستجابات التي تضاد القلق أو الخوف والتوتر، منها: تناول الطعام، والانشراح، والاسترخاء. وقد تبين أن هذه الطريقة تفيد في معالجة المخاوف المرضية، مثل الخوف من المرتفعات، والخوف من ركوب الطائرة، الخوف من الحيوانات، الخوف من الامتحانات، الخوف من الماء، الخوف من الحشود والازدحام.

لقد ذكرنا أن طريقة التخلص التدريجي من الحساسية يستخدم بالتزامن مع الاسترخاء ، على اعتبار أن الاسترخاء يمثل الاستجابة المضادة للقلق أو الضغط والتوتر، ولذلك فإن هذه الطريقة تشتمل على الخطوات التالية:

١- التدريب على الاسترخاء (باعتباره استجابة مضادة للتوتر والقلق
أي الحساسية)

٢- إعداد مدرج هرمي للقلق أو التوتر.

٣- مرحلة تنفيذ الطريقة (أي خفض الحساسية تدريجياً) .

فالخطوة الأولى، يتم التدريب في غرفة هادئة، ذات إضاءة خافتة، وبعيدة
عن الضوضاء الخارجية مع أثاث بسيط، ويجب أن تكون هناك أريكة أو كنبه
مناسبة ليتم تدريب الشخص على الاسترخاء التصاعدي (كما سبق شرحه).

أما الخطوة الثانية ، فيتم فيها إعداد تدرج هرمي hierarchy للقلق
أو التوتر، حيث يحدد فيه مصدر القلق أو الضغط والتوتر (سواء كان موقفاً
أو حدثاً أو شخصاً أو شيئاً)، ثم يتم تقسيمه إلى مجموعات تبعاً للعناصر
المشتركة بينها، فقد يشعر الشخص بالحساسية والقلق من نقد الآخرين له ، ومن
حساسية زائدة من سوء فهم الآخرين له، فمثل هذا الشخص يكون قلق وتوتره
مركز على موضوع عام هو الخوف والقلق من الأحكام الاجتماعية (الآراء
السلبية عنه)، كما يتم تجميع المثيرات تبعاً لحادثة ضاغطة كالطلاق ، ومثل هذه
المجموعة تصبح الأساس الذي يبنى عليه مدرج زمني ومكاني spatio-
temporal hierarchy . ولنوضح كيفية وضع مثل هذا المدرج الهرمي
للموقف أو الحدث المثير للقلق والضغط، دعنا نلجأ في المثال السابق، عن
الخوف من طبيب الأسنان. يجب وضع المدرج أو التسلسل الهرمي كما يلي:

١- فكر بأنك في عيادة طبيب الأسنان، وتنتظر في غرفة الانتظار،
وبجانبك شخص آخر ينتظر لفحص أسنانه.

٢- انظر على صورة فوتوغرافية يظهر فيها شخص بيتسم وهو جالس
على كرسي طبيب الأسنان .

٣- تخيل هذا الشخص وهو هادئ ويتم فحصه من قبل الطبيب.

- ٤- فكر بأنك تطلب من طبيب الأسنان من أجل تحديد موعد لزيارته.
- ٥- قم فعلاً بالاتصال بطبيب الأسنان لتحجز موعداً معه.
- ٦- اجلس في السيارة، وقف بجانب عيادة طبيب الأسنان.
- ٧- اجلس في غرفة الفحص (أو الانتظار) واسمع الطبيب وهو يقول للمريض " هناك ضرر يجب أن النظر فيه لمعالجته".
- ٨- اسمع وانظر إلى الطبيب والأدوات دون التقرب منها.
- ٩- قام الطبيب باختيار ضرر معين ونظر إليه بالأداة وهو يقول " إنه ليس على ما يرام".
- ١٠- انظر إلى الطبيب وهو منحني باتجاه الأدوات وينتقي منها ما يريد استخدامه.

١١ - اشعر بالإبرة وهي داخل اللثة أو الأسنان.

١٢- تخيل نفسك مررت أو خبرت التجربة السنية.

١٣- تخيل نفسك وقد تم خلع ضرسك.

وكما تلاحظ من هذا التسلسل الهرمي لمثيرات القلق والتوتر فقد تدرجت من الأدنى إثارة وحساسية (الأقل ضغطاً وتوتراً) إلى الأعلى إثارة وحساسية (الأعلى ضغطاً وتوتراً)، كما أن بعضها يكون تخيلياً *in vivo* (مثل البنود ذات الأرقام: ١، ٣، ١١، ١٢، ١٣)، في حين أن بعضها كان فعلياً ، تم ممارسته على أرض الواقع *real-life* (مثل البنود ذات الأرقام: ٢، ٥، ٦، ٧)، وبعض هذه المثيرات يمثل تواصل فعلياً مع الموقف الضاغط، في حين أن بعضها الآخر لا يوجد فيه أي تواصل مع أي جانبي من جوانب الموقف الضاغط والمخيف. وهناك نوعان من الاتصال غير الواقعي أو غير الحي ذو درجات متنوعة: الأول، وهو استعمال موقف تخيلي أي تخيل للموقف الفعلي المثير للضغط والقلق *imagined situation* مثل تخيل الشخص نفسه بأنه يتصل

بطبیب الأسنان لتحديد موعد لزيارته، والثاني هو الاتصال الرمزي symbolic contact مثل رؤية صورة فوتوغرافية أو فيلم أو نموذج لموقف مثير ومقلق ويستدعي الضغط النفسي.

في طريقة خفض التدريجي للحساسية، يجب أن يتم تدريج مثيرات القلق والتوتر من قبل الشخص نفسه، وهو هادئ ومرتاح، وعليه أن يرتب هذه المثيرات من الأدنى إثارة وقلقاً إلى الأعلى إثارة لديه، وكل واحدة منها تثير لديه درجة من الخوف أو القلق، ولكن يجب أن نشجع الشخص على الاسترخاء، بحيث يكون قد طبق طريقة الاسترخاء (كما شرحت سابقاً). وحالما يجتاز الشخص المثير الأول دون شعوره بالإثارة والخوف (أي يكون هادئاً فيه) ينتقل إلى المثير التالي في التسلسل الهرمي للمثيرات، وهكذا حتى ينتهي من كل المثيرات، وقد يحتاج الأمر عدة ساعات، لذلك يمكن تقسيم إجراء الطريقة إلى عدة جلسات. وقد أثبتت الدراسات نجاح هذه الطريقة في خفض الخوف والضغط النفسي الناتج عن المعالجة السنية (عيادة طب الأسنان)، كما أظهرت إحدى التجارب فعالية هذه التقنية في خفض الخوف والقلق عبر عدة جلسات استغرقت ست ساعات ونصف الساعة لدى الراشدين. أما لدى الأطفال فيجب حتماً تقليص واختصار للجلسات التدريبية العلاجية مقارنة بالراشدين، وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار (في مرحلة الطفولة الأولى).

ثانياً- التغذية الراجعة الحيوية Biofeedback :

تعتبر تقنية التغذية الراجعة الحيوية إحدى الطرق التي تمكن الشخص من مراقبة العمليات الفسيولوجية لديه ومن ثم التحكم بها، حيث تتيح له مثلاً أن يراقب ضربات القلب لديه، أو توتر العضلات، ويحصل مباشرة على معلومات مرتدة عنها، وهذه المعلومات تمكنه من أن يكتسب إمكانية التحكم الإرادي بها عن طريق الاشتراط الإجرائي. فإذا حاول الشخص، مثلاً أن يخفض من توتر

عضلات الرقبة عنده، فالمعلومات التي يحصل عليها عن عمل عضلة الرقبة بعد تحكمه بها، تمثل تعزيزاً له.

لقد استعملت تقنية التغذية الراجعة الحيوية بنجاح في معالجة مشكلات الصحية المرتبطة بالضغط النفسي. منها مثلاً، معالجة مرضى يعانون من الصداع المزمن، وحين طبقت عليهم تقنية التغذية الراجعة استطاع المريض أن يحصل على معلومات مرتدة عن توتر عضلات الرأس والرقبة، مما عمل على تخفيف الصداع مقارنة بعينة من ضابطة من المرضى الذين لم تطبق عليهم هذه الطريقة. والمثير هو أن هذه النتيجة الإيجابية في خفض الصداع التوتري المزمن قد استمرت لفترة بعد المعالجة، حيث تم تتبع الحالة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أن التحسن استمر بعد ذلك. وقد ثبت أن تقنية التغذية الراجعة الحيوية فعالة في معالجة الصداع لأنها تعمل على استرخاء العضلات التي تعرضت للتوتر أو الشد أثناء الصداع. ولكن بعض الدراسات أثبتت أن هذه التقنية مفيدة لدى بعض المرضى دون غيرهم (Sarafino,2001).

لقد أثبت بعض الباحثين (Attanasio et al.,1985)، أن طريقة التغذية الراجعة الحيوية مفيدة وفعالة للأطفال أكثر من الراشدين. فحين طبقت هذه التقنية على عينات من الأطفال والراشدين الذين يعانون من الصداع التوتري ، تبين أن الأطفال الذين اظهروا قدرة أعلى على التنظيم الذاتي والتحكم بالذات من الراشدين، كما كانوا أكثر اكتساباً لاستجابات التحكم العضوي، وبالتالي أكثر تحسناً مقارنة بالراشدين. وقد افترض هؤلاء الباحثين عدة أسباب وراء هذه النتائج، منها: ١- أن الأطفال أكثر حماساً enthusiastic من الراشدين، ٢- وأنهم يعتبرون هذه التقنية بمثابة لعبة مسلية، ٣- بعض الأطفال تزداد دافعيتهم بمثل هذه الطرق العلاجية والتدريبية، حتى بدون أن يعمل الباحث الدرب على تهدئتهم . ٤- يتصف الأطفال بعدة صفات أو خصائص سلوكية ونفسية تجعل

طريقة التغذية الحيوية الراجعة مناسبة لهم كثيراً مقارنة بغيرهم. ولكن بالمقابل هناك مآخذ على هذه الطريقة حين تطبق على الأطفال، من أبرزها أن الأطفال- وخاصة الأطفال دون سن الثامنة- يتصفون بأن لديهم مدى انتباه أقصر من الراشدين ، وخاصة حين يكون طول كل جلسة من جلسات التغذية الحيوية الراجعة أكثر من ٢٠ دقيقة، وبالتالي لا يمكن للطفل أن يحتفظ بانتباهه وتركيزه لمدة طويلة كهذه. ولتجاوز هذه المشكلة ويمكن تقسيم مدة الجلسة إلى أقسام، بحيث يتخلل كل منها فترة استراحة. والمعضلة الثانية بالنسبة لتطبيقها على الأطفال، هي ظهور سلوك تشويشي وتخريبي لدى الطفل بسبب اللواقط الكهربائية والأسلاك التي تشتمل عليها التقنية. ويمكن للباحث المدرب أن يعالج هذه المعضلة عن طريق تقديم مكافآت، ومعززات للطفل، تدفعه لمزيد من التعاون.

ثالثاً- النمذجة أو الإقتداء modeling :

يتعلم الأفراد ليس من خلال قيامهم بالعمل فقط، بل من خلال ملاحظتهم أيضاً. إنهم يراقبون الآخرين ويلاحظون سلوكياتهم، ونواتج هذه السلوكيات، ونتيجة لذلك يتكون لديهم مصدر مهم من مصادر التعلم نسميه النمذجة " أو الإقتداء بنموذج " ونسميه أحياناً أخرى " التعلم بالملاحظة، observational learning "، أو " التعلم الاجتماعي، social learning ".

فيمكن للفرد أن يتعلم الخوف أو غيره من الانفعالات والسلوكيات الخاصة بالاضغوط النفسية عن طريق ملاحظة هذه الانفعالات والسلوكيات لدى الآخرين (وبشكل خاص الوالدين). وتستند هذه الطريقة إلى نظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها ألبرت باندورا (١٩٧٧). وقد أجريت دراسات متعددة على فعالية هذه الطريقة في معالجة الخوف، والعدوان ، ، والقلق ، واضطرابات النطق، والوساوس القسرية وغيرها من المشكلات السلوكية، مثلما طبقت في

تدريب الأشخاص على اكتساب الكثير من أشكال السلوك السوي كالمهارات الاجتماعية.

تقوم طريقة استخدام النماذج السلوكية " النمذجة " على أساس إتاحة نموذج سلوكي مباشر (حي) أو ضمني (تخيلي) ، لأن الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمريض بقصد إحداث تغيير في سلوكه وانفعالاته (إكسابه سلوكاً جديداً ، أو زيادة معدل سلوك ما ، أو إنقاص سلوك مرضي موجود لديه) ، (الشناوي ، ١٩٩٦) .

طالما أن الشخص يتعلم ردود فعل الضغط النفسي من خلال ملاحظته لها لدى الآخرين ، فإن طريقة النمذجة تستهدف إعادة التعلم بحيث تساعد هذا الشخص على التعامل مع الضغوط عن طريق ملاحظة الآخرين وهم يتعاملون معها بطريقة علمية فعالة ، بما يتيح له أن يكتسبها لتصبح جزءاً من مهاراته الخاصة لمواجهتها . وقد أثبتت العديد من الدراسات هذه النتيجة (Masters, Burish, Holon & Rimm, 1987) . تشبه طريقة النمذجة تقنية الاسترخاء : لأن الشخص يجب أن يسترخي حين يشاهد النموذج " القدوة " ويراقب سلوكه وانفعالاته ، كما يراقب ردود فعله تجاه التنبيه والإثارة بدءاً من الإثارة البسيطة في التدرج الهرمي ، مروراً بالإثارة أو الحساسية المتوسطة وانتهاء بالشديدة في نهاية التسلسل . وتجدر الإشارة إلى أن النموذج الذي يتم الاقتداء به قد يكون فعلياً real-life (واقعياً ، مثل شخص أماننا وهو يتصرف) ، أو يكون متخيلاً imagined . من هنا يمكن أن يكون النموذج رمزياً symbolically وذلك عن طريق استخدام نماذج في فيلم يمكن مشاهدته . وقد طبقت هذه الطريقة على الطفلة (باربارا) التي تبلغ من العمر (٧) سنوات ، حيث استطاع مشاهدتها لفيلم يحتوي نموذج قامت بالاقتراء به ، أن يخفض لديها الضغط النفسي الناتج عن العملية الجراحية التي خضعت لها في المستشفى . تجدر الإشارة إلى أن الأطفال

يمكن أن يستفيدوا من طرق وتقنيات سلوكية أخرى في خفض التوتر والضغط، والقلق لديهم ، كالأشطة التي يمكن أن تشتت انتباههم وتبعدها عن مثيرات القلق والضغط النفسي.

رابعاً- الطرق التي تركز على العمليات المعرفية " طرق العلاج المعرفي":

بما أن الضغط النفسي ينتج عن تقييم الفرد المعرفي للحدث أو الموقف الضاغط والذي يستند إلى فقر المعلومات، أو سوء الإدراك، أو معتقدات غير عقلانية، فإن بعض الطرق التي تعدل سلوك الشخص ونمط تفكيره، يمكنها تنميتها لديه بحيث تساعده في التعامل مع الضغط النفسي الذي يخبره أو يعيشه. ولتحقيق هذا الهدف، فإننا نعتد الطرق التي توجه الناس من أجل ما أسماه (لازاروس) بـ " إعادة بناء " نط التفكير لديهم. وتعتبر عملية إعادة البناء المعرفي **cognitive restructuring** ، هي العملية التي يمكن من خلالها أن نستبدل الأفكار والمعتقدات المحرصة للضغط النفسي بالأفكار والمعتقدات المنطقية أو الواقعية، والتي تخفف من تقييم الشخص للموقف على أنه مهدد وخطير. وقد طور هذه الطريقة جولد فرايد Goldfried ١٩٧٧ ، ويطلب فيها من المريض أن يتخيل تدرجاً من المواقف المولدة للضغط النفسي والتوتر، وفي كل خطوة يتم إعطاؤه تعليمات بأن يتعرف إلى الأفكار غير المنطقية المرتبطة بهذا الموقف المحدد، وأن يدحضه بطريقة عقلانية، كما يطلب من المريض أن يمارس هذه الطريقة في إعادة بناء الأفكار في الواقع حين مواجهة مواقف الحياة المختلفة. من هنا تشبه هذه الطريقة ، تقنية العلاج العقلاني الانفعالي التي سنشرحها للتو (Attanasio et al.,1985) .

تعتبر طريقة العلاج العقلاني الانفعالي **rational-emotive therapy**

(RET)، من الطرق المشهورة التي تركز على إعادة البناء المعرفي للشخص ، والتي طورها ألبرت إيليس Albert Ellis (١٩٥٧). وتستند هذه الطريقة إلى

الفرضية التي تقول بأن الضغط النفسي غالباً ما ينشأ عن طرق غير عقلانية ولا منطقية في التفكير. وأن هذه الأنماط من التفكير (غير السوي) تؤثر في عمليات تقييم الموقف الضاغط بحيث تزيد من اعتبار الفرد للموقف وتقييمه له على أنه ينطوي على تهديد وخطر. ووفقاً لإيليس، فإن المشاعر المضطربة والضغط النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بوحدة أو أكثر من الأفكار اللامنتطقية التالية:

١- يقول الفرد لنفسه: " إنه ينبغي علي أن أؤدي أداء جيداً وأن ألقى القبول والرضا عن كل ما أقوم به وإلا فسأكون فاشلاً.

٢- على الآخرين أن يتصرفوا تجاهي بلطف وعدالة، وإلا فإنهم سيكونون مخبولين.

٣- الظروف التي أعيش فيها ينبغي أن تظل حسنة وميسرة حتى أحصل على كل ما أريده بدون مجهود كبير وإلا فالحياة تبدو قاتمة.

وتتصف الأفكار اللامنتطقية بالصفات التالية : الكارثية (التضخيم والتهويل)، والتعميم على المواقف المختلفة، توقف الحالة الانفعالية للشخص على هذه الأفكار. فالأفكار اللامنتطقية أو غير العقلانية هي التي تبالغ في نظرة الشخص السلبية للموقف، وبالتالي تهويل آثار الحدث الضاغط عليه (المبالغة في الشعور بخطر الموقف)، من هنا تسعى هذه الطريقة إلى تغيير هذه الأفكار والمعتقدات.

ولكي نعرف كيف يمكن للأفكار غير المنطقية أن تزيد من الضغط النفسي ونقود إلى المشكلات النفسية، دعنا نلجأ في حالة لاعب البيسبول " بيير" الذي يتصف بما يلي:

" لم يستطيع أن يقفز جيداً، وكان كثير الكآبة بسبب أدائه الضعيف. وحين نتحدث معه، يقول مباشرة بأن معتقداته وتفكيره عن لعبه غير منطقي، مثلاً، بعد

العديد من المحاولات لقيام بحركات ضرورية في اللعب، وفشله في الأداء اللازم، أراد العودة إلى المنزل وترك اللعب، ريثما يجري المزيد من التمرينات. وكان يعتقد بأن اللاعب الذي لا يقوم بإنجاز مهمة ما في حدود المتوسط، يجب ألا يحاول القيام بالعمل ثانية. وهذا ما دفعه إلى ترك اللعب كثيراً". عندما نمعن النظر في هذا المثال، نرى أن أفكاراً لاعقلانية تسيطر على ذهن "بيير" مثل "يجب أن تكون كل حركة وأداء نموذجياً، و"حين لايمكن تحقيق الأداء المطلوب لايجب متابعة الرياضة"، ونتيجة ذلك فقد سيطرت عليه حالة انفعالية تتصف بعدم الصبر، والكآبة، والضيق والتوتر.

لقد تضمن علاج "بيير" تدريبيه على تقنية الاسترخاء، من أجل استرخاء عضلاته، ثم مساعدته في عدة أمور منها:

- ١- أن دافعيته للعب والأداء قد انخفضت، ما أدى إلى انخفاض أدائه، وقد تم التركيز على رفعه مستوى دافعيته للتدريب،
- ٢- كان يعاني من عدم الصبر، وعدم التحمل بسبب الأخطاء التي يرتكبها في حركاته ولعبه.

من هنا تستعمل طريقة العلاج العقلاني الانفعالي ، على عدة عمليات :

- أ - الأولى وهي الحدث أو الواقعة المحرصة والمنشطة Activity experience ، ويرمز لها بـ (A) ، كأن يقول المدير للعامل " لقد ارتكبت خطأ فادحاً، ولا يجب أن أراك هنا ثانية " .
- ب- الثانية "ب" وهي المعتقدات Beliefs ورمزها (B) ، أي الأفكار أو المقولات التي يقولها الشخص لنفسه حول الحدث أ. إنها الأفكار التي تسيطر عليه كاستجابة للحدث أو الواقعة. فقد تكون هذه الأفكار عقلانية ومنطقية، " اعتقد بأنني كنت مهتاجاً وعصبياً ، ويجب أن أكون أكثر مسؤولية وتحملًا حول العمل". إلا أن الأفكار اللاعقلانية قد تسيطر على ذهن الشخص مثل " لا يمكنني

أن أقوم بأي عمل جيداً، لفائدة مني، ولا يمكنني أن أواجه الناس بعد ذلك، لأنني مطرود من عملي".

ج- الثالثة وهي النتيجة (أو العواقب) Consequences ورمزها (C)، باعتبارها ردود الفعل الانفعالية أو الاستجابات الوجدانية الناتجة عن تلك الأفكار والتي قد تكون اضطراباً انفعالياً (حين تكون الأفكار غير عقلانية) أو سعادة وطمأنينة نفسية (حين تكون الأفكار عقلانية). ففي مثالنا السابق عن العامل، فقد ذكر أنه " يعاني من الاكتئاب، والخجل من الآخرين، وعدم قدرته على مواجهة الناس ، إضافة لشعور بالعجز واليأس " فهذه المشاعر أو الاستجابات الانفعالية هي رد فعل مباشر على الأفكار اللاعقلانية التي سيطرت على ذهنه.

د- وهي التفنيد Disputing ، ورمزها (D)، أي دحض الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها أثناء المعالجة بطريقة العلاج العقلاني الانفعالي. وفيها يجب أن نميز بين الأفكار العقلانية والواقعية وبين الأفكار اللاعقلانية وغير الواقعية. فالفكرة التي قالها العامل عن نفسه " أعتقد بأنني قمت بالعمل جيداً، هذه فكرة منطقية وجيدة ولكن الفكرة غير المنطقية هي التي قالها " لا فائدة مني، دائماً أخطئ في العمل " فيجب فحص مثل هذه الأفكار غير المنطقية من أجل دحضها ومن ثم وضع الأفكار البديلة أو المنطقية بدلاً عنها، وذلك بالتجربة والبرهان أو الدليل.

هـ- الرابعة وهي الآثار Effects ورمزها (E)، وتعني الأثر الذي تتركه عملية دحض الأفكار اللامنطقية، وتفنيدها، وهي عملية تنتمي إلى إعادة بناء الأفكار، لأن المعالج قد مكن الشخص من الاعتقاد المنطقي حين استبدل الأفكار اللامنطقية بالأفكار المنطقية، من هنا يجب نرى الآثار التي ترتبت على عملية التبديل هذه. وحين يصل الشخص لهذه المرحلة، سيصبح قادراً على التعامل مع الأحداث الضاغطة بطريقة منطقية وواقعية، وبالتالي سيكون أقل تعرضاً للضغوط النفسية.

لقد أجريت عدة دراسات لبحث فعالية طريقة العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية وآثارها على الصحة، وقد ثبتت كفاءة هذه الطريقة وأهميتها في معالجة حالات القلق، والتوتر، والاكتئاب. ولكن ما نزال بحاجة إلى بعض البراهين والإثباتات المتعلقة بما إذا كان التغيير في الأفكار وما يعقبه من انفعالات بعد العلاج، سيستمر ، وإلى أية درجة. من هنا فإننا بحاجة لدراسات تتبعية، لمراقبة وفحص درجة التحسن الذي يحصل بعد تطبيق هذه الفنية العلاجية (سعد، ١٩٩٥).

ومن الطرق المعرفية ما يسمى طريقة العلاج المعرفي **cognitive therapy** التي طورها عالم النفس آرون بيك Aron Beck (١٩٧٦)، والتي تشبه أيضاً العلاج العقلاني الانفعالي من حيث تغيير الأفكار غير السوية أو غير المنطقية. ومع أنها قد طورت من أجل معالجة الاكتئاب النفسي، إلا أنها طبقت بنجاح في معالجة القلق. وتهدف هذه الطريقة إلى مساعدة الفرد على أن يدرك أن المشكلات التي يمر بها ليس هو وحده المسؤول عنها، وأن الأحداث السلبية التي يخبرها ليست بالضرورة كارثية وخطيرة، وأن المعتقدات غير السوية أو اللاعقلانية لوجود دليل على صحتها. فالحوار التالي يظهر كيف أن المعالج النفسي يحاول أن يواجه الأفكار والمعتقدات اللامنتطقية لدى المريضة:

المعالج : ما الدليل على أن كل ما قلته هو صحيح، وأنت غير جذاب ؟ إنه غير معقول، وغير صحيح؟ ما المعطيات والمعلومات التي لديك؟
المريضة: من خلال مقارنة نفسي بالناس تبين لي أنني غير جذابة، وأنه ينقصني الكثير.

المعالج: إذا كنت قد نظرت إلى شخص جميل وجذاب كثيراً بالتأكيد ستكونين أقل جاذبية.
المريضة: " نعم ".

المعالج : فإذا أنا نظرت إلى شخص مكتمل ، سأكون أقل كمالاً منه.
المريضة: نعم، فالشخصية الجذابة هي التي تقضي ثلاث ساعات تعتني بنفسها
ومظهرها، فلست أقارن نفسي بشخص يقضي كل هذا الوقت للاهتمام بمظهره.
(Freeman,1990).

إحدى الأساليب الفنية التي تستعمل طريقة العلاج المعرفي هي اختبار
الفرضية أو التحقق منها hypothesis testing وفيها يقوم الشخص بمعالجة
المعتقدات التي كونت لديه فرضية يعتقدونها ، ثم محاولة التثبت منها من خلال
التعرف على الدلائل والبراهين التي تدحضها أو تنفيها وذلك بأمثلة من الحياة
الواقعية. وقد تبين أن هذه الطريقة في المعالجة مفيدة وفعالة في معالجة
الاكتئاب، وأنها واعدة جداً في معالجة أمراض القلق (Freeman,1990).

يجب أن ننتبه إلى أنه ليست جميع طرق العلاج المعرفي التي تهدف إلى
مساعدة الناس على التعامل مع الضغوط النفسية ، تستند إلى إعادة البناء المعرفي
للشخص، فقد عمل مايكنباوم Meichenbaum ورفاقه على تطوير طريقة
جديدة في المعالجة تسمى التدريب على التحصن ضد الضغط النفسي -stress-
inoculation training التي صممت لتعليم الشخص وتدريبه على مهارات
تخفيف الضغط، وإنجاز الأهداف الشخصية. وتتم هذه الفنية في المعالجة ثلاثة
مراحل هي :

١- التعليم : هدفها تكوين التصور conceptualizing لدى المريض ،
بحيث يتم تزويده بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود فعله تجاه الضغوط النفسية،
وذلك بأسلوب مبسط، ويكون الهدف من هذا الإطار هو مساعدته على أن ينظر
للموقف الضاغط أو الأزمة بشكل منطقي وعقلاني. ويتم ذلك من خلال مناقشة
خبرات المريض السابقة في الضغوط النفسية، والذي يمكن أن يتم بشكل فردي
أو جماعي، بحيث يشارك كل واحد في النقاش. فيمكن أن تتم مناقشة ما يلي :

تحت أية ظروف تخبر الضغط وتمر به؟ وماذا فعلت لخفض هذا الضغط؟ وما الذي جعل الأزمة أو المشكلة أكثر سوءاً أو أفضل؟ ما الذي ستفعله من أجل تغيير طريقة تعاملك معه؟

٢- مرحلة التكرار: وهدفها إكساب المريض المهارات وتكرارها skills acquisition and rehearsal ويتم فيها تزويد المريض بأساليب التعامل مع الضغط النفسي والتي تشتمل على وسائل تعامل معرفية، بعضها يتضمن مهارات التركيز على المشكلة، وبعضها مهارات التركيز على الانفعال (انظر الفصل السابق). فبعض هذه المهارات عامة بحيث يمكن تعلمها من خلال برنامج تدريبي، مثل: التدريب على الاسترخاء، وخفض الحساسية، وتبديل الانفعال، والبحث عن الدعم أو المساندة الاجتماعية، وإعادة التحديد أو البناء المعرفي . وبعض المهارات الأخرى تعتمد على ظروف الشخص ومشكلاته الخاصة. وفوق ذلك يمكن لبعض الناس أن يتعلموا مهارات التواصل، أو مهارة الوالدية والأمومة، أو مهارات الاستذكار والدراسة، وهكذا. وحين يتم إكساب هذه المهارات، يجب على المريض أن يطبقها تحت إشراف المعالج.

٣- التطبيق والمتابعة: وهدفها تطبيق ماتم تعلمه من مهارات ومتابعتها application and follow-through ، حيث يقوم المريض بنقل ماتم تعلمه من مهارات من الموقف التدريبي تحت إشراف المعالج إلى مواقف الحياة اليومية. ولإنجاز ذلك فقد تدرب المريض في الجلسة السابقة على الاستجابة للموقف الضاغط كما تم تحديده وتعريفه في الجلسة التدريبية بحيث تم تقسيمه إلى تسلسل هرمي متدرج ، وكل مرحلة أو جزء من المثير الضاغط تم التعامل معه ، ويجب عليه هنا أن يطبق مهارات التعامل التي اكتسبها وذلك لمثيرات ضاغطة يمر بها في الحياة الواقعية، ثم تتم متابعة كيفية تعامله لمدة لا تقل عن سنة.

تتضمن تقنية التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي عدداً من الفنيات مثل : الاسترخاء، وخفض الحساسية، والنمذجة. وبالرغم من فعالية هذه الطريقة في خفض الضغط النفسي، إلا أننا ما زلنا بحاجة لمزيد من الدلائل التي تثبت فعاليتها مقارنة بالطرق الأخرى.

خامساً- الطرق متعددة الأبعاد **multidimensional approaches** :

الشخص الذي يعاني من صعوبة التعامل مع الضغط، هو شخص يعاني من عدة صعوبات أو مشكلات متنوعة تطال جوانب في شخصيته وفي الموقف الضاغط نفسه. من هنا فإن طريقة مفردة وحيدة، قد لا تكفي أو لا تكون مناسبة بمفردها في مواجهة الضغط، لذلك يجب مساعدة المريض على اكتساب عدة طرق في التعامل. فطريقة التدريب على التحصين ضد الضغط مفيدة وفعالة باعتبارها تشتمل على عدة طرق أخرى، أي لا بد من حتى يتم تطبيقها، من التدريب على فنيات وطرق أخرى مثل الاسترخاء، والنمذجة وخفض الحساسية، ويجب تدريب الشخص عليها بشكل هادئ وفي مواقف الحياة اليومية بعد إكتساب مهاراتها. ويمكن القيام بذلك من خلال تصميمها على شكل برنامج تدريبي يشتمل على هذه الفنيات، ثم مناقشة فعاليتها ونتائجها.

التأمل والتنويم المغناطيسي:

النشاط العقلي للفرد يتغير باستمرار، وبعض هذه التغيرات تكون واضحة كالانتقال من حالة شعورية إلى أخرى مثل : الانتقال من اليقظة إلى النعاس، ومن النعاس إلى النوم، ومن اليقظة إلى التنبه والإثارة الانفعالية الشديدة، وحين يكون الشخص تحت تأثير الكحول. فهذه مستويات مختلفة من الوعي أو الشهور تنتقل بينها باستمرار. وحين تنتقل الحالة العقلية (الوعي) للشخص من مستوى إلى آخر، أو على مستويات من اليقظة ، نسمي هذه الحالة بحالة الوعي

أو الشعور المتبدل altered state of consciousness وهي تحول من نمط عادي من اليقظة يمكن أن يحدث بطرق متعددة بدلاً من الذهاب إلى النوم أو تناول الكحول. وهناك طريقتين من طرق تبدل الوعي هما: التأمل والتتويم المغناطيسي. وقد حاول علماء النفس دراسة أثر هاتين الطريقتين في التعامل مع الضغط وخفضه.

أولاً- التأمل :

التأمل mediation هو طريقة في ممارسة اليوغا التي طورها هاريشي يوجيس باعتبارها طريقة لتحسين الصحتين الجسمية والعقلية، وخفض الضغط. فالأفراد الذين يستعملون هذه التقنية يطبقوها مرتين يومياً، حيث يجلس الشخص في مكان هادئ ومريح، يسترخي ويغمد عينيه، وهو يكرر كلمة أو مقطعاً صوتياً مثل " أم " وذلك من أجل منع بعض الأفكار من إقحام التفكير لديه وإيقافها. وهناك عدة أشكال للتأمل إلا أنها جميعها متشابهة من حيث خفض الضغط النفسي وتحقي فالاسترخاء لعضلات الجسم. والمثال التالي يوضح ذلك " اجلس بهدوء وارتيح، وأغمد عينيك، ومارس الاسترخاء على جميع عضلات جسمك، ثم ركز انتباهك على تنفسك، وحين تتنفس قل كلمة ما بصمت، وحافظ على ذلك بنفس الوتيرة، ثم اترك المجال لتفكيرك يأخذ مجراه، وحين تقتحم نظام تفكيرك بعض الأفكار المشوشة والمنفرة للذات، تجاهلها وقل " حسناً"، ثم استمر بالتنفس، ونابع من جديد.

إن الهدف من هذه الفنية هو زيادة قدرة الشخص على مواجهة الضغط والتعامل معه بالاسترخاء، والتي تضمن خفض ردود الفعل العضوية أو الجسمية التي يحدثها الموقف الضاغط. ووفقاً للباحث بينسن Benson فإن استجابة الاسترخاء تحسن الصحة من خلال خفض معدل ضغط الدم. ويمكن استخدام هذه

الطريقة بعدة أشكال، فيمكن لرجل الدين أن يتأمل بعمق وهو يؤدي الصلاة، بما يساعده في بلوغ حالة من الاسترخاء.

وبالرغم من أن التأمل يساعد في حدوث الاسترخاء، إلا أن له هدف أعم وهو تطوير حالة من الوعي العقلي mindful awareness نسميها التبصر insight، وقد أثبتت نتائج بعض الدراسات أن حالة الوعي العقلي هذه، أو التبصر هي جوهر تقنية التأمل، وأنها هي الأساس في خفض مشاعر الألم، والضغط النفسية التي يعانيها الفرد. ويمكن تدريب المريض على تركيز انتباهه على ألمه الذي يعانيه وغيرها من الإحساسات الأخرى، بما يمكنه من أن يصبح أكثر وعياً بالألم الذاتي لديه. وباستخدام هذه الفنية العلاجية يمكن خفض حالة الضيق، والتوتر، والانزعاج الذي يعانيه المريض.

ويعتقد الكثير من الناس أن التأمل يمكنهم من بلوغ حالة من الراحة الفريدة، ففي دراسة شبه تجريبية، تم فيها قياس الإثارة العضوية (تنبيه الجهاز العصبي) لدى عينتين (مجموعتين) من الأفراد: الأولى (تجريبية)، خضعت للتأمل وممارسته، والثانية (ضابطة)، لم تمارسه، ولكنها بقيت في حالة راحة (بدون عمل وتنبيه). وقد أثبتت النتائج الفكرة القائلة بأن طريقة التأمل الذهني تؤدي إلى مستوى فريد ومتميز من الراحة والهدوء، والصفاء الذهني، كما تبين أن هناك فرقاً بين المجموعتين من حيث معدل ضربات القلب، وضغط الدم، ومعدل التنفس لصالح أفراد المجموعة التجريبية، التي كانت لديها ردود الفعل العضوية هذه أكثر رتابة وأقل إثارة. ولكن استخدام طريقة البحث شبه التجريبية لدراسة فعالية التأمل، أبقت الباب مفتوحاً حول فعالية طريقة التأمل في خفض الضغوط النفسية وتحسين الصحة. ويبقى السؤال هو "ما مدى فعالية التأمل في التعامل مع الضغوط النفسية وخفضها؟". فقد ثبت أن فعالية التأمل ليست واحدة في التعامل مع جميع الضغوط النفسية (ولكنها مفيدة في بعضها فقط)، من جهة أولى، كما أنها ليست فعالة لدى جميع الناس من جهة ثانية.

ثانياً: التنويم المغناطيسي hypnosis:

ترجع بداية التنويم المغناطيسي إلى ما يسمى " المغناطيسية الحيوانية والمسمارية"، وذلك في القرنين التاسع عشر والعشرين. ويعتبر الطبيب الأسترالي فرانز أنتون مسمر Franz Anton Mesmer رائد هذه التقنية حيث استخدمها في معالجة الأعراض الجسمية الناتجة عن عوامل نفسية، مثل الشلل الهيستري. واليوم يعتبر التنويم حالة من تبدل الوعي يتم إيجادها لدى الشخص بطرق وفنون خاصة مثل الإيحاء، بحيث تقود إلى درجات متنوعة من الاستجابة وتبديل التذكر، والانتباه، والتفكير، والسلوك (Orne, 1989). وليس كل شخص قابل لأن ينوم مغناطيسياً فبعض الأشخاص تكون قابليتهم للإيحاء suggestibility ضعيفة جداً ، وأن نسبة ١٥-٣٠% من الناس يسهل تنويمهم لأنهم قابلين للإيحاء. لأن القابلية للإيحاء لا تبقى على حالها مع العمر، ولكنها تخضع للتغير من مرحلة لأخرى، فمثلاً الأطفال بين سني ٧-١٥ قابلين للإيحاء بدرجة جيدة، وبذلك يسهل تنويمه، أم في المراهقة فتتفرض هذه القابلية، ويتسمر الأمر كذلك خلال مرحلة الرشد. إن الأفراد القابلين للإيحاء يمكن تدريبهم على ممارسة التنويم على أنفسهم مفردهم، وهذا ما يسمى التنويم الذاتي self hypnosis، ويمكنهم أن يطبقوا الطريقة ذاتياً حين يريدون ذلك.

ولأن الأفراد الذين خضعوا للتنويم الإيحائي قد صرحوا بأن خبرة الاسترخاء التي مروا بها أثناء التنويم مهمة، فقد سعى بعض الباحثين إلى دراسة فعالية التنويم، والتنويم الذاتي في خفض الضغوط النفسية. إلا أن هناك عدة صعوبات تعترض دراسة فعالية التنويم من أهمها: أن أكثر الناس غير قابلين للإيحاء، وأن نجاح التنويم وفعاليته تعتمد بقوة على تقبل الشخص للإيحاء. وبغض النظر عن هذه الصعوبات، فقد تبين أن التنويم مفيد وفعال في تدبر الضغوط ومواجهتها، ولكن ليس بنفس درجة وفعالية الاسترخاء، أو غيرها من الفنيات الأخرى.

باختصار نقول، إن تقنيتي التأمل والتنويم، من الفنيات والطرق العلاجية والتدريبية المفيدة والفعالة في تدبر الضغوط والتعامل معها، وفي منع حدوث الأمراض. فقد بينت نتائج إحدى الدراسات أن ردود الفعل العضوية التي يحدثها الضغط النفسي في كل من جهاز المناعة وجهاز الغدد، إنما تعتمد على الطرق التي يتعامل الفرد من خلالها مع الضغط أو الحدث الضاغط، وأن التدريب على التأمل والاسترخاء مفيدة في تقوية جهاز المناعة لديه.

تطبيق فنون تدبر الضغط في خفض مخاطر القلب

=====

من بين عوامل الخطر المؤدية لمرض الشريان التاجي للقلب العمر، والتاريخ الأسري للفرد، وهذين العاملين خارج نطاق تحكم الفرد وضبطه، ولكن هناك عوامل خطر أخرى مؤدية لمرض الشريان التاجي للقلب، تخضع لـتحكم الفرد وسيطرته وخبرته الشخصية أو سلوكه بشكل مباشر والتي يمكننا أن نعدلها ونخضعها للعلاج. أحد عوامل الخطر هذه هو الضغط النفسي، وسوف نتحدث عن استعمال طرق تدبر الضغط النفسي في خفض مخاطر التعرض لمرض الشريان التاجي للقلب.

أولاً- تعديل نمط السلوك (أ): modifying type (A) behavior :

حين تم تحديد نمط السلوك (أ) باعتباره أحد عوامل الخطر في حدوث مرض الشريان التاجي للقلب، اتجه الباحثون لدراسة الطرق التي يمكن أن نعدل فيها هذا النمط السلوكي، وذلك بهدف خفض حدوث مرض الشريان التاجي للقلب. وبالرغم من أن هذه المهمة ليست سهلة، فإننا لا نعرف على وجه الدقة ما الذي يجعل الشخص ذو النمط السلوكي (أ) أكثر عرضة لأمراض القلب.

قام الباحث روسكيز وزملاؤه (Roskies and Others, 1986) بدراسة فعالية برنامج علاجي بهدف تعديل نمط السلوك (أ) لدى عينة من المتخصصين الأصحاء، ورجال آخرين عاديين. وفي بداية الدراسة تم تقييم شخصية هؤلاء الأفراد وسلوكهم باستعمال المقابلة الموجهة، وتم اختيارهم عشوائياً إلى نوعين من طرق المعالجة: المجموعة الأولى طبق عليها الاسترخاء التصاعدي، والثانية العلاج النفسي المختصر، حيث تناقش المعالج مع المفحوصين حول تأثير خبراتهم الطفولية، وكيف تقود إلى السلوك التنافسي لديهم، وكيفية تشكل السلوك الخطر. وقد تلقت كل مجموعة جلسات علاج أسبوعية لمدة ١٤ أسبوع، وخلالها تم الطلب منهم أن يحاولوا الحفاظ نظامهم الغذائي، وسلوكهم الاعتيادي من حيث التدخين، وعادات العمل، والأنشطة الاجتماعية. وقد أظهرت النتائج أن المفحوصين قد تحسنت حالتهم خلال المعالجة، وخاصة فيما يتعلق بالشعور بضغط الوقت، ونسبة الكوليسترول بالدم، ومعدل ضغط الدم. وبعد ستة أشهر من المتابعة، تبين أن الذين خضعوا لطريقة المعالجة بالاسترخاء التصاعدي حافظوا على تحسنهم أكثر من الذين خضعوا لطريقة العلاج النفسي المختصر.

ومع أن هذه النتيجة مشجعة لنا، إلا أن روسكيز وزملاؤه قرروا أن بإمكانهم زيادة تأثير التدخل العلاجي على نمط السلوك (أ) عن طريق استعمال الطرق العلاجية متعددة الأبعاد أو الأساليب multidimensional approach.

ولتحقيق هذا الهدف فقد عملوا على تصميم برنامج علاجي يتضمن عدة فنيات معرفية وسلوكية، بحيث يشتمل على استرخاء العضلات التصاعدي،، والعلاج العقلاني الانفعالي، وتقنية التدريب على التحصين ضد الضغوط. وكان الأساس المنطقي والعلمي لتضمين هذه الفنيات مجتمعة في البرنامج هو التالي: يمكن مواجهة وتعديل نمط السلوك (أ) بمكوناته المختلفة، فطريقة الاسترخاء لمعالجة ردود الفعل الجسمية، وطريقة العلاج العقلاني الانفعالي لمعالجة الانفعالات

الشاذة وتعديلها، وطريقة التدريب على التحصن ضد الضغوط من أجل تعديل الخلافات والمشاكل الاجتماعية مع الآخرين، وذلك عن طريق تضمين هذه الفنية أسلوب حل المشاكل ، ومهارات التواصل. ثم تم تطبيق برنامج التدخل العلاجي هذا. والمفحوصين الذين تم اختيارهم عشوائياً لتطبيقه عليهم، وزعوا ضمن مجموعتين: الأولى مجموعة الممارسة التي اعتمدت التمرينات الرياضية (وخاصة الهرولة أو الركض)، والأخرى اتبعت تمرينات تدريبية لضبط الوزن وخفضه. وبعد عشرة أسابيع، تم إعادة قياس وفحص نمط السلوك (أ) لدى أفراد المجموعتين باستخدام المقابلة المقننة، ومقاييس فحص الأعراض القلبية الوعائية (ضغط الدم، وضربات القلب) كاستجابة للضغط النفسي، ومقارنة نتائج هذا القياس البعدي ، مع نتائج القياس القبلي. وبالرغم من أن واحدة من هذه الفنيات لم تعمل على خفض ردود الفعل العضوية الجسمية، إلا تعدد الطرق أو الفنيات مع بعضها كانت أكثر فعالية من استعمال طريقة واحدة في تعديل نمط السلوك (أ)، فقد خفضت مظاهر هذا السلوك وخاصة : الغضب العدائية ، والتنافس (Roskies,1983).

ثانياً- معالجة ضغط الدم:

لقد تحدثنا في فصل سابق عن أن ضغط الدم hypertension من أبرز عوامل الخطر المؤدية لأمراض القلب وخاصة أمراض الشريان التاجي للقلب. فمرضى الشريان التاجي للقلب يتلقون معالجة طبية تشمل على استعمال الأدوية (وصفات طبية للعقاقير)، مثل ديوريتيكس Diuretics الذي يعمل على خفض ضغط الدم. إضافة إلى ذلك، يعمل الأطباء على معالجة مرضى ارتفاع ضغط الدم عن طريق خفض وزن الجسم لديهم، وممارسة تمرينات بدنية منتظمة، وخفض معدل كل من الصوديوم، والكوليسترول، والكافئين، والكحول. ويعمل أطباء آخرون على دفع هؤلاء المرضى على " محاولة تعلم الاسترخاء وتطبيقها

" عند تعرضهم لأزمات أو ضغوط نفسية. ولكن لمثل هذه الطريقة مخاطر، منها أن الأفراد الذين لم يسبق أن تدربوا على فنية الاسترخاء سيبدلون جهداً للتدرب عليها ما قد يزيد يرفع لديهم ضغط الدم بدلاً من خفضه.

ولكون ارتفاع ضغط الدم الجوهري أو الأساسي مرتبط بدرجة وثيقة بكمية الضغوط النفسية وشدتها التي يعانيها الشخص، فقد حاول الباحثون فحص وتقصي استعمال فنيات تدبر الضغط النفسي من أجل معالجة ارتفاع ضغط الدم. عموماً، أظهرت الدراسات أن ضغط الدم يمكن خفضه باستعمال تقنيات تدبر الضغط النفسي مثل: الاسترخاء التصاعدي، والتغذية الراجعة الحيوية، والتأمل العقلي. وقد أظهرت بعض النتائج أن استعمال الاسترخاء في خفض ضغط الدم يفيد لدى أشخاص يتصفون بسمات خاصة مثل الغضب (Larkin, Knowlton & D-Alessandri, 1990)، إلا أن دلائل أخرى أحدث منها، قد أظهرت أن فعالية فنيات تدبر الضغط تكون أكثر حين نستعمل طرق متعددة بدلاً من طريقة أو فنية وحيدة. ففي بعض البرامج التي صممت لدراسة فعاليتها، اشتمل البرنامج على عدة فنيات هي: التنويم، والطرق المعرفية السلوكية مثل العلاج العقلاني الانفعالي، والتدرب على التحصين ضد الضغوط، وإعادة البناء المعرفي، والاسترخاء وخفض الحساسية المنظم، والتغذية الراجعة الحيوية، وذلك بهدف تعديل نمط السلوك (أ) وخفض ردود الفعل الجسمية أو العضوية مثل ضغط الدم، وضربات القلب. وقد ثبت أن تعدد الطرق أفضل بكثير من استعمال طريقة واحدة (Sarafino, 2001).

وبهدف تحسين صحة العمل، حاولت العديد من المؤسسات المهنية أن تستخدم فنيات تدبر الضغط النفسي ضمن برامج متخصصة صممت لهذا الغرض، وقد ثبت فعالية هذه البرامج في خفض ضغوط العمل وتحسين حالتهم الصحية. من جهة أخرى فقد ركزت بعض هذه البرامج على تعديل نمط السلوك

(أ) لدى العديد من العمال والمهنيين، بهدف خفض الآثار العضوية لهذه الشخصية وخاصة ارتفاع ضغط الدم، وضربات القلب، وقد لوحظ أيضاً أن تحسناً ملحوظاً ظهر نتيجة تطبيق هذه البرامج (Roskies,1983).

ملخص الفصل:

يعتبر الضغط النفسي خبرة يمر بها كل فرد، وقد ينظر إلى الضغط النفسي على أنه مثير، أو على أنه استجابة، أثناء تفاعل الشخص مع الموقف، وينتج عن ذلك مجموعة ردود أفعال ذات آثار نفسية وجسمية متنوعة، تختلف باختلاف تقييم الفرد لهذا الموقف. أما مهارات التعامل فهي عمليات يحاول الأفراد عن طريقها تدبر الضغط أو معالجة التناقض الموجود بين متطلبات الموقف وقدرات الشخص الذاتية في الموقف الضاغط. إننا نتعامل مع الضغوط بهدف الوصول إلى حل للمشكلة أو الأزمة المسببة للضغط. ويخدم التعامل لتحقيق وظيفتين هما: الأولى، التعامل الذي يركز على الانفعال، بهدف خفض الحالات الانفعالية السلبية التي سببها الموقف الضاغط وما ينتج عنها من سلوكيات خطيرة كالتدخين، وتناول الكحول والعقاقير، ويتم معالجة ردود الفعل الانفعالية والسلوكية هذه عن طريق فنيات هي الدعم الاجتماعي، والاستراتيجيات المعرفية، والثانية هي التعامل الذي يركز على المشكلة، حيث يتم خفض متطلبات الموقف المشكل أو الضاغط وتعزيز إمكانيات التعامل الذاتية، ويمكن استعمال عدة استراتيجيات لهذا الغرض منها تركيز انتباه الشخص على عناصر الموقف، والسعي الجاد لطرح البدائل (الطريقة الإقدامية)، أو تجنب الموقف والهروب منه (الطريقة الإحجامية).

طرق التعامل تتغير مع العمر، من مرحلة لأخرى، ومهارات التعامل لدى الأطفال تكون محدودة بحدود قدراتهم المعرفية والعقلية، ولكنها تتطور مع التقدم بالعمر، بحيث تصبح متنوعة وناضجة في مرحلة الرشد، وتعود للانحدار في

مرحلة الشيخوخة. ويمكن للفرد أن يخفض من الضغط النفسي في حياته بطرق عدة أبرزها: ١- المساندة أو الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد كما يقدمه للآخرين حين الحاجة ، والذي قد يكون بالمعلومات، أو بالمال، أو بالتقدير، ٢- التحكم الذاتي أو ضبط النفس، ويكون فيها الشخص متحملاً للمسؤولية ، كما يمكنه التخلص من الإحباط، وتنظيم عالمه الذاتي، ودارة الوقت بفعالية.

وهناك العديد من مهارات التعامل يمكن للفرد أن يتدرب عليها وثبت فعاليتها في خفض آثار الضغوط وتدبرها، من أبرزها: المعالجة الدوائية، وطرق العلاج السلوكي (مثل خفض الحساسية التدريجي والمنظم، والاسترخاء)، والتغذية الراجعة الحيوية، والنمذجة أو التقليد، إضافة على الطرق المعرفية (مثل إعادة البناء المعرفي، والعلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج المعرفي، والتدريب على التحصين ضد الضغط)، وطريقتي التأمل والتويم المغناطيسي.

من جهة أخرى فإن فنيات وطرق تدبر الضغط النفسي، مفيدة وفعالة في خفض ردود الفعل العضوية أو الجسمية التي يحدثها الموقف الضاغط، فقد ثبت فعالية التغذية الراجعة الحيوية، والاسترخاء، والتدرب على التحصين ضد الضغط، والعلاج العقلاني الانفعالي، والتأمل، في خفض الآثار العضوية الناتجة عن الضغط مثل ارتفاع ضغط الدم، وتعديل أعراض الشريان التاجي للقلب، وبالتالي تحسين الحالة الصحية للفرد. وقد تبين أن استعمال عدة طرق أفضل من طريقة واحدة. وقد ثبت ذلك حين جريت على عينات مختلفة، من الشباب والراشدين، في مجالات العمل، وفي الحياة اليومية.



الفصل السابع

الألم

معنى الألم وطرق تدبره

تمهيد:

ما معنى الألم ؟ وما أشكاله؟ وماذا يمكن أن نفعل لنساعد الأشخاص الذي يعانون من الألم، وخاصة أولئك الذين تطور لديهم حتى أصبح مزمناً؟ ما ذا يمكن أن نفعل لنساعد الأفراد الذي عولجوا من مرض أو إصابة (كبتير عضو)، ولكن مازالوا يشعرون بالألم، وخاصة أثناء عملية تأهيلهم للتكيف مع الوضع الجديد؟ سنتحدث في هذا الفصل عن طرق المساعدة التي يمكن استعمالها لإدارة الألم المزمن، ومعالجته. كما سنناقش التقنيات التي تطبق من أجل تصميم وتنفيذ برامج لمعالجة المرضى بهدف تدريبهم على التحكم بخبرات الألم وتدبر سلوكياته لديهم. كما سنحاول الإجابة عن العديد من التساؤلات المتعلقة بتدبر الألم وخاصة المزمن، منها مثلاً الإجابة عن الأسئلة التالية: هل تعتبر طرق معالجة الألم الحاد فعالة بنفس الدرجة حين تطبق في معالجة الألم المزمن؟ وما هو دور وفعالية الدواء في معالجة الألم؟، وكيف يمكن للمرضى أن يقلصوا من استعمالهم لهذه الأدوية؟ وهل يمكن اعتماد طرق العلاج النفسية مثل التنويم المغناطيسي، أو طريقة الوخز بالإبر، وهل تكون هذه الطرق فعالة في خفض الألم؟ ما هو الألم الإكلينيكي؟، وما هي عيادات الألم، وهل هذه العيادات فعالة في مساعدة الناس على خفض الألم لديهم ومعالجته؟

ما هو الألم ؟ " طبيعة الألم"

الألم pain هو خبرة حسية انفعالية لحالة من الانزعاج والضغط أو عدم الارتياح ، ترتبط عادة بإصابة أو أذية نسيجية حقيقية (Sanders,1985).

في الحقيقة فإن جميع الناس يعانون من خبرة الألم في جميع مراحل النمو أو العمر، بدءاً من خبرة الولادة بالنسبة لكل من الأم والمولود، مروراً بخبرة ظهور الأسنان لدى الطفل، وانتهاء بالإصابات، أو الأمراض في مراحل الطفولة والمراهقة والرشد. بعض أنواع الألم يكون مزمناً chronic ، كما هو الحال في مرض ألم المفاصل arthritis ، وفي ألم أسفل الظهر، وفي حالات الصداع والسرطان.

إن خبرة الناس للألم مهمة لعدة أسباب، السبب الأول، هو أنه لا توجد شكوى أكثر انتشاراً وشيوعاً كخبرة الألم، فهي من أكثر الشكاوي انتشاراً بين الناس، ووفقاً لأحد الباحثين ، يعتبر الألم " العرض الأكثر انتشاراً في المجال الطبي، وأكثر الأسباب التي تؤدي إلى العجز أو الإعاقة، كما أنه، أبرز مؤشر يدفع الشخص لأن يطلب المساعدة الطبية والعلاج". وقد لاحظنا سابقاً، أن الناس أكثر سعيًا لطلب المساعدة الطبية والمعالجة، وبدون تأخير، حين يعانون من الألم.السبب الثاني، هو أن الألم من أهم الخبرات الشعورية التي تدفع الشخص لطلب المعالجة. من جهة أخرى فإن الألم المستمر أو الشديد، يمكنه أن يسيطر على حياة صاحبه، ويعيق أدائه وممارسته لوظائفه ومهامه، في مجال العمل، والأسرة والعلاقات الاجتماعية، كما يعيق تكيفه الانفعالي أيضاً. والسبب الثالث، هو أن للألم تأثيرات اقتصادية واجتماعية في جميع المجتمعات والبلدان . وقد بينت إحدى الإحصائيات الأمريكية أن حوالي ١٠ مليون شخص يعانون من ألم حاد يعيقهم، ويشل قدرتهم على الإنجاز (Sanders,1985).

أنواع الألم وأبعاده:

إن إحساسنا بالألم يختلف من شخص لآخر، حيث تختلف نوعية الألم التي يخبرها الناس. فيمكننا أن نتحدث عن ألم حاد sharp وألم من نوع خافت

أو بسيط dull ، والألم الحاد نفسه أنواع، فقد يكون وخزة ألم مفاجئة stabbing متقطعة أو مستمرة . وقد يكون ألماً ملتهباً burning pain ناتجاً عن حروق أو ألماً تشنجياً cramping ، وقد يكون ألم حكة itching أو ألماً متواصلاً aching pain . من جهة أخرى تختلف ظروف الألم وشروطه وعوامله، باختلاف منشئه ، واستمرارية هذه الظروف والعوامل. وسنتحدث عن بعدين من الأبعاد التي تؤدي إلى اختلاف الألم، بدءاً من منشأ الذي قد يكون نفسياً، وانتهاء بالألم العضوي الذي يصيب عضواً معيناً تعرض للأذية أو الإصابة (عبد الله، ٢٠٠٩).

الألم العضوي مقابل الألم نفسي المنشأ :

الناس الذين يعانون من إصابات أو أذية عضوية جسمية معينة، كالحروق، يعانون من ألم مرتبط بالنسج أو العضو المصاب. فحين يتعرض الشخص لحروق في اليد، فإن نسيج الجلد المصابة، تمثل مصدراً للشعور بالألم موضعي في هذا العضو المصاب. وحين تحدث حالة الضيق والانزعاج الناتج عن الإصابة النسيجية للعضو، نقول إن هذا الألم عضوي المنشأ organic pain ، ولكن في أنواع أخرى من الألم لا يكون هناك أي عضو أو نسيج معين قد تعرض لأيّة إصابة أو أذية كما تكشفها الفحوص الطبية، وبالتالي لا يكون للألم أي منشأ عضوي جسمي محدد، من هنا فإن حالة الضيق والانزعاج التي يعيشها الشخص تجعله يشعر بالألم من النوع نفسي المنشأ psychedelic pain ، ومن أمثلة هذا النوع من الألم بعض الهلوسات النفسية التي يعيشها بعض الأفراد، مثل " المريض الفصامي الذي يقرر أنه تعرض لطلق ناري في الحرب وأنه مصاب "، فمثل هذا الشخص يعيش خبرة ألم نفسية المنشأ. والكثير من المرض الذهانيين يعانون من الألم نفسي المنشأ بسبب الهذيان والمعتقدات، والتوهمات التي تسيطر عليهم. ومنذ مدة وجيزة، بدأ الباحثون يدرسون نوعي الألم عضوي

المنشأ ونفسي المنشأ بشكل مستقل ويعتبرانه خبرتين منفصلتين ، ففي الألم نفسي المنشأ ، لا توجد إحساسات واقعية أو حقيقة ، كما هو الحال في الألم عضوي المنشأ . ففي الأخير يعيش الشخص خبرات حسية حقيقية ناتجة عن العضو المصاب ، أما في الألم نفسي المنشأ فلا توجد مثل هذه الإحساسات الموضعية الحقيقية أو الجسمية. ويدرس الآن المتخصصون كل أشكال الألم على أنها خبرات تتضمن عوامل نفسية وعضوية معاً، وبالتالي تلعب هذه العوامل مجتمعة دورها في خبرة الألم. من هنا فإن بعدي الألم نفسي المنشأ ، وعضوي المنشأ يشتملان كلاهما على عوامل وأسباب نفسية وعضوية ، ويمكننا النظر إليهما على أنهما يقعان على خط متصل continuum ولا يمكن الفصل بينهما، وبالتالي فإنهما خبرة واحدة تختلف من الناحية الكمية وليس النوعية .

فبعض خبرات الألم هي اجتماع لكلا النوعين من العوامل النفسية والعضوية معاً. إن تجمع هذه العاملين (النفسي والعضوي) في حدوث خبرة الألم تبدو واضحة في حالات كثيرة منها: الصداع التوترى، والانتقاضي، والتي تزداد حالة الألم مع ازدياد تعرض الشخص للضغوط النفسية والقلق. ولكن بعض المرضى يخبرون حالات من الانزعاج والضيق المزمن بدون أن يكون له أي أساس أو سبب عضوي، ويسمى علماء النفس هذه الحالة "مرض الألم" ، " pain disorder" ، (والتي تصنف ضمن أمراض التجسيد أو الجسمنة أي الأمراض النفسية التي تأخذ المظاهر الجسمية somatization) ، والتي تتسبب في حدوثها الأسباب النفسية. ويجب الانتباه بأنه حين نجد أسباباً عضوية جسمية للألم ، فلا يعني هذا أن هذا العامل هو الوحيد، فقد تتدخل فيه أيضاً العوامل النفسية. ولسوء الحظ، فإن الكثير من العاملين في المجال الطبي والرعاية الصحية، مازالوا يعتقدون بأن كل أشكال الألم إنما ناتجة عن أسباب ومنشأ عضوي جسمي.

الألم الحاد مقابل الألم المزمن:

إن خبرة الألم التي يعيشها الشخص، سواء كانت متواصلة، أم متقطعة خلال مدة زمنية تستغرق عدة أشهر وسنوات، تختلف عن تلك التي تحدث بشكل منفصل لفترة زمنية قصيرة. إن طول أو مدة الخبرة التي يعيش فيها الشخص حالة الألم بعداً أكثر أهمية في وصف الألم الذي يعانيه هذا الشخص . إن أثر حالات الألم التي يخبرها الناس هي حالة الألم المتقطعة قصيرة الزمن، والتي تستغرق دقائق، أو ساعات، أو أياماً أو أسابيع فقط ، ويستخدم فيها الشخص المسكنات أو مضادات الألم أو أي دواء يصفه الطبيب. وإذا مر الشخص مستقبلاً بخبرة ألم مشابهة فليس بالضرورة أن تشبه خبرة الألم السابقة وتشبه هذه الحالة الكثير من خبرات الألم التي نمر بها في حياتنا اليومية مثل : الصداع، والألم الذي يحدث بسبب أذيات في الأسنان ، أو ألم العضلات، والكسور الناتجة عن حوادث أو صدمات.

فالألم الحاد acute pain هو حالة من الضيق والانزعاج الذي يخبره الناس لفترة زمنية محدودة أو مؤقتة temporary والتي لا تستغرق مدتها أطول من ٦ أشهر تقريباً.. ومرضى هذا النوع من الألم يعانون درجات مرتفعة من القلق المترافق مع الألم، ولكن الضيق الذي يشعرون به يقل مع تحسن الحالة وانخفاض مشاعر الألم. وحين تطول خبرة الألم لمدة أكثر من بضعة أشهر تسيطر على الشخص درجات عالية من القلق ، وربما تتطور لمشاعر اليأس والعجز، لأن مختلف طرق المعالجة ستفشل في تخفيف هذه المشاعر.

وقد يسيطر الألم على حياة الشخص بصورة متواصلة، كما يحدث حين يمر الشخص بالألم المزمن chronic pain والحالة التالية توضح ذلك "يعاني الشخص من ألم متواصل لا ينقطع، إنه لا يشعر بالراحة إلا حين ينام بهدوء

وبدون كوابيس ، ونادراً ما يحدث هذا، كما أنه يشعر باستنفاد الطاقة، والإرهاق إنه بحالة توتر وتهيج متواصل مع أفراد الأسرة، كما أن أصدقائه قد نفروا منه وقلت الاهتمامات والأنشطة لديه، إنه يعيش حالة ألم مستمر، لدرجة لم يعد يكثرث بالعالم حوله، ولكن الشيء الوحيد الذي يكثرث به دوماً هو الذهاب إلى الطبيب والصيدليات بهدف مواجهة خبرات الألم لديه. "

تختلف خبرات الناس للألم المزمن عنها بالنسبة للألم الحاد، فالناس يتشابهون في خبراتهم للألم الحاد، ولكنهم يختلفون فيما بينهم بوضوح في خبراتهم للألم المزمن، لأن العوامل النفسية والشخصية تلعب دوراً كبيراً في هذا النوع من الألم. من جهة أخرى فإن الكثيرين من الذين يعيشون حالة الألم المزمن يتركون العمل لأسباب انفعالية وجسمية، ويعيشون بمستويات اقتصادية مادية منخفضة في نفس الوقت بما يلبي احتياجاتهم من الدواء المخفف للألم.

والناس الذي يخبرون الألم المزمن يعتمدون على نوعين من العوامل : ١- فيما إذا كانت حالتهم الأساسية سليمة (لا يوجد مرض خطير أو خبيث) ، أو يعانون من مرض خبيث أو خطير يقف خلف خبراتهم للألم المزمن، ٢- فيما إذا كانت حالة الضيق والألم متواصلة ، أم تحدث بشكل متقطع . واستناداً إلى هذين العاملين يمكن تصنيف الألم المزمن إلى ثلاثة أنواع:

١- الألم المزمن والمتكرر (معاود الحدوث) chronic\recurrent pain

وهو الألم الذي تكون أسبابه سليمة وليس له أساس عضوي خبيث أو خطير، والذي يحدث على شكل نوبات من الألم يتخللها فترات راحة. ومن أمثلة هذين النوعين من الألم: الصداع النصفي أو الشقيقة، والصداع التوترى الانقباضي، والنوع الثاني هو الألم الناتج عن طلق ناري

أو إشعاع، وكذلك الألم الخفيف الذي يحدث في العضلات، وفي الأنسجة المرافقة في الرأس والرقبة، وأحياناً ألم الظهر. فألم الشقيقة والصداع التوترى من أنواع الألم المزمن، أما ألم العضلات أو الناتج عن طلق ناري أو حادثة ، فهو من الألم المتكرر.

٢- الألم المزمن غير الخبيث أو غير الخطير chronic\benign pain، الذي يحدث طوال الوقت، أي متواصل، ولكن بدرجات مختلفة من حيث الشدة، وليس له أساس عضوي، كما هو الحال في النوع السابق، ويعتبر ألم أسفل الظهر من أبرز هذه الأنواع.

٣- الألم المزمن المتصاعد chronic\progressive pain ويتصف بأنه ألم مستمر ومتواصل يرافقه حالة من الإزعاج والضغط المستمر ويصبح مع مرور الزمن شديداً، حيث يتطور ، كما هو الحال في الألم الناتج عن السرطان، وألم المفاصل (عبد الله، ١٩٩٦).

كيف ندرك الألم ونشعر به:

هناك عدد من المدركات الحسية التي يستعملها الإنسان، إلا أن الإحساس بالألم يتميز بعدة خصائص فريدة، تميزه من الخبرات الحسية الأخرى: الأولى بالرغم من وجود ألياف عصبية حسية تنقل المثيرات أو الإشارات الحسية إلى الدماغ، فإن الخلايا الحسية المستقبلية بالنسبة للألم، مختلفة عن تلك التي تنقل المثيرات الحسية الأخرى، كالرؤية مثلاً. ففي الحين الذي يتضمن نظام الرؤية خلايا مستقبلية خاصة تنقل فقط المثيرات والرسائل المتعلقة بنوع خاص من المثيرات وهي الضوء، فإنه لا توجد خلايا ومستقبلات خاصة في الجسم تنقل فقط المعلومات أو الرسائل المتعلقة بالألم. الثانية، يشعر الجسم بالآلام استجابة للعديد من المثيرات الضارة والمؤذية، مثل الضغط الجسمي كالحرارة الشديدة

والبرد القارس. الثالثة، يتضمن إدراك الألم عادة مشاعر وخبرات انفعالية قوية وقد رأينا أن الألم يتضمن عمليات فيزيولوجية ونفسية معقدة.

الألم فيزيولوجي المنشأ :

من أجل وصف إدراك الألم فيزيولوجياً، سنصف ردود الفعل العضوية الجسمية للأذى الذي تتعرض له النسيج، كما هو الحال حين يتعرض الشخص لحرق، أو جرح في اليد. فالمثيرات الضارة والمؤذية، تثير ردود فعل واستجابات كيميائية ترافق الأذية أو الإصابة ، والمواد الكيميائية التي تم إطلاقها تحدث بشكل طبيعي ، ومن أهم هذه المواد التي يتم إفرازها: السيروتونين، والهيستامين، والبريديكتينين والتي تحسن وتنشط جهاز المناعة وتقويه في مثل هذه الحالات، والتي تنشط في نهايات الألياف العصبية في المناطق المصابة. يتم نقل الإشارات والمثيرات الخاصة بالإصابة أو الأذية عبر العصبونات المستقبلية في الجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي إلى النخاع الشوكي، والذي يحمل هذه الإشارات والمثيرات إلى الدماغ. إن نهايات الألياف العصبية التي تستجيب للألم في المنطقة المصابة أو مكان الأذية، تسمى المستقبلات الحسية للألم nociceptors ، وليس لهذه الألياف تركيب خاص في تحديد الأذية، إنها ببساطة نهايات ألياف حرة أو مستقلة، ويمكن أن نجدها في الجلد، والأوعية الدموية، والأنسجة، والعضلات، والمفاصل. وحين يتم تنشيطها وإثارتها ، فإنها كغيرها من المستقبلات الحسية الأخرى، تعمل على تنشيط الدفعات أو الناقلات العصبية التي تنقلها عبر الألياف المحيطية المستقبلية باتجاه الجهاز العصبي المركزي. وهناك عدة أنواع من الألياف المحيطية المستقبلية ، ولكن مثيرات أو إشارات الألم يتم نقلها بواسطة نوعين فقط من هذه الألياف، هي: ١- ألياف دلتا (Delta fibers) والتي تحوي الميلانين وهي المادة التي تساعد العصبونات على نقل الدفعات أو السيالات العصبية التي تحمل إشارات الألم

بسرعة فائقة . ترتبط ألياف دلتا (أ) بالألم الحاد، والموضعي (كآلم الجروح والحروق) ، ٢- ألياف (س) C fibers تنقل الدفعات العصبية ببطء ، لأنها لا تحتوي على الميلانين ، وتحدث حين مخبر الألم الخفيف، كآلم الصداع.

إن إشارات الألم القادمة عبر ألياف دلتا (أ)، وألياف (س) ، تمر عبر ممرات وطرق مختلفة حين تصل إلى الدماغ. إشارات الألم التي تحملها ألياف دلتا (أ) والتي تعكس الألم الحاد، تمر عبر مناطق محددة في التلاموس (المهاد) ومنه إلى المناطق الحسية، والحركية الموجودة في القشرة المخية . ويعني هذا أن إشارات ومثيرات الألم الحاد تأخذ حيزاً واهتماماً كبيراً من إدراكنا وشعورنا الحسي ، وربما هذا هو السبب الذي يجعلنا نستجيب لها بسرعة أكبر. من جهة أخرى، فإن ألياف (س) التي تحمل إشارات ومثيرات الألم الناتج عن الحروق والصداع، فإنها تنتهي في الدماغ المتوسط، والجزء الأسفل من مقدم الدماغ، في الجملة اللمبية، والتلاموس، والهيپوتلاموس. إن وصول الدفعات العصبية إلى هذه المناطق المختلفة من الدماغ، تبين تعقد الشبكة العصبية لهذه العصبونات. وإن إشارات ومثيرات الألم الخفيف أقل إثارة لانتباهنا واهتمامنا من الألم الحاد ولكنه يؤثر في مزاجنا وحالتنا الانفعالية العامة وفي دوافعنا.

إن تفسيرنا للأساس العضوي والعصبي للألم ونقل مثيراته أو إشارات، توضح لنا كيفية إدراكنا له، وما هو الطريق الذي يسلكه حتى نشعر به. إن إحدى الظواهر التي تبين تعقد الطريق الذي يمر به الألم حتى ندركه أو نشعر به، هو الألم الذي ينشأ من الأعضاء الداخلية internal organs ، فهذا النوع من الألم يتم إدراكه على أنه ناتج عن مناطق أو أجزاء مختلفة من الجسم، وخاصة من الأجزاء التي تقع تحت سطح الجلد مباشرة ، وهذا ما يسمى بالألم الرجعي أو الراجع referred pain . إن الألم الذي يخبره مرضى النوبات القلبية يقدم

مثالاً واضحاً عن هذه الظاهرة: حيث يرجع referred الألم إلى الكتفين ومنه إلى الصدر، والذراعين. ومن الأنواع الأخرى للألم الرجعي:

- إدراك الألم الذي يحدث في الكتف والذي ينتج عن التهابات في الحجاب الحاجز.
- ألم الأذن، أو الألم الذي يحدث في أجزاء معينة من الفم والنتاج عن ألم الأسنان.
- ينتج الألم الرجعي عندما تأتي الدفعات العصبية من الأعضاء الداخلية والجلد، والتي تمر عبر نفس الممرات في النخاع الشوكي إلى الدماغ. ولأن خبرات الناس متشابهة في الإحساسات الناتجة عن الجلد أكثر من تشابه خبراتهم بالنسبة للأعضاء الداخلية ، فإنهم يميلون لإدراك الدفعات العصبية في النخاع الشوكي كما لو أنها قادمة من الجلد. ومن الأمور الأخرى التي تعقد من فهم إدراكنا للألم هو أن الناس يشعرون بالألم دون أن يكون له أساس عضوي جسدي، وهو الألم النفسي المنشأ أو الخارجي. (Sanders,1985).

الألم نفسي المنشأ أو الألم الذي ليس له أساس عضوي واضح:

يخبر بعض الناس حالات من الألم مبهمه، وغامضة، من دون أن يكون لها سبب واضح، فلا يكون هناك مثير مؤذ، أو إصابة محددة ورائه. _ معظم حالات الألم هذه ترجع إلى واحدة من متلازمات الألم الثلاث التالية: الألم العصبي neuralgia ، وألم المحرق (الحراق) causalgia ، والألم الطرفي phantom limb pain تبدأ هذه الأعراض جميعها بخلل أو إصابة في النسيج، ولكن الألم فيها: ١- يستمر فترة طويلة حتى بعد المعالجة والشفاء،

٢- قد تنتشر وتتوسع وتزيد، لتصبح شديدة، ٣- ربما تصبح أقوى من الألم الذي خبره الشخص عند بداية الإصابة.

● **الألم العصبي neuralgia** وهي متلازمة أو تناذر ألم شديد حيث يخبر المريض عودة نوبات الألم، التي يشعر بها على طول العصب وإحدى متلازمات الألم هذه هو الألم العصبي الثلاثي التوأمي trigeminal neuralgia (ألم خاص بالعصب ثلاثي التوأم)، وهو ألم مبرح وشديد ناتج عن تشنج يحدث على طول العصب ثلاثي التوأم والذي تظهر ملامحه على وجه المريض. وتحدث نوبات الألم هذه فجأة، وبدون إنذار وعلامات مسبقة، ويمكن أن تنشط هذه النوبات وتزداد من خلال التعرض لمثيرات ومنبهات لاضرر منها أو غير مؤذية، مثلاً، استعمال قطعة قطن ومسح سطح الجلد فيها يمكن أن يثير نوبات الألم هذه.

● - **الألم المحرق (الحراق) causalgia** وهي متلازمة ألم تحدث بعد الشفاء من حروق، وقد يذكر المريض بأن الألم الذي يشعر به " يشبه تياراً حاراً " ، والألم الذي يشعر به المريض يشبه الألم الذي يخبره الشخص حين يتعرض لجرح . ولحسن الحظ فإن قلة من مرضى هذا الألم ممن تستمر خبرة ونوبات الألم معهم بعد المعالجة والشفاء.

● **ألم الأطراف الكاذب (ويسمى ألم الأطراف الشبحية) phantom limb pain** وهو نوع خاص من الألم

الذي يعتبر محيراً وغير واضح، ويحدث لدى المرضى الذين تعرض أحد أعضائهم للبتر، أو تعرض الجهاز العصبي المحيطي للأذية والإصابة في جزء منه، حيث يشعر المريض بأن الطرف المبتور (ساق أم ذراع)، لم يعد طويلاً ومكتملاً كما كان، وأن أعصاب الجهاز العصبي المحيطي لم تؤدِ وظيفتها بشكل كامل، فقد تعرض أداؤها للخلل. فبعد عملية البتر، يقول الكثير من المرضى، بأنهم يحسون بأن الطرف ما يزال موجوداً- ويقول بعضهم بأن الطرف المبتور ما يزال يتحرك- من هنا يشعر الكثير من هؤلاء المرضى بالألم المستمر. وأول من تحدث عن هذا النوع من الألم طبيب الأعصاب الأمريكي ميتشل عام (١٨٦٦) حين كتب مقالته الأولى عن الأطراف الشبحية في مجلة الأطلسي الشهرية، كقصة قصيرة تعبر عن معاناة أحد المرضى الذين بترت أطرافهم السفلية، حين يقول المريض: " لقد أحسست فجأة بتشنج حاد في ساقي اليسرى، وحاولت الوصول إليها بذراعي الوحيدة، ولكن بسبب ضعفي، ناشدت أحد العاملين بالمستشفى أن يحك لي ربله ساقي اليسرى . ربله عفواً يا صديقي ليس لديك ساق إنها مقطوعة". ويقوم عالم النفس العصبي (بيلزاك) - صاحب نظرية التحكم ببوابة الألم- بدراسة هذا النوع من الألم في عيادة الألم بمستشفى مونتريال بكندا (ميلزاك، ١٩٩٩).

لماذا يشعر بعض المرضى بالألم رغم عدم تعرضهم لمثير أو منبه مؤذ؟ ربما يتعلق الأمر بالتلف أو الضرر العصبي الذي يزيد من مشاعر الألم كما في ألم الأطراف المبتورة. وربما يحدث بعض الضرر أو التلف الجانبي ، مما يطور من مشاعر الألم هذه. ولحسن الحظ، هناك بعض المرضى الذين يعانون من تلف واضح ولكن لا يشعرون بهذا النوع من الألم ، مما يجعلنا في حيرة في هذه الأنواع من الألم التي لم تلقى تفسيراً واضحاً ومثبت علمياً حتى الآن، وبالتأكيد مثل هذه التفسيرات تطلب من الباحثين دراسة تفاعل العوامل العضوية والنفسية.

الدور الذي يؤديه " معنى " الألم بالنسبة للشخص:

بعض الناس يرغبون بالألم، على الأقل تحت بعض الظروف، كما هو الحال لدى المازوخيين جنسياً (نوع من الانحراف الجنسي لا يحقق فيه الشخص متعته الجنسية إلا إذ تلقى تعذيباً من الطرف الآخر). يختلف معنى الألم بالنسبة للناس. فيعتقد بعض علماء النفس أن الأشخاص يرغبون في الألم وفقاً النظرية الإشرط الكلاسيكي، من خلال مشاركته، أو رؤيته لأنشطة تربط (تقرر) مباشرة الألم بالمتعة أثناء النشاط الجنسي. وقد تبين أن " معنى " الألم يمكن أن يتغير من خلال اقترانه باللذة التي تأتي من الحيوانات. مثلاً، بين بافلوف أن ردود فعل الحيوانات السلبية تجاه المثيرات المنفرة أو المكروهة كالصدمة الكهربائية، يمكن أن تتغير إذا تم استبدال المثير بإحضار الطعام. سيحاول الكلب التقرب من المثير المنفر الذي يعتبر الآن مؤشراً على وجود الطعام، وأن الخطر لن يأتي.

لقد قدم الطبيب هنري بيشر Heney Beecher (١٩٥٦)، مثلاً دراماتيكياً حول الطريقة التي يؤثر فيها " معنى " الألم في خبرة الناس له. فالمعنى الذي يعطيه الأفراد للألم يختلف من شخص إلى آخر. فخلال الحرب

العالمية الثانية، فحص هنري بيشر الجنود الذين عانوا من جروح تم إدخالهم إلى المستشفى بهدف العلاج. وكان هناك ٤٩% منهم فقط هم الذين يعانون من ألم " خفيف" وألم " شديد"، وأن نسبة ٣٢% قرروا أنهم يريدون " شيئاً ما لتخفيفه أو تسكينه ". وبعد عدة سنوات ، أجرى بيشر فحوصاً مماثلة، ولكن في هذه المرة على أناس مدنيين، خضعوا لعمليات جراحية ، وبالرغم من أن الجروح التي أجريت لها العمليات الجراحية هي نفس المناطق التي كان الجنود قد أصيبوا بها، إلا انه لدى الجنود أشد خطورة منها لدى المرضى المدنيين. وهناك ٧٥% من المدنيين الذي قالوا بأنهم يعانون من ألم " حاد" أو بسيط" فإن ٨٣% طلبوا المعالجة. فلماذا لم يشعر الجنود بالألم القاسي والشديد الذي يعانونه مقارنة بالمدنيين؟ يفسر بيشر ذلك في ضوء " معنى " الألم بالنسبة للجنود:

" لقد كان هؤلاء الجنود متفائلين لأن المعركة قد انتهت، وأنهم سيذهبون لبيوتهم، وأنهم سيغادرون هذه المنطقة الخطرة، فالجروح التي تعرضوا لها كانت بمثابة مؤشر وعلامة على نهاية الكارثة بالنسبة لهم".

أما بالنسبة للمدنيين من المرضى الذين خضعوا للعمليات الجراحية، فإن الجروح هي بداية الكارثة والأزمة بالنسبة لهم، وأن هذا الوضع يعتبر بمثابة ظرف سيؤدي إلى خلل واضطراب في أسلوب حياتهم. وقد تحدثنا في فصل سابق كيف أن العمليات المعرفية والانفعالية والاجتماعية للفرد ، تعتبر عوامل مؤثرة في طريقة استجابتنا للمواقف، ولا يمكننا أن نفهم رد فعل الفرد واستجابته للمثيرات المؤلمة بدون أن نأخذ هذه العوامل بعين الاعتبار، والمثال الواضح على ذلك، الرياضي الذي لا يشعر بالألم حين يصاب في الملعب - رغم خطورة الإصابة أو شدة الألم - ولكن تفكيره، ومعتقداته، والموقف الاجتماعي التنافسي الذي هو فيه صرفه عن الشعور بها. والنظريات التي تفسر الألم، تبين لنا بوضوح دور هذه العوامل في إدراك الألم والشعور به.

الألم الإكلينيكي

ليست جميع حالات ومشاعر الألم التي نخبرها ونعانيها في حياتنا اليومية تحتاج إلى معالجة طبية متخصصة، وليست جميعها تتطلب مثل هذه المعالجة. يعزى مصطلح الألم الإكلينيكي clinical pain إلى أي نوع من الألم الذي يحتاج أو يتطلب معالجة طبية متخصصة ويتلقاها بالفعل. فالألم ربما يكون حاداً، أو مزماً، وفي كلا الحالتين قد ينتج عن أسباب معروفة أو غير معروفة. فالألم الإكلينيكي يستدعي معالجة طبية متخصصة لأنه يحتاجها بحد ذاته، وليس لأنه عرض أو مؤشر لمرض متقدم ومعقد مثل السرطان، وآلام المفاصل . إن الشفاء من الألم ومعالجته مهم للعديد من الأسباب الإنسانية ، إضافة إلى الفوائد أو المكاسب الطبية والنفسية الاجتماعية للمريض. فلنظر الآن في هذه القضايا أو المكاسب الطبية والنفسية الاجتماعية المرتبطة بمعالجة الألم الإكلينيكي وتدبره.

الألم الإكلينيكي الحاد:

عند استعمال تقنيات الوقاية من الألم الحاد معالجته ، يطبق الأطباء المتخصصون العديد من الطرق التي يمكن اتباعها بسلاسة وسهولة، بهدف خفض القلق والضغط النفسي لدى المريض، وبالتالي مساعدته بسرعة. إن أكثر خبرات الألم الحاد التي يمر بها الناس في حياتهم اليومية لها قيمة حياتية ضئيلة، أي أنها ليست خطيرة على حياتهم. ولكن بالمقابل هناك أهمية وقيمة للألم الذي يعيشه البعض: فما القيمة الحياتية للألم (خطورته على حياة المريض) الذي يعانيه مرضى الأسنان والذين خضعوا لعملية جراحية في الأسنان، وعولجوا منها؟ ولكن السؤال الأهم هو كيف يمكننا أن نحسن حياة الأفراد الذين تمت معالجتهم من أمراض معينة، ولكنهم مازالوا في المستشفى عدة أيام بعد العملية الجراحية؟ حين تكون الرعاية الطبية متاحة بالنسبة للمرضى فليس لهذا الألم أية قيمة ، أي ليس للألم فوائد أو مكاسب معينة . فحين المعالجة

وبعد العملية الجراحية، تبين أن ٣٠% من المرضى يعانون من ألم خفيف في الولايات المتحدة الأمريكية، وأن ٣٠% يعانون من ألم متوسط الشدة، مقابل ٤٠% يعانون من ألم حاد وشديد (Chapman, 1984). وتختلف مستويات الألم أو شدتها، وذلك حسب نوع العملية الجراحية التي يخضع لها المرضى، وعلى تنوع العوامل النفسية والاجتماعية، مثل: خبرات المريض الطبية السابقة والقلق السابق الذي عاناه قبل العملية الجراحية، والإحساسات أو المشاعر التي يتوقع أن يخبرها بعد العملية. إن ألم ما بعد العملية الجراحية postoperative pain الذي لم يتم خفضه، ولم ينتهي بالكامل، قد يخلق ردود فعل عضوية وجسمية، تعمل على تطوير تعقيدات وشكاوي مرضية ومظاهر بدنية غير طبيعية ربما تقود إلى الموت. مثلاً، حين لم يتم معالجة الألم، أو تدبره بشكل دقيق بعد العملية الجراحية، فقد تحدث تشنجات بعد عمليات جراحية في البطن أو الصدر، تمنع المرضى من التنفس العميق، أو تناول الأكسجين الكافي، وقد تحدث قحة وسعالاً شديدين، مما يساعد على دخول البكتريا، أو حدوث العدوى البكتيرية في الرئتين، كما تسبب مرض ذات الرئة pneumonia.

الألم الإكلينيكي المزمن:

حين يستمر الألم (تطول مدته)، ويصبح مزماً، يبدأ المرضى هذا الألم بإدراكه، وتفسير طبيعته أو النظر إليه بطرق مختلفة. ومع أنه في حالة الألم الحاد، يكون هذا الألم منفراً، ومكروهاً، إلا أن فترته تكون قصيرة، ويتوقع المريض نهايته، ويعتبره حالة مؤقتة وطارئة في حياته. ولكن حين يستمر الألم وتطول مدته، نلاحظ مشاعر الغضب، والخوف، والغمول لدى هؤلاء المرضى، ويبدأون بالبحث عن أطباء أو متخصصين آخرين أكثر كفاءة برأيهم. ربما يكون مثل هذا الإجراء فعالاً وبناءً، ولكن حين لا ينجح مثل هذا الإجراء، ويرى المريض بأنه ليست هناك أية علاقة بين الألم والضيق الذي يشعر به وبين

المعالجة وأن الألم لم ينخفض مع طول مدة الرعاية والعلاج، سترداد لديه مشاعر اليأس، والعجز، ما يدفعه إلى تلمس أو طلب المساعدة الإرشادية، وبتردد.

تعتبر فترة الانتقال من حالة الألم الحاد إلى الألم المزمن ، فترة زمنية حرجة، حين يسيطر على الكثير من هؤلاء المرضى مشاعر اليأس، والعجز (Keefe,1982)، كما تتطور لدى الغالبية منهم أعراض: توهم المرض، والاكتئاب، والهستريا (وهي الأمراض العصابية التي تسيطر على مرضى الألم وفقاً للمقاييس الإكلينيكية في المجال الطبي)، لتصبح هذه الأعراض السمات المميزة لشخصية هؤلاء المرضى، وخاصة لدى مرضى الألم المزمن. يرافق ذلك حدوث تغيرات أساسية في أسلوب ونمط حياتهم ، وخاصة في الأسرة، والعمل. من جهة أخرى فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن بعض المرضى الذي عانوا من ألم مزمن طويل بعد المرض وطول مدة المعالجة، قد سيطرت عليهم مشاعر اليأس، ثم سيطرت عليهم الأفكار الانتحارية (Keefe,1982)، وكلما طالت خبرة الألم المزمن، تزداد المشكلات النفسية والاجتماعية، وتسوء العلاقات البين شخصية، وذلك على العكس من حالات الألم الحاد.

فالأفراد الذين تلقوا معالجة للتخلص من الألم، بعد تطوره إلى حالة ألم مزمن، قد اظهروا أعراضاً عضوية ، ونفسية واجتماعية، تسمى " متلازمة الألم المزمن " chronic pain syndrome ، والتي وضعها عالم النفس ستيفن ساندز (Sanders,1985). وقال إن متلازمة الألم المزمن، تشتمل الأعراض التالية:

- تلف في الأنسجة قد يكون بسيطاً أو كبيراً.
- استمرار شكاوي الألم، والسلوكيات المرافقة له، مثل الغضب، والتمايل، والضيق، والتبرم.

- خلل في ممارسة الأنشطة اليومية ، تظهر بأحد مظهرين: إما تقليص في ممارستها ، أو خلل في أدائها (ضعف الإنجاز).
- خلل في الأنشطة والأعمال والواجبات اليومية على المستوى الشخصي، والأسري، والمهني.
- استعمال مفرط للأدوية أو العقاقير، أو طلب إجراء عمليات جراحية أخرى للتخلص من الألم.
- اضطراب في النوم، وتناول الطعام.
- سيطرة القلق والاكتئاب.

يظهر مرضى الألم المزمن عادة الأعراض الثلاث الأولى منها، والتي تسيطر عليهم طول فترة المعاناة. ويمكننا القول بأنه كلما كثرت الأعراض المسيطرة على المريض، كلما زاد تكيفه سوءاً وخلاً في مختلف المجالات. وبسبب الاختلاف بين الألم الحاد والألم المزمن من حيث: الاستمرارية (المدة الزمنية)، والآثار، التي تتركها على الضحية، فإن طرق المعالجة يجب أن تختلف وفقاً لذلك. فعلى المختصين من الأطباء أن يميزوا بين هذين النوعين من الألم ، من أجل أن يقدموا المعالجة المناسبة لكل منها، وفقاً لحاجة المريض (Chapman, 1991).

العلاج الطبي للألم

منذ قرون مضت، كان الفلاحون في المجتمعات الغربية يعالجون الألم الذي يعانونه عن طريق إدخال غصن شجرة في منطقة مهمة من مناطق أجسامهم بهدف امتصاص الألم من الجسم. ومن أجل منع حدوث الألم بسبب هذا الغصن، كان يتم دفن الغصن في الأرض. وهناك ممارسات مماثلة كان يتم استعمالها في الماضي بهدف تدبير الألم ومعالجته، وقد تم تطبيق بعضها حتى من قبل الأطباء. ففي القرنين التاسع والعشرين، تم استعمال طرق شرائط من الأفيون للمعالجة ،

ويستعمل الكثير من الناس مواداً مخدرة بهدف تخفيف الألم، وكان الأطباء يستعملونها قبل العمليات الجراحية منذ القرن الثامن عشر. ويستعمل الأطباء حالياً التخدير في المجال الطبي، والأدوية المخدرة بهدف خفض مشاعر الضيق والألم.

الجراحة بوصفها طريقة في معالجة الألم:

تعتبر الجراحة من الطرق التقليدية في معالجة الألم المزمن، وبعض الطرق الجراحية أفضل، وأكثر فائدة من بعضها الآخر. ففي بعض الطرق الجراحية يتم قطع بعض الوصلات العصبية في أجزاء من الجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي ، أو في النخاع الشوكي، وبذلك يتم منع مرور إشارات أو منبهات الألم من وصولها إلى المخ. وتعتبر هذه الجراحة من الطرق الخطيرة ، لأنها قد تحدث شللاً لدى الشخص. من جهة أخرى فحتى إذا قلصت مشاعر الألم، إلا أنها لا تساعد على خفض الألم لفترة طويلة، فكثيراً ما يعود الألم بعد أيام أو أشهر من الجراحة، هذا فضلاً عن الخلل والأذى الحسي الذي ينتج عنها، والذي تكون آثاره أخطر بكثير من المشكلة الأساسية. وبسبب مخاطر هذا النوع من الجراحة في معالجة الألم، نادراً ما تستعمل اليوم في معالجته.

ومن الطرق الجراحية الأخرى في معالجة الألم والتي لا تعتمد على قطع وصلات عصبية في الألياف العصبية ، والتي تعتبر أكثر نجاحاً، طريقة شق أو استئصال الغشاء الزليلي synovectomy وهي تقنية ينزع عن طريقها الجراح الأغشية الملتهبة في المفاصل لدى مرضى المفاصل. وهناك طريقة وهي اندماج الفقرات spinal fusion التي يتم فيها جمع أو دمج فقرتين أو أكثر من الفقرات المتجاورة لدى المرضى الذين يعانون من ألم الظهر. وتعتبر المعالجة الجراحية من الطرق واسعة الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الغربية، ومع ذلك لا توجد دلائل علمية كافية على فعاليتها طويلة الأمد ، كما

لا توجد دلائل تظهر تفوقها على غيرها من الطرق العلاجية الأخرى. ولهذه الأسباب لا تستخدم إلا نادراً جداً في البلدان النامية. وتعتبر طريقة المعالجة بالجراحة من الطرق المناسبة بالنسبة لمرضى العظام الذين يعانون من الألم المزمن. ولكن الأطباء والجراحين يفضلون اتباع طرق العلاج الطبي، والكيميائي وخاصة لدى المرضى الذين لم يصلوا إلى مرحلة العجز (Keefe,1982).

الطرائق الكيميائية في معالجة الألم:

بالرغم من أن البحوث الطبية قد توصلت إلى نتائج متطورة في مجال معالجة الألم منذ القرن التاسع عشر، إلا أن هذا التطور كان بطيئاً. يهتم المختصون في مجال الطب والعلوم الطبية بتطوير طرق معالجة الأمراض أكثر من اهتمامهم بطرق خفض الألم وتدبره. ومنذ تسعينيات القرن الماضي (أي منذ عقدين من الزمن) فقد بدا المؤسسات الصحية ومراكز البحوث الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية بتقديم نصائح للأطباء والمتخصصين، تبين لهم أن ١- معظم المرضى يعانون من آلام مزمنة بعد المعالجة، ٢- وأنه يجب خفض الألم لديهم قدر الإمكان سواء باستعمال الأدوية، أم طرق الاسترخاء وغيرها من الطرق. ٣- كما أوصت بأن اتباع طرق خفض الألم يسرع من الشفاء. فما هي طرق العلاج الكيميائية المتبعة في معالجة الألم الحاد والمزمن وخفضهما أو تدبرهما؟

أولاً- العلاج الدوائي لخفض الألم الحاد (معالجة الألم الحاد بالدواء أو العقاقير):

هناك العديد من الأدوية الفعالة في خفض الألم الحاد ، وخاصة بعد العمليات الجراحية . ويختار الأطباء الدواء المناسب والجرعة المناسبة استناداً إلى عدة عوامل، منها شدة الألم، وموقعه، وأسبابه. فهل يستعمل الأطباء هذه الأدوية بفعالية، وهل تسكن الألم وتحقق الراحة والشفاء بأمان؟ إن الإجابة عن هذا

السؤال يعتمد عل خصائص ونوعية الدواء المستعمل ، وعلى المريض، والعوامل الاجتماعية الثقافية. فالأطباء والعاملون في مجال الصحة يفضلون عدم وصف الأدوية المخدرة، بسبب إمكانية الإدمان عليها. وفي بعض البلدان كأمريكا اللاتينية، لا تستعمل العقاقير المخدرة لتسكين الألم إلا نادراً جداً، بينما توصف بشكل كبير في بلدان أخرى لهذا الغرض. وحوالي نصف المرضى الأمريكيان الذين يعانون من الألم داخل المستشفيات لم تتم معالجتهم منه، وأن الذين يعانون من ألم خفيف هم الأطفال والأقليات، مقارنة بالمرضى الآخرين (Cleeland et al., 1994). وحين يكون المريض طفلاً، فإن لا يسعى إلى وصف العقار المخدر أو مسكن الألم له إلا في الحالات النادرة جداً، وحين يضطر إلى ذلك فإنه يصف له أدنى الجرعات، ويسعى إلى توقيفه في أبكر وقت ممكن وخاصة إذا كان عقاراً مخدراً. إن الفروق في العمر والخلفية الثقافية والاجتماعية بالنسبة لاستعمال الدواء المخدر غير واضح تماماً، ولكن بالنسبة للأطفال يمكننا القول بأن الأطباء يعتقدون بأن أقل تعرضاً أو شعوراً بالألم من الراشدين، أو أنهم أكثر قابلية للإدمان على هذه العقاقير من الراشدين، أو كما يعتقد البعض بأن الأطفال أقل رغبة وميلاً لاستعمال الحقن، أو الكبسولات من الراشدين. وهذه الأسباب نفسها هي التي تفسر الاختلاف الثقافي الاجتماعي في استعمال الأدوية المسكنة للألم.

ولكن كيف يعمل الطبيب المختص على تلافي مشكلة وصف الأدوية المخدرة بالنسبة للأطفال؟ هناك طريقتان تستعملان في مثل هذه الحالات: الأولى، هي صادات الألم ، وتتم من خلال اتباع التخدير الموضعي، أو وصف الأدوية المخدرة التي يكون تأثيرها على الأغشية المحيطة بالنخاع الشوكي ، فمثل هذه الطرق يمكنها أن تمنع الألم، لأنها تمنع مرور إشارات الألم وتنبيهاته من النخاع الشوكي إلى المخ. الثانية، هي وهي تحكم المريض بالعلاج الدوائي،

وفيها يتاح للمريض إمكانية أن يحدد كمية العقار المخدر أو المسكن (كالمورفين) الذي يحتاجه، وب نفسه، ويقدم له بدون تأخير. ويمكن للمريض نفسه أن يتناول العقار المخدر، ويتحكم به، ويقوم الطبيب بمراقبه سلوكه واستعماله له، للتعرف على كمية ومعدل الجرعة المستعملة التي تحقق الفائدة المطلوبة.

هل يمكن لمرضى الذين يستعملون العقاقير المخدرة أو المسكنة أن يسيئوا استعمالها أو يدمنوا عليها؟ لقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن خطر سوء استعمال العقاقير المخدرة والإدمان عليها قليل بالنسبة لأكثر المرضى، تحت ظروف معينة. ففي إحدى الدراسات تم تقص هذا الموضوع لدى مرضى يعانون من ألم ناتج عن السرطان داخل المستشفى، وقد تم اتباع طريقة المعالجة الدوائية التي تتيح التحكم بالدواء، لمدة يومين، وقد عمل الطبيب على وصف نظام علاجي لهم باستعمال هذه الطريقة، وبأوقات محددة، وقد تبين أن معدل استهلاك المورفين قد انخفض مع مرور الوقت بدلاً من أن يزيد. فقد استعمل المرضى كميات جرعات كبيرة في البداية، ولكن قلت هذه الكمية بعد ذلك، وخاصة بعد يومين من استعماله. إن انخفاض تناول العقاقير المخدرة بعد ساعات أو يومين من تناوله إلى نسبة (٤٠% من معدل تناوله في المرحلة الأولى)، لقد أتيح لهؤلاء المرضى حرية تناول الكمية أو الجرعات التي يريدونها من العقار المخدر، ولكنهم لم يفعلوا ذلك.

وقد تم الحصول على نتائج مشابهة مع المراهقين والمراهقات من المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية (Tyler,1990). ولكن يجب الحذر من استعمال طريقة العلاج الدوائي عن طريق التحكم وخاصة مع الصغار، والذين يعانون من القلق، والذين ليس لهم دعم اجتماعي، فمثل هؤلاء المرضى قد يسيئون استعمال العقاقير و يدمنون عليها.

ثانياً- العلاج الدوائي لخفض الألم المزمن (معالجة الألم المزمن بالدواء):

يوصف الكثير من الأطباء ومختصي الرعاية الحية باستعمال العقاقير المخدرة أو المسكنة لخفض الألم الشديد لدى مرضى السرطان، وعادة ما يصفون هذه العقاقير لدى مرضى السرطان الذين يحتضرون (Foley,1985)، ففي بعض حالات السرطان، يتحول الألم لديها من ألم حاد إلى ألم مزمن وشديد وذلك مع تطور المرض وانتشاره. وبغض النظر عن الإرشادات الطبية في معالجة الألم الإكلينيكي، فإن النسبة العظمى من مرضى السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية، لا يستعملون العقاقير المخدرة بشكل دقيق ومنظم (Cleeland et al.,1994)، لماذا؟ إن أحد أسباب عدم استعمال العقاقير المخدرة بدقة وانتظام من قبل مرضى السرطان، هو أن هؤلاء المرضى - وخاصة المتقدمين بالعمر، والأقل مستوى تعليمي- يخشون الإدمان على هذه الأدوية وخاصة حين تكون مخدرة، وعلى المختصين أن يتناقشوا حول هذه الموضوعات مع مرضاهم، وأن يزيلوا سوء الفهم لديهم.

وبسبب الطبيعة الخاصة لمرض السرطان باعتباره يمثل نهاية الحياة، فإن الأطباء والمختصين يصفون الأدوية المخدرة لهم لاعتبارات تختلف عن وصفهم هذه الأدوية لخفض الألم المزمن لدى مرضى آخرين. وقد أظهرت نتائج الدراسات أن العقاقير المخدرة في خفض الألم فعالة في معالجة الألم المزمن وتسكينه . كما تبين فعاليته حين يستعمل مع غيره من الأدوية مثل مضادات الاكتئاب . كما تبين فعاليته حين يستخدم بجرعات قليلة، ما يقي من الإدمان عليه. من جهة أخرى تستعمل العقاقير المخدرة في الوقت الحال أكثر من استعمالها فيما مضى، وخاصة لدى المرضى المصابين بالعجز والذين يعانون من الألم المزمن مثل مرضى ألم المفاصل، وألم أسفل الظهر. ومع ذلك يجب وصفه واستعماله بحذر شديدين لثلاثة أسباب: ١- هو أن النتائج التي أثبتت

فعاليتها في تسكين الألم المزمن ، تحتاج إلى مزيد من الدعم العلمي ومزيد من البحوث الإكلينيكية، التي يجب أن تجرى على عينات متنوعة من المرضى بأمراض مختلفة، ٢- يجب أن تحدد نتائج هذه الدراسات كيف سيحيا المريض، وما هي آثار هذه المعالجة الدوائية على أدائه وسلوكه اليومي حين يستعمل الأدوية المخدرة يومياً، ٣- يجب أن يوضح هؤلاء الباحثون السبب وراء عدم اعتماد المريض على المخدر والإدمان عليه حين يستعمله وخاصة بجرعات قليلة كما تبين، فهل يعود ذلك إلى أن الجرعات قليلة، أم لأن الطبيب يراقب المريض، ويقيده في استعماله وفق حدود وقيود معينة لا يمكن تجاوزها؟ أم يعود سبب ذلك إلى اعتقاد المريض بأنه ربما سيفقد تأثير هذا المسكن فيما لو استعمله بكميات أكبر؟

ربما تتوصل الدراسات المقبلة إلى نتائج أوضح أو إجابات دقيقة عن مثل هذه التساؤلات، بما يتيح للأطباء وصف هذه الأدوية بدقة، للمرضى الذين يعانون من الألم المزمن. ومع أن هذه العقاقير فعالة في خفض الألم المزمن لدى العديد من المرضى، وأنه ذو قيمة كبيرة. إلا أن الأطباء لا يعتمدون عليها في علاجهم للمرضى لفترة طويلة وذلك لسببين: الأول، هو أن هذه الأدوية غير مرغوبة، وأحياناً تؤدي إلى الاعتماد عليها وإدمانها، والثاني، هو أنها غير كافية في ضبط الألم والتحكم به .

ويحتاج الأطباء إلى اتباع أدوية أخرى في معالجة الألم، على اعتبار أنه " لا توجد إجابة وحيدة مفردة للألم " كما يقول رونالد كينر (Kanner,1986). لذلك فإننا بحاجة على أدوية أخرى في تسكين الألم ومعالجته، وتبدو هذه الحاجة من خلال النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات والتي تلح على ثلاثة موضوعات:

١- الدراسات التي أجريت على طرق التعامل بينت أن مرضى الصداع المزمن يستعملون سلوكيات غير تكيفية أو طرق غير سوية في التعامل مع ضغوطات الحياة اليومية مقارنة بالأسوياء (من غير المرضى بالصداع).

٢- مرضى ألم المفاصل الذين يشعرون بدرجات عالية من اليأس والعجز قبل استعمالهم للدواء، يذكرون أن المعالجة الدوائية لم تحقق نجاحاً جيداً في خفض الألم المزمن عند بداية العلاج الدوائي، وذلك بالمقارنة مع المرضى الأقل شعوراً باليأس والعجز.

٣- تبين أن العقار الوهمي (بلاسيبو) ذو تأثير على الألم.

وبسبب الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في خبرة الناس للألم المزمن، يسعى الكثير من الأطباء إلى معالجة مرضى الألم بالتعاون والتنسيق مع علماء النفس والمتخصصين في الرعاية الصحية، مثل أخصائيي الخدمة الاجتماعية الطبية، وأخصائيي العلاج الطبيعي والمهني. وحين يتعاون مثل هذا الفريق في تنفيذ خطة معالجة مرضى الألم، فإنهم يوضحون الأساس المنطقي والعلمي الذي يقف خلف هذا التوجه في العلاج عن طريق الفريق team therapists ، والعمل أو الدور الذي يقوم به كل واحد منهم. وفوق ذلك على الطبيب المختص أن يوضح ما يلي:

- إن المريض الذي يخضع للمعالجة "يعيش حياة ألم مزمن".
- يمكن لهذا المريض أن يكتسب أساليب تعامل ومهارات تكيف تمكنه من التحكم بألمه وضبطه، وذلك بمساعدة المختصين من أعضاء الفريق.
- على الطبيب المختص أن يلعب دوراً محورياً وفعالاً بين أعضاء الفريق باختصار يمكننا القول بأن العلاج الدوائي للألم يعتمد على عدة طرق في المعالجة الكيماوية الدوائية التي تخفض الألم وتسكنه، ففيما يتعلق

بمرضى الألم المزمن، تبين أن العلاج الدوائي مفيد في خفضه، وخاصة إذا اعتمدت طرق التحكم بالألم التي يعتمد عليها أطباء الرعاية الصحية . ويسعى هؤلاء الأطباء إلى تقليل اعتماد المريض على الدواء المخدر ، وخاصة بالنسبة لاستعماله لفترات طويلة، حيث يتخذون الحيطة والحذر من وصفه لمدة طويلة ، من جهة أخرى يسعى الأطباء المختصون إلى خفض معدل استهلاك المريض للدواء، لأن هذا هو أحد الأهداف الأساسية وراء تدريب المريض على التحكم، وضبط الألم الذي يعانيه (Tyler,1990).

الطرائق السلوكية والمعرفية في معالجة الألم

لقد أدت نظرية " التحكم ببوابة الألم " إلى تغيير نظرية الأطباء والمتخصصين إلى الألم على أن بالإمكان ضبطه أو خفضه عن طريق العلاج الكيميائي الدوائي الذي يعدل من المدخلات والتنبيهات الحسية، لتصبح النظرة أكثر شمولية آخذة بالاعتبار تعديل العمليات المعرفية والانفعالية والدافعية أيضاً. إن هذه النظرة الأكثر شمولية وتركيباً للألم هي التي ساعدت علماء النفس على تطوير تقنيات سلوكية ومعرفية من أجل ١- التعامل بفعالية مع الألم ومواجهة الضغوط النفسية والانفعالية المرافقة له، ٢- لخفض الاعتماد على العقاقير أو العلاج الدوائي في معالجة الألم وخفضه. بعض هذه التقنيات والطرائق العلاجية السلوكية والمعرفية، تم شرحها سابقاً، ومع ذلك لابد من النظر الآن إلى كيفية تطبيقها في معالجة الألم (Cleeland et al.,1994).

أولاً- طرق العلاج بالاشراط الإجرائي:

لقد بينا أن بعض المرضى يعانون من ألم مزمن بعد مرض عضال أو إصابة ما أو إعاقة، مما ينتج العديد من السلوكيات المرافقة للألم، وأن مساعدة المتخصص النفسي لمثل هذا المريض تعتبر أمراً ضرورياً وبحق نجاحاً كبيراً.

فقد استخدمت طريقة الاشراف الإجرائي بهدف تعديل سلوكيات الألم لدى المريض. فقد استخدمت هذه الطريقة لدى مرضى يعانون من الألم المزمن من خلال تعزيز السلوكيات الجيدة (التكيفية) المرافقة للألم، وخفض (كف) السلوكيات غير المناسبة أو المزعجة. من جهة ثانية تظهر ملاحظات بيئة المرضى وخاصة الأطفال، أن السلوكيات المرافقة للألم التي تظهر لديهم كالبكاء، والصراخ، تقاوم جهود الممرضات وتعيق عملهن، وأن هذه السلوكيات تستمر معهم داخل المستشفى، مما يضطر القائمين على رعايتهم من الفريق الطبي الاهتمام بهذه السلوكيات والتعامل معها بهدف التقليل من تأثيرها وتحقيق أهداف الخطة العلاجية والشفاء. ومنم أجل تغيير مثل هذا الوضع، يوصي علماء النفس فريق الرعاية الطبي بما يلي:

١- تجاهل السلوكيات المعبرة عن الألم والمرافقة له (في مراحل لاحقة، من العلاج) ، والتي تم الانتباه إليها في المراحل المبكرة.

٢- تقديم مكافآت ومعززات للطفل كأن يقال له " سوف نقدم لك قطعة حلوى، إذا لم تبكي حين نحققك بحقنة الدواء"، أو " إذا قمت بهذا النشاط سوف نقدم لك لعبة، أو نتيح لك الخروج للعب".

٣- أثني على الطفل حين يساعدك في حقنه بحقنة الدواء، ويكون مرناً معك، اجعله ينام خلال النهار، دعه يمارس بعض الأنشطة المحببة له.

إن تعديل نتائج أو عواقب السلوك هذه يمكن أن تكون فعالة: لأن مشاعر الألم تنفض لدى المريض، وتزداد دافعيته ورغبته في القيام ببعض الأنشطة، ويتعاون في تنفيذ خطة العلاج وتناول الدواء.

يمكن استعمال طريق الاشراف الإجرائي في معالجة الألم لدى المرضى من جميع الأعمار، سواء داخل المستشفى أم في المنزل، ويمكن تعريف المرضى بمبادئ وطرق هذا العلاج منذ البداية، وقبل تأزم الألم، إلا أن برامج المعالجة

السلوكية التي تستعمل الاشراف الإجرائي لها بعض الصعوبات في حياة المريض. إن هذه الطرق العلاجية تسعى عادة لتحقيق هدفين رئيسين: الأول مساعدة المريض على تقليص درجة اعتماده على العلاج الدوائي، ويمكن عمل ذلك من خلال تحسين سلوكيات المريض وخفض الانفعالات السلبية التي يخبرها، وذلك باتباع مبادئ سلوكية مثل وضع جدول يومي يسجل فيه أوقات تناول الدواء المسكن للألم، بدلاً من تناوله في أي وقت، ويمكنك التقيد بهذا الجدول الثابت حيث يعتاد المريض عليه، ويتم تعزيز السلوكيات الجيدة والسوية لديه، وكف السلوكيات غير المرغوبة. الثاني، يهدف الاشراف الإجرائي إلى خفض سلوك العجز وضعف النشاط المرافق للألم المزمن، ويتم ذلك من خلال تعديل عواقب السلوك أو نتائج السلوك التي تشجع سلوكيات الألم.

ويمكن تطبيق ذلك من خلال تدريب المريض على أن يراقب سلوكياته غير السوية ويحتفظ بسجل عنها، وأن لا يعززها، ولكنه يعزز السلوكيات والأنشطة الإيجابية المفيدة للمعالجة (Tyler,1990).

هل يمكن اعتبار الاشراف الإجرائي فعالاً؟ لقد أظهرت النتائج البحثية أن تقنية الاشراف الإجرائي يمكنها أن تحقق نجاحاً كبيراً في زيادة نشاط المريض وخفض درجة اعتماده على الدواء وبالرغم من أن هذه النتيجة واعدة، ومهمة، إلا أن هناك بعض الملاحظات التي تجدر الإشارة إليها:

- معظم الدراسات التي توصلت إلى هذه النتيجة لم تستعمل مجموعات ضابطة بجانب المجموعات التجريبية التي طبقت عليها، وبالتالي يصعب علينا معرفة ما إذا كان التغير الذي حصل في سلوك المريض هو في الحقيقة نتيجة تطبيق الاشراف الإجرائي نفسه أم نتيجة عوامل أخرى متدخلة كالبقاء في المستشفى مثلاً.

• ليس جميع مرضى الألم المزمن يستفيدون من تطبيق طريقة الاشراف
الإجرائي، فهي تفيد بعض مرضى الألم المزمن، والألم المتكرر (الذي
يظهر ثم يختفي ثم يظهر وهكذا)، كما هو الحال لدى مرضى السرطان.
وبالرغم من أن المرضى لا يظهرون تحسناً سلوكياً حين لا يريدون هم
أو المحيطين بهم أن يساهموا ويشاركوا في المعالجة، أو حين يتلقون
تعويضاً عن العجز والمرض disability compensation .

بغض النظر عن هاتين الملاحظتين، فإن يمكن القول بان طرق العلاج
بالاشراف الإجرائي مفيدة حين تطبق في برامج معالجة مرضى الألم الحاد
والمزمن .

ثانياً- العلاج بالاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية:

يعاني الكثير من المرضى من ألم ذي أساس عضوي أو فيسيولوجي أو تقف
خلفه عمليات عضوية، ويمكن لهذه العمليات العضوية أن تنتشط وتعرض حين
يواجه المريض ضغوطاً نفسية. ففي مثل هذه الحالات يمكن للمرضى التحكم
بالألم وتدبره من خلال تحكمهم بالضغوط التي يمرون بها أو من خلال تحكمهم
بالعمليات العضوية التي تقف خلف ألمهم، وبالتالي يمكنهم أن يخفصوا مشاعر
الألم سواء من حيث شدته، أو تكراره. ويقدم لنا الصداع مثلاً جيداً عن الألم
الذي يحدث بنتيبيه وتنشيط من الضغوط النفسية، ومن العمليات العضوية التي
تقف خلفه. إن النظرة التقليدية للصداع من حيث كيفية حدوثه، تبين لنا أن
تضخم الشرايين المحيطة بالمخ، وأن الصداع التوتري ينشأ من خلال توسع
dilation عضلات فروة الرأس، والرقبة، والكتفين. بينما ركزت نظريات أخرى
في تفسير الصداع على ما يحدث داخل الدماغ. إلا أن مرضى الشقيقة والصداع
التوتري قد أظهروا دلائل تؤكد صحة النظرية الأولى (التقليدية). وقد عرض
أندراسيك (Andrasik, 1986) ، نموذجاً يبين فيه كيف يلعب الضغط

النفسي دوراً في حدوث الصداع وذلك وفقاً للنظرية التقليدية: فإذا كان الضغط يحرض الشرايين المحيطة بالمخ، فإن الشقيقة ستحدث، ولكن إذا سبب الضغط توسع في عضلات فروة الرأس أو الرقبة أو الكتفين، فإن الصداع التوترى هو الذي سيحدث، وفي كلتا الحالتين يساعد الضغط في حدوث الصداع.

بسبب هذه العلاقة بين الضغط والعمليات الفيسيولوجية التي تسبب الألم يسعى المعالجون لتطبيق تقنيات سلوكية مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي والتغذية الراجعة الحيوية، بهدف مساعدة المرضى على التحكم بأنفسهم وتدريبها. ويتم تطبيق هذه الطرائق التدريبية أو العلاجية في جلسات أسبوعية لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر . وقد تحدثنا عن استعمال هذه الطرائق والتدريب عليها في الفصل الخامس، حيث يركز المريض انتباهه واهتمامه على مجموعة من العضلات لديه وهي في حالة التوتر، وفي حالة الاسترخاء ويقارن بين الحالتين أو الشعورين ذهنياً . والمريض الذي تلقى تدريباً لاستعمال هذه التقنيات في خفض الضغوط النفسية، يمكنه استعمالها حين يخبر الألم. ووفقاً لنظرية أندراسيك (المذكورة أعلاه) يمكن للمريض أن يتدرب على هذه التقنيات ويستعملها حين يواجه الضغط النفسي مما يعمل بالتالي على خفض الألم لديه والتحكم به.

أما تقنية التغذية الراجعة الحيوية ، فيتدرب المريض على التحكم بعضلات جسمه إرادياً، مما يعمل يؤدي بالتالي إلى تعديل في وظائفها وأدائها لعملها: مثل معدل ضربات القلب، والتنفس، ويتم ذلك من خلال مراقبته لعمل هذه الأعضاء وحصوله على معلومات (مرتدة، أو راجعة) يحصل عليها من أجهزة أمامه. ومن خلال هذه التقنية يمكن لأي شخص أن يتعلم التحكم، وقد تبين أن معالجة الألم والتحكم به بهذه الطريقة، له وجهتان: الأولى، تتعلق بعمل العضلات والتحكم بها، فهي تقيد في التحكم بنشاط العضلات بما يساعد في ضبط عملها

(تقلصاً وتوسعاً، شداً واسترخاءً) ، مما يساعد في خفض الصداع. ويتدرب المريض عادة على التحكم بمجموعة معينة من العضلات مثل عضلات فروة الرأس، والرقبة، والكتفين، من خلال تلقيه معلومات من جهاز الرسم الكهربائي، والذي يقيس النشاط الكهربائي لهذه العضلات، ويتاح للشخص أن يراها مباشرة. والثانية ، تتعلق بالعمليات العضوية التي تقف خلف صداع الشقيقة. فقد ذكرنا سابقاً أن الشقيقة تنتج عن توسع في الأوعية الدموية الموجودة في الرأس، ويمكن مراقبة ذلك بشكل غير مباشر، من خلال درجة حرارة الجلد، في منطقة أو موقع الأوعية الدموية المستهدفة. ويمكن للمريض أن يتعلم التحكم يتوسع هذه الأوعية الدموية عن طريق المعلومات أو التغذية الراجعة القادمة إليه من حرارة الجلد في هذه المنطقة والتي ترتفع درجة حرارتها أثناء الألم (الشقيقة)، وذلك بسبب توسع هذه الأوعية الناتج عن مرور كميات أكبر من الدم فيها. ويلج المعالجون في تدريب المرضى على تعلم التحكم بتوتر العضلات أو توسع الأوعية الدموية واستعمالها في المنزل، حين يشعرون بالألم أو الصداع (Tyler,1990).

هل يعتبر الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية طريقتان فعالتان ومفيدتان في تسكين الألم أو خفضه؟ الجواب: "نعم" ، وقد تم التوصل إلى هذه النتيجة (الإيجابية) من خلال العديد من الدراسات (; Bogaads & Ter Kuile, 1994 ; Chapman,1991). إلا أن هناك عدة نقاط يجب توضيحها حول هذه النتيجة:

١- أكثر الدراسات التي أجريت للإجابة عن هذا السؤال حول فعالية كل من الاسترخاء والتغذية الراجعة في خفض الألم ، أجريت على مرضى الصداع بأشكاله المختلفة. وبالرغم من أن بعض هذه الدراسات قد أظهرت أن هاتين التقنيتين تساعدان في تخفيف أشكال أخرى من الألم وتسكينه، مثل: ألم الأطراف، وألم المفاصل، وألم أسفل الظهر (Flor & Birbaumer,1993)، إلا أن معرفتنا عن فعاليتها مستمدة أساساً من

دراسات أجريت على ألم الصداع. وقد تبين أن اتباع الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية معاً يفيدان أكثر، حين يطبقان مع العلاج الدوائي، تحقق هذه الطرق مجتمعة نتائج ممتازة.

٢- استرخاء العضلات التصاعدي والتغذية الراجعة الحيوية يتعادلان في فعاليتهما في تخفيف الصداع وتسكين الألم الناتج عنه. ومع ذلك فقد تبين أن الاسترخاء أكثر فعالية من التغذية الراجعة الحيوية في خفض الألم الناتج عن الشقيقة، وأن التغذية الراجعة الحيوية أكثر فعالية علاج الصداع التوترى - الانقباضى من الاسترخاء.

٣- يستفيد مرضى الصداع التوترى من تقنية التغذية الراجعة الحيوية أكثر من استفادتهم من طريقة الاسترخاء في خفض الألم، وأن الفعالية أو النجاح يكون أعلى حين تستعمل الطريقتان معاً.

٤- بالرغم من أن فعالية هاتين الطريقتين (الاسترخاء والتغذية الحيوية) في تسكين الألم قد ينتج أساساً عن المهارات النوعية التي اكتسبها وتدرّب عليها المرضى في تحكمهم بالعمليات الفيسيولوجية التي تقف خلف ألمهم وتسببه، إلا أن العوامل النفسية تلعب دوراً مهماً أيضاً. فنتأمل المرضى الذين قدم لهم دواء وهمياً (بلاسيبو) على أنه مسكن للألم، وقد انخفض شعورهم بالألم فعلاً نتيجة ذلك، لاعتقادهم بأنهم تناولوا مسكناً حقيقياً ولكن الواقع عكس ذلك. لذلك نقول تلعب معتقدات المريض، وطريقة تفكيره، وغيرها من عملياته المعرفية دوراً مهماً في إنجاح طريقتي الاسترخاء، والتغذية الراجعة الحيوية، أو في تقليل فعاليتهما.

باختصار تعتبر تقنيتي التغذية الراجعة الحيوية والاسترخاء من الطرق المهمة والفعالية في تسكين الألم المزمن لدى المرضى، ومع ذلك فإنهما لا نلبيان احتياجات جميع المرضى. وبسبب تتداخل العوامل العضوية مع العوامل النفسية

والاجتماعية في شخصية المريض، يجب أن نستخدم عدة طرق أو تقنيات في تدريب المريض على التحكم بألمه وخفضه.

ثالثاً- تقنيات العلاج المعرفية :

ما الذي يعتقد الأشخاص حين يخبرون الألم ويعانونه؟ وكيف يتعاملون مع الألم الحاد؟ في حالة الألم الحاد، يركز بعض الأشخاص على المعاناة والمحنة الشديد ordeal، وكيف أنهم متعبين، وضعفاء، ولكن بعضهم الآخر لا يركز على هذه المشاعر. مثلاً، لقد سأل بعض الباحثين عدداً من الأطفال والمراهقين عما يعتقدونه حين يتم حقنهم بحقنة مخدر عند طبيب الأسنان، تبين أن ٨٠% من هؤلاء المفحوصين قد ركزوا على الانفعالات والمشاعر السلبية، وعلى الألم مثل: "إنه مؤلم، إنني أكره الحقن"، "إنني في حالة فرع"، "لقد زادت ضربات قلب، إنني خائف". كما أن شخصاً من كل أربع أشخاص من المفحوصين قد ذكروا أنه يسيطر عليهم فكرة الهروب، وتجنب الموقف والانسحاب منه، "أريد أن أهرب"، ومثل هذه الأفكار تعبر عن أن انتباه الشخص واهتمامه متمركزاً على المظاهر السلبية، والمشاعر غير السارة، وعلى الخبرات السيئة، مما يجعل الألم أسوأ (Keefe et al, 1994).

ولكن ليس جميع الناس الذي يعانون من الألم الحاد يركزون انتباههم على الأفكار والمشاعر السلبية، كالخوف، والضعف، والعذاب، فبعضهم يستخدم استراتيجيات أو أساليب التعامل المعرفية بهدف تعديل مثل هذه الخبرات ومواجهتها. مثلاً تبين من دراسة أجريت على عينات من الأطفال في سن العاشرة من العمر، أن عدداً منهم قرروا كيف سيتعاملون مع الألم الذي سيشعرون به عند طبيب الأسنان، كأن يفكروا بأمور أخرى بعيدة عن الموقف، أو أن يقولوا لأنفسهم "إنه ليس سيئاً"، "ابق شجاعاً". إن مهارة الأطفال على التعامل وقدرتهم على مواجهة مواقف الألم تنمو وتحسن كلما تقدموا في العمر، والكثير

من الراشدين يملكون قدرات عالية على مواجهة مشاعر الخوف، والخبرات السيئة التي يتعرضون لها في مواقف الألم (Chapman, 1991).

كيف يتعامل الناس مع الألم المزمن؟ بعض الأساليب المتبعة في مواجهة الألم الحاد هي طريقة التعامل الفعال أو المواجهة النشطة active coping والتي عمل الفرد من خلالها على الاحتفاظ بأدائه وقوته من خلال تجاهل الألم، والانشغال بأنشطة يرغب فيها الشخص، وتثني اهتمامه.

ومن الأساليب الأخرى، التعامل السلبي أو الهروبي passive coping وهي أساليب هروبية انسحابية، كان يهرب الشخص إلى السرير وينام، وتقليص ممارسة الأنشطة الاجتماعية. ففي العديد من حالات الألم المزمن، يحدث لدى المرضى حلقة مفرغة، تنمو وتتطور من خلال اتباع المريض لمثل هذه الأساليب السلبية الهروبية، مما يخلق لديه حالة من اليأس والكآبة، والعجز، وتنمو هذه المشاعر بحيث تزيد من معاناته للألم، وهكذا فكلما حول التعامل مع الألم بتجنبه، والخلود إلى السرير، والعزلة، كلما زادت حلة الألم لديه وتعقدت، مما يعيش في حلقة مفرغة تجعل من الصعب معالجتها في مراحلها اللاحقة. ولا بد من الإشارة إلى دور الأصدقاء والأهل في تعزيز مثل هذه السلوكيات والأساليب الهروبية. من جهة أخرى فإن الطريقة التي يتبعها مرضى الألم المزمن مع خبرات الألم لديهم، إنما تختلف استناداً لخبراتهم السابقة، وكيفية تعاملهم معها. فالذين يعتقدون بأن فترة الألم لديهم ستطول، وأنهم وأطبائهم لم يعرفوا سبب هذا الألم الذي يعيشونه، سيؤدي ذلك إلى اتباع أساليب تعامل سلبية، وطرق مواجهة ضعيفة لمواجهة هذا الموقف. من جهة أخرى فإن المرضى الذين يعتقدون بأنهم يعرفون طبيعة الألم وأسبابه، وأن حالتهم ستتحسن لاحقاً، سيتيح لهم هذا التفكير اتباع أساليب تعامل فعالة ونشطة. فالذين يتعاملون بفعالية مع مواقف الألم، هم الأكثر قدرة على مواجهته، والعودة إلى العمل وممارسة أنشطتهم اليومية

المعتادة، وذلك على العكس تماماً، من الذين يعتمدون أساليب التعامل الهروبية الانسحابية.

ومن أجل مساعدة الأشخاص على التعامل بفعالية وكفاءة مع مواقف وخبرات الألم ، يحتاج الأطباء وعلماء النفس إلى تقييم معتقدات المريض، والتعرف عليها بدقة. فتقنيات العلاج المعرفي للألم ، إنما تتضمن استراتيجيات التعامل الفعال، وأساليب المواجهة النشطة، والتي تعتبر مفيدة وفعالة في مساعدة الكثيرين . ويمكننا أن نصف تقنيات العلاج المعرفي للألم إلى ثلاث فئات رئيسية: صرف الانتباه، والتخيل ، إعادة التعريف والتوضيح. سنتحدث باختصار عن كل طريقة من هذه الطرائق، ونبين فائدتها أو فعاليتها في كل من الألم الحاد والألم المزمن .

١- طريقة صرف الانتباه **distraction** : حين تدخل إلى غرفة أو عيادة طبيب الأسنان، فهل ترى فيها صوراً زاهية الألوان، ونوافذ كبيرة الحجم جميلة المنظر، وهل توجد لوحات متعددة الألوان على الجدران يمكن للمريض الذي يستلقي على كرسي المعالجة أن يراها؟ العديد من عيادات أطباء الأسنان تحتوي مثل هذه الصفات والميزات، وتستعمل مثل هذه اللوحات والمناظر الطبيعية في العيادة من أجل تشتيت انتباه المريض. فصرف الانتباه أو تشتيته هو تقنية يتم من خلالها تركيز الانتباه على مثيرات غير مؤلمة *nonpainful stimulus* (كاللوحات والمناظر الجدارية ذات الألوان الزاهية) ، وبالتالي إبعاد الانتباه (صرفه) عن مثيرات الألم المزعجة في بيئة المعالجة أو العيادة. ويمكننا أن نصرف انتباهنا عن المثيرات المؤلمة أو المزعجة بطرق متعددة، كالنظر إلى لوحة معينة، أو منظر جميل، أو الإصغاء إلى موسيقى، أو صوت يثير اهتمامنا وميولنا، أو عن طريق الغناء، أو من خلال ألعاب الفيديو (كيم)، أو عن طريق حل مسائل حسابية.

ولكن ليست جميع محاولات صرف الانتباه، فعالة ومفيدة في تسكين الألم أو خفض الشعور به، فقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت على الألم الحاد أن هذه الطرق في صرف الانتباه أكثر فعالية وفائدة حين يكون الألم متوسط الدرجة أو خفيف، وليس شديداً، من هنا يمكن القول بأن طرق صرف الانتباه تفيد في تسكين الألم الخفيف والمتوسط فقط. والسؤال الذي يواجه علماء النفس يتعلق بكمية الانتباه أو درجته الذي يتم تشتيته وصرفه عن مثيرات الألم، فهل تلعب كمية الانتباه (شدته) التي يتم تشتيتها وصرفها عن مثيرات الألم، دوراً في فعالية هذه الطريقة؟ الجواب عن هذا السؤال بالنفي. فقد أشارت نتائج بعض الدراسات على أن درجة الانتباه المشتتة وكميتها ليست ذات تأثير في تسكين الألم (McCaul , Monson & Maki,1992). ومن العوامل المهمة التي تحدد ما إذا كانت تقنية تشتيت الانتباه تخفف الألم، هو ما إذا كان تشتيت الانتباه قابلاً للتصديق من قبل الشخص نفسه، فهل يؤمن الشخص ويعتقد بأن صرف الانتباه من خلال تركيزه على مثيرات أخرى مفيد، فإذا كان الشخص يعتقد بذلك سيكون تأثيرها جيداً، والعكس بالعكس.

يمكننا القول بأن طريقة صرف الانتباه مفيدة وفعالة بشكل خاص بالنسبة للألم الحاد الذي يعانيه المريض في العيادات السنية أو بعض المعالجات الطبية، ولكنها تفيد في بعض حالات الألم المزمن وليس جميعها، وتحت بعض الظروف. فحين يغني المريض أغنية معينة أو ينشغل بحل مسألة، يمكن أن يساعده ذلك على صرف انتباهه عن ألمه المزمن لفترة وجيزة فقط، لدى مرضى آلام المفاصل، وآلام أسفل الظهر، والآلام الناتجة عن صعود السلم. فالذين يريدون استعمال هذه الطريقة بدرجات معتدلة ولكن بصورة مستمرة ، يساعدهم ذلك على تسكين مشاعر الألم لديهم لفترة طويلة، كقراءة كتاب أو رواية، أو مشاهدة أفلام طويلة.

٢- إعادة التعريف والتوضيح redefinition : الطريقة الثانية من طرق العلاج المعرفية في التعامل مع الألم وتدبره، هي إعادة تعريف الألم وتوضيحه. وفيها يتم استبدال المعتقدات والأفكار غير السوية عن الألم ، بالأفكار والمعتقدات الصحيحة والموضوعية. ومن الأفكار غير السوية عن الألم أنه ينطوي دائماً على مشاعر التهديد، والخطر، والإيذاء. يجب أن نقنع المريض الذي تسيطر عليه مثل هذه الأفكار غير الصحيحة، بأن الألم حالة واستجابة عضوية ونفسية، تعتبر بمثابة مثير لنا، ومنبه لكي نتخذ الاحتياطات اللازمة ، ونتبع الأساليب الضرورية للدفاع عن أنفسنا، من هنا يعتبر إشارة تنبيه لنا لكي ندافع عن أنفسنا. ويمكن لعلماء النفس أن يساعدوا المرضى في تعريف الألم وتوضيحه بطرق متعددة، منها:

١- تقديم معلومات دقيقة وموضوعية عن الإحساسات والمشاعر التي يخبرها المريض ، وأن طرق المعالجة الطبية ستساعده في خفض معدلها لاحقاً. والعديد من المرضى يملكون معلومات غير صحيحة عن حالة الضيق ومشاعر الانزعاج، ويمكن أن تقدم لهم معلومات واقعية ،تساعدهم في التعرف على حقيقة الألم وخبرتهم التي يعيشونها.

٢- ومن الطرق الأخرى التي يمكن اتباعها اتباع طريق الحوار الداخلي internal dialogue وفيها يحاور المريض نفسه ، ويتناقش مع ذاته حول خبرة الألم، وبطريقة موضوعية وصحيحة، مستخدماً عبارات ذاتية إيجابية positive self-statements . وهناك نوعان من العبارات الذاتية الإيجابية التي يمكن للمريض أن يستعملها في ضبط الألم وخفضه:

الأولى: عبارات المواجهة والتعامل coping statements وهي العبارات التي تركز على قدرة المريض على مواجهة خبرة الألم، وتحملها، كأن يقول لنفسه: " إنه مؤلم ولكن تحمل ذلك، تشجع، يمكنك مقاومة هذه المشاعر".

الثانية: العبارات التفسيرية reinterpetative statements وهي تتم من خلال نفي مشاعر الضيق والألم، وسلبها من الخبرة الذاتية ، كأن يفكر المريض ويقول " إنه ليس سيئاً لهذه الدرجة"، " إنها ليست أول خبرة سيئة أمر بها في حياتي"، " إنها مؤلمة ومزعجة ولكن يجب أن أفكر في فوائد هذه الخبرة ونتائجها في حياتي". إن مثل هذه العبارات مفيدة ومناسبة للغاية حين يخضع الشخص للعلاج الطبي.

٣- والطريقة الثالثة من طرق إعادة التعريف والتوضيح، هي مساعدة المريض على أن يرى أو يتعرف على بعض أفكاره أو معتقداته غير الصحيحة وغير المنطقية عن الألم والتي تجعل حالته أكثر سوءاً. ويمكن للمتخصص النفسي أن يحاول المريض الذي يعاني من ألم مزمن، وبيّن له الأفكار والمعتقدات غير العقلانية عن حالته، وكيف أن عصبيته، (والنرفزة) التي تسيطر عليه قد ساعدت في تعقيد حالته، ثم يتيح له تبيان الأفكار الصحيحة والموضوعية عن الحالة، بحيث يعتقد بها، ويتبين نتيجة ذلك في خفض الخوف والاضيق الذي كان يمر به.

٣- التخيل imagery ، وهي من الطرائق المعرفية المستعملة في التحكم بالألم وتخفيفه . فعندما يحقن الطفل بحقنة علاجية يقول له والديه " الأفضل لك يا بني أن تفكر في شيء آخر أو تتخيله لكي يمر الموقف بسلام وبدون ألم ، كأن تتخيل شيئاً مضحكاً، أو موقفاً مسلياً " ومثل هذه الطريقة في التخيل تسمى: التخيل الموجه guided imagery أو " التخيل بدون ألم nonpain imagery ". وهي طريقة يحاول من خلالها الشخص أن يسكن الألم أو يخفف مشاعر الضيق، عن طريق تخيل حالة مسلية أو موقف إيجابي يعارض مشاعر الضيق والألم ويطغى عليها. ومن أكثر طرق التخيل استعمالاً ، أن يتخيل المريض

منظراً مفرحاً، أو موقفاً مرغوباً، مثل التواجد على شاطئ البحر، والتمتع بالمناظر الطبيعية، وسماع صوت المياه العذبة، الخ.

وتشبه هذه الطريقة، طريقة صرف الانتباه، في الكثير من النواحي، والفرق الرئيسي بين الطريقتين هو أن التخيل يستند إلى تخيل الموقف بدلاً من مواجهة الموقف فعلياً أو معايشته على أرض الواقع. فإذا كانت طريقة صرف الانتباه، تعتمد على النظر في منظر، أو لوحة، أمامه، فإنه في التخيل لا يعيش الموقف فعلياً وإنما يتخيله، وبالتالي فإن مثيرات تشتيت الانتباه تكون واقعية في طريقة صرف الانتباه، بينما تكون مثيرات متخيلة في طريقة التخيل. وقد تبين فعالية هذه الطريقة في خفض الألم الحاد. (Sarafino,2001).

قيمة الاستراتيجيات المعرفية في التحكم بالألم أو التعامل معه وخفضه :

لقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الاستراتيجيات المعرفية تساعد في خفض الألم الحاد . فطريقة صرف الانتباه والتخيل فعالتان وتساعدان في خفض الألم الخفيف والمتوسط بشكل خاص أكثر من فائدتهما في خفض الألم الشديد. هذا فيما يتعلق بالألم الحاد ودرجاته، ولكن ماذا عن الألم المزمن، فهل هذه الطرائق فعالية في خفض الألم المزمن؟ الإجابة عن هذا التساؤل تعتمد على عدة عوامل، أهمها، خطورة الألم severity، ونوع المرض type of illness . من جهة أخرى فإن بعض الدراسات قد أظهرت أن استخدام الطرق المعرفية مع السلوكية مجتمعة تكون أكثر فعالية في خفض الألم المزمن وتدبره. كما أن فعاليتها معاً، توازي فعالية العلاج الدوائي . كما أن طريقة إعادة التعريف والتوضيح أكثر فعالية في خفض الألم المزمن من طريقة صرف الانتباه (McCaul , Monson & Maki,1992).

ولأن كل طريقة من الاستراتيجيات المعرفية يمكن أن تقيّد وتساعد في معالجة الألم الإكلينيكي ، فإن البرامج العلاجية التي تطبق على مرضى الألم

المزمن تتضمن تجمعاً واستعمالاً لجميع هذه الطرائق. ففي بعض الدراسات تم تدريب مرضى ألم المفاصل على استعمال عدة طرائق من الاستراتيجيات المعرفية وذلك لمدة خمسة أسابيع متواصلة، وتم مقارنة هؤلاء المرضى (التجريبية) مع مرضى آخرين لم يتدربوا على هذه الاستراتيجيات، وتبين أن مرضى المجموعة التجريبية (الذين تدربوا على هذه الطرق) كانوا أكثر قدرة على صعود الدرج، والقيام بالكثير من الأنشطة اليومية بدون شعور بالألم وذلك مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة (الذين لم يتدربوا عليها).

وهنا دراسات أخرى جمعت بين طريقة التخيل، وصرف الانتباه، وإعادة التفسير، والاسترخاء التصاعدي للعضلات في معالجة ألم أسفل الظهر المزمن، وقد تم تتبع حالة هؤلاء لفترة زمنية بعد تنفيذ البرنامج التدريبي وتبين أن استعمال هذه الطرق مجتمعة أكثر فعالية وفائدة في ضبط الألم وخفضه بالمقارنة مع الذين لم يطبق عليهم البرنامج. كما ظهر تحسن في أداء هؤلاء المرضى في مختلف أنشطتهم اليومية: في المنزل، والعمل، وفي الحياة العامة (McCaul, Monson & Maki, 1992).

باختصار يمكننا القول بأن طرق العلاج السلوكي والمعرفي فعالة في مساعدة مرضى الألم الحاد والمزمن على التحكم بآلامهم وضبطها وخفضها. وتتضمن هذه الطرائق: الإشراف الإجرائي، والاسترخاء، والتغذية الراجعة الحيوية (الطرق السلوكية)، وكذلك صرف الانتباه، والتخيل، وإعادة التفسير والتوضيح (المعرفية). من جهة أخرى فإن استعمال هذه التقنية مجتمعة أكثر فعالية من اتباع بعضها فقط.

التنويم المغناطيسي والعلاج بالاستبصار الموجه :

إن طرائق العلاج السلوكية والمعرفية التي تحدثنا عنها سابقاً والتي تستعمل في تسكين الألم وضبطه، هي طرائق معروفة ومشهورة، وهي تشتمل على

تقنيات نفسية تم اعتمادها بوصفها طرائق في خفض الضغوط النفسية ومعالجتها (كما ذكر في الفصل الخامس). ولأن الناس حين يخبرون الألم ويعانونه، فإنهم يمرون بخبرات انفعالية ومشاعر من الضيق والضغط النفسي، ولأن الطرائق السلوكية والمعرفية فعالة في خفض هذه الضغوط، فإن علماء النفس يستعملون هذه التقنيات والطرائق لمساعدة الناس على التحكم بالألمهم، وخفضها. ومن الطرائق الأخرى التي يستعملها علماء النفس، في معالجة الألم التنويم المغناطيسي والعلاج بالاستبصار الموجه.

أولاً- التنويم المغناطيسي كتقنية في معالجة الألم:

منذ بداية القرن التاسع عشر، بدأ بعض الأطباء باستخدام التنويم المغناطيسي كطريقة في التخدير من أجل القيام بعمليات جراحية. فقد استخدمت هذه الطريقة مع مريضة بسرطان الثدي، حيث تم تخديرها عن طريق التنويم المغناطيسي وإجراء العملية الجراحية اللازمة. وقد تم استخدام هذه الطريقة في الكثير من العمليات الجراحية حيث لم يشعر المريض بأي ألم. ومنذ ذلك التاريخ والتنويم المغناطيسي يستخدم في خفض مشاعر الألم، وفي الكثير من العمليات الجراحية والمعالجات الطبية (Hilgard & Hilgard, 1983). والسؤال الذي يواجهنا الآن هو التالي:

كيف يعمل التنويم على خفض الألم وتسكينه؟ يجب أن نشير منذ البداية على أن التنويم ليس طريقة فعالة مع جميع الناس، كما أنه ذو تأثير تخديري وتسكيني بالنسبة لبعض الناس فقط. فالناس يختلفون في درجة قابليتهم للإيحاء، والذين يسهل تنويمهم، وينومون بعمق أكثر قابلية لتسكين الألم ومعالجته لديهم من الأشخاص الذين ينومون ببطيء أو بدرجة غير عميقة. أما الآلية التي تقف خلف عملية تخفيف الألم عند بعض الأفراد، فما تزال غير واضحة تماماً. ولكن يمكن القول بأن جزءاً من هذه الآلية هو الذي نعرفه، والذي يقول بأن الشخص

الذي ينوم مغناطيسياً يخضع لعملية استرخاء، وأن هذا الاسترخاء العميق هو الذي يعمل على خفض الألم وتدبره، وتسكينه. كما تؤدي العوامل المعرفية للشخص دوراً مهماً في ذلك، فعندما ينوم الشخص فإنه يمر بحالة من التأمل الداخلي، والتنبه العالي لحالته الداخلية ومشاعره، في حين يصرف انتباهه كلياً عن المثيرات الخارجية، وكلما زاد انتباهه لحالته الداخلية وقل انتباهه للمثيرات الخارجية كلما كانت فعالية التنويم أكبر.

فمثلاً تحت تأثير التنويم المغناطيسي، ربما يعيش الشخص حالة من الهلوسات الإيجابية، بحيث يدرك الأحداث، والموضوعات، والأشياء التي لاوجود لها في الواقع أصلاً ولكنه يعتبرها موجودة، أو يمر بحالة من الهلوسات السلبية والتي يفشل فيها بإدراك أحداث وموضوعات، وأشياء موجودة وكان يدركها في الواقع. ولأن التنويم يسكن الألم أو يستعمل كمخدر، فإنه يشبه تأثير الدواء الوهمي "بلاسيبو placebo"، مما دفع بالباحثين إلى السعي لدراسة الآلية التي يعمل من خلالها التنويم المغناطيسي في خفض الألم.

ينظر الباحثون إلى ظاهرة التنويم المغناطيسي على أنها ظاهرة غريبة وفريدة، وأن فعاليتها في خفض الألم وتسكينه لم تغير من هذه النظرة. وعندما يستعمل في خفض الألم فإن تأثيرها المسكن والمخدر يكون واضحاً وسريعاً. وفوق ذلك فالمرضى الذين يخضعون له ويتم تخفيض الألم لديهم لا يعتقدون بأنهم منومين أو نوموا أصلاً، على اعتبار أنهم يملكون أفكاراً غير واقعية حول مشاعرهم التي تشبه التنويم. فقد أصر الكثير من المرضى على أنهم لم ينوموا إطلاقاً. ولذلك أجريت دراسات تجريبية ومخبرية على مرضى الألم الحاد، وتبين منها ما يلي:

- التنويم يمكن أن يخفف الألم ويسكنه.

• حين يخضع الأفراد أو المرضى للتتويم، فإن الذين ينخفض الألم لديهم يكون التتويم فعالاً معهم، هم الذين يكونون أكثر قابلية للإحياء، وللتأثر بطرق أخرى (كتأثرهم بالدواء الوهمي).

• سواء خضع الأفراد للتتويم أم لم ينوموا، فإن الذين طلب منهم اتباع طرق أخرى قد استعملوها بفعالية في التحكم بالألم وخفضه وخاصة طرق مثل: صرف الانتباه، وإعادة التفسير.

• بعيداً عن النظرة الأسطورية والخرافية حول التتويم المغناطيسي، فإن الذين يظهرون درجات عالية من التحكم بالألم والاستجابة لخفضه، بالطرق المعرفية كالتيخيل، وإعادة التفسير، فإنهم يستجيبون بنفس الدرجة للتتويم. أي أن الأفراد الذين ينجحون في خفض الألم بالطرق المعرفية ينجحون في خفضه عن طريق التتويم.

هل يمكن لتتويم أن ينجح في خفض الألم المزمن أيضاً؟ بالرغم من أن الدلائل تثبت فعالية التتويم في خفض الألم الناتج عن الصداع المزمن، وألم أسفل الظهر، وألم السرطان، فإن هذه الدراسات لم تستخدم مجموعات ضابطة بالترامن مع المجموعات التجريبية من المرضى الذين طبقت عليهم طريقة التتويم. من هنا يمكن القول بأن هناك دلائل ضعيفة أو قليلة حول فعالية التتويم في خفض أشكال الألم المزمن، كما لم تثبت أنه أكثر فعالية في خفضه من طريقة الإحياء عن طريق الدواء الوهمي (بلاسيبو) . ويمكننا القول عموماً بأن التتويم أكثر فعالية في خفض الألم الحاد من الألم المزمن (Hilgard & Hilgard,1983)، كما أنه أكثر استعمالاً مع التقنيات السلوكية والمعرفية من استعماله بمفرده.

ثانياً- خفض الألم ومعالجته بطريقة الاستبصار:

توجد العديد من طرق العلاج النفسي التي تتضمن مساعدة الأفراد على ممارسة الاستبصار بهدف فهم جذور المشكلات التي يعانونها ومصادرهما .

فالعلاج عن طريق الاستبصار insight therapy هي طريقة علاجية تساعد المريض على اكتشاف أصل مشكلته ومعاناته، وخاصة الدوافع الأساسية التي تقف خلفها. ومع أن العديد من طرائق العلاج النفسي تحاول أن تساعد المرضى على فهم الأسباب التي تؤدي إلى مشكلاتهم، إلا أن مثل هذا الفهم هو الأساس الذي تستند إليه طريق العلاج بالاستبصار، فهو الهدف الأولي، بينما تعديل سلوك المريض يكون فيها ثانوياً. ففي حالة الألم المزمن يساعد التبصر على ربط معاناة المريض ومشاعره مع الأسرة، ودور هذه البيئة في نشوء مشاعر الألم، وطريقة التعامل معها، والتغيرات التي حدثت في البيئة الأسرية نتيجة ذلك. ويمكن استعمال هذه الطريقة بشكل فردي أم جماعي.

ومن طرق العلاج بالاستبصار أن نعرض على المرضى كيف تعتبر سلوكيات الألم لديهم جزءاً من معاناتهم له، وذلك من خلال مشاهدة أفلام توضح لهم ذلك. ففي الكثير من الألعاب، والمباريات، يسعى الكثير من مرضى الألم بلعب أدوار يسعون من خلالها إلى تثبيت ذواتهم وشخصياتهم، ويقومون بدور الشخص الذي يعاني، ويتلقون مكافآت وجوائز عديدة، منها جذب انتباه الآخرين، والتعاطف أو المشاركة الوجدانية، فحين يقوم بدور الشخص الذي يتألم، فإن الآخرين يتعاطفون معه. ومثل هؤلاء لا يعرفون ما حدث فعلاً في مثل هذه الألعاب والمباريات، فهدف العلاج النفسي بالاستبصار هو أن يساعد هؤلاء على أن يكونوا أكثر وعياً ودراية بما يحدث، وكيفية تشكل سلوك الألم.

وهناك العديد من الفوائد والميزات التي تقدمها لنا طريقة العلاج النفسي بالاستبصار إذا طبقت بشكل جماعي، والتي تفوق الفوائد التي نحصل عليها مما لو طبقت فردياً، ومن أبرز هذه الميزات والفوائد في مساعدة المرضى على التعامل مع آلامهم والعجز الذي يعانونه بشكل جماعي، ما يلي:

● الفعالية efficiency ، على الرغم من أن لكل مريض مشكلاته ومعاناته الخاصة به، إلا أن الذين يعانون من الألم المزمن، يشتركون في مواجهتهم ومعاناتهم لصعوبات عامة: مثل الاكتئاب، وسوء استعمال الدواء، والضيق، ولذلك يمكن تقديم المعلومات لجميع المرضى، ويمكن الاستفادة من الوقت بفعالية عالية.

● خفض مشاعر العزلة reducing isolation ، حين يطبق العلاج الجماعي فإننا نساعد هؤلاء المشتركين على كسر حاجز العزلة، وبالتالي إدخالهم في شبكة علاقات اجتماعية . وبالرغم من أن المريض المشارك في هذا النوع من العلاج الجماعي، سيسيطر عليه مشاعر الاغتراب في البداية، لأنه سيشعر بأنه مختلف عن الآخرين، إلا أن العلاقات المتطورة لاحقاً ستزيل مثل هذه المشاعر.

● تلقي تغذية راجعة مهمة credible feedback سيتلقى المريض المشارك في العلاج الجماعي التبصري تغذية راجعة من الآخرين ومن المعالجين النفسيين، وبالتالي ستتضح له الكثير من الجوانب التي لم تكن معروفة لديه مسبقاً كأن يقال له " لم تكن تعرف ماسكون عليه حياتك خلال اليوم "، ثم إن المعلومات التي يتلقاها من أقرانه المرضى ستزيد من اعتقاده بها.

● وجود مرجعات جديدة للمريض new reference group for patients سيصبح لكل مريض أشخاص تمثل مرجعيات يمكنه الرجوع إليهم حين الحاجة، مما يشكل شبكة علاقات اجتماعية لكل فرد منهم. من جهة ثانية سيعتبر المريض الذي يعاني الألم أنه ليس بمفرده من يمر بمثل هذه الخبرات المؤلمة، وأن عليه أن يمارس مهامه الاجتماعية

وأدواره بالرغم من الألم الذي يعانيه، مما يساعد على تقليص هذه المشاعر.

- وجهات نظر متعددة يحصل عليها المعالج النفسي different perspective for the therapist إن مشاهدة المريض كيف يكون علاقاته مع الآخرين في المجموعة، سيتيح للمعالج النفسي أن يحصل على مزيد من المعلومات الدقيقة التي يمكن أن تساعد في تحديد مشكلة المريض وصعوباته، والتعرف عليها: مثل سوء تعامله مع مواقف الحياة، أو اتباعه أساليب مواجهة غير سوية.

يمكن لطريقة العلاج بالاستبصار أن تساعد مرضى الألم المزمن وأسره في فهم مشكلاتهم داخل الأسرة، والعلاقات القائمة ضمن المنظومة الأسرية. فحين يعاني الزوج من ألم مزمن، سيعيش كلا الزوجين حالة من الإحباط، والقلق، والضيق، ومشاعر الذنب guilt، والإحباط frustration والصراع conflict مما يعيق تفاعلها الاجتماعي وتواصلها المنفتح. وتنشأ هذه المشاعر السلبية من التغيرات في أدوارهما، لأن الطرف المريض حين يمر بمعاناة شديدة من الألم المزمن، سيقوم الطرف الآخر بلعب أدواره في المنزل، مثلاً، حين تمرض الزوجة، وتعاين ألماً مزمناً، سيقوم الزوج بدورها في الكثير من الأعمال مثل التنظيف، وإعداد الطعام، الخ. والعكس بالنسبة للزوج حين يمرض، إضافة إلى سيطرة مشاعر الإحباط، والقلق على الطرفين.

فطريقة العلاج بالاستبصار يمكنها أن تساعد أفراد السرة على فهم طبيعة هذه العلاقة والأدوار حين المعاناة، أو المرض المؤلم، وتتيح لهم معلومات عن طبيعة هذه المشاعر المسيطرة وكيفية تشكيلها، وآثارها، وبالتالي إيجاد الحلول المناسبة لها، وخاصة الصراع النفسي والإحباط الذي يعيشونه (Sarafino, 2001).

باختصار يمكننا القول بأن العلاج بالتدويم والاستبصار الموجه طريقتان من طرق العلاج النفسي في خفض الألم، وخاصة الألم المزمن والشديد. ومع أن الطريقتين تساعدان في تسكين الألم والتحكم به، وتدبره، من قبل العديد من المرضى، إلا أننا ما نزال بحاجة إلى دراسات تجريبية حول فعالية هاتين الطريقتين، ونجاحهما. ولذلك توجد طرق العلاج الطبيعي لمعالجة الألم سنتحدث عنها في الفقرة التالية.

العلاج بالتنبيه (التحريض)، و العلاج الطبيعي (الفيزيائي) لخفض الألم

أكد علماء الانثربولوجيا ومؤرخي الطب أن أكثر الثقافات والمجتمعات - إن لم نقل جميعها - قد اكتشفوا أنه يمكن تعليم الناس على مواجهة الألم وخفضه بالألم نفسه: "قاتل الألم بالألم". فآلم من نوع معين، يمكنه أن يوقف آلماً آخر، فآلم خفيف أو متوسط الدرجة، يمكنه أن يسكن آلماً أشد أو يوقفه. مثلاً، يمكنك أن توقف الألم الذي تشعر به أثناء الحقنة الدوائية، عن طريق الضغط على ضفر الإبهام بمقدمة الإصبع حين تحقن بالحقنة الدوائية. فخفض الألم عن طريق إثارة أو تحريض ألم جديد (مزعج) يعارض الألم الأصلي، يسمى تحريض الإزعاج المضاد irritation-counter . وقد طور القدماء في مختلف الثقافات طرقاً متعددة من الإزعاج المضاد، منها طريقة الضغط بالفنجان القلوب cupping، بهدف تكسين الصداع، وخفض ألم الظهر، وآلم المفاصل. ففي هذه الطريقة يتم استعمال فنجاناً واحداً أو أكثر ويتم قلبها، وضغطها على الجلد بقوة، فالهواء الذي يكون داخل الفنجان سيبرد أو يفتر، مما يحدث فراغاً، ويسبب كدمات على الجلد حين يتم سحب الفنجان، مما يساعد في تسكين الألم أو خفضه. وما تزال هذه الطريقة مستعملة حتى الآن لدى الكثير من المجتمعات (Melzack & Wall, 1982).

إن المبدأ الذي تستند إليه طريقة الضغط بالفنجان (باعتبارها إحدى طرق العلاج بالتنبيه والتحفيز) ، هو أن تنبيه الألم الذي يحدثه الفنجان يعمل على تسكين الألم الأصلي الذي يعانيه المريض. سنناقش الآن العلاج بالتنبيه، ثم ننقل إلى طرق العلاج الفيزيائي في خفض الألم.

أولاً- العلاج بالتنبيه أو الإثارة stimulation therapy :

لماذا تعمل طريقة الإزعاج المضاد على خفض الألم، وكيف؟ إن أحد الأسباب التي تفسر ذلك هو أن الأفراد حين يخضعون لتنبيه حالة من الإزعاج لديهم تعمل على صرف انتباههم عن الألم الأصلي الشديد الذي يعانونه، وبالتالي تركز هذا الانتباه على مثير الألم والإزعاج الجديد. والتفسير الثاني، مرتبط بنظرة التحكم ببوابة الألم، فلنتذكر أن الألياف العصبية تعمل على نقل إشارات الألم ومثيراته عبر النخاع الشوكي باتجاه المخ، فحين يتم الانتباه إلى المثير المزعج أو المؤلم الجديد، فإنه سيعبر بوابة الألم، ويصعد باتجاه المخ، وفي نفس الوقت سيتم كف أو منع إشارات الألم الأصلية والشديدة من العبور. عن طريقة تحريض الإزعاج المضاد، كالتي تتم على مستوى العضلات، يمكنها أن تعمل على تنبيه الألياف العصبية الناقلة لإشارات الألم، وربما تعمل أيضاً على إيقاف البوابة أو إغلاقها.

توضح لنا نظرية التحكم ببوابة الألم، كيف أن تنبيه الإزعاج المضاد، يعمل على تطوير تقنية في التحكم تسمى " التحريض الكهربائي للعصب الناقل " transcutaneous electrical nerve stimulation، وفيها يتم وضع أقطاب كهربائية (أسلاك) على الجلد في المنطقة التي يشعر فيها الشخص بالألم، ثم يتم تنبيه هذه المنطقة كهربائياً عن طريق هذه الأسلاك، وذلك بتنبيهات خفيفة أو معتدلة، مما يعمل على خفض الألم العضلي الذي يعانيه الشخص. وقد طبقت هذه الطريقة على مرضى يعانون من أمراض مختلفة. ومن الأمثلة التقليدية على هذه

الطريقة، التجربة التي أجريت على طفل عمره (٩) سنوات، وأجريت له عملية جراحية، وقد تم تنبيه الأعصاب الناقلة عبر الأقطاب الكهربائية، وحين استعاد وعيه بعد العملية الجراحية، سأله الفريق الطبي مرات متعددة عما إذا كان قد شعر بالألم حين وضع الأقطاب الكهربائية وتنبيهه فأجاب بالنفي.

لقد استخدمت تقنية التنبيه الكهربائي للأعصاب الناقلة في معالجة مرضى الألم المزمن، كما هو الحال لدى مرضى الأطراف المبتورة، وتبين أن تأثيرها في خفض الألم لديهم كان قصير المدى (لفترة قصيرة)، في حين أن تأثيرها كان طويل المدى (لفترات أطول) حين طبقت على مرضى ألم المفاصل. من جهة أخرى فقد تبين أن تطبيق تقنية التنبيه الكهربائي للأعصاب، قد ساعد على خفض الألم لدى مرضى الألم العصبي ، وذلك لفترات طويلة الأمد.

ومن الطرق التي تعتمد التنبيه والتحريض العصبي، طريقة تسمى الوخز بالإبر acupuncture وفيها يتم استعمال أبر معدية يتم إدخالها تحت سطح الجلد، مما يحدث تنبيهاً عصبياً. وقد استعملت هذه التقنية من قبل الصينيين منذ ما يقرب من ٢٠٠٠ سنة ، وتستند إلى الفكرة التي تقول بأن الألم يحدث حين لا يكون هناك توازناً بين yin و yang ، وبالرغم من عدم اعتقاد الكثيرين ممن يستخدمون هذه الطريقة بهذه الفكرة، إلا أنهم يستعملونها بشكل كبير في مناطق كثيرة من أجسامهم. ويعتقد هؤلاء بأن الوخز بالإبر في مناطق متعددة من الجسم تساعد على تخفيف الألم في الظهر، والمفاصل، والأطراف (Melzack & Wall, 1982).

كيف تعمل طريقة الوخز بالإبر؟، وهل ما تزال تستخدم؟ إن قدرة هذه الطريقة على التخدير وتسكين الألم الحاد لدى بعض المرضى معروف وواضح في الكثير من الحالات، كما استعملت في تسكين الألم لدى المرضى أثناء

خضوعهم لعمليات جراحية. إلا أن بعض الدراسات توصلت إلى النتائج التالية حول فعاليتها (نجاحها) وحدود استعمالها:

- لقد أظهرت الدراسات المخبرية أن طريقة الوخز بالإبر تساعد في إحداث حالة من التخدير الخفيف، وبالتالي تسكين خفيف للألم لدى معظم الناس.
- إن الأثر التخديري الذي تحدثه طريق الوخز بالإبر تستند إلى شدة التنبيه والإثارة التي تحدثها عملية الوخز بالإبر، وليس بالاستناد إلى موقع الوخز أو أمكنة التنبيه بالجسم.
- الأشخاص الذين يستعملون هذه التقنية وتنجح معهم، هم الأكثر ميلاً للتتويم المغناطيسي، والأكثر قابلية للإحياء.
- لا تساعد طريقة الوخز بالإبر في خفض الألم المزمن لفترات طويلة، وإنما تأثيرها المسكن قصير الأمد. ولكنها فعالة في خفض الألم لدى بعض الحالات كما هو الأمر في ألم المفاصل، والإصابات.

ثانياً- العلاج الطبيعي أو الفيزيائي للألم : physical therapy

يعتبر العلاج الطبيعي أو الفيزيائي من أهم الطرق العلاجية المستعملة في الكثير من الحالات الطبية، لأنه بمثابة إعادة تأهيل ، لبعض المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية كالبتير، أو مرضى العظام، والعضلات، والكسور، والإعاقة، وغيرها من الأمراض. إنها تساعد في تقوية العضلات، ومرونة الأنسجة بحيث تستعيد أدائها لعملها ووظائفها الطبيعية قدر الإمكان . وهناك الكثير من التقنيات التي تستعمل في هذا النوع من العلاج، وذلك لمساعدة المرضى الذين يعانون من الألم المزمن والحاد ، من هنا يعتبر التمرين الحركي النشاط المشترك في الكثير من البرامج العلاجية والتأهيلية.

ويقوم المختصون من الأطباء وعلماء النفس بتصميم البرامج التأهيلية بالتعاون مع المرضى أنفسهم ، ويضعون الأهداف اليومية والأسبوعية التي يجب أن تنفذ من خلال البرنامج العلاجي التأهيلي، وبما يلبي احتياجات المريض وخصائصه الجسمية والنفسية السلوكية. ففي حالات الإصابة الحادة، أو الأذية الخطيرة كالجروح والكسور، ربما يستغرق تنفيذ البرنامج العلاجي سنة أو أكثر، والأساس المنطقي الذي تستند إليه هذه البرامج العلاجية هو أن التمرينات البدنية يمكنها أن تساعد في تحكم المريض بألمه، وتسكينه له، كما هو الحال في الكثير من الأمراض مثل: ألم المفاصل، وألم الظهر والعضلات. إن مثل هذه التمرينات تساعد على مرونة العضلات والأنسجة مما يتيح لها أن تؤدي وظائفها جيداً، كما تتيح للمريض أن ينجز الكثير من أنشطته اليومية والمهنية.

ومن الطرق المستعملة في العلاج الطبيعي التدليك " المساج " massage ، التمرينات الرياضية كالجري، واستخدام الماء الدافئ أو البارد، والتي تعمل على تسكين الألم وخفضه. فالمختص بمعالجة الأطراف chiropractor يمكنه أن يعمل على معالجة الرقبة، والأطراف، ويساعد في خفض ألم أسفل الظهر، باعتبارها من تقنيات العلاج الفيزيائي.

يستعمل العلاج الطبيعي أو الفيزيائي في معالجة الكثير من أشكال الألم المزمن، فالتمرينات البدنية التي تعتبر مكوناً أساسياً من مكونات المعالجة الطبيعية ، يمكنها أن تساعد في تسكين الألم وخفضه لفترات طويلة، من هنا فإن تأثير هذا العلاج يكون طويل الأمد، كما هو الحال لدى مرضى الظهر. فالأجهزة الرياضية " الإيروبيك " aerobic والتمرينات البدنية يمكنها أن تحسن الحالة الصحية والنفسية بعد أسبوع أو أسبوعين من ممارستها، كما يخفض الألم وتحسن من قدرات الشخص وأدائه. وحين تستعمل طريقة العلاج الطبيعي مع

طرق العلاج السلوكي، فإنها أكثر فعالية في خفض الألم المزمن والحاد، كما أنها تحقق نتائج أفضل (Tuckner & Others 1990).

عيادات الألم

قبل سبعينيات القرن الماضي (عام ١٩٧٠ وما قبل) ، إذا طال الألم الذي يعانيه الشخص، ولم يستطع الطبيب أن يحدد أسبابه، أو علاجاً له، يغادر هذا الشخص طبيبه دون أن يتلقى علاجاً أو بدائل مناسبة. ويحاول مثل هؤلاء المرضى طرقاً طبية متعددة لمعالجة المهم، أهمها الدواء الذي يتناولونه بغض النظر عن آثاره، وكثيراً ما يحدث حالة من الإدمان لديهم ، وكان مرضى الألم المزمن- بشكل خاص - يعانون من الكثير من المضاعفات . ولكن الأمر قد تغير، فمذ نهاية عام ١٩٧٠ بدأت المساعدة الفعالة التي يتلقاها مرضى الألم في مراكز وعيادات متخصصة تسمى عيادات الألم pain clinics ، أو " مراكز الألم pain centers "، وهي مؤسسات أو مراكز نشأت بهدف معالجة مرضى الألم المزمن بشكل خاص.

إن مفهوم تأسيس مراكز متخصصة في معالجة الألم ، بدأ على يد متخصص التخدير جون بونيكا John Bonica الذي أحدث أول عيادة لعلاج الألم المزمن في كلية الطب بجامعة واشنطن (Fordyce, 1976)، ثم تبعه متخصصون وأطباء آخرون ، حيث تنتشر الآن آلاف العيادات المتخصصة في معالجة الألم في الولايات المتحدة الأمريكية. وتختلف هذه العيادات فيما بينها من حيث بنائها، وطرائقها، واتجاهاتها الطبية، وفي نوعيتها اختلافاً كبيراً. فالكثير من هذه العيادات خاصة وليست حكومية، في حين أن بعضها الآخر يتبع كليات الطب في الجامعات الحكومية، وبعضها الآخر يتبع المستشفيات. والكثير منها يعتمد طرقاً واتجاهات علاجية متعددة (طبية وسلوكية) في معالجة الألم ، في

حين أن بعضها الآخر يتخصص في اتباع طريقة معينة فقط (مثل الوخز بالإبر، العلاج الفيزيائي، التنويم، التغذية الراجعة الحيوية).

أولاً- البرامج متعددة التخصصات:

إن الفكرة الأساسية التي توصلنا إليها من اتجاهات وطرق معالجة الألم المزمن، هي أنه لا توجد طريقة واحدة فعالة بمفردها في تخفيف هذا الألم والتحكم به. والأطباء المتخصصون عادة لا يحيلون مريض الألم المزمن إلى عيادة تتبنى طريقة واحدة في علاج الألم (كالتغذية الراجعة الحيوية، أو المساج، أو الوخز بالإبر مثلاً) . من هنا نشأت فكرة عيادات أو مراكز الألم متعددة التخصصات (Multidisciplinary Pain Clinics(or Centers) وهي التي تجمع في عملها بين عدة طرق واتجاهات علاجية بحيث تحقق نتائج جيدة وفعالة، كما أن معدل نجاحها في خفض الألم وتدبره أعلى بكثير من اتباع طريقة واحدة. فالعيادات أو المراكز متعددة التخصصات والاتجاهات العلاجية تتبنى برامج علاجية تعتمد على طرائق العلاج: السلوكي، والمعرفي، والطبي الدوائي، والفيزيائي، والعلاج المهني، بحيث تغطي جميع العوامل التي قد تقف خلف الألم المزمن الذي يعانيه المريض، وضبطها.

أما عن طرق التقييم assessment التي تستعمل في هذه العيادات بهدف كشف العوامل التي تسبب الألم لدى المريض، فإنها تشتمل على تحديد المشكلات الخاصة لديه وعواملها ومن ثم تحديد نوع البرنامج العلاجي المناسب له والذي يلبي احتياجات هذا المريض وصفاته الشخصية. وبالرغم من أن أهداف عيادات الألم متعددة التخصصات مختلفة أو متفاوتة فيما بينها، إلا أنها تتضمن جميعها الأهداف العامة التالية:

- خفض الألم لدى المريض.
- تحسين أدائه ووظائفه الجسمية، وتفعيل أسلوب حياته.

- تقليص استخدامه للأدوية إلى أدنى درجة.
- تحسين الدعم الاجتماعي للمريض وحياته الأسرية.
- تقليص تردد المريض على الخدمات الطبية .

تستعمل البرامج التي تطبق في العيادات متعددة التخصصات، عدداً من طرق علاج الألم بحيث تغطي كل واحدة منها هدفاً من هذه الأهداف، وتحققه. من هذه البرامج مثلاً، اتباع طرائق وتقنيات خفض أو تقليص اعتماد المريض على الأدوية والتمرينات الفيزيائية بهدف زيادة قوته الشخصية ومرونته، وحركاته، كما تقدم طرق الإرشاد النفس الأسري الموجهة لعائلة المريض بهدف تحسين شبكة التفاعل الاجتماعي بين أعضاء الأسرة من جهة، وفي بيئة العمل من جهة ثانية .

ثانياً- تقييم نجاح عيادات الألم:

هل تحقق عيادات أو مراكز الألم نجاحاً في معالجة الألم وتدبره لدى المرضى المترددين عليها؟ وهل تحقق عيادات الألم متعددة التخصصات أهدافها التي سبق ذكرها؟ للإجابة عن هذا السؤال علينا أن نفحص الطرق العلاجية المعتمدة ، والنتائج التي تم التوصل إليها في البرامج التي طبقت ونفذت في هذه المراكز. فكل برنامج علاجي نسعى لتقييمه:

- ١- نفذ من قبل عيادة الألم الخاصة بالمستشفى.
- ٢- قدم علاجاً للمرضى المنومين داخل المستشفى لمدة أربع أسابيع تقريباً
- ٣- وفيها تم معالجة عدداً من المرضى في نفس الوقت
- ٤- كل برنامج من هذه البرامج طبق عدة طرائق وتقنيات في معالجة الألم: سلوكية، طبية، فيزيائية، مهنية.

أول هذه البرامج التي تم تقييم فعاليتها هو : مركز ميلر داون للتحكم بالألم ومعالجته التابع لمستشفى مينيسوتا، وقد كان المفحوصون الذين طبق عليهم

البرنامج رجالاً ونساء يعانون من ألم جسمي ناتج عن إصابات أو أمراض أصيبوا بها، مثل آلام المفاصل، وذلك منذ مدة لا تقل عن سنة، وأنهم غير قادرين على العمل أو مزاولة المهنة بسبب هذا الألم. وقد خضع جميع هؤلاء إلى البرنامج العلاجي الذي طبقت فيه عدة طرق وتقنيات منها: الاسترخاء، العلاج الفيزيائي بأشكاله المختلفة من وخز بالإبر وغيره، والتغذية الراجعة الحيوية، والعلاج السلوكي مثل مراقبة الذات، والعلاج المعرفي مثل تعديل طرق التفكير، والعلاج الجماعي، والأسري. وقد قام الباحثون بتقييم أداء هؤلاء المرضى وسلوكياتهم في بداية البرنامج (قبل تنفيذه) وفي نهاية البرنامج (بعد تنفيذه) ، كما تم تقييم سلوكهم وأدائهم بعد فترة تمتد بين ٦-١٢ شهراً، من تنفيذ البرنامج والانتهاء منه (فترة متابعة). لقد أظهرت نتائج هذا التقييم أن مستويات النشاط لدى هؤلاء المرضى قد ازداد بدرجة ذات دلالة إحصائية، كما انخفضت معاناتهم للألم، وتقلصت السلوكيات المعبره عنه، وانخفض معدل اعتمادهم على الأدوية. كما تبين أن (٩٠ %) منهم تخلصوا من الألم بالكامل. أما الذين استمروا في تنفيذ أنشطة البرنامج خلال فترة المتابعة، ولم ينقطعوا عنها، فقد عبروا عن نشاطهم، وتحسن أدائهم، وأن نصفهم قد عادوا إلى مزاولة أعمالهم ومهنتهم. تجدر الإشارة على أن تقييم الألم وسلوكياته لدى هؤلاء المرضى تم وفق لمقاييس تقدير سلوكية تتراوح بين ١، و ١٠ نقاط (Cinciripini, Floreen, 1982).

ومن البرامج الأخرى التي تم تقييم فعاليتها، برامج علاج الألم المطبقة في مركز تدبر الألم التابع لجامعة نبراسكا (Guck, & Others, 1985)، وقد استعملت الدراسة التي هدفت إلى تقييم فعالية أحد البرامج العلاجية التي طبقت في هذا المركز، مجموعتين من المفحوصين: الأولى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي، والثانية المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها

البرنامج، وقد كان أفراد المجموعتين منهم متجانسين من حيث العمر والجنس، والمشكلات الجسمية، والحالة الأسرية والاجتماعية، ومستوى العمل، والمستوى التعليمي والاقتصادي، ومن حيث طول فترة معاناة الألم، ودخولهم المستشفى بهدف العلاج. وقد تضمن البرنامج العلاجي الذي طبق في هذه الدراسة، عدة اتجاهات لمعالجة الألم منها: العلاج الفيزيائي، والسلوكي، والمعرفي، ومن أبرز الفنيات المستعملة في كل منها: التغذية الراجعة الحيوية، والاسترخاء، والعلاج الفيزيائي بطرقه المختلفة، والعلاج الأسري، والمهني. كما تم تتبع حالة هؤلاء بعد مدة سنة إلى خمس سنوات من انتهاء البرنامج، وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- لقد انخفض الألم إلى أدنى درجاته في الأشهر الأولى.
 - كما تحسن أداء الأفراد بدرجة كبيرة في مختلف الأنشطة (العمل اليومي، والمهني، والاجتماعي..)
 - تقلص اعتمادهم على الأدوية، (مسكنات الألم) إلى حدودها الدنيا.
- لقد أظهرت العديد من الدراسات نتائج مماثلة، وأثبتت جميعها أن عيادات الألم متعددة التخصصات (التي تعتمد في برامجها العديد من طرق علاج الألم وخفضه) فعالة، وتحقق نتائج جيدة وخاصة في حالات الألم المزمن طويل الأمد. وبالرغم من أن العوامل المادية أو الاقتصادية تلعب دورها في تطبيق مثل هذه البرامج، إلا أن بعض الأشخاص لا يستفيدون منها، ولكن الغالبية العظمى يحققون نجاحاً عالياً. فالبرامج التي تطبق طرق العلاج: الفيزيائي، والطبي، والنفسي الاجتماعي، والمعرفي، والمهني، تساعد على تحسن حالة مرضى الألم المزمن، وتحسن أدائهم اليومي، والمهني، والاجتماعي، كما تخفض درجة اعتمادهم على الأدوية والمسكنات.

ملخص الفصل:

الألم الذي يحتاج إلى مساعدة طبية ويتلقاها هو الألم الإكلينيكي، ويسعى المختصون لمعالجة الألم المزمن خاصة لدى المرض لعدة أسباب أهمها: تسهيل المعالجة الطبية، وخفض تعرض المريض للضغوط النفسية، وتسريع الشفاء. ويركز الأطباء على الألم المزمن أكثر من الحاد لأنه طويل الأمد وأكثر خطورة منه، ورغم أن العلاج الطبي للألم قد يكون جراحياً، إلا أن العلاج الدوائي كثيراً ما يستخدم في تدبره وخفضه ومن أهم الأدوية المستخدمة: المسكنات، والأدوية المخدرة، ومضادات الاكتئاب، وتوصف هذه الأدوية بكثرة للمرضى الذين يعانون من الألم الحاد، أكثر من وصفها لمرضى الألم المزمن الذي تعتمد معه طرق علاجية أخرى معرفية وسلوكية وفيزيائية..

إن أحد أهداف العلاج السلوكي والمعرفي للمريض الذي يعاني من الألم المزمن، هو خفض درجة اعتماده على الأدوية والعقاقير المسكنة، وإكسابه سلوكيات تعامل إيجابية. فطريقة الاشرط الإجرائي من الطرق السلوكية التي تهدف إلى خفض سلوكيات الألم لدى المريض كالتأوه، والخمول، وضعف النشاط اليومي. وبالتالي تعزيز السلوكيات الإيجابية لديه. أما طريقة الاسترخاء فتستعمل بهدف خفض التوتر العضلي والنفسي لديه، وعادة ما تستعمل مع طريقة التغذية الراجعة الحيوية التي يتدرب فيها المريض على التحكم بعمل أعضائه، حتى تؤدي وظائفها بدرجة طبيعية قدر الإمكان. إن تطبيق طريقتي الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية أكثر فعالية في خفض الألم من تطبيق إحداها.

وتستند طرق العلاج المعرفي على تعديل أفكار المريض، فمن المعروف أن بعض المرضى يحملون أفكاراً ومعتقدات سلبية ومتطرفة مما تزيد من حالتهم سوءاً، لذلك يتم تدريب المريض على عدة تقنيات معرفية منها: صرف الانتباه عن الألم، وتخيل الأحداث والمناظر الجيدة والممتعة، وإعادة التفسير أو التوضيح

باستخدام عبارات إيجابية. وهناك تقنيات أخرى ذات تاريخ طويل في الطب وعلم النفس أهمها: التويم المغناطيسي التي يتم فيها تنويم المريض وتخديره طبيعياً، وطريقة الاستبصار التي تساعد فيها المريض على تفهم حالته الصحية وتقديم معلومات موضوعية ودقيقة عنها، وتقدم هذه الطريقة عدة فوائد منها: أنها فعالة في خفض الألم، وتخفف عزلة المريض، وتقدم له معلومات مرتدة عن حالته، وتزيد من تفاعله الاجتماعي والأسري.

ومن الطرائق العلاجية الأخرى في خفض الألم وتدبره: العلاج بالإثارة والتنبيه التي يتم فيها إحداث حالة من الألم الخفيف لدى المريض بحيث تكف وتعيق الألم الأصلي عن طريق منع مرور إشارات هذا الألم إلى المخ، لذلك يعمل تنبيه الألم كهربائياً على بحيث يكف مرور إشارات الألم الأصلي للمخ، ومن هذه الطرق الوخز بالإبر أيضاً، أما الطريقة العلاجية الأخرى فهي العلاج الطبيعي أو الفيزيائي مثل المساج، والتمارين البدنية والأجهزة الرياضية، والحمامات الفاترة. وقد تبين أن استعمال هذه التقنيات مجتمعة أكثر فعالية من تطبيق واحدة منها، وخاصة في خفض الألم المزمن.

وبسبب انتشار مرضى الألم وعدم قدرة الكثير من المختصين على مواجهتها، تم انتشار مراكز متخصصة بالألم، تسمى عيادات أو مراكز الألم، والتي تطبق برامج علاجية وتدريبية تساعد المرضى على التحكم بالمهم وسلوكياتهم. بعض هذه المراكز تكون خاصة، وبعضها حكومية تتبع مستشفيات أو كليات الطب، بعضها يطبق طريقة أو تقنية علاجية واحدة ويتخصص بها (مثل التغذية الراجعة الحيوية) وبعضها الآخر متعدد التخصصات (يطبق عدة طرق علاجية). وقد تم تقييم البرامج التي تطبق في هذه المراكز والعيادات، وتبين أنها فعالية وتساعد في تحسين أداء المرضى، وأسلوب حياتهم، كما تساعد على تفعيل أنشطتهم المهنية والاجتماعية، وخاصة حين تطبق عدة تقنيات علاجية بدلاً من تقنية واحدة.

الفصل الثامن

المستشفى

الدخول إلى المستشفى وسيكولوجية التكيف معه

تعتبر المستشفيات من المؤسسات الكبيرة، والمنظمة التي تشتمل على العديد من الأبنية أو الأقسام، و التي تقدم الخدمات الطبية/الصحية والمعالجة لمواطنيها. وقد تغيرت المستشفيات عبر التاريخ الطويل، مثلما تغيرت اتجاهات الناس وآرائهم حولها. فاتجاهات الأمريكيان نحوها الآن تختلف عما كانت عليه في الماضي، حيث ينظر الناس الآن إليها على أنها أماكن لاستعادة الصحة والشفاء، بدلاً من كونها أماكن للموت، بالرغم من أن الكثيرين من المرضى يموتون داخل المستشفى.

لمحة تاريخية عن نشأة المستشفى

لم تكن هناك أمكنة متخصصة يجلس فيها المرضى لتلقي الرعاية حين يمرضون، ويمكن رؤية الجذور التاريخية لهذا الإجراء في التاريخ اليوناني ، فقد تم بناء كنائس ، يوضع المرضى فيها من أجل الصلاة، ولتقديم لهم الرعاية الإلهية، ولكن نقطة التحول الأخرى هي من خلال تقديم تسهيلات خاصة للمرضى في منازلهم ، وتقديم العلاج للمرضى من الجنود الرومان الذين كانوا يعانون من العجز والاضطراب بسبب الحروب.

إن أول مؤسسة أنشئت لتقديم الرعاية الطبية للمرضى هي بناء الدير المسيحي الذي كان يهدف إلى تحقيق عدة أغراض، ومنها تقديم الرعاية للناس ذوي الحظوظ السيئة والمضطربين في المجتمع. فلم يكن للدير هدفاً واحداً، فبالإضافة على أنه بمثابة منزل يقدم الرعاية للمرضى، كان يساعد المحتاجين،

والفقراء، وحتى المسافرين الذين يضطرون للإقامة خلال سفرهم الطويل. ويعتبر مستشفى أوتيل ديو في ليون Hotel-dieu of lyone بفرنسا من أقدم هذه المؤسسات حيث أنشئ عام ٥٤٢ بعد الميلاد. وبدأت تنتشر المستشفيات في بلدان أوروبا ، ومنها كان يقدم خدمات متخصصة.وقد تم بناء المستشفيات في المستعمرات لتقديم الرعاية الطبية للجنود، كما هو الحال في المستعمرات الأمريكية، ففي عام ١٧٥١ تم افتتاح مستشفى بنسلفانيا باعتباره أول مؤسسة صحية في فيلاديلفيا بغرض معالجة الأمراض .منذ القرن السابع عشر وحتى بداية القرن العشرين، كان غرض هذه المؤسسات الاهتمام بالفقراء والعاجزين الذين يموتون بسبب الأمراض المعدية وغيرها، أما ذوي الطبقات العليا من الناس فكانت تقدم لهم خدمات طبية ورعاية وهم في منازلهم. بقي الحال على هذه الصورة حتى القرن العشرين حيث تطورت العلوم الطبية والمعارف العلمية المتخصصة المتعلقة بالعلاج والرعاية الصحية واستخدام التقنيات المتطورة في العلاج وخاصة في القرنين الثامن عشر والتاسع ، حيث أخذت المستشفيات تنتشر في مختلف البلدان والمناطق ، ففي الولايات ومع توسع الخدمات الصحية، عملت المستشفيات على تقديم خدماتها لجميع الفئات والطبقات الاجتماعية بلا استثناء . ويدخل اليوم حوالي ٣١ مليون شخص للمستشفيات كل سنة (USBC,1995).

وحين ننظر في المستشفيات في الوقت الحالي، فإننا نرى توسعها، وتعدد أقسامها، وتخصصاتها، حيث تقدم الخدمات الصحية ليس فقط للمنومين (المرضى بداخلها) بل، وحتى المترددين على عياداتها وأقسامها المختلفة ممن لم يحتاجوا إلى تنويم أو إقامة ، وتستهدف هذه الخدمات: إجراءات الوقاية من الأمراض، تفعيل الصحة وتحسينها، معالجة الأمراض الحادة والمزمنة، معالجة الإصابات ، وتقديم برامج التأهيل للمرضى المعاقين أو العاجزين، كما أن هناك

أقسام فيها تختص بإجراء البحوث والدراسات الطبية. ومن أجل تحقيق هذه الأغراض مجتمعة، تحتاج المستشفيات إلى فريق كبير من المتخصصين، للقيام بهذه الأدوار، ولتقديم الخدمات المتنوعة (عبدالله، ٢٠٠٩).

تنظيم المستشفى، ووظيفته :

تقسم الخدمات الصحية إلى ثلاثة أقسام: علاجية، وقائية، ونمائية داعمة. ويعتبر المستشفى وحدة طبية أو تنظيم مستقل لتقديم الخدمات الصحية: العلاجية فقط، للمرضى. وينطوي تحت المؤسسات العلاجية: المستشفيات العامة، والعيادات، والمستشفيات المتخصصة، والمستوصفات. أما المؤسسات الوقائية فتشتمل على: مكتب الصحة، ومراكز رعاية الطفولة، والأمومة والصحة المدرسية، والطب الوقائي، ومكتب التنقيف الطبي. أما المؤسسات النمائية الداعمة، فهي مراكز ومكاتب تأهيل وتدريب، مثل التأهيل المهني، والعلاج بالعمل. والمؤسسة الطبية هي كل هيئة طبية تستهدف تقديم رعاية صحية للمرضى سواء كانت علاجية، أم وقائية، أم نمائية داعمة. من هنا يطلق اسم "المؤسسة الطبية" على كل هذه التنظيمات التي تقدم الخدمات الصحية بأنواعها الثلاث: العلاجية والوقائية والداعمة. وسواء كانت رعاية عامة أم متخصصة. وتكتسب المؤسسة الطبية هذه الصفة العلاجية والوقائية والداعمة لوجود عدد مناسب من المختصين بها في شؤون الطب كالأطباء والممرضين، والمختصين في شؤون العلاج، والكشف، والتشخيص، والتحليل.. الخ.

تتصف المؤسسة الطبية وخاصة المصحات والمستشفيات بتعدد أقسامها وكثرة عدد العاملين فيها مع اختلاف تخصصاتهم ومسؤولياتهم، فكلما زاد حجم المؤسسة الطبية، وتعددت أقسامها، كلما تعددت بنيتها ووظائفها، وتنوعت الخدمات التي تقدمها للمتقدمين عليها. من جهة ثانية تميز المؤسسة الطبية عموماً بأنها حتى لو خضعت لأنظمة وقوانين مهنية تحكم عملها، وشؤونها،

إلا أن طبيعة المرض وفريدة كل حالة تأتي ، فإن هذه القواعد والأنظمة قد تتغير لتلائم الحالات الفردية لكل مريض، وبذلك لا تسير وفق روتين جامد، وقد تقتضي حرية التصرف للطبيب وفق ظروف الحالة، وخاصة من الناحية التخصصية، وذلك كله وفقاً للقواعد والأنظمة التي تحكم عمل هذه المؤسسة (مخلوف، ١٩٩١).

يختلف البناء التنظيمي للمستشفيات من بلد إلى آخر، كما يختلف وفقاً لنوعية الخدمات التي يقدمها للمرضى. ويمكننا القول بشكل عام بأن المستشفيات الحديثة في مختلف دول العالم تشتمل على الأقسام التالية:

الخدمات الطبية وتضم: العيادات الخارجية التخصصية والتي تكون عادة في الدور الأرضي من المستشفى ويقوم بالإشراف عليها مجموعة من الاستشاريين ذوي الكفاءة، وتنقسم هذه العيادات إلى مجموعات ، كل مجموعة بقسم استقبال خاص تتصل بنظام كمبيوتر متطور، وتمتاز هذه العيادات بتجهيزاتها المتطورة التي تغطي مختلف التخصصات مثل:

أمراض القلب cardiology

جراحة وزراعة الأسنان Dental and dental Implants

الأمراض الجلدية Dermatology

السكري Diabetes

جراحة الأنف والأذن والحنجرة Ear, Nose and Throat

الجراحة العامة General surgery

أمراض الجهاز الهضمي Gastroenterology

الأمراض الباطنية Internal Medicine

علاج العقم IVF

الأمراض العصبية Neurology

أمراض النساء والولادة Obstetrics and Gynecology
طب وجراحة العيون Ophthalmology
جراحة العظام والكسور Orthopedics
طب وجراحة الأطفال Pediatrics and pediatric surgery
جراحة التجميل Plastic surgery
الطب النفسي Psychiatry
الأمراض الصدرية Pulmonary medicine
جراحة المسالك البولية Urology
الأمراض التناسلية Venereal Disease

كما تحتوي الخدمات الطبية - إضافة إلى العيادات الخارجية- العيادات التخصصية المفتوحة، وتوجد هذه العيادات بالنسبة للأطفال والنساء والولادة، والباطنية، وهي مفتوحة على مدى ٢٤ ساعة لاستقبال المرضى بدون موعد مسبق.

الإجراءات الخاصة والتشخيص المتقدم: يتوفر في المستشفى المعدات والأجهزة المتطورة للقيام بالفحوص الطبية المتنوعة، مثل:
جهاز جاما للتصوير بالنظائر المشعة : للكشف عن أمراض القلب ووظائفه، وأورام الهيكل العظمي والغدد، ووظائف الجهاز التنفسي.
جهاز تصوير الأوعية الدموية بالطرح الرقمي: وهو وسيلة حديثة لتصوير شرايين وأوردة الدم بدون اللجوء إلى القسطرة.
جهاز التصوير المقطعي بالكمبيوتر C. T. Scan لتشخيص الأمراض واكتشاف الأورام داخل الجسم.

جهاز تخطيط المخلص

جهاز بوقا (الأشعة فوق البنفسجية) لعلاج حالات البهاق والصدفية والأكزيما، وغيرها من الأمراض الجلدية.

غرف العمليات: وهي مجموعة من الغرف المجهزة لإجراء مختلف العمليات الجراحية ، من عمليات القلب، والولادة، والحالات الطارئة، إضافة على غرفة الطوارئ.

القسم الداخلي (التنويم): وهي الغرف التي تكون مجهزة بأسرة كهربائية يتحكم فيها المريض بسهولة، إلى أدوات اتصال من هاتف بدون رفع سماعة، وجهاز تلفزيون وحمامات خاصة. إضافة على غرف متخصصة للعناية المركزة intensive care unit والمجهزة بكافة الأجهزة الضرورية للإنعاش وعلاج الحالات المتدهورة، بأحدث وسائل التنفس الاصطناعي، وأجهزة مانعة تليف القلب، مع إمكانية مراقبة القلب عن بعد.

أقسام الخدمات الطبية المساندة: وتشتمل على : قسم الأشعة، والمختبر، وقسم العلاج الطبيعي أو الفيزيائي، والصيدلية.

قسم الطوارئ: وهو القسم الذي يقدم خدمات متكاملة على مدار الساعة ومجهز بتجهيزات كاملة وغرفة إنعاش، وتجيبس يصل إليها المريض مباشرة عن طريق مدخل خاص لسيارات الإسعاف، ويتصل هذا القسم مباشرة بقسم الأشعة.

المراكز المتخصصة: مثل مركز تفتيت الحصوات في الجهاز البولي، وغيرها من المراكز المماثلة.

باختصار نقول إن المستشفى كمؤسسة طبية تقدم خدمات علاجية متخصصة للمرضى والمترددین عليها، هو وحدة مستقلة ومتكاملة تحتوي على أقسام، وتخصصات متنوعة، ويقوم عليها فريق طبي متخصص، إضافة إلى فريق من

المرضى، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وذلك كله وفق أهداف هذه المؤسسة، وقوانينها الإنسانية.

حركة العلاج النفسي الجماعي في المستشفى:

نشأت حركة العلاج النفسي الجماعي - باعتبارها حركة في الطب النفسي - وذلك في مستشفى بلمونت، بانكلترا منذ بداية خمسينيات القرن الماضي، - وتقوم هذه الحركة على اتباع طرق العلاج النفسي الجماعي للمرضى داخل المستشفى. وقد تم إنشاء وحدة للأمراض النفسية بالمستشفى وتركز على معالجة الإجهاد والضغط النفسي لدى المرضى. ومن الأهداف التي تسعى لتحقيقها :

١- إجراء دراسة مستفيضة على عينة من المرضى لتحديد خصائصها الإكلينيكية.

٢- التوصل إلى طرق العلاج المناسب لهم.

٣- تقرير أفضل أنواع العمل التي تلائمهم.

٤- إجراء دراسة تتبعية لتقييم الحالات.

وقد تم تحديد الأدوار النظامية والعلاجية والاجتماعية للممرضات، إضافة إلى دور الأطباء الجديد في تنشيط المرضى والمشاركة في أنشطتهم الاجتماعية والترويحية إضافة إلى العلاج الطبي والنفسي. ومن أبرز طرق العلاج النفسي المقدمة للمرضى طريقة السيكدوراما، وجماعات المناقشة، التي حققت نتائج مثمرة (جونز وآخرون، ١٩٨٠).

الأدوار، الأهداف، والتواصل:

لننظر في المثال التالي: بينما تسير سيارة الإسعاف وهي تحمل شخصاً تعرض لحادث سير، ويتم إدخاله على غرفة الطوارئ، يبدأ فريق من المتخصصين عمله، حيث تتوزع الأدوار والمهام وفقاً للمشكلات الصحية التي يعاني منها المصاب، فإذا كان هذا المصاب يعاني من كسر في الجمجمة،

أو ارتجاج في المخ، فيتطلب الأمر متخصصين في الجراحة العصبية، وإذا كان يعاني من أزمة قلبية فيحتاج إلى متخصصين بأمراض القلب. إن اتخاذ القرار بالنسبة لمثل هذه الحالة يجب أن يكون سريعاً جداً، من هنا يجب القيام بالفحوص الطبية والتحاليل المخبرية والصور الشعاعية، بهدف فحص حالته والتوصل إلى تشخيص دقيق لكل كما يعانيه من مشكلات وأمراض، وأذيات. إضافة إلى الفريق الطبي، يلعب الممرضون والممرضات أدواراً مهمة في توفير الرعاية ومساعدة الأطباء، وفي تنفيذ الخطة العلاجية.

تنسيق الرعاية التي تقدم للمريض: حتى وقت قريب، كان المريض يتلقى الخدمات الصحية في المستشفى من قبل فريق صغير من الأطباء والممرضين الذين يعملون جنباً إلى جنب بتواصل مستمر وجهاً لوجه جانب السرير. ولكن مثل هذا الوضع قد تغير الآن، فإجراءات فحص المريض المنوم داخل المستشفى من جهة، وتقديم المعالجة له من جهة أخرى، تشتمل على سلسلة من الإجراءات والخطوات التي يقوم بها فريق متنوع من المتخصصين يقوم كل واحد منهم بدوره بشكل مستقل، مع وجود تواصل أو لقاء بسيط بينهم قرب المريض. وهذا يعني أنه ليس من الضروري أن يقوموا بأعمالهم مع بعضهم البعض، فيمكن لكي شخص أن يؤدي دوره، بعد فحص الحالة وتشخيصها، لتقدم الخدمات الطبية والعلاجية بشكل مستقل من قبل الفريق. وبالرغم من فائدة هذه الطريقة، أن لها بعض المساوئ، وهي أن الخدمات الطبية تقدم للمريض داخل المستشفى بشكل مستقل، أو أنها تجزأ على أجزاء fragmented وأقسام ويقوم كل متخصص بدوره الجزئي هذا بدون أن يكون هناك تعاون وتواصل كاف بينهم، ولا يمكن لأحد أن يحل محل الآخر. فربما تحدث خطورة من وراء هذا التقسيم في الأداء والأدوار. ولتلافي هذه الخطورة تعمل المستشفيات على تقليص مخاطر عدم التعاون بين المتخصصين من خلال تحديد شخص معين، وليكن ممرضاً متمرساً،

يكون بمثابة صلة الوصل، ويستمر مع المريض، ليقوم بالتنسيق coordinate بين المهمات والأدوار جميعها، وبذلك يقوم هذا المتخصص بدور المنسق الذي يتحمل مسؤولية الربط والتنسيق بين الخدمات الطبية التي يقدمها الجميع. إلا أن التواصل المباشر (اللقاء وجهاً لوجه) بين الطبيب والمريض ، يبقى هو الطريقة الأفضل ، لأنه يقوم بالعديد من الأدوار والمهام، كما تقل نسبة الوقوع في الأخطاء، وتساعد على تقديم معلومات مهمة للمريض، بنفس الدرجة التي تقدم معلومات مرتدة (تغذية راجعة) لكل عضو من أعضاء الفريق.

مخاطر صحية داخل المستشفى: إن التواصل بين العاملين والمتخصصين داخل المستشفى ذو أهمية كبيرة، لأن المستشفيات مصادر لبعض المخاطر الصحية بالنسبة للعاملين فيها. تشتمل هذه المخاطر على المواد الكيميائية التي تستعمل في العلاج، ومن بين هذه المواد أكسيد الإيثيلين oxide ethylene الذي يستعمل في التعقيم . إن التعرض طويل الأمد لهذه المواد الكيميائية يساعد في حدوث السرطان. وعلى إدارة المستشفى أن تحافظ على قنوات تواصل جيدة بين العاملين من أجل منع تعرضهم لهذه المخاطر، وبذلك يجب تنويع الأدوار والمهام للعاملين تحت هذه الظروف. من جهة ثانية يجب اتخاذ إجراءات وقائية لمنع إصابة المريض وتعرضه لمخاطر هذه المواد الكيميائية أثناء المعالجة.

ومن المخاطر الأخرى في المستشفى، هي تعرض العاملين والمرضى إلى الميكروبات microorganisms (كائنات حية دقيقة) المسببة لبعض الأمراض ، وقد لاحظنا كيف أن المستشفيات في القرون السابقة كانت تحتوي على المرضى و المصابين بأمراض معدية ، حيث يموت المرضى فيها لانتقال العدوى إليهم بسرعة. ومع أن المستشفيات الحالية تتخذ إجراءات وقائية مهمة لمنع انتقال مثل هذه العدوى والميكروبات، إلا أنه لا يمكن القضاء عليها نهائياً، فقد تبين أن ٥ % من المرضى في المستشفيات الأمريكية (٢ مليون شخص كل

سنة) اكتسبوا عدوى طفيلية وميكروبية من المستشفيات، وأن ١٥ ألف منهم قد ماتوا نتيجة الإصابة. ولمواجهة هذه المخاطر عمل علماء الأوبئة (الابيدميولوجي) على تكوين لجان متخصصة لوضح سياسات وطرق تمنع الإصابة بهذه المخاطر والعدوى بين العاملين في المستشفيات ، وقد تكونت لجنتين: الأولى مهمتها ضبط المخاطر بين الأطباء، والثانية بين الممرضين والعاملين على تقديم الرعاية. ومن أهم الطرق التي تم التوصل إليها استعمال الأقنعة الواقية، وغسيل الأيدي وتعقيمها، وارتداء " الكفوف " (عازل لليدين). ومع ذلك فإن بعض العاملين لا يلتزمون بهذه الإجراءات. ففي دراسة هدفت الكشف عن نسبة الذين يتقيدون بهذه الإجراءات الوقائية بين العاملين في المستشفيات، تبين أن (٨٠٠٠) منهم وخاصة الممرضون، لا يلتزمون بالتعليمات الوقائية. وبالغرم من أن العدوى بين العاملين في المستشفيات مستمرة وخطيرة، إلا أن تحمل المسؤوليات، والالتزام بالقوانين الطبية والوقائية، تقدم جميعها تغذية راجعة، ومعلومات مرتدة تتيح لهم أن يستمروا بتنفيذ هذه الإجراءات والتفديد بها، لما تحققة من نتائج فعالة.

تأثير ملازمة إقامة المريض بالمستشفى إن تكاليف الدخول إلى المستشفى وتلقى الرعاية الطبية، باهظة التكاليف بشكل عام، وبالغرم من أن بعض المستشفيات عامة (حكومية) تقدم خدماتها مجاناً أو بأسعار رمزية، وبعضها الآخر خاصاً، إلا أن نظام دفع الرعاية الصحية، قد تغير مع مرور الزمن، ويمكننا أن نقسم الخدمات الصحية التي تقدم لمرضى على نوعين: الأولى: فحوص، وتشخيص (ويدخل فيها، التحاليل، والتصوير، وغيرها)، والثانية: هي المعالجة بطرقها المختلفة (دوائية وكيمياوية، جراحية، علاج طبيعى فيزيائى..). وبعض المرضى يقضون فترات طويلة في المستشفى long-term حسب المرض (كما في الأمراض المزمنة)، وبعضها الآخر قصير الأمد

short-term كما في الأمراض الحادة. إلا أن طول فترة البقاء بالمستشفى تختصر، وتقل، ينطبق ذلك على الحالتين السابقتين، وخاصة قصيرة الأمد، وقد بدا هذا التغير منذ سبعينيات القرن الماضي، حيث تبين أن معدل البقاء في المستشفى، هو أسبوعاً كاملاً، إن قصر فترة إقامة المرضى بالمستشفيات، غنما يدل على ثلاثة نقاط:

- ١- يمتلك الناس إجراءات وطرق للرعاية الطبية يمكنهم تنفيذها خارج المستشفى (وهم في المنزل) وبالتالي يمكنهم التردد بين الأونة والأخرى عليه للمتابعة.
 - ٢- إن الطرق والإجراءات الصحية والعلاجية التي تقدم للمرضى فعالة وتحقق نتائج إيجابية (مثلاً، الكثير من العمليات تتم بدون جراحة - كالليزر مثلاً - مما لا يتطلب البقاء فترة طويلة في المستشفى).
 - ٣- يتم إخراج المريض من المستشفى مع بداية الشفاء (في المراحل الأولى للشفاء) ، وبالتالي يمكن إتمام المعالجة داخل المنزل من أجل بلوغ الشفاء مراحله الأخيرة.
- عموماً يفضل معظم المرضى الخروج من المستشفى مبكراً إذا كان ممكناً ذلك، لأن الكثير من الناس يعتبرون البقاء في المستشفى خبرة سلبية، من النواحي: المادية، والاجتماعية، والنفسية، والجسمية.

دخول المريض إلى المستشفى والرقود فيه

بالرغم من أن معاناة المرض يمثل خبرة سيئة لجميع الناس، وخاصة حين يكون المرض خطيراً فالخبرة ستكون أسوأ، فإن الدخول إلى المستشفى هو الآخر، خبرة سلبية أخرى تضاف إلى الخبرة السيئة السابقة، لأن الدخول إلى المستشفى يسبب: ١- خلافاً في أسلوب أو نمط حياة الشخص التي اعتد عليها وتكيف معها وشعر بالسعادة فيها،

٢- لأنه يتطلب اعتماداً على الآخرين،

٣- كما يسبب الكثير من الأحداث التي تخلق التوتر والضغط النفسي والضيق لدى المريض. تسيطر حالة عدم السعادة (الحزن الشديد) على المريض حين يتجه نحو المستشفى ومنذ اللحظات الأولى لدخوله ، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المريض حالما يرقد في السرير، سيبدأ بتكوين علاقات مع الفريق الطبي ، من العاملين على رعايته.

علاقة المريض مع الفريق الطبي بالمستشفى:

لنفترض أنك دخلت المستشفى للتو - لا سمح الله- ، فكيف ستصرف حيال الفريق الطبي حين لا يقدم إليك المعلومات أو الرعاية التي تطلبها؟ يدخل المرضى عادة على المستشفى وهم يحملون فكرة واضحة عن الدور الاجتماعي للفريق الطبي، بأنه سيعتمد على أعضاء هذا الفريق، وأنه سيقدم له الرعاية، والمعلومات التي يطلبها، والقيادة، والقوة في العلاقات الاجتماعية داخل المستشفى. إلا أن المريض، شخص غريب بين مجتمع المستشفى ، فهو غير معروف من حيث شخصيته، وتصرفاته. هذه الظروف تخلق لديه شعوراً بعدم الراحة، والضيق، والهم دال المستشفى (Cu,1995).

يعتبر القلق anxiety حالة انفعالية يخبرها المريض عند دخوله المستشفى، فإذا كانت مشكلتهم الصحية غير معروفة (لم تشخص بعد) ، فسيشعر بالهم، والقلق الشديد حيال المشكلات، هذا المجهول الذي لم يعرف بعد(ومن المعروف أن القلق رد فعل لحالة خطر أو تهديد لم يعرف مصدره ونوعه)، إنه سيفكر بماذا سيحدث، ما هي النتائج، كيف سيؤثر المرض على حياته. وحين يتم تشخيص الحالة، وتعرف مشكلته (مرضه) سيفكر ويقلق بالكثير من الأمور منها، العلاج الذي سيقدم له، وهل سيحقق له نتائج إيجابية ، وكم ستطول مدته. ويمكننا القول بأن مشاعر القلق التي يعيشها المرضى في

المستشفى، ناتجة عن عدم توفر المعلومات لديهم. ومع أن عدم توفر المعلومات قد ينتج عن أن نتيجة الاختبارات والفحوص الطبية أو التحاليل لم تظهر بعد، إلا أنها قد تحدث أيضاً بسبب عدم توفر الوقت الكافي للفريق الطبي بأن يخبر المريض بذلك.

تعتبر المستشفيات أمكنة مزدحمة، وكثيرة المشاغل والمهام، ولكن ضيق الوقت لدى القائمين عليه (سواء أطباء، أم ممرضين، أم إدارة) ، هو أحد الأسباب وراء عدم تقديم معلومات التي يحتاجها المرضى عن حالاتهم ومشكلاتهم الصحية. ويملك الأطباء المتخصصون معلومات كافية ودقيقة عن حالة المريض، ولكنه قد يحجبها عنه، منعاً لإساءة فهم المريض لها، أو تجنباً لردود فعله الانفعالية السلبية . ويسعى الكثير من المرضى الذين يم يحصلوا على معلومات من الأطباء، على الحصول عليها من أشخاص آخرين مثل الممرضين/الممرضات، والموظفين، أو حتى عن طريق استرقاق السمع eavesdropping لما يهمس به الأطباء.

ومع أن الناس قادرين على التصرف، وواسعي الخبرة والتدبر والموهبة، إلا أن المعلومات التي يحصلون عليها بهذه الطرق غير المباشرة (من الممرضين، والموظفين، واسترقاق السمع) ، قد تكون غير دقيقة، ومغلوبة. فإذا حدث ذلك، فإن معتقدات أفكار المريض التي تكونت لديه ستؤثر في سلوكه وفي درجة التزامه بتعليمات الطبيب واتباع المعالجة ، وقد تقود إلى سيطرة حالات انفعالية سلبية عليه. فحجب المعلومات عن المريض ربما يقود إلى سوء الفهم لديه ، أو إلى الشعور بالتهديد وسيطرة انفعالات سلبية.

ومن الحالات والصفات التي تنتشر بين المرضى بسبب الطريقة التي يتبعها الطبيب في تفاعله معه، هي ما نسميه اختلال الأنوية depersonalization أي اختلال في الأنا أو الشخصية، والتي تنتج عن أن الطبيب يعالجه وكأنه غير

موجود، أو أنه ليس شخصاً أو كياناً. وقد سُمي عالم الاجتماع إيرفنج جوفمان Erving Goffman (1992)، هذه الحالة أو الخاصية باسم "علاج غير الشخص"، non-person treatment، وأن سلوك الطبيب الذي يتبع هذا الأسلوب يوصف بأنه "يرحب بالمريض في البداية على أنه إنسان متحضر ويودعه في نهاية لقائه على أنه شخص وكيان، ولكن بين الطرفين - أي بين تحية الاستقبال وتحية الوداع - لا يحدث شيئاً من هذا إطلاقاً، بل على أنه "أحد، رقم" أصبح خلفه وانتهى".

لماذا يتعامل بعض الأطباء مع مرضاهم على أنهم ليسوا أشخاصاً أو بشراً؟ أحد الأسباب وراء ذلك، كما يقول (إيرنج جوفمان) هو أن الأطباء يريدون أن تكون هناك مسافة أو حاجزاً بينهم وبين مرضاهم، حيث تكون هناك مسافة فيزيقية، من أجل تجنب معرفة المريض لما يفعله الطبيب، ولتجنب طرحهم الأسئلة، أو التصرف بطريقة قد تعيق عمل الطبيب وفحصه وتشخيصه. وهناك عدة عوامل انفعالية تقود العاملين في المستشفى إلى معلمة المرضى بطريقة غير إنسانية وفيها اختلال لشخصية المريض. فالمستشفى مكان حافل بالمشاغل، والحركة، والناس، وخاصة حين يكون هناك حالات طارئة ومتنوعة، فالأطباء والمتخصصين عليهم مسؤوليات وأعباء كثيرة جداً، تؤثر على صحتهم، كما هو الحال لدى المتخصصين في العلاج الكيماوي، والتحليل المخبرية، وغيرها. لذلك يمكننا القول بأن مهمات الطبيب وأدواره، وأعباء المهنة تؤدي دوراً كبيراً في جعله يتصرف بهذه الطريقة "غير الإنسانية" مع مريضه. فالعاملين في المستشفى يقومون بأعمال ستحدد حياة الشخص أو موته، مما يخلق ضغوطاً نفسية وجسمية كبيرة على جميع العاملين بالمستشفى، من هنا تعتبر مهنة الطب من المهن الضاغطة. وقد نرى نتيجة ذلك، أن الطبيب قد يلوم مريضه أو يتحدث معه بكلمات "غير لائقة". ويجب اعتماد طرق وإجراءات تخفف من تعرض

الطبيب للحالات الانفعالية السلبية، والضغط المرتفعة، تجنباً لانعكاس تأثيرها على المرضى أيضاً. فاختلال الشخصية والأنية، وعدم معاملة المريض كشخص، تجعل الطبيب متجرباً من العاطفة، وقل انفعالية، ولا يتأثر حين تحدث الوفاة (Kneut,1982).

سلوك المريض داخل المستشفى:

لا تتأثر العلاقات بين الأطباء والمرضى داخل المستشفى، بسلوك الفريق الطبي فقط، ولكن بسلوك المرضى أيضاً. فالمستشفى يمثل بيئة غريبة وغير معروفة ، بالنسبة للمرضى، فلا بد من التكيف النفسي والاجتماعي معها، وقد يجد الكثيرون من المرضى صعوبة في عملية التكيف هذه. وسبب هذه الصعوبة، العزلة التي يشعر بها المريض، والنقيد بأنظمة صارمة، من حيث الوقت، والطعام ، ومختلف الأنشطة ، والكثير من الشروط التي لا يمكن التحكم بها أو ضبطها وتغييرها، وكذلك الاعتماد على الآخرين في تلبية الكثير من الاحتياجات الشخصية. مثل هذه العوامل والشروط تعقد من السلوك المرضي. فكيف يتصرف المريض داخل المستشفى؟

حين يدخل المرضى المستشفى، يملكون بعض الأفكار عما يجب عليهم القيام به، وكيف سيسلكون. وقد درس لوبر (Lorber,1975)، هذه الأفكار عن السلوك المرضي لدى (١٠٠) مريض دخلوا المستشفى لإجراء عمليات جراحية، وقد كانت الغالبية العظمى منهم فوق سن الأربعين، وجميعهم سيخضعون لعمليات جراحية تتفاوت في مستوياتها من البسيطة إلى الخطيرة. وقد قابل (لوبر) المرضى حين دخلوا المستشفى وعند الخروج منه ، وقد طرح عليهم أسئلة تتعلق بدرجة موافقتهم أو عدم موافقتهم على الكثير من الأشياء مثل: " إن أفضل شيء تقوم به في المستشفى أن تحتفظ بهدوك، وأن تنفذ ما يطلب منك " ، و " إنني كمريض متعاون جداً، وأنفذ ما يطلب مني " ، حين

أكون مريضاً ألتقى الدلال، والعناية، والاهتمام"، وقد استجاب المفحوصين من المرضى على هذه العبارات لتبيان ما إذا كانوا نشطين أو فعالين active ، أم سلبين passive في سلوكهم داخل المستشفى. لقد أجاب المرضى على العبارتين الأوليتين بالإيجاب والموافقة، بينما لم يوافقوا على العبارات الثالثة. وقد تبين أن الذين كانوا سلبين، كانوا أقل حواراً ومناقشة، وأقل تعاوناً مع الفريق الطبي.

والهدف الآخر من الدراسة، هو تقصي ردود فعل الفريق الطبي تجاه المرضى أنفسهم، والتعرف على استجاباتهم حيال السلوك المرض لهم. لقد صنف الفريق الطبي مرضاهم وفقاً لفئات: " المريض الجيد"، و" المريض العادي والمعتدل"، و" المريض المشكل أو الصعب- ذو المشاكل". كما طلب منهم أن يصفوا سلوكيات مرضاهم بعبارات محددة، وردود أفعالهم حيال هذه السلوكيات. لقد تبين أن المرضى الذين وصفوا بأنهم " مرضى جيدين"، هم الذين اعتبروا "سلبين" من قبل الفريق الطبي، هؤلاء المرضى هم متعاونون، قليلي الشكوى والتذمر، كما أنهم اجتماعيين، في حين أن الذي يوصفوا بأنهم " مرضى صعبين ومشكلين"، هم الذين كانوا غير متعاونين، وكثيري الشكوى، وانفعاليين، واتكاليين. مثلاً، من بين المرضى " الصعبين والمشكلين"، رجل عمره ٧٤ سنة الذي عولج من مرض في المرارة " الحويصلة الصفراوية"، وكان يسيطر عليه مشكلات سلوكية وطبية: فقد كان غير متعاون، ولا يتقيد بتنفيذ المعالجة، والنظام الدوائي، وقد قال عنه الفريق الطبي، بأنه " قتالي وهجومي، وأن تصرفاته غير ممكنة ومستحيلة". إن النتائج التي تترتب على العلاقة غير التعاونية بين الطبيب والمريض لا تساعد على تنفيذ الخطة العلاجية وتعليمات الطبيب.

ولكن سلوك المريض السلبي، يمكنه أن يخلق مشاكل أيضاً (بالغرم من أن الفريق الطبي قالوا عن مثل هؤلاء المرضى بأنهم متعاونين، وجيدين).

فأحد المرضى الذي يعاني من مرض خطير، لا يريد أن "يزعج الممرضة" حين يجب عليها أن تقوم بواجبها في الرعاية وتقديم الدواء. مما خلق اضطراباً في عملها وأداء واجبها. فالمرضى الذين هم "سليبيون" داخل المستشفى ربما يفشلون في اتباع أدوار "نشطة وفعالة" في تنفيذ خطة العلاج وتناول الدواء، وتنفيذ التعليمات الطبية، وبالنسبة لبعض الأمراض يعيقون تنفيذ خطة التأهيل بعد الإصابة. ويمكننا القول بأن العلاقة النموذجية بين الفريق الطبي والمرضى هي التي تسرع من تنفيذ الخطة العلاجية.

من جهة أخرى فإن بعض الظروف الصعبة التي يراها المريض في المستشفى قد تجعله يسلك سلوكاً صعباً ويصبح بالتالي من نوع "المريض المشكل والصعب"، وقد ميز (لوبر) بين نوعين من هؤلاء المرضى: النوع الأول، هم المرضى الذي يعانون من أمراض خطيرة، ولديهم شكاوي كثيرة، وأعراض معقدة، ونجاح علاجهم صعب، حيث يتقدم العلاج أو الشفاء عندهم ببطء شديد. وبالرغم من أنهم يظهرون سلوكيات صعبة ومشاكل، ويحتاجون إلى درجة كبيرة من الاهتمام والرعاية، فإن الفريق الطبي يغفر لهم ذلك ويعفو عنهم. والنوع الثاني، هو المرضى الذين لا يعانون من أمراض خطيرة، ولكنهم يحتاجون لوقت طويل، واهتمامك أكثر مما تحتاجه حالتهم أو أمراضهم، إنهم كثيرون الحديث، والحوار، وغير متعاونين مع الفريق الطبي. فلماذا يسلك المرضى الذين لا يعانون من أمراض خطيرة بمثل هذه التصرفات التي تعيق الرعاية الطبية؟ أحد الأسباب هو أن سلوكهم هو رد فعل لحالة الغضب التي يعيشونها بسبب فقدانهم للحرية، والقدرة على التحكم. من هنا يعتبر سلوكهم المشكل هذا، رد فعل لحالة التقييد التي يعيشونها وما أحدثته من انفعالات سلبية كالغضب. مثلاً، قد لا تسمح الممرضة، للمريض بالسير في الممشى، بسبب الأذية في ساقه، أو بسبب العملية الجراحية، وقد تمنعه من مشاهدة التلفزيون متأخراً،

لأن هذا سيسبب إزعاجاً للمرضى الآخرين، أو لا يسمح لقريب له بزيارته في وقت محدد قدم فيه، لأن مثل هذه الزيارة ستعيق تنفيذ مهمات الفريق الطبي. يغضب بعض المرضى داخل المستشفى بسبب تقييد حريتهم ، وتصدر عنهم استجابات - بديلة عن الغضب - تظهر كرد فعل سلبي تجاه فريق الرعاية، ويمكن تسمية هذا المريض "بالمريض المرتد أو النائر".

كيف يتعامل الفريق الطبي مع المريض النائر أو المشكل ؟ قد يستجيب فريق الرعاية بابتسامة لسلوك هذا المريض، وفي أحيان أخرى قد لاتكون الاستجابة إيجابية (كالابتسامة)، بل قد تكون سلبية كأن توبخ scold الممرضة هذا المريض ، أو تجاهل ignore سلوكياته ، أو قد تتأخر في تلبية احتياجاته ومتطلباته، فتتلكأ في الاهتمام به. عادة يتفق الفريق الطبي في المستشفى ، على اتباع إجراءات معينة يتم الاتفاق عليها مع هؤلاء المرضى، بحيث تقدم لهم الرعاية الضرورية، بدون أن يؤثر ذلك في بقائهم بالمستشفى، أو التعجيل في الخروج.

لحسن الحظ نسبة المرضى من النوع " المشكل أو الصعب" قليلة جداً، فالكثيرين منهم يحاولون التكيف مع الظروف الجديدة، ويتعاونون لتنفيذ الخطة العلاجية. من هنا نجد أن نسبة لا بأس بها من المرضى هم النوع " الجيد" ، وهؤلاء يسعون لأن يظهرُوا بأحسن صورة مع فريق الرعاية. إنهم يسعون جاهدين لأن لا يعطوا فكرة غير جيدة عن أنفسهم ، أو أن يكونوا غير محبوبين، بل على العكس من ذلك، يحاولون باستمرار أن يستجيبوا بطريقة يكسبوا حب الفريق الطبي، وألا يكونوا انكاليين أو يعتمدوا بكل شيء على الآخرين. إنهم يعتقدون بأنهم إذا عبروا عن غضبهم أو انزعاجهم أما فريق الرعاية، فالنتيجة ستكون استجابة هذا الفريق بطريقة غير مرغوبة تجاههم، مثل: عدم إعطائهم الدواء بموعد، أو عدم تنظيم الفراش. فالمريض " الجيد" ، هو الذي يعيش حالة

قلق حين ينظر إلى الساعة، ويحين موعد تناول الدواء، ولا يأتي أحد من فريق الرعاية ليقدم له الدواء.

تجدر الإشارة على أن سلوك المريض داخل المستشفى يتأثر بعدة عوامل، إضافة إلى نوع المرض وخطورته، من هذه العوامل، طريقة تفكيرهم حول كيفية التصرف، وكيف سيسلكون داخل المستشفى، وردود فعلهم حول تقييد حريتهم، وكيفية تكيفهم مع النظام الجديد. يستجيب المرضى بطرق مختلفة حيال فريق الرعاية الطبية، كما أن سلوكهم يعتمد على طريقة مواجهتهم وتعاملهم مه شروط العلاج، والظروف الطبية التي يعيشونها داخل المستشفى (Sarafino, 2001).

التكيف الانفعالي داخل المستشفى

تخيل أن شخصاً في الثلاثين من عمره، ينتظر في غرفة بالمستشفى من أجل علاجه من ورم في رئته ظهر عنده بوساطة أشعة أكس. ويعرف هذا الشخص بأن العلاج الجراحي الذي ينتظره لن يحقق له الشفاء، وسيستبع العلاج الكيماوي والشعاعي لعدة أشهر. إن الدخول إلى المستشفى للعلاج من مرض خطير، يخلق الكثير من الانفعالات السلبية والقلق، والضغط النفسي.

على المرضى الذين يدخلون المستشفى أن يتعاملوا مع حالاتهم الانفعالية، وأن يتكيفوا معها. فالعمليات الجراحية تخلق حالة من القلق لدى المرضى، تختلف مستوياته، ولكن أبرزها القلق الشديد الذي يظهر لديهم حين يدخلون المستشفى، ويستمر القلق بدرجاته العليا حتى حين إجراء العملية الجراحية، وبعدها يبدأ بالانخفاض، خلال الأسبوع الأول من انتهاء العمل الجراحي. ولكن في بعض الأحيان، يزداد مستوى القلق لدى المرضى، كما هو الحال لدى مرضى الحروق، الذين احترق ٣٠% من أبدانهم.

تعتمد الطرق والأساليب التي يتكيف من خلالها المريض مع المشكلات الصحية والعلاج داخل المستشفى، على عدة عوامل، منها: عمر الشخص،

وجنسه، وصفاته الشخصية، وعلى نوع المرض وخطورته. مثلاً، الراشدين في مرحلة الرشد الأولى (في العشرينات ومنتصف الثلاثينيات من العمر) يواجهون صعوبات كبيرة في التكيف مع أمراضهم وإصاباتهم مقارنة بالراشدين الأكبر سناً، من جهة أخرى فإن الرجال أكثر تعرضاً للضيق والتوتر النفسي من النساء حين يمرضون، لأن المرض يعيق قدراتهم وأعمالهم، ومشاريعهم، ولكن النساء بالمقابل يعانين من صعوبات كبيرة في التكيف مع إصابتهن ، وخاصة العجز، أو بتر عضو معين، حيث يحتجن على فترات زمنية طويلة ليتكيفن مع الوضع الجديد.

مهارات المرضى في مواجهة ظروف المستشفى والتعامل معه:

كيف نتعامل مع الضغط النفسي والقلق الذي تشعر به حين تدخل المستشفى؟ يمكن أن تجيب عن هذا السؤال من خلال الرجوع على ما كتب في الفصل الخامس عن إجراءات التعامل وأساليبه، فقد تسعى لتحقيق هدفين هما: الأول تغيير المشكلة المسببة للضغط والقلق، والثاني ، تنظيم وإدارة الحالة الانفعالية التي نتجت عنها. فبعض الاستجابات الانفعالية التي تثير الضغط والقلق داخل المستشفى يمكن أن نغيرها من خلال القيام بتصرف معين مثل طلب الدواء لخفض الألم، أو قراءة بعض المعلومات عن المشكلة الصحية التي نعانيها. ولأن مثل هذه الإجراءات تساعد في خفض مصادر الضغط النفسي، أو تزيد من قدرات الشخص على التعامل والمواجهة، فإنها تقدم أمثلة عما نسميه : التعامل أو المواجهة التي تركز على المشكلة problem-focused coping .

من جهة ثانية فإن المريض داخل المستشفى قد يخبر حالات القلق والضغط النفسي ويعتقد بأنه غير قادر على تعديلها. ففي بعض الحالات تكون معتقدات الشخص هذه صحيحة ودقيقة، فالمريض الذي يعاني من خلل في النخاع الشوكي بسبب حادث تعرض له ، عليه أن يتكيف مع الوضع الجديد لأنه

لا يستطيع المشي. ولكن في حالات أخرى قد لا تكون معتقدات الشخص دقيقة وصحيحة، كالمثال السابق، كما هو الحال لدى المريض الذي لا يعتقد بأن هناك علاجاً دوائياً آخر ليس له آثاراً جانبية خطيرة أو مزعجة بالنسبة له. فالذين يعتقدون أن بإمكانهم عمل شيء لتغيير الضغط النفسي أو الموقف الضاغط، يحاولون عادة أن يتكيفوا ويواجهوا الانفعالات والمواقف التي يمرون بها من خلال اتباع طريقة تسمى: التعامل أو المواجهة التي تركز على الانفعال emotion-focused coping. فيمكن للمريض أن يغير من حالته أو استجابته الانفعالية من خلال نكران الحقائق الانفعالية غير السارة، أو القيام بأنشطة سارة، ومن خلال طلب الدعم والمساندة الاجتماعية. فقد تبين أن هذه المساندة تساعد الناس على الشفاء، وتزيد من قدرتهم على التكيف والتعامل مع ظروف المرض.

أولاً- العمليات المعرفية في التعامل والمواجهة:

إن أول عملية معرفية ينشغل فيها المريض، هي إلقاء اللوم blame والمقصود هنا محاولة معرفة سبب ما حصل له، إنه يحاول الإجابة عن السؤال التالي: "ما العيب أو الخلل، والذنب الذي ارتكبته؟"، يتصارع المرضى وهم داخل المستشفى في محاول للإجابة عن هذا السؤال. فبعضهم يلقي اللوم على نفسه، وبعضهم الآخر يلقي اللوم أو السبب على الآخرين، وبعضهم الآخر يفسره نتيجة عوامل غيبية مثل: سوء الحظ، أو أنه أمر إلهي. فهل عزو المريض أو تفسيره (تنسب) attribute اللوم يمكن أن يساعده في نجاح طريقة تعامله ومواجهة الظرف الجديد الذي يمر به؟ ربما، الناس الذين يلقون اللوم على أنفسهم، يملكون شعوراً قوياً بالذنب، مما يجعلهم يواجهون صعوبة في التعامل مع الموقف الجيد والتصدي له مقارنة بالذين يلقون اللوم على الآخرين. من جهة أخرى فإن إلقاء اللوم على شخص ما، قد يزيد من مشاعر الغضب، وخيبة الأمل bitterness التي تعيق عملية التكيف والتعامل مع الموقف (يخلف، ٢٠٠١).

لقد أجريت عدة دراسات بهدف تفصي هذا الموضوع، وتبين أنه كلما زاد لوم الشخص لنفسه أو للآخرين، وعزا السبب إليه شخصياً أو لغيره من المحيطين به، كلما زاد تكيفه وتعامله سوءاً مع هذا الظرف المرض الجديد. كما أن التكيف أو التعامل الضعيف وغير الناجح مع المرض يرتبط بدرجة كبيرة بلوم الآخرين أكثر من ارتباطه بلوم الذات. ومع أنه من غير الواضح لماذا يكون التكيف والتعامل أصعب حين يلوم المرضى غيرهم لما حدث لهم، فإن السبب قد يكون أن الناس الآخرين والمحيطين بالمريض يملكون إحساساً بعدم العدل، لأن هذا الشخص لم يعاني من عواقب ونتائج خطيرة. وتعتبر عن هذه الحالة العبارات التالية: "إنني مشلول، ولكن السائق تسبب في كسر ساقِي"، أو "لا يمكنني المشي الآن، إلا أن الفتى الذي صدمني، حراً طليفاً الآن". إن العمليات المعرفية التي تستعمل اللوم، قد تثير القلق والإزعاج لدى المريض، فهل يمكن فحص تأثير إلقاء اللوم سواء كان منطقياً واقعياً، أم غير منطقي ولاواقعي بشكل مستقل في علاقته بالتكيف والتعامل؟ أجابت نتائج الدراسات على هذا السؤال بالقول بأن دور اللوم وتأثيره مترابط، كما أن الاختلاف بين نوعي اللوم (المنطقي المبرر وغير المنطق أو اللامبرر)، يحدثان لأسباب وعوامل أخرى. وهكذا فإذا كان المريض يلقي اللوم على نفسه أو على الآخرين، قد يكون لومه صحيحاً ومبرراً وقد لا يكون كذلك، وفي كلتا الحالتين فإن اللوم نفسه وطبيعته تتأثر بعوامل شخصية يعيشها المريض نفسه.

ومن العمليات المعرفية الأخرى التي تؤثر في تكيف المريض ومواجهته للمرض، عملية تقييم التحكم الشخصي أو الذاتي أو ضبط النفس personal control فالمرضى يدخل المستشفى وهو يعتقد بأنه فقد قدرته على التحكم الذاتي، سواء بسبب المرض وآثاره، أو لكونه أصبح اتكالياً أو إعتمادياً على الآخرين وخاصة فريق الرعاية الطبية. إن بيئة المستشفى تشجع المريض على

الاعتقاد بأنه سيعتمد على الآخرين في تنفيذ خطة العلاج، وأنه سيكون هو عاجزاً helpless أو غير قادر على القيام بشيء. ويعبر الكثير من المرضى عن اعتقادهم بالعجز من خلال عبارات مثل: حين سيكون مريضاً، ستعتمد على الفريق الطبي في المستشفى"، "إن محاول إجراء أي تغيير لن يفيدك أبداً"، "هناك نظام معين، ستخضع له في المستشفى". بعض المرضى يتصرفون بحيث ينطبق عليهم ما يسمى "المريض الجيد"، ولكن بعضهم الآخر يتصرف بحيث يعبر عن كونه "مريضاً سلبياً"، يسيطر عليهم العجز، وعد المقدرة على القيام بشيء، وينطبق على هؤلاء: عدم القدرة على التحكم الشخصي أو الذاتي، والكثير من المرضى يتعلموا أن يكونوا اعتماديين، وبالتالي لا يملكون قدرة على التحكم الذاتي، وكثيراً ما تنتشر لديهم أعراض الاكتئاب داخل المستشفى.

ثانياً- مساعدة المرضى على التعامل أو المواجهة، والتكيف:

كيف يمكن أن نساعد المريض على التكيف والتعامل مع بيئة المستشفى؟ أجريت دراسات متعددة على عينات من المرضى، تبين أن تقديم المعلومات للمريض تساعد كثيراً في التكيف مع الظرف الجديد، كما أن تقديم مقترحات للمريض الذي خضع لعملية جراحية تساعد في التعامل الجيد مع الظرف الجديد.

ومن الطرق الفعالة لمساعدة المرضى على التكيف داخل المستشفى، اعتماد الإرشاد النفسي، وتقديم استشارات نفسية أثناء مكوثهم فيه. ففي إحدى الدراسات، استخدمت هذه الطريقة مع مرضى القلب، كل يوم ولمدة ثلاثة أسابيع، تبين أن المرضى (المجموعة التجريبية) الذين طبق عليهم الإرشاد النفسي لم يحتاجوا إلى عناية كثيرة، وطويلة الأجل كما هو الحال بالنسبة لمرضى المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا هذه الإرشادات، كما أنهم أقل شكوى منهم، وقد اظهروا درجات منخفضة من القلق والكآبة أيضاً (Bennett, 1991).

ومن الطرق المفيدة والفعالة في مساعدة المريض على التكيف داخل المستشفى، هي وضعه في غرفة، يرقد فيها مريض من نفس المرض، وتتم معالجته التي تسير بانتظام، وحقق تكيفاً جيداً. فحين يرضى مريضنا أن هناك مريضاً آخر بجانبه عانى من نفس المرض، وحقق نتائج إيجابية، وأظهر تحسناً وتكيفاً جيداً مع بيئة المستشفى وشروط المعالجة، فإنه سيرى فيه نموذجاً وقدرة، تعزز لديه القدرة على التكيف والتعامل.

إعداد المرضى وتهيئتهم لمواجهة ضغوط العلاج الجراحي :

إن إعداد المرضى وتهيئتهم من أجل العملية الجراحية، له دور كبير في الشفاء، وتسريع المعالجة، وقد تبين أنه كلما زاد قلق المريض قبل العملية الجراحية ، أدى ذلك إلى تأخر التكيف والتعامل، وتأخر التحسن بعد العملية. كما ظهر أن المرضى الأكثر قلقاً قبل العملية الجراحية هم الأكثر معاناة للألم، وأكثر استخداماً للدواء المضاد للألم، وأطول بقاءً في المستشفى، كما أنهم أكثر معاناة لأعراض الاكتئاب، من أقرانهم الأقل قلقاً وخوفاً (Johnson,1986). فما الذي يمكن أن يفعله أو يقدمه علماء النفس من أجل خفض معاناة المرض للقلق والخوف قبل العملية الجراحية وبالتزامن مع المعالجة؟

إعداد المريض نفسياً من أجل العمل الجراحي:

مع أن هناك العديد من التقنيات والطرق التي مكن من خلالها تعليم المرض أن يتكيفوا العمل الجراحي والتعامل معه، إلا أن ابرز هذه الطرق هي تلك التي تهدف إلى تحسين قدرة المريض على التحكم الذاتي ورفع مستوى قدرته على ضبط الموقف والسيطرة عليه. وتسعى هذه الطرق والتقنيات إلى إكساب المريض واحدة أو أكثر من أشكال التحكم الذاتي التالية:

- التحكم السلوكي behavioral control: وهي إكساب المريض القدرة على خفض التوتر والضيق الذي يعانيه، وبالتالي تفعيل الشفاء وتحسينه

بعد العملية الجراحية أو بعد المعالجة، وذلك عن طريق اكتسابه مهارات عملية مثل: التنفس بعمق، وتمارين السعال أو القحة.

• التحكم المعرفي cognitive control: وهي إكساب المريض المعرفة بطريقة التركيز على الفوائد التي سيجنيها من العلاج، بدلاً من التركيز على المشاعر السلبية كالآلم، والضيق.

• التحكم بالمعلومات informational control: وهي إكساب المريض المعلومات المتعلقة بالأحداث، والإحساسات المتوقعة أثناء المعالجة الطبية وبعدها.

يمكن للمرضى أن يكتسبوا معرفة بأشكال التحكم الثلاث هذه، بطرق متعددة، منها مناقشة الطبيب أو الحوار مع الفريق الطبي، والقراءة عن الحالة التي يعانها ومعالجتها، أو مشاهدة برامج تلفزيونية عنها.

ومن الأمثلة عن الطريقة التي اتبعت التحكم المعرفي، تلك الدراسة التجريبية التي طبقت على مرضى داخل المستشفى، وسيتم اختيار طرق العمل الجراحي التي يمكن أن تطبق على حالتهم، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعات، مع التركيز على دراسة متغيرات: عمر المريض، وجنسه، وخطورة العملية الجراحية. فمرضى المجموعة الأولى، تلقوا تدريباً على طريقة التحكم المعرفي (المجموعة التجريبية)، بحيث تجنبوا التركيز على الجوانب والمشاعر السلبية، والتركيز بدلاً منها على الفوائد والنتائج الإيجابية التي ستتحقق من وراء المعالجة، والمجموعة الثانية قضت فترة من الوقت مع الأخصائيين النفسيين الذين انشغلوا في نقاش عادي عن المستشفى (مجموعة ضابطة). وقد أظهرت النتائج أن أفراد المجموعة الأولى الذين تدربوا على التحكم المعرفي حققوا نتائج إيجابية وفعالة: فقد أظهروا قدرة باهرة على خفض الضغط النفسي والتوتر، وأقل حاجة

لرعاية والمتابعة بعد العملية الجراحية والعلاجية، وأسرع تحسناً مقارنة بأفراد المجموعة الأخرى.

وقد أجريت دراسات متعددة بهدف التعرف على فعالية كل من طريقتي التحكم السلوكي، والتحكم بالمعلومات في خفض معاناة المرضى قبل وأثناء العملية الجراحية وبعدها. ففي إحدى هذه الدراسات، تم تقسيم عينة من مرضى القلب (الشريان التاجي للقلب) إلى ثلاثة مجموعات: الأولى، تلقى أفرادها مناقشة مكثفة وحوار مع الباحثين، وإعداداً طبيعياً للمعالجة الجراحية شارك فيها الممرضون والمرضات، أما المجموعة الثانية، فقد تلقوا إعداداً نفسياً وجسماً نموذجياً إضافة إلى تزويدهم بالمعلومات اللازمة المتعلقة بحالتهم المرضية وعلاجها (التحكم بالمعلومات)، حيث قدمت لهم هذه المعلومات بطريقتين: الأولى عن طريق مشاهدة شريط فيديو يعرض برامج طبية متخصصة لحالات مماثلة، والثانية عن طريق سماع قصة حالات مماثلة بدلاً من مشاهدتها. أما أفراد المجموعة الثالثة، فقد تم تدريبهم على طريقتي التحكم السلوكي، والتحكم بالمعلومات معاً، فقد تلقوا نفس المعلومات التي تلقاها أفراد المجموعة الثانية (من خلال البرامج التي تلقوها وزادت من معرفتهم)، إضافة على تدريبهم على كيفية التصرف مع المواقف المختلفة (تحكم سلوكي)، مثل: تقنيات ومهارات التنفس، والاسترخاء، وطريقة السعال، والاستلقاء في الفراش، وطريقة النهوض، التي يحتاجونها بعد العملية الجراحية بشكل خاص.

وقد استخدمت عدة أدوات من أجل تقييم آثار هذه التدريبات ونتائجها في إعدام المرضى نفسياً للعمليات الجراحية، من هذه الأدوات: استبيان القلق (مقياس القلق كحالة، وكسمة) بهدف قياس القلق والضيق الذي يعانيه المريض قبل وبعد العملية الجراحية، كما استخدمت أدوات التقارير الطبية عن كل حالة، من حيث طول فترة البقاء في المستشفى، وشدة الألم الذي يعانيه، إضافة على مقاييس

عضوية مثل: قياس ضغط الدم، وضربات القلب، ومعدل التنفس. وقد أظهرت النتائج أن الأعداد النفسية للمرضى ساهم في خفض معدل القلق لديهم ، كما خفض معدل الخوف من العملية الجراحية، كما تبين أن معدل ضغط الدم كان مرتفعاً لدى ٧٥% من أفراد المجموعة الأولى (الإعداد الطبيعي للعملية الجراحية)، ولدى ٤٥% من أفراد المجموعة الثانية (الإعداد الطبيعي مع التحكم بالمعلومات)، ولدى ٤٠% من أفراد المجموعة الثالثة (التي تلقت معلومات وتحكم سلوكي). تدل هذه النتائج على أن طريقة التحكم السلوكي والتحكم بالمعلومات وهي مجتمعة ، كانت أكثر فعالية في خفض الأعراض العضوية والنفسية لدى المرضى، تليها طريقة التحكم بالمعلومات، ثم طريقة الإعداد الطبيعي الذي يتلقاه المرضى من الفري الطبي بشكل روتيني (Bennett,1991).

إن إعداد المريض نفسياً ومعرفياً، يساعد على اكتسابه مهارات التحكم الذاتي، وذلك قبل العملية الجراحية وبعدها. ومن الأمور التي يجب التنبيه عليها بالنسبة لطريقة التحكم بالمعلومات (تزويد المريض بالمعلومات الضرورية) عن المعالجة الطبية، هي أن تقديم معلومات خاطئة أو غير واضحة، ربما تقود إلى سوء فهم، ومزيد من القلق والخوف، مما يؤدي على نتائج سلبية. لذلك يجب أن نقدم للمريض معلومات واضحة وتفصيلية، ونتأكد من أنه قد فهمهما ، وذلك من خلال مناقشتها معه، وسؤاله حولها. وتجدر الإشارة أيضاً، على أن العملية الجراحية هي واحدة من بين العديد من طرق العلاج، التي تثير كثيراً من القلق والضغط النفسي داخل المستشفى، وإن المرضى عادة يخافون منها.

إعداد المريض نفسياً من أجل علاجات أخرى غير جراحية:

كيف ستشعر حين تستيقظ وترى الطبيب أو الممرضة أمامك وهو يدخل أنبوباً للقيام بعملية قسطرة قلبية. يعاني الكثير من مرضى القلب من خلل في

الأوعية الدموية (مرض القلب الوعائي)، وكثيراً ما يستخدم الأطباء أشعة إكس لكشف الخلل الذي يعانيه هؤلاء المرضى في مرور القلب في الأوعية الدموية. ويلجأ هؤلاء الأطباء إلى العديد من لمعالجة هذا المرض، منها : جراحة القلب (جراحة القلب المفتوح open-heart surgery)، ويتم إعطاء مهدئات أو مسكنات للمرضى الذي سيخضعون لهذه العمليات الجراحية ، وبالرغم من أن هذه الطريقة ليست مؤلمة، إلا أنها ليست سارة، ولا يمكن أن تمر بدون مشاعر ضيق وخوف، وضغط نفسي. والسؤال هو " كيف يمكن للفريق الطبي أن يستفيد من المساعدة النفسية في إعداد مرضى القلب وتهيئتهم نفسياً قبل خضوعهم للقسرة القلبية؟ إن الإجراءات التي تتبع ستركز على خفض مشاعر القلق، والخوف، والضغط الذي يعانيه المرضى قبل البدء بالعملية. وقد أجريت بعض الدراسات التي هدفت على خفض معدل القلق ، والضغط النفسي لدى مرضى القلب، وذلك قبل البدء بالعملية، وقد تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية على طريقتي : التحكم المعرفي، والتحكم بالمعلومات، أما أفراد المجموعة الضابطة فلم يتدربوا عليها. وقد تبين أن طريقتي التحكم المعرفي، والتحكم بالمعلومات كانتا فعاليتين في خفض معدل القلق والضغط لدى المرضى أصحاب المجموعة التجريبية، مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين بقي القلق لديهم مرتفعاً (Kneut,1982).

وقد أجريت دراسات أخرى بهدف الكشف عن فعالية الإعداد النفسي للمرضى الذين سيخضعون لطرق علاجية متنوعة، تبين أن الطرق السلوكية : التحكم المعرفي، والمعلومات والسلوكي، كانت فعالة في خفض القلق لديهم، وفي سرعة التحسن والشفاء بعد المعالجة. باختصار، نقول، عن الإعداد النفسي يمكنه أن يحسن من قدرة المريض على التحكم، وبالتالي يزيد من مهارة التعامل، والتكيف لديه داخل المستشفى. وتجدر الإشارة إلى أنه حين لا يتاح

للمريض أن يستفيد بدرجة كبيرة من تقنيات التحكم هذه، يبقى لها تأثيرها في خفض القلق والضغط النفسي لدى المرضى، وتحسين تكيفهم ولو بحدود دنيا.

مهارات وأنماط التعامل لدى المرضى وإعدادهم النفسي داخل المستشفى:

يستعمل الناس عدداً من مهارات وأنماط التعامل أو أساليب مواجهة coping styles الضغوط النفسية (انظر الفصل الخامس)، وحين نتحدث عن الضغوط التي تحدث في المجال الطبي داخل المستشفى، وحين الخضوع للعلاج، فإن الأفراد يميلون إلى التعامل مع هذه الظروف والضغوط من خلال استعمال إستراتيجية التجنب أو الانسحاب avoidance strategy بهدف خفض تأثير الموقف الضاغط الذي يمرون به، أو يعتمدون النكران deny كآلية دفاع نفسية يرفضون من خلالها وجود التهديد، أو يرفضون طلب المساعدة، وقد لا يميلون إلى طلب المعلومات عن الموقف الذي يهددهم ، كان يقول البعض " لا أريد أن اعرف"، وقد يلجأ على آلية الكظم suppression أو كف بعض الأفكار والمشاعر غير السارة المرتبطة بالموقف الذي يهدد كالعمل الجراحي، أو ظروف الإقامة بالمستشفى. فإذا كانت هذه الأساليب في التعامل تمثل جميعها أنماط هروب وانسحاب، فإن البعض على العكس من ذلك قد يعتمدون طرق وأساليب مواجهة فعالة مثل الانتباه أو التيقظ vigilance حيث يسعى الفرد إلى الانتباه والاهتمام بالموقف، فيسعى لطلب المعلومات التفصيلية عنه، وقد أثبتت نتائج الدراسات أن الذين يستعملون التجنب والانسحاب يظهرون درجات أقل من التكيف النفسي في المستشفى ، ويظهرون أعراضاً عضوية أكبر مثل ارتفاع الضغط، كما يظهرون عدم تكيف انفعالي عند طبيب الأسنان، وذلك بالمقارنة مع الذين يستعملون طريق المواجهة الفعالة كطلب المعلومات، والمساعدة.

كيف يستجيب الناس الذين يعتمدون أساليب التجنب والهروب في الاستعداد النفسي وتعزيز قدرتهم على التحكم الذاتي ؟. لقد أجريت عدة دراسات بهدف الإجابة عن هذا السؤال، وذلك عن طريق تقييم فعالية كل من أساليب التجنب والانسحاب (كالكظم وعدم طلب المعلومات)، والفعالة (كطلب المعلومات والتنبه و الاهتمام)، وذلك على عينات من المرضى رجالاً ونساء داخل المستشفى، فقد تم تقييم درجة التوتر والضغط النفسي في ثلاثة مراحل: قبل تلقيهم المعلومات عن حالتهم وطرق علاجها، وبعد تلقيهم هذه المعلومات ولكن قبل الفحوصات الطبية، وبعد الفحوصات والتحليل. وقد تبين أن الذين حصلوا على معلومات في المرحلتين الثانية والثالثة، كانوا أكثر تكيفاً وقدرة على التعامل مع الجلسات الطبية في المستشفى (Miller,2000).

وفي دراسة أخرى، تبين أن إعداد المرضى نفسياً للمعالجة الطبية والجراحية كانت أكثر فعالية حين تطابقت مع حاجة المريض لهذا الإعداد. مما يدل على أن رغبة المريض واستعداده وحاجته للإعداد النفسي يكون أكثر فعالية من تهيئته وإعداده بدون رغبته في ذلك. كما أن المعلومات التي يتلقاها تؤثر في مستوى الضغط الذي يعانيه.

فالذي يتلقى معلومات عن طبيعة مرضه والعلاجات التي سيخضع لها يجعله يعتمد أساليب التكيف الفعالة مثل الاهتمام والتركيز ، وبالتالي ينخفض الضغط النفسي عنده، وذلك على العكس من الذي يتبع التجنب وعدم طلب المعلومات، فيزداد لديه هذا الضغط، ويصبح أقل تكيفاً داخل المستشفى. ويمكننا القول بأن الفوائد أو المكاسب التي نجنحها من إعداد المرضى نفسياً للعمليات الجراحية أو لأي نوع من العلاج داخل المستشفى، إنما يعتمد على أساليب المريض في التعامل ومهاراته في المواجهة، كما أن اتباع طرق متعددة في التعامل أفضل من اتباع طريقة واحدة، وتساعد طريقة تقديم المعلومات في خفض مستوى الضغط

النفسي، ورفع مستوى قدرة المريض على التحكم الذاتي، مما يزيد من مستوى تكيفه الانفعالي.

حين يكون المريض داخل المستشفى طفلاً:

يقدر عدد الأطفال دون سن الخامسة عشرة، الذين يدخلون المستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية بـ (٢,٥) مليون طفل كل سنة، والغالبية العظمى منهم دون سن الخامسة. وتتشابه هذه النسبة مع غيرها من البلدان الأخرى. إننا نلاحظ الراشدين الذين يعانون من الضغط النفسي والألم، حين يفكرون بالمستشفى، ويعتبرونه موقفاً مهدداً لهم، ومكاناً يثير القلق والاكتئاب. والأمر نفسه يحدث بالنسبة للأطفال، ولكن مستوى نموهم النفسي الانفعالي يجعل من دخولهم المستشفى موقفاً أصعب وأكثر ضغطاً لهم. فقد يشعر الأطفال الأكبر سناً بأنهم غير محبوبون أو تم تجاهلهم حين يبقون في المستشفى بدون أسرهم جانبهم. وقد يعتبر بعضهم أن بقائهم في المستشفى بمثابة عقوبة لهم لتصرفاتهم أو سلوكياتهم السيئة. فما هي التكيفات وطرق التعامل التي يتبعها الأطفال داخل المستشفى؟، وكيف يواجهون المواقف الطبية؟ إن الإجابة عن هذين السؤالين يعتمد على سن الطفل: سواء في الطفولة المبكرة، أم سن المدرسة.

أولاً- تكيف أطفال المرحلة المبكرة مع المستشفى وأساليب تعاملهم فيه:

يعتبر دخول المستشفى موقفاً ضاغظاً ومثيراً للقلق بالنسبة للأطفال في جميع الأعمار. ولكن هذا الضغط والقلق يختلف من سن إلى آخر في الطفولة. فالأطفال في السنتين الأوليتين من العمر، وفي السنوات الثلاث قبل المدرسة، يتصفون بالطاقة والحركة، وحين يدخلون المستشفى فإن هذا الموقف يشل قدرتهم على الحركة والانطلاق واللعب، مما يمثل مصدر ضغط شديد لهم. فقد يصرخون، وقد يعارضون إجراءات الرعاية التي تقدم لهم من الفريق الطبي. ولكن أكبر

مصدر للضغط النفسي والقلق لديهم داخل المستشفى هو انفصالهم عن والديهم ، أو بعدهم عنهم.

قلق الانفصال : يعتبر انفصال الطفل عن والديه مصدر قلق وضيق نفسي شديدين، ويكون الضيق والضغط والتوتر، الذي يعيشه الطفل داخل المستشفى بمثابة رد فعل طبيعي على انفصاله عن والديه ، فقد يصرخ، ويبكي كثيراً حين يبتعد عنهم أثناء بقائه في المستشفى. ففي نهاية السنة الأولى من العمر، يظهر غالبية الأطفال سلوك البكاء والصراخ الحاد كرد فعل على ابتعادهم عن والديهم ولو كان هذا الابتعاد أو الانفصال قصيراً جداً لدقائق أو ساعات. ويصدق هذا على أطفال مختلف المجتمعات والثقافات في العالم. وبعد السنة الأولى من العمر يقل مستوى الشعور بالقلق والضيق الذي يعيشه الطفل. ولكن البقاء أو التثويم بالمستشفى قد يكون لفترة طويلة وبالتالي تطول فترة الانفصال عن الوالدين، فقد تستغرق أياماً أو أسابيع، أو أكثر. والسؤال الآن هو : كيف يتعامل هؤلاء الأطفال ويواجهون موقف الانفصال عن والديهم وهم داخل المستشفى؟

إن الانفصال الطويل عن الوالدين والأهل يحدث حالة دراماتيكية، وردود أفعال متنوعة. فنلاحظ ضعف التواصل، وانحدار مستوى التفاعل لديهم ، كما يسلكون سلوكاً يميز الطفولة المبكرة جداً وخاصة مرحلة الرضاعة، مثل مص الإبهام، وغيرها من السلوكيات التي تعبر عن النكوص regression لمرحلة سابقة ، كأن يتبول لإرادياً، ويصبح أقل اجتماعية وتودداً. وقد درس بعض الباحثين العواقب السلوكية والنفسية التي تنتج عن دخول الأطفال إلى المستشفى خلال الأسابيع الأولى من رقدتهم فيه وانفصالهم عن والديهم، وتبين أن هناك عدة مراحل يمر بها سلوك الطفل: الأولى هي مرحلة الاحتجاج protest هو أول حالة أو رد فعل يظهر لدى الطفل في الأسابيع الأولى من دخوله المستشفى والذي يظهر من خلال سلوكيات مثل: البكاء الحاد، الاتصال بالأهل، وطلبهم

البحث عن أحد والديه بشكل متواصل وخاصة الأم. وبعد هذه المرحلة ، تحدث المرحلة الثانية اليأس والفنوط despair والتي تظهر في مرحلة تالية، حيث يظهر لدى الطفل الخمول، وبطء الحركة، والانسحاب، واليأس hopelessness أما المرحلة الثالثة، فتسمى التجرد أو التبدل العاطفي detachment ، فإذا كان الانفصال عن الوالدين أطول من ذلك ، أو مستمراً (كموت أحد الوالدين أو سفرهما)، فسيدخل الطفل مرحلة التبدل العاطفي ، والتي تصدر عنه سلوكيات شاذة، أما إذا عاد الوالدين إليه بعد انفصال طويل، فيسلك الطفل سلوك الرفض reject أي رفض الوالدين وعدم تقبلهما ، ولا يطلب التواصل معهما، بحيث يتجنب أي تفاعل معهما.

بعد الخروج من المستشفى يظهر الأطفال صعوبات متنوعة داخل المنزل نتيجة لبقائهم الطويل فيه. ومن أبرز الصعوبات التي تظهر لديهم داخل المنزل: القلق، وسلوكيات النكوص لمرحلة سابقة كالقبول الليلي، والكوابيس والأحلام المزعجة.

وحين يقترب عمر الطفل من السادسة (سن دخول المدرسة) ، فإن تفكيره لا يكون منطقياً، ولديهم تفكير وتصور خاطئ أو غير دقيق عن المشكلات الصحية، وما يحدث في المستشفى. فقد يعتقد الطفل بأن الأمراض التي يعانيتها ودخوله إلى المستشفى بهدف العلاج، غنما هو عقوبة له لأنه طفل سيئ، أو لأنه تصرف بشكل خاطئ وغير مقبول. ومثل هذه الأفكار والمعتقدات لدى الطفل تكون ناتجة عن سببين:

١- يعتقد الأطفال بأن مخالفتهم للقوانين والقواعد الاجتماعية هو سبب هذه العقوبة.

٢- يطلق الأهل عبارات تعبر عن عدم طاعة الطفل، أو عن عنادهم ويربطون هذه العبارات بالمرض والأذية التي يتعرض لها هذا الطفل

مثل: " سوف تؤذي نفسك وتكسر ذراعك إذا تسلقت الشجرة"، " سوف تعاني من مغص واضطراب في معدتك إذا أكثر من تناول الحلوى". ويعرض الأهل يعاقبون أطفالهم حين ينكرون الذهاب للطبيب أو إلى مركز الرعاية الصحية بهدف العلاج، وقد يشاهدون نماذج تعبر عن عدم الطاعة، بالصراخ، وغيره، ما يدفع بالطفل إلى تعلم مثل هذا السلوك. وبالتالي ستظهر لديهم سلوكيات عدم التكيف حين دخولهم إلى المستشفى.

ثانياً- تكيف أطفال المدرسة مع المستشفى وأساليب تعاملهم فيه:

إن النمو العقلي والانفعالي الذي يمر به الأطفال عند دخولهم المدرسة وخلالها، يجعلهم يكتسبون أساليب تعامل أفضل مع المستشفى، مقارنة بأطفال ما قبل المدرسة. وبالرغم من أن انفصال أطفال المدرسة عن والديهم لفترة طويلة يؤدي إلى مشكلات وسلوكيات متشابهة لتلك التي رايناها لدى أطفال ما قبل المدرسة، إلا أن ما يميز أساليب تعامل أطفال المدرسة هو التحمل، والصبر وتقبل الابتعاد عنهم بدرجة أسهل وأكثر سلاسة، ومن المعروف أن النمو المعرفي لأطفال المدرسة الابتدائية ينمو بسرعة، ومع ذلك تظل بعض التصورات، والأفكار الخاطئة وغير الواقعية تسيطر عليهم، كالفكرة التي تقول بأن " المرض" هو عقوبة له، حيث تستمر حتى مرحلة متأخر من الطفولة.

وهناك أربع مظاهر للصعوبات التي يعانيها أطفال المدرسة حين يدخلون المستشفى، أول هذه المظاهر، يتعلق بمشاعرهم وقدرتهم على التحكم الذاتي، فمع تقدم الطفل بالعمر، ونمو قدراته المعرفية والاجتماعية، ينمو إحساسه بقدرته على التحكم، وأن استقلاليته وقدرته المحدودة على التأثير والتي يشعر بها حين دخوله المستشفى ربما تثير التوتر، والضغط لديه. ٢- إن نمو قدراته المعرفية يتيح له أن يفكر ويقلق حول آثار المرض وعواقبه، من حيث آثاره الجسمية وحتى

بالموت الذي قد ينتج عنه. ٣- إن ابتعاد الطفل عن أقرانه وأصدقائه في المدرسة أو الحي، يجعله يشعر بالوحدة والعزلة، والملل، والخوف من افتقادهم مما يفقده مركزه الاجتماعي بينهم. ٤ - مع تقدم الأطفال بالسن، وخاصة عند اقترابهم من البلوغ، يصبحون أكثر ارتباكاً، وقلقاً، حول مظهرهم الجسدي وشكلهم الخارجي، لذلك يزداد القلق لديهم حين يعرضون أجسامهم للغرباء (كالأطباء والممرضات)، وحين يريدون أن يقضوا حاجاتهم الشخصية وهم داخل المستشفى، مما يزيد من شعورهم بالخجل. (Kneut, 1982).

ثالثاً- مساعدة الأطفال على التعامل مع ظروف المستشفى وتكيفهم معه:

كيف يمكننا أن نساعد الأطفال الذي دخلوا المستشفى على أن يتكيفوا معه، وأن يكتسبوا مهارات التعامل مع شروطه وظروفه المختلفة؟ أجريت عدة دراسات في نهاية الخمسينيات من القرن الماضي، وبينت أن أكثر الأطفال الذين يدخلون المستشفيات، لم يتم إعدادهم جيداً لهذه الخبرة، ويمكن القول بأن ٣ من كل ٤ أطفال لم يقولوا لهم الأهل شيئاً عن الدخول إلى المستشفى أو الأمراض التي يعانونها، ولم يبينوا لهم سبب دخولهم إليها، وأن نسبة كبيرة منهم حصلوا على معلومات غامضة عن سبب دخولهم المستشفى. هذا الوضع قد تغير الآن، والأطفال الذين يدخلون المستشفيات يتم إعدادهم نفسياً للمكوث بالمستشفى. وبشكل نموذجي نقول، إن الإعداد النفسي لدخول الطفل إلى المستشفى، يجب أن يبدأ قبل ذلك قدر الإمكان. وقد أجريت دراسات حول ذلك وبينت أن الأطفال يظهرون تكيفاً أفضل مع المستشفى حين يتم إخبارهم بذلك وتقدم لهم معلومات دقيقة عن حالاتهم وطرق المعالجة التي سيخضعون لها وأنهم يستطيعون تجاوز الكثير من الخوف والقلق حين يخبرهم أهلهم بذلك. من جهة أخرى يمكن للأهل أن يعلموا الطفل أساليب التعامل مع المستشفى وطرق مواجهة الضغوط فيه. فيمكن للأهل أن يساعدوا أطفالهم بالطرق التالية:

- أن يشرحوا لهم أسباب دخولهم المستشفى وبقائهم فيه، وكيف سيكون الوضع.
- إعطاء الأطفال فرصة لطرح الأسئلة التي يريدونها، والإجابة عنها بدقة، والتأكد من فهمهم لهذه الإجابات، والمعلومات.
- يمكن أن يقرأوا مع الطفل كتاباً يصف خبرة أطفال في المستشفى، وكيف أمضوا أوقاتهم داخله.
- عليهم أن يأخذوا الطفل على المستشفى ويشرحوا لهم نظام المستشفى، وقوانينه وخاصة من حيث تناول الطعام، والنظافة، والدخول إلى الحمام، وكيفية الاستيقاظ صباحاً، ودخول الفريق الطبي على المرضى..الخ.
- يجب أن يشرحوا للطفل متى سيكون الأهل معه، وفي أي الأوقات والظروف.
- مساعدة الطفل على الاحتفاظ بالهدوء وضبط النفس، والثقة فيهما، وأنه لا مبرر للخوف من البقاء في المستشفى.

إن الأهل الذي يظهرون القلق والخوف على أطفالهم حين يدخلوا المستشفى، وخاصة إذا كانت هذه المرة الأولى، أو الخبرة الأولى لهم جميعاً، فإن هذا الخوف والقلق، الذي يسيطر عليهم سينتقل مباشرة إلى الطفل. وقد تبين أن الأطفال الذي دخلوا المستشفى ويعانون من قلق مرتفع وخوف شديد، إنما هو مكتسب من الأهل الذي كان يسيطر عليهم هذا المستوى من القلق والخوف على الطفل. فهناك ارتباط موجب بين قلق الأهل وقلق الطفل من الدخول إلى المستشفى (Melamed & Bush, 1985).

وحين يدخل الطفل إلى المستشفى، فإن أحد الوالدين أو كلاهما، يجب أن يمكث بجانبه، ويبقى معه على الأقل حتى يتكيف مع وضع الغرفة، والظروف الجديدة. وبعض الأهل يمكنون مع أطفالهم فترة أطول، خاصة حين يعاني الطفل

من مرض خطير، أو إعاقة تطلب رعاية مستمرة. وتقدم الكثير من مستشفيات الأطفال اليوم، خدمات تساعد في إعداد الطفل وتهيئته نفسياً للمستشفى.

فما خدمات التهيئة والإعداد النفسي التي يمكن تقديمها للطفل حين دخوله المستشفى؟ هناك أربع إجراءات تتبع في تهيئة الأطفال ومساعدتهم على التكيف نفسياً مع المستشفى، تضمن معظمها تقديم معلومات للأهل والأطفال، وهي:

- ١- تقديم منشورات تضمن معلومات تفصيلية وواضحة لكل من الأهل والطفل، حول: نظام المستشفى، وأقسامه، وبرنامجه، والطرق العلاجية، والفريق الطبي، والتمريض، والتي يخبرها هذا الطفل داخله.
- ٢- يتناقش العاملون في المستشفى مع الأهل والطفل خاصة، حول نظام هذا المستشفى، وإجراءات الرعاية فيه، ويكتسبوا معلومات مهمة عن طريق السؤال والجواب. وقد تجري هذه المناقشة في المنزل وقبل دخول الطفل المستشفى.
- ٣- استعمال الدمى والألعاب التي تعرض حالات طبية (مثل دمى تمثل طبيباً وهو يعالج عروسه مستلقية على السرير). وقد تكون هذه الطريقة مناسبة لأطفال ما قبل المدرسة، وأطفال المدرسة.
- ٤- تعتمد هذه الطريقة على استعمال الفيديو والأفلام، التي تعرض حالات طبية وعلاجية. ففي دراسة على عينة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠١٢ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى التجريبية التي عرض عليها فيلماً يوضح إجراء عملية جراحية، والثانية المجموعة الضابطة التي لم ترى الفيلم، وكان أفراد المجموعتين متجانسين من حيث العمر والجنس، والسلسلة، ونوع العملية الجراحية التي سيخضعون لها. وقد تبين أن أطفال المجموعة التجريبية التي شاهدت الفيلم قد تكييفوا نفسياً منذ بداية دخولهم

المستشفى حتى خروجهم منه، فقد كانوا أقل خوفاً وقلقاً، كما كانت الأعراض العضوية لديهم أقل مثل ارتفاع الضغط، واضطراب التنفس، وحرارة الجسم، كما أنهم أكثر تكيفاً مع حالة انفصالهم عن والديهم وذلك كله بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة التي لم تشاهد الفيلم (Sarafino,2001).

ومع أن أكثر الأطفال يستفيدون من المعلومات التي تقدم لهم عن المستشفى وإجراءاته ، وطرق العلاجية بأية طريقة من الطرق السابقة (منشورات ، مناقشة، فيلم) فإن نسبة منهم تظل تعاني القلق والخوف من المستشفى. وقد تبين أن استفادة الأطفال من هذه المعلومات لتحقيق تكيفهم الانفعالي داخل المستشفى إنما يعتمد على عمر الطفل، وخبرته السابقة كأن يكون قد دخل المستشفى سابقاً أم لا، وأنماط التعامل لديه. فالأطفال دون سن السابعة ، مثلاً، أكثر استفادة من المعلومات إذا قدمت لهم قبل عند دخولهم إلى المستشفى بفترة وجيزة جداً، أما الأطفال فوق السابعة فإن المعلومات لا تفيدهم في تحقيق التكيف إلا إذا قدمت قبل عدة أيام من دخولهم المستشفى. من جهة ثانية فإن الأطفال الصغار، أكثر تعرضاً للقلق من الأطفال الكبار إذا سبق وخبروا دخول المستشفى والعمليات العلاجية أو الجراحية. كما تبين أن بعض الأطفال الذين يستعملون استراتيجيات التجنب والهروب (كالنكران، والنكوص) للتعامل مع ضغوط المستشفى أقل استفادة من المعلومات المقدمة لهم، مقارنة بالأطفال الذين يستعملون استراتيجيات المواجهة الفعالة (كالانتباه، والتركيز، والاهتمام).

يحاول الباحثون في الخدمة الاجتماعية والنفسية أن يجعلوا خبرة الطفل داخل المستشفى سارة ومفرحة قدر الإمكان. مثلاً، يتدرب الممرضون والممرضات في طب الأطفال على التعرف على احتياجات الأطفال وكيفية تلبيتها، وكيفية مواجهة الظروف الطارئة داخل المستشفى. فحين يجب إجراء

فحوص طبية، وتحاليل للطفل، على الممرضة أن تجعل الطفل يشاهد حالة طفل آخر يستجيب بطريقة جيدة لهذه الفحوص التي تجرى عليه، ويراها بوضوح، وهي تقول له " انظر حين سنجري لك هذا الفحص، سنأخذ قليلاً من الدم ، إنه لن يؤذيكَ، إنه مجرد إجراء عادي، وانظر كيف سنقوم بهذا الإجراء مع هذا الطفل ". ومع أن الأطفال الصغار يتعرضون لضغط نفسي وخوف، حين يسحب منهم الدم، يفضل أن يكون الوالدين أو أحد أفراد الأسرة بجانبهم. وبالرغم من أن الطرق التي شرحناها سابقاً تساعد الأطفال على التكيف الانفعالي مع ضغوط المستشفى، إلا أنها قد لا تحقق النتائج المرجوة منها بالكامل. ويمكن أن المساعدة في تلافي جوانب النقص هذه، عن طريق جعل مكان رقود الطفل في المستشفى بمثابة غرفة ألعاب وأنشطة، جذابة له قدر الإمكان بعد التعرف على رغباته واحتياجاته، وميوله. كما أن أكثر الأطفال الذين يحققون نتائج صحية وإيجابية من دخولهم المستشفى، سيكتسبون خبرة جيدة، ستساعدهم في المرات التالية، وذلك مقارنة بالأطفال الذين لم يحققوا النتائج الصحية المطلوبة. من هنا يمكننا القول، بأن الطفل الذي استعاد صحته، جيداً، وشعر بالارتياح بعد الانتهاء من العلاج والرعاية الطبية داخل المستشفى، ستتشكل لديه خبرة إيجابية، تعمل كتحفيز له في المرات التالية حين دخولهم المستشفى،، عكس الطفل الذي لم يستطع صحته جيداً، أو الذي بقي فترة طويلة، يعاني من ضغوط الألم والمستشفى (La Greca & Stone,1985).

دخول الطفل إلى المستشفى وإجراءات التعامل معه

بالرغم من أن دخول الطفل إلى المستشفى هو خبرة مرعبة للطفل والوالدين، إلا أن بالإمكان جعل هذه الخبرة إيجابية أيضاً ، وخاصة من خلال وجود جو من الرعاية والعطف في مستشفيات الأطفال ، وقد يكون الطفل شعوراً بالثقة عندما يتعلم قهر الخوف والقلق الذي يحدثه دخوله إلى المستشفى. سنتناول ثلاث قضايا

هي: تحضير الطفل لدخول المستشفى، وما يتم حين يكون الطفل فيه، وكذلك عودة الطفل من المستشفى إلى المنزل.

تحضير الطفل لدخول المستشفى: يركز علماء النفس على ضرورة إعداد الطفل وتحضيره لدخول المستشفى، وذلك عن طريق تهيئة الوالدين أنفسهم والتعامل مع القلق وخاصة قلق فراق الطفل وما يتبعه من سلوكيات. وعلى الوالدين أن يسألوا الطبيب عن الإجراءات التي ستجرى للطفل، وترتيب زمن الدخول، والعلاج وخاصة التحضير للعلاج الجراحي. وعلى الأهل أن يبقوا بجانب الطفل وخاصة في اليوم الأول، ولا يجوز لإدارة المستشفى أن يبقى الطفل بمفرده فيها دون مرافقة أهله، من أجل مواجهة المواقف المرعبة، والتكيف معه، كما أن أفضل وسيلة لتهيئة الطفل هي أن نكون صادقين معه. ويشدد علماء النفس الطبي على ضرورة إخبار الطفل بأنه سيتعرض للتخدير وأن روائح معينة سيشمها، مع إخباره بأنه ستعطى له حقنة وبأن أهله سيقون بجانبه. وفي معظم المستشفيات ممرضات مختصات بالأطفال ويمكن سؤالهم عن أية حالة يريدون فيها المساعدة. وقد أظهرت دراسة للطبيب الباحث برازلتون (٢٠٠٦) أن هناك فرقاً في التحسن بين الأطفال الذين جرى تحضيرهم وإخبارهم عما سيتعرضون له بالمستشفى، وبين الأطفال الذين لم يعرفوا. كما أن الأعراض التي تظهر عند عودة الأطفال المحضرين للمنزل كانت أقل وأقصر مدة مثل مشكلات السلس الليلي والخوف، والكوابيس، وسلوكيات النكوص لمرحلة الرضاعة والطفولة الأولى. فالطفل يحتاج إلى معرفة أن أهله يعرفون ماسيحصل له .

في المستشفى:

إن وجود الأهل مع الطفل في المستشفى يساعد في أن يوضحوا له ضرورة المعالجة، والحقن، وإعطاء السوائل الوريدية للتغذية، والألم الذي سيسببه ذلك وطول فترته. ومن المهم للوالدين أن ينظرا بعين الاعتبار للخوف من الارتباك

الذي يحدث للطفل عند كل مرض يصيبه، وقد يشعر بأن المرض أو الألم ملازم له. إن شعور المسؤولية تجاه المرض ، والشعور بعدم القدرة على التصرف كما ينبغي يرسخان الشعور الكامن عند الطفل بأنه لن يشفى وهذا نوع من الاستسلام المخيف الذي يحول دون قدرة الطفل على مواجهة المرض والشفاء منه. ويشدد المختصون على ضرورة وجود غرف لعب للأطفال داخل المستشفى، وأن تشتمل على تقنيات العلاج باللعب، مع تدريب الطفل لإكسابه القدرة على السيطرة على عالمه وبيئته، حتى لو كان مضمداً أو مثبناً بالجائز.

عودة الطفل إلى المنزل:

يتراجع الكثير من الأطفال بعد عودتهم من المستشفى وقد يبلغوا المرحلة نفسها من التطور الذي كان قبل دخولهم له. فالطفل الذي تمكن من ضبط مصراته ومثانته قبل عدة أشهر من دخوله المستشفى قد يعود إلى التبول في ثيابه، والطفل ذو الأربع سنوات الذي تخلص من المخاوف والكوابيس الليلية، قد يبدأ ثانية برؤية الوحوش في غرفته ليلاً، وقد يستيقظ كثيراً في الليل باكياً. من هنا يكون قبول رد الفعل هذا طبيعياً نتيجة بقاء الطفل فترة من الزمن داخل المستشفى. وتعتبر مساعدة الطفل على التكلم والإفصاح عن ردود أفعاله تجاه التجربة المؤلمة والبعد عن المنزل نوعاً من المعالجة، لأن ذلك الإفصاح يساعده في التعبير عن مخاوفه وقلقه بينما هو في جو البيت الآمن.

دور علماء النفس في مساعدة المرضى داخل المستشفى

كيف يمكن لعلماء نفس الصحة أن يساعدوا المرضى داخل المستشفى؟ يعاني بعض المرضى في المستشفى، من أمراض ترجع إلى عوامل نفسية واجتماعية مثل نمط الشخصية (أ) ، وسوء استعمال الكحول أو الإدمان، كما أن بعضهم الآخر يعاني من مشكلات نفسية بسبب حالته المرضية، وبسبب دخوله المستشفى

وتتوهم فيه، وبعضهم الآخر يعاني مشكلات نفسية ناتجة عن طريقة العلاج وإجراءاتها. ففي الحالات من النوع الأول (الأمراض الناتجة عن عوامل نفسية واجتماعية كنمط الشخصية، والإدمان) يمكن لمختصي علم نفس الصحة أن يقدموا خدمات كبيرة ومتنوعة في مساعدة هؤلاء المرضى على الشفاء وتحسين صحتهم، ومن ثم في الوقاية من الأمراض لاحقاً، أي من عدم الانتكاس. أما في الحالات الثانية (كالمريض الذين يعانون من مشكلات نفسية داخل المستشفى بسبب دخولهم إليه، أو بسبب طريقة المعالجة والضغط التي تنتج عنها) فيمكن لمختصي علم نفس الصحة أن يساعدوا هؤلاء المرضى في اكتساب طرق التعامل وأساليب مواجهة الضغوط والمشكلات التي وجدت لديهم بسبب ظروف المستشفى، وطريقة المعالجة وما نتج عنهما. ومن أبرز الأمثلة التي توضح هذا الدور لعلماء نفس الصحة، مساعدتهم في معالجة الاكتئاب لدى مرضى القلب الوعائي، فقد تبين أن مرضى القلب الوعائي الذي يعانون من الاكتئاب الحاد أكثر استعداداً للإصابة بالمشكلات القلبية لاحقاً، مقارنة بمرضى القلب الوعائي الذين لا يعانون من الاكتئاب.

إن عدد المتخصصين في علم نفس الصحة والعاملين في المستشفيات داخل الولايات المتحدة الأمريكية، وأدوارهم في معالجة الكثير من المشكلات النفسية للمرضى، يزداد يوماً بعد يوم بشكل كبير، وخاصة منذ سبعينيات القرن الماضي. ومن الأدوار التي يقوم بها اختصاصي علم نفس: (Melamed & Bush, 1985):

- إرشاد المرضى الذين يعانون من أمراض القلب، والأمراض العصبية، وطب الأطفال، لتزويدهم بالخدمات التشخيصية والإرشادية.
- تقييم حاجات المرضى وقياس سماتهم الشخصية، بهدف مساعدتهم على الاستعداد النفسي والانفعالي لدخول المستشفى، وتدريبهم على طرق

التعامل وأساليب مواجهة الضغوط والظروف التي يمرون بها داخل المستشفى.

• مساعدة المرضى على التكيف مع العلاج الجراحي، بحيث يتم تهيئة المريض انفعالياً للعملية الجراحية .

• مساعدة المريض للتكيف مع ظروف المستشفى، ونظامه، وقوانينه وبيئته.

• تقديم برامج سلوكية من أجل تحسين مهارات العناية الذاتية لدى الأطفال وإكسابهم نمط وأساليب الحياة الجيدة الصحية، للقيام بها بعد خروجهم من المستشفى.

• مساعدة المرضى الذي يحتاجون لإعادة تأهيل، مثل مرضى الكسور والجروح، والمعاقين جسدياً وحسيّاً، بدأً من تطبيق طريقة العلاج الطبيعي والفيزيائي، مروراً بمساعدتهم على التكيف مع حالتهم الجديدة وانتهاء بتوجيههم لاختيار مهنة جديدة تناسب عجزهم، ومشكلاتهم.

والسؤال هو " كيف يمكن لاختصاصي علم نفس الصحة أن يساعد هؤلاء المرضى؟ هذا ما سنجيب عنه في الفقرة التالية.

الخطوات الأولية في مساعدة المرضى داخل المستشفى:

المرضى الذين يحتاجون المساعدة النفسية لا يطلبونها بأنفسهم ، ولكنه على العكس من ذلك تأتي مباشرة من قبل الطبيب والمختص ومن فريق التمريض الذين لاحظوا سلوكيات المريض، ومشكلاته الانفعالية، والعقلية والاجتماعية. ولكن هذا الحالة ليست الحالة النموذجية دائماً، فالكثير من الأطباء والمرضى لا يعرفون المشكلات النفسية والعقلية والاجتماعية، كالضغوط مثلاً ولم يتدربوا عليها، وعلى طرق كشفها وتشخيصها. فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأطباء لم يعرفوا جيداً ولم يستطيعوا التمييز بين المشكلات

الانفعالية للمرضى (فلم يستطيعوا التمييز بين الضغط النفسي، والقلق، وبينهما وبين الاكتئاب، ولم يستطيعوا التمييز بين الخوف والقلق، وبينها وبين توهم المرض ..الخ) ، وهم يعتقدون بأن هذه المشكلات تنشأ بسبب المرض الذي يعانونه وأنه مرتبط بطريقة العلاج التي يعتمدونها مع هؤلاء المرضى. كما تبين أن تدريبهم عن طريق "سيمنار" أو حلقات نقاش جماعية، أو دورة قصيرة، لم تحقق الغاية المرجوة ، ولم يتحسن تقييمهم للمشكلات الانفعالية للمرضى (Deshields, Carmin, Ross & Mannen,1995).

وبعد أن يطلب من عالم النفس أن يرى المريض ليتعرف إلى مشكلاته النفسية، عليه أن يقابل هذا المريض، ويتعرف على تقريره الطبي (للتعرف على حالته). والخطوة التالية، هي مقابلة المريض وأسرته أو أقاربه، ليتعرف منهم على انطباعاتهم عن مشكلاته، وتاريخها، والوقت الذي بدأت فيه، والتعرف منهم على حالته عموماً. في بعض الأحيان تكون انطباعات الأهل عن مشكلات المريض الانفعالية كافية ومفيدة جداً من أجل تقرير نوع المساعدة التي يجب أن تقدم لهذا المريض، ولكن حين لا تكون هذه الانطباعات والمعلومات كافية، لابد من اتباع خطوات لاحقة ومتخصصة للحصول على معلومات كافية عن الحالة، ويتم فيها استخدام أدوات التشخيص والتقييم الإكلينيكي (كالاختبارات والمقاييس، ودراسة الحالة، والملاحظة الإكلينيكية وغيرها).

استخدام الاختبارات والمقاييس بهدف التقييم والتشخيص النفسي للمرضى داخل المستشفى:

لقد طور علماء النفس عدداً كبيراً من الاختبارات والمقاييس التي تهدف إلى تقييم خصائص الناس الانفعالية والعقلية، والشخصية. وتعتمد الكثير منها على نوع المرض أو المشكلة الصحية التي يعانيه المرضى. فمثلاً المرضى الذين يعانون من أذيات أو إصابات مخية وتظهر لديهم علامات سلوكية شاذة،

أو مشكلات عصبية، يتم تقييمهم بواسطة مقاييس الذكاء ، وقياس مهاراتهم الأكاديمية والمعرفية، وأدائهم الحسي الحركي والإدراكي. والمريض الذي يريد تغيير المهنة بعد الإصابة أو المرض ، يجب أن تطبق عليهم اختبارات القدرات، والمبول المهنية . ومن بين أكثر المقاييس والاختبارات استخداماً مع المرضى داخل المستشفى، هي التي تهدف إلى تقييم حاجات المريض النفسية الاجتماعية، ومشكلاته الانفعالية، ومن أهمها:

أولاً - المقاييس النفسية الإكلينيكية:

١ - اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية، و الصورة المختصرة له:

(MMPI)

يعتبر اختبار الشخصية متعدد الأوجه الذي يعرف اختصاراً بـ MMPI من أكثر الاختبارات النفسية استخداماً في العالم، وذلك بسبب الثقة الكبيرة والصدق الذي يتمتع به هذا الاختبار في التشخيص. والصورة الأصلية لهذا المقياس، هي من إعداد هاثواي وماكينلي (McKinley&Hathaway)، في عام ١٩٤٠ (فرج، ١٩٨٠). وهذا المقياس يزود المتخصصين في الصحة النفسية بصورة متكاملة عن الجوانب والأبعاد المتعددة في شخصية المفحوص قبل إصدار حكم شخصي عليه من خلال درجاته على المقاييس المختلفة التي يتضمنها الاختبار، والتي يمكن بواسطتها رسم صفحة نفسية يتضح فيها، وبقدر الإمكان صورة موضوعية دقيقة لمواطن الاضطرابات في شخصية المفحوص. وقد تم تعريب الاختبار وتطبيقه على البيئة العربية في صورته الأصلية، حيث تم استخدامه ككل أو بعض من مقاييسه الفرعية في دراسات عربية متعددة بهدف النقيين، والتشخيص (الحاج، ١٤٠١هـ؛ مليكة، ١٩٨٣، بقاعي، ٢٠٠٤).

وقام (الطويل، ب.ت) بترجمة وإعداد صيغة مختصرة للمقياس، وتطبيقه على البيئة السعودية. ويتكون المقياس (في صيغته المختصرة)، والمتاحة

بالعربية، من اثنين وسبعين (٧٢) بنداً، تتناول جوانب مختلفة في الشخصية، ويجب عن بنود الاختبار في ضوء بديلين (نعم، لا)، وقد صيغت البنود في شكل أسئلة، بعكس النسخة الأصلية للاختبار التي صيغت في شكل جمل تقريرية (فرج، ١٩٨٠). ويقوم هذا المقياس على أساس التقدير الذاتي للشخص، بمعنى أن الشخص يجب على الاختبار بنفسه بما يشعر أنه يتفق وحالته النفسية الراهنة. ويتكون الاختبار في صيغته المختصرة من أحد عشر (١١) مقياساً فرعياً منها ثماني مقياس إكلينيكية وثلاث مقياس خاصة لقياس صدق تجاوب المفحوص مع أسئلة الاختبار. فأما مقياس الصدق فهي: مقياس الكذب، ومقياس الخطأ، ومقياس الدفاعات. وأما المقياس الإكلينيكية فهي: توهم المرض والاكنتاب، والهستريا، والانحراف السيكوباتي، والسيكاثيا، والفصام، والهوس والبارانويا. ولتصحيح الاختبار مفاتيح خاصة لكل اختبار على حدة. ومن أهم الأعراض التي يقيسها الاختبار والمستخدم في علم نفس الصحة، المقياس الفرعية التالية:

- مقياس توهم المرض:

ويقاس هذا المقياس مقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق غير الموضوعي على الصحة بشكل ملح وبدون وجود سبب واقعي للإصابة بالأمراض الجسمية، ويظهر ذلك جلياً في عدد من الناس الذين يشكون من عدد من الأمراض أو الأزمات التي يكشف الفحص الطبي عن عدم وجودها، كشكاوى محددة من الهضم والتنفس والتفكير. ومن خصائص المتوهم للمرض أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين، ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي، وارتفاع الدرجة التائية على هذا المقياس، حتى في حالة الأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية عن (٥٥) تشير إلى وجود المرض النفسي العصبي.

وقد أثبتت الخبرة الإكلينيكية أن الارتفاع على هذا المقياس قد لا يصاحب وجود الأمراض العقلية (الذهانية) (الطويل، د.ت)

والأفراد الذين يتم تشخيص حالاتهم على أساس أنهم يعانون من هذا الاضطراب يبدون خوفاً واهتماماً شاذاً بالوظائف الجسمية، كما أن الصورة العادية لمتوهم المرض تتسم بالتمركز حول الذات. وبنقص القدرة على الاستبصار في النواحي الانفعالية أو النفسية وعلاقتها بالوظائف الجسمية.

- الانحراف السيكوباتي:

ويقاس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بفئة السيكوباتيين الذين يتميزون بنقص في الاستجابة الانفعالية العميقة وعدم القدرة على الإفادة من الخبرة وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية مما قد يجعلهم ميالين إلى الحقد على المجتمع، وبالتالي نراهم يميلون إلى الانحراف والتورط في الجرائم التي لا يرضاها المجتمع .

ومع أن السيكوباتيين قد يكونون خطراً على المجتمع وعلى أنفسهم إلا أنهم أذكاء جداً ومحبوبين ويظلوا أحياناً ولمدة طويلة دون اكتشاف، إلى أن يقعوا في مشاكل خطيرة وتتحصر أوجه انحرافهم عن المعايير الاجتماعية في الكذب والسرقة والإدمان على المخدرات والكحوليات والشذوذ الجنسي (الطويل، ب.ت: ٧-٨)

٢- قائمة مراجعة الأعراض المعدلة - (SCL-90-R): إعداد عبد الرقيب

البحيري (٢٠٠٤)

وهي قائمة من إعداد ديروجيتس وزملاءه (Derogatis et al., 1973) حيث تم نشرها تحت عنوان قائمة الأعراض-٩٠ (Symptomes Check List-90)، ثم قام ديروجيتس (Derogatis, 1975) بنشر نسخة أخرى معدلة

للقائمة بسمى (Symptoms Check List-90- Revised (SCL-90-R) والقائمة عبارة عن أداة إكلينيكية ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية، وكذلك الأسوياء المترددين على مراكز الإرشاد النفسي والتربوي.

وقام البحيري (١٩٨٤) بترجمتها، وإعداد صورتها العربية، واستخدمت في دراسات عربية مختلفة حتى أصبحت صالحة للاستخدام مع المستويات المختلفة في البيئات العربية (البحيري، ٢٠٠٤). وصممت قائمة مراجعة الأعراض كمقياس عام يستخدم مع بداية المراهقة، ويستخدمه الأطباء بصفة عامة والأطباء النفسيون بصفة خاصة، كما يستخدمه علماء النفس في المجالين (الإكلينيكي، والبحث العلمي). أما مجال استخدامها فيتمثل في إلقاء الضوء على الحالة النفسية عند الأفراد على نطاق واسع متدرجاً من الأشخاص العاديين ومروراً بالمرضى ذوي المرض العضوي إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سيكاثرية . أما بالنسبة لاستخدام قائمة الأعراض في المجال الإكلينيكي فإنها تعد أداة واسعة الانتشار في تقدير الأعراض النفسية والعقلية.

وتتكون قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) من (٩٠) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وتوزع هذه العبارات على تسعة (٩) أبعاد للأعراض الأولية التي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض السلوكية التي تلاحظ لدى الذين يعانون من المشكلات النفسية. وهذه الأبعاد، هي:

- (الأعراض الجسمية **Somatization** - الوسواس القهري **Obsessive** - **Compulsive** - الحساسية التفاعلية **Interpersonal Sensitivity** - الاكتئاب **Depression** - القلق **Anxiety** - العداء **Hostility** - قلق
- الخوف **Phobic-Anxiety** - البارانويا التخيلية **Paranoid Ideation** -
- الذهانية **Psychoticism**) وقد قام فريق البحث الحالي باختيار ستة فقط من

هذه الأبعاد، حيث وجد أن هذه الأعراض المختارة هي التي تشمل معظم الأعراض السلوكية التي تتناسب وطبيعة الدراسة الحالية، وهذه الأبعاد الستة هي:

* الأعراض الجسمية:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الألم والضغط الذي ينتج عن مشاعر الاختلال الوظيفي للجسم، حيث تصف هذه العبارات ما يحدث في أعضاء الجسم التي تستثار بواسطة الجهاز العصبي اللاإرادي كالمعدة، والشعب الهوائية في الرئتين والجلد والشرابين المتصلة بالقلب، وهي أعضاء بعيدة عن التحكم الإرادي، كما تعكس هذه العبارات أيضاً الصداع وآلام الظهر، وآلام وعدم الراحة في الجهاز العضلي، مثلها في ذلك مثل الأعراض الجسمية المماثلة للقلق.

* الوسواس القهرية:

وتعكس العبارات التي يشتمل عليها هذا البعد السلوك الذي يتماثل بدرجة كبيرة مع التشخيص الإكسبيريكي تحت هذا الاسم، ويركز هذا المقياس على الأفكار والدوافع القهرية والانفعالية التي يعاني منها الفرد بطريقة لا تفر ولا تقاوم وتبدو غريبة بالنسبة لذاته، وغير مرغوب فيها كما يتضمن هذا البعد أيضاً السلوك الذي يشير إلى صعوبات معرفية مثل: اضطرابات التذكر، وخلو ذهن من أية أفكار، وصعوبة التركيز.

* الحساسية التفاعلية:

وتعكس العبارات التي يشتمل عليها هذا البعد على الأعراض الأساسية مثل مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالآخرين، ويتميز الأشخاص ذوو المستوى العالي من الحساسية التفاعلية ببخس الذات، والانزعاج، وعلامات الضغط أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين.

* الاكتئاب:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد مدى واسعاً من العلاقات المصاحبة لزملة الأعراض الكلينيكية للاكتئاب، حيث تتمثل أعراض المزاج اليأس وعلامات الانسحاب ، وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الدافعية وفقدان الطاقة الحيوية، هذا بالإضافة إلى مشاعر اليأس وعدم النفع وملازمات الاكتئاب الأخرى المعرفية والجسمانية وكذلك عبارات ذات صلة بالأفكار الانتحارية.

* القلق:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الوجهة الإكلينيكية، ومن هذه الأعراض: الضيق، والعصبية، والتوتر، إضافة إلى العلامات الجسمانية كارتجاف الأطراف، وكذلك العبارات التي تتعرض للقلق الهائم ونوبات الرعب ومشاعر الشك.

* قلق الخواف:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الأعراض في الحالات التي أطلق عليها حالات قلق المخاوف، أو خوف الأماكن المتسعة مثل الخوف من: السفر، والأماكن العامة، ووسائل النقل، والخوف الاجتماعي، والأماكن المفتوحة، والزحام.

ويتطلب تطبيق القائمة في الحالات العادية زمناً يتراوح ما بين (١٢ - ١٥ دقيقة). وفي الواقع لا يوجد بالضرورة وقت محدد لتطبيق القائمة. وتتم الإجابة عن بنود القائمة في متصل يعكس شدة العرض، مكون من خمسة بدائل (٠=مطلقاً، ١=نادرًا، ٢=أحيانًا، ٣=كثيرًا، ٤=دائمًا).

أما عن الخصائص السيكومترية للقائمة، فهي:

أ-الصدق: بالنسبة لصدق المقياس فقد اعتمد معد القائمة (Derogates,)

الصدق: بالنسبة لصدق المقياس فقد اعتمد معد القائمة (Derogates, 1977a&1977; Cleary) على حسابه باستخدام "الصدق

العاملية"، حيث اشتملت القائمة على تسعة أبعاد للأعراض النفسية. كذلك قام

(Derogates et al., 1976; Derogates, 1977b; Cleary) بعمل

تحليل للصدق التوكيدي، والصدق التلازمي مع اختبار الشخصية متعدد الأوجه

(MMPI)، وقد أشارت نتائج الارتباط إلى دلالات إحصائية لجميع الأبعاد.

أما في البيئة العربية، فقد قام البحيري (١٩٨٤؛ ٢٠٠٤) بتقنين القائمة على

عينات مختلفة من الأسوياء = ٧٠١ (ذكور = ٣٤٩، إناث = ٣٥٢)، وعينات من

المرضى = ١٥٨ (ذكور = ٩٢، إناث = ٦٦). وتمت دراسة الصدق بثلاث طرق:

صدق المضمون: لمعرفة مدى تمثيل الأعراض للبعد الذي تدرج فيه، حيث

تم ذلك بإجراء دراسة كيفية منظمة لأعراض كل بعد ومدى تمثيلها لهذا البعد،

وسؤال بعض الأطباء النفسيين، وذلك في ضوء معايير الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV American)

(Psychiatric Association, 1994)، واتضح بالفحص تمثيل كل مجموعة

من الأعراض للبعد الذي يمثلها.

الصدق التلازمي: حيث كانت نتائج الارتباط دالة إحصائياً لعينة ٩٦ طالباً

(٢٢ ذكور، ٧٤ إناث) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٣ - ٢٠ سنة) مع اختبار

سمة القلق للكبار (الأعراض الجسمية = ٠,٣٤، الوسواس القهري = ٠,٣٥،

الحساسية التفاعلية = ٠,٣٢، الاكتئاب = ٠,٤٧، القلق = ٠,٤٢، قلق

الخواف = ٠,٢١). كذلك، وجد ارتباط بين أبعاد قائمة الأعراض والسمات السلبية

للشخصية في استبيان تقدير الشخصية (سلامة، ١٩٨٨).

الصدق التمييزي: وللتأكد من تمييز الأعراض المختلفة للقائمة بين الأسوياء والمرضى، تم حساب قيمة "ت" على الأبعاد المختلفة للقائمة بين عيّنتي الأسوياء والمرضى الكلية، وبين كلتا العيّنتين من حيث الجنس، واتضح قدرة قائمة الأعراض على التمييز بين الأسوياء والمرضى وبمستوى دلالة مرتفع (٠,٠١) في جميع الأبعاد، وهذا يشير إلى صدق القائمة والوثوق بها.

ب- الثبات: وبالنسبة لحساب الثبات فقد أشار معد القائمة (Derogatis, 1977) إلى مؤشرات حاسمة تدل على ثبات أبعاد قائمة الأعراض بعدة طرق (إعادة الاختبار، وألفا، والتجزئة النصفية، ...).

أما النسخة العربية، فقد قام البحيري (١٩٨٤؛ ٢٠٠٤) بحساب الثبات على عينة من المجتمع المصري، بطريقة إعادة الاختبار بعد ٢١ يوماً، حيث كانت معاملات الارتباط للأبعاد المختارة من القائمة كالتالي: (الأعراض الجسمية=٠,٥٦ ، الوسواس القهري=٠,٤٨ ، الحساسية التفاعلية=٠,٤٨ ، الاكتئاب=٠,٥١ ، القلق=٠,٦٥ ، قلق الخوف=٠,٥٥)، وجميعها معاملات دالة عند مستوى (٠,٠١).

ثانياً- اختبارات متخصصة للمرضى داخل المستشفى:

لقد وضع علماء النفس عدداً من المقاييس والاختبارات التي تقيس الأعراض النفسية المرتبطة بالحالات الجسمية والتي يعانيها المرضى داخل المستشفى، وقد ذكرنا سابقاً عدداً من المقاييس التي تستخدم لقياس نمط السلوك (أ) و (ب)، والخصائص النفسية لكل منها وارتباطها بالحالات والأمراض الجسمية. وسنتحدث الآن عن مقياسين يستخدمان في المجال الطبي من أجل تقييم الحالة النفسية للمرضى:

١- قائمة ميلون لتقييم الصحة السلوكية Millon Behavioral Health Inventory ويرمز لها اختصاراً (MBHI). وهو مقياس من نوع تقرير

الذات، وضع بهدف تقييم العوامل النفسية واتخاذ القرارات المتعلقة بالمرضى داخل المستشفيات. ويتألف من ١٥٠ عبارة يجاب على كل منها بإحدى إجابتين (صح، أو خطأ)، بحيث تقدم للعاملين في المجال الطبي معلومات عن المرضى مثل:

- أنماط التعامل وأساليب المواجهة الأساسية: أي الطرق التي يتبعها المريض لمواجهة الصعوبات والضغطات التي يمر بها في مواقف متعددة أهمها المستشفى والتعرض لمرض.
- الاتجاهات النفسية: وذلك لتقييم اتجاهات المريض حيال الضغط النفسي، وقياس ميوله وخبراته السابقة حيال كل من العجز، واليأس، والدعم الاجتماعي، وتوهم المرض.

تستخدم هذه القائمة في تقييم ردود فعل المرضى تجاه مرضهم داخل المستشفى، واستجاباتهم لطريقة العلاج التي تطبق عليهم. وبالرغم من استخدامها كثيراً في المجال الطبي مثل تقييم استجابة المريض للألم، وللعلاج الكيماوي للذين يعانون من السرطان، فلا توجد نتائج دقيقة حول تقنياتها وصدقها وثباتها، مما دفع بالعديد من الباحثين لإجراء دراسات متعددة بهدف التأكد من خصائصها السيكومترية (Gatchel et al, 1986).

٢- مقياس التكيف النفس اجتماعي مع المرض Psychosocial Adjustment to Illness Scale ويرمز له اختصاراً، (PAIS)، وهو من الأدوات المصممة من أجل تطبيقها على المرضى داخل المستشفيات والمراكز الصحية. ويتألف المقياس من (٤٦) عبارة، يجاب عليها بإحدى التقديرات الأربعة التالية: إطلاقاً، أحياناً، بدرجة متوسطة، كثيراً جداً. ولهذا المقياس صورتان: الأولى يمكن للمريض نفسه أن يجيب على بنوده بمفرده بدون مساعدة متخصص، والثاني، يجاب عن بنوده مع مقابلة يجريها معه اختصاصي علم

النفس. وقياس هذا المقياس العديد من الخصائص النفسية والاجتماعية لحياة المريض، والتي ترتبط بتكيفه النفسي والاجتماعي مع المرض الذي يعانيه. وفيما يلي هذه الخصائص:

- توجه الرعاية الصحية: وقياس اتجاهات المريض نحو الصحة عموماً، ونحو الرعاية الصحية، وخبراته في ذلك كله.
- بيئة العمل: وتقيس خصائص بيئة عمل المريض، والمشكلات الصحية الناتجة عن المهنة التي يمارسها، ودرجة أدائه، ورضاه المهني.
- البيئة الأسرية: وتقيس خصائص الأسرة والعلاقات الأسرية للمريض، والمشكلات التي يمكن أن تنشأ فيها.
- العلاقات الجنسية: وهي العبارات التي تقيس السلوك والنشاط الجنسي للمريض، وما ينتج عنها من مشكلات.
- العلاقات الاجتماعية للأسرة مع الآخرين: وتقيس هذه العبارات الخصائص المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية خارج الأسرة، وتفاعلها مع الآخرين، والمشكلات التي تنشأ منها وتؤثر في المريض وحياته الصحية.
- البيئة الاجتماعية: وتركز على تقييم أثر المشكلة الصحية على العلاقات الاجتماعية للمريض، وانعكاسها على أوقات فراغه ونشاطه الاجتماعي والترويحي.
- الضغوط النفسية: وتقيس هذه البنود الآثار النفسية للمشكلات الصحية التي يعانيها المريض، مثل أثر المرض في كل من: تقدير الذات لديه، القلق، الخوف، الكآبة، العدوانية، الضيق.

لقد أجريت عدة دراسات للتأكد من الخصائص السيكومترية لهذا المقياس وقد تبين صدقه وثباته، كما تبين فائدته في تقييم تكيف المريض مع المرض والآثار النفسية والاجتماعية له (Derogatis,1986).

تفعيل وتحسين تكيف المرضى داخل المستشفى :

حالما يقوم المتخصصون في علم نفس الصحة بتقييم طبيعة مشكلات المريض والصعوبات التي يعانيها في المستشفى، فإنهم يسعون لاتخاذ قرارات تتعلق بتحديد التقنيات والطرق العلاجية المناسبة للتعامل مع هذه المشكلات ومعالجتها. وقد أشرنا سابقاً، إلى أن هناك عدداً من الطرق المعرفية والسلوكية التي يمكن تطبيقها بنجاح، في الوقاية بأشكالها الثلاث: الأولية، والثانوية والوقاية من الدرجة الثالثة. ويمكن استخدام هذه الطرق والتقنيات في تحسين تعامل المريض مع مشكلاته ورفع مستوى تكيفه النفسي والاجتماعي في جوانب صحية كثيرة منها: تناول الطعام، والخروج للحمام، والنظافة، والمشي، وفي خفض التوتر والضغط النفسي وغيرها من الانفعالات السلبية كالقلق والخوف.

تنمو لدى الكثيرين من المرضى مشكلات نفسية واجتماعية حين دخولهم المستشفى، وخاصة إذا كان المرض الذي يعانيه المريض خطيراً أو على شكل إصابة جسمية كالإعاقة والأذية، حيث تشعره ذلك بأن حياته أصبحت مهددة، وأن سيصبح عاجزاً ومعاقاً. ولذلك، يحتاج هؤلاء المرضى أسرهم إلى مساعدة بهدف تخطي مشاعر اليأس والكآبة لديهم، والتخطيط لتدريبهم على مواجهة الصعوبات التي يمرون بها. وهناك الكثير من الطرائق والفنيات التي تساعد المرضى على تجاوز مشكلاتهم والصعوبات التي يحدثها المرض وبالتالي تحسين مستوى تكيفهم النفسي والاجتماعي.ومن أهم هذه الطرائق والتقنيات: المناقشة الجماعية أو جماعات المناقشة group-discussion والعلاج المعرفي-السلوكي ، وإعادة البناء المعرفي بهدف تعديل الأفكار السلبية للمريض.

يجب الإشارة إلى أن الطرائق والاستراتيجيات التي يستعملها علماء نفس الصحة في تحسين تكيف المرضى داخل المستشفى، لها بعض الحدود والمساوئ، منها صعوبة استعمالها على المدى الطويل، أو لفترات طويلة، كما هو الحال في تغيير أساليب ونمط حياة المريض، من أجل منع الانتكاس أو عودة الأعراض. ففي مثل هذه الحالة يصعب علينا تطبيق هذه التقنيات لتغيير حياة المريض. من يتجه المتخصصون في علم نفس الصحة إلى تدريب المريض على أساليب التعامل ومهارات مواجهة الضغوط، وتعميم هذه المعارف والمهارات التي اكتسبها على صعوبات ومواقف كثيرة يواجهها في حياته اليومية (Huzsi & Walker, 1991).

الخدمة الاجتماعية في المستشفى:

إن الخدمة الاجتماعية في مواقع الرعاية الطبية والصحية من التخصصات المهمة التي تزايدت في السنوات الأخيرة، وكبرت كميدان عمل ومعرفة علمية، وهي تتبع في فلسفتها وممارستها التغيرات التي تحدث في الميدان الطبي. وتعكس ممارسة الخدمة الاجتماعية في ميدان الصحة أهداف المؤسسة الطبية ووظائفها التي تقوم بها. ويوفر المستشفى التدريب لطلاب الدراسات العليا، والأطباء المقيمين فيه وما يتبعه من عيادات طبية، والعمليات الجراحية، والكثير من التخصصات، كما يتوافر برامج تدريبية لاختصاصيي التغذية من طلاب الدراسات العليا، والصيادلة وأطباء الأسنان، من هنا يكون المنظور الواسع لبرامج المستشفى التعليمية والتدريبية وما يتبعه من بحوث علمية، بمثابة تكامل في تحقيق الأهداف والخدمات المتنوعة. ومنذ الوقت الذي يبدأ فيه المستشفى بالعمل، كان ينظر إلى قسم الخدمات الاجتماعية كوحدة متكاملة وجزء من النظام القائم فيه، وبذلك اندمج هذا القسم بسرعة في جميع برامج الرعاية المقدمة للعملاء أو المرضى. ويساهم قسم الخدمة الاجتماعية في الفهم الكلي

للمريض، وتحديد العوامل الاجتماعية والثقافية التي تعوق تقدم صحته سواء كان من ناحية استعداده للاستفادة من الخدمات إلى أقصى حد ممكن، أو للتدخل العلاجي حين تتواجد مثل هذه العوامل، مع الاستفادة من مصادر الخدمات الاجتماعية الأخرى في المجتمع. ويركز اختصاصي الخدمة الاجتماعية على تحديد موارد المجتمع الصحية والاجتماعية والمساهمة في وضع الخطة العلاجية والتأهيل.

وقد أصدرت بنسلفانيا عام ١٩٦٦ قانوناً يوفر تمويل للوحدات الأساسية من الخدمات الصحية، والتي تشمل على خمس خدمات هي: خدمات الطوارئ، وخدمات المريض المقيم بالمستشفى، وخدمات المريض غير المقيم أو غير ملازم الفراش، وخدمات للإقامة الجزئية، وخدمات الاستشارات، وخدمات التعليم والتدريب (مخلوف، ١٩٩١).

الرعاية الطبية-الاجتماعية للمرضى غير ملازمي الفراش:

بسبب تنوع الأمراض وزيادة أعداد المترددين على المستشفيات فقد تأثرت الخدمات المستمرة اليومية التي تقدم للمرضى غير ملازمي الفراش والذين لا يحتاجون إلى إقامة فيه. إن الوقاية من الأمراض الحادة عن طريق اختبارات الكشف المنتظم والعلاج المبكر بدأت في الوقت الحاضر تستحق الاهتمام من الممارسين ومن الناس عامة.

لقد تم البدء بسن القوانين لتركيز الاهتمام بتمكين الأفراد من جميع مراحل العمر ومن مختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية للحصول على رعاية جيدة للمرضى والعملاء المترددين من الخارج، وبدأت تظهر خدمات صحية جيدة تقدم للذين يترددون على المستشفيات دون أن يلزموا الفراش فيه. كما أن البعض يوفر رعاية صحية من خلال التسجيل في خطة علاجية تمويل مسبقاً سنوياً كما هو الحال بالنسبة للمنتفعين من التأمين الصحي.

لقد امتدت خدمات الرعاية الصحية للعملاء غير ملازمي الفراش بالمستشفى من خلال توفير برامج رعاية طبية للأطفال في قسم الرعاية الخارجية وامتدت لتشمل إنشاء عيادات تابعة للمستشفيات وأخرى تابعة لمشروع التأمين الصحي بما يتيح أفضل استخدام لها ولمواجهة الاحتياجات المتزايدة.

ملخص الفصل:

لقد تطورت المراكز والمؤسسات الصحية عبر الزمن بحيث تلبي احتياجات المرضى المترددين عليها (عيادات خارجية) أو المنومين، والراقدين فيها. في مراحل تاريخية معينة، كانت الخدمات الصحية تقدم للمرضى في الكنائس، باعتبار أن المرض يتطلب دعاء وصلاة، مما يعبر عن سيطرة النظرة الدينية للمرض وعلاجه. وفي مرحلة لاحقة، تم بناء العديد من المؤسسات في دول مختلفة بهدف تقديم الرعاية للفقراء، والمسافرين، والمرضى المصابين بأمراض معدية. ومع بداية القرن العشرين انتشرت المستشفيات والمراكز الصحية في مختلف البلدان والمناطق، وساعد على ذلك تطور العلوم الطبية وطرق المعالجة. يقوم على المركز الصحي أو المستشفى فريق من المتخصصين يقدمون خدماتهم وفقاً لتخصصاتهم وللدوار المناطة بكل منهم، وقد نجد في المستشفى أقساماً متخصصة: جراحة عصبية، نساء، ولادة، أطفال، عينية، أنف وأذن وحنجرة، أمراض الغدد والسكري، التناسلية، الخ وقد نجد مستشفى متخصص في أمراض معينة مثل مستشفى الأطفال، وطب الأسنان، وجهاز الهضم. ويغطي هذه التخصصات فريق من المتخصصين في كل منها. ويلعب الممرضون والممرضات والعاملون الإداريون دوراً مهماً في تقديم الخدمات الطبية للمرضى. إن دخول الشخص إلى المستشفى، ليس خبرة جيدة، أو مفرحة، بل على العكس من ذلك، إنها خبرة سلبية لأنه يسيطر على المريض مشاعر الخوف، والقلق، واليأس، ولأنه يغير نمط حياة المريض وأساليب حياته المعتادة. وكثيراً

ما يشعر المريض بالضغط النفسي الناتج عن المرض، وطريقة المعالجة، وظروف المستشفى. من هنا يعاني البعض من فقدان الأنية، واختلال التفاعل الاجتماعي. من جهة ثانية يعاني القائمون على رعاية المرضى من الكثير من ضغوط المهنة، حتى يصل الأمر لدرجة الاحتراق النفسي واستنفاد الطاقة أو الإرهاق.

يدخل بعض المرضى المستشفى وهم يتصفون بالسلبية بسبب السلوك المرضى لديهم، وبعضهم من " المرضى الجيدين"، وآخرين مرضى " ذوي مشاكل"، ووفقاً لذلك يختلف تعاون المريض مع الفريق الطبي، من سلبي، إلى متعاون، إلى صاحب مشاكل، وهذا الأخير يعتبر غير مستجيب، وكثير الشكوى والتبرم. ويتعامل المرضى مع ظروف المستشفى، ومع حالتهم المرضية بطرق متعددة، أهمها: التعامل الذي يركز على المشكلة، والتعامل الذي يركز على الانفعال. والكثير من المرضى يعانون القلق والخوف بسبب العمليات الجراحية، أو الضيق والضغط النفسي بسبب البيئة الجديدة في المستشفى، مما يعيق المعالجة الطبية، وكثيراً ما يتأخر الشفاء والتحسن عن موعده المحدد. من هنا يركز علماء نفس الصحة على الطرائق والفنيات التي تساعد في تحسين تكيف المرضى داخل المستشفى، ومن أبرز العوامل التي تؤثر في تكيف المريض: قدرته على التحكم الذاتي، وامتلاكه لمعلومات عن حالته المرضية وعلاجها، والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه. غلاً أن بعض المرضى يتبعون أساليب تكيف غير صحيحة مثل الهروب والتجنب والانسحاب، وكظم المشاعر، بينما يتبع البعض الآخر أساليب فعالة مثل التنبيه والاهتمام، والبحث عن المعلومات، وطلب المساعدة.

هناك عدد من الطرائق التي يعتمدها المتخصصون في علم نفس الصحة، لمساعدة المرضى على تحسين تكيفهم النفسي والاجتماعي داخل المستشفى، وإعدادهم للعمليات، وإكسابهم مهارات المواجهة. ويختلف هذه الأساليب باختلاف

المرحلة العمرية للمريض، فالطفل في مرحلة ما قبل المدرسة يعاني من مشكلات تكيفية تختلف عن تلك التي يعانيها أبناء المدرسة وذلك لاختلاف نموهم المرعي والانفعالي. ويستخدم متخصصو علم نفس الصحة أدوات تشخيص مهمة مثل: اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه، وقائمة الأعراض، وقائمة ميلون للصحة السلوكية، ومقياس تكيف المريض نفسياً واجتماعياً مع مرضه. ومن الفنيات والطرائق التي يعتمد عليها هؤلاء المتخصصين لتفعيل تكيف المريض: المناقشة الجماعية، والعلاج المعرفي السلوكي، وإعادة البناء المعرفي الفكري للمريض. وبالغرم من فعالية هذه الفنيات، إلا أن لها بعض الصعوبات وخاصة حين استخدامها على المدى الطويل في تغيير نمط حياة المريض، ومنعاً لانتكاسه.

الفصل التاسع

سيكولوجية العلاقة بين المريض والطبيب

يسأل الأهل ابنتهم مريضة السرطان، عن الأسباب التي دفعتها إلى عدم مواصلة الذهاب إلى المستشفى لمتابعة جدول العلاج الذي وضع لها، فتجيب " لقد عينوا لي طبيباً جديداً، يشرف على معالجتني، ولكنه ليس جيداً، إنه يعاملني كرقم وليس كإنسان، وحين يتحدث معي ينظر إلى الأسفل، إنني غير مرتاحة، ومتضايقه كثيراً " لقد خبر الكثير من الناس خبرات سيئة في علاقتهم مع الأطباء المعالجين الذين سبق وترددوا على عياداتهم أو في المراكز الصحية، مما يدفعهم إلى التأخر في طلب العلاج حتى حين يحتاجون إليها. فالكثير من الأطباء والمعالجين المتخصصين لا يملكون حساسية لمشاعر مرضاهم، ولا يتصفون بالمرونة في التعامل معهم، كما ينقصهم سرعة الاستجابة لهم، أو يفشلون في توضيح الأمور إليهم، كما أن بعضهم لا يرغب أن يشرك مرضاه في فهم الحالة وتصميم خطة المعالجة، بل يفرضها فرضاً على زبونه. مثل هذه المشكلات قد تزداد من بيئة اجتماعية وثقافية إلى أخرى، ومن منطقة لأخرى (Backman, 1989).

ما يفضلهُ المرضى لدى الطبيب المتخصص في الرعاية الصحية:

حين يذهب المرضى إلى الطبيب بهدف معالجة مشكلاتهم الصحية، ومع ذلك نتساءل: هل يرغب المرضى في " الشفاء " ويسعون إليه، أم أنهم يرغبون في أن يعرفوا شيئاً عن المرض أو الأعراض التي تظهر لديهم، أو أنهم يريدون المساعدة في تحديد الأنشطة المساعدة في عملية العلاج؟ الكثير من الأطباء يسيئون الأحكام في الإجابة عن هذه التساؤلات. ويمكن القول بأن الحكم على كم

ونوع المشاركة التي يفضلها المرضى في القرارات الطبية مع طبيبيهم تستند إلى درجة التوافق والوافق compatibility بين المريض/الممرض والطبيب. ويختلف الناس فيما بينهم من حيث درجة المشاركة التي يريدونها مع طبيبيهم في الرعاية الطبية والمعالجة. إن أكثر المرضى يريدون أن يعرفوا طبيعة أمراضهم وأسبابها، وكيفية معالجتها، وما يجب عليهم القيام بها حيالها، وحتى المشاركة في اتخاذ القرارات. وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أشياء مثيرة للاهتمام حول ما يفضله المرضى في علاقتهم مع الطبيب المتخصص أو الشخص الذي يقدم الرعاية الصحية. فقد تبين أن المسنين يرغبون في يتخذ المتخصصون والممرضون القرارات لهم في الرعاية الطبية، وذلك عكس المرضى الشباب، كما أن كمية ونوع المشاركة التي يريدونها تعزز تفهمهم، ورضاهم، وقناعاتهم بالمعالجة والرعاية التي تقدم لهم. كما تبين أن المرضى الذين يريدون أن يلعبوا دوراً نشطاً وفعالاً في المعالجة يميلون للتكيف مع متابعة خطة العلاج والمواظبة عليها، وأسرع شفاءً، مقارنة بالمرضى الأقل مشاركة (Kulik & Mahler, 1991).

ليس فقط الناس أو المرضى هم الذين يختلفون فيما بينهم من حيث المعلومات التي يريدونها، ودرجة المشاركة التي يفضلونها في علاقتهم مع القائمين على رعايتهم الصحية، بل الأطباء والممرضون يختلفون فيما بينهم من حيث الدرجة التي يريدونها في إشراك مرضاهم في الخطة العلاجية التي ستقدم لهم. فقد أظهرت نتيجة بعض الدراسات أن بعض الأطباء لا يرغبون في إشراك الآخرين باتخاذ القرارات حتى لو كانت في أمور عامة وغير مهنية. والسؤال الآن هو "ما الذي يحدث في العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض حين يريد المريض مستوى من المشاركة بما يريد الطبيب فعله واتخاذ من قرارات طبية؟ لقد أظهرت دراسات مسحية واستطلاعية (Lavy, 1989)، حول اتجاهات

وسلوكيات كل من المرضى والأطباء حول درجة المشاركة في الرعاية الطبية، وقد أظهرت النتائج مايلي:

- ١- على الرغم من أن كلاً من الأطباء والمرضى قد بينوا اتجاهاتهم حول درجة المشاركة، إلا أن أياً منهم لم ينفذ ذلك كسلوك واقعي على الأغلب.
- ٢- حين يريد الشخص أو المريض أن يشارك الطبيب مشاركة كبيرة، إلا أن الطبيب نفسه يريد أن يحتكر اتخاذ القرارات بمفرده ويتحمل المسؤولية، فإن نوعاً من الصراع يحدث بينهما، وفي الكثير من هذه الحالات يطلب من المريض أن يبحث عن طبيب آخر.
- ٣- حين يريد المريض من طبيبه أن يتحمل المسؤولية ويتخذ القرارات بمفرده، ولكن الطبيب يريد من مريضه أن يشاركه ذلك، فإن نوعاً من الضيق، وعدم الارتياح يحدث لكليهما. وقد يدفع هذا الأمر بالطبيب إلى أن يبحث لمريضه عن متخصص آخر، أو يقوم المريض نفسه بالبحث عن معالج آخر.

تشير هذه النتائج إلى أن عدم التوافق بين المريض والطبيب، يمكنها أن تؤدي إلى اضطراب وخلل في العلاقة المهنية الطبية، كما يمكنها أن تزيد من مشاعر الضغط النفسي، والتوتر، ومشاعر عدم الارتياح أثناء الإجراءات الطبية والعلاجية.

سلوك الطبيب ونمط شخصيته :

تخيل نفسك طبيباً متخصصاً، وأن هناك مريضاً (زبوناً) في غرفة الانتظار سيدخل إليك لإجراء الفحوص وتشخيص حالته، ومعالجته. عن مهمتك ستكون في اتخاذ قرار عما إذا كان هذا الزبون يعاني مرضاً من بين الـ ١٣٠٠ وحدة مرضية (اضطراب) تعرفها في مهنتك، وربما لا يعاني هذا الشخص من أية مشكلة، وعليك اتخاذ القرار في غضون ٢٠ دقيقة.

إن تشخيص المشكلات الصحية ومعالجتها عملية ليست سهلة مطلقاً، إنها إجراءات صعبة وشاقة يمارسها الأطباء أثناء تفاعلهم مع المرضى. لقد حدد باتريك بايرن وبيري لونج Patrick Byrne and Barrie Long منذ عام (١٩٧٦) ، عدة أنواع أو أشكال من التفاعل مع المرضى وذلك من خلال تحليل ٢٥٠٠ تقرير طبي لاستشارات صحية مع مرضى في عدة بلدان، هي: إنكترا، إيرلندا، هولندا، استراليا. لقد اتجه كل طبيب إلى استعمال نمط ثابت من أنماط العلاقة المهنية مع المريض أثناء معالجته، وتبين أن أكثر هذه الأشكال استعمالاً هي نوعين:

النمط الأول: يسمى نمط العلاقة المتمركزة على الطبيب doctor-centered والتي يلعب فيها الطبيب المعالج دوراً فعالاً، حيث يكثر طرحه لأسئلة من النوع المغلق، التي تتطلب من المريض إجابة واحدة ومحددة هي "نعم ، أو لا" ، كما أن الطبيب في هذا النوع من العلاقة المهنية يركز على المشكلة الأولى التي يطرحها المريض في بداية اللقاء، ويتجاهل كل ما يطرحه لاحقاً من مشكلات أو أعراض ربما يعانونها. إن الطبيب الذي يعتمد هذا النموذج من العلاقة المهنية، يميل إلى أن يوجد صلة بين المشكلة الأولى التي طرحها المريض، وبين الأمراض/الأعراض العضوية بدون أن التطرق لآثارها ومعناها، ودلالاتها لدى المريض ، ويعني هذا أنه يعتمد الاتجاه الفسيولوجي الطبي المحض في تفسير المرض .

النمط الثاني، ويسمى نمط العلاقة المتمركزة على المريض/الزبون client-centered، وفيها يكون الطبيب أقل ممارسة لأسلوب الضغط والسيطرة، إنه يتيح مجاًلاً وحرية للمريض لأن يعبر عن نفسه، حيث يطرح عليه أسئلة مفتوحة النهاية مثل: " هل يمكنك أن تصف لي ما حدث، ما هي المواقف التي حدث فيها ذلك؟" مثل هذه الأسئلة تتيح للمريض حرية التعبير عما يجول في نفسه،

وما يعانيه، لذلك يكثر طرحه للمعلومات، والحقائق، من هنا يظهر وكأنه أكثر فعالية مما في النمط السابق من العلاقة. ويميل الأطباء في هذا النوع من العلاقة إلى تجنب أي تجاهل لما يقوله المريض، بل يجب إعطاؤه الفرصة لأن يشارك في اتخاذ القرارات.

تعتمد علاقة الطبيب/المريض على قدرة الاثنين على التواصل مع الآخر، ولكن الأطباء أحياناً، تنخفض لديهم درجة التواصل الفعال، لتأخذ طابعاً مهنيّاً طبيّاً محضاً، حيث يطغى على العلاقة والتواصل المصطلحات الفنية الطبية jargon التي تصدر عن الطبيب. مثلاً، حين يقول الطبيب لمرضاه الذين يعانون من ارتفاع الضغط: " يجب عليك التقليل من تناول الصوديوم"، فهذه عبارة/نصيحة طبية واضحة ومحددة جداً، ولكن السؤال هو: " هل فهم المريض ما تعني. فبعض الناس لا يعرفون بالضبط ماذا يعني الصوديوم، وبعضهم الآخر لا يملك فكرة واضحة عنها، وبعضهم يعرف أنها مجرد " ملح الطعام". لقد أظهرت نتائج الدراسات أن المرضى، وخاصة من ذوي الطبقات الاجتماعية الدنيا، يفشلون في فهم الكثير من المصطلحات والمفاهيم الطبية التي تصدر عن الطبيب مثل: المخاط mucus (مادة لزجة تفرزها بعض أجزاء الجسم، كالأنف)، التأتأة، الجلوكوز glucose .

إن استعمال الطبيب للمصطلحات الطبية الفنية المتخصصة قد يكون مفيداً من أجل الدقة في التواصل بين الاختصاصيين والمهنيين ، ولكن الأطباء الذين يستعملون المصطلحات والمفاهيم الطبية الفنية حين يتحدثون عن الأمراض، بدون أن يشرحوا معناها أو تفسيرها لمرضاهم، وبدون أن يتأكدوا من أنهم قد فهموها، ستخلق حالة من الارتباط والتشويش الذهني لدى هؤلاء المرضى، وقد يسيطر عليهم حالة من عدم الاقتناع بها، وعدم الرضا (Backman,1989)..

لماذا يستخدم الأطباء مصطلحات طبية متخصصة حين يعلمون بأن مرضاهم لم يفهموها؟ هنا عدة أسباب تقف وراء ذلك، الأول هو أن الأطباء يستعملون هذه المصطلحات والمفاهيم الطبية بحكم العادة، فقد اعتادوا على استعمالها والحديث بها فترات طويلة داخل العيادة وحتى خارجها، مما يجعله ينسى أنه يتقوه بها باستمرار، وحتى مع الأشخاص العاديين غير المتخصصين، والسبب الثاني هو أن قناعة بعض الأطباء بأن المريض " لا يحتاج إلى أن يعرف" معنى هذه المفاهيم الطبية، لأن الغاية النهائية من كل ذلك، هو الاستفادة التي سيجنيها المريض، ونتيجة المعالجة.

لماذا يكون من المفيد استعمال مصطلحات فنية /طبية متخصصة من قبل الطبيب أثناء لقائه بالمريض؟ للإجابة على هذا السؤال، نقول بأن الطبيب ربما يرى أنه من الأفضل أن يستعمل مصطلحات متخصصة لا يعرفها المريض، لأنه لا يريد منه أن يعرف حقيقة المرض الذي يعانيه ، والمعالجة التي تتمخض عنها، من جهة ثانية فإن معرفة المريض، ربما تخلق لديه حالة من التوتر والضغط النفسي التي تعيق عملية العلاج (Lavy, 1989).

إن سلوك الطبيب ونمط العلاقة التي يتبعها مع المريض/الزبون، لها تطبيقات وآثار هامة لكل من الأطباء والمرضى على حد سواء. فقد أظهرت نتيجة بعض الدراسات أن الناس الذين يميلون لإظهار الرضا والقناعة التامة بأطبائهم المعالجين ، لأنهم يتركون لهم حرية التعبير، والمناقشة، ويصغون لهم جيداً، يتيحون لهم المشاركة في وضع الخطة العلاجية واتخاذ القرارات، أكثر من المرضى الذين لا يعبرون عن هذه القناعة والرضا بأطبائهم.

ويمكن القول بأن قناعة المريض ورضاه عن طبيبه، ربما يترجم إلى سلوكيات عملية بالنسبة للالتزام بالمواعيد، والتقيد بالخطة العلاجية والدوائية.

وتبرز أهمية نمط العلاقة التي يتبعها الطبيب مع مرضاه (العلاقة المتمركزة على الطبيب، أم المتمركزة على المريض، التي سبق ذكرها) في عملية تشخيص المرض، وفي المعلومات التشخيصية التي يحصل عليها الطبيب. فقد تبين أن الأطباء المعالجين يختلفون فيما بينهم بدرجة كبيرة من حيث قدرتهم على حث المريض لإظهار أكبر قدر ممكن من العلامات التشخيصية الدالة على المرض، والحصول على تفاصيل مهمة بهذا الشأن. فمن المعروف أن الطبيب الذي يتبنى نمط العلاقة المتمركزة على المريض/الزبون، سيقدم له أسئلة مفتوحة النهاية، وتحتاج الإجابة عنها إلى كمية كبيرة من المعلومات، مما يتيح للمريض حرية التعبير وطرح أكبر قدر من هذه المعلومات التي تتضمن دلالات تشخيصية هامة، تساعد الطبيب في التشخيص والمعالجة.

سلوك المريض ونمط شخصيته:

على الرغم من أن سلوك الطبيب المعالج ونمط شخصيته، أو العلاقة التي يتبناها في تواصله مع المريض، ذات أهمية كبيرة في العملية التشخيصية والعلاجية خاصة، وفي العلاقة بينهما عامة، إلا أن سلوك المريض/الزبون ونمط شخصيته هي الأخرى من العوامل المؤثرة في العلاقة وفي تشخيص المرض وعلاجه. فقد يصدر عن المريض سلوكيات مزعجة، وتثير التوتر لدى الطبيب المعالج/أو مقدم الرعاية، من هذه السلوكيات:

- أن ينتقد المريض طبيبه انتقاداً حاداً أو يغضب عليه.
- أن يتجاهله، ويتجنب الانتباه إليه أثناء الحديث.
- تصميم المريض على إجراء تحاليلي مخبرية أو فحوصات يرى الطبيب أنه لا داعي لها.
- إظهار بعض علامات الغزل، أو العاطفة التي تعيق العملية العلاجية.

فإذا صدرت مثل هذه السلوكيات عن المريض أثناء العلاقة، فإن آثارها ستطال الشخصين معاً، بنفس الدرجة التي ستطال فيها تقديم الخدمات الصحية. من جهة ثانية فإن بعض الممارسات السيئة التي تصدر عن المريض، ربما تؤثر في ثقة الطبيب بنفسه وبخبرته الطبية، وأحياناً بالمهنة كلها . فمثل هذه الممارسات أو التصرفات، ربما تثير الضغط، والتوتر لدى الطبيب، وقد تثير غيظه، وانزعاجه ، مما ينعكس سلباً على العلاقة المهنية.

فهل يمكن أن يصدر عن المرضى تصرفات تسيء للعلاقة بينه وبين الطبيب/أو مقدم الخدمة أثناء التواصل؟ ، الإجابة على هذا السؤال هي " نعم" ، فربما لا يظهر المرضى أية علامة على التوتر أو الضيق الذي يشعرون به حول ظروف الفحص والمعالجة، وشروط إجراءاتها. وقد يصف المرضى الأعراض التي يخبروها بطريقة تسيء إلى التواصل وتضعفه، مثلاً، مرضتان تعاني كلاً منهما من مرض في الرؤية هو "بعد النظر" ، ويسأل الطبيب السؤال التالي " ما الذي يضايقك ويربكك؟" إحداهما، فنقول: " إنني لا أرى الإبرة، أو الورقة البيضاء "، بينما تجيب الثانية "إنني أعاني من الصداع، ويبدو أن عياني محمرتان وتدمعان"، من هاتين الإجابتين نرى أن كلا منهما قد تصرفت بطريقة مختلفة، بحيث أن كل واحدة ركزت على جانب معين فيما يتعلق بمشكلاتها، ومع ذلك فإن أياً من الإجابتين لم تكن ذات صلة وثيقة بسؤال الطبيب.

لماذا يصف المرضى الذين يعانون من نفس المشكلة الصحية (الأعراض) بطريقة مختلفة؟ أحد الأسباب وراء ذلك يتعلق بالطريقة التي يدرك فيها المريض الأعراض التي يعانيتها، وبالطريقة التي يفسرها فيها ويقيمها، فالناس يختلفون فيما بينهم من حيث درجة الانتباه، والتركيز على الحالات والمشاعر التي يتعرضون لها ، وصلة ذلك كله بما يعانونه من أعراض مرتبطة بالمشكلة الصحية. والسبب الثاني، هو أن الناس يختلفون فيما بينهم من حيث الخلفيات

الفكرية، والحس العام، وطريقة النظر على المرض. فحين يطرحون الأعراض التي يعانونها ويصرحون بها أمام الطبيب المعالج ، فقد يركزون على ما يعتقدون أنه هو المهم، وذلك استناداً إلى رؤيتهم ونظرتهم للأعراض المرضية. والسبب الثالث، هو أن المرضى ربما يحولون التأكيد على العرض/الأعراض التي يعتقد بأنها هي التي تعكس نوع المرض، والحالة التي يعانونها .

فقد يتحدث كثيراً عن عرض معين يعتقد بأنه هو المؤشر الوحيد على خطورة المرض الذي يعانيه. ومن المعروف أن الذي يعاني من " توهم المرض" يحاول أن يبعد انتباه الطبيب عن الأعراض الحسية التي يعاني القلق حيالها، بينما يركز بعضهم الآخر على أعراض القلق التي يعانونها بشكل أساسي.

هناك المثير من الإجراءات التي يمكن اتباعها من أجل تحسين عملية التواصل وتفعيلها بين الطبيب والمريض. فمهارات المقابلة لدى الطبيب يمكن تحسينها وتفعيلها من خلال برامج تدريبية يمكن أن يخضع لها الطبيب ويتعلم فيها كيف، ومتى يحصل على المعلومات أو يختصرها، وكيف ومتى يطرح الأسئلة، وأنواعها، وكيف يتأكد من صحة أو دقة المعلومات التي يطرحها المريض. لقد تبين أن أبسط طريقة يمكن اتباعها لتحسين التواصل وتفعيله بين المريض والطبيب هي التالية: بينما ينتظر المريض لحين موعد الدخول إلى العيادة أو الزيارة، يمكن وضع قائمة بالأسئلة التي يرى أن عليه أن يطرحها على الطبيب حين يقابله ويراه (Schwank,1990) .

ومن الأشياء التي يجب أن تبقى في الأذهان حول تفعيل أو تطوير علاقة الطبيب بالمريض ، هي أن الطبيب لا يتلقى تغذية راجعة (معلومات مرتدة) تبين له نتيجة عمله، أو الإيجابيات والسلبيات في سلوكه. ومع أن المريض يزور طبيبه عدة مرات وخاصة حين تتكرر الأعراض، أو يكون المرض خطيراً أو متأزماً ، فإنه الطبيب يبقى غير متأكداً من أن مريضه قد عبر عن دقة

التشخيص وفعالية المعالجة التي قدمها له. يظل الأطباء غير متأكدين من أن المريض سيواظب على خطة المعالجة بانتظام كما وضعها له وأوصاه باتباعها.

تفاعل المريض/الطبيب وتأثير كل منهما في الآخر:

يرجع مصطلح " دكتور " Doctor إلى أصل لاتيني docere والذي يعني " أن تعلم "، " to teach ". وهناك نوعان من التعليم الجيد يشتملان على:

١- تفسير، أو شرح المعلومات بوضوح وبطريقة منظمة.

٢- وكذلك تقييم ما إذا كان المتعلم قد تعلم، وفهم هذه المعلومات.

من هنا يمكننا القول بأن بعض الأطباء هم معلمين جيدين، وبعضهم الآخر ليس كذلك. والكثير من الأطباء ليسوا متأكدين من أن مرضاهم قد فهموا المعلومات/الإرشادات التي قدموها لهم، كما أن التواصل الناجح بين المريض والطبيب يشتمل على تأثر وتأثير، هذا التفاعل المتبادل، سينعكس على درجة التزام المريض بتعليمات الطبيب وبالدواء.

أولاً- التواصل مع المرضى:

لنفترض أن طبيبك قال لك " عليك أن تأخذ حبة كل ست ساعات "، فهل يعني هذا أنه يجب عليك أن تستيقظ في منتصف الليل لتأخذ حبة ؟ أو يكفي أن تتناولها خلال النهار فقط؟ وهل يجب عليك أن تسأل طبيبك عن ذلك؟. أحياناً تكون المعلومات التي قدمها الطبي غير واضحة، وقد تتساءل عما إذا كانت هذه المعلومات دقيقة وواضحة، ولكي تتأكد يمكنك أن تطرح عليه السؤال التالي: هل يجب علي تناولها كل ست ساعات بالضبط؟ والطبيب الذي يكون واضحاً ودقيقاً عليه أن يجب، ويقول " عليك أن تستيقظ في الليل لتناول الدواء، منعاً من حدوث العدوى أو رجوع الأعراض "، فإذا لم يقل الطبيب ذلك، سيحاول المرضى أن يجيبوا عن هذا السؤال بأنفسهم، وغالباً بشكل غير دقيق، أو مغلوطاً. (Morell, et al., 1995).

يغادر العديد من المرضى عبادة الطبيب أو مكتبه دون أن يعرفوا كيف سيتابعون العلاج الدوائي، ويواظبون عليه. ففي دراسة تم فيها مقابلة الكثير من المرضى في مراكز الرعاية الصحية ، بهدف الكشف عما إذا كان هؤلاء المرضى قد تأكدوا من معرفتهم وفهمهم لطريقة تناول الدواء والمواظبة عليه وكذلك الكشف عما إذا كان التفاعل اللفظي الفعلي بين المريض والطبيب قد تضمن معلومات كافية عن كيفية تناول الدواء وفهم نصائح الطبيب الطبية، وقد أظهرت النتائج أن :

١- معرفة المرضى لطريقة العلاج الدوائي وكيفية استعماله كانت

غامضة ومشوشة، فقد عبر نصف الذين تمت مقابلتهم عن عدم فهمهم ومعرفتهم بكيفية تناول الدواء، وأن واحد من كل خمسة، لم يعرفوا الهدف، والطريقة التي يتم فيها تناوله،

٢- إن السبب الرئيسي وراء عدم فهمهم لكيفية تناول الدواء والمواظبة

عليه هي أن الطبيب نفسه لم يقدم لهم المعلومات الكافية، فنصف الوصفات الطبية التي قدمت لهم لم تكن تشتمل على صفحة التعليمات الطبية عن استعمال الدواء،

٣- المرضى لم يسألوا إلا أسئلة محدودة جداً أثناء مقابلتهم للطبيب

والكثيرين منهم لم يطرحوا أي سؤال عليه،

٤- تبين أنه كلما كانت تعليمات الطبي بوضحة، ومصرح بها، كلما كان

النزاه المرضى بها أكثر، وكان تناولهم للعلاج الدوائي والمواظبة عليه أكثر.

يقضي الأطباء وقتاً قصيراً جداً في شرح التعليمات لمرضاهم أثناء الزيارة

بحيث لا تتعدى دقائق ، مما يسبب الكثير من المعضلات في فهم التعليمات، وكيفية تناول الدواء ، وحتى في عدم الالتزام بتناوله. وقد أجريت دراسة بحثت

في تقارير طبية عن مقابلات لأطباء مع مرضاهم في العيادات الخاصة وفي المستشفيات والمراكز الصحية، وتبين أنه أثناء الزيارة والمقابلة، التي لم تستمر لأكثر من ٢٠ دقيقة، لم يقض الأطباء إلا دقيقة واحدة، أي بنسبة (٥ %) من زمن المقابلة والتواصل مع المريض ، ليشرح له طريقة تناول الدواء، وطبيعة المرض، وكيفية معالجته. والملفت في هذه الدراسة، ان الأطباء أنفسهم قرروا أنهم تواصلوا جدياً مع مرضاهم وشرحوا لهم طبيعة المرض، وعلاجه، وكيفية تناول الدواء، وحين تم طرح السؤال التالي عليهم: كم من الوقت أمضيته في تقديم المعلومات لمرضاك؟ فإن الإجابة كانت أن كل واحد منهم أمضى وقتاً أطول بكثير مما ذكره المرضى أنفسهم، وهذه النتيجة تعبر عن عدم تناسق أو صدق إجابات طرفي التفاعل . وفي دراسات أخرى، تم التوصل إلى أن الأطباء يقضون وقتاً أطول في التفاعل مع مرضاهم وتقديم معلومات كافية عن تناول الدواء، وأن طول الفترة التي يقضيها الطبيب في تقديم المعلومات لمرضاه كانت حوالي (١٠ %) من زمن الزيارة أو اللقاء (Bimatteo,1985).

يمكننا أن نقول بأنه كلما زاد تواصل الطبيب مع مريضه، وكلما قدم له معلومات كافية، وواضحة، عن طبيعة مرضه، وكيفية معالجته، وتناول الدواء واستعماله؛ زاد من التزام المريض بهذه التعليمات وبالتالي تقيد بالنصائح الطبية حتى يحقق العلاج أغراضه.

ثانياً- التزام المريض بالتعليمات ويتناول الدواء، وصلته بتفاعل الطبيب/المريض:

كما تبين سابقاً، فإن الناس يفضلون نمط العلاقة المتمركزة على المريض أي تلك التي يكون فيها المريض فعالاً ويتحدث عن حالته. وقد أظهرت نتائج الدراسات أن الأشخاص الذين يكونون علاقات إيجابية وفعالة، وجيدة مع أطباءهم هم الأكثر تقيداً بتعليمات هؤلاء الأطباء والتزاماً بتناول الدواء بشكل دقيق. فقد

تبين أن الكثير من أمهات المرضى من الأطفال لم يتلقين عبارات واضحة عن الكثير من المعلومات الخاطئة التي تكونت لديهن حول أسباب أمراض أطفالهن وأن أكثرهن لم يكن راضيات عن طبيعة العلاقة والتفاعل الذي يتم مع الطبيب وأن أكثر العضلات التي واجهتهن، هي أنه لم تتم الاستجابة لأسئلتهن ، ولم يعمل هؤلاء الأطباء على خفض القلق الذي كن يشعرن به أثناء اللقاء.

من جهة ثانية فقد تم بحث وتقييم ما إذا كان الالتزام بتناول الدواء وتنفيذ التعليمات الطبية مرتبط برضا أمهات المرضى وطمأنينتهن أثناء الزيارة، ولتحقيق هذا الهدف فقد قام الباحثون بزيارة الأمهات بعد أسبوع أو أسبوعين من زيارتهن لعيادة الطبيب، من أجل تقييم درجة التزام أبنائهن المرضى بتعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام، وقد تم ذلك من خلال مقابلة الأم، واستجابتها لكيفية تناول ابنها للدواء. وقد ظهر أن الأمهات اللواتي كن أكثر رضا من زيارة الطبيب، وأكثر قناعة وطمأنينة، ودفئاً ، هن الأكثر تواصلًا، وتفهماً لتعليمات الطبيب، وأن أبنائهن يتبعن تنفيذ تعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام (Simon,1991&Kaplan,).

باختصار يمكننا القول ، إن الأسباب التي تدفع المريض لتنفيذ تعليمات الطبيب والتقيد بتناول العلاج الدوائي، أو عدم التقيد به، يرتبط بخصائص المريض النفسية، وبشخصية الطبيب ومهاراته ، وبنوعية العلاقة بين الطرفين. فكيف يمكننا أن نغير سلوك المريض من عدم الالتزام بتناول الدواء وتعليمات الطبيب إلى التزام ، وانتظام في تناوله ؟ وما هي الإجراءات التي يمكننا اتباعها لتحسين التزام المريض ، والتقيد بالتعليمات الطبية ؟ هذا ما سنجيب عنه في الفقرة التالية .

رفع مستوى التزام المريض بالتعليمات وبالعلاج الدوائي، وتحسينه :

إن رفع مستوى التزام المريض بتناول الدواء وتقييد بنصائح الطبيب، يساعد على بلوغ أهداف العلاج، فما أهمية التزام المريض بتناول الدواء وامتناله لنصائح الطبيب؟ يسعى العاملون في الخدمات الصحية إلى تعليم المريض التقييد بتعليمات الطبيب وتناول الدواء وفقاً لهذه التعليمات، فهل الالتزام الضعيف، أو عدم التقييد بتناول الدواء بشكل كامل، يعتبر أمراً مقبولاً من قبل الطبيب؟ أي ما هو مستوى الالتزام الذي يجب أن يتقده به المريض ليحقق نتائج إيجابية من العلاج الدوائي؟ وما هو مستوى الامتثال الذي يعتبر مقبولاً؟

أولاً- عدم الالتزام بتناول الدواء، أو عدم الامتثال لتعليمات الطبيب وعواقبها الصحية:

عند عدم التزام المريض بتناول الدواء بانتظام ووفقاً لتعليمات الطبيب، فإن مخاطر صحية يمكن توقعها، وقد تحدث مشكلات صحية جديدة لم تكن موجودة في السابق، أو تطور المشكلة الصحية الأساسية لدى المريض وتنتج نحو مزيد من التعقيد. فقد تبين أن نسبة (٢٠%) من المرضى المنومين بالمستشفيات يعانون من حالات مرضية ناتجة عن عدم تقيدهم بتناول الدواء بانتظام، وعدم امتثالهم لتعليمات الطبيب. كما تبين أن مرضى القلب الذين والنوبات القلبية الذين لم ينفقوا بتناول الدواء بانتظام، ولم يمتثلوا لنصائح الطبيب وتعليماته، هم أكثر عرضة للموت بنسبة تزيد (٣) مرات، مقارنة بأقرانهم من المرضى الذين التزموا بهذه التعليمات والدواء. إن عدم الالتزام بتعليمات الطبيب وبتناول الدواء بانتظام لا تحدد بمفردها الحالة الصحية للمريض وذلك لسببين: الأول هو أن بعض العلاجات أو الأدوية قد تكون مؤذية لصحة المريض، وتكون لها آثاراً جانبية خطيرة أحياناً، من هنا يجب على المرضى مراقبة حالتهم الصحية بدقة،

وإخبار الطبيب بما يلاحظونه حالاً، والسبب الآخر هو أن بعض الأطباء يصفون أدوية لمرضاهم تكون غير ضرورية، ولا لزوم لها، بهدف تحقيق أغراض معينة، مثل تحقيق رضا المريض، وإشباع رغباته، وحاجاته النفسية، أو لتجنب بعض المخاطر النفسية والشخصية. ففي أكثر الحالات، تتفق توصيات الطبيب والأدوية التي يصفها مع حالة المريض الصحية ومشكلاته وهذه هي القاعدة الطبية، ولكن حتى حين يقدم للمريض تعليمات أو أدوية معينة، فنحن أمام حالتين، الأولى: هي أن الذين يلتزمون بها قد لا يظهرون الفوائد والنتائج الصحية المرغوبة من ورائها، والثانية، هي أن البعض قد يظهر فوائد صحية، وتحسن حالتهم أكثر من غيرهم (Hayes, et al, 1994).

ترتبط أهمية الامتثال لتعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام بدرجة وثيقة بمشكلة المريض الصحية أو المرض الذي يعانيه، وبنوع العلاج أو الدواء الذي يناسبه. فمرضى ارتفاع الضغط، مثلاً، عليهم أن يتناولوا (٨٠ %) من الدواء الذي يوصف لهم بانتظام حتى يحقق العلاج النتائج المرغوبة في خفض مستوى ضغط الدم لديهم، أما بالنسبة لأمراض أو مشكلات صحية أخرى فإن تناول نسبة (٨٠ %) من الدواء ليست ضرورية، فهناك حالات مرضية غير خطيرة، ويكون تناول نسبة (٥٠ %) من الدواء كافياً لتحقيق أغراض المعالجة، ففي حالات صحية بسيطة يكون تناول (١٠ %) من البنسلين كافياً لخفض المشكلة والأعراض. من هنا نتحدث عن حالة من الالتزام نسميها الالتزام غير الصحي *unhealthful adherence* أو الامتثال غير المفيد، والذي يمكن تعريفه بأنه " النقطة أو العتبة التي تقع دون تحقيق أدنى مستوى من الفائدة والنتائج الصحية المطلوبة - علاجياً، ووقائياً - التي يجب أن يلتزم بها المريض في تناول الدواء الذي وصفه له الطبيب". فإذا لم يتناول المريض الدواء إلى هذه العتبة (بهذا المستوى)، فلن يحقق النتائج الصحية المطلوبة من ورائه. من هنا يجب على

المرضى الالتزام بهذا المستوى من الدواء حتى تتحقق الفوائد الصحية. وهناك نقطتين يجب توضيحهما، بهذا الخصوص: الأولى، هي أن الالتزام التام بتناول الدواء والامتثال المطلق لتعليمات الطبيب، قد لا يكون ضرورياً أو لازماً في الكثير من الحالات، والثانية، هي أن مستويات الالتزام الفعلية التي يعتمدها المريض بتناول الدواء قد لا تكون كافية، فهي بحاجة إلى تفعيل وتحسين، حتى يحقق العلاج أغراضه.

ثانياً- طرائق تحسين التزام المريض بالدواء وتفعيل امتثاله لتعليمات الطبيب:

بدلاً من محاولة الأطباء منع حدوث عدم التزام المريض بتناول الدواء، عليهم أن يطبقوا إجراءات تساعد في تحسين هذا التزام وتفعيل تطبيق التعليمات الطبية، فما هي الطرائق التي يمكن إتباعها لتحقيق هذا الغرض؟ أظهرت بعض الدراسات التي أجريت للإجابة عن هذا السؤال، أن أول خطوة يجب على الأطباء اتباعها حين لا يلتزم المريض بتناول الدواء هي تقديم المعلومات إليه، وشرح طريقة تناوله، وتكرار هذه المعلومات عدة مرات حتى يفهمها. إن تقديم المعلومات للمريض، عن حالته أو مرضه، وعن طريقة المعالجة، وكيفية استعمال الدواء، والتأكد من فهمه لها، تساعد مجملها على خفض معدل عدم التزام المريض، وبالتالي تحسين امتثاله لتعليمات الطبيب بتناول الدواء بدقة.

والطريقة الأخرى، هي تحسين تواصل الطبيب مع مريضه، لأن نوع التواصل وطريقة التفاعل التي يعتمدها الطبيب يمكن أن تفعل وتطور، بحيث تساعد في رفع مستوى التزام المريض بالتعليمات الطبية. وقد هدفت بعض الدراسات إلى تصميم برامج لتدريب الأطباء على التواصل، وتنفيذها عبر جلسات محددة، بهدف رفع مستوى تواصلهم مع المرضى وتفعيلها بما يحقق الأهداف الصحية المطلوبة، منها مثلاً كيفية التعامل مع المرضى القلقين، أو ذوي الحساسية العالية، أو أصحاب المزاج الصعب، بما يساعد على رفع مستوى التزام هؤلاء

المرضى يتناول الدواء بانتظام والتقييد بالتعليمات. وقد تم تقسيم الأطباء المبحوثين إلى مجموعتين: الأولى، تمثل المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج التدريبي ، والثانية المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لبرنامج، وقد تبين أن أطباء المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج قد أمضوا وقتاً أطول في تقديم المعلومات لمرضاهم أثناء الزيارة واللقاء، مما رفع من مستوى التزام المرضى بتعليماتهم وتقيدهم بتناول الدواء بانتظام، وذلك على عكس أطباء المجموعة الضابطة (Hall, 1990).

ولأن غالبية المرضى، لا يفهمون تعليمات الطبيب، أو توصياته الطبية، فبإمكان الأطباء أن يتعلموا على تقنيات نوعية ومحددة حول طريقة تقديم المعلومات، والنصائح، والتوصيات لتكون أكثر فعالية. ومن أبرز هذه الطرق التي يجب على الأطباء إتباعها:

- ٥- استعمال كلمات واضحة أثناء التواصل، بحيث تكون العبارات بلغة مفهومة وفقاً للغة المريض ولهجته، وفقاً لمستوى فهمه وتفكيره ومعارفه.
- ٦- استعمال كلمات حسية، وملموسة، وواقعية بدلاً من الكلمات، أو العبارات المجردة، ويمكن ذلك من خلال الأمثلة الواقعية، كأن يقول الطبيب لمريضه مايلي: " عليك أن تمشي كيلومتراً واحداً كل يوم، في الأسبوع الأول، و تمشي ٢ كيلومتر يومياً في الأسبوع الثاني"، بدلاً من أن يقول له " عليك أن تمارس الرياضة يومياً".
- ٧- يمكن للطبيب أن يوزع تناول المريض للدواء على فترات أو دفعات، بدلاً من استعمالها كاملة لفترة واحدة متواصلة. فمن المعروف أن الكثير من المرضى يتقيدون بتناول الدواء في المراحل الأولى من المعالجة، ثم ينسونها أو يتجاهلون في الأوقات اللاحقة (بعد فترة زمنية)، وخاصة بالنسبة للأمراض المزمنة التي يكون علاجها طويل الأمد. من هنا يمكن

للطبيب أن يوزع تناول الدواء على مراحل، يتخللها فترات استراحة، وذلك حسب نوع المرض والدواء الذي يقدمه.

٨- على الطبيب أن يطلب من مريضه مراجعته بعد فترة زمنية معينة، من أجل متابعة حالته، وأن يأتي المريض بالدواء المتبقي، بحيث يتعرف على كمية ما تناوله، ودرجة تقيده بالعلاج الدوائي الذي وصفه له.

تعتبر هذه الطرائق، فنيات سلوكية مفيدة في تحسين التزام المريض بالعلاج الدوائي وامتناله لتعليمات الطبيب وخاصة بالنسبة للمعالجة قصيرة الأمد short-term (ذات الفترة المحدودة) كما في الأمراض الحادة acute diseases، ولكنها ليست مفيدة بالنسبة للمعالجة طويلة الأمد long-term (ذات الزمن الطويل) كما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة chronic diseases مثل السكري، والقرحة، والربو. لذلك اتجه الباحثون إلى وضع فنيات وطرائق تساعد في تحسين التزام المريض بتناول الدواء طويل الأمد، وتوصلوا على عدة طرائق منها:

٣- الدعم أو المساندة الاجتماعية، فيمكن للطبيب أن يشرك أهل المريض وأقربائه، وأصدقائه لمساعدته في تناول الدواء وتنفيذ تعليمات الطبيب بدقة، ومتابعتهم له باستمرار. ويمكن لهذه المساعدة وهذا الدعم أن يساعد في تكوين اتجاهات إيجابية لدى المريض، كما أن تلقيه للمعززات،، والتشجيع، والمساندة أثناء تنفيذه لتعليمات الطبيب وتناول الدواء، تجعله جميعها أكثر التزاماً وتقيداً بها، وتنفيذاً لتعليمات الطبيب. ويمكن للمريض أن يتلقى الدعم الاجتماعي ليس فقط من الأهل والأقارب، والأصدقاء، بل من المؤسسات الصحية، كمراكز الرعاية الأولية، والخدمات الطبية، وغيرها، ما يقدم لها الدعم والمساعدة، والتي تزيد من تقديره لذاته، وشعوره بالانتماء.

٤- هناك عدداً من التقنيات السلوكية التي تساعد المريض وترفع من درجة التزامه ، وتنفيذه للتعليمات الطبية العلاجية، من هذه التقنيات:

أ- تكيف نظام العلاج الدوائي tailoring the regimen ليناسب حالة المريض. فالكثير من الأدوية يمكن تعديلها لتناسب عادات المريض ودافعيته، فمثلاً، تناول حبة دواء في المنزل بعد الإفطار، أو قبل النوم، يسهل تنفيذها من قبل الكثير من الناس بدلاً من إعطاء دواء يجب تناوله في منتصف النهار.

ب- تقديم تذكرات وملحوظات، أو مفكرة يومية، تتضمن إشارات تساعد المريض على أن يتذكر تناول الدواء والأنشطة الصحية التي وصفها الطبيب، ويمكن أن تكون جانب الهاتف، أو في مذكرة المواعيد ، كما أن علبه الدواء نفسها يمكن أن تتضمن مؤشراً على تناوله بحيث تبقى مع أغراضه الشخصية.

ت- مراقبة الذات، حيث يسجل المريض ما يقوم به من أنشطة علاجية سواء كانت تناول الدواء، أو ممارسة تمارين، أو حمية غذائية (ما يتناوله من طعام يومياً)، بحيث يسجل كل واحدة منها في سجل خاص، بما يتيح له أن يلاحظ ما يقوم به من سلوكيات علاجية صحية .

ث- التعاقد السلوكي behavioral contracting، وفيها يتناقش الطبيب مع مريضه ويتحاوران حول النظام العلاجي الدوائي وغير الدوائي، والأهداف المرجوة منه، والمكاسب التي سيحققها المريض حين ينجح في تنفيذها.

إن الفوائد التي تحققها هذه الطرق تجعل المريض أكثر نشاطاً وفعالية في تنفيذ التعليمات الطبية. ومن الممكن أن يتم ذلك بمساعدة الطبيب، أو فريق التمريض، أو الأهل، والأصدقاء . إن هذه الطرق التي تزيد من التزام المريض بتناول الدواء، وتنفيذ التعليمات، تقع بالدرجة الأولى على عاتق الطبيب

المختص الذي يلعب دوراً نشطاً في مساعدة المريض، إلا أن هناك طرقاً وتقنيات أخرى يقع عبء تنفيذها على أخصائيين آخرين، مثل متخصصي الخدمة الاجتماعية الطبية، والتمريض، والأخصائيين النفسيين الذين يمكنهم القيام بأدوار فعالة تساعد المريض على تنفيذ التعليمات وتناول الدواء والعلاج بانتظام (Meichenbaum and Turk, 1991).

ملخص الفصل:

تعتبر أنظمة الرعاية الصحية - من حيث تقديمها، وإدارتها، وتنفيذها - عملية معقدة أو مركبة لأنها تشتمل على العديد من المختصين الذين يعملون على تقديم الخدمات الصحية للمرضى.

إن قرار الشخص بأنه مريض ويحتاج إلى علاج طبي، إنما يعتمد على الأعراض التي تظهر لديه، وهذه الأعراض التي تعتبر مؤشرات المرض، تختلف من شخص لآخر، وعند الشخص نفسه من وقت إلى آخر، فبعضهم يراقب نفسه وسلوكه وحالة جسمه باستمرار، ويعير انتباهاً خاصاً لأعضاء جسمه، والتغيرات التي تحدث فيه، بينما بعضهم الآخر أقل انشغالاً بجسمه وصحته. وتلعب علاقة الطبيب بالمريض دوراً مهماً في المعالجة. وهناك نوعان من نمط العلاقة بين الطبيب والمريض، الأولى هو العلاقة المتمركزة على الطبيب التي يكون فيها المعالج فعالاً، ويكون المريض سلبياً تقريباً، والعلاقة المتمركز على المريض، والتي يكون فيها المتعالج/المريض فعالاً ومتحدثاً، ويشارك في خطة العلاج. أما عن درجة التزام المريض بتعليمات الطبيب وتناول الدواء، فهي نفسها تتأثر بعوامل متعددة، من أبرزها نوع العلاقة مع الطبيب، وتقبله له، ورضاه عنه، كما تتأثر بنوع المرض هل هو خطير، حاد، مزمن أو غير ذلك. وهناك طرقاً وتقنيات متعددة يمكن أن تساعد في تحسين التزام المريض بتناول العلاج، والامتثال لتعليمات الطبيب منها: الدعم الاجتماعي (سواء من قبل

الطبيب نفسه، أو الممرضين، أو المراكز الصحية، أو من الأهل والأصدقاء)، ومن الإجراءات التي يمكن أن يتبعها الطبيب في ذلك، تعديل نظام العلاج، من حيث كميته وأوقاته، والتحدث مع المريض وتقديم معلومات له، والتحدث بلغته ولهجته ومستوى فهمه وتفكيره وثقافته، إضافة على تحسين التواصل معه. أما عن التقنيات السلوكية التي تحسن من التزام المريض بالتعليمات وتناول الدواء، فمنها: مراقبة المريض لذاته، وسلوكه، والتعاقد السلوكي مع الطبيب بالحوار والمناقشة، واستخدام مذكرات وسجلات تذكره بتناول العلاج.



التأهيل والتمكين للمرضى والعاجزين في علم النفس الطبي

تتنوع فئات المصابين بالعاهات الجسمية والإعاقات الحركية ، والعجز الجسدي والعقلي، مما يترك أثراً نفسية وسلوكية متنوعة في حياة المصاب، ويختلف تأثيرها باختلاف شخصية صاحبها ونوع العجز نفسه. ولعل موقف المجتمع من صاحب العاهة يفوق أثره أحياناً أثر العاهة نفسها في خلق الصراع النفسي والإحباط، وتفاقم الشعور بالنقص (الصحة العربية، ٢٠٠١). من هنا تبرز أهمية برامج التأهيل في ميدان علم النفس الطبي، حتى ظهرت برامج تدريبية متخصصة تقدم للأخصائيين النفسيين في مجال التأهيل كما هو الحال في جامعة ريزرف الغربية Western Reserve University في الولايات المتحدة الأمريكية، وبرنامج علم النفس الجسدي Somatic Psychology جامعة كانساس Kansas University الذي أصبح برنامجاً متضمناً في البرنامج الأكبر لعلم النفس الإكلينيكي.

إن الحاجة المتزايدة كانت وراء الاهتمام ببرامج التأهيل الطبي والنفسي فقد تزايدت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكري، والقرحة، والأمراض المميتة مثل السرطان، وأمراض القلب والإيدز إضافة إلى الإعاقات الجسمية والعقلية. فقد أشار بعض الأطباء المختصين والممارسين نضاله الشديد مع الصعوبات المعرفية التي تلي العلاج الكيماوي للمصابين بالسرطان، ومدى الاضطراب والتعب الذي عاناه بعد المعالجة ، فالعلاج الطبيعي متاح ومفيد في المراكز الطبية، ولكن ماذا عن دور سيكولوجية التأهيل؟ هكذا تظهر أهمية برامج التأهيل في الممارسة الطبية لتشمل عناصر الخدمات الصحية بأكملها. فما معنى التأهيل ، وما أشكاله، وما هو التمكين في علم النفس الطبي؟

طبيعة التأهيل وأشكاله:

تتطوي حياة الفرد من بدايتها حتى نهايتها سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته وبين البيئة التي يعيش فيها، ويهدف هذا التفاعل إلى إيجاد التوازن أو التوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية وبين ما تنسم به هذه البيئة من صفات ومتطلبات وتفاعلات اجتماعية. وكلما اختلف هذا التوافق لسبب ما بذل الفرد جهده لمواصلة توافقه مع بيئته من خلال خبرته الشخصية أو من خلال الأسرة أو ما تعلمه في المؤسسات التربوية، وبذلك فهو في حالة توافق مستمر وحالة تعلم مستمر يساند هذا التوافق، والمصطلح الذي يعبر عن عملية التوافق والتعلم الذي يدعمه هو ما يسمى تأهيل Habilitation ، وهي مرادفة للكلمات التالية: تكيف Adjustment ، تعليم Education ، توافق Adaptation .

ولكن أحياناً أو في مرحلة من مراحل النمو تختل عملية التوافق (أو التأهيل) مع البيئة، ولا يستطيع الشخص مواجهة هذا الاختلال بمفرده، فيحتاج إلى خدمات غيره من أجل مساعدته في إعادة التوافق، أو إعادة التكيف أو (إعادة التأهيل) سواء كانت هذه الخدمات على شكل توجيه الفرد أو إرشاده، أو تعليمه أو تطوير صفاته البدنية أو العقلية ، أو السلوكية (تطوير صفاته الشخصية)، أو كانت على شكل تطوير في بيئته نفسها بحيث تتلاءم مع صفاته الشخصية، وهذا يعني أنه بحاجة إلى عملية إعادة تعلم Relearning ، أو إعادة تكيف Readjustment أو إعادة توافق Readaptation أو إعادة تعليم Reeducation أو إعادة تأهيل Rehabilitation ، وبذلك تعرف عملية إعادة التأهيل بأنها " إعادة تكيف أو إعادة توافق ، أو إعادة إعداد وتأهيل للحياة ". ويميز البعض بين التأهيل وإعادة التأهيل على اعتبار أن التأهيل Habilitation يمكن أن يكون اهتمامه بأولئك الذين حدث لديهم العجز في أعمار مبكرة قبل أن تكون لهم أنشطة وقبل أن يتعلموا أساليب الحياة ، وأن كل

فرد بعد ولادته يمر بعملية تأهيل، ولكن إعادة التأهيل Rehabilitation بالمقابل يعني إعادة العيش أو إعادة التكيف الذي فقد بعد التعرض لعجز أو إعاقة أي إعادة العودة للحياة. وذلك لأن الفرد قد فقد التكيف والتأهيل الذي كان قد اكتسبه في حياته السابقة قبل الإصابة، أما بعد الإصابة أو العجز، فهو بحاجة إلى تأهيل جديد يسمى إعادة تأهيل. وبما أن مفهوم التأهيل استقر في الأذهان ليعني التأهيل وإعادة التأهيل على حد سواء، فلا بأس من الاستمرار في التعامل مع مفهوم واحد هو التأهيل للدلالة على الحالتين معاً.

فإذا كان وجه الاختلال توافق الشخص أو تكيفه مقتصرأً على ناحية طبية أطلقنا على ما يحتاجه من التأهيل اسم "التأهيل الطبي Medical Rehabilitation أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره من قدرات بدنية أو جسمية، مثل حالات بتر الأطراف، فيكون تأهيلها طبياً هو إمداد المعاق بالأطراف الاصطناعية بعد جراحة البتر، أو بعد إعادة الجراحة التي تلزم أحياناً إذا لم تكون الجراحة الأولى ملائمة لتركيب واستخدام الطرف الصناعي، ثم تدريب عضلاته على تحمل الطرف الصناعي (الجديد) وتدريب توازنه العصبي والعضلي على كيفية استخدام الطرف في شؤون حياته اليومية، والأمر نفسه بالنسبة لضعيف السمع حين تستخدم معه أجهزة تقوية السمع وتدريبه (تأهيله) على استعمالها، وكذلك الأمر بالنسبة لضعيف البصر، وتدريبه (تأهيله) لاستخدام العدسات الطبية، و حالات الشلل، وإصابات العمود الفقري، والنخاع الشوكي، إلى غير ذلك من علاجات طبيعية وجراحية في سبيل إعادة الفرد أقرب ما يكون إلى الصلاحية (التوافق) لممارسة حياته الاجتماعية والمهنية المستقبلية، وذلك كله في إطار خطة للمعاق.

أما إذا كان المصاب في حاجة إلى إعادة توافق وتكيف من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى ما يسمى تأهيل نفسي Psychological Rehabilitation حيث

يتناول الأخصائي النفسي بالتعاون مع الطبيب ، والأخصائي الاجتماعي، لأن تشخيص الحالة يحتاج الاستعانة بتاريخ المصاب وبظروفه التي سبقت الإصابة وكذلك الاستعانة بملاحظات الأسرة وتاريخها الصحي والوراثي، أو الاستعانة بالمعلمين، وزملاء العمل ، أو بالطبيب النفسي إذا وجد اشتباه بمرض عقلي. وعلم النفس الجسدي أي سيكولوجية الأمراض الجسمية أو ما يسمى " السوماتو سيكولوجي Somatopsychology يبحث في الآثار التي تحدثها الإعاقة الجسمية على نفسية المصاب وحالته العقلية والسلوكية. من هنا يركز التأهيل على معالجة هذه المشكلات النفسية التي نتجت عن الإعاقة أو الإصابة الجسمية أو العجز.

وإذا كان وجه اختلال تكيف الفرد أو توافقه للحياة هو فقد وظيفته التي يرتزق منها أو عجز عن الاستمرار في ممارسة المهنة أو الوظيفة بسبب حدوث عوائق بيئية (كالانتقال، والهجرة)، أو بسبب تغيير طرأ على حالته الجسمية (كالعاهة، أو الإصابة، أو المرض المزمن)، أو انحراف في قدراته العقلية والانفعالية (مرض نفسي)، فهذا هو أقصى أنواع عدم التكيف أو عدم التوافق، ولذلك فإن مثل هذا الشخص بحاجة ماسة إلى ما يسمى بالتأهيل المهني Vocational Rehabilitation . فالتأهيل المهني هو إعادة التكيف أو إعادة التوافق من الناحية المهنية سواء كان الفرد الذي نقوم بتأهيله مصاباً بعجز في صفاء هو ، أم كان السبب بعيداً عنه، فإن التأهيل المهني للمصابين بعجز أو يعوق تكيفهم مهنيًا فإننا نطلق عليه اسم التأهيل المهني للمعوقين .

وقد عرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني لمعوقين بأنه " ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة والمترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني، والتدريب المهني، والتشغيل، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه "

وتختلف حاجات الأفراد من حيث مدى حاجتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع في وقت واحد: النفسي، الطبي، الاجتماعي، المهني.

وتعرف عملية تأهيل المعوقين بأنها "تقديم الخدمات الاجتماعية، والنفسية، والطبية، والتعليمية، والمهنية التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرتة لتمكينه من التغلب على الآثار التي نتجت عن عجزه أو إعاقته".

التمكين:

لقد ظهر مصطلح التمكين empowerment من خلال اهتمام علماء النفس الطبي بتأهيل المرضى والعجزة والمعاقين كما أشارت بحوث المعهد الوطني للإعاقات والتأهيل الأمريكي عام ١٩٩١ ، فما هو التمكين ؟ وعلاقته بالتأهيل؟

معنى التمكين:

يرتبط مفهوم التمكين بمفهوم التأهيل الذي يعمل على إعادة الفرد المصاب بالعجز والمرض المزمن الجسدي أو العقلي إلى أقصى حالاته من حيث أداء الوظائف المرتبطة بأوجه الحياة المختلفة ، وبذلك فإن جوهر عملية التأهيل هو أن نمكن empower الفرد من أن يؤدي وظائفه على أفضل وجه ممكن نتيجته له قدراته الجسمية والعقلية التي كانت قبل الإصابة. وبذلك حين نؤهل المريض أو المصاب فيعني أن نمكنه من أن يفعل ويفكر، ويشعر، ويتصرف ويحس على أفضل نحو ممكن. وقد تم التأكيد على مفهوم التمكين باعتباره حجر الزاوية في الهوية ، كما تزايد الاهتمام به في علم النفس الطبي والتأهيل النفسي، وذلك لأن من أطلق عليهم مرضى patients أصبحوا يسمون مستهلكين أو مستفيدين أو زبائن consumers ثم أطلق عليهم مشاركون constituents وذلك لأن النظرة إليهم تحولت من التركيز على الضرر والعجز، وجوانب القصور إلى

التركيز على الإمكانيات والمزايا والقدرات المتوفرة، وبذلك تصبح النظرة للمصابين أكثر ايجابية. وتدمج نظرية التمكين مفاهيم السيطرة والتحكم مع منهج الحياة الفعل، والفهم الناقد للبيئة الاجتماعية، والتي تحدث على ثلاث مستويات: القيم، والعمليات، والنتائج:

١- عمليات التمكين : تتضمن عمليات التمكين الآليات والأساليب التي يكتسب من خلالها الأفراد والمؤسسات الصحية والاجتماعية السيطرة control والتمكن أو الإتقان mastery للسلوكيات السوية الشخصية والبيئية، والمشاركة في اتخاذ القرارات قيم التمكين: تتضمن قيم التمكين المعتقدات المتعلقة بقضايا الصحة ، health والتكيف adaptation والكفاءة competence حيث يركز على السواء مقابل الشذوذ، والصحة مقابل المرض ، والكفاءة مقابل العجز وذلك كله بهدف تدريب العاجزين والمرضى ليصبحوا أقدر في التغلب على صعوباتهم اليومية وتحقيق الاندماج في المجتمع.

٢- العمليات المؤثرة في حياتهم، ولذلك تشتمل هذه العمليات على: مهارات صنع القرارات، وتعلم الفرد التفكير الناقد لبيئته الاجتماعية التي تتيح له الاستفادة من مواردها، ومنها التعاون مع الآخرين.

٣- أهداف التمكين: يهدف التمكين عموماً، إلى تقوية أنظمة الاعتقاد القائمة على قناعة الجماعة، وإيجاد مصادر دعم ومساندة، وقادة مشتركة وشاملة، حتى تتيح للأفراد والمؤسسات الصحية والاجتماعية أن يصبحوا أكثر اعتماداً على الذات self-reliant، وأكثر تحكماً وسيطرة على ذواتهم self-governing وعلى البيئة المحيطة بهم، وأقل خضوعاً للمؤثرات الخارجية less controlled by external forces (كفاية وعلاء الدين ٢٠٠٦).

عناصر التمكين:

يشتمل التمكين كلاً من الفرد، والمؤسسات، والمجتمع. من هنا نتحدث عن ثلاث مستويات للتمكين:

١- على مستوى الفرد، ونسميه حينها التمكين النفسي psychological empowerment .

٢- على مستوى المؤسسات ونسميه حينها التمكين التنظيمي المؤسسي.

٣- على مستوى المجتمع ونسميه بالتمكين الاجتماعي أو المجتمعي.

ويعتبر علماء النفس الطبي أن التمكين النفسي يتألف من ثلاث مكونات هي:

١- مكون شخصي داخلي: ويشمل تفكير الشخص من حيث: السيطرة المدركة، والفعالية الذاتية، والكفاءة المدركة.

٢- مكون شخصي بيئي: ويتعلق بتفكير الشخص حول بيئته واتصاله بالآخرين ومصادر الدعم الاجتماعي، كما يشتمل على الوعي الناقد للبيئة الاجتماعية بما يتيح المشاركة في اتخاذ القرارات ومهارات القيادة.

٣- مكون سلوكي: ويشتمل على الأعمال والممارسات التي يقوم بها الفرد للتأثير في بيئته الاجتماعية والتنظيمية من خلال المشاركة في المؤسسات والأنشطة الاجتماعية مثل: مراكز الإقامة المستقلة، وجماعات النشاط، والمساعدة الذاتية.

لقد اهتم علماء النفس بدراسة نظريات التمكين، وتطبيق برامجها وتقييمها في مجالات متعددة، بعضها على الأطفال، وبعضها على المسنين، وعلى المرضى والمصابين بإصابات جسمية متعددة، ومن أهم البرامج التي يتم تطبيقها وتقييمها: برامج دعم الكبار المصابين بإعاقات جسمية، والمنظمات الخاصة بالأحياء

السكنية، وبرامج الرعاية الذاتية للأطفال، وبرامج الوقاية من الإيدز ومن السرطان، وبرامج دعم آباء الأطفال المعاقين عقلياً.

ملخص الفصل:

يحتل تأهيل المرضى والمعاقين دوراً بارزاً في علم النفس الطبي، حيث يساعد في استثمار قدرات المريض وتوظيفها بما يحقق أقصى درجة من درجات التكيف، سواء كان على المستوى الطبي أو النفسي أو الاجتماعي. ويرتبط بهذا المفهوم التمكين الذي يتم على ثلاث مستويات: القيم، والعمليات والنتائج. واستناداً إلى هذه المستويات نتحدث عن عناصر التمكين لدى الفرد والمؤسسات، والمجتمع. ويستفيد التمكين من المصادر الفردية لدى الشخص، ومن المصادر البيئية، والسلوكية.

المراجع العربية

- البحيري، عبد الرقيب (١٩٨٤). قائمة مراجعة الأعراض (ط١). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- برازلتون، بري (٢٠٠٥) النقاط الأساسية في نمو الطفل (ترجمة ملك جلنبو) ، الحوار الثقافي: بيروت.
- جونز، مكسويل ، باكر، فريمان، ميري (١٩٨٠) الطب النفسي الاجتماعي (ترجمة) دار المعارف: مصر.
- الحجار، محمد (١٩٩٦) فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. دار العلم للملايين: بيروت.
- خردة جي ، نبيه و الحجار ، محمد (١٩٩٧) الوجيز في علم النفس السريري لطب الأسنان. منشورات جامعة دمشق.
- رضوان، سامر، و ريشكة، كونراد (٢٠٠٥). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة. دراسة مقارنة. موقع الويب: Documents and setting . File:\\C Administrator
- رضوان، سامر (١٩٩٥) علم النفس العيادي وعلم النفس الطبي (ترجمة) الثقافة النفسية، العدد(٢٣)، المجلد السادس. ص ص ٢٨-٣٨.
- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٦) نظريات الإرشاد النفسي. دار غريب: القاهرة.
- الشيخ حمود ، محمد (٢٠٠٤) الإرشاد المدرسي ، دمشق ، منشورات جامعة دمشق .
- الشيخ حمود ، محمد (٢٠٠٧) الإرشاد المهني ، دمشق ، منشورات جامعة دمشق .

- عبد الله، محمد قاسم (١٩٩٦). الألم ومرضى الألم: منظور علم النفس العصبي. مجلة الفكر العربي، العدد (٨٤)، ص ص ٧٢-٨١.
- عبدالله، محمد قاسم (٢٠٠٩) علم نفس الصحة (منشورات جامعة حلب).
- كفافي ، علاء الدين و جهاد علاء الدين (٢٠٠٦) موسوعة علم النفس التأهيلي. دار الفكر العربي: القاهرة.
- مخلوف، إقبال (١٩٩١) العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية. دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.
- ميلزك، رونالد (١٩٩٩). الأطراف الشبكية (ترجمة محمد شحادة أغا، ومحمد صالح السعيد)، مجلة العلوم، المجلد (١٥)، العددان (٣١٢)، ص ص ٦٢-٧٠.

المراجع الأجنبية

- Andersik, F. (1986). Relaxation and biofeedback for chronic headache. **Handbook of Psychological Treatment approaches**, New York; pergamon.
- American psychological Association (1994) **Diagnosis and statistical manual of mental disorders**. Washington .
- Attanasio, V. Andrasik, F. Burke, E. & Blake, D. (1985). Clinical Issues in utilizing biofeedback with children. **Clinical Biofeedback and Health**, 8, 134-141.
- Backman, M.E. (1989) **The psychology of the physically ill patient**, A clinical guide. Plenum Press; New York and London.
- Bakal, D., A. (2001) **Psychology and medicine, psychological dimension of health and sickness**. Tavistock publication, New York.
- Bennett, E. (1989). Weight-loss practices of overweight adults. **American Journal of Clinical Nutrition**, 53, 1519-1521
- Bimatteo, H. (1985) A common link between depression and pain. **Journal of Counseling and Clinical Psychology**, 54 (8), 752-759.
- Bogaards, M. & Ter Kuile, M. (1994). Treatment of recurrent tension headache: A meta-analytic review. **Clinical Journal of Brain**, 10, 174-190.
- Cinciripini, P. & Floreen, A. (1982). An evaluation of behavioral program for chronic pain, **Journal of Behavioral Medicine**, 5, 375-389.
- Chapman, S. L. (1991). Chronic pain, **Annual of Behavioral Medicine**, 7(3), 21-24.

Cleeland,C. , Gonin, R. Hatfield,A. & Pandya,J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer, **New England Journal of medicine**, 330, 592-596.

Compas,B. Worsham,N. & Howell,D. (1996). When mom or dad has cancer : coping , cognitive appraisals . **Health psychology**, 15, 167-176.

CU(Consumers Union)November. Herbal roulette. **Consumer Reports**, 698-705.

Derogatis,L. (1986). The psychological adjustment to illness scale (PAIS). **Journal of Psychosomatic research**, 30, 77-91.

Deshields,T. Carmin,C., Ross,L. & Mannen, K. (1995). **Diagnosis of psychological disorders in primary care patients by medicine residents**. Paper presented at the meeting of the society of behavioral medicine ,San Diego.

Ellis,A. (1987). The impossibility of achieving consistently good mental health. **American Psychologist**,42, 364-375.

Flor, H. & Birbaumer,N. (1993). Comparison of efficacy of electromyography biofeedback, cognitive behavioral therapy and constructive medical intervention in treatment of chronic musculoskeletal pain. **Journal of Counseling and Clinical psychology**,61, 653-685.

Folkman,S. and lazarus,R.(1987) Coping as mediator of emotion. **Journal of Personality and social psychology**,54,466-475.

Freeman,A. (1990). Cognitive therapy ,In: S. Bellack;
handbook of comparative treatment for adult disorders.
Now York: Wiley.

- Gatchel,R., Mayer,T. & Barnett, J.(1986). Milon Behavioral Health Inventory. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**,67, 878-882.
- Goffman,E. (1961).**Asylums**. Garden City NY; Doubleday.
- Huszt,i,H. & Walker, C. (1991). Critical issues on consultation and liaison. In; J. Sweet, **Handbook of clinical psychology in medical selling**, New York: plenum.
- Guck,T, Skultety,F. & Dowd, E. (1985). Multidisciplinary pain center follow-up study, **Pain**. 21, 259-306.
- Hall,T. (1990). After AIDS diagnosis. **New York Times**, pp 1-20.
- Hayes,J.R.; Bulter,N.; Martin,C.R.(1994) Misunderstood somatopsychic concomitant of medical disorders.**Psychosomatics**,27(2),128-133.
- Hayes, R. (1994). The impacts of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in medical outcomes study, **Journal of Behavioral Medicine**,17, 347-360.
- Hilgard, E. & Hilgard, J. (1983). **Hypnosis in the relief of pain** , Los Altos,CA: Kaufman.
- Kanner,R. (1986). Pain management. **Journal of the American Medical Association**,256, 2110-2112.
- Kneut,C. (1982). Legal, ethical and moral considerations in pediatric nursing, In: Smith.; **Child and family**, New York; Raven Press
- Kopasa,S.(1986)**How much stress can you survive?** Guilford CT;Dushkin.

Larkin,K.& Knowlton,G(1990)Predicting treatment outcome of progressive relaxation training in essential hypertensive patients. **Journal of behavioral Medicine** ,13,605-618.

Lazarus,R. S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. **Handbook of behavioral medicine**, New York; Guilford.

Kaplan,H. & Simon,D.(1991) The dying psychologists. **American Journal of Psychiatry**,145(6).543-548.

Korchin,S.J.(1976) Modern clinical psychology.New York.Basic Books

Matarazzo, J. (1982). Behavioral heaths challenges to academic , scientific and professional psychology, **American Psychologist**, 37, 1014.

Meichenbaum,D. & Turk,D..(1991) **Pain and behavior medicine** .New York;Guilford.

McCaul,K., D. Monson, N., & Maki, R. (1992). Does distraction reduce pain produced distress among college students. **Health Psychology**, 11, 210- 218.

Melzack,R. & Wall, P. (1982). **The challenges of pain**. New York: Basic Books.

Miller,B. & Wood,B. (1994). Psychophysiologic reactivity in asthmatic ahildren. **Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry** , 33, 1230-1245.

Miller,S. (2000). Controllability and human stress. **Behavior Research and Therapy**, 17, 287-305.

Morrell,R., Park,D., Kidderm, D. (1995). **Hypertension and medication adherence across the life span**. Paper presented at the meeting of society of behavioral medicine. San Francisco.

Newman,M. & Stone,A. (1996). Does humor moderate the effects of experimentally-induced stress? **Annual of Behavioral Medicine**,18, 101-109.

Peveler,R. & Johnston,D. (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. **Behavior Research and Therapy**, 24, 423-419.

Roskis,E.(1983)**Stress management for type A Individuals**. New York: Plenum.

Sanders,S. (1985). Chronic pain. **Annual of Behavioral Medicine**, 7 (3), 305.

Sarafino, E.P. (2005).**Health psychology**. John Wiley and Sons: New York.

Shontz,F. (2000). **The psychological aspects of physical illness and disability**. New York: Macmillan.

Scwab,D.(1990)Psyatric Illness in medical patients.*Psychosomatics*.23,225-229.

Taylor,S.(1983)Adjustment to threatening events .**American psychologists**,38,1161-1174.

Tucker,J. ; Freidman,H.& Schwartz, J. (1996). Marital history at midlife as a predictor of longevity . **Health Psychology**, 15, 94-101.

USBC(United States Bureau of the Census). **Statistical abstracts of the united states**: 1994 (11 th ed.). Washington.DC: U.S. Government printing Office.

Ziarnik,J.; Freeman,C.; Sherard,D. & calcyn,D.(1977)Psychological correlate of survival on renal dialysis .**Journal of nervous and Mental Disease**,164,210-213.



قائمة المصطلحات العلمية

المصطلح بالعربية	المقابل باللغة الإنكليزية
A	
مرض حاد	Acute illness
التزام	Adherence
سلوكيات التفعيل	Acting out
رد فعل الإنذار	Alarm reaction
وخز بالإبر	Acupuncture
فقدان الشهية العصبي	Anorexia
يعدل المشكلة	Alter problem
تأخر أو تأجيل التقييم	Appraisal delay
ألم المفاصل	Arthritis
الربو	Asthma
متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)	Acquired Immune Deficiency Syndrome
تصلب الشرايين	Atherosclerosis
العزو أو التنسيب	Attribution
استراتيجيات التنفير (أو الإكراه)	Aversive strategies
B	
التحكم السلوكي	Behavioral control
الطب السلوكي	Behavioral medicine
نمط سلوكي	Behavioral pattern
التغذية الراجعة	Biofeedback

Biopsychosocial model	النموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي
Biomedical model	النموذج البيولوجي- الطبي
Body Image	صورة الجسم
Brief psychotherapy	علاج نفسي مختصر
Buffering hypothesis	فرضية المنع أو التخفيف
Bulimia	الشراهة المرضية
Burning pain	الألم الملتهب
Burnout	الاحتراق النفسي (الإنهاك)
C	
Challenge	تحدي
Cancer	السرطان
Catastrophic events	أحداث كارثية
Causalgia	ألم المحرق (الحراق)
Central nerves system	الجهاز العصبي المركزي
Cerebrum	المخيخ
Chromosomes	الكروموزوم
Chronic illness	مرض مزمن
Clotthombus	التجلط (تخثر الدم)
Cognitive approach	الاتجاه المعرفي
Cognitive control	التحكم معرفي
Cognitive dissonance	تنافر معرفي
Cognitive restructuring	إعادة البناء المعرفي

Compatability	قابلية الوفاق
Compliance	مطاوعة (إذعان)
Conflict theory	نظرية الصراع
Coping	التعامل (التصدي للضغوط النفسية)
Coping skills	مهارات التعامل
Coronary heart disease	مرض الشريان التاجي القلبي
Correlational studies	الدراسات الارتباطية
Cramping	تشنجي
D	
Decisional control	التحكم بالقرار (أحد أشكال المساندة الاجتماعية)
Demands	متطلبات
Denial	النكران
Dependence	الاعتماد (على العقار أو المخدر)
Depressants	مضادات الاكتئاب
Diet	الحمية وضبط الوزن
Direct effects hypothesis	فرضية التأثيرات المباشرة
Dualistic paradigm	نموذج الثنائية
Dull pain	ألم بسيط
E	
Eavesdropping	استرقاق السمع
Empowerment	تمكين
Emotion-focused coping	التعامل المركز على الانفعال
Emotional discharge	تفريغ انفعالي

Environment hazards	المخاطر البيئية
Epilepsy	الصرع
Essential hypertension	ارتفاع ضغط الدم الجوهري (الأساسي)
Extinction	التميز
F	
Fractures	الكسور
G	
Gate mechanism	آلية بوابة الألم (نظرية في تفسير الألم)
Genetic counseling	الإرشاد الجيني أو الوراثي
I	
Illness behavior	السلوك المرضي
Imagery	تخيل
Incidence	حدوث
Inflammation	التهاب
Informational control	تحكم بالمعلومات
Inhibition	الكف أو الكبح
Inpatient	مريض خارج المشفى
Intrusive thought	تفكير تطفلي
Intensive care unit	وحدة العناية المركزة
Irritable bowel syndrome	متلازمة التهاب القولون المتهيج (القولون العصبي)
Irritation counter	تحريض الإزعاج المضاد

J	
Juvenile rheumatoid arthritis	روماتيزم المفاصل عند الأحداث
H	
Harm-loss	تجنب الأذى
Health	الصحة
Health behavior	السلوك الصحي
Health protective behavior	السلوك المحافظ على الصحة
Health psychology	علم نفس الصحة
Home health care	الرعاية الصحية المنزلية
Hormones	الهرمونات
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم
Hypothalamus	ما تحت المهاد (ما تحت السرير): هيبوثالاموس
L	
Learned helplessness	العجز المكتسب أو المتعلم
Life events	أحداث الحياة
Limitations	ممنوعات (سلوكيات ممنوعة بتعليمات الطبيب)
Locus of control	مصدر التحكم أو الضبط
Longitudinal approach	الاتجاه الطولي
M	
Medical psychology	علم النفس الطبي
Mastering	التحكم

Metabolism	عملية الهدم والبناء (الأيض)
Margarine headaches	صداع الشقيقة
Midbrain	المخ المتوسط
Millon Behavioral Health Inventory	قائمة ميلون لعلاج الصحة السلوكية
Miracle diet	الحمية المعجزة
Modeling	النمذجة (التعلم بالقذوة أو الملاحظة)
Mucus	مخاط
Myocardial infraction	الأزمة القلبية (احتشاء العضلة القلبية)
N	
Nuclear conflict	صراع مصغر (نووي)
Neurons	العصبونات (نيورون)
Neurotransmitter	الناقلات العصبية
Non-person treatment	علاج غير الشخص
Nursing home	التمريض المنزلي (تمريض داخل المنزل)
O	
Open-heart surgery	جراحة القلب المفتوح
Out patient	مريض داخل المشفى
P	
Personal control	التحكم الشخصي
Personality assessment	تقدير الشخصية اتقييم تشخيصي
Phantom limb pain	الألم الطرفي (ألم الأطراف)

	الاصطناعية)
Problem-focused coping	التعامل المركز على المشكلة
Pituitary gland	الغدة النخامية
Primary appraisal	تقييم أولي
Primary prevention	الوقاية الأولية
Progressive muscle relaxation	الاسترخاء العضلي التصاعدي
Protest	الاحتجاج
Prospective approach	الدراسات الاستقبلية التنبؤية
Prevalence Theory	نظرية الانتشار
Psychoneuroimmunology	علم المناعة النفسي-العصبي
Psychosocial adjustment to illness	التكيف النفسي-الاجتماعي للمرض
Q	
Quasi-experimental studies	الدراسات شبه التجريبية
R	
Redefinition	إعادة تعريف أو توضيح
Rehabilitation	التأهيل
Rational no adherence	عدم التزام عقلائي
Retrospective approach	الدراسات الاسترجاعية
Respiratory system	الجهاز التنفسي
Restraint theory	فرضية التقييد
Rupture	انفجار أو تمزق
S	
Safety	الأمن والسلامة

Self image	صورة الجسم
Shock	الصدمة
Sharp pain	ألم حاد
Spinal cord	النخاع الشوكي
Spinal cord injury	إصابة النخاع الشوكي
Sociocultural	ثقافي-اجتماعي
Social network	شبكة العلاقات الاجتماعية
Social support	الدعم الاجتماعي (المساعدة الاجتماعية)
Stage of resistance	مرحلة المقاومة
Stage of exhaustion	مرحلة الإنهاك (استنفاد الطاقة)
Stage of change model	نموذج مراحل التغير
Stimulation therapy	علاج بالتثبيط أو التحريض
Stress	الضغط النفسي
Stress inculcation training	التدريب على التحصن ضد الضغوط النفسية
Sudden death	الموت المفاجئ
Syndrome	متلازمة أو زملة (تتأخر)
System	نظام (جهاز)
Systematic desensitization	خفض الحساسية المنظم
T	
Temperament	المزاج
Thalamus	المهاد (السرير) : تلاموس

Theory of reasoned action	نظرية الفعل المبرر
Time management	إدارة الوقت
Tolerating	تحمل
Twin studies	دراسات التوائم
Type A behavior pattern	نمط السلوك (أ)
Type B behavior pattern	نمط السلوك (ب)
U	
Unhealthful adherence	التزام غير صحي
W	
Weight control	التحكم بالوزن



المدقق اللغوي :

د. أسامة اختيار

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات الجامعية







