

Evaluation of Evidence Based Dental (EBD) Care at Shahid Shokri Dental Center in 2019

Elahe Tahmasebi¹, Mohsen Yazdanian^{1*}, Esmail Rafiei¹, Navid Yaraghi^{1,2}, Mazyar Karamali³

¹ Research Center for Prevention of Oral and Dental Diseases, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² School of Dentistry, Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran

³ Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran

Received: 11 August 2020 Accepted: 1 June 2021

Abstract

Background and Aim: Evidence-Based Dentistry (EBD) is an approach to preserve the oral health through proper integration of scientific evidence and oral and medical conditions of the patient, clinical skills of the dentist, and the priorities of the patient. This research was conducted to study the Evaluation of Evidence-Based Dental Care (EBD) that was performed at Shahid Shokri Dental Center.

Methods: This study was an applied research and a descriptive-analytical one which was done by the cross-sectional method in 2019. The statistical populations were consisted of all dentists working in Shahid Shokri Dental Center and selected by simple sampling method. Data collection was done through library study and field observation by a researcher-made questionnaire and EBD tool. Data analysis was performed using Spss software, statistical analysis methods and Pearson correlation test.

Results: The mean score of dentists' knowledge about EBD was 34.27 ± 0.685 ; attitude score was 32.73 ± 0.641 and clinical evidence resource access score was 33.57 ± 0.638 . There was a significant relationship between the level of knowledge of dentists and their field of study and history. There was a significant relationship between attitude level with age and field of study. In the area of dentists' access to clinical evidence sources, there was a significant relationship between access level with age and field of study. Dentists' use of guides in selected sections had a medium to high spectrum, which was evaluated as good by dentists in prosthetics. Clinical guides (guidelines) for the ward, endo, orthodontic and restoration ward were updated.

Conclusion: The status of EBD care at Shahid Shokri Dental Center and the details of this skill were assessed based on its average components. There was no negative attitude, but there was a need to strengthen, hospitalize and create the right conditions for EBD dentists. It is recommended to conduct comprehensive training courses, discourse building, system design, and EBD-based assessment mechanisms and update the guidelines at Shahid Shokri Dental Center.

Keywords: Evidence-based dentistry (EBD), Dentist, Knowledge, Knowledge, Attitude, Guideline.

بررسی وضعیت مراقبت های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD) در مرکز دندانپزشکی شهید شکری در سال ۱۳۹۸

الهه طهماسبی^۱، محسن یزدانیان^{۱*}، اسماعیل رفیعی^۱، نوید یراقی^۲، مازیار کرمعلی^۳

^۱ مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماری های دهان و دندان، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۲ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD) رویکرد جدیدی برای حفظ سلامت و بهداشت دهان می باشد که نیازمند تلفیق مناسب شواهد علمی، تشخیص ها، مهارت های کلینیکی دندانپزشک و همچنین نیازها و اولویت های درمانی بیمار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت مراقبت های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD) در مرکز دندانپزشکی شهید شکری انجام شده است.

روش ها: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک مطالعه توصیفی تحلیلی که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دندانپزشکان شاغل در مرکز دندانپزشکی شهید شکری بودند و به روش نمونه گیری ساده انجام شد. گردآوری داده ها از طریق مطالعه کتابخانه ای و مشاهده میدانی با ابزار پرسشنامه و چک لیست محقق ساخته در زمینه EBD انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS، روش های تحلیل آماری و آزمون همبستگی پیرسون صورت گرفت.

یافته ها: میانگین امتیاز آگاهی دندانپزشکان در زمینه EBD معادل $0/685 \pm 34/27$ ، امتیاز نگرش $0/641 \pm 32/73$ و امتیاز دسترسی منابع شواهد بالینی $0/638 \pm 33/57$ بدست آمد. بین سطح آگاهی دندانپزشکان با رشته تحصیلی و سابقه رابطه معنادار بود. بین سطح نگرش با سن و رشته تحصیلی رابطه معنادار بود. میزان استفاده دندانپزشکان از گایدلاین ها در بخش های منتخب دارای طیف متوسط به بالا بود که در بخش پروتز وضعیت عملکرد دندانپزشکان خوب ارزیابی شد. راهنماهای بالینی (گایدلاین ها) بخش پریو، اندو، ارتودنسی و ترمیم به روز رسانی شدند.

نتیجه گیری: در کل وضعیت مراقبت های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد در مرکز دندانپزشکی شهید شکری و جزئیات این مهارت بر اساس مولفه های آن متوسط ارزیابی شد. نگرش منفی در این زمینه وجود نداشت اما نیاز به تقویت، بستر سازی و ایجاد شرایط مناسب برای فعالیت دندانپزشکان این مرکز در زمینه EBD وجود دارد. برگزاری دوره های آموزشی جامع، گفتمان سازی، طراحی نظامات استقرار، ایجاد مکانیسم ارزیابی مبتنی بر EBD و به روز رسانی گایدلاین ها در مرکز دندانپزشکی شهید شکری پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه ها: دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD)، دندانپزشک، آگاهی، دانش، نگرش، گایدلاین.

مقدمه

راهنماهای بالینی یا گایدلاین‌ها توصیه‌های ساختارمندی هستند که به پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری مناسب برای مواجهه با یک شرایط بالینی خاص کمک می‌کنند. در صورتی که صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند، منجر به ارتقاء کیفیت و حتی کمیت خدمات سلامت می‌شوند. گایدلاین‌های درمان کلینیکی هم اکنون به صورت روزافزون در سراسر جهان برای بهبود کیفیت درمان بیماران در همه قسمت‌های پزشکی در حال استفاده‌اند. عواملی که منجر به این افزایش بهبودی شده‌اند شامل رویکرد درمان مبتنی بر شواهد و نگرانی راجع به کیفیت درمان و افزایش هزینه‌ها آن است. این موضوع باعث افزایش اهمیت گایدلاین‌ها در دهه ۱۹۹۰ شد (۱۴). تعداد زیادی مطالعات گزارش کردند که کیفیت گایدلاین‌های موجود متوسط است و هتروژنیتی زیادی بین گایدلاین‌های موجود وجود دارد (۱۷-۱۵). EBD علم نسبتاً جدیدی است و چنانچه بخواهیم در آینده مراقبت‌های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد را افزایش دهیم، نیازمند ارزیابی وضع موجود، تشریح وضع مطلوب و شناسایی چالش (وضعیت مراقبت‌های دندانپزشکی) و برنامه‌ریزی برای استقرار EBD هستیم. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت مراقبت‌های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد در مرکز دندانپزشکی شهید شگری انجام شد.

روش‌ها

جامعه پژوهش

جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه دندانپزشکان شاغل در مرکز دندانپزشکی شهید شگری بود که در بخش‌های پروپو، اندو و پروتز فعالیت داشتند. علت انتخاب این بخش‌ها بر اساس تأثیر پذیری شواهد بالینی در ارائه خدمات به بیماران و مراجعه بیشتر به گایدلاین‌ها و پروتکل‌های درمانی در راستای ترجیحات بیمار به عنوان یکی از ابعاد EBD می‌باشد.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری در مراحل انجام این مطالعه به صورت نمونه‌گیری ساده انجام شد. در مرحله پیمایشی و سنجش آگاهی و نگرش دندانپزشکان نمونه آماری بر اساس لیست رسمی دندانپزشکانی که در بخش‌های پروپو، اندو و پروتز بیمارستان دندانپزشکی در بازه زمانی مطالعه فعالیت داشتند، بر اساس جدول زیر تعیین گردید. معیار ورود نمونه‌های پژوهش تمایل شرکت در مطالعه و معیار خروج نقص در تکمیل اطلاعات پرسشنامه بود. جدول ۱ حجم نمونه مطالعه در فاز سنجش آگاهی و نگرش دندانپزشکان در زمینه EBD به تفکیک بخش‌ها را نشان می‌دهد.

برای نمونه‌گیری در مرحله سنجش میزان استفاده از گایدلاین‌های علمی توسط دندانپزشکان، پژوهشگر (دندانپزشک متخصص) با حضور در بخش‌های منتخب برای هر بخش ۱۰۰ چک لیست را تکمیل نمود. در مجموع ۳۰۰ چک لیست در بخش‌های درمان ریشه، بیماری‌های لثه و درمان‌های پروتزی به شرح جدول ۲ تکمیل شد.

با توجه به سرعت گسترش اطلاعات، وجود روشی مناسب برای دستیابی، تفسیر و به کارگیری این اطلاعات بیش از گذشته احساس می‌گردد. در این عرصه، فرآیند جدیدی به نام پزشکی مبتنی بر شواهد برای مرور شواهد علمی در حیطه علوم پزشکی معرفی شد (۱). در حقیقت این پدیده یک روش سیستماتیک برای خلاصه کردن و کاربرد حجم انبوه متون بود که دست اندرکاران حوزه بهداشت و سلامت نیاز داشتند تا تجربیات خود را با آن تلفیق دهند و بر پایه این اصول که در علم پزشکی بروز و ظهور یافته بود، جامعه دندانپزشکی آمریکا این اصول را در دندانپزشکی نیز تعمیم و توسعه داد. بر این اساس دندانپزشکی مبتنی بر شواهد رویکردی برای حفظ سلامت دهان است که نیازمند تلفیق مناسب شواهد علمی و تشخیص‌های کلینیکی متناسب با سابقه و وضعیت دهانی و پزشکی بیمار، مهارت کلینیکی دندانپزشک و همچنین نیازها و اولویت‌های درمانی بیمار می‌باشد (۲). هدف نهایی از دندانپزشکی مبتنی بر شواهد را می‌توان در سه موضوع: حداقل رساندن میزان خطای شخصی، اطمینان از بهترین تصمیم اتخاذ شده در رابطه با درمان بیمار و رسیدن به بهترین قضاوت کلینیکی دانست (۳-۵). در توضیح فواید EBD باید خاطر نشان کرد که با کاربرد این روش، کیفیت و نتایج درمان بهبود می‌یابد (۶). نتایج تحقیقات نشان داده‌اند دندانپزشکانی که بر پایه شواهد عمل می‌کنند در مقایسه با افرادی که در تصمیم‌گیری‌ها فقط تفکرات و قضاوت‌های شخصی را بکار می‌گیرند، تجربه و مهارت بالینی ارتقاء یافته‌ای دارند (۷-۹). افزون بر اینکه، آگاهی بیمار از اینکه درمان‌های انجام شده براساس بهترین مستندات است، اطمینان بیمار از خدمات دندانپزشکی انجام شده را افزایش می‌دهد. در واقع EBD فاصله بین تحقیقات و کلینیک را پر می‌کند و یک ابزار قوی برای تغییر کاربرد، یافته‌های تحقیقی برای دندانپزشکان را فراهم می‌نماید (۶، ۱۰). پزشکان امروز در شرایطی به طبابت می‌پردازند که در زمانی برابر چند ماه، حجم شواهد دو برابر می‌شود. پزشک متعددی که بخواهد همواره خود را با دانش روز همگام نگاه دارد باید شواهد معتبر پزشکی را از میان هزاران مقاله ای که هر سال در صدها مجله معتبر پزشکی به چاپ می‌رسد، برگزیند و بر اساس آن تصمیم‌گیری کند. چنین مهمی بدون برخورداری از دانش و مهارت کافی در شناسایی و درجه‌بندی شواهد از نظر اعتبار و روایی میسر نیست (۱۱). در مطالعه‌ای که در برخی دانشکده‌های دندان پزشکی ایران انجام شد، دانشجویان دندان پزشکی نگرش مطلوبی در زمینه EBD داشتند، آگاهی و دانش آنان در این زمینه دچار ضعف بود (۱۲). Moeintaghavi و همکاران گزارش کردند، ۹۶ درصد از دستیاران بالینی دندان پزشکی مشهد بر این باورند که به کار بردن EBD در مراقبت از بیماران نتایج بالینی بهتری را به دنبال دارد؛ این در حالی است که فقط حدود ۵ درصد آنان به طور معمول در کارهای بالینی خود از EBD استفاده می‌کردند (۱۳).

جدول-۱. حجم نمونه مطالعه در مرحله سنجش آگاهی و نگرش

نام بخش	تعداد دندانپزشک شاغل	تعداد نمونه براساس معیارهای ورود	تعداد نمونه براساس معیارهای خروج (عدم تمایل)
درمان ریشه	۲۰	۱۶	۴
بیماری‌های لثه	۸	۵	۳
درمان‌های پروتزی	۱۴	۱۱	۳
جمع	۴۲	۳۲	۱۰

جدول-۲. حجم نمونه مطالعه در مرحله عملکرد دندانپزشکان

نام بخش	تعداد چک لیست	تعداد دندانپزشک مورد ارزیابی
درمان ریشه	۱۰۰	۹
بیماری‌های لثه	۱۰۰	۱۲
درمان‌های پروتزی	۱۰۰	۱۰
جمع	۳۰۰	۳۱

روش اجرای پژوهش

فرایند اجرای این پژوهش از طریق ۳ روش زیر استفاده شده است: روش کتابخانه‌ای؛ در این روش برای جمع آوری پیشینه تحقیق و همچنین ادبیات موضوع از پایان نامه‌ها، مقالات، کتاب‌های مربوط به موضوع و همچنین بررسی وجستجوی اینترنتی و دریافت مقالات فارسی و انگلیسی از مجلات دارای نمایه معتبر به ویژه سایت American و World Health Organization و Dental Association در رابطه موضوع مورد پژوهش، تعیین چارچوب مفهومی مطالعه و طراحی ابزارهای مطالعه استفاده شد. روش پیمایشی: در این روش با استفاده از ابزار پرسشنامه محقق ساخته در مرکز تخصصی دندانپزشکی شهید شگری، اطلاعات مورد نیاز با مراجعه حضوری به نمونه‌های پژوهش و یا ارسال پرسشنامه از طریق ایمیل توسط پژوهشگر و اخذ نظرات نمونه‌های پژوهش به دست آمد. روش مشاهده: در این روش برای ارزیابی عملکرد دندانپزشکان بر اساس راهنماها و دستورالعمل‌های استاندارد بالینی در مرکز مورد مطالعه با استفاده از چک لیست تهیه شده توسط پژوهشگر، عملکرد دندانپزشکان مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که دندانپزشکان تحت نظارت محقق دندانپزشک برای بیماران، درمان‌های لازمه را انجام می‌دادند و محقق بر اساس شواهد اقدام به تکمیل چک لیست‌ها می‌نمود.

ابزار گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته و چک لیست استاندارد استفاده شد. کلیه دندانپزشکان شاغل در بخش‌های منتخب (پریو، اندو و پروتز) مرکز دندانپزشکی شهید شگری به عنوان نمونه مدنظر قرار گرفتند. بدین منظور، از یک پرسشنامه که توسط محققین مختلف در داخل و خارج کشور طراحی و به کار رفته بود، استفاده شد (۳۰).

سوالات پرسشنامه و روش نمره‌گذاری

بخش سوالات شامل ۴ بخش اصلی به شرح ذیل بود:

(۱) سوالات ارزیابی سطح آگاهی دندانپزشکان از EBD

این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان سطح آگاهی دندانپزشکان بخش‌های منتخب مرکز دندانپزشکی شهید شگری در زمینه EBD بود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت خیلی زیاد ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، کم ۲ و خیلی کم و هیچ ۱ می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات را با هم محاسبه نمودیم. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۰ تا ۵۰ داشت. در نهایت نمرات به دسته ضعیف و متوسط و خوب طبقه بندی شدند: امتیاز کمتر از ۱۶ ضعیف، بین ۱۶ تا ۳۵ متوسط و بیشتر از ۳۵ خوب در نظر گرفته شد. امتیازات بالاتر نشان دهنده آگاهی بالاتر دندانپزشک از دندانپزشکی مبتنی بر شواهد بود و برعکس (۳۰).

(۲) سوالات ارزیابی سطح نگرش دندانپزشکان از EBD

این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی سطح نگرش دندانپزشکان بخش‌های منتخب مرکز دندانپزشکی شهید شگری در زمینه EBD بود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت خیلی زیاد ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، کم ۲ و خیلی کم و هیچ ۱ می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات را با هم محاسبه نمودیم. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۲ تا ۶۰ داشتند. امتیازات بالاتر نشان دهنده نگرش مثبت دندانپزشک از دندانپزشکی مبتنی بر شواهد خواهد بود و برعکس. در نهایت نمرات به دسته ضعیف و متوسط و خوب طبقه بندی شدند: امتیاز کمتر از ۲۰ ضعیف، بین ۲۰ تا ۴۰ متوسط و بیشتر از ۴۰ خوب در نظر گرفته شد (۳۰).

(۳) سوالات ارزیابی سطح دسترسی دندانپزشکان به منابع شواهد بالینی

این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال بود که اطلاعات کلی دندانپزشکان در مورد آگاهی از بانک‌های اطلاعاتی و سنجش اعتبار و نقد مقالات علمی EBD را می‌سنجید. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت خیلی زیاد ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، کم ۲ و خیلی کم و هیچ ۱ می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات را با هم محاسبه نمودیم. در نهایت نمرات به دسته ضعیف و متوسط و خوب طبقه بندی شدند: این امتیاز دامنه‌ای از ۱۰ تا ۵۰ داشت. امتیاز کمتر از

محدویت‌ها: در این بخش می‌توان به دشواری دسترسی به اطلاعات و کمبود مطالب علمی مرتبط با موضوع پژوهش اشاره نمود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌ها به کمک جداول توزیع فراوانی و میانگین امتیازات بررسی شده و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: در این بخش می‌توان به رعایت اصول اخلاق در پژوهش (IR.BMSU.REC.1397.210)، توجیه، جلب رضایت و رعایت کلیه حقوق مشارکت کنندگان در پژوهش، انجام پژوهش بر اساس چارچوب و قوانین مرکز مورد مطالعه، تعهد محقق به محرمانه بودن اسامی، اسناد و داده‌های طبقه بندی شده، داشتن حق کناره‌گیری مشارکت کنندگان در پژوهش در هر زمان دلخواه و اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذیربط برای تکمیل پرسشنامه‌ها از بخشهای مورد نظر می‌باشد.

نتایج

نتایج ارزیابی سطح آگاهی دندانپزشکان از EBD

نتایج توزیع فراوانی پاسخ‌ها و میانگین امتیازات بدست آمده برای ارزیابی سطح آگاهی دندانپزشکان از EBD در جدول ۳ آورده شده است.

۱۶ ضعیف، بین ۱۶ تا ۳۵ متوسط و بیشتر از ۳۵ خوب در نظر گرفته شد. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده سطح دسترسی و اعتماد بالای دندانپزشک به شواهد بالینی بود و برعکس (۳۰).

۴) سوالات موانع به کارگیری موثر EBD

این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال در ۴ محور اصلی بود که برداشت کلی دندانپزشکان نسبت به موانع اجرا و بکارگیری EBD در مرکز مورد مطالعه را در قالب گزینه‌هایی که از مرور ادبیات مطالعه احصاء شده بود را می‌سنجید (۳۰).

چک لیست مشاهده

برای رسیدن به هدف ۴ مطالعه و سنجش میزان استفاده از گایدلاین‌های علمی توسط دندانپزشکان در بخش‌های منتخب مرکز دندانپزشکی شهید شگری، پژوهشگر تعداد ۳ چک لیست برای بخش‌های پروتز، اندو و پریو را طراحی نمود (پیوست ۲). برای تعیین روایی محتوایی چک لیست‌ها از نظرات تعداد ۳ نفر از خبرگان و اساتید هیئت علمی دانشگاه استفاده نمود و نظرات آن‌ها در چک لیست‌ها اعمال گردید. تکمیل چک لیست‌ها و گردآوری داده‌ها به وسیله مشاهده و نظارت توسط مجری پژوهش که یک دندان پزشک متخصص بود، انجام شد. این مشاهده‌ها تا حدی پیش می‌رفت که فرد درمانگر مطلب جدیدی برای گفتن نداشته باشند و موارد ذکر شده در چک لیست مدام تکرار شود و داده‌ها به حد اشباع برسد.

جدول-۳. توزیع فراوانی پاسخ دندانپزشکان به سوالات بخش آگاهی (n = ۳۲)

سوال	گزینه‌های پاسخ									
	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد	
ردیف	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۰	۰	۶	۱۸/۷۵	۱۷	۵۳/۱۲	۹	۲۸/۱۳	۰	۰
۲	۰	۰	۶	۱۸/۷۵	۱۵	۴۶/۸۷	۷	۲۱/۸۸	۴	۱۲/۵
۳	۰	۰	۶	۱۸/۷۵	۱۹	۵۹/۳۷	۷	۲۱/۸۸	۰	۰
۴	۰	۰	۳	۹/۳۷	۱۰	۳۱/۲۵	۱۹	۵۹/۳۸	۰	۰
۵	۰	۰	۳	۹/۳۷	۱۶	۵۰	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۶	۰	۰	۰	۰	۱۸	۵۶/۲۵	۱۰	۳۱/۲۵	۴	۱۲/۵
۷	۰	۰	۰	۰	۱۹	۵۹/۳۷	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۸	۰	۰	۳	۹/۳۷	۱۷	۵۳/۱۲	۱۲	۳۷/۵	۰	۰
۹	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵۰/۰۰	۱۳	۴۰/۶۳	۳	۹/۳۹
۱۰	۰	۰	۵	۱۵/۶۳	۳	۹/۳۷	۲۴	۷۵	۰	۰

همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بیشترین فراوانی پاسخ گزینه موافقم (۷۵٪) مربوط به گزینه مطالب سایت‌های علمی اینترنتی، با توجه به جدید بودن، از اعتبار لازم برای استناد برخوردار است و کمترین فراوانی مربوط به گزینه کاملاً مخالفم مربوط به پاسخ به گزینه‌های لازم است دندانپزشکان بعد از فارغ التحصیلی در صدد کسب آخرین اطلاعات و شواهد مربوط به رشته خود باشند (۳۷/۹ درصد) و دندانپزشکان باید قابلیت یادگیری مادام‌العمر (Lifelong learning) داشته باشند (۳۷/۹ درصد) بدست آمد.

با توجه به طبقه بندی نمرات به سه دسته ضعیف و متوسط و خوب (امتیاز کمتر از ۲۰ ضعیف، بین ۲۰ تا ۴۰ متوسط و بیشتر از ۴۰ خوب) و کسب امتیاز کلی در این بخش (۳۲/۷۳)، میزان سطح نگرش دندانپزشکان از EBD در این مطالعه متوسط ارزیابی بدست آمد.

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بیشترین فراوانی پاسخ در گزینه زیاد (۷۵٪) مربوط به سوال آشنایی شما در ارتباط با درجه بندی اعتبار شواهد مقالات و مطالعات در چه حدی است؟ با گزینه پاسخ زیاد و کمترین فراوانی مربوط به گزینه خیلی کم برای کلیه پاسخ‌ها بدست آمد. با توجه به طبقه بندی نمرات به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب (امتیاز کمتر از ۱۶ ضعیف، بین ۱۶ تا ۳۵ متوسط و بیشتر از ۳۵ خوب) و کسب امتیاز کلی در این بخش (۳۴/۲۷)، میزان سطح آگاهی دندانپزشکان از EBD در این مطالعه متوسط ارزیابی شد (۳۰).

نتایج ارزیابی سطح نگرش دندانپزشکان از EBD

نتایج توزیع فراوانی پاسخ‌ها و میانگین امتیازات بدست آمده برای ارزیابی سطح نگرش دندانپزشکان از EBD در جدول ۴ آورده شده است.

جدول-۴. توزیع فراوانی پاسخ دندانپزشکان به سوالات بخش نگرش (n = ۳۲)

ردیف	گزینه سوال	گزینه‌های پاسخ									
		کاملاً مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		کاملاً موافقم	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	نظر استادان و متخصصان هر رشته که براساس تجربه کاری بیان می‌شود لزوماً نمی‌تواند مبنای تشخیص و درمان قرار گیرد.	۰	۰	۶	۱۸/۷۵	۱۶	۵۰/۰۰	۱۰	۳۱/۲۵	۰	۰
۲	برای انجام کار دندانپزشکی با کیفیت مطلوب می‌توان به آنچه که در جدیدترین مقالات آمده است اعتماد کرد.	۰	۰	۶	۱۸/۷۵	۱۵	۴۶/۸۷	۶	۱۸/۷۵	۵	۱۵/۶۳
۳	برای استناد به یک منبع اعم از مقاله یا کتاب برای انجام کار دندانپزشکی، باید ابتدا از کیفیت آن منبع اطمینان حاصل کرد.	۰	۰	۵	۱۵/۶۳	۱۹	۵۹/۳۷	۶	۱۸/۷۵	۰	۰
۴	یک معیار برای سنجش کیفیت مقالات، نوع مطالعه است.	۰	۰	۳	۹/۳۷	۱۰	۳۱/۲۵	۱۹	۵۹/۳۸	۰	۰
۵	نتایج مطالعاتی که به صورت همگروهی (Cohort) انجام می‌شود، اعتبار بیشتری از نتایج مطالعات مورد-شاهدی (Case-control) دارد.	۰	۰	۳	۹/۳۷	۱۶	۵۰/۰۰	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۶	بالاترین سطح اعتبار شواهد از مطالعات مرور نظام‌مند (Systematic Review) به دست می‌آید.	۰	۰	۱	۳/۱۳	۱۶	۵۰/۰۰	۱۰	۳۱/۲۵	۳	۹/۳۷
۷	مهمترین معیار برای ارزیابی یک مطالعه کار آزمایی بالینی (Clinical trial) تصادفی بودن (Randomization) است.	۰	۰	۰	۰	۱۹	۵۹/۳۷	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۸	در صورتی که در یک مطالعه کارآزمایی بالینی (Clinical trial) کور بودن (Blinding) انجام نشده باشد آن مطالعه از اعتبار لازم برای استناد برخوردار نیست.	۰	۰	۳	۹/۳۹	۱۷	۵۳/۱۲	۱۲	۳۷/۵	۰	۰
۹	برای تعریف یک سوال مشخص و واضح در زمینه کار کلینیکی، باید نوع مشکل، بیمار، مداخله مورد نظر، راه کارهای جایگزین (در صورت وجود) و پیامد مورد بررسی مشخص باشد.	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵۰/۰۰	۱۳	۴/۶۳	۳	۹/۳۷
۱۰	مطالب سایت‌های علمی اینترنتی، با توجه به جدید بودن، از اعتبار لازم برای استناد برخوردار است.	۰	۰	۵	۱۵/۶۳	۳	۹/۳۷	۲۴	۷۵/۰۰	۰	۰
۱۱	لازم است دندانپزشکان بعد از فارغ التحصیلی در صدد کسب آخرین اطلاعات و شواهد مربوط به رشته خود باشند.	۳	۹/۳۷	۳	۹/۳۷	۱۷	۵۳/۱۲	۸	۲۵/۰۰	۱	۳/۱۳
۱۲	دندانپزشکان باید قابلیت یادگیری مادام‌العمر (Lifelong learning) داشته باشند.	۳	۹/۳۷	۶	۱۸/۷۵	۸	۲۵/۰۰	۶	۱۸/۷۵	۵	۱۵/۶۳

جدول-۵. توزیع فراوانی پاسخ دندانپزشکان به سوالات دسترسی دندانپزشکان به منابع شواهد بالینی (n = ۳۲)

ردیف	سوال	گزینه‌های پاسخ								
		هرگز	ندرتا	گاهی	اغلب	خیلی زیاد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	تا چه میزان به اندوخته‌های علمی خود برای ارائه یک درمان مطلوب و مناسب اکتفا می‌کنید؟	۰	۴	۱۲/۵	۱۷	۵۳/۱۲	۱۱	۳۴/۳۸	۰	۰
۲	تا چه میزان اندوخته‌های علمی خود را برای ارائه یک طرح درمان مؤثر، مفید و کارا می‌دانید؟	۰	۵	۱۵/۶۲	۱۳	۴۰/۶۳	۹	۲۸/۱۳	۵	۱۵/۶۲
۳	میزان آشنایی شما با دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Dentistry: EBD) چقدر است؟	۰	۴	۱۲/۵	۱۹	۶۵/۶۲	۷	۲۱/۸۸	۰	۰
۴	تا چه میزان با انواع منابع مورد نیاز برای کسب آخرین اطلاعات علمی تخصصی آشنا هستید؟	۰	۲	۶/۷۵	۱۰	۳۱/۲۵	۲۰	۶۲/۰۰	۰	۰
۵	تا چه میزان با بانک‌های اطلاعاتی مورد استفاده در روش EBD آشنا هستید؟	۰	۲	۶/۷۵	۱۷	۵۳/۱۲	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۶	The Cochrane databases of systematic Review	۰	۰	۰	۱۷	۵۳/۱۲	۱۱	۳۴/۳۸	۴	۱۲/۵
۷	Journal of Evidence-Based Dental Practice, Evidence-Base Dentistry, Journal of Evidence-Based Medicine	۰	۲	۶/۷۵	۱۷	۵۳/۱۲	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۸	کارگاه‌ها / دوره‌های آموزشی مداوم	۰	۲	۶/۷۵	۱۷	۵۳/۱۲	۱۳	۴۰/۶۳	۰	۰
۹	Podcasts and web conferences (Webinars)	۰	۱	۳/۱۳	۱۶	۵۰/۰۰	۱۳	۴/۶۳	۲	۶/۷۵
۱۰	Database of critically Appraised Topics (CATs)	۲	۵	۱۵/۶۳	۳	۹/۳۷	۲۲	۶۸/۰۰	۰	۰

جدول-۶. توزیع فراوانی پاسخ دندانپزشکان به سوالات موانع به کارگیری موثر EBD (n = ۳۲)

ردیف	حیطه موانع	گزینه	فراوانی پاسخ	
			تعداد	درصد
۱	موانع مربوط به دندانپزشکی	تأثیر نگرش متفاوت سایر همکاران به این موضوع	۱۰	۳۱/۲۵
۲		دندانپزشکی مبتنی بر شواهد روز یک تهدید است و رویارویی با آن ترسناک است	۱۲	۳۷/۵۰
۳		EBD بیشتر برای افرادی که در دانشگاه فعالیت می‌کنند کاربرد دارد نه برای شاغلین در مراکز دندانپزشکی	۱۵	۴۶/۸۷۵
۴		در مقوله دندانپزشکی مبتنی بر شواهد روز، نقش شرح حال و معاینه بالینی بسیار کم‌رنگ است	۱۴	۴۳/۵۷
۵		نداشتن زمان کافی برای به کار بردن EBD در مراقبت‌های بالینی	۱۰	۳۱/۲۵
۶		EBD مقوله جدیدی است و لازمه تسلط بر آن آموختن مهارت‌های جدید بسیاری در این زمینه است	۱۰	۳۱/۲۵
۷	موانع مربوط به بیمار	به کار بردن EBD در طبابت و به همان میزان بر آورده کردن انتظارات بیمار کار دشواری است	۲۰	۶۲/۵۰
۸		به کار بردن EBD در درمان بیمارانی که خود در انتخاب درمان بهترین گزینه را انتخاب نمی‌کنند با مشکلات فراوانی همراه می‌شود	۱۸	۵۶/۲۵
۹		برای اجرای طبابت مبتنی بر شواهد روز به زمان زیادی برای توجیه کردن بیمار نیاز است	۹	۲۸/۱۲۵
۱۰	موانع مربوط به شواهد	اطلاعات نادرستی که بعضا مردم از طریق رسانه‌ها بدست می‌آورند یکی از علل عدم امکان اجرای موفق EBD است	۱۵	۴۶/۸۷۵
۱۱		حجم بالای اطلاعات دندانپزشکی	۱۲	۳۷/۵۰
۱۲		عدم امکان دسترسی به برخی از شواهد موجود و گایدلاین‌های جدید	۰	.
۱۳		نبودن شواهد معتبر در بسیاری از زمینه‌های علم دندانپزشکی	۱۱	۳۴/۳۷۵
۱۴	موانع مربوط به سیستم مراقبتی	جدید بودن موضوع و عدم اطلاع بسیاری از دندانپزشکان	۱۷	۵۳/۱۲۵
۱۵		اولویت نداشتن برای متولیان سلامت دهان و دندان	۱۳	۴/۶۳
۱۶		نبود زیر ساخت‌ها و ساز و کار لازم برای تحقق EBD	۱۸	۵۶/۲۵
۱۷	نبود هیچگونه تسهیلات، تشویق مادی و معنوی برای دندانپزشکانی که از EBD در امر طبابت استفاده می‌کنند.	۱۰	۳۱/۲۵	

معنادار بود اما ارتباط بین آگاهی دندانپزشکان با سن آن‌ها معنادار نبود. در حیطة نگرش دندانپزشکان در زمینه EBD بین سطح نگرش با سن و رشته تحصیلی رابطه معنادار بود اما ارتباط بین نگرش دندانپزشکان با سابقه آن‌ها معنادار نبود. در حیطة دسترسی دندانپزشکان به منابع شواهد بالینی بین سطح دسترسی با سن و رشته تحصیلی رابطه معنادار بود اما ارتباط بین دسترسی به منابع شواهد بالینی دندانپزشکان با سابقه آن‌ها معنادار نبود.

نتایج سنجش میزان استفاده از گایدلاین‌های علمی توسط دندانپزشکان

نتایج سنجش میزان استفاده از گایدلاین‌های علمی بر اساس چک لیست‌ها به منظور بررسی میزان رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی توسط دندانپزشکان شاغل در بخش‌های منتخب مرکز دندانپزشکی شهید شکاری در شکل‌های ۱ و ۲ آورده شده است.

نتایج سنجش عملکرد بخش‌های مورد مطالعه در میزان رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی توسط دندانپزشکان بر اساس میانگین امتیازات در جدول ۸ و شکل ۳ مشخص است. لازم به توضیح است که از نمره صفر تا ۳۳/۳ به عنوان ضعیف و از ۳۳/۳ تا ۶۶/۶۶ به عنوان متوسط و از این نمره تا ۱۰۰ به عنوان خوب در نظر گرفته شده است.

نتایج جدول ۸ نشان داد که وضعیت میزان استفاده دندانپزشکان مرکز دندانپزشکی شهید شکاری از گایدلاین‌های علمی در بخش‌های منتخب دارای طیف متوسط به بالا بود که در بخش پروتز وضعیت عملکرد دندانپزشکان خوب ارزیابی شد.

نتایج ارزیابی سطح دسترسی دندانپزشکان به منابع شواهد بالینی

نتایج توزیع فراوانی پاسخ‌ها و میانگین امتیازات بدست آمده سطح دسترسی دندانپزشکان به منابع شواهد بالینی در جدول ۵ آورده شده است.

همانطور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بیشترین فراوانی گزینه اغلب (۶۸٪) و کمترین فراوانی گزینه هرگز (۶/۷۵) در پاسخ به سوال Database of critically Appraised Topics (CATs) بدست آمد.

با توجه به طبقه‌بندی نمرات به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب (امتیاز کمتر از ۱۶ ضعیف، بین ۱۶ تا ۳۵ متوسط و بیشتر از ۳۵ خوب) و کسب امتیاز کلی در این بخش (۳۳/۵۷)، میزان سطح دسترسی دندانپزشکان به منابع شواهد بالینی در این مطالعه متوسط ارزیابی شد.

نتایج بررسی موانع به کارگیری موثر EBD

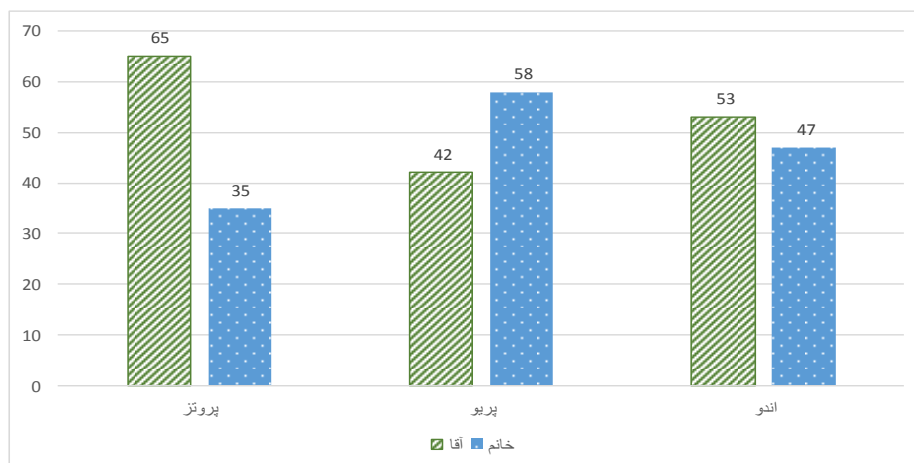
نتایج فراوانی پاسخ نمونه‌های پژوهش به سوالات موانع به کارگیری موثر EBD در محیط کار دندانپزشکان در جدول ۶ آورده شده است.

نتایج آزمون تحلیلی ارتباط متغیرهای دموگرافیک دندانپزشکان در زمینه EBD

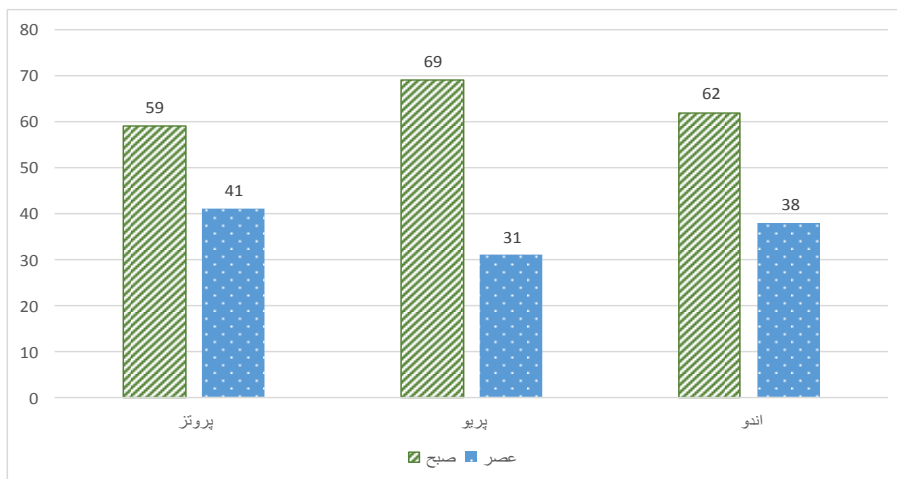
جدول ۷ نتایج بررسی همبستگی بین میزان آگاهی با متغیرهای سن، رشته تحصیلی و سابقه را بر اساس آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد. بر اساس نتایج جدول مذکور در حیطة آگاهی دندانپزشکان در زمینه EBD بین سطح آگاهی با رشته تحصیلی و سابقه رابطه

جدول-۷. نتایج بررسی همبستگی متغیرهای دموگرافیک دندانپزشکان در زمینه EBD

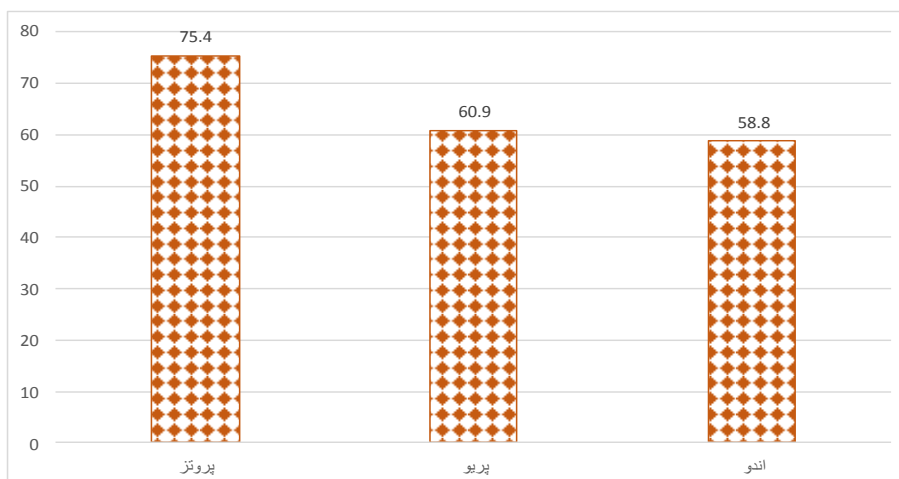
حیطه	آزمون	سن	رشته تحصیلی	سابقه
آگاهی	همبستگی پیرسون	۰/۱۹۸	۰/۷۹۵	۰/۴۳۱
	سطح معناداری	۰/۳۷۷	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰
نگرش	همبستگی پیرسون	۰/۴۱۹	۰/۳۸۵	۰/۱۹۸
	سطح معناداری	۰/۰۱۷	۰/۰۳۰	۰/۲۷۷
دسترسی به منابع شواهد بالینی	همبستگی پیرسون	۷/۷۴۸	۰/۶۷۱	۰/۳۹۷
	سطح معناداری	۰/۸۴۲	۰/۳۵۹	۱



شکل-۱. توزیع درصد فراوانی موارد بررسی شده در بخش‌های منتخب بر حسب جنس



شکل-۲. توزیع درصد فراوانی موارد بررسی شده در بخش‌های منتخب بر حسب نوبت کاری



شکل-۳. میانگین نمره رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی به تفکیک هر بخش

جدول-۸. وضعیت رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی توسط دندانپزشکان به تفکیک بخش‌های مورد مطالعه

ردیف	نام بخش	میانگین امتیاز کلی	وضعیت
۱	اندو	۵۸/۵	متوسط
۲	پریو	۶۰/۹	متوسط
۳	پروتز	۷۵/۴	خوب

نشان داد که میانگین نمره کلی رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی در دندانپزشکان بخش پروتز به طور معناداری بیشتر از دندانپزشکان دو بخش پریو و اندو بود ($P < 0.001$) اما بین دندانپزشکان دو بخش پریو و اندو اختلاف معنادار مشاهده نشد ($P = 0.75$). آزمون t مستقل نشان داد که در بخش پروتز ($P = 0.66$)، پریو ($P = 0.80$) و اندو ($P = 0.89$) میانگین نمره کلی رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی بین دندانپزشکان خانم و آقا اختلاف معنادار نداشت (شکل ۴). آزمون t مستقل نشان داد که در هر سه بخش پروتز ($P < 0.001$)، پریو ($P < 0.001$) و اندو ($P = 0.04$) میانگین نمره کلی رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی در شیفت صبح به طور معناداری بیشتر از شیفت عصر بود (شکل ۵).

نتایج تحلیلی سنجش میزان استفاده از گایدلاین‌های علمی در بخش‌های منتخب

آزمون کای مربع نشان داد که توزیع فراوانی دندانپزشکان مورد بررسی از نظر جنسیت انجام بین سه بخش تفاوت معنادار داشت ($P = 0.005$). به طوری که در دو بخش پروتز و اندو، اکثر آن‌ها مرد و در بخش پریو اکثرشان زن بودند.

توزیع فراوانی شیفت کاری بین سه بخش تفاوت معنادار نداشت ($P = 0.32$). بنابراین جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتری استفاده شد. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که میانگین نمره کلی رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی بین دندانپزشکان سه بخش اختلاف معنادار داشت ($P < 0.001$). آزمون تعقیبی توکی

بحث

EBD در درمان روزمره بیماران یک ضرورت محسوب می‌شود، همانگونه که تاکنون نیز محبوبیت زیادی کسب کرده است (۱۳). در واقع EBD یک ابزار قوی برای تفسیر و کاربرد یافته‌های تحقیقی برای دندانپزشکان فراهم می‌نماید (۸،۱۰). در بررسی که در دانشگاه Iowa انجام شد، اکثر اساتید دانشکده دندانپزشکی و حدود سه چهارم دندانپزشکان شاغل گزارش کردند که در فعالیت‌های روزانه خود از روش EBD استفاده می‌کنند (۱۸،۱۹). همچنین حدود ۴۱ درصد دندانپزشکان کویتی ادعا کرده‌اند که فهم خوبی از مفاهیم EBD دارند (۱۱) در حالی که ۷۶ درصد از دندانپزشکان ایرانی، دانش خیلی کم/هیچ را نسبت به EBD گزارش کرده‌اند (۱۰). همچنین دستیاران مورد مطالعه در تحقیق تقوی و همکاران (۲۰) نیز اکثراً آشنایی کم/هیچ با مفاهیم مطرحه در EBD را گزارش کردند. به طور کلی می‌توان گفت تقریباً همه بررسی‌ها در کشور ایران در زمینه میزان آگاهی از رویکرد مبتنی بر شواهد نتایج ضعیفی را گزارش کرده‌اند. نگاه واقع بینانه نشان می‌دهد که نحوه آموزش اصول EBD نیاز به یک بازنگری و اصلاح کلی دارد. بررسی‌ها در دانشجویان نیز نتایج امیدوارکننده‌ای نداشته است؛ به گونه‌ای که میزان آشنایی با مفاهیم EBD در ۸۰ درصد دانشجویان دندانپزشکی در تهران، در حد کم یا خیلی کم بوده است (۱۲،۱۳). همچنین بررسی که در یکی از دانشکده‌های دندانپزشکی آمریکا انجام شد نشان داد که آموزشی که دانشجویان در سال اول از مباحث EBD دیده بودند چندان تاثیر مثبتی در نتایج ارزیابی آن‌ها در سال سوم در بحث عملکرد مطابق اصول EBD نداشت و از نظر دانشجویان این آموزش در شرایط بالینی کاربردی و مفید نبوده است (۲۱). ارزیابی اجمالی نتایج این تحقیق که به بررسی وضعیت مراقبت‌های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD) در مرکز دندانپزشکی شهید شکری پرداخت نشان داد که در کل، سطح آگاهی، نگرش، دسترسی و اعتماد به منابع و عملکرد دندانپزشکان در استفاده از شواهد متوسط است.

نتایج این مطالعه با نتایج دیگر مطالعات که آگاهی پایین‌تری گزارش کرده بودند تفاوت داشت. در نتایج مطالعه Khami و همکاران نیز گزارش کردند آگاهی و دانش خودارزیاب دندانپزشکان دچار ضعف است (۱). طبق گزارش نوابی حدود سه چهارم دندانپزشکان ایرانی دانش EBD نداشته یا در حد کم بوده است (۶). Singh و همکاران در سال ۲۰۱۷ مطالعه‌ای را با عنوان "ادراکات نسبت به عملکرد مبتنی بر شواهد در بین متخصصان بهداشت دهان و دندان" در کشور هند انجام دادند. در نهایت یافته‌ها بیانگر این بود که دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانش بیشتری نسبت به EBD و ایده‌های بهتر از راه‌های دسترسی به شواهد داشتند. دانشجویان نسبت به عمل مبتنی بر شواهد نگرش و علاقه مثبتی نشان دادند. از این رو، ایجاد ساز و کار عملکرد مبتنی بر شواهد به عنوان بخشی رسمی از برنامه درسی دندانپزشکی را

توانمند می‌سازد و دندانپزشکان جوان تصمیمات درمانی بهینه را به نفع بیمار و همچنین جامعه انجام می‌دهند (۲۴). در نتایج بخش مربوط به موانع برخی مشکلات و نارسایی‌ها از قبیل کمبود زمان و امکانات EBD مالی و دانش کم در این زمینه به عنوان موانع اجرای در مطالعات گزارش شده است (۲۵). بر اساس نتایج مطالعه ما که نتایج در قالب ۴ حیطه ارائه شد؛ بیشترین پاسخ‌ها در حیطه دندانپزشک در این زمینه بود که EBD بیشتر برای افرادی که در دانشگاه فعالیت می‌کنند کاربرد دارد نه برای شاغلین در مراکز دندانپزشکی که نیاز به توجیه و تشریح فرایندهای EBD است. دندانپزشکان این مرکز معتقد بودند به کار بردن EBD در طبابت و به همان میزان بر آورده کردن انتظارات بیمار کار دشواری است که با نتایج مطالعات انجام شده اخیر مطابقت دارد (۱۲). در مطالعه Yamalik و همکاران سن و الگوی تجربه بالینی و سابقه اشتغال اثرات معنی داری در پاسخ دهی به سوالات داشته است (۲۶) که با نتایج مطالعه ما مطابقت داشت. در حیطه نگرش دندانپزشکان در زمینه EBD بین سطح نگرش با سن و رشته تحصیلی رابطه معنادار بود اما ارتباط بین نگرش دندانپزشکان با سابقه آن‌ها معنادار نبود. در حیطه دسترسی به منابع شواهد بالینی بین سطح دسترسی با سن و رشته تحصیلی رابطه معنادار بود اما ارتباط بین دسترسی به منابع شواهد بالینی دندانپزشکان با سابقه آن‌ها معنادار نبود. نتایج سنجش میزان استفاده از گایدلاین‌های علمی بر اساس چک لیست‌ها به منظور ارزیابی میزان رعایت پروتکل‌های دندانپزشکی توسط دندانپزشکان شاغل در بخش‌های منتخب مرکز دندانپزشکی شهید شکری مورد بررسی قرار گرفت. وضعیت میزان استفاده دندانپزشکان مرکز دندانپزشکی شهید شکری از گایدلاین‌های علمی در بخش‌های منتخب دارای طیف متوسط به بالا بود که در بخش پروتز وضعیت عملکرد دندانپزشکان خوب ارزیابی شد.

در بخش پروتز بیشترین فراوانی مربوط به «بررسی طول و کور بازسازی شده و نیاز به جراحی لثه» (۸۰٪) و کمترین فراوانی مربوط به «بررسی وجود لثه چسبنده» (۶۳٪) بود که شاید علت آن را بتوان در عدم آگاهی دندانپزشک عمل کننده در مورد پیامدهایی همچون التهاب ایجاد شده به دنبال آن نسبت داد. در بخش پریو بیشترین فراوانی مربوط به «بررسی وجود جرم و پلاک» (۷۹٪) و کمترین فراوانی مربوط به «انجام اقدامات لازم در عمق پروبینگ کمتر از ۳ میلی‌متر» (۴۴٪) بود که احتمالاً به علت بی اهمیت پنداشتن این میزان از تحلیل استخوان توسط دندانپزشکان است. در بخش اندو بیشترین فراوانی مربوط به «بررسی درگیری پالپ در رادیوگرافی» (۸۲٪) و کمترین فراوانی مربوط به «توصیه به جراحی در صورت موفق نبودن درمان و برگشت علائم» (۳۵٪) بود که احتمالاً چون یک پروسه طولانی مدت است دندانپزشکان در جلسات فالوآپ به بیماران خواهند گفت. در این مطالعه در صد فراوانی پروتکل‌ها در شیفت کاری صبح در هر سه بخش به طور معناداری بیشتر از بخش بعد از ظهر بود که شاید بتوان علی‌مانند

مد نظر باشد. بی شک استفاده از راهنماهای درمانی و مطالعات بروز شده دنیا در حوزه علوم پزشکی جزء اصلی این رشته می‌باشد که به ویژه در راستای استفاده از مواد دندان‌آرتقاء یافته، تجهیزات و فناوری‌های نوین می‌بایست از مطالعات مبتنی بر شواهد استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

در کل وضعیت مراقبت‌های دندانپزشکی مبتنی بر شواهد در مرکز دندانپزشکی شهید شگری و جزئیات این مهارت بر اساس مولفه‌های آن متوسط ارزیابی شد. بر اساس نتایج سنجش آگاهی و نگرش، نگرش منفی در این زمینه وجود نداشت اما نیاز به تقویت، بسترسازی و ایجاد شرایط مناسب برای فعالیت دندانپزشکان این مرکز در زمینه EBD وجود دارد. برگزاری دوره‌های آموزشی جامع، گفتمان سازی، طراحی نظامات استقرار، ایجاد مکانیسم ارزیابی مبتنی بر EBD و به روز رسانی گایدلاین‌ها در مرکز دندانپزشکی شهید شگری پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی: از بیمارستان شهید شگری تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Khami MR, Jafari A, Mohtashamrad Z, Yazdani R, Moscowchi A, Akhgari E, et al. Awareness, knowledge and attitude of dental students of Tehran and Shahid Beheshti Universities of Medical Sciences about evidence-based dentistry. The Journal of Islamic Dental Association of IRAN. 2012;24(3):251-8. [In Persian]
2. Ismail AI, Bade JD. Evidence-based dentistry in clinical practice. Journal of the American Dental Association. 2004;135(1):78-83. doi:10.14219/jada.archive.2004.0024
3. Chiappelli F, Prolo P, Newman M, Cruz M, Sunga E, Concepcion E, et al. Evidence-based practice in dentistry: Benefit or hindrance. Journal of Dental Research. 2003;82(1):6-7. doi:10.1177/154405910308200102
4. Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD. Profile and competences for the European dentist. European Journal of Dental Education. 2005;9(3):98-107. doi:10.1111/j.1600-0579.2005.00369.x
5. Boyd MA, Gerrow JD, Chambers DW, Henderson BJ. Competencies for dental licensure in Canada. Journal of Dental Education. 1996;60(1):842-46. doi:10.1002/j.0022-0337.1996.60.10.tb03084.x
6. Navabi N, Shahravan A, Pourmonajem S, Hashemipour MA. Knowledge and use of evidencebased dentistry among Iranian dentists. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2014;14(2):223-30.

خستگی دندانپزشکان و نبود زمان کافی برای استراحت را عامل این اختلاف دانست. دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD) رویکرد جدیدی برای حفظ سلامت و بهداشت دهان می‌باشد که نیازمند تلفیق مناسب شواهد علمی، تشخیص‌ها، مهارت‌های کلینیکی دندانپزشک و همچنین نیازها و اولویت‌های درمانی بیمار است. با آموزش اصول EBD به دانشجویان دندانپزشکی، آن‌ها می‌آموزند که چگونه پس از فارغ التحصیلی، دانش خود را بر اساس تحقیقات جدید به روز کنند و در درمان‌های بالینی به کار گیرند. باید در نظر داشت EBD علم نسبتاً جدیدی است و چنانچه بخواهیم در سال‌های آتی درمان‌های انجام شده براساس شواهد را افزایش دهیم باید توجه اصلی خود را به امر آموزش EBD به دانشجویان دندانپزشکی و برگزاری دوره‌های بازآموزی برای دندانپزشکان شاغل در مراکز دندانپزشکی معطوف داریم (۲۹-۲۷). علیرغم در نظر داشتن محدودیت‌های مطالعه از جمله محدود بودن جامعه مورد بررسی، نیاز جدی به بررسی و بهبود EBD رفع موانع در حیطه‌های: دندانپزشک، بیمار، زیرساخت‌های استقرار و نظام مراقبتی EBD، برای افزایش آگاهی دندانپزشکان نسبت به نگرش آنان و برنامه‌ریزی و بسترسازی جهت عملی شدن کاربرد این روش احساس می‌گردد. خوشبختانه در این مرکز بر اساس نظرات دندانپزشکان شاغل موانع دسترسی شواهد موجود و گایدلاین‌های جدید وجود نداشت و فقط بروز رسانی آن‌ها همراه

7. Azarpazhooh A, Mayhall JT, Leake JL. Introducing dental students to evidence-based decisions in dental care. Journal of Dental Education. 2008;72(1):87-109. doi:10.1002/j.0022-0337.2008.72.1.tb04457.x
8. RabbWaytowich D. You ask, We Answer: Evidence-based dentistry: Part 1. An overview. Journal of the Canadian Dental Association. 2009;75(1):27-8.
9. Werb SB, Matear DW. Implementing evidencebased practice in undergraduate teaching clinics: A systematic review and recommendations. Journal of Dental Education. 2004;68(9):995-1003. doi:10.1002/j.0022-0337.2004.68.9.tb03849.x
10. Iqbal A, Glenny AM. General dental practitioners' knowledge of and attitudes towards evidence-based practice. British Dental Journal. 2002;193(10):587-91. doi:10.1038/sj.bdj.4801634
11. Roohani Zadegan M, Soltani A. Level of Evidence & Grade of Clinical Recommendation. Tehran: Vista. 2009. [In Persian]
12. Taramsari M, Vadiati B, Attaran Mashhadi N, Bidar M, Dehghani M. Dental Students' Awareness, Knowledge and Attitude Towards Evidence-Based Dentistry. Journal of Isfahan Dental School. 2018;14(2):169-176. [In Persian]
13. Moeintaghavi M, Mokhtari MR, Lal Alizadeh F, Farazi F, Sohrabi M. Evaluation of evidence based dentistry knowledge and usage among postgraduate dental students of Mashhad Dental School in 2012-

2013. Journal of Mashhad Dental School. 2014;38(1):61-70. [In Persian]
14. Day P, Klein R, Miller F. Hurdles and levers: A comparative US-UK study of guidelines: Nuffield Trust; 1998.
15. Graham ID, Beardall S, Carter AO, Glennie J, Hébert PC, Tetroe JM, et al. What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? Canadian Medical Association Journal. 2001;165(2):157-63.
16. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. JAMA. 1999;281(20):1900-5. doi:10.1001/jama.281.20.1900
17. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Medical Care. 2001;39(8):II-46-II-54. doi:10.1097/00005650-200108002-00003
18. Roohani Zadegan M, Soltani A. Level of Evidence & Grade of Clinical Recommendation. Tehran: Vista; 2009. [In Persian]
19. Mortaz Hajari S, Mostafa Zadeh B. Principles of Clinical Reasoning and Decision making. Tehran: Vista; 2009. [In Persian]
20. Taramsari M, Vadiati B, Attaran Mashhadi N, Bidar M, Dehghani M. Dental Students' Awareness, Knowledge and Attitude Towards Evidence-Based Dentistry. Journal of Isfahan Dental School. 2018;14(2):169-176.
21. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. How to Practice and Teach EBM. 1st ed. Edinburgh: ChurchillLivingstone. 2000.p:59.
22. Chiappelli, F. Evidence-Based Dentistry: Two Decades and Beyond. The Journal of Evidence-Based Dental Practice. Journal of Evidence-Based Dental Practice. 2019:7-16. doi:10.1016/j.jebdp.2018.05.001
23. Kaur J, Kaur H, Viridi S. An overview of evidence-based dentistry and randomized controlled trials: Importance in the current orthodontic research. International Journal of Orthodontic Rehabilitation. 2018;9:155-8. doi:10.4103/ijor.ijor-41-16
24. Singh, Sh. Rao, A. ururaghavendran Rajesh, G. Shenoy, R. BH Pai, M. Perceptions towards evidence based practice among oral health professionals in Mangalore, India. International Journal of Advanced Research. 2016; 4(4):1303-7. doi:10.21474/IJAR01/222
25. Forrest JL. Introduction to the basics of evidence-based dentistry: concepts and skills. Journal of Evidence-Based Dental Practice. 2009;9(3):108-12. doi:10.1016/j.jebdp.2009.07.002
26. Yamalik N, Nemli SK, Carrilho E, Dianiskova S, Melo P, Lella A, et al. Implementation of evidence-based dentistry into practice: analysis of awareness, perceptions and attitudes of dentists in the World Dental Federation-European Regional Organization zone. International Dental Journal. 2015;65(3):127-45. doi:10.1111/idj.12160
27. UNC (University of North Carolina at Chapel Hill) Health Sciences Library. Evidence Based Dentistry. Accessed December 29, 2017.
28. Duke University Medical Center Library. Evidence Based Practice: PICO. Accessed December 29, 2017.
29. Guyatt G. Users' Guides to the Medical Literature, A Manual for EB Clinical Practice, 2nd Edition. Chicago, IL: AMA, 2008.
30. Khami MR, Jafari A, Mohtashamrad Z, Yazdani R, Moscowchi A, Akhgari E, et al. Awareness, Knowledge and Attitude of Dental Students of Tehran and Shahid Beheshti Universities of Medical Sciences about Evidence-based Dentistry. Journal of Islamic Dental Association of Iran. 2012;24 (4):197-203.