

علم النفس السلوكي
كلية طب الأسنان
السنة الأولى



الجمهورية العربية السورية

جامعة البعث

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

علم النفس السلوكي

لطلاب السنة الأولى

تأليف

الدكتور

محمد زياد مهدوح سلطان

أستاذ في طب أسنان الأطفال

مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية

2014 - 2015

اللجنة العلمية :

أ. د. درغام رحال - أستاذ في كلية التربية الثانية - جامعة البعث.

أ. د. محمد سبيع العرب - أستاذ في كلية طب الأسنان - جامعة البعث.

أ. د. حسان فرح - أستاذ في كلية طب الأسنان - جامعة البعث.

المدقق اللغوي :

أ. د. وجدان المقداد - أستاذ في كلية الآداب الثانية - جامعة البعث.

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
7	المقدمة:
9	الباب الأول: علم النفس مفاهيم عامة
11	الفصل الأول: - لمحة تاريخية لتطور علم النفس.
25	- مبادئ علم النفس العام.
29	الفصل الثاني: - مبادئ علم السلوك.
42	- طرائق البحث في علم السلوك وأدواته.
45	الفصل الثالث: المبادئ السلوكية في طب الأسنان.
55	الفصل الرابع: الألم والهيجان والقلق.
73	الفصل الخامس: النمو السلوكي للطفولة والمراهقة.
89	الباب الثاني: علم النفس السلوكي الخاص بطب الأسنان.
91	الفصل السادس: الخوف والقلق في طب الأسنان.
103	الفصل السابع: تدبير سلوك الطفل في العيادة السنية.
117	الفصل الثامن: سلوكية الطاعن في السن.

139	الفصل التاسع: - المقابلة وإنشاء الإحالة النفسية.
153	- العلاقة بين الطبيب والمريض.
159	الفصل العاشر: الامتثال لتوصيات الرعاية الصحية.
163	الفصل الحادي عشر: - الإجهاد في طب الأسنان.
167	- مواضيع وقضايا خاصة بطب الأسنان.
181	الفصل الثاني عشر: العادات الفموية وتدبيرها.
191	الفصل الثالث عشر: التنويم المغناطيسي.
221	الفصل الرابع عشر: علاج ألم المفصل سلوكياً.
229	المصطلحات العلمية
241	المراجع

مُكَلِّمَةٌ:

عندما راودتني فكرة تأليف كتاب باللغة العربية في علم النفس السلوكي لطب الأسنان لم أتردد، وذلك لندرة الكتب والمراجع في هذا المجال منذ وجود طب الأسنان أكاديمياً مع بداية القرن الماضي خلا بعض الكتب المؤلفة في سورية، الدولة التي تعتمد التعليم الطبي باللغة العربية والتي تخدم ذات الهدف الذي نسعى إليه جميعاً، والأمل يحذوني أن أضيف إلى المكتبة العربية كتاباً جديداً عن علم النفس السلوكي لطب الأسنان يقوم بالتعريف لهذا العلم وتطوره ومناقشة اتجاهاته، ومدى العلاقة بينه وبين العلوم الأخرى وإمكانية الاستفادة من تطبيقه في الممارسة السريرية لطب الأسنان.

وقد نتج عن هذا الجهد مؤلف في علم النفس السلوكي في طب الأسنان، وهذا الإنتاج لا يمثل جهود المؤلف منفرداً بل هو حصيلة جهود العديد من الأساتذة والزملاء الذين ساهموا مشكورين سواءً في تسهيل عملية الحصول على المعلومة، أو بالمشاركة في مناقشة الأفكار والقضايا العلمية، أو الذين تولوا أعمال التصحيح ومساند الطباعة، والذين يضيق المقام عن ذكرهم بالتفصيل... فإليهم جميعاً خالص الشكر والامتنان والتقدير.

وللتذكير أقول إن هذا الكتاب هو استكمالٌ لثقافة الطالب والممارس بجوانب متنوعة من المعرفة لا غنى له عنها، وهو في سبيل الإعداد لحياة نفسية ومهنية مقبلة، ليصبح عضواً اجتماعياً مفيداً في تفكيره وسلوكه وممارسته المهنية.

هذا كما يسعدني أن أهدي هذا الكتاب إلى أبنائي الطلبة وزملائي أطباء الأسنان عسى أن يجدوا المعلومة المناسبة لاستثمارها في خدمة مهنتنا الإنسانية وخاصة في مجال طب أسنان الأطفال.... فلهم مني كل التقدير والاحترام.

وما توفيقي الا بالله

والله من وراء القصد

المؤلف

الباب الأول: " علم النفس مفاهيم عامة "

الفصل الأول: - لمحة تاريخية لتطور علم النفس.

- مبادئ علم النفس العام.

الفصل الثاني: - مبادئ علم السلوك.

- طرائق البحث في علم السلوك وأدواته.

الفصل الثالث: المبادئ السلوكية في طب الأسنان.

الفصل الرابع: الألم والهيجان والقلق.

الفصل الخامس: النمو السلوكي للطفولة والمراهقة.

لا ينال العلم حييً ولا مستكبر.

الفصل الأول

علم النفس العام

لمحة تاريخية لتطور علم النفس

لم يبلغ علم النفس عند العرب منزلة العلم المنظم المبني على قواعد علمية راسخة يقوم عليها أو على نظريات تحدد إطار دراسته، اللهم إلا بعض القواعد التي كانت تحدد علم الفراسة وبعض الأسباب غير المنطقية التي كانت تعلل أسباب التفاؤل والتشاؤم.

وعلى الرغم من وجود بعض الأفراد الذين اتصفوا بميزات وقدرات خاصة وكان يشهد لهم بقول الحكمة والقدرة على الاستنباط والاستسقاء والتكهن بالنتائج أو ما يسمى في علم النفس الحديث بالقدرة على التنبؤ، مع معرفتهم بأمور السابقين وتاريخ بعض الأمم المعاصرة والغابرة، إلا أن ذلك لم يكن ليرقى إلى مستوى العلوم الفلسفية المعروفة حيث كان علم النفس جزءاً منها.

والمتتبع لطريقة استخدام كلمة (النفس) في اللغة العربية سوف يجد أنها استعملت في الأغراض التالية في أغلب الأحوال [وإن كانت لم تقتصر عليها] وهي:

- 1- النفس بمعنى الروح، ويستشهدون على ذلك بقولهم "خرجت نفسه" أي خرجت روحه.
- 2- النفس بمعنى الجسد، وفي ذلك جاء قولهم "جاء بنفسه".
- 3- النفس بمعنى الدم، وقد ورد في ذلك "ما لا نفس له سائلة لا ينجس الماء".
- 4- النفس بمعنى الحقيقة أو الجوهر كما في الآية "تعلم ما في نفسي ولا أعلم ما في نفسك".
- 5- النفس بمعنى الشيء نفسه كما في الآية "النفس بالنفس".
- 6- النفس بمعنى الضمير الذي يؤنب صاحبه، كما في الآية الكريمة "... النفس اللوامة".

ونظراً لاختلاف مفهوم النفس فقد اتجه بعض العلماء إلى القول بوجود نفس مجردة غير مادية منفصلة عن الجسم، وهو ما يسمى بفكرة الازدواجية، بينما خاض بعضهم الآخر في جدل طويل لإثبات وجهة نظرهم بوجود نفس مادية مرتبطة بالجسم عن طريق علاقات مختلفة. ويمكن حصر هذا الاختلاف في طبيعة النفس باتجاهين رئيسين :

أ- اتجاه ينادي بمادية النفس وله ثلاثة اتجاهات فرعية هي:

- أ/1- إنكار وجود النفس كلية.
- أ/2- اعتبارها جسماً أو هي الجسم نفسه.

أ/3- النظر إليها على أنها جسم لطيف وهي أفضل ما في الإنسان.

ب- اتجاه ينادي بروحانية النفس وبُعدها عن المادية ويرى أنصار هذا الاتجاه أن النفس ليست جسماً مادياً وإنما هي جوهر قائم بذاته.

ويمكننا القول بأن المسائل النفسية وطرق تصنيف الشخصية وأسس بناء الإنسان تُعد بداية دراسة علم النفس في العصر الإسلامي واستخدام تطبيقاته بطريقة علمية لما احتواه من نظريات وأحكام وتوجيهات تتعلق بالتربية والتعليم، وطرق المعاملات الشخصية، والعلاقات الإنسانية، ووصف الشخصية السوية وغير السوية، ومناهج النقاش واستخدام البرهان إلى غير ذلك من مبادئ علم النفس التي لم يتناول العلماء بعضها أو يتعرضوا لدراستها إلا في العصر الحديث خلال القرن التاسع عشر، فقد تحدث علماء الشخصية مثلاً وعلى رأسهم فرويد (FREUD) وأتباعه من أنصار مدرسة التحليل النفسي عن الأمراض النفسية وتصنيفها إلى أنماط متباينة وقاموا بتقديمها بعد ذلك إلى العاملين في مجال علم النفس على شكل اكتشاف جديد في الوقت الذي سبقهم فيه القرآن إلى الإشارة للأمراض النفسية ووصف بعض أعراضها: "يخادعون الله والذين آمنوا وما يخدعون إلا أنفسهم وما يشعرون". ونلاحظ وجود صفتين في هذه الآيات لتشخيص المرض النفسي عند أولئك المخادعين المنافقين هما الكذب والخداع، وقد اتفق علماء العصر الحديث عليهما فقاموا بوضع هذه الصفات ضمن ما وصفوه بوسائل الدفاع النفسي (Mechanizm Defence). والأمر ذاته يُلاحظ في ظاهرة النقمص التي أشار إليها فرويد وغيره والتي سبقهم بالإشارة إليها عقبة بن أبي سفيان في حديثه لمعلم أولاده:

" ليكن أول إصلاحك لأولادي إصلاحك لنفسك، فإن عيونهم معقودة عليك، فالحسن عندهم ما صنعت ، والقبيح عندهم ما تركت".

ومرة أخرى خاض علماء العصر الحديث في وصف الصراع النفسي كعملية نفسية، وما يحدث فيها، من وقوع الإنسان بين قوتين ضاغطين تعملان بطريقة الجذب (إقبال / إقبال) أو بطريقة الطرد (إحجام / إحجام) أو بمزيج من الطريقتين (إقبال / إحجام). وقد سبقهم القرآن إلى ذلك في هذا المجال عن طريق وصفه للمنافقين في موقفهم الذي لا يحسدون عليه والذي اعترتهم فيه الحيرة والاضطراب ووقعوا فريسة للصراع النفسي دون أن يعرفوا طريقاً للخلاص، وذلك في صورة واضحة تمام الوضوح حيث وصفهم: " مذبذبين بين ذلك لا إلى هؤلاء ولا إلى هؤلاء ومن يضلل الله فلن تجد له سبيلاً ".

لقد وجّه القرآن الكريم سلوك الإنسان إلى اكتساب الصفات الضرورية لبناء الشخصية السوية، ومن أهم تلك الصفات: الاعتدال - الدعوة إلى عمل الخير - فعل المعروف - النهي عن ارتكاب الشر - البعد عما يسيء إلى الإنسان... الخ. وهو ما يُماشي بعض تعريفات الشخصية السوية المتمثلة في القدرة على التكيف الاجتماعي والعيش في انسجام مع النفس ومع الآخرين: " ولتكن منكم أمة يدعون إلى الخير ويأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر وأولئك هم المفلحون ".

وكان الكتاب المقدس قد دعا إلى محبة جميع البشر، حيث لم يميز السيد المسيح بين إنسان وآخر، حتى لو كان مختلفاً في اللون أو الجنس أو الفكر أو حتى العقيدة حيث قال: "سمعت أنه قيل: تحب قريبك وتبغض عدوك. وأما أنا فأقول لكم: أحبوا أعداءكم. باركوا لاعنيكم. أحسنوا إلى مبغضكم، وصلوا لأجل الذين يسيئون إليكم ويطردونكم." [متى 5: 43] وكذلك وجّه القرآن عنايته إلى الاهتمام بعامل الثقة في النفس وفي الآخرين وأثرها في الشخصية، ولا غرو في أن علماء العصر الحديث قد شعروا بما للثقة في النفس من بالغ الأهمية فنادى أريكسون وهو من علماء الشخصية البارزين بقوله إن الثقة بالنفس وفي الآخرين تعدّ الأساس الذي يعتمد عليه الهيكل البنائي للشخصية السوية بحيث يؤدي اكتسابها إلى توالي كسب الصفات الضرورية الأخرى لبناء الشخصية السليمة بينما يؤدي فقدانها إلى عرقلة نمو الشخصية وتوقف اكتساب الصفات الضرورية تماماً، وليس هناك شاهد على ذلك أبْلغ من تلك الثقة بالله: " الذين قال لهم الناس إن الناس قد جمعوا لكم فاخشوهم فزادهم إيماناً وقالوا حسبنا الله ونعم الوكيل ".

وقد نتج عن اتساع رقعة الدولة الإسلامية واحتكاك المسلمين بحضارات الشعوب الأخرى وتلبية دعوة الإسلام إلى طلب العلم واكتساب المعارف ازدهار الحركة العلمية ابتداء من القرن الثالث الهجري، ويعدّ الخليفة الأموي عبد الملك هو باعث تلك النهضة العلمية ومؤسسها حيث بلغت ذروتها وأصبحت مشعلاً للعالم بأسره ومؤثراً رئيساً في أفكار عصر النهضة العربية الإسلامية فيما بعد، وأمّا في عهد الدولة العباسية فقد نشطت حركة الترجمة والدراسات العلمية، وما أن اكتملت ترجمة معظم أعمال السابقين وإنتاجهم الفكري في القرنين التاسع والعاشر للميلاد حتى بدأ يظهر الفكر الإسلامي في علوم الفلسفة وعلم النفس بطابعه المميز والمرتبط بالإطار الإسلامي إلى جانب علماء مبرزون في علوم الطب والفلك والرياضيات والكيمياء وبقيت نظرياتهم متداولة في العالم لعدة قرون وإلى ما بعد عصر

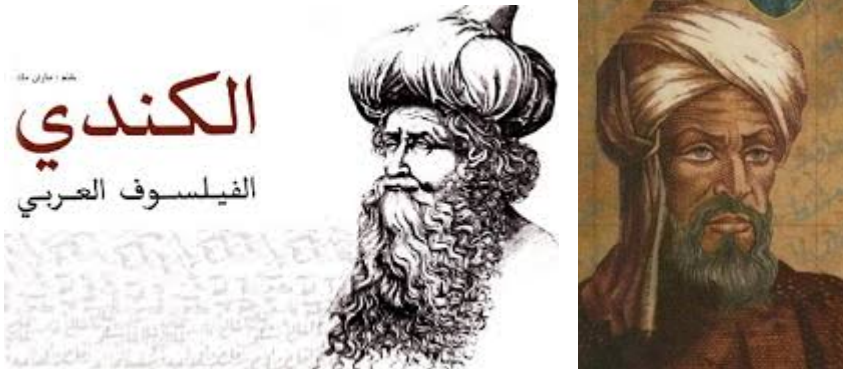
النهضة في أوروبا، وقد شملت كتابتهم مواضيع شتى في الفلسفة منها مجالات المنطق، والتفكير، وطبيعة الإنسان، ونشأة الوجود وحرية الاختيار، ومسائل النفس والروح، كما ظهرت الكتابة العلمية المنظمة في علم النفس والتي بحثت في النفس ووظائفها، وعلاقتها بالجسم .

ويلاحظ أنه على الرغم من تأثر تلك الكتابات بفلسفة السابقين وبخاصة أصول الفكر الإغريقي إلا أن العرب قد زادوا عليها وعرضوها من زوايا تعتمد على الإطار الإسلامي العام الذي حدد القرآن منهجه ومعالمه، وقد كتب في الفلسفة الكثير من العلماء العرب الذين ناقشوا آراء الفلاسفة الإغريق ومبادئهم، وهذبوا بعضها أو عارضوها، ونورد فيما يلي أسماء بعض هؤلاء، وأبرز أعمالهم في مجال علم النفس:

أبو يوسف يعقوب اسحاق الكندي:

ولد الكندي في نهاية القرن الثامن الميلادي، وهو الذي أشار إلى أن النفس هي جوهر العقل، وليست جسماً مادياً، كما أنها ثابتة لا تتغير ولا تفنى بفناء الجسد، وتعود إلى أصلها في عالم ما وراء الطبيعة "عالم الروحيات" إذا ما انتهى أمر صاحبها بالموت ولهذه النفس جانبان:

- أ - جانب روحي أصيل يتعامل مع المجردات ولا علاقة له بالأمور المادية.
- ب- جانب له تأثير على النشاط الإنساني في علاقته بالأشياء المادية.



الشكل (1-1): الفيلسوف العربي أبو يوسف الكندي.

أبو نصر محمد الفارابي:

ولد الفارابي في أواخر القرن التاسع الميلادي، ونظراً لتفوقه في فهم آراء أرسطو وأفلاطون وتفسيرها فقد عمل على تقريبها. ويقسم الفارابي الأفكار إلى نوعين:

- (1) أفكار تامة: وهي لا تحتاج إلى براهين سابقة لتأييدها أو تأكيد صحتها مثل فكرة الوجود.
- (2) أفكار ناقصة: وهي بحاجة إلى براهين وأدلة لشرحها وتوضيحها أو للدلالة عليها مثل فكرة "الأجسام" التي تحتاج إلى معرفة أطوالها وعرضها وأوزانها وأحجامها لإيجاد تصور كامل عنها وفهمها الفهم التام.



الشكل (1-2): العالم العربي أبو نصر الفارابي.

ابن سينا (أبو علي حسين عبد الله بن سينا):

ولد ابن سينا سنة 980 ميلادية وكان فيلسوفاً وطبيباً وقد تناول فيما كتب وصفاً لبعض الأمراض النفسية وأعراضها، كما أنه كان عارفاً بعلوم الفلسفة اليونانية وبخاصة آراء أرسطو، وتتشابه لديه مبادئ علم النفس مع تلك الأفكار. وقد قام بتصنيف العقل إلى ثلاث مراتب:

- (1) العقل النباتي: وهو في أدنى الدرجات وبسيط جداً ومحدود القدرات.
- (2) العقل الحيواني: ويمتاز على العقل النباتي بقدرته على إثارة الحركة وفي التعرف على الأشياء، وفي سيطرته على بعض الدوافع التي زود بها الكائن الحي بدرجة أرقى مما أتيح للعقل النباتي.

(3) العقل الإنساني: ويعد في قمة تطور العقل الحيواني، وعلى الرغم من مشاركة الإنسان والحيوان المتمتع بالقدرة على معرفة الأشياء عن طريق حواس داخلية وخارجية إلا أن الإنسان ينفرد دون سواه بقدرته على التفكير المنظم عن طريق ملكة التفكير لديه.



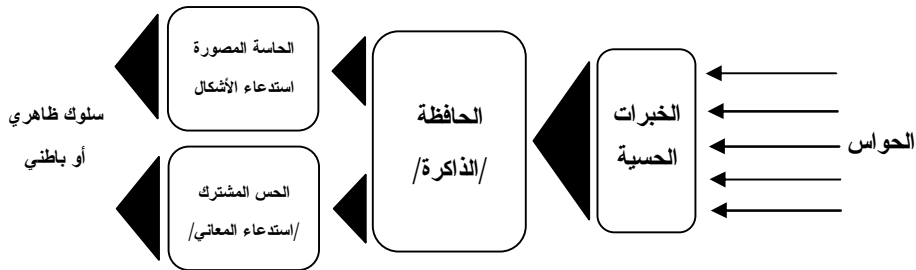
الشكل (1-3): الطبيب والفيلسوف ابن سينا.

كما قسم ابن سينا النفس إلى ثلاثة أقسام:

أ) النفس النباتية.

ب) النفس الحيوانية.

ج) النفس الإنسانية.



الشكل (1-4): نموذج لنظام الذاكرة عند ابن سينا.

ابن رشد (أبو الوليد محمد أحمد بن رشد):

ولد ابن رشد بقرطبة سنة 1126 ميلادية، وقد تناول موضوع النفس في كتاباته وأشار إلى أنها مصدر القوة ومبعث الحياة في الأشياء، وقد فرق بين النفس والعقل، ويتضح لنا من تصوره للعقل أنه قيس أو شعاع من العقل الكلي للوجود، وأنه ليس بمادة على الرغم من العلاقة بينه وبين الجسم، ويتكون العقل عنده من جزأين:

(1) جزء أصيل ويمثل الجانب المجرد من العقل، وهو منفصل عن الجسم والمادة ووظيفته فهم الأشياء المجردة، وهذه الوظيفة تجعل منه مصدر المعرفة، ويعود هذا الجزء إلى أصله في الوجود بعد موت صاحبه.

(2) جزء مادي ووظيفته التعامل مع الأمور المادية، ويفنى هذا الجزء بمجرد موت صاحبه.



الشكل (1-5) : المفكر العربي ابن رشد.

ويعتمد كل من المخ والجهاز العصبي على العقل في نشاطهما. وتؤكد نظرية ابن رشد في الأسباب والمسببات إلى أن الفعل ينسب إلى أسباب ذاتية كامنة في الفاعل ولا يجوز نسبها إلى أسباب خارجية عنه، كما تعود أسباب حدوث الظواهر إلى أربعة أسباب هي:

أ) الفاعل: الذي ينسب إليه الفعل أو السلوك.

ب) المادة: المتمثلة في السلوك.

ج) الصورة: ويقصد بها الأثر الذي يتركه ذلك السلوك على شكل خبرات مكتسبة.

د) الغاية: وتمثل الهدف الذي هو محور السلوك.

وترتبط هذه النظرية بتعريف ابن رشد للعقل الذي يشير إلى أن: (العقل هو إدراك الموجودات بأسبابها).

ابن خلدون:

تناول ابن خلدون في مقدمته عدداً من الموضوعات المرتبطة بعلم النفس العام وعلم النفس التربوي بصورة مباشرة، وعدد آخر من المواضيع المختلفة والتي جاءت بصورة غير مباشرة مثل موضوع عوامل الشخصية، والدوافع النفسية، وتأثير الوراثة والبيئة في السلوك الإنساني، وسوف نتناول فيما يلي بعض آرائه في مجال علم النفس.

تعريفه للإدراك:

عملية يقوم بها الكائن الحي من إنسان وحيوان عن طريق استخدامه لحاسة واحدة أو أكثر من الحواس الخمس، غير أن الإنسان يتميز على الحيوان ويتفوق عليه في تمتعه بملكة التفكير.

تعريفه للتفكير:

عملية يقوم فيها الإنسان بتحليل المعلومات ابتداء من عملية التفكير البسيط إلى أعلى مستويات التفكير المجرد، ووظيفة الفكر هي إدراك الترتيب بين الحوادث بحيث يتم فهمها بصورة مرتبة ومتسلسلة ومتراصة.



الشكل (1-6) : صاحب الفكر الفلسفي المتجدد ابن خلدون.

ويرى ابن خلدون أن الناس مختلفون في طريقة تفكيرهم مما ينتج عنه وجود فروق في الدرجة بين مستويات التفكير من شخص لآخر، وهذا الرأي يتفق عليه جميع العلماء المحدثين الذين اهتموا بموضوع التفكير لدى الإنسان ووجدوا أن عملية التفكير تتبع نظاماً يتدرج من الحس المادي البسيط (Concrete Level) إلى أن يصل إلى المسائل المعقدة المجردة (Abstract Level) خلال عدة مراحل، كما أن هناك بعض الأشخاص الذين يتفوقون عند المرحلة الحسية بحيث لا يستطيعون تجاوزها بينما يتميز غيرهم بالقدرة على التفكير على جميع المستويات تبعاً لطبيعة الحال وما يتطلبه الأمر. وينقسم الفكر إلى ثلاثة أنواع:

- 1 (فكر مادي ويتعلق بإدراك الأشياء المادية وممارسة الأمور العادية اليومية وهو ما أطلق عليه " العقل التمييزي " .
- 2 (فكر يتعلق بالتعامل مع الأمور المعنوية واستخدام أثر الخبرات السابقة والتعلم في الحياة العملية، وهو ما أطلق عليه " العقل التجريبي " .
- 3 (فكر مجرد ووظيفته التعامل مع غير الماديات مثل مسائل التفكير في الوجود ونشأة العالم وأحوال الكون وأسباب حدوث الأشياء وهو ما أطلق عليه " العقل النظري " .

تطور التفكير لدى الإنسان :

يشير ابن خلدون إلى أن الإنسان يأتي إلى هذا العالم دون خبرات سابقة، أي صفحة بيضاء دون أن يكون لأفكاره المقبلة أصل مطبوع لديه، ويكون جاهلاً بجميع المعارف ويفتقد إلى القدرة على القيام بالتمييز بين الأشياء، ثم يبدأ تدريجياً في اكتساب الخبرات والتعرف على الحقائق الضرورية للتعامل مع البيئة عن طريق أجهزته العقلية المتميزة بخاصية التفكير الذي تفقد النفس الإنسانية ذاتيتها دونه.

وقد تم تصنيف الجهاز النفسي لدى الإنسان إلى ثلاثة مستويات تبعاً لنوع الوظيفة التي يؤديها، وهي :

- 1 (عالم الحس: وهو أدنى هذه المستويات مرتبةً لارتباطه مباشرةً بالعالم المادي حيث يقتصر التعامل من خلاله على الأمور المادية المحسوسة التي تأتي إلينا عن طريق الحواس الخمس.

(2) **عالم الفكر:** وهو أعلى مرتبة من سابقه لارتباطه بالإنسانية التي تعمل على توجيه سلوك الإنسان وأفعاله عن طريق الاستفادة من مختلف النظم التي تستخدمها الأجهزة العقلية.

(3) **عالم الأرواح:** وهو يختلف كلية عن عالم الحواس الذي ألفناه، ولا نستطيع إدراكه سوى عن طريق الرؤيا الصادقة التي تأتي في المنام، والتي يمكن تفسيرها عن طريق علم تفسير الرؤى.



الشكل (1-7): ابن خلدون.

كما تم تقسيم العلوم المعرفية إلى عدة علوم رئيسية، وتشمل:

أ- **علم المنطق:** ووظيفته تمييز الصواب من الخطأ.

ب- **العلوم الطبيعية:** ومجال دراستها هو الكائنات الحية والنبات وأصناف المعادن، وهو ما أطلق عليه ابن خلدون علم " المحسوسات من الأجسام العنصرية "، وتشمل مجموعة من العلوم هي الطب والفلاحة وعلوم السحر والكيمياء.

ج- **العلم الإلهي:** وهو يتعلق بدراسة ما وراء الطبيعة.

د- **علم المقادير:** وهو مجموع علوم الهندسة والحساب والموسيقى والفلك.

ومن تتبع كتابات ابن خلدون يتضح لنا أن له آراء صائبة فيما يتعلق بعلم النفس التربوي، إذ أن آراءه لا تختلف عن الكثير من الآراء الحديثة التي استخدمت أسساً للعديد من نظريات التعليم وطرق التدريس، وقد أشار إلى مجموعة من الحقائق المتعلقة بعملية التعلم، وطرق التدريس وكيفية التعامل مع الطلبة، وتحسين مردود العملية التعليمية، ونجمل هذه الآراء فيما يلي:

(1) **تعليم عدد محدود من الحقائق في كل مرة،** وهذا الأمر يتفق عليه جميع المربين والمشتغلين بالعملية التعليمية، لأن الإكثار من تقديم الحقائق العلمية دون التأكد من فهم كل حقيقة سبق تقديمها وهضمها يؤثر في عمل الذاكرة، فيصعب معه تسجيل تلك الحقائق

وتذكرها أو استدعائها، كما أن تقديم تلك الحقائق مجتمعة قد يعمل على تداخلها وعدم حدوث التعلم.

(2) **تقديم الأمثلة المشروحة لتقريب الفهم**، ومن المعروف أن الأمثلة الجيدة التي يُحسن المدرس اختيارها أمراً ضرورياً لإتقان التعلم حيث يستطيع الطالب من خلال تلك الأمثلة وعن طريق توجيه المدرس أن يكتشف الحقائق بنفسه عن طريق تحليلها والتوصل منها إلى معرفة القوانين التي تحكم الظاهرة التي يتناولها الدرس.

(3) **مرحلة تثبيت المعلومات ومعالجة المادة من جميع الوجوه** مع التوسع في تقديم التمرينات، وهذه الخطوة مكمل للخطوتين السابقتين اللتين تم فيهما تقديم المعلومات الجديدة في صورة أمثلة، ثم استخراج القوانين المتعلقة بها إلى أن نصل إلى المرحلة الحالية وهي مرحلة التطبيق، وفي هذه الخطوة يتم تقديم التمارين التطبيقية الشاملة التي تعالج مختلف جوانب الموضوع.

(4) **وجوب مراعاة قدرات المتعلم واستعداداته**، لا يختلف مع هذا الرأي أي من العاملين في المجال التربوي حديثاً لاتفاقه تماماً مع فكرة الفروق الفردية بين الأفراد في القدرات الخاصة والميول والاتجاهات. ومما لا شك فيه أن هذه الأفكار تقدمية بالنسبة للعصر الذي قيلت فيه كما أنها سابقة للعديد من أفكار علماء القرنين التاسع عشر والعشرين الذين قدموها لنا وكأنها أفكار جديدة لم يتم اكتشافها إلا مؤخراً، ومما نص عليه كلام ابن خلدون حريفاً في هذا المقام " ولا ينبغي للمعلم أن يزيد متعلمه على فهم كتابه الذي أكب على التعليم فيه بحسب طاقته ".

(5) **مراعاة وحدة المادة دون خلطها بمواد أخرى**، سوف يتضح للقارئ المطلع على نظرية الجشنتل (الشكالية) وتطبيقاتها في المجال التربوي أنها ركزت على هذه النقطة بشكل رئيس للشعور بأن مراعاة وحدة المادة والنظر إليها ككل دون خلطها بأمر آخر له تأثير ايجابي في عملية التعلم حسب درجة تحقيق الأساس الذي سبقت الإشارة إليه، كما أن أفكار برونر في هذا المجال تدل على مدى التشابه والتأثر بأفكار العلماء العرب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وَضُحَ أثرها في تشكيل بعض الأفكار المعاصرة التي أعيد تقديمها إلينا من جديد عن طريق علماء الغرب.

(6) **مراعاة عدم إطالة المدة بين كل درس وآخر** حتى يتمكن الطالب من الشعور بعدم الانقطاع عن الدروس، وتشير هذه الحقيقة إلى أهمية مواصلة التدريب وتنظيم المراجعة

على فترات منتظمة كي يتم تثبيت المعلومات في الذاكرة وتسهيل عملية استيعابها واسترجاعها، لأن المواد التي لا يتم مراجعتها باستمرار تفقد أثرها تدريجياً إلى أن يتم نسيانها بدرجة كبيرة. والغريب في الأمر أن هذه الحقيقة نفسها قد اكتشفها ابنهاوس فيما بعد في دراساته الشهيرة عن الذاكرة والتذكر وما زالت آراؤه إلى الآن مرجعاً في هذا المجال.

أما عن رأي ابن خلدون في طرق التدريس فيشير إلى ضرورة مراعاة أن ينتقل الطالب من السهل إلى الصعب تدريجياً، مع الانتباه إلى الأمور التالية:

(1) أن يبدأ المدرس بتعريف الألفاظ والتركيبات الصعبة (المفاهيم) وشرح معانيها قبل أن يبدأ في التعامل مع موضوع الدرس الرئيس.

(2) تحليل المعاني للاستدلال على المطلوب، وهذا لا يتم إلا بعد قراءة الموضوع والإحاطة بجميع جوانبه.

(3) التعامل مع المعاني على المستوى المجرد، وهذا يعني إجراء مختلف العمليات العقلية التي يتم فيها الربط ما بين الموضوع وغيره من الموضوعات والخبرات السابقة قبل الوصول إلى تعميم القوانين العلمية المكتشفة.

(4) تقسيم فترة الدراسة الطويلة إلى فترات قصيرة للعمل تفصلها فترات للراحة لمنع الشعور بالملل أو فقدان الرغبة في مواصلة العمل، على أنه في حالة انعدام الرغبة في الاستمرار بصورة مؤقتة فيستحسن الانصراف عنها إلى أن يزول السبب.

(5) الابتعاد عن الأباطيل والتعصب، ويمكننا القول بأن هذه الحقيقة موجهة للمدرس أكثر منها للطالب، فهي تشير إلى أمر غاية في الأهمية وهو أن دور المدرس يتطلب مساعدة الطالب على التوصل إلى الحقائق بنفسه وليس على أساس تقديمها له بطريقة تلقينية وترديدها على مسامعه وفقاً لوجهة نظره الشخصية، وبذلك يتخلص المدرس من دور الوصاية التقليدي الذي يعتبر فيه هو المصدر الوحيد للمعلومات. وينصح ابن خلدون مثل هذا المدرس بالتخلص من هذا الدور والابتعاد عن التعصب الأعمى لرأي معين في الوقت الذي يتجاهل فيه الآراء الأخرى، وضرورة التأكد من الحقائق قبل تقديمها.



الشكل (1-8) : ابن خلدون.

وما يهمننا من استعراض الفقرات السابقة الإشارة إلى ما ورد فيها مما يتعلّق بعلم النفس بصورة عامة، والذي يمكن إجماله فيما يلي:

1 (أن العلاقة المثالية بين المدرس والطالب تقوم على الابتعاد عن الضغط والشدة، واتباع أسلوب الملاينة والاحترام المتبادل ومناسبة الجزاء لمقدار العمل.

2 (أن إخلاص المدرس في عمله ليس له علاقة بإتقال كاهل التلميذ بالواجبات وتحميله ما لا يقدر على أدائه وما لا يتناسب مع قدراته واستعداداته الطبيعية، كما يجب عدم اللجوء إلى التساهل المفرط الذي يؤدي إلى الإهمال والشعور بعدم المبالاة.

3 (ضرورة تقييم الطالب باستمرار ومتابعة أعماله بالتعزيز سواء أكان سلبيا أم إيجابيا حتى يزداد الحافز لديه في حالة الصواب المدعم بالتعزيز الإيجابي، ويتعرف على أخطائه في حالة التدعيم السلبي.

على أن النقطة التي يجب أن نلفت إليها الانتباه هي أنه على الرغم من تقديم العلماء العرب لبعض الأفكار التربوية والنفسية الجديدة في ذلك الوقت إلا أنهم لم يحاولوا وضعها في إطار نظري مترابط أو يدعموها بالتجارب العلمية وطرق الملاحظة التي اعتمد عليها علماء النفس التجريبيون الذين أرسوا دعائم هذا العلم ورفعوه إلى مصاف العلوم المعروفة. كما جاءت أفكار بعض علمائنا موزعة عبر العديد من مؤلفاتهم مما أدى إلى عدم ترابط هذه الأفكار وانعدام الوحدة بينها، وهذه الوحدة الفكرية أو وحدة الموضوع هي شرط أساس من شروط قيام النظريات .

مبادئ علم النفس العام

أولاً: التعريف:

هو علم دراسة السلوك، أي النشاط الذي يصدر عن الكائن نتيجة تفاعله مع البيئة المحيطة به، فإما أن يكون نشاطاً حركياً ظاهرياً كالمشي والكلام أو عقلياً كالإدراك والتفكير والتذكر والشعور الوجداني والانفعالات كالألم والخوف والارتياح.

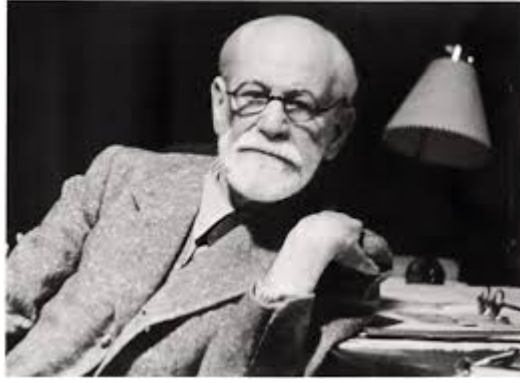
إن العلوم الإنسانية هي أعقد العلوم وأكثرها صعوبة لأنها تخضع لقوانين المادة كالفيزياء والكيمياء. فالمتحولات في الكائنات الإنسانية كبيرة جداً والفروق الفردية في السلوك والوراثة والتنشئة والتركيب النفسي عند الأفراد وما إلى ذلك كبيرة ومتفاوتة، وهذا ما يجعل عملية الوصول إلى قوانين ناظمة للسلوك الفردي والاجتماعي صعبة إن لم تكن مستحيلة على الرغم من التزام علم النفس بطرائق البحث العلمي المطبقة في العلوم الوصفية الأخرى. ومثل هذا التعقيد في السلوك الإنساني يفرض مذاهب فكرية تعالج موضوعات العلوم النفسية من زوايا متفرقة ولكنها في الوقت نفسه تكمل بعضها بعضاً. وهذا ما نجده في الطب النفسي العلاجي التحليلي أو السلوكي. وكل ركن من هذه المعالجة يتناول السلوك المرضي في معالجته معالجة متكاملة كعضوية بيولوجية بعوامل أمراضها من جهة وبتفاعل هذه العضوية مع البيئة المسببة للاضطراب النفسي من جهة ثانية.

ثانياً: المدارس:

تعددت مدارس علم النفس ونظرياته بسبب اختلاف العلماء في موضوع علم النفس وفي طريقة معالجته وهذا يؤكد أنه لا وجود لحقائق مطلقة نهائية قطعية، وأهم هذه المدارس:

1- المدرسة السلوكية: وتُنسب إلى مؤسسها " واطسن " في الولايات المتحدة وجاءت كرد فعل على النظريات التي اعتمدت على التفسيرات العقلية البحتة بأن السلوك هو الغرائز والشعور والإرادة والتفكير. وترى هذه المدرسة أن علم النفس هو دراسة السلوك بالملاحظة واعتمدت التجريب لفهم السلوك.

2- مدرسة التحليل النفسي: أسسها " سيغموند فرويد " وتدّعي أن ما يحكم سلوك الفرد دوافع لا شعورية مكبوتة منذ الصغر يُظهرها التحليل النفسي بالعودة إلى الطفولة، فالشعور غير كاف لفهم الدوافع لأنه يتأثر باللاشعور.



الشكل (1-9) : مؤسس مدرسة التحليل النفسي سيغموند فرويد.

- 3- المدرسة الشكلية " الكشائلية " : وهي تقرر بأن الإدراك يتجه نحو الكل (الشكل الخارجي) لا نحو الأجزاء، فمثلاً أي تغيير في أحد أجزاء الوجه يغير من ملامح الوجه ككل.
- 4- المدرسة المعرفية: ويمثلها آراء " جان بياجيه " فأصحاب هذه المدرسة يهتمون بالعمليات المعرفية التي لا تخضع للملاحظة المباشرة، كما أن إدراك البيئة لدى الشخص يتغير بتغير نموه.

- 5- المدرسة الوجودية: يرى " جان بول سارتر " أن الطبيعة الإنسانية ثرية وتحكمها الخبرة الفردية لذا يُدرس السلوك بالتركيز على القيم والأفكار المكتسبة.
- 6- المدرسة الإنسانية: وهي فريق عمل يمثلته " ماسلو " الذي يرى أن الإنسان مجبوراً على فعل الخير وينطوي على دافع رئيس للنمو والارتقاء وتحقيق الذات.

ثالثاً: الفروع:

علم النفس بمختلف فروعه هو علم الإنسان الذي يكافح لمعرفة نفسه ولتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي. فكلما زادت معرفتنا بنفسيتنا ونفسية الآخر وبطبيعة البيئة التي نكتنفها زادت معرفتنا بالحدى الوسائل التي تحقق أكبر قدر من التكيف والتوافق، وزادت بالتالي قدرتنا على تخفيف القلق والتوتر النفسي.

وقد اتسعت ميادين علم النفس وأصبح له فروع نظرية وفروع تطبيقية باستخدام المبادئ والقوانين الخاصة به، وهذه الفروع:

- 1- علم النفس العام: الذي يدرس السلوك في صورته السوية لكشف المبادئ والقوانين التي تفسر هذا السلوك، وهذا العلم أساس الفروع الأخرى.

- 2- علم النفس الفارق: يدرس الفوارق بين الأفراد والجماعات في الذكاء أو الشخصية أو القدرات والمواهب لتوضيح الاختلاف وكيفيته ومداه.
 - 3- علم النفس الارتقائي: لدراسة تشكل سلوك الفرد وتطوره في مراحل العمر المختلفة .
 - 4- علم النفس الاجتماعي: وهو يدرس سلوك الأفراد والجماعات والتأثير المتبادل بينهم في المواقف الاجتماعية المختلفة.
 - 5- علم نفس الشواذ: يبحث في نشأة العلاج للأمراض النفسية " العقلية " وأسبابها وأسبها والتخلف العقلي والإجرام، وهو يختلف عن الطب النفسي المعتمد على العلوم الطبيعية.
 - 6- علم النفس المقارن: وهو يقارن بين سلوك الإنسان والحيوان وسلوك الطفل والراشد وسلوك السوي والشاذ للكشف عن أوجه التشابه والاختلاف بين ألوان السلوك.
- رابعاً: ميادين التطبيق:**

وهي الميادين التي تستفيد من نتائج البحوث ونظريات علم النفس في أهداف عملية متنوعة كرفع مستوى الكفاءة البشرية ومساعدة الأفراد والجماعات على التوافق والمحافظة على صحة المرضى النفسية، وتحسين العلاقات الإنسانية وقوانين نمو الأفراد وإلى غير ذلك من فروع الحياة العملية، ويمكن شرح ذلك من خلال استعراض أهم تلك الميادين وهي:

- 1- علم النفس الطبي: وهو الدراسة الشاملة للأمراض النفسية والعقلية ويتفرع إلى السريري [حيث يهتم بتشخيص المرض العقلي والنفسي وعلاجه وتصنيفه وأعراضه وأسبابه]، والمرضي [الذي يدرس الحالات من الناحيتين العقلية أو النفسية التي لا تخفي ذاتها]، والدوائي [وهو استخدام الأدوية بهدف تبديل العمليات العقلية أو النفسية].
- 2- علم النفس التربوي: يستخدم علم النفس في ميدان التربية والتعليم لحل مشكلات التلاميذ وتحويل الأهداف التربوية إلى أساليب سلوكية ومعرفة أنسب الظروف في اكتساب الطفل عادات ومهارات مختلفة لإحداث التغير المطلوب في شخصية الطفل العقلية والانفعالية والاجتماعية.
- 3- علم النفس الأسري: ويبحث في السلوك الأسري العام والسلوك الأسري بخاصة من حيث العلاقات المتبادلة ومدى التأثير والارتقاء بالحالة السلوكية إلى الأفضل.
- 4- علم النفس الإرشادي: وهو يساعد الأفراد الأسوياء في حل مشاكلهم بأنفسهم، والتي لا تدخل في إطار الأمراض النفسية والعقلية.
- 5- علم نفس الشواذ: ويرتبط ارتباطاً مباشراً بأشكال الشذوذ المختلفة.
- 6- علم النفس التجريبي:

- 7- علم النفس الصناعي: ويهدف إلى زيادة الكفاءة الصناعية وزيادة نجاح العامل في عمله وإنشاء الاستقرار الصناعي بإزالة مصدر الشكوى والنزاع بين العمال.
- 8- علم النفس التجاري: ويهتم بدراسة دوافع البيع والشراء والاتجاهات النفسية للمستهلكين نحو المنتجات، كما يدرس الأسس النفسية لعمليات البيع وطرق الدعاية لجذب الانتباه.
- 9- علم النفس الجنائي: ويبحث في طرق الكشف عن الجرائم وأنجح طرق التعامل مع المجرمين واقتراح أنسب وسائل العلاج والإصلاح والتقويم للتقليل من الجرائم.
- 10- علم النفس الحربي: ويدرس أساليب قياس القدرات العقلية والجسمية ومزاج أفراد القوات المسلحة وتوجيههم للسلاح المناسب إلى جانب رفع الروح المعنوية في السلم والحرب وبحث الصفات اللازمة للقيادة وعلاج المصابين نفسياً من جراء الحرب.

دون لتعرف ما في ذاكرتك.

الفصل الثاني

مبادئ علم السلوك

يقوم الكائن الحي خلال فترة حياته بنشاط مستمر لإحداث التوافق بينه وبين البيئة التي يعيش فيها ومن أجل التكيف اجتماعياً مع الوسط المحيط به سواء كان ذلك من أجل البقاء أو للمحافظة على النوع أو لإرضاء حاجاته وعوامل حب الاستطلاع والاستزادة من المعرفة، وتقع كل تلك النشاطات في دائرة تسمى بالسلوك.

وهناك أنواع متعددة من السلوك بعضها بسيط مثل الإمساك بكوب ماء موضوع أمامنا أو لدى إحضاره لنا مباشرة، وبعضها معقد يحتاج إلى وقت للتفكير، ويحدث بعضها في دائرة صغيرة مغلقة عن طريق منحى الانعكاس، كالسلوك المنعكس مثلاً، والبعض الآخر يأخذ طريقاً أطول في دورته العصبية الكبيرة التي تمر بالمخ ويتأثر في حدوثه بالتعليم والخبرات السابقة.

ويشير البعض إلى أن هناك أنماطاً من السلوك الشرطي التي تحدث عن طريق ارتباطات سبق تكوينها بالمخ وتكون مبنية على سلوك منعكس أصلاً، ويمكن تصور ذلك في موقفين:

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| 1) الشعور بالبرد | ارتعاش الشخص (فعل منعكس) |
| 2) الشعور بالبرد | ارتداء ملابس دافئة (فعل شرطي) |

ويلاحظ هنا أن المثال (1) يدل على فعل منعكس بسيط وأن الاستجابة للمثير تتبعه مباشرة، بينما في الحالة (2) فإن الاستجابة أكثر تعقيداً وتعتمد إلى حد كبير على التفكير عن طريق الارتباطات التي سبق تكوينها، وعلى الخبرات السابقة ونوع الاستجابات التي استجاب بها الشخص للمثير ومدى احتمال اختيار إجابة معينة من بين جملة الاختبارات.

وهناك أوصاف متعددة للسلوك منها السلوك الغريزي أو المبني على دوافع عضوية والسلوك المكتسب نتيجة التعلم والخبرة والمران، والسلوك الذي يستجيب لمثير داخلي أو لمثير خارجي، وهناك السلوك المنعكس الذي يحدث تلقائياً والسلوك الإرادي الذي يمنح الشخص فرصة الاختيار. ومن السلوك ما هو حركي أو تفكيري، بسيط أو معقد، ومنه ما هو حركي وتفكيري معاً.

وهناك العديد من الصفات الأخرى التي تربط السلوك بأداء معين مثل السلوك الهضمي أو البصري أو الانفعالي إلى آخر ذلك من تسميات.

أولاً: تعريف السلوك:

هو الاستجابة لمثير سواء كان داخلياً أو خارجياً، وتزداد درجة تعقيد السلوك تبعاً لزيادة درجة النمو والنضج لدى الكائن الحي، فحركة اليد العشوائية لدى الطفل حديث الولادة مثلاً تتحول إلى حركة منظمة للإمساك بالأشياء أو للعب بها مما يدخلها في دائرة السلوك الهادف بعد أن يبدأ الطفل في النمو وفي التنسيق بين أجهزته العصبية والحركية، ويمكن لنا فهم السلوك إذا ما أمكن دراسته من خلال العلاقة بينه وبين البيئة المثيرة له.

ويشير هب (HEBB) إلى أن السلوك هو عملية تتولى مراكز الإحساس خلالها توجيه السلوك بهدف التوافق مع البيئة.

ويجب أن نشير هنا إلى وجود بعض أنواع السلوك التي لا يترتب على حدوثها وجود توافق مع البيئة بشكل ظاهر مثل السلوك الجنسي والسلوك الأبوي وسلوك اللعب، وهي كلها تخضع لمركز الإحساس غير أن هدفها لا ينصب على إحداث عملية التكيف أو التوافق مع البيئة بشكل خاص.

ثانياً: مفهوم السلوك:

تختلف طرق دراسة السلوك ومفاهيمه والنظر إليهما تبعاً لتعدد المدارس والاتجاهات المختلفة التي انصب اهتمامها على هذا الموضوع، وقد قام أتباع هذه المدارس بوضع نظريات متعددة نتيجة لدراسة السلوك من زوايا واتجاهات فلسفية ومذهبية مختلفة بقصد تفسير فهم طبيعة الكائن الحي وتفاعله مع البيئة والمؤثرات التي تؤثر فيه والعوامل التي تقوم بتوجيهه حتى يمكن التنبؤ بنوعية سلوكه المستقبلي، ومنها:

1) نظرية المجال:

وترى هذه النظرية أن دراسة أية ظاهرة سلوكية لا تكون تامة ما لم تعبر عن وجهة نظر الشخص المدرك نفسه، وأن تتناول ما يشعر به هو دون سواء ودون اعتبار للعوامل الأخرى البعيدة عن ذلك الاتجاه، فإذا ما افترضنا بأن هناك شخصاً يعتره الخوف من وجوده بالأماكن المرتفعة مثلاً، فلن تكون هناك فائدة من دراسة الخوف كظاهرة سلوكية مجالية عن طريق الرجوع إلى تاريخ حياة الشخص وطرق تربيته والعوامل اللاشعورية المسيطرة عليه التي ربما احتوت مسببات خوفه، لكن وحسب وجهة نظر أنصار نظرية المجال يجب أن يوجه الاهتمام بشكل رئيس إلى دراسة مشاعر ذلك الشخص لحظة وجوده في مكان مرتفع

لدرجة الخوف واستعراض أفكاره وتصوراته ومدى خوفه وأن نتبين الأساليب التي يلجأ إليها للتعامل مع ذلك الموقف.

وبهذا تصبح دراسة السلوك من وجهة نظر الشخص الآخر الذي قام بالتصرف وليس حسب ما يرى الدارس أو الباحث أو الملاحظ الذي يقف موقف المتفرج.

(2) نظرية التحليل النفسي:

على عكس المدرسة السابقة تقف مدرسة التحليل النفسي موقفاً ينادي بأهمية العوامل اللاشعورية في تشكيل سلوك الإنسان بشكل رئيس، وأنه في الوقت الذي يجب ألا نهمل فيه وجهة نظر الشخص نفسه إلا أن ما يخبرنا به وما يصاحبه من نشاط لا يكون له معنى ما لم يرتبط بالمشاعر اللاشعورية التي سيطرت على توجيه سلوكه مثل عمليات التعويض والكبت والإنكار والتبرير وسائر الحيل الدفاعية التي نلجأ إليها للتعبير عن مشاعرنا المكبوتة أو التي نخاف الإفصاح عنها أو التعامل معها بطريقة مباشرة، وبالتالي لو رجعنا إلى الشخص الذي يخاف من الأماكن المرتفعة فإننا سنجد تبعاً لوجهة نظر هذه النظرية أن هناك حوادث مؤلمة ارتبطت في عقله الباطن بوجوده في أماكن مرتفعة، وأن الشخص في محاولته التغلب على ذلك الخوف الأصلي قد لجأ إلى الاحتفاظ بتلك الذكريات في اللاشعور بحيث أصبح غير قادر على استدعائها بطريقة مباشرة، وبذلك أصبحت تسيطر عليه بطريقة غير مباشرة وتتولى توجيهه كلما تكرر الموقف السابق أو حدث موقف يتشابه معه دون أن يتدخل بوعي منه لإحداث ذلك.

(3) النظرية السلوكية:

على الرغم من وجود حركات متعددة داخل المدرسة السلوكية ذاتها إلا أن هناك اتفاقاً على أساس قصر تعريف السلوك على الأسس الظاهرة التي يمكن ملاحظتها وإجراء التجارب عليها وقياسها، وأنه لا يمكن الفصل بين المثير (العامل البيئي المؤثر في السلوك) وبين الاستجابة (النشاط السلوكي) كما يحدث في نظرية التحليل النفسي التي تنادي بوجود الأخذ في الاعتبار بعوامل تدخل في حكم الغيبيات مثل الشعور واللاشعور، وأنه يجب إخضاع المظاهر السلوكية للأسس العلمية المتفق عليها والتي تحتويها دائرة المثير والاستجابة أو التعزيز الشرطي.

وإذا ما عدنا مرة أخرى لحالة الشخص الذي يخاف من التواجد في أماكن مرتفعة نجد أن المعالج السلوكي يركز اهتمامه الرئيسي على العلاقة بين الأماكن المرتفعة (مثير)

والخوف (استجابة) وذلك دون حاجة الى البحث عن التفسيرات الشخصية أو التبريرات أو اللجوء إلى عوامل ظنية تكمن في اللاشعور الذي لا يمكن الإحاطة به أو التعامل معه وإخضاعه للدراسة العلمية التي تهتم بالظواهر السلوكية بشكل مباشر.

ومن استعراض وجهات النظر السابقة نجد أن نظرية المجال تهتم اهتماماً فائقاً بالعلاقة ما بين السلوك وفاعله، وبأن التفسيرات والخبرات الشخصية هي القدرة على توفير المعلومات الضرورية للبحث في هذا المجال، وهذا الموقف يذكرنا بالقصة القديمة التي تخبرنا بموقف شخصين أحدهما يدعو الله أن ينزل المطر بينما كان الآخر يدعو الله في نفس الوقت بعدم مجيء المطر، وهذا ما يمكن أن نطلق عليه أنه موقف شخصي وأنه دون معرفة ما يدور بذهن الأول وتفكيره في نزول المطر الذي ينعش الخضروات التي سيجلبها إلى السوق في اليوم التالي لما فهمنا سبب دعائه، وبنفس الطريقة فإنه لولا معرفتنا بأن تفكير الشخص الثاني كان منحصراً في المحافظة على بضاعته من الملح دون أن تصله الرطوبة لما استطعنا فهم طلبه المعارض، لكن مع ذلك هناك موضوعات أقل خصوصية من هذا الموقف تخضع لحكم القواعد العامة وأنه دون وجود تلك القواعد يصبح سلوك كل شخص عالماً قائماً بذاته ولا يمكن تفسيره في إطار البيئة الاجتماعية التي ننتمي إليها.

أما نظرية التحليل النفسي فإنها تضع قيادة قارب الحياة الذي يركبه الشخص في يد عوامل غير منظورة وقوى خفية وغير مرئية، وبالتالي فإنها تضع الفرد في موقف عدم المسؤولية عما يقوم به لأنه من فعل غيبيات عاشت طوال الوقت حبيسة عقله الباطن ومراكز اللاشعور فيه بحيث أصبح ينطبق عليه قول الشاعر أبو العلاء المعري :

هذا ما جناه أبي علي وما جنيت على أحد

ويجب أن نذكر أنه من غير المعقول أن نسير في طريق تفسير جميع مظاهر سلوك الفرد عن طريق ربطه باللاشعور، لأن هناك أموراً نؤديها لمجرد الرغبة في أدائها، فقد يكون النشاط الرياضي الذي نقوم به لمجرد قضاء الوقت أو لمحاربة الملل والسأم أو بسبب الرغبة في المحافظة على سلامة أجسامنا أو للرغبة في المنافسة البريئة أو للتدريب على التعاون والمشاركة الاجتماعية، وليس بالضرورة أن يكون بسبب النزعة العدوانية المتأصلة في نفوسنا والتي نحاول تهذيبها من ناحية أو كبتها والتفيس عنها عن طريق التعويض كحيلة من حيل الدفاع النفسي من ناحية أخرى.



الشكل (1-2) : الشاعر الفيلسفي أبو العلاء المعري.

أما النظرية السلوكية فإنها تنظر إلى الإنسان من خلال المعادلة الثابتة:

مثير + استجابة ← سلوك.

على الرغم من بساطة المعادلة إلا أن نتائجها النهائية هي وضع الإنسان تحت رحمة المثيرات البيئية بحيث يتحول إلى آلة اجتماعية تتحكم أنواع المثيرات المختلفة في قيادته وليس له من وسيلة للتخلص منها إلا الاستجابة لتلك المثيرات التي لا تتقطع لأنه بحكم طبيعته خاضع لمعادلة المثير والاستجابة.

تطور السلوك:

يشير ماكسل هت (MAXL HUTT) إلى أن تطور السلوك يبدأ منذ اللحظة التي يتم فيها الإخصاب وليس لحظة الميلاد كما يدعي بعضهم، إذ تتم ولادة الكائن الحي وهو مزود بمجموعة من المهارات والقدرات والاستعدادات التي تؤثر في سلوكه الحالي وفي تطوره المستقبلي.

ويغلب على الطفل بعد ولادته القيام بأداء مجموعة من الأفعال السلوكية المنعكسة بقصد المحافظة على الجنس مثل تحريك الأطراف عشوائياً، ومص الإصبع مما يُظهر القدرة على الرضاعة، والبكاء من الجوع أو الألم، ويتم إخضاع معظم مظاهر السلوك المنعكس لعمليات التعزيز الشرطي مع تقدم الطفل في العمر، بحيث تساهم عمليتا النمو والنضج المتواصلتان في سيادة السلوك الإرادي وتغلبه على غيره من النشاطات السلوكية البسيطة المنعكسة ذلك بتأثير الخبرة والمران والتعلم.

ويمكن القول بجانب كبير من الثقة بأن معظم سلوك الإنسان هو سلوك مكتسب نتيجةً للتعلم لسببين رئيسيين هما:

أ) إن جهاز الإنسان العصبي معقد أشد التعقيد مما يستحيل معه أن تتفرد وجهة واحدة بإملاء رغبتها بشكل مستقل وفطري (غريزي).

ب) نظراً لصعوبة التنسيق بين أجزاء الجهاز العصبي المعقد عند الولادة فإنه يكون غير محكم ويحتاج لبعض الوقت لإتقان عمليات الربط، مما يدفع بالطفل حديث الولادة إلى ممارسة السلوك العشوائي في بداية الأمر، وعن طريق الخبرات التعليمية يتم التنسيق بين مختلف الأجهزة العصبية مما يتيح للطفل إتقان الحركة وتعلم المشي والكلام وممارسة الأعمال اليومية التي يتيحها له نموه من جهة وخبراته المكتسبة من جهة أخرى.

وهناك العديد من المؤلفين الذين يفرقون بين سلوك الإنسان والحيوان ويرون بأن سلوك الحيوان هو فطري (غريزي) بعكس الإنسان، وقد أشار المؤلفان هارتلي إلى أن بعض الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بقايا تجمعات النمل التي عاشت في بعض مناطق البلطيق منذ فترة تتراوح ما بين خمسين مليوناً وخمس وسبعين مليوناً من السنين كانت تتميز بوجود فروق بين طبقات النمل ونوع النشاط الذي تمارسه والوظائف الاجتماعية بين فئاته لا تختلف عما نشاهده اليوم بين طبقات النمل وأنواعه المعروفة لدينا الآن.

ثالثاً: العوامل المؤثرة في السلوك:

هناك دوافع رئيسية توجه السلوك وتؤثر فيه، وهي تعمل كمثيرات للنشاطات السلوكية التي تمثل الاستجابة للمثير، وتختلف هذه الدوافع وتباین في وقتها وطبيعتها وتركيبها ومدى تأثيرها، وهي:

1) الحاجات: إما أن تكون:

أ) حاجات طبيعية: وهي عامة وتخص كل أفراد الجنس البشري وتعدّ أساسية أو عضوية مثل الحاجة إلى الهواء والطعام والشراب والراحة والجنس إلخ.

ب) حاجات نفسية: وتعتبر فردية وأكثر خصوصية وتنوعاً وتختلف من شخص إلى آخر، وليس لها علاقة بالحاجات البيولوجية أو التغيرات الكيميائية بالجسم مثل الحاجة إلى العطف، والحاجة إلى الانتماء، والحاجات الحسية والجمالية، والحاجة إلى البحث والاكتشاف، والحاجة إلى التفوق.

وقد قام موراي (MURRAY) بوضع قوائم تتناول هذه الحاجات بالوصف والتحليل إلا أنه لم يحاول تصنيفها تبعاً لطبيعتها وموقفها في سلم الحاجات.

أما مازلو (MASLOW) فقد قام بعمل تصنيف لهذه الحاجات حسب موقعها في السلم البنائي الذي يفترض فيه ضرورة إرضاء حاجات معينة قبل الارتقاء في السلم للتعامل مع حاجات أعلى، وقد تم تصنيف تلك الحاجات تبعاً لسلم هرمي تركز قاعدته العريضة على إرضاء الحاجات الأساسية التي تخدم كقواعد لغيرها، إلى أن نصل إلى الحاجات التي تقع في أعلى مستوى وهي الحاجات النفسية والجمالية (الجدول 1-2).

الجدول (2-1) تصنيف مازلو للحاجات مرتبة تصاعدياً بدءاً بالمرحلة الدنيا وانتهاءً بأعلى درجات سلم الحاجات.

الحاجة	ما يترتب على تحقيقها	ما يترتب على عدم تحقيقها
جميع الحاجات الضمنية	يترتب على الاعتناء بتوفيرها للطفل إرضاء تلك الحاجات والاعتماد عليها كأساس للوصول إلى مرحلة أعلى في السلم	يترتب على عدم توفيرها أو حرمان الطفل من ممارستها بقاءه في أدنى سلم الحاجات مما يؤثر تأثيراً سلباً في تطور الشخصية وتعريض الفرد للمشاكل والعلل النفسية.
الحماية والأمن	وتعتبر أعلى من المرحلة السابقة وفيها يثق الطفل بالمحيطين به ويطمئن إليهم ويشعر بحرية الحركة للصعود إلى المرحلة التالية.	يترتب على عدم توفيرها فقدان الثقة بالنفس والغير والشعور بالقلق وعدم الاطمئنان ومن ثم يعود الطفل إلى المرحلة الدنيا وهي مرحلة الحاجات الضرورية.
الحب والانتماء	يترتب على الثقة بالنفس وبالأخرين مبادلتهم الشعور بالحب والميل إلى لفت انتباههم والحصول على موافقتهم واهتمامهم بما يعمله ومبادلتهم ذلك الاهتمام وذلك بالاعتزاز بالانتماء لهم.	يؤدي عدم توفير تلك الحاجة إلى توقف عملية نمو الشخصية والشعور بعدم الانتماء والشك في النفس وفي الآخرين والعودة إلى المراحل السابقة للتعويض.
الشعور بالاحترام	نتيجة لإرضاء المراحل السابقة يبدأ الشخص في الشعور بتقدير واحترام الغير له من خلال إظهار حبهم له وثقته بهم وارتباطهم به مما يشعره بأنه إنسان له قيمته ويعتز بمجتمعه.	الشعور بالضياع وعدم احترام النفس أو الغير وفقدان الثقة، مما يدفع إلى الهروب إلى مراحل دنيا يجد فيها الحماية والأمن وضمان الحاجات الأساسية.
تحقيق الذات	نظراً لثقة الفرد في نفسه وشعوره بالاحترام والتقدير يبدأ في التعرف على قدراته وإمكاناته واستخدامها لمعرفة حدود استعداداته الطبيعية دون خوف أو خجل مما يؤهله للوصول إلى قمة السلم.	الخوف من الفشل والاختباء وراء أقنعة مزيفة من الحيل النفسية وعدم القدرة على الانتقال إلى مرحلة طلب المعرفة نظراً لفقدان الشعور بالذات.
الفهم والمعرفة	وتتمثل في حب الاستطلاع وممارسة البحث والتجريب والرغبة في الاكتشاف طلباً للمعرفة وذلك لشعور الشخص بالحرية النفسية وعدم افتقاده للشجاعة وثقته في نفسه وفي احترام الغير له.	الشعور بالخوف من المسؤولية وعدم القدرة على التحدي وتلاشي الرغبة في حب الاستطلاع، ويلاحظ ذلك في حالة الطفل إذا ما وضع في بيئة غير مألوفة فهو يتعلق بأمه ولا يجرؤ على استكشاف ما حوله حتى يطمئن أولاً. ومن أخطار هذه المرحلة شعور بعض المدرسين بأن الطالب الذكي كثير الأسئلة يمثل نوعاً من التحدي لهم.

(2) الانعكاسات: (REFLEXES)

وهي بسيطة وتؤدي إلى سلوك بسيط في درجته وغير معقد، كما أنها تلقائية في نفس الوقت وتكرر على نفس الوتيرة، ومثال ذلك أننا في كل مرة نلمس سطحاً ساخناً فإننا نستجيب بسحب اليد إلى الخلف بنفس الطريقة وبدون تفكير مهما تكرر عدد مرات ذلك ويحدث الفعل المنعكس تلقائياً تبعاً للارتباطات العصبية التي سبق تكوينها دون تدخل من المخ وذلك عن طريق المنحنى الانعكاسي (REFLEX ARC) الذي يتكون من ثلاث وحدات عصبية، هي:

- (أ) **عصب حسي:** وظيفته نقل الإحساس من السطح الخارجي للجسم إلى النخاع الشوكي.
- (ب) **عصب حركي:** وهو عصب ينشأ من النخاع الشوكي لإصدار الأوامر للعضلات أو العضو الذي يؤثر فيه التنبيه العصبي للقيام بحركات معينة كاستجابة تلقائية للمثير.
- (ج) **عصب وسيط:** على الرغم من أن المنحنى الانعكاسي يتكون في صورته البسيطة جداً من العصبين المتقدمين في (أ) و (ب)، إلا أن غالبية الأفعال المنعكسة تستدعي استخدام عصب أو أكثر من الأعصاب الوسيطة للتدخل في العملية ما بين العصبين الحسي والحركي وذلك لضمان تكامل النشاط المنعكس.

وبالإضافة إلى الانعكاسات في شكلها البسيط الذي تقدم ذكره فإنها قد تحدث أيضاً في شكل مؤثر واستجابة شرطية إذا ما خضعت بعض الانعكاسات المختارة لعملية الإشراط.

(3) الدوافع: (DRIVES- MOTIVES)

سبق وأن عرفنا أن الانعكاسات تتولى مسؤولية إثارة الحركات اللاإرادية أو التلقائية، ولكن بساطة تلك الأفعال وتلقائيتها لا تتناسب وطبيعة السلوك المعقد الذي يحتاج لأكثر من الارتباطات البسيطة، ولهذا فقد لزم الأمر أن تقوم دوافع أقوى بهذه الأعمال لإرضاء الحاجات وبخاصة العضوية منها، فدافع الجوع مثلاً يحث الكائن الحي ويوجهه للقيام بعمليات البحث عن الطعام بأكثر من وسيلة لإشباع حاجته. وبصورة عامة فإن الدافع يرتبط بالحاجات التي تقوم بدورها على عوامل وأسس بيولوجية أو عصبية.

تعريف الدافع:

هو مثير يؤدي إلى إحداث سلوك معين يقود إلى إشباع الحاجة أو التخلص من مثير ما غير مرغوب فيه في سبيل القضاء على عدم الراحة التي يسببها عدم مقابلة الحاجات

البيولوجية أو النفسية، مما يدفع بالكائن الحي إلى البحث عن المثيرات المناسبة والمؤدية إلى إرضاء حاجاته عن طريق سلوك الطرق التي أثبتت نجاحها في السابق.

وقد يكون المثير خارجياً مثل رؤية الطعام أثناء الجوع مما يدفع إلى الاتجاه للحصول عليه. وقد يكون داخلياً مثل الشعور بالبرد مما يدفع الإنسان للبحث عن مصدر للتدفئة، ويتأثر الكائن الحي في كلتا الحالتين بالتغيرات الكيميائية وبالتفاعلات العصبية التي تحدث في داخل الجسم.

ويشير أدكوك (C.J.Adcock) إلى وجود عاملين مهمين يؤثران في الدافع، وهما:
(أ) ارتباط الدافع ارتباطاً طردياً مع درجة الشعور بالحاجة، أي أن الدافع يقوى كلما ازدادت الحاجة، ويختفي بالوصول إلى حالة الإشباع وانعدام الشعور بالحاجة.

(ب) أن الدافع يرتبط بتوفر فرص الحصول على الشيء المرغوب، وكما أننا نندفع إلى الشراب لشعورنا بالعطش وحاجة أجسامنا الشديدة إلى السوائل وهو نتيجة للتغيرات الكيميائية التي تحدث داخل الجسم، فإننا قد نندفع إلى الشراب أيضاً لمجرد توفر فرص الحصول على السوائل مع قدرتنا على تناولها لزيادة مخزوننا منها على الرغم من عدم الشعور بالعطش في ذلك الوقت، وتوضح لنا هذه الحالة من ملاحظة إقبال بعض الصائمين على تناول السوائل بشراهة قبل موعد الإمساك على الرغم من عدم الشعور بالعطش.

ويعمل الدافع بصورة رئيسة على تخفيض حالة عدم الراحة التي يشعر بها الجسم مثل شدة الحاجة إلى الهواء أو الطعام أو السوائل. ومن الجدير بالذكر أن الفرق بين الأشخاص المرضى والأفراد العاديين من وجهة النظر النفسية هو أن الفئة الأولى تضيق ذرعاً بأدنى درجة للشعور بالألم أو الضيق ولا تتحمل الصبر على عدم تلبية حاجتها، بينما تستطيع الفئة الثانية التحمل والسيطرة على الضيق ومواجهة الألم بدلاً من الهرب منه.

(4) العادات: (HABITS)

ويعود أصلها إلى التعلم عن طريق الاشتراط وأساليب التعزيز بحيث أصبحت تأخذ شكلاً آلياً في حدوثها، وسيتم الحديث عنها والتوسع فيها في فصل العادات القموية وتدبيرها.

رابعاً: أنواع السلوك:

ويلاحظ في هذا المجال تعدد التسميات والتصنيفات التي يصادفها القارئ تبعاً لمناهج البحث التي اتبعها الكتاب، إذ بينما اتبع بعضهم طريقة التصنيفات الكلية اتجه بعضهم الآخر

إلى عمل التصنيفات الدقيقة والتعرض لكل التفاصيل، وفيما يلي ملخص لبعض الاتجاهات المتبعة حسب التصنيفات التي تم استعراضها:

أ) السلوك الدافعي:

هذه التسمية عامة يمكن إطلاقها على السلوك مهما كان نوعه أو تسميته تحاشياً للدخول في كل التفاصيل الدقيقة والبحث في الأسباب سواء كانت فطرية (غريزية) أو اجتماعية كأثر من آثار الخبرة والتعلم.

ب) السلوك الظاهري:

يأخذ شكل نشاط يمكن ملاحظته مثل، الخوف أو الغضب أو النشاط الحركي العضلي وذلك تبعاً لنوع المثير، ويمكن دراسته بشكل مباشر عن طريق الملاحظة والقياس الكمي.

ج) السلوك الباطني:

يأخذ شكل تغيير كيميائي أو انقباض عضلي داخل الجسم مثل السرعة أو البطء في ضربات القلب، وتغير ضغط الدم، واختلاف معدل التنفس، وتباين إفراز الغدد، وغير ذلك من التفاعلات الداخلية التي يمكن استنتاجها إما عن طريق ملاحظة بعض المظاهر الخارجية مثل بطء الحركة أو تصبب العرق أو ظهور أعراض الألم، أو عن طريق استخدام أجهزة خاصة تتأثر بالتغيرات التي تجري داخل الجسم.

وكمثال لهذا النوع من السلوك نشير إلى حالة طالبة جامعية كانت تشكو من عدم قدرتها على اختيار المواد الدراسية المناسبة في التحضير والدراسة للامتحان النهائي ومن أنها غير متأكدة دائماً من ميلها إلى التخصص الذي يناسبها، وقد اتضح بعد عدة جلسات مع الاختصاصي النفسي أنها كانت تفتقد الثقة بالنفس كما أنها كانت عاجزة عن الوصول إلى مرحلة تحقيق الذات مما دفعها إلى الاعتماد كلية، وبصورة غير معقولة، على الغير في اتخاذ جميع القرارات التي كانت تتعلق بها ودراستها وتؤثر في حياتها، كما أنها تعودت على أن يقوم غيرها بإخبارها بكيفية مواجهة أي موقف يصادفها مما كان يشعرها بالضياع إذا ما كانت بمفردها.

ويلاحظ هنا أن السلوك الظاهري كان يختلف تماماً عن السلوك الباطني الذي هو أساس المشكلة.

د) السلوك الفطري:

يشترك فيه جميع أفراد النوع، ويعود إلى التركيب الفطري العضوي للإنسان ويعتمد على المؤثرات البيولوجية الداخلية وعلى الانعكاسات التي تغلب على سلوك الأطفال حديثي الولادة، ويلاحظ بأن هذا النوع من السلوك يكون تلقائياً ويظهر في شكل استجابة لمثير خارجي كالاستجابة للضوء بإغماض العين أو تضيق الحدقة، وقد أمكن إخضاع السلوك المنعكس لعمليات التعلم بحيث أمكن استبدال المثير الحيادي بمثير شرطي يؤدي إلى حدوث نفس الاستجابة التي كان يحدثها المثير الأصلي، وفي حالة السلوك المنعكس يكون النشاط نتيجة للاتصالات العصبية بين مركز الإحساس والعضو الحركي دون تدخل من أجهزة التفكير.

ونظراً إلى أن الإنسان يأتي إلى العالم مزوداً باستعدادات فطرية للتعلم فقد اتجه الرأي إلى عدم وصف سلوكه بالغريزي وتسميته بالسلوك الفطري، على أن يقتصر التعبير الغريزي على وصف السلوك الحيواني فقط، غير أن هناك من يعارض حتى في هذا الاتجاه ويصر على وقف استخدام التعبير الغريزي واستبداله بتعبير آخر مثل الدوافع العضوية مثلاً. وعلى أية حال، فإن النشاط السلوكي الفطري يكون ظاهرياً أو باطنياً.

هـ) السلوك المكتسب:

هو خاص بالفرد نفسه وينتج عن التعلم، ويظهر في شكل خبرات أو آثار للتدريب، ويكون هذا السلوك ظاهرياً أو باطنياً، ويبدو النشاط السلوكي المكتسب إما على شكل عادة سلوكية أو سلوك هادف يعتمد على عاملي التفكير وبعد النظر، ويكون السلوك في الحالة الأخيرة سلوكاً إرادياً يتم عن طريق دورة عصبية تمر بالمخ مما يمكن معه حدوث الاستجابة في وقت لاحق لحدوث المثير، ولا يمكن التنبؤ بنوع الاستجابة في هذه الحالة لتعدد المؤثرات البيئية وغيرها من العوامل التي يكون لها تأثير على اختيار استجابة معينة من بين مجموعة الاستجابات الممكنة.

ويتجه بعضهم إلى تحليل السلوك المرتبط بالعادة حسب فئات ثلاث، هي:

- عادات حركية مبنية على حركات عشوائية.
- عادات لغوية مبنية على الأصوات اللغوية.
- عادات وجدانية تتصل بالعادتين السابقتين.

وفي الحالات السابقة يكون السلوك ظاهرياً أو باطنياً.

خامساً: مميزات السلوك الإنساني:

- أ) يتميز السلوك الإنساني بالتلقائية مما يعني ارتباط الاستجابة بالمشير، وأن مجرد حدوث الإثارة يستدعي إظهار الاستجابة.
- ب) القدرة على استمرار النشاط السلوكي حتى بعد اختفاء المشير، إذ يمكن إصدار تعليمات بخصوص ممارسة عمل من الأعمال ولو لمرة واحدة مع ضمان استمرار الاستجابة طالما استمر العمل ومهما طال مدتة.
- ج) تتميز السلوك الإنساني بتعدد فرص الاختبار والتنوع في الاتجاهات، وهذا ما يجعل أساليب حل المشكلات تختلف، وكلما ازدادت درجة تعقيد السلوك الإرادي كلما صعب التنبؤ بنوع الاستجابة المتوقعة.
- د) أن من عادة النشاط الذي يستجبه السلوك الإنساني أن يتوقف بعد حدوث الاستجابة واكتمال عملية التوافق التي بدأت بظهور المشير، وكما أن التلقائية تدفع السلوك إلى العمل عند ظهور المشير فهي تقوم أيضاً بإيقافه بمجرد إشباع الحاجة أو اختفاء الدافع.
- هـ) أن الآثار المترتبة على السلوك الإنساني لا تتلاشى بانتهاء نشاط سلوكي معين وإنما تعتبر أساساً للإعداد لنشاط آخر مما يؤدي إلى جعل السلوك هادفاً.
- و) أن تكرار السلوك يؤدي إلى تحسين الأداء نتيجةً للممارسة والخبرة والمران.

طرائق وأدوات البحث في علم السلوك

يستخدم علم النفس السلوكي مجموعة من الطرائق والأدوات للوصول إلى الهدف.

أولاً: الطرق المستخدمة:

وهي المبادئ والقواعد والإرشادات التي تساعد الطبيب للوصول إلى الهدف المنشود.

1- التجريب Experimentation:

وهي أهم الطرق العلمية، وذلك بإدخال عامل جديد على موقف معين ثم معرفة أثر هذا العامل في الموقف المذكور شريطة بقاء العوامل الأخرى ثابتة. ففي دراسة أجريت لمعرفة أفضلية التعليم بتطبيق التدريب المركز أو التدريب الموزع تمت المقارنة بين مجموعتين متكافئتين من الطلاب في العمر والجنس والثقافة وحاصل الذكاء تحت ظروف ثابتة من الحرارة والهدوء والتهوية والإضاءة ووقت التعليم ونوعيته. كما تم تطبيق التعليم بالتدريب المركز دون فترات راحة على إحدى المجموعتين، وعلى الأخرى ذات الجزء الدراسي بطريقة التدريب على فترات راحة، فأظهرت النتائج تفوق المجموعة الثانية على الأولى.

2- دراسة الحالة Case Study:

هي من طرق البحث العلمي الهامة في مجال الطب النفسي إذ يتم دراسة الحالات الفردية بدءاً من التاريخ الشخصي والمرضي الذي مر به المريض والبيئة المحيطة للحصول على المعلومات الخاصة بالحالة المرضية وصولاً إلى الخطة العلاجية اللازمة.

3- الاستبطان (التأمل الباطني) Introspection:

يقوم المريض بالتأمل الذاتي وما يجري في شعوره من أحاسيس وانفعالات باسترجاع أثر الخبرات السابقة ثم التأمل فيها وإخضاعها للتحليل بغية التوصل للمسببات ثم يقوم بالإجابة على الأسئلة المتعلقة بذلك. وهو على نوعين: البسيط والمنظم .

ثانياً: الأدوات المستخدمة:

وهي وسائل منهجية تقوم على قواعد ومبادئ تساعد في جمع البيانات اللازمة للبحث النفسي، وأهمها:

1 - الملاحظة Observation:

وهي على نوعين، البسيطة إذ يتم ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائياً {دون إخضاعها للضبط واستخدام أدوات القياس} باستخدام الحواس، خاصة حاستي السمع والبصر بعد تلقي تدريب خاص، بينما يتم في الملاحظة العلمية استخدام أدوات دقيقة للقياس والضبط وتطبق على الحالات التي يحددها الطبيب مسبقاً لدراسة السلوك والحركات والتعبير واللغة.

2 - المقابلة Interview:

يقصد بها التبادل اللفظي بين الطبيب والمريض إلى جانب المظهر العام والتعبير والانفعالات وسلوك المبادأة إلى جانب تعليقات الطبيب وتصوراتهِ حيث يقوم باستخدام الاختبارات العقلية الشخصية والنفسية ليقوم بتقديمها إلى طرق التحليل الإحصائي باستخدام الحواسيب ذات البرامج المتطورة حيث التمييز بين المؤثرات الرئيسة والثانوية.

3 - الروائز (الوسائل الإسقاطية):

وفيها يقوم الطبيب بإقحام المريض في موقف غامض غير محدد لمراقبة رد الفعل. وهناك العديد من هذه الوسائل كاختبار رورشاخ (بطاقات الورق المقوى) واختبار الصور لتفهم الفكرة واختبار اللعب الذي يُعد من أهم الوسائل في تشخيص مشكلات الأطفال النفسية وعلاجها.

4 - السجل المجمع:

وذلك لدراسة ظاهرة طبيعية ضمن مجموعة بشرية بـمكان محدد وليست مصطنعة كما في التجريب.

ما أحبني أحد إلا دخل علي من محبته ضرر . " يوسف عليه السلام "

الفصل الثالث

المبادئ السلوكية في طب الأسنان

Behavioral Foundation Of Dentistry

أدبيات عام 1920 و 1930 كشفت عن مبادئ التكييف لمجموعة كبيرة من السلوكيات المعقدة مثل إدرار البول وإدمان المواد المخدرة والحساسية وفقدان الشهية والخوف عند الأطفال والعادات القموية والكثير غيرها.

ففي عام 1930 تم تطبيق مصطلح " نظرية التعلم " بشكل واسع على أنواع السلوكيات غير الطبيعية وقد وضعت نماذج من التعلم لوضع تصور السلوك.

وخلال النصف الأول من القرن العشرين، درس علماء النفس التجريبي طرق التكييف عند الحيوانات وأساليبها من خلال استخدام طرق التكييف التقليدية المطبقة من قبل Pavlov. ومع اكتشاف طرق التكييف الفعالة أو وسائل التكييف المعتمدة على الأدوات تم اكتساب الكثير من المعرفة حول تكييف السلوك. وقد طبقت الكثير من المحاولات بشكل مبكر لتطبيق هذه المبادئ في تكييف السلوك على مختلف السلوكيات الشاذة.

قدم Dollard و Miller مساهمة كبيرة في تطوير " نظرية التعلم " في محاولة لإعادة صياغة نظرية فرويد على شكل نظرية التعلم. كما ساهم Eysenck أيضاً بشكل كبير عندما قدم بيانات حول عدم فعالية التحليل النفسي.

في الوقت نفسه تقريباً، رفض طبيب نفسي في جنوب إفريقيا يدعى Joseph Wolpe (1958) نظرية التحليل النفسي وأوجد تطبيقاً سريرياً جديداً أسماه العلاج النفسي عن طريق التنبيه المتبادل ويُعتقد أنه كان يعتمد على مبادئ التعلم. وقد بدأت أعمال الباحث Skinner في الولايات المتحدة تطبق على مختلف السلوكيات غير الطبيعية، ويبدو أن مصطلح " العلاج السلوكي " قد بدأ بالظهور في أواخر الخمسينيات.

بداية، لا بد من تقديم فكرة سريعة عن تطور علم السلوك في طب الأسنان في القرن العشرين: بدأ التطور الواضح لعلم السلوك في طب الأسنان مع بدايات القرن الماضي من خلال تركيز الضوء على الأبحاث الرئيسة التي حدثت خلال الحربين العالميتين الأولى والثانية وبعدهما حيث تمت دراسة السلوك البشري وعلاقته بالمرض والإجهاد والمجالات المرضية والعلاج وخلال أربعينيات وخمسينيات القرن الماضي، حاول العديد من المؤلفين الربط بين المفاهيم النفسية السلوكية وطب الأسنان. واعتمدت هذه المحاولات على علم النفس

الديناميكي، وعلى تفسير السلوكيات في ثقافات الشعوب، وعلى الأدوية المؤثرة على سلوكيات المرضى. والقسم الأكبر من هذه التطبيقات لم يكلل بالنجاح لأن الباحثين لم يهيئوا بالصورة الكافية لهذه العلوم السلوكية والاجتماعية، إضافة إلى استخدامهم المفاهيم النظرية غير المناسبة وإلى قصور النظريات التي درست هذه المشكلات.

قبل منتصف الستينيات من القرن الماضي، معظم علماء السلوكية المهتمين بطب الأسنان كانوا من خارج كليات طب الأسنان، ففي عام 1964 أنشأت وزارة الصحة العامة في الولايات المتحدة فرع الدراسات الاجتماعية في شعبة صحة الأسنان، وهي أول مجموعة منظمة كرست جهودها في البحث السلوكي الاجتماعي. وفي غضون ذلك، بدأت كليات طب الأسنان تجنيد علماء السلوك في العلوم السلوكية.

خلال هذه الفترة، تركزت الأبحاث على دراسات تخص طلاب طب الأسنان، وعملية تعليم طب الأسنان وتصميم المناهج وعلم الاجتماع في طب الأسنان ودراسات الطاقة البشرية وبحلول عام 1968 أسس الباحثون منظمة رسمية عُرفت باسم علماء السلوك في أبحاث طب الأسنان (BSDR) والتي أصبحت جزءاً من الجمعية الأميركية لأبحاث طب الأسنان والجمعية الدولية لأبحاث طب الأسنان. كما تشكلت مجموعة مماثلة في الجمعية الأمريكية لأساتذة طب الأسنان.

في عام 1972، أصبحت منظمة علماء السلوك في أبحاث طب الأسنان BSDR عضواً في اتحاد طب الأسنان العالمي، وقد حقق هذا التطور مجموعة متنوعة من الأساليب والصيغ التي أسهمت إلى حد كبير في إخراج باحثين مرموقين بعلم صحة.

وتركيز السبعينيات من القرن الماضي على بحوث الخدمات الصحية أدى إلى مشاركة دولية نظمت تقديم الرعاية السنوية وتأثيراتها في صحة الفم والأسنان، وأحدث ذلك تحولاً من أسلوب الديناميكا النفسية إلى التطبيقات السلوكية المعرفية، مما أدى إلى تطوير طرق فعالة في علاج الرهاب أو الخوف الشديد من طب الأسنان عند المرضى، وتدبير العادات الفموية، وعلاج متلازمة الألم الليفي العضلي.

محور المعالجات السلوكية: The Focus Of Behavior Therapies

تركز المداخلات السلوكية على السلوكيات غير القادرة على التأقلم والتي ينظر إليها على أنها مشكلات بحد ذاتها وليست أعراضاً كما في علم الأمراض. ويتم تعلم السلوكيات غير القادرة على التأقلم الطريقة بنفسها التي يتم فيها اكتساب السلوكيات التكيفية (الطبيعية).

هذه السلوكيات يمكن أن تتغير أو تُعدل تحت ظروف ملائمة. وعلى نقيض المعالجات النفسية السابقة، فإن المداخلات السلوكية تتطلب جزءاً من المشاركة الفعالة من الطبيب المعالج. إذاً مبادئ المعالجات السلوكية بالتعلم أو التكيف تعتمد على:

- (1) تحديد السلوكيات غير القادرة على التأقلم أو غير المرغوب فيها على وجه الخصوص.
- (2) تحديد العوامل الموجودة في البيئة التي ساعدت على تحفيز هذه السلوكيات.
- (3) تقييم فعالية أو نتائج المداخلات.

المعالجات السلوكية ذات تكلفة أقل من المعالجات التقليدية، وبشكل عام فهي تتطلب ساعات أو أسابيع فقط لإنجازها، بينما قد تتطلب المعالجات التقليدية أشهراً أو سنوات لعلاج مشكلات المريض.

ما هو العلاج السلوكي: What Is Behavior Therapy

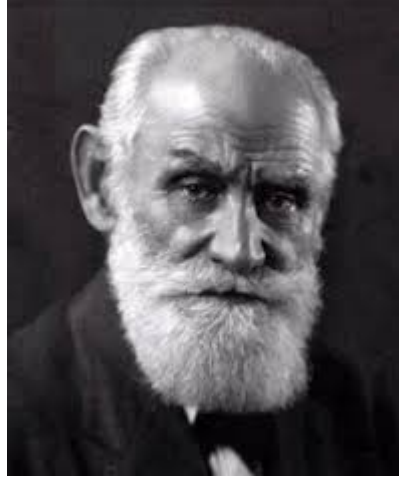
يتطلب تعديل السلوك أساليب مختلفة مبنية على مبادئ التعلم، تعتمد على احتياجات الفرد. وقد يكون من المفيد مقارنة المعالجات السلوكية مع المعالجة بالصادات الحيوية، فعلى سبيل المثال، في الطب العام قد يكون الطبيب قادراً على تقديم اللقاح للوقاية من مرض معين، وكذلك على وصف العديد من أنواع الصادات الحيوية لعلاج إصابة جرثومية معينة. فإذا كان المريض يعاني من الحساسية تجاه الصاد الحيوي، يمكن استبداله بآخر. هذا التشبيه قد لا يكون دقيقاً، إلا أنه من الهام أن ندرك بأن الأساليب الفعالة قد تكون متاحة في العديد من المواقف النظرية والاختيار قد يعتمد على متطلبات المريض أو على أولوية معالجة السلوك أو على ظروف أخرى.

أنماط المداخلات السلوكية: Types Of Behavioral Interventions

يمكننا التصور بأن جميع السلوكيات إما أن تكون استجابة للبيئة المحيطة أو فعلاً ضمن هذه البيئة. فقد تؤخذ الاستجابة للمحيط شكل ردة فعل مفاجئة مذهلة لصوت منخفض أو على شكل لعب عند رؤية رائحة الطعام التي تعكس نموذج Pavlov للظروف التقليدية أو شَمَهاً. ويشار إلى أن مثل هذا السلوك اللاإرادي يُصنف على أنه استجابة أو تكيف تقليدي. عندما يتصرف الفرد ضمن البيئة لتغييرها أو تعديلها، فإنه بذلك يساهم بأفعال وسلوكيات مفيدة.

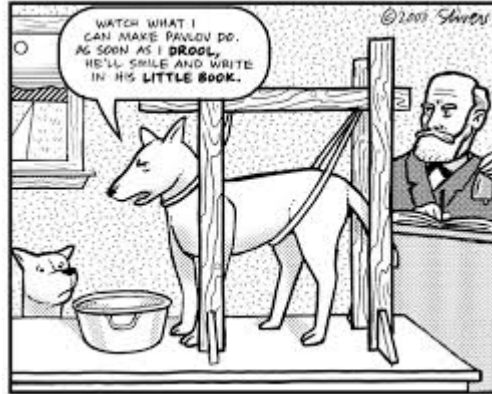
1-الاستجابة الطبيعية (التقليدية) : Classical Or Respondent Conditioning

كما لوحظ سابقاً، إن هذا النوع من التعلم أو التكيف قد تطور من خلال أعمال Pavlov (الشكل 1-3) الذي لاحظ أن رنين الجرس خلال تناول الكلب طعامه يؤدي في النهاية إلى تحفيز إفراز لعاب الكلب حتى في غياب الطعام (الشكل 2-3).



الشكل (1-3) : العالم الروسي بافلوف.

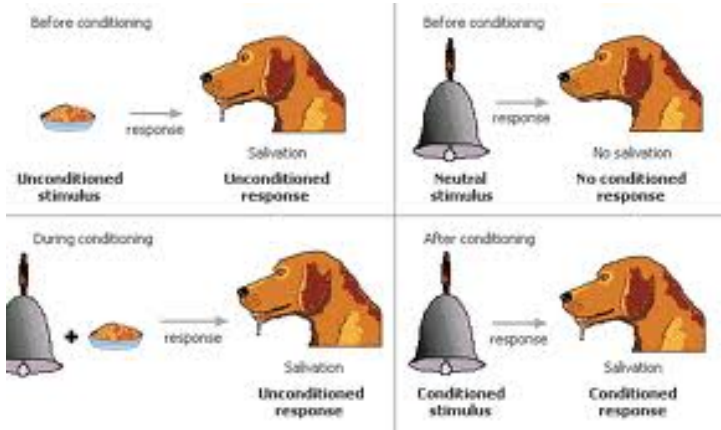
فالمحفز غير الشرطي (الطعام) يؤدي دائماً إلى استجابة غير شرطية (إفراز اللعاب). وعندما يتواجد المحفز المحايد (صوت الجرس) مع الطعام (المحفز غير الشرطي) في آن واحد فإن الإلحاح (الاستجابة الشرطية) سيتحقق استجابة لصوت الجرس (الشكل 3-3).



الشكل (2-3) : رسم تخطيطي لتجربة بافلوف.

إن الكثير من أشكال التعلم تحدث نتيجة للظروف الكلاسيكية. وبناء عليه، فإن ما يثير القلق والخوف من طبيب الأسنان على سبيل المثال، تجربة سلبية سابقة غير سارة أو مؤلمة.

وقد وصف Ayer حالة فتاة في العاشرة من عمرها تعاني من رهاب الإبر وكان لديها قصة مرضية من حقنة مؤلمة وشديدة مع تجربة سنية سيئة حيث أُجبرت فيها على الجلوس على كرسي المعالجة السنية من قبل مساعدي طبيب الأسنان بينما قام الطبيب بالتخدير وقلع السن. وأصبح الخوف لديها معمماً بشكل واسع، فأدنى رائحة للكحول أو المرور بجوار العيادة سيكون كافياً لتحفيز آلام شديدة في مناطق الحقن.



الشكل (3-3) : تجربة الكلب والجرس لبافلوف.

يبدو أنه من الممكن اكتساب الخوف والقلق على أساس نموذج الظروف التقليدية البسيطة في حين كان الاعتقاد سابقاً أن المحفزات المحايدة تصبح مرتبطة مع المحفزات المكروهة. هناك طريقتان أساسيتان متاحتان من نموذج طرق التكيف التقليدية للقضاء على مشاكل السلوكيات: الإخماد والتكيف المضاد.

الإخماد: Extinction

تفترض نظرية التعلم بأنه إذا قُدِّمَ المحفز الشرطي مراراً وتكراراً بغياب المحفز غير الشرطي فإنه في نهاية المطاف ستنم خسارة الاستجابة الشرطية، وهذا ما يطلق عليه (الإخماد). فعلى سبيل المثال، الشخص الذي يعاني من رهاب ركوب المصعد يمكن أن نضعه في المصعد ونجبره على الصعود والنزول بشكل متكرر، ويفترض أنه بعد عدد من "الرحلات" دون أية عواقب رهيبة، سوف يخمد الخوف من المصاعد، وسيكون في وقت لاحق قادراً على استخدام المصاعد دون خوف أو قلق. ومثل هذا النهج قد يكون من الصعب تطبيقه في بعض الحالات وربما تكون له نتائج مختلفة بشكل كبير، فالشخص الذي وضع في المصعد قد يغمى عليه من القلق الزائد، ولن تكون له فرصة أخرى لركوب المصعد.

ب- التكيف المضاد: Counterconditioning

التكيف المضاد هو طريقة أكثر قبولاً للحد من الخوف والقلق. وهذه التقنية الأكثر شيوعاً تتضمن استبدال أو اقتران ردود فعل الاسترخاء بالمحفزات المثيرة للقلق طبقاً للتقنيات التي طورها Wolpe. واستخدمت هذه التقنية لعلاج مختلف حالات القلق والرهاب مثل: الخوف من الطيران و الازدحام والأحاديث العامة و طب الأسنان.

2- التكيف الإجرائي أو المثوبي: Instrumental Or Operant Conditioning

المجموعة الثانية من التعلم أو التكيف معروفة بالتكيف الإجرائي أو المثوبي، وتتضمن تعديل السلوك أو المحافظة عليه نتيجة العواقب التي تلت ذلك السلوك. فإذا تلا السلوك الإجرائي نتيجة إيجابية (تعزيز إيجابي) فإنه سيحدث تحسن في السلوك، أما التعزيز السلبي فينجم عن تكرار السلوك السابق. وما يحدث عادة في سلوكيات الهروب أو الابتعاد، فهو نوع من التعلم الفعال يعتمد على مبدأ التعلم بالتجربة والخطأ وفق ثلاثة قوانين:

- قانون الأثر: أي أن الاستجابة يمكن لها أن تتعزز أو تضعف وفقاً لما يأتي بعدها (سلبي أم إيجابي).

- قانون التمرن: أي أن النماذج السلوكية تتقوى بفعل التكرار حتى تصبح عادة.

- قانون الجاهزية: ويعني أنه عندما يكون كائن ما جاهزاً لنشاط معين فإن القيام بهذا النشاط يرضيه بينما منعه من القيام به يزعجه.

إن هذا الفتح الكبير في هذه النظرية كان في الواقع بفضل العالم سكرز الذي تابع عمل ثورينداك. وقد دعت نظريته بالتكيف الإجرائي أو الفعال. واعتمدت على مبادئ ثلاثة:

- السلوكيات الفعالة هي السلوكيات الطوعية، لا ردات الأفعال، أي التركيز هنا على السلوكيات المقررة بوعي وليس بلا وعي.

- إن عاقبة أي سلوك هو، بدوره، منبه جديد يمكن أن يؤثر في السلوك المستقبلي، أي أن الاستجابة أصبحت منبهاً إضافياً.

- يمكن تعليم الشخص سلوكيات لا يعلمها مسبقاً. وهذا ما دعاه سكرز بتشكيل السلوك. فتشكيل السلوك بالتعريف هو بناء استجابة مرغوبة بتعزيز مركباتها بأسلوب خطوة خطوة.

إن القاعدة الأساسية التي بني عليها التكيف المثوبي أو الفعال هو أنه إذا كانت عاقبة سلوك ما حسنة أو سارة فإن الفرد يميل لتكرار هذا السلوك، بينما إذا كانت العاقبة غير لطيفة

فإن تكرار هذا السلوك في المستقبل غير محتمل. وفي الواقع إن معظم سلوكيات البشر متعلمة ويقوم بها الفرد بغية نتيجتها، فنحن نقوم بأشياء بغية اكتساب مكافأة، ولا نقوم بأشياء بغية تجنب عقوبة.

قام سكر بشرح مجموعة من الأدوات التي يمكن بواسطتها الحصول على سلوك معين كالدافع Motivation والتوقع Expectancy. ففي تجربة سكر على الفئران الجائعة فإن جوع الفئران يدفعها لضغط القضيب المعدني للحصول على الطعام. هذا يعني أن ضغط القضيب المعدني نتيجه سارة وهي الحصول على الطعام ولذلك فمن المحتمل أن تقوم الفئران بتجربة الضغط على القضيب في كل مرة لأن الحيوان أصبح لديه بعض التوقع عن نتيجة فعله هذا. فالجرذان تعلمت بسرعة كيفية الضغط على القضيب المعدني لتجنب صدمة أو إنهاؤها أو تجنب محفزات ضارة أخرى كالضوء الساطع أو الضجيج الصاخب.

تمرين العقاب: Punishment Training

يتم التدريب على التجنب والابتعاد والهروب لإنهاء ظهور المنبهات الضارة. في تدريب العقاب، إذ يتم بذل الجهد لإضعاف الاستجابة عن طريق التطبيق المتزامن للعقاب. ويعتقد أن العقاب يحد من السلوكيات غير المرغوب فيها لكنه لا ينهيها بشكل تام. على أية حال، قد يكون هذا التمرين مفيداً في حالة الأفراد المتورطين في سلوكيات الأذيات المخربة ذاتياً والسلوكيات الضارة أو المهددة للحياة. وينبغي للسلوكيات المرغوبة أن تكون واسعة النطاق ومستمرة، حيث يتم في البداية التعامل معها بالعقوبة لقمع سلوكيات غير مرغوب فيها ومن ثم يبدأ إعادة التعزيز الإيجابي، لتطوير أشكال السلوك المرغوب فيها وتعزيزها. هناك طرق عديدة لنظرية التعلم المثوبي تفيد في تعديل السلوكيات غير المتأقلمة وتؤلف أشكال مختلفة من أساليب المثوبة.

أ- النمذجة أو التعلم بالملاحظة: Modeling Or Observational Learning

تتم هنا عملية التعلم من خلال الملاحظة أو تقليد الآخرين. والسلوكيات يمكن أن تُكتسب دون المشاركة فيها بشكل مسبق. فقد لاحظ Bandura و Walters أن الأطفال يقلدون سلوك الأطفال الآخرين والعديد من الأبحاث تحدثت عن تأثير النموذج. والنمذجة تُسمى أيضاً التعلم بالملاحظة أو التعليم بالإجابة. وكان الأسلوب المنطقي لاستخدام النماذج الحية هو شرائط الفيديو أو الأفلام لنماذج تمثل سلوكيات مختارة. عملياً، يمكن إعادة استخدام فيلم أو شريط فيديو مع نفس الفرد أو مع غيره. كما يمكن مشاهدتها بشكل ذاتي، وهي أكثر

فعالية، وتحتاج وقتاً أقل من الأخصائي لكل فرد. ويطلق مصطلح النمذجة الرمزية على النمذجة باستخدام شريط الفيديو أو الوسائل المصورة وقد تم استخدام كلا التقنيتين النمذجة المباشرة والنمذجة الرمزية في طب الأسنان وتمتعنا بنجاح واسع. على أية حال، هذه التقنيات استخدمت بشكل رئيس على الأطفال. وقد تم تقديم تفاصيل وأمثلة إضافية على هاتين التقنيتين في بحث الخوف والقلق من طب الأسنان.

ب- التغذية الحيوية الراجعة: *Biofeedback*

التغذية الحيوية الراجعة هي عبارة عن حقل ينشأ بسرعة بوجود ذخيرة هامة من المعلومات لتدبير مختلف أنواع الاضطرابات. ويمكن إسناد التغذية الراجعة الحيوية إلى أعمال Miller على الحيوانات، فقد أوضح بأن الاستجابات غير الطوعية تخضع لتكيف مثوبي. وبناء عليها، فقد ثبت أنه يمكن استخدام التغذية الراجعة الحيوية لتعديل نسبة ضربات القلب وضغط الدم والنشاط في العضلات ونشاط الدماغ ودرجة حرارة الجلد. وهذه التغذية الراجعة تأخذ الشكل من نبرات الصوت والطنين Buzzers والضوء والعروض الرقمية و....إلخ.

وعلى الرغم من الوظائف الفيزيولوجية أو نوع إجراءات التدريب المستخدمة فإن إجراءات التغذية الراجعة الحيوية تتضمن:

- (1) الوظيفة الفيزيولوجية التي تقاس باستمرار.
- (2) الاندماج الإلكتروني والتحويلات في الإشارات الفيزيولوجية التي يمكن كشفها وتفسيرها من قبل الشخص المشارك.
- (3) التغذية الراجعة الفورية للتغيرات من المقاييس الفيزيولوجية.
- (4) بعض طرق تشكيل الاستجابات المرغوبة من خلال تغيير إشارات التغذية الراجعة باتجاه معين.

ومثال على ذلك إدارة التغذية الراجعة الحيوية لمتلازمة الألم الوجهي العضلي. إذ يعتقد أن التوتر في العضلات الماضغة ينتج عدم الارتياح، فيتم وصل الأقطاب بالمنطقة الماضغة وبعض مستويات النشاط المحددة سلفاً التي تم اختيارها ثم عرضها على شاشة الجهاز، وتوجيه المريض عن كيفية تخفيض توتر العضلات أو تخفيض نشاطها ويشجع بشكل مستمر على تحت تلك المستويات المحددة سلفاً وبالتالي تقليل أو إنهاء الألم وعدم الراحة التي تم التعرض لهما سابقاً. كما يمكن استخدام التغذية الحيوية الراجعة أيضاً في معالجة صرير الأسنان.

ج - برامج الإقتصاد الرمزية: *Token Economy Programs*

هو شكل آخر من أشكال التكيف المثوي ويتضمن التطبيق الدقيق للتعزيز الطارئ على سلوكيات محددة و يعرف ببرنامج الإقتصاد الرمزي. فيمكن لأي شخص يتعامل في مجال المال أن يشارك بالبرنامج الاقتصادي الرمزي. هذا البرنامج يستخدم معززات تكيف ثانوية، ليس لها قيمة جوهرية في ذاتها، لكن يمكن أن تكون صالحة لتبادل الأغذية والبضائع والنشاطات مثلاً. وهذه الرموز غالباً ما توصف كأشياء قابلة للتبادل أو معززات داعمة.

استخدم كل من Azrin و Ayllon أول برنامج رمزي في مستشفى للأمراض العقلية، حيث تم تصميمه لزيادة العديد من السلوكيات كالنظافة الشخصية، وغسل الأطباق، وتقديم الوجبات. وقد تلقى المرضى رموزاً قابلة للاستبدال لاختيار شريك غرفة الطعام أو مشاهدة التلفاز، إلخ... واستُخدمت برامج الإقتصاد الرمزي في طب الأسنان، لزيادة الالتزام بنشاطات طب الفم الوقائي.

د - الاتفاق السلوكي: *Behavioral Contracting*

يعدُّ التعاقد السلوكي أو الشرطي شكل من أشكال التعزيز المحدد والمتفق عليه بين العديد من الأفراد. ففي كثير من الأحيان يتم إجراء تفاوض وعقد مكتوب لتعزيز السلوكيات المتوافق عليها وفرض عقوبة على مرتكب السلوكيات غير المرغوبة بطريقة ما. حاول Talsma زيادة عدد مرات سلوك تفريش الأسنان صباحاً لدى طفل ذي أحد عشر عاماً أراد الفتى زيادة مجموعة العملات التي يجمعها بوجه التحديد وتم الاتفاق على أنه سيعطى عدد محدد من العملات بعد عدد محدد من مرات تفريش الأسنان الصباحي. فهو سينال قطعة نقدية واحدة بتفريش الأسنان لمرة واحدة في الصباح. وسيتم اكتساب القطعة النقدية الثانية بعد التفريش لمرتين متتاليتين بعد الحصول على القطعة النقدية الأولى. وقد ظهر لاحقاً أنه تم المحافظة على نشاط التفريش بشكل دائم. وبمثال آخر لإدارة الشروط، وضع Lattal في بحث أجراه على طلاب في مخيم صيفي شرط الموافقة على السباحة عند تفريش الأسنان، فارتفعت نسبة تفريش الأسنان من 0 مرة إلى تفريش يومي للأسنان.

الفصل الرابع

الألم

Pain

يركز هذا الفصل على بعض العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر في الإحساس بالألم والتعبير عنه.

وبشكل عام يعتقد أن الألم المثار عبارة عن رد فعل على بعض المنبهات المؤذية أو الأضرار الفسيولوجية للكائن الحي. وبناء عليه، فالألم هو تجربة شخصية مزعجة ويتم الإبلاغ عن شدته من قبل المريض ويستدل عليه من سلوكيات المريض. إن الإحساس بالألم والتعبير عنه هو حسيلة التفاعلات النفسية والاجتماعية الحيوية المعقدة. ونظراً لذلك نفهم صعوبة بحوث الألم وتدبيرها.

إن بعض الأشخاص لا يعانون من الألم وهي حالة تعرف باسم عدم الإحساس الخلقي بالألم. وهذا قد يلحق بهم أضراراً كبيرة، فربما لا يدركون أنهم يعضون ألسنتهم، أو يصابون بكسر في العظام، أو يصابون بأمراض قد تكون خطيرة تهدد الحياة كالتهاب الزائدة الدودية أو غيرها.

يحدث الألم العفوي دون أي ضغط أو لمس، فقد يستمر لثوانٍ أو دقائق أو ساعات أو أيام. وكثيراً ما يتكرر ويزداد في شدته مع مرور الوقت. وهذان النوعان من الألم (المثار والعفوي) يمثلان الحدود القصوى من الطيف الكامل لظاهرة الألم.

- عتبة الألم والتعبير عنه: Pain Threshold And Pain Expression

عتبة الألم هي أقل تجربة ألمية يمكن لشخص أن يميزها. وفي الواقع إن العتبة تجربة شخصية للمريض بينما شدة المنبه عامل خارجي، فالعتبة تعود للشخص وليس للمنبه، لذلك تختلف من شخص لآخر ومن وقت لآخر عند الشخص نفسه.

ويبدو أن مقدار التنبيه المطلوب لإنتاج الإحساس الأولي للإزعاج أو الألم ينطبق على كل شخص، إلا أن طريقة استجابة الشخص للألم تتوقف على العديد من المتغيرات النفسية الاجتماعية التي صنفها ماكنزي Mackenzie (1968) وتشمل:

1- المتغيرات الثقافية: إن توقع الألم وقبوله محددان ثقافياً. ويعتقد بعضهم أن الألم أمر لا مفر منه ويجب أن يكون مقبولاً. وتعتقد بعض الجماعات الدينية أن الألم تطهير لهم من الخطايا. وهكذا يصبح الألم مثوبة في بعض الثقافات، وأن الآلام المرافقة لطقوس البلوغ

شرط لدخول مرحلة الرجولة. كما أكد Butes 1992 أن للألم علاقه بالعرق وذلك من خلال بحث أجراه بين الأمريكيين القادمين من بورتوريكو، والبيض، والأميركيين الأفارقة.

2- متغيرات التاريخ الشخصي: التجارب المبكرة مع الألم تؤثر في الاستجابات اللاحقة للألم. وقد ذكر جوندا Gonda أن الأسر الكبيرة تشكو الألم أكثر من الأسر الصغيرة. وقال أن ذلك يعزى إلى زيادة فرص الشكوى والحصول على تلك السلوكيات المعززة من خلال تلقي المزيد من الاهتمام. وأفاد كولينز Collins أن البالغين الذين أحيطوا بحماية زائدة كالأطفال هم أقل تحملاً للألم من الذين لم يحاطوا بهذه الحماية. وتحدث Keogh And Herden عن الفرق بين الجنسين في الشعور بالألم، فنتائج البحث عند الإناث كانت أكثر سلبية منها مع الرجال.

3- المتغيرات الشخصية: تمت دراسة على الانطوائيين والمنفتحين حيث وجد أن المنفتحين أقل إحساساً بالألم، كما أن شدة الإحساس عند الانطوائيين تزداد وتختلف من شخص لآخر .

4- المتغيرات العاطفية: يمكن أن يقلل القلق من تحمل الألم أو ربما يكون سبباً فعلياً للألم، فالجنود الذين يجرحون في المعركة يشعرون بالألم أقل وحاجة إلى المسكنات أقل من المرضى المدنيين الذين يعانون من جروح مماثلة، يعتقد Beecher أن الجندي المصاب (المستجيب للإصابة) كان مرتاحاً، وممتناً حتى النشوة لخروجه حياً من أرض المعركة، أما بالنسبة للمدنيين فإن إجراء عملية جراحية كبرى، هو واقعة مأساوية مسببة للكآبة.

5- المتغيرات المعرفية: بين عدد من الباحثين أن معظم الناس يمكن أن يظهروا بعض السيطرة الطوعية على مدى شدة الألم والقلق والاكتئاب. ومعرفة عن منشأ الألم وما يمكن توقعه خلال العلاج يمكن أن تقلل بشكل كبير من تجربة الألم.

- قياس الألم: Measuring pain

القدرة على قياس الألم هامة لأي دراسة تتم عن الألم وردود الأفعال تجاهه، على الرغم من أنه كثيراً ما رفض ذلك باعتباره شخصي وغير علمي، إلا أن المقاييس الخاصة بالألم يمكن أن تقيسه بشكل جيد، فعلى سبيل المثال، كما يستطيع مقياس التناظر البصري {الذي يتراوح من الصفر إلى 10} قياس حدة البصر، يستطيع مقياس شدة الألم القيام بذلك،

{حيث يمثل الصفر عدم وجود ألم على الإطلاق و 10 تمثل الآلام الشديدة، وتمثل 5 الألم المعتدل}. ويمكن أن يوسع المقياس لمجال يتراوح من 0 (لا ألم) إلى 100 (آلام مبرحة أو ألم لا يطاق). وكلتا الطريقتين أظهرتا قبولاً وموثوقية. ففي بعض حالات الألم المزمن، قد يرغب أحدهم بقياس مستويات الألم الحالية ومحاولة الحد من الألم إلى مستويات مقبولة. وقد طور Melzack (1973) مقاييس وصفية للألم أثبتت فائدتها. كما تتوفر مقاييس للألم مناسبة للدراسة السريرية والعلمية. وفي المستقبل، من المرجح تطور مقاييس إضافية تظهر زيادة الحساسية.

- الألم الحاد مقابل الألم المزمن: Acute Versus Chronic Pain

من الضروري أن نفرق بين نوعي الألم [الحاد والمزمن]. يمثل الألم الحاد الآلام قصيرة المدة نسبياً وترتبط عادة بالتغيرات النسيجية الناجمة عن الرض أو المرض. فهو مجموعة معقدة من الخبرات العاطفية المؤذية والأحاسيس المزعجة مترافقة مع ردود فعل سلوكية وعاطفية ونفسية وذاتية. ومع أن العوامل النفسية تملك تأثيراً فعالاً فيه إلا أنها ليست العامل المسبب له عادة، وهذا ما يميزه عن المزمن الذي تلعب العوامل النفسية والبيئية الدور الأبرز فيه. بينما يشير الألم المزمن إلى مدة أطول تدوم عادة أشهر أو سنوات، وله أسبابه المتعددة الجسمية والنفسية والبيئية، إلا أنه ليس له أي وظيفة بيولوجية بل هو قوة خبيثة مؤلفة من مجموعة ضغوط نفسية وعاطفية واقتصادية واجتماعية تؤثر في الفرد والأسرة والمجتمع وتكلف الكثير من الأموال. ويحلو للبعض توسيع مفهوم الألم المزمن وذلك عندما يستمر الألم بعد زمن الشفاء الطبيعي. إن الألم الحاد أو المرض الحاد عادة يعطل الأنشطة قصيرة الأمد، لذلك له وظيفة حيوية هامة جداً في تحذير الشخص بأن هناك شيئاً ما غير سليم ويجب اتخاذ الإجراءات الملائمة لإعادة الأمور إلى نصابها في الجسم، فهو يساعد في منع انتشار الأذية، فعلى سبيل المثال، المصاب بالإنفلونزا ربما يبقى في المنزل لبضعة أيام قبل أن يعود إلى العمل أو المدرسة، والشخص المصاب بالتواء في المعصم يجعله يتخلى عن ممارسة الرياضة مؤقتاً، وتتأثر بذلك أنشطة أفراد الأسرة بالحد الأدنى. بينما يتسبب الألم المزمن، عادة بتغيير السلوك على المدى الطويل ليس فقط للمريض، وإنما لعائلته والمحيطين به أيضاً. وفي كثير من الأحيان يتم تغيير الأنشطة اليومية بطرق ذات مغزى، فقد ينخفض مستوى نشاط المريض بحيث يلزم الآخرين تلبية احتياجاته. ومن جراء ذلك قد تتعطل الأنشطة الخاصة لدى الأسرة حيث تضطر الأسر إلى إلغاء التزاماتها لأجل غير مسمى.

أشار فوردريس إلى أن " الإزمان ... يوفر فرصة للتعلم أو التكيف ووفقاً لذلك، فقد تصبح الاستجابة الألمية ألم مثوبي في ثلاثة طرق سلوكية:

1. سلوكيات ألم تتلقى تعزيزاً مباشراً وإيجابياً.
2. سلوكيات ألم تتلقى تعزيزاً غير مباشر ولكنه إيجابي ويؤدي إلى " تعطيل مؤقت " أو تقي بشكل ناجح من العواقب المضرة.
3. محاولات النشاط أو تحسين السلوك قد تكون سيئة أو تذهب باتجاه عكس التعزيز.

عند ظهور أول عرض لآلام الظهر، قد يقرر الشخص أخذ قسطاً من الراحة. وهذا يوفر التعزيز المباشر لسلوك الألم. كما أن وصف دواء للألم بناءً على "حسب الحاجة" يميل في اتجاه تطوير ألم عرضي من أجل أخذ الدواء. وبالتالي، فإن كثيراً من المرضى وفي كثير من الأحيان يصرون على المزيد من الأدوية التي ستصبح غير فعالة. وهؤلاء غالباً ما يدمنون على هذه الأدوية وربما نحتاج معهم إلى إزالة المنعكس الشرطي، حيث تتخفف سلوكيات "الألم" بشكل ملحوظ أو تختفي كلياً.

قد تتخفف مستويات النشاط عند المريض إلى حد يقل معه ممارسة التمارين الرياضية أو الأنشطة إلى درجة يصبح معها طريح الفراش وفي هذه الحالة، قد لا يقوى الشخص على خلق محاولات لزيادة مستويات النشاط والأنشطة الحياتية الأخرى الملائمة للحالة. هؤلاء المرضى قد يستفيدون من العلاج السلوكي ولكنهم ربما لا يصلون أبداً إلى المستوى الأولي من الصحة.

يتطلب هذان الصنفان الواسعان من الألم أساليب تدابير مختلفة. وقد لاحظ العلماء أن كثيراً ما يترافق الألم الحاد مع القلق، في حين يترافق الألم المزمن مع الاكتئاب. ومع الأسف، يفشل العديد من الأطباء في التفريق بين الألم الحاد والألم المزمن ويعالجون المرضى بالأدوية نفسها، الأمر الذي يفاقم من المشكلة.

- استراتيجيات تدبير الألم السني: Pain Management Strategies

من المفيد أن نفكر في تدبير الألم واستراتيجيات السيطرة عليه كما هو موضح في (الجدول 1-4) بدءاً من بعض التقنيات التي غالباً ما تكون نفسية وصولاً إلى تلك الدوائية بشكل واسع. على الرغم من أن الأهداف قابلة للنقاش، إلا أنها تظهر وكأنها تقنيات منفصلة، وطرق التدبير تميل في الواقع إلى تطبيق مجموعة منها مترابطة مع بعضها بعضاً.

يوفر الحوار (أو الشرح الموسع وتحضير المريض) فرصة لإخبار المريض عما سيحدث وما هو المتوقع و في كثير من الحالات، يعمل ذلك على تخفيف قلق المريض ويقدم أمثلة عن كيفية التعامل مع الحالة. ويمكن أن يكون التنويم المغناطيسي تقنية فعالة جداً مع الأشخاص الملائمين لذلك وتكون النتائج قوية جداً كما يمكن إجراء التنويم العميق وقلع الأسنان مع المرضى المختارين بعناية. فيتمثل المريض للشفاء بهدوء في أعقاب استخدام التنويم المغناطيسي. يمكن استخدام التقنيات المعرفية السلوكية لمساعدة تحضير المرضى للمواجهة والتعامل مع الضغوطات كالقلق والألم.

Talking (explaining)	الحوار (الشرح)
Hypnosis	التنويم المغناطيسي
Cognitive-behavioral techniques	التقنيات المعرفية السلوكية
Biofeedback	التغذية الحيوية الراجعة
Preoperative oral sedation	التركين الفموي قبل الجراحة
Conscious sedation	التركين الواعي
Local anesthesia	التخدير الموضعي
General anesthesia	التخدير العام

الجدول (4-1) : طيف السيطرة على الألم.

تفيد التغذية الحيوية الراجعة في تدبير مجموعة متنوعة من الاضطرابات كالصرير ومتلازمة الألم العضلي الوجهي التي قد تعلم المريض استرخاء العضلات لتحقيق انخفاض في الألم وعدم الارتياح. و يتم استخدام التركين الفموي قبل الجراحة في كثير من الحالات للمساعدة في تخفيف القلق. و التركين الواعي باستخدام أكسيد الآزوت والأكسجين (النيتروس) أو التطبيق الوريدي للأدوية المركنة لها أيضاً مكانة هامة في الاستراتيجيات المتاحة لطبيب الأسنان لتخفيف الألم والقلق. كما أن التخدير الموضعي هو من دون شك أحد الطرق الرئيسية لكبح الألم والمعاناة. أما التخدير العام فله مكانة في طب الأسنان مع المرضى الذين يجب أن يخضعوا لإجراءات متخصصة و لم يتمكنوا من إجراء المعالجة السنية بسبب ظروف خاصة. مع مختلف الاستراتيجيات المتاحة لطبيب الأسنان في تدبير أو كبح الألم والإزعاج، فإنه يتحقق الهدف بارتياح المريض وهدوئه وتعاونيه بسهولة أكبر من أي وقت مضى.

الانفعال (الهيجان) والنمو العاطفي

تعريف الانفعال:

هو اضطراب حاد يصيب الفرد بكامله منشؤه نفسي ويشمل السلوك والخبرة الشعورية والوظائف الحشوية. فهو اضطراب لأنه يؤدي إلى تغير في فاعليتنا، ويتطور مع تقدم الانفعال، وهو حاد لأنه يحدث بشكل مفاجئ عادة ثم لا يلبث أن يضعف ويختفي عندما لا نكون تحت تأثير الخوف أو السعادة أو الغضب كل الوقت. هذا الاضطراب الحاد يشمل الفرد نفساً وجسداً (تمييزاً له عن: الهيجان الناتج عن حقن الأدرينالين مثلاً أو عن إصابة دماغية) حيث تكون الخبرة والسلوك متأثرتين بمثير خارجي أو داخلي عبر المسالك الإحساسية والحركية المعتادة (كآلم الزائدة الدودية)، وهو يشمل السلوك والخبرة الشعورية والوظائف الحشوية لأنه يمكن أن ينظر إليه من جهة السلوك ومن جهة الخبرة الشعورية ومن جهة الوظائف الحشوية (المعدة - الأمعاء - الدورة الدموية - الرئتين).

نمو السلوك الانفعالي (الهيجاني):

- الانفعالات عند الوليد الحديث:

إن أي نوع من أنواع الإثارات المفاجئة كالضجة العالية والألم ونفخة الهواء في الوجه تنتج عند الوليد الحديث فعاليات لا هدف لها تشمل جسده ويصاحبها بكاء. ولا بد أن يكون المؤثر قوياً بما يكفي ليحدث الاستجابة وكلما صغر عمر الوليد وجب أن يقوى المثير. أما المثيرات السارة كالرتب والمسح فلا يستجيب لها الأطفال المولودين حديثاً، وأن ما ينتج هو نوع من الفاعلية بالبهجة Mass activity. وقد صنف العالم واطسون زعيم المدرسة السلوكية الهيجانات التي تصدر عن الوليد إلى ثلاثة، هي: الخوف والغضب والحب، فالسلوك الهيجاني للطفل المولود حديثاً عاجز عن اتخاذ خط واضح يمكن أن نسميه اسماً هيجانياً معيناً كالخوف والغضب والحب.

- نمو السلوك الهيجاني عند الأطفال:

بالرغم من أن الطفل المولود حديثاً لا يظهر إلا تهيجاً عاماً حين يستثار فإن ردود الأفعال الهيجانية لا تلبث أن تظهر عند الأطفال الأكبر سناً وعند الراشدين. حيث يظهر عدد متزايد من الهيجانات. والتصنيف التالي من التصنيفات التي صنف أنواع السلوك الهيجاني في الطفولة إذ بني من خلال ملاحظة عدد كبير من الأطفال بين الولادة الحديثة وعمر السنتين:

- 1- المولودون حديثاً لم يلاحظ عندهم أكثر من تهيج عام.
 - 2- بعمر ثلاثة أشهر لوحظ تهيج عام بالإضافة إلى تميز تهيج ملائم (انشرائح).
 - 3- في 6 أشهر تميز إلى غضب - قرف - خوف.
 - 4- في شهر 12 بدأت ملامح الانشرائح بالظهور مع علائم ابتهاج ومحبة.
 - 5- الغيرة ومحبة الراشدين ومحبة الأطفال الآخرين تظهر في الشهر الثامن عشر.
 - 6- نهاية السنتين يظهر نوع خاص من الانشرائح هو الفرح.
- ولا يعدّ هذا التصنيف الكلمة النهائية إنما محاولة لتمثيل كيفية نمو الهيجان عند الأطفال.

- علاقة النضج بالنمو الهيجاني:

يؤدي كل من النضج والتعلم دوراً هاماً في النمو الهيجاني ويمكن أن نميز الدور الذي يؤديه كل منهما. فالنضج يظهر واضحاً عندما لا تتوفر الفرصة للتعلم، حيث يظهر الطفل استجابات هيجانية من نوع التشنج أو البكاء أو الابتسام أو الضحك. هذه الاستجابات تظهر في العمر نفسه عند كل الأطفال تقريباً بغض النظر عن اختلاف المثيرات التي يقدمها الراشدون.

أما التعلم فيؤدي دوراً كبيراً في النمو الهيجاني ويتضح ذلك عند ملاحظة الحركات وتعابير الوجه الخاصة بالهيجانات المختلفة التي تختلف من مدينة لأخرى ومن شعب لآخر. فهناك بعض الأمور التي تهيج مجتمع ما لا تهيج مجتمعاً آخر، كما أننا مع تقدم العمر نتهيج بسبب أشياء لم تكن نتهيج لها، كالخوف من الحية أو غيرها من الحيوانات. فالطفل في سنيه البكرة لا يخشى من هذه الحيوانات بل يمد يديه ويحاول اللعب بها ولا يبدأ الخوف منها إلا في الثانية من عمره حيث يتولد هذا الخوف نتيجة سماعه قصصاً عن الحية أو ملاحظة تصرفات الراشدين تجاه الحية. وهناك صلة بين مخاوف الآباء ومخاوف الأبناء فالآباء الذين يخافون من الظلام أو البرق أو الرعد يميل أولادهم إلى الخوف من هذه الأمور. ونتيجة لذلك نقول إن المولود حديثاً لا يقوم حين يستثار بأكثر من البكاء وتحريك الأطراف ولكنه مع تقدم العمر تتنوع هيجاناته وتتوسع إما بسبب النضج أو بسبب التعلم. وتؤدي اللغة دوراً هاماً في التعبير عن الهيجانات ولها محلها في السلوك الإيجابي ثم أن الطفل لا يكاد ينمو حتى يتعلم ضبط هيجاناته كما يتعلم السيطرة على المحيط، وبالتالي تقل هيجاناته. فهو يتعلم الاعتماد على نفسه فيترك فراشه دون الاستعانة بأحد، كما يرضي دافع الجوع دون اللجوء إلى الكبار.

- الهيجانات من وجهة النظر السلوكية: (بوصفها خبرة شعورية):

عندما نحاول أن نتأمل هيجاناتنا فإننا على الأغلب لا نتأمل هذه الهيجانات أثناء حدوثها ولكننا نتذكرها ثم نتأملها وكل من يحاول أن يتأمل الهيجان أثناء حدوثه يلاحظ أن الهيجان يميل إلى الزوال عند تأمله. وهكذا فإن كل ما نعرفه عن الهيجانات إنما نعرفه عن طريق التذكر. كذلك فإن وصف الهيجانات أمر صعب جداً وذلك لصعوبة إيجاد الكلمات والتعابير التي تصف الهيجانات.

إننا عندما نصف السلوك الهيجاني يجب أن نأخذ بعض الأمور بعين الاعتبار، وأولها:

1- تعبير الوجه: لا يمكن أن نحدد تعابير وجهية معينة لكل نوع من الهيجانات المختلفة.

2- الأوضاع المختلفة في الهيجان: فالخوف يتصف بالهرب أما الغضب فيتصف بالقتال فقد يتخذ شكل المقاتلة الفعلية، وقد يتخذ شكل المراسلة أو المواجهة أو اللقاء أو ... فنلاحظ أن الهيجانات المختلفة تثير أوضاع مختلفة من شخص لآخر ومن حالة لأخرى وخاصة بالنسبة لتعابير الوجه.

3- الأحوال الفيزيولوجية المرافقة للهيجان: أجريت بحوث كثيرة على الهيجان واهتمت بدراسة الأحوال الفيزيولوجية المرافقة مثل التنفس - ضغط الدم - نبضات القلب - حجم الأطراف - نشاط الغدد العرقية - وظائف المعدة - التغيرات الكيميائية في الدم. وقد استهدفت هذه الدراسات معرفة:

1- كيفية تغير العمليات الفيزيولوجية أثناء الهيجان.

2- ما إذا كانت هناك أنماط مختلفة للتغيرات الفيزيولوجية في أثناء الهيجانات المختلفة كالخوف والغضب

4- الأدرينالين والهيجانات: إن زيادة الأدرينالين في الدم وما ينتج عن هذه الزيادة من نتائج هي السبب في السرعة والقوة العظيمة اللتين تحدثان عند الأشخاص في حالة الطوارئ والتي تمكنهم من تجنب الأخطار فالأدرينالين يؤدي إلى زيادة السكر في الدم بسبب إطلاق الغلوكوجين من الكبد ثم وجود السكر في البول ثم تسريع عمل القلب وتقليص الأوعية الدموية في الجلد وزيادة ضغط الدم وتدفقه. ولكن بالمقابل حقن الأدرينالين والذي يسبب هذه التغيرات الفيزيولوجية لا يؤدي إلى خبرة هيجانية.

5- الهيجان والصفات الفيزيولوجية:

- أولاً: هل يملك كل هيجان صفات فيزيولوجية خاصة؟ لم ينجح العلماء في تمييز المتغيرات الفيزيولوجية الخاصة بكل هيجان. كما أنهم لم يستطيعوا التمييز بين الهيجانات بحسب التغيرات الفيزيولوجية المرافقة لها.

- ثانياً: محاولة الكشف عما إذا كانت التغيرات الفيزيولوجية الكثيرة المرافقة لهيجان ما تتناسق جميعها في نمط خاص يختلف عن النمط الخاص بهيجان آخر.

إن البحوث التي أُجريت في هذا الصدد عجزت عن تبين نمط خاص يتعلق بالتغيرات الفيزيولوجية يمكن للملاحظ التمييز من خلالها بين هيجان وآخر. ويجب التمييز بين الهيجانات كحالات فيزيولوجية وبين الهيجانات التي نعبر عنها لغوياً. لغوياً هناك عدد كبير من الهيجانات خوف، رعب، هلع، قرف، اشمئزاز، كراهية. هذه المصطلحات لا تدل على أحوال داخلية عضوية وإنما لها صلة بأشكال التصرف الخارجية فالتفريق مثلاً بين الضيق واليأس يكون بالنظر إلى أشكال السلوك إزاء كل منهما أو بالنظر لبعض الأحوال الخارجية وليس بحسب مضاعفاتها الحشوية.

- الآلية العصبية في الهيجان: الجملة العصبية هي أكثر أجزاء الجسم صلة بالهيجان بقسميها المحيطي والمركزي. ولكن الأقسام الخاصة ذات الصلة الوثيقة بالهيجان هي: الجملة العصبية المستقلة، وتحت المهاد، والقشرة الدماغية.

1- الجملة العصبية المستقلة:

تتألف من ثلاثة أقسام: قسم علوي وقسم سفلي نظير الودي وقسم متوسط هو الجملة العصبية الودية. الجملة الودية ونظيرة الودية تعملان بشكل متعاكس. كما يلاحظ أن كثيراً من الأجهزة الحشوية لها اتصال مزدوج مع الجملتين الودية ونظيرة الودية.

عند سيطرة الجملة الودية يحدث ما يلي:

1- نقص إفراز اللعاب.

2- ازدياد عمل القلب.

3- ازدياد عمل غدتَي الكظر.

4- انقباض الأوعية الدموية الدقيقة.

أما عند سيطرة الجملة نظيرة الودية:

1- يزداد إفراز الغدد اللعابية.

2- يتباطأ إفراز الكظر.

3- تتباطأ ضربات القلب.

4- تتوسع الأوعية الدموية الشعرية.

إن تنبيه أي جزء من أجزاء الجملة العصبية الودية يميل لإحداث أثر منتشر يسرع أو يبطئ وظائف أجزاء الأحشاء المتصلة بهذا الجزء من الجملة العصبية وسبب هذه الإثارة هو إفراز مادة الأدرينالين.

والجملة العصبية الودية تثير الكظرين لزيادة إفراز الأدرينالين، ومن ثم إهاجة الجملة العصبية المستقلة. ويتحكم بالهيجان أعمال الجملة العصبية المستقلة بكاملها وليس الجملة العصبية الودية وحدها.

2- تحت المهاد:

فيؤدي دوراً هاماً في التعبير الحركي عند الهيجان، ولكن دوره من الناحية النفسية لايزال مجهولاً.

3- القشرة الدماغية:

للقشرة الدماغية دور هام في الهيجان يتم بحثه من خلال النقاط الرئيسة التالية:

أ- إن الأوضاع التي تثير الهيجان لا يمكن إدراكها دون القشرة الدماغية.

ب- تؤدي القشرة الدماغية الدور الأهم في ملائمة الأوضاع المثيرة للهيجانات حيث يؤدي إزالة القشرة إلى قلة القدرة على تجنب ما يؤدي، أو الهرب من الخطر.

ج- للقشرة عمل هام في الاحتفاظ بالسلوك الهيجاني بعد زوال الوضع المثير للهيجان حيث يستمر الهيجان بعض الوقت بعد زوال المثير.

د- كبت آثار الأجزاء العصبية الأخرى بما في ذلك تحت المهاد.

نظريات الهيجان:

1- نظرية جيمس - لاج:

تقول هذه النظرية إن التغيرات الجسدية تنقل مباشرة إدراك التغيرات المثيرة وإن شعورنا بهذه التغيرات هو الهيجان. وقد دعمت هذه النظرية بالحقائق التالية: أنه إذا لم يتخذ

الإنسان الوضع الخاص بالهيجان فإنه لا يشعر بالخبرة الهيجانية، معنى هذا أنه إذا كان الوضع وضع حزن، وبدلاً من ذلك تمّ اتخاذ وضع آخر، وعندها لن يتم الشعور بالحزن. أما إذا اتخذ وضع الحزن أو الوضع المناسب لأي هيجان آخر فإنه حسب هذه النظرية يجب الشعور بهذا الحزن أو أي هيجان آخر تمّ اتخاذه. فالخبرة الهيجانية إذاً تأتي نتيجة الشعور بالتغيرات الجسدية.

2- نظرية تحت المهاد: (نظرية كانون وبارد):

هي تعطي الأهمية الكبرى للهيبتولاموس على اعتبارها مركز إثارة السلوك الهيجاني والخبرة الهيجانية وتقول هذه النظرية إن الخبرة الهيجانية والسلوك الهيجاني يستتاران في الوقت نفسه تقريباً نتيجة لانطلاق التيارات العصبية من تحت المهاد.

- الحكم على التعبيرات الهيجانية:

من السهل الحكم على الهيجان من خلال رؤية الجسد عامة، حركات اليدين على وجه الخصوص، فنحن مثلاً نستطيع حين نرى حركات اليدين أن نحكم بأن الإنسان يمارس البحث عن شيء مختفٍ عنه أو تقريب الشيء المحبب إليه. كما أنه يجب معرفة السبب الذي أدى إلى الهيجان.

كشف الكذب:

الآلة المسماة كاشفة الكذب هي آلة تكشف التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث عند الإجابة على بعض الأسئلة المتعلقة بجريمة ما. حيث يطلب من المتهم أن يلفظ أول كلمة في ذهنه بعد سماعه كلمة تسمى عادة الكلمة المفتاح. الكلمات أو الأسئلة إما تكون ذات علاقة مباشرة بالجريمة أو أن هذه الكلمات والأسئلة لا صلة لها بالجريمة إطلاقاً. ويلاحظ أن هذه الكلمات والأسئلة تسبب تغيرات في التنفس وضغط الدم. هذه الآلة ليست معصومة عن الخطأ وهي لا تكشف الكذب بحد ذاته إنما تكشف التغيرات الفيزيولوجية. بالمقابل قد يتصرف الأبرياء تصرفاً هيجانياً مماثلاً لتصرف المجرمين.

- نمو الخبرة الانفعالية عند الطفل:

ما من حالة انفعالية عند الطفل يمكن اعتبارها خبرة متميزة، ومن الصعب أن نحدد اسماً معيناً لانفعال معين، ولكن من الممكن أن ننظر إلى أشكال السلوك الانفعالي المختلفة وكأن كل واحد منها متصل بواحد أو أكثر من الانفعالات الكبرى: كالغضب والخوف والحب. إن كل فرد يعاني الانفعال بأحد أشكاله الحاد أو المتوسط أو الخفيف وفي كل عمر من

الأعمار. ويميل نوع المثبر اللآزم لمعاناة الانفعال وشدته والتعبير عن الانفعال والاستجابات الانفعالية إلى اتباع نمطٍ متشابهٍ في نموها بالنسبة لمن يسمى بالفرد المتوسط.

إن عادات التعبير عن الانفعالات وضبطها أمور يتعلمها الفرد عن طريق سلوك الآخرين والتأثر بإحآاءاتهم وتعاليمهم ضمن معايير السلوكين الاجتماعي والفردى. وىعد مستوى النمو العقلى عاملاً هاماً من عوامل التعلم فىما يخص الانفعالات والتعبير عنها.

كما أن الأنماط العاطفية تتغير باستمرار منذ الطفولة الباكرة وحتى سن الرشد، وذلك بتأثير المعارف المكتسبة حديثاً والاهتمامات الجديدة والمثل العليا المتجددة. فالطفل يبدأ حياته مركزاً اهتمامه حول ذاته ثم يأخذ بالاهتمام بغيره من الناس وبفاعلياتهم، وهو يتعلم احترام المثل العليا للآخرين ووجهات نظرهم كما يتعلم تقبل المسؤولية الشخصية والاجتماعية دون الخضوع لانفعالات لا لزوم لها.

وطيلة الحياة يكون أهم دواعى الإثارة الانفعالية حاجة الإنسان إلى الأمان. فالطفل الوليد والحدث الصغير يبحثان عن رضاها العاطفى عند والديهما ولا سيما الأم أو من يقوم مقامها. ومع تقدم الطفل بالعمر فإنه يبحث عن إرضاء هذه الحاجة العاطفية عن طريق الانتماء إلى جماعة من أنداده، أما المراهق والراشد فإنهما يبحثان عن الطمأنينة الاقتصادية والرضى الاجتماعى. وأثناء سنى النمو يميل معظم الأفراد إلى البحث عن الطمأنينة عن طريق المحبة الوالدية وحماية الوالدين، وفى كل عمر من الأعمار يكون للشعور بالاطمئنان قيمة إيجابية تتبع نجاحاً فى التعلم والعمل والعلاقات الاجتماعية والفردية.

- الصفات الانفعالية المميزة لكل مرحلة من مراحل الطفولة البشرية:

1- فى الطفولة الباكرة:

الارتكاسات الانفعالية للطفل هى استجابات للحاجات الجسدية التى يحس بها فيعبر عن رضاها العاطفى بالمناعة والاسترخاء والتمدد وبداية الابتسام أما ضيقه الناجم عن جوعه وعدم راحته فيعبر عنه بالبكاء والتلوى والرفس. ويصاحب نموه الجسدى ونضجه الفيزيولوجى قدرة متزايدة على التعبير عن انفعالاته، فالتعبير عن الرضى يكون بمد ذراعيه لكى يحمل ويلعب كما أنه يضحك ويناغى ويعبر عن مرجه بالتصفيق والقفز وغيرها من الفعاليات الجسدية، وهو يعبر عن استجاباته للأوضاع غير المريحة والآلام والخوف عن طريق الاختباء والبكاء و..... مثل هذا الحدث يثير الغضب عند توقف اللعبة عن العمل أو منعه عن الطعام الذى يحب أو العمل الذى يريد القيام به. كما يحس بالغيرة ويعبر عنها عند

الاهتمام بأخيه الأصغر أكثر منه وإهماله بطرائق مختلفة كالغضب أو الخوف أو المطالبة بأن تطعمه أمه بيدها وتجلسه في حضنها. وحين يذهب إلى روضة الأطفال فإن انفعالاته المركزة حول ذاته تتناقص تدريجياً تبعاً لزيادة اتصالاته بالأطفال الآخرين وفاعليتهم واعترافه بوجودهم عند ذلك يبدأ بإنشاء بعض العلاقات البسيطة مع أقرانه ولكنها لا تتصف بالاستمرار والثبات. وهو يتعلم أن السلوك الهجومي غير المناسب وعدم التعاون أو الاهتمام ستحرمه من القبول الاجتماعي الذي يرغب فيه. ويميل في هذا العمر إلى تقليد السلوك الانفعالي عند من هم أكبر سناً، وكما يتطلع إلى كل إعجاب به وعطف عليه.

2- في سنوات المدرسة الابتدائية:

يبدأ الطفل بالمطالبة بحرية العمل ويستتكر نقد أبويه لمظهره أو عاداته وطلباتهم الكثيرة في نظره، فيكون الولاء للرفاق كبيراً وتتكون العصائب وتفترق عصابات الصبيان في هذا السن عن عصابات البنات وقد ينشأ في نفس الطفل عداء للجنس الآخر وميل لمضايقته. فالصبيان يميلون إلى معاكسة البنات وتعذيبهن، أما البنات فيملن إلى منافسة الصبيان في فعاليتهم والتفوق عليهم. كما يسعى الطفل في هذا العمر إلى إرضاء معلمه ويشعر بالغيرة إذا تلقى غيره من رفاقه عطفاً وانتباهاً أكثر مما تلقاه. وقد تدفع الغيرة الشديدة الطفل إلى أن يصبح هجوماً بشكل لا لزوم له، وقد يتفاخر بمنجزاته وممتلكاته. وتستمر في هذا العمر المعاناة من المخاوف كالخوف من الظلام أو الوحدة أو الأمور الخارقة للطبيعة، فالطفل الذي ينتظر منه أبواه أو معلمه الحفاظ على مستويات عالية من السلوك أو الإنجازات المدرسية قد يصبح ضحية للقلق أو المخاوف. والطفل الوحيد المدلل الحساس الذي لا يسمح له بالاختلاط بأقرانه أو الطفل الذي يطالب دوماً بالانتباه إلى ما يقول وما يفعل وأن يحافظ على ثيابه نظيفة وأن يأكل كما يأكل الكبار قد يقع فريسة للقلق الدائم. وعلى كل حال، فإن تلميذ المدرسة الابتدائية يكون في المعتاد طفلاً سعيداً ومتفائلاً.

3- في سن المراهقة:

يشعر المراهق بالقلق بالنسبة لأمر كثيرة منها مظهره وحظه في النجاح الاجتماعي ومركزه بين أقرانه وموقف والديه منه وعلاقته بالمال والمدرسة وإنجازاته فيها وأخيراً صمته. وهو يطمح إلى التحرر، وإن كان يعرف عمره بالنسبة للأمور التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات. ويعتقد أنه قد صار له من العمر ما يسمح له بأن يحيا حياته الخاصة ويرفض اتباع تعليمات والديه. ويشتهي الصبي في هذا العمر أكثر من البنات إلى أقرانه من أن والديه

محافظان أو أنهما يعاملانه وكأنه ما زال طفلاً ولكنه بالرغم من ذلك عميق الولاء لهما ولا يسمح بنقدهما من قبل الآخرين.

1- مخاوف المراهقين: غالباً ما تكون مخاوف المراهق وغيرته وقلقه على صلة بإخوانه ورفاقه ونشاطه المدرسي ونضاله من أجل بلوغ حالة الرشد. وقد يستشعر خوفاً هيجانياً قوياً يسمى الهلع وهو خوف مبالغ فيه يحس به الإنسان تجاه حالة من الأحوال. وهو موقف هيجاني مستمر يستشعره الهالـع إزاء وضع كان في الماضي قد سبب له خوفاً شديداً، والمراهق المصاب بالهلع يزعجه كثيراً أثر الهلع عليه وعلى علاقته مع أقرانه.

2- غضب المراهقين: يثور غضب المراهق إذا حال حائل دون تحقيق رغباته أو وصوله إلى أهدافه أو القيام بفاعلياته. وغالبية المراهقين يتحسسون لأي تهديد واقعي أو خيالي حاجتهم إلى الطمأنينة الانفعالية الأمر الذي يغضبهم أشد الغضب. وإذا لم يساعد المراهق أثناء طفولته على ضبط هيجاناته فإنه قد ينمو ليصبح شخصاً ينفجر غضبه لأتفه الأسباب. ويلجأ المراهق في غضبه إلى العبوس أو الكلام القاسي أو الانسحاب المنكبر وهو يحتفظ بغضبه لمدة أطول مما يستطيع الطفل لكن غضبه سرعان ما يتلاشى إذا اعتقد أنه استعاد كرامته أو انتقم لها. كما ينتقل المراهق ودون سبب ظاهر من حالة انفعالية إلى أخرى.

3- الجماعات ذات الجنس الواحد: يميل معظم المراهقين إلى الانتظام في جماعات تضم أفراد الجنس الواحد وهي تميل إلى الاستمرار مدة أطول من المدة التي تستمر خلالها عصابات الأطفال. ويكون المراهقون عادة شديدي الإخلاص إلى باقي أعضاء الجماعة. هذا وللصداقات التي تعقد في المدارس الثانوية والجامعات قيمة كبيرة لأنها تساعد الشباب في:

أ- الحصول على الطمأنينة من خلال العلاقات مع الأقران.

ب- استكمال نموهم الانفعالي الايجابي المفيد.

4- مواقف المراهقين العاطفية تجاه الجنس الآخر: يهتم المراهقين في هذه الحالة بأفراد الجنس الآخر منهم يبتغون رضاهم ويحرصون على التميز في نظرهم ويؤدي الجاذب الجسدي عاملاً هاماً في هذا الموقف وكذلك العامل الاجتماعي. ولما كان النضج الجنسي عند الفتيات يسبق مثيله عند الفتيان لذلك فهن يحرصن على رضى الفتيان

الأكبر سناً منهم ويملن إلى صحبتهم، ويظهرن مشاعر الازدراء أو عدم الاهتمام نحو من هم في عمرهن من الفتيان. وما إن يبلغ نمو الفتيان ما بلغه نمو الفتيات حتى تعود العلاقات بين ذوي العمر الواحد إلى مجراها الطبيعي. لكن العلاقات بين الجنسين في هذا العمر كثيراً ما تكون قصيرة المدى سريعة التقلب والتغير والتنقل وهذا الميل إلى الجنس الآخر لا يتعارض عند المراهق السوي مع ميله إلى أفراد جنسه ومصادقته إياهم.

5- الولوع بالبطل: كثير من المراهقين والمراهقات يمرون بفترة الولوع ببطل. والبطل يكون عادة شخصاً أكبر سناً ومن الجنس ذاته: معلماً أو زعيماً أو رجل دين أو ممثلاً أو رياضياً. وكثيراً ما تكون محبة البطل تعويضاً عن فشل المراهق في علاقاته مع الجنس الآخر وإن كان هذا ليس محتوماً. وإن الشخص الراشد الذي يعجب به المراهق يمثل الصفات التي يريدها المراهق لنفسه ويتمنى توفرها فيه.

6- النضوج العاطفي: النضوج العاطفي مشروط باستعداد الفرد:

1- لتحمل المسؤولية اللازمة لقضاء حاجاته وقضاء حاجات الآخرين.

2- مواجهة الأوضاع المثبطة المحيطة بمواجهة عقلية وموضوعية. وهذا لا يعني أن النضج العاطفي يقضي على مظاهر السلوك الانفعالي وإنما يعني ضبط التعبير عن العاطفة بالعقل والمثل العليا والمفاهيم الاجتماعية. إن الشخص الناضج عاطفياً قادر على التفكير في عواطفه وحل مشاكله العاطفية بطريقة واقعية ودقيقة وهو قادر إذا لزم الأمر على التضحية بملذاته العاجلة في سبيل تحقيق غاياته وأهدافه الآجلة.

وأخيراً فإن الناضج عاطفياً تكون مواقفه تجاه الآخرين وعلاقاته بهم مجردة من الحسد أو الغيرة أو التعصب كما يتصف سلوكه بالثقة بالنفس والثقة بالآخرين. وإن بلوغ النضج العاطفي مرتبط بأمور ثلاثة:

1- طفولة الفرد وخبرته أثناء المراهقة.

2- علاقته بأبويه وإخوته ومعلميه ورفاقه.

3- رغبته وقدرته أثناء طفولته على ضبط انفجاراته العاطفية الجامحة.

الغضب

طُلب من 54 أمًا، أن يلاحظن غضب أطفالهن ملاحظة منتظمة ودقيقة وقد سجلت الأمهات الأوضاع التي تثير غضب أطفالهن، وعدد مرات الغضب ودرجته والمدة التي تتبعها نوبة الغضب، وشكل انتهاء أزمة الغضب كالعبوس والحد والتشنج وما إلى ذلك.

وقد لوحظ أن الرفض ومعاكسة الرغبات كانت من الأسباب المثيرة للغضب، كما لوحظ أن الانتقام يؤدي دوراً متزايد الأهمية مع تقدم الطفل في السن. وقد درست بعد ذلك الطرائق التي كانت تستخدمها الأمهات للقضاء على أزمة غضب الطفل وكان من الصعب تحديد أفضل هذه الطرق بسبب الصعوبة الكبرى في إيجاد مقياس لحسن التأثير. وهنا يمكن إثارة أسئلة عديدة في هذا المجال.

- هل أحسن طريقة هي الطريقة الأسرع في إنهاء أزمة الغضب؟ بحيث تكون الرشوة وتحقيق رغبات الطفل وتحويل انتباهه عما سبب الغضب مفيدة في هذا المجال.

- هل أحسن الطرق الطريقة التي تقلل عدد مرات انفجار الغضب؟ وبالتالي لا تكون مفيدة فالرشوة تقضي بسرعة على الغضب، لكن هؤلاء الأطفال يغضبون بعدد من مرات أكبر من عدد مرات غضب أطفال لم تستعمل معهم الرشوة. فاللجوء إلى الضرب في بعض الأحيان يقلل من عدد مرات الغضب، لكنه لا ينهي الغضب سريعاً.

- هل أحسن الطرق هي التي يكون لها أقل ما يمكن من الآثار السيئة كالحد والعبوس؟ فالضرب على المؤخرة من أسوأ الطرق في هذه الحالة لأنه غالباً ما يكون متبوعاً بالحد والعبوس.

نجد أن هذه الدراسة لم تستطع إعطاء قواعد يمكن أن يستخدمها الآباء والأمهات في ضبط غضب أطفالهم.

إن هدوء الآباء وتسامحهم وسعة صدورهم أمور كفيلة في كثير من الأحيان بالحيولة دون انفجار غضب أطفالهم إذا كانوا حريصين على هدوئهم في معظم الأحيان، ويجب أن يوفر لهم غضبهم للظروف التي يكون فيها الغضب مشروعاً، ويجب أن نوجه انتباهنا إلى المؤثرات والأوضاع التي تثير الهيجان فغضب الطفل ينفجر حين تعاق رغبة كبيرة هامة أو يعاكس دافعاً هاماً. إن عالمنا هو عالم يعيش فيه خلق كثير والطفل الذي لا يتعلم التلاؤم مع رغبات الغير وحقوقهم ويصر على تحقيق رغباته الخاصة مهما كلف الثمن يتعرض لأزمات عديدة ومتعددة.

الخوف

بعض المخاوف كالخوف من الحية والخوف من أن يكرهنا الآخرون مخاوف شائعة بين الراشدين في حين أن بعض المخاوف الأخرى كخوف الإنسان من أن يحترق حياً والخوف من النساء هي مخاوف نادرة نسبياً. والمخاوف الأولى مخاوف سوية في حين أن المخاوف الأخرى تعدّ مخاوف مرضية وتسمى عادة الخوف المرضي Phobia وهناك طرق عديدة للقضاء على هذه المخاوف منها:

- 1- تعليم الفرد بعض المهارات التي تمكنه من مواجهة الأوضاع التي تخيفه حين تقوم مثل هذه الأوضاع.
- 2- إتاحة الفرص للفرد للتألف مع الأمر أو الوضع المخيف.
- 3- عمل الفرد على مشاهدة الأشخاص الذين لا يخافون من الأمور التي يخاف منها.

من أعظم الصبر ألا: تحدث بأهلك. تحدث بصديقك. تركي نفسك.

الفصل الخامس

النمو السلوكي والتطوري والجسمي للطفولة والمراهقة

مرحلة الطفولة

Childhood Stage

لا بد لطبيب الأسنان عموماً وطبيب أسنان الأطفال خصوصاً من امتلاك المقدرة على تشخيص سلوك الطفل بدقة لوضع التدبير الصحيح لهذا السلوك كي يكسب ثقة الطفل، التي ستعكس إيجابياً على خطة المعالجة وتقديم الأفضل من الخدمات السنية. ويأتي امتلاك هذه القدرة من خلال الموهبة الشخصية في تدبير السلوك المعزز بالقاعدة العلمية نتيجة الدراسة والاطلاع وفهم مبادئ علم السلوك بكافة أشكاله. وسنأتي في هذا البحث بقدر ما تسمح به أنظمة تأليف الكتاب الجامعي على أهم النقاط التي تضع اللبنة الأساسية لفهم هذا العلم الذي تطور في السنوات الأخيرة كثيراً، وذلك لأهميته في معظم مجالات الحياة عموماً لا سيما الطبية منها.

وسنبداً في توضيح بعض السمات الأساسية للنمو الانفعالي والسلوكي والمعرفي والاجتماعي للطفل منذ الولادة وحتى عمر الثانية عشرة وهو العمر الذي يعتبره معظم الباحثين عمر الطفولة. وترتبط هذه السمات بالتبدلات الحيوية والكيميائية والبدنية خلال مراحل النمو المذكورة لكل من الطفل السوي وغير السوي. فالجهاز العصبي والدماغ لدى المولود يكتمل وينضج مع مرور الوقت وبالتالي يتم نضج الأجهزة الحركية والإدراكية والحواس، مع العلم أن اتصال الطفل بالمحيط الخارجي خلال المراحل المبكرة غير مميز، لأن حياته العقلية ضبابية، وسلوكه وردود أفعاله أقرب للمنعكسات العصبية، ولا تلبث أن تتغير مع تقدم العمر وتصبح أكثر وضوحاً في النواحي البدنية والعقلية والسلوكية والانفعالية الشخصية وذلك تبعاً للاستعدادات الوراثية والعملية التربوية والاجتماعية، حيث تأخذ الشخصية ملامحها بالظهور تدريجياً، من خلال تفاعل العوامل الوراثية والبيولوجية والبيئية لتكون سمات الشخصية. ويتحدد جزء من السلوك البشري بالعوامل الوراثية ثم تأتي البيئة فتشكل الشخصية من خلال عملية التعليم والتربية سلباً أم إيجاباً، لكنها لا تبدل من التكوين الوراثي للفرد. أخيراً للتغذية دور في الصحة النفسية والبدنية وتأثيراً في الوظائف العقلية.

قسم العلماء والباحثون حياة الطفل إلى ثلاث مراحل أساسية إلى جانب مرحلة المراهقة لتسهيل عملية الدراسة والتصنيف وسنقوم فيما يلي بوصف السلوك النموذجي لكل

مرحلة عمرية، لكن هذا لا يعني أن جميع الأطفال سيسلكون ذات التصرف، كما أن بعضهم يبدي هذه التصرفات بعمر مبكر أو متأخر، إذ ليس من السهل تقسيم النمو والتطور الإنساني إلى مراحل يختلف بعضها عن بعض بسبب طبيعة النمو والتطور والاختلافات الفردية والاقتصادية والثقافية.

المرحلة الأولى من الولادة حتى عمر ثلاث سنوات:

First stage from birth to 3 years of age

يرتبط الطفل بالأم في هذه المرحلة ارتباطاً بيولوجياً وعاطفياً فهو بحاجة لتلبية حاجاته الأساسية لاستمرار نموه وحياته. ويرتبط الضرر في هذه المرحلة بتعدد المهتمين بالطفل أو عندما تعاني الأم من مشكلة معيشية أو نفسية تجعلها بعيدة عن الطفل.

فاشباع حاجات الطفل في عامه الأول يؤمن له الشعور بالأمان Security الذي يعطيه الثقة بالنفس، ويعلمه الحب المتبادل وهو الداعم الأساسي للنضج العاطفي. كما أن الاتزان في المعاملة الأسرية بعيداً عن أساليب المفاضلة بين الأطفال والنبذ والحرمان يساعد على توفير الأمن والطمأنينة للطفل. وينتقل الطفل في هذه المرحلة من ضعيف مستسلم يقضي معظم وقته في النوم إلى طفل قادر على الحركة والمشي والتفاعل مع المثيرات الخارجية (الإيجابية والسلبية)، وتؤدي قدرة الطفل في اكتشاف العالم الخارجي ومواجهته والتعامل معه دوراً مهماً في بناء الشخصية مستقبلاً، فقبل الشهر الرابع من العمر يحقق الطفل في وجه الأم قليلاً مع بعض الأصوات لكنه بعيد عن الابتسام الحقيقي، ولا يلبث أن يصبح سلوكه الحركي أكثر تناسقاً، وينجم سلوكه الانتصابي عن توازن جيد، ويتابع الأشياء المتحركة وتتوضح استجابته الاجتماعية بالمناغاة والضحك. ويرغب طفل الشهر السابع بمد يده لالتقاط الأشياء وتقريبها من فمه لرسم صورة عنها، ثم ينقلها من يد لأخرى (سلوك النقل). ويظهر في الشهر الثامن التوازن والتمييز بين المألوف وغير المألوف، ويميل إلى الانسحاب عند مشاهدة الغرباء مثلاً بل قد يلجأ إلى البكاء. ويمر الأطفال بعمر 9 و 10 أشهر بفترة وجيزة من التوازن، يستجيبون فيها لإشارة الوداع والتغيرات الوجهية والأصوات، كما يقف على يديه وركبتيه إشارة لعملية الحبو، بالإضافة إلى توجيه الانتباه لكلمة (لا- لا) وهي نقلة اجتماعية جيدة. لا يصدر في هذه المرحلة الأصوات العفوية فقط بل يستطيع تعلم بعض المقاطع البسيطة مثل (دا- دا). وقد تتم في هذه المرحلة زيارة العيادة السنوية طلباً للمشورة أو النصيحة أو المعالجة من أذية أو إصابة نخرية وفيها جرى الفحص السريري للرضيع والطفل الصغير

بمساعدة الوالدين ضمن جو ملائم بعيد عن الخوف والتهديد. وليس من الضروري في معظم الحالات استخدام كرسي طبيب الأسنان لفحص الرضيع. وفي الحقيقة، الوضعية السارة والمناسبة هي جلوس أحد الوالدين وطبيب الأسنان وجهاً لوجه بوضعية ركبة لركبة -Knee to-knee position، بحيث يوضع رأس الطفل في حجر الطبيب ويقوم الآخر بتهئية ذراعي وقدمي الطفل وكبجهما بلطف (الشكل 5-1). هذه الوضعية تزود أحد الوالدين والطبيب برؤية جيدة للحفرة الفموية عند الطفل، وهي مريحة له، وتؤمن الطمأنينة والهدوء من خلال التماس الوالدي.



الشكل (5 - 1) : فحص الطفل الصغير والرضيع بوضعية ركبة لركبة (للمؤلف).

مع نهاية السنة الأولى وبداية الثانية تظهر قدرة الحبو ويُسَر باستماع الآخرين له ويشعر بالاستحسان لنشاط قام به فيكرره عندما يضحك من حوله ويستمتع عندما يلحق به أحد وهو يجبو. مع الشهر الخامس عشر ينشغل بكثير من النشاط كالمشي وتسلق الدرج نتيجة لنمو الجهاز العصبي الحركي، وتزيد القدرة على التوازن والمشي تدريجياً، ويجب مساعدته بالتمرين والتشجيع، وخلال هذه الفترة لا ينصاع لكلمة (لا) ولا للموانع والزواجر، وهو قادر على وضع الشيء تلو الآخر في وعاء ليفرغها من جديد، ويستمر في عدم الانصياع، وتصبح كلمة (لا) مفضلة لديه بعمر 18 شهراً، ويُسَر بفعل عكس ما يطلب منه، ومفهوم الزمان لديه هو (الآن) ولا يستطيع الانتظار، كما تتميز علاقته مع الآخرين بالأخذ وليس العطاء، ولا يقبل المقاسمة ويفهم الكلام القصير البسيط ويستقبل أكثر مما يرسل ويرغب بتحقيق حاجاته فوراً مما يجعل انفعالاته العاطفية غير ناضجة. ويتمعن في الأشخاص والأشياء لاستكشاف المحيط. ويلخص الجدول (5-1) تطور أهم المهارات خلال السنتين الأولى والثانية من عمر الطفل.

تطور المهارة	معدل النمو	الحد الطبيعي
التركيز على الضوء	الأسبوع الثاني	2 - 4 أسابيع
الاستلقاء على المعدة أو الصدر	الأسبوع الثالث	1 - 10 أسابيع
الوزن ضعف ما كان عند الولادة	الشهر السادس	5 - 7 أشهر
ينقلب من الظهر إلى المعدة	الشهر السابع	5,5 - 11 شهر
الجلوس بمفرده	الشهر السابع	6 - 11 شهر
الوقوف مع جهد	الشهر العاشر	7,5 - 14 شهر
الوقوف لوحده	13,5 شهر	9 - 18 شهر
يمشي لوحده	14 شهر	10 - 20 شهر
التحكم بطرح الفضلات	18 شهر	12 - 30 شهر

الجدول (5-1): أهم المهارات خلال السنتين الأولى والثانية.

يبدأ مع عمر السنتين مرحلة من التوازن الواضح وتنتسج دائرة علاقاته مع المحيط ويصبح أكثر ثقة بنفسه ويستعمل اللغة بشكل معقول وتتطور لديه القدرة على الانتظار والتثبيط المؤقت. ويرغب بسرور الآخرين منه وإليه، لكنه لا يزال يحتفظ بألعابه وقد يقدم بعضاً منها وهذا بعد جديد في العلاقات الاجتماعية. وفي عمر السنتين والنصف يحدث تغير واضح لديه إذ يصبح صاحباً متمرداً يرنو إلى إشباع حاجاته فوراً دون تأجيل. كما يحب الاستمرارية في المأكل والملعب، ويرفض الجديد وهذا يعطيه الشعور بالأمان. ولذلك يجب الابتعاد عن أساليب النبذ والحرمان والمفاضلة بين الأطفال وأساليب الحماية الزائدة لتأمين نمو اجتماعي وانهالي سليم.

يدخل الطفل بعمر ثلاث سنوات مرحلة التوازن النفسي ويقبل الإرشادات ممن يرعاه ويستعمل كلمة (نعم) كما كان يستعمل (لا) منذ أشهر قليلة، إضافة إلى نمو السلوك الانفعالي ويقوم بخلق صداقات مع أقرانه، وتزداد ثروته الكلامية مع استعمالها، وهنا يصبح قادراً على تقبل زيارة طبيب الأسنان إذا قدمت بطريقة عملية، وعلى الطبيب أن يولي الوالدين اهتماماً نوعياً عندما يبدأ بالفحص مع توجيه بعض الملاحظات أثناء الفحص، فقد يضطرب سلوك الطفل أثناء الفحص (وهو سلوك طبيعي)، وهنا على الطبيب أن يتنبأ بأن

انتباه الوالدين سيكون تجاه الطفل لذلك عليه إيقاف المناقشة والنصيحة ريثما ينهي الفحص ويستقر سلوك الطفل. يرحب الطبيب بالطفل والوالدين ويعمل على تأمين بعض الألعاب كي يضع الطفل في بيئة بعيدة عن الخوف ليتمكن الوالدان من الاستماع إلى المناقشة وسبب طلب الزيارة والاستشارة، خاصة إذا كان على الطبيب إعادة النظر في بعض معلومات ما قبل الموعد، ثم يقوم بتوضيح التوصيات الملائمة في ما يتعلق ببرنامج الوقاية من المرض السني.

لا يسمح التطور النفسي للطفل دون عمر / 30 - 36 / شهراً بالتعاون الكافي في العيادة السنية، لذا يبكي بعض الأطفال أو يبدون سلوكاً مضطرباً أثناء الفحص، وهذا يتطلب حداً أدنى من الكبح اعتماداً على أحد الوالدين. وهنا يجب على الطبيب أن يطمئن الوالدين بأن هذا السلوك طبيعي وألا يعتبروه غير ملائم فهم يعلمون أن طفلهم يميل للبكاء في حالات أخرى مشابهة كزيارة عيادة طبيب الأطفال أو صالون الحلاقة مثلاً. ويجب ألا يؤثر البكاء أو السلوك المضطرب على الفحص، وبالمقابل قد يندesh الممارس العام بعدد الرضع والأطفال الصغار الذين يبدون تعاوناً وبقون هادئين خلال الفحص، وهذه الحقيقة تشاهد بشكل خاص مع الرضع بعمر / 12 / شهراً وما دون. عندما يكون الطفل هادئاً، يستطيع طبيب الأسنان أن ينجز الفحص الكامل للرأس والعنق والحفرة الفموية. ويبدأ بتقويم عام للطفل مستخدماً طريقة للمس بلطف وبحرارة بعيداً عن إثارة الذعر والخوف. يبدأ الفحص بحثاً عن وجود شذوذات في حجم الرأس وشكله وتناسقه والعقد للمفاوية وتناسق الوجه والعينين والأذنين والأنف والشفاه والفم. ويجب على الطبيب أن يدرك أن الطفل المتأذي بيدي دلالة أو شاهداً على الأذية في الوجه أو الرقبة أو الرأس. يُفحص الفم باستخدام مصدر ضوئي صناعي عند الضرورة، ويجب أن يبدأ بجس الشفتين واللثة والغشاء المخاطي وفحصهما باستخدام السبابة. ويتضمن الفحص داخل الفموي تقويماً للنسج الرخوة للكشف عن وجود أية علائم مرضية كالأكياس المتبقية والأورام اللثوية الخلقية والشقوق تحت الغشاء المخاطي والقرحات الرضية وتهتك الألجمة والتهابات اللثة. أما فحص الأسنان فيشمل تقويماً للعلاقات الفكية ومظاهر الإطباق الخاصة (كالبروز والتراكب والعلاقات الرخوية وانحراف الخط المتوسط والعضات المعكوسة ووجود المسافات أو غيابها وملاحظة الاضطرابات التطورية السنية وسوء تكلس المينا والنخور السنية). بعد الفحص داخل الفموي، يجب على الممارس أو المساعدة السنية أو أحد أعضاء فريق العمل شرح وتوضيح الطريقة العملية والوضعية المناسبة لتنظيف الأسنان عند كل من الرضع والأطفال، ويتم ممارسة الطريقة تحت الإشراف الطبي وتقديم الاقتراحات المناسبة.

يرى أريكسون أن الثقة بالنفس من أولويات تكوين الشخصية السليمة التي تبدأ خلال السنة الأولى والثانية حيث يبدي الطفل اهتماماً أكبر في توسيع اكتشافه للمحيط من أشخاص وجماد، ويتطور لديه إحساس بالقدرة على التأثير في الحوادث والأشياء، وينشأ لديه الإحساس بالاستقلالية كالقيام ببعض النشاطات

بلا مساعدة الآخرين (وهو سلوك المبادرة)، وهنا يجب تطبيق الحزم والتسامح تطبيقاً متزاناً وإلا فالاستبدادية والحماية الزائدة تولد مشاعر الشك والتبعية ويصبح خائفاً معدوماً من سلوك المبادرة. لقد كانت التوصية سابقاً أن تكون الزيارة السنوية الأولى للطفل بعد عمر الثلاث سنوات. واعتمدت هذه التوصية على مدى قدرة تعاون الطفل في العيادة السنوية وعلى الادعاء بأن معظم الأطفال دون هذا العمر لا توجد لديهم إصابات نخرية. وعلى الرغم من تناقص انتشار المرض السني بعمر المدرسة، فهناك شواهد قوية تدل على انتشار الإصابات النخرية في المرحلة الأولى من عمر الطفل. إن إحدى العمليات المخربة بشكل أساسي في هذه المرحلة هي نخر الرضاعة. والنخر السني الذي يشاهد لدى الأطفال بعمر 3-4 سنوات يبدأ عادةً قبل عمر 3 سنوات. وللدن من انتشار هذا المرض خلال تلك المرحلة الأولى يجب بذل الجهد لتكوين المعرفة الحديثة عن علم النخر واستخدام الفلورايد والطرق الوقائية الحديثة إضافة إلى فهم دور الغذاء والعادات الغذائية في حدوث ذلك المرض السني أو منعه. يضاف إلى ذلك أن أطباء الأسنان من موقع معرفتهم بطرق الوقاية واتخاذ القرار الحاسم بتطبيق تلك الطرق بالأعمار المبكرة، ينجحون في مساعدة الوالدين بالحفاظ على أطفالهم دون إصابات نخرية، اعتماداً على تثقيف الوالدين وتزويدهم بطرق العناية الصحية الفموية بدءاً من الأعمار المبكرة وخلال المرحلة الأولى من حياة الطفل.

بناءً على ما تقدم وتحديثاً للمعلومات السابقة في طب الأسنان وحسب توجيه الأكاديمية الأميركية لطب أسنان الأطفال، يجب أن تكون الزيارة السنوية الأولى مع نهاية السنة الأولى بحيث يتمكن طبيب الأسنان من تقييم الصحة الفموية عند الطفل ويحدد مخاطر تطور المرض السني ويعترض سبيل الإضطرابات المحتملة ويتقن الوالدين بطرق الوقاية الحديثة.

المرحلة الثانية من عمر 3 إلى 6 سنوات: Second stage from 3 to 6 years

وتسمى مرحلة ما قبل المدرسة، تنمو في هذه المرحلة قدرات الطفل على ضبط الذات والتألف مع الوجوه الغريبة ومغادرة المنزل بفعل اتساع محيطه الاجتماعي، وبناء عليه يكون الطفل مؤهلاً لزيارة العيادة السنوية والتكيف مع مثيراتها ويُحس بهويته الجنسية

وبالاستقلالية. ويبدأ الشعور بالذنب أو القلق عند انتهاك قاعده أخلاقية، وتتطور المعرفة فتظهر القدرة على التفكير والاستنتاج والاستطلاع والاستكشاف، وتزداد الأسئلة لماذا وكيف وأين؟ بهدف حب الاستطلاع أو لفت النظر أو الخوف أو القلق، وهنا يجب التعامل معه بالصدق والبساطة لزيادة المعرفة وإشباع الفضول وتحقيق بعض الدوافع واكتساب بعض المفاهيم الحسية كالحجم والشكل أما المفاهيم المجردة فلا يدركها، ويمكن الاستفادة من ذلك في العيادة السنية بجعله يتحسس الأدوات ويمسكها ولا بد من تكرار الشرح حول العمل والعيادة لأن سعة الذاكرة قصيرة ومشتتة. يتمحور إدراك الزمن حول الحاضر، أما المستقبل والماضي فاهتمامه بهما عابر ويعني له الرفض. وتزداد القدرة على التخيل ويختلط الواقع بالخيال وينقاد للكذب غير المقصود، إذ يرى أحلام اليقظة حقيقة. وتظهر لديه انفعالات الحب والفرح والغيرة والخجل والزهو، وسرعان ما ينقلب الغضب إلى السرور والخوف إلى الطمأنينة. ويلعب الخيال دوراً في إيجاد مثير وهمي للخوف كالأشباح والظلام، ولا بد من احترام هذه المخاوف والعمل على معرفة الأسباب ومساعدته في التخلص منها بعيداً عن الإكراه والقسوة. ويعشق التشجيع والمديح والاعتراف بإنجازاته التي لها الأثر السحري في بناء الفرد، وعلى طبيب الأسنان الاستفادة من ذلك (الشكل 5-2).



الشكل (5-2): سلوك طفل المرحلة الثانية في العيادة السنية (للمؤلف).

إذاً عمر الثلاث سنوات عمر الهدوء والتكيف الجيد ويمتثل للأوامر ويشعر بالاطمئنان مع ذاته ومع الآخرين ويرغب بالصادقات. تتقلب الأمور بعد ستة أشهر وتدخل مرحلة خلل في كل من التوازن والاطمئنان والتناسق وتظهر الأشكال السلوكية للتربية الخاطئة (التبول الليلي - التأتأة - مص الإصبع - قضم الأظافر - السلوك العدواني).

يوصف طفل السنوات الأربع بالثائر من الناحية الحركية والعاطفية واللغوية والخيالية والعلاقات الشخصية، ولا بد من فهم تقلبات النمو وإظهار شيء من الحزم. وينتقل طفل الرابعة والنصف إلى الواقعية أكثر في سلوكه ويحدث عنده نمواً سريعاً وتميزاً بين الواقع والخيال ويرغب في المناقشة وتوجيه الأسئلة ويتحمل الإحباط ويهتم بالحروف والأرقام. ويتميز عمر الخامسة بالتركيز والواقعية وهو عمر التوازن والسلوك الثابت والأمان. لا يحاول القيام بنشاطات تفوق قدراته، يمتد ذلك إلى عمر الخامسة والنصف حيث ينطلق في نشاطاته إلى العالم الخارجي ويقل ارتباطه بوالدته مما يسبب مصاعب كثيرة لمن حوله، وتبلغ المناقشة ذروتها في هذا العمر.

مع بداية السادسة تظهر علائم التفكير المنطقي من خلال عملية النضج الاجتماعي المترقي تدريجياً والإرشادات التربوية السليمة في الخطأ والصواب. كما يظهر التفكير المنطقي وتصبح الأنا الذاتية مركز الاهتمام فتظهر الأنانية الطفلية وإشباع الرغبات ورفض اللوم والنقد ويميل للمديح والإطراء، لذلك فالتعامل معه صعب ولديه استعداد كبير للخبرات الجديدة.

تقويم السلوك Behavioral assessment:

قد يتعرض طبيب الأسنان إلى إسعاف طفل في هذه المرحلة من العمر وهو لم يتعرض سابقاً لخبرة سنية وقد لا تساعد طريقة [يخبر - يري - يعمل] البسيطة في حل بعض المشاكل السلوكية. والأطفال في هذه المرحلة يمكن أن يساعدوا في انجاز المعالجة السنية، وقد يجادلون في ذلك وهذا يشير إلى اضطرابات نفسية أو عاطفية أكثر أهمية. لكن بشكل عام لا يمانع أطفال هذه المرحلة طرق العناية والتشخيص. والخطوة المهمة لطبيب الأسنان هي اختبار كرسي المعالجة واستخدام التقنيات السلوكية كطريقة [يخبر - يري - يعمل] والتعزيز الإيجابي والسيطرة الصوتية أو بعض الطرق الأخرى التي ينسجم عملها مع الوضع الخاص بالطفل. وعلينا الحصول على موافقة الأهل في حال استخدام بعض الطرق التي لا يوافق عليها الأهل عادة. وقد يواجه طبيب الأسنان بعض الحالات السلوكية الشديدة الخاصة في هذه المرحلة كالنذب ومتلازمة الطفل المتأذي وانعكاس بعض المشاكل العائلية على السلوك أو عدم القدرة على التعلم بالمراحل المدرسية الأولى.

الفحص العام General appraisal:

يزودنا أطفال هذه الرحلة بطيف واسع من الصورة العامة العاطفية والبدنية، ولذا فهو أسهل لأن الطفل قد تطورت لديه مهارات حركية وكلامية، وأي انحراف في تلك النقطة يجب أن يوضع مباشرة في الحسبان، فهذا التطور هو مظهر حقيقي لمرحلة تطور الدماغ، ومن هذه النقطة نستطيع الإجابة عن السؤال المطروح لماذا تبدأ المدرسة في هذا العمر؟. يجب ألا نتجاهل دور المدرسة في هذه المرحلة ودورها وتأثيرها في الطفل في النواحي السلوكية والعلاجية والعاطفية والتطور و.... إلخ.

المرحلة الثالثة بين 6 و 12 سنة: Third stage from 6 - 12 years

وتسمى المرحلة الانتقالية بسبب انتقال الطفل بين مراحل الأسنان الثلاثة. فعلى الرغم من أن الأسنان في مرحلة ما قبل المدرسة مستقرة نسبياً، إلا أن الطفل في المرحلة الانتقالية يتطور من مجموعة كاملة من الأسنان المؤقتة عبر الإنسان المختلط إلى الإنسان الدائم الكامل باستثناء الأرحاء الثالثة. وتشكل المحافظة على ذلك الانتقال بشكل سهل وناجح التحدي الأكبر لطبيب الأسنان. وهي مرحلة المدرسة الابتدائية إذ ينتقل الطفل من بيئة الأسرة المتألف معها إلى بيئة غريبة ووسط جديد ونظام غير مألوف. وتتطلب هذه النقلة امتلاك الطفل للياقة الجسمية والكفاية العقلية والعاطفية والقدرة على التكيف ليوجد لنفسه مكاناً لائقاً يناسب متطلبات المدرسة والأقران وذلك لتأسيس الصداقات. ويرى بياجيه أن الطفل يصبح قادراً على فهم المجردات نسبياً.

وتظهر في هذه المرحلة مخاوف جديدة من المدرسة والمعلمين والأقران، ثم يتخلى عن سلوكيات الغضب عند اعتراضه لعائق يحول دون تحقيق رغباته بل يتحول من السخرية والحدرد والسباب والتسميات الساخرة المهينة، ويتجه نحو الإحساس بالطمأنينة والأمن والاستقلال والتقدير والاعتزاز بالذات. ويؤدي التوجيه المدرسي والبيتي دوراً مهماً في تقبل المعايير الاجتماعية وتهذيب السلوك المناسب للعرف الاجتماعي والأخلاقي. ويبدأ الاهتمام بمظهره ومنها المظهر السنّي والفموي ويحاول حجب العيوب عنها حيث يظهر السلوك التجنبي وزيادة الحساسية نحو النقد والسخرية. لذلك فسوء التكيف المدرسي له عواقبه السلبية على مستقبل تكيفه الاجتماعي كالعزلة والمخاوف من الأقران وموقف المعلم من الأداء المدرسي. وهنا على الأهل الاهتمام بأسلوب الرد وتدريب الطفل لاكتساب المهارات الاجتماعية التي تناسب المؤثرات المدرسية.

تطراً في هذه المرحلة تغيرات على القدرات المعرفية والعقلية والفكرية التي تفيد في التكيف الاجتماعي. ويرى بياجيه أن النمو المعرفي يتسم بالقدرة على الاستنتاج وترتيب الأشياء إلى جانب نمو المفاهيم المجردة، كما تنمو القدرات الإدراكية والشفوية والكتابية. وتظهر في عمر السابعة القدرة على التخيل الذهني حيث يستوعب الشرح عن النخر السني وأسبابه حسب الصورة التي يقدمها الطبيب. وتبقى القدرة على التركيز والانتباه محدودة الزمن، ويطراً تحسن تدريجي على التخيل ويصبح أكثر واقعية وتميزاً للخيال الوهمي اللاواعي (الشكل 3-5).



الشكل (3-5): طفل المرحلة الثالثة في العيادة السنية (للمؤلف).

تساهم خبرات المدرسة في بناء الشخصية واكتساب سلوكيات اجتماعية كالتعاون والمناقشة وفهم الأخذ والعطاء والقبول والرفض. ويجب الابتعاد عن الضغط والإكراه والقسوة بهدف تبديل السلوك الاجتماعي. وتمارس العلاقات الاجتماعية مع الآباء دوراً مهماً في صياغة الشخصية، فسلوك الآباء الدافئ المتوازن يجعل سلوك الأطفال مفتوحاً مع قدرتهم على تأكيد الذات، أما إن كان الآباء متسلطين ومتشددين أو متساهلين لدرجة فقدان السيطرة، فسيتميّص سلوك الأطفال بالعدوانية أو الخوف والانعزال. ولاشك أن للمعلم وللمدرسة دوراً مهماً في نفسية الطفل، فالمعلم الناجح يستطيع التشجيع على التحصيل والمنافسة السليمة وظهور الشعور بالكفاية، كما يستطيع اكتشاف قدرات الطفل الكامنة وإخفاء إحساس الضعف والعجز، ويبرز دور المعلم في خلق الحافز لدى المتخلفين للحاق بالأقران المتميزين. وهنا تتشكل مدارك جديدة حول الذات وتظهر أوامر فريق الصداقة والتأثر والتأثير فيما بينهم إن كان سلبياً أم إيجابياً. إن معظم الانحرافات السلوكية تنجم عن تأثير الرهط (كالتدخين وتعاطي المخدرات ومشاكسة المجتمع).

يمر الطفل بعمر السادسة بأزمة عاطفية مع نفسه ومع الآخرين، ويبدل جهداً كبيراً لإيجاد موقع لائق له بين أقرانه في المدرسة والشارع، أما عمر السابعة فعمر الانكفاء على الذات، إذ يبدو الطفل كئيباً منقلب المزاج كثير الشكوى، كما يكون هادئاً بالمقارنة مع عمر الست سنوات. وعندما يقترب من سن الثامنة تتبدل هذه المشاعر الانطوائية التشاؤمية ويصبح أكثر انبساطاً وانفتاحاً على المجتمع ومرحاً وراغباً في مواجهة الجديد وتحدي الصعاب، ولكنه يخفق أحياناً بسبب نقص خبرته وتضخيم قدراته لذلك يجب تقديم الحماية والإرشاد لتجنب الإخفاقات المتتالية التي تنعكس عليه بضعف الثقة وعدم احترام الذات، لكنه ينجح في إبرام الصداقات، وعلى طبيب الأسنان توظيف هذه الميزة لإرساء علاقة جيدة تجاه طب الأسنان. بعد تلك الفترة، يميل طفل التاسعة للهدوء ويتعامل مع الخبرات المناسبة لقدراته ويميل للاستقلال والتحرر ويقاوم سلطات والديه، وينشغل بصداقاته أكثر من أسرته وعلى الأهل احترام ذلك لأنها من سمات تلك الفترة. وتتميز مرحلة سن العاشرة حتى الثانية عشر بالطوعية وقبول مطالب الوالدين وهي المرحلة الأسعد لهما وهذا ما يجلب للطفل الاستحسان والإطراء والمحبة والرضا فهي مرحلة المطاوعة والتطابق الأسري والاجتماعي.

يظهر في المرحلة الثالثة من العمر المكون الرابع للشخصية المتوازنة، وفي رأي أريكسون أنه: إذا كانت النجاحات أكثر من الإخفاقات بيتياً ومدرسياً، فسينمو لدى الطفل الشعور بالكفاية وإلا فالسيطرة ستكون لشعور الدونية والإحساس بالنقص.

مرحلة المراهقة

Adolescence stage

الصور التقليدية للمراهقين مثل (ظهور الهرمونات والتمرد على الواقع واتباع الموضوعات...) تتظاهر بصورة خاصة في هذه المرحلة. فطب الأسنان عند الأطفال ينتهي مع بزوغ الضواحك والأنياب الدائمة. وغالباً ما يبدأ طب الأسنان مع المراهقين بالعناية التقييمية التي قد تبدأ خلال الفترة الانتقالية للأسنان. ولهذه المرحلة مجموعة من المتغيرات:

1- النمو الهيكلي والسني السريع وغير النظامي ولا يمكن التنبؤ به: فالنمو المفاجئ للمراهق يترافق مع نمو وجهي بأكثر من 35% من الطول الكامل للوجه، كما يحدث سقوط وبزوغ أكثر من 12 سنّاً بين عمر 10 إلى 13 سنة ويطرأ بعض التغيرات في التجويف الفموي نتيجة التطورات الجسمية المختلفة والتغيرات المناعية والتبدلات الهرمونية.

2- التحديات البيئية مع عقباتها ومخاطرها المخفية: تواجه المراهق يومياً مجموعة من التحديات مثل: تناول المخدرات والتدخين والأمراض المنقولة جنسياً وتأثير النظير وظهور العد المنتشر (حب الشباب) وبروز التنافس الدراسي واتخاذ القرارات السريعة الإيجابية والسلبية وتناول الكحول والضغط العائلي. ويلاحظ أطباء الأسنان مجموعة من المظاهر الفموية كالرضوض والالتهابات اللثوية الهرمونية وفرط التقعر الناجم عن التدخين والسلوك المرتبط بتناول المخدرات إضافة إلى عدم الإذعان للتوصيات السنية.

3- الحاجة للتعليم واتخاذ القرارات والاعتماد على الذات: فالمراهقة تترافق مع اتخاذ القرارات والبحث عن الاستقلال الذاتي من العائلة وطلب الجنس الآخر والخيارات السريعة. وتترافق هذه المظاهر مع عدم الاهتمام بالصحة الفموية ورفض الموافقة على المعالجة والتغيب الملحوظ عن المواعيد واستخدام العبارة التالية، " أنا مشغول جداً في البحث عن ذاتي وليس لدي وقت للاهتمام الفموي ".

يتغير التاريخ الصحي للمراهق بشكل مستمر لذلك يجب ذكر الحالات المرضية السائدة، والاعتماد على المراهق بعكس المراحل السابقة في الحصول على دقة المعلومات. وعلى الطبيب التوجه نحو قضية التدخين وأدوية الكيف والكحول والحمل والأمراض الجنسية المنقولة.

يجب أن يسمح معرفة التاريخ الصحي بذكر الأسرار الخاصة وتشجيع إفشاء المعلومات وهي وسيلة مساعدة تسمح للمراهق من الجنسين بمشاركة أكبر في عملية معرفة

التاريخ وذكر الأسرار الخاصة التي قد تكون مغيبة عن الأهل. وفي هذا السياق يمكن لطبيب الأسنان أن يكشف استخدام الأدوية غير المشروعة وحالات الحمل بينما يكون الأهل خارج دائرة المعرفة، وهنا تكمن مسؤولية طبيب الأسنان مع الأهل لمواجهة المشاكل المذكورة سابقاً. ولسوء الحظ، يمكن أن يرى المراهق (من كلا الجنسين) تلك الحالة من باب الخيانة والتضليل وإفشاء السر ونقص الثقة، لذا قد تتعرض العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض إلى خطر القطيعة، مع ذلك فطبيب الأسنان الذي يهتم بعلاج المراهقين يجب أن يكون مدركاً لمسؤوليات موقعه ومهنته ويتعامل مع هذا النمط من المشاكل من زاوية الحكمة والإخلاص للمهنة، وهذا قد يتسبب أحياناً في تأخير المعالجة ريثما يتم حل بعض العقبات المذكورة. ويجب أن يحصل طبيب الأسنان على موافقة الأهل على إجراء المعالجات السنية والحصول على الاستشارة الاختصاصية اللازمة في حالة الضرورة.

تقويم السلوك Behavioral assessment:

معظم المراهقين يقومون بزيارة واحدة على الأقل لعيادة طبيب الأسنان قبل الوصول إلى هذه المرحلة. ويمكن للتغيرات الشخصية والانحرافات السلوكية الأخرى أن تبدي مشاكل عديدة للمراهق كالتطرف في السلوك مثل (الكآبة أو القيام بالغزل الصريح) تجاه طبيب الأسنان وهذا قد يشير إلى شذوذ جنسي لدى الأنثى المراهقة وبشكل خاص إذا حدث مقاومة وعدم السماح بالفحص الفموي. وقد تؤدي الكآبة ومظاهر الانطواء الشديد للميل نحو الانتحار وسوء التعامل مع العائلة أو حتى استخدام العقاقير. وليس من مسؤولية طبيب الأسنان تشخيص أو تدبير هذه الأنواع من المشاكل، لكن عليه الاطلاع على تأثير المشكلة في المراهق وتعليق الوالدين حول التغيرات اللافتة للنظر في السلوك. وتواجهنا بعض المشاكل السلوكية التي تمنع تقبل العناية والمعالجة الفموية باستثناء بعض الحالات الاضطرارية والإسعافية. وفيما يلي الحالات التي قد تتطلب تدبير السلوك:

1- نبذ الجنس Sexual abuse: هذا السلوك الخاص لدى المراهق أو المراهقة في حالة المعالجة السنية غالباً ما يكون نتيجة استعداد خاص لنبذ نفس الجنس. ويساعد التداول في السيرة الصحية على كشف هذه الحالة إضافة إلى المشعرات السلوكية كالكآبة والرفض الصريح للعناية عند البدء بالاتصال الفموي، وقد يزداد الأمر تعقيداً عندما لا يعلم الأهل بتلك المشكلة لدى المراهق إلا عندما يطلبون الاستشارة السنية.

2- النخر المنتشر Rampant caries: يُعرف السريريون هذا النخر بأنه الهجمة السريعة

والمقدمة للنخر عند المراهق وغالباً ما يكون لدى الإناث، ويزداد عادة مع مشاكل شخصية (الشكل 5 - 4).



الشكل (5 - 4) : النخر المنتشر لدى فتاة بعمر الرابعة عشرة.

الشكل النموذجي للمراهقة هو الخجل وتقبل المعالجة على مضض مع انطواء على الذات رغم إيجابيتها نحو المعالجة. وقد تكون المظاهر السلوكية مختلفة كالبكاء الصامت وقد لا تتحدث بأية كلمة خلال الموعد. وفي بعض الحالات تتوقف المعالجة لأن المريضة تجهش بالبكاء وأخيراً يحدث فقدان للسيطرة عليها.

إن مفاتيح تدبير السلوك الأكثر نجاحاً في التواصل مع تلك المراهقات هو تحديد الزمن الملائم والثقة المتبادلة في الحديث. فالتغيرات المثيرة الإيجابية في السلوك يمكن أن تحدث مع التعزيز اللفظي من قبل طبيب الأسنان حول الصحة الفموية المتطورة وتدبير الترميمات التجميلية الأمامية التي تسمح بالإبتسامة الجيدة.

3- القلق الشديد Extreme anxiety: تحدث Pinkham و Schroeder عن التدبير السلوكي للمريض الذي يُتوقع أن يبدي قلقاً شديداً أثناء المعالجة السنية. فإزالة الحساسية المنهجية يمكن أن تكون المفتاح لتطوير السلوك السريري المطلوب عند هؤلاء المرضى. أما الآليات والطرق السلوكية من طبيب الأسنان فهي القيام بالمعالجات غير المزعجة في المرحلة الأولى والتعزيز الإيجابي للإنجازات واستخدام النظير الإيجابي والتشاور مع اختصاصي علم النفس لأن عدم التدبير أو التدبير الضعيف والخطأ لهذا الخوف السني لدى المراهق يجعله ملازماً له مدى الحياة.

4- القهم (القمه) العصابي Anorexia nervosa: وهو بالتعريف قلة الشهوة للطعام وقد تصعب معالجة المراهقة المصابة باضطراب الطعام. وتشير الخبرة إلى أن معظم هؤلاء من الإناث اللواتي يتبعن وصفات طعامية مرجعية. ويتطلب هؤلاء المرضى اهتماماً

كاملاً من طبيب الأسنان أثناء زيارة العيادة مع طلب الاستشارة اللازمة ويمكن أن يتطلبوا زماً خارج مواعيد العيادة.

5- استخدام العقاقير المحظورة والمخدرات والكحول Illicit drugs use: يلاحظ السريريون بعض أنواع من السلوك الغريب والشاذ لدى قسم من المراهقين والبالغين الصغار عند الحضور للمعالجة السنية وذلك بعد تناول العقاقير المحظورة. وتظهر ردود أفعال مضادة للأدوية الموصوفة من طبيب الأسنان بسبب تناول اليافع أو المراهق لبعض العقاقير أو الكحول. وتتراوح مظاهر تناول المخدرات من التفكك الذهني الخفيف إلى الإنحراف الذهني وتلثم الكلام أو تغيرات أشد سوءاً على شخصية المتعاطي.

قد يتطلب تدبير المشاكل السلوكية المعقدة عند المراهق أو المراهقة تعاوناً مع الوالدين والاختصاصات الأخرى ذات العلاقة. ومن ناحية أخرى، هناك عدد من المراهقين يظهران سلوكاً عدوانياً تجاه العناية السنية. ومعظم الممارسين يحاولون معالجة المراهقين وحدهم دون وجود النظير، حيث أن هذه العلاقة (شخص لشخص) تؤمن الاهتمام اللازم للمريض وتمنع التداخلات المسيئة. وهذه النصيحة سيقدرها ويعرف أهميتها طبيب الأسنان الذي يقوم بمعالجة طلاب المرحلة الإعدادية. والجزء المهم من تدبير السلوك في هذه المرحلة هو النقل المبسط للمعلومات، وعلى الطبيب أن يكون مطلعاً على الخصائص التالية المميزة لمرحلة المراهقة التي تظهر قدرة العلاقة مع المراهق:

أ- أهمية الأنداد: تصبح في هذه المرحلة من العمر علاقات المراهق مع مجموعة من الأشخاص خارج الوسط العائلي مهمة. فالأصدقاء ورفاق الصف وزملاء الفريق وأشخاص آخرون بنفس العمر يتدخلون في حياة المراهق. لذلك فسؤال طبيب الأسنان حول الأنداد ومدى تدخلهم في حياة المراهق أو المراهقة يمكن أن يعزز قدرته على التواصل.

ب- الموضوعات والتجارب والهوايات: وهي جزء مهم من المراهقة. فطبيب المراهق الناجح هو الذي يطلع على الميول والموضوعات والصراعات الشائعة والاحتقالات والموسيقى المعاصرة والإعلانات والدعايات التي يهتم بها المراهقون، كي يستطيع التواصل معهم بطريقة بعيدة عن الديكتاتورية. وتعد مناقشة المواضيع الصحية النفسية والجسمية هي الأكثر أهمية، وإلا فسيصل كل من المراهق والطبيب إلى حاجز يرى كل فرد فيه أنه الجزء الأهم في هذه الحياة.

ج- الاستقلالية: إن المراهقة هي محاولة تأسيس الاستقلال والبحث عن الذات وصنع الذات والتميز الدراسي أو الثقافي واختبار الجنس. وهذه الأمور تحمل درجة من الكرب ضمن فترة مليئة بالضغوط النفسية والإثارة والمشاعر الأخرى. ومن المفيد أن نذكر أن الطبيب مرآة للمريض المراهق مع أنه جزء صغير من عالمه، فهو القادر على تشجيع التطور الصحيح للشخصية والمستشار باتجاه الاستقلالية والتحصيل الدراسي بالإضافة إلى الاهتمام بالصحة الفموية. ومن المساعد جداً أثناء الحديث مع المراهق أن يشعر باهتمام الآخرين به وتلمسهم لضغوطه النفسية وتذكيره بالضرورات الطبية، لذلك زيارة العيادة يجب أن تكون مرآة جيدة للحياة، وتزود بفترة ارتياح من الضغوط النفسية، وأن تكون المكان المساعد للدور الذي يؤديه المراهق كمريض بالغ كبير، وعلى طبيب الأسنان تشجيع ذلك.

د- العلاقة الجيدة بين طبيب الأسنان والمراهق: وهي المبدأ الأساس في نجاح الحوار مع المراهق والعامل الأكثر أهمية في تأمين التعاون والتواصل الإيجابي.

البَابُ الثَّانِي: " علم النفس السلوكي الخاص بطب الأسنان "

الفصل السادس: الخوف والقلق في طب الأسنان.

الفصل السابع: تدبير سلوك الطفل في العيادة السنية.

الفصل الثامن: تدبير سلوكية الطاعن في السن.

الفصل التاسع: - المقابلة وإنشاء الإحالة النفسية.

- العلاقة بين الطبيب والمريض.

الفصل العاشر: الامتثال لتوصيات الرعاية الصحية.

الفصل الحادي عشر: - الإجهاد في طب الأسنان.

- مواضيع وقضايا خاصة بطب الأسنان.

الفصل الثاني عشر: العادات الفموية وتدبيرها.

الفصل الثالث عشر: التنويم المغناطيسي.

الفصل الرابع عشر: علاج ألم المفصل سلوكياً.

من لم يصبر على ذل التعلم ساعة بقي في ذل الجهل أبداً.

الفصل السادس

الخوف والقلق في طب الأسنان

Fear and Anxiety in Dentistry

إن الخوف والقلق من الأسباب الأكثر ذكراً لرفض المعالجات السنية وعدم متابعتها. حتى عندما لا يعاني الشخص من الرهاب، فإنه يُعتقد أن الخوف أو القلق قد يتداخلان أو يعيقان المعالجة السنية. وأثبتت الإحصائيات أن الخوف والقلق من طب الأسنان عند الأطفال يتراوح بين 6% إلى 16% وفي بعض الدراسات ارتفعت النسبة إلى أعلى من ذلك بكثير، وعند البالغين الذين يعانون من الرهاب بلغت 6%. أما حالات القلق الشديد فوصلت إلى نسبة مشابهة للنسبة المشاهدة عند الأطفال.

تأثير الخوف الشديد:

بُحث في تأثير الخوف والقلق الشديدين عن كفاءة المعالجة السنية، فوجد أن الأشخاص الذين يعانون من الخوف الشديد يتطلبون وقتاً أطول على كرسي المعالجة بنسبة 20% من الأشخاص الذين يعانون خوفاً منخفضاً من المعالجة السنية، مع أن الوقت المطلوب لإجراءات تحضير حفرة متساوي عند الأشخاص الخائفين بشدة وعند الخائفين خوفاً قليلاً (قياساً بوقت التحضير)، فإن مجموعة الخوف الشديد تتميز بالتعطيل المتكرر للعمل أثناء إجراءات تحضير الحفرة (الشكل 7-1). وبالتالي فإن الخوف والقلق السني لا يمنع من متابعة المعالجة فقط، بل ويؤثر أيضاً في كفاءتها.



الشكل (7-1): الخوف المرضي Phobia.

هذه المعطيات تبرر اهتمام العديد من علماء السلوك بأن على طبيب الأسنان تعلم مختلف تقنيات تدبير السلوك لتخفيف الخوف والقلق عند مرضاه واستخدامها ليس فقط من أجل مصلحة المريض، بل ومن أجل مصلحة الطبيب ذاته.

تعريف الخوف والقلق:

لابد لكل شخص أن يواجه القلق في وقت ما خلال المسار الطبيعي للحياة. ويبدو أن القلق المستمر يقف وراء التصرفات غير المتأقلمة التي ينتج عنها سلوكيات غير قادرة على التأقلم. وبعبارة أخرى، بعد المرور بعدة مراحل مقبولة، يبدأ القلق بتشويه التجارب والتعلم ويمنع تطوير ردود الفعل التكيفية الطبيعية، فالفرد الذي يعاني من قلق سني قد يؤجل أو يلغي المواعيد، لكن مريض الرهاب الحقيقي من طب الأسنان قد يتجنب المواعيد بشكل كامل.

المثال المثير للدهشة هو التقرير المقدم من قبل Wolpe واصفاً فيه حالة طبيب أسنان أصبح قلقاً بشدة تجاه إعطاء حقنة التخدير الموضعي بسبب الخوف الشديد الذي تملكه بسبب وفاة مريض جراء تلك الحقنة. وفي النهاية توقف عن إعطاء حقنة التخدير مع عواقب شديدة على ممارسته. كما وصف Ayer و Gale حالة رجل يعاني خوفاً شديداً من طب الأسنان حتى أنه غير طريقه المؤدي إلى العمل لتجنب تذكر العيادة السنية. ومع أن هذه الأمثلة قد تبدو متطرفة، إلا أنها توضح كيف أن القلق والخوف الشديدين قد يؤثران على الكثير من جوانب الحياة.

قد يظهر القلق في النواحي المعرفية والنفسية الفيزيولوجية وفي السلوك. وهذه النواحي الثلاث قد تكون فعالة في القلق الشخصي، على الرغم أنه من غير الشائع أن تظهر هذه العناصر أي علاقة فيما بينها. معرفياً، قد يواجه الفرد الخوف والفرع والخوف من كارثة وشيكة أو من الموت أو... إلخ. كما قد تحدث الأنشطة النفسية الفيزيولوجية بعض التأثيرات نتيجة القلق، كزيادة معدل ضربات القلب والتعرق وارتفاع ضغط الدم. أما المظاهر السلوكية فتشمل الرعاش والتوثب والسلوكيات غير المتعاونة أو التخريبية والعبوس والحركات العشوائية غير الهادفة.

مع أن هذه المظاهر عادة تكون غير مترابطة وردود أفعال الأفراد تكون مختلفة، إلا أن هذه العوامل تتطلب تطوير مقاييس مناسبة لكل نظام.

قياس الخوف والقلق السني:

هناك ثلاثة أنواع للخوف أو القلق هي: المعرفي والنفسي والسلوكي، وبالتالي هناك ثلاثة مقاييس مطابقة هي:

1- المقاييس المعرفية (الإدراكية):

المقاييس المعرفية هي اختبارات التقرير الذاتي Self-Report إلى حد كبير وتشمل قائمة من البيانات أو الأسئلة التي يطلب من المريض الرد عليها، ومن الممكن أن تتضمن أيضاً بعض أشكال الاختبارات الهادفة. وقد اشتقت اختبارات التقرير الذاتي أو الاستبيانات السابقة إلى حد كبير من الاختبارات النفسية مثل مقياس القلق الظاهر ومقياس Spielberger-Trait للقلق واختبار رسم الشخص واختبارات أخرى. وقد أصبح مقياس Spielberger مفيداً خاصة في دراسة القلق. وهو يقيس نوعين من القلق على الأقل، القلق الحالي أو القلق الناجم عن بعض المواقف أو عن حدث قريب (كموعد طبيب الأسنان) أو القلق العام طويل الأمد. وقد أظهر هذا المقياس موثوقية ومصداقية جيدة.

لكن هذه المقاييس طويلة ومملة لذلك اتجه الباحثون لتطوير مقاييس جديدة ملائمة بشكل أفضل لطب الأسنان. وبناء عليه طور Corah مقياساً بأربعة أسئلة لقياس الخوف أو القلق السني. وهو يميز بسهولة بين الأفراد الذين يعانون من الخوف القليل وبين الأفراد الذين يعانون من الرهاب (الخوف الشديد). وإليك هذه المقاييس:

The Corah Dental Anxiety Scale (CDAS) ❖

(مقياس Corah للقلق السني)

1- إذا كان عليك أن تذهب غداً إلى طبيب الأسنان، فكيف سيكون شعورك حيال ذلك؟

- i. سوف أنظر إليه على أنه تجربة ممتعة إلى حد ما.
- ii. لم أهتم لذلك بطريقة أو بأخرى.
- iii. سوف أشعر بعدم الارتياح إلى حد ما.
- iv. سوف أشعر بالخوف من ذلك لأنها ستكون تجربة مؤلمة وغير سارة.
- v. سوف أكون خائفاً بشدة مما سيفعله طبيب الأسنان.

2- ما هو شعورك عندما تكون في عيادة طبيب الأسنان بانتظار دورك على كرسي

المعالجة؟

- i. مرتاح.

ii. شعور خفيف بعدم الارتياح.

iii. متوتر.

iv. قلق.

v. أشعر بالقلق الشديد حتى أنني أشعر بالتعرق في بعض الأحيان أو بالتعب الجسدي.

3- ما هو شعورك عندما تكون على كرسي طبيب الأسنان وهو يقوم بتجهيز السنبال والقبضات لبدء العمل؟

i. مرتاح.

ii. شعور خفيف بعدم الارتياح.

iii. متوتر.

iv. قلق.

v. أشعر بالقلق الشديد حتى أنني أشعر بالتعرق في بعض الأحيان أو بالتعب الجسدي.

4- عندما تكون جالساً على كرسي المعالجة لتنظيف أسنانك، ما هو شعورك عندما يقوم الطبيب بتناول الأدوات الخاصة بذلك ليقوم بالتنظيف حول اللثة؟

i. مرتاح.

ii. شعور خفيف بعدم الارتياح.

iii. متوتر.

iv. قلق.

v. أشعر بالقلق الشديد حتى أنني أشعر بالتعرق في بعض الأحيان أو بالتعب الجسدي.

وقد أظهر Corah انخفاضاً في عدد مرضى رهاب طب الأسنان الذين أتموا برنامج معالجة السلوك. وعند تقييم القلق عند الأطفال، فإن عدم القدرة على قراءة التعليمات ومتابعتها يستلزم ما يسمى بالاختبارات الإسقاطية التي طُورت عن اختبار رسم الشخص. ففي هذا الاختبار يعطى الفرد ورقة بقياس 11×9 ويُطلب منه رسم شخص من نفس الجنس، فإن حجم الرسم سيظهر مقدار القلق عند الطفل أو البالغ. فالرسم الصغير الضيق يعكس كمية أكبر من القلق. ولأنه لم يتم تطوير أساليب موضوعية أخرى لتحقيق الهدف يفسر هذا الاختبار ببساطة وجود القلق أم عدمه. ونتيجة لذلك حاول الباحثون ابتكار اختبارات أخرى.

صمم Venham رسوم وأشكال كرتونية لقياس القلق عند الأطفال الأكبر. حيث يطلب منهم تحديد شخصيات الرسوم الكرتونية التي يعتقد أنها تشبههم، ثم يتم تحديد القلق من خلال

عدد المرات التي يختار فيها الطفل شخصية كرتونية حزينة من كل زوج (والنقاط تتراوح من 0 إلى 8). اختبار Venham ذو صلة إلى حد ما بمقاييس أخرى لقياس القلق السريري ويشير إلى الحاجة لأسلوب أكثر حساسية لقياس القلق عند الأطفال.

2- المقاييس النفسية الفيزيولوجية للقلق:

المقاييس الفيزيولوجية المستخدمة في دراسة القلق والخوف هي في الواقع مقاييس الإثارة التي يفترض أن لها علاقة بالقلق، فزيادة معدل ضربات القلب قبل موعد أو إجراءات طب الأسنان تشير إلى القلق. ومع أن التعرق قد ينتج في الواقع عن يوم حار بشدة، إلا أنه أيضاً قد يكون على صلة ببعض الأحداث المسببة للقلق.

المقاييس الفيزيولوجية النفسية تتضمن معدل ضربات القلب واستجابة الجلد الغلغانية وضغط الدم ومؤشر Palmer للتعرق، وتوتر العضلات. وهذه المقاييس قد تكون عرضة لسوء التفسير ما لم يتم التعامل معها من قبل ذوي الخبرة والمعرفة في استخدامها.

3- مقاييس السلوك:

نتيجة للاهتمام المتزايد للباحثين تم تطوير أساليب موثوقة وقابلة للقياس لدراسة السلوك عند المعالجة السنية. ومن أحد أوائل المقاييس التي وضعت كان من قبل Frankel 1962 وذلك لتقييم سلوكيات معينة عند الأطفال خلال أوقات محددة من زيارة طبيب الأسنان. وقد استخدم هذا المقياس أو بعض تعديلاته من قبل العديد من الباحثين، وكان من الأسهل في هذا المقياس تحديد السلوكيات غير المتعاونة أكثر من السلوكيات المتعاونة. وكما هو متوقع، فإن السلوكيات غير المتعاونة كانت تثير القلق في الممارسة السريرية بشكل أكبر من السلوكيات المتعاونة، لأن السلوكيات غير المتعاونة تتعارض مع المعالجة السنية.

هذا التصنيف هو الأكثر استخداماً في الأبحاث السلوكية السنية، ولدى أطباء أسنان الأطفال للأسباب التالية:

- أ- نظام عملي: فقد أثبتت الدراسات تكرار استخدامه في البحوث العلمية وعند أطباء الأسنان.
 - ب- قابل للقياس: فهو يحتوي أربعة تصانيف تتيح للممارس تسجيل القيمة العددية للسلوك.
 - ج- موثوق: فالتوافق في نتائجه تجاوز 85% بناء على العديد من الأبحاث المسجلة.
- يؤخذ على هذا التصنيف عدم الإشارة إلى [نوع السلبية في السلوك كالخوف أو الخجل - والإجراء المتبع عند تحسن الأداء السلوكي].

يعتقد Machen أن كل ما كتب حول الموضوع ركز على ثمانية سلوكيات سلبية وهي: حركة الرأس، رفع الأيدي، خفض الأيدي، حركة الجسم، حركة الساقين، الاحتجاج بالبكاء، الاحتجاج اللفظي (دون البكاء)، المقاومة الجسدية الفموية (إغلاق الفم). وتعدّ هذه السلوكيات سلبية لأنها قد تتعارض مع المعالجة السنية ومن المحتمل أن تكون خطرة خلال المعالجة.

وخلص أصحاب هذا المقياس إلى أن اثنين من السلوكيات السلبية (البكاء والمقاومة مع عدم فتح الفم) مرتبطة بمقياس Frankel وأن رفع الأيدي وحركات الساقين أيضاً من السلوكيات غير التعاونية الهامة. ولقد رأوا أيضاً أن هذه القياسات الأربع كافية وموثوق بها لتقييم سلوكيات الطفل خلال المعالجة السنية.

وبناء على احتياجات الباحثين، فقد توفرت أجهزة لقياس السلوكية تتنوع بين التعقيد والبساطة.

مقياس فرانكل لتصنيف السلوك

الصنف (1): (السلبى الواضح)

يتصف برفض المعالجة بشدة والبكاء الشديد والخوف والمقاومة الجسدية أو أي دليل علني آخر.

الصنف (2): (السلبى)

يتميز بالتردد في قبول المعالجة وبعدم التعاون والانقباض ويتجنب الاتصال البصري والكلامي والحركي مع الطبيب.

الصنف (3): (الإيجابى)

يتصف بقبول المعالجة [مع الحذر في بعض الأحيان]، ويملك الاستعداد للتعاون مع الطبيب مع التحفظ في بعض الأوقات ولكنه يتابع اتجاهات الطبيب وبالمحصلة متعاون.

الصنف (4): (الإيجابى الواضح)

يبيد علاقة ودية مع طبيب الأسنان، ويظهر الاهتمام بتعليمات الطبيب، والضحك والاستمتاع بالزيارة وانتظار الموعد القادم بتشوق ولهفة.

وهناك تصنيف آخر لقياس السلوك هو تصنيف WRIGHT الذي وضع ثلاثة خطوط عامة لتصنيف سلوك الأطفال سريرياً هي:

1- الطفل المتعاون: Cooperative Child

عندما ينجح طبيب الأسنان في تقديم العيادة والمعالجة بطريقة تبديد التوقعات السلبية وما ينتظر الأطفال من خوف خلال المعالجة، إضافة إلى تطبيق المقاربة المضعفة للاستجابة القلقة باستخدام طريقة T.S.D. لجعل المجهول معلوماً سيؤدي معظم الأطفال مستوى مقبولاً من التعاون يسمح بإنجاز المعالجة بشكل جيد.

2- الطفل الذي تنقصه القدرة على التعاون: Lacking In Cooperative Ability

يندرج تحت هذه الفئة الأطفال الصغار جداً الذين يصعب معهم تأسيس الاتصال والأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة الذين تحول شدة إعاقاتهم دون تعاونهم ولا يتوقع حدوث تغيير جذري في سلوكيتهم.

3- الطفل الذي لديه قدرة كامنة للتعاون: Potentially Cooperative

هم الأطفال ذوو المشكلة السلوكية في العيادة السنية، ويختلفون عن المجموعة السابقة بالقدرة على إمكانية التعاون، كما يمكن تعديل سلوكهم ليصبحوا متعاونين. وفيما يلي أهم ردود الفعل السلوكية لدى هذه الفئة:

أ- السلوك غير المنضبط: Uncontrolled Behavior

يظهر لدى الأطفال ضمن الفئة العمرية الثانية وفي الزيارة السنية الأولى، ويتسم بالعنف والغضب والنحيب والتحدي ورفض التواصل الشفوي والجسدي، وقد يشير ذلك إلى خوف وقلق شديدين. ومن الحكمة أن يقوم طبيب الأسنان تجاه هذا السلوك بنقل الطفل مباشرة من غرفة الانتظار إلى غرفة المعالجة كيلا يكون موضع عدوى وتقليد للأطفال الآخرين، ويستحسن استخدام كوابح الحركة تجنباً لإيذاء نفسه أو إيذاء تجهيزات العيادة، وعندها يقوم الطبيب بخلق تواصل مع الطفل وشرح خطوات العمل لتأمين هدوء الطفل وجعله متعاوناً. وإذا استمر هذا السلوك إلى الفئة العمرية الثالثة فإنه يشير إلى مشكلة نفسية عميقة (عصابية).

ب- سلوك المتحدي الجريء: Defiant Behavior

يشاهد هذا السلوك عموماً في جميع الفئات العمرية تقريباً، وفي سن المدرسة على وجه الخصوص، وهو من سمات نمو الشخصية وتأكيد الذات والاستقلالية. أما إذا كان نتاج تربية قليلة النضج الانفعالي فسنكون أمام اضطراب سلوكي اجتماعي. يتظاهر الطفل برفض تعليمات الطبيب وعدم تنفيذها كإغلاق الفم بشدة وعدم التعاون والتوتر العضلي شديد المقاومة، وتجنب التواصل مع الطبيب بالكلام والنظر والحركة. أما الأطفال الذين اقتربوا من المراهقة فهم أكثر قدرة على التعبير والرفض شفوياً بل يرفضون التصرف الطفولي السابق لأنهم سيكونون موضع سخرية من قبل الغير. والطريقة الأمثل مع هذا السلوك هو فتح الحوار ومخاطبة العقل وتوضيح خطر عدم المعالجة السنية، وأثار ذلك على العلاقة مع الأنداد وعلى المستوى الجمالي.

ج- سلوك الخجول: Timid Behavior

يبيد الطفل الخجول استجابات تجنبية وخوفاً من التعبير وتأكيد الذات. ويظهر مطاوعة ظاهرية أحياناً، لكنه من الداخل غير قادر على مواجهة الواقع. ويخاف إذا طبق عليه ضغط لقبول أمر ما، فإنه يرفضه داخلياً ويظهر ارتباكاً وسلوكاً عشوائياً يصعب التكهّن به والسيطرة عليه. ويعود الخجل إلى الحماية الزائدة أو البيئة الريفية قليلة الاختلاط مع الغرباء. ويحتاج هذا الطفل إلى زرع الثقة بنفسه والتعامل بلطف وحرص في الزيارة السنية الأولى، وقد يحتاج الطبيب إلى تكرار المعلومات والإرشادات لأنه قد لا يسمع ولا يستوعب بسبب القلق الشديد. يستطع التركيب الاستثنائي مع هذا الطفل في الجلسات الأولى للتكيف مع البيئة الجديدة واكتساب الثقة بنفسه وبطبيعته.

د- السلوك التعاوني المشوب بالشدة والتوتر: Tense-Cooperative Behavior

هذا السلوك مطاوع لكنه مصحوب بالتوتر وعدم الطمأنينة، ويتظاهر بأعراض بدنية كتبدل لحن الصوت وطبيعته وفرط المقوية العضلية والرجفة، وحركات في العين كرصده سلوك الطبيب والمساعدة وبعض أعراض الجملة الإنباتية العصبية كتعرق الكفين والجبهة.

هـ - سلوك الأنين (التعويضي): Whining Behavior

تفيد مع هذا السلوك آلية تشتيت الانتباه وشرح خطوات العمل وتطبيق التركيب الاستثنائي في الجلسات الأولى، فليجأ الأطفال ذوو القدرة الكامنة على التعاون إلى هذا

السلوك، وقد وصفه ELSBACH بالبكاء التعويضي فهو ليس حقيقياً وإنما سلوك يتبعه الطفل لحجب المثيرات الصوتية غير السارة كضجيج آلة الحفر. وعلى الطبيب السماح لهذا السلوك بالاستمرار وقد يدوم طوال فترة المعالجة، وهو لا يترافق عادة بالدموع ويكون رتيباً وعلى وتيرة واحدة ومستمرة وغير مرتفعة، لكنه يسبب ضجراً وضيقاً للطبيب، وعليه أن يتحلى بالصبر والتماسك. وهذا البكاء هو أحد أنواع البكاء الرئيسة الأربعة التي وصفها ELSBACH في العيادة السنية وهي:

1- بكاء العنيد: وهو بكاء الطفل الذي ينفجر انفجاراً عاطفياً بهدف مقاومة الإجراءات العلاجية، ويكون مرتفعاً وعالي النبرة ومستمرّاً ويترافق بمقاومة جسدية، ولا بد من تكييف هذا السلوك القتالي قبل المعالجة السنية.

2- بكاء الخائف: ويترافق بدموع غزيرة وتنهيدات وتشنجات، ويختلف تكيفه عن البكاء السابق، إذ لا بد من الوقوف على سبب الخوف وتدريب السلوكية.

3- بكاء المتألم: ويتصف بالمرتفع وقد يكون متقطعاً ويزداد عند الشعور بالألم، ومن السهل تشخيصه لأن الطفل يعبر عن ألمه عادة بشكل عفوي أو عند السؤال. ويجب على الطبيب في هذه الحالة إيقاف المعالجة والسيطرة على الألم فوراً، وغالباً ما يعود الطفل إلى السلوك التعاوني.

4- البكاء التعويضي: يلجأ إليه الأطفال ذوو القدرة الكامنة على التعاون وهو ليس حقيقياً ولا يفضل كبته وعلى الطبيب الصبر.

منشأ الخوف والقلق وتطورهما:

إن العامل الأهم في منشأ الخوف السني هو موقف عائلة المريض من طب الأسنان. كما أن الخوف والقلق هو نتيجة تفاعل معقد للخبرات المؤلمة وموقف الأهل والرضوض الوجيهة المترافقة مع الألم (الشكل 7-2).

إن التجارب السنية المؤلمة في الطفولة هي السبب الرئيس لتطور الخوف والقلق السني. إضافة إلى المواقف السلبية من الأخ أو الأخت أو الصديق، وأفاد عدد من الباحثين أن من الأمور المهمة أيضاً هي السلوك المهني غير المبالي والخوف من الرفض من قبل طبيب الأسنان.



الشكل (7-2): القلق من المعالجة السنية (للمؤلف).

وجد Shaw أن الأطفال القلقين هم الذين يراجعون طبيب الأسنان بشكل مبكر أكثر ويتعرضون لعمليات قلع أكثر ولديهم معدلات DMF (نخر، فقد، ترميم) أكثر من الأطفال غير القلقين، وكما تبدي الإناث قلقاً وخوفاً أكثر من الذكور.

وقد أثبتت الدراسات التي أجريت على البالغين أن الخبرات المؤلمة للأطفال عند طبيب الأسنان تترافق مع الخوف والقلق الذي يستمر عندما يصبح بالغاً. فالخوف من رفض المريض للمعالجة والأساليب غير الصحيحة من قبل طبيب الأسنان تكون كأسباب محتملة وربما تعكس حقيقة أن مثل هذه العوامل قد بدأت بالظهور مؤخراً فقط ويجب تقييمها.

وقد درست بعض الأبحاث تأثير الخلفية الاقتصادية الاجتماعية في تطور الخوف والقلق. وأثبت أن الأطفال من طبقة اجتماعية اقتصادية جيدة يتصرفون بشكل أفضل وبيدون خوفاً وقلقاً أقل من أطفال الطبقة الاجتماعية الاقتصادية الأقل. وقد يعزى ذلك إلى أن المريض من الطبقة الاجتماعية الأعلى يكون بصحة أفضل، وبالتالي يتطلب معالجات أقل. كما أن تطور المنبه الداخلي وإثارته يمكن أن يزيد من الخوف والقلق تجاه طب الأسنان.

وقد قيم Venham نظم القلب والقلق السريري والسلوك المتعاون عند أطفال يتراوح متوسط أعمارهم بين (2-5 سنوات) على مدى 6 زيارات. فوجد أن سلوكيات الأطفال تصبح سلبية بشكل متزايد خلال الزيارات الأربعة الأولى ثم تتحسن تدريجياً نحو الإيجابية خلال الزيارتين الأخيرتين، واعتقد أن التجربة السنية الأولى يجب أن تكون لتوعية الأطفال عن الجوانب المقلقة للمعالجة، لكي يسمح ذلك في نهاية المطاف بجعل الطفل أكثر تقبلاً للمعالجة.

مجموعة كبيرة من الآراء التقليدية ترى أن هناك متغيرات أخرى تؤثر في القلق في العيادة السنية. وهي تشمل لون لباس الطبيب أو المريول وأجواء العيادة والمكان الذي يتم فيه الفحص أو الزيارة الأولى.

وقد دُرِس موقف الأطفال تجاه لباس الطبيب، لكن الأدلة لم تدعم الفرضية القائلة بأن الأطفال يتأثرون بلون مريول الطبيب. ولسوء الحظ فقد أُستخدِم الأطفال الذين لا يملكون خبرات سنية سابقة وتم الاستنتاج أنه من الممكن أن يتأثر الطفل بنوع لباس الطبيب (بغض النظر عن لونه) عبر الزيارات السنية.

كما دُرِس تأثير مظهر طبيب الأسنان (الشاب الملنحي والطبيب الأنيق والطبيب الطاعن في السن وجميعهم يرتدون المعطف الأبيض) بالإضافة إلى أجواء العيادة (العيادة التقليدية والمعاصرة والحديثة جداً) باستخدام طلاب المدارس الليلية (بمتوسط عمر 5 و 20 سنة) فوجد أنه لا تأثير لمظهر طبيب الأسنان. علاوة على ذلك، وجد أن تصميم العيادة السنية المعاصر يكلف الطبيب تكاليف زائدة.

ومع أن هذه العوامل جذبت الكثير من الاهتمام والمناقشة، إلا أنها لم تتلقَ أية دراسات عملية كافية.

لا يزال تواجد الأم خلال جلسات المعالجة السنية قابلاً للنقاش بين أطباء الأسنان. وعندما تم تقييم الدراسات القليلة التي تناولت هذا الموضوع، بدا أن وجود الأم ذو تأثير إيجابي على سلوك الأطفال دون عمر الـ 50 شهراً، وليس له تأثير في الأطفال الأكبر من ذلك العمر.

- تدبير الخوف والقلق:

الهدف من تدبير السلوك هو خلق مريض يتصف بالهدوء والراحة والتعاون ويتقبل المعالجة السنية دون أية ضغوط وهذا الأمر ينطبق على معظم مرضى طب الأسنان. إلا أن بعض المرضى قد يمتلكهم قلق أو خوف شديد حيث يتم عندها اللجوء إلى التخدير العام أو التركين الدوائي أو أحد أشكال التهدئة النفسية لإجراء المعالجات الإسعافية أو الأولية. كل ذلك يُمثل طرَقاً لتدبير السلوك ويجب أن لا يتم تجاهلها عندما توجد حالة واضحة تستدعي استخدامها أو تطبيقها.

وعلى أية حال، أدى النقاش الدائر حول الهدف من تدبير سلوك المرضى في نهاية المطاف إلى اعتماد الأمر على الطبيب، وبما أن معظم الناس سيتعرضون إلى المعالجات

السنية فينبغي أن يكونوا قادرين ومؤهلين على قبول المعالجة السنية والفحوص الدورية بأدنى حد من عدم الراحة النفسية والجسدية.

وهناك العديد من تقنيات تدبير سلوك مرضى الرهاب أو القلق الشديد تجاه المعالجة السنية والتي تساعد على تلقي المعالجة. هذه التقنيات تتضمن: تقنيات النمذجة وإزالة الحساسية المنهجية وتقنية إعادة التدريب وتقنيات تشتيت الانتباه أو الاسترخاء وغيرها الكثير. وسيتم الحديث عنها في الفصل السابع بشكل مفصل.

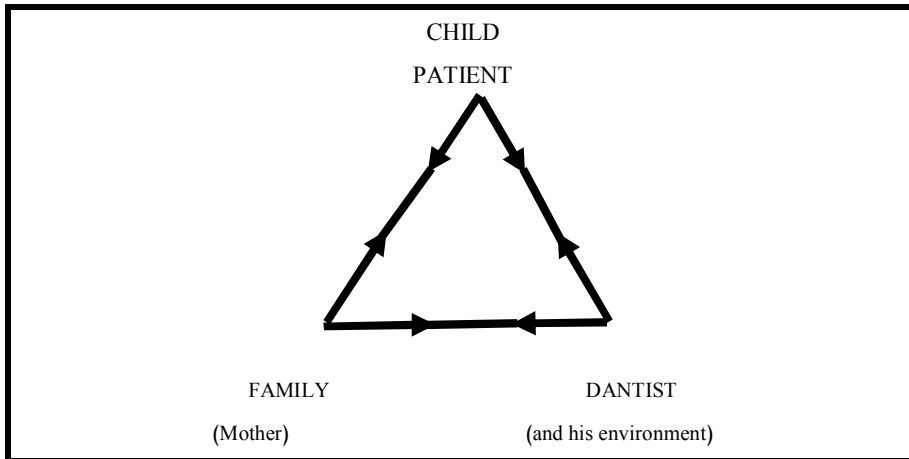
إن السؤال نارة يكون بالعال وتارة يكون بالحال.

الفصل السابع

تدبير سلوك الطفل في العيادة السنية

TECHNIQUES OF BEHAVIOR MANAGMENT IN DENTAL OFFICE

بعد هذا الاستعراض السريع لمراحل النمو في الفصل الخامس لا بد من توضيح طرق تدبير سلوكيات الأطفال في العيادة السنية. فكثيراً ما نخطئ في التعامل مع الطفل سيء التكيف، أو من لديه مشكلة سلوكية ناجمة عن خبرة سيئة (سمعية أو بصرية أو مادية أو في العيادة السنية)، وهنا قد يلجأ الطبيب إلى معالجة غير نموذجية للسلوك بالرغم من مهارته في المعالجة مخلفاً تعقيداً وتفاقماً للمشكلة السلوكية، فتخصيص الوقت الكافي للزيارة الأولى إلى العيادة يؤسس العلاقة المريحة المتبادلة ويؤمن الجو الملائم والطبيعة المناسبة للمرحلة العمرية. كما أن أحد الأسباب الرئيسة لظهور المشكلات السلوكية هو الأخطاء المرتكبة من قبل الأهل في تنشئة الطفل اجتماعياً كالبناء الخاطيء للثقة بالنفس والتكيف مع المحيط. وهنا يحضرني صورة المثلث العلاجي في طب أسنان الأطفال (الشكل 6-1) أو ما يسمى مثلث WRIGHT الذي يأخذ فيه الطفل موقع قمة المثلث لأنه محط نظر كل من الوالدين وطبيب الأسنان، وهنا نقطة الخلاف الرئيسة بين معالجة الأطفال والبالغين، فمعالجة البالغين هي علاقة شخص لشخص بينما تتعدها عند الأطفال إلى علاقة شخص لشخصين، والعلاقة بين أركان المثلث دينمية فهي في تغير دائم لعناصر المثلث وللعلاقة فيما بينهما، وتذكرنا اتجاهات الأسهم بأن التواصل والاتصال مسألة تبادلية أو ما يسمى بالتغذية التبادلية الراجعة.



الشكل (6-1): المثلث العلاجي في طب أسنان الأطفال. تشير الأسهم إلى العلاقة الدينامية بين أركان المثلث، حيث يأخذ الطفل موقع قمة المثلث

الأخطاء التربوية البيتية وتأثيرها في سلوك الطفل في العيادة السنية:

1- الهيمنة المفرطة *Over Authority*:

هي طريقة تربوية يلجأ فيها الأهل إلى تعليم الطفل الانصياع إلى الأوامر والنواهي بهدف ضبط السلوك الاجتماعي داخل المنزل وخارجه مما يؤدي إلى إضعاف نمو الاستقلالية والثقة بالنفس وغرس مشاعر الإثم والذنب والشعور بالدونية والخوف من التعبير عن الذات وتأكيداتها، أما مخلفاتها فكثيرة، كتحقير الذات والاكتئاب والرهاب الاجتماعي بأنواعه والسلوكيات التجنبية المختلفة.

2- فرط التسامح *Over Indulgence*:

إن الدلال الزائد والسماح للطفل باستهتار الضوابط الاجتماعية وتجاوز حدوده في ما له وما عليه وتلبية الرغبات بلا حدود، تخلق طفلاً يركز على ذاته، نرجسي المزاج، معدوم الضوابط الاجتماعية، غير قادر على خلق صداقات تعتمد الأخذ والعطاء، ضعيف التحمل للإحباطات، كثيراً ما ينفجر بانفعال عاطفي شديد ولا يكون ناضجاً في العيادة السنية (الشكل 6-2).



الشكل (6-2): استهتار الضوابط الاجتماعية لدى الطفل المدلل (للمؤلف).

3- القلق الزائد *Over Anxiety*:

يأتي القلق الزائد لدى الأهل من مأساة عائلية سابقة كفقد أحد الأبناء مما يسبب تعلقاً زائداً بالطفل يجعل الأهل يقدمون رعاية مفرطة مع دلال زائد وهذا يؤدي إلى طفل جبان خجول خائف يعتمد السلوك التجنبي مع الآخرين، وهو مريض غير مثالي في العيادة السنية.

4- الاندماج الزائد Over Identification:

يحدث هذا الاندماج عندما يحاول الأهل إعادة حياتهم في حياة أطفالهم، وينالهم خيبة الأمل عندما لا يستجيب الطفل لمطالبهم وتطلعاتهم في سلوكه، وتظهر المشكلة عندما يشعر الطفل بخيبة أمل الأهل ويصبح خجولاً انعزالياً غير واثق بنفسه وهذا ينعكس سلباً على سلوكه في العيادة السنية.

5- الرفض Rejection:

يتراوح مجال الرفض بين اللامبالاة المعتدلة والرفض الكامل. فاللامبالاة المعتدلة ستقدم طفلاً يشعر بالدونية والإهمال وعدم الثقة بالنفس وتصبح قيادته في العيادة السنية، أما الطفل المنبوذ فأناي حقوق غير مطيع لا يشعر بالاستقرار وغير ناضج وكثيراً ما ينفجر عاطفياً.

يتدرج السلوك بين المؤثر والاستجابة، فالتحكم بالمؤثر يضبط الاستجابة التي تحدث نتيجة لتفسير وتأويل العامل المؤثر. وفي ممارسة طب أسنان الأطفال تركز عملية توجيه السلوك بشكل إيجابي على ثلاثة عناصر أساسية هي الطفل والطبيب ومؤثرات العيادة. فالطفل ذو النشأة السليمة ضمن أسرة سعيدة متماسكة سيكون متوازناً عاطفياً ويتفاعل مع الإجراءات العلاجية ويأخذ دوره في نجاح المعالجة. أما الطبيب فيجب أن يملك قدراً مناسباً من التوازن الانفعالي وأن يتماسك عند الغضب ويثق بنفسه ويملك مهارات الاتصال المناسب مع الأطفال، والقدرة على فهم علائم القلق وتعابير غير اللفظية عند الطفل ليقوم بإزالتها أو تخفيفها من خلال سبرها والتعرف على أسبابها بفهم وصبر وأناة، وذلك لجعل العلاج عملية متاحة ضمن تفاعل إيجابي مع الطفل. والعامل الثالث هو مثيرات العيادة من ضجيج الأجهزة، ومنظرها ورائحة الأدوية وغيرها الكثير.

- تدبير الخوف والقلق في العيادة السنية:

الهدف من تدبير السلوك هو خلق مريض يتصف بالهدوء والراحة والتعاون ويتقبل المعالجة السنية دون أية ضغوط وهذا الأمر ينطبق على معظم مرضى طب الأسنان. إلا أن بعض المرضى قد يملكهم قلق أو خوف شديد حيث يتم عندها اللجوء إلى التخدير العام أو التريكين الدوائي أو أحد أشكال التهدئة النفسية لإجراء المعالجات الإسعافية أو الأولية. كل ذلك يُمثل طرقاً لتدبير السلوك ويجب أن لا يتم تجاهلها عندما توجد حالة واضحة تستدعي استخدامها أو تطبيقها.

وعلى أية حال، أدى النقاش الدائر حول الهدف من تدبير سلوك المرضى في نهاية المطاف إلى اعتماد الأمر على الطبيب، وبما أن معظم الناس سيتعرضون إلى المعالجات السنية فينبغي أن يكونوا قادرين ومؤهلين على قبول المعالجة السنية والفحوص الدورية بأدنى حد من عدم الراحة النفسية والجسدية.

وهناك عدة طرق لتوجيه سلوكية الطفل ضمن العيادة السنية أهمها اللادوائية (النفسية) ثم التركيز الواعي فالعميق مروراً بالتتويم المغناطيسي وأخيراً التخدير العام. وسنترك الحديث عن الطرق الأخرى للأبحاث القادمة والسنوات الأخيرة من الدراسة الجامعية وسنتحدث في هذا البحث عن أهم الطرائق النفسية العشرة وهي:

1- الاتصال Communication:

تأسيس التواصل الفعال من أهم الأهداف عند التعامل مع الأطفال في العيادة السنية، والتواصل الشفوي هو أكثر طرق التواصل استخداماً. فالأطفال الصغار يفخرون بملابسهم وممتلكاتهم ويحبون السؤال عنها، والأطفال الأكبر يميلون إلى الملابس الرياضية ويحبون السؤال عن نشاطاتهم وإنجازاتهم الدراسية. وعلى الطبيب استخدام الأسئلة المفتوحة التي لا تكون إجابتها بنعم أو لا، وهذا ما يؤمن للطفل الراحة والطمأنينة وخلق العلاقة الودية مع الطبيب وإزالة حاجز التوتر والمخاوف المرتبطة في التعامل مع أدوات المعالجة. إلى جانب ذلك هناك التواصل غير الشفوي الذي يتم بعدة حواس وطرق منها: التربيت على كتف الطفل لنقل الشعور بالدفء، وابتسامة المساعدة لتشعر الطفل بالاستحسان والقبول، وأحاسيس العيون تنقل العديد من الرسائل، لكن عندما يتجنب الطفل النظر إلى عيني الطبيب أو المساعدة، فإنه يعبر عن عدم رغبته بالتعاون الكامل.

تتم طريقة MOSS في التواصل عبر عدة حواس وهي تتضمن ثلاثة عناصر:

1- المعطي Transmitter: وهو طبيب الأسنان أو المساعدة، ويجب أن يكون طرفاً واحداً فقط خلال وقت معين، فإذا دخل الطبيب في مناقشة مع الطفل يجب أن تحجم المساعدة والأهل عن المداخلة أو التعليق، لأن الطفل يستطيع الانقياد لشخص واحد بوقت معين. ويجب الاهتمام بالصوت من حيث طباقته ولهجه لأنه يعكس موقف المعطي حزماً وجدية.

2- الوسيط Medium: والمقصود به جو العيادة من حيث التصميم والصور الموجودة والموسيقا والمجالات والترتيب والنظافة وهي وسائل اتصال مهمة.

3- المتلقي Receiver: وهو الطفل، فالأطفال يملكون فسحة انتباه ضيقة لذلك ينسون بسرعة، وهنا على الطبيب أن تكون رسائله مستمرة، فإذا اضطر لقطع الاتصال، يجب على المساعدة متابعة المهمة وإلا شعر الطفل بالخوف. وعلى الطبيب تشجيع الأطفال الصغار على لمس الأدوات والأغراض غير المؤذية كالحاجز المطاطي ولفافات القطن والانتباه لوضع الضوء كيلا يكون تركيزه على عيون الطفل لأنه سبب مهم للإزعاج.

* اللغة والتعبير Language and expression:

بما أن القسم الأكبر من التواصل شفويًا يجب الاهتمام بما يقال وكيفية القول، ومخاطبة كل طفل حسب مستوى إدراكه (وهذا لا يعني أن يتحدث الطبيب بلغة طفولية) فإذا كان العمر الزمني لطفل ست سنوات ومستوى إدراكه ثلاث سنوات، فيجب التواصل معه بمستوى طفل ثلاث سنوات والعكس بالعكس. ويجب استخدام لغة خاصة بمدلول خاص تستبدل فيها المصطلحات بمدلول مسالم، فمثلاً يقدم الحاجز المطاطي على أنه معطف مطاطي واقٍ من المطر أو مظلة.

ويعد التحكم بالصوت مهماً جداً في تدبير السلوكية، فتبديل طبقة الصوت خلال المعالجة حسب نوعية السلوك يكون بمثابة رسالة موجهة إلى الطفل لضبط سلوكه، وهو بديل عن الكلمات التي تثير نفور الطفل وتثير استجاباته السلبية. فالصوت الناعم اللطيف مع الإطراء يوحي بتبديل الطفل لسلوكه، أما الانتقال إلى طبقة أعلى فيها شيء من الحزم فيتم عندما يشعر الطبيب أن الموقف يحتاج إلى مزيد من ضبط الحركة العشوائية المربكة للمعالجة.

* الآلية النفسية في التعليم:

تعتمد على نظرية الإثارة والاستجابة في التعلم Stimulus-Response learning theory. فالمثير له عدة أشكال: حركية (كالدخول إلى غرفة الانتظار - الجلوس على الكرسي) أو تخيلية (كالتفكير بصوت القبضة - تصور الطبيب بيده أداة)، أما الاستجابة فقد تكون داخلية أو خارجية أو مشتركة (فمثلاً عند دخول الطفل إلى العيادة السنية حاملاً خبرة سنية سيئة سابقة تكون استجابته الداخلية هي الخوف والقلق أما الخارجية فهي البكاء). وهناك العديد من المبادئ المستخدمة في التعلم أهمها:

1- الحافز Motivation: إن خلق الحافز مبدأً أساسياً في التعلم إذ نستطيع توجيه سلوك الطفل بطريقة معينة إذا شجعناه على الوصول إلى غاية محددة. فالطفل الذي يرغب

بأسنان قوية سيتعاون بشكل أفضل من الطفل الذي لا يبدي اهتماماً بمظهر أسنانه، وهنا يأتي دور الطبيب في عملية التعلم.

2- التعزيز Reinforcement: ويقوم هذا المبدأ على مكافأة الطفل على الاستجابة التي توصله إلى الهدف المنشود. فالسن المؤلمة وهي العامل المثير والعامل المشجع على زيارة العيادة للتخلص من الألم أما الزيارة فهي الاستجابة.

3- التعميم Generalization: وهو ميل المريض للاستجابة إلى مثير مماثل لمثيرات سبق له التعامل معها. فالتحضير دون تخدير منبه يثير استجابة ألم لدى الطفل، وعندما يتعرض ثانية إلى التحضير يصبح لديه استجابة ألم إشرطية لأنها مقترنة بمنبه ألم إشرطي، وقد يصبح الكرسي وحتى الطبيب نفسه منبهاً إشرطياً من الدرجة الثانية يثير لدى الطفل استجابة تخوفية، ويقترن الأمر أحياناً بغرفة المعالجة فتصبح العيادة بفعل تعميم المنبه الإشرطي السلبي المنفر مصدر قلق وخوف عند الطفل.

الخوف غير الفطري سلوك متعلم، فإما أن يكون معرفياً مكتسباً يأتي مما يكسبه الشخص من معلومات مثيرة للخوف، كالأفعى، ويدعى الخوف المعرفي المكتسب أو يكون ناجماً عن التعرض لخبرة مؤلمة كالعلاج السني الراض المؤلم ويسمى الخوف التقليدي. وهناك أنواع للتعميم كتعميم الاستجابة وتعميم الوسيط والتمييز والإخماد:

أ- تعميم الاستجابة Response generalization:

وهو تعلم الاستجابة بطريقة مختلفة قليلاً عن مثيرها، فمثلاً الطفل نفسه قد يستجيب لقبضة الحفر بسلوك مختلف حسب تغيرات الحالة السنية وعوامل أخرى. إذ تنشأ مجموعة من الأسئلة: هل يشعر الطفل بالأمان أم بالقلق؟ هل يبدو الطبيب على عجلة من أمره؟ هل السن غير مؤلمة مقارنة مع الزيارة السابقة؟.

ب- التعميم الوسيط Mediated generalization:

عندما تكون الثروة الكلامية هي أساس التعميم، فطبيب الأسنان بالنسبة للطفل الصغير هو الطبيب، وللموعد في عيادة الطبيب أو طبيب الأسنان مدلول واحد، أما الطفل القريب من سن المدرسة فيختلف المدلول لديه، إذ تشكل ثروته الكلامية أساساً لتعميماته.

ج- التمييز والإخماد Discrimination and extinction:

يكون التعميم في البداية واسعاً جداً، ومع الزمن يتعلم الطفل كيف يحد من تعميماته، فيتعلم كيف أن عيادة طبيب الأسنان تختلف عن عيادة الطبيب البشري. لا تبقى الاستجابة المكتسبة بالتعليم قوية دائماً، فقوتها تتناقص بالتدريج إذا لم تعزز، وقد تزول نهائياً وهذا ما يدعى إخماد الاستجابة Response extinction ويتلاشى السلوك غير المرغوب به.

2- إزالة الحساسية المنهجية Systematic desensitization:

استخدمت تقنية إزالة الحساسية المنهجية لعلاج مجموعة متنوعة من المخاوف والقلق. وتستند هذه التقنية في أبسط قواعدها على مبدأ أن الشخص لا يستطيع أن يكون قلقاً ويشعر بالراحة في نفس الوقت، وبالتالي تتضمن هذه التقنية استحضار الحالة التي سببت الشعور بالقلق وذلك عندما يكون مسترخياً، وبالتالي، فالحالة التي كانت تسبب الشعور بالقلق بدأت تجعل المريض يشعر بالاسترخاء.

قدم الطبيب النفسي جوزيف ولبى WOLPE 1969 هذه الطريقة لعلاج أنواع الرهاب، وهي فعالة جداً في إزالة القلق غير المتحكم به أو تخفيفه حسب رأي علماء السلوك. وتبدأ الطريقة بتعليم المريض الوصول إلى حالة الاسترخاء العضلي العميق ثم نوحى له تدريجياً بتخيل رؤى سعيده تخفف الخوف بصوت الطبيب المسموع، والأفضل تذكر موقف حياتي حي يسترسل به المريض فيخفف تركيزه على مسببات القلق. بالمقابل وجد WOLPE أن التماس الحي مع المثير ومواجهته يؤدي دوراً كبيراً في إنقاص ردود الفعل التوتيرية، إذ ليس من الضروري إحداث مشاهد تخيلية أو خلق استرخاء عضلي عميق من أجل إزالة الحساسية أو انقاصها تجاه المثيرات العامة للقلق.

واستناداً إلى أعمال Jacobson (1938)، فإن تقنية إزالة الحساسية المنهجية تم تطبيقها بالأصل لعلاج الخوف والقلق من المعالجة السنية. بعد تدريب المريض على الاسترخاء والتخيل، إذ يطلب منه استحضار بعض المواقف التي تسبب له القلق لمدة تتراوح بين 5 إلى 10 ثوان بينما هو في حالة من الاسترخاء. فتتقدم حالة المريض من خلال تلك الخطوات وفي النهاية يصبح قادراً على البدء بتلقي المعالجة السنية.

وقد لاحظ العديد من الباحثين أن المرضى استفادوا من تقنية إزالة الحساسية المنهجية عندما أعطوا لقاءً أولياً وموعداً مسبقاً قبل إتمام مراحل هذه التقنية وخطواتها، وهذا ما ساعد في تقديم دعم إضافي لكفاءة هذه التقنية.

أظهرت تقنية إزالة الحساسية المنهجية فعالية واضحة عند مرضى رهاب طب الأسنان البالغين، لكن فائدة هذه التقنية عند الأطفال غير واضحة أو مشكوك فيها لأنهم ربما لا يملكون القدرة على اتباع تعليمات التدريب بالتخيل أو الاسترخاء.

3- النمذجة أو المحاكاة Modeling or imitation:

تعد النمذجة نمطاً هاماً من التعلم يحدث من خلال التقليد أو مراقبة سلوكيات الآخرين. وهي تسمى التعلم بالملاحظة أو التعلم البديل أو التعلم بالتقليد أو مراقبة سلوكيات الآخرين (الشكل 3-6)، والتعلم بالنمذجة هو عملية يتعلم المريض من خلالها الاستجابة دون أن يتعلم مسبقاً أن هذا هو السلوك. فكثير من الناس تعتبر أن النمذجة أحد أكثر الأشكال الهامة في التعلم، وأشارت كميات كبيرة من البيانات إلى أن مثل هذا التعلم يمكن استخدامه لمساعدة الأفراد على اكتساب مختلف أشكال السلوك أو تعزيزه أو إخماده.



الشكل (3-6): مراقبة سلوك الآخرين (للمؤلف).

وتتنطوي النمذجة على تعريض المريض لسلوك آخر (نموذج) في حالة واقعية (بنموذج حي) أو حالة مصورة بفيلم أو شريط فيديو. وقد كانت فعالة عند تحضير الأطفال لقبول المعالجة السنية أو الطبية.

وكان أول من أشار إلى استخدام تقنية النمذجة في طب الأسنان العالمان Adelson وGolfried (1970). حيث سمحا لفتاة خجولة، انطوائية، عمرها ثلاث سنوات ونصف يمتلكها الخوف من المعالجة السنية أن تشاهد فتاة عمرها 4 سنوات (نموذج) تتلقى الفحص السني. وعندما تكون المحاولة ناجحة سيصبح الطفل الخائف سابقاً قادراً على التعاون أثناء إجراءات الفحص ولا يبدي أية مشاكل سلوكية.

منذ ذلك الحين، بدأت دراسات أخرى باستخدام نماذج حية أو باستخدام التصوير حيث أثبتت أن تقنية النمذجة فعالة في الحد من الخوف السني والسلوكيات التخريبية عند الأطفال في العيادة السنية وقد أظهرت النتائج انخفاضاً كبيراً في السلوكيات التخريبية سواء عند الأطفال دون تجربة أو الذين يملكون تجربة سنية سابقة. والنماذج إما أن تكون نماذج تكيف بالتقليد أو نماذج مسيطر عليها. وتظهر نماذج التكيف بالتقليد استجابات يقوم الفرد بتقليدها، فعلى سبيل المثال، في هذا النموذج من التكيف قد يتردد المريض عند تلقي الحقنة، لكنه يظل ثابتاً. أما في نموذج السيطرة فإنه لا يتردد ولا يظهر أية علامات أخرى من عدم الراحة. حالياً، أصبحت وسائل الاتصال الحديثة متاحة لأغراض النمذجة في مختلف البيئات. حيث يمكن إدراجها كجزء من البرامج التعليمية لمساعدة الأطفال والكبار في تعلم ما سيحدث في حالة المعالجة السنية، وما الذي يشكل السلوك المناسب والمقبول، وكيف تسهم في منع الخوف والقلق أو الحد منهما في طب الأسنان.

4- تشكيل السلوكية Behavior shaping:

وهي من التقانات الأكثر استخداماً في تدبير السلوكية، وتتمثل بإحداث الطبيب تغييراً دائماً في السلوكية، ويتم ذلك ببطء عن طريق تعزيز السلوك الناجح القريب من السلوك المرغوب به وصولاً للسلوك المطلوب بطريقة الخطوة خطوة. ويتطلب تطبيق هذه الطريقة تعاوناً كافياً من الطفل، وإلا سيضطر الطبيب لاستخدام تقانات أخرى للوصول إلى درجة كافية من التعاون. وطريقة ADDELSON هي الأكثر استخداماً في تدبير السلوكية وتدعى طريقة (يخبر – يري – يفعل) (TELL-SHOW-DO) وهي تقوم على المراحل التالية:

أ- يشرح الطبيب ما سيقوم بفعله للطفل بلغة تناسب مستوى إدراكه، ولا بد من البطء والتكرار وتجزئة الشرح المعقد والطويل.

ب- للتأكد من فهم الطفل يقوم الطبيب بإطلاع الطفل على كيفية تنفيذ ذلك على نفسه أو على جسم غير حي كالكتابة والرسم على ظفره ثم على ظفر الطفل ثم على أحد أسنانه وهي نقلة مهمة جداً لإعطاء الطفل مثلاً عملياً على سلامة الإجراء.

ج - يقوم الطبيب بتنفيذ ما شرحه مع الاستمرار في التوضيح والإيضاح لأنه سيتمثل دور الناقل للمعلومات، مع تجنب الحركات المفاجئة والأصوات غير المتوقعة لأنها تقطع الاتصال مع الطفل، ولا بد من إبداء الاستحسان والتشجيع على كل أداء مرغوب فيه

لاستبعاد أي استجابة أخرى غير مرغوب فيها. بهذه الطريقة سيجعل الطبيب المجهول معلوماً.

تفيد هذه الطريقة في [الزيارات السنوية الأولى - الإجراءات العلاجية الجديدة - معالجة الفلقين أو الخافقين - إعادة التكييف بعد اكتساب خبرة سنوية سيئة].

5- إعادة التدريب Retraining:

أعجب الكثير من العلماء بالعلاقة القائمة بين المعارف وكل من (الأفكار والتوقعات والمعتقدات، وماذا يقول المريض لنفسه وسلوك المريض). وقد طور هؤلاء الباحثون الاستراتيجية الخاصة بتقنية إعادة التدريب ليكون المرضى بمستوى التعامل مع الضغوطات والقلق الشخصي والخوف والألم.

وهناك بعض التعليمات والقواعد التي يجب أن تطبق للكشف عما يبعث الخوف أو القلق لتعلم مهارات الحديث مع الذات واستراتيجيات التعامل مع الضغوطات والتعرض للإجهاد. وفي الواقع تفيد تقنية إعادة التدريب في التخفيف من القلق المتوقع والتقليل من ردة الفعل المفاجئة، وتقديم الفرصة لتعزيز الأحداث الإيجابية.

ويمكن استخدام تقنية إعادة التدريب مع مرضى الخوف والقلق الشديدين من طب الأسنان. ويبدو أن العامل الحاسم المشترك لا يشمل فقط الطلب من المريض بأن يسترخي، وإنما ماذا يمكن أن يفعله حتى يسترخي.

تستخدم هذه التقنية مع الأطفال ذوي السلوك السلبي والقلق الذين يظهرون خوفاً تقليدياً، كحديث الأهل عن الآلام والمخاوف المرافقة للمعالجة السنوية، أو معرفياً مكتسباً نتيجة لخبرة سنوية سيئة سابقة. ولا بد هنا قبل كل شيء من معرفة سبب المشكلة ليتمكن الطبيب من إيجاد الطريقة المناسبة لبرمجة إعادة التدريب كي يقود في النهاية إلى تشكيل سلوكية وموقف جديد تجاه طب الأسنان (الشكل 4-6). تقوم هذه الطريقة على تبديل المنبه أو المحرض للوصول إلى التغيير المطلوب في الاستجابة، ولا بد من إظهار الاختلاف الواضح بين القديم والحديث وإلا سيحدث تعميم المحرض وعندها سيضطر الطبيب لاستبدال التقنية بأخرى كتشتيت الانتباه وطريقة (T.S.D.) والتركيز الاستثنائي لإشعار الطفل بالاختلاف الملموس وعندها تزول مخاوفه وتتبدل توقعاته في الربط بين العيادة والألم.



الشكل (6-4): تقنية إعادة التدريب في العيادة السنية (للمؤلف).

6- تشنيت الانتباه Destruction:

تفيد هذه الطريقة في مواقف مختلفة من طب الأسنان لدى الكبار والصغار، كتشنيت انتباه البالغ (عند أخذ صورة شعاعية أو طبعة) لمن يشكو من حث الغثيان وكأنه يفكر في إيجاد حل لمشكلة حياتية مستعصية. أما الأطفال فعادة لا يرتاحون للجلسات العلاجية الطويلة، ويستحب هنا قيام الطبيب أو المساعدة أو الأم بسرد قصة مطولة مع التركيز على التفاصيل بغية تأمين تشنيت انتباه الطفل، وللصوت الدافئ سحره الخاص في نقل الشعور بالأمان، كما تستخدم طريقة النظر إلى عقارب الساعة من قبل الطفل لإعلام الطبيب عند انتهاء الزمن المطلوب لتطبيق الفلور مثلاً أو طلب مراقبة الطبيب عندما يقوم بالعد التنازلي ورفع اليد عند الخطأ إضافة إلى استخدام التفاضل والمرآة وشرائط الفيديو حديثاً. وهكذا نرى عدداً لا يحصى من طرائق تشنيت الانتباه للوصول إلى الهدف المنشود.

تمت دراسة على مجموعتين سُمح للأولى بألعاب الفيديو كتنتس الطاولة (تشنيت الانتباه)، والثانية سماع تعليمات الاسترخاء المسجلة على الشريط من خلال سماعات الأذن أثناء القيام بحفرة صنف ثانٍ معدة للترميم بالأملمم، حيث سجلت كلا المجموعتين قلقاً أقل من مجموعة المراقبة. علاوة على ذلك، فقد كان عدد الذين فضلوا تقنية تشنيت الانتباه أكبر، بينما العدد الأقل كان في مجموعة تقنية الاسترخاء بسماع الشريط المسجل.

وقد طورَ Frere 2001 جهاز عرض سمعي بصري ثلاثي الأبعاد ودون رسم بياني ولاحظ أن هذا الجهاز كان فعالاً مع مرضى الإجراءات الوقائية.

7- رفع اليد Raise hand:

يشعر الطفل مع هذه التقنية أنه يستطيع السيطرة على عملية التحضير عند شعوره بالألم، إذ يطلب الطبيب من الطفل القلق أو الخائف رفع يده اليسرى عندما يرغب في توقف الطبيب عن الحفر (الشكل 5-6). وقد يكرر الطفل رفع اليد دون مبرر، عندها يعترض الطبيب على هذه السلوكية ويطلب من الطفل الصدق.



الشكل (5-6): استخدام تقنية رفع اليد للسيطرة على الألم شريطة الصدق (للمؤلف).

8- السيطرة الصوتية Voice control:

يعترض الطبيب على أية سلوكية أو استجابة غير مرغوب بها سواء كانت عفوية أو مقصودة باللجوء إلى السيطرة الصوتية كاستخدام عبارة (توقف عن ذلك) أو (لا ليس بهذه الطريقة) أو أية عبارة يراها مناسبة، وذلك بالانتقال من اللهجة الناعمة اللينة إلى اللهجة القاسية مرتفعة الطبقة ذات النبرة الحازمة لتشعر الطفل بأنه لا مجال إلا تنفيذ أوامر الطبيب، ويجب أن يترافق ذلك مع تعابير وجهية مناسبة، مع وضع إصبع الطبيب على صدر الطفل لإعلام الطفل بأن الطبيب جاد فيما يقول. ومن الضروري في هذه اللحظة عدم السماح لأي شخص بالتدخل. وعند عودة الطفل إلى السلوك السوي ينبغي العودة إلى طريقة الاتصال الطبيعية وتعزيز السلوك المسترجع. كل ذلك بهدف جذب انتباه الطفل، فالطلب المفاجئ لإيقاف البكاء مثلاً هو إجراء تمهيدي وضروري لتأسيس اتصال مستقبلي. كما يجب أن يتم ذلك كله دون أن يفقد الطبيب السيطرة على نفسه.

9- فصل الطفل عن والديه Parent-Child separation:

يعود القرار في هذه التقنية للطبيب بناء على المعطيات السلوكية والاجتماعية والمجتمعية والنفسية، وكان STARKEY من أشد المؤيدين لعملية الفصل هذه وإبقاء الأهل في

غرفة الاستقبال، لأن ذلك سيساهم في تشكيل سلوك إيجابي للطفل، وقد برر موقفه بالأسباب التالية:

- 1- أن الأهل غالباً ما يكررون الأوامر مما يشكل مصدر إزعاج للطبيب والطفل.
- 2- تدخل الأهل في أوقات غير مناسبة يعرقل تأسيس العلاقة بين الطبيب والطفل.
- 3- لن يستطيع الطبيب تطبيق السيطرة الصوتية والطرق السلوكية الأخرى بحرية لأنها قد تثير استياءهم.
- 4- تشتت انتباه الطفل بين الطبيب والأهل.

عادة يتم اللجوء إلى هذه التقنية مع أطفال السنة الرابعة وما فوق لأنها تعدّ مضاد استطباب لكل من الطفل والأهل في الأعمار الأصغر.

10- وضع اليد فوق الفم Hand over mouth:

أميل شخصياً إلى تسميتها بالطريقة البغيضة فهي تعتمد الكبح البدني، لكنها قد تكون الخيار الأخير لكل الطرائق غير الدوائية عند فشل طرق تأسيس الاتصال وتدبير السلوكية الأخرى، كما أنها البديل للتركين العميق أو التخدير العام. وتطبق عادة لإعادة التواصل مع الطفل ذي المزاج الهيسثيري المتحدي أو المدلل والذي يدخل العيادة ويسلك سلوكاً هيجانياً TANTRUM فيلجأ إلى الضرب والرفس والبكاء العالي. لقد لجأ إلى هذه الطريقة لأول مرة MACK-BERD عام 1930، ثم اعتمدت كأحد طرق تدبير السلوك الخاص. ولا بد قبل تطبيق هذه الطريقة من تحديد مستوى إدراك الطفل لفهم ما هو متوقع منه، فتكون مضاد استطباب للصغار دون عمر ثلاث سنوات وللخائفين والقلقين والمعوقين جسدياً أو عقلياً أو نفسياً وللذين تم تركينهم دوائياً. وهي مناسبة لأطفال المرحلة العمرية الثانية بين 3-6 سنوات، وهي تتوافق مع نظرية التعلم، ويميل بعض علماء النفس لتأييدها ولا يعتبرونها راضية لنفسية الطفل.

يجب على الطبيب قبل تطبيق اليد فوق الفم الحصول على موافقة الأهل وشرحها بشكل مختصر ومناسب، لأنها لا تستخدم إلا في الزيارة الأولى وذلك لتكييف الطفل ذي السلوك غير المسيطر عليه، إذ يُطلب من الأهل بقاؤهم في غرفة الانتظار وهذا يساعد في نجاح الطريقة، وعندها سيلجأ الطفل إلى القوة الجديدة التي تجاوزت قوة الأهل الذين يستمد دعمه منهم عادةً. ويجب على الطبيب أن يسيطر على عواطفه سيطرة تامة وألا يظهر الغضب، وإلا سيدرك الطفل ذلك ويفقد الثقة بالطبيب وينقطع التواصل بينهما. كما يضع

الطبيب اليد على الفم ويسيطر على الرأس بينما تقوم المساعدة بكبح حركات اليدين والقدمين، ويقترّب الطبيب من أذن الطفل لمخاطبته بعد إخماد صوته لإيصال الرسالة المقصودة والمفهومة إذ غالباً ما يستجيب الطفل لذلك، كقول الطبيب (إذا أردت أن أرفع يدي يجب التوقف عن الصراخ والحركات التي لا تخدمك في شيء - فأنا أريد التحدث إليك وفحص أسنانك فقط) وغالباً ما تكون الاستجابة بهز الرأس تعبيراً عن الموافقة، وعندها يجب على الطبيب إجراء اختبار سريع لمدى إدعان الطفل بالطلب منه وضع اليد اليمنى على بطنه ثم اليسرى فوقها ثم نقلهما جانباً، فإذا استجاب لذلك يقول الطبيب (ساعد إلى رقم ثلاثة وأرفع يدي لأرى صدقك وإذا عدت للصراخ والحركات الخطأ سأعود إلى وضع يدي وبقوة أكثر). وعادة بعد رفع اليد يطلب الطفل حضور الوالدة وعدم استخدام قبضة التحضير، ولا يمنع هذا من قول الطبيب: ستأتي أمك بعد انتهاء المعالجة وهذه الأدوات تهدف إلى تنظيف الأسنان. وعادة يستجيب الأطفال لرغبات الطبيب خلال دقائق ويدركون أن صراخهم وحركاتهم الهستيرية غير مجدية، وهنا يجب على الطبيب الانتقال فوراً إلى الحديث عن الثياب أو النشاط المدرسي وألا يثير الحديث عن طريقة وضع اليد على الفم أو سلوكية الطفل السلبية. وفي بعض الحالات قد يعود الأطفال إلى سلوكهم السلبي وعندها لا بد من إعادة الكرة من قبل الطبيب، وعادة يكون ذلك كافياً لتحسين السلوك.

الشبه الذي أكرهه أكثر من أي شيء آخر هو جلوسي على كرسي طب الأسنان وفي مفتوحاً، والشبه الذي لا أرجو أن يتكرر ثانية هو تجربتي مع التخدير السني.

" الشاعر الأمريكي Ogden Nash "

الفصل الثامن

تدبير سلوكية الطاعن في السن

يُنظر إلى الشيخوخة على أنها فترة العمر التي تتحط فيها القدرات حيث يكون فيها للمسّن قدرات وظيفية محدودة الطاقة جسمياً ونفسياً وعقلياً، ولعل الملاحظ عند كثير من الأطباء، أنهم غالباً ما يتجنبون وضع خطط علاجية للمسنين، الخطط التي تفرض أعباء على وظيفة المريض المتأذية والمنحطة قدرة وطاقة، وغالباً ما تكون النتيجة هي اختيار معالجة أقل تفضيلاً وأضيق نفعاً، أو أن الأطباء يقتصرون في علاجهم على عدد قليل من المسنين للصعوبة التي يلاقونها أثناء العلاج. ومع ذلك هناك نظرة وظيفية تبدو أكثر إيجابية ونفعاً نحو المسن تقرر بوجود مدى واسع من القدرات بين المسنين عندما يندمجون بالبيئة. ومن خلال التعرف بدقة على قابليات هؤلاء وحدودهم التي تضاف إلى المتحولات البيئية المرتبطة بتلك القدرات التي تجعل مدى الخيارات العلاجية يمتد ويتسع، ويتزايد معها مجال إسهامات هؤلاء المرضى المسنين في هذه الخيارات العلاجية.

سيتم طرح الشيخوخة كتفاعل قائم بين الخصائص المتبدلة عند المسنين (أي العوامل الحسية والإدراكية والنفسية والصحية للفرد المسن) وصفات البيئة التي يعيشون فيها. وسنعين مدى القدرات والعجز الذي نجده عند هذه الشريحة من الناس، وكيف يتفاعلون مع المحيط ليكونوا مرتبطين بالآخرين وبقدرات محدودة أو بالعكس متحفزين على الاستقلال بالشخصية والسيطرة الذاتية.

هذه الاستراتيجيات التي يطبقها طبيب الأسنان تجرى كي يتم تكيف المريض مع الوظيفة التي فقدها أو التخفيف من هذا فقدان.

1- تعريفات وسكانيات:

نتيجة التقدم الصحي الذي أصاب معظم المجتمعات الصناعية والكثير من بلدان العالم الثالث، ومنها سورية، تزايد متوسط العمر فوصل متوسطه مثلاً في البلدان الإسكندنافية إلى 75 عاماً تقريباً. وعندما يصل الفرد إلى هذا المستوى من العمر يصبح حينئذ ضمن نطاق رهط اجتماعي جديد.

ففي الوقت الذي يكون فيه العمر الزمني طريقة مفيدة في تعريف سن الشيخوخة لأغراض اجتماعية، إلا أن هذا العمر يكون أقل عوناً ونفعاً في مساعدتنا على فهم النواحي

الأخرى من وظيفة الفرد مثل الصحة العامة والحالة الجسمية والوظيفة العقلية والأمور التي لها مضامين مهمة في مجال تقديم الخدمات الخاصة بالرعاية الصحية.

إن الشيخوخة الطبيعية تتضمن الكثير من التبدلات الفيزيولوجية والحيوية، وعلى الرغم من أن هذه التغيرات لا بد أن تصيب كل فرد وكائن حي، إلا أن هناك فروقاً فردية مهمة في مرحلة العمر الذي تحدث فيه هذه التبدلات. فانهطاط الوظيفة العضوية قد يبدأ نسبياً بشكل مبكر عند بعض الأشخاص، بينما يحدث عند بعضهم الآخر في مراحل متأخرة من العمر. وعلى هذا فإن شخصين بعمر 65 سنة مثلاً، قد تختلف لديهم النشاطات العقلية والجسمية فسرعة الاستجابة رغم كونها تتضاءل عموماً مع تقدم السن، إلا أن بعض المسنين يحتفظون بالقدرة على إنجاز سريع أكثر من قدرة من هم أقل منهم سناً.

خلاصة القول إنه من الصعب تحديد النقطة التي يعبر منها الفرد إلى سن الشيخوخة وعزلها. وقد عدت الولايات المتحدة الأمريكية سن الشيخوخة (لأهداف اجتماعية مختلفة) أن نقطة العبور هذه هي العمر 65 سنة. ومع ذلك، واستناداً إلى ما ذهبنا إليه، فإن العمر الزمني يجب ألا يعول عليه تعويلاً كبيراً كمؤشر للحالة السيكولوجية والجسمية عند الفرد.

2- الشيخوخة عملية تفاعلية:

قال أحد الباحثين (تقدم العمر لا يحدث في الفراغ) فالشيخوخة وقدرة المسن على العمل هما نتيجة التفاعل القائم بين الخصائص المتبدلة بذاتها داخل الفرد (أي العوامل الحسية والإدراكية والنفسية والصحية) ومحيطه. وهذا التفاعل يترتب عليه نتائج بالنسبة إلى الفرد في المحيط فإما أن تزيد أو تضعف احتمالات بعض أشكال السلوك. فمثلاً إن ضعف البصر أو فقدانه لا يطرح عائقاً أو حدوداً وظيفية إلا إذا احتاج المحيط إلى استخدام البصر. إذ يكون كثير من الأفراد المصابين بضعف البصر في حالة تكيفية مناسبة في معظم المواقف. أما في مواقف أخرى مثل محاولة الحصول على معلومات من كتاب، فإن المحيط يتفاعل بالخصائص الذاتية هذه (أي ضعف البصر) ليخلق تحديداً في الوظيفة في وجه المعوق، أي تحديد قدرة الفرد على إنجاز بعض الوظائف في الحياة.

وعندما نحاول التأثير في سلوك مرضى طب الأسنان المسنين فلا بد من مراعاة العوامل الذاتية (الخصائص الذاتية المتبدلة) والمحيطية كمحاولات قوية قابلة للتغير، ومثالاً على ذلك المريض الأعمى الذي يسعى إلى الحصول على معلومات من كتاب. فعلى الرغم من أن زرع القرنية قد يحدث تبديلاً (الخاصية الذاتية)، فإن هذا الخيار قد يكون مستحيلاً

لأسباب طبية أو مالية. وعلى نقيض ذلك قد يكون من الأسهل تبديل العامل البيئي، إذ يمكن توظيف (أو استئجار) شخص يقرأ على الأعمى المادة المطلوبة، أو أن يسجل الكتاب ذاته على شريط صوتي، وهناك آلة قراءة أي حاسب (كومبيوتر) يقرأ الكتب على المستفيدين. إن جميع هذه الأساليب تمثل طرائق ترمي إلى تبديل البيئة كما تقلل من العوائق الوظيفية عند الفرد المعوق.

إن الذي نرغب في الإلحاح عليه هنا هو أن لدى أطباء الأسنان والمهنيين عموماً في المجال الطبي العديد من الاستراتيجيات للتعامل مع المعوقين المسنين. وإن من واجبهم أن يختاروا المعالجة التي لا تلقي أعباءً على المريض المسن المعوق، كتكليف أحد أفراد عائلة المريض المسن المصاب بالتهاب مفاصل متقدم بتنظيف أسنان هذا المريض بالفرشاة عوضاً عن أن يمارس هذه الوظيفة بنفسه. بالمقابل يمكن تبديل التحديد الوظيفي (الضعف) من خلال تغيير الخصائص الذاتية (تبديل العضو المصاب بضعف في الوظيفة).

3- التغيرات في الحواس والإدراك:

نحن نتفاعل مع الأفراد الآخرين ومع المحيط من خلال حواسنا. فهي النافذة التي نطل بها على العالم الخارجي وإن العجز الذي يصيب هذه الأجهزة يرمي بنا إلى الوحدة والعزلة عن هذا العالم. لهذا السبب، هناك اهتمام متزايد حيال الطريقة التي تتبدل فيها قدراتنا الحسية مع تقدم العمر. ونظراً لهذه الأهمية فإن كثيراً من الأبحاث والدراسات تركزت على فهم التبدلات المرتبطة بتقدم السن وبالشيخوخة.

حاسة الإبصار: Vision

تتزايد مع تقدم العمر مشكلات ضعف البصر وانحطاطه. إذ يكون هذا الضعف نسبياً حتى عمر الأربعين أو الخمسين. وبعد هذا السن يتعاطم الضعف وتراجع حدة الإبصار وقوته. وفي سن السبعين يكون الضعف في الإبصار هو قاعدة وليس استثناءً.

يفقد الكثير من الأفراد المسنين القدرة على رؤية الأشياء القريبة بوضوح وهي الحالة التي تسمى طبياً (قصور النظر) Presbyopia. والسبب هو تبدلان يصيبان العين. التبدل الأول: ضعف مرونة العدسة في العين. والتبدل الثاني: تبدل شكل كرة العين ذاتها. وهذان التبدلان التركيبيان ينتج عنهما تشوه الخيال الذي يقع على الشبكية.

هناك ما يثبت أيضاً أن سرعة مطابقة العين (القدرة على رؤية الأشياء من مسافات مختلفة) تتناقص مع تقدم العمر. ففي اختبارات أجريت على الأفراد المسنين طلب منهم

النظر إلى أشياء قريبة، ومن ثم نقل النظر إلى أشياء بعيدة، اتضح أن القدرة الزمنية اللازمة لرؤية الأشياء البعيدة تتزايد عند هؤلاء بالمقارنة مع من هم أصغر سناً.

وعموماً إن المسنين يحتاجون إلى قوة في الإضاءة لرؤية الأشياء أكثر من الشباب. فلرؤية الأشياء لا بد من نفوذ قدر كاف من الضوء إلى الشبكية. ومع تقدم العمر يطرأ عدد من التبدلات داخل العين من شأنها إضعاف مقدار الضياء النافذ. فأولى هذه التغيرات الطارئة تضاؤل مرونة بؤبؤ العين وبالتالي نقص مقدار النور الداخل إلى الشبكية. وثاني هذه التغيرات تغير لون عدسة العين، وهذا ما يضعف مقدار النور الذي ينقل إلى الشبكية. وأخيراً يصبح الخلط الزجاجي ظليلاً معتماً Opaque نسبياً مع تقدم السن. فكل هذه التغيرات يترتب عنها حاجة المسن إلى مزيد من النور والضياء كي يرى الأشياء.

ومن ناحية أخرى، دلت الدراسات أن المسنين يبصرون أقل في الظلام ويحتاجون إلى وقت أطول للرؤية في الظلام من الشباب. ثم إن المسنين عرضة إلى التحسس لبهر النور أكثر من اليافعين. ويظهر مثل هذا التحسس للبهر ويتزايد تزايداً واضحاً بين سن 40- 70 سنة. وهناك تبدل آخر يصيب المسنين هو تغير إدراك اللون، وهؤلاء يجدون صعوبة أكبر في الإدراك وتمييز أطوال الأضواء قصيرة الموجة (الألوان الزرقاء والخضراء والبنفسجية) في حين أن الألوان الكائنة في الطرف الآخر من الطيف الضوئي (الحمراء والصفراء) تكون أقل تأثراً في إدراكها عند المسنين. وعلى الرغم من وجود العديد من الأسباب الأخرى في هذا التغير في إدراك الألوان، إلا أن السبب الرئيس في ذلك يرد إلى اصفرار لون عدسة العين. ونظراً لأن العدسة تقابل المصفاة Filter في عدسة آلة التصوير، فإن الأمواج الضوئية القصيرة تمتص بينما الأمواج الطويلة تعبر إلى الشبكية.

إن لهذه التبدلات التي ذكرناها في الوظيفة البصرية نتائج عملية مهمة. فتنقص المطابقة في الظلام، وزيادة الحساسية نحو لمعان النور والبهر يفرضان صعوبة في القيادة الليلية. وإن كثيراً من المسنين يحددون قيادتهم للسيارات ليلاً، لذلك فإنه يستحسن جعل مواعيد الزيارة الطبية للمعالجة السنوية قبل حلول الظلام إذا كانوا يقودون سياراتهم بأنفسهم.

إن ضعف الحساسية نحو اللون يفرض صعوبة على المريض المسن في التعامل مع الأشياء ذات الرموز الملونة (مثلاً تاريخ انتهاء مفعول الدواء المعطى له إذا كان مطبوعاً باللون الأزرق أو الأخضر)، بينما ضعف حدة البصر وقصور البصر يعيقان المريض المسن عند قراءة التعليمات والوصفات الطبية (إذا كان البصر غير مصحح). ويمكن

تعويض ذلك بطباعة التعليمات الطبية بأحرف كبيرة (أي التغيرات المحيطية) نظراً لتعذر تبديل التغيرات الطارئة على الأبصار الذاتية.

ب- السمع: Audition

بأهمية مماثلة، بل وقد تكون هذه الأهمية أكبر في التبدلات الطارئة على حاسة السمع مع تقدم العمر. فضعف حاسة السمع يتناسب طرذاً مع تزايد عمر الإنسان وبلوغه سن الشيخوخة، على الرغم من وجود فروق كبيرة ومهمة بين الأفراد في هذا الخصوص كما هو الحال في الضعف البصري.

هناك نحو 30 % من المسنين يظهرون بعض علامات ضعف السمع أو فقدانه. وقد بينت الدراسات التي أجريت مؤخراً أن نحو 13 % من المسنين الذين بلغوا العمر 65 عاماً أو تجاوزوه يظهرون علامات مترقية متقدمة لفقدان سماع الأصوات عالية التردد نتيجة حدوث تنكس عصبي Nerve degeneration كما أن قدرة التعرف على التغيرات الصغيرة في طبقة الصوت، تضعف وتراجع مع الشيخوخة أيضاً.

ونتيجة لهذا القصور السمعي، فإن هذه التغيرات في الإدراك السمعي تؤثر في قدرة الأفراد على تمييز الكلام، خاصة عند وجود أصوات مزاحمة منافسة للكلام كصوت قبضة تحضير الأسنان مثلاً. وبما أن الصوت يؤدي دوراً كبيراً في عملية الاتصال مع المحيط وفي التفاعل الاجتماعي، بل وفي جميع نشاطات الحياة اليومية، فإن ضعف السمع يكون له تأثير سلبي في عمليات تكيف الأفراد المسنين وفي الوظيفة الاجتماعية.

فالأفراد المصابون بضعف السمع قد لا ينتبهون إلى كثير من الإشارات التحذيرية الإنذارية مما يلحق بهم مخاطر كبيرة تهدد حياتهم أحياناً. ثم إن الوقر الشخي بذاته يخرب قدرة الفرد على الإبقاء على شخصية متبادلة سوية في المجتمع.

ومن ناحية أخرى إن إدراك المريض لعلته السمعية قد تدفعه أيضاً إلى تجنب المواقف الاجتماعية والابتعاد عنها، مما يستجر، تبعاً لذلك، العزلة والوحدة. وغالباً ما يرافق هذا الاضطراب العضوي وارتكاساته الاجتماعية اضطراباً نفسياً، خاصة الاكتئاب، والميول الشبيهة بالزور paranoid (الشكوك بنوايا الناس وبالعدوان)، وبالسلوك المضاد للمجتمع.

ج- الشم والتذوق واللمس:

هناك القليل من المعلومات، بالموازنة مع حاستي السمع والإبصار، عن تأثير الشيخوخة في حاستي الشم والتذوق. وهناك ما يدل على أن حساسية التذوق تظل ثابتة نسبياً

حتى أواخر الخمسينيات من العمر، ومن ثم تتضاءل وتضعف. وبيّنت الدراسات الحديثة أن الحساسية الشمية (Olfactory) تظهر ضعفاً بسيطاً في الشيخوخة عند الأفراد الأصحاء على أقل تقدير.

وبما أن حاسة التذوق تتضاءل مع تقدم العمر، فإن لهذا الضعف مضامين مهمة فالمسن لا يتذوق الطعام، لذا يصبح عنده الطعام أقل لذة. ولسوء الحظ، فإن الحمية التي تفرض على الطعام نتيجة إصابة المسن بأمراض عضوية، كالأطعمة قليلة الملح، تحد من تناول هذه الأطعمة التي هي بحد ذاتها تزيد من تذوقه للطعام.

هناك أدلة قليلة على تأثير الشيخوخة في بقية الحواس، مثل اللمس والإحساس بالألم. ومهما يكن الأمر فإن الإحساسات الدهليزية Vestibular تتحط في الوظيفة. وعلى هذا فإن الدوار يشاهد بكثرة عند المسنين (دوار الشيخوخة)، وهو أحد الأسباب الرئيسية في الإصابات الجسدية التي تلحق بهم.

4- التبدلات السيكولوجية:

أ- التعلم والذاكرة:

إن الأبحاث التي تناولت مشكلة التعلم والتذكر عند المتقدمين في العمر معقدة، وغالباً ما تحيطها الصعوبة في التفسير. إلا أن هناك أدلة على ضعف أداء المسنين بالموازنة مع الشبان في مهمات التعلم والتذكر. ومن الأهمية أن نضع هذه المعطيات ضمن المنظور، رغم أن الغالبية العظمى من المسنين قادرون على التكيف بدرجة مقبولة بالنسبة إلى انحطاط قدراتهم المعرفية. وما لم يكن الانحطاط كبيراً مثل العجز الذي يصيب الذاكرة نتيجة تخرب دماغي - عضوي فإن أكثرية الناس قادرون على السيطرة على تدبير شؤونهم العامة بصعوبة قليلة نسبياً خلال ما تبقى لهم من العمر.

ب- النشاط الجنسي:

إن أحد المفاهيم السائدة الخاصة بالأشخاص المسنين هو أن الرغبة الجنسية والنشاط الجنسي ينحسران في العمر المتأخر. وطبقاً لهذا المفهوم السائد، يتعين توقف النشاط الجنسي أو تخفيفه مع الولوج في الشيخوخة. والسؤال إلى أي حد تبدو هذه المفاهيم صحيحة؟

أظهرت الدراسات والأبحاث أن كثرة التفكير في الجنس والانشغال به يتضاءلان مع دخول سن الشيخوخة. ففي دراسة مهمة ومثيرة شملت أفراداً تتراوح أعمارهم بين ثماني سنوات و99 سنة طلب من هؤلاء الإجابة عن السؤال التالي: **بماذا تفكر قبل الدقائق الخمس**

الأخيرة؟ وقد شمل هذا السؤال ما يقرب من 4500 فرد من مختلف الفعاليات والأعمال، (أرباب البيوت، والأعمال، والمدارس). واتضح من الأجوبة أن التفكير بالجنس يرتبط ارتباطاً وثيقاً مع جميع فئات الأعمار. إذ يبلغ الانشغال بالجنس والتفكير به ذروته خلال فترة المراهقة، ومن ثم يبقى هذا الانشغال ثابتاً نسبياً خلال الكهولة المبكرة، وبالتدريج يضعف هذا التفكير بعد هذا العمر.

هذا وبينما نرى أن الضعف في كثرة التفكير بالجنس هو أمر يرتبط بالعمر، فإن الاهتمام بالجنس وبالنشاط الجنسي يستمر حتى مراحل متأخرة من العمر. ففي دراسة ضمت عدداً كبيراً من الأفراد تتراوح أعمارهم بين 60 سنة و 94 سنة اتضح فيها أن ما يقارب من 80 % من فئة الأفراد بصحة جيدة أفادوا باستمرار اهتمامهم بالجنس في حين 70 % من هؤلاء الأفراد أفادوا بممارستهم النشاط الجنسي. وبعد عشر سنوات تم استجوابهم مرة ثانية للغرض ذاته فكان الاهتمام الجنسي قد تضاعف قليلاً عما كان في السابق في حين أن النسبة التي كانت على نشاطها الجنسي انخفضت إلى 25 %.

وفي عينة دراسية مماثلة شملت نسوة يتمتعن بصحة جيدة، استجوبن بلقاءات شخصية، فاتضح أن ثلثهن ما زلن على اهتمام بالجنس والخمس يمارسن الجنس ممارسة منتظمة. وفي المقابلات الثانية بعد فترة تقارب فترة الرجال، كانت النسبة المئوية من النسوة اللاتي ظللن على نشاطهن الجنسي ذاتها لم تتبدل. أما النسوة اللاتي يظهرن اهتماماً بالجنس فقد ضعف هذا الاهتمام عندهن قليلاً.

ولعل من أبرز ما ظهر في هذه الدراسة أن احتمال الاستمرار في التعبير الجنسي في مرحلة متأخرة من العمر كان كبيراً عند الأشخاص الذين كانوا يظهرن اهتماماً بالجنس أو الممارسين له إبان شبابهم. فأمثال هؤلاء يميلون إلى الاستمرار بسلوكهم الجنسي حتى شيخوختهم.

ج- الصحة النفسية والشيخوخة:

يفرض التوتر النفسي عند بعض الأشخاص المسنين صعوبات تكيفية شديدة، فالأزمات الحياتية مثل الترميل وضعف الحواس أو فقدان بعضها، والتوقف عن العمل (الإحالة على المعاش)، تؤثر في المسنين إلى حد ما، وقد تكون هذه الأزمات محرضة لاضطرابات وظيفية متنوعة عند هؤلاء، يضاف إليه، أن المسنين عرضة إلى الإصابة باضطرابات عضوية نتيجة لتخريب يصيب الدماغ.

وعلى العموم، فإن حدوث الاضطرابات النفسية (العقلية) يتزايد مع تقدم السن، فمثلاً، أظهرت دراسة أن عدد الحالات الجديدة من الأمراض النفسية من جميع الأنواع يمتد من 3,3 حالة من كل مئة ألف من السكان في فئات الأعمار من 35 - 54 سنة إلى 236 حالة من السكان في الأعمار التي تتجاوز 65 سنة.

وهناك من يقدر ما نسبته 15 % من المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من درجة ما من الأمراض النفسية. كما أن نسبة الأفراد الذين يشكون من اضطرابات نفسية شديدة تحتاج إلى العلاج في المستشفى، تتردد عند الطاعنين في السن نتيجة وجود حالات تتضمن أذيات في الوظيفة الدماغية. ومع تقدم العمر، فإن الاضطرابات الدماغية تكون المسؤولة عن تزايد نسبة المرض النفسي للمسنين. ففي فئة الأعمار 75 سنة وما فوق تكون نسبة الاضطرابات الدماغية العضوية ما يقارب نصف المرضى الذين يعالجون في المشافي.

تبدو الاضطرابات الاكتئابية والأعراض النفسية أكثر شيوعاً عند المسنين. فمرضى الاكتئاب يبدون أعراضاً عضوية ونفسية متنوعة. ومن بين الأعراض النفسية صعوبة اتخاذ القرارات والشعور باليأس والعجز وتراجع في النشاط والدوافع وهبوط المزاج والسوداوية وتضاؤل اعتبار الذات. أما الأعراض الجسمية (العضوية) الرئيسة للاكتئاب فهي: فقدان الشهية نحو الطعام وهبوط واضح في الوزن والشعور بالتعب الشديد في الصباح و الأرق واضطرابات النوم والإمساك.

إن الأشكال الخفيفة من الاكتئاب غالباً ما تعالج بالطرق النفسية، بينما تؤجل المعالجة الدوائية (الأدوية المضادة للاكتئاب) للحالات الشديدة. ومهما يكن من أمر، فإن الأدوية المضادة للاكتئاب تحدث تأثيرات جانبية شديدة عند المسنين، ذلك لأن ضعف الاستقلاب عند هؤلاء وانخفاض نشاطه من شأنه التأثير في استقلاب هذه الأدوية وبالتالي زيادة تأثيراتها الجانبية.

يمكن القول إن مشكلة الانتحار هي من أخطر المشكلات التي تصادف عند المتقدمين في السن. إذ تبلغ هذه النسبة نحو 30 % لدى أولئك الذين يناهزون 65 عاماً في جميع حالات الانتحار. وإن أعلى نسبة انتحار (وفق الدراسات الأمريكية الجارية على هذا المجتمع) سجلت عند المسنين الرجال هي في أعمار الثمانينات. فالأفكار الانتحارية التي يصرح بها المسنون يجب أن تؤخذ على محمل الجدية والاهتمام. فالمسن الذي يعتمد الانتحار ينجزه ويقوم به حتى الموت.

إن السؤال المطروح الذي يتبادر إلى الذهن في هذا الخصوص هو: لماذا يلجأ المسن إلى الانتحار وما أسباب هذا النزوع الانتحاري؟ تبدو في الواقع عدة أسباب لهذا النزوع. فالانتحارات، خاصة عند الذكور المسنين، تعزى إلى فقدان الدور الاجتماعي وكذلك الاعتبار الذاتي في الوسط البيئي، وتعزز الشعور بالدونية والعيش على هامش الحياة، وخاصة عند أولئك الذين شغلوا مناصب حيوية وفعالة في حياتهم، وكان لهم السلطان والجاه والنفوذ والمكانة الرفيعة الاجتماعية. ومن جهة أخرى، يكون الانتحار وسيلة لفرض إجراء سيطرة على الموت. إذ في الوقت الذي لا مفر فيه من الموت عند الكائن الإنساني فإن الفرد في هذا الموقف هو الذي يحدد زمن الموت وتوقيته بملء إرادته لينهي حياته. وأخيراً قد يكون الانتحار نتيجة قرار فلسفي تبريري. إذ بفعل معاناة المريض المسن من ألم عضال، فلا ملاذ له إلا بالانتحار للتخلص من معاناته، أو نتيجة شعوره بالعجز الذي يفرض عليه الارتباط بالآخرين والاعتماد عليهم، فينتحر تخلصاً من هذا العبء النفسي، أو توفيراً للنفقات التي تصرف بلا طائل، فيدخرها لعائلته وزوجته.

تمثل متلازمات الدماغ العضوية Organic brain syndromes (الاضطرابات العقلية أو النفسية الناجمة عن الرض الذي يصيب الخلايا الدماغية بفعل أذيات مرضية) التصنيف الثاني الرئيس النفسي عند المسنين. وعلى عكس الاضطرابات الوظيفية النفسية التي لا يكون السبب فيها عضوياً، فإن متلازمات الدماغ العضوية تتجم عن الرض الذي يصيب الدماغ. فالأمراض التي تميز الآفة الدماغية العضوية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة التخرب الدماغية. ومن بين الأعراض الرئيسة المصادفة في هذا الاضطراب العضوي الدماغية:

- اضطراب الذاكرة وتخربها لفترة طويلة أو قصيرة.
- تلف الوظيفة الفكرية.
- تلف المحاكمة العقلية.
- تأذي الاهتمام ومعرفة الأمكنة.
- تأذي العاطفة السطحية (المشاركة العاطفية الاجتماعية تصبح ضعيفة سطحية).

يمكن التمييز بين متلازمات الدماغ العضوية القابلة للتراجع وغير القابلة له. فالقابلة للارتداد (أي يمكن أن يستعيد المريض القدرة العقلية المفقودة) قد يكون سببها سوء وظيفة دماغية قابلة للتراجع، أمكن تحديد أسبابها. فاسترخاء القلب الاحتقاني مثلاً ينجم عنه سوء

تروية دماغية وتأذي الخلية الدماغية بفعل نقص الأكسجين وغيره من المواد المغذية للخلية الدماغية واضطراب الوظيفة الناجمة عن عادات غذائية سيئة وعدم القدرة على مضغ الطعام وتناول المسنين للأدوية المختلفة في علاج الأمراض المزمنة مضافاً إليه تفاعل هذه الأدوية فيما بينها كل ذلك يترتب عليه اضطرابات في وظائف الخلية الدماغية (السمية المزمنة). وأخيراً فإن الاضطرابات الاستقلابية (مثل مرض السكري وغيره) لها دور في التأذي الخلوي الدماغي أيضاً. وقدر أن هناك ما بين 10 - 20 % من المرضى المسنين تعود عندهم الوظيفة الخلوية الدماغية إلى حالتها السابقة، وتراجع الاضطرابات النفسية والعقلية الناجمة عن هذا الاضطراب الخلوي الدماغي المؤقت.

أما الاضطرابات أي المتلازمات الدماغية العضوية غير القابلة للتراجع والمزمنة فهي الناجمة عن أذيات دماغية تلحق تنكساً، حيث يتقدم هذا التنكس مع الزمن فيما أنها إنتانية (كالفلس أو مرض الإيدز) أو بفعل التخريب السمي للكحول والمخدرات أو نتيجة سوء التروية الدماغية (تصلب شرايين الدماغ) أو بفعل التنكسات الشيخية الطبيعية الناجمة عن تقدم السن (الخبل الشيخى Senile dementia).... إلخ.

د- التعامل مع الموت:

عندما نكون في سن اليافعة والشباب نفكر بعدد السنين التي سنعيشها. وعندما نكبر ونشيخ نفكر بعدد السنين المتبقية من حياتنا. ويواجه الأفراد عادة في شيخوختهم ثلاث مهمات رئيسية:

1- التعامل مع واقع الموت الذي لا مفر منه وأنه وشيك الوقوع.

2- تحمل صعاب فقدان الزوج أو الزوجة وموت الأصدقاء الأعزاء.

3- مواجهة حالة الموت ذاته في أثناء وقوعه.

فيما يخص التفكير بموت وشيك الوقوع، أشار أحد الباحثين إلى هذا بقوله: هناك الكثير من الأشخاص الذين يمتلكون القدرة على العبور إلى سن الشيخوخة ومواجهة الموت بوعي، وبمشاعر الرضا عن إنجازاتهم وأعمالهم الماضية وبقناعة عن خط سيرهم السوي والرشد الذي سلكوه. وهناك آخرون أقل جرأة وقدرة على تصور أنهم لا بد زائلون ولا بد من مواجهة الموت، فيلتمسون وسائل الدفاع النفسية مثل الإنكار والهروب والاستعانة

بالكحول والأدوية المخدرة. وآخرون يؤمنون بالبعث بعد الموت ومواجهة خالقهم يوم القيامة، حيث يخفف مثل هذا الإيمان عنهم الكثير في تقبل الموت ومواجهته كقدر رباني نحو حياة أخرى خالدة موعودة للمؤمن بمباهج لا تقارن مع الحياة الدنيوية، وبسعادة لا تعادلها سعادة أخرى. ونرى الترتيبات المادية التي يقوم بها الفرد قبل موته هي التعبير عن قبوله مواجهة الموت، بصرف النظر عما إذا كان هذا الأجل قريباً أو بعيداً (توزيع أمواله على أولاده... إلخ). من ناحية أخرى، وجد السيكولوجيون أن دنو الأجل بالنسبة إلى المسن غالباً ما يظهر سلوكاً أسموه (سلوك مراجعة الحياة Life review). ولدى معظم الأفراد المسنين، يتضمن هذا السلوك تذكر الماضي واستحضاره واجتراره والحنين له، والأسف على ما مضى وانقضى من أخطاء ارتكبت. وفي بعض الحالات نجد الشعور بالإثم، والاكتئاب، واليأس. وعند آخرين نجد أن مراجعة الماضي فيها نتائج إيجابية ومعطيات مقبولة عندهم، مثل قبول انتهاء الحياة والفخر بالإنجازات الحياتية السابقة والشعور بالسكينة والطمأنينة. وهنا نجد هؤلاء في حالة استعداد لقبول الموت ولكنهم ليسوا على عجل من قدومه.

إن فقدان الزوج أو الزوجة يترتب عليه الحزن والإصابة بالفجعة عند الآخر. وتتراوح ردود الفعل إزاء الفجعة بموت الشريك بين خفيفة الشدة والعنيفة الراضة. وإن أهم الأعراض التي تصيب المفجوع هي: الحنوب والبكاء، الاكتئاب، الأرق، ضعف تركيز الانتباه والتذكر، فقدان شهية الطعام والميل إلى تعاطي المهدئات والمنومات. وفي بعض الحالات نجد الأعراض الشديدة مثل الهلوسة، ونوبات القلق، والمرض الجسمي. إن الدراسات التي تناولت المفجوع وجدت أنه أكثر عرضة للمرض الجسمي وللموت من غيره الذي لم يتعرض لمثل هذه المصيبة.

وقد اتضح للسيكولوجيين مؤخراً وجود ظاهرة أسموها بمتلازمة (الحزن المتوقع حدوثه) حيث يظهر الفرد كثيراً من الأعراض قبل موت المحبوب. ويؤكد هؤلاء أن الحزن المتوقع حدوثه أضحي ظاهرة أكثر شيوعاً من الماضي نتيجة تباطؤ حدوث الموت مثل المعاناة من مرض السرطان والمدة التي يقضيها المريض وهو في طور العلاج والمعاناة حتى موته، وغيره من الأمراض المزمنة.

إن العون الواجب تقديمه للمفجوع يجب أن يقدم خلال الشهر الأول من حدوث فجعة الموت. وعموماً إن ساعات الليل والوحدة هي أسوأ أوقات يعانيتها المفجوع والعون هنا يجب أن يتركز في هذه الساعات.

هـ - الصحة والمرض:

ما أن نتقدم بالسن حتى يتبدل أنموذج المرض. إذ أن هناك بعض الأنواع من المرض تتضاءل في كثرة حدوثها في حين تتزايد أمراض أخرى. فمثلاً إن الإصابة بمرض حاد تبلغ ذروتها خلال الطفولة والمراهقة إلا أنه يميل إلى الانحسار مع التقدم بالعمر. وعلى نقيض ذلك تتزايد الأمراض المزمنة مع تقدم العمر. فمثلاً تتعاظم نسبة الإصابة بمرض القلب كلما أمعنا تقدماً في السن فيسبب لبعضنا الموت، بل ويعد من الأسباب الأساسية للوفيات في البلدان الصناعية، ويحدد هذا المرض نشاط المسنين الذين تجاوزوا 65 سنة من العمر. كذلك الشيء نفسه بالنسبة إلى ارتفاع التوتر الشرياني والتهاب المفاصل (أمراض الشيخوخة). وأخيراً يظهر المسنين قابلية واستعداداً أكبر للإصابة بالأخماج Infections، وبتعدد الأمراض.

هناك عدة مضامين لهذه التغيرات في أنموذج المرض على مستوى طب الأسنان. أولاًها أن الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة غالباً ما يوضعون على نظام توصيات علاجية ودوائية لمدة طويلة، بل ويتناولون عدة أدوية بأن واحد. لذا فإنه من المهم الوقوف على كامل القصة الطبية للمريض لأن أية عوامل قد تعقد مسألة العلاج السني ويجب معرفتها واجتلاء جوانبها. وثانيها تعاظم الاستعداد للإصابة بالأخماج وتحديد الأنشطة التي تفرضها الأمراض المزمنة مثل التهاب المفاصل، ويجب أن تكون موضع اعتبار طبيب الأسنان خلال المعالجة أو التخطيط لبرنامج صحة الفم.

و- أنواع المرض الفموي:

نظم المركز الوطني لإحصائيات الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية، عدة استقصاءات ماسحة توخت الحصول على معلومات تتعلق بمرض الفم. واتضح من نتائج هذه الدراسة أن الإصابة بالآفة ما حول السن Periodontal تتزايد نسبتها مع تقدم السن. فعلى سبيل المثال هناك ما يقرب من 37 % من الأفراد بأعمار تتراوح بين 45 - 64 عاماً مصابون بآفة متقدمة حول السن. وعلى الرغم من أن هذه الآفة الأخيرة تظل ظاهرة عامة شائعة بين المسنين، إلا أن هناك ما يدل على أنها أخذت بالتراجع. إذ اتضح الآن أن استعمال الفلورين استعمالاً دائماً مضافاً إليه العناية بالفم وفق التوصيات الطبية من شأنها صيانة الأسنان وبقاؤها مدى الحياة.

هناك ظاهرة جفاف الفم عند المسنين. وعلى الرغم من أنها ليست مرضاً بحد ذاتها، إلا أنها شكاوى شائعة عندهم. ويبدو وجود عدة عوامل مسؤولة عن حدوث هذا الجفاف من ضمنها التنفس من الفم بدلاً من الأنف وثخانة المخاطية وتناقص إفراز اللعاب. إن لهذه التغيرات الطارئة على صحة الفم عند المسنين مضامين مهمة بالنسبة إلى المسن. ففي طلبتها، أن هذه التغيرات تحدث تبدلات مهمة في التغذية.

فالدرد وجفاف الفم يؤثران في نوعية الطعام المستهلك، لأن الأفراد الذين يعانون من هذه المتاعب غالباً ما ينتقون الطعام الطري كالحساء والأطعمة الهلامية سهلة الهضم والتي تفتقر غالباً إلى المكونات الغذائية الأساسية للجسم. وعلى الرغم من أن الأجهزة التعويضية السنية هي البديل عن الأسنان الطبيعية المفقودة إلا أنها لا تماثلها في وظيفتها لكنها ترمم المظهر الجمالي إلى حد ما، وتحسن نظرة المريض نحو ذاته.

ز - المعتقدات السائدة بالنسبة إلى الشيخوخة:

إن الاعتقادات السائدة، وحتى المسنين يؤمنون بذلك، أن المرض هو الملازم الطبيعي لسن الشيخوخة، فالتغيرات الفيزيولوجية التدريجية التي تطرأ على الفرد مع تقدم عمره، يصاحبها تزايد في التعرض للمرض والإصابة به. ومع ذلك هناك الكثير من المسنين يظلون بلياقة صحية نسبية مناسبة.

إن الإصابة بالأمراض المزمنة التي تؤثر في المسنين، ومن ضمنها الأمراض السنية، تتأثر إلى حد كبير بالعوامل المحيطة البيئية وبالعواديات الشخصية والسلوك، فالتعرض طوال الحياة إلى الملوثات البيئية، والتهالك على شرب الخمر والمسكرات والتدخين، يضاف إليه إهمال النشاطات الوقائية مثل العناية بصحة الفم، جميعها تؤدي دوراً مهماً في الإصابة بالأمراض المزمنة في سن الشيخوخة.

إن توقع الصحة السيئة الملازمة للشيخوخة يساعد على إضعاف الدافع نحو تبديل العادات المسيئة للصحة، فالمسن الذي يتوقع أن فقدان الأسنان هو أمر طبيعي وعرض من أعراض الشيخوخة، فإنه سوف يفرط بإهمال أسنانه. إن العاملين في مجال الصحة هم وحدهم المؤهلون لتطوير المواقف الجديدة عند المسنين الرامية إلى تحسين مستوى الصحة الوقائية.

5- العوامل البيئية المؤثرة في سلوك الفرد:

تتضمن العوامل البيئية الأشياء الخارجية بالنسبة إلى الفرد والتي تؤثر في سلوكه، وهناك ما يثبت أنه يمكن تبديل الكثير من السلوك عند المسنين من خلال تبديل البيئة وما يترتب عنها من نتائج.

وهناك نوعان من المتحولات البيئية لهما علاقة خاصة بالمشكلات التي يواجهها الكبار، وهما البيئة الفيزيائية والبيئة الاجتماعية. وكل واحدة منها تقضي إلى نتائج تسهل الوظيفة أو تعيقها. ويتعين على الطبيب المهتم بالعناية الصحية أن يعرف تأثيرات هاتين البيئتين على قدرة المريض وصحته.

- البيئة الفيزيائية:

تتضمن البيئة الفيزيائية الأشياء التي يصادفها المريض ويتعامل معها. فالمعدات السنية والأجهزة والمكتب والأبنية والشوارع ووسائل المواصلات كلها أمثلة عن البيئة الفيزيائية التي قد تؤثر في وظيفة المسن. وعندما تتعارض البيئة الفيزيائية مع خصائص الفرد ذاتية التغير، ينجم عن هذا التعارض والتضارب تحديد وظيفي. فمثلاً إن اضطراب المريض إلى مسك فرشاة الأسنان وتنظيف أسنانه يومياً وهو بالوقت نفسه يعاني من التهاب مفاصل محددة لحركات أصابعه، فإن مثل هذه العناية الفموية تصبح عبئاً مؤلماً عليه وبالتالي يهمل هذه العناية. في هذه الحالة يعد التهاب المفاصل خاصة ذاتية التغير عند المريض، وهي ليست معيقة لوظيفته بحد ذاتها. ولكن عندما يتفاعل هذا الفرد مع البيئة (التعامل مع الفرشاة) حينئذ يبرز العنصر المحدد للنشاط المعيق للوظيفة. وإن العمل على تسهيل تعامل المريض مع الفرشاة ليتجنب مسكها من شأنه تبديل البيئة الفيزيائية وإزالة النتائج السلبية المعيقة لهذه البيئة في تفاعلها مع العلة الجسمية.

يتعين على العامل في مجال العناية الصحية السنية أن ينظر إلى ما وراء المهنة الطبية السنية للتعرف على العوامل المرتبطة بالمحيط الفيزيائي. فمثلاً البناء الذي يحوي سلماً للصعود والنزول دون مسند خشبي أو حديدي قد يسبب الألم للمريض المصاب بأفات مفصلية محددة لحركاته. ومثل هذا المريض يتجنب زيارة طبيب الأسنان القاطن في هذا البناء.

إن الرسائل والتعليمات المطبوعة أو المكتوبة بحروف صغيرة هي ذات نتائج سلبية على المرضى المعوقين بصرياً. ومن خلال تبديل هذه الأشياء بما يتلاءم مع الإعاقة عند المريض نكون قد كیفنا العنصر البيئي وبدلناه.

- البيئة الاجتماعية:

تحتوي البيئة الاجتماعية على عوامل خارجية غير ملموسة في بيئة المريض تؤثر في سلوكه. على غرار العوامل الفيزيائية، فإن العوامل البيئية الاجتماعية تأتي بنتائج تؤثر في وظيفة المريض. ولعل من أهم العناصر البيئة الاجتماعية التي تؤثر في وظيفة المريض هي المعتقدات ومواقف الآخرين والوضعية المعاشية الحياتية (مع من يعيش الفرد؟)، وأخيراً مقدار التفاعل مع الآخرين ونوعيته.

إن أحد العوامل القوية في البيئة الاجتماعية هو المعتقدات ومواقف الآخرين إزاء الرجل المسن. إذ أن لدى بعض الناس مجموعة من المواقف مسبقة التحديد والمعتقدات حيال المسن تفرض معايير خاصة على وظيفة الأشخاص المسنين. فقد وجدت Beaver مثلاً أن كثيراً من الأفراد يرون المسنين مهملين لهندامهم ومظهرهم الخارجي وأنهم ذوو فكر ضيق وصحة ضعيفة ويائسون وفاقدو العون وضعفاء ويعتمدون على الآخرين. وفي دراسة أخرى لـ Beaver نفسها وجدت عند أفراد هذه الدراسة أن معتقداتهم نحو المسنين تتمحور حول الضعف وكونهم أفراد تائهين ينتظرون موتهم وهم عبء على المجتمع وعلى أسرهم وعلى أنفسهم أيضاً. ووجد باحث آخر أن اليافعين الشباب يتجنبون المسنين لأن الاحتكاك بهم يذكرهم بما ينتظر هؤلاء الشباب مع الزمن من شيخوخة وموت.

إن مثل هذه المعتقدات والمواقف السلبية لها مضامين سيئة على الشخص المسن. فمثلاً إن تصور المسن كإنسان واهن لا يتوجب عليه إجهاد نفسه ولا تكليفه بعمل، يزعج المسن ولسان حاله يقول (إنني أعامل على أساس إنسان هامشي لا قيمة لي في المجتمع).

وإذا ما قبل هذا المعتقد السائد عنهم، فقد يسهم في إضعاف حوافزهم نحو العمل والإسهام الاجتماعي، وبالتالي يزداد اتكالهم على الآخرين، وبوجوب التكفل بهم (أعتقد أنني أصبحت عاجزاً عن أداء أعمالي بنفسي، وعلي أن أدع غيري يقوم بوظائفي ويخدمني) وفي أغلب الأحيان إن هذه المواقف الصادرة عن الآخرين إزاء المسنين تحمل الآخرين أعباء خدمات المسنين وإضعاف حوافزهم نحو الاكتفاء بأنفسهم في الوظيفة الاجتماعية بالقدر المناسب.

إن العاملين في مجال الصحة قد لا يبرؤون من هذه المواقف السلبية التي يتخذونها إزاء المسنين ويوحدون لهم بها وخاصة في مناهج علاجهم. فالاعتقاد الذي يحمله هؤلاء المختصون بكون المسن إنساناً عاجزاً وضعيفاً يحتاج إلى عون الآخرين قد يؤثر في ما

يقدمونه من مخططات علاجية بحيث تكون إسهامات المرضى المسنين في تنفيذ هذه المخططات قليلة ضعيفة في وقت تكون هذه البرامج العلاجية مثالية، لكن يضعف من قيمتها الدور المسند إلى المسن في تنفيذها.

هناك عوامل أخرى لها دورها وأهميتها ترتبط بالبيئة الاجتماعية، وهي الحالة المعيشية والفرص القائمة للتفاعل الاجتماعي.

ففي إحصائيات حول المسنين في المجتمع الأمريكي اتضح أن هناك على الأقل ثلث كبار المسنين يعيشون في بيوتهم في عزلة اجتماعية وفي تكيف اجتماعي سيء. ولا ننسى أن العزلة الاجتماعية غالباً ما تصاحبها اضطرابات فيزيولوجية ونفسية واسعة الطيف. فقد درس Arnetz التأثيرات الصمية - النفسية (نسبة إلى الغدد الصماء) والاستقلابية عند جماعة من المسنين موجودين ضمن نشاطات اجتماعية ضعيفة. فعمد إلى وضع نصف هؤلاء في ظروف اجتماعية تفاعلية نشطة مثيرة، بينما أبقى النصف الآخر للضبط والمقارنة. عاير Arnetz مستويات التستسترون، Dehydroepiandrosteron والإسترايول (هرمون أنثوي)، فوجدها متزايدة عند المسنين المثارين في نشاطات اجتماعية، بينما كانت هذه المعايير الهرمونية متناقصة عند فئة الضبط التجريبي الأخرى. وخلص الباحث إلى القول إن العزلة الاجتماعية وظروف الإثارة الاجتماعية تقتربان باضطرابات وتأثيرات فيزيولوجية ونفسية عند المسنين.

أما تأثيرات العزلة الاجتماعية فلها عدة مضامين عملية في طب الأسنان من جهة التعاون والتطابق Compliance. فمثلاً (في أمريكا) يشكو كثيرون من أطباء الأسنان العاملين في قطاع الصحة العامة من وجود نسبة عالية من مرضى الأسنان المسنين الذين يرفضون الأخذ بتوصيات صحة الفم وتطبيقها على الرغم من أنهم غير معوقين ولا توجد أية علة عضوية تمنعهم من أداء هذه التوصيات. ويفسر هذا الرفض وذلك الإهمال بأن معظم هؤلاء يعيشون في عزلة اجتماعية، وأن فرص الاحتكاك بغيرهم من الناس محدودة. وطرحت توصيات كثيرة لكسر مثل هذه السلبية من خلال الإكثار من زيارات الزائر الاجتماعي الطبي (طب الأسنان) لبيوت هؤلاء لمنحهم فرصاً أفضل في الاحتكاك الاجتماعي مثل التحدث معهم في مواضيع الصحة والوقاية وغيرها... وإذا ما حافظ المرضى على صحة فموية جيدة مقبولة حينئذ ينخفض تواتر هذه الزيارات السنوية تبعاً لذلك. وهكذا نجد تأثير العزلة في التزام المريض بصحة الفم.

من ناحية أخرى، من حق طبيب الأسنان الذي يكسر العزلة الاجتماعية عند المرضى المسنين، أن يعود ذلك عليه بالنفع والفائدة. كما يمكن تكليف السكرتيرة العامة في عيادته بالاتصال مع أمثال هؤلاء المرضى هاتفياً لتوضيح ما يجب القيام به للحفاظ على صحة الفم وإرشادهم وتعزيز السلوكيات الإيجابية التي تصدر عن هؤلاء بالإثابة والمدح والثناء والتشجيع، ويمكن أن يتبع ذلك إن اقتضت الضرورة تكليف السكرتيرة بتنفيذ مهمة الاتصال الاجتماعي كزائرة طبية مع هؤلاء المرضى في بيوتهم، وهذا هو المستوى المثالي في الاهتمامات التي قد يبديها الأطباء لكسر العزلة الاجتماعية، وإزالة تأثيراتها السلبية في المعالجة الفموية وصحة الفم.

ونافلة القول، إن كلاً من البيئة الاجتماعية والفيزيائية لهما تأثير في وظيفة المسن. وإنه لا مناص بالنسبة إلى المكلف بالصحة الفموية من الأخذ بكل واحدة منها لدراسة تأثيرها في تكليف المسن والالتزام بهذه الصحة.

6- الأخذ بالنظرة التفاعلية بالنسبة إلى كبار السن:

إن الأخذ بالنظرة التفاعلية بالنسبة إلى كبار السن على مستوى العيادة الطبية السنية يحتاج إلى فهم العوامل الفاعلة في الشيخوخة وبالتالي تطبيقها في شكل نموذجي ومنظم. فمثلاً إن تنفيذ الاتصال الجيد المناسب مع المريض يضعف قلق المريض، كما أن الأخذ بالتقانات الرامية إلى تحسين التزام المريض بالبرامج العلاجية الفموية مهم بالنسبة لجميع المرضى من مختلف الأعمار وليس بالمسنين حصراً.

هناك بعض الاعتبارات الخاصة للتعامل مع بعض المرضى المسنين والتي تأخذ كثيراً من الأشكال. ففي بعض الحالات، يبدو التعامل مع المعوق مناسباً بأسلوب معين فمثلاً بالنسبة إلى المريض ضعيف السمع يجب التكلم بصوت عال وببطء وتخصيص وقت أطول لتوضيح التوصيات والتعليمات الطبية.

وفي مواقف أخرى قد تفرض الضرورة معاينة العوامل التي تتدخل في هذه المواقف عن قرب. وبالتالي الأخذ بالأسلوب المناسب لمعالجة هذه المواقف. وسنتطرق فيما يلي إلى قضايا عديدة خاصة بالتعامل بمواقف تصادف كثيراً مع المسنين وهي: تقويم القدرات الوظيفية - قضايا الاتصال - تبديل البيئة - تبديل الخصائص ذاتية التغير للعضوية.

أ- تقويم القدرة الوظيفية:

هناك عدة طرائق في تقويم القدرات الوظيفية عند المسنين. وإن المعلومات المطروحة بهذا الخصوص تساعد بالتعرف على الاستراتيجيات النوعية في التعامل مع المشكلات التي يواجهها المسنون المصابون بقصورات وأذيات وظيفية.

أ-1- تحليل الحالة الصحية:

يجب الحصول على القصة المرضية الطبية، وفحص المريض فحصاً جسيماً للتعرف على أية مشكلات يعانيتها المريض ومن الواجب أن تكون موضع فحص أدق وأعمق من قبل الطبيب البشري عند الضرورة.

يتعين على طبيب الأسنان أن يسبر سلوك التغذية وتقويم الحالة الغذائية عند المريض وعلى طبيب الأسنان الاستعانة بأراء أطباء الصحة للتأكد من المعلومات التي يدلي بها المريض ومن ثم التعرف على العوامل الأخرى التي لها علاقة بالموضوع.

على طبيب الأسنان أن يعرف الأدوية التي يتناولها المريض وخاصة الأدوية التي تتفاعل فيما بينها وتحدث تأثيرات غير مرغوبة نظراً لأن المسنين، وكما رأينا، بحكم إصابتهم بأمراض مزمنة (كفرط التوتر الشرياني أو أمراض نقص التروية الدماغية أو القلبية إلخ...) يتناولون العديد من الأدوية قد يصفها كل طبيب بمعزل عن الآخر.

أ-2- الملاحظة:

هناك أسئلة يجب على طبيب الأسنان أن يطرحها على نفسه. هل ينجز المريض أعماله المطلوبة منه؟ هل هناك صعوبات أو عوائق تعترض أداءه؟ هل يشكو المريض من عجز بدني أو نفسي يستوجب استقصاء هذه الشكوى؟ إن الأطباء غالباً ما يضمنون بالوقت الواجب تخصيصه لملاحظة سلوك المريض ودراسته. فمثل هذه الملاحظات تلقي الضوء وتكشف أموراً مهمة عن مشكلات المريض.

أ-3- مقابلة المريض واستجوابه:

في بعض الأحيان إن تخصيص الوقت المناسب لطرح أسئلة على المريض ترتبط بمشكلته، تقدم لطبيب الأسنان الكثير من الأجوبة التي يبحث عنها. وفي لقاءات أخرى، تكون الأسئلة المفصلة التي تتناول قدرات المريض وحدود أدائها إضافة إلى الكلام عن البيئة الاجتماعية والفيزيائية، تعطي تفسيرات عديدة عن سلوك المريض.

وعلى طبيب الأسنان أن يقف منها موقف الحذر إذ قد تكون بعضها مغلوبة وغير موثوقة فيلجأ المريض إلى إنكار بعض الحقائق بدافع الخوف والانعراج. وقد تكون الذاكرة ضعيفة لا تسعفه في ذكر أشياء مهمة.

ثم إن تداخل الأدوية التي يتناولها المريض بصورة منتظمة قد تحدث لديه تشويشاً واضطراباً. ولا غرابة، فقد يكون المريض جاهلاً بحاله وبالحقائق الخاصة بها. وإذا كانت مقابلات المريض ذات أهمية فإن عملية تقويم المعلومات المستقاة من المريض يجب أن تكون أكثر أهمية ودقيقة ويشوبها جانب الحذر.

آ-4- التحدث مع أفراد أسرة المريض:

قد يكون أفراد أسرة المريض مصدر معلومات مهمة. إذ بحكم صلاتهم القريبة جداً من المريض فإنهم قد يزودون الطبيب بمعلومات موضوعية على جانب كبير من الصحة والموثوقية. وعلى الطبيب أن يكون يقظاً من أن يتصور المريض أن استقصاء المعلومات من أفراد أسرته معناه التعامل من وراء ظهره. إلا أن الشرح للمريض عن أهمية استقصاء المعلومات من كل الأطراف هو لمصلحته ومكاشفته بنيته بهذا الاستقصاء سيخفف كثيراً للتصور السلبي عند المريض.

وما أن يصل طبيب الأسنان إلى المعلومات المطلوبة عن المريض وتحديد أسباب المشكلة فإنها تأتي الخطوة التالية وهي إيجاد الحل.

ب- قضايا الاتصال مع المريض الممسّن:

في جميع مراحل الحياة، يبدو الاتصال عملية معقدة، إلا أن الشيخوخة تجلب معها صفاتها الخاصة مما يجعل الاتصال أكثر صعوبة بل وي طرح مشكلة. لذلك يتعين على العاملين في مجال الصحة العامة إدراك هذه الصعوبات والعمل على تخفيفها قدر الإمكان.

كما ذكرنا سابقاً يترافق تقدم العمر مع تزايد في اضطراب اللغة والكلام نتيجة التغيرات الفيزيولوجية الطارئة إضافة إلى الإصابة بالأمراض إن المشكلات التي تطرأ على وظائف العضوية، قد تظهر نتيجة الإصابة بالباركنسونية أو السرطان. إذ يطرأ التبدل على طبيعة الصوت ومن ضمنها نوعية الصوت وحدته، وخاصة صوت الغناء (الحن) إضافة إلى تزايد الجهد الذي يقع على الحبال الصوتية. ونتيجة السكتة الدماغية Stroke التي تصيب الممسّن، فإن الحبسة الكلامية Aphasia هي من عقابيل هذا المرض واختلاطاته.

إن العطب الذي يصيب الإحساس أيضاً يؤثر في قدرة الفرد المسن على الاتصال مع المحيط. وكما ذكرنا، وخلال فترة الشيخوخة، تتراجع القدرة السمعية والبصرية تدريجياً فضعف الإبصار يجعل النظر إلى شئين مشتركين صعباً. كما أن صعوبات السمع تجعل المسن يشك فيما يسمعه وما يوجه إليه من كلام، وأحياناً تسبب له هذه الصعوبات الشعور بالنقص بإنكار ضعف سمعه وإسقاط اللوم على الآخرين في عدم إيضاح ما يتكلمون، وحينئذ تزداد مشكلاته تعقيداً.

هناك العديد من الخطوات والإجراءات الممكن بوساطتها تطوير وتحسين اتصال المسنين المعوقين حسياً. فمثلاً في ضعف السمع، يجب التكلم مع المسن ببطء وبصوت عال مع حجب الأصوات الأخرى المعيقة لسماع الكلام (إيقاف قبضة تحضير الأسنان مثلاً). وعلى الطبيب الامتناع عن الكلام من خلف المريض أو النقر على ظهره أو كتفه لشد انتباهه إليه، إن ضعف السمع في هذه الحالة سيرتعد ويخاف من هذه المفاجأة غير المعد لها. كذلك من المفيد التعرف على أي من الأذنين أقوى سماعاً عند المريض وبالتالي التوجيه بالكلام من ذلك الجانب.

إن مصافحة المسن المعوق ولمسه يعطيان انطباعاً له أن الطبيب يهتم به حتى ولو كان مظهره زرياً، بل قد تكون هذه الالتفاتة أفضل من الكلمات وأكثر وقعاً على نفسية المريض الذي غالباً ما يشعر بالنقص وابتعاد الناس عنه.

ناحية مهمة جداً نلفت النظر إليها هي أن بعض الأبحاث التي جرت في الولايات المتحدة الأمريكية بخصوص طريقة الكلام أو أسلوبه الذي يتبعه أطباء الأسنان الشبان في مخاطبة المسنين المعوقين سمعياً أم غير معوقين، فهذه الطريقة تتحو نحو تبسيط الكلام واللغة لدرجة يستشعر المراقب أن الطبيب يكلم طفلاً. ويعتقد هؤلاء أن هذا الأسلوب من المخاطبة يجعل الاتصال سهلاً بين الطبيب والمريض المسن.

قد تكون هذه الطريقة مفيدة في بعض المواقف عندما يكون التقهقر السمعي والقدرات العقلية عند المريض بلغت درجة متقدمة ولكن تعميم هذا الأسلوب في التخاطب على كل المسنين يحمل في طياته سلبيات العلاقات وكرهية المريض للطبيب. فالمريض المسن الذي مازال محتفظاً بقدرات حسية وعقلية مناسبة سيدرك أن هذا التدني في مخاطبته بلغة الأطفال هو مساس لكرامته وتحقير لذاته وانتقاص من مكانته الاجتماعية.

إن لبيئة العيادة ومكانها علاقة بموضوع الاتصال. فالعيادة الكائنة في طابق يصل إليه المريض عن طريق سلم حاد الزاوية غير مريح في الصعود ولا يوجد له خشب أو حديد جانبي يعين المريض على صعوده، يثبط همة المريض في الذهاب إلى الطبيب طلباً للعلاج أو الاستشارة الطبية.

وأخيراً إن الصبر فضيلة يجب ألا يفرط الطبيب بها خلال الاتصال مع المريض المسن. فضعف القدرات العقلية وبطء الكلام وضعف إيجابية المسن تتطلب الصبر والأناة من جانب الطبيب لتحقيق أفضل اتصال وعلاقة إيجابية مع المريض. ومن ناحية أخرى على الطبيب أن يترك المريض يتكلم بالطريقة التي تلائمه ويعطيه الوقت حتى ينتهي من جميع ما يرغب بالتعبير عنه من دون أن يوحى له ولو بالإشارة والإيماء بضجره من حديثه واستمرار كلامه.

ج- تبديل المحيط:

إن التقرب المفيد لحل كثير من المشكلات التي يواجهها المرضى المسنون هو تبديل المحيط أو البيئة. في هذا التقرب يتوجب، إن أمكن، إزالة أي عائق فيزيائي أو اجتماعي في وجه الفعل أو العمل على تغييره. هناك أمثلة عديدة ضربناها على ذلك، مثلاً الكتابة بأحرف كبيرة لضعاف البصر.

هناك بعض المرضى الذين يشعرون بالانزعاج من الجلوس الطويل على كراسي المعالجة السنية، لذلك جعل المعالجة على مراحل متعددة بدلاً من إنهاء المعالجة بجلسة طويلة المدة هي من الحلول المبدلة للبيئة التي يتعامل معها المريض علاجياً. أما في إزالة عبء صعود السلم، فتتخذ هذه الصعوبة بوضع المساند الخشبية أو الحديدية الجانبية إذا كانت غير موجودة.

انطلاقاً من هذه الأمثلة فإن معاينة البيئة الفيزيائية تكشف ضرورة إجراء كثير من التبدلات التي تسهل تعامل المريض معها وتلبي حاجاته وتزيل عوائقها.

من ناحية أخرى يمكن تناول البيئة الاجتماعية للعمل على تغييرها، فالأفراد يستجيبون استجابة جيدة للمدح والإطراء والثناء، وللتفاعل الاجتماعي الإيجابي.

والطريقة الصحيحة أيضاً هي أن يتلقى المريض الإثابة والتفاعل الإيجابي عندما ينجز السلوك المرغوب بينما لا يتلقى الاهتمام أو التفاعل الإيجابي حيال السلوك غير المرغوب.

وبذلك يتعلم المريض أن السلوك الصحيح هو الوحيد الذي يحظى فيه بالقبول الاجتماعي من جانب الطبيب وأعوانه.

د- تبديل الصفات ذاتية التغير في العضوية:

إن الصفات ذاتية التغير (العوامل الصحية والنفسية والإدراكية والحسية) هي نسبياً ثابتة وكثيراً ما يصعب التعامل معها. ومع ذلك يتعين على الطبيب أن يعدّها عوامل تغير قوية. إذ في بعض الأحيان قد تكون السبب المباشر في المشكلة. مثلاً، أن بعض الأدوية، كما ذكرنا، بتعاطيها معاً تسبب التفاعل الذي يترتب عنه أحداث سمية وتأثيرات جانبية كالنسيان واضطراب التوجه والاهتداء. لذلك فإن دراسة القصة المرضية دراسة مستفيضة، وتشاور طبيب الأسنان مع طبيب الصحة بهذا الخصوص قد تقضي إلى معرفة الاختلاطات الدوائية المهمة المسببة للأعراض المذكورة.

هناك بعض الصفات الذاتية التي تبدو مهمة وقابلة للتبديل، فمثلاً، سوء التغذية هو عرض شائع عند المسنين. فتبديل التغذية وتصحيحها يحسنان الحالة البدنية والنفسية عند المريض. أما قصور البصر والسمع فيترتب على طبيب الأسنان إحالة المريض إلى الطبيب المختص لتخفيف هذا القصور بالأجهزة الخاصة المختلفة.١

الفصل التاسع

المقابلة والعلاقة مع الطبيب

المقابلة

Interviewing

وجدت المقابلة لتكوين أساس للعلاقة العلاجية بين طبيب الأسنان والمريض. فهي ليست مجرد وسيلة للحصول على المعلومات، بل هي عملية مستمرة تُمكن طبيب الأسنان من تقديم توصيات حول الإجراءات التشخيصية كالأشعة السينية ووضع التشخيص وخطة المعالجة. وعندما يتم تطوير علاقة علاجية، فإن جمع المعلومات يعتمد على استعداد المريض لتوفير المعلومات كي يتم الحصول في نهاية المطاف على الراحة الجسمية والنفسية. وهذا الأمر يتطلب عموماً الارتياح النفسي والثقة تجاه الشخص الذي يجري المقابلة وصولاً في النهاية إلى تحقيق توافق في الآراء وقبول خطة المعالجة. ويجب أن يكون التواصل الجيد مستمراً لإنجاز ممارسة ناجحة.

تأسيس الاتصال: Communication

هناك عدة متغيرات تسهم في إنجاز مهارات جيدة عند التعامل مع المرضى من قبل الممارسين أو الممارسين. والتواصل الجيد يشمل الاستماع والتحدث وتقديم الشرح الفعال والتواصل من خلال لغة الجسد غير اللفظية. أما المهارة الأكثر أهمية فهي تقنية تأسيس الاتصال عند اللقاء وإجراء المقابلات ووضع التشخيص لمريض طب الأسنان. وتبدو الانطباعات الأولى دائماً وربما لها الأثر الأكبر في استفادة المريض من خدمات الطبيب. والقدرة على التواصل الجيد تمكن الممارس من الحصول على أدق المعلومات المفيدة التي من شأنها أن تؤثر في خطة العلاج. كما أن التفاهم المتبادل يساعد المريض على فهم طبيعة المشكلة واحتمالات المعالجة. إن التشجيع المناسب والاهتمام الحقيقي والتعاطف والسماح للمريض بالتعبير عن ألمه وقلقه نقاط أساسية من أجل التواصل الجيد، فالقدرة على التواصل مع المريض بفعالية تؤدي إلى أفضل العلاقات بين الطبيب والمريض، وتشخيص أكثر دقة، ودعم الخدمة السريرية الأفضل، والتخفيف من حالات سوء الممارسة وتخفيض الكلفة المادية. لقد تم تحديد العديد من الاختلافات ما بين المرضى الراضين وغير الراضين. ففي دراسة أجريت على المقيمين في مراكز الصحة العقلية العامة، وُجد أن المهارات الشخصية

مثل التواصل والتعاطف والإصغاء والمصارحة تؤثر في وجهة نظر المرضى وتوقعاتهم عن تلقي المساعدة ورغبتهم في الحصول على مزيد من المعالجة. والمهمة الأولى للطبيب هي الاستخدام الفعال لمهارات الاستماع في محاولة للتعرف على الطريقة التي يتفاعل معها المريض براحة أعلى.

هناك العديد من المهارات الضرورية لتأسيس الاتصال المناسب كالقدرة على تحقيق الألفة للاعتراف بالقلق والألم، فالإنصات باهتمام إلى المرضى يسمح في التعبير عن مشاكلهم. وترتبط قيمة الشفاء بالسماح للمرضى في التعبير عن همومهم بوضوح، ومع أن بعض المشاكل قد تتصل أو لا تتصل مباشرة بمشاكل الأسنان إلا أن بعض المخاوف قد تتصل بالألم أو الخوف أو القلق من الإجراء السني أو مشكلة الالتزامات المالية. فعلى سبيل المثال، قد يرفض المريض الخدمات التي تبنى فقط على تكاليف العلاج. لذلك يجب أن يكون الممارس الفطن على بيّنة بالاحتمالات التي يمكن أن تنشأ منها المشاكل. فالتواصل بشأن هذه المشكلات يمهّد الطريق لحلها ولإيجاد خيارات تناسب المريض (كخطة عن تقسيط المبلغ)، علاوة على ذلك، يحتاج طبيب الأسنان أن يكون على بيّنة بالسلوكيات اللفظية وغير اللفظية. أحياناً، قد يكون المريض مرتبكاً ولا يفصح عن معلومات مهمة. فإذا كان لدى المرضى مشاكل سنية كبيرة أو إهمال لصحة أسنانهم، يمكن أن يشعروا بالإحراج أو الخجل قد يمنعهم من التعبير عن مشكلاتهم السنية الحالية. ولغة الجسد مثل فرك اليدين أو الانفعالات الحركية النفسية قد تكون مؤشراً على القلق.

إنّ الخوف من طب الأسنان غالباً ما يقترن بقصة تاريخية مكتسبة. على الأرجح تعمم استجابات الخوف المشروطة عند المرضى الذين لديهم ميل فطري للاستجابة بشكل مقلق لحالات أخرى كثيرة. وقد أكدت إحدى الدراسات أن مرضى القلق ليسوا مجموعة متجانسة، وأن المرضى الذين عانوا في الماضي من القلق وتجنبوا علاج أسنانهم كانوا أكثر عرضة للبقاء قلقين إذا شهدوا إجراءات أكثر إزعاجاً، كما أنهم يستمرون في خشية الألم ويُكونوا أفكاراً سلبية حول علاج أسنانهم. وقد تختلف عملية الحصول على المعلومات من كل مريض والتوصل إلى التشخيص ومناقشة العلاج، بين مريض وآخر، لذا يجب على ممارس الرعاية الصحية أن يكون على علم بالقضايا التي قد تؤثر في طريقة الوصول إلى المعلومات عند كل مريض. والمعايير العامة بتأسيس الاتصال شائعة بالنسبة لمعظم السكان، حيث تشمل الاستماع الفعلي وإظهار التعاطف والإشفاق على المريض والاعتراف بالقلق والخوف.. إلخ. عموماً، هذه المبادئ ستساعد أطباء الأسنان على التفاعل بشكل فعال مع المريض.

إنّ نوعية العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض لها آثار هامة على كل من الطبيب والمريض. فأولئك الذين يمكن أن يهتموا بالتواصل مع المريض ويستمتعوا بالتفاعل معه سيكونون أكثر ارتياحاً في ممارستهم وفي الحصول على تعاون أفضل من المرضى. بالإضافة إلى ذلك، المرضى الذين يشعرون أن بإمكانهم التواصل مع طبيب الأسنان هم أكثر عرضة لإظهار التحسن في أعراض المرض والعودة إلى طبيب الأسنان نفسه لإجراء المزيد من المعالجات، وبالتالي سيكون الامتثال لتوصيات الطبيب أعلى.

وبالمجمل، إن التواصل الجيد هو المهارة الأكثر فعالية أثناء عملية المقابلة في ممارسة طب الأسنان. وتُظهر الأبحاث بأنه عندما تُمارس مهارات الاتصال بشكل جيد في عملية تهيئة المريض سريريا، يتم الحصول على نتائج أفضل. ويجب أن يظل الممارس حذراً من الإجهاد المرتبط بالألم والخوف والأمراض المرتبطة بزيارات طبيب الأسنان. وهذا يساعد على ضمان رعاية عالية الجودة للمرضى، أما التواصل السلبي فغالباً ما يرتبط بالشكاوى القضائية، حتى عندما لا يكون الإهمال هو المشكلة الأساسية.

كما أنّ معظم المرضى لا يُفصحون عن مخاوفهم مباشرة بشكل كامل. وهناك العديد من " الأدلة " لعدم إظهار مخاوفهم الحقيقية. ونتيجة لذلك، فإن متخصصي الرعاية الصحية يغفلون جانباً هاماً من اهتمامات المريض أو توقعاته. لذلك فإن تفهم القلق والهموم ومحاولات فهم أعراض المرض بشكل أفضل وتحديد السلوكيات التي تشير إلى المشكلات التي لم تحل قد يحسن مهارات الاستماع الفعالة، ثم إن تحسين الاتصال بين المريض واختصاصي الرعاية الصحية من المرجح أن يؤدي إلى زيادة رضا المريض وذلك في أكثر معدلات احتفاظ المريض بنتيجة إيجابية وبمطابقة أفضل عموماً.

شؤون التدريب:

أظهر البحث العلمي لإجراء المقابلات ومهارات التواصل أنها مهمة لتوفير الرعاية الناجحة للمرضى. والقضايا الهامة عند تطوير المهارات لإجراء المقابلات المناسبة هي التقرير المتطور والاستماع الفعال واستيضاح أحاديث المرضى وتنمية الصبر مع الذين لديهم صعوبة في التعبير عن أنفسهم. وقد أثبتت الدورات التدريبية التي تزود الطلاب بالتغذية الراجعة زيادة في مستويات المهارة بشكل ناجح في المقابلات السريرية. ومع أن المواد المكتوبة مفيدة في توصيف الوعي وزيادته لعدة جوانب من المهارات المهنية اللازمة لإقامة التواصل الجيد، إلا أن عرض أشرطة فيديو عن المقابلات السريرية المهنية وتنفيذ تدريبات

في إجراء معالجات سريرية (كالفصول الدراسية أو مجموعات صغيرة أو ورش عمل) مفيدة في مساعدة الطلاب على تطوير مهارات المقابلة الجيدة.

تم القيام مؤخراً باستقصاء عن مهارات التعامل مع الآخرين عند طلاب السنوات الأخيرة لكلية طب الأسنان، وجرى تقييم الطلاب على مجموعة متنوعة من المهارات الشخصية قبل المشاركة في دورة عن العلوم السلوكية والمهارات السريرية وبعدها. وقد تمت الدراسة على أخذ القصة التاريخية والمعرفة بتدبير السلوك والحد من القلق والعلاقات العامة للمريض. وخلصت الدراسة الى أنه بعد أن خضع الطلاب لدورة في تحسين المهارات السريرية وإجراء المقابلات المناسبة، تحسنت مهارات الاتصال بشكل ملحوظ. بالإضافة إلى ذلك، الطلاب الذين أظهروا تحسناً في تدريبات إجراء المقابلات كان لديهم ميلٌ لوضع أفضل في المهارات السريرية. هذا النوع من التدريب يُدرَس مقترناً بمقررات العلوم السلوكية في البرنامج التدريبي في طب الأسنان وهو مفيدٌ في توعية الطلبة ويساعدهم على توسيع مهاراتهم السريرية في التعامل مع المرضى بشكل أفضل.

عندما يمارس الطلاب تدريباتهم على الأصحاء (غير المرضى)، فإن هذا يمنحهم فرص للحصول على ردود فعل بناءة، مع تغذية راجعة موجهة سلوكياً لتحسين المهارات. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الممارسة تسمح للطلاب بأن يكونوا مرتاحين عند إجراء المقابلات. وتشير الدراسات إلى أن المشاركين أدركوا أيضاً بأن الفترة التدريبية كانت مفيدة. فالإقرار بأهمية تعليم الطلاب لتطوير مهارات التواصل بشكل جيد قد أثر في تطوير البرامج الطبية والسنية لإعادة النظر في الطريقة التي يتم بها تقديم مهارات إجراء المقابلات في المناهج الدراسية، وقد أفاد الطلبة في تعزيز الثقة والحد من القلق.

يتطلب التجاوب عند البالغين الأكبر سناً تواصلاً ناجحاً معهم وفهماً لقضاياهم. فعلى سبيل المثال، الحساسية تجاه القضايا الثقافية وقضايا الجيل، وفهم وجهات نظر المرضى، والإصغاء الجيد لهم كانت هامة في تعزيز التغييرات السلوكية. كما أن توزيع منشورات خطية بلغة سهلة الفهم من شأنها أن تفيد في نقل المعلومة الصحيحة عن نظافة الفم مثلاً.

المقابلة الأولى مع المريض: Initial Meeting With A Patient

يجب على من يجرون المقابلات أن يكون لديهم مهارات سريرية كافية من أجل الحصول على معلومات تشخيصية دقيقة. وعلى الفاحص أن يعتمد على مهارات إجراء المقابلات مع المريض وأحياناً على أفراد الأسرة في حال عدم توفر معطيات حيوية موثقة،

والتدريب والخبرة والممارسة تعطي المهارات الأكثر موثوقية لاستنباط المعلومات. كما هو الحال مع العلوم التطبيقية الأخرى، فإن إجراء المقابلات السريرية يجب أن تكون موضوعية ومنتقنة ودقيقة وموثوقة بحيث يمكن الاعتماد عليها عند اتخاذ القرارات التي تتعلق بمشاكل صحة المريض. وليكون الطبيب موضوعياً عليه تجنب التحيزات الخاصة أو الأفكار المسبقة بشأن المريض للحصول على صورة دقيقة وصحيحة عنه (الشكل 8-1).



الشكل (8-1): اجراء المقابلة الأولى بحضور الأهل (للمؤلف).

يشكل الاستماع الفعال بالإضافة إلى التغذية الراجعة الفعالة والشرح القواعد التي تساعد الطبيب على تطوير التواصل الجيد مع المريض. وهذا يعني أيضاً البحث عن معطيات موضوعية يستدل عليها مما يتلفظه المريض وهو الأمر الذي يساعد على تجنب التفسيرات السابقة لأوانها. كما أن جمع المعلومات الكافية لإصدار حكم يتعلق بالمشكلة يتطلب دقة أفضل عند وضع التشخيص، ففي المقابلات الأولية تكون الوحدات الأساسية للقياسات هي الكلمات التي تصف ما يدركه المريض للأوجاع السنية أو غيرها من المشاكل التي تستخدم في إيصال المعلومات للطبيب، لأن الفهم الدقيق للمشكلة يتطلب الشرح والتوضيح. على سبيل المثال، إذا كان المريض يشكو من الألم، فينبغي تشجيعه على مزيد من التفاصيل لوصف الألم. فمثلاً " هل يحدث الألم عند شرب السوائل الباردة أم عند المضغ؟ " هذا السؤال لا يوفر فقط التوضيح، بل يوفر أيضاً فرصة للمريض أن يصف المشكلة بشكل أكثر غنى وأكثر تفصيلاً. لذلك فالمقابلة الجيدة تحاول الكشف عن تجارب المريض بأكثر دقة ممكنة.

الاستماع الفعال أمر أساسي للحصول على المعلومات السريرية الخاصة بالمريض، والمكان الذي تتم فيه المقابلة السريرية يجب أن يفضي إلى هذا الأسلوب من التفاعل مع المريض. ومن الضروري تجنب إجراء المقابلة في مكان يحتوي على ما يشتت انتباه المريض. وتصريح المريض عن حالته الانفعالية كالآلم والخوف والقلق مع وضع الطبيب لرأيه جانباً سوف يعزز القدرة على البقاء موضوعياً (حيادياً). كما أن إعطاء المريض فرصة التحدث وتعزيز جهوده في تبادل المعلومات الشخصية يساعد على بناء الثقة والألفة ويشجع المريض على مواصلة تقديم المعلومات.

إن وضعية الجسم والتواصل العيني والإيماءات تشير إلى اهتمام المريض. ومن المهم عند الاستماع للمريض فهم شعوره وما هي الرسالة المراد إيصالها، وإعادة صياغة أقوال المريض تكون الرسالة مفهومة وتساعد في الحصول على نقطة التواصل أيضاً.

يجب الاستيضاح عن الرسائل الشفوية الغامضة إلى النقطة الأكثر وضوحاً، ثم، عن طريق التغذية الراجعة يتم فحص الرسالة وتحليلها. وفي النهاية يسمح تلخيص الرسائل الشفوية للطبيب بدمج الرسالة الكاملة وتنظيمها. وعلى الرغم من وعي الطبيب للكلمات التي يستخدمها المريض، إلا أن لغة الجسد تقدم معلومات مهمة للغاية حول شعور المريض (الشكل 2-8)، وعلى الطبيب أن يوليها عنايته ويرد بالشكل المناسب على تغييرات وضعية الجسم واحمرار الوجه والعبوس والتبدلات في لحن الصوت. وبما أن المرضى أقل وعياً لسلوكياتهم غير اللفظية، فقد لا يكون هناك تطابق بين كلمات المريض وسلوكه، عند ذلك، تكون الرسالة غير اللفظية أفضل تعبير عن مشاعر المريض ومواقفه الحقيقية. إن حركة المريض على كرسي المعالجة، والأذرع المتشابكة وقبضة اليد المشدودة، وما إلى ذلك مظاهر كلها تشير إلى القلق، فالتعبير الصحيح عن مشاعر المريض أمر مفيد. ومنها على سبيل المثال، الاعتراف بأنه من الصعب الشروع في، أو الجلوس لفترة طويلة من الزمن، وهذا سيتيح للمرضى أن يعرفوا بأن الطبيب على بينة بمشاعرهم واهتماماتهم، وقد يكون هذا كافياً لتقليل الأحاسيس المزعجة من العيادة السنية.



الشكل (8-2) : استخدام لغة الجسد غير اللفظية (للمؤلف).

في معظم حالات المرضى الذين يأتون بعد فترات زمنية بعيدة عن الزيارة الأولى لطبيب الأسنان مع تصورات معينة من شأنه التأثير في مواقفهم وسلوكياتهم في المستقبل بشكل إيجابي أو سلبي. وإجراء المقابلات بشكل فاعل يعني الاهتمام بالمريض ويجب توجيه المحادثات السريرية نحو احتياجاته، وينبغي أن يكون الهدف من المقابلة السريرية الحصول على معلومات كافية عن المريض لفهم المشكلة، ومن ثم القدرة على المضي قدماً بالمعالجة. وربما يختلف برنامج المعالجة عن الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، فهم لماذا حدثت المشكلة أو الحصول على معلومات تتعلق بالمشكلة (أي إن كان سيحصل الأفضل أم الأسوأ)، و/أو ما يمكن القيام به لتخفيف الألم ربما يكون هو الاهتمام الأكثر إلحاحاً للمريض. في المقابل، فإن من يجري المقابلة قد يكون أكثر اهتماماً في الحصول على معلومات داعمة (كالصور الشعاعية). وقد تؤدي الاختلافات في جداول مواعيد المقابلة إلى الإحباط وعدم الرضا، فمن المهم أن نميز الفروقات في الأهداف والاستجابة بالشكل المناسب. كما أن جزءاً من المقابلة الناجحة هو تطوير شراكة مقبولة مع المريض، في حين أن الجزء الآخر هو الإحساس بمشاعر المريض المعبر عنها بشكل لفظي أو غير لفظي.

وتختلفُ المقابلات المهنية عن المحادثة الشخصية، فالحديث الشخصي ينطوي على درجة من الحميمية وعلى مقدار معين من تبادل العواطف، ويكون هناك أخذ و رد من غير قيد أو هدف محدد. أما في المحادثات المهنية فيتم إجراء المقابلة تحت الظروف التي تتطلب مجموعة مختلفة من المهارات، فقد يكون هناك اهتمام أكبر مع أحد المرضى وذلك من خلال هدف واضح ومحدد يتعلق بشكل أساسي بعافية المريض. إذ يُتوقع من طبيب الأسنان تقديم

المساعدة المناسبة وحل المشكلة وتقديم المعالجة اللازمة. ومن المهم أن يكون هناك تركيز وتوجيه آخر على التواصل مع المرضى وإجراء المقابلة في - غرفة المعالجة - بتاريخ محدد ووقت معين. وعلى الرغم من وجود تعليق أو أكثر من التعليقات العامة بالمرضى، إلا أنه ينبغي على الطبيب أن يركز اهتمامه على احتياجات المريض. ويجب على طبيب الأسنان أن يتحمل المسؤولية عن وتيرة المقابلة، ويتجنب موقف المسيطر أو الصارم الذي يمكن أن يخيف المريض أو يكتبه .

اللقاء الأول بالمريض كما هي اللقاءات الأخرى يتبع فيها الطبيب نفس الإجراءات. ومن الإجراءات التي يمكن أن تساعد المريض على الاسترخاء قبل العكوف على المباشرة بالقضايا السنوية التبادل مع المريض بعض الأحاديث الخاصة كأن يعرض عليه مكان الجلوس والحديث بخصوص الأخبار السياسية والاجتماعية والطقس أو الأخبار الرياضية. وعلى الممارس أن يحدد وتيرة ونبرة الحديث، فباستخدام مهارات الاستماع الجيدة يمكن أن ينشئ علاقة جيدة مع المريض، وعندها سيكون المرضى أكثر سهولة واستعداداً لذكر السبب وراء زيارة طبيب الأسنان.

في مجتمعات عديدة من الشائع مشاركة أفراد الأسرة في عمليات صنع القرار. لذلك يمكن أن يكون شعور المريض أكثر ارتياحاً عند وجود أحد أفراد العائلة أثناء المقابلة وفي المعالجات اللاحقة، فأفراد الأسرة خلال المقابلة ربما يشكلون تحدياً للمهنة لأن احترام سرية المريض وخصوصيته هي في صلب الموضوع. وهناك الحاجة إلى العديد من التدريبات في الحالات الحساسة والخاصة، لذا بناء العلاقة مع أفراد الأسرة والاستماع إلى همومهم ومساعدتهم على وصف المشكلات ذات الصلة يُعدّ جزءاً لا يتجزأ من عملية المقابلة. وبالإضافة إلى ذلك، فمن المهم أن تكون الفكرة عن المعالجة واضحة وموجزة، مع مناقشة الخيارات مع المريض والأهل.

توجيه الانتباه نحو المريض: Attentiveness

مساعدة المريض على امتلاك شعور الراحة ما أمكن سيزيد من احتمال شعوره بأريحية أكبر في التعبير عن نفسه، وعليه أن يشعر أن طبيب الأسنان يستمع ويولي اهتمام الكامل أثناء المقابلة. وعلى طبيب الأسنان أن يكون واعياً للسلوكيات غير اللفظية ويتواصل بشكل غير لفظي فقط عندما يتواصل المريض معه بشكل غير لفظي. إن نظر الطبيب إلى الساعة أو ضعف التواصل البصري أو البحث في البريد أو إجراء مكالمات هاتفية يظهر أن

اهتمام طبيب الأسنان بالمريض قليل. أما الحفاظ على التواصل العيني المناسب عندما يتحدث المريض والتظاهر بوضعية الاسترخاء والتوضيح عند الضرورة والإيحاء بالتفهم مع إيماءات الرأس وما إلى ذلك يوحى للمريض الاهتمام والانتباه. كما أن عدم المقاطعة التي لا لزوم لها خلال المقابلة يمكن أن يعزز الانتباه والألفة. وعند المقاطعة كما يحدث في حالة الطوارئ مثلاً، ينبغي إعادة تحديد موعد آخر في أقرب وقت ممكن .

أسلوب آخر يستخدم للاتصال اليقظ وهو تكرار جزء حاسم من عبارات المريض الشفوية مرة أخرى إلى المريض. هذا الأسلوب لا يوحى فقط للمريض أن هذا الاهتمام مدفوع الأجر، بل ويساعد أيضاً على توضيح الرسائل الشفوية للمريض. وعادة يطلب المرضى معرفة خبرات الطبيب ومهاراته عندما يعبرون عن شكواهم ويتوقعون أنه الخبير الذي يصف العلاج المناسب ويشرح الإجراءات ويناقش الخيارات المتاحة. والاستشارة الأولية للمريض تكشف عن معلومات مهمة تتعلق بالمشكلة والإصغاء الدقيق والانتباه لما يقوله المريض إن كان شفوياً أو لا شفوياً والذي قد يستخرج معلومات قيمة. إن الحديث الأقل للممارس والاستماع الأكثر يساعد على معرفة المزيد عن المريض وتمكين الممارس من تطوير علاقة حميمة.

على الرغم من أنه ليس من السهل أن تكون دائماً موضوعياً، إلا أنه أمر بالغ الأهمية في عملية الإعداد السريرية ويجب أن تكون أحاسيس طبيب الأسنان ومواقفه وما يحب ويكره تحت سيطرة كافية من أجل التركيز على احتياجات المريض. وينبغي على الممارس ألا يتفاعل بطريقة سلبية حتى عندما يقدم المريض وجهات نظر تتعارض أو تنتقد شخصاً هو موضع الاحترام. وعادة لا يستطيع المرء تحمل رد الفعل تجاه الغضب أو الاختلاف في الرأي. ومن السهل أن تتعاطف وتتسامح وتقلق أو تخاف أو تنفعل، لكن الغضب عموماً هو أكثر صعوبة لمن يقوم بالمقابلة لأنه يجعل الشخص يشعر بوضع دفاعي. ومن الهام أن ندرك أن غضب المريض عادة يكون قليلاً لمن يجري المقابلة وغالباً ما يرتبط بظروف المريض نفسه. لذلك يجب البقاء على الحياد بينما يتم شرح الحالة للمريض أو تحمل المسؤولية عن أي تصرف يمكن أن يكون له علاقة بمشكلة المريض كإبقاء المريض بالانتظار لفترة طويلة من الزمن لأن من الصعب معالجة مريض غير مرتاح للطبيب.

الحصول على القصة التاريخية الدقيقة: Obtaining An Accurate History

في بعض الممارسات السنية يُطلب من المرضى ملء ورقة استبيان بقلم رصاص قبل المقابلة مع الطبيب. وفي دراسة تمت فيها مقارنة برنامج التاريخ الصحي المستند إلى القلم المحوسب مع ورقة الاستبيان التقليدية بقلم رصاص لتحديد مدى ارتياح المرضى عند إدخال المعلومات الشخصية على جهاز الحاسب الآلي، وتم نقل المعلومات لاحقاً إلى السجلات الطبية للمريض المعتمدة على الحاسب الآلي، وخلصت النتائج إلى أن المرضى يستجيبون بشكل إيجابي إلى الاستبيان بقلم الرصاص وأشاروا إلى أنهم يفضلون استكمال الاستبيان الورقي. كما خلص الباحثون إلى أنه على الأرجح الأجوبة موثوقة، ومع ذلك، حذروا، وبغض النظر عن كيفية جمع البيانات، أن على طبيب الأسنان مراجعة المعلومات مع المريض. وأشاروا إلى مزايا التاريخ الصحي المحوسب التي تشمل القراءة وإمكانية استيراد البيانات مباشرة من سجلات المريض.

وبشكل عام، يفيد الحصول على معلومات عن نمط الحياة والوظيفة والحالة العائلية في وضع التشخيص وخطة العلاج. فعلى سبيل المثال، المريض الذي يشكو من ألم المفصل الصدغي (TMJ) يقوم برفع كتفه للإمساك بالهاتف أثناء العمل، واضعاً بذلك ضغوطاً إضافية على المفصل الفكي الصدغي وزيادة توتر عضلات الكتف. وهذه المعلومات تمكن طبيب الأسنان من تقديم مقترحات للقيام بتحسينات مريحة، كارتداء سماعة الرأس عند استخدام الهاتف. مثلاً بشكل عام يميل أطباء الأسنان إلى فحص المرضى المستقرين عاطفياً، إلا أن ذلك ليس هو واقع الحال دائماً، فالخصوصية الشخصية ومشاكل تعاطي المخدرات والأمراض النفسية يمكن أن تجعل إجراء المقابلات وعلاج المريض مهمة معقدة وتستغرق وقتاً طويلاً. وقد توضح القصة التاريخية المتعلقة بالأدوية وجود اضطرابات عاطفية أو نفسية كالقلق أو الاكتئاب. واللفت عند السبر للحصول على معلومات من المرجح أن يمنع أو يقلل الانزعاج العاطفي عند المريض.

تأسيس علاقة ودية: Establishing Rapport

تأسيس علاقة ودية هي علاقة تتطوي على انشاء ود مع المريض، وهي تمثل حالة من التفاهم والثقة مع علاقة دافئة ومريحة، أما الفشل في تحقيق هذه العلاقة الجدية فيمكن أن يسبب فشلاً في تكوين علاقة مناسبة أثناء المقابلة السنية.

يجب أن يكون الطبيب في بداية المقابلة أكثر اهتماماً في تطوير علاقة للحصول على معلومات واقعية وحقيقية، لأن العلاقة الحميمة بين المريض والطبيب تتطور تدريجياً، فالمريض يكون أكثر ميلاً للاستماع وكسب الثقة عند تأسيس هذه العلاقة لأن الخصوصية النفسية مهمة لدى معظم المرضى، وعملية المقابلة ينبغي أن تبقى سرية. كما يمكن تأسيس علاقة عن طريق كلا الوسيلتين الشفوية وغير الشفوية فسلوك الشخص المقابل عامل هام في ذلك. إن النبرة الصوتية الودودة والاتصال العيني والاهتمام المتسم بالاحترام أمور تسهم جميعها في التقرب من المريض. ويمكن تعزيز ذلك من خلال تقبل آراء المريض دون الحكم عليها لكن هذا لا يعني بالضرورة الموافقة عليها، إنما على الطبيب احترام حق المريض بما يحمل من آراء.

إنّ اللقاء في زيارة المريض الأولى غالباً ما يثير القلق، وعلى طبيب الأسنان خلال المقابلة السريرية الأولية، الانتقال من معلومات عامة واقعية (أي العمل والتعليم والأسرة) التي من المرجح أنها تخفف القلق، إلى تفاصيل أكثر دقة تتعلق بالمرض أو سبب المعالجة. وغالباً لا يكون المريض واضحاً بشأن القضايا المطروحة وعندها يمكن للطبيب مساعدة المريض في وصف المشاكل عن طريق طرح أسئلة مفتوحة، وهذا يشير إلى نوع الأسئلة التي تسمح للمريض بالإجابة بطريقة تشجع على التحدث عن كل ما هو مهم، كما أنها تمكن الطبيب من جمع المزيد من المعلومات. هذه الأنواع من الأسئلة تسمح للمريض بسرد "قصصهم" بطريقتهم الخاصة، فمثلاً السؤال "هل تعاني من ألم عند المضغ؟" سيكون الجواب مغلق حيث الإجابة بنعم أو لا فقط دون تقديم مزيد من المعلومات. لكن، إذا كانت هناك حاجة لمزيد من المعلومات، يُسأل "متى عانيت من الألم؟" فهذا يتطلب معلومات مفصلة. وقد تتوفر معلومات قد لا تكون متوقعة من قبل. ثم إذا كان ألم المريض يوقظه في منتصف الليل ويغيب خلال ساعات اليقظة، فهذا قد يزودنا ببعد جديد لهذه المشكلة وعندها هناك أسئلة أخرى مفتوحة يمكن أن تطرح. ربما يعزز ذلك المزيد من الثقة والتفاهم المتبادل بين الطبيب والمريض. وعلى الرغم من الأسئلة المفتوحة المستخدمة في كثير من الأحيان، إلا أنها قد لا تستخدم في الحالات الخاصة.

التعاطف (التقمص العاطفي): Empathy

يشير التعاطف إلى القدرة على فهم الحالة المزاجية للشخص الآخر وإدراكها. وهذا يعكس الشعور بالاطمئنان والحنان، فالاستجابات التعاطفية عموماً تشير وتثبت أن الطبيب

يتفهم شعور المريض أو معاناته أو حالته دون تلك العواطف التي تتغل بالكمات. وهذا يعني أن الطبيب على دراية ويتفهم ويقبل تصور المريض عن المشكلة. لكن الحساسية تجاه القضايا العرقية والإرثية حاسمة لأن الخلفية الثقافية ذات الصلة بالمعتقدات والمواقف غالباً ما تؤثر في صحة المريض. فالفشل في التعرف على جوانب هامة في القصة التاريخية للمريض بما في ذلك القيم أو الأولويات أو الأحاسيس (كالخوف من الألم) يمكن أن يؤدي إلى الفشل في تأسيس العلاقة الودية والتواصل بشكل مناسب.

وقد أشار العلماء إلى أن مكونات التعاطف وعناصره لدى الطبيب هي احترام وجهات النظر، والرعاية بلطف، والتعاطف، وهي عوامل هامة، فالإصغاء إلى المريض سواء كان لفظياً أو غير لفظي وتقديم الشرح والتصديق والتشجيع يسمح له بالإدراك أن وجهة نظره محترمة ومفهومة جيداً. علاوة على ذلك، فالتعاطف مع حالة المرضى يسمح للطبيب بالإشفاق على مشاكلهم وإذا شعر المرضى بأن الطبيب يتفهم مشكلاتهم، فمن المرجح أن تكون مناقشتهم أكثر راحة وأوفى تفصيلاً.

استشارة الطبيب النفسي:

يشعر أطباء الأسنان بالراحة نسبياً عند إحالة المريض إلى طبيب الأسنان المتخصص أو عند طلب الاستشارة من طبيب المريض. إلا أنهم يترددوا كثيراً عند إحالة المرضى الذين يحتاجون إلى استشارة اختصاصي الصحة النفسية، ربما لاعتقادهم بأنها تسيء للمريض عند طلب المشورة.

ومع أن هذه الاستشارات قد تكون نادرة فعلياً، إلا أنه من الضروري أن يكون طبيب الأسنان على بينة ودراية في كيفية تقديم الإحالة لأسباب نفسية. وهذا الأمر هام لأن طبيب الأسنان قد يتعامل مع مرضى يشير سلوكهم إلى ضرورة تقديم الرعاية من قبل اختصاصي الصحة العقلية للتعامل مع مشاكل خاصة قد تكون مرتبطة بالمعالجة السنية أو مرتبطة بجوانب أخرى من الحياة. بالإضافة إلى ذلك، قد يحتاج أطباء الأسنان إلى طلب الاستشارة لأنفسهم أو أسرهم أو أصدقائهم.

والهدف من هذا الفصل هو مساعدة أطباء الأسنان على تحديد هوية الأفراد الذين هم بحاجة إلى رعاية اختصاصي الصحة العقلية، وكيفية شرح الحاجة التي يمكن أن تدعو إلى تدخل محتمل، وكيفية إنشاء أي إحالة ضرورية:

1- المشاكل المتعلقة طب الأسنان:

طبيب الأسنان (وخصوصاً الاختصاصي) يمكن أن يسأل عن التدبير السلوكي لمرضى محددين في بعض الإجراءات المقترحة. فعلى سبيل المثال، ربما تظهر نتائج المقابلة وخطة المعالجة مع المريض سؤالاً عن جراحة تقويمية، وهذا سوف يثير مجموعة من الأسئلة حول إدراك المريض وتوقعاته فيما يتعلق بالإجراءات أو مدى استعداده لذلك. وفي مثل هذه الحالة قد يشعر طبيب الأسنان بأن التقييم النفسي سيكون مفيداً لتقييم حالة المريض. ومع أن ذلك يعدّ أمراً مثيراً، إلا أن صورة المريضة التالية تعدّ مثالاً على ذلك.

سيدة في منتصف العمر تعاني من حالة من التهيج عند الحضور إلى مواعيدها المعتاد. وخلال المقابلة مع طبيب الأسنان، أبلحت المريضة بأنها تعاني مع زوجها مشاكل زوجية طويلة الأمد وتفكر في الطلاق. كما بينت أن لديها عدد قليل من الأصدقاء نتيجة لمهنة زوجها العسكرية. ونتيجة لعزلتها وقلة عدد الأصدقاء وقلة أفراد العائلة المتاحين لمناقشة هذه المشاكل، اقترح طبيب الأسنان تأجيل المعالجة وأحالها إلى طبيب نفسي.

2- الإحالة للذات أو للعائلة أو للأصدقاء:

عادة يكون أطباء الأسنان بصحة جيدة من الناحية العاطفية والبدنية. لكن مشاكل الحياة المتراكمة والأزمات الخطيرة قد تجعل طبيب الأسنان يفكر جدياً بخدمات الصحة النفسية المهنية. كما بينت الخبرة أن طبيب الأسنان قد يحتاج لمعالجة مشاكل خطيرة كإدمان الكحول والمخدرات.

والمشاكل عند أفراد الأسرة قد تحتاج إلى إجراء الفحوصات من قبل ذوي الخبرة الجيدة في مجال الصحة العقلية، وإدراك الحاجة لمثل هذه الخدمات قد تسبب صدمة لطبيب الأسنان. في مثل هذه الحالة، علينا أن ندرك بأنه قد لا نتمكن من التعامل مع المشاكل دون مساعدة الاختصاصات المهنية المناسبة.

وعلياً أن ندرك أن عدداً من الجلسات قد يكون ضرورياً، فطبيب الأسنان قد لا يحتاج لعلاج طويل الأمد. والمثال التالي يوضح الحاجة للاستشارة النفسية.

أنهى طبيب أسنان شاب دراسته للتو في مجال التعويضات السنية، توفي والده فجأة وبدأ يعاني من شكوك كبيرة حول أهليته في مجال التعويضات السنية، فتمت الإحالة إلى الطبيب السلوكي حيث أشار التقييم النفسي أن والد الطبيب قام بتضحية كبيرة حتى يصبح ابنه طبيباً. لذا تطور عنده شعور بالذنب تجاه وفاة والده المفاجئة وعدم قدرته على تعويض تلك

التضحيات. كما أن مرضاه المسنين أثاروا ذكريات كل من والده والمشاعر المرتبطة بالذنب والندم. قام اختصاصي الرعاية النفسية بوضع خطة العلاج والجلسات اللازمة وتم الشفاء بشكل كامل.

3- إحالة المريض إلى الاستشارة النفسية:

من الناحية المثالية، يجب أن يعرف طبيب الأسنان اسم اختصاصي الرعاية النفسية الذي سيحال إليه المريض، فالمناقشات والتواصل مع الزملاء ومع أخصائيي الرعاية النفسية تمكن من معرفة اسم ورقم هاتف وعنوان الاختصاصي المناسب.

وعند مناقشة موضوع الحاجة للرعاية الصحية النفسية مع المريض، فمن المهم أن يعمل الطبيب على جعل ذلك طبيعياً. وبالنسبة لبعض أطباء الأسنان الذين يستخدمون الاستشارة النفسية بانتظام، تكون العبارة المستخدمة على الشكل التالي: " قبل أن نقوم بأي من هذه الإجراءات، فمن عادتنا تقييم جميع المرضى حتى نتأكد من توفير أفضل علاج ممكن ". أما بالنسبة للآخرين، قد تأخذ هذه العبارة أشكالاً ومعانٍ أخرى. فمثلاً بعض الزملاء يستفيدون من الذهاب إلى النادي الصحي، ولكن ليس كل من يذهب إلى النادي الصحي يذهب بهدف تخفيف الوزن أو تغيير شكل الجسم، فالكثير يذهب من أجل المحافظة على اللياقة. وهذا هو واقع الحال مع الأفراد بالنسبة للرعاية النفسية. قد يعاني بعض الأشخاص من اضطرابات نفسية شديدة، وبعضهم الآخر قد يحتاج إلى بيئة داعمة من قبل أخصائيي الرعاية النفسية للحفاظ على سلامتهم في وقت الأزمة.

قد يسأل بعض المرضى عن نقطة غير حقيقية وهي " هل تعتقد أنني مجنون؟ في مثل هذه الحالة، على طبيب الأسنان الرد: أنا لا أعتقد ذلك، ولكن لدي شعور بأن هناك أشياء معينة تحدث في حياتك وتسبب لك قلقاً كبيراً. ولذلك، أعتقد أنه قد يكون من المفيد اكتشاف هذه الأمور مع شخص متخصص في هذه المسائل. وهذا لا يلزمه سنوات من العلاج النفسي، فمن خلال تجربتي معظم الأشخاص استفادوا خلال بضع جلسات، ولهذا، أنا أرغب في أن أعطيك اسم الطبيب النفسي ورقم هاتفه.

في بعض الأحيان، قد يتردد المريض أو يرفض الإحالة. ومع ذلك، عندما يقرر أطباء الأسنان ضرورة الإحالة يجب عندئذ القيام بها.

العلاقة بين الطبيب والمريض

The Dentist-Patient Relationship

لا تزال العلاقة بين الطبيب والمريض تلقى اهتماماً واضحاً وبحثاً في حقول الطب وعلم الاجتماع وعلم النفس والطب النفسي. والعمل في هذه الحقول يُركز على قضايا أهمها:

1- تأثير مقدم الرعاية الطبية على الالتزام بالإجراءات الطبية.

2- استجابة المعالج الصحي إلى حركات المريض.

3- إنسانية العناية الطبية وتأثير السلوك السلبي للمعالج.

4- إدراك نتائج ونوعية المعالجة.

وقد لوحظ في مجال طب الأسنان أن "البحث في العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض كان يُقيم بشكل أساسي بالاختلافات في سلوك المرضى ومشاعرهم ومواقفهم " وكان الاهتمام المعطى لسلوك أطباء الأسنان ومشاعرهم ومواقفهم قليلاً. في مراجعة لما كُتب حول تأثير طبيب الأسنان في سلوك الصحة الفموية، أكد Ayer أن الدراسات التي قامت بفحص الأطباء كانت تركز على معرفة التأثير السلبي للممارس الطبي على مريضه. وفي الحقيقة فإن القليل من الجهد الحقيقي الذي بذل للعلاقة ما بين الطبيب والمريض.

يوجد العديد من الأسباب التي تدعو لدراسة العلاقة بين الطبيب والمريض على أساس المعطيات المذكورة من قبل ممارسي الصحة، وقد لوحظ من خلال مراجعة مكثفة للأدبيات، أن إدراك الطبيب للمريض كان مرتبطاً بشكل ملحوظ بنتائج المعالجة. المعلومات المتوفرة بما كُتب عن هذا الموضوع في مجال مساعدة المهنيين الآخرين دعمت أهمية البحث في مجال علاقة طبيب الأسنان بالمريض والتي يمكن أن تُستخدم أيضاً لتؤمن إطاراً مناسباً يؤدي إلى تطوير رأي علمي ذي معنى.

عندما يؤخذ قراراً بطلب الخدمة الطبية ويصل المريض إلى غرفة انتظار الطبيب، فإن الأدبيات أظهرت أن هناك عدة عوامل مؤثرة، فإما أن يستمر المريض بالجلوس في المقعد الذي اختاره أو أن يبحث عن مكان جلوس بديل.

- أشكال العلاقة بين الطبيب والمريض:

يجب أن يبدأ أي نقاش حول علاقة الطبيب بالمريض بمجمل أنواع هذه العلاقة. ولسوء الحظ ما كُتب عن طب الأسنان سابقاً كان يبحث في نوع واحد من العلاقة بين الطبيب والمريض. ومثل هذا الاتجاه قلل من أنواع الأبحاث المجراة وأعاق النتائج ذات الصلة بهذا الموضوع. في الكتابات التي تحدثت عن علاقة طبيب الأسنان بالمريض، وصفت ثلاثة نماذج من العلاقة، والتي تختلف حسب حجم المسؤولية المطلوبة من الطبيب والمريض.

النموذج الأول:

علاقة إيجابية باتجاه واحد. يتولى الطبيب فيها كامل المسؤولية عن معالجة المريض. وفي الحالات الشديدة يكون المريض غير قادر على القيام بردود أفعال (كالمريض غير الواعي - السبات ... إلخ).

النموذج الثاني:

نموذج (تعاون - توجيه). هنا يتبع المريض التعليمات. وفي طب الأسنان، هذه التعليمات يمكن أن تأخذ شكل العبارات التالية (افتح فمك بشكل واسع، أدر رأسك في هذا الاتجاه، ابقي ساكناً، إلخ).

النموذج الثالث:

يدعى المشاركة التبادلية. في هذا النموذج يعطي الطبيب التعليمات، ويقوم المريض بالسلوك المطلوب، ويتوقع أن يتحمل المريض المسؤولية خدمة لنفسه ودعماً لصحته. مثال على ذلك، الطبيب ينصح المريض بتفريش الأسنان واستخدام الخيط السني، وعلى المريض أن ينجز هذه التعليمات والأنشطة. في الأمراض المزمنة، يمكن أن يصف الطبيب المعالجات، وعلى المريض أن يقوم بهذه المعالجات وفق جدول محدد. في مجال الوقاية من الأمراض، فإن الشخص الذي يقدم العناية الصحية يكفي أن يُعطى اقتراحات لتحسين الحماية الغذائية والتمارين الرياضية أو الإقلاع عن التدخين، وعلى المريض أن يطبق هذه النصائح.

أبعاد العلاقة بين الطبيب والمريض:

كما ذكر منذ قليل، فإن أحد مظاهر العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض كانت تقييم المريض من قبل طبيب الأسنان. وفي مراجعة شاملة لما كتب حول هذا الموضوع فقد حدد Wills ثلاثة أبعاد أو عوامل تظهر بشكل مستمر في الأدب الطبي، والتي على أساسها

يصنف الأطباء مرضاهم. والتصانيف الإيجابية تظهر العلاقات مع نوعية المعالجة ونتائجها بشكل جيد. وعلى الرغم من أن المجالات التي فحصها Wills لم تشمل طب الأسنان، إلا أنه يمكن أن تطبق على طب الأسنان كتعاون مهني.

الأبعاد الثلاثة لتصنيف Wills للمريض الجيد والذي يبحث عنه:

- القدرة على التدبير.

- القدرة على المعالجة.

- القدرة على المحبة.

1- القدرة على التدبير:

الدراسات في الأدب الطبي وصفت المريض " الجيد " بأنه المريض المطيع والمريح والقادر على أخذ دور المريض. ويوصف المريض الذي يعدّ مطيعاً قليل الخطر أو التهديد للطبيب المعالج بالمريض الإيجابي.

2- القدرة على المعالجة:

حسب Wills فالمريض " الجيد " يبدي مستويات قليلة من الإراضية ويبدي حافزاً كبيراً للمعالجة. وبكلمات أخرى، هؤلاء المرضى والذين هم أقل إصابة بالمرض ويريدون المعالجة يصنفون بأنهم إيجابيون أكثر من الذين لا يملكون هذه الصفات.

3- القدرة على المحبة أو الجاذبية:

وُصِفَ المريض الجيد بأنه المقبول والمحبوب والجذاب، وهذه صفات يبحث عنها الطبيب عند اختيار مرضاه. كما أنها تحدد فيما إذا كان المريض سوف يتلقى المعالجة وتحدد نوع المعالجة التي يتلقاها المريض وجودتها. وقد أكدت المراجعة الطبية بأن أطباء الأسنان يمكن ان يُقيموا المرضى على أسس مشابهة. فقد وجد Collet أن 49% من أطباء الأسنان أقرروا بأن المريض المثالي هو: أنثى، ومتعلمة، وعمرها بين 25-50 سنة وذات دخل مرتفع.

قام O'shea بدراسة على 628 ممارساً عاماً للتعرف على المريض " الجيد ". وكانت الصفات تتضمن: (رأي المريض عن طب الأسنان والمسؤولية الشخصية والامتثال للأوامر). رأي المريض عن طبيب الأسنان يتوافق مع عوامل Wills لقبول المعالجة. والامتثال للأوامر وقابلية التدبير والمسؤولية الشخصية الإيجابية تظهر مقابلة لعامل الجاذبية لـ Wills.

عندما أصبح الممارسين أكثر خبرة وتخصصاً اتجهوا نحو التأكيد على الصفات السلبية لشخصيات المرضى، ويتفق ذلك مع وصفهم بأنهم المرضى الأقل قبولاً للتغير. وبالتالي يصنف المرضى الذين يعارضون الرغبة الكاملة للممارس الطبي إما بالمرضى خارج خبرة الطبيب أو المرضى غير القابل للعلاج.

- الرضا بين أطباء الأسنان والمرضى:

أ- رضا المريض وارتياحه:

درست العديد من الدراسات رضا المرضى عن طب الأسنان، حيث وجدت بأن للمرضى هدفين رئيسيين في البحث عن خدمات العناية الصحية. الهدف الأول: الحصول على تشخيص صحيح ومعالجة مناسبة متكاملة. والهدف الثاني: التخلص من الخوف والقلق المرافق للمرض.

لكن المريض نادراً ما يكون قادراً على تحديد الكفاءة التقنية للطبيب (في كل من الطب وطب الأسنان). لذلك فهو يركز باهتمام كيف سيقوم الطبيب بإراحته من القلق وكيف سيقدم الدعم العاطفي في ما يتعلق بالخوف والمفاهيم المتعلقة بالمرض والألم.

أشارت نتائج الدراسات التي تمت على مجموعة من المرضى للحصول على أفكارهم المتعلقة بطبيب الأسنان الجيد إلى أن العوامل المهمة (من منظور المريض) تتضمن:

1- شخصية طبيب الأسنان.

2- قدرة الطبيب على تقليل الخوف والقلق.

3- القدرة التقنية لطبيب الأسنان.

إحدى الدراسات أشارت إلى أن الأهل الذين أبدوا رضاً عن أطباء أسنان أطفالهم كانوا الأطباء الذين يتحدثون إلى الأطفال خلال الزيارة. واستنتج العلماء بأن أطباء الأسنان يقومون بعمل أفضل تجاه رضا المرضى من عمل الأطباء البشريين.

أمّا الدراسات التي تمت على المرضى بعمر الخمسين سنة وأكثر والذين لديهم طبيب أسنان منتظم كانوا أكثر رضاً عن طبيب أسنانهم من الأشخاص الذين ليس لديهم طبيب أسنان منتظم.

ب- رضا الطبيب:

أوضح الأدب الطبي السني أن أطباء الأسنان يبدون درجة عالية من الرضا عن مهنتهم. ومع هذا الرضا العالي، هناك جوانب خاصة من طب الأسنان كانت أقل رضا، منها مثلاً "مشاعر تعاون الأطباء ومساعدتهم لبعضهم"، وما زالت هذه الأشياء تبعث درجة عالية من الشعور بالرضا.

مفارقة ظاهرة في العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض:

معظم هذا الفصل يصف الأدبيات والتأثيرات السلبية الكامنة على الطبيب والتي تطرأ على علاقة المريض بطبيب الأسنان وعلى المعالجة وعلى نتائجها. إلا إن الأدبيات الطبية التي كتبت حول الرضا من وجهة نظر كل من المريض وطبيب الأسنان كانت مرضية لكلا الطرفين. وفي الحقيقة فإن الأدب الطبي السني توصل إلى أن العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض بصورة عامة هي علاقة جيدة جداً. ومن المهم القيام بفحص دقيق للإجراءات التي يمكن أن تؤثر في هذا الموقف.

يرى بعض الباحثين أن طبيب الأسنان يختار مرضاه كما المرضى يختارون طبيب أسنانهم، ونتيجة لذلك فإن أطباء الأسنان يطورون طريقة ممارسة مع أناس يرغبون بأن مرضاهم مدى الحياة. فأطباء الأسنان المتقدمين في العمر يملكون بالفعل مرضى بعمر متقدم وهؤلاء المرضى يميلون لامتلاك دخل أكبر من المرضى الأصغر عمراً. كما وجدت الدراسات أن نسبة 10% من السكان ينفقون 75% من مواردهم المالية للمعالجة السنية و2% من السكان ينفقون أكثر من النصف. لذلك من الواضح أن عدداً قليلاً من الأشخاص يزورون طبيب الأسنان بشكل منتظم وهذا يدعم النظرية التي تقول بأن أطباء الأسنان والمرضى يختارون بعضهم بعضاً.

إذا كان هذا صحيحاً فما هي الضمانات التي تقوي العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض؟ لأن حوالي 25-50% من المرضى يتم فقدانهم بسبب خلافات شخصية بين طبيب الأسنان والمريض.

وكما لوحظ سابقاً، فإن أطباء الأسنان يرغبون برحيل بعض المرضى بسبب خلافات شخصية. ومع مرور الوقت فإن أطباء الأسنان يحافظون على أشخاص يحبون أنفسهم بشكل كبير، ويشعرون بارتياح واستفادة أكبر مع المرضى الذين يدعمون المطالب الذاتية ويدعمون نوعاً من تعزيز التشاركية لعادات نشأت بينهما. وهناك مجموعة من المرضى والذين فشلوا

في هذه العلاقة أو تجاهلوا هذه الظروف فإنهم يُستبعدوا من العمل مستقبلاً. وهناك أشخاصٌ قليلون يملكون إدارة وسيطرة على العمل ومكانة كأطباء الأسنان. بالإضافة لذلك فإن هذا يمكن أن يساعد في تفسير مستويات الإجهاد (الكرب) المنخفضة عند أطباء الأسنان.

عوامل متنوعة:

بعض الدراسات التي تمت خلال السنوات العشر الماضية أوضحت أن المرضى يفضلون الأطباء الذين يملكون أسماء ذات نسب مع مظهر شعر ملائم ويرتدون المريول الأبيض والبنطال للطبيب والنتورة للطبيبة ويرتدون الأحذية. ولم يكونوا سعداء لارتداء الجينز الأزرق، والقمصان المفتوحة، وأحذية التنس، وتسريحات شعر عصرية.

الصمت من ذهب، فالصامت مهاب والمُنصت محبوب والبلوى مع النطوى.

الفصل العاشر

الامتثال لتوصيات الرعاية الصحية

Compliance with Health Care Recommendations

يُعرّف الامتثال بأنه مدى التوافق بين سلوكيات العناية الصحية للإنسان مع النصيحة الطبية أو الطبية السنية أو الصحية. دافع عدد من المؤلفين عن ضرورة استخدام مصطلح الالتزام بحجة أن الامتثال يدل على الخضوع لأوامر الرعاية الصحية المهنية فضلاً عن وجود دلالات سلبية أخرى. وقد ناقش بعضهم مصطلح الالتزام على أنه يشمل مشاركة أكثر واحتراماً قائماً بين كلاً من المريض والطبيب. لكن هذه المناقشة بعيدة عن كونها الحل وسوف يتم استخدام مصطلح الالتزام والامتثال بشكل متبادل في متن البحث.

- تقييم الالتزام:

استخدمت العديد من الطرق لتقييم مدى التزام المريض بتوصيات الرعاية الصحية. وهذا يشمل كلاً من التقارير الذاتية ورأي اختصاصي الرعاية الصحية والالتزام بتناول الأدوية ومقاييس النتائج والمقاييس الالكترونية والمقاييس المباشرة.

يصف التقرير الذاتي (الشخصي) نمط السلوك وعادات تنظيف الأسنان والعادات الغذائية ويحمل في طياته وصفاً لعدد من الصعوبات التي قد يواجهها المريض عند الممارسة العملية لهذه النشاطات. وهكذا، فإن التقارير الذاتية غالباً لا يوثق بها، ورأي اختصاصي الرعاية الصحية غالباً لا يكون دقيقاً. وقد أظهرت الدراسات أن الأطباء يميلون إلى المبالغة في تقييم التزام المريض بينما يكون تقييم المساعدات والمرضات أكثر دقة. وغالباً ما يستخدم الالتزام بحبة الدواء لتقويم الامتثال، ولكنه قد لا يعكس إذا ما أخذت في موعدها، أو لم تؤخذ على الإطلاق. وتعكس مقاييس النتائج ما إذا أدت توصيات الرعاية الصحية المنصوح بها (الوصفة الدوائية، التمارين، إلخ) إلى تحقيق الهدف المطلوب من المعالجة. وقد يوصي الطبيب بتناول مضاد حيوي لمعالجة الإنتان، فربما يتناول المريض 70% فقط من كمية الدواء الموصوف ويشفى من الإنتان. إن الاختلافات الفردية على الأرجح هي السبب في جعل الدواء فعالاً في معالجة الإنتان. ومع ذلك، يجب أن يتساءل المرء عن هذه المعاني لتحديد نسب الامتثال. وقد استخدمت المقاييس الالكترونية لأنها تحدد الوقت بدقة ومتى وفيما إذا كانت هناك ضرورة للمتابعة بالحمية الغذائية. لكن هذه الاستشارات غالباً ما

يتم الاستغناء عنها لارتفاع ثمنها وكلفتها، وقد تتطلب المقاييس المباشرة عينة دم أو بول لقياس مستويات الدواء والمستقلبات.

والسؤال الأساس هو البحث عن العوامل التي تخلق الالتزام الكافي. هل يجب أن يعني الالتزام الأمتل تناول المريض للأدوية الموصوفة له بالكامل، أو هل هو قيام المريض بتفريش أسنانه أو غسلها بعد كل وجبة طعام؟ بالتأكيد لن تكون مستويات الامتثال 100% ولكنها لا تزال وسيلة علاجية فعالة. وبسبب الاختلافات الفردية، فإن المرضى لديهم متطلبات مختلفة من كمية الدواء أو التمارين اللازمة لهم. وهكذا، فالعديد من العوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد ما إذا كان المريض ملتزماً أو غير ملتزماً.

- معدلات الامتثال:

تختلف معدلات عدم الالتزام بشكل كبير باختلاف الدراسات حيث تراوحت بين (4% إلى 9%) في الحالات الحادة وكانت بمعدل (30% إلى 50%) في الحالات المزمنة.

الالتزام من جانب اختصاصي الرعاية الصحية:

مسألة هامة أخرى تتعلق باختصاصي الرعاية الصحية. فالعديد من الدراسات أظهرت أن الطبيب غالباً لا يتبع التعليمات بشكل صحيح. وقد أجرى Greene و Neistat دراسة على 16 طبيب أسنان ووجدوا بأن 66% من المرضى لا يتلقون الحماية الكافية من الأشعة السينية.

- محددات الامتثال:

حاولت العديد من الدراسات فحص المتغيرات الخاصة بالامتثال، إلا أن النتائج لم تكن مبشرة. فعلى سبيل المثال، وجد بأن خطورة المرض أو الحالة ذات علاقة قليلة بمدى الالتزام. بعبارة أخرى، لا يمكن التنبؤ بأن المريض شديد الخطورة سيكون أكثر توافقاً مع النظام العلاجي المعطى له.

العوامل الثقافية العرقية:

أشار عدد من الباحثين إلى أن العديد من العوامل الثقافية العرقية تؤثر في اتخاذ القرار عند المرضى للحصول على المعالجة ولمتابعة توصيات المعالجة. فالاختلافات في اللغة والنتائج المتوقعة من المعالجة والمعالجات السلبية السابقة لها تأثيرات كبيرة في امتثال

المريض. ويمكن أن تسبب الاختلافات في الثقافة واللغة بعض المشاكل بسبب عدم القدرة على فهم مشاكل المريض أو توصيات الرعاية الصحية للمريض الخاصة بالوقاية والمعالجة. قد تدرك بعض فئات المرضى أنها تتلقى العلاج خارج نطاق إرادتها. هؤلاء الأفراد يتصرفون وكأن كل ما يحدث لهم هو خارج نطاق سيطرتهم وأنه يحدث على سبيل الصدفة أو القدر. فإذا أصيب أحدهم بعدوى لمرض ما، فليس لأنه فشل في تطبيق الإجراءات الوقائية، وإنما بسبب القدر أو سوء الحظ. ومرة أخرى، إذا تم إعطاء المريض مضاداً حيوياً لعلاج مرض معين، فإن عدم التزامه بخطة المعالجة ينجم عن اعتقاد المريض بأن الشفاء يأتي عن طريق الصدفة أو القدر.

التجارب السلبية السابقة مع المعالجة وإعداداتها قد تعزز تأثيرات هامة. ففي بداية الإصابة بمرض الإيدز، وصفت مجموعات معينة على أنها عوامل خطيرة نوعية للمرض. أما تأثير العمر على معدلات الامتثال، فمع الصغار جداً والكبار جداً يظهر الانخفاض في مستويات الالتزام. فعند المرضى الكبار جداً في العمر، قد يكون عدم تناول الأدوية الموصوفة ناتج عن نسيان المريض للدواء أو أن التعليمات غير واضحة. أما عند الصغار فإن المعدلات المنخفضة قد تكون ناتجة عن طعم الدواء الذي لا يشجع على ابتلاعه. وقد فشلت أغلب الدراسات في إثبات وجود علاقة بين مستويات الالتزام والمتغيرات والديموغرافية الاجتماعية.

ويؤدي التعقيد الأكثر لخط المعالجة (كزيادة عدد الأدوية واختلاف أوقات تناول الأدوية والتأثيرات الجانبية) يؤدي لانخفاض مستويات الالتزام. كما أن خطة المعالجة الطويلة التي يجب اتباعها (في بعض الحالات قد تكون طيلة حياة الفرد) تقلل من التزام المريض. وينخفض الالتزام عند الأفراد الذين يتناولون الأدوية الخافضة للضغط أو الأدوية المضادة للكوليسترول لأكثر من 50% بعد السنة الأولى.

قناعات المريض:

اختبر Stimson قناعات المرضى حول تناول الأدوية فوجد أن العديد من المرضى يشعرون بأنه يجب تناول الأدوية فقط عند الشعور بالمرض، وأنهم يتوقعون عن ذلك عند الشفاء من المرض. ويعتقدون أيضاً أن الجسم بحاجة إلى الراحة من تناول الأدوية وإلا فإنه سيصبح مدمناً أو معتمداً عليها. كما أن هذه المعتقدات لم تناقش مع الطبيب وأن الطبيب لم يكن يسأل عنها.

العلاقة بين (الطبيب - المريض):

أجريت دراسات على العلاقة بين الطبيب والمريض وتأثيرها في معدلات الامتثال. وأشارت النتائج التي تم التوصل إليها إلى أن الأطباء في كثير من الأحيان يقاطعون أسئلة المرضى ويفشلون في تزويدهم بالمعلومات أو التعليمات التي يحتاجونها. أما الحالات التي يساهم فيها اختصاصي الرعاية الصحية بدعم المريض ومعالجته باعتباره فرداً نظيراً له ويشجعه على طرح الأسئلة حول اهتمامات المريض وفهمه، فقد تحسن تذكر المعلومات والالتزام بالتوصيات بشكل كبير.

الموارد والسلوكيات غير المطاوعة:

أثيرت من قبل الباحثين مسألة ما إذا كان من الأخلاق الطبية لمقدم الرعاية الصحية أن يستمر في استخدام الأدوية القيمة أو النادرة في حالة الأفراد غير المنتظمين أو غير ملتزمين نهائياً بالتوصيات. كما لوحظ أن مجموعات فرعية معينة من المرضى والذين يعانون من أمراض خطيرة كالتهاب الكبد الإيتاني والإيدز والسل وأمراض أخرى كثيرة، التي تتطلب أدوية غالية الثمن فإنهم قد يفشلون في الحصول عليها، وبالتالي يعرضون أنفسهم ومن حولهم للخطر. كما ذكروا بأنه من غير الأخلاقي أن يستمر مقدم الرعاية الصحية بهذه الموارد.

بحق للمرأة مدح نفسه إذا جُهد أمره.

الفصل الحادي عشر

الإجهاد وقضايا خاصة بطب الأسنان

الإجهاد في طب الأسنان

Stress In Dentistry

الإجهاد (الكرب) موضوع شائع في المجتمع المعاصر ويُتابع باهتمام باعتباره مشكلة رئيسة تواجه البشر. وقد حدث كثيرٌ من اللغط حول ماهيته، لاسيما في وسائل الإعلام العامة. وهو أمر مهم لأن غالبية الثقافة عن طب الأسنان تُقر بأن طب الأسنان مهنة مليئة بالإجهاد (مرهقة). ولذا، من الضروري تمحيص مفهوم الإجهاد وتحديد آثاره على أطباء الأسنان وطب الأسنان.

- مفهوم الإجهاد: The Concept Of Stress

كان Hans من أوائل المطورين لمفهوم الإجهاد، في محاولة للتمييز بين الإجهاد "السيئ" والإجهاد "الجيد" الذي أُطلق عليه مصطلح "Eustress". وقد لاحظ Hans بأن نفس الإجهاد قد يؤثر سلباً في فرد في حين أن نفس الإجهاد قد تؤثر إيجاباً في شخص آخر. على سبيل المثال، يرى بعضهم أن الركض مدعاة للبهجة وممتع جداً، بينما ينظر إليه آخرون على أنه غير مرغوب فيه، ويحاولون تجنبه بالكامل. وبالتالي، فإن للضغوطات خاصية مهمة وهي تقييم معرفة الفرد لمعنى الضغوطات. هذا التقييم سوف يحدد كيف يتوافق الفرد مع هذه الضغوطات أو يفشل في التعامل معها. افتراضياً، إذا لم يتمكن الفرد أو الكائن من التعامل مع هذه الضغوطات فسيكون لذلك عواقب سلبية مختلفة النتائج، كالقلق المنهك وعدم القدرة على العمل بشكل فعال والآثار الجسدية وربما حتى المرض أو الموت.

هناك مفهوم آخر للإجهاد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهو مقدار السيطرة على ما يشعر به الفرد، وقد يكون لذلك أثرٌ على الفرد أكبر من التعرض للإجهاد أو مثيراته. كما يمكن أن تتعرض البشرية بشكل خارج عن السيطرة للأحداث الكارثية كالحروب والمجاعات والكوارث الطبيعية وحوادث السير وقد يتعرضون للإصابة بمتلازمات الإجهاد ما بعد الرض والأذية بدرجات متفاوتة من الشدة.

الحالات الأكثر شيوعاً هي فقدان الوظيفة أو خسارة التأمين الصحي أو العمل بظروف عمل تعيسة. عموماً، الأم التي تعيش بمفردها في مشروع سكني بأطراف المدينة ترى حالتها

مختلفة تماماً عن امرأة لديها أطفال وتعيش في الأحياء الراقية وزوجها صاحب مهنة مرموقة. ومع ذلك من المتوقع ظهور مستويات مختلفة من التوتر لكل منهما.

- مقاييس الإجهاد في الحياة: Measuring Stresses In Life

تم تكريس الجهود لقياس أحداث الحياة المؤثرة في صحة المرء. وتمخضت هذه الجهود عن وضع الجدول الزمني الحديث لأحداث الحياة من قبل Holmes And Rahe وهو أحد أكثر هذه المقاييس المعروفة جيداً. وحدد هذا المقياس سلسلة من أزمات الحياة كما هو مبين في الجدول (9-1)، كما عين عدد محدد من الوحدات التي تغير الحياة في كل أزمة. ووجد هذان الباحثان أن أكثر من 50 % من الأشخاص مصابون بـ 200 مرض متقدم. وأكثر من 80 % من هؤلاء الأشخاص يسجلون أكثر من 300 مرض متقدم. وقد كرست الدراسات اللاحقة هذه النتائج. كما وضعت مقاييس أخرى إلا أنني لن أتطرق لها في هذا الكتاب. عموماً، هناك اتفاق على وجود علاقة بين حادّات الحياة والمرض والعديد من العوامل الأخرى، على الرغم من وجود الكثير من الكتابات المتوفرة عن الإجهاد إلا أن المناقشة في هذا الفصل للمفاهيم ذات العلاقة كافية للسماح بفحص الإجهاد عند أطباء الأسنان وفي مهنة طب الأسنان.

- مصادر الإجهاد لأطباء الاسنان: Sources Of Dentists' Stress

في محاولة لفحص الإجهاد وتحديد معنى واضح للضغوطات، تم إجراء مسح على 977 طبيب أسنان سُئلوا فيما إذا كانت مهنة طب الأسنان "أكثر أو أقل إجهاداً على أنفسهم من المهن الأخرى". أفاد 77 % منهم بأنها أكثر إجهاداً من المهن الأخرى، بينما صرح 21 % فقط بأنها أقل إجهاداً. وعندما سُئلوا عن مقدار الإجهاد الذي تعرضوا له مقارنة مع غيرهم من أطباء الأسنان، ذكر 77 % منهم أنهم كانوا تحت ضغط أقل نوعاً ما. بينما اعتقد حوالي 21 % من الذين شملهم الاستطلاع أنهم يتعرضون لنفس القدر من الإجهاد الذي يحدث في المهن الأخرى.

هذه النتائج مثيرة للاهتمام لأن تفسيرها ينذر بأن مهنة طب الأسنان مرهقة ومجهدة. لكن قد يعتقد أطباء الأسنان بأن هذه الحال هي بالنسبة لأطباء الأسنان الآخرين، وليس لهم. كما ذكروا أن معظم الضغوطات المزعجة تحدث عند "التخلف عن الموعد والسعي إلى الإلتقان المهني والألم أو القلق عند المرضى والذي يتسبب في إلغاء المواعيد أو تأجيلها، وعدم تعاون المرضى على كرسي العلاج". وقد سُئل أطباء الأسنان أيضاً عن الطرق التي

يستخدمونها للتعامل مع الإجهاد، وظهر ما يثير الاهتمام، أن أفضل إجابة عن الأساليب التي يستخدمونها للحد من الإجهاد أن يكون جزءاً من برامج التعليم المستمر لطب الأسنان. إلا أن عدداً قليلاً من كليات طب الأسنان تضع مثل هذا التدريب على مستوى المرحلة الجامعية الأولى.

وحتى وقت قريب، قامت معظم الدراسات عن الإجهاد على أطباء الأسنان الذكور. وأدى ذلك ببعض الباحثين إلى التكهن بأن طبيبات الأسنان ربما يواجهن ضغوطاً أكثر من الرجال. وتم تكرار دراسات عديدة على طبيبات الأسنان اللواتي ذكرن بأن من بين العوامل الأكثر إجهاداً هو جدولة الوقت بين الأسرة والعمل. ومع ذلك، لم تؤيد النساء "مجموعة" على أن هناك مقداراً واسعاً من الإجهاد ينجم عن الضغوطات المتعلقة بالعمل. ومن المثير للاهتمام، أن تربية الأطفال [لوحدهن أو بمشاركة أزواجهن] ترتبط بشكل كبير بالإجهاد الخاص بهن.

- الانتحار بين أطباء الأسنان: Suicide Among Dentists

كثيراً ما يُعتقد بأن معدل الانتحار بين أطباء الأسنان هو أعلى مما هو عليه لدى المجموعات الأخرى. ففي مهنة الطب البشري تم توثيق انتحار ما يقارب حجم صف دراسي كامل سنوياً. والمتغيرات الأكثر ارتباطاً بالانتحار كانت الإفراط في شرب الكحول أو الإدمان عليه، أو تعاطي المخدرات أو المشاكل النفسية. وأقل من نصف حالات الانتحار حدثت مع الأطباء دون الخامسة والأربعين عاماً. كما وجدت المخاطر المرتبطة بالانتحار مع تخصصات الطب النفسي وطب الأعصاب أكثر من غيرهم.

في طب الأسنان قُدمت دراسة وافية لحالات الانتحار، أظهرت أن المعدل العام كان أقل بالنسبة لأطباء الأسنان بشكل عام. وبعبارة أخرى، فإن المعطيات المتوفرة لا تدعم الفكرة السائدة بأن أطباء الأسنان هم أكثر عرضة للانتحار. وفي دراسة لمعدلات المرض والوفيات لدى أطباء الأسنان، أظهرت النتائج شيئاً يدعو للصدمة بأن أطباء الأسنان هم مجموعة من الأفراد الأصحاء نسبياً. وأظهر أطباء الأسنان معدلاً منخفضاً لجميع الأسباب المؤدية للوفاة مقارنة بما أظهرته مجموعات المقارنة، وبأي حال من الأحوال لم يكن هناك سبب واحد للوفاة بين أطباء الأسنان أعلى من المعدل المتوقع.

- الإجهاد(الكرب) عند طلاب كلية طب الأسنان: Stress In Dental Students

من الشائع أن سنوات الدراسة في طب الأسنان مجهدة للطلاب، وأن لها آثاراً واضحة على الصحة. إلا أن العديد من الدراسات المبكرة واللاحقة لم تؤيد وجهة النظر الشائعة هذه،

وما يؤخذ على هذه الدراسات أنها أقرت بأن أعداد الإناث في كليات طب الأسنان كان أقل من الذكور.

عدد قليل من الدراسات الإضافية التي أجريت مؤخراً أفادت بأن أكثر التجارب إجهاداً هي الامتحانات ونيل الدرجات. وتعتبر الطالبات القضايا الأسرية (مثل التوافق مع الزوج وتأخير الإنجاب) مجهدة تماماً. وقد أفاد الطلبة الوافدون من دول أخرى بتعرضهم للضغط أكثر من زملائهم، وعزي ذلك إلى الحواجز الاجتماعية والثقافية. قيمت دراسة محلية حديثة توافقت مع عدد من الدراسات العالمية على مجموعة من طلاب السنة الأولى لطب الأسنان حقيقة العلاقة بين ممارسة الرياضة البدنية والقلق والاكتئاب، حيث أكدت الدراسة بأن الطلاب الذين يشاركون في النشاط الرياضي يتعرضون للقلق والاكتئاب بشكل أقل، وأن عينة طلاب طب الأسنان كانوا أكثر صحة من المواطنين في نفس الفئة العمرية. تلت هذه الدراسات دراسات أخرى أجريت عن القلق والاكتئاب على طلاب السنة الأخيرة لطب الأسنان وأفادت بأن الاكتئاب لم يكن أكثر تواتراً مما كان عليه عند طلاب السنوات الأولى. القلق الخاص الشخصي (والذي يعتقد أنه ذو مستوى ثابت نسبياً بالنسبة للشخص مع مرور الوقت) لم يتغير. لكن القلق السائد (أو القلق الظرفي Situational anxiety) يزداد، إلا أن الزيادة كانت ضئيلة. وهذا متوقع نتيجة اقتراب الامتحانات وتحصيل الدرجات، فمستويات القلق تزداد بعض الشيء بشكل طبيعي في هذه الظروف السائدة.

تم فحص مستويات التوتر وعلاقتها بالحالة الزوجية عند طلاب طب الأسنان، حيث أشارت النتائج إلى مستوى إجهاد معتدل، وعلى الرغم من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب المتزوجين والطلاب غير المتزوجين والمطلقات أو الأرمال، إلا أنه لم تكن هذه الفروق كبيرة سريرياً لأنها كانت منخفضة منذ بدايتها. كما لوحظ الحصول على درجات مرتفعة بشكل طفيف لـ "مسؤوليات رعاية الأطفال" بالنسبة لأولئك الأزواج المنجبين لأطفال وهذا توقع طبيعي إلى حد ما.

يبدو أن طلاب طب الأسنان لا يعانون من الدرجة العالية المتوقعة للإجهاد وهم أيضاً مجموعة صحية نوعاً ما. ومع ذلك، فإنه لا بد من الإشارة إلى أنه بالإضافة إلى متطلبات تعليم طب الأسنان، فإن بعض الطلاب قد يشهدوا بمحيطهم حالة وفاة في العائلة أو فاجعة مرضية أو حوادث خطيرة أو مجموعة واسعة من الحوادث المرهقة للغاية لكنها ليست خاصة بهم. وأشارت الدراسات إلى أنه على معظم هؤلاء الأفراد التعافي من مثل هذه الحوادث وإكمال دراستهم. أخيراً إذا كانت عملية تعليم طب الأسنان صعبة جداً، إلا أنه لا يوجد دليل يشير إلى أنها مجهدة للغاية.

موضوعات وقضايا خاصة في طب الأسنان

في هذا الفصل، سنشير باختصار إلى بعض الموضوعات الإضافية الهامة لأطباء الأسنان وطب الأسنان، أهمها 1- العنف الأسري 2- التقدم بالعمر 3- الوفاة والموت والفاجعة.

✓ 1: العنف الأسري:

أصبح العنف الأسري قضية خطيرة جداً في مجتمعنا الحالي. فعندما يُطرح موضوع العنف الأسري معظم الناس يفكرون في المقام الأول بموضوع ضرب الطفل. لكنه في الحقيقة يمكن أن يحدث في جميع مراحل الحياة ومع جميع الأفراد. وبسبب الكثير من الأذيات الواضحة في الوجه والحفرة الفموية واليدين والذراعين والساقين جراء العنف الأسري أو سوء المعاملة، فقد يكون طبيب الأسنان هو الكاشف الأول لهذه الإصابات، رغم أنه قد يكون هو الأقل دراية حول تحديد هوية هذه الأذيات أو معالجتها من بين المهن الصحية الأخرى. لذا من المهم أن يكون طبيب الأسنان أو الفريق الطبي قادراً على التعرف على أعراض وعلامات ضرب الطفل أو إساءة معاملته، لأن جميع الحالات تتطلب أن يقدم أطباء الأسنان الحالات المشتبه بها إلى الجهات المختصة. وعندما يقوم الطبيب بإبلاغ الجهات المختصة، فإنه بذلك يعفي نفسه من المساءلة المدنية أو الجنائية. وبالمقابل، فإن عدم الإبلاغ عن مثل هذه الحالات يُعرض الطبيب للمحاكمة الجنائية. ففي دراسة بلغ فيها مجموع الحالات المبلغ عنها بموضوع ضرب الطفل تقريباً ثلاثة ملايين، كان منها حوالي نحو 5000 طفل توفوا نتيجة الإصابات.

كما أن الاعتداء على الزوجة وإساءة معاملة المسنين أمور قد تكون أكثر شيوعاً من ضرب الطفل لكن الأرقام يصعب تحديدها. وهكذا فإن عدد المتأثرين بالعنف الأسري هام وخطير جداً وستعرض لأهم ضحايا العنف الأسري ذات الصلة المباشرة بطب الأسنان وهي نبذ الطفل وإهماله وضحايا العنف الزوجي وإساءة معاملة المسنين:

نبذ الطفل وإهماله:

يمكن أن يتعرض الأطفال للأذى في أي وقت من اليوم وذلك من خلال اللعب والنشاط اليومي، وتنتظاهر عندها الأذية برضوض وجروح وسحجات مترافقة مع كسور في العظام. إلا أن الكدمات والرضوض قد تكون ناجمة عن الاضطهاد والنبذ والإهمال. لذا أصبح من

الضروري على طبيب الأسنان التمييز بين الأذيات الرضية والأذيات الناتجة عن نبذ الطفل وإهماله.

تعريف النبذ والإهمال:

النبذ (سوء المعاملة) هو الأذية غير الناتجة عن حادث، أو أنها الرضوض الناجمة عن ضرب الطفل الصغير من قبل أحد الوالدين أو المربية.

أما الإهمال فهو الفشل في توفير الرعاية الكافية أو الدعم أو التغذية أو الرعاية الطبية أو الجراحية. وهذا التعريف الخاص للإهمال قد يكون خاطئاً في مكان ما. فعلى سبيل المثال، عندما يكون الوالدان من طبقة اقتصادية جيدة، فإن عدم الاهتمام في توفير الرعاية اللازمة لأسنان الطفل يمكن اعتباره " إهمالاً ". أما إذا كان الأهل غير قادرين على تحمل نفقات العناية السنية فإنه لا ينظر إليه على أنه إهمال لحاجات الطفل.

وكان يعتقد في البداية أن نبذ الطفل أكثر تكراراً في الفئات ذات الدخل الاقتصادي المنخفض وفي الأقليات. إلا أن التقارير الحديثة تشير إلى أنه يحدث في جميع فئات المجتمع وفي جميع الجماعات العرقية، وربما يكون أكثر تكراراً في المجتمعات ذات الدخل الاقتصادي المنخفض. وغالباً ما تكون الضحايا من الجنسين بالتساوي. وفي حالات الاعتداء الجنسي، تكون نسبة الإناث أكبر.

كما أنّ الآباء أو مربيات الضحايا غالباً ما يأتون من عائلة لها قصة أو تاريخ من النبذ. وقد تكون الضحايا من الأطفال "ذوي الاحتياجات الخاصة" والذين لا يملكون الاستجابة بشكل طبيعي، عندها يمكن أن يكون لدى المعتدي مشاكل في فهم متطلبات التطور العقلي للطفل أو لديه مشاكل في ضبط النفس والسيطرة على الغضب أو عدم خبرة في تدبير السلوك وأخيراً ربما يلاحظ تعاطي المخدرات أو الكحول عند المعتدي.

المظاهر البدنية:

من بين المظاهر الجسدية الأكثر شيوعاً هي الأذيات في الرأس والوجه والبنى داخل الفموية والرقبة واليدين والذراعين والساقين. والمشهد الأكثر تكراراً هو أذيات متعددة في مراحل مختلفة من الشفاء، وإصابات الرأس الشديدة هي السبب الرئيس للوفاة عند الأطفال بعمر السنة وما دون. وقد تكون الحروق ناتجة عن السجائر أو الماء المغلي أو المكواة أو أسباب أخرى. وتشير الرضوض والحروق والكدمات في مراحل مختلفة من الشفاء إلى الاعتداء المتكرر. وتشكل أذيات الرأس والعنق ثلثي الإصابات الظاهرة عند الطفل المضطهد

(متلازمة ضرب الطفل). من هنا، وكما ذكرنا سابقاً، تأتي أهمية معرفة طبيب الأسنان لهذه القضية.

النتائج النفسية والسلوكية:

ضحايا الاضطهاد يتعرضون لخطر تكرار الاعتداء. ففي حالات الاعتداء غير المميّنة يتعرض 35% من الضحايا للضرب مرة ثانية خلال عام واحد. وتقع مسؤولية الانتباه على عاتق طبيب الأسنان إلى علامات سوء المعاملة ويتوجب عليه أن يتقف عناصر الفريق الطبي ليكونوا يقظين لمثل هذه العلامات. وبما أن الوسائل المستخدمة للتقصي عن حالات سوء المعاملة يمكن أن تختلف من حالة إلى أخرى، فإنه يتوجب على طبيب الأسنان تحديد الطريقة المناسبة لذلك والإجراءات المتعلقة بالحالة. وتتولى الجهات المختصة- وليس طبيب الأسنان- التحقيق بالحالة المشتبه بها وتقوم بكتابة التقرير إذا تم إثبات ذلك، وعندها يكون طبيب الأسنان في مأمن من المسؤولية أو من المحاكمة الجنائية أو المدنية. أما عدم الإبلاغ عن الحالات المشتبه بها من سوء معاملة الأطفال تضع طبيب الأسنان في خطر من المحاكمة الجنائية.

وفيما يلي استمارة بالبيانات اللازمة لمساعدة طبيب الأسنان في توفير المعلومات الضرورية التي تحتاجها الجهات المختصة:

1. الاسم والعنوان والجنس وتاريخ الميلاد أو العمر المقدر للضحية وأي أطفال آخرين في الأسرة.
2. الاسم (الأسماء) والعنوان (العناوين) ورقم الهاتف الخاص بالطفل أو المربية.
3. اسم وعنوان ورقم هاتف طبيب الأسنان وعلاقته بالطفل.
4. طبيعة اتساع الأذيات ومداهها أو سوء المعاملة أو الإهمال وأي علامة تدل على تعرض الطفل لأذيات سابقة.
5. تقييم احتمال تعرض الطفل للمزيد من الخطر مستقبلاً، وإذا كان ذلك قائماً، هل هو وشيك الحدوث أم لا.
6. الحالة الأولى التي جعلت طبيب الأسنان يتنبأ بحدوث الإصابات غير الشرعية أو الاعتداء أو الإهمال.
7. الإجراءات المتخذة، إن وجدت، لعلاج الطفل أو مساعدته.
- 8.

ضحايا العنف الزوجي:

يعرف العنف الزوجي بشكل عام بأنه العنف الذي يطبقه الرجل على المرأة. على الرغم من أن معظم الأدبيات الطبية ذكرت أن هذا العنف مطبق على النساء، إلا أن هناك تقارير تثبت العكس وهو ممارسة العنف من النساء على الرجال. إلا أن الدراسات التي تشمل العنف على الرجال محدودة.

سنوياً، خمس إلى ثلث الحالات التي تدخل إلى غرف الطوارئ والناجمة عن العنف المنزلي هم من النساء. وهذه الإصابات ناتجة عن الخلافات بين المرأة والزوج الحالي أو السابق.

تتعرض النساء لأشكال مختلفة من العنف الجسدي (الذي قد يؤدي إلى الموت) والجنسي والنفسي والعاطفي والاقتصادي. والعديد من الأعراض الجسدية المشاهدة عند الطفل المتأذي (متلازمة ضرب الطفل) تشاهد أيضاً عند المرأة المعتدى عليها. والنوع الشائع من الإهمال العاطفي هو العزل الذي ينفذه الرجل.

يبدو أن الاعتداء على الزوجة له ارتباط بضرر الطفل (سوء معاملة الطفل). كما ذكر سابقاً، هؤلاء الأطفال لآباء وأمهات تعرضوا للتعذيب. ولهذا، قد يكون من الضروري عند تعرض المرأة للضرب الاستفسار عن وضع الأطفال داخل الأسرة لمحاولة تحديد ما إذا كان الأطفال يتعرضون للأذى أيضاً.

مسؤوليات طبيب الأسنان:

القليل من الإجراءات التي حددها القانون لمساعدة طبيب الأسنان في التعامل مع العنف الزوجي. وبالتالي فإن الوسيلة الجيدة لطبيب الأسنان عند التعامل مع هذه القضية هي التحدث بصراحة وبلطف مع الضحية ومن ثم تقديم الحالة إلى جمعيات الخدمة الاجتماعية لمساعدة الضحية (إن كان من الأطفال أو النساء أو الرجال أو المسنين).

إساءة معاملة المسنين :

أظهرت التقارير أن 3% إلى 4% من السكان المسنين يتعرضون لسوء المعاملة سنوياً. وتحدث هذه الإساءة في إطار ترتيبات المعيشة المشتركة. فالضحية الأكثر في هذه القضية هي المرأة المتقدمة في العمر، والمسيء الأكثر في معظم الأحيان هو الزوج بنسبة (59%) من الحالات المدروسة أو الابن في منتصف العمر بنسبة (24%). يبدأ الاعتداء في كثير من الأحيان نتيجة السلوك العدواني للضحية. وأظهرت المراجعات الأدبية أن تاريخ سوء

المعاملة غالباً ما يحدث ضمن الأسرة الواحدة، وكان الترتيب التنازلي لأشكال الإساءة المتكررة هو على الشكل التالي:

1. ترك المسن وحيداً أو عزله أو نسيانه.
2. الإساءة اللفظية أو العاطفية.
3. الإهمال، كعدم إعطاء الأدوية الطبية أو حجب الطعام..إلخ.
4. الاعتداء الجسدي.

وقد رأى المراقبون أن الاستغلال المادي ربما يكون هو السبب الأكثر شيوعاً لإساءة معاملة المسنين.

✓ 2: التقدم في العمر (الشيخوخة):

مكنّت التغيرات في كل من معدل وفيات الأطفال وطرق التغذية والتقدم في المجال الطبي في القرن الماضي الناس من العيش حياة أطول. وأصبح كبار السن يتمتعون بحالة صحية لفترة أطول، وأصبحوا يتلقون التعليم لمستويات متقدمة أكثر مما كانوا عليه في الماضي. وهذا ما دعى المهن الطبية إلى عناية صحية أفضل والحصول على التأمين الصحي وعلى أنشطة اجتماعية مناسبة. لكن هذه المطالب هي في كثير من الأحيان على خلاف مع الصور النمطية للعديد من المراكز الصحية التي ترعى المسنين. ونتيجة لزيادة عدد كبار السن، فقد أصبح لهم نشاط اجتماعي يسعى لتأمين متطلبات المتقدمين بالعمر وضروراتهم، ومن المتوقع أن يشكل كبار السن ربع عدد السكان.

❖ مراحل الشيخوخة:

تم التوافق عالمياً على مراحل الشيخوخة التالية: عندما يصبح عمر الفرد 65 سنة ينظر إليه على أنه متقدم بالعمر، وتكون الشيخوخة المبكرة عند العمر 75 عاماً أما الشيخوخة المتأخرة فتبدأ في عمر الثمانينات. مع التقدم في العمر تكون مشكلة فقدان الأزواج والأصدقاء قائمة وربما يصبح الشخص معتمداً على غيره في الحصول على الرعاية.

➤ التغيرات المترافقة مع التقدم بالعمر:

تحدث التبدلات في عملية الطعام مع التقدم بالعمر، وقد تصبح مهمة الطعام أكثر صعوبة بسبب إهمال الأسنان والنقص في حاسة الذوق والانخفاض في تدفق اللعاب وجفاف الفم (الناتج ربما عن الأدوية المأخوذة من قبل الفرد). وقد يحدث ضعف في كفاءة عضلات

المريء، وبالتالي زيادة الوقت المطلوب لوصول الطعام إلى المعدة. وهذا ينتج تأخر الطعام في المريء مما قد يسبب الاختناق.

كما يواجه معظم المسنين انخفاضاً في حدة البصر ويحتاجون لإضاءة أكثر تجنباً للإصطدام بالمحيط أو السقوط. ويميل كبار السن إلى فقدان الرؤيا المحيطية وقد يعانون أيضاً من وجود الضوء الساطع جداً. وتتنخفض القدرة على رؤية الأشياء البعيدة بشكل واضح مع التقدم بالعمر جنباً إلى جنب مع عدم القدرة على رؤية الألوان. وربما لا يرى كبار السن خطواتهم. وفي كثير من الأحيان يخطئون في أسماء الأدوية.

يبدأ جميع الناس بفقدان السمع مع تقدم العمر شيئاً فشيئاً يصبح من الصعوبة سماع الأصوات العادية، وبالطبع، هذه الخسارة تشمل الأصوات المنخفضة أيضاً. ومع الاستمرار بفقدان السمع تصبح المحادثة أكثر صعوبة مما يؤدي في النهاية إلى وقوع كبار السن بحالة من العزلة. كما تصبح المحادثة أكثر توتراً وعصبية للمحيط الذي قد يعزوا عدم القدرة على التواصل إلى العجز اللفظي أو الجنون.

مع التقدم في العمر، يحدث العجز في الحركة وذلك بسبب انخفاض قوة العضلات وضمورها والتغيرات في وضعية الأربطة واختلال التوازن والمشي وارتفاع عتبة الإحساس بالاهتزاز والانخفاض في سرعة الحركة. وتتطلب هذه التبدلات في عملية التنقل بعض التغيرات في المحيط كتحديد منطقة السجاد في المنزل وزيادة الإضاءة والدرايزون وسهولة الوصول إلى الطعام وإلى تجهيزات المطبخ. إن السقوط وفقدان التوازن هي الحوادث المتكررة عند كبار السن وينبغي توخي الحذر لحمايتهم لأن الأذيات قد لا تكون قابلة للشفاء بشكل كامل.

➤ الوظائف المعرفية:

تتراجع المكونات الثلاثة للوظيفة الإدراكية التي تُرست على نطاق واسع وهي الذكاء والتعلم والذاكرة مع التقدم في العمر. فعند الأشخاص الأصحاء يكون هذا الانخفاض بالحد الأدنى، إلا أن سرعة العمليات المعرفية يبدو أنها تتراجع، مع أنها قد تنتج عن ردود الفعل البطيئة (مثل: حل مسألة حساب بسيطة). أمّا من ناحية المهارات اللفظية والقدرة على التفكير المجرد وتذكر المعلومات اللفظية فإنها على الأغلب تظل ثابتة حتى سن متقدمة من العمر مالم يكن الخرف أو الحالات المرضية الشديدة الأخرى موجودة.

➤ الاضطرابات العاطفية:

الاضطرابات العاطفية الثلاثة الأكثر شيوعاً عند كبار السن هي الاكتئاب والخرف والارتباك (جنون العظمة). الاكتئاب هو الأكثر شيوعاً وقد ينتج عن مرض خطير أو وفاة من يحب أو التهجير. ويزيد الاكتئاب من احتمال الانتحار ولاسيما عند الذكور المسنين.

يتضمن الخرف مجموعة متنوعة من الحالات المرضية المترافقة بأذية دماغية وربما يكون ذلك عكوساً. إلا أن النوع الأكثر شيوعاً هو الخرف غير العكوس والذي يحدث في المراحل المتأخرة من العمر ويعرف بمرض الزهايمر، ويتطور مع التقدم بالعمر.

قد يُظهر بعض المسنين علامات وأعراض للارتباك. هذه الأعراض يجب أن يتم تقويمها بعناية وحرص شديد لأن بعض هذه المخاوف قد تتجسد من الواقع، كالأفراد المسنين الذين يتخيلون أن شخصاً ما سرقهم أو أن شخصاً يخطط لوضعهم بدار المسنين (والذين يمكن أن يحدثا في الواقع).

✓ 3: الموت، الوفاة، المفاجعة:

يلقى موضوع الموت المفاجئ والوفاة والمفاجعة القليل من الاهتمام في مناهج طب الأسنان، مع أن مثل هذه الموضوعات هامة لطلاب طب الأسنان لمساعدتهم على فهم مخاوفهم واهتماماتهم حول الموت والوفاة. بالإضافة إلى ذلك فإن من الطبيعي أن يتعرض طالب طب الأسنان لوفاة أحد الأقارب أو إصابته بمرض عضال أثناء وجوده في الجامعة، لذا فإن التحضير والاستعداد لهذه المواجهات يمكن أن يفيد عاطفياً.

وباستخدام المقياس المذكور سابقاً من الصفر إلى المائة (حيث $0 =$ لا يوجد توتر و $100 =$ تعني توتر شديد) سئل هؤلاء الأطباء بهدف تقييم التوتر الناتج عن نشاطات معينة. ومن النشاطات التي كانت تسبب لهم التوتر الزائد هو التحدث إلى المرضى حول حدود خطة المعالجة بناء على متوسط عمر المريض المتوقع والاستماع إلى المرضى الميؤوس منهم صحياً والذين يتحدثون حول الإمكانيات المحدودة المتاحة لهم. وقد نتج عن هذه النشاطات توتر يتراوح مقياسه بين {51 و 52}. كما أورد هؤلاء الأطباء حاجتهم بشكل مستمر إلى تقديم نوع من المشورة النفسية إلى المرضى الميؤوس من شفائهم.

مراحل المرض العضال:

قدم العلماء نظرة علمية جادة حول موضوع الموت والوفاة، واقترحوا خمس مراحل يتعرض لها صاحب المرض العضال الذي لديه الوقت الكافي للحياة:

1) الإنكار: فعند إخبارهم بالمرض العضال، غالباً ما ينكرون هذا المرض ويدعون أن هناك خطأ ما حدث خلال التشخيص.

2) الغضب: عندما يدرك الأفراد بأنهم يعانون من مرض قاتل، فإنهم يصبحون أكثر قلقاً وغضباً حول المرض الذي أصابهم.

3) المساومة: في هذه المرحلة يبدأ المرضى بالمساومة، ويقومون بتقديم الوعود بالقيام بأشياء خاصة أو تغيير سلوكهم إذا شفوا من المرض.

4) الاكتئاب: إذا أدرك المرضى أنهم لن يشفوا من المرض فإنهم يدخلون في مرحلة الاكتئاب.

5) القبول: يتقبل المرضى حقيقة بقاء هذا المرض حتى الموت ويخططون لنهاية حياتهم. هذه المراحل يمكن أن تحدث بوقت واحد أو دون تعاقب. من ناحية ثانية، يمكن أن توفر دليلاً مفيداً لفهم بعض العمليات النفسية.

تختلف النظرة الحاصلة للوفاة تبعاً لمراحل الحياة. ويبدو أن الأطفال يدركون مغزى الوفاة بعمر الرابعة أو الخامسة. ومع ذلك، يمكن أن يعتبروا الوفاة بعيدة عن أحبائهم مع الميل لقلق الانفصال، أما كبار السن فيبدو أنهم لا يهابون الوفاة كما هو عند الصغار.

التعامل مع الشخص الميؤوس من حالته:

التعامل مع المرضى الذين يعانون من مرض عضال، لا يريح بعض الأشخاص لأن المريض ربما يُظهر حالات مزاجية، ونوبات من البكاء... إلخ. وفي بعض الأحيان لا يدرك المريض ما يحدث مع الآخرين. فمن الأفضل عند زيارة هؤلاء المرضى وبشكل طبيعي أن تدعهم يختارون موضوع المحادثة، فهم غالباً ما يخافون من العزلة أو تجنب مناقشة مخاوفهم وقلقهم. كما يمكن للزائر أن يساعد المرضى باستخدام أسلوب التعاطف لتأمين بعض الراحة.

الفاجعة والحداد:

تبدأ حالة الحزن عقب وفاة أحد الأشخاص المحبين. وتستمر بسبب الانفصال والافتراق عن شخص ما حتى يبدأ بالانخراط مع أشخاص آخرين. ويكون موت الزوج أو الزوجة أو الطفل أو أحد الأشخاص المحبين متعب للغاية وعملية الحداد تكون صعبة جداً. إذا تمّ التعامل مع هذه الفترة بشكل جيد (قد تصل عند الشخص الطبيعي إلى سنتين)، سيتم عندها القدرة على إنشاء علاقات جديدة والاستمرار في الحياة. أما إذا لم يتم التعامل مع

الحداد بشكل جيد، فسوف يتعرض الفرد لخطر تطور الحزن، مما يعيق تطور الحياة. وهكذا فإن الحزن الإيجابي يتقدم حتى الوصول إلى الاستبدال والانحسار.

عقب وفاة أحد الأفراد المحبين، يظن بعض الناس أنهم يسمعون صوت المتوفى أو يعتقدون بأنهم يلتقون به في الشارع. قد تحفز التواريخ الخاصة كأعياد الميلاد والأعياد السنوية والذكرى السنوية للزفاف ذكريات قوية وردود فعل عاطفية. وهذه تُعرف بردود الفعل الناتجة عن الذكريات السنوية وعن معظم الحالات الأخرى وهي استجابات طبيعية.

الحدث الحياتي	القيمة المتوسطة
وفاة أحد الزوجين	100
الطلاق	73
الانفصال الزوجي	65
السجن	63
وفاة أحد أفراد الأسرة	63
الإصابة الشخصية أو المرض	53
الزواج	50
حريق في العمل	47
المصالحة الزوجية	45
التقاعد	45
تغيير في صحة أفراد الأسرة	44
فترة الحمل	40
الاشكالات الجنسية	39
ولادة جديدة في العائلة	39
التأقلم مع العمل	39
تغيير في الوضع المالي	38
موت صديق مقرب	37
تغيير في سير العمل	36
تغيير في عدد الخصوم مع أحد الزوجين	35
الرهن العقاري أو القروض	30
مغادرة ابن أو ابنة من المنزل	29
مشكلة مع الأصهار	29
الإنجاز المتميز	28
الزوج أو الزوجة بدأوا أو توقفوا عن العمل	26
بدء أو نهاية المدرسة	26
تغيير في ظروف المعيشة	25
مراجعة العادات الشخصية	24
مشكلة مع رئيس العمل	23
تغيير في ساعات أو شروط العمل	20
تغيير في الإقامة	20
تغيير في المدارس	20
تغيير في الترفيه	19
تغيير في الأنشطة الدينية	19
تغيير في الأنشطة الاجتماعية	18
تغيير في عادات النوم	16
تغيير في عدد الجلسات العائلية	15
تغيير في عادات الأكل	15
العطلة	13
عيد الميلاد	12
الانتهاكات البسيطة للقانون	11

جدول (9-1) : مقياس تقييم التأقلم الاجتماعي.

كيف تتغلب على الضغوط النفسية

إليك مني (31) طريقة لإنقاص الضغط النفسي في الحياة والمنزل والعمل وحتى خلال وقت الفراغ :

- 1- قم بمشوار لوحك أو مع صديق.
- 2- قم بعملية التنفس البطيء (شهيق وزفير)، سترى أن صور التوتر النفسي غادرت جسدك كما هي عملية الزفير.
- 3- استمع إلى بعض الموسيقى المريحة لك.
- 4- قم وارقص.
- 5- اقرأ كتاباً جيداً أو مجلة أو جريدة.
- 6- تأمل، أغمض عينيك وتابع بشكل ذهني التنفس بالشهيق والزفير. تخيل مشهداً ما بشكل هادئ وتمعن فيه وأنت تتنفس، هذا التمرين غالباً ما يكون فعالاً إذا أجري لمدة (10-20) دقيقة.
- 7- استمع لأغنية، من مجموعتك الشخصية، ملوحاً بذراعتك لتعزف القطعة المفضلة من الموسيقى أو الأغنية وعندها ستشعر براحة جسمية ونفسية.
- 8- اضحك بصوت عال، اذهب إلى مسرحية كوميدية (هزلية- فكاهية) أو شاهد فيلماً مضحكاً، اقرأ في كتاب دعابات (نكت) أو اتصل بصديق يمكن أن يتحدث معك ويملك خطأً فارغاً للاستقبال.
- 9- خذ مساجاً، أو مارس المساج بنفسك. حاول أن تصل إلى الجهة اليسرى من ظهرك باليد اليمنى من الأمام، قم بعملية المساج لعضلات ظهرك مروراً بالرقبة ثم الرأس. كرر ذلك على الجهة المقابلة باليد اليسرى .
- 10- قم ببعض التمارين السويدية .
- 11- غن أغنية. لا تنزعج كيفما كان صوتك. عملية الغناء يمكن أن تزيل التوتر مباشرة .
- 12- مارس الحديث الإيجابي مع نفسك. ضع قائمة بمسببات التوتر في حياتك وكيف كانت استجاباتك عليها. اكتب استجابة إيجابية، فمثلاً اكتب أنا الشخص الأفضل لهذه المهمة.

- 13- افعل شيئاً ما محبباً لك: الفرّج، أصلح أداة، تمتع مع الأطفال، اصنع الخبز المحلي، رتب صوراً في الألبوم، رتب الخزانة، أو أي شيء يأتي إلى ذهنك ويلغي التفكير بالتوتر أو بالحالة النفسية.
- 14- مارس بعض تمارين اليوغا البسيطة.
- 15- ارسّم أو لون صورة فهذا قد يساعدك في استخدام مهاراتك العقلية التي قد لا تستخدمها في حياتك اليومية. دقق فيما رسمت وكيف ستجعل الصورة جميلة. ليس من الضروري أن تكون رساماً حتى ترتاح بهذه الطريقة.
- 16- اتصل هاتفياً أو إلكترونياً بشخص ما: صديق، طبيب، قريب، زميل في العمل، رجل دين، أو أي شخص متجانس معك وتقضي معه بعض الدقائق اللطيفة.
- 17- إذا كان جدول عملك يسبب لك ضغطاً نفسياً، حدد مواعيد تناسب واجباتك، واحتفظ دائماً ببعض الوقت لنفسك.
- 18- اعتن بعملك إذا كان لديك مهمة أو خدمة إلزامية، اندفع بقوة وجابه الحالة، تعمق فيها، اعمل الآن، اتخذ قراراً، ابدأ بتأليف كتاب وتمتع بالتخلص مما حصل معك.
- 19- اجلس بشكل مستقيم، فالانحناء يمكن أن يسبب لك توتراً في عضلات الظهر والرقبة ويرسل رسالة لأعماق دماغك.
- 20- استرخ بشكل جيد. وليكن جلوسك أو استلقاؤك بوضعية الاسترخاء، شد عضلات قدميك ثم اجعلهما بحالة استرخاء. افعل الشيء ذاته للساقين ثم المعدة والظهر والذراعين والرقبة ثم العضلات الوجهية.
- 21- خذ قيلولة.
- 22- أوقف التركيز والتحقق المرهق بشيء ما: كالجوال والحاسب الآلي أو التلفاز، إذا كنت تضع نظارة، أبعد عنها للحظات: ابتعد عن الشيء الذي سبب لك الضغط ودع ذهنك يطوف بعبطة ذهنية وجيزة .
- 23- خذ كوباً من الشاي أو المياه المعدنية أو عصير الفاكهة أو الخضار أو حساءً حاراً. تجنب الكحول أو القهوة.
- 24- قم بنزهة بالسيارة في المدينة أو الريف حسب الزمان والمكان.

- 25- افعل شيئاً ما لتجنب درجة الحرارة الزائدة. إذا كنت في جو حرارة مرتفعة، ابحث عن طريقة لخفض درجة حرارتك. وإذا كنت في جو ذي حرارة منخفضة جداً، ابحث عن طريقة لرفع درجة حرارتك. ولكن مع احترام حاجات الآخرين لذلك .
- 26- اقرأ بصوت عال لطفل .
- 27- اجلس في حديقتك أو في حديقة عامة واستمع إلى كل الأصوات. اسمع الطيور وحركة المرور والطائرات من فوقك ونباح الكلاب وحديث الآخرين، ركز على صوت واحد لعدة ثوان ثم انتقل للتركيز على آخر وهكذا.
- 28- قم برحلة على دراجة هوائية، تذكر أن تلبس خوذتك مع وسائل الوقاية الأخرى.
- 29- قم بزيارة لحديقة الحيوانات أو حوض أسماك المدينة أو اذهب إلى محمية الحيوانات المحلية وأحضر للبيت حيواناً محبباً حنوناً.
- 30- تطوع بأية جمعية خيرية أو مؤسسة دون مقابل.
- 31- قم بزيارة متحف أو معرض فني. بعض الناس يعتبرون الهدوء في المتحف الفني هو للاسترخاء، عندما تجد صورة أحببتها، اقض بضع دقائق بتأملها.

إن بعض أنواع التعذيب جسدية، وبعضها الآخر ذهنية، لكن العلاج السني يشملهما معاً.

" الشاعر الأمريكي Ogden Nash "

الفصل الثاني عشر

العادات الفموية و تدبيرها

Oral Habits And Their Management

استحوذت العادات الفموية على اهتمام علماء النفس والأطباء النفسيين وأطباء الأسنان لأكثر من 100 سنة خلت. ولسوء الحظ، إن المعرفة قليلة عن المسببات التي تستند إلى معطيات علمية موثقة.

تصدت Wolfenstein 1953 لهذا الموضوع وأعدت سلسلة من الآراء أوردتها في طبقات لمجلة رعاية الرضع التي صدرت بانتظام منذ الطبعة الأولى في عام 1914. فعلى سبيل المثال، ذكرت كيف أكد خبراء صحة الأطفال الطبيعة الضارة لمص الإبهام. ففي البداية، كان هناك تفسيرات تحليل نفسي قوية عن المغزى والعلاج، والتي حلت محلها حالياً النظرية التعليمية.

تلقت عادات مص الإبهام والإصبع اهتماماً كبيراً من قبل أطباء الأسنان لاحتمال تسببها أو مساهمتها بإحداث سوء الإطباق وتشوهات للأسنان والبنى المرتبطة بها. وأن مص الإبهام يسبب فراغاً كبيراً بين القواطع العلوية والسفلية، لكن ديمومة هذا الشذوذ تعتمد على مواصلة هذه العادة بعد بزوغ الأسنان الدائمة.

ويبدو أن عادات صرير الأسنان وسحل الأسنان غابت عن انتباه معظم علماء النفس. أما في طب الأسنان، فتم إلى حد كبير حصر الاهتمام والبحث على البالغين الممارسين لهذه العادات، وكان التوجه نحو العامل النفسي قوياً. كما تلقى دفع اللسان والسلوكيات المخربة بحد ذاتها في الحفرة الفموية اهتماماً مختلفاً.

سيتم في هذا الفصل البحث في ثلاث من أهم وأخطر العادات الفموية وهي :

- 1- مص الإبهام والإصبع.
- 2- صرير الأسنان.
- 3- سلوكيات التخريب الذاتي الفموي.

مص الإبهام والإصبع

Thumb And Finger Sucking

- أسباب مص الإبهام والإصبع وتطوره: Etiology And Development

إن مسببات عادات مص الإبهام والإصبع غير معروفة بشكل كامل. وأشار عدد من الباحثين إلى أن عادات المص هي ردود فعل انعكاسية والتي ظهرت أثناء الحياة الرحمية في وقت مبكر بدءاً من الشهر الخامس (الشكل 1-11). استنتج العلماء أن بدء البلع الكامل وآلية المص يتوضحان بين الأسبوعين الثاني والثلاثين إلى السادس والثلاثين من المرحلة الجنينية مع نضوج كامل يحدث على الأقل خلال الشهرين الأخيرين من عمر الجنين. وبعد الولادة، يزداد نشاط عملية المص بدءاً من الشهر الثالث حتى الشهر السابع تقريباً ثم ينخفض عفوياً بشكل ملحوظ وهذا الانخفاض يتزامن مع الإنجازات الحركية كالزحف والحبو والجلوس. وقد تمت متابعة سبعين طفلاً في إحدى الدراسات، حيث أظهرت النتائج أن أربعة منهم فقط تابعوا عملية المص غير الغذائي بشدة حتى السنة الثانية وعُدَّ ذلك مشكلة سلوكية. وعليه كان تعريف Brazelton لمص الإصبع هو " الطفل الذي يمص أصابعه بعد تجاوز سن الرضاعة بحيث يصبح مشكلة سلوكية للمحيط، ومن ثم لنفسه ".



الشكل (1-11) : مص الإصبع خلال الحياة الرحمية.

قام العلماء بفحص تطور منعكس المص عند الأطفال الخدج وفيما إذا كانت الاستجابة موازية تقريباً للجوانب الأخرى للنمو والتطور. وأشاروا إلى أن الأطفال الخدج اللذين يولدون بعمر 7 أشهر ونصف تقريباً من المتوقع أن يصلوا إلى مرحلة النضج بعد اليوم الخامس والأربعين من الولادة، استناداً إلى افتراض أن المنعكس يتطور بشكل كامل خلال فترة حمل كاملة. وأحد الأنشطة المرتبطة بسلوك المص هو " منعكس مص الحلمة " فإذا تم تحريض خد الرضيع بجسم ما كالإصبع، فإن رأسه يتحرك نحو المنبه ويفتح فمه، هذا النشاط وصف لأول

مرة من قبل Samuel Pepys في عام 1667 وفي وقت لاحق وصف من قبل Jensen 1932 ثم آخرون. وكثيراً ما يقترن منعكس مص الحلمة بحركات الإرضاع واعتبر أنه على علاقة ببعض الطرق والأساليب الشائعة بين الناس. ويبدو أن لمنعكس مص الحلمة قيمة تطبيقية إذ أنه من المرجح أن تزيد فرص المص وخاصة ذات الطابع الغذائي بشكل خاص، فالرضاعة تحدث كلما حُرِضَت الشفتان بوساطة الحلمة (الشكل 11-2).



الشكل (11-2): الرضاعة الطبيعية.

لقد درست استجابة منعكس مص الحلمة أو استجابة توجه دوران الرأس المباشر بشكل موسع أكثر من السلوكي الفطري والطريقة الميكانيكية الفيزيولوجية المطبقة. وذكر أن المركب الكامل من سلوك الرضيع يختفي بسبب تكامل المجموعات الوظيفية الجديدة والذي ينشأ مع تطور الجهاز العصبي المركزي.

إنّ قلة انتباه الأم بمراقبة الرضيع ومتابعته تجعل عملية الإمساك بالحلمة أثناء الرضاعة مضطربة كثيراً وعلى الأم أن تصحح ذلك من خلال إمساك رأس الرضيع وتنبيهه لتلقي الحلمة. كما أن هذه الاستجابة تثبط من خلال النعاس والشبع، وتُعرض من خلال الجوع.

- التحليل النفسي ونماذج نظرية التعلم:

Psychoanalytic And Learning Theory Models

افترض فرويد (1938) أن مص الإبهام هو مظهر من مظاهر الحياة الجنسية الطفلي وأن مص الإبهام المستمر هو من أعراض الاضطرابات العاطفية التي لا ينبغي التعامل معها دون التوجه نحو المشاكل النفسية الكامنة. وبكفي القول إنه مع وجود مقدار وافر مما كتب حول هذا الموضوع، لا توجد معطيات علمية تدعم موقف التحليل النفسي. وقد

أدرك الباحثون في الآونة الأخيرة ماهية مثل هذه العادات عبر الإلمام بنظرية التعلم وتقديم أدلة تدعم المقاربة المعرفية النظرية لمسبباتها وطريقة علاجها.

- انتشارها والتفسيرات الممكنة:

1- حجم المشكلة: The Extent Of The Problem

من الصعب تحديد نسبة دقيقة لانتشار عادة مص الإبهام والإصبع. فقد تم متابعة 2.650 رضيع وطفل منذ الولادة وحتى عمر 16 سنة من قبل Traisman، وذكر أن ما يقارب 46 % من الأطفال مارسوا عمليات المص لبعض الوقت خلال هذه الفترة. كما راقب Olson الأطفال في فصولهم الدراسية بعمر 6-13 سنة وأظهر أن بين 48% إلى 58% منهم يمارسون عملية المص (الشكل 3-11).



الشكل (3 - 11) : مص الإبهام أو أصابع أخرى (للمؤلف).

2- المص الإصبعي وسوء الإطباق: Digital Sucking And Malocclusion

كان تشاندلر Chandler من أوائل أطباء الأسنان الذين أكدوا على وجود علاقة قائمة بين المص الإصبعي والتشوهات الوجهية. ويعتقد أنه بالإضافة إلى انزياح الأسنان، فإنه يحدث في كثير من الأحيان تضيق وتطاول بفتحتي الأنف مما يؤدي إلى مشاكل في الجهاز التنفسي. وذكر Lewis أن هذه العادات ربما تؤدي إلى أسوء إطباق في الإنسان المؤقت، لكنه إذا تم التخلي عن هذه العادة في سن الرابعة أو الخامسة، فإن أسوء الإطباق تخضع للتصحيح الذاتي.

3- اختلافات شخصية: Personality Differences

تردد بين الباحثين أن هناك اختلافات شخصية هامة بين أولئك الذين ينخرطون في عادات المص المستمر وأولئك الذين لا يقومون بذلك. وقد خلصت الدراسات التي أجريت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين.

4- الفروق بين الجنسين: Sex Difference

لا توجد معطيات تظهر تفاوتاً في عادات المص اللاغذائية بين الجنسين.

- طرق كبح عادات المص: Methods Of Controlling Sucking Habits

يتوفر في الأدب السريري عدداً من الأساليب والطرق لتدبير هذه العادات تقع في ثلاث خطوات هي: (1) الوقاية (2) التعزيز الإيجابي (3) المعالجة البغيضة.

(1)- الوقاية من هذه العادة: Prevention Of The Habit

إذا تم الاعتقاد بأنه لا ينبغي السماح لمص الإبهام والإصبع بالاستمرار، فيجب أن تبدأ بعض التقنيات البسيطة نسبياً بعد وقت قصير من الولادة للحد من هذه العادة. لا تبدو العادة ذات أهمية خلال الأربع أو الخمس سنوات الأولى من العمر لتبرير التدخل. ومع ذلك، من أجل الإحاطة بالموضوع، سوف تناقش التقنيات الخاصة بذلك.

أوصى تشاندلر Chandler باستخدام طريقة سلوكية للتدبير وهي نوم الرضيع أو الطفل بثوب غير مفتوح الذراعين. واقترح ليفين Levin تعديل ممائل لبجامة الطفل. كما وضع بنيامين Benjamin قفازات على اليدين لحديثي الولادة خلال الشهر الأول من الحياة، حيث لاحظ نقصاً في نشاط المص بشكل ملحوظ مقارنة بالمجموعة الشاهدة دون قفازات، مما يدعم فكرة أن هذه العادات يمكن منعها. وأوصى جونسون Johnson في وقت سابق باستخدام نسخة مصغرة من قفازات الملاكمة كوسيلة لمنع هذه العادة أو علاجها.

وجد العالمان Sears And Wise أن الفطام المبكر للرضع يظهر سلوك مص أقل من الرضع بالفطام المتأخر واستنتجوا أن جدولة مواعيد الفطام المختار بعناية قد يقلل أو يقضي على عادات المص.

وقد أوصى بعض الباحثين في وقت من الأوقات باستخدام مواد ذات طعم مر تطبق على الأصابع ولكن ذلك لم يلق تشجيعاً منذ البداية.

(2)- التعزيز الإيجابي: Positive Reinforcement

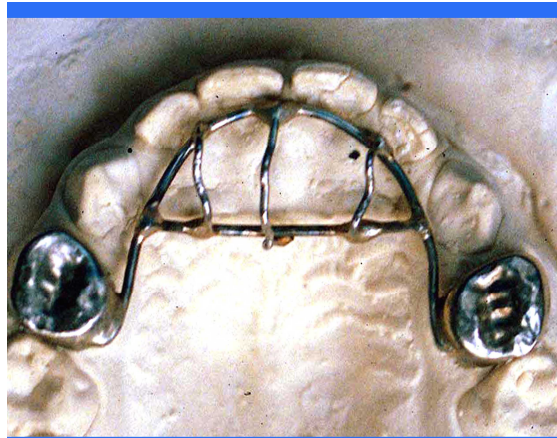
استخدام التعزيز الإيجابي أو المكافآت لتغيير السلوك يتطلب سيطرة كاملة تقريباً من المحيط. وهذا يتطلب بذل جهد كبير من جانب الطبيب. فقد عالج Baer طفلاً في الخامسة من عمره بالسماح له بمشاهدة الرسوم المتحركة عند عدم مص الإبهام، وإيقاف مشاهدتها عندما يقوم بمصها، وعند سحب إبهامه من الفم، تستأنف الرسوم المتحركة، وكلما ابتعد الطفل أكثر عن المص كلما سُمح له بمشاهدة المزيد من الرسوم المتحركة، وبناء عليه دعيت بالمشاهدة المشروطة.

بعد هذه المعالجة الناجحة قام عدد من الباحثين بتأييدها وذكروا أن النجاح يترافق مع التعزيز الإيجابي كالمجاملة، أو المديح، أو قراءة القصص المشروطة عند النوم بناءً على سلوك عدم المص. وعلى الرغم من فعالية التعزيز الإيجابي إلا أنه أقل استخداماً من التدابير الأخرى لأنه يتطلب المراقبة والوقت.

(3) - تقنيات المعالجة البغيضة: (الأجهزة داخل الفموية)

Aversive-Conditioning Techniques

بالاعتماد على الشواهد المتوفرة، فإن التقنيات الأكثر كفاءة بالقضاء على سلوكيات المص غير المرغوب فيها هي تقنيات المعالجة البغيضة أو ما يسمى بالأجهزة غير العقابية أو التأديبية (الشكل 11-4). على الرغم من استخدامها لسنوات عديدة، إلا أن هذه الوسائل كانت ولا تزال مثار جدل كبير بسبب الفهم القاصر لأطباء الأسنان حول مبرراتها النظرية. وقد تمت الدراسات الأولى الحاسمة عن المعالجة البغيضة (كاستخدام القوس الحنكي) من قبل Haryett، على أطفال تراوحت أعمارهم بين أربع سنوات وما فوق. تألفت المجموعة من اثنين وعشرين مشاركاً استخدموا القوس الحنكي حيث توقفت جميع أنشطة المص مقارنة بستة أطفال فقط توقفوا عن المص في مجموعات المراقبة. ومع أن العديد من هؤلاء الأطفال نشأت لديهم مشكلات كلامية عابرة (وهو أمر متوقع)، إلا أنه لم يكن هناك تأثيرات شخصية كبيرة في أي طفل.



الشكل (11-4): الأجهزة داخل الفموية لمعالجة مص الإصبع (للمؤلف).

صريف الأسنان: خواصها وطرق معالجتها

Bruxism: Characteristics And Treatment

- تعريف صريف الأسنان: Definition Of Bruxism

عرف Kerr و Ashe صريف الأسنان بأنه "إطباق و / أو طحن الأسنان عندما لا يكون المريض بحالة مضغ أو بلع". ويؤدي النهج المرضي للصرير إلى حت الأسنان وانهيار النسيج الداعمة للأسنان مع آلام ووجهية. وهذه الأعراض خفيفة جداً لدى معظم الأشخاص وبالتالي لا تبرر التدخل.

الانتشار: Prevalence

تلقى صريف الأسنان اهتماماً كبيراً في الأدب الطبي السني. وتشير التقارير إلى اختلافات واسعة بشأن انتشار هذه الحالة. وقد ذكر Rieder أن أكثر من ثلث المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 10-79 سنة أظهروا حالة من صرير الأسنان. وذكر Reding أن 15% من عينة المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 3-17 عاماً كان لديهم قصة عن عادات الصرير الليلي. وذكر Lindqvist أيضاً أن 14,9% من الآباء أشاروا إلى سماع صوت صرير أسنان أطفالهم .

وقد درس العديد من الباحثين صريف الأسنان عند الأطفال الذين يعانون من أذية دماغية وتخلف عقلي وشلل دماغي واستنتجوا أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من صريف الأسنان أكثر بكثير من الأطفال الطبيعيين.

- علاج صريف الأسنان: Treatment Of Bruxism

يشمل علاج صريف الأسنان المرضي إجراء تمارين المعالجة الفيزيائية المركزة (التدليك) والتغذية الحيوية الراجعة. ومبدأ الممارسة المركزة (التدليك) يستند إلى مفهوم النظرية التعليمية حيث ينشغل وينخرط المريض مراراً وتكراراً في المتابعة مع فترات راحة قصيرة جداً وهذا يزيد من احتمال النظر إلى هذا النشاط والفعالية على أنه مجهد وممتع ولكنه في النهاية سيتم القضاء على الصرير حيث يقوم التعزيز الإيجابي بدور فعال لإلغاء العادة.

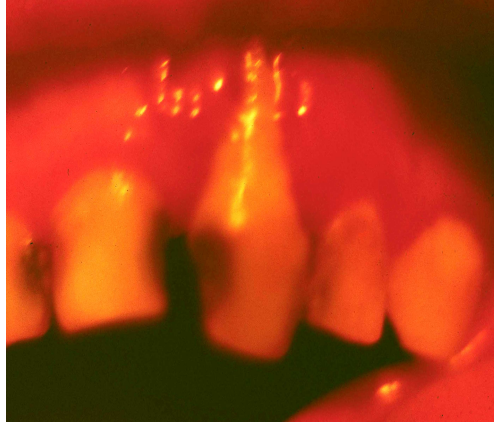
وتفترض التغذية الحيوية الراجعة بأنه يمكن للمعالج أن يلحق المريض بإنقاص توتر العضلات حيث يعتقد بأنه المسؤول عن هذه العادة وعن تخفيفها أو القضاء عليها في النهاية.

والأدلة على نجاح هذين الأسلوبين واعدة لكنها غير كافية ليوصى بها من أجل الاستخدام السريري الروتيني الموثوق.

سلوكيات التخریب الذاتي الفموية

Self-Mutilating Behaviors: The Oral Cavity

التخریب الذاتي أو الإصابات الذاتية أو الأذيات المصطنعة على ما يبدو هي إصابات غير شائعة فعلاً أو ربما تم التقليل من شأن انتشارها. ويبدو أن بعض هذه الإصابات محرضة ومدعومة بمثير ثانوي وتوجد في كثير من الأحيان بين مجموعات معينة كالجنود ونزلاء السجون ومرضى مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة. كما وُصفت حالات لأطفال تراوحت أعمارهم بين ثلاث إلى عشر سنوات بإصابة في الغشاء المخاطي اللثوي ذاتية التحريض (الشكل 5-11). وقد وصف Goldstein And Dragon حالة يافع مذهبون بشدة في السادسة عشرة من العمر لديه ثنية علوية يمنى مفقودة، وبعد ستة أشهر وجراء قلع ذاتي للنانب الأيمن السفلي تسبب في كسر الفك السفلي الأيمن. وهناك حالة أخرى لطفلة في التاسعة من عمرها لديها تاريخ عن قلع ذاتي.



الشكل (5-11): دفع اللثة بالظفر (تخریب ذاتي التحريض) بعمر 4 سنوات (للمؤلف).

- أسباب سلوك التخریب الذاتي: Etiology Of Self-Injurious Behavior (SIB)

هناك تصنيفان واسعان للعوامل المسببة لسلوك التخریب الذاتي هما: العضوي والوظيفي. يشير التصنيف العضوي إلى سلوكيات التشويه الذاتي التي يبدو أنها تحدث مع متلازمات ناجمة عن عوز كيميائي حيوي أو عوز أنزيمي محدد، وربما المتلازمة الأكثر شهرة هي متلازمة Lesch-Nyhan ليش-نيهان، وهي صفة وراثية متنحية مرتبطة

بالجنس. سلوكياً، هؤلاء الأطفال عدوانين للغاية وسلوكيات التخريب الذاتي لديهم غريبة جداً، وتتطور عادة قبل عمر السنتين. وغالباً ما تكون أصابع هؤلاء الأطفال عليها ندبات واسعة بسبب العض المستمر. كما يمكن ملاحظة درجات مختلفة من إصابات اللسان والشفيتين والخدين. على الرغم من اعتقاد الباحثين أن سلوكيات التخريب الذاتي تترافق مع هذه المتلازمات، إلا أنه لا يوجد دليل يشير إلى أن المتلازمة تسبب السلوك المخرب ذاتياً.

أما التصنيف الوظيفي فيبدو أكثر قبولاً من التصنيف العضوي. فالتحليل الوظيفي للـ SIB يمكنه تحديد سلوكيات معينة غير مرغوب فيها. وبمجرد تحديدها، يمكن تحديد العوامل البيئية التي تعزز أو تقوي حدوث هذه السلوكيات المخربة ذاتياً.

هذان التصنيفان يخضعان للتداول ويمكن أن يُستخدما لتعديل هذه السلوكيات غير المرغوب فيها أو القضاء عليها. على سبيل المثال، ربما يتعود بعض الأطفال على أنهم عندما يتأذون أو يتألمون، فإنهم يحصلون على اهتمام الوالدين وربما على بعض عبارات العطف والمودة. فإذا كان الوالدان عادة فاترين وغير ودودين ويهتمون عندما يمرض أو يتأذى الطفل فقط، فإن ذلك يدفع هؤلاء الأطفال للجوء إلى هذا الأسلوب للحصول على هذا الاهتمام والذي يصبح بالنسبة لهم كالمكافأة، وهكذا يتم التعزيز والمساهمة في زيادة تطوير هذا السلوك. وفي مثل هذه الحالة، يدرّب علماء السلوكية الآباء على مكافأة الطفل عند القيام بالسلوكيات غير المؤذية، وبهذه الطريقة يتم التقليل والقضاء على حدوث السلوك المخرب ذاتياً، وهذا هو بشكل أساسي النموذج المستخدم لطرق العلاج في يومنا هذا.

رَبُّ ضَلَكَة جَرَتْ بَلَاءُ.

الفصل الثالث عشر

التنويم المغناطيسي في طب الأسنان

Hypnosis in Dentistry

التنويم هو تفاعل اجتماعي يستجيب فيه شخص ما لإيحاءات شخص آخر من أجل تعديل الإدراك الحسي أو الذاكرة أو الأفعال الإرادية (وقد ينوم الشخص نفسه).

إن استخدام التنويم المغناطيسي ليس جزءاً أساسياً من الإجراءات السنية النموذجية، لكنه يبقى تقنية مفيدة ويمكن أن تكون فعالة في التعامل مع المشاكل السنية النوعية ومريض طب الأسنان الخاص. نادراً، ما يستخدم التنويم المغناطيسي ليكون بديلاً للتخدير الموضعي، على أية حال فإن الفوائد المتعلقة بالمرضى يمكن الحصول عليها من خلال الاستخدام الصحيح لهذه التقنية، وهذه الفوائد تتضمن:

- إنقاص القلق.
- تأسيس علاقة أفضل بين الطبيب والمريض.
- زيادة تعاون المريض عموماً وخاصة في الإجراءات التي تحتاج للمطاوعة.
- تعزيز استخدام التخدير الموضعي والمحافظة على صحة فموية أفضل بالإضافة لإجراءات العناية بالصحة الفموية.

هذه الميزات ليست دائمة، لكن على ممارس طب الأسنان أن يطور الفهم النظري الكافي للتنويم المغناطيسي، وعليه تحسين المعرفة بالاطلاع على المعلومات المتعلقة بنمط المريض وفعالية التقنية الخاصة لتشكيل ألفة جيدة ومريحة حيث يتطور معها تطبيقات وتقنيات تنويم مغناطيسي نوعية. ولا يحتاج الممارس السني أن يكون متمكناً جداً في علم النفس المرضي، وبالتالي فعلى الذين يستخدمون التنويم المغناطيسي أن يدركوا بأن بعض المشاكل تتجاوز مجالهم من الممارسة والأفضل عندها إحالة المريض إلى طبيب نفسي أو طبيب صحة عقلية.

تاريخ التنويم المغناطيسي في طب الأسنان:

تؤكد المراجعات التاريخية في الأدب الطبي أن استخدام التنويم المغناطيسي بين ممارسي الصحة العامة موغل في القدم. حيث اعتبر Waxman 1991 أن الشفاء باستخدام التنويم المغناطيسي هو أحد أقدم الفنون الطبية، بينما كشف Gravits 1999 حالات شفاء عند قدماء الصينيين والمصريين والهنود والفرس واليونانيين والرومان وغيرهم باستخدام التنويم

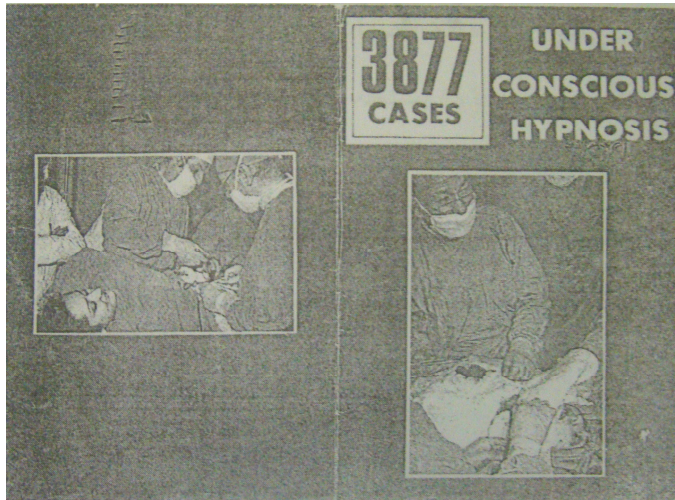
المغناطيسي. وأقر المعالجون القدماء بالعلاقة الداخلية بين العقل والجسم في الصحة والمرض. وثمة ظاهرة شائعة كانت معروفة باسم (اللمسة الملكية) أو (الشفاء الإلهي) والتي سادت في القرون الوسطى، حيث عدّها بعضهم شكلاً من أشكال التنويم المغناطيسي. وقد تمت معالجة العديد من الأشخاص سريعو التأثير وفي كل الفئات العمرية، خلال ثوانٍ اعتماداً على توقعهم "بلمسة سحرية" أو بحادثة نفسية مشابهة حدوث تغير طبيعي وشفاء كامل.

خلال عصر الدولة العربية الإسلامية وتطورها، كما ذكرنا سابقاً، فإن العديد من الأطباء واصلوا التأكيد على أهمية الحالة العقلية وتأثيرها في صحة الجسم. وفي عام 1500 لاحظ Nymann بأن تأثير أدوية معينة يؤدي إلى حدوث "تخيلات" عرفت لاحقاً باسم "تأثير الدواء الوهمي أو Placebo". ومن خلال البحث والكشف عن العلاقة بين وظائف الجسم والصحة والمرض والمشاعر وبين المظاهر النفسية يمكن تأسيس علاقة واضحة لاستخدامها في عملية التنويم المغناطيسي.

قدم Mesmer مفهوم "المغناطيسية الحيوانية" وسميت المسمرية Mesmeerism نسبة له، وهي تدّعي المعالجة التي تتضمن تخفيض الألم بتحويل السائل المغناطيسي السلبي إلى خارج الجسم. واعتقد Mesmer بأن إعادة ملء هذه القوى المغناطيسية يمكن أن يُعيد للشخص صحته. والفرضية الأساسية لـ Mesmer عن "التنويم المغناطيسي" تتألف من قوة أو طاقة طبيعية، يمكن أن يتم إعادة توزيعها من المنوم المغناطيسي إلى المريض. وقد تم فحص تقنية Mesmer من قبل لجنة علمية تألفت من بعض الأشخاص الأكثر تأثيراً في ذلك الوقت برئاسة بنيامين فرانكلين الذي أوصى بتحري صحة الإدعاءات التي فضلت التنويم المغناطيسي. وعندما استنتجت اللجنة أن تقنية Mesmer لم تكن علمية، وأن تخيل المريض كان العامل الأساس المسؤول عن فعالية المعالجة، وتراجع القبول بالتنويم المغناطيسي كثيراً رغم بعض الفوائد العلاجية. في نهاية المطاف، ونتيجة للتاريخ الطويل للتنويم المغناطيسي كان الاستنتاج بأنه ليس حدثاً جسيماً، وإنما هو حدث نفسي، وهذا ما أدى إلى توجيه دراسته في المسار الصحيح. كما تأسست العلاقة بين العقل والجسم، وأدت في النهاية إلى دراسة الظواهر المعروفة باسم الطب النفسي الجسدي.

أُستخدم مصطلح التنويم المغناطيسي أول مرة عام 1841 من قبل الطبيب الإنكليزي James Braid، واشتق من الكلمة اليونانية Hypnos والتي تعني "النوم". ومن المرجح أن هذا المصطلح قد اكتسب شعبيته من النقص أو الفقد الكامل لنشاط الشخص النائم نتيجة للعلاقة بين الشخص المنوم والشخص النائم.

ومن المثير للانتباه، أن الفضل الأكبر لعودة الاهتمام بالتنويم المغناطيسي يعود إلى مجموعة من أطباء الأسنان الذين واصلوا تطوير تقنيات المعالجة بطب الأسنان التنويمي. وينسب لـ Moss عام 1977 أول استخدام لمصطلح طب الأسنان التنويمي، حيث صيغ الاسم لكي يتغلب على الصفة السلبية التي ارتبطت بمصطلح التنويم المغناطيسي. وكان يأمل Moss من هذا المصطلح الجديد رفع الإجراءات إلى مستوى أكثر مهنية، وأن يقلل من الانتقادات المرافقة لمرحلة التنويم والاستخدامات الأخرى قليلة البرهان. في الواقع، إن تاريخ التخدير السني مع طب الأسنان التنويمي متداخلاً جيداً، طبقاً لرسالة كتبت من قبل G. Q. Colton عام 1844 بأن استخدام التخدير في طب الأسنان قُدم من قبل طبيبي الأسنان J. Morton و Horace Wells خلال عرض للتنويم المغناطيسي. وكما قام Woord عام 1842 ببيتر ساق دون ألم، وقام Esdayle في الهند عام 1850 بثلاثمائة عملية جراحية كبرى تحت التنويم (الشكل 1-12). واستمر ورود تقارير عن الاستخدام الطبي للتنويم المغناطيسي، وبعض هذه التقارير كان استناداً إلى دراسات جيدة. ولكن هذه التطورات العلمية الموثقة اصطدمت بالموروث الشعبي عن العلاج الخارق للمشاكل التي لا يمكن تحديد فعاليتها علمياً وبنقص الإجراءات العلمية لدراسة التأثير العلاجي للتنويم المغناطيسي.



الشكل (1-12): إجراء بعض العمليات الجراحية تحت تأثير التنويم.

اكتسب التنويم المغناطيسي قبولاً هاماً كشكل من أشكال التداخل السني والطبي والنفسي. فقد بدأ طب الأسنان باستخدام التنويم المغناطيسي بانتظام أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها، حيث كان من الصعب تطبيق الأشكال الأخرى من التخدير.

إن الاهتمام بالتنويم المغناطيسي كوسيلة فعالة في الإجراءات السنية استمر حتى يومنا هذا. لكنّ المعالجات السنية تفرض تكاليف اقتصادية كبيرة، كما أن الخوف والقلق وتجنب إظهاره من قبل العديد من المرضى لا يزال يشكل تحدياً آخر لأطباء الأسنان والباحثين، ونتيجة لذلك فإن علم السلوك وأطباء الصحة النفسية اُشتركوا، وبشكل متزايد، في البحث عن المرض السني ومعالجته ودعوا إلى استعمال التنويم المغناطيسي كأداة فعالة في طب الأسنان.

أشهر مقاييس الإيحائية Suggestibility هو مقياس ستانفورد. ويمكن القيام بعملية التنويم لدى 90% - 95% من الناس بدرجات متفاوتة، وتزداد إمكانية التنويم مع تزايد خصوبة الخيال والتمتع بأحلام اليقظة. أما الـ 5% - 10% فلا يمكن تنويمهم. والقابلية للتنويم متساوية بين الجنسين، والأطفال أسهل تنويماً من البالغين، إذ تبلغ سهولة التنويم ذروتها بين عمر 8 - 12 سنة. ويشعر المريض بالخمول والنعاس وضعف الصلة بالواقع. لا تسترخي العضلات، لذلك لا تسقط الأشياء من اليد، ولا تنعدم المنعكسات، وتخطيط الدماغ يشبه حالة الصحو لأنه لا يتأثر الفعاليات العصبية الكهربائية (EP).

إن الاستخدام العملي للتنويم المغناطيسي في طب الأسنان يأتي في أربعة مجالات رئيسية هي :

1. الوقاية من المرض.
2. تعديل العادات السنية السيئة.
3. التطبيقات العلاجية.
4. تدبير سلوك المريض.

سيركز هذا الفصل على البحث في هذه المجالات بالإضافة إلى التطبيقات الخاصة لهذه التقنية.

الوقاية من المرض السني وتعديل العادات السنية السيئة:

إن ممارسة الصحة النفسية والطب السلوكي في توسع مستمر، ولذلك فمن المتوقع أن يتم متابعة البحوث لتطبيق الوقاية من الأمراض السنية. لكن حتى الآن، لاتزال البحوث التجريبية محدودة في مجال الوقاية. وفي دراسة واعدة امتدت لثمانية أشهر لـ Mckinty و Carr و Kelly تم تطبيق إحياءات التنويم لتعزيز استخدام الخيط السني. وكشفت نتائج الدراسة أن 67% من المرضى الذين تلقوا الاقتراحات، قد تحسنت لديهم الصحة اللثوية

مقارنة مع 15% من الذين لم يتلقوا أية اقتراحات. وربما ستحفز هذه النتائج الواعدة إجراء المزيد من البحوث في هذه المجال الهام لطب الأسنان التتويمي.

الاستخدامات العلاجية للتتويم المغناطيسي في طب الأسنان:

إن الاستخدامات العلاجية الرئيسة للتتويم المغناطيسي في طب الأسنان تتضمن:

- ❖ إنقاص الخوف والقلق من الإجراءات السنية.
- ❖ الوصول إلى حالة الاسترخاء.
- ❖ زيادة التعاون مع طبيب الأسنان.
- ❖ تحسين القدرة على ارتداء الأجهزة التقويمية.

تدبير سلوك المريض:

إن القلق المرافق للعناية السنية يصيب ملايين البشر. والخوف والتوتر والشعور بالقلق والعداوة هي بعض المواقف الشائعة التي يحملها المرضى تجاه طب الأسنان. ووفقاً لـ Morse فإن المرضى يمتلكون العديد من المخاوف المتعلقة بطب الأسنان ومنها:

- الخوف من المجهول.
- الخوف من الإبرة.
- الخوف من فقدان الوعي.
- الخوف من سحب العصب.
- الخوف من قلع الأسنان.
- الخوف من طبيب الأسنان.
- الخوف المكتسب من القصص التي تم قراءتها أو الاستماع لها.
- الخوف نتيجة تجارب سابقة.
- الخوف من القناع الوجهي للطبيب (الكمامة).
- الخوف من أن تكون الإجراءات السنية مؤلمة.
- الخوف من حدوث ألم بعد المعالجة.

ومن الثابت في البحث العلمي أن الرهاب من طب الأسنان هو المشكلة الرئيسة لشريحة كبيرة من الناس، وأن العديد من المرضى يتلقون العناية السنية غير الكافية لتجنب المعالجة السنية وما يرافقها من مشاعر القلق. المريض المصاب بالرهاب والذي يمكن أن يقتنع بمحاولة إجراء المعالجة، قد يحتاج لإجراء تركين وريدي أو حتى تخدير عام ليتمكن

الطبيب من إجراء المعالجة بالكامل، مما يؤدي إلى زيادة التكاليف فضلاً عن المخاطر التي يتعرض لها المريض، لذا فإن فوائد العلاج بالتنويم المغناطيسي لمعالجة القلق السني قابلة للبحث والنقاش.

إن الاستخدام الأكثر شيوعاً للتنويم المغناطيسي في طب الأسنان هو الوصول بالمريض إلى حالة الاسترخاء. لذا أصبح العلاج بالتنويم المغناطيسي لتخفيف القلق والرهاب من طب الأسنان موضوعاً شائعاً للدراسة، ويتلقى دعماً سريرياً وتجريبياً كاملاً. ويستخدم أطباء الأسنان طريقتين أساسيتين للحد من القلق السني باستخدام التنويم المغناطيسي:

الطريقة الأولى:

ويطلق عليها غالباً "طريقة الكشف" وتتضمن هذه الطريقة محاولة معرفة أصول القلق وجذوره ، وذلك من خلال التوقع الذي يكشف ويشير إلى السبب الذي يدعو لاستمرار الخوف. هذه الطريقة يجب أن تتم بحذر، وينصح بأن تؤدي من قبل طبيب أسنان يمتلك تدريباً إضافياً في علم النفس. لذا حذر Golan عام 1997 من استخدام هذه الطريقة من قبل اختصاصيين في طب الأسنان لا يمتلكون تدريب نوعي في علم النفس، وأن يبقوا ضمن نطاق طب الأسنان مستخدمين مهاراتهم لمساعدة المرضى.

استخدم Stolzenberg هذه الطريقة من التنويم المغناطيسي لتحديد مصدر القلق من طب الأسنان عند يافعة تبلغ من العمر ثمانية عشر عاماً احتاجت إلى التقييم السني الضروري لدخولها الجامعة، ومع ذلك فهي لم تسمح بإجراء فحص روتيني لأسنانها. قام Stolzenberg بتنويم الفتاة، وراجع معها شريط حياتها لتحديد مصدر خوفها من طب الأسنان، فتذكرت بأن أختها عادت مرة إلى البيت من عيادة طبيب الأسنان، وهي تبكي بشكل هستيري لأنه أصيبت بجرح داخل الفم نتيجة استخدام سنبلّة التحضير. بهذه المعرفة، استطاع الطبيب أن يوضح للفتاة بأن حالة أختها كانت مؤقتة، وبأن أختها عادت إلى الطبيب عدة مرات بعد ذلك دون أية شكوى. وهكذا، تم تهيئة الفتاة لمواجهة الوضع الراهن، وخفض هذا التفسير من مخاوفها ولم يعد هناك صعوبة من تكملة الفحص الروتيني لأسنانها.

الطريقة الثانية:

ويطلق عليها "الطريقة المباشرة" وهي الأكثر شيوعاً والأكثر فاعلية واستخداماً لإنقاص القلق من طب الأسنان وتتضمن معالجة القلق بشكل مباشر ومعالجة أعراضه.

وتعتمد هذه التقنية بشكل كبير على الاسترخاء والاطمئنان الذي يحصل أثناء التنويم المغناطيسي. وتبعاً لـ Fabian 1999 فقد ثبت أن التحريض على النوم التأملي مفيد خصوصاً في التخلص من القلق الذي يسبق الإجراءات الفموية.

أظهر Morse في دراسة فعالية التنويم المغناطيسي مع مرضى طب الأسنان الذين يظهرون القلق من طب الأسنان خلال الزيارة الأولى. وفي هذه الدراسة استخدم تقنية مشابهة للتأمل، حيث طلب من المرضى أن يغلّقوا أعينهم ويسترخوا ويكرروا بصمت بعض الكلمات مثل " واحد - زهرة - حديقة ". وبينما هم كذلك، أعطوا تعليمات الاسترخاء المتقدم وتضمنت مشاعر الدفء والإحساس بالوخز، إلخ.... وعند الشعور بالخدر طُلب من المرضى أن يتوقفوا عن ترديد الكلمات، وتم تعميق حالة التنويم من خلال استعمال صورة المصعد. وقد تم الوصول إلى إنقاص القلق وزيادة الاسترخاء مع جميع المشاركين بالدراسة.

وصف Neiburger عام 1973 تقنية دعاها " التشويش الحسي خلال التنويم المغناطيسي "، ففي هذه التقنية تستبدل التفسيرات الحسية السلبية بأخرى إيجابية. يتأهب المريض في هذه الحالة من " فرط الإيحاء " بعد الاسترخاء، كما تستخدم لتغيير استفسار المريض عن سبب قلقه وربط ذلك بإحساس الألم والتعب. وتستخدم هذه الطريقة عدة تقنيات نفسية من أجل خداع المريض وتغيير تصوراتهِ وتفسير إحساسه بالقلق على أنه طبيعي ومفيد ويستطيع تحمله بشكل كبير. إن مفاتيح نجاح هذه الطريقة تتضمن وصفاً لما سيُشعر به المريض أثناء المعالجة وتعزيز هذا الإحساس في الوقت الملائم وتنمية ثقة المريض ودائماً إعطاء سبب المعالجة والهدف المنشود منها. وهكذا فإن الهدف العام هو تغيير تفسيرات المريض للأحاسيس المُنتجة للقلق والألم واعتبارها محتملة، ومحفزة للاسترخاء. كما لاحظ بأن فوائد تقنية التشويش الحسي شملت سرعة في المعالجة وارتياح أكثر وقللت من الخوف.

التنويم المغناطيسي كمساعد للمعالجة في طب الأسنان:

للتنويم المغناطيسي فوائد في العديد من الإجراءات الجراحية، تشمل:

- ❖ 1- التحضير لإجراء التخدير.
- ❖ 2- تأمين مساحة واسعة من تسكين الألم.
- ❖ 3- الحد من الاختلاطات المرافقة للجراحة كالنزف والإغماء والغثيان.

قدم Melzack عام 1965 نظرية بوابة السيطرة على الألم وذلك بإمكانية تعديل السيالات الألمية من خلال عصبونات في قشرة الدماغ وعناصر أخرى في الجهاز العصبي

كالجهاز اللمفي والنخاع الشوكي وجذع الدماغ. وقد لفتت هذه النظرية الانتباه إلى العوامل النفسية والاجتماعية في إحداث الألم، وإلى وجود ارتباط وثيق بين العمليات النفسية والفيزيولوجية والألم. مع أن النظرية الأولية لم يكن لها حدود واضحة، إلا أنها شكلت مساهمة رئيسة أهمية العوامل المركزية والنفسية في عملية الإحساس بالألم، كما سلطت الضوء على الدور الهام والمحتمل للعوامل النفسية في الإحساس بالألم. وهكذا، قدمت نظرية بوابة السيطرة على الألم شرحاً نظرياً لطريقة التنويم المغناطيسي حيث يمكن تعديل الإحساس بالألم من خلال إعادة هيكلة الجوانب المعرفية والعاطفية والحسية.

تعددت فوائد التنويم المغناطيسي كمخدر للمعالجات السنية، وأهمها الحد من كمية المادة المخدرة اللازمة. وبالتالي، فإن التنويم المغناطيسي يمكن أن يكون مفيداً جداً عند العمل على المرضى الذين لديهم حساسية لهذه المواد المخدرة، أو المرضى الخطيرين طبياً، أو مرضى التحسس الدوائي.

وهناك عدة نظريات حاولت شرح آلية عمل التنويم المغناطيسي كعامل مساعد في التسكين. وبما أن الألم تجربة شخصية فطبيعة حدوثه لا تتضمن فقط تصور المثيرات المؤذية للجسم بل تفسير تلك الأحاسيس أيضاً، وبالتالي فإن الألم يصبح تعبيراً شخصياً من خلال العديد من العوامل. لهذا السبب، أشار Erickson إلى أنه لا يوجد نهج واحد يحظى بالقبول الواسع لإحداث تسكين للألم في طب الأسنان، وأن ذلك يعود إلى تقدير الطبيب المُنوم ليحدد ما هو الأكثر مساعدة للمريض.

إن الإيحاء عامل هام في نجاح التسكين التنويمي في طب الأسنان. ويبدو أن إنقاص الألم أثناء التنويم يرتبط بهذه الإيحاءات. مع أن هناك قبول واسع بوجود فروق فردية بين الأشخاص في القدرة على إجراء التنويم المغناطيسي، إلا أن عدداً كبيراً من البحوث أشارت إلى أن التنويم المغناطيسي يمكن تعلمه من خلال الممارسة المنظمة. كما أن الممارسين الذين لديهم معدل منخفض من الإيحاء يمكن تدريبهم لزيادة الإيحاء لديهم. هذه الزيادة في الإيحاءات عند الممارسين تؤدي إلى تخفيف أكثر للألم من خلال إيحاءات التسكين مقارنة بأولئك الذين لم يخضعوا للتدريب. وفي الحقيقة فإن الممارسين المتدربين قد خفضوا مستوى الألم عند المرضى من خلال المستوى المرتفع من الإيحاءات.

في دراسة لـ Milling عام 1999 عن قابلية التنويم أجريت على طلاب جامعة متطوعين " سبع وستين أنثى وواحد وثلاثين ذكراً " لتقويم فعالية تعزيز الإيحاء لزيادة القدرة

على تحمل الألم. هذه الدراسة تلقي الضوء على أهمية العوامل الفردية في نجاح التسكين التنويمي. وتتأثر فعالية التنويم المغناطيسي كمسكن في مداواة الأسنان بالعديد من العوامل الفردية بما في ذلك إدراك الشخص للألم إضافة للعوامل البيئية.

استخدم التنويم المغناطيسي في إجراء جراحة سنية في إحدى معسكرات أسرى الحرب في سنغافورة عام 1945، حيث كانت الظروف بدائية وإجراء التخدير لم يكن متاحاً. وقد أُجري القلع على 23 مريضاً من أصل 29 تحت التنويم المغناطيسي، وكان هناك حالتان فقط لألم ما بعد الجراحة. كما أظهرت نتائج دراسة أخرى نجاحاً لعلاج 99 مريض من أصل 100 خضعوا لعلاج في الأسنان دون اللجوء إلى التخدير. وفي دراسة أخرى أيضاً أظهر التحريض السريع للتسكين فعالية في السيطرة على الألم السني لدى 27 متطوع. وهناك دراسة تجريبية شملت ثمانية عشر استرالياً تراوحت أعمارهم بين الرابعة عشرة والخمسين سنة، وكان لديهم آفات نخرية ممتدة إلى العاج السني. وقد شهد كل شخص ثلاث ثوانٍ من التحضير الأولي على الأسنان، وطلب منهم تقييم الألم على مقياس تحديد الألم " الدرجة 0 حيث لا يوجد ألم إلى الدرجة 100 أقصى درجات الألم ". وقد تم التنويم المغناطيسي باستخدام تقنية لف العيون التي وضعت من قبل Toth 1985، ثم تعميق التنويم من خلال إحياء المصعد الصاعد متبوعاً بتخيلات عقلية للمكان المفضل أو النشاط المفضل. العديد من المشاركين ذكروا أنه على الرغم من شعورهم بالتحضير على الأسنان أثناء التنويم المغناطيسي، إلا أن شدة الألم كانت متراجعة إلى درجة يمكن معها تحمل هذا التحضير. وأظهرت النتائج أنه بعد سبع إلى أربع عشرة دقيقة من التنويم المغناطيسي وإحياءات التسكين والتخيلات الحياضية، انخفضت مستويات الألم إلى درجة يمكن للشخص تحملها أثناء إزالة النخر.

أخيراً، هناك تطبيقات هامة للتنويم المغناطيسي تتضمن الحد أو القضاء على الآثار الجانبية "المزعجة" أثناء القيام بالإجراءات السنية وربما تتداخل معها، ومن هذه الآثار الجانبية منعكس الإقياء وزيادة إفراز اللعاب والنزف:

- منعكس الإقياء:

هو استجابة غير طبيعية لعضلات الفم والبلعوم كرد فعل على محرضات طبيعية جسمية أو نفسية. وبالتالي فإن التركيز هو تدبير فعال لمنعكس الإقياء والتنويم المغناطيسي مفيد كأداة مهدئة. وأوصى Erickson بإجراء دمج بين كل من إحياءات اليقظة الموثقة

وإزالة الأعراض من خلال الإحياءات العلاجية التنويمية وإجراء تحليل نفسي مختصر. كما أوصى Golan بالجمع بين الاسترخاء وتغيير درجة الحرارة والتخدير للسيطرة على حس الإقياء، بينما ذكر Moss بأن إحياءات اليقظة ولاسيما التوجيهية غالباً ما تكون فعالة في الحد من الإقياء خلال الإجراءات السنية.

- زيادة إفراز اللعاب:

ذكر Moss أنه يمكن التحكم بزيادة إفراز اللعاب من خلال التنويم المغناطيسي، حيث أن الجهاز العصبي المركزي يخضع لسيطرة إرادية. وذكر أيضاً أنه من خلال الإحياءات المنومة يمكن تعديل تدفق اللعاب، ويستمر ذلك لبعض الوقت بعد إعطاء الإحياءات. كما ذكر Waxman أن الإحياءات المباشرة للمريض تسبب جفاف اللعاب لفترة محدودة، والنتيجة انخفاض واضح في تدفق اللعاب.

- السيطرة على النزف:

أبلغ Fredericks عن حالات ساعد فيها التنويم المغناطيسي على الحد من النزف أثناء الإجراءات السنية، فبعض المرضى لديهم فرط في النزف وهو أمر مقلق، لذلك فالتأثير المرخي للتنويم المغناطيسي يساعد في الحد من النزف.

ذكر Waxman أن النزف التالي للقلع أو النزف المتأخر بعد القلع يمكن السيطرة عليه إذا تم إعطاء المريض المنوم بعمق إحياءات قوية لتناقص تدفق الدم في منطقة معينة خلال بضع ساعات. وأبعد من ذلك، فإنه إذا تم إعطاء الإحياءات قبل القلع، يمكن تقليل النزف لقطرتي دم أو ثلاث فقط. وذكر Moss أنه مع بعض المرضى الذين تم تنويمهم مغناطيسياً للقيام بالإجراءات السنية، كان هناك دلائل سريرية على أن النزف التالي لاستئصال اللب تمت السيطرة عليه من خلال الإحياءات المنومة. وذكر Moss أن من الضروري إجراء دراسة محددة وحاسمة صحيحة للتحقق من هذه المعلومات. ومن الواضح أن هذا المجال يستحق المزيد من الدراسة.

استخدامات التنويم المغناطيسي في طب أسنان الأطفال:

يمتلك طب أسنان الأطفال تحديات خاصة. ففي كثير من الأحيان لا يمكن التنبؤ بسلوك الأطفال ويمكن أن يتغير من زيارة إلى أخرى. بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يكون الطفل أكثر حساسية للتأثيرات الجانبية الشائعة عن التخدير، وبالتالي فإن استخدام الطرق "التقليدية" للحد

من الألم مع هذه الفئة يكون ضعيف التأثير. وهناك مجموعة متنوعة من استجابات العلاج بالتتويم المغناطيسي في طب أسنان الأطفال وأهمها:

- ❖ رفع عتبة الألم.
- ❖ الحد من مقاومة التخدير الموضعي.
- ❖ المساعدة على التكيف مع الأجهزة التقويمية.
- ❖ الحد من منعكس الغثيان وزيادة إفراز اللعاب والنزف.
- ❖ التخفيف أو التخلص من الخوف والقلق.
- ❖ الحد أو التخلص من منعكس الصرير.
- ❖ القضاء على العادات الفموية.
- ❖ حث الطفل وتشجيعه على تحسين الصحة الفموية.
- ❖ استرخاء العضلات الوجهية.
- ❖ مواجهة اكتئاب ما بعد العمل الجراحي.
- ❖ علاج عادة التدخين وتناول الكحول والعقاقير لدى المراهقين.
- ❖ خفض حرارة المريض.
- ❖ تسهيل الوصول إلى التركيب أو التخدير العام.

على الرغم من أنه لدى الأطفال تحديات خاصة في عيادة طب الأسنان، إلا أنه لدى معظمهم استجابة خاصة للتتويم المغناطيسي. والعامل الرئيس في نجاح التتويم المغناطيسي في طب أسنان الأطفال هو علاقة الطفل بالطبيب، فبعد أن يتم تأسيس الثقة مع الطبيب، يبدي الأطفال اهتماماً وتعاوناً في العمل مع التتويم المغناطيسي.

وقد لوحظ استجابة مرضى طب أسنان الأطفال لمجموعة متنوعة من تقنيات التتويم. سجل Bernick استخداماً ناجحاً لتقنية "تخدير القفاز" للسيطرة على الألم عند طفل بعمر ثلاثة عشر عاماً كان لديه خوف من حقنة التخدير.

ووصف Shaw ما يسمى "تقنية البديل" التي يقوم فيها الطفل بإيقاف مفاتيح الألم في أجزاء مختلفة من الفم. كما أقر Shaw باستخدام "تخدير القفاز" والإيحاءات المباشرة لإحداث التتميل. وهذه التقنيات يمكن استخدامها بمفردها أو بالاشتراك مع التخدير الناحي أو الموضعي اعتماداً على احتياجات الطفل ومتطلباته. عموماً، فإن استخدامات التتويم المغناطيسي في طب أسنان الأطفال مشابهة لتلك المستخدمة مع البالغين.

إن التخلص من مخاوف الطفل وتطوير الثقة مع الطبيب واستخدام المصطلحات المناسبة لعمر المرضى ضرورية لضمان نجاح التنويم. عندما تؤخذ هذه العوامل، بعين الاعتبار تسمح لطبيب أسنان الأطفال بتأمين الرعاية الجيدة للطفل.

التنويم المغناطيسي في المساعدة على تأمين امتثال المرضى وتعاونهم:

كان لدى أطباء الأسنان منذ فترة زمنية طويلة مخاوف تتعلق بامتثال المريض للإجراءات العلاجية عموماً. فعدم التعاون مع طبيب الأسنان يؤدي لزيادة مدة العلاج وخلق متاعب أكثر لكل من الطبيب والمريض وزيادة إمكانية التعرض لتأذي كل من المريض وطبيب الأسنان. هذه القضايا تقود عادة إلى تجنب الفحص الدوري وتتجم عن انطباعات سلبية تتعلق بالتجربة السنية.

كثيراً ما يوصف المرضى الخاضعين للتنويم المغناطيسي بأنهم مطيعون، مع نقص في المبادرة الذاتية، وهم عموماً أكثر استعداداً لاتباع الإيحاءات المستمرة المقدمة من قبل المُنوم المغناطيسي.

وفي إحدى الدراسات الرائدة تم تنويم خمسة مرضى قبل القيام بالإجراءات السنية من قبل ممارسين لطب الأسنان حيث أُعطوا إيحاءات بأن الاجراء السني سيكون بسيطاً وسريعاً ودون صعوبة، كما تم إعطاؤهم إيحاء بضرورة التعاون واتباع جميع التعليمات المعطاة لهم من قبل طبيب الأسنان بسرعة، ولم يتم إخبار الممارسين بأن المرضى خضعوا للتنويم المغناطيسي. ثم دُرس هؤلاء المرضى الخمسة مع الممارسين أثناء القيام بالإجراءات السنية وبالمقارنة مع خمسة مرضى لم يتم تنويمهم مغناطيسياً، وتم التصنيف تبعاً للتعاون العام للمريض (كيف يتعاون المريض مع الممارس السني وكيف يتبع إرشادات الممارس السني)، ولعدم وجود صعوبات أثناء القيام بالإجراء السني، انتهى الإجراء بوجود صعوبات شخصية ضئيلة أو معدومة بين الممارس السني والمريض. وفي جميع الحالات الخمسة التي تم فيها استخدام التنويم المغناطيسي، تم تقويم التفاعل بين الممارس السني والمريض فكان أكثر إيجابية مما كان عليه في مجموعة المرضى دون التنويم المغناطيسي. وقد لوحظت هذه النتائج الأولية تحت ظروف خاضعة للمراقبة، وأشارت إلى أن التنويم المغناطيسي قد يكون له تأثير مفيد من حيث تأمين الامتثال العام والتعاون من قبل المريض.

اعتبارات سريرية:

يعدّ Rausch عيادة طب الأسنان بيئة مثالية لإجراء التنويم المغناطيسي بشكل فعال وبطريقة مباشرة، مع نتائج يمكن ملاحظتها على الفور. إلا أن استخدامه يثير بعض القضايا العملية الهامة، كالقضايا الفلسفية والسياسية والمسائل القانونية والعلاجية. وسنناقش فيما يلي هذه القضايا:

فلسفياً:

عانى التنويم المغناطيسي من المصادقية والنقد. وكما نوقش سابقاً، فإنه اعتبر في مرات عديدة خلال تاريخه الطويل العلاج الأمثل للكثير من الأمراض الطبية. حيث انتشرت التقارير التي بشرت بأنه سيكون علاجاً شافياً لجميع الحالات، والأدلة دعمت فعاليته في طب الأسنان. ومع ذلك، فإن على المهنيين الراغبين في استخدام التنويم المغناطيسي في الممارسة العملية أن يكونوا حذرين مع كل من استخدام التنويم المغناطيسي وما هو المطلوب لنجاحه.

ولمنع الاستخدام الخاطئ أو المطالبة بما هو أكبر من فعالية التنويم، فإن الهدف الأكثر أهمية بالنسبة للممارس يكمن في الحد من المفاهيم الخاطئة والخرافات والأحكام المسبقة غير المألوفة المترافقة مع التنويم المغناطيسي التي يحملها كل من المرضى والممارسين. فعلى سبيل المثال، يعتقد بعضنا أن زيادة الإيحاء علامة على الضعف بينما في الواقع فإن هذه السمة ترتبط مع مستويات أعلى من الذكاء. أيضاً بعض المرضى يحتاجون إلى التأكيد بأنه عند الموافقة على القيام بالتنويم المغناطيسي فإن ذلك لا يعني فقدان السيطرة، كما أن عليهم أن يتعلموا تطوير السيطرة على الذات خلال الإجراءات العلاجية. وربما تعريف الشخص الممارس بأنه "المرشد" الذي يساعد على تبديد الخوف من فقدان السيطرة كما يساعد على إعادة صياغة بعض المفاهيم الخاطئة الناشئة عن التنويم المغناطيسي كان قائماً منذ زمن السيد "المسيح". ولدى بعض المرضى سوء فهم شائع أنهم لن يستيقظوا من التنويم المغناطيسي ما لم تحدث بعض الحالات الطارئة غير المتوقعة. وقد يحتاج المريض إلى التأكيد أن حالة التنويم ستتوقف إذا توقف فقدان التواصل بين المريض والمنوم المغناطيسي. وعموماً، عليه معرفة مخاوف المريض وتبديرها قبل بدء العلاج لأن ذلك يفيد في تبديد الأساطير والمفاهيم الخاطئة التي تمنع الأفراد من اللجوء إلى المعالجة. وعلى الممارس لطب الأسنان، أن يكون على استعداد للرد بصبر على أسئلة المريض واهتماماته.

قانونياً:

إن ممارسة التنويم المغناطيسي من قبل أطباء الأسنان يشكل قضية قانونية. وهذا يعني: "إذا تم تعريف التنويم المغناطيسي كعلاج نفسي طبي، فإنه يترتب على ممارسي التنويم المغناطيسي أن يكونوا متدربين، ومرخصين، ويتم تقييمهم على أسس المعايير القانونية للممارسة الطبية والعلاج النفسي".

ومع أن تقنيات التنويم يمكن تعلمها بسهولة، إلا أن تشخيص الاضطرابات الطبية والنفسية يتطلب فهماً متقدماً لهذه الاضطرابات. وينبغي أن يُستخدم علم الأمراض في توجيه الممارس لفهم دور التنويم في الإعداد الطبي والنفسي، فضلاً عن القدرة على الموازنة بين المخاطر والفوائد المكتسبة استناداً إلى المعطيات السريرية. على سبيل المثال، ومع الفهم الصحيح للقلق الذي يعاني منه المريض، ومقارنته بمشكلة أخرى، فإن على الممارس أن يتخذ القرار السليم بشأن مدى ملاءمة التداخلات المنومة.

وكما ذكر سابقاً، يجب على طبيب الأسنان الحذر من استخدام عدة أساليب من التنويم المغناطيسي بسبب محدودية المعرفة في مجال علم النفس. وقد تم وضع إطار وأساس منطقي لإدخال علم النفس الصحي في مجال طب الأسنان. وهذا الحقل من التخصص في علم النفس السريري يتوسع ويتطور، وقد رحب أطباء الأسنان بالمشاورات لاستخدام التنويم المغناطيسي في عيادات طب الأسنان، حيث المزج بين الخبرة والمعرفة في كلا الحقلين (علم النفس وطب الأسنان) وذلك لتقديم الخدمة الأفضل لمتطلبات المريض.

علاجياً:

إن استخدام التنويم المغناطيسي ينطوي على تطوير استراتيجية تعتمد على تقييم مشكلة المريض بمستوياتها المختلفة الجسدية والعاطفية والاجتماعية و... إلخ. وعندما يتم استخدام التنويم المغناطيسي كعلاج مساعد، في طب الأسنان، ينبغي أن تُدرج التقنيات في خطة العلاج المقررة. على كل حال، فإن المعرفة الكاملة لمشاكل المريض، وللقيد المفروضة على استخدام التنويم المغناطيسي في طب الأسنان، فضلاً عن الخبرة بالتقنيات المختلفة للتنويم المغناطيسي ستقود إلى توجيه الممارس للاستفادة الفعالة من التنويم في ممارسة طب الأسنان.

تقنيات تحريض التنويم المغناطيسي في طب الأسنان:

بعض الرسوم التوضيحية:

لاحظ Waxman أن "مشاكل تحريض التنويم المغناطيسي المستخدمة في طب الأسنان تختلف عن تلك التي تواجه الآخرين من المهنيين في الصحة العامة"، لأن معظم مرضى طب الأسنان، وبخاصة الذين يعتبرون التنويم المغناطيسي مقلقاً يكونون أكثر صعوبة في تأمين التعاون والاسترخاء. من ناحية أخرى، يدرك مرضى طب الأسنان أن استخدام التنويم المغناطيسي يكون لفترة قصيرة، وبالتالي فإن القلق في "العقل اللاواعي" سيكون قليل الأهمية. وقد عدَّ Rausch أن معظم الحالات السنية مثالية لاستخدام التنويم المغناطيسي. وذكر أيضاً أن "الجو العام والعلاقة بين طبيب الأسنان والمريض والإجراءات المتوقعة إنجازها هي أسس مثالية لإحداث الاستنباط من عقلية المريض وقبول إichاءات التنويم البسيطة والمستمرة". يسرد Rausch الأسباب التي جعلت التنويم المغناطيسي طريقة مثالية في طب الأسنان السريري:

1. لدى المريض عادة حاجة للهروب عقلياً لأن الضغط النفسي الكامن بسبب الجلوس على كرسي الأسنان يصعب جداً السيطرة عليه.
2. إن عدم الراحة الناجمة عن المعالجة، سواءً أكان ذلك مبرراً أم لا، تثير استجابة عاطفية أكثر من الاستجابة العقلانية. لذلك، فإن المريض يطور عقلية تصبح لديه القدرة معها على تخفيف هذا المأزق المجهد وجعله مقبولاً.
3. وضعية الاستلقاء على كرسي الأسنان، هي وضعية مثالية للرد على الإichاءات المنومة.
4. لدى طبيب الأسنان الإذن بلمس المرضى في أنحاء الوجه والرأس والعنق والكتفين والذراعين، وهذا ما يسهل استخدام الإشارات غير اللفظية.
5. طبيب الأسنان يجلس أو يقف خلف المريض وهو موقع المسيطر نفسياً.
6. قُرب الطبيب من المريض يسمح بالاتصال المكثف بالعين.
7. في فترة زمنية قصيرة نسبياً من مرحلة العلاج يوضع إطار زمني لاستجابة المريض.

بمجرد اتخاذ القرار باستخدام التتويم المغناطيسي في العيادة السننية، فإنه يتم تحديد نهج مناسب وفعال. كما يجب التأكيد على سلامة المريض ووعيه، فضلاً عن تبديد الخرافات والمفاهيم الخاطئة، والتي ستؤثر على فعالية التداخلات المنومة.

الطرق الشائعة للتحريض والإيحاءات التي تستخدم مع الظروف السننية الخاصة:

خطوات إيحاءات التتويم في طب الأسنان:

1. تأسيس علاقة وطيدة بأسرع وقت ممكن.
2. استخدام الاتصال العيني لجذب انتباه المريض خلال حديث الطبيب.
3. استخدام الاتصال الجسدي لطمأنة المريض وإعطائه التنبيه غير اللفظي.
4. على المريض أن يُسلم نفسه للطبيب لتأمين التعاون.
5. استخدام التحريض السريع.
6. أثناء التحريض يتم استخدام التعليمات البسيطة والمباشرة بالزمن الحاضر.
7. يتم إعطاء التحريض مع العديد من عبارات تعزيز الأنا.
8. إذا كان المطلوب تأثير معين كالتخدير أو التسكين فتستخدم الاستجابة الفكرية الحركية للتأكد من أن التأثير قد حدث حقيقة لأن هذه الاستجابة موثوقة.
9. تأسيس تلميح للتحريض المستقبلي، حيث يتم تقديم الإيحاءات بعد التتويم لمزيد من الراحة بعد العملية الجراحية.
10. إيقاظ المريض.
11. يجب على الطبيب التأكد أن المريض قد استيقظ بشكل جيد، وواعٍ، وهو بحالة حسنة قبل مغادرة العيادة السننية.

تقنيات التحريض:

تختلف تقنيات تحريض التتويم اختلافاً كبيراً وغالباً ما تعكس خبرة الممارس الشخصية. فالتحريضات في معظم الأحيان تتضمن استخدام الإيحاءات للاسترخاء وهي إلى جانب ذلك تكون موجهة نحو تغيير انتباه المريض وتركيزه. وبهدف التوضيح تم تقديم هذه الأمثلة الملموسة عن التحريض:

تقنية فرك الذراع:

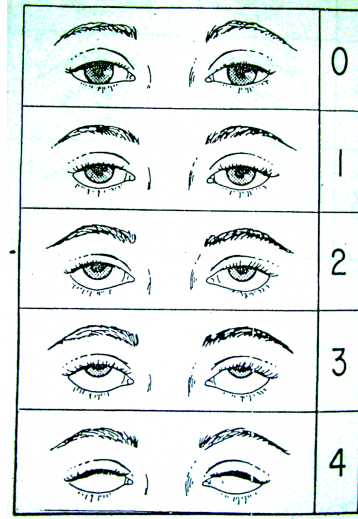
أولاً، يطلب طبيب الأسنان من المريض فرك ذراعه بخفة من الكوع الى المعصم إلى رؤوس الأصابع، ثم يُخبر المريض بعد عدة مرات من المرور على طول ذراعه أنه أصبح

في كثير من الارتياح والاسترخاء، وأن اليد أصبحت تشعر بشعور غير معتاد أسفل المعصم. هنا يُحرك طبيب الأسنان إصبعه عبر المعصم، ويرسم خطأً. ويقول طبيب الأسنان بأنه لا يعرف فيما إذا كانت يد المريض قد أصبحت خدرة، ولكنه يعرف أن المريض يشعر بشعور غير عادي. والبدل هو أن يستمر في تمسيد الذراع بينما هو يستمر بالحديث. وبعد أن يشير المريض إلى شعوره بالراحة والاسترخاء، يمكنه أن يغلق عينيه إذا أرا، وحالما يتم إغلاق عيون المريض يبدأ طبيب الأسنان بتخدير القفاز.

تقنية سقوط النقود:

أريدك أن تسترخي قدر الإمكان، لا تحاول حدوث أي شيء، لا تحاول إيقاف حدوث أي شيء، بل دع كل شيء يحدث كما هو. كل ما عليك القيام به هو اتباع تعليماتي، وستجد أنه من السهل جداً التوجه إلى حالة مشابهة للنوم، على الرغم من أن عينيك ستغلق وستبقى مغلقة، ولكنك في الحقيقة لن تكون نائماً. سوف تعرف بكل ما يجري حولك، ولن يكون لديك أدنى رغبة في فتح عينيك حتى أطلب منك ذلك. باستطاعتك فتح عينيك في أية لحظة، لكنك لن تفعل لأنه ببساطة ليس لديك رغبة في ذلك، دعنا الآن نستخدم هذه العملة، وسأضعها في يدك اليمنى، أغلق أصابعك بلطف وعندما تدير يدك للأعلى لن تسقط العملة. الآن اجعل ذراعك الأيمن مستقيماً على مستوى الكتف ومد إبهامك للخارج. أبقِ عينيك ثابتة عليه واتبع هذه التعليمات بعناية.

ثبت عينيك على ظفر إبهامك، ولا تسمح لهم بالابتعاد ولو للحظة واحدة، بينما عينيك تركز على ظفر إبهامك، أول اهتماماً وثيقاً لأصابعك وللعملة الحرة في كفك. لاحظ موقع أصابعك فيما يتعلق ببعضها ببعض، وكذلك كفك أنت. في الواقع تشعر بالعملة في كفك وعند ذلك ستصبح مدركاً لعدد من الأحاسيس المختلفة. الآن سأبدأ بالعد ببطء بدءاً من الواحد، ومع كل عدد سوف تشعر بأن أصابعك أصبحت أكثر استرخاءً. عند حدوث ذلك، سوف تصل تدريجياً إلى نقطة تبدأ معها العملة بالسقوط من يدك وستقع على الأرض. سقوط العملة إشارة إلى ثلاثة أمور حدثت. عينيك أغلقت، وجسمك بالكامل في استرخاء على الكرسي وستكون في نوم عميق جداً (الشكل 12-2). قد تصبح عينيك متعبة جداً نتيجة التحديق في ظفر إبهامك وبالتالي قد تغلق قبل سقوط العملة. إذا حدث ذلك، فهذا شيء رائع، فقط ابقيهما مغلقتين. ربما وأنا أقوم بالعد، سوف ترف عينيك، فإذا حدث ذلك فقط اسمح لهما بذلك.



الشكل (12-2) : مراحل النوم.

أولاً: ستبدأ أصابعك بالاسترخاء أكثر وأكثر. ولم يعد باستطاعتها لمس راحة اليد، وهي بدأت بالانفتاح قليلاً قليلاً.

ثانياً: استرخ أكثر وأكثر وأكثر. أصابعك أصبحت مستقيمة، فهي تفتح أكثر وأكثر، بحيث أن العملة أصبحت الآن مرتكزة بشكل رئيس على أصابعك.

ثالثاً: يمكنك أن تلاحظ الآن قدراً كبيراً من الحركة في أصابعك، وقريباً سوف تسقط العملة على الأرض في وقت أقرب مما تعتقد.

رابعاً: أنت تحقق تقدماً ممتازاً، فقط استمر في الاسترخاء ودع نفسك تذهب بشكل كامل.

خامساً: أصابعك الآن أصبحت مستقيمة أكثر وأكثر وأكثر. قريباً ستسقط العملة وترتطم بالأرض، دع جسدك يهبط باسترخاء على الكرسي ودع عيونك مغلقة وتمتع بهذا الشعور من الاسترخاء الكامل والمطلق.

سادساً: أنت تفعل شيئاً رائعاً، فقط اسمح لأصابعك بالاسترخاء أكثر وأكثر وأكثر.

سابعاً: مع كل عدد سترخي أصابعك أكثر وأكثر، وتصبح مستقيمة أكثر وأكثر بحيث تفتح يدك شيئاً فشيئاً، وقريباً جداً سوف تسقط العملة (نفترض عند هذه النقطة أن العملة سقطت). استرخاء عميق، استرخاء عميق، اذهب لنوم عميق جداً جداً.

بعد أن يُقال هذا الكلام يمكن للمريض أخذ عدة أنفاس عميقة جداً، ومع كل نفس يأخذه سوف يصبح مسترخياً أكثر وأكثر.

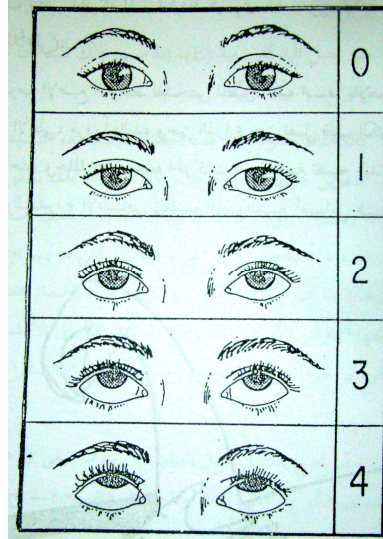
ملاحظة: يمكن تعميق التنويم المغناطيسي بأية طريقة تبدو مناسبة.

طريقة تثبيت الانتباه - تثبيت العين:

يجلس المريض بشكل مريح على جهاز طبيب الأسنان وعيناه تحدقان إما على نقطة أو على السقف أو على طرف القلم أو على ضوء الجهاز (ضوء الجهاز هو عنصر مناسب جداً للطلب من المريض تثبيت عينيه عليه). يوضع الهدف أعلى قليلاً وإلى الخلف من عيون المريض، بحيث أنه لا بد من بذل جهد واضح لكي يبقى في ساحة النظر، ويجب أن يكون قريباً بما فيه الكفاية من العيون ليتم التركيز عليه عن قرب.

ثم يطلب من المريض العد بهدوء وبشكل تراجمي بدءاً من 300. يتم تقديم إحياءات تزيد من ثقل العيون أو الأجفان، ومن ثم الشعور العام بالإرهاك. هذه الإحياءات تُعطى بصوت له وتيرة واحدة، وخلال وقت قصير جداً. وتُظهر العيون تركيزاً بعيداً في الفراغ وتصبح أكثر رطوبة مما هي عليه في المعتاد. عندئذ سوف ترف الجفون قليلاً، وعند هذه النقطة تُكثف إحياءات الثقل مع مزيد من التركيز وعندها يذكر المريض بأن أجفانه ترغب في الانغلاق أكثر وأكثر (الشكل 12-3).

إغلاق العيون عادةً يلي ذلك بسرعة، ويمكن التعجيل للوصول إلى هذه اللحظة المناسبة من خلال تعليمات أنه ذاهب للنوم. ويجب إخبار المريض بالألا يفتح عينيه حتى إعطاء التعليمات اللازمة لذلك.



الشكل (12-3) : الرغبة في اغلاق العيون.

تقنية الأيدي المجتمعة:

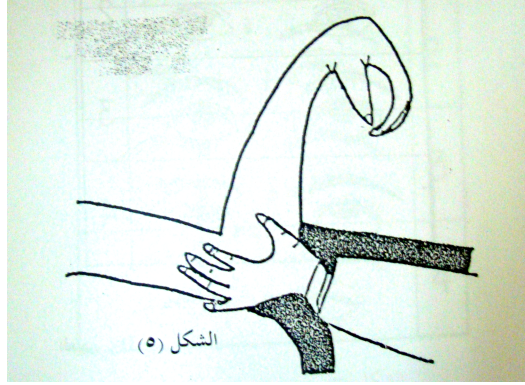
يطلب من المريض الجلوس على كرسي طبيب الأسنان ومد ذراعيه إلى الأمام بحيث يكون الكفان بمواجهة بعضهم بعضاً. ويُطلب منه السماح لليدين بالاقتراب من بعضها بسرعة مناسبة بينما هو يشاهد ذلك، وعند حدوث ذلك (تلامس اليدين) سيكون المريض في وضع مريح جداً. وستنخفض اليدين إلى حضنه، ويرغب بإغلاق عينيه ويصبح في وضع أكثر راحة شيئاً فشيئاً. وبينما يشاهد يديه تتجهان إلى حضنه ويرغب بإغلاق عينيه يصبح أكثر ارتياحاً. وخلال هذه الإحياءات يتكلم طبيب الأسنان ببطء، وبصوت ناعم، مشجعاً على الاسترخاء.

تقنية تخيل الصورة:

(وهي تستخدم مع الأطفال خصوصاً) حيث يبدأ الطبيب بالحديث مع الطفل بالطريقة التالية:

الآن حان الوقت لنلعب معاً لعبة، كنت ترغب بها، أليس كذلك؟ وسأعلمك ما يجب القيام به، وسوف يكون فيها الكثير من المرح وكل ما عليك القيام به هو أن تغمض عينيك وتنتظر بأنك نائم. بالحيقة لن تكون نائماً، ولكن سوف تكون أكثر إثارة لأنه من خلال تظاهرك بالنوم يمكنك مشاهدة الأفلام والتلفزيون وأي شيء آخر تستمتع به. لذلك كن مرتاحاً قدر الإمكان وابدأ في التظاهر حالما تكون جاهزاً.

أغمض عينيك ولا تفتحهما مرة أخرى حتى أطلب منك ذلك. الآن أود منك أن تنتظر بأنك تعود للبيت لمشاهدة برنامجك التلفزيوني المفضل. فقط سارفع يدك للأعلى ثم اتركها، وستصبح الصورة أكثر دقة وأكثر وضوحاً (الشكل 12-4). الصورة الأفضل، عندما ترتفع يدك أكثر وأكثر، وسوف تتشكل الصورة الأفضل. حالياً ستجد أن كوعك بدأ بالانثناء، ويدك تتحرك نحو وجهك. وعندما تلامس يداك وجهك، سوف تكتمل الصورة. ولكن، لا تدع يدك تلامس وجهك حتى تكون راضياً عن الصورة. هذا شيء رائع، حافظ على متابعة الصورة، ولا تفقدها، وستجد أن يدك تنزل إلى حضنك، وعند ذلك يمكنك التظاهر بالنوم حقاً، مع ملاحظة عضلاتك التي أصبحت مسترخية وبطيئة. الآن، مع صور التلفزيون هناك عادةً بعض الموسيقى. فقط استمع إلى تلك الموسيقى، وحالما تسمع ذلك ابدأ بتعداد وقت الموسيقى بوساطة يدك أو إصبعك.



الشكل (4-12) : رفع اليد.

حافظ على مشاهدة الصورة ولا تفقدها. طالما أن الصورة لديك ارفع إصبع يدك الأخرى وأبقه عالياً. أنا سوف أعلم بأن هذا هو إصبع الصورة، وأن الآخر هو أصبع الموسيقى. ما نوع الصورة التي تنتظر إليها؟ هل هي لأشخاص أم لحيوانات أم لكليهما؟ إن هذا لا يهم، لأنك إذا أردت تغيير الصورة فيمكنك القيام بذلك بسهولة تامة. لا تفقد الصورة أو الموسيقى، وأود منك أن تعلم بأنه عندما تشاهد مثل هذا في التلفزيون فأنت تشعر بأشياء لكنها لا تزعجك. حتى أنه يمكنني أن أفرصك وهذا لن يزعجك على الإطلاق. هذا صحيح أليس كذلك؟ أنا سأعمل على أسنانك، وعلى الرغم من أنه يمكنك أن تشعر بشيء ما يحدث ولكن طالما أنك تشاهد الصورة وتستمع إلى الموسيقى فإن هذا لن يزعجك ولن يهملك حقاً. هل الصورة لا تزال هناك؟ هل الموسيقى لا تزال هناك؟ حافظ فقط على المشاهدة والاستماع.

إحياءات التنويم المغناطيسي في طب الأسنان:

بالإضافة إلى مختلف طرق تحريض التنويم المذكورة، فإن أطباء الأسنان يعملون أيضاً على مجموعة من الإحياءات الخاصة بمعالجة الأسنان. وهي عموماً الأكثر نجاحاً عندما تُعكس بكلمات مشابهة لشخصية المريض، وتقدم بشكل مريح وطبيعي من قبل طبيب الأسنان، وتعكس أولويات المريض واهتماماته.

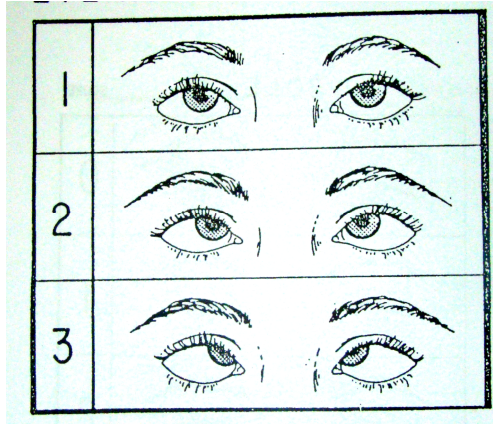
وفيما يلي عرض للعديد من الأمثلة عن الإحياءات المستخدمة في طب الأسنان:

التحريض لإنتاج التسكين التنويمي:

يبدأ الطبيب بالعبارة التالية:

- سأرى إن كنت ترغب في الشعور بمزيد من الراحة.
- إذا كان الأمر كذلك، أود منك البدء بالاسترخاء من خلال ثلاث عمليات تنفس عميقة.

- هذا كل شيء، تنفس ببطء وبعمرق من أنفك وحافظ على الهواء في منطقة الصدر والمعدة لعدة ثوان.
 - حافظ على الهواء، والآن أطلق الهواء ببطء من فمك المفتوح قليلاً. [هذا التنفس البطني العميق يمكن أن يسهل استرخاء العضلات ويخفف من حدة التوتر وذلك على النقيض من التنفس الخفيف أو الحنجري الذي يعزز القلق والتوتر في العضلات ويسبب فرط تهوية].
 - الآن خذ نفساً بطنياً عميقاً ثانياً، حافظ على الهواء ثم أخرجه ببطء.
 - في النفس العميق الثالث، حافظ على الهواء واسمح للتوتر في منطقة الصدر بمساعدتك لكي تغمض عينيك وتقوم بالزفير (الشكل 12-5).
 - في كل مرة تقوم بالزفير، فإنك سوف تجد نفسك تذهب أعمق من الوقت السابق.
- الآن، ركز على العضلات الرئيسة في جسمك. إن استرخاء عضلات جبينك يشبه تماماً إزالة التجاعيد من على دثار (شرشف)، واسترخاء العيون يجعل التوتر ينساب كالـمياه التي تتدفق من إبريق، قم باسترخاء للصدغ وجميع المنطقة المحيطة بقمة رأسك، إن استرخاء الوجنتين والفكين يسمح لفمك بالفتح قليلاً ويسمح للاسترخاء بالانتقال إلى فمك وأسنانك ومنطقة الحلق.



الشكل (12-5): ثلاث مراحل.

- قد تشعر بدفع أو حس وخز في المناطق المسترخية.
- أي من ذلك واجهك، اسمح للأحاسيس بالاستمرار والتحرك في جميع أنحاء منطقة العنق حتى الكتفين لأنها ترتخي تماماً كسلسلتين متحررتين، وكتفك سوف تشعران بالراحة والاسترخاء.

- اسمح للاسترخاء بأن ينتقل للأسفل نحو ذراعيك وإلى قمة الأصابع، إن إحساس الدفع والوخز سيجعلك تذهب عميقاً أكثر مما كنت عليه من قبل.
- ركز على تنفسك البطيء بينما الاسترخاء يتحرك من خلال منطقة الصدر إلى المعدة كإحساس رقيق من الاسترخاء، ويزداد أكثر وصولاً إلى أردافك وفخذيك وساقيك وقدميك، والآن إلى كل عضلات جسمك.
- اسمح لكامل جسمك بالاسترخاء والارتياح تماماً كالدمية المرتخية.
- بينما أنت كذلك، اسمح لنفسك أن تحلق وأن تطفو وأن تسترخي.
- أيضاً، اسمح لنفسك أن تحلق في اللانهاية والسفر أينما ترغب في ذلك.
- حاول أن تجرب جميع الأصوات والروائح والمشاعر الجميلة التي تأتي مع تجربة مماثلة لذلك.
- يمكنك أن تكون فعالاً أو غير فعالٍ مع الآخرين أو مع نفسك. وعليك فقط الاستمرار في ربط الاسترخاء العميق مع تجربتك.
- والآن بما أن عقلك الواعي مشغول بهذه التجربة، أتمنى من عقلك اللاواعي أن يحقق الكثير من الراحة الجسدية والعاطفية قدر الإمكان. اسمح لعقلك بأن يحلق ويطفو ويسترخي، بينما يحقق عقلك اللاواعي الخدر وفقدان الإحساس في جميع أنحاء العضلات والمفاصل بما يشبه تماماً حمام استرخاء يبدأ من قمة الرأس ويتدفق إلى الأسفل ثم إلى كل رباط ووتر وخلية من خلايا جسمك. وهذا يحقق ارتخاء جيد للغاية في جميع أنحاء الجسم وخاصة في منطقة الوجه، ويحقق لك إحساس الخدر والتتميل في الفكين، ومنطقة الفم والخددين والأسنان. المنطقة الوجهية الآن مخدرة بالكامل، اسمح لإحدى يديك بأن تمنح مزيداً من التخدير في المفصل الفكي وكامل المنطقة الوجهية.
- خذ يديك وأصابعك وحركها في جميع مناطق الفم الداخلية والخارجية، وأعلمني من خلال رفع سبابتك اليسرى بحدوث التخدير الكلي [اليد الأخرى ترفع إلى الفم].
- استمر في السفر إلى المكان الذي ترغب، وأثناء المعالجة إذا شعرت بعدم الارتياح، ارفع سبابتك اليمنى [اليد الأقرب إلى المعالج - التخدير الوريدي عند الضرورة سوف يكون متاحاً وطبيب التخدير يجب أن يشرف على مستويات التخدير].
- أود منك أن تواصل السفر، أنت تفعل ذلك بشكل جيد جداً.
- من فضلك، عندما تكون جاهزاً، أود منك ضبط تدفق الدم ضمن مستويات معتدلة أثناء المعالجة.

- بعد الجراحة ستجد أن شفاء المنطقة كان سريعاً مع أقل قدر من الانزعاج الطبي المحتمل.
- بعد إتمام الإجراءات يمكنك أن تجد أيضاً أن مستويات الراحة تزداد بشكل كبير مؤدية إلى المزيد من التسكين التتويمي.
- الآن، أود منك العودة تدريجياً من الشعور الحالي المرخي جداً والمنعش والمريح.
- يمكنك أن تسمع أصوات ناعمة وموسيقى هادئة وألوان مريحة ووجوه مسترخية مبتسمة (وذلك لإنتاج المزيد من التخدير في منطقة الفم أو أي جزء في الجسم يشعر بعدم الراحة أو يأمل بالاسترخاء).
- أصبحت أكثر وعياً لقدميك وساقيك وأردافك وذراعيك ومعدتك ومنطقة الرأس.
- 6-7-8-9-10، أصبحت أكثر وعياً لمكان تواجدك الآن، وأنت تعود الآن إلى الحاضر.
- 3-4-5 لقد أصبحت يقطاً بشكل واسع ومدرراً الآن.
- 1-2 افتح عينيك اليقظتين، المنتعشتين كما لو أنك كنت تأخذ غفوة مريحة وطويلة.
- الآن يقظ جداً وواع كيف تشعر ؟ باسترخاء؟ بارتياح.

إحباطات التخدير لقلع السن:

- لدينا مخدر سطحي فعال جداً، وسأطبقه الآن على السن واللثة.
- وسأضغطه على النسيج اللثوي، والآن تأكد من أنني قمت بالتخدير اللازم.
- الآن سأدفعه تحت اللثة حول السن. لاحظ كيف يزداد الخدر بينما أدفعه بشكل جيد إلى الأسفل حول السن.
- سأقوم بمزيد من الضغط لدفع المخدر تحت اللثة وحول جذور السن.
- الآن أصبح التخدير عميقاً لذلك لن تشعر بقلع السن.

إحباطات الرهاب أو الخوف من طب الأسنان:

- [ويتم ذلك بعد إجراء تقييم مناسب للمريض ولتحريض التتويم].
- أود منك أن تتخيل روزنامة كبيرة لسنوات وأشهر وأيام. أريد من عقلك أن يقوم بمسح شامل ويستمر بالمسح بأعماقك الداخلية حتى تضییء على الفترة الزمنية والحادثة التي سببت المشكلة [وقفة لمعرفة الحادثة].

- الآن أود منك أن تضع فوق هذه التجربة نوعاً من الخبرة الممكنة، مع التقنيات الحديثة والمهارات المقترنة بنوع الممارسة التي تجعلك سعيداً، والطريقة ستكون مريحة وآمنة وسريعة.
- عندما تواجهك أي تقنية خارجية أو مزعجة فإن هذه الصورة الناشئة حديثاً التي نقوم بها سوف تغلب والأمان الجديد سوف يتملكك.

إيحاءات الإقيااء:

- (هناك صعوبة لدى المريض في تقبل فيلم الأشعة السينية في الفم).
- بطبيعة الحال، أنت تعرف، أنه من الضروري أخذ صورة بالأشعة السينية ليعرف طبيب الأسنان واجب القيام به.
- هذا هو الحال، أليس كذلك؟ [وقفة للاستجابة، بالطبع الجميع يعطون رداً ايجابياً] حسناً.
- الآن، عندما يكون الطعام في فمك، ويلمس من قبل لسانك والسطوح الداخلية للخدود وقبة الحنك فإنه يلامسها بلطف، أليس كذلك؟ [وقفة للاستجابة الإيجابية] حسناً.
- الآن، بينما يلامس فيلم الأشعة اللسان وداخل الفم، فكر في أن هذه اللمسات كما لو كانت طعاماً. كل الحق معك؟
- [طبيب الأسنان يمكن الآن أن يتقدم للعمل، وعادة دون الكثير من الصعوبة].

السيطرة على الإلعااب:

- يزداد تدفق اللعاب عندما يكون هناك طعام يُؤكل في الفم، وهذا بداية عملية الهضم.
- والآن ليس هناك طعام يتم تحضيره للهضم، وبالتالي، فإن زيادة إفراز اللعاب ليست مفيدة وغير مرغوب فيها.
- تخيل في عقلك، صنبور الماء لا يوجد فيه الكثير من المياه المتدفقة.
- ابتلع اللعاب، الذي في فمك، ولاحظ كيف أنه سيصبح جافاً، عندئذ قم بفتح الصنبور بما يكفي فقط ليصبح فمك رطباً.

الشفاء بعد العمل الجراحي:

- يمكنك أن تشعر بمفاجأة سارة عندما ترى أن الانزعاج قليل والتورم في سنخ السن قد برء بسرعة وبطريقة طبيعية.
- عندما تفتح عينيك، ستشعر بأنك منتعش وبحالة جيدة ومسرور جداً.

- عندما أبدأ بالعد إلى الثلاثة، ستفتح عينيك وتشعر بأنك رائع، 3..2..1.

مثال لحالة مريض سني انطوائي لديه فرط منعكس إقياء:

على الرغم من أن عرض حالة واحدة لاستخدام التنويم المغناطيسي في طب الأسنان السريري لا يمكن أن يعتبر نموذجياً، إلا أنها تعمل على تقديم بعض الحيوية للمفاهيم التي تمت مناقشتها.

رجل في العقد السابع من العمر، قَدِمَ إلى الجامعة للمعالجة السنية وهو يشكو من "فقدان العديد من الأسنان". تاريخه السني يضم معالجات سنية محدودة جداً. وذكر بأنه تجنب طبيب الأسنان لفترة زمنية طويلة بسبب الخوف المرافق للإجراءات السنية، بل وأكثر من ذلك "الخوف من الإقياء". كان يرتدي لباساً لائقاً ويبدو أنيقاً وهو ما يعطي المظهر العام للشخص حول عنايته ومظهره. وكان ودوداً مع فريق العمل باختلاف مستوياتهم وبيتسم بسرعة وعلى أية حال، فإن ابتسامته العريضة كشفت فقدان العديد من الأسنان وإهمالاً للـم والأسنان.

خطة المعالجة بدأت بقلع العديد من الأسنان ثم التعويض بجهاز علوي متحرك وآخر سفلي. سيقوم بهذه الإجراءات طبيب أسنان ذو خبرة وسمعة واسعة الصيت في مجال التعويضات المتحركة. خطة المعالجة حملت المريض على تذكر إحساس القلق وعدم الارتياح. وتم إنجاز القلع دون حدوث اختلاطات، إلا أنه عند محاولة أخذ الطبقات أعرب المريض عن قلقه فوراً. وذكر بأنه يخشى من عدم اكتمال الإجراءات بسبب مشكلته مع الإقياء وطلب رأي الطبيب لأنه كان هناك محاولة لأخذ الطبقات، لكنه قاوم طبيب الأسنان من خلال إعاقته يده.

بعد بعض الإقناع سمح لطبيب الأسنان أن يحاول وضع الطابع في فمه. ولكنه بدأ فوراً بالغثيان وأزال الطابع من فمه بسرعة. بعد ثلاث محاولات مشابهة كانت الخطة البديلة تقتضي استخدام أوكسيد الأروت للمساعدة على إنقاص منعكس الإقياء.

هذا التداخل قُوبِلَ بنجاح قليل. ومجدداً، على الرغم من أن المريض بذل جهداً للامتثال للأوامر، إلا أن منعكس الإقياء كان أقوى وتكرر عند وضع الطابع في الفم.

عند هذه النقطة، طلب طبيب الأسنان مشورة المختص بعلم النفس السريري الذي لديه المعرفة بكل من الإجراءات السنية والتنويم المغناطيسي. وبعد استعراض الحالة ومناقشة

المريض، تم الاتفاق على محاولة استخدام التنويم المغناطيسي للتغلب على منعكس الإقياء الشديد والاستعداد لاستخدام الجهاز المتحرك بشكل طبيعي.

إجراءات التنويم:

تضمن التداخل النفسي سبع جلسات، وفيما يلي عرض مفصل لكل جلسة:

الجلسة الأولى:

حضر الطبيب النفسي والمريض إلى عيادة طبيب الأسنان، ولوحظ قلقه الشديد وفراط التهوية والتعرق الملحوظ مع رجة في اليدين. وجرى محاولة للانخراط في التدريب على الاسترخاء الذي يسبق استخدام التنويم المغناطيسي، وتم الحصول على استجابة استرخاء بسيطة، وبقي المريض مركزاً على الإجراء السنّي المرتقب. كان هناك محاولة لأخذ طبعة للأسنان لكنها لم تنجح، فالمريض بدأ بالغثيان ومقاومة الطبيب عند اقتراب الطابع من فمه. لم يكن هناك محاولة لاستخدام التنويم المغناطيسي، بل تم إنهاء الجلسة السنّية، وتم تعيين الجلسة الثانية في عيادة الطبيب النفسي.

الجلسة الثانية:

حضر المريض إلى هذه الجلسة وهو يعبر عن ندمه واعتذاره لفشل الجلسة السابقة. وكان متشائماً حول النجاح النهائي وطُلب منه أن يبذل جهداً ليتم أخذ الطبقات. كان للحوار والشرح أهمية أكثر من أخذ الطبقات، لأنه بحاجة إلى ارتداء الجهاز الجديد ومن الضروري أن يتعلم كيفية التعامل مع عدم الراحة ومنعكس الإقياء. وكانت محاولة الاسترخاء ناجحة في الجلسات غير السنّية. وبعد الاسترخاء، تم تنويم المريض مغناطيسياً. وباستخدام مقياس ستانفورد لقياس قابلية التنويم حصل المريض على الدرجة 6 (مستوى متوسط من قابلية التنويم).

أثناء التنويم، تم إعطاء إحياءات الاسترخاء الأعظمي، وتم توجيه اهتمام خاص لكسب استرخاء الحجرة والتنفس. وفي هذه الجلسة لم يكن هناك محاولات لتغلب المريض على منعكس الإقياء.

الجلسة الثالثة:

هذه الجلسة، كسابقتها، بدأت بالتدريب على الاسترخاء. وتضمن تحريض التنويم إحياءات للاسترخاء وتعديلاً الإدراك البصري بينما يقوم المريض بتنشيط نظره والعد بدءاً من العشرين إلى الواحد.

أظهر المريض استجابة لهذا التحريض. وحالما تم التنويم، أخبر المريض بأن عليه أن يركز على استرخاء يده اليسرى. ثم أُعطي تعليمات بوضع يده المسترخية على عنقه وحجرته وأن يسمح للاسترخاء بالانتقال من يده إلى عنقه وحجرته.

حالما أشار المريض إلى استرخاء حجرته وضع الطابع في يده اليمنى. وأُعطي تعليمات بوضع الطابع على شفته دون الدخول إلى الفم. تم إعادة المحاولة ثلاث مرات خلال هذه الجلسة. ثم ذكر المريض بأنه على استعداد لمحاولة وضع الطابع في فمه، ومع ذلك، لم يسمح له القيام بذلك خلال هذه الجلسة.

الجلسة الرابعة:

بدأت هذه الجلسة بالتدريب على الاسترخاء وتحريض التنويم بشكل مشابه للجلسة السابقة. استعملت اليد اليسرى مجدداً لنقل الاسترخاء إلى العنق والحجرة. وكما في الجلسة الثالثة، استخدم المريض يده اليمنى، وطلب منه وضع الطابع مقابل شفتيه. ومجدداً نجح في إتمام هذه المهمة.

بعد ذلك، أُعطي المريض إحياءات إضافية للاسترخاء وطلب منه وضع الطابع في فمه، وقد فعل ذلك بنجاح. أخبر المريض بأنه عندما يتحرض منعكس الإقياء فإن عليه وضع يده اليسرى على عنقه لكي تسترخي عضلات الحجرة. على الرغم من أن المؤشرات تشير إلى استطاعته وضع الطابع في فمه لفترة أطول، إلا أنه طلب منه نزع الطابع بعد ستين ثانية.

الجلسة الخامسة:

تضمنت الجلسة الخامسة تحريض التنويم والتدريب على الاسترخاء كما في الجلستين السابقتين. ومجدداً أُعطي المريض التعليمات لوضع الطابع في فمه بينما يستخدم يده اليسرى لاسترخاء عضلات حجرته، وطلب منه المحافظة على الطابع في الفم لفترة زمنية غير محددة. وقد نجح في إبقاء الطابع في فمه لمدة عشر دقائق. وخلال الدقائق العشر، شعر مرة

واحدة برغبة في التقبُّ، ولكنه سيطر عليها من خلال الاسترخاء العام واستخدام يده اليسرى لاسترخاء عضلات حنجرته.

بعد ذلك أُعطي المريض تعليمات ليحافظ على الطابع في فمه لفترة زمنية أطول عندما يكون في البيت، حيث طُلب منه أن يضع الطابع في فمه عندما مشاهدة التلفاز، وعندما يمارس المشي أو عندما يعمل في أنحاء البيت. حيث أُعطي المريض طابعاً، وطلب منه أن يكتب ملاحظاته التالية مباشرة لاستخدام الطابع.

الجلسة السادسة:

هذه الجلسة تمت خارج العيادة السنية، وتم فيها مناقشة الزيارة السنية التالية، ووصف الإجراءات الخاصة والتأكد من استجابته (كاستخدام اليد اليسرى لاسترخاء عضلات الحنجرة). وقد عبر المريض عن ثقة كبيرة، ولكنه طلب فيما إذا كان يستطيع أن يساعد طبيب الأسنان على وضع الطابع في فمه وذلك من خلال حمل معصم الطبيب وتقريب الطابع إلى فمه. تم قبول ذلك، وقررت الزيارة السنية المقبلة.

الجلسة السابعة:

نقلت هذه الجلسة إلى العيادة السنية، وقبل وصول طبيب الأسنان تم تحريض التنويم وتلتها إحياءات التنويم. تردد المريض في المحاولة الأولى لوضع الطابع في الفم من قبل طبيب الأسنان، وأوقف بشكل مؤقت يد الطبيب. وبعد مضي دقيقتين من إحياءات الاسترخاء، أشار إلى أنه مستعد للقيام بالإجراء.

عرض طبيب أسنان آخر مساعدة من خلال وضع الملح على الجزء الخلفي من لسان المريض. بعد ذلك قام طبيب الأسنان بسرعة وسهولة بوضع الطابع العلوي مع المادة الطابعة في الفم. وقد عبّر المريض مرتين عن رغبته في الإقياء، لكن إحياءات طبيب الأسنان والطبيب النفسي وتشجيعها نجحت في كبح هذه الرغبة، وتم الحصول على الطبعة بنجاح. بعد ذلك أخذت الطبعة السفلية دون حوادث.

بعد هذه الجلسات السنية تم إنجاز التعويض، وأُعطي المريض تعليمات لاستخدامه. لقد كان المريض قادراً على اتباع هذه التعليمات بنسبة قليلة من الحوادث. وكان الحكم لطبيب الأسنان بنجاح استعمال المريض للجهاز التعويضي.

ملاحظات على الحالة والخاصة:

عرض هذه الحالة كان جديراً بالذكر لمعرفة تطبيقات التنويم المغناطيسي في تجنب مشاكل الخدمة السنية الناجمة عن القلق الشديد من الإقياء. لقد كان المريض مهملًا للعناية الفموية لسنوات وقد واجه الآن علاجاً أكثر تقدماً اشتمل على قلع الأسنان واستخدام الجهاز السني.

أولاً: علينا الفهم أن الجلسات الأولى أسفرت عن فشل وضع الطابع في فم المريض. وأن القلق والانزعاج الذي عانى منه المريض جعل البدء بعملية الاسترخاء أمراً مستحيلاً. فقط عندما تم نقل المريض من البيئة المولدة للقلق استطاع البدء في تنمية شعور السيطرة على القلق. وحالما تم تأسيس هذه السيطرة وتحريض الاسترخاء تم تطوير استجابة استرخاء عظمى.

ثانياً: التجربة جعلت المريض يعتقد أنه بالإمكان فعل أكثر من ذلك في العديد من الجلسات، لكن لم يُسمح له بذلك، وقد تم كل ذلك للقضاء على الشعور الكبير لديه بفقدان السيطرة الذاتية.

ثالثاً وأخيراً: تم السماح باستخدام أحد عناصر السيطرة عند المريض من خلال الإمساك بمعصم الطبيب. وبهذه الطريقة تمكن المريض من التحكم بالسرعة التي يُقرب بها الطابع إلى فمه، وأيضاً زال القلق من وجود شيء قسري أو محتجز في فمه خوفاً من الاختناق أو التقيؤ وذلك من خلال السماح له بتوجيه يد الطبيب ومساعدته في إدخال الطابع إلى الفم.

الفصل الرابع عشر

علاج متلازمة ألم المفصل سلوكياً

Treatment of Temporomandibular Joint Pain Syndrome

توطئة:

اضطرابات المفصل الفكي الصدغي، هو المصطلح الذي قدمته جمعية طب الأسنان الأمريكية والأكاديمية الأمريكية للألم الوجهي الفكي، وهي المشاكل السريرية التي تشمل العضلات الماضغة المشاركة في حركة الفك والمفصل الفكي الصدغي والبنى الملحقة بها، وهي جزء من الاضطرابات العضلية العظمية المعقدة، خلافاً لما كان سائداً بأنها فرغ من المشاكل السنية الخاصة وذلك مع بداية القرن الماضي عندما اعتبر أن نشوء هذه الاضطرابات ناجم عن ضمور في المفصل الفكي الصدغي بسبب قلع الأسنان وفقدان البعد العمودي حيث يتم سحب اللقمة للأعلى وبالتالي يحدث توضع خاطئ للفك السفلي بواسطة الجهاز العضلي الفموي والضغط الحاصل على القرص. إلا أن الاهتمام المركز مؤخراً بهذا الاضطراب كشف الحقائق من خلال معرفة ماهية هذا الاضطراب عن طريق الأبحاث العلمية والسريرية والوبائية (الشكل 1-13).



الشكل (1-13): جدلية اضطرابات المفصل الفكي الصدغي.

ويجب التمييز بين ثلاثة أنواع من هذا الاضطراب والألم الناشئ عنه:

- الألم الوجهي العضلي: وهو الأشد إيلاًماً.
- اضطراب داخل المفصل الفكي الصدغي.
- الألم الوجهي اللانمطي: ألم مبهم منتقل في منطقة الفك السفلي.

الأعراض:

هناك العديد من الأعراض والعلامات المرافقة لهذا الاضطراب يمكن إجمالها بما يلي:

- 1- ألم أو حس خدر في المفصل والعضلات الماضغة والمناطق الوجهية والفموية ومنطقة الأذن والكتف والرقبة.
- 2- صوت فرقعة أو طقطقة عند فتح أو إغلاق الفم أو أثناء عملية المضغ أو التثاؤب.
- 3- مسك أو قفل المفصل مع انحراف الفك السفلي عند فتح أو إغلاق الفم.
- 4- تحدد في حركات الفتح والإغلاق.
- 5- صعوبة أو عدم راحة أثناء المضغ.
- 6- الشعور بإطباق غير مريح.
- 7- توتر وتشویش أثناء الحياة اليومية.
- 8- نشوء الألم أثناء وظيفة الفك السفلي أو جس العضلات الماضغة وهو الذي يجعل المرضى يلتمسون العلاج.

التغيرات الحاصلة في مجال اضطرابات المفصل الفكي الصدغي:

هناك حالياً تغيرات واسعة في هذا المجال (اضطرابات المفصل الفكي الصدغي) وذلك بعد الدراسات التي أجريت وتجري يومياً عن الألم ومسبباته وتشخيصه وتصنيفه وطرق معالجته. وبناء عليه يتم حالياً تصنيف اضطرابات المفصل الفكي الصدغي كجزء من منظومة الألم العضلي العظمي من منظور ورؤية طبية وذلك لفهم مرضى اضطرابات المفصل الفكي الصدغي وكيفية التعامل معهم. من هذا المنطلق سعت مهنة طب الأسنان لامتلاك المعرفة الدقيقة عن معظم هذه الاضطرابات خاصة المزمدة منها. ولابد للباحثين والممارسين لمهنة طب الأسنان أن يتجنبوا بشكل أساس المعالجات الهجومية والسريعة والواسعة التي من المفترض أن تؤدي إلى إزالة الآلام خلال فترة زمنية قياسية، بل عليهم اتباع استراتيجيات علاجية مستندة إلى المعالجة الطبية المحافظة والحد ما أمكن من الألم وتحسين الوظيفة السريرية للمفصل، وقد أبان هذا النهج عن نسب نجاح جيدة لمعظم مرضى اضطرابات المفصل الفكي الصدغي. كما يجب التوجه نحو نماذج العلاج الفيزيولوجي للألم العضلي والمفصلي كالمبادئ النفسية والسلوكية لعلاج الألم المزمن التي تختلف من مريض لآخر. وعلى أطباء الأسنان اتباع الوصية التالية لرعاية مرضى هذه الاضطرابات:

"التقنية المنخفضة مع الحكمة العالية في معالجة اضطرابات المفصل الفكي الصدغي"

الوبائيات:

أشارت الدراسات المستندة إلى الدليل بأن معدل انتشار الآلام المتعلقة باضطراب المفصل الفكي الصدغي يصل إلى 12% وهو يتراوح بين (7,8% إلى 19%) والأعراض الشديدة كانت لدى 5% وحالات الإبلاغ عن نوبات متكررة حوالي 7% منهم 70% آلامهم بين المعتدلة إلى الشديدة.

الثابت في نتائج الأدب الطبي هو الحضور الأنثوي الواضح في اضطراب المفصل الفكي الصدغي بنسبة تراوحت بين 2-3 / أضعاف ما هي عند الذكور، وهو أكثر انتشاراً في سن الإنجاب، الأمر الذي يشير إلى دور الهرمونات التناسلية في ذلك، لذلك فالنساء أكثر عرضه للتأثر بهذا الاضطراب. وقد أظهرت الدراسات وجود هذا الاضطراب لدى 30% من النساء بعد انقطاع الطمث اللواتي تعاطين الاستروجين ومانعات الحمل الفموية مقارنة مع العينات الشاهدة. كما أشارت بعض الدراسات أن هذه الاضطرابات تتزايد خلال مرحلة البلوغ.

أشارت الدراسات الوبائية مؤخراً في الدول الإسكندنافية أن 7% من الذين تراوحت أعمارهم بين 8-12 سنة لديهم أحد أشكال هذا الاضطراب، وبالتالي فإن تقييم هذا الاضطراب عند الأطفال أمر هام ومحاولة لاستباق الألم طويل الأمد.

هناك تضارب في الآراء والنتائج حول تكرار هذه الإصابات ضمن الأسر وخاصة الأقارب من الدرجة الأولى مقارنة مع المجموعات الشاهدة.

أسباب اضطرابات المفصل الفكي الصدغي:

التساؤل الذي يطرح نفسه عند الوقوف أمام أحد أشكال هذه الاضطرابات، لماذا يعاني هذا المريض من تلك الشكوى في غياب الأعراض الواضحة؟ للإجابة على هذا السؤال نقدم الشرح الآتي:

قدم علم تقويم الأسنان مفهوم عدم التناغم البنيوي، وأن المعالجة تكمن في الأعمال التقويمية السليمة. كما اقترح مفهوماً بنيوياً آخر أكثر إقناعاً حول المسببات وذلك من قبل جلسات الحوار بين عدد من الاختصاصات من منطلق أن التناذر الألمي الرقبي يتسبب في اضطرابات هذا المفصل وآلامه.

إلا أن الفرضية ذات التأثير المتقدم كانت مرتبطة بعلم الإطباق وبأنواعه غير المثالية، فهذا الموضوع يرتبط بتقويم الأسنان والمداواة الترميمية والتعويضات السنية وعلم الإطباق.

إن وجود هذا الاضطراب رغم مثالية الإطباق يضعف هذه العلاقة وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات المقارنة.

في منتصف القرن الماضي تطورت النظرية النفسية لمسببات اضطرابات هذا المفصل. ومع تطور البحث والمتابعة أصبحت اليوم هذه النظرية تحضر مع بداية المعالجة وتستمر إلى جانبها حتى نهايتها لضمان تكامل المعالجة الصحيحة لهذه المشكلة. كما لوحظ من الدراسات المستندة إلى الدليل أن الاضطرابات النفسية شائعة عند مرضى اضطرابات المفصل الفكي الصدغي، وسلوك الاكتئاب كان مترافقاً مع معظم حالات الألم المزمن. لذلك ربما يكون الاكتئاب أحد المؤشرات الهامة في تشخيص آلام المفصل الفكي. وبناء عليه فالتدبير العلاجي يجب أن يشمل كلاً من العوامل الوظيفية (المفصل والإطباق والعضلات) والعوامل النفسية (الشخصية والكرب والاكتئاب).

حالياً، النظريات الأكثر تأييداً هي التي تستند إلى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Bio Psychosocial Model والذي يتكون من التقاء العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية حيث تتفاعل بعض مسارات الألم بيولوجياً دون وضوح الحالة المرضية التي ربما يكون لها سوابق نفسية فضلاً عن عواقب سلوكية، كما يتدرج هذا الوضع ضمن الإطار الاجتماعي بالعلاقات الشخصية مع الأصدقاء والأسرة وأبناء المهنة الطبية التي ربما تنعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على المرضى وعائلاتهم. هذا النموذج يشجع على إعادة التأهيل وإدارة ملف المعالجة بدلاً من تقديم التوقعات حول العلاج.

العوامل المساهمة في اضطراب المفصل الفكي الصدغي:

أثبتت العديد من الدراسات أن مرضى الآلام الوجهية وآلام المفصل الفكي الصدغي يظهرون عتبة ألم أقل من مجموعات المراقبة، وهذا يعود بالعلاقة إلى دور الجملة العصبية المركزية وتأثيرها وتأثرها بالمشكلة السريرية.

وأشارت دراسات حديثة إلى أن ما يقرب من نصف المرضى الإناث اللواتي يشكون من آلام وجهية أبلغوا عن تاريخ من الاعتداء الجسدي أو الجنسي وهذا ما تقاطع مع المعلومات التشخيصية عن فرط اليقظة لدى تلك الإناث، وعند تفسير البيانات كان مصطلح الصدمة العاطفية مترامناً مع هذه الحالات السريرية.

والقليل من الدراسات التي بحثت العلاقة بين اضطرابات النوم واضطرابات المفصل الفكي الصدغي تتمحور حول صرير الأسنان الليلي المرتبط بالتوتر النفسي. وهناك جدل قائم

حول ما إذا كان الصرير يؤدي إلى أعراض اضطرابات المفصل أم العكس، لكن الدراسات أكدت أن المعالجة الدوائية المنومة أظهرت تحسناً واضحاً في خطة المعالجة مع استخدام أجهزة رفع العضة الفموية.

ويلقى ارتباط اضطرابات المفصل الفكي الصدغي بالإجهاد والكرب تأييداً من بعض الدراسات الحديثة من خلال الفرضية القائلة بأن متلازمات الألم العضلي الهيكلي قد تتطور وتتفاقم بسبب الأحداث المجهدة لدى المرضى المستعدين للاستجابة إلى الإجهاد. هذه الدراسات تدعم المعالجة المتمثلة بالتغذية الحيوية الراجعة والسيطرة على الإجهاد والعلاج السلوكي المعرفي والتي يتم توجيهها نحو تخفيف حدة التوتر في العضلات وبالتالي تكون النتائج إيجابية ومقنعة.

التشخيص النفسي والسلوكي:

المسار المزوج للتشخيص نحو البعدين الجسمي والنفسي يُفضي إلى معرفة أكثر دقة عن الألم والشكوى التي دعت المريض لطلب المعالجة. وقد كشفت الدراسات السريرية أن الدعم النفسي لهؤلاء المرضى كان أساسياً في التخفيف من آلامهم والكرب الذي ينتابهم.

ومن الثابت علمياً أن العوامل النفسية هي متغيرات هامة في الإبقاء على الألم الفموي الوجهي العضلي المزمن. كما أثبتت الدراسات أن المرضى الذين يعانون من اضطراب المفصل الصدغي لديهم وجود واضح للإجهاد والقلق والاكتئاب مقارنة مع الأفراد الأصحاء. وهناك علاقة ثابتة ومتبادلة بين كل من القلق والصعوبات النفسية الكبيرة والآلام المرتبطة باضطرابات المفصل الفكي الصدغي. كما أن الذين استجابوا للمعالجات المحافظة للمفصل انخفض لديهم الضيق النفسي وأن أكثر من 40% من المرضى تراجعوا لديهم شدة الألم.

إن التشخيص المفيد لهذه المتلازمة هو رصد الألم بعدد الساعات من المريض نفسه، وذلك لمعرفة درجات شدة الألم بفواصل ساعتين يومياً وذلك وفق سلم مدرج من العدد الصفر (لا يوجد ألم) حتى العدد 10 الذي يمثل ذروة شدة الألم. كما أن استمرار مثل هذا الرصيد التقويمي المنهجي للألم لمدة أسبوعين يقدم لنا لغز السبب في نشوء هذه المتلازمة، ويعطي البرهان الموضوعي للمريض عن العلاقة القائمة بين التوتر النفسي وظهور الأعراض أو تأزمها.

وعلى الرغم من وضوح العلاقة بين اضطرابات المفصل الفكي الصدغي والاكتئاب Depression، لا يزال هناك غموض يلفها حول الرأي القائل بأن الاكتئاب ينجم عن

اضطراب الألم، بينما يعتقد الرأي الآخر بأن هذا الاضطراب ينجم عن الاكتئاب، في حين أن آخرين يرون أن كل من الاكتئاب والألم ينشآن عن عجز في الجملة العصبية المركزية. لذلك يجب أن يكون تشخيص الاكتئاب وعلاجه جزءاً لا يتجزأ من تقييم وتدبير المرضى الذين يعانون من الآلام الوجهية وآلام المفصل المذكورة. وقد أكدت الدراسات أن 62% من هؤلاء المرضى هم من الإناث. لكن الخلاف لا يزال قائماً عن الاستعداد العائلي الوراثي لهذه القضية.

التدبير العلاجي:

يتم التوضيح الكامل للمرضى وطمأننتهم بعدم وجود مرض عضوي، والمفتاح الرئيس لمساعدة هؤلاء المرضى هو إقناعهم بأنه لا يوجد علاج وحيد والتدخل الجراحي غير مؤكد وبالتالي تتطلب المعالجة حلاً بحجم المشكلة وتقرعاتها التي تعتمد النهج متعدد التخصصات بما فيها المعالجة النفسية والسلوكية، مع التوجه نحو المعالجة المحافظة ما أمكن.

1- المعالجة الفيزيائية والتغذية الحيوية الراجعة:

Physiotherapy and biofeedback

التدريب على الاسترخاء العميق المتصاعد للعضلات والتغذية الحيوية الراجعة باستخدام الأجهزة الخاصة بذلك والعلاج المعرفي السلوكي يؤمن تحسناً ملحوظاً في الأعراض.

وتشمل المعالجة الفيزيائية جلسات أسبوعية 2-3/ مرات لفترة تمتد بين 2-3/ أشهر تتضمن تطبيق الكمادات (الباردة أو الساخنة) والأمواج فوق الصوتية لمنطقة المفصل الصدغي. كما يتم تطبيق أجهزة رفع العضلة لدى مرضى صريف الأسنان. ويمكن وصف مهدئ خفيف للأعصاب لدى المرضى الذين يمرون بفترة من الإعياء والإجهاد الشديدين إلى جانب الأدوية الحالة للقلق.

2- العلاج السلوكي المعرفي: Cognitive behavioral therapy

الحد من السلوكيات غير القادرة على التأقلم يحسن الحالة لدى مرضى الآلام الوجهية العضلية الهيكلية واضطرابات المفصل الصدغي.

ربما تحسن أجهزة رفع العضلة وتصحيح الإطباق من الأعراض السريرية لكنها تعود سريعاً للنكس إذا لم يتم دعمها بالعلاج النفسي عن طريق تدبير الإجهاد والاكتئاب والتغذية الحيوية الراجعة.

كما يمكن المساعدة في تسكين بعض الآلام باستخدام الدعم الدوائي كالمسكنات والأدوية المضادة للالتهاب غير الستيرويدية.

ويصعب على الطالب الذي يدرس هذا المقرر في الصف الأول أن يفهم سبل الوقاية من الاضطرابات المفصلية للفكين لأنه لم يدرس الجوانب التشريحية والوظيفية للفكين بعد، لذلك نكتفي فقط بالتبسيط سالف الذكر لإمراضية متلازمة ألم المفصل الفكي - الصدغي والتمحورة حول سوء الإطباق وما يترتب عنه من الألم في الجهاز العضلي الماضغ، والتوتر النفسي الذي يصاحب الألم العضلي، والحلقة المعيبة في هذه الإمراضية.

السعادة في أربع: كتاب نافع وابن بار وزوجة محبوبه وجليس صالح، والله عوض الجميع.

المصطلحات الواردة في الكتاب

Ability	القدرة
Abuse	المتأذي
Action	التأثير
Acute	حاد
Adolescence	المراهقة
Adrenal	الكظر
Adsorption	امتزاز
Advantage	ميزه
Age	العمر
Alarm	إنذار
Anesthesia	التخدير
Anomalies	اضطرابات
Anorexia	قهم (قمه)
Anterior	أمامي
Anxiety	القلق
Appliance	جهاز
Application	تطبيق
Arch	قوس
Arrhythmias	اضطرابات النظم
Authority	الهيمنة
Autism	الوحدانية
Back	ظهر
Bacterial	جرثومي
Behavioral	السلوك
Birth	الولادة
Bite-wing radiograph	صورة شعاعية مجنحة

Blindness	العمى
Bonding	ارتباط
Bonding	ربط
Breath	تنفس
Bruxism	صرير (صرير)
Burn	حرق
Calendar	مفكرة
Canine	ناب
Capping	تغطية
Cardiovascular	قلبي وعائي
Caries	النخر
Cavity	حفرة
Cementum	الملاط
Cerebrovascular	دماغي وعائي
Chemical	كيميائي
Child	طفل
Children	الأطفال
Chronic	مزمن
Class	صنف
Classification	تصنيف
Claustrophobic	رهاب الانغلاق
Cleidocranial	ترقوي قحفي
Clinical	سريري
Coagulation	التخثر
Color	اللون
Combination	مشاركة
Communication	الاتصال

Complicate	معقد
Complication	اختلاط
Concussion	ارتجاج
Congenital	خلقي
Conscious	واعي
Contraindication	مضاد استطباب
Conventional	تقليدي
Convulsive	اختلاج
Cooperative	التعاون
Current	حديث
Cyanosis	الزُرّاق
Cylinder	اسطوانة
Deafness	الصم
Debridement	تنضير
Defiant	المتحدي
Dental	سني
Dentin	العاج
Dentition	الإنسان
Destruction	تشتيت الانتباه
Develop	تطور
Diabetes	السكري
Diagnosis	تشخيص
Dilaceration	التمزق
Direct	مباشر
Disease	مرض
Distribution	التوزيع
Do	يفعل

Drug	عقار (دواء)
Effectiveness	فعالية
Electrical	كهربائي
Emergency	إسعافي
Enamel	المينا
Environmental	البيئي
Epidemiology	علم الوبائيات
Epilepsy	الصرع
Eruption	البزوغ
Etiology	علم الأسباب
Evaluation	تقدير (تقويم)
Examination	فحص
Expression	التعبير
Extreme	شديد
Face	وجه
Facial	وجهي
Factor	عامل
Family	عائلي
Fever	حمى
Flow meter	مقياس التدفق
Fluoride	الفلورايد
Fracture	كسر
Fusion	اتحاد
Gas	غاز
Gel	هلام
General	عام
Generalization	التعميم

Habit	عادة
Hand	يد
Hard	صلب
Head	رأس
Hematoma	ورم دموي
Hepatic	كبدى
Hereditary	الوراثى
Herpes	عقربول
History	تاريخ (سيرة)
Home	منزلى
Hospital	مشفى
Hyperemia	الاحتقان
Hyperparathyroidism	فرط الدرقية
Hyperthyroidism	فرط الدرقية
Hypocalcemia	نقص الكلسمية
Hypocalcification	نقص التكلس
Hypolastic	نقص التنسج
Hypomaturation	نقص النضج
Hypoparathyroidism	نقص نشاط مجاورات الدرق
Hypophosphataisa	نقص الفوسفاتازية
Identification	الاندماج
Imitation	المحاكاة
Incisor	قاطعة
Indication	استطباب
Indirect	غير مباشر
Indulgence	التسامح
Infant	الرضيع

Infarction	احتشاء
Infraction	تصدع
Initial	أولي
Injury	أذية
Intraoral	داخل فموي
Intrusion	انغراس
Ischemia	قلة الإرواء الدموي
Isolation	عزل
Inhalation	استنشاق
Jaundice	يرقان
Knee	ركبة
Language	اللغة
Learning	التعليم
Leukemia	ابيضاض الدم
Lip	شفة
Localized	الموضّع
Loop	عروة
Loosening	تقلقل
Luxation	انزياح
Maintenance	حفظ
Management	تدبير
Mandibular	سفلي
Manipulation	مُنَابِلَة
Mask	قناع
Matrix	مسندة
Maxillary	علوي
Mechanical	ميكانيكي

Mechanism	آلية
Medical	طبي
Medium	الوسيط
Metabolism	الاستقلاب
Missing	غياب
Mixed	مختلط
Modeling	النمذجة
Molars	أرحاء
Morphology	علم الشكل
Motivation	الحافز
Mottle	مُرْقَط
Mouth	فم
Multiple	متعدد
Nail	ظفر
Narcotic	منوم
Nasal	أنفي
Nausea	الغثيان
Neck	عنق
Necrosis	تموت
Nervosa	عُصابي
Nitrous	النتروجين
Number	عدد
Occlusion	الإطباق
Opalescent	متألئ
Oral	فموي
Orthodontic	تقويمي
Oxygen	أوكسجين

Pacemaker	ناظم القلب
Pacifier	اللهاية
Palatal	حنكي
Palsy	شلل
Partial	جزئي
Paste	معجون
Patient	المريض
Pellicle	الجليدة
Periodontal	حول سني
Permanent	دائم
Personality	الشخصية
Phenomenon	ظاهرة
Pits	وهاد
Plasma	المصل
Porphyria	البورفيريا
Position	وضعية
Posterior	خلفي
Postnatal	بعد الولادة
Potential	كامن
Pregnancy	الحمل
Premedication	التهيئة الدوائية
Prenatal	قبل الولادة
Prevalence	الانتشار
Prevention	الوقاية
Primary	مؤقت
Problem	مشكلة
Procedure	إجراء

Progression	تقدم
Prophylaxis	وقائي
Protrusion	تقدم (بروز)
Pseudo	كاذب
Puberty	البلوغ
Pulp	اللب
Pulpal	لُبي
Pulpectomy	استئصال اللب
Pulpitis	التهاب اللب
Pulpotomy	بتر اللب
Punch	مُتقب
Radiographic	شعاعي
Rampant	منتشر
Rate	نسبة
Receiver	المتلقي
Regulator	منظم
Reinforcement	التعزيز
Rejection	الرفض
Remineralization	إعادة التمعدين
Removable	متحرك
Renal	كلوي
Reservoir	التخزين
Resin	راتنج
Resorption	امتصاص
Respiratory	تنفسي
Response	الاستجابة
Restoration	ترميم

Restrainer	كوابح الحركة
Retardation	تخلف
Retraining	إعادة التدريب
Retrusion	تراجع
Rheumatic	رثية
Rickets	الرخد
Rinse	غسول
Root	الجزر
Rubella embryopathy	الحميراء (الحصبة الألمانية)
Safety	الأمان
Seal	ختم
Sealant	السادة
Security	الأمان
Sedation	تركين
Separation	فصل
Severe	حاد
Sexual	جنسي
Shape	شكل
Shaping	تشكيل
Show	يُري
Sickle	منجلي
Size	حجم
Skeletal	هيكلية
Sloughing	تقشر
Social	اجتماعي
Soft	رخو
Space	مسافة

Spasticity	الشناج
Specific	خاص (نوعي)
Stage	مرحلة
Stomatitis	التهاب الفم
Stress	الكر ب
Structure	بنية
Subluxation	تقلقل
Supernumerary teeth	الأسنان الزائدة
Surface	سطح
Surgical	جراحي
Syndrome	متلازمة
Syphilis	الإفرنجي
Systemic	جهاز ي
Tongue	لسان
Tantrum	هيجاني
Technique	تقنية (طريقة)
Teeth	أسنان
Tell	يخبر
Temporomandibular joint	مفصل فكي صدغي
Tetracycline	التتراسكلين
Thermal	حراري
Timid	الخجل
Tissue	نسيج
Topical	موضعي (سطحي)
Toxicity	السمية
Transmitter	المعطي
Treatment - Therapy	معالجة

Ulcerative	قرحي
Uptake	القبط
Vibration	الاهتزاز
View	مظهر
Vitality	حيوية
Voice	صوت
Vomiting	التقيؤ
Whining	الأنين
Withdrawal	السحب
Xerostomia	جفاف الفم
Year	سنة
Young	فتي

المراجع

- ADCOK, C.J.** Fundamentals Of Psychology. Penguins Books, 2008.
- ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M., BAKLAND K., FLORES M. T.,** 2007- Injuries To The Primary Dentation. Treatment Dental Injuries. Munksgaard.
- ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M.,**2010- Textbook and Color Atlas Of Traumatic Injuries To Teeth. Mosby, 3^{ed} Edition.
- BEHRMAN & Kliegman.** 2010- Nelson Essentials of Pediatrics. W.B. Sanders Company, 743p.
- JEFFREY,D.&MORTON,B.** 2002- Medical Emergencies in Dentistry. W.B. Sanders Company, 556p.
- HARTLY,EUGENE L. AND HARTLY RUTH E.** Outside Reading In Psychology 2^{ed} New York Thomas Y. Crowell Company, 2003.
- KENNEDY, D.B.** 2007- Pediatric Operative Dentistry. John Wright & sons ltd, Forth Edition, 275p.
- MALAMED, S.,** 2008- Sedation A Guide To Patient Management. Mosby, Forth Edition, 380p.
- McDONALD, R. E.,** 2010- Dentistry For The Child And Adolescent. Sixth Edition, 440p.
- MASLOW ABRAHAM H.,** Toward A psychology Of Being. New York Van Nostrand Reinhold Company, 2006.
- NEWBRUN, E.,** 2007- Cariology. Williams & Wilkins, 2nd Edition, 344p.
- PINKHAM,** 2007- Pediatric Dentistry Infancy Through Adolescence. W.B. Saunders Company, Third Edition, 675p.
- RICHARD, J.** 2007- Fundamentals of Pediatric Dentistry. Quintessence Publishing Co, Inc, 3^{ed} Edition, 400 p.
- ROBERTS,G.J.** 2003- A Color Atlas of Dental Analgesia & Sedation. Wolfe Publishing Ltd, 208p.
- WEI STEPHEN,H. Y.,** 2010- Pediatric Dentistry Total Patient Care. Lea & Febiger 615p.
- WRIGHT,G.Z.** 2007-Managing Children`s Behavior in the Dental Office. Mosby Company.