

التدخلات العلاجية لإدارة آلام السرطان "المبادئ والاستراتيجيات"

Therapeutic Interventions For Cancer Pain Management “Principles And Strategies”

د. باهية فالح¹*

¹ جامعة الحاج لخضر (باتنة 1) ،

تاريخ النشر: 2022/09/30

تاريخ القبول: 2022/08/31

تاريخ الاستلام: 2022/06 /04

ملخص

يهدف هذا المقال إلى التعرف على أهم التدخلات العلاجية وتوضيح الدور الذي تلعبه في التأثير على خبرة الألم. من خلال تدريب وتعليم مرضى آلام السرطان وإمدادهم بالفنيات والاستراتيجيات المعرفية والسلوكية الصحيحة التي تمكنهم من إدارة آلامهم وتوهمهم على أن يكونوا ناشطين في إدارة مرضهم.

فيعد النموذج المعرفي السلوكي من أكثر النماذج التي نالت قدرا كبيرا في دراسة مشكلة الألم بمختلف أنواعه، لذا يركز هذا المقال على أهم المبادئ والاستراتيجيات المستخدمة في التعامل مع مشكلة آلام السرطان من خلال معرفة دور العوامل المعرفية والسلوكية في التأثير على الألم لدى مرضى السرطان.

الكلمات المفتاحية : التدخلات العلاجية؛ الألم المزمن؛ الاستراتيجيات المعرفية السلوكية، السرطان.

Abstract:

This article aims to identify the most important therapeutic interventions and clarify the role they play in influencing the experience of pain. By training and educating cancer pain patients and providing them with techniques and correct cognitive and behavioral strategies that enable them to manage their pain and qualify them to be active in managing their disease.

The cognitive-behavioral model is one of the models that has gained a great deal of attention in studying the various types of pain, so this article focuses on the most important principles and strategies used in dealing with the problem of cancer pain by knowing the role of cognitive and behavioral factors in affecting pain in cancer patients.

Keywords: therapeutic interventions; chronic pain; Cognitive-behavioral strategies, cancer.

المؤلف المرسل: د. باهية فالح

1- مقدمة:

يعد الألم المزمن بوجه عام، وألم السرطان بوجه خاص من أكثر المشكلات الصحية السائدة بين مرضى السرطان. ومن أكثر الشكاوي المرضية شيوعاً، وهذا نظراً لتأثيره على جودة حياة المرضى وعلى أداء مهامهم اليومية.

إذ تشير الإحصاءات الطبية إلى أن الألم يظهر بأشكال متفاوتة بين 30% إلى 40% من المرضى المعالجين من السرطان. (جمعية آدم للسرطان، 2010، 01)، وأن معدل انتشاره عالي بما بين 60% إلى 80% من مرضى السرطان في مراحله المتقدمة يعانون من الألم، ويتراوح الألم من متوسط إلى شديد ويتداخل مع النشاط والتمتع بالحياة إلى حد كبير. (سالم طيب، 2016، 52).

فألم السرطان يعتبر خبرة حسية انفعالية لحالة من الانزعاج والضيق وما يسببه من عجز كبير على العديد من الوظائف الجسدية والنفسية. فمرضى آلام السرطان غير قادرين على مواصلة حياتهم كما كانت من قبل ظهور مشاكل في جميع جوانب الشخصية، والأسرية، والحياة الاجتماعية، والتي تؤدي إلى تدني جودة الحياة لديهم سواء على الصعيد التشخيصي أو العلاجي، وحتى في مرحلة المتابعة. (سكوت وآخرون، 2002، 174).

وإذا ما رجعنا إلى النموذج البيوطي التقليدي، والذي كان مسيطراً لفترة طويلة على آراء الباحثين والأطباء في الميدان الطبي والذي كان ينظر إلى خبرة الألم على أنه خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجة الضرر الذي يحدث على مستوى النسيج الحي أو درجة نشاط المرض، ولم يول اهتماماً بدور العوامل النفسية ومدى تأثيرها على إدراك الألم المزمن.

وعلى الرغم من التقدم الهائل الذي أحدثه هذا النموذج، إلا أنه ظلت بعض ظواهر الألم لم يستطع هذا النموذج تقديم تفسيراً لها كدرجة استجابة للألم بين الأفراد، وطرق التغلب عليه. فالألم المزمن مشكلة كبيرة، ليس بسبب ما يولده من ضيق ومعاناة للمريض فحسب، وإنما بسبب ما يترتب عليه من كلفة اقتصادية أيضاً. لذا كثيراً ما يواجه العاملون في ميدان الرعاية الصحية والمختصون في علم النفس إلحاحاً في طلب تحديد أسباب الألم. (تايلور، 2008، 595). في هذا الصدد ظهر النموذج البيونفسي اجتماعي الأكثر شمولاً وتفسيراً لآلام السرطان، حيث بين هذا الأخير أن للعوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية جميعها ذات أهمية في تقرير الصحة والمرض.

ومن خلال هذا توجب الانتباه إلى العوامل المهملة في الألم، كما يقول ميلزك وكاس **Milzek & casy** والمتثلة في العوامل النفسية حيث أشاروا إلى أن الألم لا يمكن معالجته فقط عن طريق محاولة قطع المسارات الألم أو باستخدام المسكنات أو الإجراءات الجراحية وما شابه، ولكن يجب معرفة ما مدى تأثير العوامل الوجدانية والدافعية والمعرفية. (حسانين، 2010، 142).

ومع تزايد الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الاحساسات بالألم ومعالجته، أصبح لعلماء نفس الصحة مكاتهم المهمة في إدارة آلام السرطان، ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد النفسي تستخدم بشكل متزايد لإدارة آلام السرطان.

فتدبر الألم المزمن يعد من أكبر التحديات صعوبة التي تواجه المهنيين في مجال الرعاية الصحية، فبينما تستجيب الكثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات الطبية المنطقية، إلا أن الألم قد يصبح مزمناً وغير مستجيب لأي وسيلة من وسائل العلاج، ومع حالة مقاومة الألم يصبح المرضى يائسين من الشفاء. (مراوكة، 2020، 360).

أظهرت العديد من الدراسات النفسية الحديثة أن آلام السرطان ترتبط بالعوامل النفسية والانفعالية أكثر من المرض في حد ذاته، وطورت العديد من التدخلات العلاجية لإدارة آلام السرطان والحد منه، فأصبحت للأساليب العلاجية النفسية دوراً فعالاً في إدارة الألم المزمن لدى مرضى السرطان، والتخفيف منه. والهدف منها هو زيادة التدبير الذاتي الذي من شأنه أن يحدث تغييراً معرفياً وسلوكياً على مستوى الألم والمرض. فتطبيق هذه التدخلات العلاجية يسمح لمرضى آلام السرطان بالسيطرة على الألم والتحكم فيه، وتحسين حالتهم الصحية.

وفي هذا الإطار جاء هذا الموضوع ليسلط الضوء على أهم المبادئ والاستراتيجيات العلاجية لإدارة آلام السرطان، والتي تساعد المرضى على التدبير والتحكم في الألم من خلال الأساليب المعرفية والسلوكية، ولذلك ارتأينا تناول هذا الموضوع من خلال العناصر الآتي ذكرها:

1- لقضايا الإكلينيكية في إدارة الألم:

إن تصنيف الألم وتحديد نوعه، يساعد في فهم الألم وتقييمه بشكل صحيح. فتنوع أشكال آلام السرطان حسب درجة الإصابة وشدة ومدته، وغالبا ما يصنف الألم إلى:

1-2 الألم الحاد والألم المزمن: هناك نوعين من الألم:

1-1-2-1 الألم الحاد: ينجم عن إصابات محددة تؤدي إلى إحداث تلف في الأنسجة مثل الجروح والكسور في الأطراف، وهو قصير المدى عادة. ومن المعروف أنه يستمر لفترة قد تصل إلى ستة أشهر، ويولد لدى الفرد شعورا بالقلق يدفعه إلى البحث عن العلاج بإلحاح، وذلك باستخدام الأدوية عند بداية الإصابة فيخفف الألم ويزول. (رضوان، 2009، 640). أي أنه ألم قابل للارتداد، بمعنى قابل للزوال إما بشكل تلقائي أو بمساعدة العلاجات المسكنة، وله دور هام يتمثل في كونه مؤشر منذر بحدوث الخطر، كما يمكن أن تتنوع شدة الآلام الحادة، ولكنها عموما تكون محتملة من طرف المريض. (Boncher, Pionchon, 2006 , 45).

2-1-2-2 الألم المزمن: فيبدأ عادة بنوبة حادة، لكنه يختلف عن الألم الحاد في أنه لا يخف بالعلاج أو بمرور الزمن، وهو عبارة عن حالة من استمرار الألم، ويكون عادة مقاوم لكل العلاجات الدوائية، سواء بوجود إصابة محددة أولا، ويكون هذا النوع من الألم دون بداية محددة، وهو عبارة عن ألم يمكن أن يدوم حتى بعد الشفاء من الإصابة، يكون مرفق بتغيرات انفعالية وسلوكية، اجتماعية. (Duplan, Martty, 2001 , 274).

3-1-2-3 الألم السرطاني Cancer Pain والألم اللاسرطاني non cancer pain : حيث يرتبط الألم السرطاني ببعض أنواع السرطان من خلال تقييم ومعالجة ألم السرطان بعمليات التحسين والتخفيف من أسباب الألم، إضافة إلى برامج تحسين جودة الحياة والتدريب على السيطرة على الألم. (كفافي وعلاء الدين، 2006، 82).

2- فيزيولوجية ألم السرطان:

ألم السرطان يمر بنفس الممرات العصبية للألم غير السرطاني، هذه العملية من الإحساس تشمل تنشيط الواردات الحسية عن طريق المثريات المستمرة الضارة، النقل، التعديل، والإدراك. (سالم طيب، 2016، 47).

وينشأ الألم عادة من ثلاث مناطق مختلفة في الجسم هي الجلد والنسيج العميق بما فيها العظم والأعضاء (الأحشاء)، فالأول يكون ألي متعلق بالألم **Mechanical Nociception**، والثاني متعلق بحدوث تلف ميكانيكي **mechanical damage** في الأنسجة، والثالث يتعلق بالتلف الحراري **Thermal Damage** وهذا الأخير يعتبر متعدد الأشكال (**Poly Model Nociception**). (Nilesh, 2010 , 13).

وعند حدوث الإصابة تعمل النهايات العصبية الطرفية على تحسسها أولا، ثم تستجيب بإطلاق نواقل كيميائية إلى الحبل الشوكي، ثم تمرره مباشرة إلى البناء الشبكي التلاموس فإلى القشرة الدماغية، ثم تقوم هذه المناطق الدماغية بدورها بتحديد موقع الإصابة، وترسل سائلها عبر العمود الفقري وتقود إلى تقلصات عضلية يمكن أن تساعد على منع الألم ومنع التغيرات في الوظائف الجسمية، أي أن الدماغ يقوم بتفسير هذه الأحاسيس أثناء انتقالها من النهايات العصبية الطرفية إلى القشرة الدماغية مما يؤدي إلى إدراك الألم. (تايلور، 2008، 587).

إن إدراك الألم أهم بكثير من قضية الإحساس به فالمكونات الوجدانية للألم لها الأهمية ذاتها في إنتاج ونقل إشارة الألم، وهذه الجوانب تكون أكثر بروزاً في مرحلة الألم المزمن عنه في الألم الآني، والقضايا النفسية عادة ما تكون أكثر وضوحاً في الألم المزمن، وهذا استوجب إتباع استراتيجيات وأساليب علاجية لتدبر الألم. (Hansen & Streltzer, 2005, 342).

وهناك عدة أنواع من الألياف المحيطة المستقبلية باتجاه الجهاز العصبي المركزي، حيث يتم نقل المثيرات أو إشارات الألم بواسطة نوعين فقط من الألياف هي:

-ألياف دلتا (A) **delta fibers** والتي تحوي الميلانين وهي المادة التي تساعد العصبونات على نقل الدفعات أو السيالات العصبية التي تحمل إشارات الألم بسرعة فائقة. وترتبط ألياف دلتا (A) بالألم الحاد، والموضعي كآلم الجروح والحروق.

-أما النوع الثاني ألياف (C) **C fibers** تنقل الدفعات العصبية ببطء، لأنها لا تحتوي على الميلانين، وتحدث حين يكون الألم خفيف كآلم الصداع.

إن الإشارات الألم القادمة عبر ألياف دلتا (A)، وألياف (C) تمر عبر ممرات وطرق مختلفة حتى تصل إلى الدماغ. (قاسم عبد الله، 2016، 236).

ويبدو أن الجوانب الدافعية والوجدانية في خبرة الألم تتأثر بصورة أكبر بألياف دلتا (C) التي تسقط على مناطق مختلفة من التلاموس والهيپوتلاموس والقشرة الدماغية، وتتغير الأحاسيس من الأظفار الظهرية في العمود الفقري، ومن خلال المسارات النازلة من الدماغ أيضاً والتي تفسر خبرة الألم، فخبرة الألم يحددها التوازن في نشاط الألياف العصبية والذي يعكس نمط الإثارة وشدتها، وللموصلات العصبية أيضاً تأثيرها في انتقال الألم، كما أن المواد الكيميائية الأخرى في الجسم لها تأثيرها أيضاً. وأخيراً تشترك عمليات القشرة الدماغية في الأحكام المعرفية المتعلقة بالألم بما فيها تقييم معناه إذ تعتبر الميكانيزمات النفسية والعصبية المتضمنة في البعد الوجداني للألم جزءاً مهماً من خبرة الألم. (تايلور، 2008، 587).

3- العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة على إدارة آلام السرطان:

تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دوراً هاماً في تشكيل تجربة الألم، كالمعتقدات حول الألم، والقلق والانتباه، والاكتماب، والتوقعات السلبية، فهي تعد عوامل وسيطة بين الألم والصحة.

ومن هنا يأتي اهتمام البحث الراهن باستجلاء الدور الذي تلعبه هذه المتغيرات المعرفية والنفسية وكذا الاجتماعية في التنبؤ والتحكم في الألم المزمن ويأتي في صدارة هذه المتغيرات والتي ستكون موضوع اهتمام البحث الحالي كل من:

4-1-المعتقدات حول الألم: يذهب المهتمون بتفسير آلام السرطان إلى افتراض مؤداه أن لمعتقدات الفرد حول الألم الذي يعانيه يكون له تأثير واضح على مسار المرض، حيث تشكل استجابة معظم الأشخاص للتدخلات الطبية والعلاجية الأخرى بناءً على تصوراتهم عن طبيعة أعراض ألم السرطان.

وفي هذا الإطار أوضح المتخصصون في مجال الرعاية الصحية أن مرضى الألم المزمن يتسمون بتقديرات لشدة الألم تختلف كثيراً باختلاف معتقداتهم الخاصة بالألم، كما يمكن تفسير سلوكياتهم وانفعالاتهم في ضوء توقعاتهم للأحداث المحيطة بهم، وليس فقط الخصائص الموضوعية للأحداث نفسها، وعلى الرغم من أهمية المعتقدات حول الألم في التدخلات العلاجية، فإن عدداً قليلاً من الباحثين اهتم بدراساتها. (رمضان، 2015، 219).

وأظهرت دراسات وبحوث أخرى أن المعتقدات حول الألم ذات علاقة وطيدة بالمشكلات الرئيسية التي يواجهها المعالجون في تحسين مرضاهم. حيث يتبنى الأفراد توقعات وأفكار مقننة عن حالتهم الجسمية. وهذه التوقعات والأفكار تعتبر أساساً توضيحاً لطبيعة سلوكياتهم، والخطط والاستراتيجيات التي يستخدمونها لمواجهة الألم والتحكم فيه، حيث

يتسم مرضى الألم المزمن كذلك بسلوكياتهم السيئة في أداء مهامهم، وأن هذا الأداء يكون مرتبطاً بطبيعة الأعمال الجسدية، أو بحقيقة تقديراتهم الذاتية عن الألم، ومن المرجح أن يرتبط أكثر بخبراتهم السابقة عن الألم، وعن الخوف من أن يترتب على الألم ضرر جسدي، أو يتفاقم في شدته. (Turk & Okifuji, 2003, 300, 301).

4-2- الإنتباه: تركيز الانتباه على الألم يجعل الألم أسوأ، خصوصاً لدى المرضى الحساسين تجاه أجسادهم، ما يجعلهم يقضون تجاه كل الأحاسيس الجسدية التي تحدث لهم، وتضخيم أي ألم يشعرون به، لذلك فإن من الأفضل تشتيت وإلهاء هؤلاء المرضى. (أبو شمالة، 2018، 42)

4-3- القلق وعلاقته في ظهور الألم: أجريت العديد من الدراسات لتوضيح الدور الذي يلعبه القلق والخوف في التأثير على الألم المزمن والنتائج المرتبطة به حيث توصل ميركوسكين وآخرون Merkerskin & al إلى أن مرضى الألم المزمن الذين يتميزون بارتفاع مستوى القلق المتعلق بالألم يميلون إلى توقع مستويات مرتفعة من الألم بمقارنة بالأفراد منخفضي القلق وهذا التوقع المرتفع يؤدي في الغالب إلى انخفاض الأداء السلوكي. وعليه فإن خبرة الألم تشمل عناصر حسية ووجدانية، فعلى المرء أن يتوقع أن تظهر النتائج العلاجية تحسناً في الحالة المزاجية. (ليند زاي، 2001، 726).

4-4- الدعم الاجتماعي: يؤثر الدعم الاجتماعي في الحالة الصحية للإنسان بشكل مباشر، بصرف النظر عن وجود التوتر، أو مستوى التوتر، إذ يكمن تأثير الدعم الاجتماعي في مرضى آلام السرطان من خلال إحداث تغييرات عاطفية تؤثر على الجهاز المناعي والهرموني وتعديل مسارات الضغط العصبي والنظم الفيزيولوجية التي تستجيب للمحفزات الألمية، فأوضحت العديد من الدراسات أن للدعم الاجتماعي دوراً في التقليل من التوتر والضغط الناتج عن الألم، وهذا الأخير يسمح للمرضى بتبني استراتيجيات للتحكم في الألم وإدارته. (تومي، دس، 219).

4- التدخل العلاجي واستراتيجيات إدارة ألم السرطان :

5-1- تقييم الألم المزمن: إن مفهوم تقييم الألم مفهوم واسع يشمل الحكم السريري على المريض، ويكون على أساس ملاحظة نوع وأهمية وسياق تجربة الألم.

أصبحت عملية تقييم المريض الذي يعاني من الألم المزمن قضية غاية في التعقيد، ويهدف التقييم إلى التعبير اللفظي عن خطة العلاج، ولتحقيق ذلك لا بد من أن يكون المقيم يتميز بقدرة الإدراك. (كفافي وعلاء الدين، 2006، 75).

ففي البداية، يخضع المريض لتقييم دقيق من حيث الألم وسلوك الألم عنده، ويبدأ هذا التقييم عادة بالقياس الكيفي والكمي للألم، بما في ذلك موقعه، وخصائصه الحسية، وشدته، والمدة التي يستغرقها، إضافة إلى بدايته، ثم يتم قياس الجوانب الوظيفية. إضافة إلى كيفية مواجهة المريض للألم وتكيفه معه في الماضي يساعد على وضع أهداف للمستقبل. كما يتم تقييم المرضى أيضاً من حيث وظائفهم الانفعالية والعقلية. (تايلور، 2008، 612، 611).

لذا فعملية التقييم وتطبيق المقاييس مهمة جداً بهدف قياس الأعراض النفسية ومعرفة سلوك المريض، ودرجة القصور النفسي والوظيفي، يعتبر جزءاً مهماً في مرحلة التدخل العلاجي لإدارة آلام السرطان من أجل التشخيص والتنبؤ بالمرض، إضافة إلى تحديد نوع التدخل العلاجي المناسب. وفي هذا السياق تتوفر عدة مقاييس تساعد المختصين الوصول إلى بروفيل شامل لمرضى السرطان والذين يعانون من آلام مزمنة. ويقاس مدى استجابة المريض للتدخلات العلاجية.

إن فعالية إدارة الألم تعتمد على التقييم الدقيق والشامل من حيث آلام المريض، والأعراض، والحالة الوظيفية. بالإضافة إلى التاريخ الطبي، والذي يقدم بناء احتياجات المريض. هذه التقييمات تعتمد في جزء منها على أدوات والتي تحدد وتقدر شدة ومدة الألم، لكل تجربة مريض بشكل ذاتي، وتسهل بناء علاقة علاجية بين المريض ومقدمي الرعاية الصحية. (أبو شمالة، 2018، 34).

* وهناك عدة أدوات لتقييم الألم منها:

-المقياس البصري التماثلي « VAS » A Visual Analogue Scale

-مقياس التصنيف الرقمي « NRS » The Numerical Rating Scale

-مقياس اللفظي الوصفي VDS

* ولضمان تقييم الألم بفاعلية لابد من الخطوات التالية. (أبو شمالة، 2018، 38) :

-تقبل وصف المريض الذاتي لآلامه، فهو مصدر المعلومات الأول.

-الاستماع بدقة واهتمام لكلمات وعبارات المريض الخاصة، وفهم إيماءاته ولغة جسده السلوكية، ومساعدته بعبارات تصف ألمه.

-تحديد موقع الألم واتجاهه بدقة، باستخدام صورة توضيحية من جسم الانسان.

-تحديد درجة الألم على مقياس الألم المتفاوتة.

-في عملية التقييم ينبغي على مقدم الرعاية الصحية تشخيص الألم وأسبابه وعلاجه لضمان حل مشكلة الألم على المدى الطويل.

5-2- استراتيجيات التدخل العلاجي لإدارة آلام السرطان:

هناك العديد من الاستراتيجيات للسيطرة على الألم والتي تستخدم بهدف التحكم بالألم أو التخفيف منه، وحينما ازداد الاعتماد على الاستراتيجيات التي تأخذ البعد النفسي بعين الاعتبار.

وفي هذا الصدد أدت نظرية التحكم ببوابة الألم إلى تغيير نظرية الأطباء والمتخصصين إلى الألم على أن بالإمكان ضبطه أو خفضه عن طريق العلاج الكيمياوي الدوائي الذي يعدل من المدخلات والتنبيهات الحسية، لتصبح النظرة أكثر شمولية آخذة بالاعتبار تعديل العمليات المعرفية والانفعالية والدافعية أيضا. إن هذه النظرة الأكثر شمولية وتركيبا للألم هي التي ساعدت علماء النفس على تطوير تقنيات معرفية وسلوكية من أجل:

-التعامل بفعالية مع الألم ومواجهة الضغوط النفسية والانفعالية المرافقة له.

-لخفض الاعتماد على العقاقير أو العلاج الدوائي في معالجة الألم وخفضه. (الشيخ حمود وقاسم عبدالله، 2015، 347).

في هذا السياق يتم وضع الخطة الخاصة بمعالجة الألم المرتبط بالسرطان لدى كل مريض بناء على عدة عوامل مثل: عمره، حالته الصحية بشكل عام، وتاريخه الطبي أي السوابق المرضية والعلاجية، ونوع الورم، ومرحلته، ومدى انتقاله من موضعه الأصلي. (سالم طيب، 2016، 53).

وثمة وسائل متعددة لمعالجة الألم، بما في ذلك بطبيعة الحال معالجة السرطان نفسه كمسبب أساسي للألم بعلاجات الأورام المختلفة، وتتراوح الوسائل العلاجية بين استخدام الأدوية المسكنة للألم والمخدرة كخط أساسي، إضافة إلى علاجات لا تعتمد على الأدوية كتقنيات المعرفية، والسلوكية. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2010). ومن بين الاستراتيجيات العلاجية ما يلي:

5-2-1 الاستراتيجيات المعرفية ودورها في إدارة آلام السرطان:

اهتمت الأبحاث بمحاولة التعرف على أهم المتغيرات المعرفية والوجدانية التي ترتبط بخبرة الألم المزمن وإدراكه والتحكم فيه، ومن بين المتغيرات التي لاقت اهتماما المعتقدات المتعلقة بالألم. فاعتقادات المريض حول معنى الأعراض وقدرته على التحكم في الألم وتأثير الألم على حياته والانزعاج منه يلعب دورا مركزيا في إدراك الألم والاستجابة للعلاج. (حسانين، 2010، 145).

كما نالت الأساليب التي يتبعها المرضى في مواجهة الألم قدرا كبيرا من الاهتمام، وتحديد دور هذه الأساليب في إدارة الألم والتحكم فيه. ومن بين هذه الاستراتيجيات:

أ- تعديل الإحساس بالألم:

العلاج النفسي على يد المعالجين النفسيين له فعالية كبيرة في إدارة الألم، لأنه يقدم التدخلات النفسية الهادفة لزيادة الإدارة الذاتية، والتي تحدث تغييرا سلوكيا ومعرفيا على مستوى الألم والمرض، وتطبيق هذه التدخلات تمكن المرضى من قيادة الألم والتحكم به، والعيش بحياة عادية رغم الألم، كما أن المهارات المتعلمة من هذه التدخلات تؤهل المرضى ليكونوا مشاركين نشطين في إدارة مرضهم، وتغرس فيهم قيما مكنسبة يمكن توظيفها في جميع مراحل حياتهم فيما بعد. (Daniela & Michel 2011 , 41).

ويشمل هذا الأسلوب تنمية مهارات حل المشكلات من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها، ويؤكد كازدن 1978 kazden على أن عملية تطبيق أسلوب إعادة تفسير وتعديل الإحساس بالألم في العلاج المعرفي والسلوكي بأنه أسلوب يحاول تطوير طرائق عامة في التعامل مع المشكلات بدلا من التركيز على السلوكيات الظاهرة المحددة. (شامخ، 2016، 921).

ب- طريقة صرف الانتباه:

هي تقنية يتم من خلالها تركيز الانتباه على مشيرات غير مؤلمة كاللوحات والمنظر الطبيعية، وبالتالي إبعاد الانتباه عن مشيرات الألم المرعجة في بيئة المعالجة. ولكن ليس جميع محاولات صرف الانتباه فعالة ومفيدة في تسكين الألم أو خفض الشعور به، فقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت على الألم أن هذه التقنية تكون فعالة وذات فائدة حين يكون الألم خفيف أو متوسط. (الشيخ حمود وقاسم عبدالله، 2015، 356).

ويكون التشيتت فعالا حين يستخدم مع أساليب أخرى في السيطرة على الألم، بإبعاد عقل المريض عن الألم بناء على فكرة أن المرضى لا يستطيعون التفكير في الألم لأنهم مركزون على شيء آخر. (عميسى وشواش، 2020، 353).

إن الهدف من فنية تشيتت وصرف الانتباه مساعدة المريض على معرفة الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه مما يؤدي إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أفكار إيجابية.

ت-إعادة التعريف والتوضيح:

وهنا يتم التعامل مع الألم وتدبره من خلال استبدال المعتقدات والأفكار الخاطئة عن الألم، بالأفكار والمعتقدات الصحيحة والموضوعية. ومن الأفكار الخاطئة عن الألم أنه الذي تسيطر على مشاعر التهديد، والخطر، والإيذاء. ويتم ذلك من خلال:

-تقديم معلومات دقيقة وموضوعية عن الاحساسات والمشاعر التي يخبرها المريض، وأن طرق المعالجة الطبية ستساعده في خفض معدلها لاحقا.

-اتباع طريقة الحوار الداخلي وفيها يحاور المريض نفسه، ويتناقش مع ذاته حول خبرة الألم.

-مساعدة المريض على أن يرى أو يتعرف على بعض أفكاره أو معتقداته اللامنطقي حول الألم. (الشيخ حمود وقاسم عبدالله، 2015، 358).

5-2-2- الاستراتيجيات السلوكية ودورها في إدارة آلام السرطان:

يتمثل الهدف من استخدام الاستراتيجيات السلوكية ضمن نسق العلاج المعرفي السلوكي في تعديل السلوكيات الألم التي تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض وعن المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا، وتتضمن الفنيات السلوكية التي تستخدم في التدخلات العلاجية لآلام السرطان ما يلي:
أ-العلاج بالاسترخاء:

يعتبر طريقة لعلاج الألم حيث يعمل على مساعدة المريض على تعلم الاسترخاء الفعلي مما يقود إلى تقليل الضغوطات التي تعود إلى القلق والألم، وهناك طريقة من الاسترخاء تسمى الاسترخاء العضلي التقدمي حيث يركز المريض فيه على الشد والاسترخاء لكل جزء من جسمه. (عيسى وشواش، 2020، 347). من أجل تمكين المرضى من التعامل مع الضغوط والألم وتخفيفه، علاوة على ذلك، يمكن للاسترخاء أن يؤثر في الألم مباشرة. فالتخفيف من توتر العضلات أو تحويل تدفق الدم الذي يمكن أن ينجم الاسترخاء قد يخفف من الألم المرتبط بهذه العمليات الفيزيولوجية. (تايلور، 2008، 604).

فيمكن للمريض أن يتدرب على هذه التقنية ويستعملها حين يواجه الضغط النفسي مما يعمل بالتالي على خفض الألم لديه والتحكم به.

ب-تقنية التغذية الراجعة الحيوية:

يستخدم العائد الحيوي في علاج الألم المزمن، ويتم تعليم المريض هذا الاجراء لكي يستطيع السيطرة على العمليات الفيزيولوجية مثل توتر العضلة الذي لا يعيه كثير من المرضى. وبشكل مبسط فإن العائد الحيوي عبارة عن أداة لتحويل القراءة للاستجابات الفيزيولوجية إلى إشارات بصرية، وسمعية، والتي يستخدمها الفرد كقاعدة لتنمية القدرة على السيطرة على الاستجابات الفيزيولوجية. (مرازة، 2020، 375).

على الرغم من أن التغذية الراجعة الحيوية طريقة فعالة لتقليل الأنواع المختلفة من الألم، إلا أنها لها العديد من نقاط الضعف. تحديداً أن التغذية الراجعة الحيوية مستهلكة للوقت وغالية الثمن، مع الأخذ في الاعتبار الوقت والتدريب اللازم لتعلم هذا الأسلوب. لذا فهي ليست مستخدمة على نطاق واسع لإدارة الألم. (عيسى وشواش، 2020، 349).

ت- جدول الأنشطة:

يحاول المعالج مساعدة المريض يتوقع العقبات البيئية والمعرفية التي من المحتمل أن تتداخل مع الأنشطة المقررة، ويمكن بعد تحديد هذه العقبات مناقشتها في الجلسة، أو يمكن جدولتها زمنيا من أجل التعديل والتقليل من أثارها. (Dobson, 2010 , 284). وهذه التقنية عبارة عن أنشطة يومية يطلب المعالج من المريض أن يقوم بها كل ساعة خلال اليوم، على أن تكون هذه الأنشطة متدرجة من حيث مستوى ومقدار الصعوبة بحيث يبدأ المريض بممارسة الأنشطة الأسهل ثم يتدرج إلى الأنشطة الصعبة. وهذه الأنشطة غالبا ما تكون هادفة ومخططة من جانب المعالج والمريض. (حسين، 2007، 275).

فالهدف من تقنية جدول الأنشطة دمج المرضى في الحياة اليومية، والسيطرة على الآلام من خلال ممارسة الأنشطة. لقد أظهرت العديد من الدراسات أن الاستراتيجيات المعرفية السلوكية تساعد المرضى في خفض الألم عندما تكون مجتمعة معا، وتكون أكثر فعالية في خفض الألم وتدبره، كما أن فعاليتها معا توازي فعالية العلاج الدوائي. كما أن طريقة إعادة التوضيح أكثر فعالية في خفض الألم من طريقة صرف الانتباه.

وتشير الترك فرنانيز إلى أنه هناك ثلاث طرق يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالا لتخفيف آلام السرطان:

-تغيير السلوكيات غير قادرة على التكيف.

-تغيير البيانات الذاتية والصور والمشاعر التي تتداخل مع الحياة اليومية.

-تغيير الافتراضات والمعتقدات التي تؤدي إلى أفكار غير مفيدة عن نفسه. مثل: أنا عاجز، وعن الألم مثل: لا يمكن السيطرة عليه. (العاسمي، 2016، 329).

6- الخاتمة:

بشكل عام يمكن القول أن للتدخلات العلاجية لإدارة آلام السرطان دورا هاما من خلال مساعدة المرضى على تقييم، وتحديد موضع الألم، والتعرف على المعتقدات المرتبطة بالألم، والعمل على تصحيحها، إضافة إلى معرفة العلاقة التي تربط بين الأفكار، والانفعال، والسلوك. حيث يتم تدريب المرضى على المراقبة الذاتية لسلوكه ومدى تأثيره على أفكاره وحالته النفسية. وكيفية السيطرة عليها بالتعاون مع المعالج.

7- قائمة المصادر والمراجع:

- أبو شمالة، مروى علي أحمد. (2018). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات إدارة الألم للمرضى لدى طلبة التمريض في قطاع غزة. الإرشاد النفسي. جامعة الأقصى. غزة.
- تومي. سامية. (دس). جودة الحياة الأسرية والدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان من منظور علم النفس الإيجابي-دراسة حالة بمركز مكافحة السرطان ببيتنة-مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية. العدد الثاني.
- جمعية آدم لسرطان الطفولة. (2010). التعامل مع الألم لدى مرضى السرطان. (2018/03/21). 21:35. <http://www.adams.org/pain>
- جمعية آدم لسرطان الطفولة. (2010). التعامل مع الألم لدى مرضى السرطان. (2018/03/21). 21:35. <http://www.adams.org/pain>
- حسانين، أحمد أحمد. (2010). العلاج المعرفي السلوكي. الاستراتيجيات والمبادئ. كلية الآداب والعلوم الكفيرة. جامعة فاربونس. ليبيا.
- رضوان، سامر جميل. (2009). علم نفس الأطفال الإكلينيكي "نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة". دار الكتاب الجامعي. الإمارات العربية المتحدة. ط1.
- رمضان، بشير إيمان. (2015). الفعالية الذاتية والمعتقدات حول الألم والانتباه للألم كمتغيرات معرفية مليئة بشدة الألم أسفل الظهر المزمن. دراسات نفسية. مصر. المجلد. العدد مج25. ع2 (213-260). <http://search.Mandumah.com/Record /806351>
- سالم طيب. رؤى. (2016). الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الألم المزمن وعلاقته ببعض المتغيرات. جامعة الجزيرة. السودان.
- سكوت، جان. وليامز، مارك، وبيك، آرون. (2002). موسوعة علم النفس العيادي (5). ترجمة حسن مصطفى عبد المعين. مكتبة زهراء. الشرق. القاهرة.
- سندرسون، كاترين. (2019). علم نفس الصحة- فهم العلاقة بين العقل والجسد. ترجمة مراد علي عيسى. تسيير إلياس شواش. ط1. دار الفكر. عمان.
- شامخ، بسمة. (2012). أثر أساليب التكيف المعرفية السلوكية في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلب. كلية التربية. الجامعة المستنصرية. مجلة الأستاذ. العدد 203.

الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. (2015). علم النفس العيادي وتطبيقاته الإرشادية. ط1. دار الاعصار. عمان. الأردن.

شيلي، تايلور (2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك. فوزي شاكرا داود. دار حامد للنشر. ط1. عمان. الأردن.

العاسمي، رياض نايل. (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي. عمان. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع. ج1.

قاسم عبد الله، محمد. (2016). مدخل إلى الصحة النفسية. ط6. دار الفكر. عمان.

كفاني، علاء الدين. و علاء الدين، جهاد. (2006). موسوعة علم النفس التأهيلي. ط2. دار الفكر العربي. القاهرة.
ليندزاي، س.ل. بول، ج م ي. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة صفوت فرج، الأنجلو المصرية. القاهرة.
مرازة، وليدة. (2020). التدخلات المعرفية السلوكية مع الألم المزمن. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية. جامعة باتنة1. المجلد (21). العدد (01).

Borcher, Y. Pionchon, P. (2006) . Douleurs Oro Faciales CDP.

Daniela – R.S, Michoel. (2011). the Role of Psychological Intervention in the Management of Patient with Chronic Pain. Psychology Research and Behavior Management. May (04)-41-49.

Dobson .K.S. (2010). Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies . New York. The Guilford Press.

Duplan, B. Murray, M. (2006). Bien Soigner Le Mol De Dos. Paris. Odile. Jacob.

Nilesh B- Patel (2010). Physiology of Pain Guide to Pain Management in Low Resource Settings. I ASP. Working To Gether for Pain Relief. Chapter 3.

Turc, D-C Okifuji, A. (1997). What Factors Physician Decision To Precibe Opiods For Chronic No Cancer Pain Patients .Clim- Jpain 13: 330-336.