

العام العالمي لمكافحة الألم الحاد

PAIN

أكتوبر 2011 – أكتوبر 2010

كيفية تطبيق التغيير

على الرغم من وجود أدلة عالية الجودة وخيارات علاجية طبية وغير طبية متطورة، يسود تقييم الألم الحاد وعلاجه بشكل دون المستوى. تحدث الاختلافات في الرعاية الإكلينيكية في المقام الأول بسبب عدم التيقن نتيجة للأبحاث غير الكافية أو التفسيرات المختلفة وعدم وجود أدلة مجمعة. أظهرت وسائل التدخل المختلفة التي تشمل الإرشادات والإجراءات الخاصة بمدى الملائمة تأثيراً بسيطاً على الممارسة الإكلينيكية.

ما الذي يجب القيام به لتسهيل تطبيق التغيير؟

يجب أن تكون التجارب العشوائية المستقبلية الخاضعة للتحكم باعتبارها أساساً للإرشادات القائمة على الأدلة:

- موجهة مواقف إكلينيكية أكثر واقعية (مثل المرضى الأكبر سناً أو المرضى الذين يعانون من أمراض أخرى مصاحبة للمرض الأساسي)؛
- تركز بشكل أكبر على العواقب الوظيفية والآثار الجانبية للتحكم في الألم ومدى جودة الحياة بالإضافة إلى تقليل حدة الألم كمعيار أساسي للنتائج؛
- مراعية لمعدلات جدوى التكاليف، لا أن تركز فقط على الاختلافات في الفعالية بين وسائل التدخل المختلفة.

يجب أن تكون الإرشادات والتوصيات القائمة على الأدلة:

- مكتوبة بصيغة تسمح لأعضاء فريق الرعاية الصحية غير المتمرس في "اللغة" العلمية بقراءتها؛
- متاحة في مكان تقديم الرعاية؛
- التحقق منها باستمرار لتحديد ما إذا كان من الممكن ترجمة التوصيات إلى نتائج أفضل في الممارسات الإكلينيكية؛
- مرتبطة بإستراتيجيات التطبيق التي تتكون من:
 - أنظمة التذكير والمراقبة والملاحظات؛
 - تعليم تفاعلي؛
 - المراجعة؛
 - أنظمة منح الشهادات/الاعتماد؛
 - أنظمة المكافآت (الدفع مقابل الأداء)؛
 - التطبيق في أنظمة إدارة الجودة الحالية.

يجب إكمال التوصيات المعتمدة على الأدلة بما يلي:

- الملاحظات وقياس مؤشرات الجودة المرتبطة بنتائج المرضى؛
- إعداد سجلات بيانات مستمدة من الواقع لمراقبة المواقف الإكلينيكية النادرة وتتبع فعالية وسائل التدخل؛
- أنظمة دعم اتخاذ القرار الإكلينيكي (المعتمدة على المعرفة والحالة على حد سواء) لمساعدة الأخصائيين في مكان تقديم الرعاية.

وبالنسبة للمرضى وأقربهم وعامة الجمهور يجب:

- إعلامهم بأهمية التحكم في الألم بشكل كافٍ وتبعيات القصور في التحكم بالألم؛
- تقديم النصح لهم بخصوص سلامة وفعالية إستراتيجيات التحكم في الألم؛
- اعتبارهم أهم مصدر لتلقي الملاحظات حول جودة التحكم في الألم (مع تفضيل استخدام النتائج التي يبلغ عنها المرضى)؛
- تثقيفهم وزيادة معلوماتهم حول إستراتيجيات التحكم في الألم.

ومع ذلك؛ فلا يجب طرح توقعات غير واقعية فيما يتعلق بدرجة خفض الألم والأهداف المرجوة من التحكم في الألم قبل العمليات الجراحية.

يجب على متخصصي الرعاية الصحية:

- التعامل مع التحكم في الألم باعتباره جزءاً مهماً، ولكنه ليس "مستقلاً" في عملية الرعاية قبل العمليات الجراحية؛
- تضمين التحكم في الألم في المسارات الإكلينيكية مع وجود هدف أساسي شامل يتمثل في تقليل المضاعفات وتعزيز إعادة التأهيل وتحسين معدلات جدوى التكاليف الخاصة بالرعاية قبل العمليات الجراحية؛
- دعمهم بإطار عمل نظري يمكن قبوله ودعمه من قبل إدارة المستشفى والهيئات الحكومية والمجتمع.

ينبغي في التحكم في الألم الحاد:

- أن يصبح جزءاً إجبارياً من التدريب في جميع كليات الطب والتمريض؛
- أن يتم تدريسه للمديرين الطبيين؛
- أن يتم الاهتمام به بوضع إستراتيجيات وأطر عمل قومية، تشمل كل من يتعاملون مع الألم على المستوى العلمي والعملية.

يجب تحسين إمكانية الحصول على أدوية علاج الألم الحاد عن طريق:

- إجراء تغييرات على القواعد الخاصة بالأدوية للسماح بحصول المريض فوراً على المسكنات رخيصة السعر
- إجراء تغييرات على السياسات الحكومية فيما يتعلق بالمواد الخاضعة للتحكم

References

[1] Anderson T. The politics of pain. BMJ 2010;341:328–30.



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief