

الفصل الثاني

الاستعداد للبدء:

كيفية تحديد الأولويات ووضع الأسئلة

بارانجت جيل ومارجريت لويد

مقدمة

يجلب الأفراد مشكلاتهم إلى طبييهم العام ، وهي عادة متعددة ومتنوعة في طبيعتها ولا تدل دائماً على وجود داء. تحتاج هذه المشكلات إلى إظهارها للعيان لتحديد ماهيتها وتديرها على النحو الملائم. إن الأطباء العامون هم لاختصاصيون "يقومون بتفريغ هذه المشكلات غير المتمايزة" في مجموعة من التشخيصات ، والتي قد تستلزم الإحالة إلى القطاع الثانوي لمزيد من التنقيح والتدبير. يدرس طلبة الطب كيفية جمع كل المعلومات عن المريض (التاريخ المرضي ، الكشف السريري ونتائج الفحوصات) واستعمالها حتى يتمكنوا من التوصل إلى تشخيص ، ويدعى هذا الأسلوب بالأسلوب الاستقرائي في صنع القرار. يميل الممارسون العامون إلى استعمال أسلوب مختلف يقتضي جمع بعض المعلومات من المريض ، ووضع فرضية تفسر الأعراض التي تقدم بها المريض ، ومن ثم جمع المزيد من المعلومات بهدف إثبات الفرضية أو رفضها : ويدعى هذا بأسلوب الاستدلال بالفرضية وهو موضح في الشكل رقم ٢-١.^(١)

بها المريض ، ومن ثم جمع المزيد من المعلومات بهدف إثبات الفرضية أو رفضها :
ويدعى هذا بأسلوب الاستدلال بالفرضية وهو موضح في الشكل رقم ١-٢ .^(١)



الشكل رقم ١-٢ . أسلوب الاستدلال بالفرضية في اتخاذ القرار (بناء على النموذج الذي وصفه
ما كويني (Mc whinney).^(١)

تؤثر عوامل عديدة تتعلق بالمريض وبالطبيب وبالمهنة على اتخاذ القرار في
الممارسة العامة (الشكل رقم ٢-٢). ونحن نستعمل أساليب مختلفة من المعرفة
والمعلومات السريرية مختارة من مصادر متعددة لتساعدنا في التوصل إلى قرار. ومن
المهم أن نعرف متى تكون خبرتنا الطبية كافية ومتى نكون بحاجة إلى ما هو أكثر من
الخبرة. كيف يتمكن فريق الرعاية الطبية الأولية من استعمال الأسلوب المستند إلى أدلة

خلال تحديد الأسئلة التي لا بد من الإجابة عليها. سيرى الممارس العام أثناء عمله بالعيادة مرضى يشكون من الأمراض الشائعة المتنوعة كما هو مبين في المربع رقم ١-٢. كيف يمكننا أن نضمن أننا نوفر لهم الرعاية السريرية الأكثر فعالية؟ لقد تم توضيح الفجوة الموجودة بين الأدلة البحثية والممارسة الطبية في الفصل الأول، وسنقوم بمناقشة كيفية التوصل إلى الأدلة البحثية في الفصل الثالث. إن المشكلة تكمن في أن الوقت المحدود لا يسمح لنا بمحاولة التوصل إلى دليل لكل مشكلة يتقدم المريض بها ولن يكون ذلك على أي حال ضروريًا دائمًا. ولننظر على سبيل المثال، إلى علاج المرضى المشار إليهم في المربع ١-٢ :

• سيستجيب التهاب الهلل cellulitis المصابة به السيدة (س) بالتأكد للعلاج بعقار الفلوكسلوكساسيللين flucloxacillin. لم يخضع عقار البنسلين أبدًا للتجارب السريرية قبل بداية استعماله على نطاق واسع - كانت الملاحظة التجريبية كافية وتؤكد ذلك خبرتنا في العلاج.

• السيدة (د) مريضة مسنة تعاني من ارتفاع ضغط الدم الانقباضي. هل نعالجها أم لا؟ لقد تم نشر العديد من القواعد الإرشادية لمعالجة ارتفاع ضغط الدم لدى كبار السن^(٢) وهي تشير إلى أن المعالجة مفيدة. ومع ذلك، فكما سناقش في الفصل الثامن، من المهم أن تأتي القواعد الإرشادية مستندة إلى الأدلة وأن تؤخذ خيارات المرضى في الاعتبار عند تفسيرها (كما سناقش في الفصل الخامس).

• تتوفر المراجعات المنهجية للأدلة البحثية لعدد من الحالات، ويشمل ذلك الأذن الصمغية^(٣) glue ear، وسيفيد الرجوع إليها في توجيه علاج دانييل س.

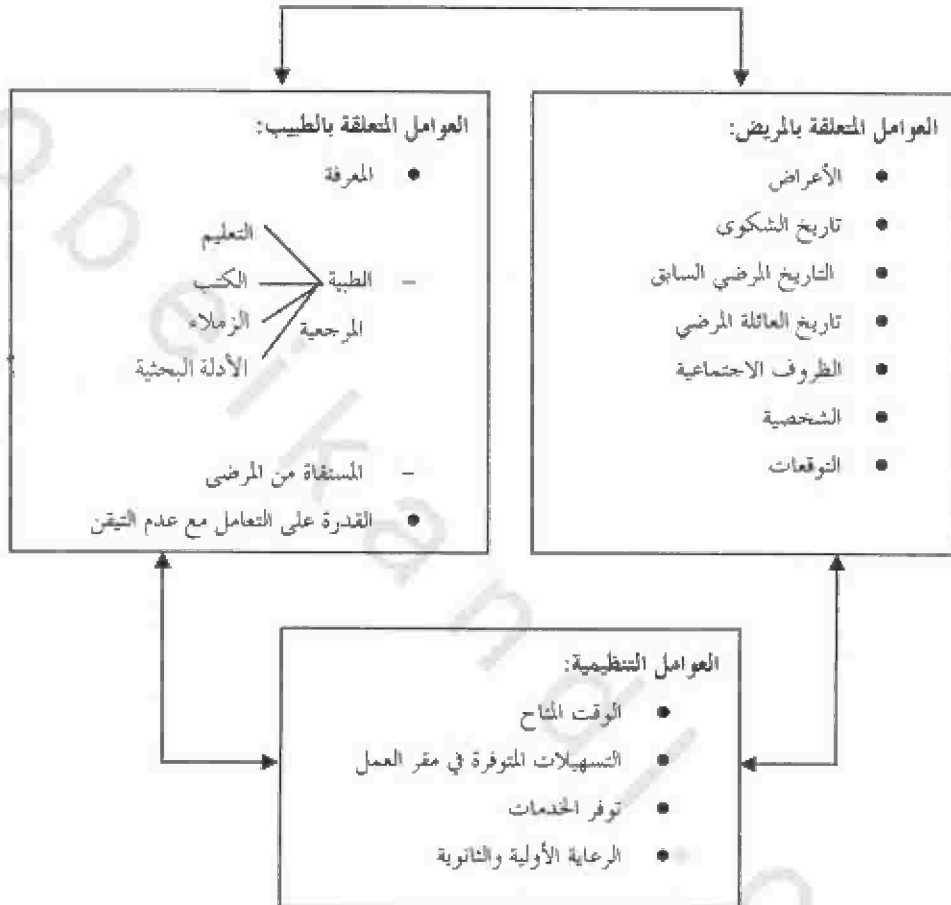
• تتوفر المراجعات المنهجية للأدلة البحثية لعدد من الحالات، ويشمل ذلك الأذن الصمغية^(٣) glue ear، وسيفيد الرجوع إليها في توجيه علاج دانييل س.

• السيدة (ك)، فقدت شخصاً عزيزاً عليها مؤخراً وهي بحاجة إلى أذن صاغية ودعم مناسب. ولست بحاجة إلى أدلة مستقاة من البحوث التجريبية لتقديم الرعاية الفعالة لها، رغم أنه من الممكن أن نقف على نوع آخر من الأدلة مستمد من تسجيل تجارب الناس وتفسيرها.^(٤) وإذا كان لدى السيدة (ك) رد فعل غير طبيعي تجاه فقدان هذا الشخص العزيز فيمكننا في ذلك الحين أن نجد أنه من المفيد أن نرجع إلى مراجعة منهجية للتجارب التدخلية.^(٥)

ويبقى بعد ذلك عدد من المشكلات التي قد تعتقد أن الأدلة البحثية ستعينك على حلها، ولكن حيث أن الوقت المتاح لك محدود، كيف ستقرر أيها ستتناول أولاً؟

مربع رقم ٢-١ كيف يجب أن تتم معالجة هؤلاء المرضى؟

- السيدة (س)، عمرها ٥٩ سنة، التهاب البلل (cellulitis) بعد عضه حشرة في الساعد.
- السيدة (د)، عمرها ٧٣ سنة، تشعر بالتعب، ضغط الدم ٩٠/٢٠٠.
- دانييل (س)، عمره ٥ سنوات، صعوبة في سماع صوت المعلمة في المدرسة، يوجد سائل في الأذن الوسطى.
- السيدة (ك)، عمرها ٦٣ سنة، تشعر بالحزن ومتعبة، توفي زوجها الأسبوع الماضي.
- السيد (و)، عمره ٨١ سنة، أرق، يسأل "هل يفيد الميلاتونين؟".
- السيد أكس، عمره ٣١ سنة، ألم مزمن بأسفل الظهر، يطلب إحالته إلى خبير المعالجة اليدوية (chiropractor).
- السيد ف، عمره ٣٩ سنة يشكو من عسر الهضم.



الشكل رقم ٢-٢. العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار في الممارسة العامة .

وضع الأولويات

بعد أن تقرر أن تتخذ اتجاه الاستناد إلى الأدلة أثناء الممارسة ، فإن طرح الأسئلة

التالية قد يساعدك في وضع أولوياتك : ^(١)

* هل تواجه هذه المشكلة كثيراً أثناء الممارسة ؟

* هل للمشكلة عواقب هامة ؟

• ما هي الفوائد المحتملة للعلاج؟

• ما هي المخاطر المحتملة؟

• ما هي التكاليف؟

وليس من الضروري الإجابة على جميع الأسئلة في الحال وبنفسك. ويعتمد انتقاء السؤال الذي ترغب في السعي وراء إجابته مستخدماً أسلوب الاستناد إلى الأدلة على أهميته بالنسبة لك ولممارستك. وقد تشمل المعايير التي تستخدمها، مثلاً، تكرار حدوث المشكلة ضمن ممارستك ومدى خطورتها، والآثار المترتبة على وصفك للأدوية أو أنماط الإحالة، وهذه العوامل جميعها قد ترتبط بالأولويات المشار إليها أعلاه.

وعند أخذ المرضى المشار إليهم ضمن المربع رقم ٢-١ بعين الاعتبار واستخدام المعايير المذكورة أعلاه، فإنه يمكن القول بأن مشكلة معالجة ارتفاع الضغط الإنقباضي لدى السيدة (د) تعتبر الأولوية الأولى، إلا أن سؤال السيد (و) عن استعمال علاج "ميلاتونين" في التعامل مع الأرق وقراءتك للمقالة التي نشرت مؤخراً^(٧) قد يثيران حماسك للتمعن في الأسلوب المرتكز على الأدلة في معالجة المرضى.

صياغة الأسئلة

تقتضي المرحلة الأولى من الأسلوب المرتكز على الأدلة أن نطرح السؤال الذي يمكن الإجابة عليه (راجع الباب الأول). وبالطبع نحن الأطباء العامون نطرح الأسئلة باستمرار وفي كل مرة نقابل فيها مريضاً: هل أقوم بإحالة هذا المريض إلى المستشفى؟، ما هي الفحوصات اللازم إجراؤها؟، أي من الأدوية الخافضة لضغط الدم يجب أن اصف لهذا المريض المسن؟. وأياً كان السؤال فلا بد عند استخدام الأسلوب المستند إلى الأدلة أن يأتي السؤال محدداً قدر الإمكان. إن صياغة السؤال هي الجزء البالغ الأهمية

والأكثر تحديًا في هذا الأسلوب ، ومن الضروري تخصيص بعض الوقت لهذا الجزء حتى تصبح المرحلة التالية - مرحلة البحث عن الأدلة - أكثر سهولة. ويمكننا توضيح هذا بالنظر إلى مشكلة عسر الهضم التي يشكو منها السيد ف :

يعاني السيد (ف) من عسر الهضم منذ عدة سنوات ويستعمل حبوب رانيتيدين ranitidine التي يحملها معه دائمًا خلال رحلات عمله في الخارج. إلا أن النوبة المرضية الأخيرة التي تعرض لها أثناء وجوده في الهند كانت سيئة ودامت أطول من المعتاد. لقد عزي ذلك للضغط الذي تعرض له في عمله ، لكن نظرًا إلى أن أعراضه لم تستجب لعلاج رانيتيدين فقد قرر استشارة طبيبه العام.

ما هي الأسئلة التي يدفعك هذا السيناريو لطرحها؟ قد تكون أدرجت بعض الأسئلة التالية ضمن قائمتك :

- ما هو السبب المرجح لعسر الهضم لديه؟
- ما هي الفحوصات التشخيصية التي ستكون مفيدة في هذه الحالة؟
- ما مدى ثبات reliability تلك الفحوصات وصدقها validity ، خاصة فحص الجرثومة الحلزونية البوابية (H. pylori)؟
- إذا كان السيد (ف) عاني من الإصابة بالجرثومة الحلزونية البوابية ، فما هو العلاج الأقل تكلفة؟
- ما مآل حالته إذا لم يتم علاجه؟
- هل يمكننا منع حدوث الداء بالتقصي (screening) عن وجود الجرثومة الحلزونية البوابية؟

جميع الأسئلة الواردة أعلاه هامة إلا أنها لم تكن مركزة بصورة كافية ، ومن الضروري أن نجعل السؤال محددًا بمشكلة المريض. ويقدم ساكيت Sackett وزملاؤه^(٨)

إطار عمل يساعدنا في إعداد الأسئلة التي يمكن الإجابة عليها (الجدول ١-٢)، ويشتمل الجدول على أربعة أجزاء وهي نوع المريض أو المشكلة والتدخل والمقارنة (إذا لزم) والنتيجة التي نهمنا. مثال ذلك: إذا تأكدنا من إصابة السيد (ف)^(٧) بالجرثومة الحلزونية البوابية فإننا قد نرغب بمعرفة ما يمكن عمله بخصوص ذلك من حيث استعمال الأدوية. وعليه فيامكاننا عندئذ إعداد السؤال، كما هو موضح في الجدول رقم ١-٢، قد يكون لدى السيد (ف) سؤال آخر يريد الإجابة عليه وقد يتطلب هذا نوعاً آخر من الأدلة كما سيجري بحثه في الفصل الخامس.

الجدول رقم ١-٢. كيفية صياغة الأسئلة.

المريض أو المشكلة	التدخل	المقارنة	النتيجة
إرشادات لصياغة السؤال	ابداً بمريضك واسأل كيف أستطيع وصف مجموعة من المرضى مماثلة لمجموعتي	اسأل "ما هو البديل الرئيسي لمقارنته بالتدخل؟"	اسأل "ما الذي أعمل لتحقيقه؟"
مثال	في حالة رجل عمره ٣٩ سنة هل إضافة المضادات الحيوية	مقارنة بعدم استعمال المضادات الحيوية	يؤدي إلى إزالة الحصى من الحصى وكما يبدو ذلك؟

وإذا كان لديك مشكلة في صياغة السؤال كما ذكرنا فقم بكتابه مستخدماً العناوين الواردة في الجدول رقم ١-٢ وأنظر إلى كل جزء بمفرده. حاول أن تركز تفكيرك على تحديد ما تريد معرفته بوضوح. لعله من الأفضل أن تجتمع بزميل (أو مجموعة زملاء) في العمل أو في مكان آخر وليقم كل منكم بمناقشة أسئلة الآخرين.

وسؤكد هذا أيضاً على أن السؤال مهم وجدير بالإجابة ليس فقط بالنسبة لك بل للمركز ككل وربما للممارسة الطبية برمتها (انظر أعلاه : وضع الأولويات). وبمقدورك أن تمارس مهارة صياغة السؤال هذه في أي وقت وفي أي مكان، مثلاً، عند نهاية الاستشارة أو أثناء العودة من زيارة منزلية أو في الحافلة! عليك فقط أن تتذكر الأجزاء الأربعة.

لأن أن الوقت محدود فقد يكون من الضروري وضع أولويات للأسئلة المطروحة من قبل مريض معين.

أي نوع من الأدلة البحثية؟

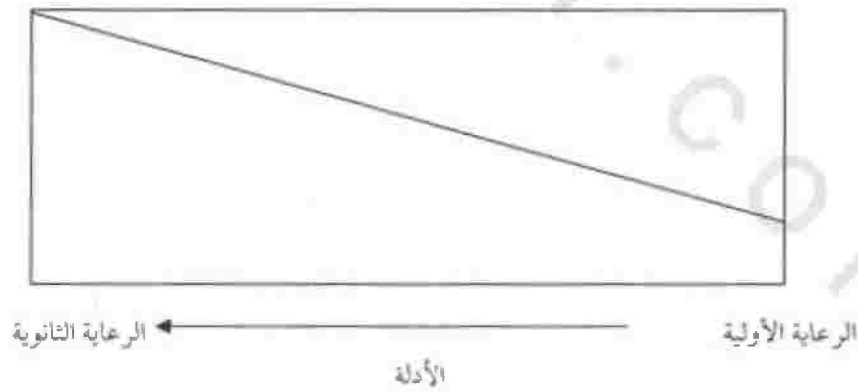
عند القيام بدراسة بحثية يتم اختيار المنهج المناسب للإجابة على السؤال الذي ستبحث فيه هذه الدراسة. وتنطبق نفس القاعدة عند ممارسة الرعاية الصحية المبنية على الأدلة^{١٠} حيث يتم تحديد الأدلة الملائمة كما وكيفاً للإجابة على السؤال المعين. وكثير من العمل الذي يتم ضمن الممارسة العامة يشمل الطب الذي يجمع بين العلم النظري والتقدير السريري (الممارسة العملية). إضافة إلى ذلك فإن "الأدلة العلمية" والمعلومات اللفظية وغير اللفظية من المريض، الذي يستشيرك في مشكلة ما، ومعرفة الطبيب بالخلفية الاجتماعية النفسية للمريض وخبرة الطبيب في الممارسة السريرية التي اكتسبها عن طريق النقاش مع الزملاء تعتبر أيضاً ضرورية وهامة.^(١١)

ولا يقتصر الأسلوب المستند إلى الأدلة على استخدام نتائج التجارب المعشاة (العشوائية) والتحليل التلوي meta-analysis فحسب، بل يشمل تحديد أفضل الأدلة الخارجية المناسبة لحل المشكلة السريرية.^(١٢) وقد تنشأ هذه الأدلة عن البحث الكمي أو الكيفي. فعلى سبيل المثال: قد ترغب في معرفة ما إذا كان سن المرضى وجنسهم

يؤديان إلى التفاوت في تكلفة الوصفات الطبية بين المراكز المختلفة ولماذا يصف الممارسون العامون الأدوية الجديدة؟ ويتم الإجابة على السؤال الأول بدراسة كمية^(١١) وعلى الثاني بدراسة ذات تصميم كيفي^(١٢). وهذا هو السبب في أن صياغة السؤال تحتاج إلى التفكير ملياً قبل البحث عن الإجابات.

تطبيق الأدلة البحثية في الممارسة العامة

تتركز الكثير من الأدلة البحثية المتوفرة على قطاع الرعاية الثانوية حيث يقوم الاختصاصيون بالتعامل مع تشخيصات ومشكلات محددة (الشكل رقم ٢-٣). ولا تنطلق تلك الأدلة بما في ذلك التجارب المعشاة، من القطاع الثانوي فحسب، بل يتم تطبيقها بعد ذلك ضمن إطار الممارسة العامة^(١٣). وهذا يثير مشكلات تتعلق بإمكانية التعميم وكيفية تطبيق نتائج الدراسة على مريض معين في مركز رعاية أولية معين (انظر الفصل الخامس). وعلاوة على ذلك، فإن هذه الدراسات تركز بصورة خاصة على الجوانب الكمية للتشخيص والتعامل مع المرضى ومعالجة حالتهم وليس على الميزات الكيفية التي تعتبر ضرورية بالنسبة للممارسة العامة^(١٤).



الشكل رقم ٢-٣ توفر الأدلة.

العثور على الأدلة البحثية

لا يمكن الإجابة على الكثير من هذه الأسئلة التي من المفترض أن تكون الإجابة عليها ممكنة وذلك لأن الأدلة لا يمكن العثور عليها.^(١٥) ولا يقلل هذا من قيمة عملية طرح الأسئلة؛ ولكن يوضح أن هناك فجوة في المعرفة لا بد من تداركها. وكما هو موضح في الفصل الأول فإن هذا الأسلوب يجعل ممارستنا السريرية مبنية على أفضل الأدلة المتوفرة في الوقت الحالي، وتجعل فجوات معرفتنا واضحة وصريحة.

ومن المنطقي أن تبدأ بما قد أعده الآخرون بدءاً بالمراجعات الشاملة والقواعد الإرشادية للممارسة بدلاً عن البحث عن مقالات البحوث الأصلية وتقييمها بنفسك. على سبيل المثال، لقد أوضحنا أن استخدام القواعد الإرشادية السريرية المنشورة حول معالجة ارتفاع الضغط الإنتقاضي لدى المسنين ساعد في اتخاذ القرار حول كيفية معالجة السيدة (د) (المربع ١-٢)، كما تساعد القواعد الإرشادية المتعلقة بمعالجة ألم الظهر في الاستجابة لطلب السيد (أكس) في أن يحال إلى خبير المعالجة اليدوية.^(١٦) إلا أنه من الضروري أن نتأكد من أن القواعد الإرشادية التي نستخدمها مبنية على الأدلة كما سيتم بحثه في الفصل التاسع. كما يمكن الاستعانة بالمراجعات الشاملة مثل نشرة الرعاية الصحية الفعالة (Effective Health Care Bulletin) في توجيه معالجة الأذن الصمغية لدى الأطفال مثلاً.^(١٧)

لا تتوفر قواعد إرشادية سريرية ومراجعات شاملة للكثير من مشكلات المرضى، وبالتالي فإنه من الضروري البحث عن دراسات بحثية أولية لمعالجة الأرق لدى كبار السن مثلاً ودور عقار الميلاتونين على وجه التحديد.^(١٨)

خاتمة

لقد ناقشنا في هذا الفصل أهمية وضع السؤال بصورة سليمة وتحديد أي من الأسئلة ستم الإجابة عليه أولاً. وهذا يقودنا إلى الوصول بنجاح إلى المعلومات التي نبنى عليها ممارستنا. وقد شددنا أيضاً على قيمة العمل مع الآخرين في هذه العملية مما يوفر الوقت ويجعل هذا الأسلوب أكثر تشويقاً.

المراجع

1. McWhinney IR. A textbook of family medicine Oxford: Oxford University Press, 1989.
2. Beard K, Bulpit C, Mascie-Taylor H, et al. Management of elderly patients with sustained hypertension BMJ 1992; 304: 412-6.
3. The treatment of persistent glue ear in children. In: Effective Health Care Bulletin, (vol. 1, no. 4), University of Leeds, 1992.
4. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. London: Pitman Medical, 1964.
5. Woof WR, Carter YIL. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (part 2). B J Gen Pract 1997; 47, 443-8.
6. Evidence Based Care Resource Group. Evidence-based care. 1. Setting priorities: how important is this problem? Can Med Assoc J 1994; 150: 1249-54.
7. Kirkwood CK. Management of Insomnia J Am Pharm Assoc 1999; 39: 688-96.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
9. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and individualized. Lancet 1996; 348: 941-3.
10. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71.2.
11. Roberts SJ, Harris CM. Age, sex, and temporary resident originated prescribing units (ASTRO-Pus): new weightings for analyzing prescribing of general practices in England. BMJ 1993; 307: 485-88.
12. Armstrong D, Reyburn H, Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. BMJ 1996; 312: 949-52.
13. Pringle M, Churchill R. Randomised controlled trials in general practice. BMJ 1995; 311: 382-3.
14. Bradley F, Field J. Evidence-based medicine. Lancet 1995; 346: 838.
15. Gill PS, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence based general practice (authors' reply). BMJ 1996; 313: 114-5.
16. Royal College of General Practitioners. National low back pain clinical guidelines. London: RCGP, 1996.