

# العام العالمي لمكافحة الألم الحاد

# PAIN

أكتوبر 2011 – أكتوبر 2010

## ما الفجوة بين الأدلة والتطبيق؟

هناك أدلة كثيرة ملخصة في أوراق الحقائق المرفقة توضح أن العلاج الأمثل للألم الحاد:

- يحسن جودة حياة المرضى ودرجة رضاهم عن الرعاية الصحية؛
- يقلل مخاطر الإصابة بالعديد من المضاعفات (مثل الجلطات الوريدية)
- يسمح بخروج المرضى من المستشفى مبكرًا؛
- يسهل الشفاء من خلال آليات متعددة (مثل تقليل الاستجابة للضغط)؛
- يمكن أن يحسن إدارة الموارد الإكلينيكية (مثل تقليل ما يعترض التدفق السلس لرعاية المريض) ويقلل من تكاليف الرعاية الصحية على المدى القصير والطويل.

تثبت الأدلة البارزة عالية الجودة مدى فعالية الفئات المتعددة للأدوية ووسائل تقديمها للمريض (بما فيها التخدير الموضعي) والأساليب غير المعتمدة على الأدوية للمرضى الذين يعانون من الألم الحاد بسبب الجراحة أو الإصابة أو المرض. كما تشير الأدلة إلى أهمية الرعاية الفردية ومراعاة الحالة الإكلينيكية (مثل الموارد المتاحة).

ومع ذلك، فهناك أدلة وفيرة تشير أيضًا إلى انتشار تقييم الألم الحاد وعلاجه بشكل دون المستوى والفتل في توفير خطط استباقية لعلاج الألم [8]. الفجوات بين الأدلة والممارسات لها أنواع عديدة. فبعضها يعكس العوائق العامة التي تحول دون تطبيق الممارسات القائمة على الأدلة والمستمدة من النتائج [3,9]. ومن أنواع عدم التطابق بين الأدلة والممارسات نجد التطبيق الموحد والصارم للأدلة القائمة على عينة من المشاركين مثل التجارب العشوائية الخاضعة للتحكم [8] واسعة النطاق وحتى المرضى الفرديين دون مراعاة الاختلافات الموجودة بينهم أو ما يفضلونه أو الجوانب الخاصة بالحالة الإكلينيكية [4]. أما العوائق الأخرى المتعلقة بالتحكم الأمثل في الألم فتعكس الفتل في التصدي للخرافات السائدة منذ أمد بعيد حول الألم الحاد وأهمية التحكم به [8,12].

تعكس الفجوات في جودة تقديم علاج للألم ما يلي:

- مشكلات متعلقة بأخصائيي الرعاية الصحية؛
- مشكلات متعلقة بالمرضى؛
- مشكلات متعلقة بنظام الرعاية الصحية.

تتضمن المشكلات المتعلقة بأخصائيي الرعاية الصحية ما يلي:

- اتجاهات وحصيلبة معرفية قديمة أو غير كافية مثل الأفكار الخاطئة التي تقول أن:
  - التحكم في الألم بعد العمليات الجراحية يتعارض مع اكتشاف مضاعفات الجراحة بشكل فوري؛
  - يجب أن تكون الجراحة مصحوبة بالألم؛
  - يصعب إرضاء المرضى الذين يعبرون عن شعورهم بالألم.
- الاختلافات الإقليمية فيما يتعلق باختلافات الجمعيات الاحترافية في تفسير الأدلة
- "الفجوات الإكلينيكية" [10]، أي: البطء في تحديث الممارسات الفردية في ضوء الأدلة التي تظهر [1]؛
- قلة عدد العاملين في خدمات علاج الألم الحاد والتي ينجم عنها جهود خاصة تركز لمعالجة الألم بدلًا من منعه بشكل نظامي [9,11]؛
- التقييم غير الكامل أو المتقطع أو غير القياسي للألم؛
- الخوف المرضى من المواد الأفيونية؛
- المخاوف المبالغ فيها بشأن الآثار الجانبية لعلاج الألم؛
- القدرة المحدودة على نقل النتائج المستقاة من التجارب العشوائية الخاضعة للتحكم (RCT) إلى الممارسات الإكلينيكية.

تتضمن المشكلات المتعلقة بالمرضى ما يلي:

- أفكار قديمة أو خاطئة شبيهة بتلك الموضحة أعلاه لأخصائيي الرعاية الصحية؛
- الاعتقاد بأن المرضى "اللطفاء" لا يشكون من الألم أو لا يظهرون معاناتهم (تشمل العوامل الثقافية)؛
- النزعة للرضا بالعلاج غير الكافي للألم خاصة عندما يشعر المريض بأن مقدمي الرعاية الصحية يهتمون به ويدعمونه [5]؛
- عدم الرغبة في تناول أدوية لعلاج الألم نظرًا لآثارها الجانبية (مثل الغثيان والقيء) والعواقب الأخرى (مثل الإدمان والقدرة على التحمل)؛
- نقص الوعي بمدى أهمية التحكم في الألم لتفادي النتائج السيئة على المدى القصير والطويل (مثل الألم المزمن)؛
- قلة المناصرين المنظمين كالذين يظهرون بين المرضى (وأسرهم) الذين يعانون من أمراض مزمنة بما يتضمن السرطان.

تتضمن المشكلات المتعلقة بنظام الرعاية الصحية ما يلي:

- إعطاء أولوية بسيطة لتعليم متخصصي الرعاية الصحية وسائل التحكم في الألم؛

- عدم إعطاء قيمة كبيرة لما يفضله المريض؛
- الموانع التنظيمية التي تحول دون استخدام مواد خاضعة للتحكم؛
- النتائج المستمدة من علاج الألم غالبًا ما تكون غير كافية لاستمرار مشروع قابل للتطبيق (غالبًا ما ينتج هذا عن المتابعة المتقطعة وغير الكاملة لعامل توفير التكلفة)؛
- تحويل التكاليف على المرضى (بواسطة شركات التأمين على سبيل المثال)؛
- بنية أساسية غير كافية بما يتضمن العاملين المثقفين الذين يمكنهم تقديم الأدوية ووسائل التدخل الأخرى (مثل المسكنات التي يتحكم بها المريض والأساليب المعرفية والإدراكية)؛
- القيود المفروضة على الممارسة مثل القواعد التي تجيز للممرضات إعطاء الحقن فقط عن طريق الحقن في العضل أو تحت الجلد وليس بالحقن في الوريد؛
- الفشل في الحصول على نتائج جيدة على المدى الطويل والقصير يمكن ربطها بمدى كفاية التحكم في الألم الحاد [6,13]؛
- تتميز النفقات المخصصة لتمويل الأبحاث الأساسية والانتقالية والإكلينيكية بأنها منخفضة على نحو غير متناسب [2,7] قياسًا بالعبء الناجم عن الألم الحاد.

## References

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empy C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopfloch D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpsios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125–131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.



International Association for the Study of Pain

**IASP**

Working together for pain relief