المحاضرة الثانية مادة علم نفس الصحة إرشاد نفسي سنة خامسة

الطلاب الأعزاء ما ورد في المحاضرة مطلوب كاملاً دون أي حذف

المفتوحة التي تتيح فرصة أكبر للمرضى لكي يطرحوا همومهم ويراجعوا للمناقشة . وترتبط بهذه الفروق المشاورة في المدى الذي يمكن أن يصل إليه الطبيب في الاستجابة لبرامج المرضى الانفعالية وتلميحاتهم اللامنطوقة . مع أنه كان هناك وحتى الآن ميل لاعتبار الطريقة الأكثر تمحوراً حول المريض والوجدانية التركيز بأنها الطريقة المفضلة، فإنّ ما يبدو أنه أكثر أهمية هو أن يكون الطبيب والمريض متوافقين فيما يتعلق الأمر بطبيعة المشكلة وأفضل سبل العمل. كما دلّت بعض الأدلة على أنّ الطريقة الأكثر تمحوراً حول المريض لن تكون ضرورة إلى أفضل النتائج السريرية .

لقد أجري الخلط بين هذه الفروق المتنوعة لصياغة العملية الاستشارية في مفاهيم وأطر نظرية وتطبيقاتها على نماذج متنوعة كرضى المريض أو النقد بالعلاج . فرضى المريض وفهمه لمشكلته يمكن أن تلعب دوراً رئيسياً في التأثير على النقد بالعلاج والاستجابة إضافة إلى نتائج أخرى تتضمن الصحة والخبر . ولقد أظهرت عدة دراسات تأثيراً من تأثيرات الاستشارة الطبية ، وقد ركزت هذه الدراسات على الحالات النفسية مثل القلق إضافة إلى التبدلات الحاصلة في متغيرات فيزيولوجية محددة كضغط الدم ومستوى السكر الدم وظهرت بعض النتائج الأكثر إثارة للإعجاب في هذه الدراسات تدخل المريض الموصوفة أدناه .

أحد النتائج الهامة المتعلقة بهذا المجال كان استخدام أساليب التدريب على مهارات الاتصال لطلاب الطب ما قبل التخرج وللأطباء المتمرسين ، وخاصة لتحسين المهارات في المجالات الصعبة للاتصال كالإدلاء بخبر سيء . وكان هناك أيضاً عدداً من التدخلات المشوقة التي تستهدف المرضى والتي تضمنت عموماً ، تدخلات للمرضى قبل الاستشارة ، وذلك لرفع مستوى مشاركتهم ، وبشكل خاص لضمان معالجة مخاوفهم وجعل المعلومات التي يزودهم بها الطبيب مفهومة فهماً واضحاً . استخدم جرينفيلد وآخرون تدخل ما

قبل الاستشارة من هذا النموذج مع مرضى المشافي الخارجيين الذين كانت تجري مساعدتهم لتحديد استفساراتهم الرئيسية ويجري تشجيعهم على طرح هذه الاستفسارات في الاستشارة . بالمقارنة مع المرضى الموضوعين تحت المراقبة ، كانت مشاركة هؤلاء المرضى الخارجيين أكثر نشاطاً في الاستشارة بنتائج صحية أفضل طويلة الأمد تتضمن انخفاض ضغط الدم عند مرضى فرط ضغط الدم الشرياني وضبط السكر عند المرضى المصابين بالداء السكري .

الرعاية المستمرة في المشافي:

يعاني المرضى من عدد مختلف من المشكلات في المشافي ، وتتأتى هذه المشكلات من عدد مختلف من العوامل ، ومن بينها التغيرات المفروضة في نمط الحياة والإقامة الموجودة ضمن المشافي ضرورة إقامة علاقات طيبة مع العاملين في المشافي . وتتأتى مشكلات المشافي الأخرى الهموم المتعلقة بمظاهر الاتصال مع هيئات المشافي والمخاوف المتعلقة بالتحقيقات والاستقصاءات والمعالجة . ولقد تبين أيضاً أن عوامل حتى مثل تصميم أجنحة المشافي والمشيد الذي يراه المريض من سريره تؤثر على الشفاء . تبين مؤخراً أن الدراسات التي قارنت ما بين المرضى الذين يجري علاجهم في منازلهم والذين يجري علاجهم في المشافي ويعانون من نفس الحالة أظهرت أنّ الذين يعالجون في منازلهم تقل مخاوفهم من الكرب النفسي .

إضافة إلى هذه التأثيرات النفسية العامة المتعلقة بالمشافي قد تكون هناك مشكلات أو متطلبات محددة قد تحدث إما كنتيجة للمشكلة المسجلة لدى المشفى أو بالتدخل المعالجة الذي يتوجب على المريض أن يخضع له . ويمكننا أن نرى على بعض الدراسات عن المرضى المصابين بـ HIV Aids الذين يمكن أن يتعرضوا لمواقف سلبية أو لعلامات من هيئة المشفى أو من المرضى الآخرين ، يمكننا أن نرى الطريقة التي تؤثر فيها مشكلة المريض الصحية على تجربته من تلقي المعالجة في المشفى ، ففي إحدى الدراسات لمرضى الإيدز مثلاً : الذين تجري معالجتهم إما في وحدات رعاية خاصة أو يدمجون في أقسام عامة من المشفى بلّغت المجموعة الثانية

عن مستويات أعلى من الشدة المتعلقة بمشاعر الهجر أو المعالجة الفائزة أو التمييزية، فحينما ترى هيئة المشفى المرضى كأدوات نتيجة لاعتقادها بأنهم هم الذين تسببوا لأنفسهم ما تسببوا من حالات بفعل سلوكهم الخاص أو إهمالهم فإن هذه الهيئة ستكون أقل التزاماً ودافعية وتعاطفاً معهم . إنّ بعض المعالجات المبنيّة على أساس الاستشفاء مفيدة جداً أيضاً ووجد بأنها تسبب تغيرات فعالية وسلوكية. ولقد أجريت دراسات عديدة على مرضى أقسام علاجية خاصة ، كوحدات العناية المشددة ووحدات ديالزة. ولقد قام كيب وآخرون بإجراء مقارنة بين مرضى وحدات العناية المشددة التي لها نوافذ وتلك التي لا نوافذ لها فتبيّن لهم أنّ مرضى الوحدات التي لا نوافذ لها يعانون أقل تكيفاً مع الظروف أثناء إقامتهم في الوحدة وأقل دقة في تذكر مدة إقامتهم في الوحدة. بالإضافة إلى هذه المشكلات العامة المتعلقة بوحدات العناية المشددة وجدت دراسات أخرى نسبة درجة الشدة التي يتعرض لها المرضى وهيئة المشفى والفريق الطبي على سبيل المثال ، في دراسة لوحدة عناية مشددة جراحية قرّر المرضى معدّل الشدة عالياً لها من مدى واسع من الحوادث التي جرت ، ولقد أجريت هذه التقديرات بعد نقلهم من وحدة العناية المشددة بقليل وبيّنت وجود حد أدنى نمطيا من الكرب المرتبط بحوادث كثيرة باستثناء ما تعرضوا له من الأنبوبة وفقدان القدرة على الاتصال . أما بالنسبة لهيئة المشفى والفريق الطبي فقد دلّ على أنهم يجدون الوقت الذي ينفقه المريض في الإبقاء على المشفى وحدة العناية المشددة مقلق بشكل استثنائي ، فخلال هذا الوقت يعاني من مشكلات كبيرين ، إلاّ أنه يمكن تبديد هذا الخوف والشك بطلب المعلومات واستخدام مصادر أخرى مقارنة مع القيود و المتطلبات النفسية الشديدة والمؤقتة الخاصة بالعناية المشددة يتعرض بعض المرضى لمزيد من القيود الدائمة كجزء من معالجتهم ، فالكثير من المرضى المصابين بالقصور الكلوي يطلب منهم قضاء مدة طويلة من الزمن على آلات الديالزة الكلوية إما في المشفى أو في المنزل . علاقات هؤلاء المرضى علاقات تبعية فريدة ليس فقط لآلات الديالزة بل وكذلك للأشخاص الذين يشاركون في معالجتهم . يمكن أن يكون للديالزة تأثيرات كبيرة على فعالية الشخص النفسية

والاجتماعية ، ولا سيّما النسب في تعطيل القدرة المهنية وخفض النشاط الجنسي والتغيرات المزاجية . وبالإضافة إلى التحديدات والمتطلبات البدنية الخاصة بالديالزة يواجه المرضى أيضاً ضرورة التقيد بنصائح صارمة تتعلق بالغذاء واستهلاك السوائل إضافة إلى تنظيمات علاجية معقدة .

المصاعب النفسية التي شاع الإبلاغ عنها أكثر من غيرها والمكتشفة في مرضى الديالزة الكلوية هي الاكتئاب والقلق ولكن مدى هذه المصاعب ليس واضحاً فهناك مدى لتفشي الاكتئاب المبلغ عنه يتراوح من ١٠ % إلى ١٠٠% وهذا يرجع جزئياً إلى اختلافات المعايير والمقاييس المستعملة . وينبثق سبب آخر لهذا الاختلاف من أوجه الشدة بين التأثيرات البدنية للقصور الكلوي كالإرهاق وفتور الشعور ومصاعب النوم وأعراض الاكتئاب . وتتكون أن يؤدي عدد من مظاهر الديالزة إلى الشدة النفسية. ولقد حدد ديفز وآخرون مثلا التهديد المستمر بالموت والتبعية لآلة الديالزة والفريق الطبي والتجربة المؤلمة الحادة بالتعاية وتناول السوائل كعوامل رئيسية لانتشار مشاعر العجز وانعدام المساعدة ، وبيّنت الدراسات التي قام بها كريستنسون وآخرون أنّ نماذج التحدي التي تركز على المشكلات كانت ترتبط مع التزام أكبر بقيود تناول السوائل ، وذلك عندما كانت خطط التحدي هذه تستنتج في الاستجابة للمنغصات الناجمة عن مظهر يمكن التحكم به بدلاً من مظاهره الديالزة . أما بالنسبة للمنغصات التي لاحظ المرضى وجود صعوبة أكبر في التحكم فيها فقد كانوا يبرون ارتباطاً بين خطط التحدي وجديّة التركيز ومستويات التوتر الأكبر.

كثير من الإجراءات الطبية في المشافي يمكن أن تؤدي إلى التسبب في انزعاج وقلق كبيرين، وهذه الإجراءات تتضمن معالجات معينة (كالجراحة الجراحة الاستقصائية محددة كتصوير الباريوم الشعاعي والتجويف والقسطرة القلبية) يمكن أن لا تكون فقط مزعجة وموجعة بدنياً بل وتحمل أيضاً تهديد الكشف عن حالة طبية خطيرة . لذا تم استخدام عدد من التدخلات النفسية لتهيئة المرضى للجراحة ولإجراءات موجعة أخرى في محيط المشفى . وبتعابير عريضة يمكن لهذه أن تساعد بتزويد

المريض بمعلومات لتخفيف القلق المتعلق بالحدث أو بمهارات سلوكية ومعرفية محددة تحول دون بعض الانزعاج أو الألم .

تبيّن أنّ هذه الاستعدادات تؤدي إلى تحسين عدد مختلف من نتائج ما بعد الجراحة بما في ذلك القلق والألم واستعمال الأدوية المسكّنة ومدة الإقامة في المستشفى ومؤشرات الشفاء المتنوعة . ووجد أنّ جميع التدخلات ناجحة في تحسين مظهر واحد على الأقل من مظاهر النتائج وأنّ لمعظمها تأثير إيجابي على الكثير من النتائج. لقد كشفت تحليلات للتغير أجراه جونستون وفوجيل أنّ أكبر تأثيرات الشفاء كان يتم إجراؤها من الألم والعاطفة السلبية ومؤشرات الشفاء الفزيولوجية ، ولكن كان هناك تنوع كبير في مقدار هذه التأثيرات . ووجد أنّ التدخلات التي كان لها التأثيرات الأكثر قوة على جميع النتائج هي توفير المعلومات الإجرائية والتعليمات التأهيلية . ووجد أيضا أنّ للاستعداد تأثيرات على النتائج المختلفة . وهناك الآن دليل على أنّ الأساليب المختلفة للتهيئة النفسية لا تؤدي فقط إلى تخفيف القلق والشدة والانزعاج المتعلق بها عند كبار مرضى الإجراءات الطبية بل ولها فوائد كبيرة ترتبط ببقاء الإجراءات (مثلا : الشعور بالألم والشفاء الأفضل والتخريج الأسرع ، إلخ) .

بالإضافة إلى هذه التهيئات النفسية المختلفة هناك الآن دليل على أنّ الخلفية الاجتماعية السابقة واللاحقة للعمل الجراحي يمكن أن تكون لها تأثير كبير على الشفاء . ولقد أظهرت الدراسات التي قام بها كوهين وزملاؤه أهمية الشبكة الاجتماعية في شفاء المرضى بعد الجراحة ، وتبيّن نتائج التأثيرات الواضحة لفائدة للاشتراك في غرفة مع شخص يتماثل للشفاء من عمل جراحي مع المرضى الذين كان لهم رفيق حجرة بعد الجراحة كانوا أقل قلقا قبل الجراحة وشاركوا بنشاط بدني أكبر بعد الجراحة وتم تخريجهم بسرعة أكبر . وتبيّن كذلك أنه كان من المفيد التزافق بعد الجراحة مع مريض كان قد خضع لنفس نوع العمل الجراحي ، وأنّ الشفاء الأبطأ كان من نصيب المرضى الذين كانوا يقيمون في غرف مستقلة.

سلوك المعالجة:

أ- الالتزام ومحددات عدم الالتزام بتقع استجابات المرضى لمعالجتهم ضمن مدى من الطرق التي يمكنها أن تؤثر تأثيرا كبيرا جدا على النتائج السريرية . ونرى مجالين رئيسين لتنوع سلوك المرضى في المدى الذي يتقيدون فيه بالعلاج الموصوف لهم وفي التأثيرات الغير محددة للعلاج أو تأثير الأدوية الموهمة على النتائج السريرية . والآن نقدم مراجعة البحوث في هذين المجالين .

الالتزام:

جرت دراسة شاملة للمدى الذي يتقيد فيه المريض بما تقدمه استشارات الرعاية الصحية من نصائح و ما تصفه من علاج ، فمعظم الاستشارات الطبية تنتهي بوصف العلاج بالنصائح وبالإكثار الملائم لتصرفات الرعاية الذاتية بما في ذلك استعمال الأدوية . هذا مظهر رئيسي من مظاهر الإدارة الذاتية في جميع الأمراض المزمنة . غير أنّ المرضى المرخص لهم يخفقون في القيام بهذا ، فشواهد المعدلات المنخفضة من التقيد بالعلاج الموصوف كالشكاليات في الأمراض المزمنة الجسمية والنفسية .

يختلف حدوث عدم التقيد بالعلاج حسب التقارير المقدمة عبر الدراسات إلى حد كبير ، فهو يتراوح من ٤% إلى ٩٢% متقاربا في الأمراض المزمنة يتراوح من ٢٠% إلى ٥٠% في الأمراض المزمنة . وفي مجال الوقاية الأساسية نجد أنّ الكثير من المشتركين يكفون عن الاشتراك في برامج تغيير نمط الحياة المصممين لتحسين التغذية أو الإقلاع من التصرفات الخطرة على الصحة . ولكن حتى المرضى الذين يواجهون من مشكلات صحية خطيرة كالنوبات القلبية يمكن أن تظهر لديهم نسبة منخفضة من فهم برامج إعادة التأهيل وتنوع كبير أيضا في تطبيق التغيير المنصوح به لنمط الحياة. وفي مجال الصحة العقلية هناك أيضا دليل على معدلات كبيرة لعدم التقيد بالنصائح المتنوعة التي يقدمها للمرضى من يوفرون لهم الرعاية الصحية ، وعلى سبيل المثال : وجد أنّ ما يقارب نصف الذين حدد لهم موعداً ابتدائياً في عيادة

الصحة العقلية لم يحضروا المقابلة الأولى المعدّة لهم، وأنّ ما يقارب ثلاثة أرباع المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً توقفوا عن متابعة العلاج في موعد لا يتجاوز الجلسة العلاجية الخامسة .

مع أنّ الالتزام يمكن أن يحدّد ببساطة على أنه "المدى الذي يتوافق فيه سلوك المريض مع الوصفة السريرية" هناك عدة نقاط خلاف ونقاش مفاهيمية ومنهجية. ولأغراض عملية يحدد عدم الالتزام عادة على أنه الدرجة التي يصبح تحقيق النتيجة الوقائية أو العلاجية منها بعيد الاحتمال . إنّ تعبئة الالتزام المثوية الضرورية لتحقيق النتيجة المطلوبة تختلف بين المعالجات وبين وضمن الأفراد. فالكثير من الأشخاص ولا سيما أولئك الذين يعانون من مشكلات صحية مزمنة ملزمون بالتقيد بمجموعة من النصائح التي يقدمها لهم طبيبهم، وعلى سبيل المثال : يفرض على مرضى السكري تناول علاجهم بانتظام وتنظيم غذائهم وفحص أقدامهم ومستويات سكر الدم بانتظام، ولكن شريطة أن هذه التصرفات لا يتم الربط المستحكم بينها بصورة منتظمة .

يمكن تصنيف التصرفات الملتزمة إما كتصرفات فعالة أو كتصرفات غير فعالة.

والالتزام الفعال يحدث عندما يتخذ المريض قراراً استراتيجياً بعد تناول العلاج حسب التعليمات ، ولقد وجد مثال على ذلك في سلوك بين مرضى فرط ضغط الدم الشرياني الذين كانوا يعتقدون بأنهم يستطيعون تقليل ارتفاع ضغط الدم لديهم من وجود أعراض كالإجهاد والصداع وبالتالي لا يتناولون العلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم إلاّ عندما تظهر هذه الأعراض . ومن منظور تنظيمي فإنه يمكن أن يكون لمستوى التقيد بالعلاج دلالة على استجابة استراتيجية للتصدي بشكل ملائم مع رؤية المريض لمشكلته . وهكذا تبيّن أنّ الذين يعتقدون أن مشكلاتهم لن تدوم طويلا أقل احتمالا لأن يلتزموا بعلاجهم لفترة زمنية طويلة من المرضى الذين لديهم تصور أكثر تطاولاً في سياقه الزمني .

عدم الالتزام الغير فعال يمكن أن يكون غير متعمد عندما يكون هناك ما يعيق عزم المريض على إتباع النصائح العلاجية كالنسيان أو عدم القدرة على إتباع تعليمات

العلاج بسبب نقص الفهم أو بسبب مشكلات بدنية كضعف البصر أو ضعف المهارة اليدوية . وهكذا فعندما تكون طبيعة الاتصال قليلة بحيث يتلقى المريض معلومات يصعب فهمها أو تذكرها ، كما أوجزنا أعلاه ، يضعف احتمال الالتزام بالعلاج .

قياس الالتزام:

يمكن تقسيم مقاييس الالتزام إلى فئتين واسعتين مباشرة وغير مباشرة وذلك حسب التحديد. تتضمن **الطرق الغير مباشرة** الشائعة تقاريراً ذاتية من المرضى وكذلك طلب المعلومات من أعضاء آخرين جديرين بالاعتبار في الأسرة كالأزواج والزوجات وغيرهم . وتظهر البحوث أنّ تقارير المرضى أكثر دقة من تقديرات الأطباء وأعضاء الأسرة ، ولكن جميع هذه التقارير تغالي في تقدير مستوى الالتزام الصحيح. **تتضمن الطرق المباشرة** الأخرى عد حبوب وزجاجات الأدوية وتسجيل استعمال الدواء بأجهزة ميكانيكية. إنّ لعد الحبوب ميزتان وهما: أنه بسيط تكنولوجيا وقليل التكاليف. ولكن بعض الدراسات أظهرت أنّ عدد الحبوب الإجمالي يمكن أيضا أن يزيد من تقدير المستوى الصحيح لعدم الالتزام. في السنوات الأخيرة الماضية أدخلت التطورات التكنولوجية شركة الأجهزة الالكترونية في الحاوية الطبية لتسجيل وقت وتاريخ الاستعمال. إنّ الميزة الرئيسية لهذه الأجهزة هي أنها تقدم إمكانية لرسم مظهر جانبي لتناول الأدوية بدلا من التحديد البسيط لعدد حبوب الدواء التي تم تناولها. ومع ذلك يبقى أنّ من كما هو في طريقة عد الحبوب ، فالتخلص من جرعة لا يعني بالضرورة عدم أخذ الجرعة .

يتضمن القياس المباشر تحليل الدم والبول الذي يؤكد وجود وتركيز الدواء في الجسم . غير أنّ هذه التقنيات يصعب البت فيها ، جزئياً لاحتمال حدوث تباين فيما يتعلق الأمر بالكثير من الأدوية وجزئياً لعدم وجود علاقة تماثل بين مقدار الدواء أو العنصر الاستشفائي المتناول وبين تركيزه المكتشف في سوائل الجسم . وعلاوة على هذا هناك عائق رئيسي للطرق المباشرة وهو أنها توسعية وغالية وموضع شك فلا يمكن التعويل عليها ولا تقدم تبياناً لنوع التصرف الالملتزم أو سياقه الزمني .

محددات عدم الالتزام :

مر البحث عن عوامل سببية لتفسير تقيد أو عدم تقيد المرضى بما يوصف لهم من علاج وما يقدم لهم من نصائح خلال العشرين إلى الثلاثين سنة الماضية في تقدمه بأطوار مختلفة.

كان الكثير من العمل المبكر يركز على الإسهام المحتمل للعوامل الديموغرافية أو الشخصية وكذلك لخصائص المرضى والمعالجة بحد ذاتها ، في مراجعة منهجية قديمة لمدة وخمس وثمانين دراسة لم تظهر أية علاقة جلية فيما بين السلالة والجنس (ذكرا كان أم أنثى) والخبرة التعليمية والذكاء والوضع الزواجي والوضع المهني والدخل والخلفية العرقية أو الثقافية وبين التصرفات المتعلقة بالالتزام . هذا ، وإنّ الدليل على أنّ تصرفات الالتزام يمكن أن تفسر بلغة المميزات الشخصية دليل واه . وكذلك تم التركيز في الأبحاث على المميزات السوسيوديموغرافية والمزاجية الثابتة هي المحددات الوحيدة للالتزام بدلالة أنّ مستويات إلتزام الفرد تختلف باختلاف الوقت وباختلاف مقدم خدمة العلاج المعالج . هذا القصور ينطبق أيضا على البحث عن مميزات المرضى والتي تفسر شرطية الالتزام بدلالة وجود تنوعات هائلة للالتزام بين المرضى وفي المرضى الذين يعانون من نفس المرض ويتلقون نفس المعالجة .

يتأتى تفسير وحيد جلي لعدم الالتزام من الفجوة المعرفية للمعلومات التي تقدمها الاستشارة الطبية ، فالكثير من المرضى يفتقرون إلى المعلومات الأساسية المتعلقة بعلاجهم ، ولكن العلاقة بين هذا وبين التزام المريض ليست بالبسيطة ولا الجلية . لستنج هينز في مراجعته المنهجية لمجموع ما كتب في موضوع الالتزام أنه على الرغم من أنّ اثنتي عشر دراسة نجحت في إقامة الدليل على وجود ترابط إيجابي بين المعرفة والالتزام أخفق عدد أكبر من الدراسات في البرهنة على وجود مثل هذا الترابط . وفضلا عن ذلك فإنّ التدخلات التي تعزز المعرفة لا تضمن الالتزام بالضرورة .

هناك اهتمام متزايد بدور رضى المريض كوسيط بين التزويد بالمعلومات والتذكر والالتزام، فالارتياح العام بالرعاية الطبية له ، على ما يبدو ، علاقة صغيرة بالالتزام

ولكن التوقعات الغير محققة المتعلقة بالمعالجة والاستشارة الطبية والطبيب تؤدي إلى معدلات إلتزام متدنية في مسح قومي جرى في المملكة المتحدة عن رضى المريض عن المعلومات المتعلقة بالأدوية أعرب ما يزيد عن ٧٠% من المجيبين عن رغبتهم بمزيد من المعلومات وعن الاستياء من صفات الطبيب المميزة أو من مقدار المعلومات والتفسيرات المقدمة لهم التي يمكن أن تكون عائقاً للالتزام لأنها تجعل المريض أقل تحفزاً لتناول العلاج .

اعتمد توكيد البحوث المتعلقة بالالتزام طوال السنوات العشر الماضية أو ما يقارب ذلك عن محاولات تحديد عوامل السمات الثابتة التي تميز المريض اللاملتزم لتقوم بإنجاز فهم أكبر لحيثيات التزام المرضى تناول بعض العلاجات دون غيرها. كثير من هذه النماذج هي من تركيبات النظريات السيكولوجية التي تتصور السلوك كنتاج للمدركات التي تشكل ضمن إطار اجتماعي.

يبين استعمال نماذج الإدراك الاجتماعي في البحث أنّ عدم الالتزام بالعلاج يمكن أن ينأتى عن قرار عقلاني يأخذ المريض ويحدد بعض المدركات التي هي بمثابة نقاط بارزة في هذا القرار. رغم وجود بعض التنوع في النوع المحدد للمعتقدات المرتبطة بالالتزام في الدراسات المتنامية تظهر النتائج أنّ بعض المتغيرات المعرفية التي يتضمنها **نموذج معتقد الصحة** و**نظرية السلوك المخطط** تبدو كمتطلبات أساسية للالتزام في حالات معينة . فمثلا هناك احتمال أكبر عن الاعتقاد بأنّ الإخفاق في تناول العلاج سيؤدي إلى عواقب خطيرة وأنّ المريض يتمتع نفسه بالقدرة على تناول العلاج يربط هذا الاعتقاد بمدى التزام أكبر. ووجد أيضا أنّ مدى القلق المشركة لها علاقة بالالتزام بما ينصح به من ممارسة تمارين الاسترخاء. بالإضافة إلى هذا أنّ قرارات الالتزام يمكن أن تكون متأثرة بتحليل ميزان للخسائر والفوائد فيه ترجيح لفوائد العلاج على العوائق المدركة. وبيّنت دراسات أخرى مبنيّة على أساس **نظرية السلوك المخطط** أنّ الأفكار المفهومة لمن لهم شأن من الآخرين كالأسرة والأصدقاء والأطباء (المعتقدات المعيارية) يمكن أيضاً أن تؤثر في الالتزام . لقد أظهرت عدة دراسات أهمية التدخلات المبنيّة على أساس **نموذج معتقد الصحة** في

تسهيل التصرفات المتعلقة بالصحة كمتابعة المراجعات والفحوص الطبية أو الاستفادة من تسهيلات الرعاية التي تقدمها الطوارئ في حالة نوبة الربو الحادة .

إنّ النموذج ذاتي التنظيم الذي أوجزناه فيما سبق هو واحد من المقاربات المعرفية الأخرى التي استعملت لتفسير عدم الالتزام . يقر هذا النموذج أيضا أهمية إدراك الأعراض في التأثير على تصورات المرضى والالتزام كسلوك تصد ، وتقدم دليلاً توكيدياً على هذه النتائج المستخلصة من دراسة لمرضى الداء السكري الذين استفادوا من الإثارة المدركة في الاستدلال على مستويات سكر الدم لديهم وتوجيه المعالجة اللاحقة . غير أنّ معتقدات المرضى المتعلقة بأعراضهم وتقديراتهم لمستويات سكر الدم لديهم كانت في كثير من الأحيان خاطئة وأدت إلى ضبط ضعيف [illegible] . وفي دراسة لمرضى الداء السكري الذي لا يعتمد علاجه على الأنسولين [illegible] هامبتون أنّ العلاج التخصيصي لداء السكري تتعلق بتدابير الحمية الذاتية ومراقبة الأعراض ولكن يميل أن تتجاوز ذلك إلى مظاهر الضبط الطبية كفحص سكر الدم [illegible] العلاج .

والآن شرعت البحوث الحديثة في التركيز على دور معتقدات الناس حول الأدوية والطرق التي يمكن أن تؤثر فيها على الالتزام . ويظهر العمل الذي قام به هورن أنّ أربعة "مواضيع جوهرية" أو عوامل تشكل المعتقدات العامة الشائعة المتعلقة بالأدوية ، وكشف التحليل العاملي لمخزون معتقدات الأدوية المعتقدية عن عاملين عريضين يصفان معتقدات الناس حول الأدوية الموصوفة لهم ، وهما إدراك الحاجة لضرورة الحفاظ على الصحة (الضرورة الخاصة) والمخاوف القائمة على أساس المعتقدات المتعلقة باحتمال التبعية أو التأثيرات الضارة الطويلة الأمد (تأثير المعلل لتناول العلاج (المخاوف الخاصة). وجرى الكشف أيضاً عن عاملين يصفان معتقدات الناس المتعلقة بالأدوية بشكل عام ، أولهما يتعلق بالخواص الجوهرية للأدوية والمدى الذي يمكن أن تكون فيها مواد ضارة مسببة للإدمان (الأذى العام) وثانيهما يتضمن أفكارا حول ما إذا كان الأطباء يفرطون في استعمال الأدوية (إفراط الاستعمال العام) .

وجد أنّ أفكار الناس حول النظام العلاجي الخاص الموصوف لهم تربطها بالالتزام السبلغ عنه علاقة أقوى بكثير من الأفكار الأكثر عمومية المتعلقة بالأدوية إجمالاً. كما وجد أيضا أنّ هناك تفاعلاً بين المخاوف ومعتقدات الضرورة يوحي بأنّ الناس يتهمكون في تحليل الخطر – الفائدة ويحاولون بالتالي أن يلطفوا من الاحتمال المدرك للأذى بتناول مقدار أصغر من الدواء ، ولقد بلّغ المرضى الذين تنتابهم مخاوف أكبر مبنية على أساس معتقدات حول إمكانية التأثيرات الطويلة الأمد والتبعية ، بأنهم عن معدلات التزام أكثر تدنياً بينما بلّغ المرضى الذين لديهم معتقدات أقوى بضرورة علاجهم عن التزام أكبر بنظام العلاج . هذا العمل يشير إلى أهمية الوصول إلى معتقدات المرضى كشرط أساسي لأي تدخل معد لزيادة الالتزام بالعلاج . ولعل [illegible] مهما بشكل خاص هو تحديد المخاوف الخاصة المتعلقة بالعلاج وتهدئتها بطرق تفهمها المرضى .

الاستجابة للدواء الموهم (البلاسيبو):

يستعمل مصطلح "الدواء الموهم" لوصف معالجة فعالة بيولوجية دائمة عن غرضها العلاجي. لا من المتوهمات النوعية للمعالجة بحد ذاتها. لقد تأكدت الاستجابات للدواء الموهم من مجموعة واسعة متنوعة من المعالجات الطبية تتضمن الجراحة والعلاج النفسي والمداواة والمعالجة الفوفصونية [illegible] ، وثبت أيضا أنّ للدواء الموهم تأثيرات في حالات طبية لا تخضع [illegible] عدد من الدالات النفسية كضغط الدم ومعدل سرعة القلب والحركة المعدية [illegible] والتورم ما بعد الجراحي ، ولوحظت التأثيرات الغير مؤاتية للدواء الموهم [illegible] "النوسيبو" في الأدب .

يمكن أن يكون لخصائص المعالجة ذاتها والمحيط الذي تعطى فيه تأثير قوي على مدى الاستجابة البلاسيبو . وعلى العموم هناك تأثيرات بلاسيبوية أقوى للمعالجات التي تتضمن طقوساً أكثر خطورة وتجهيزات معقدة كالجراحة . وبالمثل تعزز العلاجات الأخرى التي تمنح المريض انطباعاً أولياً قوياً كالدواء الكريه المذاق والحقن والتعليمات الدقيقة أيضاً الاستجابة البلاسيبو . ولقد تبيّن أنّ لون العلاج له بعض

التأثير ، وهذا يتوقف على الحالة . ويبدو أنّ لأسماء الأصناف المعروفة هامش أكبر في الاستجابة للبلاسيبو من شركات الدواء الغير معروفة .

يلقي موضوع مشابه نظرة خاطفة على زيادة الاستجابة للبلاسيبو الناجمة عن الصفات المميزة للطبيب السريري . فالأطباء السريريون والعيادات والمستوصفات الذين يعتقد أنّ لهم مكانة رفيعة ومستويات عالية من المصداقية لهم استجابة بلاسيبوية أفضل . وفي نفس الوقت هناك أيضاً أهمية لتفاعل الطبيب والمريض ، فالاستجابة تزداد إذا أظهر الطبيب مستويات عالية من الاهتمام والتقمص العاطفي تجاه المريض ، ويحتمل أيضاً أن يكون للثقة الكبيرة التي يبديها الطبيب بالعلاج الموصوف للمريض والمترافقة مع إشارة واضحة إلى الاستجابة المتوقعة للعلاج دور في تعزيز الاستجابة البلاسيبية .

وبالمقابل لم تظهر الصفات المميزة الفارزة للمستجيبين للبلاسيبو نتائج حاسمة ، وكثير من الأبحاث على دور السمات المميزة الديموغرافية أو الفكرية أو الشخصية للمرضى الذين يستجيبون للبلاسيبو مشوشة ومتضاربة . ولقد وجدت الدراسات أنّ الأشخاص الذين استجابوا للبلاسيبوات في محيط ما لم يستجيبوا في محيط آخر . وبالمثل بيّنت الدراسات الإكلينيكية أنّ الأشخاص الذين لم يكونوا مستجيبين يمكن أن يستجيبوا لاحقاً. هذا يقودنا إلى حقيقة أنّ صفات الأفراد المميزة ربما تلعب دوراً أقل أهمية من عوامل مثل التفاعل الطبيب والمريض في التأثير على الاستجابة للبلاسيبو .

جرى تقسيم الاستجابة للعلاج إلى عنصرين رئيسيين ، عنصر نوعي وعنصر غير نوعي يشتمل على عوامل من مثل انتباه الطبيب السريري وتعاطفه ومحيط المعالجة ، إلخ . إنّ تحديد حجم العنصرين النوعي واللانوعي للمعالجة الطبية مهمة صعبة وربما مستحيلة . ففي محاولة لتحديد قوة التأثيرات اللانوعية في ظروف مثالية اختار روبرتس وآخرون أن يفحصوا تأثير عدد من المعالجات الطبية التي تبيّن لاحقاً أنها غير مجدية ، ولكن إيمان الطبيب السريري فيها كان في المقام الأول إيماناً راسخاً . وبتجميع المعلومات من معالجات متنوعة كالتجميد المعدي من أجل

منرطان الأثنى عشري والـ glomectomy من أجل الربو، وجدت هذه الدراسة أنّ ٤٠% من المرضى كانت استجابتهم للمعالجات ممتازة و ٣٠% جيدة و ٣٠% ضعيفة . يوحي هذا أنه بدون الظروف المثالية حيث تكون توقعات الطبيب والمريض كبيرة وحيث يوصف العلاج بطريقة معقولة يمكن أن تكون العوامل اللانوعية المحيطة بالمعالجة الجارية وحدها ذات تأثير هائل .

يبدو أنّ الإذعان للبلاسيبوات له دور مهم ، ففي مراجعة لخمسة دراسات بني تنظيمها على الحاسوب تقيس كلا من الإذعان للعلاج والنتيجة وجد لينشتاين أنّ الأشخاص الذين تدرس استجاباتهم والذين كانوا أكثر إذعاناً تحسنوا بقياسات النتائج بصرف النظر عما إذا كانوا يتعرضون لعلاج البلاسيبو أو لعلاج فعلي . تضمنت النتائج الإكلينيكية الإقياس في الهيستيريا وتخفيض الحمى أو العدوى لمرض السرطان والامتناع عن الكحول وتخفيف الوزن والإحالة دون موت المرضى المصابين بأمراض خطيرة . وفي دراسة لاحقة وجد هيروتيز وآخرون أنّ خطورة الموت كانت فعلياً أكثر انخفاضاً عند المرضى الذين كانوا يتناولون أكثر من ٧٥% من علاجهم بصرف النظر عما إذا كان العلاج بلاسيبو أو B-blocker . يوحي هذا بأنّ عملية الإذعان يمكن أن يكون لها بعض تأثيرات الفرمكولوجية الأخرى المعززة للصحة أو أنها قد تسبب تغيرات معرفية وانفعالية يمكن أن تؤثر على الصحة على المدى الطويل .

كان هناك حتى الآن عدد من النظريات المقترحة لتفسير الاستجابة للبلاسيبو ولكن لم تقدم أية نظرية حتى الآن إطاراً نظرياً ملائماً ومتكاملاً . [illegible] أن يكون تخفيف القلق الذي يعقب المعالجة والتأثير اللاحق على الأعراض [illegible] الحدوث الممكن لتأثير البلاسيبو ، ولكن التغيرات في حالات القلق لم يتم ربطها ربطاً موثوقاً مع استجابات البلاسيبو . إنّ ربط دور الحالة الطبية وتجهيزاتها عن طريق الإشراط التقليدي مع تخفيف الأعراض يحتمل أن يلعب دوراً ما ، ولكن هناك بحث مباشر ضئيل في هذه الآلية المقترحة مع أنّ الإشراط التقليدي للاستجابات للأدوية تم إثباته في حالات معينة .

والنوم. ومن هذا المنطلق افترض اسم التنويم hypnosis وأظهر أيضاً أنّ الآثار العلاجية يمكن الحصول عليها من دون استخدام مغناطيس .

صارت المعالجة بالتنويم شعبية في فرنسا لكن دون اتفاق حول آلية عملها . في نانسي : اعتبر Liebeualt A.A. (١٨٢٣ – ١٩٠٤) و Hippolyte Bernheim (١٨٣٧ – ١٩١٩) أنّ التنويم حالة طبيعية ترتبط بالنوم الذي يمكن إحداثه عند معظم الناس وأنّ آثاره يمكن الحصول عليها عن طريق الإيحاء . وصف كتاب بيرتهايم : المعالجات المسحية (١٨٨٤) استخدام الإيحاء لعلاج الهستريا وحالات عصبية أخرى وكذلك الحالات المؤلمة ومشكلات معدية معوية . النظرة البديلة دعمها جان مارتين شاركو (١٨٢٥ – ١٨٩٣) الذي مارس طب الأعصاب في مشفى Salpetriere في باريس وركّز شاركو على فكرة أنّ التنويم حالة باثولوجية تحدث لدى المرضى بالهستريا فحسب. البديل الوسيط، التنويم هو الإقناع Persuasion وهي طريقة تشرح فيها الأعراض وتمكنك الأخوين وتناقش دون أي محاولة لزيادة الإيحاء ، ومن مقترحي هذه المقاربة Paul Dubois الذي عمل السويسري في علم الأحساب، والذي نشر كتاب (المعالجة النفسية للاضطرابات العصبية) عام (١٩٠٤) (وترجم إلى الإنكليزية تحت اسم Dubis عام ١٩٠٩) وكان مؤثراً بشكل واسع . فكر دبيو أنه رغم وجود بعض القيمة لاستخدام التنويم في الهستريا فإنّ المعالجة المقنعة أكثر ملائمة للعصابات الأخرى .

في أواخر القرن التاسع عشر عولجت معظم العصابات من قبل أطباء الأعصاب وعندما بدأ فرويد الممارسة كطبيب أعصاب شاهد عدة مرضى عصابيين وتحسين مهارته العلاجية زار فرنسا لدراسة التنويم (فرويد اي١٩٦٧) حيث عمل في نانسي؛ وفي باريس شاهد عروض التنويم التي أجراها شاركو على المرضى الهستيريين . عندما عاد إلى فينا جرّب فرويد التنويم مع بعض مرضاه العصابيين. بداية مرّ فرويد بالنتائج ومن ناحية أخرى لم يستطع المحافظة على هذه النجاحات المبكرة وبدأ باستخدام التنويم بطريقة جديدة وهكذا في عام ١٨٩٨ وصف حالة (Emmyven N) والتي استخدم معها التنويم لا لكي يغيّر الأعراض المباشرة وإنما

هناك فكرتان مقترحتان وهما دور عدم التناغم المعرفي وتوقعات المريض . وخلاصة اللاتناغم المعرفي هي افتراض أنّ تأثير البلاسيبو يمكن أن ينجم عن الضغط على الأشخاص لكي يكونوا متناغمين في أرائهم وأعمالهم ، فتقاول العلاج بالنسبة لبعض الأشخاص لا يتناغم مع عدم ظهور أي تغير في الأعراض وهذا يمكن أن يشجع الشخص على تخفيف هذا اللاتناغم . دور توقعات المريض وتأثيرات البلاسيبو مجال لم يلق مقداراً كبيراً من البحث المنهجي ، ويقترح أنّ توقعات المريض يمكن أن تسبب تغيرات في المخططات المعرفية التي تؤثر في أنواع وطبيعة الأعراض التي ينتبه إليها بعد العلاج . إنّ التطورات الجديدة في حقل إدراك المرض والمعتقدات المتعلقة بالمعالجة تحمل وعداً كبيراً لتطبيق هذه المقاربة في مجال الـ

المعالجة النفسية

PSYCOLOGICAL TREATMENT

كيف تطورت المعالجات النفسية

يعتبر استخدام المعالجات النفسية قديماً قدم البدايات نفسها . وقد عقدت مقارنات بين الأساليب النفسية الحديثة والعلاج الطقسي الذي كان يجري في بعض معابد الإغريق القديمة . ولكن من ناحية أخرى في تاريخ العلاج النفسي فقد بدأت المعالجة النفسية في القرن التاسع عشر مع تطور التنويم . وبدأ فرانز أنتون ممسر (١٧٣٤ – ١٨١٥) وهو طبيب من فيينا اعتقد بأنّ قوى مغناطيسية يمكن استخدامها لتغيير وظائف الجسم . ويمكن لهذه القوى أن تنشأ عن استخدام مغناطيس حقيقي أو عن (المغناطيسية الحيوانية animal magnetism) الموجودة في جسد المعالج ولذلك اعتقد ممسر أنّ الأثر الشفائي للمغناطيسية الحيوانية يمكن تعزيزه باستخدام المغناطيس الفيزيائي . لم تقبل نظرية ممسر عموماً من قبل أهل الاختصاص الطبي. لكن جيمس برايد طبيب مانشستر أعطى تفسيراً معقولاً أكثر من الناحية الفيزيولوجية لهذه الظاهرة حيث وازن بين الحالات التي تتولد عن المسمريزية mesmerism