

توانمندی دستیاران گروه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد

عصمت نوحی^۱، مهدی زارعیان^{۲*}، زهره رهایی^۳، علی اکبر حقدوست^۴

۱. دکترای تخصصی آموزش پرستاری، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، استادیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران
۴. استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

• دریافت مقاله: ۹۲/۹/۲۰ آخرین اصلاح مقاله: ۹۲/۱۲/۱۴ • پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۱۸

زمینه و هدف: پزشکی مبتنی بر شواهد روند نظام‌مند بررسی، ارزیابی و استفاده از نتایج بهترین پژوهش‌های بالینی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها است که بایستی با ارزش‌ها و شرایط خاص هر بیماری که نیاز به درمان دارد، مطابقت کند. با توجه به این که پژوهش‌های محدودی توانایی گروه‌های مختلف کادر پزشکی را در به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد مورد بررسی قرار داده است، این مطالعه با هدف بررسی توانمندی دستیاران پزشکی در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۹۰ نفر از دستیاران چهار بخش اصلی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد Berlin در سال ۱۳۹۲ انجام شد. نمونه‌ها با استفاده از روش سرشماری انتخاب شدند و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از میان شرکت کنندگان در مطالعه، ۴۲/۲ درصد مرد، ۵۷/۸ درصد زن و میانگین سنی آن‌ها $31/17 \pm 3/32$ سال بود. دستیاران توانایی اندکی در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد داشتند؛ به طوری که محدوده نمرات کسب شده توسط آنان بین ۰-۸ و میانگین نمره آنان $1/43 \pm 2/54$ از ۱۵ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به میانگین نمرات کسب شده و پایین بودن توانمندی دستیاران در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد، برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت زود بازده توسط گروه‌های آموزشی مرتبط با رشته‌های بالینی جهت ارتقای سریع دانش پزشکی مبتنی بر شواهد ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: توانمندی، پزشکی مبتنی بر شواهد، دستیاران

*نویسنده مسؤل: ساختمان صبا، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، ابتدای هفت باغ، کرمان، ایران

• Email: mehdizareyan@yahoo.com

• تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۳۳۳ • نمابر: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۳۴۷

مقدمه

محور قضاوت جهت پیدا کردن بهترین شواهد یا شواهد کیفی جریان دارد (۸). در پزشکی مبتنی بر شواهد، پزشکان تصمیمات خود را بر پایه فرایند جستجوی اطلاعات پزشکی، ارزیابی نقادانه کیفیت اطلاعات بازیابی شده، مطابقت اطلاعات جاری با بیماری مورد نظر و در نهایت، قضاوت و استفاده از بهترین شواهد موجود انجام می‌دهند (۹).

مطالعات زیادی در ایران آگاهی و نگرش گروه‌های مختلف پزشکی را در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد مورد بررسی قرار داده است، برای مثال نتایج پژوهش رنگرز و همکاران حاکی از آن بود که پزشکان آگاهی متوسطی نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد داشتند، اما از این رویکرد جهت پاسخگویی به سؤالات خود در درمان بیماران استفاده نمی‌کردند (۱۰). در مطالعه صادقی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی کرمان نیز، با وجود این که ۸۳/۳ درصد دستیاران معتقد بودند استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد در مراقبت از بیماران مفید است، فقط ۵/۳ درصد آن‌ها در بیش از نیمی از کارهای بالینی خود از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده می‌کردند (۱۱).

به نظر می‌رسد این مطالعه اولین مطالعه‌ای در کشور باشد که با استفاده از این ابزار، سعی در سنجش دانش کاربردی دستیاران در پزشکی مبتنی بر شواهد داشته است. در مطالعاتی که در حال حاضر در کشورهای پیشرفته و حتی کشورهای در حال توسعه انجام می‌شود -مانند مطالعه Alahdab و همکاران (۱۲) در سوریه-، علاوه بر این که محققین تنها در پی بررسی آگاهی و نگرش افراد در این زمینه نیستند؛ با طراحی مطالعات مداخله‌ای علاوه بر سنجش توانمندی گروه‌های بالینی، سعی در بررسی این نکته دارند که کدام یک از روش‌های مداخله آموزشی می‌تواند بهترین نتایج را در افزایش توانمندی گروه‌های بالینی در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد داشته باشد.

در مطالعه Kunz و همکاران میانگین نمرات توانمندی پس از دوره‌های آموزشی ۷/۴۹ بود که این میانگین به میزان ۱/۴۰ پس از دوره آموزشی افزایش یافته بود (۱۳). در مطالعه Alahdab و همکاران نیز نمرات توانمندی به دست آمده قبل

ایجاد یک تصمیم صحیح بالینی، فرایندی پیچیده و حساس است (۱). از این رو امروزه روش تدریس عملکرد بر اساس شواهد، قسمت مهمی از هر برنامه آموزشی در پزشکی مدرن را تشکیل می‌دهد و عبارت از تلاش برای یکپارچه‌سازی بهترین شواهد با مهارت‌های بالینی و شرایط و موقعیت‌های بیمار است که هدف آن، کمک به تصمیم‌گیری صحیح بالینی می‌باشد (۲). نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که با افزایش سال‌های دانش‌آموختگی دانشجویان علوم پزشکی، دانش به روز آن‌ها کاهش می‌یابد که حتی تلاش مسئولین در برگزاری دوره‌های مداوم آموزش پزشکی نتوانسته است این مشکل را حل کند (۳).

در بسیاری از کشورهای پیشرفته، حدود ۲۰ سال است که راهبردهایی برای جستجو، ارزیابی نقادانه و کاربرد نتایج پژوهش‌ها به وجود آمده است که در اصطلاح «پزشکی مبتنی بر شواهد» نامیده می‌شود (۴).

بحث پزشکی مبتنی بر شواهد اولین بار در دهه ۱۹۸۰ در دانشکده پزشکی McMaster مطرح شد و به آموزش پزشکی راه یافت (۵). Sackett -که از او به عنوان «پدر پزشکی مبتنی بر شواهد» یاد می‌شود- و همکاران، پزشکی مبتنی بر شواهد را استفاده درست، صریح و خردمندانه از بهترین شواهد موجود در تصمیم‌گیری بالینی برای مراقبت از تک تک بیماران می‌داند (۲).

همان‌گونه که از تعریف استنباط می‌شود، پزشکی مبتنی بر شواهد عبارت از ترکیب بهترین شواهد حاصل از پژوهش با تجربه بالینی و خواسته‌های بیمار می‌باشد (۶). این شواهد جدید گاهی ممکن است اعتبار آزمون‌های تشخیصی و روش‌های درمانی قبلی را از بین ببرد و یا آن‌ها را با روش‌هایی با توان بیشتر، صحیح‌تر، مؤثرتر و بی‌خطرتر جایگزین سازد (۷).

در حال حاضر، پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان یک رویکرد نوین و قابل اتکا پذیرفته شده و با بحث‌های جدید بر

خدمات تخصصی دستیاران و پزشکان متخصص در تماس می‌باشند.

با توجه به اهمیت شناخته شده پزشکی مبتنی بر شواهد و این که در کشور ما مطالعات محدودی در زمینه بررسی میزان توانمندی در پزشکی مبتنی بر شواهد انجام شده است، این مطالعه با هدف اندازه‌گیری توانمندی دستیاران در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد و کمک به تصمیم‌گیری گروه‌های آموزشی بالینی جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی در این زمینه انجام شد.

روش کار

این پژوهش بر روی کلیه دستیاران (۹۶ نفر) در بخش‌های اصلی بالینی (داخلی، جراحی عمومی، اطفال و زنان) بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۲ که به روش سرشماری انتخاب گردیدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی (سن، جنس، بخش بالینی، بیمارستان آموزشی و مقطع تحصیلی) و پرسش‌نامه استاندارد Berlin به منظور سنجش توانایی سطوح کاربردی شناختی در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده شد.

پرسش‌نامه Berlin جهت اندازه‌گیری یادگیری عمیق، شامل توانایی کاربرد مفاهیم و آموخته‌ها در موقعیت‌های جدید یعنی یادگیری که بتواند حل مسأله کند، طراحی شده است (۱۶). ساختار این پرسش‌نامه که دارای ۱۵ سؤال پنج گزینه‌ای است، عبارت از تشریح شش سناریوی بالینی است که بر اساس این سناریوها باید به ۱۰ سؤال پرسش‌نامه پاسخ داده شود. از ۱۵ سؤال پرسش‌نامه، ۴ سوال به تشخیص و ۴ سؤال به درمان اختصاص یافته است. ۳ سؤال در مورد متآنالیز، پیش‌آگهی و آسیب؛ و ۴ سؤال نیز جهت پوشش دسته‌بندی و شناخت انواع مطالعات ذکر گردیده است (۱۳).

سؤالات پرسش‌نامه برای رشته‌های مختلف یکسان بود. نحوه امتیازدهی پرسش‌نامه بدین صورت بود که به هر پاسخ

از مداخله آموزشی $2/78 \pm 5/60$ بود که بعد از برگزاری دوره آموزشی به $8/28$ ارتقا یافته بود و میانگین این افزایش نمره دانشجویان در پایان دوره آموزشی، $2/68$ (افزایش $17/86$ درصد) بود (۱۲).

با در نظر داشتن این نکته که فلسفه انجام پژوهش در تمام کشورها از جمله ایران، تولید اطلاعات و شواهد جدید و کارآمد جهت بهبود رویکردها، روش‌ها و پیشرفت‌های علمی و استفاده مناسب از آن‌ها است، در صورتی که نتوان از اطلاعات و شواهد به دست آمده به نحوه مطلوب استفاده نمود، گویی تمام تلاش‌ها بی‌فایده بوده و منابع به هدر رفته است. به نظر می‌رسد در کشور ما بین آموزش پزشکی جدید و عملکرد پزشکی فاصله وجود دارد (۱۴). و دستیاران می‌توانند به عنوان یکی از گروه‌های مهم آموزش گیرنده و آموزش دهنده نقش مهمی در رفع این مشکل داشته باشند.

در صورتی که اهمیت پزشکی مبتنی بر شواهد برای دستیاران مشخص و روشن شود و ایشان در استفاده از آن توانمند باشند، نقش بسیار مهمی در انتقال این اهمیت و حتی تجربیات خود در این زمینه به پزشکان مقاطع پایین‌تر از خود را داشته باشند. از طرفی، مهم‌ترین مسأله‌ای که یک پزشک در حرفه خود با آن روبه‌رو است، ایجاد یک تصمیم صحیح بالینی در مورد بیمار است. پزشکان و کسانی که کار بالینی انجام می‌دهند، باید از آخرین یافته‌های علمی آگاه باشند و بتوانند کیفیت آن را مورد نقد و ارزیابی قرار دهند (۱۵).

واضح است که داشتن این توانمندی در دستیاران و سطوح تخصص و بالاتر، از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ چرا که متخصصین در حلقه‌های پایانی خدمات بالینی فعالیت می‌کنند و اشتباهات آنان می‌تواند گاهی صدمات جبران ناپذیری به بیماران وارد کند. از طرفی، استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد به طور قابل توجهی مراقبت از بیمار را بهبود می‌دهد و موجب بالا رفتن رضایت و اعتماد بیماران نسبت به پزشک می‌گردد. این مسأله نیز اهمیت استفاده از این رویکرد در بین دستیاران را تبیین می‌کند؛ چرا که اکثر بیماران بستری در بیمارستان، با

پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. محدوده سنی دستیاران شرکت کننده در مطالعه بین ۳۹-۲۶ سال بود. از میان دستیاران شرکت کننده در مطالعه، ۴۲/۲ درصد مرد و ۵۷/۸ درصد زن و میانگین سنی آن‌ها $31/17 \pm 3/32$ سال بود. ۳۵/۶ درصد دستیاران از بخش داخلی، ۲۳/۳ درصد از بخش جراحی، ۱۶/۷ درصد از بخش اطفال و ۲۴/۴ درصد از بخش زنان در پژوهش شرکت داشتند. فراوانی دستیاران سال اول و سال دوم شرکت کننده در مطالعه مساوی و برابر ۲۷/۸ درصد بود و دستیاران سال سوم ۲۵/۶ و دستیاران سال چهارم ۱۸/۹ درصد شرکت کنندگان در مطالعه را شامل می‌شدند.

همان‌طور که ذکر گردید، پرسش‌نامه استاندارد Berlin به منظور اندازه‌گیری یادگیری عمیق، شامل توانایی کاربرد مفاهیم و آموخته‌ها در موقعیت‌های جدید در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد طراحی شده است. منظور از یادگیری عمیق نوعی یادگیری است که بتواند در موقعیت‌های جدید جوانب مختلف مسأله را شناسایی و راهکار مناسبی جهت حل مسأله جدید ارائه کند. نمره‌ای که دستیاران در این زمینه توانسته بودند کسب کنند، بین ۰-۸ و با میانگین $2/54 \pm 1/43$ بود. با توجه به میانگین نمرات کسب شده، دستیاران توانمندی اندکی از خود نشان داده بودند. فراوانی و درصد پاسخ صحیح به هر سؤال در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌های صحیح دستیاران به پرسش‌نامه

Berlin

شماره سؤال	پاسخ صحیح فراوانی (درصد)	شماره سؤال	پاسخ صحیح فراوانی (درصد)
۱	۷ (۷/۸)	۹	۳۱ (۳۴/۴)
۲	۲۳ (۲۵/۶)	۱۰	۱۸ (۲۰/۰)
۳	۱۲ (۱۳/۳)	۱۱	۵ (۵/۶)
۴	۳۶ (۴۰/۰)	۱۲	۵ (۵/۶)
۵	۱۹ (۲۱/۱)	۱۳	۱۳ (۱۴/۴)
۶	۱۸ (۲۰)	۱۴	۱۸ (۲۰/۰)
۷	۷ (۷/۸)	۱۵	۱۰ (۱۱/۱)
۸	۷ (۷/۸)		

صحیح امتیاز ۱ و برای هر پاسخ غلط ۰ محاسبه شد. بدین ترتیب، محدوده نمره‌ای که دستیاران در این مطالعه قادر به کسب آن بودند، ۰-۱۵ بود و میزان کسب نمرات دستیاران از حداکثر امتیاز ۱۵، ملاک توانمندی دستیاران در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد در نظر گرفته شد.

پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات متعددی با Cronbach's alpha بالای ۰/۷۵ به اثبات رسیده بود و با توجه به این که در مطالعات قبلی اعتبار این ابزار مورد تأیید قرار گرفته بود، پس از ترجمه با استفاده از روش Forward و Backward، تعیین روایی مجدد با استفاده از نظرات خبرگان انجام گرفت.

نمونه‌ها با استفاده از روش سرشماری از بین کلیه دستیاران چهار بخش اصلی بالینی انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌ها با مراجعه به بیمارستان‌های آموزشی و با ارایه معرفی‌نامه از مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و با کسب اجازه از مسؤولین هر بخش بالینی به دستیاران تحویل داده شد و با اختصاص زمان کافی که هر دستیار نیاز به تکمیل آن داشت، پرسش‌نامه‌ها تکمیل و تحویل گرفته شد. پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر اسامی دستیاران تکمیل و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط ایشان، محرمانه خواهد ماند. شرکت در مطالعه اختیاری بود و دستیارانی که تمایل به تکمیل پرسش‌نامه نداشتند، در مطالعه شرکت نکردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و با استفاده از آمار توصیفی به منظور تهیه جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی و با آمار تحلیلی به منظور بیان همبستگی بین داده‌ها نظیر آزمون‌های غیر پارامتریک Mann-Whitney و Kruskal-Wallis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۹۶ دستبازی که به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شده بودند، ۹۰ دستیار حاضر به شرکت در مطالعه شدند و

سطح پایینی نشان داد. میانگین نمره‌ای که دستیاران توانسته بودند در این مطالعه کسب کنند، $1/43 \pm 2/54$ از ۱۵ نمره بود. این میانگین نمره کسب شده به طور تقریبی نصف نمراتی است که پزشکان شرکت کننده در مطالعه Alahdab و همکاران (۱۲) در سوریه به دست آورده بودند. در مطالعه Fritsch و همکاران (۱۶) میانگین نمرات کسب شده توسط دانشجویان پزشکی و پزشکان دانش آموخته، $2/90 \pm 6/30$ بود. نتایج مطالعه Kunz و همکاران (۱۳) نیز میانگین و انحراف معیار نمرات را $3/34 \pm 6/09$ نشان داد. در این مطالعه همانند مطالعات الاهداب و فریتس، از پرسش‌نامه Berlin استفاده شده بود. در این سه مطالعه، نمرات در حدود دو برابر نمرات به دست آمده در مطالعه حاضر است؛ که گویای این مسأله است که دستیاران مورد مطالعه در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد توانایی اندکی از خود نشان دادند.

پژوهش نادیا حتمی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی تهران، از محدود مطالعاتی است که در کشور توانایی اعضای هیأت علمی را در پزشکی مبتنی بر شواهد با استفاده از پرسش‌نامه Fresno سنجیده است. اعضای هیأت علمی پس از مداخله آموزشی توانسته بودند میانگین نمره $26/20 \pm 52/75$ از ۱۵۶ را کسب کنند. در حالی که این نمره، پس از مداخله بیش از ۵۰ درصد افزایش پیدا کرده بود. به طور کلی، اعضای هیأت علمی قبل از مداخله توانایی پایینی از خود نشان داده بودند. این نتایج را می‌توان مشابه نتایج مطالعه حاضر دانست (۱۷).

می‌توان دلایل متعددی برای این نمرات پایین ذکر نمود. شاید از عمده‌ترین دلایل این مسأله، این باشد که در کشور ما تا به حال دوره‌های آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد به طور رسمی و به صورتی که بخشی از برنامه درسی گروه‌های هدف باشد، در دوره‌های تحصیلی آنان وارد نشده است (۱۸). علاوه بر این، گاهی دیده می‌شود که برخی از پزشکان و دستیاران با مفهوم این رویکرد نیز آشنایی ندارند و حتی گاهی پزشکی مبتنی بر شواهد برای آنان امری ناشناخته است؛ مانند آن چه

بر اساس نتایج، دستیاران زن ($1/48 \pm 2/80$) توانمندی بیشتری در پزشکی مبتنی بر شواهد نسبت به دستیاران مرد ($1/29 \pm 2/18$) داشتند؛ اما آزمون Mann-Whitney این تفاوت را از نظر آماری معنی‌دار نشان نداد ($P = 0/063$). همچنین بر اساس آزمون Kruskal-Wallis، توانمندی دستیاران بخش زنان ($1/30 \pm 3/00$) بالاتر از توانمندی کسب شده در سایر بخش‌ها (داخلی $1/20 \pm 2/03$ ، جراحی $1/39 \pm 2/66$ و اطفال $1/85 \pm 2/80$) بود ($P = 0/062$) و دستیاران سال چهارم توانمندی پایین‌تری ($1/26 \pm 2/11$) نسبت به دستیاران سال‌های دیگر (سال اول $1/72 \pm 2/72$ ، سال دوم $1/36 \pm 2/72$ و سال سوم $1/27 \pm 2/47$) از خود نشان دادند؛ اما آزمون این تفاوت‌ها را معنی‌دار نشان نداد ($P = 0/578$).

بحث و نتیجه‌گیری

بیشتر مطالعاتی که تاکنون در کشور ما در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد انجام گرفته است، به بررسی آگاهی و نگرش در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد پرداخته است. این مطالعات گام اول در ترویج پزشکی مبتنی بر شواهد محسوب می‌شود و توانمندی گروه‌های هدف را مورد بررسی قرار نمی‌دهد. این در حالی است که در کشورهای دیگر سال‌ها است که این مسأله مورد توجه قرار گرفته و جهت بررسی توانمندی ابزارهای متفاوتی طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است.

مطالعه Fritsch و همکاران (۱۶) در دانشگاه McMaster کانادا، یکی از انواع این مطالعات است. در این مطالعه توانمندی دانشجویان پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. پرسش‌نامه Berlin یکی از ابزارهای مطرحی است که در زمینه بررسی توانمندی دانش پزشکی مبتنی بر شواهد طراحی و در بیشتر کشورهایی که پژوهش‌هایی در این زمینه داشته‌اند مورد استفاده قرار گرفته است (۱۵-۱۳).

در زمینه تعیین توانمندی دستیاران در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد در این مطالعه، نمرات به دست آمده از داده‌های پژوهش پس از تجزیه و تحلیل، توانمندی دستیاران را در

اطلاعاتی Up-to-Date و بیش از ۷۰ درصد از آن‌ها از Medline برای دسترسی به اطلاعات استفاده کرده بودند (۲۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه، محدود بودن به یک دانشگاه و محدود بودن به چند رشته نام برد؛ اما با توجه به مطالعات دیگری که در سراسر کشور انجام گرفته و میزان آگاهی گروه‌های بالینی را در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد در سطح پایینی نشان داده است و همچنین با توجه به این که سیستم آموزشی در بیشتر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران مشابه است و همه از دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت می‌کنند، احتمال می‌رود ضعف‌هایی که در نتایج این مطالعه به آن اشاره شده است، در بیشتر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران وجود داشته باشد.

به علت این که از زمان پیدایش اطلاعات جدید در پزشکی تا ورود آن به کتاب‌های مرجع ممکن است مدت زمان زیادی طول بکشد، کتاب‌ها به تنهایی نمی‌توانند منابع روزآمد و مناسبی برای یافتن شواهد در تصمیم‌گیری‌های بالینی باشند. به نظر می‌رسد اولین گامی که جهت ارتقای پزشکی مبتنی بر شواهد باید در کشور رخ دهد، بیان اهمیت و ایجاد انگیزه در گروه‌های بالینی برای فراگیری و استفاده از این رویکرد است.

احتمال می‌رود فرایند بررسی و برنامه‌ریزی ورود دوره‌های آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد در کوریکولوم آموزشی گروه‌های هدف پزشکی توسط برنامه‌ریزان کلان آموزشی، به مدت زمان طولانی نیاز داشته باشد. از آن جایی که نیاز به آموزش دستیاران در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد در سطوح پایین‌تر به صورت عملی و به شکل کارگاهی، بحث در گروه‌های کوچک و ... نیازی فوری، جدی و قابل توجه است، در این زمینه لازم است مهارت‌های پزشکی مبتنی بر شواهد و از جمله طراحی سؤالات بالینی مناسب و توانایی جستجو، بازیابی و ارزیابی شواهد در دستیاران تقویت شود که این امر نیز مستلزم توجه و برنامه‌ریزی مناسب توسط گروه‌های آموزشی مربوط است.

مطالعه زارع در میان اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۱۹) و مطالعه امینی و همکاران در بین دستیاران دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۱۴) نشان داد. در مطالعه زارع (۱۹) ۴۵/۳ درصد پاسخ دهندگان شناختی از پزشکی مبتنی بر شواهد نداشتند و نتایج مطالعه امینی و همکاران (۱۴) نشان داد که بیش از ۷۰ درصد دستیاران از منابع پزشکی مبتنی بر شواهد بی‌اطلاع بودند.

شاید دلیل دیگر، عدم توجه کافی به برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی با وجود دانش و توانمندی پایین در این زمینه باشد. به عنوان مثال، هم اکنون در دانشگاه علوم پزشکی کرمان تنها سالی یک بار کارگاه پزشکی مبتنی بر شواهد در دانشگاه جهت علاقمندان برگزار می‌گردد (۱۱). این در حالی است که به نظر می‌رسد هنوز انگیزه‌ای هم در گروه‌های بالینی وجود ندارد که از این تعداد کارگاه‌های محدود سالانه نیز استفاده شود.

نتایج مطالعه زحل و همکاران که در میان پزشکان عمومی قزوین صورت گرفت، گویای این مطلب است. اکثریت پزشکان (۸۳/۴ درصد) با وجود نگرش مثبت به پزشکی مبتنی بر شواهد، کارگاه‌های آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد را نگذرانده بودند (۲۰). در مطالعه صادقی و همکاران نیز با وجود این که فقط ۲۰ درصد دستیاران با پزشکی مبتنی بر شواهد آشنایی داشتند، فقط ۷/۴ درصد از آن‌ها در کارگاهی که بدین منظور تشکیل شده بود، شرکت کردند. بهترین و اصلی‌ترین منبع اطلاعاتی مورد استفاده دستیاران در این مطالعه، کتاب و تجربیات بالینی آن‌ها بود (۱۱).

با اندکی توجه به نتایج مطالعات مطرح شده، به نظر می‌رسد که در کشور ما در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد مشکل اساسی و جدی وجود دارد و این رویکرد مهم تا به حال مورد بی‌مهری برنامه‌ریزان آموزشی قرار گرفته است. این در حالی است که نتایج مطالعه‌ای که در دانشگاه Wisconsin-Madison آمریکا در نمونه‌ای از دستیاران انجام شد، نشان داد که یک ماه قبل از مطالعه ۱۰۰ درصد دستیاران از بانک

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمام دستیاران بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که با وجود مشغله زیاد ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد آموزش پزشکی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد.

References:

- Huddle TS, Heudebert GR. Taking apart the art; the risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med* 2007; 82(6): 536-41.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023):71-2.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. London: Churchill living stone; 1997.
- Lameei A. Evidence-Based Medicine, The book of workshop participants. 1st ed. Tehran: General Medical Education Council; 2011. [In Persian]
- Jordan TJ. Understanding Medical Information: A user guide to introduction and decision-making. New York: Mc Grow Hill; 2002.
- Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, Cook DJ, Guyatt GH. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACP J Club*. 1996; 125(3):A14-6.
- Bigby M. Evidence Based Medicine in a Nutshell. A guide to finding and using the best evidence in caring for patients. *Arch Dermatology*. 1998; 134: 1609-18.
- Tomlin A, Dearness KL, Badenoch DS. Enabling evidence based change in health care. *Evid Based Ment Health* 2002; 5(3): 68-71.
- Badenoch D, Heneghan C. Evidence based Medicine Toolkit. 2nd ed. Malden Massachusetts: Blackwell Publishing Professional; 2006: 2-23.
- Rangraz JF, Moraveji A, Abazari F. Knowledge and practice of evidence based medicine among the general physicians, residents and specialists in some parts of the country. *Urmia Med J* 2012, 23(6): 646-54. [In Persian]
- Sadeghi M, Khanjani N, Motamedi F. Knowledge, Attitude and Application of Evidence Based Medicine (EBM) among Residents of Kerman Medical Sciences University. *Iran J Epidemiol* 2011; 7(3): 20-6. [In Persian]
- Alahdab F, Firwana B, Hasan R, Sonbol MB, Fares M, Alnahhas I, et al. Undergraduate medical students' perceptions attitudes, and competencies in evidence-based medicine (EBM), and their understanding of EBM Reality in Syria. *BMC Res Notes* 2012; 5(1): 431.
- Kunz R, Wegscheider K, Fritsch L, Schünemann J, Moyer V. Determinants of knowledge gain in evidence-based medicine short courses: an international assessment. *Open Med* 2010; 4(1): e3-e10.
- Amini M, Sagheb MM, Shayegh S. Knowledge and practice of evidence based medicine among the medical residents of Shiraz University. *Strides Dev Med Educ J* 2007; 4(1): 30-5. [In Persian]
- Taheri H, MirMohammad Sadeghi M, Adibi I, Ashourion V, Sadeghizadeh A, Adibi P. The Effect of an Evidence Based Medicine Workshop on Undergraduate Medical Students' Skills in Applying EBM. *Iran J Med Educ* 2007; 6(2): 71-7. [In Persian]
- Fritsch L, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer HH, Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ* 2002; 325(7376): 1338-41.
- Nadiahatmi Z, Tahvildari S, Dabiran S, Soheili S, Sabouri A, Raznahan M. Teaching evidence-based medicine more effectively. *Acta Med Iran* 2010; 48(5): 332-6.
- Rafiei S, Abdollahzadeh S. Impact of evidence-based medicine course on critical appraisal skills of medical students. *Iran J Med Educ* 2008; 8(1): 149-53. [In Persian]
- Zare V. The practice of evidence based medicine among clinical academics. *J Tabriz Med Univ* 2006; 28(1): 61-6. [In Persian]
- Zohal MA, Yazdi Z, Fekri S, Dizaniha M, Movahhed F. Family Physicians' knowledge and attitude towards Evidence Based Medicine in Qazvin 2008. *J Med Educ Deve Qazvin Univ Med Sci* 2011; 5(2): 18-24. [In Persian]
- Feldstein DA, Maenner MJ, Sriurichan R, Roach MA, Vogelmann BS. Evidence based medicine training during residency: a randomised controlled trial of efficacy. *BMC Med Educ* 2010; 10(1): 59.