جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية قسنطينة – الجزائر
ISSN: 1112-4377, EISSN: 2588-2384
المجلد: 29 العدد 2. السنة 2025
مجلة المعيار
EL MIEYAR

التربية العلاجية لمرضى الباركنسون

Therapeutic education for Parkinson's patients

خالدي كوثر [1]
kaouther.khaldi@univ-constantine2.

تاريخ الاستلام: 2024/06/30 تاريخ القبول: 2025/02/12 تاريخ النشر: 2025/03/22
Received: 30/06/2024 Accepted: 12/02/2025 published: 22/03/2025

ملخص المقال: تهدف التربية العلاجية لمساعدة المرضى الذين يعانون من مرض مزمن لتقبل وضعهم والسعي لتحسين حالتهم الصحية كلما تطور المرض، لكن هذه الممارسة غير متاحة بالنسبة للعديد منهم، و هنا تبرز أهمية تقديمها بالنسبة لمرضى الباركنسون بشكل خاص، للتخفيف من الأعراض المزمنة و الخطيرة التي يعانون منها طيلة فترة المرض، بحيث يظهر دور مقدمي الرعاية الصحية متعددي التخصصات من خلال تطبيقها في مختلف هياكل الرعاية الصحية ما أمكن، أين تكون هناك زيادة الحاجة إلى دعم مرضى الباركنسون، و تظهر أهمية تطبيق مفهوم التربية العلاجية، من خلال جعل المرضى أكثر استقلالية ووضعهم في علاقة تعاون مع مقدمي الرعاية الصحية.

كلمات مفتاحية: التربية العلاجية، مرضى الباركنسون، مقدمي الرعاية الصحية.

Abstract:
Therapeutic education aims to help patients with a chronic disease to accept their situation and seek to improve their health condition as the disease progresses, but this practice is not available for many patients, and here the importance of providing it for Parkinson's patients in particular, to alleviate the chronic symptoms they suffer from throughout the disease, so that the role of multidisciplinary health care providers appears by applying it in various health care structures where possible, where there is an increased need to support Parkinson's patients, and the importance of applying therapeutic education concept, by making patients more independent and putting them in a collaborative relationship with their providers.

Keywords: Therapeutic education, Parkinson's patients, healthcare providers.

(1) جامعة عبد الحميد مهري. قسنطينة 2. (الجزائر)

مقدمة:

يعد مرض الباركنسون من الأمراض العصبية التنكسية المنتشرة، بحيث تتحلل الخلايا العصبية بالتدريج، مما يجعل المريض يخسر العديد من الوظائف الحركية بالدرجة الأولى، والمعرفية، وتسوء حالته النفسية بسبب فقدانه السيطرة على الحركة والصحة عموما، كما تتأثر جودة الحياة دون أمل في التحسن، ومن هنا وجب الاهتمام بتحسين وضعية المريض بأكبر قدر ممكن من خلال بعض التدخلات الخاصة في كل المجالات.

وفي ظل التطور الذي يعرفه الطب في ميدان علاج الأمراض المزمنة مثل مرض الباركنسون، أصبح من الضروري التأكيد على أهمية دور الاخصائيين المتعددي التخصصات في إرساء ثقافة علاجية من خلال التربية العلاجية التي تعتمد على وضع مناهج للتثقيف العلاجي للمريض الذي يعاني من مرض مزمن، من خلال إشراك المريض ومحيطه في العملية العلاجية وتزويده بالمعلومات حول هذه الممارسة لتحقيق استقرار حالة المريض وتحسين ظروف العلاج في هياكل الرعاية الصحية.

تعد التربية العلاجية لمريض الباركنسون جزءا أساسيا من الخطة العلاجية الشاملة، حيث تهدف إلى تحسين جودة الحياة وتعزيز استقلالية المريض، وتتضمن استراتيجيات تعليمية وفي نفس الوقت علاجية خاصة بمساعدة المرضى وذويهم على فهم الحالة المرضية والتكيف معها وتفادي مضاعفات أكثر، وانطلاقا من هذا الطرح، تظهر الفائدة من التربية العلاجية في التأثير على مسار العلاج والتكفل بمرضى الباركنسون.

مرض الباركنسون:

يوصف مرض الباركنسون باسم الشلل الرعاش وقد اكتشف سنة 1897 من طرف الطبيب جايمس باركنسون (**Bonnet ,2006**)، ومنذ ذلك الوقت توالت الدراسات حول هذا المرض لتحديد أعراضه ووصف أثاره. أما في الجزائر، فقد سجلت الآلاف من الحالات على مستوى مصالح الطب العصبي في المستشفيات، لكن لا توجد إحصائيات توضح مدى انتشار المرض بالتحديد.

يعد هذا المرض ثاني أكثر الأمراض التنكسية العصبية شيوعا في العالم بعد مرض الزهايمر. (**Massano et Bhatia 2012**). وبحسب إحصائية أجريت في 2013، يقدر المكتب الوطني للصحة أن الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاما، يمثلون 8% من السكان بالجزائر، لكن هذا الرقم في تزايد مستمر ويتزامن مع زيادة انتشار مرض باركنسون في العالم. (**Baghdadli et al, 2016**)

إن أعراض مرض الباركنسون موصوفة من خلال الارتعاش أثناء الراحة، وتشوهات لوضعية الجسم وصعوبة الوقوف والمشي، مع شلل وضعف الشد العضلي. وفي سنة 1868, وصف **شاركو** الأعراض الكلاسيكية للمرض والتي من بينها التصلب العضلي، الارتعاش اثناء الراحة، نقص وبطيء الحركة. أما في سنة 1877 فقد انتقد **شاركو** مصطلح الشلل والذي يجده غير مناسب واقترح تسمية مرض باركنسون. (**Charcot 1987**).

تعد الأعراض في مرض الباركنسون معضلة بسبب نقص أو الخلل في إنتاج الدوبامين في الخلايا العصبية والنواقل العصبية بحيث تنتقل النبضات الكهربائية من خلال الأعصاب من الدماغ إلى العضلات، وتتحكم هذه النبضات في حركة العضلات، لكن تلف الخلايا العصبية الخاصة بالدوبامين يقلل من قدرة المريض على بداية الحركة وتنسيقها (**PMH ,2015**). وتزداد أعراض المرض سوءا مع مرور الوقت، وعلى الرغم من أن العملية التنكسية تتقدم، إلا أنه من الصعب التنبؤ بتطور المرض وتدهور حالة المرضى. (**defebvre, L., & Verin , M, 2006**).

ووفقا لنفس المؤلفين، يتطور مرض الباركنسون في المتوسط لمدة 17 عاما مع 4 فترات تطورية رئيسية، ويعد أحد أكثر أمراض التنكس العصبي شيوعا في جميع أنحاء العالم، وتبقى أسباب المرض غير معروفة لحد الآن، وهو ما ترتب عنه عدم وجود علاج ولكن بالمقابل تم تطوير استراتيجيات طبية منها علاج بالدوبامين والذي يمثل العلاج الأكثر فعالية لغالبية المرضى.

تتمثل المؤشرات الأساسية الأكثر تواترا في: الارتعاش، التصلب العضلي، تعذر الحركة، مع بعض الاضطرابات المميزة كوضعية الجسم واضطرابات المشي، كما تظهر مؤشرات تحذيرية مثل فقدان حاسة الشم، واضطراب النوم بسبب التهيج الحركي.
تتوافق العرضية المرضية مع وجود حركات إرادية مع الارتعاش في 70% من الحالات، وهو العلامة الأولية للمرض التي تظهر، ثم تتناقص خلال الحركة أو خلال النوم، كما تتدخل عوامل مثل الإجهاد والانفعال في احتمالية حدوث المرض.
تظهر كذلك العديد من الاضطرابات مثل صلابة الحركة التي تترافق مع زيادة الشد العضلي، لأن الأطراف تحتفظ بالوضعية في آخر الحركة، وتزداد المقاومة عندما يقوم المريض بأداء حركات إرادية. كما توجد العديد من الاضطرابات الأخرى المرافقة للمرض كالاضطرابات النفسية كالخرف والهلاوس والاكتئاب، واضطرابات النوم والاضطرابات الحسية. وتظهر الآلام بسبب الشد العضلي، والعجز عن الشم، وكذا عرض عصبي إعاشي يتمثل في صعوبة البلع، كما يعاني المريض من إمساك وفقدان الوزن، ومن الوارد أن يظهر اضطراب التنفس الذي يختلف من مريض إلى آخر، والجدير بالذكر أن هذه الاضطرابات لا تظهر عند جميع المرضى.

3. مراحل تطور المرض:

إن تطور المرض يتميز بثلاث مراحل تطورية: المرحلة الأولى تتميز بمؤشرات خفية والتي تسمح بوضع تشخيص مرض الباركنسون، لكن لا تمنع المريض من مزاولة حياته بشكل عادي، كما تظهر أعراض أخرى فيما بعد تخص ارتعاش الأطراف مع شد عضلي مع تعب، وصعوبة الكتابة والمشي، كما يظهر القلق والاكتئاب.
أما المرحلة الثانية فتتميز بظهور تدريجي لاضطرابات مثل اضطراب وضع الجسم، حيث أنها تسبب تقلبات الأعراض من خلال حركات غير عادية لاإرادية مع خلل في الحركة.
في المرحلة الثالثة فإن تطور المرض يسبب فقدان الاستقلالية، كما تتأزم الاضطرابات بحيث تصاب الوظائف المعرفية الحركية، وتبرز أعراض عصبية إعاشية وبذلك تتوالى تعقيدات المرض المختلفة مثل الصدمات بسبب السقوط وكذا الاعتلال الرئوي للمريض.

إن العلاجات الأساسية تكون دوائية أساسا لعلاج الأعراض، لكن لا يمكن أن توقف تطور المرض، ويتعلق الأمر بعلاج الدوبامين وهو العلاج المرجعي في هذا المرض، ويقوم العلاج على زيادة نسبة الدوبامين في العصبونات، ويؤثر على الأعراض الحركية بحيث يوصف في حالات ظهور صعوبة وظيفية في الحركة. بينما يمكن للمضاعفات أن تظهر مثل الخلل في الحركة. وهنا تظهر ضرورة إعادة التأهيل لجعل المريض أكثر ثقة بنفسه، ويهدف التأهيل أساسا لتعويض الحركة اللاإرادية بحركة إرادية. وبسبب تعقيد المرض وعلاجه وجب على الأطباء التوجه الى استراتيجية شاملة تتمثل في التكفل بالمريض مع إدماجه في العملية العلاجية حتى يسهل تحقيق تقدم بالنسبة للعلاج والتأهيل.

تظهر أعراض مرض الباركنسون ببطيء وتتمثل العلامات الأولى في: التعب، التشنجات والآلام المختلفة، وهي علامات لا توحي بإصابة المريض، لكن يتميز المرض بأعراض رئيسية مثل: رعاش الراحة، بطيء الحركة، تصلب العضلات، بالإضافة إلى عدم استقرار وضعية الجسم، إذن الباركنسون هو مرض مزمن ينطوي على تغييرات في السلوك ونمط الحياة أيضا، لذلك فإن إنشاء تربية علاجية، يمكن أن يسهل التكيف مع هذه التغييرات، وتعد التربية العلاجية جزءا أساسيا من العلاج، فيصبح المريض هو الفاعل الأساسي في رعاية نفسه صحيا.

وهنا يبرز دور المعالج في تصحيح معتقدات معينة للمريض عن مرضه، ويتوجب عليه فيما بعد تحديد الأهداف اليومية، وفي هذا السياق قارنت إحدى الدراسات بين مجموعتين من مرضى باركنسون: المجموعة الأولى تتلقى العلاجات الكلاسيكية، أما المجموعة الثانية فتتلقى التربية العلاجية وحصص إعادة التأهيل الوظيفي. وقد أظهرت النتائج أن هناك أثر إيجابي على جودة الحياة وعلى جودة الرعاية الصحية بالنسبة للمجموعة التي تلقت التربية العلاجية مع إعادة التأهيل الوظيفي. وقد خلص الباحثون إلى أن التربية العلاجية مفيدة، إذن هي أداة إعادة تأهيل كاملة (**GUO, 2009**).

وحسب منظمة الصحة العالمية فإن المرض المزمن يمثل 70% أو80% من مجموع الاستشارات الطبية (**Lagger, 2009**)، أما بالنسبة للإستشفاءات القصيرة المدى فإن عدد الجلسات محدود مما يضطر المعالجين لوضع تقنيات أخرى لحل هذه التقييدات، لذلك أصبح من الضروري الاعتماد على التربية العلاجية في التكفل بهؤلاء المرضى، وأضحت تقنية جديدة مناسبة للوقت الحاضر.

من جهة أخرى فإن التربية العلاجية حول المرض والعلاجات الخاصة به تتضمن الشروحات المقدمة للمرضى والتي يجب أن تكون واضحة ما أمكن لتسهيل التعلم. وعموما فإن مرضى الباركنسون يعانون من الارتعاش في بداية المرض لكن بعد عدة سنوات يتطور المرض إلى أعراض مزعجة فيما بعد، تتضمن تشنجات عضلية يوميا، مما ينجر عنه آلام حادة، وتظهر لديه صعوبة في التنقل، الأمر الذي يجعل المريض يتعب بشكل كبير. وفي إطار التربية العلاجية لا بد لمريض الباركنسون أن يجعل له جدول تقويم، بحيث يسجل فيه الأعراض المزعجة التي يعاني منها يوميا، ليتمكن الطبيب من تكييف علاجه خلال مراحل تطور المرض.

إن الهدف من التربية العلاجية قد تم إثباته بحيث أنها تعتبر علاج تكميلي للعلاجات الدوائية، لكن دافعية المرضى لتطبيق هذا الأسلوب تعد ضرورية للحصول على نتائج جيدة، لأن دافعية المريض للتعلم تعتمد بشكل كبير على درجة تقبله للمرض والدافعية اتجاه تمثيلاته العقلية لإعادة التأهيل (**VOSS,2004**).

ونظرا لضرورة السيطرة على الأمراض المزمنة مثل الباركنسون، ينبغي النظر في التثقيف العلاجي للمرضى، والواقع أن منظمة الصحة العالمية توصي بإنشاء برامج تدريبية لمقدمي الرعاية من أجل تحسين جودة الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى. وبينما يكون إنشاء برنامج التربية العلاجية أمرا صعبا، فيصبح من الضروري أن نجمع المعلومات حول معتقدات المريض، فإذا كانت المعلومات التي يتلقاها المريض مختلفة عن معتقداته فإن مقاومة دمج المعطيات الجديدة تكون أقوى، مما يجعل التكفل بالمريض أصعب.

4. احصائيات حول مرض الباركنسون:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية، فقد بلغ معدل الإصابة بمرض الباركنسون سنة 1998 حوالي 1.000.000 حالة سنويا في العالم، وبلغ متوسط سن ظهور بداية المرض 55 سنة. أما 3/2 من الحالات فقد عانوا من المرض وكانت أعمارهم تتراوح بين 50 و69 سنة، لكن في 10% من الحالات ظهر لديهم المرض بشكل مبكر قبل سن الأربعين..

في سنة 2013 , قدر الديوان الوطني للإحصاء أن الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 60 عاما، يمثلون 8% من سكان الجزائر وأصبح هذا الرقم في تزايد مستمر ويتزامن ذلك مع زيادة انتشار مرض الباركنسون.

إن مهنيي الصحة هم أصحاب المصلحة الرئيسيين المعنيين بالتربية العلاجية، كما يجب أن يتعلم مقدم الرعاية كيفية أقامته علاقة شراكة مع المريض، كما يجب عليهم إتقان مهارات معينة لتخطيط وتنظيم التربية العلاجية مثل:

-تكييف عملية التواصل مع المريض ومحيطه.

-تحديد احتياجات المريض.

-أخذ بعين الاعتبار تجربة المريض وحالته النفسية، ومحيطه.

-تعليم المريض النقاط الأساسية لمرضه وتطوره.

-تعليم المريض كيفية وجدوى العلاجات التي يجب أن يخضع لها.

-تحسين نمط حياة المريض، من خلال إتاحة الموارد الصحة والاجتماعية والاقتصادية لهم.

عوامل الخطر لتطور مرض الباركنسون:

إن تطور الأعراض لدى مريض الباركنسون يسبب اضطرابات المشي إلى جانب الاضطرابات الحركية الأخرى، مثل الصعوبات المعرفية التي تؤثر على صحة المريض. كما أن تطور مرض الباركنسون يمكن أن ينتج عنه اضطرابات أكبر من الاضطرابات التنكسية، والخرف هو أحد الصعوبات الإضافية التي تظهر بعد 20 سنة من تطور المرض عند 80% من الحالات المصابة. كما تترافق معه اضطرابات أخرى مثل الاضطرابات السلوكية والمعرفية، وهي ناتجة أساسا عن الإصابات المرضية العصبية.

تعريف التربية العلاجية:

حسب المنظمة العالمية للصحة فإن التربية العلاجية هي مرحلة، تهدف لمساعدة المرضى، لاكتساب أو الاحتفاظ بمهارات، يحتاجونها لإدارة حياتهم بأفضل ما يمكن مع وجود المرض المزمن. وهي مرحلة تتضمن مسؤولية واستقلالية المرضى الذين يعانون من أعراض صعبة. إن التربية العلاجية هي مفهوم في تطور مستمر حيث وصف سنة 1996من طرف منظمة الصحة العالمية وفي سنة 2007 فقد قام المعهد HAS بإنشاء دليل منهجي للتربية العلاجية في ميدان الأمراض المزمنة، وتم نشر توصيات تحدد تعريف وأهداف وتنظيم هذا المفهوم. أما في سنة 2009 فقد تطورت التربية العلاجية للمرة الأولى في شكل قانون يخص المستشفيات والمرضى والصحة.

حسب منظمة الصحة العالمية (**OMS,1989**) فإن التربية العلاجية تهدف إلى مساعدة المرضى على اكتساب المهارات التي يحتاجونها لإدارة حياتهم مع وجود مرض مزمن، وتعد جزء لا يتجزأ من رعاية المرضى وتتضمن نشاطات منظمة معدة لتوعية المرضى حول مرضهم وتنظيم العلاج والإجراءات والسلوكات الخاصة بالصحة والمرض.

هناك أنواع مختلفة من التربية العلاجية للمريض والتي أدرجت ضمن سياقات مختلفة، للعلاج والرعاية الصحية، لكن البعض من هذه العلاجات قد تم بناؤها بطريقة لا تتناسب مع ما تقتضيه ظروف المرض ومراحل تطوره، كما أن تلقين طرق العناية والعلاج لم تتم بالشكل المناسب، ومن هنا ظهرت الحاجة الملحة لإنشاء برامج تربوية أفضل لغرض العلاج. إن المرضى المصابين بمرض مزمن عادة ما يضطرون لإدارة مرضهم بأنفسهم، لكن يجدر بمقدمي الرعاية الصحية أن يستخدموا التربية العلاجية لجعل جهود المرضى أكثر نجاعة. (**Assal ,2000**).

إن مصطلح التربية العلاجية أصبح قائم في ميدان العلوم الإنسانية، لكن الدراسات في هذا الموضوع قليلة جدا، حيث أنه في سنة 1972 قام ميلر بإثبات أن تطبيق التربية العلاجية في ميدان العناية الصحية، ضروري وله آثار مفيدة في تعليم المريض بحيث لوحظ أن نسبة الاستشفاء قد انخفضت بنسبة 60% وكذا انخفاض في الوقت اللازم للعلاج بنسبة 70% ضمن حالات الطوارئ. (**Iguenane,2004**).

تتضمن التربية العلاجية مشاركة طبيب الأعصاب فهو المتدخل الرئيسي والوحيد الذي يمكن أن يفهم مرض الباركنسون وأن يوجه العلاجات، لذلك تكون علاقته مع المريض أساسية، حيث يعتني بكل مشكلة على حدى فيما يخص المرض. ومن جهة أخرى، تبقى العلاقة مع الطبيب حيوية، لأنه أول من يلجأ إليه المريض، فطبيب الأعصاب يعطي التشخيص بالدرجة الأولى، بعد عدة فحوصات والتي تكون متعبة بالنسبة للمريض وتثير قلقه.

وفي هذا الاتجاه فإن العلاقة مع طبيب الأعصاب تصبح معقدة بمرور الوقت، وقد يغير المريض الطبيب في سبيل البحث عن حلول أخرى وليتفادى الإعلان عن التشخيص، لذلك وجب الاعتماد على التربية العلاجية فقد بنيت لتسهيل تكيف المريض لهذه التغيرات لأن التكفل بالمرض المزمن هو أمر معقد يتطلب مقاربة نفسية، اجتماعية، طبية، وتربوية (**Traynard, 2010**) لتعليم المريض الاعتماد على نفسه وتتبع خطوات العلاج، في سبيل تقليص مدة العلاج والمضاعفات التي تنجر عن هذا المرض المزمن. وبالمحصلة فإن دور طبيب الأعصاب أساسي ومهم في توجيه المريض وتحسين جودة حياته بالشكل المناسب، وإشراك مختلف المتدخلين في التكفل بمريض الباركنسون مثل مختص الأرغونوميا، ومهنيي العلاج الفيزيائي وطبيب التغذية والمساعد الاجتماعي.

تستهدف التربية العلاجية المريض نفسه وعائلته ومقدمي الرعاية الصحية، كما يمكن دعوة الجمعيات لتبادل خبراتهم، ولتقييم وتطوير المهارات المكتسبة والتقدم في التربية العلاجية. ويمكن تنفيذ التربية العلاجية في وسط استشفائي مثل المستشفيات والعيادات الخاصة، ويمكن لفرقة متعددة التخصصات المهنية أن تسمح بتطبيق التربية العلاجية، ومن اجل شراكة أفضل، يمكن تدوين البرامج العلاجية والعقد العلاجي والتشخيص والتقييم والمتابعة الصحية في ملف صحي يخص المريض.

يمكن للحصص العلاجية أن تكون جماعية أو فردية، أما الأهداف التعليمية فيتم تحديدها وفق نوعية الجلسة العلاجية، وبالنسبة للحصص الفردية فتكون موجهة للمرضى الذين لهم تبعية لمقدمي الرعاية الصحية، وتكون نسبة العجز في الحركة أكبر، او بالنسبة للمرضى الذين لا يرغبون في ان يكونوا مع المجموعة، وفي سبيل تحقيق الأهداف العلاجية فإن برمجة مدة حصص التربية العلاجية عادة بحيث:

- تتراوح الحصص المبرمجة بالنسبة للمرضى بين 45 دقيقة للمجموعات ومن 30 إلى 45 دقيقة بالنسبة للحصص الفردية.
- تسمح الجلسات الأولى للمريض باكتساب جملة من المهارات.
- ينبغي متابعة التربية العلاجية خاصة في حالة وقوع حدث في حياة المريض، لكي تكون هناك إمكانية لاستئناف التعلم، للتحكم أكثر بالمهارات المحددة مسبقا.

من جهة أخرى، تعتبر التربية العلاجية لمريض الباركنسون مهمة بسبب تعقيد العلاج، ولتفادي تعقيدات ومضاعفات المرض مع تدهور جودة حياة المريض، من هنا ظهرت ضرورة انخراط المريض وعائلته في عملية تتضمن العلاجات المختلفة، بهدف التصدي لتدهور حالة المريض، كما تظهر أهمية مراقبة تطور المرض على المدى البعيد، إذن هنا تكون التربية العلاجية ضرورية وفعالة، وتتمثل أهداف التربية العلاجية في:

- تجنب مضاعفات المرض.
- إبقاء المريض قريب من عائلته من محيطه الاجتماعي قدر الإمكان.
-الحفاظ على استقلالية أكبر للمريض.

ومن ناحية أخرى، فإن تطبيق التربية العلاجية يتطلب التأكيد على مختلف المعلومات منها أن:

-مرض الباركنسون غير قابل للشفاء والعلاجات الموصوفة تسمح فقط بالسيطرة على الأعراض.
-تحدث التشنجات الحركية أثناء تطور المرض.
-يتم توفير الرعاية من قبل فريق متعدد التخصصات.
-تحديد أهداف العلاج وآثارها الغير مرغوب فيها.
-ضرورة مشاركة المريض في الرعاية الصحية والعلاج.

وفي إطار تطبيق التربية العلاجية، وجب استكشاف 5 أبعاد أساسية تتمثل في:

-البعد الطبي : لا بد من معرفة حكاية المريض والإعاقات المرتبطة بمضاعفات المرض، والكشف عن المشاكل التي تواجه المريض بعد الإصابة.
-البعد المهني الاجتماعي : لا بد من معرفة حياة المريض اليومية، عمله ونشاطاته والسياق العائلي
-البعد المعرفي : مدى معرفة المريض بالمرض والعلاجات، وكيف يرى المريض هذه الإصابة وكيفية تنظيم معارفه حول المرض.

-البعد الانفعالي النفسي : يتمثل في:

-معرفة السمات الشخصية، ومدى تقبله للمرض.

-مدى التعبير عن مشاعر المريض اتجاه الوضع الجديد.

-مدى الدوافع التي تحفزه لمعرفة المزيد عن مرضه.

-البعد الإسقاطي : استكشاف مشاريع المريض وما ينتظره من التربية العلاجية.

أما إعادة التأهيل لمريض الباركنسون فهو عبارة عن مجموع التقنيات الطبية التي تسمح بإدارة أعراض معينة، واضطرابات منها صعوبات المشي والارتعاش والتي تسبب فقدان استقلالية المريض بالتدريج. يتم تنفيذ التأهيل للتخفيف من الاضطرابات الحركية، بحيث يسمح ذلك بتخفيف أثر المرض وضمان رفاهية أكبر للمريض، ويتم تطبيق التأهيل على أكثر من صعيد، ويشمل الميادين التالية:

العلاج الطبيعي:

هي تقنيات توصف لمريض الباركنسون، بحيث تسمح بالتخفيف عنه من خلال ضبط وضع الجسم لتفادي الآلام، وتتضمن جلسات العلاج الطبيعي تمارين العضلات للمحافظة على الشد العضلي، بالإضافة أن هذه التمارين تسمح بتنسيق الحركات وبالتالي توازن المريض.

الأرطوفونيا:

إن إعادة التربية الأرطفونية تهدف لمساعدة مريض الباركنسون للتحكم وإتقان الخطاب وتعابير الوجه، ويتعلق الأمر بتمارين تضمن التحسن بالنسبة لبعض الصعوبات مثل البلع، الكلام، والكتابة وهي عبارة عن جلسات للقراءة وتمارين تخص عضلات الوجه.

الأرغنوميا:

هي عبارة عن تقنية توصف لمريض الباركنسون، كونها تسمح له بالحفاظ على الاستقلالية في محيطه، وتعمل على تحسين جودة حياته، إن هذا النوع من العلاج يمنح نصائح لتنظيم مساحة العيش في البيت.

العلاجات الجراحية الأساسية:

يعتمد العلاج الجراحي لمرضى الباركنسون على تقنية التحفيز العصبي وهي الأكثر استخداما، بسبب الفعالية الملحوظة على الأعراض الحركية الحادة وكذا الارتعاش وقد لوحظ 60%إلى 80% من التحسن بعد العملية بفضل تخفيض جرعات العلاج عن طريق الدوبامين، كما تنخفض المضاعفات بشكل ملحوظ. أما حدود استخدام هذه التقنية الجراحية، فيعود للتكلفة المرتفعة للجهاز المستخدم والذي يتم زرعه، وكذا ارتفاع تكاليف تدخل الفريق الطبي متعدد التخصصات في هذه العملية.

وتجدر الإشارة إلى أن التربية العلاجية تتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات، حيث يقول Iguenane (2004) أن مريض الباركنسون يحتاج إلى فريق عمل، يكون قادرا على تحقيق نتائج أفضل من خلال التربية العلاجية ويتكون هذا الفريق من:

–طبيب ويكون عادة طبيب أعصاب.

–الممرضين على الأقل إثنين.

–مختص في علم النفس.

–مختص في العلاج الطبيعي.

–مختص العلاج الأر طوفوني.

– طبيب تغذية.

– مساعد اجتماعي.

خاتمة:

تعتبر التربية العلاجية من أهم إجراءات الرعاية الصحية بالنسبة لمريض الباركنسون، ولها دور هام وخاص، من حيث تحسين ظروف العلاج، وبذلك لا يمكن التغاضي عن خطورة تطور الأعراض والاضطرابات المصاحبة للمرض المزمن وأثرها على المريض عضويا ونفسيا، في سبيل الحصول على فعالية علاجية أكثر. إن التربية العلاجية هي أكثر من مجرد تقنية تطبق في حالة الأمراض المزمنة كمرض الباركنسون، بل هي نظام خاص بالمستشفيات يؤسس لإجراءات خاصة يتدخل فيها مختلف أطراف العملية العلاجية بمن فيهم المريض والعائلة لضمان ظروف أفضل للتعامل مع تطور المرض.

ومن بين التوصيات التي وجب تقديمها بهذا الشأن يمكن ذكر ما يلي:

- تحسيس مهنين الصحة والفرق المتعددة الاختصاصات حول جدوى التربية العلاجية في التكفل بمرضى الباركنسون.
- تحسيس العائلة والمحيط الاجتماعي للمريض حول أهمية الانخراط في التربية العلاجية لتحسين جودة حياة المريض.
- إبراز أهمية التربية العلاجية وإدماجها ضمن مهام مهنيين الصحة بالميدان.
- توسيع استخدام التربية العلاجية بكل المستشفيات والمؤسسات الصحية بالنسبة للأمراض العصبية التنكسية.
- توفير الاستشارة الصحية المناسبة لكل حالة حسب مرحلة تطور المرض.
- الاعتماد على توسيع تطبيق التربية العلاجية لاحتواء عدد المرضى بالمستشفيات والمراكز الصحية.

المصادر والمراجع:

-Assal, J. P., Golay, A., & Visser, A. (1995). New trends in patient education (Illustrée). Amsterdam: Université du Michigan.

-Baghdadli, A. (2016). Maladie de Parkinson et facteurs de risque professionnels et environnementaux : enquête cas-témoins dans l'ouest algérien. Archive Des Maladies Professionnelles et de l'environnement, 77(01), 21–26. https://doi.org/10.1016/j.admp.2015.08.010OMS, organisation mondiale de la santé. (1998). Dossier neurologie : la maladie de parkinson (No. 51; pp. 10–11). Retrieved from OMS website: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease

-Bonnet, D. A.-M., & Heguerta, T. (2016). La maladie de parkinson au jour le jour (2eme edition). France: Jhon Libbey Eeurotext.

-Charcot , J. M. (1987). Charcot, the Clinician: The Tuesday Lessons (Raven Press). New York: Raven Press.

-Defebvre, L., & Verin , M. (2006). La maladie de parkinson. (Monographie de neurologie.). Paris: Elsevier- Masson.

-Guo, L., Yuping, J., Yoshitoku, Y., & Jurichi, S. (2009). Group education with persnnal rehabilitation for idiopathic parkinson's disease. The Canadian Journal of Neurological Sciences, 36(1), 51-. https://doi.org/10.1017/s0317167100006314.

-Haute Autorité de Santé , (HAS), & Institut National de Prévention et l'Education, (INPES). (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre des maladie chroniques (No. 09; p. 36-). Retrieved from et le, (INPES) Institut National de Prévention et l'Education website: www.has-sante.fr

-Iguenane, J., & Gagnayre, R. (2004). L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. Kinésithérapie, Les Cahiers, 29(30), 58–64. https://doi.org/74772993

-Lagger, , G., Pataky, Z., & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. Revue Médicale Suisse, 05(196), 02–03. https://doi.org/10.53738/REVMED.2009.5.196.0688

-Massano , J., & Bhatia, K. (2012). Clinical Approach to Parkinson's Disease: Features, Diagnosis, and Principles of Management. Cold Spring Harb Perspect Med. , 2(6), 01–01. https://doi.org/ 10.1101/cshperspect.a008870

-OMS, organisation mondiale de la santé. (1998). *Dossier neurologie : la maladie de parkinson* (No. 51; pp. 10–11). Retrieved from OMS website: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease

-Pub Med Health, P. (2015). Parkinson's: Overview. . . National Library of Medecine, 27(12), 04-. https://doi.org/10.1592/phco.27.12part2.

-Traynard, P.-Y. (2010). Le diagnostic éducatif, une bonne idée pour évoluer . Médecine Des Maladies Métaboliques, 04(01), 32–33. https://doi.org/MMM-02-2010-4-1-1957-2557-101019-201000091

-Voss, T. S. (2012). Fall frequency and risk assessment in early Parkinson's disease. Parkinsonism and Related Disorders, 18(07), 837–841. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.04.004