



منظمة مرض ألزهايمر العالمية
(ADI)

التقرير العالمي لمرض ألزهايمر للعام 2011 فوائد التشخيص والتدخل المبكرين

موجز تنفيذي



الترجمة العربية

SARI-Lebanon

Email: sarileb@cyberia.net.lb/sari@saritranslation.com/www.saritranslation.com

التقرير العالمي لمرض ألزهايمر للعام 2011
فوائد التشخيص والتدخل المبكرين
موجز تنفيذي

إعداد البروفسور مارتن برنس والدكتورة ريناتا برايس والدكتورة كلوزا فيري من معهد الطب النفسي،
كلية كينغ-لندن، بريطانيا

صادر عن منظمة مرض ألزهايمر العالمية (ADI). أيلول 2011

نتوجه بشكر خاص الى:

- جمعية ألزهايمر (الولايات المتحدة) لمساعدتها في مراجعة وإطلاق هذا التقرير.
- جمعية ألزهايمر اليابان، وجمعية ألزهايمر استراليا، وسوب بانيرجي، وهنري بروداتي، وستيف ليفي، وبول ماك كرون، وبنغت وينبلاد لملاحظاتهم على مسودة التقرير.
- أعضاء الهيئة الاستشارية الطبية والعلمية في منظمة مرض ألزهايمر الذين أجابوا على استطلاع للمساعدة في تحديد الأسئلة لهذا التقرير.
- الناس المصابون بمرض النسيان أو ألزهايمر ومقدمو الرعاية لهم الذين وردت كلماتهم في هذا التقرير.
- صور الغلاف وعناوين الفصول من اعداد كاثي غرينبلات- www.cathygreenblat.com
- التصميم من اعداد جوليان هويل- www.julianhowell.co.uk
- تم تمويل هذا المشروع من خلال منحة تعليمية مقدمة من شركة باير هيلث كير (Bayer HealthCare) لكن منظمة مرض ألزهايمر العالمية هي المسؤولة كلياً عن مضمون هذا التقرير.

صور كاثي غرينبلات الواردة في التقرير مأخوذة من كتابها القادم: "الحب، والضياع، والضحك: نظرة مختلفة الى مرض ألزهايمر" (Love, Loss, and Laughter: Seeing Alzheimer's Differently)، الذي سيصدر في آذار 2012.



هذا هو الموجز التنفيذي لتقرير منظمة مرض ألزهايمر العالمية لعام 2011. يمكن الحصول على النص الكامل لهذا التقرير مجاناً من الموقع الإلكتروني www.alz.co.uk/worldreport2011

يسلط هذا الموجز التنفيذي الضوء على النتائج الرئيسية للتجارب التي أجريت حول هذا المرض، ويصف بشكل مقتضب الأدلة المساندة لها. أما التقرير الكامل فيوثق عملية المراجعة والمصادر بتفصيل أكبر، ويشمل نقداً دقيقاً لنوعية الأدلة المتوفرة ومدى صلتها بالموضوع وقوتها.

المحتويات

ملخص عام 4

النتائج الرئيسية 7

التوصيات 9

الفصل الأول

الخلفية 10

لماذا التشخيص المبكر 11

الحق في الحصول على تشخيص 11

تأثير التشخيص 11

النقص في التشخيص- "فجوة المعالجة" 12

ما هو التشخيص المبكر 12

ما هو الغرض من التشخيص المبكر؟ 13

الخلاصة 14

الفصل لثاني

كيف يمكن تشجيع إجراء التشخيص المبكر؟ 15

تقديم الخدمات لتشخيص مرض النسيان أو الزهايمر والرعاية في مرحلة مبكرة- وجهة النظر العالمية 16

هل التشخيص ممكن من خلال الرعاية الصحية الأولية 16

تدخلات تثقيفية تستند إلى الممارسة لتشجيع التشخيص المبكر لمرض النسيان أو ألزهايمر 17

خدمات عيادات الذاكرة 19

الخلاصة 19

الفصل الثالث

هل التشخيص المبكر يفيد المصابين بمرض النسيان أو ألزهايمر ومقدمي الرعاية لهم؟ 21

البحث في الدراسات المنشورة عن أدلة للبحث 22

المبادئ التوجيهية التي تلقى الإجماع 23

إفادات أصحاب المصلحة وغيرهم تدعو إلى التشخيص المبكر 24

الخلاصة 25

الفصل الرابع

ما هي التدخلات الفعالة للمصابين بمراحل مبكرة من مرض النسيان أو الزهايمر 26

نطاق المراجعات المنهجية 27

الأدلة الداعمة لفعالية التدخلات في المرحلة المبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر 28

أدلة حول غياب فعالية التدخلات في المرحلة الخفيفة/المبكرة من المرض، أو أدلة غير كافية لإصدار توصية 29

الخلاصة 30

الفصل الخامس

هل تتج بعض التدخلات بدرجة أفضل عند تطبيقها في وقت أبكر خلال مسار المرض؟ 32

أدوية مرض النسيان أو ألزهايمر 33

تدخلات مقدمي الرعاية 33

الخلاصة 33

الفصل السادس

الإففاق للتوفير- المسألة الاقتصادية للتشخيص والتدخل المبكرين 35

منهجيات التحليل الاقتصادي 36

الأدلة 36

الخلاصة 38

الفصل السابع

الاستنتاجات والتوصيات - دعوة إلى العمل 39

المراجع 44

ملخص عام

يؤثر مرض ألزهايمر وأمراض النسيان الأخرى تأثيراً مدمراً على الناس المصابين به، وعلى أفراد عائلاتهم ومقدمي الرعاية لهم. لذلك تعمل منظمة ألزهايمر العالمية في سبيل تحسين نوعية حياة هؤلاء الناس حول العالم، لأنها تعتقد أن السياسات والممارسات المتبعة في هذا الصدد يجب أن تستند إلى أفضل الأدلة المتوفرة.

تقاريرنا السابقة

لقد ساعد أول تقريرين عالميين لنا حول مرض ألزهايمر في إعادة ضبط سياسة الرعاية الصحية والاجتماعية في العالم، وإلى زيادة الوعي لعبء مرض ألزهايمر وأمراض النسيان الأخرى على المجتمع. ففي التقرير العالمي حول مرض ألزهايمر الصادر عام 2009، قدرت منظمة ألزهايمر العالمية أن حوالي 36 مليون إنسان من مختلف أنحاء العالم مصابون بمرض النسيان، وأن عددهم يتضاعف كل 20 سنة، ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى 66 مليون إنسان بحلول عام 2030 و115 مليون بحلول عام 2050. ووجد جزء كبير من هذه الزيادة في بلدان من ذوي الدخل المنخفض أو المتوسط، إذ أن 58 بالمائة من المصابين بمرض النسيان يعيشون حالياً في هذه البلدان، وسوف ترتفع هذه النسبة إلى 71 بالمائة بحلول العام 2050. واستناداً إلى التقرير العالمي لمرض ألزهايمر للعام 2010، تشكل كلفة مرض النسيان في العالم (كلفته 604 مليارات دولار أميركي في عام 2010) نسبة واحد بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي للعالم. ولو كانت رعاية مرض النسيان تُشكل بلداً، لاحتلت المرتبة الثامنة عشرة في قائمة أكبر الاقتصادات حجماً في العالم.

بدأت حملة المناصرة
المستندة إلى الأدلة
التي أطلقتها منظمة
ألزهايمر توتي
ثمارها

يظهر هذان التقريران معاً بوضوح تام أن مرض ألزهايمر هو من بين أهم الأزمات الاجتماعية والصحية والاقتصادية في القرن الواحد والعشرين. وعلى الرغم من ذلك، ففي حال عملت الحكومات بشكل حثيث لتطوير استراتيجيات للأبحاث والرعاية، يصبح ممكناً إدارة تأثير هذا المرض.

بدأت حملة المناصرة المستندة إلى الأدلة التي أطلقتها منظمة ألزهايمر العالمية، بدعم من جمعياتنا الوطنية في مختلف الدول الأعضاء، توتي ثمارها. فهناك أدلة حول ازدياد الاهتمام بمرض النسيان وإعطاء الأولوية له. فقد أطلقت كل من استراليا وإنكلترا وفرنسا والنرويج وكوريا الجنوبية مؤخراً استراتيجيات وطنية شاملة تتعلق بمرض ألزهايمر، وفي كانون الثاني 2011 تم التوقيع على قانون المشروع الوطني لمرض ألزهايمر في الولايات المتحدة. أما منظمة الصحة العالمية فقد صنفت مرض النسيان كأحد الاضطرابات العقلية والعصبية السبعة التي تحتل الأولوية في خطة العمل العالمية للصحة العقلية (mhGAP)، التي تسعى إلى تخفيض فجوة المعالجة في البلدان الفقيرة بالموارد.

فجوة المعالجة

معظم الناس المصابين حالياً بمرض النسيان لم يحصلوا على تشخيص رسمي للمرض

تُظهر الأبحاث أن معظم الناس المصابين حالياً بمرض النسيان لم يحصلوا على تشخيص رسمي للمرض. ففي البلدان ذات الدخل المرتفع، تتراوح نسبة حالات النسيان المعروفة والموثقة في أنظمة الرعاية الصحية الأولية ما بين 20 و50 بالمئة فقط. و"فجوة المعالجة" هذه هي بالتأكيد أكبر بكثير في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث أشارت إحدى الدراسات التي أجريت في الهند إلى أن نسبة 90 بالمئة من هذه الحالات تبقى دون تشخيص محدد. فإذا تمّ استقراء هذه الإحصائيات بالنسبة لبلدان أخرى في مختلف أنحاء العالم، فإنها ستشير إلى أن حوالي 28 مليون تقريباً من أصل 36 مليون مصاباً بمرض النسيان لم يتلقوا تشخيصاً، وبالتالي فهم لم يحصلوا على العلاج أو الرعاية أو الدعم المنظم الممكن أن يوفره لهم الحصول على تشخيص رسمي.

يشكل هذا الموضوع بوضوح تام هاجساً رئيسياً، ونظراً لأن سكان العالم بدأوا يصبحون أكبر سناً، فإن الحالات الجديدة لمرض النسيان ومرض ألزهايمر تزداد باستمرار. وكما يظهر هذا التقرير، فإن التشخيص والتدخل المبكرين هما آليتان مهمتان يمكن من خلالهما سد فجوة المعالجة.

مراجعة الأبحاث

بهدف إعداد التقرير العالمي لمرض ألزهايمر لعام 2011، كلفنا مجموعة أبحاث مستقلة لتقوم للمرة الأولى بجمع ومراجعة جميع الأدلة المتوفرة حول التشخيص والتدخل المبكرين. وقد شملت الأسئلة الرئيسية المطروحة:

- هل من الممكن تشجيع التشخيص المبكر لمرض النسيان، وكيف يتحقق ذلك؟
- ما هي الحسنات أو السيئات الإجمالية للتشخيص والتدخل المبكرين بالنسبة للناس المصابين بمرض النسيان وللمقدمي الرعاية لهم؟
- ما هي العلاجات أو التدخلات الفعالة في المراحل المبكرة من مرض النسيان؟
- هل هناك أدلة تظهر بأن بعض التدخلات تكون فعالة إذا طُبقت في مراحل المرض المبكرة؟
- هل يستطيع التشخيص والتدخل المبكران أن يخفضا من كلفة الرعاية الصحية والاجتماعية؟

هذه كلها أسئلة ذات عواقب كبيرة بالنسبة لصانعي السياسات والمخططين، ونتوقع أن توفر الأفكار المقدمة هنا حافزاً إضافياً للبرامج الوطنية القائمة بينما تشجع بلداناً أخرى على إيلاء اهتمام أكبر بكثير لتضييق فجوة المعالجة.

المسار عبر أزمة مرض النسيان

يحدد التقرير العالمي لمرض ألزهايمر لعام 2011 معالم المسار الممكن إتباعه خلال أزمة مرض النسيان.

لقد حددنا بأن عدم كشف المرض يشكل عائقاً كبيراً في وجه تحسين حياة المصابين بمرض ألزهايمر وغيره من أمراض النسيان، كما في حياة أفراد عائلاتهم ومقدمي الرعاية لهم. فالعلاجات الطبية وغيرها من التدخلات المفيدة لا تكون متاحة سوى إلى الذين يسعون للحصول على التشخيص وتم يحصلون عليه. فعلى سبيل المثال، تقدم المراجعات المنهجية التي أجريت لإعداد هذا التقرير دليلاً يؤكد بأن العلاج بواسطة الأدوية والتدخلات النفسية والتدخلات الاجتماعية- النفسية يمكن أن يكون

عدم كشف المرض يشكل عائقاً كبيراً

فعالاً في تحسين الأعراض لدى المصابين بمرض النسيان وفي تخفيف الإجهاد الذي يصيب مقدمي الرعاية خلال المراحل المبكرة من المرض. وقد تكون التدخلات بالنسبة لمقدمي الرعاية أكثر فعالية لأنها تسمح لهم بمواصلة تقديم الرعاية في المنزل (وتجنب أو تأخير إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية متخصصة) عندما يتم تطبيقها في وقت أبكر خلال مسار المرض.

يعمل العلماء حالياً على تطوير واختبار أدوية جديدة قد تبطئ أو توقف التقدم المتواصل للمرض. وعند توسيع نطاق التغطية للعلاجات المتوفرة حالياً المستندة إلى الأدلة، ولا سيما بالنسبة لأولئك الذين لا زالوا في المراحل المبكرة من المرض، تصبح الأنظمة الصحية أفضل استعداداً لتقديم علاجات وتكنولوجيات تشخيصية جديدة أكثر فعالية، عندما تصبح هذه العلاجات متوفرة.

وفورات هامة

استناداً إلى التقرير العالمي لمرض ألزهايمر الصادر عام 2010، بلغ المتوسط السنوي للكلفة المجتمعية في البلدان ذات الدخل المرتفع 32,865 دولاراً أميركياً للفرد الواحد المصاب بمرض النسيان. وبمقابل ذلك، فإن كلفة إجراء تشخيص واحد من نوعية عالية لمرض النسيان تبلغ حوالي 5 آلاف دولار أميركي للفرد الواحد. وحتى عندما نأخذ هذه الكلفة والتكاليف الإضافية للتدخل المبكر في عين الاعتبار، نجد أنه من الممكن تعويض هذه التكاليف من خلال الوفورات المتوقعة في المستقبل التي ستننتج عن تأجيل إدخال المريض إلى مؤسسة متخصصة. وتبلغ الوفورات الصافية حوالي 10 آلاف دولار أميركي للفرد الواحد المصاب بمرض النسيان عبر مسار المرض. أما التحسن في صحة ونوعية حياة مقدمي الرعاية والمصابين بهذا المرض فسوف يجعل من ذلك استثماراً حتى أكثر فعالية من حيث الكلفة. وعلى الرغم توفر الأدلة من عدد محدود من الدراسات، إلا أن هناك مؤشرات تظهر أنه يمكن توفير مبالغ كبيرة في هذا الوقت الذي تعلق فيه الحكومات عن حق بشأن ارتفاع تكاليف خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية.

من الممكن تعويض تكاليف الكشف المبكر من خلال الوفورات المتوقعة في المستقبل

انتشال مرض النسيان من الظل

الاعتقاد الخاطئ بأنه لا يمكن القيام بأي شيء للمصابين بمرض النسيان ولأفراد عائلاتهم منتشر كثيراً

يساعد التشخيص المبكر في تغيير نظرة المجتمعات الى مرض ألزهايمر وأمراض النسيان الأخرى وطريقة تعاملها معها. ولكن لسوء الحظ، فإن العوائق الرئيسية أمام الحصول على الرعاية- أي وصمة العار التي تمنع النقاش المفتوح، والاعتقاد الخاطئ بأن المشاكل المتعلقة بالذاكرة هي مجرد جزء طبيعي من التقدم في العمر، وكذلك الاعتقاد الخاطئ بأنه لا يمكن القيام بأي شيء للمصابين بمرض النسيان ولأفراد عائلاتهم- منتشرة كثيراً حتى في البلدان التي تملك الموارد الوفيرة، والمعلومات الجيدة، والمداخل المرتفعة. وعلى الرغم من ذلك، فإن الأدلة والتوصيات المفصلة الواردة في هذا التقرير، في حال تمت مراعاتها، لديها القدرة لانتشال هذا المرض من الظل وتمهيد الطريق أمام تحسين العلاج والرعاية الى حد كبير. ويمكن القول على أقل تقدير بأن كل مصاب بمرض النسيان لديه الحق في الحصول على التشخيص "في الوقت المناسب"، أي في اللحظة الأولى التي يعبر فيها المصاب هو وعائلته عن قلقهم وتبرز حاجة للحصول على استشارة طبية، أو علاج، أو دعم.

عمل المنخرطون في حركة ألزهايمر ومرض النسيان منذ فترة طويلة على تشجيع الكشف المبكر كطريقة لتمكين الناس المصابين بهذا المرض من المشاركة بأكبر قدر ممكن في التخطيط لحياتهم بعد التشخيص، واتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بالعلاج والرعاية في المستقبل. وبتلك الروحية، أصبح الناس من مختلف أنحاء العالم يرسلون معلومات إلى منظمة ألزهايمر العالمية حول تشخيص مرضهم. وهذه المعلومات المضمنة في هذا التقرير تعطي انطباعاً عاماً حول مدى الألم الذي تسببه هذه العملية، وتظهر أيضاً أن التشخيص المبكر يمكن أن يشكّل بداية جديدة للسنوات المتبقية من حياتهم. لذلك علينا الاستماع إلى أصوات هؤلاء الناس الأكثر تأثراً بهذا المرض.

النتائج الرئيسية

- يتيح تشخيص مرض النسيان إمكانية بدء العلاج المستند إلى الأدلة والحصول على الرعاية والدعم عبر مسيرة المرض.
- ربما هناك حوالي 28 مليون من أصل 36 مليون مصاباً بمرض النسيان في العالم لم يحصلوا بعد على تشخيص لمرضهم، ولذلك فإنهم لا يتلقون العلاج المناسب ولا يحصلون على المعلومات أو الرعاية.
- يعتمد تأثير تشخيص المرض إلى حد كبير على طريقة التشخيص وكيفية إبلاغه إلى المريض. توحى الأدلة أنه عندما يكون المصابون بمرض النسيان وعائلاتهم مستعدين ومدعومين بصورة جيدة، فإن المشاعر الأولية بالصدمة والغضب والحزن تتوازن مع الشعور بالطمأنينة والقدرة التمكينية.

- يتيح التشخيص المبكر للأشخاص المصابين بمرض النسيان التخطيط المسبق بينما لا يزالون قادرين على اتخاذ قرارات مهمة حول مستقبل رعايتهم. وكذلك يسمح لهم ولعائلاتهم بالحصول على المعلومات والنصائح والدعم العملي في الوقت المناسب. فقط من خلال التشخيص يمكنهم الحصول على الأدوية المتوفرة والعلاجات الأخرى من غير الأدوية التي تساعد في تحسين ذاكرتهم ونوعية حياتهم. وكذلك يمكنهم، إذا أرادوا ذلك، المشاركة في الأبحاث من أجل مصلحة الأجيال القادمة.
- معظم الناس المصابين بمرحلة مبكرة من مرض النسيان يرغبون في إبلاغهم بنتيجة تشخيصهم.
- يمكن تحسين إمكانية التشخيص المبكر من خلال: (أ) اعتماد البرامج التثقيفية التي تستند إلى الممارسات الطبية في مراكز الرعاية الأولية، (ب) اعتماد خدمات يمكن الوصول إليها لتشخيص المرض ورعاية المرضى في المراحل المبكرة (مثل عيادات تقوية الذاكرة)، و(ج) تشجيع التفاعل بين مختلف عناصر النظام الصحي.

نورم مكنمارا، مصاب بمرض النسيان، بريطانيا

لم أجد أية صعوبة أبداً في إخبار أفراد عائلتي بأنني أحبهم، ولكن إطلاعهم على إصابتي بمرض ألزهايمر كان شيئاً مختلفاً تماماً. وبعد أن أخبرتهم بالأمر، شعرت بأن ذلك كان من أفضل القرارات التي اتخذتها في حياتي. وفي غضون أسبوع ... من تاريخ تشخيصي بالمرض، جلست مع جميع أفراد عائلتي وشرحت لهم كل شيء حول مرضي وأثار ذلك في المستقبل. كيف كانت ردة فعلهم؟ بعد زرف الدموع،



والعناق، وطرح الكثير من الأسئلة حول هذا المرض المروع، أصبحت المسألة، "حسناً! هذا هو الواقع إذن. ماذا سنفعل حيال ذلك؟"

لم أتوقع أي شيء آخر من عائلتي، وبعد معرفتي بأنهم تقبلوا هذا الأمر وتجاوزوا هذه العقبة التي طرحت أمامهم، شعرت بارتياح كبير وكذلك بالأمل في المستقبل. عرفت أنني من خلال دعمهم وتفهمهم سوف أستمر في عيش حياة كاملة بنفس القدر الذي اعتدت عليه دائماً وإلى أطول مدة ممكنة.

ومنذ ذلك الوقت، ناقشت أنا وزوجتي الرائعة الخطط و"أعمالي" منظمة الآن بالشكل الصحيح. لماذا؟ أسمعك تسأل. لأنه يمكنني أن أعيش حياتي الآن مع عائلتي وأصدقائي بأفضل ما أستطيع دون أي قلق إضافي، وكذلك في المستقبل، عندما أقوم بأشياء قد لا يفهمها الناس الآخرون، أصبحت أعرف على الأقل أن عائلتي سوف تتفهم أعمالي.

- يمكن للتدخلات العلاجية المبكرة أن تكون فعالة في تحسين الوظيفة المعرفية، ومعالجة الاكتئاب، وتحسين مزاج مقدم الرعاية، وتأخير إدخال المريض إلى مؤسسة للرعاية. ومن غير الصحيح القول إن "لا فائدة من التشخيص المبكر"، أو "لا يمكن فعل أي شيء"، إذ أن بعض هذه التدخلات قد تكون أكثر فعالية عند تنفيذها في وقت مبكر من مسار المرض.
- تشير الأدلة المتوفرة إلى أن الحكومات يجب أن "تنفق لكي توفّر"، أو بكلمات أخرى، أن تستثمر الآن لتوفر في المستقبل. وتشير النماذج الاقتصادية إلى أن التكاليف المترافقة مع التشخيص المبكر للمرض تُعوّض من خلال الوفورات في كلفة العلاج الناتجة عن الفوائد التي تحققها الأدوية والتدخلات التي يقوم بها مقدمو الرعاية. تشمل هذه الفوائد تأخير إدخال المرضى إلى مؤسسة رعاية وتحسين نوعية حياتهم وحياء مقدمي الرعاية لهم.

التوصيات

- يتعين على كل بلد إعداد إستراتيجية وطنية لمرض النسيان. ويجب أن تشجع هذه الاستراتيجيات التشخيص والتدخل المبكرين من خلال التوعية، وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية، وتحسين النظام الصحي.
- يجب أن تتمتع جميع مراكز خدمات الرعاية الأولية بكفاءة أساسية في الكشف المبكر عن مرض النسيان، وإجراء تشخيص مؤقت للمرض، وإدارة أولية له.
- حيثما يكون ذلك ممكناً، يجب إنشاء شبكات تشخيص من الاختصاصيين لتأكيد تشخيص المرحلة المبكرة من المرض وإعداد الخطط لإدارة رعاية المرضى.
- في البيئات الفقيرة بالموارد ذات الإمكانيات المحدودة أو المعدومة للوصول إلى الخدمات المتخصصة للمرض، لا يزال من الممكن إجراء تشخيص مبكر لمرض النسيان، وذلك على سبيل المثال، من خلال توسيع إرشادات التدخل المستند إلى الأدلة الواردة في خطة العمل العالمية للصحة العقلية (mhGAP) الصادرة عن منظمة الصحة العالمية وتوزيعها على مختلف مراكز خدمات الرعاية الأولية.
- يجب أن تعتمد التدخلات الفعالة بالأدوية وغير الأدوية المتوفرة للمصابين بمرض النسيان ولمقدمي الرعاية لهم على العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية من خلال التدريب الأولي والتطوير المهني المستمر. ويجب أيضاً أن تعتمد على الناس من خلال التوعية الصحية العامة ومرافق خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية.
- يجب على المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية لمرضى النسيان وكذلك مقدمي هذه الخدمات أن يتأكدوا بأن التدخلات المستندة إلى الأدلة تتوفر للناس في المرحلة المبكرة من المرض، وأن يتم التدقيق في هذه العملية.
- يوصى بإجراء وتمويل المزيد من الأبحاث، بما في ذلك إجراء تحقيقات حول:
 - فعالية التدخلات بواسطة الأدوية وغيرها، المصممة خصيصاً لتلبية احتياجات الناس في المراحل المبكرة من المرض.
 - التكاليف والفوائد الحقيقية لتوسيع خدمات التشخيص المبكر ورعاية المرضى في مرحلة مبكرة من المرض، الخاصة تحديداً بالبيئات التي ستطبق فيها الأدلة الاقتصادية.
 - مدى تأثير التشخيص المبكر على النتائج (الصحة الإجمالية، الوظيفة المعرفية، نوعية الحياة، وغير ذلك) بالنسبة للمصابين بالمرض ومقدمي الرعاية لهم.
 - مدى التقدم باتجاه سد "فجوة المعالجة".

الفصل الأول

الخلفية

هذا هو التقرير الثالث حول مرض ألزهايمر الذي تُكَلَّف بإعداده منظمة مرض ألزهايمر العالمية. ركز أول تقريرين، وهما التقريران العالميان حول مرض ألزهايمر الصادران في عام 2009 و عام 2010، على الانتشار العالمي والتأثير الاقتصادي للمرض، على التوالي. ساعد هذان التقريران في إعادة تنظيم سياسة الرعاية الصحية والاجتماعية في العالم، وزيادة الوعي حول عبء مرض ألزهايمر ومرض النسيان على المجتمع. ونعتقد أنهما جعلتا الحكومات أكثر إدراكاً لتأثير المرض على أنظمتها الصحية، وأوضحا مساهمة مرض النسيان في زيادة تكاليف الرعاية الصحية والحاجة إلى إدارة هذه التكاليف بشكل أفضل.



هؤلاء الأشخاص المصابون بمرض النسيان شاركوا بفعالية في الاجتماع الدولي حول مرض الزهايمر الذي عُقد في عام 2011 في كندا. ويشاركون هنا في جلسة خاصة حول الطرق لتخفيف +. و صمة مرض النسيان. وقد شاركوا بصفات عديدة، وأحياناً كمتحدثين أو رؤساء لحلقات النقاش. يظهر في الصف الخلفي: جان فيليبس، لين جاكسون، ديببي براون (مع زوجها غراهام) وريتشارد تايلور. وفي الصف الأمامي: ليندا هوغ، كريستينا برايدن، غراهام براون، أغنيس هيوستون وهلفا روهر.

لماذا التشخيص المبكر؟

إن المهارات والتكنولوجيات تتطور باستمرار وقد بلغنا مرحلة أصبحنا فيها قادرين على تشخيص المرض في مرحلة مبكرة منه. تسعى منظمة مرض ألزهايمر العالمية والمنظمات الأعضاء فيها إلى نشر التوعية، وتشجيع المصابين بالمرض على طلب المساعدة المبكرة، والدعوة إلى تحسين التغطية الصحية لتقديم خدمات أفضل وأكثر فعالية واستجابة لتلبية احتياجات المصابين في العالم الذين يقدر عددهم بحوالي 36 مليون إنساناً، وكذلك الأمر بالنسبة لعائلاتهم ومقدمي الرعاية لهم. لقد أصبح التشخيص المبكر والتدخل المبكر أولويتين أساسيتين ضمن الاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بمرض النسيان، مثل إستراتيجية هذا المرض التي وُضعت في انكلترا وفرنسا، وكذلك البرنامج الوطني الذي يجري تطويره الآن في الولايات المتحدة الأمريكية.

تلتزم أيضاً منظمة مرض ألزهايمر العالمية التزاماً كاملاً بالمبدأ القائل إن تلك السياسات والممارسات يجب أن تستند إلى أفضل الأدلة المتوفرة. وتبعاً لذلك، كلفت منظمة مرض ألزهايمر العالمية بإجراء دراسة لإعداد التقرير العالمي لمرض ألزهايمر لعام 2011 والإجابة على الأسئلة الرئيسية التالية بشأن التشخيص والتدخل المبكرين:

- ما هي فوائد مساوئ التشخيص والتدخل المبكرين بالنسبة للمصابين بمرض النسيان ومقدمي الرعاية لهم؟
- هل يمكن للتشخيص والتدخل المبكرين خفض تكاليف الرعاية الصحية والاجتماعية؟
- ما هي أفضل الممارسات المستندة إلى الأدلة في مجال التدخل المبكر حول العالم؟

الحق في الحصول على تشخيص

انطلاقاً من أوائل التسعينات من القرن العشرين، بدأ الاهتمام يتركز على حق الناس المصابين بمرض النسيان في الحصول على تشخيص لحالتهم، وإبلاغهم بنتائج التشخيص. في الماضي كان العديد من الأطباء يمتنعون عادة عن إبلاغ نتائج التشخيص إلى الناس المصابين بالمرض، أو إلى مقدمي الرعاية لهم، أو إلى الطرفين معاً (1). وقد أظهرت الأبحاث الأخيرة أن الناس المصابين بدرجة خفيفة من هذا المرض يرغبون في معرفة نتائج التشخيص (2). وهناك أعداد متزايدة من أفراد عائلات المصابين بهذا المرض ومقدمي الرعاية لهم ممن يرغبون في إعلام المصاب بنتائج التشخيص، وبالأخص إذا كان في المراحل المبكرة من المرض (2 و3).

تأثير التشخيص

يشكل مرض النسيان حالة مرضية تغيّر حياة المصاب تغييراً عميقاً، والكشف الرسمي عن نتائج التشخيص يسبب عادة صدمة كبيرة تترافق مع مشاعر الذهول، والغضب، والضياع، والحزن (4 و5 و6). في نفس الوقت، يعتبر المصابون بالمرض وأفراد عائلاتهم أحياناً أن الحصول على نتائج التشخيص هو شيء إيجابي، ولا سيما بعد تلاشي تأثير الصدمة الأولى، إذ أنه يؤكد شكهم ويوفر تفسيراً للأعراض والإشارات المترافقة معه ويساعد الشخص المعني ومقدمي الرعاية له في وضع الخطط اللازمة (4 و5). تعتمد ردة الفعل على التشخيص بشكل أساسي على كيفية إبلاغ النتائج- أي "إجراء تشخيص جيد" (7 و8).

النقص في التشخيص-"فجوة المعالجة"

تُظهر الدراسات في البلدان ذات المداخل المرتفعة أنه لا يتم التعرف عادة سوى على خمس إلى نصف حالات مرض النسيان ومن ثم توثيقها في نظام الرعاية الصحية الأولية (9-13). أما "فجوة المعالجة" هذه فإنها أكبر بكثير في البلدان ذات المداخل المنخفضة والمتوسطة، حيث أشارت دراسة في الهند أن نسبة 90 بالمئة من هذه الحالات تبقى من دون تشخيص (14).

تسلط الإستراتيجية الوطنية لمرض النسيان في انكلترا (8 و15) الأضواء على ثلاثة عوامل تساهم في عدم السعي إلى الحصول على المساعدة وتقديمها: وصمة العار من مرض النسيان التي تمنع النقاش المفتوح حوله، والاعتقاد الخاطئ بأن التغييرات الحاصلة لدى المصاب تشكل جزءاً عادياً من الشيخوخة، وكذلك الاعتقاد الخاطئ بأنه لا يمكن القيام بأي شيء.

ما هو التشخيص المبكر

تشير الأدلة إلى أن تشخيص مرض النسيان في الوقت الراهن يميل لأن يكون متأخراً نسبياً خلال مسار المرض.

- يمكن أن يكون التشخيص المبكر هو الوقت الذي يستوفي فيه الشخص لأول مرة جميع المعايير التشخيصية لمرض النسيان (بصورة أساسية، تدهور كبير في القدرات المعرفية، الذي يكون كافياً لخلق مشاكل في النشاطات اليومية المهمة). وعند تأخر السعي للحصول على المساعدة، قد يستلزم الأمر إجراء فحص نظامي عام للتأكد من وجود إشارات تدل على هذا المرض.
- يقترح البعض أن علينا أن نستهدف بدلاً من ذلك التشخيص "في الوقت المناسب" - أي تجنب إجراء الفحص العام وانتظار اللحظة التي يُعبّر فيها الناس المصابون وعائلاتهم عن قلقهم للمرة الأولى.
- أمراض الدماغ التي تؤدي إلى مرض النسيان تبدأ قبل وقت طويل من ظهور الإشارات والأعراض السريرية للمرض. تشمل المؤشرات المبكرة ملاحظة وجود ضعف ومشاكل في الذاكرة (SMI) وضعف خفيف في القدرات المعرفية (MCI) (تغييرات يلاحظها المصاب والآخرون في الوظيفة المعرفية ولكن بدون التسبب بإعاقة كبيرة). تجري حالياً أبحاث مكثفة حول "المؤشرات البيولوجية" (الخصائص الجسدية التي تستخدم للدلالة على تأثيرات حالة مرضية) الكامنة وراء تلف خلايا الدماغ. ولكن حتى الآن لا يمكن لهذه الأساليب أن توفر إمكانية التكهّن المبكر الدقيق حول من هم الذين سيصابون بمرض النسيان.

ما هو الغرض من التشخيص المبكر؟

تشدد الاستراتيجيات الوطنية لمرض النسيان على أن الهدف الأولي للتشخيص المبكر هو إتاحة الحصول على المعلومات والمشورة والدعم في الوقت المناسب، وكذلك إتاحة الحصول على العلاج والرعاية الفعالة بدءاً من تاريخ تشخيص المرض وحتى نهاية حياة المريض.

ان الإشارات السريرية التي تؤكد على أهمية التشخيص المبكر هي وجود فترة حرجة لإجراء بعض التدخلات، وهذه الفترة تقع بين أبكر نقطة يمكن خلالها إجراء التشخيص والوقت الذي يجري فيه التشخيص حالياً. أي أن التدخل سينجح فقط، أو سينجح بشكل أفضل، عند تنفيذه في وقت أبكر مما هو متبع عادة.

تساهم علاجات الأدوية المتوفرة حالياً في معالجة الأعراض، ولكنها لا تغير مسار المرض بصورة أساسية. يُسمح باستعمال مثبطات الكولينستيراز (Cholinesterase inhibitors) (مثل أدوية دونيزيل (donepezil)، وريفاستيغمين (rivastigmine)، وغالانتامين (galantamine)) لمعالجة الحالات الخفيفة إلى المعتدلة من مرض ألزهايمر، وباستعمال ميمانتين (memantine) للحالات المعتدلة إلى الشديدة من مرض النسيان. ولكن لا يبدو أن هذه الأدوية تفيد المصابين بضعف معرفي خفيف (16). غير انه من الممكن تطوير مركبات يمكنها إبطاء تقدم المرض في المستقبل. كما من المرجح أن تتجح مثل هذه المركبات بشكل أفضل عند استعمالها قبل حصول الضرر الواسع والدائم، ولذلك يجب استعمالها في أبكر مراحل مرض النسيان، أو حتى قبل أن يصبح تشخيص المرض واضحاً سريرياً.

تستطيع التدخلات غير الصيدلانية (العلاجات التي لا تشمل استخدام الأدوية، ومنها التدخلات النفسية أو النفسية الاجتماعية) تحسين الوظيفة المعرفية، وتأخير الحاجة إلى إدخال المرضى إلى مؤسسة رعاية،

وتخفيف الإجهاد لدى مقدمي الرعاية، وتخفيف إمكانية الإصابة بمرض نفسي، وتحسين نوعية الحياة. ولكن المعلومات حول الفترة الحرجة (إن وجدت هذه المعلومات) كي تكون هذه التدخلات فعالة لا تتوفر بسهولة.

لم يتم توجيه الاهتمام الكافي إلى الاحتياجات المحددة للمصابين بمرض النسيان وأفراد أسرهم خلال المراحل المبكرة من المرض. أظهرت دراسة لتقييم الاحتياجات أجريت في الولايات المتحدة وجود حاجة للحصول على معلومات عملية، واستشارات مالية وقانونية، ودعم عاطفي (يقدمه خاصة مصابون آخرون بالمرض ومقدمو الرعاية)، واهتمام بالأبحاث، بما في ذلك إجراء تجارب سريرية حول المرض (17).

الخلاصة

هذه هي الأسئلة الرئيسية التي جرى التطرق إليها في هذا التقرير:

- كيف يمكن تشجيع التشخيص المبكر؟ (الفصل الثاني)
- هل يفيد التشخيص المبكر المصابين بمرض النسيان ومقدمي الرعاية لهم؟ (الفصل الثالث)
- ما هي التدخلات الفعالة للناس في المراحل المبكرة من مرض النسيان؟ (الفصل الرابع)
- هل هناك بعض التدخلات التي تنجح بشكل أفضل في المراحل المبكر بالمقارنة مع المراحل المتأخرة من مرض النسيان؟ (الفصل الخامس)
- الإنفاق للتوفير - هل يمكن للتشخيص والتدخل المبكرين أن يساهما في تخفيض التكاليف المجتمعية المترافقة مع مرض النسيان؟ (الفصل السادس)

كيف يمكن تشجيع إجراء التشخيص المبكر؟

تعتمد فعالية الأنظمة الصحية في تشخيص الناس المصابين بمرض النسيان أو ألزهايمر على مستهلكي تلك الأنظمة، كما على مقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية لهم. ويشكل تشجيع الحصول على المساعدة من خلال التوعية حول هذا المرض عنصراً أساسياً في أية إستراتيجية شاملة لسد فجوة العلاج. ولكن الطلب المتزايد يجب تلبينه بوجود الخدمات المهيأة بشكل مناسب والمزودة بموارد كافية، بحيث يكون الأشخاص الذين يقدمون هذه الخدمات مدربين وقادرين على إجراء تشخيص صحيح في الوقت المناسب وبطريقة كفوءة، والتأكد من أن التشخيص يؤدي بسلاسة إلى تقديم رعاية مستندة إلى الأدلة. ورغم الإقرار بأهمية تشجيع طلب الحصول على هذه الخدمات، فإن هذا الفصل يركز على الاستجابة الى هذه الخدمات.



اصطحب بعض الموظفين ست نساء من دار سلفرادو لرعاية المصابين بمرض ألزهايمر في تكساس، الولايات المتحدة إلى سوق البرغوت لاختيار وشراء قبعة. وفي اليوم التالي أقيمت طاولة خاصة لهم في غرفة الطعام. وصلت كل امرأة وهي ترتدي قبعتها الجديدة أو حصلت على المساعدة لارتدائها. وقد استمتعوا جميعاً بوقتهم.

تقديم الخدمات لتشخيص مرض النسيان أو ألزهايمر والرعاية في مرحلة مبكرة- وجهة النظر العالمية

تستفيد البلدان ذات المداخل المرتفعة من خدمات الرعاية الصحية الأولية المتطورة والمدعومة بشبكات وطنية من المراكز المتخصصة التي تتيح إمكانية الوصول إلى التكنولوجيات التشخيصية. ولذلك يصبح ممكناً في هذه البلدان الحصول على تشخيص في المراحل المبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر. وتشكل خدمات الرعاية الصحية الأولية أول محطة طبيعية للبدء بهذا العمل، كما أنها تلعب دوراً مهماً في

التشخيص الأولي وإحالة المريض. ولذلك فإن التنسيق الفعال بين خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات الاختصاصية الثانوية يصبح ضرورياً من أجل تأكيد تشخيص الإصابة بمرحلة مبكرة من المرض وإتاحة وصول هؤلاء المرضى إلى الرعاية المبكرة والرعاية المتواصلة. أما الخدمات الاختصاصية فتشمل في أحيان كثيرة مسارين هما: "التدخل المبكر" (بصورة رئيسية عيادات الذاكرة للمرضى خارج المستشفيات، مع التركيز على التشخيص والتدخل في مرحلة مبكرة) و"المرض العقلي الخطير" (تنسيق الرعاية المجتمعية خلال المراحل المتقدمة من المرض).

في العديد من البلدان ذات المداخل المنخفضة والمتوسطة، تكون الحواجز أمام التشخيص (غياب الوعي، ووصمة العار، والمهارات الضعيفة لمقدمي الرعاية) أكثر بروزاً مما هي في البلدان ذات المداخل المرتفعة. وكثيراً ما يعتبر مرض النسيان (بصورة غير صحيحة) على أنه جزء طبيعي من مرحلة الشيخوخة ولذلك يبقى مشكلة مخفية. ونادراً ما يسعى أفراد عائلة المصاب إلى السعي للحصول على المساعدة، ونادراً ما يصادف أطباء الرعاية الأولية حالات من هذا النوع. ونظراً لمحدودية الموارد، وخاصة غياب الاختصاصيين الذين يمكنهم التأكيد على وجود مرحلة متقدمة من مرض النسيان، سوف يعتمد التشخيص المبكر على أي نوع متاح من التشخيص، وفي الواقع تشخيص حالات المعتدلة إلى الشديدة من جانب غير الاختصاصيين. أعدت مؤخراً منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية تستند إلى الأدلة لتشخيص وإدارة مرض النسيان من جانب غير الاختصاصيين في البلدان ذات المداخل المنخفض والمتوسط بهدف توسيع إمكانية العلاج، وذلك من خلال خطة العمل العالمية للصحة العقلية (mhGAP) (18). يجب أن يكون التشخيص الأولي وإدارة الحالات التي لا لبس فيها من الكفاءات الأساسية لدى غير الاختصاصيين. وبهذه الطريقة يستطيعون تحقيق تحسينات كبيرة في فجوة العلاج الهائلة.

هل التشخيص ممكن من خلال الرعاية الصحية الأولية؟

تشير الأدلة الواردة من البلدان ذات المداخل المرتفعة إلى أن أطباء وممرضات الرعاية الأولية يمكنهم، في حال تم حثهم على ذلك، تشخيص مرض النسيان بدقة معقولة من خلال الاستعانة بمعرفتهم للمريض والمعلومات المتوفرة حول حالته المرضية وتقييمهم الخاص الروتيني، ضمن الوقت المحدد لأية استشارة طبية نموذجية (19 و20). ففي الهند والبرازيل، يستطيع العاملون في مجال الرعاية الصحية ضمن المجتمعات الأهلية، من خلال تدريبهم لساعات قليلة، تحديد حالات مرض النسيان أو ألزهايمر بين أفراد المجتمع الأهلي، استناداً فقط إلى معرفتهم السابقة بالناس المتقدمين في العمر ومن خلال التواصل الروتيني معهم (21 و22).

الدكتورة ميرنا بلايك، مصابة بمرض ألزهايمر، سنغافورة

منذ أن أظهر التشخيص بأنني أعاني من مرض ألزهايمر، تعلمت قبوله والعمل على إدارته. وتمكنت من التعامل معه عندما تحصل بعض الأشياء. وعلى مر السنين، فقدت بعض استقلاليتي ووظفت مساعدتين في المنزل لمساعدتي في معيشتي اليومية.



بوجه عام، لا يُعتبر الفحص الشامل للسكان بهدف اكتشاف مرض النسيان أو ألزهايمر فعالاً من حيث كلفته في البلدان ذات المداخل المرتفعة (23 و24). لكن استعمال أدوات الفحص الشامل عند وجود شك بالإصابة بهذا المرض يمكن أن يساعد في كشف الحالة. يشير الخبراء إلى أن أدوات الفحص يجب أن تستخدم ضمن خمس دقائق أو أقل، نظراً لأوقات الاستشارة القصيرة. تشمل الأدوات المختصرة ذات

الفعالية المعقولة التقييم المعرفي لطبيب الصحة العامة (GPCOG)، وفحص ضعف الذاكرة (MIS) والفحص المصغر للوظيفة المعرفية (Mini Cog). لقد أثبتت النسخة المصغرة لجهاز فحص مرض النسيان في مراكز الرعاية المجتمعية (Brief CSI-D)، بما في ذلك الاختبار المعرفي وأسئلة المستطلع، عن صحتها في البلدان ذات المداخل المنخفضة والمتوسطة، حيث تحول النسبة المتدنية للتعليم وانتشار الأمية دون استعمال الاختبارات الأخرى الموصى بها (26).

تدخلات تثقيفية تستند إلى الممارسة لتشجيع التشخيص المبكر لمرض النسيان أو ألزهايمر

لن يؤدي الاستعمال الأوسع نطاقاً لأدوات الفحص إلى معالجة المشاكل الأساسية المتمثلة في المعرفة المحدودة، والمهارات المحدودة، والتصورات السلبية لبعض أطباء الصحة. فالتدخلات التثقيفية المتعددة الجوانب تتجاوز مجرد توفير المعرفة والمهارات المتعلقة بتشخيص هذا المرض. فقد يحتاج اختصاصيو الصحة إلى التحفيز من خلال توعيتهم حول أهمية مرض النسيان، ومدى الاحتياجات غير الملباة، وإمكانية القيام بتدخلات لإحداث فرق. وبالنظر إلى أن التشخيص ما هو إلا "وسيلة لتحقيق الغاية"، يجب أن يكونوا أيضاً قادرين على تقديم المعلومات والدعم، وتخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات الإدارية الأساسية.

حددت مراجعة منهجية للتدخلات التثقيفية المستندة إلى الممارسة وجود ست دراسات من بينها تجربتان عشوائيتان مقارنتان* ذات صلة خاصة بالموضوع (27). أظهرت الأدلة المستقاة من مجموعة من التجارب العشوائية المقارنة[†] في المملكة المتحدة أن مردود الحالات التي تم تشخيصها حديثاً كان أكبر بكثير بعد إجراء التدخل وإتباع ممارسات استقادات من التدريب في ورش عمل مستندة إلى الممارسة واستخدام برامج كمبيوتر لدعم القرارات في تشخيص مرض النسيان أو ألزهايمر. أما النتائج بالنسبة للذين تلقوا دروساً مسجلة على قرص مدمج (CD-Rom) فلم تكن أفضل من ممارسات مجموعة المقارنة التي لم تخضع للتدريب (28). وفي فرنسا، ساهم اجتماع تثقيفي لساعتين يدعم استعمال الأدوات العصبية - النفسية المختصرة في خلق ثقة أكبر لدى المتدخلين السريريين في تشخيص مرض النسيان، ولكن دون حصول أية زيادة إجمالية في حالات المرض الجديدة.

ساعدت الدراسات التي راجعناها في تسليط الضوء على المشاكل والقيود. أولاً، كانت مشاركة المهنيين الصحيين في النشاطات التعليمية متفاوتة. بدت ورش العمل المستندة إلى الممارسة وزيارات التسهيل أكثر شعبية من الحلقات الدراسية خارج ورشة العمل ومن حلقات التعليم الطبي المتواصل (CME). وكان استيعاب برامج التعليم الإلكتروني ضعيفاً بدرجة خاصة. ولكن يمكن تخطي الحواجز بوجه المشاركة من خلال تعديل التدخلات وتوفير الحوافز. ثانياً، لم تثبت التدخلات التعليمية حتى هذا التاريخ نجاحها في تحسين نوعية الرعاية للمصابين بمرض النسيان. وتكون الزيادة في نسبة كشف المرض ذات قيمة محدودة ما لم تتم مشاركة التشخيص بطريقة مناسبة وحساسة مع المتأثرين به بصورة مباشرة، وما لم يكن مترافقاً مع الدعم والتدخل في الوقت المناسب وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية المتواصلة.

تسعى تجربتان حاليتان إلى معالجة هذه المشاكل، بينما تستفيد من عناصر النجاح من تجربة سابقة حول التدخل أجريت في بريطانيا (30 و 31). تركز التجربتان على التعليم والتدريب لتطوير المهارات والثقة اللازمة لإدارة مرض النسيان أو ألزهايمر عبر جميع مراحلها، وسوف تستخدمان ورش عمل تستند إلى الممارسة مع برامج كمبيوتر لدعم القرارات تُدمج ضمن نظام السجلات الطبية. تشمل النواحي المبتكرة استخدام فرق للرعاية الصحية الأولية من مختلف الفروع الصحية، وبضمنها ممرضات للرعاية الصحية الأولية. وتتضمن إحدى التجربتين خطة لتطوير برامج تدريب فردية حيث تقوم كل ممارسة باستكمال المراجعة الخاصة بها للاحتياجات التدريبية. سوف يكون من المثير للاهتمام أن نرى ما إذا كانت تدخلات الجيل الثاني هذه ستؤدي إلى تحسينات في نوعية رعاية مرض النسيان وفي عدد التشخيصات.

* التجربة العشوائية المقارنة (RCT) هي دراسة يُوزع فيها الناس عشوائياً (بالصدفة فقط) لتلقي تدخل واحد من أصل عدة تدخلات سريرية. ويكون أحد هذه التدخلات هو المعيار المستخدم للمقارنة، وقد يشكل ممارسة قياسية أو عدم تدخل على الإطلاق. من حسنات الاختيار العشوائي أنه يقلل من إمكانية الانحياز، ويوازن في تحديد التدخلات بين العوامل المعروفة والعوامل المجهولة على حد سواء. وتشكل التجارب العشوائية المقارنة (RCTs) طريقة فعالة لقياس تأثير أي تدخل.

† إن التجربة العشوائية المقارنة للمجموعات هي تجربة تشارك فيها مجموعات من الناس (مثلاً، أولئك الذين يحضرون مركز رعاية محدد)، بدلاً من الأفراد، في عملية التدخل العشوائي. ويكون هذا التصميم ملائماً عند تنفيذ التدخل على مستوى الخدمة الصحية أو مستوى النظام الصحي.

خدمات عيادات الذاكرة

يشكل الازدياد المتواصل لعيادات الذاكرة في البلدان ذات المداخل المرتفعة أحد العوامل المهمة التي تساهم في التشخيص المبكر لمرض النسيان. وقد جرى رصد هذه العملية على مدى السنوات العشر الماضية في هولندا، حيث حصلت زيادة قدرها خمسة أضعاف في عدد هذه العيادات، وزيادة قدرها ثمانية أضعاف في عدد المرضى الجدد، وارتفعت النسبة المقدرة لكافة الحالات الجديدة التي شخصتها عيادات الذاكرة من 5 بالمئة إلى 27 بالمئة (32). وفي بريطانيا، ساهمت الخدمات الجديدة للذاكرة المستندة إلى المجتمع الأهلي في زيادة عدد التشخيصات التي نفذتها الخدمات المتخصصة على مدى سنتين بنسبة 63 بالمئة، وكانت نسبة 77 بالمئة من الحالات المحولة الى خدمات الذاكرة الجديدة تشمل أشخاصاً في المراحل المبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر أو يعانون فقط من ضعف في الذاكرة (33). وتقتصر الاستراتيجيات الوطنية الفرنسية والبريطانية لمرض النسيان إنشاء شبكات وطنية لخدمات عيادات الذاكرة كعنصر أساسي من الخطة الهادفة إلى تحقيق التشخيص المبكر والتدخل المبكر للجميع.

الخلاصة

- إن النسبة المتدنية لكشف المرض (وبالتالي النسبة المتدنية لمن يخضعون للعلاج) هي مشكلة معقدة، ولا توجد حلول بسيطة لها. ومن أجل التقدم في هذا المجال يجب الاهتمام بالأنظمة الكاملة وليس بالعناصر الفردية.
- يتفاوت دور مراكز الرعاية الصحية الأولية بين الأنظمة الصحية المختلفة وفقاً لمستوى الموارد المتوفرة لها، ويجب أن يشكل التشخيص الأولي للحالات المحتملة وظيفة مهمة من وظائف هذه المراكز. يقترح العديون بأن التشخيص الرسمي يجب أن يبقى محصوراً في الخدمات المتخصصة. لكن في العديد من البلدان ذات المداخل المنخفضة والمتوسطة لا يتوفر عدد كاف من الاختصاصيين لتشخيص ومعالجة جميع المصابين. وفي الواقع، حتى في البلدان ذات المداخل المرتفعة والموارد الجيدة فإن اعتماد هذه السياسة وسد فجوة التشخيص والمعالجة قد يشكل تحديات يصعب التغلب عليها.
- هناك إمكانية لإجراء تدخلات تعليمية من أجل تحسين ممارسات الرعاية الصحية الأولية من خلال زيادة الاهتمام بحالات مرض النسيان أو ألزهايمر المحتملة وبتشخيص هذه الحالات على الرغم من أن قاعدة الأدلة حول ذلك لا زالت تقتصر على تجربتين فقط.
- يمكن تحقيق زيادة إضافية في نسبة الكشف في حال كان أخصائيو الرعاية الأولية أكثر مهارة وانخرطاً في النواحي الفعالة والمجزية لرعاية المصابين بمرض النسيان. لكن الأبحاث في هذا المجال لا زالت في بدايتها. فالدراسات حول الرعاية المبكرة لا زالت تقتصر بصورة رئيسية على البلدان الأوروبية الغنية.
- يجب تطبيق وتقييم خطة العمل العالمية للصحة العقلية (mhGAP) العائدة لمنظمة الصحة العالمية في البلدان ذات المداخل المنخفضة والمتوسطة. لكن المبادئ التوجيهية لا تكفي لوحدها، ويجب أن يرافقها الاهتمام بالتدريب والتسهيل، والضمان المتواصل للنوعية.
- سوف يلعب الطلب المتزايد على التشخيص المبكر لمرض النسيان أو ألزهايمر دوراً رئيسياً في سد فجوة العلاج. وقد شكل الطلب المتزايد على الرعاية (وتحديداً على أدوية هذا المرض) أحد العوامل المحفزة لزيادة عيادات الذاكرة، كما أن خدمات عيادات الذاكرة التي يسهل الوصول إليها تساهم في زيادة الطلب على خدمات التشخيص التي تقدمها.
- يجب على الذين يخططون ويقدمون خدمات للمصابين بمرض النسيان أو ألزهايمر أن يولوا اهتماماً خاصاً بدور كل من الرعاية الصحية الأولية، وعيادات الذاكرة، وخدمات الرعاية الاختصاصية

المجتمعية، وبكيفية تمكنهم من العمل سوية بكفاءة. وقد تتفاوت هذه العلاقات بين الأنظمة الصحية المختلفة وكذلك عبر مجمل مسار المرض.

هل التشخيص المبكر يفيد المصابين بمرض النسيان أو ألزهايمر ومقدمي الرعاية لهم؟

عند توضيح الفوائد المترافقة مع التشخيص المبكر، نساعد في مكافحة المواقف السلبية بين السكان بوجه عام، وبين العائلات المتأثرة بمرضي ألزهايمر والنسيان، كما بين الأطباء والممرضين ومقدمي الخدمات، ولا سيما بالنسبة للمعتقدات الخاطئة بأن هذا المرض ما هو إلا جزء طبيعي من الشيخوخة وأنه "لا يمكن فعل أي شيء" في هذا السياق.



ألغارسيا نوريس، 93 عاماً، ارسلس، 76 عاماً، مرسيدس، 97 عاماً، إلسا، 82 عاماً ولوز كانديدا، 80 عاماً، يعيشون في نفس المنزل في جمهورية الدومينيكان ويساعدون بعضهم البعض في جميع نواحي الحياة. والمسؤولية الرئيسية هي الاهتمام بإلسا مع تقدم مرض ألزهايمر.

من المرجح أن تظهر الفوائد الأولية للتشخيص المبكر من خلال التطبيق المبكر للتدخلات الفعالة. وتشكل فعالية التدخلات المحددة عند تطبيقها في حالات مرض النسيان الخفيف أو خلال مرحلته المبكرة، محور تركيز الفصل الرابع. ولكن "التشخيص المبكر" يمكنه أن يخدم بمثابة وكيل يمثل المجموعة الكاملة للتدخلات المفيدة، المرجح ألا يستعمل أي منها في غياب التشخيص والاتصال لاحقاً بمركز الخدمة.

تواجه التجارب العشوائية المقارنة لتأثيرات التشخيص المبكر بالمقارنة مع التشخيص المتأخر تعقيدات أخلاقية وعملية. لكن الدراسات الرصدية* للناس الذين يتلقون مساعدة من خدمات العيادات يمكنها أن تستخدم التغيير الطبيعي في مرحلة المرض خلال التشخيص (مدة الأعراض قبل التشخيص أو أية علامة تشير إلى شدة المرض) وربط ذلك مع النتائج السريرية والاجتماعية ونوعية حياة المصابين بالمرض ومقدمي الرعاية لهم. ويتطلب ذلك إجراء دراسة طولية تتم فيها متابعة الأفراد مع مرور الوقت.

لقد أجرينا بحثاً شاملاً عن المواد العلمية لمثل هذه الدراسات، وسعينا إلى الحصول على نتائج كمية من الأبحاث الرصدية الوبائية أو السريرية. وكذلك بحثنا عن بيانات ومبادئ توجيهية تحظى بإجماع الخبراء وتوصي بإجراء تشخيص مبكر. دعت مجموعات عديدة من أصحاب المصلحة إلى إجراء تشخيص مبكر، ولذلك أجرينا مراجعة موضوعية للمبررات المقدمة، بغض النظر عما إذا كانت هذه مدعومة بالأدلة.

البحث في الدراسات المنشورة عن أدلة للبحث

من خلال البحث في الدراسات المنشورة، تم تحديد وتقييم 8039 بحثاً (الملخصات والعناوين). ولم تقدم سوى ثلاثة أبحاث أدلة كمية ذات صلة، من بينها بحث واحد ربط بين السنوات منذ ظهور الأعراض الأولى عند التشخيص حتى حدوث الوفاة لاحقاً، وبحثان يتعلقان بمرحلة مرض النسيان خلال التشخيص وحتى مرحلة تراجع الوظيفة المعرفية أو تقدم المرض. وحددنا أيضاً خمسة بيانات متوافقة في الرأي أو مبادئ توجيهية للممارسات تشير تحديداً إلى التشخيص المبكر، والعديد من الروايات التي تشهد على فوائده.

أظهرت دراسة رصدية كبرى أجريت في عيادة للذاكرة في فرنسا (34) أن نسبة الوفيات كانت أقل بين الناس الذين عانوا من عوارض مرض النسيان أو ألزهايمر لمدة أقصر قبل خضوعهم لأول تقييم للمرض (وبالتالي الحصول على تشخيص مبكر) وذلك بعد مقارنتهم من حيث العمر، والجنس، والتعليم، والأمراض الأخرى، كما المستوى القاعدي للوظيفة المعرفية. يجب إجراء أبحاث أكثر من أجل تأكيد أو دحض هذه الحقائق المثيرة للاهتمام، التي تظهر بأنه يمكن تحسين إمكانية البقاء على قيد الحياة من خلال التشخيص وتلقي الخدمات خلال فترة مبكرة من المرض.

* تتوصل الدراسة الرصدية إلى استنتاجات حول التأثير المحتمل للعلاج، حيث يكون تعيين المريض ضمن مجموعة تتلقى العلاج بالمقارنة مع مجموعة مقارنة خارج سيطرة المحقق. وهذا يتباين مع التجارب المقارنة، كالتجارب العشوائية المقارنة حيث يعين كل مريض بصورة عشوائية في مجموعة تتلقى العلاج أو في مجموعة مقارنة قبل بدء الدراسة.

فرانسيس مافالان، مصاب بمرض ألزهايمر، الهند



مركز
مقدمي

بعد أن أصبح سلوكه يشكل إرباكاً متزايداً لأفراد عائلته، تم تشخيص فرانسيس مافالان بأنه مصاب بمرض ألزهايمر منذ سبع سنوات. والآن، وخلال السنوات السبع الأخيرة، يحضر إلى مركز الرعاية اليومية في كوشين الذي تديره الجمعية الهندية لمرض ألزهايمر والأمراض المرتبطة به. ومنذ ذلك الوقت، كان وضعه الصحي مستقراً رغم أن ذاكرته بدأت تضعف. وهو يغادر منزله في كل صباح للذهاب "إلى عمل" الرعاية اليومية "مكتبه" الخاص. وهذا المثال الأعلى للتفائل في الرعاية هم من أهل الخير.

ولم تجد الدراسات الأخرتان ذات الصلة أي علاقة بين شدة المرض عند التسجيل في عيادة للذاكرة والمعدلات اللاحقة لتراجع الوظيفة المعرفية (35 و36).

المبادئ التوجيهية التي تلقى الإجماع

- تقدم المبادئ التوجيهية المشتركة الصادرة عن المعهد الوطني للصحة والامتياز السريري (NICE) ومعهد الرعاية الاجتماعية للامتياز (SCIE) في بريطانيا، والمتعلقة بموضوع "مرض النسيان: دعم المصابين بمرض النسيان ومقدمي الرعاية لهم في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية"، وكذلك "معايير الممارسة" الصادر عن اللجنة الفرعية لمعايير الجودة التي وضعتها الأكاديمية الأميركية لعلم الأعصاب، والمتعلقة بالكشف المبكر عن هذا المرض، توصيات محددة تقضي بتحديد ومراقبة المصابين بضعف خفيف في الوظيفة المعرفية (MCI) بسبب نسبة الخطر المرتفعة لتحويله إلى مرض النسيان، وذلك للمساعدة في التحديد المبكر للمرض.
- أصدرت الشبكة الأوروبية للإجماع حول مرض النسيان (EDCON) بياناً يلقي إجماعاً يعبر عن الاقتناع "بأن الحصول على التشخيص المبكر والعلاج هما مفيدان للمصابين بمرض النسيان، ولعائلاتهم، وللمجتمع ككل". وأوصت بتنفيذ حملات توعية عامة وتنقيف مقدمي الرعاية بشأن فوائد التعرف على المرض والعلاج في مرحلة مبكرة، واعداد مبادئ توجيهية للممارسة ومراقبة تطبيقها.
- اختلفت مجموعة انتردم (INTERDEM) (شبكة أوروبية من الخبراء) في الرأي مع الشبكة الأوروبية للإجماع حول مرض النسيان (EDCON) من خلال توصيتها بأن يتم التشخيص في الوقت المناسب بدلاً من الوقت المبكر. وقالت، "يُعرف التشخيص في الوقت المناسب على أنه الوقت الذي يدرك فيه المريض أو مقدم الرعاية أو طبيب الرعاية الأولية بأن مرض النسيان قد بدأ يتطور. أما تفضيل إجراء التشخيص في الوقت المناسب فإنه يعني ضمناً أن المنهجيات يجب أن لا تركز على فحص السكان، بل على الاستجابة السريعة لأولى الإشارات المبلغ عنها حول التغير السلوكي والوظيفي للمريض".
- توصي مجموعة دراسة مرض النسيان المنبثقة عن الجمعية الإيطالية لعلم الأعصاب بإجراء التشخيص المبكر على أساس أنه يتيح التدخل في الوقت المناسب ضد أسباب مرض النسيان الممكن إيقافها، والبدء بالعلاجات الممكن أن تبطئ من تقدم المرض، والاهتمام بالحالات الطبية الأخرى (الأمراض الأخرى لدى الفرد)، ودعم المصابين مع عائلاتهم.

إفادات أصحاب المصلحة وغيرهم تدعو إلى التشخيص المبكر

كانت بعض أوراق البحث التي راجعناها في سياق مراجعتنا النظامية تتضمن بيانات تتعلق بفوائد التشخيص المبكر. وكان العديد منها يفتقر إلى المراجع، أما الأبحاث التي تضمنت مراجع فكانت تشير بصورة عامة إلى أبحاث أخرى تقدم تأكيدات مماثلة لا تستند إلى أدلة. لذلك يجب اعتبار هذه البيانات، في أفضل الحالات، على أنها تمثل رأي خبراء. كما تمّ تسليط الضوء على أهمية التشخيص المبكر للمرض ودعمه من جانب العديد من أصحاب المصلحة، ومنهم بنوع خاص جمعيات مرض ألزهايمر التي تمثل وتدافع عن مصالح المصابين بمرض ألزهايمر ومقدمي الرعاية لهم.

وقد أجرينا تحليلاً موضوعياً لهذه المواد وصنفنا المبررات والحجج تحت تسعة مواضيع واسعة:

1. تحسين الإدارة الطبية الحالية - الاهتمام بالأسباب الممكن علاجها، والعوامل المساعدة على تفاقم المرض، ومراجعة أدوية العلاج.

2. الشعور بالارتياح بسبب الفهم الأفضل للمرض- تأكيد الهواجس، وتوفير إطار عمل لفهم مصدر الأعراض وطبيعتها.
3. زيادة الاستقلالية الذاتية في اتخاذ القرارات الى أقصى حد ممكن - إتاحة الفرصة لاتخاذ قرارات مهمة حول المستقبل بينما لا يزال المريض يحتفظ بقدرته العقلية.
4. إتاحة الحصول على الخدمات- الحصول في الوقت المناسب على الرعاية الطبية، والمشورة والدعم، والتي تتطلب جميعها وجود تشخيص.
5. خفض المخاطر- السلامة في المنزل، وتقييم إمكانية قيادة السيارة، وتوقع تفادي الآثار السيئة للأدوية.
6. التخطيط للمستقبل- التقاعد المبكر، والتخطيط المالي، وقضايا السلامة والأمن.
7. تحسين النتائج السريرية- إبطاء أو استقرار التدهور المعرفي والوظيفي.
8. تجنب أو تخفيض التكاليف المستقبلية- خصوصاً من خلال تأخير أو تجنب الانتقال إلى دار للرعاية.
9. التشخيص كحق من حقوق الإنسان- الحق في الحصول على تشخيص دقيق، كما الحق بإبلاغ المصاب، أو عدم إبلاغه، وفقاً لما هو مفضل.

الخلاصة

- وجدنا نقصاً مذهلاً في الأبحاث التي أجريت حول تأثير توقيت تشخيص مرض النسيان أو ألزهايمر على المسار اللاحق للمرض ونتائجه على المصاب ومقدمي الرعاية له.
- هذه حالة من حالات "غياب الأدلة" أكثر منها حالة تتضمن "أدلة على عدم" تأثير التشخيص المبكر على النتائج المهمة للمصاب بمرض النسيان ومقدمي الرعاية له. أي أننا نجهل ما إذا كان التشخيص المبكر بحد ذاته يقود إلى نتائج أفضل لأنه لا توجد أية أبحاث محددة حول ذلك. هناك صعوبات منهجية في إجراء مثل هذه الأبحاث، ولكن بالإمكان التغلب عليها إلى حدٍ كبير من خلال اتخاذ إجراءات للسيطرة على العوامل الملتبسة.
- رغم غياب الأدلة، من الواضح أن لدى أصحاب الرأي المطلعين والخبراء، بوجه عام، وجهة نظر تقول بأن التشخيص المبكر مفيد للمرضى ولمقدمي الرعاية لهم وللمجتمع ككل. ولذلك يجب تشجيعه.
- يمكن اختبار معظم المبررات التسعة المقدمة للتشخيص المبكر في الدراسات البحثية. وقد يكون من الأفضل النظر إلى هذه المبررات على أنها فرضيات توفر المعلومات اللازمة للأبحاث المستقبلية.

ما هي التدخلات الفعالة للمصابين بمراحل مبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر

يمكن الحصول على العدد الكبير من المراجع الواردة في هذا القسم من النص الكامل للتقرير المتوفر للتنزيل مجاناً على الموقع الإلكتروني www.alz.co.uk/worldreport2011

لقد أجريت تجارب عديدة لمعرفة فعالية التدخلات لدى المصابين بمرض النسيان، ولكن حتى وقت قريب نسبياً، لم تتوفر الكثير من الأدلة حول فوائد هذه التدخلات خلال مراحل المرض المبكرة. ويهدف هذا الفصل إلى مراجعة المواد المتوفرة حول التجارب العشوائية المقارنة للتدخلات التي تستهدف المصابين بمرحلة مبكرة أو خفيفة من المرض.



أوفيديو وأنطونيا متزوجان منذ 51 عاماً. صورتاهما وهما بعمر 29 و 27 عاماً، المعلقتان الآن في منزلهما في جمهورية الدومينيكان هما من كنوز العائلة. وهما أيضاً يحبان بعضهما كثيراً.

نطاق المراجعات المنهجية

لقد أخذنا في الاعتبار:

- التدخلات بالأدوية، في كل من علاجات أعراض المرض التي تستهدف بصورة رئيسية القدرات المعرفية (مثبطات الاستيل كولينستيراز acetylcholinesterase inhibitors والميمانتين memantine)، والاكنتاب، وعلاجات أخرى تستهدف آليات الأمراض الكامنة التي يمكن أن تغير مبدئياً مسار المرض، مثل الفيتامينات والأدوية التي تعالج عوامل الخطر الكامنة لأمراض القلب والشرابين، والمعالجة بالهرمونات البديلة (للنساء)، وأدوية الالتهابات التي لا تتضمن مركبات الستيرويد.
- التدخلات بغير الأدوية، وتشمل الاستراتيجيات لدعم وتعزيز القدرات المعرفية للمصاب بمرض النسيان، والتدخلات النفسية الاجتماعية التي تستهدف المصاب، والتدخلات النفسية الاجتماعية التي تستهدف مقدمي الرعاية ولكنها كثيراً ما تشمل أيضاً المصاب.

أما النتائج التي اعتبرت بأنها الأكثر صلة فكانت:

- بالنسبة للشخص المصاب بمرض النسيان أو ألزهايمر: الوظيفة المعرفية، والوضع الوظيفي، ونوعية الحياة، والصحة النفسية، والمشاركة الاجتماعية (اجتماعياً، وظيفياً، تعليمياً، والوقت المتوفر للتسلية).
- بالنسبة لمقدمي الرعاية: نوعية الحياة، والصحة النفسية، والإجهاد.

حددنا أولاً المراجعات المنهجية ذات الصلة (الموقع الإلكتروني Cochrane Reviews، والمراجعات المنهجية للمعهد الوطني البريطاني للصحة والامتياز السريري (NICE) ولجمعية مرض ألزهايمر (الولايات المتحدة الأمريكية) حول التدخلات بغير الأدوية خاصة للمرحلة المبكرة من مرض ألزهايمر (2007). وأجرينا بحثاً جديداً لإيجاد تجارب عشوائية مقارنة أكثر حداثة (2005-2011) تركز على المرحلة المبكرة من المرض. كما اتصلنا باختصاصيين في هذا المجال للتحقق من اكتمال التجارب.

إنصبَّ اهتمامنا بصورة رئيسية على التجارب التي اختارت فقط المصابين بحالة خفيفة من مرض النسيان أو بمرحلة مبكرة منه. ولكن، إدراكاً منا بأن التجارب قد تتضمن في حالات عديدة المصابين بحالة خفيفة أو بمرحلة مبكرة من مرض النسيان إضافة إلى المصابين بمرحلة أكثر تقدماً من المرض (متوسطة أو شديدة)، فقد شملنا أيضاً مثل هذه التجارب الأخيرة في مراجعتنا السرديّة للنتائج، وفي هذه الحالة سعينا للتأكد من نسبة المشاركين المصابين بدرجة خفيفة/مرحلة مبكرة من المرض، ولتوضيح ما إذا كان تحليل فعالية التدخل قد تمَّ استناداً إلى شدة المرض.

الأدلة الداعمة لفعالية التدخلات في المرحلة المبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر

وجدنا أدلة من تحاليل إحصائية للعديد من التجارب العشوائية المقارنة تدعم فعالية مثبطات الاستيل كولينستيراز (acetylcholinesterase inhibitors) في معالجة الضعف المعرفي لمرض ألزهايمر الخفيف. وكانت أحجام التأثير (حجم تأثير العلاج بمقارنة المجموعات التي تخضع لعلاج فعلي والمجموعات التي تخضع لعلاج وهمي متناسقة وثيقة الصلة سريرياً، إضافة إلى توفيرها فوائد إضافية بالنسبة للضعف الوظيفي.

وجدنا أدلة من تحاليل إحصائية للعديد من التجارب العشوائية المقارنة تدعم كفاءة دواء جينكو بيلوبا (Ginkgo Biloba) في علاج الضعف المعرفي في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة. ولكن أحجام التأثير كانت متواضعة، ولم تكن الصلة السريرية مؤكدة. ولم يتم تحديداً تقييم فعالية هذا الدواء في حالات النسيان الخفيفة. كما وجدنا أدلة من العديد من التجارب العشوائية المقارنة تدعم كفاءة تحفيز الوظيفة المعرفية في علاج الضعف المعرفي في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة. وكانت أحجام التأثير المرتبطة بالتدخل، بالنسبة للنتائج المعرفية، مشابهة للنتائج التي ظهرت عند استعمال أدوية الكولينستيراز. ولكن لم تظهر الفوائد السريرية الإجمالية ولا الفوائد المتعلقة بالضعف الوظيفي. توحى النتائج من التجريبيين بأن أحجام التأثير مماثلة بالنسبة للمصابين بحالة خفيفة من المرض وبالنسبة للمصابين بحالة معتدلة أو خفيفة إلى معتدلة.

وجدنا أدلة من إحدى التجارب العشوائية المقارنة تظهر أن إعادة تأهيل الوظيفة المعرفية تكون فعالة في تحسين الأداء المستهدف، ودرجة الرضا، وضعف الذاكرة لدى المصابين بمرحلة مبكرة من مرض النسيان.

وجدنا أدلة من إحدى التجارب العشوائية المقارنة تظهر أن العلاجات السلوكية التي يطبقها مقدمو الرعاية العاملون كمعالجين تكون فعالة في علاج الاكتئاب في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة.

وجدنا أدلة من إحدى التجارب العشوائية المقارنة تظهر أن مجموعات الدعم للمصابين بمرحلة مبكرة من مرض النسيان تكون فعالة في تحسين نوعية حياة المصابين وتخفيف أعراض الاكتئاب.

وجدنا أدلة موحية، ولكنها غير متماسكة، من تحاليل إحصائية للتجارب العشوائية المقارنة تظهر أن التدخلات المتعلقة بالنشاط الجسدي قد تكون مفيدة في تحسين الوظائف الجسدية والحد من عدم القدرة على القيام بالنشاطات اليومية للمصابين بمرض النسيان. لكن الأدلة المنطبقة على المصابين بدرجة خفيفة من المرض كانت محدودة وملتبسة جداً.

وجدنا أدلة من التحاليل الإحصائية للتجارب العشوائية المقارنة تدعم فعالية تدخلات مقدمي الرعاية المتعددة العناصر في تحسين مزاج ونوعية حياة مقدمي الرعاية، وفي تأخير الحاجة لإدخال المرضى إلى مؤسسات الرعاية، وكذلك التدخلات التثقيفية لمقدمي الرعاية التي شملت مهارات حل المشاكل والقدرة على التحمل وتحسين المزاج لدى مقدمي الرعاية. نذكر أيضاً أن معظم المشاركين في التجارب كانوا مصابين بحالة معتدلة إلى شديدة من مرض ألزهايمر. كما تم إظهار كفاءة تدخلات مقدمي الرعاية المتعددة العناصر في تأخير إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية في إحدى التجارب، وذلك بالنسبة للمصابين بحالة خفيفة من المرض.

أدلة حول غياب فعالية التدخلات في المرحلة الخفيفة/المبكرة من المرض، أو أدلة غير كافية لإصدار توصية

وجدنا أدلة من التحاليل الإحصائية للعديد من التجارب العشوائية المقارنة ومن تجربة واحدة كبيرة وحاسمة تظهر أن أدوية الاكتئاب غير فعالة في علاج الاكتئاب في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة. لكن فعالية هذه العلاجات لم يتم تقييمها تحديداً لدى المصابين بحالة خفيفة من هذا المرض.

وجدنا أدلة من التحاليل الإحصائية للعديد من التجارب العشوائية المقارنة تظهر أن أدوية الستاتين (statins) (فئة من الأدوية تستعمل مبدئياً لتخفيض مستويات الكوليسترول في الدم) ليست فعالة في معالجة الضعف المعرفي في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة. كما وجدنا أيضاً من إحدى التجارب الصغيرة نسبياً أن التدخل الوقائي الثانوي "للعناية بالشرابين" (تنظيم ارتفاع ضغط الدم ومعدل الكوليسترول، مع التنبيه إلى عوامل الخطر السلوكية لأمراض القلب والشرابين) لا تأثير لها على العجز اللاحق، أو التدهور المعرفي، أو الحاجة إلى إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية، أو التكاليف بالنسبة للمصابين بدرجة خفيفة من مرض ألزهايمر، ووجدنا أيضاً بعض الأدلة من خلال التصوير العصبي لمرض الشرايين الدماغية المرافق. يبقى الانتباه إلى عوامل خطر مرض القلب والشرابين وتحسين

يمكن العثور على

العدد الكبير من

المراجع لهذا القسم في

النسخة الكاملة للتقرير

المتوفر للتحميل مجاناً

على العنوان

www.alz.co.uk/worl

dreport2011

إدارة مرض القلب والشرابين الكامن يشكل جزءاً من المبادئ التوجيهية للممارسات الجيدة لعلاج مرض النسيان ويجب استخدامها لتحسين نتائج القلب والشرابين.

لم نجد أي دليل يدعم استعمال الفيتامينات في حالات النسيان الخفيفة. وكانت هناك أدلة من العديد من التجارب العشوائية المقارنة تظهر بأن الفيتامين ب12 (Vitamin B12) وحمض الفوليك لم يكونا فعالين في علاج الضعف المعرفي في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة. ولكن هناك دليل من إحدى التجارب العشوائية المقارنة يظهر أن استعمال الفيتامين إي (Vitamin E) قد يخفف من وتيرة التقدم إلى إحدى النقاط النهائية الأربع: الموت، والحاجة إلى الإدخال إلى مؤسسة رعاية وتطور المرض إلى حالة شديدة (3 على مقياس النسيان السريري-CDR)، أو تغير في تعذر القيام بالنشاطات اليومية لدى المصابين بدرجة معتدلة من مرض ألزهايمر. لكن ذلك ترافق مع زيادة خطر السقوط بنسبة ثلاثة أضعاف. كان هناك دليل من تجربة رائدة أن استعمال "الطعام الطبي" الذي يشتمل على الأحماض الدهنية الأساسية (fatty acids) والدهون الفوسفورية (phospholipids)، والفيتامينات E, C, B6, B12، والسيلينيوم (selenium)، وحمض الفوليك (folic acid) قد يساعد على استرجاع الذاكرة لدى المصابين بمرض ألزهايمر الخفيف. ولكن الأهمية السريرية لهذا التأثير لم تكن واضحة مع عدم حصول أي تغيير أو أي فرق مهم في النتائج السريرية أو الوظيفية الأخرى ذات الصلة. ولكن يبقى إجراء فحص للفيتامين ب 12 (Vitamin B12) وحمض الفوليك وتصحيح أي نقص جزءاً من المبادئ التوجيهية للممارسات الجيدة في رعاية مرض النسيان، وهي مبررة لمنع حصول فقر الدم، وتخفيض خطر الإصابة بأمراض القلب والشرابين وتجنب حصول مضاعفات عصبية خطيرة محتملة.

لم نجد أي دليل يدعم فعالية العلاج بالهرمونات البديلة لعلاج الضعف المعرفي في حالات النسيان الخفيفة إلى المعتدلة، مع وجود بعض الأدلة التي تظهر بأن استعمالها قد يكون مرتبطاً بتطور أسرع إلى مرحلة أشد من مرض النسيان. ونظراً للمخاوف من ازدياد خطر الإصابة بسرطان الثدي وأمراض القلب والشرابين، فإن المبادئ التوجيهية العامة المتعلقة بهذه المنتجات توحى انه لا يجب استخدام العلاج بالهرمونات البديلة سوى للسيطرة على أعراض سن اليأس على المدى القصير.

لم نجد أي دليل يدعم استعمال أدوية الالتهابات غير الستيرويدية (non-steroidal) في حالة النسيان الخفيفة. هناك دليل من تجربة واحدة بأن الايبوبروفن (ibuprofen) ليس فعالاً في علاج الضعف المعرفي في حالة النسيان الخفيفة، دون ملاحظة أية فوائد في النتائج السريرية أو الوظيفية الأخرى. أوحى تجربة صغيرة حول الاندوميثاسين (indomethacin) لدى الناس المصابين بحالة خفيفة إلى معتدلة من مرض النسيان حصول فوائد محتملة في النتائج المعرفية، ذات أهمية سريرية غير مؤكدة، ولكنها ترافقت مع وتيرة أعلى لحصول تأثيرات جانبية خطيرة لدى المجموعة المعالجة بالاندوميثاسين. وجدنا أدلة من التحاليل الإحصائية للعديد من التجارب العشوائية المقارنة تظهر أن تدريب الوظيفة المعرفية ليس فعالاً في علاج الضعف المعرفي، أو ضعف الذاكرة، أو الضعف الذي يقيسه مقدمو الرعاية لدى المصابين بحالة خفيفة إلى معتدلة من مرض النسيان. ولم نجد دليلاً كافياً لاستعمال علاج تذكر الماضي لدى المصابين بحالة خفيفة من مرض النسيان. ولم تظهر سوى تجربة واحدة صغيرة جداً، أجريت على أناس مصابين فقط بدرجة خفيفة إلى معتدلة من المرض، احتمال وجود فوائد معرفية. كانت جميع هذه التجارب الأربع المضمنة في مراجعة منهجية صغيرة ومن نوعية منهجية ضعيفة.

لم نجد أية تجارب حول تقديم المشورة الفردية للناس المصابين بحالة خفيفة من مرض النسيان أو بحالة مبكرة منه.

الخلاصة

● وجدنا أدلة قوية (العديد من التجارب العشوائية المقارنة) تظهر أن استعمال أدوية مثبطات الاستيل كولينستيراز (acetylcholinesterase inhibitors) (للوظيفية المعرفية والتلف الوظيفي) والتحفيز المعرفي (للوظيفية المعرفية) تشكل تدخلات فعالة في حالة المرض الخفيفة. وجدنا أدلة قوية (من العديد من التجارب العشوائية المقارنة) بأن استعمال جينغكو بيلوبا (gingko biloba) (للوظيفية المعرفية)، والتدخلات التنقيفية والتدريبية والداعمة لمقدمي الرعاية (لتحسين مزاج مقدمي الرعاية وتأخير إدخال المصاب إلى مؤسسة رعاية) تشكل تدخلات فعالة في الحالات الخفيفة إلى المعتدلة من المرض رغم أن قيمتها بالنسبة للمصابين بحالة خفيفة من مرض النسيان، وبالنسبة لمقدمي الرعاية، لم يتم قياسها كمياً على وجه التحديد. وجدنا بعض الأدلة (تجربة عشوائية مقارنة) تبين أن مجموعات دعم المصابين بمرض

يمكن العثور على العدد الكبير من المراجع لهذا القسم في النسخة الكاملة للتقرير المتوفر للتحميل مجاناً على العنوان

www.alz.co.uk/wo
rldreport2011

النسيان (لنوعية الحياة والاكتئاب)، والعلاج السلوكي (للاكتئاب)، وإعادة التأهيل المعرفي (للأداء المستهدف والرضا وضعف الذاكرة) قد تكون مساعدة في المرحلة المبكرة من المرض. وجدنا دليلاً إحصائياً من العديد من التجارب العشوائية المقارنة يظهر أن التدخلات في النشاط الجسدي قد تحسّن الوظيفة الجسدية وتحد من تزدني النشاطات اليومية لدى المصابين، لكن الأدلة تبقى محدودة وملتبسة بالنسبة للمصابين بحالة خفيفة من مرض النسيان.

- لم نجد أي دليل يدعم استعمال الفيتامينات أو أدوية الستاتين (statins) أو العناية الشاملة بالشرابين في الحالات الخفيفة من مرض النسيان، أو نتائج ذات صلة به. ولكن المبادئ التوجيهية للممارسات الجيدة تدعو إلى إجراء فحص للفيتامين ب 12 (Vitamin B12) وحمض الفوليك (folate) وتصحيح أي نقص، وكذلك الاهتمام بعوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والشرابين وأن تكون الإدارة الطبية أمراض القلب والشرابين عند حدها الأمثل، وهذه التوصيات مبررة لأنها تمنع حصول نتائج صحية مضرّة أخرى.

- هناك حاجة لإجراء أبحاث سريرية أكثر بكثير، وخصوصاً إجراء تجارب عشوائية مقارنة من نوعية جيدة، حول فعالية العلاجات الاجتماعية والنفسية، والعلاجات التعديلية للمرض ذات صلة خاصة باحتياجات المصابين بمرحلة مبكرة من مرض النسيان.

هل تنجح بعض التدخلات بدرجة أفضل عند تطبيقها في وقت أبكر خلال مسار المرض؟

راجعنا في الفصلين السابقين الأدلة حول الفوائد المترافقة مع التشخيص المبكر (الفصل الثالث) والأدلة المتعلقة بالتدخلات الفعالة بالنسبة للمصابين بمرحلة مبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر (الفصل الرابع). وهناك سؤال وثيق الصلة بالموضوع ويدور حول ما إذا كانت هناك، فترة زمنية حاسمة للبدء بالتدخل خلال المرحلة المبكرة من المرض. وبالنسبة لبعض التدخلات وبعض النتائج، أي ما إذا كان التدخل فعالاً فقط في المرحلة المبكرة من المرض، أو إذا كان أكثر فعالية عند تطبيقه في وقت أبكر بدلاً من وقت متأخر خلال مسار المرض.



على الرغم من فارق في العمر يزيد عن 90 سنة، أمضت ماري تريز وفريدريكا وقتاً ممتعاً في رسم طائرة ورقية. نظمت جمعية مونينغاسك لأبحاث مرض ألزهايمر ومركز سبيرانزا وألبرت الثاني للرعاية اليومية لمرض ألزهايمر في إمارة موناكو ورش رسم شارك فيها الصغار والكبار من مختلف الأجيال. وكان الأطفال وشركاؤهم الأكبر سناً أحراراً في التعبير عن مواهبهم الفنية لتزيين 100 طائرة ورقية. يشجع المشروع الرعاية الصحية بين الأجيال، والعمل الداعم والتوعية العامة.

وجدنا أربع دراسات تتعلق بهذا السؤال، دراستان منها تتعلقان بتأثير أدوية مرض النسيان ودراستان تتعلقان بالتدخل والدعم من مقدمي الرعاية.

أدوية مرض النسيان أو ألزهايمر

في تجربة واسعة النطاق أجريت في البيئة الطبيعية للمرضى على المرحلة الرابعة لدواء دونبزيل (donpezil) في أسبانيا بتمويل من شركات الدواء، أظهر المصابون بحالة نسيان خفيفة عند خط القاعدة (baseline) للدراسة ميلاً على مدى ستة أشهر من المتابعة للتحسن في الوظيفة المعرفية، مع ظهور تدهور لدى المصابين بحالة معتدلة من المرض (37). كانت الاختلافات في نقاط التغيير (change scores) بين هاتين المجموعتين مهمة إحصائياً لصالح مجموعة المصابين بحالة خفيفة من المرض بالنسبة لاختبارات الذاكرة، واللغة، ومعرفة الاتجاه. وحصل تدهور وظيفي لدى المجموعتين ولكن بدرجة أقل بالنسبة للمصابين بحالة خفيفة بالمقارنة مع المصابين بحالة معتدلة. وأظهرت دراسة أخرى لمجموعة رصدية في مركز متخصص برعاية مرضى النسيان في الولايات المتحدة، بعد التحكم بشدة المرض عند الخط القاعدي للدراسة، أن الذين عولجوا بأدوية النسيان لفترة زمنية أطول منذ وقت ظهور الأعراض (مؤشر استدامة أعلى (persistence index) أظهروا تدهوراً أقل في الوظيفة المعرفية، وفي الوضع السريري والوظيفي (38)، مع انخفاض في معدل الوفيات (39). شكل هذا دليلاً مقنعاً بصورة خاصة، نظراً لأن متوسط فترة المتابعة كان ثلاث سنوات (مدى من 1-13 سنة)، أي أطول بكثير من مدة المتابعة التي تتراوح بين ستة أشهر وسنة واحدة المتبعة نموذجياً في التجارب العشوائية المقارنة. يستطيع المرء أن يفترض أن "مؤشر الاستدامة" قد يميل ليكون أعلى لدى المرضى الذين بدأوا بتناول أدوية مرض النسيان خلال وقت أبكر في مسار المرض، ولكن لم يتم بالتحديد اختبار التأثير المبكر بالمقارنة مع التأثير المتأخر لتناول هذه الأدوية.

تدخلات مقدمي الرعاية

في تجربة عشوائية مقارنة واسعة النطاق (40) وتحليل لمجموعة رصدية من المصابين (observational cohort analysis) في الولايات المتحدة الأميركية (41)، هناك أدلة تشير إلى أن التدخل المبكر والدعم لمقدمي الرعاية قد يكونان مفيدتين بشكل خاص في تأخير أو عدم إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية خاصة. وفي تحليل مجموعة المصابين، كانت التأثيرات المفيدة للمساعدة المقدمة في المنزل أكبر عندما يبدأ مقدم الرعاية القيام بدور الرعاية في وقت أحدث، وذلك بالنسبة للمصابين بدرجة أقل تطوراً من مرض النسيان. كانت تجربة ميتلمان (Mittelman)، التي أجريت في نيويورك، استثنائية من حيث الدعم العاطفي والعمل المتواصل الطويل الأمد المزود إلى مقدمي الرعاية من الأزواج، وفترة المتابعة الطويلة التي وصلت إلى 8 سنوات. في تلك التجربة كان التأثير المفيد للمشورة المتعددة العناصر المكثفة نسبياً، والتدخل الداعم لمقدمي الرعاية أشد بروزاً بكثير بالنسبة للمصابين بحالة خفيفة أو معتدلة من المرض بالمقارنة مع المصابين بحالة شديدة عند اشتراكهم في التجربة (40).

الخلاصة

- هناك أدلة أولية، وخاصة من دراسة واسعة النطاق وطويلة الأمد أجريت في البيئة الطبيعية على أناس مصابين بمرض النسيان في الولايات المتحدة يتلقون العلاج والرعاية، بأن استعمال أدوية النسيان خلال نسبة أطول من الوقت منذ بداية ظهور الأعراض (وبالتالي البدء بتناول الدواء مبكراً أو الاستمرار في تناوله)، قد يترافق مع ضعف معرفي أقل وحياة أطول.
- توحي دراستان تمت متابعتهم لفترة أطول بأن البدء في وقت أبكر بتقديم المساعدة إلى مقدمي الرعاية (الرعاية المنزلية والمشورة والتدخلات الداعمة) قد يكون أكثر فعالية في منع أو تأخير انتقال المريض إلى مؤسسة الرعاية.
- تشير الأبحاث إلى أن الفترة التي يبدأ فيها مقدم الرعاية بتولي دور الرعاية، والظروف المحيطة بذلك الانتقال، قد تكون ذات أهمية حاسمة على النتائج الطويلة المدى. ودعم مقدمي الرعاية، عند تقديمه في وقت أبكر، قد يسمح لمقدمي الرعاية بالتأقلم بصورة تدريجية وفعالة مع ازدياد متطلبات الرعاية. وبالتالي، فقد تتوفر لهم فرصة أكبر لإعداد وتنفيذ الخطط والإجراءات الممكنة أن تساعد في وقت لاحق من مسار المرض.

الإنفاق للتوفير- المسألة الاقتصادية للتشخيص والتدخل المبكرين

إن التكاليف الاقتصادية هائلة لمرض النسيان. ولقد قدرنا في تقرير مرض ألزهايمر العالمي الذي أصدرناه السنة الماضية أن تكاليف المرض في سائر أنحاء العالم بلغت 604 مليارات دولار أميركي في العام 2010 (42). وقد شملت هذه التكاليف "المجتمعية" تكاليف الرعاية غير المدفوعة التي يقدمها أفراد الأسرة وغيرهم (يشار إليها أحياناً بالتكاليف غير المباشرة)، والتكاليف المباشرة للرعاية الطبية، والتكاليف المباشرة للرعاية الاجتماعية التي تقدمها مراكز خدمات المجتمع الأهلي، ودور الرعاية السكنية، ودور رعاية المسنين.



لا يُقيم سوى تسعة أشخاص في معظم مراكز الرعاية اليابانية، لذلك فإن الطبخ المؤسساتي ليس متوفراً. يُحضّر الطعام من قبل الموظفين مع مساعدة من المقيمين القادرين على المساعدة ويرغبون في ذلك. وفي هذا المركز في كيوتو، كل شخص قام بشيء ما للمشاركة، سواء كان ذلك وضع الصحون وعبادان الأكل أو التحقق من الأطباق التي ستقدم، مثل هذا الرجل هنا الذي كان طباًخاً سابقاً.

وعلى الصعيد العالمي، من المقدر أن يتضاعف عدد المصابين بمرض النسيان أو ألزهايمر كل عشرين سنة، ليرتفع من 36 مليون في عام 2010 إلى 115 مليون في عام 2050 (43). ونظراً لأنماط التقدم في عمر السكان، من المحتمل أن تحصل أكبر نسبة من هذه الزيادات بين الناس المسنين الضعفاء الصحة، المصابين بدرجة أشد من مرض النسيان والمحتمل أن يحتاجوا، نتيجة لهذه الأسباب ولكونهم أكثر احتمالاً لأن يكونوا مترملين، إلى رعاية صحية في دور رعاية أو دور للمسنين (44). وقد بدأت بعض الحكومات تركز اهتمامها على الحاجة لإدارة واحتواء هذه التكاليف، إذا أمكن ذلك.

منهجيات التحليل الاقتصادي

رغم أن التجارب العشوائية المقارنة تقدم أقوى دليل حول فعالية الكلفة، لكن لا توجد أية تجارب حول التشخيص والتدخل المبكرين بالمقارنة مع التشخيص والتدخل المتأخرين. ولقد أجريت تجارب حول فعالية التدخل في حالات النسيان المبكرة، ولكن هذه التجارب كانت تتعلق بمعالجات فردية أكثر من كونها رزماً متكاملة من الرعاية.

وبسبب هذه القيود، استخدم علماء اقتصاد الصحة تقنيات متطورة لتصميم نماذج اقتصادية بهدف دمج أفضل المعلومات المتوفرة حول:

- إمكانية تقديم الوقت الذي يتم فيه التشخيص.
- فعالية التدخلات الدوائية والنفسية الاجتماعية على مسار المرض الطويل وعلى إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية.
- التأثير المحتمل لهذه التدخلات على التكاليف.

وكما هو الحال مع جميع تصاميم النماذج الاقتصادية، تعتمد النتائج بدرجة حاسمة على الفرضيات الأولية التي يجب أن تكون واضحة. تتغير بعض المعالم الرئيسية عبر مجموعة من القيم المعقولة ظاهرياً في "تحاليل الحساسية" من أجل قياس درجة عدم اليقين المحتملة في التقديرات.

الأدلة

حددنا ثلاثة تحاليل اقتصادية حاولت أن ترسم نموذجاً لتأثير التشخيص المبكر على التكاليف المستقبلية لأنظمة الصحة والرعاية الاجتماعية أو على التكاليف المجتمعية.

استنتج باحثون من جامعة ويسكونسن أن التشخيص والعلاج المبكرين لمرض ألزهايمر يستطيعان إنتاج فوائد اجتماعية إيجابية كبيرة، بالإضافة إلى تحقيق وفورات إيجابية صافية لحكومات الولايات والحكومة الفدرالية في الولايات المتحدة (45). وتم تقدير كلفة التشخيص المبكر لمريض ألزهايمر واحد بحوالي 4 آلاف دولار أميركي. وقد تم الافتراض أن الفوائد تنجم عن تدخلين اثنين يعاملان بالتأخر لتأخير إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية هما: استعمال مثبطات الاستيل كولينستيراز (acetylcholinesterase inhibitors) وتعليم مقدمي الرعاية، والتدريب والتدخل الداعم. أخذ النموذج أيضاً في عين الاعتبار الفوائد الناتجة عن تدخل مقدمي الرعاية المترافق مع التدخل المبكر مقابل التدخل المتأخر (أنظر الفصل الخامس)، وإمكانية زيادة استعمال الخدمات بين متلقي تدخلات مقدمي الرعاية، وتخفيف الاكتئاب لدى مقدمي الرعاية. وتم الافتراض في النموذج أن أدوية مضادات الكولينستيراز (anticholinesterase) تخفض من نسبة الحاجة لإدخال المريض إلى مؤسسة رعاية من خلال تخفيف الضعف المعرفي. وفي هذا النموذج، كانت الفائدة الصافية إيجابية (أي أن الفوائد من التشخيص والتدخل المبكرين تجاوزت التكاليف) وفق معظم الافتراضات، ولكل من التدخلات. لكن الفوائد الصافية كانت الأعلى عندما يتم تشخيص المرض في مراحل أبكر (مثلاً 28 نقطة في فحص الحالة العقلية المصغرة *MMSE)، وكذلك عندما يتم دمج العلاج بالأدوية مع برنامج تدخل لمقدم الرعاية.

أجرت التحليل الاقتصادي الثاني شركة أيساي المحدودة، منتجة دواء دونيزيل (donepezil) (46). كان السيناريو الذي تم اختباره في هذه الحالة التشخيص المبكر لمرض النسيان من خلال فحص جميع الذين أظهروا خلال الرعاية

* فحص الحالة العقلية المصغرة (MMSE) هو اختبار استطلاعي من 30 نقطة يستعمل لفحص الضعف في الوظيفة المعرفية. تشير النقاط الأقل (من أصل 30 نقطة) إلى وجود ضعف أكبر في الوظيفة المعرفية.

الأولية ضعفاً في الذاكرة، وبدء العلاج بدواء دونيزيل لأولئك الذين نالوا بين 10 و26 نقطة في فحص الحالة العقلية المصغرة (MMSE). كانت الافتراضات بشأن الفوائد المعرفية لدواء النسيان على المدى الطويل أكثر تحفظاً من تلك المطبقة في نموذج جامعة ويسكونسن المذكور أعلاه. فُدرت الكلفة التزايدية لبرنامج الفحص بمبلغ 4,803 جنيه إسترليني (7,700 دولار أميركي) لكل مريض يجري تشخيصه. أخذ النموذج بالاعتبار تأثير التدخل على التكاليف المباشرة (تكاليف التدخل)، والتكاليف الأخرى للرعاية الصحية، والرعاية الاجتماعية الأهلية، والإدخال إلى مؤسسة رعاية)، وكذلك التكاليف غير المباشرة (الوقت غير الرسمي لمقدم الرعاية) والمرافق الصحية لمقدم الرعاية والمريض، المكيفة وفق نقاط فحص الحالة العقلية المصغرة (MMSE)، والأعراض السلوكية، والوضع في مؤسسة الرعاية. في هذا النموذج كانت الفائدة الصافية إيجابية أيضاً (أي أن فوائد التشخيص والتدخل المبكرين مع استعمال دواء دونيزيل تجاوزت التكاليف) وفقاً لمعظم الافتراضات. وفي نموذج الحالة الأساسية، كانت الفائدة الصافية في التكاليف المباشرة 3,593 جنيه إسترليني (5,700 دولار أميركي) للشخص الواحد المصاب، وكانت التكاليف غير المباشرة 4,148 جنيه إسترليني (6,600 دولار أميركي)، مما يُنتج فائدة صافية إجمالية تبلغ 7,741 جنيه إسترليني (12,400 دولار أميركي).

قِيم التحليل الاقتصادي الثالث فعالية الكلفة المحتملة في حال اعتماد نموذج خدمة كرويدون للذاكرة (Croydon Memory Service) المستند إلى المجتمع الأهلي على مستوى البلاد بأكملها في انكثرتا للتشخيص والتدخل المبكرين في مرض النسيان (47). وكما هو موضح في الفصل الثاني، أدى اعتماد خدمة التقييم هذه المستندة إلى المجتمع الأهلي، والممكن الوصول إليها بسهولة، إلى زيادة بنسبة 63 بالمئة في عدد التشخيصات من خلال خدمات تخصصية على مدى سنتين (33). شملت التكاليف المحتسبة: التكاليف المتعلقة بعملية التشخيص (غير المتعلقة بالاستقصاء)، ونقل نتائج التشخيص إلى العائلة، والرعاية والدعم ما بعد التشخيص. لم تؤخذ في الاعتبار تكاليف العلاج بالأدوية. ولكن أخذت في عين الاعتبار احتياجات الخدمة المستحثة خلال المراحل الأخيرة من حياة المصابين بمرض النسيان المطلوبة من مراكز خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الموجودة لدى المجتمع الأهلي. الفائدة الوحيدة التي أخذت بالاعتبار كانت نسبة انخفاض الحاجة لإدخال المريض إلى مؤسسة رعاية. فُدرت التكاليف الإضافية الإجمالية بمبلغ 220 مليون جنيه إسترليني (350 مليون دولار أميركي) سنوياً على المستوى الوطني و95 مليون جنيه إسترليني (150 مليون دولار أميركي) بالنسبة لتكاليف خدمة الذاكرة، و70 مليون جنيه إسترليني (110 مليون دولار أميركي) بالنسبة لتكاليف الخدمة الصحية، و55 مليون جنيه إسترليني (55 مليون دولار أميركي) بالنسبة لتكاليف الرعاية الاجتماعية خلال المراحل الأخيرة. فإذا حصل انخفاض بنسبة 10 بالمئة في عدد عمليات الانتقال إلى دور الرعاية بعد 10 سنوات من إدخال الخدمة الجديدة، تصبح التكاليف والوفورات بالنسبة للمجتمع متوازنة تقريباً. يشير الكتاب إلى أن التوفير المتواضع جداً في سنوات الحياة المعدلة وفقاً لنوعية العلاج (QALY) (سنوات الحياة المعدلة وفقاً لنوعية العلاج هي مقياس لعبء المرض، بضمنها نوعية وعدد السنوات التي يعيشها المريض) المترافق مع التشخيص والتدخل المبكرين يمكن أن تنتج عنه فائدة صافية تترافق مع إدخال هذه الخدمة على مستوى البلاد بأكملها.

الخلاصة

- إن الحجج الاقتصادية لصالح التشخيص والتدخل المبكرين لا زالت واحدة، ولكنها لم تصبح بعد غير عرضة للشك كلياً.
 - تبقى الأدلة بسبب الضرورة غير مباشرة إلى حد ما وظيفية، وهناك عدة افتراضات غير مختبرة لكنها تبقى أساسية بالنسبة لمسألة وجود فائدة صافية (للتشخيص والتدخل المبكرين).
 - ومن ناحية أخرى، قد يكون فشل معظم التجارب في تضمين تقييم كاف لتأثير التدخلات على نوعية حياة المصابين بمرض النسيان ومقدمي الرعاية لهم قد أدى إلى عدم تقدير حجم فوائدها الصافية، فيما لو كانت هذه التدخلات مقياساً ومحتسبة ضمن عملية تحقيق التوازن بين التكاليف والفوائد.
- هناك حاجة لإجراء أبحاث حول عملية التنفيذ من أجل تقييم فعالية الأساليب المختلفة لخفض فجوة العلاج. سوف ينطوي هذا التقييم على توزيع بعض الأفراد بصورة تجريبية في مسارات مختلفة من العلاج تجعل من الأكثر احتمالاً أن يتلقوا تشخيصاً وتدخلاً مبكرين أكثر من الآخرين، وبالتالي توفير فرصة واقعية لتقييم النسبة المحتملة للفوائد مقابل التكاليف للتشخيص والتدخل المبكرين ضمن إطار عمل يكون أكثر تمثيلاً وواقعياً للممارسات الروتينية.

جون دو بريز، مصاب بمرض ألزهايمر، جنوب أفريقيا



مررت في بادئ الأمر بمرحلة من الإنكار، ثم قررت أن أقرأ المزيد حول هذا المرض. وكلما قرأت المزيد، كلما ازداد يأسى في أول الأمر. ثم قررت أن أحارب وأن أحاول البقاء في صحة جيدة حتى إيجاد دواء لتأخير انتقال المرض إلى مرحلته الثانية. أنصح جميع الأشخاص الذين يساورهم الشك بأنهم مصابون بمرض ألزهايمر وجميع الذين يعانون والداهم من فقدان حاد في الذاكرة لمدة قصيرة أن يخضعوا للتشخيص.

الاستنتاجات والتوصيات – دعوة إلى العمل

إذا افترضنا أن 60 بالمئة من الناس المصابين بمرض النسيان أو ألزهايمر يعيشون في بلدان ذات مداخل مرتفعة، وأن 90 بالمئة من المصابين بهذا المرض الذين يعيشون في بلدان ذات مداخل منخفضة ومتوسطة لم يتلقوا بعد أي تشخيص، يمكن عندئذ القول إن 28 مليون من أصل 36 مليون من المصابين بهذا المرض لا يتلقون العلاج والرعاية المستندتين إلى الأدلة. إن الأدلة الجديدة المجمعّة والمقدمة في التقرير العالمي لمرض ألزهايمر للعام 2011 (World Alzheimer Report 2011) تصف هذا الأمر بأنه إهمال جسيم، وفرصة مهدورة ومأساوية لتأمين نتائج أفضل للمصابين بهذا المرض، ولعائلاتهم، وللمجتمع ككل.



تعشق كلوديا بايير – فلدمان، المديرية السابقة لجمعية ألزهايمر في ميونخ، هذه الصورة لزوجين يعودان إلى المنزل بعد جلسة في عيادة للذاكرة في مدينة نيس في فرنسا. وهي تعلق على هذه الصورة قائلة: "الشمسية تحميننا من المطر. ومن المهم أن نخلق شمسية واقعية للأشخاص الذين يتلقون خبر إصابتهم بمرض ألزهايمر – شمسية مصنوعة من الطمانينة والحب والرعاية والصدقة الحقيقية".

لقد أظهرنا بأنه يمكن تشجيع التشخيص المبكر، وأن هناك الكثير من التدخلات الفعالة للناس المصابين بمراحل مبكرة من المرض، وأن بعض التدخلات قد تكون أكثر فعالية عند تطبيقها في وقت أبكر خلال مسار المرض، وأن التشخيص المبكر المقترن مع التدخل المبكر على الأقل في البلدان ذات المداخل المرتفعة، كالولايات المتحدة وبريطانيا، يكون كفؤاً من حيث الكلفة، وأن الحكومات يمكنها ويتوجب عليها الاستثمار في ذلك من أجل توفير لاحقاً.

1

هناك أدلة تشير الى أن التشخيص المبكر يمكن تحقيقه من خلال: (1) اعتماد برامج تثقيفية تستند إلى الممارسة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، و(2) إدخال خدمات يمكن الوصول إليها للتشخيص والرعاية في المرحلة المبكرة من المرض (عيادات الذاكرة)، و(3) تعزيز التفاعل الفعال بين مختلف العناصر المكونة للنظام الصحي.

- يجب أن تتحلى جميع مراكز خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمؤهلات الأساسية اللازمة لإجراء فحوصات مرض ألزهايمر، وإجراء التشخيص المؤقت والإبلاغ عن نتائج التشخيص (بما في ذلك استثناء الأسباب الممكن أن تتغير)، والإدارة الأولية (تقديم المعلومات والدعم، ورفع مستوى الرعاية الطبية إلى المستوى الأمثل)، وإحالة المصابين.
 - يجب الاحتفاظ بسجلات تستند إلى الممارسة من أجل التدقيق في عملية التشخيص، وتشجيع الرعاية المشتركة مع الخدمات المتخصصة.
 - في البيئات الفقيرة بالموارد ذات الإمكانيات المحدودة أو المعدومة للوصول إلى خدمات متخصصة بتشخيص ورعاية مرض ألزهايمر، يجب توسيع نطاق دليل التدخل المستند إلى الأدلة (mhGAP) الصادر عن منظمة الصحة العالمية ليشمل مختلف خدمات الرعاية الصحية الأولية.
 - حيث يكون ذلك ممكناً، يجب إنشاء شبكات وطنية لمراكز التشخيص المتخصصة، بحيث تستطيع مراكز الرعاية الصحية الأولية أن تحيل إليها جميع الذين تمّ تشخيصهم بمرض النسيان أو ألزهايمر لتأكيد التشخيص.
 - في الأنظمة الصحية المعقدة، يجب إصدار توصيات واضحة بشأن دور الرعاية الأولية، وعيادات الذاكرة، ومراكز خدمات الرعاية المجتمعية في تشخيص المرض، والرعاية المبكرة والرعاية المتواصلة.
- لا يوجد حتى الآن أي دليل قاطع يؤكد أن التشخيص المبكر يترافق مع نتائج أفضل بالنسبة للمصابين بمرض النسيان أو الزهايمر ولمقدمي الرعاية لهم. ولكن هناك نقص ملحوظ في معلومات الأبحاث الرصدية المأخوذة من الدراسات السكانية والتحليل السريرية لمجموعات المرضى الممكن الاستنتاج منها.

2

التوصيات

- يجب التكليف بإجراء المزيد من الأبحاث الرصدية وتنفيذها بصورة عاجلة، ولا سيما الاستفادة من البيانات التي تجمعها مراكز الخدمات السريرية بصورة روتينية خلال التشخيص والمتابعات اللاحقة.
- يجب أن تؤكد دراسات مسح مرض ألزهايمر بين السكان بشكل روتيني أين ومتى أجري التشخيص رسمياً، وما هي الخدمات المتخصصة التي تلقاها المريض.
- من غير الصحيح القول بأن لا فائدة من التشخيص المبكر لأنه "لا يمكن فعل أي شيء". ففي الواقع، هناك مجموعة من التدخلات المبكرة المستندة إلى الأدلة الفعالة لتحسين الوظيفة المعرفية، ومعالجة الاكتئاب، وتحسين مزاج مقدمي الرعاية، وتأخير إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية.
- مثبطات الاستيل كولينستيراز (acetylcholinesterase inhibitors) وتحفيز المعرفة قد يعززان الوظيفة المعرفية لدى المصابين بحالة خفيفة من مرض ألزهايمر، ولذلك يجب تأمين هذه التدخلات بصورة روتينية.
- لا يمكن التوصية بدواء جينكو بيلوبا (Ginko biloba) كعلاج الخط الأول لمرض ألزهايمر، ولكن يمكن النظر في إمكانية استعماله لدى المرضى الذين لا يستجيبون لدواء (acetylcholinesterase inhibitors)، وللمصابين بأنواع فرعية أخرى من مرض النسيان. كما قد يكون التحفيز المعرفي فعالاً في أنواع فرعية من مرض النسيان.
- قد يستفيد المصابون بمرحلة مبكرة من مرض النسيان أو ألزهايمر من المشاركة في مجموعات دعم من نظرائهم، كما يجب النظر في إمكانية استعمال برامج العلاج السلوكي الفردي لمعالجة الاكتئاب.
- يجب إيلاء اهتمام خاص لإعداد برامج للنشاطات الجسدية رغم أن فوائدها للمصابين بحالة خفيفة من المرض غير مؤكدة.
- يجب أن تقدم التدخلات التثقيفية والتدريبية والداعمة لمقدمي الرعاية في الوقت المناسب مع ازدياد متطلبات الرعاية. تساهم هذه التدخلات في تحسين مزاج مقدمي الرعاية وتأخير إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية.

التوصيات

- يجب إبلاغ اختصاصيي الصحة والرعاية الاجتماعية عن توفر التدخلات الفعالة من خلال التدريب، ويجب إعلام الناس من خلال حملات التوعية الصحية ومراكز الرعاية الصحية الأولية والثانوية، ومراكز الرعاية الاجتماعية.
- يجب أن يتأكد المستفيدون من خدمات رعاية مرض النسيان أو ألزهايمر ومقدمو هذه الخدمات من أن هذه التدخلات المستندة إلى الأدلة متوفرة للناس المصابين بمرحلة مبكرة من المرض. ويشمل ذلك البدء بتقديم خدمات المرحلة المبكرة من المرض، وتأمين التمويل الكافي، وتقديم التدريب والدعم للموظفين.
- يجب رصد التنفيذ ومدى الاستيعاب من خلال إجراء تدقيق منتظم للخدمات المقدمة.
- يجب إجراء عدد أكبر من التجارب العشوائية المقارنة من أجل تشجيع التدخل في المرحلة المبكرة من المرض. تشمل هذه الأولويات:
- اختبار التدخلات بواسطة الأدوية في وقت مبكر من مسار المرض وعلى امتداد فترات زمنية أطول، وضمن مجموعات من السكان أكبر عدداً وأكثر تنوعاً.
- الفعالية، والاستهداف الأمثل، والمدة والنوع للتدخل أو الدعم النفسي لدى الذين تم تشخيصهم مؤخراً بهذا المرض.
- فعالية التدخلات النفسية (العلاج السلوكي المعرفي، العلاج السلوكي، العلاج النفسي الداعم) للكآبة والقلق في مرحلة مبكرة من المرض.
- فعالية برامج النشاطات الجسدية المستمرة في مرحلة مبكرة من المرض، بما في ذلك الفوائد الطويلة الأمد.

- فعالية الاستخدام الدائم للفيتامينات الشاملة ومضافات الأحماض الدهنية الأساسية (essential fatty acids) في مرحلة مبكرة من المرض، بما في ذلك الفوائد الطويلة الأمد.
- التوقيت الأمثل للتدخل الفعال بالنسبة لمقدمي الرعاية، بما في ذلك نماذج رعاية متدرجة وأكثر دقة لتزويد المعلومات، والتثقيف، والتدريب، والدعم بدءاً من تاريخ التشخيص حتى المرحلة المبكرة إلى المتوسطة للمرض.

هناك أدلة مستمدة من نماذج اقتصادية تظهر أن تكاليف التشخيص المبكر للمرض، وتكاليف تقديم العلاجات المستندة إلى الأدلة في المراحل اللاحقة، يمكن تعويضها من خلال الوفورات في التكاليف الناتجة عن الفوائد المحققة من: (1) الأدوية وتدخلات مقدمي الرعاية و(2) تأخير إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية وتحسين نوعية حياة المرضى ومقدمي الرعاية لهم.

التوصيات

- إن النماذج الاقتصادية المتوفرة حالياً محدودة نوعاً ما بسياق النظام الصحي البريطاني والأميركي التي أعدت لأجله. لذلك يحتاج صانعو السياسة إلى أدلة حول التكاليف والفوائد الحقيقية التي تنتج عن زيادة نطاق التشخيص المبكر وخدمات الرعاية في مرحلة مبكرة من المرض، بحيث تكون محددة بالبيئة التي ستطبق فيها الأدلة الاقتصادية.
- عند التكلفة بإجراء هذه الدراسات، سواء كانت مستندة إلى بيانات رصدية أو إلى تجارب عشوائية مقارنة على مجموعات من المصابين، يجب أن تُحدد أولوياتها من جانب أصحاب المصلحة الملتزمين بمناصرة العلاج المستند إلى الأدلة، ومن جانب الحكومات التي تستند إلى الأدلة في صنع السياسة.



اسطفان كايبتير، مصاب بمرض "لووي بادي" أو ألزهايمر، بودابست، المجر

نصح أشهر اختصاصي مجري بمرض النسيان (خلال برنامج تلفزيوني أنتجته الأكاديمية المجرية للعلوم) كل من يلاحظ مشاكل في ذاكرته أو في ذاكرة القريبين منه أن يبقى ذلك طي الكتمان وأن لا يخبر أي أحد بها كي لا يتعرضوا للوصم الاجتماعي. ونادراً ما يحصل المصابون في المجر بمرض "لووي بادي"، أو مرض ألزهايمر، على مثبتات الاستيل كولينستيراز (acetylcholinesterase inhibitors) ومعظم الأطباء وعلماء النفس وحتى أطباء الأعصاب المجرين الذين أعرفهم يقولون إنهم لا يرون أية مشاكل خطيرة، عندما يطلب منهم فحص شخص لضعف فكري. واستناداً إلى البروفسور كونراد بيروثير، كان الناس يواجهون نفس المشكلة ولكن الأمر تحسن قليلاً منذ ذلك الحين. وأهم عامل لتجاوز هذه التحيزات وجعل الناس أكثر الفعالية بالنسبة لوضعهم الصحي هو البحث عن طرق تشجيع اعتماد مقاربات أكثر تفواؤلاً للتعامل مع مرض النسيان أو ألزهايمر.

إن الناس الذين بدأت تظهر عليهم أعراض الضعف المعرفي وهم في سن الرشد، وخاصة المصابون بمرض "لووي بادي" أو ألزهايمر، يستطيعون العمل - أي لا زالوا يستحقون الراتب الذي يتقاضونه من صاحب العمل، في حال كان العمل المطلوب منهم سهلاً وغير مُهين لهم- وذلك خلال المرحلة الأولى من مرضهم. وهذا الأمر مفيد للجميع- لهم ولعائلاتهم وللإنسانية جمعاء.

المراجع

- (1) كارينتر بي، ودايف جاي، "الكشف عن تشخيص مرض النسيان: مراجعة للأراء والممارسات وأجندة للأبحاث المقترحة". أخصائي الشيخوخة 2004 (Gerontologist) 44 (2): 149-159.
- (2) بينر جي. وبومان دبليو بي. "مواقف المصابين بنوع خفيف من مرض النسيان ومقدمي الرعاية لهم ازاء الكشف عن نتائج التشخيص". الطب النفسي للشيخوخة (Int Psychogeriatr) 2003 15 (3): 279-288.
- (3) فاهي أم، و والد سي، ووالكر زد، وليفينغستون جي. "أسرار وأكاذيب: أزمة الكشف عن نتائج التشخيص الى شخص راشد مصاب بمرض النسيان". التقدم في العمر (Age Ageing) 2003 32 (4): 439-441.
- (4) كونيل سي. أم، وبويز آل، وستوكي جاي. سي، وهولمز إس. بي، وهسون أم. آل. "المواقف ازاء التشخيص والكشف عن الإصابة بمرض النسيان لدى مقدمي الرعاية من العائلة وأطباء الرعاية الأولية". أخصائي الشيخوخة (Gerontologist) 2004 44 (4): 500-507.
- (5) ديركسون إي، وفيرنويج-داسن إم، وغيليسن إف، وأولده آر. إم، وشالتنز بي. "تأثير الكشف عن نتائج تشخيص مرض النسيان على المرضى ومقدمي الرعاية: تحليل سلسلة حالات نوعية". شيخوخة الصحة العقلية (Aging Mental Health) 2006 10 (5): 525-531.
- (6) برات آر. ، وويلكسون ايتش. "أخبرني الحقيقة: تأثير الإبلاغ عن نتائج تشخيص مرض النسيان"، 2001. لندن، مؤسسة الصحة العقلية (The Mental Health Foundation).
- (7) لوكوتورييه جاي، وبامفورد سي، وهويوز جاي. سي، وفرانسييس جاي. جاي، وفوي آر، وجونسون إم، وآخرون. "الكشف الملائم للتشخيص بمرض النسيان: تحديد الأنواع الرئيسية للسلوك المتعلق بالممارسة الأفضل". BMC Health Serv Res 2008 8: 9-8.
- (8) بانرجي إس. "العيش بشكل جيد مع مرض النسيان- إعداد الإستراتيجية الوطنية للمرض النسيان في انكلترا". (Int J Geriatr Psychiatry) 2010 25 (3): 917-922.
- (9) فالكور في. جي، وماساكي كاي. ايتش، وكورب جاي. دي، وبلانشيت بي. إل. "اكتشاف مرض النسيان خلال الرعاية الصحية الأولية". Arch Intern Med 2000 160 (19): 2968-2964.
- (10) أولافسدوتير إم، وسكوج أي، وماركوسون جاي. "اكتشاف مرض النسيان خلال الرعاية الصحية الأولية: دراسة لينكوبينغ". Dement (Geriatr Cogn Disord) 2000 11 (4): 223-229.
- (11) ويلكنز سي ايتش، وويلكينز كاي. آل، ومايزل إم، وديبكه إم، وويليامز جاي، وأواردرز دي. إف. "مرض النسيان غير المشخص لدى المسنين الفقراء المصابين باضطرابات وظيفية". (JAm Geriatr Soc) 2007 55 (11): 1776-1771.
- (12) بستانيام. ن و كالاهاان سي. إم، وانفرزاغت إف. دبليو، واوستروم إم. جي، وبيركينز إي. جاي، وفولتر بي. أي. وآخرون. "تطبيق برنامج فحص وتشخيص مرض النسيان خلال الرعاية الصحية الأولية". (JGen Intern Med) 2005 20 (7): 572-577.
- (13) لوبونين إم، ورايحا أي، وابزواهو آر، وفالبرغ تي، وكيفالا إس. إن. "تشخيص الضعف المعرفي ومرض النسيان في الرعاية الصحية الأولية مطلوب اتباع أسلوب أكثر نشاطاً". (Age Ageing) 2003 32 (6): 606-612.
- (14) دياس أي. وباتل في. "سد فجوة معالجة مرض النسيان في الهند". المجلة الهندية لطب النفس (Indian Journal of Psychiatry) 2009 51 (5): 93-97.
- (15) وزارة الصحة، "العيش بصورة جيدة مع مرض النسيان، إستراتيجية وطنية لمرض النسيان". 2009، لندن، بريطانيا، وزارة الصحة.
- (16) راشيتي آر، والبانيز إي، وفانا كور إن، وماجيني إم.. "مثبطات الكولينستيراز (Cholinesterase inhibitors) في الضعف المعرفي الخفيف: مراجعة نظامية للتجارب العشوائية المقارنة". (PLoS Med) 2007 4 (11): 33 إي.
- (17) باتش إن. إل، وميلر آر في. "تقييم الاحتياجات لخدمة الأفراد الذين تم تشخيصهم بمرض ألزهايمر وأنواع مرض النسيان ذات الصلة في المراحل المبكرة". (Alzheimer's Care Today) 2009 10 (3): 140-155.
- (18) منظمة الصحة العالمية، "دليل التدخل لخدمة العمل العالمية للصحة العقلية (mhGAP) للاضطرابات العقلية والعصبية والاضطرابات الناتجة عن تناول المخدرات في ظروف صحية غير اختصاصية: برنامج عمل لخطة العمل العالمية للصحة العقلية (mhGAP)". 2010، جنيف، منظمة الصحة العالمية.
- (19) كوبر بي، وبيكل ايتش، وشاوفيلي إم. "قدرة أطباء الصحة العامة على اكتشاف مرض النسيان والضعف المعرفي لدى مرضاهم المتقدمين في العمر: دراسة في مانهايم". (Int J Geriatr Psychiatry) 1992 7: 591-598.
- (20) اوكونور دي. دبليو، وبوليت بي. أي، وهاید جاي. بي، وبروك سي. بي، ورايس بي. بي، وروث إم. "هل يفضل أطباء الصحة العامة في اكتشاف مرض النسيان لدى المرضى المتقدمين في العمر؟" (BMJ) 1988 297 (6656): 1107-1110.
- (21) شاجي كاي. إس، وآرون كيشور إن. آر، ولال كاي. بي، وبرينس إم. "الكشف عن مشكلة مخفية: تقييم برنامج البحث عن حالات مرض النسيان في المجتمع الأهلي من الشبكة الهندية لأبحاث مرض النسيان 66/10". (Int J Geriatr Psychiatry) 2002 17 (3): 222-225.

- (22) راموس - سيركويرا أي. تي، وتوريس إي. آر، وكريالدي إي. إل، وأوليفيرا إن. أي، وسكازوفكا إم، ومينيزيس بي. آر، وآخرون. "تحديد حالات مرض النسيان في المجتمع الأهلي: تجربة برازيلية". (J Am Geriatr Soc) 53 (10): 1742-1738.
- (23) المركز الوطني التعاوني للصحة العقلية. "مرض النسيان: المبادئ التوجيهية لدى SCIE-NIC حول دعم المصابين بمرض النسيان ومقدمي الرعاية لهم في الرعاية الصحية والاجتماعية- المبادئ التوجيهية للممارسة السريرية الوطنية رقم 42 لعام 2007. (The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists).
- (24) الفريق الأميركي للخدمات الوقائية. "فحوصات اكتشاف مرض النسيان: التوصية والأسس المنطقية". (Am Fam Physician) 69 (2004): 1475-1473.
- (25) بروداتي إيتش، ولو إل. إف، وغيبسون إل. وبيرنز كاي. "ما هي أفضل أداة لفحص الإصابة بمرض النسيان التي يستطيع أطباء الصحة العامة استعمالها؟" (Am J Geriatr Psychiatry) 14 (5): 391-400.
- (26) برينس إم، واكوستا دي، وفيري سي. بي، وغويرا إم، وهوانغ واي، وجايكوب كاي. إس، وآخرون. "أسلوب فحص مختصر لاكتشاف مرض النسيان ملائم لاستعمال غير الاختصاصيين عندما تكون الموارد شحيحة- الاشتقاق والتصديق على أداة الفحص المختصر لمرض النسيان في المجتمع الأهلي". (Int J Geriatr Psychiatry) 26 (9): 899-907.
- (27) بيرري إم، ودراسكوفيتش أي، ولوكاسين بي، وفيرنويج- داسن إم، وفان أي. تي، وريكرت إم. أو. "تأثيرات التدخلات التثقيفية للرعاية الأولية لمرض النسيان: مراجعة نظامية". (Int J Geriatr Psychiatry) 26 (1): 1-11.
- (28) داوونز إم، وتورنير إس، وبربانز إم، وويلكوك جاي، وكيدي جاي، وليفين إي، وآخرون. "فعالية التدخلات التثقيفية في تحسين اكتشاف وإدارة مرض النسيان في الرعاية الأولية: دراسة مجموعة عشوائية مقارنة". (BMJ) 332 (7543): 692-696.
- (29) رونو في، والان إيتش، وبكشين إس، ويونيت بي، وبرودون إف، وشوبلانانز جي، وآخرون. "التدخل العام المستند إلى الممارسة المتعلق بالشك في الإصابة بمرض النسيان واكتشافه في فرنسا". (Dementia) 7 (2): 433-450.
- (30) إيليف إس، وويلكوك جاي، وغريفين إم، وجاين بي، وتون-بويل أي، وكوخ تي، وآخرون. "التدخلات المستندة إلى الأدلة في مرض النسيان: تجربة عملية لمجموعة عشوائية من التدخل التثقيفي من أجل تعزيز التعرف والاستجابة الأكبر لمرض النسيان في الرعاية الأولية" (EVIDEM-ED)، التجارب 2010، 11:13.
- (31) بيرري إم، ودراسكوفيتش أي، وفان أي. تي، وبورم جي. إف، وفان ايجكن إم. أي، ولوكاسين بي، وآخرون. "هل يستطيع برنامج التدريب على التعامل مع مرض النسيان المستند إلى نظام الرعاية "إيزي" (EASycare) ان يحسن التقييم التشخيصي وإدارة مرض النسيان على يد أطباء الصحة العامة وممرضات الرعاية الأولية؟ تصميم تجربة عشوائية مقارنة". (BMC Health Serv) 8:71، 2008.
- (32) رامايكرز إي. إيتش، وفيرهاي إف. آر. "تطوير عيادات الذاكرة في هولندا: 1998 إلى 2009". (Aging Ment Health) 15 (1): 1.
- (33) بانرجي إس، وويليس آر، وماتويز دي، وكونتيل إف، وشان جاي، وموراي جاي. "تحسين نوعية الرعاية في الحالات الخفيفة إلى المعتدلة من مرض النسيان: تقييم نموذج كرويدون لخدمة الذاكرة". (Int J Geriatr Psychiatry) 22 (8): 782-788.
- (34) بروندت أي، وريتشارد إف، وبومبا إس، وموراج سي. أي، وديرامكورت بي، وليبرت إف، وآخرون. "مرض ألزهايمر مع مرض في الأوعية الدماغية ومرض النسيان الوعائي: المزايا السريرية والمسار بالمقارنة مع مرض ألزهايمر". (J Neurol Neurosurg Psychiatry) 80 (2): 133-139.
- (35) باولر جاي. في، ومونوز دي. جي، وميرسكي إيتش، وهاشينسكي في. "العوامل المؤثرة على العمر لبدء مرض ألزهايمر ونسبة تقدمه". (J Neurol Neurosurg Psychiatry) 65 (2): 184-190.
- (36) موسيكو إم، وبالمر كاي، وسلمون جي، ولويو إف، وبيري آر. بي، وموستي إس، وآخرون. "التوقعات حول تقدم الضعف المعرفي في مرض ألزهايمر: دور العوامل الوعائية والديموغرافية الاجتماعية". (J Neurol) 256 (8): 1288-1295.
- (37) مولينوفو جاي. إل، وبرثيه إم. إل، ورامي إل. دواء دونيزيل يؤمن فوائد أكبر لمرض ألزهايمر الخفيف بالمقارنة مع المعتدل: تداعيات التشخيص المبكر والمعالجة المبكرة". (Arch Gerontol Geriatr) 52 (1): 18-22.
- (38) راونتر إي. إس، وشان دبليو. وبافليك في. إن، وداربي إي. جاي، وصيديقي إس، ودودي آر. إس. "المعالجة المستمرة بمثبطات الكولينستيراز (Cholinesterase inhibitors) أو الميمانتين (memantine) تبطئ التقدم السريري لمرض ألزهايمر" (Alzheimer's Res Ther) 1 (2): 7.
- (39) راونتر إي. إس، وبافليك في، وشان دبليو، ودودي آر. بي 4-102: المعالجة المستمرة بأدوية مضادات مرض النسيان والبقاء على قيد الحياة لدى مجموعة من مرضى ألزهايمر (AD). (Alzheimer's & dementia: the Journal of the Alzheimer's Association) 4 (4): 698-699، 2008-7-1.
- (40) ميتلمان إم. إس، وفريس إس. أيتش، وشولمان إي، وسينبرغ جي، وليفين بي. "عائلة من التدخلات لتأخير إدخال المصابين بمرض ألزهايمر إلى دار ترميز: تجربة عشوائية مقارنة". (JAMA) 276 (21): 1725-1731.
- (41) غوغلر جاي. إي، وكاين آر. إل، وكاين آر. أي، ونوبكامر آر. "استعمال الخدمات المبكرة المستندة إلى المجتمع الأهلي وتأثيراتها على إدخال المريض إلى مؤسسة رعاية خلال الرعاية بالمصابين بمرض النسيان". (Gerontologist) 45 (2): 177-185.

- (42) ويمو أي، وبرينس إم، تقرير ألزهايمر العالمي لعام 2010. "التأثير الاقتصادي العالمي لمرض النسيان، 2010، لندن، Alzheimer's Disease International).
- (43) "تقرير ألزهايمر العالمي لعام 2009، الصادر عن الجمعية الدولية لمرض ألزهايمر". برينس إم. جاي، وجاكسون جاي، محرران. 2009، لندن (Alzheimer's Disease International).
- (44) كتاب إم، وبرينس إم، "مرض النسيان في المملكة المتحدة- تقرير حول انتشار وكلفة مرض النسيان أعدته وحدة أبحاث الخدمات الاجتماعية الشخصية (PSSRU) في كلية لندن ومعهد الطب النفسي في كلية كينغر للاقتصاد لندن، لجمعية ألزهايمر". التقرير الكامل 2007، لندن، (The Alzheimer's Society).
- (45) وايمر دي. إل، وساغر إم. أي. "التحديد المبكر والمعالجة المبكرة لمرض ألزهايمر: النتائج الاجتماعية والمالية". (Alzheimers Dement) 2009. 5 (3): 226-215.
- (46) جنسيوس دي، وبلوم إس، وإسحاق كاي جاي، وماكلين جي، وهرنانديز إل. "تقدير اقتصادي للتقييم المبكر لمرض ألزهايمر في المملكة المتحدة". (Alzheimers Dement) 2011.
- (47) بانيرجي إس، ووينبرغ آر. "الفعالية السريرية وكلفة خدمات التشخيص والتدخل المبكرين لمرض النسيان" (Int J Geriatr Psychiatry) 2009. 24 (7): 754-748.

فرانسيسكو أنطونيو غيريرو أندوخار، مصاب بمرض
النسيان، وزوجته أنا سيلفيا فرياس دي غيريرو، جمهورية
الدومينيكان



بعد خمس سنوات من تشخيصه بمرض النسيان، لم أتمكن فعلاً
من فهم حجم ما ينتظرنا - لم أتخيل أبداً كيف ستتغير الأمور.

عانت والدة زوجي والعديد من أفراد عائلته من مرض النسيان،
ولكن علاقتنا لم تكن وثيقة جداً لأدرك كيف أن هذا التشخيص
سيؤثر على حياتنا.

أريد أن أعرف الكثير عن الأشياء التي يتوجب عليّ التعامل معها
الموضوع، الى أن أخبرني أحدهم عن جمعية ألزهايمر في الدومينيكان. إنهم سيغيرون
المرض حياتنا وخططنا.

أكثر ما افتقده هو استقلاليّتي، وأنا أعلم أن زوجي، لو كان يفهم مدى اعتماده عليّ، لافتقدها هو أيضاً لأنه كان مستقلاً
تماماً. إيماني فقط وصلواتي المستمرة ليمنحني الله الصبر والتواضع والحكمة للتعامل مع هذا الوضع هم الذين
ساعدوني في رعايته بكل الحب والاحترام اللذين يستحقهما.

منظمة ألزهايمر الدولية

منظمة ألزهايمر الدولية (ADI) هي اتحاد دولي لجمعيات ألزهايمر في العالم. وجميع جمعيات ألزهايمر المنتسبة إلينا، البالغ عددها 76، هي جمعيات لا تبغي الربح تساعد الناس المصابين بمرض ألزهايمر ومرض النسيان مع أفراد أسرهم.

تتمثل رؤية منظمة ألزهايمر الدولية في تحسين نوعية الحياة للأشخاص المصابين بهذا المرض مع أفراد أسرهم في جميع أنحاء العالم. تهدف هذه المنظمة إلى تأسيس وتقوية جمعيات ألزهايمر ونشر التوعية حول مرض النسيان في جميع أنحاء العالم، إذ أن جمعيات ألزهايمر القوية تكون أكثر قدرة على تلبية احتياجات المصابين بمرض النسيان والأشخاص الذين يراعونهم.

ما نقوم به

- دعم تطور ونشاطات الجمعيات المنتسبة إلينا في مختلف أنحاء العالم.
- تشجيع إنشاء جمعيات ألزهايمر جديدة في البلدان التي لا توجد فيها هذه المنظمة.
- جمع منظمات ألزهايمر معا لتقاسم المعلومات والتعلم من بعضها البعض.
- نشر التوعية العامة والتوعية السياسية حول مرض النسيان.
- تشجيع البحوث في مجال انتشار وتأثير أمراض ألزهايمر والنسيان في جميع أنحاء العالم.

النشاطات الرئيسية

- رفع مستوى الوعي العالمي من خلال اليوم العالمي لمرض ألزهايمر™ (21 أيلول من كل عام).
- توفير التدريب الى جمعيات ألزهايمر حول إدارة المؤسسة غير الربحية من خلال برنامج جامعة ألزهايمر الخاص بنا.
- استضافة مؤتمر دولي حيث يلتقي الموظفون والمتطوعون من جمعيات ألزهايمر مع بعضهم البعض وكذلك الاخصائيون الطبيون واخصائيو الرعاية، والباحثون، والأشخاص المصابون بمرض النسيان ومقدمو الرعاية لهم.
- نشر معلومات موثوقة ودقيقة من خلال موقعنا على شبكة الإنترنت ومنشوراتنا.
- دعم عمل مجموعة أبحاث مرض النسيان في مجال انتشار وتأثير مرض النسيان في البلدان النامية.

المركز الرئيسي لمنظمة ألزهايمر الدولية قائم في لندن، مسجلة كمنظمة لا تبغي الربح في الولايات المتحدة. تأسست هذه المنظمة في عام 1984 وبدأت علاقاتها الرسمية مع منظمة الصحة العالمية منذ عام 1996. يمكنك معرفة المزيد عن منظمة ألزهايمر العالمية على الموقع www.alz.co.uk.