

الخراف

تأليف/ برنارد كوبي – فاسيليتي ريتشارد
ترجمة/ تأجوج

مؤسسة حورس الدولية

كوبي، برنارد - ريتشارد، فاسيلتي.

الخرف. تأليف / برنارد كوبي - فاسيلتي ريتشارد.

قسم النشر الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية ٢٠١٩

٢٥ سم ، ١٧٥ ص

تدمك : ٩٧٨-٩٧٧-٣٦٨-٩٦٧-٤

تأليف/ برنارد كوبي - فاسيلتي ريتشارد.

لجنة المراجعة:

د.محسن معالي - د. إبراهيم يونس - بسام الديوك

مدير النشر : د.محسن معالي



الريادة للنشر
والطباعة- دبي - الإمارات العربية المتحدة
الخيصى - دبي - ت : ٠٠٩٧١٥٦٧٩٦٢٨٦

Alreeyada.publish@yahoo.com

مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع

جميع الحقوق محفوظة ويحظر طبع أو تصوير أو تخزين أى جزء من الكتاب بأية وسيلة من وسائل تخزين المعلومات إلا بإذن كتابي صريح من الناشر

تاريخ النشر: ٢٠١٩

الترقيم الدولي : ٩٧٨-٩٧٧-٣٦٨-٩٦٧-٤

رقم الإيداع : ١٧٦٠٩

١٤٤ شارع طيبة- سبورتنج - الإسكندرية

Email : Hours.alex@hotmail.com

Mob : 01223293638

EmailHours.alex2007@yahoo.com

Mob : 01270379876

المحتويات

٥	المقدمة
١٣	الفصل الأول
٣٣	الفصل الثاني
٤٥	الفصل ثالث
٥٧	الفصل الرابع
٦٩	الفصل الخامس
٨١	الفصل السادس
٩٣	الفصل السابع
١٠٥	الفصل الثامن
١٢١	الفصل التاسع
١٣٣	الفصل العاشر
١٤٥	الفصل الحادي عشر
١٥٥	الفصل الثاني عشر
١٦٧	الفصل الثالث عشر

المقدمة

" الخرف أو الزهايمر " أحد الأمراض التي لا نكاد نجد لها تاريخًا قديمًا مسجلًا في المكتبة الطبية ، إذ لم يأخذ مكانه المناسب لا من حيث الدراسات الطبية أو تدريب الأطباء إلا أنّ " الخرف " اتخذ في الآونة الأخيرة اهتمامًا متزايدًا كموضوع للعناية الطبية ، وترى دراسة " الخرف " تتحول سريعًا لتحتل مساحات أوسع من العناية الطبية في نفس النقاط المطروقة من قبل ، لهذا فإن الاحتياج للمعرفة الإكلينيكية أصبح متزايدًا ، ونأمل من خلال ذلك الكتاب تقديم المساعدة الإكلينيكية والاجتماعية لعائلة المريض وفرق الخدمات الطبية .

لماذا يزداد احتياجنا للمعرفة عن تغيرات " الخرف " .

دليل المرور

النمو المتزايد على محوري الفهم العلمي " للخرف " وأمراض الدماغ يرجع لتطور في (علم طب الاعصاب) إيتولوجي (علم أسباب المرض) وتغليل التصور بالتطور الجيني (الوراثي) لتقديم قاعدة بيانات للعلاج الصيدلي ، وما يترتب عليه من تأثيرات ممتدة، وإلى الآن لا يوجد معالجات متاحة لوصف أمراض الدماغ المسببة (للخرف) أو دليل لدعم برامج الأشعة .

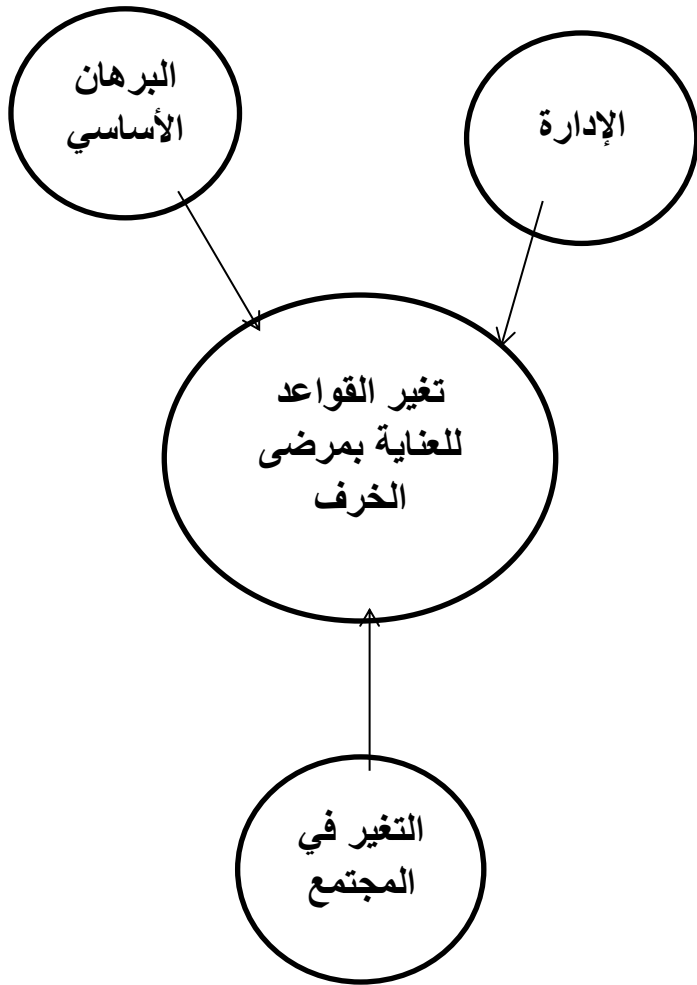
١ . التواصل المستمر قاد إلى اكتشاف ذلك استخدمت لتحقيق الهدف الطبي في مساعدة مرضى الخرف، ومع ذلك سجلت نتائج سريرية أقل ، وازداد معدل الوفاة بين هؤلاء المرضى ، لنتحرك بعيدًا عن العلاج الصيدلي لأمرٍ آخر ، وهو العناية بهم كأساس للبحث في هذا المجال (العناية الشخصية) أخيرًا ومع تغيرات القاعدة الأساسية للتعامل مع مرضى " الخرف " ندرس مدى تأثير الخدمة الشخصية ، وندعم العناية بهم عن طريق تقديم المعلومات والدعم العاطفي لتزداد القدرة للعناية بهم في المنزل مع مراعاة الحاجة لحركة دائية غير المكان التواصل

الجيد والتشخيص المبكر مع دعم المتخصص التقديم عناية مميزة للشخص المصاب وعائلته لتجنب تدهور الحالة في المستقبل .

التغيرات المجتمعية

الخرف مرض مرتبط بالسن ففي المملكة المتحدة المصابون تجاوزا الثمانين ، وهذه الشريحة العمرية في تزايد حول العالم ومع هذا التزايد، فعدد المرضى المصابون بالخرف في تزايد .

ومع تزايد عدد المرضى المصابون بالخرف ؛ فإن النمط العائلي في تغير ، فالأعضاء المقربون في العائلة ، والمنوط بهم تقليدياً العناية بمريض " الخرف " نجد أن الأبناء أصبحوا أيضاً في أعمار متقدمة ، واتسعت المسافات بينهم ليعيشوا بعيداً عن آبائهم أو يقضون ساعات أطول في العمل ، فالاعتماد هنا على أعضاء العائلة لتقديم العناية المناسبة أصبح غير ذي جدوى ، ليفسح الطريق للمحترفين في مجال العناية الطبية والاجتماعية .



حركة ميثاق الخرف – دعوة للتحرك (الصندوق الاول)

١. لدى خيار شخص للسيطرة أو سلطة بما ينافس عنى :

– لقد امتلكت السيطرة على حياتي والدعم لفعل الأشياء التي تخصني.

– لقد تلقيت التغيرات المبكرة والتي كانت اتصالات حساسة ولدى مستقبلات كافية (شخصية - مجتمعية) لعدم مقدرتي على الاختبار كيف أحيا ، وكيف أعيش .

– أستطيع عمل مناقشة الان عن العناية التي أريدها لحياتي المتأخرة، سأموت خال من الألم ، بفضل التشخيص وتقديم العناية الفائقة من قبل اشخاص مدربين .

٢. أعرف ذلك الخدمات تحوطني بما أحتاج .

– أشعر بالدعم والتفهم ممن الممارس العام (GP) وأحصل على الفحص الفيزيائي تلقائياً .

– هناك مستوى للخدمة يدعمني في كل نواحي الحياة اليومية وعدم قدرتي على البقاء في المنزل وفي مجتمعي أستمتع بجودة عالية لحياتي قدر الإمكان .

– علاجي من خلال التشخيص الدعم المتميز لاحتياجاتي .

– فقط أذهب للمستشفى عندما أحتاج وهناك أجد التفهم وأتلقى أفضل العلاج بسهولة .

– في دار العناية يتفهمون الكثير عني وعدم قدرتي، ويعرفون كيف يساعدونني وأستمتع بحياة جيدة كل يوم .

٣. أملك الدعم الذى يساعدني لأعيش حياتي .

– أستطيع اختيار أي دعم لذا لا أشعر بالملل .

– أستقبل العديد الخيارات لنوعية الدعم الذي يتناسب مع احتياجاتي.

- أعرف كيف أحصل على الدعم وأثق في فاعليته .
- أملك المعلومات والدعم واستطيع الحصول على المتعة من خلال الإنترنت مع أشخاص لهم نفس ظروفى .
- ٤ . أملك المعرفة وأعرف كيف أحصل على ما أريد
- ليس هناك مشكلة في الحصول على المعلومات والنصائح التي تساعدني على التكيف مع العيش في المنزل .
- أعرف أين أحصل على المعلومات التيأريدها عندما أحتاجها.
- أملك المعلومات والنصائح الكافية لأناقش الإدارة الآن ومستقبلاً عن تطور مرض الخرفلديّ.
- يطلعني المرشد على المعلومات المستقبلية ،ويتفهم حاجتي لذلك.

٥ . أعيش عدم القدرة في بيئة ما داعمة حيث قيمة التفهم

- لقد تم تشخيصي مبكراً جداً وإذا كنت أعمل فموظفاً متفهماً مما يعنى أنني أستطيع مواصلة العمل والتواصل مع الأشخاص في حياتي
- أصنع التحكم الذي يجعلني أشعر بالقيمة والتواجد .
- جيرانى أصدقائي وعائلتي والممارس العام دائماً على اتصال وهم سعداء لرؤيتي .
- يُصغى إليّ، وتوضع رؤيتي في عين الاعتبار وأول ما يقلقني ماذا عن ذاكرتي .
- من المهم مساعدتي في البقاء على علاقتي بالآخرين سليمة .
- إن اتخاذ سلوك يتحدى الآخرين سيؤخر فهم الناس لماذا أنا على هذا النحو ، وكذلك مساعدتي لاختبار ذلك .
- قواعد الإرشاد داعمة ومحترمة كذلك تشعرني بالقيمة والتواجد وأبداً لن أشعر بالوحدة .

٦. عندي إحساس بالانتماء، وكوني عضو قيم في العائلة والمجتمع والحياة .

– أشعر بالأمان والدعم في منزلي ومجتمعي الذي يحتوي على أسواق ومحال ، رياضة وثقافات متعددة .

– لا أنا ولا عائلتي نشعر بالخجل أو النقص لأنني مريض "بالخرف " لأننا نحصل على التواصل والدعم والمساعدة .

– أنا والمرشد نتواصل لنمتلك مجتمعًا ينمي شبكة معلومات جديدة .

– من السهل عليّ أن أواصل حياتي في منزلي وأنا ومرشدي سنحصل على الدعم المطلوب لفعل ذلك .

٧. أعلم أن هناك أبحاثًا وجهودًا تبذل لتوفير حياة أفضل لي الآن ، وأمل في المستقبل .

– أنا بالفعل أقرأ وأسمع عن أبحاث جديدة وأعرف أن هناك ارتفاعًا في أعداد مصابي " الخرف " في المملكة المتحدة .

– أتفهم تصاعد التحديات والمصاعب في مجال مرض الخرف .

– وعندما يتعايش الشخص مع الخرف أتسال هل أريد أن أكون جزءًا من البحث ، هلحالي مناسبة لتخدم الموضوع على نحو

ما . أنا أو من أن البحث هو مفتاح العناية بلا شك ، إذ من خلال المزيد من الأبحاث سأطلع لمستوى أعلى من العناية، كذلك

نحتاج مزيدًا من العناية للأجيال القادمة .

– أعرف أنه من خلال تشخيص الخرف فإن ذلك يصبح دعمًا للحياة عبر استخدام التقنيات الحديثة .

على الأقلّ وبذات أهمية التنامي الديموجرافي، فإن تغيير توقعات الأجيال القادمة عن مرض " الخرف" من خلال التصور الحديث والقريب للتشخيص المبكر. لقد تم ملاحظة أن قرارات الماضي تفضل من دراما الجهود الفردية كما لو كانت تدريبًا لعين عمياء لتغيير النظرة

المسبقة لمرض الخرف لتحمل أملاً دائماً هل من الممكن التعافي الآراء الجديدة تحمل حقيقة خرى الناس من تجاوزوا الخمسين الخوف من الإصابة " بالخرف " أكبر من الخوف من الإصابة بالسرطان .

الإدارة والسياسات

منذ عام ٢٠٠٧ أصبح مرض " الخرف " موضوعاً سياسياً حيث خضع لتقارير مكتب الاستماع الوطني^١، لتقديم الخدمات لداعمي مرضى " الخرف " ويتضمن التقرير تحليلاً اقتصادياً يقدر تكلفة " الخرف " في المملكة المتحدة بأكثر مما يكلف أمراض القلب والصدر والسرطان مجتمعة ، ومعظم التكلفة تذهب للرعاية ، كذلك الخدمات الاجتماعية ونفقات المرضى وذويهم ؛ ليصبح مرض " الخرف " هو الأعلى تكلفة ضمن كل برامج الرعاية الصحية .

هذه إحدى نتائج الاستراتيجية الوطنية لمواجهة " الخرف " التي أدت إلى تغييرات في علم رعاية (NHS) ، هذا ما يقدمه المعهد الوطني والامتياز الطبي (NICE) .

ولا شك أن مرض " الخرف " يحظى باهتمام سياسيمتزايد ، فرئيس الوزراء أصبح يواجه تحديات المرض منذ ٢٠١٢ ولقد أعد هذا الكتاب كدليل إرشادي للأطباء المهتمين بتقديم حياة أفضل للمصابين " بالخرف " ، ربما يوماً ما سترشدنا أصوات المرضى ومن يدعمهم من ذويهم .

لقد قدمت أكثر من مائة منظمة ما يعرف بحركة ميثاق " الخرف " عبر العمل مع المرضى وذويهم ، ورسمت الحركة ملامح المرضى كدعوة للتحرك من خلال سبعة محاور لتقديم تصور كيف سنجعل حياة هؤلاء

١ مكتب الاستماع (NAO) مؤسسة مستقلة في المملكة المتحدة مسؤولة عن الاستماع لتقارير الحكومة .

المرضى أفضل من خلال تحديات الحياة اليومية ، كما هو موضح سلفاً
في الصندوق الاول .

الفصل الأول

"الخرف" في المملكة المتحدة

Worcestershire Health and Care NHS Trust UK

نظرة عامة:

يوجد حوالي ٨٠٠٠٠٠٠ شخص مصاب بالخرف *dementia* في المملكة المتحدة، وسوف يرتفع هذا الرقم إلى أكثر من مليون بحلول عام ٢٠٢١.

الخرف يعد من في قضية الرعاية الصحية التي تواجهها البلاد الأكثر تكلفة، وكان الأثر الاقتصادي لعام ٢٠١٢ أكثر من ٢٣ مليار جنيهًا إسترلينيًا ، أي أكثر من أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان مجتمعة.

يكتنف متلازمة الخرف (أعراضه الأساسية) من ضعف المهارات المعرفية، وتكون بسبب خلل في الدماغ، ويكون شديدًا بما يكفي لتعطيل وإعاقة الأداء اليومي، وهناك أمراض دماغية أخرى غير الخرف وضعف الذاكرة ، ولكن ليس جميع كبار السن يعانون من الخرف ، وليس كل المصابين بالخرف متقدمين في العمر.

مقدمة

الخرف هو متلازمة سريرية، وهذا الفصل يتناول تعريف الخرف ويستكشف عددا من القضايا المتعلقة بالخرف، وفق الخبرات المتوفرة بالمملكة المتحدة.

شركة ورسيسترشاير بالمملكة المتحدة للرعاية الصحية تأسست في عام ٢٠١١ وهي هيئة وطنية لإدارة خدمات الصحة العقلية وموقعها الإلكتروني:

<https://www.hacw.nhs.u>

تعريف: متلازمة الخرف

تتكون متلازمة الخرف من ثلاثة مكونات:

١. ضعف المهارات المعرفية.
 ٢. تكون ناتجة عن خلل ومرض في الدماغ.
 ٣. تكون شديدة بما يكفي لإعاقة الأداء اليومي.
- يجدر أن نأخذ في الاعتبار ما يتضمَّنه هذا التعريف.

الخرف كمتلازمة. *Dementiaasasyndrome*.

مركزية التعريف السابق هو حدوث تغيير في المهارات العقلية ، ولتشخيص الخرف، يجب تحديد هذه التغييرات بموثوقية، وهو ما يعني عادةً الحصول على تاريخ دقيق مدعوم بتقييم وقياسات للمهارات العقلية.

ويرتبط "الخرف" بمدى كفاءة وكيفية عمل دماغ الشخص بدلاً من النظر إلى الجانب المرضي للدماغ، ولا يمكن تشخيصه من خلال فحص الدماغ ، أي هو أكثر من مجرد أشعة *X-ray* سينية بسيطة تظهر ألم التهاب المفاصل.

يتم تغطية الأمراض التي تسبب الخرف في الفصل ٢.

الوظائف المعرفية *Cognitivefunctions*

هي مجموعة متنوعة من نشاط الدماغ وحيويته ، يشمل مصطلح "الوظائف المعرفية" تشفير وترميز الذاكرة ومخازن المعرفة على المدى الطويل (الذاكرة طويلة المدى) والتعبير بالكلمات وفهم اللغة والتعرف على الوجه والجسم وتخطيط وتنظيم النشاط وتقييمه ، وتؤدي أمراض الدماغ المختلفة إلى أنماط مختلفة من التغيير والتدهور المعرفي فهناك أمراض دماغية أخرى غير الخرف وضعف الذاكرة.

لتشخيص الخرف Todiagnosedementia، يجب أن يكون هناك سبب منطقي للشك في وجود خلل أو مرض بالدماع، قد يساعد تصوير الدماغ، ولكن من الناحية العملية، عادة ما يتم استنتاج الخلل والمرض بالدماع من وجود التغير في المهارات العقلية.

من الممكن جداً أن يكون هناك أمراض دماغ غير الخرف. فمع تطور تقنيات التصوير، قد يكون من الشائع قريباً تشخيص مرض الزهايمر قبل ظهور أي أعراض.

التغيرات المرتبطة بالأوعية الدموية في التصوير شائعة جداً، ولا يعني أي تغير فيها أنها مرض الخرف.

إن الانخفاض في الأداء اليومي هو مصطلح مهم، ولكنه غير دقيق. عند حدوث تغيرات طفيفة في المهارات العقلية لا يشار عادة إلى أنه الخرف، على الرغم من أنه قد يكون هناك اختلاف في الرأي بين المريض ومقدم الرعاية والطبيب حول متى حدث تغيير في الأداء. بالنسبة لأولئك الذين لديهم بعض التغيرات القابلة للاكتشاف في الوظيفة العقلية والتي لا تؤثر على الأداء اليومي ولا تعطله، فيتم في بعض الأحيان، استخدام مصطلح الاختلال المعرفي المعتدل *mild cognitive impairment (MCI)*.

وعند مناقشة الخرف، يجب أن نكون حذرين في عدم استخدام مصطلحي "متلازمة" و"باتولوجي (مرض عقلي بالدماع)، كمفاهيم مشتركة قابلة للتبادل؛ لأنهما مختلفان.

المصطلح

شجع الراحل برنارد إيزاك *Bernard Isaacs* الاختصاصي في أمراض الشيخوخة في ١٩٧٠، استخدام مصطلح "فشل أو قصور الدماغ المزمن" *'chronic brain failure'* بدلا من مصطلح الخرف أو (العته).

كان الهدف هو التأكيد على فشل الدماغ باعتباره عضو ليتماشي مع المصطلحات الأخرى الشائعة الاستخدام، مثل فشل أو قصور القلب *heartfailure*. ويمثل "فشل الدماغ الحاد" حالة الهذيان ، لكن في نهاية المطاف، تم إسقاط هذا المصطلح لأنه يحتوي على الكثير من الدلالات السلبية، ولكن من حيث المبدأ والدلالة يستحق التفكير فيه. والخرف هو ما نخبره ونعايشه عندما تؤثر التغيرات التي حدثت في وظائف الدماغ على الحياة اليومية.

اتخذ المكتب الوطني لمراجعة الحسابات في تقريره الرائد "تحسين الخدمات والدعم للأشخاص المصابين بالخرف" نهجًا أكثر شفافية واختار مصطلحًا بسيطًا يعبر عن مرض الدماغ ، ورغم أنه لا يراعي الفرق والتمييز بين متلازمة / المرض العقلي "الباثولوجي"، إلا أنه كان من مميزاته توصيل خطورة الخرف لطائفة واسعة من صانعي الرأي والسياسيين.

الانتشار والديموغرافيا

جمعت جمعية ألزهايمر *TheAlzheimer'sSociety* الحقائق التالية حول الخرف في عام ٢٠١٢.

- يوجد حاليًا ٨٠٠٠٠٠٠ شخص مصاب بالخرف في المملكة المتحدة.
- هناك أكثر من ١٧٠٠٠ من الشباب المصابين بالخرف في المملكة المتحدة.
- هناك أكثر من ١١٥٠٠ شخص يعانون من الخرف من ذوي البشرة السمراء ومجموعات الأقليات العرقية في المملكة المتحدة.
- سيكون هناك أكثر من مليون شخص يعانون من الخرف بحلول عام ٢٠٢١.
- ثلثي الأشخاص المصابين بالخرف هم من النساء.

- هناك 670 000 من مقدمي الرعاية من المصابين بالخرف في المملكة المتحدة.
- يوفر مقدمو الرعاية من الأشخاص المصابين بالخرف المملكة المتحدة أكثر من ٨ مليارات جنيه إسترليني في السنة.
- يعاني ٨٠ في المائة من الناس الذين يعيشون في دور الرعاية من شكل من أشكال الخرف ، أو مشكلات شديدة في الذاكرة.
- يعيش ثلثا المصابين بالخرف في المجتمع بينما يعيش ثلثهم في دار رعاية.
- ٤٤٪ فقط من المصابين بالخرف في إنجلترا وويلز وإيرلندا الشمالية يتلقون تشخيصًا.

الأثر الاقتصادي

لم يعتبر "الخرف" أولوية مطلقة إلى أن نشر المكتب الوطني لمراجعة الحسابات تقريره عن الخرف في عام ٢٠٠٧، لقد كان تأثير الخرف على المملكة المتحدة الذي تم تسليط الضوء عليه في هذا التقرير هو الذي أحدث إرادة سياسية جديدة لمعالجة هذه الحالة.

وقد أوضح التقرير الوضع الحقيقي حول الخرف - ليس فقط كم تنفق الخدمات الصحية الوطنية والخدمات الاجتماعية على " الخرف "، ولكن أيضا ما ينفقه الأفراد على رعايتهم ومقدار الأرباح الضائعة من مقدمي الرعاية الذين يأخذون إجازة من العمل لتوفير الرعاية لذويهم. كانت الإجابة أكثر بقليل من ١٧ مليار جنيهًا إسترلينيًا.

كانت أهمية هذا المبلغ (١٧ مليار) أنه إذا خضعت مشكلات وظروف أخرى لنفس التحليل، فإن الخرف يكلف المملكة المتحدة أكثر من أمراض القلب والسكتة والسرطان مجتمعة.

الخرف يعد قَضِيَّة من قضايا الرعاية الصحية الأكثر كلفة التي تواجهها البلاد، وسوف تستمر في مسار تصاعدي ، إذ كان الأثر الاقتصادي لعام ٢٠١٢ أكثر من ٢٣ مليار جنيهًا استرلينياً.

من لديه الخرف؟

إن الأمراض التي تسبب الخرف تزداد شيوعًا مع تقدم العمر، لذا فإن غالبية أولئك الذين يعانون من الخرف يبلغون أكثر من ٨٠ عامًا، لكن ليس كل الأشخاص المسنين يعانون من الخرف، وليس كل الأشخاص المصابين بالخرف هم متقدمون في العمر، ويمكن أن يحدث الخرف عند الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٦٥ عامًا ، عندما تكون هناك حاجة إلى مهارات متخصصة لمعالجة التعقيدات المتنوع التشخيصي والاستجابات الشخصية والأسرية المعقدة والمسائل المرتبطة بالعمر مثل التوظيف.

يتم فحص احتياجات الأصغر سنا وأسرهم في الفصل التاسع من الكتاب.

وبما أن الرجال يميلون إلى أن يكونوا أصغر سنا من النساء، فإن ثلثي المصابين بالخرف هم من النساء ، والتمييز على أساس السن هو التمييز بين الجنسين! هذا يمكن أن يعني أن إعدادات الرعاية للأشخاص الذين يعانون من الخرف قد يكون لديهم نسبة أكبر من النساء - سواء المقيمين من المرضى أو الموظفين مقدمي الرعاية. يمكن للمقيمين الذكور أن يشعروا براحة أقل في هذه البيئات، ومن المرجح أن يُنظر إليهم على أنهم يمثلون تحديًا.

الخرف في مجال الإعاقة هو مجال آخر يتطلب مهارات متخصصة - من التشخيص، لمساعدة ذلك الشخص على العيش بشكل جيد، ومن المرجح أن يتطور الخرف في سن مبكرة بين من يعانون من إعاقة وصعوبة في التعلم، خاصة نوي متلازمة داون *Down's syndrome* الملاحظة التي تشير إلى أن الأشخاص المصابين بمتلازمة داون

يصابون عادة بالخرف في الأربعينيات من العمر وهذا أشار إلى وجود صلة بالكروموسوم ٢١ وفي النهاية اكتشاف جين السلائف أميلويد *amyloidprecursorgene*.

ومن المرجح أن يكون الخرف عند الأطفال الأصغر سنا أو مجموعات الأقليات العرقية ، ولكن هذه المجموعات غير ممثلة في خدمات الخرف تحتاج الخدمات إلى اتخاذ خطوات فعالة للتأكد من أنها تصل إلى مجتمعات الأقليات ومعالجة الحواجز في التقييم والدعم ويجب أن تأخذ الجوانب الفنية لعملية التشخيص بعين الاعتبار موضوع اللغة، وكذلك إجراء الاختبار باللغة المفضلة للشخص حيثما أمكن ، ويجب النظر في الخلفية التعليمية ، وكذلك المفاهيم الثقافية المسبقة في العديد من الاختبارات المعرفية ، قد تتأثر الاستجابة حتى عن سؤال بسيط مثل "ما هو (الفصل السنوي) *season* ؟" وفقا لمكان إقامة الفرد.

أنواع الخرف

من الشائع أن يقوم المتخصصون بتصنيف الخرف إلى ثلاث مراحل من حيث الشدة؛ وهي خفيف ومعتدل وشديد ؛ ومع ذلك قد يكون من الأفضل التفكير في الخرف على أنه رحلة يتحرك فيها الشخص- بدلاً من طيف متدرج (متصل) من حيث شدة المرض- على أساس اعتبار الشخص قبل المرض كان "طبيعياً"، ومن خلال تغييرات ملحوظة في المهارات العقلية التي أصبحت واضحة بما فيه الكفاية ليبرر استخدام مصطلح الخرف.

وعندما يتحرك الشخص خلال المراحل المختلفة للحالة، يكون هناك فقدان للمهارات العقلية ، وقد تظهر ميزات أخرى ، وقد تختفي أثناء التغييرات، وكما أن نوعية وجود الحياة ليست مرتبطة بشكل وثيق بشدة الخرف، وفي الحالة المستعصية ستنتهي رحلة الشخص بالموت سواء بسبب الخرف أو أسباب أخرى.

نادرا ما تكون رحلة الشخص مع الخرف فقط ،عادة يتلقى الشخص المصاب بالخرف دعما من الأسرة والمقربين، وبطبيعة الحال تتغير حياة هؤلاء أيضا ، حيث يبدأ الأقارب يتحولون إلى "مقدمي الرعاية" *Careers*، رغم أن الكثيرين غير راضين عن هذا الوصف.

ووصف "مقدمي الرعاية"، يشير البحث عادة إلى سلبيات هذا الدور، مثل الأعباء والتوتر والإجهاد، ولكن هناك أيضا الإيجابيات، ومن المفيد أن نفكر في كيفية تأثير وجود الخرف في الأسرة على العلاقات بين أفرادها ، وما يحدثه من تغيير، وكيف يتعايشون مع تجربة واختبار الخرف في مجمله.

يتم تناول هذا التفاعل المعقد بالتفصيل في الفصل السادس.

الرحلة المتغيرة

السمة الأساسية لمتلازمة الخرف هي فقدان المهارات المعرفية، ولكن هناك ما هو أكثر بكثير من ذلك، إذ يمكن أن يكون هناك مجموعة من السمات والتغيرات غير المعرفية.

ذهان

إن وجود الضلالات أو الأوهام (معتقدات خاطئة وثابتة) والهلوسة (التصورات والإدراكات التي لا تتطابق مع الواقع) شائعة في الخرف عند نقطة معينة، رغم أن هذه الخبرات الذهانية قد تكون عابرة ومؤقتة، الهلوسة البصرية المعقدة هي سمة أساسية من سمات مرض الخرف المصاحب لأجسام ليوي *dementiawithLowybodydisease*. هذه السمات والعلامات في بعض الأحيان يكون لها تأثير ضئيل على الشخص المصاب بالخرف، بل ويمكن أن تكون مصدرا للاستمتاع، ومع ذلك؛ فإنها يمكن أن تكون محزنة للغاية وسبباً في الوقوع في مخاطر أو السلوك العدواني ، إن الشخص المصاب بالخرف الذي يعتقد ويتوهم أن الزوج مخادع وخائن له قد يصبح غاضباً أو عنيفاً تجاههم،

ورؤية الأجساد أو الجثث الممزقة مقطعة أو الأفاعي في المنزل قد تكون مخيفة وتؤدي إلى هروب الشخص من المنزل ، لم تعد تصدق أن منزلك الخاص بك يمكن أن يكون مزعجا.

اضطراب وجداني

الاكتئاب يرافق الخرف عادة، ومثل الذهان قد يكون الاكتئاب عابرا ومؤقتا، وقد يكون السبب عبارة عن عوامل متعددة مثلًا، من التجربة الذاتية للشخص الذي وجد أن العالم من حوله فيه صعوبات وحيرة، أو لديه تركيز على جوانب الفقد والخسارة في حياته، أو نتيجة تصرفات الآخرين معه أو مباشرة بسبب خلل في عمل الدماغ.

الاكتئاب شائع بشكل خاص في المقيمين في مراكز الرعاية *carehome*. من المعتاد استخدام العلاج والأدوية المضادة للاكتئاب *antidepressant*، على الرغم من وجود القليل من الأدلة الداعمة لهذا التدخل بينما قد تكون الاستراتيجيات التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة من خلال الرعاية التي تتمحور وتتمركز حول الشخص (علاج نفسي وليس دوائي) وممارسة النشاط الهادف ذو المعنى هي أكثر فعالية وإنتاجية.

تغيير سلوكي

السلوك الخارج عن المؤلف للآخرين محزن لأحباء المصاب بالخرف ويمكن أن تكون قضية أساسية لأولئك الذين يقدمون الرعاية ، ومن المهم عدم رؤيته ، كعرض من أعراض الخرف ، على الرغم من أن الخرف يؤثر بشكل واضح على السلوك. قد ينشأ الغضب أو الصراخ من الملل أو الألم.

السلوك هو اتصال ويجب أن نسأل أنفسنا ما يتم توصيله ، فمثلا يمكن بسهولة النظر إلى المرأة التي تبحث هائمة عن أمها على أنه مجرد نسيان وتصرف خاطئ ، أو بدلاً من ذلك يمكن التفكير فيها على أنها

تعبّر عن الحاجة إلى الراحة والتعلق المتعارف عليه بالأم، مما يؤدي إلى محاولات لتلبية هذه الحاجة.

١. يتم استكشاف مسألة السلوك وتحدياتها في الفصل الثامن.

التعلق (الارتباط)

تظهر كلمة التعلق بشكل متكرر في هذا الكتاب ، تم تطوير المفهوم من قبل **جون بولبي John Bowlby** ويوصف طبيعة العلاقات الهامة والقوية، لدينا جميعاً استعداد متطور لتشكل روابط اجتماعية قوية وتشكل طبيعة نمط التعلق من خلال التجارب المبكرة في الحياة. إن الحاجة إلى التعلق لا تذهب أبداً وهي جزء صحي من حياة الراشدين (ليس الأطفال فقط) . حتى أولئك الذين يعانون من الخرف الشديد سيكون لديهم حاجة للتعلق ، على الرغم من أن التعبير عن هذه الحاجة قد لا يكون واضحاً، على سبيل المثال البحث عن أم مفقودة منذ فترة طويلة عند الشخص القلق ، لذلك فإن فهم الشخص والنمط الفردي للعلاقات، في الماضي والحاضر، هو عنصر حاسم في تقديم الرعاية التي تتمحور حول الشخص.

العجز الجسدي والموت

أمراض الدماغ التي تسبب الخرف شائعة في كبار السن، وكثيراً ما ترافق مخاوف صحية أخرى قد تكون مهددة للحياة ، إذا لم يكن هذا هو الحال ؛ فإن الخرف سيصبح مهدداً للحياة في حد ذاته.

فقدان القدرة على الحركة وضعف البلع يؤديان إلى زيادة خطر حدوث العدوى ، ربما من الأفضل أن ننظر إلى هذا على أنه المراحل المتأخرة من مرض الدماغ الحاد، وليس مجرد مرض حاد.

الرعاية الملطفة الجيدة في نهاية الحياة تبدأ مع التعرف على تأثير الخرف الشديد، ويوفر التشخيص المبكر للمرض فرصة للناس لتحديد

رغباتهم المستقبلية وتخطيط الرعاية المناسبة ،ومكان الوفاة ، لكن رحلة العائلة تستمر بعد الموت.

وتشير الأبحاث إلى أن التجارب المفجعة قد تكون أطول وأعمق بعد الوفاة من الخرف في الواقع، تحدث ردود فعل الحزن في الأقارب قبل وفاة الشخص المصاب بالخرف بوقت طويل ، لذلك فإن تقديم الرعاية الجيدة في نهاية الحياة، والعمل مع الأسر ودعمهم إزاء هذه الفجوة يمكن أن يساعد كثيرا.

يتناول الفصل (١٣) هذه المنطقة المهمة والمهملة في الغالب.

من يستطيع المساعدة؟

من يستطيع المساعدة؟

١. الشخص المصاب بالخرف
٢. العائلة والأصدقاء
٣. الرعاية الصحية الأولية
٤. الرعاية الاجتماعية والمنزلية
٥. مستشفيات الأمراض الحادة
٦. فرق مختصة في الصحة النفسية
٧. القطاع التطوعي

الشخص المصاب بالخرف ليس دائماً من الجيد أن يُنظر إلى الأشخاص المصابين بالخرف على أنهم متلقون سلبيون للرعاية. فالتشخيص المبكر يمنح الشخص المصاب بالخرف المبكر الوقت للتخطيط للحياة والتعبير عن رغباته في المستقبل.

العائلة والأصدقاء. هم الأفراد الذين يقدمون الجزء الأكبر من رعاية الخرف في المملكة المتحدة ، إذ يستطيع المتخصصون مساعدة العائلات على فهم الخرف ، وكيفية توفير الرعاية لذويهم.

الرعاية الصحية الأولية. الممارسون العموميون *General practitioners (GPs)* وغيرهم من العاملين في الرعاية الأولية يكونون في وضع جيد لمساعدة الشخص المصاب بالخرف ليعيش حياة جيدة. قد تكون هناك بالفعل علاقة قوية مع الممارس العام، الذي قد يعرف أيضاً أعضاء آخرين في العائلة وسيكون لديه رؤية أوسع وأشمل بكثير لصحة الشخص من المختصين. الخرف في الرعاية الأولية هو موضوع الفصل ١٠.

الرعاية الاجتماعية.

يحق للأشخاص المصابين بالخرف ومقدمي الرعاية لهم طلب امتيازات وفوائد مثل الإعفاء من الحضور بانتظام في العمل، وبدل للرعاية. يجب عمل تقييم لاحتياجات جميع مقدمي الرعاية غير الرسميين. قد تمكّن ترتيبات الرعاية الرسمية الشخص من البقاء في المنزل مع دعم إضافي لسنوات عديدة، على سبيل المثال، تقديم المساعدة في الرعاية الشخصية والتغذية والأدوية. يمكن للأخصائيين الاجتماعيين *social workers* المساعدة في توجيه وإرشاد المصابين بالخرف وعائلاتهم في هذا المجال. ومن المفيد بشكل خاص في حالات الخرف المبكر تقديم خدمات مثل المدفوعات المالية المباشرة، للسماح للفرد المصاب لتلقي الدعم المطلوب لمواجهة الخرف ، كما أن الأدوار

المساعد لمقدمي الرعاية الاجتماعية تمنح مقدمي الرعاية غير الرسميين (العائلات) استراحة من هذا الدور.

التكنولوجيا المساعدة

شهدت السنوات الأخيرة تقدماً في الطرق التكنولوجية لدعم الشخص المصاب بالخرف في تدعيم استقلالته واعتماده على نفسه والحفاظ على سلامته.

قد يساعد الجهاز القائم على نظام تحديد المواقع العالمي (GPS) Positioning System في منح ثقة أكبر لشخص يتمتع بمشي يومي، ولكن يخشى من أن يشرده، يمكن أن تساعد الأجهزة اللوحية الآلية tablet المزودة بأجهزة إنذار في ذلك ، إن هذا المجال تحدث فيه تغييرات سريعة يمكن أن تدعم المصابين لكن لن تكون بديلاً عن وجود شخص يقدم الرعاية.

دور الرعاية. قد يكون من الضروري أن تتغير احتياجات الشخص المصاب بالخرف إلى المستوى الذي يجب فيه ترتيب وضع طويل الأجل ، يعيش ثلث المصابين بالخرف في منزل سكني أو رعاية.

تتطلب تنمية مهارات المصابين بالخرف مزيداً من الوقت والجهد، وهذا من المهم بالنسبة للموظفين والمقيمين على حد سواء.

مستشفيات الأمراض الحادة. يجد الأشخاص المصابون بالخرف تحديات في الوصول إلى أماكن إقامة بالمستشفيات وبالمثل تجد المستشفيات صعوبة في الوصول للأشخاص المصابين بالخرف أيضاً

٨. نناقش هذه المسائل والحلول في الفصل ١١.

فرق مختصة في الصحة النفسية والعقلية.

فرق الصحة النفسية والمجتمعية لكبار الراشدين *Community Mental Health Teams (CMHTs)* هي فرق متعددة التخصصات تعمل مع الأشخاص المصابين بالخرف والآخرين الذين يعانون من تدهور الصحة العقلية ، وتتكون هذه الفرق عادةً من أطباء نفسيين ومرمضات في الطب النفسي والمجتمعية *community psychiatric nurses (CPNs)* ومختصين في العلاج المهني وأخصائيين اجتماعيين ، الذين يعملون عادةً مع أشخاص في لديهم احتياجات شديدة (معرضين للمخاطر، لديهم صعوبات سلوكية، وعدم توافر مقدم الرعاية) ولكن هذه الفرق المتخصصة ليست في وضع يسمح لها بمتابعة المصابين إلى أجل غير مسمى ؛ فهذه الفرق تقدم الرعاية المتخصصة على مدار رحلة تغيرات الخرف.

ويمكن لعيادات الذاكرة أو التدخل المبكر مع الخرف أن تقدم خدمات التقييمات التشخيصية والعلاجات الدوائية.

والممرضات المتخصصات في دعم العائلات المتضررة من الخرف، يعملن في بعض الأحيان جنباً إلى جنب مع فرق الصحة النفسية والمجتمعية *CMHTs*.

القطاع التطوعي.

يمكن لمؤسسات مثل جمعية الزهايمر والعمر *Alzheimer's Society and Age* في المملكة المتحدة توفير ثروة هائلة من المعلومات، من خلال مواقع ممتازة على الإنترنت لتوفير المزيد من الخدمات المباشرة والشخصية.

في بعض المناطق من الدول، يتم تفويض هذه الخدمات لمتطوعين يكونون بمثابة مرشدين وموجهين للمصابين بالخرف، وهم أشخاص يمكن الاتصال بهم للحصول على المشورة والتوجيهات.

وهناك مقاهي الخرف وهي تجمعات منظمة للأشخاص الذين يعانون من الخرف وأسرههم من أجل تلقي دعم الأقران (الأصدقاء أو الأشخاص المشابهين لنفس ظروفهم) وهم يقدمون مساهمة إيجابية للغاية لمساعدة أولئك المصابين بالخرف ليعيشوا حياتهم بشكل جيد.

الخلاصة

للمرة الأولى، يتم التعرف على الخرف كمسألة وقضية مهمة تواجهها المملكة المتحدة التي تقدم خدماتها الصحة العقلية من خلال *NHS* بأكثر من طريقة.

التشاؤم والتفاؤل

بين التشاؤم القديم العقيم عديم الجدوى "لا فائدة من التفكير في الخرف كما لا يمكن فعل شيء" وبين التفاؤل السطحي الجديد "يمكننا أن نمنع الخرف أو نوقفه وعلى أسوأ تقدير سيكون لدى الجميع تشخيص مبكر" ، هناك وفرة من الفرص الحقيقية للمساعدة في حياة أولئك الذين يعيشون مع الخرف. قام المعهد الوطني للتميز السريري (العيادي)

National Institute of Clinical Excellence بنشر ١٠ معايير
جودة لهيئة خدمات الصحة العقلية التي تتولى إدارة هذه المهمة.

- البنود ١٠ معايير للجودة
- البند ١ يتلقى الأشخاص المصابون بالخرف الرعاية من العاملين المدربين تدريباً ملائماً على خدمات رعاية الخرف.
- البند ٢ يتم إحالة الأشخاص الذين يشتبه في إصابتهم بالخرف إلى خدمة متخصصة في تقييم حالة الذاكرة في عملية التشخيص والعلاج المبدي للخرف.
- البند ٣ الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم حديثاً بالخرف أو القائمين على رعايتهم يتلقون معلومات وتقارير مكتوبة وشفوية عن حالتهم وعلاجهم، وخيارات لتلقي الدعم في منطقتهم المحلية.
- البند ٤ يمتلك الأشخاص المصابون بالخرف تقييماً وخطة رعاية شخصية مستمرة متفق عليها عبر الرعاية الصحية والاجتماعية، التي تحدد منسق رعاية محدد بالاسم ، ويتناول احتياجاتهم الفردية.
- البند ٥ الأشخاص المصابون بالخرف، الذين لديهم القدرة لديهم الفرصة لمناقشة واتخاذ القرارات، جنبا إلى جنب مع مقدمي الرعاية لهم، حول استخدام بيانات مسبقة أو قرارات مسبقة لرفض العلاج، وتحديد الأولويات المفضلة للرعاية.

البند ٦ يقوم مقدمو الرعاية للأشخاص الذين يعانون من الخرف بعمل تقييم للاحتياجات العاطفية والنفسية والاجتماعية، وتكون التدخلات مصممة في خطة الرعاية لمعالجة هذه الاحتياجات وتلبيتها.

البند ٧ الأشخاص المصابون بالخرف الذين يظهر عليهم أعراض غير معرفية، وتسبب لهم ضيق كبير، أو الذين يجدون صعوبات سلوكية، يتم تقييمهم في وقت مبكر لتحديد العوامل المسؤولة عن هذا التطور.

يجب تسجيل التدخلات لتحسين هذا السلوك أو الكرب في خطة الرعاية الخاصة بهم.

البند ٨ يستطيع الأشخاص الذين يشنّبهم في إصابتهم بالخرف أو معروفون بذلك، أن يستخدموا خدمات المرضى الداخليين (المقيمين) بالمستشفيات العامة أو مستشفيات الأمراض الحادة أو أقسام الطوارئ الحصول على خدمة اتصال متخصصة في تشخيص وعلاج الخرف والصحة العقلية لكبار السن.

البند ٩ يتم تقييم الأشخاص في المراحل الأخيرة من الخرف، حيث تقوم فرق الرعاية الأولية بتحديد وتخطيط احتياجات الرعاية الملطفة (المسكنة للألم).

البند ١٠ مقدمي الرعاية للمصابين بالخرف لديهم إمكانية الوصول إلى مجموعة شاملة من خدمات الراحة / استراحة قصيرة تلبّي احتياجات كل من مقدم الرعاية والشخص المصاب بالخرف.

قراءات للاستزادة والتعمق

Alzheimer's Society, Dementia 2012, A National Challenge. 2012. www.alzheimers.org.uk

National Audit Office, Improving Services and Support for People with Dementia.2007. www.nao.org.uk

National Institute for Health and Care Excellence. Dementia Quality Standards.2010. www.nice.org.uk

الفصل الثاني

أسباب " الخرف "

نظرة عامة

١. أمراض الدماغ المختلفة تؤدي إلى تغيرات في وظائف المخ .
٢. مرض الزهايمر (AD) مازال حالة متقدمة من " العته " في المملكة المتحدة .
٣. هناك تبادل أدوار بين البيئة الوراثية في تطور مرض :
" العته " الخرف "
٤. تعدد مخاطر الانتكاس وتزايدها لتحول المرض إلى الزهايمر .

تقديم

كما في الجدول ١ - ٢ أن أفضل فهم لذلك الجانب هو بتقديم المساعدة للمرضى والمرشدين من خلال فهم الأعراض المختلفة بايثولوجيًا وتقديم الدواء الصيدلي المناسب أهم أسباب " الخرف " في الجدول ٢ - ٢ .
٢ كذلك الوصف التفصيلي في هذا الفصل للتعرف على متلازمة الخرف ،
كذلك في اللائحة جدول ٢ - ٣ .

مرض الزهايمر (AD)

المستقبل الطبي

إن الخصومة التي تفرضها كل حالة على المستوى الباثولوجي تنعكس الشخصية الطبية وتقدمها .

تطابق (AD)

إن تطابق الزهايمر تبلغ تأثيره في المرضى الأكبر سنًا الذين تجاوز السبعين أو الثمانين حيث تتأثر ذاكرة التعلم، ويضعف التركيز والانتباه باضطراب ملحوظ .

والأرقام عبر السنوات الماضية تشير إلى انتشار المرض وازدياد تأثيره ليحتل مقدمة الاهتمامات ، لكن الجهود الحالية تبدو ضئيلة أمام قوة المرض الذي يحتاج لتوافق جهود كل المنظمات .

وفي تطور المرض تتأثر اللغة ؛ لتصبح أكثر صعوبة خاصة مع شواذ القواعد اللغوية، ولخدمة المرض تصبح الأساسيات الفردية والتواصل بينما تتأثر القدرة الفيزيائية بشدة لتصبح أكثر بطأً وصعوبة وغير مستمرة ، ليصبح مستقبلهم معتمدًا على القيم الفردية لامتداد الحياة لمريض فاقد المهارات .

ضمور القشرة الخلفية

الأعراض الباثولوجية تشير غالبًا إلى تأثيرات على منطقة العظم الغذائي مما يؤدي إلى تغيرات في الإدراك البصري والمهارات البصرية ، كل ما تستطيع التفكير به هو ماذا عن (ما وأين) ، فهو ليس فقط تدهورًا في مهارات الرؤية إنما قدرة الفرد على الرؤية ثلاثية الأبعاد أصبحت على المحك تلك هي الخسائر المبكرة مثل تغير الملابس .

التطور لمتلازمة العمى وصعوبة التعامل مع المعطيات البصرية وصعوبة تناول موضوع الرؤية كذلك أبعاد حقل الرؤية لتعطي نتائج غير منطقية (رؤية خاطئة) .

في مرحلة مبكرة تضعف مناطق أخرى من المخ مثل الذاكرة اللغوية مع تراجع الأمل في وظيفة مقدمة الرأس، إذ غالبًا ما يحتاج المريض إيضاح الرؤية ، وإعادة الإيضاح بصعوبة ، ويكون ذلك واضحًا لكنه لا يؤخذ على محمل الجد .

المشكلة أن أعراض (PCA) ضمور القشرة الخلفية في المجموعات الأصغر سنًا متطابقة مع أعراض (AD) الزهايمر .

ويختص لوجينس أفزيا LogoencAphasia التغيرات الأولية في مهارة الحديث ، وتنامي الأعراض لتتحول إلى فقر في التعبيرات اللغوية، وعلى غرار المهارات البصرية ؛ فإن تدهور تركيب الكلمات من الأعراض المطابقة مع مرض الزهايمر .

الاضطرابات اللغوية

وهو تطور أولى للتغيرات المبكرة في مهارات الحديث كاضطراب غير محدود (DNFA) لعنة مقدمة الرأس ، وهو ليس فقط على المستوى اللغوي بل يتعدى إلى قصور في المهارات والذاكرة البصرية في غياب تطور اللغة (مشكلة في ترديد الكلمات) فتشوه الحديث ليصبح على علاقة بالدخول في تطابق مع (AD) الزهايمر .

باتولوجي الزهايمر

على المثالات محاور السابقة من الملاحظة السريرية فإن صحة الدماغ هي الأهم لمواجهة مرض " العته " كما سيتضح في الجدول (١-٢)

Box(2-1)

Break down of the amyloid cascadhypothesis

انهيار فرضية شلال أميلويد

وضعت شفرة شلال أميلويد من ٢١ كرمسوم، وتم ربطها بمستقبلات الفا وبتا وجاما من إنزيم مساعد إلى (AB) تقع بين ٣٧-٤٢ حمض أميني مع قطاع مع قطاع ال AD مضغوط أوليًا بين AD و٤٢ حمض أميني و AB42 حيث نشاط الإنزيم المساعد لجاما كإعداد عظيم لـAB42 كذلك النشاط الأولى المساعد الإنزيم ألفا ٩٥ مع عدم تواجد طرق مرور .

إنزيم جاما المساعد مع جين برزنتين ١ وبرزنتين ٢ المسئول عن ٥% من الزهايمر العائلي الذي يحدث عادة في سن ما تحت الخمسين (FAD) إن اضطراب شلال أيمليود الواقعة على الزراع الطويل للكرم سوم ٢١ والذي يسبب الزهايمر العائلة بعد انشقاق إنزيم بيتا المساعد الذي يدمر الخلايا وظيفياً، وتصبح خلايا ميتة .

الوصف السريري

التغير السلوكي يظهر تغيرات في الشخصية والسلوك لينفذ المهارات الاجتماعية لتصبح غير لائقة ، فقدان الشهية وتغير العادات الغذائية مع الميل للأطعمة السكرية .

خرف سميك (SP)

فقدان للذاكرة ومعاني الكلمات والمعارف الأساسية كذلك تحليل معاني الكلمات واختلاط المعاني مثلا احتمال أكثر من معنى لكلمة حيوان في حين تصبح كلمة (goes) أوزة (vse) يساعد مع تقدم السنوات يصبح البعض غير قادر على فهم الكلام .

الحبسة التقدمية لفقدان الطلاقة PNFA

هي اضطراب في تحليل مخرجات الكلام مع القواعد والإدراك السمعي الخاطئين بتأثير مهارات الحديث بشدة، كذلك الذاكرة والانتباه غير أنه يمكن للحالة أن تستقر لبضع سنوات .

الباثولوجي FTD

حوالي ٥% من أمراض ضعف الطلاقة مترتبة على متلازمة الخرف الجبهي الصدغي، ومن ثمّ تتشابه مع تدرج الصور الأخرى للمرضى وكذلك الحالات الأخرى من مرض باركنسون ويزون موتور كذلك

الرعشة المصاحبة لحركة اليد، الحساسية الشديدة لبعض الدهون والمضادات ، كذلك الأدوية المهدئة التي يمكن تؤدي إلى الشلل وفقدان الإدراك .

هكذا فإن الأعراض بين النوعين تتداخل بنسبة ٨٠% كتطورات لمرض باركتون وأجسام ليوي .

باتولوجي DL.D PDD

يتميز خرف أجسام ليوي بترسبات بروتين (الفا- ساينوكلين) في أجزاء متعددة من المخ وتتشابه مع ترسبات البروتين في مرض باركتون والزهايمر ، لكن ليوي لا يظهر حجم الدمار في الدماغ .

الخرف الجبهي الصدغي FTD

FTD نوع من الخرف يؤثر على المناطق المخية المرتبطة بالسلوك ويتميز بأعراض سريرية فردية مما يؤدي إلى صعوبة الحصول على البيانات :

١. متغير سلوكي

٢. خرف سمنتك SD

٣. الحبسة المطرقية لفقدان الطلاقة PNFA

المجهرية مع ضمور وفقدان للانسجة وتكلس الشرايين وظهور المادة البيضاء على الموجات المجهرية ، وتخثر الدم كل ذلك يؤدي إلى ظهور المادة البيضاء الرمادية ، واعتلال مهاد المخ مسبباً " الخرف "

اختلاط أعراض الزهايمر (AD) مع الخرف الوعائي

الوصف السريري والتشخيصي في تشابه " الخرف " الوعائي والزهايمر، التفريق بين " الخرف الوعائي والزهايمر " قد يكون صعباً

لكثرة تداخل الأعراض السريرية المسببة للمرض لكل نوع وبالتحديد قد يصاحب الخرف الوعائي الزهايمر خصوصاً؛ لأن العوامل متشابهة في حال وجود السكر أو الطفرات الجينية .

(عته- الخرف) أجسام ليوي DLB

عته متلازمة باركنون PDD

الخرف المصاحب لأجسام ليوي ومرض باركنون يقدمان الأعراض السريرية نفسها من عدم السيطرة حيث يتأثر الإدراك البصري ويعاني المريض من الرؤية المزدوجة ، وضعف الصوت وصعوبة الحركة مع وجود ضغط منخفض يؤدي أحياناً إلى السقوط وفقدان الوعي، كذلك اضطراب النوم، ونوبات من الهلوسة خاصة البصرية.

الخرف الوعائي (VAD) Vasclardemta

هو تلف للدماغ بسبب ضعف التروية أو إعاقة الدم في الأوعية الدموية المؤدية للدماغ ، وينتج عن سكتة دماغية أو التهاب لغشاء القلب الناتج عن تعدد الإصابات بالسكتة القلبية ، وغالباً ما يحدث مع الأشخاص المصابين بضغط الدم المرتفع .

وتظهر علاقات التدهور بعدد عدد من السكتات الدماغية لتؤدي لأعراض متعددة منها عسر الكلام ، وصعوبة التعرف على الوجوه كذلك مضاعفات الخزل الشقي وفرط المنعكسات وعسر البلع ، ومع زيادة الضرر فإن الإنسان لا يستطيع القيام بمهاراته إلى ومية المعتادة وفي الكثير من الحالات شهود الذاكرة ويضعف الأداء العاطفي وبالتالي تتأثر الحياة إلى ومية كذلك التركيز والانتباه وعدم القدرة على مواجهة الحياة اليومية .

هنا يظهر العته المصاحب لأجسام ليوي من تدهور فقدان الذاكرة .

باثولوجي الخرف الوعائي Pathology of Vad

إن العطب الشديد للدماغ والنتاج عن السكتات الدماغية .

عوامل احتمال الإصابة بالعتة (الزهايمر)

السن :

يتزايد احتمال الإصابة بالخرف مع التقدم في السن .

الجنس:

تقريباً بين كل ثلاث حالات مسجلة بالإصابة اثنين منهم نساء .

التعليم:

قد يعزز التعليم احتياطي أمراض المستقبلات العصبية يتطلب اهتمام أكثر من علم الأمراض لتعويض العجز المعرفي في هذا المجال .

الوراثة:

إن عوامل الوراثة تسيطر على حوالي ٢٥ : ٣٠% وحوالي ٤٠% في الحالات المتأخرة لظهور الزهايمر ، فهناك علاقة مطرد مع عته (APOE) مع الضغط المنخفض وشرب الكحول في زيادة معدل الإصابة بالعتة مع حين APOE للحماية في تطور العته الصين (APOE) على الكرمسوم ١٩ مع زيادة الميتابوليزم المتعلق بصحة الخلايا العصبية .

وفي العائلات التي تواجه " الخرف " وراثياً في سن مبكرة كذلك تؤثر الجينات على مرضى متلازمة دوان (البلة المفولي مع جين ترسيم ٢١ وعلاقته بـ APP لإنتاج بروتين غير عادى المحمل على شفرة كود كرمسوم ٢١ المسبب AD الزهايمر ، وكذلك يكون السبب لغة FTD ويكون تخلل(ETD17).

التدخين :

أشارت كل الدراسات السابقة أن التدخين يسبب زيادة المخاطرة في تطور مرض " العته " ، للنيكوتين أثره الواضح في بعض أمراض الخرف .

الكحول

هناك علاقة واضحة بين الإفراط في تناول الكحول وزيادة عوامل الخطر لتطور مرض " العته " ، هناك العديد من الآليات منها التأثير المباشر للتسمم بالكحول على المخ ، كما تزيد من انتشار أمراض الأوعية الدماغية لمتعاطي الكحول ، كذلك التأثير غير المباشر وله أكبر الأثر على تلف الدماغ ودفاعاته حيث تتزايد عوامل الخطورة على متعاطي الكحول .

يعتقد أن له بعض التأثير غير المباشر على تطور مرض " الخرف " لكن الأبحاث لم تجد علاقة مباشرة مع المرض.

ضغط الدم

في المراحل المتأخرة من العمر بعد سن ٧٥ فإن فرص تطور ADVADC كبيرة لتحمل نفس عوامل الخطورة ، وخصوصًا مع زيادة ضغط الدم حيث يتأثر الدماغ بزيادة ضغط الدم .

مرض السكري Diabetes

يزيد DM من كل مخاطر تطور " الخرف " فهو العامل الأكثر خطورة فإن ارتفاع مستوى الجلوكوز حتى غياب الحالات المتقدمة من السكري تتضمن التأثير الطويل لنوبات من الهيجو لوكيميا التي تؤدي إلى الانتكاس العصبي، كذلك تأثير زيادة مستوى الأنسولين في الدم لنوع DM11.

أمراض القلب Heartdisease

أحد عوامل الخطر في كل من VDA (الخرف الوعائي) والزهايمر خصوصًا بالتزامن مع أمراض الأوعية الدموية كالرجفان الأذيني واحتقان القلب ليس فقط كعامل خطورة ، ولكن ربما كعامل مستقل.

أجسام مؤشرات الترابط BMI

أثناء منتصف العمر فإن ارتفاع BMI لتضاعف معدلات التعرض لمرض العتهفي الحياة المتأخرة ، وخلال سنوات قليلة تكون البداية العتيقة للمرض .

النظام الغذائي

يقلل اتباع حمية غذائية سليمة من مخاطر الإصابة للمرضى والمكون من مضادات الأكسدة الفيتامينات C,E,A وكذلك التأثير طويل المدى بالتزامن مع علاقته بـ فيتامين ب١٢ وحمض الفوليك ومستويات التمثيل الغذائي .

كذلك الطعام المشبع بالدهون وعلاقته بالأمراض الوعائية وأمراض القلب ،ومن ثم تزايد فرص الإصابة " العته "

Optma (مشروع أكسفور لرعاية الذاكرة والشيخوخة) أكدت العلاقة بين ارتفاع مستويات الهيموتونفي حمض الفوليك في الدم مع انخفاض لمستويات فيتامين ب١٢ في المرض تؤدي إلى الزهايمر الدهون المشبعة عمومًا تزيد من احتمال ظهور الخرف الوعائيفي حين أن الأسماك الدهنية والبلح تكون قيمة غذائية جيدة .

الحياة الاجتماعية والنشاط الفيزائي

إن الحياة اليومية النشطة وأسلوب الحياة الذي يقدر الاستمتاع بالوقت والعمل وخصوصًا في منتصف العمر يقلل من فرص الإصابة بالمرض عمومًا جدول ٢ .

للسيطرة على الخرف الوعائي – الطعام الصحي والغذاء المتوازن
شرب الكحول قليلاً مع حياة نشطة ومتوازنة مجتمعياً تبادل الهويات
والحفاظ على حياة ممتعة حتى آخر العمر .

عوامل أخرى

العلاج بالهرمونات البديلة HTR والعلاج بالمهدئات وعقاقير الهلوسة
– تعاطى المخدرات NSAID إصابات المخ الضغوط والحياة السيئة
للمسنين كلها عوامل تزيد من مخاطر الإصابة " الخرف" .

طرق الوقاية الأولية

علينا ملاحظة أنه من الممكن السيطرة على تطور المرض بالابتعاد
عن مسببات عوامل الخطورة للمرضى وحماية الأعصاب والمخ
وأخذها بعيداً عن عوامل مخاطر المرضى .

الفصل الثالث

التقدير (العته بعين الاعتبار)

مقدمة

في هذا الفصل وضع مرض الخرف في عين الاعتبار هو مفتاح السؤال.

لماذا؟

١. ما هو الغرض من التقدير؟
٢. ما هو بالضبط الشيء المقصود من التقدير؟
٣. كيف نحصل على المعلومات اللازمة والتي نحتاجها لعمل تشخيص؟

لماذا؟

قبل التعامل مع مصاب محتمل بالخرف يجب وضع هذا السؤال في الاعتبار لماذا نفعل ذلك؟ وأن الأسوأ هو العكس؛ فسبب التدخل هنا على أمل المساعدة للشخص على ذلك الطريق، ومن الممكن المساعدة بشكل مباشر، وهذا يساعد بوضوح، في ذاكرة الشخص وكذلك بشكل غير مباشر من خلال توعية أفراد العائلة لفهم ومعرفة أفضل طرق الرعاية.

في الماضي اتجه المجتمع للاعتقاد أن تشخيص المرض غير مهم لشخص تظهر عليها أعراض، والآن أصبح التشخيص يصل لمستويات عالية من الدقة.

ولابد من الاعتقاد بأن الرعاية الصحية تقدم رؤية لمريض الخرف ومحاولة مساعدته من خلال توضيح الصورة العامة للمرضى وتداعياتها على المريض من التحليل المساعدة الفردية للشخص المريض.

لماذا

المساعدة الصحية لها الكثير من الأشكال (صندوق ١-٣) لتجعلنا مهتمين بوجود شخص مريض بأي من متلازمات العته ، كذلك نحن بحاجة لكثير من التفاصيل على سبيل المثال مدى شدة المرض وأي من الأمراض سبب " العته " ومن خلال هذه النقاط يمكن تحديد مدى الخسارة والمهارات اللازمة لفهم الحالة وعمل خطة الرعاية .

عندما نساعد شخص على التعايش مع " الخرف " فإننا نهتم أكثر بأشكال الدعم ، من هو المريض وعائلته ، وما شعورهم ، وهل هناك أية مخاطر لزيادة حدة المرض ؟ وهل هناك مناقشات مهمة ، وهل الشخص على استعداد للمناقشة؟ .

صندوق ١:٣

الأسباب المختلفة لتقديم مريض " الخرف "

١. المريض- المرض الدماغي للشخص - مدى المخاطرة .
٢. ما هي الرعاية التي يحتاجها؟ .
- هل المريض يملك قدرات عقلية للمناقشة في ذلك الوقت؟ .

كيف ؟

من طبيعة المساعدة تحديد الغرض منها عبر تشخيص المرض، كذلك الأمراض التي تعرض لها المخ من خلال الاختبارات المعينة والتاريخ المرضي البعيد ، لتحديد طرق المساعدة كما في Bx3 .

مساعدة المريض في ثلاث خطوات

١. التاريخ المرضي
٢. اختبارات التشخيص
٣. خطة العمل
٤. قصة التغير

الخطوات الجيدة للتغير في المهارات الأساسية (شكل ٣-٣) والتي يحددها المساعد بناء على شدة المرض وعمقه لبعض المرضى في المرحلة الأولى والوسطى

مرضى العته يكونون قادرين على وصف ما يشعرون به تجاه الأشخاص الآخرين ، ومن الملاحظ أيضاً حدوث تغير في المهارات الأساسية ، وهي مهمة في متابعة حال المريض ومعرفته، وغالبًا ما يكون موقفًا غير مريح ، ولكن الأفضل حضور المقابلة معًا .

ومع تدهور المهارات يحتاج المريض لشخص يساعده، ولا يريد إزعاج أفراد الأسرة ، وهذه الحالات من المرضى تكون الأقل حظًا في التقدم (صندوق ٣-٣)

ما هي التغيرات

الذاكرة

المعلومات المتاحة للطبيب في تشخيص المرضى غير كافية ، وإذ يؤثر المرض في انخفاض الذاكرة، وبالتالي إحساس المريض بتناقص أهميته وعدم قدرته على تخزين ذكريات جديدة مما يؤثر على ذاكرة المدى القريب ، وضعف استعادة ذاكرة المدى البعيد ، وكذا المعارف العامة مثلًا : نسيان المحادثة القائمة ، والأحداث الجديدة ، ولا يفيد تكرار الأحداث ، لتذكرها بالضبط .

اللغة

وهي تغيرات شائعة ومهمة لتشخيص نوع المرض ، إذ إن اختلال المهارات اللغوية يوضح مدى العطب الذي وصل إليه الجزء المسيطر على اللغة في الدماغ، وهذه التغيرات المتنوعة مسؤولة عن سوء فهم المفردات أو نسيانها مما يؤدي إلى صعوبة الكلام ونطق الكلمات المشابهة بالشكل نفسه، وعدم فهمها بشكل واضح بما يعرف: (بصعوبة التحدث) .

مهارات الرؤية

يترجم الدماغ التغيرات إلى معلومات لها أهمية عظيمة في مهارات الحياة اليومية مثلاً : ارتداء الملابس مما يؤثر سلبياً في محيط العائلة وغير العائلة وبسلوكه اليومي في وضع الاشياء في مكانها الصحيح أو التعرف عليها ، وكيفية استخدامها .

وهذه التغيرات تحدث نتيجة خطأ في الإدراك البصري مما يؤدي إلى صعوبة الوصول للأشياء المحفوظة سلفاً ، وذلك ناتج عن تلف كلي أو جزئي في فص الدماغ المسؤول عن الرؤية – السلفي – السبب ، لعمى التعرف على الوجوه وتأثيره على المهارات الأخرى .

الحكم والشخصية

يتأثر التغير في السلوك بمجرد ظهور مرض عضوي في المخ وخاصة في الفص الأمامي حيث يفقد المريض الشعور بالآخر وصعوبة التعرف على أفراد العائلة ، ويصبح السلوك الاجتماعي غير مناسب يصل في بعض لتصرفات غير لائقة ، وغير متوازنة في حياته العامة والخاصة مع عدم القدرة على العمل وفق الخطة ، ومن خلال هذه المسارات يمكننا الحصول على صورة سريرية واضحة وخصوصاً في حالات استسقاء الدماغ .

اختبارات القدرة على الإدراك

وهي ضرورية لاستكمال عملية التشخيص فالمعلومات المتوفرة عن المريض من خلال الاختبارات الأساسية وعوامل أخرى تكون دالة على وجود المرض فعلاً. (صندوق ٣-٤)

عوامل إحراز التقدم .

- ١ . الاكتشاف المبكر للمرض .
- ٢ . انخفاض مستوى التعليم .
- ٣ . انخفاض معدل LQ وصعوبة التعلم .
- ٤ . ضعف الإدراك البصري والسمعي .
- ٥ . التحفيز والتعاون والمزاج .
- ٦ . الاختلاف الثقافي .

نتيجة اختبار الإدراك تتأثر بحدية المرضى ومع تواجد العلامات الدالة يتم تحديد توجه المريض إلى المستشفى لاستكمال الفحوصات اللازمة هناك ٦ امتيازات لتحديد مهارات الإدراك ، وكلما تقدمت الحالة ظهرت في نتيجة الاختبار، وكذلك هناك اختبارات مستقلة لذاكرة المدى البعيد.

التشخيص المبكر " للخرف " يحتاج اختبارات أكثر تفصيلاً في بعض الأحيان من المهم قياس حدة المرض والمرحلة التي يمرُّ بها لتحديد مدى الاستجابة للعلاج وخصوصاً تقييم الذاكرة الخاصة من خلال اختبارات القياس النفسي ، وبناء عليه يتم تحديد مستوى المهارة والرعاية اللازمة .

وتتم هذه الاختبارات والمريض جالس على الطاولة في مكان هادئ ويوجد نظارة القراءة أو السماعاة التعويضية ، وقد يكون وجود أحد أفراد العائلة شيئاً محرّجاً أو عامل تشتت .

اسأل المريض عن شعوره كيف أصبح (صندوق ٣-٥)

- ١ . اختبارات الإدراك
- ٢ . الاختبارات القصيرة للمهارات المستقلة في الحالات الحادة والعناية الأولية .

٣. معدل AMT (اختبار الاستقلال الذهني)
 ٤. عشر نقاط للتعرف على حدة المهارات الإدراكية الموجودة وفقاً لشدة المرض.
 ٥. فحص الحالة الذهنية اختبار موسع من ثلاثين نقطة لقياس مدى الاحتفاظ بالكتابة .
 ٦. اختبار TYM للذاكرة باستخدام عينة عشوائية
 ٧. تقييم الإدراك ثلاثين نقطة لقياس مدى حساسية التغيرات ، وكم التغطية على الإدراك
- يستخدم الممارس العام هذه الاختبارات لتحديد طرق الرعاية الأولية مع مراعاة علاقته بالتعلم والخلفية الثقافية تشمل اختبارات تقيس اهتمامات المريض ومهارة الطبيب .
- اختبار مونتريال للتقييم المعرفي (MOCA) مقياس من ٣٠ نقطة لقياس متوسط الادراك ومستويات الخلل .
- اختبار عام للإدراك (GPCOG) يقيس مدى تطور الرعاية الأولية ولا يتأثر بمستوى التعلم أو الخلفيات الثقافية ، ويتضمن العلاقة بين المريض والمختص.
- (6CIT) اختبار مهارات يستغرق خمس دقائق يتبع غالباً في العناية الأولية .
- اختبار طويل للذاكرة (التشخيص السريري) .
- اختبار راديرول – اختبار من مائة نقطة يستغرق حوالي ٢٠ دقيقة تغطي كل الجوانب المختلفة للإدراك عن مرض الخرف متضمنة تأثير خرف الزهايمر.
- مثال لتفاصيل اختبار الإدراك للتشخص

ذكاء (الأفعال الأداء) مهارات الذكاء

اختبار المتابعة لمساعدة مرضى استسقاء الدماغ (RDANS)

التصور

عندما تظهر اختبارات الإدراك العطب في الدماغ يعطي الدماغ علامات على ذلك العطب حيث يوصي بمصاحبة التشخيص ومتابعته لأهمية التعرف على مدى امتداد التصور والمريض والتشخيص السريري لمريض " الخرف"، تذكر أنه لتحديد عمر الدماغ توضح الأشعة ضمور غير عادى ، وعلامات تدل على أمراض وعائية تظهر غالباً لدى شخص فوق السبعين بغض النظر عن خلل الإدراك .

٨. هل هناك شيء لم يكن يجب أن يوجد ؟

مثل الأورام حتى مع ضغط طبيعي ، أو ضمور في خلايا المخ يدعم التشخيص خصوصاً مع الارتباط بتاريخ المريض والاختبارات كما في مرض الزهايمر أو متلازمة الخرف الجبهي الصدغي أو ضمور الجزء الخلفي من المخ خاصة عند المريض الأصغر سناً حيث الدمار غير المتوقع المسبب لتغيرات في الأوعية الدموية ، ورغم وجود مرض وعائي ، فهذا لا يعنى وجود مرض الخرف الوعائي، خصوصاً مع صورة أشعة طبيعية .

(الصندوق (٦-٣)

قائمة تقنيات التصور المستخدمة

الأشعة المقطعية (CT)

وسيلة سريعة ومتاحة لقياس المرض (CT) حيث تحدد بالضبط المساحات المتضررة .

أشعة الرنين المغناطيسي (MR)

هذا الاختبار مزعج وبطيء وممل ،ولهذا فهو غير مريح لبعض المرضى كبار السن ، فهو يظهر كحل متقدم يتحرى التغييرات الوعائية جيداً، ليوفر الرؤية لأكثر من جانب يسمح بتشخيص مثالي لمرض الزهايمر .

التصور الوظيفي

رغم عدم التوصية به سريريًا ، فمازال جزء مهم لدقة التشخيص .

التشخيص

لضمان تشخيص جيد لابد من الذهاب لعيادة " الخرف " بتاريخ كامل للمريض لتحديد الإدراك والتصور والكثير من الفحوصات والاختبارات والفحص السريري التي تساعد على التشخيص .

التشخيص يمر بمرحلتين

١. هل هناك دليل على أي من متلازمات " الخرف "

٢. ما وجه التشابه بين الحالة ،ومسببات الخرف.

ومن المهم نذكر ذلك التشخيص ليس بأفضلية الشرح لوجود الحقائق الحتمية .

في النهاية ومع الكثير من مساحات الأدوية من السهل اعتبار وجود الأدلة الكافية عمل التشخيص بل من الممكن اعتبار أنه لا يوجد شيء خطأ في المريض ، والمرضى الباحثون عن التأكيد ربما يجدون عدم القدرة على تأكيد غياب تحدى " الخرف " .

الصندوق (٣-٧) أمثلة لعرض مشترك

المثال الأول

عامان من تاريخ تدرج تغييرات في الذاكرة معد ACE سبعين مع ذاكرة فقيرة للنقاط الفرعية وتدهور في العلاقة اللفظية معًا مع صورة أشعة

توضح ضمور زمنى ترجح بقوة " للخرف " الناتج عن مرض (الزهايمر).

المثال الثاني

خمس سنوات من التغيير في نمط الشخصية ، تغيير المزاج ، عدم التعاطف ، وسوء الحكم، عدم التعرف على الأقارب وفقدان الدلالات اللفظية ، مع تسجيل ٦٠ على اختبار |Ace| ، مصاحباً لفقدان الذاكرة اللفظية والاجتهاد لأداء مهمة ، وفقدان المهارات تدريجياً نقترح وجود الخرف الجبهي FTP.

ثمانية عشر شهراً من تدهور الإدراك مصاحب بهلاوسبصرية نشطة مع عشر سنوات اضطراب النوم ، وحركة العين السريعة REM ، كوابيس وتغيرات في طريقة المشي وسقوط مع صورة أشعة طبيعية بالنسبة للمرحلة العمرية ACE يسجل ٧٨ فقدان التركيز ومستوى الرؤية مع تدهور الذاكرة الزمانية والمكانية ، وعلى المدى البعيد ، وتدهور اللغة ؛ فمن المرجح أن ذلك هو الخرف أجسام ليوي .

الفصل الرابع

التدخل المبكر لمرضى "الخرف"

رؤية عامة

الهدف الأساسي من التدخل المبكر لمساعدة المرضى على مواصلة الحياة بشكل أفضل الآن وفي المستقبل ومساعدة المرضى على التكيف والعمل داخل المجتمع بمرونة ومهارات كافية، وهذا التدخل لا يحدث إلا بعد عملية التشخيص .

كيفية التشخيص

التشخيص: جزء صغير من مشاركة الاحتياجات ومهارات التواصل والأوضاع الصحيحة حيث يعمل المتخصصون مع القائمين على الرعاية الأولية .

مقدمة

رؤية المجتمع عامة للعتة تغيرت مع توقعات بتغير المرضى أيضاً وزيادة التحدي من ذوي الخبرة لتشخيص مبكر " للخرف " والتعامل مع الحالة، ووجود مشاركة لرؤية مستدامة من المتابعة النفسية، ومع ذلك هناك نقص في التدريب من متخصصين يعتقدون أن أمراض "الخرف " ليست موضوع للعناية الأولية .

التعرف على القليل من الاحتياجات الطبية للمريض يجعلهم واهمين بعدم أفضليتهللمرضى .

فرص تطور " الخرف" المرضى غير الواعين بحالتهم المرضية يكونون سعداء بجهلهم، فلا يوجد شيء يمكن فعله في حالة التشخيص المبكر، فالمريض حالة غير مرغوب فيها ، وقضاء الوقت مع هؤلاء المرضى يوضح كم هم بسطاء ، وغير واقعين .

يشعر أفراد العائلة بمدى التغيرات الحادثة للمريض ،ومع تزايد الألم يحتاج المريض لدفاعات نفسية لمواجهة نقص الوعي والتغيرات

المبكرة للذاكرة والمهارات الأساسية للتقييم المبكر والتشخيص يؤدي إلى
الخطورة التالية :

ماذا يمكن تقديمه للمساعدة في التشخيص ؟

الاكتشاف المبكر والتدخل الأولي لمرضى " الخرف "

ما هو التدخل الأولي، يقدم خدماته للمرضى الأصغر سنًا، فيعمل على التطور والدعم للمستقبل على مستوى الصحة العقلية ، وهذا المفهوم تطور إلى الصحة النفسية مدعومًا بالتشخيص المناسب والعلاج وتقديم النصح للعائلة لتقديم الدعم للمريض للحفاظ على اتجاهه في الحياة والعمل والعلاقات العائلية ، وهذا التدخل يشمل علاجًا طبيًا مع متابعة اجتماعية ؛ لتساعد المريض على حياة أفضل لعلاج الذاكرة بوصف العلاج لانقاص مستويات الإستيل كولين في الدم .

ونجد حالات مختلفة بالخلفية نفسها تعكس مدى الخبرة في التشخيص من خلال فريق طبي متعدد التخصصات ؛ ليقدّم تقريرًا عن حالة المريض ومستوى الدعم اللازم له بعد التشخيص، وكيف تجد المريض والأقارب بالحالة مع اختيار كلمات مناسبة ، توضح لهم الإجراءات من خلال مسار العلاج .

الهدف الرئيسي من التدخل المبكر هو المساعدة لحياة أفضل بقدر الإمكان الآن وفي المستقبل، وبناء على ذلك يتم تقديم الرعاية اللازمة للتواصل والحفاظ على المهارات وإبطاء تقدم الخرف الأولي ، إذ إن كل من الخبرة والمهارة تحددان الاحتياجات اللازمة للمريض ، وهذه النقطة مهمة في الدعم الأسري من خلال الزوج والزوجة وأولادهم ، كترربة مناسبة لاحتضان المريض والمساهمة في عدم تدهور حالتهم مثلاً .

مسميات الخدمات كلمة (D)

التدخلات المبكرة تستلزم عمل فريق طبي متكامل من ذوي الخبرة ومساعدة الأسرة والشركاء والمنظمات مثل منظمة مجتمعالزهايمر المبادئ المهمة: هي مساعدة المرضى مع استخدام كلمة "الخرف" بدون مبالغة في المقارنة بالتغيرات المصاحبة للمرضى ، فهو ليس سرطاناً.

كيف تتوقع حديث مريح مع المرضى بتقديم شرح مناسب لمسارات العلاج وطرق الرعاية .

كلمة موافقة

تحديد إمكانية السيطرة دوائياً على مريض " الخرف " شيء له قيمته العظيمة ، لكن الحاجة لاتخاذ القرار بموافقة المريض أو عدم قدرته على الموافقة تحملنا خارج أفضل اهتمامات المريض ، مع مهارات الرعاية عبر مسار واضح لمساعدة المريض .

الصندوق (١ : ٤)

رحلة عبر خدمات الاكتشاف المبكر لمرض " الخرف " مزاج ريسيزشاير قبل الإحالة .

١ . تزايد القلق المجتمعي من الخدمات بسبب ما تنشره الصحافة من مقالات كذلك الراديو المحلى والملصقات والمنشورات .

٢ . بالتنسيق مع ثلاث مؤسسات ، وهى EG لتترك المنشورات في عمر المملكة المتحدة ، ومكتب جمعية الزهايمر مقابلة مع مكتب الفحص الجيد (Agevk) تشجع على تحفيز الناس لزيارة GP مع اهتمامات بالإدراك .

٣. تركيز الضوء بقوة حتى تصل المجموعات ويزداد الوعي متضمنًا المقابلات وجهاً لوجه وإرسال بطاقات المعايدة بمقياس بطاقات الإحالة .
٤. بعد الإحالة ، التجهيزات الأولية
٥. جميع فحوصات الإحالة لو قبلت الشخص تعرض للتجهيزات الأولية في المنزل ، عمومًا هذه التجهيزات تكون مختلفة عن الموجودة في العيادة مع وجود الاختبارات والتحكم ، ربما يشعر الشخص بالمزيد من الطمأنينة لحصوله على هذه التجهيزات في بيئة عائلية ومريحة .
٦. إن ممارس المهنة المختص (ممرضة في العادة) تأخذ هذه الزيارة كأساس ثابت عبر علاقة الشخص بالخدمات .
٧. طبيعة المساعدة هي نقاش وإمكانية التشخيص بالمرضى مفتوحة للاكتشاف ، وجود فكرة جديفة مفيدة أو مخاوف في الشروط كذلك فرصة الاستفادة من مميزات التشخيص المبكر.
٨. الموافقة والخيارات معًا للحصول على المساعدة أو مشاركة المعلومات معًا الخبرة والمشاركة تمثل ٩٧% من خلال ما يخبره المختص للعائلة .
٩. هؤلاء الذين لا يختارون المعنى فهم فعليًا لا يعتقدون في إعادة الإحالة ، يرسل خطاب للتذكير ومناقشة الموضوع في زوايا مختلفة .
١٠. المساعدة ، انظر الفصل الثالث في الفحص الطبي .
١١. المرضى والعائلات يعرفون ما هو متوقع التاريخ المرضي واختبارات مهارات الإدراك بواسطة الطبيب والممرضة

فحص الدماغ ، والوصف التفصيلي لعلم دراسة الأعصاب لتقديم المساعدة للعائلات والحديث بوضوح إذا لزم الأمر .

١٢ . مناقشة النتائج

١٣ . المناقشة الشفافة والمفتوحة مع العائلات وبموافقة المريض خارج العيادة أو في المنزل ، تفاصيل كافية لإيضاح أسباب وطبيعة التشخيص مثلاً إطلاع الشخص على صورة الأشعة ، التأثير الدوائي ومن خلال المناقشة يتم إعداد خطاب إحالة المريض .

١٤ . التشخيص والرؤية

١٥ . نفس الممرضة التي تقدم الخدمات والدعم للمريض أيضاً تناقش أمور المريض مع العائلة والرعاية .

١٦ . الدعم العاطفي للمريض وعائلته ، اكتشاف التشخيص وكتابة المعلومات ، الدعم المستمر يشكل فارقاً للمريض والأقارب على المستوى المعنوي .

١٧ . ومع وضع نظم التمريض في الاعتبار (صندوق ٢ : ٤) وكل فريق الدعم.

١٨ . النصح والمعلومات الدعم من خلال المرشد والشركاء كما في مؤسسة مجتمع الزهايمر،الأفراد خصوصاً من هم مرضى " العته " الأصغر ستة بخلاف الزهايمر .

١٩ . دعم المرضى في سن العمل ، عنوان لمواضيع اجتماعية متعددة تتضمن التوظيف وتطبيقات الفوائد ذات الصلة .

٢٠ . احتياجات الأطفال التنسيق مع المدارس وخدمات الأطفال.

٢١. توفر المعلومات عن المرضى في سن العمل وتوفرها للدعم
مثلاً مقهى الخرف صندوق (٢: ٤) ووصلات الخرف عبر
الإنترنت .
٢٢. المستوى ، الإحالة لمجتمع الخدمة لتقديم خدمات المساعدة
قد يقدم خطأً للمساعدة في حالة اختلال المستوى ، وتحديد
الفرص المتاحة، ودعم تقييم المستوى ، والتدريب على تقديم
الدعم العاطفي الطبي، والتواصل عبر الفصول الدراسية
يعمل على التواصل بين مجموعات الدعم للمرضى .
٢٣. تحديد الاحتياجات الاجتماعية ، الإحالة للخدمات الاجتماعية
لرعاية المتقدمين في السن .
٢٤. الأمور المادية والنصائح الضرورية مثلاً المناقشة حول
الوضع المرضي، وتقديم المعلومات عن LAP ، قوة النائب
الدائمة ، وكيفية تقديم الدعم ، صياغة القوانين ، فوائد
الفحص لجمعية Agevk.
٢٥. تنمية المهارات للحفاظ على حياة أفضل مدعومة بالعلاج
الطبي وفرق العمل والمساعدة لتأسيس مستوى من القدرة
والتطور باستخدام التقنيات المتاحة لتوفير حياة يومية جيدة
للمريض بطريقة فردية أو في (حياة أفضل مع مرض العته)
انظر الصندوق (٢ : ٤) .
٢٦. الاعتقاد في المستقبل اعتبارات التشجيع لأمنيات المستقبل
رؤية مناقشة المعلومات وتقييمها بـ LPAS ومميزات
المؤسسة انظر الفصل ١٢ .
٢٧. نصائح القيادة بعض المرضى في المراحل المبكرة يكونون
قادرين على القيادة بأمان لكن التشخيص لا بد أن يتصل
بالقيادة وكالة ترخيص المركبات DVLA(انظر الفصل

١٢) الاستعانة بسائق استكشاف المزاج العام يمكن الموافقة بالقيادة أو استخدام المواصلات العامة .

٢٨ . العناية الأولية :

٢٩ . تحديد نموذج الحياة الصحية هي فرص ممكنة للارتقاء بالمريض ومهارات المجتمع مع رؤية ممكنة للعناية الأولية في مهارات الإدراك والصحة العامة مع إدارة متوازية على سبيل المثال خدمات السكرى نظام الغذاء والعلاج الدوائي .

٣٠ . نصائح الأسنان ، العناية بها ربما يكون صعبة التعامل مع المريض ومن الممكن أن يكون الألم شديد وصعب التحمل مع رعاية جيدة للأسنان من الممكن اتقاء مشكلة مستقبلية .

٣١ . التواصل الواضح بين رؤية الطبيب المختص وفريق الرعاية الأولي.

٣٢ . إبراء الذمة القضائية للفريق، معظم الناس يبرؤن متهم بالكثير خلال ثلاثة أشهر، خطاب شخص يرسل للمريض وآخر للممارس العام يقترح اتباع خطة ، وقواعد الإحالة الاجتماعية في حالة احتياجها في المستقبل إذا استطاع الشخص الموافقة فمن المهم ليس فقط المناقشة شكل المساعدة ، ولكن أيضاً الاحتمالات غير المتوقعة .

وهذا يعطى الفرصة لتلبية أمنية المريض بإحاطته علماً بنتائج المساعدة وإمكانية تلقي التشخيص بالمريض، مع قلة سعة الشخص لا بد من أن تكون المساعدة بأفضل اهتمام الظاهر.

المتعارف عليه أن يكون الشخص قادرًا على الموافقة مالم يكن هناك دليلاً على عكس ذلك .

تطور نموذج الخدمة

السؤال الآن (ماذا يمكن فعله لمساعدة شخص مريض بالخرف ؟
والمحيطين به بقدر الإمكان ؟) ربما يكون هناك أكثر من إجابة .

الرؤية الأولية لنموذج الخرف تتواصل لتنمو وتتغير ، تحتاج لعناية
لتركيز على المطالب في معرض الحديث عن الأمور المالية مدعومة
بالاحتياجات فلا بد أن تكون جيدة ومؤثر بعض المحظوظين يمكنهم
تقديم وصف مناسب .

الوقاية ووصف المرض .

هناك في علم الوراثة وعلم الأوبئة وعلم الأمراض أدلة على وصف
المرض وعوامل خطورته، وتتضمن عوامل مخاطر الأوعية الدموية
النظام الغذائي ، النشاط الحيوي والضغط.

بعض الأخصائيين يرون بالتدخل والتشخيص المبكر .

خطة السلوك الإدراكي تضع في اعتبارها الضغوط المستقبلية ،
التطلعات المستقبلية لتكلفة التأثير مع قلة أدلة العناية لدعمها في الحالات
المشابهة غالبًا ما تقرر الأدوية وصف المرض ، ومع امتداد تأثير الأدلة
والأمور المالية والتقنيات المستقبلية ، لتقديم خدمة طبية واجتماعية
مناسبة في ذلك المجال .

الرعاية الأولية والثانوية

لمعالجة مناقشات ما قبل الرعاية ، لموافقة ، المساعدة ، والتشخيص ،
فان طريق المشاركة طويل ، في نموذج ويستشير ، الوصف المبكر
يستغرق حوالي ساعتين ونصف من العمل لنصل لهذه النقطة ثم اتباع
نتيجة التشخيص، وما هو متوقع في الرعاية الأولية، ويتم العمل تحت
إشراف الممارس العام لتقييم الوضع العائلي للمريض والمساعدة في

الانضمام لفريق العمل طالما تواجد المهارة والوقت والعمل في النطاق
الحصري للمجموعات المحترفة .

مسؤول أو غير مسؤول

القياس للمرض بواسطة خدمات التدخل المبكر في المرحلة الأولى من
مسار المرض .

فائد الدعم التشخيصي والتدخل المبكر، والتقييم، وتدخل منظمات
المجتمع المدني يؤيدون التعامل مع هؤلاء الأشخاص من خلال إبراء
الذمة القضائية بتوصية من الممارس العام .

كذلك إعداد الناس تحتاج إلى مراجعة من فرق مجتمع الرعاية الأولية
بناء على مدى المخاطرة بتطبيق القواعد المتبعة وحصرها .

استنتاج

إذا كان المريض مصاب بالخرف ؛ فإن الفائدة من الفرص المتاحة
للدخول في برامج التدخل المبكر فأقصى الخيارات والموافقة والنشاط
مع الارتباط العائلي للحصول على تشخيص جيد لحياة أفضل الآن
وحتى النهاية .

إنها المبادئ وتحدي صحي للمحترفين لتعلم مهارات جديدة والذهاب
بها بعيداً عن مجرد التشخيص والمساعدة .

صندوق (٤ : ٢)

أمثلة للدعم المتبع في تشخيص المرض.

مستشارو المرض

يعملون بتقارب مع فرق الخدمة والمختصين بالتدخل المبكر ويمثلون
نقطة التواصل إذما تم إبراء الذمة القضائية ، يقدمون النصح

والمعلومات للناس الخبرات لفاقدى الذاكرة أو مرضى الخرف على حد سواء .

تميز التمريض

استعداد العناية الأولية مع ممرضات متخصصين في رعاية مرضى الخرف ، القواعد الأساسية هي دعم العائلات ومستوى المرض باستخدام أرقام التدخل المبكر لإعداد الدعم المادي والعاطفي ومساعدة المرضى في تنمية مهاراتهم ، وتكوين علاقات دائمة ومستمرة .

مفهى الخرف

الانتظام في جمعيات مثل Agvk أو جمعية الزهايمر تشجع المصابين بالمرض ومستوى الإصابة لمقابلة ودعم بعضهم البعض بأسترخاء في بيئة صديقة ومهتمة باستضافة المتحدثين في موضوعات تحت عناوين تتعلق بالمرض . " حياة أفضل مع الزهايمر " .

الفصل الخامس

العلاج الدوائي

رؤية عامة

قسمان من العلاج يندرجان تحت هدف تحسين الإدراك لدى مرضى " الخرف " وهو العلاج لإزالة الأعراض والمساعدة على التأقلم مع المرض فقط بغض النظر عن وجود وصفة طبية دوائية .

الأعراض الجانبية للأدوية التي تعمل على ضبط الإدراك (التحرر من العرض) يمكن الاستمرار بالعلاج في حالة وجود أدلة ملموسة على التحسن ، وعدم زيادة معاناة المريض .

تصدير

أثبتت الأبحاث المستمرة عن " الخرف " اختبار علاجات ذات أعراض جانبية قليلة فأى منها لا يستخدم كعلاج فقط للسيطرة على تطور المرض .

المناعة والكفاءة تساعد في عدم تدهور الإدراك من خلال مثبطات الأستيل موفلين Ache في الدم مثل دوبيزل ، ريفستامين ، رجبتيامين ممانتين ، سيتم شرحها بالتفصيل .

الاعتبارات الأخلاقية لاختيار أي علاج هدفها دائماً تمكين المريض وتحسين نمط الحياة، وتعتمد على الحالة المرضية لأي من مستلزمات أمراض " الخرف " .

العلاج بمحفزات الإدراك مثل مثبطات الأستيل كولين لا بد أن تكون في الحسبان من خلال ملاحظة الأعراض الجانبية ، وهى مجانبتها للإدراك والسلوك اليومي قد تؤدي إلى تحسين الحالة مع تحمل الأعراض الجانبية ، ومن الممكن عدم ملائمة العلاج ، وفي هذه الحالة فالتوازن يحتاج للخلط بين الفائدة والمخاطر من خلال التحكم في التركيز المناسب لتلاشي هذه الأعراض أو وصف الدواء بشكل غير مستمر أو القرار بعدم مواصلة العلاج الدواء على الحرص على مناقشة هذه الأمور مع الطبيب .

تساعد في إدارة التوقعات على المستوى الخارجي مع عدم وجود آمال مرتفعة ، ليقرر ذلك أن تشجع الإدراك قد يحد من تدهور المرض.

العلاجات المتاحة

فرضية الكولين لمرض الزهايمر (AD) نمرُ باكتشاف دلالات الإدراك النتائج لتقدم خسارة الكولين عصبية، وذات مستويات عالية من الأستيل كولين (ACH) في المخ حيث يساعد هذا الدواء على ارتفاع ثلاثة من مثبطات الأستيل كولين المرخصة بالفعل في بريطانيا لعلاج الزهايمر AD وهي : دوبنزيل – ريفاستجمين – حلتامين .

في حالة وصف ريفا ستجمين ، للعلاج للحالات الخفيفة والمتوسطة لمرض باركنسون مع مثبطات الأستيل كولين (ACHE) تختلف في تأثيرها الدوائي

الممننتين Memantene

وهي مادة تعتمد على الجهد لها تأثير متوسط ، وغير تسابقي وهما المثل D- N أسبارتني (NMDA) إعاقة هذه المستقبلات تحجز التأثير المرضي المنشط لارتفاع مستويات الجلوتامين والتي من الممكن أن تؤدي خلل في وظائف الأعصاب (جدول ٥-١)

الأثار

مثبطات الأستيل كولين (ACHE) والممننتين من الممكن أن تقدم علاج ،ولا يوجد دليل لترجيح بقاء تأثيرها .

العلاج بمثبطات الأستيل كولين يمكن أن تؤدي إلى تحسن متوسط لأمراض خلل الإدراك والأعراض السلوكية كذلك تخفيض المعاناة في الحياة اليومية بشكل مؤسسي .

في غياب الدراسات المقارنة نقترح الدواء المناسب بوصف للحصول على أعلى تأثير من مشاكل الإدراك ، كل من مثبطات الأستيل كولين (ACHE) تعرض فوائد كأفضل ما تكون لدعم الرعاية .

الملاحظة السريرية لمثبطات الأستيل كولين (ACHE) عبر إعطاء الجرعة القصوى في عينة عشوائية لثلاثة من الأشخاص لابد من توقع ذلك تحسن حالة شخص واحد وعدم تحسن حالة الشخص الثاني

المنتين يؤدي إلى تأثير مفيد ، ولكنه قليل خلال ٦ أشهر في الحالات المتوسطة من الزهايمر .

من الثابت أن التأثيرات الكبيرة لعلاج الإدراك تعمل على تنشيط الحياة اليومية والسلوك .

دليل العلاج العشوائي في UK للتأثير الدوائي

التأثير الدوائي والأعراض الجانبية

الجرعات المختلفة من هذه الأدوية قد تؤدي إلى الإغماء – القيء – الدوخة – المغص – والإسهال (صندوق ١-٥)

هذه التأثيرات قد تمتد إلى هبوط حاد في الدورة الدموية ، قد يواجه متلازمة الجيوب الأنفية ، خلل في عضلة القلب خلل في نبضات البطين قد يؤدي إلى أزمة قلبية .

النصيحة المقدمة للقائمين على الرعاية ، العلاجات الدوائية لا بد أن تستخدم بعناية لمرضى القلب والأوعية الدموية خصوصاً عند وصف مثبطات الأستيل كولين مع علاجات هبوط القلب على سبيل المثال : ديكورين – وبتابلوكر ، أو لابد من مراعاة عدم التدخل الدوائي مع علاجات ضغط الدم والأوعية الدموية والقلب الاحتقاني حيث يكون نتائج رسم القلب (ECG) غير مفيدة في هذه الحالات ، كما وصف المعهد الوطني للامتياز الطبي (NICE) أمراض القناة الهضمية

والقرحة المعدية (G1) ، النزف الثانوي نتيجة زيادة حمض جاستريك حيث يظهر تأثير الدونيزيل والجالنتمن على عملية الأيض بواسطة السيتركروم 206 و 3S4 فإن تأثيرات الدواء تتداخل مع أدوية أخرى لإحداث تأثيرات مغايرة بمساعدة هذا الإنزيم .

الجرعة

عند وصف هذه الأدوية مع أمراض الذاكرة من الأفضل أن تكون الجرعات بسيطة مرة يوميًا ، وبقدر الإمكان معرفة العلاجات السابقة والتنسيق مع فرق الرعاية لعمل خطة مناسبة .

تحفيز الإدراك والسلوك والأعراض النفسية للمرضى

تجربة مثبطات الأستيل كولين (ACHE) هو خطة دوائية صيدلانية معدة كجزء من خطة عناية أكبر للأعراض السلوكية والنفسية للمرضى كما سيناقش في الفصل الثامن حيث ترى النتائج بعد أسابيع عديدة من العلاج ، بينما مثبطات الأستيل كولين (ACHE) قد تؤدي أيضًا إلى ارتفاع الاثارة وزيادة السلوك العدوانى ، فلا بد من التعامل بحذر مع مرضى خرف أجسام ليوي ، مثبطات الأستيل كولين (ACHE) قد تساعد مع الهلوس البصرية .

الخرف الوعائي

الخرف الوعائي في علم الأمراض ينتج عن دمار في المخ مسببًا خللاً في الإدراك وسلوك مزعج ، الإدارة الممتدة عملت على تقييم فعلي وإنشاء استراتيجىة بناء على أسباب وعوامل المخاطرة لأمراض القلب والأوعية الدموية .

قرص من الأسبرين قد يكون خطة العلاج اليومية ، إدارة عوامل المخاطرة لمرض الأوعية الدموية ، ربما تتضمن تغيير النظام الغذائى- التوقف عن التدخين - ضبط ضغط الدم - ضبط السكر - ممارسة بعض الرياضة .

لا يوجد علاج صيدلي متاح ومثالي في المملكة المتحدة لعلاج الخرف الوعائي ، وهناك دليل واضح يدعم الإجراء الأمثل ، وهو الوقاية في الممارسة الطبية والخرف الوعائي شديد التداخل، وهذا يرجح أن وجود الخرف الوعائي لا يعنى عدم وجود الزهايمر .

عندما تواجه مريض الخرف الوعائي بصورة أشعة تخط أنواع المرض ، فهذا نهج واقعي ، لذا فإن محاولة وصف مثبتات كونسيز قد يكون مفيداً .

دليل المعهد الوطني للامتهار الطبي (NICE)

في المملكة المتحدة استخدام مثبتات الاستيل كولين والممنتهن محددة من خلال دليل (NICE) TA2017 المنشور في مارس ٢٠١١ مثبتات الأستيل كولين الثالث دينزول ، جلتامين ، ريفاستجمين توصف كخيارات لعلاج الحالات المبدئية والمتوسطة في الزهايمر .

ممنتهن يوصف كخيار وحيد لعلاج الحالات المتوسطة من الزهايمر للمرضى ذوي الموانع أو الذين لا يتحملون مثبتات الأستيل كولين ومرضى الزهايمر الشديد .

وخصوصاً لرعاية الخرف (IE) الأطباء النفسيين ، وخصوصاً ، صعوبات التعلم – أطباء الأعصاب خاصة في رعاية المتقدمين في السن) فعند وضع خطة العلاج ورؤية مقدمي الرعاية مراعاة وضع المرضى ، وتقديم أفضل مسار للبحث .

لابد من تواصل العلاج فقط مع وجود اعتبارات لتدهور حالة الإدراك الشامل والوظيفي أو الأعراض السلوكية .

المرضى الذين يواصلون العلاج لابد من متابعتهم لتقييم الإدراك شامل ووظيفي ومساعدة الأعراض السلوكية لابد من مراجعة العلاج بواسطة فريق مدرب ومتخصص مالم يكن هناك ميثاق موافقة محلي لمشاركة

الرعاية ورؤية مقدمي الرعاية في حالات مرضى ، للمتابعة لابد من البحث .

عند وصف مثبتات الأستيل كولين (ACHE)(دينبزول – جلنتامنتين – ريفاستجمين) عادة ما يبدأ العلاج بالأدوية بأقل تكلفة ممكنة .

توجيه الانتقادات

عند ظهور المنشور وجد جدال واسع حول جدوى العلاج الدوائي في وقت كان الاتجاه الشعبي يتصل بشدة باتجاهات العلاج الدوائي كان هذا الانتقاد على مسارين :

١ . التكلفة والتأثير

منشور دليل المعهد الوطني للامتياز الطبي (NICE) أن تكلفة مثبتات الأستيل كولين (ACHE) عالية على الأقل ٦٠ جنيهًا استرلينيًا لأربعة أسابيع تكلفة ٥ جم من الدونبزيل يوميًا ، فمثلاً يشترط أن المستشارين المتخصصين فقط هم الذين يمكنهم وصف هذا العلاج .

ويشترط تجنب أي تكلفة غير ضرورية ، لمثبطات NHS مع وجود نماذج عامة معًا للتكلفة المتاحة فقط تقدم جوهرياً ، جنيهان لكل شهرين لجرعة ٥ مجم من الدونبزيل يوميًا .

أدلة الاستخدام للحالات المتقدمة من المرض

منذ وجود المنشور وجدت الكثير من الأدلة الموضوعية لتقييم فائدة مثبتات الاستيل كولين (ACHE) لحالات الإصابة الشديدة بالخرف عند وضع المتغيرين معًا يظهر سؤال نوعي حول الاحتياجات المنتظمة وقياس الإدراك ، عملية الاستخدام أبعد من أنواع NHS الموصوفة طبية من الممكن أن يكون آمنًا في بعض الأحيان ، مع دليل التأثيرات لكل الطيف الحاد لمرضى الزهايمر ، هناك حيث لا يوجد أرضية لتوقف العلاج إلا باختيار المريض أو بفعل الأعراض الجانبية لذلك ؛ فإن

تكرار قياس الإدراك لتقرير إيقاف مثبتبات الكونستريز عندما يكون المرض شديداً، ولا يكون له تأثير داعم.

يستطيع المريض فقط تجنب إعادة الاختبارات ويمكن للمتخصصين قضاء وقت مع ذوى الاحتياجات الملحة .

الاعتقاد في العلاج ، ما يمكن مناقشته مع المريض وطاقم الرعاية ، إن صعوبة الموقف تمكن في التواصل بين الطبيب والمريض ، عملية كسب موافقة معتمدة عندما يعنى وصول المناقشة أهمية أساسية في بعض الحالات عندما تكون السعة مشكلة ، تصبح الموافقة احتياج فكرى للبحث من مقدمي الخدمة ، وعدد من المساحات التي لا بد من تغطيتها وتتضمن التالي :

- ١ . فرص الاستفادة .
- ٢ . فرص الآثار الجانبية .
- ٣ . الأعراض مثل وصف طبيعة المرض أثناء العلاج .

أدوية تجنب انخفاض الإدراك

كبار السن من مرضى الخرف أكثر عرضة لتطور المحفزات الدوائية – الإدراك – التلف – العقاقير مع الكثير من الأعراض الجانبية لمضادات الكولين (AC) أو على الأكثر التأثير الدواعي لمثبطات الأستيل كولين مع مضادات كولينيسين لا بد أن تتجنب التفاعل الدوائي المضاد (صندوق ٢-٥)

استنتاج

العلاج الدوائي للخرف يمتد من مثبطات الأستيل كولين والممنتين ربما يقدم بعض التخفيف من الأعراض لكل من (الإدراكية وغير الإدراكية) طالما هناك تحمل للدواء وقلة في الأعراض الجانبية ، المناقشات حولهم اعتادت أن تأخذ مكان مرضى الخرف وعائلتهم وفرق الرعاية ، ومع

وضع في الاعتبار أن تكون هذه المناقشات مستعصية ورسمية علمًا
بأن هذه الأدوية تلعب دورًا صغيرًا في تحسين نوعية الحياة لدى
المريض .

صندوق (١-٥)

Donepezil	Selectively inhibits AChE	Once daily	Tablets Orodis- persible tablets	Nausea Vomiting Dizziness Insomnia, diarrhoea Urinary incontinence Muscle cramps Fatigue Syncope Hallucinations
Rivastigmine	Affects both AChE + BuChE	Twice daily (oral) Once daily (patch) Prolonged titration schedules	Capsules Oral solution Transdermal patch	As given
Galantamine	Selectively inhibits AChE Acts as allosteric ligand at nicotinic Ach receptors	Once-daily controlled release formulation Twice daily Prolonged titration schedules	Capsules Tablets Oral solution	As given
Memantine	NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor partial antagonist	5 mg od and then increased in steps of 5 mg at weekly intervals to a maximum of 20 mg daily	Tablets Oral drops	Agitation Falls, dizziness Accidental injury influenza-like symptoms Headache Diarrhoea Constipation Somnolence Hypertension

صندوق (٢-٥)

Drugs	Example	Comment
Analgesics	Narcotic	Sedation
Antiarrhythmics	Disopyramide	Negative inotrope anticholinergic
Antidepressants	Tricyclics (TCAs)	Orthostatic hypotension→falls Anticholinergic Increase confusion
Antiemetics	Promethazine	Cause EPSE (Extra pyramidal side effects)
Antiparkinsonian	Prochlorperazine, Benztropine Levodopa	Anticholinergic Exacerbating psychotic symptoms
Antipsychotics	See preceding text	See preceding text
Anxiolytics	Benzodiazepines	If for anxiety, consider short-acting Lorazepam
Gastrointestinal/ urinary antispasmodics	Atropine, Oxybutynin, Tolterodine	Anticholinergic
Antihistamines	Promethazine	Anticholinergic Sedation

على الممارس العام المراجعة والتنسيق اليقظ لمنع الإفراط الدوائي فالأمر ليس مجرد تشخيص عادي للدواء بل معرفة ما هو غير مناسب مثلا وصف الأتروفين للأرق، بيتاهستارين للدوار أو كسبوتامين لإدرار البول .

الفصل السادس

الخرف والعائلات

رؤية عامة

العلاقات الاجتماعية من الاعتبارات المهمة لمرضى الخرف .
مدى عوامل الخطورة يتضمن الخبرات العائلية للمرضى لتضمن ما
تقدمة وتغذية العلاقات الجيدة .

كل من الرضا والتحدي دليل على تقديم الرعاية العائلية لكن عوامل
المخاطرة قد تؤثر سلبياً خارج توقعات القائمين على الرعاية التي
تناسب المساعدة لتحديد الاحتياجات للرعاية المقدمة من العائلات
كجانب مهم لتأثير الممارس في المريض .

فائدة العائلة للحالة النفسية ، والتدخل القضائي خصوصاً متعدد
المكونات،فالتدخل القضائي يتضمن الحالة النفسية ، الدعم والمعلومات
والتعليم .

مقدمة

الحياة العائلية المكونة من كل شخص كجزء من العائلة الممتدة يقدم
فرص مهمة للإيفاء باحتياجاتنا ،الحب المتبادل والتأثير ، العاطفي هو
التحدي الأمن والاحتفالات العائلية يمكن أن تقدم في أمس أوقات
احتياجنا لتقديم ما هو عاطفي ومادي ووجداني يعمل على المساعدة
(صندوق ٦-١)

اعتبر إجابتك على السؤال التالي

١ . اكتب للأشخاص الذين تعتبرهم من العائلة ؟

اقض بعض الوقت في كتابة الأشياء التي تودُ فعلها في حياتك الحاضرة
خلال الأسابيع أو الأشهر القليلة القادمة .

لإجابة السؤال الأول، قد تكون من الناس الذين يملكون عائلة محدودة
مرتبطة بعلاقات الدم ربما تعتبر الآخرين من أفراد العائلة بسبب

الروابط والجيران التي أوجدتها العلاقات مثل الزواج ، الشراكة ، أو الصداقة والتي نعتبرها كعائلة المعاملات بين شخص آخر وتقديم عدم التجانس في الحياة الاسرية في القرن الواحد والعشرين .

اعتبار إجابة السؤال الثاني قليلة الأرقام للأنشطة أو الأحداث التي ستحددها المشاركة الجيدة من الأفراد التي تعتبرهم عائلة التي تندرج تحت القواعد المتبعة في العائلة المتواجدة في حياتنا يوميًا عبر دورة الحياة لا يوجد حقوق أقل للأفراد الأكبر سنًا مع البحث المحدد ، فالعلاقات العائلية عظيمة في دلالات التأثير الشعوري ، لتكون أفضل نفسيًا ، روحياً ، وعاطفياً .

الخرف والعائلة

اثنان من ثلاثة أفراد الذين يعيشون مع الخرف في المملكة المتحدة في المنزل غالبًا مع أفراد من العائلة والذي يعيش معهم أو بالقرب منهم ، العائلات مطلوب منها أن تكون الخط الأول لدعم مرضى الخرف ، وأساس القدرة للبقاء في المنزل حتى لو حصل المريض على الرعاية في المنزل ، فالتواصل العائلي سيكون مهم لمواصلة الحياة ، والتحكم الجيد في تواصل المريض مع العائلة والمجتمع مع الدعم المقدم من فريق الشخص والرعاية .

تأثير المرض على العلاقات متضمنًا تلك العلاقات الطويلة الأمد مثل الزواج أو المشاركة علاوة على ذلك المشاركة من العائلات غير الممتدة لدعم العلاقات ، مع البحث عن دليل لتسليط الضوء ذلك أن مستوى العلاقات العائلية يؤثر بما في ذلك الاطفال والبالغين والأحفاد .

كذلك الآخر المزمّن - الشيخوخة - الآلام - من الضروري معرفة تأثير المرض على كل أفراد العائلة على حسب احتياجاتهم لتطور وتوصيل رؤية التأثير ، قد لا تستطيع العائلات التكيف أو التحكم في السلبيات مثل الضغط والإدارة إذ من الضروري أن تكتسب العائلات

خبرات التعامل مع المرضى وتقديم الخدمة المناسبة متى احتاجها المريض .

خبرات العائلات للتعامل مع الخرف

روز ، و روى دبل وصف خبرتهم الشخصية في ادارة التأثيرات للمرضى على حياتهما روز البالغة من العمر ٥٩ عامًا شخصت بضمور القشرة الخلفية (PCA) درجة الزهايمر .

بالنسبة لروى دبل زوجها أصبحا مضطربين للكفاح للبدء في طريق جديد للعمل والحياة بدءًا من تشخيص روز بمرض (PCA) منذ عام مضى إذ جعلهما يعيشان حياة صعبة خاصة القلق ومشاكل الذاكرة وتجد روز صعوبة في القيادة ، ولا بد أن تتخلى عن الكتابة على لوحة المفاتيح ، والنزول والصعود على السلم ، وتعاني في تغيير الملابس .

رحلاتنا عبر المعالجة والتعامل وإدارة بدايات المرض من الممكن تصحب بالطريق الذى معظم مستخدميه كانوا تاريخ في المدرسة ، كنا قبل الأزمة (BC) في فترة من القلق، ربما هناك شيء خاطئ وقع لروز والنتيجة كانت مشكلة حقيقية متبوعة بخلل في الإدراك ولا بد أن يكون هناك شيء لفعله.

الممارس العام نصح بفريق فحص بناء على الخلفية المرضية فترة ما قبل الأزمة ، وهى تقدر بحوالي ثلاث سنوات، ونحن نجاهد للحصول على حل المشكلة علاو على طبيعة مقاومة المرض للمساعدة وزيارة الطبيب .

هذا ما تبعناه بعد التشخيص (AD) والذى لم يكن مشجعًا بعد سنوات من الاحباط المساعدة التي تلقيناها هو ثبات روز في معركة محاولة العودة الجزئية مع أقل خسائر للاستقلالية عظيمة كانت النتائج ، فهي لن تقدر على قيادة السيارة ، وكم كان مقدر الإحباط لكونها لم تعد قادرة على القيام بمهام سهلة كم أصبحت حياة شخص مثل صعبة .

بالنسبة لروى كشريك في الرعاية خسائر نوعية في الحرية والاستقلالية متنوعة باحتياجات الأخذ ، وفي بعض الحالات عمل الكثير من الأشياء التي كانت روز مسؤولة عنها .

لقد تعبنا من عدم التأكد سنفعل كل ما هو ممكن معًا الانضمام للمهام لنحتفظ بالضياء ممكنة ، إن استدعاء الموقف يبدو كئيبيًا من وقت لآخر وهناك أيام جيدة وأخرى سيئة ، وربما الصعوبة الكبرى هي المعرفة بالأدوية التي فقط تبطيء تدهور المرضى حيث النتائج الثابتة هي علاج ، سؤال ذاتي (لماذا حدث ذلك معي ؟) (ماذا سيحدث في المستقبل ؟) وكم من الوقت سيستغرق ذلك ؟)

لا بد أن تتعلم ذلك من الأفضل أن تكون الرعاية هادئة ومشجعة للشريك ليبقى مسؤول ومتصل لينجز كل الأشياء القادر على انجازها كذلك التوقف غالبًا ما يؤدي إلى عدم القدرة على التواصل لحمل المهمة.

إن حجتنا الثابتة لبعضنا البعض أثناء ما بعد الأزمة فخور لمحاولة الاستمرارية لتحمل ما هو فوق طبيعة حياتنا كما أمكن فعل ذلك العديد من الأشياء التي تشعر بالقدرة على القيام بها المحافظة على الإحساس بالفكاهة والضحك في وجه المحنة شيء مهم من الممكن فعل أشياء جديدة أن تذهب بعيدًا مثل الذهاب للمنطقة المفضلة من المثير الحفاظ على المحاولة لكن ليس الدفع بإنجاز مواضيع مستحيلة.

بالنسبة لروز ، فهي تستمع إلى الموسيقى تمشي إلى متجر القرية بمفردها في بعض الأحيان تذهب إلى مكتب البريد أو متجر السوق أو تساعد روي في إعداد العشاء في محاولة لاستعادة قدرتها.

الزهايمر أو الخرف هي أرقام للمساحات ، وجدت ذلك الحديث للناس مباشرة أو بالتليفون يساعد ويعالج ، التقدم والضغط بالضبط مفاتيح الخطر لتجنب كل التكاليف بعيدًا ، كما تريد روز .

كل يوم يجلب معه تحدى جديد لا بد من التعامل معه كأفضل ما يكون الألم يقدم صعوبات عديدة لكننا لکن تمتلك القدرة على تقديم حياة بسيطة نشطة ومناسبة للتكيف على الوضع الجديد .

صندوق ٦-٢ ، تدريب ٢

روز وروي وصفا تسليط الضوء على مفاتيح مهمة لهم في إدارتهم لتأثير المرض على حياتهم لا بد أن تتمنى ذلك لنفسك قبل قراءة الوصف خبرات روز و روى سلطت الضوء خلل الإدراك شيء صعب وعلاجه غالباً في أمد طويل وبطيء الكثير يصف ذلك كوقت مؤلم .

هذه العلاقات تصبح متكلفة مع صعوبة في خبرات الناس لفهم ماذا يحدث ، هناك من ينظر لهذه الحالة المرضية، كوصمة عار، لذا يجب الإيمان بأن هذه التغيرات بسبب التقدم في العمر .

فلا بد من التواجد لفترة طويلة ؛ لأن عضو من العائلة أصبح مختلفاً ومعارف صعبة غالباً ما تكون خطأ .

بعد تلقي التشخيص نوعية التقدم والرعاية العائلية والطريقة المؤثرة للتغلب على الصعوبات في العلاقات العائلية ، وكيف أثر المرض على مقدرة " روز و روي " في الجلوس سوياً ومناقشة الوضع متضمناً اعتبارات التعامل مع الألم والتساؤل حول المستقبل ، هذه ليست حالة كل العائلات خصوصاً عندما تكون العلاقة فقيرة ، وعند فتح اتصال لن تتعاون العائلة .

الخطة تكون لعائلة تحترم قيم الترابط وتشارك في الأنشطة وتخصيص وقت للنشطة المستقبلية ، بالنسبة للأزواج ؛ فإن الحفاظ على العلاقة الحميمة والحياة الخاصة شيء مهم ، طالما أصبحت الخطة صعبة في مواجهة تقدم المرض ، وكلما قلت مقدرة المريض على مهارات التواصل فعلى أفراد الأسرة استشراف طريقة للتعامل مع حفظ العلاج ، وما يتوجب عليهم فعله كعامل علاجي مستقل ، حتى في الخبرات

المبكرة للتعامل مع المريض فعلى كل فرد أن يضع في الاعتبار تغيير قواعد حياته المستقبلية مثل تقديم الرعاية والرضا عن مستوى الرعاية وتوقع الأمور السلبية مثل الضغط والأعراض الحادة والمزمنة، ومع الصحة المعتلة لمرضى القلب ، فلا بد من التعامل مع فريق طويل من المختصين لعلاج المريض مع وضع المزيد من العوامل في الاعتبار كما في صندوق (٦-١).

٢. مساعدة العائلة وأفرادها لتشجيع العلاقات العائلية.
٣. تسليط الضوء على الحاجة للرعاية الصحية احترافياً لتأخذ على محمل الجد الجودة وحاجات أفراد العائلة كمرضى الخرف .
٤. لمعرفة وتوقع جودة الاحتياجات المتزايدة للعائلة كروية متعددة الجوانب .
٥. جدول ٦-١ عوامل التوقع لمخاطر التطورات السلبية .

عوامل نفسية	عوامل فيزيائية	عوامل اجتماعية
المرونة	عدم النوم	جودة وتقديم الخدمة مع
استخدام الخدمة	العناية الشخصية	العلاقات الاجتماعية
مظاهر التغيير فى السلوك	الأعراض الحادة	جودة دعم شبكات التواصل الاجتماعي
التحسن المحتمل للمريض	والمزمنة والضغط	الطرق والنماذج لتقديم الخدمة
سباق الرعاية	الضغط واتصاله بمرضى القلب والأوعية الدموية	خبرة العائلة وقيمة التعامل لفائدة المريض

جودة الدعم العائلي

العوامل النفسية
تصاحب ارتفاع مخاطر
ضعف الصحة العامة

شدة المرض (الخرف)

القدرة على تنمية الخطط وإيجاد الحلول مع نوع المرض.
فى بداية مراحل الرعاية المنزلية للشخص المصاب بالخرف هذا الدعم
مساعد من أفراد العائلة لتقديم الرعاية.

العوامل المؤدية لنتائج سلبية تكون غريبة على مقدمي الرعاية من أفراد
العائلة لهذا ، فإن احتياجات الرعاية لا بد أن تكون مخططاً لها بعناية
مع رؤية لمستوى عوامل الخطورة ونتائج العناية .مجموعات الرعاية
من العائلات تواجه مخاطر النتائج الفقيرة مثل رعاية مرضى بداية
الخرف ليس صغيرة ، أو رعاية شريك فمن الضروري التعرف
مستوى عال من القدرة الفردية فى الخبرات العائلية للرعاية .

الجوانب المتعددة للمساعدة المتاحة ربما البداية مع مساعدة متخصصة
لتقديم وشرح الحالة وطرق المساعدة .

رؤية تأثير العائلات بالمرض (الخرف)

حيث يتأثر حياة أفراد العائلة فهناك أشياء عديدة يحتاجها المريض من
الرعاية العائلية ، وعليهم تقرير أي من هذه التدخلات سيتخذونها
مشاركة للمريض تحت عنوان احتياجات التحسن وتقديم فرصة لعنونة
سباق العلاقات حيث يأخذ تقديم الرعاية مكانه .

صحة الفرد العائلة والمجموعات ، تقدير احتياجات وأمال المرضى
وذويهم .

تصميم عنوان التنمية لعمل خطة رعاية تشمل تقديم الرعاية العائلية
ونشاط المعالج .

عملية تغطية الوصول للمستوى الممكن تتضمن :

- ١ . تقديم الدعم العاطفي والمساعدة
- ٢ . تشجيع العائلات والتواصل الاجتماعي .
- ٣ . تنمية مهارات التواصل والخطط .
- ٤ . خطة الرعاية الشخصية .
- ٥ . دعم خدمة تقديم المعلومات .
- ٦ . المعلومات حول المرضى والخطط لفهم التعاون ومع السلوكيات المزعجة لمريض الخرف .
- ٧ . معنى النشاط والتعاون .
- ٨ . أدوات إدارة الضغوط .

استنتاج

العلاقات العائلية هي أهمُّ الركائز لاستقرار حالة المريض.

إدارة الأزيمة والحياة مع تقديم الرعاية والدعم تزيد من فرص استقرار حالة المريض .

تقديم الخبرة للعائلات التي تقدم الرعاية المثالية والتأثير الجيد في المريض والتعامل مع النتائج السلبية لتقديم المرضى وتحمل تأثير المرض على المريض وأفراد العائلة .

كل من الرضا والتحدي وشجاعة العائلة في مواجهة عوامل الخطورة وتأثير التدخلات المرضية ، وتقديم الرعاية بالشكل الذي يحتاجه المريض مع مراعاة العوامل النفسية والصحية .

حيث يكون الدعم العاطفي والمعلومات الصحية من أهم مقومات الرعاية الجيدة .

لرفع مستوى الرعاية العائلية ، كجزء من منظومة التعامل مع المرض
لابدّ من تقديم المعلومات الكافية عن احتياجات المريض ، وما قد يواجهه
المريض والعائلة من تحديات على المستوى النفسي والمبدئي فرعاية
مريض الخرف شيء مستمر وطويل مدى حياته .

معلومات : - خبرات الآخرين مثل روز و روى ، كزوج واجه المرض
وتحدياته .

الفصل السابع

مراكز الرعاية الشخصية

نظرة عامة

١. هناك مخاطرة لمرضى الخرف الذين فقدوا قدراتهم الإدراكية بتدهور حالتهم ليكونوا بلا شخصية .
 ٢. الحفاظ على الشخصية يدعم ممارسة مراكز الرعاية الشخصية (DCC) بعد فترة تغول المرض النفس والاجتماعي حيث الضمور للعقل والشخصية .
 ٣. مهارات التواصل الجيد التي تدعم المريض حيث لا معنى لقدرات لاتفعل الكثير للحفاظ على الشخصية .
- الـ VIPS العمل الميداني لـ PCC يقدم أساس نقاط إنعكاس لمحترفي الرعاية الصحية لتحديد قواعدهم الخاصة وتحديد كل أساليب التنظيم لتقديم مراكز الرعاية الشخصية .
٤. لا بد من تجنب استخدام لغة مجردة من المشاعر الإنسانية أو وصمة العار.

الشخصية والخرف

التقدم في خلل الإدراك يسجل العلامة النهائية للخرف في بعض الأحيان يعنى ظهور الآخرين للشخص عدم ظهورهم ، كتقدم للمرض منذ العمل بالنظرية السيمائية لكبت وود في ١٩٩٠ أو المراكز الشخصية تتموضع حول دعوى لفهم المرضى ، وليبدأ في أخذ مكان مؤثر لاستقرار الحالة في استراحات PCC كقيمة لقاعدة الاعتراف بالشخصية لكل شخص لا ينتظر للعمر أو قدرات الإدراك هذا التحدي الأساسى للمرضى هو الموت الذي يترك الجسم خلفه ذلك يتطلب هؤلاء المرضى الذى يُعالجون بشكل فردي لاستعادة الإدراك ، كل الناس لها تاريخها الفريد ، وكذلك الشخصية والانطباعات الفردية لتكون نقطة

بدء للعناية ، وأيضًا التعاطف مع هذه الانطباعات يأخذ مكانه العلاجي في بيئة اجتماعية غنية ترافق اهتمامات المرضى واحتمالات تقدمهم ليشعروا بوجود فرصة لقبهم من الآخرين ، فخبرات الأقارب سبب مهم للتحسن أو الشهود والنتائج عن السلوك الآخرين تجاه المريض وحالته النفسية (جدول ١ : ٧)

وبالرغم من سقوط الإدراك هناك أرقام تعدد احتياجات الشخص للتواصل والدفع الإنساني ، فقاعدة التحسن الرئيسية مع بداية المرض قد يستهلك الفرد كل قدرات دفاعته النفسية ، فتكسر بشدة ، ولا بد من مساندهم عبر علاقات بأشخاص ذوي خبرة بالمرض (جدول ٢ : ٧)

الخرف ذلك الغول النفسي والاجتماعي

وصفت كيتود الشخصية كونها تحتاج لعقل عندما تكون احتياجات الفرد وحقوقه خارج الاعتبار ، عند تجاهل القوة والمشاعر السلبية والفردية وتزايد العزلة من خلال العلاقات البشرية نستخدم العبارة علم النفس الاجتماعي الخبث (MSP) حيث يظل الوقت لهذه الحلقات تمرُّ بفترات كالترهيب والتجاوز ، والتصرف الطفولي ، وعدم القدرة أو الواقعية ، التلاعب ، والفردية ، لايقاوم ، الاعتراض التجاهل ، الوصمة ، العقاب والسخرية لتفسير أى من أشكال الشخصية المقوضة ، وفي عدم وجود بيئة مراكز الرعاية (MSP) تكون السيطرة عليه صعبة ومتشابكة من حيث ثقافة الرعاية ، بالنسبة لبعض المؤسسات من السهل التعامل مالم تثبت المساعي المبدولة حالة المريض يتم استبدال فريق الرعاية بآخر قادر على التواصل مع هذه الحالات من المرض ، ومن الجيد لأعضاء الفريق الجديد اتباع هذه القاعدة الخبث في MSP يأكل كل ما تبقى من الشخصية تجاة هؤلاء القائمين بالرعاية ، وينتشر بسرعة من عضو لآخر في الفريق مستوى آخر عال من تحدي السلوك الضغط وحدوث اللامبالاة يأخذ شكل الرعاية بعيدًا عن دعم الشخصية .

عمل الشخص الإيجابي

يمكن دعم الشخصية بالتفاعل الإيجابي مستقبلاً مثل الاعتراف بالشخص والتفاوض والتعاون ، وحسّ المرح والابداع والارتباط عبر حس الاحتفال والاسترخاء والفاعلية والتمسك ، وعدم قدرة الشخص على الارتباط بالحياة ؛ فنحن نعرف ذلك مهارات الشخص في مركز الرعاية والدعم المبكر للمرض (مثل مساعدة أفراد الاسرة)

معلومات مهارات التدريب – تقديم المشورة والدعم اليومي للرعاية المنزلية – ورفع مزاج مقدم الرعاية – تعريف ذلك مهارات شخص مركز الرعاية والدعم لتحديد مشكلة سلوك وحالة المريض النفسية (BPSP).

في الرعاية المنزلية يملك المريض مزاج جيد وحياة جيدة ومن الأفضل التواصل مع فريق مدرب على التعامل في مراكز العناية للتعامل مع الحالات ذات المستوى العالي من العدوانية، في المستويات العالية الرعاية الاعتمادية في المنزل ، التقدير ، الإحساس والارتباط من مقومات الأنشطة الشخصية لانخفاض مستوى العدوانية والتدهور.

التواصل الجيد مع مرضى الخرف

في معظم التداخلات المقدمة لمرضى الخرف وعائلتهم ليست بخصوص الدواء ، إذ هم في حاجة لتواصل جيد ، فهم يواجهون تحديات متعددة لسماع أصواتهم خلل الإدراك الناتج عن الخرف غالباً ما يؤثر على أمراض الذاكرة القدرة على فهم الحديث وكتابة اللغة.

القدرة على أداء المهام اليومية القدرة على تقبل العالم أو التخطيط للقيام بفعل ما ، كذلك تدهور القدرات الإدراكية ، ومع هذا التدهور في المشاعر العميقة أو مستوى العاطفة لخبرات الخرف في الكثير من

المواقف تظهر العواطف كأقوى ما يكون الغضب ، والمتعة ، والحزن والانضباط ، وكونهم واعين بنمط عجز الإدراك .

والضغط العاطفي هو مفتاح مكونات (PCC) لعدم مقدرة محترفي الرعاية لاستخدام مهارات التواصل لتكون مسؤولة بشكل مناسب مع المريض كفرد .

الهدف هو إيجاد شخص يمكنه دعم المريض عند ضهور قدرته المعرفية .

محترفو العناية الصحية يمكنهم عمل صفقة عظيمة لتقديم لائحة باحتياجات للمريض لتواصل مع امتداد الزمن .

موضوع الاتصال على مستوى مستقل ، ويناسب مدى حال الإدراك بعض الناس ، خاصة مع المراحل المبكرة من المرض لديهم العديد من مشاكل التواصل ربما تكون كافية لتكون الرعاية الصحية المحترفة فكرة للحد من زيادة التدهور .

الفحص يقدم الفهم والمساعدة ، ليحفظ للمرضى مسار طبيعي مع وجود أدلة كثيرة للإصابة بالمرض ربما قيمة اختبار اللغة في ذلك الموقف ، المريض يحتاج أكثر من المساعدة ، المساعدة لسماع صوته الكثير من الناس يسقطون بين هاتين النقطتين والقدرة على التواصل تكون حساسة لعوامل أخرى للمرضى مثل التعب ، نقص السوائل ، والآلام الحادة والتي تصبح أكثر تأثيرًا لمهارات التواصل ، ففي تقدم المريض نحو خلل الإدراك ، البيئة المزعجة والاضاءة الضعيفة لمستقبل متفاهم وصعب أيضًا إذا كانت الإنجليزية لغة ثانية ، فهي تتأكل أسرع من اللغة الأم لذلك ، فالتواصل عبر اللغة الأصلية يكون أفضل .

ويصبح التواصل فعليًا أكثر صعوبة ، ومظلل بعناية للسلوك غير الفعال والتفكك معًا، فتفكك الحديث يزداد أهمية .

التدهور الفعلي للمهارات يفقد أهمية الاحترام والدفء ،وتقبل الآخر والتواصل عبر قنوات اللافعل يصبح من الرعاية والاحترام عدم الصداقة وعدم التعاطف دائماً على اتصال مع اللافعل ، الأفعال وبزة الصوت كذلك القلق مع عدم ترابط بين ما هو حادث بالفعل ، وما لا يحدث أساساً مثلاً إذا بدا مقدم الرعاية منزجاً بشكل عفوي من لغة الجسد أو تغير الوجه، فذلك يزعج المريض حتى لو عبرت الكلمات عن شيء مختلف .

والعائلات والأصدقاء ومستوى التشخيص يكون إيجابياً لايضاح حياة أفضل مع المرض تتضمن أهمية الحديث القصير ، وفرص مقابلة مستشار مختص من خلال المنظمات التي تعمل في نطاق المنطقة المحلية .

تحدي مراكز الرعاية

المفاهيم DCC ليست سهلة ، للتحدث بوضوح واستشعار الصعوبة لنقل الأمر لكل فرد VIDS وصف الشخص في مراكز رعاية الخرف هي محاولات تذليل الصعوبات في PCC كما أوضحت كيتود.

١. على المرضى والعائلات أن يتفاعلوا بتقديم محادثة أو هم غير مهتمين وفاقد الرؤية ؟
٢. هل المريض والعائلة يظهران احترام كبير أو عجرفة ، وعدم تأدب أو لا مبالاة للنصح ، وقدر الناس شيء صعب ؟
٣. هل المرضى والعائلات يتعاملون بدفء ورعاية وتشجيع أم يتعاملون ببرود ، وغير اهتمام ؟
٤. هل المرضى والعائلات يعرفون أن الفريق يأخذ مخاوفهم على محمل الجد أو أن الناس تترك وحيدة لفترات طويلة في ضغط عاطفي ؟

٥. هل المرضى يساعدون بنشاطات مثل الأكل والشراب والعناية الشخصية عندما يحتاجون فهم بساطة يحصلون على ما يحتاجون أو غالبًا الطعام بارد والحمام؟

حول فريق مراكز الرعاية الشخصية VIPS

لإعادة القيمة تؤكد على القيمة القطعية للحياة .

الأمر الفردي تقيّم ، لتقدير الخدمات.

فهم العالم من خلال وجهة نظر مريض الخرف .

الإشارة إلى إيجابية الحالة النفسية والاجتماعية للمرضى

الترابط العدوي يمكنه رفع مستوى $S+P+I+V$ = الرعاية

وتقديم الرعاية لكل مريض كشخص مهم جدًا (شكل ٧-٥)

توصيات VIPS استخدمت في دليل NICE/SCIE لمرضى الخرف (شكل ٧-٥)

VIPS الخرف يستخدم كمبادئ الإرشاد العام لقواعد الرعاية الصحية المقدمة لمرضى الخرف والإجابة عن أسئلة عائلتهم متضمنة :-

١. هل سلوكي وأخلاقي في هذا الاتصال تظهر مدى تقييمي وتقديري لهم؟

٢. هل أنا أعالج هذا الشخص كإنسان له قيمة؟

٣. هل أقوم بعمل جاد لأرى رد فعله على الشخص الذي أحاول مساعدته إلى أي مدى تؤثر جهودي في هذا الشخص؟

٤. هل سلوكي وردود أفعالي تساعد المريض ، ليشعر بالراحة الاجتماعية ، وأنه ليس وحيدًا؟

هذه المبادئ تفيد في كل مواقف يحتاجها مختصو الرعاية ، فهم على استعداد لوضع حقة تساعد الشخص على استخدام الحمام ، ويساعدون الشخص على تنفيذ خطة الرعاية عبر فريق متخصص ، وليس تنفيذ المهمة هو هدف وضع المريض في مراكز الرعاية ، ولكن طريقة تنفيذ هذه المهمة حيث يكون المكان مركز رعاية أو لا تكون .

كل أساليب المنظمات

تقديم الرعاية لمراكز الانسانية والشخصية هدف حقيقي لقيمة مرضى الخرف هو تحدي خصوصاً للرعاية في المنزل أو المستشفى حيث فرق الخطوط الامامية للرعاية أنفسهم لا يشعرون بتقييم شخصياتهم فرق على مستوى عالٍ تنتمي، فرق مقصرة وغير مدربة جيداً تؤدي إلى نتائج سلبية .

- ١ . مبادئ مراكز الرعاية تقدم توصيات جيدة في حقل رعاية مرضى الخرف ، وقد ركز العديد من التوصيات في الدليل (المبادئ)
- ٢ . القيمة الإنسانية للمريض بغض النظر عن العمر ، خلل الإدراك وهؤلاء الذين يتم رعايتهم، فردية المريض ، تقييم الشخصية وخبرات الحياة بين التأثيرات في مسؤوليتهم عن المرضى .
- ٣ . أهمية التغيرات في حياة المريض .
- ٤ . أهمية العلاقات وتأثيرها بالآخرين بالنسبة للمرضى ووضعهم للحصول على حالة مستقرة .

الفردية الإشراف الطبي	قيمة إدارة والفريق الإرشاد
١. رؤية واضحة للمريض طرق الرعاية والخطط	
٢. إدارة أنواع البشر المتابعة المنتظمة	
٣. تدريب وتنمية الفريق الاعتبارات الشخصية	
٤. بيئة الخدمات المرجعات الفردية	
٥. الإدارة الأخلاقية عمل قصة الحياة	
٦. جودة التأمين النشاط والتعاون والتشريعات	

العلاقات الاجتماعية – كل واحد

١. التضامن	منظور قيادة الفريق
٢. الاحترام	١. مهارات التوصيل
٣. الدفاء	٢. التعاطف مناقشة المخاطر
٤. التقدم	٣. إدارة البيئة الفيزيائية
٥. عدم القدرة	٤. الاحتياجات الصحية
٦. الأسرة والمجتمع	٥. تحدي السلوك BPSD
	٦. الدفاع

جودة الحياة المقدمة فى رعاية المنزلية يحاول فريق الرعاية نقل شعوره خارج الضغوط ، وعدم الرضا ، ليتمكن من تقديم رعاية فى جو من الدفاء والمحبة والتقدير للمريض كجزء مهم من منظومة الرعاية ، كذلك العمل على رفع مستوى منظومة الرعاية VIPS حقل العمل يقدم لائحة من ٢٤ توصية لمساعدة مقدمي الرعاية فى رفع نوعية الخدمة المقدمة مثلاً ، لابدّ من وجود الأدوات فى مكانها لتنظيم الرعاية المناسبة للمريض .

علامة مراكز الرعاية تعمل على تقدم كل من طرق الرعاية المقدمة فى أي وقت خصوصاً على مستوى العلاقات المختلفة ، وقيمة إدارة العلاقات بين هؤلاء المسؤولين لقيادة المنظومة على أعلى مستوى .

الرعاية يوميًا، ويمكن التواصل معهم على الموقع:

(www.catrfiforvips.com.uk) المجاني حال عدم القدرة على تقديم الرعاية المنزلية ،ويمكنهم توصيل الرعاية من خلال ٢٤ توصية للمساعدة تضع فى اعتبارها البيئة، وتواصل المعلومات وأنواع التغطية المتوقعة من مراكز الرعاية حيث الخدمة ممتدة بتواصل وجدية .

أخيرًا : كلمة عن الدلالات

أحيانًا يستخدم محترفو الرعاية الصحية دلالات لوصف المرضى بالرغم من عدم الدولية إلا أنها تستطيع الحكم فى علم النفس الاجتماعي الخبث ، كتبت كيتورد عن ذلك على منذ سنوات كفقدان لمعنى الشخصية المشيرة غلى المرضى المحتجزين فى الفراش أن تأكل إنسانية الفرد لمرضى الرعاية الصحية لفترات طويلة للمسنين مرضى الخرف ، من خلال الملاحظة تصور أكيد كمعظم الناس يفضلون عدم المشاركة .

اللغة المستخدمة لدى محترفي الرعاية لابدّ أن تكون مؤثرة لدى المرضى وعائلتهم وباقى أفراد الفريق .

ملاحظة ١

أرجوك لاتصفنا بالخرف، فمزالنا بشر ينخر فينا المرض ، فقط لدينا مرض في المخ لو أنا مصاب بالسرطان، فعليك ألا تشير إليّ كمتسرطن أليس كذلك ، كريستانبردون ٢٠٠٥ .

الملاحظات المتضمنة للفصل والمسماة (شكل ٧-١)

من الذي تراه عندما تسأل التقييم لمرضى الخرف (شكل ٧-٢)

أحد الحسابات الغنية عن ماذا تشبه الحياة التي تريدها مع المرضى يخص الكاتبة الأسترالية كريستانبردون، والتي شخّصت بالخرف في سن ٤٦. (شكل ٧-٣)

هل أسلوب التواصل فعّال مع علم النفس الاجتماعي الخبيث وعمل الشخص الإيجابي ، فكر في أدواتك والخدمة مع من تعمل (شكل ٧-٤)

VIP توصيات مراكز الرعاية (بوكر ٢٠٠٧) (شكل ٧-٥)

الدليل الطبي NICE لدعم مرضى الخرف ومستواهم مجتمع الرعاية الصحية (شكل ٧-٦)

حقل عمل VIP لجهود مراكز الرعاية الصحية عبر كل قيادة المنظمات لمستويات مختلفة تشير لجودة الأبنية ومحيط المكان لدعم توصيل رسالة مراكز الرعاية الشخصية على المستوى الفردي .

ملاحظة ٢

كيف تتوقع كم تأثير لمرضى ، ومن خلالنا يمكنك إعادة شخصياتنا وإعطاء إحساس بدورنا وقيمتنا أو كما قيل (الشخص شخص من خلال الآخرين ؛ حزن دافئ يدعم معنى الحياة ، وجود نوع من التواصل المجتمعي يقلل من التدهور القادم لا محالة والذي سيكون صعباً) كريستانبرندن ٢٠٠٥

الفصل الثامن

الأعراض السلوكية والفسولوجية (الوظيفية) للخرف

داني ماربوسالي وليمز - معهد وريشير للصحة والرعاية

نظرة عامة

١. تحدي السلوك لدى مرضى الخرف هو مقياس الرعاية الصحية والاجتماعية .
٢. التغيرات السلوكية والأعراض النفسية للمرضى (BPSD) كخبرات للمرضى .
٣. تعتبر نوع من الضغوط التي تواجه مقدمي الرعاية بقوة وخاصة عند تقديم الرعاية في المنزل .
٤. قطاع المساعدة يرصد مطولا التعاون المتقارب مع المستوى ومفتاح الاحتراف .
٥. إدارة تحديات السلوك تستطيع أن تقدم وتحدد عبر المشاهدة وكتابة التداخلات المتوقعة لتطور المرض .

مقدمة

لفهم السلوك الفردي لابد من فهم الفردية في السلوك الإنساني أو مفهوم الضغوط الفسيولوجية ليس مرضًا ، لكن التغيير المزمّن في تصرف أحدهما وحالة ثابتة من التشخيص بالخرف ، فمظلة الفترة (سلوكيًا ووظيفيًا لأعراض المرض BPSD تم توقعها لتصف الأعراض ومن ثم وصف التطور ، اعتقاد تواصل مزاج الحركة ، ويحدث في كثير من الأحيان للمرضى كتطور قصير المدى يجب ألا يكون خاصة لتشخيص آخر على قمة الخرف بدلا من ذلك في كثير من الأحيان التواصل يحتاج الفهم على درجات المرضى أكثر م ٩٠% من المرضى يواجهون تحديات سلوكية وفسيولوجية الأعراض ترتفع لاي درجة لدى الشخص المريض ، وحدة الأعراض دائمة فالوقت نفسه وفي حالة مزمنة .

الأهمية : تقريباً اثنان من ثلاثة من المرضى يعيشون في بيوت الرعاية لديهم خبرة بهذه الأعراض الأكثر وضوحاً للقائمين على العناية – السلوكية مثل العدوانية والإثارة النداء والتعجب لكن ذلك يكون شخصياً أيضاً، وخبرات كالضغط والأوهام والهلاوس تكون لافتة للنظر لكنها تنقسم الأهمية (صندوق ٨-١)

صندوق ٨-١ أمثلة للسلوك والأعراض الفسيولوجية للمرضى

أعراض السلوك	أعراض الفسيولوجية
الصراخ	تقلب المزاج الضغط
النداء	الإعجاب بالنفس
التوعد	أعراض الجزع
القلق	أعراض الإدراك الحسي
الإثارة والعدوانية	غير الاعتيادية ، هلاوس
المشي بدون سبب	اعتقادات وهمية
فقدان التحفظ الجنسي	
الضجة	
البحث والتتبع	

التأثير على مقدمي الرعاية والتقدم المؤسسي

السلوك والتغيرات الفسيولوجية ، لا تؤثر فقط على الشخص المريض لكن أيضاً على كل شخص في محيطه من مقدمي الرعاية والعلاج .

الأعراض قد تسبب ضغط على الفرد عندما يواجه الشخص خسارته وذلك الوضع يؤدي لمزيد من مشاعر الإحباط والغضب والقلق ، لذا فمن المهم إضافة كل أعراض السلوك بسبب الضغط على الشخص المريض والصعوبات المحيطة به - مثلا تقرير الصراخ أو المشي بدون سبب أو سلوك غير واضح الغرض ، ولذلك لا يجب أن يعتبر أعراض تحتاج العلاج بقدر ما تحتاج الفهم، وليس الفرد لأنها اهتمامات الشخص المفضلة ، لهذا فمعرفة ذلك السلوك ، ووضعه كجزء من خطة الرعاية .

كيفما يطرأ السلوك ، فالوصف الفسيولوجي يصنف اعتبارات الخبرات السابقة من خلال العائلة ومحترفي الرعاية ، حيث التغيرات في أقاربهم صعب جداً التكيف خصوصاً مع السلوك الذي يضع الفرد أو الآخرين في مخاطرة الإحساس بحب شخص ، فقد المعنى كسلوك مسبق سيكون مختلفاً لكنه مهم للشخص بعيداً عن الشخصية .

تشريعات حقل العمل

العديدة من المرضى خبراتهم السلوكية والتغيرات الفسيولوجية لا تملك السعة الأولية لعمل نقاش مثالي عن علاجهم والإدارة ، الإدارة لا تتضمن فقط العلاج الفيزيائي أو تقديم الرعاية الصحية ، كل الأيدي الممتدة بالرعاية مثل الغسيل اللبس الاحتياجات الشخصية وفترة نهاية الحياة .

غالباً ما يكون محترفو الرعاية في أفضل موضع لاتخاذ القرار الضروري تحت قانون الكفاءة الأولية ٢٠٠٥ (صندوق ٨-٢ الفصل ٢ المزيد من التفاصيل) كفاءة المساعدة مهمة ليجد الشخص المريض و BPSD الفهم للمخاطر القادمة من سلوكهم مثلاً تقبل المساعدة مع أيدي الرعاية الشخصية كفاءة للعلاج أو عدم تقبل احتياجاتهم للرعاية الآن يتطلب وجودهم كنزلاء في بيوت الرعاية .

الشخص في بيت الرعاية ، وهذه مسئولية بيوت الرعاية لتقديم خطة رعاية واضحة تتضمن الخطوط العامة للاحتياجات الشخصية والتي تنتهي المناقشة ومشاركة الرعاية وتحديد الحاجات الأساسية للإنسان مثل النظافة اليومية ، المتابعة والفحص كل المناقشات يجب توضع كأفضل اهتمامات الشخص متضمنة تقدم الحالة ووضع الأقارب في خطة الرعاية خصوصًا إذا كان LPA آخر قوة للتشريع أو COP .

محكمة الرعاية المنعقدة

صندوق ٨-٢

هل الشخص يستطيع

١. فهم المعلومات وتقارب المناقشة .
٢. الاحتفاظ بهذه المعلومات .
٣. وزن هذه المعلومات كجزء من العلاج عمل مناقشة
٤. الاتصال هي / هو مناقشة (الحديث - غسارات اللغة - المناقشة)
٥. التسجيل الواضح للاختبار للكفاءة والتوثيق جيد كأدوات علاجية.

سيكون هناك وقت للمناقشة عن الحرمان من الحرية ، لتكون الهرب من بيئة الرعاية ليعود إلى منزله أو منزل الطفولة تحت هذا التعرف هناك لائحة للعمل بها السلطة المحلية للحرمان من الحرية كوسيلة للحماية ، ويمكن المساعدة كأفضل ما يكون .

المساعدة والإدارة لـ BPSD

المساعدة والإدارة للسلوك والأعراض الفسيولوجية للمريض هي معالجة متحركة ومستمرة تساعد على فهم المشكلات القائمة ظهور

الأعراض والقرارات المعدة لاتخاذها في المواقف المختلفة في هذا المجال لا بد أن تكون مقترنة بعضها البعض .

مجتمع الزهايمر يقدم دليل التوصيات لمحترفي الرعاية الصحية والاجتماعية العاملين في العلاج ورعاية الناس بـ BPSD الإجراءات الموصى بها طريقة معالجة المواقف الطارئة أو حلول BPSD قوائم الانتظار لتحديد كيفية التدخل .

الوقاية

رقم البيانات بسيطة يساعد في تقديم فرض لتنمية BPSD يوصى بتلك المعلومات تساعد نماذج وأنشطة خطط المساعدة للمريض انظر صندوق ٣-٨

صندوق ٣-٨ وقاية BPSD

- ١ . فهم الخرف
- ٢ . المراجعة الطبية
- ٣ . إدراك الاشارات والعلامات المبكرة
- ٤ . العلاج الصيدلي
- ٥ . البيئة الفيزيائية

فهم الخرف

ليس هناك شخصين متماثلين ليس هناك نوعان من مرض الخرف متضادين – هناك العديد من الصور للمرضى وكل صورة بتقديم مختلف ، ونحن بحاجة لفهم الفروق الفردية للمرضى ، وفهم المريض فالاطلاع والفهم هي حاجة الشخص المريض، المساعدة المستمدة لتحدي الأعراض السلوكية والفسولوجية في أغلب الأحيان.

هناك مجتمع وبيئة تحفز هذه الأعراض ، والسلوك يأخذ طرق غير معلومة للمريض ، ويسلك طريقة للتواصل يحتاجها على سبيل المثال يرتفع التلهف مع كسر حدة الملل ، أو التغيرات الحادثة للروتين أو البيئة فتغير بسيط للمحيط الاجتماعي والبيئة يؤدي إلى علامات مؤثرة ومختلفة لجودة الحياة الشخصية ؛ ولهذا فإن فهم احتياجات المريض هو الهدف لرفع مستوى جودة الحياة ، وليس العلاج .

توصيات مراكز الرعاية الشخصية تدعم وتقدم حيث تعزل المشكلات في BPSD حيث فهم تاريخ المريض وخبراته (عمله - حياته - هواياته - العائلة - البيئة - والمعتقدات الدينية) ما يحبه وما لا يحبه يوحى في الحسبان لعمل خطة الرعاية الطبية (ببساطة ، بدون عقاقير).

تصميم حول احتياجات المريض وقدراته واهتماماته .

المراجعة الطبية

تاريخياً وعبر الدراسات فإن المراجعة الطبية من خلال الممارس تساعد في أي مشكلة صعبة عامة ، مثلا الألم يقدم قياس لأسباب الثورات ، وتجمع الألم الذي يسبب العديد من الأعراض حيث تحتاج إلى العلاج بالمسكنات والمضادات الحيوية في المراحل المبكرة حيث يكون مفيد للتعامل مع عدم توازن السلوك ويساعد على توجيه الرعاية والمساعدة إلى مكانها الصحيح مبكراً .

المراجعة الطبية تضع الأدوية في الاعتبار وعدم تواصل العلاج يؤثر في أمراض الإدراك (انظر الفصل ٥) فكر في أسباب بسيطة للعلاج - ارتفاع ضغط الدم ، العدوى ، الألم ، التدخل الدوائي والبيئة .

إدراك النوابض والعلامات المبكرة

الإدراك ، الأسباب والعلامات المبكرة يساعد عند ظهور الأعراض عبر تطبيق القياسات البسيطة العلامات الفيزيائية تتضمن الألم - عدم الارتياح ارتفاع ضغط الدم ، سوء التغذية ، وأمراض جسدية ، العلامات

الفسولوجية الضغط ، الضجر ، اضطرابات المزاج ، الارتياح تزايد مستويات الضغوط ، متلازمة خطأ التعرف – الهلوسة بمرور الأيام تكون الإشارات ، فمثلاً زيادة الارتباك تجاه آخر اليوم بسبب ، تأثير غروب الشمس والتغير الحيوي أو كنتيجة للإهمال ، هذه العلامات قد تتضمن التدخلات الشخصية الحصول على رعاية جديدة تغير في البيئة مثل التواجد في المستشفى أو الانتقال لمنزل آخر للرعاية .

الحالات الطارئة في BPSD غالباً ما يكون إشارات فيزيائية مثلًا الحمى أو أمراض الأوعية الدموية ، وحتى في هذه الأوقات الطارئة لا بدّ من التواصل فعلاً لن تكون الأسباب بسيطة أو نوابض عادية .

العلاج الصيدلي

مثبطات مستويات الأستيل كولين ، دونيزول ، ريفستامين ، جلمنتامين والممتنين توصف للحالات الأولية والمتوسطة ، والشديدة من الزهايمر مع توقع الخرف الوعائي أو خرف مقدمة الرأس ؛ فلهم نفس دلائل المجموعتين من المتاعب اليومية BPSD مع أدلة الفائدة الطبية لاستخدام هذا الدواء .

البيئة الفيزيائية

لا بدّ من مراعاة بيئة الشخص ، وكيف ستؤثر عليه الرؤية العامة والسمع وتكيف الفرد مع محيطه الفيزيائي تقدم الصحة مع وجود ضغوط ، ظهور أعراض مثل الصراخ والرؤية الوهمية يمكن تجنبها طالما الشخص يلبس نظارة طبية ، وتكون نظيفة ، كذلك فحص الساعات والتأكد أنها تعمل كذلك الهاتف المحمول ، الكرسي المدولب والتمريض في الفراش ، عندما يكون للمريض حرية الحركة ، فاستخدام الهاتف المحمول والتقنيات المتاحة تدعم الشعور بالحرية والأمان ، إذا كان التمريض في الفراش ، فتوفر الارتياح ، وعدم الألم شيء مهم .

مراعاة طبيعية النشاط في البيئة هل يتوفر المعنى الاجتماعي للرضا ،
نشطة مثل الموسيقى وبرامج التلفزيون ، لمتابعها ، ويستمتع بها
المريض ، وإن لم تكن موجود فلما لا ؟

التسيق مع العائلة

من المهم مناقشة الأعراض والعلاجات الممكنة مع عائلتهم بوضوح
من خلال قانون الكفاءة الأولية ٢٠٠٥ ، العائلات ومقدمي الرعاية
يمكنهم تسليط الضوء على أسباب الأعراض وطرق التعامل معها .

كما هو مشار المستحب خبرات الشخص BPSD لفقد الكفاءة لاتخاذ
قرار المعالجة والإدارة ، مناقشة وسائل العلاج لاتخاذ قرارة مشترك
وفق اهتمامات الفرد جزء مهم الرعاية مهم للرعاية ، حيث يوصى
بالمناقشة مع العائلة NICE (الصندوق ٨-٥).

البحث والعلاجات المحتملة

ويتضمن العلاج النفسى – توصيل رسائل إيجابية من خلال الموسيقى
والرقص ممكن أن تضع المريض في مزاج جيد انظر صندوق (٨-٤)

التدخلات المحددة

تحديد الفسيولوجي والصيدلي موصى إن لم تكن الأعراض حادة مع
تقدم للخط الأول من التدخلات ، ومشاهدة منتالية IE يومية .

الحديث أو النشاط الشخصى مثلاً النظر لصورة في الماضى يساعد فى
ارتباط الناس وتقدم الاعراض كتمرين مثلاً التصدد اللائق يساعد فى
تقدم فيزيائى جيد للادراك والمزاج.

صندوق ٨-٤ بسيط بدون علاج دوائى

علاج بدون أدوية عادات النوم

تطور قصة الحياة	مراعاة قضاء اوقات اليوم
أحيانا القصير	غفوة - قيلولة
أكثر من ٣٠ ثانية	مراعاة تزايد النشاط اثناء اليوم
استخدام الرعاية الشخصية	الموافقة
الفرص الإيجابية	التهيؤ للنوم
المشاركة الاجتماعية	الدوامة

دليل إدارة الأعراض السلوكية والفسولوجية لمرض الخرف (BPSD) في العناية الأولية ببيوت الرعاية .

NB الجدول التالي

المرضى ذوي الأعراض السلوكية والفسولوجية (الهلاوس ، الثورة البحث ، التجمع ، ارتباك ، سلوك جنسى غير متحفظ ، الصوت العالى)

خطة الرعاية والرعاية الشخصية المتضمنة	هل من الممكن تفسير ذلك السلوك من خلال العادات اليومية والتصرفات الروتينية أم لا
١. النقاش ممكن ومفيد يقلل المخاطر للمرض (كلما)	هل المريض تحت خط الشروط الدوائية Eg.UTI الامراض الصدرية ضغط الدم - الالم
أمكن والرعاية	NOYes
٢. ٢٥ جم ، ٥ جم ليلاً .	هل BPSD متوقعة متابعة العلاج
٣. مع عدم مسئولية يتزايد ببطء	

- (كل ٧ سنوات) الاستخدام ٥. جم يومياً نصائح الرعاية لتعديل السلوك
مرتين الجرعة القصوى اجم مرتين وتحفيزة امكانية تطور الحالة
يومياً .
نصائح غير صيدلية للتدخل تحسين
٤. معدل الأعراض الوثائق السلوك التحكم فى مستوى الضوضاء
والبيانات المتاحة وإعادة والعوامل الأخرى.
المراجعة .
رفع المساعدة وعلامات مفاتيح المنطقة
٥. فى حاجة لمتابعة العلاج .
لأسابيع لأسباب موثوقة
ولمدة ٣شهور ثم المراجعة .
٦. يستخدم أيضاً للوصف والفهم
لخصوصية وقت
الخصوصية الحالة

ضبط الوقت التأكد ان المحيط مناسب
وحيد

تشجيع جودة الحياة والتحسن مع
التمارين والتنزة والموسيقى

تكيف المريض لا نعم

مراعاة الوقت ٦ أسابيع لا توصيات
على الأكثر كنزى للتعامل
واضح بدون علاج طبي
كل ما أمكن

شكل ٨-١ خطوط الإرشاد لإدارة BPSD في الرعاية أولية بيانات
NHS علاج السلوك وتحديات مرضاالخرف .

العلاج الصيدلي

العلاج المؤكد يستخدم قبل العلاج الشرعي طالما كانت الأعراض شديدة وحادة كفاية وتؤثر على حياة الفرد بشكل جدى (كذلك من يعيش فى محيط المريض) أهمية التطورات المتوقعة مثل الصحة العامة البيئة وجودة الرعاية ، دائماً تذكر هدف التدخلات هو رفع جودة حياة الفرد .

لو بيوت الرعاية لم تكن تحت رقابة مراكز الرعاية الشخصية ، تمتد لفهم المريض بوضوح ليس لمقابلة الاحتياجات الفردية لتكون أكثر فاعلية لنقل الشخص لمكانمناسب أكثر يستخدم إلى حد ما المضادات النفسية والدراسات العلاجية .

العلاج المتخصص

المضادات النفسية يمكن استخدامها لكن دليل NICE لابد أن يتبع (انظر ٨-٥) الليسينكمضادات نفسية لاستخدامه فيBPSD محظور

لكن العقاقير الأخرى تستخدم دائماً نبدأ بالجرعة الأمل (IEريسدون ٢٥ .) والعلاج ببطء إذا لزم الأمر NICE يشترط ضرورة طبية للاستخدام ، ليس لأعراض عدم الإدراك للتحكم في السلوك صندوق (٨-٥) NICE دليل استخدام المضادات النفسية .

١ . لابد من وجود مناقشات كاملة مع المريض أو مقدمى الرعاية لمن الفائدة المرجوة من مخاطرة العلاج .

٢ . عوامل خطورة أمراض الاوعية الدموية تساعد وتسهل ارتفاع المخاطرة التعرض لسكتة دماغية قصيرة ونقص التروية (TIA) وتأثيراتها المحتملة على الإدراك .

٣ . التغييرات فى الإدراك لابد من التعامل معها بشكل منتظم .

٤ . مستوى الأعراض لابد أن يعالج بشكل مدروس وموثق .

٥ . التغيير فى مستوى الأعراض لابد أن يرصد ويسجل .

٦. شروط التأثيرات المرضية مثل الضغط لابد من وضعها في الاعتبار قبل وصف المضادات النفسية .
٧. اختيار المضادات النفسية لابد أن يتخذ بعد المخاطرة الفردية وتحليل الفوائد .
٨. البداية بجرعة قليلة تزيد حسب الحاجة .
٩. العلاج لفترة ممتدة ومنتظمة يراجع كل ثلاثة أشهر أو حسب الحالة الطبية

لا يوجد فائدة من استخدام بنزوديزين والذي يؤدي إلى الناحية الأخرى السقوط – التحمل – الانسحاب – مثبطات الأستيل كولين تعمل يومياً على تقدم BPSD ولكنها ترفع الفرط والتهيج في تلك المعاناة وغالباً ما تعد كسبب للعناية بالمتنين المستخدم لعلاج الأعراض المتوسطة والشديدة للخرف .

توصيات مساعدة للرعاية الأولية وبيوت الرعاية .شكل (٨-١)

عدد المتأثرين بتحدي السلوك يشير إلى الرعاية الصحية الأولية الثانوية المقدمة من مجتمع التمريض النفسياً وخدمة التمريض المنزلي لتواصل العلاج ، ولابد أن يكون العلاج متواصلًا ومنتظمًا، كذلك المراجعات الطبية كل ثلاثة أشهر انظر ٨-٦ بعض الناس يستخدمون المضادات النفسية لفترات طويلة لتحسين جودة الحياة والتحقق من الضغوط صندوق ٨-٦ دليل عام لعدم توصل/سحب العلاج بالمضادات النفسية

١. تصف الجرعة لأسبوع واحد وإن لم يحدث أية أعراض طارئة أوقف العقار .
٢. مراجعة بعد ثلاث أسابيع

٣. إذا طرأت أية أعراض - أعد تقديم الدواء كالجرعة الموصى بها BPSD يمكنها تقدم وتعالج بالمضادات النفسية (بما تحتاج فترة أطول لكن لا بدّ من المراجعة بعد مرور ثلاثة أشهر)

استنتاج

لا بدّ ألا ننسى التغيرات الفسيولوجية والسلوكية الخاصة بنا ليست الألم لكن مسببات للخرف ، نفوذ التحديات المريض وعائلته وبيئة الرعاية ومعرفة الشخص بالمرض فردية ، وتستخدم توصيات مراكز الرعاية. الإقدام على الخطوة الأهم تحديد الإقامة أو العزل لـ BPSD غالبًا ما تكون بسبب تغير في سلوك التواصل للمريض العلاج بالمضادات النفسية يلعب دورًا صغيرًا، ولكن لا اعتبارات الحرص لا بدّ من تقييم فوائد المخاطرة بوصف العقار وخبرات تأثيره .

الفصل التاسع

الخرف عند الأصغر سنًا

نظرة عامة

١. هناك أكثر من ١٥٠٠ من الأصغر سنًا مصابين بالمرض في المملكة المتحدة .
٢. المقارنة بالمسنين هناك علامات وراثية .
٣. بعض مسببات المرض بالرغم من البحث مجهولة .
٤. احتياجات الأصغر سنًا (المرضى) لا تتلاقى مع احتياجات المسنين ودرجات المرضى الشديدة .
٥. الرؤية الخاصة لطريق العناية الواضح معروف .

علم الأوبئة

امتلاك منهج معقد ، دراسات غير وبائية تؤدي إلى التأكد من سيطرة المرضى (الخرف) في الشريحة الأصغر في عام ٢٠٠٥ رصدت من خلال دراستين طبييتين أوضحت أكثر من ١٥ ألف تحت السن ٦٥ في المملكة المتحدة مما بين بالمرض هذه الأرقام ترتفع ببطء لتصل إلى ١٧٠٠٠ عند عام ٢٠٢١ ومع ذلك هذه أرقام لتوقعات مبدئية ممكن تضاعف ثلاث مرات خطورة المرض تتزايد بالنسبة للأصغر سنًا فالوقت يكون عامل للتقدم (جدول ٩-١) وذلك يؤدي إلى تطورات غامضة ؛ فهناك ٦,١% مسجلين كإصابة مبكرة بالخرف مقارنة بـ ٢,٢% من التعداد السابق .

الانتشار المنخفض للمرضى في سن مبكر (٨٥/١٠٠٠,٠٠٠) يتصاعد مع مشاكل الإدراك التي تواجه الأصغر سنًا مثل الشيزوفرانيا في (٤/١٠٠٠) لتحدي صحة التشخيص .

التشخيص

القياس لمرضى الخرف بعد ثلاثة أشكال .

مرض الزهايمر AD الخرف الوعائي، وخرف أجسام ليوى ، الموقف فى المرضى الأصغر سنًا يكون أكثر تعقيدًا ، إذا كان AD هو السبب ٣٠% وخرف مقدمة الرأس FTD فى الشكل ٩-١ .

التشخيص المرضى الأصغر سنًا يمثل صعوبة فى تقديم المرضى من ٣٠:٥٠% فمستخدمى الخدمة فى أغلب الأحيان ، وكتقرير يومي للتشخيص بدافع الدعم للتشخيص والمعالجة (وليم ١٩٩٠) يكون التشخيص صعب فى حالة وجود تاريخ لمرضى عقلي أو صعوبة تعلم أو الجماعات العرقية عندما تؤثر العادات والثقافات فى الإدراك .

الضغط والعقائير والصحة العامة تؤثر على المدى البعيد لإمكانية التشخيص بالمرض ، ولا بدّ من اتباع اختبارات الإدراك والقياس النفسى للحصول على تشخيص دقيق وفق اللوائح الطبية .

Oad34%

O19% أخرى

Ovad18%

Oftd12%

Oarbo10%

Odlb7%

شكل ٩-١ التشخيص المبكر لمرضى الخرف هارفي وآخرون ٢٠٠٣

جدول ٩-١

تتصنيف المرض عند المرضى الأصغر سنًا ١٠٠,٠٠٠ ألف حسب تعداد المملكة المتحدة

السن	إناث	ذكور	المجموع
٣٠:٣٤	٩,٥	٨,٩	٩,٤
٣٥:٣٩	٩,٣	٦,٣	٧,٧
٤٠:٤٤	١٦,٦	٨,١	١٤,٠
٤٥:٤٩	٢٧,٣	٣١,٨	٣٠,٤
٥٠:٥٤	٥٥,١	٦٢,٧	٥٨,٣
٥٠:٥٤	٩٧,١	١٧٩,٥	١٣٦,٨
٥٥:٥٩	١١٨,٠	١٩٨,٩	١٥٥,٧
٦٠:٦٤			
٤٥:٦٥	٦٦,٢	٩٩,٥	٨٤,٧

الأنواع الفرعية

الزهايمر AD عند المسنين تزداد أهمية متابعة الذكرة للأحداث السابقة لسمة صعبة تتضمن استدعاء الأمور اليومية ، كذلك مواجهة الضمور الخفى كتطور (انظر الفصل الثاني) كذلك بعض المرضى يواجهون ارتباك فى اللغة .

خرف مقدمة الرأس FTD يتقدم طبيًا على مسارين السلوك خلل الكلام ويتأثر الفص الجبهى الصدغى وهى المناطق المرتبطة بالسمة والسلوك واللغة والمرضى يؤدبإلى ضمور وانكماش هذه المنطقة لينتج تغيرات حادة فى شخصية المريض وتظهر سلوكيات غير لائقة ويكون المريض مشرع ولا مبالاة مع فقد القدرة على التعرف على الوجوة أو

فهم الكلام مع قصور لغوي ، ٤٠% من الحالات لأسباب تاريخ عائلي
(صندوق ٩-٢) و جدول ٩-٣)

Clinical presentation	Clinical features	Disorders
Amnesic Dementia	Inability to learn and retain new information	• Alzheimer's diseases WKS
Dysphasic dementia	Problems with combinations of semantic, phonemic and syntactical aspects of speech and language	Progressive aphasias Alzheimer's disease Vascular dementia CBS/PSP
Subcortical dementia	Impaired attentional control Executive dysfunction Cognitive slowing Neurological deficits	SOL CJD Vascular dementia Parkinsonian dementia HIV dementia
Parkinsonian dementia	Subcortical pattern of cognitive impairment Extrapyramidal neurological defi	Hydrocephalus Multiple sclerosis Huntington's disease
Psychiatric dementia	Behavioural change, hallucinations and mood Disorder	PDD/DLB Vascular dementia CBS/PSP/MSA
Dyspraxic dementia	Inability to perform learnt patterns of motor function including gait disturbance	Huntington's disease FTDP-17 Wilson's disease CJD bvFTD
Jerky or tremulous dementia	Chorea Tremor Jerks	DLB Vascular dementia Neurosyphilis Variant CJD LE

Clinical presentation	Clinical features	Disorders
aphasia		CBS Vascular dementia Hydrocephalus Primary progressive CJD Huntington's disease SCA DRPLA Neuroacanthocytosis Parkinsonian dementias SCA Ataxic dementias Myoclonic dementias
Ataxic dementia	Incoordination and gait disturbance	WKS Vascular dementia Multiple sclerosis SCA CTE LE CJD
Myoclonic dementias	Myoclonic jerks	Degenerative (DLB, CBS) Infectious (CJD) Autoimmune (LE) Metabolic (Kufs) Mitochondrial (MELAS)
Fluctuating dementia	Features of delirium	Dementia +delirium

DLB

Vascular dementia

Clinical presentation	Clinical features	Disorders
		Subdural/SOL
		LE
		CJD
Familial dementia	Familial aggregation, particularly at younger age	AD
		FTD
		CADASIL
		HD
		SCA
		Leukodystrophy
Rapidly progressive dementia	Progression to death within few months to 3-4 years	CJD
ALS)		Neurodegenerative (FTD-)
		Autoimmune (vasculitis)
		Neoplastic (lymphoma)
		Other infectious (HIV)
		Toxic (lead)
		Metabolic (Kuf's)

الأنواع الأخرى

مرض باركسون يوصف كلاسيكياً (تقليدياً) كنوع من خلل الإدراك علامات مثل الهلوس البصرية والأوهام والتحامل ترجح أنه خرف أجسام ليوي في تداخل مع متلازمة الحبسة الترفية طالما تزايدت الأعراض وحدة المرض وظهور الحركة المرتعشة مع المشية المهتزة فلا بد من اقتراح التداخل مع الحبسة الترفية أو استسقاء الدماغ .

الوراثة – مع قياس المرضى الأصغر سنًا ، فبالتأكيد بعض الحالات لها أسباب وراثية ، ظهور الأعراض المبكرة مثل الرقاص في مرض هينحتون HD وبعض العلامات غير الطبيعية في اعتلال بيبضاء الدماغ Cadasil كذلك تقدم كعلامات وراثية مع AD وأنواع الخرف الأخرى .

جدول ٩-٣ تقدم الأعراض

اللغة	عدم الطلاقة	دلالات الألفاظ	
حديث بطيء	المفردات	طلاقة الحديث	الوصف الطبي
العثور على الكلمات	القواعد	أنوميا	
التوقف	الحديث	ضعف السمع	
الجمل	صعوبة الكلام	الكلمات الدلالية	
الترديد	ضعف السمع	استيعاب	
الاستيعاب	الاستيعاب	عسر القراءة	
التقديم	فهم خاطئ	صعوبة التردد	
امتداد الكلمات			
فهم خاطئ	مقدمة الفص		تصور غير طبيعي
تضرر الفص الخلفي	الأيسر		
والجدار السفلي	ضيق الأفق		
الزهايمر AD	TDPO-43	توابعي	أمراض

إعداد : والتركليور للصحة

المرضى ذوى التقدم المتدرج للمرضى لأسباب المرضى العصبي رغم أن الانواع الفرعية الاساسية للمرضى غالبًا ما تكون غير عصبية كما

فى حالة مثل سر نر فليدت جاكوب CJ كذلك تداخل الأعراض لصور
المرضى المختلفة .

العلاج الصيدلي

بينما يتم علاج الأصغر سنًا بطريقة المسنين نفسها مع قليل من
المخاطرة ؛ فنجد الدراسات عن AD لا تستطيع ببساطة التوافق مع
التشخيصات الأخرى مرض الخرف الوعائي FTD غير مستهدفين
بمثبطات الأستيل كولين التي من الممكن أن تزيد أعراضهم سوء كذلك
الحساسية لعقاقير المضادات النفسية ، لكن بعض من خلل السلوك
لديهم يمكن علاجه بواسطة الترازدون .

شمولية المساعدة والدعم

بعد تشخيص المرضى الأصغر سنًا وعائلاتهم ، فإنّ مقدمي الدعم
يقدمون رؤية مخططة وشاملة لاحتياجاتهم القادمة للمريض بالنسبة
لخطة الرعاية للمرحلة العمرية عبر التداخل مع خدمات مجتمع الرعاية
لخطة على المدى البعيد الاحتمالات تقدم المرض كشخص بالفعل
مريض ليعتاد على تلقى الدعم لطرق اكثر احترافية كجزء من تلك
الخطة الممتدة للرعاية .

الحاجة للمعلومات

المرضى وعائلتهم غالبًا يقرّرون المعلومات خصوصًا حول وقت
التشخيص وبعد التخيص وعن عثرات العلاج وتقديم العلاج المناسب
فى الوقت المناسب ويقدم بصدقه ، وتقديرًا لحساسية وضع المريض ،
المعلومات عن الزهايمر صعبة لكن تقبل الوضع والتواصل بسهولة
وعبر برامج التعليم والمساعدة التليفونية .

المساعدة لمريض محتمل ليست شيئًا مخيفًا أو مُليئًا بالعيوب ، فقط
مكان لإقامة أناس فقدوا القدرة على الإعداد لحياتهم .

تطور المرض الأصغر سنًا غالبًا ما يؤثر على المريض والعائلة ، هذا الموقف يزداد تعقيدًا لطبيعة النظام المقدم النصيحة المناسبة والمعلومات الصحيحة المقدمة من متخصصي العمل الاجتماعي أو مندوب الرعاية دائمًا شيء متاح .

الاحتياجات الاجتماعية

غالبًا ما يكون المرضى في الفئات الأصغر سنًا مازالوا موظفين ، في البداية يكمن التساؤل ماذا عن الحاضر والمستقبل للمرضى الأصغر سنًا ، المخاطرة والمساعدة تتزايد أهميتها ، وقد تشمل مكان العمل ، هنا يساعد العلاج المهني ، من العادي للمريض أن يطرد أو يفصل من العمل .

الموظف لا بد أن يكون مسؤولًا ويعترف بالمرض (الخرف) كسبب للتقاعد لهذا لا تتأثر حقوقه وفوائده ، علاوة على ذلك بعض المرضى يتمنون البقاء في وظائفهم، ولكن جهة العمل تشجع الموظفين على تقديم أسباب للإدارة على عدم القدرة أو على الأقل الإشارة لذلك.

بعض المرضى يقودون سياراتهم حيث يؤثر المرض على القدرة على القيادة في هذه الحالة يكون القرار (للمركز المحلي لمساعدة القيادة) والتي عادة ما تقيم بوضوح.

الرعاية واحتياجات العائلة:

العناية بالمرضى الأصغر سنًا تختبر نوعًا من الضغط والضرر وكليهما عوامل مخاطرة مهمة في المؤسسة على الأقل واحد : نصف المرضى تحت العناية يعالجون بالمضادات النفسية للقلق والضغط تعمل الرعاية على تقديم احتياجاتهم ، ولكن لا بد من مراعاة احتياجات العائلة.

الأطفال والبالغون يتأثرون بشكل واضح ويمكنهم أيضًا تقديم المساعدة.

تعاون العائلة للرعاية الصحية والدعم المقدم خارج نطاق المرضى ،
التعاون مع فريق التمريض، لاشتراطات المدخلات الخاصة للعلاج
الأسري الخدمات المقدمة من أعضاء العائلة غالباً ما تكون على مدار
الساعة ؛ فتقل المخاطرة طالما وجدت المعلومات الكافية.

الاحتياجات الفيزيائية:

بعض أشكال الإصابة المبكرة بالمرض حيث عوامل المخاطرة تصل
الى حد الصدمة كنتيجة لسلوك غذائي غير عادي، أو مرض عصبي،
السمع المساعدة على الحديث واضطرابات اللغة كجزء من المخاطر
كذلك نصائح التعامل مع خلل الكلام كتحدٍ للمريض وفريق الرعاية
حيث زيادة المخاطرة في اضطرابات السلوك، السقوط يكون مشكلة
خصوصاً مع HD و DSP خصوصاً مع علاج خلل الكلام ونتائج
وشروط مهمة كخسارة الوزن عند (HD) و (FTD) .

تنمية الخدمات

لنجاح وتنمية خدمات الرعاية والتي قدمت المعلومات الكافية وأساليب
مخططة للتعامل مع المرضى من قبل فرق مدربة قادرة على اتخاذ
القرارات المناسبة باعتبار عوامل الخطورة والفائدة المقدمة من
العلاجات أكثر من ٥٠٠٠٠٠٠ من المرضى الأصغر سناً حصلوا على
الرعاية اللازمة وحصلوا على الخدمة بشكل يحض على التعاون
والمسؤولية والمهارة في تنفيذ خطط الرعاية من التشخيص والاهتمام
بالمراجعات والعلاجات المقدمة والتاريخ المرضي .

أكثر من ٣٠% من المرضى تحت مظلة هذه الرعاية، وخاصة مع
المرضى المقيمين لفترات طويلة في بيوت الرعاية أكثر من ١٠٠٠٠
(هارفي ٢٠٠٣) . الرعاية الصحية والمتابعة الطبية، التواصل مع
العائلة ، وتقدير حاجات المرضى الأصغر سناً.

الفصل العاشر

سيمون روملي

الخرف في الرعاية الأولية

نظرة عامة

مرض الخرف حيث تنمو الرعاية الأولية .
نوعية وتطور المرض تتزايد مع العمر والعدد.
فريق الرعاية الأولية يعمل على قواعد محددة لمساعدة المريض عندما لا يستطيع أن يعيش حياة جيدة.
القواعد المتبعة لفرق الرعاية الأولية من المستحب أن تقوم المرونة في التعامل وتنمية الشراكة في العمل.

مقدمة

هذا الفصل يناقش القواعد المتبعة لفرق الرعاية الأولية للتعامل مع مريض الخرف، التدخلات المطردة مثل الأدوية تلعب دورًا ممتدا بالإضافة إلى التركيز على التعامل مع عدم قدرة المريض على العيش كأقصى ما يمكن، لإدارة فريق الرعاية الأولية لابد أن يلعب دوره كجزء من شبكة عمل عريض للأفراد والمنظمات والجميع يعمل باتجاه هذا الهدف .

انتشار المرض:

نسبة المصابين المشخصين بالمرض في المملكة المتحدة تزايدت من ٤٣,٣% في ٢٠١١ إلى ٤٦% في ٢٠١٢. تدرج المرض يشير إلى (فجوة الخرف)

وهذا الفرق بين توقع وتقديم التشخيص ، وفق شروط النسبة الموجودة من منطقة لأخرى .

الانتشار المحلي سيتأثر بالمستقبل الديموجرافي (الجغرافية البشرية) متضمنًا الثقافة والمعتقدات العرفية في كل تعداد، الحدوث والانتشار

يواصل الارتفاع وفقا لتزايد عدد الكهول والمسنين في التعداد والرعاية الأولية تلعب الدور المهم لإدارة هذه الأرقام المتزايدة.

غلق فجوة الخرف – العمل على التشخيص المبكر:

الدراسات تشير إلى أن أقل من نصف مرضى الخرف في المملكة المتحدة حصلوا على تشخيص بالمرض ، شكل الانتشار يحمل الكثير من الخطأ ، ولا بد من المرور بالتشخيص الصحيح بدلا من المرور بخطوات متعددة من اللا تشخيص، رغم وجود بعض الفوائد من العلاج الصيدلي المبكر لعلاج تزايد أعراض المرض، هي نفس مميزات التشخيص المبكر، عدم مقدرة المريض، معا العائلات وفرق الرعاية سيعملون وفق الشروط لتخطيط المستقبل، طالما المريض يملك الكفاءة للفعل ، ففرصة العلاج مرتبطة بالمعلومات والتخطيط المستقبلي.

بعد صور الدعم المقدمة للمرض الفرد في سن مبكرة في مراحل المرض الأولية يكون الهدف هو التقاط العلامات المبكرة من المرض. التداخل الايجابي الذي يقدم احتياجات دورة العلاج ومستوى التدخل والفائدة المرجوة منه.

صندوق : ١:١٠

١ .	المرضى فوق ٧٥
٢ .	المرضى ذوي الشفرة الحمراء، مرضى فقدان الذاكرة، النسيان، التشويش.
٣ .	المرضى المعالجين، دونيزيل، جلنتامين، ريفاستيجمين، (مثبطات الأستيل كولين) والمومنتين، ليسو خارج الفجوة أو حقل العمل (QOF)
٤ .	المرضى فوق ٦٠ مع علاج بالمضادات النفسية

٥ .	مرضى صعوبة التعلم ومتلازمة داون فوق ٤٠
٦ .	المرضى الأصغر سنًا مع احتمال ظهور المرض (الخرف)
٧ .	المرضى مع تاريخ مرض باركنسون. الضربات أو إصابات الرأس أو مشاكل الكحول المزمنة فوق عمر ٦٠ .
٨ .	مرضى بيوت الرعاية.

إن إيجاد الحالة موضوع حيوي، البحث عن المرضى وفقا للوصف الطبي والتشخيص المبدئي في المجموعات المستهدفة (صندوق ١: ١٠)

الانتشار

من المنطقي عمل خطة جيدة للتدخلات المبكرة في دورة المرض وفقا لتقدم الحالة هذه المنطقة من تمثل صفة جيدة في السيطرة على المرض وليس تقديم الوصف لدورات الألم كدليل.

مع تلك المجموعات غير المتجانسة لحالات المرض الحالات الأقوى للتدخل هي الخرف الوعائي وذلك لتأثير مستويات العلاج المختلفة لكن وصف عوامل الخطورة للأمراض الوعائية ربما يسرع بالتحول من بداية المرض إلى شديد، فلا بد من العناية الصحية للأمراض الوعائية حتى لا تتطور إلى مرحلة خطيرة من الخرف .

-الممارس العام يواجه سؤالاً، ماذا يمكن فعله لمواجهة المرض؟

بعض الأنشطة التي تدرّب العقل مثل (تعلم لغة ثانية ، عزف الموسيقى حل الكلمات المتقاطعة، اتباع نظام للحمية والاسترخاء مثل اليوجا والتأمل طلب المساعدة عند الحاجة والتصرفات الإيجابية.

مرة أخرى حيث لا دليل لأي من هذه النظم تملك تأثير لعلاج المرض.

قواعد الرعاية الأولية ، التشخيص والإدارة.

تداول دليل المعهد الوطني للامتياز الطبي (N.I.C.E) يشير إلى ذلك تشخيص الخرف لا بد أن يكون على أيدي متخصصين، لكن هناك وقت يفضل فيه الرعاية خارج منظومة الرعاية الأولية، بسبب اختيار المريض أو أسباب شدة المرض أو تحمل المرض.

المساعدة لمريض خلل الإدراك تأخذ وقت أطول حوالي ١٠ دقائق من فحص الفريق الطبي لتحديد الخطوط العامة لخطة التدخل ومن خلال تاريخ المرض والتواصل بين العائلة وفريق الرعاية .

قبل تقديم المساعدة من المهم اعتبار موضوع الموافقة رؤية الفريق الطبي لاحتمال المرض فغالبا يحضر المريض برغبة وتوصية الأقارب وفرق الرعاية.

٩ .	تاريخ خلل الإدراك البداية. التقدم. التأثير
١٠ .	أعراض التقدم التشخيص المختلف مثلاً: الضغط، الانفعال.
١١ .	مظهر الأمراض الوعائية.
١٢ .	اعتبار قياس الضغط مثلاً PHQ9
١٣ .	التدريبات الصحية.
١٤ .	معرفة أسباب اختلاف التشخيص.
١٥ .	FBC عد دم كامل
١٦ .	B12 معدل
١٧ .	ES & U

١٨ .	TSH هرمون الغدة الدرقية
١٩ .	سيرم الكالسيوم
٢٠ .	HBA1c
٢١ .	اختبار أمراض الكبد
٢٢ .	M.S.U
٢٣ .	CXR أشعة أكس على الصدر
٢٤ .	أشعة الرنين المغناطيسي أو الأشعة المقطعية على الرأس
٢٥ .	اختبار أمراض الإدراك

قبول المساعدة والدعم لا بد أن يضع في الحسبان اهتمامات المريض وقدرته على مواصلة الحياة وإمكانية العلاجات المقترحة .

صندوق : ٢ : ١٠ مساعدة الرعاية الأولية:

مساعدة أمراض الإدراك

عبر مستوى العلاج، جزء من تاريخ المريض يؤثر في خلل الإدراك وللسيطرة على هذا الخلل بمساعدة هذه الأدوات:

صندوق ٣: ١٠ بعض أمثلة مساعدة خلل الإدراك تساعد في التشخيص:

٢٦ .	معدل اختبار
٢٧ .	اختبارات المهارات الأولية (M.M.S.E)
٢٨ .	وصف اختبارات المهارات الأولية (3M.S)
٢٩ .	الركائز العامة لمساعدة الإدراك (GPCOG)
٣٠ .	اختبار الستة فروع لخلل الإدراك (6CIT)

تطبق هذه الاختبارات وطرق التشخيص من قبل الممارس العام وفرق الرعاية الأولية.

صندوق ٤:١٠ بعض عوامل التأثير عند المساعدة لمشاكل الإدراك

٣١ . مستوى التعليم
٣٢ . المهارات
٣٣ . مدى حدة المرض وتحمله
٣٤ . اللغة
٣٥ . الحساسية
٣٦ . الأمراض الفيزيائية
٣٧ . المشاكل الفيزيائية والعصبية

لوعلامات خلل الإدراك محددة يمكن اتباع الآتي:

- ٣٨ . المراجعة الطبية
- ٣٩ . مراجعة إذا ما كان المريض ما يزال يقود السيارة ومستوى الرخصة.
- ٤٠ . مراجعة خطة الرعاية الأولية
- ٤١ . مناقشة خطة الرعاية الأولية
- ٤٢ . الإحالة الى المستوى التالي من الرعاية

توصيات الفريق

كل أعضاء فريق الرعاية الصحية الأولية والممارس العام والتمريض فرق الرعاية المحترفة والمتخصصة تتضافر الجهود لوضع خطة الرعاية في المنزل أو الإحالة لبيوت الرعاية غير توصيات وقواعد (NICE) وقواعد التشخيص وتوصيات الطبيب والمراجعة الطبية مع وضع العلاجات المستخدمة والتواصل الأسري وإمداد العائلة بالمعلومات المناسبة ومعرفة التاريخ الطبي للمريض كما في جدول ١٠:١ خاصة مرضى مراكز الرعاية

تعمل فرق الرعاية على تحسين جودة حياة المريض والحفاظ على ثبات الحالة واستقرارها.

قرار تقديم الخطة

توضع الخطة وفق قواعد العناية الأولية بالتعاون مع عائلة المريض في العناية المنزلية أو بعد الموافقة وقرار الإحالة مع استمرار التواصل وتبادل المعلومات مع العائلة.

جدول ١٠: ١ أنواع الدعم المقدمة لمرضى الخرف

يقدمون الدعم للمريض والعائلة طوال فترة المرض	مستشاري مرضى الخرف
التمريض والصحة العامة والاهتمام بشروط الحالة، التدريب على تقديم المرض خصوصاً دعم فريق الرعاية الأولية.	التمريض الملتزم
فريق فائق التخصص يتضمن، الأمراض النفسية. مجتمع ممرضات الصحة الأولية والعلاج المهني لتقديم الدعم المتخصص لفرق الرعاية الأولية	مجتمع فريق الرعاية الأولية

<p>تقديم المعلومات، النصح والدعم لكل ما هو متوقع لرعاية المرضى.</p> <p>مجال عريض من الخدمات المحلية المقدمة</p>	<p>المنظمات المعينة مثلاً:</p> <p>مجتمع الزهايمر. عمر المملكة المتحدة. MIND. منظمة الرعاية المحلية</p>
---	--

صندوق ١٠:٥ المريض – مركز الرعاية

رعاية مريض الخرف لا بد أن تضع في الحسبان التالي:

<p>١. قيمة الانسانية للمرضى بغض النظر عن العمر أو خلل الإدراك ومن هؤلاء تحت الرعاية</p> <p>٢. الفردية لدى المريض، مع شخصياتهم وخبراتهم الحياتية بين تحديات ومستويات المرض</p> <p>٣. أهمية تقديم الاحترام للمريض</p> <p>٤. أهمية العلاقات والتفاعل مع الآخرين للشخص المريض ووضعهم لتحقيق استقرار الحالة.</p>

الخرف في بيوت الرعاية

نسبة كبيرة من المرضى تعيش في دور الرعاية حوالي ٨٠% من المرضى المشخصين بالمرض حيث توضع خطة الرعاية بالتعاون بين العائلة وفرق التشخيص ويوضع في الاعتبار التاريخ المرضي والعلاج بمثبطات الاستيل كولين والمضادات النفسية كذلك علاج أمراض الصحة العامة، المراجعة الطبية والنفسية تكون جزء مهم من الاعتناء بالحالة كما في الجدول والأشكال السابقة.

وصف إدارة المرض في مراحل الرعاية الأولية:

التعاون بين الممارس العام وفرق التمريض وفرق الرعاية كذلك المتخصصين والاستشاريين وفق قواعد المعهد الوطني للامتياز الطبي ومدى تقدم المرض في حالته الأولية أو المتوسطة أو الشديدة كذلك قياس الإدراك ومتابعة الصحة العامة وتقديم العلاج المناسب في الوقت المناسب مع وجود إمكانية اتخاذ القرار الصحيح . كل هذه الفرق لا بد أن تعمل معا لتلبية احتياجات المريض وفق الحالة الطبية والقدرة على الادراك والقيام بالمهام..

الفصل الحادي عشر

الخراف في حالته الحادة

اليزابيث وورد، ديرلي لينج، وجورج ثيودلو

نظرة عامة

١. معظم المرضى المتواجدين في المستشفى بنسبة ٥٠% غير مشخّصين.
٢. مرضى الخرف يبقون في المستشفى لفترات طويلة مع شخص غير مريض ، وهذه أماكن غير معنية بالعناية بالمريض.
٣. وجود المريض في المستشفى يشكل تحدي له ولعائلته.
٤. رعاية مريض الخرف في المستشفى مسؤولية الجميع حيث لا تحسن للحالة وإنفاق الأموال في غير مكانها.
٥. التداخلات بالنسبة للمرضى في المستشفى المتخصصة تكون على ثلاثة محاور.

مقدمة

عندما يذهب مريض الخرف إلى المستشفى حيث المكان غير المناسب لن نحصل على التغييرات في الجغرافيا البشرية واعتماد المجتمع على المستشفى مع المرضى يزيد الأمر تعقيدا ، ٨٠٠,٠٠٠ من مرضى الخرف يعيشون في المملكة المتحدة وفقا لعام ٢٠١٣ ومتوقع زيادة العدد ليتجاوز المليون عام ٢٠٢٥ هذا الفصل عن خبرات المرضى في المستشفى وأهمية الرعاية الصحية.

التحديات أمام المريض:

التواجد في المستشفى يؤدي إلى الملل والضغط بالنسبة لأي شخص . الشعور بالضجر لشخص يفقد قدرته على التذكر والفهم أو التواصل.

الثمانية وأربعون ساعة الأولى مع التغييرات المتعددة في البيئة والمناظر من A-E إلى وحدة المساعدة مثل رحلة عبر جزء من اختبار أوقات تقديم الوجبات، الأدوية الموجودة في كل وقت ، والبيئة غير المعتادة ، ضوضاء وضجة هذه ليست أسباب لتحسن مريض الخرف عندما يناهز المريض للمساعدة ، ويسأل ويعيد السؤال عندما

يحاول استكشاف كلمة على أمل العودة إلى المنزل ، غياب الأقارب والعائلة شيء يحتاج إلى البحث والتوصية.

سلوك كالصعوبة في الكلمات ووصف النفس بكلمات أو أفعال غاضبة رفض العلاج وفي بعض الأحيان اتباع علامات تزيد من خطورة السقوط أو مرض الصدر مع تراجع قدرة الشخص على التواصل مع احتياجاته حتى العلاجات البسيطة لضغط الدم والأعصاب تصبح تحدي ويبدأ في فقدان الوزن.

المستشفى ليست المكان المناسب لإقامة مريض الخرف ، وهي فرصة كبيرة جدًا للموت وعدم العودة للمنزل مجددًا

التحديات أمام الأسرة

يعيش معظم المرضى في مجتمع يرعى ويدعم احتياجاتهم كأعضاء في العائلة ومع تقدم الحالة تأخذ الرعاية وقت أطول ، صحبة الأقارب تقدم الدعم والراحة والمساعدة في التسوق ومهام المنزل المتعددة وتقديم مستوى عالي من الرعاية الشخصية هي خبرات وثيقة لكنها تحتاج إلى روابط قوية عندما يدخل المريض المستشفى كمريض يدخل إلى عالم خاص ، فرق المستشفى مدربة على تقديم خدمة خاصة لا يستطيع أن يناقش الأمور الصحية مع العائلة، يشعر أفراد العائلة بعدم الترحيب، تحديد أوقات الزيارة مع ارتباط قليل نحو خطة الرعاية والمعالجة في المستشفى لا يعرفون كيف يتم رعاية عضو عائلتهم حيث يفقد ما يحب وما لا يحب يخبر بعلامات الألم وأعضاء العائلة المقربين يلمسون معاناة المريض وعدم سماع شكواه حقيقة رغبتهم في مساعدة المريض لكن عدم وضعهم قيمة التواصل والمناقشة مع العائلة لوضع خطة الرعاية بالمريض في الحسبان يجعلهم ذلك رغم رغبتهم في المساعدة غير قادرين على تقديمها.

التحدي أمام المستشفى

العاملين في المستشفى يحصلون على تعليم عالٍ في طرق العناية والعلاج لكن ما زال التاريخ الطبي للمريض والتعاون بين فرق الرعاية والعائلة الركيزة الأساسية والمؤثرة في أسلوب الرعاية.

الشخص الذي يستطيع أن يقول ما الأمر؟ هل هو يتألم؟ ما مدة الألم قصيرة ام طويلة؟ ماذا عن الموافقة وخطة التدخل؟ وكيف يعبر عن رجل يمشي حول كلمة الفقد لمرض آخر أو يسأل كيف سيذهب إلى المنزل حيث والدته التي أصبحت فوق الثمانين ، عندما ننحي فرق التمريض مهارات التقدم من سيساعد المريض على تناول وجبته.

عندما تصل المعالجة والتدخلات والعلاج إلى هذه المرحلة من عدم المسؤولية يكون الوضع أكثر من معقد لعلاج مريض الخرف وبقاءهم لفترة طويلة على هذا الحال يمكن إحالة المريض إلى محتجز في الفراش

كيف تجعل المستشفيات من نفسها غير صديقة انظر الجدول ١:١١

رعية أفضل لمريض الخرف في المستشفى

هناك ثلاث توصيات متوازية لمساعدة الخبرات لمرضى الخرف حيث تحتاجها المستشفى لتقديم الرعاية:

١. التدخل المناسب
٢. مستشفى صديقة لمرضى الخرف
٣. مستوى الرعاية الصحية الأولية

*قبول التدخل

يشكل التواجد في المستشفى كمريض بالخرف مشكلة كبيرة حيث العنوان الأول ماذا يحتاج القبول في المقام الأول وما شكل الرعاية المقدمة للمريض ولا بد أن تتضمن الخطة الآتي:

الإدارة الحريصة للأوضاع المزمنا حتى لا تتحول إلى حادة.

الخدمة المجتمعية المقدمة من المستشفى خصوصا العناية خارج المستشفى.

الخدمة الاجتماعية الأفضل تقدم في الحالات الطارئة والوصول إلى بيوت الرعاية ، خصوصا فريق الرعاية الصحية والحاجات الصحية الأولية .

النصيحة الأهم هي التخطيط ومستوى الرعاية.

جدول ١١:١ كيف تجعل المستشفى نفسها غير صديقة

استخدام كلمة: تحرك.

الالتزام بجدول مواعيد لليوم

إرسال المريض وحده إلى وحدة أشعة X

كلمات التهديد تزيد تدهور حالة مريض الخرف.

التعامل مع الألم.

دراسة واستخدام المضادات النفسية.

غلق أوقات الزيارة أمام مقدمي الرعاية والأقارب.

المستشفيات الصديقة للخرف.

مع الكثير من الخيال والعمل الجاد يمكن تغيير طرق المستشفيات في التعامل مع المريض عبر المزيد من التواصل وفهم الحالة وتحري التاريخ الطبي للمريض والتواصل مع أفراد العائلة وتقديم خطط مناسبة للرعاية والتعامل مع الحالات الحادة ليوحد هذا التعبير مستشفى صديقة للخرف كما في صندوق ١:١١ مستشفى صديقة للخرف

دورات تعليمية جديدة للمستشفيات في المملكة المتحدة حوالي ٤٠% من المستشفيات تملك أدوات التشخيص الصحيحة وفرق الرعاية والخطة القادرة على التعامل مع المرض عبر ثلاث محاور مراكز الرعاية الشخصية عبر تقديم الرعاية ، والأقارب البيئة والفهم للاحتياجات الصحية والعاطفية
ضغط الدم والتغذية ومتابعة نظام التغذية وقدرة المريض على تناول الطعام

قواعد الأقارب ومقدمي الرعاية

يمكن للأقارب تقديم معلومات غير متاحة للمستشفى عن أقاربهم ومعرفة الشخص ما يحب وما لا يحب (التغيرات المزاجية، الضغوط، الألم) الأمنيات والعروض يمكن ان تساعد في الرعاية، اهتمامات المريض وعاداته اليومية، طرق التعامل معه حتى يصل الى نهاية حياته.

يقدم فريق الرعاية المساعدة في المهام اليومية والتعامل مع المريض بشكل قيم ولاثق من مرحلة إلى أخرى وبشكل احترافي.

التواصل الجيد بين العائلة وفرق الرعاية تقدم الدعم النفسي والصحي والعاطفي للمريض من خلال مشاركة التاريخ الطبي للمريض لتحقيق الهدف استقرار حالة المريض كما في جدول ١١:٢ الطرق التي تجعل المستشفى صديقة لمرضى الخرف:

وضع المريض في المستشفى ثقيل كلمة تحرك والعمل على تحريك وضع المريض من ساعة إلى أخرى إذا لزم الأمر.
المرونة في أوقات الطعام، الغسيل، المشي.
من المهم جدا السماح للأقارب بتقديم الدعم والمساعدة.
إرساله إلى وحدة أشعة X مع عضو من فريق المستشفى أو أحد الأقارب.
التعليم. تقديم دورات لأعضاء الفريق عن المرض والتعامل معه
إدراك الفريق للألم وطلب النصيحة من العائلة أو فرق الرعاية واستخدام الكلمات المناسبة للتعامل مع المريض.
تجنب استخدام الأدوية العصبية لأن ذلك قد يسبب الضغط والإحباط وتقديم العلاج بالمضادات النفسية إذا لزم الأمر ولفترات قصيرة وفق خطة معدة سلفاً.
خلق تواصل مفتوح مع الأقارب ومقدمي الرعاية لمساعدة المريض على رفع جودة الحياة من خلال خبرات الدعم والخطط المسئولة.

جدول ١١:٣ قواعد الرعاية الصحية الأولية للراشدين

تقديم وقت المساعدة والتشخيص والعلاج للاحتياجات الطبية والأولية لأي شخص يتابع المستشفيات العامة
العمل على اتصال جيد بين المريض وفرق الرعاية ووحدات العلاج
التعليم والتدريب لفرق الحالات الحرجة 4 d's لمواجهة الضغط والتوتر.

تقديم خط تواصل الخدمات الأولية والتمريض لدعم خدمات المرضى
الارتباط مع فرق الدعم (MDT) ومقابلات مع النشطاء الاجتماعيين

ارتباط الرعاية الصحية الأولية:

الرعاية الصحية الأولية تقدم بواسطة فرق متخصصة على مستوى عال من التدريب والعناية بالمريض تحت أي سن عل حسب تقدم المرض ورعاية الحالات الحرجة بالمستشفى والعلاج المقدم لحالات خلل الإدراك والصور المختلفة لمرض الخرف حسب قانون الكفاءة الأولية لعام ٢٠٠٥ وحول مناقشات عديدة ومحاولات لفهم حالة المريض ومدى توافقها مع طرق الرعاية في المستشفى.

إن فرق الرعاية الصحية الأولية في المستشفيات لها قدرة كبيرة على التأثير في لوائح العمل من نموذج التقديم وتحليل المعلومات مع أفضل تعامل مع المرضى جدول ٣:١١ الانفعال في مستشفى الحالات الحرجة:

الهديان هو حالة عامة لمريض في حالة متوسطة من المرض خصوصاً المرضى المسنين ولا بد من نقل المريض إلى المستشفى لأيام قليلة على فترات من شهرين إلى ثلاثة أشهر، تطور الهديان المزمن يسبب الوفاة ويحتاج إلى التواجد في المستشفى ، تفاعل أدوية المضادات النفسية وزيادة احتمال عدم المسؤولية في المكان .

الهديان متلازمة نفسية عصبية تتزايد بسبب:

١. التقدم الحاد.
٢. تقلب الدورات.
٣. مدركات غير عادية كالهلاوس البصرية والسمعية
٤. خلل الإدراك العام. صعوبة تركيز الانتباه. أفكار غير منظمة
٥. قلة النشاط الهدوء علامات انتظار الموت بسبب تزايد أعراض خلل الإدراك.

٦. زيادة الحركة والهذيان. تغيرات المزاج، توقع ما هو غير عادي ينقل المريض لاحتمال زيادة الحركة ، ولا بدّ من مراقبة العلاج بالمضادات النفسية.

مع وجود الهذيان وهو غالباً متعدد الأسباب والعوامل قد يكون العلاج نفسه هو السبب ، ولا بدّ من الملاحظة الجيدة.

معلومات الفريق والتشخيص تشير إلى (الخصوصية – انخفاض النشاط – الهذيان) هو تقدم عظيم نحو الموت وينصح بالبقاء في المستشفى.

استنتاج:

عدد كبير من مرضى الخرف الحاد بالمستشفيات وأكثر من نصفهم غير مشخّص بالمرض.

الخدمات المتقدمة بالمستشفيات تتميز بالحدة والصلابة وعدم المرونة اللازمة للتعامل مع مرضى الخرف أو عائلتهم وحاجتهم للرعاية أو وقتها من حيث الغرض والضرورة .

ثمة طرق ودراسات تساعد على جعل المستشفى مكان صديق لمرضى الخرف من خلال تغيير اللوائح وتوفير بعض المرونة في التعامل مع المرضى وعائلتهم وتقدير احتياجاتهم للرعاية والمتابعة الصحية لتقديم أفضل رعاية للمريض.

الفصل الثاني عشر

الخرف والقانون

– فليستي ريتشارد – جيلينا جونكوف.

نظرة عامة:

تشخيص المرض: التشخيص بالمرض ليس تحولاً تلقائياً كقرار بعدم الكفاءة.

قانون الكفاءة الأولية ٢٠٠٥ لإدارة عدم كفاءة الشخص عن طريق قواه الجسمانية والعقلية.

مساعدة الكفاءة الفردية لا بدّ من المرور عبر القدرة على اتخاذ قرار مناسب في الوقت المناسب وعند الحاجة إليه والقدرة على اتخاذ قرار عموماً ومساعدة الكفاءة للقرارات الخاصة لا بدّ أن تكتمل بواسطة أفضل الدراسات المتخصصة لذلك.

المساعدة بصنع النقاش بالإضافة إلى GMC مجلس العموم الطبي. توقعات كل الأطباء كونه قادراً على فرض الكفاءة في العلاقات والعمل.

تقديم خطة رعاية تساعد على الاستقلالية وتقدير النفس لا بدّ أن نشجع المريض في المراحل المبكرة

تصدير:

مرضى الخرف لا يفقدون فقط سيطرتهم على الحياة ، كذلك كفاءتهم على اتخاذ قرار التشخيص ليس له طريقة تلقائية لتقدير عدم الكفاءة لكن تقديم خطة مستقبلية للرعاية والتفاعل تكون مقيدة لشخص سيتخذ قرار بشخصية منقوصة .

الاستشاريون الصحيون لا يقدمون فقط التشجيع والإرشاد للمرضى لتخطيط الحياة المستقبلية ، لكن أيضاً المساعدة في كفاءة صنع القرار كجزء من صنّاع القرار في GMC يقبل كل طبيب قادر على فرض الكفاءة في العلاقات ، والعمل في الخرف دائما هناك نقاط توازن بين

عوامل المخاطرة لاستقلالية الشخص، ودائماً ما يكون الأفضل للشخص.

هذا الفصل يغطي الرؤية التشريعية وقانون الكفاءة الأولية وقانون الصحة العامة والتجريد من الحرية بغرض الحماية DOLS ، كذلك يغطي تقديم الخطط وبعض المصاعب التي تواجه المريض التشريعات

١. قانون الكفاءة الأولية ٢٠٠٥ (M C A 2005)

٢. قانون الصحة العامة ١٩٨٣ (M H A 2007)

قانون الكفاءة الأولية ٢٠٠٥

هو ببساطة القدرة على اتخاذ قرار MCA والمعمول به في إنجلترا وويلز على الراشدين في اسكتلندا عام ٢٠٠٠ يعرض تشريعات حقل العمل لفرض الكفاءة واتخاذ قرار لأنفسهم.

المبادئ الأساسية MCA 2005 في صندوق ١:١٢ ووضع لحماية الناس عندما تقل كفاءتهم ولمساعدتهم كيفما أمكن على اتخاذ قرار يؤثر عليهم:

صندوق ١:١٢

خمس مبادئ أساسية لـ MCA 2005

١. افتراض الكفاءة ما لم يوجد دليل على قلة الكفاءة
٢. كل الخطوات اتخذت لمساعدة الغرض على اتخاذ قرار.
٣. ينتظر من الفرد اتخاذ قرار صحيح.
٤. وضع القانون لفعل / صنع لشخص قلت كفاءته ولا بدَّ من فعل / صنع على أفضل وجه.
٥. العرض الأخير لعدم الكفاءة لا بدَّ أن يكتشف

كفاءة المساعدة الأولية

كل مستشاري الصحة العامة لا بدَّ من قدرتهم على فرض الكفاءة الفردية تفرض بناءً على خطوتين من اختبار الكفاءة متبوعا بفرض قدرة الفرد على اتخاذ قرار مناسب كما في صندوق ١٢:٢ تحت قانون الكفاءة الأولية يفقد المرء كفاءته إذا:

٦. وجود خلل وتضرر (عدم القدرة- الصدمة) بطريقة تؤثر على عمل العقل أو الدماغ.
٧. وجود خلل وتضرر تعني عدم قدرة الشخص على اتخاذ القرار المناسب عند الحاجة.

صندوق ١٢:٢

خطوتان لاختبار الكفاءة

١. هل الشخص مصاب بضرر في الدماغ والعقل أو هناك نوع من الخلل يؤثر على طريقة عمل العقل والدماغ.

٢. هل هذا الخلل يعني عدم القدرة على اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب؟

مساعدة القدرة على اتخاذ قرار مناسب

٣. هل يملك الشخص فهمًا عامًا لأهمية اتخاذ القرار؟ لماذا نحتاج إلى قرار؟

٤. هل يفهم الفرد فهمًا عامًا للعواقب إذا تم اتخاذ قرار خاطئ؟

٥. قدرة الفرد على فهم المعطيات ووزن المعلومات المعروضة للنقاش

٦. هل يستطيع الشخص التواصل مع المناقشة؟

العلاقة بين قانون الكفاءة الأولية وقانون الصحة الأولية

على نحو نادر يحتاج الاستشاريون النظر إلى قانون الصحة العامة ٢٠٠٧ لعلاج شخص مصاب بالمرض والذي قلت كفاءته للموافقة على العلاج إلى حد ما يستخدم قانون MCA 2005

وذلك عندما ينتقل المريض إلى مراحل شديدة من المرض يحتاج على أثرها للنقل إلى المستشفى حفاظًا على صحته أو توفير الأمان له أو للآخرين وعندما تعجز تجهيزات مراكز الرعاية الأولية عن تقديم احتياجات مريض ينتظر الموت هنا تأتي اللوائح المؤسسية لاتباع دليل معقد للتعامل مع تطورات المرض بما يناسب حقل العمل والانتقال من مرحلة الرعاية الأولية إلى مرحلة الرعاية الثانوية إذا لزم الأمر.

التجريد من الحرية بغرض الحماية DOLS.

DOLS قانون فرض التعامل مع شخص قلت كفاءته وكعواقب لذلك ربما يحتاج للتجريد من الحرية لحمايته واتخاذ القرار برعايته MCA 2005 قاد لتقديم قانون DOLS والذي أصبح قانون في إبريل ٢٠٠٩

يستخدم DOLS في إدارة بيوت الرعاية ومراكز الرعاية الأولية في مواجهة خطر الاستخدام الخاطيء للحرية من المريض وكذلك تستخدم المستشفيات (اللوائح الصحية المحلية ، والسلطة) للسيطرة على المرض فمثلاً رجل محترم مصاب بتقدم الخرف قرر ترك بيت الرعاية والانتقال لمكان آخر بكامل حريته ، وهو غير قادر على القيام بالمهام اليومية (الباب المعلق يومياً) هذا هو الاجراء المتخذ هنا يوصي الاستشاريون باتباع القواعد إذا لزم الأمر.

صنع قرار لوصف خطة رعاية:

التشخيص المبكر للمرض يعطي فرصة للتخطيط بشكل مؤثر للوقت عندما تكون مقدرتهم على اتخاذ قرار مؤثر حول أمور الصحة العامة والقرارات المستقبلية . انظر صندوق ١٢:٣

صندوق ١٢:٣ تقديم خطط الرعاية- تفويض اتخاذ القرار

تفويض اتخاذ القرار تعني فقد الكفاءة

١ . دليل القانون الأساسي.

٢ . دليل النقاش لرفض العلاج.

٣ . آخر قوة للوكالة LPA لصحة الفرد.

التفويض بالقرار كدليل على فقد الكفاءة.

١ . LDA الإعداد والتوجيه.

٢ . أثناء قوة التوكيل قبل اكتوبر ٢٠٠٧ استبدل LPA

خطة الرعاية لفاقدى الكفاءة وتفويض القرار

١. تحكم لوائح الحماية

٢. توزيع الاستقلالية الكفاءة الأولية تقديم IMCA

القرارات الصحية

تقديم المساعدة

تقديم الرعاية الصحية والمساعدة الطبية وتتخذ القرارات وفق القانون الأساسي ، واتباع لوائح مراكز الرعاية الأولية ، من خلال النقاش والتأكد عبر صنّاع القرار، انظر صندوق ٤:١٢

تقديم قرار برفض العلاج (ADRT)

صندوق ٤:١٢ تقديم المساعدة للفئات

تعليمات حول المعالجة الدوائية

العلاج، الخلل والمرض وسبب ذلك متضمنًا مناقشات الرفض واستخدام القانون الأساسي للعلاج في حالة رفض العلاج ADRT

الطرق المفضلة في التعامل مع تصاعد الأزمة

وصف مسئولية إدارة المستشفى

أولوية المستشفى / أو بدائل المستشفى

تعليمات الرعاية الشخصية

مراعاة الفردية في المستشفى من خلال لوائح الإدارة

وقت وحرية الزيارة أثناء الاستشفاء

يتم الاستناد للقانون الأساسي في حالة اتخاذ مريض قرار ADRTs وهو تشريع يتبع عندما يتخذ شخص يملك الكفاءة الأولية لاتخاذ قرار كهذا.

المراحل الأخيرة للتوكيل لرعاية الشخص وصحته.

الفرد الذي يملك الكفاءة يمكنه استكمال LPA للمحام للتفويض في المنافسات بالنيابة عنه عندما يأتي وقت فقد الكفاءة LPA يمكن اتخاذه لسببين الملكية الخاصة والمالية ورعاية الشخص وصحته.

عند رفض العلاج يستخدم التوكيل مع LPA والذي يعطي المحامي قرار رفض العلاج المقدم من المريض، والمحامي لا يستطيع القبول أو الرفض أو التدخل لهذا المريض من خلال MHA 1983

LPAs يمكن أن يستخدم لمرة واحدة في مكتب الوصاية العام حيث يمثل المحامي الشخص ما هو الأفضل له ، وليس يتمناه أو يختاره حيث تقرر لائحة نهاية الحياة مع تقديم القانون الاساسي و LPAs انظر الفصل الثالث عشر.

مناقشة الأمور المالية

تقل الوكالة عبر المحامي لإدارة الأمور المالية

EPA استبدل في أكتوبر ٢٠٠٧ ب LAP للملكية الخاصة والمالية EPA مازال معمول به طالما هو ممثل بالمحكمة ، ولا يتعارض في

بعض النقاط مع LAP وفي الحالتين لن يستطيع المحامي توقيع الوثائق قبل أكتوبر ٢٠٠٧ EPA كان يستخدم ما دام الشخص يملك الكفاءة لاتخاذ القرار للأمور المالية فقط. ويستطيع الشخص الموافقة على ذلك لاستخدامه عند فقد الكفاءة وفقاً للوائح مكتب الوصاية العامة.

يمكن للمحامي استخدام قانون EPA للإدارة المالية للأمور المهمة مثل الطعام والفواتير فعندما يخضع الفرد EPA ليس هناك معاملات مالية كبيرة يمكن أن تأخذ مكانها.

محكمة الحماية . فعل التفويض

هؤلاء الذين تقل كفاءتهم لعمل تفويض بالمناقشة والقرار، التفويض يمكن تقديمه لمحكمة الحماية Cop ، وهنا تقرر المحكمة إذا كان الشخص يملك كفاءة لاتخاذ القرار ، وتحديد القوة لاتخاذ قرار الوكالة للفرد. كل من المحامي LPA والمفوضين COP لابد ان يمثلوا ما هو الأهم لذلك الشخص من خلال Cop وتستطيع COP تتحية المفوض والمحامي عندما يفشلون في تأدية واجباتهم تجاه الفرد موضوع التفويض وفقد الكفاءة.

الصعوبات حول الكفاءة

هناك وقت سيكون من غير الواضح لمريض الخرف امتلاكه الكفاءة لاتخاذ قرارات صحيحة لو شعر بامتلاكه الكفاءة فالشخص حر في اختيار تحديد المخاطرة عند نقص الكفاءة ، ومن الأفضل لاتخاذ قرار التفويض لاتخاذ ضد رغبات المريض التي تتعارض مع تقديم العلاج مستقبلاً حتى لا يفقد الفرد فوائد العلاج والرعاية ، ويصبح القانون قادر على حمايته وحماية أموره المالية.

الخرف وقوانين القيادة

التشخيص بالخرف لا يمنع الشخص تلقائياً من القيادة مع تقدم المرض تتأثر القدرة على القيادة بأمان ، قرار الاستمرار في القيادة بعد

التشخيص يتم اتخاذه من خلال قدرة المريض والقواعد الطبية والتشريعات الموضوعية لذلك DVLA حيث يتم تقدير مدى قدرة المريض على القيادة من خلال التواصل مع الأشخاص المعنيين بذلك مثل الممارس العام وأخصائي القياس النفسي مع وضع التشخيص بالاعتبار لعمل حكم فالمراجعة المستمرة لا بد أن تأخذ مكانها من خلال تقدير النفس والتقييم المستمر للحالة لسنوات بعد التشخيص ممكن للفرد القدرة على القيادة أو تقرير ما إذا كان غير قادر وعليه الاستعانة بسائق أو استخدام المواصلات العامة منذ بداية التشخيص في بعض الحالات.

استنتاج:

التشخيص المبكر للمرض يسمح للمرضى بترتيب حياتهم المستقلة متى يكونوا قادرين على ذلك واتخاذ القرارات المسبقة بالوصاية من خلال المناقشة والتواصل فيما يتعلق بالكفاءة على اتخاذ القرار أو قيادة السيارة أو حتى تطور الحالة لرفض العلاج يأتي دور القوانين وكيفية التعامل مع استقلالية الغرض من خلال تشريعات تحرص على تقرير الأولويات للحياة ، وتقديم كل ما هو مهم من الخدمة والرعاية.

علاج فاقد الكفاءة:

يعالج الشخص فاقد الكفاءة وفق قانون 2005 MCA من خلال توصيات استشاري العناية الصحية مع مراعاة قيمة المريض كإنسان وذلك بالتنسيق مع العائلات ومقدمي الرعاية والمحامي لعمل قرار مهم بخصوص المريض ، ثم تسليط الضوء على ذلك القانون MCA2005 وتقدم القانون الأساسي متضمناً ADRT في حال رفض المريض للعلاج ، كخطوات للفرد في طريق فقد الكفاءة

صندوق ١٢:٥

الخطوات المتبعة في علاج فاقد الكفاءة

- ١ . استكشاف أمنيّات الفرد عن العلاج (القانون الأساسي في حالة رفض العلاج)
- ٢ . التواصل مع صناع القرار من خلال LPA
- ٣ . تقديم المساعدة المستقلة لشخص فاقد الكفاءة (الرجوع للائحة IMCA)
- ٤ . وضع خطة الرعاية والعلاج من خلال لوائح القانون الأساسي.

الخدمات التي يقدمها قانون الكفاءة الأولية IMCA

يقدم الدعم التشريعي للمريض وعائلته من خلال قوانين التفويض والوصاية وحماية الممتلكات والأموال المالية كذلك اتخاذ القرارات المستقبلية عندما يكون المريض فاقدًا للكفاءة.

تغطية وصف الدواء:

- ١ . تقديم الرعاية بأفضل ما يكون.
 - ٢ . تقديم القانون الأساسي ويتضمن ADRTs .
 - ٣ . هذه هي الطريقة الوحيدة لتقديم الخدمة في حالة رفض العلاج.
- أمثلة:

بيتي تبلغ من العمر ٦٤ عاما شُجِّصت بخرف مقدمة الرأس (اضطراب في السلوك) وأصبحت غير قادرة على اتخاذ القرار المناسب طلب ابنها توقيع توكيل باسمه الممارس العام شعر بقلّة كفاءة يبني على اتخاذ القرار وطلب من ابنها استخراج حكم بالوصاية COP3 ووفقا لرأيه. تخمين : إدارة الأمور المالية في حالة وجود موافقة قانونية أو تفويض بذلك من خلال لوائح وقوانين LPA أو COP بناء على التشخيص وتوصيات الممارس العام.

الفصل الثالث عشر

نهاية الحياة ، رعاية مرضى الخرف

- كي دي فيرز

نظرة عامة:

١. فهم التداخلات المقدمة لمرضى الخرف وعائلاتهم
٢. تقديم خطة الرعاية للمريض لا بد أن تمرّ عبر المساعدة المبكرة
٣. عوامل خطورة الموت للمرضى ليست سهلة التقبل.
٤. مراحل العلاج للمرضى صعبة التقدم.
٥. لدى المرضى أعراض واحتياجات للرعاية الصحية مقارنة بمرضى السرطان في نهاية حياتهم.
٦. الألم تحت القرار وتحت الرعاية للمرضى.

مقدمة

الخرف دائماً مرض يتصاعد من حيث الشدة وعدم القدرة على العلاج في كثير من الحالات لا تملك فرق الرعاية أو العائلات رؤية واضحة لعلاج المرض ، الألم وقلة المعلومات أو الفهم وإمكانية وفاة الحالة وتنامي الألم غالباً ما يموت الناس في مراكز الحياة حيث يكسب الموت التحدي أمام المرضى والعائلات وفرق الرعاية.

وإلى ذلك الوقت تقدم مراكز الرعاية الدعم الطبي والنفسي للمرضى والعائلات من خلال التواصل ودعم المعلومات وإدارة خطة الرعاية في محاولة للسيطرة على الأعراض أو التقليل من حدتها ، هدف الرعاية هو تقديم صنع القرار لتقديم حياة مريحة لشخص في آخرها.

العلاج مدى الحياة ليس موضوع للنقاش ، لكن طرق تقديمه ومدى استعانة فرق الرعاية بالمعالجة الدوائية وإدارة ذلك جيداً لرفع جودة الرعاية وفقاً لقواعد وأخلاقيات المهنة ، من خلال شكل الأعراض واحتياجات المريض حتى المرحلة الأخيرة للمرض.

تقديم خطة الرعاية والتدخل وتقديمها للمرضى وعائلاتهم.

تقديم خطة توضح طريقة الرعاية الممتدة من لحظة التشخيص حتى لحظة الوفاة، تقديم الدعم والمعلومات الكافية والتواصل بين العائلات وفرق التشخيص والرعاية والمساعدة على اتخاذ القرار المناسب للرعاية وفقاً لكفاءة الفرد على اتخاذ القرار من خلال التفويض بالوكالة.

ووجود خطة رعاية متكاملة تعالج خلل السلوك الناتج عن المرض والسيطرة على الأعراض وتدرج طرق المساعدة والتواصل مع أعضاء الأسرة ، وتبادل المعلومات مع صناع القرار لاتخاذ القرار المناسب لعلاج المريض وإدارة أموره الصحية والمالية .

انظر فصل ١٢ .

التحدي الذي يواجه العائلات وفرق الرعاية في المرحلة الأخيرة للمرض هي تصاعد الأعراض بشكل صعب التعامل معه وذلك يتطلب جودة الرعاية والتدخل لجعل الحياة أفضل.

عوامل الخطورة وموت المريض

خمس عوامل أو أكثر من الخطورة الشديدة والتي تسبب الوفاة ، قليل من المعلومات المتوفرة عن أسباب الوفاة لكن التقدم في المرض هو الطريق نحو النهاية مع البحث فإن أهم العوامل للوفاة: جدول ١: ١٣ لمرضى متلازمة الخرف.

القاعدة الذهبية المتبعة في حقل العمل للتعامل مع المرضى المحتاجين للدعم والرعاية. جدول ٢: ١٣ ، مع ظهور العلامات التي تشير إلى اقتراب الوفاة خلال ٦:١٢ شهر وعندما تكون لا سرطانية غالباً ما تكون الأعراض حادة ومتوحشة مثل الخلل الشديد في الإدراك ،

صعوبة الكلام ، صعوبة البلع، العدوى والأعراض النفس عصبية
وسوء التغذية.

الموت هو النهاية بعد صراع مع الألم والمرض وأهمها الإيثوميا.

خبرات الأعراض لمرضى الخرف في نهاية حياتهم.

المرضى الذين يموتون بالخرف يواجهون أعراضًا واحتياجات معقدة
للرعاية .

جدول ١٣:٣

ولفترات طويلة تطور آلامهم وتقدم المرض فهم يحتاجون للفهم
والرعاية في آخر حياتهم (فان ديرستين ٢٠١٠) تحت عنوان (خبرات
نهاية الحياة)

خبرات نهاية الحياة

الألم تحت الرعاية وتحت الألم كتحدى يومي هكذا يعيش المريض
تتزايد خبرات الألم وتتنويع الحاجة إلى المساعدة في غياب أي فعل
للمريض حيث يكون منتقص الشخصية والمسئولية يكون التغيير
والخلل في السلوك هو التحدي الأعظم. صندوق ١٣:٤

جدول ١٣:١

العنوان	الإدارة
مستوى الألم	ABBEY
مساعدة للمريض في حالة عدم ارتياح	ADD
شكوى من ألم غير معروف السبب	CNPI
سلوك غير مريح	

عدم القدرة على تلقي المساعدة	DBS
عدم الارتياح لمرضى الزهايمر	DiS-DAT
DOLOPLUS2	DS-DAT
التمريض الرشيد للمساعدة على تخفيف الألم.	DOLOPLUS2
مساعدة الألم مع تقدم المرض	NOPPAIN
	PAINAD

بيانات المساعدة المقدمة لمرضى الخرف المتقدم

الكثير من الأعراض الجانبية جدول ١٣:٢ الأدوية الرعاية الصحية تتزامن مع أعراض المرض لتجعل الأمور أكثر سوء

جدول ١٣:٢ مبادئ الاستخدام الصحيح للأدوية

العلاج الفموي لا بد أن يكون المفضل طالما أمكن الجرعة تكون محددة لارتياح المريض. تحديد الجرعة المناسبة وفق احتياج المريض ودرجة الألم. لا بدّ من استخدام الجرعات الدوائية بعناية مع أقل إمكانية للأعراض الجانبية.
--

صعوبة البلع:

تؤدّي عدم قدرة الشخص على ابتلاع الطعام أو السوائل ، وهي مرحلة متأخرة من أعراض المرض ، ولا بدّ من تضافر جهود الأطباء والمرضى وفرق الرعاية والعائلة لمساعدة المريض وتقديم الدعم واستخدام التقنيات المتاحة لتجنب سوء التغذية وفقد الوزن وانخفاض ضغط الدم أوصى المجلس الطبي العام GMC عام ٢٠٠٨ فرق

الرعاية والأطباء باتخاذ قرار باستخدام الأدوات المتاحة لتغذية المريض مثل التغذية الأنبوبية ومساعدة المريض حتى نهاية حياته بسلام.

الجفاف والذئف

إن لفقدان الشهية وصعوبة البلع الأثر الشديد على حساسية المريض للضوضاء والبيئة المحيطة كذلك البقاء لفترات طويلة في المستشفى وذلك يحتاج نمط من الرعاية يحافظ على تناول السوائل وتوفير بيئة هادئة للمريض في فترة نهاية الحياة.

المرض

يعاني المريض في المراحل الأخيرة من الأعراض العميقة للمرض وتأخر الحالات كأمراض ضغط الدم والسكر والأمراض الوعائية ويقدم الأطباء المساعدة اللازمة حسب شروط الحالة وتحمل الدواء.

صندوق ١: ١٣ تقدم وأسباب الوفاة للمرحلة الرابعة من مرض الخرف

مرض الزهايمر AD	أهم الأسباب الامراض الجسمانية الأساسية العدوى، صعوبة البلع، فقدان الوزن، ضعف العضلات، جمود المشاعر ، زيادة خطورة الالتهاب الرئوي وهو السبب الأكثر للاقتراب من الأرض تقدم في التغيرات العصبية غالبا ما تكون الوفاة بسبب السكتة القلبية.
الخرف الوعائي vd	حالة حادة من الخرف والجمود. عدد قليل من المرضى يتقدمون ببطء نحو الموت كما في بينومونيا أهم سبب للوفاة
خرف أجسام ليوي DLB	

<p>المرحلة الأخيرة من الخرف الوعائي الأعراض تتضمن (بطء في الحديث، فقدان تناسق الحركة، فقدان القدرة على الحركة).</p> <p>الموت يكون سبب الجمود الكلي للجسم</p> <p>المسبب الالتهاب الرئوي وتطور المرض إلى الموت</p>	<p>الخرف الجبهي الصدغي FTD</p>
--	------------------------------------

بيانات الزهايمر ٢٠١١ - ٢٠١٣

صندوق ١٣:٢ الوصف الطبي للمريض في المراحل المتأخرة

<ol style="list-style-type: none"> ١. عدم القدرة على المشي من دون مساعدة ٢. صعوبة التعرف على الوجوه ٣. عدم فهم المعاني والتواصل الفعلي ٤. عدم القدرة على اللبس من دون مساعدة <p>بالإضافة إلى</p> <p>١٠% من فقدان الوزن كل ستة أشهر، الجفاف، ارتفاع الأليومين إلى ٢٥ جم/ل مستوى عالٍ لزيادة مخاطرة الإصابة بالالتهاب الرئوي</p>
--

صندوق ١٣:٣

الأعراض الشائعة لتقدم الخرف في مرحلة نهاية الحياة

الألم العدوى والمرض

صعوبة البلع الجفاف

صعوبة التنفس الدنف

الانزعاج الحاد ضغوط ومخاوف مرضية

خطوة ٣ أفيون قوي

مسكنات غير أفيونية

خطوة ٢ مسكنات مساعدة

ألم متوسط أسبوع أفيونية

مسكنات غير أفيونية وشديد

مسكنات مساعدة

خطوة ١ ألم مبدئي ومتوسط

مسكنات غير أفيونية

مسكنات مساعدة

الألم البسيط الأولي

شكل ١:١٣

اللوائح المتبعة لعام ١٩٨٦

توصيات منظمة الصحة العالمية

صندوق ٤:١٣ علامات الألم

النعاس زيادة	أمراض القلب	عبوس الوجه
النوم	والدم	ويعني هذا
التشوش واضطرابات	الضغط	الضغط
النوم	التعرق	الحذر
فقدان الشهية	الضجر	على حركة الجسم
زيادة الاضطرابات	الصراخ والحزن	تحريك كل جزء
الغضب	زيادة أو عدم	بغناية
العذوانية	زيادة الوعائية	الشكوى من
عدم القدرة	سلوك اجتماعي	الحركة
	غير لائق	امتداد الحركة
		أو الحركة ببطء

أدوات تساعد على فهم الألم والعصبية

<http://prc.coh.org/pain-noa.htm>

استنتاج

مرحلة الاحتضار هي مرحلة معقدة للمرضى وذويهم، وكذلك الأطباء و فرق الرعاية ، ومحاولة تقديم الدعم ووسائل الراحة للمريض هي الهدف لهذه المرحلة والبقاء لفترات طويلة في المستشفى تقديم البيئة المناسبة من الرعاية والتواصل مع أفراد العائلة وتقاسم المسؤولية والذكريات في الأيام الأخيرة من حياة المريض. الرعاية الجيدة والتدخل المناسب والقرار الصحيح هي ما يمكن تقديمه في هذه المرحلة.