

الطبيب الإستشاري

عبد الأمير

دكتوراه بالطب الباطني أستاذ وباحث وخبير بالمرض السكري
إختصاصي قلبية - باطنية - (الغدة الدرقية)

: الحارثية-

تلفون مكتب العيادة ارضي : 5433747 ; موبايل المكتب : 07818308712

Dr. Abdulameer Abdullah Al-Ashbal;

Consultant diabetologist

Almustansiriya medical college , Department of Medicine, Alyermouk Teaching
Hospital

الثقل الإنساني والإجتماعي والإقتصادي للمرض السكري

(The human, social, and economic impact of diabetes)

وأهمية إعتاد

خطة وطنية للسكري

(National Diabetes Plan)

لغرض التصدي للمرض

المقدمة

إنّ وباء المرض السكري (Diabetes epidemic) له تأثيرات إنسانية وإجتماعية وإقتصادية مُدمرة ومُخرِبة. ويُقدّر عدد النساء والرجال الذين تُوفوا بسبب المرض السكري بحوالي 3.8 مليون في عام 2007 أي أكثر من 6% من عدد الوفيات الكلي عالمياً.

والجدول رقم 1 يبين التقديرات الإحصائية للفترة المحصورة بين 2007 و2025 لأعداد المصابين بالمرض السكري وتحمل سكر المعجّز (مرحلة ما قبل المرض السكري) ومعدل إنتشارها النسبي المئوي (%: Percent) مع نفوس العالم.

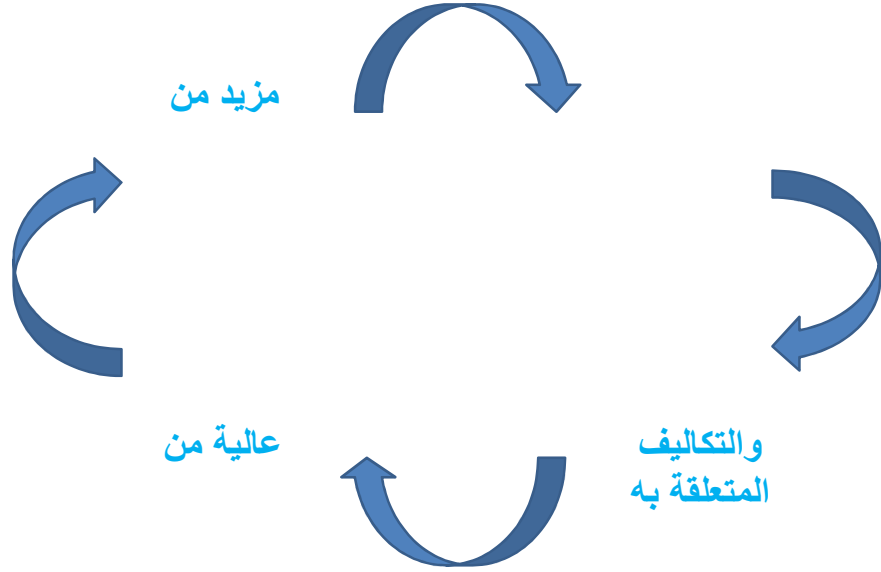
إنّ المرض السكري هو من أخطر وأثقل الأمراض المزمنة وأكثرها كلفةً، من الناحية الاقتصادية، في عصرنا الحاضر. وكمثال على ذلك نأخذ الولايات المتحدة الأمريكية حيث أنّ كلف المرض السكري تشكل 12% من مصاريف الرعاية الصحية الكلية وهذا يشكل حوالي 100 بليوناً دولاراً. وكمعدل فإنّ ما يصرفه الشخص المصاب بالمرض السكري للعناية الطبية عندهم يساوي 11000 دولاراً في السنة بينما يصرف الشخص غير المصاب بالمرض السكري حوالي 2600 دولاراً. وهكذا فإنّ تكاليف المرض السكري عالمياً تؤثر على إقتصاد العائلة والإقتصاد الوطني.

الجدول رقم 1: يبين التقديرات الإحصائية لأعداد المصابين بالمرض السكري وتحمل سكر المعجز ومعدل إنتشارها النسبي (%) مع نفوس العالم حسب تقديرات إتحاد السكري الدولي.

عام 2025	عام 2007	
7.9	6.6	المجموع الكلي لنفوس العالم (بليونات)
5.2	4.1	البالغين (22-79 سنة, بليونات)
المرض السكري وتحمل سكر المعجز عالمياً		
المرض السكري		
7.3	6.0	معدل الإنتشار النسبي (%)
380	246	المصابين بالمرض السكري (بالملايين)
تحمل سكر المعجز		
8.0	7.5	معدل الإنتشار النسبي (%)
418	308	المصابين بتحمل سكر المعجز (بالملايين)

وحسب إحصائيات لعام 2006 يُشكل المرض السكري على مستوى العالم السبب الثاني عشر للوفيات (1).

ومن جهة أخرى يُقدر إتحاد السكري الدولي (IDF) (2) قيمة معدل الوفيات عالمياً بسبب المرض السكري بما يزيد على 3800000 حالة في كل سنة وحوالي وفاة واحدة في كل 8 ثواني. وهذا الرقم يُشكل ما يقارب 6% من مجموع الوفيات الكلية عالمياً أي ما يقارب النسبة التي تُسببها متناظرة نقص المناعة المكتسبة (AIDS). وتشير إحصائيات لعام 2010 الى أن المرض السكري قد يُشكل السبب السابع للوفيات في بعض المجتمعات (3). وباعتماد أرقام منظمة الصحة العالمية حول سني العمر التي تُفقد من كل فرد يموت بسبب المرض السكري يمكن توقع فقدان 25 مليون سنة من الحياة سنوياً في عموم العالم. إضافة إلى ذلك يُقدر إتحاد السكري الدولي فقدان ما مقداره 23 مليون سنة إضافية من الحياة الطبيعية بسبب العجز وانخفاض جودة الحياة المرتبط بمضاعفات المرض السكري القابلة للمنع. وعليه فإنّ العلاج العلمي الحديث لمرضى المرض السكري لا يهدف إطالة عمر المريض فقط وإنما يهدف أيضاً تحسين مستوى وجودة حياته (Quality of life [QOL]) من خلال منع وتخفيف أعراض هذا المرض وكذلك الوقاية من المضاعفات المزمنة له. علماً بأنّ الأناس المصابين بالمرض السكري وعوائلهم هم الذين يتحملون العبء المباشر له وهم الذين يتحملون تكاليفه طالما لا يتلقوا المساعدات المادية لاسيماً إذا ما أخذنا بنظر الإعتبار أنّ دخل العائلة غالباً ما ينخفض بسبب الإصابة بالمرض السكري (الشكل رقم 1). كما أنّ تكاليف المرض السكري غالباً ما تُقتطع من التكاليف المخصصة للثقافة والترفيه ورفع مستوى جودة الحياة للعائلة.



الشكل رقم (1) : يهيئ الفقر الشخص للمرض، وتكاليف المرض في نظام رسوم خدمة العناية لها القدرة على إفقار الأسرة ، مما يديم مزيد من الفقر.

ومن الجدير ذكره أنّ ثمة تفاوت أو تباين بين العالم المتطور والعالم النامي فأكثر من 80% من المصاريف للعناية الطبيّة بالمرض السكري تُصرف في البلدان الأكثر غناً إقتصادياً. فالمرض السكري النمط الثاني يُنظر إليه في الغالب بأنّه حالة تصيب كبار السن وبالغين غير المنتجين في البلدان الغنية. ولكن في واقع الحال أنّ 70% من المصابين بالمرض السكري هم الآن يعيشون في البلدان الواطئة والمتوسطة الدخل وإنّ الثقل الإقتصادي للمرض السكري هو أعظم بكثير في البلدان الفقيرة. ومع ذلك فإنّ غالبية الصرف، 90% من الإنفاق على رعاية المرض السكري، هو يحدث في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا واقطار أوروبا الغربية وغيرها من البلدان الغنيّة. إضافة الى زيادة النفقات فإنّ نتائج المعالجة هي الأخرى تكون أردئ في البلدان الفقيرة. وهذا ما إستنتجته أغلب التحريات الشاملة للتأثير الإقتصادي للمرض السكري والتي أجريت لحد الآن في البلدان واطئة ومتوسطة الدخل. فالبلدان واطئة ومتوسطة الدخل، حيث يوجد 4 من كل 5 أشخاص مصابين بالمرض السكري عالمياً، تحمل وطأة المرض السكري وأنّ الرجال والنساء الأكثر إصابة هم في عمر العمل أو الإنتاج ومعيون لعوائلهم. وهكذا فالمرض السكري الآن يُهدد بتقويض إقتصاديات الدول الناميّة⁽⁴⁾.

فعلى سبيل المثال تزيد التكاليف المتعلقة بالمرض السكري في الولايات المتحدة الأمريكية على 132 مليار دولار في عام 2002 أي ما يُعادل أكثر من 12% من ميزانيتها السنويّة الكلية على الرعاية الصحية

(Healthcare budget). بينما يقطن في البلدان متوسطة وواطنة الدخل 80% من عدد مرضى المرض السكري في العالم فإنَّ الكلفة التي تُصرف على المرض السكري فيها تُعادل أقل من 20% مما يُصرف عالمياً. إضافة إلى ذلك يُعدّ نمو تكاليف المرض السكري أسرع من نمو السكان بصورة عامة. وحسب إحصائيات عام 2007، وعلى سبيل المثال أيضاً، فإنَّ التقديرات للكلفة الكلية للمرض السكري في الولايات المتحدة (5) تزيد على 170 بليون دولار، 116 بليون دولار كمصاريف طبية مباشرة و58 بليون دولار كمصاريف طبية غير مباشرة (كتبعات المضاعفات المزمنة للمرض السكري).

ومن جهة أخرى فبالرغم من التطور الكبير جداً في مجالات الأدوية العلاجية المُخفّضة لغلوكوز الدم وكذلك طرق متابعة المرض السكري والفهم الواضح من قبل العاملين في مجال المرض السكري والمرضى أنفسهم بخطورة هذا المرض، فإنَّ الأهداف المرجوة من مستويات سكر في الدم نادراً ما يتم تحقيقها ليس فقط في البلدان النامية وإنما كذلك في البلدان المتطورة. ففي دراسة أُجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بيّنت نتائجها أن أقل من 35% من مرضى المرض السكري قد حققوا أقل من 7% كمستوى للهيموجلوبين 1س كهدف (2).

إضافة إلى ذلك فإنَّ المضاعفات لا تزال تحدث بالرغم من السيطرة الجيدة على غلوكوز الدم وكما يحصل عند حالات السيطرة المُركّزة للغلوكوز في الدم وأنَّ الثقل الاقتصادي والإنساني على الفرد استمر هو الآخر بالتنامي.

العوامل السلبية التي تساعد على زيادة ثقل المرض السكري واستفحاله

ومما يُعقّد الأمور أكثر ويساعد على زيادة ثقل هذا المرض واستفحاله وازدياد المعاناة من مضاعفاته المزمنة في مجتمع ما لاسيّما المجتمعات النامية هو وجود العوامل السلبية التالية:

1. عدم الإلتزام بمبدأ التخصص والتخصّص الدقيق من قبل الطبيب المعالج وانعدام المتابعة الدقيقة للأساليب العلمية الحديثة في علاج المرض وكذلك البحث العلمي في مجال المرض السكري والأمراض المتعلقة به.
2. الشرخ الكبير في صرف الأدوية لمرضى المرض السكري النمط الثاني بين الدوافع التجارية والإعلام المبني على الربح الأكبر وبين الدواعي العلمية الحديثة والمستندة على الأدلة العلمية. وسيأتي شرح ذلك في موضوع لاحق.
3. انعدام أو انخفاض مستوى الوعي الصحي والمعرفة اللازمة والمبنيّة على أسس حديثة بالمرض السكري سواء بالنسبة للمصابين به أو عموم المجتمع.
4. تردي الظروف المعاشية للمجتمع ككل سواء من الناحية الإقتصادية أو الإجتماعية أو الأمنية أو النفسانية وما يترتب عليها من انخفاض في مستوى الخدمات الطبية والمختبرية وكذلك انعدام استقرار الفرد وانخفاض قدرته الشرائية.

5. وفي أمثلة عديدة إنعدام الأمن والأمان الذي ينعكس بصورة مباشرة وغير مباشرة على أداء الخدمات الطبية ومستواها.

صرف الأدوية لمرضى السكري بين الدوافع التجارية والإعلام المبني على الربح الأكبر وبين الدواعي المستندة على الأدلة العلمية الحديثة

قبل البدء في هذا الموضوع يجب أن يضع الطبيب المعالج في صلب تفكيره وضميره أن الأطباء هم أشخاص مخلون لوصف منتجات دوائية لجهات مصنعة ربحية وأن هذه المنتجات لا هم يدفعون ثمنها ولا هم يستعملونها وأن تبعاتها الغير مرغوب بها يعاني منها أشخاص آخرون هم المرضى. فالمعروف علمياً أن أصل كل دواء في علم الأدوية هو مادة تدخل ضمناً خاتمة المواد السامة كمادة كيميائية تدخل الجسم ولم يطلق عليها اسم الدواء إلا بعد ثبوت تغليب كفة فوائدها للمريض على كفة مضارها وتأثيراتها الجانبية. وهذا يعني أن الطبيب لكي يمارس الطب المبني على الأدلة ويتبع الدواعي العلمية أن يلتزم بهذه الموازنة في إختياره الدواء المناسب لمريض ما وأن أي خلل في هذه الموازنة بإتجاه مضرة المريض أو على الأقل عدم منفعة فإن استعمال دواء ما قد يدخل ضمن المواد السميّة. إضافة الى ذلك فإن استعمال كثير من الأدوية قد يستوفي شرط الضبط العلمي لهذه الموازنة الدقيقة في مرحلة ما, لاسيماً في بداية استعماله, ولكنه يفقد هذه الموازنة أي عندما يتجه مفعوله بإتجاه الضرر أكثر من المنافع في مرحلة لاحقة من استعماله قد تطول أو تقصر. وبهذا الصدد يجب أخذ حالة المريض من ناحية عمره ودرجة تطور مضاعفات المرض السكري عنده والتداخلات مع الأدوية الأخرى التي يستعملها وكذلك, وهذا مهم جداً, تكلفة هذه الأدوية التي غالباً ما تكون باهضة لاسيماً تلك التي تعتبر حديثة والتي تعتمد الجهات المصنعة بيعها بسعر عالٍ قبل أن تُكتشف حقيقة الدواء والأعراض الجانبية التي قد يسببها. وفيما يلي أمثلة شائعة في يومنا هذا:

■ حبوب السكري مُثبطات الأنزيم ببتايديز ببتديل الثنائي-4

تستعمل هذه الأدوية الفموية كعلاج لمرضى السكري النمط الثاني في العراق بشكل واسع جداً وغير مبرر علمياً (<http://goo.gl/zh2yIQ>) وبالضبط كما تنتشر "المودة" ولكل مرضى السكري النمط الثاني علماً بأن مفعولها مشكوك بمقداره وكفائه وكذلك محدودية استعمالها والمضاعفات السميّة التي قد تسببها. وفيما يلي نماذج من هذه الأدوية:

ستاجلبتين "الجانوفيا" (Januvia)

الفلداغ جلبتين "الجالفس" (Galvus)

السكساجلبتين "الأونكليزا" (Onglyza)

اللبناجلبتين "تراجننتا" (Tradjenta) الألوجلبتين "نسينا" (Nesina)

لهذه الأدوية ميزات نظرية فقط على الأدوية الأخرى المخفضة لسكر الدم وكل هذه الميزات تم توثيقها ونشرها فقط من قبل شركات صناعة هذه الأدوية . وبنفس الوقت لها أعراض جانبية ومخاطر سمية على جهاز المناعة الأمر الذي يترتب عليه مضاعفات على مقاومة المريض للإلتهابات وأنواع من الحساسية وحتى السرطانات . كما أنها ثبت بالدليل العملي والموتف تسببها بالتهاب البنكرياس الحاد الخطر أو المزمع للأعراض الذي يؤدي الى سرطان البنكرياس. والذي يحز في القلب والضمير أن هذه الأدوية تستخدم في العراق بشكل واسع جداً وغير مبرر علمياً فهي تستعمل من قبل الكثير الكثير من الأطباء بشكل واسع وروتيني وبالضبط كما تنتشر "المودة" في مجالات الحياة الأخرى كالألبيسة وحلاقة شعر الرأس والضحايا هم مرضى السكري وهدر المبالغ الضخمة التي تذهب , بدون عناء, الى جيوب حيطان شركات صناعة هذه الأدوية. وفي هذا الصدد نصيحتي لزملائي الأطباء أن يلتزموا بوحدة من سبع خطايا مميتة مقترحة لوصف الأدوية. وهذه الخطيئة هي أن يعتبروا الأدوية الجديدة هي أحسن من سابقتها وهذا يعني عملياً أن لا يكونوا على الإطلاق أول أو آخر من يستعمل دواءً جديداً. والسبب هو أن الأطباء هم وكلاء لمستهلكين وهم يسيطرون على سوق منتجات لا هم يستعملونها ولا هم يدفعون ثمنها وأن تبعاتها غير المرغوب بها يعاني منها أناس آخرون هم المرضى.

والأمر المهم جداً والذي يجب أن يعرفه الطبيب الذي يصف أدوية مثبطات الأنزيم بيتايديز ببتديل الثنائي-4 والمرضى الضحايا أيضاً هي أن الشركات المصنعة لهذه الأدوية وكتكتيك للغش والتمويه والربح التجاري فإنها راحت تصنع هذه الأدوية مخلوطة مع دواء المتفورمين وكما يلي:

- السيتاغ لبتين والمتفورمين "جانومت" (Janumet)
- الفلتاغ لبتين مع المتفورمين "يوكريز" (Eucreas) أو كالفص مت (GalvusMet)
- السكساجلبتين مع المتفورمين "كومبي لايزا" (Kombiglyze)
وتهدف بذلك أن "تضرب حجراً واحداً نحو ثلاثة عصافير". فهي تهدف أولاً أن تستغل مفعول دواء المتفورمين الذي يُعتبر من قبل كل التوجيهات العلمية السابقة والحديثة الدواء المرشح الأول بعد فشل المعالجة الغير دوائية (الطعام الصحي وزيادة النشاط الجسمي وتجنب سمنة البطن) وبذلك توهم المرضى بأن مفعول الحبة المخلوطة هو جيد وفعال. وأحد أسرار التحايل هنا أنها تصنعها مع جرعة عالية (1000ملغرام) من المتفورمين لكي تضمن مفعولاً جيداً منها لا سيما إذا ما استعمل المريض, وكما يحدث في كثير من الأحيان في العراق, حبتين منها (2000ملغرام) أي ما يزيد بكثير على ثلثي الجرعة الكلية المسموح بإستعمالها من هذا

الدواء في حالة إستعماله لوحده. وهي تهدف ثانياً أن تطفئ أو تعادل المفعول المسرطن المحتمل لهذه الأدوية فثمة مؤشرات بحثية بدأت تتزايد عن مفعول المتفورمين الوقائي من الأمراض السرطانية. وهي تهدف ثالثاً وهو الأهم بالنسبة لها كشركات ربحية أن تتبع هذه الأدوية المخلوطة مع المتفورمين بسعر عالٍ ومربح جداً.

■ إستعمال الإنسولين المحوّر كيميائياً (شبيه الإنسولين) بدل الإنسولين البشري.

تستعمل هذه الأنواع من الإنسولين المحوّر كيميائياً (شبيه الإنسولين) بشكل عشوائي وبدوافع تجارية غير مدعومة بأدلة علمية، ما عدا تلك التي تسوقها الشركات المصنعة. إنَّها بدعة تجارية قبل أن تكون علاج طبي. لقد تمَّ تحويل تركيبة الإنسولين البشري لا لدوافع علمية صحيحة وإنما بالدرجة الأساسية لتحقيق أرباح خيالية تُعدّ بالبلايين سنوياً

تهدف كذلك إيجاد تركيبة تحت إسم تجاري تحتكر تصنيعها دون كل العالم لغرض تحقيق الأرباح الخيالية لأنَّ الإنسولين البشري ممكن تصنيعه من قبل أية جهة في العالم وفي أية دولة. لا يوجد بحث حول شبيهات الإنسولين إذا لم يُدعم ويمول بصورة مباشرة أو غير مباشرة من قبل الشركات المصنعة.

وتدعي الشركات بأنَّ شبيهات الإنسولين تعمل أضعف وأحسن من الإنسولين الرباني الطبيعي في جسم الإنسان. تستغل الشركات المستوى العلمي والتخصصي لقسم كبير من الأطباء في عموم العالم الذين يُعالجون المرض السكري في الواقع التطبيقي والذين أصلاً تنقصهم الخبرة والمقدرة على إستعمال الإنسولين البشري.

■ إستعمال أدوية الأعصاب بشكل عشوائي وغير مقنن علمياً وبكميات ضخمة

ولفترات غير محدودة

وخير مثال على ذلك صرف أدوية الصرع وبعض الأمراض العقلية بما في ذلك التكريتول (الإسم العلمي كاربامازيبين [Carbamazepine]) والكابانتين (Gabapentin) والإسم العلمي (Gamma-aminobutyric acid analog) بريكابالين (Pregabalin) والتي تُصرف بتسميات عديدة حسب الجهة المصنعة وبكميات كبيرة جداً وعلى نطاق واسع ولفترات طويلة ويطلق عليها مرضى السكري إسم "حبوب الأعصاب" حسب تسمية الطبيب المعالج ضناً منه، وتبعه بذلك المرضى، بأنَّ هذه الأدوية تُشفي من إلتهاب الأعصاب المحيطية وهي في الواقع ليس لها علاقة مطلقاً بتطور التهاب الأعصاب المحيطية أي لا تمنعه وكما يعتقد الكثير من الأطباء وإنما هي من الأدوية التي قد تساعد على تخفيف الآلام العصبية المنشأ أياً كان سببها وعليه يجب أن لا

تستعمل إلا في حالات الآلام المبرحة والتي تفشل الوسائل الأخرى في تخفيفها ولفترات محددة. ومن الناحية الطبية فهي قد تستعمل في حالات نادرة جداً ليس لحالات إلتهاب الأعصاب المحيطية كلها وإنما فقط لبعض هذه الحالات والتي تتمثل بالتهاب الأعصاب المحيطية السكري المنشأ المؤلم أي التي يعاني منها المريض من آلام مبرحة وشديدة وبشرط أنها لم تستجب لكل خطوط المعالجة الأخرى حيث يكون مثل إستعمالها هو كالمثل الدارج "آخر الدواء الكي". وعند الإضطراب لإستعمالها يجب أخذ حالة المريض من ناحية عمره ودرجة تطور مضاعفات المرض السكري عنده والتداخلات مع الأدوية الأخرى التي يستعملها وكذلك، وهذا مهم جداً، تكلفة هذه الأدوية التي غالباً ما تكون باهضة لاسيماً تلك التي تعتبر حديثة كالكابنتين والتي يتصاحب زجّها في الصيدليات بدعاية ذات طابع تجاري بحت مثلها مثل أية سلعة تجارية أخرى تباع في السوق. والذي يجري حالياً أنها تصرف بكميات كبيرة حيث توصف لقسم كبير من المرضى ولفترات طويلة وهي أصلاً لا يوجد داعي علمي لإستعمالها على الإطلاق إلا لعدد ضئيل جداً ولفترات محددة وبحذر شديد. ومن الوأسف أن هذه الأدوية يصفها حالياً في العراق أغلب الأطباء لمرضى السكري لا على أساس علمي سوى أن المريض مصاب بالمرض السكري أو يشكو من أعراض إلتهاب الأعصاب المحيطية سواء مصحوبة بالآلام أو غير مصحوبة أو يستعملها لكي تقيه من هذه المضاعفات وهذا أمر خاطئ جداً ولا يستند على أي أساس علمي. والأدهى من ذلك أن تكون الآلام التي يشكو منها مرضى السكري في الغالب طبعاً سببها غير التهاب الأعصاب المحيطية السكري المنشأ المؤلم وإنما اسباب أخرى وأبسطها فرط سكر الدم في حالة السيطرة الرديئة على المرض السكري والذي يجعل المريض يعاني من آلام في كافة أنحاء الجسم ومنها الأطراف والمفاصل والعضلات ناهيك عن أسباب أخرى ، لاسيماً بالنسبة لمرضى السكري النمط الثاني، مثل سوفان المفاصل أو في كثير من الحالات عدم كفاية التروية الدموية لشرايين الأطراف السفلية والذي يسبب آلام قد تكون مبرحة. وكل هذه الأسباب ليس علاجها أصلاً له علاقة لا من بعيد ولا من قريب بأدوية الأعصاب المذكورة آنفاً وإنما إستعمالها الخاطئ سوف ينطبق عليه المثل الشعبي البسيط "فوك حگه دگه" والذي يتناقض تماماً مع المبدأ الطبي الذي يتمثل بعدم الإضرار بالمريض في حالة عدم القدرة على مساعدته. والسبب لأن لأدوية الأعصاب هذه أعراض جانبية غالبيتها شديدة الوطأة على المريض وبالذات مريض المرض السكري الذي كثيراً ما يشكو بسبب المرض السكري أو مضاعفاته من أعراض تشبه كثيراً الأعراض الجانبية التي تسببها أدوية الأعصاب. فهذه الأدوية تزيد وزن المريض وهذا أمر ينسف معالجة مرضى المرض السكري والأمراض المرتبطة به بالصميم. كما أنها قد تسبب الدوخة أو تشوش الذهن والدوار أي الشعور بدوران الجسم في محيطه وبالتالي فقدان التوازن وتشوش الرؤيا والرؤية المزدوجة (Double or blurred vision) لذلك يجب تجنب السياقة وإستعمال ماكينة أو

القيام بأي عمل يحتاج الى تركيز ذهني عند الإضطراب لإستعمالها. ولتجنب الدوار ونوبات السقوط التي قد يسببها هذا الدواء يجب تجنب الوقوف المفاجئ لاسيما بالنسبة لكبار السن وبالنسبة لمرضى المرض السكري ممن يعانون من هبوط ضغط الدم أثناء القيام بسبب تلف الأعصاب اللاإرادية التي تسيطر على توتر جدران الشرايين. ومن الأعراض الأخرى جفاف الفم الذي هو الآخر قد يكون بسبب المرض السكري. ومن هذه الأعراض الجانبية تغير المزاج والقلق والتهيج والصداع الشديد وطنين الأذن وثقل النطق ورعشة الكفين. وكذلك قد يسبب الميل للكآبة والذي قد يولد أفكار الموت أو الإنتحار أو إقترافه فعلاً. وقد تسبب حساسية كطفح الجلد والحكة وحساية الجلد لضوء الشمس وتغير لون البشرة وتقرحات في أغشية الفم ونزف تلقائي تحت الجلد وورم الوجه والشفيتين واللسان ووذمة الساقين. وكذلك الغثيان والتقيؤ وإمساك الأمعاء (القبض) أو الإسهال. وقد تسبب آلام في الظهر والمفاصل والعضلات وعدم السيطرة على العضلات لاسيما أثناء المشي والشعور بالإعياء والتعب وثقل في منطقة الصدر وضيق في التنفس وإضطراب في دقات القلب وحمى مع رعشة وحرقة في البلعوم. وقد تسبب نقص الكريات الدموية البيضاء. علماً بأن هذه الأعراض الجانبية لا تمثل كل الأعراض الأخرى التي قد تسببها هذه الأدوية.

الفوائد الإيجابية للسيطرة الجيدة على المرض السكري:

أ- الجانب الإنساني والإجتماعي

يتمثل الجانب الإنساني لفوائد السيطرة على المرض السكري بكون السيطرة الجيدة على المرض السكري تجنب المريض المعانات الصحية والإنسانية وتحسن من مستوى حياته جاعلة إياها اقرب ما تكون إلى الحياة السويّة. إن العمر المتوقع بالنسبة للمصابين بالمرض السكري النمط الثاني يقل بحوالي 5 - 10 سنوات عن العمر المتوقع لعموم المجتمع وأنّ الكبار المصابين بالسكري يعانون من معدلات موات (وفيات) سنوياً تقدر بحوالي 5.4% وهي نسبة تعادل ضعف معدلات الموات عند غير المصابين به. وتقدر منظمة الصحة الدولية (5) عدد الذين توفوا بسبب المرض السكري بحوالي 1.1 مليون في عام 2005. وإذا ما أخذنا بنظر الإعتبار الوفيات التي يكون المرض السكري دور مساهم فيها فإنّ هذا العدد يرتفع ليصل الى 2.9 مليون. علماً بأنّ 80% من وفيات المرض السكري تحدث في البلدان متوسطة أو منخفضة الموارد المالية. كما أنّ ما يقارب نصف وفيات المرض السكري تحدث عند الأشخاص دون السبعين سنة من العمر وأنّ حوالي 55% من النساء. إضافة إلى ذلك بيّنت نتائج دراسة باريس المُستقبلية (6) أنّ الأناس الذين يعانون من تحمّل سكر المُعجَز يتعرضون إلى زيادة مقدارها 50% في خطر الموات بسبب أمراض القلب الوعائية (مرض نقص التروية القلبية).

لقد بيّنت الدراسات⁽⁷⁾ أنّ السيطرة الجيدة على المرض السكري تحسّن من جودة الحياة. ومن جانب آخر فإنّ ثمار نجاح السيطرة الجيدة على المرض السكري سوف تنعكس إيجاباً على الحالة النفسانية والمعنوية للمريض المصاب بالمرض السكري الأمر الذي يجعله أكثر التزاماً والعكس صحيح. ومن الأخطاء الجسيمة جداً التي يقع فيها كثير من مرضى المرض السكري نتيجة لإنعدام فهمهم ووعيهم لطبيعة ومخاطر هذا المرض هي اعتمادهم في تقييم حالة مرضهم على ما يعانون من أعراض. فإذا ما خفّت أو اختفت هذه الأعراض، وكما يحصل هذا في غالب الأحيان وبالرغم من كون تركيز سكر لا يزال يتراوح ضمن الحدود العالية، فإنهم يعتبرون خطأً أنّ حالة مرضهم جيدة ويكتفون عند هذا الحد دون إجراء التحاليل المخبرية الضرورية لتركيز سكر في الدم لغرض ضبطه حسب ما تحدده التعليمات الطبية حول السيطرة السكّرية الجيدة والتي تستند على أحدث البحوث والدراسات العلمية بهذا الشأن. إضافة إلى أنّ المعالجة الشاملة لمرضى المرض السكري تقتضي متابعة ومعالجة ارتفاع ضغط الدم وارتفاع إفراط الدهون في الدم واللذان هما الآخران يحتاجان إلى تحري و متابعة ومن ثمّ المعالجة اللازمة.

وهكذا فإن الأهداف التي تنشدها المعالجة العلمية الحديثة لمرضى المرض السكري لا تنحصر فقط بتحسين حياة الإنسان من الناحية الكمية (أي إطالة عمره) وإنما أيضاً وبالضرورة من ناحية تحسين جودة الحياة أي رفع مستوى جودتها.

ب- الجانب المادي

إنّ نجاح السيطرة على المرض السكري سوف ينعكس حتماً وحسب الإحصائيات والدراسات العلمية الحديثة على تجنب إنفاق موارد ماديّة ضخمة سواء على مستوى ميزانية مرضى المرض السكري اعوائلهم أو على مستوى الميزانية الوطنية لنظام الرعاية الصحية (National budget of Health care system) في المجتمع⁽⁶⁾. ويعزى ذلك إلى أنّ ما يُصرف من أموال لغرض تأمين وسائل الوقاية من المرض السكري وكذلك المتابعة والعلاج الضروريين للسيطرة المُركّزة عليه هي اقل بمقدار كبير جداً من تلك التي تصرف في حالة العكس أي في حالة عدم السيطرة على المرض. ولقد بيّنت الدراسات أنّ توفير الكلف المتأتّي من تخفيض المضاعفات الحادة والمرتبطة بالمرض السكري يمكن تحقيقه خلال 1-3 سنة من بدء الرعاية الوقائية الفعّالة⁽⁷⁾. فعدم أو ضعف السيطرة على المرض السكري تؤدي حتماً إلى زيادة شدة وسرعة تطور الأعراض والمضاعفات الحادة والمزمنة التي سوف يعاني منها المريض. إضافة إلى ذلك فإنّ المضاعفات سواء الحادة منها أو المزمنة قد تضطر المريض إلى الغياب عن العمل أو حتى تركه وكذلك قد تضطره إلى الرقود في المستشفيات. وتؤدي كذلك إلى زيادة احتمال الإحتياج إلى فحوصات معقدة وتدخّلات علاجية متنوعة

والتي تشكل بالضرورة، لا سيما المضاعفات المزمنة، عبئاً كبيراً وكثيراً من الأحيان رئيسياً على المراكز الطبية التخصصية التالية:

1. مراكز أمراض وجراحة العيون.
2. مراكز الكلية الإصطناعية.
3. مراكز زرع الكلية.
4. مراكز القلب والأوعية الدموية سواء الباطنية أو الجراحية منها (كالقسطرة التشخيصية وتوسيع الشرايين بواسطة البالون أو بالشبكة وعمليات إبدال الشرايين التاجية). حيث أن 50% من مرضى المرض السكري يموتون بسبب الأمراض القلبية الوعائية.
5. مراكز جراحة العظام والمفاصل (كعمليات بتر أحد الأطراف السفلى).

وكل هذه المهام سواء التشخيصية أو العلاجية أو غيرها تكلف المجتمعات البشرية مبالغ ضخمة سنوياً وحسب حجم البلدان وكثافتها السكانية. ففي إحدى الدراسات لوحظ بأن مصاريف مريض المرض السكري تزيد تقريباً 2.4 مرة على المصاريف المتوقعة لغير المصابين به. وهى تشكل جزءاً يكاد هو الآخر أن يكون رئيسياً ضمن مجمل ميزانية الصرف على الخدمات الصحية في كل بلدان العالم. ويشكل ما تنفقه بلدان العالم على مرضى المرض السكري حوالي 5% إلى 11.9% أو أكثر من ميزانيتها الكلية التي تصرف على الرعاية الصحية بصورة عامة. وعلى سبيل المثال يشكل تعداد المصابين بالمرض السكري في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 3.1% من مجموع سكانها ومع ذلك فإن كلفة علاجهم تشكل 11.9% من الكلفة الكلية لجهاز الرعاية الصحية. وفي كندا قدرت إحدى الدراسات بأن مصاريف علاج المرض السكري مع مضاعفاته لسنة 1998 كانت تتراوح بين 4.76- 5.23 بليون دولار أمريكي وأن المصاريف السنوية المباشرة للعناية بمرضى المرض السكري المُشخصين حديثاً وقبل تطور مضاعفاته كانت 573 مليون دولار أمريكي. علماً بأن الأمراض القلبية الوعائية (مرض نقص التروية القلبية) كانت الأعلى كلفة (637 مليون دولار أمريكي) من بين الأمراض الأخرى الأمر الذي يؤكد أهمية الوقاية من أمراض القلب بالنسبة لمرضى المرض السكري النمط الثاني.

ويُتوقع للتكاليف المتعلقة بالمرض السكري أن تزداد بمرور السنين. فعلى سبيل المثال تتصاعد الكلف التقديرية المتعلقة بالمرض السكري في الولايات المتحدة الأمريكية من 96 بليون دولار في عام 1997 إلى 132 بليون دولار في عام 2002 إلى 156 بليون دولار في عام 2010 إلى 197 بليون دولار في عام 2020.

وفي مجموعة الدول الأوروبية يصرف سنوياً على مضاعفات المرض السكري المزمنة سواء تلك التي تصيب الأوعية الدموية المِक्रويّة للعين والكليتين والأعصاب أو تلك التي تنتج عن أمراض الأوعية

الماكروية والتي تؤدي إلى تصلب وتضيق شرايين القلب والدماغ والأطراف السفلية ما مقداره 29 بليوناً من عملة اليورو أي ما يعادل حوالي 26 بليون دولار لحد عام 2004. وهذا المبلغ يعادل ضعف ما يصرف على الرعاية الطبية بمرضى المرض السكري النمط الثاني ممن لا يعانون بعد من المضاعفات المزمنة.

وعلى مستوى الفرد والعائلة فقد بينت إحدى الدراسات الهندية بأن حوالي 25% من دخل العوائل ذات الدخل الواطئ يصرف على أحد البالغين من أفرادها في حالة إصابته بالمرض السكري. وبالنسبة للعوائل في الولايات المتحدة الأمريكية ممن لديهم طفل مصاب بالمرض السكري فإن النسبة تكون 10%. وفي دراسة ألمانية حديثة بينت نتائجها أن ثقل التكلفة (Cost burden) المباشرة للمرض السكري عند الألمان تساوي 14.2% من التكلفة الكلية للعناية الصحية الكلية (8).

الجوانب الأساسية التي تحدد جودة الحياة (Quality of life [QOL]) عند مرضى السكري:

1. منع أو تخفيف المعانات الصحية بسبب الأعراض أو المضاعفات المزمنة.
2. الإعتماد على الذات.
3. قلة الصرف المادي بسبب المرض ومضاعفاته.
4. ضمان القدرة على العمل وتقليل الغياب عن العمل.
5. تحسين كفاءة الفرد سواء من الناحية الجسمية أو العقلية أو النفسانية.
6. التمتع بالحياة.

تطوير برامج تستهدف المرضى ذوي الدخل الضعيفة

يجب تطوير برامج تستهدف المرضى ذوي الدخل الضعيفة لغرض زيادة السيطرة على المرض السكري من خلال تثقيف مُرَكِّزٍ للمرضى وتشجيع مشاركتهم. وفي هذا الصدد فقد تمّ دراسة برنامجين الأول هو تداخل مُرَكِّزٍ قصير الأمد بواسطة فريق عناية طبية يتضمن ممرضات وطبيب إختصاصي والثاني دمج برامج معالجة الحالات مع الصيدلة السريرية في العناية الطبية الأولية في العيادات الطبية المتواجدة في المجتمع. وقد أظهرت الدراسة بأن كل من هذين البرنامجين يُحسِّن السيطرة على المرض على المدى القصير حسب التخفيض الذي حصل في الهيموجلوبين A1c والبروتين الدهني واطئ الكثافة. وأظهرت الدراسة أيضاً أنّ دمج برامج معالجة الحالات مع الصيدلة السريرية في العناية الطبية الأولية في العيادات الطبية المتواجدة في المجتمع يحتاج الى جهود أقلّ وأثَّه أقلّ تكلفة من التداخل من قبل فريق عناية طبية.

ماذا يريد المريض من الفريق المقدم للعناية الصحية؟

أولاً وقبل كل شيء يحتاج المريض الى الإحترام ويتبع ذلك الخدمة الطبية التي تكون ذات نوعية عالية وبطريقة سليمة جداً. والمريض يتوقع توفير الحالة الملائمة والمناسبة له ومنها المواعيد السريعة وأوقات الإنتظار القصيرة وحتى المسافة القصيرة لمراكز الخدمة الصحية. كما يطمح المريض ويتوقع الوسائل الجيدة للإتصال مع مقدمي الخدمة وبضمنها الرسائل الإلكترونية أو النصية. فالمريض المصاب بالمرض السكري يحتاج بالضرورة الى فريق الرعاية المتعدد التخصصات (Multi-disciplinary team care).

وعليه فإنّ القائمين على توفير العناية الطبية لمرضى السكري أو مقدمي (أو موظفي) الرعاية الصحية للمريض يجب أن يمتازوا بدرجة عالية من الخبرة والمستوى العلمي والتخصصي وهذا يقتضي الإعتماد على عيادات تخصصية تعتمد مبدأ تعدد الكوادر التخصصية المتعددة الأنظمة التي تشكل ما يُسمى بفريق العناية الطبية بالمرض السكري حيث يتم فيها فحص المريض بنظام الزيارات الدائرة. ومن طبيعة واجبات هذا الفريق هي العناية الشاملة والمتقاسمة والتي تقتضي تنظيم وتنسيق الواجبات والمسؤوليات بين مختلف أعضاء الفريق وإشراف إختصاصي المرض السكري.

أعضاء فريق العناية الطبية بمرضى المرض السكري:

- 1) المريض نفسه.
 - 2) الطبيب الاختصاصي بالغدد الصماء أو الطبيب أختصاصي الامراض الباطنية أو استشاري المرض السكري.
 - 3) اختصاصي التغذية أو مشرف التغذية ذوالخبرة والدرجة العلمية المعترف بها أكاديمياً والمسجلة رسمياً
 - 4) المشرفة أو المثقفة الصحية المأذونة المتخصصة بالمرض السكري.
- والمشرفة هذه هي التي تغذي المريض بالمعلومات الاولية عن المرض السكري. ومن جملة واجباتها تعليم المريض على الجوانب التطبيقية من العلاج مثل طريقة إختبار السكر واستعمال الجهاز وطريقة الزرق وغيرها. والمشرفة أو المثقفة الصحية المأذونة المتخصصة بالمرض السكري هي إحدى الأدوات الأساسية والمكاملة لمنظومة العناية الصحية. لقد أضاف هذا النوع من وظائف العناية بالمرض السكري ما لا يمكن تقديره إلى توفير العناية الجيدة بهذا المرض. إن دور الممرضة المتخصصة بالمرض السكري هو مكملاً وداعماً لدور الطبيب المعالج والذي في كثير من الاحيان يكون أكثر انشغالاً بمهام كثيرة ومتشعبة. فإتصال الممرضة بالمرضى يكون عادة أسهل ولها القدرة على تفهم وشرح الكثير من المواضيع التي لا يسمح المجال طرحها مع الطبيب. وبسبب

إهمية إحتياجات العناية الذاتية لمرضى السكري تُعتبر العناية التمريضية في هذا المجال هي الأكثر تأثيراً حيث تمكن المريض من الوصول إلى مستوى جيد من الإستقلالية المُعمدة على حاجة المريض. فقد بيّنت البحوث أنّ المرضى ممن يُمارسون العناية الذاتية المناسبة تتحسن مستويات السكر عندهم ويقل دخولهم إلى المستشفى ويُعانون من مضاعفات أقل. وهذا يشترط أن تكون الممرضة أو المثقفة بالمرض السكري على معرفة ودراية كاملة بالخطط والخطوط الطبية المُرشدة التي يحررها الاطباء والخبراء بهذا المجال وقد يكون لها دور في حتى ضبط أدوية علاج المرض السكري وبإشراف ومراقبة وتوجيه الطبيب المعالج. ونفس الشيء يقال بالنسبة للكوادر الصحية المتخصصة بالمرض السكري وعلى وجه الخصوص المشرفين التغذويين.

(5) اختصاصي العناية بالقدمين: سواء كان ذلك من الكادر الطبي أو التمريضي.

(6) المرشد الاجتماعي أو إختصاصي السلوك. ولهذا المرشد واجبات عديدة منها

(7) إختصاصي الصحة العقلية.

(8) اختصاصي وظائف الاعضاء المتعلقة بالتمارين البدني أو وخبير الفسيولوجية للتمارين البدني.

(9) كوادر تخصصية طبية أخرى كإختصاصي طب وجراحة العيون وإختصاصي أمراض القلب

وإختصاصي أمراض الكلية وإختصاصي جراحة الأوعية الدموية وإختصاصي جراحة المفاصل

والكسور وإختصاصي الأمراض العصبية وإختصاصي الأمراض النسائية والتوليد وغيرهم من

الإختصاصيين الآخرين ممن تقتضي الحاجة للاستعانة بخبراتهم التخصصية.

(10) الصيدلي السريري

وبالنسبة للأطفال المصابين بالمرض السكري فيجب العمل على إعداد فريق طبي متخصص بهم.

ومن جملة أعضاء هذا الفريق:

1. طبيب الأطفال الباطني المتخصص بالمرض السكري.

2. الممرضة المشرفة أو المثقفة الصحية المتخصصة بالمرض السكري عند الأطفال.

3. اختصاصي تغذية الطفل.

4. إختصاصي الأمراض النفسانية للأطفال.

لغرض تكامل العناية بالطفل يمكن إعداد كوادر صحية متخصصة بالمرض السكري للقيام بدور

السفير الذي يقدم العناية من خلال الزيارات البيتية لعوائل الأطفال المصابين بالمرض السكري

وضمن منهاج يحدده المركز الطبي الذي يتولى العناية الطبية به.

دور طبيب العائلة أو الطبيب العمومي في تقديم العناية الصحية الأولية لمرضى السكري

لا يوجد شك في أنّ معظم مرضى السكري عندنا تكون رعايتهم من قبل مقدّمي الرعاية الأولية وفي مقدمة هؤلاء طبيب العائلة فهو الطبيب الأول الذي يتصل عادة بالمريض وهو المسؤول عن توفير العناية المتواصلة لمريض المرض السكري ضمن عائلته ككل. إنّ العلاقة بين طبيب العائلة وبين المريض ضمن باقي أفراد عائلته تشكل فرصة مفيدة لمواجهة الإحتياجات المختلفة لمريض المرض السكري. كما أنّها توفر فرص جيدة لأفراد العائلة لمعرفة مخاطر الإصابة بالمرض السكري وتجنبها. وكل هذه الظروف توفر فوائد على المدى البعيد في مجال إتزام المريض وإطاعته لخطط العناية الصحية.

إنّ الدور المهم لطبيب العائلة أو الطبيب العمومي أو الطبيب الممارس في تقديم العناية الصحية الأولية لا يحدث فقط في البلدان النامية وإنما حتى في كبريات البلدان المتطورة مثل الولايات المتحدة الأمريكية. ففي هذه الدولة لا تزيد نسبة عدد مرضى السكري ممن يراجعون أطباء الغدد الصم أو الأطباء الإختصاصيين بالمرض السكري لحد تقديرات عام 2003 على 20% من مجموع مرضى السكري فيها. والسبب هو قلة الأطباء المتخصصين بالمرض السكري وبنفس الوقت الزيادة المتنامية لأعداد المصابين بالمرض السكري على مستوى العالم ككل. وعلى هذه الأسس فإنّ لمُعيلي أو لمُقدّمي الرعاية الصحية الأولية أهمية بالغة في رفع مستوى علاج المرض السكري الأمر الذي يقتضي بالضرورة العناية الفائقة والمتواصلة بتطوير هذه الكوادر ورفع مستواها العلمي الذي حتماً سوف ينعكس ايجاباً على مستوى ما يقدمون لمرضى السكري من رعاية صحية.

الرقود في المستشفى ودوره في رفع كلف علاج مرضى المرض السكري

إستناداً إلى نتائج إحدى الدراسات الغربية وبالذات من الدول الإسكندنافية فقد لوحظ بأنّ الرقود في المستشفى يشكل الكلف الأعظم فهي تصل إلى 56% من المجموع الكلي لكلفة رعاية المرض السكري. وقد لوحظ أنّ معظم وعاية (73%) المرض السكري أثناء الرقود تتضمن علاجهم من الأمراض القلبية الوعائية (مرض نقص التروية القلبية) كالذبحة الصدرية واحتشاء العضلة القلبية وما يترتب عليهما من متابعة وفحوصات وتدخلات علاجية.

تكاليف علاج المرض السكري والسيطرة سكرية (السيطرة السكرية) المُرَكَّزة وفعاليتها الإقتصادية (Cost effectiveness)

تشكل كلفة الرعاية الطبية بمرضى المرض السكري ضعفين إلى ثلاثة أضعاف تلك التي تُصرف على المرضى من غير المصابين به. وأنّ ثلثي التكاليف تذهب إلى متابعة وعلاج مضاعفات المرض

السكري. علماً بأنّ نتائج الدراسات قد بيّنت أنّ توفير الكلف المتأتّي من تخفيض المضاعفات الحادة والمرتبطة بالمرض السكري يمكن تحقيقه خلال 1-3 سنوات من بدء الرعاية الوقائية الفعّالة⁽⁹⁾.

الى هنا ويمكن تقسيم تكاليف علاج المرض السكري إلى الأشكال التالية:

1. التكاليف المباشرة التي يصرفها المريض وعائلته وهذه قد تكون مادية أو غير مادية
2. التكاليف المباشرة على أجهزة الرعاية الصحية.

3. التكاليف غير المباشرة على المجتمع ومن أهمها فقدان الذي يحصل في إنتاجية المجتمع والمتأتّي من الإعاقة والغياب بسبب المرض والتقاعد المبكر والموت المبكر.

ومما يجدر ذكره وفهمه جيداً في هذا الصدد أنّ نتائج البحوث الحديثة سواء تلك التي أجريت على مرضى المرض السكري من النمط الأول أو تلك التي أجريت على مرضى المرض السكري من النمط الثاني قد أثبتت أنّ السيطرة المركّزة على المرض السكري هي طريقة فعّالة ومجدية جداً لمنع أو تأخير أو تخفيف تطور أو تدهور مضاعفات المرض والتي تُشكل كلف علاجها ومتابعتها على المدى البعيد (Long-term costs) أكثر من 60% من مجموع مصروفات الرعاية الصحية ذات الدرجة العالية والكفيلة بمنع هذه المضاعفات (Short-term costs of providing high-quality preventive care). وعلى هذا الأساس فبالرغم من أنّ العلاج المركّز للسيطرة على المرض السكري يزيد من تكاليف علاج ومتابعة المرض السكري فإنّ التكاليف التي تصرف على علاج ومتابعة مضاعفات المرض السكري، والتي تكون عادة باهضة جداً، سوف تنخفض بالضرورة إلى حد كبير يفوق الزيادة الأولية في التكاليف المباشرة لعلاج ومتابعة المرض السكري وذلك بسبب منع أو تأخير أو تخفيف تطور أو تدهور المضاعفات المزمنة لهذا المرض. ويسمى العلاج المركّز لمرض السكري وما يحمله من مردود اقتصادي في المستقبل من خلال منعه للمضاعفات وما يترتب عليها من خسائر باهضة بأنه علاج ذو كلفة فعّالة (Cost effective treatment). وتظهر أهمية هذا الإقتصاد في المصروفات، سواء على مستوى الفرد أو المجتمع ككل إضافة إلى رفع أو تخفيف المعانات الإنسانية للمرضى أنفسهم، جلية في حالة المرضى من الفئات العمرية الصغيرة (الأطفال والشباب) والذين يفترض أن يعيشوا سنين طويلة مما تبقى من أعمارهم.

وقد بينت نتائج دراسات حديثة أنّ كلف متابعة وعلاج مرضى المرض السكري النمط الثاني تتزايد باطراد حسب نوع العلاج ومرحلة المرض السكري ووجود أو عدم وجود مضاعفات سواء على العين أو الكليتين أو الأعصاب أو الأمراض القلبية الوعائية. ففي حالة العلاج بالحمية الغذائية فقط تكون الكلف في حدها الأدنى وتزداد في حالة العلاج بأدوية تخفيض سكر أو تخفيض ضغط الدم وتزداد أكثر عند احتياج المريض إلى استعمال الإنسولين. وفي حالة حصول مضاعفات على العين أو الكليتين أو الأعصاب أو الأمراض القلبية الوعائية فإنّ ذلك يضيف عبئاً مادياً آخر. وكمثال على ذلك تزداد تكاليف

علاج مرضى المرض السكري ممن يحتاجون إلى غسل الكليتين الإصطناعي إلى 11 ضعفاً أكثر مقارنةً بغيرهم ممن لا يحتاجون بعد إلى غسل الكليتين. إضافة إلى ذلك ففي دراسة قصيرة الأمد على مرضى المرض السكري من النمط الثاني، والذين يشكلون حوالي 90%-95% من مرضى المرض السكري ككل، تبين أن تحسين السيطرة على المرض تترافق مع:

1. تحسُّن جودة الحياة (Quality of life [QOL]).

2. فرص أكثر للعمل.

3. قدرة أكبر على الإنتاج.

4. غياب أقل عن العمل.

وإذا ما أخذ المردود الإقتصادي لهذه الفوائد بنظر الاعتبار فإن مصاريف السيطرة المُرَكَّزة على المرض، سواء كانت على مستوى الفرد أو المجتمع، سوف تكون أقل بكثير مما يتوقع أن يصرف مستقبلاً في حالة عدم أضعف السيطرة. ويعزى هذا المردود الإقتصادي طبعاً ألي منع أو تخفيف المضاعفات المزمنة للمرض السكري كنتيجة متوقعة للسيطرة المُرَكَّزة على المرض. وفي هذا الصدد فثمة عدة جوانب قد تزيد من الكلف المادية التي يصرفها المريض لغرض ضمان وديمومة السيطرة التامة على المرض السكري. وبسبب ثبوت أهمية السيطرة التامة على المرض السكري ودورها في منع أو تخفيف أو تأخير المضاعفات المزمنة للمرض فإن هذه الكلف سوف تكون حتماً فعّالة ومؤثرة على المدى البعيد. فهي تجنبه الكلف المادية التي تقتضيها معالجة المضاعفات المزمنة في حالة عدم السيطرة على المرض السكري. علماً بأنّ هذه الكلف تكون عادة أعلى بكثير من تلك التي تصرف في منع المضاعفات.

الإنتاجية والتكاليف الطبية في تجمعات العمل الواسعة

يشكل المرض السكري ثقلًا اقتصادياً على أرباب المؤسسات التي تعتمد على حجم كبير من العاملين لاسيما عندما يؤخذ بنظر الاعتبار الكلف الإنتاجية. وعلى أرباب العمل أو إدارته أن تختار الخطط الصحية التي تضمن فائدة مُنتسبها من مرضى المرض السكري وضمنها سهولة الحصول على الخدمات الطبية والأدوية إضافة إلى دعم البرامج الفعّالة للسيطرة على المرض السكري.

أهم جوانب الصرف التي تترتب على ضمان وديمومة السيطرة التامة على المرض السكري

في البلدان الصناعية تتوزع المصاريف الطبية لمرض السكري إلى حوالي 25% لمعالجة إرتفاع سكر وإلى 25% لمعالجة المضاعفات المزمنة وبدرجة رئيسية أمراض القلب الوعائية وإلى 50% للعناية الطبية العامة بمرضى المرض السكري. ويمكن تحديد جوانب الصرف التي تترتب على ضمان وديمومة السيطرة التامة على المرض السكري بالنقاط التالية:

1. المراجعة الدورية والمنتظمة لفريق علاج المرض السكري أو الطبيب الإختصاصي بمرض السكري بدلاً من المراجعات العشوائية التي في أغلب الأحيان لا تجدي نفعاً ولا تدفع ضرراً.
2. شراء المعدات الطبية التي تعين المريض وتضمن له السيطرة التامة على غلوكوزه مثل جهاز إختبار سكر في الدم وشرائط إختبار سكر والمحاقن القلمية للإنسولين وغيرها الكثير من الأمثلة.
3. شراء الأدوية سواء الخاصة بالمرض السكري مثل الحبوب والإنسولين أو بالأمراض المرتبطة به مثل مخفضات الدهون في الدم أو مخفضات ضغط الدم وغيرها. وكمثال على ذلك فإن الباحثين في الدراسة المُسماة بكلفة المرض السكري النمط الثاني في أوروبا (The Cost of Diabetes in Europe Type 2 Study [CODE 2]) قد وجدوا بأن المرضى البدينين ممن تكون عندهم السيطرة على سكر غير كافية تكون كلفة الأدوية عندهم 27% أكثر والكلفة الكلية 18% أكثر مقارنة إلى المرضى الطبيعي الوزن وممن كانت عندهم السيطرة على سكر في الدم جيدة.

إعتماد خطة وطنية لمرض السكري (National Diabetes Plan) لغرض التصدي للمرض

لماذا المرض السكري ولماذا إعتماد خطة وطنية للتصدي له؟

- إستناداً إلى ما ورد في فصول هذا الكتاب يمكن إعتبار المرض السكري مُعضلة ضخمة في الصحة العامة بسبب خواصه التالية :
1. مُزمن
 2. جديّة وخطورة مضاعفاته
 3. إتساع الخيارات العلاجية له
 4. شائع
 5. مكلف
 6. قابل للسيطرة عليه.

أهداف الخطة الوطنية للمرض السكري:

إنّ الهدف العام لبرنامج السكري هو تحسين الصحة من خلال تحفيز ودعم تبني إجراءات فعّالة للمسح والوقاية والسيطرة على المرض السكري ومضاعفاته لاسيّما في البلدان واطئة ومتوسطة الدخل. ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال التركيز على الوظائف الرئيسية التالية والتي تتماشى مع توصيات منظمة الصحة الدولية:

- أ- الإشراف على تطوير وتبني المعايير القياسية المتفق عليها عالمياً لتشخيص ومعالجة المرض السكري ومضاعفاته وعوامل الخطر.
- ب- الترويج الى والمساهمة في مراقبة المرض السكري ومضاعفاته والمواتية التي يسببها.
- ت- المساهمة في بناء القدرة على منع المرض السكري والسيطرة عليه.
- ث- رفع مستوى الوعي بأهمية المرض السكري كمشكلة عالمية للصحة العالمية.
- ج- ضمان حقوق الأناس الأكثر عرضة في الوقاية والسيطرة على المرض السكري.
- ح- منع وتأخير تطور المرض السكري النمط الأول و المرض السكري النمط الثاني.
- خ- تحسين الصحة بما يتعلق الأمر بجودة (نوعية) الحياة وتخفيض المضاعفات والموت المبكر عند الأناس المصابين بالمرض السكري النمط الأول والمرض السكري النمط الثاني.
- د- تحقيق نتائج للأُم والطفل في حالة المرض السكري الحُملي والمرض السكري أثناء الحمل بما يُعادل حالات الحمل بدون الإصابة بالمرض السكري.
- ذ- تحديث المعرفة والفهم المتعلق بمنع وشفاء والعناية بالمرض السكري من خلال الجهد البحثي الشامل.
- ر- تحسين طاقة النظام الصحي على تقديم وعلاج ومتابعة ومراقبة الخدمات لمنع المرض السكري والعناية بالأشخاص المصابين بالمرض السكري.
- ز- إعتداد دليل أو معامِل لمتابعة حالة المرض السكري وعلاجه على المستوى الوطني (National Disease and Therapeutic Index) يُعطي بيانات عن سير حالة المرض وطرق علاجه ومتابعته.

عناصر خطة معالجة المرض السكري

- أ- المهمة (الغرض عموماً):
تحسين صحة الأشخاص المصابين بالمرض السكري.
- ب- الأصناف الواسعة للجهد:
1. إطالة الحياة
2. تخفيض المراضية والعجز
- ت- الأهداف (إنجازات محددة وقابلة للتقييم):
1. تشخيص المرض السكري قبل بداية المضاعفات
2. السيطرة على غلوكوز الدم وارتفاع ضغط الدم وفرط الدهون في الدم، الى المستويات الهدف.
- ث- الوسائل (الأفعال المعينة التي توصل الى الأهداف)

وسائل معالجة المرض السكري:

أ- معالجة مرحلة ما قبل المرض السكري (Prediabetes):

1. تشخيص هذه المرحلة.
2. تحويل طرز أو أسلوب الحياة.
3. تخفيض عوامل خطر أمراض القلب الوعائية.
4. المسح التفريسي (Screening) عن المرض السكري.

ب- معالجة المرض السكري:

1. التثقيف الصحي بطرق المعالجة غير الدوائية (الطعام الصحي الحركة وتخفيض السمنة)
2. الأدوية الفموية
3. البدء بالإنسولين
4. النظم المركبة

ت- التغلب على الموانع:

1. المرتبطة بالمريض
2. المرتبطة بالنظام الصحي

ث- تقييم النتائج:

1. الإجراءات العملية
2. الإجراءات الفسيولوجية
3. الحوادث الطبية

ستراتيجيات منع الإصابة بالمرض السكري النمط الثاني

لغرض الوصول الى متطلبات الوقاية من المرض السكري النمط الثاني فإن برنامج الوقاية من هذا المرض يجب أن يتضمن الستراتيجيات الثلاث التالية:

1. استراتيجية عموم الناس (Population Strategy)

وتشمل هذه الاستراتيجية كل من الإجراءات الموجّهة للمجتمع والإجراءات التي تستهدف الأفراد مع الهدف الى منع السمنة. فهي تهدف الى الترويج لما يضمن الصحة لعموم الناس بواسطة التداخلات التغذوية الصحية وزيادة النشاط الجسمي الأمر الذي يُخفّض عوامل خطر الإصابة بالمرض السكري النمط الثاني كالسمنة والمتناظرة الأيضية عند كل مجاميع الأعمار في المجتمع.

2. استراتيجية الخطر العالي (High-Risk Strategy)

وهنا تُتبع الإجراءات التي تستهدف الأفراد ممن هم في خطر عالٍ لتطور المرض السكري النمط الثاني عندهم. توفر هذه الاستراتيجية النموذج المنظم للتحري والتثقيف ومراقبة الأناس ممن هم خطر عالٍ. وهنا يُصار إلى اعتماد لائحة تقدير خطر المرض السكري النمط الثاني (Type 2 Diabetes Risk Assessment Form) والتي يجب إعدادها من قبل الجهات التخصصية العلمية لهذا الغرض.

3. استراتيجية التشخيص والمعالجة المبكرة

(Strategy of Early Diagnosis and Management)

وتوجه إلى الأشخاص ممن شُخصت إصابتهم حديثاً بالمرض السكري النمط الثاني. وتهدف إلى شمول هؤلاء الأشخاص بالمعالجة المنظمة الأمر الذي يُخفّض مضاعفات المرض السكري والتي إن تطورت فإنها تؤثر على مستوى الحياة الممتازة وتكون معالجتها مكلفة مادياً. تقدم هذه الاستراتيجية التعليمات العملية للمعالجة المركزة لطرز الحياة بالإضافة إلى المعايير الممتازة للتطبيق العملي.

نموذج لحساب درجات فحص الخطورة (Risk Test Scores) لتطور المرض السكري النمط

الثاني

وهنا تمّ إختيار سبعة متغيرات تترافق بوضوح مع خطر الإصابة بالمرض السكري لغرض الفحص:

1. العمر
 2. معامل كتلة الوزن (BMI; in kg/m²).
 3. محيط الخصر والأفضل نسبة محيط الخصر اطول الشخص (waist-to-height ratio)
 4. استعمال أدوية معالجة إرتفاع ضغط الدم.
 5. تاريخ لإرتفاع غلوكوز الدم.
 6. مطابقة معايير النشاط الجسمي اليومي.
 7. تناول اليومي للفاكهة والخضراوات.
- وقد خُصص لكل من هذه المتغيرات درجات إستناداً إلى الخطورة النسبية التي يسببها كل متغير. وقد أُعتبر وجود إصابة بالمرض السكري في العائلة مكملاً للدرجات إلى 26 درجة. وعند حساب الدرجات لكل من المتغيرات الآنفة سوف تتراوح درجات الخطورة بين 0-26 وكما هو مُبيّن في الجدول (رقم 2).

الجدول رقم (2): درجات فحص الخطورة لتطور المرض السكري النمط الثاني.

درجات الخطورة	
أقل من 7	واظئ (يُقدر بواحد في كل مائة شخص سوف يتطور عنده المرض السكري)
7-11	مرتفع قليلاً (يُقدر بواحد في كل خمسة وعشرين شخص سوف يتطور عنده المرض السكري)
12-14	مرتفع (يُقدر بواحد في كل ستة أشخاص سوف يتطور عنده المرض السكري)
15-20	معتدل الارتفاع (يُقدر بواحد في كل ثلاثة أشخاص سوف يتطور عنده المرض السكري)
أكثر من 20	مرتفع جداً (يُقدر بواحد في كل اثنين سوف يتطور عنده المرض السكري)
	في حالة وجود إصابة بالمرض السكري في العائلة ترتفع الدرجة 20 الى 26

مقتضيات التصدي للمرض السكري وإعتماد خطة صحية وطنية خاصة بالعراق:

- أ- وضع خطة صحية على مستوى القطر لإجراء الدراسات التي تعتمد مبحث الأمراض الوبائية (Epidemiological studies) حول نسبة انتشار (Prevalence) و حدوث (Incidence) المرض السكري. وأن يُعتمد هنا على الكوادر التخصصية والعلمية وصاحبة الخبرة الطويلة والمعروفة بنزاهتها.
- ب- وضع خطة تقوم على إنشاء البرامج الوطنية للوقاية الأولية (Primary prevention) من المرض السكري ومكافحته وللوقاية الثانوية (Secondary prevention) من مضاعفاته.
- ت- بث أو نشر (Dissimination) الخطوط "الدلائل" الطبية المرشدة (Medical guidelines) وترجمتها إلى خطوط مرشدة للممارسة السريرية وبشكل رسائل ومبادئ وقواعد مفهومة مستهدفين عموم الناس والمرضى المصابين بمرض السكري.
- ث- وضع خطط ومعايير محددة للرعاية الصحية المثلى لمرضى المرض السكري تعتمد على نظام الرعاية الصحية الأولية (Primary health care) والثانوية (Secondary health care) كالمستشفيات العامة والثلاثية (Tertiary) كالمراكز التخصصية العلاجية والبحثية للمرض السكري.
- ج- وضع خطة شاملة لإعداد الكوادر الصحية الضرورية لتحقيق مبدأ إعتماد الفريق الطبي السكري (Diabetes medical team) لمتابعة وعلاج مرضى المرض السكري على عموم القطر. وذلك من خلال إستحداث هياكل تعليمية وتدريبية متخصصة تقوم بإعداد وتدريب كوادر وسطية في مجال المرض السكري والأمراض غير الإنتقالية الأخرى والمرتبطة بهذا المرض.

- ح- وضع خطة شاملة للتعليم الطبي المُستمر
- لاسيماً الأطباء الممارسين وأطباء العائلة وكذلك الكوادر الصحية المعنية بالمرض السكري مع التأكيد على الخطوط " الدلائل " الطبية المُرشدة.
- خ- تشجيع ودعم البحوث التي تعتمد مبحث الأمراض الوبائية (Epidemiological studies) والسريرية (Clinical studies) والأساسية (Basic studies) في مجال المرض السكري والأمراض المتعلقة به.
- د- إعتناء نظام قاعدة البيانات الحاسوبية المركزي (Centralized ,computerized database system) أو ما يُطلق عليه بأنظمة المعلومات الإلكترونية المتطورة التركيب (Sophisticated electronic information systems) والذي يضمن نقل وتبادل المعلومات بين أعضاء الفريق وبضمنهم المريض نفسه لغرض تسهيل مهمة إتخاذ القرارات المبنية على الأدلة العلمية. وهذا يعني أنّ الفريق يعمل وفق تركيبة تضمن توفير أدوات للمعلومات التذكيرية (Reminders) والتي يمكن إعادة مراجعتها (Recall) لغرض تقييم حالة السيطرة سكرية ومتابعة مخاطر تطور المضاعفات. ومن جملة هذه الأدوات إستمارات المتابعة (الجريان) السريرية (Clinical flow charts).
- وضع منهاج وطني للتثقيف والتوعية
- (National diabetes educational program [NDEP]) بالمرض السكري سواء على مستوى مرضى المرض السكري والمجتمع ككل أو على مستوى الكوادر الصحية والطبية. يهدف هذا المنهاج الى تخفيض المراضية والمواتية التي يسببها المرض السكري ومضاعفاته بواسطة إعتناء برامج تزيد من الوعي بخطورة وجدية هذا المرض وقيمة علاجه والوقاية منه.
- د- تفعيل أو إحياء الجمعية العراقية للسكري (Iraqi Diabetes Association) والعمل على تطويرها. على أن تكون أحد اللاعبين الأساسيين في الخطة الوطنية للمرض السكري.
- ر- ضرورة دعم الطبيب من قبل المؤسسات الرسمية سواء في المجال الأكاديمي أو الصحي بهدف ضمان إستقلالية الطبيب وعدم ربط نشاطه وتدريبه وتعليمه المستمر بمعونة الشركات التجارية العاملة في مجال تصنيع الأدوية والأجهزة الطبية إلا بما تسمح به القواعد والأصول التي تضمن الموضوعية وتحكيم شرف المهنة والتقيد الصارم بالطب المبني على الأدلة. وكمثال على ذلك عدم التعامل أو الترويج لأي دواء تجريبي (Investigational) أو إستعمال مُنتجات تجارية خالية من أية معلومات مُثبتة عليها (Unlabeled) إلا بما يسمح به القانون وبعد إستحصال موافقة لجنة علمية معنية بالجانب الإنساني والأخلاقي (Ethics committee)

والمُعتمَدَة من قبل الأوساط العلمية في مجتمع ما. وعلى الطبيب أو الباحث أن يعلن شفويًا (Disclose) عن أية منافع مائيّة أو إرتباطات مهمة (Significant financial interests or relationships) مع الجهة المُنتجة لدواء مُعين أو لجهاز طبي عند نشره لبحث أو مقالة يتعلّق بهما.

المبادئ التوجيهية للعناية بالمرض السكري:

- أ- التعرف على المرضى في مرحلة ما قبل المرض السكري والمرض السكري غير المُشخّص (Identification of pre-diabetes and undiagnosed diabetes).
- ب- توفير عناية متواصلة ومُركزة على المريض (Provide ongoing patient-centered care).
- ت- ضمان فرص التثقيف بالمرض السكري (Offer diabetes education).
- ث- المعالجة الشمولية للمرض السكري (Comprehensive treatment of diabetes).
- ج- مناظرة السيطرة سكرية بإستعمال فحص هيموجلوبين A1c (Monitoring of blood glucose control using the A1C test).
- ح- الوقاية من المضاعفات المُزمنة (Prevention of long-term diabetes complication).
- خ- التعرف على ومعالجة مضاعفات المرض السكري المُزمنة (Identification and treat of long-term diabetes complications).

نبذة عن جمعية المرض السكري بين الواقع والطموح في العراق:

جمعية المرض السكري عالمياً هي من الجمعيات غير الربحية والمستقلة عن مؤسسات الدولة (Unincorporated association) أي أنها تدرج ضمن القطاع الطوعي (Voluntary sector). وهي تهدف بالأساس الى تحسين حياة مرضى المرض السكري والعمل على الوقاية من هذا المرض ومنع مضاعفاته. ويقع على عاتق الجمعية أيضاً مهمة الدفاع عن حقوق المنتمين لها. وللجمعية أيضاً، وكما هو الحال بالنسبة لجمعيات المرض السكري في العالم، نشاط بحثي. وجمعية المرض السكري هي منظمة خيرية (Charitable organization) ولها وثيقة عمل (Governing document) تشمل على جملة من القواعد التي تحدد كيفية تشكيلها ومهامها ونشاطها.

وفي هذا الصدد لا بد من التأكيد على تفعيل أو إحياء أو إستحداث جمعية عراقية للسكري

(Iraqi Diabetes Association) والعمل على تطويرها. ومن الضروري في هذا المجال التأكيد على أهمية الموضوعية والعلمية والنزاهة في إختيار اللجان وهذا يقتضي إعتقاد مبدأ الإنتخاب الحر المباشر لهذه اللجان.

وهكذا يجب أن تكون الجمعية ممثلة لعموم الأطباء في عموم القطر وليس حكراً على فئة محدودة جداً من الأطباء تتحكمها العلاقات الشخصية وتتخذ من الجمعية وسيلة لتحقيق منافع شخصية ضيقة أو أن تجعلها وكالة أو جمعية سفر وسياحة لها دون باقي الأطباء. وأن لا يكون مثل هذه الجمعية كمثل الشركات الوهمية أو أن تكون عبداً يلبي طلبات الشركات الإحتكارية بإقامة الندوات التي ترتدي رداء التعليم المستمر وتعاونون بعناوين مغرية ومضللة للأطباء لأنها أصلاً مخصصة للترويج ولا غير الترويج عن الدواء الذي تريد تمريره في السوق الدوائية في العراق لقاء تنظيم الوجبات الغذائية وتوزيع الأقاليم والحقائب ونماذج الدواء وإعطاء الوعود لمن يتعاون معهم لتنظيم مثل هذه المسرحيات لاسيما ممن يلقى المحاضرة المعدة مسبقاً من قبل الشركة بدفع كامل لمصاريف سفرة لحضور مؤتمر هو الآخر مخصص بالدرجة الأولى للترويج لأدويتها مع باقي الشركات التي تنتحي نفس المنحى. علماً بأن مكان هذه الندوات في كثير من الأحيان يتم مجاناً في أحد قاعات مؤسسات الدولة الصحية أو الأكاديمية لأن الشركات صاحبة الواردات التي تعد بالبلانيين من الدولات وعلى حساب المرضى وحساب ميزانية الدولة المخصصة للأدوية التي تصرف عليهم لاسيما الأمراض المزمنة كالمرض السكري لا تتحمل ميزانيتها دفع أجور هذه القاعات .؟

ويُفترح كما هو معمول به في أكثر بلدان العالم أن تضم الجمعية قسمين وهما: قسم الكوادر الطبية المتخصصة والكوادر الصحية المتخصصة (Health Care Professionals) بالمرض السكري كالأطباء وممرضات السكري الباحثين والمشرفين التغذويين والمشرفين الفيزيائيين وغيرهم من أعضاء فريق معالجة مرضى المرض السكري.

(physicians, nurses, research scientists, diabetes educators, dietians, Physical therapists)
(Diabetic patients) and other health professionals) وقسم المرضى المصابين بالمرض السكري
أنفسهم. إضافة الى ذلك فقد يُصار الى تأسيس جمعيات أو منظمات تخصصية مستقلة لكل مهنة من المهن الطبية أو الصحية المرتبطة بالمرض السكري وكمثال جمعية المُثقفين بالسكري (Association of diabetes educators) وغيرها.

المصادر (References):

1. International Diabetes Federation,Diabetes Atlas 3rd edition,2007.
2. Diabetes Care 2004;27:17-20.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
4. Balkai B et al.Diabetologia 2002;45:1224-1230.

5. **Diabetes Care 2001;24:1923–1928.**
6. **Diabetes Care 1997; 20:1847–1853.**
7. **Retrieved on June 11, 2006 from: <http://www.emedicine.com/emerg/topic133.htm>.**
8. **Diabetologia 2006;49:1498-1504.**
9. **J Clin Epidemiol.2004;57:I232- 1236.**