

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پرستاری مبتنی بر شواهد با رویکرد بالینی





سرشناسه	:	صفوی بیات، زهرا
عنوان و نام پدیدآور	:	پرستاری مبتنی بر شواهد بارویکرد بالینی/تالیف زهرا صفوی بیات، کاظم نجفی؛ زیر نظر پیر حسین کولیوند؛ [با همکاری بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیا(ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء].
مشخصات نشر	:	تهران: میرماه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	:	۸۰ ص:؛ مصور(بخشی رنگی).
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۰۵-۱
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
موضوع	:	پرستاری مبتنی بر شواهد
موضوع	:	پرستاری -- معاینه بالینی
موضوع	:	پرستاری
شناسه افزوده	:	نجفی، کاظم
شناسه افزوده	:	کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
شناسه افزوده	:	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیا(ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۳ پ۴۳/ص۷/RT۴۲
رده بندی دیویی	:	۶۱۰/۷۳
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۶۵۴۵۵۴

پرستاری مبتنی بر شواهد با رویکرد بالینی

تألیف:

کاظم نجفی

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی - جراحی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زهرا صفوی بیات

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مربی دانشکده پرستاری مامایی
دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری

زیر نظر:

پیر حسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
بیمارستان خاتم الانبیاء علیه السلام



میراث

۱۳۹۳ شمسی



پرستاری مبتنی بر شواهد با رویکرد بالینی



تألیف: زهرا صفوی بیات، کاظم نجفی
زیر نظر: پیرحسین کولیوند
ناشر: میرماه
گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده
لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند
صحافی: عطف
نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳
شمارگان: ۵۰۰ نسخه
قیمت: ۵۶۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۰۵-۱

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲
تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

سخن آغاز می کنیم با نام آغازگر بهار، همان معبودی که خود قلم را سوگند یاد می کند و تقدس آن را متذکر می شود تا شاید تذکرش تلنگری باشد برای اهل قلم ...!

و چه زیبا سروده است حکیم نظامی گنجه ای:

تا جوانی و تن درستی هست آید اسباب هر مراد به دست
تو که سرسبزی جهان داری ره کنون رو که پای آن داری

از آنجایی که، پرستاران بزرگترین گروه ارائه خدمات بهداشتی درمانی را تشکیل می دهند و نقش اساسی در تداوم مراقبت ها، ارتقا و حفظ سلامت در سطوح مختلف سیستم ارائه خدمات سلامت ایفا می کنند بنابراین آشنایی با شواهد موجود و یافته های تحقیقاتی در زمینه فعالیت برای پرستاران از ضروریات محسوب می شود. پرستاری مبتنی بر شواهد باعث ارزش دادن به یافته های تحقیقی ناشی از داده های بالینی و باورها و در نظر گرفتن ترجیحات بیمار می شود و اگر پرستاران با اصول روش تحقیق و نهادینه کردن آن در بالین آشنا نباشند ممکن است به سراغ سایر منابع غیر علمی دانش بروند تا نشان دهند که بر پایه شواهد عقلی مراقبت کرده اند. اهمیت عملکرد مبتنی بر شواهد از آن جهت است که این رویکرد روش کاری پرستاران را مورد حمایت قرار داده و در آنها مهارت های مانند تفکر انتقادی، حل مساله، تحلیل اطلاعات و یادگیری مادام العمر را تقویت نماید. بنابراین جهت رویارویی با تحولات نظام سلامت و یادگیری نحوه اجرایی کردن فعالیت های پرستاری کارآمد و نوین، برنامه آموزش پرستاری عملکرد مبتنی بر شواهد گامی مهم در راستای زمینه سازی برای تغییر محیط بالینی به سوی اجرایی کردن پرستاری مبتنی بر شواهد می باشد. امید است مطالب کتاب حاضر نیز تغییر رفتار به سوی اجرایی شدن فعالیت های پرستاری مبتنی بر شواهد را به همراه

داشته باشد. در واقع هدف این است که آماده سازی یا زمینه سازی برای ایجاد تغییر محیط بالینی به سوی اجرایی کردن پرستاری مبتنی بر شواهد فراهم شود. جا دارد از تمامی عزیزان و همکارانی که ما را در تهیه محتوای این کتاب یاری کردند کمال تشکر را داشته و سپاس ویژه خود را به جناب آقای دکتر درودی، دکتر دیوان بیگی، سرکار خانم حکمی، سرکار خانم منجمد، سرکار خانم داوودی و جناب آقای صفری به دلیل همکاری، راهنمایی و مشورت های ارزشمندشان اعلام داریم .

سخن پایانی مان با خالق بی همتاست، آن که جبران همه نداشته هایمان است؛ آن که با تمام بی نهایت بودنش به اندازه آرزوی من و تو کوچک می شود و به اندازه فهم ما پایین می آید و به قدر ایمانمان کارگشا.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

فصل اول: تاریخچه، تعریف و فلسفه‌ی عملکرد مبتنی بر شواهد.....	۱۱
فصل دوم: عمل مبتنی بر شواهد چیست؟.....	۱۵
به کارگیری پژوهش‌ها:.....	۱۶
کیفیت و یا بهبود عملکرد.....	۱۶
طرح بهبود کیفیت در مقابل طرح‌های پژوهشی.....	۱۷
همکاری بین تیمی.....	۱۸
پژوهش پرستاری.....	۱۹
مفهوم عملکرد مبتنی بر شواهد برای پرستاران.....	۲۰
اهمیت عملکرد مبتنی بر شواهد.....	۲۱
نکته‌هایی برای موفقیت.....	۲۱
فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد.....	۲۵
طراحی سوال بالینی.....	۲۵
جمع‌آوری بهترین و مرتبط‌ترین شواهد.....	۲۷
استفاده از کتابخانه کوکران.....	۲۸
تهیه راهبرد جستجو.....	۲۹
ارزیابی نقادانه شواهد.....	۳۲
ادغام شواهد با عملکرد بالینی.....	۳۳
ارزیابی میزان سودمندی شواهد و بازخورد.....	۳۴
فصل چهارم: رویکردهای آموزشی اجرایی کردن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد.....	۳۷
فصل پنجم: کیفیت دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد.....	۴۵
سوالات مربوط به دستورالعمل‌های بالینی در بخش.....	۴۶
فصل ششم: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت.....	۴۹
سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد چیست؟.....	۵۰
اهمیت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد.....	۵۰

۵۰	تاریخچه سیاست گذاری مبتنی بر شواهد
۵۱	عوامل موثر بر سیاست گذاری مبتنی بر شواهد
۵۲	محورهای مهم مورد تاکید در سیاست گذاری مبتنی بر شواهد
۵۳	مراحل سیاست گذاری مبتنی بر شواهد عبارتند از:
۵۵	بیان مساله
۵۵	تشخیص علل پدید آمدن
۵۷	تدوین سیاست
۵۸	تصمیم گیری سیاسی
۵۸	اجرا
۵۹	ارزشیابی
۶۱	فصل هفتم: طراحی مبتنی بر شواهد
۶۷	فصل هشتم: راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد
۶۷	سیستم پوست
۷۵	نتیجه گیری نهایی

فصل اول: تاریخچه، تعریف و فلسفه‌ی عملکرد مبتنی بر شواهد

آنچه که باعث شکل‌گیری چارچوب یک مطالعه می‌شود، مجموعه اصول راهنمایی است که با یک پارادایم یا جهان بینی مرتبط می‌گردد. پارادایم‌های تحقیقات پرستاری با ریشه دار بودن در گروهی از پیش فرض‌های خاص خود در مورد طبیعت دانش و واقعیت در پی دستیابی به اهداف و مقاصد مختلفی می‌باشند. در چندین دهه گذشته تلاش‌های فراوانی جهت رسیدن به این اهداف شده است. یکی از این اهداف کم نمودن فاصله بین تحقیق و عمل بوده است. بدین منظور استفاده از نتایج تحقیقات به عنوان شواهد در عمل، گامی در جهت کاهش این فاصله بوده است.

ساکت (۱۹۹۶) عملکرد مبتنی بر شواهد را «استفاده قضاوت‌مندان، جدی، وجدانی، صریح و مدبرانه از بهترین شواهد موجود در تصمیم‌گیری برای مراقبت فردی از بیمار» تعریف نمود که مورد قبول همگان واقع شده است. عمل مبتنی بر شواهد^۱ از طب بالینی برای غلبه بر پیامدهای ناگوار ناشی از عمل بر مبنایی غیر از شواهد علمی منشا گرفت و امروزه در بسیاری از حیطه‌های دیگر علوم پزشکی مانند، داروشناسی و پرستاری توسعه یافته است. در سال‌های اخیر هم زمان با افزایش سریع دانش و علم، پرستاری نیز به رویکردهای مبتنی بر شواهد روی آورده است. پرستاری شاهد محور به عنوان استفاده صریح اطلاعات تنوری و پژوهش محور جهت ارائه مراقبت به افراد یا گروه‌های بیماران با توجه به نیازها و ترجیحات افراد تعریف شده است.

1- Evidence based practice

ماهیت شواهد در پزشکی و پرستاری متفاوت است و اهمیت آن در شکل دادن و ارتقا عملکرد است. در پزشکی مبتنی بر شواهد، کارآزمایی بالینی که به صورت سیستماتیک در پایگاه‌های اطلاعاتی خلاصه می‌شوند، به عنوان استانداردهای طلایی شواهد در نظر گرفته می‌شوند. مطالعات نیمه تجربی، گاهی اوقات مطالعات غیر تجربی و توصیفی، اجماع نظر متخصصان، داده‌های حاصل از ارزیابی برنامه نیز با اعتبار کمتر به عنوان شواهد مورد توجه قرار می‌گیرند. ولی در پرستاری بر شواهد علمی موجود در عملکرد پرستاری تکیه شده است و تعریف شواهد به ماهیت شناسی آن که همان راه‌های دانستن می‌باشد، گسترش یافته است. اشکال گوناگون دانش علمی (تجربی)، زیبایی شناسی (هنری)، شخصی، اخلاقی و اجتماعی و سیاسی است که جهت عملکرد منطقی پرستاری و نشان دادن ماهیت پرستاری مورد قبول واقع شده‌اند. بنابراین استانداردهای طلایی کارآزمایی بالینی که بهترین شواهد را در پزشکی برای مداخلات فراهم می‌کند، در پرستاری دانش مورد نیاز برای اعمال پرستاری را کمتر تضمین می‌نماید.

فراهم آوردن مراقبت مورد نیاز از نقش‌های اساسی پرستاران حرفه‌ای در جهان امروزی است. پرستاران در صورتی می‌توانند به جامعه مراقبت مطلوبی ارائه کنند، که خود را با پیچیدگی‌های محیط مراقبت بهداشتی و تقاضاهای در حال تغییر سازگار سازند. تغییر الگوی کنونی پرستاری از تصمیم‌گیری بر پایه تجربیات و عقاید شخصی به سمت استفاده بیشتر از رویکردهای علمی و تحقیقات، اثر به‌سزایی در مراقبت از بیمار و پیشبرد کیفیت آن ایفا می‌نماید. مسئولیت قانونی و اخلاقی پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده مراقبت در بخش‌های بیمارستانی دولتی و خصوصی، حمایت از بیماران در قبال انجام اعمال غیر علمی است که این مهم جز با نهادینه نمودن رویکرد مبتنی بر شواهد معتبر امکان‌پذیر نخواهد بود. لذا لزوم پرستاری مبتنی بر شواهد برمدیران نیز پوشیده نیست. مراقبت بهداشتی امروزه با فرهنگ ارتقاء کیفیت، افزایش ایمنی بیمار، حمایت از عمل با استفاده از شواهد و کاهش فاصله سنتی بین تحقیق و عمل با دانش مواجه است. با توجه به این فرهنگ، اقدامات پرستاری و فرایندهایی که با بهترین شواهد به دست آیند برای ارتقا پیشرفت‌های مراقبت بهداشتی حیاتی است.

عملکرد مبتنی بر شواهد در سال‌های اخیر وارد حرفه‌ی پرستاری شده است و نگاه ویژه‌ای به آن می‌باشد. عملکرد مبتنی بر شواهد فرآیند ادغام تئوری، قضاوت بالینی، تصمیم‌گیری و دانش فرآیند پژوهش است و نتیجه این فرآیند به کارگیری شواهد معنی دار بالینی در عملکرد پرستاری و اجرای بهترین شواهد پژوهشی در دسترس برای پاسخ به یک سوال بالینی ویژه است. یا به عبارتی

فصل اول: تاریخچه، تعریف و فلسفه عملکرد مبتنی بر شواهد / ۱۳

دیگر، عملکرد مبتنی بر شواهد به معنای ادغام مهارت‌ها و تخصص‌های بالینی با بهترین شواهد بالینی در دسترس و به دست آمده از تحقیقات سیستماتیک تعریف شده است. همچنین عملکرد مبتنی بر شواهد مجموعه‌ای از مهارت‌های قابل یادگیری است که دانش آن از شواهد پژوهشی معتبر تولید می‌شود. پترسون^۱ تعریف کامل تری در سال ۲۰۰۹ ارائه داد که عبارت است از «فرآیند سیستماتیکی که برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از بیماران شواهد موجود را بکار می‌برد و شامل ارزیابی کیفیت و قابلیت کاربرد تحقیقات موجود، اولویت‌های بیمار، هزینه‌ها، تخصص بالینی و موقعیت‌های بالینی است.

عملکرد مبتنی بر شواهد، رویکرد مناسبی برای ارائه مراقبت‌های پرستاری منطبق بر دانش روز است. عملکرد پرستاری که بر پایه شواهد باشد در حال حاضر به عنوان استاندارد عملکرد پذیرفته می‌شود. طوری که انجمن پرستاری آمریکا^۲ در سال ۲۰۰۴ استانداردهای حرفه‌ای برای پرستاران را عملکرد مبتنی بر شواهد در دسترس معرفی می‌کند. همه‌ی حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی نیاز به درک عملکرد مبتنی بر شواهد، اصول و اجرای سیاست‌های آن دارند و باید نگرش نقادانه نسبت به عملکرد خود و شواهد داشته باشند. بدون این مهارت‌ها، حرفه‌ها و سازمان‌ها برای ارائه‌ی بهترین عملکرد مشکل خواهند داشت. پرستاران نیز به منظور این که بهترین شواهد موجود برای اجرای مبتنی بر شواهد را ارائه دهند نیاز به دانش عملکرد مبتنی بر شواهد و مهارت لازم دارند. لذا به عنوان رویکردی جدید، کاربرد پژوهش برای ارتقاء فعالیت بالینی شاهد محور ضروری است، چرا که امروزه پرستاران مسئولیت بیشتری در قبال مراقبت از بیمار دارند. به اعتقاد یانگ رویکرد پرستاری مبتنی بر شواهد در محیط بالینی، در عملکرد پرستاری تغییر الگو ایجاد می‌کند و پرستاری پرستار محور را به پرستاری مددجو محور تبدیل می‌کند. پرستاری مددجو محور، ظرفیت پرستاران برای یادگیری در طول زندگی را توسعه می‌دهد و پرستار در امر مراقبت با بیمار و مددجو مشارکت می‌کند. همچنین یادگیری در طول زندگی با کسب مداوم دانش و مهارت‌های لازم برای عملکرد تخصصی مشخص می‌شود. مهارت‌های این نوع یادگیری شامل ظرفیت‌هایی حل مساله، تفکر، تصمیم‌گیری، استفاده از تکنولوژی، سواد انفورماتیک و توانایی کاربرد استدلال استقرایی و قیاسی است.

انجمن بهداشت انگلستان در سال ۲۰۰۶ بیان می‌دارد، چشم انداز پرستاری در قرن ۲۱ برای

1- Patterson

2- American Nurses Association

همه پرستاران، یافتن شواهد و اجرای آن در عملکرد روزانه است که مشارکت فعالانه در پژوهش و توسعه عملکرد مبتنی بر یافته‌های پژوهشی را می‌طلبد.

عملکرد مبتنی بر شواهد چارچوبی برای فعالیت‌های بالینی پرستاری است و دلایل زیر برای استفاده آن مطرح شده است:

- به حل مشکلات بالینی کمک می‌کند.
 - منتهی به پیامدهای بهتر برای بیمار می‌شود.
 - از طریق معرفی نوآوری‌ها در بهبود عملکرد سهیم است.
 - به پرستاران در ارائه مراقبت بر پایه‌ی بهترین پژوهش‌های موجود و به روز کردن عملکرد کمک می‌نماید.
 - برای مراقبت با بالاترین کیفیت و دست‌یابی به وضعیت مطلوب ضروری است.
- لکن حقیقت این است که تاکنون شواهد پژوهشی به‌ندرت مورد توجه قرار گرفته است و مداخلات بیشتر بر پایه مراقبت‌های متداول سنتی می‌باشد و پرستاران چگونگی جستجوی شواهد پژوهشی را نمی‌دانند و به خاطر عدم آشنایی به اصول روش تحقیق، به سراغ سایر منابع غیر علمی دانش می‌روند تا نشان دهند که بر پایه شواهد عقلی مراقبت کرده‌اند لذا آشنا نمودن و نهادینه کردن این رویکرد امری ضروری و مهم است.

رویکرد مبتنی بر شواهد تاکید بر کشاندن تحقیقات و مدارک به سوی تلفیق عملکرد بالینی با تخصص افراد و ترجیحات بیماران دارد. به عبارت دیگر این روش بر مفروضات کلیدی بنا نهاده شده است که بنیان آن را تشکیل می‌دهند. این مفروضات بیان می‌کنند، پرستاران ارتباط بسیار نزدیک با بیماران دارند و به طور مثبت یا منفی بر پیامدهای بیمار تاثیر می‌گذارند و مسئولیت کل اعمال خود را می‌پذیرند. هم‌چنین آنان در ایجاد دانش حاصل از بهترین شواهد و به حداکثر رسانی اثربخشی لازم سهیم هستند. به همین دلایل نقش افراد بالین در این رویکرد و نهادینه شدن آن بسیار مهم است.

فصل دوم: عمل مبتنی بر شواهد چیست؟

پس از مطالعه این فصل، شرکت کنندگان باید قادر باشند:

- عملکرد مبتنی بر شواهد را تعریف کنند!
- بین عمل مبتنی بر شواهد، پژوهش، استفاده از پژوهش و بهبود کیفیت تمایز قائل شوند.
- اهمیت EBP در عملکرد پرستاری و مراقبت با کیفیت بالا از بیمار را توصیف کنند.

عملکرد مبتنی بر شواهد

در سال ۱۹۸۰، اصطلاح "پزشکی مبتنی بر شواهد" برای اولین بار به منظور توصیف عبارت "شواهد علمی برای تعیین بهترین عملکرد" به کار برده شد. پس از آن عملکرد مبتنی بر شواهد در سایر رشته‌های علوم پزشکی به منظور استفاده در تصمیم‌گیری‌های بالینی به رسمیت شناخته شده است.

تاکنون از عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP) تعاریف متعددی شده است، اما تعریفی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد "استفاده منطقی، صریح و صحیح از بهترین شواهد در تصمیم‌گیری‌های بالینی برای هر بیمار" است. کارشناسان و متخصصان از عملکرد مبتنی بر شواهد در سیستم بهداشتی درمانی به عنوان یک فرآیند در امر پژوهش و تصمیم‌گیری‌های بالینی برای جامعه یا گروه خاصی از بیماران استفاده می‌کنند. عملکرد مبتنی بر شواهد و مراقبت مبتنی بر شواهد چارچوبی برای در

نظر گرفتن نیازها و ارزش‌های بیمار، موقعیت بالینی و استفاده از تجربه‌های بالینی است. انتظار می‌رود که متخصصان و کارشناسان مراقبت‌های بهداشتی یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها را مطالعه کنند و توانایی نقد و تفسیر دستورالعمل‌های عملکرد مبتنی بر شواهد را برای موقعیت‌های مختلف بالینی به دست آورند.

پرستاران زمانی که به دنبال آشنایی با عمل مبتنی بر شواهد در محیط بالینی هستند سئوالات متعددی در ذهن آنها ایجاد خواهد شد و می‌پرسند که:

- EBP دقیقاً چیست؟
 - آیا EBP همان پژوهش پرستاری است؟
 - تفاوت بین EBP و بهبود کیفیت چیست؟
 - آیا EBP مربوط به عملکرد پرستاری می‌باشد؟
- به کارگیری پژوهش‌ها، بهبود کیفیت (عملکرد) و پژوهش‌های پرستاری

به کارگیری پژوهش‌ها:

در چند دهه اخیر، پرستاران از پژوهش در دسترس برای پیشبرد اهداف و عملکرد پرستاری استفاده می‌کنند، یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها را مورد تجزیه و تحلیل انتقادی و ارزیابی قرار می‌دهند و سپس چگونگی استفاده از نتایج را جهت عملکرد مناسب بالینی تعیین می‌کنند و تلاش برای بهره‌گیری بیماران از نتایج حاصل از یافته‌ها دارند. ترکیبی از یافته‌های تحقیقاتی مربوط به عملکرد بالینی (ارزیابی اثر تغییرات) به از بین بردن شکاف میان پژوهش و عمل کمک کرده است.

کیفیت و یا بهبود عملکرد

منظور از کیفیت بالینی، تمرکز بر روی سیستم‌ها، فرآیندها، کاربردهای بالینی، میزان رضایت بیماران و هزینه‌های درمان است. به طور معمول، تلاش شایانی برای بهبود کیفیت توسعه استانداردهای عملی پرستاری طراحی و صورت نگرفته است، اما درک استفاده از بهترین شیوه و یا فرایندهای مراقبتی به طور فعال در پرستاران شکل گرفته است.

یک دیدگاه پذیرفته شده این است که فعالیت‌های بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی برای تولید دانش علمی در نظر نگرفته شده است، بلکه به عنوان یک ابزار خاص در خدمت مدیران به

فصل دوم: عمل مبتنی بر شواهد چیست؟ / ۱۷

منظور بهبود نتایج فرآیندها در درون یک سازمان بهداشتی - درمانی تنظیم شده‌اند. به منظور بهبود و حفظ عملکرد، افزایش بهره‌وری و ایمنی، تیم‌های بالینی باید با تجزیه و تحلیل، تغییر و اندازه‌گیری تلاش‌های خود را به طراحی مجدد دستورالعمل‌های مراقبت بالینی به کار گیرند.

به طور کلی برای حل مشکلات و مسائل بالینی طرح‌های بهبود کیفیت، باید داده‌ها جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل، فرایندهای بالینی بررسی و با استفاده از شاخص‌های معتبر ارزیابی عملکرد بالینی صورت گیرد و از طریق نظارت مستمر، کیفیت عملکردها حفظ شود. به عنوان مثال، یک بیمارستان ممکن است علاقه‌مند در آموزش ترک سیگار برای بیماران سیگاری بستری خود باشد طوری که با تشکیل یک تیم کارشناسی، جلسه‌ای برای رسیدگی به این موضوع برقرار می‌کند، یک برنامه آموزشی پیاده‌سازی می‌کنند و در نهایت هم با استفاده از درصدگیری خلاصه‌ترخیص الکترونیکی، عملکرد بیمارستان در مورد اینکه که یک فرد سیگاری تا چه میزان آموزش در مورد ترک سیگار را دریافت کرده است را اندازه‌گیری می‌کند و با نظارت بر میزان انطباق و تغییر مداخلات به هدف خود یعنی ارائه مطلوب مشاوره ترک سیگار به بیماران سیگاری می‌رسد.

طرح بهبود کیفیت در مقابل طرح‌های پژوهشی

برای بسیاری از افراد سوال است که آیا طرح‌های بهبود کیفیت همان طرح‌های تحقیقی هستند؛ در جواب این سوال باید گفت "نه"، در عمل بالینی این تلاش‌ها ممکن است مشابه به نظر برسند به عنوان مثال، ممکن است پاسخ هر دو به مشکلات بالینی و استفاده از روش‌های جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل آماری آنها مشابه باشد. با این حال ممکن است عواملی مثل افراد شرکت‌کننده و یا شیوه نمونه‌گیری، روش مطالعه و چگونگی استفاده نتایج متفاوت باشند. به عنوان مثال، در بسیاری از فعالیت‌های بهبود کیفیت، شرکت‌کنندگان معمولاً بیماران در محدوده محیط کوچک بالینی می‌باشند ولی در طرح‌های تحقیقاتی، محقق اغلب نمونه‌ای از افراد جامعه که نماینده جمعیت بزرگی از جامعه باشند را در نظر می‌گیرد. در بسیاری از فعالیت‌های بهبود عملکرد، عامل مداخله‌ای ممکن است برای ارزیابی تغییر کند، در حالی که در یک مطالعه تحقیقاتی، درمان یا مداخله یکسان باقی می‌ماند. علاوه بر این، در بسیاری از طرح‌های بهبود کیفیت، گروه مراقبت‌های بهداشتی در تلاش برای حل یک مشکل در یک محیط خاص به جای تلاش برای تعمیم نتایج حاصل از مطالعه به کل جمعیت می‌باشد. با وجود تفاوت بین تحقیقات و پروژه‌های بهبود کیفیت، باید در نظر

داشت که تامین سلامت افراد و جامعه هدف اصلی و مشترک در هر دو می باشد. برای اطمینان از اینکه به اندازه کافی از حقوق بیماران یا افراد حمایت شود، همیشه یک کمیته بازبینی رسمی متشکل از متخصصین صاحب نظر قبل از اجرای مطالعه و آغاز جمع آوری داده، طرح پژوهش (پروپوزال) را مطالعه و نظرات خود را اعلام می کنند تا اطمینان حاصل گردد از اینکه به اندازه کافی حقوق بیماران یا افراد حفظ خواهد شد.

نمونه‌هایی از طرح‌های بهبود عملکرد

- کاهش فاصله زمانی از لحظه تجویز برنامه دارویی آنتی بیوتیک تا اجرایی کردن آن توسط پرستار
 - ارزیابی اثربخشی برنامه‌های ارگونومیک هدفدار برای جلوگیری از صدمات در پرستاران
 - ارزیابی اثربخشی یک برنامه کوتاه مدت در رضایت بیمار در اورژانس
 - بهینه سازی پیشگیری و درمان کم خونی در طی عمل جراحی بای پس عروق کرونر
 - کاهش عفونت‌های جریان خون مرتبط با کاتتر ورید مرکزی
 - بهبود بخشیدن برنامه‌های آموزشی ترک سیگار به بیماران سیگاری
 - حفظ پایبندی و بهبود بخشیدن مراقبت‌های پرستاری با هدف بهترین شیوه در واحد مراقبت‌های ویژه
 - بهبود رضایت بیمار از طریق فعالیت‌های کاهش سر و صدا
 - ارزیابی اثربخشی برنامه‌های کاهش خطر سقوط از تخت بیماران
- مثال‌های بالا می‌توانند پیشنهادی برای یک عمل مبتنی بر شواهد یا پروژه تحقیقاتی باشند. بدین ترتیب که پس از جستجو در متون پرستاری و تهیه ابزارهای اندازه‌گیری مناسب شما می‌توانید اطلاعات را جمع‌آوری کنید؛ هدف‌ها را تدوین نمایید و با برنامه‌ریزی مناسب بهترین شیوه‌های مراقبتی پیشگیری و یا مداخلات پرستاری را اجرایی کنید.

همکاری بین تیمی

در موقعیت بالینی، همکاری بین تیمی پرستاران و سایر اعضای تیم درمان فرصت بسیار مناسبی برای بهبود عملکرد بالینی است زیرا این همکاری باعث جلوگیری از اتلاف وقت، ایجاد انگیزه و

فصل دوم: عمل مبتنی بر شواهد چیست؟ / ۱۹

روحیه کار تیمی و کاهش هزینه‌های درمان می‌گردد. همکاری بین رشته‌ای چشم اندازه‌ی مناسبی است تا تخصص‌های مختلف مسائل و مشکلات بالینی را پیگیر باشند. پرستاران نقش اساسی در هماهنگی بین تیمی بر عهده دارند آن‌ها می‌بایست میزان دست‌یابی به اهداف از پیش تعیین شده را بررسی کنند و به اطلاع سایر اعضای گروه برسانند. به طور کلی همکاری بین تیمی فرصت حل مشکل خلاقانه را برای سایر اعضا فراهم می‌کند.

پژوهش پرستاری

پژوهش پرستاری شامل تحقیقات سیستماتیک است که به طور خاص برای توسعه، اصلاح و گسترش دانش پرستاری طراحی شده‌اند. محققان پرستاری با توجه به مشکلات پرستاران و بیماران، خانواده‌ها و جامعه و بررسی این مشکلات سعی در ارائه خدمت و گره‌گشایی از مسائل آن‌ها دارند. روش پژوهش پرستاری ممکن است کمی، کیفی و یا ترکیبی از هر دو می‌باشد.

- **مطالعات کمی (Quantitative studies):** محققان از مطالعات کمی برای داده‌های عینی یا قابل اندازه‌گیری (مانند فشار خون یا عداد ضربان قلب) و برای اندازه‌گیری دانش، نگرش‌ها، باورها و اعتقادات استفاده می‌کنند. این مطالعات نیاز به حجم نمونه بزرگ دارد و از قاطعیت بیشتری نسبت به مطالعات کیفی برخوردار است و بیشتر جهت تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها به کار می‌رود.
- **تحقیقات کیفی (Qualitative studies):** استفاده از روش‌هایی مانند مصاحبه یا روایت تجزیه و تحلیل برای کمک به درک یک پدیده خاص می‌باشند و از پارامترهای کیفی غیرقابل اندازه‌گیری جهت بیان چرایی وضعیت استفاده می‌شود. این نوع مطالعات بیشتر به کشف علت و انگیزه‌های وجود وضعیت می‌پردازد و نگاهی عمیق برای درک وجود و ماهیت مسئله موجود دارد. غالباً از این نوع مطالعات جهت بیان مسأله و یا طرح فرضیه برای مطالعات کمی و یا کشف علل درونی و عمق نتایج مطالعات کمی استفاده می‌شود.
- **روش مثلثی:** در روش مثلثی هم از هر دو روش کمی و کیفی استفاده می‌گردد. صرف نظر از استفاده از هر روش، پژوهشگران باید روشی را به کار گیرند که بتوان به کیفیت و دقت و تجزیه و تحلیل صحت داده‌ها اطمینان کرد و بتواند با استفاده از روش‌های علمی دانش را توسعه دهد و به پرسش‌ها پاسخ دهد.

نمونه‌هایی از طرح‌های پژوهشی پرستاری شامل موارد زیر است:

- کارآزمایی بالینی تصادفی بررسی بهترین شیوه برای مراقبت مکان بین‌های ارتوپدی
- اثرات شیوه‌های تن آرامی و تصاویر آرامش بخش بر اضطراب قبل از عمل بیماران
- کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن
- تاثیر یک فیلم معرفی کننده محیط اتاق عمل بر میزان اضطراب بیماران قبل از عمل جراحی
- شناخت علل تمایل استفاده بیشتر از خدمات درمانی بخش خصوصی در مقایسه با خدمات درمانی بخش دولتی

هدف اصلی طرح‌های تحقیقی این است که داده‌های جمع‌آوری شده در نهایت امانتداری باقی بمانند نه اینکه فرضیه محقق به وسیله باورها و یا ارزش‌ها و تعصب‌ها تحت تاثیر قرار گیرد. بنابراین، هنگامی که محقق در حال انجام یک طرح پژوهشی است باید این خطرات را به حداقل برساند و نتایج قابل اعتماد را بسط دهد.

برای انجام تحقیقات پرستاری، نباید فقط ساده بیان کرد و گفت که «من می‌خواهم یک تحقیق انجام دهم.» برای انجام یک تحقیق علمی محقق باید دوره‌های آموزشی معتبر گذرانده باشد منابع کافی داشته باشد یک مطالعه خوب را طراحی و پیاده سازی کند، پرستار باید علاقمند به انجام کار تحقیقی باشد و دوره‌های آمار و روش تحقیق را بگذراند. یکی از گام‌هایی که کمک موثر به محقق در انجام کارهای تحقیقی می‌کند تلاش برای آشنایی بیشتر با پرستاری مبتنی بر شواهد و استفاده از تجارب متخصصان صاحب نظر در این زمینه می‌باشد.

مفهوم عملکرد مبتنی بر شواهد برای پرستاران

پرستاران در ارائه عملکرد مبتنی بر شواهد و اجرایی کردن آن نقش اساسی و کلیدی دارند. سوالهای زیر باید دائما ذهن یک پرستار را مشغول کند «شواهد برای مداخله چیست؟» و یا «چگونه ما بهترین عملکرد را ارائه کنیم؟» بالاترین نتایج دست یافتنی برای بیمار، خانواده و پرستار چیست؟» پرستاران در مقایسه با دیگر اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی دارای موقعیت بسیار مناسبی جهت شناسایی مشکلات بالینی و استفاده از شواهد موجود به منظور بهبود عملکرد بالینی هستند. به عنوان مثال، یک طرح تحقیقاتی مبتنی بر شواهد شرح می‌دهد «مزایای انجام ندادن مراقبت روتین پرستاری گوش دادن به صداهای روده بیمارانی که تحت عمل جراحی شکم قرار گرفته‌اند.

فصل دوم: عمل مبتنی بر شواهد چیست؟ / ۲۱

نویسندگان در این طرح گزارش دادند که در تعیین بازگشت حرکت دستگاه گوارش پس از جراحی شکم، بازگشت دفع گاز و اولین حرکات روده بعد از عمل نقش اساسی دارند و لذا این طرح تحقیقی مبتنی بر شواهد بدون داشتن نتایج منفی برای بیمار منجر به صرفه جویی در زمان مراقبت‌های پرستاری می‌شود.

پرستاران در حال حاضر با اجرای دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد به دنبال بهبود نتایج عملکرد مبتنی بر شواهد می‌باشند و فعالیت‌های تحقیقی گسترده در زمینه‌های مختلف مانند زخم بستر، سقوط از تخت، سرطان، دیابت و فشار خون و... انجام داده‌اند.

اهمیت عملکرد مبتنی بر شواهد

عمل مبتنی بر شواهد کمک می‌کند تا پرستاران مراقبت با کیفیت بالا براساس اولویت‌های بیمار، نتایج تحقیقات و دانش روز ارائه دهند، نه بر اساس سنت‌ها. «این راهی که ما همیشه آن را انجام داده ایم»، صحبت‌های همکاران یا کتاب‌های درسی منسوخ شده است.

در مطالعات اخیر شواهدی وجود دارد که اغلب پرستاران برای ارائه مراقبت مطابق با آنچه که آنها در دوران تحصیل آموخته بوده‌اند عمل می‌کنند و به ندرت از مقالات مجلات، گزارش‌های تحقیقاتی و کتابخانه‌های بیمارستانی استفاده می‌کنند.

عمل مبتنی بر شواهد یک خط مشی مهم دارد و آن اینکه اطمینان حاصل می‌کند که عملکرد پرستاری براساس آخرین شواهد پژوهش‌ها انجام می‌گیرد.

ارزش عملکرد مبتنی بر شواهد به سه چیز است:

- ۱- به روز بودن آن
- ۲- حاصل پژوهش بودن اطلاعات آن
- ۳- ارائه دهنده مراقبت با کیفیت بالا

نکته‌هایی برای موفقیت

چرا عملکرد مبتنی بر شواهد در پرستاری اهمیت دارد:

- ارائه مراقبت با کیفیت بالا برای بیماران

۲۲ / پرستاری مبتنی بر شواهد با رویکرد بالینی

- ارتقای سطح آگاهی و دانش پرستاران
- مرتبط و قابل اجرا بودن آن
- افزایش اعتماد به نفس در تصمیم‌گیری‌های بالینی
- در برگیرنده آخرین دستاوردها و خط‌مشی‌ها

موانع اجرای عمل مبتنی بر شواهد چیست؟

- ارزش قائل نشدن برای پژوهش در محیط بالینی
- مشکلات در تغییر رفتارها
- عدم پشتیبانی مدیریتی و مالی
- عدم آگاهی مربیان
- زمان ناکافی برای انجام تحقیقات
- آموزش ناکافی در مورد فرایند پژوهش
- عدم آگاهی در مورد تحقیق و عمل مبتنی بر شواهد
- در دسترس نبودن گزارش تحقیقات و مقالات
- مشکل در دسترسی به گزارش‌های تحقیقاتی و مقالات
- پیچیدگی گزارش‌های تحقیقاتی
- عدم آگاهی در مورد نقد مقالات مبتنی بر عملکرد
- پیشرفت با سرعت کم و روند عملکردی ضعیف آن

تمرین:

۱. وارد وب سایت کوکران (www.cochrane.org) شوید. لیستی از موضوعات قابل مشاهده را بررسی کنید آیا اطلاعات این سایت برای شما مفید بود. اگر آری چرا؟ و اگر نه چرا نه؟
۲. تهیه یک لیست از منابع لازم برای عملکرد مبتنی بر شواهد. شناسایی منابعی که در سازمان شما وجود دارد را شناسایی کنید راه‌های دسترسی به منابع که در حال حاضر در محیط بالینی شما وجود را ذکر کنید.

۳. سایت www.hospitalcompare.hhs.gov را مشاهده کنید و سپس مقایسه عملکرد بیمارستان شهر / شهرستان، منطقه، و یا استان خود را برای رسیدگی به انفارکتوس حاد میوکارد، مراقبت از

فصل دوم: عمل مبتنی بر شواهد چیست؟ / ۲۳

نارسایی قلبی و مراقبت به ذات الریه با آنچه که در سازمان شما انجام شده است.

۴. جستجو در اینترنت درباره «عملکرد مبتنی بر شواهد پرستاری»

۵. تهیه یک بیب کارت از مقالات معتبر پرستاری با عنوان عملکرد مبتنی بر شواهد

فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد

عملکرد مبتنی بر شواهد شامل پنج مرحله بیان می‌دارند:

- طراحی سوال بالینی در قالبی که بتوان برای آن بهترین شواهد مرتبط به دست آورد.
- جمع‌آوری بهترین و مرتبط‌ترین شواهد برای پاسخ‌گویی به سوال بالینی
- ارزیابی نقادانه شواهد جمع‌آوری شده از نظر اعتبار، ارتباط و قابلیت کاربرد
- ادغام شواهد با تجارب بالینی با توجه به اولویت‌ها و ارزش‌های بیمار به منظور تصمیم‌گیری مناسب
- ارزیابی از تغییر به وجود آمده از اجرای شواهد مبتنی بر عملکرد

طراحی سوال بالینی

هدف از طراحی سوال، تبدیل یک مشکل بالینی یا نیاز اطلاعاتی به یک سوال ساختارمند و قابل پاسخ‌گویی است. سوال ساختارمند و موثر سوالی است که قبلاً توسط شخص دیگری پرسیده شده است و توسط محقق پاسخ داده و کشف شده است. توجه و دقت در طرح سوال بالینی دارای اهمیت فراوان است. در صورتی که آن سوال بر اساس اصول مشخصی طرح نگردد، جستجوی مقالات تحقیقی باید انجام گیرد که خود موجب از دست رفتن زمان و دوباره کاری می‌شود. سوال بالینی اغلب از موقعیت‌های بالینی سرچشمه می‌گیرد که برای آنها پاسخی وجود ندارد. سئوالات بالینی به عنوان پایه‌ای برای جستجو در متون جهت شناسایی و پیدا کردن شواهد حمایتی به دست آمده از تحقیق به کار می‌روند.

سئوالاتی که در بالین به وجود می‌آیند دو دسته‌اند:

سئوالات پیش زمینه: در ارتباط با اطلاعات کلی مرتبط با بیماری هستند. این سئوالات از دو بخش مهم تشکیل می‌شوند. یک ریشه پریشی (مثل چه چیزی، چه کسی، چه وقت، کجا، چرا، چطور و...) به همراه فعل و یک اختلال یا بیماری یا تظاهراتی از بیماری دارند.

سئوالات پس زمینه: به دانش اختصاصی در برخورد با بیمار مربوط می‌شود. این سئوالات معمولاً چهار جزء اصلی دارند که در قالب PICO پرسیده می‌شوند. PICO شامل موارد زیر می‌شود: مشکل یا جمعیت (P= Population or Problem): به خصوصیات مددجو، بیمار و یا یک مساله بهداشتی مربوط می‌شود.

مداخله (Intervention): در ارتباط با مداخله یا اقدام درمانی مورد نظر است. جنبه‌ای خاص از مراقبت سلامتی که مورد نظر پرستار یا تیم مراقبت بهداشتی است (مداخله درمانی، پیش‌گیری، تشخیصی، سازمانی).

مداخله مورد مقایسه یا کنترل (Control or Comparison intervention): مداخله‌ای دیگر که با مداخله مورد نظر مقایسه می‌شود. این مداخله انتخابی بوده و می‌تواند در سوال بالینی حذف شود.

پیامد (Outcome): مربوط به نتایجی است که انتظار می‌رود در اثر مداخله حاصل شود. پیامد باید قابل اندازه‌گیری باشد. پیامد نشان دهنده تاثیر مداخله یا درمان برای بیمار یا جمعیت بیماران، از نظر کیفیت و یا مقرون به صرفه بودن است.

یک سوال بالینی خوب باید خصوصیات زیر را داشته باشد:

- مربوط بودن: آیا می‌تواند پاسخگوی مشکل مطرح شده باشد.
- قابل پاسخ دادن: آیا می‌تواند به این سوال بالینی با توجه به اطلاعات یافت شده پاسخ دهد؟
- شفاف و روشن: یعنی مبهم نباشد.
- ارزشمند: آیا پاسخ به این سوال از جهت تاثیر در تصمیم و سرنوشت بیمار ارزشی دارد؟

اگر سوال بالینی به خوبی طراحی شود به جستجوی منظم شواهد کمک نموده و در وقت صرفه جویی خواهد شد. از فواید دیگر طراحی سوال می‌توان به این مطلب اشاره کرد که سوال مناسب، برقراری ارتباط با همکاران در مورد اطلاعات مربوط به بیمار را آسان می‌کند، به فراگیران

فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد / ۲۷

برای درک بهتر محتوای تدریس شده کمک می‌کند و به عنوان تجربه‌ای مثبت به درک و جستجوی شواهد می‌انجامد.

در سئوالاتی که برای اطلاعات کمی مطرح می‌شوند، آوردن سه جزء جمعیت یا مشکل، مداخله و پیامد در سوال کافی است. در سئوالاتی که با اطلاعات کیفی مانند معنا، تجربه و مشکل بهداشتی پاسخ داده می‌شوند، دو جزء جمعیت یا مشکل و موقعیت آورده می‌شود. منظور از موقعیت آن است که علاقه مندییم چه وضعیت‌هایی، چه تجاربی یا چه شرایطی را درک کنیم.

جمع‌آوری بهترین و مرتبطترین شواهد

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 آزمون تشخیصی و غیره را در تغییر میزان ابتلا، مرگ یا کیفیت زندگی بیمار در بر می‌گیرد. پس از طراحی سوال مرحله دوم جستجو برای یافتن بهترین شواهدی است که به آن سوال پاسخ گویند. مقصود از جستجو آن است که ابتدا منابع معتبرتر و نقد شده مبتنی بر شواهد جستجو شوند. زیرا مقالات نقد شده از منابع مبتنی بر شواهد دارای روش شناسی درست هستند و احتمال خطا در آنها کم تر و اعتبار آنها بالاتر است. مجلات اولیه و ثانویه از این دسته منابع هستند. مجلات ثانویه مثل کوکران یا ژورنال‌های مبتنی بر شواهد از قبل نقد شده‌اند. با توجه به این که بسیاری از پایگاه‌های اطلاعاتی به ویژه در حوزه علوم پزشکی بر اساس نوع اطلاعات و مطالعات در حال تخصصی شدن هستند، آشنایی با دامنه موضوعی و کاربردی آنها موجب بازیابی اطلاعات مناسب تر و صرفه جویی در زمان خواهد شد.

بیشترین اطلاعات روز پرستاری از مقالات مجلات به دست می‌آید که بهترین محل پیدا کردن آنها پایگاه‌های اطلاعاتی^۱ می‌باشد. مدلاین^۲ و سینال^۳ از مشهورترین آنها هستند.

انجمن کوکران^۴ و موسسه جونا بریج^۵ از سازمان‌هایی هستند که انجام و هدایت انتشار

1- Bibliographic databases

2- Medline

3- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

4- Cochran collaboration

5- Joonna Briggs institute

مرورهای سیستماتیک تحقیقات بالینی را بر عهده دارند.

PubMed:

پاب مد پایگاه داده‌ای رایگان مدلاین است که متعلق به کتابخانه ملی طب امریکا می‌باشد. این پایگاه از سال ۱۹۹۶ تا کنون بیش از ۱۰ میلیون اطلاعات پزشکی را ذخیره کرده است. نشانی پاب مد در اینترنت <http://www.pubmed.gov> است. پایگاه پاب مد جستجو را براساس نوع سؤال بالینی که نوع مطالعه را مشخص می‌کند، انجام می‌دهد. بنابراین با انتخاب نوع مطالعه، برای مثال درمان، مطالعات مرتبط با درمان را در اختیار شما قرار می‌دهد.

Clinical Evidence:

پایگاه Clinical evidence تلخیص شواهد مرتبط با اثرات مداخلات بالینی را ارائه می‌دهد. دانسته‌ها، ندانسته‌ها تردیدها نسبت به پیشگیری و درمان بیماری‌ها را بر اساس جستجو و ارزیابی کامل منابع و آثار علمی (بخصوص مقالات مروری کوکران) خلاصه کرده است. Clinical evidence حدود ۳۰ زمینه تخصصی و بیش از ۲۰۰ بیماری را شامل می‌شود. هر شش ماه یک بار به روز می‌شود و به صورت چاپی، روی لوح فشرده و در صورت آبونمان به صورت آنلاین در دسترس است. نشانی آن به قرار زیر است: www.clinicalevidence.com

استفاده از کتابخانه کوکران:

به کتابخانه کوکران به نشانی <http://www.cochrane.org> وارد شوید. چنان که قبلاً اشاره شد

کتابخانه کوکران موارد زیر را شامل می‌شود:

- The Cochrane Database of Systematic Reviews
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
- The Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)
- Some other databases (methods, etc).

برای جستجو، عبارت جستجو را در فضای مربوطه وارد کنید. نتایج جستجو، کل موارد به‌دست آمده از سایت و هر یک از پایگاه‌های داده‌ای کوکران را نشان خواهد داد. بر روی هر یک کلیک کنید تا جزئیات را نشان دهد. مقالات مروری منظم کوکران خیلی دارای جزئیات هستند. با این وجود، هر مقاله مروری شامل یک چکیده ساختارمند حاوی یافته‌های اصلی است. همچنین

فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد / ۲۹

می‌توانید در قسمت 'Graphs' بر روی مطالعات کلیک کنید تا نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها را ببینید.

تهیه راهبرد جستجو

در اینجا نحوه تهیه راهبرد جستجو از سؤال بالینی را توضیح خواهیم داد. با استفاده از اجزای پیکوی یک سؤال بالینی و مترادف/ مترادف‌های هر یک از این اجزا و با استفاده از حروف ربط OR و AND می‌توانید راهبرد جستجوی خود را تنظیم کنید دقت کنید OR و AND که با حروف بزرگ نوشته می‌شوند

(Population OR synonym1 OR synonym 2...) AND

(Intervention OR synonym1 OR synonym 2...) AND

(Comparator OR synonym1 OR synonym 2...) AND

(Outcome OR synonym1 OR synonym 2...)

یافتن مترادف‌های اجزای پیکو بسیار حائز اهمیت است. ممکن است در مواردی یافتن مترادف‌ها آسان باشد. برای مثال، شاید به راحتی درک کنیم که مترادف death می‌تواند mortality باشد ولی همیشه به این راحتی نیست. به طور کلی برای یافتن واژه‌های مترادف، هم باید از واژه‌های متن، واژه‌های کلیدی که مؤلف در مقاله خود استفاده کرده است و هم واژه‌های کلیدی مورد استفاده در پایگاه‌های داده‌ای مختلف استفاده کنید. برای مثال MeSH (Medical subject heading)، واژه‌های کلیدی مورد استفاده در مدلاین را شامل می‌شود. MeSH، یک ساختار درختی دارد که مجموعه وسیعی از واژه‌های مترادف را پوشش می‌دهد. ویژگی exp (explode) در MeSH به شما اجازه می‌دهد به کل واژه‌های زیرشاخه‌های یک واژه را به وجود می‌آورند، دسترسی پیدا کنید. برای مثال برای عبارت، colorectal cancer عبارت‌های زیر را شامل می‌شود:

Colonic neoplasm (exp)

Colorectal neoplasm

Colonic polyps

Adenomatous polyposis coli

Colorectal neoplasm, hereditary nonpolyposis

Sigmoid neoplasms

اگرچه MeSH برای یافتن واژه‌ها و عبارت‌های مترادف بسیار مفید است ولی باید مکمل واژه‌های متن و نه جایگزین آنها باشد. از ترکیب اجزای سؤال بالینی ارائه شده در بالا راهبرد

جستجوی زیر تهیه شده است.

(Colonic neoplasm AND screen AND mortality)

از ترکیب واژه‌های بیشتر راهبردهای پیچیده تری را نیز می‌توان تهیه کرد. برای مثال، ذیلاً دو راهبرد نسبتاً پیچیده ارائه می‌شود:

(Mortality AND screen) OR (Mortality AND colorectal neoplasms) OR (screen AND colorectal neoplasms)

(Screen OR early detection) AND (colorectal cancer OR bowel cancer) AND (Mortality OR death OR survival)

ارائه یک مثال برای جستجو

در این قسمت، مراحل جستجو را با یک مثال نشان خواهیم داد:

۱ - سؤال بالینی خود را مشخص کنید.

Scenario: A 64-year-old obese male who has tried many ways to lose weight presents with a newspaper article about 'fat-blazer' (chitosan). He asks for your advice.

۲ - اجزای پیکوی سؤال بالینی را استخراج کنید:

P: Population/problem = obese people

I: Intervention = chitosan

C: Comparison = placebo

O: Outcome = decreased weight

۳ - از ترکیب اجزای پیکو سؤال بالینی قابل جستجو را تهیه کنید:

Question: In obese patients, does chitosan, compared with a placebo, decrease weight?

۴ - سؤال بالینی را به یک راهبرد جستجو تبدیل کنید.

بدین منظور سه کار انجام دهید:

- زیر واژه‌های کلیدی خط بکشید.
 - به واژه‌ها به لحاظ اهمیتی که دارند از ۱ تا ۴ نمره دهید.
 - به املای متفاوت واژه‌ها، مترادف هر واژه و کوتاه سازی آنها فکر کنید.
- در جدول زیر واژه‌ها، مترادف آنها، کوتاه شده واژه‌ها و نمره اهمیت آنها دیده می‌شود. در

فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد / ۳۱

اینجا به مداخله نمره ۱، مشکل نمره ۲، پیامد نمره ۳ و مداخله مقایسه (دارونما) نمره ۴ داده شده است.

“PICO”	PICO terms	Synonyms/truncation/number allocated to each term
P: Population/problem	obese people	(2) obes* OR overweight
I: Intervention	chitosan	(1) chitosan
C: Comparison	placebo	(4) placebo
O: Outcome	decreased weight	decrease weight OR kilogram* (3)

با استفاده از واژه‌های پیکو و با در نظر گرفتن اهمیت آنها، می‌توان راهبردهای زیر را تهیه

کرد:

Search #1: chitosan

Search #2: (obes* OR overweight)

Search #3: (weight OR kilogram*)

Search #4: placebo

Search #5: #1AND #2

Search #6: #1AND #2AND #3

Search #7: #1 AND #2 AND #3 AND #4

همه شواهد به دست آمده دارای سطح یکسانی نیستند و بر اساس قدرت شواهد سطح بندی شده‌اند. بدیهی است که هرچه سطح شواهد به دست آمده بیشتر باشد از قدرت بیشتری برخوردار است.

سطح اول: مرور سیستماتیک و متاآنالیز کارآزمایی بالینی با گروه کنترل، دستورالعمل‌های

بالینی مبتنی بر مرورهای سیستماتیک

سطح دوم: یک یا چند کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل

سطح سوم: کارآزمایی بالینی بالینی با گروه کنترل (بدون تصادفی سازی)

سطح چهارم: مطالعات مورد - شاهد یا کوهرت

سطح پنجم: مطالعات مرور سیستماتیک توصیفی یا کیفی

سطح ششم: مطالعات توصیفی یا کیفی

سطح هفتم: نظرات صاحب نظران

ارزیابی نقادانه شواهد

نقد تکنیکی است که کارآمدی خواندن را بالا می‌برد، بدین صورت که این توانایی را در فرد ایجاد می‌کند که به سرعت مقالاتی را که دارای کیفیت پایین هستند کنار بگذارد و با روش‌های هدفمند نکات نهفته را استخراج کند. با به کارگیری فنون ارزیابی شواهد، تاثیر فاکتورهای خارجی مانند عنوان پر سرو صدا، مرکز انجام دهنده و معروفیت نویسنده در تصمیم‌گیری برای استفاده از نتایج مقاله، به حداقل می‌رسد و جای خود را به کیفیت روش‌شناسی مطالعه و میزان قابل اجرا بودن می‌دهد. مقالات باید قبل از کاربرد شواهد در عملکرد بالینی، از نظر میزان اثر، قابلیت به کارگیری، اعتبار و سودمندی آن در عملکرد بالینی مورد ارزیابی قرار گیرند. چرا که باید از نظر روش مناسب با وضعیت بیمار هماهنگی داشته باشد. هدف از این ارزیابی، بررسی کیفیت تحقیق و قابلیت کاربرد یافته‌ها در زمینه عملکرد، یعنی جایی است که در آن سوال عملیاتی ایجاد می‌شود. در انجام این مهارت، دانستن روش‌های تحقیق، معیارهای اثر و استنتاج آماری آنها، تنها در حدی که فرد را قادر بسازد که از مقالات تحقیقی استفاده نماید، ضرورت دارد. درک مفاهیمی مانند: علیت، سوگیری و مخدوش‌کننده‌ها می‌تواند عامل متمایزکننده خوبی در برابر حجم فراوان مقالات باشد. یکی از مهمترین جنبه‌های پژوهش بالینی این است که ارتباط مشاهده در پژوهش و رابطه علیتی را در یابیم. به عنوان مثال پژوهشی ارتباط بین سیگار کشیدن و سرطان ریه را نشان می‌دهد، یک توضیح می‌تواند این باشد که، مصرف سیگار سبب سرطان ریه می‌شود. ولی قبل از این که به چنین نتیجه‌گیری برسیم، باید خطای ناشی از شانس و سوگیری را در نظر داشته باشیم، یعنی این که سیگار کشیدن و سرطان ریه در واقع با هم ارتباط نداشته باشند و مطالعه به دلیل شانس یا سوگیری به چنین ارتباطی نرسیده است. حتی اگر این ارتباط در واقع هم وجود داشته باشد، صرفاً رابطه علیتی نیست، ممکن است عامل سومی وجود داشته باشد (مانند سن، سبک زندگی، عادت غذایی) که هم سبب سرطان ریه شود و هم با مصرف سیگار ارتباط داشته باشد، به چنین عاملی مخدوش‌کننده گفته می‌شود. بنابراین به هنگام خواندن گزارش‌های کارآزمایی بالینی باید به یاد داشت که تفاوت‌های مشخص در نتایج بیماران در گروه‌های مختلف درمانی شاید به دلیل شانس باشد و لزوماً به خاطر تاثیرات درمانی واقعی نباشد. در حالت ایده آل نتایج کارآزمایی بالینی با ضریب شانس^۱ اطراف آنها ارائه می‌گردد.

1- Confidence interval

فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد / ۳۳

CI نشانگر درجه‌ی عدم اطمینان در اطراف یک نتیجه است. هر چه CI کوچکتر باشد نتیجه دقیق‌تر خواهد بود. وقتی که یک تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد مهم است بدانیم تفاوت از لحاظ بالینی معنی‌دار است یا آن قدر چشم‌گیر است که متضمن تغییر در عمل شود. خوانندگان گزارش‌های تحقیقی باید انواع اندازه‌گیری بکار رفته، پایایی و روایی اندازه‌گیری‌ها و روش‌های مورد استفاده برای به حداقل رساندن انحراف در اندازه‌گیری پیامد را مد نظر قرار گیرند.

شواهد با پرسیدن سوالهای زیر مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت:

- منبع اطلاعات چه بوده است؟
- اطلاعات از کجا به دست آمده‌اند.
- آیا با محیط بالینی الان تناسب دارند؟
- آیا هدف مطالعه به درستی تشریح شده است؟
- آیا یافته‌ها به درستی بیان شده و روش تجزیه و تحلیل قابل اعتماد است؟
- آیا نتایج و تفسیر یافته‌ها منطقی و مورد استفاده بالینی است؟

در ارزشیابی شواهد باید علاوه بر درجه بندی قدرت شواهد عنصرهایی چون کیفیت، کمیت و سازگاری نیز در نظر گرفته شوند. کیفیت یعنی تا چه اندازه در مطالعه، تورش کمتری در طراحی، اجرا و تجزیه و تحلیل وجود دارد. کمیت یعنی تعداد مطالعاتی که سوال پژوهش، حجم نمونه مطالعات و قدرت یافته‌ها را ارزشیابی می‌کند، سازگاری هم به معنای تشابه و تفاوت‌های مطالعاتی که سوال پژوهش مشابه دارند و یافته‌های مشابه را گزارش داده‌اند، می‌باشد.

ادغام شواهد با عملکرد بالینی

مرحله چهارم ادغام آنچه از نقد موشکافانه به دست می‌آید با تجربه‌ی بالینی و یا ارزش‌ها و شرایط منحصر بفرد بیمار است. فرآیند سوال پرسیدن بالینی و ارزیابی نقادانه شواهد ممکن است نیاز به تغییر بعضی جوانب عملکرد بالینی را ایجاد نماید. چنانچه شما مسئول عملکردهای بالینی و به کارگیری شواهد باشید، این تغییرات چندان سخت نیست. اما بیشتر پرستاران در محیط‌های بالینی اغلب در ساختار سلسله مراتبی کار می‌کنند که تغییر در عملکرد بالینی بدون تاثیر در سایر اعضای تیم غیر ممکن است و یک فرد باید با سنت‌هایی که در طول زمان مورد احترام و ارزش سایر افراد متخصص و کارشناس واقع شده‌اند، برخورد نمایند. قابلیت کاربرد یک مطالعه در عملکرد بالینی

برای یک بیمار به تجارب، مهارت و تخصص پزشک و پرستار نیز بستگی دارد. مورد مهم که باید در نظر گرفته شود، تعمیم پذیری نتایج مطالعه به جمعیتی بزرگتر و به ویژه به بیماران خود است.

سئوالاتی که در این مرحله باید مد نظر قرار گیرد به شرح زیر است:

- آیا نتایج حاصله در مورد بیمار مورد نظر کاربرد دارد؟
 - آیا مداخله جدید، شواهدی مبنی بر موثر بودن برای بیمار دارد؟
 - آیا باعث صدمه به بیمار نمی شود؟
 - آیا با شرایط موجود متناسب است و در محیط کنونی بالینی قابلیت اجرا دارد؟
 - آیا کاربرد آن آسان است؟
 - و این که شواهد به دست آمده موجب غفلت ما از مسائل مهم تر نمی گردد؟
- در واقع گام چهارم در عملکرد مبتنی بر شواهد، یکپارچه کردن شواهد به دست آمده از مقالات با تجربه ارائه دهنده مراقبت، نتایج به دست آمده از بررسی بالینی بیمار و منابع در دسترس مراقبت بهداشتی، هم چنین اولویت ها و ارزش های بیمار برای اجرایی کردن تصمیم می باشد. علاوه بر در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی در ارتباط با مشارکت بیماران در تصمیمات درمانی، مددجویان خواهان شرکت در تصمیم گیری بالینی هستند. به طور کلی جنبه های اخلاقی، وضعیت بیمار از نظر جسمی، روانی و اجتماعی، تاریخچه گذشته و جاری بیمار باید در عملکرد مبتنی بر شواهد در نظر گرفته شوند.

ارزیابی میزان سودمندی شواهد و بازخورد

مرحله پنجم یا مرحله ی تامل، تفکر و ارزیابی در عملکرد مبتنی بر شواهد به معنای ارزیابی میزان سودمندی و تاثیر کاربرد و اجرای شواهد حاصل در بیمار مورد نظر، توسط یک ناظر خارجی است. این گام، ارزشیابی مداخلات مبتنی بر شواهد در اثر بخشی درمان یا مراقبت و یا تصمیم گیری مبتنی بر شواهد است. این نوع ارزشیابی برای تعیین اینکه تغییر مبتنی بر شواهد همان پیامدهای مورد انتظار است یا نه، ضروری است. اگر پیامدهای مورد نظر حاصل نشده است، تجزیه و تحلیل پیامدها باید انجام گیرد و علت عدم رسیدن به اهداف مورد نظر تعیین گردد.

در این مرحله اثر هرگونه تغییر در عملکرد بر پیامدهای بیمار مورد ارزیابی قرار می گیرد:

- آیا سوال های بالینی سئوالاتی ساختار یافته و قابل پاسخ بوده اند؟

فصل سوم: گام‌های اجرایی مبتنی بر شواهد / ۳۵

- آیا استراتژی‌های جستجو نتایج مناسب به بار آورده است؟
- آیا آنچه به عنوان راه صحیح انجام کارها انتخاب شده است، بر اساس شواهد است؟
- آیا درک خود را از آنچه که فرض می‌شود بهترین عملکرد است، در صورت وجود شواهد خوب، تغییر می‌دهیم؟
- آیا تلفیق شواهد همراه با عملکرد موفقیت آمیز بوده است؟

پرسیدن سؤالاتی از این دست نشانگر انجام ارزیابی و تفکر در مورد عملکرد در حین استفاده از شواهد است. کاربرد عملکرد مبتنی بر شواهد مستلزم ادغام تجارب بالینی با شواهد و اطلاعات موجود در منابع تحقیقی بوده، و بستگی به قابلیت کاربرد این اطلاعات در شرایط بالینی موجود و شرایط اختصاصی هر فرد دارد. تخصص بالینی نیازمند سطحی از قضاوت بالینی است که از آموزش رسمی و تجارب زندگی کسب می‌شوند. تجربه به معنای مقدار زمان و تلاشی است که به انجام فعالیت‌های بالینی مشخص اختصاص می‌یابد، به طریقی که نتیجه آن ایجاد مهارت و تخصص در اجرای آن فعالیت‌ها باشد زیرا یادگیری از راه‌های رسمی و غیر رسمی حاصل می‌گردد و نهایتاً زیر بنا و چارچوبی را برای عملکرد به وجود آورده و بر آن تاثیر می‌گذارد. شواهد بالینی منتج از تحقیقات می‌تواند تجارب بالینی قبلی و کاربرد آنها را بر اساس کیفیت، قدرت، دقت و قابلیت کاربرد شواهد، با در نظر گرفتن شرایط بالینی خاص و موجود، تایید و یا رد نماید. مراقبین بهداشتی با تکیه بر تجارب وسیع بالینی و شواهد معتبر و ترکیب این دو می‌توانند برای حمایت و ارتقاء عملکرد بالینی خود استدلال قوی داشته باشند. عنصر اصلی دیگر در عملکرد مبتنی بر شواهد، اولویت‌ها و نیازهای بیمار است که اختصاصاً به معنای انتظارات، نگرانی‌ها، و احتیاجات بیمار در محیط مراقبت است. از آنجایی که عملکرد حرفه‌ای شامل ارائه مراقبتی است که تغییر مثبتی را در زندگی افرادی که از آنها مراقبت می‌شود به وجود آورد، وارد کردن بیمار در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت و در نظر گرفتن نقطه نظرات او به هنگام تفسیر و کاربرد شواهد، امری ضروری است. توانایی و تمایل بیماران برای شرکت در این امر به وضعیت سلامتی، ویژگی‌های شخصی و ماهیت تصمیماتی بستگی دارد که آنها می‌گیرند. فرآیند استخراج اولویت‌های بیمار از مجموع اطلاعات مرتبط و مبتنی بر شواهد، ارتباط بین انتخاب‌های گوناگون پیامدها، هزینه‌ها، فواید و عوارض آنها شروع می‌شود، گرچه ممکن است در هر وضعیت بالینی قابل اجرا نباشد.

گام‌های عملی برای دستیابی به عمل مبتنی بر شواهد در بالین این تفکر است که هر عملی کامل و درست نیست و باید مورد جستجو قرار گیرد. این تفکر باید در بین پرستاران حکم‌فرما شود و سیستمی گسترش یابد که پذیرای جستجو باشد و آن را برای مراقبت از بیمار حمایت کند.

فصل چهارم: رویکردهای آموزشی اجرایی کردن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد

در این کتاب برای اجرایی کردن پرستاری مبتنی بر شواهد از آموزش به عنوان یک راهکار مهم و اساسی استفاده خواهد شد.

نظر به اهمیت و فواید رویکرد مبتنی بر شواهد در ارتقای عملکرد حرفه‌ای پرستاران، اجرای شدن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد و کمبود اطلاعات پایه در این زمینه به خصوص در ایران، آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد با هدف آشنایی پرستاران با فلسفه‌ی و شیوه‌های اجرایی کردن آن ضروری به نظر می‌رسد. زیرا با توجه به امکانات، شرایط آموزشی و تجهیزات در کشورهای دیگر نمی‌توان فرض کرد که پیامدهای اجرای رویکرد آموزش مبتنی بر شواهد با کشورمان یکسان است و افزایش دانش و کسب تجارب و تغییر نگرش مطلوب را به دنبال خواهد داشت. لذا اطلاعات حاصل از کاربرد مطالعات در گنجانیدن رویکرد مبتنی بر شواهد، در آموزش پرستاری، طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای راهکارهای مناسب آموزشی، که با شرایط بومی جامعه ایران سازگار باشد، مفید است. پذیرش عملکرد مبتنی بر شواهد یکی از ضروریات اجرایی کردن آن است؛ بنابراین تاکید بسیاری بر آموزش مهارت‌های عملکرد مبتنی بر شواهد شده است چرا که آموزش می‌تواند منجر به تغییر در عملکرد بالینی شود. حرفه پرستاری به افرادی نیاز دارد که دارای خصوصیات ویژه‌ای مانند قضاوت بالینی و مهارت‌هایی شناختی تفکر شامل: تحلیل، ارزیابی، استدلال و نتیجه

گیری، تفسیر، توضیح و توانایی خود تنظیمی باشند و از تمامی پرستاران عرصه بالینی انتظار می‌رود مراقبت‌های تایید شده انجام دهند، از بهترین شواهد و نتایج تحقیقات در مراقبت از بیمار استفاده کرده و قادر به استدلال منطقی برای اعمالشان باشند. تایید و تمرکز بر این ویژگی‌ها در آموزش پرستاری، انعکاسی از موقعیت‌های پیچیده مراقبت‌های بهداشتی است که نیاز به افراد حرفه‌ای، برای گرفتن تصمیمات بالینی بر اساس شواهد درست و منطقی دارد. امروزه با تاکید بر آموزش با رویکرد مبتنی بر شواهد و با توجه به اثرات مثبت آن در اعمال پرستاران با قدرت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و نتایج تحقیقات می‌توان مراقبت پرستاری با کیفیت بالا را در محیط‌های بهداشتی انتظار داشت. نتیجه تحقیقات نشان می‌دهد که پیامدهای به دست آمده از مراقبت‌های بیمار، به هنگامی که رویکرد مبتنی بر شواهد استفاده شده است، ۲۸ درصد بهتر از مراقبت‌های رایج و سنتی بوده و همچنین در کادر پرستاری موجب افزایش رضایت شغلی گردیده و بیمارستان‌هایی که به کیفیت مراقبت‌های پرستاری اهمیت از این فرآیند استفاده نموده‌اند.

آموزش مبتنی بر شواهد شامل جمع‌آوری، تفسیر و کاربرد یافته‌هایی است که از تحقیقات به دست آمده و قابل ارزیابی باشد. آموزش مبتنی بر شواهد به صورت "کاربرد آگاهانه، روشن، واضح و قضاوت‌مندانانه بهترین شواهد موجود برای تصمیم‌گیری در مورد آموزش پرستاران حرفه‌ای" تعریف می‌شود. همچنین کاربرد شواهد در امر تدریس را "تدریس مبتنی بر شواهد"، "آموزش پرستاری مبتنی بر تحقیق"، و "عملکرد مبتنی بر شواهد در آموزش" نیز بیان می‌کنند. به عبارت دیگر آموزش مبتنی بر شواهد، بر اساس دانش مبتنی بر تحقیق برای تولید بهترین شواهد مورد نیاز، جهت کاربرد قضاوت‌مندانانه آن در برنامه‌های آموزش پرستاری، با توجه به شرایط بالینی است. محققان با بیان این که آموزش پرستاری در تقویت مبانی مراقبت مبتنی بر شواهد نقش موثری دارد، ضعف آموزشی پرستاران را از جمله مشکلات و موانع موجود در مسیر اجرایی کردن پرستاری مبتنی بر شواهد دانسته‌اند. آموزش پرستاران می‌تواند نقش موثری در پیشبرد مراقبت‌های مبتنی بر شواهد ایفا کند. ولی به دلایل مختلف مانند ضعف آموزش پرستاران، عدم تناسب محتوای آموزشی با نیازها، حجم کاری بالا و ناتوانی آموزش پرستاری در ارائه الگوی نقش مناسب، در این امر موفق نبوده است. همانطور که قبلاً ذکر شد تلاش‌هایی در زمینه گنجاندن آموزش مبتنی بر شواهد در برنامه‌ریزی درسی پرستاری و روش‌های آموزشی در سطح جهان گنجانده شده و نتایج آن منتشر

فصل چهارم: رویکردهای آموزشی اجرایی کردن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد / ۳۹

گردیده، ولی کافی نیست. اکنون در بیشتر کشورهای پیشرفته جهان، متخصصان پرستاری در تلاش هستند که عملکرد حرفه‌ای پرستاری خود را بر مبنای شواهد تحقیقی بنا نهند، فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد از مشکلات عمده پرستاری در ایران است. یافته‌های پژوهش‌ها از این نکته حمایت می‌کنند که موارد آموزش داده شده اتوماتیک وار به محیط بالینی انتقال نمی‌یابند همه جا پرستاران مایلند مداخلات پرستاری با یقین حداکثر در جهت رسیدن به نتیجه دلخواه همراه باشد. از طرفی گزارش شده که به طور متوسط ۱۷ سال طول می‌کشد تا یافته‌های پژوهش در بالین مورد استفاده قرار گیرد. عدم استفاده از شواهد در بالین سبب مراقبت غیر موثر، عدم استفاده از مراقبت اثربخش و اشتباهات کاری می‌گردد. جالب تر اینکه با وجود اهمیت فراوان، اکثریت پرستاران از آخرین دستاوردهای پژوهشی برای بهینه سازی مراقبت پرستاری شان آگاه نیستند؛ علی رغم آنکه مطالعات نشان می‌دهند اکثر پیامدهای مراقبت از جمله مراقبت از خود بیمار با آموزش پرستاران افزایش می‌یابد. این در حالی است که نشان داده شده است، بسیاری از پرستاران بالینی حتی با این واژه نیز آشنایی چندانی ندارند؛ ضمن آنکه اکثریت پرستاران در دوره کارشناسی واحد روش تحقیق که بنیان و پایه رویکرد مبتنی بر شواهد را تشکیل می‌دهد نگذرانده‌اند و هم اکنون نیز به عنوان درس اصلی در کوریکولوم آموزشی تعریف نشده است.

اکثر رویکردهای آموزشی بکارگرفته شده جهت آموزش عملکرد مبتنی بر شواهد منجر به تغییر دانش شده‌اند، اما نگرش و رفتار را تغییر نداده‌اند. همچنین جامعه پرستاری جهت یافتن موثرترین رویکرد تدریس برای آماده کردن پرستاران جهت اجرایی کردن عملکرد مبتنی بر شواهد دچار چالش می‌باشد. به همین منظور آموزش عملکرد مبتنی بر شواهد باید به عملکرد بالینی راه یافته تا بتوان شاهد اجرایی شدن دستاوردهای آن باشیم. عملیاتی کردن عملکرد مبتنی بر شواهد نیاز به نگرش مثبت، دانش و مهارت دارد.

پارادایم جدید آموزش پرستاری بر مشاهده سیستماتیک، تجربه و نتایج پژوهش‌های مندرج در مقالات برای تصمیم‌گیری‌های پرستاری تاکید دارد. بر این اساس فرآیند آموزش نه تنها باید فراهم کننده فرصت برای مهارت‌هایی مانند تعامل، انتقاد، تفسیر، استدلال، تجزیه و تحلیل، قضاوت و تصمیم‌گیری صحیح باشد، بلکه رویکردی برنامه‌ریزی شده، سیستماتیک و خوب ارزیابی شده‌ای را برای تغییر و افزایش دانش و مهارت‌های پرستاران به وجود آورد و ایده آل آن است که توسعه

برنامه‌های آموزش در پرستاری براساس شواهدی باشد که از ارزیابی دوره‌ها و اجرای روش گذشته به‌دست آمده است. شواهد این امکان را فراهم می‌کند که اثر بخشی آموزشی مورد بررسی قرار گیرد، همچنین در نظر گرفتن عملکردهای آموزشی جاری و آینده، می‌تواند در تصمیم‌گیری‌ها کمک‌کننده باشد. برای انتقال پارادایم و حرکت از آموزش سنتی و برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت تکراری و کسل‌کننده به سوی آموزش مبتنی بر شواهد علاوه بر حمایت‌های مالی جهت تامین منابع لازم نیاز است تا در ده سال استراتژی توصیفی فراتر رفته و به سوی دانش شواهد جهت طراحی برنامه آموزشی حرکت کنیم. اگرچه دانش علمی مدرسان پرستاری به خصوص مدرسان با سابقه و متخصص قابل احترام است، ولی تلاش‌های آن‌ها در بوته آزمایش قرار نگرفته و به نظر می‌رسد آموزش پرستاری بیشتر بر روی دانش عملکرد فردی مدرسان متکی است و نیازمند پایه شواهد قوی تری برای تصمیم‌گیری در عرصه بالینی است. بدون وجود شواهد جهت حمایت از اثر بخشی عملکردهای تدریس، عملکردهای، قدیمی و سنتی و یا نوآورانه حمایت نشده در آموزش پرستاری ادامه خواهد داشت. به منظور اضافه نمودن به دانش پرستاران نیاز می‌باشد که آن‌ها را با تحقیقات کیفی و کمی آشنا کنیم و از استراتژی‌های نوین آموزش پرستاری استفاده کنیم و تنها در این صورت قادر خواهیم بود بگوییم آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد است.

رویکردهای آموزشی متعددی جهت آشنایی پرستاران با فعالیت‌های مبتنی بر شواهد و تشویق به استفاده از این عملکرد پیشنهاد شده است در اکثر موارد توصیه بر این است که، در برنامه‌های آموزشی علاوه بر تاکید پرستار به عنوان یک "تولید کننده شواهد" به پرستار به عنوان یک "مشتری شواهد" نیز نگریسته شود. کوریکولوم‌های پرستاری باید علاوه بر آشنایی پرستاران با رویکردها، زمینه را برای استفاده از نتایج پژوهش‌ها در محیط بالینی به منظور اجرایی شدن عملکرد مبتنی بر شواهد فراهم کنند.

به هر حال در عرصه کنونی نظام سلامت سازمان‌هایی به رشد و شکوفایی خواهند رسید که مراقبتی با کیفیت برای بیماران خود فراهم نمایند و برای تحقق چنین هدفی پایه‌ریزی پرستاری مبتنی بر شواهد و فراهم نمودن شرایط و ملزومات آن از جمله وظایف اصلی مدیران پرستاری قلمداد می‌شود. ایجاد جو سازمانی که در آن به کاربرد شواهد علمی معتبر ارزش گذاشته شود و مورد تشویق قرار گیرد از جمله اقدامات موثر مدیران خواهد بود. از اثرات مثبت پرستاری شاهد محور

فصل چهارم: رویکردهای آموزشی اجرایی کردن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد / ۴۱

می‌توان به کاهش ترک شغل پرستاران به دلیل افزایش رضایت شغلی و بهبود خودکارآیی، ارتقاء نتیجه مراقبتی بیمار، کاهش نسبت مرگ و میر، طول مدت بستری بیمار در بیمارستان و کاهش هزینه‌های خدمات پرستاری اشاره کرد.

امروزه دستورالعمل‌های با کیفیت مبتنی بر تحقیقات و خلاصه تحقیقات به وسیله سازمان‌های بهداشتی در تمام دنیا تولید می‌شوند و پرستاران به صورت پیشرفته دستورالعمل بالینی را براساس چنین خط مشی‌هایی و خلاصه‌های تحقیقات توسعه می‌دهند. همچنین بالین کاران به صورت فزاینده‌ای از بهترین شواهد در دسترس برای ارتقا کیفیت از بیماران بهره می‌گیرند. عملکرد مبتنی بر شواهد به عنوان یک موضوع اصلی سیاست، مدیریت و آموزش خدمات بهداشتی، در کشورهای توسعه یافته بوده و سرمایه‌گذاری زیر بنایی قابل توجهی برای توسعه آن، صورت گرفته است. به عنوان مثال در انگلستان موسسه ملی ارتقا مراقبت بالینی تاسیس گردیده و در ایالت متحده آژانس تحقیقات سلامت و کیفیت، و در استرالیا موسسه ملی مطالعات بالینی ایجاد شده است. در حال حاضر، سال‌هاست که علاوه بر ایالات متحده، کشورهای دیگر نظیر؛ استرالیا، کانادا و انگلستان عملکرد مبتنی بر شواهد را در حوزه درمان و مراقبت خود پذیرفته‌اند.

موسسه جوانا بریج دانشگاه آدلاید استرالیا، در حال حاضر ۵۴ مرکز ارائه دهنده منابع مبتنی بر شواهد برای ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی در ۹۰ کشور دنیا دارد. انجمن پرستاران آنتاریو، دستورالعمل‌های عملکرد پرستاری مبتنی بر شواهد را بیش از یک دهه است که توسعه داده و منتشر می‌کند. انجمن بین‌المللی دانش پرستاری که زیر مجموعه سیگمانتاتو است، ارتباطات بین‌المللی پرستاران، همکاری و به اشتراک گذاشتن منابع را در حمایت از عملکرد مبتنی بر شواهد تسهیل می‌کند. به همین منظور آموزش عملکرد مبتنی بر شواهد باید به عملکرد بالینی راه یافته تا بتوان شاهد اجرایی شدن دستاوردهای آن باشیم. عملیاتی کردن عملکرد مبتنی بر شواهد نیاز به نگرش مثبت، دانش و مهارت دارد. برای اجرایی کردن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد مدل‌ها و راهنماهای بالینی متعددی در حال استفاده است. راهنماهای بالینی مجموعه‌ای نظام مند از آخرین و معتبرترین شواهد علمی هستند که شیوه‌های برخورد بالینی با یک بیمار را به طور طبقه بندی شده با در نظر گرفتن اولویت‌ها، اثربخشی و هزینه اثربخشی بیان می‌کنند. در کشورهای در حال توسعه همیشه این بحث مطرح می‌شود که تعداد شواهد معتبر بومی محدود است و اگر قرار است از شواهد کشورهای

توسعه یافته استفاده شود، چه لزومی برای دوباره کاری وجود دارد؟ در پاسخ به این سؤال موضوع بومی سازی گایدلاین‌ها مطرح شده است. بومی سازی گایدلاین به مفهوم نگاه نظام مند به گایدلاین‌های موجود در جهت یافتن مرتبط‌ترین آنها با شرایط بیماران و تلفیق آن با ملزومات فرهنگی و منطقه‌ای جمعیت هدف و نیز امکانات نظام سلامت می‌باشد. آنچه مسلم است میزان شواهد معتبر در جوامع توسعه یافته بیشتر در حال توسعه است. لذا به نظر می‌رسد که نیازی به دوباره کاری و طی این مسیر طولانی در هر کشوری وجود داشته باشد. البته به جز در موارد خاص و اپیدمی‌های منطقه‌ای. اما نباید فرهنگ‌ها، باورها، شرایط آب و هوایی منطقه، خواست بیماران و طبیعت بیماری را در جوامع مختلف نادیده گرفت. لذا در این شرایط به جای نگارش گایدلاین می‌توان از روش‌های بومی سازی گایدلاین استفاده کرد. مدل‌های اجرا در پرستاری و نیز منابع قابل توجهی به تحقیقات در زمینه خدمات بالینی و سلامتی و تهیه‌ی دانش جدید اختصاص یافته است، که در مراقبت موثر و کارآمد بیماران نقش دارند. با وجود این، شواهد جدید تحقیقی برای افراد و جوامع مفید نخواهد بود مگر این که سیستم‌های مراقبت بهداشتی، سازمان‌ها و افراد حرفه‌ای در عمل از آن استفاده کنند.

متأسفانه یکی از مشکلات یافته‌ها در تحقیقات این است که تبدیل یافته‌های تحقیقی به عمل بالینی غیر قابل پیش‌گویی است و می‌تواند فرآیندی کند و بی‌نظم باشد. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که موانع متعددی در مسیر اجرایی شدن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد در عمل وجود دارد. وقتی که تبدیل دانش به عمل به طور نامناسبی طولانی باشد، کاربران خدمات بهداشتی از درمان‌هایی با ارزش محروم می‌شوند و از آنجایی که تغییر عمل بالینی پیچیده و چالش برانگیز است ممکن است بدون چارچوب مفهومی یا مدل‌های اجرایی پرستاری مبتنی بر شواهد تحت تاثیر عوامل منفی قرار گیرد. راهنماهای بالینی و مدل‌های اجرا چارچوبی سیستماتیک، منظم و سازمان‌دهی شده است که پدیده‌ای را توضیح، توصیف و ساماندهی می‌کند. هدف اصلی مدل‌های اجرا تمرکز روی مفاهیم عمده و راهبردی و کنار گذاشتن مباحث بی‌اهمیت است. مدل‌های اجرایی کردن پرستاری مبتنی بر شواهد موجود یک کل معنی‌دار منسجم و اکتشافی می‌باشد که مشاهدات را بیان نموده، شواهد جاری را خلاصه می‌کند و فرضیه‌های قابل آزمون را مطرح می‌کند. مدل‌های مفهومی متعددی در راستای تبدیل یافته‌های تحقیقی به عمل و ارزش‌های بیمار طراحی شده‌اند مثال می‌توان به گایدلاین‌های اجرای پرستاری مبتنی بر شواهد اشاعه نوآوری راجرز، IOWA, Ottawa, Rano, Aurora,

فصل چهارم: رویکردهای آموزشی اجرایی کردن فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد / ۴۳

Rosswuram اشاره کرد. اخیراً هم در ایران راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد توسط معاونت پرستاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و در اختیار بیمارستان‌ها برای اجرایی کردن و عمل پرستاری مبتنی بر شواهد قرار گرفته است. با اجرای فعالیت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد، اتفاق نظر و هماهنگی بیشتر در ارائه مراقبت‌های بالینی فراهم آمده و پرستاران را در راه ارتقاء عملکرد حرفه‌ای و تولید علم و دانش پرستاری با تمرکز بر محوری‌ترین فعالیت پرستاری که همانا «مراقبت» است، رهنمون می‌سازد.

فصل پنجم: کیفیت دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد

عدم مراجعه به منابع معتبر و استاندارد، سبب اعمال سلیقه‌ای مراقبت در بالین می‌شود؛ طوری که یکی از موانع و مشکلات بر سر راه استانداردهای بیمارستانی عدم توجه به استانداردهای تهیه شده و اعمال خط مشی سلیقه‌ای است.

بلزبرگ در سال ۱۹۹۶، برای اولین بار برنامه‌ی نرم افزاری پروتکل‌های کلینیکی را در اینترنت ارائه نمود و بعد از آن دستورالعمل‌های بالینی جایگاه خود را در علم بهداشت پیدا کرد.

دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد، ابزارهای مهمی در افزایش کیفیت کار بالینی پرستاران هستند دستورالعمل‌ها در ارابه‌ی راه حل‌ها و استاندارد نمودن روش‌ها، جایگاه ویژه‌ای دارند و به عنوان ابزاری کمک‌کننده و راهنما برای تیم درمانی به حساب می‌آیند.

بهترین دلیل کاربرد این دستورالعمل‌ها در مراکز درمانی، ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها، بالابردن سطح سلامت جامعه و هم سطح نمودن استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی است.

به منظور حفظ و توسعه‌ی این استانداردها، لازم است پرسنل دانش خود را توسعه و سازماندهی کنند و برای این امر نیاز به آموزش مداوم ضمن خدمت و به روز کردن اطلاعات دارند. با وجود تحقیقات گسترده در زمینه اجرای دستورالعمل‌ها، استراتژی‌های مؤثری در اجرای دستورالعمل‌ها شناخته شده است. یکی از مهم‌ترین دلایل، اطلاعات ناکافی پرسنل از دستورالعمل‌ها و اجرای استراتژی‌های مختلف است، که می‌تواند مشکلاتی را در اجرا ایجاد نماید. نگرانی‌هایی وجود دارد

که دستورالعمل‌ها پارامترهای کافی برای هدایت پرستاران فراهم نیاورد. همچنین نگرانی‌هایی وجود دارد که اختلاف بسیاری در فهم و اجرای دستورالعمل‌ها وجود داشته باشد؛ دستورالعمل‌هایی که مبتنی بر شواهد باشد این اختلافات را کاهش می‌دهند. دستورالعمل‌های بالینی منبع ارزشمندی برای کار بالینی است. دستورالعمل‌های بالینی مهمترین ابزار برای کار بالینی مؤثر و مبتنی بر شواهد هستند تا مراقبت از بیمار را ارتقا دهند. مستندات مبتنی بر شواهد، سبب تحریک عظیمی در توسعه ی مراقبت‌های بالینی شده است. این مستندات، مراحل اجرایی را که باید در مراقبت بیمار انجام شود توضیح می‌دهد و از کارهای بالینی غیر استاندارد اجتناب می‌کند. عملکرد مبتنی بر شواهد، مفهوم جدیدی نیست؛ اما در چند سال اخیر به یک استراتژی ملی برای مراقبت‌های بهداشتی تبدیل شده است. دستورالعمل‌های بالینی به طور خاص بر اساس بهترین شواهد موجود در مراکز درمانی طراحی می‌شوند. به دلیل آنکه پرستاران نقش مؤثری در بالا بردن کیفیت مراقبت ایفا می‌کنند، این دستورالعمل‌ها باید برای پرستاران در شرایط مختلف بالین کاربرد داشته باشد.

سئوالات مربوط به دستورالعمل‌های بالینی در بخش

- آیا سازمان‌ها و افرادی که دستورالعمل‌ها را نوشته‌اند برای شما اعتبار دارند؟
- آیا جمعیت هدف که دستورالعمل‌ها برای آنها بکار می‌رود به روشنی مشخص است؟
- آیا مراحل دستورالعمل‌هایی که به کار می‌روند روشن و واضح است؟
- آیا موارد مطرح شده در دستورالعمل‌ها با یکدیگر تناقض ندارد؟
- آیا توصیه‌های مطرح شده در دستورالعمل‌ها تمامی تشخیص‌های پرستاری بخش شما را به طور کامل پوشش می‌دهند؟
- آیا در بخش، منابع و امکانات کافی برای اجرای دستورالعمل‌ها وجود دارد؟
- آیا دانش و مهارت کافی برای اجرای دستورالعمل‌ها وجود دارد؟
- آیا آموزش کافی در زمینه ی اجرای دستورالعمل‌ها دیده‌اید؟
- آیا در دستورالعمل‌ها از اختصارات استفاده شده است؟
- آیا موارد مطرح شده در دستورالعمل‌ها با انتظارات بیماران از نحوه مراقبت سازگار است؟
- ساده و روان بودن دستورالعمل‌ها در اجرای آن نقش به سزایی ایفا می‌کند.
- کاربرد دستورالعمل‌های مراقبتی، به دلیل نقش مهمی که در ارتقای کیفیت خدمات درمانی

فصل پنجم: کیفیت دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد / ۴۷

دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تأثیر دستورالعمل‌های بالینی در مراقبت‌های پرستاری و دیگر گروه‌های درمانی بر کسی پوشیده نیست؛ بنابراین به روز کردن دستورالعمل‌های موجود و آرایه‌ی دستورالعمل‌های مختص هر بخش به منظور اجرایی کردن دستورالعمل‌ها احساس می‌شود.

فصل ششم: سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت

سلامت یکی از اساسی ترین نیازهای همه انسان هاست و هیچ یک از افراد جامعه را نمی توان از آن بی نیاز دانست. سلامت فرد و جامعه در گرو ارائه خدماتی با کیفیت و متناسب با نیاز مردم است. به موجب اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تامین اجتماعی شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث، سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه، حقی همگانی بوده و دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی یاد شده را برای آحاد جامعه تامین کند، اما بخش قابل توجهی از توان دولت در این زمینه صرف تامین و ارائه خدمات شده و بخش سیاست گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم رنگ جلوه می نماید. آمارتیا سن، برنده جایزه نوبل، معتقد است سلامت همانند آموزش از مهارت های اساسی محسوب می شود که به زندگی انسان ها ارزش می دهد. به عقیده کوفی عنان سلامت خوب و مناسب، خواسته همه انسانها اعم از مرد و زن در تمام جهان است و وجود مرگ های زودرس ناشی از بیماریها، از مهمترین دغدغه های کلیه جوامع بوده و سلامت جز حقوق اساسی بشر است زیرا سلامت موجب ایجاد ظرفیت تکاملی افراد و امنیت اخلاقی آنها در آینده می شود.

بنابراین، اگر چه نمی توان گفت سرمایه گذاری در بخش سلامت می تواند مشکلات مربوط به توسعه را حل کند، ولی می توان ادعا کرد که، سرمایه گذاری در این بخش باید به نقطه محوری توسعه و استراتژی های مربوط به فقرزدایی تبدیل شود. هم چنین، در کشور ما حدود ۷/۵ درصد

از تولید ناخالص داخلی صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌شود، ولی مطالعه هزینه‌های خانوار، بیانگر آن است که نزدیک به ۶۰ درصد از هزینه‌های مربوط به سلامت به صورت مستقیم توسط مردم پرداخت شده و حدود چهار درصد از خانوارها به ناچار متحمل هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری‌ها می‌گردند.

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد چیست؟

منظور از شواهد نتایج تحقیقات نظام مند و همه جانبه جهت افزایش دانش است و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و به عبارت دیگر تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد رویکردی است که به افراد کمک می‌کند در تصمیم‌گیری‌های خود، با اطلاعات بیشتری اقدام نمایند و از بهترین شواهدی که در دسترس می‌باشد، در جهت استقرار، اجرا و توسعه سیاست‌ها استفاده نمایند. EBP مجموعه‌ای از روش‌هاست که به فرایند سیاست‌گذاری، اطلاعات می‌دهد نه اینکه مستقیماً بر روی اهداف احتمالی سیاست‌ها تاثیر بگذارد. EBP بر مبنای این ایده استوار است که در تصمیم‌گیری‌ها باید از اطلاعات شواهد موجود، بهره برداری گردد ضمناً اطلاعات مورد استفاده باید تجزیه و تحلیل منطقی داشته باشند.

اهمیت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

EBP میتواند تاثیرات قابل ملاحظه‌ای در کشورهای مختلف از جمله در کشورهای در حال توسعه داشته باشد. استفاده بهتر از شواهد در سیاست‌گذاری و فعالیت‌ها، می‌تواند به نجات جان افراد کمک نماید، فقر را کاهش دهد و عملکرد توسعه‌ای در کشورهای در حال رشد را ارتقا بخشد.

تاریخچه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

استفاده از شواهد برای سیاست‌گذاری، یک ایده جدید نیست. در یونان باستان، آریستوتل به این مساله توجه داشت که جهت تدوین قوانین، باید انواع مختلف اطلاعات مورد استفاده قرار گیرند. در کشور انگلستان اصطلاح EBP از سال ۱۹۹۷ با تاکید‌های حکومت بلر اهمیت و ترویج یافته است و متعاقب، استقبال کردند. در حکومت بلر، اعلام گردید که سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر تصمیم‌رهبی خاتمه خواهد یافت، به عنوان مثال در سال ۱۹۹۹ اوراقی از سوی حکومت منتشر گردید و در آن به این مساله توجه گردید که حکومت باید سیاست‌هایی را اتخاذ نماید که به طور

فصل ششم: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت / ۵۱

واقعی به مسائل و مشکلات جامعه می‌پردازد، برنامه‌ها و سیاست‌ها باید آینده‌نگر باشند و بر مبنای شواهد تدوین شوند نه اینکه پاسخی به فشارهای کوتاه مدت باشند. اصطلاح «سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد»، از «پزشکی مبتنی بر شواهد» اقتباس شده است.

در خصوص سیاست‌گذاری در حوزه سلامت نیز، در طول بیست سال گذشته، دو تفکر، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت در کشورهای مختلف داشته‌اند. یکی سیاست مراقبت‌های اولیه سلامت که مبنای سیاست‌های سلامت در بیشتر کشورها در دهه ۱۹۹۰ میلادی بود و دیگری سیاست‌های اصلاحات در نظام سلامت که به خصوص در طول ۱۰ سال گذشته مورد تأکید قرار گرفته است.

عوامل موثر بر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

در خصوص عواملی که بر سیاست‌گذاری و اتخاذ تصمیم‌ها تأثیر می‌گذارند، اندیشمندان نظرات مختلفی ارائه نموده‌اند که در ادامه، به تعدادی از آنها اشاره می‌شود:

ویس در سال چهار عامل در قالب ۱۹۹۷، چهار عامل را به عنوان عواملی که بر روی سیاست‌ها اثر می‌گذارند بر شمرده است:

۱- دانش و ایده‌ها (Information)

۲- علایق (Interests)

۳- ایدئولوژی‌ها (Ideologies)

۴- موسسات و سازمان‌ها (Institutions)

از طرفی دیگر دیویس در سال ۲۰۰۴، هفت عامل را در سیاست‌گذاری‌ها مهم می‌داند:

۱- تجربه و تخصص

۲- قضاوت

۳- منابع

۴- اصول و ارزش‌های حاکم

۵- عادات و سنت‌ها

۶- گروه‌های فشار

۷- احتمالات و کاربست‌ها

لیستر (Leicester، ۱۹۹۹) هفت عامل را به عنوان دشمنان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد،

نام برد:

- منطق بروکراتیک: منطقی که می‌گوید «کارها درست هستند، چون همیشه به این روش انجام شده اند».
- خط تحتانی: منطق محیط تجارت و ابزار توان عملیاتی که با این منطق همراه است، به عنوان مثال هیچ‌گاه مقدار سود نباید از این خط تحتانی، کمتر باشد.
- اجماع: اجماع، نیازمند مشورت‌های گسترده است تا آنچه که مورد نظر است به دست آید و متعاقب این مشورت‌ها هم فعالیت‌های کاری زیادی از سوی تمامی گروه‌های علاقمند به موضوع اجماع، درخواست میشود تا محدودیت‌های حل موضوع، تعیین گردند و رضایت همگان، جلب شود.
- سیاست‌ها: سیاست، معماری «امکان پذیرها» است نه آنچه که منطقی است یا آنچه که ممکن است به بهترین شکل، کار کند.
- فرهنگ خدمات عمرانی: این نگرش، بی‌اعتمادی شدید نسبت به اطلاعاتی است که در خارج از سیستم، تولید می‌شوند.
- مکتب کینیسیسم: نگرش فکری است که به ما اجازه می‌دهد در طول چشم انداز سازمان یا عقل متعارف، حرکت کنیم حتی اگر بدانیم که این دید، اشتباه است.
- زمان: نه تنها فضای بسیار محدودی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد موجود است بلکه به ندرت فرصتی برای فکر کردن، در اختیار می‌باشد.

محورهای مهم مورد تاکید در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

دو موضوع مهم که در جهت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد باید مورد توجه باشند عبارتند از:

۱- چه شواهدی در فرایند سیاست‌گذاری، مورد استفاده قرار گیرند؟

اطلاعات جمع‌آوری شده برای سیاست‌گذاری، باید بر مبنای طیف وسیعی از شواهد باشند

نه فقط یک تحقیق. همچنین کیفیت، اعتبار و ارتباط شواهد با موضوع سیاست‌گذاری و نیز هزینه سیاست‌ها هم باید مورد توجه قرار گیرند.

۲- چگونه از نتایج شواهد موجود، در سیاست‌گذاری بهره برداری شود؟

فصل ششم: سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت / ۵۳

در شرایط ایده آل، فرایند سیاست گذاری، دارای مراحل مختلفی است. از بیان مساله و تنظیم دستور کار گرفته تا تدوین سیاست، اجرا و ارزشیابی برنامه. در هر یک از این مراحل، شواهد و راهبردهای مختلفی برای تصمیم گیری نیاز می‌باشند. شواهد، تنها عاملی نیستند که بر سیاست گذاری تاثیر می‌گذارند.

در هر مرحله از چرخه سیاست گذاری، عوامل مختلفی می‌توانند بر روی فرایند سیاست گذاری تاثیر گذار باشند، به عنوان مثال تجربه، تخصص و قضاوت شخصی خود فرد سیاست گذار (به عنوان عوامل فردی) یا ظرفیت سازمان در تصمیم گیری، تاثیر گذارند هم چنین تعدادی عوامل بازدارنده وجود دارند که مانع از به کارگیری گسترده از شواهد، در فرایند سیاست گذاری می‌شوند مانند فشار در جهت تسریع فرایند که مانع از جمع آوری مناسب شواهد برای تصمیم گیری و سیاست گذاری می‌گردد.

برای سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در واحدهای دولتی، سیاست گذاران، باید ارزش شواهد را درک نمایند، اطلاعات بیشتری در خصوص شواهد قابل دسترسی کسب نمایند، باید بدانند که چگونه به این شواهد دسترسی یابند و قادر باشند ارزیابی نقادانه از شواهد موجود به عمل آورند. باید پله‌ای سازمانی ساخته شوند تا ادغام سیاست و شواهد، تقویت گردد.

مراحل سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد عبارتند از:

۱- تعریف مساله / تنظیم دستور کار

۲- تدوین سیاست (چارچوب کلی، استراتژی‌ها و اقدامات)

۳- انتخاب راه حل / موضوع سیاست

۴- طراحی سیاست

۵- اجرای سیاست

۶- پایش و ارزشیابی

برای استفاده از شواهد در هر یک از مراحل سیاست گذاری، باید به موضوعات خاصی توجه داشت. به عنوان مثال در تنظیم دستور کار، باید به دنبال شواهدی باشیم تا ابعاد مساله را به خوبی نمایان سازد و مشخص شود که گستردگی مساله تا چه حد است. در این زمینه، اعتبار شواهد و راه دستیابی به شواهد، اهمیت زیادی دارند. در مرحله تدوین سیاست، باید به دنبال شواهدی باشیم که

نشان دهند فعالیت‌های مختلف چه پیامدهایی داشته‌اند همچنین باید هزینه و تاثیر نهای مداخلات مختلف را جستجو نماییم. در مرحله اجرای سیاست هم، پژوهش‌های عملی و پروژه‌های پایلوت که بتوانند اثربخشی اقدامات انجام گرفته را نشان دهند، به سیاست‌گذار کمک خواهند کرد. در استقرار و اجرای سیاست‌ها، توجه به این نکته اهمیت دارد که شواهد جمع‌آوری شده به طور عملی با فرهنگ و بافت جامعه هدف متناسب باشند. به بیان دیگر اگر چرخه سیاست‌گذاری با تاکید بر شواهد باشد سئوالات زیادی مطرح می‌گردد که الزاماً باید به آنها پاسخ داده شود. موارد زیر حداقل سئوالاتی هستند که ممکن است در هر فرایند سیاست‌گذاری مطرح گردند و باید با جستجو و جمع‌آوری شواهد به دنبال پاسخ آنها باشیم:

- چه چیزی (ترکیب جمعیتی، بروز و شیوع بیماریها، نیازمندی‌ها، منابع و امکانات) در این جمعیت یا منطقه به شکل ویژه وجود دارد؟
- سیاست یا برنامه، اصولاً برای چه هدفی طراحی شده است؟
- سیاست و برنامه، برای چه گروهی از مردم طراحی شده است؟
- سیاست برای چه سازمان‌ها و موسسات دیگری حایز اهمیت است؟
- در حال حاضر چه کسانی با عملیاتی شدن این سیاست بهره مند می‌شوند؟
- این سیاست برای چه گروه‌های جمعیتی یا اجتماعی حایز اهمیت بیشتری است؟
- چه خصوصیتی در این گروه‌های هدف وجود دارد که باعث تمایز آنها از سایرین می‌گردد؟
- چگونه می‌توان به این گروه‌ها خدمت رسانی کرد؟
- با عملیاتی شدن این سیاست، چه آثار سوء احتمالی ظاهر خواهد شد؟
- آیا امکانات موجود برای عملیاتی شدن این سیاست، کافی است؟
- اگر به منابع بیشتری برای عملیاتی شدن این سیاست، نیاز باشد، آیا امکان فراهم آوری این منابع وجود دارد؟
- آیا با عملیاتی شدن این سیاست، تغییر معناداری در شاخص‌ها ایجاد شده است؟
- در شرایط فعلی با عملیاتی شدن این سیاست به چه موفقیت‌هایی دست یافته ایم و با چه چالش‌هایی مواجه می‌باشیم؟
- آیا ادامه اجرای این سیاست کماکان ضرورت دارد؟

- برای ادامه کار، چه تغییراتی در این سیاست باید اعمال گردد؟
مراحل مختلف چرخه سیاست گذاری به شرح زیر بیان می شود:

بیان مساله

یکی از مهمترین مراحل سیاست گذاری در بخش سلامت که بیش از همه مورد غفلت قرار می گیرد، بیان مساله است. اگر نگرش ما به بخش سلامت به عنوان یک وسیله باشد و نه یک هدف، می توان مسائل را به صورت پیامد تعریف کرد. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت در جامعه است که می توان آن را با پرسش افراد چقدر عمر می کنند؟ چه ناتوانی هایی دارند؟ و این ناتوانی ها در گروه های جمعیتی مختلف چه تفاوت هایی دارد؟ مورد بررسی قرار داد. دومین مجموعه از پیامدها، میزان رضایتمندی حاصل از مراقبتهای سلامت در میان شهروندان جامعه است. سومین مجموعه از پیامدها، محافظت از افراد در برابر فشارهای مالی ناشی از درمان بیماری ها می باشد.

تشخیص علل پدید آمدن

پس از بیان مساله بر مبنای پیامدهای نظام سلامت، اقدام بعدی تلاشی واپس نگر برای شناسایی عوامل ایجاد کننده نتایج غیررضایت بخش است. مجریان بخش سلامت باید از طریق جستجو در آنچه که پنج اهرم کنترل بخش سلامت نامیده می شود، به بررسی علل مسائل بپردازند. اهرم کنترل نظام سلامت امری است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است. علاوه بر این تعدیل یا تغییر در اهرم کنترل باید عامل تعیین کننده و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشد. به بیان دیگر اهرم های کنترل نشان دهنده جنبه های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به عنوان بخشی از اصلاحات نظام سلامت در آن ها تغییراتی ایجاد می شود. تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش قابل ملاحظه و تعیین کننده ای داشته باشند، اهرم کنترل محسوب می شوند. این اهرم کنترل عبارتند از:

الف- تامین مالی: سازوکارهایی که منابع مالی را برای فعالیت در بخش سلامت تامین می کنند عبارتند از: مالیات، حق بیمه و پرداختهای مستقیم توسط بیماران. مؤسسات جمع آوری کننده منابع مالی (مانند شرکت های بیمه و صندوقهای بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویت های مختلف نیز بخشی از این اهرم کنترل محسوب می شوند.

ب- پرداخت: روش‌های پرداخت هزینه به ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر کارکنان بخش سلامت) از قبیل: دستمزد ثابت، کارانه، پرداخت سرانه و بودجه. این روش‌ها به نوبه خود با ایجاد انگیزه، بر چگونگی رفتار ارائه‌کنندگان خدمات تاثیر می‌گذارد. پرداخت‌های مستقیم بیماران نیز در این اهرم کنترل می‌گنجد.

ج - سازماندهی: سازوکارهایی که دست‌اندرکاران بخش سلامت برای تاثیرگذاری بر مجموعه‌ای مختلط از ارائه‌کنندگان خدمات در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش‌ها، کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارائه‌کنندگان، از آنها استفاده می‌کنند. این سازوکارها شامل اقداماتی است که بر رقابت، تمرکززدایی و کنترل مستقیم ارائه‌کنندگان خدمات دولتی می‌پردازند، تاثیر می‌گذارد و این موارد را در بر می‌گیرد. چه کسی چه کاری را انجام می‌دهد؟ چه کسی با چه کسی رقابت می‌کند؟ و نیز جنبه‌های مدیریتی کارکرد داخلی ارائه‌کنندگان خدمات از قبیل نحوه انتخاب مدیران و شیوه پاداش دهی به کارکنان چگونه است؟

د- وضع مقررات: استفاده از اقدامات الزام‌آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان بخش سلامت شامل ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، شرکتهای بیمه و بیماران. البته تدوین مقررات به معنی پذیرش و اجرای آن نیست. مجریان بخش سلامت باید با توجه به نکات مورد نظر، رعایت مقررات مورد انتظار را نیز تضمین نمایند.

ط - رفتار: اقدامات لازم برای تاثیرگذاری بر فعالیتهایی است که افراد (هم ارائه‌کنندگان خدمات و هم بیماران) درخصوص سلامت و مراقبت سلامت انجام می‌دهند. این اهرم کنترل موارد مختلفی از برنامه رسانه‌های گروهی در مورد مصرف سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از ابتلا به ویروس ایدز و استفاده از انجمن‌های پزشکی برای تاثیر بر رفتار پزشکان (به عنوان مثال القای مصرف کاذب) گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات صرف نظر از درخواست‌های بی‌فایده و بعضاً مضر را شامل می‌شود.

اهرم‌های کنترل همه مسائل را توضیح نمی‌دهند. عوامل فرهنگی و ساختاری هم بر پیامدهای بخش سلامت تاثیر می‌گذارند. به عنوان مثال درک علت فقدان کارکرد موثر نهادهای قانون‌گذار و ناظر بر آن در کشور، ممکن است مستلزم درک نهادهای سیاسی و سنت‌های فرهنگی آن کشور و

از جمله سرمایه‌های اجتماعی آن باشد. اینها عواملی هستند که مجریان بخش سلامت به آسانی قادر به تغییر آنها نیستند.

تدوین سیاست

هنگامی که علل پدید آمدن یک مساله شناسایی شد، سوال بعدی این خواهد بود، که چه باید کرد؟ راه حل صحیح این مساله چیست؟ چه سیاست مناسبی را می‌توان برای رفع موانع اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست و سیاست گذاری بسیار مشکل تر از آن چیزی است که در ابتدا به نظر می‌رسد. در تدوین سیاست مواردی وجود دارد که عبارتند از:

ایده‌های جدید: تفکر انسانی به شدت تحت الشعاع پندارها و عادت هاست. حرفه‌های مختلف معمولاً اعضای خود را با الگوی خاصی آموزش می‌دهند و روش فکر کردن را از طریق تمرین و تجربه تقویت می‌کنند. به عنوان مثال، اقتصاد دانان تمایل دارند به همه چیز با زبان قیمت و بازار نگاه کنند، در حالی که متخصصان بهداشت عمومی تا حد زیادی بر همه گیری شناسی و پیشگیری تمرکز دارند. هنگامی که سازمان‌های قدرتمندی مانند سازمان جهانی بهداشت، الگوی خاصی را در حیطه‌ای مشخص می‌پذیرند و آن را ترویج می‌دهند، تغییر مشکل تر می‌شود، ولی به هر حال تجارب سایر ملل یا تجربه سازمان‌های بین‌المللی، اولین منبع ایده‌های جدید محسوب می‌شود. به طور قطع از آنجا که شرایط اقتصادی و نهادهای سیاسی در کشورها متفاوتند، لازم است ایده‌های برگرفته از دیگر کشورها با شرایط محلی هر کشور سازگار و بومی سازی شود. ابتکارات و نوآوری سیاست‌ها در خارج از بخش سلامت، منبعی دوم برای ایده‌های جدید به شمار می‌رود و منبع سوم، مباحث نظری است.

آینده نگری: به منظور ایجاد طرحی موثر برای بهبود بخش سلامت، مجریان ناچارند از پیش در اندیشه مراحل تصمیم‌گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاستها را با توجه به آنها طراحی کنند. بخشی از تفکر آینده نگر به سیاست‌گذاران این امکان را می‌دهد تا طرح‌های پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی نمایند.

فرایند طراحی: طراحی برنامه‌هایی به منظور تغییر در سیاست‌های ملی سلامت به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر، هم محتوای ایده‌های اصلاحات و هم فرایند شکل‌گیری این ایده‌ها را در بر می‌گیرد. فرایند طراحی، مرحله کلیدی در جلب حمایت‌ها برای

اصلاحات محسوب می‌شود. از این رو، فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی مناسب و از نظر سیاسی امکان پذیر باشد.

تصمیم‌گیری سیاسی

پذیرش یک طرح پیشنهادی برای تغییر، اغلب بر تصمیم‌گیری سیاسی در شاخه‌های قانون گذاری و اجرایی حکومت متمرکز است. اصلاحات بخش سلامت به طور معمول با چالش‌های سیاسی دشواری مواجه است. گروه‌های ذینفع سازمان یافته (مانند پزشکان، شرکت‌های تولیدی و واردکننده تجهیزات پزشکی، صاحبان بیمارستان‌ها و صنعت داروسازی) که منافع زیادی در نظام فعلی دارند ممکن است با انجام تغییرات مخالفت کنند. از سوی دیگر، کسانی که قرار است از این تغییرات سود ببرند (برای مثال بیماران، فقرا و محرومان) اغلب از قدرت و سازماندهی کمتری برخوردارند. برخی از افراد درونی در نظام سلامت که قرار است به صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند (مانند پزشکان جدیدی که باید تربیت شوند)، چون هنوز وجود ندارند، پس نمی‌توانند نقش موثری را در این زمینه ایفا کنند. در فضای تصمیم‌گیری‌های سیاسی، همیشه آینده سهم کمتری نسبت به گذشته دارد. وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف قوی حمایتی است؛ این امر به معنای شناسایی گروه‌ها و افرادی است که از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهادی برخوردارند. علاوه بر این، کار سیاسی فقط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت پذیرش یک طرح پایان نمی‌یابد، بلکه در خصوص اینکه آیا اصلاحات به صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شود یا خیر هم نقش مهمی دارد.

اجرا:

تغییر در بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر در رفتار سازمان‌ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ امر جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال، مقاومت در برابر تغییر تقریباً همیشه وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت، عوامل روان‌شناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید، غریبه و ناآشنا بوده و همین جدید بودن، در بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می‌کند. عامل دیگری که مانع تغییر می‌شود، دشواری صرف نظر از راه‌های آشنای قبلی است. الگوهای ریشه دار فکری و رفتاری که به آهستگی تکامل یافته و در گذشته خوب جواب داده‌اند می‌توانند مانعی قوی در برابر

اصلاحات باشند.

ارزشیابی

ارزشیابی کنندگان با تجربه می‌دانند که هر ارزشیابی موفق‌ی باید پیش از اجرای هر برنامه جدیدی شروع شود. تعیین آثار هر سیاست جدیدی در تغییر دنیای پیرامون، کاری دشوار است. ساده‌ترین رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد است. این روش، تغییر پیامدها را که در طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می‌افتد، بررسی می‌کند. در این راستا باید به چند نکته توجه داشت که اولاً جمع‌آوری داده‌ها رایگان نیست و معمولاً برای داشتن داده‌های بهتر باید هزینه بیشتری پرداخت. برنامه مطلوب ارزشیابی باید میان هزینه‌ها و مفید بودن داده‌ها تعادل لازم را برقرار کند. ثانیاً هزینه گردآوری داده‌ها متعلق به کسانی است که گزارش‌ها را تهیه می‌کنند. اگر تامین داده‌های خوب پرهزینه باشد و منابع کافی برای آن در نظر گرفته نشود، داده‌های نامناسبی گردآوری خواهد شد. در مجموع، ارزشیابی باید یکی از نکات اولیه مورد توجه مجریان بخش سلامت باشد. برای ارزشیابی نمی‌توان تا اجرای برنامه صبر کرد. داده‌های پایه‌ای باید پیش از اجرا جمع‌آوری شده و نظام‌های اجرایی طوری طراحی شوند که ارزشیابی را مد نظر داشته باشند.

فصل هفتم: طراحی مبتنی بر شواهد

طراحی مبتنی بر شواهد (Evidenc-based Design) روشی است که براساس تحقیقات معتبر و مرور نظام مند (Systematic Review) تلاش می کند بهترین تصمیم برای طراحی گرفته شود و در نتیجه آن بهترین نتیجه برای بیمار به دست آید.

رقابت بین بیمارستان‌های خصوصی، جایگزینی بیمارستان‌های فرسوده، نیاز به خدمات بیمار محور در بیمارستان و پیش‌گیری از حوادث از عمده دلایل استقبال روسای بیمارستان‌ها از طراحی مبتنی بر شواهد است. این روش با ایجاد محیط فیزیکی امن و استفاده از تکنولوژی باعث کاهش خطا و افزایش اثربخشی خدمات و در نتیجه بهبود وضعیت بیمار می‌شود.

روش طراحی مبتنی بر شواهد صرفه اقتصادی کوتاه مدت را در نظر نمی‌گیرد. به عنوان مثال معمولاً ترجیح داده می‌شود که روشی به دلیل افزایش هزینه از اتاق بیمار حذف شود. اما شواهد نشان می‌دهد که حذف روشی از اتاق بیمار به مرور زمان به دلیل افزایش عفونت‌های بیمارستانی، هزینه‌های بسیار بیشتری را به بیمارستان تحمیل می‌کند و باعث افت عملکرد وضعیت بیمار می‌شود. مثال دیگر استفاده از طراحی مبتنی بر شواهد در بیمارستان وجود قوانین خط قرمز، پوشیدن گان، کلاه و کفش مخصوص در ICU است. در صورتی که شواهد جدید نشان دهنده این است که هیچ کدام لازم نیست. بنابراین در طراحی نیازی به تامین فضاهای مرتبط مثل رختکن و خط قرمز نیست و کلاً برنامه‌ریزی فضا تغییر می‌کند. همین‌طور در انتخاب مصالح، رنگ، نور و سایر عناصر معماری در بیمارستان می‌توان براساس شواهد علمی تصمیم گرفت.



از نتایج طراحی مبتنی بر شواهد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بهبود ایمنی بیمار
 - بهبود outcome بیمار
 - افزایش اثربخشی و بهره‌وری کارکنان
 - افزایش رضایتمندی بیماران، همراهان و کارکنان
- این روش در ۱۹۷۰ در طراحی بیمارستان‌های بریتانیا استفاده شد. از سال ۲۰۰۰ جهش بزرگی در زمینه طراحی مبتنی بر شواهد برای بهبود outcome بیمار به وجود آمد. در سال ۲۰۰۸ نتایج یک متا آنالیز از ۱۰۰۰ مقاله منتشر شد که نشان می‌داد یک سری مداخلات در طراحی بیمارستان به بهبود outcome بیمار کمک می‌کند. این مداخلات طراحی عبارتند از:
- طراحی اتاق‌های تک تخته
 - طراحی فضا برای حضور همراه در کنار بیمار
 - وجود روشویی در هر اتاق بیمار

- دسترسی به نور طبیعی

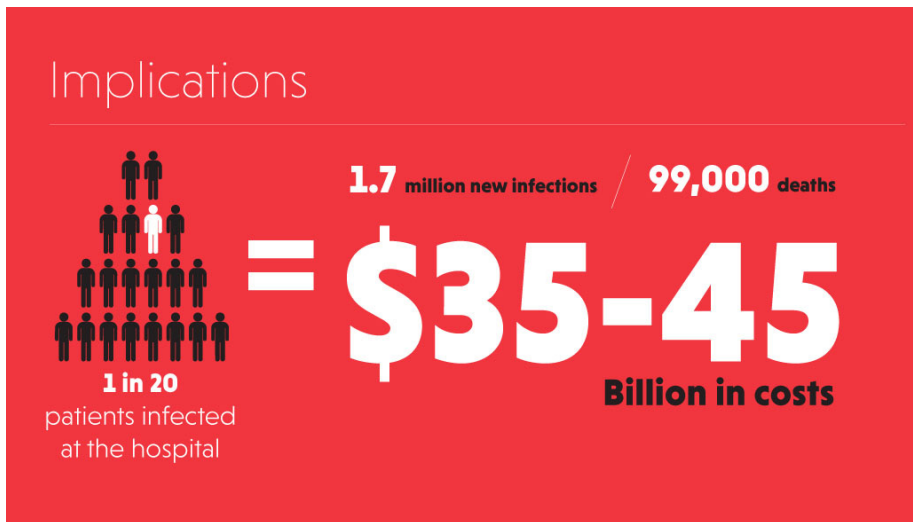
- کاهش صدای مزاحم

- ایجاد حواس پرتی مثبت (Positive Distraction)

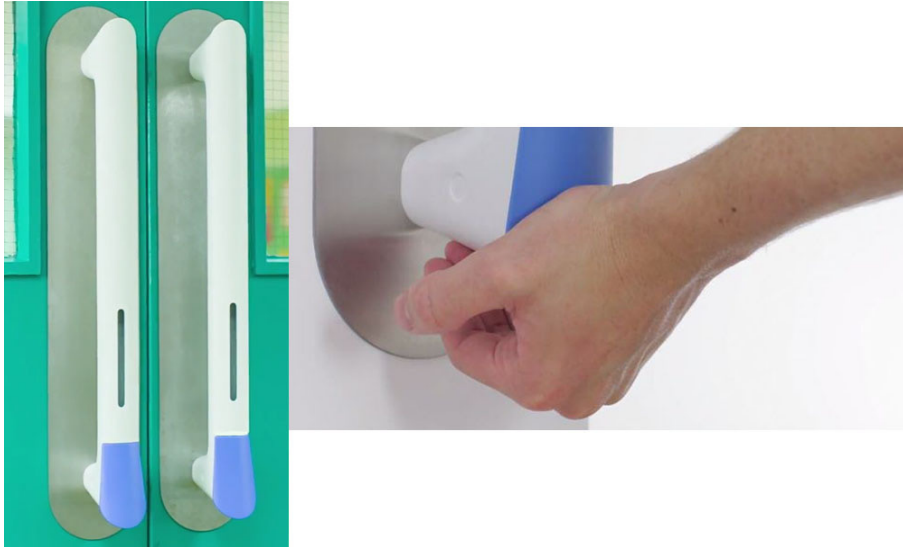
در محیط‌های بیمارستانی کاهش صدای مزاحم برای ایجاد آرامش و کاهش استرس بیماران بسیار مهم است. حداکثر صدای مجاز داخل بیمارستان بر اساس استانداردها، ۳۰ دسی بل است. این مقدار، معادل صدایی است که در یک اتاق خواب ساکت وجود دارد.

عوامل ایجاد صدا در بیمارستان شامل صداهای ایجاد شده توسط سیستم‌های تاسیساتی مانند هواسازها و فن کویل‌ها، پیجرهای سقفی، جمعیت کنترل نشده به خصوص در ساعات ملاقات، انعکاس صدای حرکت افراد از روی کف و... می‌باشد. بخشی از صدای ایجاد شده توسط مصالح محیط جذب شده و بخشی دیگر منعکس می‌شوند.

از هر ۲۵ بیمار بستری شده در بیمارستان‌های آمریکا، ۱ نفر دچار عفونت بیمارستانی می‌شود.



متخصصان کنترل عفونت تایید می‌کنند که شستشوی دست‌ها می‌تواند به کاهش این مشکل کمک کند، اما تشویق پرسنل بیمارستان به استفاده منظم از ضدعفونی‌کننده‌ها مشکل است. یک شرکت طراحی به راه حل هوشمندانه‌ای رسیده است. طراحی یک در، که مردم را به تمیز کردن دست‌هایشان در هر بار استفاده از آن تشویق می‌کند.



دستگیره این در، ستون ساده ایست که می توان روی هر دری نصب کرد و یک دکمه آبی رنگ در انتهای آن وجود دارد که در صورت فشار دادن، مقداری ماده ضدعفونی کننده دست از زیر آن بیرون می آید. هدف این طراحی آنگونه که طراح آن می گوید "ساده کردن عمل ضدعفونی دست هاست به طوری که به یک عادت هنگام باز کردن در تبدیل شود." این دستگیره باهدف توجه کردن و تشویق پرسنل بیمارستان به ضدعفونی کردن دست هایشان طراحی گردیده است. آمار نشان می دهد که عمل ضدعفونی دست ها توسط پرسنل بیمارستان پس از نصب این دستگیره ها از ۲۴ درصد به ۷۷ درصد رسیده است.

این شرکت از یافته هایش برای طراحی رنگ و نور در مسیرهای ارتباطی، اتاق های بیماران و اتاق های معاینه استفاده می کند.

فصل هفتم: طراحی مبتنی بر شواهد / ۶۵



این اصول اخیراً در Southwest Centre for Forensic Mental Health به کار رفته است. در این مرکز از مدل درمانی روانی-اجتماعی (PSR) در طراحی فیزیکی استفاده شده است. مدل PSR بر روی درمان افراد با هدف نهایی بازگشت فرد به جامعه از طریق مشارکت خانواده و اجتماع تمرکز می‌کند.



راهکارهای عملی استفاده از رنگ

مراکزى مانند Southwest Centre for Forensic Mental Health به گونه‌ای طراحی شده‌اند که فضای فیزیکی نیز در روند درمان تاثیر گذار است. طراحان تلاش کرده‌اند با حذف ظاهر خشک بیمارستان، فضایی مانند یک خانه ایده آل را ایجاد کنند.

مطالعات نشان داده است روش‌هایی وجود دارند که ما را به این هدف می‌رسانند و شامل

موارد زیر است:

ملاحظات حسی:

- استفاده از رنگ برای تنظیم تناسبت راهروها
- پرهیز از الگوهای پیچیده، رنگ‌های محرک و الگوهای تک رنگ در انتخاب مبلمان، تجهیزات و ملزومات فیزیکی: تامین نور ملایم، غیر مستقیم و استفاده از تمام طیف رنگی

کاهش اضطراب:

- استفاده از رنگ ملایم در اتاق ایزوله (غیر از سفید و خاکستری)
- استفاده از آثار هنری آرامش بخش و تصاویر آشنا

ارتقا انرژی:

- حداکثر استفاده از نور طبیعی
- تامین دسترسی به حیاط یا طراحی تراس برای ارتباط بیماران با طبیعت و فضای بیرونی
- استفاده از نورهای گرم و پرهیز از نورپردازی یکنواخت (نوری که سایه تولید نمی‌کند) چون سایه‌ها تجربه طبیعی ما در محیط هستند.

تاکید بر آسایش:

- پرهیز از ظاهر خشک و خنثی بیمارستانی با استفاده از رنگ‌های گرم آرامش بخش بر روی حداقل یکی از دیوارها
- ساختن اتاقهای ایزوله راحت، دعوت کننده، با مبلمان ایمن و با فاصله از هم که فضای زندان را تداعی نکند.

فصل هشتم: راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد

سیستم پوست

سوختگی

بیان مشکل

سوختگی پوست در اثر تماس بافت با منبع حرارتی، الکتریکی، شیمیایی یا اشعه مثلاً اشعه

رادیاکتیو

برآیندهای مورد انتظار در مرحله فوری

- جلوگیری از پیشرفت آسیب ناشی از سوختگی
- فراهم ساختن امکان انتقال سریع مصدوم یا مصدومین به مراکز درمانی تخصصی
- دستیابی به امکانات درمانی دردسترس هر چه سریعتر
- احیاء قلبی - ریوی در صورت لزوم
- اقدامات جهت افزایش شانس بقاء مصدوم یا مصدومین
- پیشگیری از عوارض احتمالی (عدم تعادل آب و الکترولیت‌ها، ابتلا به عفونت)
- آغاز برنامه مراقبتی و درمانی فوری

توصیه‌های پرستاری در مرحله فوری

تدابیر پرستاری در مرحله اورژانس سوختگی‌های شدید:

• مراقبت‌های قبل از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی:

- ۱- مصدوم را از صحنه دور کنید.
- ۲- عامل سوزاننده را برطرف کرده و با آن مقابله کنید.
- ۳- ناحیه سوختگی را سرد کنید (فقط به مدت ۵ دقیقه در آب سرد فرو رود).
- ۴- در صورت لزوم احیاء تنفسی و قلبی را انجام دهید.
- ۵- لباس‌های مصدوم خصوصاً لباس‌های تنگ، حلقه، انگشتر... را خارج کنید.
- ۶- مصدوم را بپوشانید.
- ۷- در صورت امکان زخم را شستشو دهید.
- ۸- از پماد و کرم‌های خانگی استفاده نکنید.
- ۹- اندامها را بالاتر از سطح قلب نگه دارید.
- ۱۰- وضعیت مناسب به بیمار (صاف به پشت خوابیده، قراردادن پاها بالاتر) بدهید.
- ۱۱- در صورت مشکوک بودن به صدمات گردن از قرار دادن بیمار در وضعیت شوک اجتناب کنید.

۱۲- علائم حیاتی را در فواصل کوتاه کنترل کنید.

• از انجام موارد زیر اجتناب کنید:

- کاربرد پماد، یخ، داروها، کرم، اسپری‌های روغنی یا مواد خانگی
- پاره کردن تاول‌ها
- درآوردن لباس‌های چسبیده
- دادن هر چیزی از راه دهان به بیمار (در سوختگی‌های شدید)
- غوطه‌ور کردن بیمار در آب سرد
- قراردادن بالش زیر سر در سوختگی‌های گردن و مسیر راه هوایی

• مراقبت‌های بعد از ورود به مراکز درمانی و بیمارستانی:

- ۱- تاریخچه دقیق از بیمار گرفته و بررسی‌های لازم را انجام دهید.
- ۲- وسعت و عمق و شدت سوختگی را تعیین کنید.
- ۳- در صورت لزوم احیاء قلبی - ریوی را انجام دهید.
- ۴- باز نگه داشتن راه هوایی
- ۵- لوله گذاری داخل نای در سوختگی‌های قسمت فوقانی دستگاه تنفسی
- ۶- دادن اکسیژن ۱۰۰ درصد با ماسک و یا لوله در مورد سوختگی‌های استنشاقی
- ۷- جبران مایعات (تجویز مایعات وریدی) را انجام دهید.
- ۸- ۱۰۰۰ میلی لیتر در ساعت در زیر گسالاتان
- ۹- ۵۰۰ میلی لیتر در کودکان
- ۱۰- به بیمار وضعیت مناسب بدهید (وضعیت صاف به پشت خوابیده و پاها کمی بالاتر).
- ۱۱- در سوختگی‌های سر و گردن بیمار را در وضعیت شوک قرار ندهید.
- ۱۲- بیمار را از نظر نیاز به اسکاروتومی و یا فاشیاتومی کنترل کنید.
- ۱۳- درد بیمار را کنترل کنید.
- ۱۴- لوله معدی - روده‌ای بگذارید.
- ۱۵- سوند فولی برای بیمار گذاشته و بر گه جذب و دفع را آماده کنید.

• برآیندهای مورد انتظار در مرحله حاد و نوتوانی

- باز ماندن مسیر تنفسی بیمار به اندازه کافی
- تبادل کافی گازهای تنفسی
- جبران کافی مایعات بیمار؛ کافی بودن حجم مایعات
- پیشگیری از شوک در بیمار
- بهبود زخم
- پیشگیری از عفونت‌های ثانویه و مراقبت از بیمار دچار عفونت‌های بالقوه
- کافی بودن پرفوزیون اندام‌های سوخته بیمار
- عدم تشکیل زخم‌های تنشی (کرلینگ اولسر)

- حفظ وزن بیمار در حد متعادل و حفظ توده چربی در بدن
- تسکین درد بیمار خصوصا در هنگام انجام روش های تهاجمی
- کاهش اضطراب بیمار و حفظ هر چه بیشتر آرامش وی
- مقابله با مشکلات ناشی از عوارض سوختگی
- مثبت شدن دید بیمار نسبت به خود و واقع گرایانه تر بودن وی
- حفظ حداکثر استقلال بیمار

• توصیه های پرستاری در مرحله حاد و نوتوانی

- ۱- سر تخت بیمار را بالا آورید زیرا در غیر اینصورت باعث تورم سر و گردن می شود.
- ۲- هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت دهید.
- ۳- بیمار را به سرفه و تنفس عمیق تشویق کنید.
- ۴- ترشحات دهان و بینی را ساکشن کنید.
- ۵- علائم انسداد راه هوایی را کنترل و سریعا به پزشک گزارش کنید: استریدور، خشونت صدا، تندی تنفس، تنگی نفس.
- ۶- در صورت لزوم لوله گذاری داخل نای را انجام دهید.
- ۷- ساکشن داخل نای را انجام و مشخصات ترشحات را ثبت کنید.
- ۸- علائم سختی تنفس (شامل بیقراری، تغییر حالات روانی، افزایش تعداد تنفس، تنگی نفس کوششی، سیانوز) را بررسی کنید.
- ۹- تعداد، ریتم، انبساط قفسه صدی، صداهای ریوی، سرفه و خلط را کنترل کنید.
- ۱۰- لزوم انجام اسکاروتومی را بررسی کنید.
- ۱۱- پالس اکسی متری و ABG را انجام دهید.
- ۱۲- هر ۴-۲ ساعت یکبار بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- ۱۳- در آسیب های استنشاقی اکسیژن درمانی مرطوب انجام دهید.
- ۱۴- در صورت عدم هوشیاری، اکسیژن ۱۰۰ درصد با تهویه مکانیکی تجویز کنید.
- ۱۵- در صورت هوشیاری اکسیژن با ماسک داده شود.
- ۱۶- اسپرومتری تشویقی را انجام دهید.

فصل هشتم: راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد / ۷۱

- ۱۷ - ساکشن دهان و بینی را در صورت لزوم انجام دهید.
- ۱۸ - میزان مایعات از دست رفته را تعیین و آن را جبران کنید.
- ۱۹ - به علائم بالینی مربوط به کمبود حجم مایعات توجه کنید شامل: حالات روانی بیمار، میزان برون ده ادراری، تعداد نبض و میزان فشار خون، صداهای روده‌ای، کنترل الکترولیت‌های سرم، بررسی تغییرات وزن، کنترل دقیق جذب و دفع هر یک ساعت در ۷۲ ساعت اول.
- ۲۰ - در صورت لزوم بیمار را برای انجام اسکاروتومی آماده نمائید.

• آموزش به بیمار

- ۱- به بیمار و خانواده در مورد نحوه مراقبت از زخم و مراحل بهبود زخم آموزش دهید.
- ۲- در مورد پیشگیری از عفونت آموزش دهید.
- ۳- در مورد رعایت رژیم غذایی مناسب آموزش دهید.
- ۴- در مورد انجام و پیگیری برنامه فیزیوتراپی، کاردرمانی، ورزش و حرکت درمانی آموزش دهید.
- ۵- در مورد بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- ۶- درم ورد عوارض احتمالی و پیگیری جهت پیشگیری و یا درمان آنها آموزش دهید.

اختلال در ساختار پوست

بیان مشکل

اختلال در ساختار پوست، تخریب سطح پوست (Dermis)، و لایه‌های پوست (Epidermis)، در مواجهه با گرما، سرما، مواد شیمیایی

برآیندهای مورد انتظار

- سلامت بافت حفظ شود.
- سلامت پوست و غشاهای مخاطی حفظ شود.
- زخم بهبود یابد.
- بیمار از ضرورت اطلاع دادن هرگونه درد یا احساس ناراحتی در پوست آگاهی یابد.
- برنامه مراقبتی برای بهبود پوست و پیشگیری از آسیب مجدد تنظیم شود.

- پرستار از معیارهای حفظ و بهبود پوست و مراقبت از هر گونه آسیب پوستی آگاهی داشته شود.

توصیه‌های پرستاری

- ۱- محل صدمه دیده را ارزیابی و علل آن را تعیین کنید (شامل حاد یا مزمن بودن زخم، زخم فشاری، بریدگی، سوختگی).
- ۲- مرحله زخم (مثلاً زخم فشاری درجه یک، درجه دو...) را تعیین کنید.
- ۳- محل آسیب دیده را حداقل یکبار در روز از نظر تغییر رنگ، قرمزی، تورم، یا سایر علائم عفونت کنترل و پایش کنید.
- ۴- روش مراقبت بیمار از پوست خود مانند نوع صابون یا شوینده‌های مورد استفاده، درجه حرارت آب و میزان بهداشت پوست را کنترل و پایش کنید (توجه: آب داغ، مواد شوینده قوی، فشار یا مالش زیاد پوست، و شستشوی بیش از حد برای پوست مضر است).
- ۵- برنامه مراقبتی را برای هر بیمار به صورت اختصاصی (با توجه به شرایط بیمار، وضعیت پوست، نیازها و ترجیحات بیمار) طرح کنید.
- ۶- تماس پوست آسیب دیده با ترشحات زخم، تعریق و مواد دفعی از بدن را به حداقل برسانید.
- ۷- ارزیابی سیستماتیک بیماران دچار محدودیت حرکتی را برای پیشگیری از عوارض پوستی ناشی از بی حرکتی انجام دهید.
- ۸- بیمار را حداقل هر دو ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و در صورت امکان از خواباندن بیمار روی پوست آسیب دیده، اجتناب کنید.
- ۹- مناسب بودن تشک و بالش بیمار را بررسی و از فشار روی ناحیه آسیب دیده جلوگیری کنید.
- ۱۰- در صورت آسیب شدید پوست از ماساژ اطراف زخم اجتناب کنید زیرا شواهد نشان داده است که این عمل آسیب را تشدید می‌کند.

آموزش به بیمار

- ۱- روش بررسی پوست و زخم و راه‌های کنترل علائم و نشانه‌های عفونت، عوارض، و بهبود زخم را به بیمار آموزش دهید.

فصل هشتم: راهنمای بالینی پرستاری مبتنی بر شواهد / ۷۳

- ۲- به بیمار در مورد علت مصرف داروهای موضعی آموزش دهید.
- ۳- در مورد اهمیت تغییر وضعیت هر دو ساعت به بیمار آموزش دهید.
- ۴- در مورد انواع و نحوه استفاده از تشک‌ها و وسایل کاهش دهنده فشار از روی بدن به بیمار آموزش دهید.

عدم آگاهی

بیان مشکل

عدم آگاهی بیمار در مورد کاهش فشار و تسکین درد

برآیندهای مورد انتظار

پرستار باید قادر باشد:

- فشار بر پوست را کاهش داده و برطرف نماید.

توصیه‌های پرستاری

الف) کنترل بافت آسیب دیده هنگام استراحت بیمار در تخت:

- ۱- از سطح حمایتی برای بیمار استفاده کنید به گونه‌ای که وزن بیمار بر زخم فشاری تحمیل نشود (اگر بیمار قادر به قرار گرفتن در وضعیت‌های مختلف می‌باشد).
 - ۲- اگر بیمار در مرحله ۳ زخم فشاری است و یا اگر قادر به تغییر وضعیت‌های مختلف بدون فشار بر زخم نمی‌باشد از تشک مواج استفاده کنید.
 - ۳- به راهنمای مراقبت از بیماران با اختلال در ساختار پوست مراجعه کنید.
- ب) کنترل بافت آسیب دیده هنگامی که بیمار در وضعیت نشسته قرار دارد:

- ۱- اگر زخم فشاری در محل نشیمنگاه بیمار است، نباید بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. اگر می‌توان میزان فشار وارده بر بافت را کاهش داد به مدت محدود می‌توانید بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید.
- ۲- با پزشک یا کاردرمان برای تجویز بالش مخصوص صندلی مشاوره کنید. به هیچ وجه نباید از وسایل حلقوی (air ring) استفاده کنید.
- ۳- بیمار را حداقل هر یک ساعت تغییر وضعیت داده و محل تحمل وزن بدن را در صورت امکان هر ۱۵ دقیقه تغییر دهید.

آموزش به بیمار

- ۱- به بیمار و همراهان در مورد هر گونه خطر احتمالی، یا عوارض در مورد زخم فشاری آموزش دهید.
- ۲- به بیمار در مورد نحوه پیشگیری از بروز مجدد زخم فشاری آموزش دهید.
- ۳- به بیمار در مورد حرکات در تخت با کمک، حداقل هر دو ساعت یکبار آموزش دهید.
- ۴- به بیمار در مورد مصرف مقدار کافی مایعات آموزش دهید.

نتیجه‌گیری نهایی

در حرفه پرستاری، ادغام دانش و علم پرستاری با عملکرد بالینی موجب برقراری افزایش ایمنی بیماران، ارائه مراقبت با کیفیت بالا، حفظ بالاترین سطح آمادگی پرستاران و استفاده از بهترین شواهد جاری برای تصمیم‌گیری بالینی می‌گردد و از آنجایی که این رویکرد سعی در ارتقای زبان بین‌المللی پرستاران دارد، اهمیت عملکرد مبتنی بر شواهد بر کسی پوشیده نیست. اما پیمودن این مسیر پرفراز و نشیب نیازمند آماده‌سازی پیش‌زمینه‌هایی در ساختارهای سازمانی و اجرایی دارد. لذا به منظور گام برداشتن به همراه پیشرفت‌های علمی حاصل در دنیای کنونی و برای غلبه بر موانع و مشکلات بازدارنده از اجرایی شدن چنین رویکردهایی آموزش شیوه‌های اجرایی کردن آن مورد تاکید قرار می‌گیرد. در به کارگیری علم در عمل باید گفت «پرستاری بدون پژوهش مانند بنا نهادن ساختمان بر زمین لغزنده است و پژوهش بدون به کارگیری آن مانند ساختن قلعه‌ای در هواست.»

مطالب این کتاب بیانگر آن است که برنامه آموزشی مبتنی بر شواهد می‌تواند یک روش آموزشی عینی، پویا و مفید باشد و پیامدهای حاصل از آن شامل غنی شدن یادگیری، نهادینه کردن آموزش، افزایش انگیزش، افزایش مهارت‌ها و رشد صلاحیت‌ها و فرصت‌ها می‌باشد. از آنجایی که این فرآیند آموزشی با افزایش سطح دانش و نگرش همراه است به نظر می‌رسد نه تنها باید در جهت آموزش آن تلاش شود، بلکه باید تسهیلاتی فراهم گردد که این رویکرد وارد عرصه بالینی گردد و جایگاه خود را به دست آورد.

بطور خلاصه یافته‌های حاصل از این کتاب را می‌توان در حیطه‌های زیر مورد استفاده قرار

داد:

آموزش پرستاری:

برای اجرای آموزش مبتنی بر شواهد در ابتدا باید اصول، مراحل، هدف، فلسفه و مزایای آن به پرستاران و مسئولان آموزش داده شود. این موضوع نیازمند همفکری و همدلی سیاستگذاران آموزش پرستاری است.

مدیریت خدمات پرستاری:

عملکرد مبتنی بر شواهد منجر به ارتقا کیفیت و ایمنی مراقبت پرستاری می‌شود که از اهداف اساسی و عمده پرستاری است و در نهایت پیامدهای مطلوب آن شامل حال بیمار و پرستار می‌شود. این رویکرد فاصله بین تئوری تا عمل را به حداقل می‌رساند و منجر به افزایش انگیزه یادگیری می‌شود. لذا به نظر می‌رسد خدمات پرستاری می‌تواند با ایجاد کمیته‌های آموزشی در محیط‌های بالینی در جهت آموزش عملکرد مبتنی بر شواهد با استفاده از فرآیند آموزشی مذکور کوشا باشد. برنامه‌های آموزش ضمن خدمت پرستاران، برگزاری کارگاه‌های آموزش عملکرد مبتنی بر شواهد با رویکردهای نوین تدریس می‌تواند به درک بهتر آموزش و ارتقا انگیزه و مهارت‌ها کمک کند و گامی در جهت کاهش شکاف بین دستاوردهای علمی پژوهشی و عملکرد پرستاری باشد. مدیران خدمات پرستاری می‌توانند با ایجاد محیط مناسب سازمانی و سیاست‌گذاری عملی، تصویب قوانین و مقررات اجرایی در جهت رفع موانع و ایجاد تسهیل‌کننده‌های عملکرد مبتنی بر شواهد تلاش کرده و منجر به اشاعه عملکرد مبتنی بر شواهد در بالین شوند.

بالین پرستاری:

پرستاران می‌توانند با استفاده از نتایج پژوهش‌های جدید در عملکرد خود، جایگاه حرفه‌ای خویش را ارتقا دهند و تصمیمات بالینی مناسب اتخاذ کنند، مسئولیت کل اعمال خود را بپذیرند، اعتماد به نفس پیدا کنند و با رضایت شغلی از حرفه خود به آرامش برسند.

پژوهش پرستاری:

نتایج حاصل از این کتاب را محققان، دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری پرستاری می‌توانند به عنوان اطلاعات زمینه‌ای در پژوهش‌های آینده و همچنین به عنوان منبعی برای تحقیقات دیگر در زمینه آموزش مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار دهند.

منابع فارسی:

- ادیب حاج باقری م، پرویزی س، صلصالی م. (۱۳۸۶). روش تحقیق کیفی. چاپ اول. تهران. انتشارات بشری. ص ۲۶۰-۲۵۰
- ادیب حاج باقری م (۱۳۸۹). فاکتورهای موثر بر پرستاری مبتنی بر شواهد: مطالعه ی کیفی. مجله پرستاری ایران. ۱۹-۳: (۴۷) - ۱۹
- امینی ف. (۱۳۸۵). بررسی رابطه استرس شغلی، نوبت کاری و بخش محل کار با کار آیی خانواده پرستاران بیمارستانهای آموزشی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم پزشکی توانبخشی تهران
- پولیت د، بک س، هانگر ب. (۱۳۸۴). اصول تحقیق پرستاری: روش ها، ارزیابی و کاربرد. ترجمه دهقان نیری ن، اسدی نوقایی آ. چاپ اول، تهران: اندیشه رفیع
- جلالی نیا ف. (۱۳۹۰). پیامدهای کمی و کیفی آموزش مبتنی بر شواهد در دانشجویان پرستاری: یک مطالعه ی ترکیبی. پایان نامه دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله اعظم (عج)
- حبیبی ش، رضایی هاچه سوپ، طبقی ر. (۱۳۸۹). ارتقای سواد اطلاعاتی اساس توسعه پرستاری مبتنی بر شواهد. مدیریت اطلاعات سلامت. ۳۷۸-۳۷۱: ۷ (۳)
- حسینی پ، خاچیان آ، (۱۳۹۰). درک پرستاران از عملکرد مبتنی بر شواهد. مجله پرستاری و مامامایی ایران. ۱۵-۱۱: (۴) ۲۰
- طباطبایی م، عباسی ز، کاشفی ف. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر دوره آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد بر مهارت جستجو و نقد مقالات توسط دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. دو فصلنامه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۸-۱۳: (۱) ۲
- نجفی ک. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر آموزش نحوه اجرای فعالیت های پرستاری مبتنی بر شواهد بر دانش و نگرش پرستاران بیمارستانهای امام حسین (ع) و خاتم الانبیا (ص) شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- کاظمی ه، کولیوند پ ح. (۱۳۹۱). نگاهی نو به مدیریت بیمارستانی. چاپ اول. تهران. انتشارات میر ماه

کاظمی ه، کولیوند پ ح. (۱۳۹۱). بیمارستان همانند یک هتل. چاپ اول. تهران. انتشارات میر ماه
تیلور ک. (۱۳۸۶). اصول پرستاری تیلور ۱ و ۲؛ ترجمه زهرا صفوی بیات. چاپ دوم. تهران. انتشارات
بشری.

منابع انگلیسی:

- Black JM, Hawks JH. (2009). Medical Surgical Nursing Clinical Management for positive Outcomes. 8 th edition. Philadelphia: Elsevier Lippincott Co.
- Brown CE, Kim Sc, Stichler JF. (2010). Predictors of Knowledge attitudes use and Future use of of evidence basaed practice among baccalaureate nursing student at two universities. Nurse Education Today. 30 (6): 521-527
- Considine J, McGillivray B. (2010). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department. Journal of Clinical Nursing. 19 (1-2): 138-144
- Dalheim A, harthug S, Nilsen MR. (2012). Factors influencing the development of evidence –based practice nursing among nurses: a self report study. BMC Health Services Research. 12 (367): 1-10
- Greiner A, Knebel E. (2003). Health professions education: A bridge to quality. Washington, DC: National Academies Press.
- Hockenbery M, Wilson D, Burrera P. (2006). Implementing evidence based practice in a pediatric Hospital. Pediatric Nursing. 32 (4): 371-377
- Hommersom A, Lucus PJF, Vanbommel P. (2008). Checking the quality of clinical guidelines using guidelines using automated reasoning tools. Cambridge University Press:(6) 8 . 41–611.
- Macnee CL, McCabe S. (2007). Understatnding Nursing Research. 2nd Edition. Philadelphia: lippincott Williams & Wilkins
- Majid S, Foo S. Zhang X. (2013). Nurses' information use and literature searching skills for evidence based practices. Malaysian Journal of Library and Information Science. 18 (1): 67-78.
- Bostrom AM, rudman A, Ehrenberg A. (2013). Factore associated with evidence based practice among Rigesterd Nurses in Sweden: a national cross sectional study. BMC Health Services Research. 13: 165.
- Panagiari D. (2008). Barriers and Facilitators for implementing evidence-based practice among German nurses working in a general hospital. Institute for Governance. 11 (5): 123-55.
- Polit D, Beck CT. (2008). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for nursing. 2th edition. lippincott Williams and Wilkins.

- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it is not. *British Medical Journal*. 312: 71-72.
- Sherrif K, Wallis M, Chaboyer W. (2007) Nurses Attitudes to and Perceptation of Knowledge and skills regarding Evidence- Based Practice. . *International Journal of nursing practice*. 13 (6): 363-369
- Spector N. (2005) [cited 2006 Sep 25]. Evidence-based nursing in nursing regulation [Online]. Available from: URL: <http://www.ncsbn.org/>
- Strauss SE, Tetroe J, Graham ID. (2013). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2Edition. Edited by Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Chichester: Wiley-Blackwell. 3-12.
- Teasdale D, Brady-Murphy N, McSorley L. (2009). Neonatal guidelines-A positive force or an instant turnoff? *Journal of Neonatal Nursing*. 15 (3): 100-106
- Thompson CJ. (2006). Fostering skills for evidence-based practice: The student journal club. *Nurse Education in Practice* 6 (2): 69-77.
- Weng Y, Kuo K, Yang Ch. (2013). Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implementation Science*. 8: 112
- Green ML (2000). Evidence based medicine training in graduate medical education: past, present and future. *Journal of evaluation in clinical practice*. 6 (2): 121 – 38.
- Malloch K, Porter-O’Grady T (2006). *Introduction to Evidence based practice in nursing and health care*. 2th edition. Boston: Jones and Bartlett publisher. P. 1-2, 34-35
- Cordova PB, Collins S, Peppard L, et al. (2008). Implementing Evidence based nursing with student nurses and clinicians: Uniting the strengths. *Applied Nursing Research*. 21 (4) 242-245.
- Blais K, Hayes J (2010). *Professional Nursing Practice, Concepts & Perspectives*. 6th edition. New Jersey, Prentice Hall.
- Patterson B (2009). The nature of Evidence in teaching practice. *Journal of nursing education*. 48 (6): 327- 33.
- Masters K (2013). *Role Development in Professional Nursing Practice*. 3th edition. Boston, Jones and Bartlett.
- Lass NJ, Pannbacker M (2008). The Application of Evidence-Based Practice to Nonspeech Oral Motor Treatments. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*. 39 (3): 408-422