مراقبت مبتنی بر شواهد
و چالش‌های پیش روی آن در پرستاری

سید ابوالفضل وقار سیدین[1] - راضیه وقار سیدین[2]

چکیده

مراقبت مبتنی بر شواهد به عنوان پلی میان نتایج پژوهشهای انجام شده و کاربرد آنها در عرصه مراقبت معرفی شده است. یک تعریف رایج از مراقبت مبتنی بر شواهد عبارت است از به کارگیری بهترین مداخله موجود در مراقبت از مددجو؛ به طور کلّی انتخاب یک مداخله مبتنی بر شواهد شامل پنج گام اساسی است: طرح یک سؤال بالینی مبنی بر این که بهترین رویکرد برای مراقبت از مددجو کدام است؟ جستجو و ارزیابی شواهد موجود، ترکیب‌کردن شواهد تحقیقی با تخصص و تجربه بالینی و نیز علائق و ارزشهای مددجو، برنامه‌ریزی و اجرای مداخله و ارزیابی پیامدها که در مقاله به شرح آنها پرداخته شده است. با وجود اهمیت این رویکرد، متأسفانه مطالعات حاکی از آنند که بیشتر پرستاران از آخرین نتایج تحقیقات در دسترس، به منظور بهبود بخشیدن به مراقبتهای پرستاری استفاده نمی‌کنند. فقدان زمان کافی، عدم ارتباط کافی میان محققین و پرستارانی که کار بالینی می‌کنند، فرهنگ سازمانی، فقدان دسترسی به تحقیقات، دسترسی محدود به مجلات، کم تجربگی و عدم مهارت در تکنیک‌های جستجوی متون، توانایی محدود در درک و تفسیر گزارشات تحقیقی، آشنایی محدود با راهبردهای استفاده از تحقیقات در طول تحصیل، نگرش منفی کارکنان در مورد تحقیق، فقدان حمایت مدیریت و مشکلات مربوط به هزینه‌ها از مهمترین عوامل شناسایی شده‌اند. در این مقاله راهکارهایی جهت فائق آمدن بر این موانع ارائه شده است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت مبتنی بر شواهد؛ پرستاری؛ چالش‌ها

فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند (دوره ۳؛ شماره ۳و۴؛ سال ۱۳۸۵)

[1] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه آزاد اسلامی- گروه پرستاری و مامایی
تلفن: ۰۹۱۵۳۶۲۴۶۰۵ نمابر: ۰۵۶۱-۴۳۴۲۱۷۱ پست الکترونیکی: waghar@yahoo.com
[2] کارشناس پرستاری، بیمارستان امام رضا(ع)، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مراقبت مبتنی بر شواهد

مادامی که تحقیقات انجام شده منجر به ارتقای مراقبت ارائه‌شده به مددجویان نگردند، بی‌فایده خواهند بود (۱). متأسفانه مطالعات، حاکی از آنند که پرستاران از نتایج پژوهشهای پرستاری در عرصه مراقبت استفاده نمی‌کنند (۳،۲). در واقع بخش قابل توجهی از مراقبتهای پزشکی و پرستاری مبتنی بر شواهد نیستند و بر اساس علائق ارائه‌دهنده مراقبت، اطلاعاتی که به طور سنتی به آنها منتقل شده است و یا بر اساس خط مشی‌های رایج سازمان اجرا می‌شوند (۴).

یکی از مهمترین رویکردهای پیشنهاد شده برای کاهش شکاف میان نتایج پژوهشهای انجام شده و کاربرد آنها در عرصه مراقبت، رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد است. این دیدگاه که مراقبت مبتنی بر شواهد سبب ارتقاء بهبودی مددجویان شده و هزینه‌های مراقبت را کاهش می‌دهد پذیرفته شده است (۵).

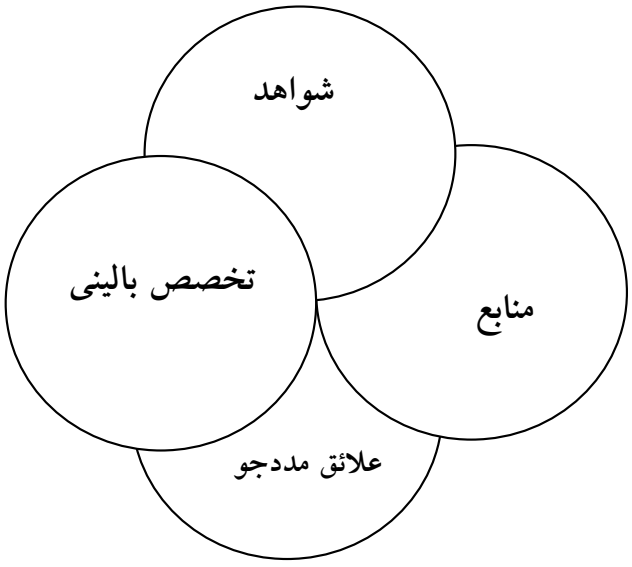
به اعتقاد برخی صاحب‌نظران، رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد در ایالات متحده و در اوایل دهه ۱۹۰۰ آغاز گردیده است (۶)؛ گرچه استفاده از یافته‌های بالینی بتدریج در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ گسترش یافت، ولی جنبش مراقبت مبتنی بر شواهد را به یک اپیدمیولوژیست بریتانیایی به نام Cochrane نسبت می‌دهند. وی معتقد بود کارآزمایی‌های بالینی، مناسب‌ترین اطلاعات بدون سوگیری را جهت مراقبت از مددجو فراهم می‌آورد (۷).

بعدها مراقبت مبتنی بر شواهد توسط متخصصین پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه مک‌مستر- تورنتو، مورد حمایت، تأکید و پیگیری قرار گرفت (۸). یک تعریف رایج از مراقبت مبتنی بر شواهد عبارت است از به کارگیری بهترین مداخله موجود در مراقبت از مددجو. این رویکرد نظرات کارشناسی و تجربه محققین، ارزشها و علائق مددجو و نتایج حاصل از ارزیابیهای منظم تحقیقات در خصوص یک سؤال بالینی را یکپارچه می‌سازد (۸).

این سؤال ممکن است مربوط به معاینات بالینی، تست‌های تشخیصی، نشانگرهای مربوط به پیش‌آگهی و ایمنی و کارایی مداخلات درمانی، نوتوانی یا پیشگیری‌کننده باشد (۹). مدلی از مراقبت مبتنی بر شواهد که مؤلفه‌های آن در اغلب توصیفات مربوط به مراقبت مبتنی بر شواهد مورد تأیید قرار گرفته است، در شکل ۱، ارائه شده است (۱۰).

شایان ذکر است که مراقبت مبتنی بر شواهد اغلب با سایر فعالیتهای تحقیقی که در سازمانهای مختلف صورت می‌گیرد، اشتباه گرفته می‌شود. این رویکرد از فعالیتهای مربوط به استاندارد کردن مراقبتها، استفاده سازمانی از پژوهشها و به‌کارگیری تحقیقات* متفاوت است (۱۱).

درست است که مراقبت مبتنی بر شواهد، بر یافته‌های مطالعات تحقیقی، استفاده ماهرانه از راهبردهای مرور متون، خواندن تحقیقات و مهارتهای نقد متون استوار است، اما تأکید ویژه در مراقبت مبتنی بر شواهد، بر مشارکت مددجو در تصمیم‌گیری برای استفاده از مداخله انتخاب شده است (۱۲). در این خصوص در بسیاری از متون واژه‌های کاربرد تحقیق و مراقبت مبتنی بر شواهد به جای یکدیگر به کار رفته‌اند. کاربرد تحقیق در حقیقت ارتباط بین تحقیق و مراقبت بالینی است، ولی یک تفاوت واضح بین این دو مفهوم وجود دارد. در کاربرد تحقیق بعد از آن که روش تحقیق مطالعه تأیید شد، از یافته‌های واقعی تحقیق در مراقبت استفاده می‌شود. ولی مراقبت مبتنی بر شواهد ارزیابی و ترکیب نقادانه بهترین شواهد تحقیق بالینی، تجربه و تخصص بالینی و علائق فردی مددجو در تصمیمات بالینی است (۱۳).



شکل ۱- مدل مراقبت مبتنی بر شواهد

* *Research Utilization*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جنبش مراقبت بر اساس شواهد در دهه ۱۹۸۰ در عرصه پرستاری مورد توجه قرار گرفت (۱۴) و در حال حاضر بسرعت روند تکاملی خود را طی می‌کند (۱۵). مراقبت مبتنی بر شواهد در پرستاری، جنبشی نسبتاً تازه است؛ بنابراین در پرستاری هنوز دیدگاه فلسفی* یک‌دستی در مورد این جنبش و نیز نوع شواهدی که باید مورد استفاده قرار گیرند، وجود ندارد (۱۶)؛ از این رو این رویکرد گاهی توسط نظریه‌پردازان پرستاری مورد انتقاد قرار گرفته است. آنها معتقدند مراقبت مبتنی بر شواهد با جوهره پرستاری در تضاد است؛ زیرا پرستاری پیش از آن که علم باشد، به عنوان یک هنر در نظر گرفته می‌شود. در این راستا به عنوان مثال Mitchell معتقد است رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد ممکن است پرستاری را به سمت و سویی هدایت کند که بیشتر به عنوان یک شغل صرفاً فنی† تلقی گردد (۱۷).

این انتقادات تا حدودی ناشی از ماهیت و رتبه‌بندی شواهد مورد استفاده در این رویکرد است. در مراقبت مبتنی بر شواهد عموماً کارآزمایی‌های بالینی، به عنوان بهترین و قویترین شواهد در نظر گرفته می‌شوند. کارآزمایی‌های تصادفی شده بالینی، یادآور دیدگاهی است که بیشتر هم‌راستا با فلسفه‌ای اثبات‌گرا‡ در تحقیقات پرستاری است. در واکنش به این نظرات محققینی تلاش کرده‌اند نوع و رتبه‌بندی شواهد مورد استفاده در مراقبت مبتنی بر شواهد را مورد تجدید نظر قرار دهند (۱۹،۱۸). در این تغییر دیدگاه به عنوان مثال برای نتایج حاصل از تحقیقات کیفی نیز که به طور وسیع در پرستاری مورد استفاده‌اند نیز جایگاهی در رتبه‌بندی شواهد جایگاهی در نظر گرفته شده است.

جهت اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد مدل‌های متعددی ارائه شده‌اند (۲۱،۲۰،۲). تعمق در این مدل‌ها نشان‌دهنده آن است که تقریباً در تمامی این آنها عناصر مشترکی وجود دارند.

به طور کلی انتخاب یک مداخله مبتنی بر شواهد شامل پنج گام اساسی است (۲۱):

- طرح یک سؤال بالینی مبنی بر این که بهترین رویکرد برای مراقبت از مددجو کدام است؟
- جستجو و ارزیابی شواهد موجود
- ترکیب‌کردن شواهد تحقیقی با تخصص و تجربه بالینی و نیز علائق و ارزشهای مددجو
- برنامه‌ریزی و اجرای مداخله
- ارزیابی پیامدها

طرح یک سؤال مناسب به عنوان نخستین گام شامل مشخص کردن مشکلات مددجو، مداخلات پرستاری موجود و نتایج دلخواه است. جستجوی شواهد موجود، گام بعدی است. کتابهای مرجع و مقالات به عنوان منبعی جهت جستجوی شواهد مطرح می‌باشند. یک معضل در رابطه با جستجوی شواهد از مقالات، نتایج ضدّ و نقیض مقالات است و از سویی ممکن است طرح مطالعات موجود در مقالات چندان قوی نباشد؛ بنابراین یکی از چالش‌برانگیزترین مراحل، رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد جستجوی شواهد است. امروزه دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی مانند مدلاین تقریباً در هر جایی ممکن است. این امکانات در زمینه دسترسی به شواهد می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. استفاده از مرور سیستماتیک ارائه‌شده توسط سایر محققین شیوه‌ای دیگر جهت بررسی شواهد موجود است. مرور سیستماتیک، جمع‌آوری و ترکیب شواهد در دسترس در خصوص یک سؤال علمی است که اغلب تخمینی کلّی از تأثیر یک مداخله ویژه را ارائه می‌دهد (۲۲). در مرحله بعد در صورتی که مطالعات قابل مقایسه باشند، محقق می‌تواند دست به یک متاآنالیز بزند. متاآنالیز در واقع ترکیب کردن کمّی نتایج یک مرور سیستماتیک در خصوص مطالعات قبلی است (۲۳). سلسله مراتب شواهد بر حسب قدرت بودن آنها که در بیشتر منابع مورد تأیید قرار گرفته است، در جدول ۱، ارائه شده است (۲۲).

به طور کلّی در ارزیابی شواهد، مرور سیستماتیک و کارآزمایی‌های بالینی، به عنوان قابل اعتمادترین طرح‌های مطالعاتی مورد توجهند. کارآزمایی‌های بالینی، با توجه به روایی داخلی به عنوان استاندارد طلایی در طرح‌های تحقیقاتی در نظر گرفته می‌شوند (۲۴). در آنالیز شواهد، پرستار با استفاده از مهارت‌های تفکر انتقادی و درک ماهیت پژوهش علمی، مطمئن می‌شود که شواهد موجود کیفیت بالایی دارند (۲۵). متغیرهای مؤثر برکیفیت اطلاعات منتشرشده در مقالات، در جدول ۲، آمده است (۲۲).

* *Philosophical Perspective*
† *Technical Vocation*
‡ *Positivisti Vism*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱- سلسله مراتب شواهد در تحقیقات (به ترتیب از قویترین شواهد تا ضعیف‌ترین آنها)

۱- مروری سیستماتیک از همه کارآزمایی‌های بالینی (RCT) مربوط به یک مداخله
۲- دست کم یک کارآزمایی بالینی که دارای طرح مناسبی است.
۳- کارآزمایی بالینی با طرحی مناسب بدون انتخاب تصادفی نمونه‌ها
۴- مطالعه کوهورت، مورد- شاهدی و یا سایر مطالعات نیمه‌تجربی با طرحی مناسب
۵- مطالعات توصیفی غیرتجربی مانند مطالعات مقایسه‌ای
۶- گزارشات و دیدگاههای کمیته‌های تخصصی در مورد محققین (با توجه به تجربه بالینی)

جدول ۲- متغیرهای مؤثر بر کیفیت اطلاعات ارائه شده در مقالات منتشر شده

- انتخاب نمونه‌ها: چه اشخاصی به مطالعه وارد و چه افرادی از مطالعه خارج شدند؟ مشخصات فردی و اقتصادی،اجتماعی نمونه‌ها چگونه بودند؟ چه معیارهای تشخیصی مورد استفاده قرار گرفته است؟
- تخصیص تصادفی نمونه‌ها به گروه مداخله و گروه شاهد چگونه صورت گرفته است؟ این دو گروه در آغاز مطالعه چه شباهتهایی داشته‌اند؟
- تعداد نمونه‌ها چگونه تعیین شده است؟ آیا تعداد نمونه‌های پژوهش کافی بوده‌اند؟
- آیا در ارتباط با مداخله و محلی که مداخله انجام شده است، توضیحات کافی و کامل در مطالعه آمده است؟ آیا در مورد مشخصات و تجربیات اجراکنندگان مداخله توضیحات جزئی و کامل داده شده است؟
- در خصوص انتخاب و اندازه‌گیری نتایج مطالعه بحث شده است؟
- در مورد سوگیری‌های احتمالی و متغیرهای مداخله‌گر توضیح داده شده است؟

این که نتایج کارآزمایی‌های بالینی برای مددجویان در دنیای واقعی قابلیت کاربرد دارند یا نه، موضوعی است که اغلب نیاز به قضاوت در خصوص تعمیم‌پذیری یا روایی خارجی دارد. در حال حاضر رویکردی استاندارد جهت یک‌پارچه کردن اطلاعات برای به حداکثر رساندن روایی داخلی و روایی خارجی وجود ندارد. از سویی در مورد بسیاری از مداخلات کارآزمایی بالینی ممکن است موجود نباشد؛ بنابراین پرستاران مجبور خواهند بود از شواهدی که در طبقات بعدی قرار می‌گیرند، استفاده نمایند (۲۲).

ترکیب‌کردن شواهد تحقیقی با تخصص و تجربه بالینی و نیز علائق و ارزشها، گامی پراهمیت در اجرای شواهد انتخاب شده‌اند. تخصص و تجربه بالینی مفاهیمی هستند که به وضوح تعریف نشده و مورد مناقشه‌اند (۶). اغلب تخصص بالینی بر حسب شایستگی‌های بالینی* تعریف می‌گردد (۷). در مراقبت مبتنی بر شواهد تخصص بالینی به عواملی چون شایستگی، اخلاقیات†، استدلال بالینی و ارتباط با بیمار اشاره دارد. کارشناسان بالینی از جمله پرستاران باید مطمئن شوند که فواید اجرای یک مداخله از خطرات آن برای سلامتی بیمار بیشتر باشد. در ترکیب‌کردن شواهد، تخصص بالینی و علائق و ارزش‌های مددجو، تناسب بین شواهد در دسترس و پذیرش یا تحمل یک مداخله توسط بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد. کارشناس بالینی باید قادر باشد مناسب بودن یک مداخله معین برای یک بیمار خاص را تعیین نماید. در این گام باید فواید، خطرات و حوادث غیرمترقبه‌ای که پیامدها را تحت تأثیر قرار می‌دهند، پیش‌بینی شود (۲۱).

مرحله بعدی برنامه‌ریزی و اجرای مداخله است. استفاده از شواهد به این معنی است که پرستار باید تحقیق را به روشی عملی به کار گیرد. واضح است که تفسیر شواهد و استفاده از آن در تصمیمات بالینی فرایند پیچیده‌ای است. اجرای شواهد منتخب از نظر تأثیر آن بر ارتقای مراقبت، مورد ارزیابی قرار گیرد. این مرحله ممکن است نیاز به ارزیابی شواهد توسط کارشناسان و تأیید آن از سوی مؤسسه‌ای داشته باشد که مداخله در آن صورت می‌گیرد. نوع شواهد و سؤالاتی را که پرستار می‌تواند هنگام تعیین سودمندی یک مداخله معین از خود بپرسد فهرست شده‌اند. درست است که مراقبت مبتنی بر شواهد تضمین می‌کند که از بهترین شواهد موجود استفاده شده است ولی باید به خاطر داشته باشیم که گرچه شواهد ممکن است کمک‌کننده باشند اما همیشه برای تصمیم‌گیری‌های بالینی کافی نیستند.

* *Clinical Competency*
† *Morality*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

ارزیابی پیامد آخرین مرحله در مراقبت بر اساس شواهد است. در این مرحله پرستار بررسی می‌کند که آیا کاربرد شواهد منجر به ارتقای مراقبت از مددجو شده است یا نه؟ (۱۴). ارزیابی پیامدها ممکن است بر اساس مستندات موجود و یا کاربرد چندین باره ابزارهای اندازه‌گیری پایا و روا مثل پرسشنامه افسردگی، اضطراب و یا سایر ابزارهای استاندارد انجام شود (۱۱). ارزیابی جامع پیامد شواهد تازه‌ای ارائه داده و بنیانی را جهت بهترین مراقبت فراهم می‌کند.

اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد درعرصه پرستاری

مفهوم مراقبت مبتنی بر شواهد در نظام مراقبتی روز به روز اعتبار بیشتری پیدا می‌کند. محققین چهار عامل مؤثر بر کاربرد این رویکرد توسط پرستاران را شناسایی کرده‌اند. این عوامل شامل بینش پرستاران نسبت به تحقیق، میزان دانش آنها در مورد فرایندهای تحقیق، مهارت جستجوی مطالعات مربوطه و دیدگاه سازمان مربوطه نسبت به فعالیت‌های پژوهشی پرستاران می‌باشند (۲۷،۲۶،۲۱). به طور کلّی مطالعات حاکی از آنند که بیشتر پرستاران از آخرین نتایج تحقیقات به منظور بهبود بخشیدن به مراقبتهای پرستاری آگاه نیستند (۲). از سویی مسلم است که دانش و آگاهی به تنهایی نمی‌تواند منجر به اجرای رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد گردد. اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد برآیند سه عامل عمده یعنی سطح و ماهیت شواهد، زمینه‌ای که قرار است شواهد مذکور در آن اجرا شوند و بالاخره عوامل تسهیل‌کننده اجرای این شواهد است. از میان این سه مؤلفه، عوامل تسهیل‌کننده اجرای شواهد مهمتر به نظر می‌رسد. مطالعات متعددی به منظور آشکارسازی عواملی که مانع اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد و استفاده از نتایج مطالعات در عرصه مراقبت توسط پرستاران می‌گردند، انجام شده‌اند. فقدان زمان کافی، عدم ارتباط کافی میان محققین و پرستارانی که کار بالینی می‌کنند، فقدان دسترسی به تحقیقات، دسترسی محدود به مجلات، کم تجربگی و عدم تبحر در تکنیک‌های جستجوی متون، توانایی محدود در درک و تفسیر گزارشات تحقیقی، آشنایی محدود با راهبردهای استفاده از تحقیقات در طول تحصیل، نگرش منفی کارکنان در مورد تحقیق، فقدان حمایت مدیریت و مشکلات مربوط به هزینه‌ها از مهمترین عوامل شناسایی شده‌اند (۲۸-۳۵).

در ایران نیز برخی از محققان فاصله تئوری و عمل و فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد را از مشکلات پرستاری دانسته‌اند. در مطالعه حاج باقری، پرستاران معتقد بودند که مراقبت‌های پرستاری به جای "شواهد برخاسته از دانش پرستاری" بر "دستورات پزشکی و رویه‌های معمول" استوار است؛ همچنین در این مطالعه عوامل مؤثر بر عملکرد مبتنی بر شواهد در شش زیرشاخه "برخورداری از دانش و تجربه حرفه‌ای"، "فرصت"، "عادت"، "اعتماد به نفس پرستار"، "فرایند آموزش پرستاری" و "شرایط محیط کار" قرار گرفت (۳۶).

در مطالعه مهرداد نیز پرستاران ایرانی با وجود آن که نگرش مثبتی نسبت به تحقیق داشتند، اما معتقد بودند پژوهش ارتباطی با کار روزمره آنها ندارد و تحقیقات، کاربردی در پرستاری ندارد. بیشتر پرستاران در این مطالعه هنوز اهمیت تحقیق در مراقبت‌های پرستاری و حرفه پرستاری را باور نداشتند؛ این بدان معناست که آنها نتایج پژوهش‌ها را در مراقبت از بیماران به کار نمی‌گیرند (۳).

با عنایت به مطالب پیش‌گفت، به منظور گسترش رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد در سازمان‌های مراقبت سلامتی از جمله بیمارستان‌ها، می‌توان پیشنهادات ذیل را مطرح نمود:

- وارد کردن فرایند تحقیق و نقد متون به عنوان جزئی اساسی در برنامه درسی دانشجویان پرستاری
- استفاده از راهکارهایی که سبب ارتقای مهارتهای دانشجویان در کاربرد مراقبت مبتنی بر شواهد می‌گردند که در این خصوص، می‌توان به ژورنال کلاب (۱۳)، برگزاری میزگرد (۳۷)، پروژه‌های بالینی (۳۸) و دعوت از کارکنان مجرّب پرستاری به منظور بحث در مورد کاربرد تحقیقات در بالین (۳۷) اشاره کرد.
- اختصاص زمان کافی به منظور فعالیت‌های تحقیقی برای کارکنان پرستاری به عنوان بخشی از فعالیت‌های کاری آنها (نه به عنوان فعالیتی علاوه بر مسؤولیت‌های کاری)
- اختصاص بودجه کافی جهت حمایت از فعالیت‌های پژوهشی در بخش‌های مختلف
- تأسیس مرکز تحقیقات پرستاری در بیمارستان که می‌تواند به به عنوان پلی بین مراکز خدماتی و مراکز آکادمیک

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

پژوهشی عمل نماید.

- استفاده از پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد در بخش‌های مختلف که به عنوان کارکنانی متبحر در پژوهش می‌توانند به عنوان مدلی برای سایر کارکنان عمل کنند.

- توجه به توانایی‌های فردی و علائق کارکنان برای کار کردن در بخش‌های مختلف و داشتن انگیزه برای حضور در بخش‌های معین، عوامل سوق‌دهنده در استفاده از بهترین مداخلات موجود جهت مراقبت از مددجویان هستند.

نتیجه‌گیری

مراقبت بر اساس شواهد بسرعت روند تکاملی خود را طی می‌کند. با توجه به ماهیت و جوهره پرستاری نظریه‌پردازان این رویکرد نیاز به ارائه دیدگاه فلسفی مستحکمی که با اصول بنیادین این رویکرد همخوانی داشته باشند، دارند. لازمه رسیدن به چنین دیدگاهی تجدید نظر بیشتری در نوع و رتبه‌بندی شواهد را می‌طلبد. آموزش فرایند تحقیق بویژه اصول مرور سیستماتیک و کارآزمایی بالینی نکات کلیدی در تربیت پرستاران به عنوان استفاده‌کنندگان نقاد و ماهری از نتایج تحقیقات و در نهایت کاربردی کردن پژوهش‌های پرستاری است. موانع اجرایی رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد با توجه به نوع خدمات ارائه شده توسط پرستاران و ویژگی‌های سازمانی متفاوتند. راهکارهای کلّی جهت فائق آمدن بر این موانع در مقاله حاضر پیشنهاد شده‌اند.

منابع:

1- Shapiro SE, Driever MJ. Clinical decision rules as tools for evidence-based nursing .Western J Nursing Res. 2004; 26: 930-937.

2- Schmidt NA, Brown JM. Use of the innovation-decision process teaching strategy to promote evidence-based practice. J Professional Nursing. 2007; 3: 150-156.

3- Mehrdad N, Salsali M, Kazemnejad A**.** Iranian nurses' attitudes toward research utilisation. J Res Nursing. 2008; 1: 53-65.

4- Nay R. Evidence-based practice: Does it benefit older people and gerontic nursing? Geriatric Nursing. 2003; 6: 338-342.

5- Youngblut JM, Brooten D. Evidence-based nursing practice: Why is it important? AACN Clinical Issues. 2001; 12: 468-476.

6- Spring B. Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. J Clin Psychol. 2007; 63: 611-631.

7- Bliss-Holtz J. Evidence-based practice: a primer for action. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2007; 30: 165-182.

8- Roberts H. Review of evidence-based medicine and the search for a science of clinical care. Sociol Health Illness. 2006; 28: 122-123.

9- Gilgun JF. The four cornerstones of evidence-based practice in social work. Research on Social Work Practice. 2005; 15: 52.

10- Dicenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based Nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing. 1998; 2: 38-40.

11- Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming healthcare from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. J Professional Nursing. 2005; 21: 335-344.

12- McAlister FA, Straus SE, Guyatt G H, Haynes RB. Users' guides to the medical literature. Integrating research evidence with the care of the individual patient. Evidence-based medicine working group. J Am Med Assoc. 2000; 283: 2829-2836.

13- Thompson CJ. Fostering skills for evidence-based practice: The student journal club. Nurse Education in Practice. 2006, 6: 69-77.

14- Rice MJ. Psychiatric Mental Health Evidence-Based Practice. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2008; 14: 107.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

15- Bernardo LM. Evidence-based emergency nursing practice: journey begins. J Emergency Nursing. 2007; 33:4.

16- Mantzoukas S. The evidence-based practice ideologies. Nursing Philosophy. 2007; 8: 244-255.

17- Mitchell G. Evidence-based practice: critique and alternative view. Nursing Science Quarterly. 1999; 12: 30-35.

18- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Rapid critical appraisal of randomized controlled trials: an essential skill for evidence-based practice (EBP). Pediatric Nursing. 2005; 31: 50-52.

19- Evans D. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. J Clin Nursing. 2003; 12: 77-84.

20- Flemming K. EBN notebook: asking answerable questions. Evidence Based Nursing. 1998; 1: 36-37.

21- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing and health care: A guide to best practice. 1st ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.

22- Stuart GW. Evidence-based psychiatric nursing practice: rhetoric or reality. J Am Psychiatric Nurses. 2001; 7: 103.

23- Mulrow C. Rationale for systematic reviews. Br Med J. 1994; 309: 597-599.

24- Geddes J, Harrison P. Closing the gap between research and practice. Br J Psychiatry. 1007; 171: 220-225.

25- Laraia, MT. Scientific advancement through clinical trials. Advanced practice nursing in psychiatric and mental health care. 7th ed. USA: Mosby, 1999.

26- Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. Nurses for Evidence-based Practice. Am J Nursing. 2005; 9: 40-51.

27- Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the BARRIERS Scale: commonly reported barriers to research use. J Nursing Administration. 2006; 4: 189-199.

28- Cranston M. Clinical effectiveness and evidence-based practice. Nursing Standard. 2002;16: 39-43.

29- Simpson B. Evidence-based nursing practice: the state of the art. Canadian Nurse. 1996; 92: 22-25.

30- McCurren CD. Research utilization: meeting the challenge. Geriatric Nursing.1995; 16: 132-135.

31- Brown GD. Understanding barriers to basing nursing practice upon research: a communication model approach. J Advanced Nursing. 1995; 21: 154-157.

32- Champion VL, Leach A. Variables related to research utilization in nursing: An empirical investigation. J Advanced Nursing. 1989; 14: 705-710.

33- Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective. Applied Nursing Res. 1991; 4: 90-95.

34- Kajermo KN, Nordstrom G, Krusebrant A, Bjorvell H. Perceptions of research utilization: Comparisons between health care professionals, nursing students and a reference group of nurse clinicians. J Advanced Nursing. 200; 31: 99-109.

35- Pettengill M, Gillies DA, Clark CC. Factors encouraging and discouraging the use of nursing research findings. J Nursing Scholarship. 1994; 26:143-147.

۳۶- ادیب حاج باقری م. عوامل مؤثر بر مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد؛ یک مطالعه کیفی. فصلنامه پرستاری ایران. ۱۳۸۵؛ شماره ۱۹: ۱۷-۳۳.

37- Caramanica L, Maljanian R, McDonald D, Taylor SK, MacRae JB, Beland DK. Evidence-based nursing practice, Part 1: A hospital and university collaborative. J Nursing Administration. 2002; 32: 27-30.

38- Radjenovic D, Chally PS. Research utilization by undergraduate nursing students. Nurse Educator. 1998; 23: 26-29.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Title: Evidence based-practice and its challenges in nursing

Authors: SA. Vaghar Seyyedin[1], R. Vaghar Seyyedin[2]

Abstract

Evidence- based practice (EBP) is introduced as the bridge between research and practice. A common definition of evidence-based practice is the application of current best evidence in making decisions about patient care. Developing an EBP intervention consists of five major steps: ask a clinical question about what the best approach to client care is, search and appraise the existing evidence, combine the research evidence with (a) clinical expertise and experience and (b) patient preferences and values, plan and carry out the intervention, and evaluate the outcomes. These steps are discussed in the present study. Unfortunately studies demonstrate that the most nurses do not realize the last available research in promoting nursing cares. Lack of time, the communication gap between researcher and clinician, organizational culture, lack of availability of pertinent research, limited access to journals, little experience and low comfort levels with search techniques, limited ability to understand and interpret research reports, limited exposure to research-use strategies during education, negative staff attitudes toward research, lack of administrative support as well as cost constraints have been identified as barriers to the implementation of evidenced-based practice by registered nurses. Recommendations for overcoming these barriers are presented in the current article.

Key Words: Evidence-based practice; Challenges; Nursing

[1] *Corresponding Author; Instructor, Islamic Azad University. Birjand, Iran waghar@yahoo.com*
[2] *Nurse, Birjand University of Medical Sciences. Eman Reza Hospital. Birjand, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]