



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گردستان

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی گردستان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور



مستقبل علمی آموزش
با استناد باز آموزی آموزش مداوم
با استفاده از آموزش ۲۰۲۰۲۱

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه گردستان و انجمن علمی اپیدمیولوژی ایران برگزار می کند:

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

۳ آبان ماه ۱۴۰۲ ساعت ۸:۵۰ تا ۱۲:۱۵



تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در علوم پزشکی و چالش های آن در ایران



کلیات تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و چالش های آن در ایران یا تاکید بر مطالعات ثانویه
دکتر قیاد مرادی، استاد اپیدمیولوژی



انواع مطالعات ثانویه و اهمیت و کاربردهای آنها
دکتر یوسف مرادی، استادیار اپیدمیولوژی



نقش، سهم و جایگاه مطالعات ثانویه در پژوهش های علوم پزشکی کشور
دکتر بیام کبیری، عضو مرکز کاکرین ایران



الگوها، روش ها و ساختارهای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در پزشکی دنیا و توصیه های برای ایران
دکتر فرید تجفی، استاد اپیدمیولوژی



معرفی موسسه کاکرین و اهداف آن در ایران
خانم دکتر بیتا مسگریور، دانشیار فارماکواپیدمیولوژی



آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد
دکتر یدالله زارع زاده، دانشیار آموزش پزشکی



نقش هوش مصنوعی در تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
دکتر فرزاد پرویز پور، استادیار علوم سلولی کاربردی



Burden of Disease Studies; harnessing sparse epidemiological data for evidence-informed policy making
دکتر مازیار مرادی لاکه، استاد پزشکی اجتماعی



تاثیر و نقش تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در تصمیمات بالینی و درمان بیماران
دکتر علی کبیر، دانشیار اپیدمیولوژی

لینک ثبت نام برای بازآموزی امتیاز مداوم:

[https://www.ircme.ir/App_Web/\(User\)/\(Inclusive\)/Plan/List.aspx?CenterID=154&Mode=New&ID=203614&Category=Webinar](https://www.ircme.ir/App_Web/(User)/(Inclusive)/Plan/List.aspx?CenterID=154&Mode=New&ID=203614&Category=Webinar)

<https://irea.ir/>

لینک ثبت نام برای گواهی شرکت رشته هایی که نیاز به امتیاز آموزش مداوم ندارند:

<https://cmelearn.ir/course/203614>

لینک شرکت در وبینار:

۲۰۳۶۱۴

شناسه برنامه برای بازآموزی مداوم:

گروه های هدف برای بازآموزی مداوم:

دکترا و کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دکترا و کارشناس ارشد انفورماتیک پزشکی، دکترا و کارشناس ارشد آمار زیستی، پزشکان عمومی، متخصصان رشته های جراحی عمومی، ارولوژی، زنان و زایمان، بیهوشی، پزشکی قانونی، طب اورژانس، بیماریهای داخلی، عفونی، مغز و اعصاب، کارشناسان ارشد و دکتری پرستاری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

کتابچه خلاصه مطالب

| ردیف | عنوان پانل | عنوان سخنرانی | ارائه دهنده | زمان |
|------------|---|--|--|-------------|
| | تلاوت قرآن، بخش کلیپ، خوشامدگویی | | | ۸:۵۰-۹ |
| پانل اول | اهمیت و جایگاه مطالعات ثانویه در پژوهش و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد هماهنگ کننده و مسئول: دکتر قباد مرادی | کلیات تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و چالش های آن در ایران با تاکید بر مطالعات ثانویه | دکتر قباد مرادی استاد اپیدمیولوژی د ع پ کردستان | ۹-۹:۲۰ |
| | | انواع مطالعات ثانویه و اهمیت و کاربردهای آنها | دکتر یوسف مرادی استاد یار اپیدمیولوژی د ع پ کردستان | ۹:۲۰-۹:۴۰ |
| | | نقش، سهم و جایگاه مطالعات ثانویه در پژوهش های علوم پزشکی کشور | دکتر پیام کبیری پزشک عمومی و رئیس پیشین مرکز اطلاعات و انتشارات علمی معاونت تحقیقات | ۹:۴۰-۱۰ |
| پانل دوم | الگوها و ساختارها و روش سنجش کیفیت پژوهش ها برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در دنیا هماهنگ کننده و مسئول: دکتر فرید نجفی | الگوها، روش ها و ساختارهای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در پزشکی در دنیا و توصیه های برای ایران | دکتر فرید نجفی استاد اپیدمیولوژی | ۱۰-۱۰:۲۰ |
| | | معرفی موسسه کاکرین و اهداف آن در ایران | خانم دکتر بیتا مسگرپور دانشیار فارماکواپیدمیولوژی | ۱۰:۲۰-۱۰:۴۰ |
| پانل سوم | آموزش های مبتنی بر شواهد در علوم پزشکی هماهنگ کننده و مسئول: دکتر یدالله زارع زاده | آموزش علوم پزشکی مبتنی بر شواهد <i>Evidence Medical Education (BEME)</i> | دکتر یدالله زارع زاده دانشیار آموزش پزشکی | ۱۰:۴۰-۱۱ |
| | | نقش هوش مصنوعی در تصمیم گیری مبتنی بر شواهد | دکتر فرزاد پرویز پور استاد یار علوم سلولی کاربردی | ۱۱-۱۱:۲۰ |
| پانل چهارم | موضوعات مهم و اثر گذار در حیطه تصمیم گیری های بالینی و بهداشتی مبتنی بر شواهد هماهنگ کننده و مسئول: دکتر یوسف مرادی | Burden of Disease Studies; harnessing sparse epidemiological data for evidence-informed policy making | دکتر مازیار مرادی لاکه استاد پزشکی اجتماعی | ۱۱:۲۰-۱۱:۴۰ |
| | | تاثیر و نقش تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در تصمیمات بالینی و درمان بیماران | دکتر علی کبیری، دانشیار اپیدمیولوژی | ۱۱:۴۰-۱۲ |
| | جمع بندی نهایی و اختتامیه | | دکتر فرید نجفی، دکتر قباد مرادی | ۱۲-۱۲:۰۵ |



گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

ارزیابی نقادانه اطلاعات بدست آمده، ۴- به کار گیری اطلاعات، ۵- ارزیابی نهایی

اولین و مهم ترین مرحله در پزشکی مبتنی بر شواهد طراحی یک سوال بالینی دارای ساختار مناسب و قابل پاسخ گویی می باشد. اختصار PICO از کنار هم قرار دادن حروف به دست می آید که شامل اجزای چهار گانه سوال بالینی مطرح شده در باره تشخیص و درمان و زیان مربوط به طبابت بیمار است، این چهار جزء عبارتند از: بیمار یا جمعیت، مداخله، مقایسه، و نتیجه بالینی. در EBM، یافتن شواهد مناسب اهمیت فراوانی دارند. شواهد را در قالب یک هرم معرفی می نمایند و آن را از نظر اهمیت تقسیم بندی می کنند. بالاترین سطح شواهد مربوط به مطالعات ثانویه یعنی متاآنالیزها و مرورهای سیستماتیک است. پایین ترین سطح شواهد هم مربوط به مشاهدات بالینی یا تجارب غیر نظام مند و دیدگاه های شخصی است. منابع مهم برای جستجو و پیدا کردن بهترین شواهد اکنون فراوان هستند، اما بعضی از مهمترین آنها شامل UpToDate، کوکران، و پابمد، و مجلات پزشکی هستند.

تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در علوم پزشکی و سلامت در ایران مانند بسیاری از کشورهای دنیا دارای چالش هایی است. بر اساس یک دسته بندی در مجموع عوامل فردی، سازمانی- مدیریتی، عوامل محیطی، عوامل آموزشی و عوامل پژوهشی مهمترین چالش های عملکرد مبتنی بر شواهد می باشند. در این خصوص می توان به موارد زیر اشاره کرد.

۱. حیطه فردی (عدم مهارت کافی برای اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد، عدم آگاهی از مراقبتهای مبتنی بر

شواهد)

موضوع: کلیات تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و چالش های آن در ایران با تاکید بر مطالعات ثانویه

ارائه دهنده: دکتر قباد مرادی (MD, MPH, Ph.D)، استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Ghobad Moradi, MD, MPH, PhD of Epidemiology, Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

بهترین تعریف پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine (EBM)) استفاده آگاهانه، صریح و خردمندانه از بهترین شواهد فعلی در تصمیم گیری در مورد مراقبت از بیماران است. پزشکی مبتنی بر شواهد توسط "گوردون گوپات" برای اولین بار مطرح شد EBM. سعی می کند با ادغام تجارب پزشک و خدمت دهندگان بالینی، ارزش های بیمار و با استفاده از بهترین اطلاعات علمی و به روز موجود، برای تصمیم گیری مناسب تر در مورد مدیریت بالینی عمل کند. این اصطلاح اگر چه در ابتدا برای توصیف رویکردی برای آموزش طبابت و بهبود تصمیم گیری یک پزشک در مورد یک بیمار مورد استفاده قرار گرفت، اما به تدریج دامنه وسیع تری در بهداشت عمومی و آموزش پزشکی پیدا کرد. اکنون تصمیم گیری مبتنی بر شواهد کاربرد زیادی در حیطه های مختلف سلامت پیدا کرده است. پزشکی مبتنی بر شواهد به طور کلی شامل ۵ مرحله و شامل این موارد است: ۱- طراحی یک سوال قابل پاسخگویی، ۲- جستجوی اطلاعات، ۳-

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

- II. حیطه مدیریتی (عدم آگاهی مدیران از ضرورت مراقبت مبتنی بر شواهد و عدم حمایت مدیران و همکاری با کارکنان در به کارگیری مراقبت بر شواهد)،
- III. حیطه محیطی (موارد مرتبط با کارکنان و جامعه و سازمان)
- برخی دیگر از بعضی از چالش های تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در علوم پزشکی در ایران شامل موارد زیر هستند:
- I. موانع مهارت علمی، موانع اجرایی، موانع فرهنگی
 - II. عدم تسلط به مبانی روش تحقیق، زبان های علمی، عدم دسترسی آسان به شواهد پژوهشی و پایگاه های اطلاعاتی،
 - III. سیاستگذار در مواردی شواهد قابل اطمینان را در موقع لزوم ندارد. شواهد در موقع لازم به دست سیاستگذار نمی رسد. (نبود شواهد مناسب، در زمان مناسب و به زبان مناسب)
 - IV. ناتوانایی در اجرای توصیه های پژوهش ها
 - V. نبود ترجمان دانش مناسب و نداشتن افراد آموزش دیده برای چگونگی به کارگیری یافته های تحقیقی در امر مراقبت مبتنی بر شواهد
 - VI. نهادینه نشدن رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد و فقدان مهارت های لازم در کلیه موارد بکارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد
 - VII. کم توجهی به استفاده از تحقیقات و اتکای عمده به تجربه در کارکنان بهداشتی در تصمیم گیری ها
- VIII. کمبود وقت، عدم حمایت مالی، افکار سنتی، کمبود دانش
- IX. برخورداری از اعتماد به نفس کاذب به علت اتکای زیاد به دانش و مهارت زمینه ای
- X. وقت گیر بودن آموختن مهارت های جدید و متعدد
- XI. نداشتن وقت کافی برای مطالعه، اجرای ایده و تحقیقات در حین کار
- XII. نداشتن توانایی برای تغییر شیوه مراقبتی بیماران
- XIII. فقدان تجربه و ظرفیت استفاده از شواهد، نبود اعتماد متقابل و نگرش به نسبت به تغییر، عوامل بازدارنده بسیاری در روند آموزشی علوم پزشکی در راستای پذیرش و بکارگیری رویکردهای آموزشی کارآمد، نوین و موثر وجود دارد و این در کشورهای در حال ای مانند ایران شدیدتر و بیشتر می باشد.
- مطالعات ثانویه از نظر تولید شواهد اهمیت بالایی دارند و نباید به راحتی کنار گذاشته شوند. برای نهادینه شدن تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در سلامت کشور نیاز به اهتمام جدی وجود دارد.

موضوع: انواع مطالعات ثانویه و اهمیت آن

ارائه دهنده: دکتر یوسف مرادی (استاد یار)

اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سنندج، ایران

Yousef Moradi, MSc, PhD of Epidemiology, Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست‌های کشور

Reviews, Bibliographic Reviews, Review Study, Literature Reviews انجام و گزارش داده می‌شوند، اصولاً دارای ساختار و روش کار ساختارمند و مشخصی نیستند و اغلب توسط افراد متخصص انجام می‌شوند. New reviews شامل مطالعات مرور نظام مند، مرور نظام مند و متاآنالیز، Systematic Analysis، و Scientometrics Research می‌باشند که هر یک از این نوع از مطالعات، خود دارای انواع مختلف دیگری از مطالعات ثانویه می‌باشند. اما نکته قابل توجه در این مطالعات این است که **دارای ساختار مشخص در روش کار** می‌باشند. روش کار در این مطالعات شامل وجود موضوع ساختار مند، استراتژی جستجو جامع در تمامی پایگاه‌های داده در دسترس، غربالگری منظم بر اساس موضوع، چکیده و فایل کامل مقالات، انتخاب نهایی مقالات بر اساس معیارهای ورود و خروج، استخراج داده بر اساس تدوین چک لیست کامل و دقیق، ارزیابی کیفیت مقالات بر اساس چک لیست‌های مرتبط، و در نهایت انجام نتایج و ترکیب نتایج مطالعات با توجه به مقدار تفاوت مابین مطالعات اولیه منتخب می‌باشد.

انجام مطالعات ثانویه به صورت مرور نظام مند و متاآنالیز در حال حاضر توجه بسیاری از پژوهشگران در دنیا به خصوص در ایران را به خود جلب کرده است. چرا که این مطالعات دارای بالاترین دقت در تولید شواهد و زمان بسیار کم در انجام، به نسبت سایر مطالعات دیگر است. از طرفی دیگر تمایل بسیاری از مجلات دنیا به انتشار این نوع از مطالعات نیز از دیگر دلایل افزایش درخواست‌ها برای انجام این نوع مطالعات به

Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

مطالعات ثانویه به مطالعاتی که گفته می‌شود که از نتایج مطالعات اولیه به مانند مطالعات مشاهده‌ای توصیفی (مطالعات مقطعی)، مشاهده‌ای تحلیلی (مطالعات مورد شاهدی - مطالعات کوهورت)، و مطالعات مداخله‌ای (مطالعات کارآزمایی بالینی) بهره می‌برد.

به طور خلاصه نتایج همه مطالعات اولیه ذکر شده، به صورت منابع مختلفی در دسترس قرار داد که پژوهشگران میتوانند برای انجام مطالعات ثانویه از این منابع اطلاعاتی استفاده کنند. این منابع شامل موارد زیر می‌باشد:

-مقالات منتشر شده در پایگاه‌های بین‌المللی به مانند PubMed (Medline), Scopus, Embase, Web of Sciences

-پایان نامه یا گزارش نهایی قابل‌بازرسی در کتابخانه‌های ملی یا بین‌المللی (irandoc) برای یافتن پایان‌نامه‌های داخلی و ProQuest برای پایان‌نامه‌های بین‌المللی)

-گزارشات ملی یا بین‌المللی واقع در وب‌سایت ارگان‌ها یا سازمان‌های مرتبط

-چکیده‌های ارائه شده در کنفرانس‌ها یا کنفرانس‌های بین‌المللی

در حال حاضر ۱۴ نوع مطالعه ثانویه طراحی شده است که در سه دسته New Reviews، Old Reviews، و Borderline Reviews قرار می‌گیرند. مطالعات مروری که با عناوین و روش‌های مختلف به مانند Traditional

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

decrease confidence in the effect estimate, and dose-response gradient. GRADE also provides guidance on how to present the quality of evidence in systematic reviews and clinical practice guidelines. This includes using a summary of findings table to present the quality of evidence for each outcome and incorporating transparent explanations for how the quality was assessed and why it was rated as such. Overall, GRADE provides a comprehensive and transparent approach to assessing the quality of evidence and making recommendations based on that evidence.

موضوع: کارین ایران و توسعه تصمیم گیری های آگاهانه در سلامت

ارائه دهنده: دکتر بیتا مسگروپور (دانشیار فارماکواپیدمیولوژی)

Bita Mesgarpour, Associate Professor of Pharmacoepidemiology.

کارین در سال ۱۹۹۳ میلادی در انگلستان تاسیس شد و اکنون یک شبکه جهانی از محققان مستقل، متخصصان بالینی، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، بیماران و علاقه مندان به سلامت است. کارین یک سازمان غیرانتفاعی با بیش از ۱۱ هزار عضو و بیش از ۱۱۴ هزار حامی (supporter) از بیش از ۱۳۰ کشور دنیا است.

ماموریت کارین ارائه اطلاعات سلامت معتبر و قابل دسترس است که عاری از حمایت تجاری و سایر تضاد منافع باشد. برای حمایت از تصمیم گیری آگاهانه، کارین مرورهایی را ارائه می کند که بهترین شواهد موجود را از مطالعات اولیه

شمار می آید. انجام این مطالعات با در نظر گرفتن مطالعات اولیه به صورت مداخله ای یا به عبارتی مطالعات کارآزمایی بالینی از اهمیت بالایی برخوردار است.

موضوع: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

ارائه دهنده: دکتر فرید نجفی (استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل محیطی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران)

Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Health, Research Center for Environmental, Determinants of Health, Research Institute for Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

While the use of best available evidence is important step in evidence-based medicine the assessment of quality of evidence is crucial. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) is a framework for assessing the quality of evidence and strength of recommendations in systematic reviews and clinical practice guidelines. GRADE classifies the quality of evidence into four categories: high, moderate, low, and very low. The quality of evidence can be upgraded or downgraded based on the presence of specific factors. The quality of evidence can decrease by considering factors such as risk of bias, inconsistency, indirectness, imprecision, and publication bias and it can increase by considering factors such as large magnitude of effect, plausible confounding that would

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

کاکرین ایران علاوه بر ترویج شواهد، به آموزش و توانمندسازی محققان و علاقه‌مندان به سنتز شواهد نیز می‌پردازد. در این راستا علاوه بر برگزاری کارگاه‌های حضوری و مجازی، بیش از ۵۰۰ ویدیوی آموزشی کاکرین (مربوط به وینارهای کاکرین مرکزی) را که در یوتیوب منتشر شده با کسب مجوز در کانال آپارات خود منتشر کرده تا دسترسی محققان کشور به این ویدیوها را تسهیل کند و با افزودن زیرنویس انگلیسی به این ویدیوها، امکان بهره‌برداری از آنها را نیز ارتقا دهد .

سایت کاکرین ایران به نشانی iran.cochrane.org یک سایت دو زبانه است که اخبار و فعالیت‌های آموزشی مرکز را منتشر می‌کند. همچنین می‌توانید کاکرین ایران را در شبکه‌های اجتماعی (تلگرام، اینستاگرام، لینکدین و شبکه X) با جستجوی CochraneIran پیدا و دنبال کنید.

موضوع: آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد

ارلقه دهنده: دکتر پیدالله زارع زاده (دانشیار آموزش پزشکی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران)

Yadolah Zarezadeh, Associate Professor of Medical Education, Department of Medical Education, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

بعد از گزارش آبراهام فلکسنر در سال ۱۹۱۰ در مورد نارسایی های سیستم آموزش پزشکی آمریکا و تلاش های علمی پزشکان دانشمند و اندیشمندی همچون ویلیام اوسلر و گروه هایی چون حلقه ی

ترکیب کرده و قطعیت شواهد را نیز تحلیل نموده‌اند. افزون بر آن یکی از اهداف کاکرین در دسترس قرار دادن مرورهای کاکرین برای همه است و به همین منظور برنامه راهبردی را تدارک دیده که تا سال ۲۰۲۵ میلادی، دسترسی باز (open access) به متن کامل همه مرورهای کاکرین را فراهم کند.

کاکرین ایران یک مرکز رسمی همکار کاکرین در بین ۵۳ مرکز در سراسر جهان است و تنها شعبه این شبکه بین‌المللی در منطقه خاورمیانه و کشورهای همسایه است که از سال ۱۳۹۶ فعالیت خود را آغاز نموده است. یکی از اهداف اصلی کاکرین ایران، ترویج و حمایت از استفاده از شواهد کاکرین در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در نظام سلامت است. بدین منظور پروژه ترجمه را در دستور کار قرار داده است که علاوه بر صفحات اصلی سایت کاکرین (به نشانی Cochrane.org)، تاکنون (سوم آبان‌ماه ۱۴۰۲) بیش از ۵۱۴۵ خلاصه علمی و خلاصه ساده (Plain Language Summary) از ۹۱۴۶ مرور کاکرین به فارسی ترجمه و در کتابخانه کاکرین (به نشانی cochranelibrary.com) منتشر شده است. بدین ترتیب زبان فارسی نه تنها به عنوان یک زبان اصلی در سایت کاکرین بلکه در کتابخانه بین‌المللی کاکرین به عنوان سومین زبان (بعد از زبان اسپانیولی و زبان فرانسه) ثبت شده است. علاوه بر ترجمه و انتشار دو کتاب در خصوص به کارگیری شواهد در تصمیم‌گیری‌های سلامت که یکی از آنها مخصوص کودکان است، بیش از ۴۰ پادکست از خلاصه مرورهای کاکرین نیز تاکنون به زبان فارسی ترجمه و ضبط شده که علاوه بر سایت کاکرین در کانال کتابخانه کاکرین در [Spotify](https://open.spotify.com/) و [Apple Podcast](https://applepodcast.com/) در دسترس است .

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

مصنوعی هستیم که ممکن است نه تنها نگاه ما به شواهد بلکه طبیعت شواهد را نیز تغییر دهد.

موضوع: نقش هوش مصنوعی در پزشکی مبتنی بر

شواهد

ارائه دهنده: دکتر فرزاد پرویز پور (استادیار علوم سلولی کاربردی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، سنندج، ایران)

Farzad Parvizpour, Assistant Professor of Applied Cellular Sciences, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

هدف EBM بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی با ارائه ابزارهای مورد نیاز پزشکان برای تصمیم گیری آگاهانه بر اساس بهترین شواهد موجود است EBM. در سال های اخیر اهمیت فزاینده ای پیدا کرده است، زیرا حجم تحقیقات پزشکی به طور تصاعدی افزایش یافته است، و این امر باعث می شود پزشکان با آخرین شواهد همراه باشند.

اصول هوش مصنوعی

یادگیری از داده ها :

هوش مصنوعی برای یادگیری از داده ها طراحی شده است. در واقع از تکنیک ها و الگوریتم های آماری برای تجزیه و تحلیل و شناسایی الگوها در مجموعه داده های بزرگ استفاده می کند. هر چه داده های بیشتر باشد یادگیری بهتر و کارایی بالاتری خواهد داشت.

اتوماسیون :

هوش مصنوعی برای خودکارسازی کارهایی طراحی شده است که معمولاً به هوش انسانی نیاز دارند مانند: تجزیه و تحلیل داده ها،

هاپکینز و نیز تحت تاثیر تغییرات عمیق در نگاه به طبیعت دانش و حقیقت مفهوم تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در مقابل مرکزیت کامل و دایم نظر متخصصین شکل گرفت و با ورود به عصر انفجار اطلاعات و توسعه فناوری کامپیوتر و اینترنت و در دسترس قرار گرفتن نتایج تحقیقات روزافزون جهانی مفهوم تصمیم گیری و آموزش مبتنی بر شواهد را به نگاه غالب در محافل آموزشی و بالینی تبدیل کرده است. این به معنای استفاده هر چه بیشتر از شواهد در دسترس در کلیه تصمیم گیریهای آموزشی از سوی معلمان علوم پزشکی، رهبران و مدیران آموزشی و کلیه کسانی است که در طراحی و توسعه کوریکولوم ها فعال هستند.

تلاش در تئوری این است که کلیه تصمیم هایی که در آموزش پزشکی گرفته می شوند با سطحی هر چه بالاتر از شواهدی حمایت شوند که در سلسله مراتب شواهد که از نظر متخصصین به عنوان نازلترین شواهد آغاز و به مرور نظام مند در عالی ترین شواهد ختم میشوند. امروزه دریافته ایم که در کنار توجه کافی به شواهد در دسترس و انتشار یافته و توسط همتایان داوری شده برای داشتن یک سیستم آموزش پزشکی پویا و سودمند نیازمند توانمندی های دیگری از جمله توان باز اندیشی، توجه و مهارت شناخت نیازها و ویژگیهای فراگیران، بررسی نقادانه شواهد و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی هستیم.

برای رسیدن به این هدف به قضاوت حرفه ای نیاز داریم. این قضاوت حرفه ای بر اساس معیارهایی باید استوار باشد تا از تورش و خطاهای ذهن بشر تا بیشترین حد ممکن مصون باقی بماند. در این بحث در کنار پرداختن به مسایل پیش گفته، لزوم شناخت محیط تولید و به کارگیری شواهد، توجه به متدولوژی و قدرت و کیفیت شواهد و رده بندی شواهد تاکید میشود و در خاتمه ضمن معرفی دهها منبع برای شواهد در آموزش پزشکی یادآور میگردد که ما در استانه انقلاب صنعتی چهارم و انقلاب دیجیتالی و ظهور هوش

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

سیستم های هوش مصنوعی می توانند حجم وسیعی از داده ها و وظایف پیچیده را مدیریت کرده و خود را مطابقت دهند. این قابلیت آنها را قادر می سازد کاربردهای مختلفی داشته باشند از مراقبت های بهداشتی گرفته تا امور مالی و خودروهای خودران

همکاری انسان و هوش مصنوعی :

هوش مصنوعی اغلب برای تکمیل قابلیت های انسانی طراحی شده است نه جایگزینی انسان. در واقع شناخت پتانسیلهای هم افزایی ترکیب تخصص انسانی با قدرت محاسباتی هوش مصنوعی مد نظر می باشد.

مزایای هوش مصنوعی در پزشکی مبتنی بر شواهد

بهبود تشخیص و درمان

هوش مصنوعی می تواند مقادیر زیادی از داده های پزشکی را تجزیه و تحلیل نموده و پارامترهای بسیار بیشتری لحاظ نماید که سبب افزایش دقت تشخیص ها شده و برنامه درمانی دقیق تر و شخصی سازی شده تر را میتوان به بیمار ارائه نمود .

کارایی و صرفه جویی در هزینه

هوش مصنوعی می تواند کارهای روتین که زمانبر هستند را خودکار نموده و وقت متخصصان مراقبت های بهداشتی و درمانی آزاد خواهد شد تا بر روی موارد پیچیده تر تمرکز کنند. این امر می تواند منجر به صرفه جویی در هزینه و بهبود کارایی در سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی شود .

نتایج بهبود یافته بیماران

با ارائه تشخیص ها و برنامه های درمانی دقیق تر، هوش مصنوعی می تواند منجر به بهبود نتایج بیمار و سلامت کلی بهتر برای افراد و جمعیت شود .

تصمیم گیری و حل مسائلی که با روشهای موجود براحتی قابل حل نمیباشد. این امر سبب افزایش کارایی و بهره وری انسان خواهد شد.

تشخیص الگو:

سیستم های هوش مصنوعی در تشخیص الگوها در داده ها عالی هستند: این الگوها میتوانند الگوهای بصری در تصاویر، الگوهای صوتی در گفتار و الگوهای آماری در مجموعه داده ها باشند .

شبکه های عصبی :

شبکه های عصبی جزء کلیدی بسیاری از سیستم های هوش مصنوعی، به ویژه در یادگیری ماشین هستند. این شبکه ها در بردارنده همان الگوریتمهای تجزیه و تحلیلی هوش مصنوعی است .

پیش بینی :

هوش مصنوعی می تواند بر اساس داده های قبلی موجود در پایگاه های داده روند رویدادهای مورد نظر را پیش بینی کرده و آینده آن رویدادها را برای محققین مربوط ترسیم نماید .

سازگاری :

هوش مصنوعی می تواند الگوریتم ها و مدل های خود را در پاسخ به داده های جدید یا تغییر شرایط مطابقت دهد. یکی از دلایل اصلی نفوذ هوش مصنوعی به همه زمینه های فکری و کاری این اصل بوده که آنها قادر می سازد برای طیف وسیعی از کاربردها مناسب بوده و کارایی داشته باشد .

حل مسئله :

هوش مصنوعی برای حل مسائل پیچیده ای استفاده می شود که اغلب فراتر از توانایی های سیستم های محاسباتی متداول است. توانایی حل مسئله یک اصل اساسی هوش مصنوعی است .

مقیاس پذیری :

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

دانش و اطلاعات پزشکی

مدل های زبان هوش مصنوعی به حجم وسیعی از دانش و اطلاعات پزشکی دسترسی دارند. بنابراین می توانند اطلاعات به روز در مورد شرایط پزشکی، گزینه های درمانی، دستورالعمل های دارویی، و سایر موضوعات مربوط به مراقبت های بهداشتی و درمانی را به پزشکان ارائه دهند .

هوش مصنوعی و نوشتن مقالات علمی

هوش مصنوعی، مانند ChatGPT، به عنوان یک دستیار نوشتاری ارزشمند برای دانشگامیان عمل می کند. این چت بات و نمونه های مشابه مانند گوگل بارد پردازش زبان طبیعی و یادگیری ماشین را برای پشتیبانی از محققان در طول فرآیند نوشتن بکار برده تا نتایج مورد نظر آنان محقق شود .

جستجوی خودکار مقالات:

ابزارهای هوش مصنوعی می توانند به سرعت پایگاه های داده زیادی را برای شناسایی مطالعات مرتبط اسکن کرده و با نتایج دقیق خود در زمان و هزینه متخصصین امر صرفه جویی کنند و کارایی آنها افزایش دهند .

استخراج داده ها :

این مدل های هوش مصنوعی می توانند داده های مورد نظر را از مقالات یافته شده بطور دقیق و کارآمد استخراج و سازماندهی کنند و براساس نیاز محقق آنها را مدیریت نمایند .

خلاصه سازی :

یکی از ابتدایی ترین وظایف هوش مصنوعی خلاصه سازی مطالعات انتخاب شده می باشد که می تواند خلاصه ای جامع و مفید را تولید کرده و روند بررسی را تسهیل نمایند .

سنتز داده ها :

هوش مصنوعی ترکیب داده های حاصل از مطالعات متعدد را ساده نموده و خطای انسانی را کاهش می دهد. که این امر بر کیفیت نتایج تاثیر بسزایی دارد .

تجزیه و تحلیل آماری :

هوش مصنوعی از تجزیه و تحلیل آماری انجام داده و در متاآنالیزهای نقش پشتیبانی قابل اتکا را بازی کند .

از دیگر مزایای هوش مصنوعی میتوان به صرفه جویی در زمان، بهبود گرامر و سبک نوشتن، دسترسی به آسان به مقالات، ترجمه متون و مدیریت استنادها و رفرنسها اشاره نمود .

هوش مصنوعی و اپیدمیولوژی

هوش مصنوعی میتواند نقش دستیاری کارآمد را برای متخصصان اپیدمیولوژی بازی کند. در زیر به چند نمونه از قابلیت های هوش مصنوعی در این زمینه اشاره خواهیم نمود:

پردازش و پاکسازی داده ها:

مجموعه داده های بزرگ اپیدمیولوژیک اغلب حاوی خطاها، مقادیر از دست رفته یا ناسازگارهایی هستند. هوش مصنوعی می تواند فرآیند پاک سازی داده ها را خودکار نموده و از کیفیت قابل اعتماد بوده داده ها اطمینان حاصل کند .

یکپارچه سازی داده ها :

اپیدمیولوژیست ها اغلب نیاز به ادغام داده ها از منابع متعدد، مانند سوابق بیمارستانی، پایگاه های داده دولتی و مطالعات تحقیقاتی دارند. هوش مصنوعی می تواند مجموعه داده های متنوع از منابع مختلف را ادغام و هماهنگ کرده و امکان تجزیه و تحلیل جامع آنها را فراهم نماید .

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

مدیریت کارآمد داده ها :

ابزارهای هوش مصنوعی می توانند به طور موثر مجموعه داده های عظیم را ذخیره و مدیریت کنند. خطاهای آنرا پیدا کرده و با پیشنهاد راه کارهای عملی مدیریت داده ها بسیار آسان نماید.

مدل سازی پیش بینی کننده :

هوش مصنوعی، به ویژه الگوریتم های یادگیری ماشین، می تواند مدل های پیش بینی پیچیده ای را بر اساس داده های موجود ایجاد نموده و دقت پیش بینی ها را بهبود بخشد .

تجزیه و تحلیل خوشه ای :

هوش مصنوعی می تواند خوشه هایی از بیماری ها یا رویدادهای مرتبط با سلامت را به صورت جغرافیایی یا زمانی شناسایی کند و به اپیدمیولوژیست ها کمک کند تا توزیع مکانی و زمانی بیماری ها را درک کنند .

شناسایی رویدادهای نادر :

برخی از رویدادهای مرتبط با سلامت و بهداشت، مانند بیماری های نادر یا واکنش های نامطلوب دارویی، هرچند نادر هستند، اما شناسایی آنها ضروری است. هوش مصنوعی می تواند به اپیدمیولوژیست ها کمک کند تا با استفاده از تکنیک های تشخیص ناهنجاری، این رویدادهای نادر را در مجموعه داده های وسیع شناسایی کنند .

واکنش سریع :

در طول شیوع و طغیان بیماری که واکنش سریع و به موقع حیاتی می باشد، هوش مصنوعی می تواند به سرعت داده ها را تجزیه و تحلیل کند تا اطلاعات را به موقع برای اپیدمیولوژیست ها برای تصمیم گیری آگاهانه ارائه دهد. این سرعت می تواند در کنترل شیوع بیماری ها بسیار مهم باشد

نظارت بر داده ها در آن بصورت برخط :

سیستم های هوش مصنوعی می توانند به طور مداوم داده های دریافتی را در زمان واقعی نظارت و تجزیه و تحلیل کنند. این قابلیت برای ردیابی شیوع بیماری، ارزیابی روندهای سلامت عمومی و واکنش سریع به شرایط اضطراری بهداشتی ارزشمند است .

تجزیه و تحلیل داده های طولی :

هوش مصنوعی می تواند داده ها را در دوره های طولانی تجزیه و تحلیل کند و به اپیدمیولوژیست ها اجازه می دهد روندهای طولانی مدت، بیماری های مزمن و اثرات مداخلات را در طول زمان مطالعه کنند .

ملاحظات اخلاقی:

مانند هر فناوری جدید، استفاده از هوش مصنوعی در پزشکی مبتنی بر شواهد سوالات اخلاقی مهمی را مطرح می کند که باید به آنها پرداخت. محققان باید کیفیت و ارتباط داده های مورد استفاده در تجزیه و تحلیل های مبتنی بر هوش مصنوعی را به طور انتقادی ارزیابی کنند. ورود زباله، خروج زباله خارج در اینجا عینیت پیدا میکند. اگر داده های ورودی ناقص یا مغرضانه باشد، نتیجه گیری توصیه های هوش مصنوعی نیز ممکن است مشکل ساز باشد .

تشخیص الگو :

یکی از برترین قابلیت های هوش مصنوعی تشخیص الگوها و روندها در داده ها، حتی در مجموعه داده های بسیار بزرگ و پیچیده می باشد که با روش های حال حاضر امکان پذیر نیست. در واقع می تواند همبستگی ها، ارتباطات و علل بالقوه بیماری ها یا پدیده های مرتبط با سلامت را شناسایی کند.

حریم خصوصی و امنیت داده ها :

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست‌های کشور

دستورالعمل‌ها و مقررات روشن برای استفاده از هوش مصنوعی در پزشکی مبتنی بر شواهد برای اطمینان از حفظ استانداردهای اخلاقی مهم است.

موضوع: مطالعات بار بیماری؛ فائق آمدن بر مشکل کمبود داده‌های اپیدمیولوژیک برای سیاست‌گذاری آگاه از شواهد

ارائه دهنده: دکتر مازیار مرادی-لاکه (استاد پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران)

Maziar Moradi-Lakeh, Professor of Community Medicine, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Preventive Medicine and Public Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

هدف مطالعات بار بیماری، کمی کردن سلامت از دست رفته به دلیل بیماری‌ها، آسیب‌ها و عوامل خطر است، به گونه‌ای که دارای قابلیت مقایسه باشند. هر چند عده‌ای با دیدگاهی گسترده‌تر، به هر نوع گزارش کمی از بزرگی و شدت بیماری (مانند شیوع یا بروز یا مرگ و میر)، عنوان بار بیماری اطلاق کنند که در این حالت ممکن است قابلیت مقایسه بین آنها موجود نباشد. اما اینک نمی‌توان از مقایسه شیوع پوسیدگی دندان و شیوع استئوآرتریت، برای فهم اینکه کدام یک مشکل بزرگتری به شمار می‌رود، استفاده کرد. کاربرد عبارت بار بیماری، در چند دهه اخیر با اجرای مطالعه بار جهانی بیماری‌ها (Global Burden of Disease) یا GBD که نخستین بار در دهه ۱۹۹۰ میلادی با حمایت بانک جهانی انجام شد، گسترش بیشتری یافته است. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها، از ابتدا با

تجزیه و تحلیل هوش مصنوعی به مقادیر زیادی داده نیاز دارد که ممکن است شامل اطلاعات حساس بیمار باشد. بنابراین، اطمینان از حفاظت و استفاده اخلاقی از داده‌های بیمار بسیار مهم است. در اعلامیه سازمان بهداشت جهانی به این نگرانی پرداخته است. استفاده از روش‌های رمزگذاری و ذخیره‌سازی ایمن می‌تواند به محافظت از داده‌های بیمار در برابر دسترسی و نقض‌های غیرمجاز کمک کند. همچنین دریافت رضایتنامه آگاهانه از بیماران قبل از استفاده از داده‌های آنها برای تجزیه و تحلیل هوش مصنوعی مهم است.

الگوریتم‌های مورد استفاده در سیستم‌های هوش مصنوعی ممکن است سوگیری‌هایی را که در داده‌ها وجود دارد تداوم بخشد و منجر به رفتار ناعادلانه با گروه‌های خاصی از بیماران شود. به عنوان مثال، اگر داده‌های مورد استفاده برای آموزش یک سیستم هوش مصنوعی نسبت به یک نژاد یا جنسیت خاص تعصب داشته باشد، سیستم ممکن است تصمیمات نادرست یا ناعادلانه‌ای را برای بیماران متعلق به نژادها یا جنسیت‌های دیگر اتخاذ کند. برای پرداختن به این موضوع، مهم است که اطمینان حاصل شود که داده‌های مورد استفاده برای آموزش سیستم‌های هوش مصنوعی متنوع و نماینده کل جمعیت است. علاوه بر این، ممیزی منظم سیستم‌های هوش مصنوعی می‌تواند به شناسایی و تصحیح هرگونه سوگیری که ممکن است ایجاد شود کمک کند.

سیستم‌های هوش مصنوعی باید در فرآیندهای تصمیم‌گیری خود شفاف باشند تا اطمینان حاصل شود که بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند نحوه تصمیم‌گیری را درک کنند. توسعه دهندگان سیستم‌های هوش مصنوعی باید در قبال هرگونه خطا یا سوگیری که ممکن است ایجاد شود پاسخگو باشند. این را می‌توان از طریق آزمایش و اعتبارسنجی منظم سیستم‌های هوش مصنوعی و همچنین مستندسازی واضح فرآیندهای تصمیم‌گیری مورد استفاده توسط سیستم به دست آورد. علاوه بر این، ایجاد

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست‌های کشور

های توسعه پایدار مرتبط به سلامت (Health-related SDGs) نیز در قالب مطالعه GBD گزارش می‌شوند.

اگر چه توجه به نتایج مطالعه بار جهانی بیماری‌ها به شدت افزایش یافته است، نقدهایی نیز به این مطالعه وارد بوده است. یکی از مهمترین نقدها، چگونگی برآورد برای کشورهای و مناطقی است که داده‌های اپیدمیولوژیک مناسبی در اختیار ندارند؛ مشکلی که به زعم منتقدان می‌تواند منجر به گمراه شدن سیاست‌گذاران گردد. راه حلی که مطالعه بار بیماری ارائه می‌کند، همان رویکردی است که در پزشکی مبتنی بر شواهد نیز به کار می‌رود که عبارت است از به کارگیری بهترین شواهد موجود. بهترین شواهد اپیدمیولوژیک موجود برای مناطق مختلف، سطح بسیار متفاوتی دارند؛ به عنوان نمونه، در حالی که تعدادی از کشورها، دارای نظام‌های ثبت مرگ با پوشش و دقت بالا در ثبت علل مرگ هستند، در مناطق دیگری از دنیا، حتی تعداد خام موارد مرگ نیز در دسترس نیست و یا داده‌های آن، کیفیت بسیار پایینی دارند. مساله در مورد داده‌های ابتلا به بیماری‌ها، از مرگ هم پیچیده‌تر است به نحوی که حتی قوی‌ترین نظام‌های سلامت هم ممکن است داده‌های مناسبی برای بسیاری از بیماری‌ها در اختیار نداشته باشند. مطالعه بار بیماری‌ها، روش‌های گوناگونی را برای کاستن از این مشکل، در پیش می‌گیرد؛ به عنوان نمونه، به کارگیری روش متارگرسیون بیزین (Bayesian) در تحلیل‌ها، کمک می‌کند تا برای هر بیماری، یک توزیع پیشین (Prior distribution) بر اساس مجموعه داده‌های موجود در سطح دنیا، کلان مناطق (Super-region) و مناطق (Region) مختلف دنیا در نظر گرفته شود. سپس داده‌های مربوط به هر کشور و مقادیر کووریت‌های مرتبط با شاخص‌های اپیدمیولوژیک در آن کشور، کمک می‌کنند که این توزیع پیشین به توزیع پسین (Posterior distribution) که همان خروجی مدل هاست، تبدیل شود. اگر کشوری فقط یک میزان بروز برای تمام سنین از یک سرطان خاص داشته باشد، می‌توان با در نظر گرفتن توزیع

هدف فراهم کردن شواهد اپیدمیولوژیک برای کمک به سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت شکل گرفت. با گذشت حدود ۳۰ سال از نخستین دور مطالعه، چندین دور از مطالعه GBD اجرا شده و در هر دور، تغییراتی در روش اجرا، داده‌های مورد استفاده، پوشش بیماری‌ها و عوامل خطر و سطح پوشش مناطق جغرافیایی اعمال شده است.

در دید کلان، مطالعه GBD با مرور سیستماتیک داده‌های اپیدمیولوژیک مرتبط با بیماری‌ها (شامل داده‌های مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌ها) آغاز می‌گردد. داده‌ها پس از غربال شدن و اعمال اصلاحات ضروری، به عنوان ورودی در مدلسازی مورد استفاده قرار می‌گیرند. برای اینگونه مدلسازی‌ها، داده‌های جمعیتی و تعداد زیادی از کووریت‌ها نیز مورد نیاز هستند. خروجی مدل‌ها، مجموعه‌ای هماهنگ (Consistent) از برآوردهای اپیدمیولوژیک مرتبط با بیماری‌ها هستند که برای محاسبه سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس (Years of Life Lost)، سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی (Years Lived with Disability) و مجموع آنها (Disability-Adjusted Life Years) مورد استفاده قرار می‌گیرند. خروجی‌های مطالعه بار جهانی بیماری‌ها، متعدد هستند و از میان آنها می‌توان به میزان‌های مرگ و میر، شاخص امید زندگی، شیوع و بروز بیماری‌ها، سال‌های از دست رفته عمر، امید زندگی تطبیق داده شده با سلامت (HALE) و نیز مرگ و میر و سال‌های از دست رفته قابل انتساب به عوامل خطر مختلف اشاره کرد. همچنین، جمعیت و میزان‌های باروری، اندکس اجتماعی-جمعیتی (Socio-Demographic Index)، میزان‌های مواجهه خلاصه شده برای عوامل خطر مختلف (Summary Exposure Value)، نسبت قابل انتساب جمعیتی (PAF) برای زوج‌های عامل خطر-بیماری، اندکس پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage) و شاخص

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

ترجیحات بیماران جهت اخذ بهترین تصمیمات بالینی ادغام مینماید. تصمیم گیری مشارکتی هم مانند پزشکی مبتنی بر شواهد، از رویکردهای چند دهه اخیر است که مشارکت آگاهانه بیشتری از بیماران همراه با اطلاع رسانی بیشتر به آنها را در بر میگیرد. به هر حال در پزشکی مبتنی بر شواهد عوامل اجتماعی و فرهنگی و ترجیحات درمانگران کمتر در نظر گرفته میشوند. باید علاوه بر کارآزمایی های بالینی، دانش بومی و تخصصی هم در شواهدی که در پزشکی مبتنی بر شواهد بکار میروند در نظر گرفته شوند تا بتوان دستورالعملهای بالینی بین المللی را در مناطق مختلف دنیا و حتی در مورد بیماریهای مزمن، پیچیده و نادر هم بکار برد. گایدلاین ها و کارآزماییهای بالینی باید توسط محققین درجه بندی کیفی شوند خصوصاً از نظر خطر خطا چرا که متخصصین بالینی نمیتوانند به درستی چنین ارزیابی را داشته باشند. استفاده از تصمیم یار (decision aid)، سیستم های امتیاز دهی (scoring systems) و سیستم پشتیبانی تصمیم گیری بالینی (Clinical decision support system) با آگاهی بیشتر بیماران، سهولت تصمیم گیری متخصصین بالینی و کاهش هزینه ها، اطمینان از استفاده از به روزترین منابع و سهولت ورود داده ها همراه بوده اند. لذا استفاده از امکانات تحقیقاتی به همراه تکنولوژی های جدید مانند هوش مصنوعی در این زمینه به شدت در حال توسعه و همراه با کاهش هزینه و زمان جهت یافتن مرتبط ترین منابع و افزایش کارآمدی است. برتری گایدلاین های مبتنی بر شواهد بر گایدلاین های مبتنی بر اجماع بسیار واضح است اما منابع موجود هم دارای محدودیت ها و کاستی های فراوانی هستند. علیرغم ترویج پزشکی مبتنی بر شواهد همچنان، متخصصین بالینی اندکی از این رویکرد در

پیشین مربوط به سن و جنس که از رده های بالاتر (مناطق، کلان مناطق و کل دنیا) به دست آمده و تک داده موجود، همراه با کووریت های مرتبط با میزان بروز این سرطان خاص، توزیع سنی و جنسی بروز سرطان مزبور را به نحوی برآورد کرد که با سایر داده های اپیدمیولوژیک، مانند مرگ ناشی از همان سرطان هماهنگ باشد. کلیه برآوردهای مطالعه GBD همراه با دامنه عدم اطمینان گزارش می شوند و می توان انتظار داشت که در کشورهایی که داده های کمتر یا با کیفیت پایین تری دارند، دامنه عدم اطمینان برآوردها گسترده تر از کشورهایی است که کمیت و کیفیت داده های اپیدمیولوژیک آنها بالاتر است.

باید به خاطر داشت که فلسفه مطالعه بار جهانی بیماری ها، کمک به سیاست گذاری با استفاده از بهترین شواهد موجود بوده است. اگر بهترین شواهد موجود، ضعیف باشند، اطمینان در مورد صحت برآوردهای GBD نیز اندک است، هر چند که همین شواهد می توانند به سیاست گزاران کمک کنند تا اندک-نوری بر تارک صحنه سیاست گذاری بتابانند.

موضوع: تاثیر و نقش تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در تصمیمات بالینی و درمان بیماران

ارائه دهنده: دکتر علی کبیر (پزشک، دانشیار
اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات جراحی های کم تهاجمی،
دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران)

Ali Kabir, MD, MPH, PhD, MSc, Associate Professor of Epidemiology, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

پزشکی مبتنی بر شواهد (evidence based medicine: EBM)، بهترین منابع موجود را با تجربه بالینی درمانگران و

نوزدهمین نشست فصلی انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری انجمن علمی اپیدمیولوژیست های کشور

زمینه های مختلف استفاده میکنند. پزشکی مبتنی بر شواهد باعث کاهش اقدامات غیر ضروری، هزینه ها، آسیب، مرگ و میر، زمان؛ انتخاب بهترین روش و رویکرد تشخیصی و درمانی و افزایش کارایی میشود.