دليل علمي وإطار مقترح

مرض الزهايمر لدى كبار السن

فهم الأعراض والتشخيص والرعاية وتقليل المخاطر

ونحو نموذج إماراتي لرعاية المصابين وأسرهم

الدكتور سالم عبدالله النعيمي
باحث قانوني مستقل — دولة الإمارات العربية المتحدة · 5 نوفمبر 2026

مقدمة

قد يبدأ القلق في الأسرة بسؤال يتكرر، أو موعد يُنسى، أو صعوبة غير مألوفة في تدبير شؤون المنزل. لكن ليس كل نسيان زهايمر، وليس الزهايمر جزءاً طبيعياً محتوماً من الشيخوخة. يشرح هذا الدليل ما نعرفه طبياً عن المرض، وما يمكن للأسرة فعله دون تهويل أو وعود علاجية غير مثبتة، ثم يقترح في جزئه الثاني إطاراً إماراتياً لرعاية المصابين وأسرهم يقوم على الكرامة والتكامل والتقييم العلمي.

ويستند الجزء الأول من هذا الدليل إلى مصادر طبية موثّقة مذكورة في قائمة المراجع، ولا يُغني عن استشارة الطبيب المختص. أما الجزء الثاني فهو إسهام الكاتب الأساسي، ويقدّم إطاراً مقترحاً لرعاية المصابين وأسرهم من منظور حقوقي يقوم على الكرامة والاستقلالية.

الجزء الأول:
دليل علمي مبسّط للأسرة

1. ما الزهايمر؟ وما علاقته بالخرف؟

الزهايمر مرض عصبي تنكّسي يسبب تغيرات تدريجية في خلايا الدماغ ووصلاتها، وهو أكثر أسباب الخرف شيوعاً. أما الخرف فوصف سريري لتراجع معرفي يؤثر في الاستقلالية اليومية، وليس اسماً مرادفاً للزهايمر؛ فهناك أنواع أخرى، مثل الخرف الوعائي والخرف المصاحب لأجسام ليوي، وقد تجتمع أسباب متعددة لدى الشخص نفسه.[1]

ترتبط التغيرات المرضية للزهايمر بترسّبات بروتين بيتا أميلويد واضطرابات بروتين تاو وفقدان الوصلات العصبية. ولا تكفي هذه المعلومات وحدها لتشخيص فرد بعينه؛ إذ يتطلب التشخيص الربط بين الأعراض والفحص السريري والاختبارات المناسبة.[2]

2. حجم المشكلة عالمياً

تقدّر منظمة الصحة العالمية أن نحو 57 مليون شخص كانوا يعيشون مع الخرف في العالم عام 2021، وأن الحالات الجديدة تقارب عشرة ملايين حالة سنوياً، وأن الزهايمر قد يسهم في 60–70% من حالات الخرف.[1]

> **كيف نقرأ هذه الأرقام؟**
>
> هذه تقديرات عالمية عن الخرف عموماً، وليست كلها حالات زهايمر، وسنة القياس هي 2021. ولا يصح نقلها إلى دولة الإمارات بوصفها أرقاماً وطنية دون مصدر محلي مستقل.

3. كيف تظهر الأعراض وتتطور؟

في البداية قد ينسى المصاب أحداثاً حديثة أو يعيد السؤال نفسه، ويجد صعوبة في التخطيط أو إيجاد الكلمات، وقد تظهر تغيرات في المبادرة أو المزاج. وبعض الأشخاص تظهر لديهم مشكلات في التنظيم أو الاتجاهات قبل النسيان الواضح.

في المرحلة المتوسطة تزداد الحاجة إلى المساعدة: صعوبة في إدارة المال والدواء، وارتباك في المكان والوقت، واضطراب النوم، أو التجول دون معرفة الطريق. وفي المراحل المتقدمة قد تتأثر القدرة على الكلام والمشي والبلع، ويصبح الدعم اليومي المستمر ضرورياً. ومسار المرض متباين؛ فلا تسير جميع الحالات وفق جدول زمني ثابت.[1]

4. النسيان المرتبط بالعمر أم علامة مرضية؟

- قد يتأخر الشخص السليم في تذكّر اسم ثم يستحضره لاحقاً؛ أما نسيان المحادثات الحديثة بصورة متكررة مع تراجع الوظائف اليومية فيستحق التقييم.
- قد يخطئ المرء في موعد عارض، لكن الضياع في مكان مألوف أو العجز المتزايد عن مهمة معتادة علامة تستدعي الانتباه.
- تغيرات الذاكرة ليست دائماً زهايمر: فالاكتئاب، وقلة النوم، وبعض الأدوية، ونقص فيتامين ب12، واضطرابات الغدة الدرقية قد تسهم في الأعراض، وبعضها قابل للعلاج.

عشر علامات تحذيرية تستحق التقييم[3]

- تكرار نسيان المعلومات الحديثة على نحو يعطّل الحياة اليومية.
- صعوبة التخطيط أو متابعة الفواتير والوصفات المألوفة.
- صعوبة متزايدة في إنجاز مهام اعتاد الشخص أداءها.
- ارتباك متكرر بشأن الزمان أو المكان.
- صعوبات جديدة في إدراك المسافات أو العلاقات البصرية المكانية.
- تغيرات جديدة في الكلام أو الكتابة وإيجاد الكلمات.

- وضع الأشياء في أماكن غير معتادة والعجز عن تتبّع خطوات العثور عليها.
- تراجع الحكم على الأمور أو اتخاذ قرارات مالية غير مألوفة.
- الانسحاب من العمل أو الهوايات والأنشطة الاجتماعية.
- تغيرات واضحة في المزاج أو الشخصية أو مستوى الثقة بالآخرين.

هذه علامات إنذار وليست اختباراً تشخيصياً، ولا تثبت المرض بمفردها؛ لكنها تستدعي مراجعة الطبيب إذا تكررت أو تفاقمت وأثّرت في الحياة اليومية.

متى يكون الأمر عاجلاً؟

الارتباك الذي يبدأ فجأة خلال ساعات أو أيام، أو يصاحبه ضعف مفاجئ في أحد الأطراف أو اضطراب حاد في الكلام، ليس نمطاً معتاداً لبداية الزهايمر، ويحتاج إلى تقييم طبي عاجل.

5. عوامل الخطر: ما الثابت وما الذي يمكن تغييره؟

العمر أقوى عوامل الخطر المعروفة، وقد تؤثر الجينات والتاريخ العائلي في القابلية للإصابة، لكن وجود قريب مصاب لا يجعل المرض حتمياً.

حدّد تقرير لجنة لانسيت لعام 2024 أربعة عشر عامل خطر قابلاً للتعديل على امتداد العمر، منها: ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وارتفاع كوليسترول LDL، والتدخين، وقلة النشاط البدني، والسمنة، وفقدان السمع وفقدان البصر غير المعالَجين، والعزلة الاجتماعية، والاكتئاب، وإصابات الرأس، وتلوث الهواء، والإفراط في الكحول، وانخفاض مستوى التعليم. وكان ارتفاع الكوليسترول وفقدان البصر من الإضافات الجديدة في هذا التقرير.[4]

ماذا تعني نسبة 45%؟

قدّرت اللجنة أن نحو 45% من حالات الخرف على مستوى السكان ترتبط بهذه العوامل مجتمعةً. وهذا تقدير نموذجي قائم على افتراضات وبائية، ولا يعني أن الفرد يستطيع منع المرض بنسبة 45%، ولا أن جميع الحالات قابلة للوقاية. كما أن الارتباط الإحصائي لا يعني علاقة سببية مباشرة لكل عامل لدى كل شخص؛ بل إن بعض الأعراض، كالاكتئاب أو الانسحاب الاجتماعي، قد تكون أحياناً علامة مبكرة للمرض لا سبباً له.[4]

6. كيف يجري التشخيص؟

يبدأ التقييم بوصف الأعراض ومدتها وتطورها، وفحص الحالة العصبية والوظائف اليومية، ومراجعة الأدوية والأمراض المصاحبة. وقد يستخدم الطبيب اختبارات معرفية معيارية، وتحاليل للبحث عن أسباب قابلة للعلاج، وتصويراً للدماغ بالرنين المغناطيسي أو الأشعة المقطعية عند الحاجة. وفي المراكز المتخصصة قد تُستخدم مؤشرات حيوية في السائل الدماغي الشوكي أو التصوير أو فحوص دم معتمدة ضمن سياق سريري محدد.[2]

فحوص الدم الحديثة — إرشادات جمعية الزهايمر (2025)

يدعم إرشاد عام 2025 استخدام فحوص الدم في عيادات الذاكرة المتخصصة لدى المرضى الذين يثبت لديهم ضعف إدراكي بالتقييم الموضوعي. ويمكن استخدام الفحوص التي تبلغ حساسيتها 90% على الأقل ونوعيتها 75% على الأقل للفرز الأولي. أما الفحوص التي تبلغ 90% على الأقل في كلا المعيارين فيمكن أن تحل محل التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني للكشف عن الأميلويد (PET) أو فحص المؤشرات الحيوية للزهايمر في السائل الدماغي الشوكي. وتُطبَّق هذه التوصيات بعد تقييم سريري شامل لمن لديهم ضعف إدراكي.[5]

التشخيص المبكر يمنح فرصة لتنظيم الرعاية، وتقييم سلامة القيادة والدواء والشؤون المالية، وإشراك المصاب في قراراته ما دام قادراً عليها، كما يتيح علاج مشكلات مصاحبة قابلة للتحسن ومناقشة الخيارات العلاجية مع المختص.

7. ماذا عن العلاجات الحديثة؟

لا يوجد حتى الآن علاج يضمن الشفاء التام. وقد تفيد بعض الأدوية العرضية في تخفيف الأعراض لدى فئات من المرضى. وظهرت علاجات موجّهة ضد الأميلويد لبعض حالات الزهايمر المبكر المؤكد، أبرزها ليكانيماب ودونانيماب:

- **ليكانيماب — تجربة CLARITY AD المنشورة عام 2023:** شملت 1795 مشاركاً، وأظهرت تباطؤاً متوسطاً في التدهور السريري خلال 18 شهراً مقارنة بالدواء الوهمي؛ ولم يكن ذلك شفاءً أو استعادةً للذاكرة المفقودة.[6]
- **دونانيماب — تجربة TRAILBLAZER-ALZ 2 المنشورة عام 2023:** شملت 1736 مشاركاً من مرضى الزهايمر المبكر المختارين وفق مؤشرات حيوية، وأظهرت تباطؤاً في التدهور خلال 76 أسبوعاً.[7]

المخاطر: تغيرات تصوير الدماغ (ARIA)

قد تُحدث هذه العلاجات وذمة أو نزوفاً دقيقة في الدماغ تُرصد بالرنين المغناطيسي. وفي تحليل ثانوي شمل 3030 مشاركاً من تجارب دونانيماب، ظهرت الوذمة (ARIA-E) لدى 24.4% من المعالجين في التجارب المضبوطة مقابل 1.9% في مجموعة الدواء الوهمي، وكانت في معظمها خفيفة أو متوسطة، لكن بعضها كان خطيراً. لذلك يتطلب العلاج اختياراً دقيقاً للمرضى ومراقبة منتظمة بالرنين.[8]

تختلف إتاحة هذه العلاجات من دولة إلى أخرى، والقرار بشأنها اختصاص طبي دقيق بعد موازنة الفائدة والمخاطر. ولا ينبغي البدء بمكملات أو وصفات شعبية، أو إيقاف أدوية موصوفة، بناءً على محتوى متداول في وسائل التواصل.

8. تقليل المخاطر: ما الذي تدعمه الأدلة؟

تدعم أدلة متزايدة الاهتمام بصحة القلب والدماغ والحواس والتواصل الاجتماعي، لكن نتائج التجارب أدق مما يُتداول عادة:

- **تجربة FINGER (فنلندا، 2015):** 1260 شخصاً بين 60 و77 سنة؛ تدخّل لعامين يجمع التغذية والنشاط البدني والتدريب المعرفي ومتابعة عوامل الخطر الوعائية. أظهر تحسناً نسبياً في الأداء المعرفي المقيس، ولم يثبت منع الزهايمر.[9]

- **تجربة US POINTER (الولايات المتحدة، 2025):** 2111 شخصاً معرضاً للتراجع المعرفي؛ قارنت برنامجاً منظماً ببرنامج ذاتي التوجيه لعامين. تحسّن الأداء المعرفي في المجموعتين، وكان التحسن أكبر في المجموعة المنظمة بفارق صغير (0.029 انحراف معياري سنوياً)، دون أن يكون ذلك دليلاً على منع الخرف.[10]
- **تجربة ACHIEVE (المنشورة عام 2023):** 977 بالغاً أكبر سناً لديهم ضعف سمع غير معالج. لم يظهر انخفاض معنوي في التراجع المعرفي لدى العينة كلها خلال ثلاث سنوات، لكن تحليلاً محدداً مسبقاً أظهر فائدة لدى فئة أعلى خطراً. فعلاج ضعف السمع مفيد لأسبابه الصحية والتواصلية، دون وعد بأنه يمنع الخرف.[11]
- **تجربة SPRINT MIND (التقرير الأصلي عام 2019، والمتابعة عام 2025):** خفّض الضبط المكثف لضغط الدم حدوثَ الضعف المعرفي البسيط، ولم يبلغ انخفاض الخرف المحتمل وحده الدلالة الإحصائية في التقرير الأصلي. وأكدت متابعة امتدت نحو سبع سنوات استمرار انخفاض الضعف المعرفي البسيط والمؤشر المركّب (الضعف البسيط أو الخرف المحتمل). ويبقى هدف الضغط قراراً طبياً فردياً بحسب الحالة وخطر السقوط والآثار الجانبية.[12،13]

إرشادات منظمة الصحة العالمية (الطبعة الثانية، يوليو 2026)

توصي الإرشادات المحدّثة بالنشاط البدني، والإقلاع عن التدخين، وتقليل الكحول، والغذاء الصحي، وضبط ضغط الدم والسكري والكوليسترول، والتدريب والتحفيز المعرفي، والمشاركة الاجتماعية، وإمكان تقديم المعينات السمعية، وتقليل التعرض لتلوث الهواء. ولا توصي بمكملات فيتامين ب أو هـ أو أوميغا-3 أو الفيتامينات المتعددة للوقاية من التدهور المعرفي في غياب نقص مشخَّص. ولا تضمن هذه الخطوات منع الزهايمر لدى أي فرد، لكنها تدعم صحة الدماغ والجسم.[14]

خلاصة الأدلة: ما الذي تثبته الدراسات وما الذي لا تثبته؟

الدراسة	نوع الدليل	ما الذي وجدته	ما الذي لا تعنيه
لجنة لانسيت[4]	تقرير خبراء يستند إلى مراجعات منهجية	14 عامل خطر قابلاً للتعديل، ونحو 45% من الحالات مرتبطة بها سكانياً	أن الفرد يمنع المرض بنسبة 45%
FINGER[9]	تجربة عشوائية مضبوطة	تحسن نسبي في الأداء المعرفي خلال عامين	منع الزهايمر
US POINTER[10]	تجربة عشوائية مضبوطة	تحسن أكبر قليلاً مع البرنامج المنظم	خفض حدوث الخرف
ACHIEVE[11]	تجربة عشوائية مضبوطة	فائدة في فئة أعلى خطراً فقط	أن المعينات السمعية تمنع الخرف للجميع
SPRINT MIND[12،13]	دراسة ضمن تجربة عشوائية	انخفاض الضعف المعرفي البسيط والمؤشر المركب	هدفاً موحداً للضغط لكل كبار السن
CLARITY AD و TRAILBLAZER-ALZ 2[6،7]	تجارب عشوائية مضبوطة	تباطؤ التدهور لدى مرضى مبكرين مختارين	الشفاء أو صلاحية العلاج لكل مريض

الدراسة	نوع الدليل	ما الذي وجدته	ما الذي لا تعنيه
إرشادات لفحوص الدم[5]	إرشاد سريري مبني على مراجعة منهجية	استخدام مشروط في العيادات المتخصصة	تشخيص الأصحاء أو الاستغناء عن الفحص السريري

ينبغي إذن الفصل بين ثلاثة مستويات: عوامل خطر رُصدت في دراسات سكانية، وتدخلات حسّنت الأداء المعرفي في تجارب، وعلاجات قد تبطئ التدهور لدى مرضى مختارين. ولا يساوي أيٌّ منها ضمان الوقاية أو الشفاء. والأولوية العملية للأسرة هي: التقييم المبكر، وضبط الأمراض المزمنة، وعلاج مشكلات السمع والبصر، والنشاط المناسب، والدعم الأسري.

9. دليل الأسرة للرعاية اليومية

التواصل بحسب المرحلة

- **المرحلة المبكرة:** خاطب الشخص مباشرة، وامنحه وقتاً كافياً للرد، واسأله عن نوع المساعدة التي يفضلها، ولا تفترض أنه فقد القدرة على القرار.
- **المرحلة المتوسطة:** قلّل الضوضاء، واطرح سؤالاً واحداً في كل مرة، واعرض خيارين واضحين، واستعن بالإشارات البصرية. لا تحوّل الحديث إلى اختبار للذاكرة ولا تدخل في جدال حول التفاصيل.
- **المرحلة المتقدمة:** قدّم نفسك بهدوء، واستعن بتعابير الوجه والإشارة والصوت المطمئن، واحترم تفضيله للمس أو عدمه، وانتبه إلى علامات الألم غير اللفظية.

الروتين والأنشطة

ثبّت مواعيد النوم والوجبات والنشاط، واستخدم ساعة وتقويماً واضحين. وشجّعه على المشي والهوايات والحديث والصور العائلية والمشاركة الاجتماعية المناسبة دون إرهاق.

الاستحمام والعناية الشخصية

حضّر الأدوات قبل البدء، وتأكد من حرارة الماء، واستخدم مقابض تثبيت وأرضيات غير زلقة. اشرح الخطوة التالية ببساطة، واعرض خيارات محدودة، واحفظ الخصوصية والستر. وإذا رفض الاستحمام فابحث عن سبب انزعاجه وأعد المحاولة لاحقاً، وتجنّب الإجبار.

الطعام والشراب والبلع

قدّم الطعام في بيئة هادئة وبأدوات مناسبة، وراقب تغير الوزن والشهية. والسعال المتكرر أثناء الأكل، أو تغير الصوت بعد البلع، أو الاختناق، مؤشرات تستدعي تقييم الطبيب أو أخصائي البلع؛ ولا يُغيَّر قوام الطعام أو السوائل دون توجيه مهني.

التوهان والخروج من المنزل

ضع خطة مسبقة تشمل صورة حديثة للمصاب، ووسيلة تواصل للطوارئ، والأماكن التي قد يقصدها، وتقييم مخاطر الطرق والمياه القريبة. ويمكن النظر في حساسات الأبواب أو أجهزة تحديد الموقع مع مراعاة الموافقة والخصوصية. ولا تُستخدم أقفال تمنع الخروج وقت الحريق أو تحتجز الشخص. وإذا فُقد المصاب فابدأ البحث فوراً واطلب المساعدة من الجهات المحلية المختصة.[15]

السلوكيات الصعبة وارتباك المساء

قد يدل الانفعال الجديد أو الشك أو الهلوسة على ألم أو جوع أو جفاف أو إمساك أو عدوى أو أثر دوائي أو تغيّر في البيئة والروتين؛ فابحث عن السبب قبل تفسير السلوك بأنه متعمد. وقد يزداد الارتباك مساءً لدى بعض المصابين، فتفيد الإضاءة المريحة والأنشطة الهادئة والروتين المنتظم. والظهور المفاجئ أو الشديد يتطلب تقييماً طبياً، ولا تُستخدم المهدئات دون إشراف متخصص.

قائمة الأسرة العملية

- ☐ توثيق الأعراض ووقت بدايتها وتطورها والأدوية المستخدمة.
- ☐ تحديد مسؤول واضح للتنسيق مع الفريق الطبي، مع إشراك المصاب قدر الإمكان.
- ☐ مراجعة سلامة الحمام والمطبخ والإضاءة ومخاطر السقوط.
- ☐ وضع خطة للتوهان والطوارئ دون تقييد غير متناسب للحرية.
- ☐ توزيع مهام الرعاية وتحديد فترات راحة دورية للمرافقين.
- ☐ مراجعة التغذية والوزن والبلع والنوم والسلوك خلال المتابعة.

10. حق المصاب في الكرامة والاستقلالية

التشخيص لا يعني فقدان الأهلية لاتخاذ كل القرارات فوراً؛ فالقدرة على القرار تتفاوت بحسب نوع القرار ومرحلة المرض. لذلك ينبغي مخاطبة كبير السن مباشرة، وشرح الخيارات بلغة مفهومة، واحترام خصوصيته، وإشراكه في قرارات الرعاية ما استطاع، وتقييم القدرة عند الحاجة وفق القانون والإجراءات المعمول بها.

> **الأساس القانوني في دولة الإمارات**
>
> يكفل القانون الاتحادي رقم (9) لسنة 2019 بشأن حقوق كبار المواطنين حقوقاً منها الاستقلالية والخصوصية والحماية من الإساءة والرعاية الصحية والاجتماعية وسرية المعلومات، وينطبق على المواطن الإماراتي الذي بلغ الستين.[16] أما مسائل الوكالات والأهلية القانونية فتحتاج إلى رأي قانوني إماراتي متخصص بحسب الحالة والنصوص السارية، ولا يصح الاعتماد فيها على نماذج أجنبية.

وقد تفيد مناقشة الترتيبات المستقبلية الصحية والمالية مبكراً، ما دام المصاب قادراً على التعبير عن رغباته.

11. دعم مقدم الرعاية

الرعاية الطويلة قد تسبب الإرهاق والقلق واضطراب النوم. ومن المهم توزيع الأدوار بين أفراد الأسرة، وطلب المساعدة عند الحاجة، وتخصيص وقت للراحة، والاستفادة من مجموعات الدعم والخدمات المجتمعية. وطلب المساندة ليس تقصيراً، بل وسيلة لحماية المريض ومقدم الرعاية معاً.[1]

ويوفّر برنامج iSupport التابع لمنظمة الصحة العالمية تدريباً ومساعدة ذاتية لمقدمي الرعاية، يتناول فهم الخرف، والعناية بالنفس، والرعاية اليومية، والتعامل مع تغيرات السلوك.[17]

12. السياق الأسري الإماراتي ومتى نطلب المساعدة

تتيح الروابط الأسرية والمجالس فرصاً ثمينة للمشاركة والتواصل مع كبار المواطنين، شريطة تكييف الزيارة والحديث والنشاط مع قدرة المصاب وراحته. والحفاظ على حضوره الاجتماعي دون إحراج، وتيسير وصوله إلى الخدمات المتخصصة، وتثقيف الأبناء والبنات، عناصر عملية لرعاية أكثر إنسانية. وللتعرف على الخدمات المتاحة يُنصح بالرجوع إلى الجهة الصحية المختصة في الإمارة أو إلى طبيب الأسرة.

- **احجز تقييماً طبياً** عند ظهور نسيان متكرر ومتزايد، أو صعوبة في إدارة المهام اليومية، أو تغيرات ملحوظة في اللغة أو الاتجاهات أو السلوك.
- **اطلب مساعدة عاجلة** عند حدوث ارتباك مفاجئ، أو ضعف في أحد الأطراف، أو اضطراب حاد في الكلام، أو تدهور سريع غير معتاد.
- **حضّر للموعد** قائمة بالأعراض ومتى بدأت، والأدوية والمكملات، والأمراض المزمنة، وأمثلة محددة من الحياة اليومية.

الجزء الثاني:
نحو نموذج إماراتي لرعاية المصابين بالزهايمر — إطار مقترح

مدخل

يقترح هذا الجزء الانتقال من التوعية العامة إلى نموذج خدمات مترابط يضع كبير السن المصاب بالخرف وأسرته في مركز القرار. والمبادرات الواردة هنا مقترحات تطويرية أصلية من المؤلف، وليست برامج رسمية قائمة، وتحتاج قبل التنفيذ إلى دراسة جدوى وشراكات وموافقات تنظيمية. ويراعي النموذج التنوع الثقافي واللغوي في الدولة، واختلاف قدرات المرضى ومراحل المرض.

أولاً: مرتكزات النموذج

- **الكرامة والاستقلالية:** احترام رغبات الشخص وقدرته المتغيرة على اتخاذ القرار، مع الدعم بدلاً من الاستبعاد.
- **التكامل الصحي والاجتماعي:** ربط الرعاية الأولية وعيادات الذاكرة والخدمات المنزلية والمراكز المجتمعية بمسار إحالة واضح.
- **الأسرة شريك لا بديل عن المختص:** تدريب أفراد الأسرة ودعمهم نفسياً وتوفير فترات راحة لهم دون تحميلهم مسؤوليات طبية لا تناسبهم.
- **المواءمة الثقافية:** توظيف المجالس والحكايات والصور التراثية واللغة العربية ضمن أنشطة اختيارية تراعي راحة الفرد.
- **التقييم العلمي:** البدء بتجارب صغيرة ومقارنة المؤشرات قبل التدخل وبعده، دون ادعاء فاعلية قبل إثباتها.
- **الخصوصية والإنصاف:** حماية البيانات الصحية، وإتاحة البرامج لمختلف الفئات والمناطق الأقل وصولاً إلى الخدمات.

ثانياً: المبادرات الاثنتا عشرة

المبادرة 1: ذاكرتنا أمانة	
رفع الوعي بالعلامات المبكرة والتمييز بين النسيان المعتاد والاضطرابات المعرفية.	الهدف
الأسر وكبار المواطنين والعاملون في الخدمات المجتمعية.	الفئة المستهدفة
جلسات تثقيفية قصيرة في المجالس والمراكز، ومطويات عربية مبسطة، ومسار واضح لحجز تقييم طبي دون إجراء تشخيص جماهيري.	آلية التنفيذ
عدد المشاركين، وتحسن المعرفة باختبار قبلي وبعدي، ونسبة الإحالات التي وصلت إلى التقييم.	مؤشرات القياس

المبادرة 2: مجلس الذاكرة الإماراتي	
تعزيز التواصل الاجتماعي والشعور بالانتماء من خلال أنشطة مألوفة.	الهدف
المصابون في المراحل المناسبة وأسرهم.	الفئة المستهدفة
لقاءات صغيرة يشرف عليها ميسّر مدرَّب: صور قديمة، وحكايات إماراتية، وأنشطة مألوفة بحسب التفضيل الشخصي، مع تجنب اختبارات الذاكرة المحرجة.	آلية التنفيذ
الانتظام في الحضور، ورضا المشاركين والأسر، وملاحظة الراحة أثناء الجلسات.	مؤشرات القياس

المبادرة 3: سند الأسرة	
رفع كفاءة مقدمي الرعاية وتخفيف العبء غير المدعوم.	الهدف
الأبناء والبنات ومقدمو الرعاية غير المهنيين.	الفئة المستهدفة
ورش حول التواصل والسلوك والنوم والسلامة والطوارئ وفحص السمع، مستفيدةً من محتوى برنامج iSupport، مع مسار إحالة إلى مختص عند صعوبات الرعاية.	آلية التنفيذ
المعرفة المكتسبة، والثقة في أداء مهام الرعاية، ومقاييس عبء مقدم الرعاية المعتمدة.	مؤشرات القياس

المبادرة 4: بيتي يتذكّرني

الهدف	تحسين السلامة المنزلية والحفاظ على الاستقلالية المتبقية.
الفئة المستهدفة	الأسر التي تعيش مع شخص مصاب بالخرف.
آلية التنفيذ	تقييم منزلي اختياري بواسطة مختص، وتحسين الإضاءة واللافتات البصرية وترتيب الأدوية وإزالة مخاطر السقوط، دون احتجاز، مع إعادة التقييم عند تغير الحالة.
مؤشرات القياس	المخاطر المكتشفة والمعالجة، والحوادث المبلّغ عنها، ورضا الأسرة.

المبادرة 5: رفيق الذاكرة الذكي

الهدف	تسهيل الروتين اليومي والتواصل الأسري دون أن يحل محل الطبيب.
الفئة المستهدفة	المصابون القادرون على استخدام التقنية وأسرهم.
آلية التنفيذ	نموذج أولي لتذكير المواعيد والأنشطة والأسماء المألوفة بالعربية واللهجة المحلية، بصلاحيات واضحة وموافقة واعية وإمكان إيقاف سهل؛ ولا يشخّص المرض.
مؤشرات القياس	قابلية الاستخدام، والأخطاء التقنية، ورضا المستخدم، ومراجعات حماية البيانات.

المبادرة 6: أحفاد يحفظون الحكاية

الهدف	تعزيز الروابط بين الأجيال وحفظ الروايات الأسرية.
الفئة المستهدفة	الأجداد والأحفاد والأسر الراغبة.
آلية التنفيذ	جلسات تطوعية لتسجيل قصص وصور مختارة بموافقة صاحبها، مع حقه في عدم التسجيل أو طلب الحذف في أي وقت.
مؤشرات القياس	عدد اللقاءات، وجودة التفاعل، ونسبة الموافقات المستنيرة الموثقة.

المبادرة 7: يوم راحة لمقدم الرعاية	
الهدف	تخفيف الإجهاد الناتج عن الرعاية المستمرة.
الفئة المستهدفة	مقدمو الرعاية الرئيسيون.
آلية التنفيذ	خدمة رعاية مؤقتة تجريبية في المنزل أو في مركز مرخّص بكوادر مدربة، مع تقييم احتياجات المريض وخطة تسليم آمنة.
مؤشرات القياس	ساعات الراحة، ورضا الأسر، وحوادث السلامة، وتغير مؤشرات الإرهاق.

المبادرة 8: مجتمع صديق للذاكرة	
الهدف	تحسين تعامل المرافق العامة مع المصابين بالخرف.
الفئة المستهدفة	العاملون في المراكز التجارية والمواصلات والجهات الخدمية.
آلية التنفيذ	تدريب قصير على التواصل والاستجابة للتيه والارتباك، ولافتات سهلة الفهم، وإجراءات واضحة لطلب المساعدة دون وصم.
مؤشرات القياس	عدد الموظفين المدربين، ونتائج التقييم العملي، وتجربة المستفيدين.

المبادرة 9: صحة الدماغ تبدأ اليوم	
الهدف	خفض عوامل الخطر القابلة للتعديل على مستوى المجتمع.
الفئة المستهدفة	البالغون وكبار السن وفق التقييم الصحي.
آلية التنفيذ	مسار متابعة للنشاط البدني والضغط والسكري والسمع والبصر والتدخين والمشاركة الاجتماعية بإشراف فرق صحية، استناداً إلى نتائج FINGER و US POINTER وإرشادات منظمة الصحة العالمية.
مؤشرات القياس	المؤشرات الصحية والالتزام بالخطة؛ ولا يُستخدم انخفاض حالات الزهايمر مؤشراً قصير المدى.

المبادرة 10: حقوق لا تنساها الذاكرة	
تعزيز الحماية القانونية والأخلاقية للمصاب.	الهدف
الأسر والعاملون الصحيون والاجتماعيون.	الفئة المستهدفة
دليل حقوقي مبسط يشرح الخصوصية والموافقة المستنيرة ودعم اتخاذ القرار والحماية من الاستغلال، يُراجَع قانونياً وفق تشريعات الدولة.	آلية التنفيذ
تحسن الوعي الحقوقي، واعتماد الدليل من المختصين، ورصد الشكاوى والإحالات.	مؤشرات القياس

المبادرة 11: العيادة الأقرب للذاكرة	
تقليل صعوبات الوصول إلى المتابعة المتخصصة.	الهدف
الأسر البعيدة أو محدودة الحركة.	الفئة المستهدفة
استشارات متابعة عن بُعد وفق ضوابط الترخيص والخصوصية، مع فرز الحالات التي تتطلب فحصاً حضورياً، ودون التحول إلى خدمة تشخيص ذاتي.	آلية التنفيذ
زمن الوصول إلى الموعد، ونسبة استكمال المتابعة، ورضا المرضى والأسر.	مؤشرات القياس

المبادرة 12: المرصد الإماراتي لجودة الحياة مع الزهايمر	
إنتاج معرفة محلية تدعم السياسات وتحسين الخدمات.	الهدف
مقدمو الخدمات والباحثون وصناع القرار والأسر.	الفئة المستهدفة
مشروع بحثي متعدد الجهات لجمع مؤشرات مجهولة الهوية عن الاحتياجات والخدمات وجودة الحياة بعد الموافقات الأخلاقية والتنظيمية.	آلية التنفيذ
جودة البيانات، وعدد التقارير المعتمدة، وتبنّي توصيات قابلة للقياس.	مؤشرات القياس

ثالثاً: الربط بين الأدلة والمبادرات

الدليل العلمي	المبادرة المرتبطة	حدود الاستدلال
لجنة لانسيت 2024 وإرشادات منظمة الصحة العالمية 2026	صحة الدماغ تبدأ اليوم	مبرر لخفض عوامل الخطر مجتمعياً، لا إثبات أن مبادرة محلية بعينها تمنع المرض.

الدليل العلمي	المبادرة المرتبطة	حدود الاستدلال
FINGER و US POINTER	صحة الدماغ تبدأ اليوم	مبرر لاختبار برامج تجمع الحركة والتغذية والمتابعة الصحية والنشاط المعرفي، مع تكييفها وتقييمها محلياً.
ACHIEVE	سند الأسرة، مجتمع صديق للذاكرة	النتائج تختلف باختلاف الفئات؛ فلا يصح الادعاء بأن أجهزة السمع تمنع الخرف لكل المستخدمين.
إرشادات فحوص الدم 2025	العيادة الأقرب للذاكرة	مبرر لمسارات إحالة مناسبة، لا لخدمة تشخيص ذاتي.
أدلة دعم مقدمي الرعاية وبرنامج iSupport	سند الأسرة، يوم راحة، مجلس الذاكرة	مبرر لتصميم خدمات قابلة للاختبار، لا إثبات مسبق لفاعليتها في الإمارات.

رابعاً: الحوكمة وخطة التنفيذ

يُقترح تشكيل فريق تنسيقي متعدد التخصصات يضم مختصين من الرعاية الصحية وطب الشيخوخة والأعصاب، والخدمات الاجتماعية، والجامعات، وحماية البيانات، وممثلين عن الأسر والمصابين القادرين على المشاركة. والجهات المذكورة فئات شراكة محتملة وليست التزامات قائمة. ويبدأ الفريق بحصر الخدمات القائمة لتجنب الازدواجية، ثم يختار مبادرتين أو ثلاثاً للتجريب قبل أي توسع.

المرحلة	المهام الرئيسة
الأولى: الأشهر الثلاثة الأولى	دراسة الاحتياجات، ومراجعة البرامج القائمة، وتحديد الشركاء والفئات المستهدفة، وإعداد دليل أخلاقي وحوكمة للبيانات.
الثانية: من الشهر الرابع إلى السادس	تصميم مواد عربية، وتدريب الفرق، وتجريب «مجلس الذاكرة» و«سند الأسرة» و«بيتي يتذكرني» في نطاق محدود، وجمع خط الأساس.
الثالثة: من الشهر السابع إلى الثاني عشر	تقييم السلامة والقبول والتكلفة والنتائج، وتعديل التصميم قبل إضافة المبادرات الرقمية أو توسيع الخدمة.
الرابعة: بعد السنة الأولى	دراسة التوسع المرحلي وفق التمويل والنتائج والاعتمادات التنظيمية، ونشر تقرير تقييم شفاف.

خامساً: منهجية تقييم الأثر

يُعَد لكل مبادرة «نموذج منطقي» يربط الموارد والأنشطة والمخرجات والنتائج المتوقعة، مع خط أساس ومؤشرات متابعة وجدول زمني، ويُفصَل فيه بين مؤشرات التنفيذ (كعدد الجلسات) ومؤشرات النتائج (كتغير عبء الرعاية أو السلامة المنزلية). ومن المؤشرات المقترحة:

- نسبة الأسر التي أكملت التدريب، ودرجة تحسن المعرفة قبل التدريب وبعده.
- رضا المصابين وأسرهم عن التواصل والاحترام والمشاركة في القرار.
- معدل الإحالات المناسبة إلى التقييم الطبي ومدة الانتظار.

- تغير العبء النفسي لمقدمي الرعاية باستخدام أداة معتمدة ثقافياً.
- حوادث السقوط أو التوهان المبلّغ عنها، مع تفسيرها بحذر بسبب صغر العينات.
- تكلفة الخدمة لكل مستفيد بعد جمع أسعار محلية حقيقية، وعدالة الوصول بين الفئات.

ويُفضَّل تقييم مستقل مع مجموعة مقارنة متى كان ذلك ممكناً وأخلاقياً. ولا يجوز الاستدلال من تحسن الرضا أو الحضور أو المعرفة وحده على إبطاء تطور الزهايمر أو خفض معدل الإصابة.

سادساً: الضوابط الأخلاقية وحماية الحقوق

- الحصول على الموافقات الأخلاقية والموافقة المستنيرة، وتقييم القدرة على الموافقة بحسب القرار المحدد، وتقديم الدعم لاتخاذ القرار.
- عدم نشر صور أو قصص أو بيانات صحية دون موافقة صريحة صالحة، مع احترام حق الانسحاب وتقليل جمع البيانات.
- الوقاية من الاستغلال المالي، وضبط استخدام التتبع الرقمي، والتعامل الآمن مع التجول دون مراقبة مفرطة.
- تجنب وصف أي تطبيق رقمي بأنه يشخّص المرض أو يضمن سلامة المريض.
- وضع بروتوكولات إحالة للحالات الحادة، وإتاحة قنوات تظلّم يسهل الوصول إليها.
- مراعاة الفروق في اللغة والتعليم والدخل والوصول الرقمي، وعدم تحويل المقترحات إلى التزامات على الأسر.

وتخضع الصيغ القانونية النهائية لمراجعة مختصين بالقانون الإماراتي والجهات الصحية ذات الصلة، ولا تُستخدم المؤشرات الرقمية بديلاً عن الاستماع إلى الشخص وأسرته.

سابعاً: أجندة بحثية مقترحة

تُقترح دراسة مختلطة الأساليب لفهم رحلة الأسرة الإماراتية من ملاحظة أول علامة إلى التشخيص ثم الرعاية الممتدة، دون افتراض تشابه ظروف الأسر، بل بدراسة الاختلافات في السكن والدعم المتاح والوعي الصحي ومكان الإقامة.

- **أسئلة البحث:** ما العلامات التي تدفع الأسرة لطلب التقييم؟ وما العوائق العملية واللغوية والنفسية؟ وكيف تُوزَّع المسؤوليات بين الأبناء والبنات ومقدمي الرعاية؟ وكيف يُحافَظ على حضور كبير السن في المجالس والمناسبات دون إحراج أو إرهاق؟
- **المنهج:** مقابلات شبه منظمة مع مقدمي الرعاية والمهنيين، واستبيان اختياري للاحتياجات، ومجموعات نقاش صغيرة، بعد الموافقات الأخلاقية ومع حماية سرية البيانات.
- **فجوات تستحق الاختبار:** سهولة الوصول إلى عيادات الذاكرة، وتوافر التدريب العربي الملائم ثقافياً، والعبء الزمني والمالي والنفسي على الأسرة، وإتاحة الرعاية المؤقتة والتثقيف القانوني.
- **المخرجات المتوقعة:** خريطة لرحلة الأسرة، ودليل عربي عملي للمراحل المختلفة، وتوصيات لخدمات الإحالة والرعاية المؤقتة.

حدود هذا الإطار

المبادرات الاثنتا عشرة والنموذج الإماراتي مقترحات أصلية في هذا العمل، وليست خدمات حكومية قائمة أو برامج مثبتة الفاعلية، والفجوات المذكورة فرضيات للبحث وليست نتائج مسح ميداني. وتظل القيمة الأساسية للمبادرات في قابليتها للتنفيذ والقياس والتحسين، لا في عددها أو جاذبية أسمائها.

خاتمة

الزهايمر يغيّر قدرات الإنسان، لكنه لا ينتقص من قيمته. والمعرفة الدقيقة، والتشخيص المناسب، والرعاية الهادئة، تساعد الأسرة على التعامل مع المرض بواقعية ورحمة، مع صون كرامة كبير السن وحقه في المشاركة قدر الإمكان. وما يقترحه هذا العمل من نموذج إماراتي إنما هو دعوة إلى رعاية تتكامل فيها الأسرة والمجتمع والمؤسسات، وتُبنى على الدليل وتُقاس نتائجها بصدق.

تنبيه طبي

هذا المحتوى تثقيفي، وليس تشخيصاً أو وصفة علاجية. عند ملاحظة أعراض جديدة أو متزايدة استشر طبيب الأعصاب أو طب الشيخوخة أو عيادة الذاكرة، وعند ظهور أعراض عصبية مفاجئة اطلب الرعاية العاجلة.

المراجع

1. World Health Organization. Dementia [fact sheet]. Geneva: WHO; updated 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
2. Atri A, Dickerson BC, Clevenger C, et al. Alzheimer's Association clinical practice guideline for the diagnostic evaluation, testing, counseling, and disclosure of suspected Alzheimer's disease and related disorders (DETeCD-ADRD). Alzheimers Dement. 2025;21:e14337. doi:10.1002/alz.14337
3. Alzheimer's Association. 10 Early Signs and Symptoms of Alzheimer's and Dementia. https://www.alz.org/alzheimers-dementia/10_signs
4. Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024;404(10452):572–628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0
5. Palmqvist S, Whitson HE, Allen LA, et al. Alzheimer's Association clinical practice guideline on the use of blood-based biomarkers in the diagnostic workup of suspected Alzheimer's disease within specialized care settings. Alzheimers Dement. 2025;21:e70535. doi:10.1002/alz.70535
6. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, et al. Lecanemab in early Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2023;388(1):9–21. doi:10.1056/NEJMoa2212948
7. Sims JR, Zimmer JA, Evans CD, et al. Donanemab in early symptomatic Alzheimer disease: the TRAILBLAZER-ALZ 2 randomized clinical trial. JAMA. 2023;330(6):512–527. doi:10.1001/jama.2023.13239
8. Zimmer JA, Ardayfio P, Wang H, et al. Amyloid-related imaging abnormalities with donanemab in early symptomatic Alzheimer disease: secondary analysis of the TRAILBLAZER-ALZ and ALZ 2 randomized clinical trials. JAMA Neurol. 2025;82(5):461–469. doi:10.1001/jamaneurol.2025.0065
9. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER). Lancet. 2015;385(9984):2255–2263. doi:10.1016/S0140-6736(15)60461-5
10. Baker LD, Espeland MA, Whitmer RA, et al. Structured vs self-guided multidomain lifestyle interventions for global cognitive function: the US POINTER randomized clinical trial. JAMA. 2025;334(8):681–691. doi:10.1001/jama.2025.12923

11. Lin FR, Pike JR, Albert MS, et al. Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE). Lancet. 2023;402(10404):786–797. doi:10.1016/S0140-6736(23)01406-X

12. SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group; Williamson JD, Pajewski NM, Auchus AP, et al. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia. JAMA. 2019;321(6):553–561. doi:10.1001/jama.2018.21442

13. Reboussin DM, Gaussoin SA, Pajewski NM, et al. Long-term effect of intensive vs standard blood pressure control on mild cognitive impairment and probable dementia in SPRINT. Neurology. 2025;104(3):e213334. doi:10.1212/WNL.0000000000213334

14. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 15 July 2026. ISBN 978-92-4-012355-7. https://www.who.int/publications/i/item/9789240123557

15. Alzheimer's Association. Wandering. https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/wandering

16. دولة الإمارات العربية المتحدة. القانون الاتحادي رقم (9) لسنة 2019 بشأن حقوق كبار المواطنين. https://uaelegislation.gov.ae/ar/legislations/1481

17. World Health Organization. iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/isupport

إخلاء المسؤولية والحقوق القانونية

يُقدَّم هذا المقال لأغراض التوعية والمعرفة العامة، ولا يُعدّ استشارةً طبية أو قانونية، ولا يغني عن الرجوع إلى المختصين أو الجهات الرسمية المعنية. والآراء الواردة فيه تعبّر عن رأي الكاتب، ولا تمثّل بالضرورة موقف أي جهة رسمية.

جميع الحقوق محفوظة للمؤلف © 2026. لا يجوز نسخ هذا المقال أو إعادة نشره كلياً أو جزئياً إلا بإذن كتابي مسبق، مع ذكر المصدر: salemalnuaimi.ae