

مقالة بحثية

تقييم الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه باستخدام أداة تقييم الأدلة الإرشادية المتعلقة بالأبحاث والتقييم الإصدار الثاني AGREE II: مراجعة منهجية

ياسر سامي عامر*^{1,3,2,4}، هيا فيصل الجودي⁵، جيرمي ليام فارنهام^{6,7}، فهد عبده حمود بشيري⁸، مدثر حمد حمد⁸، صالح محمد الصالحي⁹، هديل فخري دغش¹⁰، تري حمود البطي^{11,6}. بالنيابة عن الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إشراق)¹¹

1 وحدة الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية المبنية على البراهين، إدارة الجودة، المدينة الطبية بجامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2 قسم طب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي، المدينة الطبية بجامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 3 كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة، عمادة البحث العلمي، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 4 مركز الإسكندرية للقواعد الإرشادية للممارسة الإكلينيكية المبنية على الأدلة، جامعة الإسكندرية، الإسكندرية، مصر، 5 قسم العلوم العصبية، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، الرياض، المملكة العربية السعودية، 6 الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إشراق)، الرياض، المملكة العربية السعودية، 7 كلية علم النفس، جامعة شرق لندن، لندن، المملكة المتحدة، 8 وحدة الأمراض العصبية في الأطفال، قسم طب الأطفال، كلية الطب، المدينة الطبية بجامعة الملك سعود، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 9 مركز نمو الطفل، مستشفى الملك عبد الله بن عبد العزيز الجامعي، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، الرياض، المملكة العربية السعودية، 10 برنامج أداء، الوكالة المساعدة لخدمات المستشفيات، وزارة الصحة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 11 قسم الطب النفسي، المدينة الطبية بجامعة الملك سعود، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية

*عضوية الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إشراق) واردة في كلمة "شكر وتقدير" yassersami@gmail.com

📌 وصول مفتوح

الاقتباس: عامر ي س، الجودي ه ف، فارنهام ج ل، بشيري ف ع، حمد م ح، الصالحي ص م، وآخرون (2019) تقييم الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) باستخدام أداة تقييم الأدلة الإرشادية المتعلقة بالأبحاث والتقييم الإصدار الثاني AGREE II: مراجعة منهجية. PLoS ONE 14 (7): e0219239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219239>

المحرر: بان لين، جامعة جنوب الوسط للعلوم، الصين

الاستلام: 21 يوليو 2018

القبول: 19 يونيو 2019

النشر: 5 يوليو 2019

حقوق النشر: © 2019 عامر وآخرون. هذا مقال مفتوح الوصول يتم توزيعه بموجب شروط ترخيص المشاع الإبداعي، الذي يسمح بالاستخدام، والتوزيع، والاستنساخ بأية وسيلة وبدون قيد، شريطة الإشارة إلى المؤلف الأصلي والمصدر الأصلي.

توفر البيانات: جميع البيانات ذات الصلة موجودة ضمن ورقة البحث وملفات المعلومات الداعمة لها.

التمويل: تلقى هذا العمل الدعم من قبل الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إشراق). العنوان <https://adhd.org.sa> وهو جزء من مشروع شامل لتكييف الأدلة الإرشادية الوطنية لـ ADHD برعاية الجمعية. لم يكن للممولين دور تنافس المصالح: صرح المؤلفون أنه لا يوجد تنافس مصالح.

الخلاصة

الخلفية والأهداف

إن إرشادات الممارسة السريرية المبنية على أدلة عالية الجودة لها أثر هام على صحة التشخيص والعلاج والنتائج الإيجابية. ونظراً لأن الرعاية الصحية المبنية على البراهين لحالات اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) هي عملية ليست سهلة، تهدف هذه الدراسة لتقييم جودة الأدلة الإرشادية المنشورة لـ ADHD.

الطرق

أجريت مراجعة منهجية للأدلة الإرشادية لـ ADHD باستخدام قواعد البيانات التالفة DynaMed و PubMed و محرك البحث الأكاديمي لجوجل. جرى تقييم جودة كل واحد من الأدلة الإرشادية المشمولة في هذا التقييم بواسطة ثلاثة مقيمين مستقلين باستخدام أداة تقييم الأدلة الإرشادية المتعلقة بالأبحاث والتقييم الإصدار الثاني (AGREE II).

النتائج

أجريت مراجعة نقدية لستة من الأدلة الإرشادية. أظهرت الدرجات المعيارية لنطاقات AGREE II تفاوتاً في الجودة بين هذه الأدلة، وكانت الأدلة الإرشادية للمعهد القومي البريطاني للصحة والرعاية المتميزة (NICE)،

بالإضافة إلى النظام الصحي لجامعة ميشيغان، والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال هم الأعلى من حيث الجودة. وبشكل عام، كانت توصيات علاج ADHD متشابهة في هذه الأدلة الإرشادية الثلاثة.

الخاتمة

إن كتابة التقارير عن عملية تطوير وإعداد إرشادات الممارسة السريرية هي في كثير من الأحيان تكون غير موثقة جيداً. ينبغي على مجموعات تطوير وإعداد الأدلة الإرشادية التقيد بمعايير AGREE II لتحسين معايير وجودة الأدلة الإرشادية. كانت الأدلة الإرشادية البريطانية NICE هي الأعلى من حيث الجودة. ونحن نوصي بإدخال أداة تقييم الأدلة الإرشادية AGREE II في برامج تدريب وتعليم مقدمي الرعاية الصحية.

تم نشر بروتوكول هذه الدراسة في السجل المستقبلي العالمي للمراجعات المنهجية (PROSPERO).

الرابط: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017078712.

وهو متوفر أيضاً في الرابط: <https://dx.doi.org/10.17504/protocols.io.q27dyhn>.

المقدمة

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه [1،2] أو اضطراب فرط الحركة/ تشتت الانتباه [3،4] (ADHD)، هو اضطراب نمائي عصبي مزمن يتميز بمستويات من الحركة الزائدة - الاندفاعية و/ أو قلة الانتباه التي لا تتلاءم مع مستويات النمو [1-9]. وهو يتميز أيضاً بكونه غير متجانس سريريًا ووراثيًا، وله مسببات متعددة محتملة، وكثيراً ما تُصاحبه حالات مرضية عصبية نفسية [10،11]. كما أن نسبة انتشاره عالية إذ تبلغ 5-6% لدى الأطفال و3,8-4,4% لدى الكبار [12].

تلخص الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية أفضل البراهين المتاحة، وتوفر الإرشاد لمقدمي الرعاية الصحية خلال ممارستهم اليومية. كما أن الأدلة الإرشادية بإمكانها توفير دعم فعال للدورة "من المعرفة - إلى التنفيذ" إذا تم تطويرها باستخدام منهجية نظامية وصارمة. كذلك كشفت الأدلة المنشورة أن الأدلة الإرشادية يُمكنها تحسين نتائج العلاج وتجربة المريض وجودة وسلامة الرعاية الصحية [13].

في عام 2011، قام قسم الصحة والطب (HMD)، الأكاديميات الوطنية الأمريكية، سابقاً معهد الطب (IOM)، بنشر معايير الثمانية الخاصة بـ الأدلة الإرشادية الجيدة بالنقطة، الأدلة الإرشادية الممارسة السريرية التي يمكننا الوثوق بها [14]. ومنذ ذلك الحين، تم نشر أو تحديث مجموعات عديدة من المقاييس أو المعايير الخاصة بـ الأدلة الإرشادية عالية الجودة، بما فيها معايير الشبكة العالمية للأدلة الإرشادية [15]، والقائمة المرجعية GIN-McMaster [16]، والقائمة المرجعية للتقارير AGREE II [17] المبنية على معايير أداة AGREE II وعددها 23. وقد ساعدت هذه المعايير في تشكيل عملية تطوير ومنهجيات الأدلة الإرشادية في جميع أنحاء العالم [18].

أجريت مراجعتان منهجيتان لأدوات تقييم الأدلة الإرشادية شملت ما مجموعه 64 أداة [19،20]، وتبين منهما أن أداة AGREE II كانت الأداة الوحيدة التي تشتمل على نظام درجات ذي مصدوقية، بالإضافة إلى كونها معتمدة على نطاق واسع. والواقع أن هذه الأداة أثبتت جدارتها لتصبح المعيار المعتمد دولياً لتقييم

الجودة وتطوير الأدلة الإرشادية، حيث تم الاستشهاد بها أكثر من 746 مرة خلال الفترة 2013-2018 [21].

كشفت مراجعة موجزة للأبحاث حول استخدام أداة AGREE II للأدلة الإرشادية الخاصة بـ ADHD استخدامين سابقين لها: الأول كان مقصوراً على العلاج باستخدام الأدوية النفسية لـ ADHD [22]، والثاني أجري كجزء من أطروحة الماجستير في طب الأطفال في جامعة الإسكندرية [23]. إن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو توفير تقييم شامل، يُمكن الوصول إليه بسهولة، ومُحدث لجودة الأدلة الإرشادية المتاحة المتعلقة بتشخيص وعلاج ADHD، باستخدام أداة القياس المعتمدة، AGREE II، وقد شملت هذه الدراسة الأدلة الإرشادية هذه تلك المنشورة بين عامي 2012 و2019، عقب نشر معايير الأدلة الإرشادية لقسم الصحة والطب والشبكة العالمية للأدلة الإرشادية. أما فيما يتعلق بـ الأدلة الإرشادية المنشورة قبل ذلك فقد تبين بشكل عام أنها ذات جودة متباينة والتزام ضعيف بالمعايير المنهجية المتاحة آنذاك [24،25].

الطرق

تم نشر بروتوكول هذه الدراسة في السجل المستقبلي العالمي للمراجعات المنهجية (PROSPERO)، الرابط:

[26] http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017078712

وهو متوفر أيضاً في الرابط: <https://dx.doi.org/10.17504/protocols.io.q27dyhn> [25].

معايير الأهلية

كانت معايير انتقاء الأدلة الإرشادية التي سيشملها التقييم كما يلي: (1) أن تكون الأدلة الإرشادية المبنية على البراهين (أي مع وصف واضح لمنهجية التطوير)، (2) أن تكون لغتها اللغة الإنجليزية (3)، أن تكون الأدلة الإرشادية مأخوذة من المصدر الأصلي (تطوير من جديد)، (4) أن تكون الأدلة الإرشادية وطنية ودولية معاً، (5) أن يكون تاريخ نشرها بين 1 يناير 2012 و1 يوليو 2017 (تم تمديد البحث حتى 15 يونيو 2019)، و (6) أن تكون منشورة من قبل هيئة أو مجموعة مؤلفين في قاعدة بيانات للأدلة الإرشادية أو مجلة محكمة. كما تم انتقاء الإصدار الأحدث فقط من بين الأدلة الإرشادية المصدرية سواء في شكل وثيقة كاملة للأدلة الإرشادية تم الحصول عليها من الموقع الرسمي للهيئة المطورة أو في شكل منشور كامل تأليف مجموعة تطوير الأدلة الإرشادية.

استبعدنا الأدلة الإرشادية المنشورة قبل عام 2012 وتلك المكتوبة بلغة غير الإنجليزية وتلك المقدمة بشكل نصوص أو الأدلة الإرشادية متفق عليها بالإجماع أو بالاستناد إلى آراء الخبراء وتلك المكيفة من الأدلة الإرشادية مصدرية أخرى وتلك المعدة من قبل مؤلف واحد. كذلك لم يتم النظر في هذا التقييم في المنشورات ذات الصلة التي تلخص أو تبليغ عن تطبيق الأدلة الإرشادية بواسطة مؤلفين مختلفين.

مصادر المعلومات (تحديد الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية لـ ADHD)

أجرينا عمليات بحث في قواعد البيانات الببليوغرافية (Medline / PubMed) ومحرك البحث الأكاديمي (غوغل)، EBSCO DynaMed Plus (الولايات المتحدة الأمريكية) وقواعد بيانات الأدلة الإرشادية: وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة (AHRQ) وقاعدة البيانات الوطنية للأدلة الإرشادية (الولايات المتحدة) و

الشبكة العالمية للأدلة الإرشادية (GIN) وشبكة الأدلة الإرشادية بين الكليات الأسترلندية (SIGN)؛ المملكة المتحدة)، المعهد القومي للصحة والرعاية المتميزة (NICE)؛ المملكة المتحدة) والمجلس الوطني الأسترالي للبحوث الصحية والطبية (NHMRC). بحثنا أيضًا في قواعد بيانات الجمعيات الوطنية والعالمية المتخصصة في المجالات ذات العلاقة ب ADHD (مثل الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الجمعية الأوروبية للطب النفسي).

البحث، الفرز، واختيار الدراسة

تضمنت الكلمات الرئيسية المستخدمة "اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه-attention deficit/hyperactivity disorder" أو افتا ADHD ، "الأدلة الإرشادية guideline"، "أدلة الإرشادية الممارسة practiceguideline"، "أدلة الإرشادية الممارسة السريرية clinicalpracticeguideline"، "محدد الممارسة practiceparameter"، "التوجيه guidance" أو "التوصيات recommendations" [26-28].

تضمنت استراتيجية البحث في محرك PubMed "اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" [ل و ب] أو "ADHD" [ل و ب]. تم تنشيط الفلاتر التالية: الأدلة الإرشادية، تاريخ النشر من 01/01/2012 إلى 30/06/2018 (تم التمديد حتى 15/6/2019)، البشر.

بالإضافة إلى ذلك، استخدمنا القائمة المرجعية PIPOH (فئات المرضى Patient Population، التدخلات Interventions، المختصين Professionals، النتائج Outcomes، بيانات الرعاية الصحية Healthcare Setting) [18، 28] لمزيد من المساعدة في عملية الاختيار والاستبعاد. وفيما يلي وصف للخصائص المستمدة من المستعملة بواسطة قائمة PIPOH: كانت فئات المرضى (P) لدينا من الأطفال والكبار الجاري تقييمهم من أجل أو بسبب تشخيص ADHD. شملت التدخلات (I) التشخيص (شكاوى الوالدين أو المعلم أو المراهق، التاريخ والفحص البدني، الأدوات النفسية، الاستقصاءات، الأمراض المصاحبة)، والعلاج (العلاج الدوائي، التدخلات النفسية والسلوكية، الآثار الضارة للعلاجات، علاج الآثار الضارة، المتابعة، الحالات الخاصة، الطب البديل، وانتقال الرعاية من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ). فئة الأخصائيين (P) شمل الأطباء (مثل الأطباء النفسيين، أطباء الأطفال وأطباء الأعصاب)، أخصائيي علم النفس السريري، الصيادلة، الممرضات، أخصائيي التغذية، أخصائيي العلاج الوظيفي، والأخصائيين الاجتماعيين. وشملت النتائج الرئيسية (O) شدة أعراض ADHD، الأداء الأكاديمي، الحالة الوظيفية، الآثار الجانبية للأدوية المنشطة، وجودة الحياة. بيئة الرعاية الصحية (H) شملت بيانات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية التي تتناول تقييم وعلاج وتبدير ADHD.

تولى اثنان من المراجعين (ي، ع، ج ف) بشكل مستقل الاطلاع على العناوين والخلاصات للأدلة الإرشادية والمقالات التي تستوفي معايير الاشتمال في التقييم. كما تمت مراجعتها من قبل ثلاثة مراجعين آخرين (ت، أ، ف، ب، م، ح). أما الخلافات فقد تم حلها عن طريق إجراء مزيد من المناقشات ضمن المجموعة بأكملها بعد استرجاع ومراجعة الوثائق الكاملة للأدلة الإرشادية أو المقالات الكاملة، بما في ذلك الروابط بأية وثائق تكميلية أو صفحات انترنت متاحة. كررنا بحثنا قبل إعادة تسليم المخطوطة النهائية في يونيو 2019 على أساس مراجعة الزملاء قبل النشر للتعرف على أية الأدلة الإرشادية جديدة مؤهلة.

تقييم الأدلة الإرشادية باستخدام أداة AGREE II

تتكون أداة AGREE II (www.agreetrust.org) من 23 بنداً أو سؤالاً وهي منظمة في ستة نطاقات تشمل المجال والهدف (البندود 1-3) ومشاركة الأطراف ذوي العلاقة (البندود 4-6) ودقة وصرامة إعداد الدليل الإرشادي (البندود 7-14) و وضوح عرض وتقديم التوصيات (البندود 15-17) و القابلية للتطبيق (البندود 18-21) واستقلالية هيئة التحرير (البندود 22-23). يتم إعطاء درجة لكل بند أو سؤال على مقياس ليكرت من واحد إلى سبعة، حيث 1 = لا أوافق بشدة و 7 = أوافق بشدة. تم إجراء تقييم AGREE II باستخدام أداة "My AGREE PLUS" على الإنترنت التي طورتها مؤسسة AGREE. تدعم أداة "My AGREE PLUS" عملية تقييم AGREE II من خلال إنشاء "مجموعة تقييم" لكل واحدة من الأدلة الإرشادية، وتجميع وحساب درجات البندود للحصول على درجات النطاق، وإنشاء التقارير النهائية. يتعين على مستخدمي My AGREE PLUS إجراء عملية تسجيل مجانية قبل بدء تقييم AGREE على الإنترنت للأدلة الإرشادية محددة. يتولى الإشراف على كل مجموعة تقييم للأدلة الإرشادية "منسق" يقوم بتسجيل تفاصيل المجموعة، دعوة المقيمين، مراجعة البيانات، وإنشاء تقارير AGREE II النهائية. يُمكن إنشاء تقريرين اثنين منفصلين من My AGREE PLUS بمجرد انتهاء المجموعة من تقييم الأدلة الإرشادية: أحدهما لـ "التقييمات" (أي درجات البندود الفردية والدرجات المعيارية للنطاقات) والآخر لـ "التعليقات". بالإضافة إلى ذلك، يوفر موقع AGREE على الإنترنت موارد تدريب سمعية بصرية على استخدام أداة AGREE II، بالإضافة إلى أفلام فيديو تصف الوظائف المختلفة لمنصة My AGREE PLUS على الإنترنت.

تم اختيار سبعة مقيمين بخبرات سريرية متنوعة (طبيب نفسي للأطفال، اثنين من أخصائيي الأعصاب للأطفال، أخصائي طب نمو الأطفال، أخصائي علم النفس العصبي السريري، صيدلي سريري، طبيب أطفال عام وأخصائي منهجية الأدلة الإرشادية). في بداية هذا المشروع، تلقى المقيمون جلسات تدريب نظري وعملي بواسطة خبير في المنهجية حول مفاهيم ومعايير الأدلة الإرشادية، واستخدام أداة AGREE II. قيم كل مراجع بشكل مستقل الأدلة الإرشادية الموكلة إليه. وتم تقييم كل واحدة من الأدلة الإرشادية المشمولة بشكل مستقل من قبل ثلاثة مراجعين: اثنين من الأطباء وأخصائيي في المنهجية.

راجع جميع المقيمين الوثيقة الكاملة للأدلة الإرشادية، بالإضافة إلى أية وثائق تكميلية أو روابط بصفحات على الإنترنت تتعلق بمنهجية الأدلة الإرشادية أو أدوات التنفيذ. بالنسبة لكل بند، طُلب من المقيمين تسجيل المبرر المنطقي لدرجاتهم في قسم التعليقات. تم حل الاختلافات بين درجات المقيمين بالطلب من أولئك الذين قدموا درجات طرفية إعادة التقييم بعد إجراء مناقشة ضمن المجموعة. لوحظت الاختلافات بشكل رئيسي في الأسئلة المرتبطة بدرجة عالية بمنهجية تطوير الأدلة الإرشادية (أي الأسئلة 7-14 من النطاق 3) والتنفيذ (خاصة السؤال 18 من النطاق 5). كانت النسبة المئوية للاختلافات الأولية في بعض الأدلة الإرشادية تبلغ 9 لكل 23 سؤالاً (39%). ولكنها أصبحت أقل بالنسبة للأدلة الإرشادية المقيمة لاحقاً مع ارتفاع منحنى التعلم والفهم لاستخدام معايير AGREE II لتقييم الجودة. تم احتساب الدرجات المعيارية لنطاقات AGREE (تتراوح من 0 إلى 100%) تلقائياً بواسطة My AGREE PLUS بناء على المعادلات التي يوفرها دليل مستخدم AGREE II.

وافق المراجعون على نقطة فاصلة قدرها 60% للدرجة المعيارية لكل نطاق من نطاقات AGREE، مع إعطاء وزن أكبر لدرجات النطاقين 3 و5 لتسهيل التقييم النهائي لجودة تقارير الأدلة الإرشادية. وقد تم الإبلاغ والنشر مؤخراً عن تصنيف مماثل للنطاقات [13، 29، 30].

تم إجراء تحقق إضافي يؤكد مصداقية الأدلة الإرشادية الست لإدخال مراجعات منهجية مع أو بدون تحاليل بعدية في قاعدة الأدلة الخاصة بها وكذلك التكرار والنسبة المئوية لمراجعات كوكرين بين هذه المراجعات. علاوة على ذلك، قمنا بفحص ما إذا كانت منهجية تقييم وتطوير وقياس تصنيف التوصيات (أو باختصار GRADE) قد استخدمت في عملية تطوير الأدلة الإرشادية حيث أن العديد من الهيئات المطورة للأدلة الإرشادية تتحول بشكل متزايد إلى استخدام GRADE (مثل منظمة الصحة العالمية، NICE، SIGN، NHMRC، وغيرها) [31-34]. إن منهجية GRADE هي وسيلة لتقييم اليقين في الأدلة (أي جودة الأدلة أو الثقة في تقديرات التأثير) وقوة التوصيات في مجال الرعاية الصحية، ولها مضامين مهمة بالنسبة لتلخيص الأدلة لأغراض المراجعات المنهجية، تقييمات التكنولوجيا الصحية، والأدلة الإرشادية إضافة إلى صناعات القرار الآخرين [35،36].

النتائج

تحديد الأدلة الإرشادية لـ ADHD

تم تلخيص نتائج البحث في الشكل أس 1. أجري للقائمة الأولية المسترجعة المؤلفة من ثلاثين الأدلة الإرشادية مراجعة ومناقشة وفترة بواسطة المقيمين، وكانت ستة الأدلة الإرشادية لـ ADHD حديثة تفي بالنموذج (PIPOH) ومعايير الخضوع للتقييم، وبذلك اعتبرت مؤهلة. تم تطوير الأدلة الإرشادية الست هذه من قبل الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) في 2012م، النظام الصحي لجامعة ميشيغان (UMHS) في 2012م، المعهد القومي للصحة والرعاية المتفوقة (NICE) في 2016 (تحديث في 2018م)، المركز القومي للأبحاث الطبية والصحية (NHMRC) في 2013م، تحالف موارد ADHD الكندي (CADDRA) في 2014م (تحديث في 2018)، ووزارة الصحة في سنغافورا (SMOH) في 2014م [37-42].

تم إجراء بحث مُحدث للأدلة الإرشادية المصدرية لـ ADHD في يونيو 2019 باستخدام نفس المعايير ومصادر المعلومات المذكورة أعلاه. لكن لم يكشف هذا البحث المكرر عن أية أدلة إرشادية مؤهلة ينبغي إضافتها إلى تقييم AGREE السابق. وعلى الرغم من الاستبعاد، إلا أنه يجدر بنا أن نذكر عدة الأدلة الإرشادية حديثة أو مواد على الإنترنت ذات صلة بسبب التأثير الوطني و/أو العالمي للهيئات الناشرة لها.

ومن الأمثلة عليها (مع أسباب الاستبعاد) (1) الأدلة الإرشادية المبنية على الأدلة متعددة التخصصات والإجماع "ADHD لدى الأطفال والأشخاص الصغار والكبار" الصادرة على الإنترنت في يونيو 2018 بواسطة رابطة الجمعيات الطبية العلمية في ألمانيا (AWMF) على الإنترنت (باللغة الألمانية) [43]. (2) الأدلة الإرشادية للتدخلات العلاجية لـ ADHD في 2017 بواسطة مجموعة العمل الخاصة بـ الأدلة الإرشادية للتدخلات العلاجية لـ ADHD، وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية والمساواة، معهد العلوم الصحية في أراغون (IACS) (باللغة الإسبانية) [44]، (3) بيان الإجماع الأوروبي المُحدث حول تشخيص وعلاج ADHD لدى الكبار 2019 بواسطة الشبكة الأوروبية لـ ADHD لدى الكبار (ENAA) (بيان بالإجماع) [45]، (4) الجمعية البريطانية لعلم الأدوية النفسية (BAP)، الأدلة الإرشادية للمعالجة الدوائية لـ ADHD 2014 (بيان بالإجماع) [46]، و(5) أقرت مراكز مكافحة والوقاية من الأمراض "التوصيات العلاجية للأكاديمية

الأمريكية لطب الأطفال (AAP) ونشرتها في موقعها الرسمي على الإنترنت اعتبارًا من سبتمبر 2018 (اعتمدت الأدلة الإرشادية AAP لسنة 2011) [47].

الجدول 1. خصائص الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية لـ ADHD (عامة)

| العنوان | سنة النشر | البلد | مستوى التطوير | اسم الهيئة (مختصر) | مجموع عدد المراجع |
|--|-------------------|------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP): الأدلة الإرشادية لتشخيص وتقييم وعلاج ADHD لدى الأطفال والمراهقين (37) | 2012 | الولايات المتحدة | وطني | AAP | 70 |
| تحالف موارد ADHD الكندي (CADDRA): الأدلة الإرشادية، الطبعة 3 (محدثة في الطبعة 4). (39) | 2015 (محدثة 2018) | كندا | وطني | CADDRA | 264 |
| المجلس القومي للأبحاث الطبية والصحية (NHMRC): نقاط الممارسة السريرية حول تشخيص وتقييم وعلاج ADHD لدى الأطفال والمراهقين (40) | 2014 | أستراليا | وطني | NHMRC | 112 |
| المعهد القومي للصحة والرعاية المتوقعة (NICE): الأدلة الإرشادية لـ ADHD (42) | 2016 (محدثة 2018) | المملكة المتحدة | وطني | NICE | 2941 |
| وزارة الصحة، سنغافورا (SMOH): أدلة الإرشادية حول ADHD (41) | 2013 | سنغافورا | وطني | SMOH | 250 |
| النظام الصحي لجامعة ميشيغان (UMHS): ADHD (38) | 2013 | الولايات المتحدة | محلي | UMHS | 14 |

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219239.t001>

قام عدد من المصادر المتوفرة على الإنترنت للمختصين والجمهور بتلخيص ومناقشة توصيات بعض الأدلة الإرشادية هذه والوثائق ذات العلاقة مثل دايناميد بلس (محدث في مايو 2019) [49،48]، الاتحاد العالمي - دليل ADHD (2019) [50]، ومعهد ADHD (محدث في مارس 2019) [51]، ولكن بدون الاعتماد على أداة تقييم رسمية للأدلة الإرشادية مثل أداة AGREE II [20،19].

الخصائص الرئيسية للأدلة الإرشادية

يوضح الجدولان 1 و2 خصائص جميع الأدلة الإرشادية المؤهلة: خمسة منها وطنية (AAP، NICE، NHMRC، CADDRA، وSMOH) وواحد محلي (UMHS). تم تطوير إثنين منها من قبل هيئتين مقرهما في الولايات المتحدة (عدد = 2، 33%)، وواحد (عدد = 1، 17%) تم تطويره من قبل هيئة في كل من كندا، المملكة المتحدة، أستراليا، وسنغافورة. تم تطوير الأدلة الإرشادية الستة من قبل: هيئة حكومية (عدد = 3، 50%)، وجمعية طبية متخصصة (عدد = 2، 33%)، وهيئة لتحسين الرعاية الصحية وتطوير الأدلة الإرشادية (عدد = 2، 33%).

جدول 2. خصائص أدلة الإرشادية للممارسة السريرية لـ ADHD (المحتوى السريري/ خيارات الرعاية)

| المحتوى السريري/ خيارات الرعاية | AAP (37) | CADDRA (39) | NHMRC (40) | NICE (42) | SMOH (41) | UMHS (38) |
|--|----------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| التشخيص والتقييم | | | | | | |
| 1. شكوى الوالدين/ المعلم/ المريض (المراهق) | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم |
| 2. الصورة السريرية | نعم | لا | نعم | نعم | لا | نعم |
| 3. أدوات علم النفس | نعم | نعم | لا | لا | لا | نعم |
| 4. التشخيص التبايني | نعم | نعم | لا | نعم | نعم | نعم |
| 5. الاستقصاءات | لا | نعم | لا | لا | نعم | نعم |
| العلاج | | | | | | |
| 6. التدخلات النفسية والسلوكية | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم |
| 7. العلاج الدوائي | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم |
| 8. علاج التأثيرات الضارة للعلاج الدوائي | نعم | نعم | نعم | نعم | لا | نعم |
| 9. الحالات المرضية المصاحبة | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم |
| 10. المتابعة | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم | نعم |
| 11. الحالات الخاصة | نعم | لا | لا | لا | لا | نعم |
| 12. الطب البديل | نعم | لا | لا | لا | نعم | نعم |
| 13. انتقال الرعاية من الطفولة إلى البلوغ | نعم | لا | نعم | نعم | نعم | لا |

نعم = (مشمول)، لا = (غير مشمول)

تقرير جودة الأدلة الإرشادية لـ ADHD

الجدول رقم 3 يلخص الدرجات المعيارية للنطاقات لـ AGREE II.

النطاق 1: المجال والهدف. تراوحت الدرجة المعيارية للنطاق 1 لـ AGREE II من 37% إلى 100%. كانت الدرجات لجميع الأدلة الإرشادية تزيد عن 60% في النطاق 1 ما عدا الأدلة الإرشادية السنغافورية حيث نتج عن محدودية وصف الأهداف العامة، الأسئلة الصحية، وفئات المرضى درجة أقل من 60%. اثنتان من الأدلة الإرشادية حصلتا على درجة أعلى من 90% وهما البريطانية NICE والأمريكية UMHS.

النطاق 2: مشاركة الأطراف ذوي العلاقة. تراوحت الدرجة المعيارية للنطاق 2 لـ AGREE II من 43% إلى 96%. كانت الدرجات لجميع الأدلة الإرشادية تزيد عن 60% في النطاق 2 ما عدا الأدلة الإرشادية السنغافورية SMOH والكندية CADDRA والأمريكية UMHS حيث نتج عن الافتقار لوصف كاف لتفضيلات المرضى أو المستعملين المستهدفين درجات متدنية للأدلة الإرشادية هذه. ولم تحصل على درجة أعلى من 90% سوى الأدلة الإرشادية البريطانية NICE.

النطاق 3: دقة وصرامة إعداد الدليل الإرشادي. تراوحت الدرجات المعيارية للنطاق 3 لـ AGREE II من 35% إلى 93%. حازت ثلاثة أدلة إرشادية على درجات أعلى من أو تساوي 60%: NICE (93%)، AAP (66%)، UMHS (60%). أما الأدلة الإرشادية الأخرى (NHMRC, CADDRA, and SMOH) فقد حازت على درجات أقل من 60% في النطاق 3. كانت طرق وإستراتيجية البحث الشامل، معايير اختيار

جدول 3. الدرجات المعيارية للنطاقات لـ AGREE II للأدلة الإرشادية لعلاج ADHD

| UMHS (38) | SMOH (41) | NHMRC (40) | NICE (42) | CADDRA (39) | AAP (37) | الأدلة الإرشادية لـ ADHD (المرجع)/ الدرجات المعيارية للنطاقات حسب AGREE II |
|--|--|--|--|--|--|---|
| 91% | 37% | 72% | 100% | 74% | 80% | النطاق 1. المجال والهدف البنود 1-3، الأهداف، الأسئلة الصحية، الفئات (المرضى، الجمهور، إلخ) |
| 43% | 59% | 76% | 96% | 50% | 67% | النطاق 2. مشاركة الأطراف ذوي العلاقة البنود 4-6: عضوية المجموعة، رغبات وآراء الفئات المستهدفة، المستعملين المستهدفين |
| 60% | 47% | 53% | 93% | 35% | 66% | النطاق 3. دقة وصرامة إعداد الدليل الإرشادي البنود 7-14: طرق البحث، معايير اختيار الأدلة، نقاط القوة والضعف للأدلة، صياغة التوصيات، اعتبار الفوائد والأضرار، الربط بين التوصيات والأدلة، المراجعة الخارجية، طريقة التحديث |
| 81% | 83% | 65% | 89% | 63% | 76% | النطاق 4. وضوح عرض وتقديم التوصيات البنود 15-17: توصيات محددة وواضحة، خيارات العلاج، التوصيات الرئيسية ممكن تحديدها |
| 69% | 69% | 29% | 92% | 35% | 64% | النطاق 5. القابلية للتطبيق البنود 18-21: ميسرات ومعوقات التطبيق، نصائح/ أدوات التنفيذ، المضامين بالنسبة للموارد، معايير الرقابة/ التدقيق |
| 69% | 28% | 67% | 92% | 78% | 75% | النطاق 6. استقلالية هيئة التحرير البنود 22-23: الجهة الممولة، تنافس المصالح |
| 72% | 50% | 56% | 100% | 67% | 56% | التقييم الإجمالي للدليل الإرشادي 1 (الجودة الإجمالية) |
| نعم-2، نعم مع تعديلات 0 - لا، 1- | نعم-0، نعم مع تعديلات 1 - لا، 2- | نعم-0، نعم مع تعديلات 0 - لا، 3- | نعم-1، نعم مع تعديلات 0 - لا، 2- | نعم-1، نعم مع تعديلات 0 - لا، 2- | نعم-1، نعم مع تعديلات 0 - لا، 2- | التقييم الإجمالي للدليل الإرشادي 2 (التوصية باستعمال الأدلة الإرشادية) |
| هـ، أ، ص، أ، ي ع | ف، ب، هـ، د، ي ع | هـ، د، ت، أ، ي ع | ف، ب، م، ح، ي ع | ص، أ، ت، أ، ي ع | هـ، أ، ت، أ، ي ع | المقيمون لـ AGREE II |

الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP)، النظام الصحي لجامعة ميشيغان (UMHS)، المعهد القومي للصحة والرعاية المتوقعة (NICE)، المركز القومي للأبحاث الطبية والصحية (NHMRC)، تحالف موارد ADHD الكندي (CADDRA)، وزارة الصحة، سنغافورا (SMOH)، أدلة الإرشادية الممارسة السريرية (CPGs)، AGREE II (أداة تقييم الأدلة الإرشادية المتعلقة بالأبحاث والتقييم - الإصدار الثاني)

الأدلة، نقاط قوة وضعف الأدلة (جداول الأدلة)، العملية المفصلة لصياغة التوصيات، مناقشة عملية الموازنة بين المخاطر والفوائد، عملية المراجعة الخارجية، وتفاصيل عملية التحديث هي نقاط الضعف الأكثر شيوعاً في الأدلة الإرشادية (NHMRC, CADDRA, and SMOH).

النطاق 4: وضوح عرض وتقديم التوصيات. تراوحت الدرجات المعيارية للنطاق 4 AGREE II من 63% إلى 89%. وكانت درجات جميع الأدلة الإرشادية أعلى من 60% في النطاق 4. أي أن هذا النطاق تمت معالجته بصورة جيدة في جميع الأدلة الإرشادية المشمولة، حيث كانت التوصيات محددة، غير غامضة، ومن السهل التعرف عليها في جميع الأدلة الإرشادية. وحازت ثلاثة من الأدلة الإرشادية (NICE, SMOH, and UMHS) على درجة أعلى من 80%.

النطاق 5: القابلية للتطبيق. تراوحت الدرجات المعيارية للنطاق 5 AGREE II من 29% إلى 92%. وكانت درجات جميع الأدلة الإرشادية أعلى من 60% في النطاق 5 باستثناء الأدلة الإرشادية (CADDRA and NHMRC) حيث لم يتم تناول الميسرات، المعينات، الرقابة ومعايير التدقيق، المضامين بالنسبة للموارد، والتحليل الرسمية للتكلفة. حازت الأدلة الإرشادية (NICE) على أعلى درجة إذ كانت الأدلة الإرشادية الوحيدة التي حازت على درجة أعلى من 90%.

النطاق 6: استقلالية هيئة التحرير. تراوحت الدرجات المعيارية للنطاق 6 AGREE II من 28% إلى 92%. وكانت درجات جميع الأدلة الإرشادية أعلى من 60% باستثناء الأدلة الإرشادية السنغافورية (SMOH).

التقييم الإجمالي للدليل الإرشادي. تراوحت الدرجات المعيارية للتقييم الإجمالي للدليل الإرشادي AGREE II من 50% إلى 100%. وكانت درجات جميع الأدلة الإرشادية أعلى من 60% في التقييم الإجمالي الأول، باستثناء AAP, NHMRC and SMOH. وبشكل عام حازت الأدلة الإرشادية NICE على أعلى الدرجات في جميع نطاقات AGREE II (أي النطاقات الستة) إضافة إلى أعلى درجة في التقييم الإجمالي الأول، إذ كانت الأدلة الإرشادية الوحيدة التي حازت على درجة 100%.

التوصية بالأدلة الإرشادية التي ستستعمل في الممارسة. التقييم (الإجمالي) الثاني المتعلق بالتوصية الإجمالية بـ الأدلة الإرشادية التي ستستعمل في الممارسة السريرية أظهر تفاوتاً بين هذه الدرجة والدرجات الفردية للنطاقات في كل واحدة من الأدلة الإرشادية. ويمكن توضيح ذلك في الأدلة الإرشادية (NICE) حيث لم يعكس هذا التقييم الإجمالي الثاني للدليل الإرشادي درجة عالية مثل درجات النطاقات الستة والتقييم الإجمالي الأول للدليل الإرشادي (اثان من المقيمين أوصيا باستعمال الأدلة الإرشادية NICE مع تعديلات وواحد أوصى باستعمالها بدون تعديلات). ولوحظت أيضاً نفس النتيجة في تقييم الأدلة الإرشادية AAP، CADDRA بالرغم من الدرجات الأقل في النطاقات الأخرى. وبالنسبة للأدلة الإرشادية UMHS فقد أوصى اثان من المقيمين باستعمالها. ومع ذلك، لوحظ توافق إجمالي في توصيات علاج ADHD في جميع الأدلة الإرشادية المشمولة بالرغم من تفاوت نقاط القوة والضعف في كل واحدة من الأدلة الإرشادية وفقاً لمعايير AGREE II. وقد شمل هذا التوافق تشخيص ADHD باستعمال معايير الدليل التشخيصي والإحصائي -5 (DSM-5)، التعرف على الحالات المرضية المصاحبة، البدء في المعالجة النفسية - الاجتماعية أو النفسية

– السلوكية، الخطط العلاجية المختلفة وفقا لفئة العمر، والأسلوب التدريجي في المعالجة الدوائية بالمنشطات النفسية كخط أول.

جميع الأدلة الإرشادية المشمولة ذكرت مراجعات منهجية وتحاليل بعدية في قوائم مراجعها. لوحظ أكبر عدد من المراجعات المنهجية في قاعدة الأدلة للإرشادية NICE (العدد = 67)، SMOH (العدد = 17)، NHMRC (العدد = 14)، CADDRA (العدد = 7)، AAP (العدد = 2)، و UMHS (العدد = 1) بالترتيب التنازلي. احتوت ثلاثة فقط من الأدلة الإرشادية على مراجعات منهجية كوكرين وهي: NICE (العدد = 19، 28%)، NHMRC (العدد = 5، 36%)، و SMOH (العدد = 4، 24%). علاوة على ذلك، ذكرت المراجعة المنهجية كوكرين (العدد 2) في متن الأدلة الإرشادية UMHS من دون ذكر في المراجع وبالتالي اعتبرت غير مبلغ عنها (العدد صفر) (الجدول أس 2). وبشكل عام، كانت خطوط علاج ADHD متشابهة في الأدلة الإرشادية هذه (الجدول أس 3).

المناقشة:

كان الهدف من هذه المراجعة المنهجية هو استكشاف الجودة وإجراء تقييم نقدي للأدلة الإرشادية المبنية على البراهين المنشورة مؤخرا لعلاج ADHD في جميع فئات الأعمار [26]. وهناك أيضا هدف آخر وهو مساعدة الأطباء ومجموعات الأدلة الإرشادية في التعرف على الأدلة الإرشادية لـ ADHD المبنية على الأدلة والموثوقة وعالية الجودة باستخدام معايير الأداة AGREE II.

المعايير المقبولة عالميا وأدوات التقييم للأدلة الإرشادية المبنية على البراهين توصي بأن تكون تقارير عملية تطوير الأدلة الإرشادية شفافة. وتشمل هذه العملية: (1) اختيار الموضوع الصحي، (2) تشكيل مجموعة تطوير الأدلة الإرشادية، (3) الأسئلة الصحية الرئيسية، (4) نطاق الأدلة الإرشادية، (5) المراجعة المنهجية للأدلة وعملية اتخاذ القرار، (6) صياغة ووصف توصيات الأدلة الإرشادية، تقييم الأدلة والتوصيات، وروابط الأدلة – التوصيات، (7) اعتبارات وأدوات التنفيذ، (8) مراجعة الأقران، واستشارة أصحاب المصلحة، (9) انتهاء صلاحية الأدلة الإرشادية وتحديثها، (10) الدعم المالي والجهة الراعية، و (11) معالجة تعارض المصالح [14-18]. سلط تقييمنا، الذي أجريناه باستخدام أداة AGREE II، الضوء على عدة بنود للتحسين في الصرامة المنهجية للأدلة الإرشادية لـ ADHD المشمولة في التقييم النقدي. وجدت عدة فجوات في دقة وصرامة إعداد الدليل الإرشادي للأدلة الإرشادية لـ ADHD (النطاق 3)، وهو النطاق الأكبر (والأساسي) في أداة AGREE II، وفي قابليتها للتطبيق (النطاق 5) أيضا. وقد تم تسليط الضوء على أهمية هذين النطاقين من قبل [52]. كان هناك اتساق في توصيات ADHD بالرغم من التفاوت في أسس البراهين. وربما كان هذا الاتساق يعكس الإجماع في مجتمع الرعاية الصحية بشأن علاج ADHD، بالرغم من غياب قاعدة أدلة قوية في بعض الأدلة الإرشادية. لقد خضعت أداة التقييم AGREE II لعدة تحديثات وتحسينات، وتم معالجة بعض أوجه القصور فيها في الأداة المطورة مؤخرا بعنوان 'AGREE-REX' (التوصيات المتميزة) التي تتناول الموثوقية السريرية والقابلية للتنفيذ العملي لتوصيات الأدلة الإرشادية. وقد تم التثبت من مصداقية هذه الأداة الجديدة، ويجري في الوقت الحاضر تشذيبها قبل عرضها للمشاركة العامة [53].

على حد علمنا، هذه أول دراسة تُقيم بصورة منهجية جودة الأدلة الإرشادية المنشورة مؤخرا لعلاج ADHD في جميع فئات الأعمار باستخدام أداة AGREE II الكاملة. إن مراجعة الأدلة الإرشادية لـ ADHD بواسطة

الوكالة الكندية للعقاقير وتقنيات الصحة، بالرغم من اقتصرها على العلاج الدوائي، متسقة بدرجة عالية مع نتائجنا [19]. صنفت هذه المراجعة الأدلة الإرشادية الأمريكية AAP والسنغافورية SMOH على أنهما الأدلة الإرشادية لـ ADHD الأكثر صرامة. كما أن أطروحة جامعة الإسكندرية المذكورة آنفا راجعت الأدلة الإرشادية لـ ADHD الأربعة التي تم تحديدها في وقت تلك الدراسة (أي: NICE 2008, AAP 2011, SIGN 2009, and ICSI 2010) وتوصلت إلى نتائج مماثلة لنتائجنا في هذا التقييم بالنسبة للأدلة الإرشادية البريطانية (NICE) والأمريكية (AAP) [23]. أجرى أندراي وآخرون مراجعة منهجية للأدلة الإرشادية لتقييم ومنع وعلاج السلوك التخريبي (بما في ذلك ADHD، اضطراب التحدي المعارض، اضطراب السلوك، والعدوانية) لدى الأطفال وصغار السن باستخدام أداة AGREE II. أعطت هذه المراجعة الأولوية لثلاثة من نطاقات AGREE II، وهي النطاق 2 و3 و6، لغرض تصنيف الأدلة الإرشادية [54]. وعلى الرغم من كونها أوسع نطاقاً من حيث التشخيص (أي السلوك التخريبي) وأكثر تحديداً من حيث فئة العمر (الأطفال والأشخاص الصغار) إلا أنها أظهرت إجمالاً نتائج مماثلة بما في ذلك اختيار النطاق 3 (دقة وصرامة إعداد الدليل الإرشادي) باعتباره نطاقاً رئيسياً لفلتر الأدلة الإرشادية واختيار الأدلة الإرشادية البريطانية (NICE) كأفضل الأدلة الإرشادية لـ ADHD [54]. علاوة على ذلك، اختار أندراي استعمال نقاط فاصلة مختلفة لتقييم الجودة (50% للحد الأدنى، 70% للحد الأقصى) [54].

أظهرت مراجعتنا أن واحدة فقط من الأدلة الإرشادية لـ ADHD طبقت منهجية GRADE لتقييم جودة الأدلة وهي البريطانية (NICE) [31]. تستند منهجية تطوير الأدلة الإرشادية NICE على معايير الأدلة الإرشادية المعترف بها دولياً مثل معايير AGREE II، وأداة تقييم قابلية الأدلة الإرشادية للتنفيذ، إضافة إلى البحث المنهجي الأولي والتقييم اللذين أجرتهما NICE. وهي تشمل أسئلة صحية شفافة وواضحة واستراتيجية بحث ومعايير اختيار للأدلة وتقييم نقدي للأدلة السريرية والاقتصادية واستشارة وعملية تحقق من المصادقية و مكوّن ملحوظ لاعتبارات وأدوات التنفيذ [31]. أعلنت NHMRC في موقعها على الإنترنت أنها بدأت في تطوير الأدلة الإرشادية باستخدام منهجية GRADE في 2016م، وذلك بعد تاريخ نشر أحدث الأدلة الإرشادية طورتها لـ ADHD (2012) [33]. احتوت جميع الأدلة الإرشادية الستة قيد الدراسة على إشارة إلى مراجعات منهجية ولكن ثلاثة منها فقط اشتملت على مراجعات كوكرين (NICE, NHMRC, and SMOH). وذلك بالرغم من الزيادة في إجراء مراجعات كوكرين. في الوقت الحاضر، يبلغ العدد الإجمالي لبروتوكولات المراجعة المنهجية ذات العلاقة بـ ADHD المسجلة في قاعدة البيانات PROSPERO 417، تضم 337 مراجعة جارية حالياً، 35 مراجعة أنجزت ولكنها لم تنشر بما فيها هذه المراجعة قيد الدراسة، 39 مراجعة أنجزت ونشرت، ومراجعة واحدة قيد التحديث، ومراجعتين اثنتين تم إيقافهما [55]. أجريت 4 مراجعات كوكرين على: (1) التدخلات المعرفية - السلوكية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) لدى الكبار، (2) عقار ميثيلفينيديت لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) لدى الأطفال والمراهقين - تقييم الحوادث الضارة في الدراسات غير العشوائية، (3) العلاج الدوائي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفضة مصاحبة، و(4) الامفيتامينات لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) لدى الكبار، إضافة إلى 9 بروتوكولات نشرت بعد نشر الأدلة الإرشادية البريطانية (NICE) في 16 مارس 2018م [56-59]. وعلى الرغم من استخدام المراجعات المنهجية في الأدلة الإرشادية لـ ADHD المشمولة، إلا أنه ما زال هناك نطاق للتحسين يتمثل في استخدام مراجعات

منهجية عالية الجودة مثل مراجعات كوكرين في الأدلة الإرشادية هذه. مع العلم أن هناك توصيات مماثلة ذكرها فيل وآخرون [60].

بالإضافة إلى ما تقدم، نُشرت مراجعات أخرى لـ ADHD، ولكن أياً منها لم يستعمل أداة ذات مصدوقية مثل أداة AGREE II باستثناء المراجعة بواسطة سيكاس وآخرون التي استخدمت النسخة الأولى من أداة AGREE [61-64]. مع العلم أن هذا التقييم أُجري بواسطة فريق متعدد التخصصات وخبير منهجيات مما يوفر له نقطة قوة.

علاوة على ذلك، ثمة نتيجة إضافية تتعلق بالممارسة، وهي ضرورة تشجيع مقدمي الرعاية الصحية لمرضى ADHD على تبني مبدأ الرعاية الصحية "المبنية على الدليل" وليست "المبنية على الشهرة" في ممارساتهم اليومية من خلال التدريب على وتعليم معايير وأدوات تقييم الأدلة الإرشادية [65-68].

إحدى نقاط الضعف في استخدام أداة AGREE II هي أنها لا توفر تقييماً شاملاً ونقدياً لنبود أخرى مهمة مشمولة في منهجية GRADE لتطوير الأدلة الإرشادية (مثل خطر التحيز، الدقة، الاتساق، المباشرة، وتحيز النشر). كما أن اختيار نسبة 60% كنقطة فاصلة للدرجات المعيارية للنطاقات هي نقط ضعف محتملة أخرى نظراً لأن أداة AGREE II الأصلية لا تفرض مثل هذه النقطة الفاصلة ولكن دراسات مشابهة استعملتها سابقاً [13]. وبإمكان المقيمين الآخرين اختيار نقطة فاصلة مختلفة [54].

نقطة ضعف أخرى في مراجعتنا كانت استثناء الأدلة الإرشادية غير الإنجليزية من مجموعة الأدلة الإرشادية المشمولة في تقييمنا بالرغم من وجود الأدلة الإرشادية لـ ADHD باللغات الهولندية والفنلندية والنرويجية والألمانية والإسبانية. وقد لوحظت معايير استثناء مشابهة في دراسات منشورة حول تقييم الأدلة الإرشادية بواسطة أداة AGREE [64,69,70].

يمكن استخدام نتائج هذا التقييم كعنصر رئيسي في مشروع لتطوير أو تكييف الأدلة الإرشادية لعلاج ADHD. وبالإضافة إلى ذلك، يُسلط هذا التقييم الضوء على أهمية إدخال أداة AGREE II في عملية بناء قدرات الأطباء لتوجيههم أثناء تحديد وتبني الأدلة الإرشادية لاستعمالها في ممارساتهم اليومية.

في الختام، كشف تقييم الأدلة الإرشادية لـ ADHD الستة المشمولة باستخدام أداة AGREE II نقاط قصور في المنهجية في عدة نطاقات. ونحن نرى أن هناك عدة مجالات لتحسين الأدلة الإرشادية في المستقبل باستخدام معايير أداة AGREE II والأدلة الإرشادية البريطانية NICE كنموذج. يوضح هذا التقييم النقدي أهمية التقييم المنتظم لجودة الأدلة الإرشادية بواسطة الأطباء لضمان شفافية وصراحة عملية تطوير الأدلة الإرشادية والعلاج المبني على البراهين لمرضى ADHD.

المعلومات المساندة

الشكل أس 1 - مخطط التدفق بريزما. البحث المنهجي واختيار الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية لعلاج ADHD.
(DOC)

بروتوكول أس 1

(PDF)

جدول أس 1. القائمة المرجعية بريزما.

(DOC)

جدول أس 2. خريطة الأدلة الإرشادية لـ ADHD مقابل المراجعات المنهجية وتحليل بعدية واستعمال

منهجية GRADE.

(DOCX)

جدول أس 3. التوصيات الرئيسية للأدلة الإرشادية لـ ADHD المشمولة

(DOCX)

شكر وتقدير

نحن المؤلفون يطيب لنا أن نعبر عن خالص شكرنا وتقديرنا للأستاذ الدكتور طارق عمر على مشاركته لنا في درجات AGREE II للأدلة الإرشادية لـ ADHD من أطروحة الماجستير ذات الصلة من جامعة الإسكندرية.

إن مشروع الدليل الإرشادي للممارسة السريرية الموحد لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) وهو المشروع الاستراتيجي رقم 7-2 للجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (المعروفة باسم جمعية إشراق) للفترة 2017-2019. إن جمعية إشراق السعودية هي مؤسسة غير ربحية مسجلة بموجب ترخيص رقم 474 من وزارة العمل والتنمية الاجتماعية السعودية، وقد حصل هذا المشروع على موافقة الوزارة (رقم 52476) بتاريخ 1438/8/5 هـ، وهو ممول بصورة كاملة من جمعية إشراق السعودية، ولم يتلق أي تمويل من أية شركة دوائية أو صناعية.

جدير بالذكر أن جمعية إشراق السعودية تضم في عضويتها د. تركي حمود البطي والسيد/ جيرمي فارنهام.

مساهمات المؤلفين:

صياغة المفاهيم: ياسر سامي عامر.

تنظيم البيانات: ياسر سامي عامر، جيرمي فارنهام، فهد بشيري، مدثر حمد حمد، صالح محمد الصالحي، هديل فخري دغش، تركي حمود البطي.

التحليل الرسمي: ياسر سامي عامر.

الاستقصاء: ياسر سامي عامر، هيا فيصل الجودي، فهد عبد الرحمن بشيري، مدثر حمد حمد، هديل فخري دغش، تركي حمود البطي.

المنهجية: ياسر سامي عامر.

إدارة المشروع: ياسر سامي عامر، جيرمي فارنهام.

المصادر: ياسر سامي عامر، هيا فيصل الجودي، جيرمي ل. فرنهام، فهد بشيري، مدثر حمد حمد، هديل فخري دغش.

الإشراف: ياسر سامي عامر.

اثبات المصدوقية: ياسر سامي عامر.

الكتابة - المسودة الأصلية: ياسر سامي عامر، هيا فيصل الجودي، جيرمي فارنهام.

الكتابة - المراجعة والتحرير: ياسر سامي عامر، هيا فيصل الجودي، فهد بشيري، مدثر حمد حمد، صالح الصالحي، هديل فخري دغش، تركي حمود البطي.

المراجع: موجودة في النص الإنجليزي

النسخة العربية

الترجمة

السيد / عمر عيسى محمد أبو عيسى

oissa17@hotmail.com

+966503228412

المراجعة

الدكتور / ياسر سامي عامر

الأستاذة / جيري فارنهام

الأستاذة / سارة يزيد

الأستاذة / في العزام

ملاحظة

ننوه أنه تم إعتقاد المصطلحات العربية الواردة في الترجمة الرسمية إلى اللغة العربية لأداة تقييم الأدلة الإرشادية المتعلقة بالأبحاث والتقييم

الإصدار الثاني AGREE II Instrument

الرابط في الموقع الرسمي: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/agree-ii-translations/>