

تبیین مفهوم استناد به شواهد در طب سنتی ایران از دیدگاه صاحب نظران این رشته

حوریه محمدی کناری^{الف*}، سید کامران سلطانی عربشاهی^ب، شعله بیگدلی^ب، محمدرضا شمس اردکانی^{الف}

^{الف} دانشکده‌ی طب سنتی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

^ب گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

چکیده

مقدمه: با توجه به گسترش روزافزون پزشکی مبتنی بر شواهد در جوامع علمی، طب سنتی ایران که به تازگی وارد محافل دانشگاهی کشور شده است ناگزیر باید با به کارگیری شواهد علمی معتبر، کارایی و اثربخشی خود را اثبات نماید. لذا این مطالعه به منظور تبیین مفهوم استناد به شواهد در طب سنتی ایران از دیدگاه صاحب نظران این رشته پرداخته است.

روش‌ها: این پژوهش کیفی به روش مصاحبه‌ی عمیق، انفرادی و رودررو، دیدگاه صاحب نظران طب سنتی ایران را در مورد مفهوم استناد به شواهد در طب سنتی ایران بررسی می‌نماید. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ی نیمه سازمان یافته با تعدادی سوال باز بود که توسط پژوهشگر پرسیده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۴ درون‌مایه‌ی اصلی ضرورت انجام پژوهش و مستند نمودن طب سنتی، مفهوم استناد به شواهد در طب سنتی ایران، محدودیت‌های استناد به شواهد و تفاوت پژوهش در طب سنتی با طب مدرن بررسی گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه، توجه به استناد به شواهد در طب سنتی ایران و به کارگیری شواهد و منابع معتبر جهت اثبات کارایی و اثربخشی این رشته امری ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: پزشکی مبتنی بر شواهد، طب سنتی ایران، صاحب نظران

مقدمه:

Evidence Based Medicine (EBM) به عنوان یک رویکرد

نوین و قابل اتکا پذیرفته شد و بحث‌های جدید بر محور دست‌یابی و قضاوت "بهترین شواهد" یا "شواهد کیفی" به جریان افتاد (۴).

دکتر David Sackett که از او به عنوان پدر پزشکی مبتنی بر شواهد یاد می‌شود (۵)، EBM را چنین تعریف می‌نماید: استفاده‌ی درست، صریح و خردمندانه از بهترین شواهد موجود در تصمیم‌گیری بالینی برای مراقبت از تک تک بیماران (۶). در حقیقت طبابت بر مبنای مستندات و شواهد آماری عبارت است از تلفیق تجربیات بالینی شخصی با مناسب‌ترین شواهد خارجی در دسترس که از تحقیقات هدف‌دار و منظم حاصل شده باشد.

جستجوی مستنداتی که بتوان از آن‌ها در امور پزشکی استفاده نمود قدمتی برابر با دانش پزشکی دارد (۱) و از زمان‌های دور به عنوان اساس طبابت خوب شناخته می‌شده است (۲)، اما اولین جرقه‌های پزشکی مبتنی بر شواهد به صورت امروزی در دهه‌ی ۱۹۸۰ در دانشکده‌ی پزشکی مک مستر کانادا پدیدار گردید و به عنوان روشی برای استفاده از اطلاعات پزشکی به منظور بهبود و ارتقاء تصمیم‌های روزانه‌ی پزشکی به آموزش پزشکی راه یافت (۳). در اوایل ظهور پزشکی مبتنی بر شواهد، چالش‌ها بر محور اعتماد به ذات عمل پزشکی مبتنی بر شواهد بود؛ اما از دهه‌ی ۱۹۹۰،

منظور از تجربیات بالینی شخصی، تبحر در مهارت‌های عملی و دانش بالینی است که در جریان طبابت و برخوردهای کلینیکی مکرر حاصل می‌گردد. پزشکان خوب هم از تجربیات بالینی شخصی خود و هم از مناسب‌ترین مستندات و شواهد آماری در دسترس استفاده می‌کنند، چرا که هیچ یک از این دو ابزار به تنهایی کافی نیستند (۷).

بسیاری از اوقات پزشک در برخورد با یک بیمار با سؤالاتی مواجه می‌شود و یا بیمار از وی در مورد بیماری و راه‌های درمان آن (منافع و مضار استفاده از روش‌های درمانی) و چگونگی استفاده از داروها سؤالاتی می‌پرسد که پاسخ آن‌ها معمولاً در کتب مرجع وجود ندارد. بنابراین پزشک باید به منابعی به جز کتب مرجع مراجعه نماید. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که پزشکان پس از فراغت از تحصیل زمان کمی را صرف یادگیری مجدد می‌نمایند؛ در حالی که به ازای هر مریض بستری تقریباً ۵ سؤال و به ازای هر سه مریض سرپایی تقریباً ۲ سؤال بدون پاسخ برای پزشکان ایجاد می‌گردد (۸). این نقطه‌ی شروع در پزشکی مبتنی بر شواهد است، در مرحله‌ی بعد باید نوع اطلاعات و پژوهش‌هایی که در پاسخ به این سؤال می‌تواند کمک کننده باشد تعیین گردد و به جستجوی آن‌ها پرداخته شود. در این میان نوع و روش انجام مطالعات در میزان اهمیت و استناد به آن‌ها مؤثر می‌باشد که باید حتماً به صورت نقادانه ارزیابی گردد. به همین منظور امروزه مجلات و سایت‌های مختلفی طراحی گردیده‌اند که نتایج تحقیقات را ارزیابی نقادانه نموده و در صورت مستند بودن اطلاعات، آن‌ها را منتشر می‌نمایند (۵).

بزرگترین مزیت‌های EBM عبارتند از: به حداقل رساندن خطاها در درمان از بیمار، کاهش هزینه‌ی درمان و مهم‌تر از آن افزایش کیفیت مراقبت از بیمار. علاوه بر این مهارت‌های فرا گرفته شده در EBM همانند یادگیری خودایفا، عادت مطالعه‌ی مقالات به صورت روزانه و در تمام طول عمر مورد نیاز می‌باشد و بهترین ضامن پیشرفت دانش و حرکت در مسیر علمی می‌باشد (۹). گزارش مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۹ مشخص ساخت که بخش بزرگی از خطاهای پزشکان به سبب عدم آگاهی آنان از بهترین شیوه‌ی طبابت می‌باشد. استفاده‌ی هوشیارانه، نظام‌مند و شفاف از نتایج پژوهش در طبابت مبتنی بر شواهد می‌تواند باعث

کاهش این خطاها گردد (۱۰).

طب سنتی ایران (طب ایرانی) علاوه بر کتب فراوان به جای مانده از دانشمندان گرانقدر ایرانی، حاوی اطلاعاتی است که از سالیان دور، نسل به نسل انتقال یافته و مورد استفاده قرار گرفته است. در بسیاری از منابع طب سنتی نظیر الحاوی رازی، کامل الصناعة اهوازی، خلاصة التجارب بهاءالدوله رازی و... نمونه‌هایی از case report یا case series موجود است (۱۱-۱۳). رازی برای تجربه و آزمون یا به عبارتی آنچه که اکنون پزشکی مستند خوانده می‌شود، اهمیت و اعتبار زیادی قائل بوده است، به طوری که تشخیص بیماری و اعمال درمانی وی، مبتنی بر تجربه بوده و به آن لقب مجرب داده بود. او معتقد بود: آنچه را که پزشکان بر آن متفق القول باشند و با قیاس نیز تطبیق کند و تجربه نیز آن را تأیید نماید باید پیوسته در نظر داشت (۱۴-۱۵). در سال‌های اخیر نیز مطالعات مختلفی در مورد میزان تأثیر و کارایی مبنای و درمان‌های طب سنتی صورت گرفته است که بعضی منجر به تأیید و برخی نیز منجر به رد این نظریات گشته است (۱۶-۲۳). حال که این رشته پس از سالیان متمادی مجدداً به محافل آموزشی و دانشگاه‌های معتبر کشور راه یافته و در حال بازیابی جایگاه خود در سیستم آموزشی و درمانی کشور می‌باشد، باید با به کارگیری شیوه‌ها و متدهای جدید آموزشی و پژوهشی کارایی و اثربخشی خود را اثبات نماید. یکی از این شیوه‌ها عملکرد مبتنی بر شواهد می‌باشد. لذا این مطالعه در قالب پژوهشی کیفی به منظور شفاف‌سازی مفهوم شواهد در طب سنتی از دیدگاه صاحب نظران و اساتید دانشکده‌های طب سنتی کشور انجام شد.

روش‌ها:

مقاله‌ی حاضر حاصل مطالعه‌ای کیفی است که به روش **مصاحبه‌ی عمیق**، انفرادی و رودرو، دیدگاه صاحب نظران طب سنتی ایران را در مورد مفهوم استناد به شواهد در طب سنتی ایران بررسی می‌نماید. جامعه‌ی مورد پژوهش در این مطالعه صاحب نظران این رشته بودند و نمونه‌گیری به صورت هدفمند (purposeful sampling) انجام گردید و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت. ابزار

جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ی نیمه‌سازمان یافته (semi structured Interview) با تعدادی سوال باز بود که توسط پژوهشگر پرسیده شد.

مدت مصاحبه به طور متوسط بین ۴۰-۶۰ دقیقه بود و در برخی موارد برای تکمیل اطلاعات با مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ی مجدد صورت گرفت. برای انجام مصاحبه با همه‌ی شرکت‌کنندگان، تماس تلفنی برقرار گردید و پس از معرفی مختصری از طرح، زمان و مکان انجام مصاحبه طبق نظر آن‌ها تعیین گردید. در زمان مقرر، قبل از شروع مصاحبه، فرم ۲ برگه معرفی طرح و رضایت آگاهانه توسط کلیه‌ی شرکت‌کنندگان تکمیل گردید و در نهایت در مورد ضبط صدا از آن‌ها اجازه گرفته شد. کلیه‌ی مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه voice recorder و همچنین گوشی تلفن همراه ضبط گردید و سپس به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی کاغذ پیاده شد. جهت اطمینان از اینکه مطالب کلیه‌ی مصاحبه‌ها کاملاً دقیق پیاده شده است (سنجش validity آن) این کار توسط ۲ نفر انجام گردید. به این صورت که یک نفر مصاحبه‌ها را گوش داده و بر روی کاغذ پیاده نمود و نفر دوم (محقق) دوباره آن‌ها را گوش کرده و با مطالب پیاده شده بر روی کاغذ مطابقت داد. در نهایت متن پیاده شده پس از تایپ برای شرکت‌کنندگان ارسال گردید (member check) و پس از تایید و تکمیل نهایی توسط آنان به عنوان داده‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد؛ بدین ترتیب که محقق در ابتدا هدف و سؤال پژوهش را گسترش داد و به مجموعه‌ای از سؤال‌ها که انواع خاصی از محتوای داده‌ها را مشخص می‌کند تقسیم نمود. سپس خط به خط داده‌ها را چندین بار مطالعه نموده و جملات و مفاهیم کلیدی موجود در آن را با توجه به مجموعه سؤالات کدگذاری و طبقه‌بندی نمود (۲۵-۲۴). کدها براساس واحدهای معنایی (meaning unit) برگرفته از توصیف شرکت‌کنندگان، کشف شد و سپس براساس تفاوت‌ها یا شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم بندی شد. طبقه‌بندی به نحوی صورت گرفت که هر کد فقط در یک

طبقه قرار گیرد (۲۶). سپس برای آرایه‌ی indicatorها بر اساس constant comparison method کلیه‌ی متون مصاحبه‌ها خط به خط شماره‌گذاری گردید. همچنین به هر یک از شرکت‌کنندگان کد ۱-۱۳ داده شد و در نهایت تمامی درونمایه‌های به دست آمده براساس کد شرکت‌کننده و شماره‌ی خط در جدولی تنظیم گردیدند.

روایی و پایایی داده‌ها، با استفاده از مطالعه و بررسی داده‌ها و بازنگری تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط همکاران (peer check) انجام گرفت. برای جلوگیری از سوگیری، محقق در طول تحقیق نظرات خود را درباره‌ی موضوع مورد مطالعه را به صورت جداگانه یادداشت می‌نمود تا از این طریق بین آن‌ها و دیدگاه شرکت‌کنندگان افتراق گذاشته شود. ملاحظات اخلاقی با کسب اجازه از مسؤولین، توضیح ماهیت پژوهش و هدف از انجام آن، حق انتخاب هر یک از شرکت‌کنندگان جهت قبول یا عدم قبول شرکت در پژوهش در هر مرحله‌ای از طرح، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و اعلام نتایج حاصله بنا به درخواست آنان رعایت گردید.

یافته‌ها:

در مجموع ۱۳ نفر در این پژوهش شرکت نمودند که همگی مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۶/۶ سال (حداقل ۳۶ و حداکثر ۶۷ سال) بود. از این تعداد ۶ نفر پزشک، ۴ نفر داروساز، ۲ نفر از گروه‌های علوم پایه و ۱ نفر غیر پزشک بودند. متوسط سابقه‌ی آشنایی شرکت‌کنندگان با طب سنتی ۱۹/۱ سال (حداقل ۴ سال و حداکثر ۵۰ سال) و متوسط سابقه‌ی کار در این زمینه ۱۳/۵ سال (حداقل ۳ سال و حداکثر ۵۰ سال) بود. همه‌ی ۱۳ شرکت‌کننده در زمینه‌ی آموزش و پژوهش، ۱۱ نفر در زمینه‌ی تألیف و ترجمه‌ی کتاب و ۷ نفر نیز در زمینه‌ی درمان طب سنتی فعالیت داشتند.

در این مطالعه ۴ درونمایه‌ی اصلی ضرورت انجام پژوهش و مستند کردن طب سنتی، مفهوم استناد به شواهد در طب سنتی ایران، محدودیت‌های استناد به شواهد و تفاوت پژوهش در طب سنتی با طب مدرن به دست آمد که هر کدام حاوی یک یا چند درونمایه‌ی فرعی می‌باشند.

جدول ۱. درونمایه‌های اصلی و فرعی

Minor themes	Major themes
ضرورت انجام پژوهش و مستند کردن طب سنتی	جهت مطابقت طب سنتی با دنیای حاضر
ضرورت استناد به آثار مکتوب نه اقوال شفاهی	ضرورت استناد به شواهد
تعریف استناد به شواهد در طب سنتی	مفهوم استناد به شواهد
کاربردی نبودن مقالات جدید بدون ارزیابی نقادانه و متاآنالیز	محدودیت‌های استناد به شواهد

ضرورت انجام پژوهش برای مطابقت طب سنتی با دنیای حاضر

همه‌ی شرکت کنندگان در این پژوهش، به ضرورت مستند کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و تطابق آن با شرایط و امکانات روز تاکید داشتند و معتقد بودند که باید این کار برای تعامل با دنیای حاضر صورت گیرد. یکی از شرکت کنندگان در این مورد می‌گوید: "اگر بخواهیم طب سنتی را مستند کنیم یک سری چیزهای قابل اجراست که الان هم داریم اجرا می‌کنیم و یک تعدادی را بایستی ببینیم آن‌ها چه می‌گفتند و در اجرا مصداق سازی بکنیم یا ببینیم شرایط آن زمان با شرایط الان امزجه، سته ضروریه و ... قابلیت اجرا دارد یا نه." شرکت کننده شماره ۹ در این مورد می‌گوید: "مشکل ما در آینده این است که باید با دیگران حرف بزنیم ما لال نیستیم دیگران هم کر و کور نیستند. ما موظفیم که با دیگران ارتباط عقلانی برقرار کنیم. اگر شما بخواهی انگلیس بری باید انگلیسی یاد بگیری یا نباید بری یا اگر رفتی باید بلد باشی حرف بزنی." وی ادامه می‌دهد: "ما دنبال این هستیم که سطح evidence را بالا ببریم برای اینکه معتقدیم بدون شواهدی که قابل قبول برای عقلایی که متخصص طب امروز هستند باشد، برای اساتید خودمان باشد، ما نمی‌توانیم هم‌زمانی کنیم اگر این طب مفید است باید بتواند سطح شواهد قابل قبول برای عقلانیت علمی‌اش را بالا ببرد از آن طرف در طب جدید نیز باید دیدها راجع به شواهد تغییر یابد." شرکت کننده شماره ۱۱ معتقد است: "اگر بنا بود من همیشه اتکا کنم به تجربیات گذشتگان و هیچ تغییری در آن ندهم و نکات مثبت و منفی آن را نسنجم علم پیشرفت می‌کرد؟ من باید بتوانم آن را با روش‌های روز تائید یا

رد کنم، آن را جلو ببرم، هر موقع هم دیدم که رد شد کنار بگذارم." شرکت کننده شماره ۴ معتقد است: "ما راهی غیر از این نداریم شما وقتی کالایی را می‌خواهید عرضه کنید باید وسیله معرفی‌اش را هم داشته باشید، ما از این پیچ و خم‌های کتابخانه‌ها و از تنگناها و از تاریک‌خانه‌هایی که طب سنتی در آن محبوس شده باید بیاریمش به جایی که بتوانیم عرضه‌اش کنیم و لازمه آن کار اثبات این نظریات است. به صرف این که یک چیزی را من و شما قبول داشته باشیم نمی‌شود انتظار داشت که همه قبول داشته باشند." شرکت کننده شماره ۸ نیز در مورد ضرورت به کارگیری EBM معتقد است: "اگر EBM حاکم بشود افکارش و نظریه‌هایش برای آموزش و پژوهش طب سنتی و ارایه خدمات درمانی به احتمال قریب به یقین از شارلاتانیسم جلوگیری می‌کند چون شارلاتانیسم خواهرخوانده یا برادرخوانده طب سنتی است."

ضرورت استناد به آثار مکتوب نه اقوال شفاهی

شرکت کنندگان در این طرح ضمن تاکید بر تفاوت طب سنتی ایران با طب فولکلور شایع در نقاط مختلف کشور اذعان کردند که منظور از طب سنتی ایران، آثار مکتوب و به جای مانده از دانشمندان ایران می‌باشد که قابل استناد است. شرکت کننده شماره ۶ در این مورد می‌گوید: "طب فولکلور طبیبی است که همپای فرهنگ و دانش جوامع بشری پیش آمده است ریشه آن در نبوغ و خلاقیت فردی پزشکان گمنام است ولی تنها مشکلی که در اینجا وجود دارد آن است که چون انتقال سینه به سینه بوده و کاری شخصی و فردی بوده است هیچ گاه استحکام طب سنتی مکتوب را ندارد." شرکت کننده شماره ۱ در این مورد معتقد است: "ممکن است خیلی‌ها کارهایی بیرون آثارشان انجام داده باشند اما آن چه که ما می‌توانیم بهش استناد کنیم آثار مکتوب اینهاست که وجود دارد."

تعریف استناد به شواهد در طب سنتی

همه شرکت کنندگان در این طرح در مورد تعریف استناد به شواهد اتفاق نظر داشته و آن را لازمه به روز شدن طب سنتی دانسته و معتقد بودند که باید پیشگیری، تشخیص و درمان طب سنتی با استفاده از کتب اصیل و تجربیات مکتوب

درمان کنه و مشکلی برای بیمارش پیش بیاد از نظر قانونی دچار مشکل است برای پزشکی قانونی تنها کتاب مرجع است". همچنین ایشان به تولید و یا حمایت برخی از مقالات پژوهشی توسط شرکت های داروسازی اشاره می کند که می تواند نتیجه ی حاصل را تحت تاثیر قرار دهد و معتقد است که ارزش آن ها برای به کارگیری در بالین زیر سوال می رود.

تفاوت تجربیات گذشته و حال

درونیامیه بعدب بدست آمده در این پژوهش تفاوت شیوه های پژوهش در طب سنتی با طب جدید بوده که کلیه شرکت کنندگان به آن اذعان داشتند و معتقد بودند که انواع پژوهش های مطرح شده در پزشکی مبتنی بر شواهد و درجه اهمیت آن ها، در طب سنتی کاربرد چندانی ندارد و باید متناسب با طب سنتی تغییر کند. شرکت کننده شماره ۱ در این مورد می گوید: "در دوره تمدن اسلامی، نکته هایی هست که حکمای ما تجربه کرده اند ولی این تجربیات در قالب های امروزی نمی گنجد." شرکت کننده شماره ۶ معتقد است که تفاوت های اساسی در مبانی طب سنتی و طب جدید وجود دارد و بر همین اساس شیوه پژوهش و استناد به آن ها نیز متفاوت می باشد. وی در این مورد می گوید: "مبنای طب سنتی فلسفی است در حالی که مبنای طب جدید مولکولی است به همین دلیل زبان و متد طب سنتی مخصوص خودش است و براساس همان هم می توان استناد کرد. کسی که می خواهد در طب سنتی به شواهد استناد کند باید با مبنای آن استناد کند." همچنین ایشان در ادامه اشاره می کنند که: "بسیاری از تحقیقاتی که امروزه انجام می شود بر اساس فارماکونوزی است، گیاه درمانی یا فارماکونوزی با طب سنتی فرق دارد." شرکت کننده شماره ۸ در این مورد معتقد است: "طب مدرن نگاهش عمدتاً به یک چاه عمیق می مانه تا یک اقیانوس، طب سنتی یک اقیانوس است بدن را خیلی کلی می بیند. طب سنتی به حفظ الصحه هم فکر می کنه، به رژیم غذایی هم فکر می کنه، به تعادل رسیدنش هم فکر می کنه، پس یک پکیج باید تعریف بشه. این پکیج هم تعریف کردنش نیاز به مطالعه خیلی عمیق دارد،

گذشته و تجربیات متخصصین امروز مستند شود. شرکت کننده شماره ۳ در مورد تعریف استناد به شواهد در طب سنتی می گوید: "استناد به شواهد یعنی تطبیق درمان های طب سنتی با شرایط روز و مستند کردن آنها" شرکت کننده شماره ۶ تاکید می کند: "استناد به شواهد یعنی استفاده از فرمول های شناخته شده و تثبیت شده" شرکت کننده شماره ۸ معتقد است: "استناد به شواهد یعنی درمان بر اساس آخرین تجربیات تکرارپذیر، اثبات شده، ایمن، موثر و ارزان برای بیمار" شرکت کننده شماره ۱۲ می گوید: "استناد به شواهد یعنی استفاده از کتابهای اصیل و نظرات متخصصان طب سنتی برای تطبیق با شرایط روز" شرکت کننده شماره ۱۱ معتقد است: "طب سنتی هم طب است و تعریف استناد به شواهد در طب سنتی و طب جدید با هم فرقی نداره".

کاربرد نبودن مقالات جدید بدون ارزیابی نقادانه و متاآنالیز

برخی از شرکت کنندگان به محدودیت های کاربرد EBM اشاره داشتند و معتقد بودند که کتب اصلی و رفرانس شاهد محکم تری نسبت به مقالات پژوهشی می باشند. شرکت کننده شماره ۵ ضمن اشاره به اهمیت ارزیابی نقادانه در این مورد معتقد است: "علت این که یک مقاله هنوز وارد text نشد این است که هنوز به مرحله ای نرسیده که قطعیت اثبات شده ای پیدا کنه، حداقل بایستی ۵ سال از یک کار تحقیقاتی و پژوهشی بگذره و در این زمان کارهای مشابه دیگری انجام بشه بعد یک متاآنالیز از روی آن ها اتفاق بیفته نهایتاً اگر در سر جمع دیدند آن حرکت، اقدام و یا درمان مورد نظر موثر بوده اجازه ورود به text را پیدا می کنه. صرف این که یک مقاله ای را پیدا کنید که یک جایی یک کاری را کردند ما هم بکنیم از نظر علمی دچار مشکل است."

وجود مشکلات قانونی در به کارگیری مقالات و حمایت شرکت های داروسازی در تولید شواهد

شرکت کننده شماره ۱۲ به مشکلات قانونی در به کارگیری شواهد پژوهشی برای درمان اشاره می کند که: "اگر یک پزشک بر اساس نتیجه یک مقاله ی هر چند valid

یک تیم قوی باید پکیج را تعریف کنند که چگونه می توان طب سنتی را مستند کرد."

دشواری بودن پژوهش در طب سنتی نسبت به طب جدید

شرکت کنندگان این پژوهش همگی ضمن اشاره به تفاوت پژوهش در طب سنتی و جدید معتقدند که پژوهش بر اساس مبانی طب سنتی خیلی دشوارتر از پژوهش های امروزی است. شرکت کننده شماره ۱ در این مورد می گوید: "در طب جدید راحت می شود کار کرد، ۲ گروه را می گیرند به این دارو می دهند به آن نمی دهند و بعد مقایسه می کنند ولی طب سنتی با توجه به پایه مزاجی مستلزم یک تکنیک خاصی است مستلزم باز کردن نقش مزاج در این جریان است". همچنین ایشان در جای دیگری از صحبت های خود بیان می کنند: "ما در طب سنتی یک چیزی داریم که باید مد نظر قرار دهیم و آن اعتقاد به سیستم مدبره است. قوه مدبره ممکنه بر حسب مورد در افراد مختلف متفاوت عمل کنه بنابراین کار ما را ممکن است از جهاتی سخت کنه و از جهاتی آسان. آسان از آن جهت که ما با یک برنامه ریزی می توانیم نتیجه های مطلوب را راحت تر بگیریم اما سخت می کنه آنجایی که قوه مدبره به گونه ای عمل می کنه که ما نیازمند تکرار بعضی از آزمایشات نزد افراد دیگر و شرایط دیگر قرار می گیریم."

قابل اعتماد بودن برخی از داروهای طب سنتی و عدم نیاز آن ها به پژوهش

برخی از شرکت کنندگان با اشاره به بیانیه سازمان WHO معتقد بودند که بعضی از درمان های طب سنتی به خصوص گیاه درمانی نیاز به انجام پژوهش جدید ندارد و اثربخشی و ایمنی آن ها مورد تأیید است به شرطی که طبق همان روش تجویز شده در متون طب سنتی به کار گرفته شود. شرکت کننده شماره ۳ در این مورد می گوید: "تجویز یک تعدادی از داروهای مفرد ای که بشر صدها سال و گاهی هزاران سال تجربه دارد طبق توصیه WHO نیاز به کنکاش ندارد و مجازید

تجویز کنید البته به شرطی که داروهای سمی و مضر شناخته شده نباشند." شرکت کننده شماره ۸ در این مورد معتقد است: "درست است ۱۰۰۰ سال تجربه هست، به طور متواتر در کتابها آمده و همه نویسندگان این کتب هم راجع به این intervention ها فهم یکسان و روش یکسان داشته اند اما شرط اصلی اش این هست که ما باید دقیقاً همان روش را استفاده کنیم. اگر گفته آویشن را بگیریم بجوشانیم باید همه ما همان طریق آویشن را بجوشانیم. اگر افیمون را می گویند باید در شیر بزغاله وارد کنیم بزغاله هم ماده باشد سن فلان در شب فلان روز انجام گیرد، دقیقاً به آن صورت انجام شود. اما اگر خواستیم تداخلاتی ایجاد کنیم نمی توانیم استناد کنیم که این تجربه هزار ساله است بنابراین باید تجربه ها را جدا کرد."

بحث و نتیجه گیری:

همه ی درون مایه های اصلی و فرعی به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن است که کلیه ی اساتید و صاحب نظران طب سنتی که در مصاحبه ها شرکت کرده اند به ضرورت مستند نمودن طب سنتی واقف بوده و آن را امری اجتناب ناپذیر برای روزآمد نمودن و فراگیر ساختن این مکتب می دانند. این نظرت با نظر دکتر مسگرپور در گزارشی که از طرف دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی منتشر شده است همخوانی دارد. وی معتقد است: گسترش پژوهش مبتنی بر شواهد در طب مکمل و جایگزین باید بیش از گذشته عملی و مفهومی گردد تا برای استفاده کنندگان آن قابل فهم تر باشد. همچنین، لازم است تا استفاده از این روش به صورت روزمره در تصمیم گیری های پزشکی و درمان وارد شود. متآلایز و بررسی سیستماتیک موجود در این زمینه باید مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته، خلاصه پردازی شده و نتایج حاصل از آن در اختیار ارایه کنندگان خدمات پزشکی، بیماران و متخصصان بیمه قرار گیرد (۲۷). ولی با برخی دیگر از منابع که اظهار نموده اند فقط اشکال خاص CAM پتانسیل مبتنی بر شواهد را دارند و استاندارد فعلی EBM در برخی از اشکال CAM نسبت به بقیه مناسب تر است همخوانی ندارد. Churchill با این نظر

موافق است که EBM خنثی نیست و به سوی الگوی بیومدیکال متمایل است و با طب چینی تضاد دارد. (۲۸) Fan معتقد است که آزمایشات بالینی تصادفی، به عنوان روشی استاندارد برای ارزیابی طب چینی مناسب نیست. (۲۹) Tonelli معتقد است که طب مکمل می‌تواند مبتنی بر شواهد باشد به شرط این که اصلاحات خاصی در اقدامات CAM و استانداردهای EBM صورت گیرد. (۳۰)

تعاریفی که اساتید شرکت کننده در این پژوهش از استناد به شواهد در طب سنتی ارائه کرده اند نشانگر اتفاق نظر آنان مبنی بر ضرورت پژوهش و مستند کردن طب سنتی و استفاده از آثار مکتوب طب سنتی ایران به عنوان شواهد مورد پذیرش می‌باشد. با جمع بندی تعاریفی که از استناد به شواهد ارائه شد می‌توان برداشت کرد که استناد به شواهد در طب سنتی ایران یعنی درمان هر بیمار با بهترین، مؤثرترین، ایمن‌ترین و ارزان‌ترین روشهای مکتوب طب سنتی که با شرایط امروز منطبق شده باشد.

صاحب نظران طب سنتی ایران را به دو بخش تقسیم می‌کنند: الف: طب سنتی مکتوب: این بخش شامل کتب و رسالات حکمای ایرانی است که تعداد آنها بر هزاران مجلد بالغ می‌گردد. این مجموعه عظیم شامل کتابهای مختلف در تشریح، کلیات، مفردات، قراپادین، تشخیص و درمان است. ب: طب سنتی شفاهی: شامل تجارب و اطلاعاتی است که سینه به سینه از نسلی به نسل دیگر انتقال یافته و حاوی روش‌های مختلف بهداشتی و درمانی است. (۳۱) ایران به دلیل سابقه تاریخی طولانی و نیز اقوام، نژادها و زبان‌های مختلف و اقلیم‌های متفاوت، کشوری سرشار از تجارب و آراء و عقاید طبی شفاهی است. به خصوص در بین عشایر و ساکنان قسمت‌هایی از این مرز و بوم که به دلایل جغرافیایی صعب العبور بوده، استفاده از این تجارب طبی و روش‌های درمانی جزء لاینفک زندگی مردم محسوب می‌شده است. (۳۲) اساتید شرکت کننده در طرح به اتفاق معتقد بودند که بخش اول آن یعنی مکتوبات طب سنتی دارای اهمیت جهت استناد و کاربرد می‌باشند و بخش دوم که به عنوان طب فولکلور ایران شناخته می‌شود حتما باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

همچنین اساتید طب سنتی به برخی از محدودیتهای کاربرد

استناد به شواهد از جمله عدم وجود متآنالیز، مشکلات قانونی و حمایت شرکت‌های داروسازی از تولید مقالات اشاره کرده اند که جزء محدودیتهای عام و شناخته شده این مبحث بوده و در کتب و مقالات مختلف به نوعی به آن اشاره شده است و تنها مربوط به کاربرد آن در طب سنتی نمی‌باشد. Churchill معتقد است یکی از مشکلات موجود برای EBM در طب مکمل، گران بودن انجام پژوهشهایی با کیفیت بالا است. وی اضافه می‌کند: شرکت‌های داروسازی هزینه انجام پژوهشهایی که منجر به ثبت محصولاتشان می‌باشند را پرداخت می‌کنند اما در مورد طب مکمل هیچ حمایت کننده مالی وجود ندارد. (۲۸) با وجود اینکه شرکت کنندگان در این طرح، حمایت شرکت‌های داروسازی را موجب ایجاد تورش در نتیجه پژوهش می‌دانند پیشنهاد می‌شود جهت رفع این مشکل، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی دولتی و یا خصوصی عام المنفعه که وام دار شرکت‌های داروسازی نباشند حمایت‌های لازم را جهت ثبت و انجام پژوهشهای طب سنتی مبذول دارند. در صورت تحقق این امر و تولید شواهد پژوهشی با کیفیت بالا نگرانی‌هایی که Richardson در زمینه پیدا کردن شواهد موثر در طب مکمل عنوان کرده بود (کافی نبودن مطالعات پژوهشی با کیفیت بالا و مشکل بودن جستجو و یافتن این شواهد) مرتفع خواهد شد.

یکی دیگر از مشکلاتی که در به کارگیری EBM مطرح شد مشکلات قانونی در به کارگیری شواهد پژوهشی در امر درمان می‌باشد که اگر در حین درمان بیمار دچار مشکل یا عارضه ای شود از نظر مراجع قانونی فقط استناد به کتاب ملاک قضاوت می‌باشد. البته با توجه به این که یکی از فاکتورهای دخیل در پزشکی مبتنی بر شواهد، توجه به خواسته ها و تمایلات بیمار است، توجه به این امر احتمال ایجاد نارضایتی و یا شکایت از سوی بیمار به شدت کاهش خواهد یافت ولی با این حال این معضل، باید توسط صاحب نظران حیطه پزشکی مبتنی بر شواهد با همکاری مسئولین پزشکی قانونی و نظام پزشکی و سایر مراجع ذیربط بررسی و راه حلی برای آن اتخاذ گردد.

موضوع بعدی که تقریباً همه اساتید به آن اشاره داشتند تفاوت شیوه‌های پژوهش در طب سنتی و طب جدید می‌باشد

و بر همین اساس عنوان نمودند که متدها و طبقه بندی شواهد در طب سنتی و طب جدید با هم تفاوت دارند. آنها کل نگر بودن طب سنتی، توجه به مزاج، سیستم مدبره بدن، حفظ الصحة (حفظ سلامتی یا پیشگیری از بیماری) و ... را از جمله موارد مؤثر در درمان بیمار و از مشکلات پژوهش در طب سنتی بیان کردند که منجر می شود شیوه درمانی از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. همچنین آنها معتقدند که درمان در طب سنتی یک پکیج درمانی است که شامل نکات مربوط به حفظ الصحة، متغیرهای ۱۰ گانه، رژیم غذایی و دارو برای به تعادل رسیدن بدن می باشد که در طراحی پژوهش باید در نظر گرفته شود. متغیرهای ده گانه شامل سن، جنس، نژاد، مزاج بیمار، فصل، شغل، محل تولد، محل زندگی، میزان سفر و عاداتها می باشند که باید همواره در درمان فرد و اصلاح زندگی وی مد نظر باشد.

دکتر مسگرپور در جای دیگری از گزارشش عنوان می کند: طب مکمل، ریشه اکثر بیماریها و بنابراین درمان آنها را در درون بیماران و عمدتاً در ذهن و روان آنها می داند. طب مکمل، یک طب بیمار-محور است و ادعا می کند که تسهیل کننده فرآیند خوددرمانی بیماران است. براساس تئوری این طب، بدن انسان مکانیسم ذاتی برای حفظ سلامت و البته درمان بیماریها دارد و هدف روش های درمانی طب مکمل/ جایگزین فعال کردن این مکانیسم ها و بسیج نیروهای عاطفی و معنوی فرد برای مقابله با بیماری هاست. در این طب تمام جنبه های شیوه زندگی بیماران مورد توجه قرار می گیرد و براساس آنها توصیه هایی در مورد رژیم غذایی، فعالیت بدنی و کنترل تنش ارائه می شود. همچنین در طب مکمل تأکید زیادی روی ارتباط بین پزشک و بیمار وجود دارد. (۲۷)

این موضوع نیز با نظر صاحب نظران سایر رشته های طب مکمل همخوانی دارد. Rakei در کتاب Integrative Medicine 10 عاملی که باعث دشوارتر بودن پژوهش در طب مکمل می شود را این گونه بیان می دارد:

۱. عمده مداخلات CAM بخشی از یک دستورالعمل درمانی می باشند در حالی که اکثر تحقیقات EBM مرسوم، در جهت تست اثر یک مداخله در یک زمان مشخص است.

۲. اکثر مداخلات CAM بسته به افراد متفاوت است در حالی که تحقیقات گسترده نیازمند استانداردسازی پروتکل های مداخله می باشد.

۳. اکثر مداخلات CAM بیش از یک سبک عملکردی را در طرح های خود نشان می دهند.

۴. همه مداخلات پزشکی مؤلفه های اختصاصی و غیر اختصاصی دارند که نمی توان از آنها جدا کرد مثل آیا درمان فقط یک چیز است؟ آیا دارو فقط به خاطر وجود اجزای اختصاصی اش (ماده مؤثره) تأثیر می گذارد؟ عوامل پیچیده ای مثل انرژی درمانی و شفای معنوی چه نقشی دارند؟

۵. کمبود دانش اولیه کافی و نتایج اشتباه در مورد مواد مؤثره گیاهان، ممکن است در طراحی مطالعه و ارزیابی مداخله biase ایجاد کند.

۶. اکثر طرح های CAM نمی تواند مشابه دیگر مداخلات پزشکی به کمک روش ۲ سوکور تست شود.

۷. گروه شاهد مناسب، در تحقیقات CAM مبتنی بر شواهد چیست؟ پلاسبو؟ مراقبت استاندارد؟ یا یک بسته منسجم و جامع دیگر.

۸. اصول جایگاه تصادفی و کورسازی با فلسفه اصلی اکثر مداخلات CAM که بهبودی بیمار و بیان صریح علایق را ارج می نهد در تقابل می باشد.

۹. در اکثر آزمایشات بالینی درمانی، پیامد و نتیجه در کوتاه مدت سنجیده می شود در حالی که اکثر بیماری هایی که به CAM مراجعه می کنند مزمن هستند.

۱۰. اقدامات CAM مشابه دیگر مداخلات پزشکی به اجراکننده وابسته است.

Hammersley موافقت خود را با مورد آخر این گونه بیان می کند: دانش شاخصه مناسبی برای عملکرد خوب نیست یک دلیل برای این، آن است که نمی تواند آنچه پایان یک عملکرد خوب است را معین کند. بنابراین کارآیی هر عملکرد معمولاً فقط به آنچه که انجام می شود وابسته نیست بلکه به چگونه و در چه زمانی انجام شود نیز وابسته است. مهارت و زمان بندی در انجام کار هم مهم می باشد (۳۳).

Verhoef و همکاران مشکلات استفاده از RCT در مداخلات CAM را این گونه شرح می‌دهند:

۱. مداخلات CAM اغلب پیچیده بوده و از چند روش استفاده می‌شود مثل ناتورپاتی و TCM.
 ۲. درمانهای CAM اغلب استاندارد نبوده و یا براساس خصوصیات بیمار قابل تغییر است به علاوه این که در عمل، انواع بسیاری درمان وجود دارد.
 ۳. مداخلات CAM اغلب به حالت‌های چند فاکتوری و غیر اختصاصی مثل استرس و کمبود انرژی مربوط می‌شوند و بیماران CAM اغلب وضعیتهای پیچیده و مزمن دارند بنابراین مشخص کردن مشکلات بالینی و درمان ممکن است خیلی مشکل باشد.
 ۴. در CAM توجه اغلب روی بازیابی تعادل بیشتر از درمان علائم اختصاصی است بنابراین گروه بندی تصادفی عقاید، عملکرد و سلاقی شرکت کنندگان کار مشکلی است.
 ۵. به کارگیری درمان Placebo اغلب مشکل و غیرممکن است (مثلاً در طب سوزنی و ماساژ درمانی) و نمی‌توان نتایج را برای بیماران و درمانگران کورسازی کرد.
 ۶. در نهایت RCTها تلاش می‌کنند که اثر ارتباط پزشک و بیمار را روی نتیجه محدود و یا حذف نمایند در حالیکه در CAM اثر درمانی رابطه پزشک و بیمار بخش مهمی از مداخله محسوب می‌شود.
- آنها ادامه می‌دهند: درک این نکته‌ی مهم است که خیلی از این مشکلات فقط مخصوص CAM نیست و در رشته‌های دیگر مثل فیزیوتراپی، روانپزشکی، جراحی و مراقبت‌های پرستاری نیز وجود دارد. RCTها جایگاه مهمی در ارزیابی اثربخشی طب مکمل و جایگزین دارند ولی آنها تنها به یک سؤال محدود که آیا این مداخله به صورت آماری مؤثر است یا نه؟ پاسخ می‌دهند. آنها به سؤالاتی مثل این مداخله چه طور عمل می‌کند؟ تجربه شرکت کنندگان از این مداخله چیست؟ و یا آنها از این تجربیات چه برداشتی دارند را نمی‌توانند پاسخ دهند. به همین دلیل اضافه کردن پژوهشهای کیفی به RCTها را پیشنهاد کردند و معتقدند که تا حد زیادی می‌تواند درک درستی از مداخلات CAM ایجاد کند (۳۴).

Vuckoic نیز موافقت خود را این گونه اعلام می‌کند: تجربه‌ی ما در OCCAM نشان می‌دهد که ترکیب (ادغام) روش‌ها و دیدگاه‌های پژوهش کیفی در RCT نه تنها امکان پذیر است بلکه بسیار مطلوب هم است. چنین ادغامی فرصت‌های لازم طراحی روش‌های پژوهشی که نیاز به استفاده همزمان از طب مکمل و جایگزین را در کنار طب غربی دارد ایجاد می‌کند (۳۵).

دکتر مسگریور چالش‌های پژوهش در طب سنتی / مکمل و جایگزین را این گونه توضیح می‌دهد: ساختار و فلسفه طب سنتی / مکمل و جایگزین با پزشکی رایج متفاوت بوده و هدفش نه تنها رهایی بیمار از علائم بیماری بلکه کمک به افراد است تا بتوانند با نگاهی جامع به سلامتی به خوددرمانی برسند. انواع روش‌های درمانی موجود در طب سنتی / مکمل و جایگزین همگی در یک نکته مشترک اند و آن استفاده از مداخلات پیچیده برای درمان است؛ مواردی مانند استفاده از داروهای گیاهی، تشخیص و درمان مبتنی بر فرد، تأکید بر توانایی ذاتی بدن برای بهبودی، درمان بیمار به عنوان یک کل با ارجاع به ویژگی‌های فیزیکی، ذهنی و روحی افراد. همین ویژگی‌های مشترک، زمینه ساز بسیاری از مشکلات موجود در پژوهش‌های مرتبط با این شاخه از پزشکی می‌شود که به طور خلاصه می‌توان آنها را در سه بخش بیان کرد: نمونه گیری، درمان و سنجش پاسخ.

ایشان در ادامه ۳ رویکرد را برای رسیدن به طراحی مطلوب در یک مطالعه در زمینه طب سنتی / مکمل و جایگزین پیشنهاد داده اند:

۱. در این مطالعات به هر سیستم از طب سنتی برای درمان یک بیماری خاص به صورت کل توجه شود. به عنوان مثال، مطالعه‌ای طراحی شود که در آن دو سیستم مختلف از طب سنتی / مکمل و جایگزین (به عنوان مثال هومیوپاتی و طب سنتی چین) برای درمان یک بیماری خاص مثلاً مشکلات مرتبط با مفصل فک در زنان با یکدیگر مقایسه شوند.
۲. طراحی مطالعه ای که در آن برای درمان یک بیماری از یک روش درمانی خاص از یک سیستم از طب سنتی /

مکمل و جایگزین استفاده شود، به عنوان مثال طراحی یک کارآزمایی بالینی برای بررسی اثر درمانی طب سوزنی در سایر نقاط بدن.

۳. استفاده از یک مداخله خاص مثلاً طب گیاهی برای درمان یک بیماری خاص. این رویکرد بیش از موارد ذکر شده قبلی در مطالعات انجام شده در زمینه طب سنتی / مکمل و جایگزین استفاده می‌شوند.

اگرچه همه‌ی موارد ذکر شده برای طراحی و کارآزمایی بالینی استفاده می‌شوند، انجام مطالعات مشاهده ای دقیق و همه جانبه نیز به همان اندازه حائز اهمیت است. (۲۷)

نکته‌ی بعدی که در مصاحبه‌ها به آن اشاره گردید عدم نیاز به تحقیق و اثبات اثر برخی از داروهای ساده که قرن‌ها مورد استفاده قرار گرفتند می‌باشد ولی همانطور که یکی از شرکت کنندگان به آن اشاره کرده باید طبق همان شیوه گفته شده در کتب طب سنتی که سال‌ها مورد استفاده قرار گرفته است به کار برده شود و این موضوعی است که متأسفانه توسط برخی از درمانگران طب سنتی که به متون و منابع طب سنتی احاطه نداشته و بعضاً به صورت غیر علمی به درمان بیماران می‌پردازند مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

صاحب نظران معتقدند هر تصمیم آموزشی در نهایت حاصل تفاهم بین سه جنبه تحقیقات آموزشی، تجربیات آموزشی (نظر خبرگان یا کارشناسان) و الزامات یا اختصاصات منحصر به فرد، برنامه یا مؤسسه آموزشی است (۳۶) که هر سه این موارد در طب سنتی بر به کارگیری استناد به شواهد تأکید دارند یعنی تحقیقات آموزشی در همه رشته‌ها به خصوص طب مکمل و سنتی به کارگیری شواهد مستدل را در افزایش یادگیری و تفکر نقادانه موثر دانسته‌اند. صاحب نظران، اساتید، برنامه نویسان و مسئولین اجرایی شرکت کننده در این مطالعه نیز بر آن تأکید داشته‌اند و آن را امری ضروری و جدایی ناپذیر برای این رشته و دانشکده‌های

منابع

طب سنتی دانسته‌اند. همچنین با وجود اینکه برخی از منتقدان EBM به کارگیری آن را در طب مکمل و جایگزین رد می‌کنند ولی هیچ راهکار مشخص اجرایی را جهت تعیین اثربخشی آن ارائه نداده‌اند. پس به نظر می‌رسد پژوهش مبتنی بر شواهد می‌تواند ابزاری قدرتمند برای شناخت پرسش‌هایی باشد که شواهد قابل قبولی برای پاسخ گویی به آن‌ها در دسترس نیست و به کارگیری رویکردهای آموزشی و پژوهشی که منجر به افزایش به کارگیری استناد به شواهد در امر آموزش، پژوهش و درمان بیماران امری اجتناب ناپذیر خواهد بود. لذا پیشنهاد می‌گردد دوره‌های آموزشی EBM برای اساتید و دانشجویان این رشته طراحی گردد تا ضمن آشنایی بیشتر آنان با این موضوع، جهت کاربردی شدن آن نیز برنامه ریزی شود. کتب و منابع طب سنتی با اصول و معیارهای ارزیابی نقادانه ارزیابی و تصحیح گردند و نسخه الکترونیکی معتبر و صحیح در قالب یک نرم افزار یا پایگاه اطلاعاتی قابل جستجو در اختیار دانشجویان و علاقمندان این رشته قرار گیرد. راه اندازی کتابخانه دیجیتال طب سنتی برای جلوگیری از ثبت حق امتیاز دانش سنتی توسط افراد خارجی نیز مفید خواهد بود و درنهایت راهنمایی برای پژوهشگران طب سنتی جهت تولید شواهد معتبر و با درجه اهمیت بالا و نیز راهنمایی برای پزشکان و استفاده کنندگان طب سنتی (user guideline) جهت به کارگیری شواهد معتبر تهیه گردد.

تقدیر و تشکر:

از تمامی اساتید و صاحب نظران طب سنتی که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد که بدینوسیله از مدیر و سایر مسؤولین مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش آن دانشگاه قدردانی می‌گردد.

۱. مک گاورن، درموت؛ سامر اسکیل، ویلیام؛ والوری ر، لیوی م. مباحث کلیدی در پزشکی مبتنی بر مستندات و شواهد. مترجمین سلطانی عربشاهی، کامران؛ کوهپایه‌زاده، جلیل؛ لطیفی ا. تهران: انتشارات سرونا. اطلاعات تصحیح شود.
2. Zaidi Z, Iqbal M, Hashim J, Quadri M. Making Evidence-based Medicine (EBM) Doable in Developing Countries: A Locally-tailored Workshop for EBM in a Pakistani Institution. *Educ Health (Abingdon)* 2009 May; 22(1):176.

3. Jordan TJ. *Understanding medical information: A user guide to introduction and decision- making*. New York: Mac Grow-Hill; 2002; 22.
4. Tomlin A, Dearness KL, Badenoch DS. Enabling evidence-based change in health care. *Evid Based Ment Health* 2002; 5(3):68-71.
5. فیروز، علیرضا؛ خاتمی، علیرضا؛ پزشکی مبتنی بر شواهد مروری بر کلیات. فصلنامه‌ی بیماری‌های پوست. ۱۳۸۲، صص: ۱۱-۱۰۱.
6. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71.
7. گرینهاف، تریشیا؛ دانلد، آنا؛ راهنمای مراقبت بهداشتی مبتنی بر مستندات و شواهد (طبابت متکی بر مستندات). مترجمین: سلطانی عربشاهی، کامران و همکاران. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران دفتر مطالعات و توسعه آموزش، تهران، ۱۳۸۰.
8. یزدی، زهره؛ زحل، محمد علی؛ سرجمی، رامین؛ بررسی آگاهی و نگرش پزشکان عمومی شاغل در شهر قزوین در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد. مجله‌ی افق توسعه آموزش پزشکی، ویژه‌ی نامه دوازدهمین همایش کشوری آموزش پزشکی: ۱۳۹۰، ص: ۲۸۵.
9. Rajashekhar HB, Kodkany BS, Naik VA, Kotur PF, Goadar SH. Evidence- Based Medicine and its Impact on Medical Education. *Indian J Anaesth* 2002; 46(2):96-103.
10. یزدانی، شهرام؛ جراحی مبتنی بر شواهد. نشریه‌ی جراحی ایران: ۱۳۸۶، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۴.
11. ابی بکر محمد بن زکریا الرازی الطیب. الحاوی فی الطب. الجزء الاول. دائرة المعارف العثمانیه، حیدرآباد دکن، ص: ۷، ۱۹۵۵م.
12. الاهوازی، علی بن عباس: کامل الصناعه الطبیبه. تصحیح: موسسه‌ی احیا طب طبیعی. انتشارات جلال الدین، ج. ۱، چاپ اول، ص: ۱۸، ۱۳۸۷.
13. نوربخش، سید محمد حسین: خلاصه التجارب. موسسه‌ی مطالعات تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ص: ۱۵۴، ۱۳۸۲.
14. نجم آبادی، محمود: تاریخ طب در ایران. ج. ۲، چاپ اول، موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، تهران، صص: ۳۰-۳۱۰، ۱۳۶۶.
15. زاهدی، فرزانه؛ اردشیرلاریجانی، محمدباقر؛ محبی، آزاده؛ اصفهانی، محمد مهدی: تولید دانش و پزشکی دوران اسلامی. مجله‌ی دیابت و لیپید ایران، ویژه نامه اخلاق پزشکی: ۱۳۸۶، صص: ۸-۱.
16. مظفری خسروی، حسن؛ جلالی، بمانعلی؛ افخمی اردکانی، محمد: تأثیر جای ترش بر گلوکز، پروفایل چربی و لیپوپروتئین‌ها در بیماران مبتلا به دیابت. مجله‌ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی: ۱۳۸۷، دوره‌ی ۱۰، شماره‌ی ۶، صص: ۹۷-۵۸۹.
17. عسگری، صدیقه؛ رحیمی، پریوش؛ مدنی، حسین؛ محزونی، پروین؛ کبیری، نجمه: اثر عصاره هیدروالکلی برگ خشک گردو در پیشگیری از دیابت نوع ۱ در موش‌های صحرایی نر بالغ. مجله‌ی دیابت و لیپید ایران: ۱۳۸۷، دوره‌ی ۷، شماره‌ی ۴، صص: ۷۰-۳۶۳.
18. نبوی زاده، حسام الدین؛ صفری، مژگان؛ خوشنویسان، فرهاد: بررسی اثر داروهای گیاهی بر هیپر بیلی روبینمی نوزادی: مطالعه *in vitro* مجله‌ی بیماری‌های کودکان ایران: ۱۳۸۴، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۲، صص: ۳۸-۱۳۳.
19. آویژگان، مجید؛ سعادت، مهدی؛ نیلفروش‌زاده، محمدعلی؛ حقیقی، مسعود: اثر ضد قارچی عصاره‌ی گیاه خوشاریزه بر تعدادی از درماتوفیت‌های شایع. فصلنامه‌ی گیاهان دارویی: ۱۳۸۵، دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۱۸، صص: ۱۶-۱۰.
20. کلانتری، زهرا؛ جعفری، حسین: بررسی اثر عصاره کلم برگ در پیشگیری و درمان زخم معده‌ای ایجاد شده به وسیله آسپرین در موش صحرایی. مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان: ۱۳۸۵، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۶۰، صص: ۹۴-۸۹.
21. ایزدی، جمشید؛ شریف، مهدی؛ خلیلان، علیرضا؛ ضیایی، هاجر؛ آزاد بخت، محمد؛ عادل، سهیلا: بررسی اثرات ضد کرم گیاه بومادران بر روی انگل اکسیور در موش. مجله‌ی علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۸۲، سال ۱۳، شماره‌ی ۴۰، صص: ۳۵-۲۷.

۲۲. بندگی، احمد رضا: بررسی اثرات ترنجبین بر بیلی روپین خون در موش‌های مبتلا به هیپر بیلی رو بینمی تجربی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان: ۱۳۸۱، دوره ۲، شماره ۴، صص: ۶۶-۱۶۱.
۲۳. قطبی، فاطمه؛ ناهیدی، شیدر؛ زنگی، مهدی؛ بررسی اثر شیر خشت بر کاهش زردی نوزادان. مجله پژوهش در پزشکی: ۱۳۸۵، دوره ۳۰، شماره ۴، صص: ۵۲-۳۴۷.
24. Kyngas H, Vahanen L. Content analysis as a research method. *Hoitoteide* 1999;11:3-13.
25. Cheevakumjorn B. An analysis of prosocial and aggressive content in Thai. Children's literature and its relation ship to contemporary societal problems in Thailand. *Dissertation abstract international* 1993; 45: 3669.
26. Mayring P. qualitative content analysis. *Fqs res* 2000; 1: 1-10.
۲۷. مسگرپور، بیتا و همکاران: وضعیت طب سنتی (مکمل و جایگزین در ایران). دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۸.
28. Churchill W. Implications of evidence based medicine for complementary & alternative medicine. *Journal of Chinese medicine* 1999;95:32-35.
29. Fan RP. Modern western science as a standard for traditional Chinese medicine: a critical appraisal. *J Law med ethics* 2003;31:213-21.
30. Tonelli MR, Callahan TC. Why alternative medicine cannot be evidence-based. *Acad med* 2001;76:1213-20.
31. Sezik E, Tabata M. Traditional medicine in Turkey, Folk medicine in Northeast Anatolia. *Journal of Ethno pharmacology* 1991;35:191-6.
۳۲. ناصری، محسن: طب سنتی ایران و توسعه آن با استفاده از رهنمودهای سازمان جهانی بهداشت. دوماهنامه‌ی دانشور پزشکی: شهریور ۸۳، سال یازدهم، شماره ۵۲، صص: ۶۸-۵۳.
33. Hamersley M. some questions about Evidence – based practice in education paper presented at the symposium on evidence- based practice in education at the annual conference of the british educational research association, university of leeds, England, September B-15, 2001.
34. Verhoef MJ, Casebeer AL, Hilsden RJ. Assessing efficacy of complementary medicine: adding qualitative research methods to the gold standard. *The journal of alternative and complementary medicine* 2002; 8(3):275-281.
35. Vuckoic N. Integrating Qualitative Methods in Randomized Controlled Trials: The Experience of the Oregon Center for Complementary and Alternative Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2002; 8(3):225-227.
۳۶. سپاهی، شیدا؛ نوری فرد، ناهید؛ سپاهی، ویدا: آموزش پزشکی، آموزش مبتنی بر شواهد. مجله‌ی افق توسعه آموزش پزشکی، ویژه‌نامه‌ی دوازدهمین همایش کشوری آموزش پزشکی: اردیبهشت ۱۳۹۰، ص: ۲۴۱.