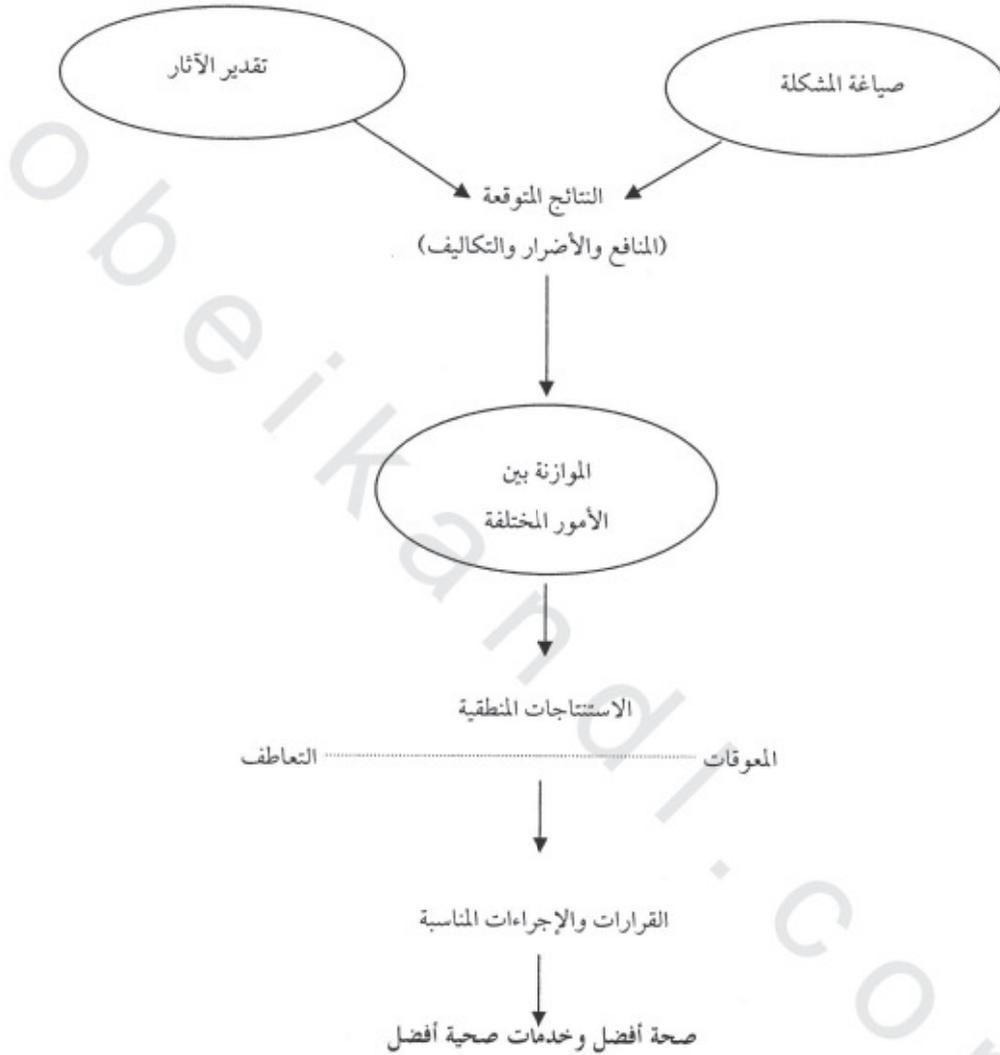


نظرة عامة للإستراتيجيات التي تعزز تطبيق الرعاية الصحية المستندة إلى أدلة

أندرو أو كسمان وسايبي فلوتورب

المقدمة

تعتبر الأدلة ضرورية ولكنها ليست كافية لممارسة تستند إلى الأدلة. ولاتخاذ قرارات مبنية على المعرفة التامة فإن المطلوب على الأقل هو ثلاثة أنواع من المعلومات وثلاثة أنواع من الأحكام (الشكل رقم ٨-١). أولاً: مطلوب تكوين رأي يتعلق بالممارسة السريرية بخصوص التعرف على المشكلات الصحية وتشخيصها، ومعرفة أي من النتائج الصحية يهتم المريض والتعرف على الخيارات الوقائية، أو التشخيصية، أو العلاجية أو التأهيلية التي لا بد من أخذها في الاعتبار. يجب أن يتم جمع المعلومات المطلوبة لذلك من المريض (من خلال التعرف على التاريخ المرضي، والكشف البدني، والفحوص التشخيصية). ثانياً: تقدير آثار الخيارات المختلفة بالنسبة للنتائج الصحية، ولا بد أن يتم الحكم على فاعلية العلاج وآثاره الضارة. وتأتي هذه المعلومات من الدراسات المقارنة، وخصوصاً من المراجعات المنهجية للأدلة الموثوق بها.^(١) ومن المهم أيضاً أن يؤخذ في الاعتبار إمكانية تطبيق الدراسات المقارنة، دقة التشخيص، والعوامل الخاصة بتطور حالة المريض.^(٢)



الشكل رقم ٨-١. أنواع المعلومات والأحكام في وضع الأدلة موضع التنفيذ.

إذا أخذنا هذين النوعين من الأحكام والمعلومات معاً فإنهما يعطيان تقديرات للنتائج المتوقعة تكون مرتبطة بالخيارات التي يتم أخذها في الاعتبار. ومن ثم يصبح من

الضروري تكوين رأي حول الموازنة بين الاستفادة المتوقعة، والأضرار والتكاليف. وقد يتم اللجوء أحياناً إلى الطرق الرسمية في التحليل الاقتصادي أو تحليل القرار لتوضيح الصفة التبادلية بين هذه الأمور. وسواء تم هذا الأمر بشكل رسمي أو غير رسمي فإن المعلومات المطلوبة حول "قيمة" النتائج أو الحاجة إليها من وجهة نظر أولئك الذين سيتأثرون بها، والأكثر أهمية هنا هي وجهة نظر المريض. بالإضافة إلى ذلك، يجب اخذ القيم الأخلاقية والثقافية في الاعتبار. فعلى سبيل المثال، كثيراً ما يكون ضرورياً بالنسبة لتقنيات علم التوليد أن تكون هناك موازنة بين الاستقلال الذاتي (حق المرأة في اتخاذ خياراتها بنفسها) والمساعدة (لكل من الطفل الذي لم يولد والأم).

إن أخذ هذه الأنواع الثلاثة من الأحكام والمعلومات معاً يمكن أن يوفر قاعدة للاستنتاجات المنطقية عن كيفية التعامل مع مشكلة صحية. ولترجمة هذه الاستنتاجات المنطقية إلى ممارسة فعالة فيجب أخذ عاملين آخرين على الأقل في الاعتبار. لا بد من التعرف على المعوقات التي تحول دون تنفيذ الإجراءات المناسبة والتصدي لها^(٣) دون إهمال العاطفة، ومن المتوقع أن تكون الرعاية الصحية المتعاطفة دون إعمال العقل غير كافية على الأغلب بل وعاجزة عن إحداث الأثر المطلوب في أحسن الأحوال، وقد تؤدي إلى أضرار أكثر مما تنفع. ومن جهة أخرى، فقد تكون الرعاية الصحية المبنية على المنطق بدون عاطفة أكثر ضرراً منها منفعلة. إن تفهم مشاعر الآخرين والتعاطف ضروريان في تأسيس علاقة طيبة بين مسئول الرعاية الصحية ومستخدميها وللتأكد كذلك من أن احتياجات المرضى وأسباب قلقهم قد تمت معرفتها ومواجهتها. قد تسبب الرعاية الصحية المرتكزة على الأدلة بدون عاطفة أضراراً للمرضى ومن المحتمل أن تكون أقل كفاية من تلك الرعاية الصحية المبنية على الأدلة وعلى تفهم المشاعر على حد سواء (مربع رقم ٨-١).

ومع أن المرضى يريدون رعاية صحية فعالة ، ومسئولي الرعاية الصحية يريدون تقديم ذلك فعلاً إلا أنه كثيراً ما توجد فجوات بين القرارات المرتكزة على الأدلة وبين ما يتم إنجازه أثناء الممارسة وهناك أسباب عديدة لهذه الفجوات. وعليه فقد تكون هناك حاجة للعديد من الاستراتيجيات اللازمة للحد من هذه الفجوات. على سبيل المثال ، قد لا تتوفر لدى الأطباء المعالجين المعلومات التي يحتاجونها وقد لا يكونون حتى مدركين لذلك،^(٣) وقد يشعرون بأنهم يواجهون ضغوطاً من قبل المرضى لإحالتهم دون داع لذلك،^(٤) وقد يطلبون فحوصات تشخيصية غير ضرورية وذلك تخوفاً من المسؤولية القانونية،^(٥) أو قد يشعرون بأنهم مجبورون على ممارسة العمل وفقاً لمعايير محلية حتى ولو كانت هذه المعايير غير مستندة إلى أدلة.^(٦)

وفي هذا الفصل نعرض نظرة عامة عن كيفية تحديد المعوقات التي تحول دون الممارسة المبنية على الأدلة وكيفية مواءمة استراتيجيات التنفيذ لتتصدى للمعوقات التي تم تحديدها ، وكيفية تقييم ما إذا كانت استراتيجيات التنفيذ تفي بالغرض المطلوب منها. ونختتم هذا الفصل بتناول مسألة الحاجة إلى التعاون.

مربع رقم ٨-٩. أنواع المعلومات والأحكام لوضع الأدلة موضع التنفيذ: العلاج الوقائي الهرموني للسيدات بعد الإباس (PHT):

مثال: العلاج الوقائي الهرموني للسيدات بعد الإباس

المعلومات المطلوبة من المريضة تتعلق بعمرها، وبناتقاع العظم، بعوامل الخطورة لداء هشاشة العظام، الداء التاجي القلبي، وسرطان بطانة الرحم، وسرطان الثدي. لا بد من تكوين رأي خاص بالممارسة في تقرير متى وكيف يتم جمع هذه المعلومات إضافة إلى الأشياء الأخرى التي تتعلق بتوقعات المريض وإمكاناته. كما يجب أخذ الخيارات الأخرى المتوفرة في

صياغة المشكلة





تحديد المعوقات

ما أن يتم تحديد فجوة بين ما يجب فعله عملياً (بناء على أفضل الأدلة المتوفرة حالياً) وبين ما تم فعله عملياً، فإن الخطوة الأولى تجاه تصغير الفجوة هي التعرف على

الأسباب التي أدت إلى وجودها. يريد معظم الأطباء تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة لمرضاهم. وعندما لا يفعلون ذلك، يكون هناك عادة سبب وجيه يدعوهم إلى ذلك. وفي بعض الحالات يرجع ذلك ببساطة لقلة المعرفة، ولكن كثيراً ما تكون هناك أسباب أخرى أدت لذلك. إن سلوك الممارسة شأنه شأن أنواع السلوك الأخرى (كالنشاط البدني، والسلوك الجنسي، وتناول الأكل والتدخين والشرب، والالتزام والتقيد بالنصائح الطبية) تتدخل عدة عوامل في تحديده، وكثيراً ما يكون الرابط بين المعرفة والسلوك ضعيفاً. وإن أي شخص حاول أن يغير سلوك مريض أو حتى سلوكه هو نفسه، سيعرف صعوبة هذا الأمر. وفي معظم الأحيان تكون المعرفة وحدها غير كافية لتغيير السلوك.

والعوامل الأخرى التي يمكن أن تحدد سلوك الممارسة السريرية وتعمل كمعوقات تحول دون تحسين الممارسة السريرية يمكن ربطها مثلاً ببيئة الممارسة، بالأفكار السائدة، وبالأتجاهات الشخصية مربع ٨-٢.^(٧)

بيئة الممارسة

- **العقبات المالية:** (عدم سداد التكاليف اللازمة أو نقص في الدخل مرتبط بالتغيير المطلوب في السلوك).
- **القيود التنظيمية:** (قلة الوقت أو المشاكل التنظيمية في البيئة المحلية التي تجعل التغيير المطلوب في السلوك صعباً، (مثال لذلك: عدم وجود المعدات الضرورية أو الخدمات المساندة، أو عدم مقدرة مقدم الرعاية الصحية على التوصل إلى المعلومات المتعلقة بالموضوع عند الحاجة إليها).
- **الشعور بالمسؤولية القانونية:** (إدراك خطر إقامة دعوى أو تقديم شكوى رسمية).

- **توقعات المريض:** (رغبات المريض المرتبطة بالرعاية الطبية تم التعبير عنها مباشرة لمقدم الرعاية أو أنه أدركها بنفسه).

الأفكار السائدة

- **معايير الممارسة:** (الممارسة المعتادة في بيئة العمل، أي عندما لا يكون ذلك متفقاً مع التوصيات المبنية على الأدلة).
- **قادة الرأي:** (هم الذين يقومون في بعض الأوقات بالتعبير عن الآراء التي لا تتفق مع التوصيات المرتكزة على الأدلة).
- **التدريب الطبي:** (كثيراً ما يصبح متخلفاً عن مواكبة المستجدات بعد سنوات قليلة من التخرج إلا أنه يبقى مؤثراً على الطريقة التي يمارس بها الاختصاصيون الصحيون عملهم).
- **الدعاية والتأييد:** (من قبل شركات الأدوية مثلاً).

المعرفة والاتجاهات

- **عدم التيقن أثناء الممارسة:** (عدم الارتياح عند الشعور بالشك قد يكون سبباً لطلب فحوصات تشخيصية غير ضرورية مثلاً).
- **الإحساس بالكفاءة:** (ثقة مقدمي الرعاية في قدراتهم الشخصية تعتبر سبباً محتملاً لعدم القيام بإجراء مطلوب).
- **الإجبار على التصرف:** (الحاجة إلى "فعل شئ ما" حتى عندما لا تتوفر رعاية صحية فعالة لذلك).
- **الكم الهائل من المعلومات:** (عدم المقدرة على التقييم الانتقادي للتقارير المتضاربة ولتحديد مدى صحتها وإمكانية تطبيقها).

مربع ٨-٢. تحديد المعوقات	
	المعوقات
	بيئة الممارسة
	العقبات المالية
أمثلة	
قد تشجع أنظمة سداد التكاليف على القيام بخدمات غير ضرورية مثل استخدام الفحوصات والإجراءات التشخيصية، أو تعوق الخدمات التي تستغرق وقتاً ويتم تسديد نفقاتها على نحو رديء، مثل الإرشاد والمشاورة في الأمر.	
قد تمنع الأعمال الكتابية الشاقة أو سوء الاتصال تقديم الرعاية الفعالة. على سبيل المثال: قد لا يتم استخدام الإجراءات الفعالة في الوقاية الثانوية لإحتشاء عضلة القلب، مثل الأسبرين ومحصرات البيتا وذلك نظراً لعدم وضوح الجزء الخاص بالمسؤولية أو سوء الاتصال بين مقدمي الرعاية الأولية والثانوية.	القيود التنظيمية
قد يطلب الأطباء فحوصات غير ضرورية مثل تخطيط كهربائية القلب أو أشعة للكاحل، وذلك لشعورهم بأنهم قد يتعرضون للشكوى بسبب سوء الممارسة.	الشعور بالمسئولية القانونية
قد يتوقع المرضى (أو قد يشعر الأطباء بأنهم يتوقعون) إعطائهم مضاداً حيوياً عند إصابتهم بأخماج في الجهاز التنفسي العلوي بالرغم من أنه لا يوجد سبب لإعطاء مضاد حيوي في هذه الحالة.	توقعات المريض
	الأفكار السائدة
	معايير الممارسة
إن الخوف من الممارسة بصورة مختلفة عن الآخرين في المجتمع قد يمنع تبني أساليب جديدة في العلاج، مثل معالجة التهاب مجرى البول بجرعة واحدة من الدواء، أو قد يشجع الاستعمال المستمر لأشكال من الرعاية قد تكون غير مبررة، مثل: العلاج بالمضادات الحيوية لالتهاب الأذن الوسطى الحاد.	
قد يشجع قادة الرأي المحليون استعمال أنواع من الرعاية التي لم تثبت فعاليتها، مثل تقصي سرطان المبيض أو البروستاتا، أو قد لا يشجعون استعمال أشكال فعالة من الرعاية، مثل العلاج بالأيدي manipulation في حالة الألم بأسفل الظهر.	قادة الرأي
قد يقدم الأطباء أساليب رعاية أدنى من المستوى الأمثل، مثل الاستعمال المستمر لمحصرات البيتا أو قد يقللون من استعمال الأدوية الفعالة، مثل الستيرويدات القشرية في حالات الربو، بسبب تأثير ما تعلموه أثناء التدريب على ذلك الأسلوب الذي لا زلنا نستخدمونه في الممارسة.	التدريب الطبي

<p>قد تشجع الدعاية التي تقدمها شركات الأدوية على الاستعمال غير المناسب للأدوية أو استعمال أدوية باهظة الثمن دون داع، مثل استخدام أدوية مضادة للالتهابات اللاستيرويدية، ومضادات حيوية واسعة النطاق broad spectrum أو فئات جديدة من العقاقير المضادة لارتفاع ضغط الدم.</p>	<p>الدعاية والتأييد</p>
<p>قد يطلب الأطباء المعالجون فحوصات غير ضرورية لأعراض مرضية مبهمه مثل: الألم المنتشر أو الإرهاق "للتأكد فقط" حتى رغم أنه من المحتمل أن تكون النتائج الإيجابية الخاطئة للفحوصات أكثر من النتائج الإيجابية الصحيحة، ومن الممكن أن تؤدي إلى أضرار وتبدد الموارد دون داع.</p>	<p>المعرفة والاتجاهات عدم التيقن أثناء الممارسة</p>
<p>قد يعجز الأطباء عن القيام بإجراءات أو فحوصات تشخيصية كإجراء منظار للمستقيم مثلاً، أو عن وصف أدوية مثبطة للإنزيم المحول للأنجيوتنسين، أو عند تقديم استشارة عن التمارين أو الحمية الغذائية لأنهم يشعرون بأنهم غير أكفاء للقيام بذلك.</p>	<p>الإحساس بالكفاءة</p>
<p>قد يشعر الأطباء المعالجون بأنهم مجبرون على "فعل شيء ما" مثل إحالة مريض يعاني من صداع أو طلب أشعة مقطعية، رغم أنهم على علم بأنه لا يوجد على الإطلاق ما يوحي بضرورة القيام بذلك.</p>	<p>الإجبار علي التصرف</p>
<p>قد يخفق الأطباء المعالجون في مواكبة التطورات الحديثة مثل: استئصال جرثومة هـ. بايلوري (<i>H. Pylori</i>) في حالات عسر الهضم، وذلك نظراً لكونهم مثقلين بما يواجهونه من الكم الهائل للمعلومات (أغلبها لا علاقة له بالموضوع أو غير صحيح).</p>	<p>الكم الهائل من المعلومات</p>

يعتمد تحديد المعوقات التي تحول دون تنفيذ الرعاية المبنية على الأدلة إلى حد كبير على الأساليب النوعية. وإن التأمل والتفكير بشكل انتقادي هو نقطة الانطلاق نحو التعرف على محددات الممارسة. ومع ذلك فإن التأمل في حد ذاته ليس كافيًا على الأغلب، فمعظمنا محدود البصيرة فيما يتعلق بالدوافع النابعة من داخلنا، ناهيك عن الدوافع الخاصة بالآخرين. أما الأساليب التي يمكن استخدامها للمساعدة في التحديد

الصحيح لمعوقات تطبيق القواعد الإرشادية المرتكزة على الأدلة أثناء الممارسة فهي تشمل المقابلات شبه المنظمة أو المهيكلة مع المرضى ، ومجموعات التركيز focus groups والملاحظة. ويمكن أن توفر البحوث المسحية بيانات كمية عن حجم المعوقات والاختلاف بينها ، غير أنها قد تكون مضللة. وقد تكون المراقبة أو الملاحظة المباشرة أكثر الأساليب مصداقية في تحديد المعوقات ولكنها تستغرق قدرًا كبيرًا من الوقت وكثيرًا ما تكون غير عملية. ومن المقارقات الغريبة إلى حد ما أن مجموعات التركيز (المناقشات الجماعية الميسرة) قد تتيح الفرصة للتأمل والتفكير على نحو أكثر صراحة ونقدًا من المقابلات الفردية وبالتالي قد تكون أفضل طريقة للتعرف على المعوقات. ومعظم الأطباء مشغولون للغاية وإيجاد وقت للمشاركة في المناقشات الجماعية حول أسباب قيامهم بما يقومون به قد يبدو للوهلة الأولى أمرًا ليست له أهمية كبيرة. ولكن يمكن أن تكون هذه المناقشات مثمرة للغاية ، وكثير من الأطباء فخورون حقًا بالفرصة التي أتيحت لهم في المناقشات المفتوحة مع الزملاء حول ما يقومون به. والاستماع إلى الآخرين وهم يعترفون بعدم تيقنهم أو يشعرون بوجود مشكلات في طريقة ممارستهم يمكن أن يشجع على المزيد من التأمل الداخلي وعلى نحو انتقادي كما يفسح المجال لمزيد من الصراحة والوضوح حول مواطن ضعف كل منهم. ويعتبر التمهيد للمناقشات الجماعية ضروريًا لضمان حدوث نقاش مفتوح ومرن (حيث لا توجد ملاحظات أو مشاعر "صحيحة" وأخرى "خاطئة") ، وكذلك للحصول على المشاركة الكاملة من الحضور جميعهم ، وللإبقاء على النقاش مركزًا ، ولإستخدام الزمن المحدود المتوفر بكفاءة وفعالية.

مواءمة استراتيجيات التنفيذ لمواجهة المعوقات التي تم تحديدها

بعد معرفة الفجوات بين الممارسة والأدلة وبعد تحديد أسباب تلك الفجوات فإنه لا توجد حلول سحرية لتقليل تلك الفجوات.^(٨) وتختلف أسباب عدم استناد الممارسة

إلى أفضل الأدلة الحالية من مشكلة طبية لأخرى، وحتى بالنسبة لنفس المشكلة فقد تختلف الأسباب من طبيب لآخر. ونتيجة لذلك فمن الضروري مواءمة استراتيجيات التنفيذ المستخدمة لمواجهة المعوقات التي تم تحديدها. وهناك أنواع مختلفة من التدخلات المتاحة والتي إذا تم استخدامها بصورة مناسبة يمكن أن تؤدي إلى تحسينات حقيقية في فعالية الخدمات الصحية وكفاءتها (مربع رقم ٨-٣). وهذه التدخلات تتضمن استخدام الوسائل التعليمية ذات التصميم الجيد، والاجتماعات، والزيارات الخارجية، وقادة الرأي، والتدخلات المتفق عليها مع المرضى، والتدقيق والتفتيش، والتعليقات والملاحظات، والوسائل التذكيرية، والتسويق، والإجماع، والعرف المحلي، والتدخلات ذات الجوانب المتعددة.^(٩) إن هذه التدخلات معقدة ويمكن أن تختلف من حيث محتواها ومصدرها ومن يتلقونها وتوقيتها وشكلها العام. ويتطلب تفسير نتائج تقييم هذه التدخلات إجراء نفاعات تزيل التعقيد بين الصفات المميزة للاختصاصيين المستهدفين، والتدخلات والسلوكيات المستهدفة وتصميم البحث. وتشير المراجعات المنهجية لآثار التدخلات التي تساعد المختصين في الرعاية الصحية في تحسين ممارستهم إلى أن هذه التدخلات كثيراً ما تكون فعالة إلا أنها ليست دائماً كذلك، وحتى التدخلات المعقدة نسبياً والمكثفة، كالزيارات الخارجية والاستعانة بقيادة الرأي المحليين، تأتي آثارها متوسطة فقط حيث يتراوح التحسن النسبي بين ٢٠ - ٥٠٪.^(١٠،١١)

مربع ٨-٣. أمثلة من التدخلات المستخدمة لتغيير سلوك الأطباء

التدخل	الوصف
طرق التعليم الطبي المستمر	توزيع التوصيات المنشورة أو المطبوعة والخاصة بالرعاية السريرية، ويشمل ذلك: المقالات، والكتب، وأشرطة الفيديو والمواد الإلكترونية.
المواد التعليمية	

مشاركة مقدمي الرعاية الصحية في المؤتمرات والمحاضرات وورش العمل.	المؤتمرات
مراجعة أداء مقدمي الرعاية الصحية خلال فترة زمنية معينة وتقديم هذه المعلومات إلى مقدمي الرعاية الصحية.	أساليب تأكيد الجودة التدقيق والتعليقات والملاحظات
أنظمة مصممة لتذكير الأطباء أو المرضى بالمعلومات / أو الإجراءات المطلوبة، وقد تكون يدوية أو بواسطة الكمبيوتر.	الوسائل التذكيرية
تطوير القواعد الإرشادية المحلية، أو قواعد الممارسة من خلال المشاركة ومناقشات المائدة المستديرة.	أساليب التأثير الاجتماعي الإجماع والعرف المحلي
الاستفادة من قادة الرأي المؤثرين والذين قد يغيرون من اتجاهات الآخرين ومواقفهم وسلوكياتهم من خلال كونهم قدوة تحتذى وكذلك قدرتهم على التأثير على الآخرين.	الاستفادة من قادة الرأي
التدخلات الهادفة إلى تغيير سلوك مقدمي الرعاية الصحية وذلك بتقديم المعلومات مباشرة إلى المرضى، كإرسال المنشورات إليهم بالبريد، أو، بإرشادهم ومشاورتهم وتبادل الرأي معهم.	التدخلات المتفق عليها مع المرضى
طريقة تعليمية خارجية لتقديم المعلومات إلى الممارسين بطريقة مماثلة للأنشطة التي يقوم بها مندوبو المبيعات في الشركات الدوائية لتسويق الأدوية.	الأساليب الاستهدافية الترويج الأكاديمي
استخدام المناقشات الجماعية (مجموعات التركيز)، أو المقابلات الشخصية، أو أسلوب المراقبة والملاحظة أو استطلاع آراء مقدمي الرعاية المستهدفين للتعرف على المعوقات التي تحول دون تغيير سلوكهم والتصدي لها.	التدخلات المصممة لتلائم الاحتياجات

وفي الوقت الراهن تعوزنا الأدلة الكافية لتقديم قواعد إرشادية دقيقة عن كيفية تصميم استراتيجية التنفيذ. وبالرغم من أن الهياكل النظرية قد تكون مفيدة في توجيه

القرارات المتعلقة بأنواع الاستراتيجيات التي يمكن تطبيقها، فإن هناك نقصاً في الأدلة التجريبية لدعم أي نظرية معينة عن كيفية تغيير الممارسة المهنية ولا توجد أسس واضحة المعالم تشير إلى أن أيًا من التدخلات أكثر فعالية في تغيير أي من المعوقات. إن موازنة استراتيجيات التنفيذ تتطلب إبداعاً إضافة إلى تفهم المعوقات الرئيسة التي لابد من تغييرها (مربع رقم ٨-٤). فعلى سبيل المثال، قام أفرون وسورنراي Avron and Sourmerai بتحديد ثلاثة أمور هامة تقف عائقاً أمام الحد من الاستخدام غير الصحيح لموسعات الأوعية الدموية vasodilators بالنسبة للمصابين بداء الأوعية المحيطية peripheral vascular disease.^(١٢) لم يرغب الأطباء في أن يعترفوا للمرضى بأنهم قد وصفوا لهم أدوية غير فعالة وذلك لشعورهم بخطورة أن يقاضيه الممرض على ذلك أو بأن ذلك يمكن أن يؤثر على علاقتهم بالمرضى. وشعر الأطباء بأن المرضى أرادوا أن يحصلوا على وصفات طبية مكتوبة. ولم يشعر الأطباء بأنهم قادرين على وصف الرياضة، وهي علاج فعال. ولمواجهة هذه المعوقات فقد تم تزويد الأطباء بطريقة إيجابية يمكن بواسطتها أن يشرحوا للمرضى لماذا تم إيقاف العلاج (بتوضيح أن ذلك نتج عن جهودهم في مواكبة المستجدات الطبية ورغبتهم في تحسين نوعية العلاج المقدم لهم). كما تم إعطاؤهم مجموعة وصفات جاهزة للعلاج بالرياضة، وبالتالي أصبح بالإمكان إعطاء المريض وصفة طبية وفي الوقت نفسه أصبح من السهل تزويده بوصفة مناسبة للرياضة.

مربع رقم ٨-٤. موازنة إستراتيجيات التنفيذ لمواجهة المعوقات التي تم تحديدها

أمثلة للمعوقات التي تم تحديدها	إستراتيجيات التنفيذ المصممة لتلائم الاحتياجات
الإفراط في طلب الأشعة لإصابات الكاحل	إن إستراتيجية التنفيذ الملائمة لتقليل اللجوء دون داع للأشعة للكاحل قد تشمل تزويد الأطباء بالمعلومات المناسبة للمرضى فيما يتعلق بدواعي طلب الأشعة في إصابات الكاحل مع تزويدهم كذلك بالبيانات والآراء
قد يرجع إلى توقعات المرضى وشعور الأطباء الخاطئ بأنهم يجعلون أنفسهم عرضة لشكاوى سوء الممارسة فيما بعد.	

القانونية لطمأنة الأطباء بأنهم ليسوا عرضة لشكاوى سوء الممارسة.

إن استراتيجية التنفيذ الملائمة لتشجيع التقصي والإرشاد والمشاورة في الأمر بالنسبة للإفراط في تناول الكحوليات قد تشمل ورش العمل مع التدريب باستخدام تمثيل الأدوار role play ومناقشة الحالات، وكذلك الاستراتيجيات البسيطة التي تقلل من الوقت المطلوب من الأطباء لتقديم الإرشاد والمشاورة في الأمر وذلك بتوفير المعلومات المناسبة عن المريض وباستخدام موظفين آخرين على سبيل المثال).

إن استراتيجية التنفيذ الملائمة للتقليل من وصف الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات والباهظة الثمن دون داع قد تشمل القيام "بالترويج المعاكس" (زيارات خارجية)، وتوفير المعلومات حول التكاليف والفعالية المقارنة للأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات، وإعطاء وصفات طبية مكتوبة للأدوية البديلة الأقل تكلفة، وتوفير المعلومات المناسبة للمرضى والنصح حول كيفية زيادة تأثير الغفل (التأثير الوهمي) عند وصف الأدوية الجنيسة والأقل تكلفة (كأن تحلى بالإيجابية مثلاً)، والتعليقات والملاحظات عن الموارد التي تم ادخالها من خلال استخدام بدائل أقل تكلفة ومكافئة في فعاليتها (أو الخسارة المالية الناتجة عن تضييع الفرص وذلك بالاستمرار في استعمال الأدوية المكلفة دون داع: تكلفة الفرصة البديلة). يمكن برمجة كل المعلومات عن البدائل اللاستيرويدية المضادة للالتهابات، والوصفات النموذجية، ومعلومات المرضى ومن ثم توفيرها من خلال أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية.

إن إستراتيجية التنفيذ الملائمة لتحسين معالجة الصداع وتقليل الإحالة دون داع من قبل أطباء الرعاية الأولية،

عدم تقديم الإرشاد والمشاورة في الأمر بالنسبة للإفراط في تناول الكحوليات قد ينتج عن قلة الدراية بمدى فعالية هذه الأساليب، والعقبات المالية أو التنظيمية التي تحد من الوقت المتاح للتعرف على هؤلاء المرضى وإرشادهم ومشاورتهم في الأمر، وعدم الإحساس بالكفاءة للقيام بذلك.

إن الإفراط في تناول الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات (NSAIDs) وهي باهظة الثمن بينما توجد هناك أدوية بديلة أقل منها تكلفة ومساوية لها في الفعالية ومأمونة الجانب قد يرجع إلى الدعاية لها من قبل شركات الأدوية، نقص المعرفة أو معلومات خاطئة عن الأدلة على فعالية الخيارات المتاحة وتكلفتها، عدم التنبه إلى أنماط الممارسة الشخصية أو غياب التعليقات والملاحظات حول ذلك، وآثار هذه الأنماط الشخصية في الممارسة على جودة الرعاية الصحية واستخدام الموارد.

قد يطلب أطباء الرعاية الأولية أشعة مقطعية أو يقومون بإحالة المرضى الذين يعانون من

الصداع دون داع نظراً للعقبات المالية التي تحد من قضاء الوقت الكافي للتعرف على التاريخ المرضي بالتفصيل وإرشاد المرضى ومشاورتهم، الضغوط من قبل المرضى، الشعور بأنهم عرضة لشكاوى سوء الممارسة، والشك أثناء الممارسة، وعدم الشعور بالكفاءة، والإجبار على "فعل عمل ما"، والإخفاق في مواكبة الجديد في مجال العلاج، مثل استخدام دواء سوماتريبتان sumatriptan لعلاج الشقيقة للمرضى.

إن التدخل المناسب للتغلب على هذه المعوقات قد يكون بإرسال مجموعة بسيطة من الأسئلة (وعددتها ستة) للمرضى برئدياً، حيث تقوم الأسئلة بوصف احتمال خطر الإصابة بالداء القلبي التاجي لديهم، ويتم إخطار المرضى بأن أولئك اللذين يسجلون قراءات عليا (أعلى من الحد المستخدم) يجب أن يتم فحصهم لزيادة كوليسترول الدم، أما اللذين يسجلون قراءات منخفضة فليسوا بحاجة إلى فحص.

يتم تقصي الارتفاع في مستوى الكوليسترول في الدم لدى المرضى الذين تكون احتمالات الخطر لديهم وكذلك احتمالات الاستفادة من التقصي ضئيلة، بينما قد لا يتم تقصي الكوليسترول لدى المرضى اللذين تكون احتمالات الخطر لديهم مرتفعة وكذلك احتمال أن يستفيدوا من التقصي. وقد يرجع ذلك إلى توقعات المرضى وإخفاق الأطباء في تذكير فحص المرضى الأكثر خطورة، ولتردد الأطباء في عدم تقصي المرضى الأقل خطورة والذين يطالبون بالفحص، ولمعايير المحلية للممارسة، وقادة الرأي، والتدريب الطبي، والدعاية.

تقييم إستراتيجيات التنفيذ

من المرجح أن تكون التغيرات الحاصلة في سلوك الممارسة متوسطة ومعتدلة في أفضل الحالات. وقد يكون التحيز في تقييم آثار إستراتيجيات التنفيذ بحجم الآثار التي يتم قياسها أو أكبر منها. وعليه فإنه من الضروري استخدام أساليب دقيقة جداً

وصارمة لتقييم فعالية استراتيجيات التنفيذ (مربع رقم ٨-٥). ومن المرجح أن تقوم التجارب المعشاة (العشوائية) المضبوطة بالشواهد بتقديم أفضل الأدلة المستخدمة على فعالية الإستراتيجيات التنفيذية.

عند تقييم القواعد الإرشادية الخاصة بالتجارب المعشاة البسيطة (على المرضى) فهناك خطر أن يكون العلاج المقدم للمرضى في المجموعة الشاهدة متأثرًا بمعرفة الأطباء بالقواعد الإرشادية، وتكون النتيجة أن يخفض التقييم من قياس التأثير الحقيقي.^(١٣) وفي الدراسات التي يتم فيها توزيع الأطباء أو (المستشفيات) عشوائيًا ضمن المجموعة التي تتلقى الإجراء أو التدخل أو ضمن المجموعة الشاهدة، قد يخضع الأطباء المختارون عشوائيًا في مجموعة القواعد الإرشادية لتأثيرات هوثورن Hawthorne effects (أي الآثار الإيجابية أو المفيدة في الأداء والنتيجة عن المشاركة في البحث)^(١٤) على نحو أشد من أطباء المجموعة الشاهدة، والنتيجة أن التقييم قد يكون مغاليًا في تقدير التأثيرات الحقيقية للقواعد الإرشادية.

وقد يكون تصميم التجارب التعابرية^(١٥) وهي التي يكون فيها الأطباء مجموعات شاهدة لأنفسهم ويتلقون تدخلات مختلفة بترتيب عشوائي تصميمًا قويًا. إلا أنه وبسبب احتمال أن يكون هناك "تلوث" خلال الفترات الزمنية نظرًا للآثار التعليمية (مثلًا)، فإن التقييم قد يقلل من مقدار التأثير الناتج عن التطبيق.

ويعد التصميم الزمري المتوازن تصميمًا جذابًا لتقييم استراتيجيات التنفيذ وهي التي يقوم فيها كل مختص مشارك في الرعاية الصحية بتجربة استراتيجية تنفيذ (لواحدة أو أكثر من المشكلات السريرية) وكذلك تقييم الوضع الحالي (لواحدة أو أكثر من المشكلات السريرية الأخرى) في الوقت نفسه.^(١٦) إن تصاميم كهذه، حيث يتم توزيع

الاختصاصيين في المجال الصحي عشوائياً إما بصورة فردية أو جماعية، من المرجح أن توفر أفضل الأدلة التي يعول عليها.^(١٧)

مربع رقم ٨-٥. تقييم إستراتيجيات التنفيذ أنواع التقييم	الأمثلة
التجارب المعشاة المضبوطة بالشواهد حيث تم توزيع المرضى عشوائياً	قد تكون تعشية المرضى مناسبة بالنسبة لإستراتيجيات التنفيذ عندما يكون الأثر التعليمي أو الممتد مستبعداً، مثل إرسال النصائح المتعلقة بفحص الكولسترول إلى المرضى بريدياً. إلا أنه في معظم إستراتيجيات التنفيذ، وعندما يتم توزيع المرضى عشوائياً بحيث يرى الطبيب الواحد مرضى من كلا المجموعتين، التجريبية والشاهدة، من المرجح أن تكون التجارب المعشاة المضبوطة بالشواهد "ملوثة" contaminated وتؤدي إلى الاستهانة بآثار الاستراتيجية.
التجارب المعشاة المضبوطة بالشواهد حيث تم توزيع موفري الخدمات الصحية عشوائياً	حينما يتم توزيع الأطباء عشوائياً، مثلاً في تجربة لإستراتيجيات تحسين التقصي والمشاورة في الأمر بشأن الإفراط في تناول الكحوليات، فإن ذلك أيضاً عرضةً للتلوث إذا كان بعض الأطباء من كلتا المجموعتين (التجريبية والشاهدة) يعملون في نفس المركز. وقد تكون هذه المشكلة أصغر إذا كان من المستبعد أن ينتقل التأثير من طبيب لآخر؛ مثلاً، بالنسبة للتدريب على مهارات القيام بإجراء ما مثل تنظير المستقيم. ومن المهم عندما تتم تعشية الأطباء بدلاً من المرضى أن يؤخذ ذلك في الحسبان أثناء التحليل لتفادي حدوث أخطاء في وحدة التحليل.
تجارب معشاة مضبوطة بالشواهد حيث تم توزيع مجموعات من موفري الخدمات الصحية عشوائياً	إن تعشية مجموعات من موفري الخدمات الصحية، مثل المراكز الصحية، أو المستشفيات أو المجتمعات يقلل من خطر التلوث ولكنه يضعف أيضاً من قوة التقييم ويضعف من خطورة أن يؤدي متغير مسبب للالتباس confounder (مثل وجود طبيب من ذوي النفوذ في إحدى المجموعتين) إلى إحداث تحيز في النتائج (رغم التعشية) إذا كان عدد الوحدات المعشاة قليلاً جداً. وعلى سبيل المثال، في دراسة لإحدى المؤسسات قد تتم تعشية المرضى لجناح (أو مركز) أو لآخر ولا توجد في هذه الدراسة سوى مؤسستين فقط. سيكون لهذه الدراسة، في الواقع، وحدتا تحليل فقط. ورغم أنها كانت معشاة، فقد يكون

من الصعب فصل تأثير الأطباء في كلا المؤسستين في حد ذاتهم عن تأثير التدخل (على سبيل المثال، التدقيق والتعليقات والملاحظات للتقليل من استعمال الفحوصات المخبرية أو الإشعاعية دون داع).

وكما في التجارب المعشاة المضبوطة بالشواهد حينما تتم تعشية المرضى، وبالنسبة لإستراتيجيات التنفيذ حيث يكون من المستبعد أن يكون هناك تأثير تعليمي أو ممتد، كما في المقارنة بين تقدير جرعات الدواء بمساعدة الكمبيوتر وتقدير الجرعات بدون مساعدة الكمبيوتر، فإن التجارب التعابرية قد تكون مناسبة وتزيد من قوة الدراسة. ولكن بالنسبة لمعظم إستراتيجيات التنفيذ فمن المرجح أن يكون هناك "تأثير للترتيب" في التجربة التعابرية إذا كان التدخل فعالاً مما يجعل تفسير النتائج أمر صعباً.

لهذه الدراسة إيجابيات التجارب المعشاة المضبوطة بالشواهد عندما يتم توزيع المجموعات عشوائياً (بافتراض أن تعشية المجموعات هي المستخدمة هنا) وفي الوقت ذاته تقلل من إمكانية وجود "تأثير هوثورن" Hawthorne (انظر صفحة ١٦٩). فعلى سبيل المثال، يمكن توزيع الأطباء عشوائياً فيكونون ضمن المجموعة التي تتدرب في مجال الصداع أو آلام أسفل الظهر ويكونون ضمن المجموعة الشاهدة لمشكلة سريرية أخرى.

إن الدراسات القبلية والبعديّة، كتدوين توفير الخدمات الوقائية مثلاً قبل القيام بتدخل ما وبعده كما في استخدام النماذج المنتظمة في ملفات المرضى، هي دراسات شائعة بشكل عام ويسهل إجراؤها، إلا أنها عرضة للتحيز بدرجة كبيرة جداً، وحيث أنه لا يوجد ضابط للمتغيرات التي من المحتمل أن تسبب التباين، خاصة تلك التغيرات التي تحدث مع مرور الوقت بصرف النظر عن القيام بالتدخل (أيضاً تلك التغيرات المرتبطة بالتدخل مثل كيفية تدوين البيانات)، فإن هذه الدراسات غالباً ما يصعب أو يستحيل تفسيرها. وفي الواقع، فإن حجم التحيز على الأغلب هو بحجم التغيرات المتوقع حدوثها في الممارسة أو ربما أكبر منها. ويشكل عام، فإنه من المرجح أن تبالغ الدراسات القبلية والبعديّة في تقدير الفعالية، ولكن لا يمكن بالتأكيد معرفة حجم التحيز أو حتى اتجاهه.

رغم أن للتحليل التسلسلي الزمنية المتقطعة بعض أوجه

التجارب التعابرية cross-over

التصميم الزمني block المتوازن

الدراسة القبلية والبعديّة - before
after

التحليل التسلسلي الزمني المتقطع

القصور ذاتها التي تتسم بها الدراسات القبلية والبعدية، فإنه من الممكن في ظروف معينة أن تقوم بتوفير بيانات يعول عليها إذا تم إجراء الدراسة على نطاق واسع، على سبيل المثال، قياس آثار نشر القواعد الإرشادية للممارسة السريرية على مستوى الدولة، حينما تتوفر البيانات التي يتم جمعها بشكل روتيني (كما في معدلات العمليات القيصرية مثلاً)^(١٨) والتي تعكس حقيقة ما يحدث في الواقع.

إن الدراسات القبلية والبعدية والتي تضم حالات شاهدة لم يتم توزيعها عشوائياً وتقرن التغير في السلوك المستهدف مع المجموعة الشاهدة بالنسبة لأنشطة قام بها أطباء مجموعة الدراسة ولكنها ليست متعلقة بالقواعد الإرشادية^(١٨) قد توفر نتائج مفيدة رغم أنها أقل معولية. إن الدراسات القبلية والبعدية والمضبوطة ببيانات واردة من جهات أخرى هي الأكثر قوة robust إذا كان هناك تشابه بين الخصائص الأساسية والأداء في المواقع الشاهدة ومواقع الدراسة، وإذا تزامن جمع البيانات في مواقع الدراسة والمواقع الشاهدة خلال مرحلتي الدراسة كلتيهما. أما التصميم البسيطة للدراسات القبلية والبعدية غير العشوائية فلا يمكن أن يعول عليها حيث أن النزعات الوقتية secular أو التغيرات المفاجئة تجعل إسناد التغيرات الملحوظة إلى التدخل أو الإجراء أمراً مستحيلاً.^(١٧)

يمكن استخدام التحليل التسلسلية الزمنية المتقطعة لتحليل البيانات القبلية والبعدية في محاولة الكشف عما إذا كان للتدخل تأثير يعتد به أقوى من النزعة الأساسية.^(١٩) ويمكن أن تكون مثل هذه التحليل مفيدة خاصة عندما يكون التوزيع على نحو عشوائي غير عملي، شريطة أن تتوفر هناك بيانات يعول عليها لإجراء القياسات الموضوعية للممارسة أو لنتائج الرعاية الصحية، وأن يكون التدخل مستقلاً عن التغييرات الأخرى، وأن يتم جمع البيانات بنفس الطريقة قبل التدخل وبعده،

وأن يتم استخدام الاختبارات الرسمية للزرعة مع عدد كاف من نقاط البيانات (١٢) نقطة على الأقل) قبل التدخل وبعده.^(٩)

الحاجة إلى التعاون

أخذت القواعد الإرشادية الواضحة للممارسة في الازدياد بشكل مثير للاهتمام خلال العشرين سنة الماضية. وقد تم تنظيم هذه الجهود وفقاً لمختلف قواعد الخدمة الصحية والتي تشمل ضمان الجودة، وإدارة الجودة الشاملة، والتحسين المستمر للجودة، وتقييم التقنية، وإدارة النتائج، والتدقيق والتعليم الطبي المستمر. وقد كان لجميع هذه الجهود أهداف متشابهة إلى حد كبير. وطالما أن القواعد الإرشادية صحيحة، أيًا كان اسمها، فإن الزيادة في الجهود المبذولة في إعدادها ستسهم بشكل بارز في تحسين نوعية الرعاية، إلا أن هناك مشاكل محتملة: أولاً، تختلف طرق إعداد القواعد الإرشادية اختلافاً كبيراً ولعل مدى استنادها إلى الأدلة العلمية المتوفرة أمر غير محقق. ثانياً، قد تؤدي التوصيات المتضاربة الموضوعية من قبل مجموعات مختلفة إلى الإرباك، وازدياد الحالة سوءاً، وعدم الثقة بشكل عام في القواعد الإرشادية، وضعف الروح المعنوية والعدمية nihilism*. أضف إلى ذلك، أنه بالرغم من أن الإعداد المنفصل لقواعد إرشادية متوافقة فيما بينها وبعيدة عن التناقض قد يعد أمراً مطمئناً، فإن ذلك قد يمثل أيضاً تكراراً للجهود وتبديداً للموارد دون داع. ثالثاً، أن النمط العام لإعداد القواعد الإرشادية قد لا يعكس بصورة كافية أولويات الرعاية الصحية الأولية ككل، ومن المرجح أن هناك مجالات هامة يعوزها إعداد القواعد الإرشادية. رابعاً، أن الوفرة في القواعد الإرشادية قد تربك الأطباء وتؤثر عكسياً على نشر القواعد الإرشادية

* الاعتقاد بعدم وجود معنى ولا قيمة لأي شيء (المترجمة).

واستخدامها. لم تقم معظم المنظمات المصدرة للقواعد الإرشادية بتوجيه اهتمام كاف بوضعها موضع التنفيذ. ومن المستبعد أن يؤدي مجرد إصدار القاعدة الإرشادية إلى تحسين الممارسة وإفادة المرضى إذا لم يتم اتخاذ خطوات عملية وفعالة للتأكيد على الاستخدام المناسب للقواعد الإرشادية.^(٨٠١٠٠٢٠)

يعتبر التعاون وتنسيق الجهود لوضع القواعد الإرشادية الخاصة بالممارسة الطبية المستندة إلى الأدلة أمراً أساسياً،^(٢١) فليس من المعقول أن نتوقع أن يقوم الأطباء واختصاصيو الرعاية الصحية بإدارة المعلومات العلمية وبمراقبة الجودة على نحو مستقل.^(٢١٠٢٢) وليس بمقدور أي طبيب بمفرده أن يقوم بشكل مستقل بالوصول إلى جميع المعلومات العلمية التي يحتاجها، وبقياس أدائه، ومن ثم بتصميم الاستراتيجيات لتحسين أدائه عندما يكون دون المستوى المطلوب وبتقييمها. فالأطباء يفتقرون إلى الوقت، والموارد، وكثير من المهارات اللازمة لهذه الأعمال. وحتى إذا استطاعوا القيام بهذه الأعمال على نحو مستقل فقد يكون هناك كم هائل من الازدواجية في الجهود دون داع وعدم كفاية في هذا الأسلوب. هناك حاجة واضحة إلى برامج منظمة لمساعدة الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين، والمستفيدين وغيرهم في إدارة المعلومات العلمية وتطبيقها عملياً. ويجب أن تشمل مثل هذه البرامج ما يلي:

لجنة استشارية

وفقاً لنظرية انتشار التجديد والإبداع ونموذج التأثيرات الاجتماعية لتغيير السلوك فإن قادة الرأي يقومون بنقل الأعراف ويجعل أنفسهم نموذجاً للسلوك القويم. ومن المحتمل أن يؤدي إشراكهم في البرامج التي تضع الرعاية المبنية على الأدلة موضع التنفيذ إلى إحداث تغيير في أداء مقدمي الرعاية الصحية.^(٢١٠٢٣) وقد يكون تشكيل لجنة

استشارية مكونة إلى حد ما من قادة الرأي في الرعاية الأولية خطوة أولى نحو تنظيم برنامج لتطبيق الرعاية الصحية المستندة إلى الأدلة.

وهناك قدر كبير من التفاوت في إمكانية تحديد قادة الرأي وفي إمكانية أن يقوموا بالتأثير في الممارسة بين المجتمعات، وبين الأطباء أنفسهم ضمن هذه المجتمعات، وبين المشكلات السريرية بالنسبة لنفس الطبيب.^(٢٦) ومع ذلك، فقد يكون من الممكن من خلال الدراسات المسحية و"التكاثر" السريع snowballing أن يتم تحديد الأعضاء المحتملين في المجموعة الاستشارية في منطقة ما أو على المستوى الوطني من الذين تتوفر لديهم الصفات المنشودة في أعضاء المجموعة الاستشارية وفي نفس الوقت لديهم الصفات التي تعتبر هامة بالنسبة لقادة الرأي.^(٢٦) ويمكن أن تساعد اللجنة الاستشارية في وضع الأولويات، وإعداد القواعد الإرشادية، وتصميم إستراتيجيات التنفيذ. وإذا كان أعضاء اللجنة الاستشارية من قادة الرأي فيمكنهم أيضاً أن يكونوا عناصر في بعض الاستراتيجيات التنفيذية باعتبار أنهم من "ذوي النفوذ" التعليمي.

استقطاب المشاركين في توفير الرعاية

لابد من النظر في كيفية مشاركة الأطباء في أي برنامج لوضع الرعاية المستندة على الأدلة موضع التنفيذ. إن الاستقلالية في الممارسة شيء له قيمة كبيرة لدى العديد من الأطباء، حتى إن كانت هذه الاستقلالية تعني حق تقديم الرعاية التي تتناقض مع أفضل الأدلة. أضف إلى ذلك، أن كثيراً من الأطباء يرتابون في الجهود المنظمة لتحسين ممارستهم ولهم أسبابهم التي تبرر ذلك في أغلب الأحيان.^(٢٧) إن تشكيل لجنة استشارية من الأقران الذين هم موضع احترام زملائهم (قادة الرأي) يمكن أن تساعد في تأسيس جهود تعاونية. أما الإستراتيجيات الأخرى التي يمكن استعمالها فتشمل البدء بالزملاء

المتحمسين، ووضع أهداف محددة توضح صلة البرنامج بالأطباء وأهميته بالنسبة لهم، مع ضمان أن البرنامج معد جيداً وأن المشاركين لن يضيعوا وقتهم الثمين، دون جدوى، وإيجاد جو يوحى بالطمأنينة وخال من الشعور بالتهديد، وضمن الاحترام والتقدير لكل طبيب في حد ذاته والتأكيد على الخصوصية والسرية.

وضع الأولويات

يتوقف تقديم الرعاية الصحية على مدى توفر الموارد. وبالتالي لابد من اختيار الأولويات، سواء تم ذلك بصورة صريحة أو ضمنية. وينطبق هذا على القرارات المتعلقة ببرامج تحسين جودة الرعاية وكذلك القرارات التي تدور حول أي نوع من الرعاية يتم تقديمه ولن يقدم. ويمكن أن تعمل المعايير والخطوات الواضحة لوضع الأولويات على منع التحيز، والحد من القرارات غير المدروسة وكذلك الاختلاف في الرأي. ومن المعايير التي يمكن استخدامها لتحديد المشكلات السريرية المستهدفة واختبارها تواتر المشكلة، وخطورة المشكلة، وتوفر الأدلة للإرشاد حول الكيفية التي يجب أن تتم بها معالجة المشكلة، وتوفر المؤشرات لقياس الممارسة والعلامات الدالة على التفاوت والاختلاف في الكيفية التي تتم بها معالجة المشكلة القائمة^(٧٧). ويمكن استخدام البيانات الموجودة والمتوفرة مع ما يرد من قبل اللجنة الاستشارية من معلومات في وضع الأولويات. إن مسار وضع الأولويات يمكن تصميمه ليكون ملائماً ومعتمداً بشدة على خبرة الأعضاء في اللجنة الاستشارية (مربع رقم ٨-٦).

مربع رقم ٨-٦: أمثلة من معايير وضع الأولويات*	
المعايير	المنظمة
انتشار الحالة	معهد الطب بالولايات المتحدة
تكلفة التقنية	
الاختلاف في استعمال التقنية	
ذاتية (غير موضوعية)	
عبء المرض	
إمكانية تغيير النتائج الصحية	
إمكانية تغيير التكاليف	
إمكانية توضيح المسائل الأخلاقية، القانونية أو الاجتماعية	
تواتر الحالة	كلية أطباء الأسرة بكندا
خطورة العواقب الصحية	
أثر التدخل	
الفوائد الصحية الهامة والمحتملة	الكلية الأمريكية للأطباء
المخاطر المحتملة	
التطبيق المحتمل على نطاق واسع	
مدى اهتمام الأطباء	
الأثر المحتمل على مجموعة لا يستهان بها من السكان	الجمعية الطبية الأمريكية
الاختلاف والجدل المثار داخل مجتمع الأطباء	
توفر البيانات والمعطيات العلمية	
* معايير تقييم التقنية أو إعداد القواعد الإرشادية للممارسة السريرية.	

إعداد القواعد الإرشادية

إن العنصر الأساسي في القواعد الإرشادية للممارسة والتي تم إعدادها بصورة منهجية والمستندة إلى الأدلة هو وجود مراجعة منهجية للأدلة المقارنة المتوفرة. ومن المحتمل أن يتم الموافقة عليها (بالإجماع) إذا توفرت أدلة بحثية جيدة^(٣٠٢٨)، ويمكن

القول أنه من الخطورة بمكان محاولة الوصول إلى موافقة جماعية تتجاوز حدود الأدلة المتوفرة.^(٣١)

وحيث أن القيام بمراجعة منهجية قد يكون أكثر الجوانب التي تتطلب الجهد عند إعداد قاعدة إرشادية صحيحة، فلا بد من أن يؤخذ في الاعتبار استعمال المراجعات الموجودة حالياً وخصوصاً مراجعات "كوكرين".^(٣٢) وإذا لم تكن مراجعة "كوكرين" متوفرة فيجب الأخذ في الاعتبار إعداد مراجعة مثل مراجعة كوكرين. إن استعمال أو إعداد إحدى مراجعات كوكرين يمكن أن يساهم في تفادي ازدواجية الجهود التي لا داعي لها، ويضمن شمولية البحث عن أفضل الأدلة الحالية، ويضمن صحة المراجعة بطرق أخرى،^(٣٣) ويوفر آلية لتحديث المراجعة.

وكما ورد الذكر في بداية هذا الفصل، فإن المراجعة المنهجية للأدلة أمر أساسي ولكنه غير كافٍ لاتخاذ قرار منطقي حول كيفية معالجة مشكلة تتعلق بالرعاية الصحية؛ فالأنواع الأخرى من المعلومات والأحكام ضرورية أيضاً. ومن الممكن أن تساعد اللجنة الاستشارية في ضمان أن أنواع المعلومات الأخرى (عن الاحتياجات، والموارد، والخيارات) قد تم أخذها في الاعتبار وأن الأحكام التي يتم إصدارها للوصول إلى نتيجة هي أحكام سديدة بالنظر إلى سياق الرعاية الأولية والمحيط الذي سيتم فيه تنفيذ التوصيات التي تم إعدادها.

تقييم الممارسة الحالية

عندما يتم تحديد ما يجب عمله بناء على أفضل الأدلة الحالية، يصبح من الضروري تحديد ما إذا كانت الممارسة الحالية مبنية على الأدلة.^(٣٤) لا بد من استخدام المصادر الحالية للبيانات وخصوصاً المجالات الدورية المتوفرة عبر الكمبيوتر، وقواعد البيانات المركزية (الخاصة بطلب الفحوصات المخبرية مثلاً، أو وصف الدواء، أو

الإحالة) إلى أقصى حد ممكن. ومن الممكن أن يتم وضع طرق إضافية لجمع المعلومات عن الأداء واستخدامها بتكلفة قليلة؛ على سبيل المثال، استخدام صفات طبية أو نماذج طلب فحوصات من نسختين أو سجلات بسيطة تكون محفوظة لدى المختبرات، أو الصيدليات أو المستشفيات.

رسم إستراتيجيات التنفيذ

عندما تكون الممارسة دون المستوى المثالي وتصبح جهود تحسين الجودة ضرورية، فلا بد من تصميم إستراتيجيات معينة لتحسين الجودة بناءً على تقدير الأسباب الرئيسة لكون الرعاية دون المستوى المثالي، وذلك حسب ما سبق ذكره.

تقييم إستراتيجيات التنفيذ

من المتوقع أن تكون التغييرات المفاجئة في الممارسة نادرة. وفي أغلب الأحيان، تكون التغييرات معتدلة ومتوسطة في حداثتها في أحسن الحالات^(٨) ويكون التقييم الدقيق جداً مطلوباً لتحديد ما إذا كانت الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية فعالة أم لا. ويتم ذلك على نحو مثالي، فلا بد من توزيع المراكز الصحية المشاركة توزيعاً عشوائياً ليستقبل كل مركز إحدى إستراتيجيات التنفيذ أو ينضم إلى المجموعة الشاهدة. وعند تقييم كل إستراتيجية على حدة، فلا بد من أن يكون المركز المشارك هو وحدة التحليل. أما مقاييس النتائج الأساسية فترتكز على الأداء في المراكز المشاركة والذي يتم قياسه بشكل موضوعي ويجب أن يتم حساب أحجام العينات مع أخذ التعتد clustering في الاعتبار.^(٣٥)

تقييم البرنامج

تؤدي النماذج غير المنتظمة وغير التعاونية في الرعاية الأولية (وهي السائدة الآن في معظم أنحاء العالم) إلى حدوث فجوات هائلة بين الأدلة والممارسة، وإلى

الاستخدام غير الفعال للموارد، وإلى إلحاق الضرر. إن الحاجة إلى برامج لإنفاذ الرعاية المبنية على الأدلة تبدو واضحة، وترتكز العناصر الأساسية لهذه البرامج إلى حد بعيد على المنطق البسيط. ومع ذلك فإنه لا يمكن افتراض أن برامج كهذه تتسم بالفعالية والكفاية.

والتقييم المتواصل والدقيق جداً لفعالية استراتيجيات التنفيذ المستخدمة هو قاعدة صلبة لتقييم الفعالية الكلية لهذه البرامج. أضف إلى ذلك أن تقييم البرامج الهادفة إلى وضع الرعاية المستندة إلى الأدلة موضع التنفيذ يجب أن يشمل تحليلاً اقتصادياً لفعالية تكلفتها ككل، ولا بد من قياس رضا مقدم الخدمات ومتلقيها بالإضافة إلى الفعالية في تغيير الممارسة المهنية وتحسين نتائج الرعاية الصحية.

الاستعداد للبدء

في غياب البرنامج المنظم لتنفيذ الرعاية المستندة إلى الأدلة، ما الذي باستطاعة الأطباء كأفراد أن يفعلوه لتحسين استعمال الأدلة في ممارستهم؟ يجب أن تكون نقطة البداية لوضع الأدلة موضع التنفيذ هي التأمل والتفكير الانتقادي: الشعور بالضيق أثناء الاستشارة والشك وعدم التيقن وإدراك ذلك كله جيداً. ولسوء الحظ، يبدو أن العديد من الأطباء تنقصهم القدرة على ذلك أو أنهم يخفون من شعورهم بالضيق من عدم التيقن بتفادي التأمل والتفكير الانتقادي. أما بالنسبة لأولئك الأطباء الذين يعترفون بحاجتهم لتحسين استعمال الأدلة أثناء الممارسة، فقد تكون نقطة البداية السليمة هي تأسيس مجموعة صغيرة من الزملاء لتوفير منتدى صغير للمناقشة والمساندة في التأمل والتفكير الانتقادي والقيام بالخطوات العملية لتطبيق الأدلة: وضع الأولويات، وتحديد كيفية علاج الحالات السريرية، وقياس الأداء وتحسينه^(١٧) والخطوة التالية هي اكتساب مهارات التقييم الانتقادي وتطبيقها. وهناك مجموعة

متزايدة من الموارد المتوفرة للمساعدة في ذلك، وتشمل مواقع الإنترنت، وقواعد البيانات الإلكترونية، والمجلات العلمية المرتكزة على الأدلة والتي تجعل التوصل إلى أدلة عالية الجودة أكثر سهولة، وكذلك الإرشادات لمستخدمي المراجع الطبية والمنشورة في المجلات والكتب المرجعية (انظر الفصل الثالث). وللتأكد من وضع الأدلة موضع التنفيذ لابد من إعداد آليات بسيطة لمراقبة ما تم فعله عملياً. وللقيام بذلك على نحو فعال فإن السجلات الطبية المضبوطة بالكمبيوتر تعتبر هامة إذا لم تكن أساسية. وعلى الأطباء الذين لديهم سجلات طبية مخزنة في الكمبيوتر، أن يطلبوا من موردي البرامج التي يستخدمونها أن يوفر لهم الأدوات والوسائل إذا لم تكن متوفرة لديهم أصلاً وذلك لتمكينهم من تنفيذ عمليات التدقيق بسهولة^(٣٧) عندما يتم تحديد الفجوات بين ما يتم فعله وما يجب فعله بناء على الأدلة، يمكن بعدئذ أن تساعد مناقشة ذلك مع مجموعة صغيرة من الزملاء في تحديد أسباب هذه الفجوات، والعوائق التي تحول دون تقليصها، والاستراتيجيات اللازمة للتغلب على العوائق ووضع الأدلة قيد التنفيذ. وزيارة كل منهم للمراكز التي يعمل بها الآخرون يمكن أن تساعد إلى حد بعيد في تحديد المعوقات وتصميم استراتيجيات تنفيذية ملائمة جداً للوضع. وأخيراً وإغلاق هذه الحلقة وضمان أن التغييرات المطلوبة تم تحقيقها فعلاً، فإن ما يجري في الممارسة العملية بحاجة إلى المراجعة والرصد بعد تطبيق الأدلة (مربع رقم ٨-٧).

مربع رقم ٨-٧. الاستعداد للبدء

بالرغم من الحاجة إلى البرامج المنظمة لوضع الرعاية المستندة إلى الأدلة موضع التنفيذ، فإنه من الممكن أن تقوم المجموعات الصغيرة من الأطباء بتنفيذ التغييرات بأنفسهم. فعلى سبيل المثال، استطعنا من خلال مجموعتين كبيرتين من الأطباء تعملان في مركزين صحيين أكاديميين من وضع ما بين ٣٠ - ٤٠ من القواعد الإرشادية المرتكزة على الأدلة في كل عام، وقمنا بإجراء ١٥ - ٢٠ عملية تدقيق، ووضعنا استراتيجيات تنفيذ لعدد من المشكلات السريرية حيث وجدنا عدم تناسب بين نتائج التدقيق والقواعد الإرشادية المبنية

على الأدلة.

وقد قام بمعظم هذا العمل أطباء مقيمون (أطباء ينلقون التدريب التخصصي في مجال طب الأسرة) تحت إشراف أحد المؤلفين. قمنا بعقد الاجتماعات مرة واحدة أسبوعياً لمدة ساعة، ويتم التنسيق لهذه الاجتماعات على أساس دورات مدة كل منها شهران إلى ثلاثة أشهر. وفي أول اجتماع في كل دورة نقوم بتحديد المشكلات السريرية حيث تقتضي الحاجة وجود قواعد إرشادية للممارسة السريرية ونقوم بوضع الأولويات. ومن ثم يقوم الأطباء بالعمل بشكل ثنائي لتحديد الأدلة ذات الصلة الوثيقة بالمشكلة (ويفضل أن تكون قواعد إرشادية للممارسة السريرية متوفرة وتم إعدادها بشكل منهجي أو أن تكون مراجعات منهجية) ويقومون بتقييمها انتقادياً وعادة لا يستغرقون أكثر من ساعتين في إنجاز هذا العمل. وبعدئذ يتم تصوير أفضل الأدلة التي تم تحديدها وتوزيعها على كل فرد في المجموعة ومناقشتها. ويقوم كل اثنين من الأطباء المتدربين بإعداد قواعد إرشادية تركز على الأدلة وعلى المناقشة مستخدمين نماذج منتظمة.^(٣٦) ويتم عرضها بعدئذ ومناقشتها من قبل هيئة التدريس السريري.

وبالرغم من أن هذه الطريقة لا تسفر دائماً عن وضع قواعد إرشادية كافية نظراً لمحدودية الزمن والموارد المتاحة فإنها كثيراً ما تؤدي إلى تحديد توصيات واضحة مدعومة بأدلة جيدة. وفي كثير من الأحيان، عندما يقوم الأطباء المقيمون بإجراء عمليات تدقيق للملفات لمعرفة ما يتم فعلياً أثناء الممارسة، نجد أن هناك تناقضاً بين ما انتهينا إلى أنه يجب علينا عمله وما كنا نعمله أثناء الممارسة.^(٣٦،٣٧)

وباستخدام هذه الطريقة، تمكن الأطباء المقيمون بمجادة من إيجاد الأدلة المتعلقة بالمشكلات التي أثارها المجموعة وتقييمها انتقادياً، وفي كثير من الحالات استطعنا تحديد المعوقات المتوقعة لتحسين الممارسة ووضعنا استراتيجيات مناسبة للتغلب على هذه المعوقات. إلا أن الأطباء المقيمين وغيرهم في المراكز الصحية لم يجدوا وقتاً لتطبيق هذه المهارات خارج هذا الأسلوب المنظم ولم يتمكن عموماً من تنفيذ الاستراتيجيات التي قمنا بوضعها أو تقييمها. وهذه الأمور الأخيرة صعبة في أفضل الحالات في مركز واحد وهي تتطلب التعاون بين مجموعات متعددة من المراكز، كما هو موضح في المتن.

شكر وتقدير

تم إعداد هذا الفصل بمساعدة جزئية من صندوق تأكيد الجودة بالجمعية الطبية

النرويجية.

المراجع

1. Egger M, Smith GD, Altman DG. Eds. Systematic reviews in health care. Meta-analysis in context. London: BMJ Publishing Group, 2001.

2. Glasziou P, Irwig L. An evidence based approach to individualizing patient treatment. *BMJ* 1995; 311: 1356-9.
3. Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ* 1996; 1062-8.
4. Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ* 1991; 302: 1186-8.
5. Woodward CA, Rosser W. Effect of medico-legal liability on patterns of general and family practice in Canada. *Can Med Assoc J* 1989; 141: 291-9.
6. Eddy DM. Clinical policies and the quality of clinical practice. *N Engl J Med* 1982; 307: 343-7.
7. Oxman AD, Feightner JW, for the Evidence Based Care Resource Group. Evidence-based care. 2. Setting guidelines: how should we manage this problem? *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1417-23.
8. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995; 153: 1423-31.
9. Bero L, Grilli R, Grimshaw J, Oxman A, Zwarebstein M, Eds. Cochrane effective practice and organization of care module. In: Cochrane collaboration. Cochrane library. Oxford: update Software, 2000, 4.
10. Bero L, Grilli R, Grimshaw J, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-8.
11. Getting evidence into practice. *Effective health care* 1999; 5 (1): 1-16.
12. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational research outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *N Engl J Med* 1983; 24: 1457-63.
13. Morgan M, Studney DR, Barnett GO, et al. Computerised concurrent review of prenatal care. *QRB Qual Rev Bull* 1978; 4: 33-6.
14. Moser CA, Kalton G. Survey methods in social investigation (2nd edn). Aldershot: Gower, 1971.
15. Landgren FT, Harvey KJ, Mashford ML, et al. Changing antibiotic prescribing by educational marketing. *Med J Aust* 1988; 149: 595-9.
16. Norton PG, Dempsey LJ. Self-audit: its effect on quality of care. *J Fam Pract* 1985; 21: 280-91.
17. Effective Health Care. Implementing clinical guidelines. Can guidelines be used to improve clinical practice? Bulletin No 8. Leeds: University of Leeds, 1994.
18. De Vos Meiring P, Wells IP. The effect of radiology guidelines for general practitioners in Plymouth. *Clin Radiol* 1990; 42: 327-9.
19. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306-11.
20. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-22.

21. Oxman AD. Coordination of guidelines development. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 1285-8.
22. Williamson JW, German PS, German PS, Weiss R, Skinner EA, Bowes F. Health science information management and continuing education of physicians. *Am Intern Med* 1989; 110: 151-60.
23. Greer AL. The state of the art versus the state of the science: the diffusion of new medical technologies into practice. *Int J Tech Assess Health Care* 1988; 4: 5-26.
24. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change. *QRB Qual Rev Bull* 1992; 18: 413-22.
25. Lomas J, Enkin MW, Anderson GM, Harmah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines: delivery after previous caesarean section. *JAMA* 1991; 265: 2202-7.
26. Flottorp S, Oxman AD, Bjorndal A. The limits of leadership: opinion leaders in general practice. *J Health Serv Res Policy* 1998; 3: 197-202.
27. Oxman AD, MacDonald PJ, for the Evidence-Based Care Resource Group. Evidence based care. 1. Setting priorities: how important is this problem? *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1249-54.
28. Brook RH, Park RE, Winslow CM, et al. Diagnosis and treatment of coronary disease: comparison of doctors' attitudes in the USA and the UK. *Lancet* 1988; 1 (8588): 750-3.
29. Jacoby I. Evidence and consensus. *JAMA* 1988; 259: 3039.
30. Lomas J, Anderson G, Enkin M, Vayda E, Roberst R, MacKinnon B. The role of evidence in the consensus process: results from a Canadian consensus exercise. *JAMA* 1988; 259: 3001-5.
31. Williams C. The value of consensus. *Eur J Cancer* 1991; 27: 525-6.
32. Cochrane data base of systematic reviews. In: Cochrane collaboration. *Cochrane library*. Oxford. Update Software, 2000, 4.
33. Clarke M, Oxman AD, Eds. Improving and updating reviews. In: the *Cochrane reviewers' Handbook*, section 10. Cochrane Library. Oxford: update Software, 2000, 4.
34. Hutchison BG, Feightner JW, Lusk S, for the Evidence Based Care Resource Group. Evidence-based care. 3. Measuring performance: how are we managing this problem? *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1575-9.
35. Whiting-O'Keefe QE, Henke C, Simborg DW. Choosing the correct unit of analysis in medical care experiments. *Med Care* 1984; 22: 1101-14.
36. Oxman AD, Davis DA, for the Evidence Based Care Resource Group. Evidence-based care. 4. Improving performance: how can we improve the way we manage this problem? *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1793-6.
37. Treweek S, Flottorp S, Oxman D. Improving the quality of primary care through tailored interventions and customizable Software linked to electronic medical records. *Health informatics J* 2000; 6: 212-18.