

التدخلات العلاجية النفسية في مجال الأمراض القلبية الوعائية.

بلخير وسام

جامعة محمد لفين دباغين سطيف 2

ملخص:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على أهم التدخلات العلاجية التي يقدمها المختص النفسي في علم نفس الصحة في مصلحة أمراض القلب للتكفل بمرضى القلب والشرابين. فقد تتسبب الإصابات القلبية الوعائية بظهور مخاطر نفسية تهدد صحة المريض كالإنكار والقلق والاكتئاب وانخفاض في مستوى نوعية الحياة هذا الذي يستدعي تدخلا من طرف المختصين النفسيين، إلا أن التدخلات العلاجية النفسية في هذا النوع من الأمراض تختلف عن غيرها من العلاجات النفسية التقليدية نظرا لخصوصية هذه الأمراض العضوية المزمنة فالمرضى في هذه الحالة إضافة إلى ما لديه من مشكلات نفسية هناك جسم يعاني لا بد من أخذه بعين الاعتبار وخطر الموت الذي يواجهه، وعليه فإن عمل الأخصائي النفسي يركز بالدرجة الأولى على الإنكار الذي يحدث في كثير من حالات المرضى الذين تعرضوا إلى نوبة القلبية كون هذه الأخيرة من الأمراض التي تتميز بمظاهرها مفاجئة وشديدة وبالرغم من أن الإنكار يحمي المرضى من القلق والاكتئاب على المدى القصير، ولكن ضرره يكون على المدى الطويل على صحة المريض عن طريق عدم الامتثال للعلاج والتغيرات اللازمة في نمط الحياة، كما أن المرضى عادة ما يكونون بحاجة إلى معلومات فردية حول مرضهم والتربية العلاجية تلي هذه الحاجة وهدفها الأساسي هو مشاركة المريض في مسار مرضه المزمن وتسهيل تغيير سلوكه اليومي ، كما تهدف المقابلات التحفيزية إلى حل تناقض المرضى تجاه التغيير وتمكينهم من الانخراط في سلوكيات جديدة حيث أن الأمراض القلبية الوعائية التي تفرض على المريض تغيير نمط حياته للحد من تفاقم مرضه.

الكلمات المفتاحية: التدخلات العلاجية النفسية، الأمراض القلبية الوعائية، التربية العلاجية، المقابلات التحفيزية.

1. مقدمة:

حسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية أُشير إلى أن الأمراض القلبية الوعائية تشكل السبب الأول للوفيات حول العالم حيث أنه هناك حوالي 17.1 مليون شخص سنويا حول العالم يقعون ضحايا لهذه الإصابات. (OMS.2011) وتختلف أسباب هذه الاضطرابات بين ما هو عضوي وما هو نفسي كما أن الحالة النفسية المتردية تلعب دورا واضحا في التأثير على الحالة الصحية الجسمية، حيث أنه من شأن الضغوطات النفسية المساهمة في الوقوع في الأمراض القلبية الوعائية. كما تلعب الشخصية دورا مهما في إحداث هذه الاضطرابات. إضافة إلى الأسباب النفسية للإصابات القلبية الوعائية فهذه الأخيرة خاصة منها احتشاء عضلة القلب تؤدي إلى ظهور استجابات نفسية انفعالية تظهر في شكل إنكار، قلق واكتئاب وغيرها من التظاهرات الأخرى.

فالإنكار وسيلة دفاعية يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وأبعاده، فقد يتصرف المريض وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها أو أنه سوف يزول خلال فترة وجيزة، أو أن آثاره بعيدة المدى ولا قيمة له، وفي الحالات الأكثر تطرفا، قد ينكر المريض من أنه يعاني من مرض ما بالرغم من كل المعطيات الواضحة حول التشخيص، والإنكار هو رد فعل شائع لدى مرضى القلب. ويعتبر الإنكار كاستجابة انفعالية مترتبة عن المرض القلب له إيجابياته وله سلبياته. فقد يكون لإنكار مضمون الأعراض

معرفة للسعي إلى العلاج المناسب كما يكمن أن يشكل عامل حماية للفرد من القلق والاكتئاب بعد التشخيص مباشرة. حيث يمكن أن يكون مفيدا يمكن المريض من ضبط استجاباته الانفعالية للمرض، ولكنه من ناحية أخرى قد يتدخل في قدرة المريض على الرصد الدقيق لحالته، والمبادرة في البحث عن العلاج أو متابعة حالته بصورة مسؤولة. وعليه على الأخصائي النفسي الصحي في بداية العلاج أن يعمل على الإنكار.

من جهة أخرى يعتبر القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد الإعلان عن تشخيص المرض، حيث تخور قوة العديد من المرضى ويحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه مرض القلب من تغير في حياتهم ومن احتمالات الموت ، وقد يظهر القلق خلال فترات متقطعة أثناء المرض، فمع كل وخزة ألم في الصدر يخاف المريض من حدوث نوبة أخرى، وقد يؤثر على قدرة المريض على القيام بوظائف، فالمريض القلق من العلاج قد ترهقه الشدة الانفعالية وتستنزف طاقته قبل البدء في العلاج وبالتالي تكون قدرته على التكيف مع العلاج أقل من الشكل المطلوب، وهناك عدة أنواع من الحوادث التي تثبت أنها تزيد من مستوى القلق عند مرضى القلب فعندما يتوقع المريض تغييرا جوهريا في نمط حياته أو عند توقعه لتكرار النوبة القلبية مرة أخرى ، وعندما يفتقر للمعلومة الصحيحة حول مرضه وعلاجه . وعليه فإن القلق الذي يعزى للمرض مباشرة قد يقل مع الوقت إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات للمرض وأثره على الحياة العامة للشخص ربما يزداد مع الوقت، لذلك يجب على الأخصائي النفسي الصحي إلى تقييم هذا القلق ومعالجته. (تايلور، 2008، ص 518-519) بتصرف

ويعتبر الاكتئاب أيضا من ردود الفعل الشائعة والمرهقة عند المرضى المزمنين ، ومع أن الدلائل تشير إلى أن الاكتئاب يحدث في مراحل متأخرة من عملية التكيف مقارنة بالإنكار والقلق، إلا أنه يمكن أن يحدث أيضا على فترات متقطعة، والاكتئاب هو رد فعل متأخر للمرض وذلك لأن المريض كثيرا ما يحتاج إلى بعض الوقت حتى يستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها، فأثناء المرحلة الحادة من المرض وعقب التشخيص مباشرة، يكون على المريض اتخاذ قرارات ملحة، فقد يدخل المستشفى أو ينتظر المعالجة أي أنه هناك القليل من الوقت للتأمل في مرضه وما ينتج عنه من تداعيات، وتبدأ أبعاده تأخذ مداها. ولا تكمن تأثيرات الاكتئاب فيما يتسبب من ضيق ومعاناة وإنما فيما يمكن أن يخلفه من آثار في الأعراض واحتمالات تأهيل المريض شفائه، ووجد أن احتمال عودة مرضى القلب إلى أعمالهم بعد سنة من خروجهم المستشفى كانت أقل بينما احتمال عودتهم إلى المستشفى كانت أكثر (تايلور، 2008، ص 519)

لقد تناولت البحوث الأثر النفسي لوجود احتشاء عضلة القلب من حيث معدلات القلق والاكتئاب، فلقد استخدم Line (2002) et al تصميم تجربة طولية لتقييم التغيرات في الاكتئاب والقلق فور الإصابة بالاحتشاء القلبي وبعد 15 يوما وبعد 4 أشهر وبعد 12 شهرا وأظهرت النتائج أنه أثناء العلاج في المستشفيات وجد 30.9 % من المرضى يعانون من القلق والاكتئاب بدرجة مرتفعة (العاسمي، 2016، ص 517).

وعليه فإن الآثار النفسية التي تخلفها الإصابات القلبية الوعائية وما تفرضه من قيود وتغيرات في نمط حياة المرضى تستدعي تدخلات نفسية علاجية تهدف إلى الحد من الآثار تلك التظاهرات النفسية كالعامل على الإنكار والقلق والاكتئاب من جهة، وكذلك تسطير برامج علاجية تربوية من جهة أخرى كبرامج التربية العلاجية والمقابلات التحفيزية لتعليم المرضى بعض الطرق في التعامل مع واقع التغيرات في ظروفهم وحياتهم وتحسين نوعية حياتهم والتكيف مع مرضهم وتحقيق التنبؤ الجيد بمآله. من هنا جاء بحثنا الحالي للإجابة على السؤال التالي:

- ماهي التدخلات العلاجية النفسية في مجال الأمراض القلبية الوعائية؟

2. العمل على الإنكار Le travail du déni

تعتبر الأمراض القلبية الوعائية مثل الأمراض الأخرى التي تتميز بمظاهرها مفاجئة وشديدة والإنكار هو آلية دفاعية تحدث لدى كثير من حالات المرضى الذين تعرضوا إلى نوبة القلبية. وهو كاستجابة انفعالية مترتبة عن المرض القلب له إيجابياته وله سلبياته ولكن متى يكون الإنكار إيجابيا ومتى يكون سلبيا؟ يعتمد ذلك على المرحلة التي يظهر فيها المريض الإنكار. فقد يكون لإنكار مضمون الأعراض معرقلا للسعي إلى العلاج المناسب كما يكمن أن يشكل عامل حماية للفرد بعد التشخيص مباشرة. فأثناء المرحلة الحادة قد يبعده الإنكار عن إدراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض في وقت لا يكون فيه المريض قادرا على مواجهته. ولقد وجد في إحدى الدراسات على مرضى القلب أن الإنكار قد ارتبط بفترات أقل من الإقامة في وحدات العناية المركزة وبإشارات أقل على وجود خلل وظيفي في القلب وكشهادة على قيمته في التخفيف من التوتر الناتج، كما وجد أيضا أن الإنكار يمكن أن يصاحب مستويات متدنية من Corticosteroids كما أنه قد يقلل من الأعراض غير السارة، ويمكنه أيضا أن يحجب الشعور بالفرع المرتبط بالألم المزمن إلى أن يتكيف المريض مع التشخيص ويفهم ما يمكن أن يفرضه المرض من قيود على حياته بصورة واقعية. أما أثناء مرحلة التأهيل فقد يكون للإنكار آثاره السلبية خصوصا إذا تدخلت قدرة المريض على استيعاب المعلومات الضرورية التي ستكون جزءا من المعالجة أو من برنامج التسيير الذاتي للمرض، فالدراسات التي أشارت إلى وجود فوائد أولية للإنكار عند مرضى القلب أظهرت كذلك أن المرضى الذين كانوا على درجة عالية من الإنكار كانوا أقل تكييفا مع المرض في السنة التي تلت خروجهم من المستشفى وأنهم كانوا أقل التزاما ببرنامج العلاج واحتاجوا فترة أطول من الإقامة في المستشفى، مما يعني أن الإنكار قد يتدخل في قدرة المريض على مراقبة حالته بنجاح، فعندما يكون المريض بصدد المشاركة الفاعلة في برنامج علاجي، وتقييم نشاطاته الواقعية والالتزام بالدواء وأية تغيرات أخرى في أسلوب حياته فإن الإنكار قد يشكل مصدرا لإعاقة كبير، أما بالنسبة للمرضى الذين ليس عليهم اتباع برنامج علاجي محدد فيمكن للإنكار أن يساهم في تحصينهم نفسيا، ويجعلهم قادرين على استئناف حياتهم العادية بسرعة. أي أنه يمكن للإنكار أن يكون مفيدا من حيث يمكن المريض من ضبط استجاباته الانفعالية للمرض، ولكنه من جهة أخرى قد يتدخل في قدرة المريض على الرصد الدقيق لحالته والمبادرة في البحث عن العلاج ومتابعة حالته بصورة مسؤولة. (تايلور، 2008، ص 517-518)

يبرز تحليل (Jadoulle 2006) أنه إذا كان الإنكار يحمي المرضى من القلق والاكتئاب على المدى القصير، ولكن ضرره يكون على المدى الطويل على صحة المريض عن طريق عدم الامتثال للعلاج والتغيرات اللازمة في نمط الحياة فيعيق الرفاهية على المدى الطويل.

هذا هو السبب الذي جعل الباحثين والأخصائيين النفسيين والأطباء يعملون مع المريض لتجنب لجوئه إلى التجنب والإنكار. ويهدف هذا العمل على تمكين المرضى من استخدام استراتيجية الإنكار التدريجي، في ظل إطار علاجي يحتوي على عمل تفصيلي لقبول المرض، دون أن يغمره القلق بسبب الطبيعة المميتة المحتملة للمرض تأثيره على نوعية الحياة، وبالنسبة للمرضى الذين يبدون انكارا كبيرا في البداية يجب تحديد تكفل نفسي لمساعدة المريض على تعلم كيفية تكييف استخدام استراتيجيات المواجهة "مرونة". (Mikolajczak, 2013, P 163)

3. التربية العلاجية La psychoéducation

تعرف التربية العلاجية على أنها تعلم صنع القرارات والمهارات التقنية والاجتماعية، من أجل تمكين المريض من التفكير واتخاذ الخيارات الصحية وحقيق مشاريع حياته الخاصة، والاستفادة إلى أقصى حد من موارد نظام الرعاية الصحية. (Simon & All, 2013, P. 5)

والتربية العلاجية للمريض هي عبارة عن سيرورة متسمة ومتكاملة ومندمجة في الرعاية الصحية بالمريض، وترتكز على المريض وتشمل أنشطة منظمة تخص كل من التوعية وتقديم المعلومات والدعم النفسي الاجتماعي فيما يخص المرض والعلاج الموصوف والرعاية والاستشفاء وسلوكيات الصحة والمرض. وتهدف إلى مساعدة المريض وأسرته على فهم المرض والعلاج والعيش بصحة جيدة قدر الإمكان وتحسين نوعية الحياة. كما يمكن لها أن تجعل من المريض قادرا على الحفاظ أو اكتساب الموارد اللازمة للتعايش أفضل مع مرضه.

(Deccache, 2001, PP. 25-26)

كما أنه عادة ما يكون مرضى القلب بحاجة إلى معلومات فردية حول مرضهم، والتربية العلاجية تلبي هذه الحاجة وهدفها الأساسي هو مشاركة المريض في مسار مرضه المزمن وتسهيل تغيير سلوكه اليومي. وتتألف التربية العلاجية من عملية تدريجية تضم مجموعة من أنشطة التوعية والمعلومات والتعلم والمساعدة النفسية والاجتماعية. كما تتعلق التربية العلاجية بالمرض والعلاج والرعاية والترتيبات والإجراءات الاستشفائية وأيضا السلوكيات الصحية وتلك المتعلقة بالمرض. وتوفر التربية العلاجية للمريض الدعم والمعلومات حول تقدم العلاج وقائمة من النصائح لتحسين الحالة ومنع الانتكاسة وتعزيز العودة إلى الأنشطة العادية.

وفي مجال النوبات القلبية *Infarctus de myocardec* تعتبر مرحلة الاستشفاء - بعد حوث النوبة- بأنها اللحظة مناسبة تطبيق التربية العلاجية لأن هذا الوضع حاد يفضي إلى ظهور الصراعات داخلية لدى المريض *conflit intrapsychique* والتي تؤدي به إلى التساؤل حول أسباب مرضه وإلى ضبط سلوكياته (التدخين والتغذية والضغط). في حين أن الدراسات الحديثة تسلط الضوء على فائدة بدء الوقاية من الأمراض القلبية والوعائية في المستشفى. كما أنه من الضروري أيضا مواصلة العمل مع المريض في العيادات الخارجية وعلى المدى الطويل في التكفل بمرضه. وترتكز التربية العلاجية في مجال النوبات القلبية على تقديم معلومات حول المرض وتغيير نمط الحياة وكيفية تسيير الضغوط.

(Mikolajczak, 2013, P. 164)

الجدول (01): يوضح محتوى التربية العلاجية في إطار النوبات القلبية

<ul style="list-style-type: none"> ● ما هو احتشاء عضلة القلب (النوبة القلبية)؟ ● ما هي عوامل الخطر بصفة عامة؟ ● ما هي عوامل الخطر الخاصة بالمريض؟ ● وما هي الإجراءات اللازمة في حالة وجود تنبيه جديد للقلب ؟ 	<p>تقديم معلومات حول المرض</p> <p>Éducation à la maladie</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ما هي السلوكيات التي يجب عليّ تغييرها (تغذية، تدخين نشاطات...)? على أساس كل حالة على حدة: ○ تقديم تفسيرات حول ما هو نظام غذائي صحي ○ شرح عن الإقلاع عن التدخين ○ شرح التدريبات (متى؟ كم مرة؟) 	<p>تغيير نمط الحياة</p> <p>Modification du style de vie</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ما هو الضغط؟ ● لماذا هو الضغط عامل خطر للنوبة القلبية؟ ● كيفية تسيير الضغوط؟ 	<p>تسيير الضغوط</p> <p>Gestion du stress</p>

4. المقابلات التحفيزية L'entretien motivationnel

تأسست المقابلات التحفيزية من قبل Miller و Rollnick ((1989/2006) لمساعدة الأشخاص على الإقلاع عن إدمان الكحول والمخدرات. ويعرف Miller و Rollnick المقابلة التحفيزية على أنها مقابلة نصف موجهة تتمركز حول العميل وتستخدم من أجل رفع الدافعية لتغيير السلوك وذلك من خلال مساعدة الشخص على حل التناقض الوجداني (بوريشة، 2014، ص 53)، أي أنها عبارة عن أسلوب موجه يكون محوره الشخص المعني لتعزيز الدافع الداخلي للتغيير. وتتمركز المقابلات التحفيزية حول مبدأ الاستشارة لتغيير السلوك وحل المشكلات وتوضيح الغموض في السلوك. حيث أنها تهدف إلى فحص وتوضيح الغموض في السلوك. (العزب، 2018) أي أنها تهدف إلى حل تناقض المرضى تجاه التغيير وتمكينهم من الانخراط في سلوكيات جديدة. (Mikolajczak, 2013, P. 165)

وأضاف Miller و Rollnick (2002) بأن المقابلة التحفيزية تتعلق بمساعدة الشخص على تكوين الدافعية الجوهرية ودعم مبادرة التغيير من خلال مساعدته على تطوير مخطط من أجل تحقيقه. (بوريشة، 2014، ص 53) أي أن المقابلات التحفيزية تعتبر منهجا توجيهيا يركز على العميل لزيادة الدافع الداخلي للتغيير. وهذه هي الطريقة التي ركز عليها Carl Rogers، تتمركز حول الشخص لأنها تأخذ بعين الاعتبار مخاوف المريض ووجهات نظره. هذا التدخل موجه لحل التناقض الموجود لدى الشخص وخلق الدافع لإجراء التغيير

وقد انتشر هذا العلاج في العديد من المجالات مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية هذه الأمراض التي تفرض على المريض تغيير نمط حياته للحفاظ على صحته والحد من تفاقم مرضه، وفي جميع هذه الحالات يجب على المريض أن يغير سلوكياته ولكنه لا يريد التغيير. وتوضح دراسات (Martins et Mc Neil 2009) فعالية المقابلات التحفيزية حول النشاط البدني والتغذية. وفي دراسة أخرى لـ (Thompson et al 2011) أظهرت فعالية المقابلات التحفيزية في

سياق أمراض القلب والأوعية الدموية لتغيير عوامل الخطر مثل الكحول والمخدرات والنظام الغذائي أو النشاط البدني. (Mikolajczak, 2013, P. 165)

كما أضاف (2014) Fischer et Tarquinio) فيما يخص التدخلات العلاجية في مجال الأمراض القلبية الوعائية بما يلي:

- ✓ الممارسة المنتظمة لليوغا yoga بإمكانها التخفيض ضغط الدم وتخفيض معدل ضربات القلب، بالإضافة إلى التكيف الجيد عند التعرض للأحداث الضاغطة.
- ✓ لقد حققت أيضا العلاجات السلوكية المعرفية TCC نتائج مرضية في مجال التكفل بالأعراض الاكتئابية المصاحبة للأمراض القلبية الوعائية التخفيف من القلق لدى هؤلاء المرضى، كما تعتبر التقنيات التربوية والاسترخاء الأكثر فعالية في التخفيف من الوفيات لدى مرضى القلب.
- ✓ كما أن استخدام العلاج بالتقبل والالتزام ACT ساهم في تحسين اتباع النظام الغذائي لدى مرضى القلب.
- ✓ كما أسفرت دراسات (2011) Kubzansky et Kivimaki et Peterson et Boehm) في إطار علم النفس الإيجابي إلى إبراز العلاقة بين مفهوم الرفاهية وخطر الإصابة بالأمراض الشريانية التاجية وأكدوا بأن التفاؤل والثقة بالنفس والتعبير عن المشاعر من شأنه أن يقلل بشكل كبير من خطر الإصابة بالأمراض الشريانية التاجية. (Fischer et Tarquinio, 2014, P. 120)

5. خاتمة:

تعتبر الأمراض القلبية الوعائية من أكثر الأمراض حول العالم حيث تقدر منظمة الصحة العالمية أنه يتم تسجيل أكثر من 17 مليون حالة وفاة حول العالم سنويا بسبب هذه الإصابات ، إضافة إلى الألم الذي تتسبب فيه الذبحة القلبية وخطر الموت الذي يلاحق مصابيها والقيود التي تفرضها مختلف الاصابات القلبية الوعائية الأخرى كتصلب الشرايين وارتفاع في ضغط الدم من حمية غذائية ونشاط بدني وابتعاد عن التدخين هناك آثار نفسية تنجم عن هذه الإصابات، وضعف التكفل النفسي بهذه الشريحة قد يؤدي إلى تعقيدات يصعب الشفاء منها وعليه فإن الباحثين والممارسين في مجال الصحة توصلوا إلى تطوير وتكييف تدخلات علاجية تتناسب وخصوصية هذه الإصابات، فتعمل برامج تربية علاجية على تثقيف المريض وتقديم المعلومات الكافية لهم حول مرضهم وعوامل الخطر وكيفية الوقاية من تعقيداته ، كما تعمل المقابلات التحفيزية على تنشيط المريض وتحديد أهدافه العلاجية والرفع من فعاليته الذاتية. كما أن مختلف العلاجات النفسية الأخرى كالعلاجات المعرفية السلوكية والعلاجات المستوحاة من التحليل النفسي والتنويم الإيركسوني تعمل على الحد من القلق والاكتئاب الناتج عن الأمراض القلبية الوعائية.

قائمة المراجع:

أ. باللغة العربية:

1. العاسمي رياض نايل (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي، الجزء الأول، الطبعة الأولى، دمشق: الإصدار.
2. العزب محمد جابر (2018). المقابلات التحفيزية. فيلاديفيا للمعرفة. 2021-09-26 المقابلات التحفيزية | فيلادلفيا المعرفة (arknowledge.net)
3. بوريشة جميلة. (2014) أثر استراتيجتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري النوع الأول، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي والباثولوجي، جامعة وهران.

4. تايلور شيلي، ترجمة وسام درويش وفوزي شاکر (2008). علم النفس الصحي. عمان: دار حامد.
ب. باللغة الأجنبية:

5. Deccache, A. (2001, 03 22-23). Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l’OMS. Colloque de l’éducation du patient et Enjeux de santé, 25-26. Namur- Belgique.
6. Fischer Nicolas Gustave et Tarquinio cyril (2014). Psychologie de la santé : Application et interventions, Paris : Dunod.
7. Mikolajczak, M. (2013). *les interventions en psychologie de la santé*. France: Dunod.
8. OMS (2011) : Les maladies cardio-vasculaires, première cause de décès dans le monde, 28-09-2021, [OMS : les maladies cardio-vasculaires, première cause de décès dans le monde | ONU Info \(un.org\)](#).
9. Simon, D., & All. (2013). *Education thérapeutique - prevention et maladies chroniques-*. France: Elsiwier Masson.

ذ