

# روایی و پایایی ابزار سنجش نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به طبابت مبتنی بر شواهد (EBM)

مهشید لویزه\*، جلیل کوهپایه زاده

## چکیده

**مقدمه:** پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده درست از بهترین شواهد موجود در تصمیم‌گیری درباره مراقبت از هر بیمار و تلفیق تجارب بالینی فردی با بهترین شواهد بالینی در دسترس و به دست آمده از پژوهش‌های نظام‌مند است. هدف از پژوهش حاضر بررسی روایی و پایایی ابزار سنجش نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به "طبابت مبتنی بر شواهد" در پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود.

**روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی با روش نمونه‌گیری در دسترس، کل پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۲ (۸۰ نفر) وارد مطالعه شدند. پس از ترجمه پرسشنامه سنجش نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به "طبابت مبتنی بر شواهد بوم (Baum)" به زبان فارسی و تایید ترجمه، پرسشنامه بین پزشکان توزیع شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** پایایی از بعد همسانی درونی برای کل سؤالات بالاتر از ۰/۷ بود. شاخص روایی محتوایی (CVI) ۰/۷۸۹ و نسبت روایی محتوایی (CVR) ۰/۷ به دست آمد. در بررسی روایی سازه، ۷۱/۹۷ درصد از واریانس با دو عامل نگرش و عملکرد تبیین گردید. ضریب آلفای کرونباخ در حیطه نگرشی ۰/۳۹۶ و در حیطه خود اظهاری مهارتی ۰/۹۳۴ بود و ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۷۸۴ بود. بیش‌تر پزشکان استفاده روزمره از EBM را مفید می‌دانستند. در خود اظهاری عملکردی نیز بالاترین مهارت مربوط به طراحی سؤال برای یک وضعیت بالینی و کم‌ترین مهارت مربوط به جستجو و یافتن یک مقاله در کم‌تر از ۵ دقیقه بود.

**نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی پرسشنامه سنجش نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به EBM دارای روایی و پایایی لازم می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** پایایی، روایی، پزشکی مبتنی بر شواهد، پزشک عمومی، نگرش

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهمن ۱۳۹۳؛ ۱۴(۱۱): ۹۹۸ تا ۱۰۰۶

## مقدمه

داده‌اند که حاصل شکاف بین تولید علم و کاربرد آن و به عبارت دیگر نادیده گرفتن نتایج پژوهش‌های علمی در ارائه مراقبت‌هاست. در دهه‌های اخیر راهکاری برای جستجو، ارزیابی نقادانه و کاربرد نتایج پژوهش‌ها به وجود آمده است که اصطلاحاً "پزشکی مبتنی بر شواهد" (Evidence Based Medicine) و به اختصار EBM گفته می‌شود. پزشکی مبتنی بر شواهد در دهه ۹۰ توسط گویات (Guyatt) و همکارانش از دانشگاه مک مستر مطرح شد (۱). پزشکی مبتنی بر شواهد، توانایی و مهارت

مطالعات زیادی در دنیا اختلاف عملکرد (در ابعاد مختلفی همچون: ارائه مراقبت‌ها، انتخاب اقدامات تشخیصی، پیشگیری، درمانی و پیگیری) را بین افراد بالینی در پهنه‌های جغرافیایی مختلف و انواع بیماری‌ها نشان

\* نویسنده مسؤول: مهشید لویزه، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز بهداشت غرب تهران، تهران، ایران. mahshidlavizeh@yahoo.com  
دکتر جلیل کوهپایه‌زاده (دانشیار)، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (jkuhpayeh@yahoo.com)  
تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۵/۲۹، تاریخ اصلاحیه: ۹۳/۹/۱۶، تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲۹

همچنین آنالیز نتایج مطالعات و یافتن بهترین راه برای درمان بیمارانشان نظر می‌دهند، می‌تواند معیاری در جهت نیازسنجی‌های آموزشی در راستای کاربردی تر کردن پزشکی مبتنی بر شواهد در قالب برگزاری دوره‌ها و کارگاه و یا بازآموزی‌های آموزشی باشد. با توجه به اهمیت این موضوع وجود ابزاری دقیق و معتبر جهت ارزیابی وضعیت پزشکان در مورد نگرش و مهارت آنها در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد بسیار مهم است. پرسشنامه سنجش نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به طبابت مبتنی بر شواهد (EBM) توسط دکتر بوم (Baum) در سال ۲۰۰۳ با ۱۶ سؤال طراحی شده است (۷). و از آنجا که تاکنون به فارسی ترجمه نشده است، به منظور در دست داشتن ابزار سنجشی معتبر مطالعه حاضر به بررسی روایی و پایایی پرسشنامه نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران پرداخت.

### روش‌ها

پژوهش حاضر، یک پژوهش توصیفی بود. جامعه مورد مطالعه پزشکان عمومی شاغل در مرکز بهداشت شمال غرب و غرب تهران زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. با روش نمونه در دسترس در سال ۱۳۹۲ (سرشماری)، تعداد ۸۰ نفر پزشک عمومی وارد مطالعه شدند.

روش اجرای کار به این صورت بود که ابتدا به منظور استفاده از نسخه اصلی پرسشنامه بوم، مجوز از نویسنده از طریق ایمیل دریافت و تحت نظارت استاد راهنما به زبان فارسی ترجمه شد، سپس توسط فردی مسلط به زبان انگلیسی برگردانده و با پرسشنامه اصلی توسط دو استاد تطبیق داده شد و شکاف موجود در تطابق اصلاح گردید. پس از آن تهیه معرفی‌نامه از گروه آموزش پزشکی به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم

پزشک در استفاده و ادغام بهترین شواهد روز که از پژوهش‌های بالینی تکرارپذیر و بدون سوگیری حاصل شده باشد، با ترجیحات و شرایط بیمار است (۳ تا ۲) و می‌کوشد زبانی علمی و مشترک برای پزشکان به وجود آورد و از تلفیقی بین بهترین دانش موجود شاهد یا (Evidence) با تجربه بالینی و ارزش‌های بیمار استفاده کند (۴ تا ۵). به عبارت دیگر پزشکی مبتنی بر شواهد کاربرد تفکر نقادانه در پزشکی است که به شکل فعال قصد دارد اطلاعات به دست آمده از مشاهده، تجربه و تعقل را تحلیل کرده و ادعاهای مطرح شده را ارزیابی کند و کاربرد آن گزاره‌ها را در تصمیم‌گیری‌ها نشان دهد. در این میان مطلوبیت پیامدهای بالینی از دیدگاه بیمار و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بیماری و مداخلات تشخیصی و درمانی به بهترین نحو با یکدیگر تلفیق می‌شوند (۶).

پنج گام پزشکی مبتنی بر شواهد اولین بار در سال ۱۹۹۲ معرفی شدند (۷) که عبارتند از ۱- برگردان عدم قطعیت به قالب یک سؤال پاسخ پذیر در تصمیم‌گیری‌های بالینی، ۲- بازیابی نظام‌مند بهترین شواهد موجود، ۳- ارزیابی نقادانه شواهد از نظر روایی، ارتباط بالینی و کاربردی بودن، ۴- به کارگیری نتایج در طبابت و ۵- ارزیابی عملکرد.

مطالعات نشان می‌دهد که پزشکان با اصطلاحات پزشکی مبتنی بر شواهد از جمله: خطر نسبی، خطر مطلق، نسبت شانس آشنایی ندارند (۳). از این رو پس از تکوین مفهوم و گسترش عملیاتی پزشکی مبتنی بر شواهد که به منظور تحکیم مبانی علمی مداخلات پزشکی انجام گرفت، گسترش آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد گام بعدی در جهت اعتلای آموزش پزشکی و همانا ارتقای سلامت جامعه بود (۴).

بررسی نگرش و خود اظهاری عملکرد پزشکان در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد و آنچه خود در مورد توانایی‌هایشان در طرح سؤال بالینی، جستجوی مقالات و

۰/۶۲ در نظر گرفته شد، که اساس تصمیم‌گیری در مورد هر سؤال بود، به این ترتیب که:

- پذیرش سؤالاتی که CVR آنها مساوی یا بیش‌تر از ۰/۶۲ بود.

- پذیرش سؤالات همراه با تصحیح که CVR آنها بین صفر تا ۰/۶۲ بود و میانگین عددی آنها بیش‌تر از ۱/۸ بود که نشان‌دهنده آن بود که بیش از ۵۰٪ اعضا گزینه "ضروری است" را انتخاب کرده‌اند.

- رد سؤالاتی که CVR آنها کم‌تر از ۰/۶۲ بود و میانگین عددی آنها کم‌تر از ۱/۸ بود که نشان‌دهنده آن بود که کم‌تر از ۵۰٪ اعضا گزینه "ضروری است" را انتخاب کرده‌اند.

محاسبه میانگین CVR: هر آیت را بر اساس طیف سه قسمتی "ضروری است، ۲ امتیاز" و "ضرورتی ندارد، صفر امتیاز" و مفید است اما ضرورتی ندارد، ۱ امتیاز" نمره داده و میانگین گرفته شد.

این پرسشنامه دارای دو بخش نگرش و خودارزیایی عملکرد است. بخش اول به نگرش پزشکان در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد می‌پردازد و شامل ۹ سؤال است. گزینه فهرست درجه‌بندی شده براساس مقیاس لیکرت شامل (کاملاً موافقم (۴ امتیاز)، موافقم (۳ امتیاز)، مطمئن نیستم (۲ امتیاز)، مخالفم (۱ امتیاز) و کاملاً مخالفم (صفر امتیاز) تعیین شده است. بخش دوم شامل ۷ پرسش در مورد عملکرد پزشکان در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد می‌باشد که براساس مقیاس لیکرت: بی تجربه (صفر امتیاز)، مبتدی (۱ امتیاز)، متوسط (۲ امتیاز)، خوب (۳ امتیاز) و مجرب (۴ امتیاز) بررسی نگرش و عملکرد در هر حیطه با توجه به تعداد سؤالات و حداکثر امتیازها برای گزینه‌های مربوط محاسبه شد.

داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه‌ها در برنامه SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای سنجش پایایی ثبات از روش test-re test و همبستگی پیرسون، پایایی از بعد همسانی درونی از روش آلفای

پزشکی ایران و متعاقب آن با در دست داشتن معرفی نامه به مراکز بهداشتی - درمانی غرب و شمال غرب تهران مراجعه شد. با هماهنگی‌های صورت گرفته، محقق در جلسه ماهانه پزشکان حضور یافته و در مورد پژوهش و این که تمام اطلاعات پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد ماند توضیحاتی ارائه نمود. فرم رضایت شرکت در این پژوهش توزیع و توسط پزشکان تکمیل شد. قبل از استفاده از پرسشنامه اصلی، روایی محتوایی از دوبعد نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی بررسی شد. نسبت روایی محتوایی به بررسی ضرورت و مفید بودن هر دو سؤال و شاخص روایی محتوایی به بررسی سادگی، شفافیت و ارتباط می‌پردازد. اعتبار محتوایی از دو جنبه ضریب نسبت اعتبار محتوایی و شاخص اعتبار محتوایی بررسی شد. جهت روایی محتوایی صورتی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین آشنا با آموزش بالینی قرار گرفت و بررسی شد. همچنین پرسشنامه به صورت مطالعه پایلوت روی ۱۰ نفر از دستیاران که مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، توزیع شد و روایی و پایایی آن مورد سنجش اولیه قرار گرفت و اشکالات احتمالی جهت کاربرد نهایی اصلاح و رفع گردید.

در بررسی روایی محتوایی از روش پیشنهادی لاوشه استفاده شد (۸)؛ سپس در بین جمعیت مورد مطالعه (به غیر از ۱۰ نفر پایلوت) توزیع شده و مجدداً روایی سازه و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی که نشان می‌دهد آیا ابعدی که پرسشنامه اصلی اندازه می‌گیرد در نسخه فارسی هم به همان صورت می‌باشد یا خیر استفاده شد (۹ تا ۱۰). در خصوص کفایت نمونه‌گیری از آزمون KMO and Bartlett's test of sphericity استفاده شد (۱۱).

با توجه به این که تعداد اساتید متخصص نظر دهنده ۱۰ نفر بودند، طبق جدول لاوشه حداقل میزان قابل قبول

کرونباخ و در بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده شد و تحلیل مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس در تحلیل عاملی به کار رفت.

پرسشنامه را تکمیل کردند. میزان پاسخ‌گویی ۹۲٪؛ برخی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول یک نشان داده شده است.

از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف K-S جهت بررسی نرمال بودن جامعه استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، توزیع نرمال بود. مشخصات جمعیتی نمونه مورد پژوهش در جدول ۱ آمده است.

## نتایج

تعداد ۸۰ نفر از پزشکان شاغل در مراکز بهداشت غرب و شمال غرب وارد مطالعه شدند که ۷۴ نفر از ایشان

جدول ۱: مشخصات جمعیتی نمونه مورد پژوهش

متغیرها	تعداد(درصد)
جنسیت	مرد ۲۶(۳۵/۱)
	زن ۴۸(۶۴/۹)
سن	کمتر از ۳۰ ۱۴(۱۸/۹)
	۳۰-۳۵ ۱۷(۲۳)
	۳۵-۴۰ ۱۲(۱۶/۲)
	۴۰-۴۵ ۱۶(۲۱/۶)
	بیشتر از ۴۵ ۱۵(۲۰/۳)
دوره آموزشی EBM	گذرانده ۲۲(۲۹/۷)
	نگذرانده ۵۲(۷۰/۳)
سابقه کار	کمتر از ۵سال ۳۱(۴۱/۹)
	۱۰-۵سال ۱۶(۲۱/۶)
	بیشتر از ۱۰سال ۲۷(۳۶/۵)

بررسی نسبت روایی محتوایی، سؤالاتی که CVR آنها مساوی یا بیشتر از ۰/۶۲ بود (مورد پذیرش)، CVR بین صفر تا ۰/۶۲ و میانگین عددی بیشتر از ۱/۱ (پذیرش همراه با تصحیح) و CVR کمتر از ۰/۶۲ و میانگین عددی کمتر از ۱/۱ (رد سؤال) بود، انجام شد و در نهایت نسبت روایی محتوایی (CVR) ۰/۷ به دست آمد و سؤالات ۳ و ۲ و ۴ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۳ و ۱۴ اصلاح و مورد پذیرش قرار گرفت.

آزمون Bartlett's test of sphericity معنی دار بوده و نشان داد که همبستگی موجود بین سؤالات و ماتریکس همبستگی، ماتریکس واحدی نیستند ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و  $\chi^2 = ۲۱۱/۷۵۵$ . نتایج تحلیل عاملی مؤلفه اصلی برای

بررسی روایی محتوایی، متوسط شاخص روایی محتوایی (CVI) ۰/۷۹۸ را نشان داد (از بعد شفافیت ۰/۸۰، ارتباط ۰/۸۱ و سادگی ۰/۷۷) و سؤالات ۳ و ۴ و ۵ و ۱۲ اصلاح و مورد پذیرش قرار گرفت. سؤال ۳ پرسشنامه "اجرا مقالات" به "به‌کارگیری نتایج مقالات" تغییر یافت و CVI از ۰/۶۷ به ۰/۷ ارتقا یافت. سؤال ۴ پرسشنامه "مطرح می‌شود" به "می‌توانید مطرح کنید" تغییر یافت و CVI از ۰/۶۳ به ۰/۶۸ ارتقا یافت. سؤال ۵ پرسشنامه "مهم است" حذف و "اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد اهمیت دارد" اضافه شد CVI از ۰/۵ به ۰/۷ ارتقا یافت. سؤال ۱۲ پرسشنامه "فرم" حذف شد و CVI از ۰/۶۷ به ۰/۷ ارتقا یافت.

پرسشنامه ۱۶ سؤالی با دو عامل نگرش و عملکرد نسبت به EBM استخراج شد. با توجه به این که شاخص  $\alpha = 0/736$  kmo به دست آمده و به یک نزدیک است بنابراین نمونه‌گیری از کفایت لازم بر خوردار بود. همچنین مقدار sig آزمون بارتلت کوچکتر از  $0/05$  به دست آمد، که نشان می‌دهد ماتریس واحد نیست و می‌توان تحلیل عاملی را برای شناسایی ساختار به کار برد.

پس از استخراج عوامل، ۴ عامل با مقادیر ویژه بالاتر از ۱ به دست آمد که  $624/68$ ٪ از کل واریانس را پوشش داد. تحلیل عاملی تأییدی با چرخش Direct Oblimin دو عامل را با مقادیر ویژه بیشتر از ۱ نشان داد که  $52/11$ ٪ واریانس را توصیف می‌کند. اسامی عوامل حفظ شدند و محور سؤالات تغییر نیافت.

جهت بررسی پایایی ثبات از همبستگی پیرسون استفاده شد و ضریب همبستگی بین نگرش پزشکی که دوره آموزشی را گذرانده‌اند و آنهایی که نگذرانده‌اند  $0/352$  (sig= $0/011$ ) و بین عملکرد پزشکی که دوره آموزشی

گذرانده‌اند و آنهایی که نگذرانده‌اند  $0/454$  (sig= $0/001$ ) به دست آمد. بنابراین سؤالات مربوط به نگرش و عملکرد پزشکان از پایایی ثبات برخوردار بود.

در مطالعه پایلوت ضریب الفای کرونباخ برای کل سؤالات  $0/784$  بود. این ضریب با حذف سؤال ۴ به  $0/816$ ، با حذف سؤالات ۷، ۵، ۴، ۶ به  $0/857$  افزایش یافت. آلفای کرونباخ در بخش نگرشی پرسشنامه  $0/396$  و در بخش خوداظهاری مهارتی  $0/934$  بود.

میانگین نگرش پزشکان در مورد EBM براساس مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت  $3/48$  و میانگین عملکرد پزشکان در مورد EBM براساس مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت  $2/98$  بود. همچنین بیشتر پزشکان ( $86/5$ ٪) استفاده روزمره از EBM را مفید می‌دانستند. در خوداظهاری عملکردی نیز بالاترین مهارت ( $35/2$ ٪) مربوط به طراحی سؤال برای یک وضعیت بالینی و کمترین مهارت  $29/8$ ٪ مربوط به جستجو و یافتن یک مقاله در کم‌تر از ۵ دقیقه بود (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی نسبی و مطلق نحوه نگرش نسبت به EBM

میانگین و انحراف معیار	مخالف و کاملاً مخالف	نظری ندارم	موافق و کاملاً موافق	سؤالات مربوط به نحوه نگرش
$2/729 \pm 0/531$	( $0$ )	$31/1$ ٪ $33$	$69$ ٪ $51$	پزشکی مبتنی بر شواهد روشی عملی برای مراقبت روزمره بیماران است
$3/931 \pm 0/448$	( $0$ )	$13/5$ ٪ $10$	$86$ ٪ $74$	استفاده روزمره از پزشکی مبتنی بر شواهد می‌تواند مفید باشد.
$2/418 \pm 1/980$	$20$ ٪ $27$	$24/3$ ٪ $18$	$48/7$ ٪ $36$	به‌کارگیری نتایج مقالات تحقیقاتی در کلینیک و مطب بسیار وقت‌گیر و زمانبر است
$2/097 \pm 0/954$	$45$ ٪ $60/9$	$22/1$ ٪ $12$	$23$ ٪ $17$	برای بیمارانی که به مطب شما مراجعه می‌کنند، به ندرت سؤالات مناسبی جهت درمان یا تشخیص مطرح می‌شود
$3/864 \pm 0/647$	$1$ ٪ $1/4$	$24/3$ ٪ $18$	$74/3$ ٪ $55$	مهم است که پزشکی مبتنی بر شواهد بر مبنای یک برنامه منظم اجرا شود
$3/121 \pm 0/859$	$20$ ٪ $27$	$38/7$ ٪ $28$	$35/2$ ٪ $26$	سؤال بالینی را با استفاده از کتاب و همکاران بسیار سریع‌تر از پزشکی مبتنی بر شواهد می‌توان پاسخ داد
$3/864 \pm 0/647$	$8$ ٪ $9/8$	$70/3$ ٪ $52$	$18/2$ ٪ $14$	پزشکی مبتنی بر شواهد به مثابه کتاب آشپزی پزشکی است
$4/027 \pm 0/640$	$1$ ٪ $1/4$	$14/9$ ٪ $11$	$62$ ٪ $57$	استفاده از فیلترهای جستجو می‌تواند سرعت یافتن یک مقاله تحقیقی را بهبود بخشد
$3/648 \pm 0/850$	$5$ ٪ $6/8$	$35/1$ ٪ $26$	$58/1$ ٪ $43$	استفاده از فیلترهای جستجو می‌تواند کیفیت یک مقاله تحقیقی را بهبود بخشد

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار و درصد خود اظهاری مهارتی نسبت به EBM و رتبه سؤالات خود اظهاری عملکردی

میانگین و انحراف معیار	خوب و ماهر	متوسط	نوآموز و مبتدی	سؤالات مربوط به میزان مهارت
۲/۸۶۴±۱/۰۱۱	(/۲۴/۶) ۱۸	(/۵۴/۹) ۳۴	(/۲۹/۸) ۲۲	جستجو و یافتن یک مقاله را در کم‌تر از ۵ دقیقه می‌توانید انجام دهید
۲/۸۳۷±۰/۹۷۹	(/۲۱/۷) ۱۶	(/۴۷/۳) ۳۵	(/۳۱) ۲۳	تحلیل اطلاعات در یک مقاله را می‌توانید ارزیابی و طبقه‌بندی کنید
۳/۱۷۵±۱/۰۲	(/۳۵/۲) ۲۶	(/۴۵/۹) ۳۴	(/۱۸/۹) ۱۴	می‌توانید یک سؤال برای یک وضعیت بالینی طراحی کنید
۲/۹۱۸±۰/۹۸۹	(/۲۰/۳) ۱۵	(/۵۵/۴) ۴۱	(/۲۴/۳) ۱۸	می‌توانید یک سؤال بالینی قابل جستجو را طراحی کنید.
۲/۸۷۸±۰/۹۰۵	(/۲۱/۶) ۱۶/۶	(/۵۰) ۳۷	(/۲۴/۴) ۲۱	کیفیت یک مطالعه درمانی را می‌توانید ارزیابی کنید
۳/۱۸۹±۱/۰۰۲	(/۳۳/۸) ۲۵	(/۵۰) ۳۷	(/۱۶/۲) ۱۲	بهترین مقالات مرتبط با هدف‌تان را می‌توانید از بین یک سری مقالات موجود انتخاب کنید
۳/۰۴±۰/۹۹۹	(/۲۸/۴) ۲۱	(/۵۰) ۳۷	(/۲۱/۶) ۱۶	برای دریافت مقالات تحقیقاتی می‌توانید از فیلترهای جستجو استفاده کنید

## بحث

طب مبتنی بر شواهد (EBM) روشی برای بهره‌مندی از دانش پزشکی موجود در ارائه بهتر و اثر بخش تر مراقبت‌ها است (۱۲). وجود ابزاری دقیق و معتبر جهت ارزیابی وضعیت پزشکان در مورد نگرش و مهارت آنها در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد بسیار مهم است. یک ابزار سنجش نگرش و عملکرد معتبر و پایا منجر به دستیابی به نیازهای آموزشی پزشکان در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد خواهد شد که نتیجه‌گایی آن تشخیص و درمان به روز و علمی بیماران توسط پزشکان و ارتقای بهداشت و سلامت عمومی جامعه است (۱۳ تا ۱۴). طبق نتایج مطالعه ولف (Wulff)، روش مناسبی که می‌توان در سنجش انتخاب کرد این است که از افراد شرکت‌کننده بخواهیم بصورت خوداظهاری، توانایی‌های خود در اجرای عملی این مفاهیم پایه‌ای و ساختاری در مراقبت از بیمارانشان را تشریح کنند (۱۵).

در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه سنجش نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) باوم، از بعد همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد که برای کل سؤالات بالاتر از ۰/۷ بود که می‌توان نتیجه گرفت که از پایایی قابل قبولی برخوردار

است (۱۶). در بررسی پایایی ثبات نیز با توجه به نتایج به دست آمده سؤالات مربوط به نگرش و عملکرد پزشکان از پایایی ثبات برخوردار بود. در نسخه اصلی پرسشنامه باوم (Baum) آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸ بوده که به پایایی محاسبه شده در مطالعه حاضر نزدیک است (۷). در مطالعه العمری (Al-Omari) و همکار نیز که در بین پزشکان مشاور پرسشنامه خود ارزیابی در خصوص آگاهی و عملکرد ایشان در مورد EBM؛ طراحی و اعتبارسنجی شد، پایایی آن ۰/۷۶ به دست آمد (۱۷) و در مطالعه استانک (Stanek) و همکاران نیز پرسشنامه‌ای به منظور بررسی نگرش مربیان ورزشی در خصوص مراقبت مبتنی بر شواهد طراحی شد که پایایی آن ۰/۷۵ گزارش شد (۱۸).

در مطالعه حاضر بیش‌تر پزشکان استفاده روزمره از EBM را مفید و آن را روشی عملی برای مراقبت روزمره بیماران می‌دانستند. در خود اظهاری عملکردی نیز بالاترین مهارت مربوط به طراحی سؤال برای یک وضعیت بالینی و کم‌ترین مهارت (در حد مبتدی یا نوآموز) مربوط به جستجو و یافتن یک مقاله در کم‌تر از ۵ دقیقه بود. در مطالعه اعتبار سنجی که توسط یانگ (Young) و همکارانش انجام گرفت، به طور کلی نگرش‌ها

در تمایل به اجرای EBM بهبود افزایش کمی دیده شد (۲۷). همچنین این نتیجه با یافته‌های مطالعه مک کلاسی (Mc Kluskey) و تیلور (Taylor) مطابقت داشت، نتایج تحقیق آنان نشان داد تغییر در عملکرد شرکت کنندگان پس از برگزاری کارگاه آموزشی در مقایسه با گروه کنترل معنادار نبود (۲۸ تا ۲۹).

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و خوداظهاری عملکرد نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) باوم (Baum) در جامعه پزشکان عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران ابزاری معتبر و پایا می‌باشد و ساختار کلی پرسشنامه مورد تأیید است. انجام تحقیقات بیشتر برای به‌کارگیری آن در سایر مناطق کشور و گروه‌های مختلف دیگر توصیه می‌شود.

### قدردانی

از استاد فرهیخته جناب آقای دکتر جلیل کوهپایه‌زاده به پاس حمایت‌های علمی ارزشمندشان، سرکار خانم دکتر لیلی زاهدی و سرکار خانم زهرا نقی‌زاده به پاس راهنمایی‌های راه‌گشایشان، معاونت آموزشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، واحد آموزش سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مراکز بهداشت غرب و شمال غرب تهران صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد مثبت بود (۱۹). همچنین در سایر مطالعات صورت گرفته نگرش دانشجویان نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد مثبت ارزیابی شده است (۲۰ تا ۲۳). در مطالعه کاسپی (Caspi) و همکاران نیز بالاترین مهارت مربوط به استفاده از روش‌های متدولوژیک و مرتبط کردن آن با مراقبت بیماران عنوان شده است (۲۴).

در مطالعه العمری حدود ۶۰٪ پزشکان اعلام کرده بودند که آموزش مشخص و مدونی در زمینه روش تحقیق ندیده‌اند و حدود ۵۹٪ نیز در خصوص روش‌های ارزیابی منتقدانه دوره‌ای نگذرانده بودند (۱۸). در مطالعه حاضر نیز حدود ۷۰/۳٪ پاسخ دهندگان دوره‌ای در این زمینه نگذرانده بودند.

در مطالعه جی سی چان (Chan) نیز در مالزی ۶/۷٪ افراد، در زمان مواجه با یک مشکل پزشکی استفاده از یک پزشک خانواده، رهنمودهای طب بالینی سی پی جی و یا مراجعه به کتب مرجع را در اولویت می‌دانستند (۲۵) که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد چرا که بیشتر پزشکان (۳۷/۸٪) در مورد این سؤال که "سؤال بالینی را با استفاده از کتاب و همکاران بسیار سریع‌تر از پزشکی مبتنی بر شواهد می‌توان پاسخ داد"، نظری ندارند (به این معنی که مطمئن نیستند) را انتخاب کردند. در مطالعه تریسی (Tracy) در ۲۰۰۳ نیز نظرات پزشکان با این دو مطالعه مطابقت داشت (۲۶).

در مطالعه حاضر بیشتر پزشکان (۴۸/۷٪) معتقد بودند که به‌کارگیری نتایج مقالات تحقیقاتی در کلینیک و مطب بسیار وقت‌گیر و زمان‌بر است. در مطالعه راب کوک (Kok) نیز

### منابع

1. Sackett DL. Using evidence based medicine to help physicians keep up – to-date. *Serials*. 1996; 9(2): 178-181.
2. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ* 1995; 310(6987): 1085-6.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312(7023): 71-2.
4. Omid A, Adibi P, Bazrafcan L, Jouhari Z, Shakour M, Changiz T. [Best Evidence Medical Education (BEME): Concepts and Steps]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 12(4): 297-307. [Persian]

5. Lai NM, Teng CL. Self -perceived competence correlates poorly objectively measured competence in Evidence Based Medicine among medical students. *BMC Medical Education*. 2011; 11(25): 2-8.
6. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*. 2005; 5(1): 1.
7. Baum KD. The impact of an Evidence based medicine workshop on resident's attitude towards and self-reported ability in evidence based practice. *Med Educ online*. 2003; 8: 4.
8. Lawshe CH. A Quantitative Approach To Content Validity. *Personnel psychology*. 1975; 28(4): 563-75.
9. Chehrei A, Haghdoost A. [Analyze Amari dar Pajhouheshhaye Oloome Pezeshki ba estefade az narmafzare spss]. *Pajhvake elme aria*; 1391. [Persian]
10. Hadiyouzadeh A. [Normalization, validation and reliability of the Persian version of SAQ Questionnaire and its application in quality of life assessment of stroke patients in Shiraz] [Dissertation]. Shiraz, Iran: Shiraz University of Medical Sciences; 2007. [Persian]
11. Kaiser H. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39(1): 31-36.
12. Lamei A. [Evidence based Medicine]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. [Persian]
13. Soemantri D, Herrera C, Riquelme A. Measuring the educational environment in health professions studies: A systematic review. *Med Teach*. 2010; 32(12): 947-52.
14. West CP, Jaeger TM, McDonald FS. Extended Evaluation of a Longitudinal Medical School Evidence - Based Medicine Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*. 2011; 26(6): 611-615.
15. Wulff HR, Andersen B, Brandenhoff P, Guttler F. What do doctors know about statistics?. *Stat Med*. 1987; 6(1): 3-10.
16. Sharma S. *Applied Multivariate Techniques*. New York: John Wiley and sons; 1996.
17. Al- Omari FK, Al-Asmari SM. Attitude, awareness and practice of evidence based medicine among consultant physicians in Western region of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2006; 27(12): 1887-93.
18. Stanek JM, McLoda TA, Latham N, Weilbacher G, Mertens S. Attitudes and Prevalence of Evidence-based Practice in Undergraduate Athletic Training Education Programs. *J Athl Enhancement*. 2013; 2: 2.
19. Young JM, Glasziou P, Ward JE. General Practitioner's self-ratings of skills in Evidence Based Medicine: validation study. *BMJ*. 2002; 324: 950-1.
20. Taheri H, Mirmohamadsadeghi M, Adibi I, Ashorion V, Sadeghizade A, Adibi P. Evidence-based medicine (EBM) for undergraduate medical students. *Ann Acad Med Singapore*. 2008; 37(9): 764-8.
21. Al-Ansary LA, Khoja TA. The Place of Evidence Based Medicine among primary health care in Riyadh region, Saudi Arabia. *FamPract*. 2002; 19(5): 537-42.
22. Mayer J, Piterman L. The attitude of Australian GPs to Evidence Based Medicine: a Focus group study. *Fam pract*. 1999; 16(6): 627-32.
23. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: A questionnaire survey. *BMJ*. 1998; 316(7128): 61-5.
24. Caspi O, McKnight P, Kruse L, Cunningham V, Figueredo AJ, Sechrest L. Evidence Based Medicine: discrepancy between perceived competence and actual performance among graduating medical student. *Med Teach*. 2006; 28(4): 318-25.
25. Chan GC, Teng CL. Primary Care Doctors' Perceptions towards Evidence-Based Medicine in Melaka State: A Questionnaire Study. *Med J Malaysia*. 2005; 60(2): 130-3.
26. Tracy CS, Dantac GC, Upshur RE. Evidence Based Medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC FamPract*. 2003; 4: 6.
27. Kok R, Hoving JL, Verbeek JH, Schaafsma FG, Smits PB, van Dijk FJ. Evaluation of a workshop on evidence based medicine for social physicians. *Occup Med (Lond)*. 2008; 58(2): 83-7.
28. McKluskey A, Lovarini M. providing education on evidence based practice improved knowledge but didn't change behavior: a before and after study. *BMC Med Educ*. 2005; 5: 40.
29. Taylor RS, Reeves BC, Evings PE, Taylor RJ. Critical appraisal skills training for health care professionals: a randomized control trial. *BMC Med Educ*. 2004; 4(1): 30.



# Validity and Reliability of the Attitudes towards and Self-Reported Ability in Evidence-Based Medicine Questionnaire

Mahshid Lavizeh<sup>1</sup>, Jalil Koochpayehzadeh<sup>2</sup>

## Abstract

**Introduction:** Evidence-Based Medicine is the proper application of the best available evidence in making health care decisions for each patient and merging personal clinical experiences with the best available clinical evidence resulted from systematic research. This study aimed to investigate the validity and reliability of the attitudes towards and self-reported ability in evidence based medicine questionnaire among general practitioners (GPs) in health care centers of Iran University of Medical Sciences.

**Methods:** This descriptive study was performed on all general practitioners in health care centers of Iran University of Medical Sciences (n=80) who were selected through convenient sampling in 2014. Baum's questionnaire of attitudes towards and self-reported ability in evidence based medicine was translated into Persian and after verification of the translation; the questionnaire was distributed among general practitioners. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficients, Cronbach's alpha and factor analysis.

**Results:** The reliability in terms of internal consistency was higher than 0.7 for all questions. Content Validity Index (CVI) and Content Validity ratio (CVR) were 0.789 and 0.7 respectively. For the construct validity, 71.79 percent of the variance was explained by two factors of attitudes and practices. Cronbach's alpha coefficient was 0.396 for attitudes and 0.934 for self-reported ability; it was 0.784 for the whole instrument. Most of the GPs considered everyday use of EBM useful. Confirmatory factor analysis showed that the highest score was related to design of questions for a given clinical situation and the lowest score was related to search and find an article in less than 5 minutes.

**Conclusion:** The Persian version of attitudes towards and self-reported ability questionnaire is reliable and valid.

**Keywords:** Validity, reliability, evidence-based medicine, general practitioner, Attitude

## Addresses:

<sup>1</sup> (✉) MSc in Medical Education, Tehran West Health center, Faculty of Medicine, Iran University of Medical sciences, Tehran, Iran. E-mail: mahshidlavizeh@yahoo.com

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Iran University of Medical sciences, Tehran, Iran. E-mail: jkuhpayeh@yahoo.Com