



منشورات جامعة دمشق كلية طب الأسنان

علم النفس لطلاب السنة الثالثة

تأليف

أ.د. محمد بشير المنقل	أ.د. محمد كامل التيناوي
أ.د. شذى قوشجي	أ.د. مهند لفلوف
أ.د. ميسون دشاش	أ.د. ندى بشارة
م.د. شادي عزاوي	أ.م.د. اتحاد أبو عراج

١٤٤٦ - ١٤٤٧ هجري

٢٠٢٥ - ٢٠٢٦ ميلادي

جامعة دمشق



علم النفس



المحتويات

المحتوى	الصفحة
مقدمة.....	٧
الفصل الأول: مدخل إلى علم النفس؛ والمذاهب الفكرية.....	٩
الفصل الثاني: نمو وتطور الطفل.....	٢٩
الفصل الثالث: المشاكل السلوكية في العيادة السنية – تدبير السلوك.....	٤٧
الفصل الرابع: الخوف و القلق و الرهاب.....	٦٩
الفصل الخامس: الألم.....	٨٥
الفصل السادس: الصحة النفسية لطبيب الأسنان (السيطرة على التوتر)....	٩٩
الفصل السابع: استخدام التنويم المغناطيسي في طب الأسنان.....	١١٧
الفصل الثامن: الذكاء والحيل الدفاعية العقلية اللاشعورية.....	١٢٥
الفصل التاسع: مهارات التواصل.....	١٤٣
الفصل العاشر: التعامل مع المريض في العيادة السنية.....	١٧١
الفصل الحادي عشر: أسباب و تدبير عدم التزام المرضى بالعناية السنية....	١٨١
الفصل الثاني عشر: الرعاية السنية لدى المرضى كبار السن.....	١٩٧
المراجع	٢١٩

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

تم تقديم كتاب علم النفس لطلاب السنة الثالثة في كلية طب الأسنان جامعة دمشق من أجل إكساب الطالب المعلومات الحديثة الضرورية في علم النفس و المتعلقة بمعالجة المرضى في العيادة السنية والتعامل معهم من مختلف الفئات العمرية من الأطفال إلى كبار السن وكذلك التعامل مع الأفراد المرتبطين بالعمل.

يحتوي هذا الكتاب على المواضيع التالية: تعريف علم النفس ومذاهبه

ثم دراسة نمو الطفل وتطوره، والخوف والقلق والرهاب عند المرضى القادمين للمعالجة السنية والألم واستخدام التنويم المغناطيسي. كما لابد من دراسة الذكاء والحيل الدفاعية العقلية اللا شعورية.

تظهر أهمية مهارات التواصل من خلال تحديد مكونات التواصل وتحديد المشكلات الأكثر شيوعاً أثناء التواصل والمهارات المطلوبة لحل هذه المشكلات وزيادة الوعي بأهمية وسائل التواصل المختلفة. ثم دراسة كيفية التواصل الخاص في العيادة السنية والتواصل مع الزملاء والتواصل مع المخبري و كتابة الوصفة الطبية. كما تم التعرف على المحددات النفسية والاجتماعية للصحة العامة و الفموية .

بالإضافة للاهتمام بطبيب الأسنان بالخاصة من خلال التأكيد على أهمية صحته النفسية والوقاية من التوتر بدراسة أسباب التوتر الذي يمكن أن يصيب طبيب الأسنان خلال ممارسته مهنته وآثاره السلبية وكيفية التخفيف منه.

الغاية من تأليف هذا الكتاب أن يكون لبنة أساسية في علوم طب الأسنان ليستفيد منه الطالب في دراسته الجامعية وليكون له مرجعاً مهماً في عيادته المستقبلية ولتحقق الهدف المرجو منه.

والله ولي التوفيق

المؤلفون

٢٠٢٥/١/٢٣ م - ١٤٤٦/٧/٢٣ هـ



الفصل الأول

مدخل إلى علم النفس Psychology والمناهج الفكرية

الفصل الأول

مدخل إلى علم النفس Psychology والمذاهب الفكرية

أولاً- تعريف علم النفس:

اشتق مصطلح علم النفس Psychology من الكلمتين الإغريقيتين؛ الأولى Psyche النفس، والثانية Logos الكلام أو الحديث. و بدأ الفلاسفة منذ أربعمئة سنة بترجمة كلمة Psyche بالعقل أو النفس.

فعلم النفس هو الدراسة العلمية للعمليات العقلية والنفسية السوية. استُبدل هذا التعريف مؤخراً بتعريف آخر؛ فعُرف علم النفس بالعلم الذي يدرس السلوك. يتعين على من يدرس علم النفس أن يدرس السلوك الجماعي لأن الكائنات الإنسانية تتصرف عندما تكون مجتمعة ضمن رهوط (تجمعات) تتأثر بروح الجماعة، وليس الفردية.

عند مراجعة أدبيات علم النفس نجد تعاريف مختلفة له:

١- علم النفس هو العلم الذي يدرس جوانب نشاط الإنسان؛ وهو لا يعيش في فراغ وإنما يعيش في بيئة من الناس والأشياء، ويسعى لإشباع حاجاته العضوية والنفسية، وفي خلال سعيه تعترضه العوائق المادية والاجتماعية

٢- علم النفس هو الدراسة العلمية للسلوك؛ ومن هذا المنطلق فإن علم النفس يصف السلوك - كما يحاول تفسير وتوضيح أسباب السلوك - (لماذا يحدث؟...كيف؟....)

٣- إن موضوع علم النفس هو الإنسان من حيث هو كائن حي يرغب ويحس ويدرك وينفعل ويتذكر ويتعلم ويتخيل ويفكر ويصبر وهو في كل ذلك يتأثر بالمجتمع الذي يعيش فيه.

٤- علم النفس هو ذلك العلم الذي يحاول الكشف عن القوانين والمبادئ التي تفسر العلاقات الوظيفية القائمة بين العوامل المتفاعلة والمتداخلة في أي موقف سلوكي، وهو في ذلك يهدف إلى فهم السلوك والتحكم فيه والتنبؤ به، وكذلك تطبيق المعرفة السيكولوجية على المشكلات الإنسانية لمحاولة حلها.

علم النفس هو العلم الذي يهتم بدراسة الظواهر النفسية بناحياتها؛ الداخلية الذاتية؛ و الخارجية الموضوعية؛ مندمجة في وحدة متكاملة، وهي عدة الإنسان وأداته في التكيف مع البيئة

ثانياً- تطور علم النفس:

ترجع أصول علم النفس إلى الحضارات السابقة؛ كالحضارة المصرية واليونانية والهندية القديمة، أما في عصر العلماء المسلمين فقد تطور علم النفس في أشكاله العلاجية والتجريبية أكثر من ذي قبل، ثم قام علماء الطبيعة الذين ظهوروا في القرون الوسطى ببناء مستشفيات للعلاج النفسي.

وبما أن علم النفس كغيره من العلوم؛ يعتمد على الملاحظة والتجربة؛ فقد تركزت ملاحظاته الأولى على سلوك الكائنات الحية، ولذا فقد ارتبط بعلم الحياة، واهتم بدراسة استجابات الكائنات الحية تجاه المثيرات البيئية المختلفة (على حيوانات التجربة). إلا أن الإنسان ليس كائناً عضوياً فحسب بل هو كائن عاقل اجتماعي، وهكذا فقد ارتبط علم النفس البشري بمختلف العلوم الإنسانية وعلوم الحياة. ولعل أول مختبر لعلم النفس التجريبي أقيم في ألمانيا على يد فونتعام (1879) مما أدى فيما بعد إلى تطور كبير في مسيرة هذا العلم، فظهرت مدارس عديدة في العالم؛ نذكر منها المدرسة السلوكية ويمثلها واطسن ومدرسة التحليل النفسي ويمثلها فرويد والمدرسة الغشثالية ويمثلها ويرثيمر.

ثالثاً: المجالات الرئيسية لعلم النفس

١- الإدراك:

يعرّف الإدراك في علم النفس بأنه دراسة الطريقة التي يصبح بها أي كائن واعياً بالأشياء والأحداث والعلاقات في العالم حوله باستخدام الحواس. ولذا يحلل علماء النفس الإدراك حقولاً مثل البصر والسمع والذوق والشم واللمس والحركة.

٢- التعلم:

يبحث هذا المجال من علم النفس في كيفية حدوث التغيرات الدائمة في السلوك نتيجة الخبرة والممارسة والتدريب.

ويُعنى علماء النفس في دراساتهم بأهمية الثواب والعقاب في عملية التعلم، وكيف يتعلم مختلف الأفراد والأنواع، و ما العوامل التي تؤثر في الذاكرة.

٣- الدافع:

ينصب اهتمام علم النفس على دراسة القوى الواعية وغير الواعية الكامنة وراء تصرفات البشر والحيوانات الأخرى. كما يركز العلماء على تفهم الحاجات الجسدية والدوافع والعدوان والانفعال.

٤- الشخصية:

تشير الشخصية إلى الخصائص التي تميز الناس بعضهم عن بعض وتفسر سلوكهم. ويدرس علماء نفس الشخصية كيفية تطور شخصية الفرد، وأنماط الشخصية الرئيسية، وقياس سمات الشخصية.

رابعاً - ميادين علم النفس:

يتفرع عن علم النفس أقسام متعددة تسمى ميادين علم النفس، فهناك علم النفس التربوي، وعلم النفس السلوكي، وعلم نفس الشواذ، وعلم النفس المرضي، وعلم النفس التجريبي، وعلم النفس العام...

بشكل عام قد يكون التقسيم التالي هو الأكثر شيوعاً:

١- علم النفس الاجتماعي:

يبحث هذا العلم في السلوك الاجتماعي للأفراد والجماعات؛ مع الاهتمام بكيفية تأثر السلوك بوجود أشخاص آخرين. ويركز علماء النفس الاجتماعي على عمليات مثل الاتصالات والسلوك السياسي وتكوّن الميول والاتجاهات.

٢- علم النفس التربوي:

يحاول هذا العلم تحسين طرق التعليم ومواد التعليم، وحل مشكلات التعلم في هذا الميدان وقياس القدرة على التعلم ودرجة التقدم التربوي، فيضع اختبارات تحصيل وتطوير طرق تعليمية جديدة، وتقييم درجة فعاليتها أو دراسة كيفية تعلم الأطفال في مختلف أعمارهم.

٣- علم النفس السريري أو الإكلينيكي (الطبي):

يستخدم الفهم المستمد من علم النمو وعلم نفس الاضطرابات لتشخيص الاضطرابات العقلية ومصاعب التكيف بُغية معالجتها و تطوير برامج الوقاية من الأمراض العاطفية، أو مساعدة الأفراد على مجابهة مشكلات الحياة اليومية على وجه أفضل.

٤- علم نفس الاضطرابات:

يعالج الاضطرابات السلوكية والأفراد المضطربين. كالسلوك العنيف، أو السلوك الهدام للذات.

٥- علم النفس الصناعي:

يهتم بدراسة الناس في أماكن العمل، وإجراء بحوث تهدف إلى جعل العمل أكثر جدوى من خلال تحسين أداء العمال. كذلك يدرس المسائل المتعلقة بانتقاء الموظفين، والقيادة، والإدارة. وعلم نفس المنظمات قريب الصلة بعلم النفس الصناعي.

٦- علم النفس الفسيولوجي:

يدرس العلاقة بين السلوك وتركيب الجسم أو وظائفه، ولا سيما عمل الجهاز العصبي ويدرس وظائف الدماغ وكيف تؤثر الهرمونات على السلوك. ويستقصي السلوك والعمليات الجسدية التي تؤثر في التعلم والعواطف.

٧- علم النفس المقارن:

يستقصي أوجه الاختلاف والشبه في سلوك الحيوانات وأنواعها المختلفة. ويقوم علماء النفس في هذا الميدان بدراسات منهجية حول قدرات مختلف أنواع الحيوانات وحاجاتها ونشاطاتها مع مقارنتها بالجنس البشري.

٨- علم نفس النمو:

يدرس التغيرات العاطفية والفكرية والاجتماعية التي تطرأ على الناس في مختلف مراحل العمر. ويتخصص بعض علماء نفس النمو بدراسة مشاكل الأطفال أو المراهقين.

نميز على مستوى الطب النفسي الفروع الآتية:

- الطب النفساني السريري: وهو يهتم بتشخيص المرض العقلي والنفسي وتصنيفه، وأعراضه، وأسبابه، وعلاجه.
- العلاج النفساني: هو المعالجة التي تؤثر في النفس دون استخدام الأدوية.
- علم النفس الدوائي: هو استخدام الأدوية بهدف تبديل العمليات العقلية أو النفسية.



خامساً: مناهج البحث في علم النفس

١- الملاحظة:

ينطوي هذا المنهج على مراقبة سلوك البشر والحيوانات في بيئتها الطبيعية، فمثلاً قد يدرس الباحث تصرفات قرود الشمبانزي في بيئتها الطبيعية.

يبحث علماء النفس مسببات الأحداث ونتائجها، ويبحثون عن أنماط السلوك العامة، و يحاولون مراقبة فئة ذات عدد كاف وصفات معينة كافية تؤهلها لتمثيل مجتمعها السكاني تمثيلاً دقيقاً؛ تدعى (الفئة النموذجية). ويحاولون ألا تؤثر آراؤهم الشخصية في استنتاجات دراستهم، وألا يؤثر وجودهم في سلوك الكائن الخاضع للملاحظة. فالعالم الحريص على أمانته إما أن يبتعد عن المشهد أو يطيل أمد بقاءه فيه إلى أن يصبح وجوده جزءاً مألوفاً من المشهد . تُعد الملاحظة الطبيعية مصدراً قيماً للمعلومات التي يحصل عليها علماء النفس . أما تأثير البحث نفسه في السلوك المراقب فيقل عن تأثير التجربة المنضبطة، غير أنه نادراً ما تتجح المراقبة وحدها في إثبات وجود علاقة سببية بين حدثين أو أكثر . لذا يستخدم علماء النفس المشاهدة الطبيعية بوصفها أسلوباً استطلاعيًا بصورة رئيسية لاكتساب نظرة وأفكار

تعرض على محك الاختبار فيما بعد .

٢- التقييم المنهجي: يطلق اسم هذا المنهج العلمي على طائفة من الطرق

النظامية المستخدمة في الحكم على أفكار الناس ومشاعرهم وسمات

شخصياتهم. و يعتمد على الآتي:

➤ تاريخ الحالة:

أي سيرتها المؤلفة من مجموعة معلومات مفصلة عن ماضيها وحاضرها لتساعدهم على تفهم مشاكلها وعلاجها. ويتسنى لعالم النفس لدى ملاحظته تجارب متماثلة أو أنماطاً فكرية متشابهة؛ اكتساب المزيد من الإدراك بأسباب بعض الانفعالات العاطفية .

➤ المُسوح:

تدعى أيضًا استطلاعات الرأي العام، وتتطوي على دراسة ميول الناس ونشاطاتهم بتوجيه الأسئلة إليهم مباشرة؛ لتزودنا بمعلومات عن وجهات النظر السياسية وعادات المستهلكين الشرائية ومواضيع أخرى عديدة . يُعد عالم النفس قائمة بأسئلة تُتنقى كلماتها بعناية. وقد يجري الباحث مقابلة شخصية مع المشتركين في الاستطلاع، أو يرسل إلى كل واحد منهم الاستبانة بالبريد . وإذا كان مراد عالم النفس التوصل إلى استنتاجات عامة التطبيق، وجب عليه جمع الردود من أفراد عينة نموذجية .

٣- التجريب:

يساعد هذا المنهج عالم النفس على البحث عن وجود علاقات سببية في السلوك أو تأكيد وجودها . ففي تجربة نموذجية يقسم الباحث بصورة عشوائية الأشخاص المشتركين في التجربة إلى مجموعتين، تدعى إحداها المجموعة التجريبية والأخرى المجموعة الضابطة ثم يحدث الباحث تغييراً في ظرف يمكن أن يؤثر في سلوك أفراد المجموعة التجريبية، مع إبقاء العوامل الأخرى دون تغيير، بينما لا يدخل أي تغيير في ظروف المجموعة الضابطة . فإذا اختلف سلوك المجموعة التجريبية عن سلوك المجموعة الضابطة كان من المحتمل اعتبار الظرف المتغير سبباً للفارق في سلوك المجموعتين . وثمة تجارب أخرى تُجرى في

الغرب تتطوي على تكرار اختبار سلوك الأشخاص تحت ظروف مختلفة . فمثلاً، قد يكون هدف الاختبار معرفة مدى تأثير المسكرات على سائقي السيارات، حيث يمتحن كل سائق بوساطة مشباه مخبري وهو منتبه، ثم يكرر الامتحان بعد تعاطيه قدراً من الكحول . عندها يمكن عزو أي فارق في الأداء إلى الكحول المتعاطى . ويستطيع العلماء بفضل الأسلوب التجريبي اختبار صحة نظرية ما تحت ظروف ضابطة . ولكن كثيراً من علماء النفس يترددون في قبول استنتاجات مبنية على بحوث مخبرية فقط، إذ أن سلوك الناس في حالات كثيرة يتغير بمجرد علمهم أنهم موضع تجربة نفسية

سادساً: المذاهب الفكرية التي تقوم عليها مدارس علم النفس:

تكون الفروق الفردية بين البشر في السلوك، والوراثة، والتنشئة، والتركيب النفسي عند الأفراد وغير ذلك، كبيرة ومتفاوتة مما يجعل عملية الوصول إلى قوانين ناظمة للسلوك الفردي والاجتماعي صعبة إن لم تكن مستحيلة، وهذا ما فرض تنوع المذاهب الفكرية في علم النفس، إذ لا وجود لحقائق مطلقة نهائية قطعية فيه.

نميز فيما يأتي المنظومات الفكرية التي تقوم عليها مدارس علم النفس:

١- **الربطية**: يتطلب من عالم النفس دراسة أسس ترابط و تلازم المثيرات والاستجابات؛ حيث يقوم برد الحوادث النفسية المعقدة إلى أصولها البسيطة المسببة، وبذلك يتوصل إلى فهم طبيعة هذه الحوادث.

٢- **البنوية أو التركيبية**: تعتمد على طريقة الاستبطان النفسي Introspection للعمليات الشعورية، أي دراسة العقل الباطن و تأثيراته.

٣- **الوظيفية**: يتعين فيها التوجه بالدرجة الأولى نحو وظائف النفس والسلوك في آلية تكيفها مع البيئة والمحيط.

٤- **السلوكية**: تدرس استجابات العضوية وفقاً لمنبهات معينة.

٥- **الجشالية**: تأخذ المفهوم (الكل أو اللاشيء) في دراسة الحادثة النفسية دون تجزئة أو تحليل.

٦- **التحليل النفسي**: يعتمد أساس علم النفس وفق هذا المذهب على ديناميكيات العناصر النفسية الكائنة في اللاشعور، تلعب الأحلام وعملية التداعي الحر وهفوات اللسان دوراً كبيراً في دراسة هذه العناصر ومعرفة كنهها.

٧- **بياجيه Piaget والسيكولوجية النمائية**: التكيف هو جوهر الفاعليات العضوية، و هنا ينصب الاهتمام على دراسة حركات النمو و آثاره.

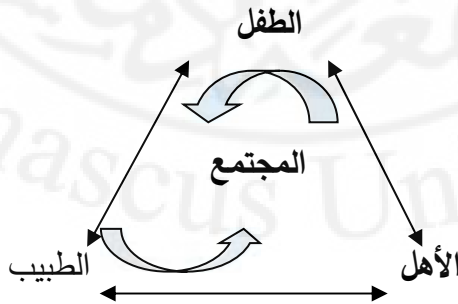
٨-السيكولوجية السوفيتية المعاصرة: ترى أن العضوية الإنسانية هي نتاج التفاعل القائم بين تركيبها و أفعالها. و تهتمد على نظريات بافلوف في علم النفس العصبي الإحيائي كأساس في عملية تطور الإنسان وتعلمه، و من ثم في علاج أمراض النفس.

إن كل مذهب من مذاهب علم النفس آنفة الذكر يندمج فيه العنصر الفلسفي مع المكتشفات العلمية المخبرية.

سابعاً - علم النفس لدى الطفل Child Psychology

علم النفس لدى الطفل هو العلم الذي يدرس ويتعامل مع عقلية الطفل. يعد توجيه سلوك الطفل في العيادة السنية مطلباً أساسياً لإنجاز المعالجة السنية. إذا كان الطبيب غير قادر على التعامل مع المريض، بشكل صحيح، من الناحية النفسية فإن المريض قد يرفض المعالجة أو يعقدها. يختلف نموذج العلاقة بين الطبيب والمريض حسب العمر؛ ففي حال هي علاقة شخص لشخص عند معالجة البالغين (طبيب الأسنان - المريض البالغ)، إلا أنها علاقة شخص لشخصين عند معالجة الطفل (طبيب الأسنان - المريض الطفل - الأهل).

وضع الباحث رايت Wright عام ١٩٧٥م ما يسمى مثلث المعالجة السنية لدى الطفل Pedodontic Treatment Triangle؛ يوضح هذا المثلث العلاقة بين الطبيب والطفل والأهل ويكون موقع الطفل فيه في القمة فهو محط أنظار كل من الطبيب والأهل، انظر الشكل التالي. تدل الأسهم في المثلث على العلاقة التبادلية بين كل الأطراف؛ إن العلاقة بين أركان المثلث هي علاقة حركية وليست سكونية، فالطفل في تغير دائم خلال مراحل تطوره وكذلك هو الحال بين أركان المثلث؛ إذ قد يكون سلوك الطفل جيداً في الموعد الأول ثم يتغير في الموعد اللاحق بسبب الخلافات العائلية أو بسبب ظروف المدرسة.



مثلث المعالجة السنية لدى الطفل

ينبغي على طبيب الأسنان أن يكون على دراية بالتطور النفسي والإدراكي والعاطفي والاجتماعي للطفل منذ ولادته وحتى بلوغه حتى يستطيع معالجة المرضى بنجاح ويتجنب المشكلات السلوكية لديهم خلال المعالجة السنية.

يوجد في علم النفس الطفل أنواع مختلفة من نظريات تطور الطفل؛ منها:

- نظريات حول التطور العاطفي: مثل النظرية التحليلية النفسية للعالم سيغموند فرويد Sigmund Freud، والنظرية الاجتماعية النفسية للعالم كارن هورني Karen Horney.

- نظريات حول التطور المعرفي "الإدراكي": مثل نظرية التطور المعرفي للعالم جان بياجيه Jean Piaget.

- نظريات حول التعلم وتطور السلوك: مثل نظرية التكييف التقليدي للعالم إيفان بافلوف Ivan Pavlov، ونظرية التكييف الفعال للعالم بورهس سكينر Burrhus Skinner، ونظرية التعلم بالملاحظة للعالم ألبرت باندورا Albert Bandura.

أهم نظريات تطور الطفل

١- النظرية التحليلية النفسية لفرويد Freud's Psychoanalysis Theory:

يتحدد حسب فرويد خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة ما يقوم به الفرد من أفعال والسبب الدافع لها، وكيف يقوم بها. يطور الفرد خلال هذه السنوات طرائق للتعامل مع الدوافع والنزعات الداخلية "الجنسية".

يعتقد فرويد أن الاختلافات في مكونات شخصية الأفراد تنشأ نتيجة الاختلاف في الخبرات الجنسية أثناء الطفولة.

و يرى فرويد أن الشخصية في الأعماق هي بناء ثلاثي التكوين، وأن كل جانب في هذا التكوين يتمتع بصفات وميزات خاصة، وأن الجوانب الثلاثة تُولف في النهاية وحدة متكاملة هي الشخصية، هذه الجهات أو الجوانب الثلاثة هي: **الهو** **والأنا** **والأنا العليا**، تتطور كل جهة منها في وقت يختلف عن وقت تطور البنية الأخرى.

الهو أو الهَي:

هو ذلك القسم الأولي المبكر الذي يضم كل ما يحمله الطفل معه منذ الولادة من الغرائز ومن بينها غرائز اللذة والموت والحياة، فالطفل يعيش و يتصرف دون الخضوع للواقع أو مبادئ العلاقات المنطقية للأشياء بل يندفع بمبدأ اللذة الابتدائي؛ يمثل **الهو** الطبيعة الابتدائية والحيوانية في الإنسان، هو أمر لاشعوري.

الأنا The Ego:

ينتقل بعدها الطفل إلى مرحلة تخضع لمبدأ الواقع؛ تسمى **الأنا**، وتفكر تفكيراً واقعياً موضوعياً ومعقولاً تسعى فيه إلى أن تكون متماشية مع البيئة المحيطة به. هكذا تقوم **الأنا** بعملين أساسيين في الوقت نفسه: أحدهما حماية الشخصية من الأخطار التي تهددها في العالم الخارجي، والثاني تخفيف التوتر الداخلي واستخدامه في سبيل إشباع الغرائز التي يحملها من مرحلة **الهو**. وفي سبيل تحقيق الهدف الأول يكون على **الأنا** أن تسيطر على الغرائز وتضبطها لأن إشباعها

بالطريقة الابتدائية المرتبطة معها، يمكن أن يؤدي إلى خطر على الشخصية. مثال: الاعتداء على الآخرين بتأثير الغضب يمكن أن يؤدي إلى رد الآخرين رداً يمكن أن يكون خطراً على حياة المعتدي نفسه. قد تكون الأنا قوية وقد تكون ضعيفة:

- الأنا الضعيفة تتخاذل فإما تقع فريسة الهو وتخضع لنزواته وبالتالي تصل للانحراف، أو تقع فريسة الأنا العليا فيصبح الإنسان متمزماً إلى حد كبير يعاني من الكبت.

- الأنا القوية هي التي توفق بين متطلبات الهُو والأنا العليا.

الأنا العليا The Super Ego:

تتضمن الأنا العليا القيم والمثل الاجتماعية والدينية التي رُبِّيَ الطفل عليها في بيته ومدرسته ومجتمعه، وهي الضمير المحاسب الذي يقوم بمراقبة وضبط السلوك، وتنتجه به نحو الكمال بدلاً من اللذة.

تشمل الأنا العليا جزأين هما الضمير Conscience والأنا المثالية Ego Ideal. يمثل الجزء الأول الحاكم الذي يقوم بمنع بعض السلوكيات بخاصة تلك المتعلقة بالدوافع الجنسية والعدوانية، أما الثاني فهو يمثل الصورة المثالية التي يجب أن يكون عليها الشخص.

إذا أردنا تلخيص هذا البناء الثلاثي للشخصية كما يراه فرويد قلنا ما يلي:

- إن الأنا هي التي توجه وتنظم عمليات تكيف الشخصية مع البيئة، كما تنظم وتضبط الدوافع التي تدفع بالشخص للعمل، وتسعى جاهدةً إلى الوصول بالشخصية إلى الأهداف المرسومة التي يقبلها الواقع.

- إن الأنا مقيدة بما ينطوي عليه الهُو من حاجات، وما يصدر عن الأنا العليا من أوامر ونواهٍ وتوجيهات.

- إذا عجزت الأنا عن تأدية مهمتها، والتوفيق بين ما يتطلبه الهو وما تمليه الأنا العليا، كانت في حالة صراع يمكن أن يقود إلى الاضطرابات النفسية.

٢- النظرية المعرفية لبياجيه Piaget's Cognitive Theory:

يعتمد التطور المعرفي على التغيرات المتعلقة بالإدراك والفهم. و يمر التطور المعرفي لدى الإنسان حسب بياجيه بالمراحل التالية:

أ- المرحلة الحسية الحركية Sensorimotor Period:

تمتد هذه المرحلة من الولادة حتى عمر سنتين. يتعرف الطفل خلالها على العالم المحيط من خلال استخدام قدراته الفطرية (المص، واللمس، والنظر...). يوصي بياجيه بتعريف الطفل في هذه المرحلة على الأدوات بشكل مستمر لتطوير القدرة الحسية الحركية لديه.

ب- مرحلة الذكاء المتعلق بالمفاهيم Period of Conceptual Intelligence:

تبدأ هذه المرحلة بعمر سنتين وتقسم إلى ثلاث فترات هي:

١- فترة ما قبل العمليات الحسابية Preoperational Period:

تمتد هذه الفترة من عمر سنتين إلى عمر سبع سنوات. يكون الطفل خلالها أنانياً غير قادر على المشاركة وغير قادر أيضاً على التمييز بين ما هو حقيقي وغير حقيقي. يعتقد الطفل في هذه الفترة أن طبيب الأسنان والمساعدة السنية هما مصدر الألم بسبب تواجدهما أثناء إحساسه به. تقسم هذه الفترة بدورها إلى طورين:

- طور ما قبل المفاهيم Preconceptual Stage:

يمتد هذا الطور من عمر سنتين حتى عمر أربع سنوات. مثال (يسمي الطفل خلاله كل حيوان لديه قرون كقرون البقرة بالبقرة).

- طور الحدس Intuitive Stage:

يمتد هذا الطور من عمر أربع سنوات حتى عمر سبع سنوات. فعندما يكون لدينا شطيرتان متساويتان لا يقتنع الطفل خلال هذا الطور أن الشطيرة المقسومة

إلى أربعة أقسام هي بحجم الشظيرة المقسومة إلى قسمين فقط. ويعتقد أن الشظيرة المقسومة إلى أربعة أقسام تحوي كمية أكبر من الطعام.

II- فترة العمليات الواقعية (المحسوسة مادياً) Period of Concrete

:Operations

تمتد هذه الفترة من عمر سبع سنوات حتى عمر إحدى عشرة سنة. يصبح تفكير الطفل في هذه الفترة أكثر منطقية واستقراراً، ويكون الطفل قادراً على إدراك المفاهيم المنطقية وفهم بعض العلاقات والأسباب كأن يفهم أن بعض الإجراءات العلاجية تسبب الألم. يستطيع الطفل في نهاية هذه المرحلة التعبير عن ألمه.

III- فترة العمليات الرسمية (الملتزم بالأعراف و القوانين) Period of Formal

:Operations

تبدأ هذه الفترة من عمر إحدى عشرة سنة فما بعد. يستطيع الفرد خلالها أن يستنتج ويلخص ويتخيل نتائج الأفعال. كما يصبح تفكيره أكثر منطقية وتعقيداً، ويكون قادراً على وصف ألمه كشخص بالغ.

٣- نظرية التكييف التقليدي لبافلوف Classical Conditioning Theory by Pavlov

يقصد بالتكييف التقليدي؛ التعلم الناتج عن ارتباط منبهين في الوسط المحيط. لاحظ بافلوف أن تكرار تقديم الطعام لكلب بالمشاركة مع صوت رنين الجرس يجعل الكلب يربط بين الرنين وإحضار الطعام، وبالتالي بعد فترة يحدث سيلان اللعاب لديه فور سماعه رنين الجرس بغض النظر عن رؤيته للطعام. يمكن إسقاط ذلك على المعالجة السنية للطفل، حيث إن تعرض الطفل لحقنة التخدير المؤلمة من قبل طبيب الأسنان المرتدي للرداء الأبيض يجعل الطفل لاحقاً يبكي ويخاف فور رؤيته لأي طبيب يرتدي الرداء الأبيض بغض النظر إن كانت حقنة التخدير معه أو لم تكن.





الفصل الثاني

نمو وتطور الطفل

الفصل الثاني

نمو وتطور الطفل

تعرف الطفولة على أنها الفترة المبكرة من حياة الإنسان، و التي يعتمد فيها الفرد على والديه اعتماداً كلياً فيما يحفظ حياته، ففيها يتعلم و يتمرن للفترة التي تليها، فهي مرحلة يعبرها الطفل حتى النضج الفيزيولوجي والعقلي والنفسي والاجتماعي والخلقي والروحي، والتي تتشكل خلالها حياة الإنسان ككائن اجتماعي، لذلك يحدث خلال النمو تغييرات في الحجم والشكل والهيكل والوظيفة والمهارة.

يدرس النمو وفق النواحي التالية:

أولاً- النمو الجسمي:

يختلف النمو الجسمي نسبياً من سنة إلى أخرى، حسب التبدلات الهرمونية و الغذاء .

الطول: يزداد طول الطفل باستمرار، و ابتداءً من سن الخامسة بمعدل ٥ إلى ٧ سم في السنة، علماً الإناث يصلن إلى مرحلة البلوغ قبل الذكور .

الوزن: يستمر الوزن في الازدياد بسبب تراكمات الدهون، كما تؤثر العوامل النفسية في الوزن في هذه المرحلة.

شكل الجسم: يبدأ الشكل الطبيعي للجسم في نهاية الطفولة المبكرة بالتغير، من الاستدارة الطفولية إلى طفل ناضج عند الذهاب إلى المدرسة الابتدائية، حيث يبدأ الصدر في الاتساع وتظهر معالم عضلات الصدر والأطراف، كما يبدأ وضع الأضلاع في التغير من الوضع الأفقي إلى المائل.

المخ: يعتري المخ طفرات عديدة في النمو من حيث الحجم و الوظيفة، و تحدث أكبر طفرة في نمو المخ بين الخامسة و السابعة، ثم تأخذ عملية النمو في البطء .

الأسنان: تنتقل من مرحلة الدرد الولادي (من الولادة حتى ٦ أشهر) إلى الإطباق المؤقت (بين عمر ٦ أشهر إلى ٦ سنوات) إلى مرحلة الإطباق المختلط (بين عمر ٦ إلى ١٢ سنة) للدائم (بعد عمر ١٣ سنة)، و يتغير مع تبدلات الإطباق شكل الفم و الفكين، فيزداد حجم الجزء الأسفل من الوجه و يتغير بروفيل الوجه نحو الاستقرار مع نهاية النمو بعمر ١٨ سنة (حيث تنتهي مرحلة الطفولة).

ثانياً- النمو العقلي:

ينتقل الطفل من مرحلة الخيال واللعب التخيلي إلى مرحلة الواقعية أو الموضوعية، فاتصاله بالعالم المحيط به يزيد من مدركاته الحسية لعناصر البيئة التي يعيش فيها، كما تأخذ القوى العقلية لديه بالنضج التدريجي كالتذكر والتفكير والربط والقدرة على التصور معتمداً في ذلك على التعلم من المحيط.

كذلك تزداد قدرة الطفل على الانتباه الإرادي و لكنه يحتاج إلى معونة من الآخرين من أهل أو أخوة أو مدرسين.

إن ذاكرة الطفل في هذه المرحلة ذاكرة قوية قادرة على استيعاب الكثير مما يصل إليها و قادرة أيضاً على الاحتفاظ بالمعلومات. وتساعد قوة الذاكرة في إتقان كثير من المهارات الحركية والعقلية والتكرار لدى الطفل.

ثالثاً- النمو الحركي:

لا يستطيع الطفل في الطفولة المبكرة الاستمرار في عمل لمدة طويلة نظراً لنشاطه الزائد، فلا يستطيع أن يظل فترة طويلة في سكون، ولذلك فهناك حاجة ملحة لتنظيم أوقاته و توزيعها بين الراحة واللعب.

تتم السيطرة على العضلات الصغرى في سن الثامنة و تعتبر هذه الفترة ملائمة لاكتساب عدد كبير من المهارات الحركية (كتفريش الأسنان مثلاً) ويشارك في عدد كبير من الألعاب.

يشعر الطفل الذي يكون نموه الحركي عادة أقل من أقرانه من الأطفال؛ بالعجز والضعف؛ فينسحب من الجماعة وتتكون لديه اتجاهات سلبية نحو نفسه ونحو الحياة الاجتماعية.

رابعاً- النمو الحسي :

يستطيع الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة أن يدرك الألوان وأشكال الحروف الهجائية كما يستطيع تقليدها.

بينما يتميز البصر في الطفولة المتأخرة بطول النظر فيرى الطفل الكلمات الكبيرة و الأشياء البعيدة بوضوح أكثر من رؤيته للكلمات الصغيرة و الأشياء القريبة.

خامساً- النمو اللغوي:

يعتبر النمو اللغوي بالغ الأهمية بالنسبة للنمو الاجتماعي و الانفعالي. و يتوقف على عوامل كثيرة؛ منها المستوى العقلي و الاجتماعي و الاقتصادي و الجنس. يلاحظ أن الذكور لديهم حصيلة لغوية أقل مقارنة عما هو موجود لدى الإناث، وكذلك الأمر فيما يتعلق بصحة بناء الجمل و في القدرة على التعبير عن المعاني. و باتساع عالم الطفل يكتشف أن الكلام أداة هامة في السلوك الاجتماعي الأمر الذي يدفعه لإتقان الكلام.

يكتمل نمو الطفل اللغوي بصورة كبيرة بمرور الوقت، و حتى عيوب الكلام كالتأتأة أو إبدال الحروف أو الحبسة التي تظهر عند الطفل في مرحلة نموه المبكرة غالباً ما تتصح تلقائياً، و القليل منها تحتاج إلى بذل جهود علاجية لتصحيحها. و كذلك يتعلم الطفل أن الصور البسيطة من الاتصال مثل الصراخ و الإيماءات ليست مقبولة اجتماعياً، الأمر الذي يعطيه حافزاً إضافياً لتحسين قدرته على الكلام.

سادساً- النمو الانفعالي:

تتميز مرحلة الطفولة المبكرة عادة بالهدوء و الثبات الانفعالي النسبي، و لا يعني ذلك أن الطفل لا يغضب؛ و لكنّه يزداد انفعالاً مع مرور الزمن، و من أهم مظاهر الانفعالات هي الخوف و الغضب و الغيرة، فقد يتحول إلى أن يضرب الأرض برجليه ويصرخ عندما لا تستجاب طلباته، و بالتدريج يتعلم أن يناقش مشروعية طلبه، رغم أنه قد يعاند إذا لم يقتنع.

ركزت نظريات نمو الطفل على مجالات علم الوراثة السلوكي وعلم التخلق الاجتماعي وتأثيرات الطبيعة والتغذية على الانفعالات، حيث ذكر الباحث النفسي بويس أن النشأة والتربية في ظروف الفقر والحرمان تؤثر على نمو الدماغ هيكلياً ووظيفياً.

يمكن أن تساعد هذه النظريات في تطوير استراتيجيات التوجيه السلوكي. على سبيل المثال، إذا كان طبيب الأسنان يعرف حدود مفردات طفل عمره عامان، فقد يعتمد على التواصل من خلال اللمس و الإيماءات بدلاً من الكلمة المنطوقة.

أدرجت المعالم التنموية والإدراكية والنفسية بالأعمار الزمنية في الجدول التالي:

عمر الخمسة سنوات	عمر الأربع سنوات	عمر الثلاث سنوات	عمر السنتين
❖ يندمج. ❖ يلعب مع أقرانه. ❖ يفخر بممتلكاته. ❖ يتخلى عن بعض عاداته كمص الإبهام والبطانية.	○ يحاول فرض الصلاحيات. ○ يشارك في مجموعات اجتماعية صغيرة. ○ يظهر العديد من المهارات الذاتية المستقلة. ○ يعرف شكراً لك ومن فضلك.	● أقل أنانية، يحب المشاركة. ● لديه خيال نشط جداً، ● يحب القصص. ● لديه ارتباط وثيق مع الوالدين.	■ يتوجه نحو المهارات الحركية كالقفز والركض. ■ يحب أن يرى ويلمس. ■ شديد التعلق بالأهل. ■ يحب اللعب منفرداً، نادراً ما يشارك. ■ لديه مفردات محدودة

يظهر ربط المعالم التنموية والإدراكية والنفسية مع العمر.

المجال الآخر الذي حظي باهتمام كبير من علماء النفس هو التنشئة الاجتماعية
للأطفال حسب العمر.

يظهر الجدول التالي مراحل التطور الإدراكي والنفسي للطفل حسب العمر:

العمر	العاطفي الاجتماعي	اللغة_التواصل	الإدراك	التطور الفيزيائي
٦ أشهر	■ يتعرف على وجوه العائلة ويبدأ بتمييز الغرباء ■ يحب اللعب خصوصاً مع الأبوين ■ يستجيب لتعابير الأشخاص وغالباً يبدو سعيداً. ■ يحب النظر لنفسه بالمرآة	■ يستجي ب للأصوات من خلال إصدار أصوات أخرى. ■ يدمج الحروف المتحركة معاً ■ يستجي ب لسماع اسمه. ■ يصدر أصواتاً لإظهار المرح أو عدم الاستمتاع	■ ينظر للأشياء الموجودة حوله. ■ يقرب الأشياء من فمه ■ يظهر الفضول للأشياء ويحاول أن يحصل على تلك البعيدة عن مناله. ■ يبدأ بتمرير الأشياء من يد لأخرى	■ يتحرك - ك بالاتجاهين من الأمام للخلف ومن الخلف إلى الأمام. ■ يبدأ بالجلوس بدون مساعدة.
١٢ شهر	■ يظهر خجولاً أو عصبياً مع الغرباء. ■ يبكي عند مغادرة الأب أو الأم. ■ لديه أشخاص وأشياء مفضلة.	■ يستجيب للأيماءات البسيطة كالهدز بالرأس أو التلويح. ■ يصدر أصواتاً مع	■ يستكشف الأشياء بطرق مختلفة مثل المصافحة والرمي والقرع. ■ ينظر بشكل صحيح	■ ينتقل لوضعية الجلوس بدون مساعدة. ■ يقوم بالدفع كي يستطيع

	■ يعطيك كتاباً - عندما يريد سماع قصة. ■ يصدر الأصوات - أو الأفعال لجلب الانتباه. ■ يلعب ألعاباً معينة	- التغيير في نغمته. ■ يقول ماما - ودادا وبعض التعبيرات. ■ يحاول الطفل - قول كلمات - تقولها انت	- للأشياء أو الصور عندما يتم تسميتها. ■ يقلد الإيماءات ■ يستخدم - إصبعه للإشارة.	- الوقوف - يمشي - متمسكاً بالأثاث. ■ من الممكن - أن يمشي - بعض الخطوات بدون إمساك شيء
٢٤ شهراً	■ يقلد تصرفات الآخرين - خصوصاً البالغين والأطفال الآخرين. ■ يتسم بالحماس - عندما يكون مع أطفال آخرين. ■ يظهر المزيد من الاستقلالية. ■ يظهر سلوكيات مختلفة (يقوم بفعل أمور تم منعه منها).	■ يشير إلى الأشياء أو الصور - عندما يتم ذكرها. ■ يعرف أسماء الأشخاص - المألوفين وأجزاء الجسم. ■ يلفظ جمل - مكونة من ٢ إلى ٤ كلمات.	■ يجد الأشياء المخفية تحت اثنين أو ثلاثة أغطية. ■ يبدأ بتصنيف الأشكال والألوان. ■ يبني أبراجاً - مكونة من أربع طبقات ■ من الممكن - أن يستخدم - يداً أكثر من الأخرى.	■ يستطيع - ركل الكرة ■ يبدأ الركض ■ يقوم بتسلق الأثاث بلا مساعدة. ■ يصعد - وينزل على الدرجات - متمسكاً ■ يرمي الكرة ■ يرسم - خطوطاً

		■ يتبع تعليمات بسيطة ■ يكرر كلمات متكررة في المحادثة ■ يشير إلى أشياء داخل الكتب.	■ يتبع تعليمات مكونة من خطوتين	■ مستقيمة أو دوائر.
٣٦ شهراً	■ يقوم بنسخ تصرفات البالغين والأصدقاء ■ يظهر تأثير أصدقاءه ■ يأخذ دوره في اللعب. ■ يظهر مقداراً واسعاً من الانفعالات. ■ يتم فصله بسهولة عن الأم والأب. ■ يلبس ويخلع ملابسه بنفسه	■ يتبع التعليمات المكونة من خطوتين أو ثلاثة. ■ يستطيع تسمية أغلب الأشياء المألوفة. ■ يستوعب كلمات مثل (في، على، فوق). ■ يتكلم كفاية للغرباء ■ يقوم بصنع محادثات	■ يستطيع استخدام ألعاب ذات أزرار وأجزاء متحركة ■ يلعب بالأحاجي المكونة من ٣ أو ٤ قطع. ■ يستطيع فهم ماذا يعني (اثنان) ■ يرسم دائرة بالقلم	■ يتسلق بشكل جيد ■ يجري بسهولة ■ يستخدم دراجة مكونة من ٣ عجلات

		مكونة من جمل.		
٤٨ شهرًا	■ يستمتع لدى قيامه بأمورٍ جديدة ■ يلعب دور الأم و الأب ■ اللعب مع الآخرين ■ يتعاون مع الآخرين. ■ يتحدث عن ما يحب وما هو مهتم به.	■ يعلم بعض القواعد اللغوية والأساسية كالاستخدام الصحيح ل "هو" و "هي" ■ يغني من الذاكرة ■ يخبر قصصاً ■ يستطيع لفظ الاسم الأول والأخير	■ يسمى بعض الألوان ■ يستوعب فكرة العد ■ يفهم الزمن. ■ يتذكر أجزاء من قصة. ■ يرسم أجزاء الجسد. ■ يبدأ بنسخ بعض الحروف الكبيرة	■ يصعد وينزل الدرجات ■ يستطيع الوقوف على رجل واحدة لمدة ثانيتين. ■ يمسك بالكرة في معظم الوقت.
٦٠ شهرًا	■ يريد إرضاء أصدقائه. ■ يريد أن يكون مثل أصدقائه. ■ يكون أكثر تقبلاً للقواعد ■ يحب الغناء، الرقص، والتمثيل	■ يتكلم بوضوح ■ يقص قصصاً بسيطةً مستخدماً جملاً كاملة. ■ يستخدم زمن المستقبل.	■ يستطيع القيام بعد عشر أشياء أو أكثر ■ يستطيع رسم شخص مكون من ٦ قطع جسمية ■ يستطيع كتابة بعض	■ يستطيع الوقوف على رجل واحدة لمدة ١٠ ثواني أو أكثر ■ يستطيع القيام

■ يكون منتبهاً للجنس. ■ يكون باستطاعته الإخبار عن ما هو حقيقي وما يعتقد. ■ يظهر المزيد من الاستقلالية	■ يلفظ الاسم والعنوان	- الكلمات أو الأرقام. ■ يقوم بنسخ بعض الأشكال الهندسية كالمثلث وغيرها. ■ يعلم بشأن بعض الأشياء التي تستخدم يومياً كالنقود والطعام.	- ببعض الحسابات ■ يستخدم الشوكة والملعقة. ■ يستخدم الحمام بنفسه.
---	---	--	--

جدول مراحل التطور الإدراكي والنفسي للطفل حسب العمر

سابعاً- التنمية الاجتماعية:

تأخذ التنمية الاجتماعية في الاعتبار كل من العلاقات الشخصية ومهارات الأداء المستقل. هنالك عملية مهمة لأطباء الأسنان هي نمو الطفل نحو الأداء المستقل، مع زيادة قدرتهم على رعاية أنفسهم، وبالتالي فإنهم يكتسبون الاستقلال الاجتماعي. من هنا نلاحظ أن الانتقال من التبعية الوظيفية نحو الاستقلال الوظيفي هو عملية طبيعية في التنمية الاجتماعية.

التنمية الفكرية ربما هي المجال الأكثر دراسة وشمولية ، ابتداء من أوائل القرن العشرين مع عمل ألفريد بينيت. حيث كانت الطريقة التي استخدمها هي (القدرات العقلية فيما يتعلق التسلسل الزمني للعمر) . حيث أدى ذلك إلى مفهوم حاصل

الذكاء (IQ) ، والتي تم قياسها من خلال مهام فحص الذاكرة و العلاقات المكانية والمنطق ومجموعة متنوعة من المهارات العقلية الأساسية، وذلك عن طريق تحديد متوسط العمر المطلوب لتمرير كل مهمة، بالتالي فإن هذا مكن الفاحص من تحديد عمر الطفل العقلي بناء على الأداء.

وقد أدى القياس الكمي للذكاء إلى وجود تصانيف متنوعة، منذ زمن (بينيت)، حيث تم تصميم أكثر من ٣٠٠ اختبار لقياس التطور الفكري.

أشهر هذه الاختبارات وأكثرها استخدامًا هي مقاييس Wechsler للذكاء، حيث يتم تخصيصها على عكس الاختبارات الجماعية، وتتوفر أشكال منفصلة من الاختبار لمرحلة ما قبل المدرسة (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence، أو WPPSI) ، والأطفال (مقياس Wechsler Intelligence for Children-Revised ، أو WISC-R) ، والبالغين (مقياس الذكاء الخاص بشركة Wechsler أو WAIS).

تم قياس الأداء الفكري من خلال أحد اختبارات الذكاء الموحدة، مثل Wechsler Intelligence Scales for Children أو The Revised Stanford Binet. عمومًا ، يمتلك اختبار معدل الذكاء درجة متوسطة تبلغ ١٠٠ وانحرافًا معياريًا يبلغ ١٥. وقد تم استخدام تصنيفات الأداء مثل "متفوقة جدًا" أو "حدودية" على مر السنين؛ كما تم اقتراح مصطلحات أخرى مثل "الحد الأعلى" و "الحد الأدنى" لتعكس الانحرافات عن المعيار.

كما تم تصميم مقاييس لتقدير الأداء التكيفي، مثل مقاييس فينلاند التكيفية للسلوك. إن الدرجات التي يتم استخراجها من الاختبارات، حتى تلك القياسية للغاية، هي مجرد تقديرات وقد لا تكون تقييمًا عادلًا لطفل معين في يوم معين.

كلما كان الطفل اصغر كلما قلت موثوقية الاختبارات. ومع ذلك، فإن المعلومات المستقاة من التقييمات السيكمترية يمكن أن تنبه طبيب الأسنان إلى احتمال أن الطفل قد يحتاج إلى نهج فردي في العيادة. الأفراد الذين يعانون من نقص الذكاء أو الإعاقة الذهنية قد يحتاجون إلى توجيه خاص للسلوك.



متغيرات تؤثر على سلوكيات الأطفال السنية:

استجابة الأطفال للبيئة السنية مختلفة ومعقدة. فهي تتباين وفقاً للعمر ومقدار النضج والخبرة السابقة والخلفية العائلية والثقافة وحالة الصحة الفموية.

الخبرات الطبية:

يميل الأطفال ذوي التجربة الطبية الإيجابية أن يكونوا متعاونين مع طبيب الأسنان. و العكس صحيح. بينما تختلف تصرفات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ إذ أنهم غالباً يعتادون على وضع الرعاية الصحية ويتصرفون بشكل أفضل مما كان متوقعاً.

إدراك المشكلة السنية :

قد يذهب بعض الأطفال إلى طبيب الأسنان وهم يعرفون مسبقاً بوجود مشكلة سنية لديهم. و هنا قد يحدث ميل للسلوك السلبي في أول زيارة لطبيب الأسنان عندما يعتقد الطفل بوجود مشكلة سنية. القلق تجاه المعالجة قد يؤدي أيضاً إلى عدم الذهاب للموعد السني، هذا بدوره يعطي طبيب الأسنان دافع أكبر لتثقيف الوالدين حول قيمة الرعاية الصحية السنية ضمن المنزل قبل أن تتطور مشاكل الأسنان، حيث أن الزيارات المنتظمة للعيادات السنية تقلل من مخاطر إصابة الطفل بأمراض الفم كما أنه يساعد الطفل على تطوير آليات تكيف مناسبة، ويحسن من فرص وجود موقف إيجابي للزيارات في المستقبل.

مشاكل السلوك العام:

هناك علاقة بين المشاكل السلوكية العامة ومشاكل إدارة السلوك السني. فالأطفال الذين لديهم صعوبة في تركيز الانتباه أو ضبط أنفسهم في بيئتهم العامة ينتهون بمشاكل في الامتثال للتوقعات السلوكية في البيئة السنية.

مثلث رايت في طب أسنان الأطفال:

إن نقطة الخلاف الرئيسية بين معالجة الأطفال ومعالجة البالغين هو في نمط العلاقة إذ تتضمن معالجة البالغين علاقة شخص بشخص وهي علاقة طبيب الأسنان _ المريض، بينما تركز معالجة الطفل على علاقة شخص لشخصين والممثل بالمثلث العلاجي الخاص بطب أسنان الأطفال وهو :



١ - الطفل في ذروة المثلث وهو مركز اهتمام كلاً من العائلة والفريق السني.

٢ - الاتصال بين رؤوس المثلث علاقة تبادلية

٦ - تأثير الأهل والثقافة و الوضع الاجتماعي والإقتصادي:

الآباء / الأوصياء يجب أن يكونوا على علم بالقيود التي يفرضها سلوك الطفل على الممارسة وقدرة الطبيب على تقديم رعاية جيدة. كما أن التأثيرات المجتمعية والأبوية لها تأثير متزايد في قدرتنا على توجيه السلوك. اختلاف المجتمعات العرقية والتأثيرات الثقافية المختلفة تؤثر بشكل متزايد على توجيهاتنا السلوكية وامتثال الآباء / الأوصياء.

الثقافة: تؤثر الثقافات المختلفة على النمط الغذائي المتبع في المجتمع كما تؤثر على كمية السكاكر المستهلكة حيث تشجع بعض المجتمعات الرضاعة الطبيعية لفترة طويلة والرضاعة الليلية

الوضع الاجتماعي والاقتصادي: الأطفال ذوي الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة لديهم معدل نخر أعلى بسبب سوء العناية الفموية ونقص الرعاية إما بسبب الحالة المادية أو الإهمال



فكرة العلاقة مع أهالي المرضى الأطفال:

يشكل الآباء من لحظة الولادة سلوكيات أطفالهم عن طريق التشجيع والعقاب الانتقائي من خلال تقنيات التأديب أو من خلال هامش الحرية المسموح به. يتعلم الأطفال هذه السلوكيات في السنوات الأولى من الأهل بحيث يصبح الأطفال مدركين للسلوك الذي يتوجب القيام به وما هو السلوك المحظور عليهم. لذلك؛ يكون هناك أهمية كبيرة لشخصية الأهل في كيفية سلوك أطفالهم في العيادة السنية وتكوين المواقف السنية لهم، يمكن أن تصنف هذه المواقف (المرتبطة بالأهل) كما يلي:

- ❖ **أصحاب الموقف المناسب:** حريصون على حماية أبنائهم ولكنهم وبشكل مريح ينقلون السلطة لطبيب الأسنان مما يسمح له بأن يتصل مباشرةً مع الطفل .
- ❖ **النمط التعويضي:** يحاول الأب أو الأم أن يظهروا اهتمامهم بأبنائهم فيطرحون الأسئلة الكثيرة و يُسَرُّون بإطرائهم. هنا؛ يستغل طبيب الأسنان ذلك، و يؤكد على أهمية ما يفعلونه لأبنائهم ليشجعهم على التعاون.
- ❖ **الأهل ذوي الحماية الزائدة:** يكونون من أسر سيئة التوافق مع المجتمع أو يكون لديهم تجربة ولادة طفل في وقت متأخر أو بحادث مهدد لصحته أو حياته، ويجب أن يجرى نقاش ودي معهم حول السلوك الفعال للطفل وحاجته للتطور والاستقلالية.
- ❖ **الأهل المستغلون:** لديهم مفاهيم عميقة للسيطرة والقوة، يحاولون توجيه مجرى المعالجة حسب معتقداتهم، ومن المهم معهم الالتزام الدقيق بخطة العمل.
- ❖ **الأهل العدائيون:** قد تكون لديهم تجربة سابقة سيئة أو يضمرون غالباً مواقف سلبية تجاه أطباء الصحة أو تكون لديهم أفكار خاطئة عن طب الأسنان،

ويتميزون بسلوك مسابير مع فشل إقامة اتصال عيني، أو سؤال دائم عن الحاجة للمعالجة، وغالباً فإن المناقشات المفتوحة يمكن أن تحسن العلاقة.

❖ **الأهل المهملون:** قد يكون الأهل مشغولين كثيراً، غير مهتمين، أو غير مقدرين لأهمية العناية السنية الجيدة. يجب تثقيفهم بأهمية الصحة السنية ويجب أن يدركوا أثر مواقفهم على مصلحة أطفالهم.

❖ **الأهل المتساهلون بشدة:** يضعون القليل من الحدود ويسمحون لأطفالهم بصنع اختيارات واضحة، من الصعب جداً المشاركة في تدبير سلوك أبنائهم.

الفصل الثالث

المشاكل السلوكية في العبادة السنية – تدبير السلوك

الفصل الثالث

المشاكل السلوكية في العيادة السنية - تدبير السلوك

كتب MCELORY في نهاية القرن التاسع عشر:

"على الرغم من المعالجة السنية قد تبدو تامة فإن جلسة المعالجة تعتبر فاشلة إذا غادر الطفل العيادة باكياً " وهذا أول مقياس ذكر في الأدب الطبي عن نجاح أو فشل معالجة الطفل بواسطة أي شيء آخر غير البراعة التقنية لطبيب الأسنان.

أما بالنسبة للبالغ فإذا خرج المريض و لم يعد، فهذا هو دليل الفشل.

إن تطوير سلوك المريض إيجابياً يعد جزءاً أساسياً من نجاح المعالجة المقدّمة.

لم يبذل في المعالجات السنية القديمة أي انتباه و لو ضئيل لحالة المريض النفسية، و كان يتم تجاهل عقلية المرضى، و مواقفهم الشخصية تجاه طب الأسنان.

إن الغياب في المستويات العلمية المختلفة للمناهج المتعاملة مع القلق جعل الطبيب يظن أن القلق غير موجود أو قليل أو غير هام، فترى الطبيب يتعامل مع المريض بأقصى ما في استطاعته مستعيناً بأدوات عيادته دون أي اعتبار لحالة المريض النفسية و غالباً ما يجد هؤلاء الأطباء صعوبة في التعامل مع المريض.

تعريف المشاكل السلوكية في العيادة السنية: هي سلوك غير متعاون ومخرب

للنظام ينتج عنه تأخير المعالجة أو استحالة المعالجة السليمة.

أعطت الادبيات الطبية السنية تسميات محددة على ردود الفعل السلبية أو المعاكسة

مثل:

غير المنضبط - المتحدي - الخجول - المتعاون - القلق - الطفل الذي يئن.
غالبا ما يستخدم أطباء الأسنان هذه العبارات لأنها تنقل، بأقل كلمات
ممكنة جوهر استجابة الطفل تجاه الرعاية السنية المقدمة.

المشاكل السلوكية التي يمكن أن يبيدها الأطفال في العيادة السنية

١- السلوك غير المسيطر عليه Uncontrolled Behavior:

سلوك انعكاس غير متحكم به، غالباً ما يشاهد عند طفل بعمر ٣-٦ سنوات قبل دخوله إلى الطبيب تظهر عليه نوبة غضب تتمثل بالبكاء الصاخب واللطم بالأيدي والأرجل والشتيم. الرفض: قد يكون كلامي أو مترافق بمقاومة جسدية تعبر عن قلق حاد أو خوف شديد. نادراً ما نجد هذا السلوك بعمر المدرسة لأنهم أكثر انضباطاً وسيطرة على السلوك.



يجب إبعاد هذا الطفل عن غرفة الاستقبال حتى لا ينتقل سلوكه للأطفال الآخرين.
وقد نلجأ إلى تكبيله بكوابح الحركة كي لا يؤذي نفسه أو تحطيم معدات العيادة.

٢. سلوك المتحدي الجريء Defiant Behavior:

غالباً في سن المدرسة. سلوكهم مميز بالألفاظ (أنا لا أريد، أنا لن أفعل..). رفض تعليمات الطبيب: إغلاق الفم بشدة، القبض بشدة على يد الكرسي، الاحجام عن الاتصال مع الطبيب كلامياً وبصرياً. قد يعود سبب هذا السلوك لكون الطفل مدلل. لا بد من استخدام أسلوب الحوار والإقناع معهم.

٣. سلوك الخجول Timid Behavior:

ييدي الطفل الخجول استجابات تجنبية خوفاً من التعبير وتأكيد الذات. يعتبر سلوكه سلبي بشكل خفيف، وإذا أُسيء التعامل معه فسينقلب إلى سلوك غير مسيطر عليه. يختبئ خلف أمه، لا ييدي مقاومة عند فصله عن أمه ولا يقاوم المعالجة، ييدي قلق شديد، لا يصغي للأوامر أو المحادثة. يجب معاملته بلطف وعدم استغلال هدوئه في المبالغة في تطبيق الإجراءات العلاجية. يفيد تطبيق التركيز الاستنشاقي في الجلسات الأولى حتى يتألف الطفل مع هذه البيئة الجديدة.

٤. السلوك التعاوني المشوب بالشدّة والتوتر Tense-Cooperative Behavior:

يصنف بأنه الحدود الفاصلة بين السلبية والإيجابية. عادة لا يقاوم الطفل المعالجة جسمياً إنما يتظاهر بالتوتر والقلق حيث تظهر الرجفة في صوته وجسمه ويقبض بشدة على يد الكرسي وتتابع نظراته القلقة حركات الطبيب والمساعدة، وتظهر قطرات العرق على جبهته وراحة يده. لكنه يسيطر على مشاعره وأحاسيسه. إذا أخفق الطبيب بالتعرف على مشكلة الطفل القلق فسينتقل الطفل المعالجة، لكنه يكره

ضمنياً طب الأسنان. يمكن التغلب على قلقه باستعمال تشتيت الانتباه وشرح خطوات العمل، وتطبيق التركين الاستشاقى.

٥. سلوك الأنين Whining Behavior:

يوصف بأنه البكاء التعويضي، لأنه ليس بكاءً حقيقياً. وهي طريقة يتبعها الطفل للتكيف مع شيء غير سار ومع مثير سمعي غير مرغوب به. يسمح هذا السلوك بالاستمرار بالمعالجة لكنه يستمر بالأنين طيلة فترة المعالجة والذي لا يترافق بدموع ولا بصوت عالي؛ إنما يكون مستمراً، الأمر الذي قد يسبب ضيق وضجر الطبيب، لذا يجب أن يكون الطبيب صبوراً.

البكاء في العيادة السنية



يقوم الأطفال بالبكاء لعدة أسباب تتضمن:

١- الخوف

٢- التعب

٣- الإحباط والألم

٤- عند وقف أنشطته .

٥- عندما يفصل عن والديه

يلجأ الأطفال للبكاء كوسيلة للتعبير عن قلقهم وخوفهم عندما يشعرون بالتهديد أو الخوف أو كوسيلة حث تنفيري تجبر الشخص الموجود أمامهم للتصرف وإن تدخل الأهل عادة ما يجعل الطفل يقوم بالبكاء، لذلك غالباً ما يكون البكاء هو مجرد احتجاج على العمل وليس دليلاً على الألم. حيث يستطيع الطبيب و الأهل التمييز بين البكاء الإحباطي والبكاء الناتج عن الألم. كما أن هذا البكاء سوف يتوقف حالما ينتهي العمل السني.

أنواع البكاء في العيادة السنية:

بكاء الغنيد:

ينفجر الطفل انفجار عاطفي غير ناضج لأجل مقاومة الإجراءات العلاجية،
يكون البكاء مرتفع ومستمر ويترافق بمقاومة جسدية.

بكاء الخائف:

يكون مترافقاً بدموع غزيرة مصحوبة بتنهيدات، هنا لا بد من الوقوف على سبب
الخوف.

بكاء المتألم:

يكون عالي ومتقطع، يزداد عند الشعور بالألم، ويمكن تمييزه بسؤال الطفل أو
أنه يعبر لوحده عن ألمه.

البكاء التعويضي:

ليس بكاء، إنما هو صوت يصدره الطفل لكي يحجب من خلاله ضجيج الحفر،
يجب عدم كبت هذا النوع من البكاء لأنها تعتبر طريقة الطفل في التكيف مع قلقه.

تصنيف السلوك التعاوني للأطفال

Classification children's cooperative behavior

السلوك مصطلح عام يشير إلى أي فعل يقوم به الإنسان، لقد تطور العديد من الأنظمة من أجل تصنيف سلوكية الأطفال في المحيط السني ، وإن فهم التصنيفات يؤمن لنا أكثر من أهمية نظرية. إن معرفة تلك الأنظمة يمكن أن يكون مصدر قوة بالنسبة لطبيب الأسنان لأنها:

1. تساعد في توجيه طريقة تدبير السلوك.

2. تزود بوسيلة من أجل التسجيل النظامي للسلوكيات.

3. تساعد في تقدير شرعية الأبحاث العلمية الحديثة.

وإلى جانب المشعرات الفيزيولوجية هناك طرق نفسية عديدة و متنوعة لاختبار سلوكية المريض و من هنا نشأت فكرة تكوين اختبارات نفسية كوسيلة تنبؤية لسلوكية المريض في أثناء تواجده في العيادة السنية يلعب التقويم السلوكي دوراً خاصاً في طب الأسنان العام حيث يقدم المساعدة في تصنيف سلوك وتعاون الطفل ووالديه.

تم تطوير العديد من الأنظمة لتصنيف سلوك الأطفال في العيادة السنية. نظراً لما تتضمنه هذه الأنظمة من فائدة أكاديمية، حيث يمكن أن تكون رصيلاً لطبيب الأسنان بعدة اتجاهات: المساعدة في توجيه التوجيه السلوكي، وتوفير وسيلة للتسجيل المنهجي للسلوكيات، والمساعدة في تقييم صحة البحوث الحالية.

تتميز المقاييس السلوكية الشاملة ببساطتها واحتوائها على تلخيص للحالة السريرية، كما أنها تحظى بتقدير كبير من قبل الممارسين ومع أي نظام دوائي

هناك العديد من المقاييس الموصوفة لتصنيف السلوك التعاوني عند الأطفال منها:

مقياس رايت Wright:

يضع الأطفال في واحدة من ٣ فئات :

- ١- متعاون:معظم الأطفال شرط أن ينجح الطبيب بتبديد مخاوفهم.
- ٢- نقص القدرة على التعاون:الأطفال الصغار، المعاقين.
- ٣- لديه قدرة كامنة على التعاون: الأطفال ذوي المشاكل السلوكية: لديهم القدرة على إبداء التعاون بتعديل سلوكهم بطرق مختلفة.

عندما يتم فحص الأطفال ، فإن سلوكهم التعاوني يؤخذ بعين الاعتبار لأنه مفتاح تقديم العلاج. يتعاون معظم الأطفال الذين نراهم في العيادة بحيث أنهم يكونون مسترخين، ولديهم الحد الأدنى من الفهم كما أنهم قد يكونون متحمسين. وهنا يمكن علاجهم بشكل مباشر. عندما يتم تشكيل الخطوط العامة للسلوك، يتصرف هؤلاء الاطفال وفقا لنموذج العمل المزود.

في المقابل، هنالك الاطفال اللذين تنقصهم القدرة على التعاون، والتي تتضمن الأطفال الصغار جدا هؤلاء لا يمكن تأسيس تواصل معهم ولا يمكن التنبؤ بقدرتهم على الاستيعاب. وكذلك الأطفال ذوي المشاكل السلوكية. أما الأطفال الذين تنقصهم القدرة على التعاون من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين يعانون من بعض العجز، فيحظر التعامل معهم بالطريقة الاعتيادية مع هذه الفئة.

يختلف سلوك الأطفال الذين لديهم قدرة كامنة على التعاون هذا النوع عن سلوك الأطفال الذين تنقصهم القدرة على التعاون لأن هؤلاء الأطفال لديهم القدرة ليصلوا لمرحلة التعاون. هذه النقطة مميزة حيث أنه عندما يتم تمييز الطفل باحتمالية تعاونه، فالحكم السريري هو إمكانية تعديل سلوك الطفل ليصبح متعاوناً.

مقياس فرانكل Frankl:

يعتبر مقياس فرانكل هو الأكثر استخداماً في التقويم السلوكي.

تستخدم فيها درجات أساسية منفصلة تعبر عن مستويات للسلوك كقولنا "سلبي مطلق" للدلالة على طفل يبدي سلوكاً مضطرباً لا تعاونياً مع البكاء في مقياس فرانكل كما هو موضح في الجدول، وبالتالي تتم ملاحظة السلوك الحادث خلال أية مرحلة، ويُفسر السلوك عيانياً ويسجل في واحدة من الفئات أو الدرجات الأربعة المنفصلة وهي: سلوك إيجابي مطلق، سلوك إيجابي، سلوك سلبي، سلوك سلبي مطلق

مقياس فرانكل

الدرجة	نوع السلوك	صفاته
١	سلبي مطلق	يرفض المعالجة ويبكي بشدة، خائف أو أي دليل على السلبية المفرطة.
٢	سلبي	لا يتقبل المعالجة، غير متعاون، تجهم وجهه، انسحاب أو تراجع.
٣	إيجابي	يقبل المعالجة يكون حذراً لديه استجابة مع التحفظ ولكن يتبع التوجيهات.
٤	إيجابي مطلق	علاقة ودية وتعاونية مع الطبيب يهتم بالإجراءات السنية، يضحك ويلعب.

مقياس سالفيفوف-تيناوي *Salviov-Tinawi*:

يتألف بشكل رئيسي من ٥ درجات للسلوك جدول حيث تضاف درجة ٣ = متردد بين السلبي والإيجابي، إلا أن هناك مدى ± 0.5 لكل درجة سلوكية، وبالتالي فالمثال المطروح سابقاً ١.٦٧ يعني حسب هذا المقياس أن السلوك سلبي لأنه يقع ضمن المجال ± 2 و 0.5 ولهذا الأمر فائدة هي إمكانية استعمال هذا المقياس خلال مراحل العمل وحساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تحسن السلوك بدقة

جدول مقياس سالفيفوف- تيناوي

الدرجة	نوع السلوك	صفاته
١	سلبي مطلق	يرفض المعالجة، بكاء شديد، خوف، تهيج، مقاومة شديدة للمعالجة، هروب من الكرسي
٢	سلبي	دموع، صمت، زيادة في الحركة، عدم المقاومة والانقباض، تجنب الاتصال مع الطبيب
٣	متعدد	تعبير عدم الرضى، أوضاع متوترة على الكرسي، الحذر، استجابة بطيئة للأوامر.
٤	إيجابي	استجابة بطيئة للأوامر وتحفظ بالتعاون النسبي والمطوعة.
٥	إيجابي مطلق	علاقة ودية تعاونية مع الطبيب، سرور وابتهاج واستمتاع بالمعالجة.

ثمة امتياز يقدمه مقياس سالفيفوف - تيناوي هو إمكانية مقارنة السلوك التوقعي مع السلوك أثناء القيام بالإجراءات السنوية وفق المعايير نفسها وبالتالي نستطيع التأكد من فعالية التركيب ومدى تأثير المواد المركبة على السلوك.

مقياس Houpt :

يتألف من ٣ تصانيف رئيسية:

- ١- مقياس النوم/اليقظة. ٢- مقياس البكاء /الهدوء. ٣- مقياس الحركة.
- ويشتمل كل تصنيف من هذه التصنيفات على أربع درجات فرعية تحدد بالضبط سلوكية الطفل كما هو موضح في الجدول:

جدول مقياس Houpt

الدرجة	مقياس النوم	مقياس البكاء	مقياس الحركة
١	مستيقظ تماماً حذر	بكاء هستيري يحتاج إلى عناية	حركة شديدة تؤدي إلى قطع المعالجة
٢	نعسان -فاقد الحس أو الشعور	بكاء مستمر يجعل المعالجة صعبة	حركة مستمرة تجعل المعالجة صعبة
٣	نائم ولكن يمكن إيقاظه	بكاء معتدل لا يؤثر على المعالجة	حركة يمكن السيطرة عليها
٤	نائم بشكل عميق يصعب إيقاظه	انقطاع البكاء -لا بكاء	لا توجد حركة

تم استخدام هذا المقياس في العديد من الدراسات منها دراسة د. قوشجي عام

٢٠٠٠

وله عدة فوائد منها :

- ١- ملاحظة وتمييز وتسجيل النماذج السلوكية المختلفة في درجة التعبير.
- ٢- احتمال الزيادة في دقة الانتباه.
- ٣- تعداد المعلومات المسجلة عن السلوكية لكل وحدة زمنية وتشتمل التكرار ومدة حدوث السلوك.
- ٤- استخدام الإحصائيات الأكثر فعالية لتحليل البيانات

مقياس تقييم السلوك العام المعدل عن مقياس Houpt:

يتألف من ٦ درجات تتراوح من:

١- فشل بدون إنجاز أية معالجة إلى ٦- ممتاز مع إنجاز كل المعالجة

بدون بكاء أو حركة.

إن نماذج مقاييس السلوك المستخدمة طريقة موضوعية لتقييم ردود الفعل السلوكية للمريض في ظروف العيادة السنية وبوجود المثيرات المختلفة لتحديد مقدار السيطرة على الأطفال غير المتعاونين وتغيير السلوك السلبي لديهم، و هو ما يعبر عنه بمصطلح (تدبير السلوك)

تدبير السلوك في العيادة السنية

تدبير السلوك

هو مجموعة الإجراءات و التحضيرات التي يقوم بها الفريق الطبي المعالج للمريض بدءاً من استقبال المريض و خلال المعالجة بكل مراحلها و حتى نهاية العلاج. سواءاً للمريض المتعاون حتى لا يفقد تعاونه أو للمريض غير المتعاون بمختلف درجاته بهدف تعديل سلوكه وتأسيس موقف إيجابي تجاه المعالجات و الكادر الطبي. هو فن ومهارة مبنية على قواعد من علوم التواصل الفعال. إن السيطرة على سلوك المرضى الأطفال أو البالغين هي من أهم أسس ممارسة طب الأسنان عموماً و اختصاص طب أسنان الأطفال بالخاصة

معيار نجاح تدبير السلوك

تعد جلسة المعالجة فاشلة إذا غادر الطفل العيادة باكياً، وهذا أول مقياس ذكر في الأدب الطبي عن نجاح أو فشل معالجة الطفل بغض النظر عن درجة الاحتراف المهني. إن تطوير سلوك الطفل إيجابياً يعد جزءاً أساسياً من نجاح المعالجة المقدمة.

أما بالنسبة للبالغ فإذا خرج المريض و لم يعد؛ هو دليل الفشل

أهداف تدبير السلوك

- أن تكون المعالجة عالية الجودة،
- تقديم العناية السنية النوعية بشكل آمن،
- بالنسبة للأطفال يضاف بناء علاقة مبنية على الثقة بين الطفل والأهل والطبيب، وتعزيز الموقف الإيجابي للطفل نحو المعالجة السنية خاصة؛ والعناية الفموية عامة.

أسس تدبير السلوك

التحدي أن يستطيع الطبيب تحقيق تعديل السلوك وبممارسة فردية؛ و ذلك لمختلف درجات تعاون المريض، و في كل خطوة من خطوات الإجراءات السنية. يعود النجاح و خاصة عند الأطفال إلى عدد من العوامل مثل: شخصية الطفل الوائقة، والتحضير الجيد للطفل من أجل الموعد، ومهارات التواصل للفريق السني. بينما نجد أن الأطفال ذوي الخبرة السنية السيئة التي تسبب لهم قلقاً وسلوكاً سلبياً، يحتاجون للسيطرة على سلوكهم بشكل دوائي في بعض الأحيان. يقوم بعملية تدبير السلوك كامل الفريق السني بالاعتماد على مفاهيم أساسية و خاصة عند التعامل مع الأطفال؛ وهي: السلوك المتناغم للفريق والطبيب، المقاربة الإيجابية، التنظيم، الثقة بالنفس، الصدق، التحمل والمرونة.

السلوك المتناغم للفريق السني مع الطبيب

يمكن للفريق السني من خلال التواصل أن يهدئ الخوف والقلق ويتعلم الآليات المناسبة للتغلب على المشاكل ويوجه الطفل ليكون متعاوناً ومسترخياً ووائقاً خلال الإعداد السني.

يجب تدريب الطاقم بشكل فعال على توسيع مهاراتهم ومعارفهم بطرائق تدبير السلوك لتقديم الدعم والجهد للطبيب والترحيب بالطفل والأهل وادخالهم في بيئة ودودة مما يسهل التدبير السلوكي للطفل والزيارات السنية الايجابية.

المقاربة الإيجابية

يجب أن يهتم أفراد الفريق السني بالتواصل مع المريض وأهله ويتم ذلك من خلال الأمور التالية:

الابتسامة اللطيفة التي تخبر الطفل بأن هذا البالغ يهتم لأمره حيث يستجيب الأطفال بشكل أفضل لمن يبدي لهم المودة والصدقة، واستخدام أسماء حركية

محببةً تسجّل في ملف المريض، ويمكن فتح حوار مع الطفل عن إنجازاته في المدرسة ونشاطاته وهواياته.

يمكن زخرفة بيئة العيادة لتكون محبة للطفل باستخدام الرسوم والدمى والألعاب الملائمة للأعمار الصغيرة في غرفة الاستقبال أو في منطقة المعالجة. كل فرد من الفريق السني له دور فعال ابتداءً من موظفة الاستقبال انتقالاً للممرضة أو المساعدة السنية فأخصائية الصحة الفموية وأخيراً الطبيب.

سلوك طبيب الأسنان

إن أسلوب الطبيب وتوقعاته تؤثر بنتيجة جلسة الموعد، حيث يستجيب الطفل بسلوك يتوقعه المحيطون به فيتحقق هذا السلوك. وبالتالي عندما نريد أن نحقق نجاحاً مع الطفل يجب أن نتوقع حدوث هذا النجاح. وهكذا يعتمد طب الأسنان إضافة للمهارة المهنية لطبيب الأسنان أيضاً على نجاح تأسيس الاتصال مع المرضى في عمله اليومي . يجب أن يقارب الطبيب مرضاه على المستوى العاطفي قبل أن يحاول علاجهم وبهذا يصبح الطبيب نفسه هو وسيلة العلاج الرئيسية يتلوها في الأهمية الإجراءات الأخرى التي يقدمها للمريض. تلعب مهارات التواصل للطبيب دوراً هاماً في تدبير سلوك مرضاه. و اعلم أن الأهل يقظون لها.

تلعب مشاكل تأسيس التواصل دوراً بارزاً في خلق سلوك سيء حتى مع المعالجات الجيدة فيؤخذ على سلوك الطبيب أحياناً عدم قناعة الأهل به؛ مثل تأخره عن الموعد، وعدم أخذه الوقت الكافي لشرح الإجراءات، وكونه غير صبور بشكل عام.

يظهر سلوك الأطباء باللفظ والتوجيه والتعاطف والإقناع، وإعطاء المريض شعور الخضوع للسيطرة برضاه. كما أن ثقة الطبيب بنفسه تعطي المريض قوةً وتماسكاً وانطباعاً جيداً واحتراماً له.

يجب أن يملك طبيب أسنان الأطفال مقاربات متنوعة للتدبير السلوكي وأن يكون قادراً على تقييم مرحلة تطور الطفل والحالة السنية والمزاج والتنبؤ بردة فعل الطفل نحو المعالجة.

التنظيم

تشمل خطط تنظيم العيادة السنية عدة جوانب منذ استقبال المريض إذ يتم تحديد المسؤول عن تسجيل مواعيد المرضى (المساعدة، موظف استقبال، الطبيب). كما يجب في كل عيادة أن يتم تحديد خطط من أجل الحالات الطارئة، فكل فرد من الفريق يجب أن يعرف مسبقاً ما هي الأمور الواجبة عليه، كما قد يشمل التنظيم أموراً أخرى مثل إفراح مكان خاص للأطفال الباكين للتزود بمعلومات معينة وعدم التسبب بالقلق للمرضى الآخرين. أيضاً خطة المعالجة المكتوبة والمنظمة يجب أن يعلمها الفريق السني وأن أي تأخير أو تردد قد يسببان قلقاً عند المرضى الصغار أو الخائفين.

الصدق

بما أن الصدق عامل هام جداً في بناء الثقة فهو أساس التعامل مع الأطفال. يرى الأطفال على عكس البالغين الأمور إما "بيضاء" أو "سوداء" ومن الصعب أن يتقبلوا الحلول الوسطى، والفريق السني بالنسبة لهم هو كاذب عندما لا يفي بوعوده بعدم إحداث الألم أو الإزعاج.

التحمل

إن مستوى التحمل يختلف من شخص لآخر (الطبيب و المريض). فتحمل الطبيب تعني قدرته على التعامل العقلاني مع السلوك السيء خلال المعالجة السنية. أما تحديد مستوى تحمل المريض فتحدد قدرته على الاستجابة للفريق الطبي

المرونة

يجب أن يتحلى الفريق السني بالمرونة لتغيير خططه العلاجية في بعض الأحيان، فقد يبدي الطفل علامات الضيق والتشنج على الكرسي السني بعد نصف ساعة ونضطر هنا إلى اختصار المعالجة المفترض القيام بها. وقد يخطط الطبيب لمعالجة مؤقتة تقليدية ويكملها في جلسة تالية، أو بسبب ضيق الطفل قد يغير الخطة ويتم المعالجة بنفس الجلسة. لهذا يجب على الطبيب أن يتحلى بالمرونة حسب ما يتطلبه الموقف.

خطة المعالجة

يجب على طبيب الأسنان أن يحدد الحاجة الملحة للمعالجة عند وضع خطة المعالجة وخاصة في الأمراض سريعة التطور والرضوض والألم والإنتان. لذا عند التخطيط للمعالجة السنية لدى الطفل يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار احتمال تأجيل جلسات المعالجة أو تعديلها في بعض الأحيان حتى يتم تأمين المعالجة المطلوبة باستخدام طرائق تدبير سلوك ملائمة. علماً أن تدبير الألم أثناء المعالجة السنية يعد أساسياً للحصول على تدبير سلوكي ناجح وتعزيز الموقف السني الإيجابي للزيارات المستقبلية. يجب أن تعتمد كل القرارات بما فيها التدبير السلوكي على تقييم المنافع والمخاطر كجزء من الإجراءات مع أخذ الموافقة المستنيرة (القانونية).

الموافقة القانونية

يجب أن يملك الطبيب موافقة صريحة للطرائق البديلة ويجب أن تعتمد كل القرارات المتعلقة بطرائق المعالجة والتدبير السلوكي على تقييم ذاتي لمعرفة المنافع والمخاطر على الطفل.

لا يمكن أن يتخذ الطبيب لوحده القرارات المتعلقة باستخدام طريقة التدبير السلوكي والمعالجة أو تأجيل ذلك، إذ يشارك الأهل الممارس في القرار (الزمن والطرائق التي تقدم بها المعالجة وحتى التكلفة الاقتصادية). يجب استشارة الأهل حول المعالجة والمخاطر الكامنة، ومن الضروري إعلام الوالدين عن وجود طرائق أخرى معروفة مهنية أو معتمدة على الدليل لتأمين الموافقة المستنيرة.

تأجيل المعالجة

يكون المرض السني عادة غير مهدد للحياة ويمكن أن تؤجل المعالجة السنية في ظروف محددة. تتطلب المعالجة العاجلة تأجيل المعالجات الأخرى أو تطبيق التداخلات العلاجية مثل الترميمات العلاجية المرحلية والفرنيز الفلوري أو تطبيق الصادات حتى يصبح الطفل قادراً على التعاون وعندها قد يكون من الملائم وفق التقييم الفردي للمخاطر والمنافع تأجيل المعالجات البديلة. يجب على طبيب الأسنان شرح مخاطر ومنافع تأجيل المعالجة أو المعالجة البديلة لاسيما عندما تكون المعالجة مستمرة، ويوقف الطبيب المعالجة أسرع ما يمكن عندما يصبح سلوك المريض غير مضبوط، ويناقش الحالة مع المريض أو الأهل تأجيل المعالجة أو يختار مقارنة أخرى للمعالجة اعتماداً على الاحتياجات السنية للمريض.

المعوقات

هناك عدة معوقات تحول دون الحصول على نتائج ناجحة منها: مشاكل التطور والإعاقة الجسدية أو العقلية والأمراض الحادة والمزمنة.

غالباً تكون أسباب الرفض بالنسبة لطفل بصحة جيدة غامضة وصعبة التشخيص. قد تتضمن العوامل المسببة لنقص التعاون الخوف المنقول من الأهل، تجربة سابقة سنية أو طبية مؤلمة أو غير سارة. يجب أن يكون الطبيب ملماً ومدرباً بشكل جيد للتغلب على هذه المعوقات. يجب أن تتضمن طرائق الطبيب الإصغاء الفعال وملاحظة لغة جسد الطفل وتقييم المستوى التطوري للمريض ومهاراته الإدراكية وتوجيه الرسالة ضمن مستوى المريض وأن يكون المريض مهتماً بوصول الرسالة. يكون الممارس ملزماً بحماية المريض والطاخم من الأذية مع إتباع التداعلات الفورية لتأمين السلامة.

تعديل السلوك قبل الزيارة السنية

يلعب الطاقم السني دوراً هاماً في توجيه السلوك، فالشخص المستقبل أو منظم المواعيد هو أول من يتصل مع الأهل عادة من خلال المحادثة الهاتفية، وتؤثر الطريقة التي يرحب بها بالطفل على سلوكه المستقبلي. إن "تعديل السلوك قبل الموعد السني" يعني كل ما يوحى للطفل إيجابياً من أقوال أو أفعال قبل أن يدخل الطفل العيادة السنية. والفائدة من هذه الاستراتيجية هي تحضير الطفل وتسهيل تقديم طب الأسنان إليه، إذ أن أول زيارة للعيادة السنية هي الأهم في تشكيل سلوك الطفل. تساعد المعلومات المعطاة للأهل قبل الموعد في تكوين التوقعات للزيارة الأولى. وتعد صفحات الانترنت والمواقع الالكترونية التخصصية وسائل ممتازة تساعد الأهل أو الطفل ليكون مهيناً بشكل أفضل قبل الزيارة الأولى، كما أنها قد تجيب على بعض الأسئلة التي تؤدي إلى تهدئة المخاوف.

تخطيط تدبير السلوك قبل المعالجة:

لتخطيط المعالجة من أجل الإجراءات العملية عند الأطفال بغض النظر عن مستوى التعاون الأولي الظاهر. نعتمد على: النضج العاطفي، والخبرة السنية السابقة، وتأثير العائلة و البيئة، والفريق السني.

بالتأكيد كلما تعقدت الحالة من حيث سلوكية المريض أو الطفل و من حيث صعوبة الإجراءات العلاجية؛ كلما أصبح من الضروري للتقنيات الدوائية وغير الدوائية أن تتفاعل معاً في وضع خطة معالجة ناجحة.

تقديم تدريجي للأدوات و الإجراءات.

طرائق تدبير سلوك الطفل في العيادة السنية

- تم تقسيم طرائق تدبير سلوك الطفل إلى:
- طرائق سلوكية لا دوائية. وطرائق سلوكية دوائية.
- الطرائق الدوائية بتدرجها من الأبسط للمعقد:
- الأدوية المهدئة أو المنومة الفموية أو الأنفية
 - التركيب الواعي الاستنشاق
 - مشاركة التركيب الواعي الاستنشاق مع الأدوية
 - التركيب الوريدي
 - التخدير العام



الفصل الرابع

القلق والخوف والرهاب

Anxiety, Fear, and Phobia

الفصل الرابع

القلق والخوف والرهاب

Anxiety, Fear, and Phobia

تعريف أساسية

الخوف السني Dental Fear:

يكون الخوف السني متعلقاً بشيء معين معروف من قبل المريض. و يظهر كرد فعل على مثير مُتَرَقَّب خارجي محدد، وهو رد فعل انفعالي طبيعي للمثيرات المتوقعة في حالات العلاج السني.

القلق السني Dental Anxiety:

لا يكون القلق السني متعلقاً بشيء مثير معين (معروف)، فهو شعور غير محدد من شيء مخيف مجهول مُتَرَقَّب أو مُتَوَجَّس، يكون الشخص يقظاً ومتهيجاً ومستعداً لحدوث شيء ما يعتبره مفاجئ، و يرتبط مع الشعور بفقدان السيطرة.

الرهاب السني Dental Phobia:

هو حالة متقدمة من القلق السني، يتصف بعلامات الخوف المتواصل من أشياء واضحة ومرئية مثل القبضة أو المحقنة بغض النظر إذا كانت مؤلمة فعلاً أم لا، أو من الحالة السنية بشكل عام. يشاهد عند الأشخاص الذين يتجنبون المعالجة السنية الضرورية، ويتحملون مثل هذه المعالجات فقط بسبب وصولهم لمرحلة كبيرة من الألم و بغزع شديد.

القلق السني

Dental Anxiety

أولاً- أسباب القلق السني :

١ - الخبرات الراضية الشخصية:

يمكن أن يكون أحداثاً متكررة، أو حدثاً وحيداً. إن السبب الأكثر شيوعاً لهذه الخبرات هو حدوث ألم غير متوقع أثناء معالجة سنية سابقة لا يستطيع المريض نسيانه أو تجاوزه لسنوات طويلة.

٢ - الخبرة من الغير:

وهي الخبرة التي يكتسبها الشخص من سماعه للخبرات الراضية التي تعرض لها غيره من الأشخاص مثل الأصحاب ، والأهل، أو من وسائل التواصل (التلفاز، الراديو، الأفلام، المجلات والصحف). و غالباً ما تكون أفكار خاطئة و مبالغ فيها.

٣ - الاستعداد والشخصية:

لهما دور كبير في تبرير القلق عند بعض الأشخاص الذين يتعاملون بشكل حساس مع أي خبرات جديدة، كالمعالجة في العيادة السنية.

ثانياً- تقييم القلق السني

يوجد ثلاثة طرائق لتقييم شدة القلق السني هي:

١ - مقاييس فيزيولوجية Physiological Measures:

تقوم هذه المقاييس بجمع المعلومات الحيوية للمريض بالمراقبة المستمرة لمعدل النبض القلبي أو بعض الدلائل الجلدية مثل مقياس Galvanic Skin Response (GSR). يتم عند استخدام مقياس GSR وضع أسلاك كهربائية على سطح جلد المريض في راحة اليد، على سبيل المثال، ومراقبة الترددات بين السلكين وتزامنها

مع كل حدث أثناء المعالجة. تدل المعلومات المعطاة في هذا المقياس على فاعلية الغدد العرقية في سطح الجلد، وبالتالي على استجابة الشخص للأحداث. يمكن أن يستفيد الطبيب من ذلك فيستبدل بالطرائق المثيرة للقلق عند المريض طرائق أخرى أقل إثارة.

بشكل عام، للمقاييس الفيزيولوجية سلبات عديدة، منها أنها غالية الثمن، ومعقدة، يعد تسجيل نتائجها صعباً، وقد تتأثر تلك النتائج كون المريض يخضع للمراقبة. يمكن للطبيب الاستفادة من هذه المقاييس وذلك بتسجيل قيمها وقت الراحة كقيم معيارية، ومقارنتها مع القيم أثناء المعالجة.

٢- طرائق تسجيل ذاتية Self-report Methods:

تتم عن طريقة المقابلة الشفهية، أو عن طريقة الإجابة عن مجموعة من الأسئلة Questionnaire. تتميز هذه الطرائق بالمرونة، ويمكن الحصول على النتيجة نسبياً بسرعة، كما يستطيع الطبيب تقييم سلوك المريض في أي مرحلة من مراحل المعالجة، وخلال الراحة. يؤخذ على هذه الطرائق أن التقييم خلال المعالجة صعب، كما أنه يتأثر بشخصية المريض، لذا؛ فهي غير معيارية.

هناك العديد من طرائق التسجيل الذاتية يعد من أبسطها مقياس القلق السني

المعدل Modified Version of Dental Anxiety Scale (MDAS).

٣- مقاييس المراقبة السلوكية Behavioral Observation Scales:

طُوّرت العديد من المقاييس التي تصنف الأطفال حسب سلوكهم في العيادة السنية، ستدرس لاحقاً عند الحديث عن كيفية تدبير سلوك الطفل في العيادة السنية، تعد هذه المقاييس موضوعية (Objective) يمكن إدراكها حسياً، لكنها تستهلك الكثير من الوقت، ويصعب تحديد صنف السلوك الملاحظ للطفل.

ثالثاً: مهارات التصدي للقلق السني: مهارتين؛

١ - الاسترخاء Relaxation:

يهدف التدريب على الاسترخاء إلى استرخاء النفس والجسد معاً. هناك عدة أساليب وطرائق استرخائية أهمها:

أ- الاسترخاء المتصاعد Progressive Relaxation:

هو أسلوب لضبط النفس والسيطرة عليها. يقوم على افتراض أن القلق والاسترخاء هما شيئان متضادان؛ أي يستحيل أن يكون الفرد مسترخياً وقلقاً بأن واحد. يحوي هذا الأسلوب على تمارين موجهة لإرخاء مجموعة عضلات مختلفة في الجسم.

❖ إدارة و تعليم تمارين الاسترخاء:

تعطى تعليمات الاسترخاء بصورة حية من المعالج؛ أي أن المعالج هو الذي يدرّب المريض على فن الاسترخاء بنفسه. أصبح استخدام الأشرطة المتضمنة تعليمات التدريب على فن الاسترخاء هو البديل المعمول به في العيادات السنية حالياً، يجب أن تكون هذه الأشرطة بصوت طبيب الأسنان المعالج نفسه، مما قد يسهل عملية قبول المريض للتسجيل والثقة بمحتوياته.

❖ توجيه عملية التدريب:

تبدأ عملية الاسترخاء بالإرشاد إلى طبيعة التدريب وهدفه، فمن المهم أن يوضح الطبيب للمريض أن الأسلوب الاسترخائي هو فن بذاته، ويمكن استخدامه لتأمين راحته النفسية خلال المعالجة السنية، يجب أن يُشرح هذا الأسلوب وفقاً للمستوى الثقافي للمريض، وأن يكون الشرح بطريقة حماسية ليثق المريض بهذا الفن، وبالتالي أن يقوم بتطبيقه.

يتضمن التدريب إرخاء عضلات الجسد إرخاءً نموذجياً. يختلف الأطباء فيما بينهم بترتيب تدريب العضلات. يتبع البرنامج التعليمي للاسترخاء Script المأخوذ عن العالمين Borkovec and Bernstein الترتيب التالي في تدريب عضلات

الجسد على الاسترخاء: اليدين، الساعد و العضد - جبهة الرأس، الوجه، الرقبة، الكتفان - التنفس، المعدة - الفخذ، القدم. تكون العضلات المستهدفة بالبداية في وضعية التقلص والتوتر، ثم يقوم المدرب بإرخائها بالأولويات المدرجة أعلاه، ثم يوترها ثانية، ويرخيها ثالثة في عملية متناوبة ليتعلم الحس بالتوتر والاسترخاء ويميز بينهما.

❖ الزمن ومدة الجلسة التدريبية العلاجية:

يتوجب أن تكون مدة الفواصل بين التقلص العضلي وإرخائه متساوية. ولهذا يوجه المريض بتوتير عضلاته وإرخائها وفق إشارات نوعية لفظية مثلاً " قلّص... استرخ...". يجب إبقاء التوتر العضلي مدة بين ٥-٧ ثوان، كما يجب تقليص كل مجموعة عضلات مرتين وإرخاؤها مرتين، يتم توجيه انتباه المدرب نحو ذاته من الداخل وتركيز انتباهه على عضلاته في التوتر والاسترخاء خلال عملية التدريب بأن يوجه المريض لنفسه خلال التوتر بالتالي "أشعر بالتوتر" وخلال الاسترخاء "أشعر بالاسترخاء والراحة". ينفذ البرنامج التعليمي للاسترخاء Script خلال جلسة تتراوح مدتها بين ٣٠-٤٠ دقيقة. يجب ألا تقل مدة الجلسة العلاجية الاسترخائية عن ١٥ دقيقة وإلا قلّت الفائدة من الاسترخاء.

يجب أن يكون صوت الطبيب المدرب للاسترخاء رخيماً موحياً بالاسترخاء رقيقاً، ينبغي على الطبيب عند بداية جلسة الاسترخاء أن يتحدث بصوت بطيء تدريجياً، ومن ثم أن يحافظ على فواصل زمنية في حديثه متوافقة ومتناسبة. يجب أن تكون حدة الصوت منخفضة، وارتفاعه مناسباً فلا يجهد المدرب أثناء الاستماع له. يعبر عن صوت المدرب بمصطلح (الصوت الشّوي).

❖ علامات الاسترخاء:

عند استرخاء المريض تصبح العضلات حول العينين أقل توتراً، فتبدو مغمضتين ولكن من دون توتر في الجفنين، كما أن تكرار حركة الذراعين والرجلين

يتناقص فيبدو الجسم أكثر استرخاءً. أما القدمان فتتباعدان وأخيراً يصبح تواتر التنفس بطيئاً وعميقاً.

❖ أماكن التدريب على الاسترخاء:

تطبق تدريبات الاسترخاء كطريقة لضبط النفس في علاج القلق خلال المعالجة السنية (في غرفة المعالجة السنية)، وفي الفترة التي تسبق هذه المعالجة (في غرفة الانتظار). يتعين على المريض في كل موقع من هذين الموقعين الاستماع إلى التسجيل الصوتي الاسترخائي بوساطة السماعات الأذنية، ومن ناحية أخرى يجب توفير غرفة منفردة خاصة للمريض لتجنيبه الضوضاء وشرود الذهن بسبب وجود آخرين. يتعين على المرضى القلقين جداً إجراء تدريبات وتمارين استرخائية إضافية في بيوتهم يومياً ولمدة تتراوح بين ٧-١٠ أيام قبل تحديد موعد لمعالجتهم السنية.

ب- الاستجابة الاسترخائية Relaxation Response:

أول من وجّه لاستخدام هذه الطريقة العالم Herbert Benson، لكنها لم تطبق في المعالجة السنية على نطاق واسع بسبب تأثيراتها التالية: تقليل استهلاك الأكسجين، وإنتاج غاز ثاني أكسيد الكربون، تغير في معدل التعرق ونسبة ضربات القلب.

يجب مراعاة توافر أربعة عناصر عند تطبيق هذه الطريقة هي: وضعية مريحة للمريض، محيط هادئ خالٍ من الضوضاء ومشتتات الانتباه، الكلام مع الذات (تكرار كلمة معينة يختارها المريض بصوت غير مسموع لجذب انتباه المريض إلى الداخل، وعدم التشتت بفعل الضوضاء والمنبهات الخارجية)، إرشاد المريض لتبني موقف (دع الأمر يحدث) وإقناعه بذلك وألا يهتم كثيراً بمراقبة فعله فيما إذا كان جيداً مناسباً أم لا.

تطبق طريقة الاستجابة الاسترخائية كالتالي:

- I. اجلس هادئاً على مقعد بوضعية مريحة، وأغمض عينيك لتحاشي المنبهات المشتتة لانتباهك.
- II. أرخ عضلاتك بدءاً من عضلات الكف واليدين ومن ثم عضلات الصدر، والظهر والمعدة، وأخيراً عضلات الرجلين والقدمين.
- III. تنفس من أنفك وركز انتباهك على تنفسك، كرر في كل زفير بصوتٍ منخفض أي كلمة تحبها. تنفس من دون تكلف وبصورة طبيعية.
- IV. كرر هذه الخطوات لمدة ١٥-٢٠ دقيقة، ولا تقلق من مدى النجاح بالأمر، وإذا ما شدّ انتباهك أي مؤثر خارجي تجاهله، وتابع لفظ الكلمة المختارة.

٢ - تبديل الكلام مع النفس Self-Statement Modification:

وضع هذه الطريقة الباحث النفسي Meichenbaum، وهي تقوم على افتراض أن ما نقوله لأنفسنا يوجه سلوكنا ويؤثر في رد فعلنا الانفعالي إزاء المواقف والحوادث التي نتحدثنا. تتضمن المداخلات العلاجية الرامية إلى تبديل الكلام مع النفس ما يلي:

- الإعداد لمواجهة المداخلات الجراحية المثيرة للتوتر النفسي،
- وإضعاف القلق،
- وعلاج فرط نشاط الطفولة،
- وعلاج الغضب الهياجي الطائش.

حديثاً استخدمت هذه المهارة في علاج القلق من معالجة الأسنان، وقد أظهرت تناقصاً مهماً في القلق المُعَبَّر عنه عند الأطفال القلقين جداً.

إن مساعدة المرضى على تبديل كلامهم مع أنفسهم تتضمن عدة خطوات:

- ❖ يجب في بداية التعليمات الأولية الخاصة بموافقة المريض على تطبيق المهارات العلاجية التوضيح للمريض أن الحديث يؤثر في الإدراك، وفي القدرة

على التعامل مع المواقف الباعثة على التوتر. مثلاً إن الإيحاء لنفسك بأشياء سلبية كلامياً مثل قولك " أنا متأكد من أن الألم سيظهر عندما يباشر الطبيب بعلاج أسناني"، هذا الإيحاء سيؤدي إلى إثارة القلق وتحريكه وتدعيمه، وفي حال استبدالك بهذه الأفكار أفكاراً أخرى إيجابية بديلة فإنك تضعف القلق وتخمد به إلى حده الأدنى.

❖ يُعَلِّم المريض خلال الطور الثاني من عملية التدريب؛ المراقبة الذاتية لأفكاره ولمشاعره ولردود أفعاله البدنية الوظيفية (الرجفة، خفقان القلب...) إزاء الموقف الباعث على الغضب، أو التوتر النفسي ليدرك أحاديثه السلبية مع نفسه. إن الأفكار السلبية غالباً تكون من نوعية مثيرة للقلق مثلاً "أنا خائف" أو أن هذه الأفكار موجهة ذاتياً مثلاً "أنا لا أرغب في...". وقد تتضمن تلك الأفكار السلبية معنى الكارثة مثلاً "لن أقدم إنجازاً جيداً أبداً".

❖ أخيراً يُعَلِّم المريض تصنيع أنواع الكلام الموجه للنفس الإيجابي والمتضاد مع السابق المهدم للإرادة وللقدرة الذاتية والنفسية " في كل مرة أتردد فيها على العيادة للعلاج سأكون أفضل من السابق".

الاضطرابات الرهابية

Phobic Disorders

مقدمة:

Phobo: تعبير يوناني الأصل لوصف الخوف، وهو اسم الإله الذي يملأ قلوب الأعداء رعباً وجزعاً.

Phobia (الرهاب): تعبير يدل على الخوف المرضي الذي لا يتناسب مع المنبهات المثيرة له، وهو غير إرادي يجهل المريض أسبابه على مستوى الوعي والشعور.

Panic (الجزع): الهياج المفاجئ للرعب الشديد، والذي يحدث عند مواجهة الشيء المخيف، وعند حدوثه في أوقات أخرى يسمى القلق الحر العائم - Free-floating Anxiety.

يعد القلق الرهابي **Phobic Anxiety** مرادفاً للقلق الموقفي **Situational Anxiety** وهو القلق المثار من موقف يخاف منه المريض.

المخاوف السوية:

يعد الخوف من أولى العواطف التي تنشأ بعد الولادة، وعندما يكبر الطفل وتزداد قدرته العقلية يصبح متيقظاً تجاه المؤثرات المسببة للخوف. يمكن تصنيف الخوف عند الأطفال إلى:

أ- **خوف موضوعي Objective Fear** : مدرك بالحواس (اللمس - الرؤية - السمع - الشم - الذوق)، بالإضافة إلى مخاوف من تجربة سابقة غير مريحة، مثال: الطفل الذي خضع لتجربة معالجة سنية سابقة و لم تكن مريحة لا بد أن يتطور عنده خوف في المستقبل من المعالجة السنية، لذلك

عندما يأتي ثانية لا بد أن يعيد طبيب الأسنان بناء الناحية النفسية للطفل ليستطيع تقبل الطبيب والمعالجة السنية.

ب- **خوف غير موضوعي (ذاتي) Subjective Fear** : وهمي، يُبنى على تضخيم المشاعر والأحاسيس و التخیلات، ويصل إلى الطفل من الآخرين دون أن يكون للطفل تجربة مباشرة حقيقية. مثلاً يسمع الطفل من والديه أو غيرهم عن الألم عند الطبيب فيتولد لديه الخوف منه، و تبقى هذه الحادثة في ذاكرته.

أكثر ما تحدث المخاوف السوية عند الأطفال وقد تصيب الكبار. تكون هذه المخاوف ضمن المخاوف المعيارية المقبولة اجتماعياً، أما عندما تصبح عنصراً شالاً لنشاط الفرد اليومي فنكون أمام حالة رُهاب.

الباحث بلومكفيسست وجد علاقة مترابطة بين الخوف السني والقلق والذكاء اللفظي لكن ليس هناك أي مؤشر إدراكي آخر في تعداد سكاني من الأطفال الذين لديهم مشاكل سلوكية وتعلمية.

إن فهم الخوف يكون أفضل في سياق التأثيرات الشخصية والبيئية والموقفية. يمكن أن يكون رد فعل طبيعي للأطفال الصغار ،خاصة في المواقف غير المألوفة حيث يفتقرون إلى السيطرة أو إدراك احتمال حدوث الألم.

مع تقدم الأطفال في العمر، و زيادة القدرة على توقع و فهم و السيطرة على اندفاعهم، قد نتوقع هنا تراجع مخاوف الطفل، ولكن إذا كان الخوف أو القلق غير متناسب مع الموقف ، من المرجح أن يصبح الطفل غير متعاون ويميل لإبداء السلوك المضطرب.

التفريق بين الأعراض الرهابية والاضطرابات الرهابية

الأعراض الرهابية Phobic Symptoms تطلق على الرُهاب عندما يكون عرضاً ثانوياً لاضطرابات أخرى: كالاضطراب الاكتئابي، العصاب الوسواسي، القلق المنتشر، اضطرابات الشخصية، الفصام، ويتوقف علاج الرهاب في هذه

الحالات على علاج الاضطراب الأساسي. أما الاضطرابات الرهابية Phobic Disorders فتطلق على الرهاب عندما يكون هو الاضطراب الأساسي.

وبائيات الاضطرابات الرهابية:

تشكل الاضطرابات الرهابية نسبة ٣٪ من المرضى النفسيين الذين يعالجون في العيادات النفسية. أظهرت دراسة الطبيب النفسي **Agras** أن نسبة الإصابة بالرهاب ١٠٠٠١٧٧ شخصاً، ونسبة العجز الشديد في الاضطرابات الرهابية الشديدة هي ١٠٠٠١٢.٢ شخصاً في انكلترا. وكانت الإصابة بالرهاب عند الإناث أكثر من الذكور وخاصة رهاب الحيوانات و رهاب الأماكن المكشوفة، أما الرهاب الاجتماعي فنسبته متساوية عند الجنسين.

أنواع الاضطرابات الرهابية

١ - رهاب الأماكن المكشوفة (الساح) **Agoraphobia**

وهو أكثر أنواع الرهاب شيوعاً وانتشاراً عند الأطباء النفسيين، يتظاهر بالخوف من ارتياد الأماكن العامة، والخوف من التجمعات وشراء الحاجيات من البقاليات والمخازن، والخوف من السفر، والأماكن المغلقة. يصيب رهاب الساح نحو ثلثي النساء بعد سن المراهقة، ونادراً ما يظهر في سن الطفولة، يترافق هذا الرهاب مع عدد من الأعراض العصبائية مثل نوبات الجزع والتوتر، والدوار، والاكتئاب المتكرر، واعتلال الشخصية، والوساوس.

٢ - الرهاب الاجتماعي **Social Phobia**

يأتي بعد رهاب الساح في الشيوع والانتشار، يتمثل بالخوف من الأكل، والشرب، والمصافحة، والكلام، والكتابة، والتقيؤ في وجود الآخرين وأمامهم. قد يقتصر الرهاب الاجتماعي على موقف نوعي وحيد، أو قد يكون متعدد المواقف حيث

ينتاب المريض الجزع والخوف من أي اتصال اجتماعي، فيدفعه للانزواء في بيته. يظهر الرهاب الاجتماعي عادةً بعد المراهقة.

٣- رهاب الحيوانات

هو الشكل الأقل مشاهدة، يصاب به الكبار خاصةً، ومعظم الحالات تبدأ مع بداية الطفولة.

٤- الرهاب النوعي

تظهر أنواع أخرى من الرهاب في أي مرحلة من عمر الإنسان، وتشمل الرهاب من الارتفاعات، الرياح، الظلام، الصواعق، الرعد، البحر، خريف المياه وغيرها.

٥- رهاب المرض

يتضمن الخوف الشديد من الأمراض النوعية مثل السرطان، وأمراض القلب، والإيدز. تكون هذه المخاوف غالباً الصورة البارزة للأمراض الاكتئابية وعرضاً من أعراضها السريرية، أما في غياب المرض الاكتئابي فتسمى الشكل الحاد من داء المراق **Hypochondriasis**. تظهر أعراض رهاب المرض عند كلا الجنسين.

٦- الرهاب الوسواسي

هو مخاوف جبرية ذاتية تبرز في ساحة الشعور رغماً عن إرادة المريض، وتقرض ذاتها عليه فلا يستطيع إبعادها عن تفكيره ووعيه إرادياً على الرغم من إدراكه أنها مخاوف جبرية غير سوية وسخيفة. تتمثل هذه المخاوف بالتالي: خوف المريض من نفسه، والخوف من إيذاء الرضيع، والخوف من التلوث بالجراثيم. تظهر الاضطرابات الوسواسية الجبرية في أي عمر عند الإنسان، ونسبتها متماثلة عند الجنسين.

أسباب الاضطرابات الرهابية:

تحدث المخاوف في بعض المواقف التي يُعتقد أننا نحمل استعداداً مسبقاً للخوف منها، أي أن هذه الاستعدادات جاهزة لربط العنصر المخيف ببعض الأشياء بسهولة أكثر من غيرها.

تلعب تأثيرات النضج دوراً في هذا الخصوص؛ فالأطفال الصغار لا يظهرون استجابات تخوفية، ومع بلوغهم عمر ٨-١٢ شهراً يخافون من الأوجه الغريبة، وفي عمر ٢-٤ سنوات يظهر الخوف من الحيوانات، ومع التقدم بالعمر فإن أثر التعليم يصبح مهماً ومتزايداً ويبدل كثيراً تأثيرات النضج والاستعدادات الساللية. مع ذلك؛ مازالت أسباب الرهابات محاطة بالغموض.

معالجة الاضطرابات الرهابية:

يعتمد المبدأ الأساسي لمعظم الأساليب العلاجية على تعريض المصاب بالرهاب للموقف الذي يثير خوفه وكربه وضيقه إلى أن يتألف ويتعود عليه. وقد يكون الأسلوب العلاجي بالتعرض إما بالتقرب نحو مسبب الخوف تقريباً متدرجاً وهو ما يسمى أسلوب إزالة التحسس **Desensitization**، أو تعريض المريض للموقف التخويفي بسرعة ومن دون تدرج وهذا ما يسمى الإغراق **Flooding**. يجب إطلاع المريض على الخطوات العلاجية قبل البدء بها، وأخذ موافقته عليها وتعهده بمتابعة العلاج حتى النهاية.

تُجرى عملية إزالة التحسس، أولاً بتخيل المريض للمواقف التخوفية خلال جلسات علاجية استرخائية مريحة للأعصاب (وجوده إلى جانب شاطئ البحر عند الغروب، بساتين مليئة بالورود والرياحين)، أو بعرض تدريجي لأفلام تصويرية للمنبهات المثيرة للرهاب، أو ميدانياً بمواجهة المواقف التخوفية تدريجياً.

أما عملية الإغراق فتجرى بتعريض سريع للمواقف التخوفية الواقعية. تنتاب المريض عند المعالجة بهذه الطريقة نوبات جزع وخوف أكثر مما لو تم التعرض بشكل تدريجي، لكن كلفة ومدة العلاج تكون أقل بطريقة الإغراق منها بطريقة إزالة التحسس.

اتضح بالتجربة أن المرضى الذين يشكون من رهاب نوعي يمكن شفاؤهم بجلسات علاجية مدتها من ساعتين حتى عشرين ساعة، وذلك حسب نوع الرهاب وسرعة استجابة المريض للعلاج. بينما يحتاج مرضى رهاب الساح إلى مدة أطول. لابد من الإشارة أنه من الضروري إجراء علاج داعم بجلسة أو جلستين كل ٣ أشهر للتأكد من الشفاء التام.



الفصل الخامس

الألم

Pain

الفصل الخامس

الألم

Pain

أولاً: مقدمة

الألم هو أكثر الأعراض شيوعاً وخبرة عند الكائن الإنساني. تصاحب الألم وتلازمه الإثارة الانفعالية، والتوتر العضلي، والقلق. غالباً ما يرافقه الاضطراب الاكتئابي (العلاقة بين النفس والجسد) إذا ما تحول القلق من حاد إلى مزمن.

يحتل الألم خلال زيارات الرعاية الصحية السابقة موقعاً متميزاً في التجارب الطبية للطفل. هذا الألم قد يكون معتدلاً أو شديداً، حقيقياً أو وهمياً. ومع ذلك؛ فإن معتقدات الوالدين حول الألم الطبي السابق تؤثر عادةً بشكل كبير مع تعاونية أطفالهم وسلوكهم في البيئة السنية. أظهرت الدراسات أيضاً أن التجارب الجراحية السابقة تؤثر سلباً على السلوك في أول زيارة للعيادة السنية ، ولكن هذا لم يكن الحال في الزيارات اللاحقة.

ثانياً: أثر الاضطراب الانفعالي والانتباه في الألم (نظرية البوابة)

تعد نظرية بوابة الألم The Gate Theory التي قدمها Wall and Melzak فتحاً في دراسة الألم وطرائق السيطرة عليه، فكانت أفكارهما بمنزلة لُحْمَة وصل بين علم النفس وعلم الأحياء. تتضمن هذه النظرية ما يلي:

أ- يمكن تثبيط تنبيهات الألم المحيطة الداخلة إلى الدماغ، حيث يمكن تعديل الألم والسيطرة عليه في المحطات العصبية التي تمر بها هذه التنبيهات.

ب- إدراك المريض للألم لا يتوقف على نشاط التنبيه لأي ليف عصبي حسي، ولكن على النشاط ضمن كامل الجهاز العصبي. إن العوامل الثلاثة التالية: توقع حدوث الألم، وتركيز الانتباه على مكانه، والقلق السابق، تزيد من شدة الشعور بالألم.

ج- تتجمع التنبيهات الحسية الواردة من الجسم في القرون الحسية الخلفية للحبل الشوكي وتقرر البوابة العصبية أهميتها ثم ترسلها إلى الأقسام المختصة من الدماغ لإثارة إدراك الألم، أو تغلق الباب في وجه التنبيهات المؤلمة ولا ترسلها إلى الدماغ.

د- أكدت الإحصائيات أن ٦٥٪ من العسكريين الذين يصابون في المعركة لا يشعرون بالألم إصاباتهم، ولكن لو قُيض لأحد هؤلاء حقنه بإبرة دوائية فإنه يشتكي من ألمها. وقد فسر ذلك وفقاً لنظرية البوابة بانتقال الألم عبر الألياف العصبية في النخاع الشوكي إلى الدماغ. يقوم الدماغ بتقييم موقف العسكري فإذا ركز انتباهه على الهروب، يأمر الدماغ البوابة بإغلاق بابها في وجه السيالات العصبية الحسية الواردة من الساق اليمنى مثلاً. بينما عند الحقن بإبرة دوائية فإن الألياف الخاصة بالألم ترسل إلى مراكز الألم في الدماغ تنبيهات الألم عن طريق البوابة التي تظل مفتوحة أمام السيالات الواردة من منطقة اليد فيشعر العسكري بالألم.

إن من أهم العوامل التي تجعل باب البوابة مفتوحاً أمام سيالات الألم العصبية الحسية فرط تنبه الجملة العصبية الودية بفعل القلق والتوتر النفسي أو الاكتئاب مما يخفض عتبة الإحساس بالألم في الجملة العصبية المركزية. بينما يقوم الاسترخاء

النفسي وتشتيت الانتباه برفع عتبة الإحساس بالألم حيث تتحرر الأندروفينات ذات الخاصية المسكنة للألم.

ثالثاً: المرض النفسي والألم

١ - أمراض الاكتئاب والقلق والهستريا:

يسبب كل من أمراض الاكتئاب والقلق والهستريا ألماً بدنياً وظيفياً، لا يكون هذا الألم بسبب آفة عضوية حقيقية.

٢ - مرض الفصام:

نادراً ما يشكو من ألم وظيفي.

٣ - الاكتئاب داخلي المنشأ (اكتئاب عقلي):

يسبب الآلام البدنية الوظيفية غير العضوية وتأخذ طابع توهم المرض.

إن العلاقة التبادلية بين النفس والجسم هي حقيقة ثابتة، فكل واحد منها يؤثر في الآخر في آليات الأمراض. وقد أظهرت الدراسات النفسية أنه كلما طالت مدة الألم الناتجة عن مرض نفسي مال المريض إلى الشكوى من ألم وهمي أو هستيري، كما أن المرض الجسمي المزمن يسبب الاضطراب الاكتئابي الثانوي.

رابعاً: العوامل المبدلة لشدة الألم وآلياته

١ - العوامل المعرفية في الألم:

١- تشتيت الانتباه بالانشغال بموضوعات متضاربة مع خبرة الألم. مثلاً؛

مشاهدة أفلام سارة مما يؤدي إلى إضعاف شدة الألم.

٢- تبديل الإدراك بالألم أي التفكير بالألم بطريقة مختلفة. يتعامل كثير من

الناس تعاملًا سلبياً بمجرد إحساسهم بالألم، حيث يعتقدون أنهم غير قادرين

على السيطرة عليه، أو أنه سيؤول إلى الأسوأ وبالتالي يتضاعف الإحساس

بالألم. إن الطريقة التي يفكر بها الناس بالنسبة لآلامهم تؤثر في صورة الألم وشدته.

٢-العوامل الإدراكية في الألم:

الأفراد الذين يركزون انتباههم على مراكز الألم هم أكثر شعوراً وإحساساً بالألم من غيرهم. مثال: المريض الذي يركز انتباهه على قبضة التوربين والسنبلة عند حفر سنه يكون الألم عنده أقوى من ألم المريض الذي يشتت انتباهه بتخيل منظر سار. لذا؛ يفضل فتح التلفاز على الأقل في عيادة طبيب الأسنان لتشتيت الانتباه.

٣- العوامل الانفعالية في الألم:

- ١- تسبب خبرة الألم التوتر والانفعال وفي مقدمتها القلق في أن ينتظر المريض حدوث الألم والإحساس بهذه الشدة.
- ٢- يؤدي الألم المتقطع إلى توقع القلق، وبالتالي إدراك أكبر للقلق مما يؤدي إلى مزيد من القلق وبالتالي زيادة الألم.
- ٣- يواجه المريض الجالس على كرسي العلاج توقع حدوث الألم بتوتير الجهاز العضلي وبالتالي يزيد الشعور بالألم (الألم العضلي) بدلاً من إضعافه (ألم إضافي إلى ألم حفر السن).

٤-العوامل الحيوية الشخصية في الألم:

- ١- قال كل من Wilbert and Fordyce عام 1974 أن الألم سلوك متعلم، أي سلوك معزز، حيث تتعزز خبرة الألم عند الفرد بالعلاقة الاجتماعية، فسلوك الألم الذي سببه عوامل عضوية يمكن أن يبقى بعد أن تزول العوامل العضوية استجابة من المحيط للمعززات الصادرة.

٢- رأى كل من Gallager and Wrobel عام 1982 م أن سلوك الألم يقع في إطار مفهوم (لعب دور المرض)، وذلك يعني أن المريض معذور من المسؤولية الاجتماعية، ويتلقى العناية من الآخرين مما يعزز من سلوكيات الألم.

خامساً: أنماط الألم

صنف Turk and Baum 1983 م الألم السريري ضمن أربعة نماذج هي:

١- الألم الحاد.

٢- الألم المزمن والدوري.

٣- الألم المزمن المعند الحميد (غير الخبيث).

٤- الألم المزمن المتروقي.

١- الألم الحاد:

➤ هو ألم شديد يحدده الزمن، فتكون مدته أقل من ستة أشهر.

➤ يعقب عادة المداخلة الجراحية، ويصنف ضمنه ألم الأسنان.

➤ يتضاءل تدريجياً في الشدة.

➤ لا وجود فيه للعوامل النفسية و الاجتماعية.

➤ تكون طرائق الاسترخاء كافية لتخفيف الألم وإضعافه.

٢- الألم المزمن الدوري:

❖ الألم متوسط الشدة إلى شديد، ومتقطع غير مرتبط بالزمن.

❖ مثاله: ألم العصب مثلث التوائم، الصداع الوعائي.

❖ هناك دور للعوامل النفسية إلا أن العامل العضوي أقوى.

❖ يتركز العلاج على الإحياءات النفسية المباشرة وطرائق الاسترخاء والأدوية النوعية.

٣- الألم المزمن المعند الحميد:

- ✓ ألم مستمر.
- ✓ يختلف من حين لآخر بمستوى الشدة. مثال ألم الظهر القطني.
- ✓ تلعب العوامل النفسية و الاجتماعية دوراً كبيراً فيه.
- ✓ على الرغم من أن العامل الأصلي عضوي المنشأ، إلا أن العلاقات الحيوية الشخصية فعالة مع هذا النوع من الألم.

٤- الألم المزمن المتقّي:

- ✚ هو من أصعب أنواع الألم.
- ✚ يشاهد عادة في الأمراض الخبيثة.
- ✚ يكون القلق هو الصورة البارزة فيه.
- ✚ يمكن لإجراءات إضعاف الألم المؤقتة أن تغلق بوابة الألم ولكن لا تغلقه إغلاقاً فعالاً.
- ✚ طبيعته المستمرة والمتقّية تنهك القوى البدنية والانفعالية للمريض.
- ✚ تكون العوامل النفسية و إدراك الألم غائبة.

سادساً: الأهمية الحيوية للألم:

للألم فوائد عديدة تهدف إلى:

- ١- تنبيه الفرد إلى وجود خلل فيه.

- ٢- غالباً ما يكون منبهاً ومثيراً للفاعلية أو النشاط البدني خاصة إذا لم يكن شديداً.
- ٣- يكون الألم عوناً مرشداً إلى تعرض العضوية للخطر (ألم الزائدة الدودية أو ألم الاحتراق بالنار).



سابعاً: مقاييس الألم:

١ - مقاييس الألم الذاتية Self-reporting Measures:

تعد مقاييس الألم الذاتية معيارية من أجل قياس شدة الألم لدى البالغين، بما فيها المقياس اللفظي Verbal Rating Scales المستخدم عادة لتسجيل معاناة الألم. تستخدم معظم هذه المقاييس الكثير من أوصاف الألم مثل: لا يوجد ألم - ألم ضعيف - خفيف - متوسط - قوي - شديد - غير محتمل، وقد تستخدم صفات أخرى مثل قارع - ساحق - طاعن - مخيف - قاسٍ - صارخ - مرعب وغيرها من الصفات. يوصف تصنيف الألم باستخدام هذه المعايير بالصعب، بالإضافة إلى أن الصفات المختارة ترتبط بالمحاكمة الشخصية للفرد؛ وبلغته أو حتى لهجته بين المناطق المختلفة جغرافياً أو عرقياً، فالتعابير اللفظية تخضع للتأثيرات الفردية والعوامل الموجودة في المحيط القريب. ومن سيئات هذه المقاييس أيضاً أنها غير حساسة بشكل كافٍ لتحديد التباينات الضئيلة في شدة الألم بسبب غياب القيم الوسطى بين القيم المحددة.

٢ - المقياس التناظري (التماثلي) (المضاهي) Visual Analogue Scale:

يتألف هذا المعيار من خط طوله ١٠ سم، طبع على نهايته اليسرى عبارة " أنا لا أملك أي ألم" وعلى نهايته اليمنى عبارة " لا يمكن لألمي أن يصير أسوأ مما هو عليه". يطلب من المريض أن يضع علامة على هذا الخط تظهر مستوى الألم لحظة السؤال، تقاس المسافة بين العلامة والنهاية اليسرى للخط بالميليمتر، وتدعى محصلة الألم. ومن سيئات هذا المقياس عدم القدرة على استخدامه لدى بعض الأشخاص غير القادرين على فهم كيفية التعبير عن ألمهم بهذه الطريقة مثل الأطفال أو الكهول أو المصابين بمرض دماغي عضوي، وكذلك فهو عرضة للتأثيرات الشخصية

وتخمينات الطبيب لأداء المريض. ينصح باستخدام هذه المقاييس من أجل الأطفال الأكبر من ٦ سنوات.

٣- مقاييس الألم الفيزيولوجية Physiologic Pain Measures:

تستخدم المعايير الفيزيولوجية (الحيوية) لدى المواليد والأطفال كمقياس للألم، حيث يتم معرفة التغيرات في معدل القلب، وضغط الدم، ومستويات الأكسجة عبر الجلد، والتعرق الراحي وغيرها. تبين وجود زيادة ملحوظة في معدل القلب وضغط الدم عند المواليد الجدد الخاضعين لإجراءات مؤلمة أثناء الإجراءات وبعدها. كما وجد لدى الأطفال الأكبر أن كلاً من معدل القلب وضغط الدم مفيد في قياس الشدة أثناء الإجراءات السنية.

٤- مقاييس الألم السلوكية Behavior Pain Measures:

تم وصف العديد من المقاييس السلوكية لتقييم الألم لدى الرضع والأطفال الذين لم يكتمل لديهم اللفظ، ومن العلامات السلوكية التي استخدمت البكاء، وتعابير الوجه، وسلوك اللمس، ووضع القدم وحركات الجسم. وجد Wilson وزملاؤه عام ١٩٩٠ م أن الأطفال بعمر ٣ سنوات كانوا أقل دقة في تحديد العواطف ذات التعابير الوجهية مقارنة مع الأطفال الأكبر، كما كانت استجاباتهم أبطأ. تم تطوير بعض المقاييس التي تجمع الملاحظات السلوكية مع بعض العلامات الخارجية التي تظهر على المريض، ومحاولة ربطها مع شدة الألم، مثل مقياس الصوت والعين والحركة Sound, Eye and Motor Scale. كما استخدم مقياس فرانكل السلوكي Frankl Behavioral Rating Scale بشكل واسع في الأبحاث السلوكية. تستخدم هذه المقاييس درجات أساسية منفصلة تعبر عن مستويات السلوك مثل: سلبي مطلق < سلبي < إيجابي < إيجابي مطلق.

ثامناً: التشخيص التفريقي للألم:

يجب إجراء الفحوص الجسمية والنفسية الدقيقة للتفريق بين الألم النفسي والعضوي، ومن بعض المؤشرات الدالة ما يلي:

١- يجب أن يصاحب الألم النفسي القلق أو الاكتئاب، وغالباً ما يكون مؤرقاً يزعج المريض ليلاً ويسلبه راحة النوم.

٢- يستجيب الألم العضوي للمسكنات المخدرة وغير المخدرة، أما الألم النفسي فيشخص غالباً إذا ما استجاب المريض للمهدئات النفسية. تجدر الإشارة إلى أن الأدوية النفسية تخفف الألم العضوي بفعل إزالة التوتر العضلي وإضعاف القلق.

تاسعاً: علاج الألم

❖ الألم عضوي المنشأ (العلاج الدوائي):

- ١- المسكنات الأفيونية وغير الأفيونية (علاج الألم بكل أنواعه).
 - ٢- الأدوية المضادة للالتهاب الستيروئيدية وغير الستيروئيدية (آلام الأمراض الرئوية العضلية والمفصلية).
 - ٣- المهدئات الكبرى كالكلوبرومازين، كمشاركة دوائية.
 - ٤- الأدوية المضادة للاكتئاب (كلوميبرامين) تساعد على النوم الهادئ.
- ينحصر تأثير الأدوية النفسية في تخفيف الألم وليس إزالته.

❖ الألم نفسي وعضوي المنشأ:

١-الأدوية النفسية: حسب نوع الاضطراب (الأدوية المضادة للاكتئاب, المهدئات الكبرى أو الصغرى).

٢- الاسترخاء: الذي يحرر الأندروفينات المسكنة للألم (أفيون الجسم المسكن).

٣- الاسترخاء التنويمي **Hypnotic Relaxation** والإيحاء المباشر لكبح الألم العضوي: أي وضع المريض في حالة استرخاء عميق ومن ثم إملاء إحياءات خاصة عليه, و لكن لا تنفع هذه الطريقة في الألم الشديد.

٤- التقانات التفكيكية (الانفصالية) **Dissociative Techniques**:

تستخدم سواءً في الألم الحاد والمزمن. تفترض هذه التقانات أن المريض يمكن مساعدته من خلال التنويم، وذلك بأن يحرر ذاته من الإحساسات المؤلمة ويعتق منها، ويمكن تطبيقها في الجراحة الفموية البسيطة.

تعتمد على تخيل المريض نفسه وقد انفصل عن جسمه، وينظر إلى جسمه وهو خارجه - تقانة المنظار - وقد ربط ألمه في كيس، وينظر إلى الكيس من طرف المنظار الثاني. فالألم أصبح بعيداً وصغيراً.

٥- تقانات تشتيت الانتباه **Distraction Techniques**:

تناسب إضعاف الألم الحاد و المزمن. تعتمد هذه التقانات على أساس أن الفرد لا يحس بالإحساسات غير السارة عندما يكون وعيه مشغولاً في نشاطات سارة. تعد هذه التقانات سهلة التطبيق حيث يطلب من المريض الجالس على كرسي العلاج أن يتخيل منظرًا سارًا، أو جعله يشاهد فيلم فيديو أو أفلام كرتون، وأن يعيش بجميع حواسه وإحساساته في هذا المنظر (الهلوسة الإرادية) ويتجنب ما يزعجه من المناظر التي يتخيلها (التخيل الموجه).

٦- إعادة تركيب البنية المعرفية Cognitive Restructuring:

أ- يعيق التفكير السلبي غير التكيفي قدرة الفرد على التعامل بنجاح في السيطرة على الألم (لن يذهب عني الألم) ويقود إلى اليأس والعجز المتعلمين.

ب- الأفكار الكارثية السلبية (أنا لا أستطيع تحمل الألم) تعمل على تقوية الألم، وتدفع المريض إلى عدم مواجهته.

لا يستفيد المرضى الذين يحملون هذه الأنماط من التفكير السلبي من التنويم الذاتي ما لم يعاد تركيب البنية المعرفية أي ما لم تصحح الأفكار السلبية المخلدة للألم. نذكر فيما يلي بعض الأمثلة على أسلوب تصحيح الأفكار الخاطئة السلبية، الجدول رقم (٣).

الأفكار السلبية	الإحياءات العلاجية الإيجابية
١- لا أستطيع تحمل الألم، سيقتلني.	أنا أكره الألم فهو غير سار ولكن بالتأكيد لا يقتل.
٢- يتعين علي الجلوس في السرير فهو مزعج جداً، تبدو كل حركة عذاباً.	إن هجر السرير هو علاج بحد ذاته، وفي النهاية سأشعر شعوراً أفضل إذا ما أمضيت فترة أطول خارج السرير.
٣- الحركة والتدريب يجعلان الألم أكثر سوءاً.	يحسن التدريب والرياضة الألم.
٤- إن الأمر لا أمل منه، لن أحسن إطلاقاً، ولا توجد لدي أية حيلة.	كلا هناك أمل سأتحسن وسينحسر الألم، كل ما يجب أن أفعله هو ممارسة تقانات مكافحة الألم وأستمر نشطاً.

جدول أمثلة عن أسلوب تصحيح الأفكار





الفصل السادس

الصحة النفسية لطبيب الأسنان (السيطرة على التوتر)

الفصل السادس

الصحة النفسية لطبيب الأسنان (السيطرة على التوتر)

يعد تحقيق التوازن في الحياة من الأهداف التي يسعى إليها الأفراد للاحساس بالسعادة ، تتكامل خمسة عناصر بنجاح لنصل إلى السعادة؛ وهي:



تهدف معلومات هذا البحث لإلقاء الضوء على بعض النواحي التي ستساهم بحياة سعيدة لطبيب الأسنان.

يتأثر الإنسان بشكل عام؛ وطبيب الأسنان بشكل خاص؛ بردود فعل فيزيولوجية على الأحداث التي تدور حوله. فالإنسان يبحث بشكل غير واع دوماً عن الخطر ليتجنبه سواءً يهدد حياته الشخصية أو عمله أو أسرته، وتهدف هذه الآلية الفيزيولوجية المتأصلة في النفس البشرية (و حتى الحيوانات) للدفاع عن النفس، فعندما يقوم الدماغ برصد موقف يعده خطراً، تحدث مجموعة من العمليات الفيزيولوجية

الجسمانية (مثل ارتفاع مستويات الأدرينالين وارتفاع مستوى الكورتيزول) التي تؤدي إلى تحفيز العضلات وازدياد عدد ضربات القلب وتسرع التنفس وتوقف حركة الأمعاء أو فرطها. تهدف هذه المتغيرات إلى تجهيز الفرد إما للهروب أو للدفاع عن نفسه تجاه الخطر المتوقع، لكن عندما تتكرر هذه المحفزات عدداً كبيراً من المرات في اليوم الواحد دون خطر فعلي، لا يتوفر لهذه الهرمونات الوقت الكافي لكي تعود إلى مستوياتها الطبيعية قبل ورود محفز جديد لترتفع مرة أخرى، مما يؤدي إلى ظهور آثارها السلبية، التوتر!

التوتر الأبوي:

قبل دراسة توتر الطبيب؛ لا بد من الإشارة إلى أن البيئة المؤثرة في العيادة السنية قد تشتعل شرارتها من توتر و قلق الأهل (و خاصة الأم) للتأثير على تصرفات الأطفال بشكل سلبي بسبب العلاقة الوثيقة بين قلق الأهل وبين تعاون الطفل خاصة في الزيارة السنية الأولى (مع القليل من الاستثناءات). و يكون هذا التأثير أعظم عند الأطفال الأصغر من عمر ٤ سنوات، كل هذا متوقع بسبب العلاقة الوثيقة للأهل-الطفل التي تبدأ في الطفولة وتتناقص تدريجياً مع النمو.

التوتر المبالغ فيه (التوتر السام):

تبدأ تجربة التوتر في الرحم، ومن ثم يتكرر تباعاً خلال الحياة (بدءاً من تلقي اللقاحات...). بالرغم من أن القلق ينتج بعض التغيرات النفسية؛ إلا أنه رد فعل طبيعي وضروري من أجل البقاء.

يقدم الآباء الدعم لأطفالهم الصغار تجهيزاً لتعرضهم لهذه الضغوطات، و رغم أن الأطفال في نهاية المطاف يجب عليهم تعلم كيفية التعامل مع التحديات الجديدة

التي سيواجهونها بمفردهم في المدرسة أو الشارع ...، إلا أن استمرار التوتر على مدى فترة طويلة لدرجة يبدأ بالنخر السلبي في نفسية الإنسان؛ يعني تحوله إلى ما يسمى (التوتر السام)، و خاصة الضغوطات السامة كإساءة معاملة أو إهمال الطفل، و التعرض المزمن للمخدرات، أو العنف في المنزل، أو المرض الذهني، أو الإحباط الوالدي بسبب الصعوبات الاقتصادية التي تزايد انتشارها مؤخراً لدى العديد من العائلات.

تأثيرات التوتر السلبية على طبيب الأسنان:

إن التوتر النفسي في مكان العمل من المسببات الأساسية لأمراض ارتفاع التوتر الشرياني وازدياد مخاطر الأمراض القلبية؛ و خاصة إذا زادت ساعات العمل عن ٨ ساعات يومياً، وله ارتباط مباشر بازدياد الوزن عند عدد كبير من الناس، كذلك يزداد احتمال الإصابة بالزكام والسكري وخاصة عند الطبيبات.

يمتد تأثير التوتر في مكان العمل إلى المنزل إذا كان طبيب الأسنان يفكر بها. رغم أن الدراسات الحديثة بينت ظهور التأثيرات السلبية للتوتر كلما كان صاحب العلاقة يربط بين الآثار السلبية في حياته وبين التوتر. للمزيد من المعلومات حول ذلك:

How to make stress your friend | Kelly McGonigal

(<https://www.youtube.com/watch?v=RcGyVTAoXEU>)

بالمقابل؛ هناك من يرى أن للتوتر نواحٍ إيجابية، ويعود ذلك إلى أن التوتر يؤدي كذلك إلى زيادة إفراز هرمون الأوكسيتوسين المسؤول عن حثنا على الحنان و الاهتمام بالآخرين.

للأسف تعد المرحلة العمرية بين ٣٣-١٨ من أكثر الأعمار تأثراً بالتوتر والقلق، بسبب عدم الاستقرار في العمل والمشاكل المتعلقة به وتغير الظروف الحياتية من مرحلة إلى أخرى والانتقال إلى دراسة أو عمل أو منزل جديد (زواج مثلاً). تساهم متابعة هذه الفئة العمرية لمواقع التواصل الاجتماعي بشكل مبالغ فيه لزيادة التوتر، حتى أن عرض البعض للإنجازات والحوادث السعيدة في مواقع التواصل الاجتماعي قد ينقص من إحساس المتابع بحجم إنجازاته.

مثال: يعرض المهاجرون صورهم وهم في الأسواق التجارية أو على خلفية المناظر الطبيعية في المهجر، بينما نادراً ما يصورون ضمن منازلهم الصغيرة. يرفع التوتر الدائم من مستويات الأدرينالين ومستويات الكورتيزول في الجسم، مما ينقص قدرة الجسم على مقاومة الإنتان والالتهاب مما يزيد من الأمراض التي قد يعاني منها الفرد.

للأسف يرفع مستوى التوتر من احتمالية البدء بالعادات السيئة الأخرى التي تؤثر سلباً على صحة الطبيب، كالتدخين والإفراط في تناول الطعام. كما يسبب التوتر اضطرابات النوم.

مقاييس التوتر:

بشكل عام هناك مشعرات كثيرة يمكن إجراؤها للتأكد من مستوى التوتر الذي تعانيه

في العمل مثل مشعر MASI-R

The Maugeri Stress Index reduced form: a questionnaire for iob stress

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373830/>

الذي يتضمن عدداً كبيراً من الأسئلة، سنذكرها في هذا البحث كأتمثلة عن العوامل المؤثرة على الفرد ضمن عمله سلباً أو إيجاباً، و يمكن قياس درجاتها من خلال هذا المشعر وفق الإجابات بما يتوافق مع ظروف المفحوص خلال الستة أشهر الماضية، تكون الإجابة ب (أبداً، أحياناً، يتكرر بشكل كافي، كثيراً، وكثيراً جداً) لتعطى درجة خاصة لكل إجابة:

الجزء الأول:

لتقدير درجة التوتر الناجم عن الحوادث الخاصة وطرق تعامل الفرد معها

- (١) لقد واجهت الكثير من التحديات وتمكنت من تجاوزها.
- (٢) كل عاداتي جيدة ومقبولة.
- (٣) أميل للانعزال عندما أواجه المصاعب.
- (٤) يساعدني مديري في المواقف الصعبة.
- (٥) أتمسك بموقفي إذا واجهتني مشاكل في العمل.
- (٦) مع الصبر، غالباً ما أنجح في حل مشاكل العمل.
- (٧) يساعدني المرح على حل مشاكلي.
- (٨) تدبير العمل كله يعتمد عليّ.
- (٩) أعدل من الجهد المبذول في العمل حسب طبيعة المهمة الموكلة.

- (١٠) قمت بالغش لأرباح لعبة (في الألعاب).
- (١١) أؤمن بعملتي.
- (١٢) أتوقف عن العمل إذا عارضني زملائي.
- (١٣) عادة اتكيف بشكل جيد مع الصعوبات.
- (١٤) عند مواجهة الصعوبات أعتد على مبادئي في الحياة.
- (١٥) أستثمر كل طاقاتي وإرادتي عند مواجهة المشاكل.
- (١٦) بعد تجاوز المصاعب أواصل عملي إلى حدود جديدة.
- (١٧) أنجح عادة في حل المشاكل المرتبطة بالعمل .
- (١٨) أواجه التغير بالتفاؤل.
- (١٩) أطبق ما أقوله في حياتي العملية.
- (٢٠) عند المصاعب أجد الناس تساعدني.
- (٢١) أشارك من حولي بأهدافي في العمل.
- (٢٢) أعتقد أن الموظفون قادرون على أداء مهماتهم وأعمالهم عندما يريدون ذلك.
- (٢٣) أقلق عندما تواجهني ظروف صعبة.
- (٢٤) أثق بقدراتي.
- (٢٥) أنا مبدع.
- (٢٦) أزداد غنى بتجارب الحياة.
- (٢٧) في العمل: أتضايق بسهولة.
- (٢٨) بإمكانني الاعتماد على زملائي في العمل عندما أحتاج ذلك.
- (٢٩) أوجل بعض واجباتي.

الجزء الثاني: لتقدير السلام الداخلي

- (١) أنا م بشكل جيد.
- (٢) أستمتع بحياتي.
- (٣) أستمتع في تناول الطعام.

٤) أقوم بالأعمال التي تهمني.

٥) أحس بالرضا.

٦) أحس بالسلام الداخلي.

٧) أحس أنني ممتلئ بالنشاط.

تهدف الإجابات هنا إلى تحديد الحالة العامة للشخص و مقاومته للتوتر ، و تحديد مقدار الدعم الاجتماعي المتوفر له و تحديد الوسائل السلبية للتكيف مع التوتر الذي يعاني منه.

الجزء الثالث: لتقدير أثر الأحداث المسببة للتوتر في حياة الشخص المفحوص:
يتم حساب مقدار خطورة الإصابة بالتوتر من خلال الإجابة عن مقدار التغيرات السلبية أو الإيجابية في حياة الفرد ويقوم المقياس بإعطاء نقاط لكل إجابة؛ ليعطي في النهاية قيمة الشدة النفسية المخزنة في العقل الباطن.

تغير العمل	التقاعد	وفاة الشريك
ازدياد الخلافات العائلية	مرض أحد أفراد العائلة	الانفصال عن الشريك
قرض بأكثر من ١٠٠٠٠ دولار	الحمل	السجن
تغيير في مسؤوليات العمل	زيادة في أفراد الأسرة	وفاة أحد أفراد العائلة المقربين
زواج أحد الأبناء أو سفره	تغيير في الوضع المادي	مرض شخصي أو إصابة خطيرة
خلافات مع المدير	وفاة أحد الأصدقاء المقربين	الزواج
إنجازات شخصية مهمة	تغير في الوضع المادي	الطرد من العمل
بدء عمل الزوجة أو توقفها	تغير في ساعات العمل	إعادة العلاقة بعد خلاف بين الزوجين
تغيير في عادات النوم	تغير في السكن	بدء أو انتهاء مرحلة دراسية
تغيير في عادات الطعام	تغير في المدرسة	تغير في ظروف المعيشة
إجازة	تغير في الهوايات	تغير في العادات الشخصية

ثم يتم احتساب القيم لتحديد مستوى التوتر .

المقياس الآخر الذي يمكن استعماله في التشخيص هو :

Stress Test Evaluation for the Adrenal Stress Index™ (ASI™)

<http://www.diagnotechs.com/Pages/StressEvaluationTest.aspx>

في نهاية هذا الاختبار؛ يتم حساب النقاط ويعطي البرنامج النتائج التي تبين مقدار التوتر الذي يحس به الفرد في نطاق العمل والذي يدقق حول بعض المظاهر الجسدية للتوتر واستمرارها.

إن استمرار الأعراض لمدة زمنية طويلة و كثرة الأعراض؛ يدل على أن الجسم يفرز كمية كبيرة من هرمونات الشدة النفسية وخاصة من عائلة الكورتيزول.

سنتين	سنة	سنة ٢/١	مدة الأعراض
			التعب الزائد
			بشرة رقيقة وجافة
			العصبية
			برودة الجسم
			التوتر ما قبل الدورة
			عدم القدرة على التركيز
			الاكتئاب
			حساسية الطعام
			الرغبة بتناول الحلويات
			صداع
			عدم تحمل الكحول
			ذاكرة سيئة
			تسرع قلب
			الحالات المزمنة
	لا	نعم	هل لديك ألم مزمن
	لا	نعم	هل لديك التهاب مزمن

تتأثر الكثير من وظائف الجسم باضطراب مستوى الكورتيزول في الجسم. بالحالة الطبيعية تكون مستوياته مرتفعة في ساعات الصباح لتصل إلى الذروة الساعة التاسعة صباحاً، ثم تنخفض بالتدريج لتكن في أخفض مستوياتها الساعة التاسعة مساءً.

إن اضطراب هذه الدورة الطبيعية هو المسؤول عن صعوبة الاستيقاظ صباحاً والإحساس بالتعب وعدم وجود النشاط في هذه الفترة.

كما يؤدي إلى اضطراب سكر الدم واضطراب وظائف الكريات البيضاء وبالتالي قدرة الجسم على مقاومة الإنتان وارتفاع الاستجابة التحسسية للجسم.

يثبط استمرار ارتفاع الكورتيزول دون انخفاض (في فترة مابعد الظهر) من قدرة الجسم على شفاء النسيج وخاصة العضلات والعظام و هذا مهم خاصة عند السيدات بعد سن اليأس.

إن هبوط نسبة الكورتيزول مساءً إلى أخفض قيمة الساعة التاسعة مساءً من المؤثرات الهرمونية المساعدة على الاسترخاء والدخول في النوم. بينما يؤدي استمرار ارتفاع الكورتيزول مساءً إلى اضطرابات النوم وبالتالي إحساس المرء بالتعب المستمر.

تتأثر كذلك فعالية كل من الغدة الدرقية ومستويات سكر الدم ووظائف الدماغ وحتى مستويات السعادة أو الاكتئاب ونقص الانتباه كلها بارتفاع مستويات الكورتيزول وخاصة في فترة ما بعد الظهر والمساء.

أسباب توتر طبيب الأسنان:

تنقسم أسباب توتر طبيب الأسنان إلى قسمين أساسيين أسباب عامة يتحملها طبيب الأسنان مثل المواصلات والمشاكل العائلية و الحياتية بشكل عام بالإضافة للأسباب الإضافية الخاصة بطب الأسنان والعمل في العيادة السنية، مثل التعامل مع المرضى والمرافقين، والتعامل مع الألم الذي يعانون منه إما بسبب المرض أو كنتيجة للمعالجة السنية. وكذلك يتعرض طبيب الأسنان لمستويات ضجيج مرتفعة ناتجة عن القبضات ومضخات الهواء والمصاصات الجراحية إضافة لبكاء الأطفال في بعض الأحيان وكلها من مسببات التوتر.

إن ساعات العمل الطويلة في وضعيات عمل غير مريحة وفي مكان مغلق في كثير من الأحيان يؤدي الى تعب الطبيب الجسدي والنفسي، كما أن ساعات العمل الطويلة وخاصة بعد الظهر تؤدي كذلك إلى صعوبات في نشاط طبيب الأسنان الاجتماعي وتجعل علاقته بأسرته وعائلته الموسعة وأصدقائه أكثر صعوبة مما يحمله عبئاً إضافياً وينقص من الدعم الاجتماعي الذي يحس به.

تدبير التوتر من خلال قاعدة A4 (Avoid – Alter – Adopt – Accept)

Avoid تجنب التوتر:

- حدد الأمور التي تسبب لك التوتر وحاول أن تقلص عددها في عيادتك (مثل عدم معالجة الأطفال مثلاً).
- سيطر على محيطك المادي (التجهيزات والأدوات – مولدة أو منظومة شمسية لتوفير الكهرباء)
- نظم الأفراد العاملين (اصرف الموظف الذي تكثر أخطؤه ويسبب لك التوتر) .
- تجنب التحديات و خاصة في بداية يوم العمل و في وقت متأخر من اليوم. كل إنسان له قدرة تحمل خاصة يقرر كيف يصرفها خلال اليوم.

Alter عدّل الموقف:

- ❖ إذا لم يكن من الممكن تجنب الموقف حاول أن تقوم بتعديله من خلال التفاعل معه. مثال: عبّر عن العواطف المزعجة بدلاً من كتمها وإعادة اجتارها تكراراً.
- ❖ كن مستعداً لكي تغير من سلوكك قبل أن تطلب ذلك من الطرف الآخر.
- ❖ انتقِ التوقيت المناسب للذهاب للعمل ليجنبك ذروة الازدحام.

❖ عدّل من برنامج اليوم لكي يسمح لك بشيء من الراحة والتسلية وليس عمل فقط

Adapt تكيف مع مشيرات التوتر:

- ✓ أعد تشكيل وتوصيف أي مشكلة بكلمات مناسبة تعدل من صورتها
- ✓ إذا لم يكن تغيير الشيء ممكناً تجاهله.
- ✓ انظر إلى أهمية كل موضوع، لتعطيه موقعه في برنامجك
- ✓ عدّل معاييرك: إذا تأخر المريض لمدة عشر دقائق فلا داع لكى تحرق أعصابك اعتبرها فرصة لتشرب كأس شاي.
- ✓ شكر الله: إذا أحسست بالتعب، فكر قليلاً لكل شيء جميل حدث معك خلال النهار أو عدد ثلاثة نعم أنعم الله عليك بها.

Accept القبول 🌈

- تدرب أن تكون قادراً على تعديل ما يمكن تعديله والقبول بما لا يمكن تعديله والحكمة للتمييز بينهما.
- 🌈 لا تحاول أن تسيطر على كل المتغيرات في العيادة وخاصة تلك التي لا يمكن السيطرة عليها، أكانوا مرضى أم عاملين.
- 🌈 انظر للأمر الطارئ غير الاعتيادي كأنه فرصة لكي تطور نفسك و للتجربة.
- مثال: إذا جاءك مريض لديه معالجات متعددة معقدة مثلاً، اعتبرها فرصة للتعلم وإثبات إمكانياتك .
- 🌈 تعلم أن تسامح فكل إنسان سوف يخطئ في وقت ما فلا داع للغضب، حرر نفسك من الطاقة السلبية من خلال المسامحة.

مساعادات تدبير التوتر:

• الموسيقى:

بينت الدراسات على الأثر الإيجابي للموسيقى الهادئة لتفعيل الآليات الحيوية الكيميائية في الدماغ والتي تعطي إحساساً بالراحة. بشكل عام تُحقّق أفضل النتائج عندما تكون الموسيقى محببة للطبيب. كما أن العزف على آلة موسيقية بحد ذاته قد يؤدي إلى فعالية مزدوجة وخاصة إذا كان مع الأصدقاء.

• الابتسامة:

إن الابتسامة الحقيقية التي تستخدم كل من العينين والفم تنقص من عدد ضربات القلب وتحسن المزاج.

• التأمل:

بأنواعه المختلفة والتي تهدف الى التركيز على اللحظة الآنية في الحياة. تتوفر مدارس كثيرة تعلم التأمل لكن يمكن ممارسته بشكل مجازي كالجلوس بهدوء في الصباح أو تخيل نفسك أنك تجلس في مكان هادئ وجميل (بحر - قمة جبل) أو مناسبة سعيدة.

• الصلاة:

يرتاح الكثير من الناس بعد ممارسة الشعائر الدينية التي يحبها.

• التنظيم:

يساعد التنظيم الإنسان على أكثر من مستوى. مثل كتابة لائحة الأعمال المطلوبة قبل النوم. أو توزيع الأعمال المطلوبة في العيادة على مدى الأسبوع، و إعادة توجيهها إلى الكادر الذي يعمل بإشرافك. وكذلك توزيع الأعمال الشهرية والسنوية مما يخفف من الضغوط النفسية والإرهاق. كل ذلك يعطي إحساساً للفرد بسيطرته على محيطه وبالتالي يزيد من السعادة.

• الملابس:

كلما كانت مريحة وجميلة حققت المرجو. بشكل عام؛ يفضل انتقاء ألوان خاصة بالعيادة يحبها الطبيب. خاصة و أن التوجه الحالي هو تغيير نمطية اللون الأبيض لأنه يسبب التوتر للمرضى.

• التنفس:

عند المواقف الحرجة يفيد أخذ شهيق عميق مع العد حتى الرقم خمسة و الزفير حتى الرقم عشرة هذا النمط في التنفس ينقص من مستويات الكورتيزول في الدم و يخفض التوتر.

• التمارين الرياضية:

تُنقص من الغضب والاندراج و تنقص من مستويات الكورتيزول، و تطلق هرمونات السعادة في الدماغ مما ينقص القلق. و خاصة عندما تترافق مع التنفس العميق والمنتظم. كما أنها تحسن من النوم؛ العامل المهم لإنقاص التوتر وارتفاع مستوى السعادة للأفراد. كما أن ثقة الإنسان بمقدراته الجسدية ومظهره اللائق تقلل من مستويات القلق.

أيضاً؛ ينصح بالتدليك لما له من فائدة في الاسترخاء. أكان تدليكاً ذاتياً أم طبياً.

• الطعام:

يعد الطعام المتوازن مفيداً لأن الصحة تجعلنا أكثر تحملاً للتوتر. لا تبالح في استعمال الكافيين والسكر لأنها تعطي إحساساً بالنشاط لفترة وجيزة ثم يليها هبوط حاد في المعنويات (موجود في القهوة والمشروبات الغازية والشوكولا والحلويات).

تفيد الأغذية الغنية بالمغنيزيوم وفيتامينات (ب) في تخفيف التوتر.

• النوم:

إن تأمين فترة نوم كافية (7-8) ساعات كل يوم من أسس الصحة النفسية الجيدة، وإن إجراء تمارين المظمطة قبل النوم مهمة لطبيب الأسنان ليضمن نوم هادئ دون ألم عضلي.

إن نقص النوم المزمن ينقص من قدرة الطبيب للمحاكمة العقلية الناجحة، و ينقص من دقة عمله و قدرته على تحمل التوتر.

• النواحي الاجتماعية:

تحدث مع الأفراد الذين تحبهم من الأسرة أو الأصدقاء.

حدد الأنشطة التي تساهم في سعادتك أكان ذلك الطبخ أو الخياطة أو الحفلات أو المسابقات الرياضية أو العمل في الحديقة.....

التطوع في الأنشطة المختلفة (ميتم أو مستشفى أو إجراء حملة نظافة).

اتصل بالهاتف إذا لم تتمكن من زيارة من تحب بشكل شخصي. لكن تجنب طول البقاء على مواقع التواصل الاجتماعي حيث بينت الدراسات الحالية أن مرتادي مواقع التواصل الاجتماعي لديهم مستوى أعلى من التوتر وخاصة الذين يقضون أكثر من ساعة يومياً عليها.

• الوقت المستقطع أو الاستراحة:

للأسف كثيراً ما لا نخطط لوقت الاستراحة والتسلية فينتهي النهار ولا تجد وقتاً للراحة. قد يكون من المفيد تحديد وقت لقيولة الظهر مثال. حاول أن تقوم كل يوم بنشاط تستمتع به.

• الشكر:

كتابة رسائل الشكر لمن أثر فيك إيجابياً، أو من قدم لك خدمة.
كتابة مذكرات لتسجيل الإنجازات والأشياء التي تستحق الشكر.

• المرح و الضحك:

ثبت أن دقائق من المرح بنفس فعالية حبة مسكن ألم، ترفع المعنويات و تعطي إحساساً بالسعادة وتعادل نصف ساعة من الرياضة، و تطلق سيلاً من الهرمونات العصبية (الاندورفينات) أكانت بسبب مشاهدة كوميديا أو جلسة مرح، حتى أنه يوجد تدريبات معالجة يوغا معتمدة على الضحك.



الفصل السابع

استخدام التنويم المغناطيسي في طب الأسنان

الفصل السابع

استخدام التنويم المغناطيسي في طب الأسنان

الألم تجربة يصعب تقييمها؛ فهو مزيج من الأحاسيس والمشاعر غير السارة، و القلق أيضاً يختلف عند الطفل باختلاف الخبرات المعرفية والعاطفية والاجتماعية.

و هنا؛ ظهر التنويم المغناطيسي على نطاق واسع وبنجاح في تدبير الحالات السريرية لتعديل تفكير المرضى وسلوكهم وإدراكهم.

يعرف " التنويم المغناطيسي " وفق الجمعية الأميركية للتنويم المغناطيسي النفسي، بأنه: "حالة من الوعي تنطوي على تركيز الانتباه وخدر الأطراف، تتميز بقدرة معززة على الاستجابة للاقتراحات"

طُبِّقَ التنويم المغناطيسي في التخدير في أول عملية جراحية عام ١٨٢١ بمشفى اوتيل ديو، بينما طُبِّقَ في التخدير الموضعي في مجال طب الاسنان من قبل الطبيب آرثر تيرنر عام ١٨٩٠، وفي عام ١٩٥٨ صادقت الجمعية الأمريكية على علاج بعض الحالات باستخدام التنويم المغناطيسي.

هناك اعتقادات خاطئة تتعلق بالتنويم المغناطيسي حيث يعتقد البعض أنه يُطبق للتحكم في المرضى. يتم التنويم المغناطيسي بموافقة المريض، و لا يمكن إخضاع أي شخص للتنويم المغناطيسي للقيام بأفعال ضد مبادئه أو مسلماته و بدون موافقته، كما يستطيع الإنسان الخاضع للتنويم المغناطيسي إدراك وسماع كل ما يجري من حوله.

يستطيع التنويم المغناطيسي أن يلغي بعض الذكريات المُخزّنة سابقاً، أو أن يؤدي لاختلاق بعض الذكريات الكاذبة، لذلك يُمكن تطبيقه لتخفيف آلام وأعراض بعض الأمراض ولتحسين أداء جسم الإنسان، إلا أنه لا يستطيع أن يزيد من قوّة الإنسان التي يملكها سابقاً، أو أن يجعله إنساناً رياضياً على سبيل المثال.

يمكن أيضاً تطبيق التنويم المغناطيسي مع طب الأسنان كأداة غير دوائية فعالة توفر تخديراً؛ ولكن مع المحافظة على تعاون المريض، حيث تساعد المرضى الذين يعانون من القلق السني والرهاب من تخفيف حدة التوتر والعصبية والخوف غير المنطقي من الألم الذي يظهره هؤلاء المرضى لتقبل المعالجة في العيادة السنية.

وفيما يلي الفرق بين التنويم والنوم:

الفرق بين التنويم والنوم	التنويم Hypnosis	النوم Sleep
المقدرة على التفكير النقدي	لا	لا
تغير ضربات القلب والتنفس	نعم	نعم
تغير فعالية موجة الدماغ	لا	نعم
الاستجابة للمؤثرات الخارجية	نعم وبشدة	لا

أنواع التنويم المغناطيسي

❖ التنويم المغناطيسي التقليدي: التنويم المغناطيسي يضع المريض في حالة نشوة "مغناطيسية" وبعدها يخبره بما يجب فعله من أوامر واقتراحات مباشرة. يمكن أن تؤدي إلى النوم لدى بعض الأفراد وعدم المقدرة على البقاء مستيقظين.

❖ التنويم الإيحائي الإريكسوني: ويسمى بالتنويم المغناطيسي للمحادثة أو التنويم المغناطيسي الخفي، حيث يمكن تنويم الشخص أثناء المحادثة العادية دون أي إدراك منه وهو ما يحصل في الحيل النفسية المستخدمة في السحر.

❖ التنويم الإيحائي السريري: Hypnoanesthesia يعلم المرضى كيفية استخدام حالة الاسترخاء العميق لمعالجة الألم. والاستغناء عن الأدوية من خلال التخدير الذاتي ونقل الشعور بالخدر إلى أي جزء (أجزاء) من الجسم آخر لتخفيف الألم.

طريقة تأثير التنويم المغناطيسي:

تتناول تقنيات التنويم المغناطيسي بشكل مباشر نصف الكرة الأيمن للمريض أو تسد النصف المخي الأيسر، حيث يمثل النصف المخي الأيمن الإدراك الشمولي للفرد (الشعور-التخيل-الابداع-الفن)، بينما يمثل النصف المخي الأيسر الجانب اللفظي والفكري (المنطق-التحليل-التفكير-الحقائق-الرياضيات). وفي الأطفال؛ يتم تطوير النصف الفكري (الأيسر) من الدماغ، ولكن ليس إلى المستوى الذي يحجب نصف الكرة الأيمن، وبالتالي؛ يكون الطفل أكثر قابلية للانصياع للاقتراحات، والأكثر قابلية للإيحاء لمقدراتهم الكبيرة على الخيال.

آلية التنويم المغناطيسي:

يتمّ تنويم الشخص مغناطيسياً باختلاف الفرد وعمره وتصنيفه بعد تأهّله لذلك من قبل الشخص المتخصّص عن طريق إدخاله في حالة من الهدوء العميق والاسترخاء، ويتمّ الاسترخاء العميق عن طريق الخطوات الآتية:

- يُركّز المريض نظره على نقطة مرتفعة، بحيث لا يتزحزح عن هذه النقطة كخطوة أولى.

- يُغمض المريض عينيه، ثم يُركّز على عملية التنفس.
- يقوم الطبيب بإرخاء جميع أعضاء جسم المريض، من خلال استخدامه لنبرات صوتية تختلف باختلاف العضو المراد إرخاؤه.
- يصل المريض إلى مرحلة من الاسترخاء العميق؛ بحيث يبتعد عن الواقع بشكل تدريجي، ولكنه يبقى في حالة من السمع والوعي بما يدور حوله في هذه المرحلة.

شروط عملية التنويم المغناطيسي:

- يجب أن يكون المريض مُستعداً نفسياً، ولديه القابلية للعلاج قبل الدخول للجلسة؛ حتى تتحقق الأهداف المطلوبة منها.
- الدخول إلى العقل الباطني للمريض بعد تنويمه مغناطيسياً مثل شرح وسائل العلاج والحالة الصحية للجسم. وزرع الأفكار في ذهن المريض المُنوم مغناطيسياً، بهدف التأثير على تصرفاته عند الانتهاء من جلسة التنويم المغناطيسي.
- اللجوء إلى أساليب مُختلفة ومُبتكرة مثل المناورة الإيجابية للعقل الباطن للشخص، لإيصاله إلى مرحلة من القناعة للإقلاع عن التدخين مثلاً أو قبول المعالجة، أو لتخفيف الألم فيشعر المريض بأنّ الأمور تسري بشكل طبيعي ووفق مجال إدراكه ووعيه، أو يشعر بحالة من الاسترخاء والهدوء التام تعزله عن البيئة المحيطة، أو يشعر أيضاً بحالة من الاستيقاظ التام والإدراك الكامل الذي يجعله قادراً على إجراء أحاديث مع الناس حوله.

موانع التنويم المغناطيسي :

لا يُمكن تطبيق التنويم المغناطيسي في الحالات الآتية:

- ✓ لا يمكن استخدامه في علاج أصحاب الشخصيات الوسواسية.
- ✓ لا يُمكن استخدامه في علاج أصحاب الشخصيات الشكاكة؛ وذلك لانعدام ثقتهم في الأشخاص من حولهم، بمن فيهم الشخص المُعالج.

الآثار الجانبية للتنويم المغناطيسي:

- ✚ الشعور بالضيق أو بحالاتٍ من التوتر.
- ✚ الشعور بالدوار والنعاس.
- ✚ الشعور بالصداع.
- ✚ اصطناع ذكريات غير حقيقية لا تمتّ للواقع بصلة.

تطبيق التنويم المغناطيسي في طب الأسنان:

يمكن استخدام التنويم المغناطيسي بشكل مستقل أو كخيار إضافي مع أشكال أخرى خلال المعالجة السنية للحصول على أفضل نتائج السيطرة على القلق السني والخوف من الإبر وأدوات التحضير الدوارة والأصوات والاهتزازات والروائح، كما يوصى بأن يجتمع الطبيب المعالج مع المريض قبل يومين أو ثلاثة أيام من جلسة التنويم المغناطيسي.

ويمكن أن يطبق التنويم المغناطيسي في عيادة طب الأسنان من أجل الآتي:

- ❖ تدبير وتعديل السلوك الخاطئ والعادات غير المرغوبة.
- ❖ الاسترخاء والتحكم في القلق وتخطي التجارب القاسية سواء حدثت في مرحلة الطفولة أم بعدها.

- ❖ القضاء على الخوف
- ❖ التسكين والتخدير والسيطرة على الألم
- ❖ التخلص من منعكسات الغثيان والقيء
- ❖ السيطرة على اللعاب والنزيف
- ❖ تحمل التعويضات الترميمية، إزالة التحسس قبل المعالجة
- ❖ كبح العادات غير المرغوب فيها مثل دفع اللسان، البلع الطفلي، مشاكل المفصل الفكي الصدغي، صرير الأسنان.
- ❖ تعزيز الصورة الذاتية والثقة واحترام الذات.





الفصل الثامن

الذكاء والحيل الدفاعية العقلية الأشعرورية

الفصل الثامن

الذكاء والحيل الدفاعية العقلية اللاشعورية

تعريف الذكاء :

اختلف علماء النفس في تعريف الذكاء فمنهم من عرّفه حسب وظيفته وغايته، ومنهم من عرّفه حسب بنائه وتكوينه ومنهم من عرّفه تعريفاً إجرائياً. التعريف العام للذكاء: فعالية عصبية (حسية / حركية) متنامية، ذات قدرات متعددة، تعمل بعد إثارة الاستعداد الوراثي بالمنبه الخارجي المناسب.

أما من حيث الوظيفة فهناك عدة تعريفات منها:

ترمان Terman : الذكاء هو القدرة على التفكير المجرد

شترن Stern : الذكاء هو القدرة العامة على التكيف العقلي للمشاكل ومواقف الحياة الجديدة.

كولفن Colvin : الذكاء هو القدرة على التعلم.

كوهرل Kohler : الذكاء هو القدرة على الاستبصار، أي القدرة على الإدراك (أو الفهم) الفجائي بعد محاولات فاشلة تطول أو تقصر.

جودارد : الذكاء هو القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة في حل مشكلات حاضرة والتنبؤ بمشكلات مستقبلية.

أما من حيث البناء والتكوين ، فهناك عدة تعريفات منها:

بينيه Binet : يتألف الذكاء من أربع قدرات هي : الفهم ، الابتكار ، النقد ، القدرة على توجيه الفكر في اتجاه معين واستبقائه فيه.

سبيرمان Spearman : الذكاء قدرة فطرية عامة او عامل عام؛ يؤثر في جميع انواع النشاط العقلي مهما اختلف موضوع هذا النشاط أو شكله.

ثورندايك Thorndike : الذكاء هو محصلة (متوسط حسابي) لعدة قدرات مستقلة عن بعضها البعض، وينفي ثورندايك وجود ما يسمى بالذكاء العام.

أهم النظريات التي حاولت تفسير طبيعة الذكاء :

1. نظرية العامِلين (العام و الخاص):

يرى سبيرمان أن الذكاء ليس عملية عقلية معينة كالإدراك والتفكير، بل هو عامل عام أو قدرة عامة تؤثر في جميع العمليات العقلية بنسب متفاوتة يشترك معه عامل نوعي خاص. والعامل العام في رأيه يؤثر في جميع القدرات والعمليات الجيدة من استدلال وابتكار وتصور وتذكر وإدراك حسي ولكنه يؤثر فيها بنسب مختلفة، وبعبارة أخرى فالذكاء جوهر النشاط العقلي كله فهو يظهر في جميع تصرفات الفرد وأوجه نشاطه المختلفة مع وجود استعدادات نوعية إلى جانبه .

2. نظرية العوامل المتعددة:

يرى ثورندايك صاحب هذه النظرية أن الذكاء يتكون من مجموعة من العوامل أو القدرات المتعددة، وللقيام بعملية عقلية ما لا بد من تضافر ووجود عدداً من القدرات تعمل مشتركة فيما بينها على اعتبار أن هناك ارتباط بين كل عملية وأخرى، ويرى ثورندايك أن العمليات العقلية هي نتاج لعمل الجهاز العصبي المعقد الذي يؤدي وظيفته على نحو كلي ومتنوع بحيث يصعب وصفه على أنه مجرد امتزاج مقادير معينة من عامل أو عوامل نوعية.

يصنف ثورندايك الذكاء إلى أنواع:

أ الذكاء المجرد : هو القدرة على معالجة الألفاظ والرموز والمفاهيم المجردة بكفاءة.

ب الذكاء الاجتماعي : القدرة على التفاعل بفاعلية مع الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة.

ج الذكاء الميكانيكي: قدرة الفرد على التعامل مع الأشياء المادية المحسوسة.

3. نظرية العوامل المجموعاتية :

يرى ثيرستون صاحب هذه النظرية؛ أن الذكاء يتكون من عدد من القدرات العقلية الأولية، وهذه القدرات مستقلة عن بعضها البعض استقلالاً نسبياً لا مطلقاً، وأن بعض العمليات المعقدة يوجد بينها عامل رئيسي مشترك يدخل في عدد من العمليات ولا يدخل في البعض الآخر، فمثلاً حتى نفهم الهندسة أو الجبر لا بد من تضافر القدرة العددية والقدرة على التصور البصري والقدرة على الاستدلال، و فهمنا لقصيدة شعرية يستند إلى تضافر القدرة على فهم المعاني، والطلاقة اللفظية والقدرة على التذكر.

4- نظرية الذكاءات المتعددة:

للذكاء ثمانية أنواع حسب تقسيم غاردنر في نظريته وقد حدد خاصيتين مشتركتين بين جميع أنواع الذكاء الثمانية:

1- أنها ليست وراثية فقط بل يمكن اكتسابها و تنميتها.

2- أنه يمكن تعلمها والتدريب عليها.

أنواع الذكاء وفق غاردنر :

1- الذكاء اللفظي (اللغوي): هو الحساسية للغة المنطوقة و المكتوبة، و القدرة على تعلم اللغات، واستخدامها في التعبير عن النفس وعن الأشياء الأخرى. يتسم بهذا الذكاء الكتاب والشعراء، والمحامون والخطباء.

2- الذكاء المنطقي (الرياضي): هو القدرة على تحليل المشكلات منطقياً، وإتمام العمليات الحسابية المعقدة، والقدرة على التقصي والبحث العلمي، والتعليل والاستنتاج والتفكير الناقد.

3- الذكاء الحسي (الحركي): هو القدرة على التنسيق والمواءمة بين حركات الجسم من أجل تحقيق أهداف معينة.

4- الذكاء التفاعلي (الاجتماعي): هو القدرة على فهم دوافع ورغبات الآخرين

والقدرة على العمل معهم والتأثير فيهم، عادة ما يتصف بهذا الذكاء القادة، و المعلمون، و المرشدون، و مندوبو المبيعات.

5-الذكاء الذاتي(الفردى): هو قدرة الفرد على فهم نفسه، والتعرف على أحاسيسه ومخاوفه ودوافعه، ورسم نموذج فعال لشخصيته، والقدرة على الاستفادة من إمكاناته ومعلوماته في تطوير ذاته.

6-الذكاء النغمى(الموسيقى): هو القدرة على أداء وتأليف وتقدير النغمات والنبرات والتميز بينها وتقليدها.

7-الذكاء المكانى(التصورى): هو القدرة على تقدير واستخدام المساحات والفراغات المكانية .

8-الذكاء الحيوى(البيئى):هو القدرة على التعايش مع البيئة الطبيعية ،والقدرة على التعرف على الأصناف الطبيعية المختلفة.

العوامل المؤثرة في مستويات الذكاء وأنماطه بشكل عام:

1- العوامل الوراثية :

إن كلاً من الوراثة والبيئة يتبادلان التأثير في الذكاء، والذكاء هنا نتاج تفاعل بين القدرات البيولوجية وبين الفرص البيئية المتاحة، ويجعل من المستحيل فصل تأثيرهما تماماً إلا على سبيل الدراسة والبحث. فالوراثة تصنع الحدود والإمكانات التي تتيح للعوامل بالتأثير، فالاستعدادات الموروثة لا تظهر ويتضح أثرها من دون آثار البيئة.

2- العوامل البيئية :

حاول العلماء دراسة العلاقة بين ذكاء الأفراد وبعض العوامل البيئية ذات الصلة، من هذه العوامل :

A- الفروقات الاجتماعية والاقتصادية، فالأطفال القادمون من الطبقات العليا مادياً عادة (و بالتأكيد ليس دوماً) أكثر ذكاء من أطفال الطبقات الفقيرة أو المحرومة.

B- المستوى التعليمي للأفراد: فإذا قسمنا الناس وفق مؤهلاتهم العلمية؛ نجد أن الأكثر ذكاءاً هم ذوو المؤهلات العلمية العليا وخريجو الجامعة، ثم خريجو المدارس الثانوية، ثم فئة المدارس الإعدادية والابتدائية، ثم الأميون. وهناك علاقة بين ذكاء الأطفال والمستوى التعليمي لأبائهم وأمهاتهم، ووجد أن علاقة الذكاء بتعليم الأم أكثر أهمية من علاقة الذكاء بتعليم الأب.

C- الغذاء والمرض : إن سوء التغذية للجنين يؤدي لضعف الدماغ بشكل لا يمكن تعويضه في المراحل العمرية التالية لأنه يكون في مرحلة التكوين.

بينما سوء التغذية في السنوات الأولى له دور خطير في ظهور الأمراض العقلية.

كما تبين أن ١٠٪ من حالات التخلف العقلي ناشئة عن إصابات الولادة. و أن

درجات معظم المصابين بأمراض جسمية تكون أقل من غيرهم في اختبارات الذكاء.

D- حجم الأسرة: هو أحد المؤثرات البيئية التي ترتبط ارتباطاً هاماً بالمستوى العقلي للأبناء. حيث تبين أن متوسط ذكاء العائلة يميل إلى الانحدار إذا ارتفع عدد الأطفال وربما يعود السبب إلى أن الآباء الذين لديهم أطفال أكثر يقضون وقتاً أقل مع كل طفل من أطفالهم.

E- الذكاء والمهنة: تختلف مستويات الذكاء باختلاف المهن. وهذا أمر طبيعي لأن مهنة الفرد تتصل بمستواه التعليمي؛ و المستوى التعليمي له علاقة طردية بالذكاء. وكذلك هناك علاقة بين ذكاء الأطفال والمستوى المهني للآباء وهذه علاقة إيجابية طردية.

القدرة و الاستعداد :

يرتبط مفهوم القدرة لدى كثيرين بمفهوم الاستعداد للقيام بفعل معين. لكن الاختلاف يكمن في كون القدرة مكتسبة من المحيط الخارجي ومرتبطة بإمكانية النجاح في عمل أو مهارة أي قابلة للملاحظة. في الوقت الذي يكون فيه الاستعداد داخلياً، أي فطرياً، كما يكون مرتبطاً بالظروف التي يخضع لها الفرد. الاستعداد هو بمثابة قدرة في حالة كمون. وعند انتقال القدرة من حالة الكمون إلى حالة الظهور تسمى مهارة.

فالقدرة:

هي إمكانية النجاح في تنفيذ مهمة أو ممارسة مهنة، ويمكن أن تكون موضوع تقويم / قياس مباشر، وهي مشروطة بالاستعداد التي تعلنه بطريقة غير مباشرة.

أما الاستعداد:

هو عبارة عن أداء متوقع إذا توفرت الشروط الضرورية عندما تسمح بذلك عوامل النضج و النمو والتعلم. و كذلك يُعرّف الاستعداد بأنه هو حالة أو مجموعة الصفات الدالة على قدرة الفرد على تعلم مفهوم جديد أو موضوع جديد، ويتكون لدى الفرد من خلال تفاعل عاملي الوراثة و البيئة.

مقاييس الذكاء :

فكرة قياس الذكاء تقوم على فكرة تراكم المعلومات، لأن حساب العمر العقلي يقوم على جميع التجارب التي نجح فيها الفرد ، ومع ذلك فانه يتعين متابعة امتداد احتمالات النجاح والإخفاق في مراحل مختلفة من العمر، لان بعض النتائج قد يجعلها الفرد متقدمة أو متأخرة لعدة سنوات.

والذكاء سمة لا يمكن قياسها قياساً مباشراً، وإنما يُعطى الفرد عملاً معيناً لإجرائه، يتطلب هذا العمل ممارسة بعض الوظائف العقلية العليا ثم تسجل النتائج وتُقارن بعمل غيره من أقرانه في العمر الزمني والموجودين تحت نفس الشروط والظروف. ومقياس الذكاء ليس مقياس جامدا بل هو عبارة عن عدة اختبارات شفوية وتحريرية معينة تتضمن مجموعة من المعطيات التي تدل على استخدام العقل والتفكير في الرد عليها وذلك بطريقة منتظمة، مع الأخذ في الاعتبار العمر الحقيقي للفرد.

وفي تعريف آخر فمقياس الذكاء هو طريقة منظمة لمقارنة سلوك فردين أو أكثر. **مُعامل الذكاء ودرجاته:**

عندما يقال أن ذكاء الفرد الفلاني "طبيعي" فنعني أنه طبيعيّ بالقياس إلى معدل الذكاء السكاني العام في ذلك المجتمع في ذات العمر الزمني. ولذلك فإن العمر العقلي للفرد هو درجة ذكائه الفعلية بالمقارنة إلى الذكاء العام. وقد يكون عمره

الحقيقي بالسنين اقل أو أكثر من ذلك.

والشخص الذي عمره العقلي يفوق عمره الزمني؛ يكون ذكاؤه فوق المعدل والعكس بالعكس. فإذا تطابق العمران كان متوسطاً وقريباً من المعدل العام. ومعامل الذكاء هو النسبة المئوية بين عمر الفرد العقلي وعمره الزمني. فالفرد الذي عمره الحقيقي ٨ سنوات بينما درجة ذكائه توازي الرابعة من العمر، يكون معدل ذكائه:

$$٨١٤ \times ١٠٠ = ٥٠\%$$

إذاً معامل الذكاء (IQ) = العمر العقلي \ العمر الزمني $\times ١٠٠$

ويتراوح معدل ذكاء الفرد الطبيعي بين 90-110 كمعامل ذكاء، أما انخفاض معامل الذكاء دون الـ ٨٠ يعتبر ميلاً إلى التخلف عقلياً.

درجات الذكاء والتخلف العقلي:

إن التصنيف الدارج لدرجات الذكاء هي (حسب تصنيف تيرمان):

- (١) عبقرى (١٤٠) فما فوق
- (٢) ذكى جدا (١٢٠ - ١٤٠)
- (٣) ذكى (١١٠ - ١٢٠)
- طبيعي (متوسط): (٩٠ - ١١٠).
- (٤) فئة حدية (٧٠ - ٩٠)
- (٥) متخلف عقلي (٧٠) فما دون

التخلف العقلي:

التخلف العقلي هو حالة ينعدم فيها تكامل نمو خلايا المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما. والتخلف العقلي ليس

مرضاً مستقلاً أو معيناً، بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام، وعجز في قابليته على التكيف.

تصنيف اختبارات الذكاء :

تختلف اختبارات الذكاء باختلاف الأساس الذي يقوم عليه التصنيف، ومن أهم هذه الأسس:

الأساس الأول : الزمن ويوجد منها نوعان:

- اختبارات سرعة: وهي الاختبارات ذات الزمن المحدد الذي لا ينبغي أن يسمح بتجاوزه وعادة تكون المفردات سهلة والتركيز يكون على السرعة في الإجابة.

- اختبارات قوة: وهي تلك التي ليس لها زمن محدد، ويسمح للمفحوص الإجابة على جميع الأسئلة وتعتمد الدرجة فيها على صعوبة الأسئلة.

الأساس الثاني: طريقة إجراء الاختبار:

- الاختبارات الفردية: وهي التي لا يمكن إجراؤها إلا على فرد واحد بواسطة فاحص واحد في نفس الوقت مثل (اختبار بينيه واختبار وكسلر للذكاء).
- الاختبارات الجماعية: وهي التي يمكن أن تجرى بواسطة فاحص واحد على مجموعة من الأفراد في نفس الوقت.

الأساس الثالث: محتوى الاختبار :

- اختبارات لفظية: وهي تلك التي تعتمد على اللغة والألفاظ في مفرداتها وهي لا تجرى على الأميين.

- اختبارات غير لفظية: وهي لا تحتاج إلى اللغة إلا المجرّد التفاهم وشرح التعليمات، وعادة ماتكون مفرداتها في شكل صور ورسوم.

الأساس الرابع: نوع الأداء :

- اختبارات قرطاسية (ورقة وقلم)
- اختبارات عقلية مثل فك وتركيب الآلات والعدد وخلافه.



حيل النفس الدفاعية العقلية اللاشعورية

١- التسامي والاستعلاء:

الهدف: تحقيق التكيف النفسي مع الواقع (لإرضاء الضمير)
هو التظاهر و ادعاء الفضيلة والرقى والكمال والسعي لها والالتزام الشديد بالقيم الاجتماعية. فكل إنسان يخطئ لكنّه لا يحبّ أن يظهر خطؤه أمام الناس.
قد يشعر الإنسان أن لديه عيوباً ونقصاً أو دوافع لارتكاب الأخطاء (آفات النفس) لأن للإنسان دوافع فطرية بدائية حيوانية عدوانية غير مقبولة اجتماعياً؛ فيقوم باستبدالها بأشكال راقية ومقبولة اجتماعياً بعلاقات مسالمة. وقد يستعمل من أجل ذلك حيلة الكبت.
أمثلة:

- التزام الطفل بآداب الطعام وعدم الأكل أو البدء بالأكل إلا بحضور باقي أفراد الأسرة رغم جوعه.
- التزام الشخص الموهوب بتلبية دوافعه الفنّية أو الرياضية أو الفكرية لتأكيد ذاته بما هو مقبول اجتماعياً. فيلتحق بدورات موسيقية أو ... رغم أنه من بيئة عادية غير موسيقية فنية أساساً (لها الدور الأكبر في بناء الشخصية).

٢- الكبت:

الهدف : مواجهة القلق والملازمة النفسية
إنكار الفرد البواعث والميول والرغبات والذكريات بشكل غير واعٍ حتى لا يشعر بالذنب والألم والقلق.

مثاله: كبح جماح الشهوات (كبح التملك) والغرائز (كالأنانية) في اللاوعي

لإخفائها عن منطقة الوعي والشعور

إلا أن هذا الكبح لا يميّتها فتبقى داخل الإنسان بصورة مقنّعة.

إذا نجحت هذه العملية وهذا نادراً ما يحدث؛ فقد تؤدي لئسيان الدافع النفسي

وغياب السلوك الناجم عنه.

أما إذا حدث هذا بشكل واعي (أي يدركه العقل)، فهو قمع للدوافع مثل الامتناع عن

الانتقام بالرغم من وجود دافع الكراهية لشخص ما وذلك إما بسبب الخوف منه أو

الحاجة إليه (كظم الغيظ).

الوقاية من الكبت و المعالجة: تتم بتنشيط الفعاليات العقلية وإشغال النفس

بنشاطات فنية أو رياضية أو عقلية كالشطرنج وقراءة القصص والروايات. أو

توجيه الكبت بحسب الثقافة الاجتماعية والأعراف (كالاستغفار والحج) .

أما المعالجة النفسية فتعتمد على تطهير الذات بالتداعي الحر بإطلاق سراح

المشاعر والذكريات المكبوتة (التنفيس عن النفس والفضفضة) كالاقرار بالذنوب

والخطايا مما يؤدي إلى الارتياح بالشعور بتطهير الذات وتحرير النفس من عبء

الشعور بالألم.

علاج القمع: يكون بإعطاء الحرية للفرد بالتصرف فيما يملكه من قدرات مادية أو

فكرية مثل التعبير عن الرأي وممارسة حقه في العمل والكسب وتحقيق طموحاته

ضمن ما تسمح به ثقافة كل شعب والترغيب بالتسامح والعفو.

٣-العكسية:

هي إظهار الفرد عكس ما يُبطن من دوافع (نفاق). قد تكون وسيلة في الكبت

ويمكن استخدامها في التسامي من أجل التكيف الاجتماعي. مثلاً: البخيل يتظاهر

بالكرم. الجبان يتظاهر بالشجاعة. و دعاة الحرية يمكن أن يكونوا أكثر المؤيدين للتسلط والاستبداد في الحقيقة.

العلاج: يتم بالتربية الأخلاقية المبنية على الصدق والعفو

٤- الإسقاط:

الهدف: إبعاد التهمة عن النفس برمي الأخطاء بعيداً ضد الشعور باللوم؛ فيسقط الفرد ما لديه على الآخرين وينسب الأخطاء إلى الغير. مثلاً:

المرتشي يرى الناس كلهم مرتشون.

والطالب الذي يغش في الامتحان يرى كل الطلاب مثله .
والزوجة المهملة تتصور أن جميع الزوجات مهملات .
والرجل البخيل يتصور أن كل الرجال كذلك .

يزيد من هذه الحيلة: الكبت أو الزجر أو الإحباط والقسوة في التربية .
المعالجة: تتم بالنظم التربوية الصحية كالتدريب على النقد الذاتي والفضضة .

٥- التبرير:

اختلاق الأعذار بعدة أشكال:

- ❖ استخدام الحب والكراهية كنوع من الاعتذار عن فعل الشيء .
- ❖ لوم الظروف والأشخاص الآخرين فالموظف يبرر اختلاسه بارتفاع الأسعار أو أن الراتب لا يكفي. و كالتألم عندما يفشل في الامتحان فيلوم القلم الرديء أو أن أمه لم توقظه باكراً أو أن أحداً أتاها ضيفاً فأشغله عن الدراسة أو أن الامتحان كان من خارج المنهاج أو جاء مفاجئاً. فنسمع من الطالب

الفاشل القول التالي (رَسَّبوني !!) و كأنه كان يجب أن ينجح و لكن تم

ترسيبه ظلماً!! بدل أن يقول (رَسَبْتُ)

❖ التسوية والمماثلة مثلاً في رد الدين بعدم رؤية الدائن .

❖ استعمال الضرورة أو المأثور كعذر (الضرورات تبيح المحظورات) كالتدخين

على أنه ضرورة (غصباً عنه). المبالغة في اللباس و المظاهر على أنها

ضرورية.

❖ مزج الأمور مع الإسقاط كتبرير تأخر الطالب أو الموظف بتأخر زملائه.

المعالجة: تتم بالتربية السلوكية والأخلاقية والدينية .

٦-الإزاحة:

الطفل الذي يعتدي عليه زملاؤه في المدرسة يعتدي على أخوه الأصغر أو على

قطته في البيت (نظرية كبش الفداء).

لا تحدث دائماً من الأعلى إلى الأدنى فقد ينقل الفرد كره والده إلى كره رئيسه

المباشر وقد ينقل حب والده إلى حبه لرئيسه. وقلة الاحترام والتقدير في البيت

تؤدي إلى قلة احترام الآخرين في المجتمع.

٧-التقمص:

هو التشبه بالأشخاص الناجحين أو المحبوبين، عكس الإسقاط (رمي الخصال

الذميمة على الغير) فهنا ينسب الفرد الخصال الحميدة للغير إلى نفسه؛ ويبالغ في

تقليده. فالطفل يقلد أباه أو أستاذه والبنات أمهات.

في التقمص يحدث الاندماج في شخصية المحبوب فنفرح لفرحه ونحزن لحزنه

وندافع عنه وكأننا نحن هو.

مثاله: (التصوّف) (التوافق العاطفي الشديد) يمكن الاستفادة منه بأن توفر الأسرة والمدرسة الأمثلة و القدوة المناسبة.

٨- الإنكار:

- وتعني التهرب، أي رفض إدراك الواقع المؤلم والحقائق غير السارة.
- أمثلة : إدارة النظر عن رؤية المناظر غير السارة .
- رفض مناقشة الموضوعات غير السعيدة .
- رفض اعتراف الكبير المسن بضعفه الجسدي أو العقلي .
- عدم تصديق الأب بأن ابنه مهمل أو مؤذي في المدرسة .
- عدم اعتراف الموظف بقلّة الخبرة والطالب بقلّة الاجتهاد .
- عدم التصديق بموت الصديق أو العائلة.

٩- التعويض:

- هو استبدال الفشل أو العجز في مجال ما؛ باللجوء لنشاط آخر ينجح به في مجال آخر.
- تدخل هذه التقنية ضمن عمليات التكيف الاجتماعي. وقد تفيد و إن كان خداعاً للذات، و ذلك بخلق حالة من القلق تعمل كدافع للعمل وتحقيق النجاح.
- أو قد يكون التعويض ضاراً (بالمبالغة فيه) إذا أبعد صاحبه عن النشاط الملائم فيحدث الفشل والإحباط.
- مثاله : زواج الفقيرة من رجل غني للتعويض عن الحرمان .
- زواج رجل ضعيف الشخصية من امرأة قوية الشخصية .

١٠ - النكوص أو الارتداد:

السبب :عدم الشعور بالأمان - الغيرة - الحرمان - الإحباط والفشل .
عند الأطفال الصغار يتظاهر بـ : مص الإصبع - التبول الليلي - التأثأة - الحبو
بعد تعلم المشي . و يعالج بـ: المساواة بين الأطفال - عدم الصد أو التعبير -
تجنب التوبيخ والإحباط والزجر .
أما عند الأكبر عمراً فهو يتظاهر بـ :الضرب والرفس والعض والبكاء . و يعالج بـ :
اجتناب المواقف المشعرة بالنقص والتوتر والإحباط والدونية - التشجيع ورفع
المعنويات .

رغم كل السابق إلا أن الإنسان في حال فشل الحيل الدفاعية النفسية لا يجد أمامه
سوى الالتجاء للمرض النفسي كالشلل الهستيري والعمى الهستيري والصمم
الهستيري أو الانهيار العصبي، حتى يعفي نفسه من المواقف المهددة لحياته، أو
قد يصاب بالأمراض السيکوسوماتية التي تنشأ من أسباب نفسية كالحرمان
والضغوط المختلفة (كالخوف والفاجعة) والإحباط، لكن أعراضها جسيمة ومنها
الربو- القرحة - الصداع النصفي - ارتفاع ضغط الدم والسمنة....





الفصل التاسع

مهارات التواصل

الفصل التاسع

مهارات التواصل

المقدمة

يعتمد النجاح في العمل المهني الطبي ليس فقط على معرفة الطبيب أو الطيبة باختصاصهم الطبي؛ بل أيضاً على قدرتهم على التواصل مع المرضى والكادر الطبي المساعد. حتى أن الترقية المهنية والإدارية تعتمد على قدرة الطبيب على العمل الجماعي ضمن فرق. و الخطوة الأولى لفهم التواصل بين الأفراد هو إدراكنا أن التواصل الجيد يتألف من عدة مراحل قد تتخللها بعض الصعوبات.

تهدف هذه الصفحات إلى زيادة وعي الطبيب حول طرق التواصل ومهاراته المختلفة لتجاوز هذه الصعوبات، و تشرح السلوك الاجتماعي للإنسان باعتباره كائن متفاعل مع بيئته، وليس حيادياً، و لا يمكن توقع ردّة فعله دائماً، ولا يتصرف في كل الظروف كما يجب عليه. إن التواصل هو دائماً طريق باتجاهين و يتأثر بكل الأحداث والبيئة المحيطة. يمكن شرح عناصر التواصل كما يلي:

١ - إيصال الفكرة الهدف (إرسال الرسالة):

يمكن أن تحدث بوسائل متعددة؛ بصرية (مكتوبة أو بالإشارة)، سمعية (كلام أو موسيقاً)، لمسية (باليد أو التلامس الجسدي)، شمّية (بالروائح)، أو قد تشمل عدة حواس مع بعض.

لإيصال الرسالة المطلوبة يجب بناؤها بكلمات واضحة؛ و إن كانت صوتية فبنبرة صوت ملائمة؛ ومرافقتها بتعابير وجهية وجسدية مناسبة.

لكي تصل الرسالة بوضوح يجب أن يتمتع طبيب الأسنان بالفكر الواضح و بالمنطق والكلام الموزون وخاصةً أثناء تقديم عرض أو شرح طبيعة المرض، و أن يمتلك لغة يفهمها المتلقي، لذلك يُطلب من الأطباء البشريين أو الأسنان دراسة لغة البلد التي سيدرس بها أو يعمل؛ حتى و إن كانت لغة الدراسة بالإنكليزية مثلاً، و حتى يوجد في العالم مهنة تسمى "مترجم طبي" ليكون صلة الوصل بين المريض و الطبيب بلا أي إمكانية للفهم الخاطئ.

تعد سورية دولة متعددة اللغات واللهجات، لذا قد يكون أحياناً هناك ضرورة للمترجم. لا يعتمد معنى الرسالة فقط على الكلمات المنطوقة بل بطريقة قولها؛ ولمن هي موجهة؛ وتتأثر بما يحيطها من الأحداث، فتتأثر سلباً بالضجيج مثل صوت التوربين أو إيجاباً كالموسيقى الهادئة التي يتم تشغيلها في العيادة.

مثال سلبي: هل سيتلقى المريض المعلومات حول مرضه بشكل جيد إذا كان الطبيب يخبره بها وهو ينظر إلى هاتفه ويتفقد الرسائل بأن واحد؟

٢ - قناة التواصل:

وتشمل وسائل متعددة منها وجهاً لوجه أو باستعمال الهاتف أو الرسائل القصيرة أو الـ WhatsApp ومشابهاتها كالتواصل بالفيديو. يعتمد الأطباء بشكل عام على التواصل وجهاً لوجه أكثر من غيره من الوسائل بالإضافة إلى الاستفادة من نتائج التحاليل و الصور. يعتمد الطبيب الماهر على وسائل متعددة لتحسين إيصال المعلومة مثل: الصور الشعاعية أو الصور الضوئية أكانت لشرح حالة المريض بالخاصة أو لإظهار طريقة المعالجة المعتمدة لحالات مشابهة.

٣- المتلقي:

لحصول التواصل الجيد يجب على المتلقي ترجمة الرسالة الواصلة من الطبيب بشكل صحيح ودقيق. و تتأثر هذه الترجمة بخبرات المتلقي السابقة ومعتقداته.

مثلاً: إن إعلام المريض بأن لديه ورم ثُلُولِي سيكون مرتبط بخبراته الشخصية، هل كلمة ورم هي التي سيسمعا فقط وبالتالي سيكون لديه أوهام كبيرة؛ أم سيتلقى الخبر على أنه فعلاً شيء بسيط لا يدعو للقلق، في هذه الأحوال وعند الكلام مع المرضى البسطاء يمكن استعمال المصطلح العامي (الثألول) عند التعامل.

إن تطوير مهارات الاستماع الفعال لكل الأطراف هو مطلبٌ حق؛ لأن سوء الفهم الناتج عن نقص معرفة المتلقي بالمعلومة أو نقص إدراكه هو أمر شائع.

٤- رد الفعل FEED BACK:

وتشمل رسائل لفظية أو غير لفظية ويستطيع من خلالها الطبيب (المرسل) ملاحظة مقدار تفهم المتلقي للرسائل والمعلومات المعطاة.

مثلاً: مظاهر الوجه المعبرة عن الدهشة أو عدم الفهم تتطلب من الطبيب إعادة شرح المشكلة بطريقة أخرى.

من المهم للطبيب كذلك مراقبة ردود فعله الشخصية و تدريبها من خلال المراقبة الذاتية للمشاعر والأحاسيس الناتجة عن التعامل مع الأفراد وردود أفعالهم وضبطها في كثير من الأحيان. و التدريب المتكرر يجرى على المواقف الأكثر شيوعاً في الحياة أو العيادة لتسهيل مهمته كطبيب.

أيضاً يجب تذكر أن رد الفعل هو نوع من الرسائل المهمة التي يمكن أن يحدث فيها سوء الفهم. مثال (لاحظ الفرق بين رد فعل طالبين مختلفين):

الأستاذ: لقد راقبت عملك خلال الأسبوع الماضي وأظن أن الترميمات التي أجريتها أفضل من الأول، مع النظر مباشرة إلى الطالب (وضعية مرتاحة وابتسامة).

رد الطالب الأول: ممتاز، شكراً أستاذ (ابتسامة والمحافظة على النظر بوجه الأستاذ)، (التفكير: معناتاً أنا عم أشتغل صح).

رد الطالب الثاني: منيح (الطالب يعرض على شفته وينظر إلى البعيد)، (التفكير: ليش عم يراقبني، قد يكون الأستاذ يشك بعلمي).

لماذا كانت ردة فعل كل طالب مختلفة عن الآخر؟ كيف يجب أن تكون ردة فعل الأستاذ على كل موقف من هذه المواقف؟

٥- المضمون:

لا يحدث التواصل دون فهم البيئة المحيطة. لذا؛ يجب النظر إلى ما وراء بعض الكلمات أو التصرفات المحددة لتشمل المضمون والرسالة التي يحملها التواصل والتي لا يمكن تفسيرها دون معرفة المتحدثين و الخلفية.

مثال (١): كأنو صاييني فيروس. تعني عند مهندس الكمبيوتر مفهوم يختلف عن محادثة بين طبيبين.

مثال (٢): السؤال: كيفك اليوم؟ تعني بين أصدقاء التقوا صدفة في الطريق مفهوم آخر عن السؤال نفسه في عيادة الطبيب.

يتأثر سلوك كل فرد حسب المواقف المحيطة به من حيث الزمان والمكان. مثال: يتغير سلوك الأستاذ مع الطالب في الكلية عنه لو التقى به في مؤتمر مثلاً. و يتغير حديث الطبيب مع المريض إذا التقى به صدفة في مكان عام منه في العيادة.

٦- التشويش:

إن المقصود بهذا المصطلح هو كل شيء يتدخل أو يشوه معنى الرسالة. سيتم ذكر أكثر العوامل الخارجية المشوشة شيوعاً والتي تؤثر على دقة التواصل وفعاليتها:

أ- العوامل النفسية:

و يتضمن ذلك المواقف المسبقة للفرد وكيف يستقبل المعلومات. حيث يستجيب الأفراد بطرق مختلفة تجاه الأحداث حولهم، إذ يمتلك كل منا طرائق مختصرة لجمع المعلومات و تحليلها. المواقف المسبقة تتضمن افتراضات حسب انتماء الشخص لمجموعة ما. ودون التأكد بالوقائع على مدى مصداقية هذه الافتراضات.

مثال: يتوقع الكثير من المرضى أن تكون المعالجة السنية مؤلمة لذلك فهي تسبب لهم مستويات مختلفة من القلق. رغم أن الكثير من المعالجات غير مؤلمة ومجموعة أخرى من المعالجات يمكن إجراء التخدير الموضعي قبل إجرائها. يتوقع الطبيب أن يكون الطفل الصغير ذو سلوك سيء في العيادة لكن بعضهم يكون في قمة التعاون.

ب- العوامل الشخصية:

وهي مرتبطة بالقيم والدوافع المرتبطة بالشخص. مع وجود اختلافات ثقافية بين المجتمعات حول مفاهيم كثيرة مثل الزمن والمكان والحدود الشخصية.

مثال: مقدار التلامس المسموح بين الرجال والنساء في مجتمعنا محدود، بينما في مجتمعات أخرى في اليابان مثلاً يعتبر التلامس أثناء التحية بشكل عام غير مرغوب ويكتفي الطرفان بالانحناء لبعضهم البعض ، بينما التحية باليد هي المتبعة في الولايات المتحدة. وهذا يسبب سوء الفهم في كثير من الحالات عند التقاء أفراد من مجتمعات مختلفة.

ج- العوامل البيئية:

كل ما يتعلق بالضجيج وحجم المكان والحرارة والبرودة والإضاءة. مثال: يعد صوت العيادة السنية من مسببات القلق للكثير من الأفراد. يؤثر كذلك كل من العمر والجنس على التواصل. مثال: قد تعني إمالة الرأس المتكررة إلى الأمام لرجل على أنه موافق بينما قد تعني عند سيدة نعم أنا أسمعك فقط دون أن تعني أنا موافقة بالرأي على ما تقول.

د- الإعاقة:

أي إعاقة جسدية أو عصبية قد تجعل التواصل أكثر صعوبة عن الخطة العامة المتبعة مع الأفراد العاديين. مثلاً الإعاقة السمعية أو البصرية؛ باركنسون أو الاكتئاب.

هـ- العوامل التنظيمية:

قد يكون هناك صعوبة في التواصل بسبب وقوع الفرد ضمن مؤسسة. فالتواصل عبر كوة صغيرة أصعب مما لو كان هناك مكتب مفتوح.

أيضاً؛ التواصل في العيادة الخاصة أسهل من ضمن مجمع عيادات.

يجب إدراك أن درجة معينة من التشويش لا يمكن إلغاؤها بين الفرد وطبيب الأسنان لكن يفضل الإقلال من الضجيج في العيادة إن أمكن لتحسين التواصل.

مهارات الإصغاء الفعال:

يرتبط نجاح التواصل في كثير من الأحيان بالقدرة على الإصغاء الفعال الذي يجب أن يوصل رسالة للطرف الآخر أننا مهتمون بحديثه ونحترمه. هذا هو سر النجاح لحل المشكلات وتلبية احتياجات الفرد؛ بالإضافة لبلوغنا لأهدافنا من التواصل.

للأسف ليس بإمكان الدماغ البشري استعمال المناطق ذاتها من الدماغ في عمليتين منفصلتين أي لا يمكننا الإصغاء بفاعلية وإجراء محادثة على الهاتف بأن واحد. عملياً يمكن إيقاف العمل والبدء به عدد غير محدود من المرات. أي في فترة تستمع إلى الحديث وفترة على الهاتف (على العكس مما يعتقد الكثير من الأفراد).

للأسف تتم معظم المحادثات بدون أن يعطي المتلقي كامل اهتمامه للمتحدث مما يؤدي إلى ضياع كمية كبيرة من المعلومات. رغم أن الإصغاء هو من أحد أكثر وسائل التواصل شيوعاً في أماكن العمل.

مثال: يضطر المدراء إلى الإصغاء بنسبة ٦٥ - ٩٠٪ من وقتهم في العمل.

إن سوء الفهم هو القاعدة الأكثر منه الاستثناء إذا لم تصل المعلومة كما أرادها المرسل سوى بحوالي ٢٥-٥٠ ٪ من الحالات.

يمكن تطوير هذه المهارة بشكل واعي والتدرب عليها فالإصغاء ليس المقصود به السمع، بل هو عملية نفسية واعية تتطلب التركيز والجهد.

أثناء الإصغاء يتم تلقي المعلومات وترجمتها من كل المعطيات اللفظية وغير اللفظية، كما أننا نجهز أنفسنا للإجابة، و عادة تكون آلية جمع المعلومة وتحليلها وتجهيز الرد غالباً ما تكون غير واعية.

مهارات الإصغاء:

تتضمن تطوير مهارة الملاحظة و التعامل مع الحواجز التي تمنع الإصغاء بكامل الحواس. و تطوير السلوك الذي يساعد على الإصغاء؛ والذي يرسل رسائل دائمة إلى المرسل على أنك تعطيه كامل اهتمامك.

حواجز الإصغاء:

- ❖ إصدار حكم أو تقييم قبل فهمنا لكل ما يقال أو القفز إلى النتائج مباشرة.
- ❖ سماع ما نريد سماعه فقط.
- ❖ تشكيل الرد والتدرب عليه أثناء استماعنا للحديث.
- ❖ الشرود أو التفكير بشيء آخر.
- ❖ عدم الرغبة بالإصغاء.
- ❖ القلق.
- ❖ الحكم على الشخص سلباً أو إيجاباً.
- ❖ الانحياز الناتج عن الجهل أو الحكم المسبق (ماذا يمكن أن يقول هذا الطبيب المبتدئ؟).
- ❖ مشاكل ثقافية (إذا كانت اللهجة غير مفهومة).
- ❖ المقاطعة.

السلوك المساعد على الإصغاء:

ماهي مفاتيح الإصغاء الفعّال؟ إذا انتبهنا إلى سلوك الذين نصفهم بأنهم مستمعون جيدون نلاحظ على أنهم يستعملون عدة تقنيات:

- توقف عن الكلام وأصغ بانفتاح للمعلومات.
- أزل كل ما يمكن أن يلهيك (الهاتف، التلفاز،).
- أظهر أنك جاهز للاستماع وقبول ما ستسمع (دون أن يعني ذلك القبول الأعمى للفكرة). الرسائل غير اللفظية هي الأساس في هذه المرحلة (وضعية الجلوس المفتوحة والنظر باتجاه المتكلم، والانحناء قليلاً أو الاتجاه باتجاه المتكلم).
- أجّل إطلاق الأحكام إلى انتهاء الحديث.
- اشرح ولا تكن دفاعياً من خلال الوضعية المريحة للجلوس. لأن التوتر والتذمر يحس بهما المتكلم من خلال الرسائل غير اللفظية.
- حافظ على الانتباه واعط رسائل أنك مهتم كالابتسامة أو حركات الرأس أو اليد لتشجّع المتكلم على إكمال فكرته (كن صبوراً).
- اسأل عن التفاصيل المهمة، إن إعادة صياغة المعلومة والسؤال عنها يؤكد إذا كانت الفكرة قد تم فهمها بشكل صحيح. مثال : يشتكي المريض من ألم سني عندما يتناول كأس شاي. فنعيد التأكد هل كان الشاي ساخناً مثلاً؟. أم كان مؤلماً لأنه كان حلو المذاق؟.
- يمكن أن نعيد صياغة أحاسيس المريض. مثال: فهمت منك أنك تشعر أن أسنانك غير جميلة وأنت محرج من الابتسام. مثال: يبدو أنك قلق من عملية القلع.

- اطرح بعض الأسئلة لتؤكد ما تعتقد أنه التشخيص الصحيح للمشكلة كلما أمكن ذلك
- سجل بعض الملاحظات على بطاقة المريض وخاصة إذا كان النقاش يدور حول خطة المعالجة أو خطة المتابعة بعد انتهاء العلاج.
- من معيقات التواصل كذلك كثرة النقاش والجدال التي هي معركة خاسرة لا يفوز فيها أحد وللأسف فإن قرر أحد الأطراف عدم الإصغاء فإن أي حجة ستذكرها ستكون فقط مدخلاً إلى جدل أكبر.
- يزداد احتمال تحول الحوار إلى جدل عقيم إذا كان عدد الأطراف المشاركين فيه كبيراً فإذا كنت تريد الوصول إلى هدفك حاول أن تتحدث مع الشخص المعني على انفراد أثناء الحديث
- لا تحول آراءك على أنها الحقيقة المطلقة أو كأنها قانون لا يمكن تجاهله خاصة أن لكل موقف هناك أكثر من وجهة نظر.
- إن عبارات الشكر والامتنان والتهنئة والمواساة والاعتذار لها تأثير إيجابي بطبيعتها على كل الأفراد ولكن يجب أن يحس المتلقي أنك صادق ومخلص (الكلمات نابغة من القلب).
- من المهارة أن توصل الطرف الآخر إلى فكرة ليحسها أنها فكرته لكي يتبناها ولا يشعر أنها مفروضة عليه.
- إن الأسئلة التي تطرحها على الطرف الآخر والتي توجهه باتجاه الأجوبة التي تحتاجها دون أن يلتهى بمعلومات قليلة الأهمية من المهارات الأساسية في التشخيص الجيد لأي حالة. مثال: متى تحس بالألم؟ ما الذي يزيده؟ هل تناولت مسكن ألم؟ هل كان ذو فائدة؟.

- إذا حدث خطأ ما فإنه من الأفضل الاعتذار بصدق وعدم محاولة ذكر مبررات لا داع لها لتبرير الخطأ. وهذا مهم خاصة أثناء مرحلة التعلم فالأستاذ ليس بحاجة لمعرفة كافة التفاصيل لماذا حدث الخطأ.

التواصل غير اللفظي:

كما ذكر في السابق فإن اكتمال معنى الحديث لا يتم إلا باستكمال باقي المؤشرات غير اللفظية. فأحياناً كثيرة يقول الفرد شيئاً ولكن اللهجة والدلائل الأخرى تشير إلى شيء آخر.

إن الرسائل المتناقضة التي تصل إلى المتلقي من خلال المعلومة اللفظية والدلائل غير اللفظية المعاكسة قد تجبر المتلقي على أن يختار بين إحدى هذه الرسائل (ماذا سيصدق؟).

يتغير معنى الجملة من المديح إلى الهجاء أو إلى التذمر أو التهكم حسب طريقة اللفظ ونبرة الصوت وحركات الجسم.

في حال كان هناك اختلاط بين رسالتين أحدهما المديح والثانية الضجر أو الانزعاج فإن المتلقي يشعر بأن المتكلم يخفي شيئاً أو أنه غير صادق خاصة وأن المعلومة التي تصلنا من خلال لغة الجسد نتلقاها على أنها الأكثر صدقاً. يمكن تحسين التواصل من خلال الانتباه الذاتي لحركات الجسم واللهجة. كلنا نستعمل إشارات اليد والجسم لتوصيل مفاهيم معينة للطرف الآخر لكن يجب الانتباه أنه عند التقاء أفراد من مجتمعات مختلفة فما قد يكون إشارة بريئة في حضارة ما قد تعني شيئاً آخر عند المتلقي من حضارة و ثقافة مختلفة.

بعض وسائل التواصل غير اللفظية :

ليس من السهل فهم الإشارات غير اللفظية، إذ قد تتشابه الإشارات التي تدل على الكذب لتشابهها مع الإشارات التي تدل على القلق أو التوتر، و عادة فإن تشارك أكثر من إشارة تدل على مفهوم معين تكون أكثر أهمية من إشارة واحدة وإن كانت أكثر وضوحاً. من هذه الوسائل غير اللفظية:

١- التعابير الوجهية والنظرات:

تؤمن التعابير الوجهية مصدراً غنياً لإيصال العواطف، و بعضها يكون واضحاً.

مثال: إذا شاهدنا الطلاب يبتسمون ويومئون بالرأس فهذا يدلنا على أن ما نشرحه قد بلغ الهدف. مع ذلك؛ رغم أن العبوس (تقطيب الحاجبين) من الحاضئين للمحاضرة يؤخذ على أنه عدم فهم واضح للمحاضرة؛ إلا أنه قد يعني أن العابس قد يعاني من الصداق وليس عدم فهمه أو انزعاجه الشخصي من المحاضر.

إن توجه النظر إلى اتجاه معين أثناء الكلام يوحي لمن هو موجه. لذا؛ يفضل عند إلقاء الحديث على عدة أفراد النظر إليهم بالتتابع وعدم تركيز النظر على شخص واحد كي لا يفهم الحديث أنه موجه لشخص واحد فقط .

٢- الوضعيات والحركات:

إن طريقة الوقوف والجلوس ترسل معلومات حول مشاعرنا أو مواقفنا تجاه ما نقوم به وما نفكر به. لذلك يدل الجلوس بشكل منحني على الملل بينما الجلوس باسترخاء يدل على الراحة والهدوء. يمكن من خلال النظر إلى مجموعة من الأفراد الجالسين معرفة من الذين على اتفاق بين بعضهم البعض من خلال تشابه وضعيات الجلوس واتجاهها باتجاه بعضهم البعض.

٣- الصوت:

إن نبرة الصوت وارتفاعه وطريقة الكلام تعطي معلومات مهمة عن الحديث، وتتطور هذه المهارة منذ الولادة. إذ يستطيع الرضيع أن يميز لغة والدته عن لغة غريبة عنه (في سورية يميز اللغة العربية عن اليابانية مثلاً). وذلك من خلال سرعة الكلام وارتفاع اللحن ومواقع التوقف إذ أن لحن جملة السؤال يختلف عن لحن جملة التذمر مثلاً أو جملة الأمر.

إن تنويع إيقاع الكلام وارتفاع الصوت أثناء الحديث يجذب المستمع ولا يدعه يمل.

٤- المسافة الشخصية:

وتعرف على أنها الجزء من الفراغ المحيط بنا والذي نعتبره لنا والذي نحس بعدم الارتياح عندما يتم تجاوزه من قبل الغرباء.

تزداد هذه المسافة كبراً أو تضيق حسب عوامل عديدة منها الثقافة الخاصة بكل بلد وشخصية كل فرد والعمر والجنس والمرتبة الاجتماعية والوظيفية. بشكل عام تسمح السيدات بمسافة أقل بينهم وبين الآخرين وخاصة السيدات والأطفال مما يسمح بها الرجال بين بعضهم البعض. الأفراد في الولايات المتحدة يفضلون وجود مساحة أكبر بين الأفراد من تلك المقبولة في اليابان أو حتى في الدول العربية. بشكل عام نميل إلى الابتعاد عن أفراد نَصِفُهم على أنهم يشكلون تهديداً لنا أو الذين نحن لسنا مرتاحين لهم. وبالعكس ننظر للأفراد الذين يحاولون تجنبنا أو الابتعاد عتْنَا على أنهم أقل تفهماً لنا.

بشكل عام يفرض الفرد ذو المكانة الاجتماعية والوظيفية الأعلى مقدار المسافة بينه وبين الآخرين.

٥- المظهر الشخصي :

يلعب المظهر الشخصي من لباس وتصفيف الشعر دوراً مهماً يؤثر على التواصل. بشكل عام كلما كان مظهرنا جذاباً كلما حصلنا على نقاط إيجابية في معظم مناحي الحياة في المواقف الرسمية وكذلك في الإطار غير الرسمي.

٦- التخطيط المسبق للتواصل:

يحدد الإنسان قواعد تواصله مع الآخرين بهدف السيطرة على منحه هذا التواصل كالتالي:

- أولاً: حدد موعد ومكان اللقاء ويفضل ترتيبه بطريقة لا يقاطعنا فيها أحد.
- ثانياً: اتفقوا سلفاً على محتوى اللقاء مما يسمح للطرف الثاني أن يتحضر كذلك.
- ثالثاً: اتفقوا على الإجراءات.

رابعاً: مكان اللقاء، تتصح بعض المراجع جعل اللقاء في مكان حيادي أو في مكان الطرف الأضعف لأن مكتب المدير أو الأستاذ قد يزيد من القلق الفعال للعامل أو الطالب.

خامساً: افتتح النقاش بأسئلة تكون الإجابة عليها مفتوحة. (أي تتضمن الإجابة

أكثر من كلمة نعم أو لا) مثل: كيف ترى أداءك؟ ما الذي حدث؟

سادساً: تبادل الفعل ورد الفعل ويفضل اقتراح استعمال "تقنية السندويش" أي ابتداء

المناقشة وإنهاؤها بملاحظات إيجابية، مثلاً؛ البدء بالحديث بما قام به الطالب

بشكل صحيح في البداية قبل بدء النقد السلبي، ثم تشجيعه والتأكيد عليه إيجابياً

بعد الانتهاء من النقد.

سابعاً: الاستفادة مما ذكر في الفقرات السابقة. كن مستعداً لاستقبال الملاحظات

بشكل إيجابي، اطلب التوضيحات. من المفيد الاستفادة من تقنية الاصغاء الفعال

وإعادة صياغة ما تم سماعه.

ثامناً: ضع خطة للتطوير؛ اسمح للطرف الآخر أن يستلم القيادة فيما يخص

اقتراحات التطوير وتحسين الأداء، و إذا تردد يمكن توجيهه.

تاسعاً: إنهاء المناقشة من خلال تلخيص الأفكار و الملاحظات التي تم الاتفاق عليها و تدقيقها.

مهارات طرح الأسئلة:

في الحياة اليومية يعد طرح الأسئلة والإجابة عليها جزءاً لا يتجزأ من أسلوب التواصل البشري، و يجب الاستفادة منها بأفضل صورة. يمتلك بعض الأفراد قدرة هائلة على جمع المعلومات وبالتالي يستفيدون أكثر من غيرهم في التواصل ضمن العمل ويدركون أن هناك طرائق متعددة لطرح الأسئلة.

أنواع الأسئلة :

يمكن تقسيمها بشكل عام إلى نوعين من الأسئلة:

١ - الأسئلة ذات الإجابة المفتوحة التي تسمح للطرف الآخر بالإجابة بالطريقة التي يراها مناسبة.

مثال: ما هي الأعمال التي تم إنجازها؟ وماهي الأدوات التي ساعدتك على إنجازها؟

٢ - والأسئلة المغلقة التي تكون الإجابة عليها بنعم أو لا.

مثال: هل سلمت البطاقة؟

تشجع الأسئلة المفتوحة الأفراد على الانفتاح والتكلم بحرية أكبر وهي مفيدة للحصول على أكبر استجابة ممكنة من الطرف الآخر خاصة إذا كان الهدف أخذ انطباع حول إمكانيات الفرد للتعبير عن الذات.

بينما الأسئلة المغلقة مفيدة عند تدقيق التفاصيل والحقائق.

تبدأ الأسئلة المغلقة بهل؟ /مثال: هل حضرت المحاضرة؟. هل بإمكانك شراء الكتاب؟.

بينما الأسئلة المفتوحة تبدأ بما رأيك؟. كيف؟. لماذا؟. أين؟. متى؟.....
إن إدراج عدد أكبر من الأسئلة المفتوحة ليس بالسهولة التي يتوقعها الفرد وخاصة بين المدير والموظف أو بين الأستاذ والطالب.

إن ورود عدد كبير من الأسئلة بصيغة الأسئلة المغلقة تشعر المتكلم أنه في جلسة تحقيق.

بينما السماح للمتكلم بالاستفاضة من خلال الأسئلة المفتوحة قد لا تعطي المستمع كل الحقائق التي يبحث عنها. وبالتالي فإن تبادل طرح الأسئلة من النوعين هو الحل المثالي.

إن استجابة بعض الأفراد على الأسئلة المفتوحة بإجابات مقتضبة (كأنها مغلقة) تعبر عن غضبهم أو عدم الرضا. وبالتالي قد نحتاج إلى طرح بعض الأسئلة التي تجذب اهتمامهم.

أنماط الأسئلة :

١ - أسئلة الإيضاح Probing Questions:

مثال : أخبرني أكثر عن الموضوع؟ ما الذي حدث بعد ذلك؟ كيف حدث ذلك؟
هل بإمكانك أن تفسر لي؟ ماذا تعني؟ أعطني مثلاً؟.

لكن من المهم عدم الإكثار من هذه الأسئلة لأنها تعطي انطباعاً بالتحقيق مما يؤهب الطرف الآخر إلى استلام موقع المدافع عن نفسه.

٢- أسئلة الانطباع Reflective Questions:

وهي أسئلة تعكس فهم المتكلم أو انطباعه من المتلقي.

مثال : أي أنك تقول أنك تحس بالتعب؟.

تساعد أسئلة الانطباع إعطاء الإحساس أنك تستمع وتتعاطف مع المتكلم.

٣- الأسئلة الافتراضية Hypothetical Questions:

أسئلة تقترح التفكير بخيارات لم يحسب الطرف الآخر لها حساباً. كما يتم طرحها في المقابلات وذلك لدراسة قدرة الشخص على الإبداع وفهم مشاعر الطرف الآخر.

مثال : ماهي النقاط التي يجب الانتباه لها إذا كان مريضك كبير السن؟ أو كيف

يختلف التعامل مع الطفل إذا كان مصاباً بالرشح؟.

٤- الأسئلة المباشرة Direct Questions:

يمكن أن تكون الأسئلة المباشرة إما مفتوحة الإجابة أو مغلقة الإجابة (الإجابة بنعم

أولاً أو معلومة محددة جداً). لكن تتمتع ببعض الصفات الخاصة:

أ - عند طرحها يفضل استعمال اسم الشخص الذي توجه له.

ب - يوضع السؤال كما لو أنه تعليمات. وتستعمل هذه الأسئلة بشكل أساسي

عندما نهدف لجذب انتباه الطرف الآخر أو الحصول على معلومات خاصة

ودقيقة.

يبدأ عادة بـ أخبرني يا يوسف

اشرح لي يا سعاد

إن استعمال اسم الشخص يجذب انتباهه وبدأ الجملة بـأمر.

(أجزي، اشرح، وصّف، بلّغ، ارسم، قل).

الحصول على المعلومات من خلال تقنيات السؤال :

قد لا يتم استعمال كل هذه الأنواع في أي محادثة بين الزملاء أو بين الطبيب والمريض، لكنها تسهل الحصول على التفاصيل لاستكمال القصة المرضية.

نوع السؤال	الاستعمال
الأسئلة المفتوحة.	للحصول على معلومات إضافية.
الأسئلة المغلقة.	للحصول على معلومة محددة (ما نوع السيارة؟) أو للإجابات بنعم أو لا.
الأسئلة الإيضاحية.	للحصول على تفاصيل إضافية.
الأسئلة الانطباعية.	لإعادة الشخص إلى موضوع النقاش.
الأسئلة الافتراضية.	لتحفيز الشخص على التفكير أو مراجعة الذات.
الأسئلة المباشرة.	تعليمات أو لجذب الانتباه.

التواصل مع مخبري الأسنان :

يتواصل طبيب الأسنان مع المخبري الخاص به بالاتجاهين (من الطبيب الى المخبري وبالعكس) بوسائل تواصل مختلفة. و كلما كان الحوار بينهما ناجحاً كلما كانت التعويضات والأجهزة أكثر رضا من قبل المريض والطبيب. يقسم هذا التواصل الى:

- شخصي من خلال العمل المشترك (المخبر ضمن المركز السنّي مثلاً).
- أو عن بعد بكتابة الوصفات المخبرية والرسائل الالكترونية عبر الهاتف أو الايميل

لكي يكون التواصل ناجحاً يجب التخفيف من سوء الفهم بين الطرفين وإعطاء معلومات وتعليمات واضحة، لأن أكثر المشاكل تظهر عندما لا تتطابق توقعات الطبيب والمخبري عن الحالة .

مثال : عندما يطلب المريض بكل وضوح عدم رغبته بظهور أي معدن في التيجان المعدنية الخزفية، لكن إذا لم يتم إيضاح ذلك للمخبري وكان مقدار التحضير قليلاً على السطح الطاحن . قد يتخذ المخبري قراراً دون الرجوع الى الطبيب لصنع تاج ذو سطح إطباق معدني وبالتالي يكون المريض غير راض عن الترميم النهائي وبالتالي يقع الطرفان في جدال حول من عليه تقع تكلفة إعادة صناعة التعويض .

جودة العمل : يفضل منذ بدء التعامل أن يتم الاتفاق على المواصفات التي يتطلبها كل طرف من الأجزاء المخصصة له في العمل .

من الطبيب : نوعية الطبعة وجودتها و نوعية العضة و ماهي المواصفات المطلوبة من الترميمات والتعويضات هل هي عامة؟؟ أم مخصصة لكل مريض من المرضى؟ ففي بعض الدول يعتبر تزويد المريض بتعويض من نوعية معدن مختلفة عن المتفق عليه (معدن ثمين أو نصف ثمين أو نوع الترميم الخزفي الكامل بين E- Max والزيركون الكامل مثلاً). قد يترتب عليه عقوبات جزائية وخسارة الترخيص. لذا؛ تقل الأخطاء إذا تم اعتماد وصفة مخبرية لكل حالة .

من المهم الاتفاق كذلك هل سيتم إرسال الطبقات أم الأمثلة المصنوعة؟ من سيقوم بعملية تطهير الطبعة وبأي مواد ؟ حتى لا تتأثر المادة الطابعة سلباً بهذه المواد وكذلك التعويضات النهائية .

مثال : تؤثر المركبات الكلورية سلباً على تعويضات الكروم كوبالت.

المواعيد مع المخبري:

يجب أن تكون المواعيد منطقية ومتفق عليها من الطرفين.

إن عدم الالتزام بموعد تسليم التعويض يترافق مع انزعاج المريض وعدم رضاه عن المعالجة خاصة إذا كان التعويض يتم تنفيذه لحدث معين أو مناسبة خاصة.

من ناحية أخرى استعجال المخبري بموعد غير منطقي قد يؤدي إلى تعويض ذو جودة أخفض بسبب عدم قدرة المخبري الاعتناء بالتفاصيل .

التوثيق : إن إرسال العمل المطلوب ضمن علب ملصق عليها اسم الطبيب والمريض يساهم في الإقلال من الأخطاء.

يفضل وخاصة في الحالات المعقدة إرسال صور أسنان المريض أو حتى حضور المخبري شخصياً .

يفضل الاحتفاظ بوثائق العمل لفترة زمنية (حسب قانون الدولة) وهذا سهل إذا كانت العيادة مؤتمتة حيث يتم نسخ الملفات على الحاسب . أما إذا كان يتم الاحتفاظ بالورقيات، يتم حفظ الفواتير بشكل مستقل عن أوراق العمل .

التفاهم وزيادة الخبرة : من المفيد لكل من المخبري والطبيب حضور ندوات ومحاضرات مشتركة أو مناقشة بعض الحالات قبل وبعض التعويض وذلك لتطوير الخدمات المقدمة المطلوبة .

التواصل مع الأطباء الاختصاصيين:

كثيراً ما تراجع بعض الحالات المعقدة طبيب الأسنان العام والمختص فيحتاج إلى استشارة أحد الزملاء من اختصاصات طب الأسنان أو طبيب بشري مختص.

تشبه الاحالة إلى الأطباء الزملاء كثيراً كتابة الوصفة الطبية ويجب أن تشمل معلومات من الطبيب المرسل.

تبتدأ الرسالة بتحية. ثم راجعني المريض (اسم المريض) بتاريخ الزيارة؛ ثم يتم عرض المشاهدة السريرية؛ ثم السؤال المطروح وقد يتم إرسال الصور الشعاعية أو السريرية عن طريق وسائل التواصل الاجتماعية أو كرت الذاكرة.

مثال لاستشارة قلبية: الأستاذ الدكتور "...." "شعبة القلبية

تحية طيبة :

راجعني الطفل أحمد المبتسم العمر ٥ سنوات بتاريخ ٢٠٢٢/٢/٢٢ لإجراء معالجة سنية بسبب وجود سن متموت وخراج حاد وترفع حروري. أعلمني الأهل بأن الطفل لديه رباعي فالو.

يرجى بيان وضعه الصحي وماهي الاحتياطات المطلوبة قبل قلع السن المتموت تحت التخدير الموضعي وذلك من حيث نوع التخدير الموضعي وإعطاء الصادات الحيوية؟

ولكم جزيل الشكر

مثال لاستشارة من أخصائي جراحة فكية:

تحية طبية :

الأستاذ الدكتور "... قسم الجراحة الفكية :

راجعني الشاب سعيد سعيد وهو يشتكى من ناسور جلدي وتوسع عظمي في منطقة
الرحى الأولى الدائمة؛ تم إجراء صورة ثلاثية الأبعاد للمنطقة. يرجى بيان الرأي حول
الإجراءات العلاجية المطلوبة؟ .

ملاحظة: تم إرسال الصورة الشعاعية مع المريض .

مع جزيل الشكر (التوقيع)

من المهم أن تحوي الرسالة على رقم هاتف للتواصل إذا لم يكن الطبيب التي أرسلت
الرسالة له على معرفة به مع إرسال نسخة عن كل الصور والمعطيات السابقة إن
توفرت مع نسخة عن المعالجات السابقة وتواريخها وخاصة إذا كان لها علاقة
بالمشكلة الحالية.

طلب التحاليل الطبية:

على الرغم من ندرة طلب طبيب الأسنان للتحاليل الطبية لكنها تشبه كثيراً الإحالة
الى مختص .

ولكن يجذب إضافة بعض المعلومات العامة عن المريض والسبب الذي استدعى طلبه
في بعض الحالات .

تُطلب عادة لدى المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة، كأن يطلب الطبيب تحليل حديث للسكر عند مريض السكري قبل البدء بالمعالجات أو القلع.

و كذلك يتم طلبها بشكل روتيني عند المرضى الأطفال قبل إجراء المعالجات السنية تحت التخدير العام .

كيف تكتب الوصفة الطبية ؟

يجب الانتباه عند كتابة الوصفات الدوائية الطبية لما للخطأ في كتابتها من نتائج مكلفة وخطيرة. لذلك من المهم تسجيل كل المعلومات المطلوبة بوضوح ودقة.

تطلب بعض الدول طباعة الوصفة الطبية لتجاوز مشاكل خط الأطباء غير المفهوم وكذلك لكي تكون تعليمات الاستعمال مفهومة ومقروءة من قبل المريض.

كذلك تطلب قوانين بعض الدول كتابة اسم المادة الدوائية وجرعتها وليس الاسم التجاري للدواء فحسب وذلك لكي لا يقوم الطبيب بالدعاية لاسم تجاري أو شركة دوائية بعينها.

للوصفة الطبية أربعة أجزاء :

الجزء الأول - المعلومات الأساسية عن الحالة:

اسم المريض الكامل وتاريخ الولادة أو (العمر):

إذا كانت الوصفة سيتم استعمالها في التأمين يجب إضافة رقم هاتف المريض أو رقم هاتف الوصي. إذا كان التأمين الصحي يشمل عائلة صاحب التأمين. إذا كان المريض طفلاً قد يكون من المفيد إضافة اسم الأب كذلك.

المعلومات الخاصة بالطبيب:

إما خلال طباعة أوراق الوصفات الخاصة التي تتضمن ترويستها اسم الطبيب واختصاصه ومرتبته العلمية وعنوان العيادة ورقم هاتف العيادة على الأقل.

أو استعمال الوصفات الطبية الجاهزة و وضع ختم الطبيب الذي يتضمن هذه المعطيات أو كتابتها يدوياً إذا كان الختم لم يستكمل هذه المعلومات.

أما في حال إصدار الوصفة من قبل طبيب يعمل في مشفى أو طالب متدرب؛ فيجب ذكر اسم مكان العمل وصفة كاتب الوصفة وقد تحتاج إلى توقيع الأستاذ المشرف إذا كان كاتب الوصف طالباً. أو تحتاج توقيع رئيس القسم وخاصة في الأدوية الخطرة مثل الأدوية الخاصة بالمرضى النفسيين أو مرض السرطان.

تاريخ إصدار الوصفة الطبية:

تُحتّم بعض الدول صرف الوصفة الطبية خلال أسبوع من إصدارها وخاصة للأمراض الحادة ومسكنات الألم وخاصة ذات التأثيرات المركزية والتي يخشى من سوء استعمالها.

التوقيع:

لا تعتبر الوصفة صالحة إذا لم يتم توقيعها من قبل الطبيب ويحبذ أن يقوم الطبيب بكتابة اسمه بخط اليد حتى ولو كانت الوصفة مطبوعة ويقوم بتوقيعها كمرحلة أخيرة لاستصدارها وذلك لتلافي إمكانية إساءة استعمال بعض الوصفات الطبية إذا أمكن للمريض الحصول على وصفات موقعة سلفاً.

الجزء الثاني - المعلومات الدوائية Incription:

الرمز RX وهو اختصار لوصفة دوائية وقد يكون مطبوعاً في رأس الوصفة، ثم يتم تسجيل الأدوية المطلوبة والمعلومات الخاصة بكل دواء يرغب الطبيب بوصفه.

بشكل عام يوصى باستعمال اسم الدواء العلمي Generic وليس الاسم التجاري. أما إذا كان الطبيب يفضل استعمال دواء لشركة معينة يكتب الاسم التجاري مع ملاحظة على أنه الدواء الحصري المطلوب Brand Name Only أو مصطلح Generics No كي لا يقوم الصيدلاني باستبداله بدواء له التركيب الدوائي نفسه في حال عدم توفر الاسم التجاري المكتوب.

بعد كتابة اسم الدواء يكتب شكله الصيدلاني (حبوب-تحاميل-ابر عضلية...) ثم ذكر عيار الدواء لكل الأدوية ذات العيارات المتعددة. مثال :

Ibuprofen Tab 400 mg

تذكر العبارات بالمليغرام للحبوب والتحاميل والكبسولات والإبر وبالميليلتر للسوائل.

الجزء الثالث - تعليمات الاستعمال Subscription:

تتضمن معلومات الاستخدام / كمية المادة التي ستعطى للمريض. مثال: علبة واحدة تحوي ٢٠ حبة أو تعطى الكمية المطلوب استخدامها بأسلوب ٣ حبات يومياً لمدة أسبوع فيتم حساب الكمية المطلوبة ٢١ حبة يتم صرفها للمريض حسب العبوات المتوفرة في الصيدلية علبتان من نوع عشر حبات أو علبة واحدة تحوي ٢٠ حبة.

يفضل كتابة الكميات كتابة وليس رقمياً كي لا يساء استعمالها و ذلك تجنباً للمشاكل والتزوير. و لذلك تقوم الصيدليات في بعض الدول بصرف عدد محدد من الحبات حسب المسجل تماماً.

أما في الوصفات المزمنة (المتكررة دورياً لفترات طويلة) فيتم ذكر عدد مرات تكرار الوصفة الطبية أو المدة الزمنية للاستعمال حتى تعديلها بطلب وصفة جديدة.

في وصفات التأمين يجب الالتزام بعقد التأمين مع الشركة المؤمنة.

تحتاج بعض الأدوية المسكنة أو النفسية (التي قد يساء استعمالها) إلى وصفة طبية خاصة بها تأخذها الصيدلية من المريض لترسل إلى بيانات و سجلات وزارة الصحة عند طلب وصفة جديدة كل مرة.

الجزء الرابع- طريقة الاستعمال :

يجب وصف طريقة الإعطاء كتابة أو بالاختصار اللاتيني الموافق.

مثال: (IM= Intramuscular ضمن العضل) (IV= Intra venous ضمن

الوريد) (IN= Intra nasal ضمن الأنف) (TP= Topical موضعي)

يجب ذكر كمية الدواء الذي يجب تطبيقه في كل مرة وطريقة التطبيق.

مثال: مضمضة لمدة دقيقة قبل النوم (أو ٤ مرات يومياً) و يمنع غسل الفم أو

تناول الشراب أو الطعام بعدها لمدة ساعة.

أو تسجيل عدد مرات ومواعيد تناول الدواء. (كل ٨ ساعات أو ثلاث مرات باليوم)

يفضل تسجيل مدة تناول الدواء كتابة وليس كاختصار وخاصة إذا كانت من نوع مرة كل يومين أو مرة أسبوعياً. كما يجب تسجيل موعد إيقاف تناول الدواء.

يجب تناول معظم الأدوية حتى انتهاء الجرعة المقررة ولكن وفي بعض الحالات يجب إيقاف تناول الدواء بعد اختفاء الأعراض وفي هذه الحالة يذكر مثلاً: يتم إيقاف الجرعات بعد زوال الطفح.

قد يكون من المفيد إضافة التشخيص في بعض الحالات وخاصة إذا كان الدواء سيؤخذ على قاعدة "عند الحاجة" و ليس بفواصل منتظمة.

مثال : حبة سيتامول عند الشعور بالألم فقط.

المحاذير :

اذكر المحاذير التي يجب أن ينتبه لها المريض عند تناول الدواء . من الأمثلة الشائعة تناول الدواء مع الطعام، تناول الدواء قبل نصف ساعة من الطعام، ابقه مبرداً، للاستعمال الخارجي فقط يمنع تناول الكحول أثناء تناول هذا الدواء ، قد يؤثر هذا الدواء على فعالية موانع الحمل الفموية (بعض الصادات الحيوية).

الفصل العاشر

التعامل مع المريض في العيادة السنية

الفصل العاشر

التعامل مع المريض في العيادة السنية

تعزيز الثقة بين طبيب الأسنان والمريض

مستوى الخبرة والكفاءة

- بالتأكيد يلعب أهم دور في نجاح الطبيب في حياته العملية
- طب الأسنان هو مهنة نظرية عملية بآن واحد
- لا يمكن فصل العلوم النظرية عن الجوانب التطبيقية و المهارة اليدوية في طب الأسنان أبداً، و هذا يحتاج إلى التدريب المتواصل

المشكلة هي أنه لا يمكن أن يتحقق المريض من مستوى الخبرة والكفاءة من أول لقاء مع الطبيب، وفي هذه الحالة يلجأ المريض لتقييم المستوى العلمي ومستوى الخبرة والكفاءة للطبيب من خلال الآتي:

١. أسلوب الكلام وطريقة الإلقاء ونوعية الجمل والكلمات التي يستخدمها الطبيب في إقناع المرضى
٢. الشكل والمظهر العام للطبيب وطريقة تنسيق هندامه
٣. طريقة تنسيق العيادة وترتيب المواد والأدوات فيها، ومدى التزام الطبيب بمعايير الوقاية، و خاصة تعقيم الأدوات.
٤. وضعية الطبيب أثناء المعالجة السنية والوقت الذي يستغرقه لإنهاء المعالجة.
٥. رد فعل الطبيب عندما تصادفه أي مشكلة أثناء المعالجة، وهل يبدو مرتبكاً أم لا (ثقة الطبيب بعلمه و قدراته)

٦. تعامل الطبيب مع المشاكل التي تواجهه في العيادة سواء من المرضى أو مع جهات أخرى وطريقة حلها.

إذاً ؛ بغض النظر عن المستوى العلمي والخبرة التي يمتلكها الطبيب فإن المريض قد يتأثر بأسلوب الطبيب في التعامل معه، وطريقة كلامه، ومظهره العام، وانفعالاته، وتغيرات ملامحه أثناء المعالجة السنية. كل هذه الأشياء يركز عليها المريض تركيزاً دقيقاً حتى وإن لم ينتبه الطبيب إلى ذلك.

العلاقة بين الدكتور و الديكور

هل يساعد شكل العيادة ومظهرها العام في كسب ثقة المريض؟؟ وإلى أي حد؟؟
الجواب على هذا السؤال يختلف حسب كثير من العوامل. لكن للعلم:
✓ يحب الإنسان بطبيعته الشكل الجميل والمرتّب، ويتعلق بالمظاهر الجذابة ذات اللمسات الإبداعية والفنية.
✓ وعادة؛ قبل أن يذهب المريض إلى عيادة أو مركز طبي؛ فهو يرسم في خياله صورة للمكان الذي سيذهب إليه بناء على طبيعة العمل الذي يتم في هذا المكان، وهو معالجة المرضى والحفاظ على صحتهم و خدمتهم، بغض النظر عن المقابل.

✓ فإذا وصل المريض إلى هذا المكان ووجد صورة غير التي كان يتخيلها، فإن ثقته في هذه الحالة إما أن تزيد إذا كانت توقعاته أدنى من المستوى الذي وجده، أو بالعكس سوف تهتز الثقة و يبدأ من النظرة الأولى بالتفكير بالذهاب إلى مكان آخر.

✓ عندما نتكلم هنا عن مدى تأثير المظهر العام للعيادة على كسب ثقة المريض، فلا نقصد أن يكون ديكور العيادة من أرقى وأفخم أنواع الديكورات حرفياً، ولا أن يكون طلاؤها ومفروشاتها وكمالياتها من أجود أنواع الماركات وأغلاها ثمناً. إنما المقصود مستوى النظام والنظافة داخل العيادة، بغض النظر عن مستوى محتوياتها، لأن النظام والنظافة إذا لم يتوفر فإن هذا المكان لا يصلح للمعالجة من وجهة نظر المريض، وبالتالي قد يؤثر هذا إلى حد كبير على ثقة المريض بكفاءة الطبيب.

🚦 و إن كان بعض الناس يعتبر الديكور أهم من الدكتور؛ فهنا تكمن المشكلة، لدرجة أن المنطق قد يجعل الطبيب يرفض هذا المريض.

عوامل تعزيز الثقة بين طبيب الأسنان والمريض:

- في حال كان الطبيب يشعر بالإرهاق والتعب و عدم التركيز؛ فيجب عليه أن يعتذر من المريض و لا يقوم بأي معالجة و يعطيه موعداً آخر. مع مراعاة حالة المريض إن كانت إسعافية (حارة) أم تحتتمل التأخير (باردة). و يوضح للمريض أن ذلك الأمر قام به لمصلحة المريض و ضمان حصوله على أمثل معالجة.
- يجب على الطبيب أن يكون دقيقاً ما أمكن في تحديد مواعيد المرضى؛ والفترة المناسبة لكل معالجة سيطبقها. لأن اختلاف المواعيد لأكثر من مرة قد يؤثر على ثقة المريض بطيبه و بدقته. و حول هذه النقطة؛ يجب التذكير بضرورة أخذ أرقام هواتف المريض و تدوينها في سجله، لأن ذلك يساعد الطبيب في دقة تحديد المواعيد، و يهبه ميزة التواصل مع المريض قبل فترة كافية من الزمن في حال تأخرت بعض الحالات السابقة للمريض (بغض النظر عن سبب التأخير) وبهذه الطريقة يكون الطبيب قد حافظ على قدر كبير من الثقة بينه وبين مرضاه.

- يُنصَح بتقدير الفترة الإجمالية التي قد يستغرقها إنهاء كامل المعالجات الخاصة بالمريض قبل البدء بالعمل ككل، لأن قدرة الطبيب على تخمين ذلك بشكل جيد و أقرب ما يكون للواقع يزيد من ثقة المريض و معارفه بذكاء الطبيب و خبرته.
- لا يجوز للطبيب أن يحاول إنجاز المعالجة للمريض بسرعة فائقة في حال كان الطبيب مستعجل بسبب انتهاء دوامه عموماً أو بسبب وجود موعد آخر بالانتظار، لأن ذلك سيؤثر على دقة وإتقان وجودة العمل.
- و في حال حضر الموعد اللاحق و ما زال المريض في سياق المعالجة؛ عندها يجب على المساعدة أو موظفة الاستقبال ألا تُشعر المريض على الكرسي بأنها أعلمت الطبيب بوصول الموعد التالي، لئلا يتحسس المريض من أي إسراع للطبيب و يعدّه نقص اهتمام به.
- الطريقة المثلى لتنسيق دور المرضى هي الالتزام بالموعد، لكن؛ في العيادات المزدحمة و بسبب ظروف المواصلات و الحالة العامة في البلاد يمكن أن تعدل طريقة التعامل مع المواعيد بأن تكون المعالجة للمرضى الأول فالأول كلٌّ على حسب دوره و موعد حضوره دون تقديم أو تفضيل أحد على الآخرين لأي سبب كان. مع الالتزام ما أمكن بالمواعيد، بحيث يأخذ صاحب الموعد الوقت الأطول.
- أما في الحالات الطارئة و الحالات الخاصة لأي مريض؛ فالأفضل تحويل أحقية تغيير ترتيب المواعيد للمرضى المنتظرين و عدم أخذ القرار من الكادر الطبي.
- قد يؤثر إلحاح الطبيب على المريض وتمسكه به أكثر من اللازم على مستوى الثقة بينهما؛ حتى وإن بدا ذلك للطبيب أنه يعبر عن الاهتمام و تخيل أنه يحسن علاقة المرضى به. لذا؛ يُنصَح الطبيب بمحاولة إقناع المريض مرة واحدة فقط،

فإذا لم يقتنع؛ فلا يكرر المحاولة قطعاً، فهذا سيؤثر على ثقة المريض في كفاءته.

■ إذا واجه الطبيب أي صعوبة أثناء المعالجة فلا يرتبك ويفقد ثقته بنفسه، بل يحاول أن يكون طبيعياً جداً؛ ولا يبدي أي مظاهر للخوف والارتباك. و يعزز ثقته بنفسه بأنه قادر على تجاوز هذه الصعوبات و تسهيل المعالجة. لأن توتر الطبيب سينعكس على توتر المريض. فالمريض يراقب جبهة و عيون الطبيب و رجفة يده.

■ عند توقع فشل المعالجة حتى وإن كان ذلك بنسبه ضئيلة، يفضل طرح هذا الاحتمال على المريض بطريقة مبسطة وأسلوب علمي مقنع حتى إذا حصل ذلك الفشل فإنه لا يؤثر على ثقة المريض بالطبيب.

■ و في حال توقع ألم أو أي أعراض مزعجة و لو بسيطة؛ يفضل شرحها للمريض بدقة في نهاية المعالجة و قبل خروجه من العيادة. لأن ذلك يمنع عنصر المفاجأة و يقلل توتر المريض و يمنعه من اللجوء لطبيب آخر قد يخرب المعالجة أو يسيء للطبيب.

■ في حال استخدام مواد دوائية مرحلية؛ عندها يجب تنبيه المريض بوضوح أنها ليست المعالجة النهائية و التأكيد عليه بضرورة الالتزام بالمراجعة التالية بالوقت المحدد لمتابعة العلاج لضمان نجاحه. حتى لو اضطر الطبيب إلى إخافة المريض.

■ علماً أن بعض المواد الدوائية قد تسبب أعراضاً مزعجة جداً في سياق المعالجة. لذا؛ يجب على الطبيب التنويه إلى احتمالية ظهور هذه الأعراض لتخفيف عنصر المفاجأة و الخوف و خاصة لدى المرضى بعيدى مكان السكن.

- يجب على طبيب الأسنان تجنب الإساءة لزميله حتى و لو كان هناك خطأ واضح في المعالجة السابقة، و حتى لو كان المريض يدرك ذلك و يسأل عن الخطأ بوضوح. و يمكن فقط الإشارة إلى احتمالية الحاجة إلى تعديل خطة المعالجة أو الترميم المجرى مع المحافظة على الاحترام للزميل.
- مسألة الثقة بين المريض والطبيب تحتاج إلى مرونة في التعامل وطلاقة في الكلام ودمائة في الأخلاق وكل هذه العوامل لا تتولد إلا عن طريق الممارسة والاحتكاك مع الناس وتذكر دائماً إن الشخص الذي تقوم بمعالجته هو في نهاية الأمر إنسان مثلك، وهذا بحد ذاته يولد لديك إحساساً بالمسؤولية وقدرة على تقبل الناس جميعاً بكافة مستوياتهم وثقافتهم وأفكارهم وسلوكياتهم فالطبيب صاحب رسالة قبل أن يكون صاحب تجارة حتى و لو كان اهتمامه المادي كبيراً.

التواصل بين طبيب الأسنان والمريض

- ❖ يجب على الطبيب التخاطب مع المرضى كلاً على حسب فهمه واستيعابه؛ بعيداً عن المصطلحات الطبية الغير مفهومة بالنسبة له،
- ❖ لذا؛ يجب البدء بملأ البيانات حول عمل المريض و مستواه العلمي، أو أهل المريض بالنسبة للأطفال و اليافعين، دون أي انتقاص للمريض أو أسرته أو وضعه المادي، قبل فحصه حتى.
- ❖ يجب على الطبيب أن يجيب على تساؤلات المرضى بصدر رحب و صبر مهما كانت هذه الاسئلة من وجهة نظر الطبيب تافهة أو غريبة.
- ❖ وأن يركز على ما يهم المريض أولاً ثم ينتقل إلى ما يراه هو و ما يريد أن يوجهه المريض له.
- ❖ تقييم تعاون المريض

❖ يجب على الطبيب منذ البداية وقبل الدخول في المعالجة أن يُقدّر مدى تعاون المريض معه ليتمكن من إتمام معالجته بدون متاعب.

❖ وفي حال شعور الطبيب باحتمالية عدم تعاون المريض؛ يُنصح بأن يعتذر من معالجته و يحيله إلى طبيب يمكنه التعامل مع مثل هذه الحالات، دون أي إحراج للمريض.

تنظيم النواحي المادية في العيادة السنية

➤ يجب على الطبيب إبلاغ المريض بتكلفة المعالجة قبل البدء بأي إجراء عملي؛ حتى لا يتعرض لأي مشاكل أو مفاجآت هو في غنى عنها. فلا يبدأ العمل حتى يحصل على موافقة المريض و فهمه لجميع النواحي المادية من تكاليف و طريقة و توقيت الدفع.

➤ ينصح بعض الخبراء بتحويل الأمور المادية إلى السكرتارية أو موظفة الاستقبال في العيادات التي يسمح حجمها بذلك، بحيث يقوم الطبيب بتحديد تكلفة المعالجة فقط؛ بينما يتم الدفع عند السكرتارية درءاً لأي إحراجات.

➤ يفضل ألا يحاول الطبيب كسب ثقة المريض بتخفيض تكلفة المعالجة إلى أدنى مستوياتها. و يبقى هدف الطبيب أن يكون اختيار المريض له قائماً على جودة العمل و الراحة و أي شيء آخر عدا رخص المعالجة.

➤ يُنصح الطبيب بألا يقوم بأي معالجة لا مردود مادي منها. إلا في الحالات الإنسانية الضرورية.

➤ و يفضل وضع قواعد و قيود لطريقة تنسيق الأمور المادية مع وضوح و توحيد تلك القواعد بين المرضى العاديين؛ أو الأقارب؛ أو الجيران، و الالتزام بها لمنع التأثير على مستوى العيادة المادي أو الإضرار بعلاقته مع المرضى الجدد.

تخطيط المعالجة

- ✓ يجب على طبيب الأسنان إجراء فحص شامل للمريض حتى لو كان طلبه معالجة محددة، ولو بدون انتباه المريض. بحيث يضع الطبيب في ذهنه خطة معالجة شاملة لكامل الحالة.
- ✓ و اختيار الوقت المناسب لتوجيه المريض بالطريقة المناسبة نحو ضرورة و حاجة المريض إلى متابعة النقاط و المشاكل الأخرى التي لم يطلبها أو لم ينتبه لها أصلاً سابقاً، دون إحراج للمريض أو إزعاج و بكلمات لطيفة و مناسبة و محترمة.
- ✓ عند وجود ألم أو شكوى رئيسة للمريض، يجب الاهتمام بها و حلها ثم الانتقال إلى المشاكل الأخرى.
- ✓ و لا بد من التفريق بين ما يعلمه المريض و ما لا يعلمه و ما ينبغي على الطبيب كواجب أن يشرحه للمريض، كالوقاية من النخور و طرقها التي لا يعلمها المريض.



الفصل الحادي العشر

أسبابه و تدبير عدم التزام المرضى بالعناية السنية

الفصل الحادي عشر

أسباب و تدبير عدم التزام المرضى بالعناية السنية

هناك العديد من العوائق التي تمنع المريض من تلقي الرعاية السنية، سواءاً نتيجة تجارب الحياة؛ أو طبيعة الخلفية النفسية الاجتماعية للبيئة التي يعيشها الإنسان فتساعد أو تعوق الحصول على الرعاية السنية. قدمت العديد من هذه العوامل في الأدب السني لشرح تجنب المرضى للعناية السنية و أسباب عدم الامتثال لتعليمات المعالجة والأنظمة الوقائية؛ مثل الوضع الاقتصادي والاجتماعي والعمر والسن والعرق وإدراك الحاجة وحالات القلق السني ومشاعر الضعف وهكذا .. يتفرع من قائمة هذه العوامل أربع مجموعات رئيسية من العوائق وهي: ١- القلق السني ٢- التكاليف المالية ٣- إدراك الحاجة للمعالجة ٤- العجز عن الوصول للرعاية السنية.

مع هذا العدد الهائل من العوامل النفسية والاجتماعية والتي تعمل كحواجز؛ يجب أن ننظر في كيفية تأثيرها على العناية السنية والامتثال للعلاج والأنظمة الوقائية. خاصة و أن هذه العوامل لا تعمل بمعزل أحدها عن الآخر ولكنها تعمل كوحدة متكاملة، و كلما دمجت هذه العوامل معاً قلت فرص الحصول على الرعاية؛ و تطورت إلى عدم الامتثال. فمثلاً؛ التزامات الحياة المادية عندما تجتمع مع القلق السني تعمل سويةً وتشكل عائقاً حقيقياً أمام الحصول على الرعاية السنية.

كذلك؛ فإن فصل العوامل النفسية الاجتماعية عن العوائق الفردية في هذا الصدد يكون غير منطقياً. بالنتيجة فإن فهم الخلفية الاجتماعية النفسية يسمح لنا بفهم التزام المريض وكيفية امتثاله للبرامج الوقائية والعلاجية.

١- القلق السني:

أحد أهم العوامل التي تعيق الالتزام والحضور للرعاية السنية. هناك نظرية بأن أي شخص يأتي خائفاً من علاج الأسنان؛ يواجه بداخله كثافة مكافئة من المشاعر أو التأثيرات التي تجعله يتجنب الرعاية السنية. فبالاعتماد على شدة القلق التي يعانيها المريض الخائف فإنه يجد زيارة طبيب الأسنان مزعجة وبأنها لقاء لا يطاق.

رغم أنها ليست قاعدة عامة؛ فعلى العكس بعض المرضى يلتزمون جيداً بالزيارات السنية المنتظمة و تعليماتها على الرغم من مخاوفهم السنية؛ بهدف التخلص منها بأقل ضرر ممكن و بأسرع وقت. و هذا ما يجعل العلاقة بين القلق السني وتجنب الرعاية السنية ليس أمراً بهذه البساطة.

كيف يمكن فهم هذه الملاحظات السريرية؟؟

الجواب يكمن في تحديد ما يقصد بالرهاب السني وتمييزه عن القلق السني.

يعد كل من القلق والرهاب السني حاجزاً قد يحول دون قبول الرعاية السنية المنتظمة من قبل المريض.

لكن تشخيص الرهاب لا يمكن أن يتم فقط على أساس الشكوى المقدمة؛ ولكن أيضاً بالاشتراك مع التاريخ السني والزيارات السابقة، فإن المريض الذي يعاني من درجة عالية من القلق مع تجنب الرعاية السنية فإن ذلك يعدُّ مشعراً للرهاب السني لديه.

يجب أن يكون أخصائيو الرعاية السنية قادرين على تحديد المرضى الذين لديهم حاجات نفسية خاصة.

قد يكون سبب القلق السني عند الأطفال هو درجة تطور شخصية الطفل؛ أو القلق السني للوالدين؛ أو مخاوف وآمال الوالدين في أن يجنبوا طفلهم أي ضيق أو قلق، وتعد هذه الحالات التي تخيف الأهل من قلق أطفالهم سبباً في تأخير الحصول على الرعاية السنية واقترانها بالحالات الإسعافية فقط.

يمكن أن تكون الحاجة لممارس رعاية صحية قادر على تمييز الطفل القلق أمراً ذو أهمية كبيرة فالمعرفة المسبقة لوجود قلق سني لدى الأطفال يحسن من التجربة العلاجية وبالتالي التقليل من فرصة أن يكون القلق السني حاجزاً للعلاج.

وكما هو الحال مع البالغين فقد تم تطوير استبيانات نفسية وعرضها لتكون ذات قيمة عند تقييم القلق السني لدى الأطفال، حيث يشمل تقييم القلق السني لدى الأطفال رسومات تصويرية (كالأوجه التعبيرية)، ويتم سؤال الطفل كيف يشعر تجاه عناصر العلاج مثل الحقن والحفر من خلال اختياره للوجه المناسب لمشاعره.

٢- التكاليف المالية:

لا تزال التكاليف العالية لعلاج الأسنان، تمثل الحاجز الأكبر للوصول للرعاية السنية؛ حيث تشير الإحصائيات في جميع أنحاء العالم أن قدرة الناس على الحصول على رعاية سنية منتظمة تتعلق بدخلهم السنوي.

يؤثر الدخل السنوي في حضور كافة أفراد العائلة للرعاية السنية، فالأطفال الذين يعيشون في مناطق الحرمان الاجتماعي على سبيل المثال هم أقل حضوراً لتلقي المعالجات الترميمية، حيث يعكس نموذج حضورهم غير المنتظم الحالة المادية للأبوين.

يقال بأن الصعوبات والمشاكل التي يواجهها ذوي الدخل المنخفض تنعكس على المفاضلة بين مصروفاتهم العائلية، فربما تكون المعالجة السنوية بالنسبة لهم ترفاً لا يمكن تحمله؛ وعندما يجري تقييمها قد تكون في آخر الأولويات عند مقارنتها مع السلع و الاحتياجات الأساسية الأخرى.

٣- إدراك الحاجة للمعالجة:

يتفاوت إدراك الناس لحاجتهم للمعالجة السنوية بين أولئك الذين يحضرون بانتظام بدون علامات واضحة للرفض أو شكوى رئيسية؛ و أولئك الذين لا يحضرون إلا في حالات الألم.

يظهر بأن استجابات المرضى عندما يدعون للفحص الروتيني تتأثر بعدة عوامل كحالة القلق السني والخبرات السنوية السابقة والتزامات نمط الحياة.

يخضع إدراك المريض للحاجة للعلاج لسيطرة المحددات النفسية الاجتماعية للصحة السنوية؛ فالدافع لطلب الرعاية قد يعتمد على العوامل النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تساعد (تمكن) أو تعرقل (تمنع) الوصول إلى الرعاية السنوية المنتظمة، الأمر الذي قد يتضح من خلال فحص المتغيرات الديموغرافية.

على سبيل المثال، فإن المرضى من بيئات اقتصادية اجتماعية عالية يبدو أنهم يلتزمون بالمواعيد السنوية أكثر من المرضى الأقل اجتماعياً واقتصادياً، والنساء أكثر من الرجال، والأصغر سناً أكثر من الأكبر سناً، وهؤلاء الذين لديهم وسائل نقل خاصة أكثر من أولئك الذين يستخدمون وسائل النقل العامة.

كما وجد أن ضغط الوقت وصعوبة تأمين الكافي منه لإجراء المعالجات السنية يحول دون التزام المرضى بالعناية السنية المنتظمة، ويجعل زيارتهم مرتبطاً بالإجراءات الطارئة فقط.

وقد يكون فقدان الأسنان لدى المسنين ذريعة يعتمدون عليها في عدم حاجتهم لزيارة طبيب الأسنان. فإدراك الحاجة للمعالجة يعتمد على المرحلة العمرية:

مرحلة ما قبل المراقبة:

هي المرحلة التي تلاحظ فيها التغيرات في إدراك الاحتياجات والالتزام بالمواعيد السنية والمطاوعة للمشورة الوقائية. رغم أن الشائع فيها هو نقص الإدراك الكافي للحاجة للمعالجة؛ فيقل اهتمام الطفل في مرحلة ما قبل المراقبة بصحته الفموية، ويزيد استهلاكه للسكريات، مما يجعل من انتشار النخور أمراً مثيراً للاهتمام لدى المرضى في هذه الفئة العمرية. ولذلك يوصى بإجراء صور شعاعية مجانية بشكل دوري خلال مرحلة ما قبل المراقبة للتحري عن النخور الملاصقة.

يحمل التطور النفسي خلال هذه المرحلة تبدلات مزاجية تلزم الفريق السني باتخاذ اعتبارات خاصة للتعامل مع مرضى هذه المرحلة العمرية كي لا تشكل العناية السنية عائقاً يحول دون التزامهم بالزيارات السنية.

مرحلة المراقبة:

في غضون فترة قصيرة من الوقت يدخل المريض مرحلة المراقبة التي تحمل العديد من الخصائص، منها الصراعات الداخلية والشخصية، وتحدي الضعف، واتباع الموضات والقلق بشأن الجسم والمظهر.

عند بلوغ مرحلة المراهقة، فإن العوامل النفسية الاجتماعية كحضور المجالس الاجتماعية مع الأصدقاء والأقارب؛ والطموحات التعليمية تحمل تأثيرات إيجابية أو سلبية؛ فهي سوف تزيد أو تنقص من الوعي لحاجات الصحة الفموية؛ فعلى سبيل المثال تكون الفتيات و المراهقين الذين ينوون دخول التعليم العالي أكثر انتظاماً في المواعيد والحضور مقارنة مع أولئك الذين ينوون مغادرة المدرسة دون أي مؤهلات.

يبدو أنه بالاعتماد على خصائص مرحلة المراهقة فإن الرعاية الصحية السنية في معناها الأوسع قد تضطرب خلال هذه الفترة من التطور، وهذا ما يراقبه طبيب الأسنان ويلاحظه خلال إجراء المعالجات السنية، حيث تعد هذه التغيرات السلوكية تقلبات تجعل من التعامل مع هؤلاء المرضى أمراً صعباً.

يعد تطور علاقة المراهق بوالديه أمراً ذا تأثير على الرعاية السنية، وخاصةً عندما يسيطر المزاج الحاد والعنيد على المراهق، فقد يعتبر طبيب الأسنان شخصية أبوية لها سلطتها مما يؤدي إلى فشل المواعيد وعدم المطاوعة.

من جهة أخرى فإن اهتمام المراهقين بمظهرهم قد يكون عاملاً محفزاً لحضور المواعيد وزيادة إدراك الحاجة للمعالجة.

إن فهم السلوك الغريب للمراهقين سوف يمكن طبيب الأسنان من توفير الرعاية الصحية السنية لهذه المجموعة من المرضى. لذا يفضل التمييز بين مصطلح "الالتزام" الذي يشير إلى فكرة الاختيار الحر للأفراد لأفكارهم الشخصية التي لم يوصي بها المتخصصون في الرعاية الصحية و مصطلح "الامتثال" الذي يشير إلى فكرة السلوك غير الفعال للمريض، والتي يمكن ترجمتها على أنها "طاعة".

٤- العجز عن الوصول للرعاية السنية:

يشمل هذا العائق المشاكل الجسدية واللغوية التي من الممكن أن تحول دون الوصول إلى الرعاية السنية.

فالعجز عن الوصول قد يشير إلى مشكلة جسدية يواجهها المريض عند الدخول إلى العيادة السنية مثل الاعتماد على كرسي متحرك، مما يجعل من تنقل المريض ووصوله إلى العيادة باستخدام وسائل النقل العامة أمراً صعباً. هذا العائق هام جداً و حقيقي لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الجسدية الذين يعانون من إعاقات جسدية ؛ و كذلك كبار السن.

بينما تمثل المشاكل اللغوية ومشاكل التواصل أو الإعاقات الحسية أو صعوبات في التعلم حاجزاً مختلفاً، كاختلاف الثقافات اللغوية مما يجعل التفاهم بين المريض والطبيب أمراً صعباً يمكن أن يفاقم القلق والمخاوف بشأن المعالجة السنية خاصة عندما يكون الفريق السني غير متدرب على التعامل مع هذه الحالات النوعية. لذلك وُجِدَت وظيفة جديدة في الدول التي تستقبل المهاجرين تسمى (المترجم الطبي).

امتثال المرضى ذوي الخطورة الصحية العامة بالعناية بالصحة الفموية:

يشير عدم امتثال المريض إلى عدم الالتزام الكامل (أو الالتزام الجزئي فقط) بالسلوكيات المتعلقة بالصحة؛ وهي تعد مشكلة صريحة أمام الرعاية الطبية والعناية بالأسنان على حد سواء. ونظراً للارتباط بين أمراض الفم والأمراض الجهازية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الكلى والسكري، فقد ازدادت الأهمية لامتثال المريض للشروط الصحية وصحة الفم.

قد يكون عدم الامتثال نتيجة لعوامل مختلفة داخلية أو خارجية؛ كمستوى تعليم المرضى و برامج تعديل السلوك و المساعدة النفسية و طبيعة و صعوبة العلاجات المختارة. لذلك؛ قد تساعد التدخلات السلوكية من قبل الطبيب في تحسين الامتثال.

عدم امتثال المريض يشكل عقبة رئيسية أمام الرعاية المناسبة:

يؤثر عدم الامتثال على النتائج في جميع التخصصات، بما في ذلك المداواة الترميمية، النسج حول السنية والمعالجة التقويمية.

على سبيل المثال؛ يتكون جهاز التقويم الثابت من أجزاء معدنية و مواد إلصاق لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تؤذي الأسنان أو تسبب النخور خلال العلاج التقويمي؛ مع ذلك نجد انخساف الأملاح المعدنية شائعاً عند كثير من المرضى الخاضعين للمعالجة التقويمية؛ و ترتبط أيضاً بطول فترة العلاج؛ حتى أن الطبيب في بعض الحالات يقوم بإيقاف العلاج قبل انتهائه بشكل جيد، واقع الأمر أن هذا الضرر لا يحدث إلا عند المرضى ذوي الصحة الفموية المتدنية.

كذلك؛ عدم الامتثال للإقلاع عن التدخين يضع المرضى في خطر متزايد لمجموعة من المشاكل الطبية، كسرطان الفم وأمراض اللثة و أمراض النسج حول السنية و تأخر الشفاء اللثوي.

عوامل عدم الامتثال:

قد يكون عدم الامتثال نتيجة عوامل داخلية أو لعوامل الخارجية.

العوامل الداخلية المرتبطة بعدم الامتثال: تشمل الخوف والقلق حول زيارة طبيب الأسنان أو أخصائي الصحة، خوف من الألم، خوف من الإبر، سوء التواصل و

اللامبالاة، نقص حقيقي في الوقت، نمط الحياة و العمر و الصحة، المعتقدات التي تؤدي إلى عدم الاهتمام بالعلاج أو العناية بالفم، والصحة الجسدية والنفسية، والحرص أو الخجل من المجتمع المحيط.

العوامل الخارجية المرتبطة بعدم الامتثال: ضعف التواصل مع مقدمي الخدمات و الفريق الطبي، الضغط العصبي، وتأثيرات المجتمع والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

طرق التواصل بين المريض و الطبيب:

يعد ضعف التواصل بين الأطباء والمرضى أحد مصادر عدم الامتثال. قد ينتج ذلك عن التواصل غير المنتظم أو المختصر، إعطاء المرضى معلومات قليلة غير كافية، أو إعطاؤهم الكثير من المعلومات التي قد تشتت انتباههم. كما يوصى باستخدام المصطلحات التي تقارب استيعاب المرضى خلال شرح الحالة الصحية لهم دون التعاطي مع المصطلحات الطبية المعقدة لأنها تسبب الارتباك وسوء فهم العلاج أو التي قد لا يسألون عن تفسيرها خوفاً من الوقوع في الإحراج.

لذلك وكي يكون أسلوب التواصل بين طبيب الأسنان ومريضه جيداً إنه من الضروري أن يقدم طبيب الأسنان المعلومات للمريض بكمية مناسبة وفي المستوى المناسب واللحظة المناسبة.

قد يفضل بعض المرضى طرق التواصل المكتوبة التي يمكن أن تؤدي إلى توافق أكبر بين المريض و الطبيب و امتثال المريض مع العلاج والرعاية في المنزل أكثر منه عند استخدام الاتصال الشفوي أو بالأساليب التقليدية فقط.

منهجية التغيير السلوكي :

تم استخدام عدد من الأساليب و اقتراح برامج تعديل السلوك من قبل علماء النفس لتشجيع السلوكيات الإيجابية لدى المرضى الذين يعانون من رهاب الأسنان لأنه يؤدي إلى الفشل في الوصول إلى الرعاية السنية، و إدراك المخاطر، وتوقعات حول النتائج وتصور الذات فيما يتعلق بالقدرة على تنفيذ السلوك المطلوب.

على سبيل المثال، يتم اطلاع المرضى على المخاطر الصحية والمشاكل المرتبطة باستخدام التبغ، وكذلك على فوائد الإقلاع عن التدخين لتقييم مدى استعداد المريض وتحفيزه الى المستوى اللازم للانخراط في برنامج الإقلاع عن التدخين. فإذا كان المريض مستعداً، ينتقل من مرحلة التأملية، و يستعد لاتخاذ إجراءات وقف استخدام التبغ.

الامتثال والرعاية الصحية المنزلية:

من أهم وسائل العناية السنية؛ الامتثال لتعليمات الرعاية المنزلية من خلال التدخلات السلوكية و إزالة العقبات التي تواجه المرضى أثناء الالتزام بالرعاية المنزلية وخيارات العلاج و الوقاية.

تشمل نظم الرعاية المنزلية لصحة الفم عادة تنظيف الأسنان و المناطق المحيطة بالأسنان اعتماداً على المريض وعوامل خطر النخر لديه، وقد يشمل النظام أيضاً استخدام الفلورايد.

تفريش وتنظيف بين الأسنان:

يعد استخدام كل من الفرشي اليدوية والكهربائية مؤثراً في التزام المريض بالرعاية المنزلية حسب حاجة المريض. حيث أن قلة المهارة اليدوية في استخدام فرشاة الأسنان لدى المرضى الصغار أو ذوي الاحتياجات الخاصة أو المرضى المسنين قد تجعل من استخدام الفرشاة الكهربائية أكثر راحة عن طريق الحد من الجهد والوقت المطلوب، كما أن مدة التفريش تكون أقل باستخدام الفرشاة الكهربائية؛ على الرغم من ضعف نتائج التنظيف بالفرشاة الكهربائية مقارنة مع الفرشاة اليدوية. خاصة و أن العديد من المرضى لا يستمرون بالفرشاة أكثر من دقيقة واحدة فقط، مما لا يؤدي إلى إزالة اللويحة بشكل كامل. وقد يواجهون صعوبات في الوصول إلى كافة السطوح السنية. كما وجد أن استخدام فرشاة الأسنان الكهربائية لدى المرضى الخاضعين لعلاج تقويمي ثابت يخفض من اللويحة فوق اللثوية بنسبة كبيرة.

يجب الإبقاء على الأساليب والتقنيات البسيطة المتبعة في نظافة الأسنان، مما يجعل من تنظيف الأسنان بالفرشاة والتنظيف بين الأسنان محبباً وأكثر فعالية وسهولة.

كما يوصى بتعزيز الالتزام بالرعاية المنزلية المناسبة بشكل متكرر، وذلك لأنه لوحظ أن تكرار تعليم المرضى لطرق العناية يساعد في عدم نسيان الأساليب الصحيحة في تقنيات العناية بالصحة الفموية.

إن الحصول على التزام خطي من المرضى فيما يتعلق بنظام الرعاية المنزلية بصحة الفم يؤدي إلى زيادة معدل الامتثال لمتطلبات تنظيف الأسنان، مما يؤدي إلى انخفاض مؤشرات اللويحة ومعدل النخور السنية.

الفلورايد:

يمكن منع نخور الأسنان مع الاستخدام الروتيني لمعاجين الأسنان التي تحتوي على الفلورايد بدون وصفة طبية. علماً أن مريض الخطورة النخرية المرتفعة يحتاج الى مستويات أعلى من الفلورايد.

الامتثال والرعاية داخل العيادة:

إن خوف المريض من الانزعاج وخوفه من الألم والحقن تسهم جميعها في تأخره عن الحضور لمواعيد علاج الأسنان. وتعد الاستفادة من التكنولوجيا والتقنيات التي تساعد في منع أو تقليل الانزعاج والألم وتعمل على تحسين تجربة المريض هي المفتاح في مساعدة المرضى على قبول العلاج.

إن الحضور والامتثال في سن مبكرة إلى العيادة السنية تساعد على تعزيز صحة الفم وتجنب المشاكل طوال الحياة، فهي تساهم في تكوين بيئة محبة ومريحة من قبل الطفل ضمن العيادة السنية.

يعد تطبيق الفلورايد الموضعي في العيادة أمر مهم ومكون أساسي من برامج الوقاية. تشمل الخيارات المتاحة المواد الهلامية الرغوية وكذلك الفرنيش الفلوري.

إن العلاج بالفلورايد اختيار قد يؤثر في امتثال المريض، لا سيما بين الأطفال والمراهقين، وذلك لأنه يساهم في إنقاص الخطورة النخرية، وبالتالي يتكون عنه حاجة أقل للإجراءات السنية اللاحقة، بالإضافة إلى كونه إجراء وقائي غير راض أو مؤلم يمكن له أن يكون مفتاح التواصل الأول بين الطبيب والطفل.

في حال الجرعات المفردة، يمكن استخدام أداة التطبيق اليدوية نظراً لكون استخدام الطابع ليس مطلوب وغير ضروري حينها يكون التطبيق سريع وبسيط، ولا يعاني المريض من حس الإقياء المرتبط باستخدام الطابع ويكون الإجراء أقل فوضى. هذا يسمح بزيادة راحة المريض وقد يساعد المرضى على تجنب الإحراج والانزعاج الناتج عن الإقياء. كما قد يساعد استخدام طلاء أبيض أو واضح أيضاً على التزام المريض عن طريق عدم اعتراضه على تطبيق لون "أصفر" على الأسنان.

يمكن استخدام فرنيش الفلورايد عند الأطفال الصغار المعرضين لخطر النخور في مرحلة الطفولة المبكرة، في حين أن المواد الهلامية هي مضاد استطباب عند الأطفال دون سن ٦ سنوات من العمر.

على أية حال، فإنه يمكن استخدام فرنيش الفلورايد في جميع الفئات العمرية؛ حيث يقلل من تناول وابتلاع الفلورايد ويخفض مستويات الفلورايد في بلازما الدم بعد التطبيق.

تذكر المريض لتعليمات الطبيب:

إن الالتزام بالنصائح الصحية يعتمد على ثلاثة عوامل متعلقة بالمريض: الرضا والاستيعاب والذاكرة. خاصة وأن لاستيعاب المريض وتذكره للاستشارة أثراً مباشراً على تطبيق النصيحة الطبية. بسبب ذلك يجب أن يبذل الجهد لتذكير المريض. ويجب الاعتراف حالياً أن تذكير المريض بالاستشارة الطبية لا يزال محدوداً حيث ينسى المرضى ٤٠-٨٠٪ من المعلومات المقدمة إليهم. هذه الملاحظة أثبتت صحتها في مختلف المجالات الطبية. على سبيل المثال، في دراسة عن تطعيم الأطفال لم تتمكن غالبية الأمهات من تذكر اسم التطعيم الذي تلقاه أطفالهم فور

خروجهم من غرفة المعالجة. كذلك فإن ٧٠٪ من المرضى الذين خضعوا للجراحة التنظيرية لم يتمكنوا من تذكر عامل خطر واحد مترتب على هذا الاجراء مع أنهم اطلعوا على هذه المعلومات و وافقوا عليها قبل ٥ أيام فقط من الاجراء الجراحي. كذلك في طب الأسنان فإن كمية المعلومات التي يتم تذكرها بعد الاستشارة محدودة جداً.

إن تذكر أطباء الأسنان للاستشارة يختلف عن المرضى. ومن المثير للقلق أن المرضى غير قادرين على تذكر نصائح الصحة السنية المستقبلية أو الإجراءات المتفق عليها بدقة، لذلك ينصح أطباء الأسنان بتسجيل هذه المعلومات على إحدى طرق التواصل مع المريض أو ورقياً باعتباره أحد تدابير الممارسة العملية لضمان أن المرضى تذكروا محتوى الاستشارة مباشرة بعد الاستشارة لدعم التزامهم.





الفصل الثاني عشر

الرعاية السنية لدى المرضى كبار السن

الفصل الثاني عشر

الرعاية السنية لدى المرضى كبار السن

وفقًا لمنظمة الصحة العالمية فإنَّ "الصحة الفموية" تعني خلوًا من الألم المزمن في الفم والوجه، والتقرحات الفموية، والعيوب الخلقية (مثل الشفة المشقوقة والحنك)، وأمراض اللثة، وتسوس الأسنان وفقدان الأسنان، وغيرها من الأمراض و الاضطرابات التي تؤثر على تجويف الفم وسرطان الفم والبلعوم.

يعد هذا التعريف محدوداً؛ حيث أن صحة الفم تعني أكثر من غياب المرض. إن لصحة الفم معنىً أوسع، يوازي تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة منذ عام ١٩٤٨، و الذي يقول إن "الصحة هي حالة كاملة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية". وهذا يعني أن صحة الفم تتضمن أيضًا نوعية الحياة (كالاهتمام بالجمالية). ولذلك فإن تقييم صحة الفم تتأثر بالعديد من الجوانب، بعضها في سياق كونها عوامل خطورة لأمراض الفم، والبعض الآخر بسبب ارتباطها بتوقعات الشخص وإدراكه لجودة الحياة.

يمثل أطباء الأسنان أحد مزودي الرعاية الصحية الذين يعالجون المرضى خلال مختلف مراحل الحياة، حيث تكون الاستشارة الأولى غالباً خلال مرحلة الطفولة بعد أن تبدأ الأسنان اللبنية للطفل بالزوغ بينما يمكن أن تمتد الزيارة الأخيرة حتى بعد فقدان الأسنان الدائمة كاملة وإلى ما قبل الموت.

اختصار PEOPLE يمكن أن يستخدم لتوجيه النقاش نحو العديد من أوجه حياة الفرد والتي يمكن أن تهم الممارس خلال الطفولة والمراهقة ومرحلة البلوغ:

✓ P= personality = الشخصية

✓ E=experiences =التجارب والخبرات

✓ O=obstacles =العقبات

✓ P=problems =المشاكل

✓ L=life events =أحداث الحياة

✓ E=expectations =التوقعات

إن قلة استخدام الخدمات السنية يمكن أن يكون له عواقب بعيدة المدى مثل: خطورة الصحة الفموية الضعيفة على الصحة العامة (مثل مخاطر ذات الرئة والحمى المرتبطة بها)، بالإضافة إلى زيادة الحالات الطارئة وإجراء عمليات مؤلمة في الفم والمنطقة الوجهية مما يؤدي بشكل معتبر إلى زوال جودة ونوعية الحياة الصحية، بالإضافة إلى كمية كبيرة من المشاكل في الأجهزة المتحركة غير الفعالة وبالتالي تبدأ حالات سوء التغذية بالظهور.

يشير مصطلح " كبار السن " إلى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً.

يعود تزايد معدل الشيخوخة لدى معظم البلدان إلى انخفاض معدل الخصوبة وزيادة متوسط العمر المتوقع. إذ من المتوقع بحلول عام ٢٠٥٠ تزايد في أعداد المتقدمين بالعمر الذي يبلغ أعمارهم فوق ٦٠ عاماً أو أكثر إلى حوالي النصف من إجمالي النمو الكلي لدى سكان العالم.

في جميع أنحاء العالم الفئة العمرية التي تبلغ أعمارهم فوق ٨٠ أو أكثر هي الأسرع نمواً على الرغم من أن هذه الفئة العمرية تمثل حالياً أقل من ٢٪ من مجموع سكان العالم.

من المتوقع زيادة عدد المسنين إلى أربعة أضعاف مما هو عليه خلال العقود الأربعة القادمة من أقل من ٩٠ مليون في عام ٢٠٠٥ إلى ما يقارب ٤٠٠ مليون في عام ٢٠٥٠. ويشكل هذا التحول الديمغرافي أهمية كبيرة وتحديّ لدى المسؤولين عن الصحة في بلدان العالم لأن أنماط المرض ستتطور في وقت واحد.

إن انتشار الأمراض المزمنة غير المعدية مثل (الأمراض القلبية والتنفسية الرئوية والسرطان والسكري) يزداد بشكل كبير مع التقدم في العمر، وهذا ما يفسر جزئياً السبب الرئيسي للإعاقة والوفيات في جميع انحاء العالم.

مع التقدم في العمر تتفاقم مخاطر فقدان الحياة بسبب انخفاض المقاومة الفردية وسوء التغذية والأمراض المزمنة والظروف الاجتماعية البيئية الضارة.

إن عوامل الخطر الشائعة والمساهمة في العديد من الأمراض المزمنة بما في ذلك أمراض الفم هي عوامل متعددة وتشمل النظام الغذائي غير الصحي وتناول التبغ، والافراط في تناول الكحول.

يواجه مسؤولو الصحة في جميع انحاء العالم مشكلة اضافية للمشكلة الصحية العامة هي الأمراض المتعلقة بصحة الفم لدى كبار السن. وتعد أبرز الأمراض الفموية الملاحظة لدى كبار السن هي زيادة فقدان الاسنان وأمراض اللثة، وجفاف الفم وسرطانات الحفرة الفموية.

من الآثار السلبية للأمراض الفموية انخفاض قدرة المضغ، والتقييد في وجبات طعامية معينة وفقدان الوزن وضعف التواصل وانخفاض في تقدير الذات.

تؤثر هذه الظروف على نوعية الحياة. حيث إن زيادة متوسط العمر المتوقع دون تحسين نوعية الحياة لها تأثير مباشر على نفقات الصحة العامة وتصبح قضية

صحية عامة لدى معظم البلدان الأكثر تقدماً؛ وتكون مصدر قلق لدى البلدان النامية والبلدان ذات الكثافة السكانية العالية والدول الناشئة اقتصادياً كالصين والهند.

يعتبر الاهتمام بالصحة الفموية لدى المسنين أولوية في برامج الصحة الفموية العالمية بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية. وقد أطلقت منظمة الصحة العالمية دراسة استقصائية عالمية لتسليط الضوء على الاحتياجات اللازمة لتحسين صحة الفم عند كبار السن وكانت أهداف هذا التقرير:

١_ توفير معلومات كافية عن الصحة الفموية لكبار السن والخدمات المقدمة لكبار السن في انحاء العالم.

٢- استكشاف أنماط الخدمات المقدمة في برامج الرعاية الفموية لدى المسنين في البلدان النامية والمتقدمة.

٣- تحديد العوائق أمام إنشاء خدمات صحية فموية لكبار السن، وبرامج تعزيز الصحة الفموية والوقاية من الامراض.

بسبب التقدم في طب الأسنان الحديث في مجال الوقاية السنية والتشخيص والعلاج والعناية بالمريض، فإن كبار السن اليوم يحافظون على أسنانهم سليمة حتى سن كبير.

لا يمكن شرح الاسباب التي تمنع كبار السن من زيارة طبيب الاسنان بانتظام بشكل وافٍ، وهي قد تشمل: (الضعف - قلة الحركة - العجز الادراكي والعضلي - الاكتئاب)

التدابير الملائمة لكبار السن كي يحققوا التزاماً أفضل بالعناية السنية:

١- البنية التحتية:

الوصول إلى مركز العلاج السني. يجب أن يكون سهل لكبار السن الضعفاء الذين هم بحاجة لمن يقوم بنقلهم. وهذا يتضمن توفر وسائل النقل العامة أو أماكن اصطافاف السيارات، وعدم وجود حواجز للوصول للمرافق، واللافتات يجب أن تكون مضاءة و واضحة، وجانبي السلالم يجب أن تكون مركبة يمنة ويسرى. أو حتى اعتماد الطابق الأرضي لمثل هاته العيادات.

٢- تصميم مكان العلاج:

إن تصميم المكتب والمعدات يجب أن يتلاءم مع متطلبات الاحتياجات المتباينة لمجموعات كبار السن المرضى.

٣- إدارة العيادة والفريق:

- مستوى التواصل الفعال مع كبار السن.
- ادارة مؤهلة من قبل الفريق لكبار السن.
- المعدات المساعدة للحركة.

٤- تدبير العلاج:

- التعليم و التدريب و التخصص في الفريق الطبي السني.
- التشخيص؛ يتضمن جمع و تقييم المعلومات التشخيصية.
- تعويض عجز المريض عن مسؤوليته الصحية ببيئته.
- مراقبة نشاطات كبار السن اليومية من قبل مختص.

- تعديل القدرة الوظيفية السنّية لكبار السن؛ باعتماد و تأكيد خطة العلاج و المسؤولية في اصلاح الصحة الفموية وفعالية الجهاز التعويضي السنّي.
- التفاعل مع الاشخاص الداعمين و الأقارب و الفريق التمريضي و الطبيب العام و طبيب التخدير و كل من يحتاجه المريض المسن. يجب ان يبني طبيب الاسنان شبكة للتعاون بين شركاء اخرين لاتخاذ قرارات أفضل للعلاج.

مجموعة العوامل التي تلعب دوراً هاماً في إمكانية تقدم كبار السن للعناية السنية:

١- سياسات الصحة الوطنية في تطوير خدمات الصحة الفموية.

٢- المعيار الاقتصادي للبلدان والموارد المتاحة لصحة الفم.

٣- عوامل متعلقة بصحة كبار السن العامة.

هذه العوامل ذات اختلاف بين الدول المتقدمة والنامية. في البلدان المتقدمة تسمح الظروف بتمويل أنظمة صحة فموية تعطي أولوية للوقاية على المعالجات التقليدية. لأن العلاج التقليدي للأمراض الفموية مكلف للغاية بالنسبة لكبار السن حتى في البلدان الصناعية المتقدمة.

أكدت منظمات الصحة حتى في البلدان المتقدمة أن الصحة الفموية لكبار السن مهمة إلى حد كبير من جانب السلطات الصحية، و يكون الوضع أسوأ بالتأكيد في البلدان النامية الأفقر بشكل موثق واضح حول العالم. كما أكدت أن أنظمة صحة الفم يجب إعادة توجيهها نحو الوقاية قبل العلاج وتعزيز صحة الفم والرعاية التوعوية. هناك إهمال من قبل أطباء الأسنان فيما يتعلق بصحة الفم لدى كبار السن. غالبية البلدان لم تضع سياسات لصحة الفم، والخدمات مكرسة بشكل أساسي للرعاية الطارئة للألم فقط.

يُعدّ الوصول لخدمات الصحة الفموية مقتصرًا على المدن؛ إذ تقتصر على المستشفيات ومراكز رئيسية. بينما يترك المسنون في المناطق الريفية والناحية دون أي رعاية صحية فموية. وإن العناية العلاجية بالأسنان لا يمكن تحملها بالنسبة للمسنين الفقراء في البلدان النامية. وهذا يعزز إجراء القلع السنّي الجائر.

هناك عدد من النقاط الهامة التي تهمنا في انشاء برامج صحة وطنية لصحة كبار السن من قبل وزارات الصحة أو المنظمات:

١- سيساعد توافر البيانات والمعلومات المحدثة باستمرار عن حالة الصحة الفموية عند كبار السن والخدمات المقدمة على وجود مبرر لاحتياجاتهم وبرامج لصحة الفم ونوعية الحياة. ولدى منظمة الصحة العالمية دور تؤديه فيما يتعلق بالبلدان النامية، من خلال دعم قدرة وزارات الصحة على منهجية الدراية الاستقصائية وتقديم الدعم العملي لجمع معلومات منتظمة عن الصحة الفموية. على الرغم من أن الصحة الفموية تعد عاملا هاما في الصحة العامة ونوعية حياة كبار السن، إلا أنها تعتبر في كثير من الاحيان مصدر معزول منفصل .

٢- ان دمج الرعاية الصحية الفموية ذات الصلة بتعزيز الصحة العامة قد يساهم في تطوير الرعاية الصحية الفموية عند كبار السن.

٣- بالنظر الى بعض كبار السن الذين يعانون من مشقة مالية بعد التقاعد، فان تكلفة المعالجة بالإضافة الى نقص العناية بالأسنان والسلوك السلبي تجاه صحة الفم الامر الذي يردعهم عن زيارة طبيب الاسنان أو أي موظف صحة آخر. لم يقم سوى عدد قليل من البلدان بوضع برامج للصحة العامة لكبار السن، مما ادى إلى القضاء على العائق المادي في رعاية الصحة الفموية.

٤- لدى معظم البلدان في العالم هناك نقص كبير في التغطية التأمينية لرعاية الصحة الفموية لكبار السن. سيساعد ادخال طرف ثالث في دفع الناحية المادية الى تمويل الرعاية الصحية الفموية والسيطرة على الامراض بشكل فعال لاسيما بين الفقراء والمحرومين من كبار السن.

- ٥- ان موظفي الصحة الاولى والقوى العاملة في مجال صحة الفم للمسنين ستتضمن الرعاية الفموية كجزء لا يتجزأ من خدمات الصحة الاولى.
- ٦- النهج القائم على التعاون بين موظفي الرعاية الصحية الفموية وغيرهم من الاطباء المدربين في رعاية الصحة للمسنين سيعمل على زيادة الوعي بأهمية صحة الفم وتحسين نوعية الرعاية.
- ٧- اشراك الكادر الصحي الفموي المساعد أو الممرضات أو العاملين في الرعاية الصحية الاولى في رعاية صحة كبار السن سيزيد من القدرة الوطنية لنظم صحة الفم ويساعد على الوصول إلى الفئات السكانية المحرومة من كبار السن.
- ٨- ان استخدام وحدات عناية متنقلة للأسنان أو المعدات المحمولة قد يسهل الوصول الى كبار السن وضمان الخدمة الفعالة.

أثر العوامل النفسية في الصحة الفموية لدى المسنين:

يجب على المرء أن يكون على دراية في سياق رعاية كبار السن، لأن هذه الفئة العمرية تحتاج إلى مزيد من الوقت لمعالجة المعلومات التي يقدمها اختصاصي الصحة، لذا ينبغي على طبيب الأسنان أن يفكر في ذلك عند التواصل مع كبار السن. بالإضافة إلى ذلك، هناك انخفاض في القدرات الحسية، مثل السمع أو الرؤية أو الشم أو اللمس، والتي يجب أن تكون ذات أولوية في العلاقة المناسبة بين طبيب الأسنان والمريض. مع هذا الرأي، هناك عوامل نفسية مهمة تؤثر على صحة الفم لدى كبار السن. على سبيل المثال في حالة وجود مريض مكتئب، يجب على طبيب الأسنان أن يظهر موقفًا تعاونيًا وداعمًا، وأن يكون واضحًا تمامًا أن المعلومات التي يتم جمعها ستكون سرية تمامًا وستستخدم فقط لمصلحة المريض. وهذا أمر أساسي لتواصل المسن مع المختصين الصحيين المختلفين الذين يعالجون كبار السن لأنه من الصعب للغاية تحقيق علاج ناجح للأسنان إذا لم يكن هناك اعتبار حول الأمراض مثل الاكتئاب أو الإجهاد.

يعاني البالغون الأكبر سنا من خطر متزايد من الاضطرابات المزاجية، وبالتالي يعانون من سوء صحة الفم. بالإضافة إلى ذلك، هناك بعض المرضى الذين لا يستجيبون بشكل كافٍ للعلاج المضاد للاكتئاب وبالتالي يلعب الدعم الأسري والاجتماعي دورًا هامًا في تحفيز السلوكيات الصحية (مثل تنظيف الأسنان بالفرشاة أو التنظيف بالخيط أو النظافة الأساسية).

تشير دراسات مختلفة إلى أن التدخلات السلوكية التي قام بها طبيب الأسنان لتعزيز الكفاءة الذاتية في تخطيط صحة الفم والأسنان تؤدي إلى تحسن كبير في الأداء الذي يقوم به الروتين الأساسي لرعاية الفم. علاوة على ذلك، عندما يتواصل

طبيب الأسنان بوضوح مع عواقب تصرفات المريض، هناك تحسن في أداء المريض للعناية بالفم والاستعداد لقبول المعلومات التي يقدمها طبيب الأسنان. من ناحية أخرى، يحتاج طبيب الأسنان للنظر في العواقب النفسية لفقدان الأسنان لزيادة التزام كبار السن بالعناية بالصحة الفموية.



أهم الأمراض الفموية التي يعاني منها كبار السن:

١- النخر السني:

يلخص الشكل (١) المعلومات عن حالة الاسنان لدى كبار السن الذين تبلغ أعمارهم فوق ٦٥ عاماً. حيث يتم قياس متوسط النخور السنوية من خلال مقياس (DMFT) وكما هو موضح بالشكل تبقى مشكلة النخر السني مشكلة كبيرة في جميع انحاء العالم على وجه الخصوص بلدان الشرق الاوسط والمناطق الاوربية والامريكيتان.

فقدان الاسنان لدى مؤشر مقياس (DMFT) هو عالي لدى كبار السن بشكل مثير للدهشة في جميع انحاء العالم. لكن في الدول الافريقية يشير المقياس إلى انخفاض مؤشر (DMFT) نسبياً ومع ذلك فإن نسبة الفقد تبقى عالية، في حين نسبة الترميم منخفض للغاية وهذا يشير الى أن العلاج الرئيسي لكبار السن في الرعاية الصحية هو القلع السني.

لوحظت تباينات كبيرة في (DMFT) في بلدان افريقيا. فد تم الابلاغ عن قيمة عالية جدا في مدغشقر (٢٠.٩-٢٤.٦) لكن منخفض في غانا (١.٤) غرب افريقيا, وارقام تتراوح بين ٣.٧ في تنزانيا إلى ٤.٥ في زيمبابوي شرق افريقيا



الشكل (١) معدل الـ DMFT لدى كبار السن الذين تبلغ أعمارهم فوق ٦٥ عاماً.

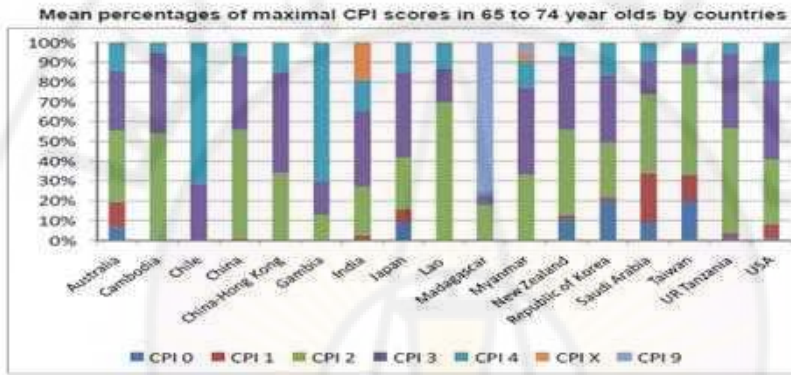
٢- المشاكل حول السنية:

يوضح الشكل (٢) حالة اللثة لدى المرضى الذين تتراوح اعمارهم بين ٦٥-٧٤ سنة من دول العالم وفقاً لمقياس منظمة الصحة الفموية عن الامراض اللثوية وهو المقياس حول السني المجتمعي (CPI) (Community Periodontal Index). هذا المقياس هو:

- ٠- لثة سليمة
- ١- لثة نازفة
- ٢- لثة نازفة وقلح
- ٣- جيوب لثوية متوسطة العمق ٣-٥ ملم
- ٤- جيوب لثوية عميقة ٦ ملم وأكثر .

المقياس حول السني المجتمعي CPI (Community Periodontal Index) من النمط الثاني والثالث CPI-2 و CPI-3 هو الأكثر شيوعاً لدى غالبية البلدان وهذا يعكس حالة ضعف الصحة الفموية.

CPI-4 هي النتيجة الأكثر شدة بين الأمراض اللثوية. الاختلاف بين معدلات الانتشار بين دول العالم لهذا النمط عالي إذ عدد المصابين بالنمط الرابع يتراوح من ٢٠-٥٪ على الرغم من أن بعض الدول تتجاوز هذه الأرقام.



الشكل (٢) مقياس CPI حول السني لدى المرضى كبار السن

٣- فقدان الاسنان:

تعد النخور السنية والأمراض اللثوية السبب الرئيسي لفقدان الاسنان.

إن المسح العالمي يغطي السكان البالغين لجميع الأعمار في البلدان المتجاورة. وكان المسح مصمم من أجل الحصول على بيانات قطرية تمثل الحالة الصحية واداء منظمات الصحة. شارك ٧٢ بلدا في المسح حيث يتم جمع البيانات من خلال المقابلات الشخصية الموحدة. ويبدو أن فقدان الاسنان اقل لدى كبار السن في المناطق الافريقية وجنوب شرق اسيا. بالإضافة الى انه تم تصنيف الدول المشاركة على أساس الدخل القومي وفقا لمعايير البنك الدولي.

إن معدل انتشار الفقد السنّي عالي في البلدان ذات الدخل المتوسط والعالي (٣٥٪)، لكنها منخفضة في البلدان منخفضة الدخل (١٠٪).

في العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع يكون لدى كبار السن قلق مبكر بسبب الاحساس بعدم الراحة أو الألم مما يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة. لكن شهدت السنوات الأخيرة توجه ملحوظ إلى انخفاض في فقدان الأسنان بين كبار السن، وفي الوقت نفسه يلاحظ فقدان الأسنان باستمرار لدى كبار السن ذوي التعليم المنخفض. أجريت دراسات عن الصحة الفموية لكبار السن في بعض البلدان الصناعية والذين يعيشون حالة حرمان فأشارت إلى أن أصحاب الدخل المنخفض يعانون من ظروف صحة فموية أسوأ من كبار السن أصحاب الدخل العالي الذين يعيشون في نفس المجتمع.

إن فقدان الأسنان دون التعويض بجهاز سنّي متحرك يتضمن فقدان شديد للأداء الشفوي، ووفقاً للتقارير الواردة من مختلف البلدان فإن هذا الشيء شائع بين الفئات السكانية الفقيرة والمحرومة في البلدان النامية والمتقدمة.

كما تشير هذه التقارير إلى أن مرتدي الأجهزة المتحركة مع وجود قرحات فموية مؤلمة تكون عالية إذ تصل إلى الـ ٤٥٪. هذه الظروف تتفاقم بسبب سوء التغذية واسلوب الحياة غير الصحي كإهمال نظافة الفم، والاستهلاك المفرط للكحول، وتدخين التبغ.

العناية السنّية لدى كبار السن في دور الرعاية:

إن تحسين الصحة الفموية عند كبار السن في دور الرعاية بالاعتماد على التعليم والتدريب المستمر أمر بالغ الأهمية كما أوصت منظمة الصحة العالمية. التعليم

يجب ألا يركز فقط على تطوير المهارات العملية، ولكن أيضا ضمان أن مقدمي الرعاية لديهم فهم واضح للعلاقة بين صحة الفم والصحة العامة وجودة الحياة.

وقد أظهرت بعض الدراسات أن مستوى المعرفة بمبادئ العناية بالصحة الفموية بين مقدمي الرعاية لا ترتبط بالضرورة بتوفير نظافة الفم المناسبة.

هناك مجموعة من التوصيات الفموية التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار عند

استقبال المسنين في دور الرعاية:

- ١- يجب ملء استمارة تقييم صحة الفم عند الدخول إلى دور الرعاية.
- ٢- يجب تطوير قائمة من المؤشرات لقياس الرعاية الصحية عن طريق الفم في دور الرعاية.
- ٣- ينبغي التحقيق في محاولات زيادة استخدام وسائل العناية الفموية من قبل كبار السن.
- ٤- التأكد من صحة الفم لكل مقيم في المستوى الأمثل من خلال دعم النظافة الفموية اليومية، مع توفير معجون أسنان يحتوي على مالا يقل عن ١٤٥٠ جزء في المليون من الفلورايد للمقيمين المسنين.
- ٥- التأكد من أن خطط حماية المقيمين تعكس حالة صحتهم عن طريق تجنب الاستهلاك المفرط والمتكرر للأطعمة السكرية.
- ٦- ضمان وجود إرشاد للتغذية الإقليمية للمسنين.
- ٧- ينبغي أن تقوم دور الرعاية بإجراء مراجعة داخلية للرعاية الصحية الفموية المقدمة في منشأتها سنة بعد أخرى.

برامج العناية بالصحة الفموية:

إن لاستخدام ملصقات العناية بصحة الفم مزايا عديدة. فهي تقدم عرضاً لمعلومات عن كيفية تنفيذ رعاية الفرد المقيم.

هناك عدة أسباب هامة تسبب إهمال العناية الفموية في دور الرعاية:

- ١- المقيمون الذين يحتضرون لفترة طويلة.
- ٢- المقيمون الذين يعانون من أمراض جهازية شديدة.
- ٣- المقيمون الذين هم بحاجة لمن يقوم بتنظيف أسنانهم ويتوافق ذلك مع إهمال فريق الرعاية.
- ٤- بعض المسنين الذين لديهم مشاكل عقلية.

أظهرت بعض الدراسات أن نظافة الفم لدى من يعانون من مشاكل عقلية كانت أفضل من أولئك الأصحاء عقلياً، ويعزا السبب في ذلك إلى أن المقيمين الأصحاء عقلياً هم أقل احتمالاً لتلقي المساعدة للعناية بنظافة الفم من المقيمين ذوي المشاكل العقلية. لأن مقدمي الرعاية وثقوا بقدرتهم على الاعتناء بصحتهم الفموية لوحدهم. كما أن المقيمين الأصحاء عقلياً وجدوا أنه من المحرج السماح بمساعدتهم بتنظيف أسنانهم.

ومن المؤكد أنه كي تكون هذه النتيجة حقيقية يجب أن يتمتع فرق الرعاية بالكفاءة والمهارة الكافية لتقديم العناية الفموية.

عند إدخال فرشاة الأسنان الكهربائية في عناية المسنين، من المرجح أن تحدث بعض الصعوبات في البداية. يعتمد النجاح في استخدام فرشاة الأسنان الكهربائية على درجة الصحة الذهنية والعقلية وتصميم الفرشاة.

إذ أن استخدام فرشاة الأسنان الكهربائية من المرجح أن يكون أمراً ناجحاً مع المقيمين الأصحاء عقلياً. إن إدخال فرشاة الأسنان الكهربائية للأشخاص ذوي الإصابات العقلية يتطلب قدراً كبيراً من الصبر. فالضجيج والاهتزاز الصادر من فرشاة الأسنان الكهربائية قد يسبب القلق والتوتر. العديد من مقدمي الرعاية يفضلون فرشاة الأسنان الكهربائية عن تلك اليدوية، وذلك لأنها تجعل من العناية بالصحة الفموية أسهل وأقل استهلاكاً للوقت، خاصة للمقيمين غير المصابين بالمشاكل العقلية.

لذلك من الضروري أن يتم تقديم فرشاة الأسنان الكهربائية بلطف، بطريقة بسيطة واضحة ويتم تكرار الإجراء عدة مرات.

- قد تمثل فرشاة الأسنان الكهربائية عاملاً محفزاً يمكن أن ينتج عنه تحسين مستوى نظافة الفم لدى المقيمين المعتمدين على مقدمي الرعاية.

وقد تم تطوير نظام ضمان الجودة كأداة لتحسين وتعزيز صحة الفم في دور رعاية المسنين. من غير المعروف ما إذا كانت التحسينات الملاحظة ناجمة عن العوامل التحفيزية، وتطوير إجراءات الرعاية المنهجية والوسائل التوضيحية أو حقيقة أن الممرضات يدركون أن عملهم مع رعاية صحة الفم يتم قياسها وفقاً لمعيار محدد. تشير التطورات إلى أن المزيد من الناس سيحتفظون بأسنانهم في المستقبل. هناك عدة تغييرات متميزة في حالة صحة الفموية للمسنين المقيمين في دور الرعاية حدثت خلال العقد الأخيرين. من التغييرات الملاحظة زيادة في متوسط عدد الأسنان.

تختلف كمية ونوعية التدريب على صحة الفم بين مقدمي الرعاية وذلك باختلاف المدارس، لكن معظم المدارس قدمت المعلومات والتدريب لتغطية الأساسيات و المتطلبات المتعلقة بالرعاية الفموية.



بعض أساليب العناية الفموية لدى كبار السن

كيفية مساعدة مقدم الرعاية الصحية للمسن في تنظيف أسنانه:

- يتم استخدام فرشاة أسنان صغيرة ومعجون أسنان بمحتوى من الفلوريد لا يقل عن ١٤٥٠ جزء في المليون (أجزاء في المليون). قديُنصح باستخدام معجون أسنان يحتوي على فلورايد بجرعة أعلى.
- غسل اليدين و تجفيفهما قبل وبعد القيام بأي عناية بالفم وارتداء معدات واقية مناسبة للأفراد مثل القفازات و النظارات الواقية.
- شرح الإجراء للمريض والتأكد أنه يجلس بوضعية مريحة، ويفضل دعم الرأس دوماً.
- ضع كمية بحجم حبة البازلاء من معجون الأسنان على فرشاة أسنان.
- في حال وجود أجهزة متحركة، تتم إزالتها ووضعها في كوب من الماء.
- يستغرق الأمر دقيقتين على الأقل لضمان تنظيف جميع المناطق جيداً.
- توضع فرشاة أسنان في زاوية ٤٥ درجة إلى اللثة.

كيفية تنظيف الأجهزة المتحركة لكبار السن:

من المهم التعامل مع الأجهزة المتحركة مثل الأسنان الطبيعية حيث تتشكل اللويحة السنية بشكل مستمر على أسطح أسنانها ، تماماً كما الأسنان الطبيعية. ويمكن أن يسبب ذلك التهاب اللثة ورائحة الفم الكريهة والعدوى الجرثومية و / أوالفطرية (مثالالمبيضات)،أو عندما تكون هنا كأسنان متبقية قد تصاب بالانخور السنية.

لجميع هذه الأسباب من المهم تنظيفا لأجهزة المتحركة، وذلك على النحو التالي:

- التنظيف مرة واحدة على الأقل يومياً (يفضل أن يكون ذلك مساءً) ويتم غسلها تحت الماء بعد الوجبات.
- يجب تنظيف جميع الأجهزة المتحركة، سواء جزئية أو كاملة، وينبغي إزالتها من الفم للتنظيف.
- يمكن كسر الأجهزة بسهولة إذا سقطت، لذلك يجب حملهم على منشفة أو في حوض من الماء.
- يجب غسل أطقم الأسنان بالكامل لإزالة فضلات الطعام اللصاقة.
- استخدام السائل الخاص بتنظيف الأجهزة على فرشاة الأسنان. تجنب الشعيرات القاسية لأنها قد تلحق الضرر بالأجهزة.
- لاينصح باستخدام معجون الأسنان لأن هذا يمكن أن يكون كاشطاً ويضر بالأجهزة.
- شطف الأجهزة جيداً لإزالة كل آثار من معجون التنظيف أو الصابون قبل وضعها مرة أخرى في الفم.
- القيام بتدليك اللثة واللسان والحنك بفرشاة أسنان نظيفة لإزالة اللويحة وتنشيط الدورة الدموية.
- ينبغي إزالة الأجهزة أثناء الليل، هذا سيريح الفم من ضغط الأجهزة المتحركة.
- عند إزالتها من الفم (إما في الليل أو أثناء النهار)، يجب وضعها في الماء لأن ذلك يساعد على منعها من الجفاف وتغيير الشكل.
- قد يسبب وجود أجهزة ذات حواف شئرة أو سيئة مشكلات مثل التقرح، وبالتالي يجب تقييم الأجهزة بشكل مستمر.

المراجع الأجنبية:

- AAPD, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Reference Manual 2024s, 292-310.
- Beal M.L, Shaw M.M, Seiler W.J. Instructor's resource manual for communication: making connections, Boston: Allyn and Bacon by Pearson Education, Inc.; 2006.
- Butler, J. Hypnosis for dental professionals. BDJ Team 1, 15028(2015).
- Collins, Fiona M. "Factoring patient compliance into oral care." RDH 28.4 (2008): 15.
- Dobkin B.A, Pace R.C. Communication in a changing world, Boston: McGraw Hill Companies, Inc.; 2006.
- Gomaa N, glogauer M, Tenenbaum H, Siddiqi A, Quinohez C: Social – Biological interaction in oral Disease : A cell to Society view . PLOS ONE 11 (1) : 2016 P 1 – 19.
- Goleman J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. Pediatr Dent. 2014;36(2):121-7.
- Hannah A. Millichamp C. J. Ayers K. M.S. Communication Skills Course for Undergraduate Dental Students.. Journal of Dental Education 2004 Volume 68, Number 9.
- Hawken J S. Good communication skills: Benefits for doctors and patients.Continuing Medical Education Volume 32 Number 3, June 2005.
- Humphris G , Ling MS : Behavioural Sciences for Dentistry . Churchill Livingstone , Liverpool 1999.
- Kandelman, Daniel, Poul Erik Petersen, and Hiroshi Ueda. "Oral health, general health, and quality of life in

- older people." *Special care in dentistry* 28.6 (2008): 224-236.
- Klinberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry-a review of background factors and diagnostics. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9 Suppl 1:11-5.
 - Lee J-S and Lee S-K Laughter Therapy as Stress Relief: The Effects of Laughter Therapy for the Relief of Employment-Stress in Korean Student Nurses by Assessing Psychological Stress Salivary Cortisol and Subjective Happiness. *Osong Public Health Res Perspect.* 2020 Feb; 11(1): 44–52.
 - Mamta M. Pruthvi Raj H V. Rajkumar M. Sanjeev L. Chandresh S. Ravinder S. Hypnodontics: Role of hypnosis in oral health. *International Journal of Recent Trends in Science and Technology*, Volume 20, Issue 2, 2016.
 - McDonald and Avery's. *Dentistry for the child and adolescent*, 10th ed. China: Elsevier Inc.; 2025.
 - Misra, S. Daly B, Dunne S, Millar B, Packer M, Asimakopoulou K. "Dentist–patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance." *Patient preference and adherence* (2013): 7 543.
 - Nitschke, I, Stillhart A, and Kunze J. "Utilization of dental services in old age." *Swiss dental journal* 125.4 (2015): 433-47.
 - Nogueira C. M. R. Falcão L. M. N. Nuto S. A. S. Saintrain M. V. L. Vieira-Meyer A. P. G. F. "Self-perceived oral health among the elderly: a household-based study." *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia* 20.1 (2017): 7-19.

- Petersen, Poul Erik, et al. "Global oral health of older people-call for public health action." *Community dental health* 27.4 (2010): 257-67.
- Ríos-Erazo M & Borges-Yañez SA. Psychological factors and his influence in the oral health of older people: A narrative review. *J Oral Res* 2016; 5(1): 43-49.
- Ruben B.D, Stewart L.P. *Communication and human behavior*, 6th ed. Boston: Kendall Hunt Publishing Company; 2015.
- Srivastava V.K. *Modern pediatric dentistry*, 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.; 2011.
- Shankarapillai R, Nair MA, George R. The effect of yoga in stress reduction for dental students performing their first periodontal surgery: A randomized controlled study. *Int J Yoga*. 2012 Jan;5(1):48-51.
- Sykes, Leanne M., William G. Evans, and Hemant D. Dullabh. "Patients are people: treating the person, not the problem." *South African Dental Journal* 73.2 (2018): 98-100.
- Vazquez, Fabiana de Lima, et al. "Qualitative study on adolescents' reasons to nonadherence to dental treatment." *Ciencia & saude coletiva* 20 (2015): 2147-2156.
- Shukla H, Kulkarni S, Wasnik MB, Rojekar N, Bhattad D, Kolekar P. Acceptance of Parents for Behavior Management Technique with Reference to Previous Dental Expertise and Dental Anxiety. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(S2):S193–8

- Veerkamp, Jaap SJ, and Gerald Z.Wright. "Children's behavior in the dental office." Wright's Behavior Management in Dentistry for Children (2021): 23-35
- Soxman, J.A. Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry. Second edition. Wiley Blackwell (2022).

المراجع العربية:

- التقرير الختامي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة : تضيق الفجوة في غضون جيل واحد . منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٨ .
- المطرب خالد: تلخيص مهارات الاتصال . جامعة الملك فيصل- ٢٠١٣
- عوض عاطف: فن التواصل والتعامل مع الناس والتأثير فيهم- ٢٠١٧ .

اللجنة العلمية: أ.د. خلدون درويش
أ.د. عمر حمادة
أ.م.د. عبير الجوجو

المدقق اللغوي: د. ملاذ زليخة

حقوق الطبع والترجمة والنشر
محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات

Damascus University Publications



Psychology

Authorship

**Teaching Staff of the Department of
Pediatric Dentistry**