مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۵، شماره ۳، پاییز ۹۴، صفحات ۲۳۸ تا ۲۴۴

Original Article

بررسی پزشکی مبتنی بر شواهد در دستیاران بالینی دانشگاه‌های منتخب علوم پزشکی شهر تهران

محمد صاحب الزمانی[۱]، لیلا سادات سید عالیقدر[۲]، اکبر سلطانی[۳]، حجت الله فراهانی[۴]، مژگان طباطبایی جمارانی[۵]

[۱] استادیار، دکترای تخصصی مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران ، تهران ، ایران
[۲] کارشناس ارشد پرستاری، گرایش مدیریت پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران ، تهران ، ایران
[۳] دانشیار، فوق تخصص غدد درون ریز، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
[۴] استادیار، دکترای تخصصی روانسنجی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران ، تهران ، ایران
[۵] کارشناس ارشد پرستاری، گرایش آموزش داخلی جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران ، تهران ، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *امروزه توسعه و نفوذ تکنولوژی در اطلاعات پزشکی و ظهور مقادیر وسیع اطلاعات، محیط مساعدی را برای توسعه کاربرد پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان یک چارچوب عقلانی برای تصمیم گیری در پزشکی فراهم آورده است و به دلیل اهمیت آن، در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این مطالعه تعیین میزان آگاهی، نگرش، توانایی وتسهیلات اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در دستیاران بالینی بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه، ۴۰ دستیار بالینی از بیمارستان‌های دانشگاه‌های منتخب علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبتی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر ۵ قسمت بود. اعتبار پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد که مقدار آلفا ۰/۷۱ محاسبه گردید. داده ها با نرم افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته‌ها: *میزان آگاهی دستیاران بالینی از پزشکی مبتنی بر شواهد در سطح متوسط قرار داشت. پزشکان نگرش منفی نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد داشتند. توانایی پزشکی مبتنی بر شواهد در حد نامطلوب قرار داشت و پزشکان گاهی به تسهیلات اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد دسترسی داشتند.*

نتیجه‌گیری: *نتایج نشان داد که دستیاران بالینی شناخت کمی از پزشکی مبتنی بر شواهد دارند؛ لذا نیاز به آموزش مدون و اصولی برای آگاهی و اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در دستیاران بالینی وجود دارد.*

واژگان کلیدی: *پزشکی مبتنی بر شواهد، دستیاران بالینی.*

مقدمه

امروزه انجام پژوهش با هدف تولید دانش جدید، بخش مهمی از زندگی افراد شده است و آغاز قرن بیست و یکم با آغاز انتظارات عموم مردم مبنی بر دریافت خدمات مبتنی بر شواهد علمی همراه است (۱).اسمیت و همکارانش (۲۰۰۴) معتقدند که ارزش دانش در صورت عدم استفاده در کار و زندگی روزانه کاسته خواهد شد (۲). پر واضح است علم پزشکی از این مقوله مستثنی نیست. آرچی کاکرین، اپیدمیولوژیست بریتانیایی، در سال ۱۹۷۲ نشان داد که اغلب تصمیمات اتخاذ شده در انجام مراقبت‌های پزشکی بر پایه تحقیقات موجود بالینی نیست و درعوض این تصمیمات بر اساس اطلاعات جسته و گریخته از یک مجموعه وسیع و یا از بین اطلاعات با ارزش علمی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، دکتر محمد صاحب الزمانی (**email**: m_szamani@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/٤/۱٦
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/٦/۲۳

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]

متفاوت، نظریه کارشناسی و یا بدتر از همه از آزمون و خطا برگرفته شده‌اند (۳). در این راستا، برخی از پژوهشگران ادعا کرده‌اند که در کشور امریکا تا۹۰ درصد تصمیم‌گیری‌های افراد بالینی اساس علمی محکمی ندارند. مطالعات نشان داده است که دور افتادن از کاربرد نتایج پژوهش‌های علوم پزشکی این مشکل را به وجود آورده است و تنها راه اصلاح وضعیت اسفبار موجود، بازگشت به کاربرد نتایج پژوهش‌ها است. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، این بازگشت از سال‌ها پیش آغاز شده است. حدود ۲۰ سال است که در این کشورها راهبردی برای جستجو، ارزیابی نقادانه و کاربرد نتایج پژوهش‌ها به وجود آمده است که به اصطلاح "طب مبتنی بر شواهد (Evidence based medicin)" نامیده می‌شود. مبتنی بر شواهد زاییده شرایطی بوده است که در آن شکاف بین پژوهش و ارائه مراقبتها هر روز بیشتر می‌شد. در واقع، طب مبتنی بر شواهد به منظور پر کردن این شکاف به وجود آمده است (۴). در پزشکی مبتنی بر شواهد، تصمیم‌گیری پزشکان بر پایه فرآیند جستجوی اطلاعات پزشکی، بررسی و تلخیص این اطلاعات، مطابقت دادن آنها با شرایط بیماری خاص و در نهایت قضاوت و استفاده از بهترین شواهد موجود است (۵). در واقع، پزشکی مبتنی برشواهد ادغام بهترین شواهد از پژوهش‌های بالینی، تجربیات بالینی و شرایط و ترجیحات بیماران است (۳). مقصود از بهترین شواهد پژوهشی، شواهدی است که از پژوهش‌های بالینی با حداقل خطا بر روی بیماران به دست می‌آید و کارآمدی و بی‌خطری رژیم‌های درمانی، پیشگیری، ارزش تست‌های تشخیصی و سایر موارد بهداشتی درمانی را در تغییر مورتالیتی، موربیدیتی یا کیفیت زندگی بیمار در بر می‌گیرد. در حقیقت، پزشکی مبتنی بر شواهد می‌آموزد که چگونه استفاده‌کنندگان خوبی از اطلاعات باشیم (۶). هدف ازاین روش، به کارگیری جدیدترین یافته های تحقیقاتی با هدف فراهم کردن کیفیت مراقبت است (۷).

نتایج مطالعه برازیل و همکارانش نشان داد که طی دهه اخیر گام‌های بلندی در انجام تحقیقات مربوط به سلامتی و بهداشت برداشته شده، اما استفاده از نتایج پژوهش‌ها و تبدیل شواهد تحقیقی به عمل در حاشیه قرار دارد (۸). مطالعات اندکی در خصوص دیدگاه پزشکان در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد در خاورمیانه صورت گرفته است. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ در عربستان صعودی نشان داد که فقط ۴۰ درصد پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در خصوص پزشکی مبتنی بر شواهد مطالبی آموخته اند (۹).

در نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ در انگلستان صورت گرفت، گزارش گردید که ۴۰ درصد پزشکان عمومی در خصوص کوکران اطلاعات داشتند و ۷۱ درصد آنان نداشتن وقت را مهم‌ترین عامل عدم استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد در تصمیم گیری های خود عنوان کردند (۱۰). مطالعه دیگری که در کانادا انجام شد، نشان داد که فقط ۸ درصد پزشکان زمانی که مشکلی در خصوص بیماری پیش می‌آید به مدلاین مراجعه می‌کنند (۱۱). در کشور ما نیز در مطالعه‌ای که در مشهد انجام شد، مشخص شد که افراد شرکت کننده که از کادر درمانی بیمارستان‌های منتخب شهر مشهد بودند، تنها ۷/۵ درصد با عملکرد مبتنی بر شواهد آشنایی داشتند (۱۲).

علت نیاز به یادگیری مهارت‌های پزشکی مبتنی بر شواهد این است که اطلاعات پزشکی حجم خیلی زیاد دارند و به سرعت در حال افزایش هستند و پزشکان زمان کمی را می‌توانند به مطالعه اختصاص دهند. در حالی که تجدید اطلاعات به سرعت صورت می‌گیرد؛ هم چنین پزشکان نمی‌توانند همان روش‌های تشخیصی و درمانی زمان فارغ‌التحصیلی خود را ادامه دهند. چه بسا درمان انتخابی برای یک بیماری، با مطالعات جدیدتر ثابت می‌شود که بی‌اثر یا حتی مضر بوده‌است. مطالعات نشان داده‌اند که برای دریافت حدود ۹۵ درصد اطلاعات، باید هفتگی ۲۰ مجله مطالعه نماییم که مسلم است به انجام رساندن آن غیرممکن است. ضمن اینکه، مطالعات نشان می‌دهند دوره‌های بازآموزی رایج، کارآیی کافی ندارند؛ پس نیازمند آموختن روش‌هایی برای آموزش مداوم در تمام عمر هستیم (۱۳).

با توجه به آنچه که گفته شد و با عنایت به اینکه در مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی– درمانی دولتی، دستیاران بالینی (پزشکان) اولین سطح تماس با بیماران هستند و نقش مهمی در استفاده از مفاهیم پزشکی مبتنی بر شواهد در فعالیت‌های روزانه، تصمیم‌گیری و انتقال اطلاعات پزشکی دارند؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح آگاهی، نگرش، توانایی و تسهیلات اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در دستیاران بالینی انجام شد، تا از این طریق نقاط قوت وضعف این گروه در این زمینه مشخص شده و در جهت مرتفع نمودن نیازهای اطلاعاتی و توسعه عملکرد مبتنی بر شواهد برنامه‌ریزی گردد.

امید است تا با به کارگیری نتایج حاصل از این مطالعه و مطالعات مشابه به هدف نهایی در عرصه آموزش پزشکی که همان تغییر رفتار وبهبود عملکرد پزشکان به منظور ارتقاء سطح سلامت جامعه است، بتوان دست یافت.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]

مواد و روشها

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی بود که روی دستیاران بالینی در رشته‌های تخصصی مختلف و سال‌های مختلف دستیاری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های منتخب علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه گیری به روش انتساب متناسب (تصادفی طبقه‌ای نسبتی) انجام گرفت؛ بدین صورت که با مراجعه به بیمارستان‌های مختلف وابسته به دانشگاه‌های منتخب علوم پزشکی شهر تهران، فهرست کلیه دستیاران بالینی اخذ شد و نمونه‌ها به نسبت تعداد کل دستیاران بالینی هر بیمارستان به طور تصادفی انتخاب شدند. طبق فرمول حجم نمونه، تعداد ۴۰ دستیار بالینی انتخاب شدند و در پژوهش شرکت نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌ای مشتمل بر پنج بخش بود. پس از بررسی مقالات متعدد، برای تهیه ابزار پژوهش از پرسش‌نامه یت و همکارانش (۲۰۰۳) (۱۴)، اپتون و اپتون (۲۰۰۶) (۱۵)، ویتور بلیزر (۲۰۰۹) (۱۶) و پرسش‌نامه فرسنو (۱۷) که مرتبط با موضوع پژوهش بود، استفاده شد. قسمت‌هایی از پرسش‌نامه قبلا در مطالعه ورعی و همکارانش (۱۳۹۰) (۱۸) تهیه و مورد استفاده قرار گرفته بود که با اندک تغییرات و پس از انجام اعتبار و اعتماد مجدد مورد استفاده قرار گرفت. پرسش‌نامه شامل ۵ قسمت بود. قسمت اول پرسش‌نامه، سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان بود. ۴ سؤال در مورد مشخصات فردی (سن، جنس، وضعیت تحصیلی و حرفه‌ای پزشکان) و ۶ سؤال در مورد اطلاعات مربوط به آموزش‌های کسب شده مرتبط با پزشکی مبتنی بر شواهد بود. قسمت دوم پرسش‌نامه، سؤالات مربوط به آگاهی دستیاران بالینی از اصول و مبانی اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد مشتمل بر ۱۶ سؤال با طیف پاسخ‌های درست، نادرست و نمی‌دانم بود که به ترتیب صفر برای گزینه نمی‌دانم، امتیاز یک برای گزینه نادرست و امتیاز ۲ برای پاسخ درست امتیاز دهی شده بود. دامنه نمرات از صفر تا ۳۲ بود که به سه دسته ضعیف (امتیاز ۱۰-۰)، متوسط (امتیاز ۲۱-۱۱) و خوب (امتیاز ۳۲-۲۲) طبقه‌بندی شده بودند. این قسمت با طرح سؤالاتی میزان آشنایی دستیاران بالینی از اصول عملکردمبتنی بر شواهد مانند آشنایی با ساختار پیکو، ارزیابی مقالات و سطوح شواهد به دست آمده از تحقیقات را مورد بررسی قرار می‌داد. قسمت سوم، سؤالات مربوط به نگرش پزشکان نسبت به عملکرد مبتنی بر شواهد مشتمل بر ۱۲سؤال با طیف پاسخ‌های پنج قسمتی و لیکرتی ازکاملا موافقم تا کاملا مخالفم بود، که به ترتیب از ۵ تا ۱ امتیازدهی شده بودند. دامنه نمرات از ۱۲ تا ۶۰ بود که به سه دسته نگرش منفی (امتیاز ۲۷-۱۲)، خنثی (امتیاز ۴۳-۲۸) و مثبت (امتیاز ۶۰-۴۴) طبقه بندی شده بودند. این قسمت دربرگیرنده سؤالاتی در رابطه با دیدگاه پزشکان نسبت به لزوم اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد و تاثیر آن بر بیمار و هزینه‌های سیستم سلامت بود. قسمت چهارم، سؤالات مربوط به توانایی پزشکان از اصول و مبانی اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد مشتمل بر ۸ سؤال بود. در این قسمت، سؤالات به صورت چند گزینه‌ای و باز پاسخ مطرح شده بود که شامل سؤالاتی در زمینه طرح سؤال بالینی بر اساس الگوی پیکو، آشنایی با انواع مطالعات و مقالات تحقیقی و همچنین آشنایی با اصطلاحات آماری مانند خطر نسبی و مطلق و... .را مورد بررسی قرار می‌داد. دامنه نمرات بر اساس نمره به دست آمده به سه دسته نامطلوب (نمره ۶-۰)، تقریبا مطلوب (نمره ۱۳-۷) و مطلوب (۲۰-۱۴) طبقه بندی شد. قسمت پنجم سؤالات مربوط به تسهیلات اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد، شامل ۱۳ سؤال با طیف پاسخ‌های همیشه، گاهی و هیچ وقت بود که به ترتیب، امتیاز ۳ برای گزینه همیشه، امتیاز ۲ برای گزینه گاهی و امتیاز ۱ برای گزینه هیچ وقت امتیاز دهی شد. دامنه نمرات از ۳۹-۱۳ بود که به سه دسته تسهیلات کم (امتیاز ۲۱-۱۳)، تسهیلات متوسط (امتیاز ۳۰-۲۲) و تسهیلات زیاد (امتیاز ۳۹-۳۱) طبقه بندی شده بود دراین قسمت، پرسش‌نامه میزان دسترسی به اینترنت، کتب و مجلات علمی، حمایت سازمان مربوطه و زمان کافی جهت استفاده از تسهیلات مورد بررسی قرار داد.

پس از تدوین نهایی پرسش‌نامه، روایی صوری و محتوا بررسی شد. بدین منظور، پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ تن از اساتید متخصص در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی مختلف شهر تهران قرار گرفت و بر اساس نظرات آنان اصلاحات لازم صورت گرفت. جهت تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. جهت جمع آوری اطلاعات وتکمیل پرسش‌نامه‌ها، در شیفت‌های مختلف به بخش‌های بیمارستان‌ها مراجعه و با توضیح مختصر در مورد پژوهش، پرسش‌نامه در اختیار افرادی که تمایل به تکمیل پرسش‌نامه‌ها داشتند قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد که در زمان و مکان مناسب پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمایند. سپس در زمان تعیین شده مراجعه و اقدام به جمع آوری پرسش‌نامه‌ها گردید. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی نظیر جداول فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و آمار استنباطی نظیر کای‌دو در برنامه آماری SPSS19 استفاده شد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]

یافته‌ها

۴۰ دستیار بالینی، که ۶۷/۵ درصد مرد ۳۲/۵ درصد زن بودند، پرسش‌نامه‌ها را پر کردند. بیشترین درصد شرکت کنندگان در رده سنی ۳۵-۳۱ سال (۴۷/۵ درصد) قرار داشتند. اکثریت آنان رزیدنت سال دو بودند و در رشته عفونی تحصیل می‌کردند (۳۲/۵ درصد). بیشتر پزشکان (۶۲/۵ درصد) ذکر کردند که قبلا با پزشکی مبتنی بر شواهد آشنایی داشته و ۲۲/۵ درصد در کارگاه‌های آموزش مبتنی بر شواهد شرکت کرده بودند.

با توجه به تقسیم‌بندی نمرات، میزان آگاهی پزشکان با میانگین ۱۴/۰۲ در حد متوسط قرار داشت. پزشکان در خصوص پزشکی مبتنی بر شواهد نگرش منفی داشتند (۲۴/۴۲). میانگین توانایی پزشکان ۶/۸۲ بود که نشان می‌دهد توانایی پزشکان در اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در حد نامطلوب قرار دارد و تسهیلات اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در پزشکان ۲۲ بود که در حد متوسط قرار داشت. در رابطه با مهم‌ترین منبع اطلاعاتی مورد استفاده پزشکان بر اساس اولویت استفاده، ۵۲/۵ درصد نظرات اساتید و همکارانشان، ۳۵ درصد کتب مرجع، ۷/۵ درصد پایگاه‌های اینترنتی و ۵ درصد مقالات و مجله‌های علمی را به عنوان اولویت اول انتخاب کرده بودند.

یافته ها نشان داد که ۷۵ درصد پزشکان به اینترنت و منابع اطلاعاتی در محل کارشان دسترسی دارند. بیشترین مانع از نظر پزشکان، عدم حمایت‌های مالی جهت حضور در کنفرانس‌ها (۵۵ درصد) و پس از آن عدم وجود بخش‌نامه یا قوانین مکتوب جهت کاربرد یافته‌های تحقیق در بالین بود (۲۰ درصد). ۱۷/۵درصد دستیاران، عدم داشتن زمان مناسب و کافی جهت دست‌یابی به اینترنت و منابع اطلاعاتی را از موانع اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد ذکر نمودند.

جدول ۲. میانگین و توزیع فراوانی (درصد) مؤلفه های عملکرد مبتنی بر شواهد

متغیر	میانگین	نتیجه گیری	بالاتر از میانگین	پایین‌تر ازمیانگین
آگاهی	۱۴/۰۲±۷/۲۸*	سطح متوسط	۲۴(۶۰)†	۱۶(۴۰)
نگرش	۲۴/۴۲±۶/۳۶	منفی	۲۲(۵۵)	۱۸(۴۵)
توانایی	۶/۸۲±۲/۳۸	نامطلوب	۲۰(۵۰)	۲۰(۵۰)
تسهیلات	۲۲±۳/۵	سطح متوسط	۲۵(۶۲/۵)	۱۵(۳۷/۵)

* انحراف معیار؛ † تعداد (درصد)

بحث

این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش، توانایی و تسهیلات اجرای آن در دستیاران بالینی انجام گرفت. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میزان آگاهی پزشکان از پزشکی مبتنی بر شواهد در سطح متوسط قرار دارد. پزشکان نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد نگرش منفی داشتند. توانایی پزشکان در حد نامطلوب قرار داشت. آنها گاهی (به طور متوسط) به تسهیلات اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد دسترسی داشتند. در رابطه با مهم‌ترین منابع اطلاعاتی مورد استفاده بر اساس اولویت، نتایج مطالعه نشان داد که که اساتید و همکاران در اولویت اول قرار داشته وپس از آن به ترتیب،کتب مرجع، پایگاه‌های اینترنتی و مقالات و مجلات علمی معتبر قرار دارند.

با وجود اینکه ۶۲/۵ درصد پزشکان ذکر کردند که قبلا با پزشکی مبتنی بر شواهد آشنایی داشته و ۲۲/۵ درصد قبلا در کارگاه های آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد شرکت کرده بودند، هیچ یک از پزشکان به سؤالات مربوط به طراحی سؤال بالینی بر اساس الگوی پیکو و هم‌چنین درک عبارات آماری پاسخی نداده بودند. بر این اساس نتایج مطالعه نشان داد، پزشکان قادر به طراحی سؤال بالینی و ارزیابی شواهد نیستند و با واژه‌های اپیدمیولوژی رایج نظیر خطر نسبی، خطر مطلق و نسبت شانس آشنایی ندارند. در همین راستا، نتایج مطالعه هانسون وهمکارانش (۲۰۰۴) نشان داد که پزشکان نیاز به آموزش جهت ارزیابی شواهد دارند. زیرا در مطالعه آنان تنها ۱/۹ درصد پزشکان اعلام نمودند از روش‌های خاص جهت یافتن شواهد معتبر استفاده می‌کنند (۱۹). این در حالی است که به منظور تشخیص و درمان درست بیماری، پزشکان نیازمند آموزش نحوه جستجو در اینترنت، نحوه طرح سوالات بالینی، بررسی نقادانه مقالات، استفاده از مفاهیم اپیدمیولوژی بالینی در تصمیم‌گیری، آشنایی با منابعی نظیر کوکران (Cochrane) و دار (Dare) هستند (۲۰). مطالعات دیگری نشان دادند که پزشکان دید روشنی نسبت به اصطلاحات مورد استفاده در پزشکی مبتنی بر شواهد ندارند. در یکی از کتب پزشکی مبتنی بر شواهد به مطالعاتی اشاره شده که بر اساس نتایج آنها صاحب نظران علوم بهداشتی اصطلاحات خطر نسبی، خطر مطلق، و نسبت شانس را نمی‌شناختند (۲۱). ویلسون و همکارانش در سال ۲۰۰۳ در بررسی پزشکان عمومی دریافتند که با وجود افزایش استفاده از اینترنت، ۴۹ درصد از جامعه مورد تحقیق نیاز به آموزش استفاده از

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]

پایگاههای اطلاعاتی را گزارش کرده‌اند (۲۲). همچنین در مطالعه‌ای که در کشور کانادا انجام شد، نتایج نشان داد که فقط ۸ درصد پزشکان زمانی که مشکلی در خصوص بیماری پیش می‌آید به مدلاین مراجعه می‌کنند (۱۱). لذا بسیار ضروری است که پزشکان توانایی جستجو و بازیابی شواهد مناسب را داشته باشند و بتوانند آنها را با تجربیات بالینی خود درآمیزند و در مورد بیماری خاص به کار برند. در مجموع به نظر می‌رسد نیاز به آموزش دستیاران در خصوص این مفاهیم به خصوص به صورت عملی و به شکل آموزش کارگاهی و عملی وجود دارد (۲۳).

نتایج مطالعه ما نشان داد که نگرش پزشکان نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد منفی است که این خود ناشی از عدم شناخت و آگاهی نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد می‌باشد. در همین راستا، نتایج مطالعه‌ای که در بوشهر انجام شده بود نشان داد که اجرای برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی می‌تواند تأثیر مثبتی بر آگاهی و نگرش در خصوص لزوم به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد داشته باشد (۲۴). اجرای فرآیندهای مداخله‌ای مشابه انجام شده در سایر کشورها نیز نتایج مشابهی داشته است (۲۶،۲۵).

نتایج این مطالعه نشان داد که مهم‌ترین منابع اطلاعاتی مورد استفاده دستیاران، اساتید و همکارانشان و پس از آن کتب مرجع می‌باشد. این در حالی است که در منابع مختلفی اشاره شده است که به علت سرعت زیاد پیشرفت علوم پزشکی، کتاب‌ها منابع به روز و مناسبی جهت یافتن شواهد و استفاده جهت انجام تصمیم گیری بالینی نمی‌توانند باشند (۲۷). در مطالعه‌ای که در مالزی بر روی اینترن‌ها انجام شد، نتایج حاکی از این بود که در بیش از ۶۰ درصد نمونه‌ها، اولین مرجع کسب اطلاعات، پرسیدن از افراد دیگر (همکار، استاد، کادر درمان) بود (۲۸)، اما در مطالعه‌ای که در امریکا روی دستیاران بالینی انجام شد، نتایج نشان داد که بیش از ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان از بانک‌های اطلاعاتی استفاده می‌کردند (۲۹).

هدف نهایی در عرصه آموزش پزشکی، تغییر رفتار و بهبود عملکرد به منظور ارتقاء سطح سلامت جامعه است. متأسفانه بسیاری از کوشش‌های انجام شده برای رسیدن به این هدف کم‌ثمر بوده ودوره های بازآموزی از کارایی و تأثیر اندکی برخوردار است. مطالعات نشان داده که هرچه بیشتر از سالهای فارغ التحصیلی پزشکان می‌گذرد، دانش به روز آنها کمتر می‌شود، هرچند مهارت‌های تشخیصی و قضاوت بالینی و هنر طبابت در طی زمان افزایش می‌یابد. برای این امر، علل متعددی متصور است، ولی به نظر می‌رسد که ناکارآمدی الگوها و روش‌های آموزشی از جمله علل عمده عدم موفقیت در این حوزه باشد؛ بنابراین شناسایی و استفاده از تحقیقات و منابع معتبر و جدید گام مهمی در جهت رفع این مشکل خواهد بود و استفاده از عملکرد مبتنی بر شواهد و به‌سازی نیروی انسانی برای ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی و توسعه حرفه‌ای ضروری است (۳۰).

از نتایج پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که جامعه دستیاران بالینی نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد، و مفاهیم و کاربردهای آن آگاهی کافی ندارند و از آنجایی که دستیاران بالینی نقش مهمی در آموزش دانشجویان پزشکی دارند و از مهم‌ترین افراد تصمیم گیرنده در بالین در مراکز دولتی هستند، بنابراین مهم‌ترین گروه برای آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد هستند. لذا نیاز به برنامه‌ریزی دقیق آموزشی به صورت کلاس یا کارگاه‌های آموزشی با فواصل منظم در بیمارستان‌های آموزشی یا در زمان گراندراند و ژورنال کلاب وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهند که در بیشتر کشورهای جهان، پزشکی مبتنی بر شواهد جزء برنامه آموزشی پزشکان در دوران پزشکی عمومی است (۲۳). بنابراین تدوین یک برنامه آموزشی مدون در دوران تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی یکی از ضروریات خواهد بود.

REFERENCES

1. Muir-Gray JA, Ed. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
2. Smith P, James T, Pope LM. Shaping the facts: evidence –based nursing and health care. 1st ed. London: Churchill Livingstone; 2004.
3. Glasziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. ACP Journal Club2008; 142:4.
4. Lameie AB. Evidence-based medicine.The workbook for participant in workshop. Tehran, Iran: The Ministry of Health and Medical Education, General Secretariat of the Council on Medical Education; 2010. [In Persian]
5. Badenoch D, Heneghan C. Evidence based medicine tool kit. Malden Massachusetts: Blackwell Publishing Professional; 2006.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]

6. Soltani A, Ahmadi Abhari S. An overview on evidence based medicine. In: Soltani A, Ahmadi Abahari S, Ashtar Nakhai P, Emami S, Enzevayi A, Poostizadeh MJ, et al, Eds. Evidence based medicine. 2nd ed. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2005. [In Persian]
7. Ervin NE. Evidence– based nursing practice: are we there yet? Journal of the New York State Nurses Association 2002;33: 11-16.
8. Brazil K, Ozer E, Cloutier MM, Levine R, Stryer D. From theory to practice: improving the impact of health services research. BMC Health Serv Res 2005; 5: 1.
9. Al-Baghlie N, Al-Almaie SM. Physician attitudes towards evidence-based medicine in eastern Saudi Arabia. Ann Saudi Med 2004; 24: 425-28.
10. Szatmari P. The art of evidence-based child psychiatry. Evid Based Ment Health 2003;6:99-100.
11. Latunbosun OA, Edouard L, Pierson RA. Physicians' attitudes toward evidence based obstetric practice: a questionnaire survey. BMJ 1998; 316:365-66.
12. Taleb B, Mostajer M. Evaluating knowledge of health care personnels about evidence- based practice and its organizational and professional limitations. National Congress of Evidence-Based Care, Mashhad, Iran, 2010. [In Persian]
13. Heidarpour P, Dastjerdy R, Rafiee S, Sadat SM, Mostofian F, Eds. Introduction to basics of clinical governance. 1st ed. Tehran: Tandis; 2011. [In Persian]
14. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. Phys Ther 2003; 83: 786-805.
15. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. J Adv Nurs 2006;54: 454-58.
16. Wittwer Blaser PR. New Zealand osteopaths' attitudes to evidence-based practice– development of a questionnaire and preliminary results. Unitec Institute of Technology, New Zealand. Permanent link to Research Bank version. Available from: http://hdl.handle.net/10652/1333.2009.
17. Ramos KD, Schafer S, Tracz SM. Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine. BMJ 2003; 326:319–21.
18. Varaee SH, Salsali M, Cheraghi MA. Implementation and evaluation evidence-based nursing practice based on iowa model in patients with diabetic foot ulcers [PhD thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery; 2011. [In Persian]
19. Hanson BP, Bhandari M, Audige L, Helfet D. The need for education in evidence-based orthopedics: an international survey of AO course participants. Acta Orthop Scand 2004; 75:328-32.
20. Delvenne C, Pasleau F. Organizing access to evidence-based medicine resources on the web Evid Based Ment Health 2003;71:1-10.
21. Soltani A, Ahmadi Abahari S, Ashtar Nakhai P, Emami S, Enzevayi A, Poostizadeh MJ, et al, Eds. Evidence based medicine. 2nd ed. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2005. [In Persian]
22. Wilson P, Glanville J, Watt I. Access to the online evidence base in general practice: a survey of the Northern and Yorkshire region. Health info Libraries 2003; 20: 172-78.
23. Amini M, Sagheb MM, Shayegh S. Knowledge and practice of evidence based medicine among the medical residents of Shiraz University. Strides in Medical Education 2007; 1: 30-35. [In Persian]
24. Mirzaei K, Zahmatkesh S. Teaching evidence-based medicine and its impact on knowledge, attitudes and skills of clinical students of Bushehr University of Medical Sciences. Educational Development Center, Bushehr University of Medical Sciences 2012;3:13-22. [In Persian]
25. Cayley WE Jr. Evidence-based medicine formedical students: Introducing EBM in a primary care rotation. Wisconsin Medical Journal 2005;104:34-37.
26. Schilling K, Wiecha J, Polineni D. An interactive web-based curriculum on evidencebasedmedicine: design and effectiveness. Fam Med 2006;38:126-32.
27. Zare V. The practice of evidence based medicine among clinical academics. Journal of Tabriz Medical University 2006; 28: 61-66. [In Persian]
28. Lai NM, Nalliah S. Information seeking practices of senior medical students: the impact of an evidence based medicine training programme. Education for Health 2010; 23: 151.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]

29. Feldstein DA, Maenner MJ, Sriurichan R, Roach MA,Vogelman BS. Evidence based medicine training duringresidency: a randomized controlled trial of efficacy. BMC Medical Education2010; 10: 59.

30. Memarian R, Salmany Mud M, Vanaki Z. Effect of implementation staff development program based on evidences for supervisors on nurses practice [MSc Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2011. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-20]