مقاله پژوهشی اصیل

مجلـــه‌ی توسـعه‌ی آمـــوزش در علـوم پزشـــکی

دوره‌ی ۸، شماره ۲۰، زمستان ۹٤ ، صفحات ۸٦ تا ۹۷

بررسی موانع کاربست و نهادینه سازی پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش های بالینی از دیدگاه دستیاران و متخصصین بالینی

دکتر زهرا کریمیان[۱]، دکتر جواد کجوری[۲]، دکتر محمد مهدی ثاقب[۳]

نویسنده‌ی مسوول: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز z_karimian_z@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۱۲/۵ پذیرش: ۹٤/۵/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: *در سال‌های اخیر تلاش‌های بسیاری درآموزش و توسعه‌ی پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) در دانشگاه‌های علوم پزشکی به انجام رسیده است. تحقیقات گواه بر آن است که آموزش و توانمندسازی دستیاران بالینی، دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی به شیوه های مختلفی در کشورمان و در دانشگاه های دنیا در حال اجراست، اما به رغم تاثیرات مثبتی که این آموزش‌ها برافزایش دانش، مهارت و نگرش فراگیران داشته است، در برخی موارد این دوره ها نتوانسته است تاثیرات ماندگاری بر رفتار و عملکرد دانشجویان، دستیاران و پزشکان ایجاد نماید. تحقیق حاضر با هدف بررسی موانع کاربست و نهادینه سازی پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش های بالینی انجام شده است.*

روش بررسی: *تحقیق حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از تحلیل محتوای دیدگاه دستیاران بالینی شرکت کننده در دوره های آموزشی EBM و خبرگان آموزش پزشکی انجام شده است. ابتدا با استفاده از یک پرسشنامه ٦ سوالی وضعیت موجود کاربست EBM شناسایی شد و سپس دلایل عدم کاربست آموخته های علمی در محیط های واقعی از طریق طرح سوال کیفی بررسی گردید. در مورد گروه متخصصین بالینی، با روش گروه کانونی نظرات ۱۰ نفر از اساتید خبره بالینی که دوره های آموزش پزشکی و نیز EBM را گذرانده بودند، گردآوری و تحلیل شد. نتایج با استفاده از تحلیل محتوای کمی و کیفی به صورت کدگذاری باز و مقوله بندی، طبقه بندی گردید.*

یافته‌ها: *بعد از تحلیل دیدگاه‌های تشریحی و باز دستیاران و اعضای هیات علمی، موانع کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد در محیط‌های بالینی از دیدگاه دستیاران در۳۱ گویه دسته‌بندی شد که به ۷ مؤلفه اصلی حجم کاری، امکانات و تسهیلات، کمیّت و کیفیت آموزش، پیگیری و پاسخگویی، نگرش حاکم بر محیط‌های بالینی، موانع مرتبط با اعضای هیات علمی و موانع مربوط به دستیاران دسته بندی گردید. خلاصه دیدگاه ۱۰ نفر از متخصصین بالینی نیز شامل ۱۹ گویه و ۵ مولفه به‌دست آمد.*

نتیجه گیری: *توسعه و نهادینه شدن پزشکی مبتنی بر شواهد بیش از هر عامل دیگر از نگرش‌های حاکم بر محیط و باور افراد تاثیر می‌پذیرد. اما ایجاد و تقویت این رویکرد مستلزم تامین سخت‌افزارها، قوانین، حمایت‌های مدیران، آموزش و توانمند سازی و احساس‌مسوولیت پذیری و پاسخگویی است که مجموعه این عوامل می تواند زمینه‌ی کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش‌های بالینی رافراهم آورد.*

واژگان کلیدی: ***پزشکی مبتنی بر شواهد، موانع، بخش بالینی، دستیار***

مقدمه

بنا به تعریف، پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine)به معنای تلفیق تجربیات بالینی یک پزشک با بهترین مستندات و شواهد موجود است(۲، ۱). به عبارت دیگر پزشکی مبتنی بر شواهد، کاربرد (متعهدانه) بهترین

۱- دکتری مدیریت آموزش عالی، استادیار گروه آموزش الکترونیکی، قطب علمی آموزش الکترونیکی پیشرفته، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲- دکتری تخصصی قلب و عروق و فوق تخصص Intervention ، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳- دکتری تخصصی کلیه و مجاری ادراری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

شواهد عینی برای اتخاذ تصمیمات تشخیصی و درمانی دقیق، آگاهانه و منصفانه برای بیماران است(۲). این رویکرد به طبابت، تلاش می‌کند با ایجاد و تقویت توانایی طرح‌سوال، مهارت‌های جستجوی اطلاعات، برگزیدن بهترین شواهد و مستندات در دسترس وارزیابی نقادانه آن و به‌کارگیری نتایج تحلیل و نقد مستندات و شواهد، کیفیت تصمیم‌گیری‌های بالینی را بهبود بخشد(٤و ۳) و با عینیت بخشی به تصمیمات بالینی بر اساس شواهد معتبر علمی و به روز، از تاثیر خطاهای ناشی از قضاوت ذهنی، اطلاعات منسوخ و یا استنتاج خطی و غیر نقادانه از دانش پزشکی بکاهد. پزشکی مبتنی بر شواهد همچنین یک ابزار یا استراتژی قوی آموزشی است‌که زمینه‌ی یادگیری مادام العمررا در دانشجویان و فراگیران فراهم می‌نماید که بتوانند شکاف بین تئوری و عمل در علوم پزشکی را برای دستیابی به بالاترین کیفیت جبران نمایند (٦و ٥) .دانشجویان سطوح مختلف پزشکی اکنون بیش از هر زمان دیگر نیاز دارند بتوانند دانش معتبر و مورد نیاز در تصمیم گیری‌های تشخیصی و درمانی را از میان انبوه مقالات تولید شده بیابند و به‌کارگیرند. بدین منظور باید توانایی این را داشته باشند که اعتبار منابع و داده ها را نقد و تحلیل نمایند(۷). با توجه به اهمیت پزشکی مبتنی بر شواهد در تصمیم گیری‌های بهینه بالینی و بهبود بیماران، در سالهای اخیر تلاش‌های بسیاری درآموزش و توسعه پزشکی مبتنی بر شواهد در دانشگاه‌های علوم پزشکی و بخش‌های بالینی به انجام رسیده است. تحقیقات بسیاری گواه بر آن است که آموزش و توانمندسازی دستیاران بالینی، دانشجویان پزشکی عمومی و پزشکان به شیوه‌های مختلفی در کشورمان و در دانشگاه‌های دنیا در حال اجراست اما به رغم تاثیرات مثبتی که این آموزش‌های برافزایش دانش و مهارت و نگرش فراگیران داشته است (١٦-٨)، اما در برخی موارد این دوره‌ها پس از اتمام نتوانسته است تاثیرات ماندگار و نهادینه‌ای را در بخش‌های بالینی بر رفتارهای دانشجویان، دستیاران یا پزشکان ایجاد نماید. نتایج پاره ای تحقیقات نشان داده است موانعی چون موانع نگرشی، فرهنگی، مالی و امکاناتی، از جمله دلایل عدم کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان یک فرایند جاری و مستمر در بخشهای بالینی بوده است (٢١-١٧).

در دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز دوره های متعددی در قالب کارگاه‌های چند ساعته و چند روزه به آموزش گروه‌های مختلف ذی ربط پرداخته است. مقاله‌ی حاضر تلاش کرده با بررسی نظرات دستیاران شرکت کننده در دوره های آموزشی برگزار شده و نیز متخصصین بالینی که دوره تخصصی آموزش پزشکی و EBM را گذرانده اند به دو سوال عمده بپردازد:

نگرش دستیاران در مورد موثر بودن دوره چیست؟

موانع کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش های بالینی کدامند؟

روش بررسی

تحقیق حاضر در۲ بخش تحلیل دیدگاه دستیاران و دیدگاه متخصصین طراحی شد:

دیدگاه دستیاران: دراین بخش از دو رویکرد کمّی و کیفی استفاده شد. دربخش کمّی جامعه‌ی آماری پژوهش را ١٧٦ دستیار بالینی ورودی مهرماه ١٣٩١دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل می داد که در ٤ گروه تقسیم بندی شده و هر گروه به مدت ٦ روز در دوره‌ی آموزشی EBM شرکت کرده بودند. برای انتخاب دستیاران از روش سرشماری (یعنی همه ١٧٦ دستیار شرکت کننده در دوره) استفاده شد. برای پاسخ به سوال اول تحقیق ابتدا با استفاده از روش کمّی از نوع توصیفی- پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه ٦ سوالی بسته پاسخ، نگرش دستیاران در مورد موثر بودن دوره بررسی شد؟

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

ابزار تحقیق در این مرحله پرسشنامه محقق ساخته در مقیاس لیکرت ٤ گزینه ای از موافقم = ٤، نسبتا موافقم = ۳، نسبتا مخالفم = ۲ و مخالفم = ۱ با خط برش ۲/۵ بود. روایی محتوایی گویه‌های پرسشنامه با استفاده از نظر گروه متخصصین آموزش پزشکی تایید شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۹۱ درصد تایید گردید. در تحلیل سوال اول از روش تی تک نمونه‌ای استفاده شد و میانگین نظرات دستیاران با خط برش (۲/۵) مقایسه گردید و برای تحلیل کمّی نتایج نیز از نرم افزار spss 15 استفاد شد.

دربخش کیفی و برای پاسخ به سوال دوم، در قالب یک سوال باز سوال شد که «موانع کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد چه می باشند؟». با توجه به آنکه لازم بود دستیاران بر اساس تجربه‌ی عملی خود در بخش های بالینی و بعد از اتمام دوره به سوالات پاسخ دهند، پرسشنامه ٦ سوالی بخش کمّی و نیز سوال کیفی تحقیق یک ماه بعد از اتمام دوره‌ی آموزشی برای دستیاران و به بخش های بالینی مربوطه ارسال گردید و از طریق تماس تلفنی و حضوری با مسوولین دفاتر بخش های بالینی پرسشنامه ها پیگیری و گردآوری شد.

دیدگاه متخصصین: به منظور تکمیل اطلاعات به‌دست آمده، علاوه بر دستیاران تلاش شد تا نظرات سایر گروه های مرتبط با مساله نیز بررسی گردد. بدین منظور، با استفاده از یک گروه کانونی از خبرگان حیطه های بالینی، موانع کاربست EBM در ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد سوال قرار گرفت. از روش گروه کانونی به ویژه زمانی‌که بخواهیم در باره‌ی مشکلات یا عوامل موثر بر وقوع یک پدیده تحقیق‌کنیم استفاده می‌شود. در این روش‌غالبا یک نمونه دستچین شده که نسبت به موضوع از نزدیک آشنایی دارند و می‌توانند در تعامل با یکدیگر نظر دهند، انتخاب می‌شود(۲۲). در بررسی دیدگاه متخصصین از نظرات گروه‌کانونی با تخصص‌های پزشکی‌اجتماعی، کاردیولوژی، نفرولوژی، اطفال، جراحی عمومی، مغز و اعصاب، و داخلی؛ آشنا به مباحث EBM استفاده شد. معیار انتخاب افراد، داشتن تخصص بالینی، شرکت آن‌ها در دوره های میان مدت و بلند مدت آموزش پزشکی و کارگاه‌های تخصصی EBM بود. در ابتدا سوال اصلی با موضوع «موانع و محدودیت‌های اجرایی پزشکی مبتنی بر شواهد در محیط های بالینی کدامند؟» به طور باز مطرح شد. به منظور دور نشدن از موضوع اصلی و جلوگیری از پراکنده گویی‌های احتمالی، مدیریت بحث توسط یک مدیر جلسه انجام شد. همگن بودن افراد انتخاب شده برای گروه‌های کانونی یکی از شرایط اصلی در تعیین نمونه است و این افراد باید اطلاعات خوبی از موضوع مورد بررسی داشته باشند. تعداد نمونه مناسب برای یک گروه کانونی موثر بین ٦ تا ۱۲ نفر تعیین شده است و تاکید شده است برای تعامل و انگیزه مشارکت افراد در نظر دهی تعداد بیش از ٦ نفر در نظر گرفته شود(۲۲). به‌دین منظور یک گروه کانونی مشتمل بر ۱۰ عضو هیات علمی بالینی انتخاب شدند. ادامه‌ی جلسه و گردآوری و ثبت نظرات افراد تا حد اشباع نظری و مرحله تکرار یافته‌ها و عدم وجود نکات جدید در نظرات مطرح شده ادامه یافت.

ملاحظات اخلاقی: بدین منظور در ابتدای پرسشنامه های ارسال شده برای دستیاران توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش ارایه شده بود و به صورت بی نام ارسال شد و از طریق مسوولین دفاتر بخش های بالینی گردآوری گردید. همچنین دستیاران آزاد بودند درصورت تمایل به پرسشنامه ها پاسخ دهند. در مورد متخصصین نیز علاوه بر بی نام بودن افراد در بیان نتایج، قبل از شرکت درگروه کانونی، در مورد هدف تحقیق، ضبط و ثبت مطالب مطرح شده و سطح انتشار نتایج به متخصصین شرکت کننده اطلاع رسانی شد. همچنین به منظور بهره گیری از نتایج در جهت بهبود کیفیت بخش‌های

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

بالینی خلاصه‌ای از نتایج به‌دست آمده در اختیار مسوولین ذی ربط قرار گرفت.

نحوه‌ی تحلیل محتوا: برای تحلیل نظرات از روش تحلیل محتوای کیفی به روش استقرایی استفاده شد. پس از گردآوری دیدگاه ها، ابتدا نظرات افراد در دو بخش دستیاران و متخصصین به طور خام و در سطح پاراگراف نوشته شد. موانع مطرح شده از درون هر پاراگراف به صورت عبارات یا جملات کوتاه استخراج شده و مجموع موانع فهرست شدند که [خرده مقوله ها] را تشکیل می دادند. در گام سوم، جملات یا عباراتی که حاوی موضوع مشترکی بودند در یک دسته قرار گرفتند و جملات تکراری تلخیص شده و در کامل ترین جمله یا عبارت که مقصود مشترک افراد بود به عنوان گویه نهایی استخراج گردید و مبنا قرار گرفت و دیگر مواردی که مستقیما یا تلویحا به همان معنا اشاره داشتند، به عنوان تعداد تکرار گویه ثبت گردید. در مرحله‌ی چهارم خرده مقوله هایی که از نظر معنایی اشتراک بیشتری داشتند و تبیین کننده یک مقوله بزرگتر بودند دسته بندی شدند[مقوله های میانی]. در نهایت برای شناسایی مقوله اصلی پژوهش[موانع کاربست EBM]، از تحلیل نظرات دستیاران، ۳۱ خرده مقوله و ۷ مقوله میانی، و از نظرات متخصصین، ۱۹ خرده مقوله و ۵ مقوله‌ی میانی استخراج شد (جدول ٤ و ۳).

یافته‌ها

نتایج توصیفی: در مجموع ۱۷٦ دستیار در تکمیل پرسشنامه بخش کمی وکیفی تحقیق شرکت‌نمودند، مشخصات گروه‌های شرکت کننده دستیاران در این تحقیق در جدول ۱ آمده است.

جدول۱: اطلاعات توصیفی دستیاران شرکت کننده در دوره

به تفکیک رشته‌ی تخصصی			
رشته‌ی تخصصی	**درصد (تعداد)**	**رشته‌ی تخصصی**	**درصد (تعداد)**
●روانپزشکی	٪۵/۱ (۹)	●رادیولوژی	٪۱۰/۸ (۱۹)
●اطفال	٪۱۰/۸ (۱۹)	●جراحی مغز و اعصاب	٪۲/۳ (٤)
●پزشکی اجتماعی	٪۵/۷ (۱۰)	●بیهوشی	٪٦/۳ (۱۱)
●زنان و زایمان	٪۸/۰ (۱٤)	●جراحی عمومی	٪۱/۱ (۲)
●ارتوپدی	٪۱/۷ (۳)	●پوست	٪۳/٤ (٦)
●نورولوژی	٪۱/۷ (۳)	●یورولوژی	٪٤/۵ (۸)
●طب فیزیکی و توانبخشی	٪٦/۸ (۱۲)	●گوش و حلق و بینی	٪۲/۸ (۵)
●رادیوتراپی	٪۲/۳ (٤)	●چشم	٪۵/۷ (۱۰)
●داخلی	٪۱۳/٦ (۲٤)	●کاردیولوژی	٪۷/٤ (۱٤)
جنسیت			
زن	٪٦٦/٤ (۱۱۷)	**مرد**	٪ ۳۳/٦ (۵۹)

(N=۱۷٦)%

نتایج بخش کمّی و کیفی در ادامه به تفکیک سوالات تحقیق بیان شده است:

نتایج تحلیل داده های حاصل از سوال اول: نگرش دستیاران در مورد تاثیر دوره چیست؟

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

بر اساس نتایج آزمون تی‌تک نمونه‌ای، به اعتقاد دستیاران در عرصه عمل شرایط کاربردی نمودن و استفاده از دوره های EBM چندان مهیا نیست. بر اساس جدول ۲ با توجه به آنکه خط برش یا حداقل میزان تاثیر دوره از دیدگاه دستیاران عدد ۲/۵ از ٤ در نظرگرفته شده است، در گویه های «ایجاد نگرش و رویکرد جدید»، «تبیین اهمیت پزشکی مبتنی بر شواهد»، «افزایش مهارت‌های تحلیل و نقد» و «احساس مفید بودن مطالب» میانگین بیش از ۲/۵ را مشاهده می‌کنیم. اما دوگویه مربوط به «کاربست مطالب در تصمیم‌گیری‌های بالینی» میانگین به‌دست آمده نشان دهنده‌ی مطلوب نبودن این دو گویه است. به عبارت دیگر دستیاران مطالب آموخته شده را در حین طبابت و تصمیم گیری های بالینی چندان به‌کار نمی‌گیرند. این در حالیست که گویه‌ی ششم حاکی از آن است که محتوای دوره کاربردی است، اما در عمل شرایط به‌کارگیری آن مهیا نیست.

جدول ۲: میانگین توافق نگرش دستیاران نسبت به تاثیر دوره در تصمیم‌گیری‌های بالینی(خط برش= ۲/۵)

	تاثیر دوره	میانگین (از ٤)	درجه آزادی	شاخص T	Pvalue
۱	نگرش و رویکرد جدیدی به شیوه های تشخیصی و درمانی در من ایجاد کرد	۳/۱۰± ۰/٦۰	٥۹	۷/۷۱	<۰/۰۰۰۱
۲	ضرورت و اهمیت پزشکی مبتنی بر شواهد را به خوبی تبیین نمود	۳/۱٥± ۰/٦۲	٦۰	۸/۰٥	<۰/۰۰۰۱
۳	باعث افزایش مهارتهای تحلیل و ارزیابی نقادانه در من شد	۲/۸٤± ۰/۷٥	٦۱	۳/٥٥	<۰/۰۰۰۱
٤	محتوای دوره در طبابت و تصمیم‌گیری های بالینی مفید بود	۲/۸٥± ۰/٦۲	٦۱	٤/٤۸	<۰/۰۰۰۱
٥	مطالب آموخته شده را در حین طبابت و تصمیم گیری های بالینی به کار می برم	۲/۳± ۰/۷۷	٦۰	-۱/٥۷	۰/۱۲۰
٦	محتوای دوره کاربردی است اما در عمل شرایط بکارگیری آن مهیا نیست	۲/۷۳± ۰/۸۱	٦۱	۲/۱۹	۰/۰۳۳

نتایج تحلیل محتوای داده های حاصل از سوال دوم: موانع کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش های بالینی کدامند؟

پس از بررسی نظرات دستیاران و استخراج عبارات مربوط به مقوله اصلی [موانع کاربست EBM]، و حذف و تلخیص موارد تکراری، ۳۱ خرده مقوله استخراج شده و بر اساس اشتراکات محتوایی در ۷ مقوله میانی حجم کاری بخش، امکانات و تسهیلات، کمیّت و کیفیت آموزش‌های دریافت شده، پیگیری و پاسخگویی، نگرش حاکم بر محیط‌های بالینی، موانع مرتبط با اعضای هیات علمی و عوامل مربوط به دستیاران دسته بندی گردید (جدول ۳).

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

جدول۳: مقوله بندی موانع کاربست EBM با تحلیل محتوای نظرات دستیاران

مقوله های میانی	نظرات دستیاران (خرده مقوله ها)	دفعات تکرار موارد مشابه
حجم کاری بخش	با توجه به تعداد زیاد بیماران زمان کافی برای پرداختن به پزشکی مبتنی بر شواهد نیست	۲۲
	این روش خوب اما وقت گیر است، گاهی مقاله خوب هم پیدا کنیم اما معمولا Full text نیست	۱۵
	کار بخش سنگین است. بخش ها شلوغ هستند. آنقدر خسته ایم که دیگر فرصتی برای EBM نیست	۱٤
	تعداد زیاد بیماران، وکشیک های زیاد حتی وقتی برای خواندن کتابهای رفرنس هم باقی نمی‌گذارد	۸
امکانات و تسهیلات	در اغلب موارد امکان دانلود مقالات وجود ندارد و فقط خلاصه مقاله داریم	۱٦
	سی دی های Uptodate که قرار بود در بخش ها باشد نصب نشده است	۷
	کامپیوتر های بخش مشکل دارند. دسترسی به اینترنت و منابع اطلاعاتی و EBM کم است	۳
	در بخش های بالینی Wifi نداریم، در بخش های بالینی دسترسی به کامپیوتر و اینترنت راحت نیست	٤
کیفیت و کمیت آموزش	نبود مقالات کافی در بعضی از رشته ها، وقتی جستجو می‌کنیم چیزی که می خواهیم پیدا نمی شود	۵
	به بعضی از بحث های ضروری در دوره آموزشی کمتر پرداخته شد	۱۱
	آموزش های ارائه شده در حد مقدماتی بود و نیاز هست به طور مستمر ادامه پیدا کند	۸
	این دوره بیشتر در حد آشنایی بود اما هنوز مهارت‌های کافی را نداریم	۸
	بعضی از جلسات دوره آموزشی کاربردی نبود	۱۰
	لازم است مدتی بعد، دوره های تکمیلی برای جا افتادن و تسلط ما در این روش پیش بینی شود	۹
پیگیری و پاسخگویی	بعد از دوره هیچ برنامه ای برای پیگیری این موضوع پیش بینی نشده است	٦
	تصمیم‌گیری‌های بالینی خارج از رفرنس‌های تایید شده قابل دفاع نیست	٤
	بهتر است آموزش های بعدی در بخش و روی موارد واقعی انجام شود تا کاربردی تر و متداول شود	٤
	در هیچ بخشی از ما نمی‌خواهند که مبتنی بر شواهد تصمیم بگیریم	۹
	در آموزش بالینی و راندها باید خود اساتید از همین روش استفاده کنند و بعد از دستیاران هم بخواهند	۵
نگرش حاکم	این روش در بخش های بالینی متداول نیست، فقط در حد گذراندن یک دوره به آن نگاه می شود	۳
	بکارگیری این روش در عمل غیر واقعی به نظر می رسد	٤
	این روش هنوز در بخش های بالینی جا نیافتاده است	۷
	اساتید اعتقادی به این روش ندارند	۷
اعضای هیات علمی	حتما نیاز است خود اتندینگ بخش با موضوع درگیر شوند و دوره آموزشی در بخش ها ارائه شود	٤
	اغلب اساتید بخش با این موضوع آشنایی ندارند، از ما هم نمی خواهند	۹
	وقتی به کتاب رفرنس مراجعه می کنم خیالم راحت تر است، اساتید هم بیشتر قبول می کنند	۸
	انتظارات اعضای هیات علمی مبتنی بر رفرنس است نه مبتنی بر شواهد	۷
دستیاران	در جستجوی مقالات و ارزیابی آنها تسلط کافی ندارم	۸
	توانایی های جستجوی اطلاعات، ترجمه متون و ارزیابی آن به حد کافی در من وجود ندارد	۱۳
	این روش نیاز به پیگیری و پشتکار دارد. با توجه به مشغله بخش، تا حدی عملی نیست	۹
	مشکل زبان انگلیسی از مشکلات اصلی در پیدا کردن و نقد مقالات است	٤

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

جدول٤: مقوله بندی موانع کاربست EBM با تحلیل محتوای نظرات خبرگان

نظرات متخصصین(مقوله های میانی و خرده مقوله)	دفعات تکرار موارد مشابه
عوامل مرتبط با آموزش و توانمندسازی علمی نیروی انسانی	
■ عدم اطلاع دقیق و آشنایی اساتید بالینی با روش EBM	۸
■ عدم اطلاع سایر گروههای علوم پزشکی از این روش که در فرهنگ سازی و نوع نگرش به این موضوع موثر است	٤
■ عدم توانایی و مهارت کافی در جستجو، نقد و ارزیابی شواهد و مستندات در دانشجویان، دستیاران و اساتید	۱۰
■ عدم تقویت مهارتهای تفکر منتقدانه، یادگیری خودراهبر، جستجوی شواهد و مستندات، و ... در سالهای اولیه تحصیل پزشکی	۹
عوامل مرتبط با سیاستگذاری و مدیریت EBM	
■ سیاستگذاری دقیق و راهبردی برای پزشکی مبتنی بر شواهد دیده نشده است	۹
■ جایگاه EBM در برنامه راهبردی دانشگاه مشخص نیست	٦
■ ضعف رابطه درون بخشی بین آموزش، کاربرد و پژوهش در زمینه EBM. هر معاونت کار خود را جداگانه انجام می دهد	٦
■ عدم وجود مکانیسم های پایش و پیگیری پزشکی مبتنی بر شواهد در آموزش و درمان	۷
■ فقدان نظام مدیریت دانش بومی برای انجام پژوهش های تحلیل سیتماتیک، مرور نظام مند، کوهورت و ... در داخل کشور	۳
عوامل مرتبط با منابع مالی، امکانات و تسهیلات	
■ عدم پیش بینی بودجه و امکانات مالی برای توسعه و ترویج EBM	۸
■ نا کافی بودن و ضعف زیرساخت‌های الکترونیکی و اینترنتی نظیر سیستم های آنلاین در بخش های بالینی	٦
■ نبود پایگاه‌های اطلاعاتی حاوی پژوهش های بالینی، دارویی و تشخیصی در داخل کشور	۷
■ عدم دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی برای دانلود به مقالات کامل	٥
عوامل فرهنگی و نگرشی	
■ عدم اعتقاد به رویکردهای نوین نظیر EBM در بین خیلی از اساتید و مدیران ارشد	۹
■ متداول نبودن EBM در بخش های بالینی که باعث شده دستیاران جدید الگویی برای یادگیری نداشته باشند	۷
سایر موارد	
■ مطابق نبودن شیوه ها و رویه های علمی و حقوقی تصمیم گیری های بالینی شواهد و مستندات خارج از کشور با وضعیت داخل	۲
■ نگرانی دستیاران در مورد تبعات تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در مقایسه با شیوه های مبتنی بر کتاب رفرنس	٦
■ تعداد بیماران و حجم کار بخش بخصوص در مورد دستیاران جراحی، داخلی و بیهوشی زیاد است و وقت کافی وجود ندارد	٤
■ نبود گایدلاین های بالینی در بخش ها و یا الزام پاسخگویی برای آن	۹

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

همچنین دیدگاه ۱۰ نفر از متخصصین بالینی شرکت‌کننده در گروه‌کانونی نیز در جدول ٤ ارایه شده است‌که شامل ۱۹ خرده مقوله و ۵ مقوله میانی شامل عوامل مرتبط با آموزش و توانمندسازی علمی نیروی انسانی، عوامل مرتبط با سیاستگذاری و مدیریت، عوامل مرتبط با منابع مالی، امکانات و تسهیلات، عوامل فرهنگی و نگرشی، و سایر عوامل می‌باشد (جدول ٤).

بحث

بر اساس نتایج تحقیق حاضر موانع مرتبط با دستیاران، اعضای هیات علمی، نگرش حاکم بر بخش بالینی، حجم بالای‌کارهای بالینی و وقت ناکافی، کیفیت و کمیت آموزش‌های دریافت شده، امکانات و تسهیلات و نیز پیگیری و پاسخگویی‌های بعدی از جمله موانع کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد هستند. درمقایسه این دیدگاه‌ها با دیدگاه متخصصین و خبرگان مورد بررسی در تحقیق به نکات مشترکی بر می‌خوریم که حاکی از همسویی و همگرایی دیدگاه‌های دستیاران با متخصصین خبره است. نتایج این تحقیق با اغلب تحقیقات قبلی نیز همسو می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه فریمن و همکاران (۲۰۰۱) حد اقل ٦ عامل بر به‌کار گیری پزشکی مبتنی بر شواهد و گایدلاین‌های بالینی تاثیر دارد. این شش‌عامل شامل: تجاب فردی و حرفه ای پزشک، ارتباط پزشک بیمار، فشارهایی‌که بین پزشکان مراقبت‌های اولیه سلامت(خانواده، اطفال، پزشکی اجتماعی) و پزشکان تخصصی وجود دارد، نوع نگرش پزشک به بیمار و شواهد و مستندات، زبان تخصصی که پزشکان استفاده می‌کنند و حمایت پزشکان عمومی می‌باشند(۲۳). تحقیق قوش(۲۰۰٦) نیز حاکی‌از آن بود که بکارگیری و استمرار EBM در بخش‌های بالینی با مشکل مواجه بوده است. بر اساس تحقیقات او استراتژی‌هایی چون نصب نرم افزارهای اطلاعات درمانی و دارویی با قابلیت به روز نمودن اطلاعات، امکان استفاده از پایگاه‌های داده ای نظیر کاکران و ... را از جمله موارد ضروروی برای توسعه کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد است. همچنین او وجود مجلات مرتبط با پزشکی-مبتنی بر شواهد برای ارائه تجربیات سایر همتایان و به ویژه توسعه تفکر یادگیری مادام العمر را در ایجاد فضای مفهومی و نگرشی در این زمینه بسیار موثر می‌داند(۱۸). شاگنسی و همکاران(۱۹۹٤) مهمترین استراتژی‌هایی‌که برای تسهیل و ترویج پزشکی مبتنی بر شواهد را فرهنگ سازی و استفاده از الگوهای مناسب(Role Model) در بخش‌های بالینی به ویژه توسط افرادی‌که در پزشکی مبتنی بر شواهد مهارت و تجربه دارند بیان می‌دارد. تداوم و استمرار برنامه‌های آموزشی، بهبود ارتباط پزشک بیمار، بهبود نگرش پزشکان به پزشکی مبتنی بر شواهد است. او معتقد است برای‌کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد لازم است اطلاعات و داده‌های مفید در اختیار پزشکان قرارگیرد. و هرچه اطلاعات پزشکی معتبرتر و مرتبط‌تر در دسترس باشد زمان کمتری برای جستجوی آن صرف می‌شود و این امر میل به استفاده و بکارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد را در پزشکان بیشتر می‌کند(۱۷). یزدانی (۱۳۸٦) نیز معتقد است اگر دانش بالینی در زمان کوتاهی پس از پژوهش، بررسی، تلخیص و جمع بندی‌گردد، و با در نظرگرفتن عوامل و شرایط زمینه‌ای به‌گونه‌ای قابل فهم ارایه شده و مورد استفاده قرارگیرد، بخش عمده‌ای از خطاهای پزشکی پیشگیری می‌گردد. او همچنین عواملی چون تعدادکم مطالعات بالینی مناسب در حوزه‌ی جراحی، نقش تبحر جراح در استفاده از شواهد،کمی مقالات مروری نظام‌مند در حیطه‌ی جراحی وگاه تعصبات حرفه‌ای را از دلایل عدم توسعه جراحی مبتنی بر شواهد بیان می‌دارد(۱۹). قوش (۲۰۰۷) در مطالعه ای مروری عواملی چون امکانات و تسهیلات و منابع اختصاص داده شده، برنامه های آموزشی و میزان دانش افراد

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

را عامل موثر بر کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد می داند اما او معتقد است نه تنها برنامه درسی بلکه اساسا محیط یادگیری تاثیر زیادی در توسعه، استمرار و ماندگاری آن دارد دارد(۲۰). دیاوو (Diao) و همکاران (۲۰۰۹) در مقاله‌ای مروری بیان می‌داردکه موانع بسیاری از جمله؛ زمان ناکافی، کمبود تسهیلات، و منابع علمی محدود در رشته‌های تخصصی در مسیر کاربست پزشکی مبتنی بر شواهد وجود دارد، اما عمده ترین موانعی‌که موجب ایجاد مقاومت در کاربست و ترویج این رویکرد می شود در ۳ سطح موانع سازمانی(محدویت دسترسی به منابع و تسهیلات و زمان ناکافی)، موانع مربوط به دستیاران (انگیزه، نگرش، تمایل و ترجیح دستیاران برای استفاده از شواهد که غالبا با محدودیت هایی از سوی اتندینگ بخش نیز مواجه است) و سوم (موانع مربوط به اتندینگ‌که اغلب دانش‌و مهارت کمی در به‌کارگیری شیوه پزشکی مبتنی بر شواهد دارند) تقسیم نمود(۲۱). تحلیلی بر نتایج تحقیقات داخل و خارج از کشور و مقایسه آن با مطالعه حاضر نشان می دهد به رغم تفاوت‌هایی که در محیط و جامعه‌ی آماری تحقیقات انجام شده وجود دارد، اما گاه مجموعه مشترک و مشابهی از عوامل انسانی، مالی و فرهنگی، بر توسعه‌ی رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد موثر بوده و بر امکان کاربست آن در عرصه عمل تاثیر گذارند. چنانکه زمان ناکافی، دسترسی محدود به اطلاعات، مقاومت هایی که حاصل تقابل دیدگاهها در محیط های بالینی است و عوامل فردی از نقاط مشترکی بود که هم در مطالعه‌ی حاضر و هم تحقیقات مشابه یاد شده بدست آمد. یکی از مسایلی که در تحقیق حاضر از به ویژه از دیدگاه دستیاران بدان اشاره شد، نیاز به آموزش و توانمندسازی بیشتر و استمرار آموزش های EBM بود که در تحقیقات خارجی کمتر ذکر شده بود. این موضوع ممکن است از آنجا ناشی شود که برخی مهارت‌های پزشکی مبتنی بر شواهد نظیر طرح سوال جستجوی مقالات و نقد و ارزیابی متون، در نظام آموزش پزشکی کشورهای پیشرفته در دوره پزشکی عمومی تقویت و نهادینه شده است اما در دانشگاه‌های کشور، با توجه به جدیدبودن رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد، دانشجویان پزشکی عمومی که سال‌های قبل فارغ التحصیل شده اند و اکنون دردوره های دستیاری تحصیل می کنند با دانش و مهارت های پزشکی مبتنی بر شواهد کمتر آشنا هستند.

نتیجه گیری

آنچه از نتایج تحقیق حاضر بر می‌آید، نشان می دهد، عواملی چون محدودیت‌های امکاناتی و تسهیلاتی، وقت ناکافی، حجم زیاد کارهای بالینی، نگرش حاکم بر بخش های بالینی، ناکافی بودن دانش و مهارت استفاده از این روش در اساتید و دستیاران، کمی منابع داده و اطلاعات پزشکی در این رشته و ... از جمله عواملی است‌که گاه دسترسی به این شیوه را دور از واقعیت می‌نمایاند. با این وجود هیچ‌یک از این مشکلات نمی‌تواند ضرورت تفکر مبتنی بر شواهد به جای تصمیم‌گیری های بالینی مبتنی بر تجربه‌ی شخصی، قضاوت ذهنی و بدون پشتوانه علمی را نادیده انگارد. نکته‌ی قابل تامل آنکه، در نگاه اول بر نتایج به‌دست آمده از این تحقیق به نظر می رسد، سهم قابل توجهی از موانع، به امکانات مالی و تجهیزاتی مرتبط است، اما مقایسه‌ی نتایج تحقیق حاضر با دیگر تحقیقاتی که در دانشکده های پزشکی سراسر دنیا از جمله آمریکا، اروپا، ایران، عربستان و ... انجام شده نشان می‌دهد، اگرچه امکانات و تجهیزات عامل مهمی در توسعه‌ی پزشکی مبتنی بر شواهد می باشند، اما حتی درکشورهای پیشرفته نیز که در مقایسه با کشورهای در حال توسعه، با محدودیت‌های مالی کمتری مواجهند، مشکلات مربوط به کاربست و نهادینه سازی پزشکی مبتنی بر شواهد وجود دارد. با توجه به ماهیت نرم افزاری رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان یک رویکرد علمی و پژوهش محور در پزشکی به

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

نظر می‌رسد توسعه و نهادینه شدن آن بیش از هر عامل دیگر از نگرش‌های حاکم بر محیط و باور افراد تاثیر می‌پذیرد. اما ایجاد و تقویت این رویکرد به ویژه در سال‌های نخستین آن مستلزم تامین سخت‌افزارها، قوانین، حمایت‌های مدیران، آموزش و توانمند سازی و احساس‌مسئولیت پذیری و پاسخگویی است که مجموعه این عوامل زمینه ساز توسعه‌ی پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش های بالینی است. همچنین ارزشگذاری پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی و اعتبار بخشی می‌تواند در توسعه آن بسیار موثر باشد. لذا لازم است مجموعه اقدامات هماهنگ اعم از از اقدامات آموزشی، مدیریتی، فرهنگی، علمی، و ... در توسعه و ترویج و نهادینه سازی این رویکرد بکار گرفته شود و این امر بیش از هرچیز مستلزم ارتباطات و هماهنگی بین بخشی در دانشگاه به ویژه بین بخش‌های آموزشی، پژوهشی، درمانی و بهداشتی است.

نقاط قوت و محدودیت های مطالعه: شایان ذکر است، این تحقیق تنها در یک دانشگاه علوم پزشکی کشور انجام شده و صرفا دیدگاه دستیاران سال اول بخش‌های بالینی مورد تحلیل قرار گرفته است. از این رو اگرچه به عنوان یکی از اولین پژوهش‌هایی که به موضوع کاربست آموزه‌های نظری پزشکی مبتنی بر شواهد در عرصه‌ی عمل پرداخته است و می تواند تصویری از برخی مشکلات و موانع توسعه و ترویج رویکرد مبتنی بر شواهد در بخشهای بالینی را نشان دهد و از نظر بسط مفهومی موضوع نیز تا حدی راه گشا باشد، اما از آنجا که زیرساختها، شرایط و امکانات، فرهنگ، و نیر سابقه‌ی فعالیت‌های مرتبط با آموزش و توسعه‌ی پزشکی مبتنی بر شواهد در دانشگاه های علوم پزشکی کشور متفاوت است، نتیجه گیری قطعی در این باره نیازمند انجام پژوهش های تکمیلی دیگری است. همچنین به نظر می رسد انجام تحقیقات مشابه از دیدگاه دستیاران بالینی سال‌های آخر بتواند جوانب دیگری از موانع و مشکلات که در این پژوهش لحاظ نشده را نشان دهد. با توجه به آنکه تحقیق حاضر با رویکرد کیفی و مبتنی بر تجربه زیسته دستیاران و متخصصین بالینی تدوین شده است، گویه های استخراج شده در جداول انتهایی می‌تواند به عنوان مبنای پرسشنامه هایی برای سنجش و وزن دهی کمّی به هریک از موانع بیان شده در بررسی های آتی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه‌ی دستیاران بالینی ورودی مهرماه ۱۳۹۱ شرکت کننده در دوره EBM که به رغم مشغله کاری در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند، سپاسگزاریم. همچنین این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پزشکی به شماره طرح تحقیقاتی ۶۷۰۳ – ۹۲ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد که از زحمات مجموعه معاونت پژوهشی دانشگاه نیز قدردانی می‌شود.

References

1- Dickersin K, Straus S. E, Bero L. A. Evidence based medicine: Increasing, not dictating, choice. British Medical Journal, 2007; 334(Suppl 1), s10.

2- Greenhalgh T, Donald A. Evidence based health care workbook. London: BMJ Publications; 2000.

3- Finkel M. L, Brown H. A, Gerber L. M, Supino P. G. Teaching evidence-based medicine to medical students. *Medical Teacher*.2003; 25(2), 202-204.

4- Montori V. M, Guyatt G. H. Progress in evidence-based medicine. Journal of American Medical Association,2008; 300(15), 1814-1816.

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

Doi:10.1001/JAMA.300.15.1814

5- Bordley D. R, Fagan M, Theige D. Evidence-based medicine: A powerful educational tool for clerkship education. *The American Journal of Medicine,* 1997; 102(5), 427-432.

6- Barnett S. H, Smith L. G, Swartz M. H. Teaching evidence-based medicine skills to medical students and residents. *International Journal of Dermatology*. 1999; 38(12), 893-894. Doi:10.1046/j.1365-4362.1999.00844.x

7- Mi M. Evidence Based Medicine Teaching in Undergraduate Medical Education: A Literature Review. *Evidence Based Library and Information Practice*. 2012; Vol 7, No 3

8- Wadland W. C, Barry H. C, Farquhar L, Holzman C, White A. Training medical students in evidence-based medicine: A community campus approach. *Family Medicine*. 1999; 31(10), 703-708. Retrieved 17 Jul. 2012

9- Barnett S. H, Kaiser S, Morgan L. K, Sullivant J, Siu A, Rose D, Rico M, Smith L, Schechter C, Miller M, Stagnaro-Green A. An integrated program for evidence-based medicine in medical school. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2000; 67(2), 163-168.

10- Dorsch J. L, Aiyer M. K, Meyer L. E. Impact of an evidence-based medicine curriculum on medical students' attitudes and skills. *Journal of the Medical Library Association*. 2004; 92(4), 397-406.

11- West C. P, Jaeger T. M, McDonald F. S. Extended evaluation of a longitudinal medical school evidence-based medicine curriculum. *Journal of General Internal Medicine*. 2011; 26(6), 611-615. Doi:10.1007/s11606-011-1642-8

12- Srinivasan M, Weiner M, Breitfeld P. P, Brahmi F, Dickerson K. L, Weiner G. Early introduction of an evidence-based medicine course to preclinical medical students. *Journal of General Internal Medicine*. 2002; 17(1), 58-65.

13- Holloway R, Nesbit K, Bordley D, Noyes K. Teaching and evaluating first and second year medical students' practice of evidence-based medicine. *Medical Education*. 2004; 38(8), 868-878.

14- Schilling K, Wiecha J, Polineni D, Khalil S. An interactive Web-based curriculum on evidence-based medicine: Design and effectiveness. *Family Medicine*. 2006; 38(2), 126-132.

15- Aronoff S. C, Evans, B, Fleece D, Lyons P, Kaplan L, Rojas R. Integrating evidence based medicine into undergraduate medical education: combining online instruction with clinical clerkships. *Teaching & Learning in Medicine*. 2010; 22(3), 219-223.

16- Ghali W. A, Saitz R, Eskew A. H, Gupta M, Quan H, Hershman W. Y. Successful teaching in evidence-based medicine. *Medical Education*. 34(1), 18-22.

17- Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *J Fam Pract*. 1994;39:489-499

18- Ghosh A. K, Evidence-based Medicine in Clinical Practice. *Kerala Journal of*

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

Ophthalmology. 2006; 3: 234-240

19- Yazdani Sh, Evidence Based Surgery. *Journal of Iranian Surgery*, 2007; 15(4):1-6 [Persian]

20- Ghosh AK. Clinical application and update on evidence based medicine. *JAPI*. 2007;55: 787-94.

21- Diao D, Galm B, Shamon S. Evidence Based Medicine: An Introduction for Medical Students, *UBCMJ*. September 2009; 1(1): 16-18

22- Bazargan A, Introducing on qualitative research in behavioural sciences, Tehran: Didar, 2008

23- Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: quantitative study. *BMJ*. 2001;323:1-5

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]

The Review of Barriers to Implementation and Institutionalization of Evidence-Based Medicine in Clinical Wards from Residents and Clinical Attending Attending Physicians Viewpoints

Karimian Z[1], Kojouri J[2], Sagheb MM[3]

[1]Center of Excellence for Electronic Learning in Medical Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[2] Education Development Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[3]Education Affairs, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Corresponding Author: Karimian Z, Center of Excellence for Electronic Learning in Medical Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Email: z_karimian_z@yahoo.com
Received: 24 Feb 2015 ***Accepted:*** 10 Aug 2015

Background and Objective: In recent years, many efforts are made in education and development of evidence-based medicine at medical sciences universities. Many different methods are used in training and empowering clinical assistants, medical students and general practitioners in Iran and other countries, but despite their positive effects on increasing knowledge, skills, and attitudes of learners there are not notable and sustainable effects on evidence-based medicine establishment. The present study aimed to investigate the barriers to implementation and institutionalization of evidence-based medicine in clinical wards.

Materials and Methods: This study was a qualitative approach using content analysis of clinical assistants and medical education experts' viewpoints who participated in EBM courses. The current status of EBM implementation was determined using a questionnaire and then experts were asked to mention the barriers of applying the EBM in real environments. The viewpoints of a group of experts consisted of 10 clinical faculty members and clinical assistants who participated in focus group study were classified by quantitative and qualitative content analysis.

Results*:* After analyzing the residents and faculty members' viewpoints, barriers to implementation of evidence-based medicine in clinical settings from their perspective were classified into 31 items and 7 components included facilities, quality of training, tracking and accountability, clinical environment, and factors related to faculty members and clinical assistants. A summary of 10 faculty members' viewpoints was classified into19 items and 5 factors.

Conclusion*:* The development and institutionalization of evidence-based medicine is affected by environmental and individuals attitudes in clinical wards. However, developing this approach requires ameliorating hardware facilities, rules, management support, education and empowerment, responsibility and accountability which also affect one another.

Keywords: Evidence-based medicine, Barriers, Application, Clinical wards

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.7.5]