مقـــاله تحقیقی

آگاهی و نگرش دندانپزشـــکان عمومی شهرستـــان اردبیل در خصـــوص دندانپزشـــکی مبتنی بر شـــواهد

هالـه ولـی‌زاده حقـی [۱*]، ابوالفضـل باقـری [۲]، خاطـره عیسـی‌زاده‌فر [۳]، شـهرام مینـوی [۴]

[۱] استادیار بخش دندانپزشکی ترمیمی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده دندانپزشکی، اردبیل، ایران

[۲] استادیار بخش بخش پاتولوژی دهان و دندان، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده دندانپزشکی، اردبیل، ایران

[۳] استادیار بخش پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده دندانپزشکی، اردبیل، ایران

[۴] دندانپزشک، اردبیل، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: بخش دندانپزشکی ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

نشانی الکترونیک: h.valizadeh@arums.ac.ir

چکیده

زمینه: دندانپزشکی مبتنی بر شواهد روشی برای گنجاندن نتایج تحقیقات در اعمال بالینی روزمره‌ی دندانپزشکی است . مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی و نگرش دندانپزشکان فعال در شهرستان اردبیل درباره‌ی دندانپزشکی مبتنی بر شواهد صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، آگاهی و نگرش دندانپزشکان فعال در شهرستان اردبیل با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته در خصوص دندانپزشکی مبتنی بر شواهد مورد بررسی قرار گرفت. پاسخ دندانپزشکان به سؤالات آگاهی و نگرش به صورت درصد گزارش شد و ارتباط آگاهی و نگرش با متغیرهای سن، جنس، سابقه اشتغال، محل فعالیت و تحصیل بر حسب مورد، توسط آزمون های t-test، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین مجموع نمرات آگاهی دندانپزشکان فعال در شهرستان اردبیل برابر ۴/۳۶±۹/۱۷و میانگین مجموع امتیازات نگرش آنان نیز معادل ۴/۸±۲۳/۵۳ بوده است. ارتباط معنی داری از نظر امتیازات آگاهی و نگرش بر حسب سن (آگاهی p=۰/۱۳، نگرش p=۰/۰۶)، جنس (آگاهی p=۰/۲۵، نگرش p=۰/۳۱)، محل فعالیت (آگاهی p=۰/۲۵ نگرش p=۰/۲۶)، مدت اشتغال (آگاهی p=۰/۱۳، نگرش p=۰/۰۶) و محل فارغ التحصیلی (آگاهی p=۰/۱۵، نگرش p=۰/۶۹) یافت نشد.

نتیجه‌گیری: مجموعاً آگاهی دندانپزشکان اردبیل در خصوص دندانپزشکی مبتنی بر شواهد رضایت بخش نبوده، با این وجود نگرش منفی در این زمینه وجود نداشت و بیشتر دندانپزشکان تمایل به آموزش در این زمینه را عنوان نمودند.

واژگان کلیدی: دندانپزشکی مبتنی بر شواهد، آگاهی، نگرش

مقدمه

در طی سال‌های ۱۹۹۰، فرآیند جدیدی برای مرور شواهد علمی در حیطه علوم پزشکی ظهور کرد. این فرایند، یک رویکرد سیستماتیک برای خلاصه کردن حجم انبوه متون و مقالات بود که دست اندرکاران بهداشت و سلامت نیاز داشتند تا تجربیات خود را با آن تلفیق دهند. با توجه به اینکه مطالعه‌ی حجم انبوه و زیاد مقالات که سالانه در مجلات معتبر منتشر می شوند، غیرممکن می باشد، پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM (Evidence-Based Medicine از یک فرآیند سیستماتیک استفاده کرده و رابطه میان شواهد و موقعیت‌های خاص کلینیکی را ارزیابی می‌نماید (۱). بر پایه‌ی بروز و ظهور این اصول در علم پزشکی، جامعه دندانپزشکی آمریکا آن را در دندانپزشکی نیز تعمیم و توسعه داد. براین اساس، دندانپزشکی مبتنی بر شواهد (EBD (Evidence-Based-Dentist-ry معرفی گردید که رویکردی برای حفظ سلامت دهان می باشد و تلفیقی از شواهد علمی و تشخیص‌های کلینیکی متناسب با سابقه و وضعیت دهانی و پزشکی بیمار، مهارت کلینیکی دندانپزشک در کنار نیازها و اولویت‌های درمانی بیمار می باشد (۱و۲).

تجربه‌ی بالینی دندانپزشکی، امروزه تبدیل به یک موضوع پیچیده و چالش‌برانگیز شده است. افزایش آگاهی بیماران، تغییر الگوهای اقتصادی-اجتماعی افراد، پیشرفت‌های تکنیکی و پدیده‌ی انفجار اطلاعات همگی در تجربه‌ی بالینی روزمره و تصمیم‌گیری‌های بالینی مؤثر می‌باشند (۳). دندانپزشکی مبتنی بر شواهد روشی برای نزدیک ساختن نتایج تحقیقات و اعمال بالینی روزمره‌ی دندانپزشکی است. تجربه‌ی دندانپزشکی مبتنی بر شواهد در طول زندگی نیز به طور مستمر جریان دارد و در واقع یک آموزش فردی است (۴). فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های دندانپزشکی در هنگام فارغ‌التحصیلی، از دانش به روز و جدیدی در درمان‌های دندانپزشکی برخوردار می شوند. با این حال، برخی از اطلاعات آنان با گذشت زمان به تدریج قدیمی شده و دانش و تکنولوژی جدیدی جایگزین آنها می‌شود. براین اساس، بویژه در راستای ارتقاء سلامت بیمار، ضروری است که دندانپزشکان دانش خود را به روز نگه دارند (۵).

در توانمندی‌های تعریف شده برای یک دندانپزشک عمومی در اتحادیه اروپا و امریکای شمالی، به مهارت یادگیری مادام‌العمر (life-long learning) که مستلزم استفاده از اصول و عملکرد مبتنی بر شواهد است، به عنوان یکی از توانمندی‌های اصلی تاکید شده است (۶).بر همین مبنا، گنجاندن آموزش اصول "دندانپزشکی مبتنی بر شواهد" در محتوای برنامه آموزشی دانشکده‌های دندانپزشکی در دوره عمومی توصیه شده و تحقیقاتی نیز برای دستیابی به بهترین شیوه آموزش این مهارت انجام گردیده است (۷).

علیرغم اهمیت موضوع و تأثیر آگاهی و نگرش دندانپزشکان از EBD در کیفیت درمان ارائه شده به بیماران، مطالعات اندکی در این زمینه در کشورمان انجام گرفته است. نتایج مطالعات در این زمینه می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آموزشی در دوره‌های بازآموزی و آموزش دانشجویان در دانشگاه‌ها حائز اهمیت باشد. بنابراین مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین میزان آگاهی و نگرش دندانپزشکان عمومی شهر اردبیل در خصوص دندانپزشکی مبتنی بر شواهد EBD انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی- مقطعی توسط پرسشنامه ای محقق ساخته، بر روی جامعه دندانپزشکان فعال در شهر اردبیل انجام شد. کلیه دندانپزشکانی که نامشان در نظام پزشکی شهرستان اردبیل ثبت شده و در سال ۱۳۹۴در یکی از مراکز دولتی و خصوصی اردبیل فعالیت داشتند وارد مطالعه شدند . ضمن هماهنگی تلفنی، پرسشنامه ها به محل فعالیت دندانپزشکان ارسال شد و پس از تکمیل، جمع آوری گردید. تکمیل پرسشنامه اختیاری و به صورت بی نام انجام گرفت. از میان کل دندانپزشکان، ۷۸ نفر (۸۹/۷%) پرسشنامه ها را تکمیل کردند. پرسشنامه شامل ۳ بخش بود، در بخش اول، اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس، سابقه فعالیت دندانپزشکی، محل اشتغال و محل تحصیل قرار داشت. بخش دوم، شامل سوالات مربوط به آگاهی و بخش سوم شامل سوالات مربوط به نگرش دندانپزشکان نسبت به دندانپزشکی مبتنی بر شواهد بود. جهت ارزیابی روایی، پرسشنامه در اختیار پنج نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده دندانپزشکی اردبیل قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام گرفت. پایایی پرسشنامه نیز پس از تکمیل توسط ۲۰ دندانپزشک، توسط آزمون آلفای کرونباخ تایید شد. این افراد از مطالعه اصلی خارج شدند. جهت آنالیز آماری از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS استفاده شد. پاسخ دندانپزشکان به سوالات آگاهی و نگرش به صورت درصد گزارش گردید. جهت بررسی رابطه آماری، به هر یک از پاسخهای قسمت آگاهی امتیازی از صفر تا ۲ (پاسخ درست=۲، نادرست=۰، آگاهی ندارم=۱) و به پاسخهای قسمت نگرش امتیازی از ۱ تا ۵ (به شدت مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، به شدت موافقم=۵) تعلق گرفت. مجموع امتیازات آگاهی و نگرش محاسبه و رابطه آنها با متغیرهای سن، جنس، سابقه اشتغال، محل فعالیت و تحصیل بر حسب مورد از آزمون های t-test، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از میان ۷۸ دندانپزشک شرکت کننده در مطالعه، ۴۹ نفر (۶۲/۸%) مرد و ۲۹نفر (۳۷/۲%) زن بودند. محدوده سنی جامعه مورد بررسی ۶۰-۲۵ سال بود. ۱۰ نفر (۱۲/۸%) در بخش دولتی، ۵۶ نفر (۷۱/۸%) در بخش خصوصی و ۵ نفر (۶/۴%) نیز در هر دو بخش فعالیت داشتند. محدوده سابقه فعالیت دندانپزشکی از ۱ تا ۳۵ سال به دست آمد. محل تحصیل دندانپزشکان نیز در جدول ۱ ارائه شده است.

فراوانی پاسخ دندانپزشکان به سؤالات آگاهی و نگرش به ترتیب در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده است. میانگین نمرات آگاهی برابر با ۴/۳۶±۹/۱۷ و میانگین نمرات نگرش برابر با ۴/۸±۲۳/۵۳ به دست آمد.

جدول ۱. فراوانی محل تحصیل دندانپزشکان عمومی شهر اردبیل

دانشگاه محل تحصیل	تعداد	درصد
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	۱۶	۲۰/۵
دانشگاه علوم پزشکی تهران	۱۶	۲۰/۵
دانشگاه علوم پزشکی گیلان	۸	۱۰/۳
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	۸	۱۰/۳
دانشگاه علوم پزشکی همدان	۷	۹/۰
دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران	۶	۷/۷
دانشگاه علوم پزشکی بابل	۴	۵/۱
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	۳	۳/۸
دانشگاه علوم پزشکی کرمان	۲	۲/۶
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	۲	۲/۶
دانشگاههای علوم پزشکی خارج از ایران	۲	۲/۶
دانشگاه علوم پزشکی قزوین	۱	۱/۳
دانشگاه علوم پزشکی زابل	۱	۱/۳
بدون پاسخ	۲	۲/۶

جدول ۲. درصد فراوانی پاسخ های دندانپزشکان به سؤالات بخش آگاهی از دندانپزشکی مبتنی بر شواهد

سؤال	درست (%)	نادرست (%)	آگاهی ندارم (%)
دندانپزشکی مبتنی بر شواهد(EBD) تلفیق شواهد علمی اثبات شده با مهارت و تجربه کلینیکی دندانپزشک و الویت های بیمار در تصمیم گیری های درمانی می باشد.	۷۶/۹	۵/۱	۱۶/۷
EBD دارای چند مرحله است شامل مشخص کردن پرسش کلینیکی،یافتن پاسخ/شواهد، ارزیابی اعتبار شواهد و استفاده از شواهد در صورتی که از نظر کلینیکی مناسب باشد.	۷۶/۹	۰	۲۱/۸
شواهد برگرفته از تمامی مقالات منتشر شده در مجلات علمی در EBD قابل استفاده است.	۱۹/۲	۶۰/۳	۱۹/۲
Critical apprasing پروسه ارزیابی و تفسیر شواهد با بررسی سیستماتیک اعتبار، نتایج و ارتباط کلینیکی (relevance) است.	۲۸/۲	۵/۱	۶۵/۴
مطالعات cohort در بالاترین سطح اعتبار شواهد قرار دارد.	۱۴/۱	۱۴/۱	۷۱/۸
Cochrane collaboration سازمانی بین المللی است با هدف ایجاد و حفظ یک بانک اطلاعاتی online از مطالعات systematic review.	۲۶/۹	۵/۱	۶۷/۹
مهمترین معیار برای ارزیابی یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بودن است.	۱۴/۱	۶۱/۵	۲۴/۴
Meta analysis, narrative reviews, systematic reviews مقالات خلاصه هستند که از لحاظ قدرت مقاله برابری می کنند.	۱۶/۷	۳۲/۱	۴۸/۷
EBD این امکان را فراهم می سازد که دندانپزشک دانش و مهارت کلینیکی خود را بهبود بخشد.	۸۵/۹	۱/۳	۱۱/۵
EBD با بهبود کیفیت و کارایی درمانهای کلینیکی به بیمار سود می رساند.	۸۳/۳	۱/۳	۱۵/۴

جدول ۳. درصد فراوانی پاسخ های دندانپزشکان به سؤالات بخش نگرش نسبت به دندانپزشکی مبتنی بر شواهد

سؤال	به شدت مخالفم (%)	مخالفم (%)	نظری ندارم (%)	موافقم (%)	به شدت موافقم (%)
به نظر من EBD دیدگاهها و نظرات بیمار را در نظر نمی گیرد	۱۲/۸	۳۴/۶	۳۵/۹	۱۴/۱	۱/۳
به نظر من مراقبتهای دندانی بدون استفاده از EBD به طور کامل قابل انجام است	۲/۶	۴۱/۰	۳۵/۹	۱۷/۹	۱/۳
EBD پروسه ای زمان بر است	۲/۶	۲۰/۵	۴۱/۰	۳۳/۳	۱/۳
به نظر من EBD تجربه کلینیکی را نادیده می گیرد	۱۴/۱	۴۳/۲	۲۹/۵	۹/۰	۰
انواع خدمات دندانپزشکی که ارائه می گردد محدود است و بنابراین EBD یک ضرورت نیست	۱۶/۷	۵۱/۳	۲۵/۶	۵/۱	۰
EBD تصمیم گیری کلینیکی را با پیچیدگی روبه رو می کند	۹/۰	۲۸/۲	۲۴/۴	۳۵/۹	۱/۳
EBD کیفیت مراقبت های دندانی را کاهش می دهد	۱۷/۹	۳۵/۹	۱۶/۷	۲۵/۶	۲/۶
به نظر من شواهد علمی راهنمای کلینیکی مناسبی برای کار دندانپزشکی نمی باشد	۱۶/۷	۳۷/۲	۱۵/۴	۲۶/۹	۲/۶
تمایلی برای آموزش بیشتر در زمینه EBD ندارم	۲۴/۴	۳۲/۱	۱۶/۷	۲۱/۸	۳/۸

آزمون t-test تفاوت معنی داری در میزان آگاهی (p=۰/۲۵) و نگرش (p=۰/۳۱) بر حسب جنس نشان نداد.با بررسی ضریب همبستگی، بین سن دندانپزشک و مجموع نمرات آگاهی (p=۰/۱۳) و نیز بین سن و مجموع امتیازات نگرش (p=۰/۰۶) ارتباط معنی داری ثبت نشد. هم چنین میزان آگاهی (p=۰/۱۳) و نگرش (p=۰/۰۶) ارتباط معنی داری با سابقه فعالیت نشان نداد.

میانگین نمرات آگاهی در شاغلین بخش خصوصی برابر با ۳/۹۱±۸/۶۷؛ بخش دولتی ۴/۹۸±۱۰/۲ و شاغلین در هر دو بخش برابر با ۵/۲۷±۱۱/۴۰ به دست آمد . همچنین میانگین امتیازات نگرش در شاغلین بخش خصوصی معادل ۵/۲۸±۲۲/۹۵؛ بخش دولتی ۲/۹۱±۲۵/۷ و شاغلین در هر دو ۳/۰۰±۲۴/۰۰ بود. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد تفاوت معنی داری از نظر میزان آگاهی (p=۰/۲۵) و نگرش (p=۰/۲۶) بر حسب محل اشتغال وجود ندارد. بین محل تحصیل و میزان آگاهی (p=۰/۱۵) و نگرش (p=۰/۶۹) نیز تفاوت معنی داری به دست نیامد.

بحث

دندانپزشکی مبتنی بر شواهد ترکیبی از شواهد کلینیکی به همراه استفاده از شواهد پژوهشی می باشد. هدف از فرایند EBD، بهبود کیفیت، کارایی و تناسب مراقبت های دندانی از طریق کاربرد اصول و روشهای استاندارد مبتنی بر شواهد می باشد (۹و۸). در مطالعه حاضر میزان آگاهی و نگرش دندانپزشکان فعال در شهر اردبیل در مورد دندانپزشکی مبتنی بر شواهد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه در بخش آگاهی نشان داد که بیش از دو سوم دندانپزشکان در مورد مفهوم EBD و مراحل و کلیات آن پاسخ درست دادند، با این وجود در مورد جزئیات EBD آگاهی پایین تری گزارش شد که مشابه با نتایج مطالعات دیگر بود (۱۱و۱۰و۳).

ارزیابی انتقادی یا Critical appraisal، از موارد مهم در تصمیم گیری بالینی محسوب می گردد چرا که استفاده از هر نوع مقاله ای و یا نتیجه گیری نادرست از آنها می تواند به معنی به خطر افتادن سلامت یک فرد باشد (۱۲). طبق نتایج مطالعه، ۲۸/۲% دندانپزشکان در خصوص Critical appraisal پاسخ درست داده بودند و بیشترین تعداد دندانپزشکان گزینه عدم آگاهی را انتخاب کرده بودند. همچنین در مطالعه حاضر میزان آگاهی در سوالات مربوط به انواع مختلف مطالعات نیز حاکی از عدم آگاهی کافی در جزئیات EBD بود. در مطالعه Yusof و همکاران در سال ۲۰۰۸، ۸۰% دندانپزشکان مالزیایی از مفهوم کلی EBD با خبر بودند، ۷۱/۱% مفهوم مرور سیستماتیک را می دانستند و ۶۱/۵% با مفهوم ارزیابی انتقادی آشنا بودند (۱۳) که نشان می دهد در مقایسه با مطالعه حاضر، درصد آگاهی آنها نسبت به مفاهیم EBD بالاتر بود.

در مطالعه حاضر تنها یک چهارم دندانپزشکان شرکت کننده در خصوص Cochrane collaboration آگاهی داشتند. این سازمان در سال ۱۹۹۲ با هدف کمک به متخصصین بالینی و پژوهشگران و یا بیماران برای آماده سازی، طراحی و دستیابی به مرورهای سیستماتیک تأسیس شده است (۱۴). در مطالعه Iqbal و Glen-ny (۳)، ۷۲% از دندانپزشکان انگلیسی هیچ ذهنیتی راجع به این سازمان نداشتند که یافته های مطالعات دیگر نیز همراستا با نتایج این مطالعه بودند (۱۶و۱۵و۱۳و۳).

بدون تردید شواهد بر گرفته از تمامی مطالعات منتشر شده قابل استفاده نبوده و یا از ارزش یکسانی برخوردار نیستند (۱۷). فراوانی پاسخ دندانپزشکان در سؤالات مربوط به انواع مقالات و جزئیات مربوط به اصطلاحات مرتبط با EBD نشان داد که دندانپزشکان از آگاهی کافی در این زمینه برخوردار نمی باشند. در مطالعه صابونچی و همکاران میزان آگاهی اعضای هیئت علمی دانشکده های دندانپزشکی ایران در خصوص مفاهیم پایه‌ای EBD و مهارتهای ارزیابی انتقادی متوسط ارزیابی گردید (۱۸). در مطالعات کشورهای دیگر نیز با وجود بالاتر بودن میزان عددی آگاهی در مقایسه با مطالعه حاضر، میزان آگاهی در مورد جزئیات و مهارتهای EBD کمتر از آگاهی در مورد مفهوم کلی EBD بود (۱۹و۱۳و۳). بنابراین افزایش آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان نسبت به جزئیات EBD دارای اهمیت بالایی می باشد. دندانپزشکی مبتنی بر شواهد نه تنها به دندانپزشک بالینی این امکان را می دهد که از نتایج جستجوهای الکترونیکی برای حل مشکلات روزمره‌ی بالینی استفاده نماید بلکه به عنوان روشی برای بهبود آگاهی و مهارت‌های بالینی فرد دندانپزشک دارای اهمیت می باشد (۲۰).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، دندانپزشکان فعال در شهر اردبیل نگرش منفی نسبت به دندانپزشکی مبتنی بر شواهد نشان ندادند. در مطالعه صابونچی و همکاران (۱۸) و مطالعه جعفری و همکاران (۲۱) در ایران، نگرش کلی اعضای هیئت علمی و دانشجویان دندانپزشکی نسبت به EBD مثبت بود که نسبت به جامعه مورد بررسی مطالعه ما اندکی بیشتر می باشد. نگرش مثبت نسبت به موضوع می تواند به عنوان یک فرصت برای برنامه ریزان آموزش دندانپزشکی در دانشکده ها و دوره های بازآموزی نگریسته شود. در اصلاحاتی که اخیراً در برنامه های آموزشی دندانپزشکی در دانشکده های پیشرو انجام شده است تاکید زیادی به مهارتهای تفکر انتقادی و آموزش به روش مبتنی بر شواهد شده است (۲۲). در مطالعه دیگری در ایران

نیز این نتیجه گیری انجام شد که زمینه برای آموزش EBD در دانشجویان دندانپزشکی وجود دارد و با گنجاندن این مبحث در سرفصل دروس می توان نقایص موجود دراین زمینه را برطرف نمود (۲۱). البته لازم به ذکر می باشد که اجرای آموزش به روش دندانپزشکی مبتنی بر شواهد مستلزم زمان کافی و امکانات دسترسی به کامپیوتر و اتصال به شبکه اینترنت بوده و اساتید مجرب در این زمینه مورد نیاز می باشند (۲۲) که شاید در همه دانشکده‌های دندانپزشکی فراهم نگردد.

برخی مشکلات و نارسایی ها از قبیل کمبود زمان و امکانات مالی و دانش کم در این زمینه به عنوان موانع اجرای EBD در مطالعات گزارش شده است (۲۳و ۱۳و۳). بر اساس نتایج مطالعه ما بیش از یک سوم دندانپزشکان اردبیلی معتقد بودند که EBD مستلزم زمان طولانی بوده و تصمیم گیری کلینیکی را با پیچیدگی روبه رو می کند. با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از دندانپزشکان در بخش خصوصی و یا همزمان در هر دو بخش خصوصی و دولتی مشغول به فعالیت بودند زمان و حق الزحمه درمانی نقشی اساسی در کاربرد و نگرش آنها نسبت به EBD داشته است.

طبق نتایج مطالعه حاضر، هیچ تفاوت معنی داری از نظر میزان آگاهی و نگرش بر اساس متغییرهای سن، جنس، محل تحصیل و فعالیت و سابقه فعالیت دیده نشد که می تواند به دلیل برخورداری از کوریکولوم آموزشی مشابه در دانشگاه‌ها و دوره های بازآموزی باشد. در مطالعه Yamalik و همکاران سن و الگوی تجربه بالینی و سابقه اشتغال اثرات معنی داری در پاسخ دهی به سؤالات داشته است که متفاوت با نتایج مطالعه ماست (۲۴) هم چنین در مطالعه جعفری و همکاران دانشجویان پسر آگاهی بیشتری نسبت به دانشجویان دختر نشان دادند (۲۱). این تفاوت‌ها می تواند ناشی از تفاوت جامعه مورد بررسی باشد البته ادعا می شود نظام‌های آموزشی حرفه‌ای باید تفاوت‌های مربوط به عوامل زمینه ای از جمله جنسیت را از بین ببرد (۲۱) که در مطالعه ما نیز نتایج نشانگر همین مسئله می باشد.

علیرغم در نظر داشتن محدودیت‌های مطالعه از جمله محدود بودن جامعه مورد بررسی به یک شهر، نیاز جدی به بررسی موانع، برای افزایش آگاهی دندانپزشکان نسبت به EBD و بهبود نگرش آنان و برنامه‌ریزی جهت عملی شدن کاربرد این روش در دندانپزشکی کشور احساس می گردد.

نتیجه‌گیری

درکل آگاهی دندانپزشکان اردبیل در خصوص دندانپزشکی مبتنی بر شواهد و جزئیات این مهارت رضایت بخش نبوده ولی با این وجود نگرش منفی در این زمینه وجود نداشت و بیشتر دندانپزشکان تمایل به آموزش در این زمینه را عنوان نمودند.

مراجع

1. Ismail AI, Bader JD; ADA Council on Scientific Affairs and Division of Science; Journal of the American Dental Association. Evidence-based dentistry in clinical practice. J Am Dent Assoc. 2004;135(1):78-83.

2. Chiappelli F, Prolo P, Newman M, Cruz M, Sunga E, Concepcion E, Edgerton M. Evidence-based practice in dentistry: benefit or hindrance. J Dent Res. 2003;82(1):6-7.

3. Iqbal A, Glenny AM. General dental practitioners' knowledge of and attitudes towards evidence based practice. Br Dent J. 2002;193(10):587-91; discussion 583.

4. 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):361-5.

5. Hackshaw A, Paul E, Davenport E, Davenport ES. Evidence-based dentistry: an introduction. John Wiley & Sons; 2006 Sep 29.

6. Plasschaert AJ, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD; Association for Dental Education in Europe. Profile and competences for the European dentist. Eur J Dent Educ. 2005;9(3):98-107.

7. Teich ST, Demko CA, Lang LA. Evidence-based dentistry and clinical implementation by third-year dental students. J Dent Educ. 2013;77(10):1286-99.

8. Forrest JL. Introduction to the basics of evidence-based dentistry: concepts and skills. J Evid Based Dent Pract. 2009;9(3):108-12.

9. Clarkson JE, Bonetti D. Why be an evidence-based dentistry champion? J Evid Based Dent Pract. 2009;9(3):145-50.

10. Akadiri OA, Adeyemo WL. Evidence-based dentistry in a developing economy - the Nigerian example. Open Dent J. 2010;4:51-4.

11. McInerney P, Suleman F. Exploring knowledge, attitudes, and barriers toward the use of evidence-based practice amongst academic health care practitioners in their teaching in a South African university: a pilot study. Worldviews Evid Based Nurs. 2010;7(2):90-7.

12. Sackett DL, Rosenberg WM. On the need for evidence-based medicine. Health Econ. 1995;4(4):249-54.

13. Yusof ZY, Han LJ, San PP, Ramli AS. Evidence-based practice among a group of Malaysian dental practitioners. J Dent Educ. 2008;72(11):1333-42.

14. Alderson P. The Cochrane collaboration: an introduction. Evidence-Based Dentistry. 1998;1(1):25.

15. Navabi N, Shahravan A, Pourmonajem S, Hashemipour MA. Knowledge and Use of Evidence-based Dentistry among Iranian Dentists. Sultan Qaboos Univ Med J. 2014;14(2):e223-30.

16. Rabe P, Holmén A, Sjögren P. Attitudes, awareness and perceptions on evidence based dentistry and scientific publications among dental professionals in the county of Halland, Sweden: a questionnaire survey. Swed Dent J. 2007;31(3):113-20.

17. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW Jr, Atkins D, Meerpohl J, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). J Clin Epidemiol. 2011;64(4):407-15

18. Sabounchi SS, Nouri M, Erfani N, Houshmand B, Khoshnevisan MH. Knowledge and attitude of dental faculty members towards evidence-based dentistry in Iran. Eur J Dent Educ. 2013;17(3):127-37.

19. Marshall TA, Straub-Morarend CL, Qian F, Finkelstein MW. Perceptions and practices of dental school faculty regarding evidence-based dentistry. J Dent Educ. 2013;77(2):146-51.

20. Richards D, Lawrence A. Evidence based dentistry. Br Dent J. 1995;179(7):270-3.

21. Jafari A, Mohtashamrad Z, Yazdani R, Moscowchi A, Akhgari E, Elyasi M. 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(3):251-8.

22. Marshall TA, Straub-Morarend CL, Handoo N, Solow CM, Cunningham-Ford MA, Finkelstein MW. Integrating critical thinking and evidence-based dentistry across a four-year dental curriculum: a model for independent learning. J Dent Educ. 2014;78(3):359-67.

23. Madhavji A, Araujo EA, Kim KB, Buschang PH. Attitudes, awareness, and barriers toward evidence-based practice in orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;140(3):309-16.e2.

24. Yamalik N, Nemli SK, Carrilho E, Dianiskova S, Melo P, Lella A, Trouillet J, Margvelashvili V. Implementation of evidence-based dentistry into practice: analysis of awareness, perceptions and attitudes of dentists in the World Dental Federation-European Regional Organization zone. Int Dent J. 2015;65(3):127-45.