

الممارسة المستندة إلى أدلة علمية

في الرعاية الأولية

كريس سيلاجي و ديفيد ويلر

مقدمة

يهدف هذا الكتاب إلى استكشاف مفاهيم الممارسة المرتكزة على الأدلة العلمية من حيث صلتها بالممارسة العامة وتطبيقاتها في هذا المجال. ونحن ندرك أن الممارسة المستندة إلى الأدلة ليست بالمفهوم الجديد، ولا يعد تطبيقها في الممارسة العامة أيضًا مهمة سهلة، وفي الواقع هنالك من يدعي أن ثقافة الممارسة المبنية على الأدلة محدودة للغاية وإعازية أو توجيهية بدرجة كبيرة مما يصعب مواءمتها مع تعقيدات الممارسة العامة وعدم التيقن الذي تنسم به.

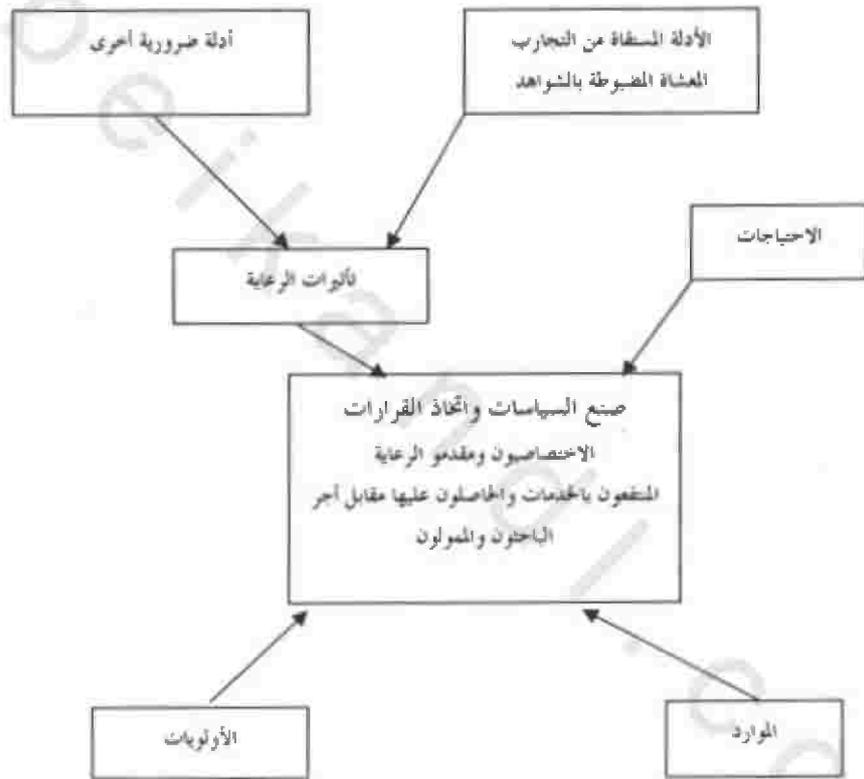
لا يهدف هذا الكتاب إلى أن يغفل بعض العوائق المحتملة التي تحول دون تطبيق الممارسة المرتكزة على الأدلة العلمية في الممارسة العامة، بل على العكس، فإن مهمة هذا الكتاب هي دراسة الطرق التي تؤدي إلى تكامل استيعاب الممارسة المبنية على الأدلة وتعزيزها مع أخذ تعقيدات مجال الممارسة العامة في الحسبان. وفي الواقع، فإنه في ضوء المطالبة المتزايدة بالمسؤولية العامة فيما يتعلق بالرعاية الصحية وازدياد توفر

المعلومات لدى المنتفعين بخدمات الرعاية الصحية فإنه من المحتمل أن تحتل الممارسة المستندة إلى الأدلة موقع الصدارة في الممارسة العامة وتنظيم الرعاية الصحية، وأن تصبح الموضوع الرئيس الشاغل للعديد من السنوات المقبلة.

الحاجة إلى أسلوب يركز على الأدلة العلمية في اتخاذ القرار في الممارسة العامة إن العلاقة بين الطبيب والمريض هي لب الممارسة العامة.^(١) وأحد الجوانب الرئيسة في هذه العلاقة هو أسلوب اتخاذ القرار الذي يتراوح بين قرار علاجي بسيط (هذا المريض يعاني من ألم بالحلقة، إنه أحمر ولكن لا يوجد صديد - هل هنالك حاجة إلى مضاد حيوي؟ أو هذا المريض يشكو من صداع جبهى لمدة أسبوعين، وهو يشعر بالصداع عند الاستيقاظ من النوم - هل هنالك حاجة إلى إجراء أشعة مقطعية؟) وبين قرار على مستوى المركز الصحي ككل يتعلق بكيفية تنظيم الخدمات (على سبيل المثال، هل يؤدي إنشاء عيادة مصغرة ويعمل بها أفراد من مختلف التخصصات داخل المركز إلى تحسين رعاية المرضى بداء السكري؟). وفي كل حالة يقتضي اتخاذ القرار أن تتم المفاوضة قبل التوصل إلى الاتفاق، ويحدث ذلك في سياق الشراكة بين اختصاصي الرعاية الصحية وبين المريض (أو يمكن القول بين فريق الرعاية الصحية الأولية وبين مجموعة السكان المسجلة في المركز الصحي الذي يعمل به الفريق). وعند اتخاذ القرار، تؤخذ في الحسبان عوامل عدة مثل حاجات المرضى واختياراتهم وأولوياتهم والموارد المتوفرة بالإضافة إلى الأدلة على نتائج تقديم أشكال مختلفة من الرعاية (الشكل رقم ١-١).

إن الطبيب والمريض كليهما بحاجة إلى وسيلة للتوصل إلى معلومات معتمدة وصحيحة حول كل من هذه العوامل، ويمكنهما بعد ذلك التفكير في كيفية الاستفادة من هذه المعلومات عندما تكون هنالك حاجة إلى اتخاذ قرار ما. إن الطب المبني على

الأدلة هو التعبير الذي يصف هذا الأسلوب ويستلزم (من وجهة نظر الطبيب) استعمالاً أميناً، وموضحاً، وحكيمياً لأفضل الأدلة المتوفرة عند اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية كل مريض على حدة".^(٢٧)



الشكل رقم ١-١. الأدلة على نتائج الرعاية: أساسية. لتطوير السياسات والقرارات المتعلقة بالرعاية الصحية والبحث العلمي، ولكنها ليست كافية. (نشرة مؤسسة كوكرين Cochrane Collaboration ١٩٩٥ م).

لا يعني الحث على إيجاد الرعاية الصحية المستندة إلى أدلة علمية أن تحل هذه الرعاية كلية محل الخبرة المستقاة من الممارسة، حيث يكتسب الممارسون العامون

براعتهم وحكمتهم وحصافة رأيهم من خلال تجاربهم في الممارسة، وهذه الخبرة هي التي تتولد عنها الفطنة والحذاقة السريرية في اكتشاف الأعراض والعلامات الجسدية، وكذلك ينشأ عنها تفهم أكبر للأفراد من حيث الصعوبات والظروف المحيطة بهم، وحقوقهم واختياراتهم عند اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية^(٣). فالخبرة إذن هي عنصر هام في صنع القرارات في الممارسة العامة فهي الوسيلة التي يمكن بواسطتها وضع الأدلة المستفاد من البحث العلمي في السياق المناسب وكذلك موازنة هذه الأدلة وفقاً لوقائع طبية معينة. ومن جهة أخرى، فإن كثرة الاعتماد على الخبرة قد تكون مضللة، حيث أن ذلك قد يؤدي إلى نشوء انطباعات خاطئة حول فوائد بعض الأساليب الطبية أو أضرارها.^(٣)

قد يحتاج كثير من الممارسين العاميين بأنهم دائماً يحاولون أن يأخذوا الأدلة العلمية في الحسبان عندما يتخذون قرارات سريرية، ويجدون صعوبة في فهم ما يدور حوله كل هذا الصخب الذي لا داعي له مع ظهور الاهتمام مؤخراً بالطب المرتكز على الأدلة العلمية. من المهم عند الرد على هذا الرأي إبراز الأساليب المبنية على الأدلة العلمية والتأكيد عليها، وكذلك تعزيز الاعتبارات والأسس التقليدية في ممارسة الرعاية الصحية ودعمها بدلاً من معارضتها وتحديها. وعلى وجه التحديد، كانت هنالك عدة تطورات خلال العقود القليلة الأخيرة سهلت تبني الأساليب المستندة إلى الأدلة العلمية عند اتخاذ قرارات تتعلق بالرعاية الصحية.^(٤) وقد تضمن ذلك توفر طرق بحثية أفضل تعين على تقييم صحة الأدلة على الفعالية وصولاً إلى أساليب أكثر تطوراً في فحص الأدلة ومراجعتها بشكل منهجي. وقد صاحب هذه التغيرات تحول تدريجي داخل ممارسة الرعاية الصحية والتي كانت تتسم قبلاً بالتسلط والتحكم فأصبحت الآن أكثر مسئولية ومصداقية. وقد جاء هذا التحول كنتيجة مباشرة لتعليق المزيد من الأهمية

والتأكيد على قدرة الأطباء على التوصل إلى المعلومات واستعمالها على النحو الصحيح وليس نتيجة لسلطتهم ونفوذهم التاريخي.

الفرق بين الطب المستند إلى الأدلة وبين الرعاية الصحية المستندة إلى الأدلة

من المفيد في هذه المرحلة أن تبين الفرق بين مصطلحي الطب المستند إلى الأدلة والرعاية الصحية المستندة إلى الأدلة. إن الأول هو مدخل أو توجه فكري يستطيع المختصون في الرعاية الصحية (وخاصة الأطباء) استعماله عند اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية كل مريض على حدة. وبالمقارنة، فإن الرعاية الصحية المرتكزة على الأدلة هي مفهوم أوسع إلى حد ما ويتألف من طرق متقدمة تتعلق بتفهم معتقدات المريض والأسرة والطبيب وقيمهم ومواقفهم من الأمور (ويتأني ذلك غالباً من خلال طرق البحث النوعي أو الكيفي). كما تأخذ الرعاية الصحية المستندة إلى الأدلة في الحسبان أيضاً الأدلة العلمية المتعلقة بالسكان ككل (مثل عبء الداء وثقله في المجتمع وتبعات ذلك على استخدام الموارد). كما أنها تحوي أيضاً إجراءات تتعلق بتنظيم الرعاية الصحية وتقديمها (بما في ذلك أشكال الرعاية التي يقدمها إختصاصيو الرعاية الصحية من غير الأطباء).

ليست هنالك فائدة كبيرة ترجى من مناقشة إن كان هناك خط واضح يفصل بين المدخلين، وبالنسبة إلى هذا الكتاب فقد قررنا أن نركز على التعريف الأوسع للرعاية الصحية المبنية على الأدلة حيث أن هذا المصطلح يحوي مسئولية الممارسة العامة تجاه السكان المسجلين في المركز وكذلك تجاه كل مريض على حدة. ولتفادي الخلاف المتعلق بالاصطلاح فقد آثرنا أن نستخدم في متن هذا الكتاب مصطلحا أكثر حياداً ألا وهو الممارسة المستندة إلى الأدلة. وهذا الاصطلاح يلقي الضوء أيضاً على استعمال الأدلة في

كلا الحالتين: في رعاية كل مريض على حدة، وكذلك في تنظيم الخدمات للمجموعة السكانية الملتحقة بالمركز ككل.

الفجوة بين البحث والممارسة

إن أحد أهم الأسباب التي أدت إلى وجود هذا الاهتمام الكبير بتوجهات الرعاية الصحية المستندة إلى أدلة علمية هو تلك الأعداد المتزايدة من الأمثلة والتي تشير إلى أن الممارسة الطبية الحالية قد تأخرت إلى حد كبير عن اللحاق بالأدلة البحثية الموجودة. مثال ذلك أنه على الرغم من توفر الأدلة القوية في سبعينيات القرن العشرين على فعالية علاج تخثر الدم thrombolytic therapy والمداواة بالأسبرين في علاج احتشاء عضلة القلب myocardial infarction، فقد مر بعدئذ ما يقرب من عقد من السنين قبل أن تصبح أنواع العلاج هذه من التي ينصح بها على نحو روتيني.^(٤٩) ومن هذا القبيل أيضاً، هنالك أمثلة لممارسات تستخدم بكثرة، بل ويصورة زائدة عن الحد أحياناً، مثل عملية التوسيع والتجريف (الكشط) في حالة النزف الرحمي الناتج عن خلل وظيفي dysfunctional uterine bleeding، حيث أنه لم يوجد أي دليل علمي لعدد من السنوات على فعالية أسلوب كهذا.^(٥٠) إن حدوث هذه الفجوة الواضحة بين توفر الأدلة العلمية البحثية وبين تطبيقاتها العملية أمر لا يخلو من التعقيد. ففي بعض الأحيان يعود ذلك إلى غياب الدقة البالغة عند القيام بتجميع نتائج البحوث الأولية ومزجها بشكل منهجي. وفي أحيان أخرى يعكس ذلك عدم قدرة الأدلة البحثية المتوفرة على تقديم المعلومات المناسبة التي يحتاجها المستهلكون وإخصاصيو الرعاية الصحية لوضع قراراتهم. وعلى مستوى أكبر، فإن ذلك يعود إلى عدم وجود البيئات والأنظمة والاستراتيجيات التي تؤثر بشكل فعال في السلوك المهني.

تعقيدات الممارسة العامة

من المتعارف عليه بين الكثيرين، أن المهارات اللازمة للممارسة العامة لا تقتصر على مهارات التشخيص والعلاج فحسب بل تمتد إلى ابعاد من ذلك بكثير، وتشتمل العناصر المهمة الأخرى على جوانب من علم الاجتماع، أو الرعاية والوعظ والإرشاد الديني، أو حتى الأساطير. يأتي المريض إلى الممارسة العامة بمشكلات متعددة وغير محددة - أما أن يتقدم المريض بمشكلة وحيدة منفردة فهذا أمر نادر. ونتيجة لذلك، يواجه الممارس العام صعوبة في وضع تشخيص محدد ورسم خطة واضحة للعلاج. وفي اغلب الأحيان تنتهي الاستشارة الطبية وقد بقيت هناك أسئلة بحاجة إلى إجابة، بعض المسائل لا بد من مواجهتها على الفور والبعض الآخر يستلزم مرور الوقت لتطور فيه الأمور أو قد تتبدد وتحل تلقائياً. إن الطبيعة المعقدة للممارسة العامة تعني أن الأفراد غالباً ما يطلبون المساعدة في أوجه من المرض لا يوجد أي دليل مقنع على فعالية أي تدخل طبي في علاجها.^(٦)

يجب أن لا ينظر إلى هذا التعقيد وغياب الأدلة كسبب للتخلي عن استعمال الأدلة في تلك المواضع التي يوجد بها أدلة، بل إن ذلك حجة للسعي المستمر لتطوير قدراتنا على جمع الأدلة الجديدة وصقل تلك القدرات، على نحو بالغ الدقة، في تلك المجالات التي لا توجد بها أدلة. وفي الواقع، فقد وجد جيل وزملاؤه Gill et al. في دراسة حديثة لهم تعتمد على مراقبة سلسلة متتالية من مقابلات الأطباء بالمرضى، أن نسبة عالية (٨١٪) مما يجريه الأطباء يمكن أن يدعم بأدلة مستقاة من التجارب المعشاة (العشوائية) المضبوطة بالشواهد (RCT) randomised controlled trials و/أو أدلة مقنعة غير مستقاة من التجارب.^(٧) وبالرغم من وجود بعض الانتقاد على منهجية الدراسة، فإنها تبرز بلا شك إمكانية استخدام الأدلة العلمية في تدعيم نسبة كبيرة من صنع القرار في الممارسة العامة.

ولا زالت هناك حاجة لتحسين كيفية دمج الأدلة ضمن تعقيدات علاقة الطبيب بالمريض في الممارسة العامة. فعلى سبيل المثال، يجري الآن بحث هام في الممارسة العامة

حول إيجاد طرق لإدراج اختيارات المرضى المرجحة ضمن نماذج تحليل القرار⁽⁸⁾. وقد يمثل هذا في النهاية تقدماً عظيماً في تكوين مصدر مفيد في اتخاذ القرار في الممارسة العامة، فكلما أصبحنا أكثر تفهماً لإسهام الجوانب الأخرى في مسار اتخاذ القرار كأهمية المشاركة في المعلومات والقيم الأخلاقية التي يتمسك بها الطبيب والمريض كلاهما، بات من المرجح أن تستمر طرق فهم الأسلوب المبني على الأدلة وتطبيقاته في تحسينها وتطورها.

كيف تبدأ: مسار الخمس خطوات لاستخدام الأسلوب المستند إلى الأدلة في الممارسة العامة

كيف يجب أن يبدأ الممارس العام المشغول إذا أراد أن يتبع الأسلوب المستند إلى الأدلة كجزء من عمله اليومي؟ لقد حددت مجموعة موارد الطب المستند إلى الأدلة في جامعة مكماستر أسلوب الخمس خطوات الذي ينبغي على كل الأفراد المختصين في الرعاية الصحية اتباعه.⁽⁹⁾

١- حدد المشكلة.

٢- تتبع مصادر المعلومات التي تحتاجها.

٣- قيم المعلومات بشكل انتقادي.

٤- استعمل المعلومات مع مرضاك.

٥- قم بتقييم كم كان ذلك فعالاً ومؤثراً.

وسنعرض هذه الخطوات الخمس هنا بإيجاز وسنقوم بمناقشتها بمزيد من التفصيل

في فصول لاحقة.

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة

لا بد من اتخاذ القرار في كل استشارة، والكثير من هذه القرارات يؤخذ غالباً دون شعور بذلك وباستخدام قدر ضئيل من التقييم الانتقادي المنهجي. وكثيراً ما تثار بعض الأسئلة، مثل الحجج المؤيدة والمناقضة لاستعمال نوع معين من العلاج، أو أهمية وجود فحص معين للتشخيص أو إجراء ما للتقصي، وخطر حالة مرضية ما أو التنبؤ بتطورها Prognosis، أو تكلفة القيام بتدخل ما (وفعالية التكلفة). ومن الأخرى هنا بدلا من الاعتماد على ذاكرتنا فقط لإجابة أسئلة كهذه (والتي قد لا تقدم ملخصاً لأحدث المعلومات السريرية المتوفرة)، أن نتخذ أسلوباً يستند إلى الأدلة وذلك بأن نتوقف وتلاحظ أن هناك مشكلة في الممارسة أنت غير متأكد تماماً من الأدلة الواردة بشأنها ومن ثم نتخذ قراراً بأن نقوم بالتحقق منها أكثر.

بما لا شك فيه أنه ليس من السهل في ضوء حجم عمل الممارسة العامة الشروع في البحث باستفاضة عن الأدلة العلمية للإجابة على كل سؤال يطرح. وسيتم التركيز على كيفية وضع نظام لترتيب الأولويات وصقل الأسئلة وتنقيحها في الفصل الثاني في هذا الكتاب.

الخطوة الثانية: تتبع مصادر المعلومات المطلوبة

يواجه الممارسون العامون صعوبات تفوق تلك التي يواجهها زملاؤهم الاختصاصيون في التوصل إلى نتائج البحوث.^(١٠) وجملة المراجع الطبية التي يمكن أن تساعد في توفير إجابات الأسئلة التي تولدت عن الممارسة السريرية متناثرة الأبعاد؛ فمجلات الأنف والأذن والحنجرة أو الصحة النفسية، والمجلات الخاصة بالممارسة العامة وطب الأسرة، والتقارير الحكومية كلها تحتوي على معلومات يمكن أن تكون ذات صلة. ولكن التحدي الذي يواجهها (والذي يتم بحثه بالتفصيل في الفصل الثالث)

هو تحديد ما هو موجود ويمكن التوصل إليه من خلال طرق متنوعة ويشمل ذلك البحث في قواعد البيانات الإلكترونية والرجوع إلى المجلات التي تجمع نتائج البحوث والاتصال بالزملاء. إن السيناريو الذي أصبح يتكرر كثيراً والذي قد يسهل تعقب المعلومات ذات الصلة يتضمن أن يحضر المرضى إلى العيادة وقد قاموا بأنفسهم باستكمال البحث في المنشورات العلمية.

الخطوة الثالثة: تقييم المعلومات بشكل انتقادي

من المهم بعد تحديد أي من المقالات العلمية التي ستتم قراءتها، أن تكون هذه القراءة متأنية، ذلك أن المقالات المنشورة ليست كلها متساوية في قيمتها العلمية. إن التقييم الانتقادي للمقالات هو أسلوب يقتضي أن تتم قراءة المقالة بعناية، ومن ثم يتم تحليل منهجيتها، ومحتواها، ونتائجها. والسؤال الأساسي الذي يجب أن نشكره دائماً هو: "هل أثق بهذه النتائج لدرجة تكفي لأن أكون مستعداً لتبني الطريقة ذاتها، أو أن أصل إلى نفس النتيجة مع مرضاي؟".

إن القدرة على قراءة المقالات بعين ناقدة مهارة يجب تعلمها وممارستها مثل أي مهارة سريرية أخرى. وهناك طرق عديدة ومختلفة للقيام بالتقييم الانتقادي، وذلك بحسب السؤال المطروح وسيتم التركيز على هذه الأمور بمزيد من التفصيل في الفصل الرابع.

الخطوة الرابعة: استعمال هذه المعلومات عند التعامل مع المرضى

تقتضي الخطوة الرابعة في مسار استخدام أسلوب الاستناد إلى الأدلة عند تقديم الرعاية الصحية أن نحدد كيف يمكن أن تستخدم المعلومات التي حصلت عليها في ظل الظروف الخاصة بمرضك وقد تكون هذه الخطوة هي أهم الخطوات وأعتقد أنها في هذا المجال وستقوم بدراستها بالتفصيل في الفصلين الخامس والسادس.

ومن الضروري أن تحدد ما إذا كانت هناك قضايا منهجية أثرت بالنسبة للدليل والتي قد تدفعك إلى رفضه تماما. وبافتراض انه لا توجد أمور كهذه، فهناك حاجة إلى تقييم الموازنة بين جميع الآثار الضارة والنافعة وكذلك تحديد الكيفية التي سيتم بواسطتها تقييم المريض لاحتياجاته المعلنة والملموسة في الحسبان، والموارد المتوفرة والأولويات التي قد يضعها المريض على الخيارات المختلفة في العلاج. ويستلزم هذا المسار وجود شراكة بين الطبيب والمريض. وإذا تم في نهاية هذا المسار اتخاذ قرار بعدم تطبيق الدليل البحثي المتوفر، فلا بد أن يكون هذا القرار مشتركاً ونتاجاً عن إرادة واعية.

الخطوة الخامسة: تقييم كم كان ذلك فعالاً ومؤثراً

الخطوة الأخيرة في استخدام أسلوب يستند إلى أدلة (والتي ستتم مناقشتها في الفصل السابع) هي تقييم أثر استعمال الدليل عند التعامل مع مرضى معينين. وهذه خطوة هامة في "إغلاق الحلقة"، وهي قياس ما إذا كانت المنافع المتوقعة حدوثها عند استعمال بند معين من الأدلة متوافقة مع المنافع المرصودة أو الملحوظة. وإذا كانت المنافع المرصودة أقل من تلك المتوقعة من الدليل، فقد يولد ذلك حاجة فعلية إلى المزيد من البحوث لتحديد ما الذي حال دون أن يستجيب بعض المرضى على النحو المتوقع وما الذي يمكن عمله لتصحيح ذلك.

وليس في هذه الخطوات الخمس شئ صعب في حد ذاته من حيث المفهوم؛ فمن السهل أن يتم تدريسها في مرحلة ما قبل التخرج ومن ثم يتم تعزيز هذه المفاهيم في مرحلة الدراسات العليا. إن المشكلة العملية التي يواجهها الأطباء العامون الذين لا وقت فراغ لديهم في "أرض الواقع"، تكمن في إيجاد وقت كاف لتطبيق هذه الخطوات بشكل روتيني في ممارستهم اليومية.

دعم إطار الرعاية الصحية المستندة إلى الأدلة في نطاق الممارسة العامة

يصف الجزء الثاني من هذا الكتاب التحديات والمسئوليات التي تواجه الممارسين العاميين والتي عليهم أن يتصدوا لها بأسلوب مهني لكي يزدهر أسلوب الاستناد إلى الأدلة. ولا بد أن يحوي هذا الإطار أموراً مثل التأكد من أن الأدلة اللازمة متوفرة ويسهل الوصول إليها وأنها مقبولة ومطبقة من قبل الممارسين العاميين، وكذلك وضع استراتيجيات لتقييم شامل لآثار استعمال الأدلة. فعلى سبيل المثال، يتوفر كم هائل من الأدلة البحثية، حيث تتم إضافة أكثر من مليوني مقالة جديدة إلى المراجع الطبية العالمية كل عام.^(١١) وحتى في بحوث الرعاية الأولية فإن عدد التجارب المعشاة المضبوطة بالشواهد المتوفر حالياً هو غالباً خمسة أضعاف ما كان موجوداً قبل ٢٠ سنة.^(١٢) إن مواكبة كل هذا يعتبر عملاً مشطاً للهمة خاصة وأنه يتم نشر الأدلة (حتى عندما تكون مقتصرة على فرع واحد من المعرفة أو الدراسة) عبر مجموعة مختلفة من المجالات العلمية والتي تختلف في جودتها وصلتها بالموضوع. وليس لدى الممارسين العاميين أمل كبير في التعامل مع هذا الكم الهائل من المواد دون مساعدة، حيث ينقصهم الوقت وفي أحوال كثيرة لا يتمكنون من الوصول إلى المهارات أو الإمكانيات اللازمة للقيام بالبحث والتقييم الانتقادي وتقدير أهمية ذلك بالنسبة للممارسة العامة.

ولقد ظهرت مؤخراً مبادرات دولية تهدف إلى تقديم ملخصات منهجية للمراجع العلمية، مما يخفف العبء الكبير المرتبط بمحاولة تقديم ممارسة مستندة إلى أدلة. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك، مكتبة كوكرين Cochrane Library (وهي: قاعدة بيانات تحتوي على مراجعات منهجية systematic reviews ذات جودة عالية تغطي جميع مجالات الرعاية الصحية بما في ذلك الممارسة العامة) وكذلك الإصدارات الطبية

الثانوية* مثل مجلة (ACP Journal Club) ومجلة Evidence Based Medicine ومختصرات الأدلة السريرية Clinical Evidence، والتي تقوم بمهمة تفحص المراجع الطبية المتوفرة وتجميع التعليقات حولها باختصار، إضافة إلى ملخصات منظمة حول موضوعات معينة، وذلك بعد المرور بخطوات التقييم الانتقادي وتقدير جودة المادة العلمية (انظر ملحق ٢، صفحة ٢٩٥ لمزيد من التفاصيل).

أما على المستوى المحلي فإن عدد الشبكات التي تم تأسيسها في جميع أنحاء العالم أخذ في الازدياد بين الممارسين العامين الذين يرغبون في المشاركة في مهمة البحث عن الأدلة وتقييمها.^(١٣) وقد يجتمع الأعضاء في بعض الشبكات وجهًا لوجه، بينما يركز الآخرون على الوسائط الإلكترونية في اتصالاتهم، وقد تتيح الآليات المساندة كهذه للأطباء المشغولين بتخصيص وقت قراءتهم الضيق لإجراء بحث انتقائي وفعال تحكمه احتياجات المرضى* وكذلك دمج أفضل الأدلة للتمكن من ممارسة رعاية صحية مرتكزة على الأدلة.

والامتداد الطبيعي لهذه العملية هو تطبيق بروتوكولات وقواعد إرشادية موضوعة من قبل الزملاء في الممارسة الطبية على نحو يستند إلى الأدلة العلمية. وقد توفر المراجعات المنهجية الأسس السليمة لوضع القواعد الإرشادية السريرية.

وهناك ميزتان هامتان للأدلة تؤثران على تطبيقها في الممارسة السريرية وهما المقبولية وإمكانية التطبيق. وليست هناك فائدة ترجى من التوصل إلى الأدلة إذا لم تكن الأدلة ذات صلة وثيقة بالمرضى الذين يعتني بهم الممارس العام، أو إذا كان التدخل الصحي الذي تتناوله الأدلة غير مقبول أو غير متوفر ضمن إطار ممارسة معينة. وعند غياب هاتين الميزتين اللتين سيتم بحثهما بمزيد من التفصيل في الفصل الثامن، فإنه من

* أي المشتقة من المجلات الأصلية أو الأولية بعد تقييمها وإعادة صياغتها (الترجمة).

المرجح أن يكون الاطلاع على الأدلة المتوفرة في المراجع العلمية ذا أثر ضئيل على الممارسة السريرية.

ولبحث مسألة ما إذا كان الاطلاع على الأدلة البحثية قد يغير من أسلوب الممارسة فقد قام أوكسمان وزملاؤه Oxman et al بمراجعة (١٠٢) تجربة معشاة مضبوطة بالشواهد تحوي محاولات لتغيير سلوك الأطباء من خلال وسائل مثل ورش وندوات التعليم الطبي المستمر، والمواد التعليمية والترويج الأكاديمي academic detailing، والتدقيق والملاحظات والتعليقات.^(١٤) وقد نتج عن استخدام كل من هذه الوسائل على حدة بعض التغيير، إلا أن المؤلفين قد استنتجوا أن الاستراتيجية ذات الأوجه والجوانب المتعددة هي المطلوبة، وذلك باستخدام مجموعة من الأساليب في آن واحد.

ويبحث الفصل التاسع الدور المحدد للقواعد الإرشادية للممارسة السريرية في دعم اتخاذ القرارات الخاصة بالممارسة، كما يبحث الفصلان العاشر والحادي عشر دور تقنية المعلومات والتعليم المستمر في مساعدة الأطباء في مواكبة الحجم الهائل لقاعدة المعرفة المتغيرة بسرعة، بينما يناقش الفصل الثاني عشر العوامل التي تؤثر في إدخال الأدلة في الممارسة العملية من خلال تلك الطرق وغيرها المستخدمة في دعم التغيير وتعزيزه.

وهناك اهتمام متزايد بإضفاء الصفة الفردية على نتائج أدلة البحث ووضع استراتيجيات متناسقة فيما بينها يمكن أن تأخذ في الحسبان بعض العوامل مثل قوة الأدلة، وقيود المنهجية، والموازنة والمفاضلة بين الآثار الضارة والمفيدة (بعد تعديل التسوية حسب احتمالات الخطر الأساسية للمريض) بالإضافة إلى معتقدات المريض واتجاهاته ومواقفه وقيمه.^(١٥)

وختاماً يجب أن تكون هناك القدرة على تقييم مدى احتواء الممارسة المستندة إلى أدلة واستيعابها في الممارسة العامة. وكثيراً ما يقول منتقدو الممارسة العامة المبنية على الأدلة أن تقييم استيعاب الممارسات الصحية المرتكزة على الأدلة أمر يصعب أو حتى يستحيل تنفيذه. ولماذا إذن نقوم بتعزيز مفهوم الممارسة المبنية على الأدلة إذا كان لا يمكننا أبداً أن نتأكد من أن اتخاذ القرار في الممارسة العامة قد تأثر بها؟ (كما سيناقش في الفصل السابع). ونظرياً يجب أن تؤدي الممارسات الصحية المبنية على الأدلة إلى تحسينات في النتائج الصحية، لكن لا يمكن ربط جميع تدخلات الممارسة العامة مباشرة بالنتائج الصحية. وعلاوة على ذلك، هناك فترات تأخر طويلة، وكما في السرطان أو الداء القلبي الوعائي مثلاً، فإن الفترة الفاصلة بين التدخلات الصحية التي يقوم بها الممارسون العامون وأي نتائج قابلة للقياس قد لا تكون قليلة. وهناك قلق من أن يؤدي الالتزام القوي بالممارسة المستندة إلى الأدلة إلى التركيز على تلك التدخلات الصحية في الممارسة العامة التي يمكن قياس نتائجها بسرعة وبسهولة.

وبخلاف النتائج الصحية القابلة للقياس فهناك بضعة مقاييس افتراضية بديلة proxy يمكن استخدامها لتحديد ما إذا كانت الرعاية الصحية في الممارسة العامة مستندة إلى الأدلة أم لا. ومن ذلك التدقيق في ملفات المرضى بالنسبة لمقاييس مسار الرعاية، ومستوى استخدام القواعد الإرشادية للممارسة السريرية المبنية على الأدلة والتوصل إلى أنظمة مساندة القرارات. وعلاوة على ذلك، يجب أن يؤدي الأخذ بالممارسة المرتكزة على الأدلة في الممارسة العامة على نحو واسع النطاق إلى التقليل من الاختلاف بين الممارسين العاميين، والمراكز الصحية، والمناطق الجغرافية في مجالات مثل وصف الأدوية وطلب الفحوص على نحو قابل للقياس.^(١٦) إن رصد تلك التغيرات ومراقبتها يعتبر أمراً معقداً ويتطلب أنظمة متخصصة للغاية تستطيع تعقب كميات كبيرة من

بيانات المرضى عبر قطاعات الرعاية الصحية المختلفة. ويجب أن تكون عملية إيجاد أنظمة كهذه أولوية هامة في تطوير الممارسة المبنية على الأدلة مستقبلاً.

ملخص

لقد قمنا في هذا الفصل بوصف الممارسة المرتكزة على الأدلة وكيفية تطبيقها في الممارسة العامة وماهية الأطر المطلوبة إذا أراد الممارسون العامون (كأفراد) والممارسة العامة (كفرع من المعرفة أو الممارسة الطبية ككل) أن يقبلوا بهذا المفهوم ويلتزموا به. ونحن نؤكد أن تقبل هذا المفهوم وتطبيقه سيؤديان إلى تحسين الممارسة العامة بعدة طرق مختلفة. أولاً: جعل الممارسة العامة مجالاً أكثر نفعاً وفائدة عند مزاوله مهنة الطب من خلاله.^(١٣) ثانياً: مساندة عملية اتخاذ القرار بالمشاركة مع المستفيدين، الأمر الذي تزداد الدعوة إليه كنموذج مثالي لاتخاذ القرارات أثناء المقابلة الطبية.^(١٤) وأخيراً: مساعدة الممارسة المستندة إلى الأدلة على الإبقاء على الدور الرئيس للممارسة العامة في الرعاية الصحية.^(١٥) وفي محيط يزداد فيه التركيز على محاسبة المصروفات الصحية وتحديد النتائج الصحية وقياسها لجميع الإجراءات الصحية فقد يكون من الخطورة بمكان تجاهل الممارسة المستندة إلى الأدلة في الممارسة العامة.

المراجع

1. Health I. The mystery of general practice. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995.
2. Sackett D, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 313: 169-71.
3. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, et al. A comparison of the results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. JAMA 1992; 268: 240-8.
4. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.
5. Coulter A. Diagnostic dilation and curettage: is it used appropriately? BMJ 1993; 306 (6872): 236-9.
6. Greenhalgh T. Is my practice evidence based? BMJ 1996; 313 (7063): 957-8.

7. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AR. Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ* 1996; 312: 819-21.
8. Blaxter M. Consumers and research in NHS: consumer issues within the NHS. Leeds: Department of Health Publications, 1994. (Report no. G60/002 2954).
9. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practise and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.
10. Haines A, Jones R. Implementing findings of research. *BMJ* 1994; 308: 1488-92.
11. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. In: Chalmers I, Altman DG. Eds. Systematic reviews. London: BMJ Publishing Group, 1995.
12. Silagy C. Developing a register of randomized controlled trails in primary care. *BMJ* 1993; 897-900.
13. Dawes M. On the need for evidence-based general and family practice. *Evidence Based Med* 1996; 1: 68-9.
14. Oxman A, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc* 1995; 153: 1423-31.
15. Glasziou P, Irwig L. An evidence based approach to individualising treatment. *BMJ* 1995; 311: 1356-9.
16. Henry D, O'Connell D. Variability on prescribing of pharmaceuticals by general practitioners and factors related to the variability. Australian Institute of Health and Welfare, 1996.
17. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44: 681-92.
18. Baker M, Maskrey Nm Kirk S. Clinical effectiveness and primary care. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 1997.