

إدخال الأدلة المستمدة من البحث العلمي

في الممارسة العملية

اندر وهينز وستفين روجرز

مقدمة

تعرف الثقافة culture بأنها "ذلك الكل المركب الذي يضم المعارف والمعتقدات والفنون والقيم الأخلاقية والقوانين والتقاليد والأعراف وأي قدرات أو إمكانات أو عادات أخرى".^(١)

والعملية التي تتم من خلالها الممارسة الطبية المستندة إلى الأدلة العلمية بالنسبة للعلاقة الفردية بين الطبيب والمريض - وهي عملية ذات خمس خطوات - مستمدة من تطبيق أساليب علم الوبائيات epidemiology على المشكلات السريرية.^(٢) وقد بدأ استخدام هذا الاتجاه في جامعة مكماستر بولاية أونتاريو الكندية حيث استخدم بصورة خاصة في الطب بالمستشفيات لعلاج المرضى كأفراد. إلا أن استخدام معلومات جديدة في العلاج قد يقتضي في كثير من الأحوال تغييراً في تنظيم الخدمات وتقديمها. وإذا كان الطب المستند إلى الأدلة العلمية هو "الاستخدام الصادق والصريح والحكيم لأفضل الأدلة السائدة في اتخاذ قرارات تتعلق برعاية المرضى كأفراد"، مع مصادر المعلومات

الخاصة به وفروضه ومسلماته وأساليبه ، فإن الممارسة المستندة إلى أدلة علمية تتطلب عندئذ المزيد من "الإمكانات والعادات" وذلك لترجمة المعلومات الجديدة إلى تحسينات في الخدمة. وتشتمل ثقافة الممارسة المستندة إلى أدلة علمية على تطبيق أفضل الأدلة في حل المشكلات السريرية من جهة وكذلك على التنفيذ الناجح للخدمات الجديدة لما فيه فائدة المجموعات المختلفة من المرضى من جهة أخرى.

وكثير من عناصر أسلوب الممارسة المستندة إلى أدلة علمية موجودة في الرعاية الصحية الأولية ، إلا أن هناك عوائق فكرية ونظرية وعملية يجب اجتيازها لوضع ثقافة مستمرة للممارسة المستندة إلى أدلة علمية في الرعاية الصحية الأولية.

إدخال العلوم والفنون في الممارسة العامة

اتسمت الممارسة العامة دائماً بالازدواجية في معالجتها للمسائل المعقدة الخاصة بالتعامل مع الأمراض والأدواء. ويجب وضع ثقافة للممارسة القائمة على الأدلة العلمية وذلك في إطار المنظومة النظرية والفكرية الأخرى التي تميز الممارسة العامة.^(٣) ولا يشمل ذلك منظومة العلوم الطبية البحتة فحسب بل وأيضاً الاتجاه التفسيري hermeneutic^(٤)، والرعاية التي تتخذ من المريض محوراً لها،^(٥) والرعاية التحسسية anticipatory والرعاية الصحية الأساسية التي تتخذ من السكان محوراً لها،^(٦) والرعاية الصحية الأولية الموجهة نحو المجتمع.^(٧) كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار الأدوار المتغيرة للممارسة العامة كإدخال تكليف المستشفيات بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية ، كما هو الحال الآن في المملكة المتحدة.

وهناك عدة عوامل تؤثر بشكل كبير على الممارسة العامة كمعتقدات المرضى وأفكارهم عن أسباب حالاتهم المرضية وأنسب علاج لها،^(٨) وتأثير الأسرة على السلوك ، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، وتصريحات المسؤولين وصناع القرار.

والحال نفسه بالنسبة لطب المستشفيات إلا أن الممارسين العامين قد يكونون أدرى من غيرهم بالآثار المترتبة على اختيار المريض وظروفه ووجود أمراض أخرى والقيود التي تفرضها زيادة الطلب على الخدمات الصحية حول ما إذا كان من الممكن تطبيق التوصيات الناتجة عن التجارب السريرية وغيرها من أنواع البحوث على المرضى. إن المبادرات التي لا تأخذ في الاعتبار تلك المؤثرات المختلفة على الممارسة العملية سيكون مصيرها حتماً الفشل في النهاية.

ويجب تناول مسألة احتمال حدوث تعارض في القيم مع الاتجاهات الإنسانية في الممارسة العامة.^(١٠) وتتم الإشارة إلى أدلة البحث العلمي بشكل أساسي في مجال الوقاية من الداء والتشخيص والتنبؤ بمآل المرض والعلاج والتأهيل، ولكن ذلك ليس سوى نوع معين من المعرفة المتاحة للاختصاصيين الصحيين.^(١١) وتركز الاتجاهات الإنسانية على الخبرة الشخصية والمتميزة للمريض وعلى ضرورة نظر العاملين في القطاع الصحي إلى الشخص ككل وإلى السبب وراء اللجوء إلى الاستشارة. إن فهم الخبرة الشخصية للمريض التي اكتسبها في حياته "سيرة حياته" مهم لتحديد المعالجة المناسبة للمرض - الخبرة الذاتية للفرد في حالة المرض. وليس هناك تعارض أساسي بين الاستخدام الناجح للبحوث المنشورة والاستفادة من قصة حياة المريض ورد الفعل الانفعالي والتلقائي للطبيب حيال ذلك. والممارس العام يحكم كونه "الحارس على المنطقة المشتركة بين المرض والداء"^(١٢) يجب أن يكون لديه الكفاءة للتعامل مع هاتين الحالتين. والواقع أن هناك ما يدل على أن الاتجاه أو الأسلوب الذي يتخذ من المريض محوراً له - والذي يستكشف الطبيب فيه تجربة المريض مع المرض والنتائج التي يعتبرها مهمة - قد يحسن من أسلوب الرعاية.^(١٤)

وفي السيناريو المبين بالمرجع رقم ١٢-١٣ ساعد الطبيب المريضة على تفهم أن الأعراض التي تشكو منها قد تكون مرتبطة بخبرتها وتجاربها في الحياة. وهذا التفسير -

وإن كان نُظر إليه على أنه مفيد - لم يكن كافيًا لإيقاف الأعراض بل جعلها تتقبل علاجًا سلوكيًا تتوفر أدلة عملية كثيرة على جدواه وفعاليتها.^(١٥) وقد يكون التفسير كافيًا في حد ذاته في حالات أخرى.

مربع رقم ١٢-١. دراسة حالة رقم ١

سيدة في الخامسة والثلاثين من عمرها وأم لطفلين عرضت نفسها على طبيب لأنها تشكو من خفقان متكرر، وقد سبق أن رأت مريضة أخرى في العيادة تشكو من نفس الحالة وأحيلت إلى اختصاصي القلب الذي قام بفحصها ولم يجد أسبابًا عضوية لذلك. وكانت نوبات خفقان القلب مصحوبة بقلق شديد وعرق ودوار، وظن الطبيب أنها مصابة باضطرابات الهلع panic. وفي محاولة لاستيضاح الأسباب الكامنة وراء الأعراض التي تشكو منها المريضة سألتها الطبيبة العام عن أي أحداث هامة في حياتها وقعت في الشهور القليلة من حياتها منذ أن شعرت بهذه الأعراض. ذكرت المريضة أن أمها عادت مؤخرًا للعيش في الخارج وأضافت قائلة "إنها أسي بالتبني". واتضح أن أمها "الحقيقية" ولدتها عندما كانت في الرابعة عشرة من عمرها وعرضتها للتبني بين سن الثانية والثالثة، ولا تزال تذكر هذا الفراق وقد مرت بصراعات أثناء فترة المراهقة، إلا أنها أصبحت ملتصقة بأمها بالتبني. وقال الطبيب للمريضة أن فراقها الأخير لأمها بالتبني ربما حرك من جديد بعض العواطف والأحاسيس التي انتابتها عندما فارقت أمها وهي في سن مبكرة. وقد وجدت المريضة صلة بين أعراض القلق والهلع الحالية التي تشكو منها وبين آلام الفراق التي سبق أن عانت منها. كما أوضح الطبيب أن الأعراض الجسدية التي تشكو منها لها علاقة بشعورها بالقلق الشديد. وقد بدت المريضة وكأنها قد اطمأنت، إلا أنها عندما ذهبت لمراجعة الطبيب لمتابعة حالتها بعد ثلاثة أسابيع كانت لا تزال تعاني من بعض حالات الهلع. وقد أشار الطبيب عليها بأن تتلقى علاجًا سلوكيًا معرفيًا cognitive behavioural therapy للتغلب على اضطرابات الهلع، وإلى أن يتم ذلك يمكن أن تتحسن حالتها بتعاطي محصرات البيت. وبعد مرور ثمانية أسابيع وإثر تلقيها العلاج على يد اختصاصي نفسي سريري أفادت بأن الأعراض قد تحسنت إلى درجة كبيرة وأنها تخلصت نهائيًا من حالات الهلع.

وأخيرًا يجب الاهتمام بكل من المرض والداء في البحوث الخاصة بالممارسة العامة، إذ أن عدم الاهتمام بذلك يزيد من التناقض الزائف بين الطب كعلم والطب كفن. وفي الممارسة العامة فإن كثيرًا من الأمراض التي يشكو منها المرضى للأطباء ليست متصلة مباشرة بأدواء يمكن السيطرة عليها بتدخلات طبية حيوية بحتة.^(١٦) وهذه

الملاحظة تؤكد الحاجة إلى توفير معلومات أفضل عن كيفية تحسين قنوات الاتصال بين المرضى والاختصاصيين الصحيين وعن الجدوى العلاجية للتدخلات النفسية والاجتماعية. إن إدخال نتائج البحوث النوعية في مجال الطب المستند إلى الأدلة العلمية سيلعب دوراً بارزاً في تخفيف القلق الحقيقي الناتج عن قلة تطبيق نتائج البحوث الوبائية أثناء الاستشارة في الممارسة العامة.^(١٨،١٧)

استخدام الأدلة في الاستشارة الطبية

يري بعض المراقبين المطلعين أن القيود الرئيسة التي تحد من الممارسة العامة المستندة إلى أدلة علمية هي قيود عملية.^(١٩) وليس من الممكن ولا من الضروري تطبيق مسار الخمس خطوات برمته على كافة المشكلات السريرية بالرغم من الأهمية الواضحة لضرورة فهم الأساس المنطقي لهذا التوجه.^(٢٠) إن طبيعة الأعراض اللامتمايزة في الرعاية الأولية وضرورة الاهتمام بالمرض وكذلك الداء لا تقتضي أن يكون أطباء الرعاية الأولية أقل شدة وصرامة ودقة من أطباء المستشفيات؛ بل على العكس يجب أن يستفيد أطباء الرعاية الأولية من عدد أكبر من نتائج البحوث يتناسب مع النطاق الواسع للمشكلات التي تقابلهم. وقد وضعت قائمة مراجعة لتحديد ما إذا كان الطبيب يمارس في عيادته أسلوباً مستنداً إلى الأدلة (مربع رقم ١٢-٢).^(١٧)

- مربع رقم ١٢-٢. هل ممارستك تستند إلى أدلة علمية؟ قائمة مراجعة نوعية تتعلق بالمقابلات مع المرضى كل على حدة
- ١ - هل حددت المشكلات السريرية والنفسية والاجتماعية وغيرها ووضعت أولويات لها، آخذًا في الاعتبار وجهة نظر المريض؟
 - ٢ - هل أجريت فحصًا دقيقًا وشاملاً للتأكد من احتمال وجود (أو عدم وجود) تضارب في التشخيص؟
 - ٣ - هل أخذت في الحسبان المشكلات الأخرى أو عوامل الخطورة؟
 - ٤ - هل بحثت عن أدلة ذات صلة قدر الإمكان - عند الحاجة - كالمراجعات المنهجية، والقواعد الإرشادية والتجارب السريرية وغيرها من المصادر؟
 - ٥ - هل قمت بتقييم مدى شمولية الأدلة وجودتها وقوتها وصلتها بعملك ووضعت كل ذلك في الاعتبار؟
 - ٦ - هل ذكرت للمريض مزايا وعيوب الخيارات المختلفة بطريقة بسيطة بحيث يفهما، وهل وضعت ما ينفع المريض في التوصيات النهائية؟

وربما يكون أكبر عائق يحول دون التطبيق الفعال للأدلة في الممارسة الطبية هو ذلك الكم الهائل من المعلومات المنشورة، مما يصل إلى أكثر من مليوني مقالة سنويًا.^(٢١) وقد يقضي معظم الممارسين العامين ما هو أقل بكثير من ساعتين كل أسبوع في قراءة المجلات الطبية،^(٢٢) في حين أنه من المفترض أن يحتاج الطبيب العام لتحديث معلوماته إلى قراءة ١٩ مقالة في اليوم و٣٦٥ يومًا في السنة.^(٢٣) وهذا يلقي عبئًا أكبر على عاتق الممارس العام. وتشير الدراسات التي بحثت في مصادر المعلومات التي يرجع إليها الممارسون العامون أنهم يعتمدون غالبًا على الزملاء، الكتب المرجعية، والمجلات العلمية^(٢٤). وكثير من المطبوعات والإصدارات التي يقبل الأطباء على قراءتها أكثر من غيرها هي مجلات طبية "شعبية" والتي لا تكون عادة محكمة. إن المعلومات الواردة في هذه المصادر المختلفة مستقاة في معظمها من البحوث، إلا أنها قبل أن تصل إلى الممارس العام تمر بعمليات ترشيح أو تصفية تتباين في نوعيتها وجودتها.

ومن أجل تحسين جودة المعلومات المبنية على بحوث علمية قام مركز الخدمات الصحية الوطنية للمراجعات والنشر في بريطانيا بإصدار عدد كبير من المراجعات المنهجية لعدة موضوعات بعضها وثيق الصلة بالرعاية الصحية الأولية،^(٢٤) كما أن مكتبة كوكرين أصبحت في متناول الكثيرين ويجري تنقيحها باستمرار لكي يستفيد منها الأطباء.^(٢٥)

وهناك عدة صعوبات في عملية الحصول على المعلومات المناسبة للرعاية الأولية المستمدة من نتائج البحوث. وعلى الرغم من التحسن في جودة هذه المعلومات وأسلوب عرضها، لا تزال هناك أوجه قصور متمثلة في عدم وجود مراجعات منهجية أو تجارب جيدة التصميم. ويرجع ذلك جزئياً إلى قلة المبالغ المخصصة للإنفاق على بحوث الرعاية الأولية، الأمر الذي أدى إلى الإهمال النسبي لبعض الحالات وتم إجراء بعض الدراسات في إطار المستشفى تتناول حالات شائعة يتم تدبيرها بشكل عام في الرعاية الأولية من خلال عينة منتقاة من المرضى قد لا تمثل بالضرورة أولئك المرضى الذين يتولى الممارسون العامون عادة علاجهم.^(٢٦) إن ندرة المعلومات المستقاة من نتائج البحوث العلمية تعبر جزئياً عن الجهد الكبير الواجب بذله في مراجعة ما يكتب من بحوث ذات صلة بالرعاية الأولية وذلك بشكل منهجي. وقد يكون التعرف على التجارب الجديدة في الممارسة العامة أمراً صعباً نظراً لكونها مبعثرة وموجودة بصورة متفرقة في المراجع العلمية ولا تقتصر على مجلات الممارسة العامة أو الرعاية الصحية الأولية.^(٢٧)

ويعتبر مندوبو شركات الأدوية من أهم مصادر المعلومات بالنسبة لعدد كبير من الممارسين العامين. وقد أظهرت دراسة أجراها زيجلر وزملاؤه. Ziegler et al بالولايات المتحدة عام ١٩٩٥ م أن واحداً من بين عشرة تصريحات أدلى بها مندوبو إحدى

الشركات كانت متناقضة مع المطبوعات التي تصدرها الشركة نفسها، وكانت التصريحات في كل مرة في صالح المنتج الذي يجري تسويقه.^(٢٨) ويجب أن يهتم الممارسون العامون بأربعة عوامل تدخل في إنتاج الدواء الذي يتم تسويقه وهي: سلامة الدواء، وقدرة المريض على تحمله وفعالته وسعره (STEP)، مع مقارنة الدواء الجديد قدر الإمكان مع أفضل دواء متوفر حالياً. وعليهم أن يجعلوا مندوبي شركات الأدوية يتعاونون معهم للتأكد من أن المعلومات المطلوبة معروفة أو الإقرار بعدم وجودها.^(٢٩)

ودون التهوين من شأن الإسهامات الحقيقية لشركات الأدوية في خدمة الصحة فإنه من الواضح أيضاً أنه من الممكن ظهور عدة مشكلات من الاعتماد الكلي على الدراسات التي تمولها شركات الأدوية في تقديم قيمة دواء معين.^(٣٠) إضافة إلى ذلك، يبدو أن هناك ارتباطاً بين الرعاية التي تقدمها شركة أدوية معينة وبين غياب التحكم في السجلات العلمية لوقائع الندوات والمجلات المجانية.^(٣١) وأخيراً، فعندما يحاول الذين يقومون بتحليل تلوية أو مراجعات منهجية الحصول على معلومات تفصيلية من شركات الأدوية فإن ذلك لا يكون مواتياً في كثير من الأحيان.^(٣٢)

وكثير من الممارسين العامين الآن يستخدمون الكمبيوتر في عملهم ومعظمهم لديهم إلمام بقاعدة بيانات ميدلاين. وهناك تزايد في عدد اختصاصيي المكتبات وأساتذة كليات الطب الذين يقومون بتعليم الممارسين العامين مهارات البحث عن المراجع، ويقوم بعض الأطباء العامين باتصالات إلكترونية من المراكز الصحية التي يعملون بها مما يجعل القيام بالبحث من خلال العيادة ممكناً (انظر الفصل الثالث). ويمكن الآن الاطلاع مجاناً على ما يضمه ميدلاين من معلومات وذلك من خلال بعض المؤسسات

* الأحراف الأولى من الكلمات: Safety, Tolerability, Effectiveness, Price (الترجمة).

والجمعيات المهنية، كما تظهر مصادر جديدة للمعلومات على الإنترنت بصفة منتظمة ومن بينها قواعد إرشادية وتقارير تستند إلى أدلة علمية، كما يمكن الحصول من خلال الإنترنت على قوائم بالمصادر وعلى الفرص التعليمية.

وقد أظهرت نتائج دراسات أجريت في الولايات المتحدة أن تعليم مهارات التقييم الانتقادي كفيل بتحسين عادات القراءة واستيعاب مفاهيم علم الوبائيات.^(٣٥،٣٣) ويجب ألا تقتصر هذه الدراسات على تصاميم البحوث الكمية فحسب بل تشمل أيضاً الطرق النوعية أو الكيفية. وقد قامت عدة مبادرات ترمي إلى زيادة قدرة الممارسين العامين على تحديد مدى صحة نتائج البحوث ومدى قابليتها للتطبيق، هذا على الرغم من أنه لا يوجد حتى الآن ما يدل على وجود صلة مباشرة لذلك مع الأداء الفعلي. وإدراكاً من الكلية الملكية للممارسين العامين بالمملكة المتحدة The Royal College of General Practitioners لأهمية هذه المهارات فإن الامتحان اللازم اجتيازه للانضمام إلى هذه الكلية يشمل على جزء يتعلق بقراءة البحوث والمقالات العلمية.^(٣٦) إلا أنه في أغلب الأحيان، يستخدم التقييم الانتقادي كوسيلة لإظهار عيوب البحوث والمقالات ولا يفيد بالضرورة في تعريف الممارس بكيفية الاستفادة من أدلة البحوث.^(٣٧) وفي حالة الممارسة العامة، فإن القضايا الخاصة بتعميم نتائج البحوث (الصدق الخارجي) ومدى إمكانية تطبيقها قد تكون لها نفس الدرجة من الأهمية كالصدق الداخلي. والتعميم هو مدى ملاءمة التطبيق في وضع وظروف معينة ولكن دون تحديد الظروف التي تكون أدلة البحوث فيها وثيقة الصلة. وتربط إمكانية التطبيق بين نتائج البحوث والظروف الخاصة لكل مريض في حد ذاته. وإمكانية التطبيق هامة جداً في الممارسة العامة حيث أنه من الناحية التاريخية قد أجريت دراسات كثيرة في نطاق المستشفى.^(٣٨) ورغم أن الانخفاض في الخطر النسبي الناتج عن تطبيق إجراء معين على المرضى في الممارسة العامة قد يكون شبيهاً بذلك الحاصل في المرضى الذين تم تجميعهم

من العيادات الخارجية بالمستشفى ، إلا أن العدد الذي ينبغي معالجته سيكون أكبر لأن احتمال الخطر المطلق لحدوث حالة سيئة في الممارسة العامة سيكون أقل ، وذلك لأن الأفراد الذي هم أكثر عرضة للخطر هم الذين تتم إحالتهم في الغالب إلى المستشفى.^(٣٩) وقد تحد صفات أخرى للمرضى ، مثل وجود أمراض أخرى co-morbidity ، من تطبيق إجراءات معينة.

ويري الكثيرون أن السؤال الذي يجب أن نوجهه لأنفسنا هو: "هل المرضى مختلفون كثيراً عن مرضاي لدرجة أنني لا أستطيع أن أطبق نتائج الدراسة في عيادتي؟"^(٤٠) وإذا استخدمنا المثال الخاص بتجارب التدخلات العلاجية نجد أن لمسألة مدى إمكانية التطبيق عدة جوانب :

- هل من المتوقع أن تكون الخطورة المطلقة لحدوث حالة سيئة نتيجة للمرض الذي يشكو هذا المريض منه مماثلة للمرضى المشار إليهم في الدراسة؟
- هل من المتوقع أن يكون الانخفاض النسبي في الخطورة نتيجة للعلاج مماثلاً؟
- هل هناك أمراض أخرى مصاحبة أو موانع من تعاطي الدواء مما قد يقلل من فائدة العلاج؟
- هل هناك عوامل اجتماعية أو ثقافية والتي قد تؤثر مثلاً على ملاءمة العلاج أو مدى تقبله؟
- ما رأي المريض وأسرته في مدى ملاءمة العلاج؟

من الواضح أن التزايد في توفر المعلومات وحماية المستهلك تنتقلان بمسار اتخاذ القرار بين الطبيب والمريض والذي كان يتسم بالأسلوب الأبوي في انتقال المعلومات إلى أسلوب الاختيار عن علم.^(٤١) وفي حالات أدواء القلب والأوعية الدموية توجد رسوم بيانية سهلة الاستخدام^(٤٢) وبرامج كمبيوتر^(٤٣) تساعد في حساب الخطورة المطلقة للحالات السيئة على مستوى الفرد بشكل سريع ، وكذلك الأعداد التي ينبغي

معالجتها لمجموعات من المرضى، مما يجعل الأطباء قادرين على إعطاء المرضى معلومات أكثر دقة عن مخاطر العلاج وفوائده مقارنة بما كان ممكناً في السابق. أضف إلى ذلك أن التقنيات التفاعلية يتم فحصها الآن كأدوات معينة على المشاركة في اتخاذ القرار. على سبيل المثال، أصبحت البرامج متعددة الوسائط والتفاعلية حول اختيار التدبير المناسب للمعالجة التعويضية بالهرمونات HRT وتضخم البروستاتا الحميد برامج رائجة بين المرضى والأطباء وأدت إلى المشاركة في اتخاذ القرارات.^(٤٥،٤٤) ويقوم باحثون آخرون بدراسات مبدئية مصغرة لبرامج تفاعلية يمكن التوصل إليها من خلال الإنترنت. وحيث أنها ستكون خاضعة للتقييم المناسب، فقد توفر هذه الأدوات المعينة على اتخاذ القرار مصدراً يدعم قرارات المرضى الذين يواجهون اختيارات صعبة تتعلق بالعلاج والرعاية الصحية ويتميز بفعالية تكلفته وبكونه عملياً.

ويجب بذل المزيد من الجهد لعرض الأدلة المستمدة من البحوث على المرضى بأسلوب سهل فهمه. ومن المبادرات التي تبذل في هذا الشأن في الوقت الراهن توزيع نشرات إعلامية عن الحمل والولادة من خلال مشروع القابلات لإدارة المعلومات والمصادر في المملكة المتحدة،^(٤٦) ولكن وللأسف، فإن الكثير من مصادر المعلومات المهياة للمرضى تقوم بحذف تفاصيل مهمة، وتحقق في إعطاء صورة متوازنة عن فعالية خيارات العلاج المختلفة وتتجاهل حالات الشك وعدم التيقن.^(٤٧)

العوامل المؤثرة على توفير الرعاية وتنظيمها

إن إحدى صعوبات إحداث تغيير يستند إلى نتائج البحوث هي الحاجة في كثير من الأحيان إلى التأثير في تنظيم الخدمات وتوفيرها على نحو يتفق مع نتائج البحوث. وهذا ينطبق حتى على الحالات البسيطة نسبياً كوصف دواء جديد لمرضى. يؤكد مفهوم الطب المستند إلى أدلة علمية على أن يأتي التغيير في الممارسة الطبية استجابة للنتائج

البحثة على مستوى استشارة المريض للطبيب في عيادته. إلا أنه قد يكون للتغيير في حالات كثيرة دلالات بعيدة المدى بالنسبة لعدد من العاملين في فريق الرعاية الأولية ويقتضي كذلك التغيير في سياسة الممارسة الطبية بشأن كيفية التعامل مع حالات معينة. فعلى سبيل المثال، تترتب على محاولات زيادة وصف مناشق الستيرويد Steroid inhalers للمصابين بالربو إنعكاسات على الممرضات والمرضى بل وربما على موظفي الاستقبال فضلاً عن الممارسين العامين. ولإحداث التغيير بنجاح قد يكون من اللازم تغيير نظام تكرار وصف الدواء، وتحسين نوعية المعلومات التي تقدم للمرضى، والتأثير على الممرضات اللواتي يتولين عملية مراجعة معلومات التسجيل الطبية للمرضى بل وإدارة بعض عيادات الربو في كثير من الحالات في المملكة المتحدة.

ولدى إحداث التغيير المطلوب في الممارسة على ضوء المعلومات المستمدة من البحوث العلمية يجب الاهتمام بعدة عوامل، من بينها:

- طبيعة "الرسالة".
- معرفة أساليب الممارسة المطلوب تغييرها.
- الأطراف الرئيسة التي يمكنها الإسراع في التغيير أو تعطيله.
- معوقات التغيير والوسائل التي تعمل على إحداثه.
- التدخلات المعينة التي يمكن أن تساعد على إحداث التغيير.
- كيفية مراقبة أو رصد التغيير.

الرسالة وطريقة عرضها

للاستفادة القصوى من المعلومات المطلوب وضعها موضع التنفيذ، فلا بد من اتخاذ عدة خطوات كإيضاح طبيعة الرسالة وأساسها العلمي والفئة الموجهة إليها.

ويتحدد محتوى الرسالة من واقع الدليل على وجود فجوة بين نتائج البحوث والممارسة العملية.

وللرسالة بضعة جوانب، منها:

أ) نطاق الرسالة ومضمونها.

ب) الصدق العلمي (الداخلي)

ج) إمكانية التعميم والتطبيق (الصدق الخارجي).

د) الجمهور المستهدف.

هـ) قنوات نشر المعلومات.

و) الشكل أو الإطار العام وطريقة عرضها.

ز) آليات تحديث المعلومات.

وعند عرض الرسالة لا بد من توضيح قوة الأدلة المستخدمة في وضع توصيات معينة، وبذلك يمكن تبديد المخاوف بشأن حرية الممارسة والاستقلال المهني. فالرسالة نادراً ما تكون مطلقة، والهدف من القواعد الإرشادية المتوفرة هو مساعدة الأطباء على اتخاذ قرارات سريرية معينة (انظر الفصل التاسع). ويرجع ذلك كله إلى أن القواعد الإرشادية وغيرها من أدوات دعم القرار نادراً ما تغطي جميع الحالات السريرية التي قد تواجه الطبيب وتحدد ما إذا كان يلزم التدخل في ظرف معين أم لا.

ويتوفر الآن عدد من قوائم المراجعة التي يمكن أن تساعد الأطباء في تقييم القواعد الإرشادية السريرية. والمعايير الأساسية أو الأولية لتقرير أن القاعدة الإرشادية جيدة هي أن تكون الخيارات والنتائج المهمة قد تم أخذها بعين الاعتبار في مسار اتخاذ القرار وأن تكون الأدلة التي تركز عليها القاعدة الإرشادية قد تم تجميعها بطريقة واضحة ومنهجية. أما المعايير الإضافية فهي أخذ القيم النسبية للنتائج المختلفة في

الاعتبار وأن يتم تحديد القواعد الإرشادية على نحو منتظم. وأخيراً، لا بد أن تكون القواعد الإرشادية محكمة ومجربة على نطاق ضيق للتأكد من كونها مناسبة ووثيقة الصلة بظروف الممارسة ومجموعة المرضى الذين سيتم تطبيقها عليهم.^(٤٨،٤٩)

إشراك الأطراف الرئيسة

من الأهمية بمكان إشراك كافة الأطراف الرئيسة منذ البداية، أي أولئك الذين قد يرحبون بالتغيير (أو قد يقاومونه)، وعدم إشراكهم قد يؤدي إلى الإجهاض السريع لأية مبادرة بسبب المعارضة الفعلية أو السلبية. وتختلف الأطراف الرئيسة باختلاف الأساليب الواجب تغييرها والتي تتوقف بدورها على الموضوع المختار. وتشمل هذه الأطراف الأعضاء الأساسيين في فريق الرعاية الأولية، وهم الممارسون العامون والمرضى وموظفو الاستقبال والإداريون، كما تشمل المرشد العلمي المحلي للممارسين العامين إذا كانت النية تتجه إلى الحصول مثلاً على الموافقة على علاوة (أو بدل) الدراسات العليا لأنشطة معينة تعتمد على الممارسة العملية. كما تشمل الأطراف الرئيسة زملاء العاملين بالمستشفى إذا كان علاج حالة ما يتطلب صلة بين الرعاية الأولية والرعاية الثانوية. ومن الأطراف الرئيسة أيضاً الأخصائيون النفسيون وممرضو الطب النفسي المجتمعي مثلاً إذا كانت النية تتجه إلى توفير التدخلات السلوكية المعرفية للمرضى المصابين بأنواع الرهاب والاضطرابات النفسية الأخرى.^(٥٠) وفي سياق الدور التعاقدية (أو دور الوكيل) الذي تتسم به الرعاية الأولية، فإن التأثير على الاختصاصيين العاملين بالمستشفيات يعد أمراً بالغ الأهمية، كما أن إشراك السلطات الصحية المحلية في مرحلة مبكرة يجب أن يضمن أن تكون الرسالة الموجهة ثابتة.

معوقات التغيير

والخطوة التالية هي تحديد معوقات التغيير عند إشراك الأطراف الرئيسية (انظر أيضاً صفحة ١٦٦)، وهناك عدة طرق لتصنيف معوقات التغيير، وتوجد بعض الأمثلة للمعوقات المحتملة في المربع رقم ١٢-٣. وللقیود الزمنية في أكثر الأحيان - سواء كانت حقيقية أو تخيلية - أهمية كبيرة في منع عملية التغيير أو تعطيلها. وقد شعر كثير من الممارسين العامين في السنوات الأخيرة بأنهم واقعون تحت ضغوط متزايدة، وهذا قد يُعزى في جانب منه إلى أثر التغييرات في السياسة الصحية على الرعاية الصحية كما حدث في عقود عمل الممارسين العامين في المملكة المتحدة في ١٩٩٠م. ولسوء الحظ فإن كثيراً من تلك التغييرات لم تكن مستندة إلى أدلة علمية وربما تكون قد حالت دون حدوث تطورات تدعم الممارسة القائمة على أدلة. ويمكن معالجة مشكلة القيود الزمنية من خلال الاستخدام الأفضل للوقت الذي ينفق الآن على التعليم المستمر والمراجعة أو التدقيق السريري والقراءات المتخصصة وكذلك التخلي عن الطقوس التي ليس لها أساس سليم، كالفحص الروتيني للبول لدى الأصحاء من الكبار.^(٥٢) وقد يمر الممارس أحياناً بتجربة قاسية مبكرة في إجراء جديد، كجعل مريض مصاب بنزيف حاد في المعدة والأمعاء يتناول دواء مضاد لتخثر الدم وذلك لمنع حدوث سكتة دماغية في حالة الرجفان الأذيني. ومثل هذه التجارب في ممارسة إجراء معين قد تشكل عائقاً أمام التغيير. ولذلك فمن الأهمية بمكان دراسة المخاطر والفوائد الشاملة لتدخل أو إجراء ما وعدم الاكتفاء بمعطيات التجارب وذلك بأن يضاف إليها معطيات من دراسات جيدة التصميم تقوم على الملاحظة والتي قد تكون أقرب إلى الحالات اليومية من التجارب المعشاة.^(٥٣)

مربع رقم ١٢-٣. أمثلة لعوائق التغيير المحتملة

بيئة الممارسة

- قيود الوقت.

- تنظيم الممارسة ، مثل عدم وجود سجلات للمرض أو آليات لمراقبة تكرار الدواء.

البيئة التعليمية

- أنشطة التعليم المستمر غير مناسبة ، وعدم الربط مع برامج لرفع مستوى جودة الرعاية.

- عدم وجود حوافز للمشاركة في أنشطة تعليمية فعالة.

بيئة الرعاية الصحية

- نقص الموارد المالية.

- رسوم خدمة تشجع الكم في الرعاية على حساب الكيف.

- عدم وجود مجموعات محددة من المرضى ملتحنة بالمركز.

- سياسات تدعو إلى أنشطة غير فعالة أو لم تثبت جدواها.

- عدم تزويد الأطباء بالمعلومات المطلوبة.

البيئة الاجتماعية

- أثر وسائل الإعلام في إيجاد الإحساس بالاحتياجات / المعتقدات.

- أثر الحرمان على الحصول على الرعاية.

عوامل خاصة بالأطباء

- معلومات قديمة وعفا عليها الزمن.

- أثر قادة الرأي.

- المعتقدات والاتجاهات المرتبطة بتجربة قاسية سابقة مر بها الطبيب لدى استحداث شيء جديد.

عوامل خاصة بالمرضى

- طلب الرعاية.

- التصورات / المعتقدات الثقافية عما يجب أن تكون عليه الرعاية الحقة.

ملاحظة : بعض العوامل التي ينظر إليها في بعض الظروف على أنها معوقات للتغيير قد تكون في نفس الوقت عوامل مساعدة على إحداث التغيير. فعلى سبيل المثال قد يؤثر المرضى في سلوك الممارسين تجاه أساليب العلاج الفعالة وذلك عندما يطلبون تقديم تدخلات ثبتت فعاليتها. كما قد يؤثر قادة الرأي تأثيراً إيجابياً في الأطباء والعاملين في القطاع الصحي.

وللتأكد من أنه قد تم تحديد المعوقات المحتملة تمامًا وتم اتخاذ الخطوات اللازمة للتغلب عليها، يجب أن تتفق الأطراف الرئيسة على تحديد أهم المعوقات وكيفية التغلب عليها، بما في ذلك وسائل التسيير المحتملة وأساليب التدخل المحددة المؤدية إلى التغيير.^(٥٤)

وتشمل وسائل التسيير اللازمة لإحداث التغيير تلك الآليات القائمة التي يمكن استخدامها في تعزيز التغيير المنشود ودعمه. وقد تضم هذه الوسائل استخدام البدلات والعلاوات التعليمية لدعم البرامج التي تهدف إلى زيادة الاستعانة بنتائج البحوث العلمية، وإفراد فصل خاص عن التقييم الانتقادي والاستخدام الناجح للمعلومات المستقاة من البحوث في علاج المرضى في الامتحانات الجامعية على مستوى البكالوريوس والدراسات العليا. وقد تكون أنظمة تقديم الخدمات مقابل رسوم معينة في بعض الدول حافزًا خاطئًا للقيام بممارسات خاطئة، ولكنها يمكن أن تستخدم أيضًا كحافز إيجابي كاستخدام المبالغ المتحصلة لتشجيع تحقيق مستوى عالٍ من تغطية أنشطة وقائية مختارة (خلايا عنق الرحم والتطعيم في المملكة المتحدة).

التدخلات لتغيير أسلوب الممارسة

إذا كان من الممكن مواصلة المسيرة فإنه من المفيد في هذه المرحلة تحديد تدخلات معينة تعمل على إحداث التغيير (انظر الفصل الثامن). وهناك تدخلات مفيدة مختلفة وفقًا لطبيعة كل مشكلة. فعلى سبيل المثال، إذا كان هناك عدد محدود من المهام التي لا بد من تكرارها في فترات زمنية معينة كفحص قاع العين بالنسبة للمصابين بداء السكري أو الإجراءات اللازمة للسيطرة على داء السكري في حد ذاته فإن أفضل وسيلة تتمثل في إيجاد أسلوب للتذكير أو للتنبيه. ويمكن أن تؤدي النماذج أو الصفحات المبرمجة الموجودة في أجهزة كمبيوتر لدى بعض الممارسين العاميين هذه المهمة (انظر الفصل العاشر). وإذا

كان التغيير ينطوي على إجراءات تنظيمية معقدة فلا بد أن يشارك الفريق الممارس في هذه الحالة بنشاط في التخطيط للتغيير ومن ثم في تنفيذ ذلك التغيير ومراقبته.

تفاوت الأدلة على جدوى التدخلات المختلفة وأثرها الفعال على الممارسة المهنية في جودتها، وإذا كان الكثير من الإنجازات قد تحققت في أمريكا الشمالية فإن تعميم ذلك على دول أو ظروف أو أوضاع أخرى أمر لم يتضح بعد (انظر الفصل الثامن). إلا أنه من المتفق عليه عمومًا أن مجرد توزيع معلومات عن موضوع ما قد لا يؤدي إلى إحداث تغيير ملموس في أسلوب الممارسة. وفي المملكة المتحدة قام برنامج البحوث والتطوير التابع للخدمات الصحية الوطنية بإجراء مجموعة من الدراسات لتقييم الأساليب المختلفة لتشجيع تبني نتائج البحوث^(٥٥) ومن المفترض أن يقوم ذلك فعليًا بتحسين معلوماتنا في المستقبل المنظور.

وهناك قواعد إرشادية تستخدم بكثرة في المحاولات التي تبذل لتغيير الممارسة المهنية وقد تكون هذه القواعد الإرشادية أكثر الأساليب في هذا الصدد التي خضعت للتقييم. وتوجد أدلة قوية (انظر الفصل التاسع) على أن لها أثر كبير على الممارسة إذا ما تم نشرها باستخدام استراتيجية فعالة، كاستخدام تدخل تعليمي نشط مثلاً. ومن خلال تلك الأساليب التي يجري بحثها لتحسين تنفيذ القواعد الإرشادية (انظر أعلاه)، تبرز الأساليب المتعلقة بالمؤثرات الاجتماعية كأساليب فعالة وواعدة في بعض الظروف. والمقصود بالمؤثرات الاجتماعية هي تلك العملية التي يكون لسلوك شخص ما الأثر أو النية في تغيير كيفية سلوك شخص آخر أو شعوره أو تفكيره باتجاه شيء ما^(٥٦) وتقر الأساليب الخاصة بالمؤثرات الاجتماعية بأهمية الآراء والمسلمات المشتركة، والثقافة التنظيمية ومعايير السلوك الجماعي. ولهذه العمليات مفعولها عندما يدخل زميل جديد المهنة أو بين مجموعة من المتدربين مثلاً. ويمكن استخدام أساليب المؤثرات الاجتماعية المختلفة لتشجيع الممارسة القائمة على أدلة علمية وفقاً للوضع أو الحالة، أي: فرد أو

مجموعة صغيرة أو مجموعات أكبر ومجتمعات. وبعض تدخلات المؤثرات الاجتماعية - كالاستعانة بقيادة الرأي - لم تؤثر في السلوك في جميع الأحوال، ويبدو أنه من غير المحتمل أن ينجح مثل هذا الأسلوب في الرعاية الأولية نظراً لصعوبة تحديد قادة الرأي وتحديث المعلومات عنهم أولاً بأول. ويبدو أن هناك أسلوباً أفضل وهو "الترويج الأكاديمي"، وهو عبارة عن قيام شخص مدرب (غالباً ما يكون صيدلياً) بنقل معلومات إلى طبيب أو مجموعة صغيرة من الأطباء. ورغم أن هذا الأسلوب يؤكد بصفة خاصة على نقل المعلومات بأسلوب يماثل ذلك الذي تستخدمه شركات الأدوية، إلا أنه يضيف أيضاً جوانب التأثير الاجتماعي كالتشديد على درجة تغيير الأطباء المحليين الآخرين لسلوكهم في الاتجاه المرغوب. وقد نجح هذا الأسلوب في الحد من حالات الوصف الخاطئ للأدوية، كما نجح بدرجة أقل في زيادة الأنشطة الوقائية.^(٥٧)

وإذا كانت أنشطة التعليم المستمر المعتادة كالمحاضرات، والمؤتمرات، والمواد التعليمية تبدو ذات أثر محدود على الممارسة، فإنه يمكن الاستفادة من بعض الأساليب الأخرى على نحو أكبر، مثل العمل من خلال المجموعات الصغيرة المرتبطة بالمركز والتي تقوم بإدراج استخدام الرسائل التذكيرية الخاصة بالمرضى من قبل الأطباء والعاملين في القطاع الصحي قدر الإمكان (انظر الفصل الحادي عشر). ويمكن إدخال نشر المراجعات المنهجية والقواعد الإرشادية المرتكزة على الأدلة العلمية كجزء من نظام التعليم الطبي المستمر للممارسين العاميين. وقد يكون عرض الكتب والمقالات بواسطة الزملاء في مجموعات صغيرة هو الوسيلة التي يتعرف الممارسون العامون من خلالها على التقييم الانتقادي لمعلومات تم تقديمها بشكل موجز. وقد أظهر الجمع بين التدقيق والتعليم المستمر خليطاً من النتائج الإيجابية والسلبية، ولا تزال هناك أسئلة بحاجة إلى إجابة عن كيفية زيادة الفعالية، بما في ذلك اختيار أنسب توقيت والفترة الزمنية لتلقي الملاحظات، والتعليقات من الآخرين، ومدى تأثير مشاركة الفريق

الممارس في تصميم أسلوب تلقي الملاحظات والتعليقات على نتائج هذا الأسلوب. ويجب أن تشارك الفرق العاملة في الرعاية الصحية بفعالية ونشاط في عملية التغيير لكي تصبح المعلومات المأخوذة من المرضى وملاحظاتهم وتعليقاتهم وسائل فعالة في تغيير الممارسة. وإذا شارك أطباء المراكز الصحية بنشاط في التدقيق فإنه من المنطقي أن تتم معالجة أوجه القصور في الممارسة من خلال ربط البرامج التعليمية بالتدقيق السريري (انظر الفصل السابع). ومن البرامج التي قامت بمثل هذا الربط برنامج تأكيد الجودة والتعليم المستمر في استراليا.^(٥٨)

ودراسة الحاليتين (المربع رقم ١٢-٤ و ١٢-٥) تشتمل على أمثلة للقضايا التي تدخل في الدعوة إلى التنفيذ في الرعاية الأولية. وفضلاً عن ذلك فإن تفاصيل هاتين الحاليتين تبرز أهمية العلاقة مع أطباء الرعاية الثانوية وأهمية الحصول على التسهيلات التشخيصية المناسبة من خلال عملية التكليف والتعاقد، وبالتالي فهي تشير إلى كيف يمكن أن يكون التعاقد على توفير الخدمات وسيلة تيسر حدوث التغيير. ويشارك كثير من الممارسين العاميين في المملكة المتحدة في تكليف المستشفيات بتقديم خدمات إما كممولين لهم ميزانيتهم الخاصة المخصصة للممارسة أو كجزء من مجموعات مختلفة تقوم بالتعاقد والتكليف. ولا يزال دور التكليف والتعاقد مع المستشفيات وفعالية ذلك في تشجيع الممارسة المستندة على أدلة موضع جدال. وتبرز الحالة الثانية أيضاً (المربع رقم ١٢-٥) أهمية الدور الذي يمكن أن يلعبه أعضاء الفريق من غير الأطباء كأطراف في عملية التغيير.

مربع رقم ١٢-٤ . دراسة حالة رقم ٢

هناك أدلة كثيرة على أن مثبطات الإنزيم المحول للأنجيو تانسين (ACE) يمكن أن تحسن من جودة الحياة وتطيل العمر وتقلل من دخول المرضى المصابين بقصور مزمن في القلب إلى المستشفى، وقد خضعت هذه المادة للمراجعة بصورة منهجية.^(٥٩) ورغم ذلك فلم يتلق العلاج السليم إلا قلة من المرضى.^(٦٠) ولذلك

يرغب أحد مراكز الرعاية الأولية في تحسين وصف الأدوية لهذه الحالة ويقرر رسم استراتيجية للمرضى الحاليين الذين يعانون من هذه الحالة وفق الأسس التالية:

- ◆ الرسالة: التعرف على المرضى الذين يعالجون بالأدوية الحلقية المدرة للبول loop diuretics. التحقق مما إذا كانوا مصابين بقصور مزمن في القلب وذلك بواسطة تخطيط صدى القلب. وإذا لم يكن هناك ما يمنع من تعاطي مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين يبدأ المريض في تعاطيها مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث ظاهرة الجرعة الأولى. يحال المريض إلى اختصاصي القلب لوضعه تحت الملاحظة أثناء تعاطيه الدواء إذا كان هناك احتمال كبير لحدوث رد فعل لهذا طبقاً لمعايير متفق عليها. ملاحظة وظيفة الكلى.
- ◆ الأطراف الفاعلة: الممارسون العامون وموظفو الاستقبال (طلبات تكرار صرف الدواء)، اختصاصي القلب في المنطقة، فني تخطيط صدى القلب.
- ◆ المعوقات: عدم إتاحة خدمة تخطيط صدى القلب مباشرة للمرضى في الوقت الحالي. التخوف من البدء في وصف مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين في الرعاية الأولية.
- ◆ العوامل المساعدة على التغيير: التعاقد مع قسم تخطيط صدى القلب بحيث تكون الخدمة متاحة للجميع.
- ◆ التدخلات المحتملة: قواعد إرشادية، اجتماعات تعليمية، وسائل تذكيرية للممارسين العامين لدى تكرار وصف الأدوية الحلقية المدرة للبول، معلومات للممارسين العامين عن أعداد المرضى الذين يتعاطون مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين في العيادة، معلومات للمرضى عن تغيير الأدوية.
- ◆ كما يرغب الفريق في تحديد مدى نجاح هذه الاستراتيجية في تحسين أساليب الممارسة ولذلك يكرر التدقيق المبدي للمرضى الذين يتعاطون الأدوية الحلقية المدرة للبول بعد مرور سنة.

مربع رقم ١٢-٥. دراسة حالة رقم ٣

قامت ممرضة المركز الصحي بحضور دورة تدريبية قصيرة في علاج داء السكري. وبعد انتهاء الدورة وعودتها إلى عيادتها طلبت أن تكون مسئولة - مع أحد الممارسين العامين ومدير المركز - عن تنظيم الرعاية المعتادة لمرضى السكري الذين يترددون على المركز. وقد قرروا أن يركزوا في البداية على تجنب ضعف البصر وذلك عن طريق فحص قاع العين بصورة منتظمة، وكان الفريق ملماً بالقواعد الإرشادية الخاصة بهذا الموضوع^(١) والتي كانت مستندة إلى أدلة علمية بحثية مع تكييفها واقتباس ما يناسب الظروف المحلية منها:

- ◆ **الرسالة:** يجب فحص قاع العين بالنسبة لجميع المصابين بداء السكري مع إحالة من تظهر عليه أعراض غير عادية إلى اختصاصي العيون.
- ◆ **الأطراف الفاعلة:** الممارسون العامون، ممرضو المركز، موظفو الاستقبال، اختصاصي العيون، اختصاصي البصريات، المرضى.
- ◆ **المعوقات:** قد لا يكون المرضى مدركين لضرورة فحص قاع العين، عدم تأكد الأطباء وموظفي الاستقبال من أنه قد سبق إجراء فحص سنوي لعيني المريض قبل تكرار الدواء، لم يتدرب الممارسون العامون على فحص قاع العين، عدم ملاحظة الممرض ما إذا كان تم فحص العينين أثناء إجراء الكشف المعتاد على المريض، اختصاصي العيون لديه قائمة انتظار طويلة.
- ◆ **العوامل المساعدة:** التعاقد مع اختصاصي بصريات في المنطقة لتوفير خدمة فحص قاع العين بعد تلقيه التدريب اللازم. يتم تعويض العاملين في المركز مادياً نظير تقديم رعاية منتظمة لمرضى السكري.
- ◆ **التدخلات المحتملة:** معلومات للمرضى؛ نظام تنبيه للممارسين العامين الذين يستخدمون الكمبيوتر الخاص بالمركز لإنتاج نماذج أو صفحات خاصة برعاية المصابين بداء السكري؛ وضع علامة مميزة أو ملونة على سجلات المرضى لتذكير موظف الاستقبال، يستدعي الممرضون جميع المرضى الذين لم يراجعوا العيادة خلال العام الماضي، اجتماعات للفريق للاتفاق على القواعد الإرشادية ورصد مدى التقدم.

الخلاصة والخاتمة

تشكل سرعة تطور المعلومات الطبية تحدياً كبيراً بالنسبة للرعاية الأولية، بل إنه أضخم بكثير من التحدي الذي تواجهه الممارسة في المستشفى، وذلك نظراً لأن الحالات التي تتردد على الممارسة العامة ذات نطاق أوسع بكثير من تلك التي تتردد على الاختصاصيين في المستشفى من جهة، ولقلة البحوث نسبياً في مجال الرعاية الأولية من جهة أخرى. ويجب تخصيص موارد أكثر للبحوث التي تدور حول تشخيص الأمراض والتنبيه بمآلها والوقاية منها وعلاجها في الرعاية الأولية وإلى مراجعة ما سبق عمله من أبحاث بصورة منتظمة ومنهجية.

وإضافة إلى إسهامات البحوث النوعية في فهم الصحة والرعاية الصحية، فإنها تجعل العلاقة بين الطبيب والمريض أكثر وضوحاً من خلال تحسين فهم الكيفية التي تؤثر بها خبرات المرضى وتجاربهم وأفكارهم عن الصحة في الشكاوى التي يتقدمون بها والعلاج الذي يعتبرونه مناسباً لحالتهم، الأمر الذي يؤدي إلى التوصل إلى قرارات أفضل أثناء الاستشارة تقوم على العلم والمعرفة وإلى تحسين علاج المشكلات التي يعاني منها المرضى. ويمكن أن توفر تلك البحوث أيضاً معلومات عن اتجاهات الأطباء نحو استخدام الأدلة المستمدة من البحوث العلمية ومواقفهم من ذلك،^(٩١) وتلعب دوراً هاماً في تحسين فرصة قيام ممارسة أكثر فعالية وجدوى.^(٩٢)

ولاستخدام الأدلة المستمدة من البحوث بصورة أكثر فعالية في الممارسة العملية يجب على العاملين في الرعاية الأولية جمع المعلومات الصحيحة واللازمة وعرضها بشكل بسيط وميسر. وقد بدأ ذلك يتحقق من خلال مؤسسة كوكراين وغيرها من المصادر، إلا أن كثيراً من الأطباء لا يتلقون الدعم اللازم من المكتبات في الحصول على الدراسات أو المقالات المطلوبة أو المساعدة في البحث عنها. ومن المتوقع أن يتم النظر أكثر فأكثر إلى الجهات التي تقوم بتزويد الأطباء بالمعلومات على أنهم أعضاء في الفريق الموسع للرعاية الصحية الأولية.

وعلى الرغم من المبالغ الكبيرة المستثمرة في تقنية المعلومات ووجود ما يدل على أن عملية دعم القرار حتى في أشكالها البسيطة كأنظمة التنبيه أو التذكير مثلاً تساعد على زيادة فعالية الممارسة، فإننا لا نزال نفتقر إلى الأنظمة والأجهزة المناسبة، ولكن الوضع يتغير بسرعة ومن المؤكد أننا سنشهد تحسناً في المستقبل القريب.

ويرى الكثيرون أن الاستجابة لاستحداث أساليب جديدة وتقبلها في النظم الاجتماعية هي أيضاً عملية متدرجة تشمل: اكتساب المعرفة، وإقناع الطبيب بأن الأساليب الجديدة فعالة، كما تشمل اتخاذ القرار باستخدامها، والتنفيذ الفعلي لها

وأخيراً التأكيد بأن الأساليب الجديدة أصبحت جزءاً متعارفاً عليه في الممارسة.^(١٢) ويجب إعطاء أولوية أكبر لتفهم تلك العوامل التي تشجع أو التي تعطل التغيير التنظيمي في فرق الرعاية الأولية بشكل أفضل.

وبالرغم من أن كثيراً من الجهد في مجال العوامل التي تشجع أو تعطل التحديث قد تم بذله في قطاعات أخرى فإن بعض ما يتضمنه ذلك قد يكون ذا صلة وثيقة بالممارسة العامة. وهذا العمل له أهميته لأنه يذكرنا بأن العوامل الاجتماعية والتنظيمية قد تكون محددات هامة للتغيير، إضافة إلى خصائص التحديث نفسه كدرجة التعقيد مثلاً (ما إذا كان الممارس يشعر أن الأسلوب الجديد سهل التطبيق) وإمكانية التجريب (ما إذا كان الممارس يستطيع تجربة الأسلوب الجديد قبل تبنيه كممارسة روتينية) والقابلية للملاحظة (ما إذا كان الممارس بإمكانه ملاحظة نتائج الأسلوب الجديد على المرضى التابعين لأطباء آخرين). وهناك بعض الأدلة على أن هذه العوامل قد تنطبق على القطاع الصحي من حيث الالتزام بالقواعد الإرشادية للممارسة^(١٣).

ويمكن لتزايد مصادر المعلومات المتاحة للمرضى والمستندة إلى أدلة من البحث العلمي أن تؤثر تأثيراً بالغاً على العلاقة بين الطبيب والمريض. فمن المحتمل أن يجد الممارسون العامون أنفسهم يعملون شيئاً فشيئاً كوسطاء معلومات - يساعدون المرضى على التقييم الانتقادي للمعلومات التي يتلقونها عن حالتهم من وسائل الإعلام والأوساط الاجتماعية التي ينتمون إليها ويرشدونهم إلى المصادر الجيدة للمعلومات التي تلبى احتياجاتهم. كما أن هناك فرصاً لقيام شراكات مع الجماعات المستفيدة والتي لدى البعض منها اهتمام متزايد بجمع المعلومات الدقيقة جداً عن أساليب الممارسة الفعالة في مجال اهتمامها. ففي المملكة المتحدة مثلاً تتولى وزارة الصحة الإنفاق على مركز جودة المعلومات الصحية وذلك لمساعدة المرضى على اتخاذ قرارات صائبة تستند

إلى علم والعمل كمصدر معلومات يرجع إليه المرضى والجماعات المستفيدة والأطباء على حد سواء.^(٦٤)

وأي تغيير في الثقافة المهنية دائماً ما يستغرق وقتاً، ولكن عند تزويد الممارسين بالمهارات التي تجعلهم يستجيبون بصورة مبتكرة للتغيرات التي تطرأ في مجال المعرفة وتجعلهم يدخلون نتائج البحوث كجزء لا يتجزأ من ممارستهم اليومية، ستعمل مفاهيم الممارسة المستندة إلى أدلة علمية على تعويض تآكل المعلومات التي عفا عليها الزمن وعدم إمكانية تطبيق ما تعلمه الأطباء عندما كانوا طلبة في المرحلة الجامعية الأولى أو في الدراسات العليا وستساعد على تحسين جودة الخدمات المقدمة وعلى تعظيم المكاسب الصحية لمرضانا.

المراجع

1. Leach E. Social anthropology. Glasgow: Fontana, 1982.
2. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. Boston: Little, Brown & Co., 1991.
3. Toon P. What is good general practice? Occasional paper No. 65. London: Royal College of General Practitioners, 1994.
4. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical 1957.
5. Stewart M, Brown JB, Western WW, McWhitney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine – transforming the clinical method. California: Sage, 1995.
6. Hart JT. A new kind of doctor. London: Merlin Press, 1988.
7. Gillam S, Plamping D, McClenahan J, Harries J, Epstein L. Community-oriented primary care. London: King's Fund, 1994.
8. Helman C. Culture, health, and illness. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.
9. Charlton R. Balancing science and art in primary care research: past and present. Br J Gen Pract 1995; 45: 639-40.
10. Smith BH, Taylor RJ. Medicine – a healing or a dying art? Br J Gen Pract 1996; 46: 249-51.
11. Naylor CD. Grey zones of clinical medicine: some limits to evidence-based medicine. Lancet 1996; 345: 840-2.
12. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and individualized. Lancet 1996; 348: 941-3.
13. Heath I. The future of general practice. In: Lock S. ed. Eighty-five not out. London: King's Fund, 1993. PP. 19-22.
14. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney JR. Studies of health outcomes and patient-centred communication in: Patient-Centred Medicine. California: Sage, 1995.
15. Mattick RP, Andrews G, Hadzi-Pavlovic D, Christensen H. Treatment of panic and agoraphobia: an integrative review. J Nerv Ment Dis 1991; 78: 567-76.

16. Pratt J. Practitioners and practices – a conflict of values? Oxford: Radcliffe Medical Press, 1995.
17. Greenhalgh T. Is my practice evidence based? BMJ 1996; 313: 958-9.
18. Ridsdale L. Evidence-based learning for general practice. Br J Gen Pract 1996; 46: 503.
19. Dawes MG. On the need for evidence-based general and family practice. Evidence-Based Med 1996; 1: 68-9.
20. Felton A, Lister G. Consider the evidence. Uxbridge: Coopers & Lybrand, 1996.
21. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. BMJ 1994; 309: 597-9.
22. Davidoff F, Haynes RB, Sackett DL, Smith R. Evidence-based medicine. A new journal to help doctors identify the information they need (editorial). BMJ 1995; 310: 1085-6.
23. Urquhart C, Hepworth JB. The value to clinical decision making of information supplied by NHS library and information services. British Library R & D report 6205. London: The British Library Board, 1995.
24. Nuffield Institute for Health, University of Leeds, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, Royal College of Physicians Research Unit. Implementing clinical guidelines. Effective Health Care bulletin 8. Leeds: University of Leeds, 1994.
25. Cochrane Library. Update software. Oxford: 2000.
26. Sweeney KG, Gray DJP, Evans PH. Caution needed in introducing warfarin treatment (commentary). BMJ 1995; 311: 560-1.
27. Silagy C. Developing a register of randomized controlled trials in primary care. BMJ 1993; 306: 879-900.
28. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. JAMA 1995; 273: 1296-8.
29. Shaughnessy AF, Slawson DC. Pharmaceutical representatives: Effective if used with caution. BMJ 1996; 312: 1494.
30. Bero LA, Rennie D. Influences on the quality of published drug studies. Int Tech Assess Health Care 1996; 12: 209-37.
31. Rennie D, Bero LA. Throw it away Sam: the controlled circulation journals. Council of Biological Editors' Views 1990; 13: 31-5.
32. Freemantle N, Mason J, Haines A, Eccles M. CONSORT – An important step towards evidence-based health care. Ann Int Med 1997; 126: 81-2.
33. Linzer M, Brown JT, Frazier LM, DeLong ER, Siegel WC. Impact of a medical journal club on house-staff reading habits, knowledge, and critical appraisal skills. JAMA 1988; 260: 2537-41.
34. Bennett KJ, Sackett DL, Haynes RB, Neufeld VR, Tugwell P, Roberts R. A controlled study of teaching critical appraisal of the medical literature to medical students. JAMA 1987; 257: 2451-545.
35. Seeling CB. Affecting residents' literature-reading attitudes, behaviours, and knowledge through journal club intervention. J Gen Intern Med 1991; 6: 330-4.
36. Lockie C. ed. Examination for membership of the Royal College of General Practitioners (MRCGP). London: RCGP, 1990.
37. Hyde CJ. Using the evidence. A need for quantity not quality? Int J Tech Assess Health Care 1995; 12: 280-7.
38. Wilson S, Delaney B, Roalfe A, et al. Randomised controlled trials in primary care: case study. BMJ 2000; 321: 24-7.
39. Smeeth L, Haines A, Ebrahim S. Numbers needed to treat derived from meta-analyses – sometimes informative, usually misleading. BMJ 1999; 318: 1548-51.

40. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
41. O'Connor AM. Consumer-patient decision support in the new millennium: where should our research take us? *Can J Nurs Res* 1997; 29: 7-12.
42. Jackson R, Barham P, Bills L et al. Management of raised blood pressure in New Zealand: a discussion document *BMJ* 1993; 307: 107-10.
43. Hingorani AD, Vallance P. A simple computer programme for guiding management of cardiovascular risk factors and prescribing. *BMJ* 1999; 318: 101-5.
44. Murray E, Davis H, See Tai S, Gray A, Coulter A. A randomized controlled trial of an interactive multi-media decision aid on hormone replacement therapy in primary care. Accepted for publication. www.dms.com.
45. Murray E, Davis H, See Tais, Coulter A, Gray A, Haines A. A randomized controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. Accepted for publication. www.BMJ.com.
46. Midwives Information and Resource Service. Informed choice. Bristol: 1995.
47. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Informing patients. An assessment of the quality of patient information materials. London: King's Fund, 1998.
48. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. User's guide to the medical literature. VII. How to use clinical practice guidelines. Are the recommendations valid? *JAMA* 1995; 274: 5770-4.
49. Wilson MC, Hayward RSA, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. User's guide to the medical literature. VIII. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? *JAMA* 1995; 274: 1630-2.
50. Morrell DC. Role of research in development of organization and structure of general practice. *BMJ* 1991; 302: 1313-6.
51. Perkins E. Screening elderly people: a review of the literature in the light of the new general practitioner contact. *Br J Gen Pract* 1991; 382-5.
52. Fowler G, Mant D. Urine analysis for glucose and protein: are the requirements of the new contract sensible? *BMJ* 1990; 300: 1053-5.
53. Palareti G, Leali N, Coccheri S, Poggi M, Marotti C. Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective collaborative study (ISCOAT). *Lancet* 1996; 348: 423-8.
54. Baker R, Sorrie R, Reddish S, Hearnshaw H, Robertson N. The facilitation of multiprofessional clinical audit in primary health care teams – from audit to quality assurance. *J Interprofessional Care* 1995; 9: 237-44.
55. Report of Advisory Group to the Central Research and Development Committee. Methods to promote the implementation of research findings in the NHS – priorities for evaluation. Leeds: Department of Health, 1995.
56. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change. *Qual Rev Bull* 1992; 18: 413-21.
57. Bero L, Freemantle N, Grilli R, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of the systematic reviews of the interventions to promote implementation of research findings by health care professionals in Haines, A and Donald A, ed *Getting Research Findings into Practice* London: BMJ Books, 1998.
58. Salisbury C. The Australian Quality Assurance and Continuing Education Programme as a model for the reaccreditation of general practitioners in the United Kingdom. *BJ Gen Pract* 1997; 47: 319-22.
59. Garg R, Yusuf S. Overview of randomized controlled trials of ACE inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. *JAMA* 1995; 273 (18): 1450-6.

60. Mair FS, Growley TS, Bundred PE. Prevalence, aetiology, and management of heart failure in general practice. Br J Gen Pract 1996; 46: 77-9.
61. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The care of diabetic patients in Scotland. Prevention of visual impairment. SIGN publication no. 4. Edinburgh: Royal College of Physicians, 1996.
62. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 1983.
63. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. Med Care 1994; 132: 202-13.
64. Stocking B. Partners in care. Health Management 1997; 1: 12-13.