

الفصل السادس عشر
دور الخدمة الاجتماعية الطبية في
التعامل مع مرضى الزهايمر (عته
الشيخوخة)

obeikandi.com

الفصل السادس عشر

دور الخدمة الاجتماعية الطبية في التعامل مع مرضى الزهايمر (عته الشيخوخة)

داء الزهايمر هو السبب الأكثر شيوعاً للعته وهو يصيب أساساً الراشدين في عمر الستين أو أكثر، ومن المؤسف أنه لا يمكن حتى الآن إبطاء تطور المرض، حيث يسلب داء الزهايمر الشخص تفكيره وذاكرته وقدرته على التفكير المنطقي والتعلم والاتصال، كما يغير المرض شخصية الفرد ويعيق تفكيره وفي النهاية يدمر قدرة الفرد على إنجاز المهام الروتينية البسيطة أو حتى الاعتناء بنفسه.

وقد يستمر داء الزهايمر من سنتين إلى ٢٠ سنة بعد ظهور أولى العوارض، رغم أن الموت يحدث عموماً خلال ثمانية إلى عشرة أعوام، ولا بد من الإشارة إلى أن تطور المرض يختلف كثيراً بين شخص وآخر بحسب الظروف الصحية المصاحبة للمرض والبيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض وطبيعة ونوعية العلاج.

أما بالنسبة للتأثير المباشر لداء الزهايمر على الدماغ فيحدث من خلال تدمير المكون الأساسي للدماغ، أي الخلية العصبية فتحدث خسارة الخلايا العصبية أولاً في قرن آمون أي لوحة التحكم المركزية في نظام الذاكرة، لهذا السبب يرتبط فقدان الذاكرة غالباً بالمراحل الأولى من داء الزهايمر، وقد يظهر أيضاً فقدان كامل لحسن المكان إلى الذاكرة المكانية - أي إدراك موقع الأشياء أو الأماكن نسبة إلى بعضها - مثل موقع دورة المياه نسبة إلى غرفة النوم أو المطبخ.

وانطلاقاً من قرن آمون ينتشر داء الزهايمر إلى الفصوص الجبهية والجدارية والصدغية في القشرة الدماغية، وبالإضافة إلى قرن آمون يهاجم المرض أيضاً أجزاء أخرى من الجهاز الحوفي بما في ذلك اللوزة، ومع تضرر الخلايا العصبية وتلفها في هذه المساحات يحصل ضرر في الوظائف الإدراكية

الأخرى مثل مهارات اللغة والقدرة على التصميم وإصدار الأحكام وإنجاز المهام البسيطة، وبما أن الجهاز الحوفي هو جزء الدماغ الذي يؤثر في الغرائز والدوافع والعواطف يمكن لفقدان الخلايا العصبية في هذه المساحة أن يبرر السلوك العدائي وجنون الارتياح الملاحظين غالباً عند المصابين بداء الزهايمر. بالإضافة إلى ذلك يسبب داء الزهايمر خسارة للخلايا العصبية ضمن الدماغ في موقع يعرف بنواة ماينرت القاعدية، وهذه المساحة غنية بناقل عصبي اسمه الاستيل كولين وهو مهم لتكوين الذكريات واستردادها، ولذلك فإن الضرر الحاصل في النواة القاعدية يسبب انخفاضاً قوياً في مستويات الاستيل كولين، وبالإضافة إلى وفي النهاية يؤثر داء الزهايمر في أنحاء عدة من الدماغ، ومع تلف المزيد من الخلايا العصبية تتلف المزيد من نقاط الاشتباك - أي نقاط الاتصال بين الخلايا - وعند فقدان الخلايا العصبية تقلص الكتلة الدماغية، هكذا يبدأ الشخص المصاب بداء الزهايمر بفقدان بعض وظائفه بما في ذلك القدرة على الاتصال والتعرف إلى الوجوه المألوفة والأشياء والتحكم في السلوك والحاجات الجسدية الأساسية، مثل الحاجة إلى الأكل أو التبول.

وفي المراحل الأخيرة من داء الزهايمر يصبح معظم الأشخاص أسيري الفراش ويعتمدون كلياً على الآخرين.

تطور المرض:

من الملاحظ أن تطور مرض الزهايمر يعتبر تطوراً سريعاً ولا يمكن استدراكه، حيث ينتقل المريض خلال مراحل الثلاثة دون أن يدرك بذلك أحياناً بل أن من يشعر به هم المحيطين به من أفراد الأسرة، وقد يحدث أحياناً من خلال مرحلتين مرتبطتين مبكرة ومتأخرة بحسب حالة المريض، لذلك فقد حاول الباحثون توضيح الحدود الفاصلة بين المراحل الثلاثة وكيفية بداية المرض ونهايته من ناحية الوظائف الإدراكية والحسية وذلك على النحو التالي:

♦ المرحلة الأولى : العجز الإدراكي الخفيف (زهايمر مبكر) :

يكون التفكير ومهارات التحليل المنطقي أثناء هذه المرحلة حادة وتكون نشاطاتهم في الحياة العملية طبيعية ، لكن عجز الذاكرة ولا سيما لمعلومات مكتسبة حديثاً - أكبر مما يمكن أن يتصوره الشخص في سنه - ومع الوقت يبدو أن القدرات العقلية والوظيفية للمصابين بالعجز الإدراكي الخفيف تتدهور بوتيرة أسرع.

وتوحي نتائج العديد من الدراسات بأن العجز الإدراكي الخفيف للإنسان هو البداية الحقيقية لمرض الزهايمر ، فالمصابون بالعجز الإدراكي الخفيف معرضون بنسبة ٥٠٪ لداء الزهايمر خلال ٤ سنوات من التشخيص الأساسي.

ومن أهم الأعراض التي يتم ملاحظتها على المريض في هذه المرحلة التي تعتبر البدايات الأولى لظهور المشكلة ما يلي :

- ١- طرح الأسئلة نفسها على نحو متكرر.
- ٢- التوهُ في المحادثات ومواجهة مشاكل في العثور على الكلمات الصحيحة.
- ٣- عدم القدرة على إنجاز مهام اعتيادية مثل : التقيد بوصفة.
- ٤- مواجهة مشاكل في التفكير وتذكر الأشياء البسيطة.
- ٥- عدم تذكر الأحداث الأخيرة.
- ٦- وضع الأشياء في مواقعها غير الصحيحة مثل : وضع المحفظة في البراد.
- ٧- المعاناة من تغيرات مفاجئة في المزاج أو السلوك بدون سبب ظاهري.
- ٨- عدم القدرة على التركيز أو أخذ المبادرة.
- ٩- فقدان الاهتمام في المحيط.
- ١٠- إظهار لامبالاة تجاه المظهر الشخصي أو المجاملة الطبيعية للآخرين.
- ١١- الشعور بالضيق من حيث الوقت والمكان.
- ١٢- التوهُ أثناء القيادة في الشوارع المألوفة.

◆ المرحلة الثانية : المتوسطة:

في هذه المرحلة تصبح العلامات المنذرة بداء الزهايمر أكثر وضوحاً، وقد تنذر هذه التغيرات أفراد العائلة أو الأصدقاء بوجود خطب ما، فالشخص لا يعاني فقط من فقدان الذاكرة وإنما يواجه صعوبة أيضاً في التفكير بوضوح واتخاذ القرارات الجيدة، وفي حال كان هناك أي تقاعس في مراجعة الطبيب. يفترض بهذه العوارض أن تدفع إلى زيارة الطبيب فوراً، وغالباً ما يتم تشخيص داء الزهايمر في هذه المرحلة.

وتشمل بعض علامات وعوارض المرحلة المتوسطة:

- ١- نسيان إطفاء التجهيزات المنزلية مثل: المكواة أو الفرن.
- ٢- نسيان تناول الأدوية باستمرار.
- ٣- مواجهة صعوبة في المهام المستلزمة للحساب والتخطيط مثل: موازنة دفتر الشيكات ودفع الفواتير والتسوق من المتاجر وتحضير العشاء.
- ٤- مواجهة صعوبة في المهام التي تستلزم حركات ذات مهارة مثل: ربط شريط الحذاء أو استعمال الأدوات.
- ٥- فقدان القدرة على الاتصال بما في ذلك القراءة والكتابة.
- ٦- الكشف عن أنماط سلوك مثل: العدائية ونوبات الغضب والانعزال.
- ٧- التصرف على نحو غير لائق أمام الغير.
- ٨- الشعور أكثر فأكثر بالاضطراب والأرق خصوصاً في الليل.
- ٩- النوم لفترات طويلة على نحو مفرط أو مواجهة صعوبة في النوم (قد ينام بعض الأشخاص ١٠ ساعات إلى ١٢ ساعة في الليل وينامون أيضاً خلال النهار، فيما ينام آخرون ساعتين إلى أربع ساعات فقط في الليل).
- ١٠- المعاناة من الهلوسة أو الأوهام والخيالات السمعية والبصرية.

◆ المرحلة الأخيرة: (زهايمر متأخر):

في المرحلة الأخيرة من داء الزهايمر تتفاقم العلامات والعوارض لدرجة يصبح فيها الشخص عاجزاً عن التفكير بمنطق وتصبح مهام العيش الأساسية

مثل: الأكل أو الذهاب إلى دورة المياه مستلزمه للمساعدة، ويمكن أن تتغير شخصية الفرد كلياً.

ومن علامات وعوارض هذه المرحلة الوخيمة نذكر:

- ١- القليل من الذاكرة أو لا شيء منها على الإطلاق.
- ٢- مواجهة صعوبة في التكلم أو فهم الكلمات.
- ٣- التعبير عن القليل من العواطف أو لا شيء على الإطلاق.
- ٤- الإمساك بالأشياء أو الأشخاص وعدم إفلاتهم (بمقبض اليد).
- ٥- مواجهة صعوبة في التعرف إلى الآخرين، وربما عدم التعرف حتى إلى الذات عند النظر في المرأة.
- ٦- الحاجة إلى المساعدة في كل الرعاية الشخصية، بما في ذلك استعمال المرحاض والاستحمام وارتداء الثياب والأكل والتحرك.
- ٧- المعاناة من سلس متكرر في البول.
- ٨- الشعور بالضعف أكثر فأكثر والتعرض للالتهابات.
- ٩- مواجهة صعوبة في المضغ والبلع وبالتالي فقدان الوزن.
- ١٠- موجة اكتئاب حادة وملل من كل شيء محيط به.

تجدر الإشارة إلى أن المريض في هذه المرحلة من داء الزهايمر قد يصبح أسيراً للفراش، ويصبح جسمه ضعيفاً جداً مما يزيد غالباً من خطر التعرض لمشاكل صحية أخرى (القلب، الكلى، السكر، الضغط)، والواقع أن تأثير هذه المشاكل الصحية الإضافية يكون غالباً أكثر وخامة عند المصاب بداء الزهايمر مما هو عند شخص غير مريض، نتيجة لذلك نادراً ما يكون سبب الموت داء الزهايمر نفسه وإنما يكون بسبب أحد الأمراض السابقة الذكر.

أسباب المرض:

تعتبر أسباب داء الزهايمر لغزاً حقيقياً، فمنذ أن كشف العالم ألويس الزهايمر اللويحات والكتل الليفية العصبية المتشابكة المميزة للمرض في بداية القرن العشرين، أجرى الباحثون والعلماء مئات من المحاولات المختلفة

لفهم هذا المرض ومخاربه طبيعته ، والواقع أن استقصاء أسباب هذا المرض تشبه إلى حد كبير جمع أجزاء لغز محير لم تكتمل أجزاءه حتى الآن.

وقبل دراسة بعض العوامل المسببة لداء الزهايمر من المهم التمييز بين مراحله المختلفة والتي سبق ذكرها ، حيث يصنف العملاء داء الزهايمر إلى نوع مبكر النشوء وآخر متأخر النشوء (إلى جانب المرحلة المتوسطة النادرة الحدوث) مستعملين عمر ٦٥ عاماً بمثابة خط فاصل بينهم.

فالأشخاص الذين لم يبلغوا بعد ٦٥ عاماً وأصيبوا بداء الزهايمر يعانون من الشكل المبكر ، ورغم أن هذه المجموعة صغيرة العدد نسبياً فإنها تطال نطاقاً واسعاً من الأعمار ، فهناك حالات نادرة أصيب خلالها الأشخاص بالمرض في عمر الثلاثين ، أما الأشخاص الذين يصابون بداء الزهايمر عند بلوغهم ٦٥ عاماً أو أكثر ، فيعانون من الشكل المتأخر النشوء وهو الشكل الأكثر شيوعاً.

والواقع أن عوارض الشكلين هي نفسها تقريباً حتى لو كان المريض قد مر بالمرحلة المتوسطة ، وذلك على الرغم من تسارع وتيرة التدهور العقلي والجسدي في بعض حالات الشكل المبكر النشوء ، لكن الفرق الكبير الكامن بين شكلي المرض يتمثل في طريقة تأثير الشكل المبكر النشوء في حياة الشخص المتوسط العمر - الذي لا يزال يعمل ربما ولديه مسؤوليات تجاه أولاده - أما تأثير الشكل المتأخر النشوء في الشخص الأكبر سناً فيفرض حاجات وأولويات مختلفة جداً.

وفي كلا نوعي داء الزهايمر يدرك العلماء أن المرض معقد جداً ويظنون أنه ناجم على الأرجح من مجموعة من العوامل البيئية والوراثية ، فنحو ٣٠% من المصابين بداء الزهايمر يكشفون عن تاريخ عائلي من العته ما يشير إلى دور الجينات في هذا الصدد ، لكن عوامل الخطر الوراثية ليست القصة كلها بالفعل ، حيث يدرس الباحثون أيضاً العوامل البيئية التي قد تسهم في نشوء داء الزهايمر ، ولم يتأكد العلماء بعد ما إذا كانت كل هذه الأحداث

مترابطة أم لا أو ما هي العوامل الأخرى الواجب التعرف إليها وشرحها.
العوامل الوراثية المساهمة في داء الزهايمر:

إن معظم الأبحاث المتناولة لداء الزهايمر ركزت ولا تزال حتى الآن على العوامل الوراثية المحيطة بالمرض، وقد تم الحصول على فهم أكثر شمولاً من هذه الأبحاث الوراثية نجح في إلقاء الضوء على التسلسل المعقد للأحداث المؤلفة للمرض.

وقد بات من المعلوم أن بعض التحولات الجينية - أي التغيرات غير المرتقبة في جينات مفردة أو في أقسام الكروموسومات - تسبب عدداً بسيطاً من الأشكال المبكرة للنشوء من داء الزهايمر، ويملك الباحثون أدلة تشير إلى أن الجينات والتحولات الجينية غير المكتشفة يمكن أن تؤثر في داء الزهايمر، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

والواقع أن كل الجينات والتحولات الوراثية التي تسبب داء الزهايمر تتشارك في الإنتاج الشاذ والانحلال لبروتين بيتا النشواني النذيري، فالإنتاج الشاذ يؤدي عموماً إلى إنتاج مفرط لشظايا بيتا نشوانية، وحين لا تذوب هذه الشظايا تتكدس معاً لتكوين اللويحات الكثيرة الموجودة في أدمغة المصابين بداء الزهايمر، بالإضافة إلى ذلك أصبح العلماء مقتنعين بأن التراكم المتزايد للبيتا - النشواني في الدماغ هو خطوة أساسية وضرورية في العملية - إن لم يكن السبب المباشر للعتة، لذا فإن الدراسة المفصلة لكل جينة يمكن أن تساعد على شرح كيفية إسهام البيتا النشواني في داء الزهايمر.

♦ البروتين النشواني النذيري:

يرتبط البروتين النشواني النذيري بغشاء الخلية أي الغطاء الخارجي الرقيق للخلية، والواقع أن الجينة التي تنتج هذا البروتين موجودة في الكروموسوم 21 من حمض الـ DNA، وعلى الرغم من عدم اتضاح الوظيفة الأساسية للبروتين النشواني النذيري، إلا أن الدراسات التي أجريت بهذا الصدد تشير إلى تأديته دوراً هاماً في نمو الخلايا العصبية وبقائها على قيد الحياة،

فتحوّلات البروتين النشواني النذيري تسبب شكلاً نادراً من داء الزهايمر. ويُطلق أحياناً على البروتين النشواني النذيري اسم بروتين الغشاء لأنه موجود جزئياً داخل وخارج غشاء الخلية، تماماً مثل الدبوس الغارز في وسادة، هكذا يرتبط البروتين النشواني النذيري بالجهة الخارجية لغشاء الخلية بواسطة نوع من الأنزيم اسمه البروتيازيس يسرّع التفاعلات، وقد أدرك العلماء منذ فترة اشتراك ثلاثة أنواع من البروتيازيس في هذه العملية ورغم أنهم ليسوا واثقين بعد من الهوية الحقيقية لكل هذه الأنزيمات فقد أطلقوا عليها اسم مفرزات ألفا ومفرزات بيتا ومفرزات جاما.

تعمل هذه الأنزيمات الثلاثة على ربط البروتين النشواني النذيري بغشاء الخلية، وحين تقطع مفرزات ألفا ومفرزات جاما البروتين النشواني النذيري يبدو أن الشظية الناجمة تذوب بسهولة نسبياً في الدماغ، كما تقطع مفرزات بيتا ومفرزات جاما البروتين أيضاً - وتنتج شظايا أطول - اسمها بيتا نشوانية 40 أو بيتا نشوانية 42 (لأنها مؤلفة من 40 أو 42 حمضاً أمينياً)، لكن البيتا النشوانية 42 لا تذوب بسهولة وهي (دبقة) أكثر من البيتا النشوانية 40، وهكذا تتراكم البيتا النشوانية 42 مع شظايا أخرى لتكوين لويحات الزهايمر.

أما تحولات جينة البروتين النشواني النذيري المرتبطة بداء الزهايمر فموجودة في جزء البروتين الملتصق خارج غشاء الخلية والقريب من مواقع المفردة، يوحي ذلك بأن هذه التحولات تؤدي إلى تكوّن المزيد من البيتا النشوانية 42 بالتحديد، وفي كلا الحالتين تتكون المزيد من اللويحات.

♦ البروتين الصتوم (أو بروتين الشيخوخة):

بات معروفاً أن تحولات بروتينين صتومين هما النوع 1 و 2 يسببان داء الزهايمر، والجينة المسؤولة عن البروتين 1 موجودة في الكروموسوم 14، فيما الجينة المسؤولة عن البروتين 2 موجودة في الكروموسوم 1، والواقع أن أكثر من 30 تحولاً مختلفاً لهذين البروتينين تسبب داء الزهايمر المبكر

النشوء ، كما أن الشخص الذي يكشف عن أي واحد من هذه التحولات الصتومة يمكن أن ينقله أيضاً إلى ولده ، هكذا يملك كل ولد فرصة بنسبة 50% لوراثة الجينة الشاذة والتعرض للمرض من شأن ذلك ربط البروتين الصتوم بالأشكال العائلية من داء الزهايمر.

كما تشير الدراسات إلى أن تحولات النوعين 1 و 2 من البروتين تزيد من مستوى البيتا النشواني 42 في الدماغ - أي الشكل الدبق من البيتا النشواني الذي ينتج اللوائح النشوانية - وظن العلماء لبعض الوقت أن النوع 1 من البروتين هو أنزيم مفرزة جاما المسؤول عن ربط البروتين النشواني النذيري.

◆ صميم البروتين الشحمي:

قبل ربطه بداء الزهايمر كان المجتمع الطبي يعرف أن جينة صميم البروتين الشحمي E مسؤولة عن نقل كولسترول الدم في الجسم ، وهناك ثلاثة أشكال مختلفة من صميم البروتين الشحمي اسمها e2 و e3 و e4 وعلى عكس البروتين النشواني النذيري ، ليس التحول في صميم البروتين الشحمي من يؤدي إلى داء الزهايمر وإنما أحد الأشكال الطبيعية للجينة - وهو الشكل 4 وفيما يؤدي البروتين النشواني النذيري والشكلين 1 و 2 من البروتين الصتوم إلى الشكل المبكر النشوء من داء الزهايمر ، فإن وراثة واحد أو اثنين من الشكل 4 من صميم البروتين الشحمي يزيد من فرصة تعرضك للشكل المتأخر النشوء من داء الزهايمر.

وقد يخفض ذلك السن الذي يبدأ فيه المرض - ويكون في العادة قبل أعوام من أشكال الزهايمر غير المرتبطة بالنوع 4 من صميم البروتين الشحمي ، وتكشف الأبحاث أن النوع 4 من صميم البروتين الشحمي مرتبط بزيادة مقدار البيتا النشواني في الدماغ ، لكن الجدل ما زال قائماً حول كيفية حصول ذلك بالفعل ، ويظن بعض الباحثين أنه على رغم فاعلية

الشكلين 2 و 3 من صميم البروتين الشحمي في تدوير البيت النشواني في الدماغ فإن الشكل 4 ليس فعالاً بهذا القدر. عوامل وراثية قيد الدراسة:

يدرس العلماء الكروموسوم 12- وبالتحديد جينة ألفا 2 ماكروغلوبولين الموجودة في الكروموسوم 12- كمصدر محتمل لعامل خطر آخر مسبب للداء المتأخر النشوء، كما تتم دراسة الكروموسوم 10 وفي الآونة الأخيرة توصلت ثلاث مجموعات من الباحثين على نحو منفصل وبطرق مختلفة إلى أن الجينة المرتبطة بداء الزهايمر المتأخر النشوء موجودة على ما يبدو في الكروموسوم 10، ويعتقد أن هذه الجينة تؤثر أيضاً في إنتاج بروتين بيتا النشواني.

نظريات أسباب داء الزهايمر:

لقد أفضت الجهود الهادفة إلى الكشف عن الروابط الوراثية في داء الزهايمر إلى نتائج مشجعة كان أهمها:

(أ) البيت النشواني واللويحات:

تشير دراسة مختلف التحولات الجينية إلى أن إنتاج البيت النشواني وتكوّن اللويحات يؤديان دوراً مهماً في نشوء داء الزهايمر، ويعتقد بعض الباحثين أن هذه مراحل مهمة من داء الزهايمر.

أما العوامل الداعمة لهذه الفرضية فتشمل الآتي:

- كل الأشكال العائلية المبكرة النشوء من داء الزهايمر مصحوبة بزيادة كبيرة في مستوى بروتين البيت النشواني في الدماغ.
- حدوث تكديس البيت النشواني في اللويحات يكون غالباً في مرحلة مبكرة من المرض قبل ظهور العوارض.
- يزداد مع الوقت عدد اللويحات فيما ينتشر المرض في الدماغ.
- إن المصابين بتناذر داوون والذين ينقلون بطبيعتهم نسخة إضافية عن كل الكروموسوم ٢١ أو جزء منه ، ولديهم بالتالي ثلاث جينات من البروتين

النشواني النذيري (بدل ٢) يصابون غالباً بداء الزهايمر في مرحلة لاحقة من الحياة.

- إن تحوّل الجينة المنتجة للبروتين النشواني النذيري تسبب داء الزهايمر.
- (٢) التاو والكتل الليفية العصبية المتشابكة:

تتجم الكتل الليفية العصبية المتشابكة عن بروتينات تاو ملتصقة داخل الخلايا العصبية، ويساعد التاو عادة على دعم بنية الخلية العصبية لكن حين ينحلّ بروتين التاو تتهار بنية الخلية ويمكن العثور على الكتل المتشابكة في نسيج الدماغ عند أشخاص لا يعانون من العتّة.

وحتى وقت غير بعيد لم يكن يعرف الكثير عن الكتل الليفية العصبية المتشابكة سوى أنها نتيجة الإنتاج الشاذ لبروتين التاو، لكن في العام ١٩٩٨م توصّل العلماء الذين كانوا يدرسون العتّة الجبهي الصدغي - وهو شكل موروث من مرض عصبي تنكّسي - إلى تحديد تحوّل في جينة التاو حاصل في الكروموسوم ١٧ والواقع أن تأثير هذا التحوّل في العتّة الجبهي الصدغي شبيه بما يحدث في داء الزهايمر - إلتفاف خيوط بروتين التاو وتراكم الكتل المتشابكة في الخلية - .

بالإضافة إلى ذلك يبدو أن تراكم هذه الكتل المتشابكة يؤثر بطريقة مباشرة في الخلايا العصبية أكثر من اللويحات النشوانية، فالكتل المتشابكة تعيق نقل المواد المغذية في الخلايا ونقل النبضات الكهربائية بين الخلايا مما يؤدي إلى تعطل وظائف الخلايا الأساسية.

ثمّة احتمال أن يحفز إنتاج البيتا النشواني تكوّن الكتل المتشابكة من خلال إفساد مستويات الكالسيوم في الخلايا ربهما، لكن العلاقة بين البيتا النشواني وكتل التاو المتشابكة لا تزال غير واضحة.

(٣) الاستجابات الإلتهابية:

كشفت دراسات عدة وجود إلتهاب عميق في أدمغة المصابين بداء

الزهايمر، والالتهاب هو استجابة جسمك لإصابة أو خمج ويشكل جزءاً طبيعياً من عملية الشفاء.

وعلى رغم نشوء لويحات البيتا النشوانية في المساحة الفاصلة بين الخلايا العصبية، تعمل خلايا المناعة على التخلص من الخلايا الميتة والأوساخ الأخرى في الدماغ، ويعتقد العلماء أن خلايا المناعة قد تعتبر اللويحات بمثابة مواد غريبة في الجسم وتحاول بالتالي تدميرها مما يسبب الالتهاب، أو أن خلايا المناعة تحاول التخلص من الخلايا العصبية التالفة.

من جهة أخرى قد تنشط خلايا المناعة مكونات أخرى مسببة للالتهاب، ومنها بروتين *interleukin-1* وأنزيم *COX-2* ومجموعة من البروتينات تهاجم الخلايا التي توصي خلايا المناعة بضرورة مهاجمتها، وعلى رغم اعتقاد الباحثين بحدوث الالتهاب قبل تكوّن اللويحات بالكامل، لا يزالون غير واثقين من كيفية ارتباط هذا التكوّن بعملية المرض، وثمة جدل قائم أيضاً حول ما إذا كان الالتهاب يتلف الخلايا العصبية أو أنه يساعد على التخلص من اللويحات.

(٤) الإجهاد المؤكسد:

تشير الأدلة إلى أن تكتل البيتا النشواني والاستجابة الالتهابية، ربما يؤديان إلى إتلاف الحبيبات الخيطية أي مصانع الطاقة للخلية، وتميل الحبيبات الخيطية التالفة إلى الإفراط في إنتاج جزيئات شديدة التفاعل تعرف بالجذور الحرة، تؤدي الجذور الحرة عادة مجموعة من المهام المفيدة لكن وجود الكثير من الجذور الحرة يؤدي إلى ما يعرف بالإجهاد المؤكسد بالفعل تطفئ الجذور الحرة وتتلف الخلايا، مما يؤدي إلى تلف النسيج وضرر في حمض الـ DNA.

(٥) مستويات الكالسيوم:

تشير دراسة تكتلات البيتا النشواني إلى أن هذه التكتلات قد تحفز دخول الكالسيوم إلى الخلايا العصبية بمقادير مفرطة، والواقع أن

الكالسيوم الذي يتم الحصول عليه عادة من خلال الغذاء يساعد في نقل رسائل النبض بين الخلايا ، لكن وجود الكثير من الكالسيوم في الخلية قد يسبب موت الخلية.

عوامل خطر أخرى:

تشير دراسة الأشخاص الذين أصيبوا بداء الزهايمر من دون وجود تاريخ عائلي مسبق للعتة إلى أن الجينات ليست المصدر الوحيد للمرض ، ويبدو أن هناك عدداً من عوامل الخطر غير الوراثية المرتبطة بداء الزهايمر ، وقد تم التعرف جيداً إلى بعض العوامل مثل: العمر ، فيما لا تزال عوامل أخرى قيد الدراسة.

١- العمر:

يرتفع العدد الإجمالي لحالات داء الزهايمر (الانتشار) وعدد الحالات الجديدة من داء الزهايمر بشكل كبير مع العمر ويتضاعف مرة كل خمس سنوات بعد عمر ٦٥ عاماً ، ويعتقد بعض الباحثين أن داء الزهايمر هو نتيجة محتمة للشيخوخة ، بمعنى آخر إذا عشت طويلاً كفاية سوف تصاب حتماً بداء الزهايمر ، لكن كشف العديد من الكبار في السن ومنهم أشخاص في عمر التسعين أو المائة عن ذاكرة قوية ومهارات إدراكية ممتازة يناقض هذه النظرية.

ويتحدث علماء آخرون عن حدوث داء الزهايمر ضمن نطاق معين من العمر ، وأن الزيادة في شيوع مستويات داء الزهايمر تصبح أفقية قرابة عمر ٩٥ عاماً ، وثمة إجماع متزايد على أن داء الزهايمر ليس جزءاً طبيعياً من الشيخوخة ، لكن تأثيرات الشيخوخة يمكن أن تعزز نشوء داء الزهايمر.

٢- الجنس:

تشير الدراسات المرتكزة على انتشار داء الزهايمر إلى معاناة النساء من العتة أكثر من الرجال ، يمكن تفسير ذلك على الأقل جزئياً ، بكون النساء يعشن عموماً أكثر من الرجال ويستطعن الصمود لفترة أطول مع العتة ، وتظهر المعطيات المستمدة من عدة دراسات أوروبية أجريت بين ١٩٨٨ م

و١٩٩٦م أن النساء أكثر عرضة أيضاً للعتة ولاسيما لداء الزهايمر، لا يعرف العلماء سبب هذا الفرق لكن الاحتمالات يمكن أن تشمل الاختلافات البيولوجية، كما سئلت هذه الدراسات عن التحيز في إجراء التشخيص أو التوزيع غير المتساوي لعوامل الخطر بين الذكور والإناث.

٣- التربية:

تدعم نتائج المشروع المعروف بدراسة الراهبات الفكرة القائلة: إن التربية قد تحمي الفرد من التعرض لداء الزهايمر.

فقد درس الباحثون السير الذاتية التي كتبتها مجموعة من الراهبات عند دخولهن إلى دير ميلكوي، وكان متوسط العمر لديهم ٢٢ عاماً، ثم تم قياس المقالات المكتوبة من حيث كثافة الأفكار بعد ذلك - أي متوسط عدد الأفكار في كل ١٠ كلمات - وتعتيدها اللغوي، كما وهبت الراهبات أدمغتهن للبحث بهدف تشريحها بعد موتهن ووجد الباحثون أن ٩٠٪ من الراهبات اللواتي كُشفن عن كثافة متدنية من الأفكار في السير الذاتية أظهرن العديد من الكتل الليفية العصبية المتشابكة المتراكمة في أدمغتهن، أما الراهبات اللواتي كُشفن عن كثافة عالية من الأفكار في عمر ٢٢ عاماً فقد أظهرن القليل من الكتل المتشابكة عند موتهن.

وقد حظيت دراسة الراهبات بالكثير من الانتباه الشعبي وتؤكد معظم الدراسات اللاحقة على المفهوم القائل: إن المستويات المتدنية من التربية قد تكون عامل خطر أساسي لداء الزهايمر، لكن هذه الدراسات محدودة نوعاً ما، فقياس مستويات التربية قد يكون غير دقيق وثمة عوامل أخرى قد تربك أو تحجب التأثير الفعلي للتربية، والواقع أن كل هذه النظريات تخمينية وتبقى الآليات الكامنة وراء الملاحظات مجهولة، وعلى رغم تأكيد العديد من الدراسات على الدور الواقي للتربية فإن النتائج ليست حاسمة.

٤- إصابات الرأس المختلفة:

أدى تعرض بعض الملاكمين السابقين للعتة إلى التساؤل ما إذا

كانت الإصابة الخطيرة في الرأس (مع فقدان طويل للوعي مثلاً) تشكل عامل خطر لداء الزهايمر؟ وتشير العديد من الدراسات إلى وجود رابط قوي بين الأمرين ولا سيما عند الرجال، ووجدت دراسات أخرى رابطاً بسيطاً وغير مهم بين إصابة الرأس وداء الزهايمر، ولا يزال الجدل حول هذا الموضوع مستمراً حتى الآن، لكن ثمة نظرية تقول إن إصابة الرأس قد تتفاعل مع الشكل من صميم البروتين الشحمي، ما يؤدي إلى تزايد خطر التعرض لداء الزهايمر مهما اختلفت وتوَّعت تلك الضربات (حوادث السيارات - ضرب بالة حادة أو ما شابه).

عوامل خطر قيد البحث:

يشير عدد من الدراسات إلى وجود رابط إيجابي بين داء الزهايمر وضغط الدم المرتفع والكولسترول المرتفع، كما تبين أن الاكتئاب يشكل عامل خطر لداء الزهايمر، ولا تزال هذه الدراسات في أولى مراحل البحث ويستمر العلماء في البحث عن أدلة حاسمة في هذه المجالات.

واعتبر الباحثون أيضاً أن التدخين والتعرض للمخاطر الوظيفية مثل: الصمغ ومبيدات الحشرات والأسمدة أو حتى الحقول الكهربائية المغناطيسية، هي عوامل مسهمة في داء الزهايمر، ساد الاعتقاد لفترة أن التدخين يقي من داء الزهايمر، لكن الدراسات اللاحقة أبطلت هذه النظرية، كما أن نتائج كل هذه الدراسات بقيت متضاربة ولا يوجد حتى الآن أي دليل قاطع يؤكد أن العوامل البيئية أو أسلوب العيش يزيد من خطر التعرض لمرض الزهايمر.

أهم المضاعفات والمشكلات المصاحبة للمرض:

نظراً إلى أن مرض الزهايمر لا يقتصر تأثيره على الفرد نفسه فقط ويمتد إلى باقي أعضاء الأسرة ومنها إلى المجتمع المحيط بهم، فإن مضاعفاته كثيرة بل قد لا يدركها الكثيرون، إلا في حالة وجود مريض زهايمر في الأسرة.

لذلك فإن المضاعفات والمشكلات المصاحبة لهذا المرض تشعبت وتوَّعت بين مشكلات نفسية وسلوكية وأسرية وصحية، نورد هنا على النحو التالي:

أ) المشكلات النفسية والسلوكية:

المشاكل السلوكية والنفسية للمرضى المصابين بداء الزهايمر هي أصعب اختبار أو تحدي للأشخاص الذين يعتنون بهم، فهناك مظاهر سلوكية شاذة للمريض تأتي على شكل توجيه الاتهامات للآخرين وخاصة للذين يعتنون بهم أو أعمال عنف أو حتى عدوانية ثانوية يمكن أن تكون مؤذية ومحبطة للمعنويات.

ولا شك أننا جميعاً نحتاج إلى روتين يومي محدد ومن نوع ما، وبعض الأشخاص ينظمون حياتهم بينما نجد آخرين يملكون مرونة أكبر في حياتهم اليومية، ومن المهم جداً أن نحاول إدخال الروتين المنتظم في حياة الأشخاص المصابين بداء الزهايمر مثل (تحديد أماكن معينة للأشياء في المنزل، وتواقيت محددة للنشاطات المنزلية المختلفة) حيث أن مريض الزهايمر يشعر بصعوبة كبيرة في تعلم أو استيعاب أي معلومات جديدة.

ومن الأمور الهامة والضرورية مساعدة مريض الزهايمر على العيش في عالم واقعي وتذكيره دائماً بالمكان والزمان حتى وإن كان لا يدرك ذلك. ومن أهم المشكلات السلوكية والنفسية التي يعاني منها المريض وأسرته المحيطة به:

- ١- صعوبة إقناعهم بتقبل الأشياء والتغيير.
- ٢- صعوبة تقبل الواقع الجديد واتهام الآخرين بالكذب والعدوانية.
- ٣- ردود الفعل الغير متوقعة والعدوانية أحياناً.
- ٤- السلوك المخرج أمام الآخرين والتصرفات الغريبة والغير متوقعة مثل: الضحك بدون سبب، أو التثقل من موضوع لآخر دون فهم للكلمات.
- ٥- سلوك شاذ أثناء تناول الطعام أيضاً مثل: أكل شيء باليدين بدلاً من

الملققة أو العكس وبعثرة الطعام.

٦- ارتباط المريض ببعض الأحداث الماضية وعدم ثقته فيمن حوله الآن والتصريح لهم بذلك.

٧- التجول المستمر بدون هدف خاصة أثناء الليل حتى وإن كان داخل المنزل ، فهو يحمل الكثير من الخطر على المريض مثل: كسر الأشياء أو التعثر بها.

٨- من سلوكيات المريض أن التجول لديه يمثل شيئاً هاماً مثل: ارتباطه بموعد معين مع شخص ما ، أو محاولة العثور على منزله القديم الذي تربى فيه ، أو رغبته في العمل ، وهو يصرح بذلك لمن حوله عند سؤالهم له لماذا التجول؟

٩- عدم التحكم في سلوك الإخراج (البول والبراز) مما قد يؤدي إلى مشكلات أخرى صحية.

١٠- القلق والاضطراب.

١١- الحديث المستمر دون معنى.

١٢- النسيان المستمر وفقدان الإحساس الزماني والمكاني ، ويكون ذلك من المشكلات السلوكية الصعبة جداً المصاحبة لمريض الزهايمر وهي مزعجة لجميع المحيطين به.

١٣- الشك والريبة المستمر تجاه بعض المحيطين به مثل: اتهام الابن أو الزوجة بأنهم أغراب عنه ، أو أنهم يرغبون سرقة.

١٤- التكرار المستمر في الأسئلة والحركات.

١٥- الهلوسة (مشاهدة أشخاص أو أشياء ليس لهم وجود ، أو سماع أشخاص وأصوات تكلمه).

١٦- عدم التعرف على نفسه أو على أبنائه ، ومن الممكن عدم تعرفه على نفسه أيضاً حتى لو نظر للمرأة.

١٧- الاكتئاب نتيجة لمعرفته أحياناً وبشكل متقطع بأنه غير ذي نفع وغير ذي جدوى لنفسه أو لعائلته.

١٨- اضطراب النوم.

١٩- عدم حب سماع الأصوات المزعجة والعالية.

٢٠- عدم حب الزحام داخل المنزل (عكس ما كان يحدث سابقاً عندما يكون فرحاً بوجود أبنائه وأحفاده من حوله).

ب) المشكلات الصحية المصاحبة للمريض:

أهم الأعراض الصحية المصاحبة لمريض الزهايمر هي:

١- أمراض القلب .

٢- أمراض الكلى .

٣- أمراض ضغط الدم .

٤- هشاشة العظام .

٥- ضعف الإبصار .

٦- ضعف السمع .

٧- ضعف وهزال الجسم .

٨- ضعف الأسنان

٩- أمراض وتقرحات الفراش .

١٠- البواسير .

١١- الأمراض والالتهابات الجلدية المختلفة .

١٢- انخفاض الوزن وبشكل ملحوظ .

ج) المشكلات الأسرية - الاجتماعية :

مما لا شك فيه أن أكثر من يعاني من وجود مريض مثل مريض الزهايمر داخل المنزل هم الأسرة وأفرادها المحيطين به وعلى رأسهم الزوجة والأبناء، لذلك تبرز العديد من المشكلات المصاحبة وبصور مختلفة قد تختلف ردود فعلها من أسرة إلى أخرى بحسب حبهم للمريض وإدراكهم لحالته ووضع المريض.

ومن أهم تلك المشكلات المصاحبة للمريض المؤثرة على الأسرة:

- ١- الإحساس الدائم بالحرج الشديد من تصرفات المريض خاصة أمام الآخرين.
- ٢- الإحساس الدائم بالذنب لعدم إمكانية تقديم المساعدة اللازمة للمريض مما يشكل هاجساً نفسياً قاتلاً للجميع.
- ٣- صعوبة التعامل مع المريض من النواحي المختلفة النفسية والصحية.
- ٤- صعوبة تقبلهم لبعض سلوكياته المرضية مثل: العدوانية أو عدم تحكمه في إخراج الفضلات.
- ٥- عدم تفرغ الأسرة للمريض من حيث انشغالهم بأعماله اليومية وأسرههم، خاصة إذا كان الأبناء متزوجين أو مقيمين في منزل مختلف.
- ٦- التأثير النفسي المباشر على الزوجة خاصة مع بقاءها في المنزل لفترات طويلة مع المريض.
- ٧- التأثير الصحي على الزوجة بحدوث أمراض محتملة مثل: السكر أو ضغط الدم إما نتيجة لعدم تقبل الوضع الجديد للمريض أو للتفكير الدائم فيه والحزن على ما وصل إليه.
- ٨- إمكانية حدوث مشكلات اجتماعية بين الأخوة والأم خاصة في مسألة تقديم الرعاية اللازمة.
- ٩- إمكانية حدوث فجوة بين الأبناء نتيجة اختلافهم في الرأي تجاه المريض في حال كان المريض والدهم أو والدتهم.
- ١٠- تحجيم الأدوار الاجتماعية لأفراد الأسرة خاصة الزوجة، من حيث قلة الخروج من المنزل أو المشاركة في المناسبات الاجتماعية المختلفة، وذلك لعدم وجود شخص متفرغ يقدم الرعاية المناسبة للمريض.
- ١١- احتمالية إصابة أحد أفراد الأسرة أو أكثر من شخص لمشكلات نفسية مختلفة كردة فعل قاسية لعدم تقبل الوضع الجديد لرب الأسرة مثلاً.
- ١٢- الإصابة بالقلق أو الاكتئاب من كثرة التفكير في الأمر وإمكانية

إيجاد الحلول المناسبة له.

١٣ - اختلاف المعايير الأسرية خاصة إذا كان المصاب الوالد ، من حيث افتقاد الأسرة لربها المنظم لها واختلاف النظام لعدم وجود من يقوم بتطبيقه بشكل سليم.

١٤ - اضطراب الأدوار العامة في الأسرة .

١٥ - تقلص أدوار الأسرة من حيث المشاركات الاجتماعية المختلفة .

١٦ - الإحساس بالإحباط واليأس أحياناً لعدم وجود علاج ناجح للمشكلة .
طرق الوقاية والعلاج :

من الضروري جداً في هذه المرحلة تذكّر أهمية التشخيص المبكر في الوقاية من تطور المرض أو تفاقم الحالة ، حيث تم الإشارة إلى مدى خطورة إهمال تقديم العلاج اللازم للمريض في المراحل الأولية من المرض . وعلى الرغم من أن الباحثين يسعون دائماً لتطوير علاجات توقف تفاقم داء الزهايمر أو تطوره ، إلا أنه لا يتوافر حتى الآن مثل هذا العلاج ، ويركز العلاج الحالي على ضبط العوارض الإدراكية والسلوكية للمرض وبالتالي تحسين نوعية حياة الأشخاص المصابين بداء الزهايمر ، ويعني ذلك أن العلاج يهدف مثلاً إلى تحسين الذاكرة وتهدئة القلق ومساعدة المصابين بالعته على البقاء يقظين في ساعات النهار أو النوم جيداً خلال الليل .

ويتألف العلاج غالباً من مجموعة من العقاقير وبرامج الرعاية الشخصية ، حيث تتركز علاجات العقاقير من الأدوية المطوّرة خصيصاً لمعالجة العوارض الإدراكية لداء الزهايمر وصولاً إلى الأدوية المستخدمة عموماً في مجال الصحة العقلية مثل : مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان ، أما الرعاية الشخصية فتوصف في عدد من الطرق ومجموعة متنوعة من الظروف خاصة الأسرية المحيطة بالمريض .

وينبغي لنا أن ندرك أن مسألة التعايش مع مريض الزهايمر أمراً صعباً يستلزم الشجاعة والجلد والصبر والمرونة والإبداع والمهارات التكيفية عند

كل شخص من المحيطين بالمريض.

(١) علاج الأعراض الإدراكية :

تعتبر مادة الاستيل كولين التي تم التعرض لشرحها من قبل ، إحدى أبرز الناقلات العصبية المتأثرة بداء الزهايمر ، وتتواجد هذه المادة في الجهاز العصبي المركزي والخارجي وتتحكم في انقباضات العضلات وإفراز الهرمونات ، وتؤدي دوراً أساسياً في مهارات التفكير والذاكرة ، وقد لوحظ من خلال العديد من الأبحاث التي أجريت في هذا الصدد أن معدلات هذه المادة تتعرض لانخفاض مخيف لدى مرضى الزهايمر ، علماً بأن هذا الانخفاض يعتبر ناجماً جزئياً عن أنزيم اسمه الاستيل كولينستيراز.

لذا فقد كان دور المختصين مركزاً في البحث على تطوير عقاقير قادرة على منع تأثير مادة الاستيل كولينستيراز في الاستيل كولين ، لذا فمن الملاحظ أن العلاج في الوقت الحاضر يستخدم قامعات الاستيل كولينستيراز فقط في المراحل الأولى من المرض أي بعد ٣ - ٦ سنوات من بدء التشخيص ، حيث تؤدي هذه القامعات دورها الهام في السيطرة على تطور المرض ، فهي إلى جانب تحسينها للوظائف الإدراكية تحسن أيضاً الجوانب السلوكية للمريض. وينبغي لنا هنا الإشارة إلى أن هذه العقاقير (قامعات الاستيل كولينستيراز) يتضح تأثيرها فقط في المراحل الأولية أو المتوسطة ، إلا أن استخدامها بعد تلك المرحلتين غير مجدي في وقف تدهور الوظائف الإدراكية للمريض.

أهم العلاجات المستخدمة في الأعراض السلوكية:

في بعض الأحيان لا تكون التفاعلات والرعاية الشخصية كافية للتخفيف من السلوك العدائي أو من عوارض الاكتئاب والقلق ، وفي هذه الحالات قد يصف الطبيب بعض العقاقير التي تساعد على تحسين العوارض السلوكية ، ورغم أن الأدوية قد تكون مفيدة فإنها تستخدم غالباً بمثابة خطة دفاع ثانٍ في داء الزهايمر ، لأن العقاقير قد تزيد من وخامة الخسائر

الإدراكية وتكون تأثيراتها الجانبية أكثر بروزاً عموماً بين الكبار في السن.

١- مضادات الذهان:

ثمة أدوية تعرف بمضادات الذهان أو المهدئات العصبية تستخدم لمعالجة العدائية والأوهام والهوسات، وتتوزع مضادات الذهان على مجموعتين رئيسيتين: التقليدية والقياسية، تعمل هاتان المجموعتان على صد بعض الناقلات العصبية المستقبلية ولا سيما الدوبامين على أمل تنظيم العواطف.

كما تؤثر مضادات الذهان غير القياسية في السيروتونين، مما يبرر سبب كشف هذه الأدوية عموماً عن تأثيرات جانبية أقل من مضادات الذهان التقليدية، وتتطوي التأثيرات الجانبية على تشنجات في العضلات وتصلب وارتعاش واضطراب في المشي، كما تعمل مضادات الذهان على صد مستقبلات الاستيل كولين الموجودة أصلاً بأعداد ضئيلة عند المصابين بداء الزهايمر، وتميل هذه العملية إلى تسريع التدهور الإدراكي.

تجدر الإشارة إلى أن مضادات الذهان الموصوفة عموماً تشمل:

- أولانزابين (Zyprexa) :

مضاد غير قياسي للذهان يستخدم لمعالجة الأوهام والهوسات المترافقة مع اضطراب وقلق وأرق.

- كويتيابين (Seroquel) :

مضاد غير قياسي للذهان يستخدم لمعالجة عوارض الذهان والاضطراب والقلق، وهو أقل قوة من الأولانزابين ويكشف عن تأثيرات جانبية.

- هالوبريدول (Haldol) :

مضاد تقليدي للذهان يستخدم لمعالجة الأوهام والهوسات، لكن استعماله يفضي لسوء الحظ إلى تزايد خطر تصلب العضلات والارتعاش.

- ريسبريدون (Risperdal) :

مضاد غير قياسي للذهان يكشف عن تأثيرات جانبية قليلة إذا

استخدم في جرعات أقل من ٦ ملغ يومياً ، لكن الجرعات الأكبر تسبب تأثيرات جانبية مثل التصلب والارتعاش.

٢. مضادات القلق:

يمكن التخفيف من عوارض القلق بواسطة عوامل مضادة للقلق يطلق عليها اسم البنزوديازيبين ، تعمل هذه الأدوية بفاعلية في المدى القصير لكن فوائدها تتضاءل تدريجياً مع الاستعمال الطويل الأمد ، وهناك بعض الأنواع التي تحتاج إلى بضعة أسابيع حتى يبدأ مفعولها بالظهور مما يحد من استعمالها ، وتشمل التأثيرات الجانبية الشائعة: الأرق ، تضائل التعلم ، الذاكرة ، الدوار ، فقدان التنسيق وربما المزيد من الاضطراب.

والواقع أن مضادات القلق الموصى بها تشمل:

- لورازيبام (Ativan)
- أوكسازيبام (Serax)
- بوسبيرون (Buspar)
- زوليديم (Ambien)

٣. مضادات الاكتئاب:

إذا جرى تشخيص المصاب بداء الزهايمر بمعاناته من اكتئاب وخيم يوصى غالباً بالعلاج بالعقاقير ، والواقع أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الدورة مثل: النورتريبتيلين (Pamelor) والدسيبرامين (Norpramin) كانت توصف غالباً ، لكنها باتت تستخدم نادراً في الوقت الحاضر بسبب قمعها لنقل الاستيل كولين ، فضلاً عن إحداثها لتأثيرات جانبية أخرى.

وثمة مجموعة من مضادات الاكتئاب جرى تطويرها حديثاً وتدعى قامعات إمتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRI) ، حيث تبين أن هذه المجموعة فعالة للمصابين بداء الزهايمر وتقضي إلى تأثيرات جانبية قليلة ، وتعمل هذه القامعات أساساً من خلال قمع مستقبلات السيروتونين في الدماغ. تجدر الإشارة إلى أن التأثيرات الجانبية الشائعة لبعض هذه القامعات

تشمل القلق والاضطراب ، لذا يجدر بالأشخاص الذين يكشفون أصلاً عن هذه العوارض استخدام قامعات SSRI بحذر ، كما تشمل التأثيرات الجانبية الأخرى: الأرق والارتعاش والغثيان والإسهال والصداع وتضاؤل الشهية والدوار والتعرق وجفاف الفم ، وقد تختفي هذه التأثيرات الجانبية لوحدها ، كما يمكن التخفيف من التأثيرات الجانبية بالشروع في استعمال الدواء بنصف الجرعة الموصى بها ومن ثم زيادة الجرعة تدريجياً وصولاً إلى المقدار القياسي خلال فترة أسبوع أو أسبوعين.

وتشمل مضادات الاكتئاب الموصوفة عموماً:

- فليوكستين (Prozac)
- سيرترالين (Zoloft)
- باروكستين (Paxil)
- سيتالوبرام (Celexa)

أهم الأدوار المهنية والفنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي تجاه مريض الزهايمر

من المتعارف عليه أن الأمم والمجتمعات المتحضرة يقاس مقدار حضارتها وتقدمها بمدى ما تقدمه من برامج الرعاية الاجتماعية لأفراد مجتمعتها ، متمثلاً ذلك في تقديم العناية والرعاية لصحة الفرد ومحاولة منع حدوث الأمراض المختلفة له أو التخفيف من حدتها ، إلى جانب توفر الكوادر الجيدة المتخصصة التي تبذل كافة طاقاتها لخدمة المريض.

ولكي يتحقق ذلك فإن وزارات الصحة في تخطيطها لبرامج الرعاية الصحية تركز على الوقاية كهدف أساسي للإرتقاء بصحة المرضى ، عن طريق اكتشاف المرض في مراحله الأولى والحد من تطوره إن أمكن وتقديم المساعدة اللازمة للمريض ، على أن تسير الوقاية جنباً إلى جنب على جميع المستويات الخاصة بالخدمات الصحية.

ولما كان التخطيط الاستراتيجي الصحي يهدف إلى التكامل بين الجانب الوقائي والعلاجي ، فهو أيضاً يهدف إلى التكامل بين كافة الأقسام

الأخرى التي تقوم بالعمل داخل هذه الوحدات بهدف تقديم الخدمة على أكمل وجه ، لذا فقد كان من الضروري أن يكون هناك تكاملاً بين الرعاية الصحية المقدمة للمريض والرعاية الاجتماعية ، إيماناً من أن كثيراً من الأمراض التي يُصاب بها الإنسان يصاحبها غالباً مشكلات اجتماعية ونفسية واقتصادية ، وقد يكون لها أثراً واضحاً على المريض وقدرته على تقبل العلاج أو سرعة الشفاء ، ويصبح بالتالي لا جدوى من العلاج الطبي إذا أهمل العلاج الاجتماعي.

لذلك فإن الخدمة الاجتماعية الطبية تمتد إلى كل ما هو متعلق بصالح الأفراد ، وتتدخل لإحداث التكامل بين الخدمات المتنوعة التي تقدم لأفراد المجتمع المحتاجين للمساعدة ، وذلك من خلال المختصين من أخصائيين اجتماعيين وأخصائيات حيث يقومون بأدوارهم المختلفة تجاه المريض مهما كانت مشكلته ومهما بلغت صعوبتها.

لذلك من خلال النقاط التالية سنقوم بتوضيح أهم الأدوار المهنية التي ينبغي للأخصائي الاجتماعي القيام بها تجاه مريض الزهايمر مع ضرورة الالتفات إلى نقطتين هامتين في هذا السياق وهما :

١- عدم وجود مراكز تأهيل متخصصة لمرضى الزهايمر في المملكة العربية السعودية ، لذلك يتم التركيز على تناول كيفية التعامل مع المريض من خلال تواجد هذه النوعية من المرضى في دور رعاية المسنين ومراكز تأهيلهم العضوية.

٢- من الجيد الالتفات إلى أن الأدوار المهنية التي ينبغي أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بها في المركز العلاجي لمريض الزهايمر ، يستطيع القيام بها أي فرد من أفراد الأسرة الذين وُضعوا في مواقف إجبارية جعلتهم يقدمون الرعاية لمريض الزهايمر (بعد تلقيهم للتدريب اللازم).

متى يحتاج موفر الرعاية للمساعدة ؟

فيما تخصص الوقت لرعاية الشخص المريض قد تهمل احتياجاتك

الخاصة ، فموظفين الرعاية شديدين العرضة للاكتئاب والمرض الجسدي والتعب. انتبه إلى هذه العلامات المندرة بحاجتك إلى المساعدة) **هل :**

- تفقد صبرك بسهولة مع الشخص المريض؟
- لا تجد أي متعة في أي جانب من الحياة؟
- تغضب على الشخص المريض؟
- تعاني من قلة النوم؟
- تعتني بالشخص المريض ٢٤ ساعة في اليوم ٧ أيام في الأسبوع؟
- تشعر باليأس أو الحزن أو الاكتئاب؟
- تعاني من تغيرات في الشهية أو مستويات الطاقة؟
- تعاني من نوبات بكاء متكررة؟
- تفكر في الانتحار؟

اطلب المساعدة من اختصاصي إذا واجهت أيًا من هذه التحديات.

كيف يعتني موفر الرعاية بنفسه؟

- إن اعتناء موفر الرعاية بنفسه له أهمية كبيرة حتى يستطيع إكمال مشوار العناية بالمريض ، لذلك ينبغي له إتباع الإرشادات التالية :
- راجع الطبيب لإجراء فحوصات منتظمة.
 - استرخ وتناول غذاءً متوازنًا ومارس التمارين بانتظام.
 - اعثر على طريقة للاستراحة لمدة ساعتين مرتين على الأقل كل أسبوع ، خصص جزءاً من هذا الوقت لممارسة نشاط غير متصل بداء الزهايمر.
 - شارك تجاربك مع مجموعة الدعم أو الأصدقاء أو العائلة.
 - راقب استعمالك للأدوية.
 - انتبه إلى علامات الاكتئاب واطلب المساعدة إذا احتجت إليها.
 - حاول الحفاظ على حسن الدعاية واستمر في ممارسة الأشياء التي تحبها مع الآخرين.

وعند الحصول على الدعم الجيد وفترات الراحة والاعتناء بالذات،

تصبح مهمة توفير الرعاية أسهل.

ماذا يحدث إذا أصبحت عاجزاً عن توفير الرعاية:

يقلق موفرين الرعاية غالباً بشأن ما سيحدث للشخص المريض إذا

أصبحوا عاجزين عن توفير الرعاية بسبب مرض أو إصابة أو موت.

ثمة أمر مفيد وهو استكشاف الخيارات باكراً:

- تحدث مع عائلتك لمساعدتك على إعداد خطة.
- حاول تحديد موقع مرافق الرعاية المحلية لمعرفة ما إذا كان يجدر بك ملء استمارة وأوراق أخرى للقبول السريع.
- اسأل ما إذا كانت مرافق الرعاية المحلية توفر رعاية قصيرة الأمد إذا أصبحت مريضاً أو احتجت إلى عملية جراحية.
- احتفظ بنسخة عن مفتاح المنزل مع شخص تثق به ولا يعيش في منزلك.
- اسأل عن البرامج التي تعطيك سواراً مشتملاً على زر نداء في حال تعرضت لطارئ طبي.
- حاول العثور على مركز رئيسي يقدم برنامجاً يستدعيك مرة كل يوم للتأكد من أنك على ما يرام، أو حاول اللقاء بصديق معين في الوقت نفسه كل يوم.
- حضر لائحة مشتملة على معلومات مهمة يجدر بموفر رعاية الطوارئ معرفتها.