

التعامل مع غموض تأثيرات المعالجات

لخص الفصل ٣ ضرورة إخضاع المعالجات لإختبارات عادلة، وسنلقي في هذا الفصل نظرة متمعنة على الغموض الذي يلف تأثيرات المعالجة دائماً تقريباً.

تعرض إيان تشالمرز، أحد مؤلفي هذا الكتاب، في السبعينات أثناء إجازة في الولايات المتحدة لكسر في الكاحل عولج من قبل جراح عظمية بجبيرة مؤقتة مع التوصية بضرورة وضع جبيرة جبسية حول أسفل الساق لمدة ست أسابيع بعد زوال الورم. بعد يومين عاد إيان إلى بلده وراجع عيادة للكسور فاستبعد جراح العظمية البريطاني بدون أي تردد نصيحة مثيله الأمريكي قائلاً أنه من غير المناسب إطلاقاً وضع الساق بالجبس. وفي ضوء هذا الغموض الواضح حول أفضل علاج لحالته اقترح إيان على الجراح أن يشركه بتجربة مقارنة بين طريقتي العلاج فكان جواب الجراح البريطاني بأن التجارب المضبوطة تفيد فقط الناس غير المتأكدين مما إذا كانوا على حق أم لا، أما هو فقد كان متيقناً.

كيف لهذا الاختلاف الصريح في الرأي الاختصاصي أن يحدث، وكيف يفهمه المريض؟ كلا الجراحين على حدة كان متأكداً من خطة العلاج الصحيحة. لكن الاختلاف الكبير في وجهتي النظر أظهر غموضاً ضمن اختصاصهما حول أفضل الطرق لعلاج كسر شائع الحدوث. هل كانت هناك براهين تبين أي العلاجين أفضل؟ وإذا وجدت تلك البراهين، هل كان أحد الجراحين على علم بها أم لا علم للآخرين بوجودها؟ أم أن أحداً لم يكن يعرف أي العلاجين أفضل؟

ربما اختلف الجراحان في تثمين الحاصل المرجو من المعالجة، فربما كان الجراح الأمريكي أكثر اهتماماً بتخفيف الألم – مما جعله ينصح بالجبيرة الجبسية، في حين ربما كان نظيره البريطاني أكثر خوفاً من إمكانية ضمور العضلات التي تحدث في عند تثبيت الطرف بتلك الجبيرة. إذا كان الأمر كذلك لما لم يسأل أي من الجراحين المصاب عن حاصل العلاج الأهم بالنسبة له؟

يثير هذا المثال عدة قضايا أولها التساؤل عما إذا كانت هنالك أية براهين موثوقة تقارن بين طريقتي العلاج الموصوفتين والمختلفتين عن بعضهما إختلافاً كبيراً، وإذا وجدت تلك البراهين، فهل توضح

مدى تأثير كل من العلاجين الموصوفين على ما يهيم المريض فعلاً من حاصل سريري (مثل تخفيف الألم أو تقليل ضمور العضلات)؟.

تطور مفهوم الغموض الطبي

" كان أستاذي تالكوت بارسون أول من نبهني إلى أهمية الغموض في الممارسة الطبية الحديثة، كمفهوم نظري، وكظاهرة فعلية، وكتجربة بشرية. فقد شرح لي التناقض والأسى المتولد عند كل من الطبيب والمريض بسبب حقيقة أن التطور العظيم للعلوم والتقنيات الطبية في القرن العشرين قد ساعد على كشف مدى جهلنا وحيورتنا وخطأنا المستمر بطرق مختلفة حول الصحة والمرض، الحياة والموت"

Fox R. The evolution of medical uncertainty. Milbank Fund Quarterly 1980P58:1-49.

أما عدم توفر تلك البراهين فيثير قضية ثانية بخصوص كيفية حل هذه المعضلة، وللأطباء هنا مواقف متنوعة، فبعضهم متأكد مما سيفعله في الحالات التي لاتسندها براهين موثوقة. فقد قال أحد الأطباء المختصين بالعناية بالمصابين بالنشبة "يمكنني طمأنة مريضتي بأنني خبير في تقييم وتشخيص النشبة، وبأنني قادر على قراءة صور الدماغ بدقة وعلى طلب الفحوص التشخيصية الصحيحة، وبأنني أعلم من خلال البحوث المتوفرة بأن فرص مريضتي بالتحسن ستكون أفضل لو تمت معالجته في وحدة العناية بمرضى النشبة. ولكنني مثل غيري من الأطباء غير متأكد من أحد أوجه تدبير المريض ألا وهو وصف

حالات الخثرة الدموية: فقد تفيد هذه الأدوية أكثر مما تضر، كما قد تضر أكثر مما تنفع. وأشعر أنه من واجبي في مثل هذه الظروف أن أساعد في تخفيف الغموض الطبي المحيط باستخدام حالات الخثرة عن طريق إفهام مريضني أنني مستعد لوصف هذه الأدوية فقط في سياق مقارنة مضبوطة بعناية". (٥٢)

سنتطرق في هذا الفصل إلى حالات تترافق بمثل هذا النوع من الغموض، أي لاتتوفر فيها معلومات كافية عن تأثيرات العلاجات الممكنة ولا يعبر فيها المريض عن تفضيل واضح لطريقة علاجه.

التأثيرات الدرامية: واضحة ولكن نادرة

من المحتم في معظم الحالات أن يلف الغموض تأثيرات العلاجات المختلفة، ولكن هناك حالات نادرة يكون فيها تأثير العلاج واضحاً بشكل لا يترك مجالاً للشك. ومن الأمثلة على التأثيرات العلاجية الدرامية تأثير الأفيون في تسكين الألم، وتأثير ستربتومايسين في علاج التهاب السحايا التدرني، وتأثير البنسلين في مختلف الانتانات الجرثومية. وسنستعرض فيما يلي أمثلة أخرى هي استخدام السلفوناميدات في علاج حمى النفاس والتهاب السحايا بالمكورات

معجزة اسمها البنسلين

" كنا عام ١٩٤٣ في المشفى البريطاني العام في بانغالور جنوب الهند، وكانت لدينا أوامر بأن ننشيء صداقات مع السكان المحليين فذهبت مع مدير معهد العلوم والتقانة في المدينة بجولة كانت فعلاً أخاذة. لكن الصدمة جاءت من مقابلة شابين مختصين في الكيمياء الحيوية عرضا علينا بفخر دورقاً فيه ما يشبه العصيدة وادعيا بأن ذلك كان بنسلين قائلين: " لقد قرأنا كل المقالات". كان هناك طبق نمت فيه المكورات العقدية بكثافة، وطبق آخر نظيف تماماً أكد لنا الشبان أن سبب نفاثته هو أن البنسلين قد قتل ما كان يحتويه من مكورات عقدية. كانت معلوماتنا عن البنسلين قليلة عام ١٩٤٣، وكنا نستقيها من المجلات التي كانت تصلنا بانتظام من الوطن ومن الولايات المتحدة والتي كانت توظف في البنسلين آمالاً عظيمة.

بعد ذلك بفترة وجيزة، قبلنا في المشفى طالب ضابط مصاب بتخثر الجيب الكهفي وبناسمام الدم (انتان جرثومي واسع يشمل الأوعية الدموية الدماغية). رفض جراحونا من مختلف الاختصاصات الجراحية الاقتراب منه، وجربنا كل شيء آخر بدون أدنى فائدة. ناقشنا حالته، وتكرر النقاش الذي اشترك فيه الأطباء والمرضات، بينما كان المريض يغرق بالسبات تدريجياً، ثم لاحت لنا فكرة بدا أنها جنونية ولكن لم يكن لها بديل، فقررنا أن نمنحه الفرصة.

امتطيت دراجتي إلى المعهد حيث شرحت ملابسات الحالة، فلم يتوانوا عن إعطائي دورق المادة التي بدت أرق قليلاً. ملأنا محقناً كبيراً بتلك المادة، واخترنا أنخن رأس إبرة في المشفى، وبطريقة ما حقنت تلك المادة عضلياً. طلب المريض الشاي في الصباح التالي وبدا أن تلك الجرعة الوحيدة كانت كافية.

Morris JN. Recalling the miracle that was penicillin: two memorable patients. Journal of the Royal Society of medicine 2004;97:189-90.

السحائية، واستخدام الأنسولين لعلاج الداء السكري، واستخدام الفيتامين B12 لعلاج مرضى فقر الدم الخبيث، إضافة إلى أمثلة أكثر حداثة.

تتجم حمى النفاس عن إنتان جرثومي في المجاري التناسلية بالمكورات العقدية المقيحة عادةً، وقد كانت في وقت من الأوقات سبباً شائعاً لموت النساء. ورغم التشديد على الممارسة بجو معقم في أواخر سبعينيات القرن التاسع عشر، فإن حمى النفاس استمرت قتل آلاف النساء في مختلف أرجاء الأرض، ولم يتحسن الوضع إلا في ثلاثينيات القرن العشرين عندما استخدمت مجموعة السلفانوميد من الصادات لعلاج حمى النفاس فكان لها تأثير درامي أدى إلى انهيار معدل الوفيات. ولوحظت استجابة درامية مماثلة عندما استخدمت السلفوناميدات لعلاج نوع خطير من أنواع التهاب السحايا الجرثومي هو التهاب السحايا بالمكورات السحائية، حيث لم يترك الانخفاض الحاد في معدل الوفيات في هذه الحالة أيضاً مجالاً للشك بفائدة العلاج. وبالطبع فإنه لم تكن هنالك حاجة لتجارب مضبوطة تؤكد تأثير السلفوناميدات في كل من هاتين الحالتين، فقد كانت النتائج باهرة الوضوح مقارنةً بمصير المرضى قبل أيام السلفوناميدات.

وفي العشرينيات، عندما اكتشف الطبيب الكنديان بانتبغ وبست الأنسولين، كانت معاناة مرضى السكري شديدة وحياتهم قصيرة وكانوا يتلاشون بسبب ارتفاع سكر الدم بشكل لم يمكن ضبطه. ولكن سريعاً ما قادت نتائج التجارب على الحيوانات إلى استخدام الأنسولين في مرضى السكري بنجاح منقطع النظير، فقد كانت استجابة المرضى للعلاج أشبه بالمعجزة في ذلك الوقت. مثال آخر من نفس الحقبة هو مرض فقر الدم الخبيث الذي كان مرضاً مميتاً تتناقص فيه كريات الدم الحمراء تدريجياً إلى مستوى شديد الانخفاض فيبدو المريض شاحباً كالشبح ويصبح شديد الضعف. استخدام الكبد - الذي اكتشف لاحقاً أنه مصدر للفيتامين B12 - لعلاج مرض فقر الدم الخبيث فكانت النتائج سريعة وواضحة، أما الآن فإن الفيتامين B12 يوصف بشكل روتيني.

وظهرت في أوقات لاحقة علاجات أخرى ذات نتائج مذهشة جعلتها بغنى عن التجارب المضبوطة لتوضيح فائدتها، مثل زرع الأعضاء لمرضى قصور الكلية أو الكبد أو القلب، وتبديل مفصل الورك للمصابين بآلام التهاب المفصل، وتلا ذلك في مطلع القرن الحالي ظهور نتائج درامية مماثلة لاستخدام ايماتينيب لعلاج ابيضاض الدم النقوي المزمن (٥٣). فقد كانت استجابة هذا النوع من ابيضاض الدم

للعلاجات المتوفرة ضعيفة جدا قبل اكتشاف ايماتينيب الذي أعطى نتائج درامية عندما استخدم لعلاج مرضى لم يستجيبوا للعلاجات الدارجة.

التأثيرات المتواضعة: شائعة ولكن غير واضحة

ليس لمعظم العلاجات تأثيرات درامية، مما يجعلها بحاجة للتقييم في تجارب مضبوطة بدقة، كما أن علاجاً ذو تأثير درامي في مرض ما قد لا يكون تأثيره بنفس الوضوح في مرض آخر. فمثلاً، بينما كان تأثير السلفانوميدات درامياً في أمراض قاتلة هي حمى النفاس والتهاب السحايا بالمكورات السحائية، لم يكن لها إلا تأثير متواضع في أمراض ينجو منها الكثير من المرضى بدون علاج. لذلك فقد احتاج تقييم تأثير السلفوناميدات على هذه الأمراض إلى تجارب مضبوطة بدقة، فتبين بنتائج العديد من التجارب السريرية في الثلاثينيات والأربعينيات أن للسلفانوميدات تأثيراً مقبولاً في علاج كل من الحمرة (التهاب جلدي جرثومي شديد) وذات الرئة. ولكن تلك التجارب بينت أيضاً أنه لا يحتمل أن تكون السلفوناميدات مفيدة في الحمى القرمزية (٥٤). كذلك فإنه رغم ثبات فائدة فيتامين B12 في فقر الدم الخبيث، ما زال الجدل قائماً حول ما إذا كان يتوجب إعطاؤه للمرضى بحقن عضلية

شهرية أم ربعيه، ولن يتم إنهاء هذا الجدل إلا بتجارب مضبوطة بدقة تقارن بين الخيارين مدار الجدل. وبينما كان لاستبدال مفصل الورك تأثيراً درامياً على تخفيف الألم، فإن المزايا النسبية لمختلف أنواع مفاصل الورك الصناعية هي أقل وضوحاً، ولكن تبقى هامة، فقد يهترئ بعضها قبل غيره مثلاً.

عندما يختلف الأطباء

إن تنوع طرق العلاج المستخدمة في علاج مرض ما لبرهان على الغموض المهني الذي يلف تحدد العلاج الأفضل لذاك المرض، كما هي الحال بالنسبة لعلاج تضخم البروستات الحميد، مثلاً. تعرف هذه الحالة بفرط تنسج البروستات الحميد وهي حالة شائعة عند الرجال المسنين عرضها الأكثر حدوثاً والأكثر إزعاجاً هو صعوبة التبول. هناك طرق كثيرة لعلاج فرط تنسج البروستات الحميد، منها ترك الطبيعة تأخذ مجراها – و تدعى أحياناً "الانتظار والمراقبة" أو "المناظرة الفعالة" – لأن الأعراض قد تتحسن عفويًا، ومنها علاجات دوائية تقليدية يتوفر العديد منها حالياً ومنتج نباتي طبيعي يستخلص من النخلة الأميركية القزمية اسمه *serenao repens*. ثم يأتي العلاج الجراحي الذي تتفاوت نسب اللجوء إليه بشدة من مكان إلى آخر، فقد

تفاوت معدل التعرض لجراحة البروستات بين ٦ و ٢٣ من كل ألف رجل في مناطق مختلفة من الولايات المتحدة في دراسة أجريت عام ١٩٩٦ على الرجال المسجلين في Medicare أضخم نظام تأمين صحي في أميركا (٥٥).

الجغرافيا قدرنا

"كثيراً ماتكون "الجغرافيا هي القدر" في الرعاية الصحية. إذ يبلغ معدل استئصال اللوزات، مثلاً، ٨% من أطفال إحدى مناطق فيرمونت ويرتفع إلى ٧٠% في منطقة أخرى. وتختلف نسب النساء اللواتي استؤصلت أرحامهن حتى عمر السبعين بين أقل من ٢٠% وأكثر من ٧٠% من منطقة إلى أخرى في ماين. وفي أيوا تتراوح نسبة الرجال فوق ٨٥ عاماً ممن خضعوا لجراحة البروستات بين ١٥% و ٦٠%.

Gigerenzer G. Reckoning with risk: Learning to live with uncertainty. London: Penguin books, 2002, p101.

نعلم أن اختيار العلاج في حالة فرط تنسج البروستات الحميد يعتمد على ما يفضله الرجال المصابين به وعلى التنازلات التي يمكن تقديمها، فالرجال آراء شخصية مختلفة في تقييم المخاطر والفوائد. فقد يحصل الذين يختارون الجراحة على أفضل الفرص للتخلص من الأعراض المرضية لكنهم يواجهون خطر مضاعفات مثل سلس البول والقذف الراجع و العنانة. أما العلاج الدوائي فهو أقل فعالية في التخلص من الأعراض لكنه يجنب الاختلاطات الجراحية. في حين

يتجنب خيار الانتظار والمراقبة كلا المضاعفات الجراحية والدوائية ولكنه يترك الأعراض على حالها. لا بد من تجارب مضبوطة لمقارنة هذه الخيارات مما يساعد المرضى على اتخاذ قرارات علاجية مستنيرة. فعندما يستشير رجل طبيبه بخصوص أعراض يعاني منها، يتوجب على الطبيب شرح فوائد ومضار كافة الخيارات الممكنة بشكل يمكنهما من الاتفاق على أفضل علاج ملائم لحالته. وحيث أنه من المنطقي الافتراض بأن مختلف مناطق الولايات المتحدة تشتمل على نفس نسب الرجال الذين يناسبهم أي من الخيارات العلاجية، فإن التفاوت الكبير في معدلات التعرض لجراحة البروستات يوضح أن قرارات الأطباء باللجوء للجراحة وتوقيت العملية مازال ملفوفاً بالغموض. ويرتبط هذا الغموض المحيط بخيارات المعالجة بغموض إضافي لا يستهان به فيما يخص فحوص مسح البروستات كما ذكرنا في الفصل ٢.

معضلة البروستات

سيدي،

إن الغموض هو الأمر الوحيد الواضح في مسألة مسح وتشخيص وعلاج سرطان البروستات. فهو يهدد حياة بعض الرجال ولكنه لايشكل خطراً على كثيرين غيرهم، لذلك فإن علاجه قد لا يكون لازماً بالرغم من أنه ممكن.

توضح المراسلات الأخيرة التي نشرتها جريدتكم الصعوبات التي تواجه الرجال عند محاولة التوصل إلى قرار في ضوء براهين وآراء الخبراء من الأطباء والعلماء. إذ يكتب لكم اسبوعياً مئات من الرجال حول هذا الموضوع، منهم جيريمي لورنس الذي قال أنه سيحافظ على بروستاته في الوقت الراهن، متجاهلاً على ما يبدو الأعراض التي يعاني منها بسبب خشيته من تشخيص إصابته بالسرطان، في حين أنه لو راجع طبيبه لكان احتمال تشخيص مشكلة بروستات حميدة وقابلة للعلاج أكبر من احتمال تشخيص السرطان. أما البروفيسور روبرت ايسنتال فيشعر بالامتنان لاستأصل بروستاته. وبغض النظر عن عدم اهتمام جيريمي بطلب مساعدة طبيبه، فإنه يصعب حتى على أطباء الأورام وأطباء البولية القول بأن أي من الرجلين مصيب تماماً أو مخطيء تماماً. فهذا أفضل مايفعله هؤلاء الرجال وأمثالهم ممن يواجهون هذه المعضلة أسبوعياً، بانتظار ظهور برهان علمي طبي جلي.

الحل هو أن يصبح الرجل مستنيراً، أو أقرب مايمكن إلى الاستنارة، والسبيل الوحيد لتخفيف الغموض هو التمويل المديد للأبحاث العلمية. وحتى يتحقق ذلك، نلزمنا سياسة صحية تدعم صحة الرجال وتساعدهم على تثقيف أنفسهم صحياً وعلى المشاركة في الحفاظ على رفاهم الصحي – رغم أن ذلك ليس أحد أهداف الحكومة في الوقت الحالي.

د. كريس هيلي، مدير التخطيط والأبحاث، جمعية سرطان البروستات الخيرية
Hiley C. Prostate dilemma [letter]. The Independent, 2004Jun7,p26

يطفو الغموض المهني أيضاً على سطح الطرق التي يطبق فيها الجراحون استئصال اللوزات لعلاج التهاب اللوزات المزمن أو التهاب اللوزات الحاد المتكرر. فقد كان استئصال اللوزات عند الأطفال في وقت من الأوقات أمراً شبه روتيني بغض النظر عما إذا كانت الأعراض، إن وجدت، تستدعي الجراحة أم لا. أما اليوم فقد أصبح استئصال اللوزات أكثر انتقائية، ولكنه ما زال شديد الشيوع عند الأطفال وامتزاد التطبيق للكبار، رغم أن استطبابات الجراحة مازالت غير متفق عليها. يستطب استئصال اللوزتين عند الأطفال إذا سببت ضخامتهما إعاقة تنفسية شديدة. ولكن يتم في بلدان كثيرة استئصال اللوزتين للعديد من المرضى بسبب تكرار التهاب اللوزات الحاد، أو التهاب اللوزات المزمن، أو التهابات البلعوم اللانوعية المتكررة. وحتى عندما يتم تبرير الجراحة بوجود "الانتانات"، فإن تحديد شدة وتواتر الانتانات التي تتطلب الجراحة يتفاوت بشدة. وللجراحة بلاشك محاذيرها مثل النزف الشديد، إضافة للمحاذير التي ترافق عادة التخدير العام، مما يزيد من التناقضات الواضحة المتعلقة بعملية استئصال اللوزتين. وقد حاولت مجموعة من الباحثين مواجهة هذه التناقضات عن طريق تنفيذ مراجعة منهجية للتجارب المضبوطة التي أجريت بهدف توضيح هذا الغموض فاكتشفوا أنه لم يسبق إطلاقاً إجراء أية تجارب سريرية على استئصال اللوزتين عند البالغين. ولم

تكن الحال أفضل بالنسبة للأطفال حيث وجدت تجربتان كان لكل منهما مساوئها، ففي إحداهما مثلاً كانت لم يكن الأطفال الذين خضعوا للجراحة (استئصال اللوزتين فقط، أو استئصال اللوزتين مع الناميات) مشابهين لأطفال مجموعة المقارنة الذين لم يخضعوا للجراحة، حيث امتاز الأطفال في مجموعة الجراحة بنموذج مختلف من انتانات البلعوم قبل الجراحة، وبأنهم من طبقة أفقر من أطفال مجموعة المقارنة، أي أنه لم تتم مقارنة الند بالند. لذلك فقد استنتج الباحثون أن الأبحاث المتوفرة لاتقدم تقييماً كافياً لجدوى استئصال اللوزتين، وأنه من الضروري إجراء المزيد من التجارب المضبوطة (٥٦).

حديث أطباء عن تخمين الوصفة

وضح أحد الأطباء مايلي بشكل محادثة متخيلة بين طبيبين: "للتخمين وزن ثقيل في كل مانقوم به، وأظن أن كلانا غير مرتاح لذلك. فالطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كانت أعمالنا مفيدة هي التجريب الصحيح، ولكن العوائق كبيرة. فما عسانا نفعل؟ نفعل ما نحب، وأنا واثق من أنه مفيد بعض الأحيان - الخبرة السريرية و ما إلى ذلك - أما في بقية الأحيان فنتساوى احتمالات الإصابة مع احتمالات الخطأ، وطالما أن ما نفعله لا يسمى تجريباً فإن أحداً لن ينظمه، ولن يتعلم منه أحد."

Adapted from Petit-Zeman S. Doctor, what's wrong? Making the NHS human again. London: Routledge, 2005, pp79-80.

مرة أخرى يقدم علاج سرطان الثدي مثلاً بارزاً عن الغموض المهني (انظر الفصل ٢). فرغم الكم الكبير من الأبحاث التشخيصية والعلاجية المتراكمة على مر السنين مازال الغموض واضحاً من الاختلافات في قراءة الماموغرام وفي اللجوء إلى العلاجات الجراحية والشعاعية والكيميائية. فهناك الكثير من الأسئلة التي لم تجد لها أجوبة بعد كالمعالم البيولوجية للمرض مثل دور المورثات والأنزيمات أو الفوارق الاستقلابية بين الأشخاص. ولم تحل بعد مسألة أفضل علاج للمرحلة المبكرة من سرطان الثدي أو "مرحلة ما قبل السرطان" ، كما لم يحدد العدد المثالي الواجب إزالته من العقد للمفاوية الإبطينية، وما زال التنظيم الأمثل لخدمات المسح والعلاج أمراً معقداً يتطلب المزيد من البراهين لتوجيه الممارسة. وإن كانت هذه القائمة الطويلة لا تكفي فإنه من الممكن إضافة مسائل أخرى مثل تخفيف الإعياء المرافق للمعالجة وتحديد أفضل الطرق لعلاج ما تخلفه معالجة منطقة الإبطن جراحياً وشعاعياً من وذمة لمفاوية مزعجة ومعيقة.

يقود كل ذلك باتجاه واضح. يجب على الأطباء أولاً جمع أفضل البراهين العلاجية المتوفرة من خبراتهم المتراكمة ومن المراجعة المنهجية لكل الأبحاث العلمية الموثوقة. ثم يجب عليهم مناقشة الخيارات مع مرضاهم وتشكيل أوضح فكرة ممكنة عن رغبات

المريض وما يفضله من علاجات. وإذا استمر الغموض بعد ذلك، يجب عليهم الإقرار بوجوده والاستعداد لشرحه لمرضاهم. ولكن الإقرار بوجود الغموض لا يجب أن يصبح إعلاناً للهزيمة بل دافعاً للتقدم باتجاه تحسين العلاجات وجعلها أكثر أماناً عن طريق مساهمة كل من الأطباء والمرضى سوية في تصميم أبحاث علمية أفضل (انظر الفصل ٧). يوجب ذلك على المرضى تفهم أنه إذا قال الطبيب "لا أعرف" بعد البحث عن البراهين فإن ذلك لايعني البحث عن طبيب آخر يقول "أنا أعرف" متجاهلاً بسماجة الغموض المحيط بالمشكلة.

إذاً كيف نواجه الغموض المحيط بتأثيرات دواء أو تقنية طبية جديدة؟ الجواب البديهي هو أن نحاول تخفيف الغموض عن طريق استخدام الدواء أو التقنية الجديدة فقط في سياق بحث علمي مصمم لمعرفة المزيد عن تأثيراته. وقد صاغ أحد المختصين بأخلاقيات الطب هذا الجواب على الشكل التالي:

"إذا كانت الميزات الجوهرية لعلاجات مختلفة غامضة فإن استخدام أي منها لعلاج مريض ما لن يفيد في توضيح تلك الميزات. لذلك فإن الإصرار على استخدام أي من تلك العلاجات قبل اختباره في تجربة مناسبة هو أمر غير منطقي

ارتكاس مريضة للغموض

كتبت السيدة دايان بالاسيوس، وهي مواطنة أمريكية عمرها ٥٨ سنة من سكان نيوجرسي، عام ٢٠٠٢ رسالة إلى الدكتور بيرري من مركز أندرسون للسرطان في جامعة تكساس تقول فيها: " اكتشفت، مع الأسف، أنه من المستحيل إجراء نقاش منطقي مع الطبيب. تلك على الأقل هي تجربتي الشخصية عندما حاولت التعبير عن مخاوفي بخصوص الماموغرام التي نصح مقال في النيويورك تايمز كل مريضة بأن تجرّيه. فمجرد تحفظي على إجراء الماموغرام سنويا يستفز الطبيب ويجعله شبه عدواني، مما يجعلني أشعر بأن علاقتي بالطبيب ليست طيبة، وهذه النتيجة ليست بالجيّدة. فالعالم الجيد لا يخاف من التعبير عن الغموض المحيط بموضوع ما، ولا يهاب مناقشته علناً. وأخشى أن الأطباء الذين التقيت بهم لا يملكون هذه العقلية العلمية."

كما كتبت السيدة دايان بالاسيوس إلى النيويورك تايمز رسالة ختمتها بالقول:

" أستطيع التعايش مع الغموض و لكنني لا أرغب بالعيش مع الخداع"

Palacios D. Re: Senators hear from experts, then support mammography (news article March 1). New York Times, 2002 Mar 4, pA 20.

وكتبت طبيبة بريطانية شابة عام ٢٠٠٥ بعد أن أصيبت بالمرض:
"جعلتني خبرتي التي اكتسبتها أثناء عملي في الخدمات الطبية الوطنية واقعية بخصوص الانتظار وغموض التشخيص وضيق وقت الأطباء. إن أكثر ما اقدره هو أن حالتي قد شخصت وعولجت من قبل أشخاص أثق بهم – من قبل أطباء شرحوا الحقائق والغموض كما يعرفونها، وأخبروني بخطتهم للمرحلة التالية دون أن يلبسوها ثوباً من الخيال والوهم، ولم يشتتوا انتباهي بالكلام عن أشياء ممكنة قد تكون خاطئة أو بتكرار السؤال عن مشاعري ... أخبرت والدي وهو طبيب أطفال بأنني محظوظة ولكنه أشار إلى نقطة هامة: لم أكن محظوظة بل إن تجربتي يجب أن تكون نموذجاً اعتيادياً للممارسة الطبية اليومية."

Chambers C. Book review. Hippocratic oaths-medicine and its discontents.

Journal of the royal Society of Medicine 2005; 98:39-40.

وغير أخلاقي. أما الإجابة على السؤال: "ما هو أفضل علاج للمريض؟" فيجب أن تكون "التجربة"، فالتجربة هي العلاج. هل هذا تجريب؟ نعم، ولكنه تجريب يهدف إلى جمع البيانات إضافة إلى الاختيار في ظل الغموض. هل هناك ضرر من كون الاختيار "عشوائياً"؟ منطقياً، لا، فهل هناك آلية أفضل للاختيار في ظل الغموض؟". (٥٧)

أما إذا لم يكن ممكناً القيام ببحث علمي، فيجب على الأقل توثيق نتائج استخدام العلاجات الجديدة غير المجربة توثيقاً منهجياً يساهم برفد المعرفة المتوفرة لصالح المرضى الذين يتلقون علاجاً غير مجرب ولصالح غيرهم من المرضى حيثما كانوا. تستثمر البلابين من أموال دافعي الضرائب في أنظمة المعلوماتية التابعة للخدمات الصحية الوطنية، لذلك فإن المطالبة باستخدام تلك الأنظمة لصالح المواطنين ليست مطالبة مجحفة. وهناك الكثير من الأمثلة على استخدام الكوادر الصحية لهذه المقاربة المسؤولة. ففي الثمانينيات اتفق أطباء التوليد الكنديون والبريطانيون على عدم إجراء خزع الزغابات المشيمية (وهي تقنية راضة لتشخيص التشوهات الجنينية قبل الولادة) إلا ضمن تجارب مضبوطة ريثما يعرف المزيد عن سلامتها مقارنةً ببدائل مثل بزل السائل الأمينوسي (انظر الفصل ٧). كما اتفق أطباء الأطفال

البريطانيون في التسعينيات على معالجة الأطفال المولودين ولديهم نقص أكسجة بجهاز الرئة والقلب الآلي الجديد فقط ضمن تجربة عشوائية مضبوطة، بهدف تمكين الأطباء والآباء من التعرف بسرعة على ما إذا كان الجهاز الجديد أفضل أو أسوأ في تقليل احتمال وفاة الوليد أو إصابته بإعاقة شديدة من أفضل رعاية دارجة. وقد طبق أطباء الأطفال نفس المقاربة في وقت لاحق لتقييم فرضية توحى بأن تبريد الوليد المريض قد يحميه من الأذية الدماغية. تعكس هذه المقاربات المنضبطة من قبل الأطباء مدى معرفتهم بأنه عندما يحيط الغموض بتأثيرات العلاجات فمن السهل التسبب بضرر غير مقصود رغم العمل بأحسن النوايا.

تحيتان للغموض

يمكننا الحفاظ على آمالنا وخياراتنا فقط لأننا لانعلم الغيب، مما يعني في سياق تنوير المريض حول آثار العلاجات أن للمريض حق أساسي في الإقرار بوجود الغموض (أي عملياً اختلاف آراء الأطباء) وفي قبول الطريقة المقترحة لحل الغموض الموجود (والتي قد تتضمن التطوع في تجربة سريرية كطريقة لتوضيح الغموض). لذلك فإنه يجب عدم اعتبار الغموض عدواً، بل صديق (أو فرصة). فبمجرد تمييز الغموض والإقرار بوجوده يمكن التفكير بحلول فعالة لتوضيحه. لذا "تحيتان للغموض"

Djulbegovic B. Paradox exists in dealing with uncertainty. British Medical Journal 2004;328:1018.

على الرغم من وجود اهتمام متزايد بالترويج لهذا الموقف و خصوصاً من أجل العلاجات الجديدة التي غالباً ما تكون مرتفعة الكلفة، مازلنا مع الأسف نفوت الكثير من الفرص. فليس هنالك، مثلاً، علاج فعال معروف للإصابة العصبية المدمرة والقاتلة المعروفة باسم مرض كرتزفيلد-جاكوب، والتي يحتمل أن أحد أشكالها ينجم عن أكل لحوم قطعان مصابة بمرض جنون البقر. يسهل تفهم أن أقارب المريض المصعوقين من الحالة قد يطالبون بتجريب أي علاج يحافظ على الأمل، حتى لو كنا لانعرف شيئاً عن فوائده ومضاره المحتملة، ولكن كان يمكننا أن نتعلم لمصلحة المرضى لو أن مثل هذه العلاجات قد قيمت تقييماً صحيحاً بتجارب عادلة. (الفصل ٧)

تخفيف غموض تأثيرات العلاجات

لا بد من التغيير إذا كنا نريد تخفيف الغموض المحيط بتأثيرات العلاجات تخفيفاً فعالاً ومجدياً. سنناقش بعض التغييرات المطلوبة – لاسيما زيادة إشراك المرضى – في الفصلين الأخيرين من هذا الكتاب، مكتفين هنا بالتأكيد على نقطة هامة ألمحنا إليها أعلاه. فعندما لا تتوفر معلومات كافية عن تأثيرات علاج ما يمكن إغناء المعرفة عن طريق اشتراط أن يستخدم الأطباء ذلك العلاج فقط في سياق تقييم

رسمي ريثما تتوفر معلومات أكثر عن قيمته ومساوئه المحتملة. تحد هذه المقاربة من المخاطرة بالمرضى، ولكنها تلقى معارضة من بعض أصحاب المواقف المؤثرة بسبب ازدواجية في المعايير. وقد أغاظت هذه المشكلة طبيب أطفال بريطاني قبل أكثر من ٣٠ سنة عندما لاحظ بحسرة أنه يحتاج إلى إذن كي يصف علاجاً ما لنصف مرضاه (أي أن يحاول كشف فاعلية الدواء الجديد بتقديمه إلى نصف المرضى بينما يعالج النصف الباقي بالعلاجات الدارجة ضمن مقارنة مضبوطة)، ولكن ليس لكي يصف نفس العلاج لكل مرضاه وكأنه وصفة اعتيادية (٥٨).

ما زالت ازدواجية المعايير اللامنطقية هذه تعرقل وتحبط الأطباء الذين يريدون توضيح التأثيرات الغامضة للعلاجات. فبينما يقدم المجلس الطبي العام، مثلاً، نصيحة شديدة المرونة للأطباء بخصوص ما يقدمونه لمرضاهم من معلومات أثناء الممارسة الطبية اليومية مفادها أن كمية تلك المعلومات "ستختلف ... من مريض لآخر باختلاف عوامل مثل طبيعة الحالة وتعقيد المعالجة والمخاطر المرافقة للعلاج أو للإجراء ورغبات المريض" (٥٩)، تنعدم هذه المرونة في تعليمات نفس المجلس بخصوص الحصول على موافقة المريض على

المشاركة ببحث علمي، والتي تطالب بتقديم "كل المعلومات الممكنة" للمرضى الذين يطلب منهم المشاركة بالتجارب السريرية.

من قال أن البحث الطبي مضر بصحتك؟

" تنحصر أكثر مناقشات أخلاقيات البحث الطبي بكيفية تنظيم وضبط الأبحاث، رغم أن الوقائع تبين أن البحث الطبي أشد انضباطاً وصرامةً من الممارسة الطبية اليومية. ولكنك معذور إذا قادتك التعمق بقراءة التعليمات التنظيمية اللانهائية للبحث الطبي إلى الاقتناع بأن البحث الطبي لابد أن يشابه التدخين من حيث الإضرار بصحتك."

Hope T. Medical ethics: a very short introduction. Oxford: Oxford university press

يجب – حتى أخلاقياً – أخذ مصالح كل المرضى الذين يتلقون العلاج بعين الاعتبار، وليس فقط القلة التي تشارك بالتجارب المضبوطة (٦٠)، لذلك فإن مايقدم من معلومات حول التجارب يجب أن يكون مفصلاً على مقياس متطلبات المريض وتفضيلاته الشخصية، والتي قد يتغير بعضها مع مرور الوقت. ورغم أنه يجب توفير كل المعلومات عند الطلب، فإن الإصرار العقائدي على تقديم كافة المعلومات والحصول موافقة المريض في كل الظروف قد يخالف المنطق ويعيق الممارسة الطبية الجيدة (٦١). فلافرق بين المرضى الذين سيتم علاجهم ضمن التجارب السريرية وبين المرضى الذين سيتم علاجهم خارج التجارب السريرية من حيث كمية المعلومات التي يرغبون بها،

ولا من حيث مقدرتهم على فهمها ضمن الوقت المتاح، ولا من حيث درجة خوفهم وقلقهم. لذلك فإن إجبار الأطباء الساعين إلى تقليص الغموض المحيط بالعلاجات وتأثيراتها على تقديم كل المعلومات الممكنة قد يزعج ذلك النوع من المرضى الذين يفضلون أن "يتركوا الأمر للأطباء" (٦٢).

أخلاقيات منحازة

إذا جرب طبيب معالجة جديدةً بقصد دراستها بعناية وتقييم حاصلها ونشر النتائج فإنه بذلك يقوم ببحث طبي، فنعتقد أن المشاركين بالبحث يحتاجون لحماية خاصة، مما يوجب مراجعة بروتوكول البحث من قبل لجنة لأخلاقيات البحث العلمي، وتمحيص نموذج موافقة المريض على المساهمة بالبحث، وربما اتخاذ قرار بمنع إجراء البحث. ولكن قد يقوم نفس الطبيب بتجريب نفس المعالجة الجديدة لمجرد اعتقاده بأنها نافعة لمرضاه ودون أن تكون لديه نية دراستها، فلا يصبح تجريبه في هذه الحالة بحثاً علمياً، مما يغنيه عن موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي، ويمكنه من الحصول على موافقة المريض حسب شروط لا تحكمها إلا مخاطر المقاضاة بتهمة سوء الممارسة.

يبدو جلياً أن الحالة الثانية (غير البحثية) تعرض المرضى لمخاطر أشد من تلك التي تعرضهم لها الحالة الأولى (حالة البحث السريري الرسمي)، كما يبدو الطبيب في الحالة الأولى أكثر تحلياً بأخلاقيات المهنة لأنه يقوم بتقييم المعالجة بينما يكتفي الطبيب في الحالة الثانية باستخدام المعالجة مستنداً إلى تخرصات منقوصة. ولكن لأن القواعد الأخلاقية التي تسعى لحماية المريض تركز على تحصيل معارف يمكن تعميمها فإنها تضبط الباحث المسئول متناسية المغامر المتهور.

Lantos J. Ethical issues-how can we distinguish clinical research from innovative therapy? American Journal of Pediatric Hematology/Oncology 1994;16:72-5.

فبدلاً من الإصرار على تقديم كل المعلومات الممكنة، من الأفضل للمجلس الطبي العام الذي يراجع حالياً توجيهاته الخاصة بموافقة المريض أن يطالب بإتاحة كل الفرص لكل الذين تتم دعوتهم للمشاركة في التجارب السريرية للوصول بسهولة إلى كل المعلومات الممكنة. كما يفضل تنمية مقاربة مرنة تعتبر أن الثقة المتبادلة بين الطبيب والمريض هي حجر الأساس في كل استشارة طبية ناجحة، وتشجع الاستثمار في استراتيجية لتحسين مهارات التواصل لدى الكوادر الصحية. فالقدرة على شرح الغموض تتطلب بعض المهارات ودرجة معينة من التواصل من قبل الطبيب لأن سبب الغموض عادةً هو أنه لا أحد يعرف أي علاج أفضل. ورغم أنه لا يمكن تحديد العلاج الأفضل إلا بمشاركة المرضى بتجارب مضبوطة، فإنه كثيراً ما يشعر الأطباء بالحرج عندما يحاولون شرح ذلك لمرضى يدعونهم للمشاركة في تجربة سريرية (٦٣، ٦٤). إلا أن الرأي العام يتغير مضيئاً مهلة الاعتراف أمام أطباء متعجرفين يدعون العصمة عن الخطأ، ومطالباً بالتركيز على تدريب أطباء لا يشعرون بالحرج من الإقرار بإنسانيتهم وبحاجتهم لمشاركة المرضى في البحث العلمي الهادف إلى تخفيف الغموض عن طريق التأكد من تأثيرات مختلف الخيارات العلاجية.

مقاربة تفاعلية شخصية لموافقة المستنير

" صباح الخير سيدة جونز أنا الدكتور سميث. تفضلي بالجلوس. لا بد أن يكون طبيبك العام قد شرح لك أنه أحالك إلي بسبب عدم تحسن صعوبة التنفس التي أصابتك، وطلب مني بعض الاقتراحات لمساعدتك. أنا جاهز للمساعدة، ولكن ذلك يتطلب أن أراك عدة مرات خلال الأشهر القادمة لنعمل سوية على تحديد أفضل علاج لحالتك.

سأكون أكثر قدرة على المساعدة إذا أخبرتيني عن أولوياتك و تفضيلاتك العلاجية، ولأن هذا هو لقاؤنا الأول أعتقد أنه من المفيد أن أقدم لك فكرة موجزة عن الطريقة التي سأحاول مساعدتك بها. يختلف المرضى بكمية المعلومات التي يرغبون بتقديمها إلى الطبيب أو بتلقيها منه. ويبدو أن معظم المرضى يتلقون من أطباءهم معلومات أقل مما يرغبون، بينما يفضل بعض المرضى عدم معرفة أمور يرى الأطباء أنها ضرورية للمريض. وحيث أننا لا نعرف بعضنا جيداً، فأنا أطلب مساعدتك لتحديد كمية المعلومات التي تريد الحصول عليها عن حالتك وعن الخيارات العلاجية الممكنة. سأعتمد عليك في دفعي إلى الكلام أكثر عندما تشعرين بأنني لا أقدم ما يكفي وفي أن توقفيني عندما ترين بأنني أسرف في الكلام. يجب أن تعلمي أنني لن أكذب في الرد على أي سؤال مباشر منك، وأنني عندما لا أعرف جواباً لسؤالك سأفعل ما بوسعي كي أجده لك. هل ترين في ذلك سبيلاً مقبولاً للمتابعة؟"

Oxman AD, Chalmers, Sackett DL. A practical guide to informed consent to treatment. British Medical Journal 2001;323:1464-6.

لعل أكبر عثرة تعيق مشاركة كل من المرضى والأطباء في التجارب السريرية هي عدم فهمهم لمبدأ التعشية (أو العشوائية) ولسبب ضرورته ولقيمته العملية (انظر الفصل ٣)، مما يسلب الضوء مجدداً على الضرورة الملحة لفتح مجال الوصول إلى معلومات مكتوبة وواضحة عن التجارب السريرية وعن الأسباب التي توجب إجراءها. ولهذه الضرورة وجهان هامين، أولهما نشر ثقافة عامة تحسن فهم التجارب المضبوطة العشوائية وموجبات إجراءها، وثانيهما تقديم معلومات كافية عن سبب دعوة المريض لتقبل العلاج ضمن تجربة سريرية ما. لذلك يجب توفير نشرات عن الحاجة إلى التجارب السريرية في ردهات الانتظار في العيادات بهدف نشر بذور المعرفة بين المرضى وتخفيف صدمة دعوتهم للانضمام إلى تجربة سريرية. ويجب الترويج للتجارب المضبوطة على أنها شراكة بين الأطباء وبين المرضى هدفها تحسين خيارات العلاج ونوعية الحياة. كما يجب بعد ذلك إعلام المرضى المدعوين للمشاركة في تجربة ما عن الأسباب التي تجعلهم مؤهلين للمشاركة وعن متطلبات المشاركة.

نود أن نرى ذلك اليوم الذي لا تسبب دعوة المريض فيه إلى المشاركة مفاجأة له، بل يبادر فيه المريض تلقائياً بالسؤال عن التجارب التي هو

مؤهل للمشاركة فيها (٦٦)، وبالحكم عما إذا كانت أسئلة البحث المطروحة هامة بالنسبة له أم لا.

شرح مبسط للعشوائية

"العشوائية هي تقليل الانحياز وتأكيد تشابه مرضى مجموعتي المقارنة بكل العوامل المعروفة والمجهولة، والغاية منها التأكد من أن الفوارق الملاحظة في حاصل المجموعتين هي نتيجة لتأثير العلاج وليس لأن مرضى إحدى المجموعتين مختلفين عن مرضى المجموعة الثانية.

تلغي العشوائية أيضاً إمكانية قيام الطبيب - بقصد أم بدون قصد - بتعيين علاج ما لصنف معين من المرضى وتعيين العلاج الثاني لصنف آخر من المرضى، كما تلغي إمكانية أن ينتقي صنف من المرضى علاجاً ما بينما ينتقي صنف آخر من المرضى العلاج الآخر."

Harrison J. Presentation to consumers 'Advisory group for clinical trials' 1995.

الأخلاق ولجان الأخلاقيات ومصالح المرضى

من الغريب أن علماء الأخلاقيات ولجان أخلاقيات البحث العلمي قد ساهموا باستمرار ازدواجية المعايير في مسألة موافقة المريض على استخدام علاج مازالت تأثيراته غامضة (٦٧). فغالبا ما يبدو علماء الأخلاقيات مهتمون بحماية "الضعفاء" أكثر من اهتمامهم بتشجيع

المرضى بشكل صحيح على المساهمة بشراكة عادلة. ولكن، وكما لاحظ أحد علماء الأخلاقيات الطبية، "إذا أراد علماء الأخلاقيات وغيرهم أن ينتقدوا شيئاً في التجارب السريرية فعليهم البحث عن الأعمال الناقصة علمياً وعن إعادة اختراع الدولاب، وأهم من ذلك عن الاستثناءات غير المبررة وعن الهدر غير المنطقي للموارد. أما الجدل الدائر حالياً فيعاني من فشل تذكر سبب إجراء التجارب، ألا وهو التأكد من سلامة العلاجات المستعملة ومن أنها أحسن فعلاً من بدائلها. فالأخلاقيات لا تتجزأ، كما لا تتجزأ التجارب". (٦٨)

ولدت لجان أخلاقيات البحث العلمي - وهي لجان مستقلة تقيم الأوجه الأخلاقية لمقترحات الأبحاث الجديدة - من رحم العديد من فضائح تجارب لا أخلاقية فعلاً بدأ تطبيقها على البشر في الثلاثينيات. وما زال لهذه اللجان دور هام في حماية البشر من الإساءات المرتكبة باسم البحث العلمي، وفي تمحيص أنماط البحوث المصممة لزيادة المعرفة العلمية. لكن يصبح ماتقدمه هذه اللجان للمرضى من خدمات ضئيلة عندما يتعلق الأمر بتقييم العلاجات في سياق تجارب مضبوطة لأنها لم تشكل أصلاً بهدف تقييم جدوى العلاجات، ولم يرسم لها دور أولي في ذلك التقييم (٦٩)، فهي:

مرشد جيد للتجارب المضبوطة يقوده المرضى

بعد تأسيس السجل العالمي للتجارب (www.controlled-trials.com) يمكن التفكير بإنشاء "مرشد التجارب المضبوطة الجيدة" وهو مرشد الكتروني يقوده المرضى بهدف مساعدة البشر الذين يفكرون بالمشاركة في التجارب على اتخاذ قرارات مستنيرة. فقد تتناول تعليقات المرضى في ذلك المرشد، مثلاً، أهمية الأسئلة التي تحاول التجربة الإجابة عليها، وما إذا كانت أبحاث سابقة قد أجابت عليها بشكل وافٍ، وما إذا كان تصميم التجربة متيناً علمياً وأخلاقياً، وما إذا كانت الحواصل الأولية المنتقاة مهمة للمرضى، وما إذا كان قد تم الترتيب لتوصيل نتائج البحث إلى الذين شاركوا فيه. قد يساعد تجنيد نفوذ المستهلك بهذه الطريقة على إعادة توجيه جدول أعمال البحث السريري كي يخدم مصالح المرضى بصورة أفضل، بنفس الطريقة التي ساعد عبرها كتاب شيلا كيتزينغر " دليل الولادة السليمة" على جعل مشافي التوليد البريطانية أكثر اطلاعاً على نظرة المواطنين إلى الرعاية التي كانت تقدم في كل من تلك المشافي.

Chalmers I. A patient-led Good Controlled Trials Guide• Lancet 2000;356:774.

- لم تميز بشكل كاف بين أبحاث تقييم تأثيرات علاجات قلما استخدمت (وربما لم ترخص أبداً) وأبحاث على علاجات مستعملة بشكل واسع.
- فعلت القليل، أو لم تفعل شيئاً، للفت الانتباه إلى ازدواجية معايير موافقة المرضى على العلاج التي ناقشناها أعلاه.
- لم تتأكد من أن مقترحات الأبحاث الجديدة مبنية على مراجعات منهجية لما هو متوفر من أبحاث.
- لم تطالب الباحثين بالتصريح عن تضارب المصالح.
- لم تفعل أي شيء لتخفيف الانحياز الناجم عن عدم نشر نتائج بعض الأبحاث.

هناك تساؤلات جدية عن مدى خدمة لجان أخلاقيات البحث لمصالح المواطنين، مما دفع الخدمات الصحية الوطنية لمطالبة تلك اللجان بإتاحة نتائج كل البحوث والدراسات الموافق عليها للجميع. فمثلاً، يجب على كل لجنة لأخلاقيات البحث العلمي حفظ سجل بكل مقترحات الأبحاث المعروضة عليها، وأن تطلب من الباحثين تقريراً ختامياً خلال مدة أقصاها ثلاثة أشهر. غير أنه لا يزال هناك الكثير من التقصير الذي يجب تلافيه لضمان كفاية وشفافية عمل لجان أخلاقيات البحث العلمي. عندها فقط سيثق المرضى المدعوون للمشاركة

بأبحاث علمية حول تأثيرات العلاج بجدارة تلك الأبحاث وبأن مساهمتهم فيها ستكون مفيدة.

يجب أن لا يكون البحث العلمي منفصلاً عن الممارسة السريرية "يجب من وجهة نظر أخلاقية اعتبار الأبحاث السريرية مكتملة للممارسة السريرية. وينطبق ذلك على أنماط الرعاية الجديدة التي يؤمل أن تكون مفيدة (ولكن مازالت احتمال فائدتها أو ضررها مجهولاً)، وعلى أنماط الرعاية المستخدمة لفترة أطول من الزمن ولكن دون إثبات قيمتها. ومن الأولويات الأخلاقية في الخدمات الصحية الوطنية توظيف الموارد المحدودة لخير كل الذين ترعاهم"

Advisory Group on Health Technology Assessment, Assessing the Effects of Health Technologies: Department of Health, 1992, p25.

نقاط رئيسية

- غموض تأثيرات العلاجات مسألة شائعة.
- عندما لا يتمكن أحد من توضيح غموض هام في تأثير العلاج، يجب اتخاذ خطوات تخفف ذلك الغموض.
- لا بد في هذا المجال من التقييم والتوثيق الدقيق، ومن التجارب السريرية جيدة التنفيذ.
- لا تخدم ازدواجية معايير الموافقة على علاج جديد ضمن أو خارج التجارب السريرية مصالح المرضى.
- يمكن عمل الكثير لمساعدة المرضى على المشاركة في تخفيف غموض تأثيرات العلاجات.
- لا تخدم لجان أخلاقيات البحث العلمي حالياً مصالح المرضى بشكل فعال.